

NATIONALE DRUG MONITOR

JAARBERICHT 2007

Trimbos-instituut

Utrecht, 2008

COLOFON

Redactie

Mw. dr. M.W. van Laar¹

Dhr. dr. A.A.N. Cruts¹

Mw. dr. J.E.E. Verdurmen¹

Mw. dr. M.M.J. van Ooyen-Houben²

Dhr. drs. R.F. Meijer²

Met medewerking van

Mw. dr. E.A. Croes¹

Dhr. drs. A.P.M. Ketelaars¹

Dhr. P.P.J. Groen²

Ir. J.J. van Dijk²

¹ Trimbos-instituut

² WODC

Productiebegeleiding

Linda Groeneveld

Vormgeving en druk

Ladenius Communicatie BV, Houten

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl, of bij het Trimbos-instituut, Afdeling bestellingen, Postbus 725, 3500 AS Utrecht, 030-297 11 80; fax: 030-297 11 11; e-mail: bestel@trimbos.nl.

Onder vermelding van artikelnummer AFo809. U krijgt een factuur voor de betaling.

ISBN 978-90-5253-6149

© 2008 Trimbos-instituut, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Trimbos-instituut.

Voor een PDF van dit rapport:

- Ga naar www.trimbos.nl. Klik rechts boven bij “ZOEKEN” op “uitgebreid zoeken”. Kies bij “Voorkeuren” voor “exacte zin”. Tik in bij “Zoek naar” de tekst “Nationale Drug Monitor Jaarbericht 2007” en klik op “zoek”. Onderaan de pagina kunt u dan een PDF downloaden.
- Of ga naar www.wodc.nl. Ga links boven bij 1 naar “Onderzoek”. Ga bij 2 naar “Afgerond onderzoek”. Ga bij 3 naar “Intern onderzoek”. Ga bij 4 naar “2008”. Zoek op “Werktitel: Nationale Drug Monitor”. Rechts bovenin bij de “Bijlagen” kunt u dan een PDF downloaden.

LEDEN VAN DE WETENSCHAPPELIJKE RAAD VAN DE NDM

Dhr. prof. dr. H.G. van de Bunt, Erasmus Universiteit Rotterdam
Dhr. prof. dr. H.F.L. Garretsen, Universiteit van Tilburg (voorzitter)
Dhr. prof. dr. R.A. Knibbe, Universiteit Maastricht
Dhr. dr. M.W.J. Koeter, AIAR
Dhr. dr. D.J. Korf, Criminologisch Instituut Bongher, Universiteit van Amsterdam
Mw. prof. dr. H. van de Mheen, IVO
Dhr. prof. dr. J.A.M. van Oers, RIVM, Universiteit van Tilburg
Dhr. A.W. Ouweland, Stg. IVZ
Dhr. drs. A. de Vos, GGZ Nederland

Waarnemers

Mw. mr. R. Muradin, Ministerie van Justitie
Mw. drs. W.M. de Zwart, Ministerie van VWS

Toegevoegde referenten

Dhr. dr. M.C.A. Buster, GGD Amsterdam
Mw. A. Hoekstra, Ministerie van Justitie
Dhr. R. Mathijssen, SWOV
Dhr. drs. W.G.T. Kuijpers, Stg. IVZ
Dhr. dr. M.C. Willemsen, STIVORO

INHOUD

VOORWOORD	9
LIJST VAN AFKORTINGEN	11
SAMENVATTING	15
1 INLEIDING	27
2 CANNABIS	33
2.1 Laatste feiten en trends	33
2.2 Gebruik: algemene bevolking	33
2.3 Gebruik: jongeren	37
2.4 Problematisch gebruik	45
2.5 Gebruik: internationale vergelijking	45
2.6 Hulpvraag	50
2.7 Ziekte en sterfte	56
2.8 Aanbod en markt	57
3 COCAÏNE	61
3.1 Laatste feiten en trends	61
3.2 Gebruik: algemene bevolking	62
3.3 Gebruik: jongeren	63
3.4 Problematisch gebruik	67
3.5 Gebruik: internationale vergelijking	68
3.6 Hulpvraag	71
3.7 Ziekte en sterfte	76
3.8 Aanbod en markt	78
4 OPIATEN	81
4.1 Laatste feiten en trends	81
4.2 Gebruik: algemene bevolking	81
4.3 Gebruik: jongeren	82
4.4 Problematisch gebruik	84
4.5 Gebruik: internationale vergelijking	88
4.6 Hulpvraag	90
4.7 Ziekte en sterfte	96

5	ECSTASY, AMFETAMINE EN VERWANTE STOFFEN	111
5.1	Laatste feiten en trends	111
5.2	Gebruik: algemene bevolking	112
5.3	Gebruik: jongeren	114
5.4	Problematisch gebruik	118
5.5	Gebruik: internationale vergelijking	118
5.6	Hulpvraag	121
5.7	Ziekte en sterfte	129
5.8	Aanbod en markt	130
6	ALCOHOL	137
6.1	Laatste feiten en trends	137
6.2	Gebruik: algemene bevolking	138
6.3	Gebruik: jongeren	141
6.4	Probleemgebruikers	150
6.5	Gebruik: internationale vergelijking	153
6.6	Hulpvraag	156
6.7	Ziekte en sterfte	166
6.8	Aanbod en markt	171
7	TABAK	175
7.1	Laatste feiten en trends	175
7.2	Gebruik: algemene bevolking	175
7.3	Gebruik: jongeren	179
7.4	Problematisch gebruik	182
7.5	Gebruik: internationale vergelijking	183
7.6	Hulpvraag	186
7.7	Ziekte en sterfte	187
7.8	Aanbod en markt	191
8	DRUGSGERELATEERDECRIMINALITEIT	197
8.1	Laatste feiten en trends	198
8.2	Overtredingen van de drugswetgeving	199
8.3	Drugsgebruikers in het strafrechtelijk systeem	221
BIJLAGE A		231
Verklaring van begrippen		
BIJLAGE B		245
Bronnen		

BIJLAGE C	257
Verklaring van ICD-9 en ICD-10 codes	
BIJLAGE D	261
Internetadressen op het gebied van alcohol en drugs	
BIJLAGE E	265
Drugsgebruik in enkele nieuwe EU-lidstaten	
REFERENTIES	267

VOORWOORD

Het Jaarbericht 2007 is zoals gebruikelijk opgesteld door het Bureau van de Nationale Drug Monitor (NDM), ondergebracht bij het Trimbos-instituut, en het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) van het Ministerie van Justitie. In het Jaarbericht zijn zeer veel gegevens opgenomen. Gerapporteerd wordt over onder andere gebruik en hulpvraag, sterfte, markt en delicten tegen de Opiumwet. Zo wordt uit het Jaarbericht 2007 duidelijk dat de hulpvraag vanwege cannabisgebruik blijft toenemen, dat het THC gehalte in nederwiet verder is afgenomen en dat Nederlandse scholieren veel drinken in vergelijking met andere Europese landen.

Met het uitbrengen van het Jaarbericht wordt veel (beleids)relevante informatie verstrekt. Dankzij een relatief hoogwaardig systeem van informatievoorziening kunnen ontwikkelingen op het terrein van het middelengebruik en de drugsge-relateerde criminaliteit jaarlijks in kaart worden gebracht. Toch worden in het Jaarbericht ook (dreigende) lacunes in kennis geconstateerd, die de komende jaren punt van aandacht zijn.

De Wetenschappelijke Raad van de Nationale Drug Monitor dankt de medewerkers van het Bureau van de NDM en de medewerkers van het WODC voor de grote inspanningen die zij hebben geleverd. Veel dank gaat ook uit naar alle personen en organisaties die gegevens hebben aangeleverd.

Prof. dr. Henk Garretsen

Voorzitter Wetenschappelijke Raad van de Nationale Drug Monitor

LIJST VAN AFKORTINGEN

2C-B	4-bromo-2,5-dimethoxyphenethylamine
4-MTA	4-methylthioamfetamine
AIAR	Amsterdam Institute for Addiction Research
Aids	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AIHW	Australian Institute of Health and Welfare
BMK	Benzyl-methyl-keton
BO	Basisonderwijs
BZK	Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
BZP	Benzylpiperazine
CAN	Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CEDRO	Centrum voor Drugsonderzoek
CJIB	Centraal Justitieel Incasso Bureau
CMR	Centrale Methadon Registratie
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CPA	Centrale Post Ambulancevervoer
CSV	Crimineel Samenwerkings Verband
CVA	Cerebraal Vasculaire Aandoening (beroerte)
CVS	Cliënt Volg Systeem
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DIMS	Drugs Informatie en Monitoring Systeem
DIS	DBC Informatiesysteem
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
DMS	Drug Monitoring Systeem
dNRI/O&A	dienst Nationale Recherche Informatie van het Korps Landelijke Politie Diensten, groep Onderzoek & Analyse
DOB	2,5-dimethoxy-4-bromoamfetamine
DSM	Diagnostic and Statistical Manual
EHBO	Eerste Hulp bij Ongelukken
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (in het Nederlands: EWDD)
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
EU	Europese Unie
FPD	Forensisch Psychiatrische Dienst
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GG&GD	Gemeentelijke Geneeskundige & Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg

GHB	Gamma-hydroxyboterzuur
HAART	Highly Active Anti-Retroviral Treatment
HAVO	Hoger Algemeen Voortgezet Onderwijs
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children (studie)
HBV	Hepatitis B virus
HCV	Hepatitis C virus
HDL-C	High density lipoprotein cholesterol
HIV	Humaan Immunodeficiëntie Virus
HKS	Herkenningssysteem
ICD	International Classification of Diseases
IDG	Intraveneuze Drugsgebruiker
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
ISD	Inrichting voor Stelselmatige Daders
IVO	Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving
IVZ	Stichting Informatievoorziening Zorg
KLPD	Korps landelijke politiediensten
KMar	Koninklijke Marechaussee
LADIS	Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem
LIS	Letsel Informatie Systeem
LMR	Landelijke Medische Registratie
LOM	School voor kinderen met Leer- en OpvoedingsMoeilijkheden
LSD	d-Lysergzuur-diethylamide
LUMC	Leids Universitair Medisch Centrum
LZI	Landelijke Ziekenhuiszorg Informatie
MBDB	N-methyl-1-(3,4-methyleen-dioxyphenyl)-2-butanamine
mCPP	meta-Chloor-Phenyl-Piperazine (metachloorpiperazine)
MDA	Methyleen-dioxyamfetamine
MDEA	Methyleen-dioxyethylamfetamine
MDMA	3,4-methyleen-dioxymethamfetamine
MGC	Monitor Georganiseerde Criminaliteit
MLK	School voor Moeilijk Lerende Kinderen
MMO	Monitor Maatschappelijke Opvang
MO/VB-regio	Regio voor de Maatschappelijke Opvang en het Verslavingsbeleid
MSM	Mannen die sex hebben met mannen
NDM	Nationale Drug Monitor
NEMESIS	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NMG	Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid

NPO	Nationaal Prevalentie Onderzoek
NRI	Nationale Recherche Informatie
NVIC	Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum
NWO	Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
OBJD	Onderzoeks- en Beleidsdatabase Justitiële Documentatie
OM	Openbaar Ministerie
OPS	Opsporingsregister
PAAZ	Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
PBW	Penitentiaire Beginselenwet
PMA	Paramethoxyamfetamine
PMK	Piperonyl-methyl-keton
PMMA	Paramethoxymethylamfetamine
POLS	Permanent Onderzoek Leefsituatie
RIAGG	Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen
RISc	Recidive Inschattings Schalen
ROI	Rijden Onder Invloed
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SEH	Spoedeisende Eerste Hulp
SHM	Stichting HIV Monitoring
SIVZ	zie: IVZ
SOA	Seksueel Overdraagbare Aandoening
SOV	Strafrechtelijke Opvang Verslaafden
Sr	Wetboek van Strafrecht
Sv	Wetboek van Strafvordering
SVG	Stichting Verslavingsreclassering GGZ Nederland
SRM	Strafrechtmonitor
SSI	Stichting Sigarettenindustrie
SWOV	Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid
TBS	Terbeschikkingstelling
THC	Tetrahydrocannabinol
TNS NIPO	Nederlands Instituut voor de Publieke Opinie en het Marktonderzoek
TRIAS	Transactie Registratie en Informatie Afhandelingssysteem
TULP	TenUitvoerLegging van vrijheidsbenemende maatregelen in Penitentiaire inrichtingen
UvA	Universiteit van Amsterdam
VBA	Verslavings Begeleidingsafdeling
v.i.	voorwaardelijke invrijheidstelling

VIS	Vroeghulp Interventie Systematiek
VMBO-p	Vorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs – praktijkgerichte leerweg
VMBO-t	Vorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs – theoretische leerweg
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VTV	Volksgesondheid Toekomst Verkenningen
VWO	Vorbereidend Wetenschappelijk Onderwijs
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WHO	World Health Organisation (Wereld Gezondheidsorganisatie)
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum
WVMC	Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën
WvS	Wetboek van Strafrecht
ZMOK	School voor Zeer Moeilijk Opvoedbare Kinderen
ZonMw	Zorgonderzoek Nederland Medische Wetenschappen
Zorgis	Zorginformatiesysteem GGZ

SAMENVATTING

De tabellen 1a en 1b geven een overzicht van de laatste cijfers over het middelengebruik en de drugscriminaliteit. Hieronder volgt een beschrijving van de meest in het oog springende ontwikkelingen uit het Jaarbericht 2007. Het percentage recente gebruikers is het percentage dat het afgelopen jaar een middel heeft gebruikt en het percentage actuele gebruikers is het percentage dat in de laatste maand een middel heeft gebruikt.

DRUGS: GEBRUIK EN HULPVRAAG

HULPVRAAG VANWEGE CANNABISGEBRUIK BLIJFT TOENEMEN

Het percentage actuele cannabisgebruikers in de algemene bevolking van 15-64 jaar bleef tussen 2001 en 2005 stabiel. In 2005 was 3,3 procent een actuele cannabisgebruiker, in absolute getallen 363 duizend gebruikers. Tegenover deze stabiele trend staat een gestage groei van aantal cliënten met een cannabisprobleem bij de verslavingszorg. Tussen 1994 en 2006 steeg het aantal primaire cannabiscliënten van 1951 naar 6544. Van 2005 naar 2006 ging het om een toename van zeven procent. Bijna tweederde van de cannabiscliënten (63%) is 25 jaar of ouder. In algemene ziekenhuizen worden maar weinig mensen opgenomen vanwege cannabisproblematiek als hoofddiagnose (54 opnames in 2006). Het aantal opnames met cannabismisbruik en -afhankelijkheid als nevendiagnose is groter en steeg van 299 in 2005 naar 377 in 2006, een toename van 26 procent. Deze trend kan wijzen op een toename van het aantal probleemgebruikers van cannabis, maar eveneens op een verbetering van het hulpverleningsaanbod voor cannabisproblematiek, of een toenemende bewustwording van de verslavende eigenschappen van cannabis, waardoor gebruikers wellicht sneller hulp zoeken.

GEEN VERDERE TOENAME COCAÏNEHULPVRAAG

Het actuele gebruik van cocaïne in de algemene bevolking van 15-64 jaar bleef van 2001 tot 2005 op hetzelfde niveau (in 2005: 0,3% ofwel 32 duizend gebruikers). Onder uitgaande jongeren en jonge volwassenen komt het gebruik (overwegend snuiven) van cocaïne beduidend vaker voor dan in de algemene bevolking (3-19% actuele gebruikers in wisselende groepen). Daarbij wordt niet alleen in het uitgaansleven gebruikt, maar ook vaak thuis, zowel in het weekend als doordeweeks. De populariteit van het middel heeft zich inmiddels over het gehele land verspreid, al lijkt in navolging van Amsterdam een verzadigingspunt te zijn bereikt. Onder platelandsjongeren is mogelijk sprake van een verdere stijging. Gecombineerd gebruik

van cocaïne met alcohol blijft favoriet. In het drugsrepertoire van harddrugsverslaafden heeft cocaïne, in de rookbare en hierdoor sterker verslavende variant crack, een stevige positie ingenomen. Onder probleemjongeren komt crackgebruik relatief weinig voor. Hoeveel mensen lichamelijke, psychische of sociale problemen krijgen vanwege overmatig cocaïnegebruik is echter niet bekend. Wel registreerde de verslavingszorg tot 2004 een sterke groei van het aantal primaire cocaïnecliënten, van 2500 in 1994 naar tienduizend in 2004. Deze trend heeft zich in 2005 en 2006 niet voortgezet. Van 2005 naar 2006 daalde het aantal cocaïnecliënten met twee procent naar 9 599 cliënten. Deze daling is met name toe te schrijven aan een afname van het aantal cliënten met een primair crackprobleem. Het aantal ziekenhuisopnames waarbij cocaïne een rol speelt steeg tot 2002 en schommelde daarna rond hetzelfde niveau. In 2006 stonden 514 opnames geregistreerd met cocaïnemisbruik en - afhankelijkheid als nevendiagnose. Als hoofddiagnose komt cocaïneproblematiek veel minder voor (90 opnames in 2006).

TOENAME AMFETAMINECLIËNTEN, MAAR AANTAL BLIJFT LAAG

In de algemene bevolking van 15-64 jaar is het amfetaminegebruik relatief beperkt en stabiel. In 2005 was 0,2 procent een actuele amfetaminegebruiker. Omgerekend naar de bevolking gaat het om 21 duizend personen. Het aantal amfetaminegebruikers dat aanklopte bij de verslavingszorg verdubbelde echter ruimschoots van 482 in 2001 naar 1 215 in 2006. Van 2005 naar 2006 ging het om een toename van negen procent. Het aandeel van amfetamine op alle hulpvragen voor drugsproblematiek bij de verslavingszorg is nog steeds gering (4% in 2006). Het aantal opnames in algemene ziekenhuizen gerelateerd aan problemen met amfetamine(-achtigen) blijft beperkt, al was in 2004 een tijdelijke toename waarneembaar van het aantal nevendiaгноses in verband met afhankelijkheid en misbruik van amfetamineachtigen (63 in 2003, 108 in 2004 en 88 in 2006). Mogelijk hangen deze trends in de hulpvraag samen met een toename in het aantal probleemgebruikers van amfetamine, maar cijfers om deze trend te bevestigen ontbreken. In het uitgaansleven neemt amfetamine een bescheiden rol in, vergeleken met cocaïne en ecstasy. Sleutelfiguren signaleren wel een stijging van het gebruik in bepaalde delen van het land (noorden en zuiden) en in bepaalde groepen jongeren, met name de (autochtone) dorpsjeugd. Deze jongeren gebruiken het middel soms als goedkopere vervanging van cocaïne.

ECSTASYGEBRUIK NOG STEEDS POPULAIR, MAAR ZELDEN REDEN VOOR HULPVRAAG

Het percentage actuele gebruikers van ecstasy in de algemene bevolking bleef tussen 2001 en 2005 stabiel (in 2005: 0,4% ofwel 40 duizend gebruikers). Ecstasy is in het uitgaansleven nog steeds een belangrijke drug, met name op dansfeesten. Sleutelfiguren in het uitgaansleven signaleren een matiging van het ecstasygebruik,

met name onder de wat oudere stappers. Onder beginnende jonge gebruikers wordt wat vaker excessief gebruik waargenomen. Trendcijfers ontbreken echter. Het aantal mensen dat met een primair ecstasyprobleem bij de verslavingszorg aanklopt blijft al jaren beperkt en daalde van 293 in 2005 naar 228 in 2006. Ruim drie keer zoveel mensen noemen ecstasy als secundair probleem (715 in 2006). Tal van studies wijzen er op dat *frequent* gebruik van ecstasy afwijkingen aan de serotonine-receptoren in de hersenen veroorzaakt. Er zijn ook klinische effecten van frequent ecstasygebruik gerapporteerd, zoals een afname van het geheugen en een toename van symptomen van depressie. Recent onderzoek leidt tot het inzicht dat ook het *incidenteel* gebruik van ecstasy niet zonder meer veilig is, hoewel de gevolgen van gebruik van een lage dosis ecstasy op het psychisch functioneren subtiel zijn.

VERSLAVINGSZORG EN ZIEKENHUIZEN REGISTREREN STEEDS MINDER OPIAATGEBRUIKERS

Volgens de laatste schatting in 2001 telde Nederland tussen de 24 en 46 duizend probleemgebruikers van opiaten. Van de lidstaten van de EU-15 heeft Nederland samen met Griekenland en Duitsland het laagste aantal probleemgebruikers per duizend inwoners van 15-64 jaar (2 tot 3, versus 8-9 in Italië en Spanje en 10 in het Verenigd Koninkrijk). De Nederlandse populatie opiaatgebruikers is in de loop der jaren gemiddeld steeds ouder geworden. Het aandeel jonge opiaatcliënten (15-29 jaar) bij de verslavingszorg daalde van 39 procent in 1994 naar 6 procent in 2005 en stabiliseerde op dit percentage in 2006. Tussen 2001 en 2006 daalde ook het totale aantal cliënten met een primair opiaatprobleem, van bijna 18 duizend naar 13 duizend (-22%). Van 2005 naar 2006 ging het om een daling van zeven procent. Slechts vier procent van de opiaatcliënten klopte in 2006 voor het eerst aan voor hulp vanwege een drugsprobleem. De rest stond al eerder ingeschreven bij de verslavingszorg. Het aantal opnames in algemene ziekenhuizen waarbij opiaatproblematiek als nevendiagnose is gesteld nam eveneens af. In 2005 en 2006 ging het om respectievelijk 594 en 476 opnames, een daling van 20 procent. De groep opiaatcliënten die overblijft veroudert en kampt vaak met lichamelijke en psychische problemen. De afname in het percentage actuele injecteerdere onder opiaatcliënten in de verslavingszorg stagneerde en het percentage bleef in 2005 en 2006 steken op tien procent. Nieuwe hiv-infecties onder injecterende harddrugsgebruikers komen niet veel meer voor. Injecteren blijft wel een belangrijke risicofactor voor besmetting met hepatitis C. Onder geregistreerde hiv-positieve injecterende drugsgebruikers is het percentage hepatitis C infecties bijzonder hoog.

ALCOHOL EN TABAK: GEBRUIK EN HULPVRAAG

LICHTE STIJGING AANTAL ALCOHOLGERELATEERDE ZIEKENHUISOPNAMES

Het aantal recente en actuele consumenten van alcohol in de bevolking van 15-64 jaar bleef tussen 2001 en 2005 stabiel (in 2005: recent 85%, actueel 78%). Het percentage mensen dat in het afgelopen half jaar minimaal een keer zes of meer glazen op een dag had gedronken daalde in deze periode van 40 naar 35 procent. Er zijn grote verschillen tussen leeftijdsgroepen, met name als het om wat forser alcoholgebruik gaat. Mannen van 18-24 jaar scoren het hoogst wat betreft zwaar drinken en probleemdrinken. Zo was in 2007 bij 38 procent van de mannen en 14 procent van de vrouwen in deze leeftijdsgroep sprake van zwaar drinken (op één of meer dagen per week minstens zes glazen alcohol drinken). Dat is minder dan in 2002 (42% voor de mannen en 18% voor de vrouwen van 18-24 jaar) maar iets meer dan in 2006 (36% voor de mannen en 10% voor de vrouwen van 18-24 jaar). Ook het drankgebruik onder scholieren heeft de afgelopen jaren flink de aandacht getrokken. Het aandeel scholieren dat op jonge leeftijd al alcohol gebruikt nam tussen 1999 en 2003 toe. Vaak beginnen zij met drinken als zij tussen de elf en veertien jaar oud zijn. Met name onder twaalfjarigen nam het percentage actuele gebruikers tussen 2003 en 2005 echter weer wat af. Alcohol lijkt ook onlosmakelijk verbonden te zijn met het uitgaansleven. Onder jonge stappers is een toename gesignaleerd van het thuis indrinken. Kostenbesparing speelt hierbij een rol. Het 'binge drinken' lijkt onder uitgaande jongeren eerder regel dan uitzondering. Ondanks een wettelijk verbod kunnen jongeren onder de zestien jaar makkelijk alcoholhoudende dranken verkrijgen. In 2006 gaf een vijfde van de 12-16-jarigen aan wel eens alcohol te hebben gekocht.

Van de circa 1,2 miljoen probleemdrinkers vraagt slechts een klein deel hulp bij de verslavingszorg. In 2006 zijn ruim 30 duizend cliënten behandeld voor een primair alcoholprobleem. Na een stijging tussen 2001 en 2005 (39%) nam het aantal cliënten in 2006 licht af met drie procent. In ziekenhuizen steeg het aantal opnames vanwege een hoofddiagnose alcoholmisbruik- en afhankelijkheid van 3900 in 2001 naar 4500 in 2004. Van 2004 naar 2005 bleef het aantal klinische opnames vrijwel op het zelfde niveau (4 553), maar van 2005 naar 2006 was er opnieuw een lichte stijging van 7 procent (4 855). Het aantal jongeren en kinderen van 16 jaar of jonger met een alcoholgerelateerde opname steeg tussen 2001 en 2006 met ruim tachtig procent.

AANTAL ROKERS IETS GEDAALD

Onder mensen van 15 jaar en ouder trad een geringe daling op in het percentage rokers van 28,2 procent in 2006 naar 27,5 procent in 2007. Het percentage zware rokers daalde onder mensen van 12 jaar en ouder van 7,2 naar 6,7 procent. Bij de

hulpvraag voor tabaksverslaving gaat het in hoofdzaak om zelfzorg en het zoeken van hulp bij de huisarts. In 2006 hebben naar schatting 42 800 mannen en 42 100 vrouwen hun huisarts geconsulteerd over het stoppen met roken. Dat is in totaal 24 procent minder dan in 2005. De markt voor nicotinevervangende middelen (pleisters, kauwgom, tabletten) steeg tussen 2006 en 2007. Diverse campagnes stimuleren rokers om te stoppen met roken.

STERFTE

ROKEN BLIJFT DE BELANGRIJKSTE DETERMINANT VOOR STERFTE

Roken is in Nederland nog steeds de belangrijkste oorzaak van voortijdige sterfte, al lijkt zich een lichte daling af te tekenen. In 2006 overleden 19 366 mensen van 20 jaar en ouder aan de directe gevolgen van roken, zeven procent minder dan in 2000. In 2006 waren alcoholgerelateerde aandoeningen de directe aanleiding voor ruim 700 sterfgevallen; in nog zo'n duizend gevallen stonden alcoholgerelateerde aandoeningen als secundaire doodsoorzaak geregistreerd. De stijging in de totale sterfte door alcoholgerelateerde aandoeningen vanaf begin jaren negentig zette zich sinds 2004 niet door. De sterfte aan alcoholgerelateerde aandoeningen en tabak is vele malen groter dan de (hard)drugssterfte. In 2006 stonden 112 gevallen van directe sterfte door drugs geregistreerd ('overdosis'), iets minder dan in 2005 (122). In de afgelopen tien jaar fluctueert dit aantal tussen 103 en 144 gevallen. Vergeleken met een aantal andere Europese lidstaten blijft de drugssterfte in Nederland gering.

MARKT

THC-GEHALTE IN NEDERWIET VERDER AFGENOMEN

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) volgt de samenstelling van partydrugs en cannabis. De meeste pillen die als ecstasy zijn gekocht bevatten al jaren daadwerkelijk MDMA of een verwante stof. Wel bevat bijna één op de tien ecstasypillen in 2007 (ook) de stof meta-Chloor-Phenyl-Piperazine (mCPP). Deze stof kan onaangename effecten teweegbrengen. Het aandeel geteste pillen met een relatief hoge dosis MDMA (meer dan 105 mg) is gestegen van 20 procent in 2006 naar 30 procent in 2007.

Het gemiddelde THC-gehalte (het belangrijkste werkzame bestanddeel van cannabis) in nederwiet is tussen 2006 en 2007 verder gedaald van 17,5 naar 16 procent. De gemiddelde prijs voor een gram nederwiet steeg in deze periode van 6,20 naar 7,30 euro. Er zijn geen aanwijzingen dat cannabis die verzwaard is met loodpareltjes of glasdeeltjes via coffeeshops de markt bereikt.

DELICTEN TEGEN DE OPIUMWET

DE MEERDERHEID VAN DE OPSPORINGSONDERZOEKEN NAAR ERNSTIGE VORMEN VAN GEORGANISEERDE CRIMINALITEIT IS GERICHT OP DRUGS

In 2006 is driekwart van de ruim 300 onderzoeken naar ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit gericht op de handel in of productie van drugs. Meestal gaat het om harddrugs: cocaïne, synthetische drugs en heroïne. Bij softdrugsonderzoeken gaat het vooral om de handel en/of teelt van nederwiet.

DE INSTROOM VAN OPIUMWETDELICTEN IN DE STRAFRECHTSKETEN STABILISEERT IN 2006

Bij de politie en de Koninklijke Marechaussee zijn ongeveer 22 duizend personen ingeschreven als verdachten van een Opiumwetdelict, ongeveer evenveel als in 2004 en 2005. Vanuit de politie zijn rond 20 duizend zaken doorgestroomd naar het Openbaar Ministerie; 2004 was hier een 'piekjaar', in 2005/2006 is sprake van een stabilisatie op een relatief hoog niveau. Het aandeel van Opiumwetdelicten is de laatste jaren redelijk constant (7 à 8%). Blijkbaar volgen Opiumwetdelicten dezelfde lijn als het totaal van alle delicten.

HARDDRUGSDELICTEN DALEN, TERWIJL HET AANDEEL SOFTDRUGSDELICTEN TOENEEMT

Deze trend is vooral duidelijk in 2005 en 2006. Waarschijnlijk is dit een gevolg van de meer intensieve aanpak van de hennepkweek. Bij het OM en bij de rechter verschilt het aandeel harddrugs nauwelijks van dat van softdrugs. Harddrugsdelicten vormen nog wel overal de meerderheid en hebben nog steeds veruit de overhand in de vrijheidsstraffen en de detentiejaren.

DE RECHTER DOET MEER OPIUMWETZAKEN AF EN LEGT MINDER (DEELS) ONVOORWAARDELIJKE VRIJHEIDSTRaffen OP

De rechter heeft rond 13 duizend Opiumwetzaken in eerste aanleg afgedaan. Het aantal taakstraffen daalt in 2006 licht ten opzichte van 2005, maar is nog steeds relatief hoog. Tussen 2000 en 2005 was er een continue stijging. De rechter legde in 2006 minder (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen op dan in 2005 en ook minder detentiejaren. Deze daling zette in 2004 al in. De daling geldt in het algemeen voor alle typen delicten: Opiumwetdelicten dalen mee in een algemene daling. Het aandeel Opiumwetdelicten is echter wél iets toegenomen, wat er op duidt dat Opiumwetdelicten minder sterk dalen dan de rest.

OPIUMWETDELICTEN HEBBEN EEN RELATIEF GROTE KANS OM DOOR DE HELE STRAFRECHTSKETEN HEEN TE 'STROMEN'

Het aandeel Opiumwetdelicten op het totale aantal delicten schommelt bij de politie/Koninklijke Marechaussee en het OM tussen de zes en acht procent, bij de rechter is het hoger (zeven - negen procent), bij de vrijheidsstraffen tussen de twaalf en dertien procent (2000-2006). Tussen de 27 en 33 procent van de detentiejaren is opgelegd wegens een Opiumwetdelict. Het aandeel wordt dus steeds hoger: Opiumwetdelinquenten hebben in 2006 een relatief grote kans om voor de rechter gebracht te worden en veroordeeld te worden tot een verhoudingsgewijs lange vrijheidsstraf.

DELICTEN GEPLEEGD DOOR GEBRUIKERS

EEN GROOT DEEL VAN DE GEDETINEERDENPOPULATIE HEEFT PROBLEMEN MET MIDDELEN-GEBRUIK OF GOKKEN

Zestig procent van de gedetineerden rapporteert problematisch gebruik van alcohol of drugs of problematisch gokken in het jaar vóór detentie. Dertig procent is problematisch alcoholgebruiker, 33 procent is problematisch gebruiker van cannabis, 24 procent heeft problemen met het gebruik van harddrugs – vooral cocaïne en heroïne. Zes procent is een problematische gokker.

TABEL 1A KERNCIJFERS MIDDELENGEBRUIK

	<i>Cannabis</i>	<i>Cocaine</i>
<i>Gebruik algemene bevolking (2005)</i>		
– Percentage recente gebruikersI	5,4%	0,6%
– Percentage actuele gebruikersI	3,3%	0,3%
– Trend recent gebruik (2001-2005)	Stabiel	Stabiel
– Internationale vergelijking	Iets onder gemiddelde	Onder gemiddelde
<i>Gebruik jongeren, scholieren (2003)</i>		
– Percentage actuele gebruikers, 12-18 jaar	9%	0,8%
– Trend 12-18 jaar (1996-2003)	Daling (j) Stabiel (m)	Stabiel
– Internationale vergelijking, 15/16 jaar	Gemiddeld	Gemiddeld
<i>Aantal probleemgebruikers</i>		
	Onbekend ^{III}	Onbekend
<i>Aantal cliënten verslavingszorg (2006)</i>		
– Middel als primair probleem	6 544	9 599
– Middel als secundair probleem	5 167	7 829
– Trend (2002-2006)	Stijging	Stijging tot 2004, daarna lichte daling
<i>Aantal ziekenhuisopnames (2006)</i>		
– Misbruik/afhankelijkheid als hoofddiagnose	54	90
– Misbruik/afhankelijkheid als nevendiagnose	377	514
– Trend (2002 – 2006)	Stijging	Stabiel
<i>Geregistreerde sterfte (2006)^{VI}</i>		
	Geen primaire sterfte	21 (primair)

I. Recent gebruik is gebruik in het afgelopen jaar, actueel gebruik is gebruik in de laatste maand. j = jongens, m = meisjes. II. Tussen 1999 – 2003. III. 50 000 in 1996 volgens diagnose cannabisafhankelijkheid. IV. Volgens nieuwe schattingsmethoden. Aantallen verschillen niet significant van voorgaande schattingen. V. Gebaseerd op de zware rokers (20 of meer sigaretten per dag). VI. Primaire sterfte:

<i>Opiaten</i>	<i>Ecstasy</i>	<i>Amfetamine</i>	<i>Alcohol</i>	<i>Tabak</i>
0%	1,2%	0,3%	85%	–
0%	0,4%	0,2%	78%	27,5% (2007)
Stabiel	Stabiel	Stabiel	Stabiel	Daling
Laag	Boven gemiddelde	Onder gemiddelde	Gemiddeld	Gemiddeld
0,5%	1,2%	0,8%	58%	20%
Stabiel	Daling	Daling	Stabiel (j) Stijging (m) ^{II}	Daling
Gemiddeld	Boven gemiddelde	Beneden gemiddelde	Hoog (>10 keer laatste maand)	Gemiddeld
24 000–46 000 ^{IV}	Onbekend	Onbekend	1 200 000	>1 000 000 ^V
13 180	228	1 215	30 210	Onbekend
2 043	715	760	5 208	n.v.t.
Daling	Stabiel, lichte daling in 2006	Stijging	Stijging tot 2005, lichte daling in 2006	
78		39	4 855	Onbekend
476		88	11 689	Onbekend
Daling		Lichte stijging	Lichte stijging	
44 (primair)		<10	733 (primair) ^{VII} 1 009 (sec.)	19 366 (primair+sec.)

middel als primaire (onderliggende) doodsoorzaak. Secundaire sterfte: middel als secundaire doodsoorzaak (bijdragende factor of complicatie). VII. Hierbij is de sterfte aan verkeersongevallen en sterfte geassocieerd met kanker nog niet meegerekend.

TABEL 1B **KERNCIJFERS DRUGSCRIMINALITEIT: OPIUMWETDELICTEN IN DE STRAFRECHTSKETEN**

<i>Fase in keten</i>	<i>Aantal verdachten politie/KMar¹</i>	<i>Aantal zaken OM</i>
<i>Aantal Opiumwet</i>		
– Totaal	22 145	20 193
– Harddrugs	11 090	9 870
– Softdrugs	8 127	9 461
– Beide	2 487	804
– Ontwikkeling 2005-2006	Stabilisatie	Stabilisatie
– Globale trend 2000-2006	Toename tot 2004, sindsdien stabiel op relatief hoog niveau	Toename tot 2004, 2005 en 2006 weer lager. Daling harddrugs (sinds 2004), toename softdrugs
% Opiumwet op totaal	7%	8%
– Ontwikkeling 2005-2006 van %	Stabilisatie	Stabilisatie

I. Voorlopige cijfers 2006. Bronnen: HKS, KLPD/DNRI; OMDATA, WODC; OBJD, WODC.

*Afdoeningen rechter 1e aanleg**Vrijheidsstraffen**Detentiejaren*

13 076

4 133

2 243

6 538

3 317

1 884

5 942

573

199

577

243

160

Toename

Afname

Afname

Toename.

Toename tot 2003,

Toename tot 2003,

Daling harddrugs (sinds 2003),
toename softdrugs

daarna afname

daarna afname

9%

17%

29%

Lichte toename

Lichte toename

Lichte toename

1 INLEIDING

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. 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 te verzamelen op basis van bestaand onderzoek en registraties en deze kennis te bundelen en te vertalen in een aantal kernproducten, zoals Jaarberichten, thematische rapporten en fact sheets. Deze doelstelling sluit aan op het huidige streven naar het op feiten baseren van beleid en praktijk.

De NDM is in 1999 opgericht. Dat gebeurde op initiatief van de minister van VWS.¹ Drugsgebruik is echter niet alleen het aandachtsgebied van de volksgezondheid, maar treft ook het terrein van justitie. Sinds 2002 ondersteunt ook het ministerie van Justitie de NDM.

De NDM behartigt de volgende functies:

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

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

- middelengebruik in de algemene bevolking
- problematisch gebruik en verslaving

- beroep op de hulpverlening
- ziekte in relatie tot middelengebruik
- en sterfte in relatie tot middelengebruik.

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 indicatoren, waarvoor het WODC gegevens verzamelt.²

De NDM rapporteert vooral cijfermatige gegevens die zijn gebaseerd op kwantitatief onderzoek. Soms vermeldt het Jaarbericht echter ook gegevens die gebaseerd zijn op kwalitatief onderzoek. Het gaat dan vaak om observaties van sleutelfiguren in een bepaalde setting. Omdat deze signalen kunnen wijzen op potentiële nieuwe trends in middelengebruik, zijn zij in sommige gevallen opgenomen in dit Jaarbericht. Deze signalen kunnen aanleiding zijn voor een nadere cijfermatige onderbouwing.

SAMENWERKINGSVERBAND

De NDM steunt op de inbreng van vele deskundigen. Uitvoerders van tal van lokale en nationale monitoringprojecten 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 Drugsgelateerde sterfte ondersteunen de NDM op thematische deelgebieden.

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

JAARBERICHT 2007

Voor u ligt het negende Jaarbericht van de NDM. De hoofdstukken twee tot en met zeven beslaan ontwikkelingen per middel, of klassen van middelen: cannabis, cocaïne, opiaten, ecstasy en amfetamine, alcohol en tabak. Per hoofdstuk presenteren wij kort en bondig de meest recente cijfers over het gebruik, het problematisch gebruik, de hulpvraag, (ziekte) en sterfte en tenslotte aanbod en markt. De positie van Nederland plaatsen wij in internationaal perspectief. Vanwege verschillen in leeftijdsgroepen, definities van gebruik en methoden dienen verschillen tussen landen echter steeds voorzichtig te worden geïnterpreteerd.

In hoofdstuk acht volgen gegevens over de geregistreerde drugscriminaliteit. Centraal staan de Opiumwetcriminaliteit en de criminaliteit van drugsgebruikers in de verschillende onderdelen van de strafrechtsketen (politie, Openbaar Ministerie, justitie, detentie). Ook geeft dit hoofdstuk een actueel overzicht van de strafrechtelijke mogelijkheden voor dwang en drang voor criminele drugsverslaafden.

Cijfers over middelengebruik en drugscriminaliteit kunnen op verschillende manieren worden verzameld en weergegeven. Bijlage A geeft informatie over de terminologie. In bijlage B geven wij een beknopt overzicht van de meest belangrijke bronnen voor de informatie in dit Jaarbericht.

Het Jaarbericht is ook te raadplegen via internet. Voor een PDF van dit rapport via internet:

- Ga naar www.trimbos.nl. Klik rechts boven bij “ZOEKEN” op “uitgebreid zoeken”. Kies bij “Voorkeuren” voor “exacte zin”. Tik in bij “Zoek naar” de tekst “Nationale Drug Monitor Jaarbericht 2007” en klik op “zoek”. Onderaan de pagina kunt u dan een PDF downloaden.
- Of ga naar www.wodc.nl. Ga links boven bij 1 naar “Onderzoek”. Ga bij 2 naar “Afgerond onderzoek”. Ga bij 3 naar “Intern onderzoek”. Ga bij 4 naar “2008”. Zoek op “Werktitel: Nationale Drug Monitor”. Rechts bovenin bij de “Bijlagen” kunt u dan een PDF downloaden.

LACUNES

Bij het samenstellen van de Jaarberichten is gebleken dat sommige essentiële gegevens ontbreken, sterk verouderd zijn, of nog van onvoldoende kwaliteit zijn. Lacunes die de Wetenschappelijke Raad van de NDM heeft geconstateerd zijn met name als volgt:

- De omvang van de groep probleemgebruikers van cannabis en cocaïne is onbekend.
- Recente gegevens over de prevalentie van hiv en hepatitis B en C onder lokale groepen van (injecterende) harddrugsgebruikers ontbreken.
- Meer in het algemeen verliezen we zicht op ontwikkelingen in risicogedrag en (psychische, sociale en gezondheids-) problematiek in de populatie problematische harddrugsgebruikers vanwege het teruglopen van het aantal periodieke kwantitatieve veldstudies in deze populatie.
- Een landelijk beeld van cijfermatige trends in (riskant) middelengebruik onder de risicogroep van uitgaande jongeren ontbreekt.
- Er is nog geen zicht op de groep mensen die vanwege verslavingsproblematiek hulp vraagt bij de particuliere verslavingsklinieken en de reguliere verslavingsklinieken die niet gefuseerd zijn met de ambulante verslavingszorg.

- Er is nog geen volledig beeld van de groep mensen die een hulpverleningsaanbod krijgen voor verslavingsproblemen via een e-health interventie.
- Voor de ambulante en de intramurale verslavingszorg worden de resultaten van behandeling en zorg nog onvoldoende geregistreerd.

Het hoofdstuk over drugsgerelateerde criminaliteit rapporteert voornamelijk over de geregistreeerde criminaliteit. Cijfers over de niet-geregistreeerde drugsgerelateerde criminaliteit zijn er nauwelijks. Voor zover deze beschikbaar zijn, worden ze beschreven. Belangrijke lacunes in de voor de NDM te rapporteren registratiegegevens zijn:

- De registratie van in beslag genomen drugs is niet uniform en niet volledig.
- Gegevens over drugsgebruikende justitiabelen zijn onvolledig of van onvoldoende kwaliteit.

Voor het verhelpen van sommige lacunes is reeds actie ondernomen. Zo zal er voor de drie grootste steden, Amsterdam, Rotterdam en Den Haag, in het kader van het Programma Risicogedrag en afhankelijkheid van ZonMw, een schatting komen van het aantal gebruikers van crack, de rookbare vorm van cocaïne. Bovendien zal het psychiatrisch bevolkingsonderzoek NEMESIS (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study, NEMESIS II) in 2009 landelijke cijfers opleveren over het aantal mensen in de algemene bevolking van 18-64 jaar met cannabisafhankelijkheid. Wat betreft de particuliere verslavingsklinieken streeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) naar een volledig overzicht van al deze klinieken in 2008. E-health interventies in de vorm van preventie, vroeghulp en zelfhulp worden doorgaans niet geregistreerd in het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie System (LADIS). Wel worden hier soms op regionaal niveau afzonderlijke databestanden over aangelegd. Neemt e-health de vorm aan van daadwerkelijke behandeling van verslavingsproblematiek, dan wordt e-health ten dele al geregistreerd in het LADIS. De verwachting is dat deze vorm van behandeling, mede vanwege de financiering door de Zorgverzekeraars, op termijn volledig regulier zal worden geregistreerd. Wat betreft de lacunes in de justitiële gegevens, liet het WODC in 2006-2007 onderzoek verrichten naar de aantallen ontmantelde hennepkwekerijen en naar de problematische alcohol- en drugsgebruikers en gokkers in het gevangeniswezen.³⁴ De informatie uit deze onderzoeken is in dit Jaarbericht opgenomen.

Het streven is dat in de toekomst de registraties van de gezondheidszorg zullen plaatsvinden in de vorm van de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) en dat deze geanonimiseerd zullen worden aangeleverd aan het landelijke DBC Informatie Systeem (DIS). Hiervoor is het van belang dat in de toekomst alle instellingen voor verslavingszorg zullen deelnemen aan het DIS. Sommige instellingen voor verslavingszorg zullen dat doen als een divisie verslavingszorg binnen een geïntegreerde instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Wellicht zal het DIS in de komende jaren

bepaalde lacunes in de informatievoorziening kunnen opheffen, maar tot op heden voldoet de DBC-registratie nog niet aan de vereisten voor het in kaart brengen van de alcohol- en drugsproblematiek. De komende jaren blijft de verbetering van de kwaliteit van monitoringgegevens daarom een punt van aandacht. Zolang nieuwe registratiesystemen als het DIS de functies van de bestaande registratiesystemen nog niet kunnen overnemen, blijft het al met al van groot belang dat bestaande registraties zoals de Landelijke Medische Registratie (LMR) en het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) behouden blijven. In opdracht van de NVZ vereniging van ziekenhuizen en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) is voor de LMR inmiddels een werkgroep in het leven geroepen die streeft naar het behoud en de verdere ontwikkeling van de LMR in de vorm van de Landelijke Ziekenhuiszorg Informatie (LZI).

2 CANNABIS

Cannabis (*Cannabis Sativa* of hennep) omvat hasj en wiet in diverse preparaten. THC (tetrahydrocannabinol) is het belangrijkste psychoactieve bestanddeel. Cannabis wordt doorgaans gerookt in sigaretten, al dan niet samen met tabak, en soms via een verdamer. Eten – in de vorm van spacecake – komt weinig voor. Consumenten ervaren cannabis meestal als rustgevend, ontspannend en geestverruimend. In hoge dosis kan cannabis angst, paniek en psychotische symptomen veroorzaken. Onderstaande gegevens gelden voor hasj en wiet samen, tenzij anders aangegeven.

2.1 LAATSTE FEITEN EN TRENDS

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

- Het percentage recente en actuele gebruikers in de bevolking van 15-64 jaar bleef tussen 2001 en 2005 stabiel (§ 2.2).
- Onder de schoolgaande jeugd (12-18 jaar) is het percentage actuele cannabisgebruikers tussen 1996 en 2003 licht gedaald. Cijfers uit 2005 laten zien dat het gebruik van cannabis onder scholieren is gestabiliseerd (§ 2.3).
- Onder ‘probleemjongeren’ komt cannabisgebruik relatief vaak voor (§ 2.4).
- Het recent en actueel cannabisgebruik onder Nederlandse volwassenen valt rond of iets onder het Europees gemiddelde (§ 2.5).
- De jarenlange toename van het aantal cannabiscliënten bij de (ambulante) verslavingszorg heeft zich in 2006 voortgezet (§ 2.6).
- Algemene ziekenhuizen registreren van 2005 naar 2006 een toename van het aantal opnames waarbij cannabismisbruik of -afhankelijkheid als nevendiagnose wordt gesteld (§ 2.6).
- Het gemiddelde gehalte THC in nederwiet is van 2006 naar 2007 verder gedaald (§ 2.8).
- De gemiddelde prijs van een gram nederwiet is van 2006 naar 2007 gestegen (§ 2.8).

2.2 GEBRUIK: ALGEMENE BEVOLKING

Van alle illegale drugs wordt cannabis het meest gebruikt. In 1997, 2001 en 2005 vonden peilingen plaats van het Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO).⁵

- Van 1997 tot 2001 bleef het percentage mensen in de bevolking van 15 tot en met 64 jaar dat ooit cannabis had gebruikt stabiel. Tussen 2001 en 2005 nam het percentage ooitgebruikers toe. Het totale percentage recente en actuele gebruikers bleef in alle drie de peilingen op hetzelfde niveau (tabel 2.1).

- In 2005 had ruim een op de vijf ondervraagden ooit cannabis gebruikt. Een op de twintig had in het jaar voor het interview cannabis geconsumeerd (recent gebruik) en een op de drieëndertig had dit nog gedaan in de maand er voor (actueel gebruik).
- Omgerekend naar de bevolking bedraagt het aantal actuele gebruikers van cannabis 363 duizend.
- In 2005 had 1,3 procent van de bevolking voor het eerst in het leven cannabis gebruikt. De aanwas van nieuwe gebruikers is over de jaren heen gelijk gebleven.

TABEL 2.1 GEBRUIK VAN CANNABIS IN NEDERLAND ONDER MENSEN VAN 15 TOT EN MET 64 JAAR. PEILJAREN 1997, 2001 EN 2005

	1997	2001	2005
Ooitgebruik	19,1%	19,5%	22,6%
• Mannen	24,5%	23,6%	29,1%
• Vrouwen	13,6%	15,3%	16,1%
Recent gebruik ^I	5,5%	5,5%	5,4%
• Mannen	7,1%	7,2%	7,8%
• Vrouwen	3,8%	3,8%	3,1%
Actueel gebruik ^{II}	3,0%	3,4%	3,3%
• Mannen	4,2%	4,8%	5,2%
• Vrouwen	1,8%	1,9%	1,5%
Heeft voor het eerst in het afgelopen jaar gebruikt	1,4%	1,1%	1,3%
Gemiddelde leeftijd van de recente gebruikers ^I	27,3 jaar	28,3 jaar	30,5 jaar

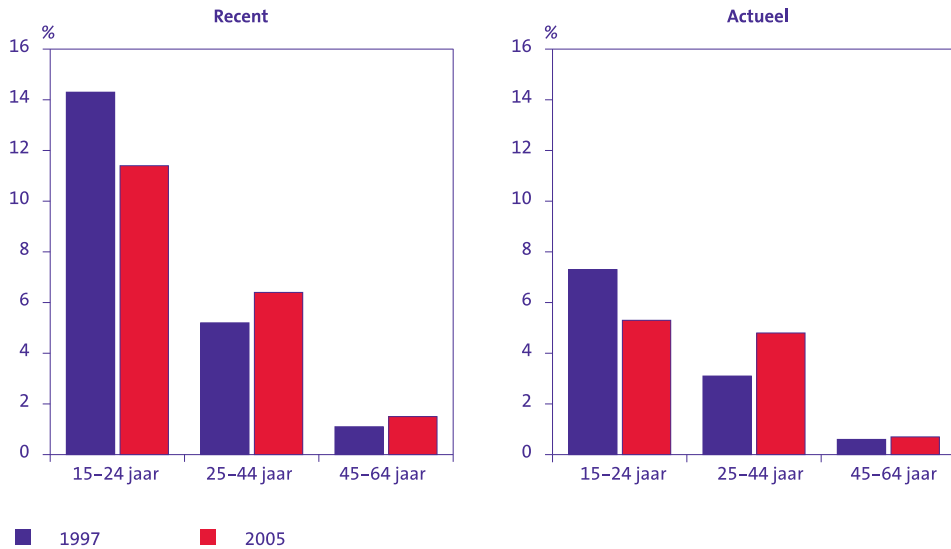
Aantal respondenten: 17 590 (1997), 2 312 (2001), 4 516 (2005). I. In het afgelopen jaar. II. in de afgelopen maand. Bron: NPO, IVO.⁵

LEEFTIJD EN GESLACHT

- Meer mannen dan vrouwen gebruiken cannabis (tabel 2.1).
- Consumptie van cannabis komt vooral voor onder jongeren en jongvolwassenen (figuur 2.1).
 - Tussen 1997 en 2005 daalde het percentage recente en actuele gebruikers van 15 tot en met 24 jaar en nam het percentage recente en actuele gebruikers in de leeftijdsgroep 25 tot en met 44 jaar toe. Deze verschuiving deed zich met name tussen 1997 en 2001 voor.
 - Ook de gemiddelde leeftijd van de recente cannabisgebruikers nam toe, van 27 naar bijna 31 jaar (tabel 2.1).
 - De startleeftijd is de leeftijd waarop iemand voor het eerst een middel

heeft gebruikt (zie ook bijlage A: startleeftijd). Onder de ooitgebruikers van cannabis lag in de leeftijdsgroep van 15 tot en met 24 jaar de startleeftijd op gemiddeld 16,4 jaar. In de leeftijdsgroep van 15 tot en met 64 jaar lag de startleeftijd op gemiddeld 19,6 jaar.

FIGUUR 2.1 CANNABISGEBRUIKERS IN NEDERLAND PER LEEFTIJDGROEP. PEILJAREN 1997 EN 2005



*Percentage gebruikers recent (laatste jaar, links) en actueel (laatste maand, rechts) per leeftijdsgroep.
Bron: NPO, IVO.⁵*

DE GROTE STEDEN

Consumptie van cannabis komt meer voor in steden dan op het platteland (tabel 2.2).

- In 2005 was het percentage ooit- en recente cannabisgebruikers ongeveer drie keer zo groot in sterk stedelijke dan niet-stedelijke gebieden.

TABEL 2.2 GEBRUIK VAN CANNABIS IN DE VIER GROTE STEDEN EN IN NIET-STEDELIJK GEBIED ONDER MENSEN VAN 15 JAAR EN OUDER. PEILJAREN 1997 EN 2005

	Ooitgebruik		Recent gebruik		Actueel gebruik	
	1997	2005	1997	2005	1997	2005
Zeer sterk stedelijk ^I	31,4%	37,5%	10,4%	10,8%	6,2%	7,5%
Sterk stedelijk ^{II}	21,0%	24,6%	4,8%	5,8%	2,9%	3,2%
Matig stedelijk ^{III}	15,5%	20,2%	4,3%	4,3%	2,2%	2,5%
Weinig stedelijk ^{IV}	15,0%	15,5%	4,5%	3,2%	2,2%	2,0%
Niet-stedelijk ^V	12,8%	13,9%	3,8%	3,0%	1,9%	1,5%

Percentage gebruikers ooit in het leven, recent (laatste jaar) en actueel (laatste maand). Geen cijfers naar stedelijkheid voor 2001 vanwege kleine aantallen respondenten. I. Definitie (CBS): gemeenten met meer dan 2 500 adressen per vierkante kilometer. Dit zijn: Amsterdam, Rotterdam, Delft, Den Haag, Groningen, Haarlem, Leiden, Rijswijk, Schiedam, Utrecht, Vlaardingen en Voorburg. II. Gemeenten met 1 500 -2 500 adressen per vierkante kilometer. III. Gemeenten met 1 000 - 1 500 adressen per vierkante kilometer. IV. Gemeenten met 500-1 000 adressen per vierkante kilometer. V. Gemeenten met minder dan 500 adressen per vierkante kilometer. Bron: NPO, IVO.⁵

MATE VAN CONSUMPTIE

- In 2005 nam bijna een kwart (23,3%) van de actuele gebruikers (bijna) dagelijks cannabis. Omgerekend naar de bevolking zijn dat 85 duizend mensen.

SPECIALE GROEPEN

In bepaalde groepen volwassenen komt cannabisgebruik aanzienlijk meer voor dan in de algemene bevolking.

- In 2002 was ruim de helft (52%) van de dak- en thuislozen in 20 Nederlandse gemeenten een actuele cannabisgebruiker.⁶
- In 2006 had van de dak- en thuislozen in de Rotterdamse dag- en nachtopvang 32 procent (bijna) dagelijks cannabis gebruikt.⁷
- Veel *gedetineerden* gebruiken voorafgaand aan detentie cannabis en hebben daar problemen mee (zie § 8.3).⁴

- Mensen met een (specifieke) stemmings-, angst-, of alcoholstoornis gebruiken ook vaker cannabis dan mensen zonder deze stoornissen.⁸

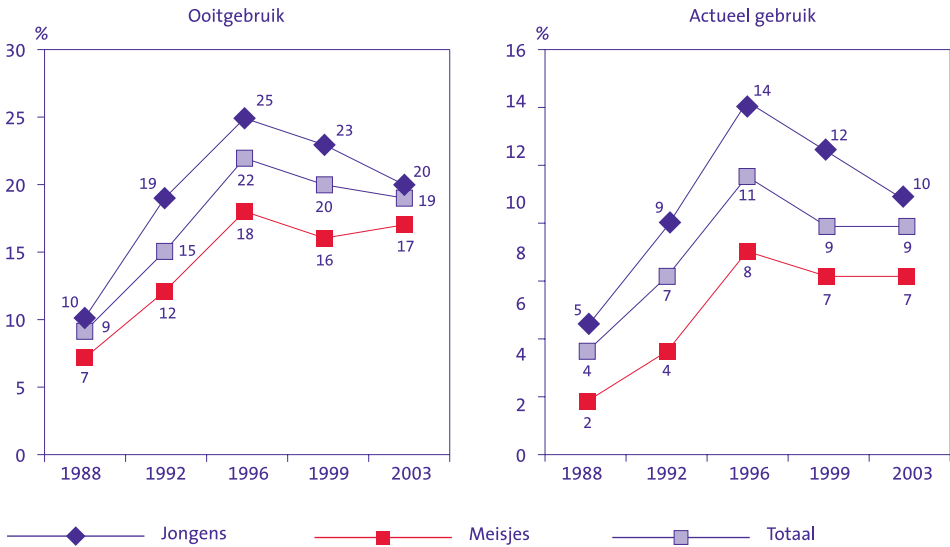
2.3 GEBRUIK: JONGEREN

SCHOLIEREN

Het Trimbos-instituut peilt sinds het midden van de jaren tachtig in hoeverre leerlingen van twaalf tot en met achttien jaar op reguliere middelbare scholen ervaring hebben met alcohol, tabak, drugs en gokken. Dit gebeurt in het zogenoemde landelijke Peilstationsonderzoek scholieren. De laatste peiling werd in 2007 verricht. De resultaten komen medio 2008 beschikbaar.

- Figuur 2.2 laat zien dat het percentage gebruikers van cannabis onder leerlingen sterk toenam tussen 1988 en 1996.⁹
- Na 1999 stabiliseerde het ooitgebruik en bleef het ongeveer op hetzelfde niveau als in 1996. Het actuele gebruik daalde significant tussen 1996 en 2003. Deze afname kwam vooral op conto van de jongens. Onder meisjes bleef het percentage actuele gebruikers van cannabis tussen 1996 en 2003 ongeveer gelijk.
 - Een vergelijking met cijfers van de landelijke Health-Behaviour of School-aged Children (HBSC) studie in 2005 laat zien dat het recente gebruik van cannabis tussen 2003 en 2005 stabiel is gebleven.¹⁰ In 2003 had 12,5 procent van de scholieren tussen 12 en 16 jaar in het afgelopen jaar cannabis gebruikt; in 2005 was dat 11,7 procent.
- In de peilingen tot en met 1999 consumeerden meer jongens dan meisjes cannabis. In 2003 was er in het ooitgebruik voor het eerst geen verschil meer tussen jongens en meisjes. Het verschil tussen jongens en meisjes in het actuele gebruik nam ook af maar was nog wel statistisch significant.

FIGUUR 2.2 GEBRUIK VAN CANNABIS ONDER SCHOLIEREN VAN 12 TOT EN MET 18 JAAR, VANAF 1988



Percentage gebruikers ooit in het leven (links) en in de laatste maand (rechts).

Bron: Peilstationsonderzoek, Trimbos-instituut.⁹

LEEFTIJD

- Bij scholieren neemt het gebruik van cannabis toe met de leeftijd. Maar weinig leerlingen van twaalf hadden in 2003 ervaring met cannabis: een op de vijftig (2%). Op zestienjarige leeftijd had een op de drie ooit wel eens cannabis gebruikt (34%).
- De leeftijd waarop leerlingen voor het eerst cannabis gebruiken daalde tussen 1988 en in 1996.¹¹ Er zijn cannabisgebruikers die hun eerste joint rookten toen zij dertien jaar waren of jonger. Het aandeel van deze groep onder de ooitgebruikers van cannabis verdubbelde in deze periode van 21 naar 40 procent. Tussen 1996 en 2003 bleef de startleeftijd gelijk.
- Uit onderzoek van de Universiteit van Amsterdam onder tweelingen blijkt dat jongeren die onder de 18 jaar beginnen met cannabisgebruik, een grotere kans hebben om later ook harddrugs te gaan gebruiken.¹² Die relatie hangt niet samen met een erfelijke invloed of familieomstandigheden. Mogelijk spelen sociale factoren een rol, waarbij vroeg beginnen met cannabisgebruik een uiting is van de neiging tot anti-conventioneel gedrag.
- Die verklaring is in overeenstemming met resultaten van onderzoek onder 16-jarige scholieren in zes Europese landen (België, Tsjechië, Frankrijk, Ierland,

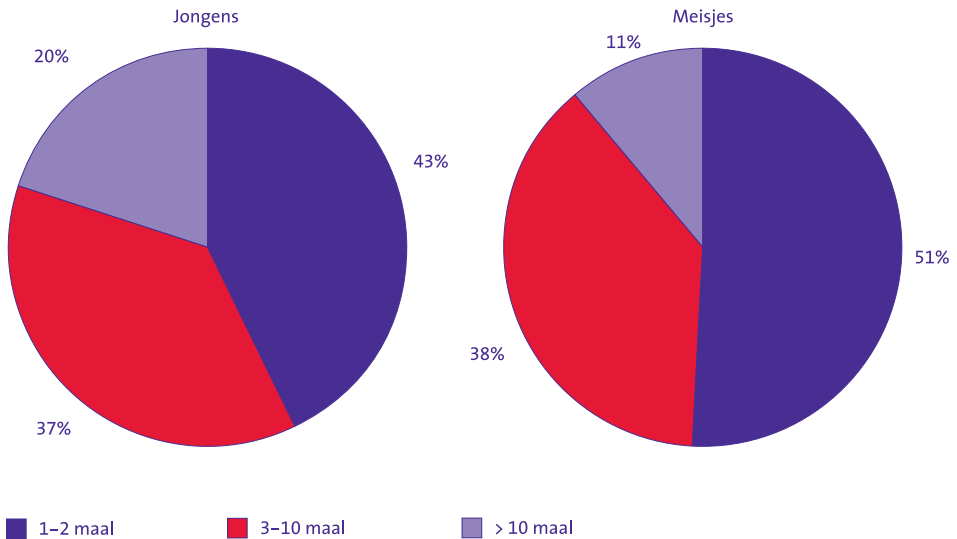
Polen en Griekenland). In dit onderzoek hadden jongeren die op zeer jonge leeftijd begonnen met cannabisgebruik (≤ 13 jaar), vergeleken met jongeren die op 14- of 15-jarige leeftijd begonnen, een grotere kans om frequent cannabis te gebruiken en ander risicogedrag te vertonen, zoals vroeg beginnen met roken (≤ 13 jaar), dronkenschap en vroeg beginnen met sex (≤ 13 jaar).¹³

- Dergelijke verbanden worden niet alleen gevonden voor vroeg beginnen met cannabis maar ook voor vroeg beginnen met roken of alcoholgebruik.¹⁴

MATE VAN GEBRUIK

- Van de negen procent actuele gebruikers onder de scholieren in 2003 had bijna de helft niet meer dan één á twee keer cannabis gebruikt in de afgelopen maand. Een minderheid blowde meer dan tien keer (17%): een op de vijf jongens en ruim een op de tien meisjes (zie figuur 2.3).
- Per keer rookte bijna de helft van de actuele gebruikers minder dan één joint (46%). Waarschijnlijk roken zij samen met anderen en delen zij een joint. Bijna een op de drie rookte één á twee joints per keer (32%) en bijna een kwart rookte meer dan drie joints per keer (23%).
- Er is ook een samenhang tussen de frequentie en de hoeveelheid. Van degenen die drie tot en met tien keer in de maand blowen rookt een kwart (27%) drie of meer joints per keer. Van degenen die meer dan tien keer in de maand blowen, rookt tweederde (67%) drie of meer joints per keer. Deze laatste groep loopt een relatief groot risico op problemen.

FIGUUR 2.3 FREQUENTIE VAN CANNABISGEBRUIK ONDER ACTUELE GEBRUIKERS. PEILJAAR 2003



Percentage van de leerlingen die in maand voor de peiling cannabis hadden gebruikt. Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.⁹

SCHOOLNIVEAU EN ETNISCHE AFKOMST

- Het percentage ooitgebruikers en actuele gebruikers onder scholieren van het VMBO-p, VMBO-t, HAVO en VWO was in 2003 ongeveer gelijk. Ook de frequentie van gebruik in de laatste maand verschilde niet veel tussen de schoolniveaus. Wel was het percentage leerlingen dat per keer gemiddeld drie of meer joints rookt beduidend hoger op het VMBO dan het VWO (30% versus 8%).
- Actueel gebruik van cannabis kwam minder vaak voor onder Marokkaanse dan autochtone meisjes (0% versus 7%). Voor Marokkaanse en autochtone jongens werd geen verschil gevonden. Antilliaanse/Arubaanse (12%), Surinaamse (8%) of Turkse (5%) leerlingen verschilden op deze maat niet significant van autochtone leerlingen.^a
- Volgens de Antenne-monitor in Amsterdam is het percentage ooitgebruikers en actuele gebruikers van cannabis onder Marokkaanse scholieren het laagst maar ook het percentage gebruikers onder Turkse en Surinaamse scholieren is lager dan onder autochtone leerlingen.¹⁵

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

CANNABIS EN PROBLEEMGEDRAG

- Scholieren die cannabis gebruiken vertonen vaker agressief en delinquent gedrag en hebben vaker schoolproblemen (spijbelen, lage prestatie) dan leeftijdgenoten die niet blowen. Dit verband is sterker naarmate de frequentie van gebruik toeneemt.^{16;17}
- Blowers gebruiken ook vaker andere middelen dan niet-blowers (5 of meer glazen alcohol in de afgelopen maand; dagelijks roken; ooitgebruik harddrugs).
- Er zijn geen verschillen gevonden in psychische problemen, zoals teruggetrokken gedrag, angstklachten en depressie.

PLAATS VAN AANKOOP

- In 2003 kregen twee op de drie actuele gebruikers cannabis van vrienden en een op de drie kocht het (ook) in of via coffeeshops (tabel 2.3). Ruim een op de tien kocht cannabis van een (huis)dealer en een op de tien kreeg het 'via via'.
- Meer meisjes dan jongens verkregen cannabis via vrienden; jongens kochten vaker in of via coffeeshops dan meisjes.
- Een aanzienlijk deel van de blowende scholieren tot en met 17 jaar zegt in 2003 de cannabis te hebben gekocht in of via een coffeeshop. Dit is opmerkelijk omdat de leeftijdsgrens voor toegang tot een coffeeshop 18 jaar is. Onbekend is in hoeverre deze jongeren zelf de cannabis hebben aangekocht in een coffeeshop of dit door anderen hebben laten doen.
- Jongens van 18 jaar zijn voor de aanschaf van cannabis het meest gericht op coffeeshops. Acht op de tien actuele gebruikers onder jongens kochten hier hun cannabis.

TABEL 2.3 WAAR HALEN SCHOLIEREN HUN CANNABIS VANDAAN? PEILJAAR 2003

	12-15 jaar		16-17 jaar		18 jaar		Totaal		Totaal
	J	M	J	M	J	M	J	M	
Van vrienden	60%	78%	64%	77%	40%	69%	60%	78%	67%
Kopen in of via coffeeshops	22%	22%	57%	37%	81%	56%	40%	27%	35%
Kopen van dealer	17%	6%	15%	12%	9%	0%	16%	7%	12%
Via, via	16%	9%	6%	2%	0%	0%	11%	6%	9%
Anders	7%	6%	2%	8%	4%	0%	5%	6%	6%

Leerlingen van twaalf tot en met 18 jaar van middelbare scholen (actuele gebruikers). Leerlingen konden meer antwoorden aankruisen. De percentages tellen daarom niet op tot 100%. J = jongens, M = meisjes. Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.⁹

Een vergelijkende studie onder scholieren van 14 tot en met 18 jaar laat zien dat Nederlandse en Franse scholieren weinig verschillen in de waargenomen beschikbaarheid van cannabis, ondanks de verschillen in drugsbeleid.¹⁸

- In beide landen neemt het percentage jongeren dat aangeeft (tamelijk) gemakkelijk aan cannabis te kunnen komen toe met de leeftijd.
- De waargenomen beschikbaarheid hangt samen met het gebruik van cannabis en problemen met cannabisgebruik. Het (probleem)gebruik neemt toe naarmate jongeren aangeven cannabis gemakkelijker te kunnen krijgen.

SPECIALE GROEPEN JONGEREN

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen is het gebruik van cannabis eerder regel dan uitzondering. Tabel 2.4 vat de resultaten samen van uiteenlopende onderzoeken, doorgaans lokale of regionale studies. De cijfers zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Trendgegevens zijn alleen beschikbaar voor Amsterdam.

- Onder zwerfjongeren, zogenaamde school 'dropouts' en jongeren in justitiële jeugdinstellingen en de jeugdzorg zijn relatief veel actuele cannabisgebruikers (drie tot acht op de tien).
 - Bijna de helft van de jongeren in de Amsterdamse jeugdzorg is een actuele blower.¹⁹ Ongeveer een op de drie (31%) van deze blowers gebruikt dagelijks cannabis. Dat is 15 procent van alle jongeren in de jeugdzorg. Jongens en meisjes gebruiken even vaak en even veel. Ruim een op de tien actuele blowers (11%) geeft aan hulp te willen om te stoppen of te minderen.
- De Antenne-monitor volgt het middelengebruik in verschillende groepen jongeren in het Amsterdamse uitgaansleven, zoals coffeeshops, cafés en trendy clubs.
 - Volgens een peiling onder bezoekers van coffeeshops in 2001, gebruikt tweederde van de actuele blowers dagelijks cannabis. Per gelegenheid roken actuele blowers gemiddeld vier joints. Dagelijkse blowers roken gemiddeld vijf joints per gelegenheid.²⁰
 - Tussen 1998 en 2003 daalde het percentage actuele gebruikers van cannabis onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen in trendy clubs (en party's) in Amsterdam van 52 naar 39 procent. Het gemiddelde aantal joints dat actuele gebruikers per gelegenheid roken daalde ook, van twee naar anderhalf.¹⁵ Deze trend is in Amsterdam ook waarneembaar voor de meeste andere drugs.
 - Volgens sleutelfiguren in het Amsterdamse uitgaansleven zette de dalende interesse in drugsgebruik onder uitgaanders zich in 2006 voort. Voor cannabis lijkt deze trend in het kielzog te gaan van de steeds groter wordende groep mensen die vanwege gezondheidsredenen stopt met het roken van tabak.¹⁹

- Onder cafébezoekers bleef het gebruik van cannabis tussen 2000 en 2005 echter stabiel.²¹ In veel clubs en cafés mag overigens niet geblowd worden, maar de regels verschillen.
- Onbekend is hoe het cannabisgebruik onder uitgaande jongeren zich elders in het land ontwikkelt. Volgens observaties van sleutelfiguren is de dalende trend in het Amsterdamse uitgaansleven niet landelijk waarneembaar. Met name in het zuiden van het land zou zich een lichte stijging voordoen. In uitgaanslocaties zelf wordt cannabis doorgaans weinig gebruikt, met uitzondering van de coffeeshops.²²
- Uitgaande jongeren gebruiken vaak meer dan één middel. Vaak worden deze middelen ook tegelijk gebruikt. De meest favoriete combinatie is cannabis met alcohol, gevolgd door cannabis met ecstasy.^{22 23-25}

TABEL 2.4 ACTUEEL GEBRUIK VAN CANNABIS IN SPECIALE GROEPEN

	Locatie	Peiljaar	Leeftijd (jaar)	Actueel gebruik
<i>Uitgaande jongeren en jongvolwassenen</i>				
– Bezoekers van dance party's, buitenfestivals, centrum	Den Haag	2003	15 - 35	37%
– Cafébezoekers	Zaandam	2006	14 - 44	22%
– Cafébezoekers ^I	Amsterdam ^{II}	2000	Gemiddeld 25	24%
		2005	Gemiddeld 27	22%
– Bezoekers van cafés en sportkantines	Noordwijk	2004	Gemiddeld 23	19%
– Bezoekers van discotheken	Nijmegen ^{III}	2006	Gemiddeld 21	12%
– Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	1998	Gemiddeld 26	52%
		2003	Gemiddeld 28	39%
– Coffeeshopbezoekers	Amsterdam ^{IV}	2001	Gemiddeld 25	88%
	Nijmegen	2005-6	Gemiddeld 27	84%
<i>Probleemgroepen</i>				
– Jongeren op speciale scholen en spijbelprojecten	Amsterdam	2003	13 - 16	32%
– Gemarginaliseerde jongeren ^V	Den Haag	2000/2001	16 - 25	37%
– Gedetineerde jongeren ^{VI}	Regionaal	2002/2003	14 - 17	59%
– School drop-outs ^{VI}	Regionaal	2002/2003	14 - 17	55%
– Zwerfjongeren ^{VII}	Flevoland	2004	13 - 22	87%
– Jongeren in de jeugdzorg ^{VIII}	Amsterdam	2006	Gemiddeld 17	45%
– Hangjongeren	Heerlen	2006	15 - 20	35%

Percentage actuele gebruikers (laatste maand) per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek.

I. Jongeren en jonge volwassenen uit mainstream-, studenten-, homo- en hippe cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. II. Geringe respons (26%). III. Geringe respons (19%). IV. Geringe respons (15%). V. Jongeren die ontoereikende zorg krijgen en/of niet voldoende in de eigen bestaansvoorwaarden kunnen voorzien. Geworven op locaties voor zwerfjongeren, laagdrempelige dag – en nachtopvang en (overige) tijdelijke woonvoorzieningen. VI. Onderzoek in Noord-Holland, Flevoland en Utrecht. Gebruik onder gedetineerde jongeren: in de maand voorafgaand aan detentie. Drop-outs zijn jongeren die in de afgelopen 12 maanden minstens een maand niet naar school zijn geweest, exclusief vakanties. VII. Jongeren tot 23 jaar die drie maanden of langer geen vaste verblijfplaats hebben. VIII. Jongeren met opvoedproblemen, delinquente jongeren, dak- en thuisloze jongeren en jongeren in overige hulpverleningstrajecten. Referenties: ^{19;19-21;26-35}

2.4 PROBLEMATISCH GEBRUIK

Hoeveel mensen vanwege het gebruik van cannabis in de problemen komen is niet bekend. Probleemgebruik omvat een diagnose van cannabisafhankelijkheid zoals vastgesteld volgens het internationaal psychiatrisch classificatiesysteem DSM. In vergelijking met nicotine, heroïne en alcohol is cannabis een weinig verslavende stof. Het risico van afhankelijkheid neemt evenwel toe bij langdurig frequent gebruik en gaat vaak samen met afhankelijkheid van andere middelen. Jongeren zijn kwetsbaarder dan ouderen.³⁶

- Recente cijfers over het aantal mensen dat afhankelijk is van cannabis ontbreken. Volgens gegevens van het NEMESIS-onderzoek uit 1996 voldeed in dat jaar tussen 0,3 en 0,8 procent van de bevolking van 18 tot en met 64 jaar aan de diagnose cannabisafhankelijkheid (DSM 3^e gewijzigde editie). Omgerekend naar de bevolking ging het om ongeveer 30 tot 80 duizend mensen. Het merendeel was niet ouder dan 22 jaar.⁸ In 2009 komen nieuwe cijfers beschikbaar.
- Zoals genoemd in § 2.3 hangt (frequent) cannabisgebruik samen met probleemgedrag, zoals agressief en crimineel gedrag, gebruik van andere drugs en schoolproblemen. Dat wil niet zeggen dat cannabisgebruik de oorzaak is van deze problemen. Vaak gaan gedragsproblemen vooraf aan het cannabisgebruik, of zijn beide onderdeel van een breder patroon van afwijkend gedrag. Een andere mogelijkheid is een overlap van risicofactoren die zowel cannabisgebruik als probleemgedrag veroorzaken.^{36;37}
- Sleutelfiguren van de Amsterdamse Antenne-monitor signaleerden in 2006/2007, net als in voorgaande jaren, excessief blowen onder sommige buurt- en probleemjongeren.¹⁹
- Elders constateerden sleutelfiguren excessief cannabisgebruik onder hangjongeren in Den Bosch³⁸ en Heerlen²⁶, hang- en probleemjongeren in Gelderland³⁹, risicojongeren in Eindhoven⁴⁰, probleemjongeren in Tilburg⁴¹ en jonge moeders in de sociale opvang in Maastricht.⁴² Cijfers over het problematisch cannabisgebruik in deze groepen ontbreken echter.

2.5 GEBRUIK: INTERNATIONALE VERGELIJKING

ALGEMENE BEVOLKING

Gegevens over drugsgebruik in lidstaten van de Europese Unie en Noorwegen komen van het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Instituten in de Verenigde Staten (VS), Canada en Australië publiceren eveneens regelmatig uitkomsten van enquêtes naar drugsgebruik onder de bevolking.

- Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking. Van invloed is vooral de leeftijdsgroep. Tabel 2.5a geeft

gebruikscijfers die zijn (her)berekend volgens de standaard leeftijdsgroep van het EMCDDA (15 tot en met 64 jaar). Gegevens voor de overige landen staan in tabel 2.5b. Voor Europa zijn alleen landen uit de EU-15 en Noorwegen opgenomen. Bijlage E geeft gebruikscijfers voor de overige lidstaten, voor zover beschikbaar.

- Tussen de 8 en 45 procent van de mensen in de algemene westerse bevolking heeft ooit in het leven cannabis gebruikt (tabellen 2.5a en 2.5b). De laagste percentages worden gevonden in Griekenland en Portugal. In Canada en de Verenigde Staten heeft bijna een op de twee mensen ooit cannabis geprobeerd. Van alle 26 landen uit de EU-27 waarvoor gegevens beschikbaar zijn, vormen Roemenië, Malta en Bulgarije een uitschieter naar beneden (2 tot 4%). Denemarken gaat aan kop met 37 procent, maar behoort op de maten recent en actueel gebruik tot de middenmoot.
- Naar schatting heeft zeven procent van alle inwoners van de lidstaten van de EU, ofwel 23 miljoen mensen, in het afgelopen jaar cannabis gebruikt. Nederland valt met vijf procent iets onder dit Europees gemiddelde.
- Het percentage recente gebruikers loopt echter sterk uiteen. Van de EU-27 landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn is het percentage recente gebruikers het laagst in Malta (1%). Italië en Spanje gaan aan kop met elf procent, op de voet gevolgd door het Verenigd Koninkrijk met tien procent. Van alle landen staat Canada op nummer een (14%).
- Spanje is een uitschieter op de maat actueel gebruik (9%). De laagste percentages worden gevonden in Zweden en Griekenland (1%). Nederland komt met drie procent dicht in de buurt van het Europees gemiddelde (4%).

TABEL 2.5A CONSUMPTIE VAN CANNABIS ONDER DE ALGEMENE BEVOLKING VAN ENKELE EU-15 LIDSTATEN EN NOORWEGEN: LEEFTIJDGROEP 15 TOT EN MET 64 JAAR

Land	Jaar	Ooitgebruik	Recent gebruik	Actueel gebruik
Frankrijk	2005	31%	9%	5%
Spanje	2005/6	29%	11%	9%
Italië	2005	29%	11%	6%
Nederland	2005	23%	5%	3%
Oostenrijk	2004	20%	8%	4%
Ierland	2002/2003	17%	5%	3%
Noorwegen	2004	16%	5%	2%
Finland	2004	13%	3%	2%
België	2004	13%	5%	3%
Griekenland	2004	9%	2%	1%
Portugal	2001	8%	3%	2%

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven, recent (laatste jaar) en actueel (laatste maand). - = niet gemeten. Referenties:⁴³

TABEL 2.5B CONSUMPTIE VAN CANNABIS ONDER DE ALGEMENE BEVOLKING VAN ENKELE EU-15 LIDSTATEN, CANADA, DE VERENIGDE STATEN EN AUSTRALIË: OVERIGE LEEFTIJDGROEPEN¹

Land	Jaar	Leeftijd (jaar)	Ooitgebruik	Recent gebruik	Actueel gebruik
Canada	2004	15 en ouder	45%	14%	-
Verenigde Staten	2006	12 en ouder	40%	10%	6%
Denemarken	2005	16 - 64	37%	5%	3%
Australië	2004	14 en ouder	34%	11%	7%
Verenigd Koninkrijk	2004	?	30%	10%	6%
Duitsland	2003	18 - 59	25%	7%	3%
Italië	2003	15 - 54	22%	7%	5%
Zweden	2006	16 - 64	12%	2%	1%

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven, recent (laatste jaar) en actueel (laatste maand). 1. Druggebruik 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. - = niet gemeten. Referenties:^{43-47/47}

TRENDS

Trends in cannabisgebruik zijn beperkt vast te stellen vanwege het ontbreken van herhaalde en vergelijkbare metingen in en tussen de landen.

- Volgens het EMCDDA is het cannabisgebruik in de jaren negentig in de meeste landen van de EU toegenomen, met name onder jongeren en jongvolwassenen. Deze stijging lijkt de laatste jaren te stabiliseren, met name in landen met hoge prevalenties. Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk melden zelfs een geringe afname onder jongeren en jongvolwassenen van 16-34 jaar. In Italië is het percentage recente cannabisgebruikers fors toegenomen (van 7% in 2003 naar 11% in 2005). Ook in Finland en Zweden is een geringe toename waarneembaar maar het percentage cannabisgebruikers blijft ver onder het niveau van landen zoals het Verenigd Koninkrijk en Italië.⁴³ In Nederland bleef het gebruik tussen 1997 en 2005 in de bevolking van 15-64 jaar stabiel. Vergelijkbare cijfers over het gebruik vóór 1997 ontbreken.
- In Canada is het percentage ooitgebruikers tussen 1994 en 2004 fors toegenomen van 28 naar 45 procent. Het percentage recente gebruikers verdubbelde in deze periode van 7 naar 14 procent.
- Herhaalde peilingen in de Verenigde Staten suggereren dat het cannabisgebruik sinds 2000 stabiel is.⁴⁴

JONGEREN

Beter vergelijkbaar zijn de cijfers van ESPAD, het European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. In 1999, 2003 en 2007 werden peilingen uitgevoerd onder vijftien- en zestienjarige scholieren van het middelbaar onderwijs.⁴⁸ De resultaten van de peiling in 2007 komen in de loop van 2008 beschikbaar.

Tabel 2.6 toont het gebruik van cannabis in een aantal landen van de EU en Noorwegen. België, Duitsland en Oostenrijk deden alleen in 2003 mee. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit.

- Het percentage scholieren dat in 2003 ooit cannabis had gebruikt was het hoogst in Ierland, op de voet gevolgd door Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten. Belgische scholieren stonden op de vierde en Nederlandse scholieren op de vijfde positie.
- Bij het actueel gebruik ging Frankrijk aan kop, gevolgd door de VS, het Verenigd Koninkrijk en Ierland. Daarna kwamen Nederland en Italië.
- In het Verenigd Koninkrijk en Portugal was het percentage actuele gebruikers in 2003 respectievelijk vier en drie procentpunten hoger dan in 1999. Elders werden verschillen van twee of minder procentpunten gevonden.
- Het percentage leerlingen dat zes maal of meer cannabis had gebruikt in de laatste maand was het laagst in de Scandinavische landen en het hoogst in

Frankrijk, de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk. Nederlandse scholieren stonden samen met Ierse en Italiaanse leeftijdgenoten op de vierde positie.

- In de meeste landen hing het ooitgebruik van cannabis samen met de mate van spijbelen, gebrek aan ouderlijke controle en het hebben van oudere broers of zussen die cannabis gebruikten.

TABEL 2.6 CONSUMPTIE VAN CANNABIS ONDER LEERLINGEN VAN 15 EN 16 JAAR IN ENKELE LIDSTATEN VAN DE EUROPESE UNIE, NOORWEGEN EN DE VERENIGDE STATEN. PEILJAREN 1999 EN 2003

<i>Land</i>	<i>Ooitgebruik</i>		<i>Actueel gebruik</i>		<i>Zes maal of meer in de laatste maand</i>	
	<i>1999</i>	<i>2003</i>	<i>1999</i>	<i>2003</i>	<i>1999</i>	<i>2003</i>
Verenigde Staten	41%	36%	19%	17%	9%	8%
Ierland	32%	39%	15%	17%	5%	6%
Frankrijk	35%	38%	22%	22%	9%	9%
Verenigd Koninkrijk	35%	38%	16%	20%	6%	8%
België	-	32%	-	17%	-	7%
Nederland	28%	28%	14%	13%	5%	6%
Duitsland ¹	-	27%	-	12%	-	4%
Italië	25%	27%	14%	15%	4%	6%
Denemarken	24%	23%	8%	8%	1%	2%
Oostenrijk	-	21%	-	10%	-	3%
Portugal	8%	15%	5%	8%	2%	3%
Finland	10%	11%	2%	3%	1%	0%
Noorwegen	12%	9%	4%	3%	1%	1%
Zweden	8%	7%	2%	1%	0%	0%
Griekenland	9%	6%	4%	2%	2%	1%

Percentage gebruikers ooit in het leven, actueel (laatste maand) en zes maal of meer in de laatste maand. 1. Zes van zestien deelstaten. - = niet gemeten. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD, maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. Bron: ESPAD.⁴⁸

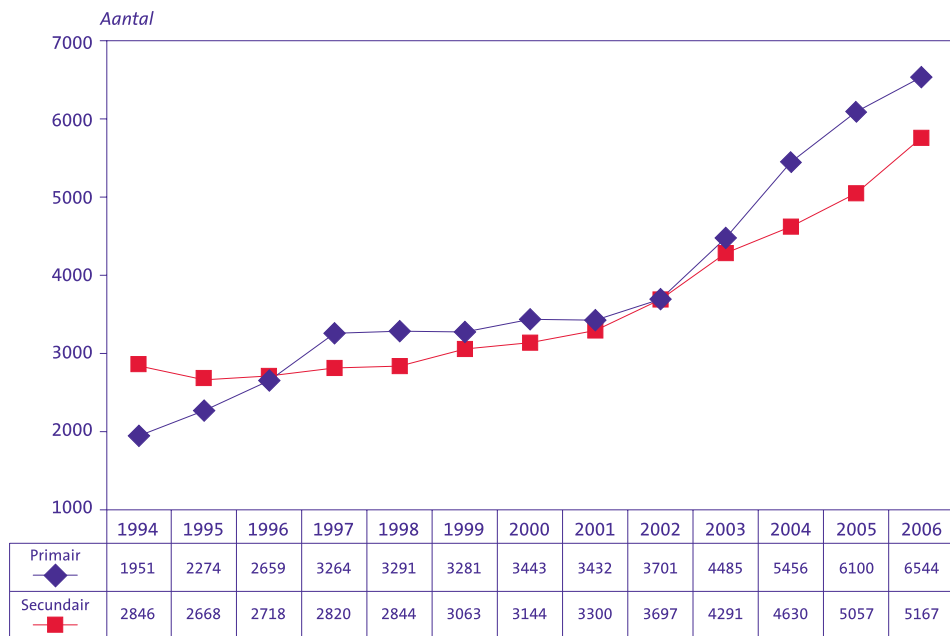
2.6 HULPVRAAG

AMBULANTE VERSLAVINGSZORG

Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) registreert hoeveel mensen hulp vragen bij de (ambulante) verslavingszorg, inclusief de verslavingsreclassering en de verslavingsklinieken die zijn gefuseerd met de ambulante verslavingszorg.⁴⁹ (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS.)

- Het aantal cliënten dat ingeschreven stond wegens een primair cannabisprobleem is tussen 1994 en 2006 drie keer zo groot geworden (figuur 2.4). Van 2005 naar 2006 ging het om een verdere toename van zeven procent.
- Per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder steeg het aantal primaire cliënten van 16 in 1994 naar 49 in 2006.
- Het aandeel van cannabis in alle verzoeken om hulp vanwege drugs nam eveneens toe, van 10 procent in 1994 naar 20 procent in 2006.
- In 2006 was ruim een derde van de primaire cannabiscliënten een nieuwkomer (36%). Deze nieuwkomers werden ingeschreven in 2006 en stonden niet eerder ingeschreven bij de (ambulante) verslavingszorg voor een drugsprobleem.
- Voor 49 procent van de primaire cannabiscliënten was cannabis het enige probleem; 51 procent rapporteerde ook problemen met een ander middel.
- Het aantal cliënten van de (ambulante) verslavingszorg dat cannabis als secundair probleem noemt steeg eveneens tussen 1994 en 2006 (figuur 2.4). Voor deze groep is alcohol (46%), cocaïne of crack (32%), heroïne (10%), of amfetamine (6%) het primaire probleem.

FIGUUR 2.4 AANTAL CLIËNTEN BIJ DE (AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG MET PRIMAIRE OF SECUNDAIRE CANNABISPROBLEMATIEK, VANAF 1994

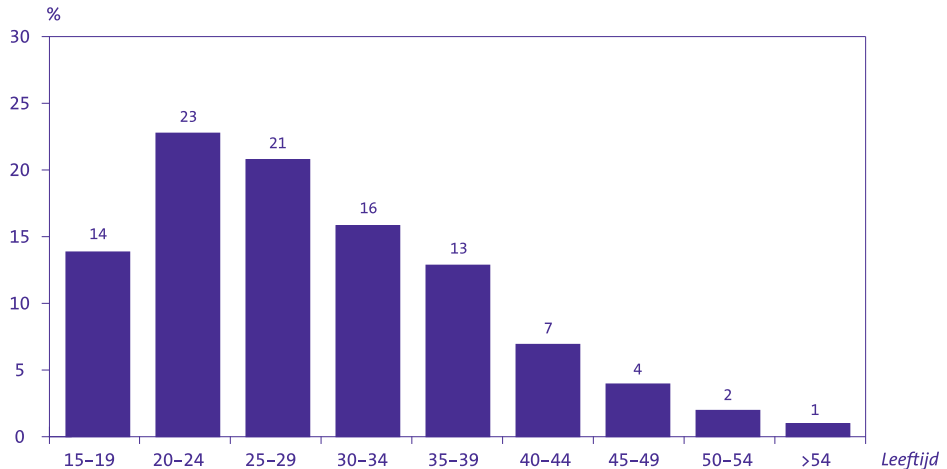


Bron: LADIS, IVZ.⁴⁹

LEEFTIJD EN GESLACHT

- In 2006 was het merendeel van de primaire cannabiscliënten man (81%). Het aandeel vrouwen schommelde in de periode van 1994 tot 2006 tussen 15 en 19 procent.
- In 2006 was bijna tweederde van de cannabiscliënten 25 jaar en ouder. De gemiddelde leeftijd is 29 jaar. De piek ligt in de leeftijdsgroep 20 tot en met 29 jaar (figuur 2.5).
- In absolute zin steeg het aantal jonge cliënten van 15 tot en met 29 jaar van 1 531 in 1994 naar 3 729 in 2006. In verhouding tot de andere leeftijdsgroepen daalde hun aandeel in deze periode van 79 naar 57 procent.

FIGUUR 2.5 LEEFTIJDVERDELING VAN PRIMAIRE CANNABISCLIËNTEN BIJ DE (AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG. PEILJAAR 2006



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Bron: LADIS, IVZ.⁴⁹

Regionale ontwikkeling

- Nederland is onderverdeeld in 43 regio's voor de Maatschappelijke Opvang en het Verslavingsbeleid (MO/VB-regio's). Per 10 duizend inwoners van 15 jaar en ouder was de hulpvraag vanwege cannabis in de periode 2002-2006 het grootst in de MO/VB-regio's Den Helder, Alkmaar, Den Haag, Rotterdam en Deventer (tussen 5,9 en 6,5 cannabiscliënten).⁵⁰
- Over de periode 2002-2006 is het aantal primaire cannabiscliënten met 52 procent toegenomen vergeleken met 1997-2001. Deze stijging deed zich voor in bijna alle regio's in Nederland. In slechts twee regio's is het aantal cannabiscliënten afgenomen. Dat zijn de regio's Amersfoort (-27%) en Ede (-2%). De vier regio's met de sterkste stijging zijn: Almelo (216%), Leiden (172%), Den Helder (154%) en Enschede (137%).⁵⁰

INTERVENTIES VIA INTERNET

Een aantal instellingen voor verslavingszorg biedt op het internet hulp aan voor problemen bij het gebruik van cannabis. Brijder Verslavingszorg biedt hulp aan op www.cannabisondercontrole.nl en Jellinek en Tactus Verslavingszorg bieden zelfhulp aan op respectievelijk www.jellinek.nl/zelfhulp/cannabis en www.zelfhulpvoorverslaafden.nl. Cijfers over het aantal hulpvragen in de (ambulante) verslavingszorg bevatten doorgaans geen gegevens over de zelfhulp via internet. Is er echter sprake

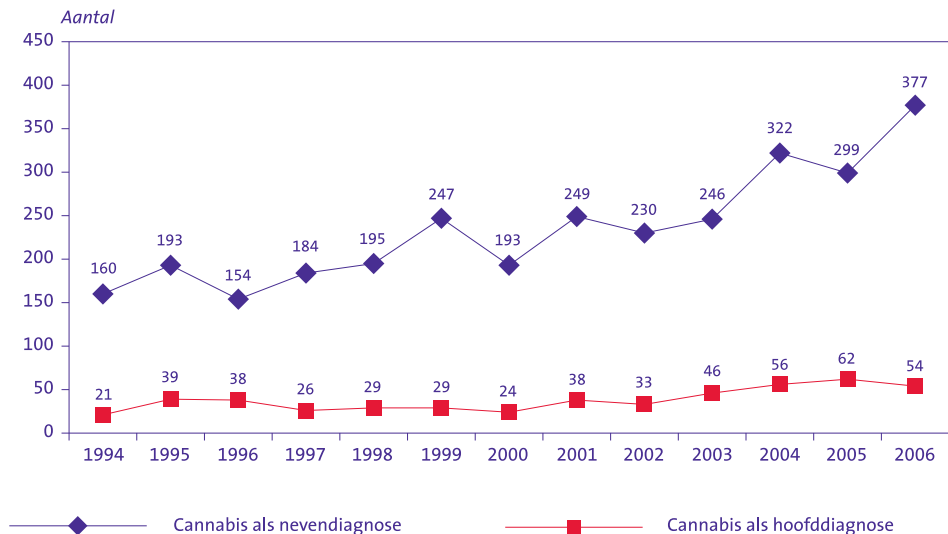
van een daadwerkelijke behandeling via het internet, die door een Zorgverzekeraar wordt vergoed, dan zal dit in de nabije toekomst als een reguliere behandeling worden geregistreerd en zichtbaar worden in de cijfers over de hulpvraag.

ALGEMENE ZIEKENHUIZEN; INCIDENTEN

De Landelijke Medische Registratie (LMR) registreerde in 2006 ongeveer 1,7 miljoen klinische opnames in algemene ziekenhuizen. Drugsproblemen speelden daarbij nauwelijks een rol. In dat jaar werden drugsmisbruik en drugsverslaving 525 keer als hoofddiagnose en 1 876 keer als neventdiagnose gesteld.

- In tien procent van die hoofddiagnoses ging het om cannabis (figuur 2.6). Misbruik van cannabis speelde vaker een rol dan afhankelijkheid (56% versus 44%). Onbekend is wat de klachten waren (psychisch of lichamelijk) die tot opname hebben geleid. Het aantal hoofddiagnoses gerelateerd aan cannabismisbruik of -afhankelijkheid is al jaren gering, al lijkt zich tussen 2002 en 2005 een lichte stijging af te tekenen.
- Vaker speelt cannabisproblematiek een rol als neventdiagnose. In 2006 ging het om 377 neventdiagnoses (29% afhankelijkheid, 71% misbruik). In de afgelopen jaren deed zich, met wat fluctuaties, een stijging voor. Tussen 2005 en 2006 steeg het aantal neventdiagnoses voor cannabis met 26 procent.
- In 2006 waren de meest voorkomende hoofddiagnoses bij deze neventdiagnoses:
 - psychosen (27%)
 - letsel door ongevallen (11%, zoals breuken, wonden, hersenschudding)
 - misbruik of afhankelijkheid van alcohol en drugs (16%, vooral alcohol: 13%)
 - vergiftigingen (4%, door drugs, alcohol, medicijnen)
 - ziekten en symptomen van de ademhalingswegen (6%)
 - ziekten van hart- en vaatstelsel (5%)
 - overige diagnoses (33%).
- Dezelfde persoon kan meer dan één keer per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één neventdiagnose worden gesteld. Gecorrigeerd voor dubbeltellingen ging het in 2006 om 381 personen. Zij werden in dat jaar minstens één keer opgenomen met cannabismisbruik of -afhankelijkheid als hoofd- of neventdiagnose. Hun gemiddelde leeftijd was 31 jaar; 77 procent was man.

FIGUUR 2.6 KLINISCHE OPNAMEN IN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN GERELATEERD AAN CANNABISMISBRUIK EN -AFHANKELIJKHEID, VANAF 1994



Aantal diagnoses, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen of meer nevensdiagnoses per opname. ICD-9 codes: 304.3, 305.2 (bijlage C). Bron: LMR, Prismant.

- In 2006 speelde cannabisproblematiek ook een rol als hoofd- of nevensdiagnose bij 25 dagbehandelingen. Dat is iets minder dan in 2005 (45 dagbehandelingen).
- Daarnaast telde de LMR 15 opnames in 2006 waarin “onopzettelijke vergiftiging met hallucinogenen” als nevensdiagnose werd gesteld (ICD-9 code: E854.1). In de jaren 2001 tot en met 2005 ging het om respectievelijk 15, 8, 16, 15 en 14 gevallen. Het kan hierbij gaan om cannabis, maar ook om LSD of paddo’s.

Volgens het Letsel Informatie Systeem (LIS) van Stichting Consument en Veiligheid⁵¹ worden jaarlijks gemiddeld 3 200 personen behandeld op spoedeisende eerste hulp afdelingen van ziekenhuizen na een ongeval, geweld of zelfmutilatie gerelateerd aan drugsgebruik (hierna genoemd ‘ongevallen’). Drugs zijn hier cocaïne, heroïne, cannabis, ecstasy, paddo’s en speed. De gegevens zijn gemiddeld over de periode van 2002 tot en met 2006.

- Cannabis is na cocaïne de meest genoemde drug. Bijna een op de vijf (18%) slachtoffers van een ongeval waarin drugs een rol speelden geeft aan cannabis te hebben gebruikt. Tellen we alleen de gevallen mee waarvan de drug bekend is (68%), dan maakt cannabis 25 procent uit van alle drugsgerelateerde behandelingen bij de spoedeisende hulp.

- Deze cijfers zijn waarschijnlijk een onderschatting van het werkelijke aantal aan drugs gerelateerde ongevallen.

De GGD Amsterdam houdt op de Centrale Post Ambulancevervoer het aantal aanvragen bij voor spoedeisende hulp wegens drugsgebruik.

- In 2006 speelde in 461 gevallen de consumptie van cannabis een rol, een stijging van 35 procent ten opzichte van 2005 (tabel 2.7).
- In ongeveer één op de drie gevallen (34%) was vervoer naar het ziekenhuis nodig. De rest kon ter plekke worden behandeld.
- De toename in cannabisincidenten hangt mogelijk samen met de toename van het aantal drugstoeristen in Amsterdam.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Roken cannabis	137	165	211	107	118	106	243	226	196	258	281	347
Eten spacecake	73	58	47	28	21	35	46	59	61	62	61	114
Totaal	210	223	258	135	139	141	289	285	257	320	342	461

Aantal incidenten per jaar. Bron: CPA, GGD Amsterdam.

Het Nationaal Vergiftigingen Informatiecentrum (NVIC) van het RIVM registreerde de afgelopen jaren een toename van informatieverzoeken van artsen, apothekers en overheidsinstellingen vanwege cannabisgebruik (tabel 2.8).⁵²

- Het aantal informatieverzoeken voor cannabis werd drie keer zo groot tussen 2000 en 2005. In 2006 en 2007 kwam aan deze stijging een einde.
- Deze cijfers geven echter geen zicht op het absolute aantal intoxicaties, want artsen hebben geen meldingsplicht voor intoxicaties. Naarmate artsen bekender zijn met de symptomen en behandeling van een intoxicatie met een bepaalde drug, wordt de kans kleiner dat zij het NVIC raadplegen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Cannabis	71	129	141	144	191	202	186	171

Aantal informatieverzoeken per jaar gemeld via de 24-uurs telefoonlijn van het NVIC. Meldingen via de website www.vergiftigingen.info (online sinds april 2007) zijn voor 2007 niet meegeteld. Bron: NVIC, RIVM.

2.7 ZIEKTE EN STERFTE

Cannabisgebruik wordt steeds vaker in verband gebracht met psychische problemen.

- Er is toenemend bewijs dat cannabisgebruik het risico van een latere psychotische stoornis vergroot.⁵³⁻⁵⁶
- Het risico neemt toe met de frequentie van het cannabisgebruik.
- Personen met een voorgeschiedenis van psychotische symptomen lopen een groter risico op het krijgen van een psychose na cannabisgebruik dan mensen zonder deze voorgeschiedenis.
- Mogelijk spelen genetische factoren hierbij een rol. Er zijn aanwijzingen dat mensen met een bepaalde variant (Val/Val) van het COMT-gen, dat betrokken is bij de afbraak van de boodschapperstof dopamine in de hersenen, extra kwetsbaar zijn voor een psychose, met name als zij op jonge leeftijd zijn begonnen met cannabisgebruik.⁵⁷
- Onderzoek naar de relatie tussen cannabisgebruik en het ontstaan van andere psychische problemen, zoals angststoornissen en depressie, geeft een minder consistent beeld.⁵⁸

De rol van de tot voor kort toenemende concentratie van THC in Nederwiet bij het optreden van acute of lange termijn (gezondheids)problemen is niet duidelijk.

- Het RIVM verrichtte in 2005 onderzoek naar de acute effecten van sterke cannabis (joints met 33, 51 en 70 mg THC). De resultaten lieten een toename van de hartslag, daling van de bloeddruk en afname van cognitieve functies en motoriek zien. De effecten waren sterker naarmate de dosis THC hoger was.⁵⁹ Gezonde jonge mensen kunnen deze effecten doorgaans zonder complicaties voor de gezondheid verdragen. Mensen met een hart- of vaatziekte lopen een risico.
- Onderzoek onder coffeeshopbezoekers laat zien dat er een bepaalde groep, vooral jonge, gebruikers is met een duidelijke voorkeur voor 'sterke wiet'.^{60,61} Zij gebruiken relatief vaak en veel en lopen een grote kans op afhankelijkheid. Onbekend is hoe groot deze groep is.
- In de VS is over de jaren een geringe toename gemeten van het percentage mensen met cannabisafhankelijkheid of -misbruik, terwijl het aantal gebruikers (zonder stoornis) gelijk bleef.⁶² Deze toename liep parallel met een geringe toename in het percentage THC in cannabis en was onafhankelijk van frequentie of hoeveelheid van gebruik. Dit zou kunnen duiden op een oorzakelijk verband. De onderzoekers konden echter niet verklaren waarom de toename in cannabisstoornissen alleen onder etnische minderheidsgroepen plaatsvond en niet onder de blanke bevolking.

De giftigheid van cannabis is gering.⁶³

- De afgelopen twintig jaar stond directe sterfte door inname van cannabis niet genoteerd op de doodsoorzakenformulieren bij het CBS.

- Ook uit andere landen zijn geen directe sterfgevallen bekend die alleen aan cannabis te wijten zijn.

2.8 AANBOD EN MARKT

COFFEESHOPS EN OVERIGE VERKOOPPUNTEN

- Sinds 1997 is het aantal coffeeshops gedaald (tabel 2.9).^{64;65} De sterkste daling deed zich voor tussen 1997 en 1999, vooral in de kleinere gemeenten en in Rotterdam. Het aantal coffeeshops daalde in deze periode met 28 procent. Vanaf 1999 was de jaarlijkse afname minder groot. Tussen 2004 en 2005 daalde het aantal coffeeshops nog met een procent.
- Eind 2005 telde Nederland 729 officieel gedoogde coffeeshops, waarvan ongeveer de helft (52%) in de grote steden met meer dan 200 duizend inwoners.
- In 2005 heeft 78 procent van de gemeenten géén coffeeshop.

TABEL 2.9 AANTAL COFFEESHOPS IN NEDERLAND NAAR GEMEENTE, VANAF 1997

Gemeenten naar aantal inwoners	1997 ^I	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
< 20 000 inwoners	± 50	14	13	11	12	12	10	10
20-50 000 inwoners	± 170	84	81	86	79	73	77	75
50-100 000 inwoners	± 120	±115	109	112	106	104	101	103
100-200 000 inwoners	211	190	168	167	174	168	166	161
> 200 000 inwoners:	628	443	442	429	411	394	383	380
- Amsterdam	340	288	283	280	270	258	249	246
- Rotterdam	180	65	63	61	62	62	62	62
- Den Haag	87	70	62	55	46	41	40	40
- Utrecht	21	20	18	17	18	18	17	17
- Eindhoven ^{II}			16	16	15	15	15	15
Totaal	± 1 179	846	813	805	782	754 ^{III}	737	729

I. Een schatting. II. Minder dan 200 000 inwoners tot en met 1999. III. In 2003 werden drie coffeeshops niet ingedeeld naar gemeentegrootte. Bron: IntraVal.⁶⁵

- De Universiteit van Amsterdam heeft het kopen van cannabis onderzocht. In gemeenten met officieel gedoogde coffeeshops wordt naar schatting 70 procent van de lokale cannabis direct in de coffeeshop gekocht.⁶⁶ Hoe groter het aantal coffeeshops per 100 duizend inwoners, hoe groter het aandeel van de lokale coffeeshops in de lokale verkoop.
- Landelijk (exclusief grote steden en gemeenten zonder coffeeshops) zijn er naar schatting enkele duizenden niet-gedoogde cannabisaanbieders. Daarbij gaat het zowel om vaste verkooppunten, zoals thuisdealers en zogenaamde 'onder-de-toonbank'dealers in horecagelegenheden, als mobiele verkooppunten, zoals thuisbezorging na telefonische bestellingen en straatdealers.
- Deze verkooppunten nemen naar schatting 30 procent van de lokale verkoop voor hun rekening.

KWALITEIT EN PRIJS

Het Trimbos-instituut verzamelt informatie over de sterkte van cannabis, dat wil zeggen de concentratie van werkzame bestanddelen, vooral THC (tetrahydrocannabinol). Sinds 2000 worden geregeld monsters van verschillende cannabismonsters aangekocht en chemisch geanalyseerd.⁶⁷

- In alle peilingen bevatte de Nederlandse wiet gemiddeld meer THC dan wiet die werd geïmporteerd.
- Figuur 2.7 laat zien dat het gemiddelde THC-gehalte in nederwietmonsters tussen 2000 en 2004 fors is gestegen. In 2005 trad een daling op in het gemiddelde percentage THC van 20 naar 18 procent, die zich in 2006 niet verder voortzette. In 2007 daalde het gemiddelde percentage verder naar 16 procent.
- Het percentage THC in geïmporteerde wiet schommelde in de afgelopen jaren rond de zes procent.
- Het percentage THC in geïmporteerde hasj was jarenlang ongeveer even hoog als in nederwiet. Van 2006 naar 2007 deed zich echter een forse daling voor in het gemiddelde percentage THC in geïmporteerde hasj van 18,7 naar 13,3 procent.
- Nederwiet is grotendeels afkomstig van de intensieve en professionele binnenteelt, die vergeleken met de buitenteelt doorgaans wiet oplevert met een hoger THC-gehalte.

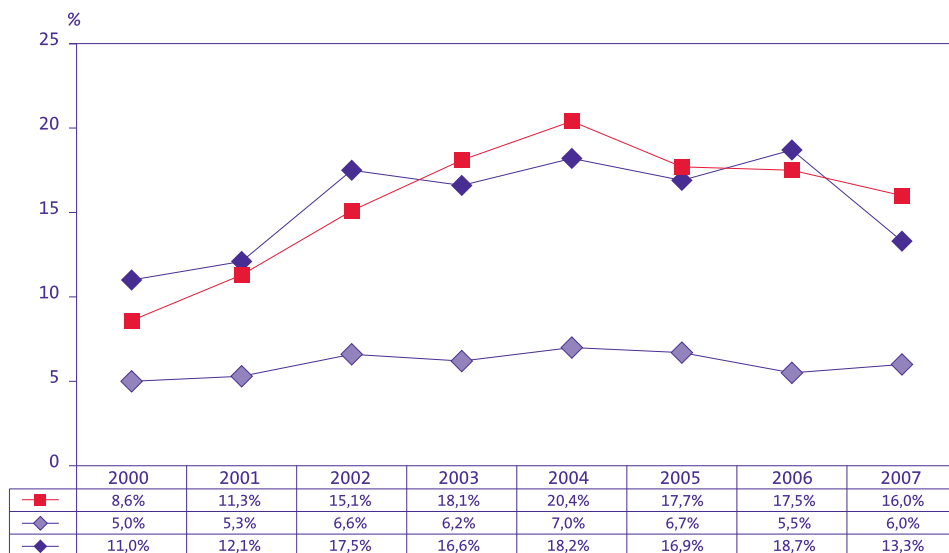
In 2007 is nader onderzoek verricht naar de kwaliteit van nederwiet.^{67;68} Aanleiding waren signalen dat nederwiet in toenemende mate versneden wordt met stoffen, zoals glaspareltjes, zand, lood, of vloeistoffen om de wiet een beter uiterlijk te geven (glanzender) en om het gewicht ervan kunstmatig te verhogen.

- Microscopisch onderzoek naar 100 wietmonsters uit coffeeshops toonde vrijwel geen versnijdingen aan met zand of glaspareltjes. In hoeverre er sprake was van

toevoegingen van andere stoffen, bijvoorbeeld vloeibare versnijdingsmiddelen, is niet bekend.

- In enkele andere monsters, die bij het DIMS werden aangeleverd en als ‘verdacht’ werden aangemerkt maar niet via de coffeeshops werden verkregen, zijn glaspoeder en kalk aangetroffen.

FIGUUR 2.7 GEMIDDELD PERCENTAGE THC IN CANNABISPRODUCTEN



—■— Nederwiet —◇— Geïmporteerde wiet
 —◆— Geïmporteerde hasj

De percentages hebben betrekking op monsters die in december/januari zijn verzameld. De jaartallen verwijzen naar het jaar waarin in de maand januari monsters werden verzameld. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.⁶⁷

Tabel 2.10 geeft de gemiddelde prijzen van een gram cannabis aangeschaft in coffeeshops.

- De gemiddelde prijs van een gram nederwiet was in 2007 ruim een euro hoger dan in 2006. Mogelijk hangt deze ontwikkeling samen met de intensivering van de bestrijding van (grootschalige) wietteelt. Ook de hete zomer in 2006, waardoor relatief veel wietogstten mislukten, wordt als mogelijke verklaring genoemd.³
- De prijs van geïmporteerde hasj was in 2007 iets hoger dan in 2006, maar dit verschil was niet significant. De prijs van een gram geïmporteerde wiet bleef op het zelfde niveau.

TABEL 2.10 GEMIDDELDE PRIJS (€) PER GRAM CANNABISPRODUCT IN COFFEESHOPS

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Nederwiet	5,83	5,86	6,10	6,45	5,97	6,22	6,20	7,30
Geïmporteerde wiet	3,87	4,10	4,16	4,32	4,86	4,11	4,40	4,30
Geïmporteerde hasj	6,29	6,36	7,14	7,56	6,60	6,78	7,30	7,70

De prijzen hebben betrekking op monsters die in december/januari zijn verzameld. De jaartallen verwijzen naar het jaar waarin de maand januari valt. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.⁶⁷

3 COCAÏNE

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

Cocaïne kan in verschillende vormen worden toegediend.⁶⁹ De zoutvorm van cocaïne (cocaïnehydrochloride; poeder) wordt in Nederland meestal gesnoven, zelden geïnjecteerd. Een enkele keer wordt cocaïnepoeder in een sigaret gerookt. Straatnamen voor de poedervorm van cocaïne zijn: “strekje”, “niffeltje”, “noezie”, “sos”, “nakkie”, “snuiffie”, “hakkie”, “niffie”, “coca”, “sosa”, “wit”, “dvd’tje”, “kokkie” en “peppie”.²²

Onder probleemgebruikers van harddrugs is vooral de basevorm van cocaïne populair. Deze vorm van cocaïne wordt “basecoke”, “freebase”, of “gekookte coke” genoemd.²² 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”. Crack heeft zijn naam te danken aan het knetterend geluid dat tijdens de verhitting ontstaat. In de jaren tachtig maakten de gebruikers zelf de basecoke. Tegenwoordig wordt basecoke veelal kant-en-klaar op straat verkocht.

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

3.1 LAATSTE FEITEN EN TRENDS

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

- Tussen 2001 en 2005 nam het ooitgebruik van cocaïne in de algemene bevolking toe. Het percentage recente en actuele cocaïnegebruikers bleef in deze periode stabiel (§ 3.2).
- De groei van het aantal *nieuwe* gebruikers van cocaïne in de algemene bevolking daalde tussen 2001 en 2005 (§ 3.2).
- Op de maat recent cocaïnegebruik scoort Nederland iets onder het midden vergeleken met andere Europese lidstaten (§ 3.5).
- Cocaïne is populair geworden onder jongeren en jongvolwassenen in het uitgaansleven (en thuis) in het hele land, al lijkt de gebruikersmarkt inmiddels verzadigd. Er zijn signalen dat het gebruik van cocaïne onder plattelandsjongeren nog steeds in opmars is (§ 3.3).

- Het percentage cliënten dat bij de verslavingszorg aanklopt om hulp vanwege het gebruik van cocaïne is tussen 2005 en 2006 licht gedaald (§ 3.6). Die daling komt voornamelijk op conto van cliënten met een crackprobleem.
- Het aantal geregistreerde acute sterfgevallen wegens cocaïnegebruik is laag en bleef tussen 2004 en 2006 stabiel (§ 3.7).
- Cocaïnepoeders van consumenten bevatten de laatste jaren relatief vaak geneesmiddelen (§ 3.8).

3.2 GEBRUIK: ALGEMENE BEVOLKING

- Tussen 2001 en 2005 steeg het aantal Nederlanders van 15 tot en met 64 jaar dat ervaring heeft met cocaïne (tabel 3.1). Het verschil tussen 1997 en 2001 was niet significant.⁵
- Het percentage recente gebruikers bleef in alle drie de peilingen op het zelfde niveau. Het percentage actuele gebruikers was in de peilingen van 1997 en 2005 gelijk. De daling in 2001 was niet significant.
- In absolute getallen telde Nederland in 2005 naar schatting 32 duizend actuele cocaïnegebruikers. Deze cijfers zijn vrijwel zeker een onderschatting, omdat probleemgebruikers van harddrugs in bevolkingsonderzoek zoals het NPO ondervertegenwoordigd zijn.
- De jaarlijkse aanwas van mensen die voor het eerst cocaïne gebruiken is gedaald van 0,4 procent in 2001 naar 0,1% in 2005. Deze cijfers kunnen duiden op een dalende nieuwe instroom van cocaïne.

TABEL 3.1 GEBRUIK VAN COCAÏNE IN NEDERLAND ONDER MENSEN VAN 15 TOT EN MET 64 JAAR. PEILJAREN 1997, 2001 EN 2005

	1997	2001	2005
Ooitgebruik	2,6%	2,1%	3,4%
Recent gebruik ^I	0,7%	0,7%	0,6%
Actueel gebruik ^{II}	0,3%	0,1%	0,3%
Heeft voor het eerst in het afgelopen jaar gebruikt	0,3%	0,4%	0,1%
Gemiddelde leeftijd van de recente gebruikers ^I	27,7 jaar	26,7 jaar	31,9 jaar

Aantal respondenten: 17 590 (1997), 2 312 (2001), 4 516 (2005). I. In het afgelopen jaar. II. in de afgelopen maand. Bron: NPO, IVO.⁵

LEEFTIJD, GESLACHT EN STEDELIJKHEID

- Ooitgebruik van cocaïne komt het meest voor onder mannen (5,2%, versus 1,6% onder vrouwen) en in de leeftijdsgroep 25 tot en met 44 jaar (5,3%, versus 2,8% onder 15-24-jarigen en 1,6% onder 45-64-jarigen).
- Ook hebben mensen in de grote steden het vaakst ervaring met cocaïne. Zo heeft 7,6% van de bevolking in zeer sterk stedelijke gebieden ooit cocaïne gebruikt versus 0,7% van de bevolking in niet-stedelijk gebieden.
- De aantallen recente en actuele gebruikers zijn te klein voor een verder uitsplitsing naar leeftijd, geslacht en stedelijkheid.
- Tussen 2001 en 2005 steeg de gemiddelde leeftijd van de recente gebruikers.
- De startleeftijd is de leeftijd waarop iemand voor het eerst een middel heeft gebruikt (zie ook bijlage A: startleeftijd). Onder de ooitgebruikers van cocaïne lag in de leeftijdsgroep van 15 tot en met 24 jaar de startleeftijd op gemiddeld 17,6 jaar. In de leeftijdsgroep van 15 tot en met 64 jaar lag de startleeftijd op gemiddeld 23,1 jaar.

SPECIALE GROEPEN

In vergelijking met de gemiddelde bevolking, komt cocaïnegebruik veel voor onder dak- en thuislozen en gedetineerden.

- In 2002 had bijna de helft (47%) van de *dak- en thuislozen* in twintig Nederlandse gemeenten in de afgelopen maand crack geconsumeerd; een op de tien dak- en thuislozen (10%) gebruikte snuifcokes.⁶
- In 2006 had van de dak- en thuislozen in de Rotterdamse dag- en nachtopvang 29 procent (bijna) dagelijks cocaïne gebruikt.⁷
- In 2002 gebruikte eenderde (32%) van de mannelijke *gedetineerden* in acht Huizen van Bewaring dagelijks cocaïne/crack in de laatste zes maanden voor detentie.⁷⁰ Voor overige cijfers over drugsgebruik onder gedetineerden, zie § 8.3.

3.3 GEBRUIK: JONGEREN

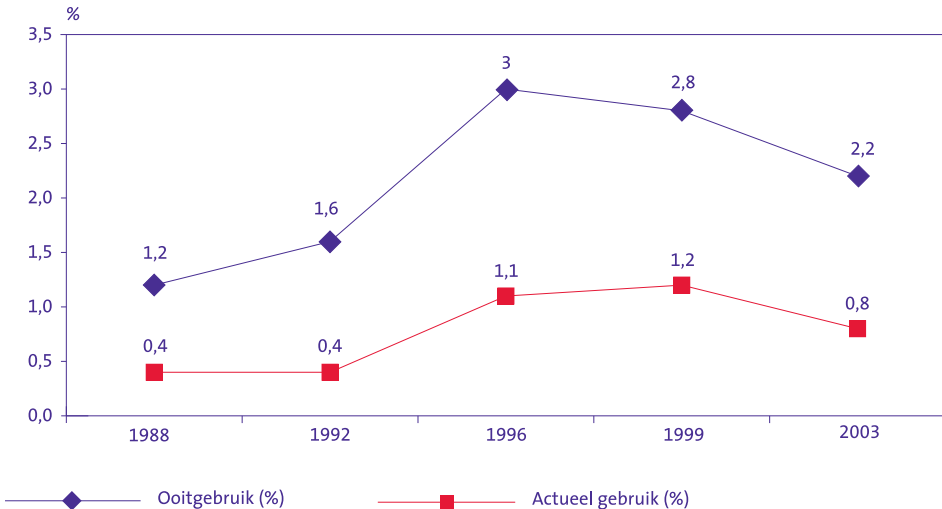
SCHOLIEREN

Volgens het Peilstationsonderzoek scholieren gebruiken aanzienlijk minder leerlingen van het middelbaar onderwijs harddrugs, zoals cocaïne, dan cannabis.⁹

- Van 1988 tot 1996 deed zich wel een stijging voor.
- In de metingen van 1999 en 2003 zette deze trend zich niet voort. Het percentage leerlingen dat ooit of pas nog ervaring had met deze drug lijkt licht te dalen tussen 1996 en 2003, maar deze verschillen zijn niet significant (figuur 3.1).
- Meer jongens dan meisjes hebben ooit of pas nog cocaïne gebruikt.

- De percentages cocaïnegebruikers lijken iets lager onder leerlingen met een hoger schoolniveau (VWO, HAVO) vergeleken met leeftijdgenoten van een lager schoolniveau (VMBO), maar deze verschillen zijn niet statistisch significant.

FIGUUR 3.1 GEBRUIK VAN COCAÏNE ONDER SCHOLIEREN VAN 12 TOT EN MET 18 JAAR, VANAF 1988



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

SPECIALE GROEPEN

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen komt de consumptie van cocaïne vrij vaak voor. Tabel 3.2 vat de resultaten samen van diverse, vaak lokale, studies. De cijfers zijn onderling niet goed vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Trendcijfers zijn alleen beschikbaar voor Amsterdam.

- Cocaïne is relatief populair onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. In Amsterdam daalde het percentage actuele gebruikers van cocaïne onder bezoekers van trendy clubs tussen 1998 en 2003 van 24 naar 14 procent.¹⁵ Het ging daarbij vooral om het snuiven van cocaïne. Sleutelfiguren in het Amsterdamse uitgaansleven signaleren in 2006 echter een stabilisering of wellicht lichte stijging van de populariteit. Het gebruik lijkt steeds minder tot het weekend beperkt te zijn.¹⁹
- Voor zover cijfers beschikbaar zijn varieert het actuele gebruik van cocaïne onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen in steden elders in het land van drie tot tien procent (tabel 3.2).

- Volgens kwalitatieve panelstudies met sleutelfiguren in het uitgaansleven is cocaïne doorgedrongen tot een breed en gevarieerd publiek.
 - In 2006/2007 signaleren sleutelfiguren dat het gebruik van cocaïne in het hele land een verzadigingspunt heeft bereikt, met mogelijk lichte oplevingen in Amsterdam en Rotterdam.²²
 - Onder (werkende) plattelandsjongeren is echter een stijgende populariteit van cocaïne waargenomen. Ook studenten, voetbalsupporters en horecapersoneel zouden het middel bijzonder waarderen.^{22;71}
 - Volgens sleutelfiguren wordt cocaïne evenzeer gebruikt tijdens het uitgaan als thuis.²²
- In het uitgaanscircuit wordt cocaïne geregeld samen met alcohol geconsumeerd.²⁵ De overmatige consumptie van alcohol in het uitgaansleven wordt wel genoemd als een van de redenen van de populariteit van cocaïne.²² Cocaïne zou een ontvullend effect hebben waardoor men langer en meer zou kunnen drinken.⁷²
- Voor zover cijfers beschikbaar zijn, komt het gebruik van crack onder probleemjongeren niet veel voor (tabel 3.2). Zwerfjongeren in Flevoland hebben de meeste ervaring met dit middel. Eén op de vijf heeft crack geprobeerd en een op de achttien is een actuele gebruiker.⁷³ Recent onderzoek onder jongeren in de Amsterdamse jeugdzorg laat zien dat het middel in deze groep nauwelijks wordt gebruikt.¹⁹ In de afgelopen jaren signaleerden sleutelfiguren desondanks een opmars van crack onder probleemjongeren in Gelderland³⁵, hangjongeren in Den Bosch³⁸, gemarginaliseerde jongeren in Eindhoven⁴⁰, Maastricht⁴² en Parkstad Limburg.⁷⁴ Trendcijfers ontbreken echter.

TABEL 3.2 GEBRUIK VAN COCAÏNE IN SPECIALE GROEPEN

	<i>Locatie</i>	<i>Peiljaar</i>	<i>Leeftijd (jaar)</i>	<i>Ooit- gebruik</i>	<i>Actueel gebruik</i>
<i>Uitgaande jongeren en jongvolwassenen</i>					
Bezoekers van dance party's, buitenfestivals, centrum	Den Haag	2003	15 - 35	23%	10%
Cafébezoekers	Zaandam	2006	14 - 44	13%	4%
Cafébezoekers ^I	Amsterdam ^{II}	2000	Gemiddeld 25	26%	9%
		2005	Gemiddeld 27	26%	8%
Bezoekers horeca	Eindhoven	2005	14 - 34	20%	6%
Bezoekers van cafés en sportkantines	Noordwijk	2004	Gemiddeld 23	20%	8%
Bezoekers van discotheken	Nijmegen ^{III}	2006	Gemiddeld 21	11%	3%
Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	1998	Gemiddeld 26	49%	24%
		2003	Gemiddeld 28	39%	14%
Coffeeshopbezoekers	Amsterdam ^{IV}	2001	Gemiddeld 25	52%	19%
	Nijmegen	2005-6	Gemiddeld 27	33%	10%
<i>Probleemjongeren</i>					
Gemarginaliseerde jongeren ^V	Den Haag	2000/2001	16 - 25	23%	9%
Gedetineerde jongeren ^{VI}	Regionaal	2002/2003	14 - 17	16% ^{VIII}	6% ^{VIII}
				5% ^{IX}	2% ^{IX}
School drop-outs ^{VI}	Regionaal	2002/2003	14 - 17	10% ^{VIII}	2% ^{VIII}
				4% ^{IX}	1% ^{IX}
Zwerfjongeren ^{VII}	Flevoland	2004	13 - 22	29% ^{VIII}	10% ^{VIII}
				19% ^{IX}	6% ^{IX}
Jongeren in de jeugdzorg ^X	Amsterdam	2006	Gemiddeld 17	8% ^{VIII}	2% ^{VIII}
				4% ^{IX}	1% ^{IX}

Percentage actuele gebruikers (laatste maand) per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek.

I. Jongeren en jongvolwassenen uit mainstream-, studenten-, homo- en hippe cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. II. Geringe respons (26%). III. Geringe respons (19%). IV. Geringe respons (15%). V. Jongeren die ontoereikende zorg krijgen en/of niet voldoende in de eigen bestaansvoorwaarden kunnen voorzien. Geworven op locaties voor zwerfjongeren, laagdrempelige dag – en nachtopvang en (overige) tijdelijke woonvoorzieningen. VI. Onderzoek in Noord-Holland, Flevoland en Utrecht. Gebruik onder gedetineerde jongeren: in de maand voorafgaand aan detentie. Drop-outs zijn jongeren die in de afgelopen 12 maanden minstens een maand niet naar school zijn geweest, exclusief

vakanties. VII. Jongeren tot 23 jaar die drie maanden of langer geen vaste verblijfplaats hebben. VIII. Snuifbare cocaïne in poedervorm. IX. Rookbare cocaïne in de vorm van crack. X. Jongeren met opvoedproblemen, delinquente jongeren, dak- en thuisloze jongeren en jongeren in overige hulpverleningstrajecten. Referenties: ^{19-21;27-29;31-35;75;76}

3.4 PROBLEMATISCH GEBRUIK

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

- De eerste groep bestaat uit de probleemgebruikers van opiaten (zie § 4.4), die tegenwoordig vrijwel allemaal óók cocaïne gebruiken, veelal de kant-en-klare rookbare vorm crack.^{77;78} Onder meer vanwege de snellere werking leidt crackgebruik sneller tot dwangmatig gedrag en verslaving dan snuifcocaïne.⁷⁹⁻⁸¹ Voor veel opiaatverslaafden is cocaïne het belangrijkste middel. Zij hebben vrij veel moeite het gebruik te stoppen of te minderen en zij hebben een dagtaak aan het verkrijgen van de drug.⁸² Gebruik van crack kan de marginalisering van problematische opiaatgebruikers versnellen en de drugsscène verharderen.⁸³
- In de harddrugscene komen ook probleemgebruikers voor die frequent cocaïne, vooral crack, consumeren, zonder daarnaast heroïne te nemen. Onbekend is hoe groot deze groep is.
 - Volgens veldstudies gaat het om circa 10 tot 15 procent van de totale populatie van probleemgebruikers van harddrugs.^{82;84}
 - Uit lokale studies begin jaren 2000 komt crackgebruik zonder voorgeschiedenis van heroïnegebruik relatief vaak voor onder allochtone en dakloze jongeren en jonge volwassenen en straatprostituees.^{80;85}
 - Volgens onderzoek in Rotterdam kan crackgebruik met name bij jongeren een katalysator zijn voor een marginaliseringsproces, waarbij zij meer en meer los komen te staan van gezin, werk en gezondheidszorg.⁸⁶
- De derde groep bestaat uit gebruikers bij wie het aanvankelijk recreatief gebruik van snuifcocaïne is overgegaan in problematisch gebruik ('de ontspoorde cocaïnesnuivers'). In vergelijking met crackgebruikers zijn zij doorgaans begonnen met het gebruik van snuifcoke vanuit een meer maatschappelijk geïntegreerde positie. De aantallen in deze groep zijn niet bekend.

Volgens veldstudies onder de eerste twee groepen van gebruikers is het bij zichzelf injecteren van cocaïne (en heroïne) in de jaren negentig sterk afgenomen en daarmee ook het risico van infecties. Het roken van cocaïne (en heroïne) is juist toegenomen. Recente cijfers ontbreken echter.

- Zo daalde in Parkstad Limburg het aandeel 'pure spuiters' van cocaïne in het totaal aan probleemgebruikers van cocaïne (en andere harddrugs) van 40 procent

in 1996 naar 4 procent in 1999. Het aandeel probleemgebruikers dat cocaïne zowel spoot als rookte daalde van 30 naar 17 procent. Tussen 1999 en 2002 bleef deze situatie ongeveer gelijk.^{79;80;85}

- Volgens de laatste cijfers uit Rotterdam (2003), Utrecht (1999) en Parkstad-Limburg (2002) is het roken van cocaïne voor zeven tot negen op de tien probleemgebruikers van harddrugs de gangbare gebruikswijze.

3.5 GEBRUIK: INTERNATIONALE VERGELIJKING

ALGEMENE BEVOLKING

In de algemene bevolking van westerse landen is het aantal mensen dat harddrugs zoals cocaïne gebruikt, aanzienlijk kleiner dan het aantal mensen dat cannabis gebruikt.

- Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking. Van invloed is vooral de leeftijdsgroep. Tabel 3.3a geeft gebruikscijfers die zijn (her)berekend volgens de standaard leeftijdsgroep van het EMCDDA (15 tot en met 64 jaar). Gegevens voor de overige landen staan in tabel 3.3b. Voor Europa zijn alleen landen uit de EU-15 en Noorwegen opgenomen. Bijlage E geeft gebruikscijfers voor de overige lidstaten, voor zover beschikbaar.
- Het percentage mensen tot de leeftijd van zestig of zeventig jaar dat ervaring heeft met cocaïne is veruit het grootst in de Verenigde Staten en Canada. In de EU-15 varieert het percentage ooitgebruikers van minder dan een procent tot zeven procent. De hoogste waarden worden gerapporteerd in het Verenigd Koninkrijk en Spanje (circa 7%). In de overige EU-lidstaten (bijlage E) is het percentage ooitgebruikers niet groter dan 1,2 procent. In Nederland heeft ruim drie procent van de bevolking van 15 tot en met 64 jaar ervaring met cocaïne. Dat is minder dan het Europese gemiddelde van 4 procent.⁴³
- In de meeste EU-15 en EU-27 landen heeft niet meer dan circa een procent van de inwoners in het afgelopen jaar cocaïne gebruikt. Uitzonderingen zijn het Verenigd Koninkrijk en Spanje, met respectievelijk twee en drie procent. Het percentage recente gebruikers ligt ook hoger in de Verenigde Staten en Canada. In Nederland ligt het percentage recente gebruikers van cocaïne (0,6%) onder het Europese gemiddelde van 1,3 procent.⁴³

TABEL 3.3A CONSUMPTIE VAN COCAÏNE ONDER DE ALGEMENE BEVOLKING VAN ENKELE EU-15 LIDSTATEN EN NOORWEGEN: LEEFTIJDGROEP 15 TOT EN MET 64 JAAR

<i>Land</i>	<i>Jaar</i>	<i>Ooitgebruik</i>	<i>Recent gebruik</i>
Spanje	2005/2006	7,0%	3,0%
Nederland	2005	3,4%	0,6%
Ierland	2002/2003	3,1%	1,1%
Ierland	2002/2003	3,0%	1,1%
Noorwegen	2004	2,7%	0,8%
Frankrijk	2005	2,6%	0,6%
Oostenrijk	2004	2,3%	0,9%
Finland	2004	1,2%	0,3%
Portugal	2001	0,9%	0,3%
Griekenland	2004	0,7%	0,1%

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). Referenties: ⁴³

TABEL 3.3B CONSUMPTIE VAN COCAÏNE ONDER DE ALGEMENE BEVOLKING VAN ENKELE EU-15 LIDSTATEN, DE VERENIGDE STATEN, CANADA EN AUSTRALIË: OVERIGE LEEFTIJDGROEPEN¹

<i>Land</i>	<i>Jaar</i>	<i>Leeftijd (jaar)</i>	<i>Ooitgebruik</i>	<i>Recent gebruik</i>
Verenigde Staten	2006	12 en ouder	14,3%	2,5%
Canada	2004	15 en ouder	10,6%	1,9%
Verenigd Koninkrijk	2004	?	6,5%	2,3%
Australië	2004	14 en ouder	4,7%	1,0%
Italië	2003	15 – 54	4,6%	1,2%
Denemarken	2005	16 – 64	4,0%	1,0%
Duitsland	2003	18 – 59	3,2%	1,0%
Zweden	2000	16 – 64	0,7%	0,0%

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar).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 meer beperkt leeftijdsbereik geldt het omgekeerde. Referenties: ^{43:45:87}

JONGEREN

In de ESPAD-peiling onder vijftien- en zestienjarige scholieren in Europa werd in 1999 en 2003 gevraagd naar het ooitgebruik van cocaïne. In 2003 is ook gevraagd naar het recent gebruik. De cijfers uit dit onderzoek zijn beter vergelijkbaar dan de cijfers uit onderzoeken onder de algemene bevolking.

- Tabel 3.4 toont het gebruik van cocaïne in een aantal landen van de EU en Noorwegen. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit.
- Amerikaanse scholieren hebben vaker ervaring met cocaïne dan hun leeftijdgenoten in de EU, ondanks de daling in het percentage ooitgebruikers tussen 1999 en 2003.
- Italië en het Verenigd Koninkrijk gingen in 2003 aan kop op de maat ooitgebruik (4%). Nederland, België, Frankrijk, Ierland en Portugal namen met drie procent een positie in boven het midden, maar de verschillen met andere landen zijn klein.
- In Italië, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten komen met 3 procent naar verhouding ook de meeste recente gebruikers voor. In de overige landen heeft niet meer dan 1 tot 2 procent van de scholieren recent gebruikt. In Nederland is dat 1 procent.

TABEL 3.4 CONSUMPTIE VAN COCAÏNE ONDER LEERLINGEN VAN 15 EN 16 JAAR IN EEN AANTAL LIDSTATEN VAN DE EUROPESE UNIE, NOORWEGEN EN DE VERENIGDE STATEN. PEILJAREN 1999 EN 2003

	1999	2003	
	Ooitgebruik	Ooitgebruik	Recent gebruik
Verenigde Staten	8%	5%	3%
Italië	2%	4%	3%
Verenigd Koninkrijk	3%	4%	3%
België	-	3%	1%
Frankrijk	2%	3%	-
Ierland	2%	3%	1%
Nederland	3%	3%	1%
Portugal	1%	3%	2%
Denemarken	1%	2%	2%
Duitsland ¹	-	2%	2%
Griekenland	1%	1%	1%
Noorwegen	1%	1%	1%
Zweden	1%	1%	0%
Finland	1%	0%	0%

Percentage gebruikers ooit in het leven en (2003) in het laatste jaar (recent). 1. Zes van zestien deelstaten. - = niet gemeten. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD, maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. Bron: ESPAD.⁴⁸

3.6 HULPVRAAG

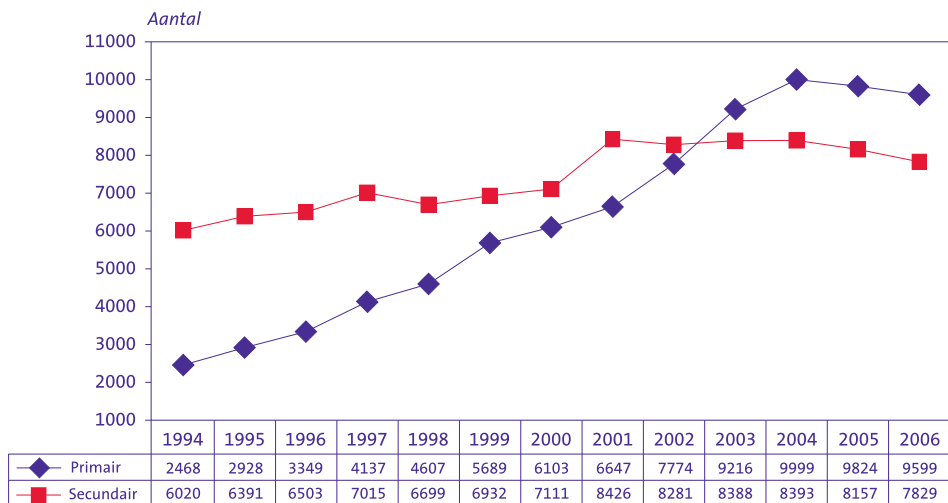
AMBULANTE VERSLAVINGSZORG

Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) registreert hoeveel mensen hulp vragen bij de (ambulante) verslavingszorg, inclusief de verslavingsreclassering en de verslavingsklinieken die zijn gefuseerd met de ambulante verslavingszorg.⁴⁹ (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS.)

- Het aantal cliënten met cocaïne als primair probleem werd tussen 1994 en 2004 vier keer zo groot. Tussen 2004 en 2005 deed zich voor het eerst een kleine daling voor in dit aantal van twee procent en tussen 2005 en 2006 daalde het aantal nog eens met twee procent (figuur 3.2).
- Per 100 000 inwoners van 15 jaar en ouder steeg het aantal primaire cocaïnecliënten van 20 in 1994 naar 76 in 2004, en daalde vervolgens licht naar 74 in 2005 en 72 in 2006.

- Het aandeel cocaïnecliënten van alle cliënten met een drugsprobleem groeide van 13 procent in 1994 naar 30 procent in 2006.
- In 2006 was ongeveer een op de zes primaire cocaïnecliënten een nieuwkomer (18%). Deze nieuwkomers werden ingeschreven in 2006 en stonden niet eerder ingeschreven bij de (ambulante) verslavingszorg voor een drugsprobleem.
- Voor ruim de helft van de primaire cocaïnecliënten (54%) is roken (crack) de belangrijkste wijze van gebruik en voor vier van de tien (41%) snuiven. Slechts één procent injecteert de cocaïne.
- De daling tussen 2004 en 2006 in het aantal primaire cocaïnecliënten was het gevolg van een daling in het aantal crackrokers. Hun aandeel onder de primaire cocaïnecliënten daalde in deze periode van 61 naar 54 procent.
- De meeste primaire cocaïnecliënten (74%) hadden ook problemen met een ander middel, met name alcohol, cannabis en heroïne. Voor een kwart (26%) was cocaïne het enige probleem.
- Cocaïne werd ook vaak als secundair probleem genoemd (figuur 3.2). Voor deze groep is het primaire probleem heroïne (53%), alcohol (33%), of cannabis (7%). Van 2005 naar 2006 daalde het aantal cliënten met secundaire cocaïneproblematiek ook licht (4%).

FIGUUR 3.2 AANTAL CLIËNTEN BIJ DE (AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG MET PRIMAIRE OF SECUNDAIRE COCAÏNEPROBLEMATIEK, VANAF 1994¹

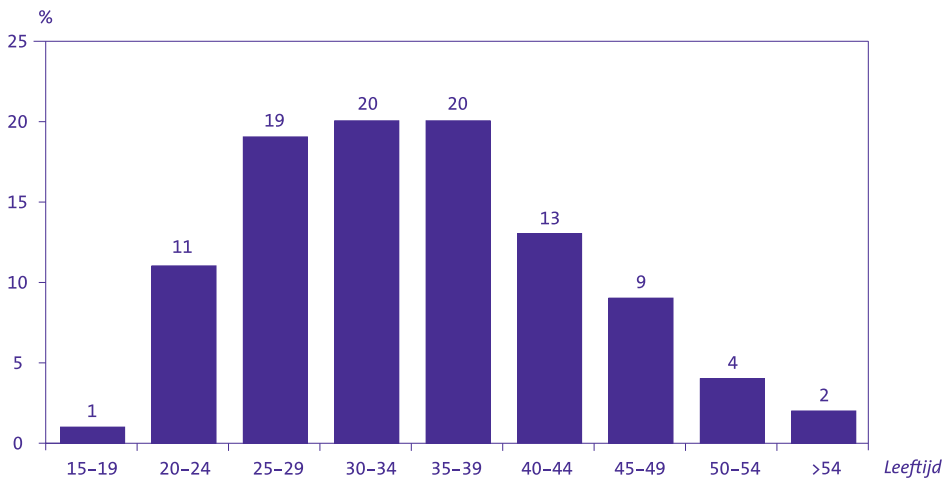


1. De stijging in secundaire cocaïnecliënten van 2000 naar 2001 komt voor een deel door de aanlevering (sinds 2001) van gegevens van opiaatcliënten van de GGD Amsterdam. Bron: LADIS, IVZ.⁴⁹

Leeftijd en geslacht

- In 2006 waren ruim acht op de tien primaire cocaïnecliënten man (82%). Het aandeel vrouwen is sinds 1999 iets gestegen (16% in 1994-1999, 17% in 2000 en 18% in 2001-2006).
- In 2006 was de gemiddelde leeftijd 35 jaar. Daarmee zijn de primaire cocaïnecliënten jonger dan de opiaat-, en alcoholcliënten maar ouder dan de cannabis-, ecstasy- en amfetaminecliënten.
- Figuur 3.3 laat zien dat 59 procent van de primaire cocaïnecliënten tussen de 25 en 39 jaar is. Het aandeel jonge cocaïnecliënten van 15-29 jaar is in de loop der jaren gedaald van 56 procent in 1994 naar 31 procent in 2006.

FIGUUR 3.3 LEEFTIJDVERDELING VAN PRIMAIRE COCAÏNECLIËNTEN BIJ DE (AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG. PEILJAAR 2006



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Bron: LADIS, IVZ.⁴⁹

Regionale ontwikkeling

- Nederland is onderverdeeld in 43 regio's voor de Maatschappelijke Opvang en het Verslavingsbeleid (MO/VB-regio's). Per 10 duizend inwoners van 15 jaar en ouder was de hulpvraag vanwege cocaïne in de periode 2002-2006 het grootst in de MO/VB-regio Rotterdam (20,4 cocaïnecliënten), gevolgd door de MO/VB-regio Zaanstad (14,6 cocaïnecliënten).⁵⁰

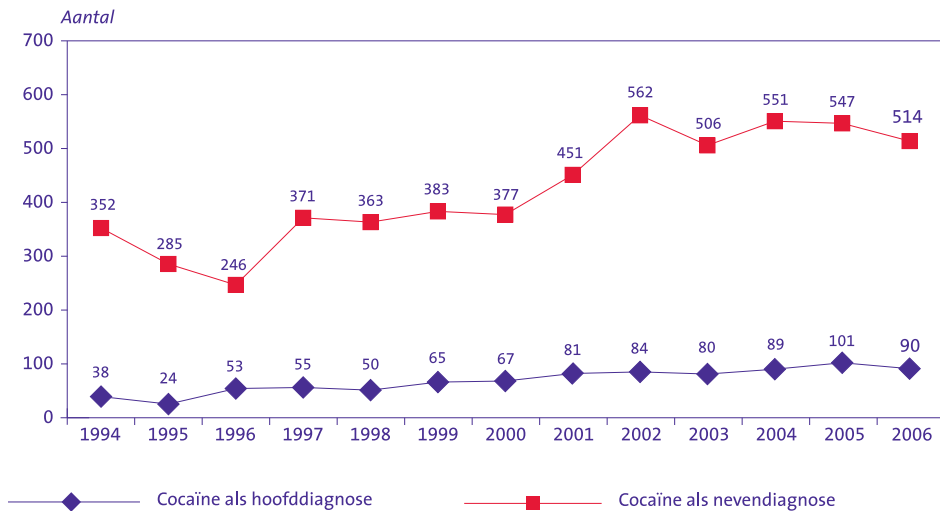
- Over de periode 2002-2006 is het aantal primaire cocaïnecliënten met 63 procent toegenomen vergeleken met 1997-2001. Deze stijging deed zich voor in alle regio's in Nederland. De sterkste toename is te zien in zeven regio's in het noordoosten van het land: Deventer (160%), Enschede (159%), Friesland (158%), Assen (156%), Apeldoorn (143%), Zwolle (139%) en Almelo (122%).⁵⁰

ALGEMENE ZIEKENHUIZEN; INCIDENTEN

In algemene ziekenhuizen worden cocaïnemisbruik en –afhankelijkheid niet vaak als hoofddiagnose genoteerd bij klinische opnames.

- In 2006 ging het om 90 gevallen, waarvan 61 procent vanwege cocaïnemisbruik en 39 procent vanwege cocaïneafhankelijkheid (figuur 3.4).
- Cocaïneproblemen spelen vaker een rol als nevend diagnose. Tussen 1996 en 2002 steeg het aantal opnames met cocaïnemisbruik of -afhankelijkheid als nevend diagnose. Tussen 2003 en 2006 schommelde het aantal nevend diagnoses rond hetzelfde niveau, met een geringe daling van 2005 naar 2006 (6%).
- De meest voorkomende categorieën hoofddiagnoses, die in 2006 stonden geregistreerd bij cocaïnemisbruik of –afhankelijkheid als nevend diagnose, waren:
 - ziekten en symptomen van de ademhalingswegen (18%)
 - letsel door ongevallen (14%, zoals breuken, wonden, hersenschudding)
 - vergiftigingen (13%)
 - misbruik of afhankelijkheid van alcohol en (andere) drugs (11%)
 - ziekten van hart- en vaatstelsel (9%)
 - psychosen (5%).

FIGUUR 3.4 KLINISCHE OPNAMEN IN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN GERELATEERD AAN COCAÏNEMISBRUIK EN -AFHANKELIJKHEID, VANAF 1994



Aantal diagnoses, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen of meer nevendiaagnoses per opname. ICD-9 codes: 304.2, 305.6 (bijlage C). Bron: LMR, Prismant.

- Dezelfde persoon kan meer dan één keer per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één nevendiagnose worden gesteld. Gecorrigeerd voor dubbeltellingen ging het in 2006 om 514 personen. Zij werden in dit jaar minstens één keer opgenomen met cocaïnemisbruik of -afhankelijkheid als hoofd- of nevendiagnose. Hun gemiddelde leeftijd was 35 jaar; 74 procent was man.
- De LMR registreerde in 2006 geen gevallen van opzettelijke vergiftiging met cocaïne als nevendiagnose (ICD-9 code E855.2).

Volgens het Letsel Informatie Systeem (LIS) van Stichting Consument en Veiligheid⁵¹ worden jaarlijks gemiddeld 3 200 personen behandeld op spoedeisende eerste hulp afdelingen van ziekenhuizen na een ongeval, geweld of zelfmutilatie gerelateerd aan drugsgebruik. Drugs zijn hier cocaïne, heroïne, cannabis, ecstasy, paddo's en speed. De gegevens zijn gemiddeld over de periode van 2002 tot en met 2006 en betreffen schattingen voor het hele land, gebaseerd op gegevens van een representatieve steekproef van ziekenhuizen.

- Cocaïne is de meest frequent genoemde drug. Ongeveer een op de drie (34%) drugsslachtoffers geeft aan cocaïne te hebben gebruikt. Tellen we alleen de gevallen mee waarvan de drug bekend is (68%), dan maakt cocaïne 46 procent uit van alle drugsgerelateerde behandelingen bij de spoedeisende hulp.

- Ongeveer twaalf procent van de drugsslachtoffers (400 gevallen) wordt behandeld voor de complicaties veroorzaakt door een vreemd voorwerp in het lichaam. Het gaat hier met name om bolletjesslikkers.
- Deze cijfers zijn waarschijnlijk een onderschatting van het werkelijke aantal aan drugs gerelateerde ongevallen.

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum van het RIVM registreert het aantal informatieverzoeken van artsen, apothekers en overheidsinstellingen over (potentiële) acute vergiftigingen door lichaamsvreemde stoffen, zoals drugs.⁵²

- Het aantal informatieverzoeken voor cocaïne steeg gestaag tussen 2000 en 2003 en fluctueerde in de jaren er na. Van 2006 naar 2007 trad een lichte stijging op (tabel 3.5).
- Trends in het aantal informatieverzoeken weerspiegelen niet per sé trends in het aantal intoxicaties. Ook de bekendheid van hulpverleners met de symptomen en behandeling van een bepaalde drugsintoxicatie, en de daarmee samenhangende behoefte om het NVIC te raadplegen, kan een rol spelen.

TABEL 3.5 INFORMATIEVERZOeken VANWEGE COCAÏNEGEBRUIK BIJ HET NATIONAAL VERGIFTIGINGEN INFORMATIECENTRUM, VANAF 2000

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Cocaïne	150	184	217	247	227	254	211	231

Aantal informatieverzoeken per jaar gemeld via de 24-uurs telefoonlijn van het NVIC. Meldingen via de website www.vergiftigingen.info (online sinds april 2007) zijn voor 2007 niet meegeteld. Bron: NVIC, RIVM.

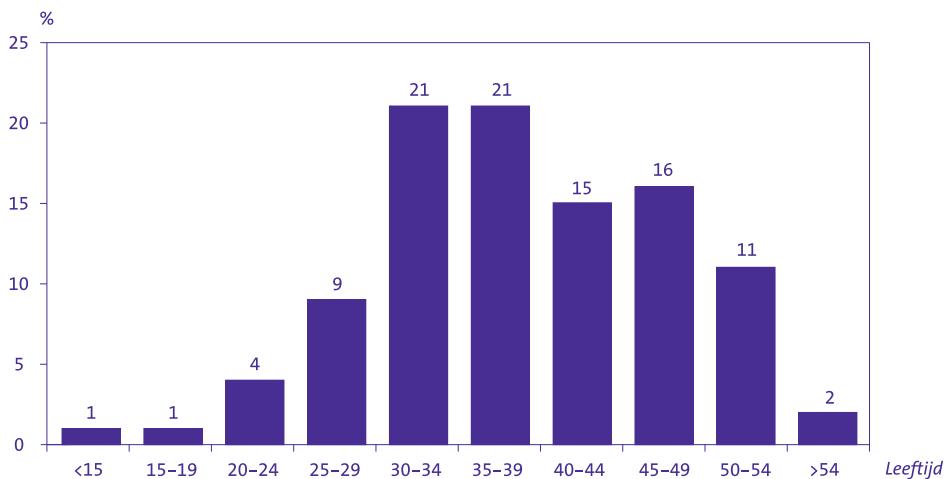
3.7 ZIEKTE EN STERFTE

- Gezondheidsproblemen, vooral door het frequent roken van crack, zijn longcomplicaties ('coke longen'), uitputting en weerstandsvermindering, angsten en paranoia.⁶⁹ Zware cokegebruikers hebben ook meer moeite hun agressie onder controle te houden.
- Bij jongeren en jongvolwassenen in het uitgaansleven die excessief en langdurig cocaïne gebruiken wordt opgefokt, paranoïde en egoïstisch gedrag gesignaleerd en een 'in zich zelf gekeerd zijn'.²² Ook structurele vermoeidheid wordt als gevolg van frequent cokegebruik genoemd.²¹ Door het frequent snuiven van cocaïne kan het tussenneusschot beschadigd raken.^{88;89}

De Nederlandse Doodsoorzakenstatistiek van het CBS telt nog steeds weinig (acute) sterfgevallen die te wijten zijn aan cocaïne.

- Wel vond er een stijging plaats tussen 1997 en 2002, waarna de cocaïnesterfte weer daalde in 2003 en stabiliseerde vanaf 2004 tot en met 2006. Van 1996 tot en met 2006 ging het in totaal om 201 gevallen (zie figuur 4.7 in hoofdstuk 4).
- Figuur 3.5 geeft de verdeling naar leeftijdsgroep van alle sterfgevallen vanwege cocaïne in de periode 2001 tot en met 2006. Bijna twee derde (64%) van de overledenen is 35 jaar en ouder. De piek ligt in de leeftijdsgroep 30-39 jaar. Ongeveer acht op de tien cocaïneslachtoffers waren man (83%).
- Sterfte waaraan cocaïne bijdraagt wordt soms gecodeerd onder natuurlijke doodsoorzaken, zoals een hartaandoening. Hierdoor is het aantal gevallen waarin cocaïne aan het overlijden heeft bijgedragen niet goed te achterhalen.
- Het totale aantal overleden 'cocaïnebolletjesslikkers' is niet bekend. Dit komt onder meer doordat de Doodsoorzakenstatistiek personen uitsluit die niet in het Nederlandse bevolkingsregister staan ingeschreven. De GGD Amsterdam registreerde in de periode 2002 - 2006 drie tot acht gevallen per jaar (7 in 2006).

FIGUUR 3.5 LEEFTIJDVERDELING VAN COCAÏNESTERFGEVALLEN VAN 2000 TOT EN MET 2006



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

INTERNATIONALE VERGELIJKING

Volgens het EMCDDA rapporteerden de lidstaten van de Europese Unie in 2005 en 2006 in totaal 400 sterfgevallen in verband met cocaïnegebruik.⁹⁰

In veel gevallen is het echter niet duidelijk of een cocaïneintoxicatie de primaire doodsoorzaak is. Ook gevallen waarbij de sterfte aan een combinatie van middelen,

waaronder cocaïne, is toe te schrijven kunnen in deze cijfers zijn verdisconteerd. Dit geldt ook voor sterfgevallen waarbij cocaïnegebruik een bestaande ziekte uitlokt, dus een secundaire doodsoorzaak is. Ook kan onderrapportage een rol spelen.

3.8 AANBOD EN MARKT

SAMENSTELLING VAN COCAÏNEMONSTERS

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

In 2007 werden 709 poeders aangeleverd die door de consument als cocaïne waren aangekocht.

- In 2007 bevatte 92,5 procent van de als cocaïne verkochte poeders daadwerkelijk cocaïne (overwegend hydrochloride). De concentratie varieerde van 1 tot 92 procent met een gemiddelde van 57 procent (gewichtspcenten). In 2006 was het gemiddelde percentage 53 procent.
- 6,4 procent van de poeders verkocht als cocaïne bevatte één of meerdere andere psychoactieve stoffen en 1,1 procent bevatte geen enkel psychoactief bestanddeel.
- Net als in 2004 en 2005, trof DIMS in 2007 wederom (2 maal) atropine aan in cocaïne. Kort voordat DIMS deze vervuilde cocaïne aantrof, was al een landelijke waarschuwingsactie (Red Alert) gestart omdat er met atropine vervuilde cocaïne was aangetroffen in de buurt van een overleden cocaïnegebruiker.

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

- Een op de drie (36%) cocaïnepoeders bevatte in 2007 fenacetine. In 2005 en 2006 ging het om respectievelijk 37 en 45 procent. Fenacetine is een stof die tot 1984 als pijnstiller was geregistreerd maar vanwege mogelijk kankerverwekkende eigenschappen uit de handel is genomen. De doseringen fenacetine die worden gebruikt als versnijdingsmiddel zijn vele malen geringer dan de therapeutische doseringen waarbij schadelijke effecten optreden.
- In 2007 bevatten cocaïnepoeders ook relatief vaak de geneesmiddelen diltiazem en levamisol. Twaalf procent van de als cocaïne verkochte poeders bevatte diltiazem (2006: 6%) en elf procent bevatte levamisol (2006: 4%). Diltiazem wordt voorgeschreven bij hoge bloeddruk en angina pectoris; levamisol is een antikankermiddel.

PRIJZEN

De landelijke Trendwatch-monitor, de Antenne-monitor en het DIMS-project geven een indicatie van de prijs die een consument betaalt voor een gram cocaïne.

- Uitgaande jongeren en jonge volwassenen die in 2006/2007 cocaïne hadden gekocht betaalden volgens sleutelfiguren in het uitgaansleven doorgaans 50 euro per gram, maar de prijzen lopen uiteen van 35 tot 60 euro per gram. In Amsterdam worden uitschieters van 70 euro gerapporteerd.²² Volgens gebruikers gaat het dan om cocaïne van zeer goede kwaliteit.¹⁹
- Deze gegevens komen overeen met de prijs die consumenten in 2007 hebben betaald voor cocaïnemonsters aangeleverd bij het DIMS-project: minimaal 25 en maximaal 75 euro per gram cocaïnepoeder (gemiddeld 45 euro per gram). Deze bedragen verschillen niet van die in 2006.

4 OPIATEN

De klasse van opiaten telt vele middelen. Sommige staan bekend om het illegale gebruik ervan, zoals heroïne. Andere opiaten zijn vervangers van heroïne, zoals methadon en buprenorfine, of worden (ook) anderszins toegepast in de geneeskunde: morfine, codeïne en dergelijke. Het gaat in dit hoofdstuk vooral om heroïne en methadon. Opiaten kunnen een roes veroorzaken maar ook een dempende werking hebben. Heroïne wordt in verschillende vormen toegediend. Tegenwoordig is de meest gangbare gebruikswijze in Nederland roken ('chinezen', roken van folie). In Nederland wordt heroïne minder vaak geïnjecteerd.

Mensen bij wie het gebruik van opiaten uit de hand is gelopen nemen vaak ook andere middelen (polydrugsgebruik) op een manier die niet goed valt in te passen in een 'regulier' bestaan. Waar in dit hoofdstuk gesproken wordt over de verzamelterm 'harddrugs' is meestal minstens één opiaat in het geding en verder vooral cocaïne.

4.1 LAATSTE FEITEN EN TRENDS

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

- Heroïnegebruik komt weinig voor in de algemene bevolking (§ 4.2).
- Heroïne is weinig populair onder scholieren en uitgaande jongeren (§ 4.3).
- Het aantal opiaatverslaafden in Nederland is vergeleken met andere Europese landen laag (§ 4.5).
- Het aantal opiaatcliënten in de (ambulante) verslavingszorg is tussen 2005 en 2006 verder gedaald (§ 4.6).
- Van 2005 naar 2006 nam ook het aantal ziekenhuisopnames waarbij opiaten een rol speelt af (§ 4.6).
- Het aantal gediagnosticeerde nieuwe hiv-infecties onder injecterende drugsgebruikers blijft laag (§ 4.7).
- Het percentage hepatitis C besmettingen onder hiv-positieve injecterende drugsgebruikers is hoog (§ 4.7).
- De acute sterfte door opiaatgebruik blijft laag. Tussen 2005 en 2006 trad een lichte daling op (§ 4.7).

4.2 GEBRUIK: ALGEMENE BEVOLKING

Gebruik van heroïne komt niet veel voor onder de algemene bevolking.

- Volgens het NPO had 0,6 procent van de Nederlanders van 15 tot en met 64 jaar in 2005 ervaring met heroïne. Dat is meer dan in 1997 en 2001 (respectievelijk 0,3 en 0,2%).⁵

- De percentages recente en actuele gebruikers waren in alle peiljaren nul procent, met uitzondering van het percentage recente gebruikers in 1997 (0,1%).
- Deze cijfers zijn vermoedelijk een onderschatting, omdat probleemgebruikers van harddrugs in het NPO ondervetegenwoordigd zijn. Veel mensen die illegaal opiaten gebruiken en methadoncliënten komen niet terecht in steekproeven uit de algemene bevolking omdat zij rondzwerven, in de gevangenis zitten, of anderszins uit beeld zijn. Tot op zekere hoogte kunnen zij toch in kaart worden gebracht via andere methoden van onderzoek (zie § 4.3).

SPECIALE GROEPEN

Onder bepaalde volwassenen is het gebruik van heroïne meer gangbaar dan onder de algemene bevolking.

- In 2002 gebruikte een op de vijf mannelijke *gedetineerden* (21%) in acht Huizen van Bewaring dagelijks heroïne in de laatste zes maanden voor detentie.⁷⁰
- In hetzelfde jaar had 40 procent van de *dak- en thuislozen* in twintig Nederlandse gemeenten deze drug in de maand voor de peiling geconsumeerd.⁶
- In 2006 had van de dak- en thuislozen in de Rotterdamse dag- en nachtopvang 29 procent (bijna) dagelijks heroïne gebruikt.⁷

Deze groepen kunnen overlappen met de probleemgebruikers zoals beschreven in § 4.3.

4.3 GEBRUIK: JONGEREN

Heroïne is impopulair onder leerlingen van middelbare scholen van twaalf jaar en ouder (tabel 4.1).⁹

- In 2003 hadden meer jongens dan meisjes ooit of pas nog heroïne gebruikt (ooit: 1,5% versus 0,7%; actueel: 0,8% versus 0,3%).
- Het percentage ooitgebruikers schommelt sinds 1988 rond de één procent. In al die jaren had niet meer dan de helft daarvan pas nog heroïne genomen.

	1988	1992	1996	1999	2003
Heeft ooit gebruikt	0,7%	0,7%	1,1%	0,8%	1,1%
Heeft pas nog gebruikt	0,3%	0,2%	0,5%	0,4%	0,5%

Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand).

Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.

SPECIALE GROEPEN

In sommige risicogroepen komt heroïnegebruik vaker voor, maar dit geldt niet voor alle risicogroepen.

- In bepaalde kringen experimenteert een kleine minderheid met heroïne (tabel 4.2). Zo had in 2001 bijna een op de tien coffeeshopbezoekers in Amsterdam ooit heroïne geprobeerd.²⁰
- Onder bezoekers van trendy clubs in Amsterdam is het percentage oitgebruikers gedaald van zes procent in 1998 naar twee procent in 2003. Actueel gebruik komt in het uitgaanscircuit niet (veel) voor.^{15;25}
- Onder gemarginaliseerde jongeren in Den Haag werden in 2000/2001 de hoogste percentages gebruikers gerapporteerd. Dertien procent had ervaring met heroïne en zeven procent was een actuele gebruiker.³¹
- In 2004 werden in Flevoland onder zwerfjongeren lagere percentages gevonden, acht procent had ooit heroïne gebruikt en twee procent was een actuele gebruiker.²⁸
- In Amsterdam speelt het gebruik van heroïne nauwelijks een rol onder jongeren in de jeugdzorg, school 'drop-outs' en de meest deviante groep van gedetineerde jongeren.^{19;75} In 2006 signaleren sleutelfiguren in Amsterdam dat heroïnegebruik vrijwel niet voorkomt onder de veelal allochtone buurtjongeren en verschillende groepen probleemjongeren, zoals jongensprostituees en dak- en thuisloze jongeren.¹⁹
- In de regio Den Bosch rapporteerden sleutelfiguren in 2005 echter dat sommige jongere harddrugsgebruikers, die waren begonnen met het gebruik van crack, ook heroïne zijn gaan gebruiken.³⁸

TABEL 4.2 GEBRUIK VAN HEROÏNE IN SPECIALE GROEPEN

	Locatie	Peiljaar	Leeftijd (jaar)	Ooit- gebruik	Actueel gebruik
<i>Uitgaande jongeren en jongvolwassenen</i>					
Cafébezoekers ^I	Amsterdam	2000	Gemiddeld 25	1%	0,2%
		2005	Gemiddeld 27	1,5%	0%
Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	1998	Gemiddeld 26	6%	
		2003	Gemiddeld 28	2%	0%
Coffeeshopbezoekers ^{II}	Amsterdam	2001	Gemiddeld 25	9%	0,9%
<i>Probleemgroepen</i>					
School drop-outs ^{III}	Regionaal	2002/2003	14 – 17	1,1%	0,5%
Gedetineerde jongeren ^{III}	Regionaal	2002/2003	14 – 17	3,4%	0,5%
Gemarginaliseerde jongeren ^{IV}	Den Haag	2000/2001	16 – 25	13%	7%
Zwerfjongeren ^V	Flevoland	2004	13 – 22	8%	2%
jeugdzorg ^{VI}	Amsterdam	2006	Gemiddeld 17	1%	0%

Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand) per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet onderling vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. I. Selecte steekproef van jongeren en jonge volwassenen uit mainstream-, studenten-, homo- en hippe cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. II. Geringe respons (15%). III. Onderzoek in Noord-Holland, Flevoland en Utrecht. Drop-outs zijn jongeren die in de afgelopen 12 maanden minstens een maand niet naar school zijn geweest, exclusief vakanties. Gebruik onder gedetineerde jongeren: in de maand voorafgaand aan detentie. IV. Jongeren die ontoereikende zorg krijgen en/of niet voldoende in de eigen bestaansvoorwaarden kunnen voorzien. Geworven op locaties voor zwerfjongeren, laagdrempelige dag- en nachtopvang en (overige) tijdelijke woonvoorzieningen. V. Jongeren tot 23 jaar die drie maanden of langer geen vaste verblijfplaats hadden. VI. Jongeren met opvoedproblemen, delinquente jongeren, dak- en thuisloze jongeren en jongeren in overige hulpverleningstrajecten. Referenties: ^{19;20;27-29;31;32;75}

4.4 PROBLEMATISCH GEBRUIK

De beschikbare schattingen maken meestal geen duidelijk onderscheid tussen probleemgebruikers van opiaten en andere harddrugs.^a De schattingen in tabel 4.3 betreffen voornamelijk regelmatige gebruikers van illegale opiaten of van methadon, die doorgaans ook andere middelen gebruiken, zoals cocaïne, alcohol en slaap- of kalmeringsmiddelen. Volgens de laatste schattingen in 2001 bedraagt het aantal

^a Voor de definitie van problematisch gebruik: zie bijlage A.

probleemgebruikers van harddrugs in Nederland ongeveer 33 500. Dit cijfer is omgeven door een vrij grote marge van onzekerheid variërend van circa 24 tot ruim 46 duizend probleemgebruikers. In vergelijking met schattingen uit 1999 is er geen sprake van een significante verandering in dit aantal.

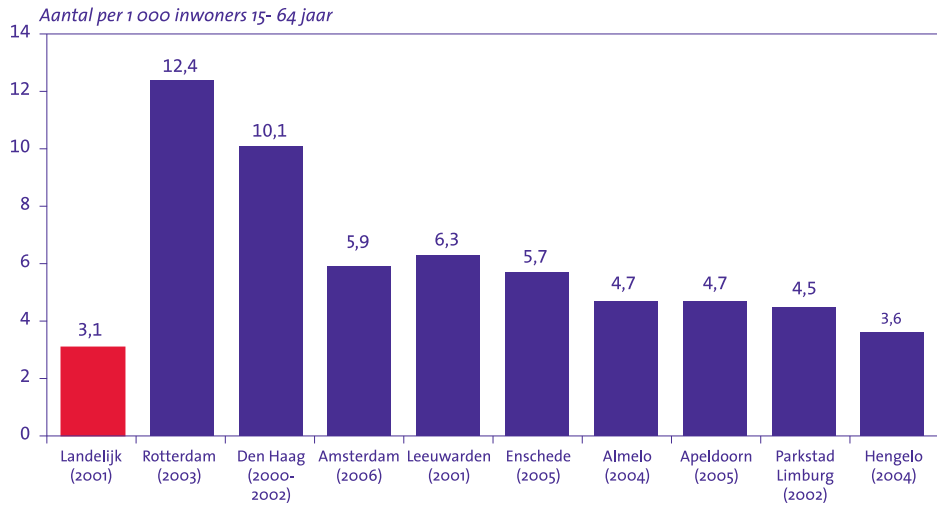
- Nederland telde in 2001 ongeveer drie probleemgebruikers van harddrugs per duizend inwoners van 15 tot en met 64 jaar.
- De hoogste schattingen van het aantal probleemgebruikers per duizend inwoners worden gevonden in Rotterdam en Den Haag (figuur 4.1). Vanwege verschillen in definities en methoden dienen de verschillen tussen de diverse steden echter voorzichtig te worden geïnterpreteerd. Zo heeft de schatting voor Amsterdam betrekking op de groep opiaatgebruikers, die vaak ook andere middelen gebruiken. In Den Haag en Rotterdam is de omvang van een bredere groep van probleemgebruikers van harddrugs geschat. Door een ruimere definitie zou Amsterdam mogelijk op één lijn komen met Den Haag en Rotterdam.
- Volgens een striktere definitie bedroeg in 2003 het aantal probleemgebruikers van harddrugs in Rotterdam die (bijna) dagelijks harddrugs gebruikten en daarbij crimineel waren, overlast veroorzaakten, of dakloos waren naar schatting ongeveer 3 000. Dit zijn 7,5 personen per duizend inwoners van 15 tot en met 64 jaar.

TABEL 4.3 SCHATTINGEN VAN HET AANTAL PROBLEEMGEBRUIKERS VAN HARDDRUGS

<i>Bereik</i>	<i>Jaar</i>	<i>Aantal</i>
Landelijk	2001	33 500 (23 800 - 46 500) ^a
Amsterdam	2006	3 297
Rotterdam	2003	5 051 (4 804 - 5 298) ^a
Den Haag	2000-2002	3 200 (per jaar)
Leeuwarden	2001	389
Enschede	2005	607
Almelo	2004	229
Apeldoorn	2005	223
Parkstad Limburg	2002	800
Hengelo	2004	191

Vanwege verschillen in definities en methoden dienen de gegevens voorzichtig te worden geïnterpreteerd. In Amsterdam, Groningen, Apeldoorn, Friesland, Almelo en de Stedendriehoek betreffen de schattingen probleemgebruikers van (ook) opiaten. In Rotterdam, Den Haag, Enschede, Hengelo en Zuid-Limburg gaat het om probleemgebruikers van harddrugs in bredere zin. I. Gemiddelde en de boven- en ondergrens van verschillende schattingen. Referenties: ⁹¹⁻⁹⁹

FIGUUR 4.1 SCHATTINGEN VAN HET AANTAL PROBLEEMGEBRUIKERS VAN HARDDRUGS PER 1 000 INWONERS VAN 15 TOT EN MET 64 JAAR

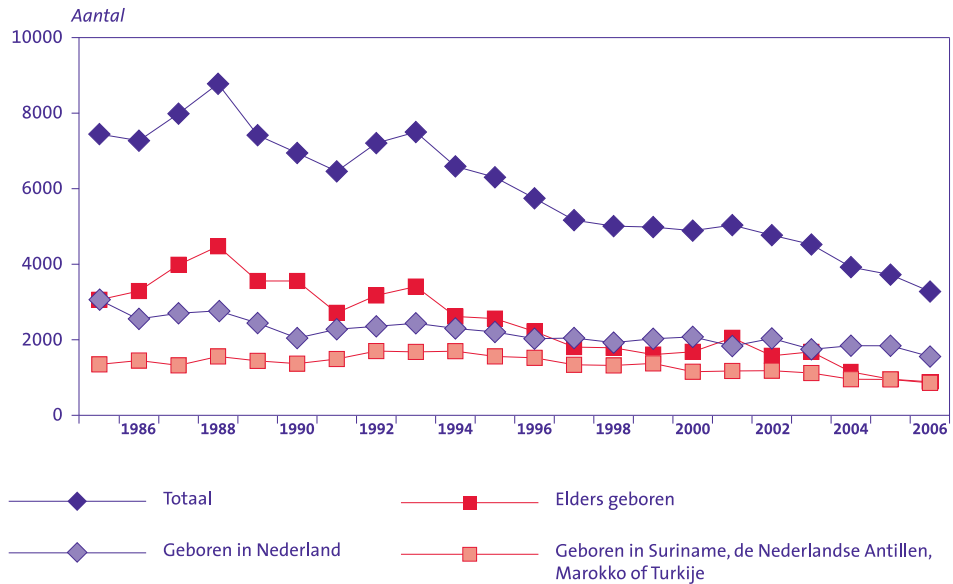


Gemiddelde van hoogste en laagste schattingen (indien toepasbaar). Vanwege verschillen in definities en methoden dienen de verschillen tussen de diverse steden echter voorzichtig te worden geïnterpreteerd. Referenties: zie tabel 4.3.

Figuur 4.2 geeft de ontwikkeling weer van het aantal probleemgebruikers van opiaten in Amsterdam volgens schattingen van de GGD Amsterdam.

- De omvang van deze groep bereikte een piek in 1988 met 8 800 probleemgebruikers en liep toen terug. Dit kwam vooral door een daling in het aantal buitenlanders, vooral Italianen en Duitsers. In de afgelopen jaren is echter in alle groepen een daling waarneembaar.
- In 2006 telde Amsterdam naar schatting nog zo'n 3 300 probleemgebruikers van opiaten. Van hen was 47 procent geboren in Nederland, 26 procent in Suriname, de Nederlandse Antillen, Marokko of Turkije en 27 procent elders.

FIGUUR 4.2 PROBLEEMGEBRUIKERS VAN OPIATEN IN AMSTERDAM, VANAF 1985



Bron: GGD Amsterdam.

LEEFTIJD

De populatie heroïnegebruikers veroudert.

- In Amsterdam steeg de gemiddelde leeftijd van methadoncliënten van 32 jaar in 1989 naar 47 jaar in 2006 (bron: GGD Amsterdam). In Rotterdam en Parkstad Limburg steeg de gemiddelde leeftijd van probleemgebruikers van harddrugs van 37 jaar in 1998 naar 39 jaar in 2002/2003.^{85;100}
- De veroudering van de groep heroïnegebruikers gaat gepaard met steeds meer gezondheidsklachten (zie § 4.7).

WIJZE VAN GEBRUIK

Het gebruik van opiaten is vooral riskant voor de gezondheid als de opiaten worden ingespoten. In de loop van de jaren zijn gebruikers van opiaten minder gaan injecteren.

- Zo daalde het aandeel injecteerdere van heroïne op alle probleemgebruikers van heroïne in Parkstad Limburg van 33 procent in 1996 naar 13 procent in 1999. Deze trend heeft zich niet voortgezet tussen 1999 en 2002.⁸⁵
- In Rotterdam nam het aandeel injecteerdere af van 15 procent in 1999 naar 10 procent in 2003.¹⁰⁰

- Onder drugsgebruikers die deelnamen aan de Amsterdamse Cohort Studies naar hiv/aids daalde het aantal bezoeken aan de GGD waarin zij aangaven te hebben gespoten in de voorafgaande periode van 57 procent in 1985 naar 21 procent in 2004.¹⁰¹
- De daling in het aantal naalden en spuiten dat wordt omgeruild bij spuitomruilprogramma's in Amsterdam en Rotterdam is ook een indicatie voor de afname van het injecteren van opiaten (zie § 4.7 onder Risicogedrag).
- In 2006 stond 10 procent van de opiaatcliënten van de (ambulante) verslavingszorg te boek als spuiters en 71 procent als roker, evenveel als in 2005. Het overige deel gebruikte op een andere manier.⁴⁹ In 1994 spoot nog 16 procent de drug en in 2001 nog 12 procent.
- Via het percentage spuiters onder de harddrugsccliënten in de verslavingszorg en de schatting van het totaal aantal problematische harddruggebruikers in Nederland kan het totaal aantal injecterende drugsgebruikers worden geschat. In 2005 waren er naar schatting ongeveer 3 100 injecterende drugsgebruikers binnen een marge van minimaal 2 200 en maximaal 4 300 gevallen.

4.5 GEBRUIK: INTERNATIONALE VERGELIJKING

GEBRUIK SCHOLIEREN

- Volgens de ESPAD-peiling kwam in 2003 het percentage ooitgebruikers van heroïne onder vijftien- en zestienjarige scholieren in Europa niet boven twee procent uit. Uitzondering was Italië, waar vier procent van de scholieren ervaring had met heroïne. In Nederland had een procent van de scholieren ooit heroïne gebruikt.⁴⁸
- Het percentage recente gebruikers was niet hoger dan een procent, behalve in Italië (3%).

PROBLEEMGEBRUIK

- De Europese Unie telt naar schatting tussen 1,3 en 1,7 miljoen probleemgebruikers van harddrugs, ofwel tussen vier en vijf per duizend inwoners van 15 tot en met 64 jaar. In de meeste landen gaat het in hoofdzaak om (ook) opiaten.⁸⁷
- De schattingen zijn berekend met verschillende statistische methoden. Tabel 4.4 geeft de laagste en hoogste cijfers per land. Vanwege verschillen in definities en methodes dienen de gegevens voorzichtig te worden geïnterpreteerd.
- In de twaalf landen van de EU-15 waarvoor nationale schattingen beschikbaar zijn variëren de aantallen van gemiddeld twee tot tien probleemgebruikers per duizend inwoners van 15 tot en met 64 jaar. Duitsland, Griekenland en Nederland staan onderaan in deze lijst. Het Verenigd Koninkrijk gaat aan kop.

- In de nieuwe lidstaten varieert het aantal probleemgebruikers van gemiddeld minder dan twee per duizend inwoners van 15 tot en met 64 jaar (Cyprus, Letland, Polen) tot vijf of meer per duizend inwoners in deze leeftijdsgroep (Malta, Slovenië, Slowakije).
- Trendcijfers zijn voor slechts acht landen beschikbaar. Hieruit blijkt een stabiel beeld, met uitzondering van Oostenrijk dat een duidelijke toename van het aantal probleemgebruikers van opiaten rapporteert. Ook in Italië zijn er aanwijzingen voor een stijging. In Frankrijk, Tsjechië, België en Finland lijkt sprake te zijn van een toename van (injecterend) gebruik van buprenorfine.⁴³

TABEL 4.4 PROBLEEMGEBRUIKERS VAN HARDDRUGS IN 12 LIDSTATEN VAN DE EUROPESE UNIE

Land	Jaar	Aantal per duizend inwoners van 15 tot en met 64 jaar	
		ondergrens – bovengrens ^I	centrale schatting ^{II}
Verenigd Koninkrijk	2005	10,1 - 10,7	10,2
Spanje	2002	7,1 - 9,9	8,5
Italië	2005	7,2 - 8,6	7,9
Denemarken	2005	7,1 - 8,0	7,5
Portugal	2000	6,8 - 8,5	7,1
Ierland	2001	5,2 - 6,1	5,7
Oostenrijk	2004	5,0 - 5,7	5,4
Finland	2002	4,6 - 6,1	5,3
Zweden	2003	4,5	4,5
Duitsland	2005	3,0 - 3,5	3,3
Nederland	2001	2,2 - 4,3	3,1
Griekenland	2005	2,3 - 2,8	2,6

Volgens EMCDDA-definitie van probleemgebruik: langdurig/regelmatig gebruik van opiaten, cocaïne en/of amfetaminen. Vanwege verschillen in methodes dienen de gegevens voorzichtig te worden geïnterpreteerd. Een recente schatting voor Frankrijk ontbreekt (in 1999: 4,4 per 1 000 inwoners van 15-64 jaar). De schattingen hebben in de meeste landen betrekking op opiaatgebruikers, met uitzondering van Zweden en Finland waar amfetaminegebruikers in de meerderheid zijn. In Tsjechië (niet in de tabel vermeld) tellen zowel opiaatgebruikers als methamfetaminegebruikers mee. I. Uiterste waarden op basis van 95% betrouwbaarheidsintervallen of sensitiviteitsanalyse. II. In landen met meer schattingen is het gemiddelde van deze schattingen genomen. Bron: EMCDDA.⁴³

4.6 HULPVRAAG

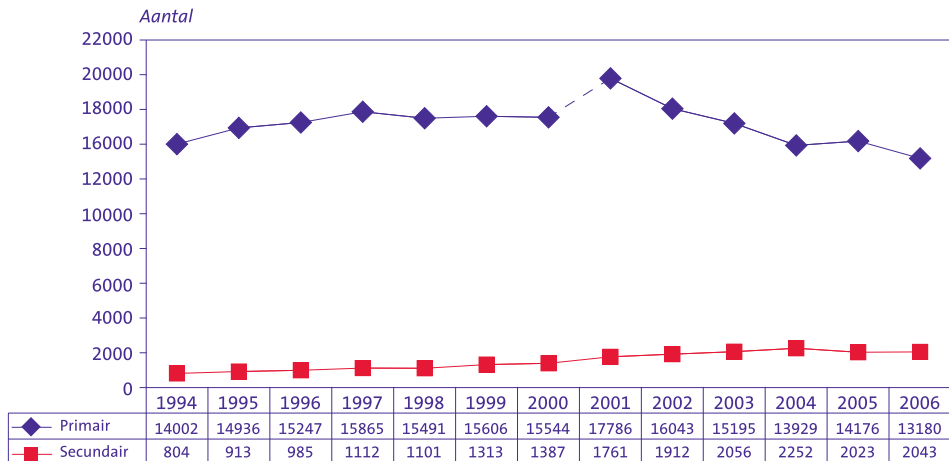
AMBULANTE VERSLAVINGSZORG

Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) registreert hoeveel mensen hulp vragen bij de (ambulante) verslavingszorg, inclusief de verslavingsreclassering en de verslavingsklinieken die zijn gefuseerd met de ambulante verslavingszorg.⁴⁹ (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS.)

- Het aantal cliënten met primair een opiaatproblematiek steeg licht tot 1997 (figuur 4.3). De groei was deels reëel en deels een vertekening doordat meer instellingen voor drugshulpverlening zich bij het LADIS aansloten. Het aantal opiaatcliënten bleef vrij stabiel van 1997 tot en met 2000. De toename in 2001 komt grotendeels door toetreding van de GGD Amsterdam tot het LADIS.^b
- Tussen 2001 en 2004 daalde het aantal primaire opiaatcliënten. Na een lichte stijging van twee procent tussen 2004 en 2005 daalde het aantal weer met zeven procent tussen 2005 en 2006.
- Het aandeel van opiaten in alle verzoeken om hulp vanwege drugs nam af van 71 procent in 1994 naar 44 procent in 2005 en daalde verder naar 41 procent in 2006. Dit komt mede door de groei in de afgelopen jaren van het aantal cliënten met een ander drugsprobleem, zoals cocaïne en cannabis.
- De meeste cliënten klopten al eerder aan bij de (ambulante) verslavingszorg vanwege een drugsprobleem. Slechts vier procent werd ingeschreven in 2006 en stond niet eerder ingeschreven bij de (ambulante) verslavingszorg voor een drugsprobleem. In 2000 was nog 22 procent een nieuwkomer.
- De meeste primaire opiaatcliënten (72%) hadden ook problemen met andere middelen, vooral cocaïne. Ongeveer drie op de tien primaire opiaatcliënten (28%) rapporteerden geen bijmiddel.
- Opiaten worden minder vaak als secundair probleem genoemd (figuur 4.3). Voor deze groep is het primaire probleem cocaïne of crack (67%), alcohol (26%), of cannabis (2%).

^b In 2001 leverde de GGD Amsterdam 1 869 cliënten aan met een primair heroïneprobleem, van wie 1 304 cliënten niet bekend waren bij de andere instellingen die aan het LADIS deelnamen.

FIGUUR 4.3 AANTAL CLIËNTEN BIJ DE (AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG MET PRIMAIRE OF SECUNDAIRE OPIAATPROBLEMATIEK, VANAF 1994¹

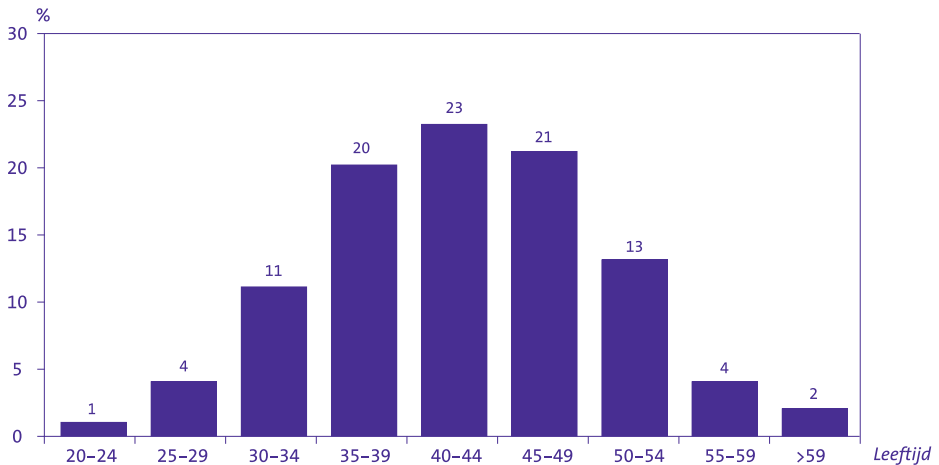


1. De stijging van het aantal personen in 2001 ten opzichte van 2000 is het gevolg van de eerste aanlevering van gegevens van de GGD Amsterdam. Bron: LADIS, IVZ.⁴⁹

LEEFTIJD EN GESLACHT

- In 2006 was 80 procent van de primaire opiaatcliënten man. Over de jaren schommelde dit percentage tussen 78 en 80 procent.
- In 2006 was de gemiddelde leeftijd 42 jaar, aanzienlijk hoger vergeleken met de cannabis- en cocaïnecliënten. Van de opiaatcliënten is 63 procent ouder dan 39 jaar (figuur 4.4).
- Het aandeel van de jonge opiaatcliënten (15 - 29 jaar) daalde tussen 1994 en 2005 van 39 naar 6 procent. In 2006 stabiliseerde hun aandeel op zes procent.

FIGUUR 4.4 LEEFTIJSVERDELING VAN PRIMAIRE OPIAATCLIËNTEN BIJ DE (AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG. PEILJAAR 2006



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Bron: LADIS, IVZ.⁴⁹

REGIONALE ONTWIKKELING

- Nederland is onderverdeeld in 43 regio's voor de Maatschappelijke Opvang en het Verslavingsbeleid (MO/VB-regio's). Per 10 duizend inwoners van 15 jaar en ouder was de hulpvraag vanwege opiaten in de periode 2002-2006 het grootst in de MO/VB-regio's Groningen, Amsterdam, Den Haag en Rotterdam (tussen 17,6 en 31,7 opiaatcliënten).⁵⁰
- Over de periode 2002-2006 is het aantal primaire opiaatcliënten met gemiddeld zestien procent afgenomen vergeleken met 1997-2001. Deze afname deed zich voor in de meeste regio's in Nederland en was het grootst in de regio's Utrecht (-56%), Helmond (-45%), Zaanstad (-40%) en 's-Hertogenbosch (-38%). In de Randstad steeg het aantal opiaatcliënten, maar dit kwam doordat meer instellingen in deze regio gingen deelnemen aan het LADIS.⁵⁰

METHADON

De belangrijkste verstrekkers van methadon zijn de (ambulante) verslavingszorg, de GGD Amsterdam, huisartsen en andere artsen. Voor de (ambulante) verslavingszorg, inclusief de GGD Amsterdam, zijn landelijke cijfers via het LADIS beschikbaar.⁴⁹

- Het aantal methadoncliënten van de (ambulante) verslavingszorg steeg tot 2002 licht (tabel 4.5). Behalve door een werkelijke stijging, komt dit ook door een

uitbreiding van het aantal instellingen dat aan het LADIS deelneemt.

- Methadon wordt meestal voorgeschreven als onderhoudsbehandeling. In een minderheid van de gevallen wordt methadon toegepast bij het afkicken van heroïne.
- De gemiddelde methadondosis per innamedag steeg tussen 1995 en 2003 (tabel 4.5). Vanwege trendbreuken in de registratie kunnen over de afgelopen jaren nog geen conclusies worden getrokken over de recente ontwikkeling in de gemiddelde methadondosis. Voor zover al geregistreerd in 2006, ontving 43 procent van cliënten een dosis van 60 mg methadon of meer. Een therapeutische dagdosering ligt doorgaans tussen de 60 en 120 mg.¹⁰²
- De hoeveelheid methadon die een cliënt per keer krijgt hangt af van het methadonbeleid van de betreffende instelling of hulpverlener.

TABEL 4.5 METHADONVERSTREKKING IN DE (AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG, VANAF 1994

<i>Jaar</i>	<i>Aantal personen</i>	<i>Gemiddelde dosis per portie (milligram)</i>
1994	8 882	46
1995	8 817	37
1996	9 068	38
1997	9 838	40
1998	9 754	42
1999	10 666	45
2000	10 805	48
2001 ^I	12 538 ^I	54 ^I
2002	12 805	57
2003	12 048	57
2004	12 493	56
2005 ^{II}	12 564 ^{II}	54 ^{II}
2006 ^{III}	12 000 ^{III}	62 ^{III}

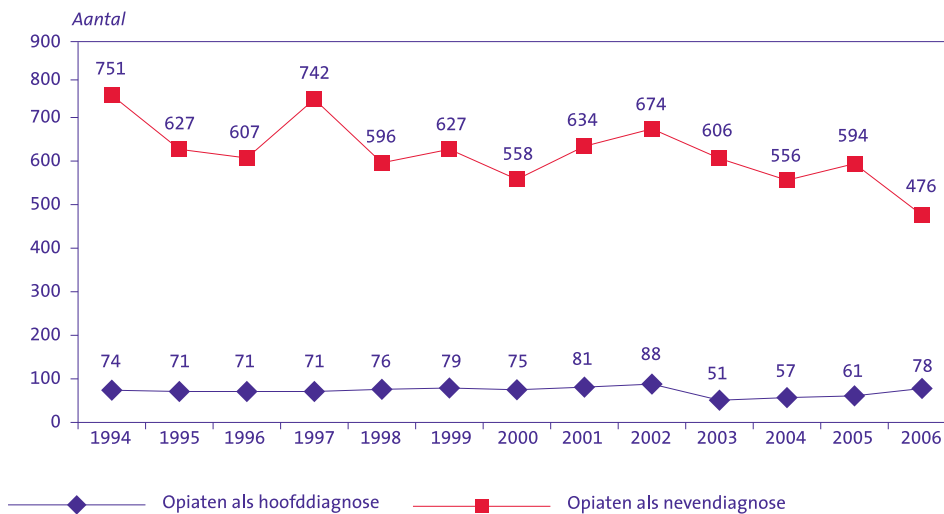
I. De stijging van het aantal personen in 2001 ten opzichte van 2000 is het gevolg van de eerste aanlevering van gegevens van de GGD Amsterdam. De stijging in gemiddelde methadondosering kan (deels) hiermee samenhangen. II. In 2005 stonden 10 362 methadoncliënten geregistreerd, maar waren er naar schatting 12 564 methadoncliënten. De gemiddelde dosis van 54 milligram is een onderregistratie en zal in werkelijkheid hoger liggen. III. In 2006 stonden 9 811 methadoncliënten geregistreerd, maar waren er naar schatting 12 000 methadoncliënten. Bron: LADIS, IVZ.⁴⁹

ALGEMENE ZIEKENHUIZEN; INCIDENTEN

Misbruik en afhankelijkheid van opiaten worden in algemene ziekenhuizen zelden als hoofddiagnose gesteld. In 2006 telde de LMR 78 opnames voor de hoofddiagnose opiaten (69% afhankelijkheid en 31% misbruik, figuur 4.5).

- Vaker komen opiaatmisbruik- en afhankelijkheid als neventdiagnose voor (476 in 2006; 76% afhankelijkheid, 24% misbruik). Van 2005 naar 2006 daalde het aantal neventdiagnoses voor opiaatproblematiek echter met 20 procent. De hoofddiagnoses bij deze neventdiagnoses lopen sterk uiteen. Het meest vielen in 2006 op:
 - ziekten en symptomen van de ademhalingswegen (25%)
 - letsel door ongevallen (12%; breuken, wonden, hersenschudding)
 - ziekten van het spijsverteringsstelsel (10%)
 - vergiftiging (7%)
 - misbruik of afhankelijkheid van alcohol of drugs (7%)
 - huidaandoeningen (2%).
- Dezelfde persoon kan meer dan één keer per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één neventdiagnose worden gesteld. Gecorrigeerd voor dubbeltellingen ging het in 2006 om 439 personen. Zij werden in dit jaar minstens één keer opgenomen met opiaatmisbruik of -afhankelijkheid als hoofd- of neventdiagnose. Zij waren gemiddeld 43 jaar en zeven op de tien waren man (72%).
- De LMR registreerde in 2006 geen gevallen van onopzettelijke vergiftiging met opiaten als neventdiagnose (ICD-9 codes E850.0 t/m E850.2).

FIGUUR 4.5 KLINISCHE OPNAMEN IN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN GERELATEERD AAN OPIAATMISBRUIK EN -AFHANKELIJKHEID, VANAF 1994



Aantal diagnoses, niet gecorrigeerd voor dubbelstellingen van personen of meer nevendiaagnoses per opname. ICD-9 codes: 304.0, 304.7, 305.5 (zie bijlage C). Bron: LMR, Prismant.

In 2006 registreerde de Centrale Post Ambulancevervoer van de GGD Amsterdam 234 spoedeisende aanvragen wegens vermoeden van niet-dodelijke overdosering van harddrugs. In 67 procent van de gevallen bleek vervoer naar het ziekenhuis noodzakelijk.

- Het betrof vooral opiaten en cocaïne, al dan niet in combinatie met andere middelen.
- Het aantal aan harddrugs gerelateerde ambulanceritten daalde van 307 in 1997 naar 188 in 2000, nam vervolgens weer iets toe en heeft zich in de afgelopen jaren gestabiliseerd.

Volgens het Letsel Informatie Systeem (LIS) van Stichting Consument en Veiligheid⁵¹ worden jaarlijks gemiddeld 3 200 personen behandeld op spoedeisende eerste hulp afdelingen van ziekenhuizen na een ongeval, geweld of zelfmutilatie gerelateerd aan drugsgebruik. Drugs zijn hier cocaïne, heroïne, cannabis, ecstasy, paddo's en speed. De gegevens zijn gemiddeld over de periode van 2002 tot en met 2006 en betreffen schattingen voor het hele land, gebaseerd op gegevens van een representatieve steekproef van ziekenhuizen.

- Heroïne wordt slechts in vier procent van de gevallen genoemd. Tellen we alleen de gevallen mee waarvan de drug bekend is (68%), dan maakt heroïne vijf procent uit van alle drugsgerelateerde behandelingen bij de spoedeisende hulp.
- Deze cijfers zijn waarschijnlijk een onderschatting van het werkelijke aantal aan drugs gerelateerde ongevallen.

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum van het RIVM registreert het aantal informatieverzoeken van artsen, apothekers en overheidsinstellingen over (potentiële) acute vergiftigingen door lichaamsvreemde stoffen, zoals drugs.⁵²

- Het aantal informatieverzoeken voor opiaten verdubbelde tussen 2000 en 2003 en steeg tussen 2004 en 2005 met 15 procent van 112 naar 129 informatieverzoeken (tabel 4.6).
- De daling in 2006 heeft te maken met het niet meer meetellen van methadon bij de drugs. Methadon wordt sinds dit jaar onder de geneesmiddelen geregistreerd.
- Deze cijfers geven echter geen zicht op het absolute aantal intoxicaties want artsen hebben geen meldingsplicht voor intoxicaties. Naarmate artsen bekender zijn met de symptomen van een intoxicatie door een bepaalde drug en zij de bijbehorende behandeling kennen, wordt de kans kleiner dat zij hiervoor het NVIC raadplegen.

TABEL 4.6 INFORMATIEVERZOeken VANWEGE HET GEBRUIK VAN OPIATEN BIJ HET NATIONAAL VERGIFTIGINGEN INFORMATIECENTRUM, VANAF 2000

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Opiaten	51	42	95	112	112	129	32	47

Aantal informatieverzoeken per jaar gemeld via de 24-uurs telefoonlijn van het NVIC. Meldingen via de website www.vergiftigingen.info (online sinds april 2007) zijn voor 2007 niet meegeteld. Bron: NVIC, RIVM.

4.7 ZIEKTE EN STERFTE

- De veroudering van de populatie opiaatverslaafden gaat gepaard met het vroegtijdig optreden van ouderdomsziekten, zoals diabetes en kanker. Ook longziekten door langdurig zwaar tabaksgebruik en roken van heroïne (en cocaïne) komen steeds vaker voor.⁸⁴
- In de regio Eindhoven constateren sleutelfiguren dat sommige verouderende heroïnegebruikers de heroïne deels hebben ingeruild voor alcohol. Op deze wijze kunnen zij voortdurend in een roes verkeren.⁴⁰ Ook in de regio Maastricht constateren sleutelfiguren dat onder de verouderende heroïneverslaafden regelmatig een secundaire alcoholverslaving voorkomt, die gepaard gaat met lichamelijke

uitputting.⁴² Sleutelfiguren in Parkstad Limburg rapporteren dat het overstappen op alcohol in deze groep leidt tot de nodige overlast.⁷⁴

- Veel opiaatgebruikers kampen met psychische problemen. Een onderzoek in 2005 onder ruim 200 methadoncliënten in Noord-Brabant laat zien dat 34 procent een actuele depressie had, naast de bestaande opiaatverslaving. Dertig procent had ooit in het leven een manische episode. Van de angststoornissen kwam een actuele gegeneraliseerde angststoornis het meest voor (31%). Negen procent had een actuele psychotische stoornis en ruim een derde (39%) had dat vroeger ooit (eens) gehad.¹⁰³ De GGD Amsterdam meldt eveneens dat ongeveer tien procent van de opiaatverslaafde cliënten jaarlijks een psychose door maakt.⁸⁴
- De GGD Amsterdam meldt een toename van psychopathologie onder verslaafden sinds de beginjaren van de drugsepidemie. Daarvoor worden verschillende verklaringen genoemd:
 - zelfselectie, doordat verslaafden met een bijkomende psychische stoornis minder vaak herstellen van hun verslaving dan verslaafden zonder psychische stoornis
 - de beschadigende gevolgen van een langdurig leven op straat
 - onderbreken van methadonbehandeling, bijvoorbeeld in detentie
 - toename van crackgebruik, dat zonder het dempende effect van heroïne leidt tot verergering van psychische problematiek.

Hiv

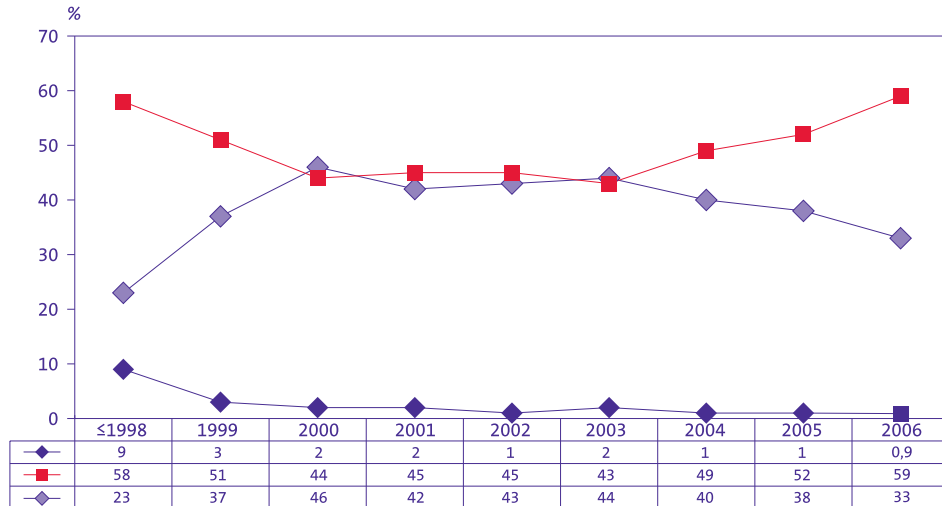
Door het spuiten met vuile naalden of door onveilige seks lopen gebruikers van harddrugs gevaar om besmet te raken met hiv, het virus dat aids veroorzaakt. Er zijn momenteel drie bronnen waarin recente surveillance gegevens van hiv onder injecterende drugsgebruikers worden verzameld. Dit zijn de nationale hiv/aids registratie van de Stichting HIV Monitoring, de nationale soa-surveillance (soa= seksueel overdraagbare aandoening) en de Amsterdamse Cohort Studie, een langlopend onderzoek in Amsterdam. De gegevens uit de drie bronnen wijzen erop dat de aanwas van nieuwe hiv-infecties onder (ooit) injecterende drugsgebruikers gering blijft.

De Stichting HIV Monitoring verzamelt longitudinale gegevens van alle met hiv geïnfecteerde personen die worden aangemeld in de hiv behandelcentra. Uit gegevens van de Stichting HIV Monitoring blijkt dat van alle *geregistreerde* nieuwe hiv-infecties in Nederland er jaarlijks rond één à twee procent is toe te schrijven aan injecterend drugsgebruik.

- In 2006 was injecterend drugsgebruik bij 8 (1 procent) van de 871 nieuw aangemelde personen met een hiv infectie de meest waarschijnlijke oorzaak van besmetting.¹⁰⁴

- In voorgaande jaren was het absolute aantal nieuwe hiv-infecties onder injecterende drugsgebruikers iets hoger, namelijk 18 (2001); 15 (2002); 23 (2003); 10 (2004) en 10 (2005).¹⁰⁵
- In juni 2007 was van de totale groep van 13 086 geregistreeerde hiv-geïnfekteerde personen bij 617 (5 procent) injecterend drugsgebruik de meest waarschijnlijk transmissie route.¹⁰⁴ De meerderheid van de injecterende drugsgebruikers (62 procent) is besmet vóór 1996 en slechts 16 procent in of na 2000.¹⁰⁵ Figuur 4.6 laat zien dat het aandeel van drugsgebruikers in de totale groep van hiv-positieve patiënten sinds 1998 is afgenomen.
- Van de 617 met hiv besmette drugsgebruikers is driekwart (73%) man. De grootste groep is tussen de 30 en 39 jaar (43%).¹⁰⁴
- Het overgrote deel van de met hiv besmette injecterende drugsgebruikers is afkomstig uit Nederland (65%) en andere West-Europese landen (17%).¹⁰⁴
- Bijna de helft (47%) van de geregistreeerde drugsgebruikers woont in de regio Amsterdam. Een kwart woont in andere regio's in west Nederland.¹⁰⁴
- De sterfte onder hiv-geïnfekteerden is sinds de introductie van de zeer effectieve behandeling HAART (highly active anti-retro-viral treatment) fors afgenomen. Desondanks is hiv-infectie door injecterend drugsgebruik, vergeleken met andere transmissieroutes, nog een sterke voorspeller voor een dodelijke afloop. Dit komt onder meer door een co-infectie met hepatitis C en leefstijlfactoren, zoals overmatig alcoholgebruik.¹⁰⁵

FIGUUR 4.6 PERCENTAGE VAN HET AANTAL GEREGISTREERDE HIV INFECTIES DOOR INJECTEREND DRUGSGEBRUIK, SEKSUEEL CONTACT TUSSEN MANNEN EN HETEROSEKSUEEL CONTACT



◆ Injecterend drugsgebruikers ■ MSM
 ◆ Heteroseksueel contact

MSM = mannen die seks hebben met mannen. Bron: Stichting HIV Monitoring.¹⁰⁴

De tweede bron voor gegevens over hiv onder injecterende drugsgebruikers is de nationale soa-surveillance. Deze is in januari 2006 officieel ingevoerd en heeft via acht regionale soa-centra een landelijke dekking. De nationale soa-surveillance heeft de surveillance via de soa-peilstations vervangen.

- In 2006 werden 68 977 nieuwe bezoeken aan een soa-centrum gemeld. Injecterend drugsgebruik in de afgelopen zes maanden werd gemeld door 90 bezoekers (0,2 procent), maar de gegevens uit Amsterdam ontbreken. Ooit injecterend drugsgebruik werd gemeld door 147 personen (0,3 procent).¹⁰⁴
- Via de soa-centra werden in totaal 256 nieuwe hiv-diagnoses gesteld in 2006. Omdat informatie over injecterend drugsgebruik van de GGD Amsterdam ontbreekt, is van slechts 126 bezoekers die hiv-positief werden getest bekend of zij drugs injecteerden. Eén persoon meldde in de afgelopen zes maanden te hebben geïnjecteerd en één persoon ooit in het leven.

De derde bron voor hiv data is de Amsterdamse Cohort Studie. In dit langlopend onderzoek werd in de afgelopen twintig jaar een sterke daling gevonden van het percentage hiv-positieve jonge drugsgebruikers (< 30 jaar bij inclusie in de studie).

- De incidentie van nieuwe hiv-diagnoses onder ooit-injecteerders daalde van 8,5/100 persoonsjaren in 1986 naar ongeveer 0 sinds 2000, met een kleine verhoging in 2005, toen twee injecterende drugsgebruikers positief werden getest. In 2006 werden geen nieuwe hiv-infecties vastgesteld.¹⁰⁶
- Uit de studie blijkt ook dat een substantieel deel van de hiv-positieve drugsgebruikers die in aanmerking komen voor behandeling deze behandeling nog niet krijgt.¹⁰⁷
- Het is bekend dat er drugsgebruikers zijn die ondanks een behandeling met methadon toch drugs blijven injecteren. Een belangwekkende bevinding van dit onderzoek is dat injecterende drugsgebruikers die volledig deelnemen aan zowel behandeling met methadon als spuitomruilprogramma's een lager risico lopen op besmetting met hiv en hepatitis C dan injecterende drugsgebruikers die zich aan deze programma's onttrekken.¹⁰⁸

Naast deze drie bronnen zijn er gegevens beschikbaar uit peilingen die tussen 1994 en 2003 door het RIVM zijn uitgevoerd onder steekproeven van injecterende drugsgebruikers. In totaal hebben ongeveer 3 500 injecterende harddrugsgebruikers deelgenomen in negen regio's van Nederland.¹⁰⁹ In de voorgaande Jaarberichten van de NDM zijn de belangrijkste resultaten beschreven.

- Kort samengevat toonden deze peilingen grote regionale verschillen in besmetting met hiv onder drugsgebruikers die ooit hebben gespoten, variërend van 1 procent (Groningen, Arnhem) tot 26 procent (Amsterdam). Naast methodologische oorzaken zijn deze verschillen voor een belangrijk deel toe te schrijven aan werkelijke verschillen in regionale besmetting.
- In steden met meerdere metingen bleek het percentage injecterende drugsgebruikers met een hiv-infectie echter redelijk stabiel, met uitzondering van Heerlen, waar een verdubbeling werd gevonden van 11 procent in 1994 naar 22 procent in 1999.
- In 2007 werd door het RIVM besloten deze peilingen te beëindigen, tenzij in de toekomst uit andere, zoals de hierboven beschreven, bronnen specifieke aandachtspunten naar voren komen die een diepteonderzoek rechtvaardigen.¹⁰⁴

Internationale vergelijking

Het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction rapporteert over het vóórkomen van besmetting met hiv onder injecterende drugsgebruikers in lidstaten van de Europese Unie. De gegevens stammen uit uiteenlopende bronnen en verschillen in dekkingsgraad. De situatie op lokaal niveau kan sterk verschillen van het algemene landelijke beeld. De cijfers zijn daarom niet goed vergelijkbaar en geven slechts een indicatie van de besmettingsgraad.⁴³

- Percentages van met hiv besmette injecterende drugsgebruikers variëren van minder dan 1 procent in Cyprus, Finland, Griekenland, Hongarije, Malta, Slovenië

en Tsjechië, tot 25-40 procent in Spanje (gegevens uit 2004 - 2006).¹¹⁰ Net als in Nederland, bestaat er in een aantal landen een aanzienlijke regionale of lokale spreiding van hiv-besmetting.

- In de meeste Europese landen bleef, net als in Nederland, het aantal nieuwe hiv besmettingen onder injecterende drugsgebruikers in 2005 (het jaar waarvoor de meest recente gegevens beschikbaar zijn) laag. Echter, van enkele landen met relatief veel hiv-positieve injecterende drugsgebruikers (Estland, Spanje, Italië, Oostenrijk) ontbreken recente meldingscijfers.⁴³
 - In 19 lidstaten bleef het aantal meldingen van nieuwe hiv-positieve injecterende drugsgebruikers onder de vijf per miljoen inwoners.
 - Hogere aantallen nieuw gemelde infecties worden gerapporteerd door Ierland (16 nieuwe gevallen per miljoen inwoners) en Luxemburg (15 nieuwe gevallen per miljoen inwoners).
 - Het land met het hoogste aantal meldingen van nieuwe hiv-diagnoses onder injecterende drugsgebruikers is Portugal, waar 85 nieuwe gevallen per miljoen inwoners werden gezien in 2005. Dit is een stabilisatie van de situatie van voorgaande jaren, toen er sprake was van een forse stijging.
 - Na hiv-uitbraken onder injecterende drugsgebruikers in 2001 en 2002 is het aantal nieuw gemelde hiv infecties onder injecterende drugsgebruikers gedaald in Letland (van 283 nieuwe gevallen per miljoen inwoners in 2001 naar 49 per miljoen in 2005), Litouwen (daling van 109 per miljoen in 2002 naar 25 per miljoen in 2005) en waarschijnlijk Estland.
- Volgens schattingen zijn er 100 duizend tot 200 duizend mensen in de EU die besmet zijn met hiv en ooit drugs hebben gespoten.⁴³ Het aantal nieuw gediagnosticeerde infecties in de EU ligt naar schatting op ongeveer 3 500 per jaar.

HEPATITIS B EN C

Een chronische infectie met het hepatitis B of hepatitis C virus kan ernstige vormen van leverontsteking veroorzaken. Hepatitis C kan vrijwel alleen worden overgedragen door direct bloed-bloed contact. Hepatitis C is veel besmettelijker dan hiv en kan ook worden overgedragen door het delen van besmette (spuit)attributen anders dan naalden. Het hepatitis B virus wordt overgedragen door bloedcontact, bijvoorbeeld door het intraveneus spuiten met gebruikte naalden, of door onveilig seksueel contact.

Gegevens over hepatitis C en hepatitis B onder injecterende drugsgebruikers worden niet systematisch verzameld in Nederland.

- Injecterend drugsgebruik is relatief vaak de oorzaak van nieuwe besmettingen met hepatitis C.
- In een langlopend onderzoek in Amsterdam was het percentage hepatitis C infecties onder ooit- injecterende drugsgebruikers in 2005 65 procent. De

grootste kans op een hepatitis C infectie werd gevonden bij vrouwen (viervijfde van het aantal geteste vrouwen, tegen de helft van de geteste mannen), oudere drugsgebruikers en drugsgebruikers die het langst geleden waren begonnen met injecteren.¹¹¹

- Ook uit data van GGD Amsterdam blijkt dat onder bezoekers van de methadonposten een hoog percentage injecterende drugsgebruikers is besmet met hepatitis C. In 2006 was 70 procent (38 van de 54) geteste patiënten drager van het hepatitis C virus (bron: GGD Amsterdam).
- Uit gegevens van de Stichting HIV Monitoring blijkt dat 11 procent van de in totaal 8 581 geteste hiv positieve patiënten in actieve follow-up ook is besmet met hepatitis C. Het percentage hepatitis C besmettingen onder hiv-positieve injecterende drugsgebruikers is bijzonder hoog: 94 procent. De besmettingsgraad onder de andere hiv risicogroepen is minder dan 10 procent.¹⁰⁵
- Een acute hepatitis C-infectie is een meldingsplichtige ziekte. Van de 30 meldingen van een acute of recente hepatitis C infectie bij het RIVM in 2006 was in 26 gevallen de transmissieroute bekend; bij 8 (31 procent) van hen ging het om injecterend drugsgebruik (bron: RIVM). Sinds 2003 is er geen meldingsplicht voor chronische hepatitis C-infecties, waardoor cijfers over het vóórkomen van deze infectie bij drugsgebruikers uit deze bron ontbreken.
- Injecterend drugsgebruik is minder vaak de oorzaak van een besmetting met hepatitis B. Zo registreerde het RIVM in 2006 240 nieuwe gevallen van *acute* hepatitis B infectie waarvan in 181 gevallen de oorzaak van besmetting bekend was. In één geval (0,6 procent) was er sprake van besmetting door injecterend drugsgebruik.¹⁰⁴ Het totaal aantal gemelde *chronische* hepatitis B infecties in 2006 was 1 482, waarvan bij 1 071 meldingen de transmissieroute bekend was. In slechts 12 gevallen (1,1 procent) was injecterend drugsgebruik de meest waarschijnlijke transmissieroute (bron: RIVM).

Sinds 1998 wordt aan drugsgebruikers en andere risicogroepen een vaccinatie tegen hepatitis B aangeboden.^{112;113} Volgens gegevens van GGD Nederland hebben hieraan tot september 2007 meer dan 12 700 drugsgebruikers deelgenomen. Deze groep omvat zowel nooit-, ooit-, als recent-injecteerders. Van de totale groep was bijna één procent chronisch drager van hepatitis B. Bijna 15 procent had ooit hepatitis B doorgemaakt en was immuun.

Internationale vergelijking

Gegevens over hepatitis C zijn niet goed vergelijkbaar tussen landen vanwege verschillen in bronnen en methoden. Zij geven slechts een indicatie van de besmettingsgraad. Cijfers van het EMCDDA geven aan dat in de lidstaten van de EU besmetting met hepatitis C zeer frequent voorkomt onder injecterende drugsgebruikers.⁴³

- In 17 landen (van de 22 landen met beschikbare cijfers) wordt onder groepen injecterende drugsgebruikers een besmettingsgraad van meer dan 60 procent gerapporteerd. De hierboven gerapporteerde besmettingsgraad van 65 en 70 procent onder Amsterdamse ooit-injecterende drugsgebruikers is hiermee in overeenstemming. Slechts vijf landen melden onderzoeken waaruit blijkt dat hepatitis C bij minder dan 25 procent van de injecterende drugsgebruikers voorkomt.
- In zeven landen worden onder jonge injecterende drugsgebruikers hoge percentages besmettingen met hepatitis C gevonden. Dit wijst erop dat in sommige Europese landen jonge drugsgebruikers risicovol gedrag blijven vertonen.⁴³
- Volgens schattingen hebben ongeveer een miljoen mensen in de EU een hepatitis C infectie opgelopen door het ooit injecteren van drugs.⁴³
- Tussen de Europese landen is de variatie in besmetting met hepatitis B groter dan bij hepatitis C.⁴³ Mogelijk spelen de verschillende vaccinatiestrategieën (universeel versus risicogroepen) hierin een rol. De meest volledige gegevens zijn beschikbaar voor een in het verleden doorgemaakte infectie met hepatitis B. In Duitsland, Italië, Noorwegen, Polen en het Verenigd Koninkrijk werd gerapporteerd dat meer dan 40 procent van de injecterende drugsgebruikers ooit met hepatitis B geïnfecteerd is geweest.¹¹⁰ Deze cijfers wijzen erop dat in sommige landen het hepatitis B virus nog steeds veel voorkomt in de groep injecterende drugsgebruikers, wat gezien de mogelijk ernstige gevolgen van een infectie zorgwekkend is.
- Het aandeel van injecterende drugsgebruikers in alle gemelde gevallen van hepatitis B is over het algemeen gedaald in Europa, mogelijk als effect van de vaccinatieprogramma's.⁴³

RISICOGEDRAG

Zowel het lenen van gebruikte spuiten door injecterende drugsgebruikers als het injecteren zelf zijn in de jaren negentig sterk afgenomen (zie ook § 4.3).

- Recente cijfers ontbreken in de meeste steden en regio's. Volgens de laatste peilingen leent tussen 8 en 30 procent van de injecterende drugsgebruikers wel eens naalden of spuiten.¹¹⁴
- Het aantal omgeruilde naalden en spuiten in spuitomruilprogramma's in Amsterdam en Rotterdam is de afgelopen jaren fors gedaald. Begin jaren negentig werden in Amsterdam jaarlijks rond de miljoen naalden omgeruild. In 2006 waren dat er nog maar 200 800 (bron: GGD Amsterdam). In Rotterdam is in het aantal omgeruilde spuiten tussen 2000 en 2006 meer dan gehalveerd, van 422 000 naar 180 000 (bron: GGD Rotterdam). De beide GGDen verklaren deze daling van omgeruilde spuiten door een afname van het injecteren.
- Behalve het lenen van vuile spuiten komt ook het lenen voor van vuile spuitattributen, zoals lepels, watjes, filters of spoelwater.

SEKSUEEL RISICOGEDRAG BLIJFT ECHTER OMVANGRIJK.

- Het aandeel bezoeken aan de GGD van drugsgebruikers die deelnamen aan de Amsterdamse Cohort Studies naar hiv/aids, waarin drugsgebruikers aangaven onbeschermd seks te hebben gehad, daalde van 52 procent in 1990 naar 40 procent in 1996. In de periode er na (van 1996-2004) bleef dit percentage stabiel.¹⁰¹
- Er zijn echter weinig recente (landelijke) cijfers beschikbaar. Volgens de laatste peilingen onder injecterende drugsgebruikers in verschillende steden kwam het niet gebruiken van condooms het meest voor bij vaste partners (76-96%), gevolgd door losse partners (39-73%) en klanten (13-50%).¹¹⁴

AIDS

Het jaarlijks aantal meldingen van aids (alle transmissieroutes) bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (tot en met 1999) en de Stichting HIV Monitoring (vanaf 2000) steeg van 325 in 1988 tot 533 in 1995 en daalde sindsdien tot tussen de 230 en 316 gevallen in de laatste jaren.¹⁰⁴ Dit komt onder meer door het op de markt komen van effectieve anti-retrovirale geneesmiddelen (HAART). Door toepassing daarvan leidt besmetting met hiv minder of later tot aids.

- De bijdrage van injecterend drugsgebruik aan het aantal gevallen van aids in Nederland is in al die jaren beperkt gebleven.
- Onder de 7 278 (tot en met juni 2006) geregistreerde aids patiënten zijn er 659 injecterende drugsgebruikers (9 procent). Dat betekent dat de bijdrage van injecterend drugsgebruik in het ontwikkelen van aids gemiddeld hoger is dan bij het oplopen van hiv.
- Na een piek in 1995 van veertien procent is het aandeel van injecterende drugsgebruikers onder de patiënten bij wie hiv zich heeft ontwikkeld tot aids weer afgenomen. In 2005 betrof zes procent (20 gevallen) van de aids-meldingen een injecterende drugsgebruiker. De gegevens over 2006 zijn niet compleet: tot en met juni 2006 werd aids bij 9 injecterende drugsgebruikers gediagnosticeerd (4 procent).¹⁰⁴

Internationale vergelijking

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

- In Portugal werden in 2005 onder drugsgebruikers 36 nieuwe aids gevallen per miljoen inwoners gerapporteerd, het hoogste percentage van heel Europa, en een stijging ten opzichte van voorgaande jaren. Andere Europese landen met

het een hoog percentage nieuwe aids diagnoses onder drugsgebruikers in 2005 zijn Letland, Spanje en Italië. In Estland werd een stijging gemeld tussen 2003 en 2004 (tot 13 nieuwe aids diagnoses onder injecterende drugsgebruikers per miljoen inwoners), maar cijfers uit 2005 ontbreken. Nederland behoort tot de landen met een laag aantal nieuwe AIDS-gevallen onder drugsgebruikers.^{43:110}

- Er zijn geen cijfers voorhanden over de beschikbaarheid van HAART voor drugsgebruikers, maar volgens schattingen van de Wereld Gezondheids Organisatie is het bereik van HAART in de EU-lidstaten overall meer dan 75 procent.⁴³

STERFTE

Directe sterfte

Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS sterven er in Nederland maar weinig mensen aan de directe gevolgen van opiaatgebruik. Bij de directe sterfte gaat het om een overdosering, dat wil zeggen een vergiftiging door een dodelijke hoeveelheid drugs. Volgens de standaard van het EMCDDA voor het berekenen van de directe drugsterfte worden alle gevallen meegeteld van niet-opzettelijke vergiftiging, opzettelijke vergiftiging (suicide) en vergiftiging waarvan niet is vastgesteld of deze al dan niet met opzet heeft plaatsgevonden.^{43:115-117}

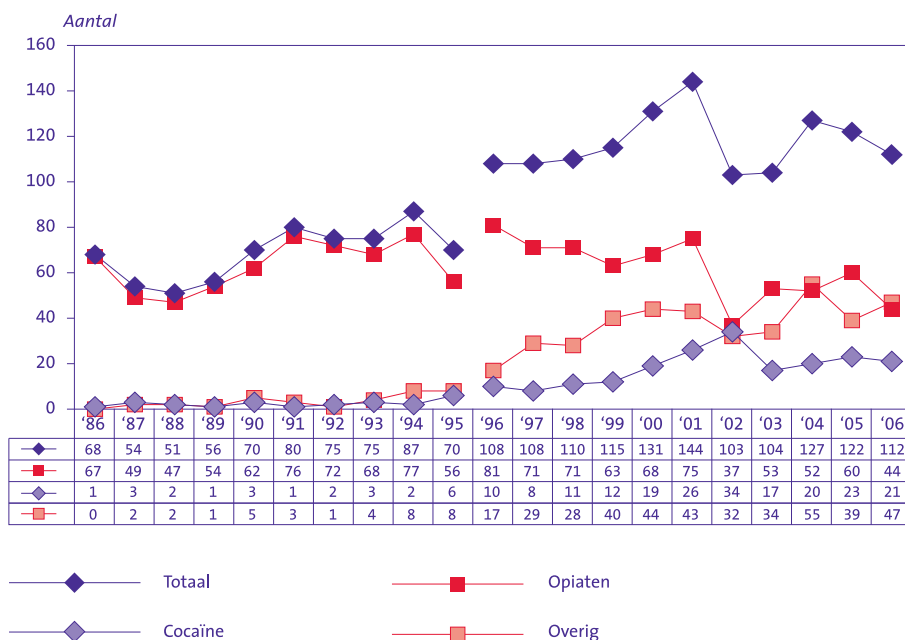
Vanaf midden jaren negentig tot 2001 steeg over de hele linie het aantal geregistreerde sterfgevallen vanwege drugsoverdosing, dus niet alleen voor opiaten (figuur 4.7).

- Deze trend komt voor een deel door de toename in cocaïensterfte (zie § 3.7).
- Daarnaast speelt de overgang van het classificatiesysteem ICD-9 naar ICD-10 in 1996. Het is mogelijk dat vanaf 1996 volgens de ICD-10 classificatie meer gevallen meegerekend worden dan in eerdere jaren volgens de ICD-9 classificatie. Drugssterfte wordt in de ICD-10 classificatie eerder zichtbaar dan in de ICD-9 classificatie.
- Tussen 1996 en 2001 steeg ook het aantal gevallen van “vergiftiging door overige of niet gespecificeerde narcotica” en “vergiftiging door overige of niet gespecificeerde psychodysleptica”. Het gaat hier vaak om (combinaties van) harddrugs al dan niet samen met andere middelen, maar soms ook om (combinaties van) medicijnen en/of alcohol.
- Het aantal sterfgevallen daalde in 2002, steeg in 2004 en daalde licht in 2005 en 2006.
- Het aantal betreft alleen sterfgevallen onder inwoners die officieel stonden geregistreerd in het bevolkingsregister. In 2006 waren bij het CBS nog eens 28 gevallen bekend van drugssterfte onder mensen die in Nederland verbleven maar niet als inwoner stonden geregistreerd in het bevolkingsregister.

Het aantal geregistreerde sterfgevallen door overdosering van opiaten is in Nederland laag.

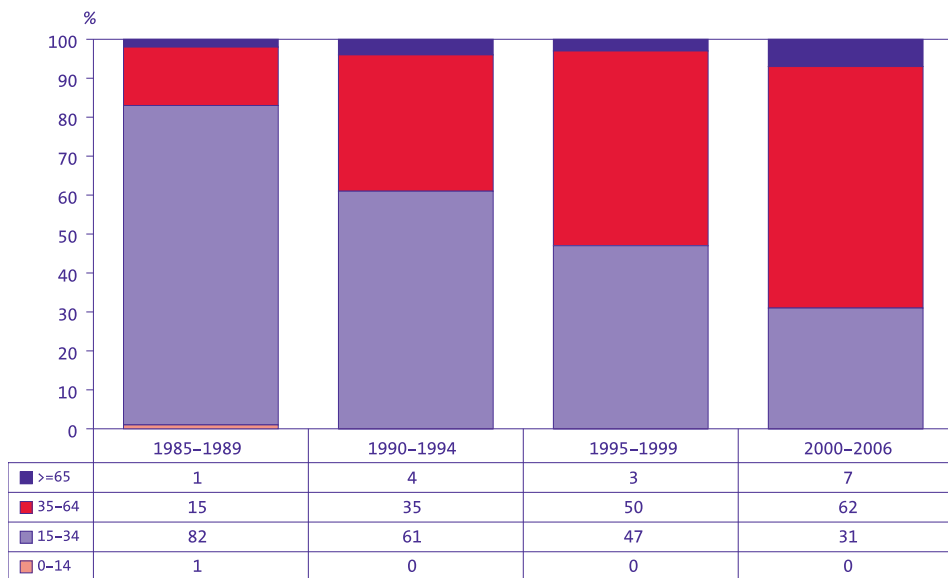
- Tot 2001 schommelde dit aantal sterfgevallen tussen de 47 en 77 gevallen per jaar. De aanvankelijke daling in 2002 en 2003 zette zich in de twee jaren daarna niet voort, maar tussen 2005 en 2006 deed zich weer een daling voor.
- Net als de gebruikers van opiaten worden ook de slachtoffers van een dodelijke overdosis opiaten steeds ouder. In de jaren 1985 tot en met 1989 was slechts 16 procent van de overledenen ouder dan 34 jaar, vergeleken met 69 procent in de jaren 2000 tot en met 2006 (figuur 4.8).

FIGUUR 4.7 STERFGEVALLEN DOOR OVERDOSERING VAN DRUGS IN NEDERLAND, VANAF 1986



Aantal sterfgevallen. Van 1986-1995 ICD-9 codes: 292, 304.0, 304.2-9, 305.2-3, 305.5-7, 305.9, E850.0, E850.8*, E854.1-2, E855.2, E858.8*, E950.0*, E950.4*, E980.0*, E980.4* (*In combinatie met codes N965.0 en/of N968.5 en/of N969.6 en/of N969.7). Vanaf 1996 ICD-10 codes: F11-F12, F14-F16, F19, X42**, X41**, X62**, X61**, Y12**, Y11** (*In combinatie met de T-codes T40.0-9, T43.6). Voor een verklaring van de codes: zie bijlage C. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

**FIGUUR 4.8 LEEFTIJDVERDELING VAN STERFGEVALLEN DOOR OVERDOSERING VAN OPIATEN
IN DE PERIODE 1985-1989, 1990-1994, 1995-1999 EN 2000-2006**



Percentage sterfgevallen per leeftijdsgroep. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

Totale sterfte

Het protocol van het EMCDDA brengt alleen de omvang van de acute (overdosis) sterfte in kaart. Drugsgebruikers kunnen ook aan andere oorzaken overlijden, zoals ongelukken en ziektes opgelopen door het spuiten van drugs (indirecte drugsgereleerde sterfte). Daarnaast kunnen drugsgebruikers overlijden aan geheel andere oorzaken, die noch direct noch indirect samenhangen met het drugsgebruik (leeftijdafhankelijke basissterfte). Deze drie componenten – overdosissterfte, indirecte sterfte en basissterfte – vormen de totale sterfte onder drugsgebruikers.

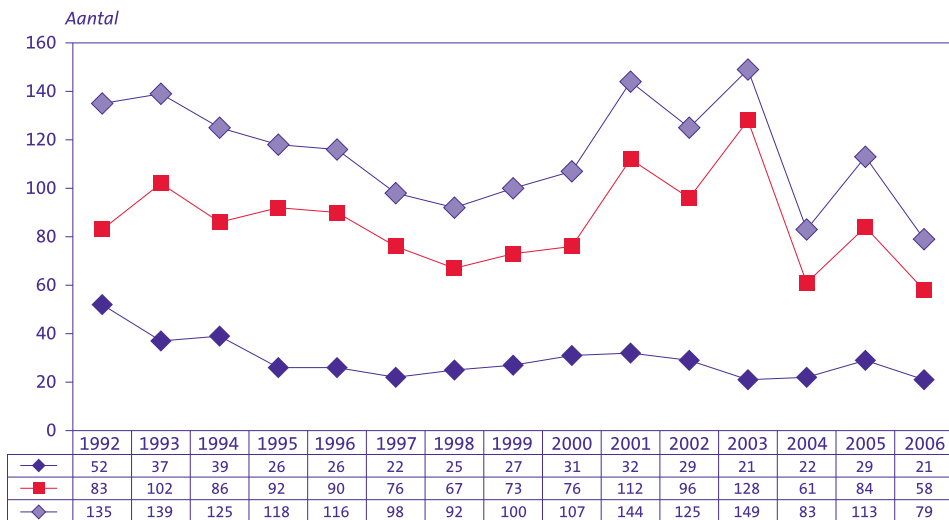
- Via gegevens over de sterfte onder drugsgebruikers in Amsterdam (zie volgende paragraaf) en de schatting van het totaal aantal problematische harddruggebruikers in Nederland kan een schatting worden gemaakt van de totale sterfte.
- Naar schatting stierven er in Nederland in 2001 ongeveer 480 problematische harddruggebruikers binnen een marge van minimaal 340 en maximaal 660 overleden harddruggebruikers.
- Van deze totale sterfte wordt geschat dat 11 procent te wijten is aan de basissterfte die niet is gerelateerd aan drugs. Naar schatting is 23 procent van de sterfte direct gerelateerd aan drugs en is 66 procent van de sterfte indirect gerelateerd aan drugs.¹¹⁸

Amsterdam

De GGD Amsterdam rapporteert jaarlijks het aantal sterfgevallen onder drugsgebruikers (figuur 4.9). De registratie van de overdosissterfte in Amsterdam verschilt van de landelijke Doodsoorzakenstatistiek van het CBS doordat ook illegaal verblijvende buitenlanders en toeristen worden meegeteld. Bovendien wordt ook gekeken naar de bij de GGD geregistreerde opiaatgebruikers die aan een andere oorzaak dan overdosis overlijden.

- In 2006 overleden 21 drugsgebruikers in Amsterdam na een 'overdosering' van drugs, vaak opiaten al dan niet in combinatie met andere middelen.
- Opiaatcliënten overleden meestal door andere oorzaken dan een overdosis zoals endocarditis, sepsis, longaandoeningen, levercirrose, zelfdoding, ongevallen, geweld en aids. Met het toenemen van de leeftijd van opiaatgebruikers treden onderliggende aandoeningen zoals long-, lever- en hartziekten meer op de voorgrond als oorzaak van overlijden.
 - De daling in het aantal geregistreerde sterfgevallen in het begin van de jaren negentig heeft zich in het midden van de jaren negentig niet doorgezet. Na een sterke daling in 2004 in de categorie 'andere' doodsoorzaken steeg het aantal in 2005, maar in 2006 vond er weer een daling plaats (figuur 4.9).

FIGUUR 4.9 STERFTE ONDER DRUGSGEBRUIKERS IN AMSTERDAM DOOR OVERDOSERING EN ANDERE OORZAKEN¹, VANAF 1992



Overdosering
 Andere oorzaken
 Totaal

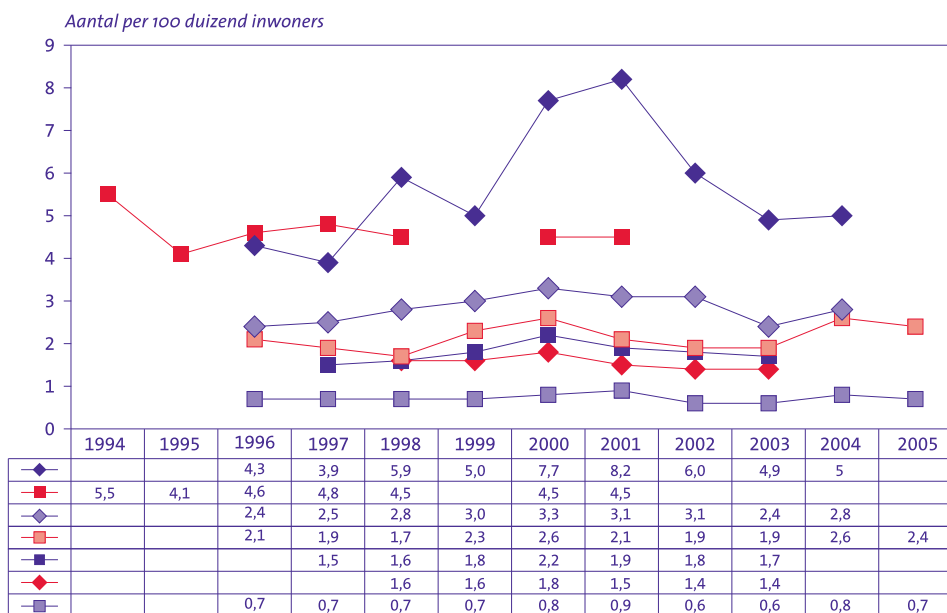
Aantal sterfgevallen onder personen die ooit als opiaatgebruiker waren geregistreerd bij de GGD Amsterdam. I. Andere oorzaken dan overdosering zijn doodsoorzaken zoals endocarditis, sepsis, long-aandoeningen, levercirrose, zelfdoding, ongevallen, geweld en aids. Bron: GGD Amsterdam.

Internationale vergelijking

- Jaarlijks sterven in de EU tussen de zeven- en ruim negenduizend mensen aan een overdosis drugs, veelal opiaten in combinatie met andere middelen. Dit is een ondergrens omdat niet alle gevallen van drugsterfte worden geregistreerd.⁴³
- Internationale vergelijking van het aantal 'drugsdoden' wordt bemoeilijkt door verschillen in definitie van dit begrip.
 - Figuur 4.10 geeft voor zes EU lidstaten en Noorwegen per 100 duizend inwoners het aantal sterfgevallen dat direct is gerelateerd aan drugsgebruik. Voor deze landen was het mogelijk om vrijwel dezelfde ICD-10 codes te hanteren, waardoor een belangrijke bron van variatie tussen de landen is weggenomen.¹¹⁰
 - De codes hebben betrekking op opiaten, hallucinogenen, cocaïne, amfetamine en cannabis. Het merendeel van de gevallen heeft betrekking op (ook) opiaten.¹¹⁰

- Volgens deze berekeningen gaan Noorwegen en Denemarken aan kop, al is in Noorwegen een sterk dalende trend sinds 2001 zichtbaar. Nederland heeft volgens deze berekening het minste aantal 'drugsdoden'.¹¹⁰
- Volgens het EMCDDA steeg het aantal acute sterfgevallen door drugs op Europees niveau van begin jaren negentig tot 2000. Deze stijging deed zich in de nieuwe lidstaten van de EU vooral voor onder jonge drugsgebruikers (jonger dan 25 jaar). Vanaf 2000 is er in het algemeen een daling waarneembaar, die zich echter vanaf 2003 niet verder heeft doorgezet.⁴³

FIGUUR 4.10 ACUTE STERFGEVALLLEN WEGENS INNAME VAN DRUGS: VERGELIJKING TUSSEN ZES LIDSTATEN VAN DE EUROPESE UNIE EN NOORWEGEN OP BASIS VAN DEZELFDE ICD-CODES¹



◆ Noorwegen ■ Nederland ◆ Duitsland
 ◆ Verenigd Koninkrijk ■ Denemarken
 ■ Zweden ■ Finland

Aantal sterfgevallen per 100 duizend inwoners. ICD-10 codes: F11-F12, F14-F16, F19, X42*, X41*, X62*, X61*, Y12*, Y11* (*In combinatie met de T-codes T40.0-9, T43.6). I. Voor Noorwegen ontbreken sterfgevallen met de codes X61 en X62. Voor een betere vergelijkbaarheid telt in Zweden T40.4 niet mee. Bron: EMCDDA.¹¹⁰

5 ECSTASY, AMFETAMINE EN VERWANTE STOFFEN

De officiële benaming van ecstasy is 3,4-methyleendioxymethamfetamine (MDMA). Ook stoffen die chemisch op MDMA lijken – zoals MDA, MDEA, MBDB en amfetamine – of stoffen die daar geheel niet op lijken worden als ecstasy verkocht, zonder dat de gebruiker zich daar altijd van bewust is. Tenzij anders aangegeven, bedoelen wij in dit hoofdstuk met ‘ecstasy’ stoffen die als ecstasy worden beleefd of aangeprezen. Met amfetamine bedoelen wij zowel ‘gewone’ amfetamine als methamfetamine, de sterkere variant, tenzij anders aangegeven.

Ecstasy heeft een stimulerende en een entactogene werking. Door de entactogene werking van ecstasy voelen mensen zich verbonden met elkaar en leggen ze gemakkelijk contact. Deze combinatie van eigenschappen draagt bij aan de reputatie van ecstasy als party- of dansdrug. De verslavende werking is vermoedelijk gering. Ecstasy wordt doorgaans geslikt in pillen. Soms wordt het als poeder opgelost in een drankje en gedronken. De straatnamen voor ecstasypillen hangen vaak samen met het logo dat erop staat, zoals bijvoorbeeld “mitsubishi”, “lovertje”, of “supermannetje”. Hooggedoseerde pillen worden wel eens “staptegel” genoemd. Andere straatnamen zijn: “p’tje”, “ex(s)”, “snoepje”, “klutser”, “rondje”, “smartie”, “E”, “schijf”, “sijf”, “knakker”, “tikkel”, “joep” en “faxje”.²²

Amfetamine werkt stimulerend, sterker dan ecstasy, en heeft geen entactogene werking. Amfetamine wordt in het uitgaansleven gebruikt, maar ook door opiaat- of polydrugsverslaafden. Bij frequent gebruik kan afhankelijkheid optreden. Dit risico is groter voor methamfetamine dan voor ‘gewone’ amfetamine. De straatnaam voor amfetamine is “speed”. Straatnamen voor methamfetamine zijn: “crystal”, “ice”, “tina”, “yaba” en “meth”.²² Amfetamine wordt in Nederland meestal geslikt of gesnoven en soms geïnjecteerd. Methamfetamine wordt soms gerookt. Sommige plattelandsjongeren gebruiken amfetamine als een goedkoper vervangingsmiddel voor cocaïne. Amfetamine die op deze wijze wordt gebruikt wordt daarom “boeren-coke” genoemd.¹¹⁹

5.1 LAATSTE FEITEN EN TRENDS

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

- Het percentage ooit- en recente gebruikers van ecstasy in de algemene bevolking steeg tussen 2001 en 2005. Het percentage actuele ecstasgebruikers bleef stabiel (§ 5.2).

- Amfetamine is minder populair dan ecstasy. Tussen 2001 en 2005 bleef het gebruik van dit middel in de algemene bevolking stabiel (§ 5.2).
- Vergeleken met een aantal andere lidstaten van de Europese Unie behoort het percentage recente ecstasyconsumenten in Nederland tot de hogere regionen (§ 5.5).
- Landelijk gezien blijft ecstasy nog steeds een belangrijke drug onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Er zijn wel signalen voor een matiging van het gebruik, maar excessief gebruik wordt in bepaalde groepen nog steeds waargenomen (§ 5.3).
- In het uitgaansleven is amfetamine beduidend minder populair dan ecstasy. Er zijn signalen dat het amfetaminegebruik onder plattelandsjongeren is toegenomen (§ 5.3).
- Het aantal primaire ecstasycliënten dat een beroep doet op de (ambulante) verslavingszorg is gering en daalde tussen 2005 en 2006 (§ 5.6).
- De stijging in het aantal cliënten met een primair of secundair amfetamineprobleem zette zich tussen 2005 en 2006 voort (§ 5.6).
- Het aantal opnames in algemene ziekenhuizen vanwege een hoofddiagnose misbruik- of afhankelijkheid van amfetamine(-achtigen) is gering en bleef tussen 2005 en 2006 stabiel (§ 5.6).
- Ecstasypillen bevatten tegenwoordig bijna altijd een MDMA-achtige stof. Wel bevat bijna één op de tien ecstasypillen (ook) de stof mCPP (§ 5.8).
- Het aandeel ecstasypillen met een hoge dosering MDMA steeg tussen 2006 en 2007 (§ 5.8).

5.2 GEBRUIK: ALGEMENE BEVOLKING

- Het aantal Nederlanders van 15 tot en met 64 jaar dat ervaring heeft met ecstasy nam toe tussen 2001 en 2005 (tabel 5.1). Het percentage recente en actuele gebruikers van ecstasy bleef in deze periode stabiel.⁵
- Veel minder mensen hebben ooit of recent amfetamine gebruikt. Hun aantal bleef tussen 2001 en 2005 stabiel.
- Het percentage actuele gebruikers bleef voor zowel ecstasy als amfetamine ruim beneden de één procent.
- In absolute getallen bedroeg in 2005 het aantal actuele gebruikers van ecstasy 40 duizend en het aantal actuele gebruikers van amfetamine 21 duizend. Deze schattingen zijn waarschijnlijk aan de lage kant, omdat probleemgebruikers van harddrugs in de bewuste peiling ondervertegenwoordigd waren.
- De jaarlijkse aanwas van nieuwe ecstasygebruikers blijft tussen 2001 en 2005 stabiel. Voor amfetamine is de daling van 2001 naar 2005 significant. Dat kan duiden op een licht dalende populariteit van dit middel.

TABEL 5.1 GEBRUIK VAN ECSTASY EN AMFETAMINE IN NEDERLAND ONDER MENSEN VAN 15 TOT EN MET 64 JAAR. PEILJAREN 1997, 2001 EN 2005

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

Aantal respondenten: 17 590 (1997), 2 312 (2001), 4 516 (2005). I. In het afgelopen jaar. II. In de afgelopen maand. Bron: NPO, IVO.⁵

LEEFTIJD, GESLACHT EN STEDELIJKHEID

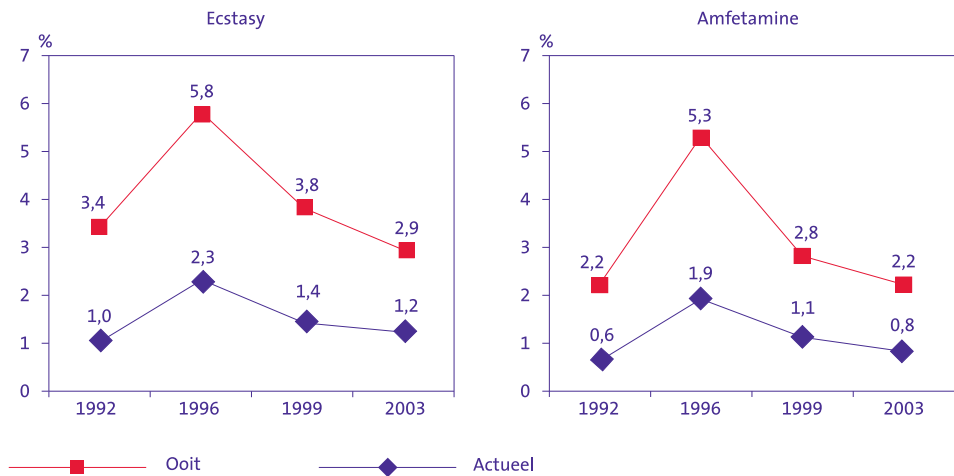
- Voor zowel ecstasy als amfetamine is het percentage ooitgebruikers drie keer groter onder mannen dan vrouwen. Cijfers voor 2005 zijn respectievelijk 6,6 en 1,2 procent voor ecstasy en respectievelijk 3,2 en 1,0 procent voor amfetamine.⁵
- Ooitgebruik van ecstasy komt het meest voor in zeer sterk stedelijke gebieden (9,6%) en het minst in niet-stedelijke gebieden (2,0%). Voor amfetamine zijn de verschillen wat kleiner maar is hetzelfde patroon zichtbaar (4,1% in zeer sterk stedelijk gebied versus 1,3% in niet-stedelijk gebied).
- Mensen in de leeftijdsgroep 25 tot en met 44 jaar hebben de meeste ervaring met ecstasy (7,1% versus 5,1% onder 15-24-jarigen en 0,9% onder 45-64-jarigen). Voor amfetamine zijn er geen verschillen in het ooitgebruik tussen de leeftijdsgroepen.
- Het aantal recente en actuele ecstasy- en amfetaminegebruikers is te klein voor een uitsplitsing naar leeftijd, geslacht en stedelijkheid.
- De gemiddelde leeftijd van de recente ecstasygebruikers is gestegen van 25 jaar in 1997 naar 28 jaar in 2005. Het verschil tussen 2001 en 2005 was niet significant. Voor amfetamine zijn over de jaren geen verschillen gevonden.
- De startleeftijd is de leeftijd waarop iemand voor het eerst een middel heeft gebruikt (zie ook bijlage A: startleeftijd). Onder de ooitgebruikers lag in de leeftijdsgroep van 15 tot en met 24 jaar de startleeftijd op gemiddeld 17,3 jaar voor ecstasy en 17,4 jaar voor amfetamine. In de leeftijdsgroep van 15 tot en met 64 jaar lag de startleeftijd op gemiddeld 22,2 jaar voor ecstasy en 21,6 jaar voor amfetamine.

5.3 GEBRUIK: JONGEREN

SCHOLIEREN

- Van 1992 tot 1996 steeg het percentage gebruikers van ecstasy en amfetamine onder leerlingen van het regulier middelbaar onderwijs.⁹
- Voor beide drugs daalde het percentage ooitgebruikers tussen 1996 en 1999 sneller dan tussen 1999 en 2003.
- Het percentage actuele gebruikers van ecstasy en amfetamine daalde tussen 1996 en 1999 en stabiliseerde vervolgens tussen 1999 en 2003 (figuur 5.1).

FIGUUR 5.1 GEBRUIK VAN ECSTASY EN AMFETAMINE ONDER SCHOLIEREN VAN 12 TOT EN MET 18 JAAR, VANAF 1992



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

SPECIALE GROEPEN

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen bevinden zich naar verhouding meer gebruikers van ecstasy en amfetamine. Tabel 5.2 vat de resultaten samen van uiteenlopende studies. De cijfers zijn niet onderling vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Trendgegevens zijn alleen beschikbaar voor Amsterdam.

Ecstasy blijft (na cannabis) de belangrijkste illegale drug in het uitgaanscircuit, met name de dancescenes, maar er zijn signalen die wijzen op een stabilisatie van het gebruik. Ook heeft het middel de laatste jaren concurrentie gekregen van cocaïne en amfetamine.

- Veruit het hoogste percentage ecstasygebruikers werd in 2001-2002 gerapporteerd onder bezoekers van rave party's.¹²⁰
- Onder bezoekers van mainstream-, studenten-, homocafés en hippe cafés in Amsterdam bleef het percentage actuele gebruikers van ecstasy tussen 2000 en 2005 stabiel (respectievelijk 7 en 10%, verschil niet significant).²¹ In de hippe en homocafés was het percentage ecstasygebruikers twee maal zo groot als in de mainstream- en studentencafés.
- Onder bezoekers van trendy clubs in Amsterdam halveerde het percentage actuele gebruikers van 41 procent in 1998 naar 19 procent in 2003.¹⁵ In 2006 signaleerden sleutelfiguren in Amsterdam een verdere stabilisatie van het ecstasygebruik en de trend van een minder frequent en voorzichtiger gebruik.¹⁹ In uitgaansscènes waar 'urban' muziek wordt gewaardeerd zou echter sprake zijn van een licht toenemende belangstelling voor ecstasy. Ook wordt op grote party's soms nog heftig gebruikt. Incidenteel 'bingen' van veel pillen is ook waargenomen.
- Trendcijfers in andere regio's ontbreken. Volgens observaties van sleutelfiguren in het uitgaansleven heeft het gebruik van ecstasy zich in 2006/2007 gelijkmatig over het gehele land verspreid en op een wat lager niveau gestabiliseerd dan een paar jaar geleden.²² Met name de wat oudere stappers lijken 'verstandiger' om te gaan met ecstasy. Onder hen lijkt sprake te zijn van een zekere ecstasymoeheid. Excessen worden desondanks gesignaleerd onder bepaalde groepen jongere gebruikers.
- De ervaring of verwachting van negatieve lichamelijke en emotionele gevolgen van ecstasygebruik, zoals hoofdpijn, duizeligheid, angstgevoelens of depressie, lijken sommige jongeren ervan te weerhouden te gebruiken.^{19;120;121}
- In het uitgaansleven wordt ecstasy in toenemende mate samen met andere middelen genomen, zoals alcohol, cannabis en amfetamine. Met name het gecombineerd gebruik van ecstasy en alcohol is populair.²²

Amfetamine is minder populair onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen dan ecstasy en cocaïne, maar er zijn signalen voor een toename van de belangstelling voor dit middel in bepaalde delen van het land.

- Onder bezoekers van mainstream-, studenten-, homo- en hippe cafés in Amsterdam stabiliseerde tussen 2000 en 2005 het percentage dat ervaring had met deze drug op 17 procent. Het percentage actuele gebruikers stabiliseerde in deze periode op 2 procent.²¹
- Trendcijfers over het amfetaminegebruik in andere regio's ontbreken. Volgens observaties van sleutelfiguren in het uitgaanscircuit is er sprake van een lichte toename, met name op het platteland en in het zuiden en noorden van het land.²²

- Onder de *autochtone* ‘dorpsjeugd’, met name de hang- en probleemjongeren, springt het gebruik van amfetamine het meest in het oog.³ In deze groepen blijft het gebruik vaak niet beperkt tot het weekend, maar ook doordeweeks.
- In het noorden van het land wordt amfetamine soms aangeduid met ‘boeren-coke’, omdat de plattelandsjongeren het middel vanwege de lagere prijs gebruiken als vervanging van cocaïne.
- In het trendy uitgaansleven blijft amfetamine een negatief imago behouden. Op hardcore feesten en in bepaalde (alternatieve) scenes komt gebruik van amfetamine wat meer voor (punk, electro, trance, underground, rock en tekno).
- Cijfers van het DIMS (zie § 5.8) en kwalitatieve gegevens van de Trendwatchmonitor²² suggereren dat methamfetamine in Nederland niet populair is. Wel signaleert Trendwatch 2006/2007 een licht toegenomen belangstelling voor dit middel in homonetwerken in Amsterdam en onder zogenaamde psychonauten, die veelal experimenteren met hallucinogene middelen en andere drugs.

^a Volgens de Antenne-monitor 2006 in Amsterdam lijkt amfetamine onder probleemjongeren en jongeren in de jeugdzorg geen rol te spelen. Dat komt waarschijnlijk door het hoge percentage allochtone jongeren in deze groepen.¹⁹

TABEL 5.2 GEBRUIK VAN ECSTASY EN AMFETAMINE IN SPECIALE GROEPEN

	Locatie	Peiljaar	Leeftijd (jaar)	Ecstasy		Amfetamine	
				Ooit	Actueel	Ooit	Actueel
<i>Uitgaande jongeren en jongvolwassenen</i>							
- Bezoekers van dance party's, buitenfestivals, centrum	Den Haag	2003	15 – 35	35%	17%	-	-
- Bezoekers van Rave Party's	Vier party's verspreid over Nederland	2001–2	14 – 43 Gem. 22	76%	65%	-	-
- Cafébezoekers	Zaandam	2006	14 - 44	17%	7%	7%	2%
- Cafébezoekers ^I	Amsterdam ^{II}	2000	Gem. 25	34%	10%	17%	2%
		2005	Gem. 27	32%	7%	17%	2%
- Bezoekers van cafés en sportkantines	Noordwijk	2004	Gem. 23	20%	6%	-	-
- Bezoekers van discotheken	Nijmegen ^{III}	2006	Gem. 21	17%	5%	7%	3%
- Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	1998	Gem. 26	66%	41%	45%	13%
		2003	Gem. 26	33%	19%	34%	7%
- Coffeeshopbezoekers	Amsterdam ^{IV}	2001	Gem. 25	63%	23%	39%	5%
	Nijmegen	2005–6	Gem. 27	40%	13%	25%	6%
<i>Probleemjongeren</i>							
- Gedetineerde jongeren ^V	Regionaal	2002/2003	14 – 17	23%	9%	10%	3%
- School drop-outs ^V	Regionaal	2002/2003	14 – 17	19%	6%	13%	2%
- Zwerfjongeren ^{VI}	Flevoland	2004	13 – 22	38%	8%	26%	2%
- Jongeren in de jeugdzorg ^{VII}	Amsterdam	2006	Gem.17	14%	2%	7%	1%

Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand) per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek.

I. Jongeren en jongvolwassenen uit mainstream-, studenten-, homo- en hippe cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. II. Geringe respons (26%). III. Geringe respons (19%). IV. Geringe respons (15%). V. Onderzoek in Noord-Holland, Flevoland en Utrecht. Gebruik onder gedetineerde jongeren: in de maand voorafgaand aan detentie. Drop-outs zijn jongeren die in de afgelopen 12 maanden minstens een maand niet naar school zijn geweest, exclusief vakanties. VI. Jongeren tot 23 jaar die drie maanden of langer geen vaste verblijfplaats hebben. VII. Jongeren met opvoedproblemen, delinquente jongeren, dak- en thuisloze jongeren en jongeren in overige hulpverleningstrajecten. Referenties: 19-21;27-29;31-35;75;76;120

5.4 PROBLEMATISCH GEBRUIK

- Het aantal probleemgebruikers van ecstasy en amfetamine, dat wil zeggen mensen die in hun dagelijks functioneren last krijgen van hun drugsgebruik of zelfs verslaafd raken, is onbekend. Wel weten wij het aantal hulpvragers (zie § 5.6).

5.5 GEBRUIK: INTERNATIONALE VERGELIJKING

ALGEMENE BEVOLKING

Tabel 5.3 presenteert gegevens over het gebruik van ecstasy en amfetamine in een aantal EU-lidstaten, Noorwegen, Australië, Canada en de Verenigde Staten.

- Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking. Van invloed is vooral de leeftijdsgroep. Tabel 5.3a geeft gebruikscijfers die zijn (her)berekend volgens de standaard leeftijdsgroep van het EMCDDA (15 tot en met 64 jaar). Gegevens voor de overige landen staan in tabel 5.3b. Voor Europa zijn alleen landen uit de EU-15 en Noorwegen opgenomen. Bijlage F geeft gebruikscijfers voor de overige lidstaten, voor zover beschikbaar.
- Wat betreft het ooitgebruik van ecstasy spannen Australië en het Verenigd Koninkrijk de kroon met waarden van bijna zeven procent of hoger. In Nederland heeft ruim vier procent ervaring met ecstasy. In Portugal, Griekenland en Zweden komt het percentage ooitgebruikers niet boven een procent uit. Van de nieuwe lidstaten springt Tsjechië er met zeven procent uit (bijlage E).
- Het percentage mensen dat ooit amfetamine heeft gebruikt loopt uiteen van beneden één procent in Portugal en Griekenland tot negen procent in Australië, met een uitschieter van twaalf procent in het Verenigd Koninkrijk. In Nederland heeft twee procent ervaring met amfetamine. In de nieuwe lidstaten blijft het ooitgebruik van amfetamine beneden drie procent (bijlage E).
- Van de getoonde landen in tabellen 5.3a en 5.3b is het percentage recente consumenten met ruim drie procent voor beide middelen het hoogst in Australië. In de EU-15 lidstaten varieert het recent gebruik van ecstasy en amfetamine tussen bijna nul en twee procent. Van de nieuwe lidstaten gaat Tsjechië aan kop met 3,5 procent recente ecstasy gebruikers (bijlage E).
- In Nederland ligt het percentage recente gebruikers van ecstasy (1,2%) boven het Europese gemiddelde van 0,9 procent. Voor amfetamine ligt het percentage recente gebruikers in Nederland met 0,3 procent onder het Europese gemiddelde van 0,7 procent.

TABEL 5.3A CONSUMPTIE VAN AMFETAMINE EN ECSTASY ONDER DE ALGEMENE BEVOLKING VAN ENKELE LIDSTATEN VAN DE EU-15 EN NOORWEGEN: LEEFTIJDGROEP 15 TOT EN MET 64 JAAR

<i>Land</i>	<i>Jaar</i>	<i>Ecstasy</i>		<i>Amfetamine</i>	
		<i>Ooit</i>	<i>Recent</i>	<i>Ooit</i>	<i>Recent</i>
Spanje	2005/2006	4,4%	1,2%	3,4%	0,7%
Nederland	2005	4,3%	1,2%	2,1%	0,3%
Ierland	2002/2003	3,8%	1,1%	3,0%	0,4%
Ierland	2002/2003	3,7%	1,1%	3,0%	0,4%
Oostenrijk	2004	3,0%	0,9%	2,4%	0,8%
Italië	2005	2,5%	0,5%	2,4%	0,4%
Frankrijk	2005	2,0%	0,4%	1,4%	0,1%
Noorwegen	2004	1,8%	0,5%	3,6%	1,1%
Finland	2004	1,4%	0,5%	1,9%	0,6%
Portugal	2001	0,7%	0,4%	0,5%	0,1%
Griekenland	2004	0,4%	0,2%	0,1%	0,0%
België	2001	-	-	2,1%	-

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). - = niet gemeten. Referenties:⁴³

TABEL 5.3B CONSUMPTIE VAN ECSTASY EN AMFETAMINE ONDER DE ALGEMENE BEVOLKING VAN ENKELE LIDSTATEN VAN DE EU-15, DE VERENIGDE STATEN, CANADA EN AUSTRALIË: OVERIGE LEEFTIJDGROEPEN¹

Land	Jaar	Leeftijd	Ecstasy		Amfetamine	
			Ooit	Recent	Ooit	Recent
Australië	2004	14 en ouder	7,5%	3,4%	9,1%	3,2%
Verenigd Koninkrijk	2004	?	6,7%	1,9%	11,7%	1,5%
Verenigde Staten	2006	12 en ouder	5,0%	0,9%	8,2%	1,4%
Canada	2004	15 en ouder	4,1%	1,1%	6,4%	0,8%
Duitsland	2003	18 - 59	2,4%	0,8%	3,4%	0,9%
Denemarken	2005	16 - 64	1,8%	0,3%	6,9%	0,7%
Zweden	2000	16 - 64	0,2%	0,2%	1,9%	0,2%

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). 1. Drugsgebruik is naar verhouding laag in de jongste (12-15 jaar) en oudere leeftijdsgroepen (>64 jaar). Gebruikscijfers in studies met respondenten die jonger en/of ouder zijn dan de EMCDDA-standaard zullen mogelijk lager uitvallen dan cijfers in studies die de EMCDDA-standaard toepassen. Voor studies met een meer beperkt leeftijdsbereik geldt het omgekeerde. Referenties: ^{43-47/47}

JONGEREN

Beter vergelijkbaar zijn de gegevens van het ESPAD-onderzoek onder scholieren van vijftien en zestien jaar in Europese landen. Tabel 5.4 toont het gebruik van ecstasy en amfetamine in een aantal landen van de EU en Noorwegen. België, Duitsland en Oostenrijk deden alleen in 2003 mee. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit.⁴⁸

- Het aandeel leerlingen dat in 2003 wel eens ecstasy heeft geprobeerd was het laagst in Finland, Griekenland, Denemarken en Noorwegen en Zweden (2% of minder). De Verenigde Staten gingen aan kop met zes procent, op de voet gevolgd door Nederland, Ierland en het Verenigd Koninkrijk met vijf procent. Het percentage recente gebruikers varieerde tussen 1 procent in Finland, Zweden en Noorwegen tot drie procent in Nederland, België, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten.
- Van de in tabel 5.4 genoemde landen scoorden de Verenigde Staten op de maat ooitgebruik van amfetamine veruit het hoogst (13%), gevolgd door Duitsland, Oostenrijk en Denemarken (4 - 5%). Nederland nam samen met Finland, Griekenland, Ierland en Zweden de laagste positie in. In de Verenigde Staten was het percentage recente gebruikers van amfetamine het hoogst (9%). In de andere

landen in tabel 5.4 had tussen nul en vier procent van de scholieren in het afgelopen jaar nog amfetamine gebruikt.

TABEL 5.4 CONSUMPTIE VAN ECSTASY EN AMFETAMINE ONDER LEERLINGEN VAN 15 EN 16 JAAR IN EEN AANTAL LIDSTATEN VAN DE EUROPESE UNIE, NOORWEGEN EN DE VERENIGDE STATEN. PEILJAREN 1999 EN 2003

	Ecstasy			Amfetamine		
	1999 Ooit	2003 Ooit	2003 Recent	1999 Ooit	2003 Ooit	2003 Recent
Verenigde Staten	6%	6%	3%	16%	13%	9%
Oostenrijk	-	3%	2%	-	4%	4%
Ierland	5%	5%	2%	3%	1%	0%
België	-	4%	3%	-	2%	1%
Nederland	4%	5%	3%	2%	1%	1%
Verenigd Koninkrijk	3%	5%	3%	8%	3%	2%
Frankrijk	3%	4%	-	2%	3%	-
Duitsland	-	3%	2%	-	5%	3%
Denemarken	3%	2%	2%	4%	4%	3%
Noorwegen	3%	2%	1%	3%	2%	1%
Italië	2%	3%	2%	2%	3%	2%
Griekenland	2%	2%	2%	1%	0%	0%
Portugal	2%	4%	2%	3%	3%	2%
Finland	1%	1%	1%	1%	1%	0%
Zweden	1%	2%	1%	1%	1%	1%

Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar (recent). De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. - = niet gemeten. Bron: ESPAD.

5.6 HULPVRAAG

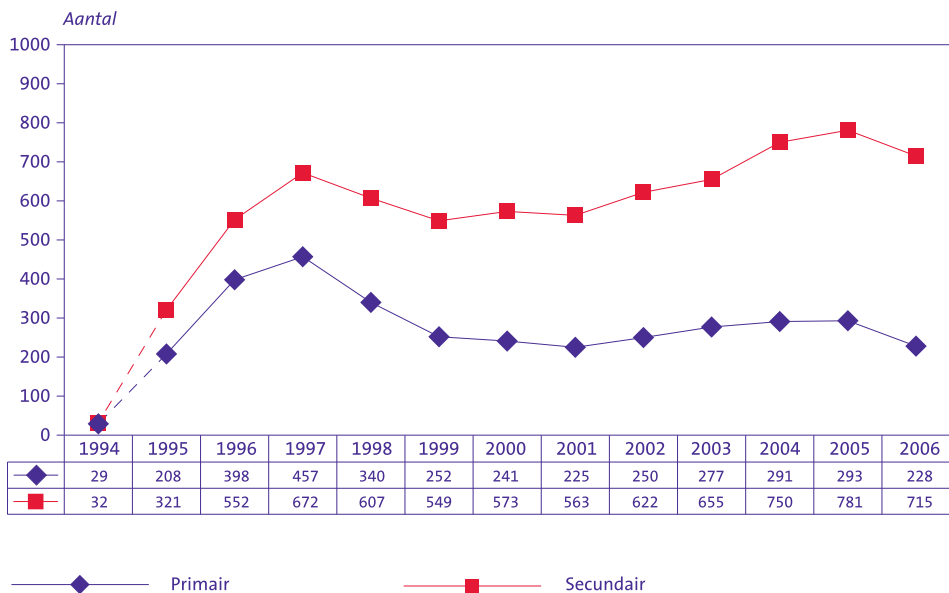
AMBULANTE VERSLAVINGSZORG

Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) registreert hoeveel mensen hulp vragen bij de (ambulante) verslavingszorg, inclusief de verslavingsreclassering en de verslavingsklinieken die zijn gefuseerd met de ambulante verslavingszorg.⁴⁹ (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS.)

ECSTASY

- Het aantal cliënten in de (ambulante) verslavingszorg met ecstasy als primair probleem steeg tot 1997 (figuur 5.2). Dit beruiste deels op een uitbreiding van de mogelijkheden voor de verslavingszorg om problematisch gebruik van ecstasy te registreren. Vanaf 1997 zette een daling in, gevolgd door een stabilisatie vanaf 1999. Tussen 2005 en 2006 daalde het aantal primaire ecstasycliënten met 22 procent.
- Per 100 000 inwoners van 15 jaar en ouder registreerde het LADIS in 2006 ongeveer twee primaire ecstasycliënten, aanzienlijk minder dan voor de meeste andere drugs (49 voor cannabis, 72 voor cocaïne, 99 voor opiaten).
- Het aandeel van ecstasy in alle hulpvragen voor drugsproblematiek bleef in de afgelopen jaren gering: minder dan 1%.
- In 2006 was bijna een derde van de primaire ecstasycliënten een nieuwkomer (31%). Deze nieuwkomers werden ingeschreven in 2006 en stonden niet eerder ingeschreven bij de (ambulante) verslavingszorg voor een drugsprobleem.
- De meeste ecstasycliënten hadden ook problemen met een ander middel (83%).
- Er zijn meer cliënten die ecstasy als secundair dan als primair probleem noemen. Na een daling tussen 1997 en 1999, nam hun aantal weer toe tussen 2001 en 2005. Tussen 2005 en 2006 vond er weer een daling plaats met acht procent. In 2006 was voor deze groep van secundaire ecstasycliënten het primaire probleem cocaïne of crack (36%), cannabis (24%), amfetamine (20%), of alcohol (16%).

FIGUUR 5.2 AANTAL INSCHRIJVINGEN BIJ DE (AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG VANWEGE PRIMAIRE OF SECUNDAIRE ECSTASYPROBLEMATIEK, VANAF 1994¹

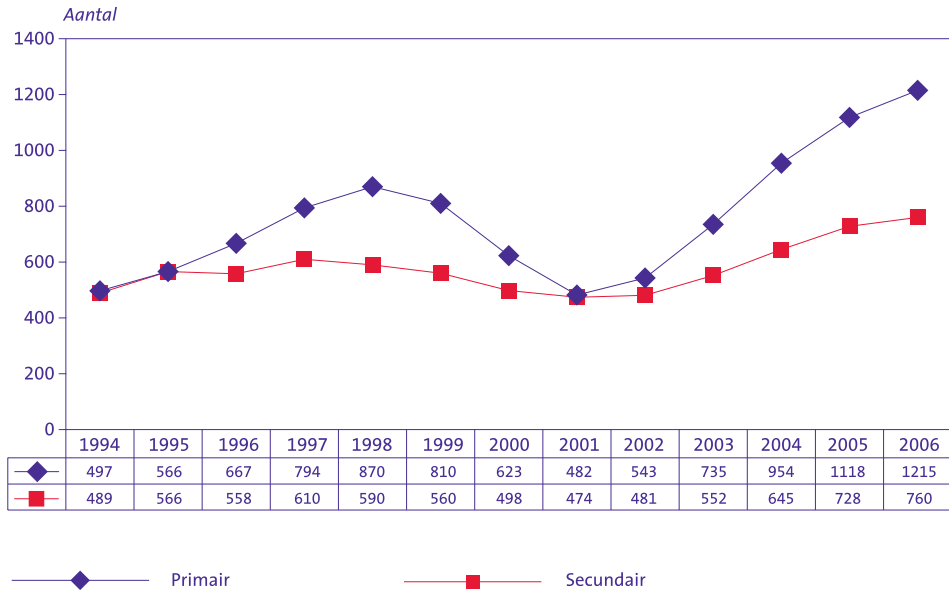


1. In 1994 was de registratie van de ecstasyproblematiek nog niet volledig. Bron: LADIS, IVZ.⁴⁹

AMFETAMINE

- Het aantal cliënten met amfetamine als primair probleem steeg tot 1998, liep toen terug, maar steeg weer vanaf 2001. Tussen 2005 en 2006 steeg het aantal amfetaminecliënten met negen procent (figuur 5.3).
- Het aandeel van amfetamine in alle hulpvragen voor drugsproblematiek bleef in al die jaren ondergeschikt (tussen 2 en 4%).
- Per 100 000 inwoners van 15 jaar en ouder registreerde het LADIS in 2006 negen primaire amfetaminecliënten, meer dan in 1994 of in 2001 (4 in beide jaren).
- In 2006 was een derde van de primaire amfetaminecliënten een nieuwkomer (33%). Deze nieuwkomers werden ingeschreven in 2006 en stonden niet eerder ingeschreven bij de (ambulante) verslavingszorg voor een drugsprobleem.
- De meeste cliënten met een primair amfetamineprobleem rapporteerden ook problemen met een ander middel (79%).
- Voor ruim zevenhonderd cliënten was amfetamine in 2006 een secundair probleem. Dat is een toename van vier procent vergeleken met 2005. Voor deze groep was het primaire probleem cocaïne of crack (31%), alcohol (23%), cannabis (26%), heroïne (9%), of ecstasy (5%).

FIGUUR 5.3 AANTAL INSCHRIJVINGEN BIJ DE (AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG VANWEGE PRIMAIRE OF SECUNDAIRE AMFETAMINEPROBLEMATIEK, VANAF 1994



Bron: LADIS, IVZ.⁴⁹

LEEFTIJD EN GESLACHT

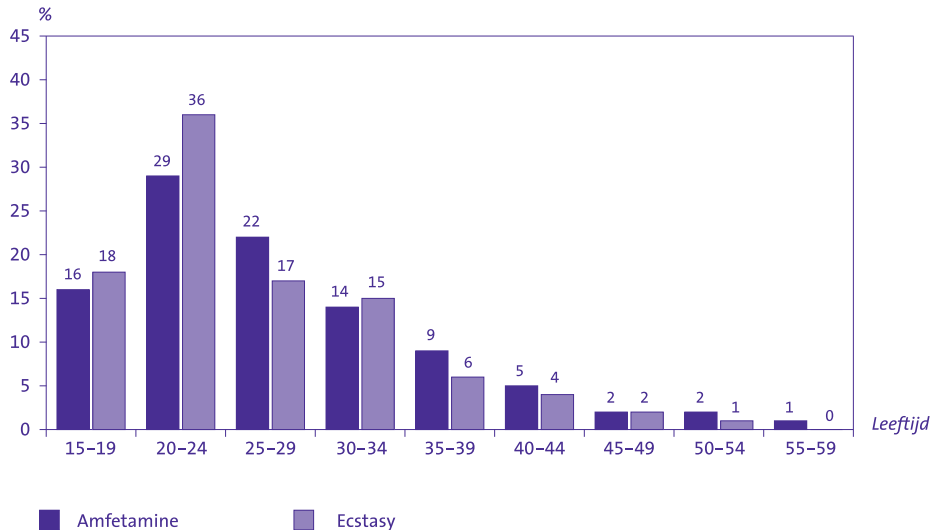
Ecstasy

- In 2006 waren zeven op de tien primaire ecstasycliënten man (70%). Het aandeel vrouwen is groter dan voor cannabis, cocaïne en opiaten (18-20%). Tussen 2000 en 2006 steeg het percentage vrouwen van 19 naar 30 procent.
- De gemiddelde leeftijd van de primaire ecstasycliënten was 26 jaar. Daarmee zijn zij gemiddeld het jongst van alle drugscliënten. De piek ligt in de leeftijdsgroep 20-24 jaar (zie figuur 5.4).

Amfetamine

- In 2006 was driekwart (77%) van de primaire amfetaminecliënten man. Het aandeel vrouwen steeg licht van 21 procent in 2000 naar 23 procent in 2006.
- De gemiddelde leeftijd was 28 jaar, iets hoger dan bij de ecstasycliënten en gemiddeld iets hoger dan in 2005 (26 jaar). Ook bij de amfetaminecliënten ligt de piek in de leeftijdsgroep 20-24 jaar (figuur 5.4).

FIGUUR 5.4 LEEFTIJDVERDELING VAN PRIMAIRE ECSTASY- EN AMFETAMINECLIËNTEN BIJ DE (AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG. PEILJAAR 2006



Percentage per leeftijdsgroep. Bron: LADIS, IVZ.⁴⁹

Regionale ontwikkeling

- Nederland is onderverdeeld in 43 regio's voor de Maatschappelijke Opvang en het Verslavingsbeleid (MO/VB-regio's). Per 10 duizend inwoners van 15 jaar en ouder was de hulpvraag vanwege amfetamine in de periode 2002-2006 het grootst in de MO/VB-regio's Leeuwarden, Assen, Vlaardingen, Dordrecht, Breda, Bergen op Zoom en Heerlen (tussen 1,0 en 3,2 amfetaminecliënten).⁵⁰
- Over de periode 2002-2006 is het aantal primaire amfetaminecliënten met gemiddeld twintig procent toegenomen vergeleken met 1997-2001. Deze toename deed zich voor in de meeste regio's in Nederland en was het grootst in de regio's Flevoland (217%) en Zwolle (173%).⁵⁰

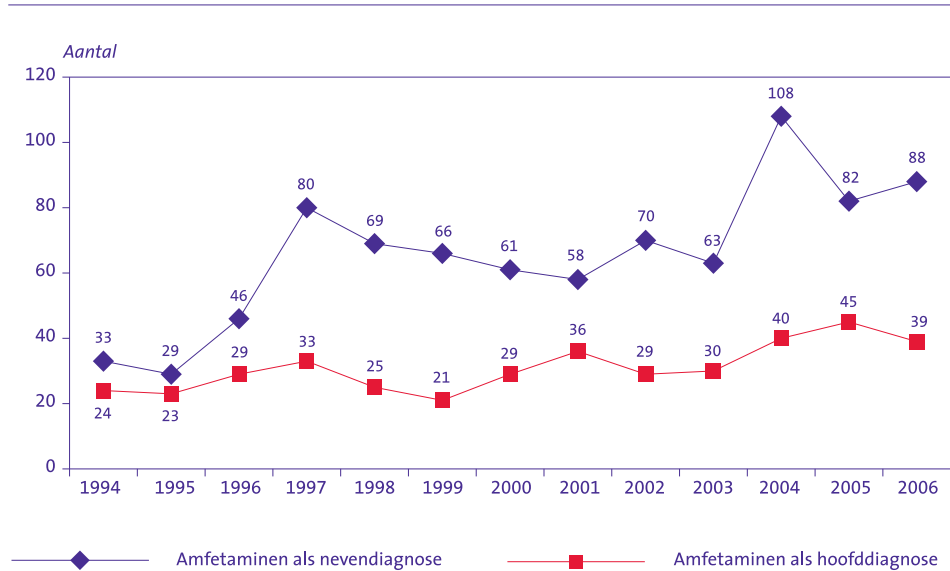
ALGEMENE ZIEKENHUIZEN; INCIDENTEN

De Landelijke Medische Registratie (LMR) registreert jaarlijks weinig opnames in algemene ziekenhuizen met amfetamineproblematiek, inclusief andere psychostimulantia zoals ecstasy, als hoofddiagnose (figuur 5.5).

- In 2006 ging het om 39 opnames ofwel zeven procent van alle hoofddiagnoses voor drugs. In 34 gevallen ging het om misbruik, in 5 gevallen ging het om afhankelijkheid van amfetaminen.

- Iets vaker werden deze aandoeningen als nevensdiagnose gesteld, 88 nevensdiagnoses in 2006, ongeveer evenveel als in 2005. De hoofdziektes of hoofdstoornissen die bij de nevensdiagnoses amfetaminemisbruik en -afhankelijkheid werden gesteld liepen sterk uiteen. De meest voorkomende hoofddiagnoses bij deze nevensdiagnoses waren:
 - psychose (21%)
 - misbruik of afhankelijkheid van drugs (11%)
 - vergiftiging (11%)
 - hart- en vaatziekten (11%)
 - misbruik of afhankelijkheid van alcohol (9%)
 - ongevallen (8%)
 - ziekten van de ademhalingswegen (4%).
- Dezelfde persoon kan meer dan eens per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één nevensdiagnose worden gesteld. Gecorrigeerd voor dubbeltellingen ging het in 2006 om 119 personen. Zij werden in dit jaar minstens één keer opgenomen met misbruik of afhankelijkheid van amfetaminen als hoofd- of nevensdiagnose. Hun gemiddelde leeftijd was 29 jaar; 74 procent was man.
- De LMR registreerde in 2006 geen gevallen van onopzettelijke vergiftiging met amfetaminen als nevensdiagnose (ICD-9 code E854.2).

FIGUUR 5.5 KLINISCHE OPNAMEN IN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN GERELATEERD AAN MISBRUIK EN AFHANKELIJKHEID VAN AMFETAMINEN, VANAF 1994



Aantal diagnoses, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen of meer nevensdiagnoses per opname. ICD-9 codes: 304.4, 305.7 (bijlage C). Ecstasy en amfetamine worden onder dezelfde codes geregistreerd. Bron: LMR, Prismant.

De GGD Amsterdam registreert het aantal aanvragen voor spoedeisende hulp bij de Centrale Post Ambulancevervoer (CPA).

- In 2006 was ecstasy 53 keer reden voor een aanvraag van hulp, 16 procent minder dan in 2005. (tabel 5.5).
- In ongeveer drie kwart van de ecstasy gevallen (72%) was vervoer naar het ziekenhuis nodig, meer dan bij cannabis (34%).
- Amfetamine was in 2006 slechts in dertien gevallen de reden voor een hulpvraag bij de CPA in Amsterdam.

TABEL 5.5 DRUGSINCIDENTEN VOOR AMFETAMINE EN ECSTASY GEREGEREERD DOOR DE GGD AMSTERDAM, VANAF 1995

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Amfetamine	6	1	7	7	7	30	6	5	7	8	3	13
Ecstasy	38	66	41	35	43	36	42	39	39	59	63	53

Aantal incidenten (personen) per jaar. Bron: CPA, GGD Amsterdam.

Volgens het Letsel Informatie Systeem (LIS) van Stichting Consument en Veiligheid⁵¹ worden jaarlijks gemiddeld 3 200 personen behandeld op spoedeisende eerste hulp afdelingen van ziekenhuizen na een ongeval, geweld of zelfmutilatie gerelateerd aan drugsgebruik. Drugs zijn hier cocaïne, heroïne, cannabis, ecstasy, paddo's en speed. De gegevens zijn gemiddeld over de periode van 2002 tot en met 2006 en betreffen schattingen voor het hele land, gebaseerd op gegevens van een representatieve steekproef van ziekenhuizen.

- Tien procent van de drugsslachtoffers gaf aan ecstasy te hebben gebruikt. Tellen we alleen de gevallen mee waarvan de drug bekend is (68%), dan maakt ecstasy 14 procent uit van alle drugsgerelateerde behandelingen bij de spoedeisende hulp.
- Deze cijfers zijn waarschijnlijk een onderschatting van het werkelijke aantal aan drugs gerelateerde ongevallen.

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum van het RIVM registreert het aantal informatieverzoeken van artsen, apothekers en overheidsinstellingen over (potentiële) acute vergiftigingen door lichaamsvreemde stoffen, zoals drugs.⁵²

- Voor ecstasy vinden meer informatieverzoeken plaats dan voor amfetamine (tabel 5.6). Het aantal informatieverzoeken voor ecstasy steeg tot 2004 en daalde licht in de jaren 2005 - 2007.
- Het aantal informatieverzoeken voor amfetamine werd drie keer zo groot tussen 2000 en 2005. De meeste vragen hadden betrekking op patiënten die amfetamines op party's hadden gebruikt, zowel na enkelvoudig gebruik als in combinatie met andere drugs of alcohol. In 2006 en 2007 nam het aantal informatieverzoeken vanwege amfetamine weer iets af.
- Deze cijfers geven echter geen zicht op het absolute aantal intoxicaties want artsen hebben geen meldingsplicht voor intoxicaties. Hoe bekender artsen zijn met de symptomen en behandeling van een intoxicatie met een bepaalde drug hoe kleiner de kans dat zij het NVIC raadplegen.

TABEL 5.6 INFORMATIEVERZOeken VANWEGE HET GEBRUIK VAN ECSTASY EN AMFETAMINE BIJ HET NATIONAAL VERGIFTIGINGEN INFORMATIECENTRUM, VANAF 2000

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Ecstasy	164	194	184	208	246	217	183	171
Amfetamine	42	39	39	47	51	128	106	88

Aantal informatieverzoeken per jaar gemeld via de 24-uurs telefoonlijn van het NVIC. Meldingen via de website www.vergiftigingen.info (online sinds april 2007) zijn voor 2007 niet meegeteld. Bron: NVIC, RIVM.

5.7 ZIEKTE EN STERFTE

ZIEKTE

- De laatste stand van wetenschap geeft aan dat fors ecstasygebruik een (langdurige) verstoring kan geven van hersenfuncties, met name het geheugen, het concentratievermogen en de stemming.^{122;123}
- Deze verstoring kan langer dan een jaar aanhouden na stopzetting van het gebruik. Onbekend is of volledig herstel optreedt.
- Deze veranderingen hangen waarschijnlijk samen met afwijkingen aan serotonerge zenuwen in de hersenen. De effecten zijn toe te schrijven aan ecstasygebruik. Daarnaast speelt ook het gebruik van andere middelen, zoals amfetamine, een rol.¹²⁴
- Bij proefdieren neemt de kans op hersenschade toe met een stijging van de lichaamstemperatuur na gebruik van MDMA. Bij de mens werkt dit waarschijnlijk ook zo.
- De kans op oververhitting en daardoor (langdurige) hersenschade neemt toe als een consument grotere hoeveelheden MDMA slikt in een warme omgeving (boven 18-20 graden). De precieze dosering die tot schade leidt is niet bekend. Vermoed wordt dat hier al sprake van is bij het slikken van hooggedoseerde pillen met twee tot drie keer de gemiddelde dosis. Gemiddeld bevat een pil tussen 75 en 80 mg MDMA (zie § 5.8).
- Resultaten van onderzoeken uitgevoerd door de Universiteit van Amsterdam en de Universiteit van Utrecht laten niet zien dat kortdurend of incidenteel gebruik van ecstasy aanleiding geeft tot ernstige hersenschade en vermindering van hersenfuncties op langere termijn.^{125;126} Toch kan niet zonder meer worden geconcludeerd dat een lage dosis ecstasy veilig is.
 - Deelnemers aan de studies hadden gemiddeld 1,8 tot 6 ecstasypillen geslikt en werden gemiddeld acht tot 19 weken na de laatste inname getest.
 - De resultaten lieten een vaatvernauwing in bepaalde delen van de hersenen zien.¹²⁵
 - De prestatie op geheugen- en aandachtstaken en op de hersenactiviteit tijdens de taakuitvoering bleef doorgaans ongemoeid,¹²⁶ hoewel één onderzoek een afname van het verbaal geheugen liet zien.¹²⁷
 - Ook waren er aanwijzingen voor mogelijke schade aan zenuwuiteinden en een verhoogde behoefte aan spanning ('sensation seeking'). Er werd geen effect op depressie of impulsiviteit gevonden.¹²⁵
 - Onbekend is of de gevonden vaatvernauwing en geheugenafname permanent is. De klinische relevantie van deze effecten lijken vooralsnog gering.

STERFTE

Het precieze aantal sterfgevallen door gebruik van amfetamine en ecstasy is niet bekend.

- Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS komen deze middelen niet vaak voor als primaire doodsoorzaak. In de periode 1996 - 2002 ging het om maximaal vier acute sterfgevallen per jaar. In 2003 registreerde het CBS zeven gevallen, in 2004 vijf gevallen en zowel in 2005 als 2006 vier gevallen (ICD-10 code F15 en ICD-10 codes X41, X61 en Y11, alle drie codes in combinatie met code T43.6; voor een verklaring van de codes zie bijlage C). Deze codes omvatten niet alleen amfetaminen en MDMA (-achtigen) maar ook andere stimulerende stoffen, zoals cafeïne, efedrine en khat.

Volgens het EMCDDA spelen ecstasy en amfetamine ook in andere Europese landen een ondergeschikte rol in de drugssterfte, althans voor zover hierover gegevens beschikbaar zijn.⁴³

- In 2006 werden in de hele Europese Unie 78 sterfgevallen gerapporteerd waarin ecstasy een rol speelde.
- Ecstasy was vaak niet het enige middel. Andere factoren die mogelijk een rol speelden bij deze sterfgevallen zijn oververhitting, waterintoxicatie of een onderliggende ziekte.
- Relatief veel sterfgevallen door methamfetamine, de extra sterke variant van amfetamine, werden gerapporteerd in de Tsjechische Republiek, 16 gevallen in 2004 en 14 in 2005. Finland rapporteerde 65 gevallen waarin amfetamine mogelijk een rol had gespeeld in het overlijden.

5.8 AANBOD EN MARKT

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) onderzoekt welke stoffen aanwezig zijn in drugsmonsters die bij instellingen voor verslavingszorg worden ingeleverd. Een deel van deze monsters (pillen) wordt op basis van bepaalde kenmerken, zoals logo, gewicht en diameter, herkend bij de instelling zelf. Monsters met onbekende samenstelling en alle monsters in poedervorm worden doorgestuurd naar het laboratorium voor chemische analyse. Naast de door consumenten aangeleverde drugsmonsters analyseert het DIMS ook drugs die door portiers van discotheken zijn ingenomen. De resultaten hiervan komen goed overeen met de door consumenten aangeboden drugsmonsters.

SAMENSTELLING ECSTASYPILLEN

In 2007 boden consumenten in totaal 3 506 pillen (tabletten) aan ter analyse. Een op de drie (32%) pillen werd op basis van uiterlijke kenmerken herkend. De rest (2 385) werd doorgestuurd naar het laboratorium voor een verdere chemische analyse. Van deze doorgestuurde pillen was het merendeel (97,2%) door de consument gekocht als ecstasy.

Tabel 5.7 geeft het percentage van de in het laboratorium geanalyseerde 'ecstasy-pillen' die MDMA en/of een andere stof bevatten. Weergegeven zijn alleen die pillen die door de consument gekocht zijn als ecstasypil, ongeacht de daadwerkelijke samenstelling.

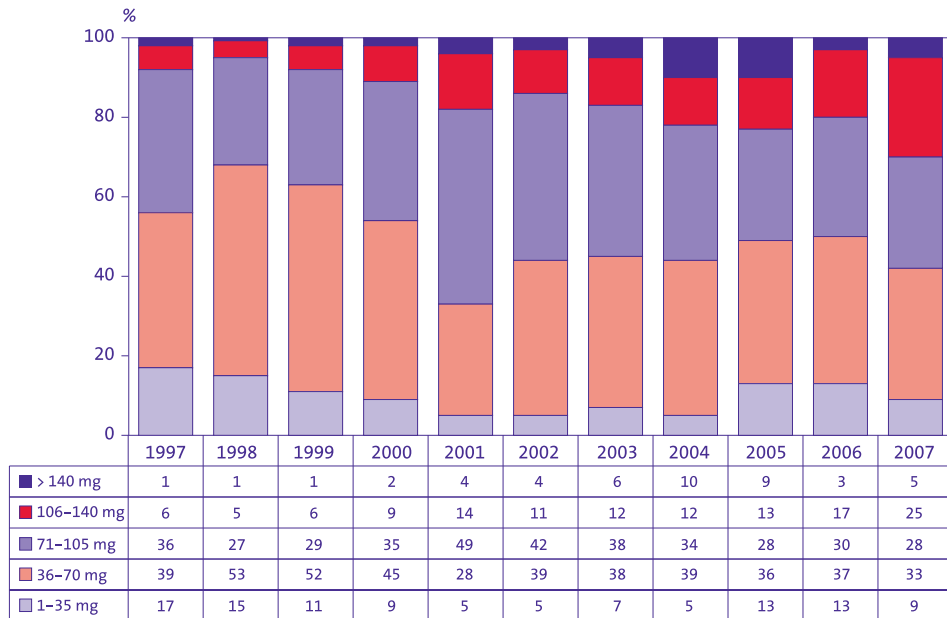
- In 2007 bevatte 80 procent van de pillen alleen een MDMA-achtige stof (= MDMA, MDA, MDEA of MBDB), in 2006 was dat 77 procent. De meeste MDMA-achtige pillen bevatten alléén MDMA.
- Ruim één op de tien (11%) ecstasypillen bevat naast een MDMA-achtige stof één of meer andere farmacologisch actieve stoffen. De psychoactieve stoffen die in 2007 gelijktijdig met een MDMA-achtige stof waren voornamelijk cafeïne (5,5%) en mCPP (3,4%; zie onder 'overige stoffen'). In 2006 bevatte 3,3 procent van de ecstasypillen in deze categorie mCPP.
- Het aandeel pillen dat alléén mCPP als psychoactieve stof bevatte (categorie 'andere farmacologisch actieve stof') was 6,1 procent in 2007. In 2006 was dit 5,4 procent. Het totale aandeel ecstasypillen waarin mCPP voorkwam, al dan niet in combinatie met MDMA-achtige stoffen bedroeg in 2007 9,5 procent. Dat is ongeveer evenveel als in 2006 (8,7%).
- Sinds eind jaren negentig is het aandeel ecstasypillen dat alleen amfetamine of methamfetamine bevat aanzienlijk gedaald. In 2007 ging het nog maar om 0,7 procent. Meestal gaat het daarbij om lage doseringen (gemiddeld 9,2 mg amfetamine of 11,5 mg methamfetamine per pil).
- De gemiddelde hoeveelheid MDMA in ecstasypillen steeg van 74 mg in 2006 naar 82 mg in 2007. De hoogst gemeten dosering in 2007 was 199 mg (173 mg in 2006).
- Figuur 5.6 laat zien dat het aandeel hoger gedoseerde ecstasypillen (meer dan 105 mg MDMA) is toegenomen van 20 procent in 2006 tot 30 procent in 2007. Deze stijging wordt vooral veroorzaakt door de stijging van het aandeel pillen met een gehalte MDMA tussen de 105 en 140 mg. Het aandeel pillen met meer dan 140 mg MDMA (5%) bleef onder het niveau van 2004 en 2005.

TABEL 5.7 AANTAL EN SAMENSTELLING (%) VAN BIJ HET DIMS AANGELEVERDE 'ECSTASY'PILLEN DIE IN HET LABORATORIUM ZIJN GEANALYSEERD, VANAF 1997

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Totaal aantal geanalyseerde pillen	2 344	2 578	1 805	2 462	2 359	2 130	2 177	1 985	2 134	2 523	2 319
MDMA	44,3	74,4	83,7	87,6	86,1	84,9	85,4	85,6	76,0	75,4	78,8
MDEA	7,8	1,1	1,6	0,8	0,7	0,4	0,5	0,1	0,3	0,2	0,4
MDA	1,1	2,1	2,4	1,9	0,6	1,4	0,9	1,9	2,9	0,4	0,0
MBDB	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Combinatie van ecstasy-achtigen ^I	6,1	1,7	1,0	2,7	2,5	1,5	2,2	4,4	5,2	0,8	0,9
Combinatie ecstasyachtigen ^I + andere farmacologisch actieve stof ^{II}	10,8	8,3	5,1	4,1	7,4	8,2	8,3	5,4	7,8	13,0	11,0
(Meth)amfetamine	14,6	6,0	3,0	0,7	0,7	1,7	1,0	0,3	3,9	0,9	0,4
(Meth)amfetamine+ overige stof	1,2	0,7	0,5	0,2	0,3	0,2	0,2	0,0	0,1	0,9	0,3
Andere farmacologisch actieve stof	11,6	4,7	2,2	1,4	1,1	0,8	0,6	1,7	3,2	7,1	7,3
Geen farmacologisch actieve stof	1,6	1,0	0,6	0,6	0,6	0,8	0,8	0,7	0,7	1,2	0,8

Percentage pillen die een bepaalde stof of combinatie van stoffen bevatten. Categorieën sluiten elkaar uit en tellen op tot 100 procent. I. Onder ecstasyachtig wordt hier verstaan: MDMA, MDEA, MDA of MBDB. II. Zoals cafeïne, paracetamol en mCPP. Bron: DIMS.

FIGUUR 5.6 CONCENTRATIE VAN MDMA IN 'ECSTASY'-PILLEN AANGELEVERD BIJ DIMS



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

OVERIGE STOFFEN

Tabel 5.8 geeft een overzicht van de aantallen door het DIMS aangetroffen monsters (pillen, poeders, vloeistoffen, of anderszins) met stoffen die in het kader van het Europees Early Warning System (EWS) continu worden gemonitord of die anderszins een mogelijk gevaar voor de volksgezondheid vormen.

- Stoffen zoals 4-MTA, DOB, MBDB en PMA/PMMA komen anno 2007 niet of nauwelijks nog op de Nederlandse markt voor.
- De hallucinogene stof 2C-B, die medio jaren negentig veel werd aangetroffen, met name ook in ecstasypillen, werd in 2007 21 keer in drugsmonsters aangeboden. Het ging daarbij zelden om ecstasypillen.
- In 2007 zijn er meer GHB-monsters bij het DIMS aangeboden dan in de jaren er voor. Sleutelfiguren van de Trendwatch-monitor signaleerden in 2006/2007 een lichte toename van GHB-gebruik in Amsterdam en enkele rurale gebieden, al lijkt het gebruik ver achter te blijven bij dat van andere (party)drugs, zoals ecstasy en cocaïne.²²

- Ook ketamine is in 2007 weer meer aangetroffen dan in voorgaande jaren. Ook voor dit middel is mogelijk sprake van een groeiende populariteit in bepaalde netwerken in bepaalde delen van het land, maar cijfers ontbreken.²²
- Eind 2004 verscheen de stof *meta-Chloor-Phenyl-Piperazine* (mCPP) op de Nederlandse ecstasemarkt. De stof mCPP werkt net zoals MDMA op serotonerge hersencellen, maar heeft nauwelijks stimulerende effecten. Gebruikers rapporteren veel negatieve effecten.
 - In 2007 is het *totale* aandeel in alle door DIMS geregistreerde monsters dat mCPP bevat (6,8%) hoger dan in 2006 (5,6%). Op Europees niveau is besloten geen risico-evaluatie uit te voeren voor deze stof. Wel wordt de stof sinds 2006 actief gemonitord in het kader van het Europese Early Warning System.
- Een andere piperazine die sinds 2003 in ecstasypillen is aangetroffen is *benzylpiperazine* (BZP). In tegenstelling tot in sommige andere Europese landen lijkt BZP in Nederland geen grote populariteit te genieten. Ook in 2007 werd BZP door het DIMS nauwelijks aangetroffen.
 - Op Europees niveau heeft er in 2007 een risicoschatting voor BZP plaatsgevonden. In navolging van de aanbeveling die hieruit voortkwam is op 3 maart 2008 besloten om BZP onder controle van de nationale drugswetgeving in de lidstaten te brengen.
 - In Nederland worden mCPP en BZP altijd al beschouwd als niet geregistreerde geneesmiddelen die vallen onder de geneesmiddelenwet (GW), voorheen de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (WOG). Handel in mCPP of BZP zonder vergunning is verboden.

TABEL 5.8 AANTAL MONSTERS MET OVERIGE PSYCHOACTIEVE STOFFEN

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Totaal aantal geanalyseerde monsters	3 734	4 478	4 363	4 065	3 798	3 445	3 510	3 604	4 095	4 580	4 727
2C-B	317	12	25	12	11	2	15	5	9	18	21
4-MTA	9	16	8	6	1	5	0	1	0	0	0
Atropine	128	52	0	1	0	0	0	3	5	0	2
BZP	-	-	1	0	0	0	3	3	0	13	4
GHB/GBL	50	16	24	36	102	72	72	98	114	142	203
DOB	1	15	26	5	5	0	0	2	0	1	0
Ketamine	0	16	1	2	1	2	3	19	17	50	80
MBDB	113	12	0	0	0	0	0	1	1	0	0
mCPP				-	-	-	-	13	92	256	323
PMA/(PMMA) ¹				1	8	0	0	0	0	0	0
Strychnine				1	0	0	0	0	0	0	0

1. Pillen met meer dan 1 mg. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

SAMENSTELLING (METH)AMFETAMINEPOEDERS

DIMS ontvangt ook poeders die als 'speed' zijn verkocht (naast de als ecstasy verkochte pillen die amfetamine bevatten). Speed is de straatnaam voor amfetamine. In 2007 werden 770 'speedpoeders' in het laboratorium geanalyseerd, meer dan in 2006 (553).

- Het overgrote deel (97%) bevatte amfetamine. De concentratie amfetamine varieerde van 1 tot 73 procent, met een gemiddelde van 34 procent. Dit gemiddelde is vrijwel gelijk aan dat in voorgaande jaren.
- Slechts 0,4 procent van alle poeders die als 'speed' werden verkocht bevatte alleen methamfetamine. Deze variant van amfetamine is weinig populair in Nederland, in tegenstelling tot bijvoorbeeld de Verenigde Staten.
- Net als in voorgaande jaren, bevatte het grootste deel van de poeders naast amfetamine ook cafeïne (60%).

PRIJZEN

De landelijke Trendwatch-monitor, de Antenne-monitor en het DIMS-project geven een indicatie van de prijs die een consument betaalt voor een ecstasypil of een gram amfetamine.

Amfetamine

- Uitgaande jongeren en jonge volwassenen die in 2006/2007 een gram amfetamine hadden gekocht betaalden volgens sleutelfiguren in het uitgaansleven gemiddeld 7,5 euro, maar de prijzen liepen uiteen van 2 tot 15 euro per gram. In Amsterdam liggen de prijzen gemiddeld hoger, tussen de 10 en 20 euro. Dit kan samenhangen met de kleine en relatief ontoegankelijke speedmarkt in Amsterdam.²²
- Consumenten die bij DIMS hun drugsmonster lieten testen betaalden in 2007 twee tot twintig euro per gram amfetamine (gemiddeld 6 euro), ongeveer evenveel als in 2006.

Ecstasy

- In 2006/2007 fluctueerde de prijs van een ecstasypil volgens sleutelfiguren in het uitgaansleven tussen de twee en vijf euro. Dat is minder dan in 2004/2005 (3 tot 8 euro per pil). De prijs daalt naarmate een klant meer pillen tegelijk afneemt en stijgt met een toenemende dosering van de werkzame stof.²²
- Consumenten die ecstasypillen bij DIMS lieten testen betaalden in 2007 gemiddeld 2,75 euro per pil, variërend van 50 eurocent tot 10 euro.

6 ALCOHOL

Alcohol ontstaat uit het vergisten van granen en vruchten. Alcohol wordt gedronken in de vorm van bier, wijn of gedistilleerd. Een glas bier, een glas wijn en een borrel gedistilleerde drank bevatten ongeveer evenveel alcohol. Dat komt omdat de grootte van het glas kleiner wordt naarmate het alcoholpercentage van de drank hoger is.

In sociale situaties ervaren consumenten alcohol als ontspannend en bevorderlijk voor een goede stemming. In minder sociale situaties kan alcohol een agressieve stemming versterken. Overmatig gebruik (ook indien incidenteel) kan leiden tot ongevallen, op het werk, thuis en in het verkeer. Alcohol is een verslavende stof. Bij regelmatig gebruik treedt gewenning op en tolerantie. Bovenmatig gebruik van alcohol kan leiden tot verschillende ziektes, met name leverziektes, hart- en vaatziekten en kanker.

6.1 LAATSTE FEITEN EN TRENDS

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

- Volgens verkoopcijfers bleef de consumptie van alcohol per hoofd van de bevolking in 2006 stabiel (§ 6.2).
- Het aantal recente en actuele consumenten van alcohol in de bevolking van 15-64 jaar bleef tussen 2001 en 2005 stabiel. Het percentage mensen dat in het afgelopen half jaar minimaal een keer zes of meer glazen op een dag had gedronken daalde in deze periode, met name onder de 15-24 jarigen.
- Het alcoholgebruik onder scholieren nam tussen 1999 en 2003 toe, met name onder jonge meisjes tussen de twaalf en veertien jaar. Sinds 2003 lijkt er sprake te zijn van een lichte daling in deze leeftijdsgroep (§ 6.3).
- Binge drinken is tussen 2003 en 2005 stabiel gebleven in de totale groep scholieren, maar lijkt toe te nemen onder scholieren die de afgelopen maand hebben gedronken (§ 6.3).
- Vergeleken met scholieren uit andere landen drinken Nederlandse scholieren vaak (§ 6.5).
- Ondanks een wettelijk verbod kunnen jongeren onder de zestien jaar gemakkelijk alcoholhoudende dranken krijgen (§ 6.8).
- Een op de tien Nederlanders van 16 - 69 jaar is een probleemdrinker (§ 6.4).
- Zwaar drinken, probleemdrinken en alcoholmisbruik en -afhankelijkheid komen naar verhouding vaak voor onder jonge mannen van 18 tot en met 24 jaar (§ 6.4).
- De stijging van het aantal alcoholcliënten bij de (ambulante) verslavingszorg tussen 2001 en 2005 zette zich niet voort in 2006 (§ 6.6).

- Het aantal opnames in algemene ziekenhuizen waarbij een aan alcohol gerelateerde aandoening een rol speelt is tussen 2005 en 2006 licht gestegen. Deze toename deed zich ook voor onder jongeren en kinderen van 16 jaar en jonger (§ 6.6).
- Het aantal doden en gewonden door alcoholgebruik in het verkeer is de afgelopen jaren verder gedaald. Het percentage automobilisten dat onder invloed rijdt is na een daling in voorgaande jaren tussen 2005 en 2006 stabiel gebleven (§ 6.6).
- De totale sterfte aan alcoholgerelateerde aandoeningen (primaire en secundaire doodsoorzaken samen) is sinds 2004 stabiel gebleven (§ 6.7).

6.2 GEBRUIK: ALGEMENE BEVOLKING

Alcoholgebruik is wijd verbreid in de Nederlandse samenleving.

- Volgens het Nationaal Prevalentie Onderzoek is het percentage mensen in de bevolking van 15 tot en met 64 jaar dat het afgelopen jaar alcohol heeft gedronken licht gedaald van 87 procent in 1997 naar 85 procent in 2001.⁵ Deze daling vond met name plaats onder vrouwen en onder respondenten in de leeftijdsgroep van 25-44 jaar.
- Tussen 2001 en 2005 bleef het percentage recente drinkers stabiel op 85 procent.
- Het aantal Nederlanders dat in de afgelopen maand alcohol had gedronken bleef over de jaren heen stabiel rond de 78 procent.
- Het percentage drinkers dat in het afgelopen half jaar wel eens zes of meer glazen alcohol op één dag heeft gedronken ('binge drinken') daalde van 40 procent in 2001 naar 35 procent in 2005. Deze afname vond plaats onder zowel mannen als vrouwen en met name onder respondenten van 15 tot en met 24 jaar.
- De startleeftijd is de leeftijd waarop iemand voor het eerst een middel heeft gebruikt (zie ook bijlage A: startleeftijd). Onder de recente gebruikers van alcohol lag in de leeftijdsgroep van 15 tot en met 24 jaar de startleeftijd op gemiddeld 14,6 jaar. In de leeftijdsgroep van 15 tot en met 64 jaar lag de startleeftijd op gemiddeld 16,5 jaar.

Volgens een peiling van het CBS uit 2007 drinken ruim vier op de vijf personen (81%) van 12 jaar en ouder 'wel eens alcohol'. In 2001 was dit 82 procent. Het percentage drinkers is al jaren vrij stabiel.

Verkoopcijfers geven een indicatie van de hoeveelheid alcohol die jaarlijks per hoofd van de bevolking wordt geconsumeerd (tabel 6.1).

- De consumptie van alcohol was in Nederland het grootst in de tweede helft van de jaren zeventig en in de jaren tachtig. Daarna volgde een lichte daling, die zich vanaf het begin van de jaren negentig niet heeft doorgezet.
- Per hoofd van de bevolking werd in 2006 7,9 liter pure alcohol geconsumeerd, evenveel als in 2005.

- De consumptie van gedistilleerd en bier bleef gelijk in 2006 en de consumptie van wijn nam iets toe van 21,3 liter in 2005 naar 21,5 liter in 2006.
- De afzet van premixen was na een sterke daling in 2003 (met een derde ten opzichte van 2002) gestabiliseerd in 2004. In 2005 was echter opnieuw sprake van een sterke daling (met 31% ten opzichte van 2004). Deze daling zet zich voort in 2006 (19% vermindering). Hiermee is de consumptie van premixen sinds 2002 in totaal met tweederde gedaald tot 114 746 hectoliter.
- Tegenover deze dalende trend staat een stijging in de verkoop van likorettes (op likeur lijkende producten die een lager alcoholgehalte hebben dan 15 procent). De verkoop van likorettes steeg van 36 812 hectoliter in 2005 naar 42 442 hectoliter in 2006, een toename van 15 procent.
- Per persoon dronken we in 2006 78 liter bier, 22 liter wijn en vier liter gedistilleerd.

TABEL 6.1 BIER, WIJN EN GEDISTILLEERD PER HOOFD VAN DE HELE BEVOLKING (IN LITERS PURE ALCOHOL), VANAF 1960

<i>Jaar</i>	<i>Bier</i>	<i>Wijn</i>	<i>Gedistilleerd</i>	<i>Totaal</i>
1960	1,2	0,2	1,1	2,6
1965	1,9	0,5	1,9	4,2
1970	2,9	0,8	2,0	5,7
1975	4,0	1,5	3,4	8,9
1980	4,8	1,4	2,7	8,9
1985	4,2	2,0	2,2	8,5
1990	4,1	1,9	2,0	8,1
1995	4,1	2,2	1,7	8,0
2000	4,1	2,3	1,7	8,2
2001	4,0	2,3	1,7	8,1
2002	4,0	2,3	1,7	8,0
2003	4,0	2,5	1,5	7,9
2004	3,9	2,6	1,4	7,9
2005	3,9	2,7	1,3	7,9
2006	3,9	2,8	1,3	7,9

Bron: *Productschap Dranken; Productschap Wijn*.^{128;129}

SPECIALE GROEPEN

In bepaalde groepen volwassenen komt alcoholgebruik aanzienlijk meer of minder voor dan in de algemene bevolking.

- Uit onderzoek in Amsterdam (2004)¹³⁰ blijkt dat veel minder *Marokkanen en Turken* drinken dan autochtone Nederlanders.³
 - Het aantal drinkers is onder autochtone Nederlanders drie keer groter dan onder Turkse Amsterdammers en zes keer groter dan onder Marokkaanse Amsterdammers.
 - Tussen 1999/2000 en 2004 is het percentage drinkers onder Turken met ruim zes procent gedaald, terwijl er bij Marokkanen sprake is van een toename van bijna zeven procent.
- Een onderzoek uit Rotterdam (2004) laat zien dat ook onder tweede generatie Turken (16-30 jaar) minder drinkers zijn dan onder Nederlanders van dezelfde leeftijd.¹³¹
 - Van de Turken in de leeftijd van 16-30 jaar heeft 36 procent de afgelopen zes maanden alcohol gedronken, vergeleken met 94 procent van de Nederlanders.
 - Ook excessief drinken komt minder vaak voor. Zes procent van de Turken in deze leeftijdsgroep drinkt excessief, vergeleken met veertien procent van de Nederlanders.
 - Wanneer uitsluitend regelmatige drinkers (personen die gemiddeld minstens één keer per week alcohol drinken) worden vergeleken verdwijnt echter het verschil in excessief drinken.
- Zowel religieuze als culturele factoren blijken gerelateerd aan het alcoholgebruik van tweede generatie Turken en Marokkanen. Sociaal-cognitieve factoren, zoals de invloed van familie en Turkse/Marokkaanse vrienden en alcoholverwachtingen zijn echter belangrijker in het voorspellen van alcoholgebruik onder deze groep.¹³²
- Ruim eenderde (35%) van de *dak- en thuislozen* in twintig Nederlandse gemeenten was in 2002 een risicodrinker (hier gedefinieerd als meer dan 25 glazen per week); 23 procent dronk meer dan 56 glazen per week en dertien procent meer dan 112 glazen per week.⁶
- In 2006 had 21 procent van de daklozen in Rotterdam de afgelopen twaalf maanden dagelijks of bijna dagelijks zes of meer glazen alcohol gedronken (vrouwen vier of meer glazen). Achttien procent dronk dagelijks of bijna dagelijks acht of meer glazen (vrouwen zes of meer).⁷
- Bij dertig procent van de *gedetineerden* in Huizen van Bewaring was vóór detentie sprake van problematisch alcoholgebruik (meting 2006/2007). Zij dronken gemiddeld 50 glazen per week (zie § 8.3).⁴

³ De GGD Amsterdam hanteert hier voor etnische achtergrond de definitie van BZK/VNG: zie bijlage A.

- Van de drinkende *werkende beroepsbevolking* dronk in 2002 ongeveer vier procent wel eens alcohol vlak vóór of tijdens het werk: één procent doet dit minstens één keer per week.¹³³
 - Door 38 procent wordt wel eens aansluitend op werktijd alcohol gedronken en twaalf procent doet dit wekelijks. In de horeca wordt het meest aansluitend op werktijd gedronken (31% wekelijks), in de gezondheids- en welzijnszorg en het openbaar bestuur het minst (respectievelijk 5% en 4% wekelijks).¹³³
- Uit het Nationale Sport Onderzoek uit 2004 valt af te leiden dat *sporters* in het algemeen vaker (gematigd) alcohol drinken dan niet-sporters.¹³⁴
 - Van de sporters is 14 procent geheelonthouder, van de niet-sporters 29 procent.
 - Sporters drinken vaker dan niet-sporters meer dan vijf glazen per week (38% tegenover 26%), maar niet vaker twee glazen of meer op alle dagen van de week (7% tegenover 9%).
 - Dit verschil blijft bestaan als rekening wordt gehouden met verschillen tussen sporters en niet-sporters naar sekse, leeftijd en opleidingsniveau.

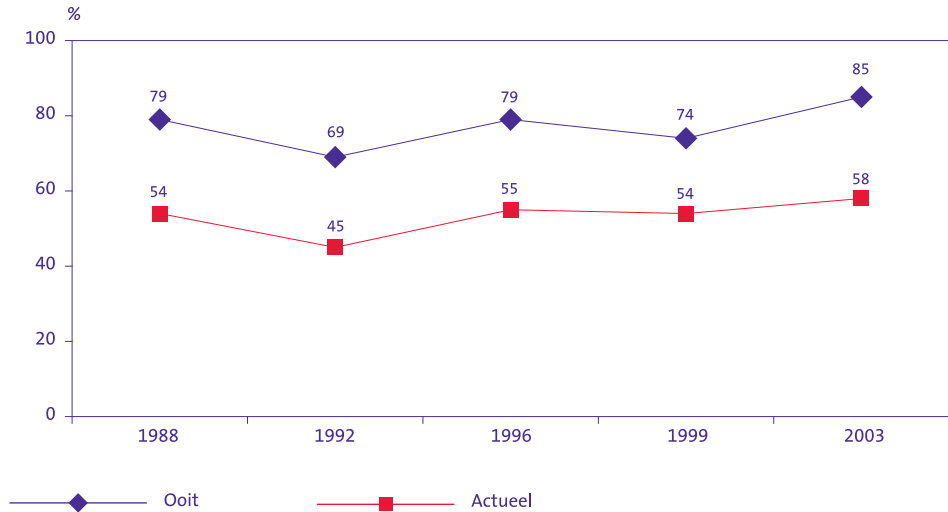
6.3 GEBRUIK: JONGEREN

SCHOLIEREN

Het Trimbos-instituut peilt sinds het midden van de jaren tachtig in hoeverre leerlingen van twaalf jaar en met achttien jaar op reguliere middelbare scholen ervaring hebben met alcohol, tabak, drugs en gokken. Dit gebeurt in het zogenoemde landelijke Peilstationsonderzoek scholieren. De laatste peiling werd in 2003 verricht.

- In 2003 had 85 procent van de leerlingen van ‘reguliere’ middelbare scholen ervaring met alcohol. Dat was meer dan in 1999, toen nog 74 procent ervaring had met alcohol. Dit percentage schommelde echter wel over de afgelopen vijftien jaar (figuur 6.1).⁹
- In 2003 had 58 procent van de ondervraagde leerlingen in de maand voor de peiling alcohol gedronken, ongeveer evenveel als in 1999.

FIGUUR 6.1 GEBRUIK VAN ALCOHOL ONDER SCHOLIEREN VAN 12 TOT EN MET 18 JAAR, VANAF 1988



Percentage drinkers ooit in het leven en in de laatste maand voor de peiling (actueel).

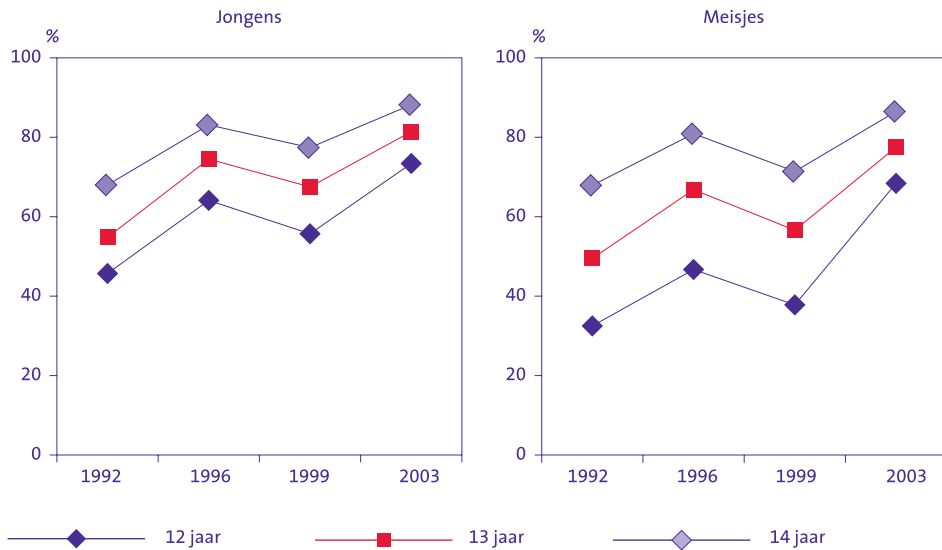
Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.⁹

Leeftijd en geslacht

- Met name onder jonge meisjes van 12 tot en met 14 jaar is het ooitgebruik van alcohol en het gebruik in de laatste maand tussen 1999 en 2003 gestegen (figuur 6.2).
 - In 1999 had 57 procent van de 12-14 jarige meisjes ooit alcohol gedronken, in 2003 was dit 78 procent.
 - In 1999 had 32 procent in de laatste maand alcohol gedronken, in 2003 was dit 44 procent.
- Vijftien procent van de scholieren zegt tien jaar of jonger te zijn geweest toen zij hun eerste drankje dronken, bijna tweemaal zoveel jongens (19%) als meisjes (10%). De meeste scholieren beginnen met drinken als zij tussen de elf en veertien jaar oud zijn.
- Er was in 2003 geen verschil in het percentage jongens en meisjes dat ooit of pas nog alcohol had gebruikt. Wel waren er verschillen in het drinkpatroon. Jongens dronken frequenter alcohol dan meisjes. Ook dronken zij grotere hoeveelheden dan meisjes. Dit alles was met name het geval bij oudere jongens:
 - Van de zestienjarige jongens die de afgelopen maand hadden gedronken, had 29 procent dit in deze maand vaker dan tien keer gedaan, tegenover 19 procent van de meisjes.

- Eveneens 29 procent van deze zestienjarige drinkende jongens dronk op een weekenddag gemiddeld meer dan tien glazen. Bij de meisjes was dit 9 procent.
- In 2003 had op twaalfjarige leeftijd bijna de helft van de scholieren (47%) al eens een glas alcohol gedronken, op vijftienjarige leeftijd drinkt de helft al wekelijks alcohol (52%).

**FIGUUR 6.2 TRENDS IN OITGEBRUIK VAN ALCOHOL IN HET VOORTGEZET
ONDERWIJS NAAR LEEFTIJD EN GESLACHT, VANAF 1992**



Percentage drinkers ooit in het leven. Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.⁹

Uit een vergelijking met cijfers van de landelijke Health Behaviour of School-aged Children (HBSC) studie uit 2005 blijkt dat zowel het oitgebruik van alcohol als het gebruik in de laatste maand in de hele groep scholieren van 12 tot en met 16 jaar tussen 2003 en 2005 stabiel is gebleven.¹⁰

- Onder de jongste leeftijdsgroepen is het gebruik van alcohol tussen 2003 en 2005 echter iets gedaald. In 2003 had 71 procent van de twaalfjarigen ooit alcohol gedronken, in 2005 was dit nog 61 procent. Eenzelfde daling werd gevonden bij dertienjarigen; van tachtig procent in 2003 naar zeventig procent in 2005. Ook het percentage twaalfjarigen dat de afgelopen maand alcohol heeft gedronken is gedaald (van 31% naar 23%).
- Het percentage scholieren dat in de afgelopen vier weken wel eens vijf glazen of meer alcohol bij één gelegenheid heeft gedronken ('binge drinken') is tussen 2003 en 2005 stabiel gebleven (respectievelijk 35% en 37%).

- Onder de leerlingen die drinken nam het binge drinken echter toe. Van de leerlingen die de afgelopen maand hebben gedronken zegt in 2005 75 procent vijf of meer glazen bij één gelegenheid gedronken te hebben, tegenover 64 procent in 2003.
- Volgens cijfers van het NPO is het binge drinken in de leeftijdsgroep 15-24 jaar tussen 2001 en 2005 echter afgenomen, van 53 procent naar 40 procent. Het betreft in deze studie mensen die in het afgelopen half jaar wel eens zes of meer glazen alcohol op één dag hebben gedronken. Dit is een andere definitie dan in de HBSC studie; de twee trends zijn daarmee niet onderling te vergelijken.⁵

Breezers zijn met name onder meisjes nog populair.¹⁰

- In 2005 gaf van de meisjes die in de afgelopen maand alcohol hadden gedronken 55 procent aan minstens iedere maand breezers te drinken. Breezers staan hiermee bij meisjes aan kop, gevolgd door mixdrankjes (32%) en bier (27%).
- Onder jongens is bier het meest populair; 53 procent van de actuele drinkers drinkt dit maandelijks, gevolgd door breezers (44%) en mixdrankjes (27%) .
- Hoe deze cijfers zich verhouden tot de dalende verkoopcijfers van premixen is niet duidelijk.

Ouders

Ouders hebben een belangrijke rol in de alcoholopvoeding van hun kind.

- Diverse studies hebben uitgewezen dat met name het stellen van regels (geen alcohol drinken) beginnend alcoholgebruik uit kan stellen en de kans op probleemdrinken verlaagt.^{135;136}
- Met het stijgen van de leeftijd wordt een deel van de ouders echter snel toleranter.
 - In groep acht van de basisschool zegt slechts drie procent van de leerlingen thuis een glas alcohol te mogen drinken als vader of moeder thuis is (peiling 2005).
 - Rond een kwart van de ouders van jongeren van 12 tot en met 16 jaar vindt het goed als er thuis één glas alcohol wordt gedronken.
 - Tegen de leeftijd van 16 jaar zegt ruim de helft thuis te mogen drinken.¹⁰

Etnische afkomst

- Onder leerlingen van Marokkaanse en Turkse herkomst (12-16 jaar) ligt het actuele alcoholgebruik beduidend lager dan onder autochtone leerlingen (respectievelijk 8% en 15% versus 63%). Leerlingen van Surinaamse herkomst nemen een tussenpositie in (47%).⁹
- De hoeveelheid die per keer gedronken wordt verschilt echter niet tussen etnische groeperingen.¹³⁷

Alcohol en probleemgedrag

- Leerlingen van 12-16 jaar die wekelijks drinken vertonen meer delinquent en agressief gedrag dan jongeren die niet wekelijks drinken. Er is geen verschil tussen jongens en meisjes, maar het verband is sterker bij de jongere leeftijdsgroepen.¹³⁸
- Onder jongeren van 12 en 13 jaar hangt wekelijks alcoholgebruik ook samen met somatische klachten en angst- en depressieve klachten.

SPECIALE GROEPEN JONGEREN

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen komt alcoholgebruik mogelijk vaker voor. Hieronder wordt het alcoholgebruik onder uitgaande jongeren, vakantie-gangers en probleemjongeren besproken.

Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

Veel jongeren en jongvolwassenen drinken tijdens het uitgaan. Tabel 6.2 vat de resultaten samen van een aantal studies onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. De cijfers zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek.

- In 2005 dronk een vijfde van de uitgaande jongeren van dertien jaar tijdens het stappen alcoholhoudende dranken, bijna tweederde van de veertien- en vijftien-jarigen en bijna negen van de tien zestien- en zeventienjarigen. Deze percentages zijn vergelijkbaar met 2003.¹³⁹
- Negen van de tien Haagse uitgaande jongeren en jongvolwassenen (15-35 jaar) hadden in 2003 in de afgelopen maand alcohol gedronken en zes op de tien deden dit in de afgelopen week.²⁹
- Het alcoholgebruik ligt onder fans van Hiphop/Rap/R&B lager dan onder de fans van Pop/Rock of Dance/House/Techno. Dit hangt mogelijk samen met de voorkeur van Marokkanen voor deze muzieksoort. Alcoholgebruik komt minder vaak voor onder Marokkanen.²⁹
- In Amsterdam drinkt eenderde van zowel de coffeeshopbezoekers als de bezoekers van trendy clubs dagelijks alcohol of een paar keer per week minstens vier of vijf glazen per keer. Van de cafébezoekers drinkt de helft een paar keer per week alcohol en zeven procent dagelijks. Het percentage cafébezoekers dat dagelijks alcohol drinkt lijkt sinds 2000 gelijk gebleven.^{15;20;21}
- Het percentage binge drinkers (6 of meer glazen) onder uitgaande jongeren varieert in verschillende studies tussen de 49 en 64 procent.^{21;33;34}

Indrinken

Volgens observaties van sleutelfiguren in het uitgaansleven wordt er de afgelopen jaren steeds vaker “ingedronken”.¹⁴⁰ Dit *indrinken* kan thuis, op straat, in een keet

of bij vrienden gebeuren, maar steeds meer ook in de horeca zelf (door middel van prijsacties). Over het algemeen lijken het vooral jeugdigen te zijn die voor het stappen gaan indrinken om kosten te besparen.

- Een onderzoek in 2005 onder uitgaande jongeren (13-17 jaar) laat zien dat de helft van degenen die alcohol drinken dit wel eens doet vóór het uitgaan. Dit gebeurt vooral thuis (61%) of bij vrienden (65%).¹³⁹ Per leeftijdsgroep verschillen de percentages “indrinkers”:
 - een kwart (26%) van de 13-jarige uitgaande drinkers (ofwel anderhalf procent van alle 13 jarigen).
 - 41 procent van de 14/15-jarige uitgaande drinkers (ofwel twaalf procent van alle 14/15 jarigen).
 - 56 procent van de 16/17-jarige uitgaande drinkers (ofwel 39 procent van alle 16/17 jarigen).

TABEL 6.2 ALCOHOLGEBRUIK ONDER UITGAANDE JONGEREN EN JONGVOLWASSENEN

<i>Populatie</i>	<i>Locatie</i>	<i>Peiljaar</i>	<i>Maat voor alcohol- gebruik¹</i>	<i>Leeftijd (jaar)</i>	<i>%</i>
Uitgaande jongeren algemeen	Landelijk	2005	Afgelopen jaar	13	19%
				14-15	62%
				16-17	87%
Bezoekers van dance party's, buitenfestivals, centrum	Den Haag	2003	Afgelopen maand	15-35	88%
			Afgelopen week		60%
Cafébezoekers	Zaandam	2006	zes glazen of meer	14-44	
			tien glazen of meer	Gemiddeld	64%
				21 jaar	50%
Bezoekers van cafés en sportkantines	Noordwijk	2004	meer dan 6 glazen	Gemiddeld	
			meer dan 10 glazen	23 jaar	61%
Bezoekers discotheken	Nijmegen	2005	10 of meer glazen	15-40	
				Gemiddeld	29%
				21 jaar	
Cafébezoekers	Amsterdam	2005	Afgelopen maand	Doorsnee	97%
			Dagelijks of paar keer per week	26 jaar	33%
			minstens vier of vijf glazen per keer		
			Binge drinken:		
			zes glazen of meer		49%
Coffeeshopbezoekers	Amsterdam	2001	Dagelijks of paar keer per week	Gemiddeld	30%
			minstens vier of vijf glazen per keer	25 jaar	
Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	2003	Dagelijks of paar keer per week	Gemiddeld	33%
			minstens vier of vijf glazen per keer	28 jaar	

De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek.^{35:139} 1. De volgende definities van binge drinken worden gehanteerd: Zaandam: 6/10 glazen of meer op een gemiddelde uitgaansavond; Noordwijk: gemiddeld meer dan 6/10 glazen op een weekenddag; Nijmegen: 10 of meer glazen op de avond van het onderzoek; Amsterdam: 6/10 glazen of meer tijdens het uitgaan. Referenties: ^{15:20;21:33-35;139:141}

Keten

De afgelopen jaren is er steeds meer aandacht voor alcoholgebruik door jongeren in *keten*. “Keet” is een verzamelwoord voor informele, vaak door hen zelf ingerichte, overdekte plekken waar groepen jongeren elkaar treffen in hun vrije tijd. Keetbezoek is in verschillende studies onderzocht. In deze studies zijn tegenstrijdige resultaten gevonden, die mogelijk samenhangen met verschillen in definities van een keet en methoden. Daardoor is op dit moment geen goede schatting mogelijk van de mate waarin drankgebruik in keten voorkomt.

Volgens de landelijke monitor alcoholverstreking jongeren uit 2005 bezoekt elf procent van de jongeren (13-17 jaar) wel eens een keet.¹³⁹ In Nederland zijn er naar schatting 1 500 keten.¹⁴²

- Van de 13-jarigen gaat acht procent wel eens naar een keet, van de 14-15-jarigen vijftien procent en van de 16-17-jarigen twaalf procent.¹³⁹
- Met name de oudere groepen drinken alcohol in de keet. Van de 16-17-jarigen die aangeven een keet te bezoeken drinkt 82 procent daar alcohol. Van de 14-15-jarigen en 13-jarigen die een keet bezoeken drinkt respectievelijk 65 procent en 26 procent daar alcohol.
- Gemiddeld worden er vijf glazen alcohol gedronken.

In de eveneens landelijke HBSC studie uit 2005 worden veel hogere cijfers van keetbezoek gevonden. Uit deze studie blijkt dat veertig procent van de jongeren van twaalf tot en met zestien jaar de afgelopen maand een keet heeft bezocht. Een derde daarvan zegt daar alcohol te drinken.¹⁰

- Keetbezoek komt vaker voor onder jongeren op het platteland. Rond een derde van de jongeren uit steden bezoekt wel eens een keet vergeleken met ruim de helft van de jongeren uit dorpen.
- In grote steden zegt 22 procent dat ze in de keet alcohol drinken, terwijl dat in de dorpen bijna twee keer zoveel is (41%).

In een recent onderzoek (2007) naar keetbezoek in Twente, bleek dertig procent van de vierde klassers (gemiddelde leeftijd 15,8 jaar) daar wel eens een keet te bezoeken.¹⁴³

- De meeste keetbezoekers zijn te vinden in het vmbo (36%), gevolgd door havo (25%) en vwo (20%).
- Keetbezoekers drinken meer alcohol dan niet-keetbezoekers, ook na correctie voor geslacht en opleidingsniveau. Keetbezoekers drinken gemiddeld vijftien glazen per week, niet-keetbezoekers zeven glazen.
- Op een keetavond in het weekend drinken jongeren gemiddeld negen glazen alcohol.

Vakantiegangers

- Onderzoek uit 2003 op jongerencampings (gemiddelde leeftijd 17,4 jaar) wijst uit dat ruim tachtig procent van de jongens en bijna de helft van de meisjes op elke dag van de vakantie alcohol drinkt. Jongens drinken gemiddeld zeventien glazen per dag en meisjes zeven.¹⁴⁴

Probleemjongeren

Alcoholgebruik komt ook veel voor onder bepaalde groepen probleemjongeren.

- Jongeren in een spijbelopvangproject in Amsterdam zijn vaker actuele drinkers (ruim 50%) dan hun leeftijdgenoten die niet spijbelen maar naar school gaan (40%).¹⁵
- Jongeren op scholen voor Zeer Moeilijk Opvoedbare Kinderen (ZMOK) verschillen qua frequentie en intensiteit van alcoholgebruik niet significant van jongeren in het regulier onderwijs. Wanneer alleen de autochtone jongeren worden vergeleken, drinken jongeren op ZMOK scholen echter wel frequenter en meer.¹⁴⁵
- Onderzoek onder jongeren in de jeugdzorg in Amsterdam (leeftijd 14-25 jaar; gemiddeld 17,5 jaar) wijst uit dat 54 procent de laatste maand alcohol heeft gedronken (actuele drinkers).¹⁹
 - Verreweg de meeste actuele drinkers drinken af en toe (86%); slechts een enkeling drinkt dagelijks (2% van de actuele drinkers).
 - Gemiddeld drinken de actuele drinkers vijf glazen per gelegenheid.
 - Zes procent van de jongeren in de Amsterdamse jeugdzorg voldoet aan de definitie voor riskant drinken. Riskant drinken is hier gedefinieerd als het dagelijks drinken of een paar keer per week minstens vier glazen per keer drinken (jongeren tot 19 jaar) of vijf glazen per keer drinken (jongeren vanaf 19 jaar).
 - Bovenstaande cijfers over het aandeel actuele drinkers, het gemiddeld aantal glazen en riskant drinken onder jongeren in de Amsterdamse jeugdzorg wijken niet af van de bevindingen uit een eerdere studie onder Amsterdamse scholieren.
 - Meisjes en jongens zijn even vaak actuele drinkers, drinken per gelegenheid even veel glazen en zijn even vaak riskante drinkers.
 - Wel zijn er verschillen tussen westerse en niet-westerse jongeren. Het aandeel actuele drinkers (74%) en riskante drinkers (12%) ligt bij westerse jongeren veel hoger dan bij niet-westerse jongeren (46%, respectievelijk 3%). Als ze drinken, drinken beide groepen echter even veel glazen per gelegenheid.
 - Delinquente jongeren zijn minder vaak actuele drinkers (40%) dan jongeren met opvoedproblemen (59%) en dak- en thuisloze jongeren (61%).
- In onderzoek uit 2002/2003 onder 14-17 jarige gedetineerde jongeren en drop-outs (jongeren die in de afgelopen 12 maanden minstens één maand niet naar school zijn geweest, exclusief vakanties) is het alcoholgebruik in de afgelopen maand en binge drinken (5 of meer glazen alcohol bij één gelegenheid in de afgelopen maand) gemeten.¹⁴⁶

- Het alcoholgebruik van gedetineerde jongeren en drop-outs is vergelijkbaar: 63 procent van de gedetineerde jongeren en 64 procent van de drop-outs heeft de afgelopen maand alcohol gedronken en respectievelijk 48 procent en 47 procent heeft in de afgelopen maand gebinged.
- Deze percentages zijn ook vergelijkbaar met die van 14- tot 17-jarige scholieren in het Peilstationsonderzoek.

6.4 PROBLEEMGEBRUIKERS

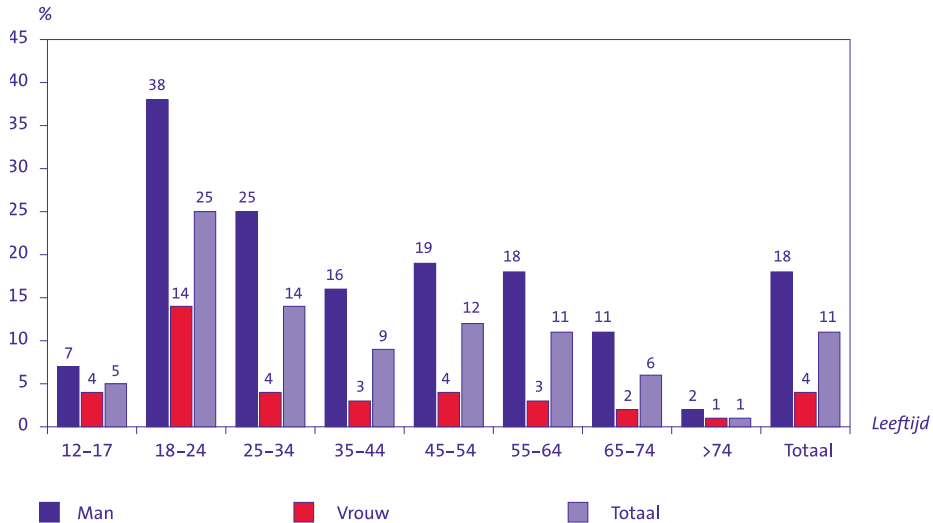
De omvang van de alcoholproblematiek hangt af van de gehanteerde definitie. In onderzoek wordt wel onderscheid gemaakt tussen zwaar drinken, probleemdrinken en afhankelijkheid of misbruik van alcohol.

ZWAAR DRINKEN

Volgens het CBS is er sprake van “zwaar drinken” zodra op één of meer dagen per week minstens zes glazen alcohol worden gedronken.

- Volgens deze definitie was in 2007 elf procent van de bevolking van twaalf jaar en ouder een zware drinker. De afgelopen jaren is het percentage zware drinkers redelijk stabiel: 14 procent in 2001, 12 procent in 2002, 11 procent in 2003, 12 procent in 2004 en 11 procent in 2005 en in 2006.
- Het betrof in 2007 viereneenhalf keer zoveel mannen als vrouwen.
- Jongeren tussen de 18 en 24 jaar scoren het hoogst op deze maat. In 2007 was het percentage zware drinkers onder jonge mannen 38 procent en onder jonge vrouwen veertien procent (figuur 6.3). Dat is minder dan in 2002 (42% voor de mannen en 18% voor de vrouwen van 18-24 jaar) maar iets meer dan in 2006 (36% voor de mannen en 10% voor de vrouwen van 18-24 jaar).

FIGUUR 6.3 ZWARE DRINKERS VAN ALCOHOL NAAR GESLACHT EN LEEFTIJD ONDER MENSEN VAN 12 JAAR EN OUDER. PEILJAAR 2007



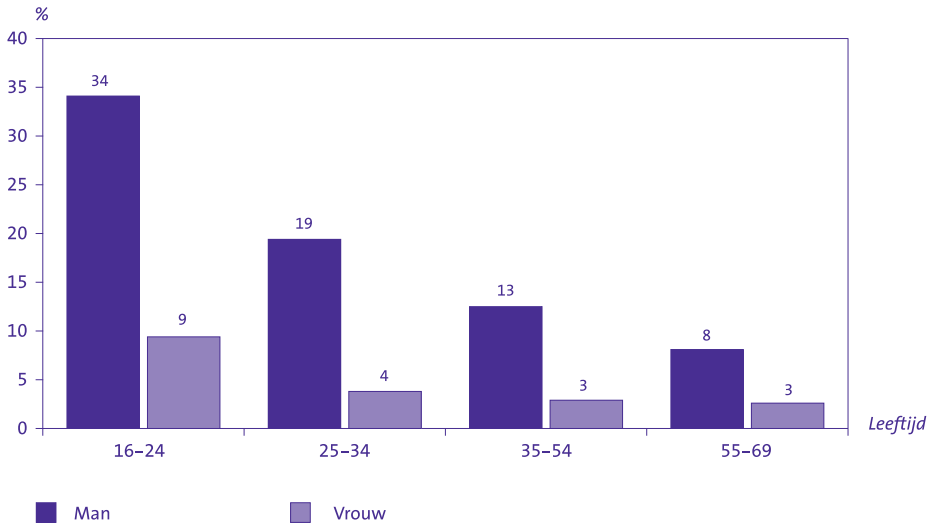
Percentage mensen dat op één of meer dagen per week zes of meer glazen alcohol drinkt. Bron: POLS, CBS.

PROBLEEMDRINKEN

Probleemdrinkers zijn mensen die niet alleen boven een bepaalde drempelwaarde drinken, maar daarnaast door hun alcoholgebruik problemen ondervinden.

- In 2003 was tien procent van de Nederlandse bevolking van 16-69 jaar een probleemdrinker, meer mannen (17%) dan vrouwen (4%).¹⁴⁷
- Probleemdrinken komt het meest voor in de leeftijd 16-24 jaar; 34 procent van de mannen en negen procent van de vrouwen in deze leeftijdsgroep is een probleemdrinker (figuur 6.4).
- Van de probleemdrinkers in 2003 bleek een jaar later bijna de helft (46%) nog steeds een probleemdrinker te zijn. Ruim de helft voldoet daarmee dus niet meer aan de criteria van probleemdrinken.¹⁴⁸
- Of de personen na één jaar nog steeds probleemdrinker zijn, wordt voornamelijk bepaald door de ernst van de alcoholgerelateerde problemen, de leeftijd en het geslacht. De kans om probleemdrinker te blijven neemt toe met de ernst van de problematiek en is het grootst onder jonge mensen en mannen.
- Van de personen die in 2003 geen probleemdrinker waren, bleek in 2004 twee procent een probleemdrinker te zijn geworden (incidentie).

FIGUUR 6.4 PERCENTAGE PROBLEEMDRINKERS NAAR LEEFTIJD EN GESLACHT. PEILJAAR 2003



Bron: Universiteit Maastricht.¹⁴⁷

ALCOHOLMISBRUIK EN –AFHANKELIJKHEID

- Recente cijfers over alcoholmisbruik en –afhankelijkheid ontbreken. Volgens gegevens van het Nemesis-onderzoek uit 1996 voldeed acht procent van de Nederlandse bevolking van 18-64 jaar aan de diagnostische criteria voor alcoholafhankelijkheid of alcoholmisbruik (alcoholmisbruik 4,6% en alcoholafhankelijkheid 3,7%).¹⁴⁹ In 2009 komen nieuwe cijfers beschikbaar.
- Alcoholmisbruik en -afhankelijkheid komen het meest voor bij jonge mannen tussen de 18 en 25 jaar; achttien procent voldeed in 1996 aan de criteria voor alcoholmisbruik en dertien procent aan de criteria voor alcoholafhankelijkheid.¹⁵⁰

In de algemene bevolking herstelt in de loop van de tijd een groot deel van de mensen die op enig moment voldoen aan de diagnose alcoholmisbruik of alcoholafhankelijkheid.¹⁵¹

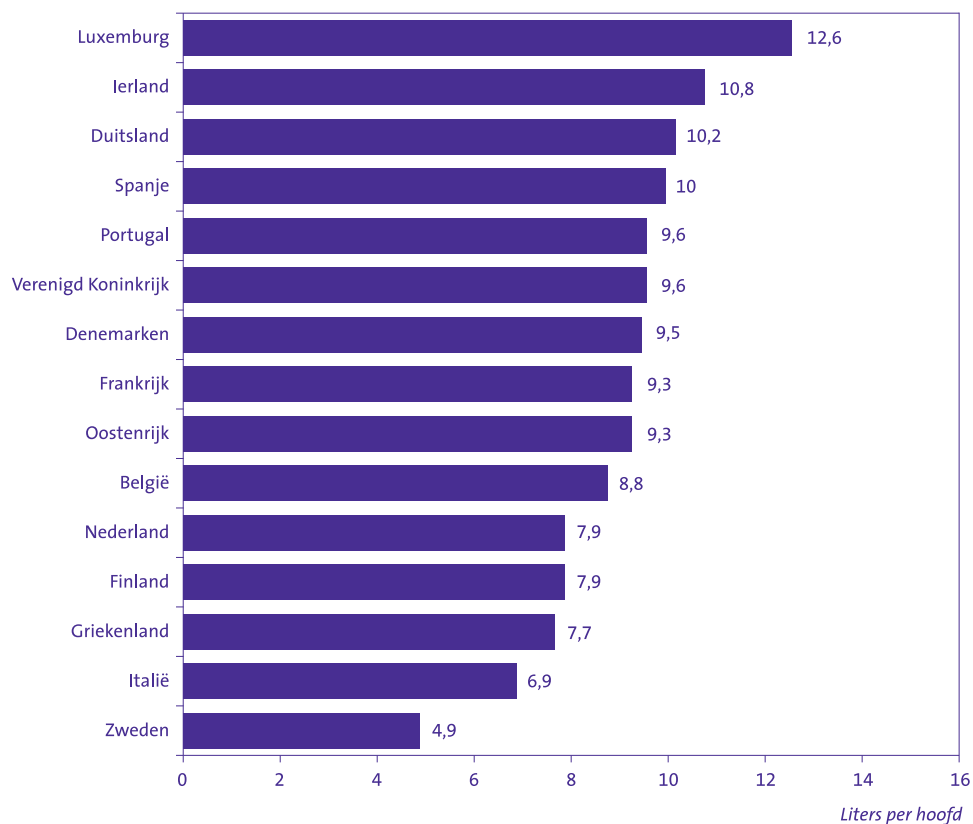
- Van de mensen met alcoholmisbruik herstelt 85 procent over een periode van drie jaar.
- Van de mensen met alcoholafhankelijkheid herstelt 74 procent over een periode van drie jaar.
- Van de mensen die hersteld waren valt maar een klein gedeelte terug in hun drinkgedrag. Veertien procent voldoet twee jaar na het herstel weer aan de diagnose alcoholafhankelijkheid en tien procent aan de diagnose alcoholmisbruik.

6.5 GEBRUIK: INTERNATIONALE VERGELIJKING

ALGEMENE BEVOLKING

- In 2003 varieerde de alcoholconsumptie in West-Europa van 4,9 tot 12,6 liter per hoofd van de bevolking (figuur 6.5). In vergelijking met de andere West-Europese landen lijkt Nederland een lage middenpositie in te nemen.
- In deze cijfers is nog niet de consumptie van ongeregistreerde alcohol vervat, zoals verkregen door thuisproductie, smokkel, aankoop over de grens en gebruik van ‘surrogaatalcohol’ bestemd voor industriële, technische of medische doeleinden.
 - In Nederland is dit ongeregistreerde gebruik, evenals in België, naar schatting vrij gering: 0,5 liter per inwoner van 15 jaar en ouder.¹⁵²
 - In Denemarken, Zweden en Finland gaat het om ongeveer twee liter per inwoner van 15 jaar en ouder.
 - Aanzienlijke grotere hoeveelheden ongeregistreerd alcoholgebruik worden gerapporteerd in Oost-Europa, met name de Baltische Staten, Bulgarije, Polen en Slovenië (vijf liter per inwoner van 15 jaar en ouder).
 - Recentere cijfers zijn momenteel niet beschikbaar.

FIGUUR 6.5 MATE VAN DRINKEN IN EEN AANTAL LIDSTATEN VAN DE EUROPESE UNIE, GEMETEN IN LITERS PURE ALCOHOL PER HOOFD VAN DE HELE BEVOLKING. PEILJAAR 2003



Bron: Productschap Dranken, Commissie Gedistilleerd.

JONGEREN

Beter vergelijkbaar zijn de cijfers van ESPAD, het European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. De laatste peilingen werden in 1999 en 2003 uitgevoerd onder vijftien- en zestienjarige scholieren van het middelbaar onderwijs.⁴⁸ Tabel 6.3 toont het alcoholgebruik in een aantal landen van de EU en Noorwegen. België, Duitsland en Oostenrijk deden alleen in 2003 mee. 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 2003 stond Nederland in de hoogste regionen wat betreft de maat “veertig keer of meer alcohol gedronken in het hele leven”.

- Nederland stond aan kop op de maat “minstens tien keer alcohol drinken in de maand voorafgaand aan de peiling”.
- Op de maat “dronkenschap” scoorden Nederlandse scholieren beduidend minder hoog. Ongeveer één op de zeventien gaf aan minstens twintig keer dronken te zijn geweest in het hele leven.
- Tussen 1999 en 2003 nam het percentage leerlingen dat in de laatste maand 10 of meer keer had gedronken toe in Nederland en Italië. Dit percentage nam af in Denemarken.
- Twintig of meer keer dronkenschap in het leven was in 2003 alleen afgenomen in Denemarken, in de overige landen bleef dit stabiel.

TABEL 6.3 CONSUMPTIE VAN ALCOHOL EN DRONKENSCHAP BIJ LEERLINGEN VAN 15 EN 16 JAAR IN EEN AANTAL LIDSTATEN VAN DE EU, NOORWEGEN EN DE VERENIGDE STATEN. PEILJAAR 2003

Land	Consumptie: 40 keer of meer in het leven		Consumptie: 10 keer of meer in de laatste maand		Dronken: 20 keer of meer het leven	
	1999	2003	1999	2003	1999	2003
Denemarken	59%	50%	18%	13%	41%	36%
Oostenrijk	-	48%	-	21%	-	21%
Nederland	37%	45%	20%	25%	8%	6%
Verenigd Koninkrijk	47%	43%	16%	17%	29%	27%
Ierland	40%	39%	16%	16%	25%	30%
Duitsland	-	37%	-	11%	-	12%
België	-	36%	-	20%	-	7%
Griekenland	42%	35%	13%	13%	4%	3%
Italië	17%	24%	7%	12%	2%	5%
Frankrijk	20%	22%	8%	7%	4%	3%
Finland	20%	20%	1%	2%	28%	26%
Zweden	19%	17%	2%	1%	19%	17%
Noorwegen	16%	15%	3%	3%	16%	14%
Portugal	15%	14%	6%	7%	4%	3%
Verenigde Staten	16%	12%	5%	4%	11%	7%

Percentage van de leerlingen. - = niet gemeten. De Verenigde Staten participeerden niet in de ESPAD, maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. Bron: ESPAD.⁴⁸

Uit een studie waarin de waargenomen beschikbaarheid en gebruik van alcohol onder scholieren tussen veertien en zeventien jaar werd vergeleken tussen Nederland en Frankrijk bleek het volgende:^{18;153}

- Nederlandse jongeren vinden het gemakkelijker om alcohol te verkrijgen dan Franse jongeren; 72 procent van de Nederlandse en 59 procent van de Franse jongeren vindt het gemakkelijk om alcohol te verkrijgen.
- Bij Franse jongeren is de kans groter dat leeftijdgenoten en/of ouderen kritiek hebben op hun drankgebruik, zelfs voordat het nadelige gevolgen heeft. De (informele) sociale controle op drankgebruik van jongeren is in Frankrijk groter dan in Nederland.
- In beide landen is er een verband tussen waargenomen beschikbaarheid en alcoholgebruik; jongeren die het gemakkelijk vinden om aan alcohol te komen, drinken vaker en drinken vaker vijf glazen of meer bij één gelegenheid.
- De waargenomen beschikbaarheid heeft in Nederland meer invloed op het gebruik dan in Frankrijk.

6.6 HULPVRAAG

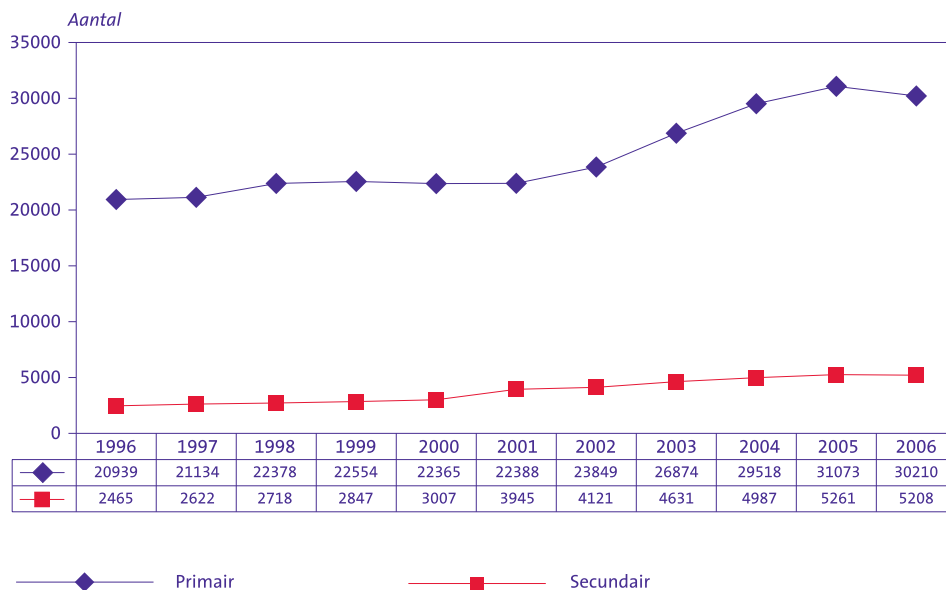
AMBULANTE VERSLAVINGSZORG

Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) registreert hoeveel mensen hulp vragen bij de (ambulante) verslavingszorg, inclusief de verslavingsreclassering en de verslavingsklinieken die zijn gefuseerd met de ambulante verslavingszorg.⁴⁹ (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS.)

- In 2006 stonden er 30 210 personen geregistreerd bij de (ambulante) verslavingszorg met als primaire problematiek alcoholgebruik. Dit is naar schatting drie procent van het aantal probleemdrinkers.
- Het absolute aantal cliënten met een primair alcoholprobleem in de (ambulante) verslavingszorg is tussen 1996 en 2005 met 48 procent toegenomen (figuur 6.6). Van 2005 naar 2006 is er een lichte afname van drie procent.
- Per 10 000 inwoners van 15 jaar en ouder steeg het aantal primaire alcoholcliënten van zeventien in 1996 naar 26 in 2006.
- Het aandeel van alcohol op alle verzoeken om hulp bij de ambulante verslavingszorg varieerde van 1994 tot 2000 tussen de 37 procent en 40 procent. Daarna is een duidelijke stijging te zien van 41 procent in 2001 naar 47 procent in 2005. In 2006 stabiliseerde het aandeel op 46 procent.
- In 2006 was ruim een vijfde (22%) van de primaire cliënten een nieuwkomer. Zij stonden niet eerder ingeschreven bij de (ambulante) verslavingszorg vanwege een alcoholprobleem. Dit is ongeveer gelijk aan het percentage nieuwkomers in 2005 (21%).
- Voor tweederde van de primaire alcoholcliënten was alcohol het enige probleemmiddel (67%). Een derde rapporteerde een bijmiddel (33%). In 2005 rapporteerde een kwart een bijmiddel.
- Het aantal cliënten van de (ambulante) verslavingszorg dat alcohol als secundair probleem noemt is gestegen tussen 1995 en 2005 (figuur 6.6). In 2006 is het

aantal secundaire alcoholcliënten gestabiliseerd. Voor deze groep zijn cocaïne (43%), cannabis (24%), of heroïne (16%) de meest voorkomende primaire problemen.

FIGUUR 6.6 AANTAL CLIËNTEN BIJ DE (AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG MET PRIMAIRE OF SECUNDAIRE ALCOHOLPROBLEMATIEK, VANAF 1996



Bron: LADIS, IVZ.⁴⁹

Leeftijd en geslacht

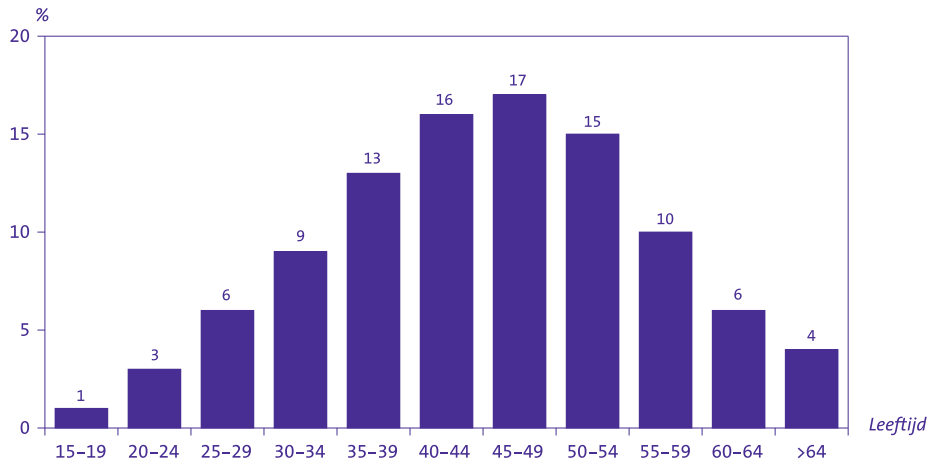
- In 2006 was het merendeel van de primaire alcoholcliënten man (75%). Het aandeel vrouwen schommelde in de periode 1994-2006 tussen 23 en 27 procent.
- De gemiddelde leeftijd in 2006 was 45 jaar. De piek ligt in de leeftijdsgroep 40-54 jaar (figuur 6.7).

Het aandeel ouderen met een hulpvraag is tussen 1997 en 2006 toegenomen.¹⁵⁴

- In 2006 was twintig procent van de ambulante alcoholcliënten 55 jaar of ouder. In 1997 was dit nog dertien procent.
- Sinds 1997 is het aantal 55-plussers met een alcoholhulpvraag met 78 procent gestegen (gecorrigeerd voor vergrijzing). Bij de cliënten onder de 55 jaar is dit 35 procent.
- In 2006 was bijna eenderde (31%) van de 55-plussers met een hulpvraag vrouw. Onder de 55 jaar was dat 24 procent.

- De groep vrouwen boven de 55 jaar met een alcoholhulpvraag is sneller gegroeid dan de groep mannen. Het aantal vrouwen is sinds 1997 verdubbeld, terwijl de groei bij mannen 64 procent bedraagt.

FIGUUR 6.7 LEEFTIJDVERDELING VAN PRIMAIRE ALCOHOLCLIËNTEN BIJ DE (AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG. PEILJAAR 2006



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Bron: LADIS, IVZ.⁴⁹

Interventies via internet

Het preventie- en behandel aanbod via internet is de laatste jaren in Nederland toegenomen. In een programmeringsstudie uit 2007 zijn achttien e-mental health interventies (zowel preventie als behandeling) geïnventariseerd die gericht zijn op problematisch alcoholgebruik.¹⁵⁵

- Bijna de helft van de geïnventariseerde interventies richt zich exclusief op problematisch alcoholgebruik. De overige interventies integreren dit aanbod met een aanbod voor problematisch drugsgebruik.
- Van de achttien interventies vallen er vier onder de noemer behandeling, de overige zijn preventieve interventies.
- Van de behandelinterventies wordt veel gebruik gemaakt.
 - Via “alcoholdebaas.nl” zijn in 2005 578 cliënten behandeld.
 - Tussen september 2003 en juli 2005 werden ruim 3 300 inlognamen aangeemaakt voor de zelfhulpmodule voor probleemdrinkers van de Jellinek.¹⁵⁶ Ongeveer 65 procent van de bezoekers keerde na het aanmaken van de gebruikersnaam niet meer terug naar de zelfhulpmodule. Ruim dertig procent bezocht de module nog minstens één keer, maar maakte haar niet af. Een kleine groep van vijf procent voltooide de zelfhulpmodule.

- Van andere online behandelingen (b.v. annazorg.nl en brijder.nl) zijn nog geen jaarcijfers beschikbaar.
- Voor sommige aanbieders is het niet haalbaar om het aantal mensen dat zich aanmeldt voor online behandeling voor alcoholproblemen ook online te behandelen. Zo wordt de inschrijving voor online behandeling via “alcoholdebaas.nl” en “brijder.nl” regelmatig gesloten wegens capaciteitsproblemen. In augustus 2006 stonden er 1 200 mensen op de wachtlijst voor “alcoholdebaas.nl”.
- Cliënten die gebruik maken van internet*behandeling* staan (deels) ook geregistreerd in de bovengenoemde LADIS cijfers. Dit geldt doorgaans niet voor preventie en zelfhulpmodules.
- Een Nederlandse studie wees uit dat meer vrouwen, hoger-opgeleiden, mensen met werk en ouderen bereikt worden via online behandeling. Dit zijn de groepen die moeilijk te bereiken zijn met ‘face-to-face’ behandeling.¹⁵⁷

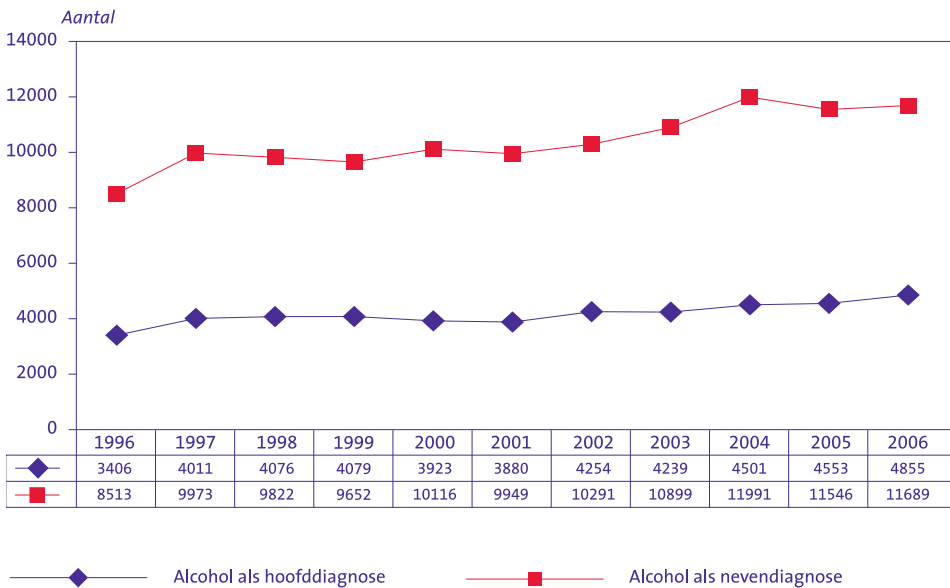
ALGEMENE ZIEKENHUIZEN EN INCIDENTEN

De Landelijke Medische Registratie (LMR) registreerde in 2006 ongeveer 1,7 miljoen klinische opnames in algemene ziekenhuizen.

- In 2006 vonden er 4 855 opnames plaats met een alcoholaandoening als hoofddiagnose. De meest voorkomende diagnoses betroffen:
 - alcoholmisbruik (32%)
 - alcoholische leverziekte (28%)
 - alcoholafhankelijkheid (15%)
 - intoxicatie en toxische gevolgen van alcohol (15%)
 - alcoholpsychosen (8%).
- Alcoholproblematiek wordt veel vaker als nevendiagnose gesteld. In 2006 stonden er 11 689 alcoholgerelateerde nevendiaagnoses geregistreerd. In volgorde van voorkomen betrof het alcoholmisbruik (44%), alcoholafhankelijkheid (21%), intoxicatie en toxisch gevolg van alcohol (14%), alcoholische leverziekte (13%) en alcoholpsychosen (7%). Hoofddiaagnoses bij deze nevendiaagnoses waren:
 - ongevallen (anders dan vergiftigingen) (31%)
 - spijsverteringsstoornissen (16%)
 - vergiftiging (14%)
 - ziekten van hart- en vaatstelsel (6%)
 - ziekten en symptomen van de ademhalingswegen (5%)
 - psychosen (3%).
- Het aantal klinische opnames in algemene ziekenhuizen met als hoofddiagnose een aan alcohol gerelateerde aandoening, is van 1996 tot 2004 met een derde (32%) gestegen (figuur 6.8). Van 2004 naar 2005 bleef het aantal klinische opnames vrijwel op het zelfde niveau, maar van 2005 naar 2006 was opnieuw sprake van een lichte stijging (7%).

- Tussen 1996 en 2004 steeg het aantal nevend diagnoses (figuur 6.8). Van 2003 naar 2004 ging het om een toename van veertien procent, waarna in 2005 een lichte daling plaatsvond. In 2006 bleef het aantal alcoholgerelateerde nevend diagnoses stabiel.

FIGUUR 6.8 KLINISCHE OPAMES IN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN MET EEN AAN ALCOHOL GERELATEERDE PROBLEMATIEK, VANAF 1996



Aantal opnames, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen. ICD-9 codes: 291, 303, 305.0, 357.5, 425.5, 535.3, 571.0-3, 980.0-1, E860.0-2, E950.0, E980.9* (*alleen opgenomen indien als complicatie 980.0-1 vermeld is). Voor een verklaring van de codes: zie bijlage C. De cijfers betreffen alle aan alcohol gerelateerde nevend diagnoses. Per opname is meer dan één nevend diagnose mogelijk. Bron: LMR, Prismant.*

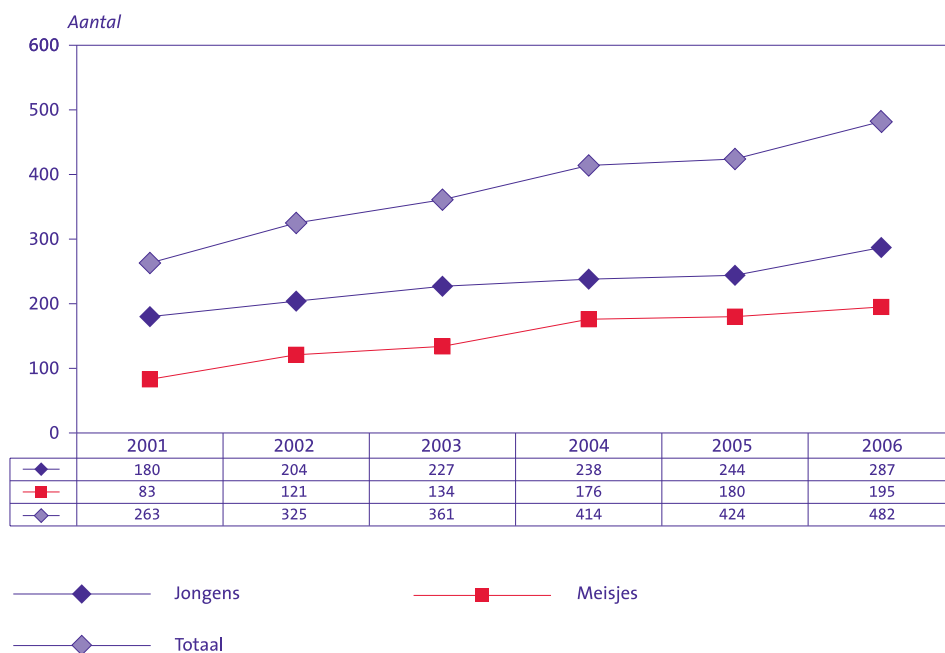
- Dezelfde persoon kan meer dan één keer per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één nevend diagnose worden gesteld. Gecorrigeerd voor dubbeltellingen ging het in 2006 om 12 013 personen. Zij werden dat jaar minstens één keer opgenomen met één (of meer) aan alcohol gerelateerde aandoening(en) als hoofd- of nevend diagnose. Zij waren gemiddeld 47 jaar en 69 procent was man.
- Er is hier waarschijnlijk sprake van een onderschatting, omdat men in ziekenhuizen lang niet altijd de rol van alcohol als oorzaak van ziekte herkent en registreert.

- In 2006 werden ook 353 dagopnames vanwege een alcohol gerelateerde hoofd-diagnose geregistreerd. In 2005 waren dat er 357, in 2004 347 en in 2003 415.

Figuur 6.9 toont het aantal kinderen en jongeren van 16 jaar of jonger dat in het ziekenhuis is opgenomen vanwege aan alcohol gerelateerde problematiek.

- In 2006 zijn 482 kinderen van 16 jaar of jonger opgenomen vanwege aan alcohol gerelateerde problematiek. Dit waren meer jongens (287) dan meisjes (195).
- Dit is aanzienlijk meer dan in 2001. Toen waren het nog 263 kinderen, een stijging van 83 procent.
- De stijging is groter onder meisjes dan onder jongens. Bij meisjes is het aantal opnamen sinds 2001 meer dan verdubbeld (een stijging van 135%), bij jongens is het met ruim de helft (59%) toegenomen.

FIGUUR 6.9 KLINISCHE OPNAMES (HOOFD- OF NEVENDIAGNOSE) VAN KINDEREN VAN 16 JAAR OF JONGER MET EEN AAN ALCOHOL GERELATEERDE PROBLEMATIEK, VANAF 2001



Aantal opnames, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen. Het betreft zowel klinische opnames als dagbehandelingen. ICD-9 codes: 291, 303, 305.0, 357.5, 425.5, 535.3, 571.0-3, 980.0-1, E860.0-2, E950.0, E980.9* (*alleen opgenomen indien als complicatie 980.0-1 vermeld is). Voor een verklaring van de codes: zie bijlage C. Bron: LMR, Prismant.*

De GGD Amsterdam houdt op de Centrale Post Ambulancevervoer het aantal aanvragen bij voor spoedeisende hulp wegens alcoholgebruik.

- In 2006 registreerden de ambulancediensten in Amsterdam 2 132 alcoholgerelateerde meldingen.
- Het aantal alcoholgerelateerde ambulanceritten daalde tussen 2001 en 2003 licht (1 957 in 2001; 1 887 in 2002; 1 733 in 2003) en stijgt sindsdien (1 825 in 2004; 2 056 in 2005; 2 132 in 2006).
- Ten opzichte van 2005 is sprake van een stijging van vier procent.
- Ruim de helft van de patiënten (52%) werd naar de Eerste Hulp post van een ziekenhuis vervoerd. Bij de andere helft van de gevallen verleende het ambulancepersoneel ter plaatse eerste hulp.

Volgens het Letsel Informatie Systeem (LIS) van Consument en Veiligheid ontvangen jaarlijks ongeveer 13 duizend personen spoedeisende hulp in een ziekenhuis voor letsel vanwege een ongeval, geweld of zelfmutilatie waarbij alcohol betrokken was (tabel 6.4).⁵¹ De cijfers zijn schattingen voor het hele land, gebaseerd op gegevens van een representatieve steekproef van ziekenhuizen.

- Het aantal SEH behandelingen naar aanleiding van ongevallen, geweldpleging of automutilatie waarbij alcohol betrokken was is in de periode 2002-2006 met 18 procent toegenomen.

De overige LIS-gegevens zijn gemiddeld over de periode van 2002 tot en met 2006.

- Bijna driekwart van alle slachtoffers is een man (71%, 9 500).
- Dertien procent is tussen 0 en 19 jaar (dat betekent jaarlijks 1 800 kinderen), 25 procent valt in de leeftijdsgroep 20-29 jaar en 39 procent in de leeftijdsgroep 30-49 jaar.
- Het risico op een SEH behandeling is het grootst in de leeftijdscategorie 20-24 jaar (15% van alle gevallen), gevolgd door de 15-19 jarigen (12% van alle gevallen). Gemiddeld worden iedere week 39 slachtoffers van 20-24 jaar behandeld op een SEH-afdeling voor de gevolgen van alcoholgebruik.
- Ruim de helft van de ongevallen vindt plaats in de privé-sfeer (tabel 6.5), zoals een val onder invloed van alcohol of vergiftiging door alcohol. Op de tweede plaats staan verkeersongevallen (vooral valpartijen van de fiets), gevolgd door zelfmutilatie (waarbij het vaak gaat om een combinatie van alcohol met drugs en/of medicijnen) en letsel door geweld.
- De helft (50%, 6 700) van de slachtoffers van een ongeval waarbij alcohol betrokken was is gevallen, vaak van een (brom- of motor-) fiets (18%, 2 400). Bijna een derde deel (32%, 4 300) loopt een vergiftiging op. Eén op de tien slachtoffers loopt letsel op in contact met een object (10%, 1 300).
- Meer dan één op de drie slachtoffers werd in het ziekenhuis opgenomen (37%). Het percentage dat na een ongeval waarbij alcohol is betrokken wordt

opgenomen, is relatief hoog. Dit is een indicatie dat ongevallen met alcohol ernstig zijn. Ter vergelijking: bij een gemiddeld privé-ongeval bedraagt het opnamepercentage tien procent, bij een verkeersongeval zeventien procent en bij automutilatie 59 procent.

- Per jaar gebruikten ongeveer 980 slachtoffers zowel alcohol als drugs. Bij een combinatie van alcohol en drugs is relatief vaak sprake van automutilatie (in 27% van de gevallen, tegenover 17% voor ongevallen met alleen alcohol en 16% met alleen drugs).
- Deze cijfers zijn waarschijnlijk een onderschatting van het werkelijke aantal aan alcohol gerelateerde ongevallen.

TABEL 6.4 AARD VAN AAN ALCOHOL GERELATEERDE ONGEVALLLEN DIE ZIJN BEHANDELD OP EEN AFDELING VOOR SPOEDEISENDE HULP IN NEDERLANDSE ZIEKENHUIZEN (GEMIDDELDE PER JAAR OVER 2002-2006)

Type ongeval	Aantal	Percentage
Privé-ongeval	7 300	54%
Verkeersongeval	3 100	23%
Zelfmutilatie ¹	2 200	17%
Letsel door geweld	780	6%
Totaal	±13 000	100%

1. Zoals zelfmoordpogingen door gebruik van alcohol en medicijnen. Bron: Letsel Informatie Systeem van Consument en Veiligheid (LIS).⁵⁷

In 2004 is onderzoek verricht naar het gebruik van alcohol onder 5 500 bezoekers van spoedeisende eerste hulp afdelingen in vier ziekenhuizen in Nederland (Rotterdam, Maastricht, Emmen, Amersfoort).¹⁵⁸

- Ongeveer 15 procent van de bezoekers had alcohol gebruikt in de zes uur voorafgaand aan de behandeling.
- Bezoekers die alcohol hadden gebruikt werden vergeleken met niet-gebruikers vaker tussen 12 uur 's nachts en acht uur 's ochtends behandeld en met een ambulance naar het ziekenhuis vervoerd. Zij hadden ook relatief vaak illegale drugs geconsumeerd binnen 24 uur voorafgaand aan de behandeling en waren vaak een frequente excessieve drinker.

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) van het RIVM verstrekt informatie aan artsen, apothekers en overheidsinstellingen over vergiftigingen.

- In 2007 vonden 1 979 informatieverzoeken plaats voor vergiftigingen met alcoholische dranken, 19 procent meer dan in 2006 (tabel 6.5).⁵²
- Deze cijfers geven echter geen zicht op het absolute aantal intoxicaties want artsen hebben geen meldingsplicht voor intoxicaties. Bovendien zijn artsen veelal vertrouwd met alcohol en overdoseringen daarmee. Hoe bekender artsen zijn met de symptomen en behandeling van een intoxicatie met een bepaalde drug hoe kleiner de kans dat zij het NVIC raadplegen.
- Ongeveer driekwart van de gevallen had betrekking op een combinatie van alcohol met geneesmiddelen.
- Het aandeel informatieverzoeken over alcoholvergiftigingen bij jongeren van 13 tot en met 17 jaar is gestegen van circa 4 procent in 2002 naar 8 procent in 2005. Sinds 2005 is geen verdere toename in deze leeftijdsgroep te zien. Alcoholintoxicaties bij jongeren zijn meestal het gevolg van het drinken van gedistilleerde sterke drank met vrienden.

TABEL 6.5 INFORMATIEVERZOEKEN VANWEGE ALCOHOLINTOXICATIES BIJ HET NATIONAAL VERGIFTIGINGEN INFORMATIECENTRUM, VANAF 2000

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Totaal	1 372	1 247	1 403	1 709	1 817	1 780	1 658	1 979
- % in leeftijdsgroep 13-17 jaar	4%	5%	4%	5%	7%	8%	8%	8%
- % alcohol en geneesmiddel			77%	75%	68%	72%	73%	75%

Alle informatieverzoeken per jaar gemeld via de 24-uurs telefoonlijn van het NVIC. Meldingen via de website www.vergiftigingen.info (online sinds april 2007) zijn voor 2007 niet meegeteld. Bron: NVIC, RIVM.⁵²

RIJDEN ONDER INVLOED

Het percentage automobilisten dat onder invloed van alcohol rijdt is in 2006 stabiel gebleven.¹⁵⁹

- Bij alcoholcontroles gedurende weekendnachten in 2006 bleek 3,0 procent van de gecontroleerde automobilisten meer dan 0,5 promille alcohol in het bloed te hebben. Ten opzichte van 2005 (2,8%) is dit geen significant verschil. Vergeleken met 2001 deed zich wel een daling voor (4,1% in 2001 en 3,0% in 2006).
- In 2006 reden meer mannen dan vrouwen onder invloed (3,5% versus 1,8%).
- Na eerdere dalingen bij zowel mannen als vrouwen is het percentage overtredingen in 2006 bij zowel mannen als vrouwen stabiel gebleven.

- Het hoogste percentage overtreders is bij mannen te vinden in de leeftijdsgroepen 25-34 jaar (4,1%) en 35-49 jaar (3,9%) en bij vrouwen in de leeftijdsgroep 35-49 jaar (2,7%).
- Het percentage overtreders is het hoogst tussen twee en vier uur 's nachts.

Alcohol- en drugsgebruik in het verkeer verhoogt de kans op serieuze verwondingen.¹⁶⁰

- Uit onderzoek onder bestuurders in de regio Tilburg blijkt dat 35 procent van de ernstige verwondingen bij bestuurders te maken heeft met alcohol en/of illegale drugs (met name met alcoholpromillages van 1,3 en hoger), drugs/alcohol combinaties (met name bij alcoholpromillages van 0,8 en hoger) en drugs/drugs combinaties.
- Uit dit onderzoek bleek ook dat rijden onder invloed van cannabis – al dan niet in combinatie met alcohol - vaker voorkomt dan rijden onder invloed van alcohol (4,5 tegen 2,1 procent), terwijl rijden onder invloed van benzodiazepines – al dan niet in combinatie met alcohol - even vaak voorkomt (2,1 procent).

Met ingang van 1 januari 2006 is het toegestane maximale alcoholpromillage voor bestuurders met een zogeheten beginnersrijbewijs (minder dan vijf jaar een rijbewijs) verlaagd van 0,5 naar 0,2 promille.¹⁶¹

- Een verlaging van de wettelijke alcohollimiet voor beginnende bestuurders is al eerder ingevoerd in een aantal staten van Noord- Amerika, in Australië en Oostenrijk. De verlaging lijkt een positief effect te hebben op de verkeersveiligheid.
- In Oostenrijk bijvoorbeeld is het aantal ernstige ongevallen waar beginnende automobilisten bij betrokken zijn in een periode van vijf jaar gedaald met bijna zeventien procent.
- De SWOV heeft berekend dat door de verlaging in Nederland tien verkeersdoden en 150 zwaargewonden per jaar kunnen worden bespaard. De verwachting is dat het aantal alcoholongevallen met vijf procent kan afnemen.

Volgens de Dienst Verkeer en Scheepvaart van het Ministerie van Verkeer en Waterstaat waren er in 2006 naar schatting 2 400 doden en ziekenhuisgewonden gevallen in het verkeer door alcoholgebruik (tabel 6.6).^b

- Het totale aantal alcoholgerelateerde ziekenhuisgewonden en doden in het verkeer is sinds 1997 gedaald (tabel 6.6).
- Ook is het percentage alcoholgerelateerde verkeersdoden en ziekenhuisgewonden in deze periode gedaald ten opzichte van het totaal aantal verkeersdoden en ziekenhuisgewonden.
 - In 1996 was negentien procent van de verkeersdoden en ziekenhuisgewonden alcoholgerelateerd, in 2006 was dit veertien procent.

^b Cijfers overlappen deels met die van het LIS, Consument en Veiligheid.

TABEL 6.6 GESCHATTE AANTAL GEWONDEN EN DODEN IN HET VERKEER DOOR ALCOHOLGEBRUIK, VANAF 1997

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Doden	225	225	210	200	180	170	170	135	115	100
Ziekenhuisgewonden	3700	3600	3300	3100	2900	3000	2900	2800	2500	2300

Bron: Rijkswaterstaat Dienst Verkeer en Scheepvaart (DVS), 2007.

6.7 ZIEKTE EN STERFTE

ZIEKTE

Licht en matig alcoholgebruik

Een lage dosis alcohol verlaagt over het algemeen het risico op hart- en vaatziekten. Niet duidelijk is of dit voor alle bevolkingsgroepen geldt. De exacte afname van dit risico en de hoeveelheid alcohol waarbij de grootste afname van het risico plaatsvindt staan bovendien nog ter discussie.¹⁶²

- Er zijn aanwijzingen dat matige drinkers vergeleken met enerzijds geheelonthouders en anderzijds zware drinkers minder vaak een *aandoening van de kransslagaders* (coronaire hartziekte) krijgen. Mogelijk draagt een toename van de ‘gezonde’ cholesterolsoort HDL-C (high density lipoproteïn cholesterol) hier toe bij.^{163;164}
- Matige drinkers lijken ook minder kans te hebben op een *niet-bloedig herseninfarct*. Onder 55-plussers vermindert matig alcoholgebruik misschien ook het risico van vasculaire *dementie*, dat is dementie als gevolg van problemen met de bloedsomloop in de hersenen.¹⁶⁵
- De sterkste afname in risico op hart- en vaatziekten lijkt te worden bereikt bij een consumptie van een standaardglas per twee dagen. Bij een consumptie van meer dan twee glazen op een dag neemt het risico op hart- en vaatziekten al weer toe.¹⁶²
- In recent Nederlands onderzoek werd voor matig drinken voor het 45^{ste} levensjaar geen effect gevonden op *hart- en vaatziekten* na die leeftijd. In dit onderzoek werd wel een iets lagere kans op vroegtijdig sterven of een diagnose van hart- en vaatziekten gevonden bij mensen van 45 jaar en ouder die matig alcohol drinken. Echter, de sterkte van het gevonden verband bleek mede afhankelijk van de gebruikte alcoholvragenlijst en het in de resultaten betrekken van andere factoren, zoals leefstijl.¹⁶⁶

- Ook verlaagt matig drinken mogelijk de kans op ouderdomsdiabetes.¹⁶⁷ Een verhoging van de concentratie van het eiwit adiponectine door alcohol kan hier aan bijdragen. Dit eiwit speelt een rol bij de insulinegevoeligheid van de weefsels.¹⁶⁸

Er zijn aanwijzingen dat lichte tot matige drinkers minder vaak vroegtijdig overlijden dan niet-drinkers of zware drinkers.

- Deze verbanden lijken alleen van toepassing op mensen die een regulier matig drinkpatroon hebben, zonder episoden van zwaar drinken.¹⁶⁹
- In een recente meta-analyse naar de relatie tussen matig alcoholgebruik en sterfte werd geconcludeerd dat de positieve effecten van matig alcoholgebruik op sterfte in het verleden ernstig zijn overschat. Een belangrijke reden hiervan is dat mensen die zijn gestopt met drinken in studies vaak als niet-drinkers werden gekwalificeerd. Stoppen met drinken is echter ook geassocieerd met het hebben van een slechte gezondheid. Wanneer alleen uitgegaan werd van studies zonder deze fout werd geen significant verschil in sterfte gevonden tussen niet-drinkers en matige drinkers.¹⁷⁰

Overmatig alcoholgebruik

De schadelijke gevolgen van *overmatig* alcoholgebruik zijn talrijk.^{162;171-173}

- Alcoholgebruik is gerelateerd aan meer dan zestig medische aandoeningen. Voor de meeste aandoeningen geldt dat het risico toeneemt naarmate men meer alcohol drinkt.^{162;169}
- Wereldwijd veroorzaakt alcoholgebruik bijna net zoveel doden en ziektes als roken en hoge bloeddruk. De ziektelast van alcohol is wereldwijd vastgesteld op vier procent. Voor roken is dat 4,1 procent en voor hoge bloeddruk 4,4 procent.¹⁶⁹
 - In Nederland levert overmatig alcoholgebruik een bijdrage van 4,5 procent aan de ziektelast, vooral door alcoholafhankelijkheid.¹⁷⁴
 - Daarmee komt alcohol(afhankelijkheid) in Nederland wat betreft ziektelast op de vierde plaats onder de leefstijlfactoren (na roken, overgewicht en verhoogde bloeddruk) en op de achtste plaats wat betreft ziektelast onder de top tien van ziekten.¹⁷⁴

Overmatig alcoholgebruik verhoogt het risico op verschillende vormen van *kanker*.¹⁷³

- Het drinken van twee of meer glazen alcohol per dag verhoogt het risico op kanker van de mond en keelholte en op een bepaald type slokdarmkanker. De kans is extra groot voor wie zowel rookt als drinkt.
- Er zijn heel duidelijke aanwijzingen dat het drinken van alcohol gepaard gaat met een kleine verhoging van het risico op borstkanker, namelijk zeven tot negen procent met elk glas alcohol per dag.
- Er zijn duidelijke aanwijzingen voor een verhoging van het risico op darmkanker, maar pas bij een consumptie van drie of meer glazen per dag.

- Voor leverkanker zijn er ook duidelijke aanwijzingen dat alcohol het risico verhoogt, overigens nadat eerst levercirrose is ontstaan.

Overmatig alcoholgebruik verhoogt eveneens het risico op *hart- en vaatziekten* en *beschadiging van hersenen en zenuwen*.^{171;175}

- Bij dagelijks gebruik van vijf glazen of meer stijgt de kans op aantasting van de kransslagaders.
- Consumptie van meer dan twee glazen per dag verhoogt ook de kans op beroerten of herseninfarcten. Dit geldt alleen voor zogenoemde 'bloedige' herseninfarcten.
- Langdurige en excessieve alcoholconsumptie (meer dan acht eenheden per dag) kan mogelijk de zenuwbanen en zenuwtakken aantasten (polyneuropathie), de hersenen doen krimpen en cognitieve functies (leren, geheugen, aandacht en dergelijke) schaden.
- Het in korte tijd innemen van een grote hoeveelheid alcohol, verhoogt het risico op hart- en vaatziekten, acuut nierfalen en hersenbeschadiging.

De Gezondheidsraad concludeert in een advies over alcoholgebruik bij *conceptie, zwangerschap* en *borstvoeding* dat het niet mogelijk is om voor alcoholgebruik vóór de conceptie (door vrouw én man) en tijdens de zwangerschap of borstvoeding een veilige ondergrens vast te stellen.¹⁷⁶

- Er zijn aanwijzingen dat alcoholgebruik vóór de conceptie vanaf één standaard glas per dag of mogelijk zelfs bij een lager consumptieniveau de vruchtbaarheid van de vrouw vermindert en het risico van miskramen en foetale sterfte verhoogt. De laatste twee risico's worden ook verhoogd door alcoholconsumptie van de man.
- Bij een gemiddeld consumptieniveau van minder dan één standaard glas per dag tijdens de zwangerschap zijn mogelijk de risico's van miskramen, foetale sterfte en vroeggeboorte verhoogd en is mogelijk sprake van een negatieve invloed op de psychomotorische ontwikkeling van het kind na de geboorte. De effecten worden sterker bij een hoger gemiddeld gebruik. Bij gebruik van zes standaard glazen of meer per dag is ook het risico verhoogd dat bij het kind aangeboren afwijkingen en de specifieke gelaatskenmerken van het Foetaal Alcohol Syndroom optreden.
- Na gebruik van één tot twee glazen alcohol tijdens de borstvoeding blijkt de zuigeling in de daarop volgende drie uren aanzienlijk minder te drinken en een verstoord slaap-waakpatroon te hebben.

Zwaar en langdurig alcoholgebruik door adolescenten is in verband gebracht met schadelijke effecten op de (ontwikkeling van de) hersenen.¹⁷⁷

- Onderzoek laat met name negatieve effecten zien op leren en geheugen.

- Bij jongeren met een indicatie voor alcoholmisbruik of afhankelijkheid zijn afwijkingen gevonden in de structuur en het volume van hersendelen, vergeleken met jongeren zonder alcoholproblematiek.
- Op basis van het huidige onderzoek kan niet met zekerheid worden vastgesteld of alcoholgebruik de (enige) oorzaak is. Resultaten van dierexperimenteel onderzoek wijzen echter wel op een oorzakelijk verband.

In de recent uitgebrachte 'Richtlijnen gezonde voeding' adviseert de Gezondheidsraad het volgende ten aanzien van alcoholgebruik:¹⁷⁸

- Niet meer dan twee standaard glazen alcohol per dag voor mannen
- Niet meer dan een standaardglas alcohol per dag voor vrouwen
- Alcoholgebruik door jongeren beneden de achttien jaar wordt ontraden
- Ook vrouwen die zwanger kunnen/willen worden en vrouwen die borstvoeding geven wordt ontraden alcohol te gebruiken.

STERFTE

Het totale aantal alcoholdoden vertoonde een stijgende lijn van 1996 tot en met 2003. In 2004 was een geringe daling waarneembaar en sindsdien blijft het aantal alcoholdoden stabiel.

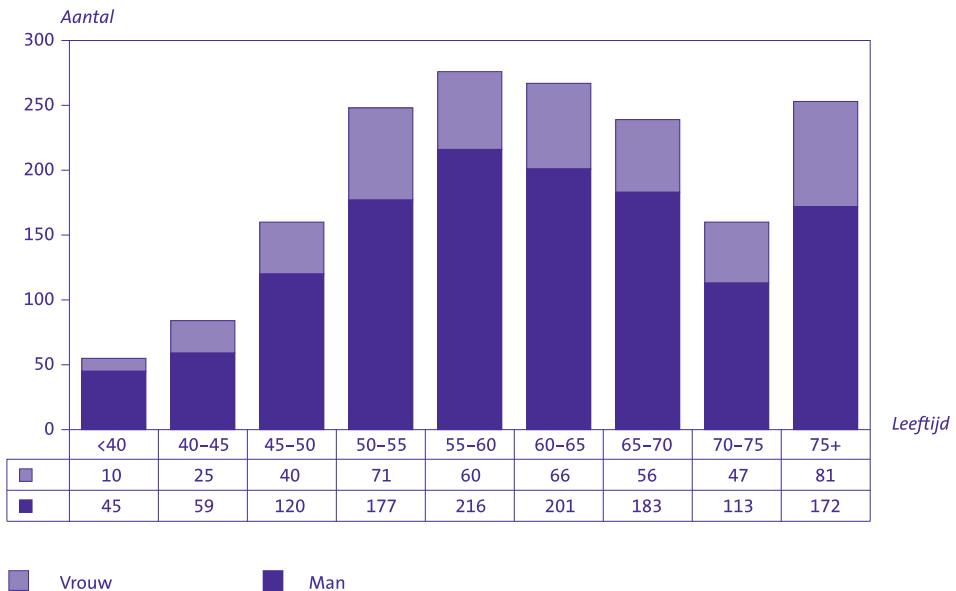
- Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS stierven in 2006 1 742 mensen aan oorzaken waarbij alcohol expliciet werd genoemd, 25 procent meer dan in 1996 (figuur 6.10).
- In 2006 stond alcohol in 42 procent van alle alcoholgerelateerde sterfgevallen als primaire doodsoorzaak genoemd; in 58 procent van het aantal gevallen was alcoholgebruik de secundaire doodsoorzaak.
- Afhankelijkheid en andere psychische stoornissen door gebruik van alcohol vormden in 2006 de belangrijkste doodsoorzaak (61%) binnen de alcoholgerelateerde sterfte, gevolgd door alcoholische leverziekten (34%).
- Alcoholsterfte kwam het meest voor in de leeftijdsgroep vijftig tot 70 jaar (figuur 6.11). De meeste overledenen waren man (gemiddeld 74%).
- De bijdrage van alcoholgebruik aan de sterfte wordt niet altijd herkend. Deze cijfers weerspiegelen daarom niet de hele werkelijkheid.
 - Op basis van epidemiologisch onderzoek wordt geschat dat vier tot zes procent van de sterfte aan kanker samenhangt met chronisch excessief alcoholgebruik. Dit zou betekenen dat er in 2002 tussen de 1 500 en 2 300 alcoholgerelateerde kankersterfgevallen zouden zijn geweest in plaats van de 150 geregistreerde gevallen.^{179;180}
 - Ook is het aannemelijk dat sterfte door alcoholongevallen en alcoholgerelateerde agressie niet volledig in deze cijfers zijn opgenomen.

FIGUUR 6.10 STERFTE AAN ALCOHOLGERELATEERDE AANDOENINGEN, VANAF 1996



Aantal sterftes: ICD-10 codes F10, G31.2, G62.1, I42.6, K29.2, K70.0-4, K70.9, K86.0, X45*, X65*, Y15*, T51.0-1 (* alleen opgenomen indien als complicatie T51.0-1 vermeld is). Voor een verklaring van de codes: zie bijlage C. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS. Primaire doodsoorzaak: de ziekte of de gebeurtenis waarmee het proces van gebeurtenissen die tot de dood leiden, in gang is gezet. Men spreekt hierbij wel van de onderliggende ziekte of het grondlijden. Secundaire doodsoorzaak: gevolgen of complicaties van de primaire doodsoorzaak, evenals andere ziekten die tijdens het overlijden aanwezig waren en soms tot de dood hebben bijgedragen.

FIGUUR 6.11 STERFTE DOOR ALCOHOL (PRIMAIR EN SECUNDAIR) ONDER MANNEN EN VROUWEN PER LEEFTIJDGROEP, PEILJAAR 2006



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 C. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

6.8 AANBOD EN MARKT

Alcohol is wijd verkrijgbaar in levensmiddelenzaken, slijterijen en de horeca. Volgens de Drank- en Horecawet mogen aan jongeren beneden de zestien jaar geen zwakalcoholhoudende dranken worden verkocht. Voor sterke drank geldt een grens van achttien jaar.

- In 2005 had zeven procent van de 13-15-jarigen de afgelopen maand alcohol gekocht in de horeca, eveneens zeven procent bij een levensmiddelenzaak en één procent bij een slijterij (tabel 6.7).¹³⁹
- Volgens een peiling uit 2006 heeft 21 procent van alle jongeren van twaalf tot zestien jaar wel eens alcohol gekocht.¹³⁶ Jongeren kopen vooral bier, premixen en likeur. Deze cijfers kunnen niet vergeleken worden met die uit de voorgaande studie uit 2005 vanwege de verschillende vraagstellingen. In 2005 gaat het om 'alcohol hebben gekocht in de afgelopen maand' en in 2006 om 'wel eens alcohol hebben gekocht'.

- Er is tussen 2001 en 2005 een daling van het percentage jongeren onder de 16 jaar dat zwak-alcoholhoudende dranken koopt. Deze daling is te zien bij zowel de horeca (van 14% naar 7%), bij slijterijen (van 4% naar 1%) als de levensmiddelen-zaken (van 13% naar 7%).
- Sterke drank wordt minder vaak gekocht. Van de 16- en 17-jarigen had in 2005 vijf procent de afgelopen maand sterke drank gekocht in een horecagelegenheid en acht procent bij een slijterij. Onder de zestien jaar wordt nauwelijks sterke drank gekocht.
- Er is sinds 2001 een daling van het percentage jongeren dat sterke drank koopt in de horeca (van 4% naar 2%). De daling is bij slijterijen niet significant (van 4% naar 3%).

TABEL 6.7 PERCENTAGE JONGEREN DAT IN DE AFGELOPEN MAAND ONDER DE TOEGESTANE LEEFTIJDGRENZ SWAK EN STERK ALCOHOLHOUDENDE DRANK HEEFT GEKOCHT BIJ VERSCHILLENDE VERKOOPPUNTEN. PEILJAAR 2005

		13 jaar	14 en 15 jaar	16 en 17 jaar	Totaal
Zwak alcoholhoudende drank	Horeca	1%	13%	–	7%
	Slijterij	0%	2%	–	1%
	Levensmiddelenzaak	2%	11%	–	7%
Sterke drank	Horeca	0%	1%	5%	2%
	Slijterij	0%	0,5%	8%	3%

Bron:¹³⁹

Jongeren wordt weinig in de weg gelegd om alcohol te kopen. In 2005 werd de naleving van de leeftijdsgrenzen in Nederlandse *supermarkten en slijterijen* voor het eerst gemeten via de methode van “mystery shopping” waarbij jongeren in de leeftijd van 15 en 17 jaar in totaal 150 supermarkten en 150 slijterijen bezochten.¹⁸¹

- Van alle aankoop pogingen was 86 procent succesvol.
- Het aantal succesvolle aankoop pogingen van zwak alcoholhoudende drank door 15-jarigen bedroeg bij supermarkten 88 procent. Bij de slijterij bezoeken was 77 procent succesvol.
- Bij de aanschaf van sterke drank was 89 procent van de 17-jarigen succesvol.
- Meisjes kregen vaker alcohol mee dan jongens (93 procent versus 78 procent).
- Een op de zeven jongeren (14%), die soms of regelmatig uitgaat, maakt gebruik, of heeft wel eens gebruik gemaakt van een vals legitimatiebewijs om alcohol te kunnen kopen.¹⁸² Meestal gaat het om legitimaties die zijn vervalst of om legitimaties die zijn geleend van een ouder iemand.

Prijsacties komen regelmatig voor. In 2006 werden in één derde (31%) van ruim 200 bezochte cafés in vijf grote steden prijsacties gevonden.¹⁸³

- Bijna de helft van de prijsacties (48%) betrof bier, gevolgd door happy hours (11%) en kortingen op cocktails (10%). Prijsacties voor shooters, sterke drank en wijn kwamen minder vaak voor.
- Op een kwart van de websites van cafés werden aankondigingen voor prijsacties gevonden.
- Een enquête onder 14- en 15-jarigen laat zien dat jongeren die uitgaan in cafés regelmatig hun cafékeuze door prijsacties laten bepalen.

Onderzoek in een barlab onder tachtig jonge proefpersonen (gemiddelde leeftijd 21,5 jaar) wees uit dat zowel het kijken naar alcoholreclame als het kijken naar films waarin alcoholgebruik voorkwam, leidde tot een hoger alcoholgebruik.¹⁸⁴

- Jongeren die naar een film keken waarin alcohol werd gedronken, dronken tijdens het kijken per uur ruim een half glas meer dan jongeren die naar een film keken zonder alcoholgebruik.
- Jongeren die tussendoor alcoholreclame hadden gezien, dronken per uur bijna driekwart glas meer dan jongeren die een neutraal reclameblok hadden gezien.
- Jongeren die zowel de film waarin alcohol werd gedronken als het alcoholreclameblok hadden gezien, dronken per uur zelfs twee keer zo veel als jongeren die zowel de neutrale film als het neutrale reclameblok hadden gezien.

Driekwart van de scholen voor voortgezet onderwijs verstrekke in 2005 op *schoolfeesten* alcohol.¹⁸⁵

- Scholen die op een schoolfeest alcohol schenken hanteren bijna zonder uitzondering de regel dat aan leerlingen onder de zestien geen alcohol mag worden verstrekt.
- Van de leerlingen die nog geen zestien zijn, drinkt de helft (51%) op het schoolfeest alcohol.
- Bijna tweederde (64%) van deze groep geeft aan dat ze op het schoolfeest zelf alcohol kunnen kopen.
- Van de leerlingen die alcohol drinken op het schoolfeest, geeft ruim één op de drie (39%) aan vijf tot tien glazen alcohol te drinken; twaalf procent van de leerlingen (voornamelijk jongens) drinkt meer dan tien glazen of een feestavond.

ACCIJNS

- De verhoging van de accijns op gedistilleerd met achttien procent per 1 januari 2003 is per 1 januari 2006 ongedaan gemaakt. De accijns is thans weer 15,04 euro per liter pure alcohol.
- Dit betekent dat een fles gedistilleerd 1 tot 1,5 euro goedkoper is geworden.¹⁸⁶

- In juli 2007 bedroeg de accijns voor een liter gedistilleerd (35 procent alcohol) 5,26 euro, voor een liter wijn 59 eurocent en voor een liter bier 25 eurocent (tabel 6.8).
- Voor een glas bier van 0,25 liter betekent dit zes eurocent, voor een glas wijn van 0,1 liter zes eurocent en voor een glas gedistilleerd van 0,035 liter 18 eurocent.
- Lidstaten van de EU voeren een verschillend accijnsbeleid. De tarieven lopen sterk uiteen. Zo bedraagt voor een liter gedistilleerd met 35 volumeprocent alcohol de accijns in Italië drie euro tegen negentien euro in Zweden (tabel 6.8).
- Zeven wijnproducerende landen heffen in het geheel geen accijns op wijn.
- Tabel 6.8 laat zien dat de Nederlandse accijnstarieven tot de middenmoot behoren.

TABEL 6.8 ACCIJNSTARIEVEN OP ALCOHOLHOUDENDE DRANKEN IN EEN AANTAL LIDSTATEN VAN DE EUROPESE UNIE. PEILDATUM MAART-JULI 2007

<i>Lidstaat</i>	<i>Bier^I</i>	<i>Wijn^{II}</i>	<i>Gedistilleerd^{III}</i>
Zweden	79	237	1 885
Ierland	99	273	1 374
Verenigd Koninkrijk	101	263	1 015
Finland	97	212	989
Denemarken	34	82	704
België	21	47	613
Nederland	25	59	526
Frankrijk	13	3	508
Duitsland	9	0	456
Griekenland	14	0	397
Luxemburg	10	0	364
Oostenrijk	24	0	350
Portugal	17	0	328
Spanje	11	0	291
Italië	28	0	280

Bedragen in euro per hectoliter consumptie. I. 5 volumeprocent alcohol; peildatum juli 2007. II. 11 volumeprocent alcohol; peildatum juli 2007. III. 35 volumeprocent alcohol; peildatum 1 maart 2007. Bronnen: Productschap Dranken, Productschap Wijn, Europese Commissie.

7 TABAK

Tabak wordt gemaakt uit de gedroogde bladeren van de tabakspant (Nicotiana). Tabak wordt doorgaans gerookt in een sigaret, sigaar of pijp en zelden gesnoven of gepruimd.

Consumenten ervaren tabak als stimulerend (verbetering concentratievermogen) en rustgevend. Nicotine, het belangrijkste psychoactieve bestanddeel van tabak, is een verslavende stof. Bij regelmatig gebruik treedt gewenning op en tolerantie. Bij het inhaleren van tabaksrook komen verschillende stoffen vrij, zoals nicotine, teer en koolmonoxide en tal van andere producten die schadelijk zijn voor de gezondheid.

7.1 LAATSTE FEITEN EN TRENDS

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

- Tussen 2006 en 2007 is het percentage rokers en het percentage zware rokers iets gedaald (§ 7.2).
- Tussen 2005 en 2006 steeg de gemiddelde verkoop van tabak per roker (§ 7.2).
- Het percentage scholieren dat ooit had gerookt daalde tussen 2003 en 2005. Het percentage dagelijkse rokers bleef in deze periode stabiel (§ 7.3).
- Acht procent van de rokers wil binnen een maand stoppen met roken (§ 7.4).
- Met het roken onder scholieren neemt Nederland een middenpositie in binnen de EU (§ 7.5).
- Onder jongeren wordt niet roken steeds meer de sociale norm (§ 7.6).
- De totale sterfte in verband met roken is in de afgelopen jaren licht gedaald (§ 7.7).
- De sterfte aan longkanker daalde tot voor kort onder mannen en blijft stijgen onder vrouwen (§ 7.7).

7.2 GEBRUIK: ALGEMENE BEVOLKING

In de jaren zestig en zeventig was roken vrij algemeen, vooral onder mannen. Vanaf eind jaren zestig tot begin jaren negentig nam het percentage rokers flink af. De daling is daarna afgezwakt. Diverse peilingen meten het percentage rokers in de bevolking.

- Peilingen van het TNS NIPO wijzen op een stabiliserende daling in het percentage rokers tussen 2004 en 2007 (tabel 7.1).¹⁸⁷
 - Tussen 2006 en 2007 vond er onder Nederlanders van vijftien jaar en ouder nog een lichte daling plaats in het percentage rokers van 28,2 naar 27,5 procent.¹⁸⁸

- In 2006 was 30 procent van de mensen van vijftien jaar en ouder een ex-roker en 42 procent had nooit gerookt.¹⁸⁷
- Omgerekend naar de bevolking zijn er 3,7 miljoen mensen die roken.
- De kloof tussen mannen en vrouwen is kleiner geworden (tabel 7.1). Vrouwen die roken, roken vrijwel evenveel als mannen die roken. Rokende vrouwen consumeren per dag gemiddeld 14 en rokende mannen gemiddeld 15 sigaretten of shagjes.
- In de leeftijdsgroep van 30 tot en met 34 jaar is het percentage rokers het hoogst (figuur 7.1).¹⁸⁷
- In 1997, 2001 en 2005 vonden peilingen plaats naar het middelengebruik via het Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO).
 - Volgens het NPO is het percentage mensen in de bevolking van 15 tot en met 64 jaar dat ooit heeft gerookt gedaald van 70 procent in 1997 naar 62 procent in 2005. De daling was het grootst tussen 2001 en 2005.
 - Het aantal dagelijkse rokers daalde tussen 2001 en 2005 van 34 naar 27 procent. Deze cijfers wijken iets af van de TNS NIPO peilingen.⁵

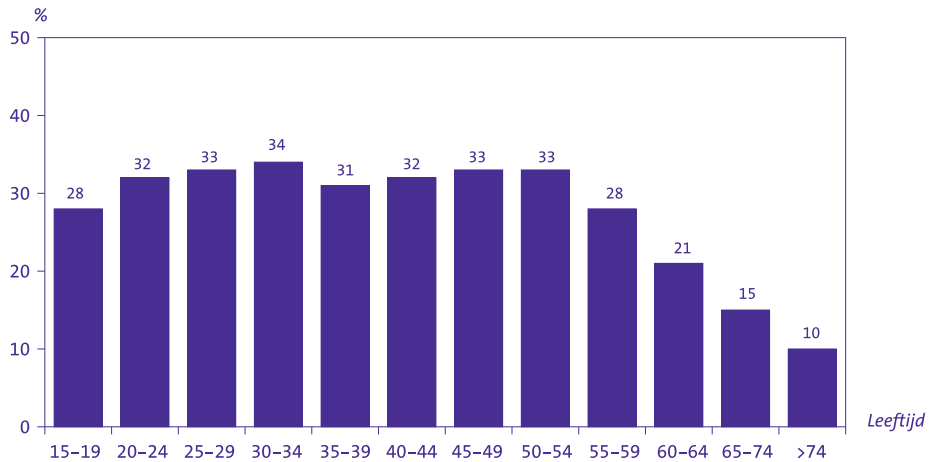
TABEL 7.1 ROKERS IN NEDERLAND ONDER MANNEN EN VROUWEN VAN 15 JAAR EN OUDER, VANAF 1970

<i>Jaar</i>	<i>Mannen</i>	<i>Vrouwen</i>	<i>Totaal</i>
1970	75%	42%	59%
1975	66%	40%	53%
1980	52%	34%	43%
1985	43%	34%	39%
1990	39%	31%	35%
1995	39%	31%	35%
1996	39%	32%	35%
1997 ^I	36,7% ^I	30,3% ^I	33,4% ^I
1998	37,4%	30,1%	33,7%
1999	37,2%	30,6%	33,9%
2000	36,8%	29,3%	32,9%
2001 ^{II}	33,2% ^{II}	27,2% ^{II}	30,2% ^{II}
2002	34,0%	27,6%	30,7%
2003	32,8%	27,2%	29,9%
2004	30,8%	25,2%	27,9%
2005	31,1%	24,5%	27,7%
2006	31,4%	25,0%	28,2%
2007	30,5%	24,5%	27,5%

Percentage rokers. I. Vanaf 1997 zijn percentages beschikbaar met één cijfer achter de komma. II. In 2001 is de onderzoeksmethode gewijzigd: van een persoonlijk interview met een enquêteur thuis naar het invullen van een vragenlijst via modem of internet. Deze wijziging kan van invloed zijn geweest op de uitkomsten. Bron: STIVORO, TNS NIPO.^{187;188}

- Er is een ook een dalende trend in het percentage vrouwen dat rookt rondom de zwangerschap: in 2003 rookte 11 procent tegenover 21 procent in 1996 tijdens de zwangerschap.¹⁸⁹
- In het Nationaal Programma Tabaksontmoediging 2006-2010 is de doelstelling opgenomen om het percentage rokers in Nederland terug te dringen van 28 procent in 2005 naar 20 procent in 2010.¹⁹⁰

FIGUUR 7.1 PERCENTAGE ROKERS IN NEDERLAND NAAR LEEFTIJDGROEP EN GESLACHT. PEILJAAR 2006¹



1. Cijfers voor het jaar 2007 zijn nog niet beschikbaar. Bron: STIVORO, TNS NIPO.¹⁸⁷

Tegenover de vermindering van het aantal rokers stond in de jaren zeventig een toename van het verbruik van tabak per roker. Sinds de jaren tachtig schommelt het gemiddelde aantal dagelijks gerookte sigaretten of shagjes naar schatting rond de twintig.¹⁸⁷

- In 2006 gingen in Nederland ongeveer 28 miljard sigaretten en shagjes in rook op, een stijging van meer dan 3 miljard ten opzichte van 2005 (tabel 7.2).¹⁸⁷
- Shag heeft sinds 1990 meer aan populariteit ingeboet dan sigaretten.¹⁸⁷

TABEL 7.2 VERBRUIK VAN SIGARETTEN EN SHAG IN NEDERLAND, VANAF 1967

<i>Jaar</i>	<i>Aantal sigaretten (miljard)</i>	<i>Aantal shagjes (miljard)</i>	<i>Totaal aantal (miljard)</i>	<i>Gemiddelde verkoop per roker per dag¹</i>
1967	16,6	9,1	25,7	12,9
1970	18,7	9,9	28,6	14,0
1975	23,9	13,1	37,0	18,6
1980	23,0	13,9	36,9	21,3
1985	16,3	17,8	34,1	20,7
1990	17,3	16,6	33,4	22,4
1995	17,2	14,4	31,6	20,1
2000	16,7	13,7	30,4	19,9
2001	16,3	12,4	28,7	20,1
2002	16,9	13,2	30,1	20,5
2003	17,0	13,1	30,1	20,9
2004	14,8	12,1	26,9	20,0
2005	13,5	11,1	24,6	18,3
2006	17,1	10,9	28,0	20,4

1. Gemiddeld aantal sigaretten of shagjes. Bron: STIVORO, CBS, Ministerie van Financiën.¹⁸⁷

ZWAAR ROKEN

Volgens het CBS is het percentage *zware* rokers de afgelopen jaren minder geworden. In 2006 en 2007 was er nog maar een lichte daling.

- In 2007 rookte 6,7 procent van de bevolking van twaalf jaar en ouder twintig of meer sigaretten per dag (7,9% van de mannen en 5,6% van de vrouwen). In 2006 was dit 7,2 procent, in 2005 7,7 procent en in 2001 was dit nog 9,8 procent.¹⁹¹
- Onder de rokers daalde het percentage zware rokers van 26 procent in 2005 naar 25 procent in 2006 en 24 procent in 2007. In 2000 was nog 35 procent van de rokers een zware roker.¹⁹²

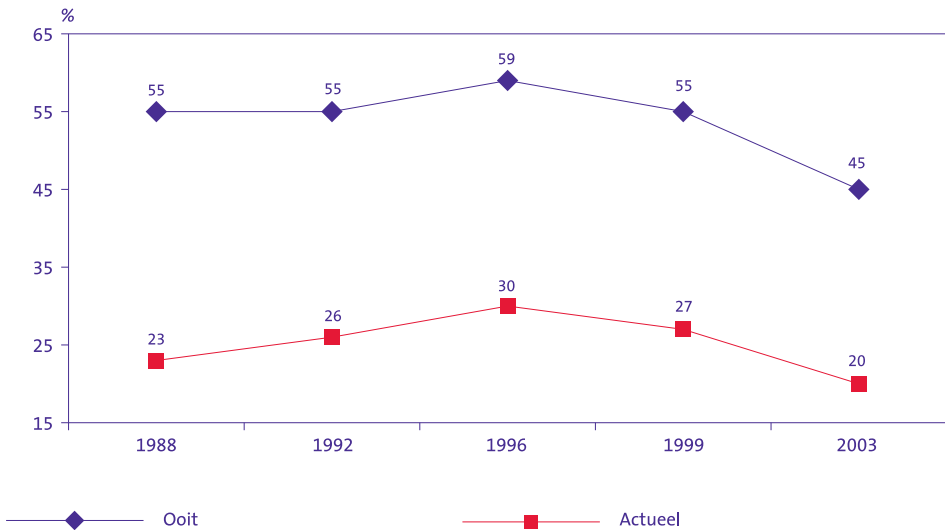
7.3 GEBRUIK: JONGEREN

Het percentage jongeren dat rookt is de afgelopen jaren gedaald.

- Volgens het Peilstationsonderzoek daalde tussen 1999 en 2003 het percentage scholieren dat ooit had gerookt en het percentage dat in de laatste maand had gerookt (figuur 7.2).⁹

- Volgens cijfers van de TNS NIPO-enquête bleef het percentage actuele rokers onder jongeren van 10-19 jaar tussen 1992 en 2002 stabiel (tussen 27% en 31%). In 2004 was het percentage actuele rokers in deze jongerengroep gedaald naar 23 procent, in 2005 bleef het gelijk, maar in 2006 daalde het verder naar 21 procent.¹⁸⁷ In 2007 steeg het percentage weer naar 22 procent.¹⁹³

FIGUUR 7.2 ROKEN ONDER SCHOLIEREN VAN 12 TOT EN MET 18 JAAR, VANAF 1988



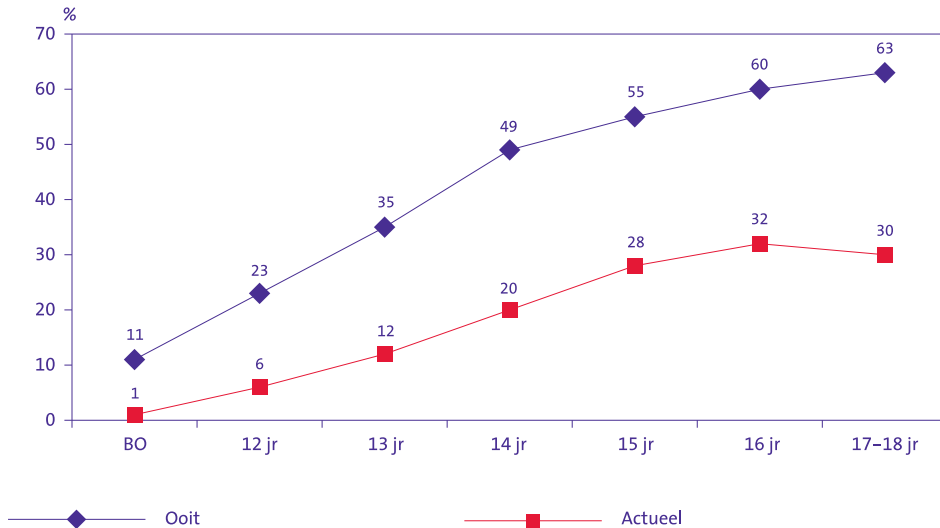
Percentage rokers ooit in het leven en in de laatste maand voor de peiling (actueel).

Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.⁹

Met roken wordt al vroeg begonnen.⁹

- In 2003 had van de leerlingen van de twee hoogste groepen van de basisschool elf procent ooit gerookt. Van leerlingen van 'reguliere' middelbare scholen had 45 procent ooit gerookt. Dit is een gemiddelde: het percentage stijgt met de leeftijd (figuur 7.3).

FIGUUR 7.3 ROKEN NAAR LEEFTIJD ONDER SCHOLIEREN VAN 10 JAAR EN OUDER. PEILJAAR 2003



Percentage rokers ooit in het leven en actueel (laatste maand). BO = basisonderwijs.

Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.⁹

- Een vijfde (20%) van de jongeren in het voortgezet onderwijs had de afgelopen maand nog gerookt, negen procent rookt elke dag.
- Ook deze percentages nemen toe met de leeftijd. In de hoogste leeftijdsgroepen (16 jaar en ouder) was bijna eenderde een actuele roker, tegenover zes procent van de twaalfjarigen en twaalf procent van de dertienjarigen.
- Ongeveer evenveel jongens (18%) als meisjes (22%) hadden in de afgelopen maand gerookt.

MATE VAN ROKEN

- Van de actuele rokers onder leerlingen is bekend hoeveel zij gemiddeld per dag hebben gerookt. Voor eenderde (34%) is dat minder dan één sigaret en voor een kwart van deze groep is dat meer dan tien sigaretten per dag.⁹
- Negen procent van de scholieren rookt dagelijks. Ruim eenderde van deze groep (36%) rookt meer dan tien sigaretten per dag.⁹

Een vergelijking met cijfers van de landelijke Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) studie in 2005 suggereert dat het percentage scholieren dat ooit heeft gerookt verder is afgenomen tussen 2003 en 2005.¹⁰

- In 2003 had 43 procent van de scholieren van 12 tot en met 16 jaar ooit gerookt; in 2005 was dat 33 procent.
- Het percentage dagelijkse rokers bleef echter gelijk in deze periode (8,6% in 2003, 8,4% in 2005).

SPECIALE GROEPEN

Vergeleken met scholieren komt roken aanzienlijk meer voor onder uitgaande jongeren, jonge volwassenen en jongeren in de jeugdzorg.

- In 2006 rookte van de jongeren met opvoed- en opgroei problemen (gemiddelde leeftijd 17 jaar) in de jeugdzorg in Amsterdam 63 procent. Van deze rokende jongeren rookte 69 procent dagelijks.¹⁹

Voor zover trendcijfers beschikbaar zijn, is onder uitgaanders ook een afname in roken waarneembaar, evenals onder de algemene bevolking.

- Onder bezoekers van Amsterdamse cafés daalde het percentage dagelijkse rokers van 46 procent in 2000 naar 31 procent in 2005. Het aantal zware rokers (minstens 20 sigaretten of shagjes per dag) nam af van een kwart in 2000 tot 18 procent in 2005.²¹
- Tussen 1998 en 2003 daalde het percentage bezoekers van trendy clubs dat in de afgelopen maand had gerookt van 67 naar 55 procent.¹⁵
- In 2006 signaleerden sleutelfiguren in het uitgaansleven in Amsterdam dat er minder sigaretten werden gerookt en dat veel uitgaanders probeerden te minderen of helemaal te stoppen met roken.¹⁹

7.4 PROBLEMATISCH GEBRUIK

Een duidelijke aanwijzing voor de mate waarin rokers zelf hun gebruik problematisch vinden is het willen stoppen met roken.

- In 2006 zei 8 procent van de rokers binnen een maand te willen stoppen, 9 procent wilde stoppen binnen een half jaar, nog eens 9 procent binnen een jaar en 24 procent zei ooit te willen stoppen, maar niet binnen een jaar.¹⁹⁴

In wetenschappelijke kring krijgt de term nicotineafhankelijkheid soms de voorkeur boven de term 'tabaksverslaving'. Er zijn verschillende schalen waarmee nicotineafhankelijkheid kan worden gemeten: de Fagerström Test for Nicotine Dependence, een schaal die loopt van nul tot tien (zeer verslaafd), de DSM-IV, de Cigarette Dependence Scale, de Nicotine Dependence Syndrome Scale en de Winsconsin Inventory.¹⁹⁵ In 2000 werd de Fagerström Test for Nicotine Dependence afgenomen bij tweelingen uit het Nederlandse Tweelingen Register.¹⁹⁶

- Afhankelijkheid van nicotine hangt samen met het aantal sigaretten dat men rookt.

- Rokende mannen scoren iets hoger op afhankelijkheid van nicotine dan rokende vrouwen, 3,02 tegenover 2,77.
- Pogingen om te stoppen met roken hebben waarschijnlijk meer succes naarmate men minder afhankelijk is geraakt van nicotine.

7.5 GEBRUIK: INTERNATIONALE VERGELIJKING

Het aandeel rokers in de bevolking varieert sterk tussen de lidstaten van de EU, al kunnen bij de vergelijkbaarheid van de cijfers vraagtekens worden geplaatst. Zo verschillen de definities van roken en de leeftijdsgroepen (tabel 7.3). In veel landen gaat het om dagelijkse rokers, in Nederland om mensen die 'dagelijks of soms roken'.¹⁹⁷

- Onder de landen die het dagelijks roken hebben gemeten staat Zweden met 16 procent rokers onderaan en Griekenland met 38 procent rokers bovenaan.
- Met uitzondering van Ierland en Zweden zijn er meer mannen die roken dan vrouwen. In Portugal, waar slechts tien procent van de vrouwen dagelijks of soms rookt, is dit verschil het grootst.

TABEL 7.3 ROKERS ONDER VOLWASSENEN IN ENKELE LIDSTATEN VAN DE EUROPESE UNIE, NOORWEGEN EN ZWITSERLAND¹

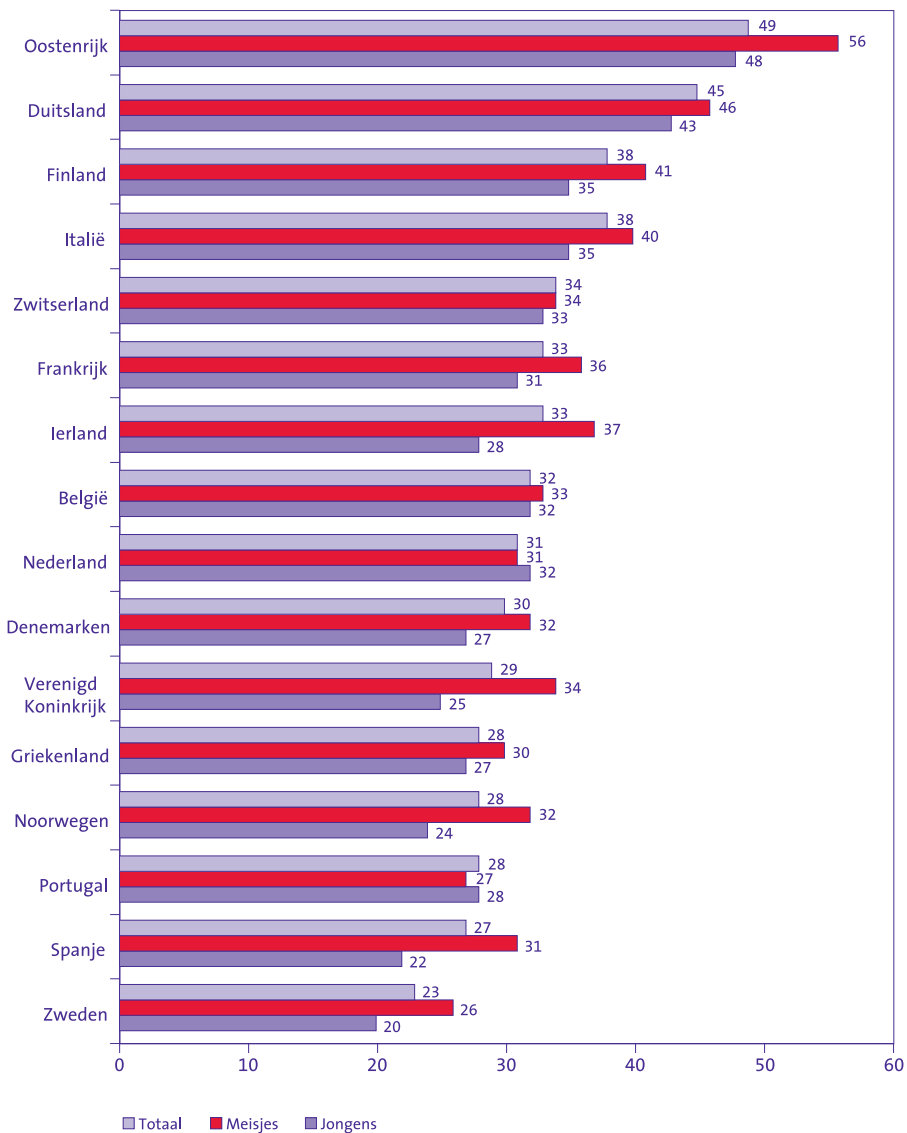
Land	Jaar	Leeftijd (jaar)	Mannen	Vrouwen	Totaal	Criterium voor roken
België	2002–2005	18+	30%	25%	27%	dagelijks
Denemarken	2002–2005	15+	28%	23%	25%	dagelijks
Frankrijk	2002–2005	15+	33%	27%	30%	dagelijks
Griekenland	1999–2001	15+	47%	29%	38%	dagelijks
Ierland	2002–2005	15+	24%	24%	24%	dagelijks
Italië	2002–2005	15+	31%	17%	24%	dagelijks
Luxemburg	2002–2005	15+	39%	26%	33%	dagelijks
Noorwegen	2002–2005	16–74	27%	25%	26%	dagelijks
Spanje	2002–2005	16+	34%	22%	28%	dagelijks
Zweden	2002–2005	16–84	14%	19%	16%	dagelijks
Zwitserland	2002–2005	14–65	24%	20%	22%	dagelijks
Nederland	2005	15+	31%	25%	28%	dagelijks of soms
Oostenrijk	2002–2005	15+	48%	47%	47%	dagelijks of soms
Portugal	1999–2001	15+	33%	10%	21%	dagelijks of soms
Finland	2002–2005	15–64	27%	20%	23%	huidige rokers
Verenigd Koninkrijk	2002–2005	16+	28%	24%	26%	huidige rokers
Duitsland	2002–2005	18–54	37%	31%	34%	de afgelopen 30 dagen

Percentage rokers per jaar of gemiddeld per jaar. I. Verschillen in peiljaar, meetmethoden en definities bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Bron: WHO.¹⁹⁷

ESPAD (zie bijlage B) maakt een vergelijking mogelijk van het rookgedrag van vijftien- en zestienjarige scholieren in het middelbaar onderwijs. Figuur 7.4 geeft cijfers voor het percentage leerlingen dat in 2003 de afgelopen maand had gerookt.⁴⁸

- Van de vergeleken landen telt Oostenrijk de meeste en Zweden de minste rokers onder scholieren van het middelbaar onderwijs.
- Nederland neemt een middenpositie in.
- In de meeste landen roken meer meisjes dan jongens.

FIGUUR 7.4 ROKERS ONDER LEERLINGEN VAN 15 EN 16 JAAR VAN HET VOORTGEZET ONDERWIJS IN ENKELE LIDSTATEN VAN DE EUROPESE UNIE, NOORWEGEN EN ZWITSERLAND. PEILJAAR 2003



Percentage dat de afgelopen maand heeft gerookt. Bron: ESPAD.⁴⁸

- Ruim een kwart van de Nederlandse scholieren (27%) zegt meer dan veertig keer in het leven te hebben gerookt. Dit percentage varieert van 18% in Portugal tot 42% in Oostenrijk.

7.6 HULPVRAAG

Bij de hulpvraag voor tabaksverslaving gaat het in hoofdzaak om zelfzorg en het zoeken van hulp bij de huisarts. De verslavingszorg biedt soms stopprogramma's aan, maar niet op grote schaal.

- Van de rokers die een stoppoging doen, doet bijna tweederde (63%) dit zonder enig hulpmiddel. De rest volgt cursussen, vraagt de huisarts om advies, gebruikt ontwenningmiddelen (nicotinepleisters, nicotinekauwgom, of de geneesmiddelen Zyban[®] of Champix[®]), ondergaat acupunctuur of hypnose, of past een andere methode toe. De voornaamste reden om een stoppoging te doen is bezorgdheid om de eigen gezondheid.¹⁹⁸
- Het gebruik van ontwenningmiddelen is gestegen. De markt van de nicotinevervangers – pleisters, kauwgom en tabletten – steeg tussen november 2006 en november 2007 van ongeveer 13,2 miljoen naar 14,3 miljoen euro.¹⁹⁹ Zyban[®] werd in 2006 nog maar 45 duizend maal verstrekt, een daling van ruim 6 procent ten opzichte van 2005. De nieuwe antirookpil Champix[®] werd in de eerste drie kwartalen van 2007 ruim 14 duizend maal verstrekt.²⁰⁰
- Mensen die met roken willen stoppen kunnen daarvoor advies vragen aan hun huisarts. In 2006 hebben naar schatting 42 800 mannen en 42 100 vrouwen hun huisarts geconsulteerd over het stoppen met roken. Dat is in totaal 24 procent minder dan in 2005. Het merendeel van de stoppers is tussen de 40 en 60 jaar.²⁰¹
- De Minimale Interventiestrategie Stoppen-met-roken (MIS) is een effectief gebleken protocol waarmee huisartsen, verpleegkundigen en cardiologen rokende patiënten kunnen stimuleren om te stoppen met roken.²⁰² De toepassing van de MIS door verloskundigen leidt tot een significante afname van roken bij zwangere vrouwen.²⁰³ De adoptie en de implementatie van de MIS door verpleegafdelingen cardiologie en verloskunde kan nog aanmerkelijk worden verbeterd.²⁰⁴
- Eind 2004 verscheen een officiële CBO-richtlijn voor de behandeling van tabaksverslaving. In deze richtlijn wordt de aanpak van rokende patiënten in de medische praktijk besproken en wordt de effectiviteit van diverse behandelingen beschreven.^{205;206}
- In 2007 werd de NHG-Standaard Stoppen met roken gepubliceerd. Deze NHG-Standaard voor de huisartsenpraktijk is een bewerking van de CBO-richtlijn en bouwt voort op de Minimale Interventiestrategie Stoppen met roken voor de Huisartsenpraktijk (H-MIS).²⁰⁷

Ook het Adviescentrum van STIVORO ondersteunt mensen die willen stoppen met roken.

- In 2006 vroegen 707 mensen om Telefonische Coaching en vonden er ruim 6 000 coachinggesprekken plaats.¹⁸⁷ De nieuwe interventie voor 'moeilijke stoppers', Persoonlijke Coaching bij stoppen met roken, blijkt effectief.²⁰⁸

- In januari 2006 lanceerde STIVORO de Richtlijn Tabakspreventie in Lokaal Gezondheidsbeleid. Deze richtlijn is ontwikkeld om gemeenten en GGD-en te ondersteunen bij het implementeren van lokaal tabaksontmoedigingsbeleid.²⁰⁹
- De actie “Rokers verdienen ’n beloning” werd op 2 november 2006 georganiseerd en had tot doel zoveel mogelijk rokers uit lagere welstandsgroepen warm te maken voor een 24-uur-niet-roken poging. Meer dan de helft van de 12 272 deelnemers is het gelukt 24 uur niet te roken.²¹⁰ In november 2007 is deze actie herhaald.
- Van half december 2006 tot half januari 2007 liep de campagne “Stoppen kun je leren”. De speciale website is in die tijd 120 duizend maal bezocht. In het eerste kwartaal van 2007 heeft 31 procent van de mensen die stopondersteuning gebruikten een vorm van ondersteuning gebruikt waarvan bewezen is dat die effectief is.²¹¹
- De campagnes voor de jeugd waren erop gericht om te voorkomen dat jongeren beginnen met roken.²¹² Deze campagnes streefden ernaar om het imago van de niet-rokers te verbeteren en het niet-roken te benadrukken als de sociale norm. Tussen 2001 en 2005 kreeg de niet-roker inderdaad een positiever imago. Het percentage jongeren dat het gevoel heeft dat vrienden en vriendinnen willen dat zij *niet* roken steeg tussen 2004 en 2005 van 19 naar 25 procent.²¹³

Van een andere orde is het beroep op de gezondheidszorg vanwege aandoeningen die worden veroorzaakt of verergerd door roken. Het aantal ziekenhuisopnames in verband met roken bedroeg begin jaren negentig bijna 100 000.²¹⁴ Recentere cijfers zijn hierover nog niet beschikbaar.

7.7 ZIEKTE EN STERFTE

Roken is in Nederland de belangrijkste oorzaak van voortijdige sterfte.

- Er tekent zich een lichte daling af van de sterfte door roken. In 2006 overleden in Nederland ruim 19 duizend mensen van 20 jaar en ouder aan de directe gevolgen van roken (tabel 7.4). In 2000 waren dat er 20 718, een afname van 6,5 procent.²¹⁵ Per 100 duizend inwoners van 20 jaar en ouder daalde de totale sterfte door roken van 173 in 2000 naar 157 in 2006, een daling van negen procent.
- Van *alle* sterfgevallen in Nederland bij mensen van 20 jaar en ouder was in 2006 bijna 15 procent direct te wijten aan roken (21% bij de mannen en 8% bij de vrouwen).²¹⁵

Roken wordt in verband gebracht met hart- en vaatziekten, longziekten en kanker.

- Uit tabel 7.4 blijkt dat longkanker, COPD, slokdarmkanker, strottehoofdkanker en mondholtekanker overwegend door roken wordt veroorzaakt. Zo veroorzaakte in 2006 het roken 91 procent van de gevallen van longkanker bij de mannen en 73 procent van de gevallen bij de vrouwen.

- Recent zijn er duidelijke aanwijzingen gevonden dat roken ook de kans op dementie vergroot.²¹⁶
- Een onderzoek onder Nederlandse mannen toont aan dat door het roken van sigaretten de levensverwachting daalt met bijna zeven jaar bij gemiddeld roken en met bijna 9 jaar bij zwaar roken. Bovendien veroorzaakt het roken van sigaretten bijna zes jaar van ziekte.²¹⁷
- De werkelijke sterfte die gerelateerd is aan roken ligt hoger, omdat het effect van passief roken nog niet is verdisconteerd. Passief roken kan diverse ziekten veroorzaken.
 - Mensen die zelf niet roken, maar regelmatig meeroken met een rokende partner, hebben een verhoogde kans op longkanker. Bij passief rokende vrouwen is een verhoogd risico op longkanker gevonden van 20 procent en bij passief rokende mannen een verhoogd risico op longkanker van 30 procent.²¹⁸
 - Naast longkanker verhoogt meeroken het risico op andere ziekten van de ademhalingswegen zoals astma en bronchitis. Ook is er een verhoogd risico op hart- en vaatziekten en hersenbloedingen.²¹⁹ De kans op een acuut hartinfarct neemt met 15 procent toe door meer dan één uur per week passief mee te roken.²²⁰
 - Kinderen lopen door passief roken een verhoogd risico op infecties van de ademhalingswegen en op middenoorontsteking. Kinderen van een rokende moeder lopen een verhoogd risico op complicaties tijdens de zwangerschap, vroeggeboorte, laag geboortegewicht, hogere bloeddruk en hoger cholesterolgehalte.²²¹⁻²²⁴ Ook het passief roken door de moeder tijdens de zwangerschap kan leiden tot een lager geboortegewicht bij het kind.²²⁴
 - De jaarlijkse sterfte door meeroken wordt geschat op enkele duizenden gevallen door hartaandoeningen, enkele honderden gevallen door longkanker en een tiental gevallen van wiegendood.²²⁵

TABEL 7.4 STERFGEVALLEN WEGENS ENKELE AANDOENINGEN ONDER MANNEN EN VROUWEN VAN 20 JAAR EN OUDER. PEILJAAR 2006^I

Aandoening	Totale sterfte		Sterfte door roken	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Longkanker	6 254	3 171	5 711 (91,3%)	2 325 (73,3%)
COPD	3 634	2 645	3 066 (84,4%)	1 815 (68,6%)
Coronaire hartziekten ^{II}	7 182	5 307	2 030 (28,3%)	660 (12,4%)
Beroerte (CVA)	3 922	6 047	803 (20,5%)	578 (9,6%)
Hartfalen	2 472	3 967	439 (17,8%)	219 (5,5%)
Slokdarmkanker	1 062	391	843 (79,4%)	244 (62,4%)
Strottehoofdkanker	189	49	151 (79,9%)	40 (81,6%)
Mondholtekanker	372	175	343 (92,2%)	99 (56,6%)
Totaal ^I	25 087	21 676	13 386 (53,4%)	5 980 (27,6%)

I. Per aandoening eerst afgerond op hele aantallen en vervolgens opgeteld. II. In 2006, in afwijking van rapportage over 2005, inclusief "Overige Coronaire Hartziekten". Bron: RIVM, CBS.²¹⁵

Door de terugloop van het roken onder mannen tussen 1960 en 1990 daalde de sterfte aan longkanker onder mannen vanaf het midden van de jaren tachtig. Onder vrouwen, die juist meer zijn gaan roken, is de trend omgekeerd (tabel 7.5).

- De stijgende lijn van sterfte aan longkanker bij vrouwen zal zich nog enige tientallen jaren doorzetten.²²⁶
- De daling tot 2003 onder mannen zette zich in de jaren daarna niet voort.
- De tegengestelde trends onder mannen en vrouwen houden elkaar in evenwicht. Daardoor is de totale sterfte aan longkanker al jarenlang vrij stabiel.

TABEL 7.5 STERFTE AAN LONGKANKER ALS PRIMAIRE DOODSOORZAAK ONDER MENSEN VAN VIJFTIEN JAAR EN OUDER, VANAF 1985. STERFGEVALLEN PER 100 000 INWONERS

<i>Jaar</i>	<i>Mannen</i>	<i>Vrouwen</i>	<i>Totaal</i>
1985	127	16	71
1986	130	17	72
1987	127	17	71
1988	128	19	72
1989	123	20	70
1990	117	20	67
1991	118	20	68
1992	117	22	69
1993	115	24	69
1994	113	26	68
1995	112	27	69
1996	109	28	68
1997	108	29	68
1998	106	30	68
1999	105	33	68
2000	99	34	66
2001	100	35	67
2002	96	39	68
2003	95	40	67
2004	99	42	70
2005	97	45	71
2006	95	47	71

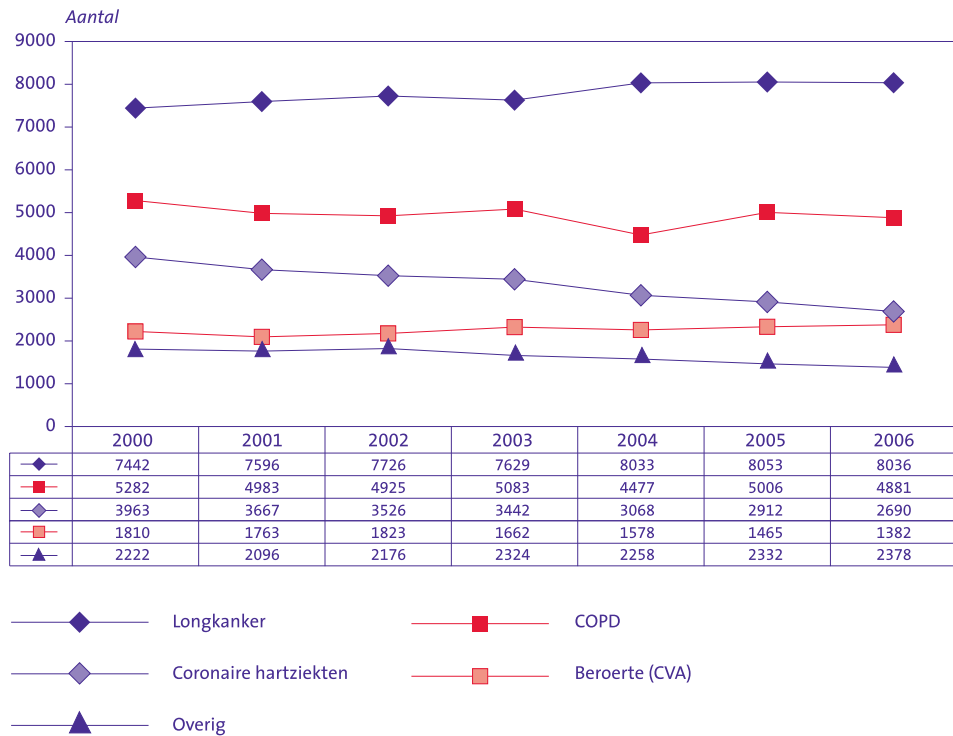
1985-1996: ICD-9 code 162, vanaf 1996: ICD-10 codes C33-34 (zie bijlage C).

Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

Niet alleen de sterfte aan longkanker door roken stabiliseert zich de afgelopen jaren.

- Ook de sterfte aan COPD en overige aandoeningen door roken stabiliseert (figuur 7.5).
- De sterfte aan coronaire hartziekten en beroerte door roken laat een dalende trend zien.

FIGUUR 7.5 STERFTE DOOR ROKEN VOOR ENKELE AANDOENINGEN ONDER MENSEN VAN 20 JAAR EN OUDER, VANAF 2000



Aantal sterfgevallen door roken. Overige aandoeningen zijn: mondholtekanker, strottehoofdkanker, slokdarmkanker en hartfalen. Bron: RIVM, CBS.

7.8 AANBOD EN MARKT

VERKRIJGBAARHEID VAN TABAK

Het marktaandeel van de diverse verkoopkanalen verschilt voor sigaretten, sigaren en shag en pijptabak.²²⁷

- In 2006 werd 37 procent van de sigaretten verkocht in supermarkten, 27 procent in pompshops, 21 procent in tabaks- en gemakszaken, 5 procent in de horeca en 9 procent in overige verkoopkanalen.²²⁷
- Sigaren werden voor 36 procent verkocht in pompshops, 31 procent in tabaks- en gemakszaken, 22 procent in supermarkten, 2 procent in de horeca en 9 procent in overige verkoopkanalen.²²⁷

- De verkoop van shag en pijptabak vond voor 50 procent plaats in de supermarkten, 20 procent in tabaks- en gemakszaken, 20 procent in de pompshops, 4 procent in de horeca en 6 procent in overige verkoopkanalen.²²⁷

Sinds 1 januari 2003 is het volgens de gewijzigde Tabakswet verboden tabaksproducten te verkopen aan jongeren onder de 16 jaar.

- Het aantal jongeren tussen de dertien en vijftien jaar dat wel eens tabaksproducten koopt is tussen 1999 en 2005 gedaald van 26 naar 6 procent.²²⁸
- Van de jongeren die wel eens tabaksproducten kopen geeft 57 procent in 2005 aan de producten voor zichzelf te kopen, terwijl dit in 1999 nog 43 procent was.²²⁸
- De jongeren kopen de tabaksproducten bij vier soorten ondernemingen: tabaksspeciaalzaak (40%), levensmiddelenzaak (49%), pompstation (43%) en sigarettenautomaat (23%). Tabaksproducten worden in afnemende mate bij levensmiddelenzaken en uit sigarettenautomaten gekocht.²²⁸
- De kans dat een jongere onder de zestien jaar er in slaagt tabaksproducten te kopen ligt evenals in 1999, 2001 en 2003 op 90 procent of hoger. Desondanks zegt 93 procent van de ondernemers dat zij nooit tabaksproducten aan jongeren onder de 16 jaar verkopen.²²⁸

Op 1 januari 2004 is aan de Tabakswet een artikel toegevoegd dat het werkgevers verplicht om werknemers te beschermen tegen de tabaksrook van anderen.²²⁹

- Het percentage bedrijven dat zegt het rookverbod correct te hebben ingevoerd steeg tussen 2004 en 2006 van 76 naar 81 procent.²²⁹
- Het percentage bedrijven dat knelpunten ervoer bij de invoering van het rookverbod daalde in deze periode van 23 naar 13 procent.²²⁹
- Het percentage bedrijven dat knelpunten ervoer bij de handhaving van het rookverbod daalde in deze periode van 15 naar 5 procent.²²⁹

ACCIJNS

- In juli 2007 kostte een pakje van 19 sigaretten in de meest populaire prijsklasse 3,80 euro. Omgerekend is dit 5 euro voor 25 sigaretten, waarvan 2,85 euro accijns en 0,80 euro BTW (tabel 7.6). Een pakje shag van vijftig gram kostte 5 euro, waarvan 2,25 euro accijns en 0,80 euro BTW.²³⁰⁻²³²

TABEL 7.6 PRIJZEN EN BELASTINGDRUK OP SIGARETTEN, VANAF 1970. PEILDATUM JULI 2007

<i>Jaar</i>	<i>Prijs</i>	<i>Belastingdruk</i>	<i>Belastingdruk in %</i>
1970	0,86	0,60	69%
1975	1,02	0,68	67%
1980	1,36	0,98	72%
1985	1,88	1,35	72%
1990	1,97	1,37	70%
1995	2,56	1,84	72%
1996	2,61	1,87	72%
1997	2,79	2,01	72%
1998	2,93	2,11	72%
1999	3,04	2,19	72%
2000	3,15	2,27	72%
2001	3,43	2,50	73%
2002	3,54	2,58	73%
2003	3,54	2,63	74%
2004	4,60	3,36	73%
2005	4,60	3,36	73%
2006	5,00	3,65	73%
2007	5,00	3,65	73%

Prijs en belastingdruk in euro per pakje van (omgerekend) 25 stuks. Belastingdruk bevat accijnsdruk en BTW. Bron: Europese Commissie.²³¹

Internationale vergelijking

De belastingdruk op tabaksproducten verschilt sterk tussen de lidstaten van de Europese Unie.

- In de EU-15 ligt het accijnstarief het hoogst in het Verenigd Koninkrijk en het laagst in Oostenrijk (tabel 7.7). Nederland neemt een middenpositie in.²³¹

TABEL 7.7 PRIJZEN EN BELASTINGDRUK OP SIGARETTEN IN ENKELE LIDSTATEN VAN DE EUROPESE UNIE. PEILDATUM JULI 2007

<i>Land</i>	<i>Prijs</i>	<i>Accijns</i>	<i>BTW</i>	<i>Accijns+BTW</i>
Verenigd Koninkrijk	10,03	6,21	1,49	7,71
Zweden	5,89	3,06	1,18	4,24
Spanje	3,00	1,91	0,41	2,33
Portugal	3,75	2,32	0,65	2,97
Nederland	5,00	2,85	0,80	3,65
Luxemburg	3,80	2,20	0,50	2,70
Italië	4,25	2,49	0,71	3,19
Ierland	8,81	5,35	1,53	6,88
Griekenland	3,50	2,01	0,56	2,57
Duitsland	5,88	3,52	0,94	4,46
Frankrijk	6,25	4,00	1,02	5,02
Finland	5,25	3,00	0,95	3,95
Denemarken	5,36	2,86	1,07	3,94
België	4,71	2,86	0,82	3,68
Oostenrijk	4,25	2,49	0,71	3,20

Prijs, accijns en BTW in euro per pakje van (omgerekend) 25 sigaretten. Bron: Europese Commissie.²³¹

- In 2003 publiceerde de Wereld Bank een overzicht van zes kosteneffectieve interventies om het gebruik van tabak te ontmoedigen. Deze interventies zijn: de prijs van tabaksartikelen verhogen, rookverboden instellen in openbare ruimten en werkplekken, het budget voor het tabaksontmoedigingsbeleid verhogen, een verbod instellen op rookreclame, waarschuwingen aanbrengen op rookwaren en het beschikbaar stellen van stoppen-met-roken behandelingen. Met name als ze in samenhang worden ingevoerd, kunnen deze maatregelen de kans op ziekte en dood als gevolg van tabaksgebruik verminderen. In 2004 scoorden experts in 28 Europese landen de mate van implementatie van deze interventies.
- Nederland kwam in 2004 van 28 landen op de zevende plaats.²³³ In 2005 werden dertig Europese landen gescoord. Nederland daalde toen naar de tiende plaats.²³⁴ In 2007 zakte Nederland naar een gedeelte veertiende plaats.²³⁵
- In 2007 scoorde Nederland ten opzichte van de andere Europese landen op de zes kosteneffectieve interventies om tabaksgebruik te ontmoedigen als volgt:
 - de prijs van tabaksartikelen: onder gemiddeld
 - rookverboden in openbare ruimten en werkplekken: onder gemiddeld

- de hoogte van het budget voor het tabaksontmoedigingsbeleid: boven gemiddeld
- een verbod op rookreclame: boven gemiddeld
- waarschuwingen op rookwaren: gemiddeld
- de beschikbaarheid van stoppen-met-roken behandelingen: gemiddeld.

8 DRUGSGERELATEERDE CRIMINALITEIT

Het Europees Monitoring Centrum voor Drugs en Drugsverslaving verstaat onder 'drugsgerelateerde criminaliteit' vier soorten criminaliteit²³⁶: 1) overtredingen van de drugswetgeving; 2) psychofarmacologische criminaliteit: strafbare feiten begaan onder invloed van een psychoactieve stof, ten gevolge van intensief of chronisch gebruik (bijvoorbeeld geweldsdelicten); 3) economisch-dwangmatige criminaliteit: strafbare feiten gepleegd om geld (of drugs) te bemachtigen om het gebruik voort te kunnen zetten (bijvoorbeeld diefstal, vervalsen van recepten, fraude); 4) systemische criminaliteit: strafbare feiten die samenhangen met het functioneren van de illegale drugshandel, als onderdeel van de aanvoer, distributie en het gebruik van drugs (bijvoorbeeld geweldsdelicten binnen de drugshandel, corruptie).

In dit hoofdstuk komen aan de orde:

- overtredingen van de drugswetgeving (Opiumwet, de Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën) of samenhangend met de drugswetgeving (georganiseerde criminaliteit) en rijden onder invloed (Wegenverkeerswet)
- drugsgebruikers in het strafrechtelijk systeem en de maatregelen en interventies die voor hen beschikbaar zijn.

Over specifieke psychofarmacologische en economisch-dwangmatige delicten en over systemische criminaliteit is geen systematische informatie beschikbaar.

De meeste cijfers in dit hoofdstuk betreffen de Opiumwet. In deze wet zijn smokkel, productie, teelt, handel, bezit en het aanwezig hebben van drugs strafbaar gesteld. Gebruik van drugs is in de Opiumwet niet strafbaar gesteld. Bezit van kleine hoeveelheden drugs voor eigen gebruik wordt niet vervolgd. Als een persoon een kleine hoeveelheid bij zich heeft, wordt die in beslag genomen. Bij bezit van grote hoeveelheden kan ook proces-verbaal en vervolging volgen. Wat verstaan wordt onder 'grote hoeveelheden' is gedefinieerd in de beleidsregels van het Openbaar Ministerie.²³⁷ In de Opiumwet wordt onderscheid gemaakt tussen softdrugs en harddrugs. De strafmaten en de vervolgingsrichtlijnen voor deze categorieën verschillen. De 'softdrugs' en 'harddrugs' die onder de Opiumwet vallen staan opgesomd in lijst I (harddrugs) en lijst II (softdrugs) van de wet.

Handel in en productie van drugs hebben een hogere opsporingsprioriteit dan bezit van drugs en op harddrugsdelicten staat een zwaardere straf dan op soortgelijke softdrugsdelicten. De maximale strafmaat voor productie, handel, en bezit van grote hoeveelheden softdrugs is in juni 2006 verhoogd van vier naar zes jaar gevangenisstraf of een bepaalde geldboete (Opiumwet, art.11).

De cijfers zijn voornamelijk afkomstig uit registraties van justitiële instanties. Wat betreft drugswetcriminaliteit gaat het zowel om de criminaliteit die geregistreerd wordt als een verdachte is aangehouden en geverbaliseerd - de geregistreerde en opgehelderde criminaliteit - als om de criminaliteit die wordt geregistreerd maar niet is opgehelderd (bijvoorbeeld opsporingsonderzoeken georganiseerde drugs-criminaliteit en inbeslaggenomen drugs zonder verdachte). De cijfers kunnen niet zomaar naar de totale drugscriminaliteit – inclusief de niet-geregistreerde - worden vertaald.

De registratiecijfers weerspiegelen altijd ook de opsporingsprioriteiten, capaciteit en de mogelijkheden van opsporingsdiensten om gegevens te leveren. Dit noopt tot voorzichtigheid bij de interpretatie en bij het trekken van conclusies over trends. Ook zijn registratiesystemen dynamisch, ze worden regelmatig aangepast en verbeterd, waardoor latere versies kunnen verschillen van eerdere.

De informatie over criminaliteit die gepleegd wordt door drugsgebruikers is beperkt, omdat justitiële instanties drugsgebruik niet systematisch navragen.

Ondanks deze beperkingen leveren de gegevens van dit hoofdstuk zicht op wat in Nederland bekend is over drugsgelateerde criminaliteit. Naast registraties wordt gebruik gemaakt van gegevens uit recente onderzoeken.

Paragraaf 8.1 beschrijft de belangrijkste resultaten uit 2006. In § 8.2 worden cijfers gegeven over drugswetcriminaliteit in de strafrechtsketen. In § 8.3 gaat het om criminaliteit die gepleegd is door drugsgebruikers en de interventies die hierop gepleegd worden in het strafrechtelijk systeem.

8.1 LAATSTE FEITEN EN TRENDS

- De meerderheid van de opsporingsonderzoeken naar meer ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit is ook in 2006 gericht op drugs.
- De instroom van Opiumwetdelicten in de strafrechtsketen stabiliseert. Tot 2004 was er een oplopende lijn en 2004 was een relatief ‘topjaar’. In 2005 en 2006 vlakkt de lijn af.
- Het aandeel van Opiumwetdelicten in de strafrechtsketen is sinds 2003/2004 vrij constant.
- Het aandeel harddrugsdelicten in de strafrechtsketen daalt, dat van softdrugsdelicten neemt toe.
- Harddrugsdelicten vormen nog wel de meerderheid en ze hebben veruit de overhand in de vrijheidsstraffen en de opgelegde detentie jaren.
- De rechter legt minder (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen op in Opiumwetzaken. Deze daling zette in 2004 al in en geldt niet alleen voor Opiumwetdelicten.

- Opiumwetovertreeders hebben een relatief grote kans om veroordeeld te worden tot een verhoudingsgewijs lange vrijheidsstraf.
- Een vrij groot deel van de Nederlandse gedetineerdenpopulatie heeft problemen met middelengebruik (alcohol of drugs) of gokken. Deze probleemgebruikers zijn vooral veroordeeld voor vermogensdelicten, voor delicten tegen de Opiumwet en geweldsdelicten.

8.2 OVERTREDINGEN VAN DE DRUGSWETGEVING

De volgende ontwikkelingen hangen samen met opsporingsprioriteiten in 2006 en zijn relevant als kader voor de cijfers:

- De verhoogde inspanningen uit het 'Plan van aanpak drugsmokkel Schiphol', die gericht zijn op het terugdringen van invoer van cocaïne door bolletjesslikkers en bodypackers, zijn in 2006 structureel geworden.^{238;239}
- Cocaïnegerelateerde georganiseerde criminaliteit is gedefinieerd als een ernstige dreiging voor de Nederlandse samenleving in termen van zware of georganiseerde criminaliteit. De bestrijding is sinds 2005 een van de zes prioriteiten in de aanpak van de georganiseerde criminaliteit. Hetzelfde geldt voor heroïnesmokkel via de zogenoemde Balkan-route.²⁴⁰
- Het speciale programma tegen ecstasy liep van 2001 tot en met 2006 (de inspanningen worden structureel vanaf 2007). Productie van en handel in synthetische drugs hoort eveneens tot de ernstige dreigingen en tot de zes bestrijdingsprioriteiten.²⁴⁰
- De intensivering van handhavingsactiviteiten gericht op de productie van cannabis is lopende.²⁴¹⁻²⁴³ De integrale benadering, waarin politie, electriciteitsmaatschappijen en woningcorporaties samenwerken, wordt in veel regio's toegepast.^{3;244} De bestrijding van de georganiseerde hennepsteelt is onderdeel van het Programma Versterking Aanpak Georganiseerde Criminaliteit.²⁴⁵

IN BESLAG GENOMEN DRUGS

De dienst Nationale Recherche Informatie van het KLPD rapporteert elk jaar over in beslag genomen drugs. Informatie wordt vergaard bij de politiekorpsen, Koninklijke Marechaussee, de Douane en de Fiscale Inlichtingen en Opsporingsdienst (FIOD-ECD). Registratiewijzen verschillen per politieregio.³ Voor de rapportage over 2006 leverden 26 van de 29 diensten volledige cijfers aan.²⁴⁶ De cijfers geven daarom waarschijnlijk een minimum aan (tabel 8.1).

TABEL 8.1 INBESLAGNAMES VAN VERSCHILLENDE SOORTEN DRUGS IN 2006¹

Soort drug	2006
Hasj	± 4 600 kilo
Marihuana/nederwiet	± 6 600 kilo
Hennepplanten (inclusief stekken) ^{II}	± 1 650 500
Heroïne	± 1 000 kilo
Cocaïne	± 10 600 kilo
Amfetamine	± 600 kilo, ± 38 100 tabletten en ± 3 kilo pasta
Ecstasy (MDMA/MDA/MDEA)	± 700 kilo, ± 4 118 300 tabletten en ± 100 liter
LSD	± 22 600 trips en ± 2 500 tabletten
GHB	± 2 000 tabletten en ± 58 liter
Methadon	± 11,600 tabletten
Paddo's	± 150 kilo
BMK	± 170 liter
PMK	± 100 liter

I. Cijfers zijn afgerond en de inbeslagnames van minder dan 10 kg/liter zijn niet vermeld. II. Volgens Wouters et al. (2007) zijn het er naar schatting 2 800 000 in 2006 en 2 700 000 in 2005.³

Gegevens uit andere bronnen geven aanvullende informatie:

- De beperkte hoeveelheden benzyl-methyl-keton (BMK), grondstof voor amfetamine, en piperonyl-methyl-keton (PMK), grondstof voor ecstasy, betekenen niet zonder meer dat de productie van synthetische drugs in gevaar is gebracht. Er zijn indicaties dat de handelaren hun smokkelroutes hebben verlegd als gevolg van grote inbeslagnames in 2003 en 2004 en dat sprake is van een verschuiving van inbeslagnames van tabletten naar poeder.²⁴⁷
- Nieuwe synthetische drugs zijn in 2006 in beslag genomen: mCPP (ongeveer 380 000 tabletten), methamfetamine (ongeveer 5 000 tabletten), en 'andere vormen van' MDMA zijn gevonden ('Original 69' en 'Explosion').
- Er zijn ongeveer 6 000 hennepkwekerijen ontmanteld - zowel in 2006 als in 2005.³
- Veel cocaïne (± 9 000 kilo) is in beslag genomen door de douane: 3 200 kilo bij passagierscontroles, 1 200 kilo bij controles van luchtvracht en pakketpost op Schiphol, en 4 500 kilo bij controles van zeetransporten.²⁴⁸
- 23 productielocaties voor synthetische drugs zijn ontmanteld, waarvan negen voor de productie van amfetamine en veertien voor ecstasy. Het aantal productielocaties van ecstasy is gedaald sinds de top in 2002, hoewel er een toename is van 2005 naar 2006.^{248;249} De in 2006 ontdekte locaties waren zeer groot en de politie rapporteert dat producenten veel moeite doen om ze te verbergen.

Laboratoria zijn vooral gevonden in het westen en het zuiden van het land. Daar is ook het vaakst dumpafval van productie gevonden (42 maal in 2006). Ecstasy lijkt nog steeds volop beschikbaar. Productie vindt nu volgens het Expertisecentrum (ook) plaats in andere landen. Productieprocessen zijn in het algemeen wel gestopt door de geïntensiveerde handhavingsinspanningen, maar de criminele netwerken rond ecstasy zijn vrij stabiel en zijn onmogelijk geheel uit te roeien.²⁵⁰ Ze kunnen wel ingeperkt worden.

GEORGANISEERDE CRIMINALITEIT IN RELATIE TOT DRUGS

Elk jaar worden de opsporingsonderzoeken naar georganiseerde criminaliteit geïnventariseerd. Dit doet de dienst Nationale Recherche Informatie van het KLPD voor het Europese Dreigingsbeeld van Europol (Organised Crime Threat Assessment, OCTA). De Nationale Recherche, de 25 politieregio's en de bijzondere opsporingsdiensten leveren hiervoor hun lopende en afgesloten opsporingsonderzoeken aan die voldoen aan de EU-criteria voor georganiseerde criminaliteit (tabel 8.2). Door veranderingen in de registratiemethoden zijn de cijfers door de jaren heen niet vergelijkbaar. Gegevens van vóór 2002 zijn niet direct vergelijkbaar met die vanaf 2002 en de dataverzameling over 2005 betreft niet het gehele kalenderjaar (deze diende al eind november van dat jaar afgerond te zijn). Tenslotte heeft in 2006 een ruimere dataverzameling plaatsgevonden, waardoor het totaal aantal in 2006 aanmerkelijk hoger is dan in voorafgaande jaren. Met name het hogere aantal onderzoeken naar de handel in softdrugs is hierdoor beïnvloed. Rapportage over trends op langere termijn wordt om deze redenen hier achterwege gelaten.

TABEL 8.2 OPSPORINGSONDERZOEKEN NAAR MEER ERNSTIGE VORMEN VAN GEORGANISEERDE CRIMINALITEIT, NAAR DRUGSONDERZOEKEN EN HARD- EN SOFTDRUGS, 2000-2006¹

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Totaal aantal onderzoeken	148	146	185	221	289	176	333
- % gericht op drugs	53%	62%	63%	66%	69%	72%	75%
Aantal onderzoeken gericht op drugs	78	90	117	146	200	127	250
- % met harddrugs	82%	83%	83%	83%	84%	85%	79%
- % met softdrugs	55%	41%	45%	39%	27%	41%	60%
- % met alleen harddrugs	45%	59%	55%	61%	69%	59%	40%
- % met alleen softdrugs	18%	17%	17%	17%	11%	15%	21%
- % met hard- en softdrugs	37%	24%	28%	22%	16%	26%	39%
Aantal onderzoeken met harddrugs	64	75	97	121	168	108	198
- % cocaïne				60%	57%	54%	68%
- % synthetische drugs				54%	39%	44%	43%
- % heroïne				17%	18%	29%	29%

1. Binnen een onderzoek kan sprake zijn van handel in en of productie van meerdere soorten drugs. Percentages tellen daarom niet op tot 100%. Bron: KLPD/DNRI, groep Onderzoek en Analyse.

- De meerderheid van de opsporingsonderzoeken (75 procent) is in 2006 gericht op de handel in of productie van drugs.
- Meestal gaat het om zaken met harddrugs.
- De handel in cocaïne is het vaakst (mede) onderwerp van onderzoek. Dan volgen synthetische drugs (productie en handel) en vervolgens heroïnehandel. De onderzoeken naar softdrugs richten zich voor het merendeel op handel en/of teelt van nederwiet (72%) en voor het overige op de handel in hasj (niet in tabel).

Artikel 140 van het Wetboek van Strafrecht stelt deelname aan een criminele organisatie strafbaar. Een Opiumwetdelict in combinatie met art. 140 duidt erop dat de plegers van het delict deel uitmaakten van een criminele organisatie.

- Het Openbaar Ministerie heeft in 2006 415 zaken met deze combinatie afgedaan (tabel 8.3).
- Dit aantal is de afgelopen drie jaren steeds toegenomen.

TABEL 8.3 ZAKEN OPIUMWET MET ARTIKEL 140 WvS AFGEDAAN DOOR OM, 2000-2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Aantal zaken	362	426	361	354	384	405	415

Bron: OMDATA. Bewerking WODC.

Recent is onderzoek gedaan naar (georganiseerde) criminele structuren achter de cannabisteelt in Zuid-Nederland (Limburg, Brabant en Zeeland).²⁴⁴ Hiervoor werden strafdossiers van Opiumwetdelicten uit 2000-2005 onderzocht en werden telers geïnterviewd in de periode 2006/2007. De belangrijkste resultaten zijn:

- De cannabisteelt blijkt wijd verbreid. Er is vrij gemakkelijk aan materialen, kennis en vaardigheden te komen. Growshops spelen hierbij een (deels legale) faciliterende rol.
- Er zijn grofweg vier typen organisatievormen in de cannabisteelt te onderscheiden: (1) kleine en middelgrote zelfstandige thuishouderijen met 100 tot 1 000 planten, (2) telers of exploitanten met grote kwekerijen in bedrijfspanden, (3) exploitanten met vijf tot tien plantages in woningen en (4) criminele samenwerkingsverbanden die op grote schaal cannabis inkopen, verwerken en verhandelen, met name voor de export en die soms ook eigen kwekerijen in bedrijf hebben.
- Gebruik van dwang of geweld tegen kleinschalige telers is niet gevonden, wel zijn er signalen van 'horizontaal' geweld tussen organisaties en van 'rip-offs' van plantages.
- Er zijn indicaties dat criminele organisaties en teelt in niet-stedelijke gebieden belangrijker worden in de cannabisteelt, ten koste van de kleinere (vaak meer ideologisch gedreven) telers.^{3:244:251}

VERDACHTEN OPIUMWET

Het aantal verdachten dat voor een Opiumwetdelict is geverbaliseerd door politie of Koninklijke Marechaussee stabiliseert (figuur 8.1).

- Het zijn er in 2006 ruim 22 duizend. Het aantal nam toe tot 2004 en stabiliseert sindsdien op een relatief hoog niveau.
- Meestal gaat het om een harddrugsdelict: 11 000 maal in 2006, ongeveer evenveel als in 2005, maar minder dan in 2004. Harddrugsdelicten maken de helft uit van de Opiumwetdelicten. Het aandeel harddrugsdelicten is dalende.
- Acht duizend maal betreft het een softdrugsdelict. Van 2000 tot 2005 steeg het aantal verdachten wegens een softdrugsdelict onafgebroken, 2006 laat een stabilisatie zien. Softdrugsdelicten vormen nu 37 procent van de Opiumwetdelicten. Over de jaren heen neemt dit aandeel toe.

- Het aantal delicten met hard- én softdrugs bedraagt in 2006 bijna 2 500. Er is een continu stijgende lijn hierin waarneembaar. Qua aandeel vormen deze delicten slechts elf procent, maar dit percentage neemt de laatste jaren toe.
- Opiumwetverdachten vormen zeven procent van het totaal aantal verdachten bij politie en Koninklijke Marechaussee. Dit aandeel steeg tussen 2000 en 2004 van vijf naar acht procent, sindsdien is het zeven tot acht procent.

FIGUUR 8.1 AANTAL VERDACHTEN OPIUMWETDELICTEN BIJ POLITIE EN KONINKLIJKE MARECHAUSSEE NAAR HARD- EN SOFTDRUGS, 2000-2006^{I,II}



I. Teleenheid is het aantal maal dat in het HKS een verdachte met een proces-verbaal Opiumwet is aangetroffen. II. 2006 zijn voorlopige cijfers. Bron: HKS, KLPD/DNRI.

- Het merendeel van de Opiumwetverdachten is man (tabel 8.4). Tussen 2001 en 2006 neemt het aandeel vrouwelijke verdachten van Opiumwetdelicten toe, maar het is nog steeds veel lager dan het aandeel mannen. Vrouwen zijn relatief vaak betrokken bij softdrugsdelicten, mannen vaker bij harddrugsdelicten.

- De verdachten komen zowel uit kleinere gemeenten als uit middelgrote gemeenten, maar de meesten komen uit grotere steden met meer dan 100 duizend inwoners (niet in tabel). Achttien procent woont in het buitenland. Harddrugsverdachten wonen relatief vaak in een grote stad en in het buitenland. Softdrugsverdachten wonen vaker in de middelgrote en kleinere steden.
- Een aanzienlijk deel van de Opiumwetverdachten heeft meerdere criminele antecedenten. Eenderde heeft er vijf of meer, zeventien procent meer dan tien. Verdachten van harddrugsdelicten hebben in vergelijking het hoogste aantal antecedenten.
- De verdachten zijn meestal tussen de 18 en 44 jaar. Er zijn betrekkelijk weinig verdachten onder de 18 jaar. De gemiddelde leeftijd van verdachten van Opiumwetdelicten neemt toe van 31 jaar in 2001 naar 33 jaar in 2006. Softdrugsverdachten zijn over het geheel genomen ouder dan harddrugsverdachten.

TABEL 8.4 KENMERKEN VAN VERDACHTEN OPIUMWETDELICTEN, NAAR HARD- EN SOFTDRUGS, 2006^I

		<i>Harddrugs</i>	<i>Softdrugs</i>	<i>Beide</i>	<i>Totaal</i>
Totaal aantal		10 259	7 772	2 431	20 866 ^{II}
Geslacht	Man	87%	81%	84%	84%
	Vrouw	13%	19%	16%	16%
Aantal antecedenten ^{III}	1	41%	44%	43%	42%
	2	11%	14%	12%	12%
	3-4	12%	14%	13%	13%
	5-10	16%	16%	17%	16%
	11-20	10%	8%	10%	9%
	21-50	8%	4%	4%	6%
	> 51	3%	1%	1%	2%
Leeftijd bij registratie laatste delict	12-17 jaar	3%	4%	4%	4%
	18-24 jaar	29%	18%	22%	24%
	25-34 jaar	32%	30%	32%	31%
	35-44 jaar	22%	28%	26%	25%
	45-54 jaar	11%	14%	12%	12%
	55-64 jaar	2%	5%	3%	3%
	≥ 65 jaar	0%	1%	1%	1%

I. Unieke verdachten; elke verdachte is éénmaal geteld, ook al wordt hij/zij in een jaar vaker dan éénmaal voor een Opiumwet geverbaliseerd. Het betreft voorlopige cijfers. II. In 404 gevallen is de soort drug onbekend. Deze categorie is hier niet opgenomen. III. Een antecedent is een politiecontact waarbij proces-verbaal van één of meer misdrijven is opgemaakt; het betreft antecedenten uit de totale criminele voorgeschiedenis. Bron: HKS, KLPD/DNRI.

INSTROOM VAN OPIUMWETZAKEN BIJ HET OPENBAAR MINISTERIE

De politie stuurt de processen verbaal inzake Opiumwetdelicten door naar het Openbaar Ministerie (OM). Niet alle processen verbaal worden ingeschreven bij het OM. Strafzaken worden namelijk bij de politie beoordeeld op succes van vervolgbaarheid. Zaken die als 'niet vervolgbaar' worden beoordeeld, worden niet naar de parketten gezonden.

- De instroom bij het OM vertoont dezelfde lijn als die bij politie en Marechaussee (figuur 8.2). Tot 2004 is er een stijging, 2004 was een 'piekjaar', in 2005 volgt een lichte daling en in 2006 is het niveau hetzelfde als in 2005. In 2006 kan gesproken worden van een stabilisatie op een relatief hoog niveau.
- Van de 20 duizend Opiumwetzaken betreffen de meeste (67 procent) bereiding, productie en smokkel/handel van drugs. De rest betreft bezit van drugs. Het aandeel bezits-zaken neemt toe: van 29 procent in 2004 naar 33 procent in 2006 (niet in tabel).
- Het aandeel van de Opiumwetzaken (in % van het totaal aantal zaken) nam toe tussen 2000 en 2004 en stabiliseert sinds 2004 (tabel 8.5). De lagere instroom in 2005 en 2006 is dus onderdeel van een bredere trend van minder instroom in de strafrechtketen, die niet alleen geldt voor Opiumwetdelicten.²⁵²
- Er zijn in 2006 iets minder harddrugszaken ingestroomd dan in 2005. Harddrugszaken dalen sinds 2004. De daling betreft bereiding, productie en smokkel/handel van harddrugs, niet bezit. Harddrugszaken vormen nog een nipte meerderheid.
- De circa 9 400 softdrugszaken vormen 47 procent van de Opiumwetzaken. Over langere termijn is een toename van het aantal en aandeel softdrugszaken waarneembaar. Daarbij gaat het om bereiding, productie en smokkel/handel van softdrugs, in tegenstelling tot de trend bij harddrugs. Waarschijnlijk is dit een gevolg van de meer intensieve en systematische aanpak van de teelt van softdrugs.³
- Tussen 2004 en 2005 deed zich een ommekeer voor: in 2004 ging het bij zaken betreffende bereiding, productie, smokkel en handel van drugs nog meestal om harddrugs, in 2005 (en 2006) gaat het bij de meerderheid van dit type zaken om softdrugs (niet in tabel).
- Als het gaat om het bezit van drugs, dan betreft dit meestal harddrugs. Het aandeel harddrugs hierin neemt toe (van 62 procent in 2004 naar 70 procent in 2006; niet in tabel).

FIGUUR 8.2 AANTAL OPIUMWETZAKEN^I INGESTROOMD BIJ HET OPENBAAR MINISTERIE, NAAR HARD- EN SOFTDRUGS^{II}, 2000-2006



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, WODC.

TABEL 8.5 AANDEEL OPIUMWETZAKEN (IN %) INGESTROOMD BIJ HET OPENBAAR MINISTERIE, NAAR HARD- EN SOFTDRUGS, 2000-2006^I

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Totaal strafzaken (alle wetten)	238 832	238 092	254 300	273 642	275 367	268 513	269 015
Waarvan aandeel Opiumwet	5%	6%	7%	7%	8%	8%	8%
Opiumwet naar type drug							
- Harddrugs	57%	57%	57%	57%	55%	49%	49%
- Softdrugs	39%	40%	40%	40%	42%	47%	47%
- Hard- en softdrugs	3%	3%	3%	3%	3%	4%	4%
	100%	99%	100%	100%	100%	100%	100%

I. Per verdachte kan meer dan een zaak geregistreerd zijn. Bron: OMDATA, WODC.

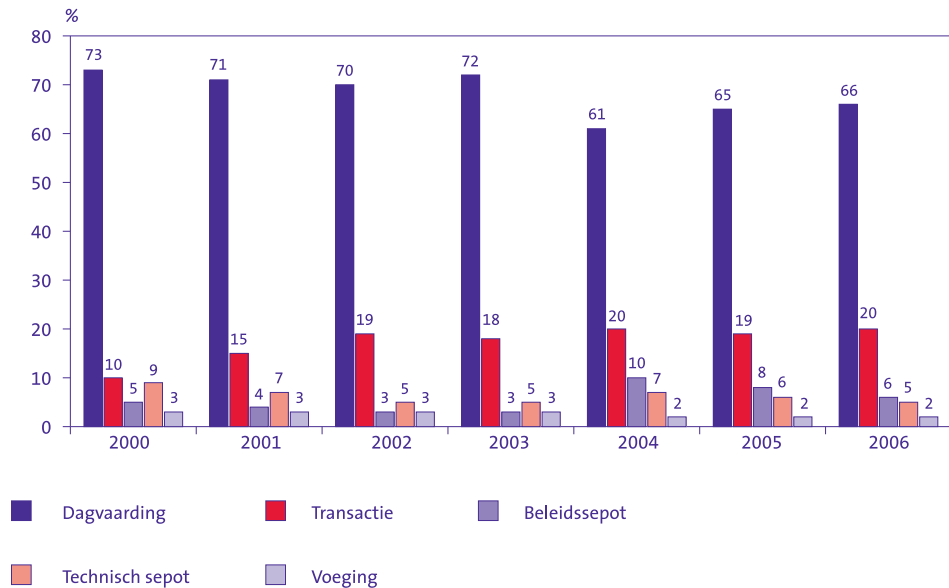
- Uit onderzoek naar zaken in 2004 weten we dat harddrugzaken veelal cocaïne betroffen (40%, voornamelijk import), dan volgde ecstasy (11%, voornamelijk aanwezig hebben/bezit), opiaten (9%, voornamelijk handel) en amfetamine (3%, vooral aanwezig hebben/bezit) en andere harddrugs (zoals LSD en GHB, beide 0,4%).²⁵³
- 35 procent van de zaken betrof nederwiet, voornamelijk productie. Daarbij ging het vaak om wietkwekerijen met een redelijk professionele opzet, met kunstlicht op tijd klokken, centraal geregelde bevoeiingssystemen en afzuiging naar buiten, in een aparte, afgeschermd en verwarmde ruimte.²⁵³

AFDOENING VAN OPIUMWETZAKEN BIJ HET OPENBAAR MINISTERIE

- De meeste van de rond 21 duizend afgedane zaken zijn voor de rechter gebracht (gedagvaard): 66 procent (figuur 8.3).
- Twintig procent van de Opiumwetzaken eindigt met een transactie. Dit percentage fluctueert de laatste jaren tussen de achttien en twintig procent.
- Het aandeel beleidsepots bedraagt zes procent. In 2004 waren er relatief veel beleidsepots. Dit had te maken met het drugskoeriersbeleid op Schiphol³. Het aandeel beleidsepots daalt sinds 2005 weer, maar is nog steeds hoger dan vóór 2004.
- Technische sepots vormen vijf tot zes procent van de zaken. Voegingen komen weinig voor.

^a Harddrugskoeriers zonder antecedenten en met slechts een geringe hoeveelheid drugs werden niet vervolgd maar heengezonden na inbeslagname van de drugs; hun naam werd op de 'zwarte lijst' gezet om toekomstige vluchten naar Nederland te voorkomen.

FIGUUR 8.3 AFDOENING OPENBAAR MINISTERIE IN OPIUMWETZAKEN (IN %), 2000-2006



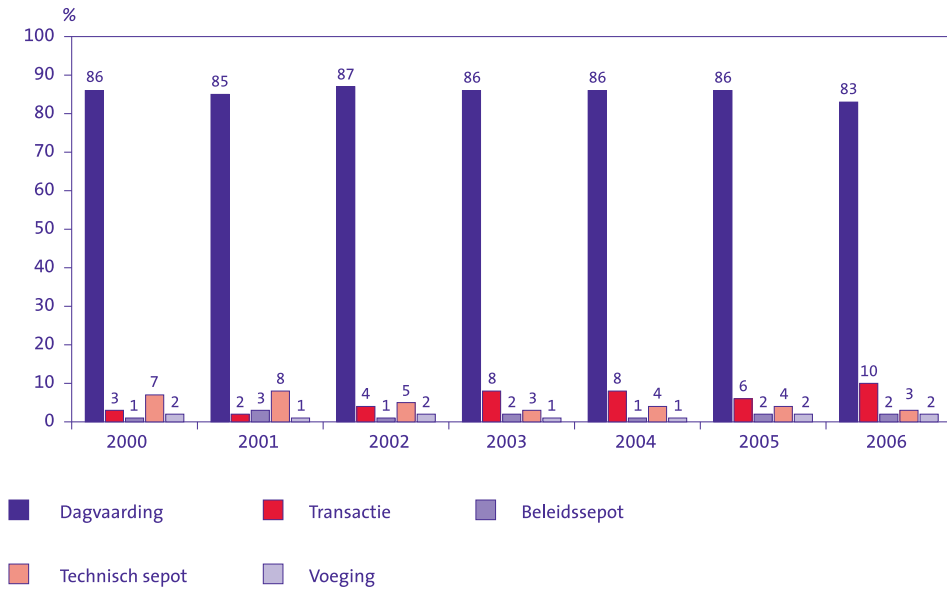
Bron: OMDATA, WODC.

- Opiumwetdelicten vormen acht procent van het totale aantal door het OM afgedane zaken in 2006. Dit aandeel is even hoog als in 2004 en 2005. Daarvoor (2000-2003) nam dit aandeel toe van vijf naar zeven procent.
- Harddrugzaken worden in 68 procent van de gevallen gedagvaard, softdrugzaken in 63 procent, zaken met hard- én softdrugs in 83 procent (figuur 8.4 a-c). In de laatste gevallen wordt duidelijk minder vaak een transactie aangeboden of geseponeerd.
- Transacties komen het meest voor in softdrugzaken. Hierin is sinds 2004 wel een daling te zien.
- Sepots komen het vaakst voor in harddrugzaken (15 procent). Negen procent is een beleidssepot. Bij softdrugzaken is minder geseponeerd (8 procent). Drie procent is een beleidssepot. Zaken met hard- en softdrugs worden het minst vaak geseponeerd: vijf procent, waarvan twee procent een beleidssepot betreft.

FIGUUR 8.4 OPIUMWETZAKEN AFGEDAAN DOOR OPENBAAR MINISTERIE, NAAR TYPE BESLISSING, 2000–2006, (A) HARDDRUGS, (B) SOFTDRUGS, (C) HARD- EN SOFTDRUGS



(c) Hard- en softdrugs



Bron: OMDATA, WODC.

- In 2006 zijn 36 zaken tegen de Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën (WVMC) afgedaan door het OM (tabel 8.6). Het gaat hierbij om precursoren voor vervaardiging van drugs. Het aantal verschilt vrij sterk over de jaren, 2005 was laag, 2006 is hoger. Meestal betreft het WVMC zaken in combinatie met Opiumwet-delicten en dan gaat het altijd om harddrugs.

TABEL 8.6 AFGEDANE ZAKEN WVMC, 2000-2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Alleen WVMC	7	16	6	7	2	5	7
WVMC en Opiumwet	34	64	48	47	38	16	29
Totaal	41	80	54	54	40	21	36

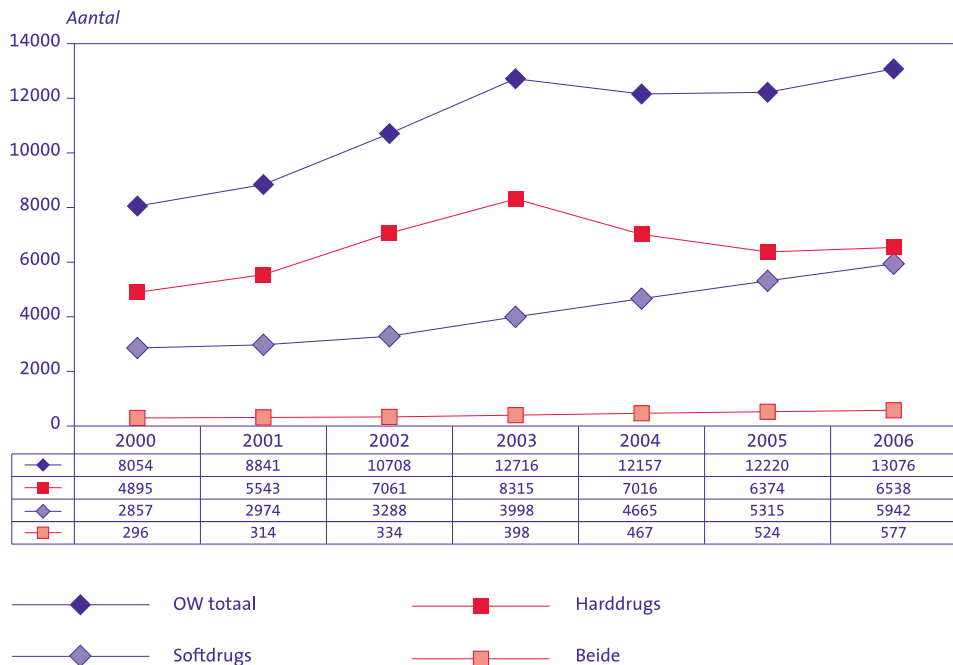
WVMC: Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën. Bron: OMDATA. Bewerking WODC.

AFDOENING DOOR DE RECHTER (IN EERSTE AANLEG)

- De rechter heeft in 2006 meer Opiumwetzaken afgedaan dan in de jaren ervoor. Er is een stijging met zeven procent ten opzichte van 2005 (figuur 8.5; tabel 8.7).
- Het aantal harddrugzaken stijgt licht ten opzichte van 2005.

- Het aantal softdrugszaken stijgt substantieel: met twaalf procent.
- Het aantal zaken waarbij zowel hard- als softdrugs in het spel zijn stijgt tussen 2001 en 2006 continu: in 2006 ligt het aantal van dergelijke zaken ruim 60 procent hoger dan in 2001.
- Opiumwetzaken vormen in 2006 negen procent van het totale aantal door de rechter afgedane zaken. Het aandeel harddrugszaken daalt, terwijl dat van softdrugszaken toeneemt.

FIGUUR 8.5 AANTAL DOOR RECHTER AFGEDANE ZAKEN NAAR HARD- EN SOFTDRUGS, 2000-2006¹



1. Per verdachte kan meer dan een zaak geregistreerd zijn. Bron: OMDATA, WODC.

**TABEL 8.7 AANDEEL DOOR RECHTER AFGEDANE OPIUMWETZAKEN (IN %),
NAAR HARD- EN SOFTDRUGS, 2000-2006¹**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Totaal zaken (alle wetten)	122 733	121 924	128 777	148 189	145 928	145 261	146 860
Opiumwetzaken	8 054	8 841	10 708	12 716	12 157	12 220	13 076
Opiumwet op totaal	7%	7%	8%	9%	8%	8%	9%
Opiumwet naar type drug							
- Harddrugs	61%	63%	66%	65%	58%	52%	50%
- Softdrugs	35%	34%	31%	31%	38%	43%	45%
- Hard- en softdrugs	4%	4%	3%	3%	4%	4%	4%

1. Per verdachte kan meer dan een zaak geregistreerd zijn. Bron: OMDATA, WODC.

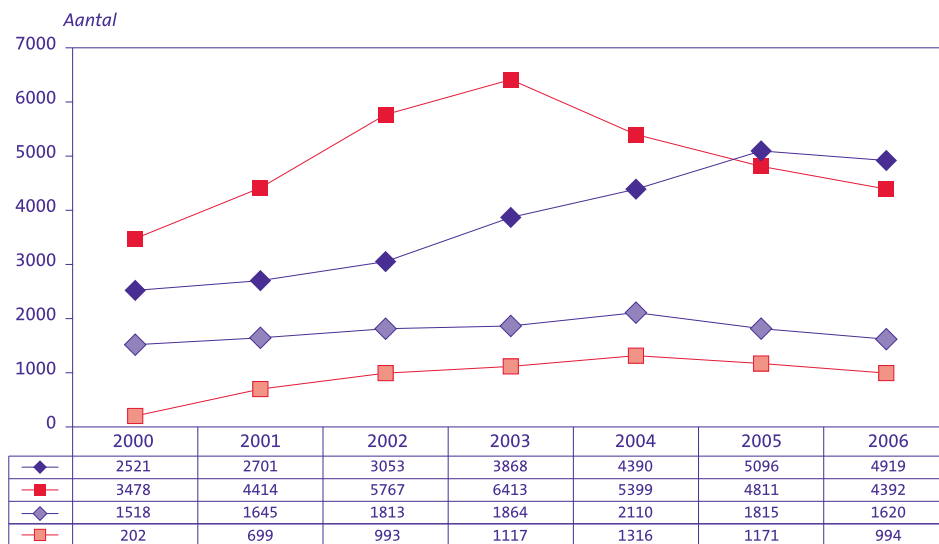
SANCTIES IN OPIUMWETZAKEN

- Figuur 8.6 laat zien hoeveel taakstraffen, (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen en geldboetes door de rechter in eerste aanleg zijn opgelegd, en hoeveel zaken door het OM zijn afgedaan met een financiële transactie.^b Taakstraffen zijn in 2006 het meest opgelegd: ruim 4 900 keer. Tussen 2000 en 2005 is het aantal taakstraffen steeds toegenomen. In 2006 is aan deze toename een einde gekomen. Het gemiddeld aantal dagen taakstraf daalt enigszins sinds 2004 (tabel 8.8).
- Er zijn bijna 4 400 (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen opgelegd. Sinds 2003 is er een duidelijke afname. Ook in 2006 is het aantal opnieuw gedaald. Opiumwetdelicten gaan op dit punt mee in een algemene trend: het totaal aantal vrijheidsstraffen, ook voor andere delicten, neemt af.
- Er zijn in 2005 en 2006 meer taakstraffen opgelegd dan vrijheidsstraffen. De verhouding is gekanteld.
- De gemiddelde duur van een vrijheidsstraf voor een Opiumwetdelict is ruim negen maanden. Er is een daling in gang gezet na 2002. Toen was het gemiddelde nog ongeveer 14 maanden (tabel 8.8).
- Het aandeel Opiumwetdelicten in de vrijheidsstraffen neemt toe. Dit betekent dat Opiumwetdelicten in vergelijking met andere delicten een steeds grotere kans hebben om bestraft te worden met een vrijheidsstraf.
- Er zijn in 2006 ruim 1 600 geldboetes opgelegd. Dit aantal daalt sinds 2004. Het bedrag van een geldboete (mediaan) schommelt tussen de 470 en 500 euro (tabel 8.9).

^b Het aantal ontnemingen kan niet betrouwbaar uit OMDATA worden afgeleid en wordt daarom niet vermeld.

Financiële transacties (door het OM) komen het minst vaak voor als sanctie bij Opiumwetzaken. Het transactie bedrag (mediaan) schommelt sinds 2003 tussen de 250 en 270 euro (tabel 8.9).

FIGUUR 8.6 SANCTIES IN OPIUMWETZAKEN, 2000-2006



Bron: OMDATA. Bewerking WODC.

TABEL 8.8 GEMIDDELTE DUUR (DAGEN) VAN TAAKSTRAFFEN EN (DEELS) ONVOORWAARDELIJKE VRIJHEIDSTRAFFEN IN OPIUMWETZAKEN, 2000-2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Taakstraf	118	124	120	128	117	112	114
Onvoorwaardelijke vrijheidsstraf	400	408	431	390	378	331	296

Bron: OMDATA. Bewerking WODC.

TABEL 8.9 BEDRAG (MEDIAN, IN EURO'S) VAN GELDBOETES EN TRANSACTIES IN OPIUMWETZAKEN, 2000-2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Geldboete	454	500	500	500	480	500	470
Transactiebedrag	113	182	220	250	250	270	250

Bron: OMDATA, bewerking WODC.

VRIJHEIDSTRAFFEN OPIUMWET

- Uiteindelijk belanden in 2006 ruim 4 000 Opiumwetdelinquenten in de gevangenis (tabel 8.10).
- Het aandeel van Opiumwetdelicten in de vrijheidsstraffen is sinds 2002 redelijk constant (16-17%).
- Daders van harddrugsdelicten krijgen veel vaker een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf opgelegd dan daders van softdrugsdelicten.
- Het aandeel detentie jaren wegens Opiumwetdelicten ligt rond de 30 procent. Verreweg de meeste jaren komen voor rekening van harddrugsdelicten, hoewel het aandeel van de softdrugsdelicten is toegenomen.

TABEL 8.10 ONHERROEPELIJK OPGELEGDE VRIJHEIDSTRAFFEN EN DETENTIEJAREN IN OPIUMWETZAKEN, NAAR HARD- EN SOFTDRUGS, 2000-2006¹

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Vrijheidsstraffen totaal (alle wetten)	26 152	27 770	31 774	35 757	32 443	28 713	23 658
Aantal Opiumwet	3 114	3 786	5 070	5 862	5 130	4 508	4 133
Aandeel Opiumwet	12%	14%	16%	16%	16%	16%	17%
- harddrugs	10%	12%	14%	14%	13%	13%	14%
- softdrugs	1%	1%	1%	1%	2%	2%	2%
- hard- en softdrugs	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Detentiejaren totaal	8 873	9 904	11 993	13 070	12 766	10 799	7 842
Aantal Opiumwet	2 294	2 880	3 987	4 252	3 774	2 972	2 243
Aandeel Opiumwet	26%	29%	33%	33%	30%	28%	29%
- harddrugs	22%	26%	30%	30%	26%	23%	24%
- softdrugs	2%	1%	1%	2%	2%	3%	3%
- hard- en softdrugs	2%	2%	2%	1%	2%	2%	2%

I. Exclusief jeugdetentie. II. Een zaak, waarin naast een harddrugsdelict ook een softdrugsdelict ten laste is gelegd, wordt geclassificeerd onder harddrugs. III. Detentiejaren zijn berekend door de som te nemen van het onvoorwaardelijke deel van de strafduur, waarbij het deel dat op grond van de v.i. regeling niet wordt uitgezeten van de strafduur is afgetrokken. Bron: OBJD, WODC.

- Ook in het buitenland zitten Nederlanders in detentie vanwege drugsgerelateerde delicten. In 2006 waren het er ruim tweeduizend, dit is 83 procent van alle Nederlanders in buitenlandse detentie.²⁵⁴ Dit is veel in vergelijking met naburige landen als België, Duitsland, het Verenigd Koninkrijk, of Frankrijk.
- De helft zit vast vanwege het smokkelen van of handelen in cocaïne.

STRAFRECHTELIJKE RECIDIVE VAN OPIUMWETOVERTREDERS

- Na één jaar heeft rond 22 procent van de Opiumwetovertreders een nieuwe strafzaak gehad (algemene recidive, gedefinieerd als ‘alle nieuwe strafzaken naar aanleiding van enig misdrijf, behalve zaken die eindigden in een vrijspraak, technisch sepot of andere technische uitspraak’, tabel 8.11).²⁵⁵
- De algemene recidive loopt op tot 52 procent na acht tot negen jaar.

- Na één jaar heeft zo'n achttien procent een nieuwe ernstige strafzaak gehad, dat wil zeggen: een zaak naar aanleiding van een misdrijf met een wettelijke strafdreiging van minimaal vier jaar. Na acht tot negen jaar loopt deze ernstige recidive op tot 42 procent (niet in tabel).

TABEL 8.11 PREVALENTIE VAN ALGEMENE RECIDIVE VOOR VIER OPEENVOLGENDE COHORTEN¹ VAN OPIUMWETOVERTREDERS

Observatieperiode	1 jaar	2 jaar	3 jaar	4 jaar	5 jaar	6 jaar	7 jaar	8 jaar	9 jaar
Cohort 1997	23%	32%	37%	41%	44%	47%	49%	51%	52%
Cohort 1998	22%	31%	37%	42%	45%	48%	50%	52%	
Cohort 1999	23%	33%	40%	44%	48%	51%	54%		
Cohort 2000	23%	34%	41%	46%	49%	52%			

1. Cohort: personen die in een bepaald jaar ten minste éénmaal zijn veroordeeld voor een Opiumwettelijk delict. Nagegaan is of zij binnen de onderzochte periode opnieuw een strafzaak hadden vanwege een misdrijf. Gegevens zijn onder meer gecorrigeerd voor tijd in detentie. Cohort 1997: n = 8 300, cohort 1998: n = 9 020, cohort 2000: n = 8 869, cohort 2001: n = 8 505. Bron: WODC-Recidivemonitor, 2007.

- Na één jaar heeft acht procent een nieuwe zaak vanwege een Opiumwettelijk delict (tabel 8.12). Na acht tot negen jaar is dit opgelopen tot 25 procent.
- In latere cohorten komt meer recidive voor, zowel algemene als ernstige en specifiek Opiumwettelijk delicten.

TABEL 8.12 PREVALENTIE VAN NIEUWE STRAFZAKEN VOOR EEN OPIUMWETDELICT VOOR VIER OPEENVOLGENDE COHORTEN VAN OPIUMWETOVERTREDERS

Observatieperiode	1 jaar	2 jaar	3 jaar	4 jaar	5 jaar	6 jaar	7 jaar	8 jaar	9 jaar
Cohort 1997	8%	12%	15%	17%	19%	21%	22%	24%	25%
Cohort 1998	7%	11%	15%	17%	20%	22%	24%	25%	
Cohort 1999	8%	13%	16%	19%	22%	24%	26%		
Cohort 2000	8%	13%	16%	20%	22%	24%			

Bron: WODC-Recidivemonitor, 2007.

HET AANDEEL VAN OPIUMWETDELICTEN IN DE STRAFRECHTSKETEN

- Het aandeel van Opiumwetdelicten neemt toe naarmate we verder in de strafrechtsketen komen (tabel 8.13). Hoewel de cijfers afkomstig zijn uit verschillende bronnen en de relatie voorzichtig geïnterpreteerd moet worden, kan gesteld worden dat Opiumwetdelinquenten relatief vaak voor de rechter worden gebracht en een relatief lange gevangenisstraf krijgen.
- Dit geldt voor de hele periode 2001-2006 (niet in tabel): bij de politie en het OM schommelt het aandeel Opiumwetzaken tussen de zes en de acht procent, bij de rechter is het zeven tot negen procent, bij de (deels) onwaardelijke vrijheidsstraffen tussen de twaalf en dertien procent en tenslotte bij de detentiejaren 27 tot 33 procent.
- In de latere schakels van de keten krijgen harddrugsdelicten duidelijk de overhand.
- Het aandeel van softdrugsdelicten neemt in de periode 2001-2006 in de hele strafrechtsketen toe.

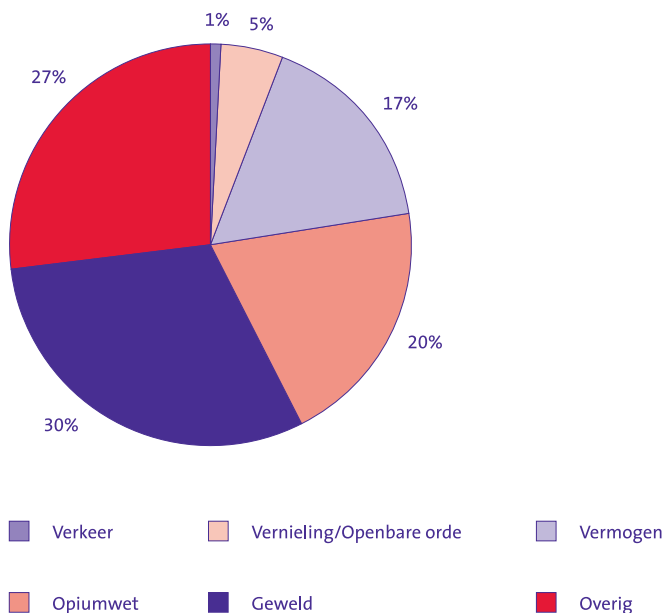
TABEL 8.13 OPIUMWETDELICTEN IN DE STRAFRECHTSKETEN: VERDACHTEN, VEROORDEELDEN, VRIJHEIDSSTRAFFEN EN DETENTIEJAREN, NAAR HARD- EN SOFTDRUGS, 2006

	Politie	OM	Rechter 1e aanleg	Vrijheids- straffen	Detentie- jaren
Totaal Opiumwet	22 145	20 193	13 076	4 133	2 243
- harddrugs	11 090	9 870	6 538	3 317	1 884
- softdrugs	8 127	9 461	5 942	573	199
- beide	2 928	862	596	243	160
% Opiumwet op totaal	7%	8%	9%	17%	29%
% harddrugs-softdrugs					
- harddrugs	50%	49%	50%	80%	84%
- softdrugs	37%	47%	45%	14%	9%
- beide	13%	4%	5%	6%	7%

I. Bij de politie zijn 502 verdachten 'overige Opiumwet' onder 'beide' opgenomen. II. Totaal = totaal aantal zaken. III. Een zaak met een hard- en een softdrugsdelict is hier geïnclassificeerd onder harddrugs. Bronnen: HKS, KLPD/DNRI; OMDATA en OBJD, WODC.

- Het aandeel van Opiumwetdelinquenten in de gedetineerdenpopulatie schommelt rond één op de vijf (figuur 8.7). De meeste gedetineerden zitten voor een geweldsmisdrijf. Opiumwetdelicten vormen de enige categorie die is toegenomen in 2006 (niet in figuur).

FIGUUR 8.7 AANDEEL OPIUMWETDELINQUENTEN IN HET GEVANGENISWEZEN¹ VERGELEKEN MET VIJF ANDERE DELICTGROEPEN, PEILDATUM 30 SEPTEMBER 2006



1. Inclusief extramuraal geplaatste justitiabelen. Extramuraal verblijvenden i.h.k.v. elektronische detentie en penitentiair programma zijn meegeteld evenals door drugskoeriers en illegale vreemdelingen bezette plaatsen van de Directie Bijzondere Voorzieningen. Bron: Criminaliteit en Rechtshandhaving, WODC.

RIJDEN ONDER INVLOED

- Rijden onder invloed van legale en illegale psychoactieve stoffen is strafbaar volgens de Wegenverkeerswet 1994 (art. 8, lid 1 en 3). De wettelijke limiet voor alcohol is gesteld op een bloedalcoholgehalte van 0,5 promille (=g/l) dan wel een adimalcoholgehalte van 235 µg/l. Voor beginnende bestuurders (minder dan vijf jaar in het bezit van het rijbewijs) en voor personen zonder rijbewijs ligt de limiet sinds januari 2006 lager: 0,2 promille ofwel 88 µg/l.
- Een objectieve maatstaf voor psychoactieve medicijnen en voor (illegale) drugs ontbreekt. Deze vallen onder het algemene verbod van artikel 8 lid 1.
- Grootschalige screening van drugs vindt niet plaats omdat instrumenten hiervoor ontbreken.²⁵⁶ Wel wordt hier sinds oktober 2006 onderzoek naar gedaan in het Europese project DRUID (DRiving Under the Influence of Drugs, alcohol and medicines).²⁵⁷ Dit project eindigt in 2010. In de praktijk test de politie alleen op

gebruik van medicijnen of drugs bij afwijkend rijgedrag of op basis van fysieke signalen bij een verkeersongeval. Als aangetoond is dat iemand alcohol heeft gebruikt wordt meestal niet verder gezocht naar gebruik van andere stoffen.

De Adviesdienst Verkeer en Vervoer van Rijkswaterstaat voert jaarlijks onderzoek uit naar rijden onder invloed van alcohol.¹⁵⁹ In samenwerking met de politie worden blaastesten uitgevoerd bij een aselechte steekproef van automobilisten (n = 27 tot 31 duizend) in de vrijdag- en zaterdagavond in de 25 politieregio's in 73 gebieden daarbinnen. In 2006 zijn 29 355 bestuurders getest.

- Drie procent van de automobilisten is in overtreding. Dit is ongeveer evenveel als in 2005. Over langere termijn - 2001 tot en met 2006 - is een daling waarneembaar.
 - Het aandeel overtreders met een promillage van meer dan 1,3 is gedaald van 0,6 procent in 2005 naar 0,4 procent in 2006 (niet significant).
 - West-Nederland kent het hoogste percentage overtreders (3,5 procent), Noord-Nederland het laagste (1,8 procent). Overtreders zijn vooral gevonden in gemeenten met meer dan 100 000 inwoners.
 - Mannen zitten vaker met een te hoog promillage achter het stuur dan vrouwen (3,5 procent tegen 1,8 procent). Mannen zijn vaak 25-34 jaar, vrouwen 35-49 jaar. Er zijn hierin geen veranderingen ten opzichte van 2005.
 - Het percentage overtreders is het hoogst tussen 02.00 en 04.00 uur 's nachts, net als in alle voorgaande jaren.
-
- Volgens het CBS heeft de politie in 2006 ruim 61 duizend verdachten gehoord wegens rijden onder invloed. Tussen 2000 en 2006 is dit aantal fors toegenomen.
 - De politie heeft de bevoegdheid om een verdachte niet-recidivist namens het OM een transactievoorstel te doen indien sprake is van niet meer dan 1,3 promille. Het gaat om bedragen van € 220,- tot € 480,-. Het Centraal Justitieel Incasso Bureau (CJIB) verzorgt sinds 2000 het aanbieden en innen van dergelijke transacties. Als de verdachte betaalt is de zaak afgedaan zonder tussenkomst van het OM, als geen betaling wordt ontvangen wordt de zaak alsnog doorgezonden. Zaken die niet voor afdoening door het CJIB in aanmerking komen worden direct doorgezonden. De CJIB-instroom overlapt dus gedeeltelijk met de instroom bij het OM.
 - In 2006 zijn ruim 28 duizend standaardtransacties aangeboden (tabel 8.14). Dit is iets minder dan in 2005, hetgeen opmerkelijk is omdat in 2006 een verruiming van de wet heeft plaatsgevonden.
 - Het gaat in 92 procent van de gevallen om bestuurders van motorvoertuigen.

TABEL 8.14 INSTROOM STANDAARDTRANSACTIONEN WEGENS RIJDEN ONDER INVLOED BIJ CJIB, NAAR SOORT BESTUURDER EN GECONSTATEERD ALCOHOLGEHALTE, 2002-2006

Aantal	2002	2003	2004	2005	2006
Totaal	11 355	12 488	25 329	28 666	28 220
Bestuurders van motorvoertuigen	10 355	11 374	23 478	26 262	25 837
Waarvan:					
- bloedgehalte 0,20‰ tot en met 0,53‰ ¹	-	-	-	-	2 709
- bloedgehalte 0,54‰ tot en met 0,80‰	7 859	8 680	11 692	12 418	11 669
- bloedgehalte 0,81‰ tot en met 1,30‰	2 496	2 694	11 205	13 058	10.731
- bloedgehalte vanaf 1,31‰	-	-	545	735	621
- bloedgehalte onbekend	1	36	48	51	107
Bestuurders van bromfiets/bromscooter	851	969	1 622	2 105	2105
Fietzers	149	145	229	299	278

1. Alleen beginnende bestuurders (sinds 1-1-2006) en personen zonder rijbewijs (sinds 1-10-2006). Bron: CJIB. Bewerking WODC.

- In ruim 15 duizend zaken werd in 2006 betaling ontvangen door het CJIB. Een vrij groot deel van de uitgestroomde CJIB-zaken, ruim 12 600, is doorgezonden naar het OM.
- Bij het OM zijn in 2006 37 796 zaken ingeschreven. In 83 procent van de gevallen gaat het om een bestuurder van een personenauto of een motor die te veel alcohol heeft gebruikt.

8.3 DRUGSGEBRUIKERS IN HET STRAFRECHTELIJK SYSTEEM

De informatie over drugsgebruikers in het strafrechtelijk systeem is beperkt, omdat noch politie, noch OM, rechter of gevangeniswezen drugs- of alcoholgebruik op systematische wijze registreren. Gerapporteerd wordt uit het registratiesysteem van de politie en uit recent uitgevoerd onderzoek.

DRUGSGEBRUIKENDE VERDACHTEN BIJ DE POLITIE

In het Herkenningssysteem (HKS) van de politie kan aangegeven worden of een verdachte “drugsgebruiker” is. Deze classificatie wordt gebruikt als er aanwijzingen zijn dat een verdachte door drugsgebruik een gevaar kan opleveren voor de verbalisant. Ook kan dit gebeuren op aangeven van de verdachte zelf, bijvoorbeeld als hij/zij zelf aangeeft problemen te hebben met het gebruik van drugs, of als hij/zij om methadon vraagt. Er is een kans dat een verdachte wel drugsgebruiker is, maar

niet als zodanig in het HKS wordt geregistreerd omdat de politie dit niet weet of niet herkent. Waarschijnlijk hebben we te maken met een forse onderschatting. Er bestaan ook regionale verschillen in de registratie van deze categorie.

- Tot 2004 waren er jaarlijks negen- tot tienduizend als “drugsgebruiker” gecategoriseerde verdachten. In 2005 waren het er 9 700 en in 2006 waren er 8 600.
- Ruim 90 procent van de als “drugsgebruiker” gecategoriseerde verdachten is man. Dit is al jaren zo.
- De gemiddelde leeftijd neemt toe en bedraagt 39 jaar in 2006.
- Het aandeel dat in de grote steden woont (250 000 of meer inwoners) daalt tussen 2000 en 2006 van 45 naar 40 procent.
- Ruim 70 procent kwam meer dan tien keer eerder met de politie in aanraking, ruim twintig procent zelfs meer dan 50 keer.
- Vermogensdelicten zonder geweld komen het meest voor. Daarna volgen geweldsdelicten (geen vermogensdelicten) en Opiumwetdelicten (tabel 8.15).
- Het aandeel drugsgebruikers dat verdacht wordt van vermogensdelicten neemt af.
- Het aandeel dat verdacht wordt van overige geweldsdelicten en van Opiumwetdelicten neemt toe.

TABEL 8.15 TYPE DELICT WAAR DOOR DE POLITIE ALS DRUGSGBEGRUIKER GECLASSIFICEERDE PERSONEN VAN VERDACHT WORDEN, 2000-2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Vermogensdelicten zonder geweld	63%	63%	63%	58%	56%	53%	50%
Vermogensdelict met geweld/afpersing	11%	11%	12%	11%	10%	8%	8%
Overig geweld	19%	20%	22%	23%	24%	25%	25%
Opiumwet	18%	18%	19%	22%	22%	24%	25%
Vernieling openbare orde / gezag	20%	21%	23%	23%	23%	22%	22%
Verkeer	10%	10%	10%	10%	11%	11%	11%
Seksueel geweld	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Overige misdrijven	10%	10%	10%	11%	11%	11%	10%

I. Verdachten kunnen verdacht worden van meer dan een type delict. Bron: HKS, KLPD/DNRI.

DRUGS- EN ALCOHOLGEBRUIK ONDER GEDETINEERDEN

In 2006/2007 is onderzoek verricht onder 637 gedetineerden, die zijn gescreend op problematisch alcohol- en drugsgebruik en problematisch gokken in het jaar voorafgaand aan hun detentie.⁴ De screening vond plaats in de eerste weken na instroom in Huizen van Bewaring. Dit kan de vaststelling van psychiatrische symptomen beïnvloeden, gezien de vrij plotselinge abstinentsituatie. Een deel (n = 161) van de

groep met problemen (n = 383) is tevens diepgaander geïnterviewd, waarbij de ernst van de problematiek is geïnventariseerd. Ook is gebruik gemaakt van gegevens uit de politie- en gevangenisregistratie. Vrouwen, jeugdigen, personen van Nederlandse afkomst en gedetineerden met een legale status zijn enigszins oververtegenwoordigd in de steekproef.

TABEL 8.16 PREVALENTIE VAN PROBLEMATISCH MIDDELENGEBRUIK EN GOKKEN (%)¹ ONDER GEDETINEERDEN IN HET LAATSTE JAAR (N=637)

	<i>Percentage</i>
Alcohol	30,0%
Cannabis	33,2%
Opiaten	11,9%
Cocaïne	18,7%
Stimulantia	4,3%
Ecstasy	1,9%
Sedativa ^{II}	15,1%
Gokken	6,0%

I. Meerdere antwoorden mogelijk. II. Niet op doktersrecept. Bron:⁴

- 60 procent van de gedetineerden rapporteert problematisch gebruik van alcohol of drugs en/of problematisch gokken. Problematisch alcohol- en cannabisgebruik komen het meest voor (tabel 8.16).
- De problematische alcoholgebruikers zijn vooral tussen de 25 en 44 jaar oud. Zij hebben gemiddeld twintig criminele antecedenten. (Relatief) veel voorkomende delicten zijn Opiumwetdelicten en vermogensdelicten (ook met geweld), gevolgd door moord/doodslag.
- Problematische cannabisgebruikers zijn vooral jonge mannen. Ze scoren relatief hoog in Opiumwetdelicten, vermogensdelicten (ook met geweld), mishandeling en moord/doodslag. Bij de politie heeft deze groep gemiddeld 28 delicten geregistreerd staan.
- Problematische opiaatgebruikers plegen vaak vermogensdelicten zonder geweld en Opiumwetdelicten. Gemiddeld staan 58 delicten geregistreerd.
- Problematische cocaïnegebruikers plegen vaak vermogensdelicten en Opiumwetdelicten. Het gemiddeld aantal door de politie geregistreerde delicten bedraagt 47.
- Problematisch gebruik van sedativa (niet op doktersrecept) komt meestal voor in combinatie met problematisch gebruik van andere drugs. De leeftijd van deze groep probleemgebruikers ligt vooral tussen 25 en 44 jaar. Ze plegen relatief vaak Opiumwetdelicten. De politie registreerde 44 eerdere delicten.

- De problematische gokkers plegen verhoudingsgewijs vaak vermogensdelicten.
- 47 procent van de probleemgebruikers of – gokkers heeft problemen met één middel; 27 procent heeft problemen met twee middelen (inclusief gokken) en 26 procent heeft problemen met drie of meer middelen. De groep die problemen heeft met twee of meer middelen rapporteert meer symptomen van afhankelijkheid, misbruik en ‘craving’.
- Psychologische en psychiatrische problemen komen veel voor. Meer dan de helft rapporteert persoonlijkheidsproblemen, terwijl angststoornissen en psychotische klachten eveneens substantieel voorkomen. Het lichamelijke functioneren is slecht, vooral bij gebruikers van opiaten en sedativa.
- Drugsgebruik tijdens detentie komt voor, maar de beschikbaarheid van drugs zou van inrichting tot inrichting verschillen.²⁵⁸ Het injecteren van opiaten en stimulantia komt binnen penitentiaire inrichtingen zelden voor.

INTERVENTIES VOOR DRUGSGBRUIKERS IN HET STRAFRECHTELIJK SYSTEEM

In deze paragraaf komt aan de orde:

- De cliënten en activiteiten van de verslavingsreclassering
- Gedragsinterventies in detentie
- Zorg als alternatief voor vervolging en sancties
- SOV en ISD.

Cijfers zijn afkomstig uit de volgende bronnen:

- Het Cliënt Volg Systeem (CVS) van de (verslavings)reclassering. Dit is geïntegreerd in het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS).
- De Dienst Justitiële Inrichtingen heeft informatie verstrekt over Verslaafden Begeleidings Afdelingen (VBA's) in penitentiaire inrichtingen, gebruik van artikel 43, lid 3, SOV en ISD.
- Onderzoeksrapporten.

Verslavingsreclassering

Verslavingsreclassering wordt aangeboden door circa 50 vestigingen van vijftien instellingen voor verslavingszorg. De verslavingsreclassering voert twaalf kernactiviteiten uit op aanvraag van justitiële instanties.²⁵⁹

In 2006 heeft de verslavingsreclassering 16 385 cliënten, meer dan in voorgaande jaren (tabel 8.17). Het beeld is ongeveer hetzelfde als in 2005:

- De gemiddelde leeftijd is 36,5 jaar. De meesten (26 procent) zijn 40-49 jaar.
- 91 procent is man.
- 72 procent is van Nederlandse origine. 28 procent heeft werk, 48 procent heeft maximaal basisschool afgerond, 53 procent woont alleen (niet in tabel).

- De verslavingsproblematiek is voor 74 procent van hen langdurig: langer dan vijf jaar.
- De meesten hebben alcoholgebruik als primair probleem. Dit aandeel stijgt.
- Van de drugsgebruikers hebben de meesten problemen met cocaïne/crack. Opiaten en cannabis vormen minder vaak het primaire probleem. Het aandeel opiaatgebruikers daalt.

TABEL 8.17 CLIËNTEN VAN DE VERSLAVINGSRECLASSERING 2002-2006¹

<i>Cliënten</i>	2002	2003	2004	2005 ¹	2006
Totaal aantal	12 399	14 579	14 875	15 574	16 385
Gemiddelde leeftijd	35	35,3	35,6	36,1	36,5
Aandeel mannen	92%	92%	92%	92%	91%
Primair probleem is alcoholgebruik	38%	40%	43%	46%	47%
Primair probleem is cocaïne/crackgebruik	26%	27%	25%	24%	24%
Primair probleem is opiaatgebruik	25%	21%	18%	16%	15%
Primair probleem is cannabisgebruik	6%	6%	7%	8%	8%
Cliënten met afwisselend zorg en reclassering	7 794	8 501	8 489	8 734	9 457
	(63%)	(58%)	(57%)	(56%)	(58%)

1. Cijfers van een grotere instelling voor verslavingszorg ontbreken in 2005; dummy-cijfers geïmputeerd. Bron: LADIS, SIVZ, 2007.

- De meeste activiteiten van de verslavingsreclassering vertonen een toenemende trend (tabel 8.18).
- Alleen diagnoses en gedragsinterventies zijn er minder geweest in 2006.
- Diagnostische activiteiten worden het vaakst uitgevoerd. Het gaat hierbij om het afnemen van het reclasseringsonderzoek, waarbij zowel de eerdere procedures als de nieuwe standaardinstrumenten Quick Scan en RISc (Risico Inschatting Schalen) worden gebruikt, vanuit de doelstelling om cliënten meer stringent te selecteren voor programma's.^{260;261}

TABEL 8.18 AANTAL MAAL DAT DE VERSLAVINGSRECLASSERING KERNACTIVITEITEN HEEFT UITGEVOERD, 2002-2006^{I, II}

Producten ^{III}	2002	2003	2004	2005	2006
Vroeghulpbezoek	3 629	4 305	4 110	3 962	4 400
Vroeghulpinterventie	995	922	889	1 152	1 494
Trajectbegeleiding ^{IV}	10 048	9 156	1 028	-	-
Toeleiding zorg	1 568	2 115	2 254	2 081	3 226
Toezicht	2 407	3 726	4 919	5 454	7 880
Gedragsinterventies	1 696	2 566	2 929	2 806	2 624
Werkstraf	3 382	4 098	4 650	4 904	5 293
Leerstraf	139	217	241	286	360
Rapporten ^V	7 587	8 746	8 369	8 454	8 931
Diagnose ^{VI}		10 615	10 605	11 504	9 935
Totaal aantal	31 451	43 900	39 994	40 603	44 143

I. Geen cijfers op cliëntniveau of gespecificeerd naar soort middel. II. Cijfers 2001 niet weergegeven want afwijkend omdat implementatietraject CVS in dat jaar plaatsvond. III. Vastgestelde productie na accountantscontrole. IV. Sinds 2004 vervallen. V. Voorlichtingsrapporten, adviesrapporten en maatregelrapporten. VI. Inclusief RISc (3 664 maal afgenomen in 2006). Bron: SVG, 2007.

Gedragsinterventies in detentie

- Gedurende detentie kunnen drugsgebruikers op hun verzoek verblijven in een Verslaafden Begeleidingsafdeling. Er zijn er vijftien in verschillende gevangenissen, met een formele capaciteit van 308 plaatsen. Per eind 2006 zijn 280 VBA-cellen bezet (niet alleen door verslaafden; dit is circa 90 procent van de totale VBA-capaciteit). Dit aantal is ongeveer gelijk aan 2005.
- Ze kunnen deelnemen aan gedragsinterventies indien zij een langere straf hebben en indien verbetering verwacht kan worden. De gedragsinterventies dienen te beschikken over een (voorlopige) accreditatie. Specifiek voor justitiabele problematische gebruikers zijn beschikbaar de leefstijltraining en de terugvalpreventie middelen. Daarnaast is de taakstraf Alcohol Delinquentie beschikbaar (zie: www.justitie.nl/recidive en www.svg.nl).
- Methadonverstrekking tijdens detentie varieert in de praktijk. Nieuwe richtlijnen zijn in de maak.²⁶²

Zorg als alternatief voor vervolging en sancties

- Sinds de jaren negentig wordt ernaar gestreefd om criminele drugsgebruikers, wanneer het gepleegde delict dit toelaat, naar zorgtrajecten toe te leiden als alternatief voor vervolging en sancties (“drang”). Meestal gaat het om deelname aan een

zorgtraject als bijzondere voorwaarde bij schorsing van voorlopige hechtenis (art. 80 Sv) of bij een voorwaardelijke sanctie (art. 14a en 14c Sr). Ook wordt detentievervangende behandeling aangeboden in daartoe bestemde instellingen (art. 43 Pbw).

- In 2006 is meer dan drieduizend maal een probleemgebruiker vanuit detentie naar zorg toegeleid, meestal naar ambulante of semi-residentiële verslavingszorg (tabel 8.19).
- Verwijzingen naar de maatschappelijke opvang en psychiatrische zorg zijn duidelijk toegenomen.
- In 2006 zijn 137 cliënten geplaatst in detentievervangende behandeling (art. 43, lid 3 Pb). Zij verbleven gemiddeld 74 dagen in een kliniek.

TABEL 8.19 AANTAL TOELEIDINGEN NAAR ZORG DOOR VERSLAVINGSRECLASSERING NAAR AARD ZORGINSTELLING, 2002-2006¹

Aard zorginstelling	2002	2003	2004	2005	2006
Niet-klinische verslavingszorg (ambulant en deeltijd)	474	725	796	765	1 194
Klinische verslavingszorg	650	863	926	732	934
Maatschappelijke opvang	126	170	196	174	345
Niet-klinische psychiatrische zorg	44	83	113	153	284
Zorg door een psychiatrische polikliniek	20	35	32	53	105
Psychiatrische deeltijdbehandeling	28	50	48	42	100
Psychiatrische zorg door een Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis	123	75	52	54	79
Zorg door een RIBW	5	11	9	18	44
Zorg door een RIAGG	8	18	12	12	30
Internaten voor dak- en thuislozen	22	24	22	22	29
Psychotherapie	8	18	23	22	28
Sociale pensions	24	23	18	16	26
Crisisopvang 24 uur	19	19	19	10	21
Overig	17	10	5	8	15
Totaal	1 568	2 124	2 267	2 081	3 234

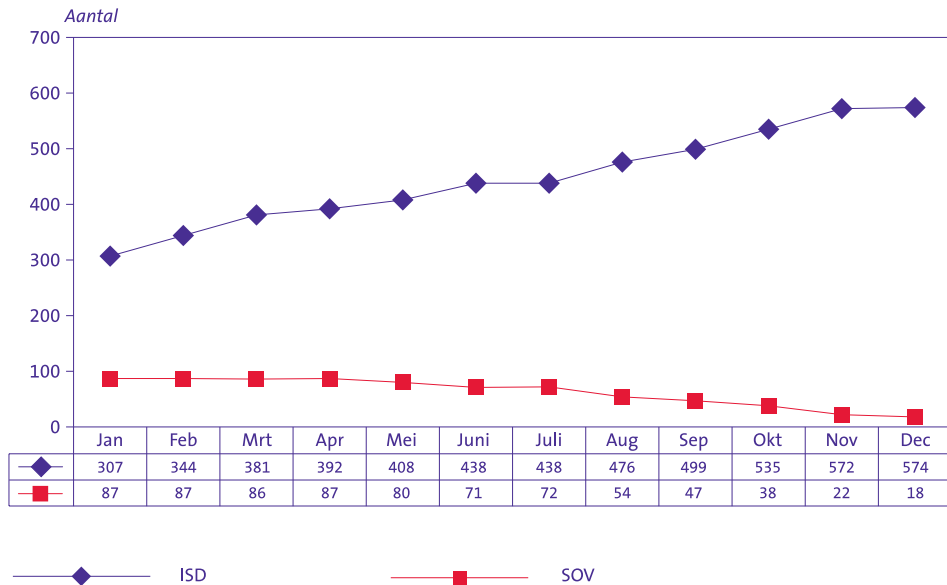
I. Geen cijfers op cliëntniveau beschikbaar, niet gespecificeerd naar soort middel. II. Inclusief 24 activiteiten die niet tot aantoonbare productie hebben geleid. Bron: SVG (www.svg.nl).

De Strafrechtelijke Opvang Verslaafden en de Inrichting voor Stelselmatige Daders

- De (experimentele) maatregel Strafrechtelijke Opvang Verslaafden startte in 2001 en is vanaf 2004 opgeheven. Het programma SOV is als module geïncorporeerd in de maatregel tot plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD).

- De ISD is in oktober 2004 van kracht geworden.^{263;264} Een persoon die stelselmatig delicten pleegt, ook al zijn dit kleinere delicten, kan onder deze maatregel maximaal twee jaar gevangen gezet worden.
- Zowel de SOV als de ISD worden opgelegd door de rechter. De personen die deze maatregelen opgelegd krijgen worden geplaatst in een penitentiaire inrichting. Gedragsinterventies vinden binnen en buiten de inrichting plaats.
- Verschillen tussen de SOV en ISD zijn:^{265;266}
 - ISD heeft een bredere doelgroep: ook vrouwen, niet-verslaafden en daders met ernstige psychiatrische problematiek krijgen een ISD opgelegd.
 - De ISD heeft een grotere capaciteit: 1 000 plaatsen in 2007, waarvan 874 in penitentiaire inrichtingen en 126 in zorginstellingen buiten de penitentiaire inrichting.
 - Er is geen vast programma in de ISD.
 - Er is een meer stringente screening en selectie voor gedragsinterventies.
 - Er zijn casusoverleggen voorafgaand aan de ISD, wanneer een potentiële ISD'er het strafrechtssysteem binnenkomt, gericht op het plannen van interventies.
- Het aantal deelnemers in de SOV loopt af en dat van ISD'ers neemt toe (figuur 8.8). Het gemiddeld aantal ISD-deelnemers per maand in 2006 is 448, meer dan in 2005. Van deze deelnemers verbleven er gemiddeld per maand 140 in basisregime, 264 participeerden in een gedragsinterventie binnen de penitentiaire inrichting en 44 in een zorgprogramma buiten de inrichting.
- Naar schatting 95 procent van de ISD'ers is problematisch harddrugsgebruiker/verslaafd.

FIGUUR 8.8 AANTAL DEELNEMERS PER MAAND IN SOV EN ISD, 2006



Bron: Dienst Justitiële Inrichtingen, 2006.

Over de effectiviteit van de SOV is het volgende bekend:²⁶⁷

- SOV-deelnemers zijn vooral chronische opiaatverslaafden. Ze waren vele malen eerder in behandeling en hebben een lange criminele carrière van voornamelijk vermogensdelicten.
- Snel na plaatsing in de SOV ervaren ze een verbetering van hun lichamelijke en psychische gezondheid.
- Een groot deel van hen doorloopt niet alle fasen van de SOV. De helft komt niet verder dan fase een, 21 procent stopt bij fase twee, 32 procent komt in fase drie.
- Meer dan 40 procent van de deelnemers kan na afloop van de SOV beschouwd worden als een succes. Zij plegen nog wel delicten, maar minder *of* gebruiken minder vaak drugs (maar wel nog methadon) *of* functioneren maatschappelijk beter (hebben werk of dagbesteding, maken geen nieuwe schulden en hebben een stabiele leefsituatie).
- Bij een striktere definitie van succes als ‘verbeteringen in criminele recidive en verslaving’ is de succesratio lager: twaalf tot 28 procent (afhankelijk van de exacte definitie).
- Bij een nog striktere definitie van succes als ‘verbeteringen in criminele recidive en verslaving en maatschappelijk functioneren’ is de succesratio twaalf tot 21 procent.

- De succesratio daalt in de loop van de tijd: een jaar na afloop van de SOV is zeven tot 22 procent te beschouwen als een succes (in brede zin).
- SOV is effectiever dan reguliere detentie.
- SOV is even effectief als reguliere gedragsinterventies onder drang.
- Als ervan wordt uitgegaan dat SOV-deelnemers een langere behandel- en criminele geschiedenis hebben dan problematische gebruikers die onder drang deelnemen aan een zorgtraject, dan kan dit betekenen dat de SOV een moeilijker groep heeft bereikt en dat de uitkomsten gunstig zijn voor de SOV.

Over de implementatie van de ISD is het volgende bekend:^{265;268;269}

- Meer personen krijgen een ISD dan eerder een SOV (door de grotere capaciteit). De capaciteit van de ISD is echter niet volledig benut.
- Er wordt systematisch gescreend met de RiSc.
- ISD'ers hebben veel ernstige psychiatrische problematiek, soms in combinatie met beperkte intellectuele capaciteiten.
- De invoering van de ISD ging te haastig en was slecht voorbereid.
- De toeleiding naar zorg is lager dan beoogd; de aansluiting tussen detentie en zorg hapert.
- De samenwerking tussen justitie, zorg en lokale actoren is verbeterd. Casus-overleggen verlopen goed volgens betrokkenen, maar er zijn knelpunten met betrekking tot verdeling van verantwoordelijkheden en taken en met betrekking tot financiën en capaciteit.

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

Actueel gebruik

Het gebruik van een middel in de afgelopen maand, ongeacht de frequentie (van eenmalig tot dagelijks). Actuele gebruikers tellen automatisch mee met de recente gebruikers (gebruik afgelopen jaar), die weer automatisch meetellen met de ooitgebruikers (gebruik ooit in het leven).

Afhankelijkheid

Zie: Verslaving.

Allochtoon, buitenlands, etnisch

Door verschillen in definities zijn cijfers over allochtonen niet altijd met elkaar vergelijkbaar. Enkele definities zijn:

Volgens het ministerie van Binnenlandse Zaken, de VNG, het Peilstationsonderzoek scholieren, de Antenne-monitor en meestal gehanteerd in dit Jaarbericht (tenzij anders aangegeven): “allochtoon” is een inwoner van Nederland die in het buitenland is geboren, of een inwoner van wie minimaal één van de ouders in het buitenland is geboren.

Volgens het CBS: “allochtoon” is een inwoner van Nederland van wie minimaal één van de ouders in het buitenland is geboren, ongeacht het geboorteland van de persoon zelf.

Volgens de GGD Amsterdam: “buitenlander” is een inwoner die zelf in het buitenland is geboren.

Volgens het LADIS: “allochtoon” is een cliënt die volgens de eigen beleving een culturele herkomst heeft van buiten Nederland.

Ambulante verslavingszorg

Verslavingszorg waarbij de cliënt niet wordt opgenomen in een instelling. Bij intramurale verslavingszorg wordt de cliënt wel opgenomen in een instelling.

Autochtoon

Volgens het ministerie van Binnenlandse Zaken, de VNG, het Peilstationsonderzoek scholieren, de Antenne-monitor en meestal gehanteerd in dit jaarbericht (tenzij anders aangegeven): “autochtoon” is een persoon die in Nederland is geboren én wiens beide ouders in Nederland zijn geboren.

Boerencoke

Anders dan de naam suggereert, is “boerencoke” géén vorm van coke, dat wil zeggen cocaïne. Boerencoke is speed, dat wil zeggen amfetamine. De uitdrukking “boerencoke” is ontstaan uit het gebruik van amfetamine door plattelandsjongeren als een goedkoper vervangingsmiddel voor de duurdere cocaïne. Amfetamine die op deze manier wordt gebruikt werd daarom aanvankelijk betiteld als “de boerenkool van de coke”. Deze uitdrukking is vervolgens verkort tot de nu gangbare uitdrukking “boerencoke”.^{22;119}

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 ontwenningverschijnselen zijn na het stoppen met gebruik en het risico op misbruik en verslaving lager is.

Chinezen

Het roken van heroïne vanaf folie.

Cliënt LADIS

Cliënt van de (ambulante) 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, methadonverstrekking, reclassering, of gecontroleerde toegang tot een gebruikersruimte. Cliënten die na enige tijd geen gebruik meer maken van de hulpverlening, worden automatisch uitgeschreven en tellen niet meer mee met het aantal cliënten. Binnen het LADIS wordt gecorrigeerd op dubbeltellingen. Dezelfde persoon telt maar één keer mee bij de bepaling van het aantal cliënten.

Dagopname

Opname in een ziekenhuis voor maximaal één dag waarbij de patiënt niet overnacht in het ziekenhuis.

DSM

DSM staat voor Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. De DSM is een handleiding om te bepalen welke psychische stoornis iemand heeft. Verslaving is volgens de DSM één van de psychische stoornissen. De DSM-III-r is de derde gewijzigde (revised) versie en de DSM-IV is de vierde versie.

Gebruik

Het gebruik van een middel ooit in het leven (ooitgebruik), in het afgelopen jaar (recent gebruik), of in de afgelopen maand (actueel gebruik). Actuele gebruikers tellen automatisch mee met de recente gebruikers, die weer automatisch meetellen met de ooitgebruikers.

Gemakzaken

Zie: Tabaks- en gemakzaken.

Hallucinatie

Gewaarwording (zien, horen of voelen) die iemand heeft, maar die andere mensen niet hebben. Hallucinaties kunnen een symptoom zijn van een psychische stoornis, maar worden door sommige mensen bewust opgeroepen via hallucinogenen.

Hallucinogenen

Middelen die hallucinaties oproepen zoals paddo's en LSD. Ook wel psychodysleptica genoemd. Ook cannabis kan soms hallucinaties veroorzaken.

Hardcore

Harde vorm van muziek op houseparty's.

Harddrugs

Drugs op lijst I van de Opiumwet. Deze drugs vormen een onaanvaardbaar risico voor de volksgezondheid. Tot de harddrugs horen bijvoorbeeld heroïne, cocaïne, crack, ecstasy en amfetamine.

Hepatitis

Een erg besmettelijke ziekte waarbij de lever wordt aangetast door het hepatitis virus. Het hepatitis virus komt voor in verschillende vormen: het hepatitis A, het hepatitis B en het hepatitis C virus. HBV is het hepatitis B virus en HCV is het hepatitis C virus.

Hoofddiagnose

De belangrijkste ziekte waarvoor iemand in ziekenhuis wordt opgenomen.

ICD

International Classification of Diseases. De ICD is het diagnostisch classificatiesysteem van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) voor lichamelijke ziektes, ongevallen en psychische stoornissen. Ook doodsoorzaken worden in ICD-codes geregistreerd. De ICD-9 is de negende en de ICD-10 is de tiende versie. Zie ook bijlage C.

Intramurale verslavingszorg

Verslavingszorg waarbij de cliënt wordt opgenomen in een instelling.

Klinische opname

Opname in een ziekenhuis waarbij de patiënt één of meer nachten in het ziekenhuis verblijft.

Mellow

Vorm van muziek op houseparty's die melodieus is en minder hard dan hardcore muziek.

Misbruik

Een vorm van problematisch gebruik van een middel waarbij (nog) geen sprake is van verslaving. Misbruik wordt vastgesteld via diagnostische classificatiesystemen zoals de DSM en de ICD. Kenmerken van misbruik zijn: verplichtingen thuis op school of op het werk niet nakomen, gebruik in gevaarlijke situaties (bijvoorbeeld autorijden onder invloed), in aanraking komen met justitie en doorgaan met het gebruik ondanks de problemen die daardoor ontstaan.

Narcotica

Verdovende middelen. Algemene (maar incorrecte) verzamelnaam voor drugs.

Nederwiet

Wiet (een cannabisproduct) die in Nederland wordt geproduceerd.

Nevendiagnose

Een aanvullende of onderliggende ziekte waarvoor iemand, naast de belangrijkste ziekte (de hoofddiagnose), in het ziekenhuis wordt opgenomen.

Ooitgebruik

Het gebruik van een middel ooit in het leven, ongeacht de frequentie (van éénmalig tot dagelijks). Het ooitgebruik zegt nog niets over het recent of het actueel gebruik. Iemand die al lang geleden eens met een middel experimenteerde dat voor de toenmalige generatie populair was, blijft de rest van zijn of haar leven meetellen met de ooitgebruikers.

Parkstad Limburg

Het samenwerkingsverband tussen de Zuid-Limburgse gemeenten Brunssum, Heerlen, Kerkrade, Landgraaf, Nuth, Onderbanken, Simpelveld en Voerendaal. (De gemeente Nuth heeft zich inmiddels onttrokken aan het samenwerkingsverband.)

Partydrugs

Drugs die door sommige feestgangers worden gebruikt op feesten, zoals ecstasy, amfetaminen, cannabis, GHB en LSD.

Polydrugsgebruik

Het gebruik van meerdere drugs door elkaar, bijvoorbeeld heroïne en cocaïne.

Primair probleem

Heeft iemand problemen met twee (of meer) middelen, dan is het primaire probleem het middel dat de grootste problemen veroorzaakt. Het andere middel is dan het secundaire probleem.

Primaire doodsoorzaak

De directe oorzaak van iemands overlijden. Overlijdt iemand direct door een overdosis drugs, dan is dat de primaire doodsoorzaak. Overlijdt iemand door een ongeval dat plaatsvond onder de invloed van een drug, dan is het ongeval de primaire doodsoorzaak. De drug is dan een secundaire doodsoorzaak.

Problematisch gebruik

Het gebruik van een middel op zo'n manier dat hierdoor lichamelijke, psychische of sociale problemen ontstaan, of op zo'n manier dat maatschappelijke overlast ontstaat. Problematisch gebruik is niet altijd verslaving. "Misbruik" is een vorm van problematisch gebruik waarbij geen sprake is van verslaving.

Psychodysleptica

Zie: Hallucinogenen.

Psychonauten

Een "psychonaut" is letterlijk iemand die op reis gaat in de geest. Als psychonauten drugs gebruiken, dan doen ze dat om hun mentale ontdekkingsreis te stimuleren. Sommige psychonauten gebruiken alleen natuurlijke drugs zoals paddo's en cactussen. Andere psychonauten gebruiken ook synthetische drugs als mentaal vervoersmiddel. Op de website www.psychonaut.com wisselen psychonauten hun ervaringen uit.

Psychose

Psychische stoornis waarbij iemand hallucinaties heeft, dat wil zeggen dingen ziet, hoort of voelt die door andere mensen niet worden waargenomen. Duurt de stoornis niet langer dan één maand, dan spreekt men van een kortdurende psychotische stoornis.

Recent gebruik

Het gebruik van een middel in het afgelopen jaar, ongeacht de frequentie (van eenmalig tot dagelijks). Recente gebruikers tellen automatisch mee met de ooitgebruikers (gebruik ooit in het leven).

Recreatief gebruik

Gebruik van een middel (doorgaans in de vrije tijd) waarbij van het middel wordt genoten zonder dat er sprake is van problematisch gebruik (misbruik of verslaving).

Schizofrenie

Psychische stoornis waarbij iemand hallucinaties heeft, dat wil zeggen dingen ziet, hoort of voelt die door andere mensen niet worden waargenomen. Door de stoornis functioneert men slechter op school, werk en in het gezin. Men spreekt pas van schizofrenie als de stoornis minimaal zes maanden duurt.

Secundair probleem

Heeft iemand problemen met twee (of meer) middelen, dan is het secundaire probleem het middel dat relatief de minste problemen veroorzaakt. Het andere middel is dan het primaire probleem.

Secundaire doodsoorzaak

Een oorzaak die indirect heeft bijgedragen aan het overlijden. Overlijdt iemand door een ongeval dat plaatsvond terwijl hij/zij onder de invloed was van een drug, dan is de drug een secundaire doodsoorzaak.

Softdrugs

Drugs op lijst II van de Opiumwet, met name cannabis. Drugs met minder risico voor de volksgezondheid dan de harddrugs op lijst I van de Opiumwet.

Startleeftijd

Leeftijd waarop iemand voor het eerst een middel heeft gebruikt. De startleeftijd kan worden bepaald voor de ooitgebruikers (gebruik ooit in het leven), de recente gebruikers (gebruik in het afgelopen jaar) en de actuele gebruikers (gebruik in de afgelopen maand). Ook kan de startleeftijd worden bepaald voor verschillende leeftijdsgroepen. De startleeftijd hangt af van de groep waarvoor deze wordt berekend.

Zo lag in 2005 voor de ooitgebruikers van cannabis de startleeftijd in de leeftijdsgroep van 15 tot en met 24 jaar op gemiddeld 16,4 jaar en in de leeftijdsgroep van 15 tot en met 64 jaar op gemiddeld 19,6 jaar. De gemiddelde startleeftijd kan in een jonge leeftijdsgroep lager zijn dan in een brede 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.

Tabaks- en gemakszaken

Winkels waarin doorgaans producten worden verkocht zoals tabaksproducten (sigaretten, sigaren, shag), rokersbenodigdheden (pijpen, aanstekers), tijdschriften, kranten, wenskaarten, snacks, zoetwaren en loten (staatsloten, lottoformulieren, krasloten).

THC

Tetrahydrocannabinol, het belangrijkste psychoactieve bestanddeel van cannabis.

Verslaving

Problematisch gebruik van een middel waarbij sprake is van afhankelijkheid. Doorgaans verstaat dit Jaarbericht onder "verslaving" de klinische diagnose van afhankelijkheid. Voor justitiële monitors is het echter niet mogelijk om klinische diagnoses te stellen. Justitiële monitors registreren bijvoorbeeld extra gevaar vanwege drugsgebruik of 'duidelijke aanwijzingen voor verslaving' (zie §8.3.2., SRM). De klinische diagnose van afhankelijkheid wordt vastgesteld via classificatiesystemen als de DSM en de ICD. Kenmerken van afhankelijkheid zijn: vaak in grote hoeveelheden of langere tijd gebruiken, steeds meer van het middel nodig hebben voor het gewenste effect (gewenning), onthoudingsverschijnselen, het middel gebruiken tegen onthoudingsverschijnselen, willen stoppen terwijl dat niet lukt, veel tijd besteden om aan het middel te komen of om er van te herstellen, opgeven van belangrijke bezigheden thuis, op school, op het werk, of de vrije tijd en doorgaan met het gebruik ondanks het besef dat dit veel problemen oplevert.

Voortgezet speciaal onderwijs

Onderwijs voor Moeilijk Lerende Kinderen (MLK), onderwijs voor kinderen met Leer- en OpvoedingsMoeilijkheden (LOM) en onderwijs voor Zeer Moeilijk Opvoedbare Kinderen (ZMOK).

II. DRUGSCRIMINALITEIT^a

Afdoening door de rechter

Eindbeslissing, door schuldigverklaring, vrijspraak, ontslag van alle rechtsvervolging of een van de overige einduitspraken.

Afdoening door openbaar ministerie

Eindbeslissing over een bij het parket ingeschreven proces-verbaal door sepot, voeging ad informandum, voeging ter berechting, transactie of overdracht aan de afdeling rechtbankzaken van een ander parket.

Antecedent

Een antecedent is een politiecontact waarbij proces-verbaal van één of meer misdrijven is opgemaakt.

Beleidssepot

Beslissing van het openbaar ministerie waarbij het afziet van vervolging van een geconstateerd strafbaar feit op grond van het algemeen belang.
Zie ook: Sepot.

Dagvaarding

Officieel geschrift (deurwaardersexploot) dat iemand oproept op een bepaalde tijd voor de rechter te verschijnen in verband met het de vervolging van een aan de opgeroepene ten laste gelegd strafbaar feit (strafprocesrecht).

Drang

Bij drang probeert men een gebruiker, die zich in het strafrechtelijk systeem bevindt vanwege een zoveelste delict, in de richting van een zorgtraject te 'duwen'. De gebruiker krijgt de keuze tussen een zorgtraject of een strafrechtelijke sanctie. De keuze wordt beïnvloed: als de gebruiker kiest voor een zorgtraject kan hij niet alleen zijn situatie verbeteren, maar worden ook de verdere vervolging en straf geschorst of opgeschort. Doet hij dat niet, of houdt hij zich niet aan de voorwaarden van justitie, dan volgt tennitvoerlegging van de strafrechtelijke sanctie.

Dwang

Bij dwang heeft de gebruiker in tegenstelling tot "drang" geen keuze. Hij kan worden opgenomen zonder zijn instemming.
Zie ook: Drang.

^a Bron van begrippenlijst: Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen, 2003;
Bewerking WODC

Eerste aanleg, (in -)

Primaire rechterlijke instantie waar een zaak wordt behandeld.

Zie ook: Hoger beroep.

Eindvonnis

Uitspraak door de rechter, die een burgerlijke zaak, begonnen met een dagvaarding, voor een bepaalde instantie definitief beëindigt.

Zie ook: Tussenvonnis.

Gevangenisstraf

Vrijheidsstraf, levenslang of tijdelijk met een strafduur van ten hoogste twintig 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.

Hoger beroep

Gewoon rechtsmiddel, ook appèl genoemd, toegekend aan iedere in eerste instantie verschenen en geheel of ten dele in het ongelijk gestelde partij; inzet van het geding is de in eerdere instantie gewezen beslissing.

Inverzekeringstelling

Vrijheidsbeneming gedurende ten hoogste vier dagen op bevel van de (hulp-) officier van justitie, wanneer de tijd dat een verdachte voor verhoor mag worden opgehouden (zes uur) niet voldoende is.

Meerderjarige verdachte

Degene die ten tijde van begaan van een strafbaar feit 18 jaar of ouder is.

Minderjarige verdachte

Degene die ten tijde van begaan van een strafbaar feit jonger is dan 18 jaar. Afhandeling van (jeugd)zaken van eenvoudige aard gebeurt veelal via Halt(bureaus).

NB. Niemand kan strafrechtelijk worden vervolgd voor een feit begaan voordat hij de leeftijd van 12 jaar heeft bereikt.

Misdrijf

Strafbaar feit van de zware soort, als zodanig aangeduid in de strafwetten; indeling van strafbare feiten in misdrijven en overtredingen is van belang bij het procesrecht (absolute competentie en rechtsmiddelen) en de strafbaarstelling; berechting in eerste aanleg gebeurt in de meeste gevallen door de rechtbank.

Zie ook: Overtreding.

Niet-ontvankelijkheid

Eindbeslissing waarbij de rechter het verzoek of de eis van een partij afwijst of het openbaar ministerie het recht te vervolgen ontzegt, op een grond die buiten de zaak zelf ligt (zoals een procedurefout).

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 19 rechtbanken.

NB. De sector kanton (vroeger: kantongerecht) is sinds 1 januari 2002 opgenomen in de organisatie van de rechtbank.

Reclassering

Instantie die zich ten doel stelt door haar inspanningen een aantoonbare bijdrage te leveren aan de herinpassing van reclasseringscliënten in de samenleving. Daarmee wordt tevens beoogd herhaling van strafbaar gedrag te voorkomen. Dit doet zij door onderzoek en rapportage omtrent de persoon en omstandigheden van de verdachte of veroordeelde, het opstellen van plannen van aanpak om de gestelde doelen te bereiken, het uitoefenen van begeleiding en toezicht tijdens de uitvoering daarvan en het toezicht op de uitvoering van taakstraffen. Slechts in die gevallen dat er duidelijke aanknopingspunten zijn voor gedragsverandering en de kans op succes in grote mate aanwezig lijkt, zullen intensieve programma's met dat doel worden aangewend.

Schuldigverklaring

Uitspraak door de rechter, waarbij hij het door het openbaar ministerie ten laste gelegde feit bewezen en een strafbaar feit acht en van oordeel is dat de verdachte strafbaar is.

Sepot

Beslissing van het openbaar ministerie waarbij het, op beleidsmatige of technische gronden, afziet van vervolging van een geconstateerd strafbaar feit.

Zie ook: Beleidssepot, Technisch sepot.

Strafzaak

Het bij een parket ter vervolging 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 strafvervolgning 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 strafvervolgning 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. Zie ook: Arrest, Tussenvonnis.

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.

Zie ook: Ontslag van rechtsvervolging, Schuldigverklaring.

BIJLAGE B

BRONNEN

Deze bijlage geeft een schematisch overzicht van de belangrijkste bronnen van de Nationale Drug Monitor (NDM) voor achtereenvolgens (I) het gebruik en problematisch gebruik, (II) hulpvraag en behandeling, (III) ziekte en sterfte, (IV) marktinformatie en (V) justitiële gegevens. Voor een uitgebreidere beschrijving van de bronnen: zie www.trimbos.nl/monitors, of www.ivo.nl, of www.zonmw.nl.

I. GEBRUIK EN PROBLEMATISCH GEBRUIK

<i>Bron</i>	<i>Doelgroep</i>
Peilstationsonderzoek scholieren	Scholieren van 10-18 jaar in de twee hoogste groepen van de basisscholen en het 'reguliere' voortgezet onderwijs: brugklas, VMBO, HAVO en VWO, soms projecten op bijzondere scholen
Antenne	Uitgaande jongeren in Amsterdam
ESPAD	Scholieren van 15 en 16 jaar van het middelbaar onderwijs in 35 Europese landen
Haags Uitgaansonderzoek	Uitgaanders van 16-35 jaar in Den Haag
HBSC	Scholieren van 11-17 jaar

<i>Middelen</i>	<i>Metingen</i>	<i>Verantwoordelijke organisatie/ Homepage</i>
Alcohol, drugs, tabak	1984, 1988, 1992, 1996, 1999, 2003 Bijzondere scholen, projecten: 1990, 1997	Trimbos-instituut www.trimbos.nl
Alcohol, drugs, tabak	Jaarlijks sinds 1993, met wisselende keus van doelgroepen voor een survey	Criminologisch instituut Bonger, Universiteit van Amsterdam in samenwerking met Jellinek Preventie www.jur.uva.nl www.jellinek.nl/
Alcohol, drugs, tabak	1995, 1999, 2003, 2007	CAN, Pompidou Groep, voor Nederland het Trimbos-instituut www.can.se/
Alcohol, drugs	2002, 2003, 2007	MORE www.denhaag.nl/
Alcohol, cannabis, tabak	2001, 2005	WHO, voor Nederland: Trimbos-instituut, Radboud Universiteit Nijmegen en Universiteit Utrecht www.hbsc.org www.trimbos.nl

<i>Bron</i>	<i>Doelgroep</i>
Nationaal Instituut voor de Publieke Opinie en het Marktonderzoek (TNS NIPO)	Landelijke bevolking van vijftien jaar en ouder
Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO)	Landelijke bevolking van twaalf jaar en ouder (1997, 2001) of 15-64 jaar (2005)
Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)	Landelijke bevolking van 16 tot en met 64 jaar
Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS)	Landelijke bevolking van 12 jaar en ouder, jongeren 12-29 jaar

II. HULPVRAAG EN BEHANDELING

<i>Bron</i>	<i>Doelgroep</i>
Centrale Methadon Registratie (CMR)	Methadoncliënten in de regio Amsterdam
Landelijk Alcohol en Drugs Informatie-systeem (LADIS)	Cliënten van de (ambulante) verslavingszorg
Landelijke Medische Registratie (LMR)	Ziekenhuispatiënten
Letsel Informatie Systeem (LIS)	Patiënten die spoedeisende hulp krijgen na een ongeval (gegevens zijn geëxtrapoleerd)

<i>Middelen</i>	<i>Metingen</i>	<i>Verantwoordelijke organisatie/ Homepage</i>
Tabak	Jaarlijks	STIVORO www.stivoro.nl
Alcohol, drugs, tabak	1997, 2001, 2005	CEDRO, Universiteit van Amsterdam (1997, 2001) www.cedro-uva.org IVO (2005) www.ivo.nl
Alcohol, drugs	NEMESIS 1: 1996 en follow-up in 1997 en 1999; NEMESIS II: 2007 tot en met 2015.	Trimbos-instituut www.trimbos.nl
Alcohol, tabak, voor de module jongeren ook drugs	Jaarlijks (alcohol, tabak); 2001 (drugs)	CBS www.cbs.nl

<i>Middelen</i>	<i>Metingen</i>	<i>Verantwoordelijke organisatie/ Homepage</i>
Methadon	Jaarlijks	GGD Amsterdam www.ggd.amsterdam.nl
Alcohol, drugs	Jaarlijks	IVZ, Houten www.sivz.nl
Alcohol, drugs	Jaarlijks	Prismant www.prismant.nl
Alcohol, drugs	Jaarlijks	Stichting Consument en Veiligheid www.veiligheid.nl

III. ZIEKTE EN STERFTE

<i>Bron</i>	<i>Doelgroep/Onderwerp</i>
Amsterdamse cohortstudie en monitor drugsgerelateerde sterfte	Doodsoorzaken onder methadoncliënten en recreatieve drugsgebruikers in Amsterdam
Centrale Post Ambulancevervoer (CPA)	Ambulanceritten voor de bevolking van Amsterdam en omstreken
Doodsoorzakenstatistiek	Doodsoorzaken van inwoners van Nederland die staan ingeschreven in het bevolkingsregister en doodsoorzaken uit rechtbankzaken
HIV/aids-registratie	HIV-geïnfecteerden en aids-patiënten onder injecterende drugsgebruikers
ROI monitor	Automobilisten

IV. MARKTINFORMATIE

<i>Bron</i>	<i>Doelgroep/Onderwerp</i>
<i>Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS)</i>	Uitgaansdrugs van recreatieve gebruikers
Monitor gedoogde coffeeshops	Aantal officieel gedoogde coffeeshops, coffeeshopbeleid van gemeenten en handhavingsbeleid
THC-monitor	THC-gehalte en prijs van cannabismonsters uit coffeeshops

<i>Middelen</i>	<i>Metingen</i>	<i>Verantwoordelijke organisatie/ Homepage</i>
Harddrugs, recreatieve drugs	Jaarlijks vanaf 1976	GGD Amsterdam www.ggd.amsterdam.nl
Alcohol, drugs	Jaarlijks	GGD Amsterdam www.ggd.amsterdam.nl
Alcohol, drugs, tabak	Jaarlijks	CBS www.cbs.nl
Harddrugs	half jaarlijks	IGZ, SHM, RIVM www.hiv-monitoring.nl
Alcohol	Jaarlijks vanaf 1970	AVV, Ministerie van Verkeer en Waterstaat www.rws-avv.nl

<i>Middelen</i>	<i>Metingen</i>	<i>Verantwoordelijke organisatie/ Homepage</i>
Uitgaansdrugs	Continu; jaarlijkse rapportage	Trimbos-instituut www.trimbos.nl
Cannabis	1997, 1999, jaarlijks van 2000-2005, daarna tweejaarlijks	WODC www.wodc.nl/
Cannabis	Twee keer per jaar; jaarlijkse rapportage	Trimbos-instituut www.trimbos.nl

V. JUSTITIEEL

<i>Bron</i>	<i>Doelgroep/Onderwerp</i>
Cliënt Volg Systeem (CVS)	Productiecijfers verslavingsreclassering, cliënten van de verslavingsreclassering
HerKenningsdienstSysteem (HKS)	Processen-verbaal van aangiften; processen-verbaal opgemaakt tegen verdachten; geregistreeerde criminele voorgeschiedenis van verdachten
Inbeslagnames drugs	Inbeslagnames drugs; aantal opsporingsonderzoeken, 'opgerolde' hennepkwekerijen; ontdekte productieplaatsen van synthetische drugs

<i>Middelen</i>	<i>Metingen</i>	<i>Verantwoordelijke organisatie/ Homepage</i>
Alle middelen, geen uitsplitsing	Dagelijkse dossiervorming	Stichting Verslavingsreclassering Nederland (SVG) in samenwerking met Reclassering Nederland en reclassering van het Leger des Heils www.ggznederland.nl
Gevaren classificatie 'drugsgebruiker' of 'alcoholverslaafd'; Opium-wetdelicten uitsplitsbaar naar hard- en softdrugs	Actualisatie eind eerste kwartaal over hele voorgaande kalenderjaar; tevens extractie definitieve cijfers over jaar daarvoor (vanwege verwerkingsachterstanden)	De unit Kennis en Ontwikkeling, afdeling Onderzoek en Analyse van de dienst Nationale Recherche Informatie van het Korps Landelijke politiediensten (K&O/O&A/dNRI/KLPD, in samenwerking met de politieregio's; Het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatie Centrum van het Ministerie van Justitie (WODC) beschikt over een kopie www.politie.nl/KLPD/ www.wodc.nl/
Alle middelen, uitsplitsing naar type drug	Continue registratie, jaarlijkse rapportage	K&O/O&A/dNRI/KLPD, in samenwerking met de politieregio's www.politie.nl/KLPD/

<i>Bron</i>	<i>Doelgroep/Onderwerp</i>
Onderzoeks- en Beleidsdatabase Justitiële Documentatie (OBJD)	Beleidsinformatie over strafrechtspleging; geanonimiseerde kopie van het Justitieel Documentatie Systeem
Openbaar Ministerie Data (OMDATA)	Landelijke database van het Parket-Generaal met gegevens over vervolging en berechting in eerste aanleg
Opsporingsonderzoeken Georganiseerde Criminaliteit	Opsporingsonderzoeken door de Nederlandse politie naar ernstiger vormen van georganiseerde criminaliteit; overtreders van onder meer de Opiumwet die samenwerken in georganiseerd verband
Ten UitvoerLegging van vrijheidsbenemende straffen en maatregelen in Penitentiaire inrichtingen (TULP)	Kenmerken van gedetineerden, delicten, duur van de opgelegde straffen en kenmerken van de inrichtingen; Justitiële Jeugdinstellingen (TULP/JJI) en TBS-instellingen worden apart geregistreerd
WODC-Recidivemonitor	Langlopend onderzoeksproject met gestandaardiseerde recidivemetingen onder verschillende groepen justitiabelen
TRansactie Innings- en Afhandelings-Systeem (TRIAS)	Gegevens over aan te bieden transacties van de politie en de arrondissementsparketten. Deze worden vastgelegd en na afloop teruggemeld.

<i>Middelen</i>	<i>Metingen</i>	<i>Verantwoordelijke organisatie/ Homepage</i>
Opiumwettelijke delicten uitsplitsbaar naar hard- en softdrugs	Vier keer per jaar actualisatie	WODC www.wodc.nl/
Opiumwettelijke delicten uitsplitsbaar naar hard- en softdrugs	Drie keer per jaar actualisatie	Openbaar Ministerie en Raad voor de Rechtspraak. Het Parket Generaal verzamelt en beheert de gegevens. Het WODC beschikt over een kopie www.wodc.nl/
Uitsplitsing naar hard- en softdrugs	Jaarlijkse rapportage	K&O/O&A/dNRI/KLPD, in samenwerking met de politieregio's www.politie.nl/KLPD/
Opiumwettelijke delicten uitsplitsbaar naar hard- en softdrugs	Continue registratie	Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van het Ministerie van Justitie www.dji.nl/
Opiumwettelijke delicten uitsplitsbaar naar hard- en softdrugs	Rapportages op basis OBJD	WODC www.wodc.nl/
Alle middelen, uitsplitsing naar alcohol en andere stoffen	Continue registratie	Centraal Justitieel Incasso Bureau (CJIB); uitvoeringsorganisatie van het ministerie van Justitie. www.cjib.nl/

BIJLAGE C

VERKLARING VAN ICD-9 EN ICD-10 CODES

VERKLARING VAN ICD-9 CODES

<i>ICD-9 code</i>	<i>Verklaring</i>
162	Kwaadaardige nieuwvormingen van trachea, bronchus en long
291	Alcohol psychosen
292	Drug psychosen
303	Alcoholverslavingssyndroom
304	Verslaving aan drugs
304.0	Verslaving aan opiaten en dergelijke
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*	Suicide 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 g80.0-1 vermeld is.

VERKLARING VAN ICD-10 CODES

ICD-10 code	Verklaring
C33	Kwaadaardige nieuwvormingen van trachea
C34	Kwaadaardige nieuwvormingen van bronchus en long
F10	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van alcohol
F11	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van opiaten
F12	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van cannabis
F13	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van sedativa en hypnotica
F14	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van cocaïne
F15	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van overige stimulerende middelen
F18	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van vluchtige oplosmiddelen
F19	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van meerdere drugs en andere psychoactieve middelen
G31.2	Degeneratie van zenuwstelsel door alcoholgebruik
G62.1	Alcoholische polyneuropathie
I42.6	Alcoholische cardiomyopathie
K29.2	Alcoholische gastritis
K70.0	Alcoholische vetlever
K70.1	Alcoholische hepatitis
K70.2	Alcoholische leverfibrose en leversclerose
K70.3	Alcoholische levercirrose
K70.4	Alcoholische leverinsufficiëntie
K70.9	Alcoholische leverziekten, ongespecificeerd
K86.0	Alcoholische pancreasontsteking
T51.0-1	Toxisch gevolg van alcohol, ethanol en methanol (alleen als secundaire code)
X41 + T43.6	Accidentele vergiftiging door psychostimulantia
X42	Accidentele vergiftiging door narcotica en psychodysleptica (hallucinogenen) niet elders geclassificeerd

X42 + T40.5	Accidentele vergiftiging door cocaïne
X45*	Onopzettelijke vergiftiging door en blootstelling aan alcohol
X61 + T43.6	Suïcide door psychostimulantia
X65*	Opzettelijke auto-intoxicatie door alcohol
Y11 + T43.6	Vergiftiging door psychostimulantia waarvan niet vastgesteld is of deze met opzet of niet met opzet heeft plaatsgevonden
Y15*	Vergiftiging door en blootstelling aan alcohol- opzet niet bepaald

**Alleen opgenomen indien als complicatie T51.0-1 vermeld is.*

BIJLAGE D

INTERNETADRESSEN OP HET GEBIED VAN ALCOHOL EN DRUGS

Australian Institute of Health and Welfare (AIHW)

<http://www.aihw.gov.au/>

Bouman GGZ

<http://www.boumanggz.nl/>

Brijder Verslavingszorg

<http://www.brijder.nl/>

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)

<http://www.cbs.nl/>

Centrum Maliebaan

<http://www.centrummaliebaan.nl/>

De Hoop

<http://www.dehoop.org/>

Emergis Verslavingszorg

<http://www.emergis.nl/verslavingszorg/>

European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS

<http://www.eurohiv.org/>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)

<http://www.emcdda.europa.eu/>

Europese Commissie, Taxation and Customs Union

http://europa.eu.int/comm/taxation_customs/publications/info_doc/info_doc.htm#Excises

Europol

<http://www.europol.europa.eu/>

GGD Amsterdam

<http://www.ggd.amsterdam.nl/>

GGD Nederland

<http://www.ggd.nl/>

GGZ Noord- en Midden Limburg/Verslavingszorg (GGZ-NML)

<http://www.ggz-groepnlimburg.nl/>

GGZ Nederland

<http://www.ggznederland.nl>

Inspectie voor de Gezondheidszorg

<http://www.igz.nl/>

IVO

<http://www.ivo.nl/>

Intraval. Bureau voor onderzoek en advies

<http://www.intraval.nl/>

IrisZorg

<http://www.iriszorg.nl/>

Jellinek Mentrum (Amsterdam)

<http://www.jellinekmentrum.nl/>

Korps Landelijke Politiediensten (KLPD)

<http://www.politie.nl/klpd/>

Ministerie van Justitie

<http://www.justitie.nl/>

Ministerie van VWS

<http://www.minvws.nl/>

Mondriaan Zorggroep/Verslavingszorg

<http://www.mondriaanzorggroep.nl/>

Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ)

<http://www.nigz.nl/>

Novadic-Kentron, netwerk voor verslavingszorg

<http://www.novadic-kentron.nl/>

Openbaar Ministerie

<http://www.openbaarministerie.nl/>

Parnassia, Psycho-Medische Zorg

<http://www.parnassia.nl/>

Politie

<http://www.politie.nl/>

Prismant

<http://www.prismant.nl/>

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)

<http://www.rivm.nl/>

Rijks-Kwaliteitsinstituut voor land- en tuinbouwprodukten

www.rikilt.dlo.nl/

Stichting Consument en Veiligheid

<http://www.veiligheid.nl/csi/veiligheid.nsf>

Stichting Informatievoorziening Zorg (IVZ)

<http://www.ivv.nl/>

<http://www.sivz.nl/>

STIVORO, voor een rookvrije toekomst

<http://www.stivoro.nl/>

Substance Abuse & Mental Health Service Administration (SAMHSA)

<http://www.samhsa.gov/>

Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV)

<http://www.swov.nl>

TACTUS Verslavingszorg

<http://www.tactus.nl/>

Trimbos-instituut

<http://www.trimbos.nl/>

Vereniging GGZ Nederland

<http://www.ggznederland.nl/>

Verslavingszorg Noord Nederland (VNN)

<http://www.vnn.nl/>

Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC)

<http://www.wodc.nl/>

World Health Organisation (WHO)

<http://www.who.int/en/>

ZonMw

<http://www.zonmw.nl/>

BIJLAGE E

DRUGSGEBRUIK IN ENKELE NIEUWE EU-LIDSTATEN

CONSUMPTIE VAN CANNABIS, COCAÏNE, ECSTASY EN AMFETAMINE ONDER DE ALGEMENE BEVOLKING VAN ENKELE NIEUWE EUROPESE LIDSTATEN

Land	Jaar	Leeftijd (jaar) ¹	Cannabis		Cocaïne		Ecstasy		Amfetamine	
			Ooit	Recent	Ooit	Recent	Ooit	Recent	Ooit	Recent
Cyprus	2006	15 - 64	6,6%	2,1%	1,1%	0,6%	1,6%	1,0%	0,8%	0,3%
Estland	2003	15 - 69	-	4,6%	-	0,6%	-	1,7%	-	1,3%
Hongarije	2003	18 - 54	9,8%	3,9%	1,0%	0,4%	3,1%	1,4%	2,5%	1,0%
Letland	2003	15 - 64	10,6%	3,8%	1,2%	0,2%	2,4%	0,8%	2,6%	1,1%
Lithouwen	2004	15 - 64	7,6%	2,2%	0,4%	0,3%	1,0%	0,4%	1,1%	0,3%
Malta	2001	18 - 64	3,5%	0,8%	0,4%	0,3%	0,7%	0,2%	0,4%	0%
Polen	2002	16 - 64	7,7%	2,8%	0,8%	0,5%	0,7%	0,2%	1,9%	0,7%
Slowakije	2004	15 - 64	15,6%	3,6%	1,1%	0,6%	4,0%	0,8%	1,5%	0,2%
Tsjechië	2004	18 - 64	20,6%	9,3%	1,1%	0,2%	7,1%	3,5%	2,5%	0,7%
Roemenië	2004	15 - 64	1,7%	-	-	-	-	-	-	-
Bulgarije	2005	18-60	4,4%	1,5%	1,1%	0,3%	1,3%	0,5%	1,4%	0,4%

Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). 1. Drugsgebruik is naar verhouding laag in de jongste (12-15 jaar) en oudere leeftijdsgroepen (>64 jaar). Gebruikscijfers in studies met respondenten die jonger en/of ouder zijn dan de EMCDDA-standaard (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. - = niet gemeten. Bron: EMCDDA.

REFERENTIES

1. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1997-1998 24007 nr. 68 (1998). *Drugbeleid: brief minister met haar standpunt inzake het advies van een werkgroep van deskundigen over de Nationale Drug Monitor (NDM)*. Den Haag: SDU Uitgevers.
2. Meijer, R.F., Grapendaal, M., Van Ooyen, M.M.J., Wartna, B.S.J., Brouwers, M., Essers, A.A.M. (2003). *Geregistreeerde drugcriminaliteit in cijfers: achtergrondstudie bij het Justitieonderdeel van de Nationale Drugmonitor; jaarbericht 2002*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers.
3. Wouters, M., Korf, D.J., Kroeske, B. (2007). *Harde aanpak, hete zomer: een onderzoek naar de ontmanteling van hennepkwekerijen in Nederland*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
4. Oliemeulen, L., Vuijk, P., Rovers, B., Van den Eijnden, R. (2007). *Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen*. Rotterdam: IVO.
5. Rodenburg, G., Spijkerman, R., Van den Eijnden, R., Van de Mheen, D. (2007). *Nationaal prevalentieonderzoek middelengebruik 2005*. Rotterdam: IVO.
6. De Bruin, D., Meijerman, C., Verbraeck, H. (2003). *Zwerven in de 21ste eeuw: een exploratief onderzoek naar geestelijke gezondheidsproblematiek en overlast van dak- en thuislozen in Nederland*. Utrecht: Centrum voor Verslavingsonderzoek.
7. Van Rooij, T., Mulder, N., Wits, E., Van der Poel, A., Van de Mheen, D. (2007). *Screeningsinstrument Verslaving en Psychiatrie voor de maatschappelijke opvang*. Rotterdam: IVO.
8. Van Laar, M., Van Dorsselaer, S., Monshouwer, K., De Graaf, R. (2005). *Association between cannabis use and mental disorders in the adult population: does cannabis use predict the first incidence of mood and anxiety disorders?* Utrecht: Trimbos Institute.
9. Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Gorter, A., Verdurmen, J., Vollebergh, W. (2004). *Jeugd en riskant gedrag: kerngegevens uit het peilstationsonderzoek 2003: roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar*. Utrecht: Trimbos-instituut.
10. Van Dorsselaer, S., Zeijl, E., Van den Eeckhout, S., Ter Bogt, T., Vollebergh, W. (2007). *HBSC 2005: gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.
11. Monshouwer, K., Smit, F., De Graaf, R., Van Os, J., Vollebergh, W. (2005). First cannabis use: does onset shift to younger ages? Findings from 1988 to 2003 from the Dutch National School Survey on Substance Use. *Addiction*, 100 (7): 963-970.

12. Lynskey, M.T., Vink, J.M., Boomsma, D.I. (2006). Early Onset Cannabis Use and Progression to other Drug Use in a Sample of Dutch Twins. *Behavior Genetics*, 36 (2): 195-200.
13. Kokkevi, A., Nic, G.S., Spyropoulou, M. (2006). Early initiation of cannabis use: a cross-national European perspective. *Journal of Adolescent Health*, 39 (5): 712-719.
14. Grant, J.D., Scherrer, J.F., Lynskey, M.T., Lyons, M.J., Eisen, S.A., Tsuang, M.T., True, W.R., Bucholz, K.K. (2006). Adolescent alcohol use is a risk factor for adult alcohol and drug dependence: evidence from a twin design. *Psychological Medicine*, 36 (1): 109-118.
15. Korf, D.J., Nabben, T., Benschop, A. (2004). *Antenne 2003: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
16. Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Verdurmen, J., Ter Bogt, T., De Graaf, R., Vollebergh, W. (2006). Cannabis use and mental health in secondary school children: findings from a Dutch survey. *British Journal of Psychiatry*, 188 (2): 148-153.
17. Verdurmen, J., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Vollebergh, W. (2005). Cannabisgebruik onder adolescenten: gebruikspatronen, achtergrondfactoren en psychosociale problemen. *Submitted*.
18. Knibbe, R.A., Joosten, J., Derickx, M., Choquet, M., Morin, D., Monshouwer, K., Vollebergh, W. (2005). Perceived availability of substance use and substance-related problems: a cross national study among French and Dutch adolescents. *Journal of Substance Use*, 10 (2/3): 151-163.
19. Nabben, T., Benschop, A., Korf, D.J. (2007). *Antenne 2006: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
20. Korf, D.J., Nabben, T., Benschop, A. (2002). *Antenne 2001: trends in alcohol, tabak, drugs en gokken bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
21. Nabben, T., Benschop, A., Korf, D.J. (2006). *Antenne 2005: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
22. Nabben, T., Koet, S., Korf, D.J. (2007). *NL.Trendwatch: gebruikersmarkt uitgaansdrugs in Nederland, 2006-2007*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
23. Nabben, T., Korf, D.J. (2000). *De combiroes: gecombineerd gebruik van alcohol met cannabis, cocaïne, XTC en amfetamine*. Amsterdam: Thela Thesis.
24. Nabben, T., Korf, D.J. (2004). *NL.Trendwatch: gebruikersmarkt uitgaansdrugs in Nederland 2003*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
25. Van Gelder, P., Reinerie, P., Smits, M., Burger, I., Hendriks, V. (2004). *Uit (je dak) in Den Haag, 2003: uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik*. Den Haag: Parnassia.
26. Kramer, M., Dupont, H. (2006). *Nuije Hêlesje Wink: alcohol- en ander druggebruik bij hangjongeren in Heerlen: een inventarisatie van de aard van het middelengebruik en van mogelijkheden voor preventie*. Sittard: Mondriaan Zorggroep.
27. Korf, D.J., Diemel, S., Riper, H., Nabben, T. (1999). *Het volgende station: zwerfjongeren in Nederland*. Amsterdam: Thela Thesis.

28. Korf, D.J., Van Ginkel, P., Wouters, M. (2004). *Je ziet het ze niet aan: zwerfjongeren in Flevoland*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
29. Van Gelder, P., Reinerie, P., Burger, I. (2003). *Uit (je dak) in Den Haag, 2002: uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik*. Den Haag: Parnassia.
30. Stam, H., Mensink, C., De Zwart, W.M. (1998). *Jeugd en riskant gedrag 1997: roken, drinken, drugsgebruik en gokken in het voortgezet speciaal onderwijs en spijbel-opvangprojecten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
31. Wolf, J., Zwikker, M., Nicholas, S. (2002). *Op achterstand: een onderzoek naar mensen in de marge van Den Haag*. Utrecht: Trimbos-instituut.
32. Korf, D.J., Benschop, A., Rots, G. (2005). Geweld, alcohol en drugs bij jeugdige gedetineerden en school drop-outs. *Tijdschrift voor Criminologie*, 47 (3): 239-254.
33. Jans, N. (2006). *Kroegtijgers & damlopers: een onderzoek naar alcohol- en drugsgebruik, veiligheid en mogelijkheden voor preventie in het uitgaansleven van Zaandam*. Zaandam: GGD Zaanstreek-Waterland.
34. Van Vuuren, C.L., Tielen, J.T. (2005). *Quick scan uitgaandruis en preventie: onderzoek naar alcohol- en drugsgebruik en mogelijkheden voor preventie in het uitgaansleven en sportkantines in Noordwijk*. Leiden: GGD Zuid-Holland Noord.
35. Roomer, A., Poelmans, I. (2006). *Tendens 2005-2006: alcohol- en drugsgebruik bij jongeren en jongvolwassenen in Gelderland*. Arnhem: De Griff.
36. Rigter, H., Van Laar, M. (2002). Epidemiological aspects of cannabis use. In: I.P. Spruit (red.). *Cannabis 2002 report : a joint international effort at the initiative of the Ministers of Public Health of Belgium, France, Germany, The Netherlands, Switzerland : technical report of the International Scientific Conference Brussels, Belgium, 25-02-2002*. Brussels, Belgium: Ministry of Public Health: 19-45.
37. Hall, W., Pacula, R.L. (2003). *Cannabis use and dependence: public health and public policy*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
38. Stoele, M., Van 't Klooster, B., Van der Poel, A. (2005). *Quick scan verslavingsproblematiek regio Den Bosch 2005: aard en omvang verslavingsproblematiek en knelpunten in zorgverlening in de regio Den Bosch*. Sint-Oedenrode/Rotterdam: Novadic-Kentron/IVO.
39. Linck, H., Poelmans, I., De Jong, M. (2007). *Tendens 2007: alcohol- en drugsgebruik bij jongeren en jongvolwassenen in Gelderland*. Arnhem: IrisZorg.
40. Van 't Klooster, B., Van Dongen, A., Rezai, S., Van der Poel, A. (2006). *REGIO Monitor Eindhoven 2006: aard en omvang van (ernstige) verslavingsproblematiek en knelpunten in de zorgverlening*. Sint-Oedenrode/Rotterdam: Novadic-Kentron/IVO.
41. Vogelzang, A., Boersma, A., Van der Poel, A. (2006). *Blowen in Tilburg: cannabisgebruik en -verwerving door minderjarigen en de rol van frequent blowen bij problematisch gedrag*. Rotterdam: IVO.
42. Coumans, M., Rodenburg, G., Knibbe, R. (2005). *Quick scan naar gemarginaliseerde harddruggebruikers en dak- en thuislozen in de gemeente Maastricht*. Maastricht/Rotterdam: IVO.

43. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2007). *Annual report 2007: the state of the drugs problem in Europe*. Lisbon: EMCDDA.
44. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2006). *Results from the 2005 National Survey on Drug Use and Health: national findings*. Rockville, MD: Office of Applied Studies.
45. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2007). *Results from the 2006 National Survey on Drug Use and Health: national findings*. Rockville, MD: Office of Applied Studies.
46. Australian Institute of Health and Welfare (2005). *2004 National Drug Strategy Household Survey: detailed findings*. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.
47. Adlaf, R.M., Begin, P., Sawka, E. (2005). *Canadian Addiction Survey (CAS): a national survey of Canadians' use of alcohol and other drugs: prevalence of use and related harms: detailed report*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
48. 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.
49. Ouwehand, A.W., Kuijpers, W.G.T., Wisselink, D.J., Van Delden, E.B. (2007). *Kerncijfers verslavingszorg 2006: Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem*. Houten: IVZ.
50. RIVM (2007). *Nationale Atlas Volksgezondheid: versie 3.12*. Bilthoven: RIVM.
51. Valkenberg, H. (2007). *Ongevallen waar alcohol of drugs bij betrokken zijn*. Amsterdam: Stichting Consument en Veiligheid.
52. Van Velzen, A.G., Van Gorcum, T.F., Van Riel, A.J.H.P., Meulenbelt, J., De Vries, I. (2007). *Acute vergiftigingen bij mens en dier: jaaroverzicht 2005-2006 Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum*. Bilthoven: NVIC/RIVM.
53. Smit, F., Bolier, L., Cuijpers, P. (2004). Cannabis use and the risk of later schizophrenia: a review. *Addiction*, 99 (4): 425-430.
54. Arseneault, L., Cannon, M., Witton, J., Murray, R.M. (2004). Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence. *British Journal of Psychiatry*, 184: 110-117.
55. Semple, D.M., McIntosh, A.M., Lawrie, S.M. (2005). Cannabis as a risk factor for psychosis: systematic review. *Journal of Psychopharmacology*, 19 (2): 187-194.
56. Fergusson, D.M., Poulton, R., Smith, P.F., Boden, J.M. (2006). Cannabis and psychosis. *British Medical Journal*, 332 (7534): 172-175.
57. Caspi, A., Moffitt, T.E., Cannon, M., McClay, J., Murray, R., Harrington, H., Taylor, A., Arseneault, L., Williams, B., Braithwaite, A., Poulton, R., Craig, I.W. (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.

58. Moore, T.H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T.R., Jones, P.B., Burke, M., Lewis, G. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet*, 370 (9584): 319-328.
59. Mensinga, Tj., De Vries, I.K.M., Hunault, C.C., Van den Hengel-Koot, I.S., Fijen, J.W., Leenders, M.E.C., Meulenbelt, J. (2006). *Dubbel-blind, gerandomiseerd, placebo-gecontroleerd, 4-weg gekruist onderzoek naar de farmacokinetiek en effecten van cannabis*. Bilthoven: RIVM.
60. Korf, D.J., Wouters, M., Benschop, A., Van Ginkel, P. (2004). *Sterke wiet: een onderzoek naar blowgedrag, schadelijkheid en afhankelijkheid van cannabis*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
61. Korf, D.J., Benschop, A., Wouters, M. (2007). Differential responses to cannabis potency: a typology of users based on self-reported consumption behaviour. *International Journal of Drug Policy*, 18 (3): 168-176.
62. Compton, W.M., Grant, B.F., Colliver, J.D., Glantz, M.D., Stinson, F.S. (2004). Prevalence of marijuana use disorders in the United States: 1991-1992 and 2001-2002. *Journal of the American Medical Association*, 291 (17): 2114-2121.
63. Gable, R.S. (1993). Toward a comparative overview of dependence potential and acute toxicity of psychoactive substances used nonmedically. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 19 (3): 263-281.
64. Bieleman, B., Goeree, P. (2002). *Aantal coffeeshops en gemeentelijk beleid in 2001*. Groningen: Intraval.
65. Bieleman, B., Naayer, H. (2006). *Coffeeshops in Nederland 2005: aantallen coffeeshops en gemeentelijk beleid 1999-2005*. Groningen-Rotterdam: Intraval.
66. Korf, D.J., Wouters, M., Nabben, T., Van Ginkel, P. (2005). *Cannabis zonder coffeeshop: niet-gedoogde cannabisverkoop in tien Nederlandse gemeenten*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
67. Niesink, R., Rigter, S., Hoek, J., Goldschmidt, H. (2007). *THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2006-2007)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
68. Van Amsterdam, J.G.C., Van Marle, J., Van Dijk, P., Niesink, R., Opperhuizen, A. (2007). *Electronenmicroscopisch onderzoek van vervuilde wietmonsters*. Bilthoven: RIVM.
69. Boekhout van Solinge, T. (2001). *Op de pof: cocaïnegebruik en gezondheid op straat*. Amsterdam: Stichting Mainline.
70. Vogelvang, B.O., Van Burik, A., Van der Knaap, L.M., Wartna, B.S.J. (2003). *Prevalentie van criminogene factoren bij mannelijke gedetineerden in Nederland*. Den Haag: Adviesbureau Van Montfoort/WODC.
71. Grund, J.P., Reinerie, P., Smits, M., Albert, G. (2007). Uitgaan en genotmiddelengebruik in Den Haag: gegevens over 2006-2007 uit de panelstudie. *Epidemiologisch Bulletin*, 42 (4): 2-10.
72. Pennings, E.J., Leccese, A.P., Wolff, F.A. (2002). Effects of concurrent use of alcohol and cocaine. *Addiction*, 97 (7): 773-783.

73. Korf, D.J., Van Ginkel, P., Wouters, M. (2004). *Je ziet het ze niet aan: zwerfjongeren in Flevoland*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
74. Van der Dam, S., Coumans, M., Knibbe, R. (2006). *Frequent harddruggebruik onder jong volwassenen in Parkstad Limburg: Drug Monitoring Systeem Parstad Limburg, 2004-2006*. Rotterdam: IVO.
75. Benschop, A., Harrison, L.D., Korf, D.J., Erickson, P.G. (2006). Different Concepts of Ethnicity in a Cross-Atlantic Study of Violence and Drug Use among Deviant Youth. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 12: 61-78.
76. Van Pareren, D., Van 't Klooster, B. (2006). *Cocainegebruik in het uitgaansgebied van Eindhoven*. Eindhoven: Novadic-Kentron.
77. Lempens, A., Boers, R., Maalsté, N. (2004). *Harddruggebruikers in beweging: aard, omvang en mobiliteit van harddruggebruikers in Rotterdam*. Rotterdam: IVO.
78. Buster, M., De Fuentes Merillas, L. (2004). Problematische druggebruikers in Amsterdam Zuidoost. In: Tichelman, P., Janssen, A., Verhoef, A. (red.). *Jaarrapportage volksgezondheid Amsterdam 2003*. Amsterdam: GG&GD Amsterdam: 163-173.
79. Van de Mheen, D. (2000). *De Rotterdamse drugsscene onder de loep: resultaten van 5 jaar Drug Monitoring Systeem in Rotterdam*. Rotterdam: IVO.
80. De Graaf, I., Wildschut, J., Van de Mheen, H. (2000). *Utrechtse druggebruikers: een jachtig bestaan*. Rotterdam: IVO.
81. Coumans, A.M., Neve, R.J.M., Van de Mheen, H. (2000). *Het proces van marginalisering en verharding in de drugscene van Parkstad Limburg: resultaten van het Drug Monitoring Systeem 1998 - 2000*. Rotterdam: IVO.
82. Vermeulen, K., Wildschut, J., Knibbe, R. (2001). *'Zo'n beetje alles staat in het teken van de wit': een verkennend onderzoek naar (base)cocaine in de Utrechtse gemarginaliseerde gebruiksscene*. Rotterdam: IVO.
83. Coumans, A.M. (2005). *Survival on the fringes of society: marginalisation of and survival among chronic heroin users*. Maastricht: Universiteit maastricht.
84. Van Brussel, G.H.A., Buster, M.C.A. (2005). *OGGZ monitor Amsterdam '02'03'04: inclusief de jaarcijfers over problematische opiaatverslaafden en uitgaansdrugsongevallen*. Amsterdam: GG&GD Amsterdam.
85. Coumans, A.M., Knibbe, R.A. (2002). *Druggebruikers in Parkstad Limburg: trends en profielen: resultaten van het Drug Monitoring Systeem 2001-2002*. Rotterdam: IVO.
86. Van der Poel, A., Hennink, M., Barendregt, C., Van de Mheen, D. (2004). Jongeren en basecoke: leidt gebruik van basecoke tot marginalisering? *IVO-bulletin*, 7 (1): 1-20.
87. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2006). *Annual report 2006: the state of the drugs problem in Europe*. Lisbon: EMCDDA.
88. Stichting Mainline (2008). *Cocaineinfo.nl*. Amsterdam: Stichting Mainline.

89. Scheenstra, R.J., Van Buren, M., Koopman, J.P. (2007). Een patiënt met neus-septumdestructie door cocaïne en antistoffen tegen cytoplasmatische antigenen van neutrofiële granulocyten (ANCA): mogelijke verwarring met de ziekte van Wegener. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 151 (43): 2395-2399.
90. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2007). *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*. Lisbon: EMCDDA.
91. Smit, F., Van Laar, M., Wiessing, L. (2006). Estimating problem drug use prevalence at national level: comparison of three methods. *Drugs: education, prevention and policy*, 13 (2): 109-120.
92. Biesma, S., Snippe, J., Bieleman, B. (2004). *Harddruggebruikers geregistreerd: aard, omvang en mobiliteit van problematische harddruggebruikers in Rotterdam*. Groningen-Rotterdam: Intraval.
93. Burger, I. (2007). *Haagse harddruggebruikers: het bereik van politie en verslavingszorg 1993-2002*. Den Haag: GGD Den Haag.
94. Biesma, S., Snippe, J., Oldersma, F., Bieleman, B. (2003). *Inventarisatie harddrugverslaafden en dak- en thuislozen Leeuwarden, noord en zuidwest Friesland*. Groningen-Rotterdam: Intraval.
95. Bieleman, B., Kruize, A., Van Zwieten, M. (2006). *Monitor verslaafden en daklozen Enschede 2006: metingen 2001, 2002, 2003, 2004 en 2005*. Groningen: Intraval.
96. Biesma, S., Kruize, A., Naayer, H., Bieleman, B. (2005). *Van de straat in Almelo: aard en omvang dak- en thuislozen en zichtbare alcohol- en harddrugverslaafden in Almelo*. Groningen-Rotterdam: Intraval.
97. Bieleman, B., Kruize, A., Naayer, H. (2006). *Monitor dak- en thuislozen en verslaafden Apeldoorn 2006: metingen 2000, 2004 en 2005*. Groningen-Rotterdam: Intraval.
98. Hoebe, C.J.P.A., Smit, F., Vermeulen, C.M.J.H., Schippers, J., Van der Ven, A.J.A.M. (2003). HIV-positieve druggebruikers in Zuid-Limburg: aantal en kenmerken: een vangst-hervangstanalyse. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 145 (23): 1118-1122.
99. Biesma, S., Kruize, A., Naayer, H., Ogier, C., Bieleman, B. (2005). *In Hengelo van de straat: aard en omvang dak- en thuisloosheid en zichtbare alcohol- en harddrugverslaving*. Groningen-Rotterdam: Intraval.
100. Van der Poel, A., Barendregt, C., Schouten, M. (2003). De leefsituatie van gebruikers in de Rotterdamse harddrugscene: resultaten van de survey 2003. *IVO-bulletin*, 6 (4): 1-19.
101. Lindenburg, C.E., Krol, A., Smit, C., Buster, M.C., Coutinho, R.A., Prins, M. (2006). Decline in HIV incidence and injecting, but not in sexual risk behaviour, seen in drug users in Amsterdam: a 19-year prospective cohort study. *AIDS*, 20 (13): 1771-1775.
102. Loth, C., Oliemeulen, L., De Jong, C.A.J. (2005). *Richtlijn Opiatoonderhoudsbehandeling (RIOB)*. Amersfoort: GGZ Nederland.

103. Knapen, L., Van Gogh, M., Carpentier, P., Verbrugge, C., De Jong, C.A.J. (2007). *Niet met methadon alleen: een klinisch epidemiologisch onderzoek naar psychiatrische comorbiditeit en comorbide verslaving bij opiaatafhankelijke patiënten in een ambulante methadonbehandeling*. Sint-Oedenrode: Novadic-Kentron.
104. Van Veen, M.G., Koedijk, F.D.H., Van den Broek, I.V.F., Op de Coul, E.L.M., De Boer, I.M., Van Sighem, A.I., Sanders, M.R. (2007). *Sexually Transmitted Infections in the Netherlands in 2006*. Bilthoven: RIVM.
105. Gras, L., Van Sighem, A., Smit, C., Zaheri, S., Schuitemaker, H., De Wolf, F. (2007). *Monitoring of Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection in the Netherlands: report 2007*. Amsterdam: Stichting HIV Monitoring.
106. Van den Berg, C.H., Smit, C., Bakker, M., Geskus, R.B., Berkhout, B., Jurriaans, S., Coutinho, R.A., Wolthers, K.C., Prins, M. (2007). Major decline of hepatitis C virus incidence rate over two decades in a cohort of drug users. *European Journal of Epidemiology*, 22: 183-193.
107. Smit, C., Lindenburg, K., Geskus, R., Brinkman, K., Coutinho, R., Prins, M. (2006). Highly active antiretroviral therapy (HAART) among HIV-infected drug users: a prospective cohort study of sexual risk and injecting behaviour. *Addiction*, 101: 433-440.
108. Van den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R., Prins, M. (2007). Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. *Addiction*, 102: 1454-1462.
109. De Boer, I.M., Op de Coul, E., Koedijk, F.D.H., Van Veen, M.G., Van de Laar, M.J.W. (2006). *HIV and sexually transmitted infections in the Netherlands in 2005*. Bilthoven: RIVM.
110. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2007). *Statistical Bulletin 2007*. Lisbon: EMCDDA.
111. Van de Laar, T.J., Langendam, M.W., Bruisten, S.M., Welp, E.A., Verhaest, I., Van Ameijden, E.J., Coutinho, R.A., Prins, M. (2005). Changes in risk behavior and dynamics of hepatitis C virus infections among young drug users in Amsterdam, the Netherlands. *Journal of Medical Virology*, 77 (4): 509-518.
112. Heijnen, M.L., Meerburg, B.G., Waldhober, Q., De Vries, M., Hahné, S. (2007). Landelijke hepatitis B-vaccinatiecampagne voor gedragsgebonden risicogroepen: resultaten en veranderingen. *Infectieziektenbulletin*, 18 (11): 380-383.
113. Van Steenberghe, J.E. (2002). Results of an enhanced-outreach programme of hepatitis B vaccination in the Netherlands (1998-2000) among men who have sex with men, hard drug users, sex workers and heterosexual persons with multiple partners. *Journal of Hepatology*, 37 (4): 507-513.
114. Van de Laar, M.J.W., Op de Coul, E.L.M. (2004). *HIV and Sexually Transmitted Infections in the Netherlands in 2003*. Bilthoven: RIVM.
115. Van Laar, M., Cruys, G., Vicente, J., Frost, N., Hartnoll, R. (2002). *The DRD-Standard, version 3.0: EMCDDA standard protocol for the EU Member States to collect data*

and report figures for the Key Indicator Drug-Related Deaths by the Standard Reitox tables. Lisbon: EMCDDA.

116. Van Laar, M., Cruts, G., Vicente, J., Hartnoll, R. (2002). *Co-ordination of the implementation of the EMCDDA standard guidelines on the drug-related deaths indicator in the EU Member States, and the collection and analysis of information on drug-related deaths; EMCDDA project CT.00.RTX.22*. Lisbon: EMCDDA.
117. Van Laar, M., Cruts, G., Deerenberg, I. (2006). Sterfte door drugs: wat zeggen de aantallen? *Verslaving*, 2: 61-74.
118. Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I., Van Laar, M. (in press 2008). Estimating the Total Mortality Among Problem Drug Users. *Substance Use & Misuse*, 43 (5).
119. Schaafsma, J. (2008). Jeugd aan de speed. *De Telegraaf*, 116 (vrijdag 11 januari 2008 no. 37454): 1.
120. Ter Bogt, T.F.M., Engels, R.C.M.E. (2005). 'Partying' Hard: Party Style, Motives for and Effects of MDMA Use at Rave Parties. *Substance Use & Misuse*, 40: 1479-1502.
121. Engels, R.C., Ter Bogt, T. (2004). Outcome expectancies and ecstasy use in visitors of rave parties in The Netherlands. *European Addiction Research*, 10 (4): 156-162.
122. Kalechstein, A.D., De La, G.R., Mahoney, J.J., Fantegrossi, W.E., Newton, T.F. (2007). MDMA use and neurocognition: a meta-analytic review. *Psychopharmacology*, 189 (4): 531-537.
123. Schilt, T., Win, M.M., Jager, G., Koeter, M.W., Ramsey, N.F., Schmand, B., Van den Brink, W. (2007). Specific effects of ecstasy and other illicit drugs on cognition in poly-substance users. *Psychological Medicine*, 37: 1-9.
124. Jager, G., De Win, M.M., Schilt, T., Kahn, R.S., Van den Brink, W., Van Ree, J.M., Ramsey, N.F. (2008). Assessment of cognitive brain function in ecstasy users and contributions of other drugs of abuse: results from an fMRI study. *Neuropsychopharmacology*, 33 (2): 247-258.
125. De Win, M.M. (2007). *Neurotoxicity of Extacy: Causality, Course, and Clinical Relevance*. University of Amsterdam.
126. Jager, G. (2006). *Functional MRI studies in human Ecstasy and cannabis users*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
127. Schilt, T., De Win, M.M., Koeter, M., Jager, G., Korf, D.J., Van den Brink, W., Schmand, B. (2007). Cognition in novice ecstasy users with minimal exposure to other drugs: a prospective cohort study. *Archives of General Psychiatry*, 64 (6): 728-736.
128. Productschap Dranken (2007). *Jaarverslag 2006*. Rotterdam: Productschap Dranken.
129. Productschap Wijn (2007). *Jaarverslag 2006*. Den Haag: Productschap Wijn.
130. Janssen, A.P. (2006). Alcoholconsumptie. In: D.G. Uitenbroek, J.K. Ujcic-Voortman, A.P. Janssen, P.J. Tichelman, A.P. Verhoeff (red.). *Gezond zijn en gezond leven in*

- Amsterdam: gezondheidsonderzoek 2004 Amsterdamse Gezondheidsmonitor, Amsterdam: GGD Amsterdam.
131. Dotinga, A. (2005). *Drinking in a Dry Culture: Alcohol use among second-generation Turks and Moroccans: measurements and results*. Rotterdam: EUR.
 132. Dotinga, A., Van den Eijnden, R.J.J.M., Bosveld, W., Garretsen, H.F.L. (2006). Religious, cultural and social cognitive correlates of alcohol use among Turks and Moroccans in The Netherlands. *Addiction Research and Theory*, 14: 413-431.
 133. Schutten, M., Van den Eijnden, R.J.J.M., Knibbe, R.A. (2003). *Alcohol en werk: een onderzoek naar alcoholgebruik onder de werkende beroepsbevoling*. Rotterdam: IVO.
 134. Tiessen-Raaphorst, A., Breedveld, K. (2007). *Een gele kaart voor de sport: een quick scan naar wenselijke en onwenselijke praktijken in en rondom de breedtesport*. Den Haag: SCP.
 135. Van der Vorst, H. (2007). *The key to the cellar door: the role of the family in adolescents' alcohol use*. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.
 136. Vet, R., Van den Eijnden, R. (2007). *Het gebruik van alcohol door jongeren en de rol van ouders: resultaten van twee metingen*. Rotterdam: IVO.
 137. Monshouwer, K., Smit, F., Spruit, I. (2002). Alcohol-, tabak- en cannabisgebruik bij scholieren naar etnische achtergrond. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 80 (3): 172-177.
 138. Verdurmen, J., Monshouwer, K., Van Dorselaer, S., Ter Bogt, T., Vollebergh, W. (2005). Alcohol use and mental health in adolescents: interactions with age and gender-findings from the Dutch 2001 Health Behaviour in School-Aged Children survey. *Journal of Studies on Alcohol*, 66 (5): 605-609.
 139. Bieleman, B., Kruize, A., Nienhuis, A. (2006). *Monitor alcoholverstrekking jongeren 2005: naleving leeftijdsgrenzen 16 en 18 jaar Drink- en horecawet: metingen 1999, 2001, 2003 en 2005*. Groningen: IntraVal.
 140. Nabben, T., Quaak, L., Korf, D.J. (2005). *NL.Trendwatch: gebruikersmarkt uitgaansdrugs in Nederland, 2004-2005*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
 141. Korf, D.J., Nabben, T., Benschop, A. (2001). *Antenne 2000: trends in alcohol, tabak, drugs en gokken bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Thela Thesis.
 142. Mulder, J. (2005). *Indrinken op eigen erf: onderzoek naar jongerenontmoetingsplekken in keten en hokken op het platteland*. Utrecht: Stichting Alcoholpreventie.
 143. Korte, J. (2008). *Alcoholgebruik bij middelbare scholieren in Twente: prevalentie, determinanten en de rol van keten*. Enschede: Universiteit Twente.
 144. De Graaf, D., Poort, E. (2004). *Evaluatie van de Zomercampagne 2003; 'Drank: de kater komt later'*. Haarlem: ResCon.
 145. Van Zundert, R.M.P., Engels, R.C.M.E., Delsing, M.J.M.H. (2004). Alcoholgebruik van scholieren in het voortgezet speciaal onderwijs: de rol van ouderlijk alcoholgebruik en opvoeding. *Gedrag en gezondheid: tijdschrift voor psychologie en gezondheid*, 32 (5): 326-343.

146. Adlaf, E.M., Korf, D.J., Harrison, L., Erickson, P. (2006). Cross-National Differences in Drugs and Violence Among Adolescents: Preliminary Findings of the DAVI Study. *Journal of Drug Issues*, 36: 597-618.
147. Van Dijck, D., Knibbe, R.A. (2005). *De prevalentie van probleemdrinken in Nederland: een algemeen bevolkingsonderzoek*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
148. Van Dijck, D., Knibbe, R.A. (2006). *De incidentie, remissie en chroniciteit van probleemdrinken in de algemene Nederlandse bevolking: een longitudinaal onderzoek*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
149. Bijl, R.V., Ravelli, A. (1998). Psychiatrische morbiditeit, zorggebruik en zorgbehoefte: resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 76 (8): 446-457.
150. Verdurmen, J., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S. (2003). *Bovenmatig drinken in Nederland: uitkomsten van de 'Netherlands mental health survey and incidence study' (Nemesis)*. Utrecht: Bureau NDM.
151. De Bruijn, H. (2005). *The craving withdrawal model for alcoholism*. Amsterdam: Benecke N.L.
152. Rehm, J., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Graham, K., Rehn, N., Sempos, C.T., Frick, U., Jernigan, D. (2004). Alcohol use. In: M. Ezzati, A.D. Lopez, A. Rodgers, C.J.L. Murray (red.). *Comparative Quantification of Health Risks Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors*. Geneva: WHO: 959-1108.
153. Knibbe, R.A., Joosten, A., Choquet, M., Derickx, M., Morin, D., Monshouwer, K. (2007). Culture as an explanation for substance-related problems: a cross-national study among French and Dutch adolescents. *Social Science & Medicine*, 64: 604-616.
154. Stichting IVZ (2007). *Alcohol en ouderen in de ambulante verslavingszorg in Nederland (1997-2006)*. Houten: Stichting IVZ.
155. Riper, H., Smit, F., Van der Zanden, R., Conijn, B., Kramer, J., Mutsaers, K. (2007). *E-Mental Health: high tech, high touch, high trust: programmeringsstudie E-Mental Health in opdracht van het ministerie van VWS*. Utrecht: Trimbos-instituut.
156. Blankers, M., Kerssemakers, R., Schramade, M., Schippers, G. (2007). Eerste ervaringen met internet-zelfhulp voor probleemdrinkers. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 62: 1032-1043.
157. Postel, M.G., De Jong, C.A., De Haan, H.A. (2005). Does e-therapy for problem drinking reach hidden populations? *American Journal of Psychiatry*, 162 (12): 2293. 2005.
158. Vitale, S. (2007). *A trip to the emergency room: substance use among emergency room patients in the Netherlands: prevalence rates and methodological considerations*. Rotterdam: IVO.
159. Rijkswaterstaat Adviesdienst Verkeer en Vervoer (2007). *Rijden onder invloed in Nederland in 1999-2006: ontwikkeling van het alcoholgebruik van automobilisten in weekendnachten*. Rotterdam: Ministerie van Verkeer en Waterstaat.

160. Mathijssen, R., Houwing, S. (2005). *The prevalence and relative risk of drink and drug driving in the Netherlands: a case-control in the Tilburg police district*. Leidschendam: SWOV Institute for Road Safety Research.
161. Rijkswaterstaat Adviesdienst Verkeer en Vervoer (2006). *Rijden onder invloed in Nederland in 1999-2005: ontwikkeling van het alcoholgebruik van automobilisten in weekendnachten*. Rotterdam: Ministerie van Verkeer en Waterstaat.
162. Anderson, P., Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe: a public health perspective: a report for the European Commission*. London: Institute of Alcohol Studies.
163. Koppes, L.L., Van Mechelen, W., Twisk, J.W., Snel, J., Kemper, H.C. (2005). Cross-sectional and longitudinal relationships between alcohol consumption and lipids, blood pressure and body weight indices. *Journal of Studies on Alcohol*, 66: 713-721.
164. Sierksma, A., Van der Gaag, M.S., Van Tol, A., James, R.W., Hendriks, H.F. (2002). Kinetics of HDL cholesterol and paraoxonase activity in moderate alcohol consumers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26: 1430-1435.
165. Ruitenbergh, A., Van Swieten, J.C., Witteman, J.C., Mehta, K.M., Van Duijn, C.M., Hofman, A., Breteler, M.M. (2002). Alcohol consumption and risk of dementia: the Rotterdam Study. *Lancet*, 359 (9303): 281-286.
166. Friesema, I.H.M. (2006). *Alcohol and cardiovascular disease: a longitudinal study on impact of intake measurement and health status*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
167. Koppes, L.L., Dekker, J.M., Hendriks, H.F., Bouter, L.M., Heine, R.J. (2005). Moderate alcohol consumption lowers the risk of type 2 diabetes: a meta-analysis of prospective observational studies. *Diabetes Care*, 28 (3): 719-725.
168. Beulens, J.W.J. (2008). *Alcohol consumption and risk of cardiovascular disease and type 2 diabetes: population-based studies and physiological interventions*. Wageningen: Wageningen Universiteit.
169. Room, R., Babor, T., Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *Lancet*, 365 (9458): 519-530.
170. Fillmore, K.M., Kerr, W.C., Stockwell, T., Chikritzhs, T., Bostrom, A. (2006). Moderate alcohol use and reduced mortality risk: systematic error in prospective studies. *Addiction Research and Theory*, 14: 101-132.
171. Single, E., Ashley, M.J., Bondy, S., Rankin, J., Rehm, J. (1999). *Evidence regarding the level of alcohol consumption considered to be low-risk for men and women*. Canberra: National Health and Medical Research Council.
172. Poppelier, A., Van de Wiel, A., Van de Mheen, D. (2002). *Overdaad schaadt: een inventarisatie van de lichamelijke gevolgen van sociaal geaccepteerd alcoholgebruik en binge-drinken*. Rotterdam: IVO.
173. Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding (2004). *De rol van voeding bij het ontstaan van kanker*. Amsterdam: KWF Kankerbestrijding.

174. De Hollander, A.E.M., Hoeymans, N., Melse, J.M., Van Oers, J.A.M., Polder, J.J. (2006). *Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 2006*. Bilthoven: RIVM.
175. Poppelier, A., Van de Wiel, A., Van de Mheen, D. (2002). *Overdaad schaadt: een inventarisatie van de lichamelijke gevolgen van sociaal geaccepteerd alcoholgebruik en binge-drinken*. Rotterdam: IVO.
176. Gezondheidsraad (2005). *Risico's van alcoholgebruik bij conceptie, zwangerschap en borstvoeding*. Den Haag: Gezondheidsraad.
177. Verdurmen, J., Abraham, M., Planije, M., Monshouwer, K., Van Dorselaer, S., Schulten, I., Bevers, J., Vollebergh, W. (2006). *Alcoholgebruik en jongeren onder de 16 jaar: schadelijke effecten en effectiviteit van alcoholinterventies*. Utrecht: Trimbos-instituut.
178. Gezondheidsraad (2006). *Richtlijnen gezonde voeding 2006*. Den Haag: Gezondheidsraad.
179. Van Leeuwen, F.E. (1999). *Epidemiologie van kanker: inzichten en vooruitzichten*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
180. Verdurmen, J., Van der Meulen, A., Van Laar, M. (2004). Ontwikkelingen in alcoholgerelateerde sterfte in Nederland. *Bevolkingstrends*, 52 (3e kwartaal): 32-38.
181. Gosselt, J.F. (2006). *Drank kopen kent geen leeftijd: alcoholverkoop aan jongeren onder de wettelijke toegestane leeftijdsgrens: een onderzoeksprotocol en een studie naar de naleving*. Enschede: Universiteit Twente.
182. Mulder, J. (2005). *Rommelen met je identiteit: landelijk scholierenonderzoek naar de aard en de omvang van de falsificatie van legitimatiebewijzen door jongeren*. Utrecht: Stichting Alcoholpreventie.
183. STAP (2007). *Factsheet Prijsacties in de Nederlandse horeca: onderzoeksresultaten naar de aanwezigheid van happy hours en andere prijsacties in de Nederlandse horeca*. Utrecht: STAP.
184. Bot, S. (2007). *Real life in the pub. An observational study on predictors of young adult social drinking*. Nijmegen: Radboud Universiteit.
185. Mulder, J. (2005). *Drinken op school: landelijk scholierenonderzoek naar de alcoholverstrekking en het alcoholgebruik binnen het voortgezet onderwijs en op schoolfeesten*. Utrecht: Stichting Alcoholpreventie.
186. Tweede kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2004-2005 publicatienummer 27565 nr.29 (2005). *Alcoholbeleid: brief minister over het alcoholgebruik onder jongeren*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
187. STIVORO voor een rookvrije toekomst (2007). *Jaarverslag 2006: wij laten rokers niet in de kou staan*. Den Haag: STIVORO.
188. STIVORO voor een rookvrije toekomst (2008). *Geringe daling aantal rokers in 2007*. Den Haag: STIVORO.
189. Lanting, C.I., Segaar, D., Crone, M.R., Van Wouwe, J.P. (2007). Licht dalende prevalentie van roken rondom zwangerschap. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 151 (46): 2566-2469.

190. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2006-2007 publicatie nummer 114 (2006). *Preventiebeleid voor de volksgezondheid*. Den Haag: Sdu.
191. Centraal Bureau voor de Statistiek (2008). *Gezonde leefstijl wint langzaam terrein*. Voorburg/Heerlen: CBS.
192. Centraal Bureau voor de Statistiek (2007). *Gerapporteerde gezondheid en leefstijl: zware rokers onder rokers*. Voorburg/Heerlen: CBS.
193. STIVORO-voor een rookvrije toekomst (2007). *Roken, de harde feiten: Jeugd 2007*. Den Haag: STIVORO-voor een rookvrije toekomst.
194. STIVORO (2007). *Feiten & cijfers: actuele gegevens over roken*. Den Haag: STIVORO.
195. Piper, M.E., McCarthy, D.E., Baker, T.B. (2006). Assessing tobacco dependence: a guide to measure evaluation and selection. *Nicotine and Tobacco Research*, 8 (3): 339-351.
196. Vink, J.M., Willemsen, G., Beem, A.L., Boomsma, D.I. (2005). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence in a Dutch sample of daily smokers and ex-smokers. *Addictive Behaviors*, 30 (3): 575-579.
197. World Health Organization (2005). *Tobacco control database: Country profiles: Smoking prevalence in adults (%)*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
198. STIVORO voor een rookvrije toekomst (2006). *Roken, de harde feiten: volwassenen 2005*. Den Haag: STIVORO voor een rookvrije toekomst.
199. IMS Health (2007). *Zelfzorg cijfers antirookpreparaten kalenderjaar '05 en '06 en MAT oktober '06 en '07*. Den Haag: IMS Health.
200. Stichting Farmaceutische Kengetallen (2007). *Voorschriften Zyban en Champix 2006-2007*. Den Haag: Stichting Farmaceutische Kengetallen.
201. Donker, G.A. (2007). *Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland 2006*. Utrecht: NIVEL.
202. Bolman, C., De Vries, H., Van Breukelen, G. (2004). Evaluatie van C-MIS, een protocol om hartpatiënten te helpen te stoppen met roken. *TSG: Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 82 (7): 416-425.
203. De Vries, H., Bakker, M., Mullen, P.D., Van Breukelen, G. (2006). The effects of smoking cessation counseling by midwives on Dutch pregnant women and their partners. *Patient Education and Counseling*, 63 (1-2): 177-187.
204. Segaar, D. (2006). *Adoption and implementation of smoking cessation support in health care*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
205. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2004). *Richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving*. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.
206. Van Weel, C., Coebergh, J.W.W., Drenthen, T., Schippers, G.M., Van Spiegel, P.I., Anderson, P.D., Van Bladeren, F.A., Van Veenendaal, H. (2005). Richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 149 (1): 17-21.
207. Chavannes, N.H., Kaper, J., Frijling, B.D., Van der Laan, J.R., Jansen, P.W.M., Guerrouj, S., Drenthen, A.J.M., Bax, W., Wind, W. (2007). NHG-Standaard Stoppen met roken. *Huisarts en wetenschap*, 50 (7): 306-314.

208. Van Emst, A., Snel, O., Willemsen, M. (2007). *Persoonlijke coaching bij stoppen met roken: resultaten van een proces- en effectstudie*. Den Haag: STIVORO-voor een rookvrije toekomst.
209. STIVORO voor een rookvrije toekomst (2006). *Jaarverslag 2005*. Den Haag: STIVORO.
210. De Beer, M., Schellevis, M. (2007). Actie 'Rokers verdienen 'n beloning'. In *Feite de professional*, 5 (9): 10-11.
211. Wiebing, M. (2007). Campagne 'Stoppen kun je leren'. In *Feite de professional*, 5 (10): 8-9.
212. STIVORO voor een rookvrije toekomst (2005). *Een rookvrije toekomst voor een nieuwe generatie: jaarverslag 2004*. Den Haag: STIVORO.
213. Koolhaas, C., Willemsen, M. (2005). *Jongeren en de sociale druk om (niet) te roken: veranderingen tussen 1998 en 2005*. Den Haag: STIVORO- rookvrij.
214. Van Leeuwen, M.J., Sleur, D.G. (1998). De economische effecten van maatregelen ter bestrijding van het roken. In: Netherlands School of Public Health (NSPH) (red.). *Tabaksontmoedigingsbeleid: gezondheidseffectrapportage*. Utrecht: NSPH: 87-137.
215. Poos, R. (2007). *Sterfgevallen door roken op basis van sterftecijfer 2006*. Bilthoven: RIVM.
216. Reitz, C., Den Heijer, T., Van Duijn, C., Hofman, A., Breteler, M.M. (2007). Relation between smoking and risk of dementia and Alzheimer disease: the Rotterdam Study. *Neurology*, 69 (10): 998-1005.
217. Streppel, M.T., Boshuizen, H.C., Ocké, M.C., Kok, F.J., Kromhout, D. (2007). Mortality and life expectancy in relation to long-term cigarette, cigar and pipe smoking: the Zutphen Study. *Tobacco Control*, 16: 107-113.
218. Kawachi, I. (2005). More evidence on the risks of passive smoking. *British Medical Journal*, 330 (7486): 265-266.
219. 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.
220. Teo, K.K., Ounpuu, S., Hawken, S., Pandey, M.R., Valentin, V., Hunt, D., Diaz, R., Rashed, W., Freeman, R., Jiang, L., Zhang, X., Yusuf, S. (2006). Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. *Lancet*, 368 (9536): 647-658.
221. Van Schooten, F.J., Godschalk, R. (2005). Passief roken: gezondheidsrisico's. In: K. Knol, C. Hilvering, D.J.T. Wagener, M.C. Willemsen (red.). *Tabaksgebruik: gevolgen en bestrijding*. Utrecht: Lemma: 237-246.
222. Hofhuis, W., Merkus, P.J.F.M. (2005). Passief roken: schadelijke effecten bij kinderen. In: K. Knol, C. Hilvering, D.J.T. Wagener, M.C. Willemsen (red.). *Tabaksgebruik: gevolgen en bestrijding*. Utrecht: Lemma: 246-254.
223. The ASPECT consortium (2004). *Tobacco or health in the European Union: past, present and future*. Luxembourg: European Communities.

224. Jaddoe, V.W.V. (2006). *Maternal and fetal origins of cardiovascular disease: the Generation R Study*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
225. Gezondheidsraad (2003). *Volksgezondheidsschade door passief roken*. Den Haag: Gezondheidsraad.
226. Bonneux, L.G.A., Looman, C.W.N., Coebergh, J.W. (2003). Sterfte door roken in Nederland: 1,2 miljoen tabaksdoden tussen 1950 en 2015. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 147 (19): 917-921.
227. Hoofdbedrijfschap Detailhandel (2007). *Tabaks- en gemakszaken: bestedingen en marktaandeelen*. Den Haag: HBD.
228. Bieleman, B., Kruize, A. (2006). *Monitor tabaksverstrekking jongeren 2005: naleving leeftijdsgrens 16 jaar: metingen 1999, 2001, 2003 en 2005*. Groningen-Rotterdam: IntraVal.
229. Bieleman, B., Kruize, A. (2007). *Monitor naleving rookvrije werkplek 2006: metingen 2004 en 2006*. Groningen-Rotterdam: IntraVal.
230. NSO (2007). *Tabak*. Leidschendam: NSO.
231. European Commission (2007). *Excise Duty Tables: part III: manufactured tobacco*. Brussel: European Commission.
232. European Commission (2006). *Excise Duty Tables: part III: manufactured tobacco*. Brussel: European Commission.
233. Joossens, L. (2004). *Effective tobacco control policies in 28 European countries*. Brussels: ENSP.
234. Joossens, L., Raw, M. (2006). The Tobacco Control Scale: a new scale to measure country activity. *Tobacco Control*, 15: 247-253.
235. Joossens, L., Raw, M. (2007). *Progress in tobacco control in 30 European countries, 2005 to 2007*. Bern: Swiss Cancer League.
236. EMCDDA (2007). Drugs en criminaliteit: een complexe relatie. *Drugs in beeld*, 16: 1-4.
237. Staatscourant 27 december 2000 nr.250 (2000). *Aanwijzing Opiumwet*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
238. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2001-2002 publicatienummer 28192 nr.1 (2001). *Drugssmokkel Schiphol: brief minister bij het plan van aanpak drugssmokkel Schiphol*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
239. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2004-2005 publicatienummer 28192 nr.41 (2006). *Drugssmokkel Schiphol: brief minister met de zevende voortgangsrapportage drugssmokkel Schiphol*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
240. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2004-2005 publicatienummer 29911 nr.1 (2004). *Bestrijding georganiseerde criminaliteit: brief minister*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
241. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2003-2004 publicatienummer 24077 nr.125 (2004). *Drugbeleid: brief ministers over het cannabisbeleid*. Den Haag: Sdu Uitgevers.

242. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2004-2005 publicatienummer 24077 nr.171 (2005). *Drugbeleid: brief minister over de implementatie van de Cannabisbrief*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
243. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2005-2006 publicatienummer 24077 nr.184 (2006). *Drugbeleid: brief minister bij aanbieding notitie Integrale aanpak hennepteelt*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
244. Spapens, T., Van de Bunt, H., Rastovac, L. (2007). *De wereld achter de wietteelt*. Rotterdam/Tilburg: Erasmus Universiteit/Universiteit van Tilburg.
245. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2007-2008 publicatienummer 29911 nr.10 (2007). *Bestrijding georganiseerde criminaliteit: brief minister ter aanbieding van Programma versterking aanpak georganiseerde misdaad en Programma financieel-economische criminaliteit*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
246. Dienst Nationale Recherche Informatie (2007). *Drugsinbeslagnemingen en drugsprizen: Nederland - 2006*. Zoetermeer: KLPD-DNRI.
247. Dienst Nationale Recherche (2007). *De productie van en (internationale) handel in Synthetische drugs (en precursoren) 2006-2008: strategiedocument*. Helmond: DNR.
248. Expertisecentrum Synthetische Drugs en Precursoren (2007). *Jaarrapport synthetische drugs en precursoren 2006*. Zoetermeer: Dienst Nationale Recherche.
249. Neve, R.J.M., Van Ooyen-Houben, M.M.J., Snippe, J., Bieleman, B. (2007). *Samenspannen tegen XTC: eindevaluatie van de XTC-Nota*. Den Haag: WODC/Intraval.
250. Spapens, T. (2006). *Interactie tussen criminaliteit en opsporing: de gevolgen van de opsporingsactiviteiten voor de organisatie en afscherming van xtc-productie en -handel in Nederland*. Antwerpen: Intersentia.
251. Maalsté, N., Panhuysen, M. (2007). *Polderwiet: een veelzijdig en onthullend beeld van de wietteelt in Nederland*. Baarn: De Fontein.
252. Van der Heide, W., Eggen, A.Th.J. (red.) (2007). *Criminaliteit en rechtshandhaving 2006: ontwikkelingen en samenhangen*. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers/WODC.
253. Jacobs, M.J.G. (2007). *Opiumwetdelicten nader bekeken: analyseverslag van een empirisch onderzoek naar Opiumwetdelicten ten behoeve van het Justitieonderdeel van de Nationale Drugmonitor, jaarbericht 2006*. Tilburg: IVA Beleidsonderzoek en advies.
254. Miedema, F., Stoltz, S. (2008). *Vast(gelopen) in den vreemde: een onderzoek naar het hoge aantal Nederlanders in buitenlandse detentie*. Nijmegen: ITS-Radboud Universiteit Nijmegen.
255. Wartna, B.S.J., Blom, M., Tollenaar, N. (2008). *De WODC-Recidivemonitor*. Den Haag: WODC.
256. Verstraete, A.G., Raes, E. (2006). *Rosita-2 project: final report*. Ghent: Ghent University.

257. European Commission (2005). *DRUID: driving under the influence of alcohol, drugs and medicines: project summary*. Brussel: European Commission.
258. Decorte, T., Scheirs, V., Van der Elst, D., Muys, M. (2006). *Provisions for amphetamine type stimulant users in European prisons*. London/Oldenburg: ENDIPP/BIS Verlag.
259. Ministerie van Justitie, Stichting Reclassering Nederland (2001). *Outputsturing Reclassering*. Den Haag: Ministerie van Justitie/SRN.
260. Von Bergh, M., Van Poppel, J., Römken, R. (2006). *Evaluatie bruikbaarheid Quick Scan Reclassering*. Tilburg: IVA.
261. Van der Knaap, L.M., Leenarts, L.E.W., Nijssen, L.T.J. (2007). *Psychometrische kwaliteiten van de Recidive Inschattingsschalen (RISc): interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, interne consistentie en congruente validiteit*. Den Haag: WODC.
262. Van 't Hoff, G. (2006). *Health care in prisons in the Netherlands: TB-HIV/Aids-Hepatitis B and C*. Minsk, 23-24 November 2006: acute problems of penitentiary medicine: socially dangerous diseases, HIV/AIDS in prisons. Minsk: Belarus Hotel.
263. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2003-2004 publicatienummer 29200 VI, nr.6. (2004). *Vaststelling begroting van het Ministerie van Justitie (VI) voor het jaar 2004: brief minister over stelselherziening rechtsbijstand*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
264. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2003-2004 publicatienummer 28980 nr.16 (2004). *Wijziging van het Wetboek van Strafrecht, het Wetboek van Strafvordering en de Penitentiaire beginselenwet (plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders): brief minister over de stand van zaken inzake de plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
265. Biesma, S., Van Zwieten, M., Snippe, J., Bieleman, B. (2006). *ISD en SOV vergeleken: eerste inventarisatie meerwaarde Inrichting voor Stelselmatige Daders boven eerdere Strafrechtelijke Opvang voor Verslaafden*. Groningen-Rotterdam: Intraval.
266. Voorhuis, N., Koning, L., Van der Meer, C., Mol, E., Zegerius, R. (2007). *Maatregel tot plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders: algemene bespreking ISD-wetgeving inclusief recente jurisprudentie en Amsterdamse praktijk*. Amsterdam: Arrondissementsparket.
267. Koeter, M.W.J., Bakker, M. (2007). *Effectevaluatie van de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV)*. Amsterdam/Den Haag: AIAR/WODC.
268. Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (2007). *De inrichting voor stelselmatige daders*. Den Haag: RSJ.
269. Snippe, J., Ogier, C., Bieleman, B. (2006). *Lokale aanpak zeer actieve veelplegers: justitieel traject*. Groningen: Intraval.