

Jaarbericht NDM 2002

Redactie

Mw. dr. M.W. van Laar¹

Dhr. dr. A.A.N. Cruts¹

Dhr. prof. dr. H.G.M. Rigter¹

Mw. dr. J.E.E. Verdurmen¹

Dhr. drs. R.F. Meijer²

Mw. dr. M.M.J. van Ooyen²

Met medewerking van

Dhr. drs. A.P.M. Ketelaars¹

Dhr. dr. A. van Gageldonk¹

¹ Trimbos-instituut

² WODC

ISBN 90-76733-14-7

ISSN 1569-5395

Bestelnummer AF 0423 (tel.: 030-297.11.80)

Jaarbericht NDM 2002

© Bureau NDM

Postbus 725

3500 AS Utrecht

ndm@trimbos.nl

Vormgeving Carta grafisch ontwerpers, Utrecht

Druk: Stolkwijk, Amsterdam

Leden van de Werkgroep Epidemiologie van de NDM

Dhr. dr. A.A.N. Cruts, Trimbos-instituut
Dhr. prof. dr. H.F.L. Garretsen, Katholieke Universiteit Brabant
Mw. drs. C.A.M. van Gorp, Ministerie van VWS (waarnemer)
Dhr. prof. dr. R.A. Knibbe, Universiteit van Maastricht
Dhr. dr. M.W.J. Koeter, Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR)
Dhr. dr. D.J. Korf, Criminologisch Instituut Bonger, Universiteit van Amsterdam
Mw. dr. M.W. van Laar, Trimbos-instituut
Dhr. drs. R.F. Meijer, Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC), Ministerie van Justitie
Mw. dr. H. van de Mheen, Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving (IVO)
Dhr. drs. A. Mol, Stichting Informatievoorziening Zorg (IVZ)
Dhr. dr. J.A.M. van Oers, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM)
Mw. dr. ir. E.L.M. Op de Coul, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM)
Dhr. A.W. Ouwehand, Stichting Informatievoorziening Zorg (IVZ)
Dhr. prof. dr. H.G.M. Rigter, Trimbos-instituut
Dhr. Th.A. Sluijs MPH, GG&GD Amsterdam
Mw. dr. J.E.E. Verdurmen, Trimbos-instituut
Dhr. ir. G.C.G. Verweij, Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)
Dhr. mr. P.P. de Vrijer, Ministerie van Justitie (waarnemer)
Mw. drs. W.M. de Zwart, Ministerie van VWS (waarnemer)

Toegevoegde referenten

Dhr. drs. M.C.A. Buster, GG&GD Amsterdam
Dhr. drs. A.W.M. van der Heijden, Korps landelijke politiediensten (KLPD)
Mw. E.H.B.M.A. Hoekstra, Ministerie van Justitie, Directie Sancties, Reclassering en Slachtofferzorg (DGPJS)
Mw. drs. A.J.J. Slotboom, Parket-Generaal
Dhr. dr. M.C. Willemsen, DEFACTO, voor een rookvrije toekomst

INHOUD

Lijst van afkortingen

- 1 Inleiding**
- 2 Cannabis**
 - 2.1 Gebruik: algemene bevolking
 - 2.2 Gebruik: jongeren
 - 2.3 Problematisch gebruik
 - 2.4 Gebruik: internationale vergelijking
 - 2.5 Hulpvraag
 - 2.6 Sterfte
 - 2.7 Aanbod en markt
 - 2.8 Cannabis: laatste feiten en trends
- 3 Cocaïne**
 - 3.1 Gebruik: algemene bevolking
 - 3.2 Gebruik: jongeren
 - 3.3 Problematisch gebruik
 - 3.4 Gebruik: internationale vergelijking
 - 3.5 Hulpvraag
 - 3.6 Sterfte
 - 3.7 Cocaïne: laatste feiten en trends
- 4 Opiaten**
 - 4.1 Gebruik: algemene bevolking
 - 4.2 Gebruik: jongeren
 - 4.3 Problematisch gebruik
 - 4.4 Gebruik: internationale vergelijking
 - 4.5 Hulpvraag
 - 4.6 Ziekte en sterfte
 - 4.7 Opiaten: laatste feiten en trends
- 5 Ecstasy, amfetamine en verwante stoffen**
 - 5.1 Gebruik: algemene bevolking
 - 5.2 Gebruik: jongeren
 - 5.3 Problematisch gebruik
 - 5.4 Gebruik: internationale vergelijking
 - 5.5 Hulpvraag
 - 5.6 Sterfte
 - 5.7 Aanbod en markt
 - 5.8 Ecstasy en amfetamine: laatste feiten en trends
- 6 Alcohol**
 - 6.1 Gebruik: algemene bevolking
 - 6.2 Gebruik: jongeren
 - 6.3 Problematisch gebruik
 - 6.4 Gebruik: internationale vergelijking
 - 6.5 Hulpvraag
 - 6.6 Ziekte en sterfte
 - 6.7 Aanbod en markt
 - 6.8 Alcohol: laatste feiten en trends

7 Tabak

- 7.1 Gebruik: algemene bevolking
- 7.2 Gebruik: jongeren
- 7.3 Problematisch gebruik
- 7.4 Gebruik: internationale vergelijking
- 7.5 Hulpvraag
- 7.6 Sterfte
- 7.7 Aanbod en markt
- 7.8 Tabak: laatste feiten en trends

8 Verslavingszorg

- 8.1 Zorg voor verslaafden
- 8.2 Zorgaanbod en -capaciteit
- 8.3 Zorggebruik en -productie
- 8.4 Financiering
- 8.5 Kwaliteit van de zorg
- 8.6 Verslavingszorg: laatste feiten en trends

9 Geregistreeerde drugcriminaliteit

- 9.1 Inleiding
- 9.2 Omvang
- 9.3 Aard
- 9.4 Strafrechtelijke reactie en justitiële verslavingszorg
- 9.5 Drugcriminaliteit: laatste feiten en trends

Bijlagen

- A Bronnen: verslaving en middelengebruik
- B Bronnen: drugcriminaliteit
- C Registratie van intramurale gegevens in de verslavingszorg
- D Verklaring van ICD-9 en ICD-10 codes
- E GHB: feiten en cijfers
- F Terminologie en methodologie
- G Internetadressen van enkele in het Jaarbericht genoemde organisaties

Referenties

Lijst van afkortingen

2C-B	4-bromo-2,5-dimethoxyphenethylamine
4-MTA	4-methylthioamfetamine
ADHD	Attention Deficit with Hyperactivity Disorder
AIAR	Amsterdam Institute for Addiction Research
Aids	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AIHW	Australian Institute of Health and Welfare
APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
ATS	Amfetamine Type Stimulantia
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BIBA	Beveiligde Individuele Begeleidingsafdeling
BiZa	Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijkrelaties
BO	Basisonderwijs
BVT	Bureau Voorlichting Tabak
BZA	Bijzondere Zorgafdeling
BZK	Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijkrelaties
CAD	Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs
CAM	Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs
CAN	Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs
CBR	Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CEDRO	Centrum voor Drugsonderzoek
CMR	Centrale Methadon Registratie
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CPA	Centrale Post Ambulancevervoer
CRI	Centrale Recherche Informatie
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
CVA	Cerebraal Vasculaire Aandoening (beroerte)
CVS	Cliënt Volg Systeem
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DIMS	Drugs Informatie- en Monitoringsysteem
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
DPC/CM	directie Personenverkeer, Migratie en Consulaire-Maatschappelijke Zaken
DSM	Diagnostic and Statistical Manual
EHBO	Eerste Hulp bij Ongelukken
EMA	Educatieve Maatregel Alcohol
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
EWDD	Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving (in het Engels: EMCDDA)
FOBA	Forensische Observatie en Begeleidingsafdeling
FVK	Forensische Verslavingskliniek
GBL	Gamma Butyrolacton
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GG&GD	Gemeentelijke Geneeskundige & Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GHB	Gamma-hydroxyboterzuur

HAVO	Hoger Algemeen Voortgezet Onderwijs
HBO	Hoger Beroeps Onderwijs
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children (studie)
HBV	Hepatitis B virus
HCV	Hepatitis C virus
HDL-C	High density lipoprotein cholesterol
HIV	Humaan Immunodeficiëntie Virus
HKS	HerKenningsdienstSystemen
IBA	Individuele Begeleidingsafdeling
ICD	International Classification of Diseases
IDG	Intraveneuze Druggebruikers
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IMC	Intramuraal Motivatie Centrum
IVO	Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving
IVV	Stichting Informatievoorziening Verslavingszorg
IVZ	Stichting Informatievoorziening Zorg
JDS	Justitieel Documentatie Systeem
KLPD	Korps landelijke politiediensten
LADIS	Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem
LIS	Letsel Informatie Systeem
LMR	Landelijke Medische Registratie
LOM	School voor kinderen met Leer- en OpvoedingsMoeilijkheden
MAD	Regio- en StedenMonitor Alcohol en Drugs
MAVO	Middelbaar Algemeen Voortgezet Onderwijs
MBDB	N-methyl-1-(3,4-methyleen-dioxyphenyl)-2-butanamine
MDA	Methyleen-dioxyamfetamine
MDEA	Methyleen-dioxyethylamfetamine
MDMA	3,4-methyleen-dioxymethamfetamine
MGC	Monitor Georganiseerde Criminaliteit
MLK	School voor Moeilijk Lerende Kinderen
MMD	Monitor Moord en Doodslag
NDM	Nationale Drugmonitor
NEMESIS	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NIPO	Nederlands Instituut voor de Publieke Opinie en het Marktonderzoek
NPO	Nationaal Prevalentie Onderzoek
NRI	Nationale Recherche Informatie
NWO	Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
OBJD	Onderzoeks- en Beleidsdatabase Justitiële Documentatie
OM	Openbaar Ministerie
PBW	Penitentiaire Beginselenwet
PGD	Productschap voor Gedistilleerde Dranken
PiGGz	Patiëntenregister intramurale Geestelijke Gezondheidszorg
PMA	Paramethoxyamfetamine
PMMA	Paramethoxymethylamfetamine
POLS	Permanent Onderzoek Leefsituatie
PP	Penitentiair Programma
PSC	Penitentiair Selectie Centrum
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermd Wonen
RIKILT	Rijks-Kwaliteitsinstituut voor land- en tuinbouwproducten
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne

RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SFO	Strafrechtelijk Financieel Onderzoek
SOA	Seksueel Overdraagbare Aandoeningen
SOV	Strafrechtelijke Opvang Verslaafden
Sr	Strafrecht
SRM	Strafrechtmonitor
SSI	Stichting Sigarettenindustrie
Stivoro	Voormalige "Stichting Volksgezondheid en Roken", thans "Defacto voor een rookvrije toekomst"
SVN	Stichting Verslavingsreclassering Nederland
SWOV	Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid
THC	Tetrahydrocannabinol
TULP	TenUitvoerLegging van vrijheidsbenemende maatregelen in Penitentiaire inrichtingen
USD	Unit Synthetische Drugs
UvA	Universiteit van Amsterdam
VBA	Verslavings Begeleidingsafdeling
VBO	Voortgezet Beroeps Onderwijs
v.i.	voorwaardelijke invrijheidstelling
VIS	Vroeghulp Interventie Systematiek
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
VWO	Vorbereidend Wetenschappelijk Onderwijs
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WED	Wet Economische delicten
WHO	World Health Organisation (Wereld Gezondheidsorganisatie)
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum
WOTS	Wet Overdracht Tenuitvoerlegging Strafvonnissen
WVMC	Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën
WVV	Wegenverkeerswet
ZMOK	School voor Zeer Moeilijk Opvoedbare Kinderen
ZONMW	Zorgonderzoek Nederland Medische Wetenschappen

1 INLEIDING

De Nationale Drugmonitor

De Nationale Drugmonitor (NDM) is in 1999 opgericht. Dat gebeurde op initiatief van de minister van VWS. De NDM is een samenwerkingsverband dat twee functies behartigt:

- Overkoepeling van en afstemming tussen de in Nederland lopende peilingen en registraties van het gebruik van genotmiddelen (drugs, alcohol, tabak) en verslaving. Een peiling is een 'survey': een periodieke meting. Een registratie is continu: het gaat dan bijvoorbeeld om bestanden die zorginstellingen over hun bezigheden en hun cliëntèle moeten bijhouden. Bijlage A en B geven een overzicht van de belangrijkste monitoringprojecten en verantwoordelijke organisaties die de NDM voorzien van gegevens.
- Rapportage aan nationale overheden en aan internationale en nationale instanties. De berichten berusten op de uitkomsten van de bewuste peilingen en registraties en op gegevens uit (ander) onderzoek. 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
- en de gevolgen daarvan:
 - beroep op de hulpverlening
 - ziekte
 - en sterfte.

Het Jaarbericht 2002 bevat ook een hoofdstuk met cijfers over onderwerpen op het werkkterrein van het ministerie van Justitie. Deze waren tot nog toe in beperkte mate opgenomen in de NDM. De behoefte aan deze gegevens bij beleidsmakers en internationale organisaties groeit. Het gaat daarbij onder meer om informatie over:

- aan drugs gerelateerde criminaliteit en overlast, zoals overtredingen van de Opiumwet, vermogens- en geweldsdelicten en druggebruik onder arrestanten
- het aantal verslaafden in de strafrechtketen en het functioneren van voorzieningen voor opvang en behandeling van deze personen
- productie, distributie en handel, met gegevens over bijvoorbeeld verkoop van drugs, inbeslagnames, bevoorradingslijnen en clandestiene laboratoria.

Het ministerie van Justitie heeft in 1999-2001 opdracht gegeven tot inventarisatie van gegevensbronnen en toetsing van de kwaliteit van beschikbare kerncijfers [1,2]. De resultaten laten zien dat op dit moment niet alle benodigde gegevens adequaat zijn voor opname in de NDM. Er is een traject in gang gezet om de informatiestructuur te verbeteren. Dit vraagt de komende jaren een forse investering van politie en justitie. De beschikbare cijfers laten wel toe een beeld te schetsen van de geregistreerde criminaliteit en de strafrechtelijke reactie hierop. Een eerste proeve hiervan treft u aan in dit Jaarbericht.

Jaarbericht 2002

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

Thans ligt voor u het vierde Jaarbericht van de NDM, met onder meer aandacht voor respectievelijk cannabis, cocaïne, opiaten, ecstasy en amfetamine, alcohol en tabak (hoofdstuk 2 tot en met 7). Per middel presenteren wij kort en bondig de meest recente cijfers over het gebruik en de gevolgen daarvan. De positie van Nederland plaatsen wij in internationaal perspectief. Nieuw in dit jaarbericht zijn kerncijfers over de verslavingszorg (hoofdstuk 8) en cijfers over de drugcriminaliteit (hoofdstuk 9). In bijlage E geven wij een overzicht van het gebruik en de risico's van GHB, een narcosemiddel dat recent in het uitgaansleven populair is geworden.

Cijfers over middelengebruik en drugcriminaliteit kunnen op verschillende manieren worden gemeten en weergegeven. Informatie over terminologie en methodologie vindt u in bijlage F.

Het Jaarbericht 2002 biedt géén inzicht in de recente ontwikkeling van de hulpvraag van alcohol- en druggebruikers bij de ambulante en intramurale verslavingszorg, voor zover cijfers afkomstig zijn uit de registratiesystemen LADIS en PiGGz.

- Gegevens over de ambulante verslavingszorg in 2001 komen pas eind 2002 beschikbaar. Oorzaak van de vertraging is de recente implementatie van een landelijk Cliënt Volg Systeem (CVS) door de Stichting Reclassering Nederland. Via een aparte bewerking, die later dit jaar zal plaatsvinden, worden gegevens uit dit systeem over activiteiten van de verslavingsreclassering in het LADIS opgenomen.
- Cijfers uit het PiGGz over opnames in verslavingsklinieken en algemene psychiatrische ziekenhuizen zijn in de afgelopen jaren beïnvloed door de vele fusies van instellingen en een afname van het aantal instellingen dat gegevens aanleverde. Het nieuwe informatiesysteem van GGZ-Nederland (ZORG-IS), waarin gegevens van de gehele verslavingszorg worden geïntegreerd, is naar verwachting niet eerder dan 1 januari 2003 volledig operationeel.

Ontwikkelingen in middelengebruik

Een paar feiten en ontwikkelingen in het Jaarbericht 2002 springen in het oog.

- Het percentage *cannabis*gebruikers in Nederland onder de algemene bevolking van 12 jaar en ouder steeg licht tussen 1997 en 2001. In absolute aantallen nam het aantal actuele gebruikers van cannabis in die vier jaar toe van 326 duizend naar 408 duizend. Onder jongeren van 12 tot en met 15 jaar en scholieren van het voortgezet onderwijs bleef het percentage cannabisgebruikers in de afgelopen jaren echter stabiel.
- De populariteit van *cocaïne* is gegroeid. Signalen die daar op wijzen:
 - Het aantal actuele consumenten van cocaïne in de algemene bevolking verdubbelde tussen 1997 en 2001. De toename was het grootst onder vrouwen.
 - Met het percentage ooitgebruikers van cocaïne staat Nederland op de tweede plaats in de Europese Unie. Voor het actuele gebruik geldt een vierde plaats.
 - Cocaïne, met name de kant-en-klare rookbare vorm (basecoke of crack), is momenteel de belangrijkste drug voor veel probleemgebruikers van harddrugs.
 - Snuifcocaïne heeft een plaats van betekenis gekregen in het (Amsterdamse) uitgaanscircuit.
 - De hulpvraag van gebruikers van cocaïne neemt toe. Twee op de drie van deze hulpzoekers heeft een probleem met basecoke of crack.
 - De geregistreerde acute sterfte door cocaïnegebruik is laag maar neemt wel toe.
- Het aantal *ecstasy*gebruikers in de algemene bevolking nam toe tussen 1997 en 2001, vooral onder vrouwen.
- Van alle lidstaten van de Europese Unie kent Nederland per duizend inwoners de minste probleemgebruikers van harddrugs (vaak *opiaten*).

- De verkrijgbaarheid van *alcoholische dranken* onder jongeren beneden 16 jaar is, ondanks een wettelijk verbod, met name in de horeca groot.
- Onder jonge mannen van 18 tot en met 24 jaar bevinden zich vrij veel zware drinkers. Ook het aantal slachtoffers van aan alcohol gerelateerde verkeersongevallen is in deze leeftijdsgroep relatief groot.
- Er zijn aanwijzingen dat de populariteit van *GHB* is gegroeid. Gebruik van deze drug is in verband gebracht met zedendelicten, verkeersongevallen en sterfgevallen. Het aantal ernstige incidenten in verhouding tot het gebruik lijkt echter beperkt, maar precieze cijfers ontbreken.

Ontwikkelingen in drugcriminaliteit

- De drugproblematiek trekt onmiskenbaar een zware wissel op politie en justitie.
- Er kunnen globaal drie hoofdtypen daders van drugcriminaliteit worden onderscheiden:
 - daders van (meer ernstige) vormen van georganiseerde criminaliteit
 - Opiumwetovertreeders met een relatief geringe mate van betrokkenheid bij de georganiseerde drugwetcriminaliteit
 - frequent recidiverende, langdurig druggebruikende daders; voornamelijk plegers van vermogensdelicten.
- Vormen van georganiseerde drugcriminaliteit worden het zwaarst gestraft. De overige Opiumwetcriminaliteit wordt gemiddeld minder zwaar gestraft maar zwaarder dan alle criminaliteit samengenomen. Vooral voor harddrugdelicten worden de zwaarste straffen opgelegd.
- Criminaliteit onder druggebruikers mondt veelvuldig uit in vrijheidsstraffen.

2 CANNABIS

Cannabis omvat hasj en wiet in diverse preparaten. De gangbare toedieningsvorm is roken, maar eten – in de vorm van *spacecake* – komt ook voor. Consumenten ervaren cannabis als rustgevend, ontspannend en geestverruimend.

2.1 GEBRUIK: ALGEMENE BEVOLKING

Van alle drugs wordt cannabis het meest gebruikt. In 1997 en 2001 vonden peilingen plaats van het Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO), uitgevoerd door het Amsterdamse instituut CEDRO.[3]

Van 1997 tot 2001 nam het gebruik van cannabis in Nederland licht toe. Kerncijfers zijn:

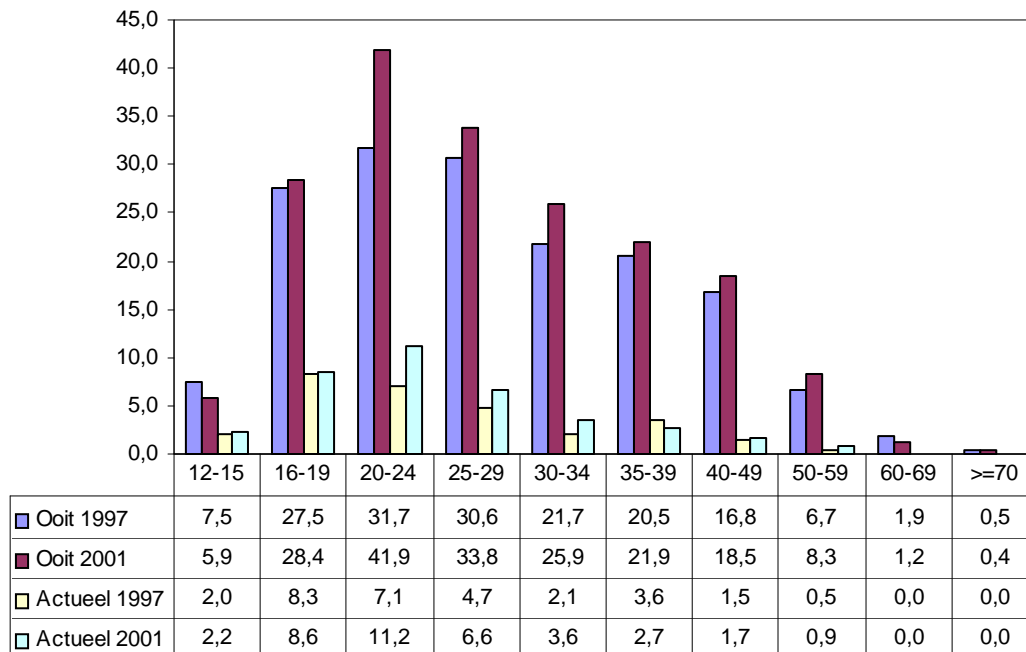
- In 2001 had één op de zes ondervraagden van twaalf jaar en ouder ooit cannabis gebruikt (tabel 2.1).
- Één op de drieëndertig had dit nog gedaan in de maand voor het interview (actueel gebruik).
- In absolute getallen nam het aantal actuele gebruikers van cannabis in die vier jaar toe van 326 duizend naar 408 duizend.
- Consumptie van cannabis komt vooral voor onder jongeren en jonge volwassenen (figuur 2.1).
 - De stijging in zowel ooitgebruik als actueel gebruik was het grootst in de leeftijdsgroep 20 tot en met 24 jaar (figuur 2.1).
 - Onder jongeren van 12 tot en met 15 jaar nam het ooitgebruik licht af (vgl. §2.2).
- Consumptie van cannabis komt meer voor in steden dan op het platteland (tabel 2.2). Amsterdam scoorde het hoogst op zowel de maat ooitgebruik als actueel gebruik. In deze stad steeg het percentage actuele gebruikers niet.
- Meer mannen dan vrouwen gebruiken cannabis (tabel 2.1).

Tabel 2.1 Gebruik van cannabis in Nederland onder mensen van 12 jaar en ouder. Peiljaren 1997 en 2001

	1997	2001
Heeft ooit gebruikt	15,6%	17,0%
• Mannen	20,6%	21,3%
• Vrouwen	10,8%	12,8%
Heeft pas nog gebruikt ^a	2,5%	3,0%
• Mannen	3,5%	4,3%
• Vrouwen	1,4%	1,8%
Heeft voor het eerst in het afgelopen jaar gebruikt	1,3%	1,0%
Gemiddelde leeftijd van de actuele gebruikers	28 jaar	28 jaar

a. In de laatste maand. Bron: NPO, CEDRO.

Figuur 2.1 Cannabisgebruikers in Nederland per leeftijdsgroep. Peiljaren 1997 en 2001



Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand) per leeftijdsgroep. Bron: NPO, CEDRO.

Tabel 2.2 Gebruik van cannabis in de vier grote steden en in niet-stedelijk gebied onder mensen van 12 jaar en ouder. Peiljaren 1997 en 2001

	Ooitgebruik		Actueel gebruik	
	1997	2001	1997	2001
Amsterdam	36,7%	38,1%	8,1%	7,8%
Rotterdam	18,5%	22,4%	3,3%	5,0%
Overige zeer sterk stedelijke gemeenten ^b	23,0%	26,3%	4,1%	4,8%
Utrecht ^c	27,3%	-	4,2%	-
Den Haag ^c	20,1%	-	4,2%	-
Niet-stedelijke gemeenten ^a	10,5%	11,4%	1,5%	1,7%

Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand). a. Definitie (CBS): gemeenten met minder dan 500 adressen per vierkante kilometer (CBS). b. Definitie: gemeenten met meer dan 2500 adressen per vierkante kilometer, met uitzondering van Amsterdam en Rotterdam. Dit zijn: Delft, Den Haag, Groningen, Haarlem, Leiden, Rijswijk, Schiedam, Utrecht, Vlaardingen en Voorburg. c. Utrecht en Den Haag zijn in de peiling van 2001 niet apart meegenomen. Bron: NPO, CEDRO.

- In 2001 consumeerde bijna de helft van de actuele gebruikers minder dan eens per week cannabis (tabel 2.3).[3]
- Ongeveer een vijfde van hen gebruikte cannabis (bijna) dagelijks. Omgerekend naar de bevolking zijn dat bijna 78 duizend mensen (tabel 2.3), minder dan in 1997 (ruim 83 duizend mensen). De daling deed zich niet gelijkmatig over heel Nederland voor. In de grote steden nam het aandeel intensieve gebruikers juist toe (van 23% naar 25% in Amsterdam en van 21% naar 26% in Rotterdam).

Tabel 2.3 Mate van consumptie van cannabis in Nederland onder actuele gebruikers van 12

jaar en ouder. Peiljaren 1997 en 2001

Gebruiksdagen in de laatste maand	Aandeel onder actuele gebruikers ^a	
	1997	2001
1 – 4	45%	51%
5 – 8	14%	12%
9 – 20	15%	18%
Meer dan 20 dagen	26%	19%

a. Telt op tot 100 procent. Bron: NPO, CEDRO.

Cannabisgebruikers kopen hun cannabis vooral in coffeeshops of verkrijgen het middel via vrienden en bekenden (tabel 2.4).

- Jongeren tussen twaalf en zeventien jaar verkrijgen cannabis vaker via vrienden en bekenden dan via coffeeshops. Voor gebruikers van achttien jaar en ouder geldt het omgekeerde.

Tabel 2.4 Waar halen recente gebruikers hun cannabis vandaan? ^a Peiljaar 2001

	Gebruikers van 12 tot en met 17 jaar	Gebruikers van 18 jaar en ouder
Zij verkrijgen cannabis		
- via vrienden en bekenden	46%	37%
- in coffeeshops	37%	47%
- bij een thuisdealer	3%	2%
- in een café	2%	2%
- in een smartshop	2%	2%
- in een andere uitgaanslocatie	4%	2%
- eigen kweek	3%	4%
- overig ^b	4%	4%

a. Percentage van de locaties waar recente gebruikers in het afgelopen jaar hun cannabis hebben verkregen. Per respondent was meer dan één locatie mogelijk. Door afronding tellen percentages voor gebruikers van 12-17 jaar niet op tot 100. Vraagstelling wijkt af van die in het Peilstationsonderzoek (zie tabel 2.5). b. Via jeugdclub, besteldienst, onbekenden op straat, e.a. Bron: NPO, CEDRO.

Behalve cannabis worden in coffeeshops bijna nooit andere drugs gekocht.[3]

- In 2001 had twee procent van de recente gebruikers (18 jaar en ouder) van cocaïne hun drug in het laatste jaar wel eens in een coffeeshop gekocht. Voor recente gebruikers van amfetamine gold eenzelfde percentage. Voor recente gebruikers van ecstasy, smartdrugs en paddestoelen ging het om respectievelijk drie, vier en zes procent.

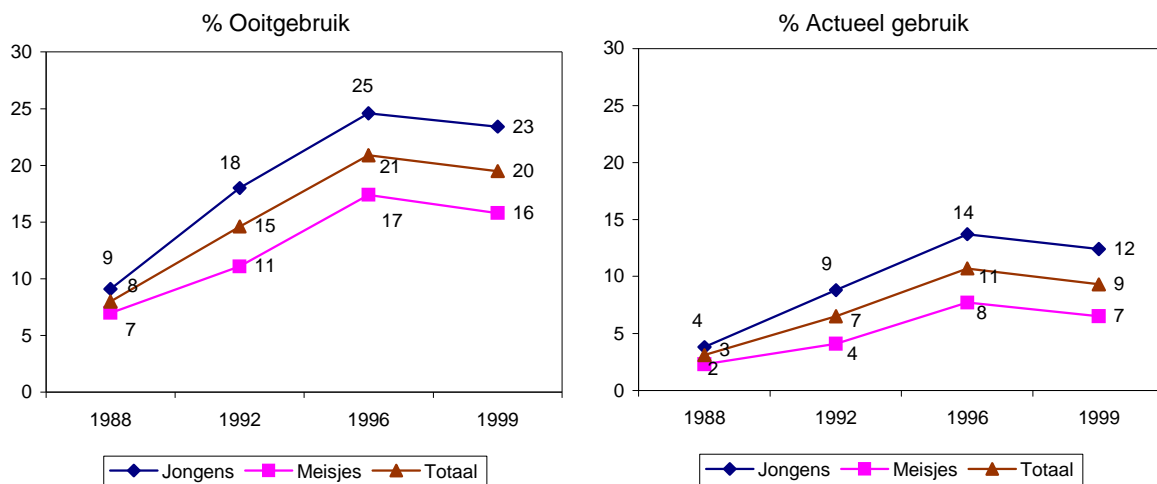
2.2 GEBRUIK: JONGEREN

Het Trimbos-instituut peilt sinds het midden van de jaren tachtig in hoeverre leerlingen van twaalf jaar en ouder op middelbare scholen ervaring hebben met alcohol, tabak, drugs en gokken. Dit gebeurt in het zogenoemde landelijke Peilstationsonderzoek.

- Van 1988 tot 1996 nam het gebruik van cannabis onder leerlingen sterk toe.[4]
- In de meting van 1999 bleef voor het eerst zowel het ooitgebruik als het actuele gebruik op hetzelfde niveau als in de voorgaande meting (figuur 2.2).

- Een landelijke peiling uit 2001 in het kader van een WHO-studie bevestigt de stabilisatie van het cannabisgebruik¹. Het percentage ooitgebruikers en recente (laatste-jaar) gebruikers onder leerlingen van twaalf tot en met zeventien jaar van het voortgezet onderwijs bedroeg respectievelijk 18 procent en 15 procent. In het Peilstationsonderzoek uit 1996 lagen deze percentages in dezelfde leeftijdsgroep op respectievelijk 19 procent en 15 procent.[5]
- Ook in de metingen van het NPO in 1997 en 2001 bleef het percentage cannabisgebruikers onder jongeren van twaalf tot en met vijftien jaar op gelijk niveau (zie §2.1)².
 - Meer jongens dan meisjes consumeren cannabis (figuur 2.2).
 - Ongeveer één op de vier actuele gebruikers had tien keer of vaker gebloed in de maand voor de peiling.
 - Leerlingen krijgen cannabis vooral van vrienden of kopen het in coffeeshops (tabel 2.5).
 - Van 1996 tot 1999 nam het percentage leerlingen dat cannabis in coffeeshops koopt af. Deze daling gaat samen met de verhoging in 1996 van de minimum leeftijdsgrens van zestien naar achttien jaar voor verkoop van cannabis in coffeeshops aan jongeren.[6]

Figuur 2.2 Gebruik van cannabis onder scholieren van 12 jaar en ouder, vanaf 1988



Percentage gebruikers ooit in het leven (links) en in de laatste maand (rechts). Bron: Peilstationsonderzoek, Trimbos-instituut.

Tabel 2.5 Waar halen scholieren meestal hun cannabis vandaan?

	1996	1999
Zij krijgen cannabis van vrienden	41%	47%
Zij kopen cannabis in coffeeshops	41%	32%
Zij kopen cannabis bij een dealer	11%	11%
Zij krijgen cannabis van anderen	5%	8%
Zij kopen cannabis op school	3%	1%
Eigen kweek ^a	-	2%

Leerlingen van twaalf jaar en ouder van middelbare scholen (actuele gebruikers). a. Alleen gemeten in 1999. Bron: Peilstationsonderzoek, Trimbos-instituut.

¹ De studie 'Health Behaviour in School-aged Children (2001/2002) (HBSC). Vragen over cannabis zijn vergelijkbaar met die in het Peilstationsonderzoek. De steekproef is eveneens representatief voor de Nederlandse schoolgaande jeugd.

² De trends in cannabisgebruik zijn in beide onderzoeken gelijk maar de absolute percentages gebruikers verschillen. Dit komt onder meer door verschillen in onderzoeksmethode (zie ook bijlage F).

- Scholieren die cannabis consumeren hebben vrij vaak ervaring met andere genotmiddelen. In de maand voor de peiling dronken negen van de tien actuele cannabisgebruikers van twaalf tot en met zestien jaar óók alcohol. Dit is aanzienlijk meer dan voor alle scholieren samen (vijf van de tien). Hetzelfde gold voor consumptie van tabak en harddrugs (tabel 2.6).[7]

Tabel 2.6 Actueel gebruik van alcohol, tabak en drugs onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar^a. Peiljaar 1999

	Alle scholieren	Actuele cannabisgebruikers ^a
Alcohol	49,8%	93,0%
Tabak	25,9%	86,0%
Cannabis	7,9%	100%
Ecstasy	1,2%	11,8%
Cocaïne	1,1%	10,1%
Amfetamine	0,9%	8,4%
Heroïne	0,3%	2,3%

a. Gebruik in de laatste maand. Bron: Peilstationsonderzoek, Trimbos-instituut.[7]

- Actueel gebruik van cannabis kwam minder vaak voor onder Marokkaanse dan autochtone leerlingen van twaalf tot en met zestien jaar (3% versus 8%). Antilliaanse (9%), Surinaamse (11%) of Turkse (6%) leerlingen verschilden op deze maat niet van autochtone leerlingen³. [8]
- De mate van consumptie hangt samen met uitgaan, het hebben van vrienden die gebruiken, spijbelen en delinquent gedrag als stelen, vandalisme en zwartrijden.
- In bepaalde groepen jongeren en jonge volwassenen is gebruik van cannabis eerder regel dan uitzondering (tabel 2.7).

Tabel 2.7 Actueel gebruik van cannabis in speciale groepen

	Peiljaar	Leeftijd	Actueel gebruik
Jongeren in het voortgezet speciaal onderwijs ^a	1997	12 – 18	14%
Cafébezoekers in Amsterdam ^b	2000	gemiddeld 25	24%
Jongeren in projecten voor spijbelopvang	1997	12 – 18	35%
Club- en partybezoekers in Amsterdam	1998	gemiddeld 26	52%
Jongeren in justitiële inrichtingen	1995	–	53%
Jongeren in instellingen voor jeugdhulpverlening	1996	10 – 19	55%
Zwerfjongeren ^c	1999	15 – 22	76%
Coffeeshopbezoekers in Amsterdam ^d	2001	gemiddeld 25	88%

Percentage actuele gebruikers per groep. a. MLK, LOM, ZMOK. b. Jongeren en jonge volwassenen uit mainstream-, studenten-, homo- en hippe cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. c. Jongeren tot 23 jaar die drie maanden of langer geen vaste verblijfplaats hebben. d. Oververtegenwoordiging van autochtone vrouwen en ondervertegenwoordiging van allochtone mannen in de steekproef². Referenties: [9-12]

- Volgens een recente peiling onder bezoekers van coffeeshops in Amsterdam gebruikt tweederde van de actuele blowers dagelijks cannabis. Per keer roken zij gemiddeld vier joints. Dagelijkse blowers roken gemiddeld vijf joints per keer.[12]
- In Amsterdamse coffeeshops was in 2001 het aandeel van de bezoekers jonger dan achttien jaar de helft van dat in 1994 (respectievelijk 7% en 14%)⁴. Dit kan samenhangen met de verhoging van

³ Voor de definitie van etnische achtergrond: zie bijlage F.

⁴ Voor de vergelijking tussen 1994 en 2001 zijn alleen coffeeshopbezoekers tot en met 25 jaar meegeteld.

de leeftijdsgrens voor verkoop van cannabis aan jongeren in coffeeshops van zestien naar achttien jaar.[12]

2.3 PROBLEMATISCH GEBRUIK

Hoeveel mensen vanwege het gebruik van cannabis in de problemen komen is niet precies bekend. Een algemeen aanvaarde definitie van problematisch cannabisgebruik ontbreekt. In vergelijking met alcohol en nicotine 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.[13]

- Volgens het Nemesis-onderzoek in 1996 voldeed tussen 0,3 en 0,8 procent van de ondervraagden tussen 18 en 65 jaar in het jaar voorafgaand aan de peiling aan de diagnose cannabisafhankelijkheid volgens het psychiatrisch classificatiesysteem DSM. Het merendeel was niet ouder dan 22 jaar. Omgerekend naar de bevolking gaat het om ongeveer 30 tot 80 duizend mensen.[14]
- Volgens een enquête in Midden-Holland had 0,5 procent van de respondenten van 16 tot en met 50 jaar in de laatste maand op minstens vijftien dagen cannabis genomen, terwijl zij ook aan cannabisgebruik gerelateerde psychische, sociale of financiële problemen hadden.[15]

2.4 GEBRUIK: INTERNATIONALE VERGELIJKING

Gegevens over druggebruik in de lidstaten van de Europese Unie komen van het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).[16,17] Instituten in de Verenigde Staten (VS) en Australië publiceren eveneens regelmatig uitkomsten van enquêtes naar druggebruik onder de bevolking.[18,19]

- Het percentage mensen uit de algemene bevolking dat ooit cannabis heeft geprobeerd, ligt in Australië en de VS anderhalf keer zo hoog als in Nederland (tabel 2.8).
- In het jaar voor de peiling consumeerden bijna één op de acht Australiërs en één op de tien Amerikanen cannabis. Met uitzondering van het Verenigd Koninkrijk en Frankrijk lag dit recente gebruik in de lidstaten van de EU lager. Zweden scoort op deze maat het laagst en Nederland neemt een middenpositie in.

Tabel 2.8 Consumptie van cannabis onder de algemene bevolking van westerse landen

Land	Jaar	Leeftijd ^a	Ooitgebruik	Recent gebruik
Verenigde Staten	2000	12 en ouder	34%	8%
Australië	2001	14 en ouder	33%	13%
Engeland en Wales	2000	16 – 59	27%	9%
Frankrijk	2002	15 – 64	26%	10%
Denemarken	2000	16 – 64	24%	4%
Duitsland ('West')	2000	18 – 59	21%	6%
België (Wallonië)	1998/1999	18 – 49	21%	?
Nederland^a	2001	15 – 64	21%	6%
Spanje	1999	15 – 64	20%	7%
Ierland	1998	15 – 64	20%	?
Zwitserland	1997	15 – 59	19%	5%
Griekenland	1998	15 – 64	13%	4%
Zweden	2000	15 – 64	13%	1%
Finland	1998	15 - 69	10%	3%

Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking. Voor niet-genoemde EU-landen ontbreken gegevens. a.

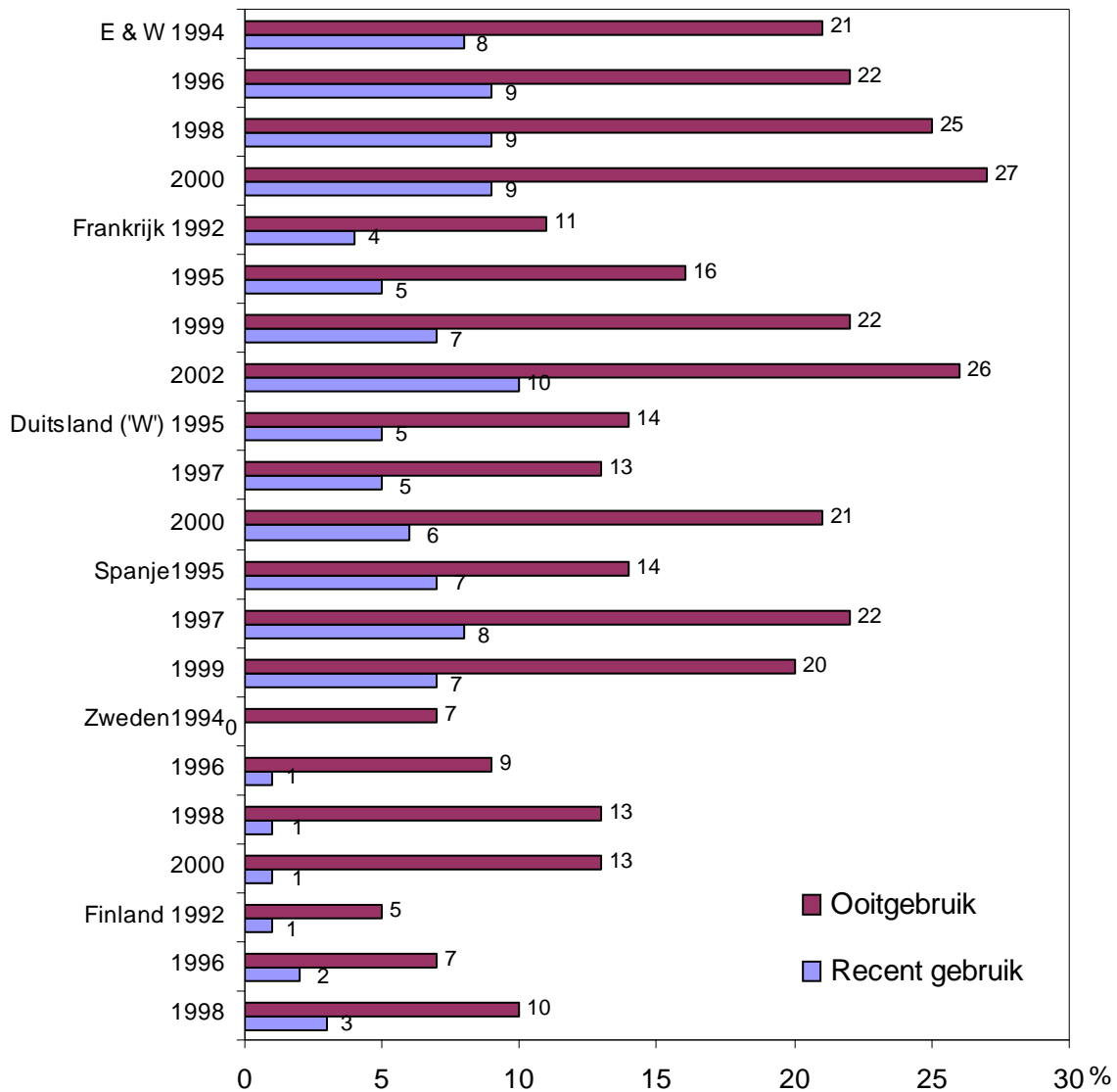
Voor zover mogelijk voldoen cijfers aan de EMCDDA-standaard voor leeftijdsgrenzen: 15 tot en met 64 jaar, genoteerd als 15 – 64 jaar. Referenties: [16-23].

Trends

Gegevens over ontwikkelingen in cannabisgebruik zijn voor een aantal landen beschikbaar.

- In de jaren negentig steeg het ooitgebruik in de meeste landen van de EU: Frankrijk (1992-2002), Zweden (1994-1998), Engeland en Wales (1996-2000), Spanje (1995-1997) en Duitsland (1997-2000). In Spanje is onlangs een afname geconstateerd (1997-1999) (figuur 2.3).
- De stijging in het ooitgebruik van cannabis liep niet altijd parallel met die in het recente gebruik.[16]
- In Australië trad tussen 1998 en 2001 een aanzienlijke daling op (ooitgebruik van 39% naar 33%; recent gebruik van 18% naar 13%).

Figuur 2.3 Trends in cannabisgebruik onder de algemene bevolking in een aantal lidstaten van de Europese Unie



Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (in het jaar voor de peiling). 'W': voormalig West-Duitsland. E&W: Engeland en Wales. Peiljaren staan tussen haakjes vermeld. Verschillen in leeftijdsgroep, peiljaar en meetmethoden bemoeilijken een precieze vergelijking. Bron: EMCDDA.

Beter vergelijkbaar zijn de cijfers van de ESPAD, European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. De laatste peiling werd in 1999 uitgevoerd onder vijftien- en zestienjarige scholieren van het middelbaar onderwijs in dertig Europese landen.[24] De volgende peiling vindt plaats in 2003.

- Tabel 2.9 toont het gebruik van cannabis in de tien deelnemende landen van de EU. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit.
- Op de maat ooitgebruik stonden Nederlandse scholieren op de vierde positie.
- Bij het actueel gebruik ging Frankrijk aan kop, gevolgd door de VS, het Verenigd Koninkrijk en Ierland. Nederland en Italië stonden op een gedeelde vijfde plaats.
- In vergelijking met de peiling in 1995 tekent zich een tendens tot convergentie af: een afname (Verenigde Staten, Verenigd Koninkrijk, Ierland) of stabilisatie (Nederland) in landen met voorheen

een hoog percentage gebruikers, en een toename in sommige landen met vroeger gering gebruik⁵.

Tabel 2.9 Consumptie van cannabis onder leerlingen van 15 en 16 jaar in lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen en de Verenigde Staten. Peiljaar 1999

Land	Ooitgebruik	Actueel gebruik	Zes maal of meer in de laatste maand
Verenigde Staten	41%	19%	9%
Verenigd Koninkrijk	35%	16%	6%
Frankrijk	35%	22%	9%
Ierland	32%	15%	5%
Nederland	28%	14%	5%
Italië	25%	14%	4%
Denemarken	24%	8%	1%
Noorwegen	12%	4%	1%
Finland	10%	2%	1%
Griekenland	9%	4%	2%
Portugal	8%	5%	2%
Zweden	8%	2%	0%

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

2.5 HULPVRAAG

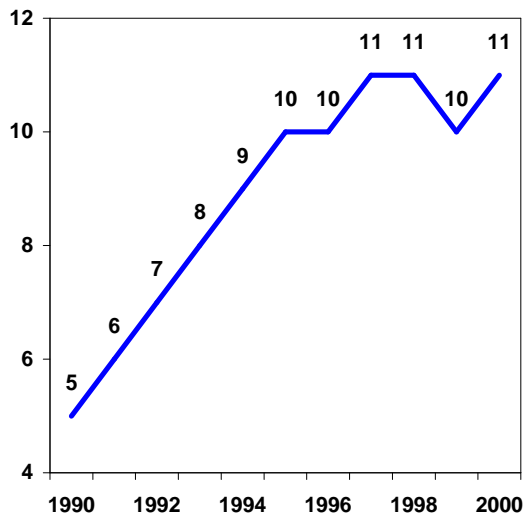
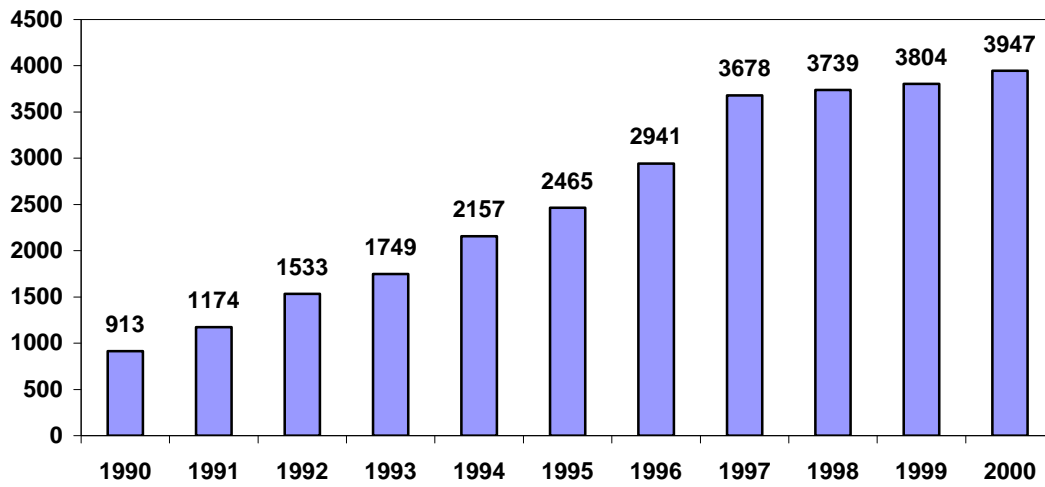
2.5.1 Ambulante verslavingszorg

LADIS registreert hoe vaak mensen hulp vragen bij de ambulante verslavingszorg.

- Het aantal inschrijvingen primair wegens een cannabisprobleem verviervoudigde van 1990 naar 1997. In de jaren daarna vlakke de stijging af (figuur 2.4).[26]
- Het aandeel van cannabis in alle verzoeken om hulp vanwege drugs bleef beperkt maar nam eveneens toe tot 1997.
- In 2000 had één op de acht drugcliënten van de ambulante verslavingszorg primair een cannabisprobleem (tabel 2.10).
- Van de cannabiscliënten die zich in 2000 inschreven, was ruim tweederde (69 procent) een nieuwkomer, dat wil zeggen, stond niet eerder ingeschreven bij de ambulante verslavingszorg.
- Cannabis werd ook regelmatig genoemd als secundair probleem (tabel 2.10).

⁵ Frankrijk deed niet mee aan de peiling in 1995. Onderzoek in 1993 en 1999 onder leerlingen van 14-18 jaar suggereert een forse toename van cannabisgebruik (ooitgebruik: van 15% naar 33%).[25]

Figuur 2.4 Inschrijvingen bij de ambulante verslavingszorg primair vanwege cannabis: absolute aantallen (boven) en als percentage van alle ambulante inschrijvingen voor een drugprobleem (onder), vanaf 1990



Bron: LADIS, IVZ.

Tabel 2.10 Cannabiscliënten van de ambulante verslavingszorg. Peiljaar 2000

Personen met primair cannabisprobleem ^a	3 443
• Percentage van alle 'ambulante' drugcliënten	13%
• Gemiddelde leeftijd	28 jaar
• Mannen	81%
Personen met secundair cannabisprobleem ^b	3 144

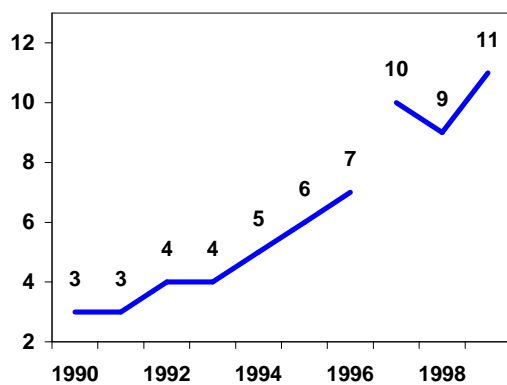
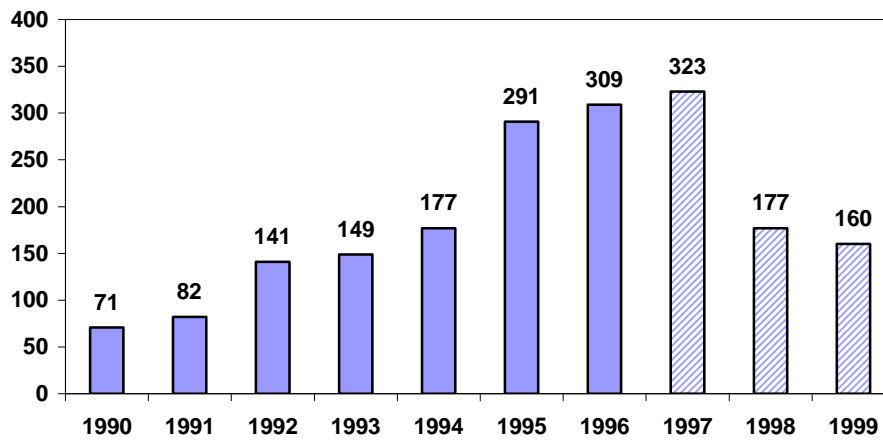
a. Deze getallen wijken af van die in figuur 2.4, omdat er is gecorrigeerd voor meer dan één inschrijving per persoon in het peiljaar. b. Eveneens gecorrigeerd in bedoelde zin. Voor deze groep is alcohol (36%), cocaïne (27%) of heroïne (25%) het primaire probleem. Bron: LADIS, IVZ.

2.5.2 Intramurale verslavingszorg

Tot voor kort registreerde het bestand PiGGz de opnames die jaarlijks plaatsvinden voor drugproblemen in verslavingsklinieken en de verslavingsafdelingen van algemene psychiatrische ziekenhuizen.

- Het aantal opnames wegens cannabismisbruik en –afhankelijkheid steeg van 1990 tot 1997 (figuur 2.5).
- Het aandeel cannabis in alle drugopnames nam van 1990 tot 1997 iets toe.
- De situatie sindsdien is niet goed bekend omdat de registratie vanaf 1997 onvolledig is (bijlage C).

Figuur 2.5 Opnames in de intramurale verslavingszorg wegens problematisch gebruik van cannabis: absolute aantallen (boven) en als percentage van alle opnames voor een drugprobleem (onder), vanaf 1990



ICD-9 codes: 304.3, 305.2 (bijlage D). De registratie is sinds 1997 niet meer compleet, waardoor ontwikkelingen in opnames niet betrouwbaar kunnen worden weergegeven (bijlage C). Bron: PiGGz, GGZ Nederland/Prismant.

2.5.3 Algemene ziekenhuizen; incidenten

De LMR registreerde in 2001 1,5 miljoen klinische opnames in algemene ziekenhuizen. Drugproblemen speelden daarbij nauwelijks een rol. In dit jaar werden drugmisbruik en drugverslaving 454 keer als hoofddiagnose en 1 926 keer als nevendiagnose gesteld⁶.

- In slechts acht procent van die hoofddiagnoses ging het om cannabis (tabel 2.11). Onbekend is wat de klachten waren (psychisch of lichamelijk) die tot opname leidden. Misbruik werd iets vaker geteld dan afhankelijkheid (respectievelijk 53% en 47%).
- Vaker speelde cannabisproblematiek een rol als nevendiagnose (21% afhankelijkheid, 79% misbruik). De meest voorkomende hoofddiagnoses bij deze nevendiaagnoses waren

⁶ Dagopnames voor deze aandoeningen kwamen slechts 119 keer voor.

- schizofrene stoornis (22%)
- misbruik of afhankelijkheid van alcohol (10%)
- paranoïde toestanden (8%).
- Dezelfde persoon kan meer dan één keer per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één nevendiagnose worden gesteld. Gecorrigeerd voor dubbelstellingen ging het in 2001 om 251 personen. Zij werden in dit jaar minstens één keer opgenomen met cannabismisbruik of - afhankelijkheid als hoofd - of nevendiagnose. Hun gemiddelde leeftijd was 28 jaar; 80 procent was man.
- Daarnaast telt de LMR jaarlijks tussen 15 en 44 opnames waarin onopzettelijke vergiftiging met hallucinogenen als nevendiagnose werd gesteld (ICD-9 code: E854.1). In 2001 ging het om vijftien gevallen. Het kan hierbij gaan om cannabis, maar ook om LSD of paddo's.

Tabel 2.11 Klinische opnames in algemene ziekenhuizen gerelateerd aan problematisch gebruik van cannabis, vanaf 1994

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001 ^a
Cannabis als hoofddiagnose	21	39	38	26	29	29	24	38
Cannabis als nevendiagnose	160	193	154	184	195	247	193	249

Aantal diagnoses, niet gecorrigeerd voor dubbelstellingen van personen of meer nevendiaagnoses per opname. ICD-9 codes: 304.3, 305.2 (bijlage D). a. Hoofddiagnoses: 53% misbruik, 47% afhankelijkheid. Nevendiaagnoses: 79% misbruik, 21% afhankelijkheid. Bron: LMR, Prismant.

De GG&GD Amsterdam houdt op de Centrale Post Ambulancevervoer het aantal aanvragen bij voor spoedeisende hulp wegens druggebruik.⁷[47]

- In 2001 werd 495 keer een drugincident geregistreerd. Dat is 1,5 procent van alle spoedeisende aanvragen.
- In 289 gevallen speelde de consumptie van cannabis een rol (tabel 2.12). Dit is een verdubbeling ten opzichte van de drie jaren daarvoor.⁸
- Meer dan de helft (57%) van de alarmmeldingen wegens cannabis had betrekking op buitenlanders; eenderde (35%) was Nederlander en van acht procent was de herkomst onbekend.
- Eén op de drie gebruikers (37%) werd vervoerd naar eerstehulpposten van ziekenhuizen. De rest kon ter plaatse worden behandeld.

Tabel 2.12 Cannabisincidenten geregistreerd door de GG&GD Amsterdam, vanaf 1992

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Roken cannabis	82	40	130	137	165	211	107	118	106	243
Eten spacecake	40	11	34	73	58	47	28	21	35	46

Aantal incidenten per jaar. Bron: CPA, GG&GD Amsterdam.

De meeste klachten van patiënten die met een cannabis-gerelateerd probleem op een afdeling spoedeisende hulp komen zijn niet ernstig van aard.

- In 2000 registreerde het Onze Lieve Vrouwengasthuis in Amsterdam vooral gevoelens van 'onwel bevinden' en angst (44%), hartkloppingen (20%) en misselijkheid (15%).[27]
- Psychotische klachten kwamen bij vier procent van de cannabisgebruikers voor.
- Letsel door valpartijen werd in veertien procent van de gevallen genoteerd. Vallen hangt mogelijk samen met het effect van cannabis op de bloeddruk (verlaging) en de motorische coördinatie.

⁷ Landelijke cijfers over druggerelateerde incidenten zijn niet beschikbaar.

⁸ Volgens de GG&GD Amsterdam is de recente stijging van incidenten onder meer aan de groeiende groep Engelse drugtoeristen toe te schrijven.

2.6 STERFTE

De giftigheid van cannabis is gering.[28]

- Het CBS noteerde de afgelopen tien jaar geen enkel geval van directe sterfte door inname van cannabis.
- Ook uit andere landen zijn geen directe sterfgevallen bekend.

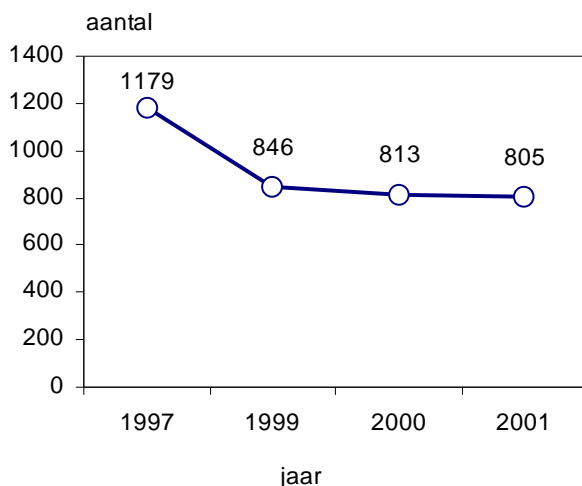
2.7 AANBOD EN MARKT

2.7.1 Coffeeshops

Het aantal coffeeshops in Nederland is gedaald (figuur 2.6).

- Tussen 1997 en 1999 noteerde Bureau Intraval een afname van 28 procent.[29] De sterkste daling deed zich voor in de kleinere gemeenten en in Rotterdam (tabel 2.13).
- Vanaf 1999 was de afname minder groot: vier procent van 1999 naar 2000 en slechts één procent van 2000 naar 2001.
- Eind 2001 telde Nederland 805 officieel gedoogde coffeeshops, waarvan ongeveer de helft (51%) in de vier grote steden.
- Van alle 504 Nederlandse gemeenten heeft 79 procent geen coffeeshop.
- In bijna driekwart (73%) van de gemeenten wordt een 'nulbeleid' gevoerd, dat wil zeggen het niet toelaten van coffeeshops. Dit is nagenoeg gelijk aan het percentage in 2000⁹.
- In zeventien procent van de gemeenten is het aantal toegestane coffeeshops aan een maximum gebonden. Het aantal gemeenten waarin het werkelijke aantal coffeeshops hoger ligt dan deze limiet is afgenomen van één op vijf in 2000 naar één op tien in 2001.
- Andere verkooppunten, zoals dealpanden en straathandelaren, zijn in de meting van 2001 niet meegenomen.

Figuur 2.6 Aantal coffeeshops in Nederland, vanaf 1997



Bron: Intraval.

⁹ Na correctie voor de daling in het totaal aantal gemeenten van 538 naar 504 op 1 januari 2001 wegens gemeentelijke herindelingen.

Tabel 2.13 Aantal coffeeshops in Nederland naar gemeente, vanaf 1997

Gemeenten naar aantal inwoners	1997 ^a	1999	2000	2001
< 20 000 inwoners	± 50	14	13	11
20-50 000 inwoners	± 170	84	81	86
50-100 000 inwoners	± 120	115	109	112
100-200 000 inwoners	211	190	184	183
> 200 000 inwoners:				
- Amsterdam	340	288	283	280
- Rotterdam	180	65	63	61
- Den Haag	87	70	62	55
- Utrecht	21	20	18	17
Totaal	1 179	846	813	805

a. Een schatting. Bron: IntraVal.

2.7.2 THC-gehalte en prijs

Het Trimbos-instituut verzamelt informatie over de sterkte van cannabis, dat wil zeggen de concentratie van de werkzame bestanddelen, vooral THC (tetrahydrocannabinol). Eind 1999 en 2000 en in september 2001 werden monsters van verschillende cannabisproducten uit coffeeshops aangekocht en chemisch geanalyseerd.[30,31]

- De Nederlandse wiet en hasj bevatte gemiddeld meer THC dan buitenlandse variëteiten (tabel 2.14).
- Van alle onderzochte cannabisproducten was het gehalte THC het hoogst in nederhasj. Het gaat hier echter om een gering aantal monsters van een weinig courant middel.
- Het THC-gehalte in nederwietmonsters varieerde gemiddeld tussen negen en elf procent. Het percentage monsters met een THC-gehalte hoger dan negen procent nam af tussen eind 2000 en september 2001 (van 78% naar 49%). Mogelijk is er sprake van een seizoensinvloed.¹⁰
- Voor nederhasj was de concentratie THC aan het einde van 2000 lager dan aan het einde van 1999. In de derde meting zijn geen hasjmonsters verzameld.
- De gemiddelde THC-concentratie van nederwiet is vergelijkbaar met die van bepaalde Amerikaanse cannabisproducten (Sinsemilla).
- Op basis van deze drie metingen kan niet worden vastgesteld of er sprake is van een bepaalde trend in het THC-gehalte in nederwiet of van een incidentele uitschieter. Evenmin is bekend wat op lange termijn de gezondheidsgevolgen zijn van een hoger THC-gehalte.

Tabel 2.14 Gemiddeld percentage THC in cannabisproducten

	Meting 1 december 1999 – januari 2000		Meting 2 december 2000 – januari 2001		Meting 3 september 2001	
	Gehalte THC	Aantal monsters	Gehalte THC	Aantal monsters	Gehalte THC	Aantal monsters
Nederwiet	9%	126	11%	131	10%	69
Buitenlandse wiet	5%	56	5%	49	-	-
Nederhasj	21%	18	16%	19	-	-
Buitenlandse hasj	11%	90	12%	96	-	-

– Niet bepaald. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

¹⁰ Dit zou kunnen samenhangen met de relatief hoge frequentie van binnen gekweekte planten in de winter. Nader onderzoek in verschillende perioden van het jaar kan dit uitwijzen.

De prijs van een gram nederwiet is in de afgelopen jaren gelijk gebleven. De prijs van een gram nederhasj lag eind 2000 lager dan eind 1999 (tabel 2.15).

Tabel 2.15 Prijs (€) per gram cannabisproduct

	december 1999 – januari 2000	december 2000 - januari 2001	september 2001
Nederwiet	5,83	5,86	5,73
Buitenlandse wiet	3,87	3,80	-
Nederhasj	8,85	7,11	-
Buitenlandse hasj	6,29	6,36	-

– niet bepaald. Bron: Trimbos-instituut.

Kwekers van nederwiet maken soms gebruik van bestrijdingsmiddelen om de planten te beschermen tegen ziekten. In 1999 verzamelde het Trimbos-instituut samen met Jellinek Preventie 35 monsters van de goedkoopste nederwiet in Amsterdamse coffeeshops. Chemische analyses verricht door het RIKILT toonden in de helft van de monsters resten van pesticiden aan. Furalaxyl, een middel dat gebruikt wordt in de sierteelt, kwam het meest voor. Volgens een toxicologische evaluatie waren de concentraties zo laag dat zij geen bedreiging voor de gezondheid vormden, ook niet voor zeer frequente gebruikers van cannabis.[32]

2.8 CANNABIS: LAATSTE FEITEN EN TRENDS

- Het percentage cannabisgebruikers onder de algemene bevolking is tussen 1997 en 2001 toegenomen.
- Onder de schoolgaande jeugd (12 – 17/18 jaar) en jongeren in het algemeen (12-15 jaar) bleef het percentage cannabisgebruikers echter stabiel.
- Nederland loopt internationaal niet uit de pas in cannabisgebruik.
- De stijging van het aantal cannabisgebruikers dat hulp zoekt vlakt af.
- Het THC-gehalte ligt in nederwiet hoger dan in buitenlandse wiet.
- Het aantal coffeeshops lijkt niet verder te dalen.

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. Bovendien kan cocaïne deel uitmaken van problematisch gebruik van meer drugs tegelijk.

Cocaïne kan in verschillende vormen worden toegediend.[33] De zoutvorm van cocaïne (cocaïnehydrochloride; poeder) wordt in Nederland meestal gesnoven, zelden geïnjecteerd. Basecoke of gekookte coke 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. Crack is onzuivere basecoke met restanten natriumbicarbonaat, dat zijn naam te danken heeft aan het knetterend geluid dat tijdens de verhitting ontstaat. In de jaren tachtig werd de basecoke door de gebruikers zelf gemaakt, tegenwoordig wordt basecoke of crack veelal kant-en-klaar op straat verkocht. Deze vorm van cocaïne is vooral in zwang geraakt onder probleemgebruikers van harddrugs.

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

3.1 GEBRUIK: ALGEMENE BEVOLKING

Volgens het NPO nam het aantal Nederlanders van twaalf jaar en ouder dat ervaring heeft met cocaïne toe van 1997 tot 2001 (tabel 3.1).[3]

- Het percentage actuele gebruikers verdubbelde in deze periode maar bleef ruim beneden één procent. In absolute getallen is dit een toename van bijna 28 duizend naar 55 duizend actuele cocaïnegebruikers. Deze cijfers zijn vrijwel zeker een onderschatting, omdat probleemgebruikers van harddrugs in het NPO ondervertegenwoordigd zijn¹¹. Bovendien kan er sprake zijn van onderrapportage van druggebruik (bijlage F).
- De toename van het percentage cocaïnegebruikers deed zich overal voor maar was bescheiden in Amsterdam.
- Consumptie van cocaïne komt het meest voor onder 20- tot en met 24-jarigen. Ook de stijging in aantal gebruikers tussen 1997 en 2001 was het grootst in deze leeftijdsgroep (figuur 3.1).
- Gebruik van cocaïne is niet evenredig gespreid over Nederland (figuur 3.2).
 - In 2001 was het percentage actuele gebruikers in Amsterdam vier keer hoger dan in niet-stedelijk gebied.
 - In andere zeer sterk stedelijke gemeenten, waaronder Rotterdam, lag het aandeel actuele consumenten van cocaïne drie keer hoger dan in niet-stedelijk gebied.
- Het aandeel actuele gebruikers dat (bijna) dagelijks cocaïne gebruikt nam toe van 1,8 procent in 1997 naar 4,5 procent in 2001.
- In beide peiljaren hadden meer mannen dan vrouwen ervaring met cocaïne. In 1997 waren mannen bovendien vaker actuele consument dan vrouwen, maar dit verschil verdween in 2001.

Tabel 3.1 Gebruik van cocaïne in Nederland onder mensen van 12 jaar en ouder. Peiljaren 1997 en 2001

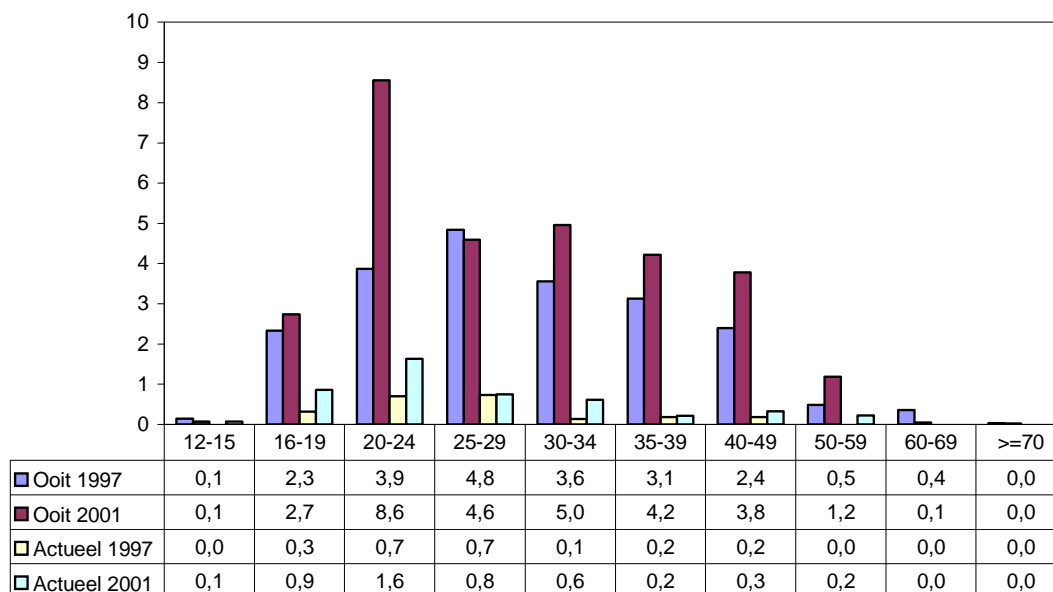
	1997	2001
--	------	------

¹¹ Het aantal probleemgebruikers van opiaten bedraagt naar schatting 26 tot 30 duizend. Volgens veldstudies gebruikt 70% tot 90% van hen ook cocaïne (overwegend basecoke/crack) (§3.3). In absolute aantallen gaat het dus om 18 tot 27 duizend cocaïnegebruikers in deze groep. De mate van overlap tussen deze cijfers en die van het NPO is echter onbekend.

Heeft ooit gebruikt	2,1%	2,9%
• Mannen	2,9%	3,9%
• Vrouwen	1,3%	1,9%
Heeft pas nog gebruikt ^a	0,2%	0,4%
• Mannen	0,3%	0,4%
• Vrouwen	0,1%	0,4%
Heeft voor de eerste keer in het afgelopen jaar gebruikt	0,3%	0,3%
Gemiddelde leeftijd van de actuele gebruikers	29 jaar	29 jaar

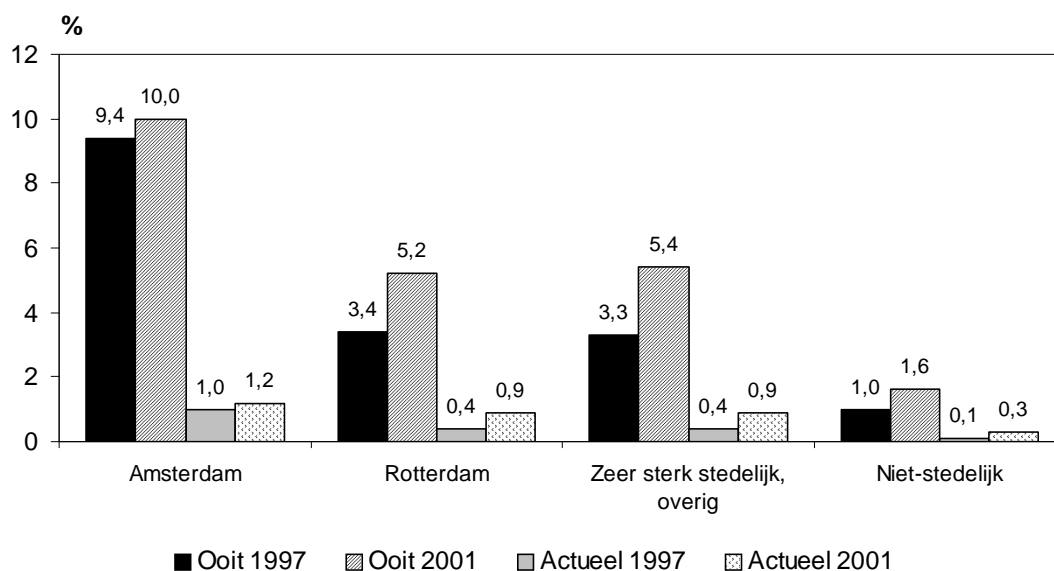
a. In de laatste maand. Bron: NPO, CEDRO.

Figuur 3.1 Cocainegebruikers in Nederland per leeftijdsgroep. Peiljaren 1997 en 2001



Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand) per leeftijdsgroep. Bron: NPO, CEDRO.

Figuur 3.2 Gebruik van cocaïne in grote steden en in niet-stedelijk gebied onder mensen van 12 jaar en ouder. Peiljaren 1997 en 2001



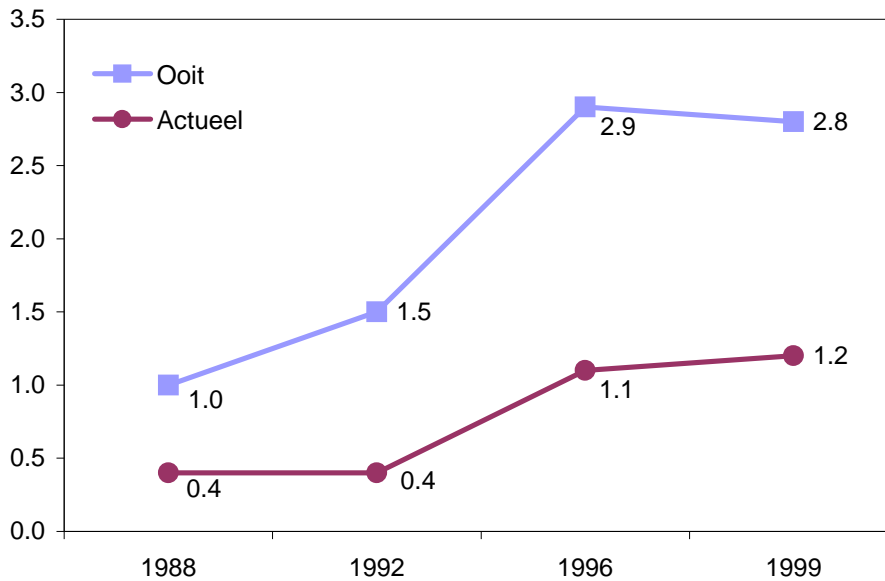
Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand). Definitie (CBS): Overige zeer sterk stedelijke gemeenten: met meer dan 2500 adressen per vierkante kilometer, met uitzondering van Amsterdam en Rotterdam. Dit zijn: Delft, Den Haag, Groningen, Haarlem, Leiden, Rijswijk, Schiedam, Utrecht, Vlaardingen en Voorburg. Definitie van niet-stedelijke gemeenten: met minder dan 500 adressen per vierkante kilometer. Bron: NPO, CEDRO.

3.2 GEBRUIK: JONGEREN

Volgens het Peilstationsonderzoek van het Trimbos-instituut gebruiken aanzienlijk minder leerlingen van het middelbaar onderwijs harddrugs, zoals cocaïne, dan cannabis.[4]

- Van 1988 tot 1996 deed zich wel een stijging voor. In de meting van 1999 was voor cocaïne sprake van een stabilisatie van het percentage leerlingen dat ooit of pas nog ervaring had met deze drug (figuur 3.3).
- Consumptie van cocaïne komt verhoudingsgewijs vaak voor onder leerlingen van speciale scholen voor voortgezet onderwijs en onder deelnemers aan spijbelprojecten (tabel 3.2).

Figuur 3.3 Gebruik van cocaïne onder scholieren van 12 jaar en ouder, vanaf 1988



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

- Uit Amsterdam komen signalen dat de populariteit van cocaïne onder bezoekers van clubs, party's en discotheken groeit (tabel 3.2). Volgens de Antenne-monitor gebruikte in 1998 24 procent van de uitgaande jongeren in Amsterdam van rond de vijfentwintig jaar cocaïne in de maand voor het interview, tegen 14 procent in 1995. Het ging daarbij vooral om snuiven van cocaïne en nauwelijks om roken van basecoke.[34]
- Ook in andere landen, zoals Oostenrijk, België, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk hebben bezoekers van dansfestijnen aanzienlijk meer ervaring met cocaïne dan de doorsnee bevolking (ooitgebruik: tussen 42% en 62%).[16]
- Ervaring met cocaïne komt vrij vaak voor onder coffeeshopbezoekers in Amsterdam. In 2001 had één op de twee bezoekers ooit cocaïne geprobeerd en één op de vijf was een actuele gebruiker. Dit beeld verschilt niet met dat van een peiling uit 1990.[12]
- Zwerfjongeren scoren het hoogst wat cocaïnegebruik betreft (tabel 3.2). Een peiling onder jongeren zonder vaste verblijfplaats in vijf Nederlandse gemeenten wees uit dat één op de drie onlangs cocaïne had genomen. Roken van cocaïne (zowel 'snuifcoke' als basecoke/crack) was het meest gangbaar (actuele rokers: 32%, snuivers: 11%, spuiters: 1%).[11]

Tabel 3.2 Gebruik van cocaïne in speciale groepen

	Peiljaar	Leeftijd	Ooit-gebruik	Actueel gebruik
Jongeren in het voortgezet speciaal onderwijs ^a	1997	12 – 18	4%	2%
Jongeren in projecten voor spijbelopvang	1997	12 – 18	14%	5%
Cafébezoekers in Amsterdam ^b	2000	gemiddeld 25	26%	9%
Coffeeshopbezoekers in Amsterdam ^c	2001	gemiddeld 25	52%	19%
Club- en partybezoekers in Amsterdam	1998	gemiddeld 26	48%	24%
Zwerfjongeren ^d	1999	15 – 22	66%	36%

Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand) per groep. a. MLK, LOM, ZMOK. b. Selecte steekproef van jongeren en jonge volwassenen uit mainstream-, studenten-, homo- en hippe cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. c. Oververtegenwoordiging van autochtone vrouwen en ondervertegenwoordiging van allochtone mannen in de steekproef.¹² d. Jongeren tot 23 jaar die drie maanden of langer geen vaste verblijfplaats hadden. Referenties: [9,11-12]

3.3 PROBLEMATISCH GEBRUIK

Betrouwbare schattingen van het aantal probleemgebruikers van cocaïne ontbreken.

- Van de opiaatverslaafden nemen zeven tot negen op de tien ook cocaïne, veelal in de (kant-en-klare) rookbare vorm. Basecoke (of crack) leidt sneller tot compulsief gedrag en verslaving dan snuifcocaïne¹³. [35-37]
- Voor veel probleemgebruikers van harddrugs is cocaïne tegenwoordig 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. [38]
- Van de probleemgebruikers van harddrugs consumeert tien tot vijftien procent cocaïne zonder daarnaast heroïne te nemen.
- Dagelijks gebruik van cocaïne, vooral basecoke, komt betrekkelijk vaak voor onder jonge daklozen, straatprostituees en allochtone jongeren. [38,39]
- Het bij zichzelf injecteren van cocaïne is in de afgelopen jaren sterk afgenomen en daarmee ook het risico van infecties. Het roken van cocaïne (en heroïne) is juist toegenomen. [35-37]
 - In 1995 spoot 36 procent van de Rotterdamse probleemgebruikers van cocaïne de drug altijd in; in 1998 was dit 5 procent (tabel 3.3).
 - Het aandeel ‘pure’ spuiters van cocaïne in het totaal aan probleemgebruikers van harddrugs ging in Parkstad Limburg omlaag van 40 procent in 1996 naar 4 procent in 1999.
- Gezondheidsproblemen, vooral door frequent roken van basecoke, zijn longcomplicaties, uitputting en weerstandsvermindering, ‘loopvoeten’ en paranoia. [33]

Tabel 3.3 Wijze van gebruik van cocaïne door probleemgebruikers van harddrugs

Wijze van toediening	Rotterdam (1998)	Utrecht (1999)	Parkstad Limburg (1999)
Altijd injecteren	5%	1%	4%
Roken en injecteren	14%	10%	17%
Altijd roken	79%	86%	78%

Percentage probleemgebruikers per wijze van toediening. De cijfers in de kolommen tellen niet helemaal op tot 100 procent; de rest betreft andere manieren van inname (snuiven). Bron: MAD.

3.4 GEBRUIK: INTERNATIONALE VERGELIJKING

¹² Voor de definitie van etnische achtergrond: zie bijlage F.

¹³ Maar ook gebruikers van snuifcocaïne kunnen in de problemen raken. Volgens gegevens van de ambulante verslavingszorg maken zij eenderde uit van de ‘primaire cocaïnecliënten’ (tabel 3.6).

Tabel 3.4 presenteert gegevens over cocaïnegebruik onder de algemene bevolking van Australië, de Verenigde Staten en de lidstaten van de Europese Unie (EU).

- Het percentage mensen tot de leeftijd van zestig of zeventig jaar dat ervaring heeft met cocaïne is veruit het grootst in de Verenigde Staten.[18]
- Nederland staat in de Europese Unie op de maat oitgebruik op de tweede plaats, na Engeland en Wales.
- Engeland en Wales scoren van alle landen in tabel 3.4 ook het hoogst op de maat 'recent gebruik' (laatste jaar), op de voet gevolgd door Spanje, de Verenigde Staten, voormalig West-Duitsland, Australië en Nederland.

Tabel 3.4 Consumptie van cocaïne onder de algemene bevolking van westerse landen

Land	Peiljaar	Leeftijd ^a	Ooitgebruik	Recent gebruik
Verenigde Staten	2000	12 en ouder	11,0%	1,5%
Engeland en Wales	2000	16 – 59	4,7%	1,7%
Australië	2001	14 en ouder	4,4%	1,3%
Nederland^a	2001	15 – 64	3,6%	1,1%
Spanje	1999	15 – 64	3,2%	1,6%
Duitsland ('West')	2000	18 – 59	2,5%	1,5%
Frankrijk	2002	15 - 64	2,2%	0,3%
Denemarken	2000	16 – 64	1,7%	0,5%
Griekenland	1998	15 - 64	1,3%	0,5%
Zweden	2000	15 – 64	1,0%	0,0%
Finland	1998	15 – 64	0,6%	0,2%
België (Vlaanderen)	1994	18 - 65	0,5%	0,2%

Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking. Voor niet-genoemde EU-landen ontbreken gegevens. a. Voor zover mogelijk voldoen cijfers aan de EMCDDA-standaard voor leeftijdsgrenzen: 15 tot en met 64 jaar, genoteerd als 15 – 64 jaar. Referenties: [16-20]

In de ESPAD-peiling onder vijftien- en zestienjarige scholieren werd gevraagd naar het ooitgebruik van cocaïne.[24]

- Van de deelnemende landen in de Europese Unie (EU) ging Nederland op deze maat aan kop samen met het Verenigd Koninkrijk (tabel 3.5).
- Amerikaanse scholieren hebben vaker ervaring met cocaïne dan hun leeftijdgenoten in de EU.

Tabel 3.5 Consumptie van cocaïne onder leerlingen van 15 en 16 jaar in lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen en de Verenigde Staten. Peiljaar 1999

Land	Ooitgebruik
Verenigde Staten	8%
Verenigd Koninkrijk	3%
Nederland	3%
Frankrijk	2%
Ierland	2%
Italië	2%
Denemarken	1%
Finland	1%
Griekenland	1%
Noorwegen	1%
Portugal	1%
Zweden	1%

Percentage gebruikers ooit in het leven. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD, maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. Bron: ESPAD.

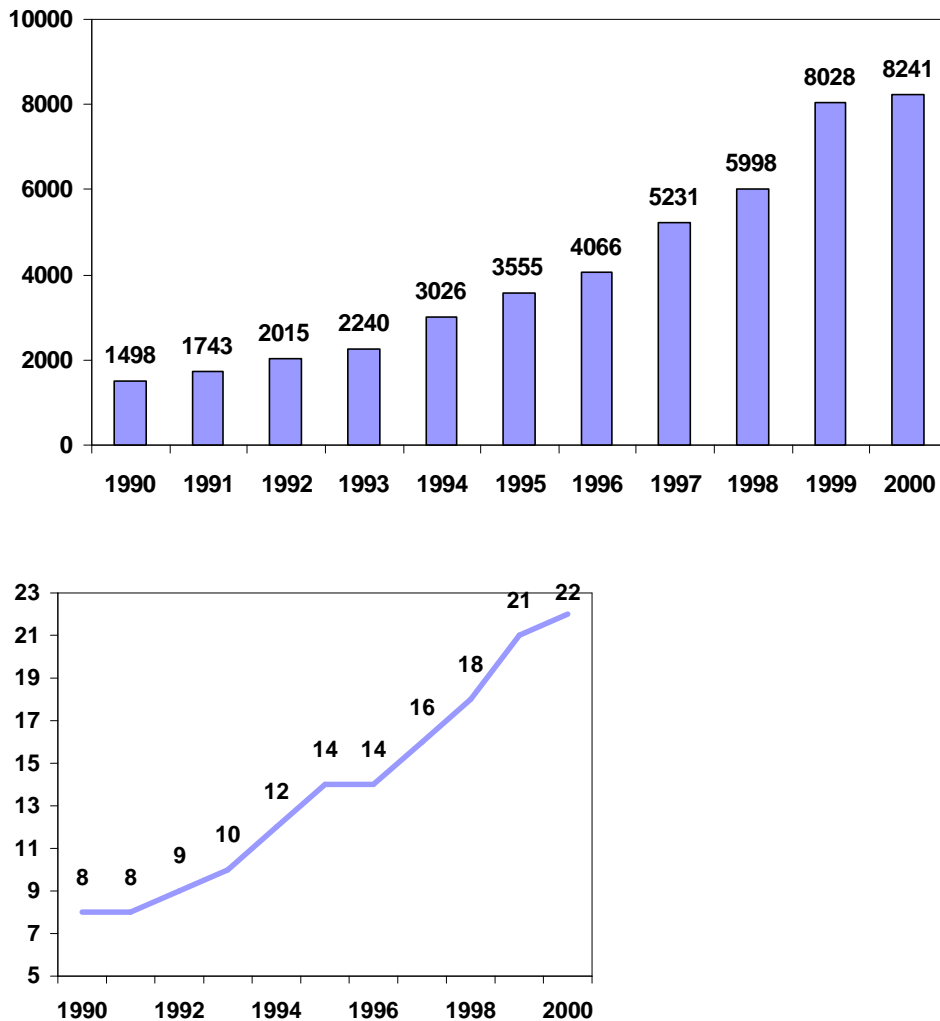
3.5 HULPVRAAG

3.5.1 Ambulante verslavingszorg

Het LADIS registreert hoe vaak mensen hulp vragen bij de ambulante verslavingszorg.

- Het aantal inschrijvingen met cocaïne als primair probleem werd de afgelopen tien jaar meer dan vijf keer zo groot (figuur 3.4).[26]
- Het aandeel cocaïne van alle inschrijvingen wegens een drugprobleem steeg eveneens sterk.
- Van de cocaïnecliënten die zich in 2000 inschreven, was bijna de helft (44 procent) een nieuwkomer bij de ambulante verslavingszorg.
- Cocaïne werd nog vaker als secundair probleem genoemd (tabel 3.6).
- Voor twee op de drie 'primaire' cocaïnecliënten was basecoke het hoofdmiddel van gebruik en voor één op de drie 'snuifcocaïne'.
- Het aandeel basecoke gebruikers onder de cocaïnecliënten steeg van 57 procent in 1994 naar 65 procent in 2000.[40]

Figuur 3.4 Inschrijvingen bij de ambulante verslavingszorg primair vanwege cocaïne: absolute aantallen (boven) en als percentage van alle ambulante inschrijvingen voor een drugprobleem (onder), vanaf 1990^a



a. Inclusief problemen vanwege basecokes. Bron: LADIS, IVZ.

Tabel 3.6 Cocaïnecliënten van de ambulante verslavingszorg. Peiljaar 2000

Personen met primair cocaïneprobleem ^a	6 103
• Percentage cliënten met snuifcocaïne als hoofdmiddel	35%
• Percentage cliënten met basecokes als hoofdmiddel	65%
• Percentage cocaïnecliënten van alle 'ambulante' drugcliënten	23%
• Gemiddelde leeftijd	32 jaar
• Mannen	83%
Personen met secundair cocaïneprobleem ^b	7 111

a. Deze getallen wijken af van die in figuur 3.4 omdat er is gecorrigeerd voor meer dan één inschrijving per persoon in het peiljaar. b. Eveneens inclusief basecokes en eveneens gecorrigeerd in bedoelde zin. Voor deze groep is het primaire probleem heroïne (76%), alcohol (16%), of cannabis (4%). Bron: LADIS, IVZ. Cocaïnecliënten verschillen in persoonlijke en sociale kenmerken en in gebruikspatronen. Uit een analyse van LADIS-gegevens vallen vijf groepen van cocaïnecliënten te onderscheiden (tabel 3.7).[40]

- *Cliënten die als regel cocaïne snuiven* en geen problemen met andere middelen ondervinden. Zij zijn vrij vaak autochtoon en maatschappelijk geïntegreerd, in de zin dat zij drie jaar of langer werkervaring, inkomsten uit betaald werk, kinderen en eigen woonruimte hebben.
- *Cliënten die problemen met zowel alcohol als snuifcocaïne hebben*. Ook zij zijn betrekkelijk vaak autochtoon, maar iets ouder dan de enkelvoudige cocaïnesnuivers. Zij hebben verder minder vaak betaald werk en werkervaring dan de 'pure' cocaïnesnuivers en leven wat vaker alleen.
- *Cliënten die problemen met zowel cannabis als snuifcocaïne hebben*. Zij lijken op de groep van probleemgebruikers van alcohol en snuifcocaïne, maar zijn jonger (68% tegen 39% is tussen 15 en 29 jaar oud).
- *Cliënten die problemen hebben met basecoke en vaak ook met andere middelen, behalve opiaten*. Onder hen bevinden zich nogal wat allochtonen. Zij zijn jonger dan opiaatverslaafden en worden geregeld verwezen door justitiële instanties.
- *Cliënten die problemen hebben met zowel heroïne als cocaïne* (vooral basecoke), ongeacht bijgebruik van andere middelen. Zij zijn ouder (34% is veertig jaar of ouder tegen 6% tot 17% in de andere groepen), leven vrij vaak van een uitkering en zijn nogal eens allochtoon, dakloos en zonder de nodige werkervaring. Het gaat hier om meer dan de helft van alle cocaïnecliënten.

Tabel 3.7 Kenmerken van cocaïnecliënten in de ambulante verslavingszorg naar middelenproblematiek^a

Kenmerken	Snuifcocaïne	Alcohol + snuifcocaïne	Cannabis + snuifcocaïne	Basecoke zonder opiaten	Heroïne + cocaïne
Geschat aandeel van alle cocaïnecliënten	6%	13%	6%	20%	56%
Gemiddelde leeftijd	29 jaar	32 jaar	27 jaar	30 jaar	36 jaar
Culturele herkomst ^b					
- Autochtoon	85%	83%	81%	69%	67%
- Allochtoon	15%	17%	19%	31%	33%
Bron van inkomsten					
- Loon	65%	49%	50%	34%	17%
- Uitkering	24%	38%	33%	48%	68%
Zwervend/ in daklozenopvang	3%	6%	4%	12%	18%
Werkervaring ≥ 3 jaar	63%	52%	47%	50%	29%
Aanmelding via justitie	16%	27%	25%	38%	19%

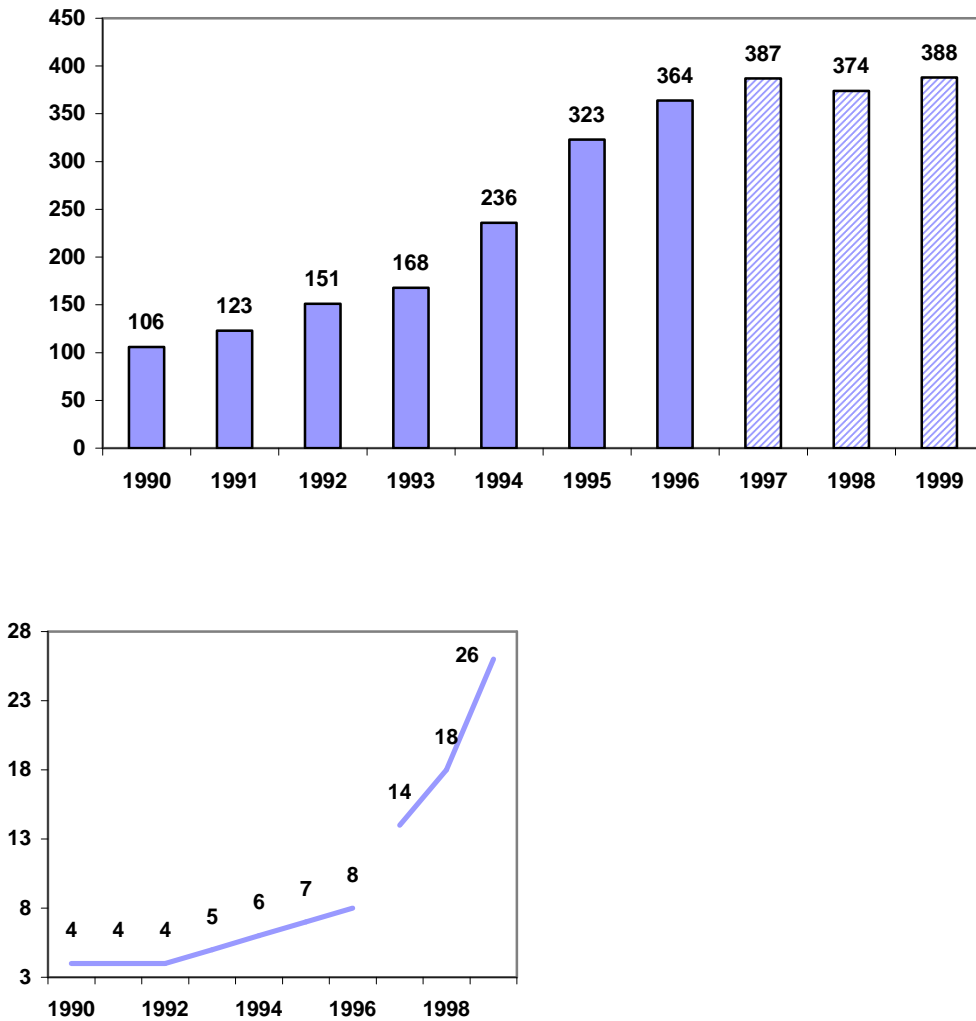
Percentages binnen elke categorie cliënten. De indeling naar basecoke en snuifcocaïne berust deels op de wijze van gebruik (roken dan wel snuiven) omdat instellingen basecoke vaak niet apart registreren. a. Middelen die als het primaire of secundaire probleem staan geregistreerd. b. Het LADIS benoemt cliënten als allochtoon op grond van nationaliteit (paspoort) of zelfidentificatie met een etnische groepering of afkomst. In alle groepen is de meerderheid (82% tot 90%) van de allochtone cliënten afkomstig uit Oost-Europa, Afrika, Azië (incl. Indonesië) en Latijns-Amerika. Bron: LADIS, IVZ.[40]

3.5.2 Intramurale verslavingszorg

Het PiGGz registreert de opnames wegens drugproblemen in verslavingsklinieken en verslavingsafdelingen van algemene psychiatrische ziekenhuizen.

- Van 1990 tot 1997 nam het aantal opnames per jaar wegens cocaïneproblematiek toe (figuur 3.5).
- Het aandeel van de cocaïneproblematiek op alle druggerelateerde opnames steeg ook.
- De stabilisatie nadien is vermoedelijk schijn, omdat nogal wat instellingen geen cijfers meer aan het PiGGz leveren (bijlage C).

Figuur 3.5 Opnames in de intramurale verslavingszorg wegens problematisch gebruik van cocaïne: absolute aantallen (boven) en als percentage van alle opnames voor een drugprobleem (onder), vanaf 1990



ICD-9 codes: 304.2, 305.6 (bijlage D). De registratie is sinds 1997 niet meer compleet, waardoor ontwikkelingen in intramurale opnames niet betrouwbaar kunnen worden weergegeven (bijlage C). Bron: PiGGz, GGZ Nederland/Prismant.

3.5.3 Algemene ziekenhuizen

- In algemene ziekenhuizen worden cocaïneproblemen niet vaak als hoofddiagnose genoteerd (tabel 3.8).
- Deze cocaïneproblemen spelen vaker een rol als nevendiagnose. Van 2000 naar 2001 tekende zich een lichte toename af. De meest voorkomende hoofddiagnoses bij de nevendiaagnoses cocaïnemisbruik of –afhankelijkheid waren:
 - letsel door ongevallen (18%, breuken, wonden, hersenschudding)
 - ziekten en symptomen van de ademhalingswegen (17%)
 - ziekten van hart- en vaatstelsel (8%)
 - misbruik of afhankelijkheid van alcohol (8%)
 - vergiftiging door geneesmiddelen, drugs of biologische stoffen (8%; vooral benzodiazepines).
- 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 2001 om 456 personen. Zij werden in dit jaar minstens één keer opgenomen met cocaïnemisbruik of -afhankelijkheid als hoofd- of nevendiagnose. Hun gemiddelde leeftijd was 34 jaar; 79 procent was man.
- De LMR telde in 2000 en 2001 respectievelijk 56 en 20 gevallen van onopzettelijke vergiftiging met lokale anesthetica (overwegend cocaïne) als nevendiagnose (ICD-9 code E855.2).

Tabel 3.8 Klinische opnames in algemene ziekenhuizen gerelateerd aan problematisch gebruik van cocaïne, vanaf 1996

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001 ^a
Cocaïne als hoofddiagnose	38	24	53	55	50	65	67	81
Cocaïne als nevendiagnose	352	285	246	371	363	383	377	451

Aantal diagnoses, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen of meer nevendiaagnoses per

opname. ICD-9 codes: 304.2, 305.6 (bijlage D). a. Hoofddiagnoses: 69% misbruik, 31%

afhankelijkheid. Nevendiaagnoses: 53% misbruik, 47% afhankelijkheid. Bron: LMR, Prismant.

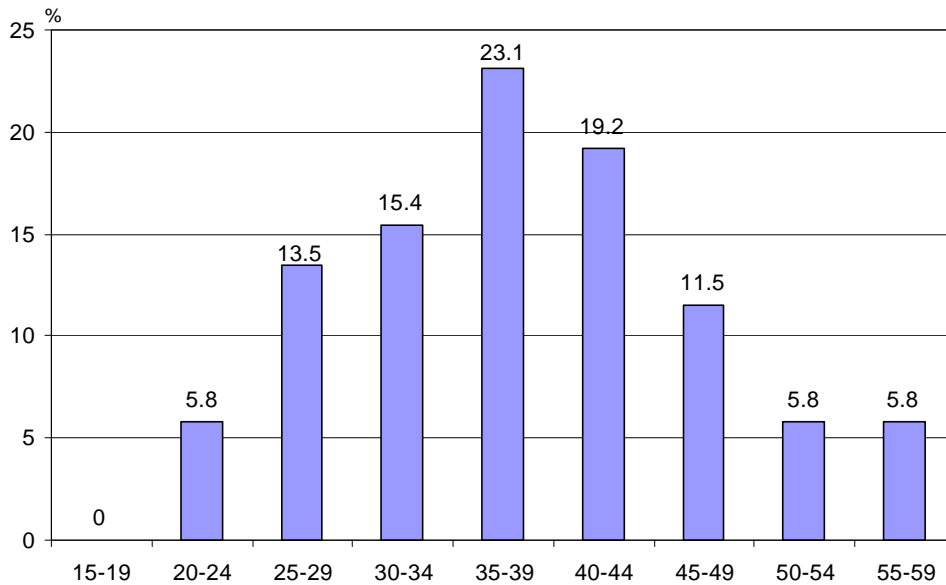
3.6 STERFTE

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

- Toch valt er een toename te zien. Van 1985 tot en met 1995 ging het om totaal zeven gevallen, van 1996 tot en met 2000 om 52 (zie ook figuur 4.6)¹⁴.
- De meeste overledenen waren tussen 30 en 44 jaar oud (figuur 3.6) en acht op de tien waren man.
- 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.

Figuur 3.6 Leeftijdverdeling van cocaïnesterfgevallen van 1996 tot en met 2000

¹⁴ Het aantal overleden 'bolletjesslikkers' is niet bekend. Dit komt onder meer omdat de Doodsoorzakenstatistiek personen uitsluit die niet in het Nederlandse bevolkingsregister staan ingeschreven.



Percentage overledenen per leeftijdsgroep. ICD-10 codes: F14 en X42/T40.5 (primaire doodsoorzaken). Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

3.7 COCAÏNE: LAATSTE FEITEN EN TRENDS

- Tussen 1997 en 2001 verdubbelde het aantal actuele cocaïnegebruikers onder de algemene bevolking.
- In de Europese Unie staat Nederland op de tweede plaats voor het 'percentage ooitgebruikers'. Voor het 'percentage actuele gebruikers' staat Nederland op de vierde plaats.
- Het aantal gebruikers van cocaïne onder leerlingen groeit niet meer.
- (Snuif)cocaïne is vrij populair onder uitgaande jongeren en jonge volwassenen, althans in Amsterdam.
- Cocaïne vindt grote aftrek onder probleemgebruikers van opiaten, vooral in de kant-en-klare rookbare vorm (basecoke of crack).
- Het aantal cocaïnegebruikers dat een beroep doet op de ambulante en waarschijnlijk ook de intramurale verslavingszorg neemt toe, vooral vanwege problemen door basecoke.
- Het aantal geregistreerde acute sterfgevallen wegens cocaïnegebruik is gering maar stijgt.

4 OPIATEN

Het gaat in dit hoofdstuk vooral om heroïne en methadon. Geneesmiddelen, zoals de hoestdemper codeïne of de pijnstiller morfine, blijven buiten beschouwing.

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

4.1 GEBRUIK: ALGEMENE BEVOLKING

- Volgens het NPO uit 2001 had 0,4 procent van de Nederlanders van twaalf jaar en ouder ervaring met heroïne. In 1997 was dit 0,3 procent.[3]
- Er zijn maar weinig gebruikers van heroïne onder de algemene bevolking: 0,1 procent.
- Deze cijfers zijn vermoedelijk een onderschatting, omdat probleemgebruikers van harddrugs in het NPO ondervertegenwoordigd zijn. Veel illegale gebruikers van opiaten 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).

4.2 GEBRUIK: JONGEREN

- Heroïne is niet populair onder leerlingen van middelbare scholen van twaalf jaar en ouder, tegenwoordig nog minder dan in eerdere peilingen (tabel 4.1).[4]

Tabel 4.1 Gebruik van heroïne onder scholieren van 12 jaar en ouder vanaf 1988

	1988	1992	1996	1999
<i>Heeft ooit gebruikt</i>	1,0%	0,8%	1,1%	0,7%
<i>Heeft pas nog gebruikt</i>	0,3%	0,4%	0,5%	0,2%

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

- Het percentage actuele gebruikers van heroïne ligt hoger onder leerlingen van speciale scholen voor voortgezet onderwijs en deelnemers aan spijbelprojecten dan op 'reguliere' scholen, maar hun aandeel blijft onder 1 procent (tabel 4.2).
- In bepaalde kringen experimenteert een kleine minderheid met heroïne (tabel 4.2). Zo had in 2001 bijna één op de tien coffeeshopbezoekers in Amsterdam ooit heroïne geprobeerd.[12]
- Zwerfjongeren zijn het meest van al vertrouwd met heroïne. Volgens een peiling in 1999 was ruim een op de tien een actuele gebruiker. De gangbare toedieningsvorm in deze groep was roken (actuele rokers: 11%, spuiters: 1%, snuivers: 0%).[11]

Tabel 4.2 Gebruik van heroïne in speciale groepen

	Peiljaar	Leeftijd	Ooit-gebruik	Actueel gebruik
Cafébezoekers in Amsterdam ^a	2000	Gemiddeld 25	1%	0,2%
Jongeren in het voortgezet speciaal onderwijs ^b	1997	12 – 18	2%	0,8%
Jongeren in projecten voor spijbelopvang	1997	12 – 18	4%	0,9%
Club- en partybezoekers in Amsterdam	1998	Gemiddeld 26	6%	<0,4%
Coffeeshopbezoekers in Amsterdam ^c	2001	Gemiddeld 25	9%	0,9%
Zwerfjongeren ^d	1999	15 – 22	21%	11%

Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand) per groep. < betekent 'minder dan'. a. Selecte steekproef van jongeren en jonge volwassenen uit mainstream-, studenten-, homo- en hippe cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. b. MLK, LOM, ZMOK. c. Oververtegenwoordiging van autochtone vrouwen en ondervertegenwoordiging van allochtone mannen in de steekproef¹⁵. d. Jongeren tot 23 jaar die drie maanden of langer geen vaste verblijfplaats hadden. Referenties: [9, 11-12]

4.3 PROBLEMATISCH GEBRUIK

De beschikbare ramingen laten meestal geen duidelijk onderscheid toe tussen probleemgebruikers van opiaten enerzijds en van (ook) andere harddrugs anderzijds¹⁶. De schattingen in tabel 4.3 betreffen probleemgebruikers van illegale opiaten of van methadon, die doorgaans ook andere middelen nemen, zoals cocaïne, alcohol en slaap- of kalmeringsmiddelen.

- Nederland telt ongeveer twee tot drie probleemgebruikers van harddrugs per duizend inwoners van 15 tot en met 64 jaar.
- Bijna de helft van hen bevindt zich in de vier grote steden en Parkstad Limburg (tabel 4.3).

Tabel 4.3 Schattingen van het aantal probleemgebruikers van harddrugs

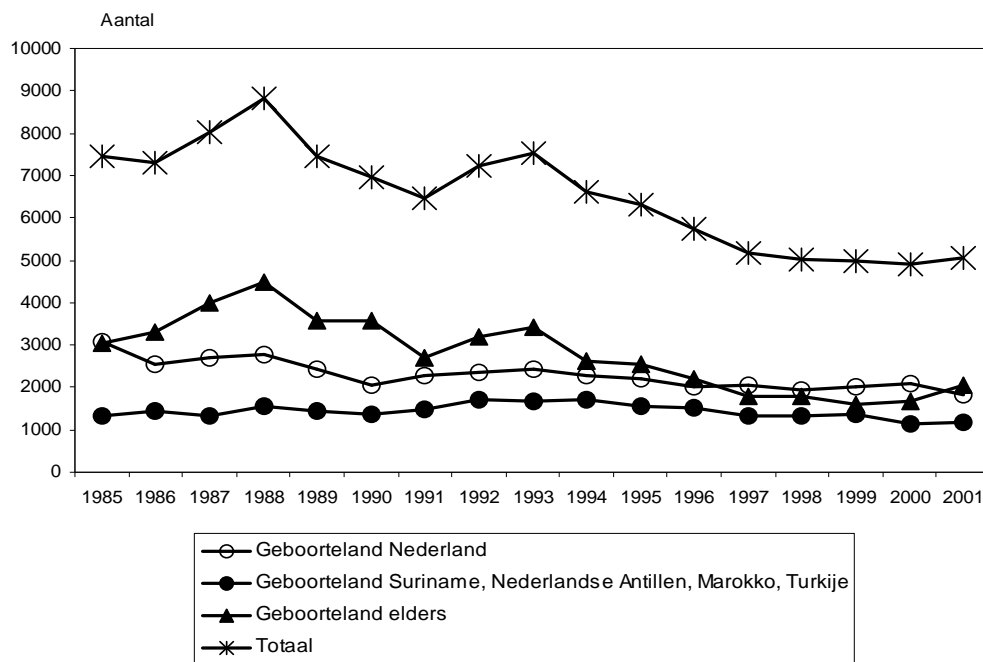
Bereik	Jaar	Aantal ^a	Aantal per 1000 inwoners van 15 tot en met 64 jaar ^a
Landelijk	1993	28 000	2,7
Landelijk	1996	25 000 – 29 000	2,3 – 2,7
Landelijk	1999	26 000 – 30 000	2,4 – 2,8
Amsterdam	2001	5 045	9,5
Rotterdam	1994	3 500 – 4 000	8,7 – 10,0
Den Haag	1998	2 600 – 2 700	8,8 – 9,1
Parkstad Limburg	1999	800	4,9
Utrecht	1999	570	3,4

a. Laagste en hoogste uitkomst van verschillende schattingsmethoden. Referenties: [36,37,41-44]

¹⁵ Voor de definitie van etnische achtergrond: zie bijlage F.

¹⁶ Voor de definitie van probleemgebruiker: zie bijlage F.

Figuur 4.1 Probleemgebruikers van opiaten in Amsterdam, vanaf 1985



Bron: GG&GD Amsterdam.

- Figuur 4.1 geeft de ontwikkeling van het aantal probleemgebruikers van opiaten in Amsterdam weer volgens schattingen van de GG&GD Amsterdam.[43]
 - De omvang van deze groep bereikte een piek in 1988 (8 800) en liep toen terug. Dit kwam vooral door het verdwijnen van buitenlanders, vooral Italianen en Duitsers. De daling is sinds 1998 afgevlakt.
 - In 2001 telde Amsterdam naar schatting nog ruim 5 000 probleemgebruikers van opiaten. Van hen was 36 procent geboren in Nederland, 24 procent in Suriname, de Nederlandse Antillen, Marokko of Turkije; en 41 procent elders.
- Problematisch gebruik van opiaten houdt verband met de wijze van toediening. Inname van opiaten is vooral riskant als de drug wordt ingespoten.
 - In de loop van de jaren zijn gebruikers van opiaten minder gaan injecteren (zie bijvoorbeeld Parkstad Limburg in tabel 4.4).[35-37]
 - In 2000 stond 13 procent van alle opiaatcliënten van de ambulante verslavingszorg te boek als spuiters.[26]
- Tussen 30 en 50 procent van de opiaatgebruikers kampt met zowel drugverslaving als een (andere) psychische stoornis, zoals sociale fobie of depressie ('dubbele diagnose').

Tabel 4.4 Wijze van gebruik van heroïne

	Rotterdam	Utrecht	Parkstad Limburg	
<i>Gebruikswijze</i>	1998	1999	1996	1999
Altijd injecteren	15%	5%	33%	13%
Roken en injecteren	16%	9%	33%	28%
Altijd roken	65%	86%	34%	58%

Percentage probleemgebruikers per wijze van toediening. De cijfers tellen per kolom afgerond op tot 100 procent.
Bron: MAD.

4.4 GEBRUIK: INTERNATIONALE VERGELIJKING

- De Europese Unie telt naar schatting anderhalf miljoen probleemgebruikers van harddrugs, ofwel drie tot negen per duizend inwoners van 15 tot en met 64 jaar. Daarbij gaat het in hoofdzaak om (ook) opiaten.[16,17]
- De schattingen zijn berekend met verschillende statistische methoden. Tabel 4.5 geeft de laagste en hoogste cijfers per land. Schattingen voor Luxemburg en Portugal lopen sterk uiteen en moeten voorzichtig worden geïnterpreteerd.
- Van alle lidstaten kent Nederland de minste probleemgebruikers van harddrugs.

Tabel 4.5 Probleemgebruikers van harddrugs in de Europese Unie en in Noorwegen

Land	Aantal per duizend inwoners ^a	
	Laagste – hoogste schatting	gemiddelde
Luxemburg	6,2 - 12,3	9,3
Portugal	6,7 – 11,2	9,0
Italië	7,5 – 8,2	7,8
Verenigd Koninkrijk	6,4 – 7,0	6,7
Ierland	5,0 – 6,4	5,7
Spanje	5,5 – 5,5	5,5
Zweden	4,0 – 5,4	4,7
Frankrijk	3,9 – 4,8	4,3
Denemarken	3,6 – 4,3	4,0
Noorwegen	3,2 – 4,6	3,9
België ^b	3,5 – 4,2	3,8
Finland	3,1 – 4,1	3,6
Oostenrijk	3,0 – 3,4	3,2
Duitsland	2,7 – 3,7	3,2
Nederland	2,4 – 2,8	2,6

a. Leeftijdsgrenzen: 15 tot en met 64 jaar. Peiljaren: 1996 – 2000, behalve Denemarken (1995). Er zijn geen schattingen beschikbaar voor Griekenland. Het gaat overwegend om opiaatgebruikers, met uitzondering van Zweden waar mensen die zichzelf amfetamine inspuiten in de meerderheid zijn (althans in het begin van de jaren negentig). b. Cijfers voor België hebben alleen betrekking op injecterende druggebruikers en zijn een onderschatting. Bron: EMCDDA.[45]

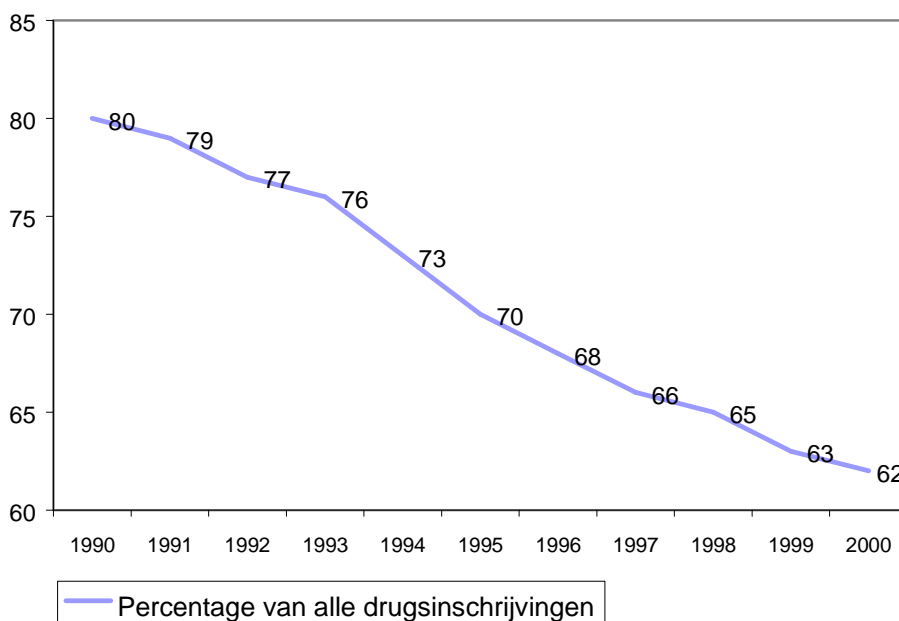
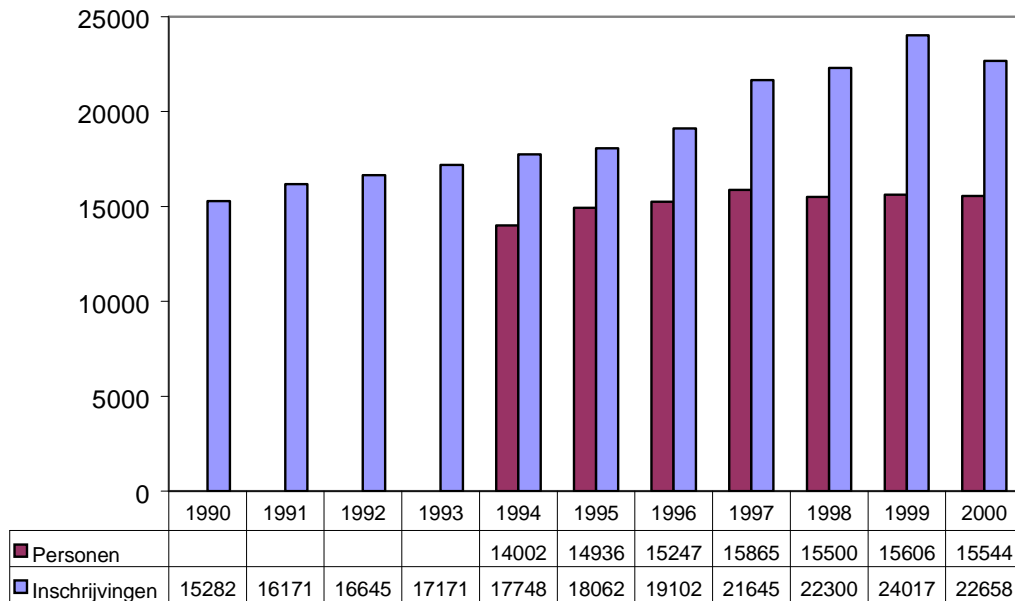
4.5 HULPVRAAG

4.5.1 Ambulante verslavingszorg

Het aantal inschrijvingen bij de ambulante verslavingszorg primair voor opiaatproblematiek steeg tot 1999. Deze groei was deels reëel en deels een vertekening doordat meer instellingen voor drugshulpverlening zich bij het LADIS aansloten.

Figuur 4.2 **Inschrijvingen bij de ambulante verslavingszorg primair vanwege opiaten:**

absolute aantallen (boven) en als percentage van alle ambulante inschrijvingen voor een drugprobleem (onder), vanaf 1990



Bron: LADIS, IVZ.

- Het aantal inschrijvingen lag in 2000 een fractie onder dat in het voorgaande jaar (figuur 4.2).[26]
- Er zijn meer inschrijvingen dan cliënten omdat iemand zich meer dan eens per jaar kan aanmelden. Daarmee rekening houdend telde LADIS in 2000 bijna 16 000 opiaatcliënten (tabel 4.6), ongeveer evenveel als in de vier jaar daarvoor (figuur 4.2).
- Van de opiaatcliënten die zich in 2000 inschreven bij de ambulante verslavingszorg, was één op de vijf (22%) een nieuwkomer.

Tabel 4.6 Opiaatcliënten van de ambulante verslavingszorg. Peiljaar 2000

Personen met primair opiaatprobleem ^a	15 544
• Percentage van alle 'ambulante' drugcliënten	58%
• Gemiddelde leeftijd	37 jaar
• Mannen	80%
Personen met secundair opiaatprobleem ^b	1 387

a. Deze getallen wijken af van die in Figuur 4.2, omdat er is gecorrigeerd voor meer dan één inschrijving per persoon in het peiljaar. b. Eveneens gecorrigeerd in bedoelde zin. Voor deze groep is het primaire probleem cocaïne of crack (71%), alcohol (22%) of cannabis (3%). Bron: LADIS, IVZ.

In Nederland ontvangen naar schatting 13 500 opiaatverslaafden methadon. De belangrijkste verstrekkers zijn de ambulante verslavingszorg, de GG&GD Amsterdam en huisartsen en specialisten¹⁷. [46]

- Het aantal methadoncliënten van de ambulante verslavingszorg steeg de afgelopen jaren licht (tabel 4.7). Dit komt vooral door uitbreiding van het aantal instellingen dat aan het LADIS deelneemt.
- Methadon wordt in ruim 95 procent van de gevallen voorgeschreven als onderhoudsbehandeling. De rest betreft toepassing van het middel bij het afkicken van heroïne. [26]
- De gemiddelde methadondosis per innamedag gaat sinds 1995 omhoog (tabel 4.7). [26] In 2000 bestond 45 procent van de innames uit een (therapeutische) dosis van 50 milligram of meer. De hoeveelheid methadon die een cliënt per keer krijgt hangt af van het methadonbeleid van de betreffende instelling, of hulpverlener.
- Trends in de consumptie van methadon vallen af te lezen aan de gemiddelde hoeveelheid methadon die iemand in een jaar krijgt. Figuur 4.3 laat op deze maat een stijging zien vanaf 1994. Deze trend wordt verklaard door enerzijds de toename in methadondosis per innamedag en anderzijds door een verhoogde therapietrouw¹⁸.

Tabel 4.7 Methadonverstrekking in de ambulante verslavingszorg, vanaf 1994

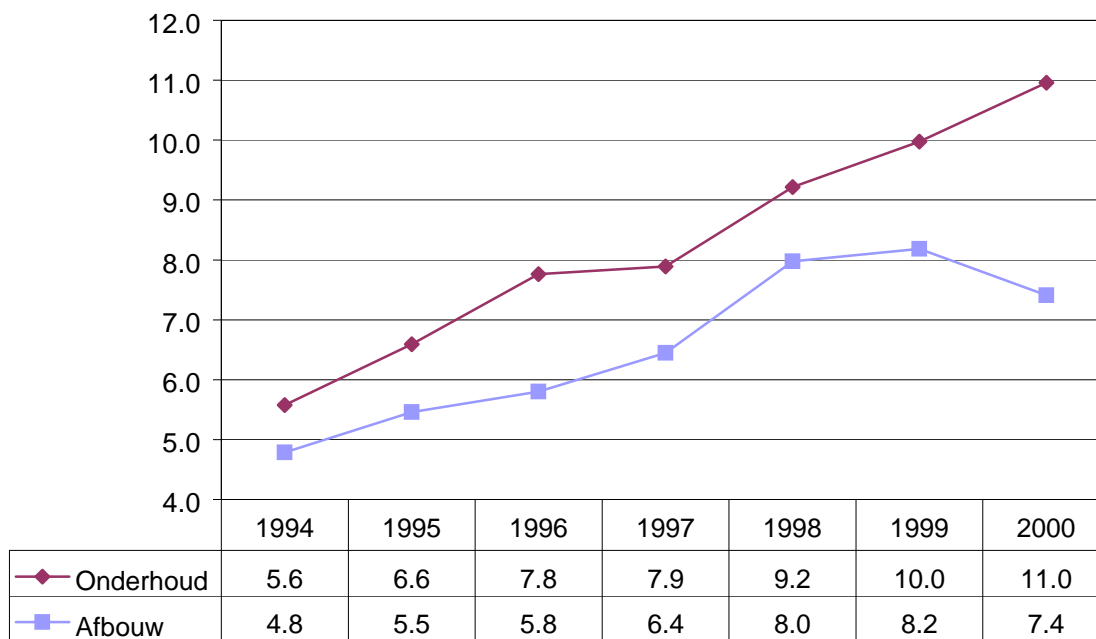
Jaar	Aantal personen	Gemiddelde dosis per innamedag (milligram)
1994	8 882	46
1995	8 817	37
1996	9 068	38
1997	9 838	40
1998	9 754	42
1999	10 666	45
2000	10 805	48

Bron: LADIS, IVZ.

¹⁷ Ongeveer tweeduizend methadoncliënten die bekend zijn bij de GG&GD Amsterdam zijn niet opgenomen in het LADIS. Huisartsen en specialisten verstrekken naar schatting aan 2 750 personen methadon, waarvan er 900 niet voorkomen in het LADIS en de CMR. [46]

¹⁸ Het gemiddelde aantal methadoninnames per persoon per jaar steeg van 120 in 1994 naar 217 in 1999. In deze periode steeg de gemiddelde inschrijvingsduur van 9,4 maanden naar 10,3 maanden. [46]

Figuur 4.3 Methadonconsumptie in grammen per persoon per jaar



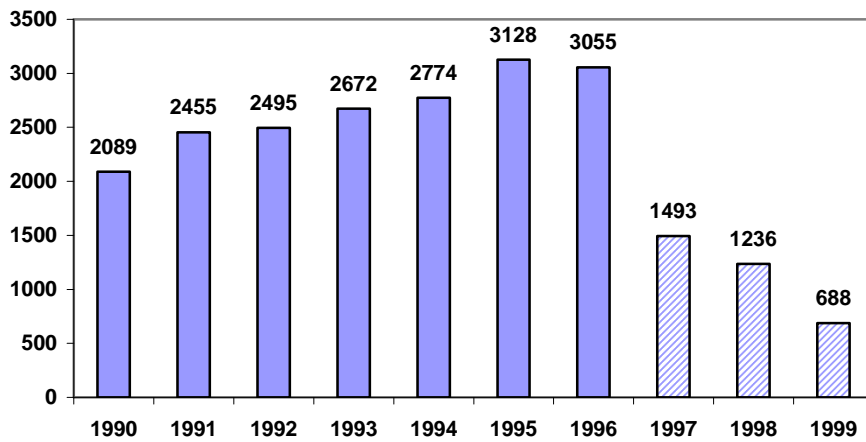
Gebruik in grammen methadon. Bron: LADIS, IVZ.

4.5.2 Intramurale verslavingszorg

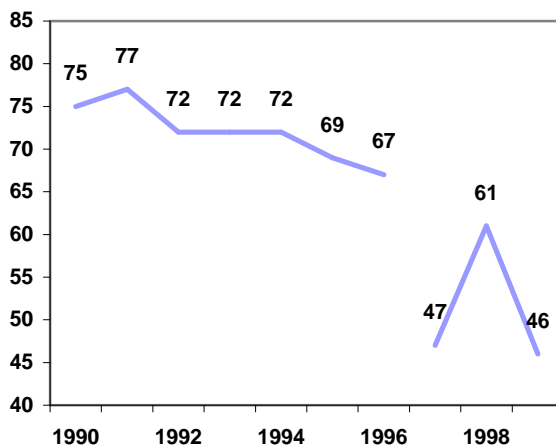
Van alle drugs zorgen opiaten voor de meeste opnames in de intramurale verslavingszorg.

- Het aantal opnames wegens opiaatverslaving en -misbruik steeg in de eerste helft van de jaren negentig en daalde iets in 1996 (figuur 4.4). Door de gebrekkige registratie na 1996 valt niet na te gaan hoe de hulpvraag zich de afgelopen jaren heeft ontwikkeld.
- Het aandeel van opiaatgebruik in het totaal aan opnames voor drugproblematiek in de intramurale verslavingszorg is gedaald.

Figuur 4.4 Opnames in de intramurale verslavingszorg wegens problematisch gebruik van opiaten: absolute aantallen (boven) en als percentage van alle opnames voor een drugprobleem (onder), vanaf 1990



Percentage van alle druginschrijvingen



ICD-9 codes: 304.0, 304.7, 305.5 (bijlage D). De registratie is sinds 1997 niet meer compleet, waardoor ontwikkelingen in intramurale opnames niet betrouwbaar kunnen worden weergegeven (bijlage C). Bron: PiGGz, GGZ Nederland/Prismant.

4.5.3 Algemene ziekenhuizen; incidenten

Misbruik en afhankelijkheid van opiaten worden in algemene ziekenhuizen zelden als hoofddiagnose gesteld (tabel 4.8).

- Vaker komen deze condities als neventdiagnose voor. De hoofddiagnoses bij deze neventdiagnoses lopen sterk uiteen. Het meest vielen in 2000 op:
 - ziekten van de ademhalingswegen (26%; vooral chronische obstructieve longziekten)
 - letsel door ongevallen (16%; breuken, wonden, hersenschudding)
 - ziekten van het spijsverteringsstelsel (7%)
 - hart- en vaatziekten (6%).
- 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 2001 om 541 personen. Zij werden in dit jaar minstens één keer opgenomen met opiaatmisbruik – of afhankelijkheid als hoofd- of nevendiagnose. Zij waren gemiddeld 38 jaar en twee op de drie waren man. Een kwart van de patiënten kwam uit Amsterdam, Rotterdam, Den Haag of Utrecht.

- Bij 47 ziekenhuisopnames werd onopzettelijke heroïne-intoxicatie als nevendiagnose geregistreerd. Bij 15 opnames ging het om methadon.

Tabel 4.8 Opnames in algemene ziekenhuizen gerelateerd aan problematisch gebruik van opiaten, vanaf 1994

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001 ^a
Opiaten als hoofddiagnose	74	71	71	71	76	79	75	81
Opiaten als nevendiagnose	751	627	607	742	596	627	558	634

Aantal diagnoses, niet gecorrigeerd voor dubbelstellingen van personen of meer nevendiaagnoses per opname. ICD-9 codes: 304.0, 304.7, 305.5 (bijlage C). a. Hoofddiaagnoses: 22% misbruik, 78% afhankelijkheid. Nevendiaagnoses: 19% misbruik, 81% afhankelijkheid. Bron: LMR, Prismant.

In 2001 registreerde de Centrale Post Ambulancevervoer van de GG&GD Amsterdam 208 spoedeisende aanvragen wegens vermoeden van niet-dodelijke overdosering van drugs¹⁹.^[47]

- Dit was minder dan één procent van het totaal aan spoedeisende aanvragen.
- Het betrof vooral opiaten en/of cocaïne, al dan niet in combinatie met andere middelen.
- In driekwart (73%) van de gevallen was vervoer naar een ziekenhuis nodig. Dit was veel meer dan voor cannabis (37%).
- De meesten waren van Nederlandse afkomst (86%); 11 procent kwam uit het buitenland en van 4 procent is het land van herkomst niet bekend.

4.6 ZIEKTE EN STERFTE

4.6.1 HIV

Door spuiten met vuile naalden of door onveilige seks lopen gebruikers van harddrugs gevaar om besmet te raken met HIV, het virus dat aids veroorzaakt.

- Peilingen van het RIVM laten sterke regionale verschillen zien in besmetting met HIV onder druggebruikers die ooit hebben gespoten (tabel 4.9). Amsterdam staat aan kop, Den Haag van de grote steden onderaan.^[48]
- In de meeste steden die deelnemen aan de peilingen blijft het percentage injecterende druggebruikers met een HIV-infectie stabiel, met uitzondering van Heerlen. In deze stad verdubbelde dit aandeel van 11 procent in 1994 naar 22 procent in 1999.^[49]
- In Amsterdam liep het aantal *nieuwe* HIV-infecties onder injecterende druggebruikers terug van 9 procent in 1986 tot 1 tot 2 procent in 1999.^[50]

¹⁹ Landelijke cijfers over druggerelateerde incidenten zijn niet beschikbaar.

Tabel 4.9 Injecterende druggebruikers: besmetting met HIV en lenen van spuiten

Locatie	Peiljaar	Besmet met HIV	Gebruikte spuiten geleend ^a
Amsterdam	1993	30%	18%
	1996	26%	18%
	1998	26%	12%
Rotterdam	1994	12%	18%
	1997	9%	11%
Zuid-Limburg ^b	1994	10%	19%
	1996	12%	17%
	1999	14%	10%
Utrecht	1996	5%	17%
Arnhem	1991 – 1992	2%	42%
	1995 – 1996	2%	39%
	1997	1%	16%
Groningen	1997 – 1998	1%	11%
Brabant ^c	1999	5%	17%
Den Haag	2000	2%	21%
Twente ^d	2000	3%	30%

Een injecterende druggebruiker werd gedefinieerd als iemand die één of meer keer in zijn leven een drug bij zichzelf had ingespoten. a. Percentage van de spuiters dat in de laatste zes maanden één of meer keer spuiten leende aan anderen. b. Percentage mensen besmet met HIV in Maastricht: 8% (1994), 3% (1996), 5% (1999); in Heerlen: 11% (1994), 17% (1996) en 22% (1999). c. Eindhoven, Helmond, Den Bosch. d. Almelo, Hengelo, Enschede. Bron: RIVM.

- Gegevens over besmetting met HIV in de lidstaten van de Europese Unie stammen uit uiteenlopende bronnen en zijn onderling niet vergelijkbaar. Het percentage met HIV besmette injecterende druggebruikers zou variëren van 1 in het Verenigd Koninkrijk tot 34 in Spanje.[16]
- Uit Finland, Ierland, Italië, Oostenrijk en Portugal komen signalen van een stijgend aantal infecties met HIV in (lokale) groepen van spuiters.

4.6.2 Hepatitis B en C

- Ongeveer driekwart van de injecterende druggebruikers in Rotterdam en Heerlen/Maastricht was bij de laatste meting besmet met hepatitis C en een iets geringer percentage met hepatitis B (tabel 4.10).[51-52]
- Het beeld in Den Haag was gunstiger. Een verklaring is niet direct voorhanden.[53]

Tabel 4.10 Hepatitis B en C infecties onder druggebruikers

	Jaar	HBV-positief ^a	HCV-positief
Rotterdam	1994	56% van de IDG 27% van de niet-IDG	79% van de IDG 13% van de niet-IDG
Heerlen/Maastricht	1996 1998/1999 ^b	63% van de IDG 67% van de IDG	74% van de IDG
Den Haag	2000	35% van de IDG	47% van de IDG

IDG = ooit-injecterende druggebruikers. HBV = Hepatitis B virus. HCV = Hepatitis C virus. a. positief voor anti-HBc, een merkstof voor een vroeger doorgemaakte of huidige hepatitis B infectie. b. Zeven procent was positief voor HbsAg; dit wijst op een huidige infectie met hepatitis B. Bron: RIVM.

4.6.3 Risicogedrag

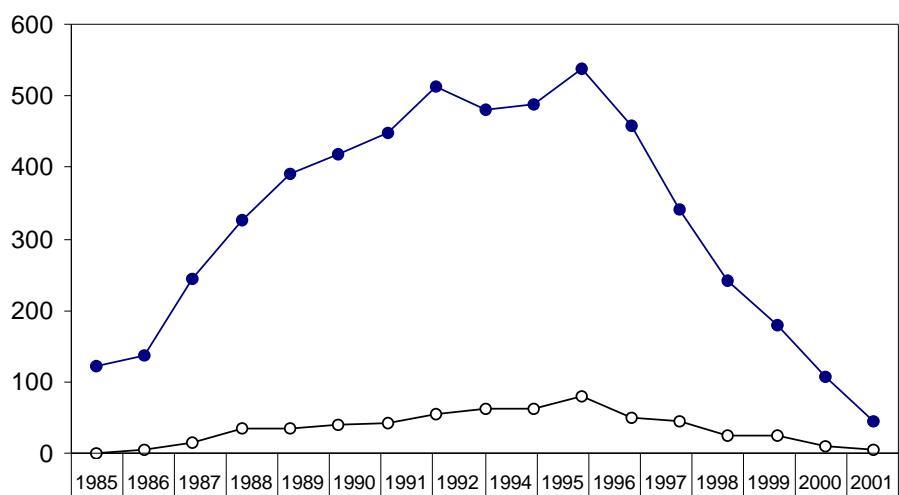
- Druggebruikers lenen tegenwoordig minder vaak gebruikte spuiten dan vijf tot tien jaar geleden. In de meeste steden en streken waarover gegevens beschikbaar zijn leent tussen 10 en 17 procent van de spuiters wel eens spuiten, in Den Haag iets meer (tabel 4.9). Twente springt er uit met 30 procent. Die meting betrof echter maar weinig druggebruikers, wat de uitkomst onzeker maakt.
- Behave het lenen van vuile spuiten komt ook het lenen van (andere) vuile spuitattributen voor, zoals lepels, watjes, filters of spoelwater. Eén op de vier injecterende druggebruikers doet dit. Dit gedrag vergroot het risico van besmetting met het hepatitis B en C virus, maar niet met HIV.
- Seksueel risicogedrag (geregeld verzuim van condoomgebruik) blijft omvangrijk.

4.6.4 Aids

- Het aantal meldingen van aids bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg daalt sinds 1996 (figuur 4.5). Dit komt onder meer door het op de markt komen van effectieve anti-virale geneesmiddelen waardoor besmetting minder of later leidt tot aids.²⁰
- De bijdrage van het intraveneus spuiten van drugs aan het ontstaan van aids in Nederland is in al die jaren beperkt gebleven: gemiddeld 11 procent, met een piek in 1995 van 15 procent. In 2000 was 8 procent van de besmette personen een injecterende druggebruiker.

²⁰ De aids-registratie is sinds 2002 vervangen door een HIV/aids-registratie (zie ook bijlage A).

Figuur 4.5 Nieuwe meldingen van aids naar diagnosejaar: totaal en vanwege injecterend druggebruik, vanaf 1985



	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Totaal	122	136	243	325	392	419	447	512	488	538	457	340	241	179	106	45
Injecterende druggebruikers	1	6	16	34	34	41	43	56	63	79	49	44	26	24	9	4

Aantallen gemeld tot en met 31 december 2001. Cijfers voor 2001 zijn voorlopig. Bronnen: IGZ, RIVM, EuroHIV.

- In de EU kwamen vanaf het begin van de epidemie 91 517 meldingen van aids onder injecterende druggebruikers binnen. Dit is 39 procent van alle aids-diagnoses in de EU.
- Het aantal nieuwe meldingen van injecterende druggebruikers met aids daalde in de EU van 9 005 in 1996 tot 2 679 in 2001.
- De lidstaten van de EU verschillen onderling in meldingen. Midden jaren negentig noteerden Spanje en Italië veruit de meeste aangiften. Daarna liep het aantal meldingen in die twee landen sterk terug. In Portugal stegen de meldingen vanaf begin jaren negentig, maar niet langer in 2001. Deze drie lidstaten hebben naar verhouding toch de meeste spuiters met aids (tabel 4.11).

Tabel 4.11 Nieuwe gevallen van aids in 2001 gerapporteerd in de lidstaten van de Europese Unie

Land	Aantal IDG met aids	Percentage IDG van alle gevallen van aids	Aantal IDG met aids per miljoen inwoners
Portugal	527	50	53
Spanje	1 136	49	29
Italië	651	39	11
Luxemburg	1	25	2
Oostenrijk	9	21	1
Frankrijk	232	15	4
Duitsland	78	14	1
Denemarken	10	14	2
Zweden	4	10	<1
Nederland	4	9	<1
België	7	7	1
Finland	1	6	<1
Verenigd Koninkrijk	17	3	<1
Griekenland	2	2	<1
Ierland	0	0	<1
Totaal EU	2 679	33	7

Aantallen gemeld tot en met 31 december 2001. IDG=Injecterende druggebruikers. Bron: European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS.

4.6.5 Sterfte

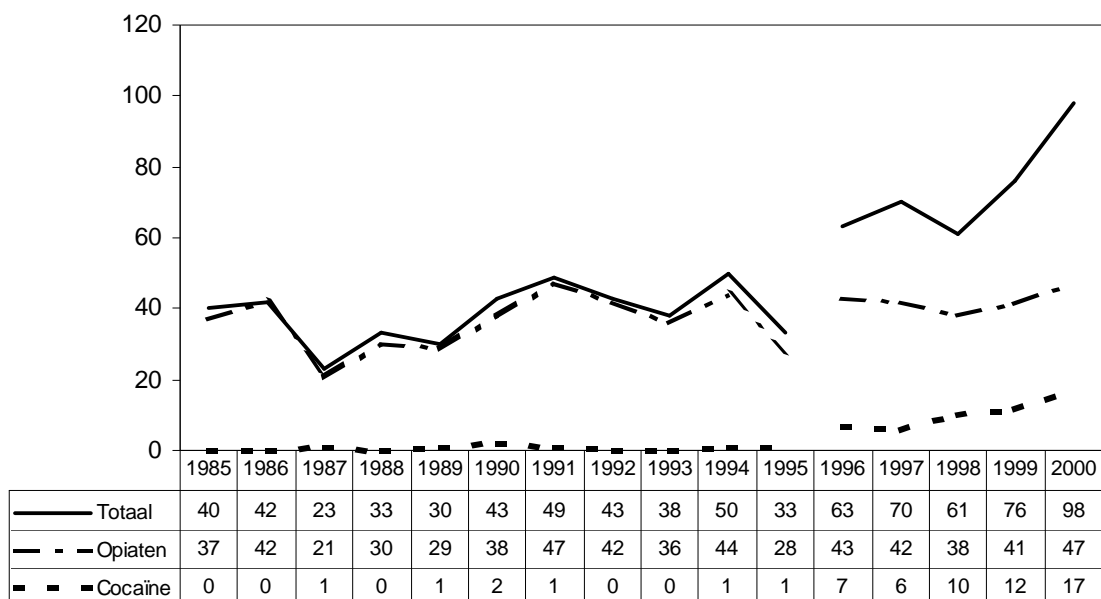
Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS sterven er in Nederland maar weinig mensen aan de directe gevolgen van opiaatgebruik. Daarbij gaat het meestal om overdosering.

- Het aantal geregistreerde gevallen van sterfte door overdosering van opiaten is in Nederland laag en vrij stabiel, met rond de 40 doden per jaar (figuur 4.6).
- Van alle overleden opiaatgebruikers van 1996 tot en met 2000 was 86 procent man en bijna de helft was ouder dan 34 jaar. Als mensen al sterven na acute inname van opiaten, dan gebeurt dit tegenwoordig op latere leeftijd dan in de jaren tachtig (figuur 4.7).

Sinds 1996 stijgt het aantal sterfgevallen vanwege drugsoverdosering in het algemeen, dus niet alleen opiaten.

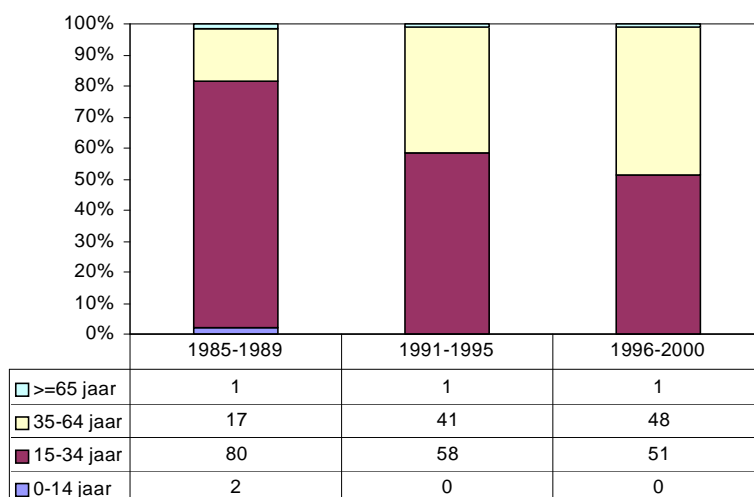
- Dit komt voor een beperkt deel door cocaïne (zie § 3.6).
- Daarnaast speelt de overgang van het classificatiesysteem ICD-9 naar ICD-10. De codes die worden gehanteerd voor het in kaart brengen van sterfte door druggebruik zijn daardoor veranderd. De ogenschijnlijke toename van 1998 naar 2000 berust in hoofdzaak op het meetellen van doodsoorzaken in de selectie van ICD-10 codes die niet in de ICD-9 selectie waren opgenomen: "vergiftiging door overige of niet gespecificeerde narcotica" en "vergiftiging door overige of niet gespecificeerde psychodysleptica". Of hierbij in de praktijk opiaten in het spel zijn, is onbekend.

Figuur 4.6 Sterfgevallen door overdosering van drugs in Nederland, vanaf 1985



Aantal sterfgevallen. Van 1985 tot 1996: ICD-9 codes 292, 304, 305.2-9, E850.0, E854.1, E854.2. Vanaf 1996: ICD-10 codes: F11-F16, F18-F19, X42, X41+T43.6 (voor een verklaring van de codes: zie bijlage D). Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

Figuur 4.7: Leeftijdsverdeling van sterfgevallen door overdosering van opiaten in de periode 1985-1989, 1991-1995 en 1996-2000



Percentage sterfgevallen per leeftijdsgroep. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

Amsterdam

De GG&GD Amsterdam rapporteert jaarlijks het aantal sterfgevallen onder druggebruikers (tabel 4.12). De registratie van de overdosisdoden verschilt van de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS doordat ook illegale buitenlanders worden meegeteld. Bovendien wordt ook gekeken naar het aantal bij de GG&GD geregistreerde opiaatgebruikers in Amsterdam die aan een andere oorzaak overlijden.

- In 2001 stierven in Amsterdam 81 Nederlandse en 63 buitenlandse druggebruikers²¹. [34]
- In 32 gevallen ging het om overlijden na druggebruik ('overdosering').
 - De meerderheid (84%) stierf na consumptie van heroïne en/of methadon, vaak intraveneus toegediend en in combinatie met cocaïne, alcohol of medicijnen.
 - In drie gevallen ging het om cocaïne (al dan niet met alcohol) zonder heroïne.
 - In drie gevallen werd MDMA gevonden.
- De Nederlandse overdosisdoden waren in 2001 gemiddeld ouder dan de buitenlandse (44 jaar versus 36 jaar). Met het toenemen van de leeftijd van opiaatgebruikers spelen onderliggende aandoeningen, zoals long-, lever- en hartziekten, een grotere rol bij het overlijden.
- 22 gestorven druggebruikers waren besmet met HIV, maar dit hoeft niet te hebben bijgedragen aan het overlijden.

Tabel 4.12 Sterfte onder druggebruikers in Amsterdam, vanaf 1992

Oorzaak	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Overdosering	52	37	39	26	26	22	25	27	31	32
Andere oorzaken ^a	83	102	86	92	90	76	67	73	76 ^b	112 ^b
Totaal	135	139	125	118	116	98	92	100	107	144

a. Alle andere doodsoorzaken (zoals, endocarditis, sepsis, longaandoeningen, levercirrose, zelfdoding, ongevallen, geweld, aids) van personen die ooit als opiaatgebruiker geregistreerd zijn bij de GG&GD Amsterdam.

b. Indien alleen personen worden meegeteld waarvan in de afgelopen vijf jaar een contact is geregistreerd, zou het aantal personen in de categorie 'andere doodsoorzaak' in 2000 en 2001 respectievelijk 59 en 80 bedragen.

Bron: GG&GD Amsterdam.

Internationale vergelijking

- In 2001 stierven in de Europese Unie tussen de zeven- en achtduizend mensen aan een overdosis drugs, veelal opiaten in combinatie met andere middelen. [16,17]
- Internationale vergelijking van het aantal 'drugdoden' wordt bemoeilijkt door verschillen in definitie van dit begrip.
- Tabel 4.13 geeft voor zeven EU lidstaten het aandeel sterfgevallen direct gerelateerd aan druggebruik volgens dezelfde ICD-9 codes. Anders dan in Nederland worden ook intentionele vergiftigingen (suïcide) en vergiftigingen waarvan niet duidelijk is of er opzet in het spel is meegeteld. Het merendeel van de gevallen had betrekking op opiaten.
- Volgens deze berekeningen stond Nederland met Frankrijk onderaan.²²

²¹ Naar geboorteland van de druggebruiker.

²² Nieuwere cijfers volgen in het Jaarbericht 2003 als de standaardselectie van codes op basis van de ICD-10 is vastgesteld. [54].

Tabel 4.13 Acute sterfgevallen wegens inname van drugs: vergelijking tussen zeven lidstaten van de Europese Unie

Land	Peiljaar	Aantal per 100 000
Engeland en Wales	1998	2,7
Zweden	1996	1,9
Oostenrijk	1998	1,5
Duitsland	1997	1,3
België	1994	1,2
Nederland	1995	0,5
Frankrijk	1997	0,4

ICD-9 codes: 292, 305.2-9, 304, E850, E950, E980 (bijlage D). Meegeteld zijn alleen directe sterfgevallen wegens gebruik van opiaten, hallucinogenen, cocaïne, amfetamine en cannabis. Bron: EMCDDA.

4.7 OPIATEN: LAATSTE FEITEN EN TRENDS

- Het aantal opiaatverslaafden in Nederland blijft stabiel en is het laagst van alle lidstaten van de Europese Unie.
- Het aantal opiaatcliënten van de ambulante verslavingszorg verandert niet.
- Methadoncliënten gebruiken steeds meer van dit middel.
- Het injecteren van opiaten is teruggelopen. Roken van opiaten is de regel.
- Seksueel risicogedrag van opiaatverslaafden blijft zorgelijk.
- In Amsterdam, Rotterdam, Maastricht en Arnhem blijft het percentage injecterende druggebruikers dat besmet is met HIV vrij stabiel. In Heerlen nam hun aandeel toe.
- Steden verschillen in het percentage injecterende druggebruikers dat besmet is met hepatitis B en C. De cijfers voor Den Haag zijn lager dan die voor Rotterdam en Heerlen/Maastricht.
- Het aantal meldingen van aids onder injecterende druggebruikers neemt af.
- De acute sterfte ('overdosering') onder opiaatgebruikers blijft vrij stabiel. De gemiddelde leeftijd van overlijden stijgt.
- De totale acute sterfte door druggebruik lijkt iets toe te nemen, maar dit kan liggen aan verandering van registratie.

5 ECSTASY, AMFETAMINE EN VERWANTE STOFFEN

De officiële benaming van ecstasy is 3,4-methyleendioxymethamfetamine (MDMA). Ook stoffen die chemisch op MDMA lijken – zoals amfetamine, MDA, MDEA en MBDB - worden als ecstasy verkocht, zonder dat de gebruiker zich daar altijd van bewust is. Deze middelen staan vanwege hun stimulerende en/of entactogene²³ werking bekend als ‘party-drug’.

De afgelopen jaren zijn ook niet aan MDMA verwante middelen in het uitgaanscircuit en in andere kringen gesignaleerd. GHB is hier één van. Bijlage E geeft een beknopt overzicht van het gebruik en de risico's van dit middel.

5.1 GEBRUIK: ALGEMENE BEVOLKING

- Volgens het NPO nam het aantal Nederlanders van twaalf jaar en ouder dat ervaring heeft met ecstasy of amfetamine toe van 1997 tot 2001 (tabel 5.1).[3]
- Het percentage actuele gebruikers steeg ook, maar bleef voor beide middelen ver beneden de één procent.
- In absolute getallen verdubbelde het aantal actuele gebruikers van ecstasy van ruim 34 duizend naar 67 duizend. Het aantal actuele gebruikers van amfetamine nam toe van bijna 18 duizend naar 30 duizend. Deze schattingen zijn waarschijnlijk aan de lage kant, omdat probleemgebruikers van harddrugs in de bewuste peiling ondervertegenwoordigd waren.²⁴ Bovendien kan er sprake zijn van onderrapportage van druggebruik (zie bijlage F).

Tabel 5.1 Gebruik van ecstasy en amfetamine in Nederland onder mensen van 12 jaar en ouder. Peiljaren 1997 en 2001

	Ecstasy		Amfetamine	
	1997	2001	1997	2001
Heeft ooit gebruikt	1,9%	2,9%	1,9%	2,6%
• Mannen	2,7%	3,7%	2,7%	3,4%
• Vrouwen	1,0%	2,1%	1,1%	1,8%
Heeft pas nog gebruikt ^a	0,3%	0,5%	0,1%	0,2%
• Mannen	0,4%	0,5%	0,2%	0,2%
• Vrouwen	0,1%	0,5%	0,1%	0,3%
Heeft voor het eerst in het afgelopen jaar gebruikt	0,4%	0,5%	0,2%	0,2%
Gemiddelde leeftijd van de actuele gebruikers	25 jaar	26 jaar	30 jaar	-

a. In de laatste maand. – Te weinig gebruikers voor een betrouwbare schatting van de gemiddelde leeftijd. Bron: NPO, CEDRO.

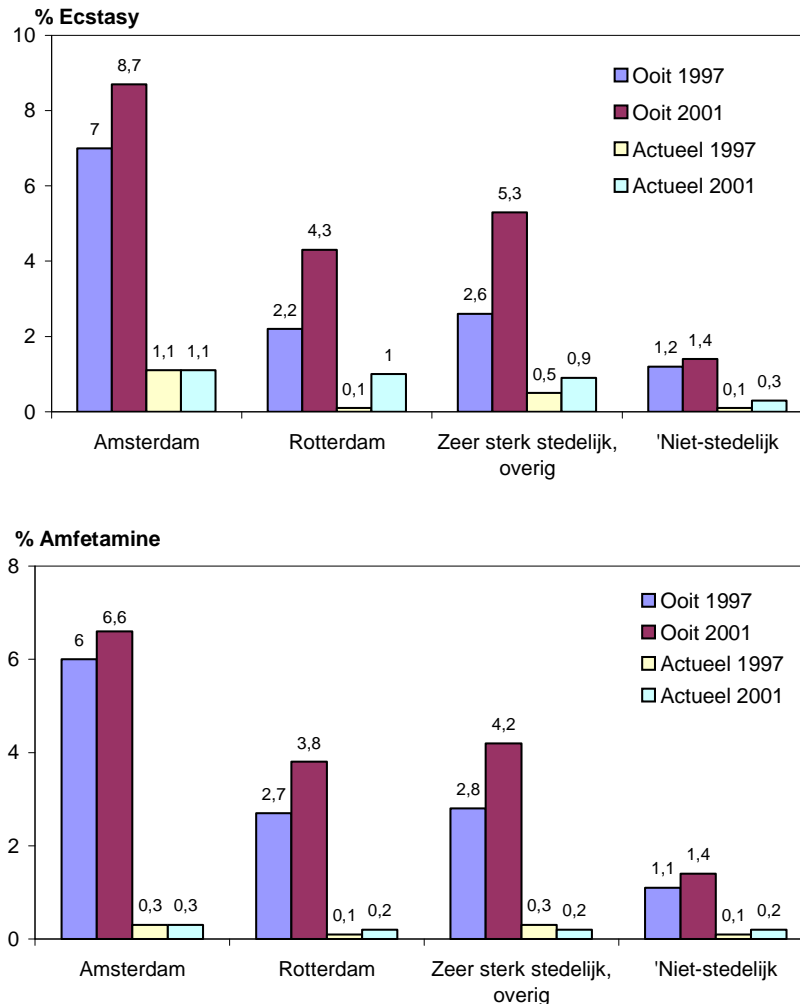
- Ecstasy vindt de meeste aftrek onder jonge volwassenen van 20 tot en met 24 jaar. De groei van gebruikers was bovendien het grootst in deze groep (toename ooitgebruik: van 6,2% naar 13,2%; actueel gebruik: van 1,2% naar 2,5%). Het percentage actuele gebruikers verdubbelde ook onder jongeren van 16 tot en met 19 jaar (stijging van 0,8% naar 1,6%).
- Het percentage consumenten van amfetamine vertoonde eveneens een piek onder jonge volwassenen van 20 tot en met 24 jaar (groei ooitgebruik: van 4,3% naar 9,5%; actueel gebruik: van 0,3% naar 0,9%).
- De toename van actuele gebruikers van ecstasy en amfetamine was groter onder vrouwen dan mannen. In 2001 waren bijna evenveel vrouwen als mannen een actuele consument.

²³ Zorgt voor gevoel van verbondenheid met andere mensen.

²⁴ Volgens de MAD spelen amfetamine en ecstasy echter een beperkte rol in het drugrepertoire van probleemgebruikers van harddrugs.[36]

- Het aandeel gebruikers van ecstasy en amfetamine ligt in de grote steden en andere zeer stedelijke gebieden naar verhouding hoger dan in de rest van Nederland. Amsterdam gaat in beide peiljaren aan kop (figuur 5.1).

Figuur 5.1 Gebruik van ecstasy (boven) en amfetamine (onder) in grote steden en in niet-stedelijk gebied onder mensen van 12 jaar en ouder. Peiljaren 1997 en 2001



Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand). Definitie (CBS): Overige zeer sterk stedelijke gemeenten: met meer dan 2500 adressen per vierkante kilometer, met uitzondering van Amsterdam en Rotterdam. Dit zijn: Delft, Den Haag, Groningen, Haarlem, Leiden, Rijswijk, Schiedam, Utrecht, Vlaardingingen en Voorburg. Definitie van niet-stedelijke gemeenten: met minder dan 500 adressen per vierkante kilometer. Bron: NPO, CEDRO.

Een kleine groep mensen heeft veel ervaring met ecstasy.

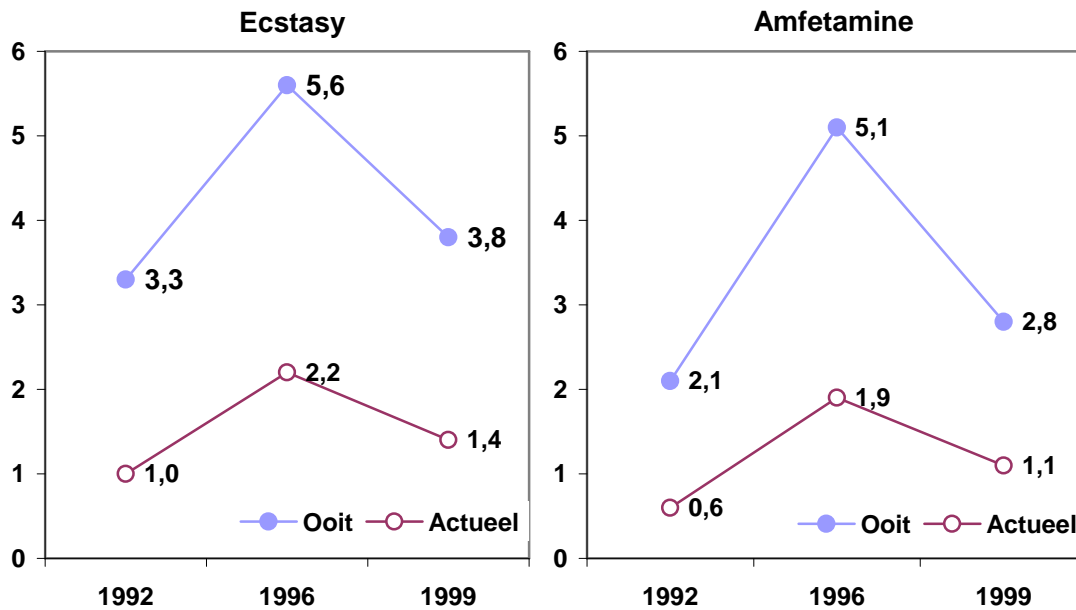
- Volgens de NPO-peiling uit 2001 had 30 procent van de ooitgebruikers van twaalf jaar en ouder 25 keer of meer ecstasy geconsumeerd in hun leven. In 1997 was dit 25 procent.[3]
- Cijfers van de MAD laten zien dat tussen de 5 en 13 procent van de *ooitgebruikers* van 16 tot en met 34 jaar in Utrecht, Heerlen en Parkstad-Limburg minstens honderd keer ecstasy heeft gebruikt.[55-57]

5.2 GEBRUIK: JONGEREN

- Van 1992 tot 1996 steeg het percentage gebruikers van ecstasy en amfetamine onder leerlingen van het middelbaar onderwijs.[4]

- Daaraan kwam een eind in de meting van 1999. Voor beide drugs daalde het percentage ooitgebruikers. Het percentage recente gebruikers bleef stabiel (figuur 5.2)²⁵.
- Actuele gebruikers van deze middelen hadden ook vaak andere harddrugs geconsumeerd in de maand voor de peiling. Onder ecstasygebruikers van twaalf tot en met zestien jaar vonden vooral cocaïne (47%) en amfetamine (37%) aftrek. Onder amfetaminegebruikers van dezelfde leeftijd stonden cocaïne (53%) en ecstasy (50%) voorop.[7]

Figuur 5.2 Gebruik van ecstasy en amfetamine onder scholieren van 12 jaar en ouder, vanaf 1992



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

- Volgens de laatste gegevens komen gebruikers van ecstasy en amfetamine vaker voor onder bepaalde groepen jongeren, zoals leerlingen van scholen voor het voortgezet speciaal onderwijs en deelnemers aan spijbelprojecten, dan onder 'gewone' scholieren (tabel 5.2).[9]
- Bezoekers van uitgaansgelegenheden in Amsterdam zijn eveneens vertrouwd met deze drugs (tabel 5.2).[11,12] Volgens de Antenne-monitor was het percentage actuele gebruikers van deze middelen het hoogst onder bezoekers van clubs en party's. Onder coffeeshopbezoekers bevonden zich verhoudingsgewijs minder actuele gebruikers van deze middelen.
- Ecstasy blijft de belangrijkste uitgaansdrug voor jongeren. Volgens waarnemingen en ervaringen van bezoekers en medewerkers van Amsterdamse clubs en party's zou er wel een tendens zijn tot matiging van gebruik. Vooral ervaren gebruikers lijken minder frequent 'een pilletje' te slikken.[39]

Tabel 5.2 Gebruik van ecstasy en amfetamine in speciale groepen

	Peiljaar	Leeftijd	Ecstasy		Amfetamine	
			Ooit	Actueel	Ooit	Actueel
Jongeren in voortgezet speciaal onderwijs ^a	1997	12 – 18	9%	4%	7%	3%
Jongeren in projecten voor spijbelopvang	1997	12 – 18	30%	15%	25%	9%

²⁵ Het verschil tussen 1996 en 1999 was statistisch niet significant.

Cafébezoekers in Amsterdam ^b	2000	Gemiddeld 25	34%	10%	17%	2%
Coffeeshopbezoekers in Amsterdam ^c	2001	Gemiddeld 25	63%	23%	39%	5%
Club- en partybezoekers in Amsterdam	1998	Gemiddeld 26	66%	41%	45%	13%
Zwerfjongeren ^d	1999	15 – 22	55%	18%	47%	10%

Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand) per groep. a. MLK, LOM, ZMOK. b. Selecte steekproef van jongeren en jonge volwassenen uit mainstream-, studenten-, homo- en hippe cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. c. Oververtegenwoordiging van autochtone vrouwen en ondervertegenwoordiging van allochtone mannen in de steekproef²⁶. d. Jongeren tot 23 jaar die drie maanden of langer geen vaste verblijfplaats hadden. Referenties: [9, 11, 12]

5.3 PROBLEMATISCH GEBRUIK

- Het aantal probleemgebruikers van ecstasy en amfetamine, dat wil zeggen mensen die in hun dagelijks functioneren last krijgen van hun druggebruik of zelfs verslaafd raken, is onbekend. Wel weten wij het aantal hulpvragers (zie §5.5).

5.4 GEBRUIK: INTERNATIONALE VERGELIJKING

Tabel 5.3 presenteert gegevens over het gebruik van ecstasy en amfetamine in de lidstaten van de Europese Unie en Australië. Cijfers van de Verenigde Staten zijn niet beschikbaar²⁷.

- Hooguit vijf procent van de bevolking van de lidstaten van de Europese Unie heeft ervaring met ecstasy. In Denemarken, Finland, Frankrijk, Portugal en Zweden komt het aandeel ooitgebruikers niet boven de één procent uit. Engeland en Wales scoren samen het hoogst, gevolgd door Nederland en Spanje.
- Het overeenkomstige percentage voor amfetamine loopt tussen de lidstaten uiteen van vrijwel nul tot zes procent, met een uitschieter van elf procent in Engeland en Wales. Op afstand van Engeland en Wales volgen Denemarken en Nederland.
- Nederland neemt onder elf lidstaten van de EU de derde plaats in op de maat 'recente gebruikers' van ecstasy. Voor amfetamine neemt Nederland op deze maat de vijfde plaats in, samen met voormalig West-Duitsland.
- Van de getoonde landen in tabel 5.3 is het percentage recente consumenten het hoogst in Australië.

Tabel 5.3 Consumptie van amfetamine en ecstasy onder de algemene bevolking van lidstaten van de Europese Unie en in Australië

Land	Jaar	Leeftijd ^a	Ooitgebruik		Recent gebruik	
			Ecstasy	Amfetamine	Ecstasy	Amfetamine
Australië	2001	14 en ouder	6,1%	8,9%	2,9%	3,4%
Engeland & Wales	2000	16 - 59	4,6%	11,1%	1,6%	1,9%
Nederland^a	2001	15 - 64	3,6%	3,2%	1,5%	0,6%
Spanje	1999	15 - 64	2,4%	2,2%	0,8%	0,7%
Duitsland ('West')	2000	18 - 59	1,5%	2,4%	0,6%	0,6%

²⁶ Voor de definitie van etnische achtergrond: zie bijlage F.

²⁷ In de National Household Survey vallen deze drugs samen in de categorie 'stimulerende middelen'.

Denemarken	2000	16 - 64	1,0%	5,9%	0,5%	1,3%
Frankrijk	2002	15 - 64	0,9%	0,4%	0,3%	0,0%
Finland	1998	15 - 69	0,5%	1,0%	0,2%	0,2%
België (Vlaanderen)	1994	18 - 65	0,5%	0,9%	0,1%	0,3%
Griekenland	1998	15 - 64	0,3%	0,6%	0,1%	0,1%
Zweden	2000	15 - 64	0,0%	2,0%	<0,5%	<0,5%
Ierland	1998	15 - 64	-	-	2,4%	2,6%

Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking. Voor de niet-genoemde EU-landen ontbreken gegevens. a. Voor zover mogelijk voldoen cijfers aan de EMCDDA-standaard voor leeftijdsgrenzen: 15 tot en met 64 jaar, genoteerd als 15 – 64 jaar. Referenties: [16-17,19-23]

Tabel 5.4 geeft cijfers van het laatste ESPAD-onderzoek onder scholieren van vijftien en zestien jaar.[24]

- In meer dan de helft van de deelnemende landen van de Europese Unie was het aandeel leerlingen dat wel eens amfetamine heeft geprobeerd niet hoger dan twee procent; zo ook in Nederland. Uitschieters naar boven waren de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk.
- In vijf van de tien deelnemende EU-landen kwam het ooitgebruik van ecstasy niet boven de twee procent uit. Het gebruikscijfer voor Nederland lag daar boven, maar was lager dan dat van de Verenigde Staten en Ierland.

Tabel 5.4 Consumptie van ecstasy en amfetamine onder leerlingen van 15 en 16 jaar in lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen en de Verenigde Staten. Peiljaar 1999

Land	Ooitgebruik ecstasy	Ooitgebruik amfetamine
Verenigde Staten	6%	16%
Ierland	5%	3%
Nederland	4%	2%
Verenigd Koninkrijk	3%	8%
Frankrijk	3%	2%
Denemarken	3%	4%
Noorwegen	3%	3%
Italië	2%	2%
Griekenland	2%	1%
Portugal	2%	3%
Finland	1%	1%
Zweden	1%	1%

Percentage gebruikers ooit in het leven. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. Bron: ESPAD.

5.5 HULPVRAAG

5.5.1 Ambulante verslavingszorg

Ecstasy

- Het aantal inschrijvingen bij de ambulante verslavingszorg primair voor ecstasy steeg tot 1998 (figuur 5.3). Dit berustte deels op uitbreiding van de registratie. Vanaf 1998 zette een daling in.[26]
- Het aandeel van ecstasy in alle hulpvragen voor drugproblematiek was in 2000 gering: één procent (tabel 5.5).
- Van de ecstasycliënten die zich in 2000 inschreven, was bijna driekwart (73 procent) een nieuwkomer bij de ambulante verslavingszorg.
- Meer cliënten noemden ecstasy als secundair dan primair probleem.

Amfetamine

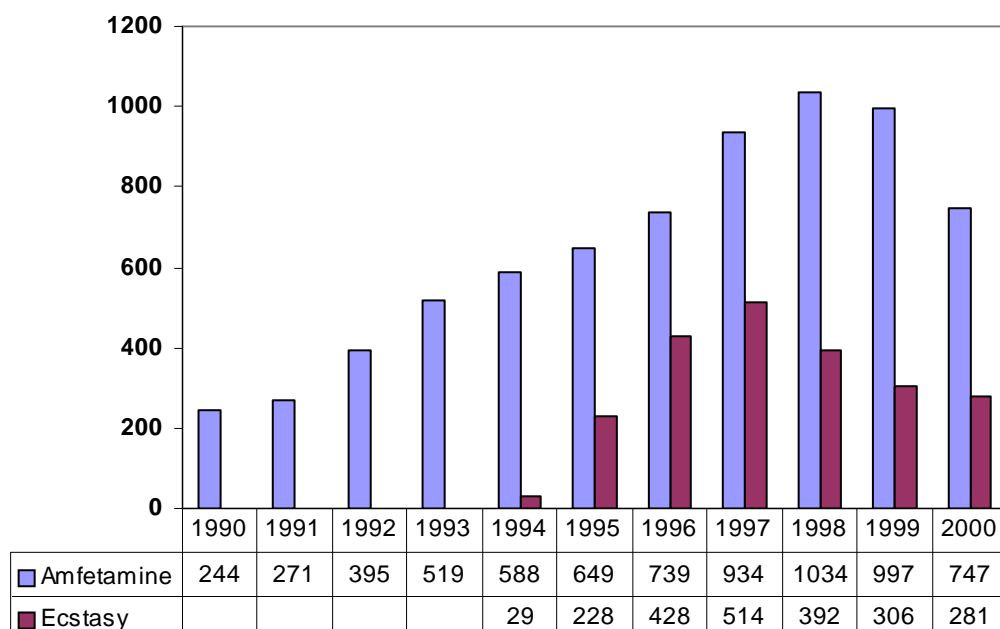
- Het aantal inschrijvingen primair voor amfetamine steeg tot 1998 en liep toen terug.[26]
- Het aandeel van amfetamine in alle hulpvragen voor drugproblematiek bleef ook in 2000 ondergeschikt: twee procent (tabel 5.5).
- Van de amfetaminecliënten die zich in 2000 inschreven, waren bijna twee op de drie (61 procent) niet eerder bekend bij de ambulante verslavingszorg.
- Voor 498 cliënten was amfetamine een secundair probleem.

Tabel 5.5 Cliënten van de ambulante verslavingszorg: ecstasy en amfetamine. Peiljaar 2000

	Ecstasy	Amfetamine
Personen met primair probleem ^a	241	623
• Percentage van alle 'ambulante' drugcliënten	1%	2%
• Gemiddelde leeftijd	25	28
• Mannen	81%	79%
Personen met secundair probleem ^a	573 ^b	498 ^c

a. Gecorrigeerd voor meer inschrijvingen per persoon. b. Voor deze groep was het primaire probleem cocaïne (37%), cannabis (26%), amfetamine (19%), of alcohol (11%). c. Voor deze groep was het primaire probleem cocaïne (27%), heroïne (25%), alcohol (19%), of cannabis (18%). Bron: LADIS, IVZ.

Figuur 5.3 Aantal inschrijvingen bij de ambulante verslavingszorg primair vanwege ecstasy of amfetamine



Bron: LADIS, IVZ.

5.5.2 Intramurale verslavingszorg

Gebruik van ecstasy en amfetamine leidt zelden tot opname in een verslavingskliniek of algemeen psychiatrisch ziekenhuis.

- Het PiGGz registreerde in de jaren 1996 tot en met 1999 respectievelijk 58, 51, 39 en 25 opnames voor ecstasy en amfetamine samen (ICD-9 codes 304.4 en 305.7; bijlage D). De registratie is echter sinds 1997 niet meer compleet. Daardoor zijn cijfers van de laatste jaren niet betrouwbaar (bijlage C).

5.5.3 Algemene ziekenhuizen

De LMR registreert jaarlijks weinig opnames in algemene ziekenhuizen voor amfetamineproblematiek (inclusief ecstasy).

- In 2001 ging het om zes procent van alle hoofddiagnoses en drie procent van alle nevendiaognoses wegens misbruik of afhankelijkheid van drugs.
- De primaire ziekten waarbij deze amfetamineproblematiek als nevendiagnose werd gesteld, liepen sterk uiteen. Misbruik en afhankelijkheid van alcohol kwamen het meest voor (26% in 2001).
- 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 2001 om 90 personen. Zij werden in dit jaar minstens één keer opgenomen met misbruik of afhankelijkheid van amfetaminen als hoofd- of nevendiagnose. Hun gemiddelde leeftijd was 30 jaar; 69 procent was man.
- Bij 25 opnames stond onopzettelijke amfetamine-intoxicatie als nevendiagnose genoteerd (ICD-9 code E854.2).

Tabel 5.6 Opnames in algemene ziekenhuizen gerelateerd aan problematisch gebruik van amfetaminen^a, vanaf 1994

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001 ^b
Hoofddiagnose	24	23	29	33	25	21	29	36
Nevendiagnose	33	29	46	80	69	66	61	58

Aantal diagnoses, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen of meer nevendiaognoses per opname. ICD-9 codes: 304.4, 305.7 (bijlage D). a. Ecstasy en amfetamine worden onder dezelfde codes geregistreerd. b. Hoofddiagnoses: 86% misbruik, 14% afhankelijkheid. Nevendiaognoses: 71% misbruik, 29% afhankelijkheid. Bron: LMR, Prismant.

5.5.4 Overige incidenten

De GG&GD Amsterdam registreert het aantal aanvragen voor spoedeisende hulp bij de Centrale Post Ambulancevervoer.

- In 2001 was druggebruik 495 keer reden voor een aanvraag voor hulp. Eén procent hiervan had betrekking op amfetamine en negen procent op ecstasy.
- Achttien ecstasygebruikers (42%) werden vervoerd naar het ziekenhuis. In het Onze Lieve Vrouwengasthuis in Amsterdam waren de meest voorkomende klachten bij 'ecstasy-incidenten' hartkloppingen en bewustzijnsverlies, 'onwel voelen' en angst. Bewustzijnsverlies trad alleen op bij mensen die ecstasy namen samen met alcohol en/of GHB.[27]

Tabel 5.7 Drugincidenten geregistreerd door de GG&GD Amsterdam, vanaf 1995

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Amfetamine	6	1	7	7	7	30	6
Ecstasy	38	66	41	35	43	36	42

Aantal incidenten (personen) per jaar. Bron: CPA, GG&GD Amsterdam.

Volgens Stichting Educare, een organisatie die in Nederland eerste hulp verleent op houseparty's, is het aantal acute gezondheidsproblemen wegens druggebruik relatief klein.

- In 2000 en 2001 bezocht Stichting Educare 43 evenementen met bijna 650 duizend bezoekers.
- Minder dan één procent van alle bezoekers meldde zich wegens gezondheidsproblemen.
- Ruim één op de drie meldingen (36% in 2000 en 38% in 2001) werd gerelateerd aan het gebruik van alcohol en/of drugs.
- Meer dan de helft van alle meldingen vanwege middelengebruik, ofwel een vijfde (22% in 2000 en 20% in 2001) van alle meldingen, werd toegeschreven aan ecstasy.
- Alcohol stond op de tweede plaats (17% van alle meldingen in 2000). Andere drugs (amfetamine, cannabis, cocaïne, GHB) gaven minder vaak aanleiding tot problemen (in 2000: samen 3% van alle meldingen).

5.6 STERFTE

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

- Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS komen deze middelen zelden voor als primaire doodsoorzaak. In de afgelopen tien jaar ging het om maximaal drie acute sterfgevallen per jaar (ICD-9 code: E854.2; ICD-10 code: X41+T43.6).
- In 2000 overleden volgens opgave van de Unit Synthetische Drugs drie personen na het innemen van ecstasypillen die 113 mg werkzame stof bevatten.[58]
- In 2001 telde de Inspectie voor de Gezondheidszorg vijf personen die overleden na het gebruik van ecstasy (MDMA). Het ging om vier mannen en één vrouw van 16 tot en met 31 jaar. Niet bekend is of MDMA ook werkelijk de primaire doodsoorzaak was²⁸. Bij één sterfgeval betrof het een combinatie van drugs. In twee gevallen speelde een bestaande hartafwijking mogelijk een rol.

5.7 AANBOD EN MARKT

Samenstelling ecstasypillen

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) gaat na welke stoffen aanwezig zijn in 'ecstasypillen' die bij instellingen voor verslavingszorg worden ingeleverd.

- In de afgelopen vijf jaar nam het aandeel pillen met louter MDMA sterk toe en het aandeel pillen met amfetamine af (tabel 5.8). Tegenwoordig bevatten ruim negen van de tien geteste pillen in hoofdzaak MDMA.[59]
- Het percentage pillen in de categorie 'overige actieve stoffen' daalde.
- In 2001 was het gehalte MDMA per pil gemiddeld 83 milligram, hoger dan in voorgaande jaren (gemiddeld 70 mg). In 2001 bevatte 66 procent van de pillen meer dan 70 milligram MDMA, in 2000 was dit 49 procent en in 1999 42 procent.
- Het aantal pillen dat bij DIMS wordt aangeboden is in de loop der jaren gedaald.

²⁸ Deze sterfgevallen kunnen mede om deze reden in de Doodsoorzakenstatistiek een andere ICD-code krijgen dan die genoemd onder punt 1 van §5.6.

Tabel 5.8 Hoofdbestanddeel van bij DIMS aangeleverde pillen, vanaf 1997

	1997	1998	1999	2000 ^a	2001 ^a
<i>Totaal aantal geteste pillen</i>	7 009	6 268	4 751	3 961	3 549
MDMA	34%	72%	86%	89%	92%
MDEA	7%	1%	1%	1%	1%
MDA	<1%	1%	2%	2%	<1%
Combinatie*	4%	1%	1%	3%	2%
Amfetamine**	32%	11%	6%	2%	2%
<i>Overige psychoactieve stoffen</i> #	9%	6%	2%	1%	1%
Overig/onbekend@	11%	7%	2%	3%	2%

Percentage van de geteste pillen dat de stof(fen) als hoofdbestanddeel bevat.

a. In 2000 en 2001 zijn bovendien respectievelijk 952 en 603 ecstasy-achtige pillen geregistreerd die niet door het laboratorium zijn geanalyseerd. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

* *Combinatie van MDA, MDEA en/of MDMA.*

** *Amfetamine en/of methamfetamine, al dan niet in combinatie met andere stoffen.*

@ *Cafeïne, yohimbine, efedrine, geneesmiddelen (paracetamol, kinine enzovoort).*

Zie tabel 5.9. Voor GHB: zie bijlage E.

- De aanwezigheid van pillen met atropine en DOB leidde in respectievelijk 1997/1998 en 1999 tot waarschuwingscampagnes. In 2000 vond een waarschuwingscampagne plaats vanwege pillen met een schadelijke hoeveelheid strychnine.[43] In 2001 gebeurde dit na het aantreffen van een pil met een gevaarlijke hoeveelheid PMA.[60]

Tabel 5.9: Aantal pillen met “overige psychoactieve stoffen”

	1997	1998	1999	2000	2001
2C-B	317	12	25	12	11
DOB	1	15	26	5	5
Atropine	128	52	0	1	0
MBDB	113	12	0	0	0
Ketamine	0	16	1	2	1
4-MTA	9	16	8	6	1
Strychnine				1	0
PMA/(PMMA)				1	8

Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

5.8 ECSTASY EN AMFETAMINE: LAATSTE FEITEN EN TRENDS

- Het percentage gebruikers van ecstasy en amfetamine in de algemene bevolking steeg tussen 1997 en 2001. Actueel gebruik van ecstasy nam vooral toe onder vrouwen.
- Vergeleken met de meeste andere lidstaten van de Europese Unie is het gebruik van ecstasy in Nederland aan de hoge kant.
- Ecstasy is nog steeds populair onder uitgaande jongeren.
- Het aantal gebruikers van ecstasy of amfetamine dat een beroep doet op de ambulante verslavingszorg is gedaald.
- Het aantal geregistreerde acute sterfgevallen na gebruik van ecstasy en amfetamine is laag.
- Ecstasypillen bevatten tegenwoordig bijna altijd MDMA.
- Ecstasypillen bevatten in doorsnee meer MDMA dan in voorgaande jaren.

6 ALCOHOL

6.1 GEBRUIK: ALGEMENE BEVOLKING

- Volgens een peiling van het CBS uit 2000 drinkt 86 procent van de bevolking van zestien jaar en ouder 'wel eens alcohol'. Dat is een stijging ten opzichte van begin jaren negentig, toen nog maar 79 procent alcohol consumeerde.[61]
- De NPO-peilingen bevestigen de alomtegenwoordigheid van alcohol in de maatschappij.[3]
 - In 2001 had 92 procent van de Nederlanders van twaalf jaar en ouder ooit gedronken en 75 procent deed dit nog in de laatste maand (actueel). Het aandeel (bijna) dagelijkse consumenten van alcohol onder actuele drinkers bedroeg 20 procent.
 - In 1997 ging het nog om 90 procent oitdrinkers en 73 procent actuele drinkers. Van deze laatste groep consumeerde 24 procent dagelijks alcohol.
- Uit onderzoek in Den Haag en Amsterdam²⁹ blijkt dat het percentage drinkers onder Marokkanen en Turken aanzienlijk lager is dan onder de autochtone bevolking³⁰. [62,63]
 - Het percentage drinkers onder Marokkaanse mannen ligt tussen de 6 en 12 procent en onder Turkse mannen tussen de 23 en 28 procent. Van de autochtone mannen in beide steden drinkt 82 tot 88 procent.
 - Het percentage drinkers onder Marokkaanse en Turkse vrouwen ligt respectievelijk tussen de 0 en 2 procent en 2 en 11 procent. Onder autochtone vrouwen is dit 70 tot 71 procent.
- In 2001 werd per hoofd van de bevolking 8,1 liter pure alcohol geconsumeerd. Dit was hetzelfde als in het voorgaande jaar (tabel 6.1).
- Per persoon dronken we bijna 81 liter bier, 19 liter wijn en 5 liter gedistilleerd.[64]
- 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.

Tabel 6.1 Bier, wijn en gedistilleerd per hoofd van de hele bevolking (in liters pure alcohol), vanaf 1960

Jaar	Bier	Wijn	Gedistilleerd	Totaal
1960	1,2	0,2	1,1	2,6
1965	1,9	0,5	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	2,4	1,7	8,1
2001	4,0	2,5	1,7	8,1

Bron: PGD, 2002.

6.2 GEBRUIK: JONGEREN

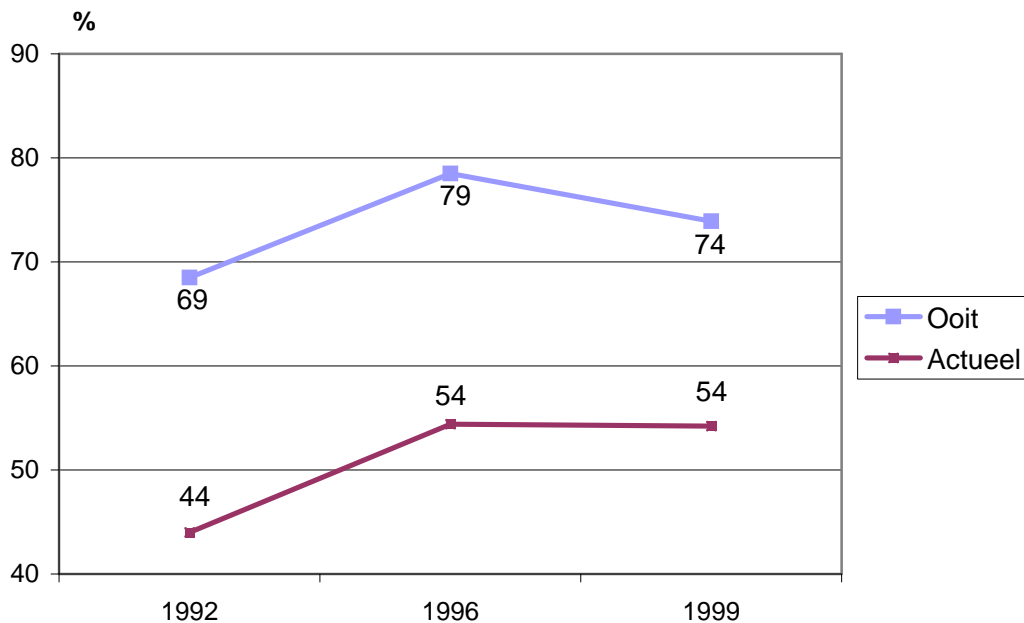
²⁹ In Amsterdam betreft het alleen Marokkanen en Turken van 35 jaar en ouder. In de jongere leeftijdscategorieën waren te weinig respondenten om betrouwbare cijfers te kunnen geven. De percentages drinkers onder jongere Marokkanen en Turken zijn mogelijk hoger.

³⁰ De GG&GD Amsterdam hanteert hier voor etnische achtergrond de definitie van BiZa/VNG: zie bijlage F.

- In 1999 had 74 procent van de leerlingen van 'reguliere' middelbare scholen ervaring met alcohol. Dat was iets minder dan in 1996, toen nog 79 procent ervaring had met alcohol (figuur 6.1).[4]
- In 1999 had 54 procent van de ondervraagde leerlingen in de maand voor de peiling nog alcohol gedronken, evenveel als in 1996.
- Bij de laatste drinkgelegenheid consumeerde zeventien procent van deze actuele drinkers meer dan acht glazen, evenveel als in 1992 en 1996.
- Van de actuele drinkers dacht ruim een kwart meer dan tien glazen alcohol nodig te hebben om dronken te worden (jongens: 39%; meisjes: 15%). Slechts elf procent dacht dat vier glazen of minder voldoende zouden zijn.
- Onder leerlingen van Marokkaanse herkomst (12-16 jaar) lag het actuele alcoholgebruik beduidend lager dan onder autochtone leerlingen (5% tegen 56%)³¹. Leerlingen van Turkse en Surinaamse herkomst namen een tussenpositie in, met respectievelijk veertien en veertig procent. De hoeveelheid die per keer gedronken werd verschilde echter niet tussen etnische groeperingen.[8]
- Alcoholgebruik gaat vaak gepaard met roken. In 1999 had een kwart (26%) van alle leerlingen (12-16 jaar) de afgelopen maand gerookt. Onder alcoholgebruikers was dit 42 procent.[7]

³¹ Voor de definitie van etnische achtergrond: zie bijlage F.'

Figuur 6.1 Gebruik van alcohol onder scholieren van 12 jaar en ouder, vanaf 1992



Percentage drinkers ooit in het leven en in de laatste maand voor de peiling (actueel). Bron: Peilstationsonderzoek, Trimbos-instituut.

Mixdrankjes zijn onder leerlingen de meest populaire drank.

- Volgens een peiling uit 2001 dronk 67 procent van de alcoholdrinkende leerlingen (12 tot en met 17 jaar) ten minste maandelijks mixdrankjes. Daarna volgden bier (54%), likeur (53%), sterke drank (35%), shooters (kleine flesjes met likeur en sterke drank; 32%) en wijn (16%).[5]

Alcoholgebruik komt relatief vaak voor onder bepaalde groepen jongeren.

- Studenten drinken meer alcohol dan andere jongeren. In 1999 dronken studenten gemiddeld 16 glazen per week (mannen 20 en vrouwen 8 glazen). Leden van een studentenvereniging dronken gemiddeld 23 glazen per week (mannen 27 en vrouwen 12 glazen). Jongeren van vergelijkbare leeftijd consumeerden per week gemiddeld tien glazen (mannen 13 en vrouwen 7 glazen).[65]
- Tijdens de vakantie wordt veel gedronken. Jonge mannen (gemiddeld 17-19 jaar) die zonder ouders in Nederland op vakantie gaan, drinken gemiddeld 21 glazen en jonge vrouwen 9 glazen per vakantiedag. De lokatie maakt uit: in Terschelling ligt de alcoholconsumptie beduidend hoger dan in Valkenburg.[66]
- Veel jongeren drinken tijdens het uitgaan. In 2001 dronk 74 procent van de jongeren van veertien en vijftien jaar tijdens het stappen alcoholhoudende dranken en 91 procent van de zestien- en zeventienjarigen. Deze percentages zijn hoger dan in 1999 (respectievelijk 67% en 87% voor 14/15- en 16/17-jarigen).[67]
- Eenderde van de cafébezoekers in Amsterdam (gemiddelde leeftijd 25 jaar) is een riskant drinker. Riskant drinken wordt hier gedefinieerd als dagelijks alcohol drinken of een paar keer per week minstens vier of vijf glazen per keer drinken.[39]

Er wordt jongeren weinig in de weg gelegd bij het kopen van alcoholhoudende dranken³². [67]

- Van de veertien- en vijftienjarige jongeren die in 2001 in horecagelegenheden zwak-alcoholhoudende dranken bestelden, kreeg 98 procent die naar eigen zeggen ook. Driekwart

³² Volgens de Drank- en Horecawet mag aan jongeren beneden zestien jaar geen zwak-alcoholhoudende dranken worden verkocht. Voor sterke dranken geldt een grens van achttien jaar.

(73%) van de jongeren van deze leeftijd die deze dranken in slijterijen wilden kopen heeft deze daadwerkelijk kunnen meenemen.

- Voor de zestien- en zeventienjarigen die sterke dranken wilden bestellen of kopen heeft respectievelijk 98 procent (horeca) en 85 procent (slijterijen) deze zonder veel problemen gekregen.

6.3 PROBLEMATISCH GEBRUIK

De omvang van de alcoholproblematiek hangt af van de gehanteerde definitie. In onderzoek wordt vaak 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 2000 dertien procent van de bevolking van zestien jaar en ouder een zware drinker. Dat is evenveel als tien jaar geleden.[61]
- Het betrof vier keer zoveel mannen als vrouwen.
- Jongeren tussen 18 en 24 jaar scoren het hoogst op deze maat. Anders dan in de hele bevolking tekende zich in deze leeftijdsgroep de afgelopen tien jaar wel een toename af, met name onder jonge mannen. In 1990 was 38 procent van deze mannen en zes procent van de vrouwen een zware drinker. In 2000 was het percentage zware drinkers onder jonge mannen 45 procent en onder jonge vrouwen elf procent (tabel 6.2).[68,69]

Tabel 6.2 Zware drinkers van alcohol naar geslacht en leeftijd onder mensen van 12 jaar en ouder. Peiljaar 2000

	Man	Vrouw	Totaal
12-17 jaar	12%	5%	8%
18-24 jaar	45%	11%	27%
25-34 jaar	26%	4%	15%
35-44 jaar	22%	4%	13%
45-54 jaar	21%	7%	14%
55-64 jaar	20%	5%	12%
65-74 jaar	8%	1%	4%
75 jaar en ouder	1%	1%	1%
<i>Totaal: 12 jaar en ouder</i>	<i>21%</i>	<i>5%</i>	<i>13%</i>

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

- De CBS-definitie van zwaar drinken wordt ook gehanteerd in de MAD-Monitor. In 1999 bleek 18 procent van de ondervraagde Utrechters van zestien jaar en ouder een zware drinker te zijn. In Rotterdam was dit 15 procent en in Parkstad Limburg 10 procent.[55-57]

Probleemdrinken

In de MAD-monitor wordt, naast een definitie van 'zware drinker', ook een definitie van 'probleemdrinker' gehanteerd. Dit is iemand die naar eigen zeggen drie of meer problemen met alcoholgebruik had in het jaar voor de peiling.

- Ook op deze maat overtrof Utrecht de steden Rotterdam en Parkstad Limburg (tabel 6.3).[55-57]
- Probleemdrinkers kwamen vaker voor onder mannen dan vrouwen.
- Probleemdrinkers kwamen bij jongeren onder de 25 jaar vaker voor dan in oudere leeftijdsgroepen.

Tabel 6.3 Probleemdrinkers naar geslacht en leeftijd onder mensen van zestien jaar en ouder in drie stedelijke gebieden. Peiljaar 1999

Leeftijd	Utrecht		Rotterdam		Parkstad Limburg	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
16 – 24	23%	14%	19%	9%	16%	4%
25 – 34	17%	7%	12%	5%	10%	2%
35 – 44	14%	7%	16%	5%	8%	3%
45 – 54	15%	8%	15%	4%	11%	2%
55 – 69	6%	3%	11%	4%	6%	3%
Totaal	16%	8%	14%	5%	10%	3%

Percentage drinkers dat als probleemdrinker kan worden gezien. Bron: MAD.

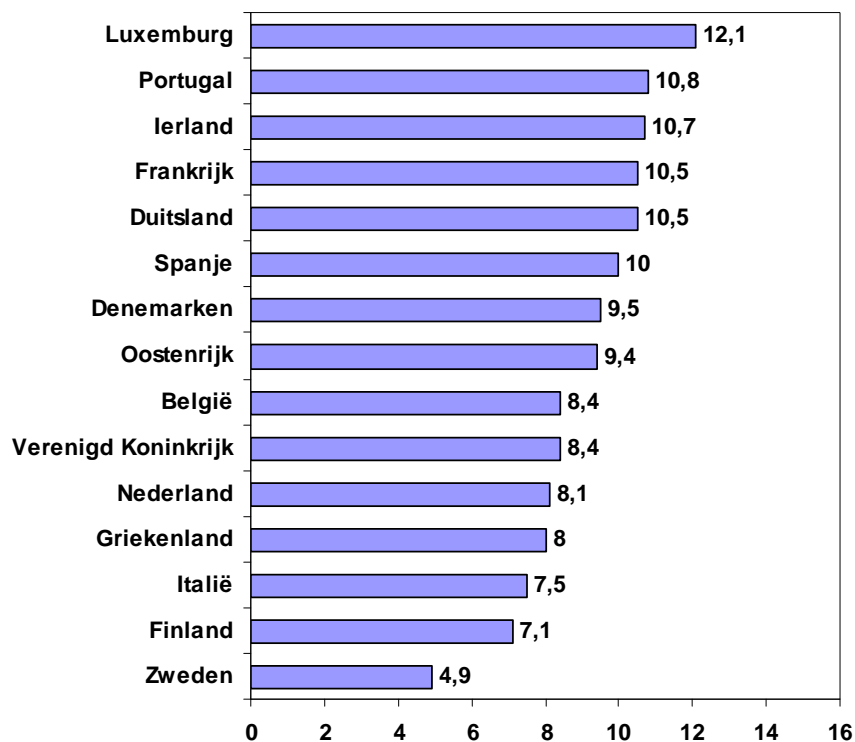
Alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid

- Volgens gegevens van het Nemesis-onderzoek uit 1996 voldeed acht procent van de Nederlanders van 18-64 jaar aan de diagnostische criteria voor alcoholafhankelijkheid of alcoholmisbruik. Omgerekend naar absolute getallen gaat het op jaarbasis om 820 duizend personen, ongeveer 4,5 keer meer mannen dan vrouwen.[14]

6.4 GEBRUIK: INTERNATIONALE VERGELIJKING

- Op een ranglijst van dertig landen stond Nederland in 2000 op de zestiende plaats wat de mate van drinken betreft. In tien andere Europese lidstaten lag de alcoholconsumptie per hoofd van de bevolking hoger dan bij ons (figuur 6.2).[64]
- De alcoholconsumptie per hoofd van de bevolking is hier bepaald op basis van verkoopcijfers. Tussen landen bestaan echter aanzienlijke verschillen in de zogenoemde 'ongeregistreerde' consumptie (zoals privé-import, 'duty-free', thuis gebrouwd). De omvang daarvan is vermoedelijk niet zodanig, dat het de rangorde van de landen aantast.[70]

Figuur 6.2 Mate van drinken in de lidstaten van de Europese Unie, gemeten in liters pure alcohol per hoofd van de hele bevolking. Peiljaar 2000



Bron: PGD.

In het ESPAD-onderzoek onder scholieren van vijftien en zestien jaar is gevraagd naar het gebruik van alcohol en de frequentie van dronkenschap.[24]

- Van de tien deelnemende EU-lidstaten stond Nederland op de vijfde plaats wat het percentage leerlingen betreft dat veertig keer of meer alcohol gedronken had in het hele leven (tabel 6.4).
- 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 minder hoog. Ongeveer één op de twaalf gaf aan minstens twintig keer dronken te zijn geweest in het hele leven. Ongeveer één van de tien Nederlandse scholieren was minstens drie keer dronken geweest in de laatste maand.
- Een geschiedenis van dronkenschap kwam het meest voor onder Deense en het minst onder Italiaanse scholieren.

Tabel 6.4 Consumptie van alcohol en dronkenschap bij leerlingen van 15 en 16 jaar in lidstaten van de EU, Noorwegen en de Verenigde Staten. Peiljaar 1999

Land	40 keer of meer in het leven	10 keer of meer in de laatste maand	20 keer of meer dronken in het leven	3 keer of meer dronken in de laatste maand
Denemarken	59%	18%	41%	30%
Verenigd Koninkrijk	47%	16%	29%	24%
Ierland	40%	16%	25%	24%
Finland	20%	1%	28%	18%
Noorwegen	16%	3%	16%	14%
Zweden	19%	2%	19%	14%
Nederland	37%	20%	8%	11%
Frankrijk	20%	8%	4%	6%
Portugal	15%	6%	4%	4%
Verenigde Staten	16%	5%	11%	4%
Griekenland	42%	13%	4%	3%
Italië	17%	7%	2%	3%

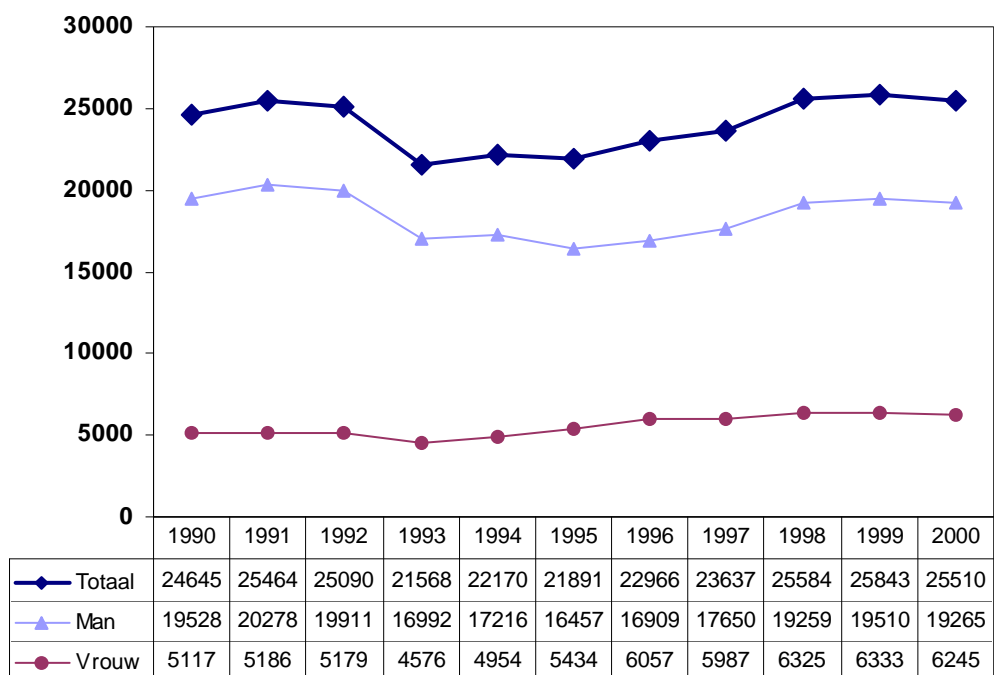
De Verenigde Staten participeerden niet in de ESPAD, maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. Bron: ESPAD.

6.5 HULPVRAAG

6.5.1 Ambulante verslavingszorg

- Naar schatting komt ongeveer één op de tien mensen met een alcoholprobleem uiteindelijk terecht bij de hulpverlening, waaronder de ambulante verslavingszorg.
- In de ambulante verslavingszorg bleef het aantal inschrijvingen voor alcohol in de afgelopen drie jaar vrijwel stabiel. In 2000 registreerde het LADIS een kleine 26 duizend inschrijvingen primair vanwege alcohol (figuur 6.3).[26]
- Het ging, na correctie voor meer inschrijvingen per persoon, concreet om 22 365 mensen, van wie een kwart vrouw (tabel 6.5).
- Het percentage vrouwen nam in de afgelopen jaren licht toe.
- Van de alcoholcliënten die zich in 2000 inschreven, was zestig procent niet eerder bekend bij de ambulante verslavingszorg.
- Alcoholcliënten waren gemiddeld ouder dan drugcliënten: 44 tegenover 34 jaar.
- Het aantal behandelcontacten in 2000 omvatte door de bank genomen twintig sessies. De behandeling duurde gemiddeld tien maanden.
- Een kwart van de cliënten werd doorverwezen naar een andere instantie.

Figuur 6.3 Aantal inschrijvingen bij de ambulante verslavingszorg primair vanwege alcohol, vanaf 1990



Bron: LADIS, IVZ.

Tabel 6.5 Alcoholcliënten van de ambulante verslavingszorg. Peiljaar 2000

Personen met primair alcoholprobleem ^a	22 365
• Percentage van alle cliënten	42%
• Gemiddelde leeftijd	44 jaar
• Mannen	74%
Personen met secundair alcoholprobleem ^b	3 007

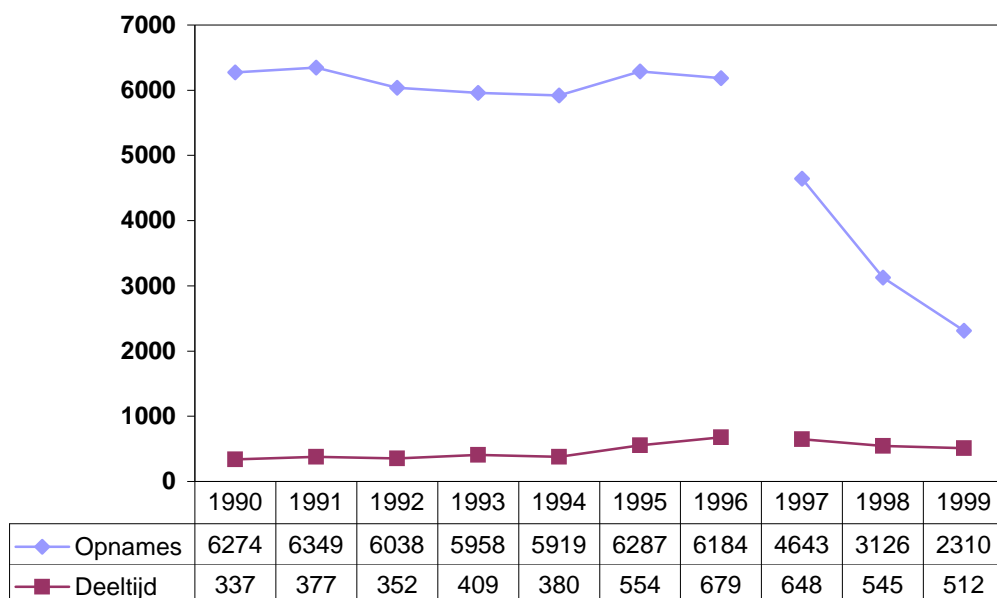
a. Deze getallen wijken af van die in figuur 6.3, omdat er is gecorrigeerd voor meer dan één inschrijving per persoon in het peiljaar. b. Eveneens gecorrigeerd in bedoelde zin. Voor deze groep is het primaire probleem cocaïne (35%), heroïne (28%), of cannabis (17%). Bron: LADIS, IVZ.

6.5.2 Intramurale verslavingszorg

Gezien de vele mensen die problemen hebben met alcoholgebruik, is het aantal dat hierdoor daadwerkelijk in verslavingsklinieken en algemene psychiatrische ziekenhuizen wordt opgenomen gering.

- In 1996 registreerde het PiGGz bijna 6 200 opnames wegens problematisch alcoholgebruik, ongeveer in dezelfde orde van grootte als in de vier jaren daarvoor (figuur 6.4).
- Alcoholafhankelijkheid was de hoofddiagnose voor ruim acht van de tien opnames. Tien procent van de opnames vond plaats vanwege alcoholmisbruik en zes procent vanwege alcoholpsychose, waaronder het syndroom van Korsakow.
- Het aantal deeltijdbehandelingen was beperkt, maar dit aantal steeg tot het jaar 1996.
- Niet bekend is hoe de trend zich na dit jaar heeft ontwikkeld.

Figuur 6.4 Aantal klinische opnames en deeltijdbehandelingen in de intramurale verslavingszorg



wegens problematisch gebruik van alcohol, vanaf 1990

ICD-9 codes 291, 303, 305.0 (bijlage D). De registratie is sinds 1997 niet meer compleet, waardoor ontwikkelingen in de intramurale opnames niet betrouwbaar kunnen worden weergegeven (bijlage C). Bron: PiGGz, GGZ Nederland/Prismant.

6.5.3 Algemene ziekenhuizen en incidenten

- Het aantal klinische opnames in algemene ziekenhuizen met als hoofddiagnose een aan alcohol gerelateerde aandoening, is van 1992 tot 1999 licht gestegen (tabel 6.6).
- Sinds 2000 tekent zich een lichte daling af. In 2001 vonden 3 880 opnames plaats³³. De meest voorkomende diagnoses betroffen:
 - alcoholische leverziekte (33%, 1 278 opnames)
 - alcoholafhankelijkheid (23%, 901 opnames)
 - alcoholmisbruik (23%, 874 opnames)
 - alcoholpsychose (10%, 400 opnames).
- Het aantal aan alcohol gerelateerde nevend diagnoses is sinds halverwege de jaren negentig gestegen tot 1997 en vertoont sindsdien een wisselend beeld (tabel 6.6).
- In 2001 ging het om 9 949 alcohol gerelateerde nevend diagnoses. In volgorde van voorkomen betrof het alcoholmisbruik (43%), alcoholafhankelijkheid (25%), alcoholische leverziekte (14%), toxisch gevolg van alcohol (9%), alcoholpsychose (8%) en overige aandoeningen (1%).
- 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 2001 om 10 232 personen. Zij werden in dit 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 zeventig 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.

Tabel 6.6 Klinische opnames in algemene ziekenhuizen met als hoofddiagnose een aan alcohol gerelateerde problematiek, vanaf 1994

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Hoofddiagnose	3 378	3 531	3 406	4 011	4 076	4 079	3 923	3 880
Nevendiagnose ^a	7 867	8 677	8 513	9 973	9 822	9 652	10 116	9 949

Aantal opnames, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen. ICD-9 codes: 291, 303, 305.0, 425.5, 535.3, 571.0-3, 980. Voor een verklaring van de codes: zie bijlage D. a. Cijfers betreffen alle alcohol gerelateerde nevend diagnoses. Per opname is meer dan één nevend diagnose mogelijk. Hiervoor gecorrigeerd ging het in 2001 om 8 557 opnames. Bron: LMR, Prismant.

In 2001 kwam bij de Centrale Post Ambulancevervoer van de GG&GD Amsterdam 1 173 keer een spoedeisende aanvraag wegens een alcoholintoxicatie binnen.

- Dit stond gelijk aan drie procent van alle spoedeisende aanvragen in Amsterdam.
- De meeste personen waren man en autochtoon (respectievelijk 73% en 84%).
- In zestig procent van de gevallen was vervoer nodig naar de eerste hulp post van een algemeen ziekenhuis.

Volgens het Letsel Informatie Systeem (LIS) van Consument en Veiligheid³⁴ ontvangen jaarlijks ongeveer 13 000 personen spoedeisende hulp in een ziekenhuis voor letsel vanwege een ongeval waarbij alcohol een rol speelde.

- Dit is 1,3 procent van alle mensen die een spoedeisende behandeling krijgen in een ziekenhuis.
- Van de geregistreerde slachtoffers is 75 procent man.
- Tien procent is tussen 15 en 19 jaar, een kwart valt in de leeftijdsgroep 20-29 jaar en 40 procent in de leeftijdsgroep 30-49 jaar.

³³ In 2001 werden ook 252 dagopnames voor een alcoholhoofddiagnose geregistreerd.

³⁴ Cijfers zijn schattingen voor het hele land, gebaseerd op gegevens van een representatieve steekproef van ziekenhuizen.

- Veel ongevallen gebeuren in de privé-sfeer, zoals een val thuis of tijdens het uitgaan. Op de tweede plaats staan verkeersongevallen (vooral valpartijen van de fiets) (tabel 6.7).
- Veel slachtoffers lopen hoofdletsel op (40%). Andere redenen voor behandeling zijn vergiftiging (24%) en letsel aan schouder, arm of hand (18%).
- Bijna één op de drie slachtoffers werd in het ziekenhuis opgenomen (31%). Dit is meer dan voor alle typen ongevallen samen (8%).
- Deze cijfers zijn waarschijnlijk een onderschatting van het werkelijke aantal aan alcohol gerelateerde ongevallen.

Tabel 6.7 Aard van aan alcohol gerelateerde ongevallen van mensen behandeld op een afdeling voor spoedeisende hulp in Nederlandse ziekenhuizen (gemiddeld over 1998-2000)

Type ongeval	Aantal	Percentage
Privé-ongeval	6 200	50
Verkeersongeval	3 200	25
Zelfmutilatie ^a	2 200	18
Geweld	830	7
Totaal	12 400	100

a. Zoals zelfmoordpogingen door gebruik van alcohol en medicijnen. Bron: LIS, Consument en Veiligheid.

In 2001 telde de SWOV (Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid) bijna 3 000 *geregistreeerde* gewonden (al dan niet in het ziekenhuis opgenomen) waarbij alcohol in het spel was (tabel 6.8).³⁵[71]

- Ruim acht van de tien ernstig gewonde of overleden slachtoffers was man. Onder hen bevonden zich relatief veel mannen van 18 tot en met 24 jaar (22%). Ter vergelijking: bij ongevallen waarbij alcohol geen rol speelt is twaalf procent van de jonge mannen in deze leeftijdsgroep slachtoffer.
- Sinds 1997 is er een lichte afname van het aantal 'alcoholslachtoffers'. Dit geldt voor zowel doden als gewonden (tabel 6.8)³⁶.

Tabel 6.8 Aantal gewonden en doden in het verkeer door alcoholgebruik, vanaf 1995

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Ernst letsel							
Dood	87	97	103	83	92	87	72
Ernstig gewond ^a	1 128	1 204	1 188	1 154	1 166	1 129	1 036
Licht gewond ^b	2 197	2 112	2 118	2 089	2 091	2 024	1 876
Totaal	3 412	3 413	3 409	3 326	3 349	3 240	2 984

a. Opgenomen in ziekenhuis. b. Niet vervoerd naar ziekenhuis of alleen spoedeisende hulp. Bron: SWOV.

- De cijfers in tabel 6.8 zijn een onderschatting van de werkelijkheid, omdat lang niet alle verkeersongevallen worden geregistreerd. Daar komt bij dat de politie bij ongevallen lang niet altijd op alcoholgebruik test. De SWOV schat het totale aantal *ernstig* gewonden (ziekenhuisopnames) en overledenen door alcohol in het verkeer drie keer hoger in, namelijk samen op 3 000 à 3 500.

6.6 ZIEKTE EN STERFTE

³⁵ Cijfers overlappen deels met die van het LIS, Consument en Veiligheid.

³⁶ De Minister van Verkeer en Waterstaat stelde zich voor het jaar 2000 tot doel het aantal geregistreeerde alcohol doden terug te brengen tot 100 en het aantal alcoholgewonden tot 2 000. Het streefgetal is gehaald voor dodelijke slachtoffers, maar niet voor de overige ongevallen (licht en ernstig gewond).[71]

Ziekte

Eén tot twee eenheden alcohol per dag voor vrouwen en twee tot drie eenheden per dag voor mannen, schaden de gezondheid doorgaans niet.[72-75]

- Vergeleken met enerzijds geheelonthouders en anderzijds zware drinkers krijgen matige drinkers minder vaak een aandoening van de kransslagaders (coronaire hartziekte). Mogelijk draagt een toename van de 'gezonde' cholesterolsoort HDL-C (high density lipoprotein cholesterol) hier toe bij.
- Matige drinkers lopen verder minder kans een niet-bloedig herseninfarct te krijgen. Onder 55-plussers vermindert matig alcoholgebruik misschien het risico van dementie.
- Er zijn aanwijzingen dat lichte tot matige drinkers minder vaak vroegtijdig overlijden dan niet-drinkers of zware drinkers. Zij voelen zich bovendien gezonder.[76]

De schadelijke gevolgen van *overmatig* alcoholgebruik zijn echter talrijk.[72,73]

- De combinatie van drinken en roken verhoogt het risico van kanker aan de mondholte, neus- en keelholte en de slokdarm. Bij zwaar drinken wordt ook de kans op leverkanker vergroot. Alcohol draagt bovendien, onafhankelijk van roken, bij aan het krijgen van longkanker. Tot slot vergroot alcohol de kans op kanker in de dikke darm en de endeldarm.
- 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.
- Binge-dinken, het in korte tijd innemen van een grote hoeveelheid alcohol, verhoogt het risico van hart- en vaatziekten, acuut nierfalen en hersenbeschadiging.

Sterfte

De afgelopen jaren steeg het aantal alcoholdoden licht.

- Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS gingen in 2000 ruim achthonderd Nederlanders dood aan het gebruik van alcohol, bijna een kwart meer dan in 1994 (tabel 6.9).
- Alcoholische leverziekten vormden de belangrijkste doodsoorzaak: 61 procent, gevolgd door afhankelijkheid en andere psychische stoornissen door gebruik van alcohol (32%).
- Het hoogste aantal sterfgevallen vond plaats in de leeftijd 50-54 jaar en 65 jaar en ouder (figuur 6.5). De meeste overledenen waren man (gemiddeld 70%).
- Deze cijfers weerspiegelen niet de hele werkelijkheid, omdat daarin niet zijn inbegrepen de zogenoemde onderdiagnostiek en sterfte aan ongevallen, kanker en diverse andere ziektes.
- In 2001 werden 72 verkeersdoden geregistreerd bij wie alcoholgebruik in het spel was. Dit is minder dan in voorgaande jaren (103 in 1997; tabel 6.8). Het werkelijke aantal alcoholdoden in het verkeer wordt geschat op 200 à 250.[71]
- Volgens het RIVM draagt alcohol naar schatting bij aan ongeveer 2 500 sterfgevallen per jaar. Alcohol staat daarmee van alle 'leefstijlfactoren' op de vierde plaats, na roken, lichamelijke inactiviteit en slechte voeding.[77]

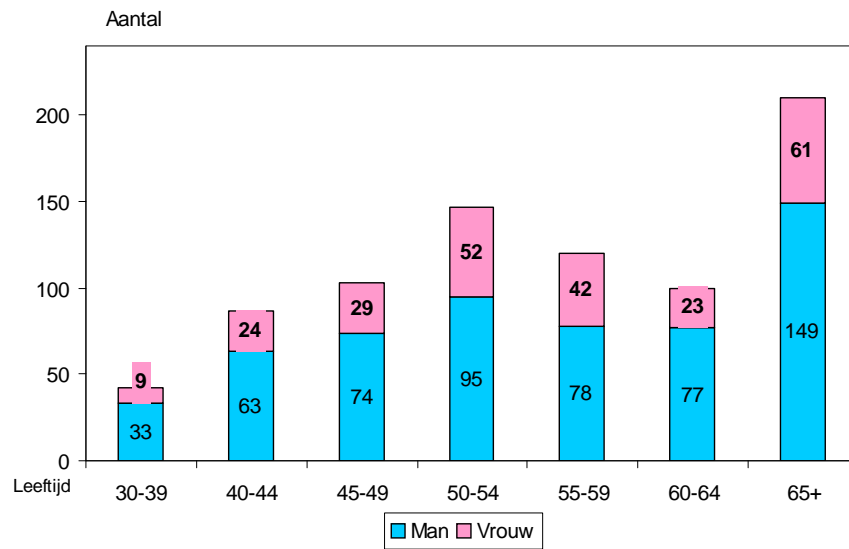
Tabel 6.9 Sterfte aan alcoholgerelateerde aandoeningen, vanaf 1994

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Totale sterfte ^{a,b}	641	654	677	678	728	775	809

a. van 1994-1995: ICD-9 codes 291, 303, 305.0, 425.5, 535.3, 571.0-3, 980. b. van 1996-2000: ICD-10 codes F10, I42.6, K29.2, K70.0-4, K70.9. Vanaf 1996 wordt één diagnosecategorie extra opgenomen: K86.0. Voor een verklaring van de codes: zie bijlage D. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

Figuur 6.5 Sterfte door alcohol onder mannen en vrouwen per leeftijdsgroep. Peiljaar

2000



Aantal sterfgevallen. ICD-10 codes: F10, I42.6, K29.2, K70.0-4, K70.9, K86.0. Voor een verklaring van de codes: zie bijlage D. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

6.7 AANBOD EN MARKT

- Het totaal aantal verkooppunten van alcohol net na 1 november 2000 bedroeg 66 900. Dit zijn 3 200 verkooppunten minder dan vóór die datum. Deze daling was het gevolg van een wijziging in de Drank- en Horecawet, waardoor de verkoop van alcoholhoudende dranken in benzinestations en non-food winkels werd verboden.[78]
- Met ingang van 1 april 2002 is de accijns op bier verhoogd met 18 procent en die op wijn met 21 procent. Met de opbrengst gaat de belasting op frisdrank met 39 procent omlaag.[79]
- De accijns bedraagt voor een liter gedistilleerd (35 procent alcohol) bijna 5,3 euro, voor een liter wijn 59 eurocent en voor een liter bier 25 eurocent (tabel 6.10).[64,80,81]
- Voor een glas bier van 0,25 liter betekent dit 6 eurocent, voor een glas wijn van 0,1 liter 6 eurocent en voor een glas gedistilleerd van 0,035 liter 18 eurocent.
- De 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 2 euro tegen 18 euro in Zweden (tabel 6.10).
- Zeven wijnproducerende landen heffen in het geheel geen accijns op wijn.
- Tabel 6.10 laat zien dat de Nederlandse accijnstarieven tot de middenmoot behoren.

Tabel 6.10 *Accijnstarieven op alcoholhoudende dranken in de lidstaten van de Europese Unie. Peiljaar 2002*

Lidstaat	Bier ^a	Wijn ^b	Gedistilleerd ^c
Zweden	81	234	1 803
Finland	143	235	1 766
Denemarken	46	95	1 294
Verenigd Koninkrijk	96	248	1 109
Ierland	99	273	966
België	21	47	581
Nederland	25	59	526
Frankrijk	13	3	508
Duitsland	9	0	456
Luxemburg	9	0	364
Oostenrijk	17	0	350
Griekenland	14	0	331
Portugal	14	0	301
Spanje	9	0	259
Italië	17	0	226

a. 5 volumeprocent alcohol. b. 11 volumeprocent alcohol. c. 35 volumeprocent alcohol. Bedragen in euro per hectoliter consumptie. Bronnen: Produktschap voor Bier, Produktschap Wijn, Produktschap voor Gedistilleerde Dranken (PGD), Europese Commissie.

6.8 ALCOHOL: LAATSTE FEITEN EN TRENDS

- De consumptie van alcohol per hoofd van de bevolking blijft in Nederland vrijwel constant.
- Zware drinkers komen naar verhouding veel voor onder jonge mannen van 18 tot en met 24 jaar. Zij zijn relatief vaak betrokken bij verkeersongevallen, waarbij alcohol een rol speelt.
- Jongeren onder de zestien jaar kunnen, ondanks een wettelijk verbod, makkelijk alcoholische dranken krijgen, vooral in de horeca maar ook in slijterijen.
- De meeste probleemdrinkers blijven buiten het zicht van de hulpverlening.
- Het aantal aanmeldingen bij de ambulante verslavingszorg voor alcoholproblemen is de laatste drie jaar stabiel; het aandeel vrouwen steeg in de afgelopen tien jaar licht.
- Sterfte aan alcoholgerelateerde aandoeningen neemt iets toe.
- Het aantal doden en gewonden door alcoholgebruik in het verkeer daalde de afgelopen vijf jaar licht.

7 TABAK

7.1 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.

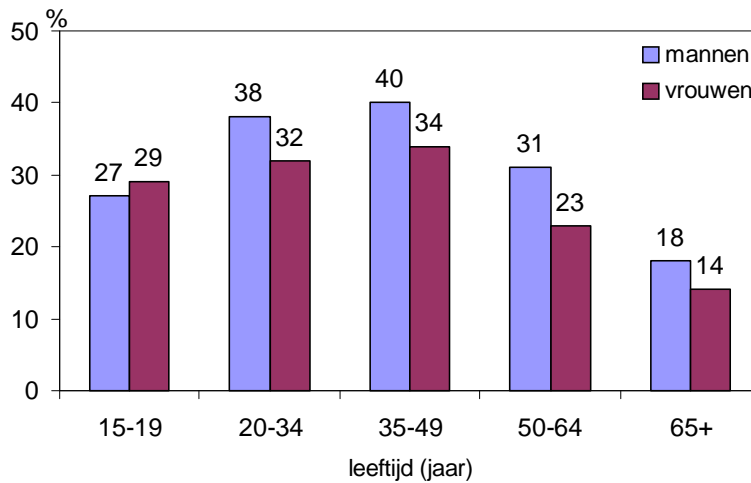
- Een peiling van het NIPO in 2001 wijst mogelijk op een verdere afname van het aantal rokers maar dat is door een wijziging in de manier van onderzoek niet zeker (tabel 7.1).[82] Cijfers van het NPO suggereren wel een voortzetting van de dalende trend. In 1997 had 34 procent van de Nederlanders van twaalf jaar en ouder in de maand voor de peiling gerookt. In 2001 was dit 30 procent.[3]
- Tegenwoordig is 30 procent van de Nederlanders van vijftien jaar en ouder een roker, 30 procent is een ex-roker en 40 procent heeft nooit gerookt.[82]
- In absolute zin roken ruim vier miljoen mensen.
 - De kloof tussen mannen en vrouwen is kleiner geworden (tabel 7.1). Toch verschillen mannen en vrouwen enigszins in rookgedrag. Vrouwen roken per dag minder dan mannen. Hun voorkeur gaat minder uit naar shag en meer naar lichte filtersigaretten.
 - De meeste rokers zijn 35 tot en met 49 jaar oud (figuur 7.1).
- Jaarlijks stopt ongeveer 1,6 procent van de bevolking met roken.[140] Evenveel mensen beginnen met roken. Onder deze nieuwe rokers bevinden zich relatief veel jongeren onder de 19 jaar, mensen met een lage opleiding en vrouwen tussen 30 en 34 jaar. De laatste groep bestaat deels uit vrouwen die tijdens de zwangerschap zijn gestopt met roken en daarna weer beginnen.

Tabel 7.1 Daadwerkelijke rokers in Nederland onder mannen en vrouwen van 15 jaar en ouder, vanaf 1970

Jaar	Mannen	Vrouwen	Totaal
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	37%	30%	33%
1998	37%	30%	34%
1999	37%	31%	34%
2000	37%	29%	33%
2001 ^a	33%	27%	30%

Percentage rokers. a. 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 op de uitkomsten. Bron: Defacto-rookvrij.

Figuur 7.1 Percentage rokers in Nederland naar leeftijdsgroep en geslacht. Peiljaar 2001



Bron: Defacto-rookvrij.

- Volgens het CBS is het percentage zware rokers de afgelopen jaren minder geworden, vooral onder mannen.[61]
 - In 2000 rookte tien procent van de bevolking van zestien jaar en ouder minstens twintig sigaretten of shagjes per dag (11% van de mannen en 9% van de vrouwen).
 - In 1995 was het aandeel zware rokers onder mannen nog vijftien procent en onder vrouwen tien procent.

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 naar schatting rond de twintig.

- In 2001 gingen in Nederland bijna 29 miljard sigaretten en shagjes in rook op (tabel 7.2).[82]
- Shag heeft vergeleken met sigaretten sinds 1990 aan populariteit ingeboet.

Tabel 7.2 Verbruik van sigaretten en shag in Nederland, vanaf 1967

Jaar	Sigaretten (miljard)	Shagjes (miljard)	Totaal (miljard)	Gemiddelde verkoop per roker per dag ^a
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	20,4
2001	16,3	12,4	28,7	20,6

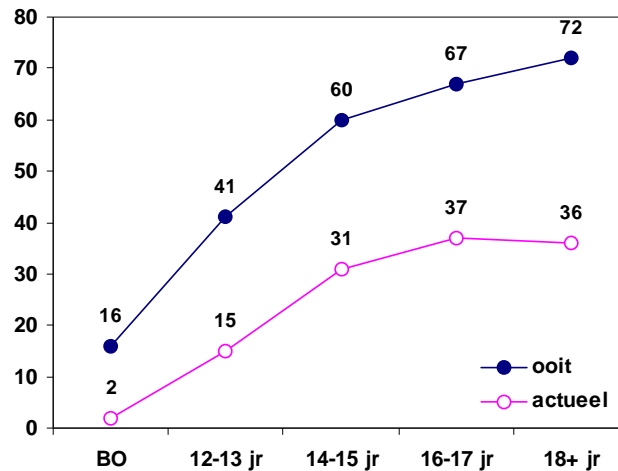
a. Gemiddeld aantal sigaretten of shagjes. Bron: Defacto-rookvrij.

7.2 GEBRUIK: JONGEREN

Met roken wordt al vroeg begonnen.

- Van de leerlingen van de twee hoogste groepen van de basisschool had in 1999 16 procent ooit gerookt.[4] Van leerlingen van 'reguliere' middelbare scholen had 55 procent ooit gerookt. Dit is een gemiddelde: het percentage stijgt met de leeftijd (figuur 7.2).

Figuur 7.2 Roken naar leeftijd onder scholieren van 10 jaar en ouder. Peiljaar 1999



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

Bron: Peilstationsonderzoek, Trimbos-instituut.

- Ruim een kwart (27%) van de jongeren in het voortgezet onderwijs had de afgelopen maand nog gerookt:
 - 13 procent af en toe
 - 14 procent elke dag, waarvan eenderde meer dan tien sigaretten per dag.
- Ook deze percentages nemen toe met de leeftijd. In de hoogste leeftijdsgroepen (16 jaar en ouder) was ruim eenderde een actuele roker, tegenover vijftien procent van de twaalf- en dertienjarigen. De dagelijkse rokers van twaalf en dertien jaar namen gemiddeld acht sigaretten per dag. Voor scholieren van achttien jaar of ouder waren dat er ruim dertien.
- Er is vrijwel geen verschil in roken tussen jongens en meisjes.
- Het percentage ooit- en actuele rokers bleef stabiel tussen 1992 en 1999. Dit geldt ook voor het percentage frequente rokers (meer dan tien sigaretten per dag).

Roken hangt samen met etnische achtergrond³⁷. [8]

- Vergeleken met autochtone leerlingen (12-16 jaar) hadden minder Marokkaanse leerlingen in de afgelopen maand gerookt (9% versus 27%).
- Roken kwam ook iets minder vaak voor onder leerlingen van Surinaamse en Turkse afkomst.
- Onder leerlingen die rookten waren alleen jongeren met een Surinaamse achtergrond matiger dan autochtone jongeren (gemiddeld 7 tegen 10 sigaretten per dag).

³⁷ Voor de definitie van etnische achtergrond: zie bijlage F.

Roken komt aanzienlijk meer voor onder uitgaande jongeren en jonge volwassenen.[12,39]

- Van de bezoekers van Amsterdamse cafés (2000), clubs en party's (1998) en coffeeshops (2001) was respectievelijk 46, 57 en 70 procent een dagelijkse roker. Zij waren gemiddeld 25 tot 26 jaar.
- De dagelijkse rokers consumeerden gemiddeld 14 tot 16 sigaretten of shagjes per dag; 20 tot 36 procent rookte meer dan één pakje per dag (minstens 20 sigaretten of shagjes).

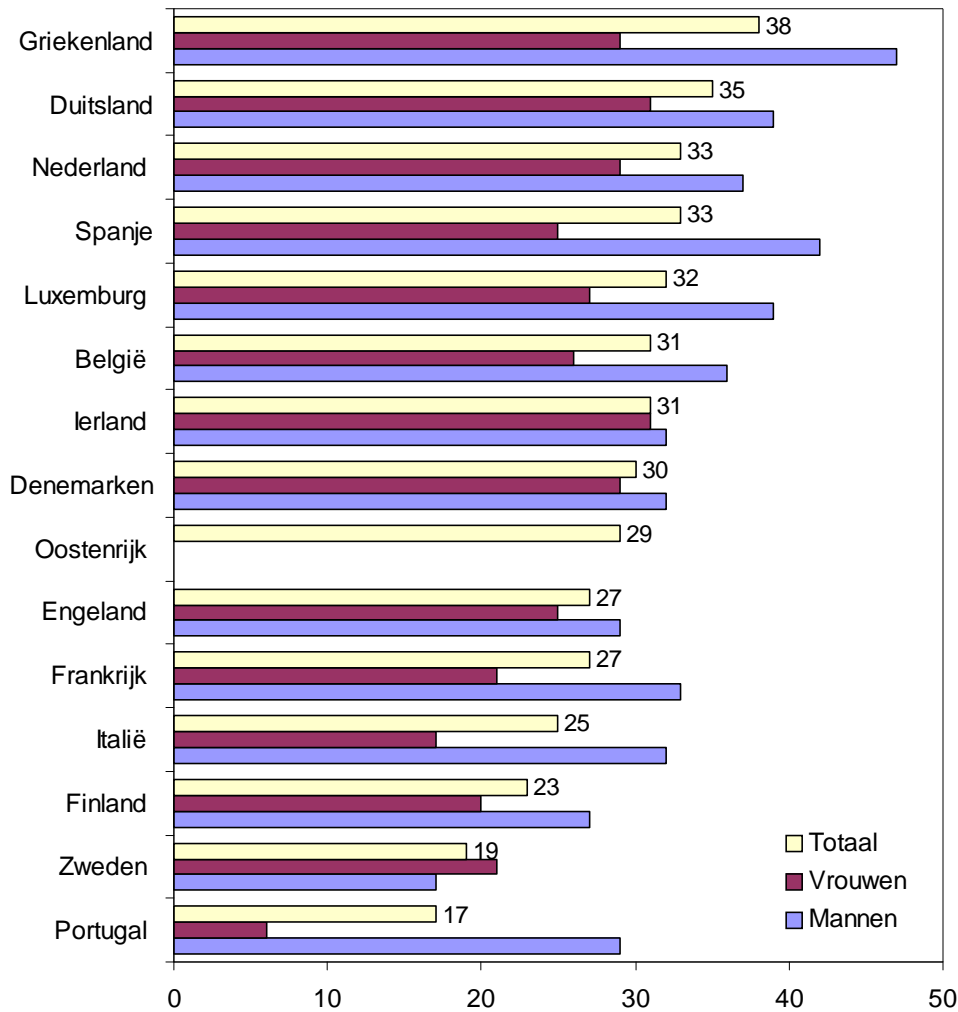
7.3 PROBLEMATISCH GEBRUIK

- Een duidelijke aanwijzing voor de mate waarin rokers zelf hun gebruik problematisch vinden is het willen stoppen met roken. In 2000 zei elf procent van de rokers in Nederland binnen anderhalf jaar te willen stoppen. Nog eens negentien procent wilde dat doen binnen vijf jaar.[bron: Defacto-rookvrij]
- In wetenschappelijke kring krijgt de term nicotineafhankelijkheid soms de voorkeur boven 'tabakverslaving'. Afhankelijkheid kan men meten met de Fagerström Test for Nicotine Dependence, een schaal die loopt van nul tot tien (zeer verslaafd).
 - De uitkomst voor Nederlandse rokers op deze schaal is gemiddeld 3,0. Ter vergelijking: voor Amerikaanse rokers is dat 4,3.[83]
 - Mannen scoren gemiddeld hoger dan vrouwen.
 - Rokers die hulp zoeken om van de gewoonte af te komen, scoren gemiddeld hoger dan andere rokers.

7.4 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 verschilt de definitie van roken. In veel landen gaat het om dagelijkse rokers, in Nederland om mensen die 'wel eens roken'.
- Volgens de meest recente cijfers staat Portugal onderaan en Griekenland samen met Duitsland bovenaan. Nederland komt op de derde plaats, samen met Spanje (figuur 7.3).[84]
- Met uitzondering van Zweden zijn er meer mannen in de Europese Unie die roken dan vrouwen. In Portugal is dit verschil het grootst.

Figuur 7.3 Daadwerkelijke rokers naar geslacht onder de algemene bevolking in de lidstaten van de Europese Unie



Percentage rokers. Peiljaren: 1997 – 2000. Ondergrens van de leeftijdsgroep varieert van 14-18 jaar. Voor Oostenrijk is de uitsplitsing naar mannen en vrouwen niet beschikbaar. Wisselende vormen van peiling, wat de vergelijkbaarheid bemoeilijkt. Bron: WHO.[84]

- Meer en meer jongeren in de Europese Unie beginnen te roken. Deze trend doet zich vooral voor onder meisjes, met name in landen waar de meisjes in het roken nog ‘achterlopen’ bij de jongens. Dit zijn met name de zuidelijke landen, Luxemburg en Oostenrijk.

Het ESPAD-onderzoek uit 1999 maakt vergelijking mogelijk van het rookgedrag van vijftien- en zestienjarige scholieren in Europa.[24]

- Van de deelnemende EU-landen telt Frankrijk met 44 procent de meeste rokers onder vijftien- en zestienjarige scholieren. Nederland staat op de zesde plaats, met 36 procent (tabel 7.3).
- Ongeveer één op de zes leerlingen, bijna de helft van de actuele rokers, rookt zes of meer sigaretten per dag. Nederland staat hiermee op de gedeelde tweede plaats, samen met Denemarken en Griekenland.
- Opmerkelijk is het geringe percentage rokers in de Verenigde Staten.

Tabel 7.3 Rokers onder leerlingen van 15 en 16 jaar in de lidstaten van de EU, Noorwegen en de Verenigde Staten. Peiljaar 1999

Land	Actueel roken ^a	6 of meer sigaretten per dag ^b
Frankrijk	44%	18%
Finland	43%	18%
Noorwegen	40%	13%
Italië	40%	13%
Denemarken	38%	17%
Ierland	37%	16%
Nederland	36%	17%
Griekenland	35%	17%
Verenigd Koninkrijk	34%	16%
Portugal	31%	7%
Zweden	30%	7%
Verenigde Staten	17%	4%

a. Percentage rokers in de laatste maand. b. Percentage leerlingen dat de afgelopen maand zes of meer sigaretten per dag rookte. Bron: ESPAD. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD, maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit.

7.5 HULPVRAAG

Het gaat hier in hoofdzaak om zelfzorg en het zoeken van hulp bij de ambulante algemene gezondheidszorg. De verslavingszorg biedt soms stopprogramma's aan, maar niet op grote schaal.

- Ongeveer driekwart van de rokers die een stoppoging doen, doet dit zonder enig hulpmiddel. De rest volgt cursussen, vraagt de huisarts om advies, gebruikt nicotinevervangers (pleisters, kauwgom, zuigtabletten), ondergaat acupunctuur of hypnose, enzovoort.
- Sinds kort is het geneesmiddel bupropion (Zyban®) in Nederland geregistreerd als ondersteuning bij het stoppen met roken. In 2000 en 2001 schreven artsen per jaar tussen 75 000 en 90 000 voorschriften voor dit middel uit. In totaal ging het om drie miljoen tabletten.[85]
- In 2001 deden 810 mensen mee aan in totaal tachtig cursussen georganiseerd door GGD'en of organisaties voor thuiszorg.[86]
- Defacto-rookvrij geeft mensen die met roken willen stoppen desgevraagd een advies op maat. In 2001 zijn ruim elf duizend van die adviezen op maat verstrekt.
- Bij de overgang naar het jaar 2000 voerde Defacto-rookvrij een publieksactie. Die actie leidde tot 19 000 verzoeken om advies. Als deel van de actie probeerden 809 000 rokers rond 1 januari 2000 met roken te stoppen. Zes op de tien hielden dat minstens een week vol. Na een jaar hadden ruim 100 000 deelnemers (bijna 13 procent) nog geen sigaret of iets dergelijks opgestoken. Gewoonlijk houdt vijf tot tien procent van de stoppers hun poging een jaar lang vol.[87]

Van een andere orde is het beroep op de gezondheidszorg vanwege aandoeningen die roken veroorzaakt of verergert. Het aantal ziekenhuisopnames in verband met roken bedraagt jaarlijks bijna 100 000.[88]

7.6 STERFTE

Roken is in Nederland de belangrijkste oorzaak van voortijdige sterfte. Op rekening van roken komt zestien procent van het aantal verloren levensjaren.[89]

- In 2000 overleden in Nederland ruim 22 000 mensen direct aan de gevolgen van roken. In 1998 en 1999 werden respectievelijk 24 089 en 22 983 gevallen geteld.
- Uit tabel 7.4 blijkt dat longkanker overwegend door roken werd veroorzaakt: in 69 procent (vrouwen) tot 84 procent (mannen) van de gevallen in 2000.

- De werkelijke sterfte gerelateerd aan roken is vermoedelijk hoger, omdat van de diverse vormen van kanker alleen longkanker is meegerekend. Ook het effect van passief roken is niet verdisconteerd.

Tabel 7.4 Sterfgevallen wegens enkele aandoeningen onder mannen en vrouwen van 20 jaar en ouder. Peiljaar 2000

Aandoening	Totale sterfte		Sterfte door roken	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Longkanker	6 533	2 348	5 649	1 617
CARA	4 198	2 543	3 030	1 573
Coronaire hartziekten	9 920	7 522	3 565	1 937
Beroerte (CVA)	4 694	7 474	2 135	2 974
Totaal	25 345	19 909	14 379	8 101

Bron: Defacto-rookvrij.

Door de terugloop van het roken onder mannen tussen 1960 en 1990 daalde de sterfte aan longkanker onder mannen. 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.
- De tegengestelde trends onder mannen en vrouwen houden elkaar in evenwicht. Daardoor is de totale sterfte aan longkanker al jarenlang vrij stabiel. In 2000 daalde de sterfte van longkanker onder mannen sterker dan in voorgaande jaren.

Tabel 7.5 Sterfte aan longkanker als primaire doodsoorzaak onder mensen van vijftien jaar en ouder, vanaf 1985. Sterfgevallen per 100 000 inwoners

Jaar	Mannen	Vrouwen	Totaal
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

1985-1996: ICD-9 code 162, vanaf 1996: ICD-10 codes C33-34 (zie bijlage D). Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

7.7 AANBOD EN MARKT

- In 2001 werd 36 procent van de sigaretten verkocht via de algemene levensmiddelenhandel, 6 procent via de horeca, 25 procent in tabakspeciaalzaken, 25 procent in benzinstations en 8 procent via andere kanalen.[90] Verkoop via tabaksverkoopautomaten is hierin niet meegenomen.
- Op 1 januari 2002 kostte een pakje sigaretten in de meest populaire prijsklasse 3,54 euro, waarvan 2,01 euro accijns en 0,57 euro BTW. Een pakje shag van vijftig gram kostte 3,61 euro, waarvan 1,59 euro accijns en 0,58 euro BTW (tabel 7.6).

Tabel 7.6 Prijzen en belastingdruk op sigaretten, vanaf 1970

Jaar	Prijs in €	Belastingdruk in €	Belastingdruk in %
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%

Prijs en belastingdruk in euro per pakje van 25 stuks. Belastingdruk bevat accijnsdruk en BTW. Bron: SSI.

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

- Voor sigaretten kan het verschil tussen het hoogste en laagste accijnstarief oplopen tot 325 procent (tabel 7.7). Uitschieter naar boven is het Verenigd Koninkrijk. Nederland neemt een middenpositie in.[91]
- Gecorrigeerd voor koopkracht zijn de prijzen in Nederland aan de lage kant.[92]

Tabel 7.7 Prijzen en belastingdruk op sigaretten in de lidstaten van de Europese Unie. Peiljaar 2002

Land	Prijs in €	Accijns in €	BTW in €	Accijns+BTW in €
Verenigd Koninkrijk	8,77	5,74	1,31	7,05
Ierland	6,25	3,88	1,09	4,96
Denemarken	5,04	3,11	1,01	4,12
Finland	5,00	2,88	0,90	3,78
Zweden	4,82	2,40	0,96	3,36
Frankrijk	4,50	2,65	0,74	3,39
Duitsland	3,95	2,32	0,54	2,86
Nederland	3,54	2,02	0,57	2,58
België	3,52	2,01	0,61	2,62
Oostenrijk	3,36	1,89	0,56	2,45
Griekenland	2,93	1,69	0,45	2,14
Luxemburg	2,60	1,48	0,28	1,76
Italië	2,58	1,50	0,43	1,93
Portugal	2,44	1,53	0,35	1,88
Spanje	2,31	1,35	0,32	1,67

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

- Op 7 mei 2002 publiceerde de Staatscourant wijzigingen van de Tabakswet. De invoering van de veranderingen vindt gefaseerd plaats. Het gaat onder meer om:

- een nagenoeg algeheel verbod op tabaksreclame en -sponsoring
 - een verbod op het verstrekken van tabaksproducten aan jongeren beneden de 16 jaar
 - meer bescherming voor niet-rokers, zoals het wettelijk recht op een rookvrije werkplek; maatregelen om reizigers van personenverkeer zonder hinder van tabaksrook te kunnen laten reizen; en een rookverbod in instellingen voor kunst en cultuur
 - het opleggen van bestuurlijke boetes bij niet naleven van de Tabakswet.
- Een per 1 juni 2002 in werking getreden EU-richtlijn heeft tot doel verschillen in accijnstarieven tussen landen te verkleinen. Volgens de richtlijn moet de totale accijns minstens 57 procent bedragen van de kleinhandelprijs van de meest gevraagde prijsklasse sigaretten. Per duizend sigaretten is de minimumaccijns in de EU op 60 euro vastgesteld. In de Nederlandse regeling is een minimumbedrag van 83,22 euro per duizend sigaretten opgenomen.
 - Ook wordt met ingang van 1 januari 2004 - in overeenstemming met Europese richtlijnen - een limiet gesteld aan het gehalte teer (10 mg), nicotine (1 mg) en koolmonoxide (10 mg) van een sigaret.

7.8 TABAK: LAATSTE FEITEN EN TRENDS

- Het aantal rokers is sinds begin jaren negentig licht gedaald.
- Zwaar roken neemt af, vooral onder mannen.
- Shag boet in aan populariteit vergeleken met sigaretten.
- De sterfte aan longkanker daalt nog steeds onder mannen, maar zal nog jarenlang stijgen onder vrouwen.
- De wetgeving voor bescherming van niet-rokers en de verkoop, productie, reclame en sponsoring van tabaksproducten is aangescherpt.

8.1 ZORG VOOR VERSLAAFDEN

Er kan onderscheid worden gemaakt tussen verslavingszorg in strikte zin en verslavingszorg in ruimere zin. *Strikt* wil zeggen: de instellingen of eenheden van instellingen die als onderdeel van de GGZ hulp bieden aan mensen die problemen ervaren met het gebruik van 'middelen'.

- De verslavingszorg in strikte zin bestond lang uit instellingen die gespecialiseerd waren in ambulante of intramurale zorg. Daaraan is grotendeels een eind gekomen door fusies van die instanties in de afgelopen decennia.
- Hoewel die samensmeltingen niet hebben geleid tot uniformiteit, is het overheersende beeld op dit moment dat van grote instellingen die zowel ambulante, semi-murale als intramurale verslavingszorg bieden.
- In een enkel geval behartigt een instelling ook geestelijke gezondheidszorg in strikte zin (hulp aan mensen met psychische stoornissen anders dan misbruik of afhankelijkheid van middelen).
- In de praktijk gaat de meeste aandacht van instellingen voor verslavingszorg uit naar drugs en alcohol, op afstand gevolgd door gokken. In mindere mate spelen tabak, medicijnen en andere legale substanties een rol.

In het beleid van VWS maken de instellingen voor verslavingszorg tegenwoordig deel uit van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

Ruim houdt in: de verslavingszorg in strikte zin plus andere hulpverlening aan mensen die problemen ervaren met gebruik van middelen. Daarbij valt te denken aan het gevangeniswezen, de reclassering, de algemene gezondheidszorg en de maatschappelijke opvang. Ook zelfhulpgroepen kunnen hier genoemd worden.

De verslavingszorg in strikte zin oefent niet wezenlijk andere functies uit dan die in ruime zin:

- Zo kunnen ook huisartsen patiënten die overmatig drinken behandelen.
- De verstrekking van methadon is niet louter voorbehouden aan instellingen voor verslavingszorg. In Amsterdam loopt de uitgifte grotendeels via de GGD (GG&GD) en huisartsen.
- Taken van de reclassering worden niet alleen uitgevoerd door Reclassering Nederland, maar ook door het Leger des Heils (maatschappelijke opvang) en instellingen voor verslavingszorg.
- Met huiskamerprojecten en andere inloop- en opvangvoorzieningen houden zich niet alleen instanties voor maatschappelijke opvang maar ook instellingen voor verslavingszorg bezig.

Deze verwevenheid pleit voor bespreking van de verslavingszorg in ruime zin. In dit hoofdstuk geven wij daartoe een eerste aanzet.

Een aantal onderwerpen blijft buiten beschouwing.

- De instellingen voor verslavingzorg laten hulp aan mensen die assistentie willen bij het stoppen met roken doorgaans over aan de algemene gezondheidszorg. Wij laten het onderwerp 'tabak' hier rusten. Dit geldt ook voor misbruik en afhankelijkheid van geneesmiddelen, zoals benzodiazepines. Mensen met dergelijke problematiek melden zich soms bij instellingen voor verslavingszorg, maar het merendeel klopt aan bij de algemene gezondheidszorg of onttrekt zich aan de waarneming.
- Bovendien konden niet alle relevante activiteiten van met name de algemene gezondheidszorg (GGD'en, huisartsen, EHBO- en andere afdelingen van ziekenhuizen) in kaart worden gebracht. Er bestaan geen bronnen waaruit de benodigde gegevens makkelijk kunnen worden geput. Over de maatschappelijke opvang is meer bekend (zie het brancherapport GGZ/MZ 2002, dat binnenkort verschijnt).

8.2 ZORGAANBOD EN –CAPACITEIT

8.2.1 Aard en capaciteit van instellingen in de verslavingszorg in strikte zin

In 2000 telde Nederland 32 instellingen voor verslavingszorg van uiteenlopende aard. Die hadden naar schatting 231 locaties:[93]

- 144 voor ambulante
- 22 locaties voor semi-murale
- en 65 voor intramurale zorg.

Het aantal locaties varieert per provincie. Zo telde Utrecht 26 locaties, Noord-Holland 46 waarvan 28 in Amsterdam, Zeeland 8 en Groningen 13.

Aard van de hulp

De instellingen bieden ambulante, semi-murale en intramurale zorg.

De *ambulante* zorg omvat in grote lijn:

- ingrijpen bij *acute intoxicatie*
- helpen *afkicken* (stabiele abstinentie) en voorkoming van terugval
- verbetering van de kwaliteit van leven, regulering van gebruik en voorkoming van verdere schade aan de gezondheid (*harm reduction*). Hierbij kan bijvoorbeeld de verstrekking van methadon een rol spelen.
- bereiken van probleemgebruikers die zichzelf niet spontaan aanmelden, bijvoorbeeld doordat zij zich in de marge van de samenleving ophouden of geen weet hebben van hulpmogelijkheden.
- *preventie*. Alle grotere instellingen van verslavingszorg voeren activiteiten met betrekking tot preventie van verslaving en middelengebruik uit. Ze houden zich bezig met schoolgerichte programma's - vooral *De gezonde school en genotmiddelen*, dat loopt op zeven van de tien scholen voor voortgezet onderwijs -, informatie en voorlichting, en cursussen en trainingen. Zij dragen ook allemaal bij aan massamediale campagnes.

De *semi-murale* hulpverlening biedt:

- deeltijd- of dagbehandeling (drie tot vijf dagen per week)
- dag- en nachtopvang.

Intramurale hulp is, intensiever dan ambulante zorg, gericht op:

- crisisopvang
- lichamelijke ontwenning
- behandeling (in klinieken, therapeutische gemeenschappen of op een afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis) en voorbereiding op terugkeer naar de maatschappij.

De verslavingszorg in strikte zin beschikte in 2000 feitelijk over 1552 bedden voor intramurale zorg en over 270 plaatsen voor deeltijdbehandeling, aldus Prismant.

De RIBW's hadden veertien bedden voor mensen met verslaving.

8.2.2 Reclassering

Aan de in 1995 opgerichte Stichting Reclassering Nederland doen drie instanties mee:

- GGZ Nederland, die 20% van de cliënten onder haar hoede heeft
- Leger des Heils: 10%
- Reclassering Nederland: 70%.[94]

Het ministerie van Justitie betaalt de reclassering via genoemde stichting.

- Vijftien erkende instellingen voor verslavingszorg voeren namens GGZ Nederland de verslavingsreclassering uit, op vijftig locaties.[93, 95-97] Zij richten zich op verslaafde justitiabelen.
- De afdeling Reclassering van het Leger des Heils concentreert zich op dakloze justitiabelen.
- Reclassering Nederland op de overigen.[94]

Het ministerie van Justitie onderscheidt elf taken voor *verslavingsreclassering*, waaronder:

- voorlichting en advisering aan de rechtbank
- nagaan van hulpverleningsmogelijkheden als alternatief voor gevangenhouding van een arrestant
- ervoor zorgen dat de betrokkene onder behandeling komt en blijft van de verslavingszorg
- organisatie en begeleiding van door de rechter opgelegde taakstraffen
- vergroting van de maatschappelijke redzaamheid van een ex-gedetineerde via een reïntegratieprogramma.

Het daadwerkelijk helpen uitvoeren van straffen hoort niet tot de taken van de reclassering, evenmin als nazorg na ontslag. Dat de reclasseringswerker klaar staat voor de gedetineerde maar van de andere kant ook controle moet houden, kan spanningen opleveren, ook al wordt een en ander van tevoren schriftelijk vastgelegd.

Reclasseringswerkers opereren in en buiten penitentiaire inrichtingen, steeds als vooruitgeschoven post van hun moederorganisatie: een van de drie partners van Stichting Reclassering Nederland. Penitentiaire inrichtingen (gevangeniswezen) zijn huizen van bewaring en gevangenis.

- Tegenover 96 gedetineerden in gewone gevangenis staat één reclasseringsmedewerker.[94]
- Medewerkers van de verslavingsreclassering werken in de penitentiaire inrichtingen vooral in de VBA's. Een belangrijke taak is verder het uitbrengen van advies over plaatsing van gedetineerden in een zogenaamd Penitentiair Programma (zie later).

8.2.3 Voorzieningen in penitentiaire inrichtingen

Algemene voorzieningen in het gevangeniswezen voor mensen met psychische stoornissen waaronder verslaving zijn:

- standaardregime
- opname op een afdeling voor bijzondere zorg (BZA) of voor individuele begeleiding (IBA; met extra beveiliging: BIBA)
- FOBA in Amsterdam: opname van gedetineerden die in crisis verkeren
- het Penitentiair Selectie Centrum (PSC) in Scheveningen.

Speciale vermelding verdienen de verslavingsbegeleidingsafdelingen (VBA's):

- VBA's zijn regionale voorzieningen. Zij bestaan uit een of meer eenheden met elk maximaal 24 plaatsen, die afgesloten horen te zijn van de rest van de inrichting.[97]
- VBA's zijn bedoeld voor verslaafde gedetineerden die gemotiveerd zijn om te stoppen met middelengebruik. Zij kunnen op een VBA terecht komen via een proces van selectie en plaatsing, *toeleiding* genoemd.
- Op de VBA krijgen groepen van acht tot tien gedetineerden training in het aanbrengen van structuur en regelmaat in hun leven en in het aanleren van discipline.
 - De nadruk ligt meestal op het het compleet staken van gebruik van het verslavende middel. Hierop wordt gecontroleerd, bijvoorbeeld door bepaling van stoffen in de urine.
 - Plaatsing op een VBA geschiedt in de laatste fase van de detentie. De persoon wordt voorbereid op een overstap naar de reguliere verslavingszorg na ontslag uit de inrichting.

Volgens opgave van de Dienst Justitiële Inrichtingen van het ministerie van Justitie daalde het aantal *bruikbare* VBA-plaatsen van 407 in 2000, 394 in 2001 naar 333 in 2002.

- Dit betekent een afname van in totaal 18 procent. De bedoeling is om uit te komen op een reductie van een kwart.

- De daling deed zich voor in de huizen van bewaring. Het aantal plaatsen in gevangenissen groeide juist: van 93 in 2000 naar 103 in 2002.
- De bezettingsgraad van bruikbare VBA-plaatsen is de laatste tijd hoog: 94 procent in 2000 oplopend naar 99 procent in 2001 en de eerste helft van 2002. Dit moet wel gezien worden in het licht van de zojuist genoemde reductie van capaciteit.

8.2.4 Op het snijvlak van Justitie en verslavingszorg: van drang naar dwang

Bij drang wordt geprobeerd iemand te laten kiezen voor behandeling in plaats van vervolging en bestraffing, maar de betrokkene kan van die keus afzien. Bij dwang valt er niets te kiezen. Voor meer informatie over dwang en drang: zie hoofdstuk 9.

Het strafrecht kent verscheidene vormen van *drang*:^[98]

Verdachten

- De officier van justitie kan besluiten om geen vervolging in te stellen als de verdachte ermee instemt om zich voor verslaving ambulant te laten behandelen.
- Schorsing van voorlopige hechtenis is mogelijk als de betrokkene toestemt in behandeling. Dit kan ook intramurale opname inhouden.
- Denkbaar is voorts schorsing van de terechtzitting op voorwaarde van acceptatie van behandeling. Dit komt zelden voor.

Veroordeelden

- Iemand kan voorwaardelijk worden veroordeeld waarbij de voorwaarde inhoudt: ambulante of intramurale behandeling voor verslaving gedurende maximaal drie jaar.
- Er zijn ook mengvormen mogelijk. Zo kan de veroordeelde eerst een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf (detentie, eventueel deels op een VBA) van minstens een jaar uitzitten, gevolgd door omzetting van de rest van de vrijheidsstraf in behandeling buiten een penitentiaire inrichting.
- Dit laatste vindt plaats in het kader van een *Penitentiair Programma* (PP). Een PP duurt minstens zes weken en ten hoogste één jaar, maar niet langer dan het onvoorwaardelijke deel van de vrijheidsstraf.^[98] Plaatsing in een PP gebeurt op voordracht van de directeur van de inrichting. De selectiefunctaris beslist, gehoord de reclassering en het Openbaar Ministerie.
- Schending van de afspraken kan tot gevolg hebben dat de betrokkenen het restant van de straf alsnog moet uitzitten.

Andere dranginterventies

Hiertoe horen buiten de penitentiaire inrichtingen:^[98]

- De *Vroeghulp Interventie Systematiek* (VIS): reclasseringsmedewerkers bieden verdachten op politiebureaus de keus tussen 'bed of bajes'.
- De *intramurale motivatiecentra*. Deze IMC's zijn meestal bestemd voor gebruikers die overlast veroorzaken maar nog niet toe zijn aan het aanvaarden van reguliere hulp.
 - Er zijn tien intramurale motivatiecentra, met samen 140 bedden.
 - Het IMC in Amsterdam is een interculturele voorziening, los van het overlastbeleid.
 - De evangelische georiënteerde instelling De Hoop heeft sinds kort tien 'bedden' voor een IMC-achtige toepassing.
 - Opname in een IMC duurt maximaal drie maanden.
- Arrestanten kunnen bij schorsing uit voorlopige hechtenis en veroordeelden bij toepassing van artikel 43 van de Penitentiaire Beginselenwet worden opgenomen (ingesloten) in de *forensische verslavingskliniek* (FVK). Dit is de Piet Roordakliniek in Apeldoorn, die op begin 1998 van start ging.
- Projecten voor *maatschappelijk herstel*: hulp bij het vinden en behouden van woonruimte en van zinvolle dagbesteding.

Dwanginterventies³⁸

- Tot voor kort was er in Nederland één locatie waar drugverslaafde justitiabelen gedwongen konden worden geplaatst met als uitgangspunt abstinentie, vast te stellen met urinecontrole.[98] Het betrof paviljoen 2 van huis van bewaring Demersluis in Amsterdam. Deze afdeling werd in 1994 opengesteld en telde 24 plaatsen. De behandeling zelf geschiedde op basis van drang, met een stelsel van beloningen en sancties. In 1998 werd deze aanpak gestopt, na een evaluatie door het AIAR (Amsterdam Institute for Addiction Research). De verblijfsduur was gemiddeld minder dan drie maanden, te kort om gunstige resultaten te kunnen boeken.
- Sinds kort is de wet Strafrechtelijke Opvang Verslaafden van kracht (SOV). Deze geldt voor verslaafde (mannelijke) gedetineerden die minstens drie veroordelingen in de afgelopen vijf jaar achter de rug hebben en die niet zijn afgekickt ondanks eventuele eerdere behandeling. Voor meer informatie verwijzen wij naar hoofdstuk 9.4.3.

8.2.5 Maatschappelijk drughulpverlening

Doel is hier *harm reduction*: voorkoming van verdere schade aan gezondheid en toekomstperspectief. Deze vorm van hulp wordt gegeven door gemeentelijke en particuliere instanties voor maatschappelijke opvang, maar zonder duidelijke scheidslijn ook door vele instellingen voor verslavingszorg.

Maatschappelijke drughulpverlening omvat veel. Wij geven hier een paar voorbeelden:

- *Sociale pensions*
- *De Huiskamer Aanloop Centra* voor (verslaafde) straatprostituees in diverse gemeenten[99]
- *Gebruiksruimten* waar verslaafden veilig hun drug kunnen innemen zonder te worden opgejaagd. Doel is vermindering van overlast waar zij anders voor zouden zorgen, en preventie van verdere schade aan de gezondheid door voorlichting en medische en maatschappelijke zorg. In november 2000 telde Nederland twintig van deze ruimten, dertien geïntegreerd in een meeromvattende voorziening en zeven op zichzelf staand.[100] Geïntegreerde ruimten zijn goedkoper en minder stigmatiserend voor de bezoekers.

8.2.6 Algemene gezondheidszorg

De algemene gezondheidszorg heeft in velerlei opzicht te maken met verslaving en de gevolgen daarvan. Enkele voorbeelden:

- *Huisartsen* komen meestal als eerste hulpverlener overmatig drinken op het spoor, hoewel veel gevallen - 70 tot 90 procent - aan hun aandacht ontsnappen. Zij kunnen deze patiënten zelf proberen te helpen met korte psychosociale behandelingen of met medicatie. Meestal echter verwijzen huisartsen patiënten met drankproblematiek naar andere hulpverleners in de eerstelijnszorg - psychologen, maatschappelijk werkers - of naar een instelling voor verslavingszorg.
- De *lichamelijke gezondheid* krijgt onder meer aandacht in drempelvrije poliklinieken voor seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA) in Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht.[99]
- De Amsterdamse GGD&GD verstrekt methadon. Volgens een al wat oudere schatting schrijft de helft van de Amsterdamse huisartsen methadon voor. Elders in het land gebeurt dit zelden.

8.2.7 Zelfhulpgroepen van (ex-)verslaafden

- Nederland telt ongeveer 240 groepen van Anonieme Alcoholisten (AA) met samen 3900 deelnemers.

³⁸ Wij bespreken hier niet dwangmedicatie en gedwongen opname op geleide van de wet Bopz of de tbs-wetgeving.

- Er bestaan in ons land zo'n dertig groepen van *Anonieme Gokkers*, met om en nabij 370 deelnemers.
- Nog jong in Nederland zijn de *Narcotics Anonymous*: zes groepen met tussen de veertig en vijftig leden.

8.2.8 Groepen voor familieleden en andere direct betrokkenen

- Uit de AA voortgekomen zijn Al-Anon (55 groepen, 550 leden), Alateen (9 á 10 groepen, circa 90 leden) en Al-Anon ACA (2- tot 25 groepen, circa 250 leden) voor respectievelijk partners, jonge en volwassen kinderen van alcoholisten.
- De *Landelijke Stichting Ouders van Drugsgebruikers* (LSOVD) heeft omstreeks veertig zelfhulpgroepen onder haar hoede, met zo'n vierhonderd deelnemers.
- De circa 20 groepen voor de Omgeving Gokkers hebben 170 deelnemers.

8.2.9 Wachlijsten

- Volgens de Taskforce aanpak wachtlijsten waren er begin 2002 in de verslavingszorg (in strikte zin) 1264 wachtenden in de behandelingsfase. Driekwart wachtte op opname in een instelling.[101]
- Ook andere bronnen maken aannemelijk dat in deze deelsector wachtlijsten bestaan, vooral in de grote steden.[102]
 - Begin 2001 wachtten in Amsterdam 234 personen op behandeling in de verslavingszorg: 41 procent op ambulante, 5 procent op semi-murale en 54 procent op intramurale hulp.
 - In Rotterdam betrof het 210 personen, bijna allemaal (96%) in afwachting van intramurale opname.
 - Utrecht: 45 (intramuraal 93%).

8.2.10 Personeel

- Eind 2000 telde de verslavingszorg 3800 arbeidsplaatsen tegen ruim 3500 een jaar eerder. De fusieontwikkelingen maken dat de gegevens van de laatste jaren niet al te betrouwbaar zijn.
- Het aantal werknemers in de verslavingszorg zou in 2000 gedaald zijn met 4 procent vergeleken met 1999.[103] Hoe dit zich verhoudt met de zojuist genoemde afname van arbeidsplaatsen is onduidelijk.
- Van alle circuits in de GGZ vergrijst het personeel van de verslavingszorg het meest. Het aantal werknemers ouder dan 55 jaar bedroeg eind 2000 3,5 procent.

8.3 ZORGGEBRUIK EN -PRODUCTIE

Uit de nieuwe inschrijvingen in de ambulante verslavingszorg valt met enige slagen om de arm de herkomst van de verwijzers te achterhalen (tabel 8.1). Vele instanties verwijzen cliënten naar de ambulante verslavingszorg. Een op de drie cliënten komt op eigen initiatief.³⁹

Tabel 8.1 Verwijzers van bij de ambulante verslavingszorg nieuw ingeschreven cliënten. Peiljaar 1999

Verwijzer	Cliënten
-----------	----------

³⁹ De gegevens over 2000 zijn anders gerubriceerd. Het verwijscijfer van de somatische zorg was hetzelfde als in 1999: 9%. Ruim 4% van de verwijzingen kwam uit de GGZ en 18% van justitiële instanties.

Geen (eigen initiatief)	34%
Somatische zorg	9%
Geestelijke gezondheidszorg	10%
Andere verslavingszorg	21%
Overig (justitie, huisvesting, financiële instanties, werk, school e.a.)	22%
Onbekend	4%

Percentage cliënten per verwijzer. Bron: GGZ Nederland.[93]

Tabel 8.2 laat zien hoeveel cliënten in 2000 bij de ambulante verslavingszorg stonden ingeschreven.[26] Er is een lichte daling waarneembaar na jaren van stijging.

- Alcohol, opiaten en cocaïne gaan aan kop van de lijst van primaire problematiek.
- Het totaal aantal cliënten steeg van 1994 tot en met 1999 met 16 procent en daalde vervolgens in 2000 met 4 procent (figuur 8.1).
- In die periode is het aantal mensen dat hulp zoekt voor gokken bijna gehalveerd. Daarentegen groeide het aantal personen dat zich liet inschrijven voor alcoholproblematiek, namelijk met 9 procent in totaal. Het aantal ingeschrevenen steeg het sterkst onder drugcliënten: 28 procent totaal. Net als voor alcoholcliënten lijkt de groei inmiddels over haar hoogtepunt heen; er tekent zich zelfs een daling af.

Tabel 8.2 Ingeschreven cliënten in de ambulante verslavingszorg naar primaire problematiek. Peiljaar 2000

Primaire problematiek ^a	Aantal ingeschrevenen
Alcohol	22 365
Opiaten	15 544
Cocaïne	6103
Gokken	352
Cannabis	3443
Amfetaminen	623
Ecstasy	241
Overig	1583
<i>Totaal</i>	<i>53 428</i>

a. Betreft het middel waarmee de hulpvrager⁴⁰ het meest te kampen had. Benoeming als primair probleem sluit niet uit dat hulpvragers nog andere problemen hebben. Consumptie van meerdere middelen - drugs, alcohol, tabak - naast en door elkaar is onder 'zwaardere' gebruikers eerder regel dan uitzondering. Bron: LADIS, IVZ.

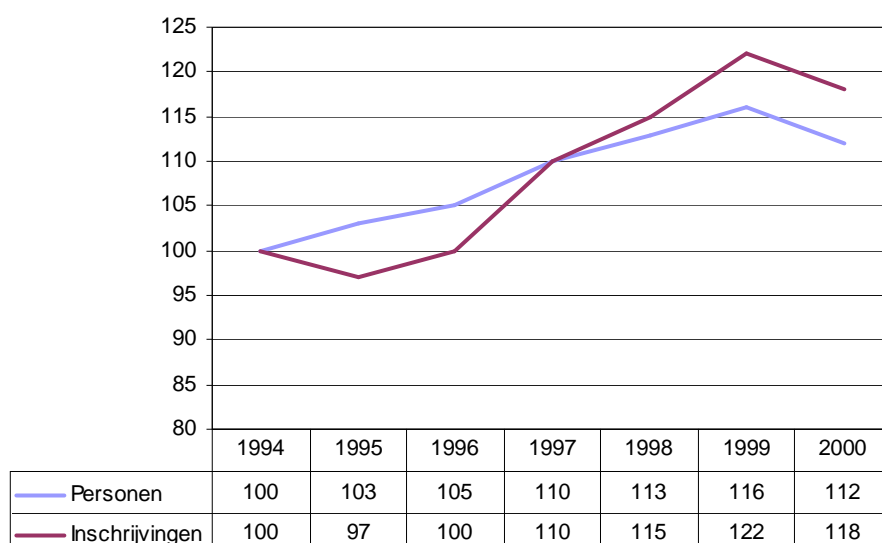
Van de ingeschrevenen in 2000 was 78 procent man en 81 procent autochtoon. De gemiddelde leeftijd was 38 jaar.[26]

- De verdeling van problematiek verschilt tussen autochtonen en allochtonen. Voor 43 procent van de autochtone cliënten is drinken het primaire probleem, tegen 19 procent voor allochtonen.
- Onder allochtone cliënten overheerst drugproblematiek: 74 procent tegen 50 procent bij autochtonen.

In 2000 werden 30 181 cliënten uit de ambulante verslavingszorg *uitgeschreven*. Van hen werd 29 procent naar een andere instantie doorverwezen.[26]

⁴⁰ Er is hierbij niet altijd sprake van een volledig vrijwillig hulpverzoek.

Figuur 8.1 Hulpvraag ambulante verslavingszorg in indexcijfers, vanaf 1994



Aantal cliënten in 1994 is op 100 procent gesteld. Bron: LADIS, IVZ.

Tabel 8.3 heeft betrekking op *intake- en behandelcontacten* in de ambulante verslavingszorg. Soms was het contact eenmalig en dan volgde er geen behandeling.

- Bij drugproblemen vinden meer contacten plaats dan bij alcoholproblemen.
- Het aantal hulpverleningscontacten liep van 1999 tot 2001 terug van ruim 638 duizend tot ongeveer 572 duizend.[104]

Tabel 8.3 Aantal contacten van hulpzoekers in de ambulante verslavingszorg naar primaire problematiek. Peiljaar: 2000

Aard contact	Alcohol	Drugs	Gokken	Overig	Totaal
Individueel via justitie	26 314	69 703	2817	1311	100 145
Individueel overig	142 376	205 651	12 143	2570	362 740
Contact in groepsverband	21 011	25 326	3682	915	50 943
Eenmalig	18 290	17 659	2538	10 546	48 853
<i>Totaal</i>	<i>207 991</i>	<i>318 339</i>	<i>21 180</i>	<i>15 342</i>	<i>562 672</i>

Bron: LADIS, IVZ.

Het aantal zogenoemde *methadoncontacten* lag in 2001 naar schatting op 667 duizend.[104]

Tabel 8.4 geeft de *productieafspraken* voor aantal contacten in de intramurale en semi-murale verslavingszorg.

Tabel 8.4 Afgesproken productie in de (poli)klinische verslavingszorg (aantal contacten)

Aantal contacten	1998	1999	2000	Groei 1998 – 2000
Intramuraal	535 318	556 651	550 316	-2,8%
Semi-muraal	53 923	59 653	67 342	24,9%
<i>Totaal</i>	<i>589 241</i>	<i>616 304</i>	<i>617 658</i>	<i>4,8%</i>

Bron: CTG. [105]

8.4 FINANCIERING

De totale directe kosten van zorg voor mensen met alcohol- en drugsproblemen bedroegen in 1999 ruim 285 miljoen euro.[106]

- Van dit bedrag werd driekwart (74%) besteed in de geestelijke gezondheidszorg, inclusief de instellingen voor verslavingszorg
- en 14 procent in de sector Verpleging en verzorging (denk aan verpleging van patiënten met de ziekte van Korsakow).
- Een verdere 6,8 procent betrof zorg in algemene ziekenhuizen en verrichtingen van medisch specialisten,
- en 2,8 procent medicatie.
- De andere kostenposten waren gering van omvang. De eerstelijnszorg was bijvoorbeeld goed voor 0,7 procent.

In deze becijfering ontbreekt nog veel. De financiering van de verslavingszorg verloopt niet eenvoudig en het zicht erop blijft beperkt, aldus de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ).

Tot de financieringsstromen die dit adviesorgaan een paar jaar geleden in kaart bracht horen, naast bedragen uit de kas van de AWBZ:[107]

- vergoeding voor methadonverstrekking door Amsterdamse huisartsen via de *Ziekenfondswet*
- een stroom, op grond van de *Welzijnswet*, van de begroting van VWS naar de zogenoemde centrumgemeenten voor bekostiging van maatschappelijke opvang, gemeentelijk verslavingsbeleid en vrouwenopvang
- *reclasseringsgeld* van het ministerie van Justitie; dit gaat naar onder meer de instellingen voor verslavingszorg via de Stichting Reclassering Nederland
- geld dat loopt van ministeries naar de Stichting VerslavingsGelden van GGZ Nederland. Uit dit budget wordt ook de *Educatieve Maatregel Alcohol* (EMA, cursus voor automobilisten die onder invloed reden) betaald.

Daaraan kan nog worden toegevoegd geld uit het zogenoemde Bijzondere ZiekteKosten budget dat via de Bijdrageregeling Sociale Integratie en Veiligheid wordt uitgekeerd voor 24-uurs opvang voor kwetsbare groepen (dak- en thuislozen, 'verkommerden en verloederden'). In praktijk wordt het merendeel hiervan besteed aan zorg voor verslaafde dak- en thuislozen.[108]

De regering heeft het uitgavenkader voor de verslavingszorg de afgelopen jaren opgehoogd:

- in 1999 met 2 miljoen euro
- in 2000 oplopend tot 4 miljoen euro
- in 2001 oplopend tot 10 miljoen euro
- en in 2002 oplopend tot 16 miljoen euro.

De regering trekt verder meer geld uit voor laagdrempelige ambulante hulp bij alcoholproblemen: 2,3 miljoen euro in 2001 en vanaf 2002 jaarlijks 7,7 miljoen euro.[109]

De uitgaven van VWS aan instellingen voor verslavingszorg in strikte zin bedroegen:

- 68,8 miljoen euro in 1998
- 74,2 miljoen in 1999
- 107,5 miljoen in 2000
- 113,4 miljoen in 2001 (gemiddelde groei per jaar bijna 22%).

Hierin zijn niet begrepen de uitgaven van CAD's die niet in een grotere instelling zijn opgegaan.

Ook *andere ministeries* dan VWS geven geld uit aan preventie van en optreden bij met name alcoholproblematiek.[110]

- Behalve aan de EMA (8 miljoen euro in 2002) besteedt het ministerie van Verkeer en Waterstaat tegenwoordig 6,9 miljoen euro aan bestrijding van rijden onder invloed. Het gaat om uitlopende

maatregelen: van een massamediale campagne (BOB) tot psychiatrisch onderzoek van bestuurders die aangehouden werden met een veel te hoog alcoholpromillage in hun bloed.

- De uitgaven van andere ministeries blijven hierbij achter, maar zijn opgeteld vermoedelijk niet gering.
- Bij dit alles zijn niet meegerekend aanzienlijke relevante kosten van instanties als het Openbaar Ministerie, de politie en het Centraal Bureau Rijvaardigheid.

8.5 KWALITEIT VAN DE ZORG

8.5.1 Resultaten Scoren en andere vernieuwingsimpulsen

De verslavingszorg heeft zich verplicht tot een vijfjarige exercitie (*Resultaten Scoren*) voor vernieuwing en kwaliteitsverbetering. Hiertoe hoort het protocollair werken met wetenschappelijk verantwoorde ('*evidence based*') behandelingen en andere zorgvormen. De grotere instellingen participeren in minstens een van de drie zogenoemde ontwikkelcentra van Resultaten Scoren, respectievelijk voor:

- kwaliteit en innovatie van de zorg, in het bijzonder diagnostiek en behandeling
- verbetering van de sociale verslavingszorg
- preventie.

Ook buiten Resultaten Scoren wordt geïnvesteerd in beoordeling van de werkzaamheid van zorgvormen en in het doorvoeren van wat nuttig is gebleken.

- Het ministerie van VWS financiert samen met NWO een onderzoeksprogramma onder beheer van *ZonMw*.
- VWS betaalt ook rechtstreeks evaluatieonderzoek en proefprojecten. Voorbeelden zijn het experiment met de medische verstrekking van heroïne en de studie naar de waarde van toepassing van hogere doses methadon bij chronisch verslaafde mensen.
- Onder regie van het ministerie van Justitie wordt een programma uitgevoerd voor intensivering van de bestrijding van *ecstasy*. Ook daarvan maken proefprojecten en onderzoeken deel uit. Justitie betaalt alleen of samen met VWS ook evaluaties van zorgvormen: FVK, VBA, SOV enzovoort.
- De *Alcoholnota* van de regering somt een reeks van te ondernemen acties op, zoals bevordering van korte interventies - waaronder het 'viorgesprekkenmodel' -, verbreding van het hulpaanbod voor gedetineerde probleemdrinkers, zorg voor kinderen van aan alcohol verslaafde ouders, intensivering van huisartshulp en een proefproject voor een 'avondopleiding alcoholzorg' in drie regio's.[109]

8.5.2 Werkzame behandelingen in de verslavingszorg: aanbod en toegang

Volgens de wetenschappelijke literatuur mogen de volgende behandelingen voor enerzijds afhankelijkheid van alcohol en anderzijds afhankelijkheid van opiaten als werkzaam worden beschouwd:[93]

Alcoholafhankelijkheid

- Er bestaan werkzame medicijnen die de hunkering naar alcohol verminderen (bijvoorbeeld acamprosaat en naltrexon).
- Van de psychosociale behandelingen kunnen kortdurende interventies - vooral motiverende gesprekken en cognitief-gedragstherapeutische interventies - helpen.

Afhankelijkheid van opiaten

- Mensen die aan opiaten verslaafd zijn blijven in betere gezondheid en zorgen voor minder overlast als zij onderhoudsbehandeling met methadon krijgen. Zij blijven echter meestal van de drug afhankelijk.⁴¹
- Bepaalde psychosociale interventies zoals sociale-vaardigheidstraining en cognitieve-gedragstherapie kunnen bijdragen aan beperking van de afhankelijkheid en reductie van de inname van drugs.

Het Trimbos-instituut heeft in opdracht van GGZ-Nederland onder intramurale instellingen van de verslavingszorg⁴² gepeild in hoeverre deze instanties werkzame behandelingen daadwerkelijk aanbieden.[93]

Alcoholafhankelijkheid

- In de instellingen die aan het onderzoek meewerkten kregen vrijwel alle cliënten met *alcoholafhankelijkheid* intramuraal een psychosociale behandeling. Driekwart kreeg daarnaast een medicamenteuze therapie.
- Van de cliënten ontving 88 procent minstens één werkzame behandeling in het totale behandel aanbod.
- De toegediende geneesmiddelen waren volgens de wetenschappelijke literatuur meestal niet werkzaam, de geboden psychosociale behandelingen waren dit meestal wel (bij 89% van de cliënten).

Afhankelijkheid van opiaten

- Ook van de aan *opiaten* verslaafde cliënten kreeg bijna iedereen een psychosociale behandeling. Tweederde (66%) kreeg daarnaast een medicamenteuze therapie.
- Van de cliënten ontving 70 procent minstens één werkzame behandeling in het totale behandel aanbod.
- De toegediende geneesmiddelen waren in 64 procent van de gevallen werkzaam volgens de wetenschappelijke literatuur. Het nut van de geboden psychosociale behandelingen staat minder vast; een op de drie therapieën was van bewezen werkzaamheid.

8.5.3 Kwaliteitsbeleid in de verslavingszorg

In de verslavingszorg wordt nog weinig met protocollen gewerkt.⁴³

- Volgens een peiling in 2000 lag de behandeling van alcoholafhankelijke cliënten in de intramurale verslavingszorg bij 6 procent van de geboden behandelingen in een protocol vast. Voor opiaatafhankelijkheid was dit 8 procent.[93]
- In een latere studie - gericht op diagnostiek en behandeling van ADHD in de intramurale verslavingszorg - werd eveneens geconcludeerd dat werken volgens protocol nog uitzondering is.[112]

8.5.4 Opvang en behandeling in penitentiaire inrichtingen

De praktijk wijkt geregeld af van de leer.[98] Consensus ontbreekt.

- Inrichtingen blijken niet zo 'drugvrij' als het Drugontmoedigingsbeleid wil.
- Het beleid met betrekking tot *methadon* is variabel, afhankelijk van de inzichten van de inrichtingsarts of –directeur. Inrichtingsartsen verschillen onderling sterk in beslissingen over voorzetting, mindering, afbouw of stopzetting van behandeling met methadon.

⁴¹ De in Nederland gangbare lage doseringen beperken niet het gebruik van opiaten. Volgens een recent rapport zijn hogere doses in dit opzicht wel effectief.[111]

⁴² Het was niet mogelijk om een beeld te krijgen van de ambulante verslavingszorg door onvoldoende medewerking van de desbetreffende instellingen.

⁴³ Verwacht wordt dat *Resultaten Scoren* hierin verbetering zal brengen.

- De VBA-plaatsen in huizen van bewaring worden voor 80 procent bezet door lokale gedetineerden. In gevangenissen overheersen juist gedetineerden van elders (78%). Huizen van bewaring vervullen in dit opzicht dus niet de gewenste regionale functie.
- De toeleidingsprocedure verloopt vaak niet volgens plan. Driekwart past die procedure niet groepsgewijs toe. Een op de drie passeert de selectiefunctionaris.
- De inrichtingen verschillen in beleid en vereisten met betrekking tot de afbouw van druggebruik.[98]

8.6 VERSLAVINGSZORG: LAATSTE FEITEN EN TRENDS

- Na jaren van stijging daalt het aantal cliënten in de ambulante verslavingszorg licht.
- Het aantal plaatsen voor 'verslavingsbegeleiding' in huizen van bewaring neemt af.
- Wachtlijsten bestaan ook in de verslavingszorg, vooral voor opname in een instelling.
- De capaciteit van de verslavingszorg staat onder druk door de vergrijzing van drugverslaafden.
- Samenhangend zicht op de diverse stromen van bekostiging van verslavingszorg ontbreekt.
- In de verslavingszorg wordt nog weinig gewerkt op basis van wetenschappelijk verantwoorde inzichten.

9.1 INLEIDING

Binnen het Nederlandse drugbeleid staat de volksgezondheidsbenadering centraal; gezondheidsbescherming van het individu staat voorop. Het beleid richt zich op beperking van de vraag naar en het aanbod van drugs. Daarnaast is het gericht op beperking van de maatschappelijke schade die samengaat met het gebruik van drugs: overlast, criminaliteit en openbare orde problemen. De minister van Justitie is verantwoordelijk voor de strafrechtelijke handhaving en de reclassering. Door opsporing, vervolging en berechting van (internationale) handel, productie en bezit van drugs wordt het aanbod bestreden. Door inzet van verslavingsreclassering worden justitiabele drugverslaafden begeleid en naar de zorg toegeleid, met als doel verbetering van de situatie van de verslaafde en vermindering van druggerelateerde criminaliteit en -overlast. Het ministerie van Justitie verricht dus een belangrijke taak in het Nederlandse drugbeleid.

Hoofdstuk 9 is een eerste uitwerking van een bijdrage van het ministerie van Justitie aan de NDM. Het geeft een cijfermatig overzicht van de inspanningen van politie, justitie en justitiële verslavingszorg. De vraag naar de aard en omvang van de geregistreeerde drugcriminaliteit en de strafrechtelijke reactie op die drugcriminaliteit staat centraal. Het hoofdstuk is gebaseerd op de samenvatting van een achtergrondstudie uitgevoerd door het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatie Centrum van het ministerie van Justitie (WODC) in samenwerking met de groep Onderzoek en Analyse van de dienst Nationale Recherche Informatie van het Korps Landelijke Politie Diensten (dNRI/O&A).[2]

Drugcriminaliteit laat zich opsplitsen in twee, elkaar deels overlappende, componenten:

- *Drugwetcriminaliteit*: als omschreven in de drugwetten (Opiumwet, wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën) of samenhangend met die drugwetten (georganiseerde criminaliteit, "witwassen" e.d. in combinatie met de drugwetcriminaliteit); en
- *Criminaliteit onder druggebruikers*: de door druggebruikers of drugverslaafden gepleegde criminaliteit. Hierbij dient te worden opgemerkt dat er geen causaal verband tussen verslaving en het plegen van misdrijven hoeft te zijn. Met andere woorden: verslaving hoeft niet noodzakelijkerwijze vooraf te gaan aan het plegen van delicten. Voorzover druggebruikers zich schuldig maken aan drugwetcriminaliteit is er sprake van een overlap tussen beide componenten.

Wij beschrijven in dit hoofdstuk alleen het gedeelte van de drugcriminaliteit dat *opgehelderd* is, dat wil zeggen, als er een (potentiële) dader gevonden is. De cijfers weerspiegelen dan ook in belangrijke mate de inspanningen van politie en justitie. Over het aandeel van de drugcriminaliteit in de totale (geregistreeerde) criminaliteit doen wij in dit hoofdstuk geen uitspraken.⁴⁴

In §9.2 worden algemene cijfers gegeven over de omvang van de drugcriminaliteit in termen van opsporingsonderzoeken, misdrijfstrafzaken en beslag op de gevangenis capaciteit. In §9.3 gaan wij in op kenmerken van daders van drugcriminaliteit. Daarbij wordt een globale indeling in drie hoofdtypen gevolgd, zoals afgeleid kan worden uit de beschikbare gegevens. In §9.4 komt de strafrechtelijke reactie op de drugcriminaliteit aan de orde en wordt een overzicht gegeven van de justitiële verslavingszorg, met name de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden.

Bijlage B geeft een beschrijving van de in dit hoofdstuk gebruikte bronnen.

9.2 OMVANG

⁴⁴ Via specifieke schattingsmethoden en door een verbeterde informatievoorziening kan hierover een indicatie worden gegeven. Dit aspect valt echter buiten het kader van dit hoofdstuk.

De drugcriminaliteit trekt onmiskenbaar een zware wissel op politie en justitie. De volgende tekenen, zowel die van de geregistreerde drugwetcriminaliteit als de geregistreerde criminaliteit onder druggebruikers, wijzen in die richting:

- De opsporingsonderzoeken naar meer ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit zijn in meerderheid gericht op drugwetcriminaliteit (zie tabel 9.3).
- Eén op elke twintig misdrijfstrafzaken betreft een Opiumwetdelict.

Ook het beslag op de celcapaciteit van wegens Opiumwetdelicten opgelegde vrijheidsstraffen is aanzienlijk.

- Volgens de gevangenisstatistiek van het CBS bedraagt het aandeel wegens een Opiumwetdelict gedetineerde personen op het totaal aantal gedetineerden tussen 1997 en 2000 rond de zeventien procent.[113]
- Zoals blijkt uit tabel 9.1 leggen Opiumwetzaken een fors beslag op de gevangenis­capaciteit. Eén op elke acht jaarlijks onherroepelijk opgelegde (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen betreft een Opiumwetzak. Gezamenlijk beslaan zij ruwweg een kwart van alle jaarlijks onherroepelijk opgelegde detentiejaren. Bij Opiumwetzaken worden dus gemiddeld lange straffen opgelegd.
- Het beslag op de gevangenis­capaciteit is onlangs gestegen. Deze stijging lijkt deels veroorzaakt te worden door de toegenomen aandacht voor drugkoeriers op Schiphol. Volgens onderzoek van het WODC is die extra aandacht duidelijk voelbaar in het gevangeniswezen, zoals blijkt uit het aantal in Haarlem opgelegde detentiejaren voor Opiumwetdelicten. Dit verdubbelde in de periode 1994-2000, terwijl in de rest van Nederland een lichte daling optrad. In 2001 was de stijging het grootst. In dat jaar wordt tien procent van alle in Nederland uitgesproken detentiejaren opgelegd in Haarlem voor Opiumwetdelicten.[114]

Tabel 9.1 Onherroepelijk opgelegde vrijheidsstraffen en detentiejaren^a: aandeel van Opiumwetdelicten, vanaf 1997

	1997	1998	1999	2000	2001
Aantal vrijheidsstraffen	27 719	27 303	29 838	29 945	27 867
• Aandeel Opiumwet	13%	13%	12%	11%	13%
• Aandeel overige strafzaken	87%	87%	88%	89%	87%
Aantal detentiejaren met v.i.-aftrek ^a	10 318	9 696	9 997	9 444	9 150
• Aandeel Opiumwet totaal	25%	27%	26%	24%	27%
• Aandeel overige strafzaken	75%	73%	74%	76%	73%

a. Het aantal detentiejaren wordt berekend door per vonnis eerst de voorwaardelijke invrijheidstelling (v.i.) af te trekken van het totale aantal opgelegde dagen onvoorwaardelijke gevangenisstraf en de resterende strafduur als 'ten uitvoer te leggen detentiejaren' te beschouwen. Het aantal opgelegde strafjaren dat niet uitgezeten hoeft te worden vanwege de v.i.-regeling is jaarlijks zo'n 3 500. Het is dus niet onbelangrijk voor deze v.i.-component te corrigeren.[114]. Bronnen: OBDJ, WODC.

Volgens de WODC Strafrechtmonitor (SRM; zie bijlage B) is een aanzienlijk gedeelte van de jaarlijks afgedane misdrijfstrafzaken toe te schrijven aan druggebruikende verdachten (tabel 9.2). Wij beschikken alleen over gegevens uit 1993 en 1995. Het bestand wordt momenteel aangevuld met gegevens over het jaar 1999. De resultaten hiervan komen naar verwachting in 2003 beschikbaar. De hier gepresenteerde resultaten zijn desondanks relevant omdat criminologische mechanismen over het algemeen langzaam veranderen in verloop van jaren.

- Bij *maximaal* één op de zes à zeven zaken is een druggebruikende verdachte betrokken. Dit aantal is exclusief de misdrijven tegen de Wegenverkeerswet (WWV), de Wet Economische delicten (WED) en een restcategorie van misdrijven van het wetboek van Strafrecht (Sr). De

meeste zaken betreffen gebruikers van harddrugs (tabel 9.2). Bij *maximaal* één op de zestig zaken zijn softdruggebruikers betrokken.

- Het hierboven genoemde aandeel druggebruikers in de misdrijfstrafzaken is waarschijnlijk naar boven toe vertekend door het ontbreken van WED-, WVV- en enkele Sr-strafzaken. Naar verwachting ligt het aandeel druggebruikers in dergelijke strafzaken ruim onder die in overige misdrijfzaken. Het totale gemiddelde ligt dus waarschijnlijk lager.
- Als *alle* misdrijfzaken worden meegeteld dan bedraagt het feitelijke aandeel zaken waarin een druggebruikende verdachte is betrokken, naar schatting tussen de één op de zeven à acht strafzaken van de ruim 230 duizend strafzaken die jaarlijks worden afgedaan.
- Bij benadering de helft van alle jaarlijks onherroepelijk opgelegde (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen wordt opgelegd aan een druggebruiker (zie tabel 9.12).

Tabel 9.2 Indicatie van het aandeel verslaafde verdachten in misdrijfzaken, naar soort verslaving. Peiljaren 1993 en 1995^a

<i>Totaal aantal onderzochte misdrijfzaken</i>	1 683
• Harddrugs	15,1%
• Softdrugs	1,6%
• Overige middelen ^b	3,7%
• Geen	75,1%
• Onbekend	4,4%

a. Misdrijfzaken in eerste aanleg afgedaan door het OM of de rechter. Exclusief misdrijfzaken in verband met de WED, Wegenverkeerswet en "overige misdrijven Sr.". Cijfers zijn gebaseerd op een steekproef van misdrijfzaken uit 1993 en 1995. b. Voornamelijk alcoholproblematiek, verder medicijn- en gokverslaving. Bron: SRM, WODC.

9.3 AARD

Daders van drugcriminaliteit zijn globaal te onderscheiden in drie hoofdtypen met elk hun eigen delictprofiel.

- Het eerste type betreft daders van (meer ernstige) vormen van georganiseerde criminaliteit. Dit type bestaat uit daders die zich in criminele samenwerkingsverbanden richten op drugproductie, -transport en -handel. Deze op drugs gerichte activiteiten kunnen met andere criminele en (semi-) legale activiteiten gepaard gaan.
- Het tweede hoofdtype daders bestaat (eveneens) uit Opiumwetovertreeders. Dit hoofdtype lijkt zich echter te onderscheiden van het eerstgenoemde type door de relatief geringe mate van betrokkenheid bij de georganiseerde drugwetcriminaliteit. Het lijkt hier om een diffuse groep te gaan: drugtoeristen, (kleine) drugsmokkelaars, -handelaren en -koeriers. Een aanzienlijk deel van de Opiumwetovertreeders is zelf druggebruiker.
- Het derde hoofdtype dader wordt gevormd door een groep frequent recidiverende langdurig druggebruikende daders. De omvang van deze groep is niet precies bekend maar bedraagt vermoedelijk meerdere duizendtallen.[2] Deze daders zijn crimineel hoog actief en plegen voornamelijk vermogensdelicten.

9.3.1 Georganiseerde criminaliteit

Georganiseerde criminaliteit wordt gevormd door daders die in (internationale) criminele samenwerkingsverbanden opereren en zich daarbinnen met (meer ernstige) vormen van georganiseerde criminaliteit bezig houden.

Tabel 9.3 presenteert gegevens over *opsporingsonderzoeken naar meer ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit*.⁴⁵ Bij elk opsporingsonderzoek kunnen meerdere dadergroepen betrokken zijn. De getallen in de tabel kunnen niet zonder meer bij elkaar opgeteld worden omdat er binnen één onderzoek sprake kan zijn van verschillende soorten drugs en meerdere criminele samenwerkingsverbanden. Er bestaat een forse overlap tussen de categorieën.

⁴⁵ Voor het Nederlandse Situatierapport komen opsporingsonderzoeken in aanmerking indien de strafbare feiten een strafbedreiging hebben van vier jaren of meer en indien het wederrechtelijk verkregen vermogen (in baar geld of investeringen) een bedrag van 226 890 euro (500 000 gulden) te boven gaat. Zie ook bijlage F.

- De meerderheid van de geregistreerde opsporingsonderzoeken naar meer ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit is gericht op drugwetcriminaliteit: productie, transport en handel van drugs.⁴⁶
- Een minderheid van de onderzochte samenwerkingsverbanden produceert drugs. Productie van drugs lijkt in zekere mate afgescheiden van transport en handel. De synthetische drugs vormen hierop een uitzondering (niet in tabel 9.3 weergegeven).[2]
- In 2001 zijn er 22 opsporingsonderzoeken verricht naar criminele samenwerkingsverbanden die zich richten op zowel hard- als softdrugs (niet in tabel 9.3 weergegeven). Dit is één op de zes à zeven van alle 146 opsporingsonderzoeken naar meer ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit in dat jaar en één op de vier van de 90 onderzoeken naar criminele samenwerkingsverbanden die zich met drugwetcriminaliteit bezig houden.[2]

Tabel 9.3 Opsporingsonderzoeken naar meer ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit: aandeel drugwetcriminaliteit per type drug, vanaf 1998^a

	1998	1999	2000	2001
Totaal aantal opsporingsonderzoeken	149	118	148	146
• Drugwetcriminaliteit (hard- en/of softdrugs)	98 (66%)	75 (64%)	78 (53%)	90 (62%)
- Harddrugs	77 (52%)	66 (56%)	64 (43%)	75 (51%)
- Softdrugs	50 (34%)	51 (43%)	43 (29%)	37 (25%)

a. Bij elk opsporingsonderzoek kunnen meerdere dadergroepen betrokken zijn. De getallen mogen niet zonder meer bij elkaar opgeteld worden omdat er binnen één onderzoek sprake kan zijn van verschillende soorten drugs en meerdere criminele samenwerkingsverbanden. Bron: Situatierapporten Opsporingsonderzoeken Georganiseerde Criminaliteit; dNRI/KLPD.

- Er worden nauwelijks zaken aangetroffen waarbij de criminele activiteit van in criminele samenwerkingsverbanden opererende daders beperkt blijft tot één categorie delicten. Drugwetcriminaliteit kan hier dan ook samen gaan met andere criminele activiteiten.[115]
- Toch is er op het niveau van samenwerkingsverbanden sprake van een soort clustering van criminele activiteiten, vooral als het gaat om meer internationaal opererende samenwerkingsverbanden.[115] Bij dit algemene beeld van een zekere specialisering passen twee kanttekeningen. In de eerste plaats zijn er criminele groepen die ‘gespecialiseerd’ zijn in een specifieke regio. Zij pakken de mogelijkheden voor criminele handelingen op die zich voordoen in deze regio. Deze groepen zijn daarmee veelzijdig, maar voor het overige niet in staat hun armslag buiten de regio te verbreden. In de tweede plaats zijn er groepen die naast hun specialisme ook andere illegale activiteiten verrichten. Er is zowel in geografische zin als naar type illegale markt sprake van een verdere verbreding van de activiteiten.[115]
- Jaarlijks worden meerdere tientallen mensen schuldig bevonden aan deelname aan een criminele organisatie in relatie tot Opiumwetdelicten en hiervoor veroordeeld tot forse vrijheidsstraffen.[2]
- Een aanzienlijk deel (13%) van de moorden en doodslagen in Nederland heeft direct te maken met drughandel (niet in tabel weergegeven).[116]

⁴⁶ Er is sprake van productie wanneer de organisatie zelf de middelen produceert, van transport wanneer de organisatie zich bezighoudt met import, transit en export van verdovende middelen en de categorie handel bestaat uit drie vormen: straat-, tussen- en groothandel.

9.3.2 Opiumwetvertreders: diffuse middengroep van drugtoeristen, (kleine) drugsmokkelaars, -handelaren, -koeriers en druggebruikers

Dit hoofdtype lijkt zich te onderscheiden van het eerstgenoemde type in criminele samenwerkingsverbanden opererende daders door de relatief geringe mate van betrokkenheid bij de georganiseerde drugwetcriminaliteit. Deze mate van betrokkenheid kan variëren van de levering van hand- en spandiensten aan criminele samenwerkingsverbanden tot die van afnemer als consument van illegale drugs. Er zijn verschillende aanwijzingen gevonden van het bestaan van meerdere subtypen onder de Opiumwetvertreders. De beschikbare informatie levert een diffuus beeld op. Van enkele subtypen tekenen de, deels overlappende, contouren van een profiel zich enigszins af. De groep Opiumwetvertreders lijkt een heterogeen geheel te vormen van onder meer drugtoeristen, (kleine) drugsmokkelaars, -handelaren, -koeriers en druggebruikende opiumwetvertreders. Verdachten van harddrugdelicten verschillen van verdachten van softdrugdelicten. Onder de recidiverende Opiumwetvertreders lijkt het aandeel dat zich specialiseert in opiumwetdelicten, dus niet of weinig andersoortige delicten pleegt, niet erg groot. Door nader onderzoek dienen deze (onderdelen van) profielen verder te worden ingevuld.

Hard- versus softdrugverdachten

Verdachten van harddrugdelicten onderscheiden zich op verschillende kenmerken van verdachten van softdrugdelicten. Tabel 9.4 presenteert een aantal van die kenmerken.

Tabel 9.4 Profiel van verdachten van Opiumwetdelicten, naar softdrug- en harddrugdelicten. Peiljaar 2001

	Softdrugs	Harddrugs	Totaal
Aantal verdachten	3 717	5 447	9 164
Aandeel naar geslacht			
- Man	85%	90%	88%
- Vrouw	15%	10%	12%
	100%	100%	100%
Aandeel naar woonplaats- of gemeente ^a			
- met minder dan 10 000 inwoners	1%	1%	1%
- met 10 000 tot 20 000 inwoners	7%	4%	5%
- met 20 000 tot 50 000 inwoners	18%	15%	16%
- met 50 000 tot 100 000 inwoners	23%	16%	19%
- met 100 000 tot 150 000 inwoners	10%	10%	10%
- met 150 000 tot 250 000	9%	8%	9%
- met 250 000 en meer (g4)	13%	28%	22%
- in buitenland	19%	17%	17%
- woonplaats onbekend	1%	2%	2%
	100%	100%	100%

a. Laatst bekende woon- of verblijfplaats. Bron: HKS; Bewerking KLPD/dNRI/groep O&A.

- Harddrugverdachten wonen naar verhouding vaak in de grote steden; softdrugverdachten komen vrij vaak voor in de middelgrote steden.
- Ongeveer 15 procent van alle softdrugverdachten is een vrouw, tegen 10 procent van de harddrugverdachten.
- Verdachten van softdrugdelicten zijn met 33 jaar gemiddeld drie jaren ouder dan verdachten van harddrugdelicten. In het buitenland wonende verdachten van softdrugdelicten zijn met een gemiddelde leeftijd van 25 jaar het jongst (cijfers niet in tabel 9.4 weergegeven).
- Opvallend is dat 60 procent van de softdrugverdachten in Nederland geboren is. Voor harddrugverdachten ligt dit percentage beduidend lager (40%) (cijfers niet in tabel weergegeven).

- Gemiddeld staan verdachten van harddrugdelicten geregistreerd met méér delicten in hun totale criminele voorgeschiedenis dan softdrugverdachten.

Generalist of specialist?

Tabel 9.5 geeft aan in welke mate overtreders van de Opiumwet of de WVMC binnen een bepaalde periode opnieuw voor dergelijk delict met justitie in aanraking komen. Deze gegevens vormen een indicatie voor de mate van specialisme van dit type criminelen.

Tabel 9.5 Recidive na overtreding van de Opiumwet en de Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën (WVMC), cumulatief.^a Peiljaar 1997

Type recidive	Omschrijving	Nieuw delict binnen...			
		... 1 jaar	...2 jaar	...3 jaar	...4 jaar
Algemeen	Alle nieuwe justitiecontacten	25,5%	34,4%	39,9%	43,4%
Ernstig	Justitiecontacten n.a.v. delicten met een strafbedreiging van 4 jaar of meer	14,8%	20,9%	24,7%	27,7%
Speciaal	Justitiecontacten n.a.v. een nieuw Opiumwet- of WVMC-delict	9,8%	14,7%	17,7%	19,9%

Percentage overtreders van de Opiumwet en WVMC. a. Totaal aantal Opiumwet- en WVMC overtreders in 1997: 8 708. Bron: Recidivemonitor, WODC.

- Binnen één jaar na de uitgangszaak is een kwart van alle Opiumwetovertreders opnieuw met justitie in aanraking gekomen. Binnen vier jaar komt ruim 40 procent van de Opiumwetovertreders opnieuw in aanraking met justitie. Het percentage Opiumwetovertreders dat binnen vier jaar weer een nieuwe *Opiumwetzaak* heeft opgebouwd ligt daar met 20 procent duidelijk onder. Kennelijk is er geen sprake van een grote groep specialisten, dat wil zeggen, daders die zich overwegend tot het plegen van Opiumwetdelicten beperken. Het aantal nieuwe Opiumwetzaken komt gemiddeld uit op 0,7 per vier jaar.
- Een vijfde van alle recidivezaken betreft een Opiumwetdelict, in de helft van de gevallen is er sprake van vermogenscriminaliteit (niet in tabel weergegeven).

Drugtoeristen, (kleine) drugsmokkelaars, -handelaren en -koeriers

Deze groep lijkt voor een deel te bestaan uit in het buitenland wonende daders, die aan de grenzen van ons land voor in- of uitvoer van drugs worden aangehouden. Mensen uit deze groep hebben, zo lijkt het, voor een aanzienlijk deel geen criminele achtergrond afgemeten aan hun antecedenten. In ieder geval zijn hun eventuele antecedenten niet bekend in Nederland. Hun voornaamste delicten betreffen dan ook Opiumwetdelicten.

- Vier op de twintig Opiumwetovertreders wonen officieel in het buitenland of hebben een onbekend woonadres (zie tabel 9.4). Ter vergelijking: voor alle verdachten in 2001 geldt dat één op de twintig in het buitenland woont.
- Een opvallend groot aandeel Opiumwetovertreders heeft slechts één antecedent.
- Drugsmokkelaars onderscheiden zich op het kenmerk "recidive" van de overige Opiumwetovertreders. De kans dat drugsmokkelaars recidiveren is beduidend kleiner dan die van personen met delicten als drugbezit of drughandel in het uitgangsjaar (dat wil zeggen het jaar van selectie van de verdachten in de onderzoeksgroep: 1997). Dit betekent nog niet dat zij minder crimineel zijn. Smokkelaars, of zij nu in Nederland geboren zijn of niet, zullen minder vaak in ons land woonachtig zijn en alleen al daarom is de kans minder groot dat zij voor of na de uitgangszaak in de justitiële systemen geregistreerd worden.
- Een deel van de drugwetovertreders betreft juist Nederlanders die in het buitenland worden aangehouden en gedetineerd worden. In 2001 gaat het om ongeveer 1700 personen.

Aard Opiumwetzaken naar productie, transport, handel en bezit voor eigen gebruik

Tabel 9.6 beschrijft op basis van de Strafrechtmonitor van het WODC (SRM) de verdeling van de in 1993 en 1995 door OM of rechter afgedane Opiumwetstrafzaken in termen van productie, transport, handel en bezit, zoals weergegeven in het proces-verbaal van de politie.⁴⁷ Voorzichtigheid bij de interpretatie van de hierna volgende uitkomsten is geboden.

- Ten eerste geldt dat de SRM resultaten niet eventuele verbanden *tussen* verdachten in strafzaken in beeld brengen.
- Bovendien is sprake van een relatief beperkte steekproef: met name de veelvoorkomende vormen van Opiumwetcriminaliteit kunnen beschreven worden. De informatie over de zwaardere uitingen ervan, al dan niet in georganiseerde vorm, ontbreekt hier.
- Verder geeft tabel 9.6 inzicht in de verdeling van *parketnummers* (verdachten) naar aard van de Opiumwetzaak in termen van productie, transport, handel en bezit. De hoeveelheden drugs, verbonden met die zaken zijn echter niet bekend. Op basis van de gegevens kunnen dan ook geen uitspraken worden gedaan over de hoeveelheden drugs gemoeid met productie, in- en uitvoer, enz.
- Ook kan druggebruik aan modeverschijnselen onderhevig zijn. Zo zijn synthetische drugs, zoals ecstasy, met name in de tweede helft van de jaren negentig opgekomen.
- Tenslotte kan de opsporingspraktijk veranderd zijn. Gegeven het feit dat de periode die in kaart is gebracht al weer meerdere jaren terug ligt is het niet ondenkbaar dat het beeld enigszins verouderd is. Zo is in de tweede helft van de jaren negentig het aandeel strafzaken Opiumwet wegens softdrugdelicten op het totaal van de Opiumwetstrafzaken beduidend toegenomen (zie tabel 9.9 in paragraaf 9.4.2). Verder is de opsporing van ATS-produktieplaatsen recent geïntensiveerd.

Tabel 9.6 Aard van Opiumwetzaken: indicatie van het aandeel productie, transport, handel en bezit voor eigen gebruik (1993 en 1995)^a

	Aandeel
Productie	5,8%
Transport,	18,8%
Waarvan: - invoer	7,4%
- uitvoer	7,1%
- vervoer in Nederland	4,3%
Handel	40,0%
Bezit voor eigen gebruik	35,0%
Onbekend	0,4%
<i>Totaal</i>	<i>100,0%</i>

a. Op basis van een steekproef van misdrijfzaken die in 1993 of in 1995 in eerste aanleg door het OM of de rechter zijn afgedaan (in totaal 158 zaken). Bron: SRM, WODC.

- Eén op de zeventien Opiumwetzaken betreft de productie van drugs, één op de vijf transport en twee op de vijf handel. Het resterende deel van de Opiumwetzaken omvat bezit voor eigen gebruik.
- Opiumwetzaken waarin verdachten voor drugtransport vervolgd worden betreffen in de eerste plaats softdrugs, gevolgd door cocaïne en, op de derde plaats, heroïne. Zaken waarin verdachten van drughandel vervolgd worden betreffen voor het grootste deel cocaïne en heroïne. Softdrugs maken hier, in tegenstelling tot de situatie bij de drugtransport, maar een relatief klein deel uit van het totaal (niet in tabel 9.6 weergegeven).

⁴⁷ Onderliggende teleenheid in tabel 9.6 is een parketnummer. Elk parketnummer kent één verdachte. In totaal levert de steekproef 158 parketnummers op die, volgens het proces-verbaal opgemaakt door de politie, als zwaarste delict een Opiumwetdelict bevatten.

Druggebruikende Opiumwetvertreders

Een aanzienlijk gedeelte van de jaarlijks gearresteerde Opiumwetvertreders is zelf druggebruiker, voornamelijk van harddrugs.

- Bij benadering kan de helft van het jaarlijkse aantal Opiumwetstrafzaken aan druggebruikers worden toegeschreven. De opgehelderde Opiumwetcriminaliteit lijkt dus voor een aanzienlijk deel tevens criminaliteit onder druggebruikers te zijn. Hieronder vallen druggebruikers die zelf handelen, bijvoorbeeld in heroïne en cocaïne. Mogelijk gaat het ook om druggebruikers die om lokale overlast terug te dringen worden opgepakt voor het bezit van (kleinere) hoeveelheden drugs en zo tijdelijk van de straat worden gehaald: ongeveer één op de drie Opiumwetvertreders wordt voor bezit van drugs geverbaliseerd.
- Hard- en softdrugverdachten lijken qua verdeling van criminele antecedenten opvallend veel op elkaar (niet in tabel weergegeven). Waarschijnlijk wordt het beeld hier vooral door een zelfde groep zeer actieve Opiumwetvertreders bepaald, die in de loop van hun "criminele carrière" vooral voor vermogensdelicten worden opgepakt, maar zo nu en dan ook voor een Opiumwetdelict. Met name deze groep Opiumwetvertreders overlapt met die van de recidiverende druggebruikers (zie §9.3.2).
- Een kwart van de verdachten van een harddrugdelict staat in het HKS als probleemgebruiker geregistreerd, tegen minder dan één op de vijftieng softdrugverdachten.
- Naast de verdenking van een Opiumwetdelict wordt één op de vijf Opiumwetvertreders in het peiljaar 1997 ook nog van een vermogensmisdrijf verdacht.

9.3.3 Recidiverende druggebruikers

Een groep stelselmatig recidiverende langdurig druggebruikende daders bepaalt het beeld van de geregistreerde drugcriminaliteit.

Tabel 9.7 beschrijft, op basis van de SRM, de verdeling van zaken naar verslavingsproblematiek⁴⁸ van de verdachten met of zonder justitiële documentatie, dat wil zeggen, naar het al eerder of niet vervolgd zijn van de verdachten.

Tabel 9.7 Indicatie van recidive in misdrijfzaken naar type verslavingsproblematiek (1993 en 1995)^{a,b}

	Aantal	Aanwezigheid eerdere justitiële documentatie		
		Ja	Nee	Onbekend
Harddrugs	254	89,4%	9,1%	1,6%
Softdrugs	27	70,4%	25,9%	3,7%
Anders ^c	63	82,5%	17,5%	-
Geen	1 264	46,4%	51,8%	-
Onbekend	1 683	59,7%	38,3%	2,0%

a. Misdrijfzaken in eerste aanleg afgedaan door het OM of de rechter. Exclusief misdrijfzaken in verband met de WED, Wegenverkeerswet en "overige misdrijven Sr.". Cijfers zijn gebaseerd op een steekproef van misdrijfzaken uit 1993 en 1995. b. Verslavingsproblematiek is in de SRM vastgesteld als er in het strafdossier expliciet naar een verslaving verwezen wordt (zie bijlage F). c. Voornamelijk alcoholproblematiek, verder medicijn- en gokverslaving. Bron: SRM, WODC.

- Negen op elke tien druggebruikende verdachten heeft ooit al een eerdere strafzaak wegens enig misdrijf tegen zich gehad (zie tabel 9.7).⁴⁹

⁴⁸ Voor de terminologie: zie bijlage B.

⁴⁹ Elke strafzaak kent één verdachte.

Ook recente cijfers van het HKS geven aan dat de mate van recidive onder druggebruikende verdachten hoog is in vergelijking met verdachten die niet als druggebruiker staan geregistreerd.

- In 2001 had driekwart van de druggebruikers die voor een misdrijf waren gearresteerd in totaal, in hun hele criminele voorgeschiedenis, elf of meer processen-verbaal wegens een misdrijf ('antecedenten') op hun naam staan. Eén op de drie had tussen de 21 en 50 antecedenten.
- Het overgrote deel van de druggebruikende verdachten gebruikt harddrugs, al of niet in combinatie met andere middelen, zoals softdrugs, medicijnen of alcohol. Probleemgebruikers van softdrugs vormen een kleine minderheid op het totale aandeel van de druggebruikende verdachten. Hun aandeel op het totaal aantal verdachten is kleiner dan die van probleemgebruikers van alcohol (zie tabel 9.2).[2]
- De precieze omvang van de groep frequent recidiverende druggebruikers is momenteel niet bekend. Op basis van de beschikbare informatie kan ruw worden ingeschat dat het gaat om een groep van meerdere duizenden daders.[2]

Tabel 9.8 geeft een overzicht van de kenmerken van druggebruikende verdachten volgens het HKS.

- Bijna de helft woont in één van de vier grote steden.
- Vergeleken met de totale populatie zijn veel druggebruikende verdachten buiten Nederland geboren. Drie op de zes druggebruikende verdachten komen uit het buitenland tegen twee op de zes in de totale populatie verdachten (niet in tabel weergegeven). Mogelijk verblijft een aanzienlijk deel van hen hier als toerist of als illegaal.
- De groep recidiverende druggebruikers lijkt verantwoordelijk te zijn voor de bulk van de opgehelderde drugcriminaliteit.
- Daders in deze groep worden verreweg het meest gearresteerd voor vermogensdelicten, op afstand gevolgd door geweld tegen personen en vernieling en openbare orde (tabel 9.8). Maar ook diefstal in combinatie met geweld c.q. afpersing komt verhoudingsgewijs, in vergelijking tot hun aandeel in de totale populatie, vaak voor.

Tabel 9.8 Profiel van verdachten die in het HKS de gevarenclassificatie 'druggebruiker' toegekend hebben gekregen. Peiljaar 2001

Aantal verdachten	8 730
Aandeel naar geslacht	
- Man	91%
- Vrouw	9%
	100%
Aandeel naar woonplaats- of gemeente	
- Met minder dan 10 000 inwoners	1%
- Met 10 000 tot 20 000 inwoners	3%
- Met 20 000 tot 50 000 inwoners	11%
- Met 50 000 tot 100 000 inwoners	13%
- Met 100 000 tot 150 000 inwoners	10%
- Met 150 000 tot 250 000 inwoners	9%
- Met 250 000 en meer inwoners (G4)	47%
- Buitenland	5%
- Onbekend	2%
	100%
Type misdrijf onder de druggebruikende verdachten in 2001 ^a	
- Verkrachting, aanranding	1%
- Overige seksuele misdrijven	0%
- Geweld tegen personen	19%
- Vermogen met geweld	11%
- Vermogen zonder geweld	63%

- Vernieling, openbare orde/gezag	19%
- Verkeersmisdrijven	10%
- Opiumwet	17%
- Overige misdrijven	19%

a. Verdachten kunnen in meer dan één categorie voorkomen. De percentages mogen daarom niet bij elkaar worden opgeteld. Bron: HKS, Bewerking KLPD/dNRI/groep O&A.

9.4 STRAFRECHTELIJKE REACTIE EN JUSTITIËLE VERSLAVINGSZORG

Politie en justitie dragen zorg voor de opsporing en de vervolging en berechting van daders van delicten. Het algemene beeld van de strafrechtelijke reactie op drugcriminaliteit is dat vormen van georganiseerde drugcriminaliteit het zwaarst gestraft worden. De overige Opiumwetcriminaliteit wordt gemiddeld wat minder zwaar gestraft maar toch ook zwaarder in vergelijking met alle criminaliteit. Harddrugdelicten worden zwaarder bestraft dan softdrugdelicten. De criminaliteit onder druggebruikers mondt veelvuldig uit in vrijheidsstraffen. Door een hulp- en zorgaanbod tijdens detentie, of de alternatieven daarvoor, wordt getracht de situatie van de groep frequent recidiverende druggebruikers, die het beeld hier domineren, te verbeteren en de criminaliteit en overlast te verminderen.

9.4.1 Georganiseerde criminaliteit

Opsporing van meer ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit

- In 2000 is er een tijdelijke terugval van het aandeel op drugcriminaliteit gerichte onderzoeken op het totaal van de geregistreerde opsporingsonderzoeken naar meer ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit. In 2001 is het aandeel weer terug op het niveau van de voorgaande jaren (zie tabel 9.3).
- In de periode 1998-2001 neemt het aantal en aandeel geregistreerde opsporingsonderzoeken naar drugproducerende organisaties toe. Tegelijkertijd daalt het aantal en aandeel geregistreerde opsporingsonderzoeken waarin drugtransport of -handel wordt aangetroffen om in 2001 weer toe te nemen (niet in tabel weergegeven).[2]
- De soorten drugs die eruit springen zijn cocaïne, synthetische drugs (zoals ecstasy) en hasj. Vooral in 2001 nemen synthetische drugs met 79 opsporingsonderzoeken een behoorlijke proportie voor hun rekening.

Opgerolde Amfetamine Type Stimulantia (ATS-) productieplaatsen

- Volgens gegevens van de KLPD en USD zijn tussen 1998 en 2000 ongeveer 35 productieplaatsen van amfetamine-type stimulantia per jaar ontmanteld.[58, 116, 117].
- Deze productieplaatsen kunnen naar aard uiteenlopen. Zo kan er sprake zijn van een compleet ingericht laboratorium, een tabletteerinrichting, een laboratorium in of op een voertuig of een locatie waarvan aan de hand van achtergelaten inventaris of chemicaliën aangenomen moet worden dat het om een productieplaats ging. Sinds 1998 lijkt de inventarisatie van productieplaatsen vrijwel compleet.

Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën

De Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën (WVMC) heeft als aangrijpingspunt de uitdrukking “geen drugs zonder chemicaliën”. Door controle op grondstoffen, de ‘precursoren’ wordt het tegengaan van productie van illegale drugs beoogd. Kenmerkend voor precursoren is dat het gaat om legale producten. Waar de Opiumwet uitgaat van een lijst met verboden stoffen, beoogt de WVMC met een

controlesysteem de legale handel in precursoren in beeld te brengen en te volgen, zodat het illegale gebruik zichtbaar wordt en kan worden aangepakt.[119].

- In de periode 1996 tot en met 2000 worden jaarlijks ruim twintig WVMC zaken (elke zaak betreft één parketnummer met één enkele verdachte) afgedaan, met uitzondering van 1998 waarin minder dan twintig zaken zijn afgedaan. In 2001 steeg het aantal afgedane WVMC zaken naar 39.
- Het overgrote deel van de verdachte personen wordt door het OM gedagvaard, met uitzondering van het jaar 1998 waarin de meeste zaken geseponneerd zijn. Op enkele uitzonderingen na leiden alle dagvaardingen tot een schuldigverklaring met straf.
- De meest opgelegde straf is een (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraf. In absolute zin maar ook in vergelijking met Opiumwetzaken worden voor WVMC zaken forse vrijheidsstraffen opgelegd.

Deelname aan criminele organisatie: artikel 140 Wetboek van Strafrecht

Als er sprake is van georganiseerde criminaliteit kan artikel 140 van het Wetboek van Strafrecht worden toegepast. In dit artikel wordt deelname aan een organisatie die het plegen van misdrijven tot oogmerk heeft strafbaar gesteld.

- In de periode 1997-2001 daalde het aantal *onherroepelijk afgedane* strafzaken Opiumwet in combinatie met artikel 140 Sr van 450 in 1997 naar 248 in 2001.
- De gegevens over *in eerste aanleg* afgedane Opiumwetzaken in combinatie met artikel 140 Sr suggereren dat deze dalende trend aan het ombuigen is. In 2001 is voor het eerste in jaren een stijging waarneembaar.⁵⁰
- Het aandeel door het OM gedagvaarde zaken op het totaal daalde in deze periode van 77 procent naar 66 procent. Deze daling kan grotendeels verklaard worden uit de toename van het aandeel beleidssepots (stijging van 7 naar 11%).
- Vrijwel alle gedagvaarde Opiumwetzaken in combinatie met artikel 140 Sr leiden tot een schuldigverklaring (98 tot 100%).
- De sanctiekans in Opiumwetstrafzaken waarbij artikel 140 Sr ten laste is gelegd daalt in de periode 1997 tot en met 2001 van 75 naar 66 procent.
- Het aandeel onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen op de schuldigverklaringen varieerde tussen 61 procent en 79 procent. De gemiddelde duur van het onvoorwaardelijke gedeelte van de vrijheidsstraf ligt om en nabij duizend dagen, met als ondergrens 840 in 2001.
- Het aantal opgelegde ontnemingen van wederrechtelijk verkregen voordeel daalt. De opgelegde ontnemingsbedragen variëren van 454 euro tot 816 804 euro.

9.4.2 Opiumwet

Onherroepelijk afgedaan

In tabel 9.9 wordt het aandeel onherroepelijk afgedane strafzaken weergegeven in verband met de Opiumwet. Er is onderscheid gemaakt tussen lijst 1 (harddrugs) en lijst 2 (softdrugs) zaken of een combinatie daarvan.

⁵⁰ Gegevens over in eerste aanleg afgedane zaken uit OMDATA geven, vooral voor meer complexe en zware zaken, waartoe ook Opiumwetzaken in combinatie met artikel 140 Sr horen, een recenter beeld dan die over onherroepelijk afgedane zaken. In dergelijke zaken wordt relatief vaak een hoger beroep ingesteld, zodat het langer duurt voor een zaak onherroepelijk wordt en zichtbaar wordt in het OBDJ.

Tabel 9.9 Onherroepelijk afgedane Opiumwetzaken per type drug, vanaf 1997^a

	1997	1998	1999	2000	2001
<i>Totaal aantal</i>	<i>10 761</i>	<i>11 611</i>	<i>11 132</i>	<i>10 546</i>	<i>11 143</i>
Harddrugs	63%	59%	56%	57%	57%
Softdrugs	31%	35%	40%	39%	39%
Hard+Softdrugs	2%	3%	3%	3%	3%
Overig	3%	3%	1%	1%	1%

a. Percentages tellen op tot 100. Bron: OBJD, WODC.

- Tussen 1997 en 2001 worden jaarlijks rond de 11 duizend Opiumwetzaken behandeld.
- Het aandeel softdrugzaken neemt toe van ruim drie op de tien naar vier op de tien.

Tabel 9.10 Onherroepelijk afgedane strafzaken vanwege de Opiumwet naar afdoening door het OM per type drug, vanaf 1997

	1997	1998	1999	2000	2001
Totaal aantal Opiumwetzaken	10 761	11 611	11 132	10 546	11 143
Totaal (harddrugs, softdrugs, hard- en softdrugs)^a					
Dagvaarding	64%	66%	72%	71%	67%
Transactie	13%	12%	9%	9%	16%
Beleidssepot	8%	7%	6%	6%	6%
Technisch sepot	10%	9%	8%	9%	7%
Voeging	5%	6%	5%	5%	5%
Harddrugs^a					
Dagvaarding	70%	72%	75%	76%	74%
Transactie	5%	5%	4%	4%	7%
Beleidssepot	9%	8%	7%	7%	6%
Technisch sepot	11%	10%	9%	9%	8%
Voeging	6%	6%	5%	5%	5%
Softdrugs^a					
Dagvaarding	55%	62%	68%	64%	56%
Transactie	22%	18%	16%	17%	29%
Beleidssepot	8%	7%	5%	6%	5%
Technisch sepot	10%	8%	7%	8%	6%
Voeging	5%	5%	5%	4%	4%
Hard- en softdrugs^a					
Dagvaarding	89%	82%	89%	84%	78%
Transactie	0%	1%	2%	3%	3%
Beleidssepot	3%	4%	2%	2%	7%
Technisch sepot	5%	9%	4%	8%	9%
Voeging	3%	4%	3%	3%	3%

a. Percentages tellen binnen een categorie op tot 100. Bron: OBJD, WODC.

- Twee op de drie Opiumwetzaken komen voor de rechter. Ze worden “gedagvaard”. Softdrugzaken komen minder vaak voor de rechter (drie op de vijf) dan harddrugzaken (drie op de vier). Zaken waarin zowel hard- en softdrugs in het spel zijn worden het meest gedagvaard (vier op de vijf zaken). Dit kan voornamelijk verklaard worden uit het feit dat softdrugzaken vaker in een transactie eindigen dan harddrugzaken. Zaken waarin zowel hard- als softdrugs betrokken zijn worden het minst vaak afgesloten met een transactie.

Onherroepelijk door de rechter afgedaan

- In de meeste gedagvaarde zaken, ongeacht het type drug, beoordeelt de rechter de verdachte als schuldig aan de hem/haar ten laste gelegde feiten.

Sancties

Tabel 9.11 geeft informatie over onherroepelijke sancties in verband met Opiumwetzaken.

De sanctiekans (definitie: zie onderschrift van tabel 9.11) geeft een indicatie van de kans dat een bekend geworden dader ook daadwerkelijk gestraft wordt.

- Tussen 1997 en 2001 stijgt de sanctiekans in Opiumwetzaken van 81 naar 86%. Met andere woorden: in 2001 krijgen 86 van de 100 verdachten een sanctie. Van de rest van de verdachten wordt de zaak geseponeerd door het OM of volgt (in geringe mate) vrijspraak door de rechter.

- Mogelijk is de verhoging van de sanctiekans deels toe te schrijven aan een registratieartefact. Strafzaken worden momenteel 'gefilterd', dat wil zeggen, ze worden door het OM reeds bij de politie ter zijde gelegd op de politiebureaus vanwege de inschatting dat zij niet vervolgbaar zijn. Deze 'gefilterde' zaken komen niet altijd meer terecht in de registratie van het OM.

Tabel 9.11 Onherroepelijke sancties in Opiumwetzaken, vanaf 1997

	1997	1998	1999	2000	2001
Sanctiekans ^a	81%	83%	86%	85%	86%
Aantal					
- Taakstraf	1 441	1 853	2 129	2 138	1 120 ^b
- Onvoorwaardelijke vrijheidsstraf	3 522	3 676	3 578	3 341	3 523
- Transactie financieel	1 101	1 157	911	838	1 568
- Geldboete	1 287	1 476	1 634	1 350	1 393
- Ontneming	90	91	74	73	46
Gemiddelde duur in dagen					
- Taakstraf	136	128	124	122	121
- Onvoorwaardelijke vrijheidsstraf	376	368	369	348	356
Gemiddeld bedrag in euro's ⁵¹					
- Transactie financieel	261	328	466	437	443
- Geldboete	2 636	1 528	1 695	1 529	1 022
- Ontneming	17 031	12 012	10 092	6 976	10 568

a. De sanctiekans geeft een indicatie van de kans dat een bekend geworden dader, in dit geval een dader van een Opiumwettelijk delict, daadwerkelijk gestraft wordt. De sanctiekans is gedefinieerd als het aandeel transacties plus de schuldigverklaringen met sanctie, gedeeld door het totaal aantal afgedane zaken (exclusief de voegingen en de overdrachten). b. De daling van het aantal taakstraffen in 2001 is hoogstwaarschijnlijk het gevolg van een registratieprobleem. Het aantal in eerste aanleg door de rechter opgelegde taakstraffen blijkt alleen al voor meerderjarigen uit te komen op 2 308 (bron: OMDATA). In 2001 lijkt daarom eerder een stijging dan een daling van de taakstraffen op te treden. Bron: OBDJ, WODC.

- Het aantal door de rechter opgelegde taakstraffen nam toe van 1500 in 1997 tot 2200 in 2000.
 - Het aantal *taakstraffen* in 2001 (1120) is waarschijnlijk te laag. Dit wordt bevestigd door gegevens afkomstig van in eerste aanleg afgedane strafzaken. Op basis hiervan kan worden gesteld dat eerder een toename van taakstraffen verwacht kan worden in het jaar 2001 dan een afname.
 - Het gemiddeld aantal dagen per taakstraf daalde gestaag tussen 1997 en 2001.
- Het aantal *financiële transacties* daalt van 1996 tot en met 2000 om in 2001 weer fors te stijgen. Het gemiddelde transactiebedrag lijkt na een aanvankelijke toename in het begin van de beschouwde periode vanaf 1999 te dalen naar een bedrag rond de 444 euro (900 gulden).
- Jaarlijks worden er 1400 à 1500 *geldboetes* opgelegd. De daling van het gemiddelde boetebedrag wordt veroorzaakt door enkele extreme waarden.⁵² De mediaan (middelste waarneming in de

⁵¹ De bedragen in guldens luiden:

Transactie financieel	575	722	1027	962	976
Geldboete	5 810	3 368	3 736	3 370	2 252
Ontneming	37 532	26 472	22 240	15 373	23 289

⁵² In 1997 is in vier zaken een onvoorwaardelijke geldboete van 453.780 euro (1 miljoen gulden) aangetroffen. In 1998 is in één zaak een waarde van 363.024 euro (800 duizend gulde) gevonden. In alle vijf gevallen gaat het om harddrugdelicten. Daarnaast is in vier van deze zaken ook artikel 140 Sr gevonden.

reeks van naar hoogte van de boetebedragen gerangordende straffen) is niet gevoelig voor deze extreme waarden. De mediaan ligt tussen 1997 en 2001 bij 454 euro (1000 gulden). Kennelijk blijft de hoogte van het boetebedrag constant.

- Het aantal *ontnemingen* van wederrechtelijk verkregen voordeel daalt. De hoogte van de ontnemingsbedragen varieert sterk.

Vrijheidsstraf

- In ongeveer de helft van de door de rechter afgedane Opiumwetzaken is een (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraf opgelegd. Het gaat om jaarlijks rond de 3500 vrijheidsstraffen.
- Ruim vier op de vijf vrijheidsstraffen betreffen een harddrugzaak. Tussen 1997 en 2000 neemt het belang van de in softdrugzaken opgelegde (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen toe van een op de negen naar een op de zeven, om in 2001 te dalen naar een op de twaalf.
- De gemiddelde duur van het onvoorwaardelijke gedeelte van de vrijheidsstraf bedraagt ruwweg een jaar. Daders die zowel voor hard- als softdrugdelicten zijn veroordeeld krijgen relatief de zwaarste straf, daders voor softdrugdelicten de lichtste. De gemiddelde duur van de vrijheidsstraf in softdrugzaken is de afgelopen jaren gedaald.

9.4.3 Criminaliteit onder druggebruikers

Strafrechtelijke interventie

- Een groep van bij benadering meerdere duizenden (overwegend) harddrug gebruikende verdachten, wordt geregeld opgepakt door de politie voor een breed scala aan delicten met als hoofdmoot vermogensmisdrijven.
- De strafzaken tegen deze druggebruikende verdachten komen veelal bij de rechter. Deze gaat veelal over tot veroordeling van de dader tot een (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraf.

Hoe zwaarder de strafzaak, in termen van de criminele voorgeschiedenis van de verdachte en/of de ernst van de delicten waarvan deze wordt beschuldigd, des te groter de kans dat die zaak verder doordringt in de strafrechtsketen.

Tabel 9.12 beschrijft de verdeling van zaken naar verslavingsproblematiek van de verdachten, op het niveau van het OM, de rechter en opgelegde (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen.⁵³

Tabel 9.12 Indicatie aandeel verslaafden in zaken bij afdoening door OM, rechter en bij de opgelegde onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen (1993 en 1995)^a

	Aantal zaken	Harddrugs	Softdrugs	Anders ^b	Geen	Onbekend
OM	848	9,8%	1,3%	0,9%	83,7%	4,2%
Rechter	835	20,5%	1,9%	6,6%	66,3%	4,7%
(deels) onvoorwaardel. Vrijheidsstraf	259	45,6%	2,3%	6,9%	42,1%	3,1%

a. Misdrijfzaken, behalve in verband met de WED, Wegenverkeerswet en "overige misdrijven Sr.", in eerste aanleg afgedaan door het OM of de rechter. Cijfers zijn gebaseerd op een steekproef van misdrijfzaken uit 1993 en 1995. b. Voornamelijk alcoholproblematiek, verder medicijn- en gokverslaving. Bron: SRM, WODC.

⁵³ Voor het aandeel strafzaken dat heeft geleid tot een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf geldt de vertekening in mindere mate. Immers, waar de groep strafzaken WWV en WED, plus de restgroep samen genomen in totaal ruwweg een derde van alle strafzaken vormt, is deze groep slechts verantwoordelijk voor maar één op de drieëndertig (3%) opgelegde onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen.

- Bij benadering blijkt dat bij *maximaal één* op de tien door het OM afgedane zaken (een druggebruiker betrokken is. Dit aantal is exclusief misdrijven tegen de Wegenverkeerswet (WVW), de Wet Economische delicten (WED) en een restcategorie van misdrijven in het Wetboek van Strafrecht.
- Ook geldt dan dat verslaafden [probleemgebruikers van drugs] een grotere rol spelen in strafzaken die worden afgedaan door de rechter dan het OM: maximaal één op de vijf à vier strafzaken tegen één op de tien.
- Het hierboven genoemde aandeel druggebruikers in misdrijfzaken is waarschijnlijk in bovenwaartse richting vertekend door het ontbreken van WED-, WVW- en Sr-strafzaken. Het totale gemiddelde zou lager uitkomen.
- Bij benadering blijkt bijna de helft van de opgelegde (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen een veroordeelde druggebruiker te betreffen.
- Resultaten hebben betrekking op een steekproef van enige jaren geleden (1993, 1995) kunnen verouderd zijn en zijn met de nodige onzekerheid omgeven.
- De kans dat de veroordeelde druggebruiker na enige tijd recidiveert is hoog. De meerderheid van de druggebruikende verdachten is al eens eerder vervolgd (zie ook tabel 9.7).
- Ook bij Opiumwetovertreders is sprake van een hoge mate van recidive. Een kwart van alle Opiumwetovertreders komt binnen een jaar opnieuw met justitie in aanraking. Binnen vier jaar ligt het aandeel recidivisten op meer dan 40 procent. Een groep druggebruikende daders lijkt hier het beeld te bepalen (zie ook tabel 9.5).

Justitiële verslavingszorg

- Er wordt een aanzienlijke inspanning verricht om drugverslaafden in het justitiële traject de zorg in te leiden, mede om de druggerelateerde criminaliteit en –overlast terug te dringen. Hierbij wordt in toenemende mate gebruik gemaakt van de (drang) mogelijkheden in het strafrecht.
- Tabel 9.13 geeft een overzicht van het gedifferentieerde aanbod van hulp en zorg voor drugverslaafden in het justitiële traject (zie ook hoofdstuk 8).

Tabel 9.13 Mogelijkheden voor instroom in hulp- en zorgtrajecten voor drugverslaafden in het justitiële traject, naar fase in het traject

Fase in justitiël traject:	Mogelijk aanbod aan verslaafde:
Politiefase en tijdens inverzekeringstelling	<ul style="list-style-type: none"> • Vrijwillig aanbod via vroeghulp
Bij voorgeleiding en zitting	<p>Drang:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schorsing voorlopige hechtenis ten behoeve van behandeling/zorg (onder bijzondere voorwaarden) via vroeghulpinterventie door rechter-commissaris • Aanhouden van de zitting voor een bepaalde tijd om betrokkene in de gelegenheid te stellen aan behandeling/zorgtraject deel te nemen • Opleggen van (gedeeltelijk) voorwaardelijke straf met als voorwaarde een ter zitting voorgesteld hulpverleningstraject <p>Dwang:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opleggen maatregel Strafrechtelijke Opvang Verslaafden
Tijdens detentie	<p>Drang:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plaatsing in Verslaafden Begeleidings Afdeling • Plaatsing (in kliniek) in het kader van art. 43 PBW • Deelname aan Penitentiair Programma
Na afloop van detentie	<ul style="list-style-type: none"> • Vrijwillig hulp- en zorgaanbod

- In het gehele justitiële traject bestaan voor criminele drugverslaafden vanaf hun arrestatie tot de ten uitvoerlegging van sancties vele instroommogelijkheden naar de verslavingshulpverlening en -zorg.
- Verslaafden worden volop gestimuleerd door onder andere vroeghulp om vrijwillig in te stromen. Daarnaast wordt sinds de jaren '90 in toenemende mate gebruik gemaakt van de mogelijkheden van het strafrechtssysteem om verslaafden in de richting van zorg te dringen (drang) of te dwingen (dwang). Deelname aan een zorgtraject vormt daarbij een alternatief voor sancties en detentie.

Strafrechtelijke Opvang Verslaafden

Met ingang van 1 april 2001 is het wettelijk mogelijk geworden justitiabele verslaafden gedwongen te plaatsen in een intramuraal programma. Deze wet "Strafrechtelijke Opvang Verslaafden" (SOV) betreft een maatregel die voorlopig wordt doorgevoerd in de vorm van een experiment in speciaal daarvoor ontwikkelde voorzieningen. In het hele scala van mogelijkheden voor justitiabele verslaafden in het justitiële traject is de SOV het zwaarste middel.

- De maatregel SOV wordt opgelegd door de meervoudige kamer van de rechtbank op eis van het OM als de verdachte
 - een misdrijf heeft gepleegd waarvoor voorlopige hechtenis is toegestaan
 - drugverslaafd is
 - in de vijf jaar voorafgaand aan het huidige misdrijf ten minste drie maal wegens een misdrijf onherroepelijk tot een vrijheidsbenemende of beperkende straf is veroordeeld
 - in het verleden zonder succes heeft deelgenomen aan een drangaanbod
 - en niet lijdt aan een ernstige psychiatrische aandoening.

De SOV is alleen voor Nederlandse mannen bedoeld.

- De SOV heeft een looptijd van 2 jaar en kent een gefaseerde opbouw: een gesloten fase van een half jaar, een halfopen fase van zes tot negen maanden, en een laatste open fase buiten de inrichting.
- De SOV is in 2001 gestart als experiment op vier locaties: Rotterdam (start 1 april 2001, eerste instroom vanaf 1 juli 2001, 96 cellen), Amsterdam (start september 2001, 96 cellen), Utrecht (start oktober 2001, capaciteit 48 cellen) en Zuid (Arnhem, Nijmegen, Den Bosch, Eindhoven, Maastricht en Heerlen; start oktober 2001, capaciteit 48 cellen).

Tabel 9.14 Aantal deelnemers in SOV, naar status en locatie. Peildata 26 maart, 21 mei en 31 augustus, 2002

	Amsterdam ^a			Rotterdam ^a			Utrecht ^b			Zuid ^b			Totaal		
	mrt.	mei	aug.	mrt.	mei	aug.	mrt.	mei	aug.	mrt.	mei	aug.	mrt.	mei	aug.
Met maatregel	27	46	54	19 ^c	25	33	9	15	20	3 ^d	6	14	58	92	121
In toeleiding	9	0	0	23	0	5	12	0	0	15	0	0	59	0	5
Totaal	36	46	54	42	25	38	21	15	20 ^d	18	6	14	117	92	126

a. Capaciteit bedraagt 96 cellen: 48 voor gesloten fase, 24 voor de halfopen en de open fase. b. Capaciteit bedraagt 48 cellen: 24 voor de gesloten fase en telkens 12 voor de halfopen en de open fase. c. Twee in hoger beroep, 1 in cassatie. d. Eén in Arnhem, 2 in Maastricht. Bron: SOV.

- De totale capaciteit bedraagt 288 cellen.
- Na een jaar (eind maart 2002) bedroeg het aantal deelnemers 58, terwijl er 59 in de toeleiding waren. In mei en augustus 2002 is het aantal deelnemers met maatregel toegenomen.
- Er bevinden zich nu minder personen in de SOV die nog in de toeleiding zitten; deze verblijven meerendeels elders.
- Per eind augustus 2002 bevinden zich in totaal 95 deelnemers in fase 1 en 25 in fase 2. Er bevindt zich nog geen deelnemer in fase 3.

- Informatie over effecten van de SOV kan nog niet gegeven worden. In september 2001 is de procesevaluatie van de SOV gestart. De resultaten hiervan komen in 2004 beschikbaar. In juni 2002 is de effectevaluatie gestart; deze zal eind 2006 de definitieve resultaten opleveren.

9.5 DRUGCRIMINALITEIT: LAATSTE FEITEN EN TRENDS

- Drugcriminaliteit trekt onmiskenbaar een zware wissel op politie en justitie.
- Er kunnen globaal drie hoofdtypen daders van drugcriminaliteit worden onderscheiden:
 - daders van (meer ernstige) vormen van georganiseerde criminaliteit
 - Opiumwetovertreders met een relatief geringe mate van betrokkenheid bij de georganiseerde drugwetcriminaliteit
 - frequent recidiverende, langdurig druggebruikende daders; voornamelijk plegers van vermogensdelicten.
- Tussen 1997 en 2001 stijgt de sanctiekans in Opiumwetzaken van 81 naar 86 procent.
- Vormen van georganiseerde drugcriminaliteit worden het zwaarst gestraft. De overige Opiumwetcriminaliteit wordt gemiddeld minder zwaar gestraft maar zwaarder dan alle criminaliteit samengenomen. Vooral voor harddrugdelicten worden de zwaarste straffen opgelegd.
- Criminaliteit onder druggebruikers mondt veelvuldig uit in vrijheidsstraffen.
- Het aantal deelnemers in de SOV nam tussen maart en augustus 2002 toe van 58 naar 126.

Referenties

- 01 Snippe, J., Hoogeveen, C., Bieleman, B. (2000). *Monitor drugproblematiek justitie, definitiestudie en ontwikkeltraject*. Groningen: Intraval.
- 02 Meijer, R.F., Aidala, R., Verrest, P.A.M., Panhuis, P. van, Essers, A.A.M. (in druk, 2002). *Monitoring van Drugcriminaliteit; Werken aan kengetallen voor de Nationale Drugmonitor*. Den Haag: Ministerie van Justitie, WODC.
- 03 Abraham, M.D., Cohen, P.D.A., Kaal, H.L. (2002). *Licit and illicit drug use in the Netherlands, 2001*. Amsterdam: Mets.
- 04 Zwart, W.M. de, Monshouwer, K., Smit, F. (2000). *Jeugd en riskant gedrag. Kerngegevens 1999. Roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 05 Bogt, T. ter, Dorselaer, S. van, Vollebergh, W. (2002). *Roken, drinken en blowen door Nederlandse scholieren (11 t/m 17 jaar), 2001; Kerngegevens middelengebruik uit het Nederlandse HBSC-onderzoek*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 06 Korf, D.J., Woude, M. van der, Benschop, A., Nabben, T. (2001). *Coffeeshops, jeugd en toerisme*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
- 07 Smit, F., Monshouwer, K., Verdurmen, J. (in press, 2002). Polydrug Use Among Secondary School Students: combinations, prevalences and risk profiles. *Drugs: education, prevention and Policy*.
- 08 Monshouwer, K., Smit, F., Spruit, I. (2002). Alcohol-, tabak- en cannabisgebruik bij scholieren naar etnische achtergrond. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen (TSG)*, 80: 172-177.
- 09 Stam, H., Mensink, C., Zwart, W.M. de (1998). *Jeugd en riskant gedrag 1997. Roken, drinken en gokken in het voortgezet speciaal onderwijs en spijbelopvangprojecten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 10 Konijn, C. (1999). Blowende jongeren: een toenemend probleem voor groepsopvoeders. *Tijdschrift voor Sociaal Pedagogische Hulpverlening*, 28: 32-38.
- 11 Korf, D.J., Diemel, S., Riper, H., Nabben, T. (1999). *Het volgende station; Zwerfjongeren in Nederland*. Amsterdam: Thela Thesis.
- 12 Korf, D.J., Nabben, T., Benschop, A. (2002). *Antenne 2001; Trends in alcohol, drugs en gokken onder jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
- 13 Rigter, H., Laar, M. van (2002). Epidemiological aspects of cannabis use. In: Spruit, I.P. (Ed.). *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 in Brussels, Belgium; February 25, 2002*. Brussels: Ministry of Public Health: 19-45.
- 14 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: 446-457.
- 15 Poel, A. van der, Mheen, D. van de (1999). *Softdrugs in Midden-Holland; Een onderzoek naar de omvang en achtergronden van softdrugsgebruik*. Rotterdam/Gouda: IVO/GGD Midden-Holland.
- 16 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2001). *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union*. Lissabon: EMCDDA.
- 17 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2001). *Complementary statistical tables to the Annual Report on the state of the drugs problem in the European Union* [Online]. Available: <http://www.emcdda.org>.
- 18 SAMHSA (2001). *Summary of Findings from the 2000 National Household Survey on Drug Abuse*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- 19 Australian Institute of Health and Welfare (2002). *2001 National Drug Strategy Household Survey: First results; AIHW cat. no. PHE 35 (Drug Statistics Series No. 9)*. Canberra: AIHW.

- 20 Ramsay, M., Baker, P., Goulden, Ch., Sharp, C., Sondhi, A. (2001). *Drug misuse declared in 2000: results from the British Crime Survey; Home Office Research Study 224*. London: Home Office.
- 21 Kraus, L., Augustin, R. (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. [Population Survey on the Consumption of Psychoactive Substances in the German Adult Population 2000.] *Sucht*, 47: Sonderheft 1.
- 22 Gmel, G. (2002). *Cannabiskonsum in der Schweiz*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- 23 Beck, F., Legleye, S., Peretti-Watel, P., (in press, 2002). *Penser les drogues: Représentations des produits et opinions sur les politiques publiques, EROPP 2002, Rapport OFDT*. Paris: OFDT.
- 24 Hibell, Bj., Andersson, B., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, Th., Kokkevi, A., Morgan, M. (Eds.). (2000). *The 1999 ESPAD Report; Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries*. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN)/Council of Europe/Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group).
- 25 l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (2000). *France drug situation 2000; Report to the EMCDDA*. Paris: OFDT.
- 26 Ouwehand, A.W., Alem, V.C.M. van, Mol, A., Boonzajer Flaes, S. (2001). *Kerncijfers Verslavingszorg 2000; Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS)*. Houten: Stichting Informatievoorziening Zorg (IVZ).
- 27 Elshove-Bolk, J., Ibelings, M.G., Frissen, P.H.J., Simons, M.P. (2002). Drugsgerelateerde problemen op een afdeling spoedeisende hulp in het centrum van Amsterdam, juni – november 2000. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 156: 903-906.
- 28 Gable, R.S. (1993). Toward a comparative overview of dependence potential and acute toxicity of psychoactive substances used nonmedically. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 19 (3): 263-281.
- 29 Bieleman, B., Goeree, P. (2002). *Aantal coffeeshops en gemeentelijk beleid in 2001*. Groningen/Rotterdam: Stichting Intraval.
- 30 Niesink, R.J.M. (2001). *THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2000-2001)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 31 Niesink, R.J.M., Planije, M.P., Rigter, S., Hoek, J., Mostert, L. (2001). *THC-concentraties in nederwiet in Nederlandse coffeeshops (2001 Extra)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 32 Traag, W.A., Gercek, H., Kloet, D., Wychgel, H.D., Faasen, I.S., Kerssemaker, R.P. (2001). *Onderzoek naar residuen van bestrijdingsmiddelen in nederwiet. (Projectnr. 71.533.01, Rapport 2001.021.)* Wageningen: Rijks-Kwaliteitsinstituut voor land- en tuinbouwproducten (RIKILT).
- 33 Boekhout van Solinge, T. (2001). *Op de pof; Cocainegebruik en gezondheid op straat*. Amsterdam: Stichting Mainline.
- 34 Korf, D.J., Nabben, T., Lettink, D., Bouma, H. (1999). *Antenne 1998. Trends in alcohol, tabak, drugs en gokken bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Jellinek.
- 35 Mheen, D. van de (Red.). (2000). *De Rotterdamse Drugsscene onder de loep; Resultaten van 5 jaar Drug Monitoring Systeem in Rotterdam; Monitor alcohol en drugs in Nederlandse gemeenten (MAD, nr. 5)*. Rotterdam: IVO.
- 36 Graaf, I. de, Wildschut, J., Mheen, D. van de (2000). *Utrechtse druggebruikers: Een jachtig bestaan; Monitor alcohol en drugs in Nederlandse gemeenten (MAD, nr. 6)*. Utrecht: IVO.
- 37 Coumans, A.M., Neve, R.J.M., Mheen, H. van de (2000). *Het proces van marginalisering en verharding in de drugscene van Parkstad Limburg; Monitor alcohol en drugs in Nederlandse gemeenten, no. 7*. Rotterdam: IVO.
- 38 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 gebruikersscene (MAD, nr. 18)*. Rotterdam: IVO.
- 39 Korf, D.J., Nabben, T., Benschop, A. (2001). *Antenne 2000; Trends in alcohol, tabak, drugs en gokken bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.

- 40 Mol, A., Vlaanderen, J.L. van (2002). *Ontwikkeling van de Cocaïne hulpvraag; Periode 1994 - 2000; Het lijntje doorgetrokken*. Houten: Stichting Informatievoorziening Zorg (IVZ).
- 41 Smit, F., Toet, J. (2001). *National prevalence estimates of problematic drug use in the Netherlands, 1999; Report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)*. Utrecht: Trimbos Institute/GG&GD Utrecht.
- 42 Bieleman, B., Snippe, J., Bie, E. de (1995). *Drugs binnen de grenzen*. Groningen/Rotterdam: Stichting IntraVal.
- 43 GG&GD Amsterdam (2002). *Schriftelijke medeling door M. Buster*. Amsterdam: GG&GD Amsterdam.
- 44 Burger, I., Struben, H. (2001). *Haagse harddruggebruikers; Het bereik van politie en verslavingszorg in 1996-1998 en veranderingen ten opzichte van 1993-1995*. Den Haag: Onderzoekscommissie monitoring en registratie (MORE).
- 45 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2002). *State of the art regarding national prevalence estimates of problem drug use in the EU Member States; CT.00.RTX.23*. Lisbon: EMCDDA.
- 46 Alem, V.C.M. van, Mol, A. (2001). *Aan vervanging toe? Methadonverstrekking in de ambulante verslavingszorg 1995-1999*. Houten: Stichting Informatievoorziening Zorg (IVZ).
- 47 GG&GD Amsterdam (2002). *Verantwoord uitgaan. Integrale aanpak evenementen en party's waarbij middelengebruik een rol speelt*. Amsterdam: GG&GD Amsterdam, Cluster Maatschappelijke en Geestelijke Gezondheidszorg (MGGZ), Ambulant Medisch Team (AMT).
- 48 Laar, M.J.W. van de, Duynhoven, Y.T.H.P. van, Beuker, R.J., Rijlaarsdam, J. (2000). *SOA en AIDS in Nederland (RIVM rapport 441500011.)* Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
- 49 Beuker, R.J., Berns M.P.H., Rozendaal C.M. van, Snijders B.M., Jansen M., Hoebe C.J.P.A., Laar M.J.W. van de. (2001). *Surveillance van injecterende druggebruikers in Nederland: meting Heerlen/Maastricht 1998/1999*. RIVM Rapport nr 441100 014. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- 50 Prins, M. (2000). *HIV Disease Progression in Injecting Drug Users; Epidemiological Studies. (Dissertation.)* Amsterdam: University of Amsterdam.
- 51 Carsauw, H.H.C., Rozendaal, C.M. van, Scheepens, J.M.F.A., Hoebe, C.J.P.A., Meulders, W.A.J., Jansen, M., Dorigo-Zetsma, J.W., Houweling, H. (1997). *Infecties met HIV, HBV en HCV onder injecterende druggebruikers in Heerlen/Maastricht*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
- 52 Wiessing, L.G., Houweling, H., Spruit, I.P., Korf, D.J., Duynhoven, Y.T.H.P. van, Fennema, J.S.A., Borgdorff, M.W. (1996). HIV among drug users in regional towns near the initial focus of the Dutch epidemic. *AIDS*, 10 (12): 1448-1449.
- 53 Beuker, R.J., Berns M.P.H., Watzeels, J.C.M., Hendriks, V.M., Coster, E.J.M. de, Tonino-van der Marel, E., Laar M.J.W. van de. (2001). *Surveillance van HIV-infectie onder injecterende druggebruikers in Nederland: meting Den Haag 2000*. RIVM Rapport nr 441100 015. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- 54 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (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.
- 55 Verdurmen, J.E.E., Toet, J., Spruit, I.P. (2000). *Alcohol- en druggebruik in de gemeente Utrecht; Monitor alcohol en drugs in Nederlandse gemeenten (MAD, nr. 8)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 56 Lammers, J., Neve, R.J.M., Knibbe, R.A. (2000). *Bevolkingsonderzoek alcohol- en druggebruik Parkstad Limburg; Monitor alcohol en drugs in Nederlandse gemeenten, no. 9*. Heerlen/Maastricht: GGD Oostelijk Zuid-Limburg/Universiteit Maastricht/IVO-UM.
- 57 Kuilman, M., Dijk, A. van (2000). *Alcohol- en druggebruik in de Gemeente Rotterdam; Een verslag van het bevolkingsonderzoek in het kader van de Regio- en StedenMonitor Alcohol en Drugs (MAD, nr. 13)*. Rotterdam: GGD Rotterdam en omstreken.

- 58 Witteveen, M.R., Reijnders, P.J.M. (2001). *Synthetische drugs; Jaarverslag 2000*. Eindhoven/'s-Hertogenbosch: Kernteam Zuid-Nederland Unit Synthetische Drugs/Kernteam Openbaar Ministerie Unit Synthetische Drugs.
- 59 DIMS (2002). *Rapportage monitoring resultaten 2002*. Utrecht: Drugs Informatie- en Monitoringsysteem, Trimbos-instituut.
- 60 Laar, M.W. van, Niesink, R. (2001). *Fact sheet PMA*. Utrecht: Bureau NDM, Trimbos-instituut.
- 61 CBS (2002). www.cbs.nl/nl/cijfers/statline.
- 62 Gemeente Den Haag (2002). *Gezondheidsmonitor 2002*. Den Haag: Gemeente Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, Productgroep Epidemiologie, Gezondheidsvoorlichting en GGD-beleid, afdeling Epidemiologie.
- 63 Dijkshoorn, H. (2002). *Amsterdamse Gezondheidsmonitor: Ongezonde leefgewoonten in Amsterdam; Verschillen tussen Turken, Marokkanen en Nederlanders*. Amsterdam: GG&GD Amsterdam, cluster EDG.
- 64 Productschap voor Gedistilleerde Dranken(2002). *Jaarverslag 2001*. Schiedam: Productschap voor Gedistilleerde Dranken.
- 65 Maalsté, N. (2000). *Ad Fundum! Een blik in de gevarieerde drinkcultuur van het Nederlandse studentenleven*. Utrecht: Centrum voor Verslavingsonderzoek (CVO).
- 66 Pos, S., Knibbe, R.A. (2001). *Alle dagen feest? Een kwalitatieve studie naar omgevingsinvloeden op het alcoholgebruik van jongeren op vakantie*. Woerden/Maastricht: NIGZ/Universiteit Maastricht.
- 67 Bieleman, B., Jetzes, M., Kruize, A., Oldersma, F. (2002). *Alcoholverstreking aan jongeren; Naleving leeftijdsgrenzen 16 en 18 jaar uit de Drank- en Horecawet; Metingen 1999 en 2001*. Groningen/Rotterdam: Stichting Intraval.
- 68 CBS (1999). *Jeugd, cijfers en feiten 1999*. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- 69 CBS (2001). *Jeugd 2001, cijfers en feiten*. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- 70 Leifman, H. (2001). Trends in population drinking. In: Norström, T. (Ed.). *Alcohol in postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries; European Comparative Alcohol Study (ECAS)*. Stockholm: National Institute of Public Health/European Commission: 45-77.
- 71 SWOV (2002). www.swov.nl/nl/kennisbank.
- 72 Poppelier, A., Wiel, A. van de, Mheen, D. van de. (2002). *Een inventarisatie van de lichamelijke gevolgen van sociaal geaccepteerd alcoholgebruik en bingedrinken*. Rotterdam: IVO.
- 73 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: Australian Commonwealth Department of Health and Aged Care.
- 74 Koppes, L.L.J., Twisk, J.W.R., Snel, J., Mechelen, W. van, Kemper, H.C.G. (2000). Blood cholesterol levels of 32-year-old alcohol consumers are better than of nonconsumers. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 66: 163-167.
- 75 Ruitenbergh, A, Swieten, J.C. van, Witterman, J.C.M., Mehta, K.M., Duijn, C.M. van, Hofman, A., Breteler, M.M.B. (2002). Alcohol consumption and risk of dementia: the Rotterdam Study. *The Lancet*, 359: 281-286.
- 76 San José, B. (2000). *Alcohol consumption and health: Contributions to the explanation of the U-shaped curve. (Proefschrift.)* Rotterdam: IVO.
- 77 Schram, D., Maas, I.A.M., Poos, M.J.J.C., Jansen, J. (2001). De bijdrage van leefstijlfactoren aan de sterfte in Nederland. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen (TSG)*, 79: 211-216.
- 78 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2001). *Alcoholnota; Nota over de intensivering van het beleid tegen alcoholmisbruik (2001-2003)*. Den Haag: VWS.
- 79 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2002). *Financiële verantwoordingen over het jaar 2001; Jaarverslag van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI). (Kamerstuk 2001-2002, 28380. nr 38)*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

- 80 Productschap Wijn (2001). *Accijnzen en BTW tarieven in de Europese Unie m.b.t. wijn. (Faxbericht van Ir. M. Hovenkamp aan het Trimbos-instituut.)* 's-Gravenhage: Productschap Wijn.
- 81 Centraal Brouwerij Kantoor Amsterdam (2002). *Accijnstarieven in europa. (Faxbericht van Mr. J.H.M. Teeuwen aan het Trimbos-instituut.)* Amsterdam: Centraal Brouwerij Kantoor Amsterdam.
- 82 DEFACTO voor een rookvrije toekomst (2002). *Jaarverslag 2001*. Den Haag: DEFACTO voor een rookvrije toekomst.
- 83 Willemsen, M. (1999). Nicotineverslaving: is harm reduction mogelijk en wenselijk? *Tijdschrift voor Alcohol, Drugs en andere Psychotrope stoffen*, 24 (2): 57-73.
- 84 WHO (2002). *WHO European Country Profiles on Tobacco Control 2001*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- 85 College voor Zorgverzekeringen (2002). Persoonlijke mededeling aan het Trimbos-instituut.
- 86 Segaar, D. (2002). *Inventarisatie activiteiten regionale organisaties op het gebied van roken in 2001*. Den Haag: DEFACTO voor een rookvrije toekomst.
- 87 STIVORO (2001). Onderzoek: millenniumactie blijkt ook op lange termijn een succes. *STIVORO Visie*, 6 (1): 1.
- 88 Leeuwen, M.J., Sleur, D.G. (1998). De economische effecten van maatregelen ter bestrijding van het roken. In: *Tabaksontmoedigingsbeleid, gezondheidseffectrapportage*. Utrecht: Netherlands School of Public Health.
- 89 Hoeymans, N., Essink-Bot, M.L., Perenboom, R.J.M., Kramers, P.G.N. (2000). Samengestelde volksgezondheidsmaten: wat zijn dat eigenlijk? *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen (TSG)*, 78 (4): 195-198.
- 90 Bureau Voorlichting Tabak (2002). *Tabak in kerncijfers*. Den Haag: Bureau Voorlichting Tabak.
- 91 European Commission (2002). *Excise duty tables*. Brussel: Directorate General Taxation and Customs Union Tax Policy, European Commission.
- 92 Montes, A., Villalbí, J.R. (2001). The price of cigarettes in the European Union. *Tobacco Control*, 10: 135-136.
- 93 GGZ Nederland (2001). *Dossier GGZ; Brancherapport geestelijke gezondheidszorg 1997 - 1999*. Utrecht: GGZ Nederland.
- 94 Kalmthout, A.M. van (2000). Reclassering: van zedelijke verbetering naar maatschappelijke integratie. In: Blik, H. van 't (Red.). *Trends en ontwikkelingen in de sociaal juridische hulpverlening*. Lelystad: Vermande.
- 95 GGZ Nederland (2002). *Verslavingsreclassering; Brug tussen justitie en zorg (2002-173L)*. Utrecht: GGZ Nederland.
- 96 Stafafdeling Verslavingsreclassering (2000). *Zorg in detentie 1999; Kengetallen penitentiaire verslavingszorg en detentievervangende behandelingen van verslaafden*. Utrecht: GGZ Nederland.
- 97 GGZ Nederland (2001). *Justitiële verslavingszorg in penitentiaire inrichtingen*. Utrecht: GGZ Nederland.
- 98 Gezondheidsraad (2002). *Behandeling van drugverslaafde gedetineerden; Publicatie nr 2002/08*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- 99 Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2002). *Drugsbeleid; Brief aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2001-2002, 24 077, nr. 107*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.
- 100 Linssen, L., Graaf, I. de, Wolf, J. (2002). *Gebruiksruimten in beeld; Handreiking bij de organisatie en inrichting*. Utrecht: Trimbos-instituut/Landelijk Steunpunt Drugsgebruikers/GGZ Nederland.
- 101 Taskforce aanpak wachtlijsten (2002). *Rapportage landelijke inventarisatie wachtlijstgegevens geestelijke gezondheidszorg; Tweede peiling: 1 januari 2002*. Den Haag: Taskforce aanpak wachtlijsten.
- 102 College bouw ziekenhuisvoorzieningen (2002). *Signaleringsrapport GGZ-problematiek grote steden*. Utrecht: College bouw ziekenhuisvoorzieningen.

- 103 Hesseling, M., Prins, C. (2002). *Feiten en ontwikkelingen; Personeel in de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: GGZ Nederland.
- 104 Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2002). *Jaarbeeld Zorg 2001*. Den Haag: VWS/Sdu uitgevers.
- 105 College Tarieven Gezondheidszorg (2002). *Jaarverslag 2001*. Utrecht: CTG.
- 106 RIVM (2002). www.rivm.nl/kostenvanziekten. Gegevens op deze website zijn gebaseerd op: Takken, J. e.a. (2002). *Kosten van ziekten in Nederland*. Bilthoven: Centrum voor Volksgezondheid Toekomstverkenningen.
- 107 Raad voor Volksgezondheid en Zorg (1999). *Achtergrondstudie bij het advies Verslavingszorg herijkt*. Zoetermeer: RMO/RVZ.
- 108 Le Clercq, T., Kornalijnslijper, N. (2002). *Besteding extra rijksmiddelen maatschappelijke opvang door centrumgemeenten: 2000 en 2001*. Den Haag: Vereniging voor Nederlandse Gemeenten (VNG-SGBO).
- 109 Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2001). *Zorgnota 2002*. Den Haag: VWS/Sdu uitgevers.
- 110 Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2002). *Alcoholbeleid; Brief aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2000-2001, 27 565, nr. 24*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.
- 111 Driessen, F.M.H.M. e.a. (2002). *Effecten van hoge doses methadon; Een gerandomiseerd lange termijn experiment op negen locaties; Eerste resultaten*. Utrecht: Bureau Driessen.
- 112 Eland, A., Glint, G. van de (2001). *Diagnostiek en behandeling van ADHD binnen de intramurale verslavingszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 113 CBS (2001). *Gevangenisstatistiek 2000*. Voorburg/Heerlen: CBS.
- 114 Moolenaar, D.E.G., e.a. (2002). *Prognose van de sanctiecapaciteit tot en met 2006*. Den Haag: Ministerie van Justitie, WODC.
- 115 Kleemans, E.R., Brienen, M.E.I., Bunt, H.G. van de, m.m.v. Kouwenberg, R.F., Paulides, G., Barendsen, J. (2002). *Georganiseerde criminaliteit in Nederland; Tweede rapportage op basis van de WODC-monitor*. Den Haag: WODC.
- 116 Smit, P.R., e.a. (2001). *Moord en doodslag in 1998; WODC-onderzoeksnotitie 2001/8*. Den Haag: Ministerie van Justitie, WODC.
- 117 Bijkerk, R., Grapendaal, M. (1999, 2000, 2001). *In beslaggenomen verdovende middelen 1997 en 1998, 1999, 2000*. Zoetermeer: KLPD/dNRI/O&A.
- 118 Bijkerk, R., Werff, J. van der (2002). *In beslaggenomen verdovende middelen 2001*. Zoetermeer: KLPD/dNRI/O&A.
- 119 Ministerie van Justitie (2001). *Nota "Samenspannen tegen XTC; Een plan van aanpak ter intensivering van het Nederlandse beleid inzake synthetische drugs"*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- 120 Kleemans, E.R., Berg, E.A.I.M. van den, Bunt, H.G. van de (1998). *Georganiseerde criminaliteit in Nederland; Onderzoek en beleid nr. 173*. Den Haag: Ministerie van Justitie, WODC.
- 121 Smit, P., Bijleveld, C., Zee, S. van der (2001). Over de empirische onderbouwing van moord en doodslag typologieën. *Tijdschrift voor Criminologie*, 3: 260-274.
- 122 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2001). *Zorgnota 2002*. Den Haag: VWS/SDU.
- 123 Korf, D.J., Nabben, T., Leenders, F. (2002). *Tussen extase en narcose*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
- 124 Oudshoorn, M. (2002). *Ongevallen met γ -hydroxyboterzuur (GHB); Pilot-studie*. Leiden: Leids Universitair Medisch Centrum.
- 125 Veer, N.E. van 't, Lameijer, W. (2001). Gammahydroxyboterzuur; Bepaling in serum. *Pharmaceutisch Weekblad*, 136: 104-105.
- 126 Okun, M.S., Boothby, L.A., Bartfield, R.B., Doering, P.L. (2001). GHB: an important pharmacologic and clinical update. *Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences*, 4:167-175.

- 127 Uys, J. (2002). *GHB and MDMA. Biological, psychological and toxicological implications: a literature study*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- 128 Couper, F.J., Logan, B.K. (2001). GHB and driving impairment. *Journal of Forensic Sciences*, 46: 919-923.
- 129 Miotto, K., Darakjian, J., Basch, J., Murray, S., Zogg, J., Rawson, R. (2001). Gamma-hydroxybutyric acid: patterns of use, effects and withdrawal. *American Journal on Addictions*, 10: 232-241.
- 130 Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (1999). *Risicoschattingrapport betreffende gammahydroxybutyraat (GHB)*. Den Haag: CAM/IGZ.
- 131 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2000). *Report on the risk assessment of GHB in the framework of the Joint Action*. Lisbon: EMCDDA.
- 132 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction/Europol (2002). *Monitoring GHB and ketamine in 2001; Europol-EMCDDA progress report*. Lisbon: EMCDDA.
- 133 SAMHSA (2000). *The DAWN report Club Drugs*. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies, Drug Abuse Warning Network.
- 134 SAMHSA (2001). *The DAWN report Club Drugs*. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies, Drug Abuse Warning Network.
- 135 Smit, F., Zwart, W. de, Spruit, I., Monshouwer, K., Ameijden, E. van (2002). Monitoring Substance Use in Adolescents: school survey or household survey? *Drugs: education, prevention and policy*, 9: 267-274.
- 136 Rutenfrans, C.J.C. (1992). Slachtofferloze delicten. *Tijdschrift voor Criminologie*, 1: 36-40.
- 137 Ministerie van Justitie (1996). *Criminaliteit en handhaving, over slachtoffers, daders en strafrecht*. Den Haag: Ministerie van Justitie, WODC/SIBa.
- 138 Snippe, J., Meijer, G., Jong, A. de, Bieleman, B. (2001). *Ons een zorg: onderzoek naar de 15 grootste overlastoorzakers in de stad Groningen*. Groningen: Intraval.
- 139 Werkgroep Landelijke Criminaliteitskaart (2000). *170.000 Verdachten en hun kenmerken; Landelijke Verdachtenkaart 1998: eerste aanzet*. Woerden: Abrio.
- 140 Willemsen, M.C., Hoogenveen, R.T., Lucht, F. van der (2002). New smokers and quitters: Transitions in smoking status in a national population. *European Journal of Public Health*, 12 (2): 136-138.

Bijlage A Bronnen: verslaving en middelengebruik

De NDM betreft cijfers over verslaving en middelengebruik van diverse instanties. Daarbij kan onderscheid gemaakt worden tussen 'surveys' (periodieke monitoring) en informatiesystemen (continue registratie van gegevens). Belangrijke monitoringprojecten van verslaving en middelengebruik vanuit het oogpunt van volksgezondheid staan in de volgende tabellen. Bronnen op het gebied van politie en justitie zijn in bijlage B beschreven.

I. Monitoring van middelengebruik

Project	Doelgroep	Genotmiddel	Metingen
Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO)	Landelijke bevolking van twaalf jaar en ouder	Drugs, alcohol	1997, 2001
Regio- en Stedenmonitor Alcohol en Drugs (MAD)	1) Bevolking van 16 tot en met 69 jaar in Utrecht, Rotterdam en Parkstad Limburg 2) (Bijna) dagelijkse harddruggebruikers (DMS) Aantal GGD-regio's wordt uitgebreid	Drugs, alcohol	Vanaf 1999
Peilstationsonderzoek (scholieren)	Leerlingen van de twee hoogste groepen van basisscholen; leerlingen van het 'reguliere' voortgezet onderwijs: (brugklas, VBO, MAVO, HAVO en VWO) en 'bijzondere' middelbare scholen. Ook deelnemers aan spijbelprojecten	Drugs, alcohol, tabak	1984, 1988, 1992, 1999, 2003 Bijzondere scholenprojecten: 1990, 1991
Antenne	Leerlingen en speciale groepen van (uitgaande) jongeren in Amsterdam	Drugs, alcohol	Jaarlijks sinds 1990, wisselende keus van doelgroep
Nemesis	Landelijke bevolking van 16 tot en met 64 jaar	Drugs, alcohol	1996, 1998, 2000
Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS)	Landelijke bevolking van 12 jaar en ouder	Alcohol, tabak	Jaarlijks
Meting door het Nationaal Instituut voor de Publieke Opinie en het Marktonderzoek (NIPO)	Landelijke bevolking van vijftien jaar en ouder	Tabak	Jaarlijks

a. Voorheen: Stivoro.

II. Monitoring van de hulpvraag

Informatiesysteem	Doelgroep	Genotmiddel	Rapportage
Centrale Methadon Registratie (CMR)	Bevolking Amsterdam en omstreken	Methadon	Jaarlijks
Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem (LADIS)	Landelijk, alle hulpvragen bij de ambulante verslavingszorg. Inschrijvingen voor hulp	Drugs, alcohol	Jaarlijks
Landelijke Medische Registratie (LMR)	Landelijk, alle ziekenhuizen. ICD-9 diagnoses	Drugs, alcohol	Jaarlijks
Patiëntenregister intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (PiGGz, zie bijlage C). Wordt vervangen door ZORG-IS.	Landelijk, intramurale geestelijke gezondheidszorg. ICD-9 diagnoses	Drugs, alcohol	Jaarlijks

III. Monitoring van ziekte en sterfte

Informatiesysteem	Doelgroep	Genotmiddel	Rapportage
HIV-surveillance	Injecterende druggebruikers, in verschillende steden	Drugs	Jaarlijks, per meting
Aids-registratie ^a	Injecterende druggebruikers	Drugs	Per kwartaal (R)
Centrale Post Ambulancevervoer,	Bevolking Amsterdam en omstreken	Drugs, alcohol	Jaarlijks

Amsterdam ^b			
Doodsoorzakenstatistiek ^c	Landelijk, ingeschrevenen in het bevolkingsregister	Drugs, alcohol, tabak	Jaarlijks (NDM)

a. Wordt in 2002 vervangen door een HIV/aids-registratie. Stichting HIV Monitoring te Amsterdam verzamelt de gegevens via de 22 HIV/aids behandelcentra en bijbehorende laboratoria.

b. Aanvragen voor spoedeisende hulp.

c. Sterfte onder druggebruikers in Amsterdam wordt jaarlijks bijgehouden door de GG&GD Amsterdam.

IV. Monitoring van de markt

Projekt	'Doelgroep'	Genotmiddel	Rapportage
Drugs Informatie- en Monitoringsysteem (DIMS)	Samenstelling van uitgaansdrugs aangeboden door consumenten	Uitgaansdrugs	Jaarlijks
THC-monitor	THC-gehalte en prijs van cannabismonsters uit coffeeshops	Cannabis	Jaarlijks

Bijlage B Bronnen: drugcriminaliteit

HerKenningsdienstSysteem (HKS)

De antwoorden op de vragen over de opsporingsfase zijn in de eerste plaats gebaseerd op gegevens uit het HKS van de politieregio's. Het HKS bevat de processen-verbaal van aangiften en processen-verbaal opgemaakt tegen verdachten. In deze notitie wordt de op de bekende daders gebaseerde informatie uit het HKS gebruikt. Kenmerkend voor het HKS is dat van de verdachten hun criminele voorgeschiedenis wordt bijgehouden. De bestanden van de regio's zijn aan elkaar gekoppeld tot een landelijk bestand. Daarbij worden tevens de nodige verwerkingslagen uitgevoerd. Onder meer blijkt het noodzakelijk om het bestand te 'ontdubbelen'. Verdachten kunnen namelijk in verschillende politieregio's meer malen voorkomen. Het landelijke HKS bestand is opgezet ten behoeve van het maken van een landelijke criminaliteitskaart en wordt beheerd door het KLPD/dNRI, groep Onderzoek en Analyse. Het WODC beheert een kopie van het landelijke HKS.

Unit Synthetische Drugs (USD)

De USD is in 1997 tot stand gekomen en heeft als taak de grootschalige aanpak van synthetische drugs. Eén van de doelstellingen van de USD is de verbetering van de nationale coördinatie en opschaling van informatie en operationalisering van informatie over synthetische drugs. De USD vervult die doelstelling onder andere door inzicht te krijgen in de aard en omvang van de problematiek rondom synthetische drugs en vervult daarmee een coördinerende rol bij het verzamelen van informatie over synthetische drugs.[58] De USD verzamelt de informatie die afkomstig is van onder andere de regionale politiekorpsen. De USD stuurt hiertoe de korpsen aan en coördineert de informatievoorziening.[2]

Opsporingsonderzoeken Georganiseerde Criminaliteit

De KLPD beheert een database over opsporingsonderzoeken naar ernstigere vormen van georganiseerde criminaliteit. Sinds een aantal jaren verzamelt het KLPD hiertoe een selectie van opsporingsonderzoeken die de Nederlandse politie jaarlijks doet naar criminele samenwerkingsverbanden. Deze inventarisatie vindt plaats ten behoeve van de Europese Unie. Sinds 1993 zijn de lidstaten verplicht jaarlijks een situatierapport over de georganiseerde criminaliteit samen te stellen. De groep Onderzoek & Analyse van de Dienst Nationale Recherche Informatie van het KLPD is verantwoordelijk voor de vervaardiging van deze situatierapporten.

WODC-Monitor Georganiseerde Criminaliteit

Het doel van de WODC-Monitor Georganiseerde Criminaliteit (MGC) is om de kennis die wordt opgedaan tijdens grootschalige opsporingsonderzoeken zo goed mogelijk te benutten voor het verkrijgen van inzicht in de aard van de georganiseerde criminaliteit in Nederland. Daartoe worden periodiek grootschalige opsporingsonderzoeken geanalyseerd volgens een vast stramien. De eerste rapportage van de WODC-monitor verscheen in 1999 en was in hoofdzaak gebaseerd op de beschrijvingen en analyses van 40 grootschalige opsporingsonderzoeken, aangevuld met ruim honderd beknopte casusbeschrijvingen, 92 vertrouwelijke rapportages en interviews met deskundigen.[120] Voor het samenstellen van het tweede rapport zijn opnieuw 40 opsporingsonderzoeken naar georganiseerde criminaliteit geselecteerd.[115] Ook zijn de rapportages van de strafrechtelijk financiële onderzoeken (SFO's) van de eerste groep van 40 zaken geanalyseerd. Tenslotte is ook weer gebruik gemaakt van andere bronnen: interviews met experts en sleutelpersonen, informatie uit overige opsporingsonderzoeken, vertrouwelijke rapportages, fenomeenonderzoeken, misdaadanalyses en (wetenschappelijke) literatuur.

Onderzoeks- en Beleidsdatabase Justitiële Documentatie

Het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatie Centrum (WODC) van het Ministerie van Justitie beheert de Onderzoeks- en Beleidsdatabase Justitiële Documentatie (OBJD). De OBJD is een geanonimiseerde kopie van het Justitieel Documentatie Systeem (JDS). De OBJD-database heeft als doel het leveren van beleidsinformatie op het terrein van de strafrechtspleging. Het vormt tevens de basis van de recidivemonitor.

Openbaar Ministerie Data (OMDATA)

OMDATA is de landelijke database van het Parket Generaal met gegevens over vervolging en berechting in eerste aanleg. Het systeem is gebaseerd op een ander beleidsinformatiesysteem, RAPSODY Strafrechtketen, dat in alle 19 arrondissementen wordt gebruikt. OMDATA bevat een selectie van gegevens uit RAPSODY. Doel van het systeem is om snel bestuurlijke informatie op centraal niveau te kunnen leveren, te beschikken over een basisbestand voor onderzoek en analyse. Voor wetenschappelijk onderzoek is een kopie van de OMDATA database beschikbaar bij het WODC.

WODC-Recidivemonitor

De WODC-recidivemonitor is een langlopend onderzoeksproject waarin gestandaardiseerde recidivemetingen worden verricht onder verschillende groepen justitiabelen (daders of verdachten). Doel van dit project is een beter beeld te krijgen van de effecten van strafrechtelijke interventies en van het verloop van criminele carrières. De metingen binnen de Recidivemonitor worden gebaseerd op gegevens uit de OBJD. Deze metingen verlopen steeds op dezelfde manier. De uitkomsten van het onderzoek zijn hierdoor onderling vergelijkbaar.

Strafrechtmonitor

Het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatie Centrum (WODC) van het Ministerie van Justitie beheert de Strafrechtmonitor (SRM). De SRM bestaat uit excerpten van strafdossiers betreffende misdrijfstrafzaken die door het Openbaar Ministerie en rechtbanken in eerste aanleg zijn afgedaan. Periodiek wordt een op delictniveau gestratificeerde steekproef getrokken van strafzaken. De strafdossiers van de geselecteerde zaken (inclusief de eventueel gevoegde) worden met behulp van een speciaal voor dit doel ontwikkeld instrument geanalyseerd. De SRM bevat gegevens over geweldsdelicten, zedendelicten, vermogensdelicten, valsheid in geschrifte, vernieling, openbare orde en gezag, gemeengevaarlijke misdrijven en drugdelicten. De wegeverkeerswet, de Wet Economische Delicten en een groep delicten van de categorie overig Wetboek van Strafrecht en Militair strafrecht maken geen deel uit van de steekproef.

CBS-gevangenisstatistiek

Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) brengt periodiek de publikatie Gevangenisstatistiek uit. Deze geeft inzicht in de toepassing van de voorlopige hechtenis en de tenuitvoerlegging van vrijheidsbenemende straffen en maatregelen in Nederland. Het CBS baseert zich hierbij hoofdzakelijk op gegevens afkomstig uit het geautomatiseerde verblijfsregistratiesysteem TULP, (Ten UitvoerLegging van vrijheidsbenemende maatregelen in Penitentiaire inrichtingen).[113]

Nederlanders in buitenlandse gevangnissen

De directie Personenverkeer, Migratie en Consulair-Maatschappelijke Zaken (DPC/CM) van het Ministerie van Buitenlandse Zaken verzamelt informatie over Nederlanders die in een buitenlandse gevangenis zitten. Deze afdeling geeft onder andere informatie over het rechtssysteem van het land van detentie en onderhoudt contacten met het Nederlandse consulaat van het land van detentie en contactpersonen in Nederland. Het verzamelen van deze informatie loopt via de Nederlandse ambassades in desbetreffende landen. Volgens artikel 36 van het Verdrag van Wenen verplichten de aangesloten landen zich om de in hun

land aangehouden buitenlander, op zijn recht op hulp van het land van herkomst te wijzen. In sommige gevallen is het mogelijk dat een Nederlander op grond van de Wet Overdracht Tenuitvoerlegging Strafvonnissen (WOTS) een eventuele gevangenisstraf in Nederland uit kan zitten.[2]

Monitor Moord en Doodslag

De Monitor Moord en Doodslag (MMD) wordt momenteel in een samenwerkingsverband tussen WODC, dNRI/KLPD en de NSCR ontwikkeld. De MMD verzamelt reeds bestaande globale gegevens en vult deze met detail informatie aan met gegevens uit de opsporing en de vervolgings- en berechtingsfase. De MMD zal worden beheerd door het WODC. De groep Onderzoeken Analyse van de dNRI/KLPD en het NSCR krijgen steeds een kopie. Het is een bestand waarin, voor onderzoeks- en beleidsdoeleinden, gedetailleerde informatie over alle moorden en doodslagen vanaf een bepaald jaar bijgehouden wordt.[121]

Productiecijfers Stichting Verslavingsreclassering Nederland

De Stichting Verslavingsreclassering Nederland (SVN) beschikt over productiecijfers van de verslavingsreclassering. Van deze Stichting zijn cijfers verkregen, die in een interview zijn toegelicht door haar directeur. Bij deze cijfers moet opgemerkt worden dat vanaf 2001 een Cliënt Volg Systeem (CVS) wordt geïmplementeerd, waaruit vanaf 2002 meer gespecificeerde informatie beschikbaar zal komen. Deze cijfers zullen ook gekoppeld worden aan het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS, zie bijlage A).

Strafrechtelijke Opvang Verslaving

Cijfers over opnames in de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV) zijn afkomstig van de SOV-locaties en daar opgevraagd door de beleidsdirectie Sancties, Reclassering en Slachtofferzorg van het Ministerie van Justitie.

Bijlage C Registratie van intramurale gegevens in de verslavingszorg

Gegevens over het aantal opnames in verslavingsklinieken en algemene psychiatrische ziekenhuizen worden geregistreerd in het PiGGz. Het aantal instellingen dat deelneemt aan het PiGGz is sinds 1996 sterk teruggelopen. Volgens Prismant, de instantie die de gegevens verzamelt, ging het van 1996 tot 1999 om een afname van ruim 70 procent. Trends in intramurale zorg wegens verslavingsproblematiek zijn daarom vanaf 1996 niet meer betrouwbaar. De PiGGz registratie is vervangen door het nieuwe zorginformatiesysteem van de GGz sector (ZORG-IS). In de toekomst bevat dit systeem gegevens van de gehele verslavingszorg, inclusief de ambulante zorg. Naar verwachting zal de sector per 1 januari 2003 gegevens leveren aan ZORG-IS.

Aantal instellingen deelnemend aan PiGGz

Soort inst.	1996	1997	1998	1999
APZen ^a	47	32	20	12
Verslavingsklinieken	12	11	04	04
Totaal	59	43	24	16

Resterende deelname aan PiGGz in percentages t.o.v. 1996

Soort inst.	1996	1997	1998	1999
APZen	100%	68%	43%	26%
Verslavingsklinieken	100%	92%	33%	33%
Totaal	100%	73%	41%	27%

a. Een deel van alle algemene psychiatrische ziekenhuizen heeft bedden voor verslavingszorg. In 1999 ging het om 6 instellingen (bron: GGZ Nederland). Niet bekend is hoeveel daarvan deelnemen aan het PiGGz. Bron: Prismant.

Bijlage D Verklaring van ICD-9 en ICD-10 codes

Verklaring van ICD-9 codes

ICD-9 code	Verklaring
162	Kwaadaardige nieuwvormingen van trachea, brochus en long
291	Alcohol psychosen
292	Drug psychosen
303	Alcoholverslavingsyndroom
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
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	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)
E950	Suicide door vergiftiging door vaste stoffen of vloeistoffen
E980	Vergiftiging door vaste stoffen of vloeistoffen, waarvan niet vastgesteld is of deze met opzet of niet met opzet heeft plaatsgevonden

Verklaring van ICD-10 codes

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 oplosmiddelen
F19	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van meerdere drugs en andere psychoactieve middelen
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 hepatitis
K70.9	Alcoholische leverziekten, ongespecificeerd
K86.0	Alcoholische pancreasontsteking
X41 + T43.6	Accidentele vergiftiging door stimulerende middelen
X42	Accidentele vergiftiging door narcotica en psychodysleptica (hallucinogenen) niet elders geclassificeerd
X42 + T40.5	Accidentele vergiftiging door cocaïne

Bijlage E

GHB: FEITEN EN CIJFERS

Wat is GHB?

GHB staat voor gamma-hydroxyboterzuur. De stof dempt de werking van de hersenen en zorgt voor euforie. GHB komt van nature voor in het lichaam.

- In sommige landen is GHB geregistreerd als geneesmiddel, vooral voor het totstandbrengen van narcose. Dit is een verouderde toepassing, die niet meer geldt in Nederland. GHB wordt in hoofdzaak voor recreatieve doeleinden gebruikt.
- De drug heeft negatieve publiciteit gekregen door meldingen van acute gezondheidproblemen, sterfgevallen en verkrachtingen ('rape-drug').
- Er zijn signalen dat de populariteit van GHB toeneemt.

De wetgeving

- GHB valt in Nederland onder de Wet op de geneesmiddelenvoorziening. Artikel 2 en 3 van deze wet verbieden personen die daarvoor geen vergunning hebben, geneesmiddelen te bereiden en te verkopen.
- Sinds mei 2001 wordt opzettelijke overtreding van deze artikelen gezien als economisch delict. De maximum strafmaat bedraagt zes jaar cel en/of een geldboete.
- In het voorjaar van 2002 is internationaal afgesproken dat GHB op lijst IV van het Verdrag inzake Psychotrope Stoffen wordt geplaatst. Nederland is verplicht om de wetgeving daaraan aan te passen. Op 26 april 2002 heeft het kabinet daarom besloten GHB op lijst II van de Opiumwet te plaatsen. Dit betekent hetzelfde wettelijke regime als voor cannabis.

Gebruik

GHB wordt geconsumeerd in het uitgaansleven, maar niet uitsluitend. Het middel stak de kop op in in Amsterdam en omgeving (de Zaanstreek). Inmiddels is het verder verspreid over Nederland. Landelijke cijfers over de omvang van gebruik ontbreken. Cijfers voor Amsterdam zijn afkomstig van de Antenne-monitor.[12,39]

- In 1998 had tien procent van bezoekers van trendy clubs en dansfestijnen ervaring met GHB en ruim twee procent had het middel de afgelopen maand nog genomen.
- Voor bezoekers van (jongeren)café's lagen deze gebruikscijfers in 2000 op respectievelijk zeven en één procent.
- Bezoekers van coffeeshops hebben de meeste ervaring met GHB. In 2001 rapporteerde twaalf procent ooit GHB te hebben genomen. Bijna drie procent deed dit in de afgelopen maand⁵⁴.
- In 1999 had minder dan 0,5 procent van de Amsterdamse scholieren in het voortgezet onderwijs ervaring met GHB.

De typische GHB-gebruiker (althans in Amsterdam):

- is een man van in de twintig met een westerse, voornamelijk Nederlandse, achtergrond
- heeft een hoog opleidingsniveau en een (goede) baan
- gaat graag uit (discotheken, feesten en café's)
- drinkt alcohol, rookt en is vaak een blower
- experimenteert met andere drugs en heeft een voorkeur voor stimulerende middelen, zoals ecstasy en cocaïne.[123]

⁵⁴ Deze relatief hoge gebruikscijfers hangen mogelijk samen met de toenemende populariteit van GHB in de afgelopen jaren.

Effecten

- Recreatieve gebruikers waarderen GHB om de ontspanning die het middel oplevert en om hallucinaties, euforie en seksuele prikkeling. Volgens ingewijden veroorzaakt GHB een prettige roes, zoals bij alcohol, echter zonder kater.
- Na inslikken van GHB zijn de effecten binnen 15 tot 30 minuten merkbaar. Ze houden ongeveer drie tot vijf uur aan, afhankelijk van de ingenomen dosis. De piek treedt na 20 tot 60 minuten op. Sommige verschijnselen, zoals duizeligheid en onwel voelen, kunnen veel langer aanhouden.[124]
- De GHB-concentratie in het bloed daalt snel. In urine is GHB langer - maximaal tot twaalf uur na inname – aantoonbaar.[125]
- Afhankelijk van de dosering kunnen ongewenste effecten optreden, zoals duizeligheid, slaperigheid, misselijkheid en braken, spierspasmen en bewustzijnsstoornissen ('out gaan'). Ernstiger zijn ademhalingsproblemen, toevallen en coma. Soms kan de gebruiker overlijden.

Risico's

Problematisch is de geringe marge tussen de dosering van GHB waarbij het gewenste effect optreedt (van 0,5 tot circa 1,5 gram) en die waarbij de persoon bewusteloos raakt (vanaf drie tot vier gram).

- GHB wordt meestal als een vloeistof in flesjes verkocht in variërende hoeveelheden. Vaak weet de gebruiker niet precies hoeveel GHB hij binnenkrijgt. Dit vergroot het risico van een overdosis. Factoren als het lichaamsgewicht of hoeveelheid voedsel in de maag spelen hierbij ook een rol.
- Doorgaans ontwaakt de gebruiker na drie tot vijf uur vrij abrupt uit zijn coma zonder noemenswaardige restverschijnselen.[126] Soms treedt geagiteerd en gedesoriënteerd gedrag op. De ademhalingsdepressie is in het ziekenhuis meestal goed te behandelen.

Gecombineerd gebruik van GHB met andere stoffen die een dempende werking hebben, zoals alcohol of benzodiazepines, vergroot de kans op ademhalingsstilstand. Ook de combinatie met MDMA ('ecstasy') is riskant, hoewel nog niet duidelijk is waarom.[127]

GHB heeft de reputatie van 'rape-drug' omdat het slachtoffers weerloos zou maken. Hoewel er geen aanwijzingen zijn dat dergelijke zedendelicten op grote schaal plaatsvinden, sluiten gegevens van het Nederlands Forensisch Instituut een dergelijk verband niet uit.[124]. Volgens recent veldonderzoek gaat het met name om vrouwen die vrijwillig GHB hebben gebruikt en worden lastiggevallen door bekenden.[123]

GHB heeft doorgaans een sterk zoute smaak. De kans dat iemand het middel onopgemerkt consumeert is volgens ingewijden gering (Stichting Adviesbureau Drugs 2001). Daar staat tegenover dat smaakstoffen deze smaak kunnen maskeren.

Door de dempende en slaapverwekkende werking van GHB is deelname aan het verkeer onder invloed van dit middel uitermate riskant.[128]

Het risico dat iemand afhankelijk wordt van GHB bij recreatief gebruik is gering. Verslaving kan voorkomen na langdurig frequent gebruik (meermaals per dag).[129] Acute onthoudingsverschijnselen, zoals angst, slapeloosheid, trillen, verwardheid en verhoogde hartslag, kunnen één tot zes uur na stopzetting van gebruik optreden. Zij bereiken een piek na één tot zes dagen en duren één tot drie weken.

Niet-dodelijke incidenten en hulpvraag

Nederland

Er zijn geen landelijke cijfers over het aantal mensen dat onwel wordt na consumptie van GHB. Gebruik van GHB wordt meestal afgeleid uit symptomen of informatie van de gebruiker en/of omstanders. Toxicologisch onderzoek is geen routineprocedure in ziekenhuizen. Een ziekenhuisopname wordt geregistreerd op klinisch verschijnsel, zoals coma, zonder expliciete vermelding van GHB-gebruik.

Er zijn signalen dat het aantal incidenten met GHB in Nederland toeneemt. De beschikbare informatie doet echter vermoeden dat het aantal *ernstige* ongelukken in verhouding tot het aantal mensen dat ooit GHB heeft geprobeerd beperkt is.

- In 1996 werden zes jongeren in een Rotterdams ziekenhuis opgenomen nadat zij een mix van GHB met alcohol hadden ingenomen. In 1998 raakten twee jongeren na gebruik van GHB op een party in coma.[130]
- Volgens de *GG&GD Amsterdam* nam het aantal aanvragen voor spoedeisende hulp bij de ambulancedienst in verband met GHB toe van 25 in 2000 tot 69 in 2001.
 - In beide jaren betrof het 14 procent van alle aanvragen wegens druggebruik.
 - GHB-gebruikers worden relatief vaak naar het ziekenhuis vervoerd, vanwege bewustzijnsverlies.[27].
- Het *Nederlands Vergiftigingen Informatie Centrum* registreerde in 2000 en 2001 respectievelijk 91 en 172 informatieverzoeken van (overwegend) afdelingen voor spoedeisende hulp in ziekenhuizen voor vermoeden van GHB-gebruik.
 - Vaak was er sprake van gebruik door jonge volwassenen op of rondom een dansfeest.
 - In 2001 raakten 26 personen in coma. Andere klachten waren sufheid, onrust, agressie en flauwvallen.
 - In de eerste helft van 2002 ontving het NVIC 85 meldingen. In 21 gevallen was er sprake van coma.
- *Stichting Educare* bezocht van 1999 tot en met 2001 62 grootschalige dansevenementen met bijna 900 duizend bezoekers.
 - Het aantal hulpvragen bij de EHBO-posten in verband met middelengebruik bedroeg 2705. Hiervan werden er 77 toegeschreven aan GHB.
 - Bijna alle GHB-incidenten (70) vonden plaats in 2001. De hulpvragers waren gemiddeld 23 jaar oud. Zestien bezoekers raakten buiten bewustzijn. Andere vaak voorkomende verschijnselen waren algehele malaise, misselijkheid, voedingstekort en braken.
- Het *Nederlands Forensisch Instituut* registreerde van de tweede helft van 1999 tot en met de tweede helft van 2001 162 aanvragen voor toxicologisch onderzoek naar GHB. In 39 procent gevallen was de uitslag positief.
 - In tien gevallen betrof het een zedendelict. De concentraties van GHB in bloed of urine waren doorgaans laag. Dit kan komen door de vaak lange tijd tussen inname van GHB en de monsterafname. De rol van GHB is daarom onduidelijk maar kan niet worden uitgesloten⁵⁵. Dergelijke zedendelicten lijken zich vaker voor te doen in huiselijke sfeer dan op dansfestijnen.
 - In 13 gevallen ging het om een verkeersdelict. Kenmerkend waren het verkeersgevaarlijk gedrag, optreden van ongevallen en rijden in een versufte toestand. De concentraties van GHB in het bloed waren doorgaans hoog. In vijf gevallen was sprake van gecombineerd gebruik (MDMA, amfetamine, cocaïne of alcohol).

⁵⁵ GHB komt van nature in lage concentraties voor in bloed of urine van gezonde personen. Voor het aantonen van GHB-gebruik wordt daarom doorgaans een minimumgrens gehanteerd om fout-positieve uitslagen te voorkomen.

Er zijn geen cijfers over het aantal mensen dat onwel wordt en bewusteloos raakt ('out gaan') na gebruik van GHB zonder dat zij, of hun omgeving, daarvoor professionele hulp inroepen.

- Volgens een recent veldonderzoek komt 'out gaan' relatief vaak voor. Tweederde van de ervaren GHB-gebruikers zegt wel eens bewusteloos te zijn geraakt na consumptie van GHB. Bij tien procent gebeurde dit zelfs herhaaldelijk, minstens tien keer. Niet alle gebruikers ervaren verlies van bewustzijn als vervelend.[123]
- In een Amerikaans onderzoek onder 42 regelmatige gebruikers van GHB rapporteerde 69 procent bewustzijnsverlies, in duur variërend van minuten tot uren. Zij omschreven dit als 'in slaap vallen'. Onduidelijk was of gebruik van andere middelen een rol speelde. Een overdosis werd gerapporteerd door 26 procent van de ondervraagden, van wie eenderde daarvoor in het ziekenhuis werd behandeld.[129].

Buitenland

- In de Europese Unie staan minstens tweehonderd niet-dodelijke incidenten genoteerd op naam van GHB waarbij opname in een ziekenhuis nodig was.[131,132]
- In de Verenigde Staten is op eerste hulplocaties van ziekenhuizen het aantal hulpvragen waarbij GHB wordt genoemd sterk toegenomen.
 - In 1994 ging het naar schatting om 56 gevallen. In 1999 en 2000 werd GHB respectievelijk 3178 en 4969 keer genoteerd.[133,134] Niettemin was GHB geen factor van betekenis indien gekeken werd naar alle drugsmeldingen (meer dan 1 miljoen in 2000).
 - De meeste aan GHB gerelateerde hulpvragen hadden betrekking op een combinatie van middelen: 71 procent in 1999. Populaire combinaties waren GHB en alcohol (56%), gevolgd door GHB en MDMA (15%).

Sterfgevallen

Voor zover informatie beschikbaar is lijken ongelukken met dodelijke afloop vanwege gebruik van alléén GHB niet vaak voor te komen.

- Van 1995 tot 2000 zijn in de Europese Unie en Noorwegen in totaal dertien sterfgevallen geregistreerd waarbij GHB betrokken was. In 2001 ging het om vijf gevallen⁵⁶. Gecombineerd gebruik van GHB met (vooral) alcohol of MDMA was de regel.[131,132] Ter vergelijking: in de EU sterven jaarlijks zeven- tot achtduizend mensen aan de gevolgen van harddrugs, doorgaans (ook) opiaten.
- Lijkschouwers in 43 steden in de VS registreerden van 1994 tot en met 1998 twaalf sterfgevallen wegens GHB. Ook hier was vrijwel altijd sprake van gebruik gecombineerd met andere middelen.[133]
- Van de tweede helft van 1999 tot en met de tweede helft van 2001 registreerde het Nederlands Forensisch Instituut 13 sterfgevallen waarbij een verhoogde concentratie GHB in het bloed of in de urine werd aangetroffen. In vier sterfgevallen werd alléén GHB gevonden. In negen gevallen werden ook andere drugs aangetoond, waarvan vier gevallen zowel GHB, andere drugs én alcohol betroffen. Op grond van toxicologische gegevens alléén kan echter niet worden bepaald of een GHB-intoxicatie in deze sterfgevallen de doodsoorzaak was.

De markt

In geen van de lidstaten van de EU bestaan aanwijzingen voor grootschalige productie en handel in GHB of de grondstof GBL.

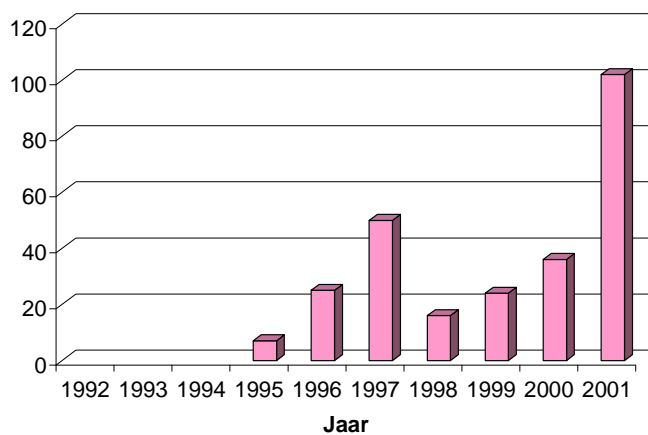
⁵⁶ Met uitzondering van één geval zijn geen Nederlandse sterfgevallen meegeteld.

- Volgens het EMCDDA en Europol speelt de georganiseerde misdaad geen rol van betekenis, met uitzondering wellicht van het Verenigd Koninkrijk en Spanje.[ref EMCDDA/Europol 2002]
- In Nederland wordt op beperkte schaal in GHB gehandeld, doorgaans door dealers van ecstasy, cocaïne en amfetamine. In 2000 meldde de Unit Synthetische Drugs wel een toename van de beschikbaarheid van GHB, vooral in de Zaanstreek en in Midden-Holland.
- Straatprijzen varieerden van 2,5 euro tot 7 euro per flesje van vijf milliliter.

Gebruikers kunnen de samenstelling van pillen en vloeistoffen laten onderzoeken via een bij het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) aangesloten verslavingsinstelling.

- Het aantal monsters met GHB of GBL is toegenomen van 36 in 2000 tot 102 in 2001.
- De gemiddelde concentratie van GHB schommelde jaarlijks tussen 39 en 45 gram per 100 gram vloeistof maar liep uiteen tussen de monsters. In 2001 varieerde de concentratie GHB van 1 tot 80 gram per 100 gram vloeistof (gemiddeld 45 gram per 100 gram).

Aantal monsters met GHB/GBL ingeleverd bij DIMS



GHB is gemakkelijk te verkrijgen via internet of langs andere illegale weg. Tot 7 mei 1996 was het middel verkrijgbaar in smartshops als legale drug. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft de verkoop verboden na een GHB-incident waarbij zes jongeren betrokken waren (zie onder 'Niet-dodelijke incidenten en hulpvraag').

Bijlage F Terminologie en methodologie

Middelengebruik en verslaving

Gebruik

In dit Jaarbericht geven wij in hoofdzaak twee soorten cijfers over de consumptie van drugs, alcohol en tabak.

- 'Ooitgebruik' staat voor inname van het middel ooit in het leven, meestal ongeacht de frequentie (van eenmalig tot omvangrijk). Deze maat moet voorzichtig worden geïnterpreteerd. Iemand die ooit in zijn leven een drug heeft geconsumeerd telt in elke peiling mee als ooitgebruiker, ook al heeft hij het gebruik al lang geleden stopgezet. In overeenstemming met de terminologie van het EMCDDA gebruiken wij 'actueel gebruik' voor consumptie in de maand vóór de desbetreffende peiling. 'Recent gebruik' betekent consumptie in het voorafgaande jaar.
- Wij spreken voorts van 'problematisch gebruik'. Dat is niet helemaal hetzelfde als verslaving. Een verslaafde is een probleemgebruiker, maar een probleemgebruiker hoeft geen verslaafde te zijn. Het begrip 'verslaafde' is streng gedefinieerd (bijvoorbeeld volgens diagnostische criteria van de DSM), maar in de praktijk valt lang niet altijd te achterhalen of iemand aan die definitie voldoet. Het EMCDDA definieert een probleemgebruiker van harddrugs als 'iemand die intraveneus óf langdurig/regelmatig opiaten, cocaïne en/of amfetaminen gebruikt'. De onscherpe grens tussen probleemgebruiker en verslaafde belemmert het maken van schattingen. Daar komt bij dat veel probleemgebruikers van harddrugs meer dan één drug tegelijk consumeren: zijn zij nu opiaatgebruikers, harddruggebruikers of polydruggebruikers? Veel cijfermatige onzekerheden, nationaal en internationaal, zijn op dit soort kwesties terug te voeren.

Allochtonen

Cijfers over middelengebruik onder allochtonen zijn vaak niet vergelijkbaar. Dat komt door het gebruik van verschillende definities van 'allochtoon'.

- Wij hanteren in dit jaarbericht de definitie van het ministerie van Binnenlandse Zaken en de VNG, tenzij anders is aangegeven⁵⁷. Dit betekent dat iemand als allochtoon wordt beschouwd als hij of zij in het buitenland geboren is of als dit geldt voor minstens één van zijn of haar ouders. Een autochtoon is dus iemand die in Nederland geboren is én wiens beide ouders in Nederland zijn geboren.

Peilingen naar middelengebruik

Er circuleren uiteenlopende schattingen van het aantal mensen dat ervaring heeft met drugs. Dat komt doordat onderzoekers de consumptie verschillend peilen, met methoden die variëren van anonieme vragenlijsten die in groepsverband of individueel worden afgenomen tot interviews thuis.

- In peilingen met een steekproef uit de algemene bevolking, zoals het NPO, NEMESIS en peilingen van het NIPO, kunnen bepaalde groepen gebruikers ondervertegenwoordigd zijn,

⁵⁷ Gegevens uit het Peilstationsonderzoek en de Antenne-monitor volgen de BiZA/VNG definitie. Cijfers uit het LADIS en van de GG&GD Amsterdam (sterfgevallen en overige incidenten) zijn op een andere definitie gebaseerd.

zoals prostituees, hang- en zwerfjongeren en andere dak- en thuislozen. De manier waarop de steekproef wordt getrokken beïnvloedt daarom de uitkomst.

- Van belang is verder de mate waarin de aangezochte 'respondenten' daadwerkelijk aan de peiling meedoen. Dat kan uiteenlopen van minder dan 50 tot bijna 100 procent. Een lage 'respons' doet twijfelen aan de betrouwbaarheid van de bevindingen, maar een analyse van de gegevens van 'non-responders' kan enig inzicht geven in de mate van vertekening.
- Het in groepsverband – bijvoorbeeld klassikaal – afnemen van vragenlijsten, zoals in het Peilstationsonderzoek, verlaagt de kans dat respondenten afhaken. Allochtone jongeren worden in schoolonderzoeken doorgaans voldoende bereikt. In algemene bevolkingsonderzoeken is deze groep vaak ondervertegenwoordigd. Daar staat tegenover dat in schoolonderzoeken spijbelaars buiten de boot vallen (gemiddeld 5%) en dat zij geen representatief beeld geven van jongeren boven de leerplichtige leeftijd (in Nederland 16 jaar).[135]
- Het thuis afnemen van vragenlijsten kan bij jongeren de bereidheid verminderen om eerlijk antwoord te geven op vragen naar druggebruik, indien de ouders in de nabijheid verkeren. Het niet betrouwbaar melden van druggebruik kan echter in elk onderzoek dat gebaseerd is op zelfrapportage een rol spelen.

Drugcriminaliteit

Gegistreeerde en opgehelderde criminaliteit

In hoofdstuk 9 van dit jaarbericht beschrijven wij alleen het gedeelte van de drugcriminaliteit dat *opgehelderd* is alsmede de daarop volgende strafrechtelijke reactie. De vraag naar het aandeel van de drugcriminaliteit in de geregistreeerde of de totale criminaliteit valt buiten het kader van dit hoofdstuk. De informatie nodig om deze vraag te beantwoorden is nog van onvoldoende kwaliteit.

- Drugwetcriminaliteit, die voornamelijk uit Opiumwetcriminaliteit bestaat, betreft zogenoemde 'slachtofferloze' delicten. Dit zijn delicten waarvan het slachtoffer moeilijk is te bepalen, anoniem of collectief is.[136] Er zijn dan ook geen individuele rechtspersonen die als slachtoffer dergelijke delicten kunnen melden of ervan aangifte kunnen doen.[137] Geregistreeerde Opiumwetcriminaliteit is dan ook vrijwel altijd opgehelderde criminaliteit.
- Ook de geregistreeerde criminaliteit onder druggebruikers bestaat per definitie uit opgehelderde criminaliteit. Om als zodanig geboekt te kunnen worden dient immers een dader bekend te zijn.
- Een gevolg van de focus op de *opgehelderde* drugcriminaliteit is dat de informatie in hoofdstuk 9 in belangrijke mate de inspanningen van politie en justitie weerspiegelt. De resultaten kunnen daarom niet zonder meer naar de totale (geregistreeerde) criminaliteit worden doorgetrokken. Alleen door modelmatig opgezette schattingen kunnen hierover indicaties worden gegeven. Dit geldt des te sterker voor het aandeel van de totale criminaliteit, dus het gedeelte van de criminaliteit dat ter kennis komt van politie en justitie plus het onbekende gedeelte (dark number).

Kwaliteit beschikbare gegevens

De ontwikkeling van het justitiedeel van de NDM is voorafgegaan door een definitie- en ontwikkelingstraject, gevolgd door een praktijkstudie door het WODC. In deze projecten is vastgesteld dat de kwaliteit van gegevens voor bepaalde kengetallen onvoldoende is.[1,2]

- Dit geldt onder meer voor de kengetallen ‘aantal ontmantelde marihuana-kwekerijen’ en ‘in beslag genomen drugs’.⁵⁸ Gegevens voor deze kengetallen worden daarom niet gepubliceerd in het huidige jaarbericht. In de nabije toekomst wordt onderzocht hoe de kwaliteit van deze gegevens verbeterd kan worden.
- Er zijn aanwijzingen dat de gevarenclassificatie ‘druggebruiker’ in het Herkenningsdienststelsel (HKS) van de politieregio’s een onderschatting geeft van het werkelijke aantal bij de politie bekende druggebruikers. Onbekend is hoe groot die onderschatting is. In hoofdstuk 9 worden de gegevens van het HKS over druggebruikers vooral gebruikt om een beeld te krijgen van hun persoons- en delictkenmerken, niet voor het schatten van de omvang van deze groep.

Het tekort aan betrouwbare en valide gegevens heeft tot gevolg dat het zwaartepunt van de informatie in hoofdstuk 9 ligt bij de criminaliteit in verband met de drugwetten, ofwel drugwetcriminaliteit. De nadruk ligt op de periode 1996-2001. Gegevens over de criminaliteit onder druggebruikers zijn beperkt gebleven tot 1) een profiel van druggebruikende verdachten en 2) voor de jaren 1993/95, een beeld van de aard en indicatie van de omvang van de verslavingsproblematiek in de vervolgings- en berechttingsfase. Het doen van uitspraken over ontwikkelingen in drugcriminaliteit is momenteel niet mogelijk.

(Problematisch) druggebruik en verslaving

Op basis van de beschikbare gegevens kan het voorkomen van verslaving bij justitiabelen in bestanden van politie en justitie niet exact worden vastgesteld. Wij hanteren in hoofdstuk 9 van dit jaarbericht de term ‘druggebruiker’ of ‘probleemgebruikers van drugs’ om een mogelijke verslavingsproblematiek bij de betrokken personen aan te geven. Informatie over criminaliteit onder druggebruikers is schaars. Dit is het gevolg van het ontbreken van een (goede) registratie van verslavingskenmerken van verdachten in bestanden van politie en justitie. Op basis van de landelijke HKS bestanden en de SRM kan, met de nodige kanttekeningen, wel een beeld van deze groep verkregen worden.

- In het HKS wordt verslaving of druggebruik als zodanig niet vastgelegd. Niettemin kan de groep van een of meer misdrijven verdachte druggebruikers benaderd worden door gebruik te maken van de zogenaamde ‘gevarenclassificatie’. Deze classificatie wordt aan een verdachte toegekend wanneer er aanwijzingen zijn dat de verdachte in verband met *druggebruik* een gevaar voor de verbalisant kan opleveren. Een dergelijke verdachte hoeft dus niet per definitie verslaafd te zijn. Over de volledigheid van de registratie van druggebruik onder verdachten in het HKS bestaan twijfels.[44,138,139] Waarschijnlijk zijn er op dit punt ook verschillen in registratiewijze tussen de politieregio’s.⁵⁹ Doorgaans wordt aangenomen dat het aantal geregistreerde druggebruikers in het HKS een minimumindicatie oplevert van het aantal druggebruikende verdachten. In welke mate de registratie landelijk een onderschatting oplevert is echter niet bekend. De absolute getallen en het aandeel druggebruikende verdachten op het totaal dienen hier dan ook niet te zeer in absolute termen geïnterpreteerd te worden. Het HKS bevat desondanks over een grote

⁵⁸ Voor het eerstgenoemde kengetal blijken enkele regiokorpsen niet in staat te zijn om het aantal ontmantelde kwekerijen vast te stellen en om tijdig en consequent de gevraagde gegevens te leveren. Ook de definitie van ‘kwekerij’ dient te worden aangescherpt. Daarnaast zijn er problemen rond het tweede genoemde kengetal. Diverse korpsen dienen de in beslag genomen drugs handmatig te turven. Deze informatie kan namelijk niet uit de systemen worden gehaald. Een aantal regio’s levert niet op tijd of is niet in staat de gevraagde informatie te leveren. Aan de verbetering van de kengetallen wordt gewerkt.

⁵⁹ Zo concluderen Burger et al.[44] dat de politie in Den Haag ten minste één op de vier harddruggebruikers niet als zodanig herkent. Snippe et al.[138] melden dat van een lijst met de 25 meest overlastveroorzakende druggebruikers in Groningen, 15 personen in het HKS niet bekend zijn als harddruggebruiker, terwijl alle 15 wel als verdachte voorkomen in het HKS.

groep criminele druggebruikers (8700 in registratiejaar 2001) voldoende informatie om een beeld te verkrijgen van hun persoonskenmerken en delictkenmerken. Mogelijke selectie-effecten zijn niet uit te sluiten.⁶⁰ Nader onderzoek zal meer duidelijkheid kunnen geven over de totale omvang van de groep criminele druggebruikers en hun kenmerken.

- Verslavingsproblematiek is in de SRM vastgesteld als er in het strafdossier expliciet naar een verslaving verwezen wordt. In aanvulling op een schriftelijke aanwijzing bij de analyses van strafdossiers zijn er ook mondelinge aanwijzingen. Alleen serieuze verwijzingen richting verslaving worden als zodanig genoteerd.⁶¹ Om het aantal combinaties van verslavingen te beperken zijn de verwijzingen naar harddruggebruik uitgangspunt geweest bij de indeling. In deze categorie vallen óók combinaties van harddrugs en andere middelen (zoals alcohol, softdrugs of beide).

Georganiseerde criminaliteit

Er is momenteel geen landelijke bron voor informatie over alle in Nederland gehouden opsporingsonderzoeken naar georganiseerde criminaliteit.

- Wel is een bron beschikbaar die een deel ervan, met name de *ernstigere* vormen van georganiseerde criminaliteit, dekt. Het gaat hier om de database van het KLPD met opsporings-onderzoeken naar georganiseerde criminaliteit. Sinds een aantal jaren brengt het KLPD een selectie van de opsporingsonderzoeken in kaart die de Nederlandse politie jaarlijks doet naar criminele samenwerkingsverbanden. Deze inventarisatie vindt plaats ten behoeve van de Europese Unie. Sinds 1993 zijn de lidstaten verplicht jaarlijks een 'situatierapport' over de georganiseerde criminaliteit samen te stellen. De groep Onderzoek en Analyse van de Dienst Nationale Recherche Informatie van het KLPD is verantwoordelijk voor de vervaardiging van deze rapportages (zie ook bijlage B).

Over de definitie van wat georganiseerde criminaliteit of een crimineel samenwerkingsverband nu eigenlijk is, bestaat geen eenstemmigheid.

- In deze notitie wordt de definitie gebruikt die door de opdrachtgever, de EU, is geformuleerd. In feite gaat het niet zozeer om een definitie alswel om een aantal criteria. Er zijn vier basiscriteria en zeven 'overige' criteria. Een opsporingsonderzoek komt alleen in aanmerking voor opname in het situatierapport indien het in ieder geval aan de vier basiscriteria voldoet alsmede aan twee van de overige criteria.⁶²
- Voor het Nederlandse situatierapport komen opsporingsonderzoeken in aanmerking indien de strafbare feiten een strafbedreiging hebben van vier jaren of meer en indien het wederrechtelijk verkregen vermogen (in baar geld of investeringen) een bedrag van 226 890 euro (500 duizend gulden) te boven gaat. Het gevolg van deze selectie is dat in de genoemde situatierapporten (en in hoofdstuk 9) alleen een deel van de opsporingsonderzoeken, met het accent op de ernstigere en winstgevendere criminele samenwerkingsverbanden, in beeld worden gebracht.

⁶⁰ In het onderzoek van Burger et al.[44] wordt geconcludeerd dat in de groep Haagse druggebruikers die niet (tijdig) door de politie als zodanig herkend worden relatief (ten opzichte van de wel als harddruggebruiker bekend staande groep) veel cocaïnegebruikers voorkomen met weinig eerdere politiecontacten en jongere delinquenten.

⁶¹ De verdachte die bijvoorbeeld ergens in het strafdossier verklaart af en toe een joint te roken of een biertje te drinken is voor de SRM niet tot de groep verslaafden gerekend.

⁶² De vier basiscriteria zijn: 1) Het opsporingsonderzoek heeft betrekking op een samenwerkingsverband dat bestaat uit meer dan twee personen; 2) Het opsporingsonderzoek heeft betrekking op een samenwerkingsverband voor langdurige of onbepaalde duur; 3) Het opsporingsonderzoek heeft betrekking op een samenwerkingsverband dat wordt verdacht van ernstige strafbare feiten; 4) Het opsporingsonderzoek heeft betrekking op een samenwerkingsverband dat is gericht op streven naar winst. Met name criteria 3 en 4 zijn nader geoperationaliseerd.

- Behalve de beperkingen die de criteria opleggen, is er ook sprake van politieke opsporingsprioriteiten. Opsporingsonderzoeken waarin bijvoorbeeld niet wordt 'doorgerechercheerd' voldoen vaak niet aan de criteria en verschijnen derhalve niet in de inventarisatie. De situatierapporten dienen dus vooral gezien te worden als een 'spiegel' van de opsporingsinspanningen en niet zozeer als een weergave van de feitelijke omvang en activiteiten van de georganiseerde criminaliteit in Nederland.

Bijlage G Internetadressen van enkele in het Jaarbericht genoemde organisaties

Australian Institute of Health and Welfare (AIHW)

<http://www.aihw.gov.au/>

CEDRO Centrum voor Drugsonderzoek (UvA)

<http://www.cedro-uva.org/>

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)

<http://www.cbs.nl/>

Defacto, voor een rookvrije toekomst

<http://www.stivoro.nl/index.htm>

European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS

<http://www.eurohiv.org/sida.htm>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)

<http://www.emcdda.org/>

Europese Commissie, Taxation and Customs Union

http://europa.eu.int/comm/taxation_customs/publications/info_doc/info_doc.htm#Excises

Europol

<http://www.europol.eu.int/home.htm>

GG&GD Amsterdam

<http://www.gggd.amsterdam.nl/>

GGD Nederland

<http://www.ggd.nl/>

GGZ Nederland

<http://www.ggz nederland.nl>

Inspectie voor de Gezondheidszorg

<http://www.igz.nl/productie/indexie.html>

Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving (IVO)

<http://www.ivo.nl/>

Intraval. Bureau voor onderzoek en advies

<http://www.intraval.nl/>

Jellinek kliniek (Amsterdam)

<http://www.jellinek.nl/>

Korps Landelijke Politiediensten (KLPD)

<http://www.klpd.nl/>

Ministerie van Justitie

<http://www.justitie.nl>

Ministerie van VWS

<http://www.minvws.nl/index.html>

Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ)

<http://www.nigz.nl/>

Openbaar Ministerie

<http://www.openbaarministerie.nl>

Politie

<http://www.politie.nl>

Prismant

<http://www.prismant.nl/index.htm>

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.consument-en-veiligheid.nl/>

Stichting Informatievoorziening Zorg (IVZ)

<http://www.ivv.nl/>

<http://www.sivz.nl/>

Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV)

<http://www.swov.nl/>

Substance Abuse & Mental Health Service Administration (SAMHSA)

<http://www.samhsa.gov/>

SWOV-Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid

<http://www.swov.nl>

Trimbos-instituut

<http://www.trimbos.nl/>

Vereniging GGZ Nederland

<http://www.ggznederland.nl/>

Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC)

<http://www.wodc.nl/>

World Health Organisation (WHO)

<http://www.who.int/home-page/>