

# NATIONALE DRUG MONITOR

JAARBERICHT 2006

Trimbos-instituut

Utrecht, 2007

## COLOFON

### *Redactie*

Mw. dr. M.W. van Laar<sup>1</sup>

Dhr. dr. A.A.N. Cruts<sup>1</sup>

Mw. dr. J.E.E. Verdurmen<sup>1</sup>

Mw. dr. M.M.J. van Ooyen-Houben<sup>2</sup>

Dhr. drs. R.F. Meijer<sup>2</sup>

### *Met medewerking van*

Mw. dr. E.A. Croes<sup>1</sup>

Dhr. drs. A.P.M. Ketelaars<sup>1</sup>

Mw. M. Brouwers<sup>2</sup>

Dhr. P.P.J. Groen<sup>2</sup>

Dhr. L.K. de Jonge<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Trimbos-instituut

<sup>2</sup> WODC

### *Vormgeving en druk*

Ladenius Communicatie BV, Houten

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

Onder vermelding van artikelnummer AF0718. U krijgt een factuur voor de betaling.

ISBN 978-90-5253-581-4

© 2007 Trimbos-instituut, Utrecht

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

Voor een PDF van dit rapport:

- Ga naar [www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl). Klik rechts boven bij "ZOEKEN" op "uitgebreid zoeken". Kies bij "Voorkeuren" voor "exacte zin". Tik in bij "Zoek naar" de tekst "Nationale Drug Monitor Jaarbericht 2006" en klik op "zoek". Onderaan de pagina kunt u dan een PDF downloaden.
- Of ga naar [www.wodc.nl](http://www.wodc.nl). Ga links boven bij 1 naar "Onderzoek". Ga bij 2 naar "Afgerond onderzoek". Ga bij 3 naar "Intern onderzoek". Ga bij 4 naar "2007". Zoek op "Werktitel: Nationale Drug Monitor". Rechts bovenin bij de "Bijlagen" kunt u dan een PDF downloaden.

# LEDEN VAN DE WETENSCHAPPELIJKE RAAD VAN DE NDM

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

## *Waarnemers*

Dhr. mr. P.P. de Vrijer, Ministerie van Justitie  
Mw. drs. W.M. de Zwart, Ministerie van VWS

## *Toegevoegde referenten*

Dhr. dr. M.C.A. Buster, GGD Amsterdam  
Mw. A. Hoekstra, Ministerie van Justitie  
Dhr. drs. S. Houwing, SWOV  
Dhr. drs. W.G.T. Kuijpers, Stg. IVZ  
Mw. dr. ir. E.L.M. Op de Coul, RIVM  
Mw. dr. M. Prins, GGD Amsterdam  
Dhr. dr. M.C. Willemsen, STIVORO



# INHOUD

<b>LIJST VAN AFKORTINGEN</b>	<b>11</b>
<b>SAMENVATTING</b>	<b>15</b>
<b>1 INLEIDING</b>	<b>27</b>
<b>2 CANNABIS</b>	<b>31</b>
2.1 Laatste feiten en trends	31
2.2 Gebruik: algemene bevolking	32
2.3 Gebruik: jongeren	35
2.4 Problematisch gebruik	41
2.5 Gebruik: internationale vergelijking	42
2.6 Hulpvraag	46
2.7 Ziekte en sterfte	51
2.8 Aanbod en markt	52
<b>3 COCAÏNE</b>	<b>57</b>
3.1 Laatste feiten en trends	57
3.2 Gebruik: algemene bevolking	58
3.3 Gebruik: jongeren	59
3.4 Problematisch gebruik	63
3.5 Gebruik: internationale vergelijking	64
3.6 Hulpvraag	67
3.7 Ziekte en sterfte	73
3.8 Aanbod en markt	74
<b>4 OPIATEN</b>	<b>77</b>
4.1 Laatste feiten en trends	77
4.2 Gebruik: algemene bevolking	78
4.3 Gebruik: jongeren	78
4.4 Problematisch gebruik	80
4.5 Gebruik: internationale vergelijking	84
4.6 Hulpvraag	85
4.7 Ziekte en sterfte	91

<b>5</b>	<b>ECSTASY, AMFETAMINE EN VERWANTE STOFFEN</b>	<b>107</b>
5.1	Laatste feiten en trends	107
5.2	Gebruik: algemene bevolking	108
5.3	Gebruik: jongeren	110
5.4	Problematisch gebruik	113
5.5	Gebruik: internationale vergelijking	113
5.6	Hulpvraag	116
5.7	Ziekte en sterfte	123
5.8	Aanbod en markt	124
<b>6</b>	<b>ALCOHOL</b>	<b>129</b>
6.1	Laatste feiten en trends	129
6.2	Gebruik: algemene bevolking	130
6.3	Gebruik: jongeren	132
6.4	Probleemgebruikers	138
6.5	Gebruik: internationale vergelijking	141
6.6	Hulpvraag	143
6.7	Ziekte en sterfte	153
6.8	Aanbod en markt	158
<b>7</b>	<b>TABAK</b>	<b>161</b>
7.1	Laatste feiten en trends	161
7.2	Gebruik: algemene bevolking	161
7.3	Gebruik: jongeren	164
7.4	Problematisch gebruik	167
7.5	Gebruik: internationale vergelijking	167
7.6	Hulpvraag	170
7.7	Ziekte en sterfte	171
7.8	Aanbod en markt	173
<b>8</b>	<b>DRUGSCRIMINALITEIT</b>	<b>177</b>
8.1	Laatste feiten en trends	178
8.2	Drugswetcriminaliteit	179
8.3	Door drugs- en alcoholgebruikers gepleegde criminaliteit	202
8.4	Problematische gebruikers in het strafrechtelijk systeem	210

<b>BIJLAGE A</b>	<b>219</b>
Verklaring van begrippen	
<b>BIJLAGE B</b>	<b>231</b>
Bronnen	
<b>BIJLAGE C</b>	<b>245</b>
Verklaring van ICD-9 en ICD-10 codes	
<b>BIJLAGE D</b>	<b>249</b>
Kwaliteitscriteria voor justitiële gedragsinterventies gericht op terugdringen van criminele recidive	
<b>BIJLAGE E</b>	<b>251</b>
Internetadressen op het gebied van alcohol en drugs	
<b>BIJLAGE F</b>	<b>255</b>
Drugsgebruik in enkele nieuwe EU-lidstaten	
<b>BIJLAGE G</b>	<b>257</b>
Technische bijlage bij hoofdstuk 8 drugscriminaliteit	
<b>REFERENTIES</b>	<b>261</b>





# VOORWOORD

Het percentage cannabisgebruikers en amfetaminegebruikers blijft stabiel, maar het aantal gebruikers dat hulp zoekt voor deze middelen neemt toe. Gecombineerd gebruik van cocaïne met alcohol is favoriet. De hulpvraag voor problemen met cocaïne lijkt over zijn hoogtepunt heen te zijn. Een lage dosis ecstasy heeft slechts subtiele gevolgen voor het psychisch functioneren, maar daarmee kan nog niet worden geconcludeerd dat incidenteel gebruik van ecstasy veilig is. De ouder wordende opiaatgebruikers kampen vaak met lichamelijke en psychische problemen. Het percentage mensen dat in één keer veel drinkt ('binge drinken') is gedaald, maar jonge stappers zijn steeds vaker thuis gaan indrinken. In de voorgaande jaren daalde het percentage (zware) rokers, maar deze daling heeft zich niet voortgezet.

Dit zijn enkele van de zeer vele gegevens – soms verontrustend, soms duidend op een positieve ontwikkeling - die zijn opgenomen in het voorliggende Jaarbericht 2006 van de Nationale Drug Monitor (NDM). Het NDM Jaarbericht rapporteert over het middelengebruik en de problemen rond dit gebruik.

Dit is al weer het achtste Jaarbericht. De Jaarberichten worden opgesteld door het Bureau van de NDM, ondergebracht bij het Trimbos-instituut en het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) van het Ministerie van Justitie. Met het uitbrengen van de Jaarberichten wordt in een grote behoefte voorzien. Veel dank gaat daarom uit naar de medewerkers van het Bureau van de NDM op het Trimbos-instituut en het WODC. Evenzo gaat veel dank uit naar alle medewerkers en deelnemende organisaties die de gegevens hebben aangeleverd.

Het is te hopen dat de Jaarberichten nog lang mogen fungeren als informatiebron over het gebruik van drugs, alcohol en tabak in Nederland en de juridische aspecten die daarmee samenhangen.

Prof. dr. Henk Garretsen  
Voorzitter Wetenschappelijke Raad van de Nationale Drug Monitor



# LIJST VAN AFKORTINGEN

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

HAVO	Hoger Algemeen Voortgezet Onderwijs
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children (studie)
HBV	Hepatitis B virus
HCV	Hepatitis C virus
HDL-C	High density lipoprotein cholesterol
HIV	Humaan Immunodeficiëntie Virus
HKS	Herkenningsdienstsysteem
ICD	International Classification of Diseases
IDG	Intraveneuze Drugsgebruikers
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
ISD	Inrichting voor Stelselmatige Daders
IVO	Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving
IVZ	Stichting Informatievoorziening Zorg
KLPD	Korps landelijke politiediensten
KMar	Koninklijke Marechaussee
LADIS	Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem
LIS	Letsel Informatie Systeem
LMR	Landelijke Medische Registratie
LOM	School voor kinderen met Leer- en OpvoedingsMoeilijkheden
LUMC	Leids Universitair Medisch Centrum
MAD	Regio- en StedenMonitor Alcohol en Drugs
MBDB	N-methyl-1-(3,4-methyleen-dioxyphenyl)-2-butanamine
mCPP	meta-Chloor-Phenyl-Piperazine (metachloorpiperazine)
MDA	Methyleen-dioxyamfetamine
MDEA	Methyleen-dioxyethylamfetamine
MDMA	3,4-methyleen-dioxymethamfetamine
MGC	Monitor Georganiseerde Criminaliteit
MLK	School voor Moeilijk Lerende Kinderen
MMO	Monitor Maatschappelijke Opvang
NDM	Nationale Drug Monitor
NEMESIS	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NMG	Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid
NPO	Nationaal Prevalentie Onderzoek
NRI	Nationale Recherche Informatie
NVIC	Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum
NWO	Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
OBJD	Onderzoeks- en Beleidsdatabase Justitiële Documentatie
OM	Openbaar Ministerie

OPS	Opsporingsregister
PBW	Penitentiaire Beginselenwet
PMA	Paramethoxyamfetamine
PMMA	Paramethoxymethylamfetamine
POLS	Permanent Onderzoek Leefsituatie
RIKILT	Rijks-Kwaliteitsinstituut voor land- en tuinbouwproducten
RISc	Recidive Inschattings Schalen
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SHM	Stichting HIV Monitoring
SOA	Seksueel Overdraagbare Aandoeningen
SOV	Strafrechtelijke Opvang Verslaafden
Sr	Wetboek van Strafrecht
Sv	Wetboek van Strafvordering
SVG	Stichting Verslavingsreclassering GGZ Nederland
SRM	Strafrechtmonitor
SSI	Stichting Sigarettenindustrie
SWOV	Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid
TBS	Terbeschikkingstelling
THC	Tetrahydrocannabinol
TNS NIPO	Nederlands Instituut voor de Publieke Opinie en het Marktonderzoek
TRIAS	Transactie Registratie en Informatie Afhandelingssysteem
TULP	TenUitvoerLegging van vrijheidsbenemende maatregelen in Penitentiaire inrichtingen
UvA	Universiteit van Amsterdam
VBA	Verslavings Begeleidingsafdeling
v.i.	voorwaardelijke invrijheidstelling
VIS	Vroeghulp Interventie Systematiek
VMBO-p	Vorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs – praktijkgerichte leerweg
VMBO-t	Vorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs – theoretische leerweg
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
VWO	Vorbereidend Wetenschappelijk Onderwijs
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WHO	World Health Organisation (Wereld Gezondheidsorganisatie)
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum

WVMC  
WvS  
ZMOK  
ZonMw  
Zorgis

Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën  
Wetboek van Strafrecht  
School voor Zeer Moeilijk Opvoedbare Kinderen  
Zorgonderzoek Nederland Medische Wetenschappen  
Zorginformatiesysteem GGZ

# SAMENVATTING

De tabellen 1a en 1b geven een overzicht van de laatste cijfers over het middelengebruik en de drugscriminaliteit. Hieronder volgt een beschrijving van de meest in het oog springende ontwikkelingen uit het Jaarbericht 2006. Het percentage recente gebruikers is het percentage dat het afgelopen jaar een middel heeft gebruikt en het percentage actuele gebruikers is het percentage dat in de laatste maand een middel heeft gebruikt.

## DRUGS: GEBRUIK EN HULPVRAAG

### CANNABISGEBRUIK STABIEL, HULPVRAAG BLIJFT TOENEMEN

In de algemene bevolking van 15-64 jaar bleef het percentage recente en actuele cannabisgebruikers tussen 2001 en 2005 stabiel (in 2005: 5,4% recent, 3,3% actueel). Onderzoek onder scholieren laat een lichte daling zien in het cannabisgebruik tussen 1996 en 2003 en een stabilisatie in 2005. Onbekend is hoe het aantal probleemgebruikers van cannabis zich in de loop der tijd heeft ontwikkeld. Wel zien we een blijvende groei van het aantal mensen dat vanwege cannabisproblematiek aanklopt bij de verslavingszorg. Tussen 1994 en 2005 steeg het aantal primaire cannabiscliënten van 1 950 naar 6 100. Van 2004 naar 2005 ging het om een toename van 12 procent. In algemene ziekenhuizen worden maar weinig mensen opgenomen vanwege cannabisproblematiek als hoofddiagnose, al is er wel een toename te zien (24 gevallen in 2000; 62 in 2005). Het aantal opnames met cannabismisbruik en -afhankelijkheid als nevendiagnose steeg van 193 in 2000 naar 322 in 2004. In 2005 werden 299 gevallen geregistreerd.

### COCAÏNEHULPVRAAG VOOR HET EERST GEDAALD

In de bevolking van 15-64 jaar bleef het percentage recente en actuele cocaïnegebruikers tussen 2001 en 2005 stabiel (in 2005: 0,6% recent, 0,3% actueel). Onder scholieren stabiliseerde het cocaïnegebruik tussen 1996 en 2003. In bepaalde groepen, met name uitgaande jongeren, komt cocaïnegebruik aanzienlijk vaker voor dan in de algemene bevolking. In het Amsterdamse uitgaansleven is het gebruik van dit middel weliswaar over het hoogtepunt heen, maar of dit elders in het land ook het geval is, is niet bekend. Gecombineerd gebruik van cocaïne met alcohol is favoriet. Ook in het drugsrepertoire van harddrugsverslaafden is cocaïne, in de rookbare variant crack, inmiddels niet meer weg te denken. Hoeveel mensen lichamelijke, psychische of sociale problemen krijgen vanwege overmatig cocaïnegebruik is echter

niet bekend. Wel registreerde de (ambulante) verslavingszorg tot 2004 een sterke groei van het aantal cocaïnecliënten, van 2 500 in 1994 naar tienduizend in 2004. Deze trend heeft zich in 2005 niet voortgezet. Van 2004 naar 2005 ging het om een daling van twee procent. Op andere indicatoren, zoals het aantal ziekenhuisopnames waarbij cocaïne een rol speelt en het aantal acute cocaïnesterftegevallen, zien we sinds 2002 geen verdere stijging. Ook daalde de aanwas van nieuwe cocaïnegebruikers in de algemene bevolking tussen 2001 en 2005. Of deze ontwikkelingen duiden op een stabiliserende dan wel tanende populariteit van cocaïne zal de komende jaren blijken.

### TOENAME AMFETAMINECLIËNTEN, MAAR AANTAL BLIJFT LAAG

In de algemene bevolking is het percentage recente en actuele amfetaminegebruikers vrij laag en stabiel (in 2005: 0,3% recent, 0,2% actueel). In vergelijking met andere drugs kloppen maar weinig cliënten met een amfetamineprobleem aan bij de ambulante verslavingszorg. Wel verdubbelde hun aantal ruimschoots van 482 in 2001 naar 1 118 in 2005. Van 2004 naar 2005 ging het om een toename van 17 procent. Ook zien we in de laatste jaren een toename van het aantal opnames in algemene ziekenhuizen gerelateerd aan problemen met amfetamine(-achtigen), hoewel het aandeel op alle drugsopnames beperkt blijft. Bij het Nationaal Vergiftigingen Informatiecentrum (NVIC) steeg tussen 2002 en 2005 het aantal informatieverzoeken vanwege een amfetamineïntoxicatie. Of deze ontwikkelingen méér betekenen dan een fluctuatie in de registraties zal in de komende jaren blijken. Er zijn vooralsnog geen signalen dat het amfetaminegebruik is toegenomen.

### ECSTASYGEBRUIK STABIEL GEBLEVEN

Het percentage recente en actuele gebruikers van ecstasy in de algemene bevolking bleef tussen 2001 en 2005 stabiel (in 2005: 1,2% recent, 0,4% actueel). Ecstasy is in het uitgaansleven nog steeds een belangrijke harddrug. De hulpvraag vanwege een primair ecstasyprobleem blijft beperkt (293 in 2005). Er is de laatste jaren wel een geringe toename van het aantal mensen dat zich aanmeldt met een secundair ecstasyprobleem (van 563 in 2001 naar 781 in 2005). Resultaten uit diverse onderzoeken laten zien dat *frequent* gebruik van ecstasy afwijkingen aan de serotonine-receptoren in de hersenen veroorzaakt. Er zijn ook klinische effecten van frequent ecstasygebruik gerapporteerd, zoals een afname van het geheugen en een toename van symptomen van depressie. Op basis van recent onderzoek kan de conclusie dat *incidenteel* ecstasy gebruik veilig is niet worden getrokken, hoewel de gevolgen van gebruik van een lage dosis ecstasy op het psychisch functioneren subtiel zijn.



## AANWAS JONGE OPIAATGEBRUIKERS BLIJFT DALEN

Volgens de laatste schatting in 2001 telde Nederland tussen de 24 en 46 duizend probleemgebruikers van opiaten, ongeveer evenveel als in voorgaande jaren. Van de lidstaten van de EU-15 heeft Nederland samen met Griekenland en Duitsland het kleinste aantal probleemgebruikers per duizend inwoners van 15-64 jaar (2 tot 3, versus 8-9 in Italië, Luxemburg, Spanje en het Verenigd Koninkrijk). De populatie opiaatgebruikers is in de loop der jaren steeds ouder geworden en de aanwas van jonge gebruikers neemt af. Het aandeel jonge cliënten (15-29 jaar) bij de verslavingszorg daalde van 39 procent in 1994 naar 8 procent in 2004 en 6 procent in 2005. Tussen 2001 en 2004 daalde ook het totale aantal primaire opiaatcliënten, van bijna 18 duizend naar 14 duizend (-22%). In 2005 zette deze daling niet verder door. De groep opiaatcliënten die overblijft veroudert en kampt vaak met lichamelijke en psychische problemen. In Nederland is ongeveer 1 procent van de nieuwe geregistreerde gevallen van hiv gerelateerd aan injecterend drugsgebruik. Ondanks een afname in risicovol gedrag, zoals injecteren en het delen van naalden, daalt het aantal nieuwe diagnoses niet verder, waarschijnlijk door het omvangrijk gebleven seksueel risicogedrag.

## ALCOHOL EN TABAK: GEBRUIK EN HULPVRAAG

### AANTAL ALCOHOLCONSUMENTEN STABIEL, BINGE DRINKEN GEDAALD

Het aantal recente en actuele consumenten van alcohol in de bevolking van 15-64 jaar bleef tussen 2001 en 2005 stabiel (in 2005: recent 85%, actueel 78%). Het percentage mensen dat in het afgelopen half jaar minimaal een keer zes of meer glazen op een dag had gedronken ('binge drinken') daalde in deze periode van 40 naar 35 procent. Er zijn grote verschillen tussen leeftijdsgroepen, met name als het om wat forser alcoholgebruik gaat. Mannen van 18-24 jaar scoren het hoogst wat betreft zwaar drinken en probleemdrinken. Zo was in 2005 33 procent van de mannen en 8 procent van de vrouwen in deze leeftijdsgroep een zware drinker. Dat is minder dan in 2002 (42% voor mannen; 18% voor vrouwen). Ook het drankgebruik onder scholieren heeft de afgelopen jaren flink de aandacht getrokken. Het aandeel scholieren dat op jonge leeftijd al alcohol gebruikt nam tussen 1999 en 2003 toe. Vaak beginnen zij met drinken als zij tussen de elf en veertien jaar oud zijn. Met name onder twaalfjarigen nam het percentage actuele gebruikers tussen 2003 en 2005 echter weer wat af. Alcohol lijkt ook onlosmakelijk verbonden te zijn met het uitgaansleven. Onder met name jonge stappers is een toename gesignaleerd van het thuis indrinken (uit kostenbesparing). Het in één keer consumeren van een grote hoeveelheid alcohol

(binge drinken) lijkt eerder regel dan uitzondering. Ondanks een wettelijk verbod kunnen jongeren onder de zestien jaar makkelijk alcoholhoudende dranken verkrijgen. In 2004 gaf een kwart van de 12-16-jarigen aan wel eens alcohol te kopen.

Van de circa 1,2 miljoen probleemdrinkers vraagt slechts een klein deel hulp bij de verslavingszorg. In 2005 zijn 31 duizend cliënten behandeld voor een primair alcoholprobleem. Dat is vijf procent meer dan in 2004. De stijging (39%) van het aantal cliënten sinds 2001 hangt mogelijk samen met het effect van het Actieplan van de instellingen voor verslavingszorg verenigd in GGZ Nederland. Het doel van het Actieplan was namelijk om meer probleemdrinkers in de hulpverlening te krijgen. In ziekenhuizen zagen wij de afgelopen jaren evenwel ook een toename van het aantal opnames vanwege een hoofddiagnose alcoholmisbruik- en afhankelijkheid van 3 900 in 2001 naar 4 500 in 2004. Van 2004 naar 2005 bleef het aantal klinische opnames vrijwel op het zelfde niveau (4 553).

### AANTAL (ZWARE) ROKERS NIET VERDER GEDAALD

In 2005 bleef het percentage rokers steken op het niveau van 2004: 28 procent van de bevolking van 15 jaar en ouder. De daling in het percentage zware rokers stagneerde eveneens in 2005 (8%). Diverse campagnes stimuleren rokers om te stoppen met roken. Rond 1 januari 2004 probeerden ruim een miljoen Nederlanders te stoppen. Bijna een kwart van hen was nog steeds rookvrij in december 2004. Ongeveer 111 duizend rokers die wilden stoppen riepen daarvoor de hulp in van hun huisarts. Onder jongeren wordt niet roken steeds meer de sociale norm.

### STERFTE

#### ROKEN BLIJFT DE BELANGRIJKSTE DETERMINANT VOOR STERFTE

Roken is in Nederland nog steeds de belangrijkste oorzaak van voortijdige sterfte, al lijkt zich een lichte daling af te tekenen. In 2005 overleden bijna 19 duizend mensen van 20 jaar en ouder aan de directe gevolgen van roken, negen procent minder dan in 2000. Achtduizend van hen stierven aan longkanker. In 2005 waren alcoholgerelateerde aandoeningen de directe aanleiding voor bijna 800 sterfgevallen; in nog zo'n duizend gevallen stonden alcoholgerelateerde aandoeningen als secundaire doodsoorzaak geregistreerd. De stijging in totale sterfte door alcoholgerelateerde aandoeningen vanaf begin jaren negentig zette zich vanaf 2004 niet door. In 2004 en 2005 was een geringe daling waarneembaar. De sterfte aan alcoholgerelateerde aandoeningen en tabak is vele malen groter dan de (hard)drugssterfte. In 2005 stonden 122 sterftes door drugs geregistreerd, vrijwel net zo veel als in 2004 (127). Vergeleken met een aantal andere Europese lidstaten blijft de drugssterfte in Nederland gering.

## MARKT

### STIJGING THC-GEHALTE IN NEDERWIET ZET ZICH NIET VOORT

Marktmonitors, zoals het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS), volgen de samenstelling van partydrugs en cannabis. De meeste ecstasypillen bevatten al jaren daadwerkelijk MDMA of een verwante stof. Wel is in 2005 en met name in 2006 een sterke toename geconstateerd van het aantal pillen dat de stof metachloorpiperazine (mCPP) bevat. Deze stof kan onaangename effecten teweegbrengen. Het aandeel geteste pillen met een hoge dosis MDMA (meer dan 140 mg) is na een stijging van twee procent in 2000 naar respectievelijk tien en negen procent in 2004 en 2005, weer licht gedaald in 2006 (3%).

De toename van het gemiddelde THC-gehalte (het meest belangrijke werkzame bestanddeel van cannabis) in nederwiet heeft zich de afgelopen twee jaren niet verder doorgezet. Er trad een daling op van 20 procent in 2004 naar 18 procent in 2005 en 2006. Onderzoek laat zien dat de acute effecten van cannabis met een hoog THC-gehalte een risico kunnen zijn voor mensen met hart- en vaatziekten.

## DELICTEN TEGEN DE OPIUMWET

### OPKOMST VAN SOFTDRUGSDELICTEN IN DE STRAFRECHTSKETEN, MINDER INSTROOM VAN HARDDRUGSDELICTEN

De instroom van Opiumwetverdachten bij de politie daalt ten opzichte van 2004 (-5% volgens voorlopige cijfers 2005). Ook bij het Openbaar Ministerie kwamen minder Opiumwetzaken binnen (-8%; ruim 20 duizend zaken). Het zijn er echter nog steeds meer dan in de periode 2000-2003. Opiumwetdelicten vormen zeven procent van alle verdachten bij de politie en 7,5 procent van alle zaken bij het OM. De afname betreft alléén harddrugsdelicten (nu 48%). Softdrugsdelicten nemen toe (nu 46%). Van de opsporingsonderzoeken naar meer ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit betreft bijna driekwart (72%) drugszaken. Meestal gaat het om harddrugs (met name cocaïne en synthetische drugs), maar het aandeel waarbij ook softdrugs in het spel zijn steeg naar 41 procent.

### OM BRENGT MEER ZAKEN VOOR DE RECHTER

Van de ruim 20 duizend Opiumwetzaken die het OM heeft afgedaan is 65 procent gedagvaard; dit is meer dan in 2004. Het aandeel beleidssepts daalt.

## RECHTER LEGT MEER TAAKSTRAFFEN OP EN MINDER VRIJHEIDSTRAFFEN

De rechter doet in 2005 ruim twaalfduizend zaken Opiumwet af in eerste aanleg, nagenoeg evenveel als in 2004. Deze zaken vormen acht procent van het geheel, hetzelfde als in 2004. De rechter heeft in 2005 minder zaken harddrugs afgedaan (-9%) en meer zaken softdrugs (+13%). Het aantal taakstraffen vertoont een stijgende lijn in de periode 2000-2005. Onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen zijn minder vaak opgelegd (-10%). Ook in 2004 was hierin al een daling (-13%).

## MINDER LANGE STRAFFEN EN MINDER GEDETINEERDEN OPIUMWET

Zestien procent van alle (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen betreft een Opiumwetdelict. Dit aandeel is de laatste jaren vrij constant. Het absolute aantal is gedaald (-22%); dit is in lijn met de daling van het totale aantal vrijheidsstraffen. Het aandeel detentiejaren voor Opiumwetdelicten vormt 26 procent van het totaal; dit was in 2004 nog 28 procent. De gemiddelde duur van de vrijheidsstraffen voor Opiumwetdelicten is korter dan in 2004. Van alle gedetineerden zit zestien procent voor een Opiumwetdelict; dit is minder dan in voorgaande jaren. Vrijheidsstraffen worden vooral opgelegd in harddrugszaken.

## DELICTEN GEPLEEGD DOOR GEBRUIKERS

### DRUGSGEBRUIKENDE VERDACHTEN

Als drugsgebruiker geclassificeerde verdachten plegen vooral vermogensdelicten zonder geweld (54%), daarnaast delicten met geweld (32%), Opiumwetdelicten (22%) en vernieling/verstoring van de openbare orde (22%). Vermogensdelicten (met en zonder geweld) vertonen een dalende lijn, delicten met geweld een (licht) stijgende lijn.

### RIJDEN ONDER INVLOED: MEER TRANSACTIES

In 2005 zijn ruim 49 duizend verdachten van rijden onder invloed – vooral alcohol - geregistreerd, iets meer dan in 2004. Rijden onder invloed van illegale drugs en medicijnen is nog moeilijk aan te tonen. Ruim 28 duizend zaken zijn afgedaan met een standaardtransactie, meer dan in 2004.

### GEBRUIK ONDER GEDETINEERDEN

Problematisch drugsgebruik ooit wordt gerapporteerd door 64 procent van de gedetineerden, problematisch alcoholgebruik ooit door ongeveer eenderde. Rond eenderde gebruikte in de zes maanden vóór detentie dagelijks cannabis of cocaïne/crack.

## HULP VOOR PROBLEEMGEBRUIKERS IN HET STRAFRECHTELIJK SYSTEEM

De verslavingsreclassering stelde ruim elfduizend maal een diagnose bij een justitiabele (probleem)gebruiker en oefent ruim 5 400 maal toezicht uit; dit gebeurt steeds vaker en is in lijn met beleidsvoornemens. Ruim tweeduizend maal is een gebruiker vanuit justitie toegeleid naar zorg.

**TABEL 1A**      **KERNCIJFERS MIDDELengebruik. CURSIEF: GEGEVENS ONBEKEND OF VEROUDERD**

	<i>Cannabis</i>	<i>Cocaine</i>
<i>Gebruik algemene bevolking (2005)</i>		
- Percentage recente gebruikers <sup>I</sup>	5,4%	0,6%
- Percentage actuele gebruikers <sup>I</sup>	3,3%	0,3%
- Trend recent gebruik (2001–2005)	Stabiel	Stabiel
- Internationale vergelijking	Gemiddeld	Gemiddeld
<i>Gebruik jongeren, scholieren (2003)</i>		
- Percentage actuele gebruikers, 12–18 jaar	9%	0,8%
- Trend 12-18 jaar (1996–2003)	Daling (j) Stabiel (m)	Stabiel
- Internationale vergelijking, 15/16 jaar	Gemiddeld	Gemiddeld
<i>Aantal probleemgebruikers</i>		
	Onbekend <sup>III</sup>	Onbekend
<i>Aantal cliënten verslavingszorg (2005)</i>		
- Middel als primair probleem	6 100	9 800
- Middel als secundair probleem	5 100	8 200
- Trend (2001 - 2005)	Stijging	Stijging ( <i>lichte daling 2004–2005</i> )
<i>Aantal ziekenhuisopnames (2005)</i>		
- Misbruik/afhankelijkheid als hoofddiagnose	60	100
- Misbruik/afhankelijkheid als nevendiagnose	300	550
- Trend (2001 - 2005)	Stijging	Stijging ( <i>stabiel vanaf 2002</i> )
<i>Sterfte (2005)<sup>V</sup></i>		
	Geen primaire sterfte	20 (primair)

*Cijfers zijn afgerond. I. Recent gebruik is gebruik in het afgelopen jaar, actueel gebruik is gebruik in de laatste maand. j = jongens, m=meisjes. II. Tussen 1999 – 2003. III. 50 000 in 1996 volgens diagnose cannabisafhankelijkheid. IV. Volgens nieuwe schattingsmethoden. Aantallen verschillen niet significant van voorgaande schattingen. V. Gebaseerd op alle rokers. Een kwart (26%) van deze groep is een zware*

<i>Opiaten</i>	<i>Ecstasy</i>	<i>Amfetamine</i>	<i>Alcohol</i>	<i>Tabak</i>
0%	1,2%	0,3%	85%	-
0%	0,4%	0,2%	78%	28%
Stabiel	Stabiel	Stabiel	Stabiel	Daling
Laag	Boven gemiddelde	Iets onder gemiddelde	Gemiddeld	Gemiddeld
0,5%	1,2%	0,8%	58%	20%
Stabiel	Daling	Daling	Stabiel (j) Stijging (m) <sup>II</sup>	Daling
Gemiddeld	Boven gemiddelde	Beneden gemiddelde	Hoog (>10 keer laatste maand)	Gemiddeld
24 000 – 46 000 <sup>IV</sup>	Onbekend	Onbekend	1 200 000	>1 000 000 <sup>V</sup>
14 200	290	1 120	31 000	Onbekend
2 000	780	730	5 200	
Daling	Lichte stijging	Stijging	Stijging	n.v.t.
60	50		4 550	Onbekend
590	80		11 500	
Lichte daling	Lichte stijging		Lichte stijging	Onbekend
60 (primair)	<10	<10	770 (primair) <sup>VII</sup> 1 000 (sec.)	19 000 (primair+sec.)

roker (20 of meer sigaretten per dag). VI. Primaire sterfte: middel als primaire (onderliggende) doodsoorzaak. Secundaire sterfte: middel als secundaire doodsoorzaak (bijdragende factor of complicatie). VII. Hierbij is de sterfte aan verkeersongevallen en sterfte geassocieerd met kanker nog niet meegeteld.

**TABEL 1b**      **KERNCIJFERS DRUGSCRIMINALITEIT: OPIUMWETDELICTEN IN DE STRAFRECHTSKETEN 2005**

<i>Fase in keten</i>	<i>Aantal verdachten politie<sup>I</sup></i>	<i>Aantal zaken OM</i>
<i>Aantal Opiumwet</i>		
- Totaal	21 223	20 105
- Harddrugs	10 592	9 716
- Softdrugs	8 104	9 298
- Beide	2 025	1 091
- Ontwikkeling 2004–2005	toename softdrugs + afname harddrugs = per saldo afname	toename softdrugs + afname harddrugs = per saldo afname
- Globale trend 2001–2005	OW totaal: stijging 2001–2004, afname in 2005 Harddrugs: stijging 2001–2004, afname in 2005 Softdrugs: stijging 2001–2005	OW totaal: stijging 2001–2004, afname in 2005 Harddrugs: stijging 2001–2004, afname in 2005 Softdrugs: stijging 2001–2005
% Opiumwet op totaal <sup>II</sup>	7%	7,5%

*I. Voorlopige cijfers. II. Totaal = totaal aantal zaken. Bronnen: HKS, KLPD/DNRI; OMDATA, WODC; OBJD, WODC.*



<i>Veroordelingen door rechter 1e aanleg</i>	<i>Vrijheidsstraffen</i>	<i>Detentiejaren</i>
12 262	3 642	2 284
6 148	3 217	2 066
5 178	425	218
936		
toename softdrugs + afname harddrugs = per saldo constant	Afname (vooral harddrugs; kleine afname bij softdrugs)	Afname (harddrugs; toename bij softdrugs)
OW totaal: stijging 2001-2003, afname in 2004, stabiel in 2005	OW totaal: stijging 2001-2003, afname in 2004-2005	OW totaal: stijging 2001-2003, afname in 2004-2005
Harddrugs: stijging 2001- 2003, afname in 2004-2005	Harddrugs: stijging 2001-2003, afname in 2004-2005	Harddrugs: stijging 2001-2003, afname in 2004-2005
Softdrugs: stijging 2001-2005	Softdrugs: stijging 2001-2004, afname in 2005	Softdrugs: stijging 2001-2005
8%	16%	26%



# 1 INLEIDING

## DE NATIONALE DRUG MONITOR

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

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

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

De NDM behartigt de volgende functies:

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

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

- middelengebruik in de algemene bevolking
- problematisch gebruik en verslaving

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

Voor zover beschikbaar zijn ook gegevens opgenomen over aanbod en markt, zoals de prijs en kwaliteit van drugs. De NDM rapporteert ook over de geregistreerde drugscriminaliteit en de strafrechtelijke reactie hierop. Dit gebeurt eveneens volgens een serie indicatoren, waarvoor het WODC gegevens verzamelt.<sup>2,3</sup>

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

## SAMENWERKINGSVERBAND

De NDM steunt op de inbreng van vele deskundigen. Uitvoerders van tal van lokale en nationale monitoringprojecten leveren bouwstenen aan. De kwaliteit van de publicaties wordt gewaarborgd door de Wetenschappelijke Raad van de NDM. Deze Raad beoordeelt alle conceptteksten en adviseert over de kwaliteit van de monitoringgegevens. De Werkgroep Prevalentieschattingen van problematisch middelengebruik en de Werkgroep Drugsgelateerde sterfte ondersteunen de NDM op thematische deelgebieden.

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

## JAARBERICHT 2006

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

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

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

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

- Ga naar [www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl). Klik rechts boven bij “ZOEKEN” op “uitgebreid zoeken”. Kies bij “Voorkeuren” voor “exacte zin”. Tik in bij “Zoek naar” de tekst “Nationale Drug Monitor Jaarbericht 2006” en klik op “zoek”. Onderaan de pagina kunt u dan een PDF downloaden.
- Of ga naar [www.wodc.nl](http://www.wodc.nl). Ga links boven bij 1 naar “Onderzoek”. Ga bij 2 naar “Afgerond onderzoek”. Ga bij 3 naar “Intern onderzoek”. Ga bij 4 naar “2007”. Zoek op “Werktitel: Nationale Drug Monitor”. Rechts bovenin bij de “Bijlagen” kunt u dan een PDF downloaden.

## LACUNES

Bij het samenstellen van de Jaarberichten is gebleken dat sommige essentiële gegevens ontbreken, sterk verouderd zijn of van onvoldoende kwaliteit zijn. Tot de lacunes die door de Wetenschappelijke Raad van de NDM zijn geconstateerd behoren:

- De omvang van de groep probleemgebruikers van cannabis en cocaïne is onbekend.
- Recente gegevens over de prevalentie van hiv en hepatitis B en C onder lokale groepen van (injecterende) harddrugsgebruikers ontbreken.
- Meer in het algemeen verliezen we zicht op ontwikkelingen in risicogedrag en (psychische, sociale en gezondheids-) problematiek in de populatie problematische harddrugsgebruikers vanwege het teruglopen van het aantal periodieke kwantitatieve veldstudies in deze populatie.
- Een landelijk beeld van cijfermatige trends in (riskant) middelengebruik onder de risicogroep van uitgaande jongeren ontbreekt.
- Het aantal cliënten bij de intramurale verslavingszorg wordt niet volledig geregistreerd.

- Ook is er geen zicht op de groep mensen die vanwege verslavingsproblematiek hulp vraagt bij particuliere verslavingsklinieken. Dit geldt eveneens voor de groep mensen die een hulpverleningsaanbod krijgen voor verslavingsproblemen via een e-health interventie. Op dit moment staat e-health nog in de kinderschoenen maar het is de verwachting dat deze vorm van hulpverlening in de toekomst sterk zal toenemen.
- Voor de ambulante en de intramurale verslavingszorg worden de resultaten van behandeling en zorg nog onvoldoende geregistreerd.
- De registratie van in beslag genomen drugs is niet uniform en niet volledig.
- Gegevens over drugsgebruikende justitiabelen zijn onvolledig of van onvoldoende kwaliteit.

Voor het verhelpen van sommige lacunes is reeds actie ondernomen. Zo is een van de centrale thema's in het Programma Risicogedrag en afhankelijkheid van ZonMw, 'de aard, ernst en omvang van problemen bij middelengebruik en afhankelijkheid', met specifieke aandacht voor cannabis en cocaïne. Verder is het van belang dat in de nabije toekomst alle instellingen voor verslavingszorg zullen deelnemen aan de landelijke geanonimiseerde registratie van de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Sommige instellingen voor verslavingszorg zullen dat doen als een divisie verslavingszorg binnen een geïntegreerde instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Wellicht zal de landelijke DBC-registratie in de komende jaren bepaalde lacunes in informatie opheffen. Voor sommige andere lacunes is een oplossing op korte termijn misschien niet haalbaar. De komende jaren blijft de verbetering van de kwaliteit van monitoringgegevens daarom een punt van aandacht. Zolang nieuwe registratiesystemen de functies van de bestaande registratiesystemen nog niet kunnen overnemen, blijft het wel van groot belang dat bestaande registraties zoals de Landelijke Medische Registratie (LMR) en het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) behouden blijven.

## 2 CANNABIS

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

### 2.1 LAATSTE FEITEN EN TRENDS

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

- Het percentage mensen in de algemene bevolking dat ooit in het leven cannabis heeft gebruikt nam toe tussen 2001 en 2005. Het percentage recente en actuele gebruikers bleef in deze periode stabiel (§ 2.2).
- Onder de schoolgaande jeugd (12-18 jaar) is het percentage actuele cannabisgebruikers tussen 1996 en 2003 licht gedaald. Cijfers uit 2005 laten zien dat het gebruik van cannabis onder scholieren is gestabiliseerd (§ 2.3).
- Onder uitgaande jongeren en vooral ‘probleemjongeren’ komt cannabisgebruik relatief vaak voor (§ 2.4).
- Nederlandse volwassenen nemen in Europees verband met het percentage recent cannabisgebruik een positie rond het gemiddelde in (§ 2.5).
- Net als in voorafgaande jaren is het aantal cannabiscliënten bij de (ambulante) verslavingszorg tussen 2004 en 2005 toegenomen (§ 2.6).
- Algemene ziekenhuizen registreren tussen 2004 en 2005 geen verdere toename van het aantal opnames waarbij cannabismisbruik – of afhankelijkheid als nevendiagnose wordt gesteld (§ 2.6).
- Het aantal coffeeshops is van 2004 naar 2005 weer iets gedaald (§ 2.8).
- Na een forse stijging tussen 2000 en 2004, lijkt het gehalte THC in Nederwiet zich in 2005 en 2006 op een iets lager niveau te stabiliseren (§ 2.8).
- In 2005 en 2006 zijn er meldingen binnen gekomen over versnijdingsproducten op Nederwiet (§ 2.8).

## 2.2 GEBRUIK: ALGEMENE BEVOLKING

Van alle illegale drugs wordt cannabis het meest gebruikt. In 1997, 2001 en 2005 vonden peilingen plaats van het Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO). De eerste twee peilingen zijn uitgevoerd door het Amsterdamse instituut CEDRO. De derde peiling is verricht door het IVO.<sup>4</sup>

- Van 1997 tot 2001 bleef het percentage mensen in de bevolking van 15 tot en met 64 jaar dat ooit cannabis had gebruikt stabiel. Tussen 2001 en 2005 nam het percentage ooitgebruikers toe. Het totale percentage recente en actuele gebruikers bleef in alle drie de peilingen op hetzelfde niveau (tabel 2.1).
- In 2005 had ruim een op de vijf ondervraagden ooit cannabis gebruikt. Een op de twintig had in het jaar voor het interview cannabis geconsumeerd (recent gebruik) en een op de drieëndertig had dit nog gedaan in de maand er voor (actueel gebruik).
- Omgerekend naar de bevolking bedraagt het aantal actuele gebruikers van cannabis 363 duizend.
- In 2005 had 1,3 procent van de bevolking voor het eerst in het leven cannabis gebruikt. De aanwas van nieuwe gebruikers is over de jaren heen gelijk gebleven.

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

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

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

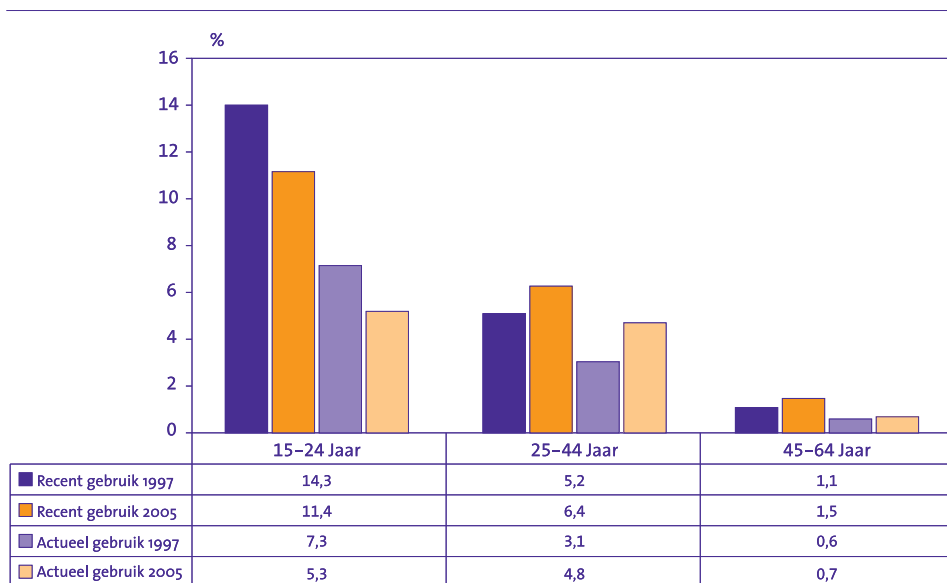
Bron: NPO, IVO.<sup>4</sup>



## LEEFTIJD EN GESLACHT

- Meer mannen dan vrouwen gebruiken cannabis (tabel 2.1).
- Consumptie van cannabis komt vooral voor onder jongeren en jonge volwassenen (figuur 2.1).
  - Tussen 1997 en 2005 daalde het percentage recente en actuele gebruikers van 15 tot en met 24 jaar en nam het percentage gebruikers in de leeftijdsgroep 25 tot en met 44 jaar toe. Deze verschuiving deed zich met name tussen 1997 en 2001 voor.
  - Ook de gemiddelde leeftijd van de recente cannabisgebruikers nam toe, van 27 naar bijna 31 jaar (tabel 2.1).
  - De startleeftijd is de leeftijd waarop iemand voor het eerst een middel heeft gebruikt (zie ook bijlage A: startleeftijd). Onder de ooitgebruikers van cannabis lag in de leeftijdsgroep van 15 tot en met 24 jaar de startleeftijd op gemiddeld 16,4 jaar. In de leeftijdsgroep van 15 tot en met 64 jaar lag de startleeftijd op gemiddeld 19,6 jaar.

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



Percentage gebruikers recent (laatste jaar) en actueel (laatste maand) per leeftijdsgroep. Bron: NPO, IVO.<sup>4</sup>

## DE GROTE STEDEN

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

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

**TABEL 2.2** GEBRUIK VAN CANNABIS IN DE VIER GROTE STEDEN EN IN NIET-STEDELIJK GEBIED ONDER MENSEN VAN 12 JAAR EN OUDER. PEILJAREN 1997 EN 2005

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

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

## MATE VAN CONSUMPTIE

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

## SPECIALE GROEPEN

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

- In 2002 was ruim de helft (52%) van de *dak- en thuislozen* in 20 Nederlandse gemeenten een actuele cannabisgebruiker.<sup>5</sup>
- In hetzelfde jaar rapporteerde een op de drie (33%) *mannelijke gedetineerden* in acht Huizen van Bewaring<sup>a</sup> dagelijks cannabis te hebben gebruikt in de laatste

<sup>a</sup> In Arnhem, Den Bosch, Breda, Grave en 4 Huizen van Bewaring in Rotterdam.

zes maanden voor detentie. Gedetineerden met ernstige psychische stoornissen of met beperkingen (geen contact toegestaan), waren niet in de steekproef vertegenwoordigd.<sup>6</sup>

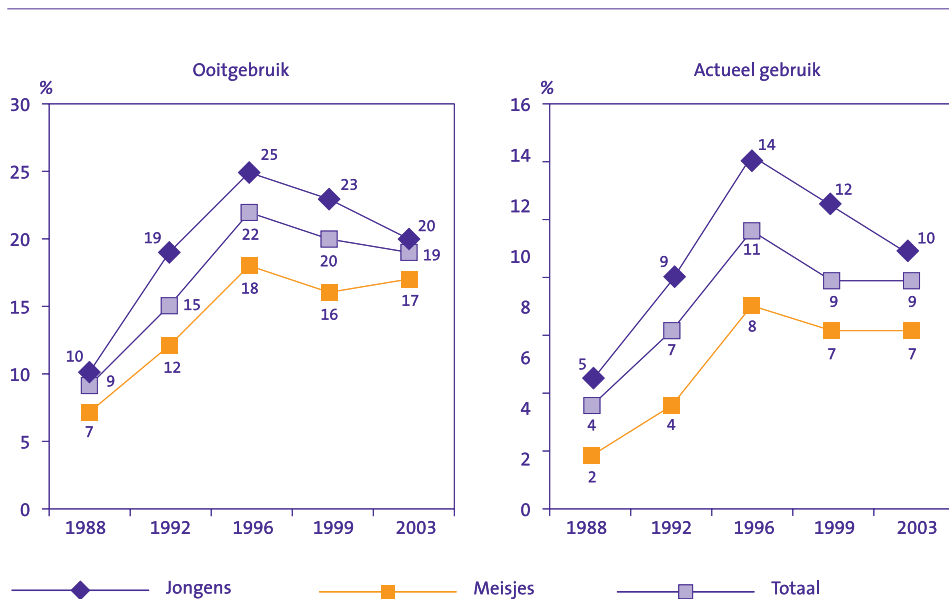
- Mensen met een (specifieke) stemmings-, angst-, of alcoholstoornis gebruiken ook vaker cannabis dan mensen zonder deze stoornissen.<sup>7</sup>

## 2.3 GEBRUIK: JONGEREN

### SCHOLIEREN

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

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



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

Bron: Peilstationsonderzoek, Trimbos-instituut.<sup>8</sup>

- Figuur 2.2 laat zien dat het percentage gebruikers van cannabis onder leerlingen sterk toenam tussen 1988 en 1996.<sup>8</sup>

- Na 1999 stabiliseerde het ooitgebruik en bleef het ongeveer op hetzelfde niveau als in 1996. Het actuele gebruik daalde significant tussen 1996 en 2003. Deze afname kwam vooral op conto van de jongens. Onder meisjes bleef het percentage actuele gebruikers van cannabis tussen 1996 en 2003 ongeveer gelijk.
  - Een vergelijking met cijfers van de landelijke Health-Behaviour of School-aged Children (HBSC) studie in 2005 laat zien dat het gebruik van cannabis tussen 2003 en 2005 stabiel is gebleven.<sup>9</sup> In 2003 had 12,5 procent van de scholieren tussen 12 en 16 jaar in het afgelopen jaar cannabis gebruikt; in 2005 was dat 11,7 procent.
- In de peilingen tot en met 1999 consumeerden meer jongens dan meisjes cannabis. In 2003 was er in het ooitgebruik voor het eerst geen verschil meer tussen jongens en meisjes. Het verschil tussen jongens en meisjes in het actuele gebruik nam ook af maar was nog wel statistisch significant.

### LEEFTIJD

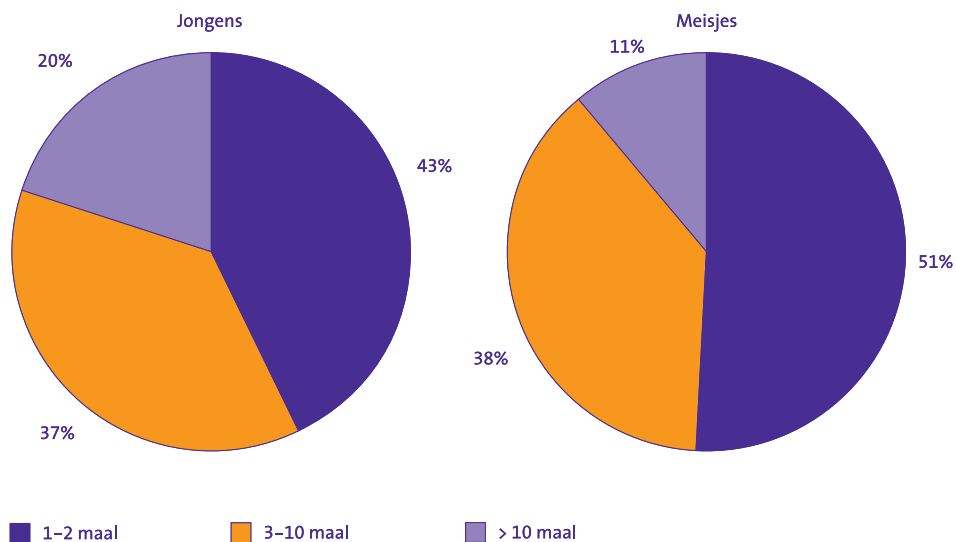
- Het gebruik van cannabis neemt toe met de leeftijd. Maar weinig leerlingen van twaalf hadden in 2003 ervaring met cannabis: een op de vijftig (2%). Op zestienjarige leeftijd had een op de drie ooit wel eens cannabis gebruikt (34%).
- De leeftijd waarop leerlingen voor het eerst cannabis gebruiken daalde tussen 1988 en in 1996.<sup>10</sup> Er zijn cannabisgebruikers die hun eerste joint rookten toen zij dertien jaar waren of jonger. Het aandeel van deze groep onder de ooitgebruikers van cannabis verdubbelde in deze periode van 21 naar 40 procent. Tussen 1996 en 2003 bleef de startleeftijd gelijk.
- Uit recent onderzoek van de Universiteit van Amsterdam onder tweelingen blijkt dat jongeren die onder de 18 jaar beginnen met cannabisgebruik, een grotere kans hebben om later ook harddrugs gaan gebruiken.<sup>11</sup> Die relatie hangt niet samen met een erfelijke invloed of familieomstandigheden. Mogelijk spelen sociale factoren een rol, waarbij vroeg beginnen met cannabisgebruik een uiting is van de neiging tot anti-conventioneel gedrag.

### MATE VAN GEBRUIK

- Van de negen procent actuele gebruikers in 2003 had bijna de helft niet meer dan één á twee keer cannabis gebruikt in de afgelopen maand. Een minderheid blowde meer dan tien keer (17%): een op de vijf jongens en ruim een op de tien meisjes (zie figuur 2.3).
- Per keer rookte bijna de helft van de actuele gebruikers minder dan één joint (46%). Waarschijnlijk roken zij samen met anderen en delen zij een joint. Bijna een op de drie rookte één á twee joints per keer (32%) en bijna een kwart rookte meer dan drie joints per keer (23%).

- Er is ook een samenhang tussen de frequentie en de hoeveelheid. Van degenen die drie tot en met tien keer in de maand blowen rookt een kwart (27%) drie of meer joints per keer. Van degenen die meer dan tien keer in de maand blowen, rookt tweederde (67%) drie of meer joints per keer. Deze laatste groep loopt een relatief groot risico op problemen.

**FIGUUR 2.3 FREQUENTIE VAN CANNABISGEBRUIK ONDER ACTUELE GEBRUIKERS. PEILJAAR 2003**



Percentage van de leerlingen die in maand voor de peiling cannabis hadden gebruikt. Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.<sup>8</sup>

## SCHOOLNIVEAU EN ETNISCHE AFKOMST

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

<sup>b</sup> Voor de definitie van autochtoon en allochtoon: zie bijlage A.

- Volgens de Antenne-monitor in Amsterdam is het percentage oitgebruikers en actuele gebruikers van cannabis onder Marokkaanse scholieren het laagst maar ook het percentage gebruikers onder Turkse en Surinaamse scholieren is lager dan onder autochtone leerlingen.<sup>12</sup>

### CANNABIS EN PROBLEEMGEDRAG

- Scholieren die cannabis gebruiken vertonen vaker agressief en delinquent gedrag en hebben vaker schoolproblemen (spijbelen, lage prestatie) dan leeftijdgenoten die niet blowen. Dit verband is sterker naarmate de frequentie van gebruik toeneemt.<sup>13;14</sup>
- Blowers gebruiken ook vaker andere middelen dan niet-blowers (5 of meer glazen alcohol in de afgelopen maand; dagelijks roken; oitgebruik harddrugs).
- Er zijn geen verschillen gevonden in psychische problemen, zoals teruggetrokken gedrag, angstklachten en depressie.

### PLAATS VAN AANKOOP

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

Een vergelijkende studie onder scholieren van 14 tot en met 18 jaar laat zien dat Nederlandse en Franse scholieren weinig verschillen in de waargenomen beschikbaarheid van cannabis, ondanks de verschillen in drugsbeleid.<sup>15</sup>

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

**TABEL 2.3 WAAR HALEN SCHOLIEREN HUN CANNABIS VANDAAN? PEILJAAR 2003**

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

*Leerlingen van twaalf tot en met 18 jaar van middelbare scholen (actuele gebruikers). Leerlingen konden meer antwoorden aankruisen. De percentages tellen daarom niet op tot 100%. J = jongens, M = meisjes. Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.<sup>8</sup>*

### SPECIALE GROEPEN JONGEREN

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

- Onder zwerfjongeren, zogenaamde school ‘dropouts’ en jongeren in justitiële jeugdinstellingen zijn relatief veel actuele cannabisgebruikers (vier tot acht op de tien). Wat lagere percentages worden gevonden onder bezoekers van cafés (ruim een op de vijf).
- De Antenne-monitor volgt het middelengebruik in verschillende groepen jongeren in het Amsterdamse uitgaansleven, zoals coffeeshops, cafés en trendy clubs.
  - Volgens een peiling onder bezoekers van coffeeshops in 2001, gebruikt tweederde van de actuele blowers dagelijks cannabis. Per keer roken actuele blowers gemiddeld vier joints. Dagelijkse blowers roken gemiddeld vijf joints per keer.<sup>16</sup>
  - Tussen 1998 en 2003 daalde het percentage actuele gebruikers van cannabis onder uitgaande jongeren en jonge volwassenen in trendy clubs (en party’s) in Amsterdam van 52 naar 39 procent. Het gemiddelde aantal joints dat actuele gebruikers per gelegenheid roken daalde ook, van twee naar anderhalf.<sup>12</sup> Deze trend, die in Amsterdam ook waarneembaar is voor de meeste andere drugs, past in de fase van de ‘nieuwe nuchterheid’ en de waargenomen tendens tot voorzichtiger gebruik. Onder cafébezoekers bleef het gebruik van cannabis tussen 2000 en 2005 echter stabiel.<sup>17</sup>
  - Elders in het land lijkt in het algemeen sprake te zijn van een stabilisatie van cannabisgebruik, al is in de Randstad in sommige clubs een lichte toename van blowen gesignaleerd.<sup>18</sup> Cijfers ontbreken. In veel clubs mag overigens niet gebloed worden, maar de regels verschillen.

**TABEL 2.4 ACTUEEL GEBRUIK VAN CANNABIS IN SPECIALE GROEPEN**

	Locatie	Peiljaar	Leeftijd (jaar)	Actueel gebruik
<i>Uitgaande jongeren</i>				
- Bezoekers van dance party's, buitenfestivals, centrum	Den Haag	2003	15 – 35	37%
- Cafébezoekers	Zaandam	2006	14 – 44	22%
- Cafébezoekers <sup>I</sup>	Amsterdam <sup>II</sup>	2000	Gemiddeld 25	24%
		2005	Gemiddeld 27	22%
- Bezoekers van cafés en sportkantines	Noordwijk	2004	Gemiddeld 23	19%
- Bezoekers van discotheken	Nijmegen <sup>III</sup>	2006	Gemiddeld 21	12%
- Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	1998	Gemiddeld 26	52%
		2003	Gemiddeld 28	39%
- Coffeeshopbezoekers	Amsterdam <sup>IV</sup>	2001	Gemiddeld 25	88%
	Nijmegen	2005–6	Gemiddeld 27	84%
<i>Probleemgroepen</i>				
- Jongeren op speciale scholen en spijbelprojecten	Amsterdam	2003	13 – 16	32%
- Gemarginaliseerde jongeren <sup>V</sup>	Den Haag	2000/2001	16 – 25	37%
- Gedetineerde jongeren <sup>VI</sup>	Regionaal	2002/2003	14 – 17	58% (j) 61% (m)
- School drop-outs <sup>VI</sup>	Regionaal	2002/2003	14 – 17	62% (j) 43% (m)
- Zwerfjongeren <sup>VII</sup>	Landelijk	1999	15 – 22	76%
	Flevoland	2004	13 – 22	87%

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

I. Jongeren en jonge volwassenen uit mainstream-, studenten-, homo- en hippe cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. II. Geringe respons (26%). III. Geringe respons (19%). IV. Geringe respons (15%).

V. Jongeren die ontoereikende zorg krijgen en/of niet voldoende in de eigen bestaansvoorwaarden kunnen voorzien. Geworven op locaties voor zwerfjongeren, laagdrempelige dag – en nachtopvang en (overige) tijdelijke woonvoorzieningen. VI. Onderzoek in Noord-Holland, Flevoland en Utrecht. Gebruik onder gedetineerde jongeren: in de maand voorafgaand aan detentie. Drop-outs zijn jongeren die in de afgelopen 12 maanden minstens een maand niet naar school zijn geweest, exclusief vakanties. VII. Jongeren tot 23 jaar die drie maanden of langer geen vaste verblijfplaats hebben. Referenties:<sup>16,17,22-30</sup>



- Uitgaande jongeren gebruiken vaak meer dan één middel. Vaak worden deze middelen ook tegelijk gebruikt. Favoriete combinaties zijn cannabis met alcohol en cannabis met ecstasy.<sup>18-21</sup>

## 2.4 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 internationaal onderzoek wordt vaak een diagnose van cannabisafhankelijkheid volgens het psychiatrisch classificatiesysteem DSM gehanteerd. In vergelijking met nicotine, heroïne en alcohol is cannabis een weinig verslavende stof. Het risico van afhankelijkheid neemt evenwel toe bij langdurig frequent gebruik en gaat vaak samen met afhankelijkheid van andere middelen. Jongeren zijn kwetsbaarder dan ouderen.<sup>31</sup>

**TABEL 2.5 PROBLEEMGEBRUIK VAN CANNABIS IN VERSCHILLENDE GROEPEN**

<i>Groep</i>	<i>Jaar</i>	<i>Leeftijd (jaar)</i>	<i>Definitie probleemgebruik</i>	<i>Percentage probleemgebruikers</i>
Algemene bevolking in Nederland	1996	18 - 64	DSM-III-r diagnose cannabisafhankelijkheid in laatste jaar	0,3% – 0,8% <sup>1</sup> in laatste jaar
Algemene bevolking in Midden-Holland	1999	16 - 50	Gebruik van cannabis op minstens 15 dagen in de laatste maand en het hebben van aan het gebruik gerelateerde psychische, sociale en financiële problemen	0,5% in laatste maand
Jongens justitiële jeugdinstellingen	1998/ 1999	12 - 18 (gemiddeld 16)	DSM-III-r diagnose cannabisafhankelijkheid in laatste 6 maanden voor detentie	30% in laatste 6 maanden
Risicjongeren (spijbelen/delinquent gedrag) in Rotterdam	1998	14 - 17 (gemiddeld 16)	Gebruik van cannabis op minstens 11 dagen in de laatste maand en het hebben van aan het gebruik gerelateerde problemen	20% in laatste maand

1. Gemiddeld 0,5%. DSM-III-r=Diagnostic and Statistical Manual, 3<sup>rd</sup> edition. Referenties: 7:33-35

- Recente cijfers over het aantal mensen dat afhankelijk is van cannabis ontbreken. Volgens onderzoek uit 1996 voldeed in dat jaar tussen 0,3 en 0,8 procent van de bevolking van 18 tot en met 64 jaar aan de diagnose cannabisafhankelijkheid (DSM 3<sup>e</sup> gewijzigde editie). Omgerekend naar de bevolking ging het om ongeveer 30 tot 80 duizend mensen. Het merendeel was niet ouder dan 22 jaar.<sup>7</sup>
- Zoals genoemd in §2.3 hangt (frequent) cannabisgebruik samen met probleemgedrag, zoals agressief en crimineel gedrag, gebruik van andere drugs en schoolproblemen. Problematisch cannabisgebruik komt dan ook veel voor in bepaalde groepen jongeren (zie tabel 2.5).
- Dat wil niet zeggen dat cannabisgebruik de oorzaak is van deze problemen. Vaak gaan gedragsproblemen vooraf aan het cannabisgebruik of zijn beide onderdeel van een breder patroon van afwijkend gedrag. Een andere mogelijkheid is een overlap van risicofactoren die zowel cannabisgebruik als probleemgedrag veroorzaken.<sup>31;32</sup>
- Sleutelfiguren van de Antenne-monitor signaleerden in 2005 excessief cannabisgebruik onder sommige buurtjongeren van Marokkaanse afkomst. Dit excessieve cannabisgebruik lijkt de toch al zwakke positie van deze jongeren op de arbeidsmarkt te verzwakken.<sup>17</sup>
- Elders constateerden sleutelfiguren excessief cannabisgebruik onder hangjongeren in Den Bosch<sup>36</sup>, risicjongeren in Eindhoven<sup>37</sup>, problematische jongeren in Tilburg<sup>38</sup> en jonge moeders in de sociale opvang in Maastricht.<sup>39</sup> Cijfers over het cannabisgebruik in deze groepen ontbreken echter.

## 2.5 GEBRUIK: INTERNATIONALE VERGELIJKING

### ALGEMENE BEVOLKING

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

- Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking. Van invloed is vooral de leeftijdsgroep. Tabel 2.6a geeft gebruikscijfers die zijn (her)berekend volgens de standaard leeftijdsgroep van het EMCDDA (15 tot en met 64 jaar). Gegevens voor de overige landen staan in tabel 2.6b. Voor Europa zijn alleen landen uit de EU-15 en Noorwegen opgenomen. Bijlage F geeft gebruikscijfers voor de overige lidstaten, voor zover beschikbaar.
- Tussen de 8 en 45 procent van de mensen in de algemene westerse bevolking heeft ooit in het leven cannabis gebruikt (tabellen 2.6a en 2.6b). De laagste percentages worden gevonden in Griekenland en Portugal. In Canada en de Verenigde Staten heeft bijna een op de twee mensen ooit cannabis geprobeerd.

Van alle 24 landen uit de EU-25 waarvoor gegevens beschikbaar zijn, vormen Malta en Estland met respectievelijk vier en vijf procent een uitschieter naar beneden. Denemarken en het Verenigd Koninkrijk gaan aan kop met respectievelijk 31 en 30 procent.

- Op de maat recent gebruik werden de laagste waarden gevonden in Griekenland en Zweden (2%) en de hoogste in Canada, Australië, Spanje, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten (10-14%). Van de EU-25 landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn is het percentage recente gebruikers het laagst in Malta (1%). Cyprus gaat aan kop met 14 procent, gevolgd door Spanje en het Verenigd Koninkrijk (10-11%). Van de in tabel 2.6a en 2.6b genoemde Europese landen lijkt Nederland met vijf procent een positie rond het midden in te nemen.

**TABEL 2.6A CONSUMPTIE VAN CANNABIS ONDER DE ALGEMENE BEVOLKING VAN ENKELE EU-15 LIDSTATEN EN NOORWEGEN: LEEFTIJDGROEP 15 TOT EN MET 64 JAAR**

<i>Land</i>	<i>Jaar</i>	<i>Ooitgebruik</i>	<i>Recent gebruik</i>	<i>Actueel gebruik</i>
Spanje	2003	29%	11%	8%
Frankrijk	2000	23%	8%	4%
Nederland	2005	23%	5%	3%
Ierland	2002/2003	18%	5%	3%
Oostenrijk	2005	20%	8%	4%
Noord-Ierland	2002/2003	17%	5%	-
Luxemburg	1998	13%	-	-
Finland	2004	13%	3%	2%
Noorwegen	2004	16%	5%	2%
België	2001	11%	-	3%
Griekenland	2004	9%	2%	1%
Portugal	2001	8%	3%	

*Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen.*

*Percentage gebruikers ooit in het leven, recent (laatste jaar) en actueel (laatste maand).*

*- = niet gemeten. Referenties:<sup>40</sup>*

**TABEL 2.6B CONSUMPTIE VAN CANNABIS ONDER DE ALGEMENE BEVOLKING VAN ENKELE EU-15 LIDSTATEN, CANADA, DE VERENIGDE STATEN EN AUSTRALIË: OVERIGE LEEFTIJDGROEPEN<sup>1</sup>**

<i>Land</i>	<i>Jaar</i>	<i>Leeftijd (jaar)</i>	<i>Ooitgebruik</i>	<i>Recent gebruik</i>	<i>Actueel gebruik</i>
Canada	2004	15 en ouder	45%	14%	-
Verenigde Staten	2005	12 en ouder	40%	10%	6%
Australië	2004	14 en ouder	34%	11%	7%
Denemarken	2000	16 - 64	31%	6%	3%
Verenigd Koninkrijk	2004	?	30%	10%	6%
Duitsland	2003	18 - 59	25%	7%	3%
Italië	2003	15 - 54	22%	7%	5%
Zweden	2005	16 - 64	12%	2%	1%

*Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven, recent (laatste jaar) en actueel (laatste maand). 1. Druggebruik is naar verhouding laag in de jongste (12-15 jaar) en oudere leeftijdsgroepen (>64 jaar). Gebruikscijfers in studies met respondenten die jonger en/of ouder zijn dan de EMCDDA-standaard zullen mogelijk lager uitvallen dan cijfers in studies die de EMCDDA-standaard toepassen. Voor studies met een beperkter leeftijdsbereik geldt het omgekeerde. - = niet gemeten. Referenties: <sup>40 41-43:43</sup>*

### *Trends*

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

- Volgens het EMCDDA, is het cannabisgebruik in de jaren negentig in vrijwel de meeste landen van de EU toegenomen, met name onder jonge volwassenen. In een aantal landen is ook in de afgelopen jaren nog een toename waarneembaar (bijv. Frankrijk en Spanje). In Engeland en Wales, waar het percentage recente gebruikers doorgaans het hoogst was, is sinds 1998 een stabilisering waarneembaar. Griekenland rapporteert in deze periode een afname.
- In Canada is het percentage ooitgebruikers tussen 1994 en 2004 fors toegenomen van 28 naar 45 procent. Het percentage recente gebruikers verdubbelde in deze periode van 7 naar 14 procent.
- Herhaalde peilingen in de Verenigde Staten suggereren dat de stijgende trend in cannabisgebruik gestabiliseerd is sinds 2000.<sup>41</sup>

**TABEL 2.7 CONSUMPTIE VAN CANNABIS ONDER LEERLINGEN VAN 15 EN 16 JAAR IN ENKELE LIDSTATEN VAN DE EUROPESE UNIE, NOORWEGEN EN DE VERENIGDE STATEN. PEILJAREN 1999 EN 2003**

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

Percentage gebruikers ooit in het leven, actueel (laatste maand) en zes maal of meer in de laatste maand. 1. Zes van zestien deelstaten. - = niet gemeten. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD, maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. Bron: ESPAD.<sup>44</sup>

## JONGEREN

Beter vergelijkbaar zijn de cijfers van ESPAD, het European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. De laatste peilingen werden in 1999 en 2003 uitgevoerd onder vijftien- en zestienjarige scholieren van het middelbaar onderwijs.<sup>44</sup>

Tabel 2.7 toont het gebruik van cannabis in een aantal landen van de EU en Noorwegen. België, Duitsland en Oostenrijk deden alleen in 2003 mee. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit.

- Het percentage scholieren dat in 2003 ooit cannabis had gebruikt was het hoogst in Ierland, op de voet gevolgd door Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten. Belgische scholieren stonden op de vierde en Nederlandse scholieren op de vijfde positie.

- Bij het actueel gebruik ging Frankrijk aan kop, gevolgd door de VS, het Verenigd Koninkrijk en Ierland. Daarna kwamen Nederland en Italië.
- In het Verenigd Koninkrijk en Portugal was het percentage actuele gebruikers in 2003 respectievelijk vier en drie procentpunten hoger dan in 1999. Elders werden verschillen van twee of minder procentpunten gevonden.
- Het percentage leerlingen dat zes maal of meer cannabis had gebruikt in de laatste maand was het laagst in de Scandinavische landen en het hoogst in Frankrijk, de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk. Nederlandse scholieren stonden samen met Ierse en Italiaanse leeftijdgenoten op de vierde positie.
- In de meeste landen hing het ooitgebruik van cannabis samen met de mate van spijbelen, gebrek aan ouderlijke controle en het hebben van oudere broers of zussen die cannabis gebruikten.

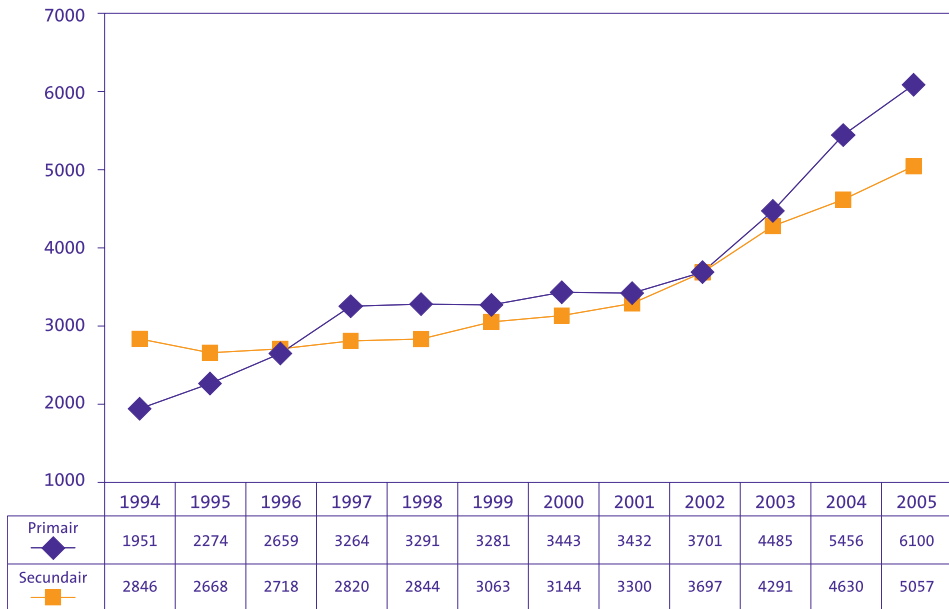
## 2.6 HULPVRAAG

### AMBULANTE VERSLAVINGSZORG

Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) registreert hoeveel mensen hulp vragen bij de (ambulante) verslavingszorg, inclusief de verslavingsreclassering en de verslavingsklinieken die zijn gefuseerd met de ambulante verslavingszorg. (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS.) Vanwege technische problemen kon de Jellinek, instelling voor verslavingszorg in Amsterdam en de Gooi- en vechtstreek, haar gegevens voor 2005 nog niet aanleveren aan het LADIS. Het aandeel van de Jellinek is er daarom voor 2005 bijgeschat via een extrapolatie van de gegevens uit 2004.<sup>45</sup>

- Het aantal cliënten dat ingeschreven stond wegens een primair cannabisprobleem is tussen 1994 en 2004 drie keer zo groot geworden (figuur 2.4). Van 2004 naar 2005 ging het om een verdere toename van 12 procent.
- Per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder steeg het aantal primaire cliënten van 16 in 1994 naar 46 in 2005.
- Het aandeel van cannabis in alle verzoeken om hulp vanwege drugs nam eveneens toe, van 10 procent in 1994 naar 19 procent in 2005.
- In 2005 was bijna een derde van de primaire cannabiscliënten een nieuwkomer (29%). Deze nieuwkomers stonden niet eerder ingeschreven bij de (ambulante) verslavingszorg vanwege een drugsprobleem.
- Voor 61 procent van de primaire cannabiscliënten was cannabis het enige probleem; 39 procent rapporteerde ook problemen met een ander middel.
- Het aantal cliënten van de (ambulante) verslavingszorg dat cannabis als secundair probleem noemt steeg eveneens tussen 1994 en 2005 (figuur 2.4). Voor deze groep is alcohol (44%), cocaïne of crack (34%), heroïne (10%), of amfetamine (5%) het primaire probleem.

**FIGUUR 2.4 AANTAL CLIËNTEN BIJ DE (AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG MET PRIMAIRE OF SECUNDAIRE CANNABISPROBLEMATIEK, VANAF 1994<sup>1</sup>**



1. Voor 2005 zijn de gegevens van de Jellinek geëxtrapolleerd. Bron: LADIS, IVZ.

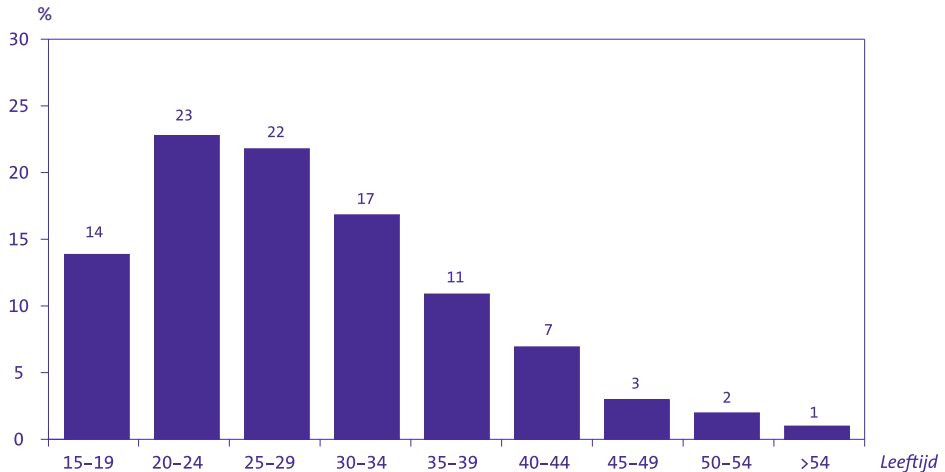
### Leeftijd en geslacht

- In 2005 was het merendeel van de primaire cannabiscliënten man (81%). Het aandeel vrouwen schommelde in de periode van 1994 tot 2005 tussen 15 en 19 procent.
- In 2005 was de gemiddelde leeftijd 29 jaar. De piek ligt in de leeftijdsgroep 20 - 29 jaar (figuur 2.5).
- In absolute zin steeg het aantal jonge cliënten van 15 tot en met 29 jaar van 1 531 in 1994 naar 3 598 in 2005. In verhouding tot de andere leeftijdsgroepen daalde hun aandeel in deze periode van 79 naar 59 procent. In 2004 was dat nog 61 procent.

### Regionale ontwikkeling

- Over de periode 2001-2005 is het aantal primaire cannabiscliënten met gemiddeld 46 procent toegenomen vergeleken met 1996-2000. Deze stijging deed zich in bijna alle regio's in Nederland voor (IVZ/RIVM, Zorgatlas). In slechts één regio is het aantal cannabiscliënten afgenomen. Dit is de regio Amersfoort (-9%). De vijf regio's met de sterkste stijging zijn: Almelo (211%), Oss (181%), Enschede (139%), Leiden (139%) en Gouda (135%).

**FIGUUR 2.5 LEEFTIJDVERDELING VAN PRIMAIRE CANNABISCLIËNTEN BIJ DE (AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG. PEILJAAR 2005<sup>1</sup>**



Percentage cliënten per leeftijdsgroep.

1. De gegevens van de Jellinek zijn geëxtrapoleerd. Bron: LADIS, IVZ.

## ALGEMENE ZIEKENHUIZEN; INCIDENTEN

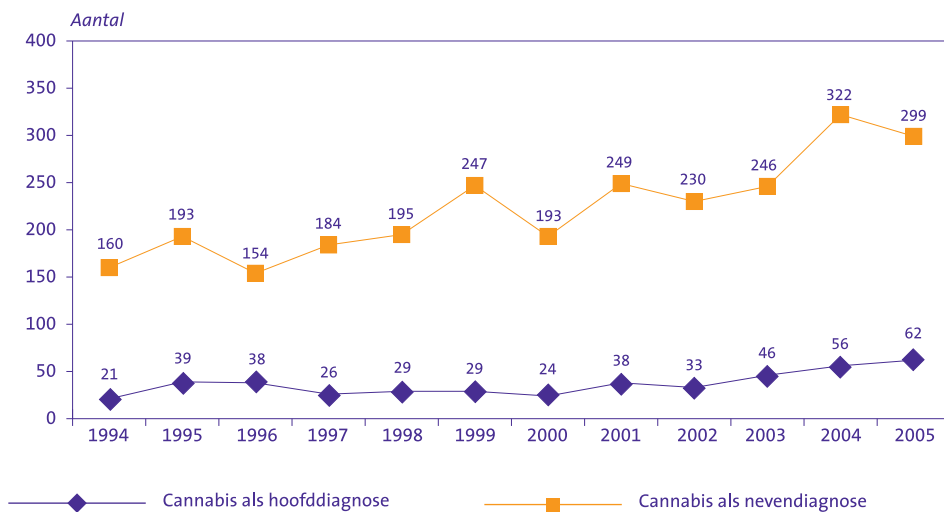
De Landelijke Medische Registratie (LMR) registreerde in 2005 ongeveer 1,7 miljoen klinische opnames in algemene ziekenhuizen. Drugsproblemen speelden daarbij nauwelijks een rol. In dat jaar werden drugsmisbruik en drugsverslaving 517 keer als hoofddiagnose en 2 012 keer als neventdiagnose gesteld.

- In twaalf procent van die hoofddiagnoses ging het om cannabis (figuur 2.6). Misbruik van cannabis speelde vaker een rol dan afhankelijkheid (66% versus 34%). Onbekend is wat de klachten waren (psychisch of lichamelijk) die tot opname hebben geleid.
- Bij 299 opnames speelde cannabisproblematiek een rol als neventdiagnose (29% afhankelijkheid, 71% misbruik). In de afgelopen jaren deed zich, met wat fluctuaties, een stijging voor, maar tussen 2004 en 2005 daalt het aantal neventdiagnoses voor cannabis met zeven procent.
- In 2005 waren de meest voorkomende hoofddiagnoses bij deze neventdiagnoses:
  - psychosen (25%)
  - letsel door ongevallen (14%, zoals breuken, wonden, hersenschudding)
  - misbruik of afhankelijkheid van alcohol en drugs (16%, vooral alcohol: 14%)
  - vergiftigingen (6%, door drugs, alcohol, medicijnen)
  - ziekten en symptomen van de ademhalingswegen (5%)



- ziekten van hart- en vaatstelsel (5%)
- overige diagnoses (29%).
- Dezelfde persoon kan meer dan één keer per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één nevensdiagnose worden gesteld. Gecorrigeerd voor dubbeltellingen ging het in 2005 om 329 personen. Zij werden in dat jaar minstens één keer opgenomen met cannabismisbruik of -afhankelijkheid als hoofd- of nevensdiagnose. Hun gemiddelde leeftijd was 30 jaar; 72% procent was man.

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



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

- In 2005 speelde cannabisproblematiek ook een rol als hoofd- of nevensdiagnose bij 45 dagbehandelingen. Dat is iets meer dan in 2004 (14 dagbehandelingen).
- Daarnaast telde de LMR in 2005 14 opnames waarin “onopzettelijke vergiftiging met hallucinogenen” als nevensdiagnose werd gesteld (ICD-9 code: E854.1). In 2001, 2002, 2003 en 2004 ging het om respectievelijk 15, 8, 16 en 15 gevallen. Het kan hierbij gaan om cannabis, maar ook om LSD of paddo’s.

Volgens het Letsel Informatie Systeem (LIS) van Stichting Consument en Veiligheid<sup>46</sup> worden jaarlijks gemiddeld 2 900 personen behandeld op spoedeisende eerste hulp afdelingen van ziekenhuizen na een ongeval, geweld of zelfmutilatie gerelateerd aan

drugsgebruik (vgl. 13 duizend vanwege alcohol, hoofdstuk 6). Drugs zijn hier cocaïne, heroïne, cannabis, ecstasy, paddo's en speed. De gegevens zijn gemiddeld over de periode van 2001 tot en met 2005.

- Cannabis is na cocaïne de meest genoemde drug. Bijna een op de vijf (18%) drugs-slachtoffers geeft aan cannabis te hebben gebruikt. Tellen we alleen de gevallen mee waarvan de drug bekend is (71%), dan maakt cannabis 25 procent uit van alle drugsgerelateerde behandelingen bij de spoedeisende hulp.
- Deze cijfers zijn waarschijnlijk een onderschatting van het werkelijke aantal aan drugs gerelateerde ongevallen.

In 2004 is onderzoek verricht naar het gebruik van drugs onder 641 bezoekers van de spoedeisende eerste hulp afdeling van het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam.<sup>47</sup>

- Negen procent gaf aan illegale drugs te hebben gebruikt in de 24 uur voorafgaand aan de behandeling.
- Cannabis werd door veruit de meeste bezoekers genoemd (6,9%).

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

- In 2005 speelde in 342 gevallen de consumptie van cannabis een rol, een stijging van 7% ten opzichte van 2004 (tabel 2.8).
- In ongeveer één op de drie gevallen (35%) was vervoer naar het ziekenhuis nodig. De rest kon ter plekke worden behandeld.

**TABEL 2.8 CANNABISINCIDENTEN GEREGISTREERD DOOR DE GGD AMSTERDAM, VANAF 1994**

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Roken cannabis	130	137	165	211	107	118	106	243	226	196	258	281
Eten spacecake	34	73	58	47	28	21	35	46	59	61	62	61
Totaal	164	210	223	258	135	139	141	289	285	257	320	342

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

Het Nationaal Vergiftigingen Informatiecentrum (NVIC) van het RIVM registreerde de afgelopen jaren een toename van informatieverzoeken van artsen, apothekers en overheidsinstellingen vanwege cannabisgebruik (tabel 2.9).<sup>48</sup>

- Tussen 2000 en 2004 ging het om een toename van 170 procent. In 2005 en 2006 kwam aan deze stijging een einde.

**TABEL 2.9 INFORMATIEVERZOEKEN VANWEGE CANNABISGEBRUIK BIJ HET NATIONAAL VERGIFTIGINGEN INFORMATIECENTRUM, VANAF 2000**

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

Aantal informatieverzoeken per jaar. Bron: NVIC, RIVM.

## 2.7 ZIEKTE EN STERFTE

Cannabisgebruik wordt steeds vaker in verband gebracht met psychische problemen.

- Er is toenemend bewijs dat cannabisgebruik het risico van een latere psychotische stoornis vergroot.<sup>49-52</sup>
- Het risico neemt toe met de frequentie van het cannabisgebruik.
- Personen met een voorgeschiedenis van psychotische symptomen lopen een groter risico op het krijgen van een psychose na cannabisgebruik dan mensen zonder deze voorgeschiedenis.
- Mogelijk spelen genetische factoren hierbij een rol. Er zijn aanwijzingen dat mensen met een bepaalde variant (Val/Val) van het COMT-gen, dat betrokken is bij de afbraak van de boodschapperstof dopamine in de hersenen, extra kwetsbaar zijn voor een psychose, met name als zij op jonge leeftijd zijn begonnen met cannabisgebruik.<sup>53</sup>
- Onderzoek naar de relatie tussen cannabisgebruik en het ontstaan van andere psychische problemen, zoals depressie, geeft een minder consistent beeld.<sup>54</sup>

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

- Het RIVM verrichtte in 2005 onderzoek naar de acute effecten van sterke cannabis (joints met 33, 51 en 70 mg THC). De resultaten lieten een toename van de hartslag, daling van de bloeddruk en afname van cognitieve functies en motoriek zien. De effecten waren sterker naarmate de dosis THC hoger was.<sup>55</sup> Gezonde jonge mensen kunnen deze effecten doorgaans zonder complicaties voor de gezondheid verdragen. Mensen met een hart- of vaatziekte lopen een risico.
- Onderzoek onder coffeeshopbezoekers laat zien dat er een bepaalde groep, vooral jonge, gebruikers is met een duidelijke voorkeur voor ‘sterke wiet’.<sup>56</sup> Zij gebruiken relatief vaak en veel en lopen een grote kans op afhankelijkheid. Onbekend is hoe groot deze groep is.
- In de VS is over de jaren een geringe toename gemeten van het percentage mensen met cannabisafhankelijkheid of –misbruik, terwijl het aantal gebruikers (zonder stoornis) gelijk bleef.<sup>57</sup> Deze toename liep parallel met een geringe toename in het percentage THC in cannabis en was onafhankelijk van frequentie

of hoeveelheid van gebruik. Dit zou kunnen duiden op een oorzakelijk verband. De onderzoekers konden echter niet verklaren waarom de toename in cannabisstoornissen alleen onder etnische minderheidsgroepen plaatsvond en niet onder de blanke bevolking.

De giftigheid van cannabis is gering.<sup>58</sup>

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

## 2.8 AANBOD EN MARKT

### COFFEESHOPS EN OVERIGE VERKOOPPUNTEN

- Sinds 1997 is het aantal coffeeshops gedaald (tabel 2.10).<sup>59,60</sup> De sterkste daling deed zich voor tussen 1997 en 1999, vooral in de kleinere gemeenten en in Rotterdam. Het aantal coffeeshops daalde in deze periode met 28 procent. Vanaf 1999 was de jaarlijkse afname minder groot. Tussen 2004 en 2005 daalde het aantal coffeeshops nog met een procent.

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

*I. Een schatting. II. Minder dan 200 000 inwoners tot en met 1999. III. In 2003 werden drie coffeeshops niet ingedeeld naar gemeentegrootte. Bron: IntraVal.<sup>60</sup>*

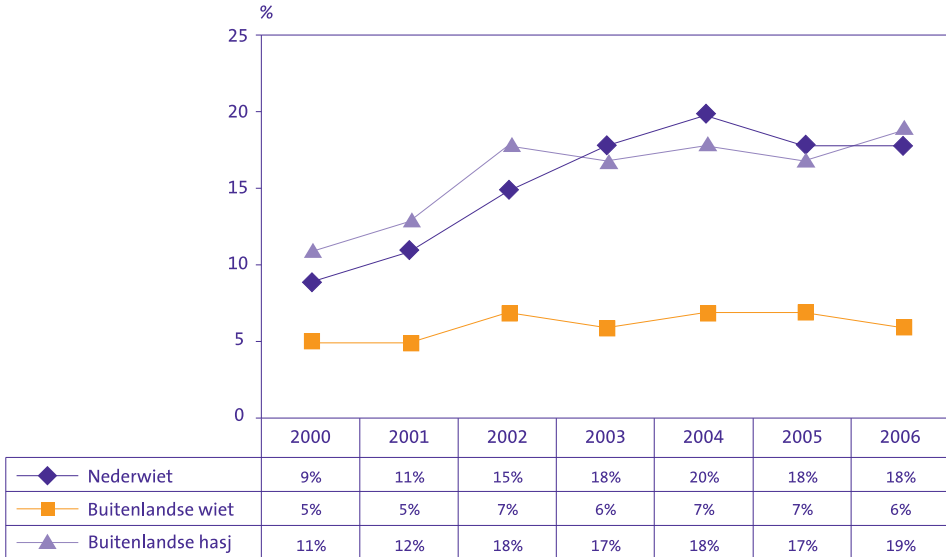
- Eind 2005 telde Nederland 729 officieel gedoogde coffeeshops, waarvan ongeveer de helft (52%) in de grote steden met meer dan 200 duizend inwoners.
- In 2005 heeft 78 procent van de gemeenten géén coffeeshop.
- De Universiteit van Amsterdam heeft het kopen van cannabis onderzocht. In gemeenten met officieel gedoogde coffeeshops wordt naar schatting 70 procent van de lokale cannabis direct in de coffeeshop gekocht.<sup>61</sup> Hoe groter het aantal coffeeshops per 100 duizend inwoners, hoe groter het aandeel van de lokale coffeeshops in de lokale verkoop.
- Landelijk (exclusief grote steden en gemeenten zonder coffeeshops) zijn er naar schatting enkele duizenden niet-gedoogde cannabisaanbieders. Daarbij gaat het om vaste verkooppunten, zoals thuisdealers en zogenaamde ‘onder-de-toonbank’-dealers in horecagelegenheden en mobiele verkooppunten, zoals thuisbezorging na telefonische bestellingen en straatdealers.
- Aangezien de niet-gedoogde verkooppunten naar schatting 30% van de lokale verkoop voor hun rekening nemen is hier waarschijnlijk sprake van (zeer) kleinschalige handel.

### THC-GEHALTE EN PRIJS

In alle peilingen bevatte de Nederlandse wiet gemiddeld meer THC dan buitenlandse wietvariëteiten.

- Figuur 2.7 laat zien dat het gemiddelde THC-gehalte in nederwietmonsters tussen 2000 en 2004 fors is gestegen. In 2005 trad een daling op in het gemiddelde percentage THC, die zich in 2006 niet verder voortzette.
- Het percentage THC in buitenlandse hasj nam toe tot 2002. Buitenlandse hasj bevat ongeveer evenveel THC als nederwiet.
- Het percentage THC in buitenlandse wiet schommelde in de afgelopen jaren rond de zes procent.
- Nederwiet is grotendeels afkomstig van de intensieve en professionele binnenteelt, die vergeleken met de buitenteelt doorgaans wiet oplevert met een hoger THC-gehalte.
- Voor zover gegevens beschikbaar zijn, is in andere Europese landen geen stijging van betekenis waarneembaar.<sup>62</sup> Internationale cijfers zijn echter slecht vergelijkbaar, vanwege grote verschillen in onderzoeksmethoden.

FIGUUR 2.7 GEMIDDELD PERCENTAGE THC IN CANNABISPRODUCTEN



Bron: DIMS, Trimbos-instituut.<sup>69</sup>

De prijs van een gram nederwiet of een gram buitenlandse wiet fluctueerde licht in de afgelopen jaren.

- In 2003 was de prijs voor nederwiet iets hoger dan in 2000 en 2001 maar deze trend zette zich niet voort in de latere metingen.
- Buitenlandse hasj nam in prijs iets toe tussen 2000 en 2003, maar daalde weer in 2004 en heeft zich daarna gestabiliseerd (tabel 2.11).

TABEL 2.11	PRIJS (€) PER GRAM CANNABISPRODUCT						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nederwiet	5,83	5,86	6,28	6,45	5,97	6,22	6,20
Buitenlandse wiet	3,87	3,80	4,16	4,32	4,86	4,11	4,40
Buitenlandse hasj	6,29	6,36	7,14	7,56	6,46	6,78	7,30

Bron: DIMS, Trimbos-instituut.<sup>69</sup>

- Op cannabisproducten uit coffeeshops zijn wel eens bacteriën en schimmels aangetroffen. Volgens de onderzoekers van de Universiteit van Leiden kunnen

deze bacteriën en schimmels een reëel gevaar vormen voor de volksgezondheid, met name voor mensen met een verminderde weerstand.<sup>64</sup>

- Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) monitort de markt van illegale drugs. In 2005 en 2006 zijn bij DIMS meldingen binnengekomen over versnijdingsproducten op wiet, tot nog toe met name op Nederwiet die in het buitenland wordt verkocht. De versnijdingsmiddelen worden gebruikt om de wiet een beter uiterlijk te geven en om het gewicht ervan kunstmatig te verhogen. Mogelijk hangt deze ontwikkeling samen met de intensivering van de bestrijding van (grootschalige) wietteelt.





## 3 COCAÏNE

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

Cocaïne kan in verschillende vormen worden toegediend.<sup>65</sup> De zoutvorm van cocaïne (cocaïnehydrochloride; poeder) wordt in Nederland meestal gesnoven, zelden geïnjecteerd. Een enkele keer wordt cocaïnepoeder in een sigaret gerookt. Onder probleemgebruikers van harddrugs is vooral de basevorm van cocaïne ('basecoke') populair. Basecoke wordt verkregen na het verhitten ('koken') van een oplossing van cocaïnepoeder en een basisch middel, zoals natriumbicarbonaat of ammonia. Basecoke wordt gerookt in een pijpje of geïnhaleerd van aluminiumfolie. Beide gebruikswijzen noemen wij hier roken, tenzij anders vermeld. Crack is onzuivere basecoke met restanten natriumbicarbonaat. Crack heeft zijn naam te danken aan het knetterend geluid dat tijdens de verhitting ontstaat. In de jaren tachtig maakten de gebruikers zelf de basecoke. Tegenwoordig wordt basecoke veelal kant-en-klaar op straat verkocht.

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

### 3.1 LAATSTE FEITEN EN TRENDS

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

- Tussen 2001 en 2005 nam het ooitgebruik van cocaïne in de algemene bevolking toe. Het percentage recente en actuele cocaïnegebruikers bleef in deze periode stabiel (§ 3.2).
- De groei van het aantal *nieuwe* gebruikers van cocaïne in de algemene bevolking daalde tussen 2001 en 2005 (§ 3.2).
- Onder de schoolgaande jeugd (12-18 jaar) bleef het percentage cocaïnegebruikers tussen 1996 en 2003 stabiel (§ 3.3).
- Nederlanders scoren wat betreft recent cocaïnegebruik rond het midden vergeleken met inwoners uit andere Europese lidstaten (§ 3.5).
- Na een daling tussen 1998 en 2003 lijkt het gebruik van snuifcoke in trendy clubs in Amsterdam zich te stabiliseren. Elders in het land lijkt cocaïne in bepaalde kringen onverminderd populair te zijn (§ 3.3).
- Onder probleemgebruikers van harddrugs is crack de belangrijkste drug (§ 3.4).

- De (ambulante) verslavingszorg registreerde tot 2004 een sterke groei van het aantal cocaïnecliënten, maar deze trend heeft zich in 2005 niet voortgezet. Het percentage cocaïnecliënten dat voor het eerst aanklopt om hulp voor een drugsprobleem neemt af (§ 3.6).
- Het aantal opnames in algemene ziekenhuizen voor aandoeningen die samenhangen met cocaïnegebruik steeg tussen 1996 en 2002 maar nam in de jaren er na niet verder toe (§ 3.6).
- De stijgende lijn in het aantal geregistreerde acute sterfgevallen wegens cocaïnegebruik vanaf eind jaren negentig, zette zich tussen 2002 en 2005 niet voort (§ 3.7).
- Het percentage cocaïnepoeders van consumenten dat het versnijdingsmiddel fenacetine bevat is van 2005 naar 2006 verder toegenomen. Fenacetine is een uit de handel genomen pijnstiller die mogelijk kankerverwekkend is (§ 3.8).

### 3.2 GEBRUIK: ALGEMENE BEVOLKING

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

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

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

## LEEFTIJD, GESLACHT EN STEDELIJKHEID

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

## SPECIALE GROEPEN

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

- In 2002 had bijna de helft (47%) van de *dak- en thuislozen* in twintig Nederlandse gemeenten in de afgelopen maand crack geconsumeerd; een op de vijf (20%) gebruikte snuifcoké.<sup>5</sup>
- In 2002 gebruikte eenderde (32%) van de mannelijke *gedetineerden* in acht Huizen van Bewaring dagelijks cocaïne/crack in de laatste zes maanden voor detentie.<sup>6</sup>

## 3.3 GEBRUIK: JONGEREN

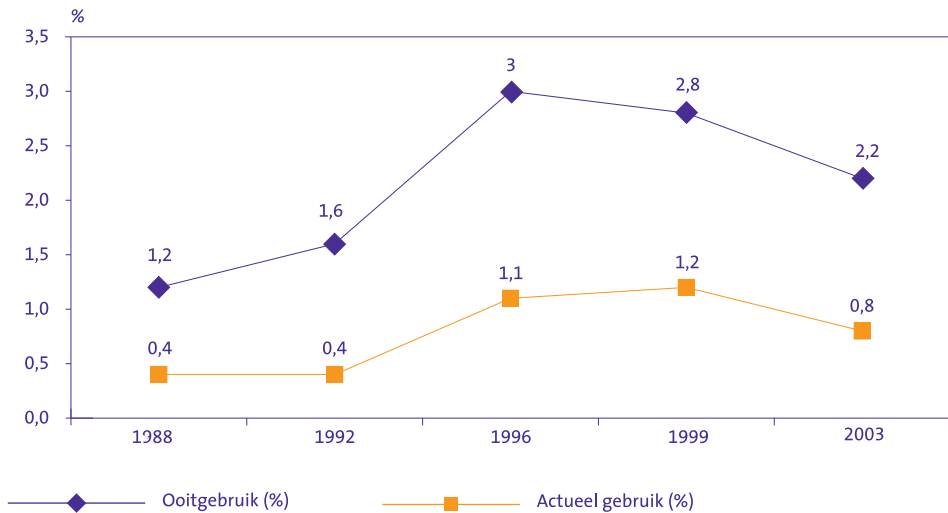
### SCHOLIEREN

Volgens het Peilstationsonderzoek scholieren van het Trimbos-instituut gebruiken aanzienlijk minder leerlingen van het middelbaar onderwijs harddrugs, zoals cocaïne, dan cannabis.<sup>8</sup>

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

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

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



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

### SPECIALE GROEPEN

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

- Cocaïne is relatief populair onder uitgaande jongeren en jonge volwassenen. In Amsterdam daalde het percentage actuele gebruikers van cocaïne onder bezoekers van trendy clubs tussen 1998 en 2003 van 24 naar 14 procent.<sup>12</sup> Het ging daarbij vooral om het snuiven van cocaïne. Onder cafébezoekers bleef het cocaïnegebruik tussen 2000 en 2005 echter stabiel.<sup>17</sup>
- Elders in het land lijkt cocaïne onverminderd populair te zijn, met name in trendy clubs, discotheken en cafés.<sup>18</sup> Het actuele gebruik van cocaïne onder uitgaande jongeren en jonge volwassenen varieert per stad van drie tot tien procent (tabel 3.2). Volgens sleutelfiguren is er sprake van een normalisering van het cocaïnegebruik.

De negatieve kanten en risico's beginnen echter steeds meer door te dringen tot de gebruikers.

- Sleutelfiguren nemen in 2005 ook een 'stille stijging' waar van het roken van crack onder plattelandsjeugd.<sup>18;66</sup> Sleutelfiguren signaleren ook de opmars van crack onder probleemjongeren in Gelderland<sup>30</sup>, hangjongeren in Den Bosch<sup>36</sup>, gemarginaliseerde jongeren in Eindhoven<sup>37</sup>, Maastricht<sup>39</sup> en Parkstad Limburg.<sup>67;68</sup>
- In het uitgaanscircuit wordt cocaïne geregeld samen met alcohol geconsumeerd.<sup>17;21</sup> De overmatige consumptie van alcohol in het uitgaansleven wordt soms wel genoemd als een van de redenen van de groeiende populariteit van cocaïne.<sup>18</sup> Cocaïne zou een ontvullend effect hebben waardoor men langer en meer zou kunnen drinken.<sup>69</sup>
- Zwerfjongeren scoorden in 1999 het hoogst in cocaïnegebruik (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 was het meest gangbaar (actuele rokers: 32%, snuivers: 11%, spuiters: 1%).<sup>22</sup> Onder zwerfjongeren in Flevoland werden in 2004 lagere percentages gevonden (tabel 3.2).<sup>23</sup>

**TABEL 3.2 GEBRUIK VAN COCAÏNE IN SPECIALE GROEPEN**

	Locatie	Peiljaar	Leeftijd (jaar)	Ooitgebruik	Actueel gebruik
<i>Uitgaande jongeren</i>					
• Bezoekers van dance party's, buitenfestivals, centrum	Den Haag	2003	15 - 35	23%	10%
• Cafébezoekers	Zaandam	2006	14 - 44	13%	4%
• CafébezoekersI	Amsterdam <sup>II</sup>	2000	Gemiddeld 25	26%	9%
		2005	Gemiddeld 27	26%	8%
• Bezoekers horeca	Eindhoven	2005	14 - 34	20%	6%
• Bezoekers van cafés en sportkantines	Noordwijk	2004	Gemiddeld 23	20%	8%
• Bezoekers van discotheken	Nijmegen <sup>III</sup>	2006	Gemiddeld 21	11%	3%
• Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	1998	Gemiddeld 26	49%	24%
		2003	Gemiddeld 28	39%	14%
• Coffeeshopbezoekers	Amsterdam <sup>IV</sup>	2001	Gemiddeld 25	52%	19%
	Nijmegen	2005-6	Gemiddeld 27	33%	10%
<i>Probleemjongeren</i>					
• Gemarginaliseerde jongeren <sup>V</sup>	Den Haag	2000/2001	16 - 25	23%	9%
• Gedetineerde jongeren <sup>VI</sup>	Regionaal	2002/2003	14 - 17	11% (j) 24% (m)	4% (j) 11% (m)
• School drop-outs <sup>VI</sup>	Regionaal	2002/2003	14 - 17	11% (j) 3% (m)	7% (j) 1% (m)
• Zwerfjongeren <sup>VII</sup>	Landelijk	1999	15 - 22	66%	36%
	Flevoland	2004	13 - 22	29% <sup>VIII</sup> 19% <sup>IX</sup>	10% <sup>VIII</sup> 6% <sup>IX</sup>

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

I. Jongeren en jonge volwassenen uit mainstream-, studenten-, homo- en hippe cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. II. Geringe respons (26%). III. Geringe respons (19%). IV. Geringe respons (15%).

V. Jongeren die ontoereikende zorg krijgen en/of niet voldoende in de eigen bestaansvoorwaarden kunnen voorzien. Geworven op locaties voor zwerfjongeren, laagdrempelige dag – en nachtopvang en (overige) tijdelijke woonvoorzieningen. VI. Onderzoek in Noord-Holland, Flevoland en Utrecht. Gebruik onder gedetineerde jongeren: in de maand voorafgaand aan detentie. Drop-outs zijn jongeren die in de afgelopen 12 maanden minstens een maand niet naar school zijn geweest, exclusief vakanties. VII. Jongeren tot 23 jaar die drie maanden of langer geen vaste verblijfplaats hebben. VIII. Snuifbare cocaïne in poedervorm.

IX. Rookbare cocaïne in de vorm van crack. Referenties: <sup>16,17,22-24,26-30,70</sup>

### 3.4 PROBLEMATISCH GEBRUIK

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

- De eerste groep bestaat uit de probleemgebruikers van opiaten (zie § 4.4), die tegenwoordig vrijwel allemaal óók cocaïne gebruiken, veelal de kant-en-klare rookbare vorm crack.<sup>71;72</sup> Crackgebruik leidt sneller tot dwangmatig gedrag en verslaving dan snuifcocaïne.<sup>73-75</sup> Voor veel opiaatverslaafden 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.<sup>76</sup> In Rotterdam en Parkstad Limburg blijkt het bijgebruik van crack de marginalisering van problematische opiaatgebruikers te versnellen en de drugs-scène te verharderen.<sup>77</sup>
- In de harddrugsscene komen ook probleemgebruikers voor die frequent cocaïne, vooral crack, consumeren, zonder daarnaast heroïne te nemen.
  - Volgens veldstudies gaat het om circa 10 tot 15 procent van de totale populatie van probleemgebruikers van harddrugs.<sup>76;78</sup>
  - In Utrecht bestaat de groep crackgebruikers zonder voorgeschiedenis van heroïnegebruik vooral uit Antilliaanse en Marokkaanse jongeren en jonge volwassenen.<sup>76</sup> Ook onder jonge daklozen en straatprostituees komt crackgebruik relatief veel voor.<sup>74;79</sup>
  - Volgens onderzoek in Rotterdam kan crackgebruik met name bij jongeren een katalysator zijn voor een marginaliseringsproces, waarbij zij meer en meer los komen te staan van gezin, werk en gezondheidszorg.<sup>80</sup>
- De derde groep bestaat uit gebruikers bij wie het aanvankelijk recreatief gebruik van snuifcocaïne is overgegaan in problematisch gebruik ('de ontspoorde cocaïnesnuivers'). In vergelijking met crackgebruikers zijn zij doorgaans begonnen met het gebruik van snuifcocaïne vanuit een meer maatschappelijk geïntegreerde positie. Volgens observaties van sleutelfiguren in het uitgaansleven kent elk netwerk van cocaïnegebruikers wel snuivers die hun gebruik niet meer onder controle hebben.<sup>18</sup> De aantallen in deze groep zijn niet bekend.

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

- Zo daalde in Parkstad Limburg het aandeel 'pure spuiters' van cocaïne in het totaal aan probleemgebruikers van cocaïne (en andere harddrugs) van 40 procent in 1996 naar 4 procent in 1999. Het aandeel probleemgebruikers dat cocaïne zowel spoot als rookte daalde van 30 naar 17 procent. Tussen 1999 en 2002 bleef deze situatie ongeveer gelijk.<sup>73;74;79</sup>

- Volgens de laatste cijfers uit Rotterdam, Utrecht en Parkstad-Limburg is het roken van cocaïne voor zeven tot negen op de tien probleemgebruikers van harddrugs de gangbare gebruikswijze (tabel 3.3).

**TABEL 3.3 WIJZE VAN GEBRUIK VAN COCAÏNE DOOR PROBLEEMGEBRUIKERS VAN HARDDRUGS**

Wijze van toediening	Rotterdam 2003	Utrecht 1999	Parkstad-Limburg 2002
Altijd injecteren	4%	1%	7%
Roken en injecteren	10%	10%	19%
Altijd roken	86%	86%	71%

Percentage probleemgebruikers per wijze van toediening in de laatste 6 maanden. De cijfers in de kolommen tellen niet helemaal op tot 100 procent; de rest betreft andere manieren van inname (zoals snuiven). Bron: MAD.

### 3.5 GEBRUIK: INTERNATIONALE VERGELIJKING

#### ALGEMENE BEVOLKING

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

- Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking. Van invloed is vooral de leeftijdsgroep. Tabel 3.4a geeft gebruikscijfers die zijn (her)berekend volgens de standaard leeftijdsgroep van het EMCDDA (15 tot en met 64 jaar). Gegevens voor de overige landen staan in tabel 3.4b. Voor Europa zijn alleen landen uit de EU-15 en Noorwegen opgenomen. Bijlage F geeft gebruikscijfers voor de overige lidstaten, voor zover beschikbaar.
- Het percentage mensen tot de leeftijd van zestig of zeventig jaar dat ervaring heeft met cocaïne is veruit het grootst in de Verenigde Staten en Canada. In de EU-15 varieert het percentage ooitgebruikers van bijna nul procent tot bijna zeven procent. De hoogste waarden worden gerapporteerd in het Verenigd Koninkrijk, Spanje en Italië. In Nederland heeft ruim drie procent in de bevolking van 15 tot en met 64 jaar ervaring met cocaïne. In de overige EU-lidstaten (bijlage F) is het percentage ooitgebruikers niet groter dan 1,2 procent.
- In de meeste EU-15 en EU-25 landen heeft niet meer dan circa een procent van de inwoners in het afgelopen jaar cocaïne gebruikt, in Nederland 0,6%. Uitzonderingen zijn Spanje en het Verenigd Koninkrijk, met twee procent of meer. Het percentage recente gebruikers ligt ook hoger in de Verenigde Staten en Canada.



**TABEL 3.4A CONSUMPTIE VAN COCAÏNE ONDER DE ALGEMENE BEVOLKING VAN ENKELE EU-15 LIDSTATEN EN NOORWEGEN: LEEFTIJDGROEP 15 TOT EN MET 64 JAAR**

<i>Land</i>	<i>Jaar</i>	<i>Ooitgebruik</i>	<i>Recent gebruik</i>
Spanje	2003	5,9%	2,7%
Nederland	2005	3,4%	0,6%
Ierland	2002/2003	3,1%	1,1%
Noorwegen	2004	2,7%	0,8%
Oostenrijk	2004	2,3%	0,9%
Noord-Ierland	2002/2003	1,7%	0,4%
Frankrijk	2000	1,6%	0,2%
Finland	2004	1,2%	0,3%
Portugal	2001	0,9%	0,3%
Griekenland	2004	0,7%	0,1%
Luxemburg	1998	0,2%	-

*Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). - = niet gemeten. Referenties:<sup>40</sup>*

**TABEL 3.4B CONSUMPTIE VAN COCAÏNE ONDER DE ALGEMENE BEVOLKING VAN ENKELE EU-15 LIDSTATEN, DE VERENIGDE STATEN, CANADA EN AUSTRALIË: OVERIGE LEEFTIJDGROEPEN<sup>1</sup>**

<i>Land</i>	<i>Jaar</i>	<i>Leeftijd (jaar)</i>	<i>Ooitgebruik</i>	<i>Recent gebruik</i>
Verenigde Staten	2005	12 en ouder	13,8%	2,3%
Canada	2004	15 en ouder	10,6%	1,9%
Verenigd Koninkrijk	2004	?	6,5%	2,3%
Australië	2004	14 en ouder	4,7%	1,0%
Italië	2003	15 - 54	4,6%	1,2%
Duitsland	2003	18 - 59	3,2%	1,0%
Denemarken	2000	16 - 64	2,5%	0,8%
Zweden	2000	16 - 64	0,7%	0,0%

*Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). 1. Drugsgebruik is naar verhouding laag in de jongste (12-15 jaar) en oudere leeftijdsgroepen (>64 jaar). Gebruikscijfers in studies met respondenten die jonger en/of ouder zijn dan de EMCDDA-standaard zullen mogelijk lager uitvallen dan cijfers in studies die de EMCDDA-standaard toepassen. Voor studies met een meer beperkt leeftijdsbereik geldt het omgekeerde. Referenties:<sup>40-43/43</sup>*

## JONGEREN EN JONGE VOLWASSENEN

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

- Tabel 3.5 toont het gebruik van cocaïne in een aantal landen van de EU en Noorwegen. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit.
- Amerikaanse scholieren hebben vaker ervaring met cocaïne dan hun leeftijdgenoten in de EU, ondanks de daling in het percentage ooitgebruikers tussen 1999 en 2003.
- Italië en het Verenigd Koninkrijk gingen in 2003 aan kop op de maat ooitgebruik (4%). Nederland, België, Frankrijk, Ierland en Portugal namen met drie procent een positie in boven het midden, maar de verschillen met andere landen zijn klein.
- In Italië, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten zijn met 3 procent naar verhouding ook de meeste recente gebruikers. In de overige landen heeft niet meer dan 1 tot 2 procent van de scholieren recent gebruikt. In Nederland is dat 1 procent.

**TABEL 3.5 CONSUMPTIE VAN COCAÏNE ONDER LEERLINGEN VAN 15 EN 16 JAAR IN EEN AANTAL LIDSTATEN VAN DE EUROPESE UNIE, NOORWEGEN EN DE VERENIGDE STATEN. PEILJAREN 1999 EN 2003**

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

Percentage gebruikers ooit in het leven en (2003) in het laatste jaar (recent). 1. Zes van zestien deelstaten. - = niet gemeten. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD, maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. Bron: ESPAD.<sup>44</sup>

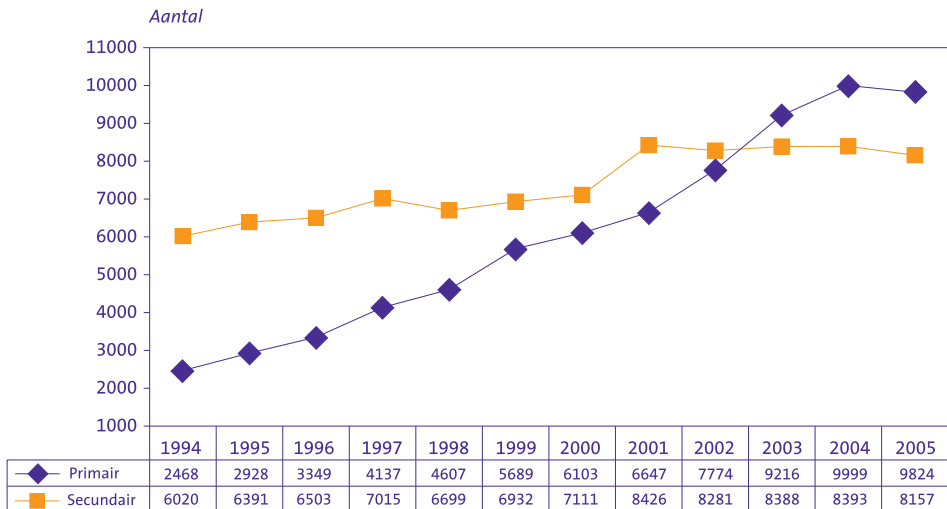
## 3.6 HULPVRAAG

### AMBULANTE VERSLAVINGSZORG

Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) registreert hoeveel mensen hulp vragen bij de (ambulante) verslavingszorg, inclusief de verslavings-reclassering en de verslavingsklinieken die zijn gefuseerd met de ambulante verslavingszorg. (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS.) Vanwege technische problemen kon de Jellinek, instelling voor verslavingszorg in Amsterdam en de Gooi- en vechtstreek, haar gegevens voor 2005 nog niet aanleveren aan het LADIS. Het aandeel van de Jellinek is daarom voor 2005 geëxtrapoleerd op basis van de gegevens uit 2004.<sup>45</sup>

- Het aantal cliënten met cocaïne als primair probleem werd tussen 1994 en 2004 vier keer zo groot. Tussen 2004 en 2005 deed zich voor het eerst een kleine daling voor in dit aantal van twee procent (figuur 3.2).
- Per 100 000 inwoners van 15 jaar en ouder steeg het aantal primaire cocaïnecliënten van 20 in 1994 naar 76 in 2004, en daalde vervolgens licht naar 74 in 2005.
- Het aandeel cocaïnecliënten van alle cliënten met een drugsprobleem groeide eveneens van 13 procent in 1994 naar 30 procent in 2005.
- In 2005 stond ongeveer een op de tien (11%) primaire cocaïnecliënten niet eerder ingeschreven bij de (ambulante) verslavingszorg vanwege een drugsprobleem. In voorgaande jaren was het aandeel nieuwkomers groter (24% in 2003 en 18% in 2005).
- Voor ongeveer zes van de tien primaire cocaïnecliënten (59%) is roken (crack) de belangrijkste wijze van gebruik en voor vier van de tien (40%) snuiven. Slechts één procent injecteert de cocaïne.
- De meeste primaire cocaïnecliënten (72%) hadden ook problemen met een ander middel, met name alcohol en heroïne. Voor ruim een kwart (28%) was cocaïne het enige probleem.
- Cocaïne werd ook vaak als secundair probleem genoemd (figuur 3.2). Voor deze groep is het primaire probleem heroïne (58%), alcohol (29%), of cannabis (7%). In de afgelopen vier jaar bleef het aantal cliënten met secundaire cocaïneproblematiek stabiel.

**FIGUUR 3.2 AANTAL CLIËNTEN BIJ DE (AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG MET PRIMAIRE OF SECUNDAIRE COCAÏNEPROBLEMATIEK, VANAF 1994**



I. De stijging in secundaire cocaïnecliënten van 2000 naar 2001 komt voor een deel door de aanlevering (sinds 2001) van gegevens van opiaatcliënten van de GGD Amsterdam. Voor 2005 zijn de gegevens van de Jellinek geëxtrapoleerd. Bron: LADIS, IVZ.

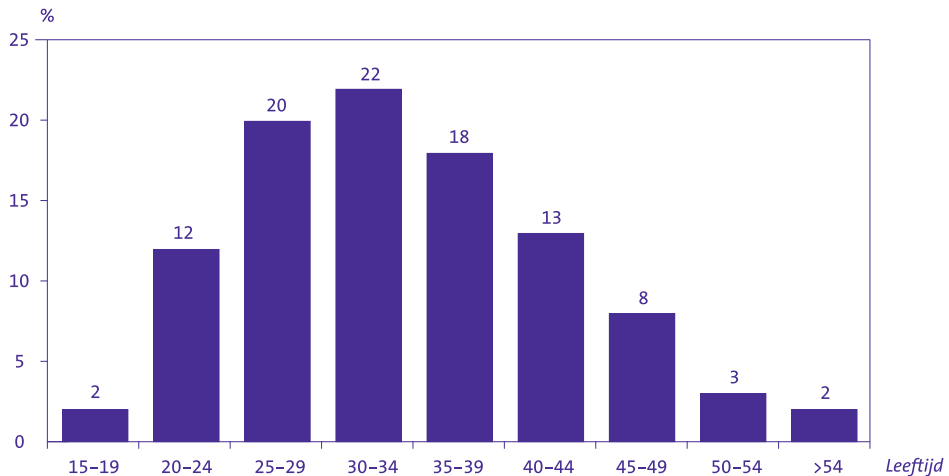
### Leeftijd en geslacht

- In 2005 waren ruim acht op de tien primaire cocaïnecliënten man (82%). Het aandeel vrouwen is sinds 1999 iets gestegen (16% in 1994-1999, 17% in 2000, 18% in 2001-2005).
- In 2005 was de gemiddelde leeftijd 34 jaar. Daarmee zijn de primaire cocaïnecliënten jonger dan de opiaat-, en alcoholcliënten maar ouder dan de cannabis-, ecstasy- en amfetaminecliënten.
- Figuur 3.5 laat zien dat 60 procent tussen de 25 en 39 jaar is. Het aandeel jonge cocaïnecliënten van 15-29 jaar is in de loop der jaren gedaald van 56 procent in 1994 naar 34 procent in 2005.

### Regionale ontwikkeling

Over de periode 2001-2005 is het aantal primaire cocaïnecliënten met gemiddeld 78 procent toegenomen vergeleken met 1996-2000. Deze stijging deed zich in alle regio's in Nederland voor (IVZ/RIVM, Zorgatlas). De sterkste toename is te zien in drie regio's in het oosten van het land: Enschede (+234%), Apeldoorn (+232%) en Deventer (+217%). De regio Amersfoort registreerde de kleinste toename (+22%).

**FIGUUR 3.3 LEEFTIJDVERDELING VAN PRIMAIRE COCAÏNECLIËNTEN BIJ DE (AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG. PEILJAAR 2005<sup>1</sup>**



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. I. De gegevens van de Jellinek zijn geëxtrapoleerd. Bron: LADIS, IVZ.

#### Groepen van cocaïnecliënten

Tabel 3.6 toont het aandeel van groepen cocaïnegebruikers naar gebruikswijze (rookbare crack versus snuifcoke) en bijmiddel in het totaal van de cocaïnecliënten in de (ambulante) verslavingszorg (zie ook § 3.4).<sup>81</sup>

**TABEL 3.6 GROEPEN VAN COCAÏNECLIËNTEN IN DE (AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG. PEILJAAR 2005<sup>1</sup>**

Groep van cocaïnecliënten	Percentage van het totaal	Percentage groei sinds 2000
Cocaïne (crack) met opiaten	41%	-2%
Cocaïne (crack) zonder opiaten	24%	54%
Snuifcocaïne		
zonder bijmiddel	8%	80%
met cannabis	8%	80%
met alcohol	20%	106%

Percentage van het totaal aantal cocaïnecliënten (primaire en secundaire cliënten samengenomen) en percentage groei per groep tussen 2000 en 2005. I. De gegevens van de Jellinek zijn geëxtrapoleerd. Bron: LADIS, IVZ.

De stijging in het aantal cocaïnecliënten heeft zich de afgelopen jaren vooral voorgedaan onder de gebruikers van snuifcocaïne (80%-106%) en in mindere mate onder de gebruikers van crack zonder opiaten (54%). Er deed zich geen stijging voor in de groep van aanvankelijke opiaatgebruikers die later crack zijn gaan bijgebruiken (-2%).

De groepen van cocaïnegebruikers vertonen het volgende profiel:

- De gebruikers van opiaten met crack vallen het meest in de oudere leeftijdsgroepen (52% is 40 jaar of ouder). De gebruikers van snuifcocaïne met cannabis vallen het meest in de jongste leeftijdsgroep (62% is 29 jaar of jonger).
- De gebruikers van opiaten met crack vormen de meest chronische en problematische groep. Bij tachtig procent van hen bestaat de verslavingsproblematiek al langer dan vijf jaar. Bij de gebruikers van alleen crack is dat percentage 63 procent, bij de gebruikers van alleen snuifcocaïne 35 procent, bij de gebruikers van snuifcocaïne met alcohol 67 procent en bij de gebruikers van snuifcocaïne met cannabis 54 procent. Van de gebruikers van opiaten met crack stond 68 procent al eerder ingeschreven bij de verslavingszorg vergeleken met slechts 28 procent van de gebruikers van alleen snuifcocaïne.
- Het percentage allochtonen ligt het hoogst bij de gebruikers van crack, al dan niet met opiaten (33%) en ligt het laagst bij de gebruikers van alleen snuifcocaïne (12%).
- De gebruikers van opiaten met crack zijn vaker alleenstaand (60%), zwerfend of verblijvend in de daklozenopvang (22%) en zijn het vaker aangewezen op een uitkering (68%). Bij de gebruikers van alleen snuifcocaïne zijn deze percentages het laagst, respectievelijk 32 procent, 4 procent en 27 procent.
- De gebruikers van alleen crack en opiaten met crack zijn vaker in aanraking geweest met justitie (84% en 78%), gevolgd door gebruikers van snuifcocaïne met alcohol (76%), snuifcocaïne met cannabis (62%) en alleen snuifcocaïne (51%).

In het algemeen geldt dat de cocaïnecliënten ouder worden, steeds vaker in aanraking komen met justitie, geen eigen woning hebben, geen inkomsten uit werk hebben en al met al steeds meer de kenmerken gaan vertonen van een chronische gemarginaliseerde groep.<sup>81</sup>

## ALGEMENE ZIEKENHUIZEN; INCIDENTEN

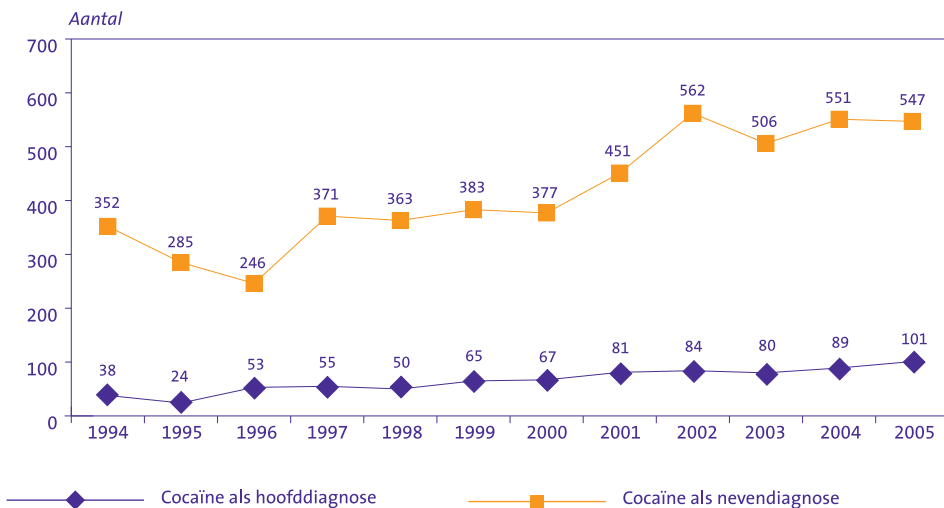
In algemene ziekenhuizen worden cocaïnemisbruik en -afhankelijkheid niet vaak als hoofddiagnose genoteerd bij klinische opnames.

- In 2005 ging het om 101 gevallen, waarvan 66 procent vanwege cocaïnemisbruik en 34 procent vanwege cocaïneafhankelijkheid (figuur 3.4).
- Cocaïneproblemen spelen vaker een rol als nevendiaagnose. Tussen 1996 en 2002 steeg het aantal opnames met cocaïnemisbruik of -afhankelijkheid als neven-

diagnose. Na een daling in 2003 en een stijging in 2004, stabiliseerde in 2005 het aantal nevend diagnoses op 547.

- De meest voorkomende categorieën hoofddiagnoses, die in 2005 stonden geregistreerd bij cocaïnemisbruik of -afhankelijkheid als nevend diagnose, waren:
  - letsel door ongevallen (16%, zoals breuken, wonden, hersenschudding)
  - ziekten en symptomen van de ademhalingswegen (15%)
  - vergiftigingen (12%)
  - ziekten van hart- en vaatstelsel (14%)
  - misbruik of afhankelijkheid van alcohol en (andere) drugs (10%)
  - psychosen (6%).

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



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

- Dezelfde persoon kan meer dan één keer per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één nevend diagnose worden gesteld. Gecorrigeerd voor dubbel tellingen ging het in 2005 om 570 personen. Zij werden in dit jaar minstens één keer opgenomen met cocaïnemisbruik of -afhankelijkheid als hoofd- of nevend diagnose. Hun gemiddelde leeftijd was 35 jaar; 74 procent was man.
- De LMR registreerde in 2005 geen gevallen van opzettelijke vergiftiging met cocaïne als nevend diagnose (ICD-9 code E855.2).

Volgens het Letsel Informatie Systeem (LIS) van Stichting Consument en Veiligheid<sup>46</sup> worden jaarlijks gemiddeld 2 900 personen behandeld op spoedeisende eerste hulp afdelingen van ziekenhuizen na een ongeval, geweld of zelfmutilatie gerelateerd aan drugsgebruik (vgl. 13 duizend vanwege alcohol, hoofdstuk 6). Drugs zijn hier cocaïne, heroïne, cannabis, ecstasy, pado's en speed. De gegevens zijn gemiddeld over de periode van 2000 tot en met 2005.

- Cocaïne is de meest frequent genoemde drug. Ongeveer een op de drie (35%) drugsslachtoffers geeft aan cocaïne te hebben gebruikt. Tellen we alleen de gevallen mee waarvan de drug bekend is (71%), dan maakt cocaïne 49 procent uit van alle drugsgerelateerde behandelingen bij de spoedeisende hulp.
- Deze cijfers zijn waarschijnlijk een onderschatting van het werkelijke aantal aan drugs gerelateerde ongevallen.

In 2004 is onderzoek verricht naar het gebruik van drugs onder 641 bezoekers van de spoedeisende eerste hulp afdeling van het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam.<sup>47</sup>

- Negen procent gaf aan illegale drugs te hebben gebruikt in de 24 uur voorafgaand aan de behandeling.
- Cocaïne werd door 1,9 procent van de bezoekers genoemd.

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum van het RIVM registreert het aantal informatieverzoeken van artsen, apothekers en overheidsinstellingen over (potentiële) acute vergiftigingen door lichaamsvreemde stoffen, zoals drugs.<sup>48</sup>

- Het aantal informatieverzoeken voor cocaïne steeg gestaag tussen 2000 en 2003 en fluctueerde in de jaren er na. Van 2005 naar 2006 trad een daling op (tabel 3.7).
- Een daling in het aantal informatieverzoeken hoeft niet per sé te wijzen op een daling in het aantal intoxicaties. Ook de toenemende bekendheid van hulpverleners met de symptomen en behandeling van een bepaalde drugsintoxicatie, waardoor de behoefte om het NVIC te raadplegen afneemt, kan een rol spelen.

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

Aantal informatieverzoeken per jaar. Bron: NVIC, RIVM.



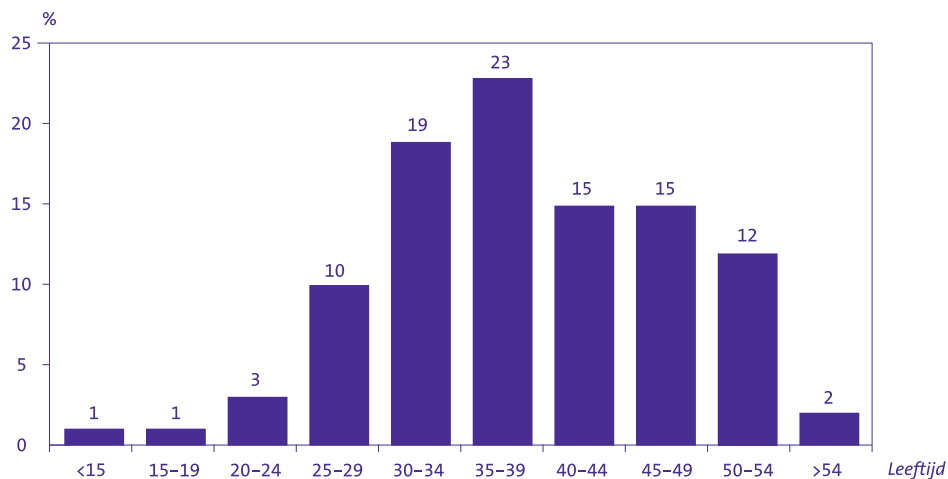
### 3.7 ZIEKTE EN STERFTE

- Gezondheidsproblemen, vooral door het frequent roken van crack, zijn longcomplicaties, uitputting en weerstandsvermindering, angsten en paranoia.<sup>65</sup> Zware cokegebruikers hebben ook meer moeite hun agressie onder controle te houden.
- Bij jongeren in het uitgaansleven die excessief en langdurig cocaïne gebruiken wordt opgefokt, paranoïde en egoïstisch gedrag gesignaleerd en een 'in zich zelf gekeerd zijn'.<sup>18</sup> Ook structurele vermoeidheid wordt als gevolg van frequent cokegebruik genoemd.<sup>17</sup>

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

- Toch valt er in het afgelopen decennium een toename te zien. Van 1985 tot en met 1995 ging het in de hele periode om totaal 27 gevallen, van 1996 tot en met 2005 om 180 gevallen (zie figuur 4.8 in hoofdstuk 4).
- De stijgende lijn van midden jaren negentig tot en met 2002 zette zich evenwel tussen 2003 en 2005 niet voort. In 2002, 2003, 2004 en 2005 ging het om respectievelijk 34, 17, 20 en 23 gevallen waarbij cocaïne als primaire doodsoorzaak stond geregistreerd.

FIGUUR 3.5 LEEFTIJDVERDELING VAN COCAÏNESTERFGEVALLEN VAN 2000 TOT EN MET 2005



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

- Figuur 3.5 geeft de verdeling naar leeftijdsgroep van alle sterfgevallen vanwege cocaïne in de periode 2000 tot en met 2005. Twee derde (67%) van de overledenen is 35 jaar en ouder. De piek ligt in de leeftijdsgroep 35-39 jaar. Gemiddeld waren acht op de tien cocaïneslachtoffers man (82%).
- Sterfte waaraan cocaïne bijdraagt wordt soms gecodeerd onder natuurlijke doodsoorzaken, zoals een hartaandoening. Hierdoor is het aantal gevallen waarin cocaïne aan het overlijden heeft bijgedragen niet goed te achterhalen.
- Het totale aantal overleden 'bolletjesslikkers' is niet bekend. Dit komt onder meer doordat de Doodsoorzakenstatistiek personen uitsluit die niet in het Nederlandse bevolkingsregister staan ingeschreven. De GGD Amsterdam registreerde in 2002, 2003, 2004 en 2005 respectievelijk acht, drie, vijf en acht gevallen.

## 3.8 AANBOD EN MARKT

### SAMENSTELLING VAN COCAÏNEMONSTERS

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) monitort de markt van illegale drugs. Daarvoor wordt gebruik gemaakt van de analyse van stoffen die aanwezig zijn in drugsmonsters die consumenten bij instellingen voor verslavingszorg inleveren. Een deel van deze monsters wordt herkend bij de instelling zelf. Monsters met onbekende samenstelling en alle monsters in poedervorm worden doorgestuurd naar het laboratorium voor chemische analyse. Naast de door consumenten aangeleverde drugsmonsters analyseert het DIMS ook drugs die door portiers van discotheken zijn ingenomen. De resultaten hiervan komen goed overeen met de door consumenten aangeboden drugsmonsters

- In 2006 werden 630 poeders aangeleverd die door de consument als cocaïne waren aangekocht, ongeveer evenveel als in 2005 (640) en aanzienlijk meer dan in 2004 (386).
- In 2006 bevatte 94,3 procent van de als cocaïne verkochte poeders daadwerkelijk cocaïne (overwegend hydrochloride). De concentratie varieerde van 4 tot 99 procent met een gemiddelde van 53 procent (gewichtspcenten).
- 4,1 procent van de poeders bevatte alleen een andere psychoactieve stof en 1,6 procent bevatte geen enkel psychoactief bestanddeel.
- Driekwart van de poeders bevatte ook aan cocaïne verwante bijproducten die bij de extractie van cocaïne uit de plant worden meegenomen, zoals tropacaïne en norcocaïne.
- De afgelopen jaren bevatten poeders die als cocaïne zijn verkocht steeds vaker (ook) fenacetine. Van 2005 naar 2006 steeg het percentage poeders met fenacetine van 37 naar 45 procent. In 2003 ging het nog om 16 procent.
  - De concentratie fenacetine in de cocaïnepoeders varieerde in 2006 van 1 tot 84 procent.

- Fenacetine is een stof die tot 1984 als pijnstiller was geregistreerd maar vanwege mogelijk kankerverwekkende eigenschappen uit de handel is genomen. De doseringen fenacetine die worden gebruikt als versnijdingsmiddel zijn vele malen geringer dan de therapeutische doseringen waarbij schadelijke effecten optreden. De risico's van fenacetine als versnijdingsmiddel van cocaïne, zoals de effecten van verhitting bij 'roken' van cocaïne, zijn echter niet bekend.

## PRIJZEN

Trendgegevens over de prijs die een consument betaalt voor een gram cocaïne zijn niet beschikbaar. Wel geven cijfers uit de landelijke Trendwatch-monitor en het DIMS-project een indicatie van de huidige situatie.

- Uitgaande jongeren en jonge volwassenen die in 2004 cocaïne hadden gekocht betaalden gemiddeld tussen de 40 en 50 euro per gram, afhankelijk van het type dealer (thuis of in het uitgaansleven).<sup>18</sup>
- Deze gegevens komen overeen met de prijs die consumenten in 2006 hebben betaald voor cocaïnemonsters aangeleverd bij het DIMS-project (minimaal 20 en maximaal 60 euro per gram (mediaan: 50 euro per gram)).



# 4 OPIATEN

De klasse van opiaten telt vele middelen. Sommige staan bekend om het illegale gebruik ervan, zoals heroïne. Andere zijn vervangers van heroïne, zoals methadon, of worden (ook) anderszins toegepast in de geneeskunde: morfine, codeïne en dergelijke. Het gaat in dit hoofdstuk vooral om heroïne en methadon.

Opiaten kunnen een roes veroorzaken maar ook een dempende werking hebben.

Heroïne wordt in verschillende vormen toegediend. Tegenwoordig is de meest gangbare gebruikswijze in Nederland roken ('chinezen', roken van folie). Minder vaak wordt heroïne geïnjecteerd in Nederland.

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

## 4.1 LAATSTE FEITEN EN TRENDS

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

- Heroïnegebruik komt weinig voor in de algemene bevolking, al nam het percentage volwassenen dat ooit heroïne heeft gebruikt toe tussen 2001 en 2005 (§ 4.2).
- Heroïne is weinig populair onder scholieren en uitgaande jongeren (§ 4.3).
- Het aantal opiaatverslaafden in Nederland is vergeleken met andere Europese landen laag (§ 4.5).
- De daling van het aantal opiaatcliënten in de (ambulante) verslavingszorg tussen 2001 en 2004 zet zich niet voort in 2005. Het aandeel jongeren en jonge volwassenen onder de opiaatcliënten blijft wel verder afnemen (§ 4.6).
- Opiaatverslaafden kampen vaak met bijkomende psychiatrische problematiek (§ 4.4).
- Het aantal methadoncliënten bleef tussen 2001 en 2005 op hetzelfde niveau; de gemiddelde methadondosis per dag daalde licht tussen 2003 en 2005 (§ 4.6).
- De aanwas van nieuwe HIV-infecties onder injecterende drugsgebruikers is zeer gering (§ 4.7).
- Steeds minder injecterende drugsgebruikers delen spuiten, hoewel er signalen zijn dat aan deze dalende trend een einde is gekomen. Het seksueel risicogedrag blijft aanzienlijk (§ 4.7).
- De acute sterfte door drugsgebruik is laag in Nederland vergeleken met andere landen (§ 4.7).

## 4.2 GEBRUIK: ALGEMENE BEVOLKING

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

- Volgens het NPO had 0,6 procent van de Nederlanders van 15 tot en met 64 jaar in 2005 ervaring met heroïne. Dat is meer dan in 1997 en 2001 (respectievelijk 0,3 en 0,2%).<sup>4</sup>
- De percentages recente en actuele gebruikers lag in alle peiljaren rond nul procent.
- Deze cijfers zijn vermoedelijk een onderschatting, omdat probleemgebruikers van harddrugs in het NPO ondervertegenwoordigd zijn. Veel mensen die illegaal opiaten gebruiken en methadoncliënten komen niet terecht in steekproeven uit de algemene bevolking omdat zij rondzwerven, in de gevangenis zitten, of anderszins uit beeld zijn. Tot op zekere hoogte kunnen zij toch in kaart worden gebracht via andere methoden van onderzoek (zie § 4.3).

### SPECIALE GROEPEN

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

- In 2002 gebruikte een op de vijf mannelijke *gedetineerden* (21%) in acht Huizen van Bewaring dagelijks heroïne in de laatste zes maanden voor detentie.<sup>6</sup>
- In hetzelfde jaar had 40 procent van de *dak- en thuislozen* in twintig Nederlandse gemeenten deze drug in de maand voor de peiling geconsumeerd.<sup>5</sup>

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

## 4.3 GEBRUIK: JONGEREN

Heroïne is impopulair onder leerlingen van middelbare scholen van twaalf jaar en ouder (tabel 4.1).<sup>8</sup>

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

**TABEL 4.1 GEBRUIK VAN HEROÏNE ONDER SCHOLIEREN VAN 12 TOT EN MET 18 JAAR, VANAF 1988**

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

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

## SPECIALE GROEPEN

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

- In bepaalde kringen experimenteert een kleine minderheid met heroïne (tabel 4.2). Zo had in 2001 bijna een op de tien coffeeshopbezoekers in Amsterdam ooit heroïne geprobeerd.<sup>16</sup>
- Onder bezoekers van trendy clubs in Amsterdam is het percentage ooitgebruikers gedaald van zes procent in 1998 naar twee procent in 2003. Actueel gebruik komt in het uitgaanscircuit niet (veel) voor.<sup>12;21</sup>
- In Amsterdam wordt wel melding gemaakt van het gebruik van combinaties van heroïne, crack, benzodiazepines, alcohol en/of cannabis. Dit is gesignaleerd onder problematische straatjongeren van Marokkaanse, Surinaamse en Nederlandse afkomst.<sup>82</sup> Zij zijn vaak in slechte fysieke en emotionele conditie en komen vaak in contact met de criminaliteit, prostitutie en drugshandel.
- Een peiling in 1999 onder zwerfjongeren in vijf gemeenten (Amsterdam, Breda, Hilversum, Tilburg en Zaanstad) laat zien dat deze groep relatief vaak ervaring had met heroïne. Ruim een op de tien zwerfjongeren was een actuele gebruiker van deze drug. De gangbare toedieningsvorm in deze groep was roken (actuele rokers: 11%, spuiters: 1%, snuivers: 0%).<sup>20</sup> In 2004 werden in Flevoland onder zwerfjongeren lagere percentages gevonden, acht procent had ooit heroïne gebruikt en twee procent was een actuele gebruiker.<sup>23</sup>
- In de regio Den Bosch signaleerden sleutelfiguren in 2005 dat sommige jongere harddruggebruikers, die waren begonnen met het gebruik van crack, ook heroïne zijn gaan gebruiken.<sup>36</sup>

**TABEL 4.2 GEBRUIK VAN HEROÏNE IN SPECIALE GROEPEN**

	Locatie	Peiljaar	Leeftijd (jaar)	Ooit-gebruik	Actueel gebruik
<i>Uitgaande jongeren</i>					
• Cafébezoekers <sup>I</sup>	Amsterdam	2000	Gemiddeld 25	1%	0,2%
		2005	Gemiddeld 27	1,5%	0%
• Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	1998	Gemiddeld 26	6%	
		2003	Gemiddeld 28	2%	0%
• Coffeeshopbezoekers <sup>II</sup>	Amsterdam	2001	Gemiddeld 25	9%	0,9%
<i>Probleemgroepen</i>					
• School drop-outs <sup>III</sup>	Regionaal	2002/2003	14 – 17	0,9% (j)	0,9% (j)
				1,4% (m)	0% (m)
• Gedetineerde jongeren <sup>III</sup>	Regionaal	2002/2003	14 – 17	3,7% (j)	0% (j)
				2,9% (m)	1,4% (m)
• Gemarginaliseerde jongeren <sup>IV</sup>	Den Haag	2000/2001	16 – 25	13%	7%
• Zwerfjongeren <sup>V</sup>	Landelijk	1999	15 – 22	21%	11%
	Flevoland	2004	13 – 22	8%	2%

Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand) per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet onderling vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. j=jongen; m=meisje. < betekent 'minder dan'. I. Selecte steekproef van jongeren en jonge volwassenen uit mainstream-, studenten-, homo- en hippe cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. II. Geringe respons (15%). III. Onderzoek in Noord-Holland, Flevoland en Utrecht. Drop-outs zijn jongeren die in de afgelopen 12 maanden minstens een maand niet naar school zijn geweest, exclusief vakanties. Gebruik onder gedetineerde jongeren: in de maand voorafgaand aan detentie. IV. Jongeren die ontoereikende zorg krijgen en/of niet voldoende in de eigen bestaansvoorwaarden kunnen voorzien. Geworven op locaties voor zwerfjongeren, laagdrempelige dag- en nachtopvang en (overige) tijdelijke woonvoorzieningen. V. Jongeren tot 23 jaar die drie maanden of langer geen vaste verblijfplaats hadden. Referenties: <sup>16;22-24;26;27</sup>

## 4.4 PROBLEMATISCH GEBRUIK

De beschikbare ramingen laten meestal geen duidelijk onderscheid toe tussen probleemgebruikers van opiaten enerzijds en van (ook) andere harddrugs anderzijds.<sup>a</sup> De schattingen in tabel 4.3 betreffen voornamelijk regelmatige gebruikers van illegale opiaten of van methadon, die doorgaans ook andere middelen nemen, zoals cocaïne,

<sup>a</sup> Voor de definitie van probleemgebruiker: zie bijlage A.



alcohol en slaap- of kalmeringsmiddelen. Volgens de laatste schattingen bedraagt het aantal probleemgebruikers van harddrugs in Nederland ongeveer 33 500. Dit cijfer is omgeven door een vrij grote marge van onzekerheid variërend van circa 24 tot 46 duizend probleemgebruikers. In vergelijking met eerdere jaren is er geen sprake van een significante verandering.

- Nederland telt ongeveer drie probleemgebruikers van harddrugs per duizend inwoners van 15 tot en met 64 jaar.
- Per duizend inwoners bevinden de meeste probleemgebruikers zich in Rotterdam en Den Haag (figuur 4.1). Vanwege verschillen in definities en methodes dienen de verschillen tussen de diverse steden echter voorzichtig te worden geïnterpreteerd.
- Volgens een striktere definitie bedroeg in 2003 het aantal probleemgebruikers van harddrugs in Rotterdam die (bijna) dagelijks harddrugs gebruikten en daarbij crimineel waren, overlast veroorzaakten, of dakloos waren naar schatting zo'n 3 000. Dit zijn 7,5 personen per duizend inwoners van 15 tot en met 64 jaar.

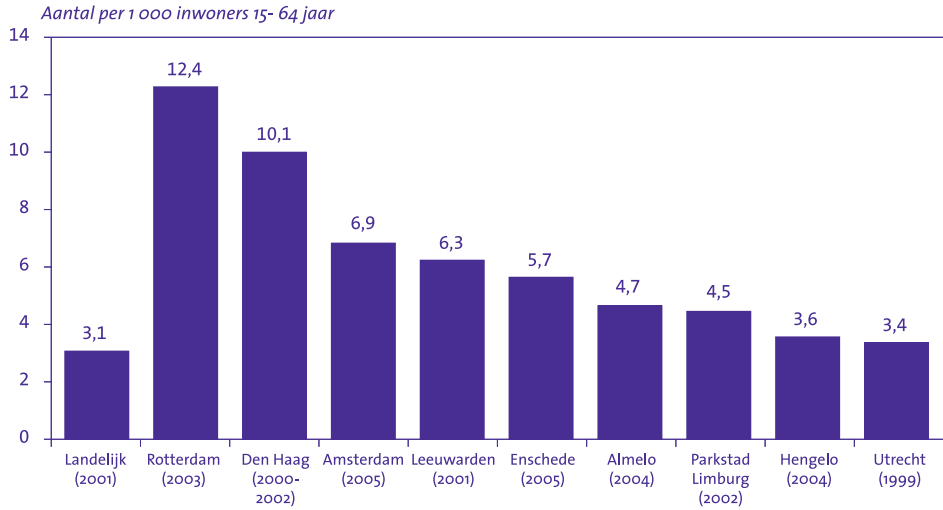
**TABEL 4.3**    **SCHATTINGEN VAN HET AANTAL PROBLEEMGEBRUIKERS VAN HARDDRUGS**

<i>Bereik</i>	<i>Jaar</i>	<i>Aantal</i>
Landelijk	1993	28 000
Landelijk	1996	27 000 (25 000 - 29 000) <sup>1</sup>
Landelijk	1999	29 200 (26 000 - 30 300) <sup>1</sup>
Landelijk	2001	33 500 (23 800 - 46 500) <sup>1</sup>
Rotterdam	2003	5 051
Amsterdam	2005	3 728
Den Haag	2000–2002	3 200 (per jaar)
Parkstad Limburg	2002	800
Enschede	2005	607
Utrecht	1999	1 300
Leeuwarden	2001	389
Almelo	2004	229
Hengelo	2004	191

*Vanwege verschillen in definities en methodes dienen de gegevens voorzichtig te worden geïnterpreteerd.*

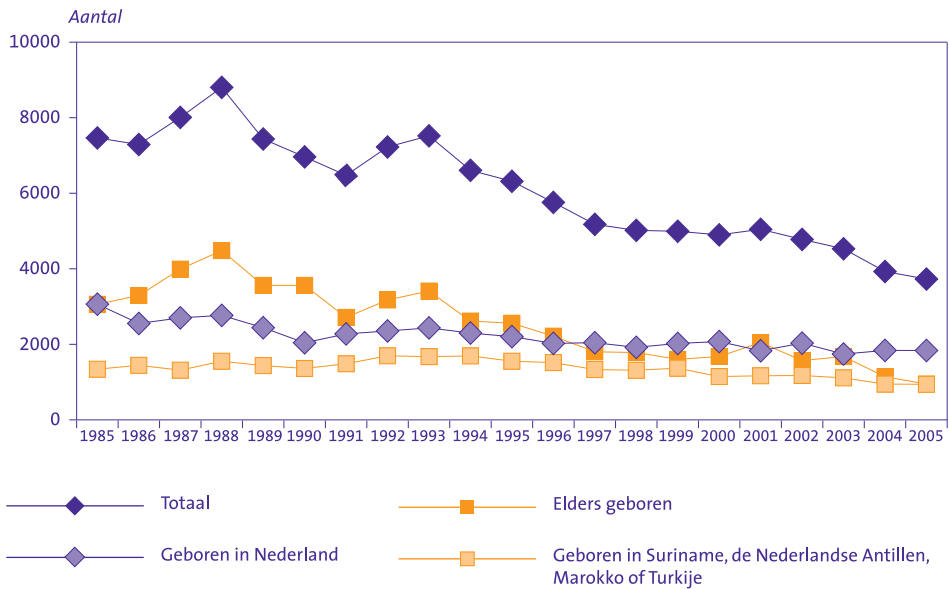
*1. Gemiddelde en de boven en ondergrens van verschillende schattingen. Referenties: <sup>74:79,83:92</sup>*

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



Gemiddelde van hoogste en laagste schattingen (indien toepasbaar). Referenties: zie tabel 4.3.

**FIGUUR 4.2 PROBLEEMGEBRUIKERS VAN OPIATEN IN AMSTERDAM, VANAF 1985**



Bron: GGD Amsterdam.

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

- De omvang van deze groep bereikte een piek in 1988 met 8 800 probleemgebruikers en liep toen terug. Dit kwam vooral door het geringere aantal buitenlanders, vooral Italianen en Duitsers.
- In 2005 telde Amsterdam naar schatting nog zo'n 3 700 probleemgebruikers van opiaten. Van hen was 49 procent geboren in Nederland, 25 procent in Suriname, de Nederlandse Antillen, Marokko of Turkije en 26 procent elders.

## LEEFTIJD

De populatie heroïnegebruikers veroudert.

- In Amsterdam steeg de gemiddelde leeftijd van methadoncliënten van 32 jaar in 1989 naar 45 jaar in 2004. In Rotterdam en Parkstad Limburg steeg de gemiddelde leeftijd van probleemgebruikers tussen 1998 en 2002/2003 van 37 naar 39 jaar.<sup>79;93</sup>
- De veroudering van de groep heroïnegebruikers gaat gepaard met steeds meer gezondheidsklachten (zie § 4.7).

## WIJZE VAN GEBRUIK

Het gebruik van opiaten is vooral riskant voor de gezondheid als de opiaten worden ingespoten.

- In de loop van de jaren zijn gebruikers van opiaten minder gaan injecteren (tabel 4.4).
- Zo daalde het aandeel injecteerdere van heroïne op alle probleemgebruikers van heroïne in Parkstad Limburg van 33 procent in 1996 naar 13 procent in 1999. Deze trend heeft zich niet voortgezet tussen 1999 en 2002.<sup>79</sup>
- In Rotterdam nam het aandeel injecteerdere af van 15 procent in 1999 naar 10 procent in 2003.<sup>93</sup>
- Onder drugsgebruikers die deelnamen aan de Amsterdamse Cohort Studies naar hiv/aids daalde het aantal bezoeken aan de GGD waarin zij aangaven te hebben gespoten in de voorafgaande periode van 57 procent in 1985 naar 21 procent in 2004.<sup>94</sup>
- De daling van het aantal spuiten dat wordt omgeruild door de GGD Amsterdam is ook een indicatie voor de afname van het injecteren van opiaten. In 1994 ruidde de GGD Amsterdam nog 857 459 spuiten om, in 2005 was dit aantal teruggelopen naar 201 600 omgeruide spuiten.<sup>78</sup>
- In 2005 stond 10 procent van de opiaatcliënten van de (ambulante) verslavingszorg te boek als spuitere en 71 procent als roker. Het overige deel gebruikte op een andere manier.<sup>45</sup> In 1994 spoot nog 16 procent de drug.
- Via het percentage spuitere onder de harddrugsccliënten in de verslavingszorg en de schatting van het totaal aantal problematische harddrugscgebruikers in Neder-

land kan het totaal aantal injecterende drugsgebruikers worden geschat. In 2005 waren er naar schatting ongeveer 3 100 injecterende drugsgebruikers binnen een marge van minimaal 2 200 en maximaal 4 300 gevallen.

**TABEL 4.4 WIJZE VAN GEBRUIK VAN HEROÏNE DOOR PROBLEEMGEBRUIKERS VAN HARDDRUGS**

Wijze van toediening	Rotterdam 2003	Utrecht 1999	Parkstad Limburg 2002
Altijd injecteren	10%	1%	19%
Roken en injecteren	10%	10%	16%
Altijd roken	80%	86%	63%

Percentage probleemgebruikers per wijze van toediening in de laatste 6 maanden. De cijfers in de kolommen tellen niet helemaal op tot 100 procent; de rest betreft andere manieren van inname (zoals snuiven). Bron: MAD.

## 4.5 GEBRUIK: INTERNATIONALE VERGELIJKING

### GEBRUIK SCHOLIEREN

- Volgens de ESPAD-peiling kwam in 2003 het percentage ooitgebruikers van heroïne onder vijftien- en zestienjarige scholieren in Europa niet boven twee procent uit. Uitzondering was Italië, waar vier procent van de scholieren ervaring had met heroïne. In Nederland had een procent van de scholieren ooit heroïne gebruikt.<sup>44</sup>
- Het percentage recente gebruikers was niet hoger dan een procent, behalve in Italië (3%).

### PROBLEEMGEBRUIK

- De Europese Unie telt naar schatting tussen 1,2 en 2,1 miljoen probleemgebruikers van harddrugs, ofwel tussen vier en zeven per duizend inwoners van 15 tot en met 64 jaar. In de meeste landen gaat het in hoofdzaak om (ook) opiaten.<sup>40</sup>
- De schattingen zijn berekend met verschillende statistische methoden. Tabel 4.5 geeft de laagste en hoogste cijfers per land. Vanwege verschillen in definities en methodes dienen de gegevens voorzichtig te worden geïnterpreteerd. Met name de uiteenlopende schattingen voor Luxemburg duiden op een grote mate van onzekerheid.
- In de EU-15 variëren nationale schattingen van gemiddeld twee tot tien probleemgebruikers per duizend inwoners van 15 tot en met 64 jaar. Duitsland, Griekenland en Nederland staan onderaan in deze lijst.
- In de nieuwe lidstaten varieert het aantal probleemgebruikers van gemiddeld minder dan twee per duizend inwoners van 15 tot en met 64 jaar (Cyprus, Letland, Polen)

tot meer dan 5 per duizend inwoners in deze leeftijdsgroep (Malta, Slovenië, Slowakije).

**TABEL 4.5 PROBLEEMGEBRUIKERS VAN HARDDRUGS IN ENKELE LIDSTATEN VAN DE EUROPESE UNIE EN IN NOORWEGEN**

Land	Jaar	Aantal per duizend inwoners van 15 tot en met 64 jaar	
		ondergrens – bovengrens <sup>I</sup>	centrale schatting <sup>II</sup>
Luxemburg	2000	6,2 - 13,6	9,3
Verenigd Koninkrijk	2003	8,9 - 9,7	9,2
Spanje	2002	7,1 - 9,9	8,5
Italië	2004	6,9 - 8,4	7,7
Denemarken	2001	6,7 - 7,7	7,2
Portugal	2000	6,8 - 8,5	7,1
Oostenrijk	2002	5,4 - 6,1	5,8
Ierland	2001	5,2 - 6,1	5,6
Finland	2002	4,6 - 6,1	5,3
Zweden	2003	4,5	4,5
Frankrijk	1999	3,8 - 4,8	4,4
Nederland	2001	2,2 - 4,3	3,1
Griekenland	2004	2,3 - 3,0	2,6
Duitsland	2004	1,2 - 3,0	2,1

*Volgens EMCDDA-definitie van probleemgebruik: langdurig/regelmatig gebruik van opiaten, cocaïne en/of amfetaminen. Vanwege verschillen in methodes dienen de gegevens voorzichtig te worden geïnterpreteerd. De schattingen hebben in de meeste landen betrekking op opiaatgebruikers, met uitzondering van Zweden en Finland waar amfetaminegebruikers in de meerderheid zijn. I. Uiterste waarden op basis van 95% betrouwbaarheidsintervallen of sensitiviteitsanalyse. II. In landen met meer schattingen is het gemiddelde van deze schattingen genomen. Bron: EMCDDA.<sup>40</sup>*

## 4.6 HULPVRAAG

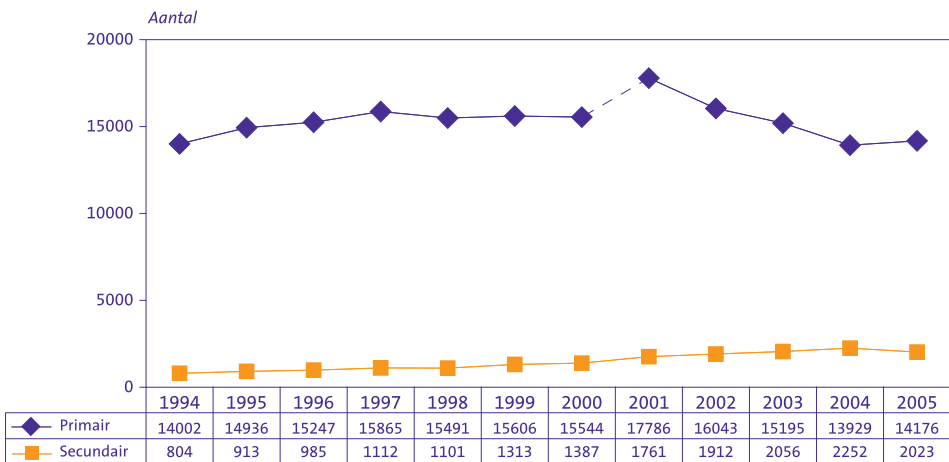
### AMBULANTE VERSLAVINGSZORG

Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) registreert hoeveel mensen hulp vragen bij de (ambulante) verslavingszorg, inclusief de verslavingsreclassering en de verslavingsklinieken die zijn gefuseerd met de ambulante verslavingszorg. (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS.) Vanwege technische problemen kon de Jellinek, instelling voor verslavingszorg in Amsterdam en de Gooi- en vechtstreek, haar gegevens voor 2005 nog niet aanleveren aan het LADIS.

Het aandeel van de Jellinek is daarom voor 2005 geëxtrapoleerd op grond van de gegevens uit 2004.<sup>45</sup>

- Het aantal cliënten met primair een opiaatproblematiek steeg licht tot 1997 (figuur 4.3). De groei was deels reëel en deels een vertekening doordat meer instellingen voor drugshulpverlening zich bij het LADIS aansloten. Het aantal opiaatcliënten bleef vrij stabiel van 1997 tot en met 2000. De toename in 2001 komt grotendeels door toetreding van de GGD Amsterdam tot het LADIS.<sup>b</sup>
- Tussen 2001 en 2004 daalde het aantal opiaatcliënten. Van 2004 naar 2005 steeg het aantal licht met twee procent van 13 929 naar 14 176 primaire opiaatcliënten. Het totale aantal cliënten met opiaten als primair of secundair probleem bleef tussen 2004 en 2005 echter gelijk.
- Het aandeel van opiaten in alle verzoeken om hulp vanwege drugs nam af van 71 procent in 1994 naar 44 procent in 2004. Dit komt vooral door de groei in het aantal cliënten met een ander drugsprobleem, zoals cocaïne en cannabis. In 2005 bleef het aandeel hulpvragen op conto van opiaten gelijk (44%).

**FIGUUR 4.3 AANTAL CLIËNTEN BIJ DE (AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG MET PRIMAIRE OF SECUNDAIRE OPIAATPROBLEMATIEK, VANAF 1994<sup>1</sup>**



*1. De stijging van het aantal personen in 2001 ten opzichte van 2000 is het gevolg van de eerste aanlevering van gegevens van de GGD Amsterdam. Voor 2005 zijn de gegevens van de Jellinek geëxtrapoleerd. Bron: LADIS, IVZ.*

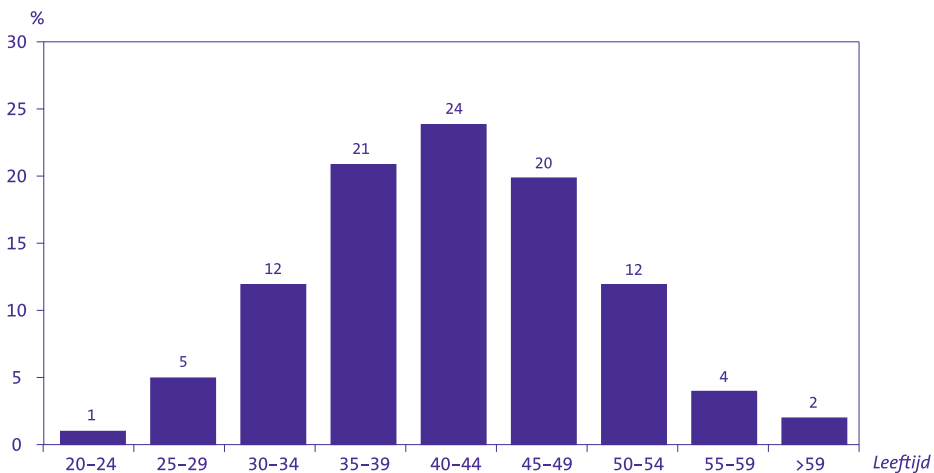
<sup>b</sup> In 2001 leverde de GGD Amsterdam 1 869 cliënten aan met een primair heroïneprobleem, van wie 304 cliënten niet bekend waren bij de andere instellingen die aan het LADIS deelnamen.

- De meeste cliënten klopten al eerder aan bij de (ambulante) verslavingszorg vanwege een drugsprobleem. Ongeveer drie procent was in 2005 een nieuwkomer.
- De meeste primaire opiaatcliënten (70%) hadden ook problemen met andere middelen, vooral cocaïne. Drie op de tien (30%) rapporteerde geen bijmiddel.
- Opiaten worden minder vaak als secundair probleem genoemd (figuur 4.3). Voor deze groep is het primaire probleem cocaïne of crack (69%), alcohol (26%), of cannabis (3%).

#### Leeftijd en geslacht

- In 2005 was 80 procent van de primaire opiaatcliënten man. Over de jaren schommelde dit percentage tussen 78 en 80 procent.
- In 2005 was de gemiddelde leeftijd 42 jaar, aanzienlijk hoger vergeleken met de cannabis- en cocaïnecliënten. Van de opiaatcliënten is 62% ouder dan 39 jaar (figuur 4.4).
- Het aandeel van de jonge opiaatcliënten (15 - 29 jaar) daalde tussen 1994 en 2004 van 39 naar 8 procent. In 2005 daalde hun aandeel verder naar zes procent.

**FIGUUR 4.4 LEEFTIJDVERDELING VAN PRIMAIRE OPIAATCLIËNTEN BIJ DE (AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG. PEILJAAR 2005<sup>1</sup>**



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. I. De gegevens van de Jellinek zijn geëxtrapolleerd. Bron: LADIS, IVZ.

#### Regionale ontwikkeling

- Over de periode 2001-2005 is het aantal primaire opiaatcliënten met gemiddeld drie procent afgenomen vergeleken met 1996-2000. Deze afname deed zich in de meeste regio's in Nederland voor en was het grootst in Arnhem en Helmond

(IVZ/RIVM, Zorgatlas). De toename in de Randstad komt door een uitbreiding van instellingen in deze regio die zijn gaan deelnemen aan het LADIS.

### *Methadon*

De belangrijkste verstrekkers van methadon zijn de (ambulante) verslavingszorg, de GGD Amsterdam en huisartsen en specialisten. Voor de (ambulante) verslavingszorg, inclusief de GGD Amsterdam, zijn landelijke cijfers via het LADIS beschikbaar.<sup>45</sup>

- Het aantal methadoncliënten van de (ambulante) verslavingszorg steeg tot 2002 licht (tabel 4.6). Behalve door een werkelijke stijging, komt dit ook door een uitbreiding van het aantal instellingen dat aan het LADIS deelneemt.
- Methadon wordt meestal voorgeschreven als onderhoudsbehandeling. In een minderheid van de gevallen wordt methadon toegepast bij het afkicken van heroïne.
- De gemiddelde methadondosis per innamedag steeg tussen 1995 en 2003 en daalt daarna licht (tabel 4.6). In 2005 ontving 35 procent van de cliënten een (therapeutische) dosis van 60 mg methadon of meer.
- De hoeveelheid methadon die een cliënt per keer krijgt hangt af van het methadonbeleid van de betreffende instelling of hulpverlener.

**TABEL 4.6 METHADONVERSTREKKING IN DE (AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG, VANAF 1994**

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

*I. De stijging van het aantal personen in 2001 ten opzichte van 2000 is het gevolg van de eerste aanlevering van gegevens van de GGD Amsterdam. De stijging in gemiddelde methadondosering kan (deels) hiermee samenhangen. II. Voor 2005 zijn de gegevens van de Jellinek geëxtrapoléerd uit 2004. Bron: LADIS, IVZ.<sup>45</sup>*

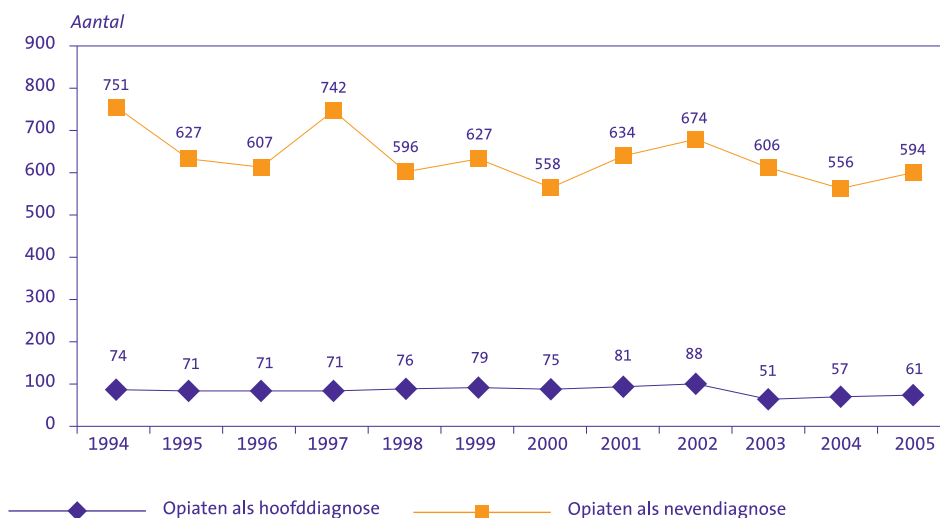


## ALGEMENE ZIEKENHUIZEN; INCIDENTEN

Misbruik en afhankelijkheid van opiaten worden in algemene ziekenhuizen zelden als hoofddiagnose gesteld. In 2005 telde de LMR 61 opnames voor de hoofddiagnose opiaten (69% afhankelijkheid en 31% misbruik, figuur 4.5).

- Vaker komen opiaatmisbruik- en afhankelijkheid als neventdiagnose voor (594 in 2005; 80% afhankelijkheid, 20% misbruik). De hoofddiagnoses bij deze neventdiagnoses lopen sterk uiteen. Het meest vielen in 2005 op:
  - ziekten en symptomen van de ademhalingswegen (26%)
  - letsel door ongevallen (11%; breuken, wonden, hersenschudding)
  - ziekten van het spijsverteringsstelsel (10%)
  - vergiftiging (8%)
  - misbruik of afhankelijkheid van alcohol of drugs (6%)
  - huidaandoeningen (4%).
- 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 2005 om 521 personen. Zij werden in dit jaar minstens één keer opgenomen met opiaatmisbruik of -afhankelijkheid als hoofd- of neventdiagnose. Zij waren gemiddeld 41 jaar en zeven op de tien waren man (70%).

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



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

- De LMR registreerde in 2005 geen gevallen van onopzettelijke vergiftiging met opiaten als nevendiagnose (ICD-9 codes E850.0 t/m E850.2).

In 2005 registreerde de Centrale Post Ambulancevervoer van de GGD Amsterdam 230 spoedeisende aanvragen wegens vermoeden van niet-dodelijke overdosering van harddrugs.

- Het betrof vooral opiaten en cocaïne, al dan niet in combinatie met andere middelen.
- Het aantal aan harddrugs gerelateerde ambulanceritten daalde van 307 in 1997 naar 188 in 2000, nam vervolgens weer iets toe maar lijkt zich nu te stabiliseren.

Volgens het Letsel Informatie Systeem (LIS) van Stichting Consument en Veiligheid<sup>46</sup> worden jaarlijks gemiddeld 2 900 personen behandeld op spoedeisende eerste hulp afdelingen van ziekenhuizen na een ongeval, geweld of zelfmutilatie gerelateerd aan drugsgebruik (vgl. 13 duizend vanwege alcohol, hoofdstuk 6). Drugs zijn hier cocaïne, heroïne, cannabis, ecstasy, pado's en speed. De gegevens zijn gemiddeld over de periode van 2000 tot en met 2005.

- Heroïne wordt slechts in vier procent van de gevallen genoemd. Tellen we alleen de gevallen mee waarvan de drug bekend is (71%), dan maakt heroïne zes procent uit van alle drugsgerelateerde behandelingen bij de spoedeisende hulp.
- Deze cijfers zijn waarschijnlijk een onderschatting van het werkelijke aantal aan drugs gerelateerde ongevallen.

In 2004 is onderzoek verricht naar het gebruik van drugs onder 641 bezoekers van de spoedeisende eerste hulp afdeling van het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam.<sup>47</sup>

- Negen procent gaf aan illegale drugs te hebben gebruikt in de 24 uur voorafgaand aan de behandeling.
- Opiaten werden door 1,7 procent bezoekers genoemd.

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum van het RIVM registreert het aantal informatieverzoeken van artsen, apothekers en overheidsinstellingen over (potentiële) acute vergiftigingen door lichaamsvreemde stoffen, zoals drugs.<sup>48</sup>

- Het aantal informatieverzoeken voor opiaten verdubbelde tussen 2000 en 2003 en steeg tussen 2004 en 2005 met 15 procent van 112 naar 129 informatieverzoeken (tabel 4.7).
- De daling in 2006 heeft te maken met het niet meer meetellen van methadon bij de drugs. Methadon wordt sinds dit jaar onder de geneesmiddelen geregistreerd.
- Deze cijfers geven echter geen zicht op het absolute aantal intoxicaties want artsen hebben geen meldingsplicht voor intoxicaties. Hoe bekender artsen zijn met de symptomen en behandeling van een intoxicatie met een bepaalde drug hoe kleiner de kans dat zij het NVIC raadplegen.

**TABEL 4.7 INFORMATIEVERZOEKEN VANWEGE HET GEBRUIK VAN OPIATEN BIJ HET NATIONAAL VERGIFTIGINGEN INFORMATIECENTRUM, VANAF 2000**

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

Aantal informatieverzoeken per jaar. Bron: NVIC, RIVM.

## 4.7 ZIEKTE EN STERFTE

- De veroudering van de populatie opiaatverslaafden gaat gepaard met het vroegtijdig optreden van ouderdomsziekten, zoals diabetes en kanker. Ook longziekten door langdurig zwaar tabaksgebruik en roken van heroïne komen steeds vaker voor.<sup>78</sup>
- In de regio Eindhoven constateren sleutelfiguren dat sommige verouderende heroïnegebruikers de heroïne deels hebben ingeruild voor alcohol. Op deze wijze kunnen zij voortdurend in een roes verkeren.<sup>37</sup> Ook in de regio Maastricht constateren sleutelfiguren dat onder de verouderende heroïneverslaafden regelmatig een secundaire alcoholverslaving voorkomt, die gepaard gaat met lichamelijke uitputting.<sup>39</sup> Sleutelfiguren in Parkstad Limburg rapporteren dat het overstappen op alcohol in deze groep leidt tot de nodige overlast.<sup>67</sup>
- Veel heroïnegebruikers kampen met psychische problemen. Voorlopige cijfers uit een onderzoek onder methadoncliënten in Noord-Brabant laten zien dat 46 procent een stemmingsstoornis en 43 procent een angststoornis had, naast de bestaande opiaatverslaving. Negen procent had een actuele psychotische stoornis en ruim een derde (37%) had dat vroeger ooit (eens) gehad.<sup>95</sup> De GGD Amsterdam meldt eveneens dat ongeveer tien procent van de opiaatverslaafde cliënten jaarlijks een psychose door maakt.<sup>78</sup>
- De GGD Amsterdam meldt een toename van psychopathologie onder verslaafden sinds de beginjaren van de drugsepidemie. Daarvoor worden verschillende verklaringen genoemd:
  - zelfselectie, doordat verslaafden met een bijkomende psychische stoornis minder vaak herstellen van hun verslaving dan verslaafden zonder psychische stoornis
  - de beschadigende gevolgen van een langdurig leven op straat
  - onderbreken van methadonbehandeling, bijvoorbeeld in detentie
  - toename van crackgebruik, dat zonder het dempende effect van heroïne leidt tot verergering van psychische problematiek.

## Hiv

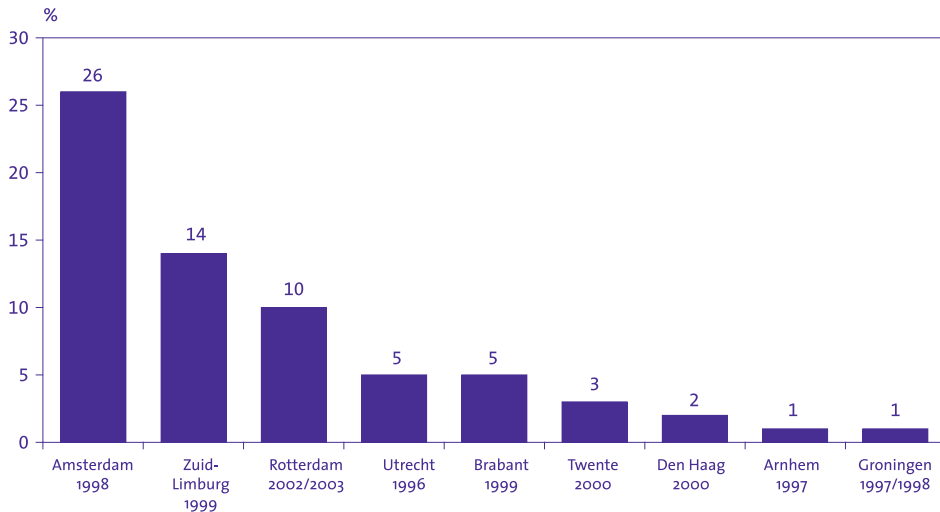
Door het spuiten met vuile naalden of door onveilige seks lopen gebruikers van harddrugs gevaar om besmet te raken met hiv, het virus dat aids veroorzaakt. Tussen 1994 en 2003 voerde het RIVM zestien peilingen uit onder in totaal ongeveer 3 500 injecterende harddrugsgebruikers in negen regio's van Nederland. De laatste peiling onder drugsgebruikers vond in 2002/2003 plaats in Rotterdam.

- Er zijn grote regionale verschillen in besmetting met hiv onder drugsgebruikers die ooit hebben gespooten (zie figuur 4.6). Besmetting met hiv varieert van 1 (Groningen, Arnhem) tot 26 procent (Amsterdam).<sup>96</sup>
- In de meeste steden die meer dan eens deelnamen aan de peilingen bleef het percentage injecterende drugsgebruikers met een hiv-infectie stabiel.
- Uitzondering is Heerlen. In deze stad verdubbelde dit aandeel van 11 procent in 1994 naar 22 procent in 1999.<sup>96</sup> Onbekend is hoe de prevalentie zich in deze stad sindsdien ontwikkelde.
- In 2005 verrichtte het RIVM in Den Haag een meting onder 250 prostituees.<sup>97</sup> Van de 9 drugsafhankelijke en ooit-injecterende prostituees waren er twee hiv-positief. Een positieve hiv-status werd ook gevonden in 5 van de 25 transgender prostituees. De overige 167 prostituees in het onderzoek waren hiv-negatief. Echter, niet alleen het injecteren van drugs, ook andere risicofactoren kunnen hebben bijgedragen aan het vaker vóórkomen van hiv onder de ooit-injecterende prostituees: zij waren gemiddeld ouder, werkten langer in de prostitutie en gebruikten meer risicovolle seksuele technieken dan nooit-injecterende prostituees.

Uit gegevens van de Stichting HIV Monitoring blijkt dat van alle *geregistreerde* nieuwe hiv-infecties in Nederland er jaarlijks rond één à twee procent is toe te schrijven aan injecterend drugsgebruik.

- Het absolute aantal nieuwe hiv-infecties onder injecterend drugsgebruikers was 18 in 2001; 15 in 2002; 23 in 2003; 10 in 2004; en 10 in 2005.
- Bij 596 (5 procent) van de 11 866 hiv-geïnfecteerde personen die tot juni 2006 werden geregistreerd is injecterend drugsgebruik de meest waarschijnlijk transmissie route.<sup>96</sup>
- In 2005 was de mediane leeftijd van drugsgebruikers waarop de diagnose hiv werd gesteld 39 jaar; twee van de tien personen was vrouw.<sup>96</sup>
- Hoewel de sterfte onder hiv-geïnfecteerden sinds de introductie van de zeer effectieve behandeling HAART (highly active anti-retro-viral treatment) fors is afgenomen, is hiv-infectie door injecterend drugsgebruik, vergeleken met andere transmissieroutes, nog een sterke voorspeller voor dodelijke afloop. Dit komt onder meer door een co-infectie met hepatitis C en leefstijlfactoren, zoals overmatig alcoholgebruik.<sup>98</sup>

FIGUUR 4.6 BESMETTING MET HIV ONDER INJECTERENDE HARDDRUGSGBEUIKERS



*Percentage van de ooit injecterende harddrugsgebruikers besmet met hiv. Een ooit-injecterende harddrugsgebruiker is iemand die één of meer keer in zijn leven een drug bij zichzelf heeft ingespoten en in de afgelopen 6 maanden tenminste een maal per week harddrugs heeft gebruikt. Bron: RIVM.<sup>96</sup>*

In een langlopend onderzoek in Amsterdam werd in de afgelopen twintig jaar een sterke daling gevonden van het percentage hiv-positieve jonge drugsgebruikers (< 30 jaar bij inclusie in de studie).

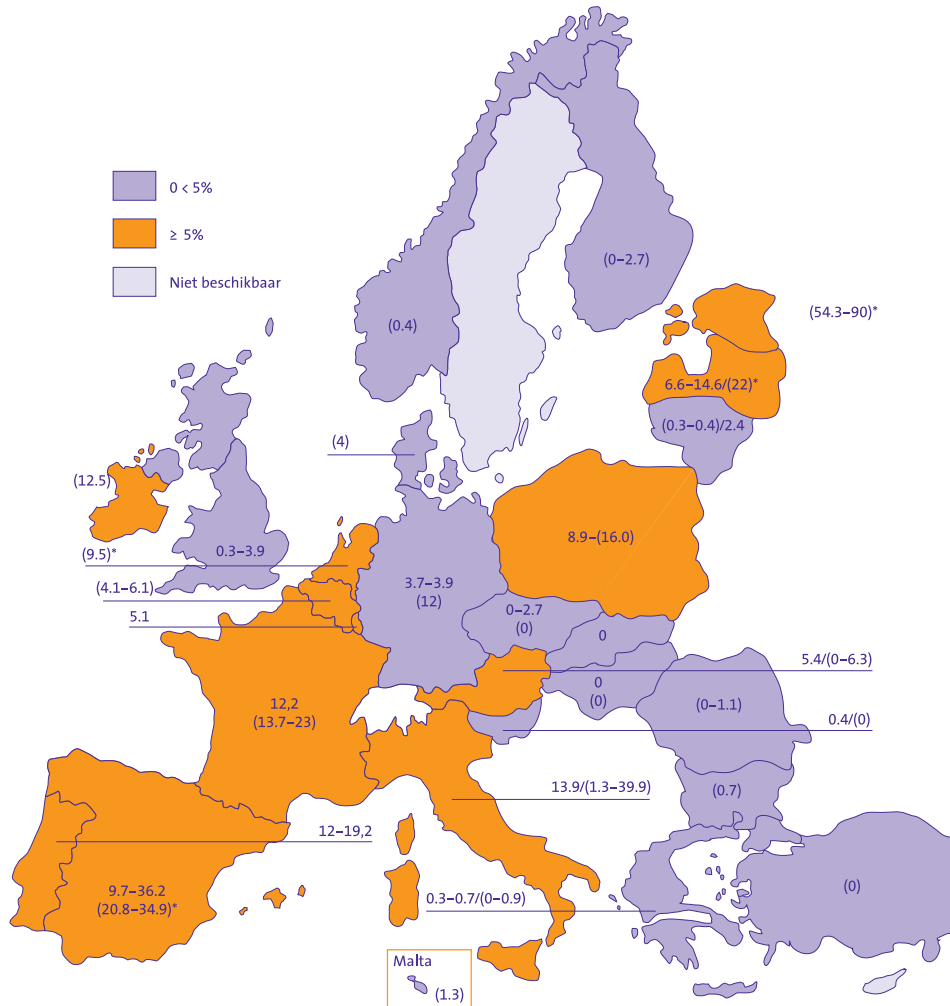
- In de periode 1985-1989 was 33,3 procent van de injecterende jonge drugsgebruikers besmet met hiv, in de periode 2000-2004 was dat nog maar 6,6 procent. Onder niet-injecterende drugsgebruikers daalde het percentage hiv-geïnfecteerden van 11,5 naar 1,5 procent.<sup>99</sup>
- Het percentage hiv-infecties onder drugsgebruikers die ooit hadden geïnjecteerd daalde van 33 naar 7 procent.<sup>100</sup>
- Nieuwe hiv-infecties worden de laatste jaren in dit onderzoek nauwelijks gezien. Terwijl in 1986 nog 7 nieuwe diagnoses per 100 persoonsjaren werden geobserveerd, was dit gedaald naar 2 per 100 persoonsjaren in 1995 en o van 1999 tot 2004. In 2005 werden 2 nieuwe hiv-diagnoses gesteld (1,2 nieuwe gevallen per 100 persoonsjaren).
- De afname in injecterend drugsgebruik en van het delen van naalden gaat vergezeld van een afname in nieuwe hiv-infecties. Echter, de mate van seksueel risicogedrag is ongewijzigd en de enkele nieuwe hiv-infecties van de afgelopen jaren zijn vooral toe te wijzen aan onbeschermd heteroseksueel contact.<sup>94</sup>

### *Internationale vergelijking*

Gegevens over besmetting met hiv in een aantal lidstaten van de Europese Unie stammen uit uiteenlopende bronnen en verschillen in dekkingsgraad. De situatie op lokaal niveau kan bovendien sterk verschillen van het algemene landelijke beeld. De cijfers zijn daarom niet goed vergelijkbaar en geven slechts een indicatie van de besmettingsgraad.<sup>40</sup>

- Figuur 4.7 laat zien dat percentages van met hiv besmette injecterende drugsgebruikers variëren van minder dan 1 procent in Griekenland (gegevens uit 2004) tot 10-36 procent in Spanje (gegevens uit 2002-2003).<sup>40</sup>
- Net als in Nederland, bestaat er in een aantal landen een aanzienlijke regionale of lokale spreiding van hiv-besmetting (zie Figuur 4.7).<sup>40</sup>
- Ondanks een aantal vrij recente hiv-uitbraken vanwege injecterend drugsgebruik in Estland (2001), Letland (2001) en Lithouwen (2002) is in de meeste Europese landen het percentage nieuwe hiv-infecties onder injecterende drugsgebruikers laag. Volgens het EMCDDA zijn er in sommige landen echter signalen voor een toename van het aantal nieuwe hiv-infecties onder injecterende drugsgebruikers.
  - Na een aanvankelijk daling van het aantal nieuwe gevallen in Ierland (van 18,3 per miljoen in 2000 tot 9,8 per miljoen in 2001), rapporteerde dit land weer een stijging tot 17,8 nieuwe hiv-gevallen per miljoen inwoners in 2004.
  - In Frankrijk werd een stijging van 2,3 nieuwe hiv-gevallen per miljoen in 2003 naar 2,9 in 2004 gerapporteerd. Hier speelt echter ook mee dat de hiv-registratie pas in 2003 werd ingevoerd en nieuwe registratiesystemen zijn dikwijls in de eerste jaren instabiel.
  - Over een eerder gerapporteerde daling van nieuwe hiv-diagnoses in Portugal bestaan twijfels, omdat dit land in 2004 98,5 nieuwe drugsgerelateerde hiv-infecties per miljoen inwoners meldde, het hoogste cijfer van Europa.<sup>40</sup>

**FIGUUR 4.7 PERCENTAGE INJECTERENDE DRUGSGBRUIKERS MET HIV IN DE LIDSTATEN VAN DE EUROPESE UNIE EN NOORWEGEN**



Gegevens zijn afkomstig van verschillende bronnen (steekproeven, behandelcentra, gevangissen, spuitomruil). Tussen haakjes vermelde percentages betreffen lokale bronnen. De kleuren geven de besmettingsgraad weer volgens de mediaanwaarde. Gegevens uit Italië en Portugal bevatten ook informatie over niet-injecteers. Het is aannemelijk dat het percentage hiv-geïnfecteerden onder injecteers wordt onderschat. **Verschillen in peiljaar, meetmethoden, bronnen en dekkingsgraag bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen.**

\*Gegevens zijn gedeeltelijk of geheel van voor 2003 (Spanje 2002-2003; Frankrijk 2002-2003; Letland 2002-2003; Nederland 2002). De gegevens uit Estland zijn uit 2005.

Bron: EMCDDA.

## HEPATITIS B EN C

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

- Gegevens over hcv en hbv onder injecterende harddrugsgebruikers worden niet systematisch verzameld in Nederland. De beschikbare cijfers voor een aantal locaties in Nederland zijn niet recent (tabel 4.8).
- Ongeveer driekwart van de injecterende harddrugsgebruikers in Rotterdam en Heerlen/Maastricht was bij de laatste meting besmet met hcv en een iets geringer percentage met hbv. Het beeld in Den Haag was gunstiger. Een verklaring is niet direct voorhanden.<sup>96</sup>

**TABEL 4.8 HEPATITIS B EN C INFECTIES ONDER STEEKPROEVEN VAN HARDDRUGS-  
GEBRUIKERS IN ROTTERDAM, HEERLEN/MAASTRICHT EN DEN HAAG**

	<i>Jaar</i>	<i>hbv-positief</i>	<i>hcv-positief</i>
Rotterdam	1994	56% van de IDG	79% van de IDG
		27% van de niet-IDG	13% van de niet-IDG
Heerlen/Maastricht	1996	63% van de IDG	74% van de IDG
	1998/1999 <sup>II</sup>	67% van de IDG	
Den Haag	2000	35% van de IDG	47% van de IDG

*IDG = ooit-injecterende harddrugsgebruikers, geworven op straat en bij de hulpverlening. HBV = Hepatitis B virus. HCV = Hepatitis C virus. I. positief voor anti-HBc, een merkstof voor een vroeger doorgemaakte of huidige hepatitis B infectie. II. Zeven procent was positief voor HbsAg; dit wijst op een huidige infectie met hepatitis B. Bron: RIVM.*

In een langlopend onderzoek in Amsterdam was het percentage hcv infecties onder ooit- injecterende drugsgebruikers 65 procent in 2005.

- De grootste kans op een hcv infectie werd gevonden bij vrouwen (viervijfde van het aantal geteste vrouwen, tegen de helft van de geteste mannen), oudere drugsgebruikers en drugsgebruikers die het langst geleden waren begonnen met injecteren.
- Het percentage drugsgebruikers dat risicofactoren rapporteerde die geassocieerd zijn met het oplopen van hcv, zoals recent injecteren, langdurig injecteren en het lenen van injectiemateriaal, is de afgelopen jaren gedaald.<sup>99</sup>



Injecterend drugsgebruik is relatief vaak de oorzaak van nieuwe besmettingen met hcv. Voor een besmetting met hbv is dit niet het geval.

- Zo registreerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg in 2005 299 nieuwe gevallen van *acute* hepatitis B infectie waarvan de oorzaak van besmetting bekend was. In geen geval was er sprake van besmetting door injecterend drugsgebruik (bron: RIVM). In slechts 1,4 procent van de 1 480 meldingen van *chronische* hepatitis B infectie was injecterend drugsgebruik de transmissieroute. Bij deze meldingen was echter in een kwart tot een derde van de gevallen de wijze van overdracht van het virus onbekend.
- Van de 19 meldingen van een acute of recente hcv infectie in 2005 was in 11 gevallen de transmissieroute bekend; bij 5 van hen ging het om injecterend drugsgebruik.<sup>101</sup> Sinds 2003 is er geen meldingsplicht voor chronische hcv-infecties onder drugsgebruikers, waardoor cijfers ontbreken.
- In een studie onder Nederlandse bloeddonoren is gebleken dat, hoewel de kans op overdracht van hcv via bloedtransfusie uitermate gering is, voormalig injecterende drugsgebruikers, ontvangers van bloedtransfusies en immigranten tot de grootste risicogroepen behoren waar het gaat om overdracht van hcv.<sup>102</sup>

Sinds 1998 wordt aan drugsgebruikers en andere risicogroepen een vaccinatie tegen hbv aangeboden. Volgens gegevens van GGD Nederland hebben hieraan tot september 2006 meer dan 10 500 drugsgebruikers deelgenomen. Deze groep omvat zowel nooit-, ooit-, als recent-injecteerders. Van de totale groep was bijna een procent chronisch drager van hbv. Bijna 15 procent had ooit hepatitis B doorgemaakt en was immuun.

### *Internationale vergelijking*

Gegevens over hcv zijn niet goed vergelijkbaar tussen landen vanwege verschillen in bronnen en methoden. Zij geven slechts een indicatie van de besmettingsgraad.

- Cijfers van het EMCDDA geven aan dat in de lidstaten van de EU besmetting met hcv zeer frequent voorkomt onder injecterende drugsgebruikers, hoewel er tussen en binnen landen grote verschillen lijken te bestaan.<sup>40</sup> Landen met meer dan 60 procent hcv besmettingen onder groepen injecterende drugsgebruikers zijn België, Denemarken, Duitsland, Griekenland, Spanje, Ierland, Italië, Polen, Portugal, het Verenigd Koninkrijk, Roemenië en Noorwegen. Een besmettingsgraad van minder dan 40 procent wordt gerapporteerd door België, Tsjechië, Griekenland, Cyprus, Hongarije, Malta, Oostenrijk, Slovenië, Finland en het Verenigd Koninkrijk.
- Ook onder jonge injecterende drugsgebruikers, evenals onder drugsgebruikers die recent (minder dan twee jaar geleden) zijn gaan injecteren, worden hoge percentages besmettingen met hcv gevonden. Dit is een indicatie dat in Europa jonge drugsgebruikers risicovol gedrag blijven vertonen.

- De variatie in besmetting met hbv is eveneens groot.<sup>40</sup> Steekproeven lopen uiteen van meer dan 60 procent (Italië en Polen) tot minder dan 20 procent (België, Ierland, Cyprus, Oostenrijk, Portugal, Slovenië, Slowakije en het Verenigd Koninkrijk). Het betreft hier gegevens die wijzen op een besmetting met hbv ooit in het verleden.
- In tegenstelling tot Nederland worden *acute* hbv infecties in Noord Europa voor het grootste deel gezien in injecterende drugsgebruikers. In een aantal Noord Europese landen vallen epidemieën van hepatitis B samen met een toename in injecterend drugsgebruik.

## RISICOGEDRAG

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

- Deze trend wordt ondermeer beschreven onder injecterende drugsgebruikers die deelnamen aan de Amsterdamse Cohort Studies naar hiv/aids. Het percentage bezoeken aan de GGD waarin zij rapporteerden in de voorafgaande periode spuiten te hebben geleend daalde van 47 procent in 1986 naar 9 procent in 2004. De daling was het grootst in de periode na 1996.<sup>94</sup>
- Recente cijfers ontbreken echter in de meeste steden en streken. Volgens de laatste peilingen leent tussen 8 en 30 procent van de injecteerders wel eens naalden of spuiten (tabel 4.9).<sup>103</sup>
- Behalve het lenen van vuile spuiten komt ook het lenen voor van vuile spuitattributen, zoals lepels, watjes, filters of spoelwater.

Seksueel risicogedrag blijft echter omvangrijk.

- Het aandeel bezoeken aan de GGD van drugsgebruikers die deelnamen aan de Amsterdamse Cohort Studies naar hiv/aids, waarin drugsgebruikers aangaven onbeschermd seks te hebben gehad, daalde van 52 procent in 1990 naar 40 procent in 1996. In de periode er na (van 1996-2004) bleef dit percentage stabiel.<sup>94</sup>
- Volgens de laatste peilingen onder injecterende drugsgebruikers in verschillende steden kwam het niet gebruiken van condooms het meest voor bij vaste partners (76-96 procent), gevolgd door losse partners (39-73 procent) en klanten (13-50 procent, tabel 4.7).

**TABEL 4.9 LENEN VAN SPUITEN EN SEKSUEEL RISICOGEDRAG ONDER INJECTERENDE HARDDRUGSGEBRUIKERS**

Regio	Peiljaar	Lenen van spuiten of naalden <sup>I</sup>	Geen condoom- gebruik <sup>II</sup> vaste partner	Geen condoom- gebruik <sup>II</sup> losse partner	Geen condoom- gebruik <sup>II</sup> klanten
Amsterdam	1996	18%	76%	40%	30%
	1998	12%	85%	47%	29%
Rotterdam	1994	18%	91%	47%	20%
	1997	10%	84%	54%	31%
	2002/2003	8%	85%	43%	32%
Zuid-Limburg <sup>III</sup>	1994	19%	86%	61%	13%
	1996	17%	87%	39%	17%
	1999	10%	89%	49%	25%
Utrecht	1996	17%	84%	45%	17%
Arnhem	1991/1992	42%	-	-	40%
	1995/1996	39%	90%	51%	21%
	1997	16%	96%	53%	22%
Groningen	1997/1998	11%	89%	57%	24%
Brabant <sup>IV</sup>	1999	17%	88%	61%	17%
Den Haag	2000	21%	84%	73%	40%
Twente <sup>V</sup>	2000	30%	92%	68%	50%

*I. Percentage ooit-injecterende harddrugsgebruikers die in de afgelopen 6 maanden spuiten of naalden hadden geleend van anderen. II. In de laatste 6 maanden niet altijd condooms gebruikt. III. Heerlen en Maastricht. IV. Eindhoven, Helmond, Den Bosch. V. Almelo, Hengelo, Enschede. - = onbekend. Bron: RIVM.<sup>103</sup>*

## AIDS

- Het jaarlijks aantal meldingen van aids (alle transmissieroutes) bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (tot en met 1999) en de Stichting HIV Monitoring (vanaf 2000) steeg van 325 in 1988 tot 533 in 1995 en daalde sindsdien tot 230 tot 280 gevallen in de laatste jaren.<sup>96</sup> Dit komt onder meer door het op de markt komen van effectieve anti-retrovirale geneesmiddelen (HAART). Door toepassing daarvan leidt besmetting met hiv minder of later tot aids.
- De bijdrage van injecterend drugsgebruik aan het aantal gevallen van aids in Nederland is in al die jaren beperkt gebleven: gemiddeld tien procent, met een piek in 1995 van veertien procent. In 2005 betrof zes procent (17 gevallen) van de

aids-meldingen een injecterende drugsgebruiker. Tot en met 2005 gaat het in totaal om 659 patiënten.<sup>96</sup>

### *Internationale vergelijking*

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

- De West-Europese landen met het hoogste percentage nieuwe aids diagnoses onder drugsgebruikers zijn Spanje, Frankrijk, Italië en Portugal. In Portugal worden jaarlijks onder drugsgebruikers 31 nieuwe aids gevallen per miljoen inwoners gezien, het hoogste percentage van heel Europa. Letland volgt echter op de voet, met 30 nieuwe aids diagnoses in drugsgebruikers per miljoen inwoners. In Letland, evenals in Estland, betekent dit een toename van het jaarlijks aantal nieuwe aids gevallen onder drugsgebruikers.<sup>40</sup>
- Er zijn geen getallen voorhanden over de beschikbaarheid van HAART voor drugsgebruikers.<sup>40</sup> Uit schattingen van de Wereld Gezondheids Organisatie in 2003 bleek dat ongeveer 70 procent van *alle* inwoners van West-Europa die een behandeling met HAART nodig had, deze ook kreeg. In Oost-Europa gold dit in veel mindere mate. In 2005 is deze situatie flink verbeterd, en heeft minimaal 75 procent van de inwoners van Oost-Europese landen toegang tot HAART.

## STERFTE

### *Directe sterfte*

Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS sterven er in Nederland maar weinig mensen aan de directe gevolgen van opiaatgebruik. Bij de directe sterfte gaat het om een overdosering, dat wil zeggen een vergiftiging door een dodelijke hoeveelheid drugs. Volgens de standaard van het EMCDDA voor het berekenen van de directe drugsterfte worden alle gevallen meegeteld van niet-opzettelijke vergiftiging, opzettelijke vergiftiging (suicide) en vergiftiging waarvan niet is vastgesteld of deze al dan niet met opzet heeft plaatsgevonden.<sup>104;105</sup>

Tussen midden jaren negentig en 2001 steeg over de hele linie het aantal geregistreerde sterfgevallen vanwege overdosering, dus niet alleen voor opiaten (figuur 4.8).

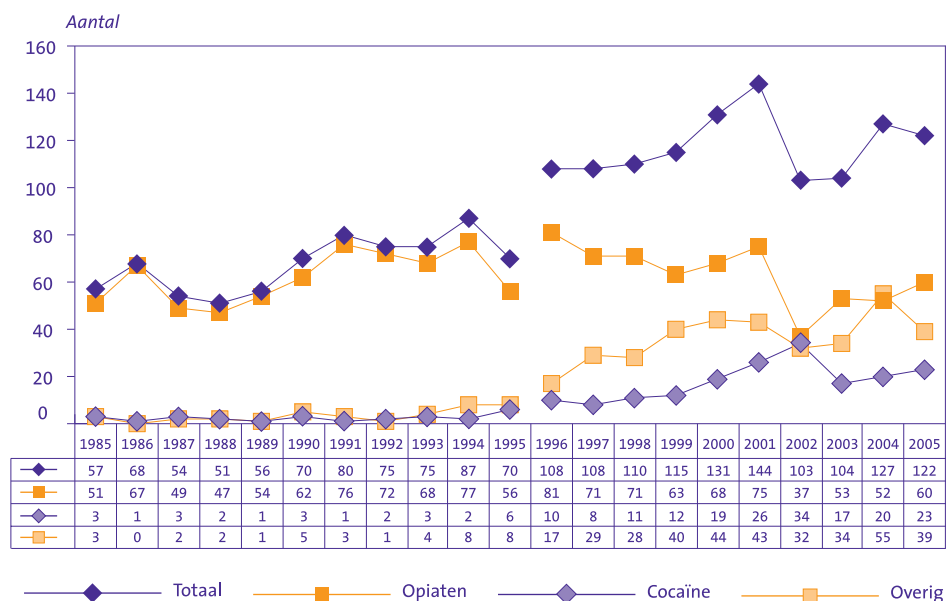
- Deze trend komt voor een deel door de toename in cocaïensterfte (zie § 3.7).
- Daarnaast speelt de overgang van het classificatiesysteem ICD-9 naar ICD-10. Mogelijk worden vanaf 1996 volgens de ICD-10 meer gevallen meegerekend dan in eerdere jaren volgens de ICD-9.

- Tussen 1996 en 2001 steeg ook het aantal gevallen van "vergiftiging door overige of niet gespecificeerde narcotica" en "vergiftiging door overige of niet gespecificeerde psychodysleptica". Het gaat hier vaak om (combinaties van) harddrugs al dan niet samen met andere middelen, maar soms ook om (combinaties van) medicijnen en/of alcohol.
- Het aantal sterfgevallen daalde in 2002, steeg in 2004 en bleef in 2005 op het zelfde niveau.

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

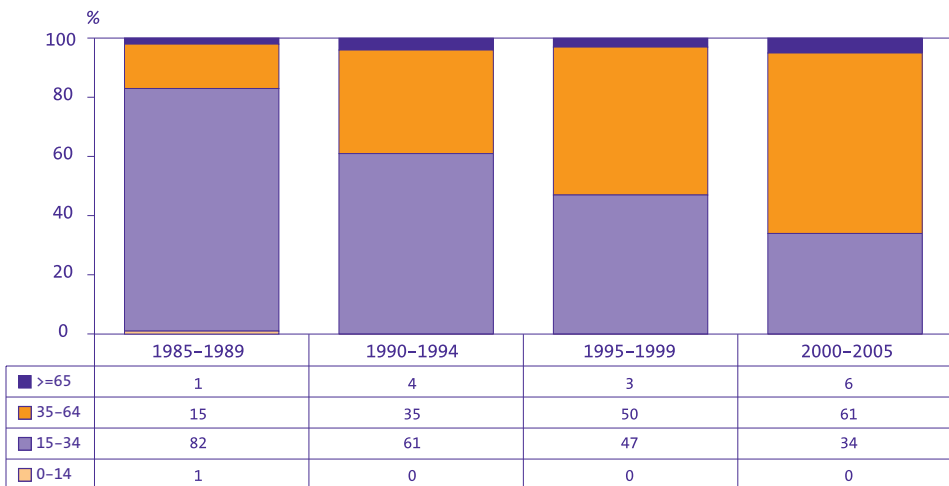
- Tot 2001 schommelde dit aantal sterfgevallen tussen de 47 en 77 gevallen per jaar. De aanvankelijke daling in 2002 en 2003 zette zich in de laatste drie jaren niet voort.
- Net als de opiaatgebruikers, worden ook de overdosislachtoffers steeds ouder. In de jaren 1985 tot en met 1989 was slechts 16 procent van de overledenen ouder dan 34 jaar, vergeleken met 67 procent in de jaren 2000 tot en met 2005 (figuur 4.9).

**FIGUUR 4.8 STERFGEVALLEN DOOR OVERDOSERING VAN DRUGS IN NEDERLAND, VANAF 1985**



Aantal sterfgevallen. Van 1985-1995 ICD-9 codes: 292, 304.0, 304.2-9, 305.2-3, 305.5-7, 305.9, E850.0, E850.8\*, E854.1-2, E855.2, E858.8\*, E950.0\*, E950.4\*, E980.0\*, E980.4\* (\*In combinatie met codes N965.0 en/of N968.5 en/of N969.6 en/of N969.7). Vanaf 1996 ICD-10 codes: F11-F12, F14-F16, F19, X42\*, X41\*, X62\*, X61\*, Y12\*, Y11\* (\*In combinatie met de T-codes T40.0-9, T43.6). Voor een verklaring van de codes: zie bijlage C. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

**FIGUUR 4.9 LEEFTIJDVERDELING VAN STERFGEVALLEN DOOR OVERDOSERING VAN OPIATEN  
IN DE PERIODE 1985-1989, 1990-1994, 1995-1999 EN 2000-2005**



Percentage sterfgevallen per leeftijdsgroep. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

### Totale sterfte

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

- Via gegevens over de sterfte onder drugsgebruikers in Amsterdam (zie volgende paragraaf) en de schatting van het totaal aantal problematische harddruggebruikers in Nederland kan een schatting worden gemaakt van de totale sterfte.
- Naar schatting stierven er in Nederland in 2001 ongeveer 480 problematische harddruggebruikers binnen een marge van minimaal 340 en maximaal 660 overleden harddruggebruikers.
- Van deze totale sterfte wordt geschat dat 11 procent te wijten is aan de basissterfte die niet is gerelateerd aan drugs, 23 procent direct is gerelateerd aan drugs en 66 procent indirect is gerelateerd aan drugs.<sup>106</sup>

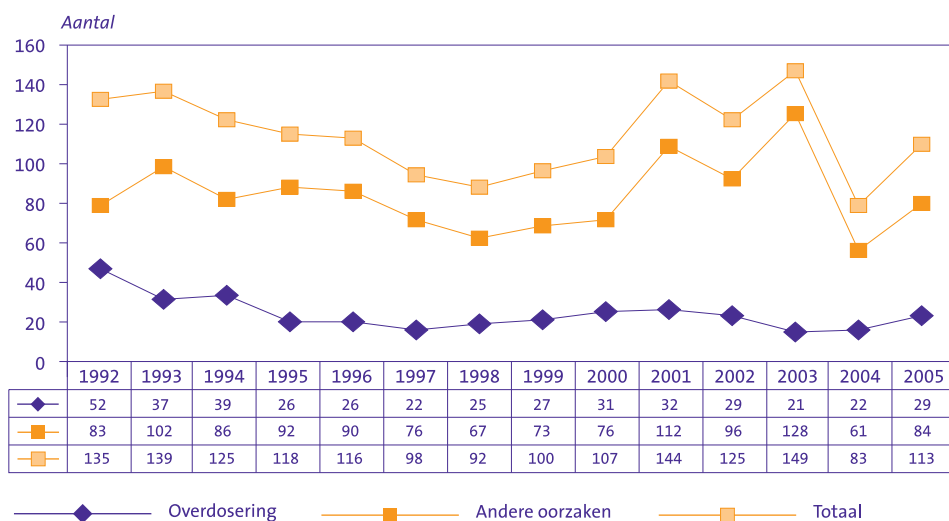
### Amsterdam

De GGD Amsterdam rapporteert jaarlijks het aantal sterfgevallen onder drugsgebruikers (figuur 4.10). De registratie van overdosissterfte verschilt van de Doodsoorzaken-

statistiek van het CBS doordat ook illegaal verblijvende buitenlanders en toeristen worden meegeteld. Bovendien wordt ook gekeken naar de bij de GGD geregistreeerde opiaatgebruikers in Amsterdam die aan een andere oorzaak dan overdosis overlijden.

- In 2005 overleden 29 drugsgebruikers in Amsterdam na een ‘overdosing’ van drugs, vaak opiaten al dan niet in combinatie met andere middelen.
- Opiatcliënten overleden meestal door andere oorzaken dan een overdosis (zie onderschrift figuur 4.11). Met het toenemen van de leeftijd van opiaatgebruikers treden onderliggende aandoeningen zoals long-, lever- en hartziekten meer op de voorgrond als oorzaak van overlijden.
  - De daling in het aantal geregistreeerde sterfgevallen in het begin van de jaren negentig heeft zich in het midden van de jaren negentig niet doorgezet. Na een sterke daling in 2004 in de categorie ‘andere’ doodsoorzaken stijgt in 2005 het aantal in deze categorie (figuur 4.10).

**FIGUUR 4.10 STERFTE ONDER DRUGSGBRUIKERS IN AMSTERDAM, VANAF 1992<sup>1</sup>**



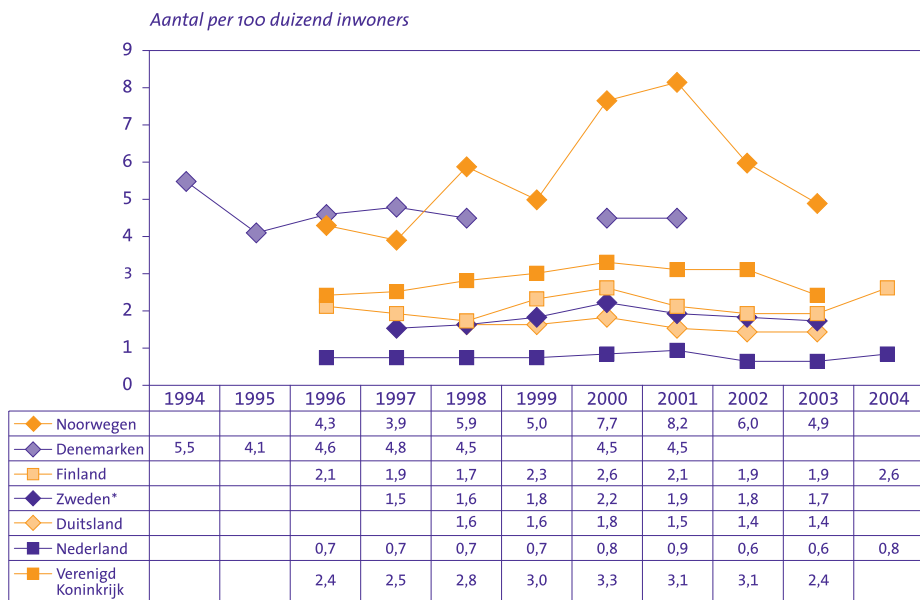
*1. Andere oorzaken dan overdosing zijn doodsoorzaken zoals endocarditis, sepsis, longaandoeningen, levercirrose, zelfdoding, ongevallen, geweld en aids van personen die ooit als opiaatgebruiker geregistreerd zijn bij de GGD Amsterdam. Bron: GGD Amsterdam.*

### Internationale vergelijking

- Jaarlijks sterven in de EU tussen de zeven- en negenduizend mensen aan een overdosis drugs, veelal opiaten in combinatie met andere middelen. Dit is een ondergrens omdat niet alle gevallen van drugsterfte worden geregistreerd.<sup>40</sup>

- Volgens nationale definities en registraties van de drugssterfte varieert het aantal drugsdoden per 100 duizend inwoners van bijna nul tot vijf. De hoogste waarden worden gerapporteerd in Denemarken, Estland, Luxemburg, Finland, het Verenigd Koninkrijk en Noorwegen.
- Internationale vergelijking van het aantal 'drugsdoden' wordt echter bemoeilijkt door verschillen in definitie van dit begrip.
  - Figuur 4.11 geeft voor vijf EU lidstaten en Noorwegen per 100 duizend inwoners het aandeel sterfgevallen direct gerelateerd aan drugsgebruik. Voor deze landen was het mogelijk om dezelfde ICD-10 codes te hanteren, waardoor een belangrijke bron van variatie tussen landen is weggenomen.
  - De codes hebben betrekking op opiaten, hallucinogenen, cocaïne, amfetamine en cannabis. Het merendeel van de gevallen heeft betrekking op (ook) opiaten.
  - Volgens deze berekeningen gaan Noorwegen en Denemarken aan kop, al is in Noorwegen een sterk dalende trend sinds 2001 zichtbaar. Nederland staat onderaan.

**FIGUUR 4.11 ACUTE STERFGEVALLEN WEGENS INNAME VAN DRUGS: VERGELIJKING TUSSEN ZES LIDSTATEN VAN DE EUROPESE UNIE EN NOORWEGEN OP BASIS VAN DEZELFDE ICD-CODES**



ICD-10 codes: F11-F12, F14-F16, F19, X42\*, X41\*, X62\*, X61\*, Y12\*, Y11\* (\*In combinatie met de T-codes T40.0-9, T43.6).

1. Voor een betere vergelijkbaarheid telt in Zweden T40.4 niet mee. Bron: EMCDDA.



- Volgens het EMCDDA steeg het aantal acute sterfgevallen door drugs op Europees niveau van begin jaren negentig tot 2000. Deze stijging deed zich in de nieuwe lidstaten van de EU vooral voor onder jonge drugsgebruikers (jonger dan 25 jaar). Vanaf 2000 is er in het algemeen een daling waarneembaar, die zich echter in 2003 en 2004 niet verder doorzette.



# 5 ECSTASY, AMFETAMINE EN VERWANTE STOFFEN

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

Ecstasy heeft een stimulerende en een entactogene werking. Door de entactogene werking van ecstasy voelen mensen zich verbonden met elkaar en leggen ze gemakkelijk contact. Deze combinatie van eigenschappen draagt bij aan de reputatie van ecstasy als party- of dansdrug. De verslavende werking is vermoedelijk gering. Ecstasy wordt doorgaans geslikt in pillen. Soms wordt het als poeder opgelost in een drankje en gedronken. Amfetamine werkt stimulerend, sterker dan ecstasy, en heeft geen entactogene werking. Amfetamine wordt in het uitgaansleven gebruikt, maar ook door opiaat- of polydrugsverslaafden. Bij frequent gebruik kan afhankelijkheid optreden. Dit risico is groter voor methamfetamine dan voor ‘gewone’ amfetamine. Amfetamine wordt in Nederland meestal geslikt of gesnoven en soms geïnjecteerd. Methamfetamine wordt soms gerookt.

## 5.1 LAATSTE FEITEN EN TRENDS

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

- Het percentage ooit- en recente gebruikers van ecstasy in de algemene bevolking steeg tussen 2001 en 2005. Het percentage actuele ecstasygebruikers bleef stabiel (§ 5.2).
- Amfetamine is minder populair dan ecstasy. Tussen 2001 en 2005 bleef het gebruik van dit middel in de algemene bevolking stabiel (§ 5.2).
- Tussen 1996 en 2003 is het percentage scholieren dat ervaring heeft met deze middelen iets gedaald. Ook het percentage actuele gebruikers daalde (§ 5.3).
- Vergeleken met een aantal andere lidstaten van de Europese Unie behoort het percentage recente ecstasyconsumenten in Nederland tot de hogere regionen (§ 5.5).
- In Amsterdam is de populariteit van ecstasy over het hoogtepunt heen. Landelijk gezien blijft ecstasy nog steeds een belangrijke drug onder uitgaande jongeren, met name bezoekers van discotheken en grote party's (§ 5.3).

- Het aantal primaire ecstasycliënten dat een beroep doet op de (ambulante) verslavingszorg is gering en bleef de afgelopen vier jaar vrij stabiel. Wel nam het aandeel vrouwen toe (§ 5.6).
- De stijging in het aantal cliënten met een primair of secundair amfetamine-probleem zette zich tussen 2004 en 2005 voort (§ 5.6).
- Het aantal opnames in algemene ziekenhuizen vanwege een hoofddiagnose misbruik- of afhankelijkheid van amfetamine(-achtigen) is gering maar neemt de laatste jaren iets toe (§ 5.6).
- Ecstasypillen bevatten tegenwoordig bijna altijd een MDMA-achtige stof. Wel steeg het aandeel pillen dat (ook) de stof mCPP bevat van 2005 naar 2006 (§ 5.8).
- Na een toename tussen 2002 en 2005 daalde het aandeel ecstasypillen met een hoge dosering MDMA in 2006 (§ 5.8).
- Uit onderzoek blijkt dat *fors* ecstasy gebruik kan leiden tot langdurige verstoring van hersenfuncties. De conclusie dat *incidenteel* ecstasy gebruik veilig is kan niet worden getrokken, hoewel de gevolgen van gebruik van een lage dosis ecstasy op het psychisch functioneren subtiel zijn (§ 5.7).

## 5.2 GEBRUIK: ALGEMENE BEVOLKING

- Het aantal Nederlanders van 15 tot en met 64 jaar dat ervaring heeft met ecstasy nam toe tussen 2001 en 2005 (tabel 5.1). Het percentage recente en actuele gebruikers van ecstasy bleef in deze periode stabiel.<sup>4</sup>
- Veel minder mensen hebben ooit of recent amfetamine gebruikt. Hun aantal bleef tussen 2001 en 2005 stabiel.
- Het percentage actuele gebruikers bleef voor zowel ecstasy als amfetamine ruim beneden de één procent.
- In absolute getallen bedroeg in 2005 het aantal actuele gebruikers van ecstasy 40 duizend en het aantal actuele gebruikers van amfetamine 21 duizend. Deze schattingen zijn waarschijnlijk aan de lage kant, omdat probleemgebruikers van harddrugs in de bewuste peiling ondervertegenwoordigd waren.
- De jaarlijkse aanwas van nieuwe ecstasygebruikers blijft tussen 2001 en 2005 stabiel. Voor amfetamine is de daling van 2001 naar 2005 significant. Dat kan duiden op een licht dalende populariteit van dit middel.

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

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

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

### LEEFTIJD, GESLACHT EN STEDELIJKHEID

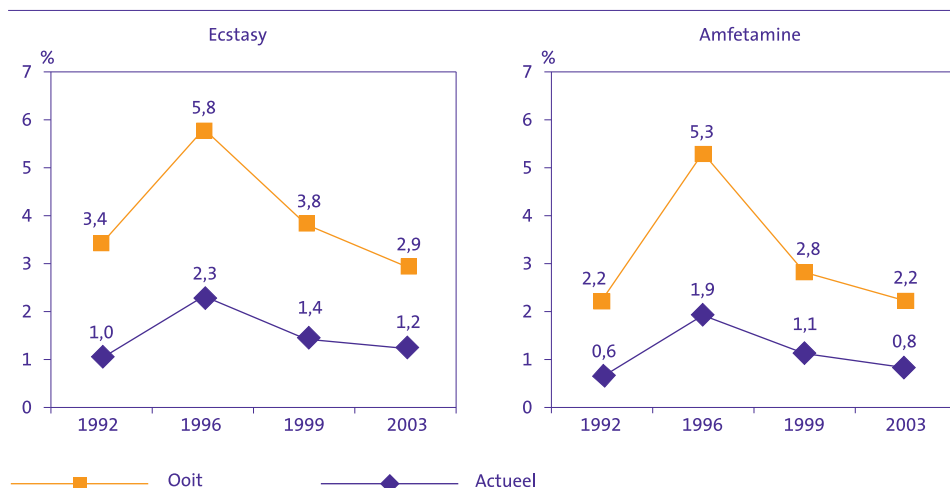
- Voor zowel ecstasy als amfetamine is het percentage ooitgebruikers drie keer groter onder mannen dan vrouwen. Cijfers voor 2005 zijn respectievelijk 6,6% en 1,2% voor ecstasy en respectievelijk 3,2% en 1,0% voor amfetamine.<sup>4</sup>
- Ooitgebruik van ecstasy komt het meest voor in zeer sterk stedelijke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

## 5.3 GEBRUIK: JONGEREN

### SCHOLIEREN

- Van 1992 tot 1996 steeg het percentage gebruikers van ecstasy en amfetamine onder leerlingen van het regulier middelbaar onderwijs.<sup>8</sup>
- Voor beide drugs daalde het percentage ooitgebruikers tussen 1996 en 1999 sneller dan tussen 1999 en 2003.
- Het percentage actuele gebruikers van ecstasy en amfetamine daalde tussen 1996 en 1999 en stabiliseerde vervolgens tussen 1999 en 2003 (figuur 5.1).

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



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

### SPECIALE GROEPEN

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

Ecstasy blijft (na cannabis) de belangrijkste illegale drug voor jongeren in het uitgaanscircuit, met name party's, maar er zijn aanwijzingen voor een stabilisatie van het gebruik.

- Veruit het hoogste percentage ecstasygebruikers werd in 2001-2002 gerapporteerd onder bezoekers van rave party's.<sup>107</sup>
- Onder bezoekers van mainstream-, studenten-, homocafés en hippe cafés in Amsterdam bleef het percentage actuele gebruikers van ecstasy tussen 2000 en 2005 stabiel (respectievelijk 7 en 10%, verschil niet significant).<sup>17</sup> In de hippe en homocafés is het percentage ecstasygebruikers twee maal zo groot als in de mainstream- en studentencafés.
- Onder bezoekers van trendy clubs in Amsterdam halveerde het percentage actuele gebruikers van 41 procent in 1998 naar 19 procent in 2003. In Den Haag lag in 2003 onder uitgaande jongeren het percentage gebruikers van ecstasy op ongeveer hetzelfde niveau.<sup>21</sup>
- Of de dalende dan wel stabiliserende trend in Amsterdam zich ook elders heeft voorgedaan is niet bekend. Trendcijfers in andere regio's ontbreken. Wel signaleren sleutelfiguren verspreid over het land dat uitgaande jongeren, met name in clubs, 'verstandiger' omgaan met ecstasy en beter op de hoogte zijn geraakt van de risico's van het gebruik, uitzonderingen daargelaten. Op grote megaparty's komt echter een jonger publiek dat meer ecstasy gebruikt dan de gemiddelde clubganger, maar ook op deze party's lijkt sprake te zijn van een stabilisatie van het gebruik.
- De ervaring of verwachting van negatieve lichamelijke en emotionele gevolgen van ecstasygebruik, zoals hoofdpijn, duizeligheid, angstgevoelens of depressie, lijken jongeren ervan te weerhouden te gebruiken.<sup>107;108</sup> Ook de omslag in muziekcultuur van dance (met een overwegend westers publiek) naar urban (met meer etnische invloeden) kan een rol spelen bij de stabilisatie of matiging van gebruik in met name de club scene.<sup>18</sup>
- In het uitgaansleven wordt ecstasy echter ook geregeld samen met andere middelen genomen, zoals alcohol, cannabis en amfetamine. Volgens observaties van gezondheidswerkers op grote party's neemt het aantal klachten en incidenten vanwege gecombineerd gebruik van alcohol en ecstasy toe.<sup>18</sup> Cijfers ontbreken echter.

Amfetamine is minder populair onder uitgaande jongeren dan ecstasy.

- Onder bezoekers van mainstream-, studenten-, homo- en hippe cafés in Amsterdam stabiliseerde tussen 2000 en 2005 het percentage dat ervaring had met deze drug op 17 procent. Het percentage actuele gebruikers stabiliseerde in deze periode op 2 procent.<sup>17</sup>
- Hoewel harde cijfers in ander regio's ontbreken lijkt het gebruik van amfetamine volgens sleutelfiguren in het uitgaanscircuit redelijk constant te zijn en niet breed verspreid.<sup>18</sup> Het middel heeft vaak een negatief imago. Op hardcore feesten en in bepaalde (alternatieve) scenes komt amfetamine wat meer voor (punk, electro, trance, underground, rock en tekno) dan in trendy clubs. In deze scenes zou mogelijk sprake zijn van een toename van het gebruik.<sup>18;20</sup>

**TABEL 5.2 GEBRUIK VAN ECSTASY EN AMFETAMINE IN SPECIALE GROEPEN**

	Locatie	Peiljaar	Leeftijd (jaar)	Ecstasy		Amfetamine	
				Ooit	Actueel	Ooit	Actueel
<i>Uitgaande jongeren</i>							
- Bezoekers van dance party's, buitenfestivals, centrum	Den Haag	2003	15 – 35	35%	17%	-	-
- Bezoekers van Rave Party's	Vier party's verspreid over Nederland	2001–2	14 – 43 Gem. 22	76%	65%	-	-
- Cafébezoekers	Zaandam	2006	14 – 44	17%	7%	7%	2%
- Cafébezoekers <sup>I</sup>	Amsterdam <sup>II</sup>	2000	Gem. 25	34%	10%	17%	2%
		2005	Gem. 27	32%	7%	17%	2%
- Bezoekers van cafés en sportkantines	Noordwijk	2004	Gem. 23	20%	6%	-	-
- Bezoekers van discotheken	Nijmegen <sup>III</sup>	2006	Gem. 21	17%	5%	7%	3%
- Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	1998	Gem. 26	66%	41%	45%	13%
		2003	Gem. 26	33%	19%	34%	7%
- Coffeeshop-bezoekers	Amsterdam <sup>IV</sup>	2001	Gem. 25	63%	23%	39%	5%
	Nijmegen	2005–6	Gem. 27	40%	13%	25%	6%
<i>Probleemjongeren</i>							
- Gedetineerde jongeren <sup>V</sup>	Regionaal	2002/2003	14 – 17	18% (j) 34% (m)	7% (j) 15% (m)	8% (j) 13% (m)	3% (j) 4% (m)
- School drop-outs <sup>V</sup>	Regionaal	2002/2003	14 – 17	20% (j) 16% (m)	9% (j) 3% (m)	12% (j) 14% (m)	3% (j) 0% (m)
- Zwerfjongeren <sup>VI</sup>	Landelijk	1999	15 – 22	55%	18%	47%	10%
	Flevoland	2004	13 – 22	38%	8%	26%	2%

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

I. Jongeren en jonge volwassenen uit mainstream-, studenten-, homo- en hippe cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. II. Geringe respons (26%). III. Geringe respons (19%). IV. Geringe respons (15%).

V. Onderzoek in Noord-Holland, Flevoland en Utrecht. Gebruik onder gedetineerde jongeren: in de maand voorafgaand aan detentie. Drop-outs zijn jongeren die in de afgelopen 12 maanden minstens een maand niet naar school zijn geweest, exclusief vakanties. VI. Jongeren tot 23 jaar die drie maanden of langer geen vaste verblijfplaats hebben. Referenties: <sup>16;17;22-24;26-30;70;107</sup>



Een survey onder gedetineerde jongeren laat zien dat het gebruik van ecstasy en amfetamine voorafgaand aan detentie onder meisjes aanzienlijk hoger is dan onder jongens.<sup>27</sup> Mogelijk gaat het hier om een sterk deviante groep.

## 5.4 PROBLEMATISCH GEBRUIK

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

## 5.5 GEBRUIK: INTERNATIONALE VERGELIJKING

### ALGEMENE BEVOLKING

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

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

Land	Jaar	Ecstasy		Amfetamine	
		Ooit	Recent	Ooit	Recent
Noord-Ierland	2002/2003	5,9%	1,7%	3,9%	0,8%
Nederland	2005	4,3%	1,2%	2,1%	0,3%
Spanje	2001	4,2%	1,9%	3,0%	1,2%
Ierland	2002/2003	3,8%	1,1%	3,0%	0,4%
Finland	2004	1,4%	0,5%	1,9%	0,6%
Noorwegen	1999	1,3%	0,7%	3,8%	1,2%
Luxemburg	1998	1,2%	-	-	-
Frankrijk	2000	0,9%	0,2%	1,5%	0,2%
Portugal	2001	0,7%	0,4%	0,5%	0,1%
Griekenland	2004	0,4%	0,2%	0,1%	0,0%
België	2001	-	-	2,1%	-

*Versillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). - = niet gemeten. Referenties:<sup>40</sup>*

**TABEL 5.3B CONSUMPTIE VAN ECSTASY EN AMFETAMINE ONDER DE ALGEMENE BEVOLKING VAN ENKELE LIDSTATEN VAN DE EU-15, DE VERENIGDE STATEN, CANADA EN AUSTRALIË: OVERIGE LEEFTIJDGROEPEN<sup>1</sup>**

Land	Jaar	Leeftijd	Ecstasy		Amfetamine	
			Ooit	Recent	Ooit	Recent
Australië	2004	14 en ouder	7,5%	3,4%	9,1%	3,2%
Verenigd Koninkrijk	2004	?	6,7%	1,9%	11,7%	1,5%
Verenigde Staten	2005	12 en ouder	4,7%	0,8%	7,8%	1,1%
Canada	2004	15 en ouder	4,1%	1,1%	6,4%	0,8%
Duitsland	2003	18 – 59	2,4%	0,8%	3,4%	0,9%
Italië	2003	15 – 54	1,8%	0,4%	1,9%	0,2%
Denemarken	2000	16 – 64	1,0%	0,5%	5,9%	1,3%
Zweden	2000	16 – 64	0,2%	0,2%	1,9%	0,2%

*Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). 1. Drugsgebruik is naar verhouding laag in de jongste (12-15 jaar) en oudere leeftijdsgroepen (>64 jaar). Gebruikscijfers in studies met respondenten die jonger en/of ouder zijn dan de EMCDDA-standaard zullen mogelijk lager uitvallen dan cijfers in studies die de EMCDDA-standaard toepassen. Voor studies met een meer beperkt leeftijdsbereik geldt het omgekeerde. Referenties: <sup>40</sup> <sup>41-43/43</sup>*

- Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking. Van invloed is vooral de leeftijdsgroep. Tabel 5.3a geeft gebruikscijfers die zijn (her)berekend volgens de standaard leeftijdsgroep van het EMCDDA (15 tot en met 64 jaar). Gegevens voor de overige landen staan in tabel 5.3b. Voor Europa zijn alleen landen uit de EU-15 en Noorwegen opgenomen. Bijlage F geeft gebruikscijfers voor de overige lidstaten, voor zover beschikbaar.
- Wat betreft het ooitgebruik van ecstasy spannen Australië, het Verenigd Koninkrijk en Noord-Ierland de kroon met waarden van bijna zes procent of hoger. In Nederland heeft vier procent ervaring met ecstasy. In Denemarken, Frankrijk, Portugal, Griekenland en Zweden komt het percentage ooitgebruikers niet boven een procent uit. Van de nieuwe lidstaten springt Tsjechië er met zeven procent uit (bijlage F).
- Het percentage mensen dat ooit amfetamine heeft gebruikt loopt uiteen van beneden één procent in Portugal en Griekenland tot negen procent in Australië, met een uitschieter van twaalf procent in het Verenigd Koninkrijk. In Nederland heeft twee procent ervaring met amfetamine. In de nieuwe lidstaten blijft het ooitgebruik van amfetamine beneden drie procent (bijlage F).

- Van de getoonde landen in tabellen 5.3a en 5.3b is het percentage recente consumenten met ruim drie procent voor beide middelen het hoogst in Australië. In de EU-15 lidstaten varieert het recent gebruik van ecstasy en amfetamine tussen bijna nul en twee procent. Voor ecstasy behoort Nederland met 1,2 procent tot de hogere regionen. Van de nieuwe lidstaten gaan Tsjechië en Cyprus aan kop met respectievelijk 3,5 en 2,5 procent recente ecstasy gebruikers (bijlage F).

## JONGEREN

Beter vergelijkbaar zijn de gegevens van het ESPAD-onderzoek onder scholieren van vijftien en zestien jaar in Europese landen. Tabel 5.4 toont het gebruik van ecstasy en amfetamine in een aantal landen van de EU en Noorwegen. België, Duitsland en Oostenrijk deden alleen in 2003 mee. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit.<sup>44</sup>

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

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

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

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

## 5.6 HULPVRAAG

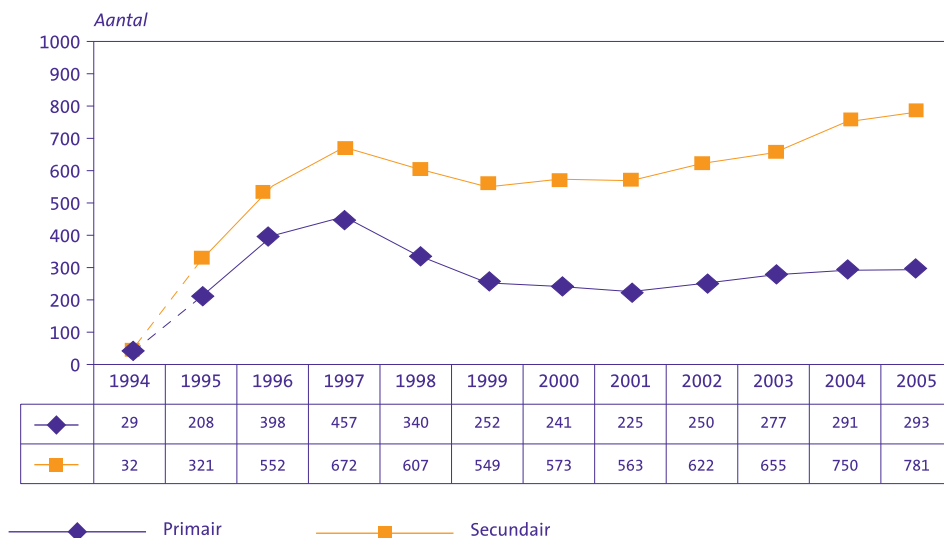
### AMBULANTE VERSLAVINGSZORG

Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) registreert hoeveel mensen hulp vragen bij de (ambulante) verslavingszorg, inclusief de verslavingsreclassering en de verslavingsklinieken die zijn gefuseerd met de ambulante verslavingszorg. (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS.) Vanwege technische problemen kon de Jellinek, instelling voor verslavingszorg in Amsterdam en de Gooi- en vechtstreek, haar gegevens voor 2005 nog niet aanleveren aan het LADIS. Het aandeel van de Jellinek is daarom voor 2005 geëxtrapoleerd op grond van de gegevens uit 2004.<sup>45</sup>

## ECSTASY

- Het aantal cliënten in de (ambulante) verslavingszorg met ecstasy als primair probleem steeg tot 1997 (figuur 5.2). Dit berustte deels op uitbreiding van de registratie. Vanaf 1997 zette een daling in gevolgd door een stabilisatie vanaf 1999. Tussen 2004 en 2005 bleef het aantal primaire ecstasycliënten constant.
- Per 100 000 inwoners van 15 jaar en ouder registreerde het LADIS in 2005 twee primaire ecstasycliënten, aanzienlijk minder dan voor de meeste andere drugs (46 voor cannabis, 74 voor cocaïne, 107 voor opiaten).
- Het aandeel van ecstasy in alle hulpvragen voor drugsproblematiek bleef in de afgelopen jaren gering: minder dan 1%.
- In 2005 was ongeveer eenderde (31%) een nieuwkomer bij de (ambulante) verslavingszorg voor een drugsprobleem.
- De meeste ecstasycliënten hadden ook problemen met een andere middel (82%).
- Er zijn meer cliënten die ecstasy als secundair dan als primair probleem noemen. Na een daling tussen 1997 en 1999 neemt hun aantal in de laatste vier jaar weer toe. Van 2004 naar 2005 ging het om een toename van vier procent. In 2005 was voor deze groep van secundaire ecstasycliënten het primaire probleem cocaïne (37%), cannabis (23%), alcohol (16%), of amfetamine (19%).

**FIGUUR 5.2 AANTAL INSCHRIJVINGEN BIJ DE (AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG VANWEGE PRIMAIRE OF SECUNDAIRE ECSTASYPROBLEMATIEK, VANAF 1994<sup>1</sup>**

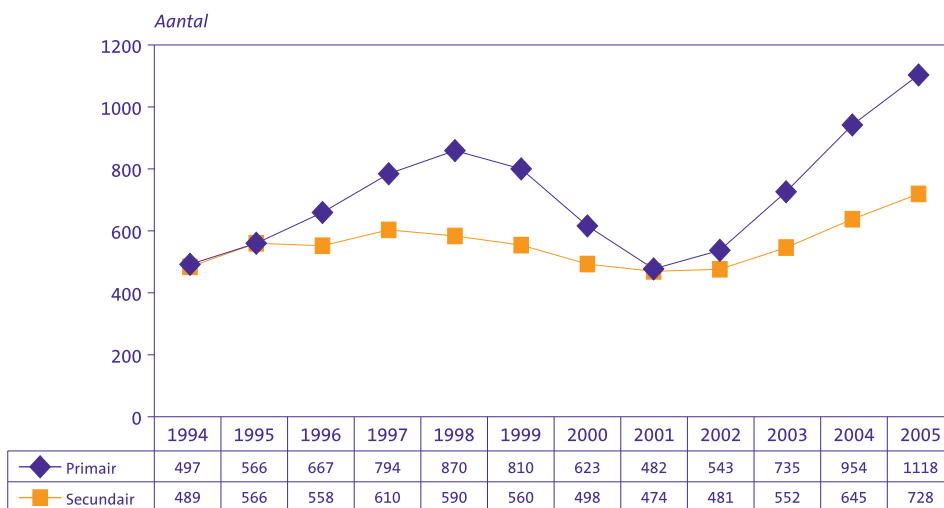


*1. In 1994 was de registratie van de ecstasyproblematiek nog niet volledig. Voor 2005 zijn de gegevens van de Jellinek geëxtrapoleerd. Bron: LADIS, IVZ.*

## AMFETAMINE

- Het aantal cliënten met amfetamine als primair probleem steeg tot 1998, liep toen terug, maar steeg weer vanaf 2001. Tussen 2004 en 2005 steeg het aantal amfetaminecliënten met 17 procent (figuur 5.3).
- Het aandeel van amfetamine in alle hulpvragen voor drugsproblematiek bleef in al die jaren ondergeschikt (tussen 2 en 3%).
- Per 100 000 inwoners van 15 jaar en ouder registreerde het LADIS in 2005 acht primaire amfetaminecliënten, meer dan in 1994 of in 2001 (4 in beide jaren).
- Ongeveer een op de vier (26 procent) stond in 2005 voor het eerst met een drugsprobleem bij de (ambulante) verslavingszorg geregistreerd.
- De meeste cliënten met een primair amfetamineprobleem rapporteerden ook problemen met een ander middel (79%).
- Voor ongeveer zevenhonderd cliënten was amfetamine in 2005 een secundair probleem. Dat is een toename van 13 procent vergeleken met 2004. Voor deze groep was het primaire probleem cocaïne of crack (32%), alcohol (23%), cannabis (27%), heroïne (10%), of ecstasy (6%).

**FIGUUR 5.3 AANTAL INSCHRIJVINGEN BIJ DE (AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG VANWEGE PRIMAIRE OF SECUNDAIRE AMFETAMINEPROBLEMATIEK, VANAF 1994<sup>1</sup>**



*1. Voor 2005 zijn de gegevens van de Jellinek geëxtrapoleerd. Bron: LADIS, IVZ.*

## LEEFTIJD EN GESLACHT

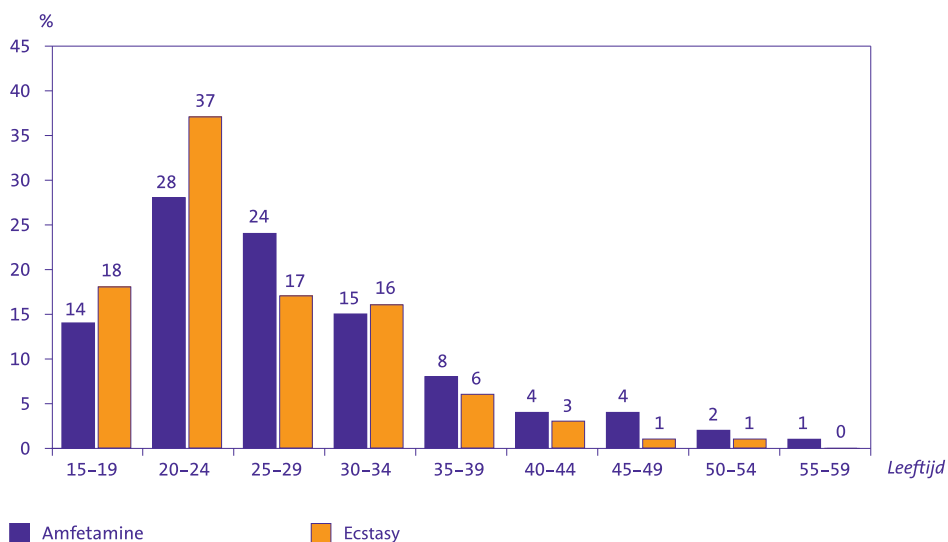
### Ecstasy

- In 2005 waren zeven op de tien primaire ecstasycliënten man (69%). Het aandeel vrouwen is groter dan voor cannabis, cocaïne en opiaten (18-20%). Tussen 2000 en 2005 steeg het percentage vrouwen van 19 naar 31 procent.
- De gemiddelde leeftijd van de primaire ecstasycliënten was 24 jaar. Daarmee zijn zij gemiddeld het jongst van alle drugscliënten. De piek ligt in de leeftijdsgroep 20-24 jaar (zie figuur 5.6).

### Amfetamine

- In 2005 was driekwart (76%) van de primaire amfetaminecliënten man. Het aandeel vrouwen steeg iets van 21 procent in 2000 naar 24 procent in 2004. In 2005 bleef het aandeel vrouwen gelijk (24%).
- De gemiddelde leeftijd is 26 jaar, iets hoger dan bij de ecstasycliënten en gemiddeld iets jonger dan in 2004 (28 jaar). Ook bij de amfetaminecliënten ligt de piek in de leeftijdsgroep 20-24 jaar (figuur 5.4).

**FIGUUR 5.4 LEEFTIJDVERDELING VAN PRIMAIRE ECSTASY- EN AMFETAMINECLIËNTEN BIJ DE (AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG. PEILJAAR 2005<sup>1</sup>**



Percentage per leeftijdsgroep. 1. Voor 2005 zijn de gegevens van de Jellinek geëxtrapoleerd. Bron: LADIS, IVZ.

## ALGEMENE ZIEKENHUIZEN; INCIDENTEN

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

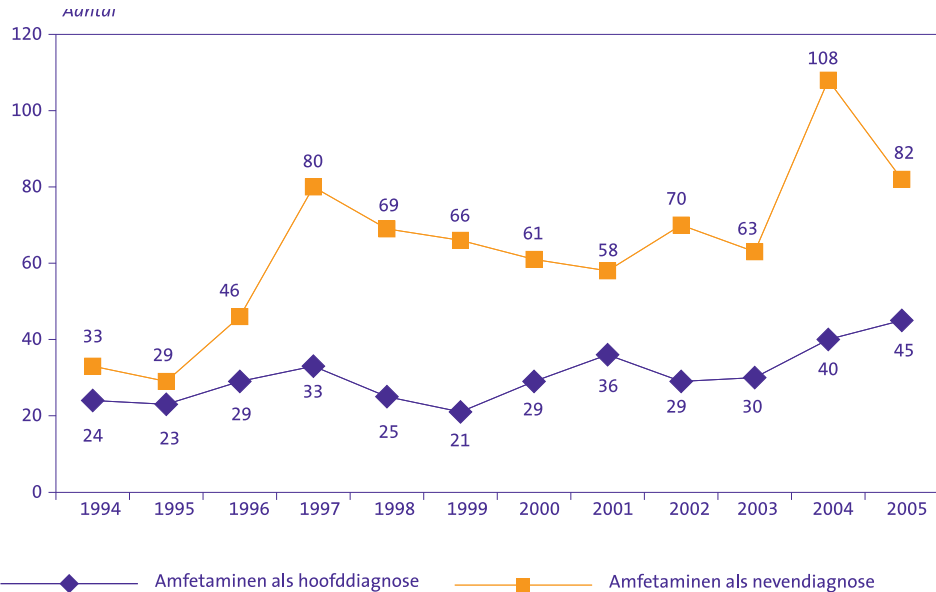
- In 2005 ging het om 45 opnames ofwel negen procent van alle hoofddiagnoses voor drugs. De meeste opnames (78%) hadden betrekking op misbruik; een minderheid van 22 procent had betrekking op afhankelijkheid van amfetaminen.
- Iets vaker werden deze aandoeningen als nevendiagnose gesteld (82 in 2005). Tussen 2004 en 2005 daalt het aantal nevendiaagnoses met 24 procent. De hoofdziektes of hoofdstoornissen die bij de nevendiaagnoses amfetaminemisbruik en -afhankelijkheid werden gesteld liepen sterk uiteen. De meest voorkomende hoofddiagnoses bij deze nevendiaagnoses waren:
  - psychose (15%)
  - misbruik of afhankelijkheid van alcohol (14%)
  - misbruik of afhankelijkheid van drugs (10%)
  - ongevallen (21%)
  - hart- en vaatziekten (7%)
  - ziekten van de ademhalingswegen (4%)
  - vergiftiging (10%).
- Dezelfde persoon kan meer dan eens per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één nevendiagnose worden gesteld. Gecorrigeerd voor dubbeltellingen ging het in 2005 om 110 personen. Zij werden in dit jaar minstens één keer opgenomen met misbruik of afhankelijkheid van amfetaminen als hoofd- of nevendiagnose. Hun gemiddelde leeftijd was 29 jaar; 79 procent was man.
- De LMR registreerde in 2005 geen gevallen van onopzettelijke vergiftiging met amfetaminen als nevendiagnose (ICD-9 code E854.2).

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

- In 2005 was ecstasy 63 keer reden voor een aanvraag van hulp, ongeveer gelijk aan het aantal van in 2004, maar meer dan in de jaren er voor. Een uitschieter was het jaar 1996, met 66 aanvragen (tabel 5.5).
- In drie vierde van de ecstasy gevallen (75%) was vervoer naar het ziekenhuis nodig, meer dan bij cannabis (35%).
- Amfetamine is zelden reden voor een hulpvraag bij de CPA in Amsterdam.



**FIGUUR 5.5 KLINISCHE OPNAMEN IN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN GERELATEERD AAN AMFETAMINE-MISBRUIK EN -AFHANKELIJKHEID, VANAF 1994**



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

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

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

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

Volgens Stichting Educare, een organisatie die in Nederland eerste hulp verleent op houseparty's, is het aantal acute gezondheidsproblemen wegens drugsgebruik, waaronder ecstasy en amfetamine relatief klein en tussen 1996 en 2002 gedaald.<sup>109</sup>

- Recente cijfers ontbreken echter. Waarnemingen van gezondheidswerkers die actief zijn op party's suggereren dat de dalende trend in incidenten gerelateerd aan ecstasy zich de laatste jaren heeft voortgezet. Daar staat tegenover dat het aantal incidenten vanwege gecombineerd gebruik van ecstasy en alcohol lijkt toe te nemen, maar cijfers ontbreken.<sup>18</sup>

Volgens het Letsel Informatie Systeem (LIS) van Stichting Consument en Veiligheid<sup>46</sup> worden jaarlijks gemiddeld 2 900 personen behandeld op spoedeisende eerste hulp afdelingen van ziekenhuizen na een ongeval, geweld of zelfmutilatie gerelateerd aan drugsgebruik (vgl. 13 duizend vanwege alcohol, hoofdstuk 6). Drugs zijn hier cocaïne, heroïne, cannabis, ecstasy, pado's en speed. De gegevens zijn gemiddeld over de periode van 2000 tot en met 2005.

- Ongeveer een op de acht (12%) drugsslachtoffers geeft aan ecstasy te hebben gebruikt. Tellen we alleen de gevallen mee waarvan de drug bekend is (71%), dan maakt ecstasy 17 procent uit van alle drugsgerelateerde behandelingen bij de spoedeisende hulp.
- Deze cijfers zijn waarschijnlijk een onderschatting van het werkelijke aantal aan drugs gerelateerde ongevallen.

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum van het RIVM registreert het aantal informatieverzoeken van artsen, apothekers en overheidsinstellingen over (potentiële) acute vergiftigingen door lichaamsvreemde stoffen, zoals drugs.<sup>48</sup> Deze cijfers geven geen zicht op het absolute aantal intoxicaties, maar trends kunnen een indicatie zijn voor ontwikkelingen in problemen gerelateerd aan drugsgebruik.

- Voor ecstasy vinden meer informatieverzoeken plaats dan voor amfetamine (tabel 5.6). Het aantal informatieverzoeken voor ecstasy steeg tot 2004 en daalde licht in 2005 en 2006.
- Het aantal informatieverzoeken voor amfetamine werd drie keer zo groot tussen 2000 en 2005. De meeste vragen hadden betrekking op patiënten die amfetamines op party's hadden gebruikt, zowel na enkelvoudige gebruik als in combinatie met andere drugs of alcohol. In 2006 nam het aantal informatieverzoeken vanwege amfetamine weer iets af.
- Een daling in het aantal informatieverzoeken hoeft niet per sé te wijzen op een daling in het aantal intoxicaties. Ook de toenemende bekendheid van hulpverleners met de symptomen en behandeling van een bepaalde drugsintoxicatie, waardoor de behoefte om het NVIC te raadplegen afneemt, kan een rol spelen.

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

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

*Aantal informatieverzoeken per jaar. Bron: NVIC, RIVM.*

## 5.7 ZIEKTE EN STERFTE

### ZIEKTE

- De laatste stand van wetenschap geeft aan dat fors ecstasygebruik een langdurige verstoring kan geven van hersenfuncties, met name het geheugen, het concentratievermogen en de stemming.<sup>110</sup>
- Deze verstoring kan langer dan een jaar aanhouden na stopzetting van het gebruik. Onbekend is of volledig herstel optreedt.
- Deze veranderingen hangen waarschijnlijk samen met afwijkingen aan serotonerge zenuwen in de hersenen. De effecten zijn toe te schrijven aan ecstasygebruik. Daarnaast speelt ook het gebruik van andere middelen een rol.
- Bij proefdieren neemt de kans op hersenschade toe met een stijging van de lichaamstemperatuur na gebruik van MDMA. Bij de mens werkt dit waarschijnlijk ook zo.
- De kans op oververhitting en daardoor (langdurige) hersenschade neemt toe als een consument grotere hoeveelheden MDMA slikt in een warme omgeving (boven 18-20 graden). De precieze dosering die tot schade leidt is niet bekend. Vermoed wordt dat hier al sprake van is bij het slikken van hooggedoseerde pillen met twee tot drie keer de gemiddelde dosis. Gemiddeld bevat een pil tussen 75 en 80 mg MDMA (zie § 5.8).
- Resultaten van onderzoek uitgevoerd door de Universiteit van Amsterdam en de Universiteit van Utrecht laten niet zien dat kortdurend of eenmalig gebruik van ecstasy aanleiding geeft tot ernstige hersenschade en vermindering van hersenfuncties op langere termijn.<sup>111;112</sup> Toch kan niet zonder meer worden geconcludeerd dat een lage dosis ecstasy veilig is.
  - In nieuwe gebruikers, die gemiddeld 1,8 ecstasypillen hadden geslikt en acht weken na de laatste inname werden getest, werd een vaatvernauwing in bepaalde delen van de hersenen gevonden.<sup>111</sup>
  - Vervolgonderzoek dat gemiddeld elf weken na de laatste ecstasyconsumptie werd verricht liet echter geen significante verandering zien in de prestatie op geheugen- en aandachtstaken en op de hersenactiviteit tijdens de taakuitvoering.<sup>112</sup>
  - In nog een vervolgonderzoek onder respondenten die (inmiddels) gemiddeld 6 pillen hadden geslikt en gemiddeld 19 weken na de laatste pil werden getest werd wederom vaatvernauwing in de hersenen geconstateerd als ook mogelijke schade aan zenuwuiteinden en een verhoogde behoefte aan spanning ('sensation seeking'). Er werd geen effect op depressie of impulsiviteit gevonden.<sup>111</sup>
  - Onbekend is of de gevonden vaatvernauwing permanent is. De klinische relevantie van dit effect lijkt vooralsnog gering.

## STERFTE

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

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

Volgens het EMCDDA speelt ecstasy ook in andere Europese landen een ondergeschikte rol in de drugssterfte, althans voor zover hierover gegevens beschikbaar zijn.<sup>40</sup>

- In 2003 of 2004 zijn sterfgevallen gerapporteerd in Denemarken (2 gevallen), Duitsland (20 gevallen), Frankrijk (4 gevallen), Hongarije (3 gevallen) en het Verenigd Koninkrijk (48 gevallen).
- Ecstasy was vaak niet het enige middel. Andere factoren die mogelijk een rol speelden bij deze sterfgevallen zijn oververhitting, waterintoxicatie of een onderliggende ziekte.

## 5.8 AANBOD EN MARKT

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

### SAMENSTELLING ECSTASYPILLEN

Tabel 5.7 geeft het percentage van de in het laboratorium geanalyseerde 'ecstasy' pillen die MDMA en/of een andere stof bevatten.

- Tussen 1997 en 2000 nam het aandeel pillen met alléén MDMA of een MDMA-achtige stof sterk toe, terwijl het aandeel pillen met (ook) een andere psychoactieve stof, zoals amfetamine, daalde. Deze situatie stabiliseerde in de jaren er na.

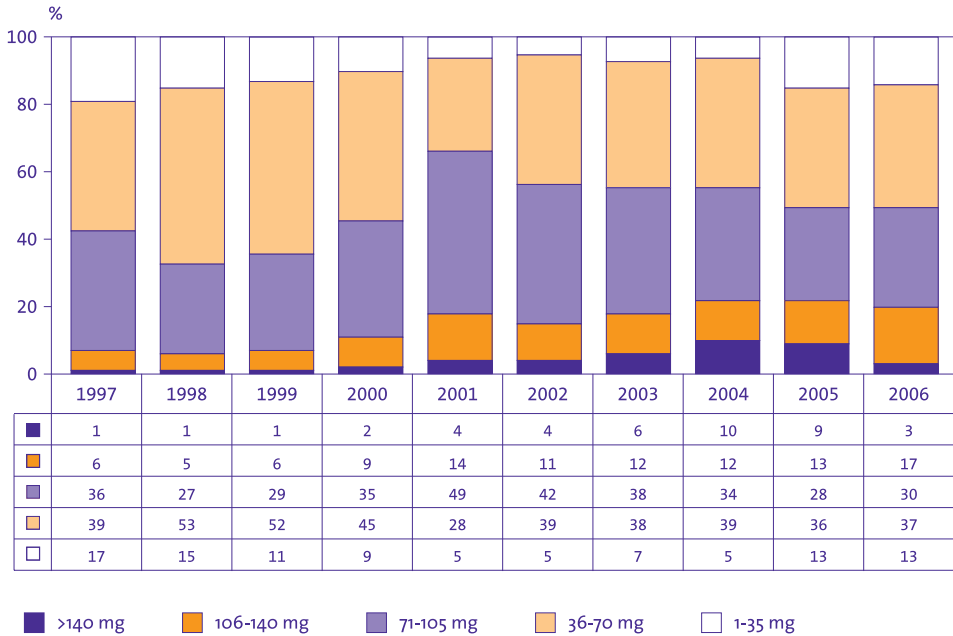
- In 2006 bevatte 90 procent van de 'ecstasy' pillen daadwerkelijk MDMA, MDEA of MDA, of een combinatie daarvan. Dat is ongeveer evenveel als in 2005 (89%).
- In 2006 was de gemiddelde hoeveelheid MDMA in ecstasypillen 74 mg, in 2005 was dat 78 mg. De hoogst gemeten dosering in 2006 was 173 mg.
- Figuur 5.6 laat zien dat het aandeel ecstasypillen met een hoge dosering MDMA (meer dan 140 mg) is afgenomen van negen procent in 2005 naar drie procent in 2006. Daarmee lijkt de stijging in het aandeel hooggedoseerde pillen die van 2002 tot 2004 waarneembaar was ten einde te zijn gekomen.
- Het percentage 'ecstasy' pillen dat geen MDMA, MDA en/of MDEA bevat maar een geheel andere psychoactieve stof nam toe van 2,5 procent in 2005 naar 6,7 procent in 2006. Dit komt met name op conto van de stof metachloorpiperazine (mCPP; zie onder "Overige stoffen").

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

Stoffen (% van de pillen)	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
MDMA	44,6%	75,2%	82,0%	89,5%	91,4%	88,7%	91,2%	89,4%	80,3%	81,3%
MDEA	8,2%	1,3%	1,4%	0,9%	1,2%	0,4%	0,5%	0,2%	0,3%	0,2%
MDA	1,5%	2,2%	2,8%	2,0%	0,7%	1,4%	0,9%	1,9%	2,9%	0,4%
Combinatie MDMA, MDA en/of MDEA	2,6%	1,6%	1,0%	3,0%	3,0%	1,7%	2,7%	4,6%	5,9%	1,2%
Combinatie MDMA, MDA en/of andere psychoactieve stof <sup>f</sup>	9,0%	4,3%	3,3%	1,2%	0,9%	3,7%	2,1%	1,4%	2,7%	6,7%
Pillen zonder MDMA, MDEA en/of MDA:										
Amfetamine <sup>II</sup>	15,5%	6,5%	3,9%	0,9%	1,0%	1,7%	1,0%	0,3%	2,8%	1,6%
Methamfetamine						0,3%	0,3%	0,1%	1,2%	0,2%
Overige psychoactieve stof <sup>f</sup>	14,7%	4,5%	2,7%	1,6%	1,2%	1,3%	0,7%	1,7%	3,2%	7,1%
Geen psychoactieve stof	3,9%	4,3%	2,9%	0,8%	0,5%	0,8%	0,8%	0,7%	1,2%	1,2%
Total aantal geanalyseerde pillen	2 434	2 713	2 306	2 497	2 402	2 149	2 187	1 985	2 140	2 523

Percentage pillen die een bepaalde stof of combinatie van stoffen bevatten. Categorieën sluiten elkaar uit en tellen op tot 100 procent. I. Bijvoorbeeld mCPP, 2C-B, MBDB, DOB, PMA, cafeïne, efedrine etc. II. Tot 2002 werd geen onderscheid gemaakt tussen amfetamine en methamfetamine. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

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



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

## OVERIGE STOFFEN

Tabel 5.7 geeft het aantal door DIMS aangetroffen monsters (ecstasy-pillen, poeders of anderszins) met stoffen die in Europees kader continu worden onderzocht en/of een mogelijk gevaar voor de volksgezondheid vormen.

- Een aantal van de in tabel 5.7 vermelde stoffen is anno 2006 vrijwel van de Nederlandse markt verdwenen.
- Het voormalige narcosemiddel GHB wordt nog veelvuldig bij DIMS aangeboden. GHB is de afgelopen jaren in bepaalde kringen populair geworden. Er zijn aanwijzingen dat de interesse in dit middel in de Randstad al weer aan het afnemen is.<sup>12;20</sup> In andere delen van het land, met name het Noorden en het Oosten, zou sprake zijn van een stijgende trend.<sup>18</sup>
- Ketamine is in 2006 beduidend vaker aangetroffen dan in de jaren daarvoor. Er is op internetfora meer interesse voor dit middel, maar de geringe beschikbaarheid lijkt een beperkende factor voor het gebruik.<sup>18</sup> Harde cijfers ontbreken.

### Nieuwe stoffen in ecstasypillen

- Eind 2004 verscheen de stof *meta-Chloor-Phenyl-Piperazine* (mCPP) op de Nederlandse ecstasymarkt.
  - mCPP werkt evenals MDMA op serotonerge hersencellen en wordt voornamelijk voor onderzoeksdoeleinden gebruikt. Het effect van mCPP is deels vergelijkbaar met dat van MDMA, het is alleen nauwelijks stimulerend. Gebruikers melden veel negatieve effecten zoals misselijkheid, duizeligheid, angsten, hallucinaties, onrust, rillingen en hoofdpijn. Hoe hoger de dosering van mCPP, des te meer kans er is op negatieve effecten.
  - Sinds 2000 duikt het in verschillende Europese landen op als “legaal” alternatief voor illegale stimulerende middelen zoals MDMA.
- Een ander piperazine dat recentelijk in ecstasypillen is aangetroffen is *benzylpiperazine* (BZP). BZP wordt door het DIMS incidenteel aangetroffen.
  - BZP staat op de internationale dopinglijst van stoffen die verboden zijn in wedstrijdverband.
  - BZP kan onvoorspelbare en serieuze schadelijke effecten veroorzaken bij de gebruiker. Vanuit Nieuw-Zeeland, waar BZP een ‘legale partydrug’ is, worden verschillende gezondheidsincidenten na inname van BZP gemeld, die behandeld moeten worden op de spoedeisende eerste hulp, of zelfs ziekenhuisopname vereisen.
- In Nederland worden mCPP en BZP beschouwd als niet geregistreerde geneesmiddelen die vallen onder de Wet op de geneesmiddelenvoorziening. Handel in mCPP of BZP zonder vergunning is verboden.

**TABEL 5.8 AANTAL MONSTERS MET OVERIGE PSYCHOACTIEVE STOFFEN**

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
2C-B	317	12	25	12	11	2	15	5	9	18
4-MTA	9	16	8	6	1	5	0	1	0	0
Atropine	128	52	0	1	0	0	0	3	5	0
BZP	-	-	1	0	0	0	3	3	0	13
GHB/GBL	50	16	24	36	102	72	72	98	114	142
DOB	1	15	26	5	5	0	0	2	9	13
Ketamine	0	16	1	2	1	2	3	19	17	50
MBDB	113	12	0	0	0	0	0	1	1	0
mCPP				-	-	-	-	13	92	256
PMA/(PMMA) <sup>1</sup>				1	8	0	0	0	0	0
Strychnine				1	0	0	0	0	0	0

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

## SAMENSTELLING (METH)AMFETAMINEPOEDERS

DIMS ontvangt ook poeders die als 'speed' zijn verkocht. In 2006 ging het om 553 poeders, vrijwel evenveel als in 2005 (552).

- In 2006 bevatte het merendeel (93%) amfetamine; twee procent bevatte alleen methamfetamine. Methamfetamine is sterker en werkt langer dan amfetamine.
- Het gemiddelde gehalte amfetamine was 34 (gewichts)procent.
- Veel speedmonsters bevatten (ook) cafeïne. In 2005 ging het om 56 procent en in 2006 om 59 procent.

## PRIJZEN

De prijzen die consumenten betalen voor ecstasy en amfetamine worden niet systematisch gevolgd. Over ontwikkelingen in de prijzen is daarom geen uitspraak te doen. Wel geven recente gegevens uit de Trendwatch-monitor en het DIMS project een indicatie van de huidige situatie.

- In 2004 fluctueert de prijs van een ecstasypil op consumentenniveau tussen de drie en acht euro. De prijs voor een gram amfetamine varieert tussen de vijf en vijftien euro.<sup>18</sup>
- Consumenten die ecstasypillen bij DIMS lieten testen betaalden in 2006 gemiddeld 3 euro per pil, variërend van 50 eurocent tot 8 euro.



# 6 ALCOHOL

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

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

## 6.1 LAATSTE FEITEN EN TRENDS

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

- Volgens verkoopcijfers bleef de consumptie van alcohol per hoofd van de bevolking in 2005 stabiel (§ 6.2).
- Het aantal recente en actuele consumenten van alcohol in de bevolking van 15-64 jaar bleef tussen 2001 en 2005 stabiel (in 2005: recent 85%, actueel 78%). Het percentage 'binge drinkers' daalde in deze periode van 40 naar 35 procent.
- Het alcoholgebruik onder scholieren nam tussen 1999 en 2003 toe, met name onder jonge meisjes tussen de twaalf en veertien jaar. Sinds 2003 lijkt er sprake van een lichte daling in deze leeftijdsgroep. Binge drinken onder scholieren die drinken lijkt echter wel toe te nemen (§ 6.3).
- Vergeleken met scholieren uit andere landen drinken Nederlandse scholieren vaak (§ 6.5).
- Ondanks een wettelijk verbod kunnen jongeren onder de zestien jaar makkelijk alcoholhoudende dranken krijgen (§ 6.8).
- Tien procent van de Nederlandse bevolking van 16 - 69 jaar is een probleemdrinker (§ 6.4).
- Zwaar drinken, probleemdrinken en alcoholmisbruik en -afhankelijkheid komen naar verhouding vaak voor onder jonge mannen van 18 tot en met 24 jaar (§ 6.4).
- De stijging van het aantal alcoholcliënten bij de (ambulante) verslavingszorg sinds 2001 zette zich voort in 2005 (§ 6.6).
- Het aantal opnames in algemene ziekenhuizen waarbij een aan alcohol gerelateerde aandoening een rol speelt neemt in 2005 niet verder toe. Het aantal

kinderen en jongeren van 16 jaar met een alcoholgerelateerde opname steeg tussen 2001 en 2005 (§ 6.6).

- Het aantal doden en gewonden door alcoholgebruik in het verkeer is de afgelopen jaren verder gedaald. Ook het percentage automobilisten dat onder invloed rijdt is gedaald (§ 6.6).
- De totale sterfte aan alcoholgerelateerde aandoeningen (primaire en secundaire doodsoorzaken samen) is in 2004 en 2005 niet verder gestegen (§ 6.7).
- Overmatig alcoholgebruik is de belangrijkste determinant voor verlies van kwaliteit van leven (§ 6.7).
- Wereldwijd veroorzaakt alcoholgebruik bijna net zoveel doden en ziektes als roken en hoge bloeddruk (§ 6.7).

## 6.2 GEBRUIK: ALGEMENE BEVOLKING

Alcoholgebruik is wijd verbreid in de Nederlandse samenleving.

- Volgens een peiling van het CBS uit 2005 drinken ruim vier op de vijf personen (81%) van 12 jaar en ouder 'wel eens alcohol'. In 2001 was dit 82 procent. Het aandeel drinkers is al jaren vrij stabiel. In 1997, 2001 en 2005 vonden peilingen plaats van het Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO).<sup>4</sup>
  - Volgens deze studie is het percentage mensen in de bevolking van 15 tot en met 64 jaar dat het afgelopen jaar alcohol heeft gedronken licht gedaald van 87 procent in 1997 naar 85 procent in 2001. Deze daling vond met name plaats onder vrouwen en onder respondenten in de leeftijdsgroep van 25-44 jaar.
  - Tussen 2001 en 2005 bleef het percentage recente drinkers stabiel.
  - Het aantal Nederlanders dat in de afgelopen maand alcohol had gedronken bleef over de jaren heen stabiel rond de 78 procent.
  - Het percentage drinkers die in het afgelopen half jaar wel eens zes of meer glazen alcohol op één dag hebben gedronken ('binge drinken') daalde van 40 procent in 2001 naar 35 procent in 2005. Deze afname vond plaats onder zowel mannen als vrouwen en onder respondenten van 15 tot en met 44 jaar.
  - De startleeftijd is de leeftijd waarop iemand voor het eerst een middel heeft gebruikt (zie ook bijlage A: startleeftijd). Onder de recente gebruikers van alcohol lag in de leeftijdsgroep van 15 tot en met 24 jaar de startleeftijd op gemiddeld 14,6 jaar. In de leeftijdsgroep van 15 tot en met 64 jaar lag de startleeftijd op gemiddeld 16,5 jaar.

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

- De consumptie van alcohol was in Nederland het grootst in de tweede helft van de jaren zeventig en in de jaren tachtig. Daarna volgde een lichte daling, die zich vanaf het begin van de jaren negentig niet heeft doorgezet.

- Per hoofd van de bevolking werd in 2005 7,9 liter pure alcohol geconsumeerd, evenveel als in 2004.
- De consumptie van gedistilleerd en van bier daalde enigszins in 2005. De consumptie van bier bleef gelijk en de consumptie van wijn nam iets toe van 20,6 liter in 2004 naar 21,3 liter in 2005.
- De afzet van premixen was na de sterke daling in 2003 (met een derde ten opzichte van 2002) gestabiliseerd in 2004. In 2005 is echter opnieuw sprake van een sterke daling (met 31 procent ten opzichte van 2004). Hiermee is de consumptie van premixen sinds 2002 met meer dan de helft gedaald tot 141 000 hectoliter.
- Per persoon dronken we in 2005 78 liter bier, 21 liter wijn en vier liter gedistilleerd.

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

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

Bron: *Productschap Dranken; Productschap Wijn*.<sup>113;114</sup>

### SPECIALE GROEPEN

- Uit onderzoek in Amsterdam (2004) blijkt dat veel minder *Marokkanen en Turken* drinken dan autochtone Nederlanders.<sup>a 115</sup>

<sup>a</sup> De GGD Amsterdam hanteert hier voor etnische achtergrond de definitie van BZK/VNG: zie bijlage A.

- Het aantal drinkers is onder autochtone Nederlanders drie keer zo groot als bij de Turkse Amsterdammers en zes keer zo groot als bij de Marokkaanse Amsterdammers.
- Tussen 1999/2000 en 2004 is het percentage drinkers onder Turken met ruim zes procent gedaald, terwijl er bij Marokkanen sprake is van een toename van bijna zeven procent.
- Een onderzoek uit Rotterdam (2004) laat zien dat ook onder tweede generatie Turken (16-30 jaar) minder drinkers zijn dan onder Nederlanders van dezelfde leeftijd.<sup>116</sup>
  - Van de Turken in de leeftijd van 16-30 jaar heeft 36 procent de afgelopen zes maanden alcohol gedronken, vergeleken met 94 procent van de Nederlanders.
  - Ook excessief drinken komt minder vaak voor. Zes procent van de Turken in deze leeftijdsgroep drinkt excessief, vergeleken met veertien procent van de Nederlanders.
  - Wanneer uitsluitend regelmatige drinkers worden vergeleken verdwijnt echter het verschil in excessief drinken.
- Zowel religieuze als culturele factoren blijken gerelateerd aan het alcoholgebruik van tweede generatie Turken en Marokkanen. Sociaal-cognitieve factoren, zoals de invloed van familie en Turkse/Marokkaanse vrienden, en alcoholverwachtingen zijn echter belangrijker in het voorspellen van alcoholgebruik onder deze groep.<sup>117</sup>
- Ruim eenderde (35%) van de *dak- en thuislozen* in twintig Nederlandse gemeenten was in 2002 een risicodrinker (hier gedefinieerd als meer dan 25 glazen per week); 23 procent dronk meer dan 56 glazen per week en dertien procent meer dan 112 glazen per week.<sup>5</sup>
- Van de drinkende *werkende beroepsbevolking* drinkt ongeveer vier procent wel eens alcohol vlak vóór of tijdens het werk: één procent doet dit minstens één keer per week.<sup>118</sup>
  - Door 38 procent wordt wel eens aansluitend op werktijd alcohol gedronken en twaalf procent doet dit wekelijks. In de horeca wordt het meest aansluitend op werktijd gedronken (31% wekelijks), in de gezondheids- en welzijnszorg en het openbaar bestuur het minst (respectievelijk 5% en 4% wekelijks).<sup>118</sup>

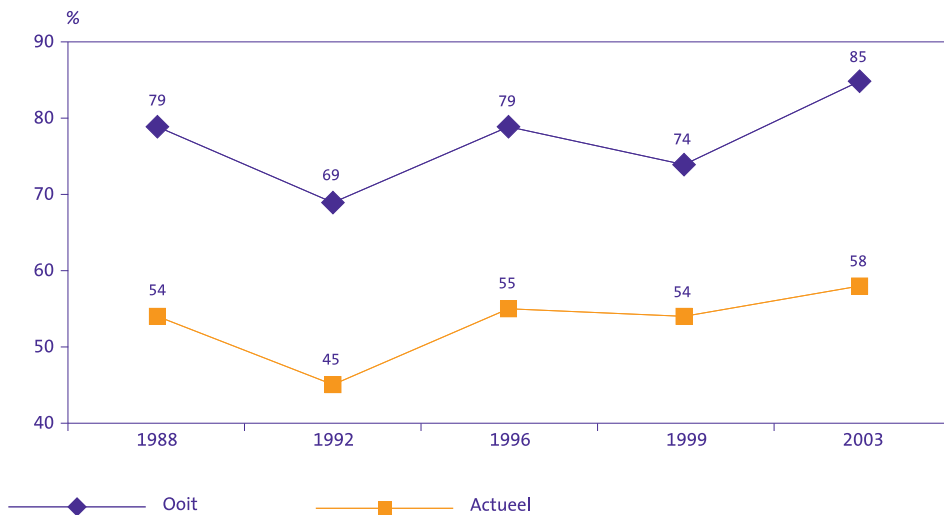
## 6.3 GEBRUIK: JONGEREN

### SCHOLIEREN

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

- In 2003 had 85 procent van de leerlingen van ‘reguliere’ middelbare scholen ervaring met alcohol. Dat was meer dan in 1999, toen nog 74 procent ervaring had met alcohol. Dit percentage schommelde echter wel over de afgelopen vijftien jaar (figuur 6.1).<sup>8</sup>
- In 2003 had 58 procent van de ondervraagde leerlingen in de maand voor de peiling nog alcohol gedronken, ongeveer evenveel als in 1999.

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



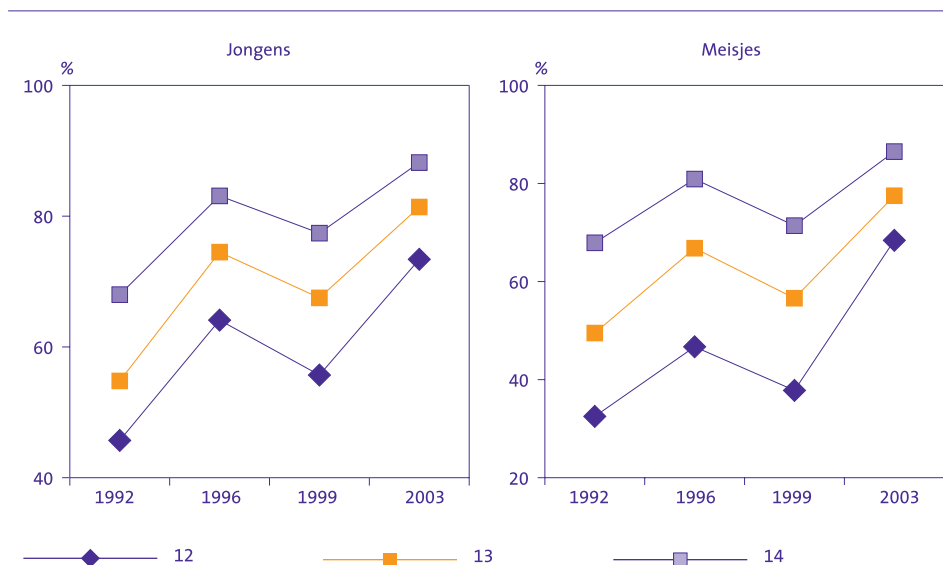
Percentage drinkers ooit in het leven en in de laatste maand voor de peiling (actueel). Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.<sup>8</sup>

## LEEFTIJD EN GESLACHT

- Met name onder jonge meisjes van 12 tot en met 14 jaar is het ooitgebruik van alcohol en het gebruik in de laatste maand gestegen (figuur 6.2).
  - In 1999 had 57 procent van de 12-14 jarige meisjes ooit alcohol gedronken, in 2003 was dit 78 procent.
  - In 1999 had 32 procent in de laatste maand alcohol gedronken, in 2003 was dit 44 procent.
- Vijftien procent van de scholieren zegt tien jaar of jonger te zijn geweest toen zij hun eerste drankje dronken, bijna tweemaal zoveel jongens (19%) als meisjes (10%). De meeste scholieren beginnen met drinken als zij tussen de elf en veertien jaar oud zijn.

- Er is in 2003 geen verschil in het percentage jongens en meisjes dat ooit of pas nog alcohol heeft gebruikt. Wel zijn er verschillen in het drinkpatroon. Jongens drinken frequenter alcohol dan meisjes. Ook drinken zij grotere hoeveelheden dan meisjes. Dit alles is met name het geval bij oudere jongens:
  - Van de zestienjarige jongens die de afgelopen maand hebben gedronken, heeft 29 procent dit in deze maand vaker dan tien keer gedaan, tegenover 19 procent van de meisjes.
  - Eveneens 29 procent van deze zestienjarige drinkende jongens drinkt op een weekenddag gemiddeld meer dan tien glazen. Bij de meisjes is dit 9 procent.
- In 2003 had op twaalfjarige leeftijd bijna de helft van de scholieren (47%) al eens een glas alcohol gedronken, op vijftienjarige leeftijd drinkt de helft al wekelijks alcohol (52%).
- Onder scholieren uit het voortgezet onderwijs worden bier en breezers/premixen het meest gedronken.<sup>8</sup>
  - Onder jongens is bier de meest populaire drank: van de jongens die de afgelopen maand alcohol hebben gedronken zegt 42 procent wekelijks bier te drinken.
  - Onder meisjes zijn breezers het populairst: van de meisjes die de afgelopen maand alcohol hebben gedronken drinkt dertig procent wekelijks breezers.

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



Percentage drinkers ooit in het leven. Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.<sup>8</sup>

Uit een vergelijking met cijfers van de landelijke Health Behaviour of School-aged Children (HBSC) studie uit 2005 blijkt dat zowel het oitgebruik van alcohol als het gebruik in de laatste maand in de hele groep scholieren van 12 tot en met 16 jaar tussen 2003 en 2005 stabiel is gebleven.<sup>9</sup>

- Onder de jongste leeftijdsgroepen is het gebruik van alcohol tussen 2003 en 2005 echter iets gedaald. In 2003 had 71 procent van de twaalfjarigen ooit alcohol gedronken, in 2005 was dit nog 61 procent. Eenzelfde daling werd gevonden bij dertienjarigen; van tachtig procent in 2003 naar zeventig procent in 2005. Ook het percentage twaalfjarigen dat de afgelopen maand alcohol heeft gedronken is licht gedaald (van 31% naar 23%).
- Het percentage scholieren dat in de afgelopen vier weken wel eens vijf glazen of meer alcohol bij één gelegenheid heeft gedronken ('binge drinken') is tussen 2003 en 2005 stabiel gebleven (respectievelijk 35% en 37%).
- Onder de leerlingen die drinken nam het binge drinken echter toe. Van de leerlingen die de afgelopen maand hebben gedronken zegt in 2005 75 procent vijf of meer glazen gedronken te hebben, tegenover 64 procent in 2003.
- Volgens cijfers van het NPO is het binge drinken in de leeftijdsgroep 15-24 jaar tussen 2001 en 2005 echter afgenomen, van 53 procent naar 40 procent. Het betreft in deze studie mensen die in het afgelopen half jaar wel eens zes of meer glazen alcohol op één dag hebben gedronken. Dit is een andere definitie dan in de HBSC studie; de twee trends zijn daarmee niet onderling te vergelijken.<sup>4</sup>

### ETNISCHE AFKOMST

- Onder leerlingen van Marokkaanse en Turkse herkomst (12-16 jaar) ligt het actuele alcoholgebruik beduidend lager dan onder autochtone leerlingen (respectievelijk 8% en 15% versus 63%). Leerlingen van Surinaamse herkomst nemen een tussenpositie in (47%).<sup>8</sup>
- De hoeveelheid die per keer gedronken wordt verschilt echter niet tussen etnische groeperingen.<sup>119</sup>

### ALCOHOL EN PROBLEEMGEDRAG

- Leerlingen van 12-16 jaar die wekelijks drinken vertonen meer delinquent en agressief gedrag dan jongeren die niet wekelijks drinken. Er is geen verschil tussen jongens en meisjes, maar het verband is sterker bij de jongere leeftijdsgroepen.<sup>120</sup>
- Onder jongeren van 12 en 13 jaar hangt wekelijks alcoholgebruik ook samen met somatische klachten en angst- en depressieve klachten.

## SPECIALE GROEPEN JONGEREN

### *Uitgaande jongeren*

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

- In 2005 dronk een vijfde van de uitgaande jongeren van dertien jaar tijdens het stappen alcoholhoudende dranken, bijna tweederde van de veertien- en vijftienjarigen en bijna negen van de tien zestien- en zeventienjarigen. Deze percentages zijn vergelijkbaar met 2003.<sup>121</sup>
- Negen van de tien Haagse uitgaande jongeren (15-35 jaar) hadden in 2003 in de afgelopen maand alcohol gedronken en zes op de tien deden dit in de afgelopen week.<sup>21</sup>
- Het alcoholgebruik ligt onder fans van Hiphop/Rap/R&B lager dan onder de fans van Pop/Rock of Dance/House/Techno. Dit hangt mogelijk samen met de voorkeur van Marokkanen voor deze muzieksoort. Alcoholgebruik komt minder vaak voor onder Marokkanen.<sup>21</sup>
- In Amsterdam drinkt eenderde van zowel de coffeeshopbezoekers als de bezoekers van trendy clubs dagelijks alcohol of een paar keer per week minstens vier of vijf glazen per keer. Van de cafébezoekers drinkt de helft een paar keer per week alcohol en zeven procent dagelijks. Het percentage cafébezoekers dat dagelijks alcohol drinkt lijkt sinds 2000 gelijk gebleven.<sup>12;16;17</sup>
- Het percentage binge drinkers (6 of meer glazen) onder uitgaande jongeren varieert in verschillende studies tussen de 49 en 64 procent.<sup>17;28;29</sup>

### *Indrinken*

- Volgens observaties van sleutelfiguren in het uitgaansleven wordt er de afgelopen jaren steeds vaker “ingedronken”.<sup>18</sup> Dit indrinken kan thuis, op straat, in een keet of bij vrienden gebeuren, maar steeds meer ook in de horeca zelf (door middel van prijsacties). Over het algemeen lijken het vooral jeugdigen te zijn die voor het stappen gaan indrinken om kosten te besparen.
- Een onderzoek in 2005 onder uitgaande jongeren (13-17 jaar) laat zien dat de helft van degenen die alcohol drinken dit wel eens doet vóór het uitgaan. Dit gebeurt vooral thuis (61%) of bij vrienden (65%).<sup>121</sup> Per leeftijdsgroep verschillen de percentages ‘indrinkers’:
  - een kwart (26%) van de 13-jarige uitgaande drinkers (ofwel anderhalf procent van alle 13 jarigen).
  - 41 procent van de 14/15-jarige uitgaande drinkers (ofwel twaalf procent van alle 14/15 jarigen).
  - 56 procent van de 16/17-jarige uitgaande drinkers (ofwel 39 procent van alle 16/17 jarigen).



**TABEL 6.2 ALCOHOLGEBRUIK ONDER UITGAANDE JONGEREN**

Populatie	Locatie	Peiljaar	Maat voor alcoholgebruik <sup>1</sup>	Leeftijd (jaar)	Percentage
Uitgaande jongeren algemeen	Landelijk	2005	Afgelopen jaar	13	19%
				14–15	62%
				16–17	87%
Bezoekers van dance party's, buitenfestivals, centrum	Den Haag	2003	Afgelopen maand Afgelopen week	15–35	88%
					60%
Cafébezoekers	Zaandam	2006	Binge drinken: zes glazen of meer tien glazen of meer	14–44 gemiddeld	64%
				21 jaar	50%
Bezoekers van cafés en sportkantines	Noordwijk	2004	Binge drinken: meer dan 6 glazen meer dan 10 glazen	gemiddeld 23 jaar	61%
					32%
Bezoekers discotheken	Nijmegen	2005	Binge drinken: 10 of meer glazen	15–40 gemiddeld	29%
				21 jaar	
Cafébezoekers	Amsterdam	2005	Afgelopen maand Dagelijks of paar keer per week minstens vier of vijf glazen per keer	doorsnee 26 jaar	97%
					33%
Coffeeshop-bezoekers	Amsterdam	2001	Binge drinken: zes glazen of meer Dagelijks of paar keer per week minstens vier of vijf glazen per keer	gemiddeld 25 jaar	49%
					30%
Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	2003	Dagelijks of paar keer per week minstens vier of vijf glazen per keer	gemiddeld 28 jaar	33%

De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Referenties: <sup>12;16;17;21;28;122;29;30;121</sup>

*1. De volgende definities van binge drinken worden gehanteerd: Zaandam: 6/10 glazen of meer op een gemiddelde uitgaansavond; Noordwijk: gemiddeld meer dan 6/10 glazen op een weekenddag; Nijmegen: 10 of meer glazen op de avond van het onderzoek; Amsterdam: 6/10 glazen of meer tijdens het uitgaan.*

### *Bezoek keten*

Elf procent van de jongeren (13-17 jaar) bezoekt wel eens een keet.<sup>121</sup> Dit zijn particuliere ruimtes (vaak een schuur, zolder of caravan) waar jongeren bijeenkomen voor de gezelligheid en om te drinken. In Nederland zijn er naar schatting 1 500 keten.<sup>123</sup>

- Van de 13-jarigen gaat acht procent wel eens naar een keet, van de 14-15-jarigen vijftien procent en van de 16-17-jarigen twaalf procent.<sup>121</sup>
- Met name de oudere groepen drinken alcohol in de keet. Van de 16-17-jarigen die aangeven een keet te bezoeken drinkt 82 procent daar alcohol. Van de 14-15-jarigen en 13-jarigen die een keet bezoeken drinkt respectievelijk 65 procent en 26 procent daar alcohol.
- Gemiddeld worden er vijf glazen alcohol gedronken.

### *Overige groepen jongeren*

Alcoholgebruik komt ook veel voor onder (jonge) vakantiegangers en onder bepaalde groepen probleemjongeren.

- Onderzoek op jongerencampings (gemiddelde leeftijd 17,4 jaar) wijst uit dat ruim tachtig procent van de jongens en bijna de helft van de meisjes op elke dag van de vakantie alcohol drinkt. Jongens drinken gemiddeld zeventien glazen per dag en meisjes zeven.<sup>124</sup>
- Jongeren in een spijbelopvangproject in Amsterdam zijn vaker actuele drinkers (ruim 50%) dan hun leeftijdgenoten die niet spijbelen maar naar school gaan (40%).<sup>12</sup>
- Jongeren op scholen voor Zeer Moeilijk Opvoedbare Kinderen (ZMOK) verschillen qua frequentie en intensiteit van alcoholgebruik niet significant van jongeren in het regulier onderwijs. Wanneer alleen de autochtone jongeren worden vergeleken, drinken jongeren op ZMOK scholen echter wel frequenter en meer.<sup>125</sup>

## **6.4 PROBLEEMGEBRUIKERS**

De omvang van de alcoholproblematiek hangt af van de gehanteerde definitie. In onderzoek wordt wel onderscheid gemaakt tussen zwaar drinken, probleemdrinken, onverantwoord drinken 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 2005 elf procent van de bevolking van twaalf jaar en ouder een zware drinker. Dat is ongeveer evenveel als tien jaar geleden. De afgelopen jaren wijzen misschien op een dalende trend maar een duidelijk patroon is nog niet te zien: 13 procent in 2000, 14 procent in 2001, 12 procent in 2002, 11 procent in 2003 en 12 procent in 2004.

- Het betrof in 2005 viereneenhalf keer zoveel mannen als vrouwen.
- Jongeren tussen de 18 en 24 jaar scoren het hoogst op deze maat. In 2005 was het percentage zware drinkers onder jonge mannen 33 procent en onder jonge vrouwen acht procent (tabel 6.3). Dit is minder dan in 2002. Toen kwam zwaar drinken voor bij 42 procent van de jonge mannen en 18 procent van de jonge vrouwen.

**TABEL 6.3 ZWARE DRINKERS VAN ALCOHOL NAAR GESLACHT EN LEEFTIJD ONDER MENSEN VAN 12 JAAR EN OUDER. PEILJAAR 2005**

	<i>Man</i>	<i>Vrouw</i>	<i>Totaal</i>
12-17 jaar	8%	4%	6%
18-24 jaar	33%	8%	19%
25-34 jaar	22%	4%	13%
35-44 jaar	16%	3%	9%
45-54 jaar	25%	5%	15%
55-64 jaar	18%	5%	12%
65-74 jaar	9%	1%	5%
75 jaar en ouder	3%	1%	2%
Totaal: 12 jaar en ouder	18%	4%	11%

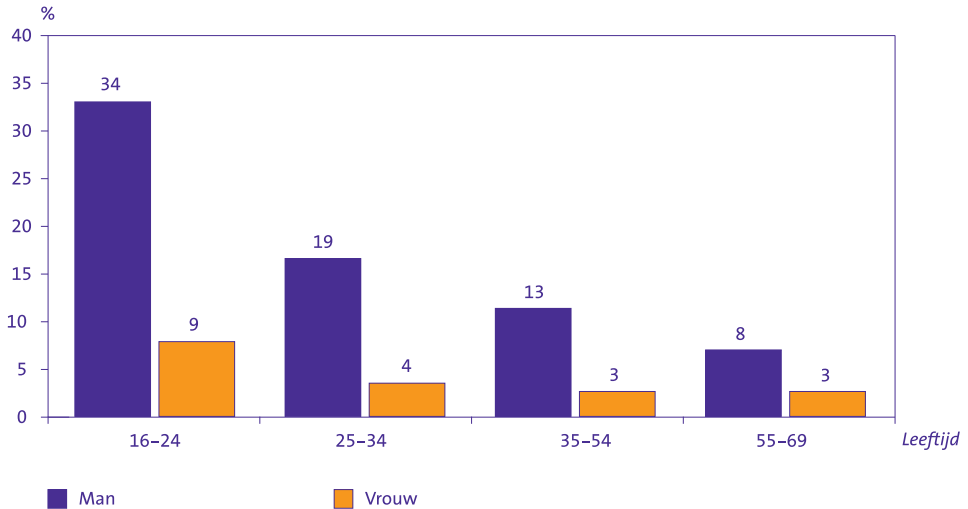
*Percentage mensen dat op één of meer dagen per week zes of meer glazen alcohol drinkt. Bron: POLS, CBS.*

## PROBLEEMDRINKEN

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

- In 2003 was tien procent van de Nederlandse bevolking van 16-69 jaar een probleemdrinker, meer mannen (17%) dan vrouwen (4%).<sup>126</sup>
- Probleemdrinken komt het meest voor in de leeftijd 16-24 jaar; 34 procent van de mannen en negen procent van de vrouwen in deze leeftijdsgroep is een probleemdrinker (figuur 6.3).
- Van de probleemdrinkers in 2003 bleek een jaar later bijna de helft (46%) nog steeds een probleemdrinker te zijn. Ruim de helft voldoet daarmee dus niet meer aan de criteria van probleemdrinken.<sup>127</sup>
- Of de personen na één jaar nog steeds probleemdrinker zijn wordt voornamelijk bepaald door de ernst van de alcoholgerelateerde problemen, de leeftijd en het geslacht. De kans om probleemdrinker te blijven neemt toe met de ernst van de problematiek en is het grootst onder jonge mensen en mannen.
- Van de personen die in 2003 geen probleemdrinker waren, bleek in 2004 twee procent een probleemdrinker te zijn geworden (incidentie).

FIGUUR 6.3 PERCENTAGE PROBLEEMDRINKERS NAAR LEEFTIJD EN GESLACHT. PEILJAAR 2003



Bron: Universiteit Maastricht.<sup>126</sup>

### ALCOHOLMISBRUIK EN -AFHANKELIJKHEID

- Volgens gegevens van het Nemesis-onderzoek uit 1996 voldeed acht procent van de Nederlandse bevolking van 18-64 jaar aan de diagnostische criteria voor alcoholafhankelijkheid of alcoholmisbruik (alcoholmisbruik 4,6% en alcoholafhankelijkheid 3,7%). Recentere cijfers zijn niet beschikbaar.<sup>128</sup>
- Alcoholmisbruik en -afhankelijkheid komen het meest voor bij jonge mannen tussen de 18 en 25 jaar; achttien procent voldeed in 1996 aan de criteria voor alcoholmisbruik en dertien procent aan de criteria voor alcoholafhankelijkheid.<sup>129</sup>

In de algemene bevolking herstelt in de loop van de tijd een groot deel van de mensen die op enig moment voldoen aan de diagnose alcoholmisbruik of alcoholafhankelijkheid.<sup>130</sup>

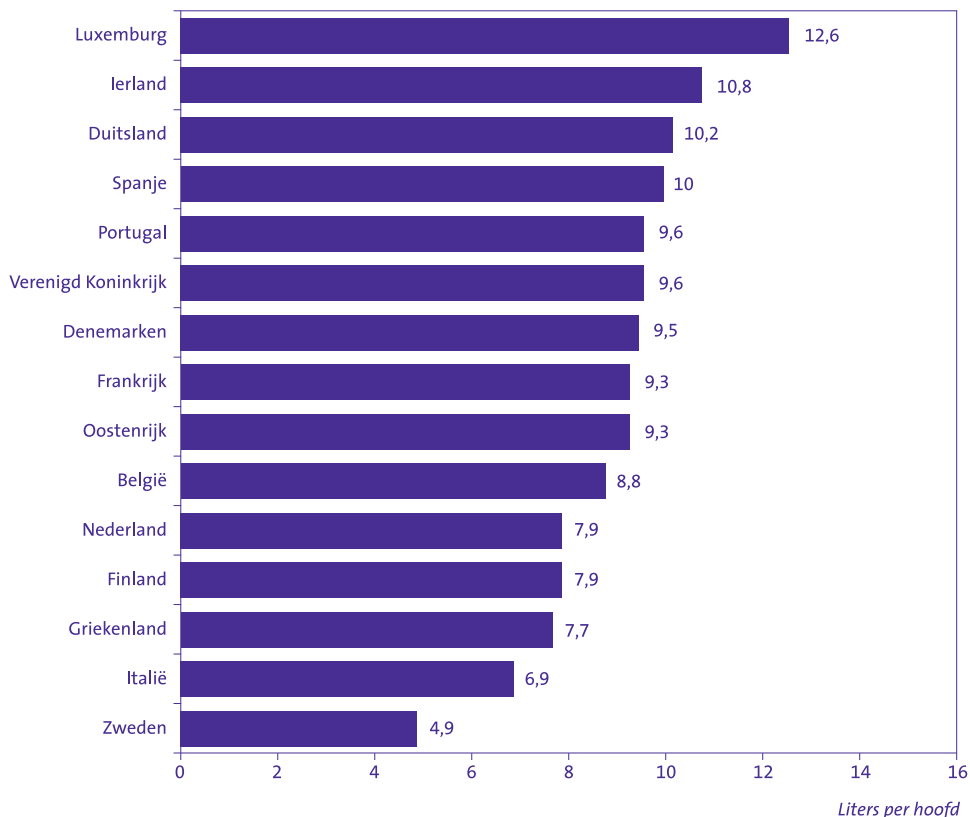
- Van de mensen met alcoholmisbruik herstelt 85 procent over een periode van drie jaar.
- Van de mensen met alcoholafhankelijkheid herstelt 74 procent over een periode van drie jaar.
- Van de mensen die hersteld waren valt maar een klein gedeelte terug in hun drinkgedrag.

## 6.5 GEBRUIK: INTERNATIONALE VERGELIJKING

### ALGEMENE BEVOLKING

- In 2003 varieerde de alcoholconsumptie in West-Europa van 4,9 tot 12,6 liter per hoofd van de bevolking (figuur 6.4). In vergelijking met de andere West-Europese landen lijkt Nederland een lage middenpositie in te nemen.
- 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' en thuis gebrouwd. Daarom zijn de cijfers niet helemaal vergelijkbaar.<sup>131</sup>

**FIGUUR 6.4 MATE VAN DRINKEN IN EEN AANTAL LIDSTATEN VAN DE EUROPESE UNIE, GEMETEN IN LITERS PURE ALCOHOL PER HOOFD VAN DE HELE BEVOLKING. PEILJAAR 2003**



Bron: Productschap Dranken, Commissie Gedistilleerd.

## JONGEREN

In het ESPAD-onderzoek onder scholieren van vijftien en zestien jaar is gevraagd naar het gebruik van alcohol en de frequentie van dronkenschap.<sup>44</sup>

- Tabel 6.4 toont het alcoholgebruik in een aantal landen van de EU en Noorwegen. België, Duitsland en Oostenrijk deden alleen in 2003 mee. De Verenigde Staten deden niet mee aan ESPAD maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit.
- In 2003 stond Nederland in de hoogste regionen wat betreft de maat 'veertig keer of meer alcohol gedronken in het hele leven'.
- Nederland stond aan kop op de maat 'minstens tien keer alcohol drinken in de maand voorafgaand aan de peiling'.
- Op de maat 'dronkenschap' scoorden Nederlandse scholieren beduidend minder hoog. Ongeveer één op de acht gaf aan minstens twintig keer dronken te zijn geweest in het hele leven.
- Tussen 1999 en 2003 nam het percentage leerlingen dat in de laatste maand 10 of meer keer had gedronken toe in Nederland en Italië. Dit percentage nam af in Denemarken.
- Twintig of meer keer dronkenschap in het leven was in 2003 alleen afgenomen in Denemarken, in de overige landen bleef dit stabiel.

Uit een studie waarin de waargenomen beschikbaarheid en gebruik van alcohol onder scholieren tussen veertien en zeventien jaar werd vergeleken tussen Nederland en Frankrijk bleek het volgende:<sup>15;132</sup>

- Nederlandse jongeren vinden het makkelijker om alcohol te verkrijgen dan Franse jongeren; 72 procent van de Nederlandse en 59 procent van de Franse jongeren vinden het makkelijk om alcohol te verkrijgen.
- In beide landen is er een verband tussen waargenomen beschikbaarheid en alcoholgebruik; jongeren die het makkelijk vinden om aan alcohol te komen drinken vaker en drinken vaker vijf glazen of meer bij één gelegenheid.
- De waargenomen beschikbaarheid heeft in Nederland meer invloed op het gebruik dan in Frankrijk.
- Er is geen verschil tussen Frankrijk en Nederland in de kans dat jongeren vanwege drankgebruik bij geweld of agressie betrokken raken als gecontroleerd wordt op relevante aspecten van het drinkpatroon.
- Bij Franse jongeren is de kans groter dat leeftijdgenoten en/of ouderen kritiek hebben op hun drankgebruik zelfs voordat het nadelige gevolgen heeft. De (informele) sociale controle op drankgebruik van jongeren is in Frankrijk sterker dan in Nederland.

**TABEL 6.4 CONSUMPTIE VAN ALCOHOL EN DRONKENSCHAP BIJ LEERLINGEN VAN 15 EN 16 JAAR IN EEN AANTAL LIDSTATEN VAN DE EU, NOORWEGEN EN DE VERENIGDE STATEN. PEILJAAR 2003**

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

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

## 6.6 HULPVRAAG

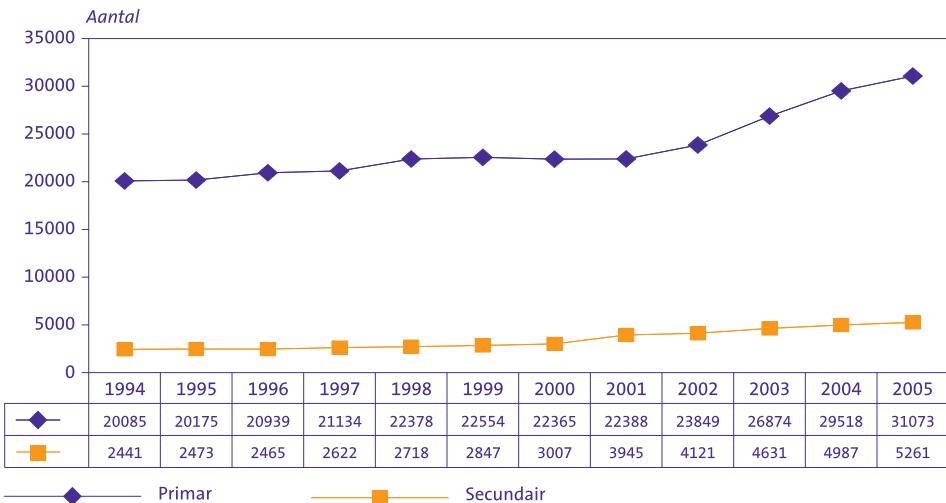
### AMBULANTE VERSLAVINGSZORG

Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) registreert hoeveel mensen hulp vragen bij de (ambulante) verslavingszorg, inclusief de verslavingsreclassering en de verslavingsklinieken die zijn gefuseerd met de ambulante verslavingszorg. (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS.) Vanwege technische problemen kon de Jellinek, instelling voor verslavingszorg in Amsterdam en de Gooi- en vechtstreek, haar gegevens voor 2005 nog niet aanleveren aan het LADIS. Het aandeel van de Jellinek is er daarom voor 2005 bijgeschat via een extrapolatie van de gegevens uit 2004.<sup>45</sup>

- In 2005 stonden er 31 073 personen geregistreerd bij de (ambulante) verslavingszorg met als primaire problematiek alcoholgebruik. Dit is naar schatting drie procent van het aantal probleemdrinkers.

- Het absolute aantal cliënten met een primair alcoholprobleem in de (ambulante) verslavingszorg is tussen 1996 en 2005 met 48 procent toegenomen (figuur 6.5). Van 2004 naar 2005 ging het om een toename van vijf procent. Mogelijk is deze toename gerelateerd aan het Actieplan Alcohol van de instellingen voor verslavingszorg van GGZ Nederland.<sup>133</sup>
- Per 10 000 inwoners in Nederland steeg het aantal primaire alcoholcliënten van veertien in 2000 naar negentien in 2005.
- Het aandeel van alcohol op alle verzoeken om hulp bij de ambulante verslavingszorg varieerde van 1994 tot 2000 tussen de 37 procent en 40 procent. Daarna is een duidelijke stijging te zien van 41 procent in 2001 naar 47 procent in 2005.
- In 2005 was een vijfde (21%) van de primaire cliënten een nieuwkomer. Zij stonden niet eerder ingeschreven bij de (ambulante) verslavingszorg vanwege een alcoholprobleem. Dit is ongeveer gelijk aan het percentage nieuwkomers in 2004 (23%).
- Voor driekwart van de primaire alcoholcliënten was alcohol het enige probleemmiddel (75%). Een kwart rapporteerde een bijmiddel (25%).
- Het aantal cliënten van de (ambulante) verslavingszorg dat alcohol als secundair probleem noemt is eveneens gestegen tussen 1995 en 2005 (figuur 6.5). In 2005 is het aantal secundaire alcoholcliënten met vijf procent toegenomen vergeleken met het jaar 2004. Voor deze groep is cocaïne (44%), cannabis (22%) of heroïne (16%) het primaire probleem.

**FIGUUR 6.5 AANTAL CLIËNTEN BIJ DE (AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG MET PRIMAIRE OF SECUNDAIRE ALCOHOLPROBLEMATIEK, VANAF 1995**



Bron: LADIS, IVZ.



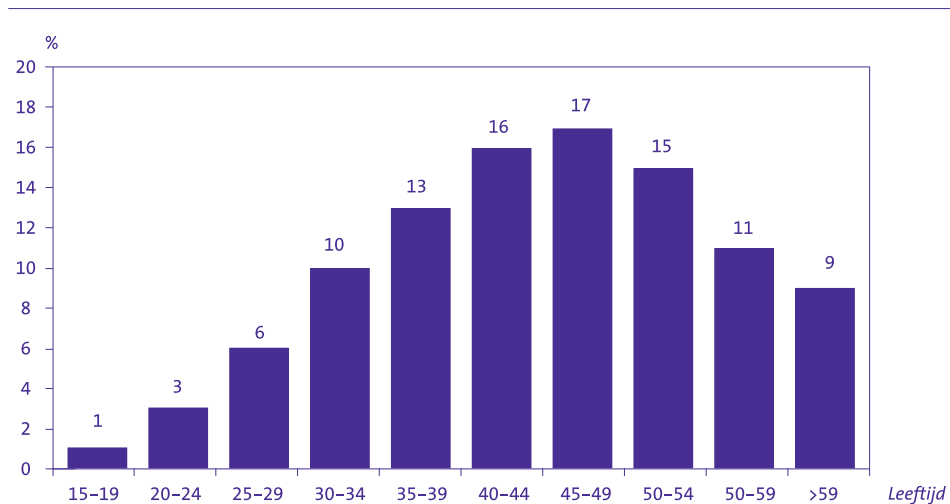
### Leeftijd en geslacht

- In 2005 was het merendeel van de primaire alcoholcliënten man (75%). Het aandeel vrouwen schommelde in de periode 1994-2005 tussen 23 en 27 procent.
- Van de primaire alcoholcliënten was 89 procent autochtoon, twee procent westers allochtoon en negen procent niet-westers allochtoon.
- De gemiddelde leeftijd in 2005 was 44 jaar. De piek ligt in de leeftijdsgroep 40-54 jaar (figuur 6.6).

Het aandeel ouderen met een hulpvraag is toegenomen.<sup>134</sup>

- Twintig procent van de ambulante alcoholcliënten is 55 jaar of ouder. Tien jaar geleden was dit nog dertien procent.
- Sinds 1996 is het aantal 55-plussers met een alcoholhulpvraag met ruim negentig procent gestegen (gecorrigeerd voor vergrijzing). Bij de cliënten onder de 55 jaar is dit 39 procent.
- Eenderde (32%) van de 55-plussers met een hulpvraag is vrouw. Onder de 55 jaar is dat 24 procent.
- De groep vrouwen boven de 55 jaar met een alcoholhulpvraag is sneller gegroeid dan de groep mannen. In 2005 was 32 procent van de groep hulpvragers boven de 55 jaar vrouw, in 1996 betrof dit nog 28 procent.

**FIGUUR 6.6 LEEFTIJDVERDELING VAN PRIMAIRE ALCOHOLCLIËNTEN BIJ DE (AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG. PEILJAAR 2005**



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Bron: LADIS, IVZ.

### *Regionale ontwikkeling*

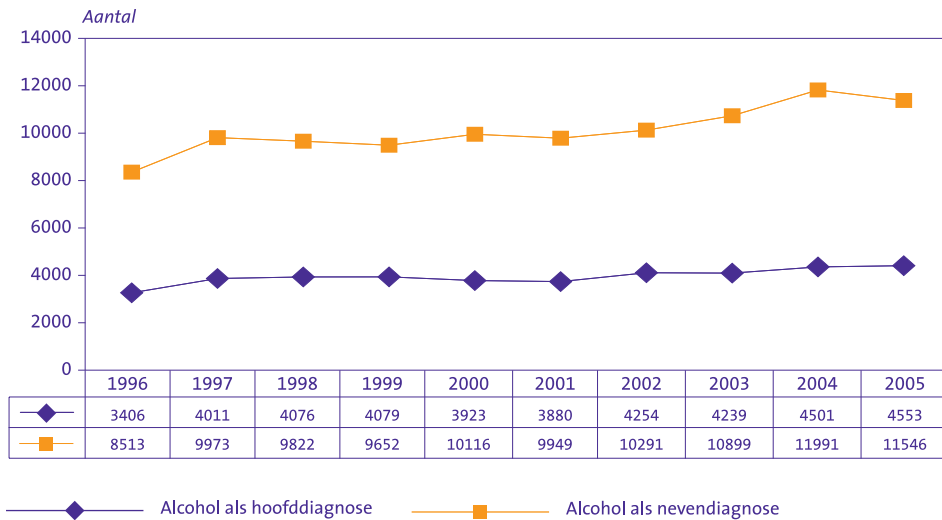
- Bij vergelijking van de periode 2001-2005 met de periode 1996-2000, is er een toename van het aantal alcoholcliënten buiten de Randstad, waarbij de regio's Oost-Brabant en de Achterhoek er het meest uitspringen.

### **ALGEMENE ZIEKENHUIZEN EN INCIDENTEN**

Het aantal klinische opnames in algemene ziekenhuizen met als hoofddiagnose een aan alcohol gerelateerde aandoening, is van 1996 tot 2005 met een derde (34%) gestegen (figuur 6.7). Van 2004 naar 2005 bleef het aantal klinische opnames vrijwel op het zelfde niveau.

- In 2005 vonden er 4 553 opnames plaats met een alcoholaandoening als hoofddiagnose. De meest voorkomende diagnoses betroffen:
  - alcoholmisbruik (29%)
  - alcoholische leverziekte (28%)
  - alcoholafhankelijkheid (17%)
  - intoxicatie en toxische gevolgen van alcohol (15%)
  - alcoholpsychosen (10%).
- Alcoholproblematiek wordt veel vaker als neventdiagnose gesteld. Tussen 1996 en 2004 steeg het aantal neventdiagnoses (figuur 6.7). Van 2003 naar 2004 ging het om een toename van veertien procent. In 2005 lijkt het aantal neventdiagnoses te stabiliseren.
- In 2005 stonden er 11 546 alcohol gerelateerde neventdiagnoses geregistreerd. In volgorde van voorkomen betrof het alcoholmisbruik (48%), alcoholafhankelijkheid (24%), alcoholische leverziekte (14%), intoxicatie en toxisch gevolg van alcohol (6%) en alcoholpsychosen (6%). Hoofddiagnoses bij deze neventdiagnoses waren:
  - ongevallen (anders dan vergiftigingen) (30%)
  - spijsverteringsstoornissen (16%)
  - vergiftiging (14%)
  - ziekten van hart- en vaatstelsel (6%)
  - ziekten en symptomen van de ademhalingswegen (4%)
  - psychosen (4%).

**FIGUUR 6.7 KLINISCHE OPNAMEN IN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN MET EEN AAN ALCOHOL GERELATEERDE PROBLEMATIEK, VANAF 1996**



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

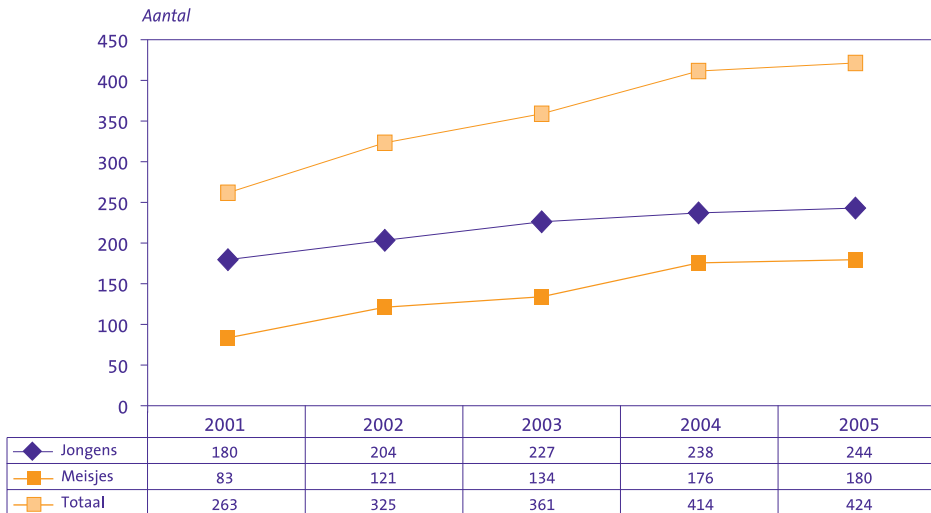
- Dezelfde persoon kan meer dan één keer per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één nevendiagnose worden gesteld. Gecorrigeerd voor dubbeltellingen ging het in 2005 om 12 198 personen. Zij werden dat jaar minstens één keer opgenomen met één (of meer) aan alcohol gerelateerde aandoening(en) als hoofd- of nevendiagnose. Zij waren gemiddeld 47 jaar en 70 procent was man.
- Er is hier waarschijnlijk sprake van een onderschatting, omdat men in ziekenhuizen lang niet altijd de rol van alcohol als oorzaak van ziekte herkent en registreert.
- In 2005 werden ook 357 dagopnames vanwege een alcohol gerelateerde hoofddiagnose geregistreerd. In 2004 waren dat er 347 en in 2003 415.

Tussen 2001 en 2005 is het aantal kinderen en jongeren van 16 jaar of jonger dat in het ziekenhuis is opgenomen vanwege aan alcohol gerelateerde problematiek sterk gestegen (figuur 6.8).

- In 2005 zijn 424 kinderen van 16 jaar of jonger opgenomen vanwege aan alcohol gerelateerde problematiek. Dit waren meer jongens (244) dan meisjes (180).

- Dit is aanzienlijk meer dan in 2001. Toen waren het nog 263 kinderen, een stijging van 61 procent.
- De stijging is groter onder meisjes dan onder jongens. Bij meisjes is het aantal opnames sinds 2001 meer dan verdubbeld (een stijging van 117%), bij jongens is het met ruim een derde (36%) toegenomen.

**FIGUUR 6.8 KLINISCHE OPNAMES (HOOFD- OF NEVENDIAGNOSE) VAN KINDEREN VAN 16 JAAR OF JONGER MET EEN AAN ALCOHOL GERELATEERDE PROBLEMATIEK, VANAF 2001**



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

Een gemiddelde huisartspraktijk (2 350 patiënten) telt circa 200 probleemdrinkers. Hiervan is slechts een minderheid als zodanig bij de huisarts bekend: de huisarts stelt slechts bij 1,7 op de 100 000 patiënten chronisch alcoholgebruik vast.<sup>135;136</sup>

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

- In 2005 registreerden de ambulancediensten in Amsterdam 2 056 alcoholgerelateerde meldingen.
- Het aantal alcoholgerelateerde ambulanceritten daalde tussen 2001 en 2003 licht (1 957 in 2001; 1 887 in 2002; 1 733 in 2003) en stijgt sindsdien (1 825 in 2004; 2 056 in 2005).

- Ten opzichte van 2004 is sprake van een stijging van dertien procent.
- De helft van de patiënten (50%) werd naar de Eerste Hulp post van een ziekenhuis vervoerd. Bij de andere helft van de gevallen verleende het ambulancepersoneel ter plaatse eerste hulp.

Volgens het Letsel Informatie Systeem (LIS) van Consument en Veiligheid<sup>b</sup> ontvangen jaarlijks ongeveer 13 000 personen spoedeisende hulp in een ziekenhuis voor letsel vanwege een ongeval, geweld of zelfmutilatie waarbij alcohol betrokken was (tabel 6.5).<sup>46</sup>

- Van de geregistreerde slachtoffers is 73 procent man.
- Twaalf procent is tussen 0 en 19 jaar (dat betekent jaarlijks 1 550 kinderen), 25 procent valt in de leeftijdsgroep 20-29 jaar en 41 procent in de leeftijdsgroep 30-49 jaar.
- De helft van de ongevallen vindt plaats in de privé-sfeer (tabel 6.5), zoals een val onder invloed van alcohol of vergiftiging door alcohol. Op de tweede plaats staan verkeersongevallen (vooral valpartijen van de fiets), gevolgd door zelfmutilatie (waarbij het vaak gaat om een combinatie van alcohol met drugs en/of medicijnen) en geweldspleging.
- In dertig procent van de gevallen betreft het vergiftiging door alcohol, al dan niet in combinatie met anderen middelen.
- Meer dan één op de drie slachtoffers werd in het ziekenhuis opgenomen (36%). Ter vergelijking: bij een gemiddeld privé-ongeval bedraagt het opnamepercentage tien procent, bij een verkeersongeval zestien procent.
- In de jaren 2001-2005 staan 31 personen geregistreerd die na de behandeling op de spoedeisende hulp voor een aan alcohol gerelateerd ongeval zijn overleden.
- De totale jaarlijkse directe medische kosten voor slachtoffers die na een ongeval, geweld of zelfmutilatie, waarbij alcohol betrokken is, zijn behandeld op de SEH of in het ziekenhuis zijn opgenomen, worden geschat op 31 miljoen euro.
- Deze cijfers zijn waarschijnlijk een onderschatting van het werkelijke aantal aan alcohol gerelateerde ongevallen.

---

<sup>b</sup> Cijfers zijn schattingen voor het hele land, gebaseerd op gegevens van een representatieve steekproef van ziekenhuizen.

**TABEL 6.5 AARD VAN AAN ALCOHOL GERELATEERDE ONGEVALLLEN DIE ZIJN BEHANDELD OP EEN AFDELING VOOR SPOEDEISENDE HULP IN NEDERLANDSE ZIEKENHUIZEN (GEMIDDELD OVER 2001-2005)**

Type ongeval	Aantal	Percentage
Privé-ongeval	6 700	53%
Verkeersongeval	3 000	23%
Zelfmutilatie <sup>1</sup>	2 200	17%
Geweldspleging	800	6%
Totaal	±13 000	100%

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

In 2004 is onderzoek verricht naar het gebruik van alcohol onder 5 500 bezoekers van spoedeisende eerste hulp afdelingen in vier ziekenhuizen in Nederland (Rotterdam, Maastricht, Emmen, Amersfoort).<sup>47</sup>

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

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

- In 2006 vonden 1 658 informatieverzoeken plaats voor vergiftigingen met alcoholische dranken, iets minder dan in 2005 en 2004. Dit zou kunnen duiden op een afname van het aantal intoxicaties, maar zeker is dat niet. Artsen hebben geen meldingsplicht voor intoxicaties. Bovendien zijn artsen veelal vertrouwd met alcohol en overdoseringen daarmee. Het werkelijke aantal intoxicaties zal daarom beduidend hoger liggen dan het aantal informatieverzoeken vanwege alcohol.
- In 2005 en 2006 had bijna driekwart van de gevallen betrekking op een combinatie van alcohol met geneesmiddelen.
- Het aantal informatieverzoeken over alcoholvergiftigingen bij jongeren van 13 tot en met 17 jaar is de afgelopen jaren gestegen van circa 4 procent in 2002 naar 8 procent in 2005. In 2006 was geen verdere toename te zien. Alcoholintoxicaties bij jongeren zijn meestal het gevolg van het drinken van gedistilleerde sterke drank met vrienden.<sup>137</sup>

**TABEL 6.6 INFORMATIEVERZOEKEN VANWEGE ALCOHOLINTOXICATIES BIJ HET NATIONAAL VERGIFTIGINGEN INFORMATIECENTRUM, VANAF 2000**

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

Aantal informatieverzoeken per jaar. Bron: NVIC, RIVM.

Personen die veel alcohol drinken zijn zowel vaker dader als slachtoffer van geweld.<sup>138</sup>

- Personen die één keer per maand tot elke dag aangeschoten of dronken zijn hebben bijna drie keer zoveel kans om slachtoffer te worden in vergelijking met personen die nooit aangeschoten zijn.
- Voor daderschap geldt dat naast het aantal keren aangeschoten ook de hoeveelheid die in het weekend gedronken wordt van belang is. Personen die twaalf of meer glazen alcoholhoudende drank in een weekend drinken, hebben ruim twee keer zoveel kans om dader te zijn van agressie bij het uitgaan.

Volgens de Adviesdienst Verkeer en Vervoer (AVV) van het Ministerie van Verkeer en Waterstaat waren er in 2005 naar schatting ruim 2 700 doden en ziekenhuisgewonden gevallen in het verkeer door alcoholgebruik (tabel 6.7).<sup>c</sup>

- Het totale aantal alcoholgerelateerde ziekenhuisgewonden en doden in het verkeer is sinds 1996 gedaald (tabel 6.7).
- Ook is het percentage alcoholgerelateerde verkeersdoden en ziekenhuisgewonden in deze periode gedaald ten opzichte van het totaal aantal verkeersdoden en ziekenhuisgewonden.
  - In 1996 was negentien procent van de verkeersdoden en ziekenhuisgewonden alcohol gerelateerd, in 2005 was dit veertien procent.
- De AVV schat de maatschappelijke kosten als gevolg van alcoholgerelateerde verkeersongevallen op ongeveer 2 miljard euro (gebaseerd op cijfers van 2003).

<sup>c</sup> Cijfers overlappen deels met die van het LIS, Consument en Veiligheid.

**TABEL 6.7 GESCHATTE AANTAL GEWONDEN EN DODEN IN HET VERKEER DOOR ALCOHOLGEBRUIK, VANAF 1996**

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Doden	240	225	225	210	200	180	170	170	135	115
Ziekenhuisgewonden	3 800	3 700	3 600	3 300	3 300	3 100	3 000	2 900	2 800	2 600

Bron: Ministerie van Verkeer en Waterstaat/AVV, 2006.

Het percentage automobilisten dat onder invloed van alcohol rijdt is in 2005 opnieuw afgenomen.<sup>139</sup>

- Bij alcoholcontroles gedurende weekendnachten in 2005 bleek 2,8 procent van de gecontroleerde automobilisten meer dan 0,5 promille alcohol in het bloed te hebben. Dit is een significante daling vergeleken met voorgaande jaren (3,4% in 2004 en 4,3% in 2000).
- De afname betreft vooral bestuurders met een iets te hoog alcoholpromillage (0,2-1,3‰). Het aandeel overtreders met een hoog promillage van 1,3‰ of hoger schommelt al jaren rond 0,6%.
- In 2005 reden meer mannen dan vrouwen onder invloed (3,3% versus 1,7%).
- Bij mannen is de afgelopen jaren onder alle leeftijdscategorieën sprake van een daling. Het aandeel vrouwelijke overtreders is ten opzichte van 2004 met één procent gestegen.
- Het hoogste percentage overtreders is bij mannen te vinden in de leeftijd 25-34 jaar, bij vrouwen in de leeftijd 35-49 jaar.
- Het percentage overtreders is het hoogst tussen twee en vier uur 's nachts.

Alcohol- en drugsgebruik in het verkeer verhoogt de kans op serieuze verwondingen.<sup>140</sup>

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

Met ingang van 1 januari 2006 is het toegestane maximale alcoholpromillage voor bestuurders met een zogeheten beginnersrijbewijs (minder dan vijf jaar een rijbewijs) verlaagd van 0,5 naar 0,2‰.<sup>139</sup>



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

## 6.7 ZIEKTE EN STERFTE

### ZIEKTE

#### *Licht en matig alcoholgebruik*

Bij bepaalde bevolkingsgroepen verlaagt een lage dosis alcohol het risico van hart- en vaatziekten. De exacte afname van dit risico en de hoeveelheid alcohol waarbij de grootste afname van het risico plaatsvindt staan echter nog ter discussie.<sup>141</sup>

- Er zijn aanwijzingen dat matige drinkers vergeleken met enerzijds geheelonthouders en anderzijds zware drinkers minder vaak een *aandoening van de kransslagaders* (coronaire hartziekte) krijgen. Mogelijk draagt een toename van de ‘gezonde’ cholesterolsoort HDL-C (high density lipoproteïn cholesterol) hier toe bij.<sup>142;143</sup>
- Matige drinkers lijken ook minder kans te hebben op een *niet-bloedig herseninfarct*. Onder 55-plussers vermindert matig alcoholgebruik misschien ook het risico van vasculaire *dementie, dat is dementie* als gevolg van problemen met de bloedcirculatie in de hersenen.<sup>144</sup>
- De sterkste afname in risico op hart- en vaatziekten lijkt te worden bereikt bij een consumptie van een standaardglas per twee dagen. Bij een consumptie van meer dan twee glazen op een dag neemt het risico op hart- en vaatziekten al weer toe.<sup>141</sup>
- In recent Nederlands onderzoek werd voor matig drinken voor het 45<sup>ste</sup> levensjaar geen effect gevonden op *hart- en vaatziekten* na die leeftijd. In dit onderzoek werd wel een iets lagere kans op vroegtijdig sterven of een diagnose van hart- en vaatziekten gevonden bij mensen van 45 jaar en ouder die matig alcohol drinken. Echter, de sterkte van het gevonden verband bleek mede afhankelijk van de gebruikte alcoholvragenlijst en het in de resultaten betrekken van andere factoren, zoals leefstijl.<sup>145</sup>

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

- Deze verbanden lijken alleen van toepassing op mensen die een regulier matig drinkpatroon hebben, zonder episoden van zwaar drinken.<sup>146</sup>

- In een recente meta-analyse naar de relatie tussen matig alcoholgebruik en sterfte werd geconcludeerd dat de positieve effecten van matig alcoholgebruik op sterfte in het verleden ernstig zijn overschat. Een belangrijke reden hiervan is dat mensen die zijn gestopt met drinken in studies vaak als niet-drinkers werden gekwalificeerd. Stoppen met drinken is echter ook geassocieerd met het hebben van een slechte gezondheid. Wanneer alleen uitgegaan werd van studies zonder deze fout werd geen significant verschil in sterfte gevonden tussen niet-drinkers en matige drinkers.<sup>147</sup>

### *Overmatig alcoholgebruik*

De schadelijke gevolgen van *overmatig* alcoholgebruik zijn talrijk.<sup>148;149;150;141</sup>

- Leefstijlfactoren kunnen leiden tot een behoorlijk aantal jaren doorgebracht in ongezondheid en daarmee tot verlies van kwaliteit van leven. Overmatig alcoholgebruik is de belangrijkste determinant voor verlies aan kwaliteit van leven.<sup>151</sup>
- Bijna 12,5 procent van de ziektelast bij mannen en 2,3 procent van de ziektelast bij vrouwen kan worden toegeschreven aan overmatig alcoholgebruik.
- Alcoholgebruik is gerelateerd aan meer dan zestig medische aandoeningen. Voor de meeste aandoeningen geldt dat het risico toeneemt naarmate men meer alcohol drinkt.<sup>146;141</sup>
- Wereldwijd veroorzaakt alcoholgebruik bijna net zoveel doden en ziektes als roken en hoge bloeddruk. De ziektelast van alcohol is wereldwijd vastgesteld op vier procent. Voor roken is dat 4,1 procent en voor hoge bloeddruk 4,4 procent.<sup>146</sup>
  - In Nederland levert overmatig alcoholgebruik een bijdrage van 4,5 procent aan de ziektelast, vooral door alcoholafhankelijkheid.<sup>152</sup>

Overmatig alcoholgebruik verhoogt het risico op verschillende vormen van *kanker*.<sup>150</sup>

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

Overmatig alcoholgebruik verhoogt eveneens het risico op *hart- en vaatziekten* en *beschadiging van hersenen en zenuwen*.<sup>148;149</sup>

- 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-drinken, het in korte tijd innemen van een grote hoeveelheid alcohol, verhoogt het risico van hart- en vaatziekten, acuut nierfalen en hersenbeschadiging.

De Gezondheidsraad concludeert in een advies over alcoholgebruik bij *conceptie, zwangerschap en borstvoeding* dat het niet mogelijk is om voor alcoholgebruik vóór de conceptie (door vrouw én man) en tijdens de zwangerschap of borstvoeding een veilige ondergrens vast te stellen.<sup>153</sup>

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

In dierexperimentele studies is aangetoond dat de gevoeligheid voor hersenbeschadiging (in termen van functieverlies) door alcohol op jonge leeftijd groter is dan op latere leeftijd.<sup>154</sup>

- Onderzoek bij mensen bevestigt deze stelling, in de zin dat jongeren met alcoholproblematiek vergelijkbaar functieverlies laten zien in vergelijking met leeftijdgenoten zonder alcoholproblematiek.
- Vanwege methodologische tekortkomingen is er minder sterk bewijs voor een direct causaal effect bij adolescenten, al wijzen resultaten uit wetenschappelijk onderzoek in dezelfde richting.

In de recent uitgebrachte 'Richtlijnen gezonde voeding' adviseert de Gezondheidsraad het volgende ten aanzien van alcoholgebruik:<sup>155</sup>

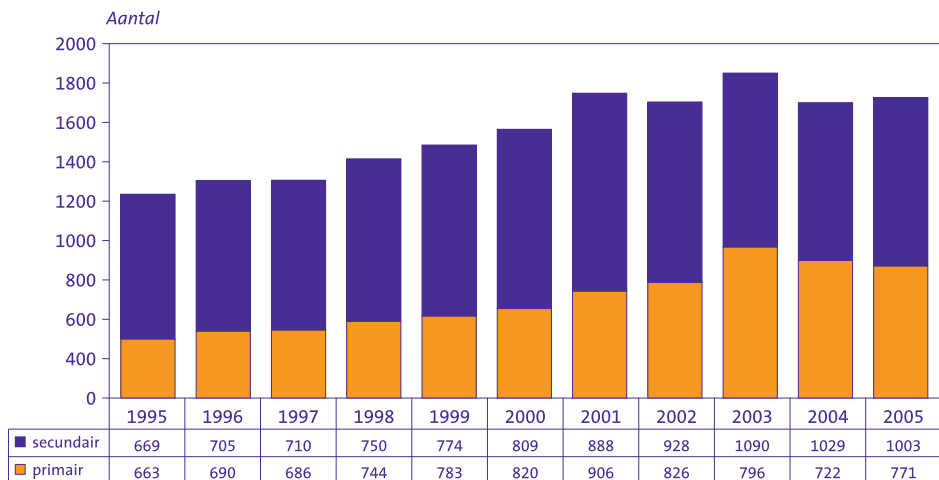
- Niet meer dan twee standaard glazen alcohol per dag voor mannen
- Niet meer dan een standaardglas alcohol per dag voor vrouwen
- Alcoholgebruik door jongeren beneden de achttien jaar wordt ontraden.
- Ook vrouwen die zwanger kunnen/willen worden en vrouwen die borstvoeding geven wordt ontraden alcohol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

## STERFTE

Het totale aantal alcoholdoden vertoonde een stijgende lijn van 1995 tot en met 2003. In 2004 en 2005 was een geringe daling waarneembaar.

- Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS stierven in 2005 bijna achttienhonderd mensen aan oorzaken waarbij alcohol expliciet werd genoemd, ruim dertig procent meer dan in 1995 (figuur 6.9).

**FIGUUR 6.9 STERFTE AAN ALCOHOLGERELATEERDE AANDOENINGEN, VANAF 1995**



Aantal sterftes. 1995: ICD-9 codes 291, 303, 305.0, 357.5, 425.5, 535.3, 571.0-3, 980.0-1, E860.0-2, E950.9\*, E980.9\*

(\* alleen opgenomen indien als complicatie 980.0-1 vermeld is.) Van 1996-2004: ICD-10 codes F10, G31.2,

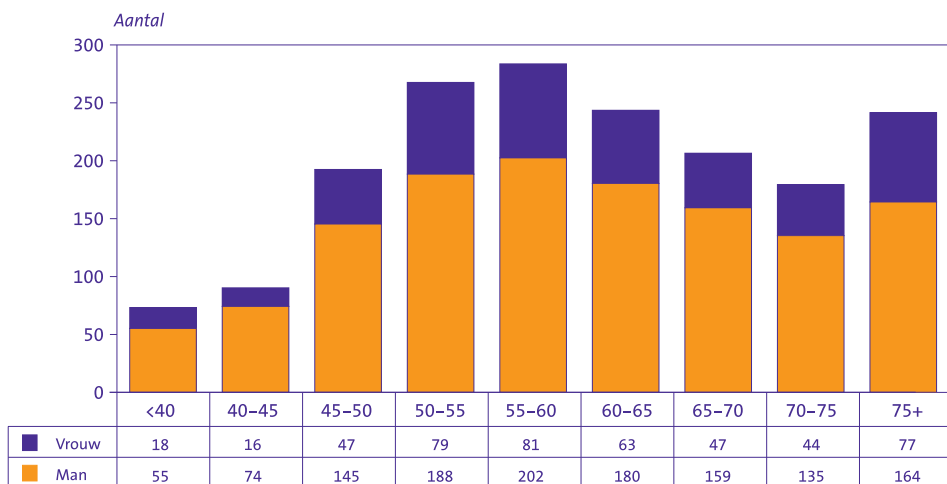
G62.1, I42.6, K29.2, K70.0-4, K70.9, K86.0, X45\*, X65\*, Y15\*, T51.0-1 (\* alleen opgenomen indien als complicatie

T51.0-1 vermeld is). Voor een verklaring van de codes: zie bijlage C. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

*Primaire doodsoorzaak: de ziekte of de gebeurtenis waarmee het proces van gebeurtenissen die tot de dood leidden, in gang is gezet. Men spreekt hierbij wel van de onderliggende ziekte of het grondlijden. Secundaire doodsoorzaak: gevolgen of complicaties van de primaire doodsoorzaak, evenals andere ziekten die tijdens het overlijden aanwezig waren en soms tot de dood hebben bijgedragen.*

- In 2005 stond alcohol in 43 procent van alle sterfgevallen als primaire doodsoorzaak genoemd; in 57 procent van het aantal gevallen was alcoholgebruik de secundaire doodsoorzaak.
- Afhankelijkheid en andere psychische stoornissen door gebruik van alcohol vormden in 2005 de belangrijkste doodsoorzaak (61%), gevolgd door alcoholische leverziekten (33%).
- Alcoholsterfte kwam het meest voor in de leeftijdsgroep vijftig tot 65 jaar (figuur 6.10). De meeste overledenen waren man (gemiddeld 73%).
- De bijdrage van alcoholgebruik aan de sterfte wordt niet altijd herkend. Deze cijfers weerspiegelen daarom niet de hele werkelijkheid.
  - Zo wordt op basis van epidemiologisch onderzoek geschat dat vier tot zes procent van de sterfte aan kanker samenhangt met chronisch excessief alcoholgebruik. Dit zou betekenen dat er in 2002 tussen de 1 500 en 2 300 alcoholgerelateerde kankersterfgevallen zouden zijn geweest in plaats van de 150 geregistreerde gevallen.<sup>156;157</sup>
  - Ook is het aannemelijk dat sterfte door alcoholongevallen en alcoholgerelateerde agressie niet volledig in deze cijfers zijn opgenomen.
- Alcohol staat van alle 'leefstijlfactoren' als doodsoorzaak op de vierde plaats, na roken, lichamelijke inactiviteit en slechte voeding.<sup>158</sup>

**FIGUUR 6.10 STERFTE DOOR ALCOHOL (PRIMAIR EN SECUNDAIR) ONDER MANNEN EN VROUWEN PER LEEFTIJDGROEP. PEILJAAR 2005**



Aantal sterfgevallen. ICD-10 codes: F10, G31.2, G62.1, I42.6, K29.2, K70.0-4, K70.9, K86.0, X45\*, X65\*, Y15\*, T51.0-1 (\* alleen opgenomen indien als complicatie T51.0-1 vermeld is). Voor een verklaring van de codes: zie bijlage C.  
Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

## 6.8 AANBOD EN MARKT

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

- In 2005 had zeven procent van de 13-15-jarigen de afgelopen maand alcohol gekocht in de horeca. Een procent kocht alcohol bij een slijterij en zeven procent bij een levensmiddelenzaak (tabel 6.8).<sup>121</sup>
- Er is sinds 2001 een daling van het percentage jongeren onder de 16 jaar dat zwak-alcoholhoudende dranken koopt. Deze daling is te zien bij zowel de horeca (van 14% naar 7%), bij slijterijen (van 4% naar 1%) als de levensmiddelenzaken (van 13% naar 7%).
- Sterke drank wordt minder vaak gekocht. Van de 16- en 17-jarigen had in 2005 vijf procent de afgelopen maand sterke drank gekocht in een horecagelegenheid en acht procent bij een slijterij. Onder de zestien jaar wordt nauwelijks sterke drank gekocht.
- Er is sinds 2001 een daling van het percentage jongeren dat sterke drank koopt in de horeca (van 4% naar 2%). De daling is bij slijterijen niet significant (van 4% naar 3%).
- Volgens een peiling uit 2004 heeft een kwart van alle jongeren van twaalf tot zestien jaar wel eens alcohol gekocht.<sup>159</sup>

**TABEL 6.8** PERCENTAGE JONGEREN DAT IN DE AFGELOPEN MAAND ONDER DE TOEGESTANE LEEFTIJDGRENZEN ZWAK EN STERK ALCOHOLHOUDENDE DRANK HEEFT GEKOCHT BIJ VERSCHILLENDE VERKOOPPUNTEN. PEILJAAR 2005

		13 jaar	14 en 15 jaar	16 en 17 jaar	totaal
Zwak alcoholhoudende drank	horeca	1	13	-	7
	slijterij	0	2	-	1
	levensmiddelenzaak	2	11	-	7
Sterke drank	horeca	0	1	5	2
	slijterij	0	0,5	8	3

Bron:<sup>121</sup>

Jongeren wordt weinig in de weg gelegd om alcohol te kopen. In 2005 werd de naleving van de leeftijdsgrenzen in Nederlandse *supermarkten en slijterijen* voor het eerst gemeten via de methode van 'mystery shopping' waarbij jongeren in de leeftijd van 15 en 17 jaar in totaal 150 supermarkten en 150 slijterijen bezochten.<sup>160</sup>

- Van alle aankoop pogingen was 86 procent succesvol.
- Het aantal succesvolle aankoop pogingen van zwak alcoholhoudende drank door 15-jarigen bedraagt bij supermarkten 88 procent. Bij de slijterijbezoeken was 77 procent succesvol.
- Bij de aanschaf van sterke drank was 89 procent van de 17-jarigen succesvol.
- Meisjes krijgen vaker alcohol mee dan jongens (93 procent versus 78 procent).
- Een op de zeven jongeren (14%), die soms of regelmatig uitgaat, maakt gebruik, of heeft wel eens gebruik gemaakt van een vals legitimatiebewijs om alcohol te kunnen kopen.<sup>161</sup> Meestal gaat het om legitimaties die zijn vervalst of om legitimaties die zijn geleend van een ouder iemand.

Driekwart van de scholen voor voortgezet onderwijs verstrekt op *schoolfeesten* alcohol.<sup>162</sup>

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

Bij tien procent van de werkende beroepsbevolking is alcohol ook te koop op de *werkplek*, in de kantine of het bedrijfsrestaurant.<sup>118</sup>

- Bij 34 procent is wel eens op een andere manier alcohol op de werkplek beschikbaar, bijvoorbeeld in de koelkast of meegenomen door een collega.
- Bij elf procent wordt minstens één keer per week een bedrijfsborrel met alcohol georganiseerd.

## ACCIJNS

- De verhoging van de accijns op gedistilleerd met achttien procent per 1 januari 2003 is per 1 januari 2006 ongedaan gemaakt. De hoogte is thans weer 15,04 euro per liter pure alcohol.
- Dit betekent dat een fles gedistilleerd 1 euro tot 1,5 euro goedkoper is geworden.<sup>163</sup>
- In oktober 2006 bedroeg de accijns voor een liter gedistilleerd (35 procent alcohol) 5,30 euro, voor een liter wijn 59 eurocent en voor een liter bier 25 eurocent (tabel 6.8).
- Voor een glas bier van 0,25 liter betekent dit zes eurocent, voor een glas wijn van 0,1 liter zes eurocent en voor een glas gedistilleerd van 0,035 liter 18 eurocent.

- Lidstaten van de EU voeren een verschillend accijnsbeleid. De tarieven lopen sterk uiteen. Zo bedraagt voor een liter gedistilleerd met 35 volumeprocent alcohol de accijns in Italië drie euro tegen negentien euro in Zweden (tabel 6.9).
- Zeven wijnproducerende landen heffen in het geheel geen accijns op wijn.
- Tabel 6.9 laat zien dat de Nederlandse accijnstarieven tot de middenmoot behoren.

**TABEL 6.9 ACCIJNSTARIEVEN OP ALCOHOLHOUDENDE DRANKEN IN EEN AANTAL LIDSTATEN VAN DE EUROPESE UNIE. PEILDATUM APRIL -JULI 2006**

<i>Lidstaat</i>	<i>Bier<sup>I</sup></i>	<i>Wijn<sup>II</sup></i>	<i>Gedistilleerd<sup>III</sup></i>
Zweden	79	237	1 885
Ierland	99	273	1 374
Verenigd Koninkrijk	98	253	1 007
Finland	97	212	989
Denemarken	34	82	704
België	21	47	613
Nederland	25	59	526
Frankrijk	13	3	508
Duitsland	9	0	456
Griekenland	14	0	397
Luxemburg	10	0	364
Oostenrijk	24	0	350
Portugal	16	0	328
Spanje	11	0	291
Italië	28	0	280

*Bedragen in euro per hectoliter consumptie. I. 5 volumeprocent alcohol Peildatum 1 juli 2006.*

*II. 11 volumeprocent alcohol; peildatum 1 juli 2006. III. 35 volumeprocent alcohol; peildatum 1 april 2006.*

*Bronnen: Productschap Dranken, Productschap Wijn, Europese Commissie.*



# 7 TABAK

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

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

## 7.1 LAATSTE FEITEN EN TRENDS

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

- Van 2004 naar 2005 is het percentage rokers niet verder gedaald. Wel nam de gemiddelde verkoop van tabak per roker af (§ 7.2).
- De daling in het percentage zware rokers heeft zich in 2005 niet voortgezet (§ 7.2).
- Het aandeel rokers onder scholieren is tussen 1999 en 2003 gedaald (§ 7.3).
- Met het roken onder scholieren neemt Nederland een middenpositie in binnen de EU (§ 7.5).
- Onder jongeren wordt niet roken steeds meer de sociale norm (§ 7.6).
- De totale sterfte in verband met roken is in de afgelopen jaren licht gedaald (§ 7.7).
- De sterfte aan longkanker daalde tot voor kort onder mannen en blijft stijgen onder vrouwen (§ 7.7).

## 7.2 GEBRUIK: ALGEMENE BEVOLKING

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

- Peilingen van het TNS NIPO wijzen op een verdere daling van het aantal rokers vanaf begin 2000. In 2005 is de daling afgevlakt (tabel 7.1).<sup>164</sup>
- In 2005 was 28 procent van de Nederlanders van vijftien jaar en ouder een roker, evenveel als in 2004. Daarnaast was 31 procent een ex-roker en 41 procent had nooit gerookt.<sup>165</sup>
- Omgerekend naar de bevolking zijn er bijna vier miljoen mensen die roken.
  - De kloof tussen mannen en vrouwen is kleiner geworden (tabel 7.1). Vrouwen die roken, roken vrijwel evenveel als mannen die roken. Rokende vrouwen consumeren per dag gemiddeld 14,4 en rokende mannen gemiddeld 15,5 siga-

retten of shagjes. De voorkeur van vrouwen gaat minder uit naar shag, pijp of sigaren en meer naar teer- en nicotinearme sigaretten met filter.

- In de leeftijdsgroep van 35 tot en met 49 jaar is het percentage rokers het hoogst (figuur 7.1).<sup>165</sup>
- Naast de jaarlijkse TNS NIPO peilingen (alleen tabak), vonden er in 1997, 2001 en 2005 peilingen plaats naar middelengebruik via het Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO).
  - Volgens het NPO is het percentage mensen in de bevolking van 15 tot en met 64 jaar dat ooit heeft gerookt gedaald van 70 procent in 1997 naar 62 procent in 2005. De daling was het grootst tussen 2001 en 2005.
  - Het aantal dagelijkse rokers daalde tussen 1997 en 2005 van 35 naar 27 procent. Deze cijfers wijken iets af van de TNS NIPO peilingen.<sup>4</sup>

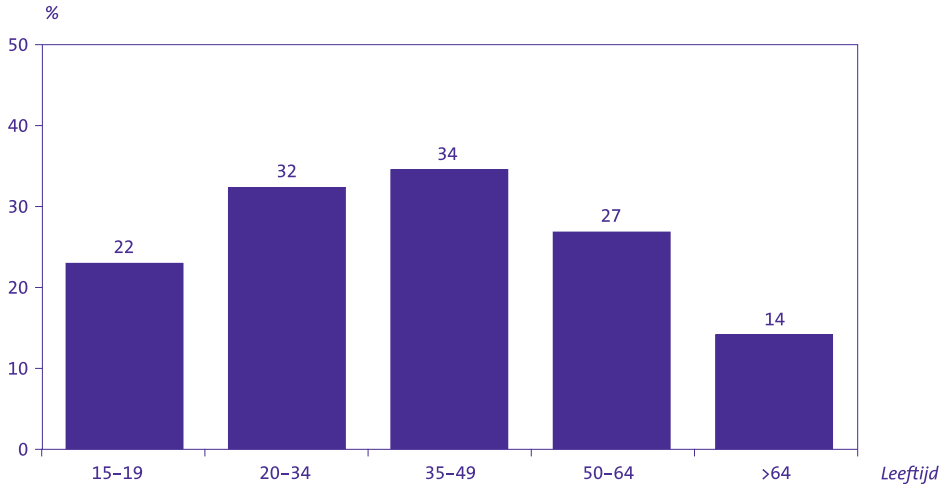
**TABEL 7.1 ROKERS IN NEDERLAND ONDER MANNEN EN VROUWEN VAN 15 JAAR EN OUDER, VANAF 1970**

<i>Jaar</i>	<i>Mannen</i>	<i>Vrouwen</i>	<i>Totaal</i>
1970	75%	42%	59%
1975	66%	40%	53%
1980	52%	34%	43%
1985	43%	34%	39%
1990	39%	31%	35%
1995	39%	31%	35%
1996	39%	32%	35%
1997	37%	30%	33%
1998	37%	30%	34%
1999	37%	31%	34%
2000	37%	29%	33%
2001 <sup>1</sup>	33% <sup>1</sup>	27% <sup>1</sup>	30% <sup>1</sup>
2002	34%	28%	31%
2003	33%	27%	30%
2004	31%	25%	28%
2005	31%	24%	28%

*Percentage rokers. I. In 2001 is de onderzoeksmethode gewijzigd: van een persoonlijk interview met een enquêteur thuis naar het invullen van een vragenlijst via modem of internet. Deze wijziging kan van invloed zijn geweest op de uitkomsten. Bron: STIVORO, TNS NIPO.<sup>164</sup>*

- In het Nationaal Programma Tabaksontmoediging 2006-2010 is de doelstelling opgenomen om het percentage rokers in Nederland terug te dringen van 28 procent in 2005 naar 20 procent in 2010.<sup>166</sup>

**FIGUUR 7.1 PERCENTAGE ROKERS IN NEDERLAND NAAR LEEFTIJDGROEP EN GESLACHT. PEILJAAR 2005**



Bron: STIVORO, TNS NIPO.

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

- In 2005 gingen in Nederland ongeveer 24,5 miljard sigaretten en shagjes in rook op, een daling van meer dan 2 miljard ten opzichte van 2004 (tabel 7.2).
- Shag heeft sinds 1990 meer aan populariteit ingeboet dan sigaretten.<sup>164</sup>

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

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

*1. Gemiddeld aantal sigaretten of shagjes. Bron: STIVORO, CBS, Ministerie van Financiën.<sup>164</sup>*

## ZWAAR ROKEN

Volgens het CBS is het percentage *zware* rokers de afgelopen jaren minder geworden. In 2005 heeft deze trend zich echter niet voortgezet.

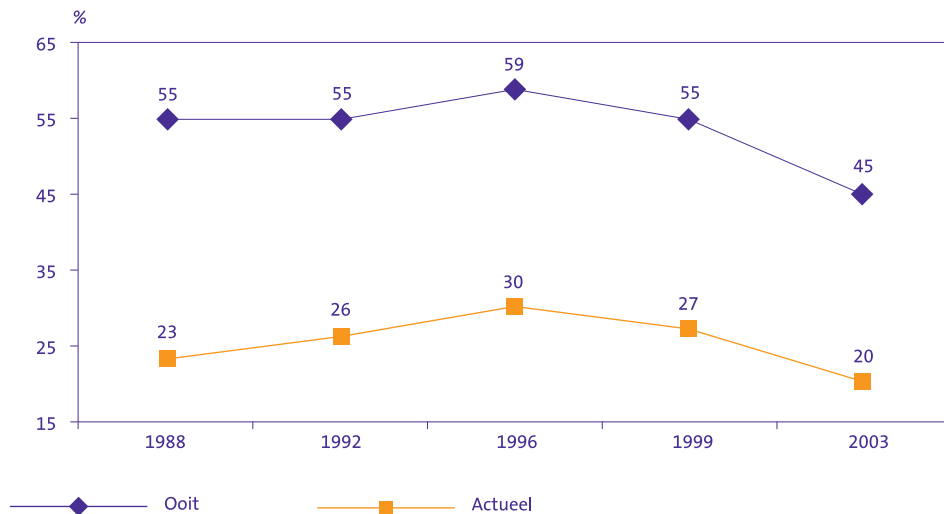
- In 2005 rookte 7,7 procent van de bevolking van twaalf jaar en ouder twintig of meer sigaretten per dag (9,5% van de mannen en 6,0% van de vrouwen). Dat verschilt niet veel van het percentage in 2004 (7,4%). In 2000 was dit nog tien procent.
- Van de rokers was in 2005 meer dan een kwart een zware roker (26%). In 2004 was dit 25 procent en in 2000 was dit 35 procent.

## 7.3 GEBRUIK: JONGEREN

Het percentage jongeren dat rookt is de afgelopen jaren gedaald.

- Volgens het Peilstationsonderzoek daalde tussen 1999 en 2003 het percentage scholieren dat ooit had gerookt en het percentage dat in de laatste maand had gerookt (figuur 7.2).
- Volgens cijfers van de TNS NIPO-enquête bleef het percentage actuele rokers onder jongeren van 10-19 jaar tussen 1992 en 2002 stabiel (tussen 27% en 31%). In 2004 was het percentage actuele rokers in deze jongerengroep gedaald naar 23 procent. In 2005 is dat gelijk gebleven.<sup>164</sup>

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



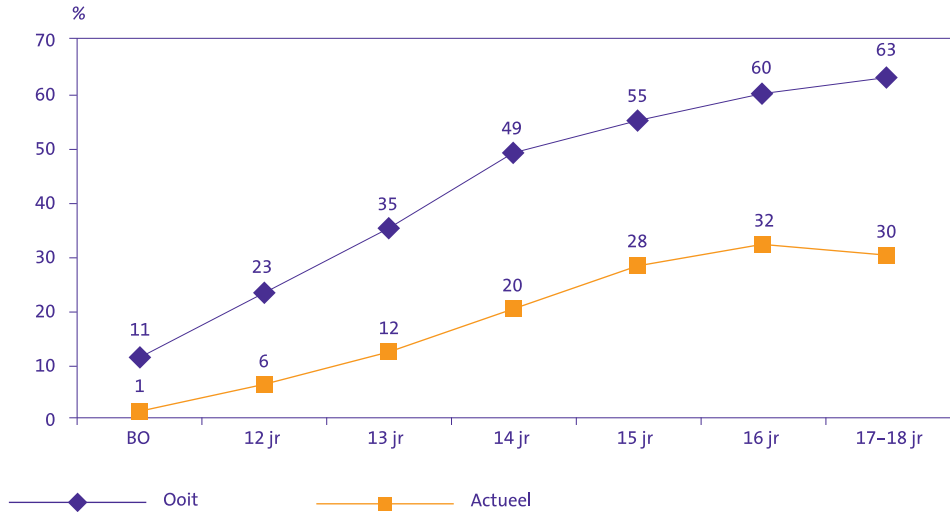
Percentage rokers ooit in het leven en in de laatste maand voor de peiling (actueel).

Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.

Met roken wordt al vroeg begonnen.<sup>8</sup>

- In 2003 had van de leerlingen van de twee hoogste groepen van de basisschool elf procent ooit gerookt. Van leerlingen van 'reguliere' middelbare scholen had 45 procent ooit gerookt. Dit is een gemiddelde: het percentage stijgt met de leeftijd (figuur 7.3).
- Een vijfde (20%) van de jongeren in het voortgezet onderwijs had de afgelopen maand nog gerookt, negen procent rookt elke dag.
- Ook deze percentages nemen toe met de leeftijd. In de hoogste leeftijdsgroepen (16 jaar en ouder) was bijna eenderde een actuele roker, tegenover zes procent van de twaalfjarigen en twaalf procent van de dertienjarigen.
- Ongeveer evenveel jongens (18%) als meisjes (22%) hadden in de afgelopen maand gerookt.

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



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

Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.

### MATE VAN ROKEN

- Van de actuele rokers onder leerlingen is bekend hoeveel zij gemiddeld per dag hebben gerookt. Voor eenderde (34%) is dat minder dan één sigaret en voor een kwart van deze groep is dat meer dan tien sigaretten per dag.<sup>8</sup>
- Negen procent van de scholieren rookt dagelijks. Ruim eenderde van deze groep (36%) rookt meer dan tien sigaretten per dag.<sup>8</sup>

Een vergelijking met cijfers van de landelijke Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) studie in 2005 suggereert dat het percentage jongeren dat ooit heeft gerookt verder is afgenomen tussen 2003 en 2005.<sup>9</sup>

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

## SPECIALE GROEPEN

Roken komt aanzienlijk meer voor onder uitgaande jongeren en jonge volwassenen dan onder scholieren. Voor zover trendcijfers beschikbaar zijn, is ook in deze groepen een afname in roken waarneembaar.

- Onder bezoekers van Amsterdamse cafés daalde het percentage dagelijkse rokers van 46 procent in 2000 naar 31 procent in 2005. Het aantal zware rokers (minstens 20 sigaretten of shagjes per dag) nam af van een kwart in 2000 tot 18 procent in 2005.<sup>17</sup>
- Dagelijks roken kwam in 2001 vaak voor onder bezoekers van Amsterdamse coffeeshops (70%).<sup>16</sup>
- De dagelijkse rokers onder bezoekers van cafés en coffeeshops rookten gemiddeld 14 tot 16 sigaretten of shagjes per dag.
- Tussen 1998 en 2003 daalde het percentage bezoekers van trendy clubs dat in de afgelopen maand had gerookt van 67 naar 55 procent.<sup>12</sup>

## 7.4 PROBLEMATISCH GEBRUIK

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

- In 2005 zei 7 procent van de rokers binnen een maand te willen stoppen met roken, 10 procent wilde stoppen binnen een half jaar, 8 procent binnen een jaar en 13 procent zei ooit te willen stoppen met roken.<sup>165</sup>

In wetenschappelijke kring krijgt de term nicotineafhankelijkheid soms de voorkeur boven de term ‘tabaksverslaving’. Er zijn verschillende schalen waarmee tabaksafhankelijkheid kan worden gemeten: de Fagerström Test for Nicotine Dependence, een schaal die loopt van nul tot tien (zeer verslaafd), de DSM-IV, de Cigarette Dependence Scale, de Nicotine Dependence Syndrome Scale en de Winsconsin Inventory.<sup>167</sup> In 2000 werd de Fagerström Test for Nicotine Dependence afgenomen bij tweelingen uit het Nederlandse Tweelingen Register.<sup>168</sup>

- Afhankelijkheid van nicotine hangt samen met het aantal sigaretten dat men rookt.
- Rokende mannen scoren iets hoger op afhankelijkheid van nicotine dan rokende vrouwen, 3,02 tegenover 2,77.
- Pogingen om te stoppen met roken hebben naar alle waarschijnlijkheid meer succes naarmate men minder afhankelijk is geraakt van nicotine.

## 7.5 GEBRUIK: INTERNATIONALE VERGELIJKING

Het aandeel rokers in de bevolking varieert sterk tussen de lidstaten van de EU, al kunnen bij de vergelijkbaarheid van de cijfers vraagtekens worden geplaatst. Zo

verschillen de definities van roken en de leeftijdsgroepen (tabel 7.3). In veel landen gaat het om dagelijkse rokers, in Nederland om mensen die ‘dagelijks of soms roken’.

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

**TABEL 7.3 ROKERS ONDER VOLWASSENEN IN ENKELE LIDSTATEN VAN DE EUROPESE UNIE, NOORWEGEN EN ZWITSERLAND<sup>1</sup>**

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

*Percentage rokers per jaar of gemiddeld per jaar. 1. Verschillen in peiljaar, meetmethoden en definities bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Bron: WHO.*

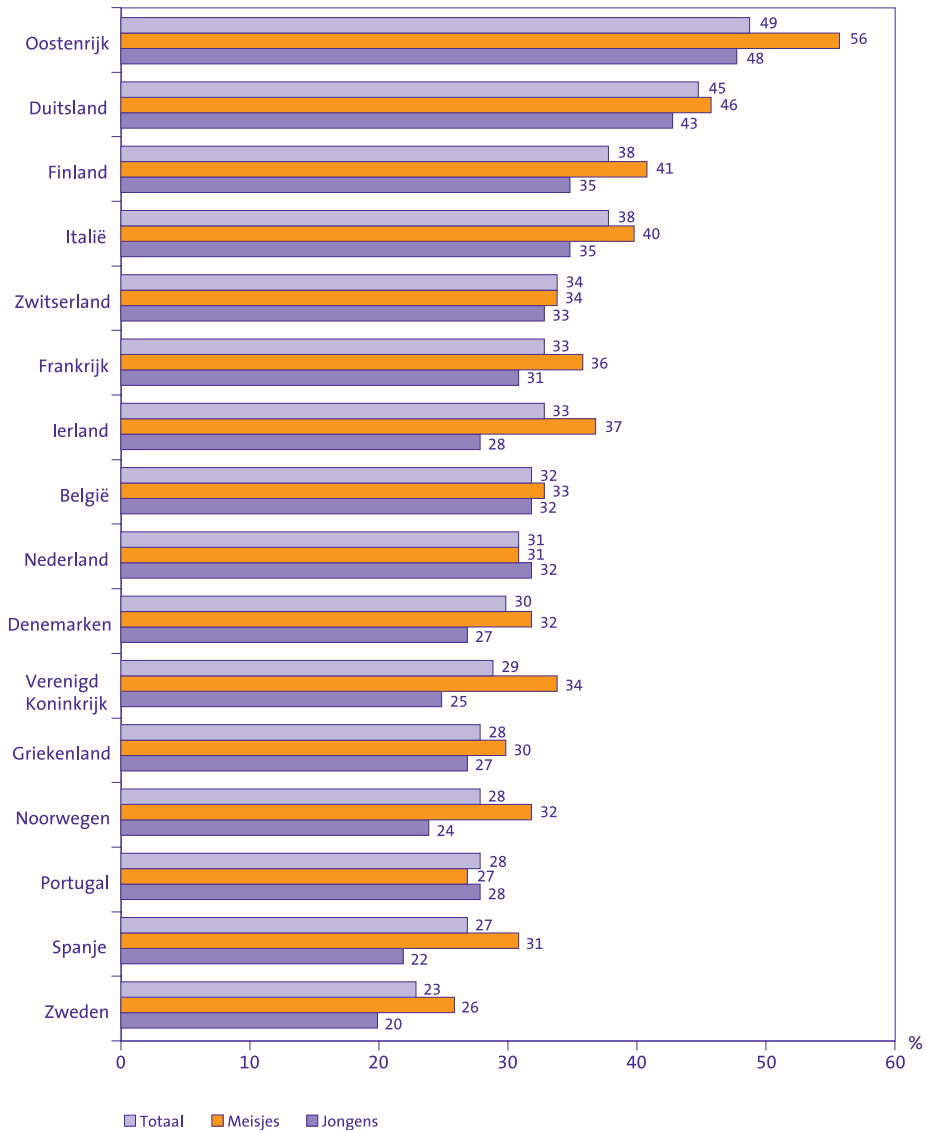
ESPAD (zie bijlage B) maakt een vergelijking mogelijk van het rookgedrag van vijftien- en zestienjarige scholieren in het middelbaar onderwijs. Figuur 7.4 geeft cijfers voor het percentage leerlingen dat in 2003 de afgelopen maand had gerookt.

- Van de vergeleken landen telt Oostenrijk de meeste en Zweden de minste rokers onder scholieren van het middelbaar onderwijs.



- Nederland neemt een middenpositie in.
- In de meeste landen roken meer meisjes dan jongens.

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



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

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

## 7.6 HULPVRAAG

Het gaat hier in hoofdzaak om zelfzorg en het zoeken van hulp bij de huisarts.

De verslavingszorg biedt soms stopprogramma's aan, maar niet op grote schaal.

- Van de rokers die een stoppoging doen, doet bijna tweederde (62%) dit zonder enig hulpmiddel. De rest volgt cursussen, vraagt de huisarts om advies, gebruikt ontwenningmiddelen (nicotinepleisters, nicotinekauwgom, of het geneesmiddel Zyban<sup>®</sup>), ondergaat acupunctuur of hypnose, of past een andere methode toe. De voornaamste reden om een stoppoging te doen is bezorgdheid om de eigen gezondheid.<sup>165</sup>
- Het gebruik van ontwenningmiddelen is gedaald. De markt van de nicotinevervangers – pleisters, kauwgom en tabletten – liep tussen december 2005 en november 2006 terug van ongeveer 14 miljoen naar 13,2 miljoen euro.<sup>169</sup> Zyban<sup>®</sup> werd in 2005 nog maar 48 duizend maal verstrekt, een daling van 20 procent ten opzichte van 2004.<sup>170</sup>
- Eind 2006 is de nieuwe antirookpil Champix<sup>®</sup> (werkzame stof varenicline) als nieuw geneesmiddel geregistreerd.<sup>171</sup>
- Mensen die met roken willen stoppen kunnen daarvoor advies vragen aan hun huisarts. In 2005 hebben naar schatting 53 200 mannen en 58 500 vrouwen hun huisarts geconsulteerd over het stoppen met roken. Dat is in totaal 1,5 procent minder dan in 2004. Het merendeel van de stoppers is tussen de 40 en 60 jaar.<sup>172</sup> De Minimale Interventiestrategie Stoppen-met-roken (MIS) is een effectief gebleken protocol waarmee huisartsen, verpleegkundigen en cardiologen rokende patiënten kunnen stimuleren om te stoppen met roken.<sup>173</sup> De adoptie en de implementatie van de MIS door verpleegafdelingen cardiologie en verloskundigen kan nog aanmerkelijk worden verbeterd.<sup>174</sup>
- Ook het Adviescentrum van STIVORO ondersteunt mensen die willen stoppen met roken. In 2005 vroegen 947 mensen om Telefonische Coaching en vonden er 7 000 coachinggesprekken plaats.<sup>164</sup>
- In januari 2006 lanceerde STIVORO de Richtlijn Tabakspreventie in Lokaal Gezondheidsbeleid. Deze richtlijn is ontwikkeld om gemeenten en GGD-en te ondersteunen bij het implementeren van lokaal tabaksontmoedigingsbeleid.<sup>164</sup>
- De actie 'Rokers verdienen 'n beloning' werd op 2 november 2006 georganiseerd en had tot doel zoveel mogelijk rokers uit lagere welstandsgroepen warm te maken voor een 24-uur-niet-roken poging. Meer dan de helft van de 12 272 deelnemers is het gelukt 24 uur niet te roken.<sup>175</sup>

- De campagnes voor de jeugd waren erop gericht om te voorkomen dat jongeren beginnen met roken.<sup>176</sup> Deze campagnes streefden ernaar om het imago van de niet-rokers te verbeteren en het niet-roken te benadrukken als de sociale norm. Tussen 2001 en 2005 kreeg de niet-roker inderdaad een positiever imago. Het percentage jongeren dat het gevoel heeft dat vrienden en vriendinnen willen dat zij *niet* roken steeg tussen 2004 en 2005 van 19 naar 25 procent.<sup>177</sup>
- Eind 2004 verscheen een officiële CBO-richtlijn voor de behandeling van tabaksverslaving. In deze richtlijn wordt de aanpak van rokende patiënten in de medische praktijk besproken en wordt de effectiviteit van diverse behandelingen beschreven.<sup>178;179</sup>

Van een andere orde is het beroep op de gezondheidszorg vanwege aandoeningen die worden veroorzaakt of verergerd door roken. Het aantal ziekenhuisopnames in verband met roken bedroeg begin jaren negentig bijna 100 000.<sup>180</sup> Recentere cijfers zijn hierover nog niet beschikbaar.

## 7.7 ZIEKTE EN STERFTE

Roken is in Nederland de belangrijkste oorzaak van voortijdige sterfte.

- In 2005 overleden in Nederland bijna 19 duizend mensen van 20 jaar en ouder aan de directe gevolgen van roken, iets minder dan in 2004 (19 415). Vergeleken met 2000 is dit een daling van bijna negen procent.<sup>181</sup>
- Van *alle* sterfgevallen in Nederland bij mensen van 20 jaar en ouder was in 2005 bijna 14 procent direct te wijten aan roken (20% bij de mannen en 8% bij de vrouwen).<sup>181</sup>
- Roken wordt in verband gebracht met hart- en vaatziekten, longziekten en kanker. Uit tabel 7.4 blijkt dat longkanker overwegend door roken wordt veroorzaakt. In 2005 werd longkanker bij vrouwen in 74 procent van de gevallen en bij mannen in 91 procent van de gevallen veroorzaakt door roken.
- De werkelijke sterfte die gerelateerd is aan roken ligt hoger, omdat het effect van passief roken nog niet is verdisconteerd. Passief roken kan diverse ziekten veroorzaken.
  - Mensen die zelf niet roken, maar regelmatig meeroken met een rokende partner, hebben een verhoogde kans op longkanker. Bij passief rokende vrouwen is een verhoogd risico op longkanker gevonden van 20 procent en bij passief rokende mannen een verhoogd risico op longkanker van 30 procent.<sup>182</sup>
  - Ook verhoogt meeroken, naast longkanker, het risico op andere ziekten van de ademhalingswegen zoals astma en bronchitis. Ook is er een verhoogd risico op hart- en vaatziekten en hersenbloedingen.<sup>183</sup>
  - Kinderen lopen door passief roken een verhoogd risico op infecties van de ademhalingswegen en op middenoorontsteking. Kinderen van een rokende

moeder lopen een verhoogd risico op complicaties tijdens de zwangerschap, vroeggeboorte, laag geboortegewicht en wiegendood.<sup>184-186</sup>

- De jaarlijkse sterfte door meerroken wordt geschat op enkele duizenden gevallen door hartaandoeningen, enkele honderden gevallen door longkanker en een tiental gevallen van wiegendood.<sup>187</sup>

**TABEL 7.4 STERFGEVALLEN WEGENS ENKELE AANDOENINGEN ONDER MANNEN EN VROUWEN VAN 20 JAAR EN OUDER. PEILJAAR 2005<sup>1</sup>**

Aandoening	Totale sterfte		Sterfte door roken	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Longkanker	6 359	3 055	5 807	2 247
COPD	3 718	2 690	3 148	1 858
Coronaire hartziekten	5 360	4 141	1 516	492
Beroerte (CVA)	4 057	6 363	834	631
Hartfalen	2 592	4 196	463	237
Slokdarmkanker	1 031	412	818	255
Strottehoofdkanker	190	37	151	31
Mondholtekanker	337	191	311	108
Totaal <sup>1</sup>	23 644	21 085	13 048	5 859

*1. Per aandoening eerst afgerond op hele aantallen en vervolgens opgeteld. Bron: RIVM, CBS.*

Door de terugloop van het roken onder mannen tussen 1960 en 1990 daalde de sterfte aan longkanker onder mannen, althans tot voor kort. 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.<sup>188</sup>
- De daling tot 2003 onder mannen zette zich in 2004 en 2005 niet voort.
- De tegengestelde trends onder mannen en vrouwen houden elkaar in evenwicht. Daardoor is de totale sterfte aan longkanker al jarenlang vrij stabiel.

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

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

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

## 7.8 AANBOD EN MARKT

### VERKRIJGBAARHEID VAN TABAK

- In 2005 werd 46 procent van de sigaretten gekocht in supermarkten, 30 procent in tabaks- en gemakszaken, 11 procent in overige winkels en 13 procent in pompstations. Sigaren, shag en pijptabak werden in dat jaar voor 56 procent gekocht in supermarkten, voor 24 procent in tabaks- en gemakszaken, voor 12 procent in pompstations en voor 8 procent in overige winkels.<sup>189</sup>

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

- Het aantal jongeren tussen de dertien en vijftien jaar dat wel eens tabaksproducten koopt is tussen 1999 en 2005 gedaald van 26 naar 6 procent.<sup>190</sup>
- Van de jongeren die wel eens tabaksproducten kopen geeft 57 procent in 2005 aan de producten voor zichzelf te kopen, terwijl dit in 1999 nog 43 procent was.
- De jongeren kopen de tabaksproducten bij vier soorten ondernemingen: tabakspeciaalzaak (40%), levensmiddelenzaak (49%), pompstation (43%) en sigarettenautomaat (23%). De trend is om in afnemende mate bij levensmiddelenzaken en uit sigarettenautomaten te gaan kopen.
- De kans dat een jongere onder de zestien jaar er in slaagt tabaksproducten te kopen ligt evenals in 1999, 2001 en 2003 op 90 procent of hoger. Desondanks zegt 93 procent van de ondernemers dat zij nooit tabaksproducten aan jongeren onder de 16 jaar verkopen.<sup>190</sup>

## ACCIJNS

- Vanaf 1 april 2006 kost in de meest populaire prijsklasse een pakje van 19 sigaretten 3,80 euro. Omgerekend kost dit 5 euro voor 25 sigaretten, waarvan 2,85 euro accijns en 0,80 euro BTW. Een pakje shag van vijftig gram kost 5 euro, waarvan 2,25 euro accijns en 0,80 euro BTW (tabel 7.6).<sup>191;192</sup>

**TABEL 7.6 PRIJZEN EN BELASTINGDRUK OP SIGARETTEN, VANAF 1970. PEILDATUM JULI 2006**

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

*Prijs en belastingdruk in euro per pakje van (omgerekend) 25 stuks. Belastingdruk bevat accijnsdruk en BTW.*

*Bron: Europese Commissie.<sup>192</sup>*

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

- In de EU-15 ligt het accijnstarief het hoogst in het Verenigd Koninkrijk en het laagst in Spanje (tabel 7.7). Nederland neemt een middenpositie in.<sup>192</sup>
- In 2003 publiceerde de Wereld Bank een overzicht van zes kosten-effectieve interventies om het gebruik van tabak te ontmoedigen. Met name als ze in samenhang worden ingevoerd, kunnen deze maatregelen de kans op ziekte en dood als gevolg van tabaksgebruik verminderen. Het European Network for Smoking Prevention (ENSP) liet Europese experts deze interventies van een relatief gewicht voorzien. Op een totaal van maximaal 100 punten kregen de zes interventies het volgende aantal punten: de prijs van tabaksartikelen: 30 punten, rookverboden in openbare ruimten en werkplekken: 22 punten, de hoogte van het budget voor het tabaksontmoedigingsbeleid: 15 punten, een verbod op rookreclame: 13 punten, waarschuwingen op rookwaren: 10 punten en de beschikbaarheid van stoppen-met-roken behandelingen: 10 punten. In 2004 scoorden de experts 28 Europese landen op deze schaal. Nederland kwam daarbij op de zevende plaats.<sup>193</sup> In 2005 werden dertig Europese landen gescoord. Nederland daalde toen naar de tiende plaats.<sup>194</sup>

**TABEL 7.7 PRIJZEN EN BELASTINGDRUK OP SIGARETTEN IN ENKELE LIDSTATEN VAN DE EUROPESE UNIE. PEILDATUM JULI 2006**

<i>Land</i>	<i>Prijs</i>	<i>Accijns</i>	<i>BTW</i>	<i>Accijns+BTW</i>
Verenigd Koninkrijk	9,61	5,98	1,43	7,41
Ierland	8,06	4,81	1,40	6,21
Frankrijk	6,25	4,00	1,02	5,02
Duitsland	5,56	3,47	0,77	4,24
Zweden	5,37	2,64	1,07	3,72
Denemarken	5,28	2,85	1,06	3,91
Finland	5,13	2,94	0,92	3,86
Nederland	5,00	2,85	0,80	3,65
België	4,45	2,56	0,77	3,34
Italië	4,00	2,34	0,67	3,01
Oostenrijk	3,88	2,27	0,65	2,92
Luxemburg	3,60	2,05	0,47	2,52
Griekenland	3,50	2,01	0,56	2,57
Portugal	3,44	2,10	0,60	2,70
Spanje	2,81	1,81	0,39	2,20

*Prijs, accijns en BTW in euro per pakje van (omgerekend) 25 sigaretten. Bron: Europese Commissie.<sup>192</sup>*

- In 2005 scoorde Nederland ten opzichte van de andere Europese landen op de zes kosten-effectieve interventies om tabaksgebruik te ontmoedigen als volgt:
  - de prijs van tabaksartikelen: onder gemiddeld
  - rookverboden in openbare ruimten en werkplekken: boven gemiddeld
  - de hoogte van het budget voor het tabaksontmoedigingsbeleid: boven gemiddeld
  - een verbod op rookreclame: boven gemiddeld
  - waarschuwingen op rookwaren: gemiddeld
  - de beschikbaarheid van stoppen-met-roken behandelingen: gemiddeld.



# 8 DRUGSCRIMINALITEIT

In dit hoofdstuk komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- *Drugswetcriminaliteit*: criminaliteit als omschreven in de drugswetten (Opiumwet, Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën - WVMC) of samenhangend met die drugswetten (georganiseerde criminaliteit);
- *Criminaliteit die verband houdt met drugsgebruik en drugsgebruikers*: de door drugsgebruikers gepleegde criminaliteit, verslavingsreclassering, drang en dwang;
- *Rijden onder invloed van legale en illegale middelen*: criminaliteit als omschreven in de Wegenverkeerswet.

De cijfers betreffen voornamelijk de door justitiële instanties geregistreerde criminaliteit, zowel de criminaliteit die geregistreerd wordt als een verdachte is aangehouden en geverbaliseerd - dit is de geregistreerde en opgehelderde criminaliteit - als de criminaliteit die wordt geregistreerd maar niet is opgehelderd (bijvoorbeeld opsporingsonderzoeken georganiseerde drugscriminaliteit en inbeslaggenomen drugs zonder verdachte).

De informatie over criminaliteit die verband houdt met drugsgebruik en gepleegd wordt door drugsgebruikers is zeer beperkt, omdat justitiële instanties drugsgebruik niet systematisch navragen en er uit onderzoek weinig over bekend is. Er hoeft overigens geen causaal verband te zijn tussen drugsgebruik of -verslaving en het plegen van delicten; er is waarschijnlijk sprake van een dynamische, interactieve relatie.<sup>195</sup> Bij rijden onder invloed kan slechts beperkt gerapporteerd worden over drugs omdat hierover weinig bekend is; de cijfers betreffen voornamelijk alcohol.

Over het aandeel van de drugscriminaliteit in de totale criminaliteit (geregistreerd én niet-geregistreerd) worden geen uitspraken gedaan. De cijfers kunnen dus niet zomaar naar de totale drugscriminaliteit worden vertaald. De cijfers weerspiegelen ook in zekere mate de opsporingsprioriteiten, capaciteit en de mogelijkheden van opsporingsdiensten om gegevens te leveren. Dit noopt tot voorzichtigheid bij de interpretatie.

Bijlage B geeft een overzicht van de gebruikte informatiebronnen. Voor meer informatie: zie [www.trimbos.nl/monitors](http://www.trimbos.nl/monitors). Niet alle gegevens zijn van even goede kwaliteit. Deze problematiek is eerder belicht.<sup>2196</sup> Vooral gegevens over in beslag genomen drugs moeten voorzichtig worden geïnterpreteerd.<sup>197;198</sup>

In dit jaarbericht is een update van een aantal tabellen doorgevoerd. Hierdoor zijn de cijfers van tabellen over de opsporing, vervolging en berechting en de executie (tabellen 8.1, 8.2 en 8.5 - 8.14) niet direct vergelijkbaar met die in de tabellen van de vorige jaarberichten.

## 8.1 LAATSTE FEITEN EN TRENDS

De meest in het oog springende bevinding in 2005 is dat het aantal Opiumwetzaken in het begin van de strafrechtelijke keten (bij het Openbaar Ministerie en volgens voorlopige cijfers ook bij de politie) is gedaald ten opzichte van 2004. Het aantal is wel nog hoger dan in de periode vóór 2004. De daling in 2005 betreft alleen harddrugsdelicten, softdrugsdelicten nemen toe.

De belangrijkste feiten en trends in 2005 zijn:

- Het aantal verdachten van Opiumwetdelicten bij de politie lijkt volgens voorlopige cijfers 2005 gedaald ten opzichte van 2004: het zijn er in 2005 ruim 21 duizend (§ 8.2.1). Ook bij het Openbaar Ministerie is een daling opgetreden: van bijna 22 duizend naar ruim 20 duizend (§ 8.2.4). Tussen 2000 en 2004 was er elk jaar een toename. Het aantal Opiumwetdelicten is lager dan in 2004, maar vergeleken met de periode vóór 2004 is het nog steeds vrij hoog.
- De afname geldt voor harddrugsdelicten. Softdrugsdelicten zijn wel weer toegenomen in 2005. Harddrugsdelicten vormen nog steeds de meerderheid van de Opiumwetzaken, maar het verschil met softdrugsdelicten is aanmerkelijk kleiner dan in voorgaande jaren (§ 8.2.1 en § 8.2.4).
- Bij de opsporing van meer ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit neemt het aandeel onderzoeken dat gericht is op drugs toe. Het bedraagt in 2005 72 procent. De meerderheid van deze drugsonderzoeken betreft harddrugs (85%), met name cocaïne en synthetische drugs (§ 8.2.2).
- Het aandeel harddrugzaken dat voor de rechter wordt gebracht is in 2005 hoger dan in 2004. Dit komt doordat in 2005 minder zaken zijn geseponeerd, vooral in verband met het minder toepassen van de 'stofgerichte benadering' van drugskoeriers op Schiphol (§ 8.2.4).
- Bij de rechter zijn nagenoeg evenveel Opiumwetzaken in eerste aanleg afgedaan als in 2004 (+ 1%). Het totaal bedraagt ruim 12 200 (§ 8.2.5).
- Het aantal opgelegde taakstraffen in Opiumwetzaken is in 2005 wederom gestegen (§ 8.2.6).
- Het aantal onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen voor Opiumwetdelicten is gedaald ten opzichte van 2004. Het aandeel is gelijk gebleven (16%). Opiumwetdelicten gaan mee in een algemene daling van vrijheidsstraffen (§ 8.2.6 en § 8.2.7).
- Het aantal en aandeel van detentiejaren die Opiumwetovertraders krijgen opgelegd neemt af: er wordt korter gestraft. Ook het aandeel gedetineerden vanwege een Opiumwetdelict neemt af (§ 8.2.7).
- Van de overtraders van de Opiumwet recidiveert ongeveer eenderde. Opiumwetovertraders recidiveren iets vaker dan alle wetsovertraders samen. Ongeveer eentiende pleegt binnen twee jaar opnieuw een Opiumwetdelict (§ 8.2.8).

- De door de politie als ‘drugsgebruiker’ gecategoriseerde verdachten uit 2005 zijn gemiddeld 36 jaar oud. Het gaat hoofdzakelijk om gebruikers die meer dan tien keer eerder een delict pleegden. Ze plegen voornamelijk vermogensdelicten zonder geweld; het aandeel van deze vermogensdelicten ten opzichte van andere delicten die deze verdachten plegen daalt (§ 8.3.1).
- Ruim 48 duizend personen werden in 2005 geverbaliseerd wegens rijden onder invloed. Het gaat hierbij vooral om alcohol. 90 procent is man; de helft is eerder met de politie in aanraking geweest. Een toenemend deel van de processen verbaal wegens rijden onder invloed wordt afgedaan met een standaardtransactie (§ 8.3.3).
- Over rijden onder invloed van medicijnen en illegale drugs is weinig bekend; in onderzoek onder een representatieve steekproef bleek rond tien procent van de bestuurders onder invloed te rijden; 4,5 procent onder invloed van cannabis en 2,1 procent onder invloed van benzodiazepines; 2,1 procent werd positief bevonden voor alcohol (§ 8.3.3).
- Bij 30-64 procent van de gedetineerden in reguliere gevangenissen was in het jaar vóór detentie sprake van problematisch drugsgebruik of drugsafhankelijkheid (§ 8.3.4).
- De verslavingsreclassering oefent meer toezichtsactiviteiten uit in 2005. Ook zijn er meer rapportages opgesteld ter advisering van rechter, OM of gevangeniswezen over verslaafde justitiabelen, en zijn meer diagnoses gesteld. De activiteiten zijn in lijn met de beleidsontwikkelingen (§ 8.4.1).
- De Strafrechtelijke Opvang Verslaafden is sinds eind 2004 onderdeel van de maatregel tot plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders. Het aantal deelnemers in de (oude) SOV neemt af in 2005 (§ 8.4.3).

## 8.2 DRUGSWETCRIMINALITEIT

Hoeveel delicten tegen drugswetten zijn gepleegd, wat is de aard van deze delicten en wat zijn kenmerken van plegers ervan? Dit wordt hier beschreven volgens de lijn van de strafrechtsketen. De Opiumwet staat centraal. Eerst komen gegevens van de politie aan bod: het aantal geverbaliseerde verdachten, opsporingsonderzoeken naar criminele samenwerkingsverbanden en in beslag genomen drugs. Dan volgen de hoeveelheid zaken en de wijze van afdoening bij het Openbaar Ministerie (OM). Een deel van de zaken komt terecht bij de rechter. We geven cijfers over het aantal zaken waar de rechter een uitspraak over heeft gedaan en welke uitspraken dat zijn geweest. Tot slot volgen gegevens over detentie vanwege Opiumwetdelicten en recidive van de daders.

## 8.2.1 VERDACHTEN OPIUMWET

Tabel 8.1 laat zien hoeveel verdachten wegens het plegen van een Opiumwetdelict (productie, vervoer, handel en/of bezit van drugs) door de politie of de Koninklijke Marechaussee zijn gevebaliseerd. Indien bij de overtreding van de Opiumwet harddrugs in het spel zijn spreken we over 'harddrugsdelicten', bij softdrugs over 'softdrugsdelicten'. De cijfers over 2005 zijn voorlopig (zie bijlage G).

- In 2005 is ruim 21 duizend maal een verdachte gevebaliseerd wegens overtreding van de Opiumwet, een daling van (voorlopig) vijf procent ten opzichte van 2004. In de periode 2000-2004 was steeds een toename te zien. Het aandeel daalde licht ten opzichte van 2004; het is nu even hoog als in 2003 en nog steeds hoger dan in de jaren daarvoor.
- De daling van het aantal Opiumwetverdachten in 2005 betreft alléén harddrugsdelicten: (voorlopig) minus twaalf procent ten opzichte van 2004. Het aantal verdachten van softdrugsdelicten stijgt: (voorlopig) plus negen procent. Tussen 2000 en 2005 stijgen de softdrugsdelicten onafgebroken. Vergeleken met het jaar 2000 is het aantal verdrievoudigd.
- Verdachten van harddrugsdelicten vormen ook in 2005 nog steeds de meerderheid (50%). Het aandeel verdachten van softdrugsdelicten neemt echter toe van 33 procent in 2004 naar 38 procent in 2005.

Aantal	2000	2001	2002	2003	2004	2005 <sup>II</sup>
Opiumwet totaal	9 957	12 736	15 810	18 921	22 304	21 223
• Harddrugs	5 871	7 437	9 357	10 881	12 065	10 592
• Softdrugs	2 693	3 578	4 595	5 915	7 432	8 104
• Hard- en softdrugs	947	1 160	1 222	1 392	2 107	2 025
• Overig/ onbekend	446	561	636	733	700	502
Totaal alle wetten <sup>III</sup>	202 479	221 514	252 478	277 899	295 902	294 406
% Opiumwet	5%	6%	6%	7%	8%	7%
• Harddrugs	59%	58%	59%	58%	54%	50%
• Softdrugs	27%	28%	29%	31%	33%	38%
• Hard- en softdrugs	10%	9%	8%	7%	9%	10%
• Overig/onbekend	4%	4%	4%	4%	3%	2%

*I. Teleenheid is het aantal maal dat in het HKS een verdachte met een proces-verbaal Opiumwet is aangetroffen.*

*II. Voorlopige cijfers. III. Betreft totaal aantal processen verbaal. Bron: HKS, KLPD/DNRI.*

Tabel 8.2 geeft een aantal kenmerken van (unieke) verdachten van Opiumwetdelicten in 2005.

- Het merendeel is man: 83 procent. Tussen 2000 en 2005 neemt het aandeel vrouwelijke verdachten van Opiumwetdelicten toe: van dertien naar zeventien procent (niet in tabel). Vrouwen zijn vaker verdacht van softdrugsdelicten, mannen vaker van delicten met hard- én softdrugs.
- Van de in Nederland woonachtige verdachten woont ongeveer de helft in steden met meer dan 100 000 inwoners. Twintig procent van de verdachten woont in één van de vier grote steden. Harddrugsverdachten wonen relatief vaker in een grote stad. Ze zijn ook vaker woonachtig in het buitenland.
- Een aanzienlijk deel van de Opiumwetverdachten heeft meerdere criminele antecedenten. Eenderde heeft er vijf of meer, zeventien procent heeft er meer dan tien. Verdachten van harddrugsdelicten hebben het grootste aantal antecedenten: negen procent heeft er meer dan twintig.
- 73 procent van de verdachten is ouder dan 24 jaar. Er zijn maar weinig verdachten jonger dan achttien (4%) of ouder dan 45 jaar (16%). De gemiddelde leeftijd van verdachten van Opiumwetdelicten was in 2004 31 jaar.<sup>199</sup> Verdachten van productie van drugs waren gemiddeld het oudst; zij zijn wel tien jaar ouder dan verdachten van export en bezit van drugs. Softdrugsverdachten zitten vaker in de leeftijdscategorie van 35 jaar en ouder, harddrugsverdachten zijn jonger: 31 procent is tussen 18 en 25 jaar. Het aandeel jeugdige verdachten tot en met 24 jaar blijft in de periode 2000-2005 nagenoeg constant.

**TABEL 8.2 KENMERKEN VAN VERDACHTEN OPIUMWETDELICTEN NAAR HARD- EN SOFTDRUGS, 2005<sup>I,II</sup>**

		Hard- drugs	Soft- drugs	Beide	Onbe- kend	Totaal
Totaal aantal		9 915	7 702	2 069	451	20 137
Geslacht	Man	84%	82%	86%	84%	83%
	Vrouw	16%	18%	14%	16%	17%
Woongemeente naar aantal inwoners <sup>III</sup>	Onbekend	1%	0%	0%	0%	0%
	Minder dan 10 000	1%	1%	1%	1%	1%
	10 000 – 50 000	19%	26%	28%	25%	23%
	50 000 - 100 000	12%	21%	19%	12%	16%
	100 000 - 250 000	16%	22%	19%	13%	18%
	250 000 en meer (G4)	25%	13%	18%	31%	20%
	Buitenland	27%	16%	14%	17%	21%
Aantal antecedenten <sup>IV</sup> uit totale criminele voorgeschiedenis	1	44%	44%	35%	47%	43%
	2	12%	14%	14%	13%	13%
	3 – 4	12%	13%	16%	10%	13%
	5 – 10	15%	15%	20%	16%	16%
	11 – 20	9%	9%	9%	9%	9%
	21 – 50	7%	4%	5%	3%	6%
	> 50	2%	1%	1%	2%	2%
Leeftijd bij registratie laatste delict	12-17	4%	4%	3%	4%	4%
	18-24	31%	18%	22%	16%	25%
	25-34	32%	31%	34%	28%	32%
	35-44	21%	28%	25%	34%	25%
	45-54	10%	14%	11%	13%	12%
	55-64	2%	5%	3%	6%	3%
	65+	0%	1%	1%	0%	1%

*I. De tabel betreft unieke verdachten; elke verdachte is in de tabel slechts één maal geteld, ook al wordt een verdachte in een jaar vaker dan éénmaal voor een Opiumwet geverbaliseerd. II. Voorlopige cijfers.*

*III. De delicten kunnen in een andere gemeente dan de woongemeente van de verdachte gepleegd zijn.*

*IV. Een antecedent is een politiecontact waarbij proces-verbaal van één of meer misdrijven is opgemaakt.*

*Bron: HKS, KLPD/DNRI.*

## 8.2.2 OPSPORINGSONDERZOEKEN GEORGANISEERDE CRIMINALITEIT

De dienst Nationale Recherche Informatie van het KLPD inventariseert ten behoeve van het Europese Dreigingsbeeld van Europol jaarlijks de Nederlandse opsporingsonderzoeken naar georganiseerde criminaliteit. Voor deze inventarisatie worden alle 25 politieregio's, de Nationale Recherche en de bijzondere opsporingsdiensten gevraagd hun lopende en afgesloten opsporingsonderzoeken te rapporteren.

Bij de cijfers dient een aantal kanttekeningen gemaakt worden:

- De gegevens over de opsporingsonderzoeken vanaf 2002 zijn niet meer direct vergelijkbaar met die uit de jaren daarvoor. Dit komt doordat het KLPD in 2002 is overgegaan op een nieuwe registratiemethode.
- De aantallen opsporingsonderzoeken uit 2005 zijn niet direct vergelijkbaar met de voorgaande jaren: door een verandering in de werkwijze van Europol heeft de dataverzameling over 2005 over januari-november plaatsgevonden in plaats van over het gehele kalenderjaar.
- Binnen één onderzoek kan sprake zijn van handel in en of productie van meerdere soorten drugs.

Tabel 8.3 laat zien dat in 2005 het merendeel van de opsporingsonderzoeken gericht is op de handel in of productie van drugs.

- Over (januari-november) 2005 zijn 176 opsporingsonderzoeken naar georganiseerde criminaliteit gerapporteerd. Bijna driekwart (72%) is gericht op de handel in of productie van drugs.
- Het aandeel van opsporingsonderzoeken gericht op drugs neemt toe tussen 2000 en 2005.
- Bij het merendeel van de onderzoeken naar drugs zijn harddrugs in het spel (85%). In 41 procent van de gevallen gaat het (ook) om softdrugs. Onderzoeken met softdrugs zijn toegenomen ten opzichte van 2004.
- Van de 108 onderzoeken waarbij het (mede) gaat om harddrugs betreft iets meer dan de helft (56%) slechts één soort (hard)drug.
- In de 52 onderzoeken waarbij het (mede) gaat om softdrugs, gaat het in 37 procent van de gevallen alléén om softdrugs, in 63 procent zijn ook harddrugs in het spel.
- De handel in cocaïne komt in 58 (54%) van de opsporingsonderzoeken naar harddrugs voor. In 48 (44%) van deze onderzoeken gaat het om synthetische drugs en in 31 (29%) om heroïne.
- De opsporingsonderzoeken naar softdrugs richten zich voor het merendeel op de handel en/of teelt van nederwiet of de handel in hasjesj.

**TABEL 8.3 OPSPORINGSONDERZOEKEN NAAR MEER ERNSTIGE VORMEN VAN GEORGANISEERDE CRIMINALITEIT, NAAR DRUGSWETCRIMINALITEIT EN HARD- EN SOFTDRUGS, 2000-2005**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Totaal aantal	148	146	185	221	289	176
Onderzoeken gericht op drugs (% op totaal aantal)	78 (53%)	90 (62%)	117 (63%)	146 (66%)	200 (69%)	127 (72%)
Onderzoeken gericht op drugs (% van alle drugsonderzoeken):						
Onderzoeken met harddrugs	64 (82%)	75 (83%)	97 (83%)	121 (83%)	168 (84%)	108 (85%)
Waarvan						
• Cocaine (%)				60%	57%	54%
• Heroïne (%)				17%	18%	29%
• Synthetische drugs (%)				54%	39%	44%
Onderzoeken met softdrugs	43 (55%)	37 (41%)	53 (45%)	57 (39%)	53 (27%)	52 (41%)
Onderzoeken alleen harddrugs	35 (45%)	53 (59%)	64 (55%)	89 (61%)	137 (69%)	75 (59%)
Onderzoeken alleen softdrugs	14 (18%)	15 (17%)	20 (17%)	25 (17%)	22 (11%)	19 (15%)
Onderzoeken met hard- en softdrugs	29 (37%)	22 (24%)	33 (28%)	32 (22%)	31 (16%)	33 (26%)

Bron: KLPD/DNRI, groep Onderzoek en Analyse.

### 8.2.3 IN BESLAG GENOMEN DRUGS

De dienst Nationale Recherche Informatie van het KLPD rapporteert jaarlijks over de hoeveelheid in beslag genomen drugs. Voor de rapportage over 2005 is informatie vergaard bij de politiekorpsen, Koninklijke Marechaussee, Douane en Fiscale Inlichtingen en Opsporingsdienst.<sup>198</sup> 21 van de 25 politieregio's leverden gegevens aan over



hun inbeslagnemingen in 2005. Bij het overzicht van tabel 8.4 dienen wel slagen om de arm te worden gehouden:

- De registratie van inbeslagnemingen binnen de korpsen en andere opsporingsinstanties is niet centraal georganiseerd en vaak ook niet uniform.<sup>197</sup> De cijfers geven slechts een minimum aan van het totaal aantal in beslag genomen drugs.<sup>198;200</sup>
- De verschillen tussen de drugssoorten zijn moeilijk te interpreteren.
- De cijfers kunnen fluctueren als gevolg van grote inbeslagnames in een jaar. In verband hiermee wordt in de literatuur aanbevolen om cijfers over inbeslagnames altijd over meerdere jaren (drie tot tien) heen te bekijken.<sup>200-202</sup> Omdat er echter substantiële verschillen zijn in aanleverende politieregio's tussen de jaren, kan deze aanbeveling hier niet gevolgd worden. De cijfers weerspiegelen ook de opsporingsinspanningen.

Vanwege de onbetrouwbaarheden in de registratie en de onvergelykbaarheid met eerdere jaren worden hier afgeronde cijfers gepresenteerd en alleen over 2005 (tabel 8.4). Over het totale aantal inbeslagnemingen in 2005 wordt hier niet gerapporteerd omdat de aanlevering van gegevens te beperkt is.

Afgaande op de KLPD-rapportage is het beeld voor 2005 als volgt<sup>198</sup>:

- In 2005 is ongeveer 900 kilogram heroïne in beslag genomen. De meeste kilo's zijn in beslag genomen door de Nationale Recherche. De inbeslagnames zijn meestal een gevolg van gerichte opsporing en onderzoek; soms komen ze voort uit controle-activiteiten. Van de regionale korpsen rapporteerde het Amsterdamse korps de meeste heroïnevangsten.
- Meer dan veertienduizend kilogram cocaïne is in beslag genomen, vooral bij de grens: bij zeehavens en op Schiphol. In dit cijfer zit een grote vangst van 4 600 kilo cocaïne uit Venezuela in de haven van Rotterdam en het reflecteert volgens het KLPD waarschijnlijk ook de 100 procent controles op risicovluchten voor cocaïnesmokkel op Schiphol. De cocaïne zou veelal uit Venezuela, de Nederlandse Antillen, Suriname, Brazilië en Peru komen en het grootste deel zou voor doorvoer naar andere Europese landen bestemd zijn.
- Er zijn ongeveer 1 600 kilogram en duizend tabletten amfetamine, 300 liter amfetamine-olie en 200 kilo amfetamine-pasta in beslag genomen. De voornaamste afzetmarkten voor amfetamine zijn volgens het KLPD het Verenigd Koninkrijk, de Scandinavische landen, en recent ook Polen en de Baltische Staten.
- Wat betreft ecstasy (MDMA, MDA of MDEA) gaat het om 200 kilogram, ongeveer 1,9 miljoen tabletten, tien liter en 200 kilo pasta. Er werden 19 productieplaatsen van synthetische drugs ontmanteld.
- Ongeveer 600 duizend trips LSD zijn gevonden. Dit is aanzienlijk en heeft te maken met twee grotere ontmantelingen van laboratoria in Amsterdam en op Sint Maarten.

- Methadon is vooral in tabletvorm in beslag genomen, ongeveer veertienduizend stuks.
- Ongeveer 100 liter GHB is in beslag genomen.
- Van cannabis (hashish, marihuana en nederwiet) is ongeveer bijna tienduizend kilogram in beslag genomen, naast meer dan 1,7 miljoen cannabisplanten en ruim 97 duizend stekjes.
- Inbeslagnames van opium en paddo's zijn zeer beperkt, morfine is niet in beslag genomen.
- Van de precursoren BMK en PMK zijn 300 en duizend liter resp. in beslag genomen. Precursoren worden gehandhaafd op basis van de Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën (WVMC).

**TABEL 8.4 IN BESLAG GENOMEN DRUGS IN NEDERLAND IN 2005<sup>I</sup>**

Soort	Kilogram	Tabletten	Liters	Aantal
Heroïne	± 900			
Cocaïne	± 14 600			
Morfine				
Amfetamine	± 1 600 <sup>II</sup>	± 1 000	± 300 (olie)	± 200 kg (pasta)
Ecstasy (MDMA, MDA, MDEA) <sup>III</sup> /MMDMA/MDA/MDEA)	± 200 <sup>II</sup>	± 1 900 000	± 10 (olie) (olie)(olie)200	± 200 kg (pasta)
GHB	<sup>IV</sup>		± 100	
LSD			<sup>IV</sup>	± 625 000 trips
Methadon	<sup>IV</sup>	± 13 800	<sup>IV</sup>	
Opium	<sup>IV</sup>			
Cannabis				
Hasjiesj	± 5 500			
Marihuana	± 2 000			
Nederwiet	± 2 200			
Hennep planten				± 1 700 000
Hennep stekken				± 97 800
Hennepkwekerijen				± 5 600
Paddo's	<sup>IV</sup>			
BMK			± 300	
PMK			± 1 100	

*I. Cijfers zijn afgerond. II. Poeder. III. Over ecstasy zijn ook cijfers beschikbaar van de Nationale Recherche/Unit Zuid Nederland. Deze geven aan dat in 2005 1 800 000 tabletten in beslag zijn genomen, ongeveer 220 kilogram poeder en rond 2000 kilogram pasta. IV. < 10 kilogram of liter. Bron: KLPD/NRI, groep Onderzoek en Analyse. Bewerking: WODC.*

#### 8.2.4 INSTROOM EN AFDOENING OPIUMWETZAKEN BIJ HET OPENBAAR MINISTERIE

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

Tabel 8.5 geeft de aantallen ingestroomde zaken naar hard- en softdrugs.

- In 2005 stromen 20 105 Opiumwetzaken in. Dit is minder dan in 2004 (- 8%), maar het is hoger dan in de periode 2000-2003. Tussen 2000 en 2004 was er een continue toename.
- Het aandeel Opiumwetzaken op het totaal van alle bij het OM ingestroomde zaken bedraagt 7,5 procent. Dit is vergelijkbaar met 2004 (8%). Het aandeel is nog altijd hoger dan in de jaren 2000-2003.
- De daling betreft alleen harddrugszaken (-17%). Het aantal softdrugszaken blijft toenemen. In 2005 zijn er ruim negenduizend, plus twee procent in vergelijking met 2004. Het aantal softdrugszaken is nu tweemaal zo groot als in 2000.
- Harddrugszaken vormen in 2005 minder dan de helft van alle Opiumwetzaken: 48 procent (53% in 2004). Softdrugszaken beslaan nu 46 procent (41% in 2004). Vijf procent van de zaken betreft zowel hard- als softdrugs.
- De meeste Opiumwetzaken (71% in 2004 en 69% in 2005) betreffen bereiding, productie en smokkel/handel van drugs. De rest betreft bezit van drugs. Bij bezit gaat het meestal om harddrugs (64% in 2004 en 66% in 2005).
- De afname van de Opiumwetzaken zit in de hoek van bereiding, productie en smokkel/handel van harddrugs (- 25%) en heeft niet te maken met bezit van harddrugs. Het aantal delicten betreffende bereiding, productie en smokkel/handel van softdrugs neemt toe (+ 8%). In 2005 bestaat meer dan de helft van de Opiumwetzaken (53%) uit dit type delicten met softdrugs. In 2004 waren bij dit type delicten de harddrugszaken nog in de meerderheid (57%).

**TABEL 8.5 OPIUMWETZAKEN INGESTROOMD BIJ HET OPENBAAR MINISTERIE NAAR HARD- EN SOFTDRUGS, 2000-2005<sup>1</sup>**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Opiumwet totaal	11 685	13 951	16 623	18 173	21 940	20 105
• Harddrugs	6 412	7 704	9 301	10 045	11 728	9 716
• Softdrugs	4 493	5 445	6 525	7 164	9 099	9 298
• Hard- en softdrugs	780	802	797	964	1 113	1 091
Totaal alle wetten	238 988	238 183	254 396	273 786	275 419	268 496
Opiumwet op totaal	4,9%	5,9%	6,5%	6,6%	8,0%	7,5%
Harddrugs	55%	55%	56%	55%	53%	48%
Softdrugs	38%	39%	39%	39%	41%	46%
Hard- en softdrugs	7%	6%	5%	5%	5%	5%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%

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

Recent onderzoek geeft meer gedetailleerd zicht op het type drug en het soort delict bij Opiumwetzaken.<sup>199</sup> Er zijn 756 strafdossiers 2004<sup>a</sup> geanalyseerd bij de negentien arrondissementsparketten. De gegevens zijn vergeleken met die van overeenkomstige steekproeven uit 1993, 1995 en 1999.

- Haarlem, Breda, Amsterdam, Maastricht en 's-Hertogenbosch hebben in 2004 de meeste drugszaken, elk meer dan duizend. Haarlem voert veruit de boventoon met 4 221 zaken. Het gaat hier voornamelijk om cocaïne-invoer door koeriers op Schiphol.
- Wanneer de jaren 1993-1995-1999-2004 vergeleken worden valt op dat met name zaken met betrekking tot invoer van drugs zijn toegenomen. Zaken met betrekking tot productie van drugs kwamen in 1999 relatief veel voor, maar het aantal is in 2004 weer lager. Het aandeel zaken met betrekking tot nationale handel daalde. Vooral het aandeel zaken cocaïne nam aanzienlijk toe tussen 1999 en 2004.

Wanneer gekeken wordt naar type drug ontstaat het volgende beeld (tabel 8.6):

- 40 procent van de zaken betreft cocaïne. Meestal (in 47% van de cocaïne-zaken) gaat het om invoer, daarnaast ook om handel (17%), om het aanwezig hebben van de drug (15%), bezit voor handel (11%) en bezit voor eigen gebruik (7%).

<sup>a</sup> Onderzoek is uitgevoerd voor dit jaarbericht. Peiljaar 2004 is gekozen omdat OM-dossiers van dat jaar redelijk compleet zijn in de onderzoeksperiode (oktober 2006-januari 2007).

- Gemiddeld gaat het bij cocaïnedelicten om twaalf kilo, mediaanwaarde is 85 gram. Bij invoer is de mediaanwaarde van het gewicht per delict 934 gram.
- 35 procent van de zaken betreft nederwiet, voornamelijk productie (40%). Export komt in vijftien procent van de nederwietzaken voor, het aanwezig hebben van de drug in vijftien procent, bezit voor eigen gebruik in twaalf procent en handel in zeven procent.
- De kwekerijen in de steekproef hadden gemiddeld 5 460 planten, mediaanwaarde is 150 planten. Over het algemeen zijn de kwekerijen redelijk professioneel opgezet. Er wordt veelal voor kunstlicht op tijd klokken, centraal geregelde bevoeiingssystemen en afzuiging naar buiten gezorgd en ook is meestal sprake van een aparte, afgeschermd en verwarmde ruimte.
- In 50 procent van de zaken hennep teelt dagvaardt het OM. In 25 procent van de zaken beslist het OM tot een transactie, in 22 procent tot een taakstraf. Het vonnis is in 51 procent van de zaken een taakstraf, in 24 procent een voorwaardelijke gevangenisstraf, in zestien procent een boete en in zeven procent een onvoorwaardelijke gevangenisstraf.
- Overige wiet- of hasjsoorten (geen nederwiet) maken slechts één procent van het totaal uit.
- Elf procent van de zaken betreft ecstasy. Meestal gaat het daarbij om het aanwezig hebben van de drug (46%), daarnaast komt bezit voor eigen gebruik voor in zeventien procent van de ecstasyzaken, bezit voor handel in zestien procent en handel in twaalf procent. Het gemiddelde aantal ecstasy pillen per delict is 1 751, mediaanwaarde is tien pillen. Met name bij vervoer binnen Nederland zijn grote aantallen pillen aangetroffen.
- Drie procent van de Opiumwetzaken heeft betrekking op amfetamine. Het gaat om het aanwezig hebben (28%), handel en bezit voor handel (samen 28%), bezit voor eigen gebruik (25%) en export (20%).
- Negen procent van de Opiumwetzaken betreft opiaten. In een derde van de gevallen gaat het om handel (35%), in 22 procent gaat het om bezit voor handel, in achttien procent om export en in veertien procent om het aanwezig hebben van een opiaat. Gemiddeld wordt bijna vijf kilo in beslag genomen, mediaanwaarde is 7 gram.
- Andere soorten drugs komen weinig voor: andere softdrugs dan (neder)wiet of hasj in een procent van de zaken, LSD en GHB beide in 0,4 procent van de zaken.

**TABEL 8.6: OVERZICHT DRUG EN DELICT OP DELICTNIVEAU (GEWOGEN AANTALLEN)**

Type drug		Productie	Import	Export	Vervoer	Handel
Nederwiet	n	115	0	44	14	20
	%	13,8	-	5,3	1,7	2,4
Overig wiet/hasj	n	0	1	0	0	0
	%	-	0,1	-	-	-
Ecstasy	n	0	0	6	2	11
	%	-	-	0,7	0,2	1,3
Cocaïne	n	0	156	6	2	58
	%	-	18,7	0,7	0,2	6,9
Opiaten	n	0	3	13	0	26
	%	-	0,4	1,6	-	3,1
Amfetamine	n	0	0	5	0	3
	%	-	-	0,6	-	0,4
LSD	n	0	0	0	0	0
	%	-	-	-	-	-
GHB	n	0	0	0	0	0
	%	-	-	-	-	-
Ecodrugs/paddo's e.d.	n	0	0	0	0	0
	%	-	-	-	-	-
Overige softdrugs	n	0	0	0	0	0
	%	-	-	-	-	-
Drug onbekend	n	0	0	0	0	1
	%	-	-	-	-	0,1
<b>Totaal</b>	<b>n</b>	<b>115</b>	<b>160</b>	<b>74</b>	<b>18</b>	<b>119</b>
	<b>%</b>	<b>13,8</b>	<b>19,2</b>	<b>8,9</b>	<b>2,2</b>	<b>14,3</b>

*I. De totale n in de tabel kan afwijken van de gewogen totale n door afrondingseffecten. Bron: Jacobs, 2007.<sup>199</sup>*

<i>Bezit voor handel</i>	<i>Bezit voor eigen gebruik</i>	<i>Aanwezig hebben</i>	<i>Anders</i>	<i>Totaal</i>
13	34	43	7	<b>290</b>
1,6	4,1	5,1	0,8	<b>34,7</b>
0	0	4	0	<b>5</b>
-	-	0,5	-	<b>0,6</b>
15	16	43	0	<b>93</b>
1,8	1,9	5,1	-	<b>11,1</b>
38	22	51	0	<b>333</b>
4,6	2,6	6,1	-	<b>39,9</b>
16	6	10	0	<b>74</b>
1,9	0,7	1,2		<b>8,9</b>
4	6	7	0	<b>25</b>
0,5	0,7	0,8	-	<b>3,0</b>
0	0	3	0	<b>3</b>
-	-	0,4	-	<b>0,4</b>
0	1	2	0	<b>3</b>
-	0,1	0,2	-	<b>0,4</b>
2	0	0	0	<b>2</b>
0,2	-	-	-	<b>0,2</b>
0	0	5	0	<b>5</b>
-	-	0,6	-	<b>0,6</b>
0	0	0	1	<b>2</b>
-	-	-	0,1	<b>0,2</b>
<b>88</b>	<b>85</b>	<b>168</b>	<b>8</b>	<b>835</b>
<b>10,5</b>	<b>10,2</b>	<b>20,1</b>	<b>1,0</b>	<b>100,0</b>

Tabel 8.7 laat zien wat de beslissing van het Openbaar Ministerie is geweest in de Opiumwetzaken in 2005.

- In 2005 zijn 20 094 zaken afgedaan door het Openbaar Ministerie. Het OM brengt in het merendeel van de drugszaken een dagvaarding uit: de meeste drugszaken worden dus voor de rechter gebracht.
- Het aandeel dagvaardingen is hoger dan in 2004, maar lager dan in de jaren daarvoor. Er was een daling in 2004, die een gevolg was van het feit dat in hard-drugszaken vaker geseponeerd werd, voornamelijk in gevallen van drugskoeriers op Schiphol, waarbij de stofgerichte benadering werd gevolgd.<sup>b</sup> In 2005 is het aandeel beleidssepots gedaald naar acht procent. Dit is minder dan in 2004, maar nog steeds hoger dan in 2003 en de jaren daarvoor.
- Het percentage gedagvaarde softdrugszaken neemt eveneens toe in 2005.
- In 2005 eindigt 19 procent van de Opiumwetzaken met een transactie. Dit percentage fluctueert de laatste jaren tussen de 18 en 20 procent.
- Het bedrag (mediaan) bij financiële transacties is in 2005 270 euro. Dit bedrag neemt toe over de periode 2000-2005 (niet in tabel).
- Het percentage zaken dat eindigt met een transactie of wordt gedagvaard kan worden gezien als een ruwe indicator van de sanctie-effectiviteit van het strafrechtssysteem. Tussen 2000 en 2003 nam dit percentage toe van 83 tot 90 procent. In 2004 daalde dit percentage, voornamelijk ten gevolge van het Schiphol drugskoeriersbeleid, naar 81 procent. In 2005 is dit percentage toegenomen tot 84 procent.
- Strafzaken vanwege Opiumwetdelicten vormen acht procent van het totale aantal door het OM afgedane strafzaken in 2005. Dit aandeel is even hoog als in 2004. In de periode 2000-2004 nam dit aandeel toe van vijf naar acht procent.

---

<sup>b</sup> Drugskoeriers zonder antecedenten en met slechts een geringe hoeveelheid drugs werden niet vervolgd maar heengezonden na inbeslagname van de drugs; hun naam werd op de 'zwarte lijst' gezet om toekomstige vluchten naar Nederland te voorkomen.236-238



**TABEL 8.7 OPIUMWETZAKEN AFGEDAAN DOOR OPENBAAR MINISTERIE NAAR BESLISSING OM EN HARD- EN SOFTDRUGS, 2000-2005**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Totaal aantal Opiumwetzaken	11 480	13 115	16 058	17 935	21 047	20 094
• Dagvaarding	73%	71%	70%	72%	61%	65%
• Transactie	10%	15%	19%	18%	20%	19%
• Beleidssepot	5%	4%	3%	3%	10%	8%
• Technisch sepot	9%	7%	5%	5%	7%	6%
• Voeging	3%	3%	3%	3%	2%	2%
<b>Harddrugs</b>						
• Dagvaarding	78%	79%	80%	80%	61%	64%
• Transactie	4%	6%	8%	9%	10%	13%
• Beleidssepot	5%	4%	3%	3%	17%	13%
• Technisch sepot	9%	8%	6%	5%	10%	7%
• Voeging	3%	3%	3%	3%	3%	3%
<b>Softdrugs</b>						
• Dagvaarding	64%	58%	55%	59%	58%	63%
• Transactie	19%	30%	35%	31%	34%	27%
• Beleidssepot	5%	4%	3%	3%	2%	3%
• Technisch sepot	8%	5%	5%	4%	4%	4%
• Voeging	3%	3%	2%	2%	2%	2%
<b>Hard- en softdrugs</b>						
• Dagvaarding	76%	79%	83%	85%	84%	86%
• Transactie	5%	4%	5%	7%	6%	5%
• Beleidssepot	5%	4%	3%	2%	3%	2%
• Technisch sepot	12%	12%	7%	5%	5%	5%
• Voeging	2%	1%	2%	1%	1%	1%
• Totaal alle wetten	236 064	230 769	247 540	268 839	268 031	263 465
• Opiumwet op totaal	5%	6%	6%	7%	8%	8%

Bron: OMDATA, WODC.

Tabel 8.8 toont het aantal zaken betreffende de Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën (WVMC).

- In 2005 is sprake van een daling van het aantal WVMC zaken naar 22; dit aantal was nog 40 in 2004 en 54 in 2002 en 2003. Meestal betreft het WVMC zaken in combinatie met Opiumwetdelicten. Het gaat hierbij altijd om harddrugs dan wel

om precursoren om harddrugs te vervaardigen. In 2005 is in vijf zaken sprake van een delict tegen de WVMC alléén.

**TABEL 8.8 AFGEDANE ZAKEN WVMC, 2000-2005**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Alleen WVMC	6	11	6	7	2	5
WVMC en Opiumwet	32	64	48	47	38	17
Totaal	38	75	54	54	40	22

Bron: OMDATA. Bewerking WODC.

- In 2005 werd in 412 zaken deelname aan een criminele organisatie in combinatie met een Opiumwetdelict tenlastegelegd (artikel 140 uit het Wetboek van Strafrecht) (tabel 8.9). Dit is meer dan in 2004.

**TABEL 8.9 AFGEDANE ZAKEN OPIUMWET MET ARTIKEL 140 WvS, 2000-2005**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Aantal zaken art. 140	356	422	357	348	387	412

Bron: OMDATA, bewerking WODC.

### 8.2.5 AFDOENING DOOR RECHTER

- De rechter heeft in 2005 ruim twaalfduizend Opiumwetzaken in eerste aanleg afgedaan, nagenoeg evenveel als in 2004 (tabel 8.10). Opiumwetzaken vormen in 2005 acht procent van het totale aantal door de rechter afgedane zaken, evenals in 2004. Er zijn tussen 2003 en 2005 geen grote veranderingen waar te nemen.
- Het aantal harddrugszaken daalt in 2005 ten opzichte van 2004 met negen procent en het aantal softdrugszaken stijgt met dertien procent.
- Het aandeel harddrugszaken daalt van 56 procent in 2004 naar 50 procent in 2005, maar harddrugszaken vormen nog steeds de meerderheid. Het aandeel softdrugszaken neemt de laatste jaren toe.

**TABEL 8.10 DOOR RECHTER AFGEDANE ZAKEN NAAR HARD- EN SOFTDRUGS, 2000-2005<sup>1</sup>**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Opiumwet totaal	8 085	8 855	10 713	12 720	12 196	12 262
• Harddrugs	4 718	5 317	6 870	8 034	6 784	6 148
• Softdrugs	2 766	2 890	3 203	3 888	4 564	5 178
• Hard- en softdrugs	601	648	640	798	848	936
Totaal alle wetten	123 320	123 389	129 046	148 340	146 192	145 851
%						
• Harddrugs	58%	60%	64%	63%	56%	50%
• Softdrugs	34%	33%	30%	31%	37%	42%
• Hard- en softdrugs	7%	7%	6%	6%	7%	8%
Opiumwet totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Opiumwet op totaal	7%	7%	8%	9%	8%	8%

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

## 8.2.6 SANCTIES IN OPIUMWETZAKEN

Tabel 8.11 geeft de door de rechter in eerste aanleg oplegde taakstraffen, onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen en geldboetes weer.<sup>c</sup>

- In 2005 neemt het aantal taakstraffen toe met 17 procent ten opzichte van 2004. Tussen 2000 en 2005 is het aantal taakstraffen meer dan verdubbeld.
- In 2005 daalt het aantal onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen met tien procent ten opzichte van 2004. Ook in 2004 was al sprake van een daling (met 13%). Tussen 2000 en 2003 nam het aantal onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen nog toe met 78 procent.
- In 2005 daalt het aantal geldboetes ten opzichte van 2004 (-11%). Tussen 2000 en 2004 steeg dit aantal juist (+ 35%). Het geldboetebedrag (mediaan) bedraagt in 2005 500 euro; dit bedrag is vrij constant tussen 2000 en 2005.

<sup>c</sup> Het aantal ontnemingen kan niet betrouwbaar uit OMDATA worden afgeleid en wordt daarom niet vermeld.

**TABEL 8.11 SANCTIES IN OPIUMWETZAKEN, 2000-2005**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Soort sanctie						
• Taakstraf	2 340	2 533	2 864	3 769	4 093	4 789
• Onvoorwaardelijke vrijheidsstraf	3 416	4 086	5 481	6 270	5 436	4 839
• Geldboete	1 512	1 622	1 797	1 943	2 039	1 823

Bron: OMDATA, Bewerking WODC.

Tabel 8.12 toont de strafmaat in aantal dagen taakstraffen of vrijheidsstraffen.

- In 2005 neemt het gemiddelde aantal dagen taakstraf af naar 113. Tussen 2000 en 2004 varieerde de gemiddelde duur van de taakstraf tussen 121 en 127 dagen.
- In 2005 daalt de gemiddelde duur van de onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen naar 351 dagen. Tussen 2000 en 2004 fluctueerde dit gemiddelde rond de 400 dagen.

**TABEL 8.12 GEMIDDELDE DUUR (DAGEN) VAN TAAKSTRAFFEN EN ONVOORWAARDELIJKE VRIJHEIDSTRAFFEN IN OPIUMWETZAKEN, 2000-2005**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Taakstraf	122	121	120	127	122	113
Onvoorwaardelijke vrijheidsstraf	395	408	420	389	391	351

Bron: OMDATA, bewerking WODC.

## 8.2.7 VRIJHEIDSTRAFFEN OPIUMWET

Uiteindelijk belandt een aantal veroordeelden in de gevangenis (tabel 8.13).

- In 2005 daalt het aantal wegens Opiumwetdelicten opgelegde onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen en detentie jaren sterk: minus 22 en minus 26 procent respectievelijk. Het totale aantal wegens alle delicten opgelegde onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen en detentie jaren daalt eveneens sterk. Opiumwetdelicten gaan dus mee in een algemene daling.
- Het percentage Opiumzaken op alle vrijheidsstraffen blijft dan ook constant: zestien procent. Sinds 2002 is dit percentage niet veranderd.
- Het percentage detentie jaren voor Opiumwetzaken daalt: van 32 procent in 2002 naar 26 procent in 2005. Er zijn dus kortere straffen opgelegd.
- Daders van harddrugsdelicten krijgen veel vaker een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf opgelegd dan daders van softdrugsdelicten. Ook het aantal detentie jaren is voor harddrugs vele malen hoger dan voor softdrugs.

**TABEL 8.13 VRIJHEIDSTRAFFEN EN DETENTIEJAREN IN OPIUMWETZAKEN, 2000- 2005<sup>I</sup>**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Aantal vrijheidsstraffen	25 746	27 332	31 163	34 262	29 650	23 052
Opiumwet totaal	12%	13%	16%	16%	16%	16%
• harddrugs <sup>II</sup>	11%	12%	15%	15%	14%	14%
• softdrugs	1%	1%	1%	1%	2%	2%
Overige strafzaken	88%	87%	84%	84%	84%	84%
Detentiejaren <sup>III</sup>	9 193	10 318	12 500	13 171	11 917	8 787
Opiumwet totaal	25%	28%	32%	31%	28%	26%
• harddrugs <sup>II</sup>	23%	26%	31%	30%	27%	24%
• softdrugs	1%	1%	1%	1%	2%	2%
Overige strafzaken	75%	72%	68%	69%	72%	74%

*I. Exclusief jeugd detentie. II. Een zaak, waarin naast een harddrugsdelict ook een softdrugsdelict ten laste is gelegd, wordt geclassificeerd onder harddrugs. III. Detentiejaren zijn berekend door de som te nemen van het onvoorwaardelijke deel van de strafduur, waarbij het deel dat op grond van de v.i. regeling niet wordt uitgezeten eerst van de strafduur is afgetrokken. Bron: OBIJ, WODC.*

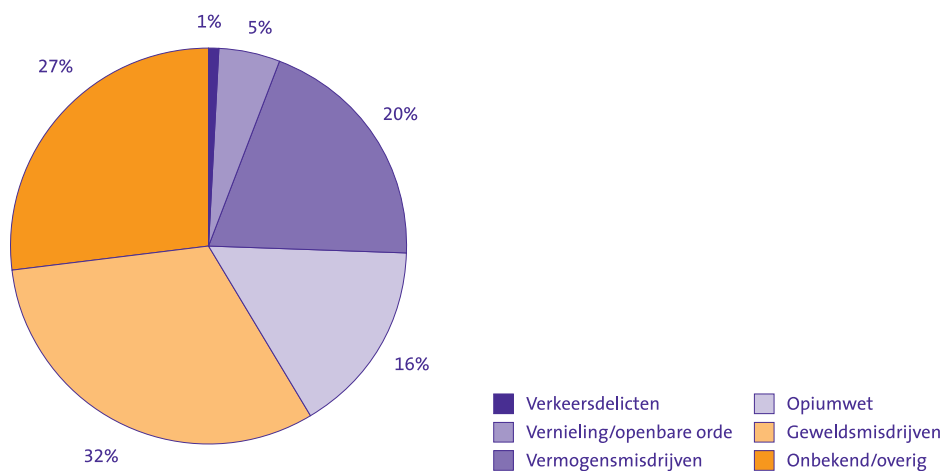
- Op peilmoment september 2005 zijn 17 600 personen in totaal gedetineerd, zestien procent van hen vanwege een Opiumwetdelict (tabel 8.14 en figuur 8.1).
- Het aandeel gedetineerden vanwege Opiumwetdelicten is lager dan het aandeel dat vanwege vermogensdelicten of geweldsmisdrijven gedetineerd is.
- De zestien procent is beduidend minder dan in de jaren daarvoor en de laagste waarde in de periode 2000-2005.

**TABEL 8.14 GEDETINEERDEN IN GEVANGENISWEZEN<sup>I</sup> OP PEILDATUM 30 SEPTEMBER, NAAR DELICTGROEP<sup>II</sup>, 2000-2005**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Totaal aantal	11 760	12 410	13 060	13 980	16 455	17 600
• Verkeer	1%	1%	0%	0%	1%	1%
• Vernieling/openbare orde	6%	6%	4%	4%	4%	5%
• Vermogensmisdrijven	25%	26%	18%	20%	19%	20%
• Opiumwet	17%	19%	21%	19%	20%	16%
• Geweldsmisdrijven	29%	29%	38%	38%	35%	32%
• Onbekend/overig	23%	18%	19%	18%	20%	27%
• Totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%

*I. Inclusief extramuraal geplaatste justitiabelen. Door drugskoeriers en illegale vreemdelingen bezette plaatsen van de Directie Bijzondere Voorzieningen zijn meegeteld vanaf 2004. De aantallen van 2002 en 2003 zijn exclusief de door drugskoeriers en illegale vreemdelingen bezette plaatsen. De extramuraal verblijvenden i.h.k.v. elektronische detentie en penitentiair programma zijn meegeteld. II. Dit is het delict waarvan men wordt verdacht dan wel waarvoor men is veroordeeld. Bron: Criminaliteit en Rechtshandaving, WODC.*

**FIGUUR 8.1 GEDETINEERDEN IN HET GEVANGENISWEZEN OP PEILDATUM 30 SEPTEMBER 2005, NAAR DELICTGROEP**



### 8.2.8 RECIDIVE VAN OPIUMWETOVERTREDERS

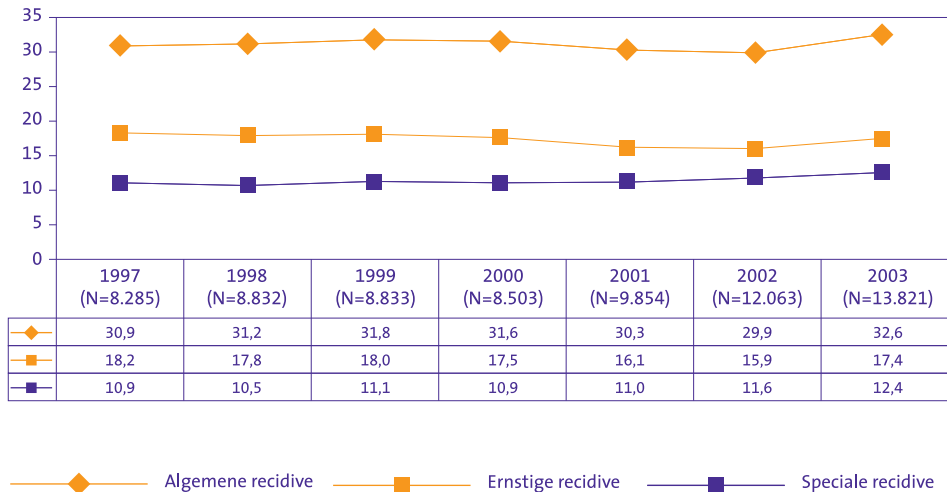
Na een strafoplegging komt een deel van de Opiumwetovertreders opnieuw in contact met Justitie. Om een beeld te krijgen van hun recidive is uit het bestand van de WODC-Recidivemonitor een selectie gemaakt van alle personen die in de periode van 1997 tot en met 2003 minstens éénmaal veroordeeld zijn vanwege een Opiumwetdelict (zie ook bijlage G). Het gaat in deze jaren om acht duizend tot ruim dertien duizend veroordeelden. Van deze personen is vervolgens de gehele strafrechtelijke geschiedenis opgevraagd: nagegaan is of zij binnen twee jaar na de inschrijving van het drugsdelict waarvoor ze veroordeeld zijn, opnieuw voor een strafbaar feit werden ingeschreven bij Justitie. Daarbij zijn drie typen recidive onderscheiden: *algemene*, *ernstige* en *speciale* recidive.

Bij het vaststellen van de *algemene* recidive worden alle nieuwe justitiecontacten geteld, behalve zaken die eindigden in een vrijspraak, technisch sepot of andere technische uitspraak. *Ernstige* recidive betreft nieuwe justitiecontacten naar aanleiding van delicten met een wettelijke strafdreiging van minimaal vier jaar. Bij het vaststellen van de *speciale* recidive van Opiumwetovertreders worden alleen nieuwe contacten naar aanleiding van een overtreding van de Opiumwet geteld.

De ontwikkeling van de algemene, ernstige en speciale recidive van Opiumwetovertreders in de periode 1997 tot en met 2003 is in beeld gebracht door per jaar het percentage personen te berekenen dat binnen twee jaar recidiveert (figuur 8.2).

- Opiumwetovertreders recidiveren iets vaker dan de populatienorm, dat wil zeggen dan alle bestrafte wetsovertreders samen. De tweejaarlijkse recidive van de populatienorm ligt in de onderzochte periode tussen de 27-30 procent.<sup>203</sup> De tweejaarlijkse recidive van de Opiumwetovertreders ligt tussen de 29-33 procent.
- De algemene recidive van Opiumwetovertreders laat een vrij stabiel beeld zien tot 2001; daarna is er een daling (van 32% voor de cohort 2000 naar 30% voor de cohort 2002). De recidive stijgt vervolgens naar 33 procent in 2003. Opiumwetovertreders uit 2003 recidiveren dus het meest van de onderzochte cohorten.
- De ernstige recidive laat ongeveer eenzelfde trend zien als de algemene recidive: redelijk constant tot 2001, daarna een daling bij de cohorten 2001 en 2002 en een lichte stijging onder de cohort 2003. De percentages van de ernstige recidive liggen echter beduidend lager dan die van de algemene recidive, namelijk rond de zestien tot negentien procent.
- De speciale recidive van Opiumwetovertreders is licht toegenomen van elf procent onder de cohort 1997 naar twaalf procent in de cohort 2003. Binnen ieder cohort pleegt ruim tien procent van de Opiumwetovertreders binnen twee jaar opnieuw een Opiumwetdelict.
- Opiumwetovertreders die recidiveren blijken vooral andere delicten dan drugsdelicten te hebben gepleegd.
- Mannelijke Opiumwetovertreders recidiveren vaker dan vrouwelijke (niet in figuur).

**FIGUUR 8.2 PREVALENTIE VAN VERSCHILLENDE VORMEN VAN TWEEJARIGE RECIDIVE IN ZEVEN OPEENVOLGENDE COHORTEN VAN OPIUMWETOVERTREDERS**



Bron: WODC-Recidivemonitor.

### 8.2.9 OPIUMWETDELICTEN IN DE STRAFRECHTSKETEN

Tabel 8.15 geeft een overzicht van Opiumwetdelicten in de strafrechtsketen in 2005. De cijfers zijn afkomstig uit verschillende bronnen; de relatie moet dan ook voorzichtig geïnterpreteerd worden. Tabel 8.16 plaatst de Opiumwetdelicten naast een aantal andere delicten.

- Het aandeel Opiumwetdelicten neemt toe naarmate men verder komt in de keten: Opiumwetdelicten hebben een relatief grote kans om door de gehele strafrechtelijke keten te 'stromen'.<sup>204</sup>
- Door de hele keten heen zijn er meer harddrugsdelicten dan softdrugsdelicten. Harddrugsdelicten krijgen echter steeds meer de overhand in latere fasen van de keten (tabel 8.15).
- In vergelijking met daders van andere delicten (gewelddelicten, vernieling en openbare orde delicten, vermogensdelicten en overige delicten) zitten daders van Opiumwetdelicten vaak een vrijheidsstraf uit: ruim twee maal zoveel als op grond van hun aantal verwacht mag worden (tabel 8.16). Ter vergelijking: verdachten van gewelddelicten maken 24 procent uit van het totale aantal verdachten en 25 procent van het aantal tot vrijheidsstraf veroordeelden, dit is proportioneel aan hun aantal.



- Daders van Opiumwetdelicten zitten naar verhouding drie maal meer detentiejaren uit dan op grond van hun aantal verwacht mag worden (tabel 8.16). Daders van geweldsdelicten zitten naar verhouding bijna tweemaal meer detentiejaren uit.

**TABEL 8.15 OPIUMWETDELICTEN IN DE STRAFRECHTSKETEN: VERDACHTEN, VEROORDEELDEN, VRIJHEIDSTRaffen EN DETENTIEJAREN, NAAR HARD- EN SOFTDRUGS, 2005**

Fase in keten	Politie <sup>I</sup>	OM	Rechter te aanleg	Vrijheids- straffen	Detentie- jaren
Totaal Opiumwet	21 223	20 105	12 262	3 642	2 284
• Harddrugs	10 592	9 716	6 148	3 217	2 066
• Softdrugs	8 104	9 298	5 178	425	218
• Beide	2 527	1 091	936	III	III
% Opiumwet op totaal <sup>II</sup>	7%	7,5%	8%	16%	26%
% harddrugs-softdrugs					
• Harddrugs	50%	48%	50%	88%	90%
• Softdrugs	38%	46%	42%	12%	10%
• Beide	12%	5%	8%	III	III

I. Bij de politie zijn 502 verdachten 'overige Opiumwet' onder 'beide' opgenomen. II. Totaal = totaal aantal zaken. III. Een zaak met een hard- en een softdrugsdelict is hier geclassificeerd onder harddrugs. Bronnen: HKS, KLDP/DNRI; OMDATA en OBJD, WODC.

**TABEL 8.16 AANDEEL VAN VERSCHILLENDE DELICTCATEGORIEËN IN DE STRAFRECHTSKETEN, 2005<sup>I</sup>**

	Gehoorde verdachten	Transacties en schuldig- verklaringen	Onvoorwaarde- lijke vrijheids- straffen	Detentiejaren
Opiumwet	7%	6%	13%	21%
Geweldsdelicten	24%	17%	25%	43%
Vermogensdelicten	32%	26%	45%	23%
Vernieling en openbare orde	16%	13%	8%	7%
Overig	21%	38%	9%	6%
Totaal	100%	100%	100%	100%

I. Tabel is actualisatie van figuur 8.10 uit Eggen & Van der Heide (2005).<sup>204</sup> Bron: CBS. Bewerking WODC.

## 8.3 DOOR DRUGS- EN ALCOHOLGEBRUIKERS GEPLEEGDE CRIMINALITEIT

### 8.3.1 DRUGS- EN ALCOHOLGEBRUIKERS VERDACHTEN BIJ DE POLITIE

De informatie over criminaliteit die verband houdt met drugsgebruik en drugsgebruikers is zeer beperkt, omdat noch de politie, noch het OM, de rechter of het gevangeniswezen op systematische wijze drugsgebruik registreren en er ook onderzoeksmatig weinig over bekend is.

In het Herkenningsdienststelsel (HKS) van de politie kunnen verdachten als “drugsgebruiker” worden geregistreerd. Hierbij gaat het om een zogenaamde gevarenclassificatie. Een verdachte wordt als “drugsgebruiker” geregistreerd als er aanwijzingen zijn dat deze in verband met zijn/haar drugsgebruik een gevaar voor de verbalisant kan opleveren. Ook vindt registratie als “drugsgebruiker” plaats op aangeven van de verdachte zelf, bijvoorbeeld omdat hij/zij zelf aangeeft problemen te hebben met het gebruik van drugs, of omdat hij/zij om methadon dan wel andere vervangende medicatie vraagt. De politie vraagt eventueel drugsgebruik niet systematisch na. Er is dus een aanzienlijke kans dat een verdachte wel drugsgebruiker is, maar niet als zodanig in het HKS wordt geregistreerd omdat de politie dit niet weet of niet herkent. Ook bestaan er regionale verschillen in de registratie van deze categorie. Jaarlijks worden volgens de HKS-registratie negen à tien duizend als “drugsgebruiker” geregistreerde verdachten één of meermaals wegens het plegen van een misdrijf opgepakt. In 2005 waren dit er ruim negen duizend.

Lopend (nog niet gepubliceerd) onderzoek bevestigt dat de gevarenclassificatie van het HKS een forse onderschatting oplevert van het aantal verdachten met problematisch drugsgebruik. Ongeveer 20 tot 45 procent van de verdachten met een (elders) geregistreerd problematisch drugsgebruik wordt niet als drugsgebruiker geregistreerd in het HKS en is dus onzichtbaar in de politiestatistiek.<sup>205</sup> Degenen die gemist worden lijken met name gebruikers die minder bekend zijn bij de politie, bijvoorbeeld omdat ze minder processen verbaal hebben gehad of omdat ze niet wonen in de plaats waar ze zijn aangehouden.

Van de verdachten die door de politie in het HKS wél als drugsgebruiker zijn geregistreerd is een aantal kenmerken te geven:

- 90 procent is man. De verdeling man-vrouw bleef gelijk tussen 2000 en 2005.
- 90 procent is ouder dan 24 jaar. Ruim een kwart (28%) is tussen 25 en 34 en de meerderheid (66%) is ouder dan 34 jaar. De gemiddelde leeftijd is 36 jaar.
- 38 procent woont in een van de grote steden (250 000 of meer inwoners) en 14 procent in het buitenland. Het aandeel uit de grote steden is afgenomen tussen 2000 en 2005 (van 47% naar 38%); het aandeel dat in het buitenland woont, is in deze periode toegenomen van 6 procent naar 14 procent.

- Ongeveer 70 procent kwam meer dan tien keer eerder met de politie in aanraking, een op de vijf zelfs meer dan 50 keer.
- Van de verdachten die in het buitenland wonen kwam 67 procent al tien keer eerder met de politie in aanraking en 19 procent meer dan 50 keer.
- Drugsgebruikers vormen 71-73 procent van de groep veelplegers – gedefinieerd als zijnde veroordeeld tot een gevangenisstraf of maatregel minstens drie keer in de afgelopen vijf jaar.<sup>206</sup>

Tabel 8.16 laat zien van welk type delict de personen die door de politie als drugsgebruiker zijn geregistreerd worden verdacht.

- 54 procent wordt verdacht van vermogensdelicten zonder geweld. Dit is minder dan in 2004. Er is op dit punt een dalende trend sinds 2002.
- Vermogensdelicten met geweld komen voor bij acht procent. Ook dit percentage vertoont een dalende trend sinds 2002.
- Verder worden de volgende delicten relatief vaak gepleegd: "overig geweld" (dit is geweld tegen personen; 24%), Opiumwetdelicten (22%) en vandalisme of verstering van de openbare orde (22%). Er zijn nauwelijks verschillen met 2004.

**TABEL 8.17: TYPE DELICT (IN %) VAN DOOR DE POLITIE ALS DRUGSGEBRUIKER GECLASSIFICEERDE PERSONEN VERDACHT WORDEN, 2000-2005**

Type delict <sup>1</sup>	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Vermogensmisdriven	63%	63%	63%	58%	56%	54%
Diefstal geweld/afpersing	11%	11%	12%	11%	10%	8%
Overig geweld	19%	20%	22%	23%	24%	24%
Opiumwet	18%	18%	19%	22%	23%	22%
Vernieling openbare orde / gezag	20%	21%	23%	23%	23%	22%
Verkeer	10%	10%	10%	10%	11%	11%
Seksueel geweld	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Overige misdrijven	10%	10%	10%	11%	11%	10%

1. Verdachten kunnen verdacht worden van meer dan een type delict. Bron: HKS, KLPD/DNRI.

### 8.3.2 DRUGS, ALCOHOL EN GEWELDSDELICTEN

De bestrijding van geweldscriminaliteit is een topic in het Veiligheidsbeleid van het Kabinet. In november 2005 startte het Actieplan tegen Geweld.<sup>207</sup>

- Politiedossiers bevatten geen systematische informatie over de rol van alcohol of drugs bij geweldsdelicten.<sup>208</sup>
- Alleen als gebruik van middelen een overduidelijke rol speelt registreert de politie dit.

- Van de onderzochte 2 072 politiedossiers bevatten 339 informatie over alcoholgebruik en 94 over drugsgebruik. In de meeste dossiers is geen informatie hierover te vinden.<sup>208</sup>
- Voorzover bekend uit deze dossiers is het meestal de verdachte die alcohol of drugs heeft gebruikt, maar in een relevant aantal gevallen gebruikte het slachtoffer ook, vooral in gevallen van geweld in het openbaar.<sup>208</sup>
- In recent onderzoek gaf ongeveer eenderde van 394 jeugdige delinquenten en school-dropouts aan alcohol of drugs gebruikt te hebben voorafgaand aan ernstige geweldsincidenten. Volgens de meesten had het gebruik geen significante invloed op het geweld en zou het geweldsincident ook plaats hebben gevonden als ze niet hadden gebruikt. Andere factoren lijken een belangrijker rol te spelen, bijvoorbeeld impulsiviteit of de aanwezigheid van een gedragsstoornis. De meer ernstige vormen van geweld zijn vaker middelgerelateerd dan de minder ernstige.<sup>27</sup>
- Uit het HKS blijkt dat van de verdachten die de politie in 2005 registreert als “drugsgebruiker” acht procent een vermogensdelict met geweld pleegde en 24 procent een geweldsdelict tegen personen (tabel 8.19).

### 8.3.3 RIJDEN ONDER INVLOED

- Rijden onder invloed van legale en illegale middelen is strafbaar volgens de Wegenverkeerswet 1994, artikel 8, lid 1. Lid 2 van artikel 8 specificceert de wettelijke limiet voor alcohol; die is gesteld op een bloed-alcoholgehalte van 0,5‰ dan wel een adem-alcoholgehalte van 235 µg/l. Voor beginnende bestuurders (minder dan vijf jaar in het bezit van het rijbewijs) ligt de limiet sinds januari 2006 lager: 0,2‰ (artikel 8 lid 3 en lid 4).
- De grenzen voor vervolging zijn wat hoger dan de grenzen genoemd in de wet, om veroordelingen als gevolg van onbetrouwbaarheid in de metingen te voorkomen.
- Een objectieve maatstaf zoals die voor alcohol geldt, ontbreekt voor psychoactieve medicijnen en voor (illegale) drugs. Deze vallen onder het algemene verbod van artikel 8 lid 1.
- De strafmaat voor rijden onder invloed hangt, naast het alcoholgehalte, af van eventuele recidive en van het gevaar dat is veroorzaakt: het type voertuig dat bestuurd werd, of gevaarlijk is gereden en of een ongeval is veroorzaakt.
- Voor rijden onder invloed kan een boete van maximaal € 4 500 (sinds 1-2-2006 € 6700) of een gevangenisstraf van maximaal drie maanden worden opgelegd. Daarnaast is ontzegging van de rijbevoegdheid tot maximaal vijf jaar mogelijk. Voor rijden onder invloed in combinatie met het veroorzaken van een ongeval zijn straffen mogelijk tot € 45 000 boete (sinds 1-2-2006 € 67 000) of negen jaar gevangenisstraf.
- Grootschalige screening van drugs is op dit moment nog niet haalbaar omdat instrumenten hiervoor ontbreken.<sup>140;209</sup> Naar mogelijkheden hiervoor wordt

onderzoek gedaan; per 15-10-2006 startte het Europese project “Driving under the Influence of Alcohol, Drugs and Medicines” (DRUID), gericht op de ontwikkeling van richtlijnen en maatregelen om rijden onder invloed tegen te gaan.<sup>210;211</sup>

In de praktijk test de politie alleen op gebruik van medicijnen of drugs als iemand afwijkend rijgedrag vertoont en/of als iemand bij een verkeersongeval verdacht wordt van rijden onder invloed op basis van fysieke signalen. Als aangetoond is dat iemand alcohol heeft gebruikt wordt meestal niet verder gezocht naar gebruik van andere stoffen.

In een onderzoek in het kader van het Europese IMMORTAL project (Impaired Motorists, Methods of Roadside Testing and Assessment of Licensing), uitgevoerd tussen 2000 en 2004 in de politieregio Tilburg, werden bloed en/of urineproeven gedaan bij een representatieve steekproef van 3 799 bestuurders van motorrijtuigen en 184 ernstig gewonde bestuurders die opgenomen waren in een ziekenhuis.<sup>140</sup>

- Tien procent van de algemene steekproef bleek onder invloed te zijn van drugs, alcohol of een psychoactief medicijn.
- Cannabis, alcohol en benzodiazepines kwamen het vaakst voor: cannabis in 4,5 procent (0,6% in combinatie met alcohol), benzodiazepines in twee procent (0,1% in combinatie met andere drugs en/of alcohol). Twee procent werd positief bevonden voor alcohol (met een bloed-alcoholgehalte – BAC  $\geq$  0,2 g/l; 0,3 procent in combinatie met andere middelen).
- Rijden onder invloed van drugs kwam het meest voor bij mannen van 18 tot 24 jaar (18%). Rijden onder invloed van psychoactieve medicijnen kwam het meeste voor bij vrouwen van 50 jaar en ouder (11%).
- Van de ernstig gewonde bestuurders was 45 procent onder invloed van drugs, alcohol of medicijnen. 27 procent van de mannen in deze steekproef had een bloed-alcoholgehalte van  $\geq$  1,3 g/l
- Twee lokale onderzoeken onder jongeren in het nachtleven laten zien dat rijden onder invloed van drugs, vooral cannabis, in bepaalde groepen frequent voorkomt.<sup>212</sup>

De strafzaken betreffende rijden onder invloed (ROI) zijn in kaart gebracht op basis van de Wegenverkeerswet 1994 art. 8, lid 1 en 2, en in bepaalde tabellen ook art. 163 en 162 lid 3. Al deze zaken hebben betrekking op het wegverkeer. De overgrote meerderheid van zaken die politie en justitie registreren betreft alcohol. Dit komt mede door de boven omschreven handhavingssituatie.

- In 2005 zijn ruim 49 duizend personen geverbaliseerd vanwege rijden onder invloed. Het aantal is ietwat hoger (+1%) dan in 2004 (tabel 8.18).
- Het gaat vooral om mannen: negen op de tien verdachten van rijden onder invloed is man.
- De meeste verdachten wonen in gemeenten met tussen de tien en 50 duizend inwoners en ze zijn tussen de 25 en 44 jaar.

- De helft van de verdachten is niet eerder met de politie in aanraking gekomen wegens een misdrijf, de andere helft wel. Meestal gaat het dan om twee tot en met tien delicten.

**TABEL 8.18 AANTAL VERDACHTEN VAN RIJDEN ONDER INVLOED (ROI) EN WEIGEREN BLOED- EN ADEMPROEF GEVERBALISEERD DOOR POLITIE EN KONINKLIJKE MARECHAUSSEE, 2000-2005**

Aantal	2000	2001	2002	2003	2004	2005 <sup>I</sup>
Totaal	38 401	40 175	44 234	48 767	49 029	49 652
ROI	37 244	39 102	43 179	47 871	48 186	48 905
Weigeren bloed- of ademproef	766	664	628	530	544	465
Combinatie ROI/weigeren	391	409	427	366	299	282

*I. Voorlopige cijfers. Bron: HKS, KLPD/DNRI.*

ROI zaken behoren tot zaken waarin het OM bevoegd is, maar waarbij een standaard transactiebedrag is vastgesteld. De politie heeft de bevoegdheid om een verdachte een transactievoorstel te doen - met uitzondering van recidivisten - tot een promillage van 1,3 promille. Het Centraal Justitieel Incasso Bureau (CJIB) verzorgt het aanbieden en innen van dergelijke transacties. Als de verdachte betaalt is de zaak daarmee afgedaan zonder tussenkomst van het OM, als geen betaling wordt ontvangen wordt de zaak alsnog naar het parket gezonden. Zaken die niet voor afdoening door het CJIB in aanmerking komen worden direct doorgezonden. Tabel 8.19 laat de instroom zien bij het CJIB. Deze overlapt dus gedeeltelijk met de instroom bij het OM. De categorieën zijn niet geheel vergelijkbaar.

- In 2005 is in ruim 28 duizend zaken een transactie aangeboden. Dit is meer dan in 2004. Zichtbaar is dat de politiebevoegdheden in de loop van de tijd verruimd zijn en dat de politie er in toenemende mate gebruik van maakt.
- Het overgrote deel van de zaken betreft bestuurders van motorvoertuigen. In mindere mate gaat het om bromfiets/scooterbestuurders of om fietsers.
- Meer dan de helft van de aangeboden transacties wordt betaald (57% in 2005). Van de niet betaalde transacties wordt het grootste deel alsnog doorgezonden naar het parket (41% in 2005). Een minderheid wordt in overleg met het OM ingetrokken, geseponeerd of anders afgedaan.

**TABEL 8.19 INSTROOM STANDAARDTRANSACTIONEN WEGENS RIJDEN ONDER INVLOED BIJ CJIB, NAAR SOORT BESTUURDER EN GECONSTATEERD ALCOHOLGEHALTE (IN BLOEDGEHALTE ‰), 2002-2005<sup>1</sup>**

Aantal	2002	2003	2004	2005
Totaal	11 355	12 488	25 329	28 666
Bestuurders van motorvoertuigen	10 355	11 374	23 478	26 262
Waarvan:				
• bloedgehalte 0,5‰ tot en met 0,8‰	7 858	8 680	11 692	12 418
• bloedgehalte 0,8‰ tot en met 1,3‰	2 496	2 694	11 205	13 058
• bloedgehalte > 1,3‰	–	–	545	735
• bloedgehalte onbekend	1	36	48	51
Bestuurders van bromfiets/bromscooter	851	969	1 622	2 105
Fietsers	149	145	229	299

*1. Indeling categorieën is gewijzigd in 2004. Indeling in tabel is door WODC aangepast aan die van Rijks-waterstaat. Daarbij zijn adem-alcoholgehalten omgerekend naar bloedgehalten. Bron: CJIB. Bewerking WODC.*

- Bij het OM zijn in 2005 ruim 36 800 zaken rijden onder invloed ingeschreven. In de meeste gevallen betreft het een bestuurder van een personenauto of een motor (84%) en meestal gaat het om alcoholgebruik. Het aantal ingeschreven zaken bij het OM is hoger dan in 2004 (tabel 8.20).
- Het OM brengt in de meeste zaken (70%) een dagvaarding uit, met name in de zaken waarin het gaat om een bloedalcoholgehalte van meer dan 1,3‰ (niet in tabel). Ongeveer een kwart wordt getransigeerd door het OM. Dit aantal is gedaald in 2005, net als in 2004. Het aantal septs is gering.
- Het aantal zaken dat door de rechter is afgedaan bedraagt in 2005 ruim 25 duizend (niet in tabel). Dit is ongeveer gelijk aan 2004. In de meeste zaken (95%) volgt in 2005 een schuldigverklaring door de rechter (was in 2004: 96%). Vrijspraken komen weinig voor (1%) evenals andere uitspraken (4%).

**TABEL 8.20 INSTROOM ZAKEN RIJDEN ONDER INVLOED BIJ OM NAAR TYPE VOERTUIG EN SOORT STOF, 2000-2005<sup>I</sup>**

Aantal		2000	2001	2002	2003	2004	2005
Bestuurders personenauto / motor		34 806	34 747	36 129	39 960	30 572	31 111
Waarvan	Alcohol	34 502	34 450	35 771	39 468	30 037	30 526
	andere stof <sup>II</sup>	299	293	354	475	521	568
	zowel alcohol als andere stof <sup>II</sup>	5	4	4	17	14	17
(Brom)fietsers		2 263	2 389	2 613	3 362	2 840	3 443
Waarvan	Alcohol	2 246	2 376	2 602	3 351	2 826	3 424
	andere stof	16	11	11	11	12	19
	zowel alcohol als andere stof	1	2	-	-	2	-
Bestuurders ander voertuig			783	919	816	688	972
Waarvan	Alcohol	813	780	914	809	679	964
	andere stof	803	3	5	6	9	8
	Zowel alcohol als andere stof	10	-	-	1	-	-
Soort voertuig niet geregistreerd		644	239	1 502	880	1 572	1 341
Waarvan	Alcohol	496	75	1 371	757	1 475	1 199
	andere stof	1	2	5	2	5	27
	Zowel alcohol als andere stof	-	-	-	-	-	-
	stof niet te bepalen <sup>IV</sup>	147	162	126	121	92	115
Totaal rijden onder invloed		38 526	38 158	41 163	45 018	35 672	36 867

*I. Bij parketten ingeschreven zaken rijden onder invloed, WVV 1994 art. 8 lid 1 en 2, exclusief overdrachten binnen het OM. Uitsplitsing naar soort voertuig o.b.v. maatschappelijke classificatie, uitsplitsing naar soort stof o.b.v. geregistreerde wetsartikelen en het Compas feitnummer. II. Het gaat hier om zaken waarin na voeging verschillende overtredingen op verschillende tijdstippen aan de orde waren, dus niet om gevallen*



waarbij de bestuurder onder invloed van verschillende stoffen tegelijk verkeerde. III. De categorie ‘andere stof’ is niet duidelijk gedefinieerd. IV. Deze zaken betreffen het veroorzaken van een ongeval met zwaar lichamelijk letsel of met dodelijke afloop, door een bestuurder die onder invloed reed. In deze gevallen is het soort voortuig en de soort stof niet uit de registratie te bepalen. Bron: OMDATA, WODC.

### 8.3.4 DRUGS- EN ALCOHOLGEBRUIK ONDER GEDETINEERDEN

Tussen 2000 en 2006 zijn enkele studies uitgevoerd waarin drugsgebruik door gedetineerden voorafgaand aan hun detentie is onderzocht. In twee van deze gaat het om representatieve steekproeven in reguliere penitentiaire voorzieningen (tabel 8.21).<sup>6,213</sup> De studies hanteren verschillende definities en instrumenten, maar laten als overall-beeld zien dat:

- dagelijks drugsgebruik of drugsafhankelijkheid in de periode voor detentie (zes maanden dan wel een jaar) voorkomt bij 21 procent (heroïne) tot 33 procent (cannabis).
- Problematisch drugsgebruik ooit wordt gerapporteerd voor 64 procent; 40 procent rapporteert (zeer) ernstige problemen.
- Alcoholafhankelijkheid dan wel problematisch alcoholgebruik (recent) komt voor bij 28-33 procent.

**TABEL 8.21: ONDERZOEKEN NAAR DRUGS- EN ALCOHOLGEBRUIK ONDER REPRESENTatieve GROEPEN GEDETINEERDEN IN REGULIERE PENITENTIAIRE INRICHTINGEN, NAAR AUTEURS, JAAR VAN PUBLICATIE, ONDERZOCHE GROEP EN BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN**

<i>Auteurs en jaar</i>	<i>Onderzochte groep</i>	<i>Belangrijkste bevindingen</i>
Vogelvang et al. (2003) <sup>6</sup>	N=355 gedetineerden in acht Huizen van Bewaring, 103 veroordeelden en 252 preventief gehechten	Cannabisgebruik laatste zes maanden: 39% - dagelijks: 33% Harddrugsgebruik laatste zes maanden: 61% - dagelijks gebruik cocaïne/crack: 32% - dagelijks gebruik heroïne: 21% Problemen met drugsgebruik ooit: 64% - ernstig of zeer ernstig: 40% Problemen met recent alcoholgebruik: 33%
Bulten et al. (2007) <sup>213</sup>	N=191 gedetineerden in een penitentiaire inrichting	Drugsafhankelijkheid laatste twaalf maanden: 30% Alcoholafhankelijkheid laatste twaalf maanden: 28%

## 8.4 PROBLEMATISCHE GEBRUIKERS IN HET STRAFRECHTELIJK SYSTEEM

Voor probleemgebruikers van drugs en alcohol in het strafrechtelijk systeem bestaan hulp- en ondersteuningsopties en ze kunnen onder strafrechtelijke maatregelen vallen.

- De verslavingsreclassering biedt verschillende vormen van ondersteuning.
- Er bestaan juridische mogelijkheden voor gebruikers om deel te nemen aan een zorgtraject als alternatief voor vervolging en sancties (voorwaardelijke modaliteiten).<sup>215;216</sup>
- Gebruikers kunnen deelnemen aan reïntegratieprogramma's in detentie.
- Voor verslaafden met hoge criminele recidive bestond van januari 2001 tot oktober 2004 de maatregel Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV).
- Vanaf oktober 2004 bestaat de maatregel tot plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD); de SOV is sindsdien een van de programma's binnen de ISD.

Als gevolg van het Veiligheidsprogramma 'Naar een veiliger samenleving', dat in 2002 is gestart, wordt speciale aandacht gegeven aan stelselmatige daders/veelplegers. Systematische screening en diagnostiek en toezicht vormen een belangrijk onderdeel van de aanpak van veelplegers, van wie een groot deel drugsverslaafd is.<sup>206;217;218</sup>

In deze paragraaf beschrijven we welke opties in 2005 beschikbaar waren en hoe vaak hiervan gebruik is gemaakt door probleemgebruikers:

- verslavingsreclassering (§ 8.4.1)
- zorg als alternatief voor vervolging en sancties (§ 8.4.2)
- de SOV en de ISD (§ 8.4.3).

Cijfers zijn afkomstig uit de volgende bronnen:

- Het Cliënt Volg Systeem (CVS) van de (verslavings)reclassering dat in 2001 is geïmplementeerd (zie bijlage B). Dit systeem geeft informatie over cliënten en productie; dit laatste zonder informatie over de aard van de verslaving (alcohol, drugs, gokken etc.) of over het type drug.
- Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS). Hierin zijn de gegevens uit het CVS opgenomen. Dit maakt een koppeling van CVS-gegevens aan unieke personen uit het LADIS mogelijk. Er zijn cijfers van de Stichting Informatievoorziening Verslavingszorg (SIVZ) beschikbaar over cliënten van de verslavingsreclassering 2001-2005.
- De Dienst Justitiële Inrichtingen heeft informatie verstrekt over Verslaafden Begeleidings Afdelingen (VBA's) in penitentiaire inrichtingen, gebruik van artikel 43, lid 3, SOV en ISD.

## 8.4.1 VERSLAVINGSRECLASSERING

- Verslavingsreclassering wordt aangeboden door circa 50 vestigingen van vijftien instellingen voor verslavingszorg met een reclasseringserkenning.<sup>219</sup>
- De verslavingsreclassering is onderwerp van nieuw beleid; in dit kader is de taakverdeling tussen de verslavingsreclassering en het gevangeniswezen gedefinieerd.<sup>220</sup>
- De verslavingsreclassering voert twaalf kernactiviteiten uit voor justitiabelen; ze doet dit op aanvraag van het OM en de rechterlijke macht.<sup>221</sup>

Tabel 8.22 laat zien hoe vaak de verschillende activiteiten zijn uitgevoerd. De aantallen hebben betrekking op alle soorten problematiek (drugs, alcohol, gokken etc.). In 2003 is de activiteit “diagnose” als aparte activiteit toegevoegd. Het gaat hierbij om het afnemen van het reclasseringsonderzoek, waarbij nieuw instrumentarium moet worden toegepast om cliënten meer stringenter te selecteren voor programma’s.<sup>222;223</sup>

<i>Producten<sup>III</sup></i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>
Vroeghulpbezoek	3 629	4 305	4 110	3 962
Vroeghulpinterventie	995	922	889	1 152
Trajectbegeleiding	10 048	9 156	1 028	–
Diagnose <sup>IV</sup>		10 615	10 605	11 368
Toeleiding zorg	1 568	2 115	2 254	2 081
Toezicht	2 407	3 726	4 919	5 454
Reïntegratieprogramma	1 696	2 566	2 929	2 806
Werkstraf <sup>V</sup>	3 382	4 098	4 650	4 904
Leerstraf	139	217	241	286
Voorlichtingsrapport	4 423	4 254	4 537	4 857
Adviesrapport	2 989	4 408	3 630	3 517
Maatregelrapport	175	84	202	80

*I. Geen cijfers op cliëntniveau of gespecificeerd naar soort middel. II. Cijfers 2001 niet weergegeven want afwijkend omdat implementatietraject CVS in dat jaar plaatsvond. III. Cijfers betreffen vastgestelde productie na accountantscontrole. IV. Nieuw gedefinieerd in 2003, aantal inclusief RISC (136 maal). V. Individuele en groepswerkstraffen. Bron: SVG.*

- De diagnostiek en het toezicht zijn toegenomen, geheel in overeenstemming met de beleidsprioriteiten.

- Vroeghulpbezoeken zijn enigszins afgenomen. Er hebben er rond de vierduizend plaatsgevonden.
- Vroeghulpinterventies (rapportages aan de rechter met een advies over voortzetting van de voorlopige hechtenis) zijn licht toegenomen.
- De trajectbegeleiding is in 2005 geheel afgebouwd.
- Ruim twee duizend maal vond een toeleiding naar zorg plaats, minder dan in 2004.
- Reïntegratieprogramma's werden 2 800 maal verzorgd. In reïntegratieprogramma's geeft de verslavingsreclassering trainingen om cliënten inzicht en/of vaardigheden bij te brengen op het gebied van wonen, arbeid, scholing, financiën, gedrag, relaties etc. Ook de activiteiten binnen Verslaafden Begeleidings Afdelingen (VBA's) in penitentiaire inrichtingen behoren hiertoe.
- De activiteiten rond werk- en leerstraffen zijn toegenomen; ook hierin zit een stijgende lijn.
- Rapporten tenslotte (voorlichtings-, advies- en maatregelrapporten) zijn ruim achtduizend maal opgesteld. Bij voorlichtingsrapporten gaat het om schriftelijke informatie aan de rechter met het oog op de beslissing over vervolging, berechting of de tenuitvoerlegging van straf(fen) en/of (straf)maatregel(en). Een adviesrapport is een schriftelijke vorm van verstrekken van informatie over de cliënt aan een (justitiële) instantie in verband met een gerichte vraagstelling dan wel een te nemen beslissing. Maatregelrapporten betreffen schriftelijke informatie aan het Ministerie van Justitie, de FPD, TBS-inrichting en/of rechter, met het oog op beslissingen rond een maatregel. Met name voorlichtingsrapportages zijn in 2005 relatief vaak opgesteld.

**TABEL 8.23: CLIËNTEN VAN DE VERSLAVINGSRECLASSERING 2002-2005<sup>1</sup>**

<i>Cliënten:</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>
Totaal aantal	12 399	14 579	14 875	15 574
Gemiddelde leeftijd	35	35,3	35,6	36,1
Aandeel mannen	92%	92%	92%	92%
Primair probleem is alcoholgebruik	38%	40%	43%	46%
Primair probleem is opiaatgebruik	25%	21%	18%	16%
Primair probleem is cocaïne/crackgebruik	26%	27%	25%	24%
Primair probleem is cannabisgebruik	6%	6%	7%	8%
Cliënten met afwisselend zorg en reclassering	7 794 (63%)	8 501 (58%)	8 489 (57%)	8 734 (56%)

*1. Cijfers van een grotere instelling voor verslavingszorg ontbreken; dummy-cijfers geïnputeerd. Bron: SVG.*

- In 2005 had de verslavingsreclassering 15 574 cliënten, hun gemiddelde leeftijd is 36,1 jaar, 92 procent is man en acht procent is vrouw (tabel 8.23). Ze hadden in totaal ruim 19 duizend reclasseringscontacten (niet in tabel).
- De meesten hebben primair een probleem met alcoholgebruik (46 procent). 24 procent heeft primair een probleem met cocaïnegebruik, 16 procent met opiaatgebruik en acht procent met cannabisgebruik.
- 56 procent maakt afwisselend gebruik van verslavingszorg en verslavingsreclassering, 44 procent is uitsluitend cliënt van de reclassering.

#### 8.4.2 ZORG ALS ALTERNATIEF VOOR VERVOLGING EN SANCTIES

- Het justitiebeleid is er sinds de jaren negentig op gericht om criminele drugsgebruikers, wanneer het gepleegde delict dit toelaat, naar zorgtrajecten toe te leiden als alternatief voor vervolging en sancties. Doel daarvan is om via een zorgtraject de situatie van de gebruiker te verbeteren en - als gevolg daarvan - de overlast en criminele recidive terug te dringen. De dreigende of opgelegde straf tijd dient als stok achter de deur (“drang”). Er bestaan hiervoor verschillende wettelijke mogelijkheden (tabel 8.24).
- De mogelijkheden in de vorm van voorwaardelijke sancties worden in de nabije toekomst uitgebreid.<sup>213;215</sup>
- In 2005/2006 is de invoering van een nieuwe Wet Vervroegde Invrijheidsstelling onder voorwaarden in voorbereiding, die eveneens de mogelijkheden zal verruimen.<sup>224-228</sup>
- In 2005 is 135 maal gebruik gemaakt van een plaatsing in behandeling vanuit een penitentiaire inrichting ex art. 43, lid 3 Pbw: 54 maal ( 55%) vanuit een Verslaafden Begeleidings Afdeling in een penitentiaire inrichting en 77 maal vanuit een reguliere afdeling.
- Vanaf 1 januari 2008 zal het Ministerie van Justitie over een eigen budget beschikken voor de inkoop van forensische zorg binnen een justitieel kader.<sup>229</sup>

**TABEL 8.24 WETTELIJKE MOGELIJKHEDEN TOT INSTROOM IN ZORGTRAJECTEN ALS ALTERNATIEF VOOR VERVOLGING EN DETENTIE, NAAR FASE IN HET JUSTITIËLE TRAJECT, SITUATIE 2005**

<i>Fase in justitieel traject:</i>	<i>Wettelijke mogelijkheid:</i>	<i>Toelichting:</i>
Tijdens in verzekeringstelling en in bewaringstelling zonder verlenging (politiefase)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen</li> </ul>	Instroom in zorgtraject op vrijwillige basis
Tijdens voorlopige hechtenis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (Voorwaardelijk) sepot door OM (art. 167 Sv)</li> </ul>	Instroom in zorgtraject onder drang
Bij voorgeleiding en zitting	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schorsing voorlopige hechtenis onder voorwaarden (art. 80 Sv)</li> <li>• Aanhouden van de zitting/uitstel van vonniswijzing (art. 281 Sv en art. 346 Sv)</li> <li>• Opleggen van (gedeeltelijk) voorwaardelijke straf met als voorwaarde een ter zitting voorgesteld extramuraal zorgtraject (Art. 14a en 14c Sr)</li> </ul>	Instroom in zorgtraject onder drang
Tijdens detentie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deelname aan extramuraal zorgtraject onder maatregel tot plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders indien aan condities hiervoor is voldaan (art. 38m-u Sr)</li> <li>• Deelname aan zorgtraject zo nodig buiten de penitentiaire inrichting in daartoe bestemde instellingen (art. 43 Pbw) (detentievervangende behandeling)</li> <li>• Deelname aan Penitentiair Programma (art. 4 Pbw)</li> </ul>	Instroom in zorgtraject onder drang
Na afloop detentie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vervroegde invrijheidsstelling onder voorwaarden (in voorbereiding)</li> </ul>	Instroom in zorgtraject onder drang

Bron: Van Ooyen 2004<sup>230</sup>; aanpassing WODC 2006.

- In 2005 is 37 procent van de cliënten toegeleid naar een ambulante of deeltijd zorgvoorziening, 35 procent naar een voorziening voor klinische verslavingszorg, acht procent ging naar de maatschappelijke opvang en zeven procent naar een niet-klinische voorziening voor psychiatrische zorg (tabel 8.25). Van klinische verslavingszorg is minder gebruik gemaakt (- 6%), van ambulante en deeltijd verslavingszorg en klinische en niet-klinische psychiatrische zorg méér (+ 5%) dan in eerdere jaren.

**TABEL 8.25 TOELEIDINGEN NAAR ZORG DOOR VERSLAVINGSRECLASSERING NAAR SOORT ZORGTRAJECT, 2002-2005<sup>1</sup>**

Soort zorgtraject:	2002		2003		2004		2005	
Klinische verslavingszorg	650	42%	863	40%	926	41%	732	35%
Ambulante en deeltijd verslavingszorg	474	30%	725	34%	796	35%	765	37%
Maatschappelijke opvang	126	8%	170	8%	196	9%	174	8%
Psychiatrische zorg door een APZ	123	8%	75	4%	52	2%	54	3%
Niet-klinische psychiatrische zorg	44	3%	83	4%	113	5%	153	7%
Psychiatrische deeltijdbehandeling	28	2%	50	2%	48	2%	42	2%
Sociale pensions	24	2%	23	1%	18	1%	16	1%
Internaten voor dak- en thuislozen	22	1%	24	1%	22	1%	22	1%
Psychiatrische polikliniek	20	1%	35	2%	32	1%	53	3%
Crisisopvang 24 uur	19	1%	19	1%	19	1%	10	<1%
Andere voorzieningen	38	2%	57	3%	45	2%	60	3%
Totaal	1 568	100%	2 153	100%	2 278	100%	2 081	100%

*I. Geen cijfers op cliëntniveau beschikbaar, niet gespecificeerd naar soort middel. II. Inclusief 24 activiteiten die niet tot aantoonbare productie hebben geleid. Bron: SVG.*

- Tijdens detentie kunnen probleemgebruikers van drugs op vrijwillige basis geplaatst worden in Verslaafden Begeleidings Afdelingen (VBA's). VBA's zijn bedoeld als toeleidingsprogramma naar een zorgtraject. Er zijn er vijftien. In 2005 namen 284 gedetineerden aan het VBA-programma deel.
- Gedetineerde verslaafden kunnen deelnemen aan programma's in detentie. In 2005 is de accreditatiecommissie voor justitiële interventies ingesteld, die interventies toetst aan kwaliteitscriteria (zie bijlage D).<sup>231</sup> Vier programma's zijn in 2005 en 2006 (tot 1 november 2006) voorlopig geaccrediteerd (voorlopig omdat ze nog niet aan alle criteria voldoen); zij gelden als veelbelovende interventies (tabel 8.26); zie: [www.justitie.nl/recidive](http://www.justitie.nl/recidive). Op termijn zullen alleen gedragsinterventies die door de Erkeningscommissie zijn erkend worden gefinancierd door het ministerie van Justitie. De programma's zijn niet alleen voor verslaafden.

**TABEL 8.26 (VOORLOPIG) GEACCREDITEERDE PROGRAMMA'S VOOR GEDETINEERDEN**

<i>Programma:</i>	<i>Datum voorlopige accreditatie</i>
Training voor Cognitieve Vaardigheden (COVA)	December 2005
Cognitieve Vaardigheidstraining plus <sup>1</sup> (COVA+)	Juni 2006
Gedragsinterventie Arbeid	Juni 2006
Leefstijltraining (LST)	Oktober 2006
Agressieregulatietraining (ART)	Oktober 2006

*1. Deze training is bedoeld voor personen met een IQ van 70-90. Bron: Ministerie van Justitie, DG PJS.*

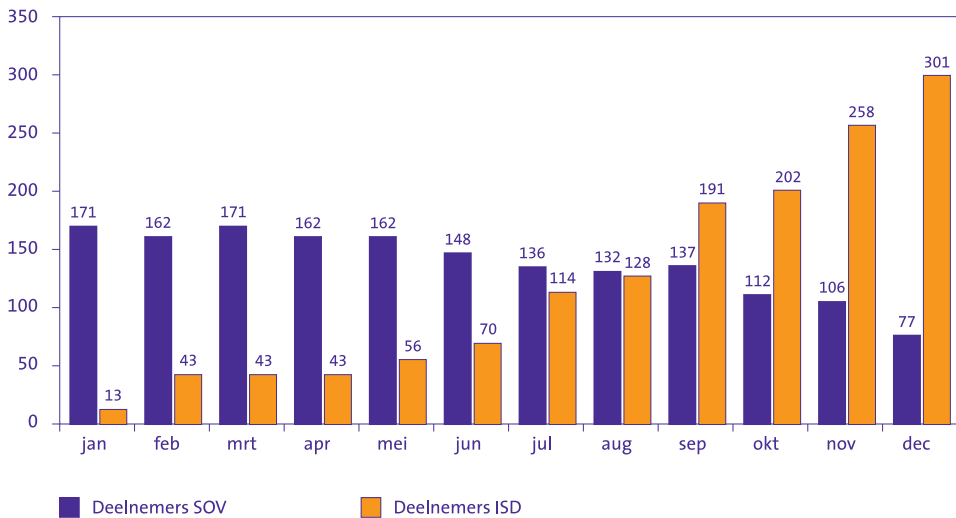
### 8.4.3 DE STRAFRECHTELIJKE OPVANG VERSLAAFDEN EN DE INRICHTING VOOR STELSELMATIGE DADERS

- De Strafrechtelijke Opvang Verslaafden startte in 2001 en is vanaf 2004 geïncorporeerd in de maatregel tot plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD). De ISD is in oktober 2004 ingevoerd en met ingang van 2005 de facto van start gegaan.<sup>232-234</sup> Een persoon die stelselmatig delicten pleegt, ook al zijn dit kleinere delicten, kan onder deze maatregel maximaal twee jaar gevangen gezet worden. Toeleiding naar zorg (buiten de inrichting) is mogelijk en wordt gestimuleerd onder de paraplu van deze maatregel. Aangezien een groot deel van de stelselmatige daders drugsgebruikers zijn, wordt deze maatregel vaak op deze groep toegepast.<sup>235</sup> De ISD kan echter, anders dan de eerdere SOV-maatregel, ook worden toegepast op niet-verslaafden, vrouwen en personen die al dan niet naast hun verslaving te kampen hebben met psychische problematiek.
- De rechter legt geen SOV meer op, maar een ISD. Binnen de ISD vindt screening en selectie voor programma's plaats op basis van de RISC. Daarbij wordt ook gekeken naar het aspect van motivatie. Gebruikers die niet willen of kunnen deelnemen aan een programma – hetzij SOV hetzij een ander programma – blijven gedetineerd in de ISD.
- De SOV-criteria met betrekking tot het aantal delicten worden nog gehanteerd, maar een kandidaat hoeft niet meer vooraf deelgenomen te hebben aan een drangtraject. Ook psychiatrische problematiek is geen contra-indicatie meer voor deelname aan een programma.
- Het SOV-programma binnen de ISD is qua opzet niet veranderd: de looptijd is maximaal twee jaar, het programma kent een gefaseerde opbouw met een gesloten fase, een halfopen fase en een open fase buiten de inrichting. Elke fase duurt zes tot negen maanden.
- Het aantal deelnemers onder de 'oude' maatregel SOV nam in 2005 af. Het aantal dat per maand deelnam varieerde van 77 tot 171, gemiddeld waren het er 140 (figuur 8.3).



- In januari 2005 verbleven 101 personen in fase 1 van het ‘oude’ SOV-programma, 65 in fase 2 en vijf in fase 3. In december 2005 waren er 26 personen in fase 1, 47 in fase 2 en vier in fase 3 (tabel 8.27).
- In 2005 waren 544 ISD-plaatsen beschikbaar. Vanaf 2006 zijn er 844 plaatsen. Het aantal ISD'ers neemt toe in 2005, gemiddeld waren er 122 per maand (figuur 8.3). In december 2005 waren het er 301. Uit de ISD-statistieken is niet op te maken hoeveel ISD'ers deelnemen aan de ‘nieuwe’ (in de ISD geïncorporeerde) SOV.
- De effectstudie van de ‘oude’ SOV is in voorbereiding en zal in 2007 beschikbaar zijn.

**FIGUUR 8.3: AANTAL DEELNEMERS PER MAAND IN SOVI EN ISD, 2005**



*1. SOV maatregel (tot oktober 2004). Bron: Dienst Justitiële Inrichtingen*

**TABEL 8.27 DEELNEMERS SOV<sup>1</sup> NAAR FASE, VERBLIJF OP UNIT 4 EN IN ANDERE INRICHTING, DECEMBER 2005**

Fase/unit	Aantal deelnemers
Fase 1	26
Fase 2	47
Fase 3	4
Unit 4	0
Totaal	77

*1. SOV maatregel (tot oktober 2004). Bron: Dienst Justitiële Inrichtingen.*



# BIJLAGE A

## VERKLARING VAN BEGRIPPEN

Deze bijlage bestaat uit twee delen. In het eerste deel worden begrippen verklaard op het terrein van middelengebruik en verslaving. In het tweede deel worden begrippen verklaard op het terrein van de drugscriminaliteit.

### I. MIDDELENGEBRUIK EN VERSLAVING

#### **Actueel gebruik**

Het gebruik van een middel in de afgelopen maand, ongeacht de frequentie (van eenmalig tot dagelijks). Actuele gebruikers tellen automatisch mee met de recente gebruikers (gebruik afgelopen jaar), die weer automatisch meetellen met de ooitgebruikers (gebruik ooit in het leven).

#### **Afhankelijkheid**

Zie: Verslaving.

#### **Allochtoon, buitenlands, etnisch**

Door verschillen in definities zijn cijfers over allochtonen niet altijd met elkaar vergelijkbaar. Enkele definities zijn:

Volgens het ministerie van Binnenlandse Zaken, de VNG, het Peilstationsonderzoek scholieren, de Antenne-monitor en meestal gehanteerd in dit Jaarbericht (tenzij anders aangegeven): “allochtoon” is een inwoner van Nederland die in het buitenland is geboren, of een inwoner van wie minimaal één van de ouders in het buitenland is geboren.

Volgens het CBS: “allochtoon” is een inwoner van Nederland van wie minimaal één van de ouders in het buitenland is geboren, ongeacht het geboorteland van de persoon zelf.

Volgens de GG&GD Amsterdam: “buitenlander” is een inwoner die zelf in het buitenland is geboren.

Volgens het LADIS: “allochtoon” is een cliënt die volgens de eigen beleving een culturele herkomst heeft van buiten Nederland.

#### **Ambulante verslavingszorg**

Verslavingszorg waarbij de cliënt niet wordt opgenomen in een instelling. Bij intramurale verslavingszorg wordt de cliënt wel opgenomen in een instelling.

### **Autochtoon**

Volgens het ministerie van Binnenlandse Zaken, de VNG, het Peilstationsonderzoek scholieren, de Antenne-monitor en meestal gehanteerd in dit jaarbericht (tenzij anders aangegeven): “autochtoon” is een persoon die in Nederland is geboren én wiens beide ouders in Nederland zijn geboren.

### **Chinezen**

Het roken van heroïne vanaf folie.

### **Cliënt LADIS**

Cliënt van de (ambulante) verslavingszorg waarvan enkele gegevens over diens achtergrond, hulpvraag en ontvangen hulp anoniem staan geregistreerd in het LADIS, het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem. Cliënten staan ingeschreven bij de verslavingszorg voor vele vormen van hulp variërend van een therapeutische behandeling tot hulp in de vorm van schuldsanering, methadon-verstrekking, reclassering, of gecontroleerde toegang tot een gebruikersruimte. Cliënten die na enige tijd geen gebruik meer maken van de hulpverlening, worden automatisch uitgeschreven en tellen niet meer mee met het aantal cliënten. Binnen het LADIS wordt gecorrigeerd op dubbeltellingen. Dezelfde persoon telt maar één keer mee bij de bepaling van het aantal cliënten.

### **Dagopname**

Opname in een ziekenhuis voor maximaal één dag waarbij de patiënt niet overnacht in het ziekenhuis.

### **DSM**

DSM staat voor Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. De DSM is een handleiding om te bepalen welke psychische stoornis iemand heeft. Verslaving is volgens de DSM één van de psychische stoornissen. De DSM-III-r is de derde gewijzigde (revised) versie en de DSM-IV is de vierde versie.

### **Gebruik**

Het gebruik van een middel ooit in het leven (ooitgebruik), in het afgelopen jaar (recent gebruik), of in de afgelopen maand (actueel gebruik). Actuele gebruikers tellen automatisch mee met de recente gebruikers, die weer automatisch meetellen met de ooitgebruikers.

### **Gemakszaken**

Zie: Tabaks- en gemakszaken.

**Hallucinatie**

Gewaarwording (zien, horen of voelen) die iemand heeft, maar die andere mensen niet hebben. Hallucinaties kunnen een symptoom zijn van een psychische stoornis, maar worden door sommige mensen bewust opgeroepen via hallucinogenen.

**Hallucinogenen**

Middelen die hallucinaties oproepen zoals paddo's en LSD. Ook wel psychodysleptica genoemd. Ook cannabis kan soms hallucinaties veroorzaken.

**Hardcore**

Harde vorm van muziek op houseparty's.

**Harddrugs**

Drugs op lijst I van de Opiumwet. Deze drugs vormen een onaanvaardbaar risico voor de volksgezondheid. Tot de harddrugs horen bijvoorbeeld heroïne, cocaïne, crack, ecstasy en amfetamine.

**Hepatitis**

Een erg besmettelijke ziekte waarbij de lever wordt aangetast door het hepatitis virus. Het hepatitis virus komt voor in verschillende vormen: het hepatitis A, het hepatitis B en het hepatitis C virus. HBV is het hepatitis B virus en HCV is het hepatitis C virus.

**Hoofddiagnose**

De belangrijkste ziekte waarvoor iemand in ziekenhuis wordt opgenomen.

**ICD**

International Classification of Diseases. De ICD is het diagnostisch classificatiesysteem van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) voor lichamelijke ziektes, ongevallen en psychische stoornissen. Ook doodsoorzaken worden in ICD-codes geregistreerd. De ICD-9 is de negende en de ICD-10 is de tiende versie. Zie ook bijlage C.

**Intramurale verslavingszorg**

Verslavingszorg waarbij de cliënt wordt opgenomen in een instelling.

**Klinische opname**

Opname in een ziekenhuis waarbij de patiënt één of meer nachten in het ziekenhuis verblijft.

**Mellow**

Vorm van muziek op houseparty's die melodieus is en minder hard dan hardcore muziek.

**Misbruik**

Een vorm van problematisch gebruik van een middel waarbij (nog) geen sprake is van verslaving. Misbruik wordt vastgesteld via diagnostische classificatiesystemen zoals de DSM en de ICD. Kenmerken van misbruik zijn: verplichtingen thuis op school of op het werk niet nakomen, gebruik in gevaarlijke situaties (bijvoorbeeld auto-rijden onder invloed), in aanraking komen met justitie en doorgaan met het gebruik ondanks de problemen die daardoor ontstaan.

**Narcotica**

Verdovende middelen. Algemene (maar incorrecte) verzamelnaam voor drugs.

**Nederwiet**

Wiet (een cannabisproduct) die in Nederland wordt geproduceerd.

**Nevendiagnose**

Een aanvullende of onderliggende ziekte waarvoor iemand, naast de belangrijkste ziekte (de hoofddiagnose), in het ziekenhuis wordt opgenomen.

**Ooitgebruik**

Het gebruik van een middel ooit in het leven, ongeacht de frequentie (van éénmalig tot dagelijks). Het ooitgebruik zegt nog niets over het recent of het actueel gebruik. Iemand die al lang geleden eens met een middel experimenteerde dat voor de toenmalige generatie populair was, blijft de rest van zijn of haar leven meetellen met de ooitgebruikers.

**Parkstad Limburg**

Het samenwerkingsverband tussen de Zuid-Limburgse gemeenten Brunssum, Heerlen, Kerkrade, Landgraaf, Nuth, Onderbanken, Simpelveld en Voerendaal. (De gemeente Nuth heeft zich inmiddels onttrokken aan het samenwerkingsverband.)

**Partydrugs**

Drugs die door sommige feestgangers worden gebruikt op feesten, zoals ecstasy, amfetaminen, cannabis, GHB en LSD.

**Polydrugsgebruik**

Het gebruik van meerdere drugs door elkaar, bijvoorbeeld heroïne en cocaïne.

### **Primair probleem**

Heeft iemand problemen met twee (of meer) middelen, dan is het primaire probleem het middel dat de grootste problemen veroorzaakt. Het andere middel is dan het secundaire probleem.

### **Primaire doodsoorzaak**

De directe oorzaak van iemands overlijden. Overlijdt iemand direct door een overdosis drugs, dan is dat de primaire doodsoorzaak. Overlijdt iemand door een ongeval dat plaatsvond onder de invloed van een drug, dan is het ongeval de primaire doodsoorzaak. De drug is dan een secundaire doodsoorzaak.

### **Problematisch gebruik**

Het gebruik van een middel op zo'n manier dat hierdoor lichamelijke, psychische of sociale problemen ontstaan, of op zo'n manier dat maatschappelijke overlast ontstaat. Problematisch gebruik is niet altijd verslaving. "Misbruik" is een vorm van problematisch gebruik waarbij geen sprake is van verslaving.

### **Psychodysleptica**

Zie: Hallucinogenen.

### **Psychose**

Psychische stoornis waarbij iemand hallucinaties heeft, dat wil zeggen dingen ziet, hoort of voelt die door andere mensen niet worden waargenomen. Duurt de stoornis niet langer dan één maand, dan spreekt men van een kortdurende psychotische stoornis.

### **Recent gebruik**

Het gebruik van een middel in het afgelopen jaar, ongeacht de frequentie (van eenmalig tot dagelijks). Recente gebruikers tellen automatisch mee met de oitgebruikers (gebruik ooit in het leven).

### **Recreatief gebruik**

Gebruik van een middel (doorgaans in de vrije tijd) waarbij van het middel wordt genoten zonder dat er sprake is van problematisch gebruik (misbruik of verslaving).

### **Schizofrenie**

Psychische stoornis waarbij iemand hallucinaties heeft, dat wil zeggen dingen ziet, hoort of voelt die door andere mensen niet worden waargenomen. Door de stoornis functioneert men slechter op school, werk en in het gezin. Men spreekt pas van schizofrenie als de stoornis minimaal zes maanden duurt.

### **Secundair probleem**

Heeft iemand problemen met twee (of meer) middelen, dan is het secundaire probleem het middel dat relatief de minste problemen veroorzaakt. Het andere middel is dan het primaire probleem.

### **Secundaire doodsoorzaak**

Een oorzaak die indirect heeft bijgedragen aan het overlijden. Overlijdt iemand door een ongeval dat plaatsvond terwijl hij/zij onder de invloed was van een drug, dan is de drug een secundaire doodsoorzaak.

### **Softdrugs**

Drugs op lijst II van de Opiumwet, met name cannabis. Drugs met minder risico voor de volksgezondheid dan de harddrugs op lijst I van de Opiumwet.

### **Startleeftijd**

Leeftijd waarop iemand voor het eerst een middel heeft gebruikt. De startleeftijd kan worden bepaald voor de ooitgebruikers (gebruik ooit in het leven), de recente gebruikers (gebruik in het afgelopen jaar) en de actuele gebruikers (gebruik in de afgelopen maand). Ook kan de startleeftijd worden bepaald voor verschillende leeftijdsgroepen. De startleeftijd hangt af van de groep waarvoor deze wordt berekend. Zo lag in 2005 voor de ooitgebruikers van cannabis de startleeftijd in de leeftijdsgroep van 15 tot en met 24 jaar op gemiddeld 16,4 jaar en in de leeftijdsgroep van 15 tot en met 64 jaar op gemiddeld 19,6 jaar. De gemiddelde startleeftijd kan in een jonge leeftijdsgroep lager zijn dan in een brede leeftijdsgroep doordat eventuele 'late starters' van een middel niet worden meegenomen in de berekeningen. Op hogere leeftijd kunnen echter vertekeningen optreden in de herinnering van de leeftijd waarop men voor het eerst een middel gebruikte. Gegevens over startleeftijd moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

### **Tabaks- en gemakszaken**

Winkels waarin doorgaans producten worden verkocht zoals tabaksproducten (sigaretten, sigaren, shag), rokersbenodigdheden (pijpen, aanstekers), tijdschriften, kranten, wenskaarten, snacks, zoetwaren en loten (staatsloten, lottoformulieren, krasloten).

### **THC**

Tetrahydrocannabinol, het belangrijkste psychoactieve bestanddeel van cannabis.

### **Verslaving**

Problematisch gebruik van een middel waarbij sprake is van afhankelijkheid. Doorgaans verstaat dit Jaarbericht onder "verslaving" de klinische diagnose van



afhankelijkheid. Voor justitiële monitors is het echter niet mogelijk om klinische diagnoses te stellen. Justitiële monitors registreren bijvoorbeeld extra gevaar vanwege drugsgebruik of ‘duidelijke aanwijzingen voor verslaving’ (zie §8.3.2., SRM). De klinische diagnose van afhankelijkheid wordt vastgesteld via classificatiesystemen als de DSM en de ICD. Kenmerken van afhankelijkheid zijn: vaak in grote hoeveelheden of langere tijd gebruiken, steeds meer van het middel nodig hebben voor het gewenste effect (gewenning), onthoudingsverschijnselen, het middel gebruiken tegen onthoudingsverschijnselen, willen stoppen terwijl dat niet lukt, veel tijd besteden om aan het middel te komen of om er van te herstellen, opgeven van belangrijke bezigheden thuis, op school, op het werk, of de vrije tijd en doorgaan met het gebruik ondanks het besef dat dit veel problemen oplevert.

### **Voortgezet speciaal onderwijs**

Onderwijs voor Moeilijk Lerende Kinderen (MLK), onderwijs voor kinderen met Leer- en OpvoedingsMoeilijkheden (LOM) en onderwijs voor Zeer Moeilijk Opvoedbare Kinderen (ZMOK).

## **II. DRUGSCRIMINALITEIT<sup>a</sup>**

### **Afdoening door de rechter**

Eindbeslissing, door schuldigverklaring, vrijspraak, ontslag van alle rechtsvervolgung of een van de overige einduitspraken.

### **Afdoening door openbaar ministerie**

Eindbeslissing over een bij het parket ingeschreven proces-verbaal door sepot, voeging ad informandum, voeging ter berechting, transactie of overdracht aan de afdeling rechtbankzaken van een ander parket.

### **Antecedent**

Een antecedent is een politiecontact waarbij proces-verbaal van één of meer misdrijven is opgemaakt.

### **Beleidssepot**

Beslissing van het openbaar ministerie waarbij het afziet van vervolging van een geconstateerd strafbaar feit op grond van het algemeen belang.

Zie ook: Sepot.

---

<sup>a</sup> Bron van begrippenlijst: Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen, 2003; Bewerking WODC

### **Dagvaarding**

Officieel geschrift (deurwaardersexploot) dat iemand oproept op een bepaalde tijd voor de rechter te verschijnen in verband met het de vervolging van een aan de opgeroepene ten laste gelegd strafbaar feit (strafprocesrecht).

### **Drang**

Bij drang probeert men een gebruiker, die zich in het strafrechtelijk systeem bevindt vanwege een zoveelste delict, in de richting van een zorgtraject te 'duwen'.

De gebruiker krijgt de keuze tussen een zorgtraject of een strafrechtelijke sanctie.

De keuze wordt beïnvloed: als de gebruiker kiest voor een zorgtraject kan hij niet alleen zijn situatie verbeteren, maar worden ook de verdere vervolging en straf geschorst of opgeschort. Doet hij dat niet, of houdt hij zich niet aan de voorwaarden van justitie, dan volgt tenuitvoerlegging van de strafrechtelijke sanctie.

### **Dwang**

Bij dwang heeft de gebruiker in tegenstelling tot "drang" geen keuze. Hij kan worden opgenomen zonder zijn instemming.

Zie ook: Drang.

### **Eerste aanleg, (in -)**

Primaire rechterlijke instantie waar een zaak wordt behandeld.

Zie ook: Hoger beroep.

### **Eindvonnis**

Uitspraak door de rechter, die een burgerlijke zaak, begonnen met een dagvaarding, voor een bepaalde instantie definitief beëindigt.

Zie ook: Tussenvonnis.

### **Gevangenisstraf**

Vrijheidsstraf, levenslang of tijdelijk met een strafduur van ten hoogste twintig jaar, in de regel ondergaan in een gevangenis.

Zie ook: Hechtenis.

### **Gewone strafzaak rechtbanken**

Strafzaak die in eerste aanleg tot de competentie van de rechtbank behoort, met uitzondering van fiscale en economische delicten.

### **Hechtenis**

Principale - : vrijheidsstraf met een strafduur van maximaal 1 jaar en 4 maanden, van lichtere aard dan gevangenisstraf en in de regel ondergaan in een huis van bewaring

Subsidiaria - : vrijheidsstraf vanwege niet of niet volledige betaling van geldboete.

**Hoger beroep**

Gewoon rechtsmiddel, ook appèl genoemd, toegekend aan iedere in eerste instantie verschenen en geheel of ten dele in het ongelijk gestelde partij; inzet van het geding is de in eerdere instantie gewezen beslissing.

**Inverzekeringstelling**

Vrijheidsbeneming gedurende ten hoogste vier dagen op bevel van de (hulp-)officier van justitie, wanneer de tijd dat een verdachte voor verhoor mag worden opgehouden (zes uur) niet voldoende is.

**Meerderjarige verdachte**

Degene die ten tijde van begaan van een strafbaar feit 18 jaar of ouder is.

**Minderjarige verdachte**

Degene die ten tijde van begaan van een strafbaar feit jonger is dan 18 jaar. Afhandeling van (jeugd)zaken van eenvoudige aard gebeurt veelal via Halt(bureaus). NB. Niemand kan strafrechtelijk worden vervolgd voor een feit begaan voordat hij de leeftijd van 12 jaar heeft bereikt.

**Misdrijf**

Strafbaar feit van de zware soort, als zodanig aangeduid in de strafwetten; indeling van strafbare feiten in misdrijven en overtredingen is van belang bij het procesrecht (absolute competentie en rechtsmiddelen) en de strafbaarstelling; berechting in eerste aanleg gebeurt in de meeste gevallen door de rechtbank. Zie ook: Overtreding.

**Niet-ontvankelijkheid**

Eindbeslissing waarbij de rechter het verzoek of de eis van een partij afwijst of het openbaar ministerie het recht te vervolgen ontzegt, op een grond die buiten de zaak zelf ligt (zoals een procedurefout).

**Onherroepelijke uitspraak**

Beslissing van de rechter waartegen geen (gewoon) rechtsmiddel meer openstaat.

**Ontslag van (alle) rechtsvervolgning**

Beslissing van de rechter, waarbij hij het door de officier van justitie ten laste gelegde feit wel bewezen acht maar van oordeel is dat het feit of de verdachte niet strafbaar is.

Zie ook: Schuldigverklaring, Vrijspraak.

**Openbaar ministerie (OM)**

Overheidsorgaan met als taken: wetten te handhaven, strafbare feiten op te sporen en te vervolgen, strafvonnis ten uitvoer te leggen en de rechter te informeren voor zover de wet dat voorschrijft.

**Opgehelderd misdrijf**

Misdrijf waarbij tenminste één verdachte bij de politie bekend werd, ook al is hij voortvluchtig of ontkent hij het (strafbare) feit te hebben gepleegd.

**Ophelderingspercentage**

Het totaal aantal in een bepaalde periode opgehelderde misdrijven in relatie tot het totaal aantal in dezelfde periode door de politie opgemaakte processen-verbaal terzake van gelijk(soortig)e misdrijven, uitgedrukt in procenten.

**Overtreding**

Strafbaar feit van de lichte soort, als zodanig aangeduid in de strafwetten; indeling van strafbare feiten is van belang bij het procesrecht (absolute competentie en rechtsmiddelen) en de strafbaarstelling; afdoening veelal met een schikking/transactie via het openbaar ministerie of berechting in eerste aanleg door de rechtbank sector kanton.

Zie ook: Misdrijf.

**Proces-verbaal**

Op schrift gestelde verklaring van een opsporingsambtenaar over door hem waargenomen feiten of omstandigheden.

**Rechtbank**

Rechtscollege dat in eerste aanleg kennis neemt van alle zaken waarvoor niet een andere rechter is aangewezen. Er zijn 19 rechtbanken.

NB. De sector kanton (vroeger: kantongerecht) is sinds 1 januari 2002 opgenomen in de organisatie van de rechtbank.

**Reclassering**

Instantie die zich ten doel stelt door haar inspanningen een aantoonbare bijdrage te leveren aan de herinpassing van reclasseringscliënten in de samenleving. Daarmee wordt tevens beoogd herhaling van strafbaar gedrag te voorkomen. Dit doet zij door onderzoek en rapportage omtrent de persoon en omstandigheden van de verdachte of veroordeelde, het opstellen van plannen van aanpak om de gestelde doelen te bereiken, het uitvoeren van begeleiding en toezicht tijdens de uitvoering daarvan en het toezicht op de uitvoering van taakstraffen. Slechts in die gevallen dat er duidelijke aanknopingspunten zijn voor gedragsverandering en de kans op succes

in grote mate aanwezig lijkt, zullen intensieve programma's met dat doel worden aangewend.

### **Schuldigverklaring**

Uitspraak door de rechter, waarbij hij het door het openbaar ministerieten laste gelegde feit bewezen en een strafbaar feit acht en van oordeel is dat de verdachte strafbaar is.

### **Sepot**

Beslissing van het openbaar ministerie waarbij het, op beleidsmatige of technische gronden, afziet van vervolging van een geconstateerd strafbaar feit. Zie ook: Beleidssepot, Technisch sepot.

### **Strafzaak**

Het bij een parket ter vervolging ingeschreven proces-verbaal ten aanzien van één verdachte.

### **Technisch sepot**

Beslissing van het openbaar ministerie waarbij het afziet van vervolging van een strafbaar feit omdat het van mening is dat vervolging niet tot een veroordeling zal leiden (bijvoorbeeld omdat voldoende bewijs ontbreekt of omdat het feit of de verdachte niet strafbaar is).

### **Transactie (juridisch)**

Het onder bepaalde omstandigheden ter voorkoming van strafvervolging voldoen aan een of meer door de opsporingsambtenaar (politie) of het openbaar ministerie (officier van justitie) gestelde voorwaarden, zoals het betalen van een geldsom ('boete'), waardoor het recht tot strafvervolging vervalt.

### **Verdachte**

Voor het begin van de vervolging is hij degene van wie uit feiten of omstandigheden een redelijk vermoeden van schuld aan een strafbaar feit wordt aangenomen, daarna is hij degene tegen wie de vervolging is gericht.

### **Vervroegde invrijheidstelling**

Het uit hoofde van de wet in beginsel vervroegd vrijlaten uit de penitentiaire inrichting van tot duurzame vrijheidsstraf veroordeelde personen.

### **Voeging ad informandum**

Het voegen, door het openbaar ministerie, van een strafzaak zonder tenlastelegging bij een andere zaak die aan de rechter wordt voorgelegd, met het doel de rechter bij

de bepaling van de strafmaat rekening te laten houden met de gevoegde zaak.  
Zie ook: Afdoening door openbaar ministerie.

### **Voeging ter berechting**

Het samenvoegen, door het openbaar ministerie, van ingeschreven strafzaken, met het doel de rechter bij één vonnis verschillende zaken tegelijk te laten afdoen.  
Zie Afdoening door openbaar ministerie.

### **Voeging ter zitting**

Het samenvoegen, door de rechter, van onder verschillende parketnummers ingeschreven strafzaken, met het doel deze zaken als één strafzaak te behandelen.  
Zie Afdoening door de rechter.

### **Vonnis**

Gemotiveerde bindende uitspraak van de rechter in een voor hem gevoerd rechts-  
geding.  
Zie ook: Arrest, Tussenvonnis.

### **Voorlopige hechtenis**

Vrijheidsbeneming in een huis van bewaring voorafgaand aan behandeling ter  
terechtzing, in het algemeen toegepast bij verdenking van een ernstig delict  
(misdrijf waarop een gevangenisstraf van vier jaren of meer is gesteld), op grond van  
ernstig vluchtgevaar en/of een gewichtige reden van maatschappelijke veiligheid, bij  
voorbeeld vrees voor herhaling.

### **Vrijspraak**

Uitspraak, door de rechter, waarbij hij niet bewezen acht dat het door de officier van  
justitie ten laste gelegde feit door de verdachte is gepleegd.  
Zie ook: Ontslag van rechtsvervolgning, Schuldigverklaring.

# BIJLAGE B

## BRONNEN

Deze bijlage geeft een schematisch overzicht van de belangrijkste bronnen van de Nationale Drug Monitor (NDM) voor achtereenvolgens (I) het gebruik en problematisch gebruik, (II) hulpvraag en behandeling, (III) ziekte en sterfte, (IV) marktinformatie en (V) justitiële gegevens. Voor een uitgebreidere beschrijving van de bronnen: zie [www.trimbos.nl/monitors](http://www.trimbos.nl/monitors), of [www.ivo.nl](http://www.ivo.nl), of [www.zonmw.nl](http://www.zonmw.nl).

## I. GEBRUIK EN PROBLEMATISCH GEBRUIK

<i>Bron</i>	<i>Doelgroep</i>
Antenne	Scholieren en uitgaande jongeren in Amsterdam
ESPAD	Scholieren van 15 en 16 jaar van het middelbaar onderwijs in 35 Europese landen
Haags Uitgaansonderzoek	Uitgaanders van 16-35 jaar in Den Haag
HBSC	Scholieren van 11-17 jaar
Lokale en regionale monitors	Algemene bevolking en/of jongeren al naar gelang locatie en regio



<i>Middelen</i>	<i>Metingen</i>	<i>Verantwoordelijke organisatie/ Homepage</i>
Alcohol, drugs, tabak	Jaarlijks sinds 1993, met wisselende keus van doelgroep	Criminologisch instituut Bonger, Universiteit van Amsterdam in samenwerking met Jellinek Preventie <a href="http://www.jur.uva.nl">www.jur.uva.nl</a> <a href="http://www.jellinek.nl/">www.jellinek.nl/</a>
Alcohol, drugs, tabak	1995, 1999, 2003	CAN, Pompidou Groep, voor Nederland het Trimbos-instituut <a href="http://www.can.se/">www.can.se/</a>
Alcohol, drugs	2002, 2003	MORE <a href="http://www.denhaag.nl/">www.denhaag.nl/</a>
Alcohol, cannabis, tabak	2001, 2005	WHO, voor Nederland: Trimbos-instituut, Radboud Universiteit Nijmegen en Universiteit Utrecht <a href="http://www.hbsc.org">www.hbsc.org</a> <a href="http://www.trimbos.nl">www.trimbos.nl</a>
Alcohol, drugs, tabak, al naar gelang locatie en regio	Doorgaans jaarlijks, varieert per locatie en regio	GGD'en in afstemming met GGD Nederland, gemeentelijke en particuliere onderzoeksbureaus <a href="http://www.ggd.nl">www.ggd.nl</a>

<i>Bron</i>	<i>Doelgroep</i>
Nationaal Instituut voor de Publieke Opinie en het Marktonderzoek (TNS NIPO)	Landelijke bevolking van vijftien jaar en ouder
Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO)	Landelijke bevolking van twaalf jaar en ouder (1997, 2001) of 15-64 jaar (2005)
NEMESIS	Landelijke bevolking van 16 tot en met 64 jaar
Peilstationsonderzoek scholieren	Scholieren van 10-18 jaar in de twee hoogste groepen van de basisscholen en het 'reguliere' voortgezet onderwijs: brugklas, VMBO, HAVO en VWO, soms projecten op bijzondere scholen
Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS)	Landelijke bevolking van 12 jaar en ouder, jongeren 12-29 jaar

<i>Middelen</i>	<i>Metingen</i>	<i>Verantwoordelijke organisatie/ Homepage</i>
Tabak	Jaarlijks	STIVORO www.stivoro.nl
Alcohol, drugs, tabak	1997, 2001, 2005	CEDRO, Universiteit van Amsterdam (1997, 2001) www.cedro-uva.org IVO (2005) www.ivo.nl
Alcohol, drugs	1996 en follow-up in 1997 en 1999	Trimbos-instituut www.trimbos.nl
Alcohol, drugs, tabak	1984, 1988, 1992, 1996, 1999, 2003	Trimbos-instituut www.trimbos.nl
Alcohol, tabak, voor de module jongeren ook drugs	Bijzondere scholen, projecten: 1990, 1997 Jaarlijks (alcohol, tabak); 2001 (drugs)	CBS www.cbs.nl

## II. HULPVRAAG EN BEHANDELING

<i>Bron</i>	<i>Doelgroep</i>
Centrale Methadon Registratie (CMR)	Methadoncliënten in de regio Amsterdam
Educare monitor	Hulpvragers op EHBO-posten van dansevenementen
Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem (LADIS)	Cliënten van de (ambulante) verslavingszorg (ten dele geëxtrapoleerd)
Landelijke Medische Registratie (LMR)	Ziekenhuispatiënten (ten dele geëxtrapoleerd)
Letsel Informatie Systeem (LIS)	Patiënten die spoedeisende hulp krijgen na een ongeval
Patiëntenregister intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (PiGGz). Wordt vervangen door Zorgis.	Cliënten van de intramurale verslavingszorg

<i>Middelen</i>	<i>Metingen</i>	<i>Verantwoordelijke organisatie/Homepage</i>
Methadon	Jaarlijks	GGD Amsterdam <a href="http://www.ggd.amsterdam.nl">www.ggd.amsterdam.nl</a>
Alcohol, drugs	Jaarlijks vanaf 1996	Educare Ambulant, Stichting Nursing & Education Consultancy <a href="http://www.educaregroningen.nl">www.educaregroningen.nl</a>
Alcohol, drugs	Jaarlijks	IVZ, Houten <a href="http://www.sivz.nl">www.sivz.nl</a>
Alcohol, drugs	Jaarlijks	Prismant <a href="http://www.prismant.nl">www.prismant.nl</a>
Alcohol, drugs	Jaarlijks	Stichting Consument en Veiligheid <a href="http://www.veiligheid.nl">www.veiligheid.nl</a>
Alcohol, drugs	Jaarlijks, compleet tot en met 1996	GGZ Nederland, Prismant <a href="http://www.ggznederland.nl">www.ggznederland.nl</a> <a href="http://www.prismant.nl">www.prismant.nl</a>

### III. ZIEKTE EN STERFTE

<i>Bron</i>	<i>Doelgroep/Onderwerp</i>
Amsterdamse cohortstudie en monitor drugsgerelateerde sterfte	Doodsoorzaken onder methadoncliënten en recreatieve drugsgebruikers in Amsterdam
Centrale Post Ambulancevervoer (CPA)	Ambulanceritten voor de bevolking van Amsterdam en omstreken
Doodsoorzakenstatistiek	Doodsoorzaken van inwoners van Nederland die staan ingeschreven in het bevolkingsregister en doodsoorzaken uit rechtbankzaken
HIV/aids-registratie	HIV-geïnfecteerden en aids-patiënten onder injecterende drugsgebruikers
HIV-surveillance onder risicogroepen, waaronder drugsgebruikers	Injecterende drugsgebruikers in diverse steden
ROI monitor	Automobilisten

### IV. MARKTINFORMATIE

<i>Bron</i>	<i>Doelgroep/Onderwerp</i>
Bureau Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS)	Uitgaansdrugs van recreatieve gebruikers
Monitor gedoogde coffeeshops	Aantal officieel gedoogde coffeeshops, coffeeshopbeleid van gemeenten en handhavingsbeleid
THC-monitor	THC-gehalte en prijs van cannabismonsters uit coffeeshops

<i>Middelen</i>	<i>Metingen</i>	<i>Verantwoordelijke organisatie/Homepage</i>
Harddrugs, recreatieve drugs	Jaarlijks vanaf 1976	GGD Amsterdam <a href="http://www.ggd.amsterdam.nl">www.ggd.amsterdam.nl</a>
Alcohol, drugs	Jaarlijks	GGD Amsterdam <a href="http://www.ggd.amsterdam.nl">www.ggd.amsterdam.nl</a>
Alcohol, drugs, tabak	Jaarlijks	CBS <a href="http://www.cbs.nl">www.cbs.nl</a>
Harddrugs	half jaarlijks	IGZ, SHM, RIVM <a href="http://www.hiv-monitoring.nl">www.hiv-monitoring.nl</a>
Harddrugs	vanaf 1991 diverse metingen in diverse steden	RIVM en GGD'en <a href="http://www.rivm.nl/">www.rivm.nl/</a>
Alcohol	Jaarlijks vanaf 1970	AVV, Ministerie van Verkeer en Waterstaat <a href="http://www.rws-avv.nl">www.rws-avv.nl</a>

<i>Middelen</i>	<i>Metingen</i>	<i>Verantwoordelijke organisatie/ Homepage</i>
Uitgaansdrugs	Continu; jaarlijkse rapportage	Trimbos-instituut <a href="http://www.trimbos.nl">www.trimbos.nl</a>
Cannabis	1997, 1999, jaarlijks vanaf 2000	WODC <a href="http://www.wodc.nl/">www.wodc.nl/</a>
Cannabis	Twee keer per jaar; jaarlijkse rapportage	Trimbos-instituut <a href="http://www.trimbos.nl">www.trimbos.nl</a>

## V. JUSTITIEEL

<i>Bron</i>	<i>Doelgroep/Onderwerp</i>
Cliënt Volg Systeem (CVS)	Productiecijfers verslavingsreclassering, cliënten van de verslavingsreclassering
HerKenningsdienstSysteem (HKS)	Processen-verbaal van aangiften; processen-verbaal opgemaakt tegen verdachten; geregistreeerde criminele voorgeschiedenis van verdachten
Inbeslagnames drugs	Inbeslagnames drugs; aantal opsporingsonderzoeken, 'opgerolde' hennepwekerijen; ontdekte productieplaatsen van synthetische drugs



<i>Middelen</i>	<i>Metingen</i>	<i>Verantwoordelijke organisatie/Homepage</i>
Alle middelen, geen uitsplitsing	Dagelijkse dossiervorming	Stichting Verslavingsreclassering Nederland (SVG) in samenwerking met Reclassering Nederland en reclassering van het Leger des Heils <a href="http://www.ggznederland.nl">www.ggznederland.nl</a>
Gevaren classificatie 'drugsgebruiker' of 'alcoholverslaafd'; Opium-wetdelicten uitsplitsbaar naar hard- en softdrugs	Actualisatie eind eerste kwartaal over hele voorgaande kalenderjaar; tevens extractie definitieve cijfers over jaar daarvoor (vanwege verwerkings-achter-standen)	De unit Kennis en Ontwikkeling, afdeling Onderzoek en Analyse van de dienst Nationale Recherche Informatie van het Korps Landelijke politiediensten (K&O/O&A/dNRI/KLPD, in samenwerking met de politieregio's; Het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatie Centrum van het Ministerie van Justitie (WODC) beschikt over een kopie <a href="http://www.politie.nl/KLPD/">www.politie.nl/KLPD/</a> <a href="http://www.wodc.nl/">www.wodc.nl/</a>
Alle middelen, uitsplitsing naar type drug	Continue registratie, jaarlijkse rapportage	K&O/O&A/dNRI/KLPD, in samenwerking met de politieregio's <a href="http://www.politie.nl/KLPD/">www.politie.nl/KLPD/</a>

<i>Bron</i>	<i>Doelgroep/Onderwerp</i>
Onderzoeks- en Beleidsdatabase Justitiële Documentatie (OBJD)	Beleidsinformatie over strafrechtspleging; geanonimiseerde kopie van het Justitieel Documentatie Systeem
Openbaar Ministerie Data (OMDATA)	Landelijke database van het Parket-Generaal met gegevens over vervolging en berechting in eerste aanleg
Opsporingsonderzoeken Georganiseerde Criminaliteit	Opsporingsonderzoeken door de Nederlandse politie naar ernstiger vormen van georganiseerde criminaliteit; overtreders van onder meer de Opiumwet die samenwerken in georganiseerd verband
Ten UitvoerLegging van vrijheidsbenemende straffen en maatregelen in Penitentiaire inrichtingen (TULP)	Kenmerken van gedetineerden, delicten, duur van de opgelegde straffen en kenmerken van de inrichtingen; Justitiële Jeugdinstellingen (TULP/JJI) en TBS-instellingen worden apart geregistreerd
WODC-Recidivemonitor	Langlopend onderzoeksproject met gestandaardiseerde recidivemetingen onder verschillende groepen justitiabelen
TRansactie Innings- en AfhandelingsSysteem (TRIAS)	Gegevens over aan te bieden transacties van de politie en de arrondissementsparketten. Deze worden vastgelegd en na afloop teruggemeld.

<i>Middelen</i>	<i>Metingen</i>	<i>Verantwoordelijke organisatie/Homepage</i>
Opiumwetdelicten uitsplitsbaar naar hard- en softdrugs	Vier keer per jaar actualisatie	WODC <a href="http://www.wodc.nl/">www.wodc.nl/</a>
Opiumwetdelicten uitsplitsbaar naar hard- en softdrugs	Drie keer per jaar actualisatie	Openbaar Ministerie en Raad voor de Rechtspraak. Het Parket Generaal verzamelt en beheert de gegevens. Het WODC beschikt over een kopie <a href="http://www.wodc.nl/">www.wodc.nl/</a>
Uitsplitsing naar hard- en softdrugs	Jaarlijkse rapportage	K&O/O&A/dNRI/KLPD, in samenwerking met de politieregio's <a href="http://www.politie.nl/KLPD/">www.politie.nl/KLPD/</a>
Opiumwetdelicten uitsplitsbaar naar hard- en softdrugs	Continue registratie	Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van het Ministerie van Justitie <a href="http://www.dji.nl/">www.dji.nl/</a>
Opiumwetdelicten uitsplitsbaar naar hard- en softdrugs	Rapportages op basis OBJD	WODC <a href="http://www.wodc.nl/">www.wodc.nl/</a>
Alle middelen, uitsplitsing naar alcohol en andere stoffen	Continue registratie	Centraal Justitieel Incasso Bureau (CJIB); uitvoeringsorganisatie van het ministerie van Justitie. <a href="http://www.cjib.nl/">www.cjib.nl/</a>



# BIJLAGE C

## VERKLARING VAN ICD-9 EN ICD-10 CODES

### VERKLARING VAN ICD-9 CODES

<i>ICD-9 code</i>	<i>Verklaring</i>
162	Kwaadaardige nieuwvormingen van trachea, brochus en long
291	Alcohol psychosen
292	Drug psychosen
303	Alcoholverslavingssyndroom
304	Verslaving aan drugs
304.0	Verslaving aan opiaten en dergelijke
304.2	Verslaving aan cocaïne
304.3	Verslaving aan cannabis
304.4	Verslaving aan amfetamine en andere psychostimulantia
304.7	Verslaving aan opiaten in combinatie met andere drugs
305	Misbruik van drugs of andere middelen zonder verslaving
305.0	Misbruik van alcohol
305.2	Misbruik van cannabis
305.3	Misbruik van hallucinogenen
305.4	Misbruik van barbituraten of van sedativa en hypnotica met verwante werking
305.5	Misbruik van opiaten
305.6	Misbruik van cocaïne
305.7	Misbruik van amfetamine of sympathicomimetica met verwante werking
305.8	Misbruik van antidepressiva en dergelijke
305.9	Misbruik van overige, gemengde of niet gespecificeerde middelen
357.5	Alcoholische polyneuropathie
425.5	Alcoholische cardiomyopathie
535.3	Alcoholische gastritis
571.0	Alcoholische vetlever
571.1	Acute alcohol hepatitis
571.2	Alcoholische levercirrose
571.3	Niet gespecificeerde alcoholische leverbeschadiging
980.0-1	Toxisch gevolg van alcohol
E850	Accidentele vergiftiging door analgetica, antipyretica en antireumatica
E850.0	Accidentele vergiftiging door heroïne
E854.1	Accidentele vergiftiging door psychodysleptica (hallucinogenen)
E854.2	Accidentele vergiftiging door psychostimulantia
E855.2	Accidentele vergiftiging door lokale anesthetica (waaronder cocaïne)

E860.0-2	Niet opzettelijke vergiftiging door alcoholische dranken (ethanol/methanol)
E950.9*	Suicide door vergiftiging door vaste stoffen of vloeistoffen
E980.9*	Vergiftiging door vaste stoffen of vloeistoffen, waarvan niet vastgesteld is of deze met opzet of niet met opzet heeft plaatsgevonden

\* Alleen opgenomen indien als complicatie 980.0-1 vermeld is.

#### VERKLARING VAN ICD-10 CODES

<i>ICD-10 code</i>	<i>Verklaring</i>
C33	Kwaadaardige nieuwvormingen van trachea
C34	Kwaadaardige nieuwvormingen van bronchus en long
F10	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van alcohol
F11	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van opiaten
F12	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van cannabis
F13	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van sedativa en hypnotica
F14	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van cocaïne
F15	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van overige stimulerende middelen
F18	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van vluchtige oplosmiddelen
F19	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van meerdere drugs en andere psychoactieve middelen
G31.2	Degeneratie van zenuwstelsel door alcoholgebruik
G62.1	Alcoholische polyneuropathie
I42.6	Alcoholische cardiomyopathie
K29.2	Alcoholische gastritis
K70.0	Alcoholische vetlever
K70.1	Alcoholische hepatitis
K70.2	Alcoholische leverfibrose en leversclerose
K70.3	Alcoholische levercirrose
K70.4	Alcoholische leverinsufficiëntie
K70.9	Alcoholische leverziekten, ongespecificeerd
K86.0	Alcoholische pancreasonsteking
T51.0-1	Toxisch gevolg van alcohol, ethanol en methanol (alleen als secundaire code)
X41 + T43.6	Accidentele vergiftiging door psychostimulantia
X42	Accidentele vergiftiging door narcotica en psychodysleptica (hallucinogenen) niet elders geclassificeerd
X42 + T40.5	Accidentele vergiftiging door cocaïne

X45*	Onopzettelijke vergiftiging door en blootstelling aan alcohol
X61 + T43.6	Suïcide door psychostimulantia
X65*	Opzettelijke auto-intoxicatie door alcohol
Y11 + T43.6	Vergiftiging door psychostimulantia waarvan niet vastgesteld is of deze met opzet of niet met opzet heeft plaatsgevonden
Y15*	Vergiftiging door en blootstelling aan alcohol- opzet niet bepaald

*\*Alleen opgenomen indien als complicatie T51.0-1 vermeld is.*





# BIJLAGE D

## KWALITEITSCRITERIA VOOR JUSTITIËLE GEDRAGSINTERVENTIES GERICHT OP TERUGDRINGEN VAN CRIMINELE RECIDIVE

### CRITERIA:

1. Theoretische basis: de interventie is gebaseerd op een expliciet veranderingsmodel waarvan de effecten wetenschappelijk bewezen zijn
2. Selectie doelgroep: het type overtreder dat de doelgroep vormt van de interventie is helder gespecificeerd en geselecteerd
3. Dynamische criminogene factoren: de interventie is gericht op risicofactoren die correleren met het criminele gedrag
4. Effectieve behandelingsmethoden: de toegepaste methoden zijn aantoonbaar effectief of kansrijk
5. Vaardigheden en protectieve factoren: de benadering is gericht op het leren van praktische, sociale en coping vaardigheden
6. Fasering, intensiteit en duur: intensiteit en duur van de interventie zijn afgestemd op de problemen van de deelnemer
7. Commitment en motivatie: commitment en motivatie van de deelnemer moet worden verhoogd en gestimuleerd
8. Continuïteit: er dient een duidelijk verband te bestaan tussen de interventie en de daaropvolgende toezicht en begeleiding van de overtreder
9. Integriteit: de interventie wordt geïmplementeerd volgens concept/plan
10. Evaluatie: een continue evaluatie geeft inzicht in de effectiviteit van de interventie

Bron: *Gedragsinterventies 2005*.<sup>231</sup>



# BIJLAGE E

INTERNETADRESSEN OP HET GEBIED VAN ALCOHOL EN DRUGS

**Australian Institute of Health and Welfare (AIHW)**

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

**Bouman GGZ**

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

**Brijder Verslavingszorg**

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

**CEDRO Centrum voor Drugsonderzoek (UvA)**

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

**Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)**

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

**Centrum Maliebaan**

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

**De Hoop**

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

**Emergis Verslavingszorg**

<http://www.emergis.nl/verslavingszorg/>

**European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS**

<http://www.eurohiv.org/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](http://europa.eu.int/comm/taxation_customs/publications/info_doc/info_doc.htm#Excises)

**Europol**

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

**GGD Amsterdam**

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

**GGD Nederland**

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

**GGZ Noord- en Midden Limburg/Verslavingszorg (GGZ-NML)**

<http://www.ggz-groepnlimburg.nl/>

**GGZ Nederland**

<http://www.ggznederland.nl>

**Inspectie voor de Gezondheidszorg**

<http://www.igz.nl/productie/indexie.html>

**Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving (IVO)**

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

**Intraval. Bureau voor onderzoek en advies**

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

**IrisZorg**

<http://www.iriszorg.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>

**Mondriaan Zorggroep/Verslavingszorg**

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

**Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ)**

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

**Novadic-Kentron, netwerk voor verslavingszorg**

<http://www.novadic-kentron.nl/>

**Openbaar Ministerie**

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

**Parnassia, Psycho-Medisch Centrum**

<http://www.parnassia.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 tuinbouwproducten**

[www.rikilt.dlo.nl/](http://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/>

**STIVORO, voor een rookvrije toekomst**

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

**Substance Abuse & Mental Health Service Administration (SAMHSA)**

<http://www.samhsa.gov/>

**SWOV-Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid**

<http://www.swov.nl>

**TACTUS, Instelling voor verslavingszorg**

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

**Trimbos-instituut**

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

**Vereniging GGZ Nederland**

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

**Verslavingszorg Noord Nederland (VNN)**

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

**Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC)**

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

**World Health Organisation (WHO)**

<http://www.who.int/en/>

**ZonMw**

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

# BIJLAGE F

## DRUGSGEBRUIK IN ENKELE NIEUWE EU-LIDSTATEN

### CONSUMPTIE VAN CANNABIS, COCAÏNE, ECSTASY EN AMFETAMINE ONDER DE ALGEMENE BEVOLKING VAN ENKELE NIEUWE EUROPESE LIDSTATEN

Land	Jaar	Leeftijd (jaar) <sup>1</sup>	Cannabis		Cocaïne		Ecstasy		Amfetamine	
			Ooit	Recent	Ooit	Recent	Ooit	Recent	Ooit	Recent
Cyprus	2003	15 - 65	19,8%	14,1%	1,1%	0,7%	4,3%	2,5%	1,4%	0,2%
Estland	2003	15 - 69	-	4,6%	-	0,6%	-	1,7%	-	1,3%
Hongarije	2003	18 - 54	9,8%	3,9%	1,0%	0,4%	3,1%	1,4%	2,5%	1,0%
Letland	2003	15 - 64	10,6%	3,8%	1,2%	0,2%	2,4%	0,8%	2,6%	1,1%
Lithouwen	2004	15 - 64	7,6%	2,2%	0,4%	0,3%	1,0%	0,4%	1,1%	0,3%
Malta	2001	18 - 64	3,5%	0,8%	0,4%	0,3%	0,7%	0,2%	0,4%	0%
Polen	2002	16 - 64	7,7%	2,8%	0,8%	0,5%	0,7%	0,2%	1,9%	0,7%
Slowakije	2004	15 - 64	15,6%	3,6%	1,1%	0,6%	4,0%	0,8%	1,5%	0,2%
Tsjechië	2004	18 - 64	20,6%	9,3%	1,1%	0,2%	7,1%	3,5%	2,5%	0,7%

Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). 1. Drugsgebruik is naar verhouding laag in de jongste (12-15 jaar) en oudere leeftijdsgroepen (>64 jaar). Gebruikscijfers in studies met respondenten die jonger en/of ouder zijn dan de EMCDDA-standaard (15-64 jaar) zullen mogelijk lager uitvallen dan cijfers in studies die de EMCDDA-standaard toepassen. Voor studies met een beperkter leeftijdsbereik geldt het omgekeerde. - = niet gemeten. Bron: EMCDDA.





# BIJLAGE G

## TECHNISCHE BIJLAGE BIJ HOOFDSTUK 8 DRUGSCRIMINALITEIT

In het hoofdstuk Drugscriminaliteit is een aantal aanpassingen doorgevoerd op basis van de ervaringen die zijn opgedaan met de brongegevens, nieuwe ontwikkelingen hierin en het streven naar een efficiëntere gegevensverzameling. De aanpassingen betreffen het merendeel van de tabellen over de opsporing, vervolging en berechting en de executie - waar relevant zijn ze met terugwerkende kracht doorgevoerd<sup>a</sup> -. De vervanging van de cijfers over onherroepelijk afgedane zaken door eerste aanlegcijfers (zie sub 4 onderstaand) levert de grootste verschillen op. De eerste aanlegcijfers komen beduidend hoger uit en ook de trends zijn gewijzigd: eerste aanlegcijfers geven een actueler beeld. Het effect van de overige updates is betrekkelijk gering. Herberekening met terugwerkende kracht heeft over het algemeen enkel geringe wijzigingen in de aantallen tot gevolg (zie sub 1). De aanscherping van de selectiewijze Opiumwetdelicten heeft geleid tot een bijstelling naar boven van de aantallen en daarnaast tot hogere percentages softdrugzaken en lagere percentages harddrugzaken (zie sub 2). De definitieve HKS-cijfers liggen hoger dan de voorlopige, waardoor dalingen wat worden afgezwakt en stijgingen wat versterkt. De definitieve trends zijn steeds in dezelfde lijn als de voorlopige (zie sub 3).

### *1. Herberekening met terugwerkende kracht*

In dit jaarbericht zijn al eerder gepubliceerde cijfers met terugwerkende kracht herberekend om het (cumulatieve) effect van registratiewijzigingen achteraf in de bronnen te neutraliseren. Deze zouden anders ten onrechte als inhoudelijke verschillen geïnterpreteerd kunnen worden.

- In de tot nu toe gepubliceerde jaarberichten werd steeds alleen de waarde van het actuele jaar berekend en veranderden de al gepubliceerde waarden niet. De bronnen waarop de gegevens gebaseerd zijn, zijn echter 'levend': er vinden - veelal kleine - wijzigingen in de registratie achteraf plaats. Na verloop van tijd kunnen de effecten hiervan merkbaar worden: het verschil tussen de eerder gepubliceerde waarden met de op later moment herberekende waarden wordt groter.
- Het effect van deze bijstelling heeft geringe wijzigingen in de aantallen tot gevolg. Zo zijn de verschillen in tabel 8.5 verwaarloosbaar klein voor de totale instroom: +0,01%. In tabel 8.9 bedragen de verschillen gemiddeld -0,01% voor het totaal door de recht afgedane zaken.

---

<sup>a</sup> De wijzigingen betreffen de tabellen 8.1, 8.2, 8.5, 8.6, 8.7, 8.8, 8.9, 8.10, 8.11, 8.12, 8.13 en 8.14

## 2. Aanscherping selectiewijze Opiumwettdelicten

De selectiewijze van de Opiumwettdelicten is aangescherpt om deze door de hele strafrechtsketen heen zoveel mogelijk op één lijn te krijgen. Deze aanscherping heeft geleid tot een beperkte bijstelling naar boven van de aantallen en wijzigingen in de verhoudingspercentages van hard- en softdrugszaken. Het gaat hierbij ten eerste om de HKS politiecijfers. Hier is een overstap gemaakt van selectie van Opiumwettdelicten op basis van de zwaarste delict methode naar selectie van Opiumwettdelicten enkel op basis van het vóórkomen van hard- en of softdrugsdelicten.<sup>b</sup>

- Hierdoor komen de cijfers in tabel 8.1 over Opiumwettverdachten in vergelijking met die in het vorige NDM jaarbericht 2005 tussen 2000 en 2003 gemiddeld per jaar +0,9% hoger uit. Maar ook de percentages Opiumwett naar type drug t.o.v. de in het vorige NDM Jaarbericht 2005 gepubliceerde percentages veranderen: door de preciezer meting stijgt het aandeel verdachten voor gecombineerde hard- en softdrugsdelicten. Dit gaat 'ten koste van' het aandeel softdrugsdelicten en harddrugsdelicten. Ook de categorie overig/onbekend daalt.

Ten tweede is ook de selectiewijze van Opiumwettdelicten bij de vervolging en berechting (OM en rechter) aangepast. Voorheen bleef een aantal (voornamelijk softdrugs) zaken ten onrechte buiten beeld omdat zij in de registratie met de indicatie 'kantonzak' stonden geboekt.

- Hierdoor komen de cijfers in tabel 8.5 over de bij het OM ingestroomde Opiumwettzaken - in vergelijking met die in het vorige NDM jaarbericht 2005 - tussen 2000 en 2004 gemiddeld per jaar +3,4% hoger uit; met name in de jaren 2002 (+4,9%) en 2003 (+6,9%) zijn de verschillen het grootst. Ten gevolge van de aanscherping komen met name de percentages softdrugszaken hoger (gemiddeld +3,8%) te liggen en die van de harddrugs zaken (-3,2%) lager. En de cijfers over door de rechter afgedane Opiumwettzaken in tabel 8.9 komen - vergelijking met die in het vorige NDM jaarbericht 2005 - tussen 2000 en 2004 gemiddeld per jaar +1,8% hoger uit; met name in de jaren 2002 (+5,0%) en 2003 (+3,2%) zijn de verschillen het grootst.

## 3. Definitieve versus voorlopige HKS-cijfers over aantallen verdachten Opiumwettdelicten

Vanaf 2002 werkt de beheerder van het HKS - het KLPD - met voorlopige en definitieve cijfers. In de definitieve cijfers zijn achterstanden in de registratie bijgewerkt en correcties uitgevoerd. Het effect op de landelijke absolute aantallen en trends is beperkt en neemt af. In het algemeen zijn de definitieve cijfers hoger dan de voorlopige, waardoor dalingen wat worden afgezwakt en stijgingen wat versterkt. De definitieve cijfers kwamen tussen 2002 en 2004 gemiddeld 4% hoger uit. De definitieve trends zijn steeds in dezelfde lijn als de voorlopige. Naar verwachting zullen

---

<sup>b</sup> De zwaarste delictmethode: in gevallen waarin een delict met meerdere artikelen is omschreven wordt delict geormerkt door het artikel met de zwaarste maximale strafdreiging (gevangenisstraf).

de definitieve cijfers 2005 niet meer dan gemiddeld afwijken. HKS-cijfers worden steeds beschouwd in relatie tot OM-cijfers, die stabiel zijn.

- Het verschil tussen definitieve en voorlopige cijfers over het totaal aantal verdachten bedroeg +6,2% voor 2002, +3,7% voor 2003 en +1,5% voor 2004 (van Tilburg e.a. 2004, p. 189; Lammers e.a. 2005, p151; Emmett e.a. 2006, p141). Het aantal Opiumwetverdachten kwam 6,7%, 3,1% en 2,0% resp. hoger uit. Ook de definitieve trends kwamen hoger uit: 2002-2003 +22% (tegen voorlopig: +18%) en 2003-2004 +17% (tegen +15%).

#### *4. Eerste aanlegcijfers vervangen cijfers onherroepelijk afgedane zaken*

Ten vierde zijn de cijfers in de tabellen over door het OM onherroepelijk afgedane strafzaken vervangen door de cijfers die betrekking hebben op de eerste aanleg.<sup>c</sup> Deze afdoeningen in eerste geven namelijk een actueler beeld. Aangezien het geruime tijd duurt voordat zaken onherroepelijk worden en niet alle zaken onherroepelijk worden, loopt het beeld van de onherroepelijk afgedane zaken steeds achter. Vooral plotselinge scherpe veranderingen worden nu beter en eerder opgemerkt met de eerste aanleg cijfers.

- Een duidelijk voorbeeld is de ontwikkeling in relatie tot de stofgerichte benadering rondom Schiphol. Deze ontwikkeling werd voor het eerst zichtbaar in de periode van 2003 naar 2004. Het percentage dagvaardingen in onherroepelijke strafzaken Opiumwet blijkt in die jaren te dalen met -13%, waar dit percentage volgens in eerste aanleg afgedane zaken met -16% daalt; de stijging van het percentage beleidsepots die die daling veroorzaakt stijgt in onherroepelijk afgedane zaken met +140% onherroepelijk, maar in eerste aanleg zelfs met +246%.

De in dit jaarbericht gepubliceerde cijfers op basis van in eerste aanleg afgedane zaken zijn dan ook niet direct vergelijkbaar met de in de vorige jaarberichten gepubliceerde cijfers over onherroepelijk afgedane zaken.<sup>d</sup>

#### *5. Overige aanpassingen*

Tenslotte zijn in twee tabellen ook cijfers vervangen waar dit een betere weergave oplevert van de te beschrijven ontwikkelingen of om de cijfers beter aan te laten sluiten bij bestaande publicaties. Dit laatste om te voorkomen dat onnodig verschillende cijfers over eenzelfde thema gepubliceerd worden en om dubbel werk te vermijden.

<sup>c</sup> Het gaat met name om de tabellen 8.6 tot en met 8.8 en 8.10 tot en met 8.12.

<sup>d</sup> Bij de selectie van onherroepelijk afgedane Opiumwetzaken werden Opiumwettdelicten die in vrijspraak eindigen of die geseponneerd zijn - terwijl andere delicten in dezelfde zaak wel gedagvaard werden - niet geselecteerd. Nu – in de eerste aanlegcijfers - worden deze delicten wel meegenomen. Ook delicten met indicatie 'Kantonzaak' werden buiten beschouwing gelaten terwijl ze nu wel worden meegenomen.

- Zo is in tabel 8.1 het totaal aantal processen verbaal ('antecedenten') in de plaats gekomen van de in het vorig jaarbericht gepubliceerde reeks met totaal aantallen unieke verdachten per jaar; hiermee kan de ontwikkeling van het percentage Opiumwet-pv's op het totaal zuiverder in beeld worden gebracht. En in tabel 8.14 is voor het in beeld brengen van het aantal personen in penitentiaire inrichtingen aangesloten bij de WODC publicatie Criminaliteit en Rechtshandhaving.

# REFERENTIES

1. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1997-1998 24007 nr.68 (1998). *Drugbeleid; Brief minister met haar standpunt inzake het advies van een werkgroep van deskundigen over de Nationale Drug Monitor (NDM)*. Den Haag: SDU Uitgevers.
2. Snippe, J., Hoogeveen, C., Bieleman, B. (2000). *Monitor drugproblematiek justitie, definitiestudie en ontwikkeltraject*. Groningen: Intraval.
3. Meijer, R.F., Aidala, R., Verrest, P.A.M., Van Panhuis, P., Essers, A.A.M. (2003). *Monitoring van Drugcriminaliteit; Werken aan kengetallen voor de Nationale Drugmonitor*. Den Haag: Ministerie van Justitie, WODC.
4. Rodenburg, G., Spijkerman, R., Van den Eijnden, R., Van de Mheen, D. (2007). *Nationaal prevalentieonderzoek middelengebruik 2005*. Rotterdam: IVO.
5. De Bruin, D., Meijerman, C., Verbraeck, H. (2003). *Zwerven in de 21ste eeuw: een exploratief onderzoek naar geestelijke gezondheidsproblematiek en overlast van dak- en thuislozen in Nederland*. Utrecht: Centrum voor Verslavingsonderzoek.
6. Vogelvang, B.O., Van Burik, A., Van der Knaap, L.M., Wartna, B.S.J. (2003). *Prevalentie van criminogene factoren bij mannelijke gedetineerden in Nederland*. Den Haag: Adviesbureau Van Montfoort/WODC.
7. Van Laar, M., Van Dorsselaer, S., Monshouwer, K., De Graaf, R. (2005). *Association between cannabis use and mental disorders in the adult population: Does cannabis use predict the first incidence of mood and anxiety disorders?* Utrecht: Trimbos Institute.
8. Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Gorter, A., Verdurmen, J., Vollebergh, W. (2004). *Jeugd en riskant gedrag: kerngegevens uit het peilstationsonderzoek 2003. Roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar*. Utrecht: Trimbos-instituut.
9. Van Dorsselaer, S., Zeijl, E., Van den Eeckhout, S., Ter Bogt, T., Vollebergh, W. (2007). *HBSC 2005: gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.
10. Monshouwer, K., Smit, F., De Graaf, R., Van Os, J., Vollebergh, W. (2005). First cannabis use: does onset shift to younger ages? Findings from 1988 to 2003 from the Dutch National School Survey on Substance Use. *Addiction*, 100(7): 963-970.
11. Lynskey, M.T., Vink, J.M., Boomsma, D.I. (2006). Early Onset Cannabis Use and Progression to other Drug Use in a Sample of Dutch Twins. *Behav.Genet.*, 1-6.
12. Korf, D.J., Nabben, T., Benschop, A. (2004). *Antenne 2003: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
13. Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Verdurmen, J., Ter Bogt, T., De Graaf, R., Vollebergh, W. (2006). Cannabis use and mental health in secondary school children: findings from a Dutch survey. *British Journal of Psychiatry*, 188(2): 148-153.

14. Verdurmen, J., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Vollebergh, W. (2005). Cannabisgebruik onder adolescenten: gebruikspatronen, achtergrondfactoren en psychosociale problemen. *Submitted*.
15. Knibbe, R.A., Joosten, J., Derickx, M., Choquet, M., Morin, D., Monshouwer, K., Vollebergh, W. (2005). Perceived availability of substance use and substance-related problems: a cross national study among French and Dutch adolescents. *Journal of Substance Use*, 10(2/3): 151-163.
16. Korf, D.J., Nabben, T., Benschop, A. (2002). *Antenne 2001: trends in alcohol, tabak, drugs en gokken bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
17. Nabben, T., Benschop, A., Korf, D.J. (2006). *Antenne 2005: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
18. Nabben, T., Quaak, L., Korf, D.J. (2005). *NL.Trendwatch: gebruikersmarkt uitgaansdrugs in Nederland, 2004-2005*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
19. Nabben, T., Korf, D.J. (2000). *De combiroes: gecombineerd gebruik van alcohol met cannabis, cocaïne, XTC en amfetamine*. Amsterdam: Thela Thesis.
20. Nabben, T., Korf, D.J. (2004). *NL.Trend-watch: gebruikersmarkt uitgaansdrugs in Nederland 2003*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
21. Van Gelder, P., Reinerie, P., Smits, M., Burger, I., Hendriks, V. (2004). *Uit (je dak) in Den Haag, 2003: uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik*. Den Haag: Parnassia.
22. Korf, D.J., Diemel, S., Riper, H., Nabben, T. (1999). *Het volgende station: Zwerfjongeren in Nederland*. Amsterdam: Thela Thesis.
23. Korf, D.J., Van Ginkel, P., Wouters, M. (2004). *Je ziet het ze niet aan: zwerfjongeren in Flevoland*. Amsterdam: Rozenberg.
24. Van Gelder, P., Reinerie, P., Burger, I. (2003). *Uit (je dak) in Den Haag, 2002: uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik*. Den Haag: Parnassia.
25. Stam, H., Mensink, C., Zwart, W.M.d. (1998). *Jeugd en riskant gedrag 1997: roken, drinken, drugsgebruik en gokken in het voortgezet speciaal onderwijs en spijbelopvangprojecten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
26. Wolf, J., Zwikker, M., Nicholas, S. (2002). *Op achterstand: een onderzoek naar mensen in de marge van Den Haag*. Utrecht: Trimbos-instituut.
27. Korf, D.J., Benschop, A., Rots, G. (2005). Geweld, alcohol en drugs bij jeugdige gedetineerden en school drop-outs. *Tijdschrift voor Criminologie*, 47(3): 239-254.
28. Jans, N. (2006). *Kroegtijgers & Damlopers: Een onderzoek naar alcohol- en drugsgebruik, veiligheid en mogelijkheden voor preventie in het uitgaansleven van Zaandam*. Zaandam: GGD Zaanstreek-Waterland.
29. Van Vuuren, C.L., Tielen, J.T. (2005). *Quick scan uitgaanddrugs en preventie: onderzoek naar alcohol- en drugsgebruik en mogelijkheden voor preventie in het uitgaansleven en sportkantines in Noordwijk*. Leiden: GGD Zuid-Holland Noord.
30. Roomer, A., Poelmans, I. (2006). *Tendens 2005-2006: alcohol- en drugsgebruik bij jongeren en jongvolwassenen in Gelderland*. Arnhem: De Griff.

31. Rigter, H., Laar, M.v. (2002). Epidemiological aspects of cannabis use. In: I.P.Spruit (red.). *Cannabis 2002 report : a joint international effort at the initiative of the Ministers of Public Health of Belgium, France, Germany, The Netherlands, Switzerland : technical report of the International Scientific Conference Brussels, Belgium, 25-02-2002*, p. 19-45. Brussels, Belgium: Ministry of Public Health.
32. Hall, W., Pacula, R.L. (2003). *Cannabis use and dependence: public health and public policy*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
33. Van der Poel, A., Van de Mheen, D. (1999). *Softdrugs in Midden-Holland: een onderzoek naar de omvang en achtergronden van softdrugsgebruik*. Rotterdam: IVO.
34. Vreugdenhil, C., Van den Brink, W., Wouters, L.F., Doreleijers, T.A. (2003). Substance use, substance use disorders, and comorbidity patterns in a representative sample of incarcerated male Dutch adolescents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(6): 372-378.
35. Wits, E., Spijkerman, R., Bongers, I. (1999). *"Als je alleen blowt, is niet leuk man!": middelengebruik, tijdsbesteding en vrienden van jongeren uit risicogroepen in Rotterdam*. Rotterdam: IVO.
36. Stoele, M., Van 't Klooster, B., Van der Poel, A. (2005). *Quick Scan verslavingsproblematiek regio Den Bosch 2005: aard en omvang verslavingsproblematiek en knelpunten in zorgverlening in de regio Den Bosch*. Sint-Oedenrode/Rotterdam: Novadic-Kentron/IVO.
37. Van 't Klooster, B., Van Dongen, A., Rezai, S., Van der Poel, A. (2006). *REGIO Monitor Eindhoven 2006: aard en omvang van (ernstige) verslavingsproblematiek en knelpunten in de zorgverlening*. Sint-Oedenrode/Rotterdam: Novadic-Kentron/IVO.
38. Vogelzang, A., Boersma, A., Van der Poel, A. (2006). *Blowen in Tilburg: cannabisgebruik en -verwerving door minderjarigen en de rol van frequent blowen bij problematisch gedrag*. Rotterdam: IVO.
39. Coumans, M., Rodenburg, G., Knibbe, R. (2005). *Quick Scan naar gemarginaliseerde harddruggebruikers en dak- en thuislozen in de gemeente Maastricht*. Maastricht/Rotterdam: IVO.
40. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2006). *Annual report 2006: the state of the drugs problem in Europe*. Lisbon: EMCDDA.
41. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2006). *Results from the 2005 National Survey on Drug Use and Health: national findings*. Rockville, MD: Office of Applied Studies.
42. Australian Institute of Health and Welfare (2005). *2004 National Drug Strategy Household Survey: Detailed findings*. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.
43. Adlaf, R.M., Begin, P., Sawka, E. (2005). *Canadian Addiction Survey (CAS): A national survey of Canadians' use of alcohol and other drugs: Prevalence of use and related harms: Detailed report*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.

44. Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A., Morgan, M. (2004). *The ESPAD Report 2003: Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm: CAN.
45. Ouwehand, A.W., Kuijpers, W.G.T., Mol, A., Boonzajer Flaes, S. (2006). *Kerncijfers verslavingszorg 2005: Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS)*. Houten: Stichting IVZ.
46. Eckhardt, J.W. (2006). *Ongevallen waar alcohol of drugs bij betrokken zijn*. Amsterdam: Stichting Consument en Veiligheid.
47. Vitale, S. (2007). *A trip to the emergency room: substance use among emergency room patients in the Netherlands: prevalence rates and methodological considerations*. Rotterdam: IVO.
48. Van Gorcum, T.F., Van Velzen, A.G., Van Riel, A.J.H.P., Meulenbelt, J., De Vries, I. (2005). *Acute vergiftingsen bij mens en dier: jaaroverzicht 2004*. Bilthoven: Nationaal Vergiftingsinformatie Centrum.
49. Smit, F., Bolier, L., Cuijpers, P. (2004). Cannabis use and the risk of later schizophrenia: a review. *Addiction*, 99(4): 425-430.
50. Arseneault, L., Cannon, M., Witton, J., Murray, R.M. (2004). Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence. *Br.J.Psychiatry*, 184:110-117.
51. Semple, D.M., McIntosh, A.M., Lawrie, S.M. (2005). Cannabis as a risk factor for psychosis: systematic review. *J.Psychopharmacol.*, 19(2): 187-194.
52. Fergusson, D.M., Poulton, R., Smith, P.F., Boden, J.M. (2006). Cannabis and psychosis. *BMJ*, 332(7534): 172-175.
53. Caspi, A., Moffitt, T.E., Cannon, M., McClay, J., Murray, R., Harrington, H., Taylor, A., Arseneault, L., Williams, B., Braithwaite, A., Poulton, R., Craig, I.W. (2005). Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene X environment interaction. *Biol.Psychiatry*, 57(10): 1117-1127.
54. Degenhardt, L., Hall, W., Lynskey, M. (2003). Exploring the association between cannabis use and depression. *Addiction*, 98(11): 1493-1504.
55. Mensinga, Tj., De Vries, I.K.M., Hunault, C.C., Van den Hengel-Koot, I.S., Fijen, J.W., Leenders, M.E.C., Meulenbelt, J. (2006). *Dubbel-blind, gerandomiseerd, placebo-gecontroleerd, 4-weg gekruist onderzoek naar de farmacokinetiek en effecten van cannabis*. Bilthoven: RIVM.
56. Korf, D.J., Wouters, M., Benschop, A., Van Ginkel, P. (2004). *Sterke wiet: een onderzoek naar blowgedrag, schadelijkheid en afhankelijkheid van cannabis*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
57. Compton, W.M., Grant, B.F., Colliver, J.D., Glantz, M.D., Stinson, F.S. (2004). Prevalence of marijuana use disorders in the United States: 1991-1992 and 2001-2002. *JAMA*, 291(17): 2114-2121.



58. Gable, R.S. (1993). Toward a comparative overview of dependence potential and acute toxicity of psychoactive substances used nonmedically. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 19(3): 263-281.
59. Bieleman, B., Goeree, P. (2002). *Aantal coffeeshops en gemeentelijk beleid in 2001*. Groningen: IntraVal.
60. Bieleman, B., Naayer, H. (2006). *Coffeeshops in Nederland 2005: Aantallen coffeeshops en gemeentelijk beleid 1999-2005*. Groningen-Rotterdam: IntraVal.
61. Korf, D.J., Wouters, M., Nabben, T., Van Ginkel, P. (2005). *Cannabis zonder coffeeshop: niet-gedoogde cannabisverkoop in tien Nederlandse gemeenten*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
62. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2004). *EMCDDA insights 6: an overview of cannabis potency in Europe*. Lisbon: EMCDDA.
63. Niesink, R., Rigter, S., Hoek, J., Goldschmidt, H. (2006). *THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2005-2006)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
64. Hazekamp, A., Sijrier, P., Verpoorte, R., Bender, J., Van Bakel, N. (2005). Cannabis uit de apotheek is beter: Vergelijking van prijs, dronabinolgehalte en microbiologische kwaliteit. *Pharmaceutisch Weekblad*, 140(12): 402-405.
65. Boekhout van Solinge, T. (2001). *Op de pof: cocaïnegebruik en gezondheid op straat*. Amsterdam: Stichting Mainline.
66. Stoele, M., Verdurmen, J., Maalsté, N. (2004). *Edam-Volendam ontnuchtert: een kwalitatief onderzoek naar uitgaansleven en middelengebruik in Edam-Volendam*. Rotterdam: IVO.
67. Van der Dam, S., Coumans, M., Knibbe, R. (2006). *Frequent harddruggebruik onder jong volwassenen in Parkstad Limburg: Drug Monitoring Systeem Parstad Limburg, 2004-2006*. Rotterdam: IVO.
68. Van der Dam, S., Coumans, M., Knibbe, R. (2006). *Van de straat: eindrapportage Drug Monitor Systeem., 2004-2006*. Rotterdam: IVO.
69. Pennings, E.J., Leccese, A.P., Wolff, F.A. (2002). Effects of concurrent use of alcohol and cocaine. *Addiction*, 97(7): 773-783.
70. Van Panderen, D., Van 't Klooster, B. (2006). *Cocaïnegebruik in het uitgaansgebied van Eindhoven*. Eindhoven: Novadic-Kentron.
71. Lempens, A., Boers, R., Maalsté, N. (2004). *Harddruggebruikers in beweging: aard, omvang en mobiliteit van harddruggebruikers in Rotterdam*. Rotterdam: IVO.
72. Buster, M., De Fuentes Merillas, L. (2004). Problematische druggebruikers in Amsterdam Zuidoost. In: P. Tichelman, A. Janssen, A. Verhoef (red.). *Jaarrapportage Volksgezondheid Amsterdam 2003*, p. 163-173. Amsterdam: GG&GD Amsterdam.
73. Van de Mheen, D. (2000). *De Rotterdamse drugscene onder de loep: resultaten van 5 jaar Drug Monitoring Systeem in Rotterdam*. Rotterdam: IVO.
74. De Graaf, I., Wildschut, J., Van de Mheen, H. (2000). *Utrechtse druggebruikers: een jachtig bestaan*. Rotterdam: IVO.

75. Coumans, A.M., Neve, R.J.M., Van de Mheen, H. (2000). *Het proces van marginalisering en verharding in de drugscene van Parkstad Limburg: resultaten van het Drug Monitoring Systeem 1998 - 2000*. Rotterdam: IVO.
76. Vermeulen, K., Wildschut, J., Knibbe, R. (2001). *'Zo'n beetje alles staat in het teken van de wit': een verkennend onderzoek naar (base)cocaïne in de Utrechtse gemarginaliseerde gebruiksscene*. Rotterdam: IVO.
77. Coumans, A.M. (2005). *Survival on the fringes of society: marginalisation of and survival among chronic heroin users*. Maastricht: Universiteit maastricht.
78. Van Brussel, G.H.A., Buster, M.C.A. (2005). *OGGZ monitor Amsterdam '02'03'04: inclusief de jaarcijfers over problematische opiaatverslaafden en uitgaansdrugsongevallen*. Amsterdam: GG&GD.
79. Coumans, A.M., Knibbe, R.A. (2002). *Druggebruikers in Parkstad Limburg: trends en profielen: resultaten van het Drug Monitoring Systeem 2001-2002*. Rotterdam: IVO.
80. Van der Poel, A., Hennink, M., Barendregt, C., Van de Mheen, D. (2004). Jongeren en basecoke: leidt gebruik van basecoke tot marginalisering? *IVO-bulletin*, 7(1): 1-20.
81. Stichting IVZ (2006). Cocaïnehelpvraag in de ambulante verslavingszorg in Nederland (2000-2005). *Ladis Bulletin*, december 2006.
82. Nabben, T., Benschop, A., Korf, D.J. (2005). *Antenne 2004: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
83. Bieleman, B., Snippe, J., De Bie, E. (1995). *Drugs binnen de grenzen: harddrugs en criminaliteit in Nederland: schattingen van de omvang*. Groningen: IntraVal.
84. Toet, J. (1999). *Study to obtain comparable national estimates of problem drug use prevalence for all EU Member States: country report: the Netherlands*. Lisbon: EMCDDA.
85. 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 Drugs Addiction (EMCDDA)*. Lisbon: EMCDDA.
86. Smit, F., Van Laar, M., Wiessing, L. (2006). Estimating problem drug use prevalence at national level: comparison of three methods. *Drugs: education, prevention and policy*, 13(2): 109-120.
87. Biesma, S., Snippe, J., Bieleman, B. (2004). *Harddrugsgebruikers geregistreerd: aard, omvang en mobiliteit van problematische harddrugsgebruikers in Rotterdam*. Groningen/Rotterdam: Stichting IntraVal.
88. Burger, I. (2004). *Haagse harddruggebruikers: aard, omvang en trends in 1999-2002*. Den Haag: GGD Den Haag.
89. Bieleman, B., Kruize, A., Van Zwieten, M. (2006). *Monitor verslaafden en daklozen Enschede 2006: metingen 2001, 2002, 2003, 2004 en 2005*. Groningen: IntraVal.
90. Biesma, S., Snippe, J., Oldersma, F., Bieleman, B. (2003). *Inventarisatie harddrugsverslaafden en dak- en thuislozen Leeuwarden, Noord en zuidwest Friesland*. Groningen-Rotterdam: IntraVal.

91. Biesma, S., Kruize, A., Naayer, H., Bieleman, B. (2005). *Van de straat in Almelo: aard en omvang dak- en thuislozen en zichtbare alcohol- en harddrugsverslaafden in Almelo*. Groningen-Rotterdam: IntraVal.
92. Biesma, S., Kruize, A., Naayer, H., Ogier, C., Bieleman, B. (2005). *In Hengelo van de straat: aard en omvang dak- en thuisloosheid en zichtbare alcohol- en harddrugsverslaving*. Groningen-Rotterdam: IntraVal.
93. Van der Poel, A., Barendregt, C., Schouten, M. (2003). De leefsituatie van gebruikers in de Rotterdamse harddrugsscene (resultaten van de survey 2003). *IVO-bulletin*, 6(4): 1-19.
94. Lindenburg, C.E., Krol, A., Smit, C., Buster, M.C., Coutinho, R.A., Prins, M. (2006). Decline in HIV incidence and injecting, but not in sexual risk behaviour, seen in drug users in Amsterdam: a 19-year prospective cohort study. *AIDS*, 20(13): 1771-1775.
95. Van Gogh, M., Knapen, L., Carpentier, P., Verbrugge, C., De Jong, C. (2006). *Co-morbiditeit bij methadon-patiënten: een klinisch epidemiologisch onderzoek naar psychiatrische co-morbiditeit bij opiaatafhankelijke patiënten met een onderhoudsbehandeling methadon binnen een ambulante setting*. [Precirculair paper gepresenteerd op het Zestiende Forum Alcohol en Drugs Onderzoek, abstract nr. 2] Utrecht: Trimbos-instituut.
96. De Boer, I.M., Op de Coul, E., Koedijk, F.D.H., Van Veen, M.G., Van de Laar, M.J.W. (2006). *HIV and sexually transmitted infections in the Netherlands in 2005*. Bilthoven: RIVM.
97. Van Veen, M.G., Wagemans, M.A.J., Van den Burg, I., Tonino-van der Marel, E., Van Leeuwen, A.P., Van de Laar, M.J.W. (2006). *HIV-surveys bij hoog-risicogroepen in Den Haag 2005*. Bilthoven: RIVM.
98. Van Sighem, A., Danner, S., Ghani, A.C., Gras, L., Anderson, R.M., De Wolf, F. (2005). Mortality in patients with successful initial response to highly active antiretroviral therapy is still higher than in non-HIV-infected individuals. *J.Acquir. Immune.Defic.Syndr.*, 40(2): 212-218.
99. Van de Laar, T.J., Langendam, M.W., Bruisten, S.M., Welp, E.A., Verhaest, I., van Ameijden, E.J., Coutinho, R.A., Prins, M. (2005). Changes in risk behavior and dynamics of hepatitis C virus infections among young drug users in Amsterdam, the Netherlands. *Journal of Medical Virology*, 77(4): 509-518.
100. Van de Laar, M.J.W., De Boer, I.M., Koedijk, F.D.H., Op de Coul, E.L.M. (2005). *HIV and Sexually Transmitted Infections in the Netherlands in 2004 An update: November 2005*. Bilthoven: RIVM.
101. Op de Coul, E.L.M., Van de Laar, M.J.W. (2005). Stijging in meldingen acute hepatitis C door LGV-uitbraak? *Infectieziektenbulletin*, 16(6): 206-209.
102. Van de Laar, T.J., Koppelman, M.H., Van der Bij, A.K., Zaaijer, H.L., Cuijpers, H.T., Van der Poel, C.L., Coutinho, R.A., Bruisten, S.M. (2006). Diversity and origin of hepatitis C virus infection among unpaid blood donors in the Netherlands. *Transfusion*, 46(10): 1719-1728.

103. Van de Laar, M.J.W., Op de Coul, E.L.M. (2004). *HIV and Sexually Transmitted Infections in the Netherlands in 2003*. Bilthoven: RIVM.
104. Van Laar, M., Cruts, G., Vicente, J., Frost, N., Hartnoll, R. (2002). *The DRD-Standard, version 3.0: EMCDDA standard protocol for the EU Member States to collect data and report figures for the Key Indicator Drug-Related Deaths by the Standard Reitox tables*. Lissabon: EMCDDA.
105. Van Laar, M., Cruts, G., Vicente, J., Hartnoll, R. (2002). *Co-ordination of the implementation of the EMCDDA standard guidelines on the drug-related deaths indicator in the EU Member States, and the collection and analysis of information on drug-related deaths; EMCDDA project CT.00.RTX.22*. Lisbon: EMCDDA.
106. Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I., Van Laar, M. (2008). Estimating the Total Mortality Among Problem Drug Users. *Substance Use & Misuse*, 43 (In druk).
107. Ter Bogt, T.F.M., Engels, R.C.M.E. (2005). 'Partying' Hard: Party Style, Motives for and Effects of MDMA Use at Rave Parties. *Substance Use & Misuse*, 40: 1479-1502.
108. Engels, R.C., Ter Bogt, T. (2004). Outcome expectancies and ecstasy use in visitors of rave parties in The Netherlands. *European Addiction Research*, 10(4): 156-162.
109. Pijlman, F.T.A., Krul, J., Niesink, R.J.M. (2003). *Uitgaan en veiligheid: feiten en fictie over alcohol, drugs en gezondheidsverstoringen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
110. Pennings, E.J.M., Eilering, J.B.G., De Wolff, F.A. (2004). *Langetermijneffecten van XTC*. Leiden: LUMC.
111. De Win, M.M. (2007). *Neurotoxicity of Extacy: Causality, Course, and Clinical Relevance*. University of Amsterdam.
112. Jager, G. (2006). *Functional MRI studies in human Ecstasy and cannabis users*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
113. Productschap Dranken (2006). *Jaarverslag 2005*. Rotterdam: Productschap Dranken.
114. Productschap Wijn (2006). *Jaarverslag 2005*. Den Haag: Productschap Wijn.
115. Janssen, A.P. (2006). Alcoholconsumptie. In: D.G. Uitenbroek, J.K. Ujcic-Voortman, A.P. Janssen, P.J. Tichelman, A.P. Verhoeff (red.). *Gezond zijn en gezond leven in Amsterdam: gezondheidsonderzoek 2004 Amsterdamse Gezondheidsmonitor*, Amsterdam: GGD Amsterdam.
116. Dotinga, A. (2005). *Drinking in a Dry Culture: Alcohol use among second-generation Turks and Moroccans: measurements and results*. Rotterdam: EUR.
117. Dotinga, A., Van den Eijnden, R.J.J.M., Bosveld, W., Garretsen, H.F.L. (2006). Religious, cultural and social cognitive correlates of alcohol use among Turks and Moroccans in The Netherlands. *Addiction Research and Theory*, 14: 413-431.
118. Schutten, M., Van den Eijnden, R.J.J.M., Knibbe, R.A. (2003). *Alcohol en werk: een onderzoek naar alcoholgebruik onder de werkende beroepsbevoling*. Rotterdam: IVO.
119. Monshouwer, K., Smit, F., Spruit, I. (2002). Alcohol-, tabak- en cannabisgebruik bij scholieren naar etnische achtergrond. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 80(3): 172-177.

120. Verdurmen, J., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Ter Bogt, T., Vollebergh, W. (2005). Alcohol use and mental health in adolescents: Interactions with age and gender-findings from the Dutch 2001 Health Behaviour in School-Aged Children survey. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(5): 605-609.
121. Bieleman, B., Kruize, A., Nienhuis, A. (2006). *Monitor alcoholverstreking jongeren 2005: naleving leeftijdsgrenzen 16 en 18 jaar Drank- en horecawet: metingen 1999, 2001, 2003 en 2005*. Groningen: IntraVal.
122. Korf, D.J., Nabben, T., Benschop, A. (2001). *Antenne 2000: trends in alcohol, tabak, drugs en gokken bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Thela Thesis.
123. Mulder, J. (2005). *Indrinken op eigen erf: onderzoek naar jongerenontmoetingsplekken in keten en hokken op het platteland*. Utrecht: Stichting Alcoholpreventie.
124. De Graaf, D., Poort, E. (2004). *Evaluatie van de Zomercampagne 2003; 'Drank: de kater komt later'*. Haarlem: ResCon.
125. Van Zundert, R.M.P., Engels, R.C.M.E., Delsing, M.J.M.H. (2004). Alcoholgebruik van scholieren in het voortgezet speciaal onderwijs: de rol van ouderlijk alcoholgebruik en opvoeding. *Gedrag en gezondheid: tijdschrift voor psychologie en gezondheid*, 32(5): 326-343.
126. Van Dijck, D., Knibbe, R.A. (2005). *De prevalentie van probleemdrinken in Nederland: een algemeen bevolkingsonderzoek*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
127. Van Dijck, D., Knibbe, R.A. (2006). *De incidentie, remissie en chroniciteit van probleemdrinken in de algemene Nederlandse bevolking: een longitudinaal onderzoek*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
128. Bijl, R.V., Ravelli, A. (1998). Psychiatrische morbiditeit, zorggebruik en zorgbehoefte: resultaten van de Nederlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 76(8): 446-457.
129. Verdurmen, J., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S. (2003). *Bovenmatig drinken in Nederland: uitkomsten van de 'Netherlands mental health survey and incidence study' [Nemesis]*. Utrecht: Bureau NDM.
130. De Bruijn, H. (2005). *The craving withdrawal model for alcoholism*. Amsterdam: Benecke N.L.
131. Leifman, H. (2001). Trends in population drinking. In: T. Norström (red.). *Alcohol in postwar Europe : consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries; European Comparative Alcohol Study (ECAS)*, p. 45-77. Stockholm: ECAS.
132. Knibbe, R.A., Joosten, A., Choquet, M., Derickx, M., Morin, D., Monshouwer, K. (2007). Culture as an explanation for substance-related problems: A cross-national study among French and Dutch adolescents. *Social Science & Medicine*, 64: 604-616.
133. Thomas, J., De Vos, T. (2003). *Actieplan Alcoholzorg: verslag activiteiten over het jaar 2002' (<http://www.ggzkennisnet.nl>)*. Utrecht: GGZ Nederland.

134. Stichting IVZ (2006). *Alcohol en ouderen in de ambulante verslavingszorg in Nederland (1996-2005)*. Houten: Stichting IVZ.
135. Meerkerk, G.J., Aarns, T., Dijkstra, R.H. (2005). NHG-Standaard problematisch alcoholgebruik: tweede herziening. *Huisarts en wetenschap*, 48(6): 284-295.
136. Van der Linden, M.W., Westert, G.P., De Bakker, D.H. (2004). *Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk*. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM.
137. Wilsterman, M.E.F., Dors, N., Sprij, A.J., Wit, J.M. (2004). Kliniek en beleid bij jongeren met alcoholintoxicatie op afdelingen voor spoedeisende hulp in de regio Den Haag, 1999-2001. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 148: 1496-1500.
138. Van der Linden, J., Knibbe, R.A., Verdurmen, J.E.E. (2004). *Geweld bij uitgaan en op straat: algemeen bevolkingsonderzoek naar de invloed van alcohol- en drugsgebruik*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
139. Rijkswaterstaat Adviesdienst Verkeer en Vervoer (2006). *Rijden onder invloed in Nederland in 1999-2005: ontwikkeling van het alcoholgebruik van automobilisten in weekendnachten*. Rotterdam: Ministerie van Verkeer en Waterstaat.
140. Mathijssen, R., Houwing, S. (2005). *The prevalence and relative risk of drink and drug driving in the Netherlands: a case-control in the Tilburg police district*. Leidschendam: SWOV Institute for Road Safety Research.
141. Anderson, P., Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe: a public health perspective: a report for the European Commission*. London: Institute of Alcohol Studies.
142. Koppes, L.L., Van Mechelen, W., Twisk, J.W., Snel, J., Kemper, H.C. (2005). Cross-sectional and longitudinal relationships between alcohol consumption and lipids, blood pressure and body weight indices. *Journal of Studies on Alcohol*, 66, 713-721.
143. Sierksma, A., Van der Gaag, M.S., Van Tol, A., James, R.W., Hendriks, H.F. (2002). Kinetics of HDL cholesterol and paraoxonase activity in moderate alcohol consumers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26, 1430-1435.
144. Ruitenbergh, A., Van Swieten, J.C., Witteman, J.C., Mehta, K.M., Van Duijn, C.M., Hofman, A., Breteler, M.M. (2002). Alcohol consumption and risk of dementia: the Rotterdam Study. *Lancet*, 359(9303): 281-286.
145. Friesema, I.H.M. (2006). *Alcohol and cardiovascular disease: a longitudinal study on impact of intake measurement and health status*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
146. Room, R., Babor, T., Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *Lancet*, 365(9458): 519-530.
147. Fillmore, K.M., Kerr, W.C., Stockwell, T., Chikritzhs, T., Bostrom, A. (2006). Moderate alcohol use and reduced mortality risk: Systematic error in prospective studies. *Addiction Research and Theory*, 14, 101-132.
148. Single, E., Ashley, M.J., Bondy, S., Rankin, J., Rehm, J. (1999). *Evidence regarding the level of alcohol consumption considered to be low-risk for men and women*. Canberra: National Health and Medical Research Council.

149. Poppelier, A., Van de Wiel, A., Van de Mheen, D. (2002). *Overdaad schaadt: een inventarisatie van de lichamelijke gevolgen van sociaal geaccepteerd alcoholgebruik en binge-dinken*. Rotterdam: IVO.
150. Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding (2004). *De rol van voeding bij het ontstaan van kanker*. Amsterdam: KWF Kankerbestrijding.
151. Van Oers, J.A.M. (2002). *Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002*. Bilthoven: RIVM.
152. Hollander, A.E.M.d., Hoeymans, N., Melse, J.M., Oers, J.A.M.v., Polder, J.J. (2006). *Zorg voor gezondheid - Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006*. Bilthoven: RIVM.
153. Gezondheidsraad (2005). *Risico's van alcoholgebruik bij conceptie, zwangerschap en borstvoeding*. Den Haag: Gezondheidsraad.
154. Verdurmen, J., Abraham, M., Planije, M., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Schulten, I., Bevers, J., Vollebergh, W. (2006). *Alcoholgebruik en jongeren onder de 16 jaar: schadelijke effecten en effectiviteit van alcoholinterventies*. Utrecht: Trimbos-instituut.
155. Gezondheidsraad (2006). *Richtlijnen gezonde voeding 2006*. Den Haag: Gezondheidsraad.
156. Van Leeuwen, F.E. (1999). *Epidemiologie van kanker: inzichten en vooruitzichten*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
157. Verdurmen, J., Van der Meulen, A., Van Laar, M. (2004). Ontwikkelingen in alcoholgerelateerde sterfte in Nederland. *Bevolkingstrends*, 52(3e kwartaal): 32-38.
158. Schram, D., Maas, I.A.M., Poos, M.J.J.C., Jansen, J. (2001). De bijdrage van leefstijlfactoren aan de sterfte in Nederland. *TSG: Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 79(4): 211-216.
159. Van den Eijnden, R.J.J.M., Schutten, M. (2005). *Aankoop en gebruik van alcoholhoudende dranken door jongeren*. Rotterdam: IVO.
160. Gosselt, J.F. (2006). *Drank kopen kent geen leeftijd: alcoholverkoop aan jongeren onder de wettelijke toegestane leeftijdsgrens: een onderzoeksprotocol en een studie naar de naleving*. Enschede: Universiteit Twente.
161. Mulder, J. (2005). *Rommelen met je identiteit: landelijk scholierenonderzoek naar de aard en de omvang van de falsificatie van legitimatiebewijzen door jongeren*. Utrecht: Stichting Alcoholpreventie.
162. Mulder, J. (2005). *Drinken op school: landelijk scholierenonderzoek naar de alcoholverstreking en het alcoholgebruik binnen het voortgezet onderwijs en op schoolfeesten*. Utrecht: Stichting Alcoholpreventie.
163. T.K.27565/29: Tweede kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2004-2005 publicatienummer 27565 nr.29 (2005). *Alcoholbeleid: brief minister over het alcoholgebruik onder jongeren*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
164. STIVORO voor een rookvrije toekomst (2006). *Jaarverslag 2005*. Den Haag: STIVORO.

165. STIVORO voor een rookvrije toekomst (2006). *Roken, de harde feiten: volwassenen 2005*. Den Haag: STIVORO voor een rookvrije toekomst.
166. T.K.22894/114: Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2006-2007 publicatie nummer 114 (2006). *Preventiebeleid voor de volksgezondheid*. Den Haag: Sdu.
167. Piper, M.E., McCarthy, D.E., Baker, T.B. (2006). Assessing tobacco dependence: a guide to measure evaluation and selection. *Nicotine.Tob.Res.*, 8(3): 339-351.
168. Vink, J.M., Willemsen, G., Beem, A.L., Boomsma, D.I. (2005). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence in a Dutch sample of daily smokers and ex-smokers. *Addict.Behav.*, 30(3): 575-579.
169. IMS Health (2006). *Anti-rook preparaten: Totaal Nederland: consumentenverpakkingen: december 2004 t/m november 2006 [speadsheet]*. Den Haag: IMS Health.
170. Stichting Farmaceutische Kengetallen (2006). Minder hulp bij stoppen met roken. *Pharmaceutisch Weekblad*, 141(1): 6.
171. Cuiper, N., Stolker, E. (2006). 10 vragen over varenicline. *Pharmaceutisch Weekblad*, 33(18 augustus): 1032-1033.
172. Donker, G.A. (2006). *Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland 2005*. Utrecht: NIVEL.
173. Bolman, C., De Vries, H., Van Breukelen, G. (2004). Evaluatie van C-MIS, een protocol om hartpatiënten te helpen te stoppen met roken. *TSG: Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 82(7): 416-425.
174. Segaar, D. (2006). *Adoption and implementation of smoking cessation support in health care*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
175. De Beer, M., Schellevis, M. (2007). Actie 'Rokers verdienen 'n beloning'. *In Feite de professional*, 5(9): 10-11.
176. STIVORO voor een rookvrije toekomst (2005). *Een rookvrije toekomst voor een nieuwe generatie: jaarverslag 2004*. Den Haag: STIVORO.
177. Koolhaas, C., Willemsen, M. (2005). *Jongeren en de sociale druk om (niet) te roken: Veranderingen tussen 1998 en 2005*. Den Haag: STIVORO- rookvrij.
178. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2004). *Richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving*. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.
179. Van Weel, C., Coebergh, J.W.W., Drenthen, T., Schippers, G.M., Van Spiegel, P.I., Anderson, P.D., Van Bladeren, F.A.v., Van Veenendaal, H.v. (2005). Richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 149(1): 17-21.
180. Van Leeuwen, M.J., Sleur, D.G. (1998). De economische effecten van maatregelen ter bestrijding van het roken. In: Netherlands School of Public Health (NSPH) (red.). *Tabaksontmoedigingsbeleid: gezondheidseffectrapportage*, p. 87-137. Utrecht: NSPH.
181. Poos, R., Van Leent, J. (2006). *Sterfgevallen door roken op basis van sterftecijfer 2004 [speadsheet]*. Bilthoven: RIVM.



182. Kawachi, I. (2005). More evidence on the risks of passive smoking. *BMJ*, 330(7486): 265-266.
183. Peters, R.J.G. (2007). Nieuwe wetenschappelijke argumenten voor het verder terugdringen van tabaksgebruik, ook in horecagelegenheden. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 151(3): 167-168.
184. Van Schooten, F.J., Godschalk, R. (2005). Passief roken: gezondheidsrisico's. In: K. Knol, C. Hilvering, D.J.T. Wagener, M.C. Willemsen (red.). *Tabaksgebruik: gevolgen en bestrijding*, p. 237-246. Utrecht: Lemma.
185. Hofhuis, W., Merkus, P.J.F.M. (2005). Passief roken: schadelijke effecten bij kinderen. In: K. Knol, C. Hilvering, D.J.T. Wagener, M.C. Willemsen (red.). *Tabaksgebruik: gevolgen en bestrijding*, p. 246-254. Utrecht: Lemma.
186. The ASPECT consortium (2004). *Tobacco or health in the European Union: past, present and future*. Luxembourg: European Communities.
187. Gezondheidsraad (2003). *Volksgezondheidsschade door passief roken*. Den Haag: Gezondheidsraad.
188. Bonneux, L.G.A., Looman, C.W.N., Coebergh, J.W. (2003). Sterfte door roken in nederland: 1,2 miljoen tabaksdoden tussen 1950 en 2015. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 147(19): 917-927.
189. Hoofdbedrijfschap Detailhandel (2007). *Tabaks- en gemakszaken: bestedingen en marktaandeelen [website]*. Den Haag: HBD.
190. Bieleman, B., Kruize, A. (2006). *Monitor tabaksverstrekking jongeren 2005: Naleving leeftijdsgrens 16 jaar: Metingen 1999, 2001, 2003 en 2005*. Groningen-Rotterdam: IntraVal.
191. NSO (2007). *Tabak [website]*. Leidschendam: NSO.
192. European Commission, Directorate General Taxation and Custom Union Tax Policy. (2006). *Excise Duty Tables: part III: manufactured tobacco*. Brussel: European Commission.
193. Joossens, L. (2004). *Effective tobacco control policies in 28 European countries*. Brussels: ENSP.
194. Joossens, L., Raw, M. (2006). The Tobacco Control Scale: a new scale to measure country activity. *Tobacco Control*, 15: 247-253.
195. Koeter, M.W.J., Van Maastricht, A.S. (2006). *De effectiviteit van verslavingszorg in een justitieel kader*. Den Haag: ZonMw, Programma Verslaving.
196. Meijer, R.F., Grapendaal, M., Van Ooyen, M.M.J., Wartna, B.S.J., Brouwers, M., Essers, A.A.M. (2003). *Geregistreerde drugcriminaliteit in cijfers: achtergrondstudie bij het Justitieonderdeel van de Nationale Drugmonitor; jaarbericht 2002*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers.
197. Papenhove, T.G., Spruijt, C.M., Van der Kleijn, J. (2005). *In beslag genomen verdovende middelen en drugsprizen 2004*. Zoetermeer: KLPD-DNRI.
198. Dienst Nationale Recherche Informatie (2006). *Drugsinbeslagnemingen en drugsprizen: Nederland - 2005*. Zoetermeer: KLPD-DNRI.

199. Jacobs, M.J.G. (2007). *Opiumwettdelicten nader bekeken: analyseverslag van een empirisch onderzoek naar Opiumwettdelicten ten behoeve van het Justitieonderdeel van de Nationale Drugmonitor, jaarbericht 2006*. Tilburg: IVA Beleidsonderzoek en advies.
200. Van der Heijden, T. (2003). *De Nederlandse drugsmarkt: een poging tot kwantificering van import, export, productie en consumptie van verdovende middelen*. Zoetermeer: KLPD-Diennst Nationale Recherche Informatie.
201. Dorn, N. (2000). Performance management, indicators and drug enforcement: in the crossfire or at the crossroads? In: M. Natarajan, M. Hough (red.). *Illegal Drug Markets: From Research to Prevention Policy*, p. 299-318. Monsey, NY: Criminal Justice Press.
202. UNODC (2006). *UNODC Illicit Drug Index (IDI): draft 6 August 2006*. Wenen: UNODC.
203. Wartna, B.S.J., Tollenaar, N. (2006). *Recidive 1997-2003: ontwikkelingen in het niveau van de strafrechtelijke recidive van jeugdige en volwassen daders*. Den Haag: WODC.
204. Eggen, A.Th.J.r., Van der Heide, W.r. (2005). *Criminaliteit en rechtshandhaving 2004: ontwikkelingen en samenhangen*. Den Haag/Meppel: Boom Juridische uitgevers/CBS/WODC.
205. Van Ooyen, M., Brouwers, M., Meijer, R., Bijl, R. (2005). *Kengetal: drugsgebruikende verdachten: notitie over de bruikbaarheid van dit kengetal voor de NDM 2005*. Den Haag: WODC.
206. Tollenaar, N., El Harbachi, S., Meijer, R.F., Huijbregts, G.L.A.M., Blom, M. (2006). *Monitor veelplegers: samenvatting van de resultaten*. Den Haag: WODC.
207. T.K.28684/65: Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2005-2006 publicatienummer 28684 nr.65 (2005). *Naar een veiliger samenleving; Brief ministers bij het aanbieden van het Actieplan tegen geweld*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
208. Lünemann, K.D., Bruinsma, M.Y. (2005). *Geweld binnen en buiten: aard, omvang en daders van huiselijk en publiek geweld in Nederland*. Den Haag: WODC.
209. Verstraete, A.G., Raes, E. (2006). *Rosita-2 project: final report*. Ghent: Ghent University.
210. Bruinsma, M.Y., Etman, O., Moors, J.A. (2006). *Alcohol- en drugsgebruik bij geweldsdelicten: projectvoorstel*. Tilburg: IVA.
211. European Commission (2005). *DRUID: driving under the influence of alcohol, drugs and medicines: project summary*. Brussel: European Commission.
212. Roomer, A., Akouele, T. (2006). *Alcohol, Drugs & Verkeer: een onderzoek onder bezoekers van coffeeshops en grootschalige discotheken in de regio Nijmegen (Nederland) - Kleve (Duitsland)*. Arnhem: De Griff.
213. Bulten, B.H., Nijman, H., Van der Staak, C. (2007). Psychiatric disorders and personality characteristics of prisoners at regular prison wards. *International Journal of Law and Psychiatry*. Submitted.

214. Van Emmerik, J.L., Brouwers, M. (2001). *De terbeschikkingstelling in maat en getal: een beschrijving van de tbs-populatie in de periode 1995-2000*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
215. Jacobs, M.J.G., Van Kalmthout, A.M., Von Bergh, M.Y.W. (2006). *Toepassing van bijzondere voorwaarden bij voorwaardelijke vrijheidsstraf en schorsing van de voorlopige hechtenis bij volwassenen*. Tilburg: IVA.
216. Molenaar, R., De Boer, A., Hoekstra, A., Sneekes, I., Langezaal, B. (2006). *Justitiële verslavingszorg: een analyse van het beleid voor verslaafde justitiabelen [conceptversie]*. Den Haag: Ministerie van Justitie/Ministerie van VWS.
217. Wartna, B.S.J., Baas, N.J., Beenackers, E.M.T. (2004). *Beter, anders en goedkoper: een literatuurverkenning ten behoeve van het traject Modernisering Strafrecht-toepassing*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
218. Wartna, B.S.J., Tollenaar, N. (2004). *Bekenden van Justitie: een verkennend onderzoek naar de "veelplegers" in de populatie van vervolgte daders*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers.
219. Stichting Verslavingsreclassering GGZ Nederland (2002). *Justitiële verslavingszorg in penitentiaire inrichtingen*. Utrecht: SVG.
220. T.K.29270/1: Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2003 -2004 publicatienummer 29270 nr.1 (2003). *Reclasseringsbeleid; Brief minister*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
221. Ministerie van Justitie, Stichting Reclassering Nederland (2001). *Outputsturing Reclassering*. Den Haag: Ministerie van Justitie/SRN.
222. Reclassering Nederland, Reclassering Leger des Heils, Stichting Verslavingsreclassering GGZ Nederland, Dienst Justitiële Inrichtingen (2004). *RISc versie1: Recidive Inschattings Schalen: handleiding*. Utrecht/Den Haag: SRN/LdH/SVG/DJI.
223. Von Bergh, M., Van Poppel, J., Römken, R. (2006). *Evaluatie bruikbaarheid Quick Scan Reclassering*. Tilburg: IVA.
224. T.K.30513/1: Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2005-2006 publicatienummer 30513 nr.1 (2006). *Wijziging o.m. Wetboek van Strafrecht (wijziging vervoegde in voorwaardelijke invrijheidstelling); Koninklijke boodschap*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
225. T.K.30513/2: Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2005-2006 publicatienummer 30513 nr.2 (2006). *Wijziging o.m. Wetboek van Strafrecht (wijziging vervoegde in voorwaardelijke invrijheidstelling); Voorstel van wet*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
226. T.K.30513/5: Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2005-2006 publicatienummer 30513 nr.5 (2006). *Wijziging o.m. Wetboek van Strafrecht (wijziging vervoegde in voorwaardelijke invrijheidstelling); Verslag*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
227. T.K.30513/3: Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2005-2006 publicatienummer 30513 nr.3 (2006). *Wijziging o.m. Wetboek van Strafrecht (wijziging*

- vervroegde in voorwaardelijke invrijheidstelling*); *Memorie van toelichting*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
228. T.K.30800VI/2: Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2006-2007 publicatienummer 30800VI, nr.2. (2006). *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Justitie (VI) voor het jaar 2007; Memorie van toelichting*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
229. Commissie Houtman (2005). *Advies Interdepartementale werkgroep Besturing en financiering van zorg in justitieel kader*. Den Haag: Ministeries van Justitie, Financiën en VWS.
230. Van Ooyen-Houben, M. (2004). Drang bij criminele harddruggebruikers – een onderzoek naar de toepassing van drang in Nederland. *Tijdschrift voor Criminologie*, 46(3): 233-248.
231. Programma Terugdringen Recidive (2005). *Gedragsinterventies*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
232. Stb 2004/351: Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 2004, nr.3. (2004). *Wet van 9 juli 2004 tot wijziging van het Wetboek van Strafrecht, het Wetboek van Strafvordering en de Penitentiaire beginselenwet (plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders)*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
233. T.K.29200/VI 67: Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2003-2004 publicatienummer 29200 VI, nr.6. (2004). *Vaststelling begroting van het Ministerie van Justitie (VI) voor het jaar 2004; Brief minister over stelselherziening rechtsbijstand*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
234. T.K.28980/16: Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2003-2004 publicatienummer 28980 nr.16 (2004). *Wijziging van het Wetboek van Strafrecht, het Wetboek van Strafvordering en de Penitentiaire beginselenwet (plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders); Brief minister over de stand van zaken inzake de plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
235. Biesma, S., Van Zwieten, M., Snippe, J., Bieleman, B. (2006). *ISD en SOV vergeleken: eerste inventarisatie meerwaarde Inrichting voor Stelselmatige Daders boven eerdere Strafrechtelijke Opvang voor Verslaafden*. Groningen: IntraVal.
236. T.K.28192/24: Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2003-2004 publicatienummer 28192 nr.24 (2006). *Drugsmokkel Schiphol; Brief minister over het al dan niet heenzenden van verdachten met een dagvaarding*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
237. T.K.28192/36: Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2004-2005 publicatienummer 28192 nr.36 (2004). *Drugsmokkel Schiphol: brief minister met de zesde voortgangsrapportage drugsmokkel Schiphol*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
238. T.K.28192/41: Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2004-2005 publicatienummer 28192 nr.41 (2006). *Drugsmokkel Schiphol; Brief minister met de zevende voortgangsrapportage drugsmokkel Schiphol*. Den Haag: Sdu Uitgevers.