

NATIONALE DRUG MONITOR

JAARBERICHT 2005

Trimbos-instituut

Utrecht, 2005

COLOFON

Redactie

Mw. dr. M.W. van Laar¹

Dhr. dr. A.A.N. Cruts¹

Mw. dr. J.E.E. Verdurmen¹

Mw. dr. M.M.J. van Ooyen-Houben²

Dhr. drs. R.F. Meijer²

Met medewerking van

Mw. dr. E.A. Croes¹

Dhr. drs. A.P.M. Ketelaars¹

Mw. M. Brouwers²

Dhr. P.P.J. Groen²

Dhr. L.K. de Jonge²

¹Trimbos-instituut

²WODC

Vormgeving en druk

Ladenius Communicatie BV, Houten

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl,
of bij het Trimbos-instituut, Afdeling bestellingen,
Postbus 725, 3500 AS Utrecht, 030-297 11 80;
fax: 030-297 11 11; e-mail: bestel@trimbos.nl.
Onder vermelding van artikelnummer AF0654.
U krijgt een factuur voor de betaling.

ISBN 90-5253-543-4

ISBN 978-90-5253-543-2

ISSN 1569-5395

© 2006 Trimbos-instituut, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd 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/producten. Klik bij 'Ga direct naar' op Nationale Drug Monitor, en klik op zoek. Klik vervolgens het betreffende jaarbericht en daar staat een te downloaden PDF.

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 Bonger, Universiteit van Amsterdam
Mw. 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. dr. ir. E.L.M. Op de Coul, RIVM
Mw. dr. M. Prins, GGD Amsterdam
Dhr. dr. M.C. Willemsen, STIVORO

INHOUD

VOORWOORD	9
LIJST VAN AFKORTINGEN	11
SAMENVATTING	15
1 INLEIDING	25
2 CANNABIS	29
2.1 Laatste feiten en trends	29
2.2 Gebruik: algemene bevolking	29
2.3 Gebruik: jongeren	34
2.4 Problematisch gebruik	39
2.5 Gebruik: internationale vergelijking	41
2.6 Hulpvraag	44
2.7 Ziekte en sterfte	49
2.8 Aanbod en markt	51
3 COCAÏNE	55
3.1 Laatste feiten en trends	55
3.2 Gebruik: algemene bevolking	56
3.3 Gebruik: jongeren	59
3.4 Problematisch gebruik	62
3.5 Gebruik: internationale vergelijking	63
3.6 Hulpvraag	66
3.7 Sterfte	70
3.8 Aanbod en markt	71
4 OPIATEN	73
4.1 Laatste feiten en trends	73
4.2 Gebruik: algemene bevolking	74
4.3 Gebruik: jongeren	74
4.4 Problematisch gebruik	77
4.5 Gebruik: internationale vergelijking	80
4.6 Hulpvraag	81
4.7 Ziekte en sterfte	86

5	ECSTASY, AMFETAMINE EN VERWANTE STOFFEN	99
5.1	Laatste feiten en trends	99
5.2	Gebruik: algemene bevolking	100
5.3	Gebruik: jongeren	103
5.4	Problematisch gebruik	106
5.5	Gebruik: internationale vergelijking	106
5.6	Hulpvraag	109
5.7	Ziekte en sterfte	115
5.8	Aanbod en markt	116
6	ALCOHOL	121
6.1	Laatste feiten en trends	121
6.2	Gebruik: algemene bevolking	122
6.3	Gebruik: jongeren	124
6.4	Probleemgebruikers	129
6.5	Gebruik: internationale vergelijking	131
6.6	Hulpvraag	133
6.7	Ziekte en sterfte	140
6.8	Aanbod en markt	144
7	TABAK	147
7.1	Laatste feiten en trends	147
7.2	Gebruik: algemene bevolking	147
7.3	Gebruik: jongeren	150
7.4	Problematisch gebruik	152
7.5	Gebruik: internationale vergelijking	153
7.6	Hulpvraag	156
7.7	Ziekte en sterfte	157
7.8	Aanbod en markt	159
8	DRUGSCRIMINALITEIT	163
8.1	Laatste feiten en trends	164
8.2	Drugswetcriminaliteit	165
8.3	Problematisch drugsgebruik in het strafrechtelijk systeem	186
8.4	Hulp voor problematische gebruikers in het strafrechtelijk systeem	189

BIJLAGE A	
Verklaring van begrippen	199
BIJLAGE B	
Bronnen	211
BIJLAGE C	
Verklaring van ICD-9 en ICD-10 codes	225
BIJLAGE D	
Overzicht van de producten van de verslavingsreclassering en drangtrajecten	229
BIJLAGE E	
Internetadressen op het gebied van alcohol en drugs	231
BIJLAGE F	
Drugsgebruik in enkele nieuwe EU-lidstaten	235
REFERENTIES	237

VOORWOORD

Het aantal cliënten dat aanklopt bij de hulpverlening voor problemen met cocaïne, cannabis en/of amfetamine blijft groeien. Het aantal opiaatcliënten neemt echter af. Deze, en zeer vele andere, gegevens zijn opgenomen in het voorliggende Jaarbericht 2005 van de Nationale Drug Monitor (NDM).

Er wordt gerapporteerd over middelengebruik en problemen rond dit gebruik, over de hulpvraag, ziekte en sterfte, over het aanbod van middelen en over geregistreerde drugsriminaliteit. Waar mogelijk en zinnig worden ook internationale cijfers vermeld.

Het Jaarbericht van de NDM is de bron voor informatie over drugsgebruik in Nederland. Natuurlijk zijn niet altijd alle essentiële gegevens op een betrouwbare wijze voorhanden of te verkrijgen. De Wetenschappelijke Raad van de NDM heeft de (dreigende) lacunes in de informatievoorziening in het najaar van 2005 onder de aandacht gebracht van de ministeries van VWS en Justitie.

De NDM steunt op de inbreng van veel nationale en lokale monitoringprojecten en deskundigen. Veel dank gaat uit naar alle organisaties en personen die gegevens hebben aangeleverd. Veel dank gaat ook uit naar het Bureau van de NDM en naar het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) van het Ministerie van Justitie. Het Bureau van de NDM en het WODC stellen de jaarberichten met grote zorg samen. Nederland neemt met deze informatieverzameling en –verstrekking internationaal zonder meer een vooraanstaande positie in.

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
BiZa	Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
BO	Basisonderwijs
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 Instellingen
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	HerKenningsdienstSystemen
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
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 Afhandelingsysteem
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	Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën
WvS	Wetboek van Strafrecht
ZMOK	School voor Zeer Moeilijk Opvoedbare Kinderen
ZONMW	Zorgonderzoek Nederland Medische Wetenschappen
Zorgis	Zorginformatiesysteem GGZ

SAMENVATTING

De tabellen 1a en 1b geven een overzicht van de laatste cijfers over het middelengebruik en de drugscriminaliteit. Hieronder volgt een beschrijving van de meest in het oog springende ontwikkelingen uit het Jaarbericht 2005.

DRUGS: GEBRUIK EN HULPVRAAG

OPMARS COCAÏNE ZET ZICH VOORT

Volgens de laatste gegevens stabiliseerde of daalde het drugsgebruik onder scholieren tussen 1996 en 2003, maar nam het tussen 1997 en 2001 toe in de volwassen bevolking. Meer recente cijfers komen eind dit jaar beschikbaar. In Amsterdam lijkt het drugsgebruik in trendy clubs over het hoogtepunt heen te zijn. Er zijn echter signalen dat de opmars van **cocaïne** in het uitgaansleven zich elders in het land in 2004/2005 onverminderd heeft voortgezet. 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 niet bekend. Wel zien we een gestage groei van het aantal cocaïnecliënten bij de (ambulante) hulpverlening, die zich ook in 2004 heeft voortgezet. Het aantal cliënten dat zich bij de verslavingszorg meldt met cocaïne als primair probleem, verviervoudigde tussen 1994 en 2004 van 2 500 naar tienduizend. Van 2003 naar 2004 ging het om een toename van acht procent. Op andere indicatoren, zoals het aantal ziekenhuisopnames waarbij cocaïne een rol speelt en het aantal acute cocaïnesterfgevallen, zien we sinds 2002 geen verdere stijging.

JONGEREN DIE BLOWEN VERTONEN MEER PROBLEEMGEDRAG

Schoolonderzoeken laten zien dat **cannabis**gebruikers, met name frequente blowers, vaker gedragsproblemen (agressief, delinquent gedrag) en schoolproblemen hebben dan niet-blowers. Zij gebruiken ook vaker alcohol, tabak en harddrugs en het risico daarop is groter voor jonge starters. In bepaalde groepen komen blowers dan ook vaak voor, zoals jongeren in justitiële jeugdinstellingen en spijbelprojecten. Dat betekent niet dat cannabis de oorzaak is van het probleemgedrag. Mogelijk spelen andere factoren een rol, zoals de hang naar normafwijkend gedrag, die zowel probleemgedrag als cannabisgebruik in de hand werken. 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 2004 steeg het aantal primaire cannabiscliënten van 1 950 naar 5 500. Van 2003 naar 2004 ging het om een toename van 22 procent. In algemene ziekenhuizen worden maar weinig mensen opgenomen vanwege cannabisproblematiek als hoofddiagnose (56 in 2004). Het aantal opnames met cannabismisbruik en –afhankelijkheid als nevendiagnose steeg echter van 246 in 2003 naar 322 in 2004 (+31%).

LICHTE TOENAME AANTAL AMFETAMINECLIËNTEN

In vergelijking met andere drugs kloppen maar weinig cliënten met een **amfetamine**probleem aan bij de ambulante verslavingszorg. Wel steeg hun aantal met dertig procent van 753 in 2003 naar 954 in 2004. Ook zien we in 2004 een toename van het aantal opnames in algemene ziekenhuizen gerelateerd aan problemen met amfetamine(-achtigen), hoewel het aandeel op alle drugsopnames beperkt blijft. 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. Volgens observaties van sleutelfiguren is **ecstasy** met name op dansfestijnen nog steeds de belangrijkste harddrug, al tekent zich een matiging van het gebruik af. Wel worden meer incidenten gerelateerd aan gecombineerd gebruik van ecstasy en alcohol waargenomen.

AANWAS JONGE OPIAATGEBRUIKERS BLIJFT DALEN

Nederland telde in 2001 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 en het Verenigd Koninkrijk). De populatie opiaatgebruikers is in de loop der jaren steeds ouder geworden en de aanwas van jonge gebruikers neemt af. Tussen 1994 en 2004 daalde het aandeel jonge cliënten (15-29 jaar) bij de verslavingszorg van 39 naar 8 procent. De afgelopen jaren daalde ook het totale aantal opiaatcliënten, van bijna 18 duizend in 2001 naar 14 duizend in 2004 (-22%). De groep opiaatcliënten die overblijft veroudert en lijkt steeds vaker te kampen te hebben met lichamelijke en psychische problemen, maar recente cijfers ontbreken. Van de harddrugsgebruikers die met HIV zijn besmet heeft het merendeel ook hepatitis C. Daar staat tegenover dat er tegenwoordig nauwelijks nieuwe HIV besmettingen onder drugsgebruikers worden aangetroffen. Ook lijkt de hepatitis B vaccinatie campagne zijn vruchten af te werpen, gezien het dalende aantal gevallen van acute hepatitis B, althans in Amsterdam.

ALCOHOL EN TABAK: GEBRUIK EN HULPVRAAG

EÉN OP DE DRIE JONGE MANNEN IS EEN ZWARE DRINKER

Het aantal mensen dat wel eens **alcohol** gebruikt is de afgelopen jaren vrij stabiel, zo'n vier op de vijf (81% in 2004). Er zijn grote verschillen tussen leeftijdsgroepen, met name als het om wat forser alcoholgebruik gaat. Mannen van 18-24 jaar scoren het hoogst als het gaat om zwaar drinken en probleemdrinken. Zo was in 2004 39 procent van de mannen en 9 procent van de vrouwen in deze leeftijdsgroep een zware drinker. Dat is iets minder dan een paar jaar geleden (42% voor mannen; 18% voor vrouwen). Onder senioren van 55-64 jaar tekent zich echter een stijgende trend af. 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. 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 'binge drinken' van grote hoeveelheden 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 2004 zijn 30 duizend cliënten behandeld voor een primair alcoholprobleem. Dat is tien procent meer dan in 2003. De stijging van het aantal cliënten sinds 2001 hangt mogelijk samen met het effect van het Actieplan van de instellingen voor verslavingszorg van GGZ Nederland. In ziekenhuizen zien wij evenwel ook een toename van het aantal opnames vanwege alcoholmisbruik- en afhankelijkheid van 3 900 in 2001 naar 4 500 in 2004.

AANTAL (ZWARE) ROKERS DAALT

Voor **roken** zet zich na een stagnerende dalende trend in de jaren negentig opnieuw een daling in. Tussen 2003 en 2004 nam het percentage rokers in de bevolking van 15 jaar en ouder af van 30 naar 28 procent. Ook het percentage zware rokers (20 of meer sigaretten per dag) daalde in 2004 weer iets (7% versus 8% in 2003 en 10% in 2000). 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 110 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. In 2004 overleden ruim 19 duizend mensen van 20 jaar en ouder aan de directe gevolgen van roken. Achtduizend van hen stierven aan longkanker. In 2004 was alcoholgebruik de directe aanleiding voor ruim 700 sterfgevallen; in nog zo'n 1 000 gevallen stond alcoholgebruik als secundaire doodsoorzaak geregistreerd. De stijging in totale alcoholsterfte vanaf begin jaren negentig zette zich tussen 2001 en 2004 niet door. De sterfte aan alcohol en tabak is vele malen groter dan de (hard)drugssterfte. In 2004 stonden 127 slachtoffers geregistreerd. 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. Vervuilingen komen steeds minder voor. Wel is het aandeel geteste pillen met een hoge dosis MDMA (meer dan 140 mg) weer licht gestegen, van zes procent in 2003 naar tien procent in 2004. In 2000 was dit nog twee procent. Voorlopig zijn er geen aanwijzingen dat deze ontwikkeling tot een toename van ernstige acute gezondheidsincidenten heeft geleid. Voor de lange termijn is dit niet bekend. Acute gezondheidsschade trad wel op na het aantreffen van cocaïnemonsters met atropine eind 2004 en in de eerste helft van 2005. In totaal zijn zo'n twintig mensen in ziekenhuizen opgenomen vanwege een atropine/cocaïne intoxicatie.

De stijging van het THC-gehalte (het meest belangrijke werkzame bestanddeel van cannabis) in nederwiet heeft zich het afgelopen jaar niet verder doorgezet. Er trad een daling op van 20 procent in 2003/2004 naar 18 procent in 2004/2005. Naar de acute gezondheidseffecten van hoge doses THC wordt onderzoek verricht.

DRUGSGEBRUIKERS IN HET STRAFRECHTELIJK SYSTEEM

RECLASSERING IN VERANDERING, SOV OPGENOMEN IN NIEUWE MAATREGEL VOOR STELSELMATIGE DADERS

Van de 'zeer actieve' veelplegers is ruim 70 procent een regelmatige harddrugsgebruiker. De activiteiten van de verslavingsreclassering voor drugsgebruikers in

het strafrechtelijk systeem zijn in 2004 op onderdelen veranderd als gevolg van beleidsontwikkelingen. Trajectbegeleidingen zijn in afbouw, diagnoses in opbouw, waarbij nieuw instrumentarium voor de inschatting van het risico op criminele recidive wordt gebruikt. De verslavingsreclassering houdt vaker toezicht op justitiabelen in het kader van een justitiële beslissing. In 2004 is de maatregel tot plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders ingevoerd. De Strafrechtelijke Opvang Verslaafden is daarin geïncorporeerd en is geen zelfstandige dwangmaatregel meer. Het aantal deelnemers in de SOV neemt af in 2004. De gemiddelde bezettingsgraad van de SOV is 73 procent, lager dan in 2003.

DRUGSGERELATEERDE CRIMINALITEIT

STERKE STIJGING OPIUMWETDELICTEN, VOORNAMELIJK SOFTDRUGS

In 2004 neemt de instroom van Opiumwetdelicten bij politie en Openbaar Ministerie opnieuw toe. Deze toename is het sterkst bij softdrugsdelicten. Het aandeel softdrugsdelicten stijgt naar vier op elke tien Opiumwetdelicten. In totaal zijn in 2004 ruim 21 duizend verdachten geverbaliseerd wegens overtreding van de Opiumwet, een toename van 15 procent vergeleken met 2003 (harddrugs +6%; softdrugs +25%). Het aantal bij het Openbaar Ministerie ingestroomde Opiumwetzaken nam in 2004 met een kwart toe tot ruim 21 500 (harddrugs +17%; softdrugs +45%). Het aantal opsporingsonderzoeken naar meer ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit, die te maken hebben met drugs, nam eveneens toe.

STIJGING BELEIDSSEPOTS EN DALING SANCTIEKANS

Het aandeel dagvaardingen daalde van 68 procent in 2003 naar 59 procent in 2004. Het aantal beleidssepots bij met name harddrugsdelicten nam daarentegen fors toe. Hierdoor daalde de sanctiekans van 89 procent in 2003 naar 81 procent in 2004. Ofwel: in 2004 krijgen 81 van de 100 verdachten een sanctie opgelegd, de rest wordt vrijgesproken of hun zaak wordt geseponneerd. De daling van de sanctiekans is mede een gevolg van de stofgerichte benadering van drugskoeriers op Schiphol. De rechter heeft in 2004 ruim twaalf duizend Opiumwetzaken afgedaan, nagenoeg evenveel als in 2003.

STIJGING AANTAL SANCTIES M.U.V. VRIJHEIDSTRAFFEN DIE DALEN

Het aantal opgelegde sancties stijgt tussen 2003 en 2004 aanzienlijk: er zijn meer taakstraffen (+22%), financiële transacties (+49%), geldboetes (+10%) en ontnemingen (+50%). Alleen het aantal vrijheidsstraffen daalt (-9%). Daarmee is aan de continue toename tussen 2000 en 2003 een einde gekomen. Overtreders van de Opiumwet recidiveren ook na zes en zeven jaar vaker dan andere veroordeelden.

TABEL 1A KERNCIJFERS MIDDELENSTRUUK. CURSIEF: GEGEVENS ONBEKEND OF VEROUDERD

	<i>Cannabis</i>	<i>Cocaine</i>	<i>Opiaten</i>
Gebruik algemene bevolking			
- Percentage actuele gebruikers	3% (2001)	0,4% (2001)	0,1% (2001)
- Trend	Stijgend (1997-2001)	Stijgend (1997-2001)	Stabiel (1997-2001)
- Internationale vergelijking	Iets boven gemiddelde	Boven gemiddelde	Laag
Gebruik jongeren, scholieren (2003)			
- Percentage actuele gebruikers, 12-18 jaar	9%	0,8%	0,5%
- Trend 12-18 jaar (1996-2003)	Dalend (j) Stabiel (m)	Stabiel	Stabiel
- Internationale vergelijking, 15/16 jaar	Gemiddeld	Gemiddeld	Gemiddeld
Aantal probleemgebruikers	Onbekend ^{III}	Onbekend	22 000 - 42 000 ^{IV}
Aantal cliënten verslavingszorg (2004)			
- Middel als primair probleem	5 500	10 000	14 000
- Middel als secundair probleem	4 600	8 400	2 300
- Trend (2000 - 2004)	Stijging	Stijging	Lichte daling
Aantal ziekenhuisopnames (2004)			
- Misbruik/afhankelijkheid als hoofddiagnose	60	90	60
- Misbruik/afhankelijkheid als neventdiagnose	320	550	560
- Trend (2000 - 2004)	Stijging	Stijging	Stabiel
Sterfte (2003 of 2004) ^{VI}	Geen primaire sterfte	20 (primair)	50 (primair)

Cijfers zijn afgerond. I. Actueel 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. Een kwart van de rokers is een zware roker (20 of meer sigaretten per dag). VI. Primaire sterfte: middel als primaire (onderliggende)

<i>Ecstasy</i>	<i>Amfetamine</i>	<i>Alcohol</i>	<i>Tabak</i>
0,5% (2001) Stijgend (1997–2001) Boven gemiddelde	0,2% (2001) Stijgend (1997–2001) Gemiddeld	81% (2004) Stabiel (2000–2004) Gemiddeld	28% (2004) Dalend (2001–2004) Gemiddeld
1,2% Dalend Boven gemiddelde	0,8% Dalend Beneden gemiddelde	58% Stabiel (j) Stijgend (m) ^{II} Hoog (>10 keer laatste maand)	20% Dalend Gemiddeld
Onbekend	Onbekend	1 200 000	>1 000 000 ^V
290 750 Lichte stijging	950 650 Stijging	30 000 5 000 Stijging	Onbekend n.v.t.
40	40	4 500	Onbekend
108	108	12 000	
Stijging	Stijging	Lichte stijging	Onbekend
<10 (?)	<10 (?)	720 (primair) ^{VII} 1 030 (sec.)	19 400 (primair+sec.)

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

TABEL 1B KERNCIJFERS DRUGSCRIMINALITEIT: OPIUMWETDELICTEN IN DE STRAFRECHTSKETEN

<i>Fase in keten</i>	<i>Aantal verdachten politie^I</i>	<i>Aantal zaken OM</i>
Aantal Opiumwet		
- Totaal	21 526	21 597
- Harddrugs	11 387	11 730
- Softdrugs	8 460	8 904
- Beide	363	1 963
- Ontwikkeling 2003-2004	Toename (vooral softdrugs)	Toename (vooral softdrugs)
- Globale trend 1999-2004	Stijgend sinds 2000	Stijgend sinds 2000
% Opiumwet op totaal ^{II}	9%	8%

I. Bij de politie zijn 1 316 verdachten (6%) 'overige Opiumwet' (niet in tabel opgenomen). Voorlopige cijfers. II. Totaal = totaal aantal zaken. Bronnen: HKS, KLPD/DNRI; OMDATA, WODC; OBDJ, WODC.

DALING AANDEEL DETENTIEJAREN OPIUMWET OP TOTAAL

Het aandeel wegens Opiumwet opgelegde detentiejaren daalde van 31 procent in 2003 naar 28 procent in 2004. De daling lijkt op het conto te komen van de problematiek met drugskoeriers: in 2003 was 14 procent van alle in Nederland opgelegde detentiejaren afkomstig uit Haarlemse drugszaken, in 2004 bedraagt dit tien procent. In 2004 betreft 27 procent van de detentiejaren harddrugsdelicten en 2 procent softdrugsdelicten.

RIJDEN ONDER INVLOED

Dit jaar is in het jaarbericht NDM voor het eerst beknopt aandacht besteed aan een aspect van alcoholgerelateerde criminaliteit: het rijden onder invloed. In 2004 zijn rond 48 duizend verdachten door de politie geverbaliseerd wegens rijden onder invloed. Rijden onder invloed (ROI) is in 2004 door het OM ruim 35 duizend maal geregistreerd. Een toenemend deel van de processen verbaal wegens rijden onder invloed wordt afgedaan met een standaard transactie door het Centraal Justitieel Incasso Bureau, dat het aanbieden en innen van dergelijke transacties in zaken ROI sinds 2000 verzorgt. In 2004 is in ruim 25 duizend zaken een transactie via het CJIB aangeboden.

<i>Veroordelingen door rechter 1e aanleg</i>	<i>Vrijheidsstraffen</i>	<i>Detentiejaren</i>
12 155	4 672	3 392
6 795	4 238	3 196
4 595	434	196
765		
Per saldo stabiel (afname harddrugs, toename softdrugs)	Afname (harddrugs)	Afname (harddrugs)
Stijgend van 2000 tot en met 2003, stabiel in 2004	Stijgend van 2000 tot en met 2003, daling in 2004 (harddrugs)	Stijgend van 2000 tot en met 2003, daling in 2004 (harddrugs)
8%	15%	28%

1 INLEIDING

DE NATIONALE DRUG MONITOR

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

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

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

De NDM behartigt de volgende functies:

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

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

- middelengebruik in de algemene bevolking
- problematisch gebruik en verslaving

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

Voor zover beschikbaar zijn ook gegevens opgenomen over aanbod en markt, zoals de prijs en kwaliteit van drugs. De NDM rapporteert ook over de geregistreerde drugscriminaliteit en de strafrechtelijke reactie hierop. Dit gebeurt eveneens volgens een serie indicatoren, waarvoor het WODC gegevens verzamelt. Het ministerie van Justitie heeft hiertoe in 1999 een ontwikkeltraject in gang gezet.^{2,3}

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 monitoringgegevens. Drie werkgroepen - de Werkgroep Prevalentieschattingen van problematisch middelengebruik, de Werkgroep Drugsgerelateerde sterfte en de Werkgroep Effectiviteit Behandeling van verslavingsproblematiek - 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 2005

Voor u ligt het zevende 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. Ga naar www.trimbos.nl/ producten. Klik bij 'Ga direct naar' op Nationale Drug Monitor, en klik op zoek. Kies vervolgens het betreffende jaarbericht en daar staat een te downloaden PDF.

LACUNES

Nederland beschikt in vergelijking met veel andere landen over een relatief hoogwaardig systeem van gegevensverzameling op het terrein van alcohol en drugs. Een recente inventarisatie van monitoringbronnen in Nederland laat zien dat zo'n zestig (periodieke) onderzoeken en registraties gegevens bevatten voor het in kaart brengen van ontwikkelingen in alcohol- en drugsgebruik.⁴ Bovendien kan Nederland in grote mate voldoen aan de richtlijnen van het EMCDDA voor de epidemiologische kernindicatoren.

Dat neemt niet weg dat bij het samenstellen van de Jaarberichten blijkt dat sommige essentiële gegevens ontbreken, sterk verouderd zijn of van onvoldoende kwaliteit. De Wetenschappelijke Raad van de NDM heeft over deze (dreigende) lacunes in informatievoorziening in het najaar van 2005 advies uitgebracht aan de ministeries van VWS en Justitie. Samengevat zijn de volgende punten geconstateerd:

- 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 de kenmerken van problematische (hard)drugsgebruikers en de patronen in het gebruik, vanwege het teruglopende aantal (periodieke) lokale veldstudies in deze populatie.
- Het aantal cliënten bij de intramurale verslavingszorg wordt niet volledig geregistreerd.
- De voortzetting van de Landelijke Medische Registratie (LMR) is nog onvoldoende gewaarborgd.
- Voor de ambulante en de intramurale verslavingszorg worden de effecten van behandeling en zorg nog onvoldoende geregistreerd.
- De registratie van in beslag genomen drugs is niet uniform en niet volledig.
- Er is een gebrek aan informatie over de aard van de Opiumwetdelicten (soort drug, type delict).
- Gegevens over drugsgebruikende justitiabelen zijn onvolledig of van onvoldoende kwaliteit.

Voor het verhelpen van sommige lacunes is reeds actie ondernomen. Zo is in de derde ronde van het Nationaal Prevalentie Onderzoek in 2005 een maat voor cannabisafhankelijkheid opgenomen en zal het WODC komend jaar dossieronderzoek verrichten om inzicht te krijgen in de aard van de Opiumwetdelicten.

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.

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 gebruikers van cannabis onder de algemene bevolking is tussen 1997 en 2001 toegenomen. Het aandeel (bijna) dagelijkse gebruikers onder de actuele gebruikers is in deze periode kleiner geworden (§ 2.2).
- Onder de schoolgaande jeugd (12-18 jaar) is het percentage actuele cannabisgebruikers tussen 1996 and 2003 licht gedaald. Deze afname komt op conto van de jongens; onder meisje bleef het gebruik gelijk (§ 2.3).
- Het percentage jongeren dat op jonge leeftijd (<14 jaar) voor het eerst cannabis gebruikt steeg tussen 1988 en 1996 en bleef tussen 1996 en 2003 stabiel (§ 2.3).
- Nederlandse volwassenen nemen in Europees verband op de maat recent cannabisgebruik een positie rond of iets boven het gemiddelde in (§ 2.5).
- Onder bezoekers van trendy clubs in Amsterdam is het gebruik van cannabis tussen 1998 en 2003 gedaald (§ 2.3).
- Net als in voorafgaande jaren is het aantal cannabiscliënten bij de (ambulante) verslavingszorg tussen 2003 en 2004 toegenomen (§ 2.6).
- Ook algemene ziekenhuizen registreren tussen 2003 en 2004 een toename van het aantal opnames waarbij cannabismisbruik – of afhankelijkheid een rol speelt (§ 2.6).
- Het aantal coffeeshops is van 2003 naar 2004 weer iets gedaald (§ 2.8).
- Na een forse stijging tussen 1999/2000 en 2003/2004, is het gemiddelde gehalte THC in Nederwiet in 2004/2005 iets gedaald (§ 2.8).

2.2 GEBRUIK: ALGEMENE BEVOLKING

Van alle drugs wordt cannabis het meest gebruikt. In 1997 en 2001 vonden peilingen plaats van het Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO), uitgevoerd door het Amsterdamse instituut CEDRO.⁵ De resultaten van de derde peiling, in 2005 verricht door het IVO, komen in 2006 beschikbaar.

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

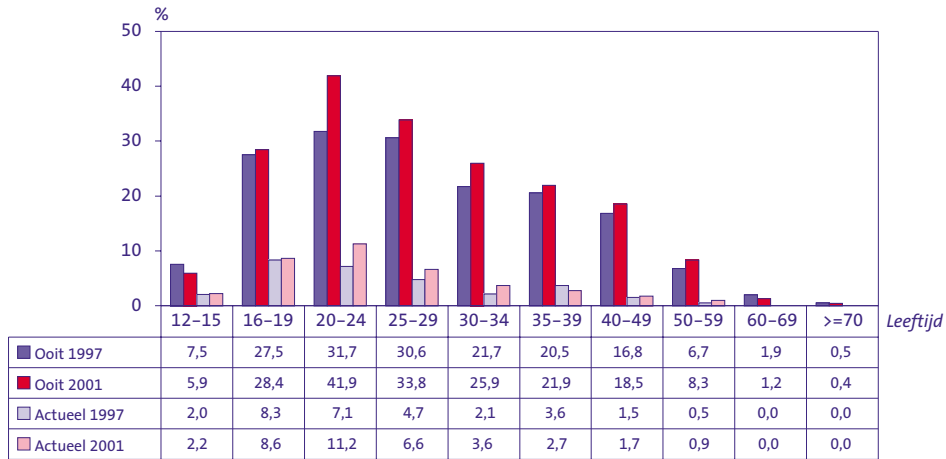
- In 2001 had een op de zes ondervraagden van twaalf jaar en ouder ooit cannabis gebruikt (tabel 2.1).
- Een op de drieëndertig had dit nog gedaan in de maand voor het interview (actueel gebruik).
- Omgerekend naar de bevolking nam in absolute getallen het aantal actuele gebruikers van cannabis in die vier jaar toe van 326 duizend naar 408 duizend, een stijging van 25 procent.
- Consumptie van cannabis komt vooral voor onder jongeren en jonge volwassenen (figuur 2.1).
 - De stijging in zowel ooitgebruik als actueel gebruik was het grootst in de leeftijdsgroep 20 tot en met 24 jaar (figuur 2.1).
 - Onder jongeren van 12 tot en met 15 jaar nam het ooitgebruik licht af (vgl. § 2.3).
- Meer mannen dan vrouwen gebruiken cannabis (tabel 2.1).

TABEL 2.1 GEBRUIK VAN CANNABIS IN NEDERLAND ONDER MENSEN VAN 12 JAAR EN OUDER. PEILJAREN 1997 EN 2001

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

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

FIGUUR 2.1 CANNABISGEBRUIKERS IN NEDERLAND PER LEEFTIJDGROEP. PEILJAREN 1997 EN 2001



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

DE GROTE STEDEN

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

TABEL 2.2 GEBRUIK VAN CANNABIS IN DE VIER GROTE STEDEN EN IN NIET-STEDELIJK GEBIED ONDER MENSEN VAN 12 JAAR EN OUDER. PEILJAREN 1997 EN 2001

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

Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand). I. Definitie: gemeenten met meer dan 2 500 adressen per vierkante kilometer, met uitzondering van Amsterdam en Rotterdam. Dit zijn: Delft, Den Haag, Groningen, Haarlem, Leiden, Rijswijk, Schiedam, Utrecht, Vlaardingingen en Voorburg.

II. Utrecht en Den Haag zijn in de peiling van 2001 niet apart meegenomen. III. Definitie (CBS): gemeenten met minder dan 500 adressen per vierkante kilometer (CBS). Bron: NPO, CEDRO.

Volgens peilingen van de GG&GD Utrecht bleef het percentage recente cannabisgebruikers in de algemene Utrechtse bevolking in de afgelopen jaren stabiel.⁶

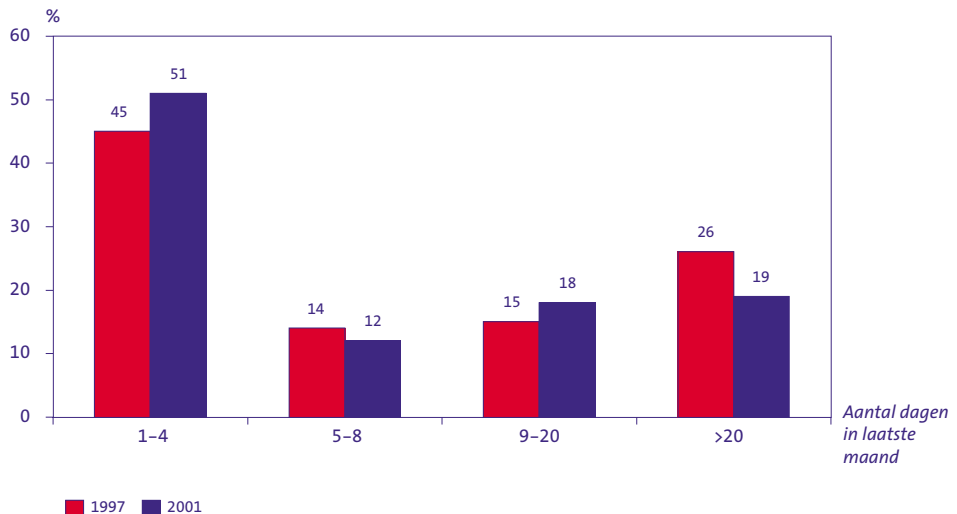
- In 1999 had 13 procent van de inwoners van 16-54 jaar in het afgelopen jaar cannabis geconsumeerd; in 2003 was dat 14 procent.
- Dit patroon verschilde echter voor groepen met een hoger of lager inkomen. Onder personen met een laag of middenhoog inkomen nam het percentage gebruikers in deze periode toe; onder personen met een hoog inkomen was een afname te zien.

MATE VAN CONSUMPTIE

De frequentie van cannabisgebruik onder actuele gebruikers loopt sterk uiteen.

- In 2001 consumeerde bijna de helft van de actuele gebruikers in Nederland minder dan eens per week cannabis (figuur 2.2).⁵
- Ongeveer een vijfde van de actuele gebruikers nam (bijna) dagelijks cannabis. Omgerekend naar de bevolking zijn dat bijna 78 duizend mensen, minder dan in 1997 (ruim 83 duizend mensen). De daling deed zich niet gelijkmatig over heel Nederland voor. In Amsterdam en Rotterdam leek het aandeel intensieve gebruikers eerder toe te nemen.

FIGUUR 2.2 MATE VAN CONSUMPTIE VAN CANNABIS IN NEDERLAND ONDER ACTUELE GEBRUIKERS VAN 12 JAAR EN OUDER. PEILJAREN 1997 EN 2001



Aandeel onder actuele gebruikers. Gebruiksdagen in de laatste maand. Bron: NPO, CEDRO.

PLAATS VAN AANKOOP

Cannabisgebruikers kopen hun cannabis vooral in coffeeshops of verkrijgen het middel via vrienden en bekenden (tabel 2.3).

fh Meer jongeren tussen twaalf en zeventien jaar verkrijgen cannabis via vrienden en bekenden dan via coffeeshops. (Zie ook tabel 2.4.) Voor gebruikers van achttien jaar en ouder geldt het omgekeerde.

TABEL 2.3 WAAR HALEN RECENTE GEBRUIKERS^I HUN CANNABIS VANDAAN? PEILJAAR 2001

	<i>Gebruikers van 12 tot en met 17 jaar</i>	<i>Gebruikers van 18 jaar en ouder</i>
Zij verkrijgen cannabis		
- Via vrienden en bekenden	46%	37%
- In coffeeshops	37%	47%
- Bij een thuisdealer	3%	2%
- In een café	2%	2%
- In een smartshop	2%	2%
- In een andere uitgaanslocatie	4%	2%
- Eigen kweek	3%	4%
- Overig ^{II}	4%	4%

I. Percentage van de recente gebruikers. Per respondent was meer dan één locatie mogelijk. II. Via jeugdclub, besteldienst, onbekenden op straat, e.a. Bron: NPO, CEDRO.

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.⁷
- In hetzelfde jaar rapporteerde een op de drie (33%) *mannelijke gedetineerden* in acht Huizen van Bewaring^a dagelijks cannabis te hebben gebruikt in de laatste zes maanden voor detentie. Gedetineerden met ernstige psychische stoornissen of met beperkingen (geen contact toegestaan), waren niet in de steekproef vertegenwoordigd.⁸
- Er zijn signalen dat cannabisgebruik ook veel voorkomt onder bepaalde groepen *psychiatrische patiënten*, zoals mensen met schizofrenie of borderline persoonlijkheidsstoornis.^{9:10} Harde cijfers zijn echter schaars. Mensen met een (specifieke)

^a In Arnhem, Den Bosch, Breda, Grave en 4 Huizen van Bewaring in Rotterdam.

stemmings-, angst-, of alcoholstoornis gebruiken ook vaker cannabis dan mensen zonder deze stoornissen.¹¹

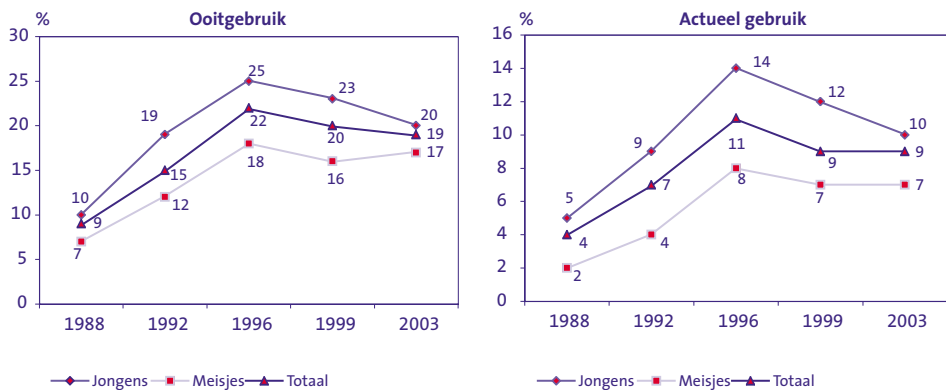
2.3 GEBRUIK: JONGEREN

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 zogenaemde landelijke Peilstationsonderzoek scholieren.

- Figuur 2.3 laat zien dat het percentage gebruikers van cannabis onder leerlingen sterk toenam tussen 1988 en 1996.¹²
- 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.
- 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 meisje. Het verschil tussen jongens en meisje in het actuele gebruik nam ook af maar was nog wel statistisch significant.

FIGUUR 2.3 GEBRUIK VAN CANNABIS ONDER SCHOLIEREN VAN 12 JAAR EN OUDER, VANAF 1988



Percentage gebruikers ooit in het leven (links) en in de laatste maand (rechts). Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.¹³

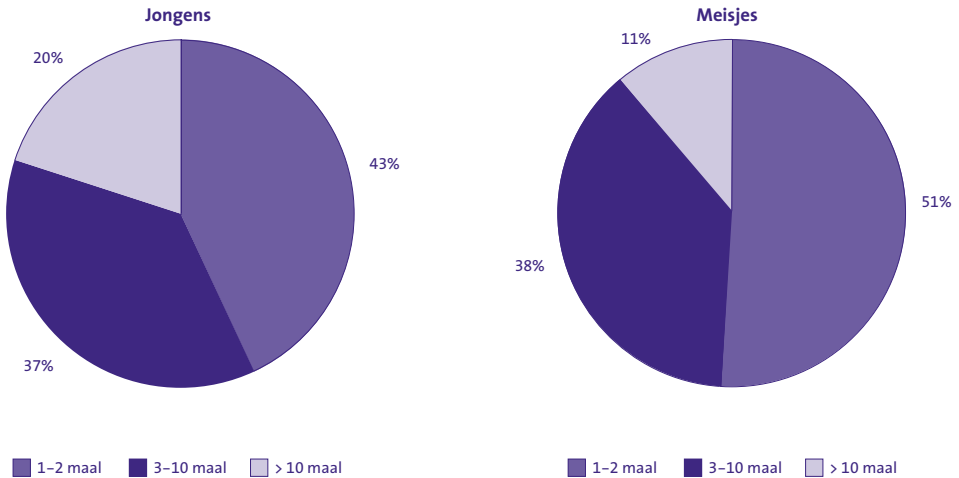
LEEFTIJD

- 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 1996.¹⁴ 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 verdubbeld e 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.¹⁵ 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 2.4).
- Per keer rookte bijna de helft van de actuele gebruikers minder dan één joint (46%). Waarschijnlijk roken zij samen met anderen en delen 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 2.4 FREQUENTIE VAN CANNABISGEBRUIK ONDER ACTUELE GEBRUIKERS. PEILJAAR 2003



Percentage van de leerlingen die in maand voor de peiling cannabis hadden gebruikt. Bron: Peilstaatsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.¹³

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.^b
- Volgens de Antenne-monitor in Amsterdam is het percentage ooitgebruikers en actuele gebruikers van cannabis onder Marokkaanse scholieren het laagst maar ook het percentage gebruikers onder Turkse en Surinaamse scholieren is lager dan onder autochtone leerlingen.¹⁶

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

CANNABIS EN PROBLEEMGEDRAG

- Scholieren die cannabis gebruiken vertonen vaker agressief en delinquent gedrag en hebben vaker schoolproblemen (spijbelen, lage prestatie) dan leeftijdgenoten die niet blowen. Dit verband is sterker naarmate de frequentie van gebruik toeneemt.^{14;17}
- Blowers gebruiken ook vaker andere middelen dan niet-blowers (5 of meer glazen alcohol in de afgelopen maand; dagelijks roken; ooitgebruik harddrugs).
- Er zijn geen verschillen gevonden in psychische problemen, zoals teruggetrokken gedrag, angstklachten en depressie.

PLAATS VAN AANKOOP

- In 2003 kregen twee op de drie actuele gebruikers cannabis van vrienden en een op de drie kocht het (ook) in coffeeshops (tabel 2.4). 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 kocht in 2003 cannabis in een coffeeshop. Dit is opmerkelijk omdat de leeftijdsgrens voor toegang tot een coffeeshop 18 jaar is. Onbekend is in hoeverre deze jongeren daadwerkelijk zelf cannabis hebben aangekocht in een coffeeshop of dit door anderen hebben laten doen.
- Jongens van 18 jaar zijn voor de aanschaf van cannabis het meest gericht op coffeeshops. Acht op de tien actuele gebruikers onder jongens kochten hier hun cannabis.

TABEL 2.4 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 coffee-shops	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 jaar en ouder 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.¹³

TABEL 2.5 ACTUEEL GEBRUIK VAN CANNABIS IN SPECIALE GROEPEN

	<i>Locatie</i>	<i>Peiljaar</i>	<i>Leeftijd (jaar)</i>	<i>Actueel gebruik</i>
Jongeren in het voortgezet speciaal onderwijs ^I	Landelijk	1997	12 – 18	14%
Cafébezoekers ^{II}	Amsterdam	2000	Gemiddeld 25	24%
Jongeren in projecten voor spijbelopvang	Landelijk	1997	12 – 18	35%
Gemarginaliseerde jongeren ^{III}	Den Haag	2000/2001	16 – 25	37%
Uitgaande jongeren	Den Haag	2003	15 – 35	37%
Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	2003	Gemiddeld 28	39%
Jongeren op speciale scholen en spijbelprojecten	Amsterdam	2003	13 – 16	32%
Gedetineerde jongeren ^{IV}	Regionaal	2002/2003	14 – 17	58% (j) 61% (m)
School drop-outs ^{IV}	Regionaal	2002/2003	14 – 17	62% (j) 43% (m)
Zwerfjongeren ^V	Landelijk	1999	15 – 22	76%
	Flevoland	2004	13 – 22	87%
Coffeeshopbezoekers ^{VI}	Amsterdam	2001	Gemiddeld 25	88%

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. MLK, LOM, ZMOK. II. Jongeren en jonge volwassenen uit mainstream-, studenten-, homo- en hippe cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. III. 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. IV. 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. V. Jongeren tot 23 jaar die drie maanden of langer geen vaste verblijfplaats hebben. VI. Geringe respons (15%). Referenties: ^{18;24-29}

SPECIALE GROEPEN JONGEREN

In bepaalde groepen jongeren en jonge volwassenen is het gebruik van cannabis eerder regel dan uitzondering. Tabel 2.5 vat de resultaten samen van uiteenlopende studies. De cijfers zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek.

- Onder jongeren op speciale scholen en deelnemers aan spijbelprojecten zijn relatief veel actuele gebruikers. Nog hogere percentages treffen we aan onder

zogenaamde school 'dropouts' (waarvan een deel eveneens aan spijbelprojecten deelneemt) en jongeren in justitiële jeugdinrichtingen.

- 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, gebruikt tweederde van de actuele blowers dagelijks cannabis. Per keer roken actuele blowers gemiddeld vier joints. Dagelijkse blowers roken gemiddeld vijf joints per keer.¹⁸
 - 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.¹⁶ Deze trend, die ook waarneembaar is voor de meeste andere drugs, past in de fase van de 'nieuwe nuchterheid' en waargenomen tendens tot voorzichtiger gebruik.
 - Volgens observaties van sleutelfiguren in het uitgaansleven heeft deze trend zich in Amsterdam voortgezet in 2004.¹⁹. Elders in het land lijkt sprake te zijn van een stabilisatie en in elk geval geen toename.²⁰ In veel clubs mag overigens niet gebloed worden, maar de regels verschillen.
- 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.²⁰⁻²³
- Gebruik van cannabis (en andere middelen) komt naar verhouding veel voor onder zwerfjongeren. Vier op de tien zwerfjongeren in Nederland is een (bijna) dagelijks gebruiker.²⁴ In 2004 was van de zwerfjongeren in Flevoland 87% een actuele gebruiker van cannabis.²⁵

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.³⁰

- 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^e gewijzigde editie). Omgerekend naar de bevolking ging het om ongeveer

30 tot 80 duizend mensen. Het merendeel was niet ouder dan 22 jaar.³¹ In het derde Nationaal Prevalentie Onderzoek in 2005 is ook een maat voor cannabisafhankelijkheid opgenomen. De resultaten komen in de loop van 2006 beschikbaar.

- Zoals genoemd in §2.3 hangt (frequent) cannabisgebruik samen met probleemgedrag, zoals agressief en crimineel gedrag, gebruik van andere drugs en schoolproblemen.^{14;17} Problematisch cannabisgebruik komt dan ook veel voor in bepaalde groepen jongeren (zie tabel 2.6).
- 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.^{32;33}

TABEL 2.6 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% ¹ 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, 3rd edition. Referenties: 9:31;34;35

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 2.7a 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 2.7b. 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. 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 22 landen uit de EU-25 waarvoor gegevens beschikbaar zijn, vormt Malta met vier procent een uitschieter naar beneden. Denemarken en Engeland & Wales gaan aan kop met 31 procent.
- Op de maat recent gebruik werden de laagste waarden gevonden in Griekenland en Zweden (2%) en de hoogste in Canada, Engeland en Wales, de Verenigde Staten, Australië en Spanje (10-14%). Van de EU-25 landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn is het percentage recente gebruikers het laagst in Malta (1%). Tsjechië behoort samen met Engeland & Wales en Spanje tot de hoogste regionen (10-11%). Van de in tabel 2.7a en 2.7b genoemde Europese landen lijkt Nederland met zes procent een positie iets boven het midden in te nemen.

TABEL 2.7A 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	2001	25%	10%	7%
Frankrijk	2000	23%	8%	4%
Nederland	2001	21%	6%	4%
Ierland	2002/2003	18%	5%	3%
Noord-Ierland	2002/2003	17%	5%	-
Luxemburg	1998	13%	-	-
Finland	2002	13%	3%	1%
Noorwegen	1999	15%	5%	-
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:^{36;37}

TABEL 2.7B CONSUMPTIE VAN CANNABIS ONDER DE ALGEMENE BEVOLKING VAN ENKELE EU-15 LIDSTATEN, CANADA, DE VERENIGDE STATEN EN AUSTRALIË: OVERIGE LEEFTIJDGROEPEN¹

<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	2004	12 en ouder	40%	11%	6%
Australië	2004	14 en ouder	34%	11%	7%
Denemarken	2000	16 - 64	31%	6%	3%
Engeland en Wales	2003/ 2004	16 - 59	31%	11%	7%
Duitsland	2003	18 - 59	25%	7%	3%
Italië	2003	15 - 54	22%	7%	5%
Zweden	2004	18 - 64	14%	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). I. Drugsgebruik is naar verhouding laag in de jongste (12-15 jaar) en oudere leeftijdsgroepen (>64 jaar). Gebruikscijfers in studies met respondenten die jonger en/of ouder zijn dan de EMCDDA-standaard zullen mogelijk lager uitvallen dan cijfers in studies die de EMCDDA-standaard toepassen. Voor studies met een beperkter leeftijdsbereik geldt het omgekeerde. - = niet gemeten.^{36-39;42}

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.³⁶ 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 het cannabisgebruik na een stijging begin jaren negentig vanaf 2000 weer dalende is.³⁸

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.⁴¹

- Tabel 2.8 toont het gebruik van cannabis in een aantal landen van de EU en Noorwegen. België, Duitsland en Oostenrijk deden alleen in 2003 mee. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit.
- Het percentage scholieren dat in 2003 ooit cannabis had gebruikt was het hoogst in Ierland, op de voet gevolgd door Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten. Belgische scholieren stonden op de vierde en Nederlandse scholieren op de vijfde positie.
- Bij het actueel gebruik ging Frankrijk aan kop, gevolgd door de VS, het Verenigd Koninkrijk en Ierland. Daarna kwamen Nederland en Italië.
- In het Verenigd Koninkrijk en Portugal was het percentage actuele gebruikers in 2003 respectievelijk vier en drie procentpunten hoger dan in 1999. Elders werden verschillen van twee of minder procentpunten gevonden.
- Het percentage leerlingen dat zes maal of meer cannabis had gebruikt in de laatste maand was het laagst in de Scandinavische landen en het hoogst in Frankrijk, de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk. Nederlandse scholieren stonden samen met Ierse en Italiaanse leeftijdgenoten op de vierde positie.
- In de meeste landen hing het ooitgebruik van cannabis samen met de mate van spijbelen, gebrek aan ouderlijke controle en het hebben van oudere broers of zussen die cannabis gebruikten.

TABEL 2.8 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 ¹	-	27%	-	12%	-	4%
Italië	25%	27%	14%	15%	4%	6%
Denemarken	24%	23%	8%	8%	1%	2%
Oostenrijk	-	21%	-	10%	-	3%
Portugal	8%	15%	5%	8%	2%	3%
Finland	10%	11%	2%	3%	1%	0%
Noorwegen	12%	9%	4%	3%	1%	1%
Zweden	8%	7%	2%	1%	0%	0%
Griekenland	9%	6%	4%	2%	2%	1%

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

2.6 HULPVRAAG

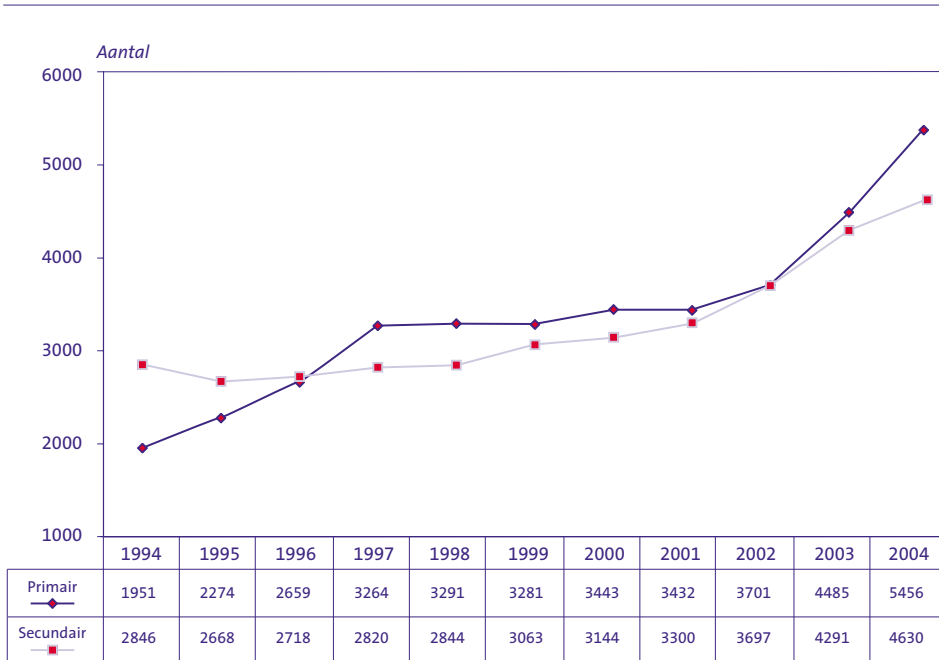
AMBULANTE VERSLAVINGSZORG

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

- Het aantal cliënten dat ingeschreven stond wegens een primair cannabisprobleem is tussen 1994 en 2004 bijna drie keer zo groot geworden (figuur 2.5). Van 2003 naar 2004 ging het om een toename van 22 procent.
- Per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder steeg het aantal primaire cliënten van 16 in 1994 naar 41 in 2004.
- Het aandeel van cannabis in alle verzoeken om hulp vanwege drugs nam eveneens toe, van 10 procent in 1994 naar 17 procent in 2004.

- In 2004 was een derde van de primaire cannabiscliënten een nieuwkomer (33%). Zij stonden niet eerder ingeschreven bij de (ambulante) verslavingszorg vanwege een drugsprobleem.
- Voor ruim de helft (55%) van de primaire cliënten was cannabis het enige probleem; 45 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 2004 (figuur 2.5). Voor deze groep is alcohol (42%), cocaïne of crack (35%), of heroïne (12%) het primaire probleem.

FIGUUR 2.5 AANTAL CLIËNTEN BIJ DE (AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG MET PRIMAIRE OF SECUNDAIRE CANNABISPROBLEMATIEK, VANAF 1994

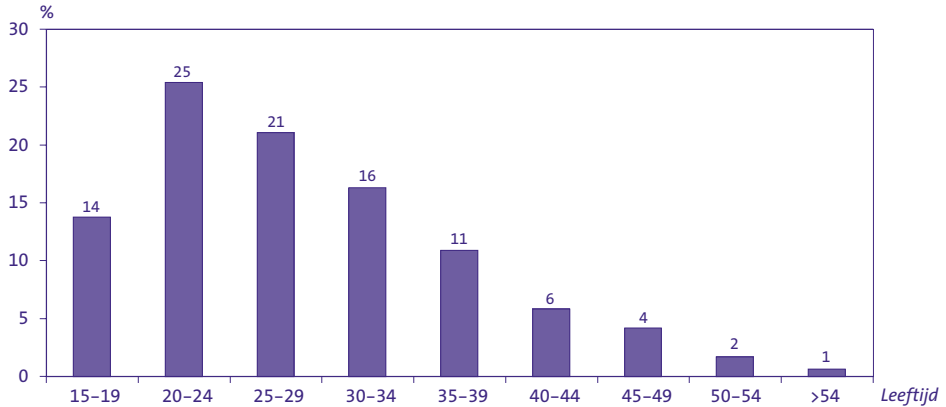


Bron: LADIS,IVZ

Leeftijd en geslacht

- In 2004 was het merendeel van de primaire cannabiscliënten man (82%). Het aandeel vrouwen schommelde in de periode 1994 - 2004 tussen 15 en 18 procent.
- In 2004 was de gemiddelde leeftijd 28 jaar. De piek ligt in de leeftijdsgroep 20-29 jaar (figuur 2.6). In absolute zin verdubbelde het aantal jonge cliënten van 15 tot en met 29 jaar van 1 531 in 1994 naar 3 293 in 2004. In verhouding tot de andere leeftijdsgroepen daalde hun aandeel in deze periode van 79 naar 61 procent.

FIGUUR 2.6 LEEFTIJDVERDELING VAN PRIMAIRE CANNABISCLIËNTEN BIJ DE (AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG. PEILJAAR 2004



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Bron: LADIS, IVZ.

Regionale ontwikkeling

- Per 10 duizend inwoners van 15 jaar en ouder was de hulpvraag vanwege cannabis in de periode 2000-2004 het grootst in Rotterdam, gevolgd door Amsterdam, Den Haag, Tilburg, Alkmaar, Deventer en Heerlen (tussen 4 en 4,9 gevallen).
- In de jaren 2000-2004 vergeleken met 1995-1999 deden zich in bijna alle regio's in Nederland toenames voor in de hulpvraag vanwege cannabis (IVZ/RIVM, Zorgatlas). De sterkste groei werd geregistreerd in drie regio's in Brabant (Oss, Helmond en Eindhoven). In slechts drie regio's nam het aantal ingeschreven cliënten iets af (Hoorn, Zaanstad en Amersfoort).

INTRAMURALE VERSLAVINGSZORG

Er zijn sinds 1997 geen betrouwbare landelijke gegevens over de hulpvraag bij de intramurale verslavingszorg. Het is de bedoeling dat deze gegevens beschikbaar zullen komen uit Zorgis, het informatiesysteem voor de GGZ.

ALGEMENE ZIEKENHUIZEN; INCIDENTEN

De LMR registreerde in 2004 bijna 1,7 miljoen klinische opnames in algemene ziekenhuizen. Drugproblemen speelden daarbij nauwelijks een rol. In dit jaar werden drugsmisbruik en drugsverslaving 447 keer als hoofddiagnose en 2 061 keer als nevendiagnose gesteld.

- In dertien procent van die hoofddiagnoses ging het om cannabis (34% afhankelijkheid, 66% misbruik; figuur 2.7). Onbekend is wat de klachten waren (psychisch of lichamelijk) die tot opname leidden.
- Bij 322 opnames speelde cannabisproblematiek een rol als nevensdiagnose (35% afhankelijkheid, 65% misbruik). In de afgelopen jaren doet zich, met wat fluctuaties, een stijging voor. Van 2003 naar 2004 gaat het om een toename van 31 procent.
- In 2004 waren de meest voorkomende hoofddiagnoses bij deze nevensdiagnoses:
 - psychosen (23%)
 - letsel door ongevallen (13%, zoals breuken, wonden, hersenschudding)
 - misbruik of afhankelijkheid van alcohol en drugs (11%, vooral alcohol)
 - vergiftigingen (8%, door drugs, alcohol, medicijnen)
 - ziekten en symptomen van de ademhalingswegen (5%)
 - ziekten van hart- en vaatstelsel (5%).
 - overige diagnoses (20%)
- 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 2004 om 340 personen. Zij werden in dit jaar minstens één keer opgenomen met cannabismisbruik of - afhankelijkheid als hoofd- of nevensdiagnose. Hun gemiddelde leeftijd was 30 jaar; 75 procent was man.
- In 2004 speelde cannabisproblematiek ook een rol als hoofd- of nevensdiagnose bij 14 dagbehandelingen.
- Daarnaast telde de LMR in 2004 15 opnames waarin “onopzettelijke vergiftiging met hallucinogenen” als nevensdiagnose werd gesteld (ICD-9 code: E854.1). In 2001, 2002 en 2003 ging het om respectievelijk 15, 8 en 16 gevallen. Het kan hierbij gaan om cannabis, maar ook om LSD of paddo’s.

Precieze cijfers over het aantal personen dat onwel wordt na cannabisgebruik zijn niet bekend.

Volgens het Letsel Informatie Systeem van Stichting Consument en Veiligheid worden jaarlijks gemiddeld 2 600 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).^c

- Cannabis is na cocaïne de meest frequent genoemde drug. Een op de vijf (20%) drugsslachtoffers geeft aan cannabis te hebben gebruikt. Tellen we alleen de gevallen mee waarvan de drug bekend is (72%), dan maakt cannabis 27 procent uit van alle drugsgerelateerde behandelingen bij de spoedeisende hulp.

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

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

FIGUUR 2.7 KLINISCHE OPNAMEN IN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN GERELATEERD AAN CANNABISMISBRUIK EN -AFHANKELIJKHEID, VANAF 1994



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

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

- In 2004 speelde in 320 gevallen de consumptie van cannabis een rol, een stijging van 25% ten opzichte van 2003 (tabel 2.9).
- In één op de drie gevallen was vervoer naar het ziekenhuis nodig. De rest kon ter plekke worden behandeld.

TABEL 2.9 CANNABISINCIDENTEN GEREGISTREERD DOOR DE GGD AMSTERDAM, VANAF 1993

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Roken cannabis	40	130	137	165	211	107	118	106	243	226	196	258
Eten spacecake	11	34	73	58	47	28	21	35	46	59	61	62
Totaal	51	164	210	223	258	135	139	141	289	285	257	320

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

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

- In 2000 registreerde het Onze Lieve Vrouwengasthuis in Amsterdam vooral gevoelens van ‘onwel bevinden’ en angst (44%), hartkloppingen (20%) en misselijkheid (15%).⁴³
- Psychotische klachten kwamen toen bij vier procent van de cannabispatiënten voor.
- Letsel door valpartijen werd toen in veertien procent van de gevallen genoteerd. Vallen hangt mogelijk samen met het effect van cannabis op de bloeddruk (verlaging) en de motorische coördinatie.

Het Nationaal Vergiftigingen Informatiecentrum van het RIVM registreerde een verdere toename van informatieverzoeken vanwege cannabisgebruik.⁴⁴

- In 2004 ging het om 191 informatieverzoeken, op een totaal van bijna 1 300 informatieverzoeken vanwege drugs. In 2000 en 2003 waren dat er respectievelijk 71 en 191.

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.⁴⁵
- Het risico neemt toe met de frequentie van het cannabisgebruik.^{46;47}
- Personen met een voorgeschiedenis van psychotische symptomen zijn extra kwetsbaar voor het krijgen van een psychose na cannabisgebruik.
- Onbekend is in hoeverre andere kwetsbaarheidsfactoren een gebruiker meer risico geven op een psychose.
- Onderzoek naar de relatie tussen cannabisgebruik en het ontstaan van andere psychische problemen, zoals depressie, geeft een minder consistent beeld.⁴⁸⁻⁵⁰

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 verricht onderzoek naar de acute effecten van cannabis met hoge doseringen THC. De resultaten hiervan zijn medio 2006 beschikbaar.
- Onderzoek onder coffeeshopbezoekers heeft aangetoond dat er een bepaalde groep, vooral jonge, gebruikers is met een duidelijke voorkeur voor 'sterke wiet'.⁵¹ 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.⁵² Deze toename liep parallel met een geringe toename in het percentage THC in cannabis en was onafhankelijk van frequentie of hoeveelheid van gebruik. Hoewel de onderzoekers een oorzakelijk verband suggereren, kon niet worden verklaard waarom de toename in cannabisstoornissen alleen onder etnische minderheidsgroepen plaatsvond en niet onder blanken.

De giftigheid van cannabis is gering.⁵³

- 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.

TABEL 2.10 AANTAL COFFEESHOPS IN NEDERLAND NAAR GEMEENTE, VANAF 1997

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

I. Een schatting. II. Minder dan 200 000 inwoners tot en met 1999. III. In 2003 werden drie coffeeshops niet ingedeeld naar gemeentegrootte. Bron: IVA, Universiteit van Tilburg.^{55,56}

2.8 AANBOD EN MARKT

COFFEESHOPS EN OVERIGE VERKOOPPUNTEN

Het aantal officieel gedoogde coffeeshops in Nederland is gedaald (tabel 2.10).

- Tussen 1997 en 1999 noteerde Bureau Intraval een afname van 28 procent.⁵⁴ De sterkste daling deed zich voor in de kleinere gemeenten en in Rotterdam.
- Vanaf 1999 was de jaarlijkse afname minder groot. Tussen 2003 en 2004 daalde het aantal coffeeshops met 2 procent.⁵⁵
- Eind 2004 telde Nederland 737 officieel gedoogde coffeeshops, waarvan ongeveer de helft (52%) in de grote steden met meer dan 200 duizend inwoners.
- In 2004 heeft 79 procent van de gemeenten géén coffeeshop.
- Volgens onderzoek van de Universiteit van Amsterdam komt in gemeenten met officieel gedoogde coffeeshops naar schatting 70 procent van de lokale cannabis-verkoop direct uit de coffeeshop.²¹⁶ Hoe groter het aantal coffeeshops per 100 000 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.

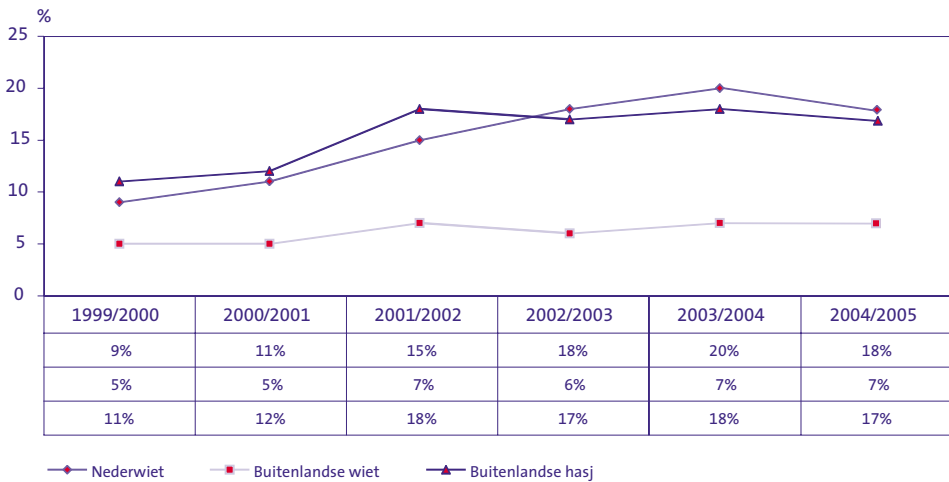
THC-GEHALTE EN PRIJS

Het Trimbos-instituut verzamelt informatie over de sterkte van cannabis, dat wil zeggen de concentratie van de werkzame bestanddelen, vooral THC (tetrahydrocannabinol). Sinds 1999 worden geregeld monsters van verschillende cannabisproducten uit coffeeshops aangekocht en chemisch geanalyseerd.⁶⁰

- In alle peilingen bevatte de Nederlandse wiet gemiddeld meer THC dan buitenlandse wietvariëteiten.
- Figuur 2.8 laat zien dat het gemiddelde THC-gehalte in nederwietmonsters tussen 1999 en 2003/2004 fors is gestegen. In 2004/2005 is het gemiddelde percentage THC licht gedaald.
- Het percentage THC in buitenlandse hasj nam toe tot 2001/2002. Daarna is geen verdere stijging meer gemeten. Buitenlandse hasj bevat ongeveer evenveel THC als nederwiet.
- Het percentage THC in buitenlandse wiet schommelde in die 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.³⁶ Internationale cijfers zijn echter slecht vergelijkbaar, vanwege grote verschillen in onderzoeksmethoden.

FIGUUR 2.8 GEMIDDELD PERCENTAGE THC IN CANNABISPRODUCTEN



Bron: DIMS, Trimbos-instituut.⁶⁰

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

- In 2002/2003 was de prijs voor nederwiet iets hoger dan in 1999/2000 en 2000/2001 maar deze trend zette zich niet voort in de laatste metingen.
- Buitenlandse wiet was in 2004/2005 weer iets goedkoper dan in 2003/2004.
- Buitenlandse hasj nam in prijs iets toe tussen 1999/2000 en 2002/2003, maar daalde weer in 2003/2004 en is daarna gestabiliseerd (tabel 2.11).

TABEL 2.11 PRIJS (€) PER GRAM CANNABISPRODUCT

	1999/ 2000	2000/ 2001	2001/ 2002	2002/ 2003	2003/ 2004	2004/ 2005
Nederwiet	5,83	5,86	6,28	6,45	5,97	6,22
Buitenlandse wiet	3,87	3,80	4,16	4,32	4,86	4,11
Buitenlandse hasj	6,29	6,36	7,14	7,56	6,46	6,78

Bron: DIMS, Trimbos-instituut.⁶⁰

- Kwekers van nederwiet maken soms gebruik van bestrijdingsmiddelen om de planten te beschermen tegen ziekten. Actuele gegevens over de aanwezigheid van deze middelen in nederwiet ontbreken. Volgens onderzoek uit 1999 bevatte de helft van de onderzochte nederwietmonsters pesticiden. De concentraties waren echter zo laag dat zij geen bedreiging vormden voor de gezondheid van de gebruikers van nederwiet.⁶¹
- Onlangs zijn op cannabisproducten uit coffeeshops 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.⁶²

3 COCAÏNE

Cocaïne werkt stimulerend. Veel gebruikers van cocaïne weten deze drug in hun leven in te passen zonder in problemen te komen. Zij consumeren cocaïne voor recreatieve doeleinden. Toch kan de drug leiden tot verslaving. Bovendien kan cocaïne deel uitmaken van problematisch gebruik van meer drugs tegelijk.

Cocaïne kan in verschillende vormen worden toegediend.⁶³ 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 1997 en 2001 verdubbelde het percentage actuele cocaïnegebruikers onder de algemene bevolking. De toename is het grootst onder jongeren van 20-24 jaar (§ 3.2).
- Onder de schoolgaande jeugd (12-18 jaar) bleef het percentage cocaïnegebruikers tussen 1996 en 2003 stabiel (§ 3.3).
- Nederlanders scoren wat betreft ooit en recent cocaïnegebruik iets boven het midden vergeleken met inwoners uit andere Europese lidstaten (§ 3.5).
- Onder jongeren in trendy clubs in Amsterdam daalde het gebruik van snuifcoke tussen 1998 en 2003. Elders in het land zijn signalen voor een groeiende populariteit (§ 3.3).
- Onder probleemgebruikers van harddrugs is crack inmiddels de belangrijkste drug geworden (§ 3.4).
- De sterke groei van het aantal cocaïnecliënten van de (ambulante) verslavingszorg zette zich tussen 2003 en 2004 voort (§ 3.6).

- Het aantal opnames in algemene ziekenhuizen voor aandoeningen die samenhangen met cocaïnegebruik steeg tussen 1996 en 2002 maar nam in 2003 en 2004 niet verder toe (§ 3.6).
- De stijgende lijn in het aantal geregistreerde acute sterfgevallen wegens cocaïnegebruik tussen midden jaren negentig en 2001, zette zich in de jaren erna niet voort (§ 3.7).
- Cocaïnepoeders van consumenten bevatten steeds vaker het versnijdingsmiddel fenacetine (§ 3.8). Van 2003 naar 2004 ging het om een verdubbeling van het percentage cocaïnemonsters.
- Circa 20 mensen zijn opgenomen in het ziekenhuis na gebruik van met atropine vervuilde cocaïne (§3.8).

TABEL 3.1 GEBRUIK VAN COCAÏNE IN NEDERLAND ONDER MENSEN VAN 12 JAAR EN OUDER. PEILJAREN 1997 EN 2001

	1997	2001
Heeft ooit gebruikt	2,1%	2,9%
• Mannen	2,9%	3,9%
• Vrouwen	1,3%	1,9%
Heeft pas nog gebruikt ¹	0,2%	0,4%
• Mannen	0,3%	0,4%
• Vrouwen	0,1%	0,4%
Heeft voor de eerste keer in het afgelopen jaar gebruikt	0,3%	0,3%
Gemiddelde leeftijd van de actuele gebruikers	29 jaar	29 jaar

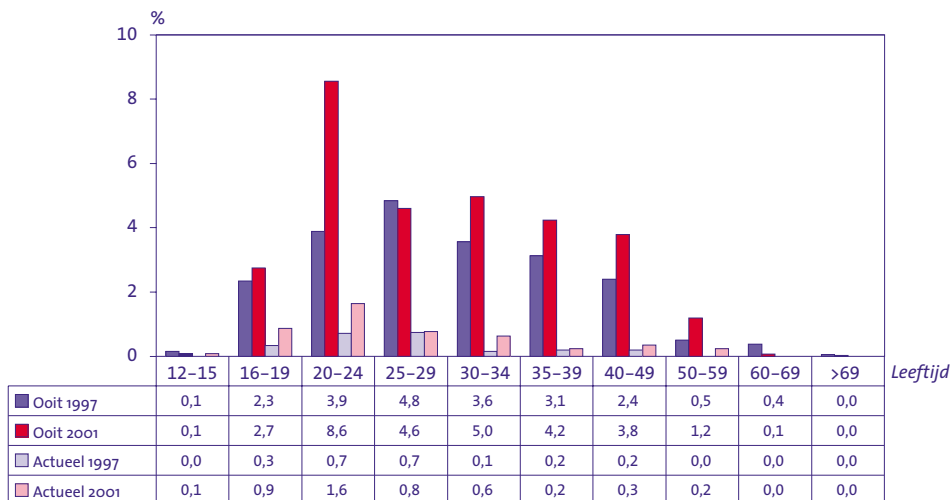
1. In de laatste maand. Bron: NPO, CEDRO.

3.2 GEBRUIK: ALGEMENE BEVOLKING

- Volgens het NPO nam het aantal Nederlanders van twaalf jaar en ouder dat ervaring heeft met cocaïne toe van 1997 tot 2001 (tabel 3.1).⁵ De resultaten van de derde peiling, in 2005 verricht door het IVO, komen in 2006 beschikbaar.
- Ook het percentage ooitgebruikers die cocaïne 25 keer of meer in hun leven hebben genomen – de ervaren gebruikers – steeg, van 23 procent in 1997 naar 29 procent in 2001.
- Het percentage actuele gebruikers verdubbelde in deze periode maar bleef ruim beneden één procent. In absolute getallen is dit een toename van bijna 28 duizend naar 55 duizend actuele cocaïnegebruikers. Deze cijfers zijn vrijwel zeker een onderschatting, omdat probleemgebruikers van harddrugs in het NPO ondervertegenwoordigd zijn.

- Consumptie van cocaïne komt het meest voor onder 20- tot en met 24-jarigen. Ook de stijging in het aantal gebruikers tussen 1997 en 2001 was het grootst in deze leeftijdsgroep (figuur 3.1).
- Het aandeel actuele gebruikers dat (bijna) dagelijks cocaïne gebruikt nam toe van 1,8 procent in 1997 naar 4,5 procent in 2001.
- In beide peiljaren hadden meer mannen dan vrouwen ervaring met cocaïne. In 1997 waren mannen bovendien vaker actuele consument dan vrouwen, maar dit verschil verdween in 2001 (tabel 3.1).

FIGUUR 3.1 COCAÏNEGEBRUIKERS IN NEDERLAND PER LEEFTIJDGROEP. PEILJAREN 1997 EN 2001



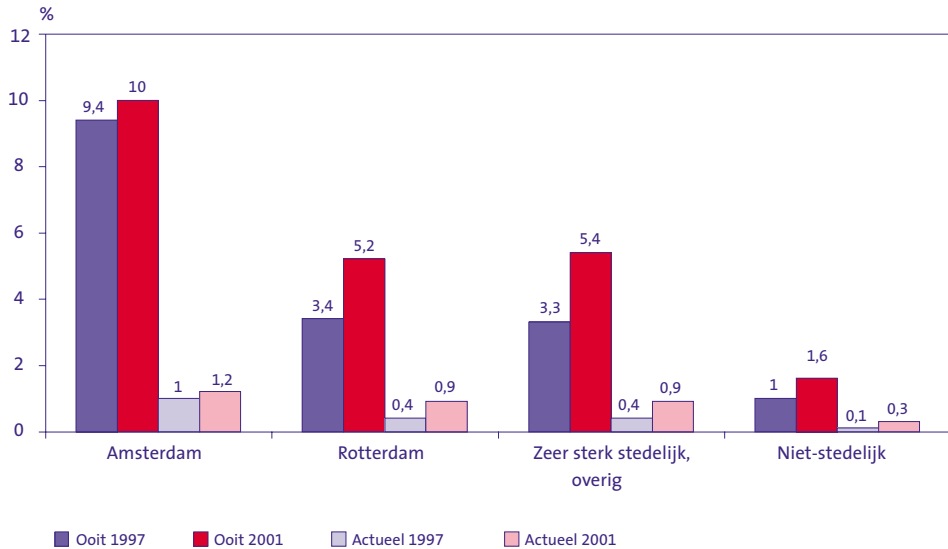
Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand) per leeftijdsgroep. Bron: NPO, CEDRO.

DE GROTE STEDEN

Het gebruik van cocaïne is niet evenredig gespreid over Nederland (figuur 3.2).

- In 2001 was het percentage actuele gebruikers in Amsterdam vier keer hoger dan in niet-stedelijke gebieden.
- In andere zeer sterk stedelijke gemeenten, waaronder Rotterdam, lag het aandeel actuele consumenten van cocaïne drie keer hoger dan in niet-stedelijke gebieden.
- De toename van het percentage ooitgebruikers en actuele gebruikers van cocaïne deed zich overal voor maar was bescheiden in Amsterdam.

FIGUUR 3.2 GEBRUIK VAN COCAÏNE IN GROTE STEDEN EN IN NIET-STEDELIJK GEBIED ONDER MENSEN VAN 12 JAAR EN OUDER. PEILJAREN 1997 EN 2001



Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand). Definitie (CBS): Overige zeer sterk stedelijke gemeenten: met meer dan 2 500 adressen per vierkante kilometer, met uitzondering van Amsterdam en Rotterdam. Dit zijn: Delft, Den Haag, Groningen, Haarlem, Leiden, Rijswijk, Schiedam, Utrecht, Vlaardingen en Voorburg. Definitie van niet-stedelijke gemeenten: met minder dan 500 adressen per vierkante kilometer. Bron: NPO, CEDRO.

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 snuifcokes.⁷
- In 2002 gebruikte eenderde (32%) van de mannelijke *gedetineerden* in acht Huizen van Bewaring dagelijks cocaïne/crack in de laatste zes maanden voor detentie.⁸

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.¹²

- 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 3.3).
- 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 leeftijdsgenoten van een lager schoolniveau (VMBO), maar deze verschillen zijn niet statistisch significant.

FIGUUR 3.3 GEBRUIK VAN COCAÏNE ONDER SCHOLIEREN VAN 12 JAAR EN OUDER, VANAF 1988



Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand). Bron: Peilstationsonderzoek 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 studies. De cijfers zijn onderling niet goed vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek.

- Jongeren in spijbelprojecten en zogenaamde 'school drop-outs' (zie tabelnoot II) rapporteren vaker cocaïnegebruik dan hun leeftijdgenoten op reguliere scholen.
- Nog vaker wordt cocaïne geconsumeerd onder uitgaande jongeren en jonge volwassenen. Volgens de Antenne-monitor nam het percentage actuele gebruikers van cocaïne onder bezoekers van trendy clubs in Amsterdam tussen 1995 en 1998 toe van 14 naar 24 procent. Het ging daarbij vooral om het snuiven van cocaïne.⁶⁴ Van 1998 naar 2003 daalde het actuele gebruik van cocaïne weer naar het niveau van 1995 (14%).
- Elders in het land lijkt de opmars van cocaïne zich onverminderd voort te zetten, met name in trendy clubs, discotheken and cafés.²⁰ Harde cijfers ontbreken echter. Volgens sleutelfiguren is er sprake van een normalisering van het cocaïnegebruik. De negatieve kanten en risico's beginnen echter steeds meer door te dringen. Sleutelfiguren nemen ook een 'stille stijging' waar van het roken van crack onder plattelandsjeugd.^{20,65}
- In het uitgaanscircuit wordt cocaïne geregeld samen met alcohol geconsumeerd.²¹⁻²³ De overmatige consumptie van alcohol in het uitgaansleven wordt soms wel genoemd als een van de redenen van de groeiende populariteit van cocaïne.²⁰ Cocaïne zou een ontvullend effect hebben waardoor langer en meer gedronken kan worden.
- In andere landen, zoals Oostenrijk, België, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk hebben bezoekers van dansfestijnen eveneens aanzienlijk meer ervaring met cocaïne dan de algemene bevolking.⁶⁶
- 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%).²⁴ Onder zwerfjongeren in Flevoland werden in 2004 lagere percentages gevonden (tabel 3.2).²⁵

TABEL 3.2 GEBRUIK VAN COCAÏNE IN SPECIALE GROEPEN

	<i>Locatie</i>	<i>Peiljaar</i>	<i>Leeftijd (jaar)</i>	<i>Ooit-gebruik</i>	<i>Actueel gebruik</i>
Jongeren in het voortgezet speciaal onderwijs ^I	Landelijk	1997	12 - 18	4%	2%
Jongeren in projecten voor spijbelopvang	Landelijk	1997	12 - 18	14%	5%
Gedetineerde jongeren ^{II}	Regionaal	2002/2003	14 - 17	11% (j) ^{VII} 24% (m) ^{VII}	4% (j) ^{VII} 11% (m) ^{VII}
School drop-outs ^{III}	Regionaal	2002/2003	14 - 17	11% (j) 3% (m)	7% (j) 1% (m)
Gemarginaliseerde jongeren ^{III}	Den Haag	2000/2001	16 - 25	23%	9%
Uitgaande jongeren	Den Haag	2003	15 - 35	23%	10%
Cafébezoekers ^{IV}	Amsterdam	2000	gemiddeld 25	26%	9%
Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	2003	gemiddeld 28	39%	14%
Coffeshop-bezoekers ^V	Amsterdam	2001	gemiddeld 25	52%	19%
Zwerfjongeren ^{VI}	Landelijk	1999	15 - 22	66%	36%
	Flevoland	2004	13 - 22	29% ^{VII} 19% ^{VIII}	10% ^{VII} 6% ^{VIII}

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. MLK, LOM, ZMOK. II. Onderzoek in Noord-Holland, Flevoland en Utrecht. Gebruik onder gedetineerde jongeren: in de maand voorafgaand aan detentie. School drop-outs zijn jongeren die in de afgelopen 12 maanden minstens een maand niet naar school zijn geweest, exclusief vakanties. III. 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. IV. Selecte steekproef van jongeren en jonge volwassenen uit mainstream-, studenten-, homo- en hippe cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. V. Geringe respons (15%). VI. Jongeren tot 23 jaar die drie maanden of langer geen vaste verblijfplaats hadden. VII. Snuifbare cocaïne in poedervorm. VIII. Rookbare cocaïne in de vorm van crack. Referenties: ^{18;24-29}

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.^{67;68} Crackgebruik leidt sneller tot dwangmatig gedrag en verslaving dan snuifcocaïne.^{69;71} 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.⁷² In Rotterdam en Parkstad Limburg blijkt het bijgebruik van crack de marginalisering van problematische opiaatgebruikers te versnellen en de drugsscène te verharderen.⁷³
- In de harddrugscene 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.
 - In Utrecht bestaat de groep crackgebruikers zonder voorgeschiedenis van heroïnegebruik vooral uit Antilliaanse en Marokkaanse jongeren en jonge volwassenen.⁷² Ook onder jonge daklozen en straatprostituees komt crackgebruik relatief veel voor.^{70;74}
 - 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.⁷⁵
- 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.²⁰ 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 2003 bleef deze situatie ongeveer gelijk.^{69;70;74}

- 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 2003
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.

- Gezondheidsproblemen, vooral door het frequent roken van crack, zijn longcomplicaties, uitputting en weerstandsvermindering, angsten en paranoia.⁶³ 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’.²⁰

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 zes procent. De hoogste waarden worden gerapporteerd in Engeland en Wales, Italië en Spanje. In de overige EU-lidstaten (bijlage F) is het percentage ooitgebruikers niet groter dan 1,2 procent. In Nederland heeft bijna vier procent in de bevolking van 15 tot en met 64 jaar ervaring met cocaïne.

- 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. Uitzonderingen zijn Spanje en Engeland en Wales, 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

<i>Land</i>	<i>Jaar</i>	<i>Ooitgebruik</i>	<i>Recent gebruik</i>
Spanje	2001	4,9%	2,6%
Nederland	2001	3,6%	1,1%
Ierland	2002/2003	3,1%	1,1%
Noorwegen	1999	2,2%	0,6%
Noord Ierland	2002/2003	1,7%	0,4%
Frankrijk	2000	1,6%	0,2%
Portugal	2001	0,9%	0,3%
Griekenland	2004	0,7%	0,1%
Finland	2002	0,7%	0,3%
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:^{36:37}

TABEL 3.4B CONSUMPTIE VAN COCAÏNE ONDER DE ALGEMENE BEVOLKING VAN ENKELE

<i>Land</i>	<i>Jaar</i>	<i>Leeftijd (jaar)</i>	<i>Ooitgebruik</i>	<i>Recent gebruik</i>
Verenigde Staten	2004	12 en ouder	14,2%	2,4%
Canada	2004	15 en ouder	10,6%	1,9%
Engeland en Wales	2003/2004	16 - 59	6,8%	2,5%
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). I. Drugsgebruik is naar verhouding laag in de jongste (12-15 jaar) en oudere leeftijdsgroepen (>64 jaar). Gebruikscijfers in studies met respondenten die jonger en/of ouder zijn dan de EMCDDA-standaard zullen mogelijk lager uitvallen dan cijfers in studies die de EMCDDA-standaard toepassen. Voor studies met een meer beperkt leeftijdsbereik geldt het omgekeerde. Referenties:^{36-39:42}

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.

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

Percentage gebruikers ooit in het leven en (2003) in het laatste jaar (recent). 1. Zes van zestien deelstaten. – = niet gemeten. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD, maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. Bron: ESPAD.⁴¹

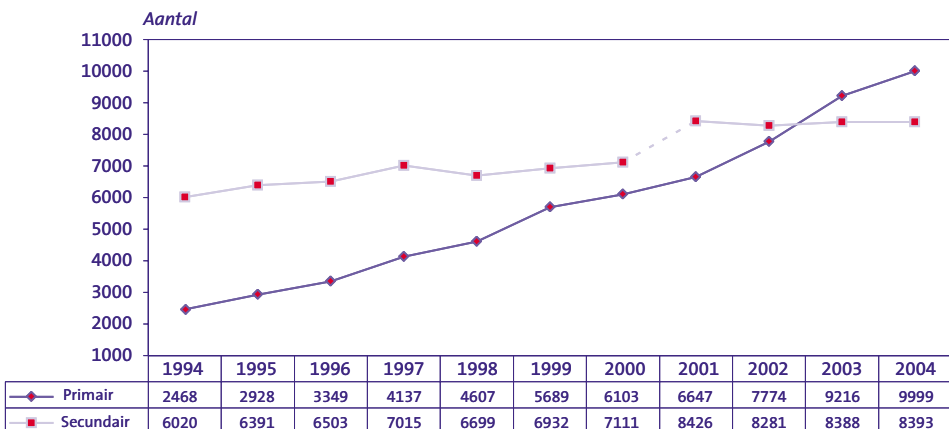
3.6 HULPVRAAG

AMBULANTE VERSLAVINGSZORG

Het LADIS registreert hoe vaak mensen hulp vragen bij de (ambulante) verslavingszorg. (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS.)

- Het aantal cliënten met cocaïne als primair probleem werd tussen 1994 en 2004 vier keer zo groot. Van 2003 naar 2004 ging het om een toename van acht procent (figuur 3.4).
- Per 100 000 inwoners van 15 jaar en ouder steeg het aantal primaire cocaïnecliënten van 20 naar 76.
- Het aandeel cocaïnecliënten van alle cliënten met een drugsprobleem groeide eveneens van 13 procent in 1994 naar 32 procent in 2004.
- In 2004 was ongeveer een zesde (18%) een nieuwkomer. Zij stonden niet eerder ingeschreven bij de (ambulante) verslavingszorg vanwege een drugsprobleem.
- Voor bijna twee derde (61%) is roken (crack) de belangrijkste wijze van gebruik en voor ruim een derde (38%) snuiven. Slechts één procent injecteert cocaïne.
- De meeste primaire cocaïnecliënten (74%) hadden ook problemen met een ander middel. Voor een kwart was cocaïne het enige probleem.
- Cocaïne werd ook vaak als secundair probleem genoemd (figuur 3.4). Voor deze groep is het primaire probleem heroïne (63%), alcohol (26%), of cannabis (6%). In de afgelopen vier jaar bleef het aantal cliënten met secundaire cocaïneproblematiek stabiel.

FIGUUR 3.4 AANTAL CLIËNTEN BIJ DE (AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG MET PRIMAIRE OF SECUNDAIRE COCAÏNEPROBLEMATIEK, VANAF 1994

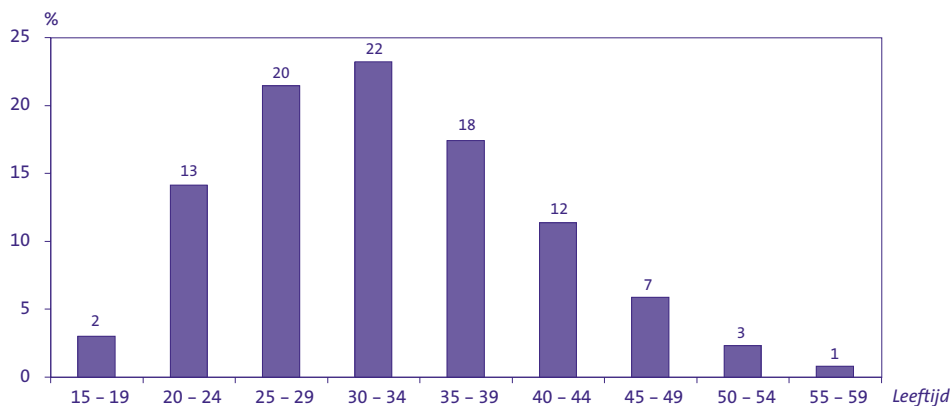


De stijging in secundaire cocaïnecliënten van 2000 naar 2001 komt voor een deel door de aanlevering (sinds 2001) van gegevens van opiaatcliënten van de GG&GD Amsterdam. Bron: LADIS, IVZ.

Leeftijd en geslacht

- In 2004 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 2001-2004).
- In 2004 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 36 procent in 2004.

FIGUUR 3.5 LEEFTIJDVERDELING VAN PRIMAIRE COCAÏNECLIËNTEN BIJ DE (AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG. PEILJAAR 2004



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Bron: LADIS, IVZ.

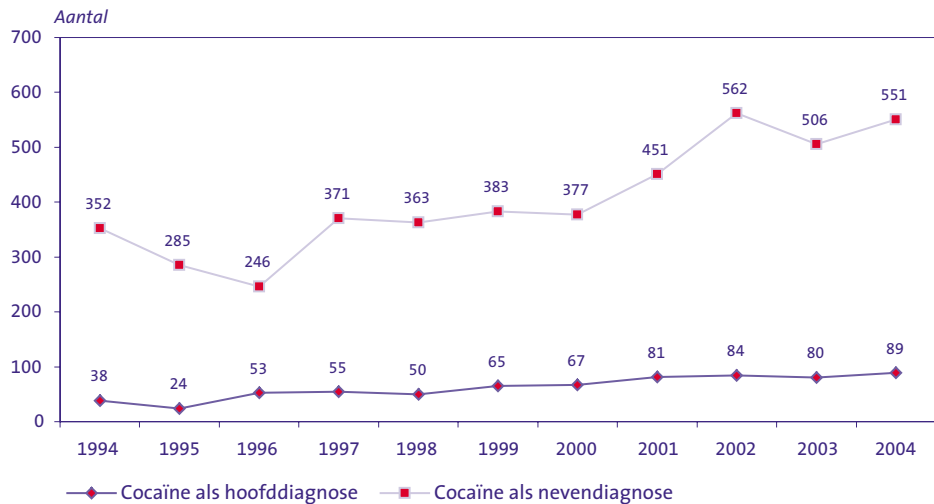
Regionale ontwikkeling

- In de periode 2000-2004 was de hulpvraag met 17 cocaïnecliënten per 10 duizend inwoners van 15 jaar en ouder het grootst in de regio Rotterdam. Daarna volgden Amsterdam en Den Haag met respectievelijk 12 en 11 cocaïnecliënten per 10 duizend inwoners.
- In het gehele land is het aantal cliënten met primaire cocaïneproblematiek in de periode 2000-2004 vergeleken met 1995-1999 toegenomen (IVZ/RIVM, Zorgatlas). De sterkste stijgingen deden zich voor in het oostelijk deel van Brabant, Flevoland en het oosten van het land. De regio Apeldoorn spant de kroon. Deze regio's lijken daarmee de grote achterstand in cocaïne hulpvraag in te lopen op de grote steden.

INTRAMURALE VERSLAVINGSZORG

- Sinds 1997 zijn er geen betrouwbare landelijke gegevens meer beschikbaar over de hulpvraag bij de intramurale verslavingszorg. Het is de bedoeling dat deze gegevens beschikbaar zullen komen uit Zorgis, het informatiesysteem voor de GGZ.

FIGUUR 3.6 KLINISCHE OPNAMEN IN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN GERELATEERD AAN COCAÏNEMISBRUIK EN -AFHANKELIJKHEID, VANAF 1994



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

ALGEMENE ZIEKENHUIZEN; INCIDENTEN

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

- In 2004 ging het om 89 gevallen, waarvan 69 procent vanwege cocaïnemisbruik en 31 procent vanwege cocaïneafhankelijkheid (figuur 3.6).
- Deze cocaïneproblemen spelen vaker een rol als nevendiagnose. Tussen 1996 en 2002 steeg het aantal opnames met cocaïnemisbruik of -afhankelijkheid als nevendiagnose. Na een aanvankelijke daling in 2003, stijgt dit aantal nevendiaagnoses weer in 2004.
- De meest voorkomende categorieën hoofddiagnoses, die in 2004 stonden geregistreerd bij cocaïnemisbruik of -afhankelijkheid als nevendiagnose, waren:

- letsel door ongevallen (17%, zoals breuken, wonden, hersenschudding)
 - ziekten en symptomen van de ademhalingswegen (16%)
 - vergiftigingen (12%)
 - ziekten van hart- en vaatstelsel (11%)
 - misbruik of afhankelijkheid van alcohol en (andere) drugs (11%)
 - psychosen (6%).
- 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 2004 om 567 personen. Zij werden in dit jaar minstens één keer opgenomen met cocaïnemisbruik of -afhankelijkheid als hoofd- of nevendiagnose. Hun gemiddelde leeftijd was 35 jaar; 74 procent was man.
 - De LMR registreerde in 2004 geen gevallen van onopzettelijke vergiftiging met cocaïne als nevendiagnose (ICD-9 code E855.2).

Het aantal personen dat onwel wordt na cocaïnegebruik is niet volledig bekend.

Volgens het Letsel Informatie Systeem van Stichting Consument en Veiligheid worden jaarlijks gemiddeld 2 600 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).^a

- Cocaïne is de meest frequent genoemde drug. Bijna een op de drie (33%) drugs-slachtoffers geeft aan cocaïne te hebben gebruikt. Tellen we alleen de gevallen mee waarvan de drug bekend is (72%), dan maakt cocaïne 44 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.⁴⁴

- Het aantal meldingen van incidenten gerelateerd aan drugs steeg van 656 in 2000 naar 1 210 in 2003 en 1 285 in 2004. Voor cocaïne werd tussen 2000 en 2003 een stijging van 150 naar 247 incidenten geregistreerd. In 2004 daalde het aantal licht naar 227.
- Deze cijfers geven echter geen zicht op het absolute aantal intoxicaties.

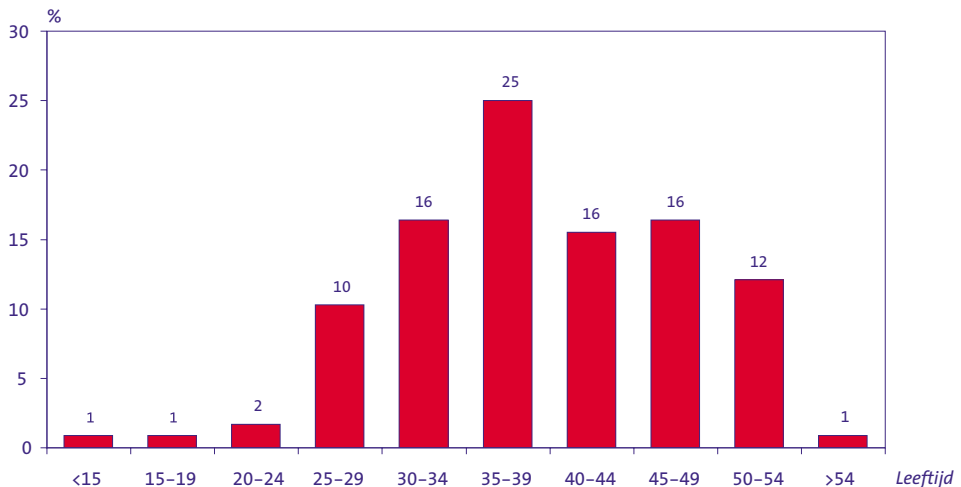
^a Drugs zijn hier cocaïne, heroïne, cannabis, ecstasy, pado's en speed. De gegevens zijn gemiddeld over de periode van 2000 tot en met 2004.

3.7 STERFTE

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

- Toch valt er een toename te zien. Van 1985 tot en met 1994 ging het in de hele periode om totaal 21 gevallen, van 1995 tot en met 2004 om 163 gevallen (zie figuur 4.9 in hoofdstuk 4).
- De stijgende lijn van midden jaren negentig tot en met 2002 zette zich evenwel in de jaren 2003 en 2004 niet voort. In 2002, 2003 en 2004 ging het om respectievelijk 34, 17 en 20 gevallen waarbij cocaïne als primaire doodsoorzaak stond geregistreerd.
- Figuur 3.7 laat zien dat de meeste overledenen tussen 25 en 49 jaar oud waren, met een piek in de leeftijdsgroep 35-39 jaar. In de periode 2000-2004 waren gemiddeld acht op de tien cocaïneslachtoffers man.
- Sterfte waaraan cocaïne bijdraagt wordt soms gecodeerd onder natuurlijke doodsoorzaken, zoals een hartaandoening. Hierdoor is het aantal gevallen waarin cocaïne aan het overlijden heeft bijgedragen niet goed te achterhalen.
- 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 en 2004 respectievelijk acht, drie en vijf gevallen.

FIGUUR 3.7 LEEFTIJDVERDELING VAN COCAÏNESTERFGEVALLEN VAN 2000 TOT EN MET 2004



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

3.8 AANBOD EN MARKT

SAMENSTELLING VAN COCAÏNEMONSTERS

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) gaat na welke stoffen 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.

- In 2004 werden 386 poeders aangeleverd die door de consument als cocaïne waren aangekocht, meer dan in 2003 (229). In de eerste helft van 2005 alleen al ging het om 375 poeders.
- In 2004 bevatte 91 procent van de als cocaïne verkochte poeders daadwerkelijk cocaïne (overwegend hydrochloride). De concentratie varieerde van 9 tot 97 procent met een gemiddelde van 56 procent (gewichtspcenten).
- Zeven procent van de poeders bevatte alleen een andere psychoactieve stof en twee procent bevatte geen enkel psychoactief bestanddeel.
- De meeste poeders bevatten ook aan cocaïne verwante bijproducten die bij de extractie van cocaïne uit de plant worden meegenomen, zoals tropacaïne en norcocaïne.
- Het percentage poeders dat (ook) fenacetine bevatte verdubbelde bijna van 9 procent in 2002 naar 16 procent in 2003 en verdubbelde wederom naar 35 procent in 2004. 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. De risico's van fenacetine als versnijdingsmiddel van cocaïne, zoals de effecten van verhitting bij 'roken' van cocaïne, zijn echter niet bekend.
- Eind 2004 trof DIMS atropine aan in drie cocaïnemonsters. In de eerste helft van 2005 werd atropine in nog drie cocaïnemonsters gevonden. Ruim twintig mensen zijn in het ziekenhuis opgenomen met verschijnselen van een atropine/cocaïne-intoxicatie. Vanwege de gevaren voor de volksgezondheid startte het Trimbos-instituut samen met instellingen voor verslavingszorg een grootschalige waarschuwingscampagne.

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).²⁰

- Deze gegevens komen overeen met de prijs die consumenten in 2003 hebben betaald voor cocaïnemonsters aangeleverd bij het DIMS-project (minimaal 40 en maximaal 50 euro per gram, met een gemiddelde van 45 euro per gram).

Volgens onderzoek naar de cocaïnehandel in Nederland in 2002/2003 bedraagt de verkoopprijs van een gram cocaïne tussen de 25 en 50 euro, afhankelijk van afzetniveau (tussenhandel of verkoop aan consument), kwaliteit en gekochte hoeveelheid.⁷⁶

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.

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

4.1 LAATSTE FEITEN EN TRENDS

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

- Heroïnegebruik komt weinig voor in de algemene bevolking (§ 4.2).
- Heroïne is weinig populair onder scholieren en uitgaande jongeren (§ 4.3).
- Het aantal opiaatverslaafden in Nederland blijft stabiel en is vergeleken met andere Europese landen laag (§ 4.4, § 4.5).
- De daling van het aantal opiaatcliënten in de (ambulante) verslavingszorg sinds 2001 zet zich voort in 2004. Het aandeel jonge opiaatcliënten blijft afnemen (§ 4.6).
- Opiaatverslaafden hebben steeds vaker te kampen met een psychiatrische problematiek (§ 4.4).
- Het aantal methadoncliënten bleef tussen 2001 en 2004 ongeveer op hetzelfde niveau (§ 4.6).
- De aanwas van nieuwe HIV-infecties onder injecterende drugsgebruikers is zeer gering (§ 4.7).
- Van de geregistreerde HIV-positieve injecterende drugsgebruikers heeft het merendeel ook hepatitis C (§ 4.7).
- In Amsterdam daalde het aantal nieuwe gevallen van hepatitis B onder drugsgebruikers na implementatie van het hepatitis B vaccinatieprogramma (§ 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 0,4 procent van de Nederlanders van twaalf jaar en ouder in 2001 ervaring met heroïne. In 1997 was dit 0,3 procent.⁵ De resultaten van de derde peiling, in 2005 verricht door het IVO, komen in 2006 beschikbaar.
- In 2001 was het percentage actuele gebruikers 0,1 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.⁸
- In hetzelfde jaar had 40 procent van de *dak- en thuislozen* in twintig Nederlandse gemeenten deze drug in de maand voor de peiling geconsumeerd.⁷

Deze groepen kunnen overlappen met de probleemgebruikers zoals beschreven in § 4.4.

4.3 GEBRUIK: JONGEREN

Heroïne is impopulair onder leerlingen van middelbare scholen van twaalf jaar en ouder (tabel 4.1).¹²

- 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 JAAR EN OUDER 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.

- Volgens wat oudere cijfers ligt het percentage actuele gebruikers van heroïne hoger onder leerlingen van speciale scholen voor voortgezet onderwijs en deelnemers aan spijbelprojecten dan op 'reguliere' scholen, maar hun aandeel blijft onder één procent (tabel 4.2).
- Meer recent onderzoek onder jongeren die langdurig hebben verzuimd van school ('drop-outs') laat vergelijkbaar lage cijfers zien.²⁹
- 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.¹⁸
- 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.^{16;23}
- 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.¹⁹ 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%).²² In 2004 werden in Flevoland onder zwerfjongeren lagere percentages gevonden, acht procent had ooit heroïne gebruikt en twee procent was een actuele gebruiker.²⁵

TABEL 4.2 GEBRUIK VAN HEROÏNE IN SPECIALE GROEPEN

	<i>Locatie</i>	<i>Peiljaar</i>	<i>Leeftijd (jaar)</i>	<i>Ooit- gebruik</i>	<i>Actueel gebruik</i>
Cafébezoekers ^I	Amsterdam	2000	Gemiddeld 25	1%	0,2%
School drop-outs ^{II}	Regionaal	2002/2003	14 – 17	0,9% (j) 1,4% (m)	0,9% (j) 0% (m)
Jongeren in het voortgezet speciaal onderwijs ^{III}	Landelijk	1997	12 – 18	2%	0,8%
Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	2003	Gemiddeld 28	2%	0%
Gedetineerde jongeren ^{II}	Regionaal	2002/2003	14 – 17	3,7% (j) 2,9% (m)	0% (j) 1,4% (m)
Jongeren in projecten voor spijbelopvang	Landelijk	1997	12 – 18	4%	0,9%
Coffeeshop-bezoekers ^{IV}	Amsterdam	2001	Gemiddeld 25	9%	0,9%
Gemarginaliseerde jongeren ^V	Den Haag	2000/2001	16 – 25	13%	7%
Zwerfjongeren ^{VI}	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. 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. III. MLK, LOM, ZMOK. 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. Jongeren tot 23 jaar die drie maanden of langer geen vaste verblijfplaats hadden. Referenties: ^{18,24-29}

4.4 PROBLEMATISCH GEBRUIK

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

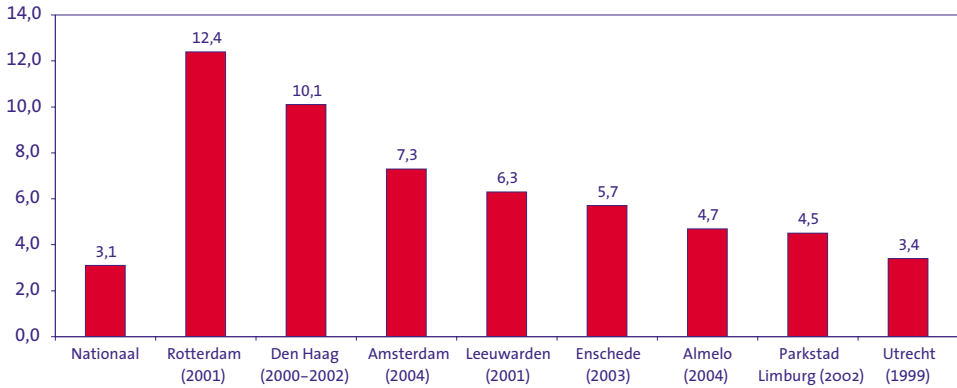
<i>Bereik</i>	<i>Jaar</i>	<i>Aantal</i>
Landelijk	1993	28 000
Landelijk	1996	25 000 - 29 000 ^I
Landelijk	1999	26 000 - 30 000 ^I
Landelijk	2001	33 500 (24 000 - 46 000) ^{II}
Rotterdam	2003	5 051
Amsterdam	2004	3 928
Den Haag	2000-2002	3 200
Parkstad Limburg	2002	800
Enschede	2003	600
Utrecht	1999	570
Leeuwarden	2001	389
Almelo	2004	229

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

I. Volgens verschillende schattingsmethoden. II. Gemiddelde (en de boven en ondergrens) van twee methoden. Referenties:^{77 70;74;78-85}

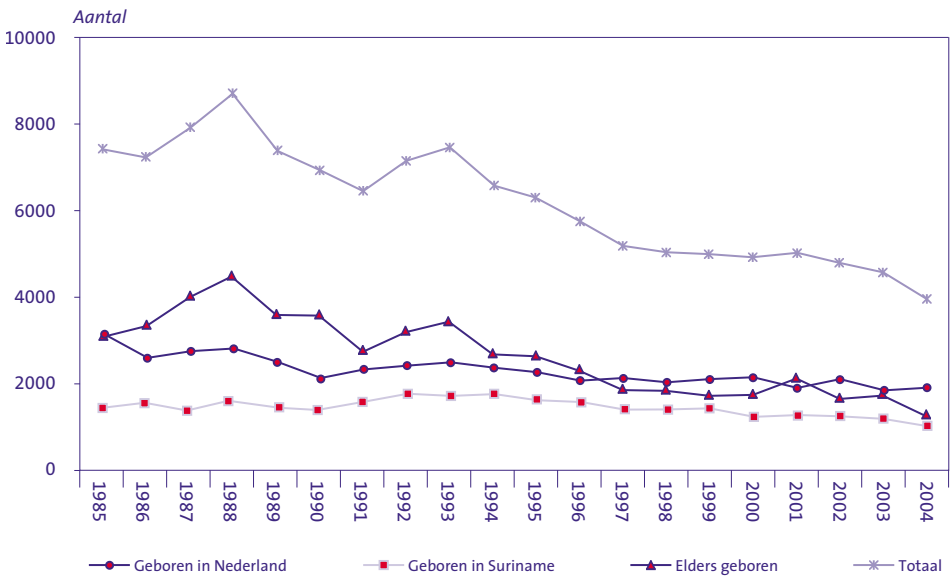
^a Voor de definitie van probleemgebruiker: zie bijlage A.

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 (8 800) en liep toen terug. Dit kwam vooral door het verdwijnen van buitenlanders, vooral Italianen en Duitsers.
- In 2004 telde Amsterdam naar schatting nog zo'n 3 900 probleemgebruikers van opiaten. Van hen was 47 procent geboren in Nederland, 24 procent in Suriname, de Nederlandse Antillen, Marokko of Turkije en 29 procent elders.

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 'pure spuiters' 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 2003. In Rotterdam nam het aandeel pure spuiters af van 15 procent in 1999 naar 10 procent in 2003.⁶⁹⁻⁷¹
- In 2004 stond 11 procent van de opiaatcliënten van de (ambulante) verslavingszorg te boek als spuiters en 73 procent als roker. Het overige deel gebruikte op een andere manier. In 1994 spoot nog 16 procent de drug.

TABEL 4.4 WIJZE VAN GEBRUIK VAN HEROÏNE DOOR PROBLEEMGEBRUIKERS VAN HARDDRUGS

Wijze van toediening	Rotterdam 2003	Utrecht 1999	Parkstad Limburg 2003
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.

De populatie heroïnegebruikers veroudert en kampt steeds meer met gezondheidsklachten.

- 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 2003 van 37 naar 39 jaar.⁷⁴⁻⁸⁶
- Veel opiaatgebruikers kampen met zowel drugsverslaving als een (andere) psychische stoornis, zoals sociale fobie of depressie ('dubbele diagnose'). Volgens wat oudere schattingen van midden jaren negentig betreft dit tussen de 30 en 50 procent van de opiaatgebruikers.^{87,88}
- Ongeveer tien procent van de opiaatverslaafde cliënten van de GGD Amsterdam maakt jaarlijks een psychose door.⁸⁵

- 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.
- 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.⁸⁹

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.⁴¹
- 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.^{36;37}
- 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. Griekenland, Duitsland en Nederland staan onderaan in deze lijst.
- Van de nieuwe lidstaten zijn alleen gegevens beschikbaar voor Polen, Tsjechië en Slovenië. Het aantal probleemgebruikers in deze landen is met respectievelijk 1,9, 3,6 en 5,3 gevallen per 1 000 inwoners van 15 tot en met 64 jaar laag tot gemiddeld.

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

<i>Land</i>	<i>Jaar</i>	<i>Aantal per duizend inwoners van 15 tot en met 64 jaar ondergrens – bovengrens^l</i>	<i>centrale schatting^{ll}</i>
Verenigd Koninkrijk	2001	9,0 - 9,8	9,4
Luxemburg	2000	6,2 - 13,6	9,3
Italië	2003	7,0 - 8,1	7,5
Denemarken	2001	6,7 - 7,7	7,2
Portugal	2000	6,8 - 8,5	7,1
Spanje	2000	5,3 - 7,9	6,3
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	2001	4,8	4,8
Frankrijk	1999	3,8 - 4,8	4,4
Nederland	2001	2,2 - 4,3	3,1
Duitsland	2003	1,7 - 3,4	2,6
Griekenland	2003	2,1 - 2,8	2,4

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.^{36,37}

4.6 HULPVRAAG

AMBULANTE VERSLAVINGSZORG

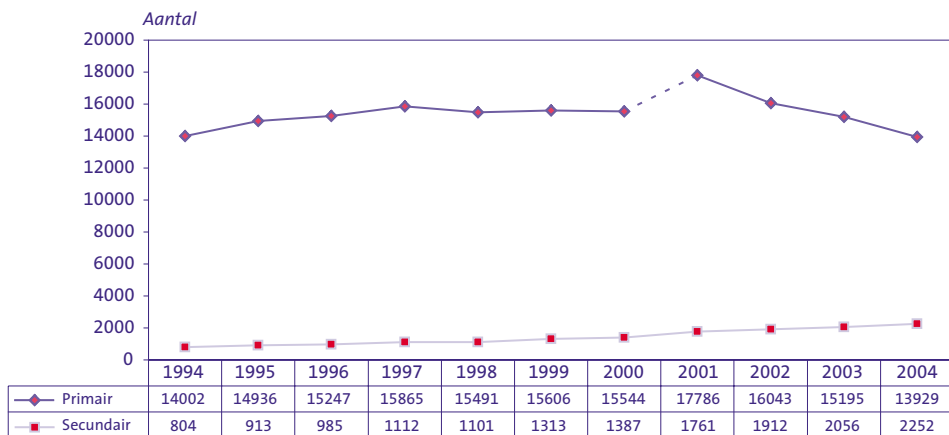
Het LADIS registreert hoe vaak mensen hulp vragen bij de (ambulante) verslavingszorg. (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS.)

- Het aantal cliënten met primair een opiaatproblematiek steeg licht tot 1997 (figuur 4.3). De groei was deels reëel en deels een vertekening doordat meer instellingen voor drugshulpverlening zich bij het LADIS aansloten. Het aantal opiaatcliënten bleef vrij stabiel van 1997 tot en met 2000. De toename in 2001 komt grotendeels door toetreding van de GGD Amsterdam tot het LADIS.^b

^b In 2001 leverde de GGD Amsterdam 1 869 cliënten aan met een primair heroïneprobleem, van wie 1304 cliënten niet bekend waren bij andere instellingen die aan het LADIS deelnamen.

- Sinds 2001 daalt het aantal opiaatcliënten. Van 2003 naar 2004 ging het om een afname van acht procent.
- 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.
- De meeste cliënten klopten al eerder aan bij de (ambulante) verslavingszorg vanwege een drugsprobleem. Ongeveer een op de twintig (4%) was een nieuwkomer.
- De meeste primaire opiaatcliënten (81%) hadden ook problemen met een andere middel. Slechts een op de vijf (195) rapporteerde geen bijmiddel.
- Opiaten worden minder vaak als secundair probleem genoemd (figuur 4.3). Voor deze groep is het primaire probleem cocaïne of crack (71%), alcohol (24%), of cannabis (2%).

FIGUUR 4.3 AANTAL CLIËNTEN BIJ DE (AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG MET PRIMAIRE OF SECUNDAIRE OPIAATPROBLEMATIEK, VANAF 1994



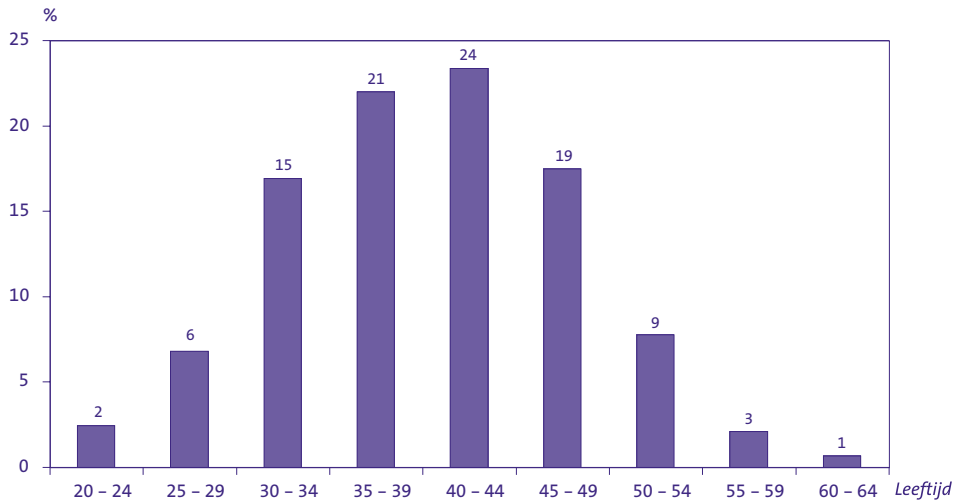
De stijging van het aantal personen in 2001 ten opzichte van 2000 is het gevolg van de eerste aanlevering van gegevens van de GGD Amsterdam. Bron: LADIS, IVZ.

Leeftijd en geslacht

- In 2004 was 80 procent van de primaire opiaatcliënten man. Over de jaren schommelde dit percentage tussen 78 en 80%.
- In 2004 was de gemiddelde leeftijd 40 jaar, aanzienlijk hoger vergeleken met de cannabis- en cocaïnecliënten. Meer dan de helft van de opiaatcliënten was ouder dan 39 jaar (figuur 4.4).

- Het aandeel jonge opiaatcliënten blijft dalen. In 2002 was 13 procent van de primaire opiaatcliënten tussen 15 en 29 jaar oud, in 2003 was dit nog maar negen procent en in 2004 acht procent. Ter vergelijking: in 1994 viel 39 procent van de opiaatcliënten in deze leeftijdsgroep.

FIGUUR 4.4 LEEFTIJDVERDELING VAN PRIMAIRE OPIAATCLIËNTEN BIJ DE (AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG. PEILJAAR 2004



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Bron: LADIS, IVZ.

Regionale ontwikkeling

- Per duizend inwoners van 15 jaar en ouder zijn de meeste opiaatcliënten te vinden in de regio's Amsterdam, Rotterdam en Heerlen (tussen 21 en 33 cliënten per duizend inwoners).
- In de meeste regio's is in de periode 2000-2004 vergeleken met 1995-1999 een afname te zien van het aantal cliënten met primaire opiaatproblematiek (IVZ/ RIVM, Zorgatlas). Arnhem en Helmond spannen de kroon. In de Randstad is sprake van een toename maar deze berust op een registratieartefact. In de afgelopen jaren is een aantal instellingen in deze regio voor het eerst 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.

- 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 gaat sinds 1995 omhoog (tabel 4.6).⁹⁰ In 2004 ontving 39 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 innamedag (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	12 538 ¹	54 ¹
2002	12 805	57
2003	12 048	57
2004	12 493	56

1. De stijging van het aantal personen ten opzichte van 2000 is het gevolg van de eerste aanlevering van gegevens van de GGD Amsterdam. De stijging in gemiddelde methadondosering kan ook (deels) hiermee samenhangen. Bron: LADIS, IVZ.

INTRAMURALE VERSLAVINGSZORG

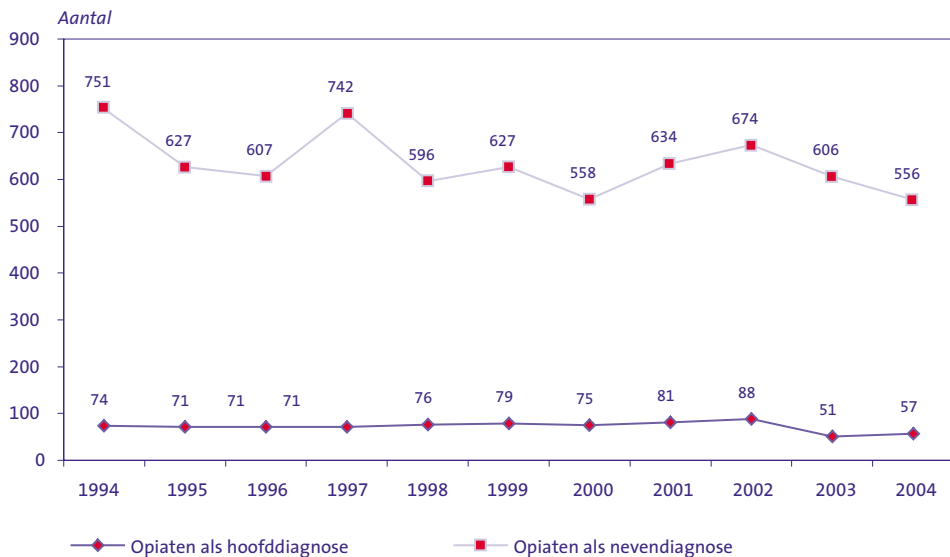
- Er zijn sinds 1997 geen landelijke gegevens meer beschikbaar over de hulpvraag bij de intramurale verslavingszorg. Het is de bedoeling dat deze gegevens beschikbaar zullen komen uit Zorgis, het informatiesysteem voor de GGZ.

ALGEMENE ZIEKENHUIZEN; INCIDENTEN

Misbruik en afhankelijkheid van opiaten worden in algemene ziekenhuizen zelden als hoofddiagnose gesteld. In 2004 telde de LMR 57 opnames voor de hoofddiagnose (74% afhankelijkheid en 26% misbruik, figuur 4.5).

- Vaker komen opiaatmisbruik- en afhankelijkheid als nevendiagnose voor (556 in 2004; 82% afhankelijkheid, 18% misbruik). De hoofddiagnoses bij deze nevendiaognoses lopen sterk uiteen. Het meest vielen in 2004 op:
 - ziekten en symptomen van de ademhalingswegen (24%)
 - letsel door ongevallen (15%; breuken, wonden, hersenschudding)
 - ziekten van het spijsverteringsstelsel (10%)
 - vergiftiging (8%)
 - huidandoeningen (3%).
- 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 2004 om 501 personen. Zij werden in dit jaar minstens één keer opgenomen met opiaatmisbruik of -afhankelijkheid als hoofd- of nevendiagnose. Zij waren gemiddeld 40 jaar en zeven op de tien waren man (69%).
- De LMR registreerde in 2004 geen gevallen van onopzettelijke vergiftiging met opiaten als nevendiagnose (ICD-9 codes E850.0 t/m E850.2).

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 nevendiaognoses per opname. ICD-9 codes: 304.0, 304.7, 305.5 (zie bijlage C). Bron: LMR, Prismant.

In 2004 registreerde de Centrale Post Ambulancevervoer van de GGD Amsterdam 239 spoedeisende aanvragen wegens vermoeden van niet-dodelijke overdosering van harddrugs.⁸⁵

- Het betrof vooral opiaten en cocaïne, al dan niet in combinatie met andere middelen.
- In tweederde (66%) van de gevallen was vervoer naar een ziekenhuis nodig. Dit is twee keer meer dan voor cannabis (35%).
- Het aantal aan harddrugs gerelateerde ambulanceritten daalde van 307 in 1997 naar 188 in 2000 en nam vervolgens weer iets toe.

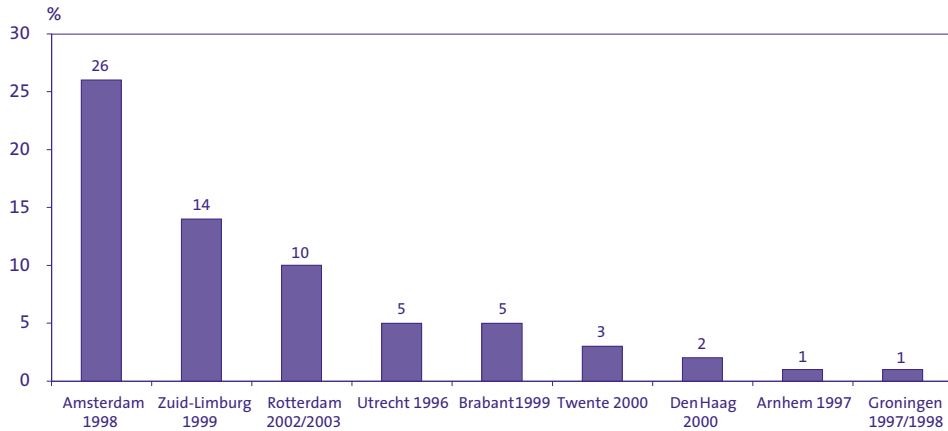
4.7 ZIEKTE EN STERFTE

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 3500 injecterende harddrugsgebruikers in negen regio's van Nederland. De laatste peiling onder drugsgebruikers vond in 2002/2003 plaats in Rotterdam. In 2005 werd in Den Haag een meting verricht die zich niet specifiek op drugsgebruikers richtte, maar waarin wel summier informatie over drugsgebruik is verzameld in andere risicogroepen. De resultaten uit deze peiling zijn nog niet beschikbaar. Figuur 4.6 laat de meest recente cijfers zien.

- Er zijn grote regionale verschillen in besmetting met HIV onder drugsgebruikers die ooit hebben gespoten. Besmetting met HIV varieert van één (Groningen, Arnhem) tot 26 procent (Amsterdam).⁹¹
- 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.^{92;93}

FIGUUR 4.6 BESMETTING MET HIV ONDER INJECTERENDE HARDDRUGSGEBRUIKERS



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. Percentages in voorgaande peilingen: Amsterdam 26% in 1993 en 1996; Rotterdam 11% in 1994; Arnhem: 2% in 1991/1992 en 1995/1996; Zuid-Limburg 10% in 1994 en 12% in 1996 (in Maastricht: 8% in 1994, 3% in 1996, 5% in 1999); in Heerlen respectievelijk 11%, 17% en 22%. Brabant omvat Eindhoven, Helmond, Den Bosch. Twente omvat Almelo, Hengelo, Enschede. Bron: RIVM.⁹¹⁻⁹⁴

- 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; 13 in 2002; 20 in 2003; en 9 in 2004.⁹¹
- 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 31 procent van deze jonge drugsgebruikers besmet met HIV, in de periode 2000-2004 was dat nog maar 3 procent. Het percentage HIV infecties onder drugsgebruikers die ooit hadden geïnjecteerd daalde van 33 naar 7 procent.⁹⁵
- Nieuwe HIV infecties worden de laatste jaren in dit onderzoek nauwelijks gezien. In de totale groep drugsgebruikers (alle leeftijden, en inclusief niet-injecteerders) werd in 2001 één HIV infectie en in 2002 één HIV infectie vastgesteld. In 2003 en 2004 werden geen nieuwe HIV infecties gediagnosticeerd. In de injecterende drugsgebruikers in deze studie zijn al geen nieuwe HIV infecties meer gevonden sinds 1999.

- Uit hetzelfde Amsterdamse onderzoek blijkt dat de overdracht van therapie-resistente HIV-stammen sinds de introductie van HAART (effectieve antiretrovirale behandeling) in 1996 is verminderd.⁹⁷
- In 2003/2004 was van de verslaafde prostituees in Amsterdam 11 procent besmet met HIV.⁹⁶

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.^{36;37}

- Figuur 4.7 laat zien dat percentages van met HIV besmette injecterende drugsgebruikers variëren van minder dan 1 procent in Griekenland (gegevens uit 2003 van verslavingszorg, laagdrempelige faciliteiten, ziekenhuizen en laboratoria voor openbare gezondheidszorg) tot 10-21 procent in Spanje (gegevens uit 2001 van verslavingszorg, centra voor HIV-screening en SOA klinieken).
- Figuur 4.7 laat ook zien dat er in een aantal landen, net als in Nederland, een aanzienlijke regionale of lokale spreiding van HIV-besmetting is (Frankrijk, Spanje, Italië, Polen, Estland).
- In de EU-15 is het percentage nieuwe HIV infecties onder injecterende drugsgebruikers in de afgelopen jaren laag gebleven, met uitzondering van Portugal. In 2003 werden in dit land 88 nieuwe HIV besmette drugsgebruikers per miljoen inwoners gezien. In de overige EU-15 landen bleef het aantal nieuwe HIV infecties in injecterende drugsgebruikers onder de 10 per miljoen inwoners (gegevens voor Italië ontbreken voor 2003). Wel is het aantal nieuwe gevallen in Portugal sinds 2000 sterk gedaald (was 245 gevallen per miljoen inwoners).³⁶
- In Oost-Europa heeft de HIV-epidemie onder injecterende drugsgebruikers zich op grote schaal verspreid. In Estland en de Russische Federatie werd in 2001 een hoogtepunt van nieuwe HIV infecties als gevolg van injecterend drugsgebruik bereikt, met respectievelijk 991 en 333 gevallen per miljoen inwoners.³⁶ Na de piek in 2001 en 2002, waarin in korte tijd injecterend drugsgebruikers met het grootste risicogedrag met HIV zijn besmet, is het aantal nieuwe besmettingen fors gedaald. Zo daalde in Estland in 2003 het aantal nieuwe HIV-infecties onder injecterende drugsgebruikers tot 36 per miljoen inwoners).

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. Voor een aantal locaties is informatie beschikbaar.
- 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 (tabel 4.7).^{98;99}
- Het beeld in Den Haag was gunstiger. Een verklaring is niet direct voorhanden.²¹³

TABEL 4.7 HEPATITIS B EN C INFECTIES ONDER STEEKPROEVEN VAN HARDDRUGSGEBRUIKERS IN ROTTERDAM, HEERLEN/MAASTRICHT EN DEN HAAG

	<i>Jaar</i>	<i>HBV-positief^I</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 ^{II}	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.

- Uit registratiegegevens van de Stichting HIV Monitoring blijkt dat bij een groot deel van de injecterende drugsgebruikers die met HIV zijn besmet, HCV voorkomt¹⁰⁰, veel vaker dan bij andere risicogroepen met een HIV-besmetting.
- In een langlopend onderzoek in Amsterdam daalde het percentage HCV infecties onder ooit- injecterende drugsgebruikers jonger dan 30 jaar van 91 procent in de periode 1985-1989 naar 44 procent in de periode 2000-2004.⁹⁵ Ook het percentage dat risicofactoren rapporteerde die geassocieerd zijn met het oplopen van HCV, zoals recent injecteren, langdurig injecteren en het lenen van injectiemateriaal, was gedaald.
- In hetzelfde onderzoek werd ook aangetoond dat er in de loop van de tijd nieuwe HCV virustypen zijn doorgedrongen in de Amsterdamse populatie drugsgebruikers.

Daarbij gaat het met name om virustypen die minder gevoelig zijn voor bestaande behandelingen.⁹⁵

- Uit de meldingscijfers over HBV aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg blijkt dat injecterend drugsgebruik in Nederland zelden oorzaak is van acute hepatitis B infectie. Van de 218 acute gevallen die in 2004 werden gemeld en waarvan de oorzaak was bekend, werd slechts 1,4 procent gezien in injecterende drugsgebruikers.¹⁰¹ Opgemerkt moet wel worden dat de wijze van HBV overdracht in een kwart van de acute gevallen in 2004 onbekend was.
- Uit de meldingscijfers over HCV aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg blijkt dat injecterend drugsgebruik in Nederland relatief vaak oorzaak is van acute hepatitis C infectie. Er werden 38 patiënten gemeld, waarvan in 27 gevallen de transmissieroute bekend was; bij 12 gevallen ging het om injecterend drugsgebruik.²¹⁴
- Sinds 1998 wordt aan drugsgebruikers en andere risicogroepen een vaccinatie tegen HBV aangeboden. Volgens gegevens van GGD Nederland hebben hieraan tot nu toe meer dan 8000 drugsgebruikers deelgenomen. Deze campagne lijkt voor deze groep effectief te zijn.¹⁰² In Amsterdam daalde het aantal meldingen van 219 gevallen in de periode 1992-1997 naar 131 in de periode 1998-2003. Deze daling hing samen met een significant verminderde overdracht via heteroseksueel contact en injecterend drugsgebruik. Echter, ook de afname van risicogedrag bij ooit-injecterende drugsgebruikers zal hebben bijgedragen aan de vermindering van HBV-meldingen.

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.
- In de lidstaten van de EU komt besmetting met HCV veel voor onder injecterende drugsgebruikers, hoewel er tussen en binnen landen grote verschillen lijken te bestaan. Landelijke schattingen variëren tussen 10 (Hongarije) en 60 à 70 procent (Griekenland, Portugal). Lokale schattingen hebben een nog grotere spreiding, van 11 tot 97 procent. Percentages van minder dan 30 procent worden gevonden in Tsjechië, Finland en het Verenigd Koninkrijk. Een hoge graad van HCV besmetting wordt lokaal gevonden in België, Tsjechië, Estland, Griekenland, Italië, Finland en Noorwegen (meer dan 70 procent). Ook binnen landen is de spreiding tussen schattingen soms groot (Griekenland, variërend van 30 tot 82 procent; Italië, variërend van 42 tot 97 procent; Finland 11 tot 52 procent; Verenigd Koninkrijk 19 tot 55 procent).^{36;37}
- De variatie in HBV besmetting is eveneens groot en loopt in de EU-15 landen uiteen van minder dan tien procent (lokale schatting in het Verenigd Koninkrijk) tot negentig procent (lokale schatting in Italië).³⁷ 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.¹⁰³ In een aantal Noordepese landen worden vallen epidemieën van hepatitis B samen met een toename in injecterend drugsgebruik.

RISICOGEDRAG

- Drugsgebruikers lenen tegenwoordig minder vaak gebruikte spuiten dan vijf tot tien jaar geleden. In de meeste steden en streken waarover gegevens beschikbaar zijn leent tussen 8 en 30 procent van de spuiters wel eens spuiten (tabel 4.8).²¹⁵
- Behalve het lenen van vuile spuiten komt ook het lenen voor van vuile spuitattributen, zoals lepels, watjes, filters of spoelwater. Naar schatting doet een op de vier injecterende drugsgebruikers dit.
- Seksueel risicogedrag blijft omvangrijk. Het niet gebruiken van condooms kwam het meest voor bij vaste partners (76-96%), gevolgd door losse partners (39-73%) en klanten (13-50%, tabel 4.8).
- In Rotterdam werd gevonden dat ook dakloos zijn en op jonge leeftijd beginnen met spuiten geassocieerd zijn met het hebben van een HIV infectie.⁹⁴

TABEL 4.8 LENEN VAN SPUITEN EN SEKSUEEL RISICOGEDRAG ONDER INJECTERENDE

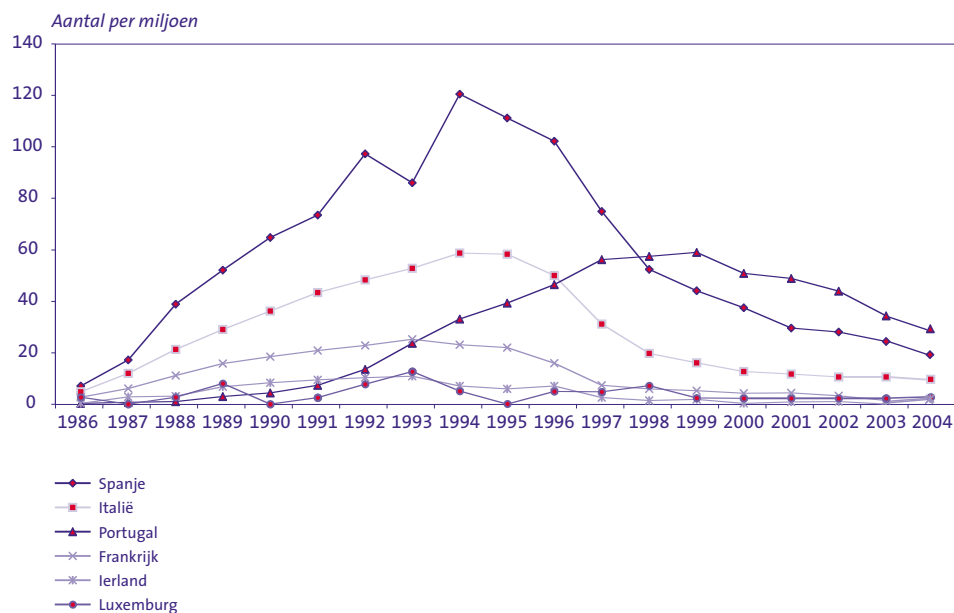
Regio	Peiljaar	Lenen van spuiten of naalden ^I	Geen condoomgebruik ^{II} vaste partner	Geen condoomgebruik ^{II} losse partner	Geen condoomgebruik ^{II} klanten
Amsterdam	1996	18%	76%	40%	30%
	1998	12%	85%	47%	29%
Rotterdam	1994	18%	91%	47%	20%
	1997	10%	84%	54%	31%
	2002/2003	8%	85%	43%	32%
Zuid-Limburg ^{III}	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 ^{IV}	1999	17%	88%	61%	17%
Den Haag	2000	21%	84%	73%	40%
Twente ^V	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.¹⁰⁴

AIDS

- Het jaarlijks aantal meldingen van aids 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. Dit komt onder meer door het op de markt komen van effectieve antivirale 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 totaal gaat het om 638 gevallen. In 2003 betrof twee procent (6 gevallen) van de aidsmeldingen een injecterende drugsgebruiker.⁹¹

FIGUUR 4.8 NIEUWE GEVALLEN VAN AIDS ONDER INJECTERENDE DRUGSGEBRUIKERS PER MILJOEN INWONERS IN EEN AANTAL LIDSTATEN VAN DE EUROPESE UNIE, VANAF 1985



Aantallen nieuwe gevallen per diagnosejaar per miljoen inwoners, gecorrigeerd ten opzichte van voorgaande jaren vanwege vertragingen in de rapportage. Meldingen tot en met 31 december 2003. Cijfers over 2003 zijn onvolledig voor Spanje en Italië. Alleen weergegeven zijn trends voor de EU-15 lidstaten die in enig jaar meer dan tien nieuwe gevallen per miljoen inwoners rapporteerden. Bron: EuroHIV, Eurostat.

Internationale vergelijking

- De lidstaten van de EU-15 verschillen onderling in meldingen. Figuur 4.8 geeft de ontwikkeling voor landen die in enig jaar meer dan tien nieuwe aidsgevallen onder injecterende drugsgebruikers per miljoen inwoners rapporteerden. In België, Denemarken, Duitsland, Griekenland, Nederland, Oostenrijk, Finland, Zweden en het Verenigd Koninkrijk steeg het aantal gevallen jaarlijks niet boven de tien per miljoen inwoners.
- Midden jaren negentig noteerden Spanje en Italië veruit de meeste meldingen. Daarna liep het aantal meldingen in die twee landen sterk terug. In Portugal stegen de meldingen vanaf begin jaren negentig, maar vanaf 2000 nam het aantal meldingen weer af. Deze drie lidstaten hebben naar verhouding nog steeds de meeste spuiters met aids, met in 2003 respectievelijk 16, 11 en 33 nieuwe gevallen per miljoen inwoners.³⁶
- In Oost Europa valt het hoge aantal nieuwe aids patiënten onder injecterende drugsgebruikers met name in Letland op. In 1997 werden in dit land geen gevallen van aids gerelateerd aan injecterend drugsgebruik gerapporteerd, terwijl het in 2002 en 2003 naar schatting om 19 gevallen per miljoen inwoners ging.

STERFTE

Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS sterven er in Nederland maar weinig mensen aan de directe gevolgen van opiaatgebruik. Daarbij gaat het meestal om overdosering. Volgens de standaard van het EMCDDA voor het berekenen van de acute drugsterfte worden hierbij alle gevallen meegeteld van niet-opzettelijke en opzettelijke (suicide) vergiftiging en vergiftiging waarvan niet is vastgesteld of deze al dan niet met opzet heeft plaatsgevonden.^{105;106}

Tussen midden jaren negentig en 2001 steeg over de hele linie het aantal geregistreerde sterfgevallen vanwege overdosering, dus niet alleen voor opiaten (figuur 4.9).

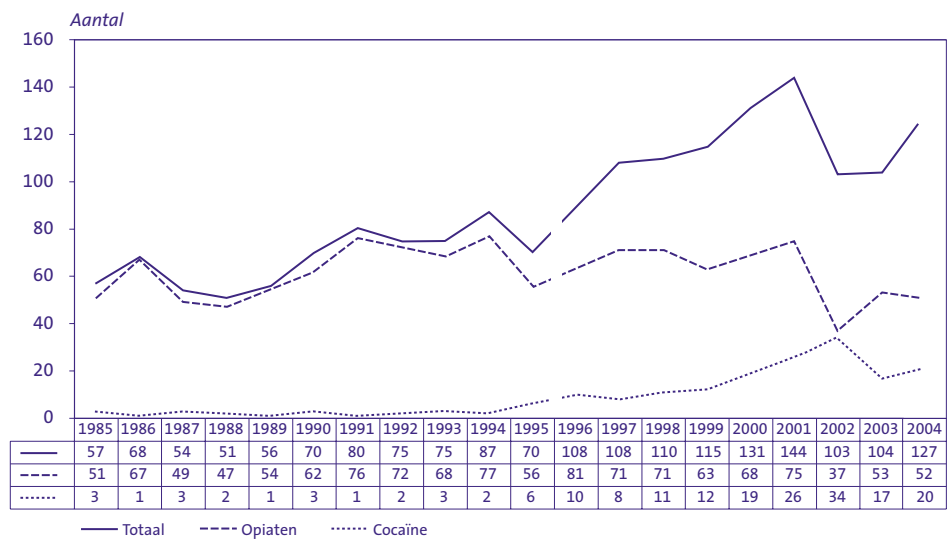
- Deze trend komt voor een deel door de toename in cocaïensterfte (zie § 3.7).
- Daarnaast speelt de overgang van het classificatiesysteem ICD-9 naar ICD-10. Mogelijk worden vanaf 1996 volgens de ICD-10 meer gevallen meegerekend dan in eerdere jaren volgens de ICD-9.

- 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.
- In 2002 zien we een daling van het aantal sterfgevallen. Deze trend heeft zich niet voortgezet in 2003 en 2004.

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

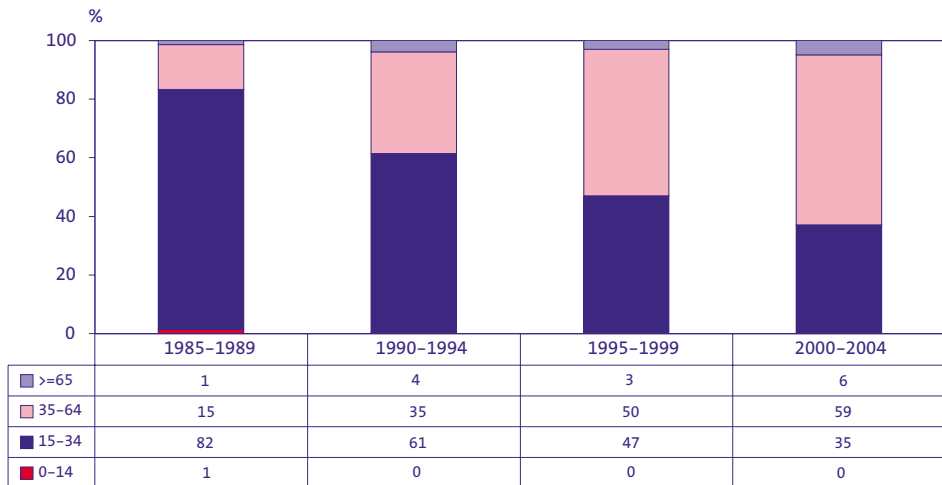
- Tot 2001 schommelde dit aantal sterfgevallen tussen de 47 en 77 gevallen per jaar. De daling in 2002 zette zich de laatste twee jaren niet voort.
- Net als de opiaatgebruikers, worden ook de overdosisslachtoffers steeds ouder. In de jaren 1985 tot en met 1989 was slechts 16 procent van de overledenen ouder dan 34 jaar, vergeleken met 65 procent in de jaren 2000 tot en met 2004 (figuur 4.10).

FIGUUR 4.9 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 4.10 LEEFTIJDVERDELING VAN STERFGEVALLEN DOOR OVERDOSERING VAN OPIATEN IN DE PERIODE 1985-1989, 1990-1994, 1995-1999 EN 2000-2004



Percentage sterfgevallen per leeftijdsgroep. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

Amsterdam

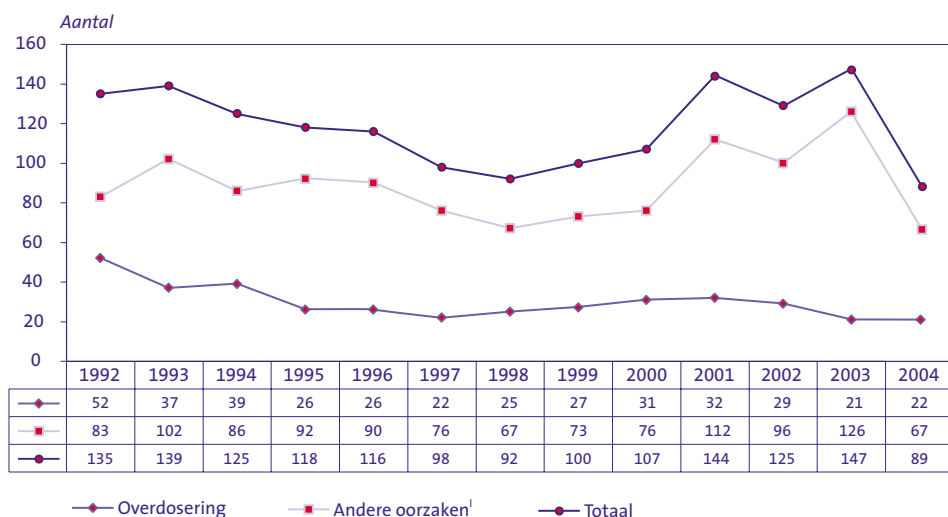
De GGD Amsterdam rapporteert jaarlijks het aantal sterfgevallen onder drugsgebruikers (figuur 4.11). De registratie van overdosissterfte verschilt van de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS doordat ook illegaal verblijvende buitenlanders en toeristen worden meegeteld. Bovendien wordt ook gekeken naar de bij de GGD geregistreerde opiaatgebruikers in Amsterdam die aan een andere oorzaak overlijden.

- In 2004 overleden 22 drugsgebruikers in Amsterdam na een 'overdosering' van drugs, vaak opiaten al dan niet in combinatie met andere middelen. Twee keer was (ook) MDMA in het spel.
- Opiaatcliënten 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 gemiddelde leeftijd van de overleden drugsgebruikers (alle oorzaken) die in Nederland waren geboren (44 in totaal) was 47 jaar. In 2003 was dit nog 51 jaar. De gemiddelde leeftijd van de in het buitenland geboren drugsgebruikers (45 in totaal) was 44 jaar.
- De daling in het aantal geregistreerde sterfgevallen in het begin van de jaren negentig heeft zich in het midden van de jaren negentig niet doorgezet. Sinds 2001 is er een lichte toename in de categorie 'andere' doodsoorzaken (figuur 4.11).

Van 2003 naar 2004 is er een aanzienlijke daling (40%) van het totaal aantal drugsslachtoffers. Als (mogelijke) oorzaken noemt de GGD Amsterdam.⁸⁵

- De daling in sterfte onder drugsgebruikers die met HIV zijn besmet: van 20 gevallen in 2003 naar 7 gevallen in 2004. Dit is waarschijnlijk een gevolg van de afname van de HIV-epidemie en de verbeterde behandeling.
- De steeds verder tanende populariteit van injecterend drugsgebruik en het feit dat drugsgebruikers met een extreem risicovolle levenswijze (waaronder injecteren) reeds zijn overleden.

FIGUUR 4.11 STERFTE ONDER DRUGSGEBRUIKERS IN AMSTERDAM, VANAF 1992



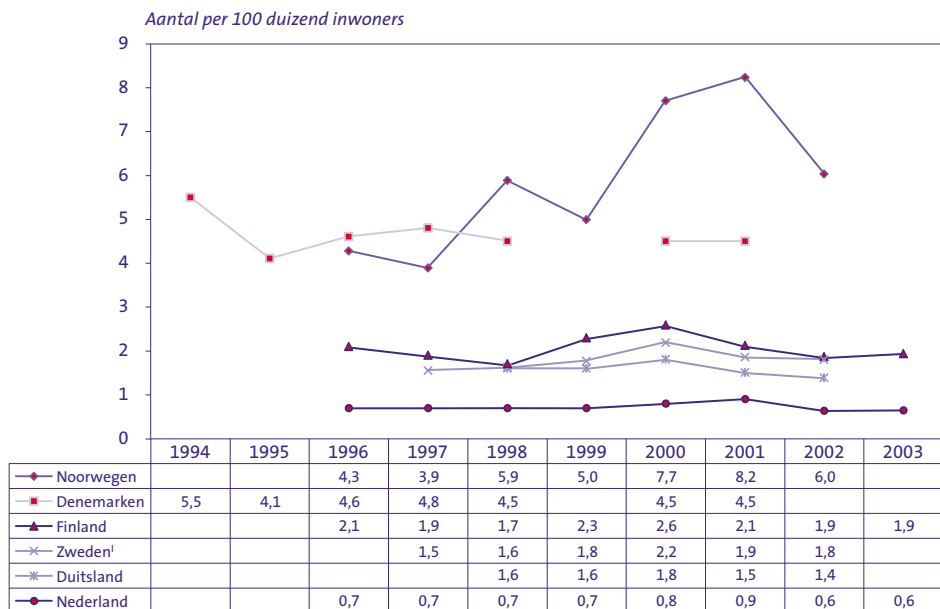
i. Andere doodsoorzaken (zoals endocarditis, sepsis, longaandoeningen, levercirrose, zelfdoding, ongevallen, geweld, aids) van personen die ooit als opiaatgebruiker geregistreerd zijn bij de GGD Amsterdam. Bron: GGD Amsterdam.

Internationale vergelijking

- Jaarlijks sterven in de EU-15 tussen de acht- 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.^{36;37}
- Internationale vergelijking van het aantal 'drugsdoden' wordt bemoeilijkt door verschillen in definitie van dit begrip.
 - Figuur 4.12 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. Nederland staat onderaan.
- Volgens het EMCDDA is er sinds 2000 een daling van het aantal acute sterfgevallen door drugs waarneembaar op Europees niveau. In 2000 registreerden de lidstaten van de EU-15 en Noorwegen samen 8 930 gevallen. In 2002 waren dit er 7 122, een daling van 20 procent. Voorlopige cijfers duiden op een verdere afname in 2003.
- Cijfers uit de nieuwe lidstaten van de EU, voor zover beschikbaar, suggereren een relatief sterke toename vanaf het midden van de jaren negentig tot 2000 van de sterfte door drugs onder drugsgebruikers jonger dan 25 jaar. Dit zou kunnen wijzen op een meer recente (heroïne)epidemie.

FIGUUR 4.12 ACUTE STERFGEVALLEN WEGENS INNAME VAN DRUGS: VERGELIJKING TUSSEN VIJF 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.

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 - worden als ecstasy verkocht, zonder dat de gebruiker zich daar altijd van bewust is.^a 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 polydrugverslaafden. 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 of gerookt.

5.1 LAATSTE FEITEN EN TRENDS

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

- Het percentage ooitgebruikers van ecstasy en amfetamine in de algemene bevolking steeg tussen 1997 en 2001. Actueel gebruik van ecstasy nam toe, vooral onder vrouwen (§ 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 Europese lidstaten behoort het percentage recente ecstasyconsumenten in Nederland tot de hogere regionen (§ 5.5).
- In Amsterdam daalde het percentage gebruikers onder bezoekers van trendy clubs. Landelijk gezien blijft ecstasy nog steeds populair in het uitgaansleven, met name op grote party's, al zijn er signalen voor een matiging van het gebruik (§ 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).

^a Ook stoffen die geheel niet op MDMA lijken worden als ecstasy aangeprezen.

- De stijging in het aantal primaire cliënten met een primair amfetamineprobleem sinds 2001 zette zich tussen 2003 en 2004 voort (§ 5.6).
- Van 2003 naar 2004 nam het aantal opnames in algemene ziekenhuizen waarbij amfetamine(-achtigen) een rol spelen toe (§ 5.6).
- Het aantal geregistreerde acute sterfgevallen na gebruik van ecstasy en amfetamine blijft laag (§ 5.7).
- Gebruik van ecstasy kan een langdurige verstoring geven van hersenfuncties, met name het geheugen, het concentratievermogen en de stemming (§ 5.7).
- Ecstasypillen bevatten tegenwoordig bijna altijd MDMA. Het aandeel pillen met een hoge dosering MDMA nam tussen 2003 en 2004 verder toe (§ 5.8).

5.2 GEBRUIK: ALGEMENE BEVOLKING

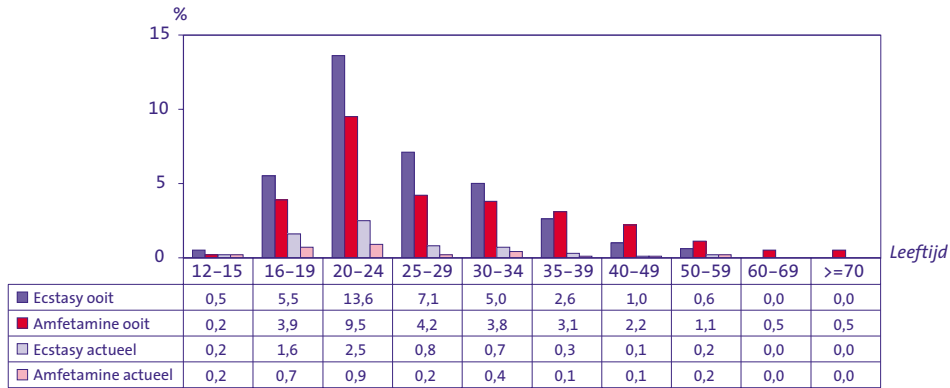
- Het aantal Nederlanders van twaalf jaar en ouder dat ervaring heeft met ecstasy of amfetamine nam toe tussen 1997 en 2001 (tabel 5.1).⁵ De resultaten van de derde peiling, in 2005 verricht door het IVO, komen in 2006 beschikbaar.
- Het percentage actuele gebruikers bleef voor beide middelen ver beneden de één procent.
- In absolute getallen bedroeg in 2001 het aantal actuele gebruikers van ecstasy 67 duizend en het aantal actuele gebruikers van amfetamine 30 duizend. Deze schattingen zijn waarschijnlijk aan de lage kant, omdat probleemgebruikers van harddrugs in de bewuste peiling ondervertegenwoordigd waren.

TABEL 5.1 GEBRUIK VAN ECSTASY EN AMFETAMINE IN NEDERLAND ONDER MENSEN VAN 12 JAAR EN OUDER. PEILJAREN 1997 EN 2001

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

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

FIGUUR 5.1 ECSTASY- EN AMFETAMINEGEBRUIKERS IN NEDERLAND PER LEEFTIJDGROEP. PEILJAAR 2001



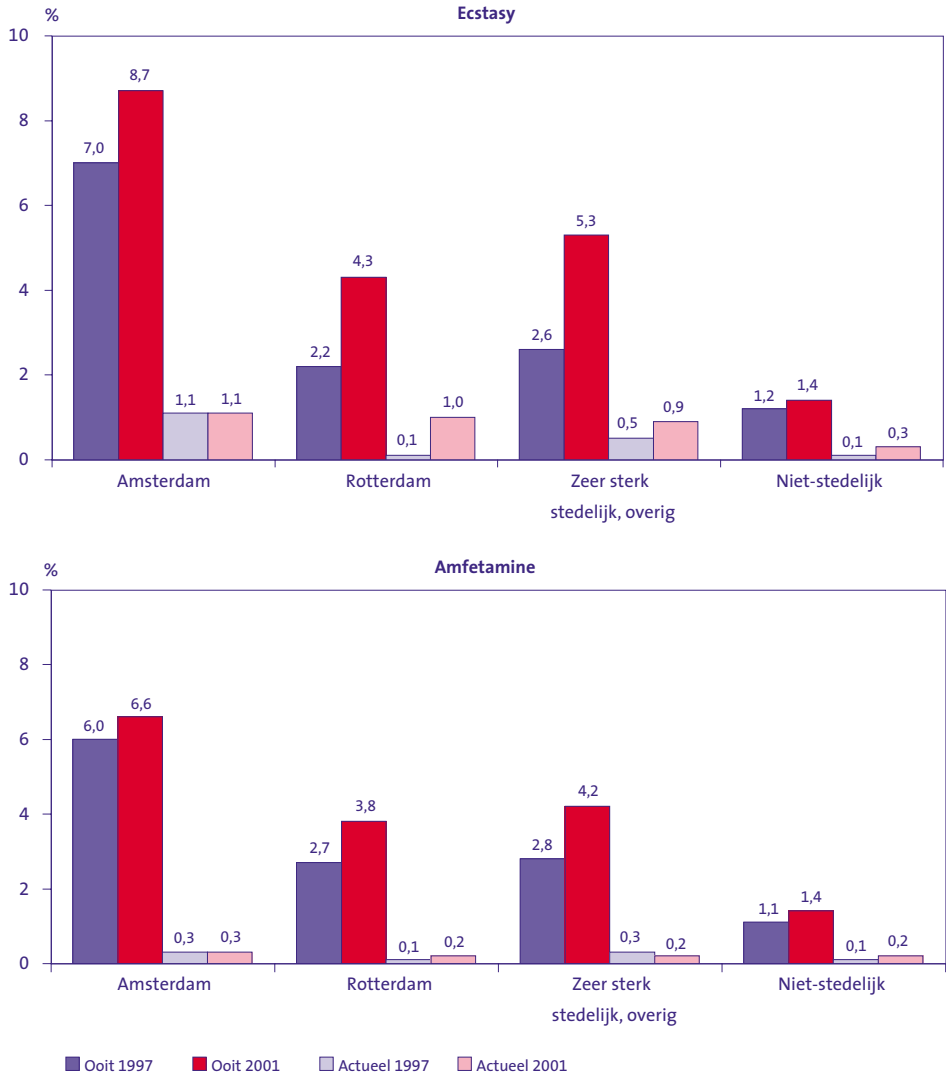
Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand) per leeftijdsgroep. Bron: NPO, CEDRO.

- Ecstasy vindt de meeste aftrek onder jonge volwassenen van 20 tot en met 24 jaar (figuur 5.1). De groei van het aandeel ooitgebruikers was ook het grootst in deze groep: van zes procent in 1997 naar dertien procent in 2001. Het actueel gebruik steeg van ruim één naar bijna drie procent. Ook onder jongeren van 16 tot en met 19 jaar verdubbelde het percentage actuele gebruikers (van 0,8% naar 1,6%).
- Het percentage consumenten van amfetamine vertoonde eveneens een piek onder jonge volwassenen van 20 tot en met 24 jaar (figuur 5.1). In deze groep steeg het ooitgebruik van vier procent in 1997 naar bijna tien procent in 2001. Het actueel gebruik steeg in deze periode van 0,3 naar 0,9 procent.
- De toename van actuele gebruikers van ecstasy en amfetamine was groter onder vrouwen dan mannen. In 2001 waren bijna evenveel vrouwen als mannen een actuele consument.
- In 2001 had bijna een op de drie (30%) ooitgebruikers van twaalf jaar en ouder 25 keer of meer ecstasy geconsumeerd in het leven. In 1997 was dit 25 procent.⁵

DE GROTE STEDEN

Het aandeel gebruikers van ecstasy en amfetamine ligt in de grote steden en andere zeer stedelijke gebieden naar verhouding hoger dan in de rest van Nederland. Amsterdam gaat in beide peiljaren aan kop (figuur 5.2).

FIGUUR 5.2 GEBRUIK VAN ECSTASY (BOVEN) EN AMFETAMINE (ONDER) IN GROTE STEDEN EN IN NIET-STEDELIJK GEBIED ONDER MENSEN VAN 12 JAAR EN OUDER. PEILJAREN 1997 EN 2001



Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand). Definitie (CBS): Overige zeer sterk stedelijke gemeenten: met meer dan 2 500 adressen per vierkante kilometer, met uitzondering van Amsterdam en Rotterdam. Dit zijn: Delft, Den Haag, Groningen, Haarlem, Leiden, Rijswijk, Schiedam, Utrecht, Vlaardingen en Voorburg. Definitie van niet-stedelijke gemeenten: met minder dan 500 adressen per vierkante kilometer. Bron: NPO, CEDRO.

Volgens peilingen van de GG&GD Utrecht bleef het percentage recente ecstasygebruikers in de algemene Utrechtse bevolking in de afgelopen jaren stabiel.⁶

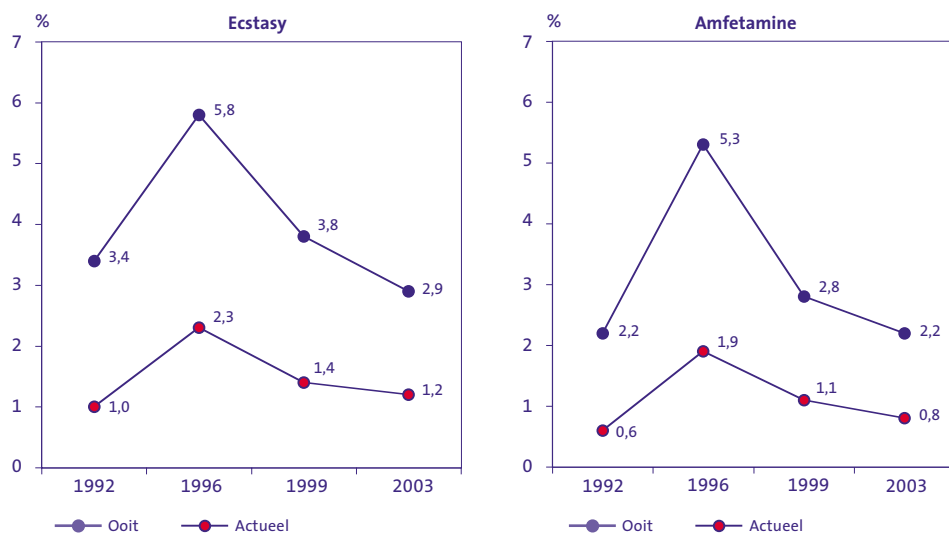
- In zowel 1999 als 2003 had drie procent van de inwoners van 16-54 jaar in het afgelopen jaar ecstasy geconsumeerd.
- Dit patroon was echter afhankelijk van de opleiding van de respondenten. Onder personen met een lage opleiding nam het percentage gebruikers in deze periode toe; onder hoogopgeleiden bleef het gebruik stabiel en bij personen met een gemiddelde opleiding nam het gebruik af.

5.3 GEBRUIK: JONGEREN

SCHOLIEREN

- Van 1992 tot 1996 steeg het percentage gebruikers van ecstasy en amfetamine onder leerlingen van het regulier middelbaar onderwijs.¹³
- 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 5.3).

FIGUUR 5.3 GEBRUIK VAN ECSTASY EN AMFETAMINE ONDER SCHOLIEREN VAN 12 JAAR EN OUDER, VANAF 1992



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

SPECIALE GROEPEN

In bepaalde groepen jongeren bevinden zich naar verhouding meer consumenten 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.

- Volgens wat oudere gegevens komen gebruikers van ecstasy en amfetamine vaker voor onder leerlingen van scholen voor het voortgezet speciaal onderwijs en deelnemers aan spijbelprojecten dan onder 'gewone' scholieren (tabel 5.2). De cijfers moeten echter voorzichtig worden geïnterpreteerd gezien de recente daling in het (ooit)gebruik onder 'reguliere' leerlingen en uitgaande jongeren (zie hieronder).²⁷
- Bij gedetineerde jongeren valt vooral het gebruik van ecstasy en amfetamine voorafgaand aan detentie onder meisjes op.²⁹ Mogelijk gaat het hier om een sterk deviante groep. In vergelijking met drop-out meisjes in dezelfde leeftijdsgroep zijn zij vaker bij geweldsincidenten betrokken, zijn deze incidenten ernstiger en hebben zij tijdens het incident ook vaker zelf alcohol/drugs gebruikt.

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

- Volgens de Amsterdamse Antenne-monitor daalde het percentage actuele ecstasy gebruikers onder bezoekers van trendy clubs van 41 procent in 1998 naar 19 procent in 2003.¹⁶ Het aandeel gebruikers tijdens de uitgaansnacht daalde van 27 naar 8 procent. Per avond slikten zij in 2003 gemiddeld 1,9 pil; dat verschilt niet (significant) van 1998 (2,4 pillen per avond).
- In Den Haag lag het percentage gebruikers van ecstasy onder uitgaande jongeren op hetzelfde niveau als in Amsterdam.²³
- Of de dalende 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 van de risico's van het gebruik, uitzonderingen daargelaten. Op grote megaparty's komt echter een jonger publiek dat meer ecstasy gebruikt dan de doorsnee clubganger, maar ook op party's lijkt sprake te zijn van een stabilisatie van 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.¹⁰⁷ 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 scène.²⁰

- 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.²⁰

TABEL 5.2 GEBRUIK VAN ECSTASY EN AMFETAMINE IN SPECIALE GROEPEN

	Locatie	Peiljaar	Leeftijd (jaar)	Ecstasy		Amfetamine	
				Ooit	Actueel	Ooit	Actueel
Jongeren in voortgezet speciaal onderwijs ^I	Landelijk	1997	12 - 18	9%	4%	7%	3%
School drop-outs ^{II}	Regionaal	2002/2003	14 - 17	20% (j) 16% (m)	9% (j) 3% (m)	12% (j) 14% (m)	3% (j) 0% (m)
Gedetineerde jongeren ^{III}	Regionaal	2002/2003	14 - 17	18% (j) 34% (m)	7% (j) 15% (m)	8% (j) 13% (m)	3% (j) 4% (m)
Jongeren in projecten voor spijbelopvang	Landelijk	1997	12 - 18	30%	15%	25%	9%
Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	2003	Gemiddeld 26	33%	19%	34%	7%
Café-bezoekers ^{III}	Amsterdam	2000	Gemiddeld 25	34%	10%	17%	2%
Uitgaande jongeren	Den Haag	2003	15 - 35	35%	17%	-	-
Zwerfjongeren ^{IV}	Landelijk	1999	15 - 22	55%	18%	47%	10%
	Flevoland	2004	13 - 22	38%	8%	26%	2%
Coffeeshop-bezoekers ^V	Amsterdam	2001	Gemiddeld 25	63%	23%	39%	5%

Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand) per groep. j=jongen; m=meisje. - = niet gemeten. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. I. MLK, LOM, ZMOK. II. Onderzoek in Noord-Holland, Flevoland en Utrecht. Gebruik onder gedetineerde jongeren: in de maand voorafgaand aan detentie. School drop-outs zijn jongeren die in de afgelopen 12 maanden minstens een maand niet naar school zijn geweest, exclusief vakanties. III. Selecte steekproef van jongeren en jonge volwassenen uit mainstream-, studenten-, homo- en hippe cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. IV. Jongeren tot 23 jaar die drie maanden of langer geen vaste verblijfplaats hadden. V. Geringe respons (15%). Referenties: ^{18,24-29}

Amfetamine is minder populair onder uitgaande jongeren dan ecstasy.

- In Amsterdam daalde onder bezoekers van trendy clubs het percentage dat ervaring had met deze drug van 45 procent in 1998 naar 34 procent in 2003. Het percentage actuele gebruikers daalde van 13 procent naar 7 procent.
- 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.²⁰ 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.^{20;22}

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

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

Land		Ecstasy		Amfetamine	
		Ooit	Recent	Ooit	Recent
Noord Ierland	2002/2003	5,9%	1,7%	3,9%	0,8%
Spanje	2001	4,2%	1,9%	3,0%	1,2%
Ierland	2002/2003	3,8%	1,1%	3,0%	0,4%
Nederland	2001	3,6%	1,5%	3,1%	0,6%
Finland	2002	1,4%	0,5%	2,2%	0,5%
Noorwegen	1999	1,3%	0,7%	3,8%	1,2%
België	2001	-	-	2,1%	-
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%

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:^{36;37}

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

Land	Jaar	Leeftijd	Ecstasy		Amfetamine	
			Ooit	Recent	Ooit	Recent
Australië	2004	14 en ouder	7,5%	3,4%	9,1%	3,2%
Engeland en Wales	2003/ 2004	16 – 59	6,9%	2,0%	12,2%	1,5%
Verenigde Staten	2004	12 en ouder	4,6%	0,8%	8,3%	1,2%
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). I. Drugsgebruik is naar verhouding laag in de jongste (12-15 jaar) en oudere leeftijdsgroepen (>64 jaar). Gebruikscijfers in studies met respondenten die jonger en/of ouder zijn dan de EMCDDA-standaard zullen mogelijk lager uitvallen dan cijfers in studies die de EMCDDA-standaard toepassen. Voor studies met een meer beperkt leeftijdsbereik geldt het omgekeerde. Referenties: ^{36-39;42}

ALGEMENE BEVOLKING

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

- Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking. Van invloed is vooral de leeftijdsgroep. Tabel 5.3a geeft gebruikscijfers die zijn (her)berekend volgens de standaard leeftijdsgroep van het EMCDDA (15 tot en met 64 jaar). Gegevens voor de overige landen staan in tabel 5.3b. Voor Europa zijn alleen landen uit de EU-15 en Noorwegen opgenomen. Bijlage F geeft gebruikscijfers voor de overige lidstaten, voor zover beschikbaar.
- Wat betreft het ooitgebruik van ecstasy spannen Australië, Engeland en Wales en Noord-Ierland de kroon met waarden van bijna zes procent of hoger. In Denemarken, Frankrijk, Portugal, Griekenland en Zweden komt het percentage ooitgebruikers niet boven een procent uit. Van de nieuwe lidstaten rapporteren Cyprus en Tsjechoë een relatief hoog percentage met zo'n vier procent (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 en de Verenigde Staten, met een uitschieter van twaalf procent in Engeland en

Wales. 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 1,5 procent tot de hogere regionen. Van de nieuwe lidstaten gaan Tsjechië en Cyprus aan kop met 2,5 procent recente ecstasy gebruikers (bijlage F).

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>		
	1999 <i>Ooit</i>	2003 <i>Ooit</i>	2003 <i>Recent</i>	1999 <i>Ooit</i>	2003 <i>Ooit</i>	2003 <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.

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.⁴¹

- 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. In geen enkel land was meer dan twee procent van de scholieren een actuele gebruiker.
- Van de in tabel 5.4 genoemde landen scoorden Duitsland, Oostenrijk en Denemarken het hoogst op de maat recent gebruik van amfetamine (4 - 5%). Uitschieter waren de Verenigde Staten met 13 procent. Nederland nam samen met Finland, Griekenland, Ierland en Zweden de laagste positie in. In de meeste landen had niet meer dan één procent van de scholieren in het afgelopen jaar nog amfetamine gebruikt, met uitzondering van de Verenigde Staten (2%), Oostenrijk (3%) en Spanje (2%).

5.6 HULPVRAAG

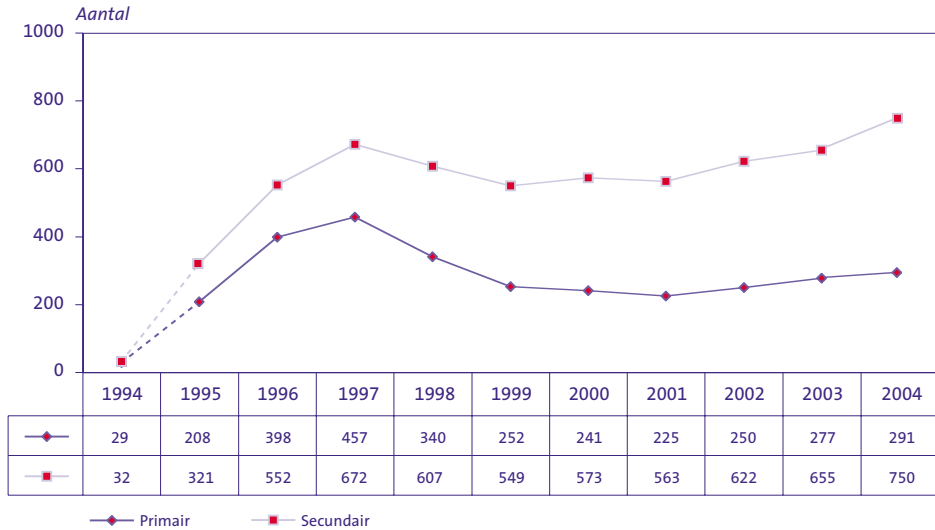
AMBULANTE VERSLAVINGSZORG

Het LADIS registreert hoe vaak mensen hulp vragen bij de (ambulante) verslavingszorg. (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS.)

ECSTASY

- Het aantal cliënten in de (ambulante) verslavingszorg met ecstasy als primair probleem steeg tot 1997 (figuur 5.4). Dit berustte deels op uitbreiding van de registratie. Vanaf 1997 zette een daling in gevolgd door een stabilisatie vanaf 1999. Tussen 2003 en 2004 vond er een stijging plaats van vijf procent.⁹⁰
- Per 100 000 inwoners van 15 jaar en ouder registreerde het LADIS in 2004 twee primaire ecstasycliënten, aanzienlijk minder dan voor de meeste andere drugs (41 voor cannabis, 76 voor cocaïne, 105 voor opiaten).
- Het aandeel van ecstasy in alle hulpvragen voor drugsproblematiek bleef in de afgelopen jaren gering: minder dan 1%.
- In 2004 was ongeveer eenderde (30%) een nieuwkomer bij de (ambulante) verslavingszorg voor een drugsprobleem.
- De meeste ecstasycliënten hadden ook problemen met een andere middel (80%).
- 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 2003 naar 2004 ging het om een toename van 15 procent. In 2004 was voor deze groep van secundaire ecstasycliënten het primaire probleem cocaïne (38%), cannabis (25%), alcohol (15%), of amfetamine (17%).

**FIGUUR 5.4 AANTAL INSCHRIJVINGEN BIJ DE (AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG VANWEGE
PRIMAIRE OF SECUNDAIRE ECSTASYPROBLEMATIEK, VANAF 1994¹**

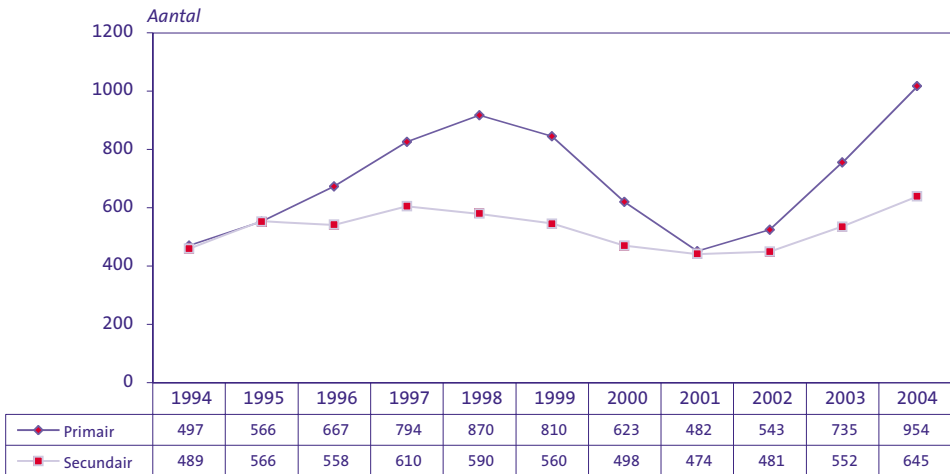


1. In 1994 was de registratie van de ecstasyproblematiek nog niet volledig.

AMFETAMINE

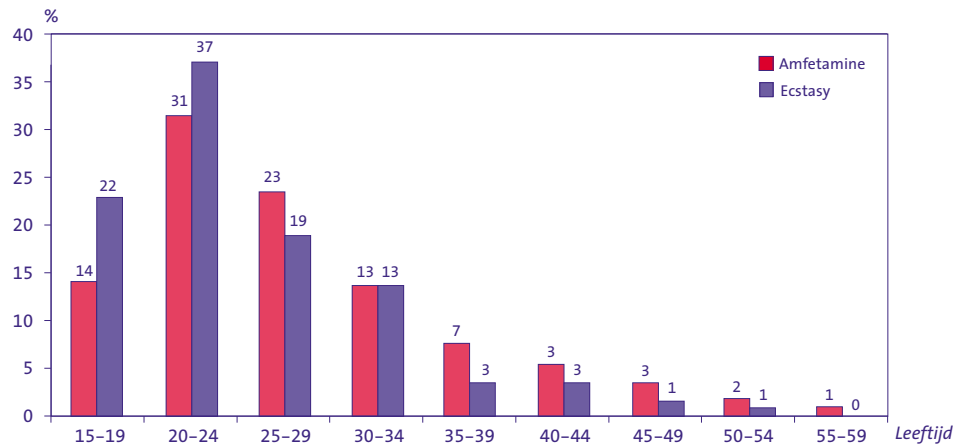
- Het aantal cliënten met amfetamine als primair probleem steeg tot 1998, liep toen terug, maar steeg weer vanaf 2001. Tussen 2003 en 2004 steeg het aantal amfetaminecliënten met 30 procent (figuur 5.5).
- Het aandeel van amfetamine in alle hulpvragen voor drugsproblematiek bleef in al die jaren ondergeschikt (tussen 2 en 3%).
- Per 100 000 inwoners van 15 jaar en ouder registreerde het LADIS in 2004 zeven primaire amfetaminecliënten, meer dan in 1994 of in 2001 (4 in beide jaren).
- Ongeveer eenderde (30 procent) stond in 2004 voor het eerste met een drugsprobleem bij de (ambulante) verslavingszorg geregistreerd.
- De meeste cliënten met een primair amfetamineprobleem rapporteerden ook problemen met een andere middelen (77%).
- Voor ruim zeshonderd cliënten was amfetamine in 2004 een secundair probleem. Dat is een toename van 17 procent vergeleken met 2003. Voor deze groep was het primaire probleem cocaïne of crack (33%), alcohol (24%), cannabis (19%), heroïne (13%), of ecstasy (7%).

**FIGUUR 5.5 AANTAL INSCHRIJVINGEN BIJ DE (AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG VANWEGE
PRIMAIRE OF SECUNDAIRE AMFETAMINEPROBLEMATIEK, VANAF 1994**



Bron: LADIS, IVZ.

**FIGUUR 5.6 LEEFTIJDVERDELING VAN PRIMAIRE ECSTASY- EN AMFETAMINECLIËNTEN BIJ DE
(AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG. PEILJAAR 2004**



Percentage per leeftijdsgroep. Bron: LADIS, IVZ.

LEEFTIJD EN GESLACHT

Ecstasy

- In 2004 waren zeven op de tien primaire ecstasycliënten man (70%). Het aandeel vrouwen is groter dan voor cannabis, cocaïne en opiaten (18-20%). Tussen 2000 en 2004 steeg het percentage vrouwen van 19 naar 30 procent.
- De gemiddelde leeftijd van de primaire ecstasycliënten was 25 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 2004 was driekwart van de primaire amfetaminecliënten (76%) man. Het aandeel vrouwen steeg iets van 21 procent in 2000 naar 24 procent in 2004.
- De gemiddelde leeftijd is 28 jaar, iets hoger dan de ecstasycliënten. De piek ligt ook in de leeftijdsgroep 20-24 jaar (figuur 5.6).

INTRAMURALE VERSLAVINGSZORG

- Er zijn sinds 1997 geen landelijke gegevens meer beschikbaar over de hulpvraag bij de intramurale verslavingszorg. Het is de bedoeling dat deze gegevens beschikbaar zullen komen uit Zorgis, het informatiesysteem voor de GGZ.

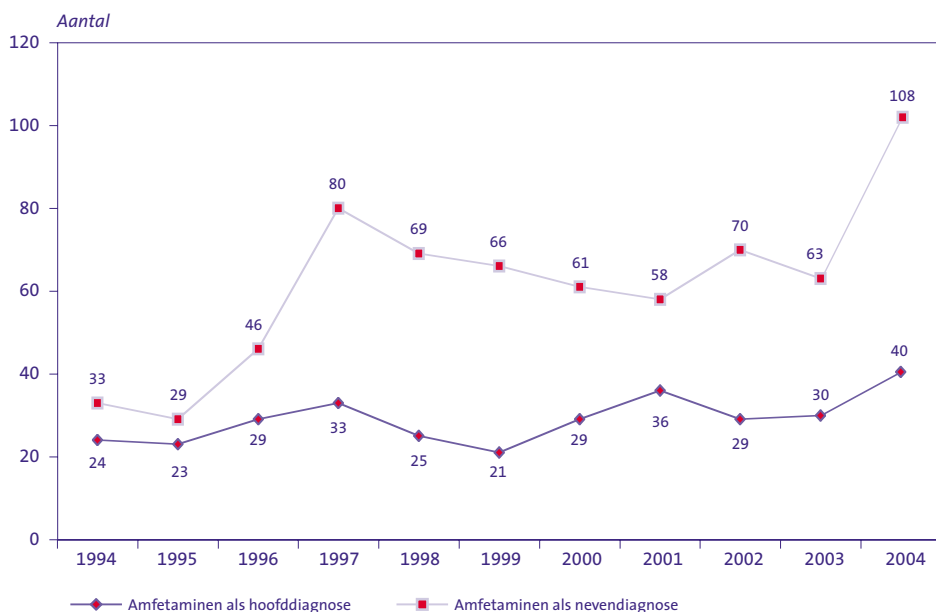
ALGEMENE ZIEKENHUIZEN; INCIDENTEN

De LMR registreert jaarlijks weinig opnames in algemene ziekenhuizen met amfetamineproblematiek, inclusief andere psychostimulantia zoals ecstasy, als hoofddiagnose (figuur 5.7).

- In 2004 ging het om 40 opnames ofwel negen procent van alle hoofddiagnoses voor drugs. De meeste (88%) opnames hadden betrekking op misbruik; 13 procent op afhankelijkheid van amfetaminen.
- Iets vaker werden deze aandoeningen als neventdiagnose gesteld (108 in 2004). Tussen 2003 en 2004 stijgt het aantal neventdiagnoses met 71 procent. De hoofdziektes of hoofdstoornissen die bij de neventdiagnoses amfetaminemisbruik en -afhankelijkheid werden gesteld liepen sterk uiteen. De meest voorkomende hoofddiagnoses bij deze neventdiagnoses waren:
 - psychose (13%)
 - misbruik of afhankelijkheid van alcohol (12%)
 - misbruik of afhankelijkheid van drugs (10%)
 - ongevallen (11%)
 - hart- en vaatziekten (9%)
 - ziekten van de ademhalingswegen (8%)
 - vergiftiging (8%).

- Dezelfde persoon kan meer dan eens per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één nevensdiagnose worden gesteld. Gecorrigeerd voor dubbelstellingen ging het in 2004 om 128 personen. Zij werden in dit jaar minstens één keer opgenomen met misbruik of afhankelijkheid van amfetaminen als hoofd- of nevensdiagnose. Hun gemiddelde leeftijd was 31 jaar; 68 procent was man.
- De LMR registreerde in 2004 geen gevallen van onopzettelijke vergiftiging met amfetaminen als nevensdiagnose (ICD-9 code E854.2).

FIGUUR 5.7 KLINISCHE OPNAMES IN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN GERELATEERD AAN AMFETAMINE-MISBRUIK EN -AFHANKELIJKHEID, VANAF 1994



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

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

- In 2004 was ecstasy 59 keer reden voor een aanvraag van hulp, een stijging van 51 procent ten opzichte van 2003. Een uitschieter was het jaar 1996, met 66 aanvragen (tabel 5.5).
- In twee derde van de gevallen (63%) was vervoer naar het ziekenhuis nodig, meer dan bij cannabis (35%).

- In het Onze Lieve Vrouwengasthuis in Amsterdam waren in 2000 de meest voorkomende klachten bij incidenten gerelateerd aan ecstasy hartkloppingen en bewustzijnsverlies, 'onwel voelen' en angst. Bewustzijnsverlies trad alleen op bij mensen die ecstasy namen samen met alcohol en/of GHB.⁴³

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

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

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 relatief klein en tussen 1996 en 2002 gedaald.¹⁰⁸

- Van 1996 tot en met 2002 heeft Stichting Educare op 134 feesten hulp verleend aan in totaal 15 duizend mensen.
- Het aandeel feestgangers dat zich met gezondheidsproblemen meldde bij de EHBO daalde in deze periode van 1,2 naar 0,8 procent.
- Over de jaren speelden amfetamine en ecstasy bij deze incidenten een steeds kleinere en alcohol een steeds grotere rol.
 - Het aandeel amfetaminegerelateerde incidenten op alle middelengerelateerde incidenten daalde van 17 procent in 1996 naar 2 procent in 2002.
 - Voor ecstasy registreerde Stichting Educare een daling van 47 procent naar 20 procent.
 - Tegenover deze dalende trend voor drugs stond een stijging van alcoholgerelateerde gezondheidsklachten van 4 naar 17 procent.
- Bij zowel ecstasy- als amfetaminegebruikers ging het om overwegend lichte klachten, zoals geheel onwelbevinden, hoofdpijn, misselijkheid en duizeligheid.
- Recente waarnemingen van gezondheidswerkers die actief zijn op party's bevestigden de dalende trend in incidenten gerelateerd aan ecstasy. Daar staat tegenover dat het aantal incidenten vanwege gecombineerd gebruik van ecstasy en alcohol lijkt toe te nemen, maar cijfers ontbreken.^{20;22}

Het Nationaal Vergiftigingen Informatiecentrum van het RIVM registreerde een verdere toename van informatieverzoeken vanwege ecstasy en amfetamine-achtigen.⁴⁴

- In 2004 ging het om 297 informatieverzoeken, op een totaal van bijna 1 300 informatieverzoeken vanwege drugs. In 2000 en 2003 waren dat er respectievelijk 206 en 255.

5.7 ZIEKTE EN STERFTE

ZIEKTE

De laatste stand van wetenschap geeft aan dat ecstasygebruik een langdurige verstoring kan geven van hersenfuncties, met name het geheugen, het concentratievermogen en de stemming.¹⁰⁹

- 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 schade aan serotonerge zenuwen in de hersenen, maar ook het gebruik van andere middelen naast ecstasy kan een rol spelen.
- 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 suggereren niet dat kortdurend of eenmalig gebruik aanleiding geeft tot ernstige schade en vermindering van hersenfuncties op langere termijn.¹¹⁰ De deelnemers aan dit onderzoek hadden gemiddeld 1,8 pillen geslikt. Zij werden gemiddeld acht weken na de laatste inname getest. Acht op de tien hadden niet meer dan een pil per gelegenheid geslikt. Geen van de deelnemers had meer dan twee pillen per gelegenheid genomen.

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 en in 2004 vijf (ICD-10 codes F15, X41*, X61*, Y11* [* samen 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 bij de drugssterfte, althans voor zover gegevens beschikbaar zijn.³⁶

- In 2003 zijn gevallen gerapporteerd in Oostenrijk (1x), Tsjechië (1x), Frankrijk (8x), Duitsland (10x) en Portugal (2% van de sterfgevallen). In het Verenigd Koninkrijk stond in 2002 ecstasy 75 keer genoemd op het doodsoorzakencertificaat.
- Ecstasy was vaak niet het enige middel. Andere factoren die mogelijk een rol speelden bij deze sterfgevallen zijn oververhitting, waterintoxicatie of een onderliggende ziekte.

TABEL 5.6 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
MDMA	44,6%	75,2%	82,0%	89,5%	91,4%	88,7%	91,2%	89,4%
MDEA	8,2%	1,3%	1,4%	0,9%	1,2%	0,4%	0,5%	0,2%
MDA	1,5%	2,2%	2,8%	2,0%	0,7%	1,4%	0,9%	1,9%
Combinatie MDMA, MDA en/of MDMA	2,6%	1,6%	1,0%	3,0%	3,0%	1,7%	2,7%	4,6%
Combinatie MDMA, MDA en/of andere psychoactieve stof ¹	9,0%	4,3%	3,3%	1,2%	0,9%	3,7%	2,1%	1,4%
<i>Pillen zonder MDMA, MDEA en/of MDA:</i>								
Amfetamine ^{II}	15,5%	6,5%	3,9%	0,9%	1,0%	1,7%	1,0%	0,3%
Methamfetamine						0,3%	0,3%	0,1%
Andere psychoactieve stof ^I	14,7%	4,5%	2,7%	1,6%	1,2%	1,3%	0,7%	1,7%
Geen psychoactieve stof	3,9%	4,3%	2,9%	0,8%	0,5%	0,8%	0,8%	0,7%
Total aantal geanalyseerde pillen	2 434	2 713	2 306	2 497	2 402	2 149	2 187	1 985

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

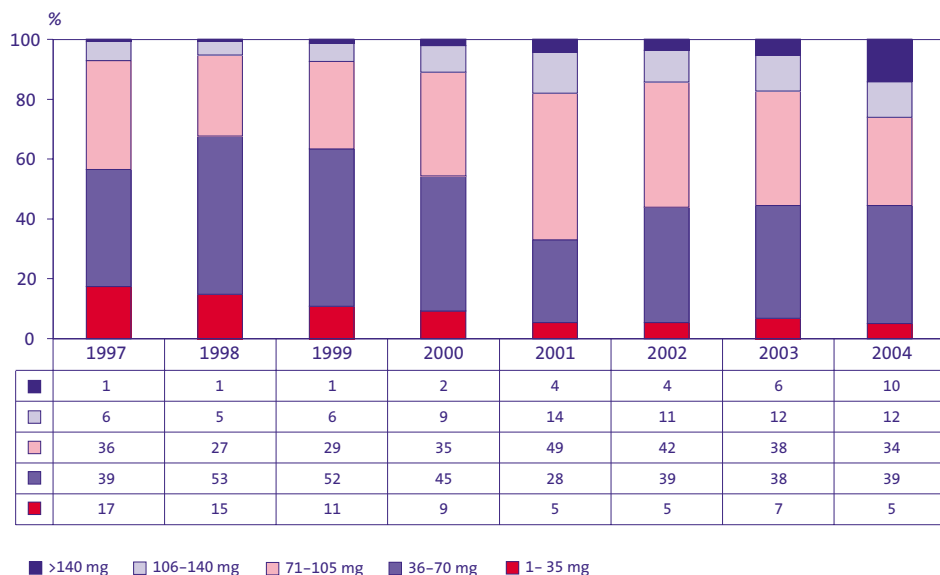
5.8 AANBOD EN MARKT

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) gaat na 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 drugmarkt is niet bekend.

SAMENSTELLING ECSTASYPILLEN

FIGUUR 5.8 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.

Tabel 5.6 geeft het percentage van de in het laboratorium geanalyseerde 'ecstasy'pillen die MDMA en/of een andere stof bevatten.

- In de afgelopen jaren 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.
- In 2004 bevatte 96 procent van de 'ecstasy' pillen daadwerkelijk MDMA, MDEA of MDA, of een combinatie daarvan.
- In dit jaar was de gemiddelde hoeveelheid MDMA in ecstasypillen 82 mg, iets meer dan in 2003 (78 mg). De hoogst gemeten dosering was 225 mg. Figuur 5.8 laat zien dat het aandeel ecstasypillen met een hoge dosering MDMA (meer dan 140 mg) toenam van één procent in 1997 en 1998 naar zes procent in 2003 en tien procent in 2004.

OVERIGE STOFFEN

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

- Een aantal stoffen in tabel 5.7 is anno 2004 vrijwel van de markt verdwenen.
- Soms leidde het aantreffen van risicovolle stoffen tot een waarschuwingcampagne: atropine (in 1997/1998 en eind 2004, zie ook § 3.8), DOB (in 1999), strychnine (in 2000) en een pil met hoge dosering PMA (in 2001).
- Het voormalige narcosemiddel GHB wordt nog regelmatig bij DIMS aangeboden. GHB is de afgelopen jaren in bepaalde kringen populair geworden. In de Randstad zijn aanwijzingen dat de interesse in dit middel al weer aan het afnemen is.^{16;22} In andere delen van het land, met name het Noorden zou sprake zijn van een stijgende trend.²⁰
- Ketamine is in 2004 iets vaker aangetroffen dan in voorgaande jaren. Er schijnt op internetfora meer interesse voor dit middel te zijn, maar de geringe beschikbaarheid lijkt een beperkende factor te zijn voor het gebruik.²⁰ Harde cijfers ontbreken.

TABEL 5.7 AANTAL MONSTERS MET OVERIGE PSYCHOACTIEVE STOFFEN

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
2C-B	317	12	25	12	11	2	15	5
4-MTA	9	16	8	6	1	5	0	1
Atropine	128	52	0	1	0	0	0	3
GHB/GBL	50	16	24	36	102	72	72	98
DOB	1	15	26	5	5	0	0	2
Ketamine	0	16	1	2	1	2	3	19
MBDB	113	12	0	0	0	0	0	1
PMA/(PMMA) ¹				1	8	0	0	0
Strychnine				1	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 2003 ging het om 393 poeders en in 2004 om 490 poeders.

- Het merendeel (92%) bevatte (ook) amfetamine; twee procent bevatte alleen methamfetamine. Methamfetamine is sterker en werkt langer dan amfetamine.
- Het gemiddelde gehalte amfetamine was 35 (gewichts)procent.
- Het aandeel monsters waarin cafeïne werd aangetroffen steeg van 32 procent in 2002 naar 54 procent in 2003 en 58 procent in 2004.

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.²⁰
- Consumenten die pillen bij DIMS lieten testen betaalden in 2003 tussen 1 en 7,5 euro per pil met een gemiddelde van 3,50 euro.

6 ALCOHOL

Alcohol ontstaat uit het vergisten van granen en vruchten. Alcohol wordt gedronken in de vorm van bier, wijn of sterke drank (gedistilleerd). Een glas bier, een glas wijn en een borrel sterke drank bevatten ongeveer evenveel alcohol.

In sociale situaties ervaren consumenten alcohol als ontspannend en bevorderlijk voor een goede stemming. In minder sociale situaties kan alcohol een agressieve stemming versterken. Alcohol is een verslavende stof. Bij regelmatig gebruik treedt gewenning op en tolerantie. Bovenmatig gebruik van alcohol kan leiden tot verschillende ziektes, met name leverziekten, hart- en vaatziekten, 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 2004 stabiel (§ 6.2).
- Het alcoholgebruik onder scholieren nam tussen 1999 en 2003 toe, met name onder jonge meisjes tussen de twaalf en veertien jaar (§ 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 2004 (§ 6.6).
- Ook registratiegegevens van algemene ziekenhuizen laten in 2004 een verdere toename zien van het aantal opnames waarbij een aan alcohol gerelateerde aandoening een rol speelt (§ 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 sinds 2001 vrij stabiel (§ 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 2004 drinken ruim vier op de vijf personen (81%) van 12 jaar en ouder 'wel eens alcohol'. In 2000 was dit 84 procent. Het aandeel drinkers is al jaren vrij stabiel.¹¹¹
- In 1997 en 2001 vonden peilingen plaats van het Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO), uitgevoerd door het Amsterdamse instituut CEDRO. De resultaten van de derde peiling, in 2005 verricht door het IVO, komen in 2006 beschikbaar. De NPO-peilingen (zie bijlage B) bevestigen de alomtegenwoordigheid van alcohol in de maatschappij.⁵

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

Bron: Productschap Dranken; Productschap Wijn.^{112;113}

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. Vanaf 2001 is echter opnieuw sprake van een lichte daling in de alcoholconsumptie.

- Per hoofd van de bevolking werd in 2004 7,9 liter pure alcohol geconsumeerd, evenveel als in 2003.
- De consumptie van gedistilleerd en bier daalde enigszins in 2004. De consumptie van wijn nam iets toe.
- De afzet van premixen is na de sterke daling in 2003 (met een derde ten opzichte van 2002) gestabiliseerd in 2004.
- Per persoon dronken we in 2004 78 liter bier, 21 liter wijn en vier liter gedistilleerd

SPECIALE GROEPEN

- Uit onderzoek in Amsterdam (2004) blijkt dat veel minder Marokkanen en Turken drinken dan autochtone Nederlanders.^{a 114}
 - 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.¹¹⁵
 - 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.
- 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.⁷
- 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.¹¹⁶

^a De GGD Amsterdam hanteert hier voor etnische achtergrond de definitie van BiZa/VNG: zie bijlage A.

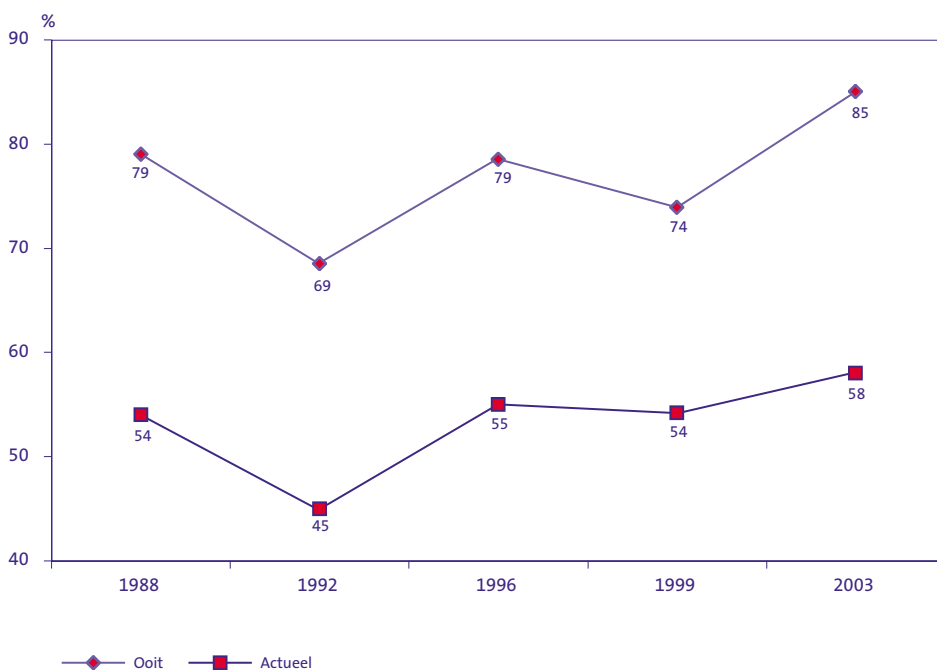
- Door 38 procent wordt wel eens aansluitend op werktijd alcohol gedronken en twaalf procent doet dit wekelijks. In de horeca wordt het meest aansluitend op werktijd gedronken (31% wekelijks), in de gezondheids- en welzijnszorg en het openbaar bestuur het minst (respectievelijk 5% en 4% wekelijks).¹¹⁶

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.

FIGUUR 6.1 GEBRUIK VAN ALCOHOL ONDER SCHOLIEREN VAN 12 JAAR EN OUDER, VANAF 1988



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

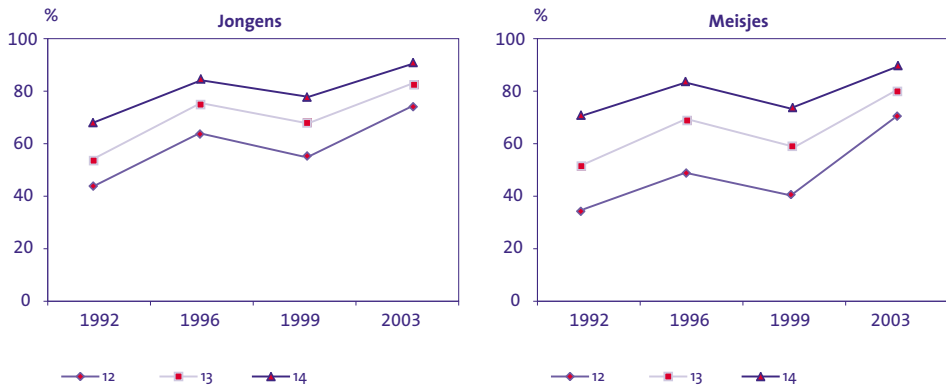
Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.¹³

- 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).¹³
- In 2003 had 58 procent van de ondervraagde leerlingen in de maand voor de peiling nog alcohol gedronken, ongeveer evenveel als in 1999.

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.¹³
 - 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 LIFETIME ALCOHOLGEBRUIK IN HET VOORTGEZET ONDERWIJS NAAR LEEFTIJD EN GESLACHT, VANAF 1992.



Percentage drinkers ooit in het leven. Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.¹³

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%)^b. Leerlingen van Surinaamse herkomst nemen een tussenpositie in (47%).¹³
- De hoeveelheid die per keer gedronken wordt verschilt echter niet tussen etnische groeperingen.¹⁷

ALCOHOL, ROKEN EN PROBLEEMGEDRAG

- Alcoholgebruik gaat vaak gepaard met roken. In 1999 had een kwart (26%) van alle leerlingen (12-16 jaar) de afgelopen maand gerookt. Onder alcoholgebruikers was dit 42 procent.¹⁸
- 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.¹⁹
- Onder jongeren van 12 en 13 jaar hangt wekelijks alcoholgebruik ook samen met somatische klachten en angst- en depressieve klachten.

^b Voor de definitie van etnische achtergrond: zie bijlage A.

SPECIALE GROEPEN JONGEREN

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen komt alcoholgebruik veel voor.

- Tijdens de vakantie wordt veel gedronken. 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.¹²⁰
- Jongeren in een spijbelopvangproject in Amsterdam zijn vaker actuele drinkers (ruim 50%) dan hun leeftijdgenoten die niet spijbelen maar naar school gaan (40%).¹⁶
- Uit een onderzoek in vijf gemeenten in Nederland (Amsterdam, Breda, Hilversum, Tilburg en Zaanstad) blijkt dat één op de tien zwerfjongeren dagelijks alcohol drinkt.²⁴
- 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.¹²¹

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 2003 dronk een vijfde van de uitgaande jongeren van dertien jaar tijdens het stappen alcoholhoudende dranken, tweederde van de veertien- en vijftienjarigen en negen van de tien zestien- en zeventienjarigen. Deze percentages zijn voor de dertien- tot en met vijftienjarigen lager dan in 2001.¹²²
- Negen van de tien Haagse uitgaande jongeren (15-35 jaar) hebben de afgelopen maand alcohol gedronken en zes op de tien in de afgelopen week.²³
- 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.²³
- In Amsterdam drinkt eenderde van zowel de cafébezoekers, de coffeeshopbezoekers als de bezoekers van trendy clubs dagelijks alcohol of een paar keer per week minstens vier of vijf glazen per keer.^{16;18;123}

Volgens observaties van sleutelfiguren uit kwalitatief panelonderzoek lijkt het alcoholgebruik onder jongeren in ieder geval niet te dalen.^{19;20;124} De panelleden schetsen voor 2004 en 2005 het volgende beeld:

- Er wordt vaker thuis ingedronken. Over het algemeen lijken het vooral jeugdigen te zijn die voor het stappen gaan indrinken om kosten te besparen.

- Jongeren lijken op steeds jongere leeftijd te beginnen met het drinken van alcohol.
- Tijdens de uitgaansavonden worden er soms flinke hoeveelheden geconsumeerd. Dit ‘binge- drinken’ is in veel gevallen tot norm verheven. Meer dan tien glazen op een uitgaansavond zijn schattingen aan de lage kant.
- Wat er gedronken wordt verschilt per scène. Zo wordt er op een hardcore avond voornamelijk bier gedronken en op een urban avond relatief veel cognac, whisky en champagne.
- De premix drankjes zijn weer minder in trek (behalve voor de zeer jeugdigen). Er wordt meer bier gedronken en de cocktails maken een opmars.

TABEL 6.2 ALCOHOLGEBRUIK ONDER UITGAANDE JONGEREN

<i>Populatie</i>	<i>Locatie</i>	<i>Peiljaar</i>	<i>Maat voor alcoholgebruik</i>	<i>Leeftijd (jaar)</i>	<i>Percentage</i>	
Uitgaande jongeren algemeen	Landelijk	2003	afgelopen jaar	13	18%	
				14-15	64%	
				16-17	89%	
				2001	13	39%
				14-15	74%	
Uitgaande jongeren algemeen	Den Haag	2003	afgelopen maand afgelopen week	15-35	88%	
				60%		
				Hiphop/Rap/R&B	75%	
				Pop/Rock	88%	
Cafébezoekers	Amsterdam	2000	dagelijks of paar keer per week minstens vier of vijf glazen per keer	gemiddeld 25 jaar	33%	
				Coffeshop-bezoekers	Amsterdam	2001
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: ^{16;18; 23;122; 123}

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 2004 twaalf 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 en 11 procent in 2003.
- Het betrof in 2004 vier keer zoveel mannen als vrouwen.
- Jongeren tussen de 18 en 24 jaar scoren het hoogst op deze maat. In 2004 was het percentage zware drinkers onder jonge mannen 39 procent en onder jonge vrouwen negen procent (tabel 6.3). Dit is iets 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 2004

	<i>Man</i>	<i>Vrouw</i>	<i>Totaal</i>
12-17 jaar	7%	3%	5%
18-24 jaar	39%	9%	23%
25-34 jaar	23%	6%	14%
35-44 jaar	18%	4%	11%
45-54 jaar	22%	6%	14%
55-64 jaar	21%	5%	13%
65-74 jaar	14%	1%	8%
75 jaar en ouder	2%	1%	1%
Totaal: 12 jaar en ouder	20%	5%	12%

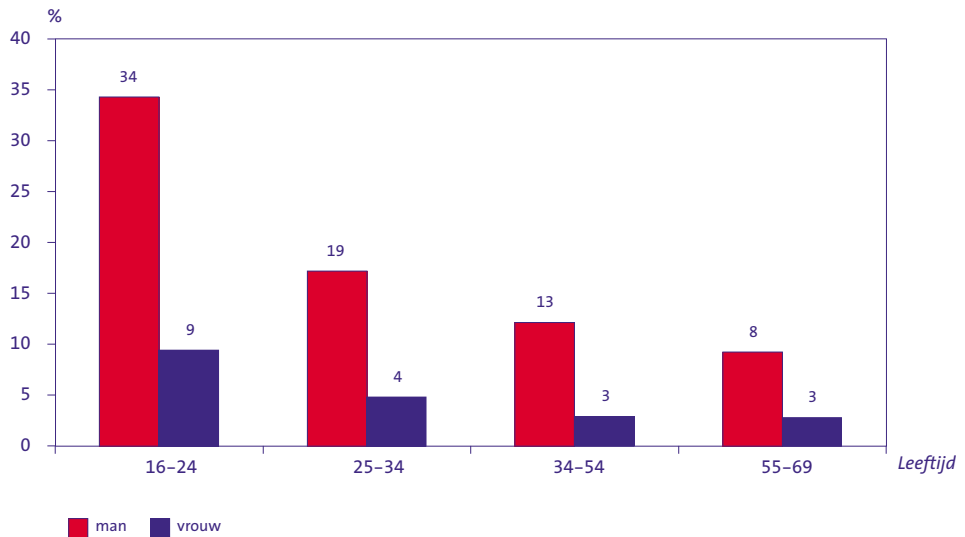
Percentage mensen dat op één of meer dagen per week zes of meer glazen alcohol drinkt. Bron: POLS, CBS.

PROBLEEMDRINKEN

Probleemdrinkers zijn mensen die niet alleen boven een bepaalde drempelwaarde drinken, maar daarnaast allerlei nadelige gevolgen van hun alcoholconsumptie rapporteren.

- In 2003 was tien procent van de Nederlandse bevolking van 16 - 69 jaar een probleemdrinker, meer mannen (17%) dan vrouwen (4%).¹²⁵
- 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).

FIGUUR 6.3 PERCENTAGE PROBLEEMDRINKERS NAAR LEEFTIJD EN GESLACHT. PEILJAAR 2003



Bron: Universiteit Maastricht.¹²⁵

ALCOHOLMISBRUIK EN -AFHANKELIJKHEID

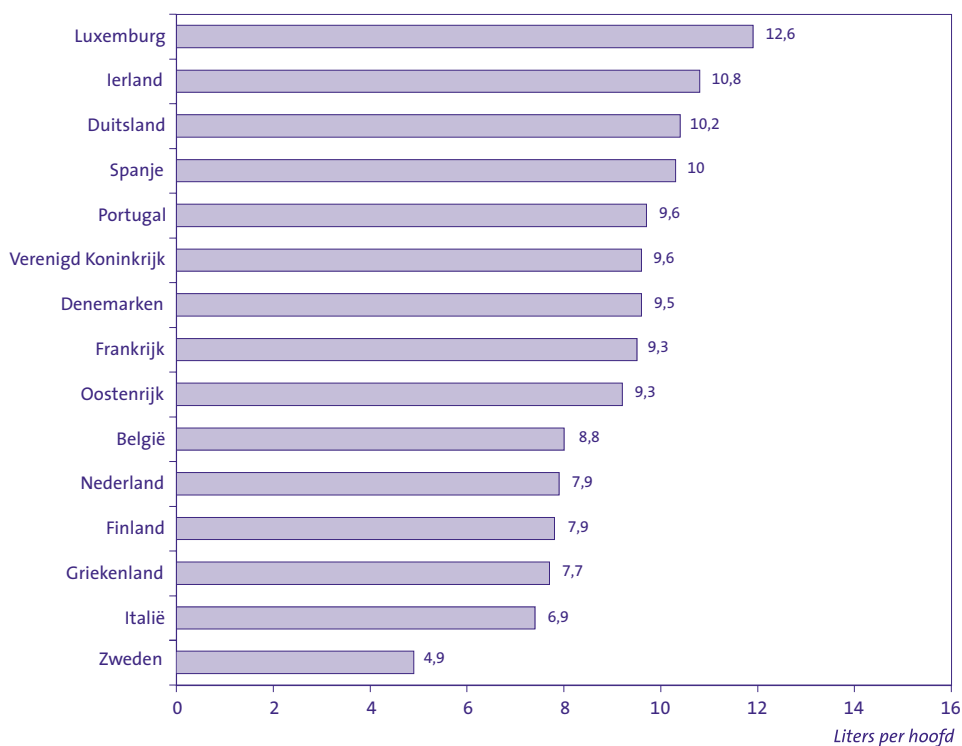
- Volgens gedateerde gegevens van het Nemesis-onderzoek uit 1996 voldeed acht procent van de Nederlandse bevolking van 18-64 jaar aan de diagnostische criteria voor alcoholafhankelijkheid of alcoholmisbruik (alcoholmisbruik 4,6% en alcoholafhankelijkheid 3,7%). Omgerekend naar absolute getallen gaat het op jaarbasis om 820 duizend personen, ongeveer 4,5 keer meer mannen dan vrouwen.³¹
- 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.¹²⁶

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.¹²⁷

- 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

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.

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.¹²⁸

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%	36%
Oostenrijk	-	48%	-	21%	-	21%
Nederland	37%	45%	20%	25%	8%	6%
Verenigd Koninkrijk	47%	43%	16%	17%	29%	27%
Ierland	40%	39%	16%	16%	25%	30%
Duitsland	-	37%	-	11%	-	12%
België	-	36%	-	20%	-	7%
Griekenland	42%	35%	13%	13%	4%	3%
Italië	17%	24%	7%	12%	2%	5%
Frankrijk	20%	22%	8%	7%	4%	3%
Finland	20%	20%	1%	2%	28%	26%
Zweden	19%	17%	2%	1%	19%	17%
Noorwegen	16%	15%	3%	3%	16%	14%
Portugal	15%	14%	6%	7%	4%	3%
Verenigde Staten	16%	12%	5%	4%	11%	7%

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

JONGEREN

In het ESPAD-onderzoek onder scholieren van vijftien en zestien jaar is gevraagd naar het gebruik van alcohol en de frequentie van dronkenschap.⁴¹

- 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 jongeren tussen veertien en zeventien jaar werd vergeleken tussen Nederland en Frankrijk bleek het volgende:¹²⁹

- 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.
- De kans op alcoholgerelateerde problemen is in Frankrijk twee tot acht maal groter dan in Nederland.

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. (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS.) In 2004 stonden er 29 518 personen geregistreerd bij de (ambulante) verslavingszorg met als primaire problematiek alcoholgebruik.⁹⁰ Dit is naar schatting drie procent van het aantal probleemdrinkers.

- Het absolute aantal cliënten met een primair alcoholprobleem in de (ambulante) verslavingszorg is tussen 1994 en 2004 met bijna 50 procent toegenomen

(figuur 6.5). Van 2003 naar 2004 ging het om een toename van tien procent. Mogelijk is deze toename het effect van het Actieplan Alcohol van de instellingen voor verslavingszorg van GGZ Nederland.¹³⁰

- Per 100 000 inwoners van 15 jaar en ouder steeg het aantal primaire cliënten van 27 in 1994 naar 34 in 2004.
- 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 46 procent in 2004.
- In 2004 was bijna een kwart (23%) van de primaire cliënten een nieuwkomer. Zij stonden niet eerder ingeschreven bij de (ambulante) verslavingszorg vanwege een alcoholprobleem.
- Voor twee derde van de primaire alcoholcliënten was alcohol het enige probleemmiddel (68%). Een op de drie rapporteerde een bijmiddel (32%).
- Het aantal cliënten van de (ambulante) verslavingszorg dat alcohol als secundair probleem noemt is eveneens gestegen tussen 1994 en 2004 (figuur 6.5). In 2004 is het aantal secundaire alcoholcliënten met acht procent toegenomen vergeleken met het jaar 2003. Voor deze groep is cocaïne (45%), heroïne (19%), of cannabis (19%) het primaire probleem.

FIGUUR 6.5 AANTAL CLIËNTEN BIJ DE (AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG MET PRIMAIRE OF SECUNDAIRE ALCOHOLPROBLEMATIEK, VANAF 1994



Bron: LADIS, IVZ.

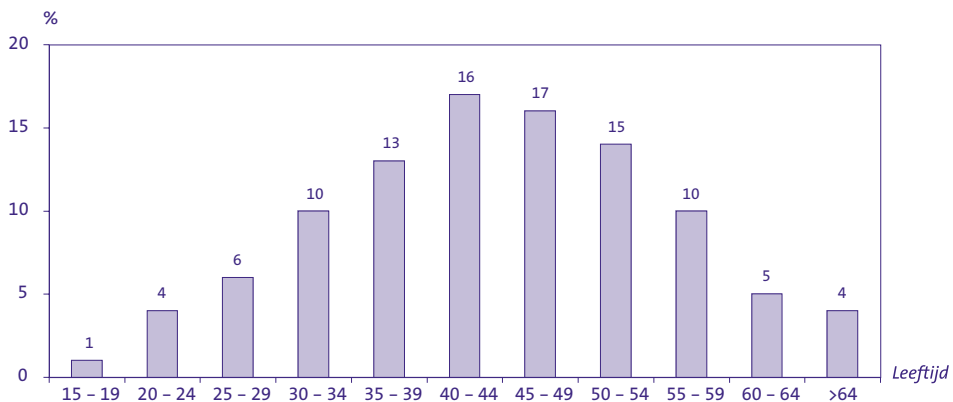
Leeftijd en geslacht

- In 2004 was het merendeel van de primaire alcoholcliënten man (75%). Het aandeel vrouwen schommelde in de periode 1994-2004 tussen 23 en 27 procent.
- De gemiddelde leeftijd in 2004 was 45 jaar. De piek ligt in de leeftijdsgroep 40-54 jaar (figuur 6.6).
- Het aandeel ouderen met een hulpvraag is toegenomen. In 1994 was 57 procent van de cliënten met een primaire alcoholproblematiek 40 jaar of ouder. In 2004 was dit 67 procent.
- Gecorrigeerd voor de veroudering van de bevolking steeg in deze periode het aantal 40-plussers met een alcoholhulpvraag van 175 naar 254 per 100 duizend inwoners van 40 jaar en ouder. Dat is een toename van 45 procent.

Regionale ontwikkeling

- Bij vergelijking van de periode 2000-2004 met de periode 1995-1999, is er een toename van het aantal alcoholcliënten in Noord-Brabant, het zuiden van Limburg en de noordelijke helft van Nederland. In de overige gebieden is er een afname van de hulpvraag.

FIGUUR 6.6 LEEFTIJDVERDELING VAN PRIMAIRE ALCOHOLCLIËNTEN BIJ DE (AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG. PEILJAAR 2004



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Bron: LADIS, IVZ.

INTRAMURALE VERSLAVINGSZORG

Er zijn sinds 1997 geen recente landelijke gegevens meer beschikbaar over de hulpvraag bij de intramurale verslavingszorg. Het is de bedoeling dat deze gegevens beschikbaar zullen komen uit Zorgis, het informatiesysteem voor de GGZ.

ALGEMENE ZIEKENHUIZEN EN INCIDENTEN

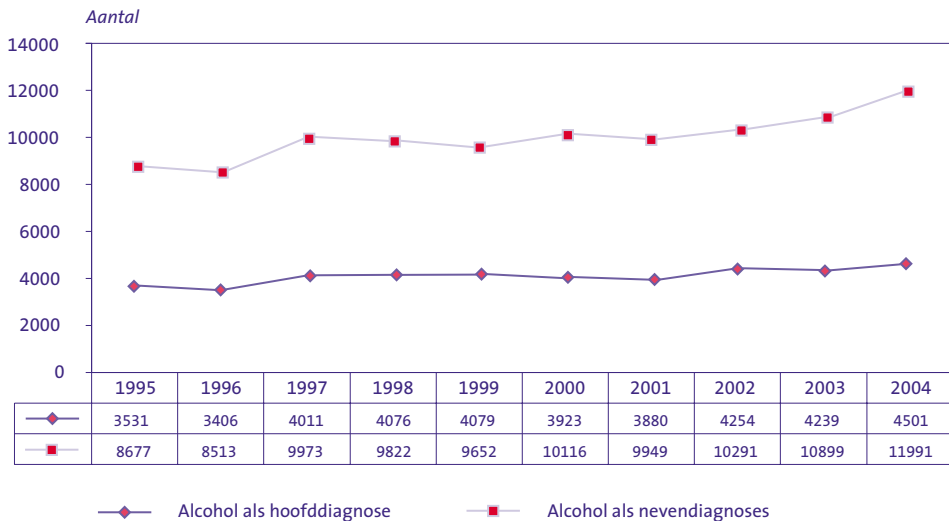
Het aantal klinische opnames in algemene ziekenhuizen met als hoofddiagnose een aan alcohol gerelateerde aandoening, is van 1995 tot 2004 met ruim een kwart (27%) gestegen (figuur 6.7). Van 2003 naar 2004 ging het om een toename van zes procent.

- In 2004 vonden er 4 501 opnames plaats met een alcoholaandoening als hoofddiagnose.^c De meest voorkomende diagnoses betroffen:
 - alcoholmisbruik (30%)
 - alcoholische leverziekte (29%)
 - alcoholafhankelijkheid (16%)
 - intoxicatie en toxische gevolgen van alcohol (14%)
 - alcoholpsychosen (9%).
- Alcoholproblematiek wordt veel vaker als nevendiagnose gesteld. Tussen 1995 en 2004 steeg het aantal nevendiaognoses (figuur 6.7). Van 2003 naar 2004 ging het om een toename van tien procent.
- In 2004 stonden er 11 991 alcohol gerelateerde nevendiaognoses geregistreerd. In volgorde van voorkomen betrof het alcoholmisbruik (47%), alcoholafhankelijkheid (24%), alcoholische leverziekte (14%), intoxicatie en toxisch gevolg van alcohol (7%) en alcoholpsychosen (6%). Hoofddiaognoses bij deze nevendiaognoses waren:
 - ongevallen (anders dan vergiftigingen; 30%)
 - spijsverteringsstoornissen (17%)
 - vergiftiging (13%)
 - ziekten van hart- en vaatstelsel (7%)
 - ziekten en symptomen van de ademhalingswegen (5%)
 - psychosen (3%).
- 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 2004 om 12 573 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 71 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.

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.^{131;132}

^c In 2004 werden ook 347 dagopnames voor een alcoholhoofddiagnose geregistreerd. In 2003 waren dat er 415.

FIGUUR 6.7 KLINISCHE OPNAMEN IN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN MET EEN AAN ALCOHOL GERELATEERDE PROBLEMATIEK, VANAF 1994



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 nevensdiagnoses. Per opname is meer dan één nevensdiagnose mogelijk. Bron: LMR, Prismant.

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

- In 2004 registreerden de ambulancediensten in Amsterdam 1 825 alcoholgerelateerde ritten.^{85,133}
- Ongeveer de helft van de patiënten (52%) werd naar de Eerste Hulp post van een ziekenhuis vervoerd. Bij de overige 48 procent van de gevallen verleende het ambulancepersoneel ter plaatse eerste hulp.
- Het aantal alcoholgerelateerde ambulanceritten schommelde licht in de afgelopen jaren (1957 in 2001, 1887 in 2002 en 1733 in 2003).

Volgens het Letsel Informatie Systeem (LIS) van Consument en Veiligheid^d 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).¹³⁴

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

- Van de geregistreerde slachtoffers is 74 procent man.
- Twaalf procent is tussen 0 en 19 jaar (dat betekent jaarlijks 1 560 kinderen), 26 procent valt in de leeftijdsgroep 20-29 jaar en 40 procent in de leeftijdsgroep 30-49 jaar. De meeste behandelingen komen voor in de leeftijdsgroep 20-24 jaar (15%).
- 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.
- Veel slachtoffers lopen hoofdletsel op (40%). Andere redenen voor behandeling zijn vergiftiging (28%) en letsel aan schouder, arm of hand (16%).
- Meer dan één op de drie slachtoffers werd in het ziekenhuis opgenomen (35%). Dit is meer dan voor alle typen ongevallen samen (8%).
- Jaarlijks overlijden ongeveer dertig slachtoffers die spoedeisende hulp hebben ontvangen voor een aan alcohol gerelateerd ongeval.
- Deze cijfers zijn waarschijnlijk een onderschatting van het werkelijke aantal aan alcohol gerelateerde ongevallen.

TABEL 6.5 AARD VAN AAN ALCOHOL GERELATEERDE ONGEVALLLEN DIE ZIJN BEHANDELD OP EEN AFDELING VOOR SPOEDEISENDE HULP IN NEDERLANDSE ZIEKENHUIZEN (GEMIDDELD OVER 2000-2004)

Type ongeval	Aantal	Percentage
Privé-ongeval	6 600	52%
Verkeersongeval	3 100	24%
Zelfmutilatie ¹	2 200	18%
Geweldspleging	850	7%
Totaal	±13 000	100%

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

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) van het RIVM verstrekt informatie aan medici en hulpverleners over vergiftigingen.⁴⁴

- In 2004 vonden ongeveer 1 800 informatieverzoeken plaats voor vergiftigingen met dranken, veelal alcoholische dranken.
- In 68 procent van de gevallen ging het om 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. In de jaren 2002, 2003 en 2004 registreerde het NVIC respectievelijk 57, 93 en 134 informatieverzoeken voor deze

leeftijdgroep. Alcoholintoxicaties bij jongeren zijn meestal het gevolg van het drinken van sterke drank met vrienden.¹³⁵

Personen die veel alcohol drinken zijn zowel vaker dader als slachtoffer van geweld.¹³⁶

- 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.

In 2004 schatte de Adviesdienst Verkeer en Vervoer (AVV) van het Ministerie van Verkeer en Waterstaat dat er ruim 2 700 doden en ziekenhuisgewonden waren gevallen in het verkeer door alcoholgebruik (tabel 6.6).^e

- Het totale aantal alcoholgerelateerde ziekenhuisgewonden en doden in het verkeer is sinds 1996 gedaald (tabel 6.6).
- Ook is het percentage alcoholgerelateerde verkeersdoden en ziekenhuisgewonden in deze periode gedaald ten opzichte van het totaal aantal verkeersdoden en ziekenhuisgewonden.
 - In 1996 was negentien procent van de verkeersdoden en ziekenhuisgewonden alcoholgerelateerd, in 2004 was dit vijftien procent.

TABEL 6.6 GESCHATTE AANTAL GEWONDEN EN DODEN IN HET VERKEER DOOR ALCOHOLGEBRUIK, VANAF 1996

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

Bron: AVV, 2005.

Het percentage automobilisten dat onder invloed van alcohol rijdt is in 2004 afgenomen.¹³⁷

- Bij alcoholcontroles in 2004 bleek 3,4 procent van de gecontroleerde automobilisten meer dan 0,5 promille alcohol in het bloed te hebben. In 2003 lag het percentage nog op 3,7 en in 2000 op 4,3 procent.
- In 2004 reden meer mannen dan vrouwen onder invloed (percentage mannelijke overtreders 4,1% versus 1,6% voor vrouwen).

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

- Bij mannen is de afgelopen jaren onder alle leeftijdscategorieën sprake van een daling, maar het meest sterk in de groep 18 tot 24 jaar. Bij vrouwen tussen de 18 en 24 jaar is echter sprake van een lichte stijging van 0,8 naar één procent.
- Het percentage overtreders is het hoogst tussen twee en vier uur 's nachts.
- De helft van de overtreders heeft in de horeca gedronken (50%), maar in 2004 is dit aandeel met vijf procent gedaald. Tegelijkertijd is het aandeel weggebruikers dat bij vrienden of familie alcohol heeft genuttigd gestegen van negentien naar 26 procent.

Alcohol- en drugsgebruik in het verkeer verhoogt de kans op serieuze verwondingen.¹³⁸

- 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).

6.7 ZIEKTE EN STERFTE

ZIEKTE

Eén tot twee eenheden alcohol per dag voor vrouwen en twee tot drie eenheden per dag voor mannen, schaden de gezondheid van volwassen gebruikers doorgaans niet.¹³⁹⁻¹⁴²

- Vergeleken met enerzijds geheelonthouders en anderzijds zware drinkers krijgen matige drinkers minder vaak een aandoening van de kransslagaders (coronaire hartziekte). Mogelijk draagt een toename van de 'gezonde' cholesterolsoort HDL-C (high density lipoprotein cholesterol) hier toe bij.
- Matige drinkers lopen verder minder kans een niet-bloedig herseninfarct te krijgen. Onder 55-plussers vermindert matig alcoholgebruik misschien ook het risico van dementie als gevolg van problemen met de bloedsomloop in de hersenen.
- Er zijn aanwijzingen dat lichte tot matige drinkers minder vaak vroegtijdig overlijden dan niet-drinkers of zware drinkers. Matige drinkers voelen zich bovendien gezonder.¹⁴³
- Deze verbanden lijken echter alleen van toepassing op mensen die een regulier matig drinkpatroon hebben, zonder episoden van zwaar drinken.¹⁴⁴

De schadelijke gevolgen van *overmatig* alcoholgebruik zijn echter talrijk.^{140;145;146}

- 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.¹⁴⁷

- 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.¹⁴⁴
- 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.¹⁴⁴

Overmatig alcoholgebruik verhoogt het risico op verschillende vormen van kanker.¹⁴⁶

- 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.^{140;145}

- 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.

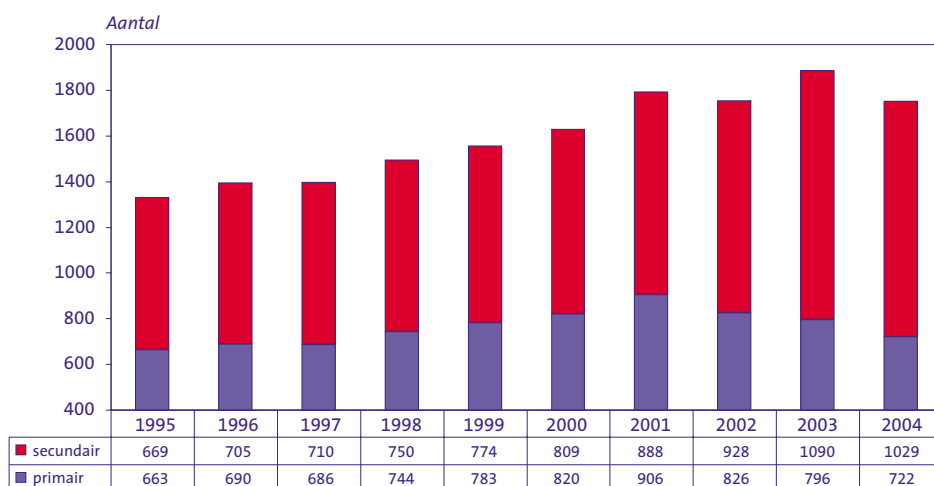
De gezondheidsraad concludeert in een advies over alcoholgebruik bij conceptie, zwangerschap en borstvoeding dat het niet mogelijk is om voor alcoholgebruik vóór de conceptie door vrouw én man en tijdens de zwangerschap of borstvoeding door de vrouw een veilige ondergrens vast te stellen.¹⁴⁸

- 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.

FIGUUR 6.8 STERFTE AAN ALCOHOLGERELATEERDE AANDOENINGEN, VANAF 1995

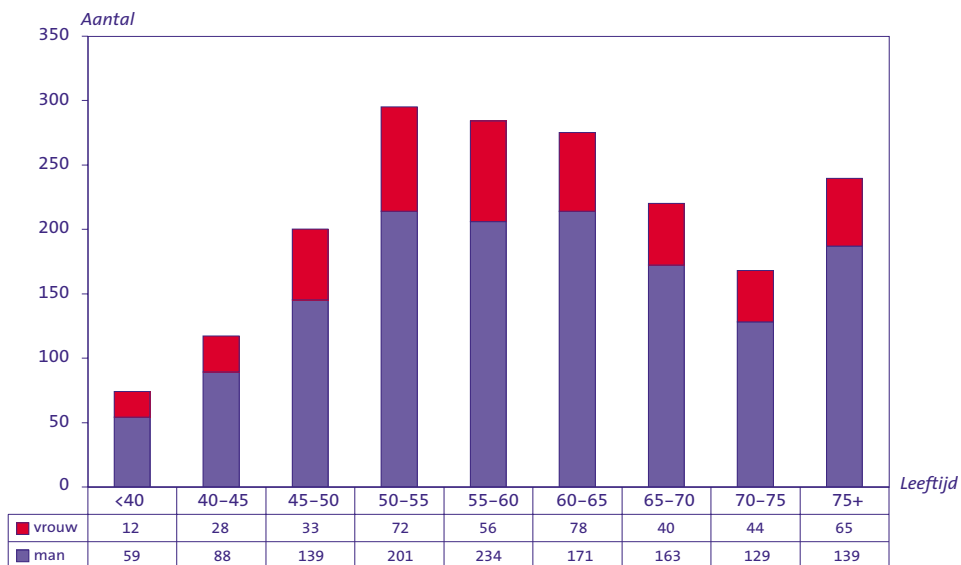


Aantal sterftes. 1995: ICD-9 codes 291, 303, 305.0, 357.5, 425.5, 535.3, 571.0-3, 980.0-1, E860.0-2, E950.9, E980.9* (* alleen opgenomen indien als complicatie 980.0-1 vermeld is). Van 1996-2004: ICD-10 codes F10, G31.2, G62.1, I42.6, K29.2, K70.0-4, K70.9, K86.0, X45*, X65*, Y15*, T51.0-1 (* alleen 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 leiden, in gang is gezet. Men spreekt hierbij wel van de onderliggende ziekte of het grondlijden. Secundaire doodsoorzaak: gevolgen of complicaties van de primaire doodsoorzaak, evenals andere ziekten die tijdens het overlijden aanwezig waren en soms tot de dood hebben bijgedragen.*

STERFTE

Het aantal alcoholdoden is tussen 1995 en 2001 licht gestegen, maar blijft sindsdien redelijk stabiel.

FIGUUR 6.9 STERFTE DOOR ALCOHOL (PRIMAIR EN SECUNDAIR) ONDER MANNEN EN VROUWEN PER LEEFTIJDGROEP. PEILJAAR 2004



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.

- Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS stierven in 2004 bijna achttienhonderd mensen aan oorzaken waarbij alcohol expliciet werd genoemd, ruim dertig procent meer dan in 1995 (figuur 6.8).
- Tussen 2001 en 2004 nam het aantal sterfgevallen waarbij alcohol als primaire doodsoorzaak stond genoemd iets af en nam het aantal gevallen waarbij alcohol als secundaire doodsoorzaak stond genoemd iets toe.
- Afhankelijkheid en andere psychische stoornissen door gebruik van alcohol vormden in 2004 de belangrijkste doodsoorzaak (62%), gevolgd door alcoholische leverziekten (33%).
- Alcoholsterfte kwam het meest voor in de leeftijdsgroep vijftig tot 65 jaar (figuur 6.9). De meeste overledenen waren man (gemiddeld 76%).
- 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.^{149;150}

- Alcohol staat van alle 'leefstijlfactoren' als doodsoorzaak op de vierde plaats, na roken, lichamelijke inactiviteit en slechte voeding.¹⁵¹

6.8 AANBOD EN MARKT

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

- Volgens een peiling uit 2004 kunnen scholieren ondanks deze wettelijke bepalingen gemakkelijk alcohol kopen.¹⁵²
- Van alle jongeren van twaalf tot zestien jaar zegt 25 procent wel eens alcohol te kopen. Naarmate ze ouder zijn, hebben ze vaker alcohol gekocht (tabel 6.7).
- Onder de 12-15 jarigen zijn er geen sekseverschillen in het kopen van alcohol. Onder de 16- en 17- jarigen kopen meer jongens (87%) dan meisjes (69%) wel eens alcohol.
- Van de 12-13 jarigen heeft zo'n 5 procent de afgelopen maand nog alcohol gekocht; van de 14-15 jarigen 23 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.¹⁵³ Meestal gaat het om legitimaties die zijn vervalst of om legitimaties die zijn geleend van een ouder iemand.

TABEL 6.7 PERCENTAGE JONGEREN DAT WEL EENS ZELF ALCOHOL KOOPT.

	12 en 13 jaar	14 en 15 jaar	16 en 17 jaar
Soms	9,5%	28,5%	47,7%
Regelmatig	0,4%	5,2%	19,6%
Vaak	0,2%	1,5%	5,6%
Totaal	10,1%	35,2%	72,9%

Bron: IVO.¹⁵²

Driekwart van de scholen voor voortgezet onderwijs verstrekt op schoolfeesten alcohol.¹⁵⁴

- 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.¹¹⁶

- 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.

TABEL 6.8 ACCIJNSTARIEVEN OP ALCOHOLHOUDENDE DRANKEN IN EEN AANTAL LIDSTATEN VAN DE EUROPESE UNIE. PEILDATUM MEI 2004-JULI 2005.

<i>Lidstaat</i>	<i>Bier^I</i>	<i>Wijn^{II}</i>	<i>Gedistilleerd^{III}</i>
Zweden	81	245	1 932
Ierland	99	273	1 374
Finland	97	212	989
Verenigd Koninkrijk	91	237	972
Denemarken	34	83	707
België	21	47	581
Nederland	25	59	526
Frankrijk	13	3	508
Duitsland	9	0	456
Luxemburg	10	0	364
Oostenrijk	24	0	350
Griekenland	14	0	331
Portugal	16	0	314
Spanje	10	0	259
Italië	19	0	256

Bedragen in euro per hectoliter consumptie. I. 5 volumeprocent alcohol Peildatum 1 juli 2005.

II. 11 volumeprocent alcohol; peildatum 1 juli 2005. III. 35 volumeprocent alcohol; peildatum 1 januari 2006.

Bronnen: Productschap Dranken, Productschap Wijn, Europese Commissie.

ACCIJNS

- Met ingang van 1 april 2002 is de accijns op bier verhoogd met achttien procent en die op wijn met 21 procent. Met de opbrengst is de belasting op frisdrank met 39 procent verlaagd.¹⁵⁵
- Na een aanvankelijke verhoging van de accijns op gedistilleerd met achttien procent per 1 januari 2003 is per 1 januari 2006 de accijns op gedistilleerd verlaagd van 17,75 euro naar 15,04 euro per liter pure alcohol (een verlaging van 15%). Dit betekent dat een fles gedistilleerd 1 euro tot 1,5 euro goedkoper is geworden.¹⁵⁶
- In januari 2006 bedroeg de accijns voor een liter gedistilleerd (35 procent alcohol) 5,3 euro, voor een liter wijn 59 eurocent en voor een liter bier 25 eurocent (tabel 6.8).
- Voor een glas bier van 0,25 liter betekent dit zes eurocent, voor een glas wijn van 0,1 liter zes eurocent en voor een glas gedistilleerd van 0,035 liter 18 eurocent.
- Lidstaten van de EU voeren een verschillend accijnsbeleid. De tarieven lopen sterk uiteen. Zo bedraagt voor een liter gedistilleerd met 35 volumeprocent alcohol de accijns in Italië drie euro tegen negentien euro in Zweden (tabel 6.8).
- Zeven wijnproducerende landen heffen in het geheel geen accijns op wijn.
- Tabel 6.8 laat zien dat de Nederlandse accijnstarieven tot de middenmoot behoren.

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, 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:

- Het percentage rokers in de algemene bevolking is van begin jaren negentig tot 2001 licht gedaald. Tussen 2003 en 2004 vond opnieuw een lichte daling plaats (§ 7.2).
- Het percentage zware rokers is tussen 2000 en 2004 gedaald (§ 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 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 mogelijk op een verdere daling van het aantal rokers vanaf begin 2000 (tabel 7.1).¹⁵⁷
- Tussen 2003 en 2004 werd een afname in het percentage rokers gerapporteerd van 30 naar 28 procent. Bij de mannen daalt het percentage rokers van 33 naar 31 procent en bij de vrouwen van 27 naar 25 procent.¹⁵⁷
- In 2004 was volgens het TNS NIPO 28 procent van de Nederlanders van vijftien jaar en ouder een roker. Daarnaast was 31 procent een ex-roker en 41 procent had nooit gerookt.¹⁵⁷

- 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 14,9 en rokende mannen gemiddeld 15,5 sigaretten 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).¹⁵⁷

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 ¹	33%	27%	30%
2002	34%	28%	31%
2003	33%	27%	30%
2004	31%	25%	28%

Percentage rokers. 1. In 2001 is de onderzoeksmethode gewijzigd: van een persoonlijk interview met een enquêteur thuis naar het invullen van een vragenlijst via modem of internet. Deze wijziging kan van invloed zijn op de uitkomsten. Bron: 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 2004 gingen in Nederland ongeveer 27 miljard sigaretten en shagjes in rook op, een daling van ongeveer 3 miljard ten opzichte van 2003 (tabel 7.2).
- Shag heeft vergeleken met sigaretten sinds 1990 aan populariteit ingeboet.¹⁵⁷

**FIGUUR 7.1 PERCENTAGE ROKERS IN NEDERLAND NAAR LEEFTIJDGROEP EN GESLACHT.
PEILJAAR 2004**



Bron: STIVORO, TNS NIPO.

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

Jaar	Sigaretten (miljard)	Shagjes (miljard)	Totaal (miljard)	Gemiddelde verkoop per roker per dag ¹
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

1. Gemiddeld aantal sigaretten of shagjes. Bron: STIVORO.

ZWAAR ROKEN

Volgens het CBS is het percentage zware rokers de afgelopen jaren minder geworden.

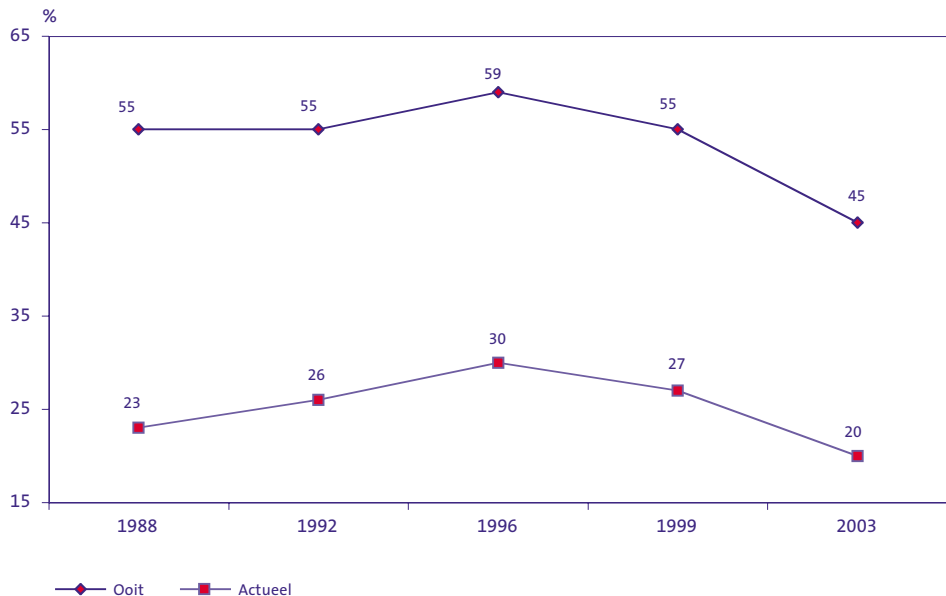
- In 2004 rookte zeven procent van de bevolking van twaalf jaar en ouder twintig of meer sigaretten per dag (8,6% van de mannen en 6,2% van de vrouwen). In 2003 was dat nog acht procent en in 2000 tien procent.¹⁵⁸
- Van de rokers was in 2004 een kwart een zware roker (25%). In 2000 was dat nog 35 procent.
- Het percentage zware rokers ligt hoger in de GGD-regio's rond Den Haag, Amsterdam en Eindhoven en in de GGD-regio's Hart voor Brabant en Oostelijk Zuid-Limburg. GGD-Regio's met een lager percentage zware rokers liggen voornamelijk in het midden en het noordwesten van Nederland.¹⁵⁹

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).

FIGUUR 7.2 ROKEN ONDER SCHOLIEREN VAN 12 JAAR EN OUDER, VANAF 1988



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

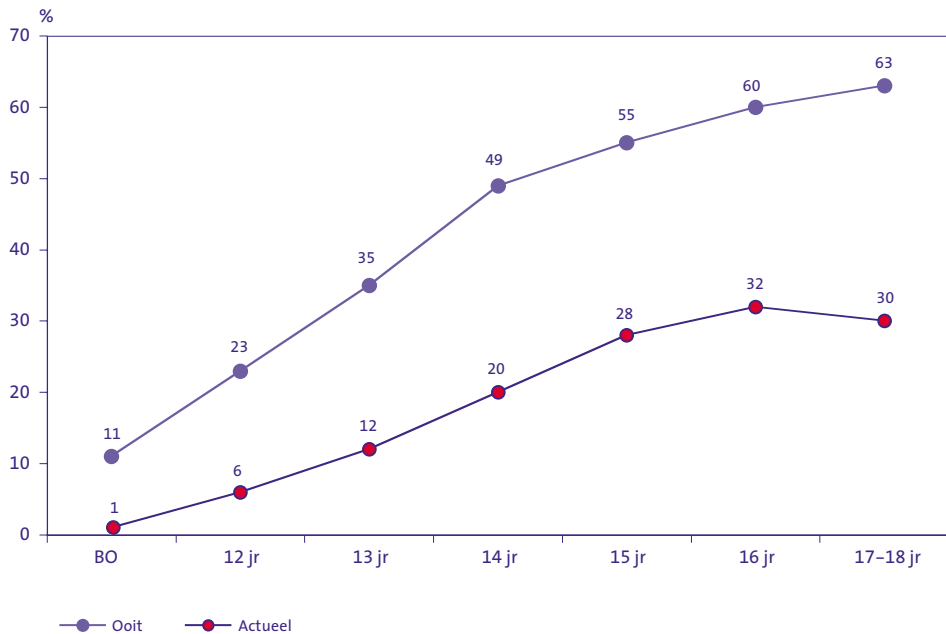
Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.

- Volgens cijfers van de TNS NIPO-enquête bleef het percentage actuele rokers onder jongeren van 10-19 jaar stabiel van 1992 tot en met 2002 (tussen 27% en 31%). In 2004 was het percentage actuele rokers in deze jongerengroep gedaald naar 23 procent.¹⁵⁷

Met roken wordt al vroeg begonnen.

- 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).¹³

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.

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

MATE VAN ROKEN

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

SPECIALE GROEPEN

Roken komt aanzienlijk meer voor onder uitgaande jongeren en jonge volwassenen dan onder scholieren.^{16;18;123}

- Van de bezoekers van Amsterdamse cafés (2000), trendy clubs (2003) en coffee-shops (2001) was respectievelijk 46, 37 en 70 procent een dagelijkse roker.
 - De dagelijkse rokers onder bezoekers van cafés en coffeeshops rookten gemiddeld 14 tot 16 sigaretten of shagjes per dag; 20 tot 36 procent rookte meer dan één pakje per dag (minstens 20 sigaretten of shagjes).
 - Tussen 1995 en 2003 bleef het percentage bezoekers van trendy clubs dat ooit heeft gerookt stabiel (87% in 2003). Het percentage dat de afgelopen maand had gerookt daalde tussen 1998 en 2003 van 67 naar 55 procent.

Onderzoek uit 1999 onder zwerfjongeren in Nederland liet zien dat (veel) roken in deze groep vaak voorkomt.²⁴

- Ruim negen op de tien had in de afgelopen maand gerookt (92%) en bijna een kwart rookte dagelijks meer dan 20 sigaretten (22%).

7.4 PROBLEMATISCH GEBRUIK

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

- In 2004 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 14 procent zei ooit te willen stoppen met roken.¹⁶⁰

In wetenschappelijke kring krijgt de term nicotineafhankelijkheid soms de voorkeur boven 'tabakverslaving'. Afhankelijkheid kan men meten met de Fagerström Test for Nicotine Dependence, een schaal die loopt van nul tot tien (zeer verslaafd).

- Volgens onderzoek uit 1997 is de uitkomst voor Nederlandse rokers op deze schaal gemiddeld 3,0. Ter vergelijking: voor Amerikaanse rokers is dat 4,3.¹⁶¹
- Mannen scoren gemiddeld hoger dan vrouwen.

- Rokers die hulp zoeken om van de gewoonte af te komen, scoren gemiddeld hoger dan andere rokers.

In 2000 werd de Fagerström Test for Nicotine Dependence afgenomen bij tweelingen uit het Nederlandse Tweelingen Register.¹⁶²

- 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 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.

ESPAD (zie bijlage B) maakt 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.⁴¹

- 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.
- 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.
- In oktober 2004 publiceerde het European Network for Smoking Prevention (ENSP) een rapport naar de effecten van het tabaksontmoedigingsbeleid in 28 Europese landen.¹⁶⁴ Gekeken werd hoe elk land scoorde op zes kosten-effectieve interventies die kunnen leiden tot een vermindering van tabaksgebruik: de prijs van tabaksartikelen, rookverboden in openbare ruimten en werkplekken, de hoogte van het budget voor het tabaksontmoedigingsbeleid, een verbod op rookreclame, waarschuwingen op rookwaren en de beschikbaarheid van stoppen-met-roken behandelingen. Voor de zes interventies samen genomen stond Neder-

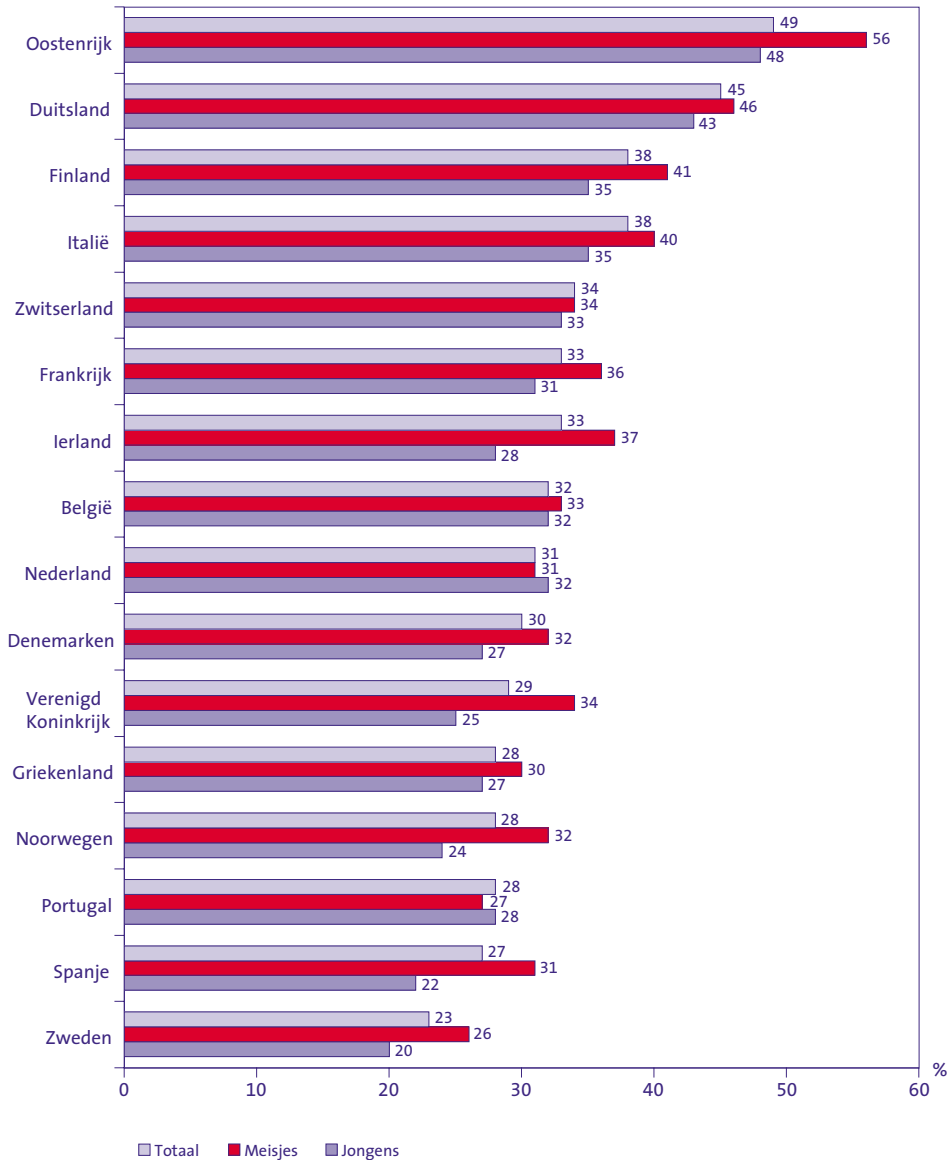
land op de zevende plaats onder deze 28 Europese landen. De peildatum van dit onderzoek was 1 januari 2004.

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

<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	18+	30%	25%	27%	dagelijks
Denemarken	2004	13+	28%	23%	25%	dagelijks
Frankrijk	2004	12-75	33%	27%	30%	dagelijks
Griekenland	2000	12-64	47%	29%	38%	dagelijks
Ierland	2005	15+	24%	24%	24%	dagelijks
Italië	2002	15+	31%	17%	24%	dagelijks
Luxemburg	2003	15+	39%	26%	33%	dagelijks
Noorwegen	2004	16-74	27%	25%	26%	dagelijks
Spanje	2003	16+	34%	22%	28%	dagelijks
Zweden	2004	16-84	14%	19%	16%	dagelijks
Zwitserland	2004	14-65	24%	20%	22%	dagelijks
Nederland	2004	15+	31%	25%	28%	dagelijks of soms
Oostenrijk	2004	14+	48%	47%	47%	dagelijks of soms
Portugal	1999	15+	33%	10%	21%	dagelijks of soms
Finland	2004	15-64	27%	20%	23%	huidige rokers
Verenigd Koninkrijk	2003	16+	27%	24%	25%	huidige rokers
Duitsland	2003	18-54	37%	31%	34%	de afgelopen 30 dagen

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en definities bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage rokers. - = niet gemeten/onbekend. Bron: WHO¹⁶³, voor Nederland: STIVORO.¹⁵⁷

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.

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 ongeveer tweederde (64%) dit zonder enig hulpmiddel. De rest volgt cursussen, vraagt de huisarts om advies, gebruikt ontwenningmiddelen (nicotinepleisters, nicotinekauwgom, of het geneesmiddel Zyban®), ondergaat acupunctuur of hypnose, of past een andere methode toe. De voornaamste reden om een stoppoging te doen is bezorgdheid om de eigen gezondheid.¹⁶⁰
- Het gebruik van ontwenningmiddelen is gedaald. De markt van de nicotinevervangers – pleisters, kauwgom en tabletten – liep tussen 2004 en 2005 terug van ongeveer 16 miljoen naar 14 miljoen euro.¹⁶⁵ Zyban® werd in 2005 nog maar 48 duizend maal verstrekt, een daling van 20 procent ten opzichte van 2004.¹⁶⁶
- Mensen die met roken willen stoppen kunnen daarvoor advies vragen aan hun huisarts. In 2004 hebben naar schatting 55 duizend mannen en 58,5 duizend vrouwen hun huisarts geconsulteerd over het stoppen met roken. Dat is in totaal 13 procent minder dan in 2003. Het merendeel van de stoppers is tussen de 40 en 60 jaar.¹⁶⁷ De Minimale Interventie Strategie (MIS) is een effectief gebleken protocol waarmee huisartsen, verpleegkundigen en cardiologen rokende patiënten kunnen stimuleren om te stoppen met roken.¹⁶⁸
- Ook het Adviescentrum van STIVORO ondersteunt mensen die willen stoppen met roken. In 2004 vroegen 1 423 mensen om Telefonische Coaching en vonden er 9 961 coachinggesprekken plaats.¹⁵⁷
- In 2004 voerde STIVORO samen met het ministerie van VWS het 'Plan Rookvrij' uit. Er werd een grote stoppen met rokenactie uitgevoerd, er werden acties uitgevoerd op het gebied van meerroken en er werden campagnes uitgevoerd die waren gericht op ouders en kinderen. Op het gebied van de gewijzigde tabakswetgeving werd met name campagne gevoerd voor een rookvrije werkplek.
 - Onder meer onder invloed van de campagne 'Nederland Start Met Stoppen' probeerden ruim 1 miljoen rokers rond 1 januari 2004 met roken te stoppen. In december 2004 bleek bijna een kwart van hen nog steeds rookvrij te zijn. Het slaagpercentage lag daarmee hoger dan het slaagpercentage van 12 procent dat werd gehaald in 2000. Als aanleidingen om te stoppen worden genoemd de accijnsverhoging op tabak en de afname van het roken in Nederland.
 - De campagnes voor de jeugd waren erop gericht om te voorkomen dat jongeren beginnen met roken.¹⁵⁷ Deze campagnes streefden ernaar het imago van 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.¹⁶⁹

- 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.^{170;171}

Van een andere orde is het beroep op de gezondheidszorg vanwege aandoeningen die roken veroorzaakt of verergert. Het aantal ziekenhuisopnames in verband met roken bedroeg begin jaren negentig bijna 100 000.¹⁷² Recente cijfers zijn niet beschikbaar.

7.7 ZIEKTE EN STERFTE

Roken is in Nederland de belangrijkste oorzaak van voortijdige sterfte.

- In 2004 overleden in Nederland ruim 19 duizend mensen van 20 jaar en ouder aan de directe gevolgen van roken.
- In 2003 werd de directe sterfte door roken bij mensen van 20 jaar en ouder geschat op 20 141 en in 2004 op 19 415 sterftes. In 2000 lag dit aantal nog op 20 718 sterftes.¹⁷³
- Van *alle* sterfgevallen in Nederland bij mensen van 20 jaar en ouder was in 2004 ongeveer 14 procent direct te wijten aan roken (21% bij de mannen en 8% bij de vrouwen).
- 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 2004 werd longkanker bij vrouwen in 74 procent van de gevallen en bij mannen in 91 procent van de gevallen veroorzaakt door roken.

TABEL 7.4 STERFGEVALLEN WEGENS ENKELE AANDOENINGEN ONDER MANNEN EN VROUWEN VAN 20 JAAR EN OUDER. PEILJAAR 2004

Aandoening	Totale sterfte		Sterfte door roken	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Longkanker	6 468	2 855	5 913	2 120
COPD	3 410	2 320	2 883	1 594
Coronaire hartziekten	7 965	6 115	2 263	806
Beroerte (CVA)	4 331	6 743	906	672
Hartfalen	2 366	3 759	426	215
Slokdarmkanker	949	390	753	249
Strottehoofdkanker	173	43	138	35
Mondholtekanker	350	214	323	119
Totaal ¹	26 012	22 439	13 605	5 810

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

- 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.¹⁷⁴⁻¹⁷⁵
 - Mensen die zelf niet roken, maar regelmatig passief 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.¹⁷⁶
 - Ook verhoogt passief roken, 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.
 - 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.¹⁷⁷⁻¹⁷⁹

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

1985-1996: ICD-9 code 162, vanaf 1996: ICD-10 codes C33-34 (zie bijlage C). Bron: Doodsoorzakenstatistiek, 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.¹⁸⁰
- De daling tot 2003 onder mannen zette zich in 2004 niet voort.
- De tegengestelde trends onder mannen en vrouwen houden elkaar in evenwicht. Daardoor is de totale sterfte aan longkanker al jarenlang vrij stabiel.

7.8 AANBOD EN MARKT

VERKRIJGBAARHEID VAN TABAK

- In 2004 werd 54 procent van de sigaretten gekocht in supermarkten, 18 procent in tabaks- en gemakszaken, 15 procent in overige winkels en 13 procent in pompshops. Sigaren, shag en pijptabak werden in dat jaar voor 55 procent gekocht in supermarkten, voor 28 procent in tabaks- en gemakszaken, voor 9 procent in pompshops en voor 8 procent in overige winkels.¹⁸¹

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 2003 gedaald van 26 naar 9 procent.¹⁸²
- Van de jongeren die wel eens tabaksproducten kopen geeft 56 procent in 2003 aan de producten voor zichzelf te kopen, terwijl dit in 1999 nog 43 procent was.
- De jongeren kopen de tabaksproducten bij vier soorten ondernemingen: tabaksspeciaalzaak (46%), levensmiddelenzaak (50%), pompstation (42%) en horeca (31%). De trend is om meer bij een tabaksspeciaalzaak te gaan kopen.
- De kans dat een jongere onder de zestien jaar er in slaagt tabaksproducten te kopen ligt evenals in 1999 en 2001 op 90 procent of hoger. Desondanks zegt 93 procent van de ondernemers dat zij nooit tabaksproducten aan jongeren onder de 16 jaar verkopen.¹⁸² In een ander onderzoek werd gevonden dat, ondanks de invoering van de gewijzigde Tabakswet die dit verbiedt, 84% van de rokers onder de 16 jaar minimaal één keer zelf sigaretten heeft gekocht. Slechts bij 13% van hen is door de verkopers naar de leeftijd gevraagd of daarover een opmerking gemaakt.¹⁸³

ACCIJNS

- Vanaf 1 februari 2004 kost een pakje sigaretten in de meest populaire prijsklasse 4,60 euro, waarvan 2,63 euro accijns en 0,73 euro BTW. Een pakje shag van vijftig gram kost eveneens 4,60 euro, waarvan 2,08 euro accijns en 0,73 euro BTW (tabel 7.6).¹⁸⁴

TABEL 7.6 PRIJZEN EN BELASTINGDRUK OP SIGARETTEN, VANAF 1970. PEILDATUM FEBRUARI 2004

<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%

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

TABEL 7.7 PRIJZEN EN BELASTINGDRUK OP SIGARETTEN IN ENKELE LIDSTATEN VAN DE EUROPESE UNIE. PEILDATUM JULI 2005

<i>Land</i>	<i>Prijs</i>	<i>Accijns</i>	<i>BTW</i>	<i>Accijns+BTW</i>
Verenigd Koninkrijk	9,01	5,69	1,34	7,03
Ierland	7,81	4,77	1,36	6,12
Frankrijk	6,25	4,00	1,02	5,02
Duitsland	5,26	3,20	0,73	3,92
Denemarken	5,21	2,92	1,04	3,96
Finland	5,00	2,88	0,90	3,78
Zweden	5,33	2,64	1,07	3,71
Nederland	4,60	2,63	0,73	3,36
België	4,45	2,56	0,77	3,34
Oostenrijk	3,75	2,20	0,63	2,83
Italië	3,50	2,05	0,58	2,63
Luxemburg	3,40	1,95	0,51	2,46
Griekenland	3,38	1,94	0,54	2,48
Portugal	3,00	1,85	0,48	2,33
Spanje	2,81	1,65	0,39	2,04

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

De belastingdruk op tabaksproducten verschilt sterk tussen 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.¹⁸⁵

8 DRUGSCRIMINALITEIT

De minister van Justitie is verantwoordelijk voor de strafrechtelijke handhaving en de reclassering. Het aanbod van drugs wordt bestreden door opsporing, vervolging en berechting van productie, (internationale) handel en bezit van drugs. Door de inzet van de verslavingsreclassering en programma's tijdens detentie worden justitiabele drugsgebruikers begeleid en, als dat mogelijk is, naar zorgtrajecten toegeleid, om zo te komen tot een verbetering van de situatie van de gebruiker en vermindering van drugsgerelateerde criminaliteit en overlast.

Dit hoofdstuk geeft antwoord op de vraag: wat is de aard en de omvang van aan drugs gerelateerde criminaliteit in 2004 en welke strafrechtelijke reactie is op deze criminaliteit gevolgd?

Dit jaar wordt in een aparte paragraaf beknopt aandacht besteed aan een aspect van alcoholgerelateerde criminaliteit, te weten het onder de Wegenverkeerswet vallende rijden onder invloed.

Drugscriminaliteit bestaat uit twee componenten:

- *Drugswetcriminaliteit*: criminaliteit als omschreven in de drugswetten (Opiumwet, Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën) of samenhangend met die drugswetten (georganiseerde criminaliteit, "witwassen" en dergelijke in combinatie met drugswetcriminaliteit); en
- *Criminaliteit onder drugsgebruikers*: de door drugsgebruikers gepleegde criminaliteit. Hierbij dient te worden opgemerkt dat er geen causaal verband tussen drugsgebruik of -verslaving en het plegen van misdrijven hoeft te zijn: drugsgebruik of -verslaving hoeft niet noodzakelijkerwijze vooraf te gaan aan het plegen van delicten.

Voor zover drugsgebruikers zich schuldig maken aan drugswetcriminaliteit is er sprake van een overlap tussen beide componenten.

Wij beschrijven in dit hoofdstuk alleen de *geregistreeerde* drugscriminaliteit, om precies te zijn: de criminaliteit die geregistreerd wordt als een verdachte is aangehouden en geverbaliseerd, dit is de geregistreeerde en opgehelderde criminaliteit. Over het aandeel van de drugscriminaliteit in de totale geregistreeerde criminaliteit (naast de opgehelderde criminaliteit behelst deze ook de criminaliteit die wél is geregistreeerd maar niet is opgehelderd) en in de totale criminaliteit (geregistreeerd én niet-geregistreeerd) doen wij in dit hoofdstuk geen uitspraken. De cijfers kunnen dus niet zomaar naar de totale drugscriminaliteit worden vertaald. De cijfers weerspiegelen ook in zekere mate de inspanningen van politie en justitie.

De gegevens bestrijken zoveel mogelijk de jaren 1999 tot en met 2004. Waar mogelijk wordt onderscheid gemaakt naar hard- en softdrugszaken (Opiumwet art. 2 en 3 Sr).

Bijlage B geeft een schematisch overzicht van de gebruikte informatiebronnen.

Voor meer informatie verwijzen wij naar www.trimbos.nl/monitors. Niet alle gegevens zijn van even goede kwaliteit. Deze problematiek is eerder belicht.^{2:3} Vooral gegevens over in beslag genomen drugs moeten voorzichtig worden geïnterpreteerd.^{186;187}

Ook geldt dat met de huidige gegevens van politie en justitie het vóórkomen van verslaving bij justitiabelen niet goed kan worden vastgesteld. In dit hoofdstuk hanteren wij dan ook de term “drugsgebruiker” of “probleemgebruiker van drugs”. In de tekst geven wij bijzonderheden over de kwaliteit van de gebruikte informatiebronnen.

8.1 LAATSTE FEITEN EN TRENDS

Vier ontwikkelingen springen in 2004 in het oog:

- In 2004 is het aantal Opiumwetzaken in het begin van de strafrechtelijke keten (politie en Openbaar Ministerie) weer toegenomen. Bij de rechter stabiliseert het aantal Opiumwetzaken en in het gevangeniswezen neemt het aantal en aandeel af.
- Het aandeel softdrugsdelicten is toegenomen en dat van harddrugsdelicten is afgenomen.
- Harddrugsdelicten vormen echter nog steeds de meerderheid. Waar het gaat om de opsporing van meer ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit neemt het aandeel harddrugs zelfs toe.
- De Strafrechtelijke Opvang Verslaafden is sinds eind 2004 geen zelfstandige dwangmaatregel meer, maar onderdeel van de maatregel tot plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders. Het aantal deelnemers in de SOV neemt af in 2004.

Per paragraaf zijn de belangrijkste feiten en trends:

- In 2004 zijn beduidend meer Opiumwetverdachten geverbaliseerd dan in 2003 (§ 8.2.1). Deze toename is het sterkst bij softdrugsdelicten.
- Bijna één op de zeven opsporingsonderzoeken naar georganiseerde criminaliteit betreft drugs (§ 8.2.2).
- Het aantal bij het Openbaar Ministerie ingestroomde zaken Opiumwet neemt aanzienlijk toe. Meestal gaat het om productie en handel. Ook hier is de toename het sterkst bij softdrugsdelicten (§ 8.2.4).
- In 2004 neemt het aandeel dagvaardingen Opiumwet in aanzienlijke mate af. Er is dan ook een opmerkelijke toename van de beleidssepots bij harddrugsdelicten (§ 8.2.4).
- De rechter doet in 2004 nagenoeg evenveel Opiumwetzaken af als in 2003 (§ 8.2.5).
- Het aantal opgelegde taakstraffen, financiële transacties en ontnemingen in Opiumwetzaken is in 2004 sterk gestegen (§ 8.2.6).

- Het aantal vrijheidsstraffen alsook het aantal opgelegde detentiejaren voor Opiumwetzaken neemt in 2004 af (§ 8.2.7).
- Overtreders van de Opiumwet recidiveren ook na zes en zeven jaar vaker dan andere veroordeelden (§ 8.2.8).
- Een toenemend deel van de processen verbaal wegens rijden onder invloed wordt afgedaan met een standaard transactie (§ 8.2.9).
- Van de ‘zeer actieve’ veelplegers is ruim 70 procent een regelmatige harddrugsgebruiker (§ 8.3.1).
- De activiteiten van de verslavingsreclassering voor drugsgebruikers in het strafrechtelijk systeem zijn in 2004 op onderdelen veranderd als gevolg van beleidsontwikkelingen. Trajectbegeleidingen zijn in afbouw, diagnoses in opbouw, waarbij nieuw instrumentarium voor de inschatting van het risico op criminele recidive wordt gebruikt (§ 8.4.1).
- De gemiddelde bezettingsgraad van de SOV is gedaald ten opzichte van 2003 (§ 8.4.3).

8.2 DRUGSWETCRIMINALITEIT

In § 8.2 beschrijven wij de aard en omvang van de geregistreerde drugswetcriminaliteit – toegespitst op de Opiumwet - en de kenmerken van de plegers daarvan. Dit gebeurt volgens de lijn van de strafrechtsketen. 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). Uiteindelijk komt een deel van deze zaken terecht bij de rechter. Wij 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 geeft per jaar het aantal verdachten weer dat wegens het plegen van een Opiumwetdelict (productie, vervoer, handel en/of bezit van drugs) door de politie of de Koninklijke Marechaussee is geverbaliseerd.^a Indien bij de overtreding van de Opiumwet harddrugs in het spel zijn spreken we over ‘harddrugsdelicten’. En indien softdrugs in het spel zijn over ‘softdrugsdelicten’.

- In 2004 zijn ruim 21 duizend verdachten geverbaliseerd wegens overtreding van de Opiumwet, aanzienlijk meer dan in 2003: plus vijftien procent. Ruim 60 procent van de toename komt voor rekening van softdrugs (62%; niet in tabel).

^a In het NDM Jaarbericht 2004 werden politie en Koninklijke Marechaussee apart gerapporteerd. Door de Marechaussee worden meer verdachten aangehouden die in het buitenland woonachtig zijn, slechts één antecedent hebben en relatief jong zijn.

- De toename zien we tussen 2003 en 2004 over de gehele linie: bij harddrugs (+6%), in nog sterkere mate bij softdrugs (+25%) en ook bij de combinatie van beide en bij de rubriek “overige Opiumwettdelicten” (+29%).
- Harddrugsdelicten vormen in 2004 nog steeds de meerderheid: ruim de helft van alle verdachten is ge verbaliseerd wegens harddrugsdelicten. Het aandeel verdachten van softdrugsdelicten neemt toe naar 39 procent (was 36% in 2003). Harddrugsdelicten hebben in 2004 een kleiner aandeel, softdrugsdelicten een groter aandeel. Dit patroon werd in 2003 al waargenomen en heeft zich in 2004 duidelijk voortgezet. Combinaties van hard- en softdrugs komen weinig voor.
- Verdachten van Opiumwettdelicten vormen 9,4 procent van het totaal aantal verdachten in 2005. Dit aandeel is hoger dan in 2003, toen bedroeg het 8,7 procent.

TABEL 8.1 AANTAL VERDACHTEN VAN OPIUMWETTDELICTEN GEVERBALISEERD DOOR POLITIE EN KONINKLIJKE MARECHAUSSEE NAAR HARD- EN SOFTDRUGS, 1999-2004

<i>Aantal</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2004^l</i>
Opiumwet totaal	11 171	9 856	12 638	15 613	18 800	21 526
• Harddrugs	6 630	5 862	7 389	9 365	10 737	11 387
• Softdrugs	3 577	3 201	4 230	5 228	6 764	8 460
• Hard- en softdrugs	378	292	333	301	326	363
• Overig/ onbekend	586	501	686	719	973	1 316
Totaal alle wetten	171 958	160 254	175 923	195 880	215 961	227 814
% Opiumwet	7%	6%	7%	8%	9%	9%
• Harddrugs	60%	60%	59%	60%	57%	53%
• Softdrugs	32%	33%	34%	34%	36%	39%
• Hard- en softdrugs	3%	3%	3%	2%	2%	2%
• Overig/onbekend	5%	5%	5%	5%	5%	6%

l. Voorlopige cijfers. Bron: HKS, KLPD/DNRI, groep Onderzoek en Analyse.

Tabel 8.2 geeft een aantal kenmerken van de verdachten van Opiumwettdelicten in 2004.

- Het merendeel is man. Tussen 1999 en 2004 neemt het aandeel vrouwelijke verdachten van Opiumwettdelicten toe: van twaalf naar zestien procent (niet in tabel). Vrouwen zijn naar verhouding vaker verdacht van softdrugsdelicten. Mannen zijn naar verhouding vaker verdacht van delicten met hard- én softdrugs.

TABEL 8.2 KENMERKEN VAN VERDACHTEN VAN OPIUMWETDELICTEN NAAR HARD- EN SOFTDRUGS, 2004^{I/IV}

		<i>Harddrugs</i>	<i>Softdrugs</i>	<i>Beide</i>	<i>Totaal</i>
Totaal aantal		10 607	8 116	433	20 338
Geslacht	Man	85%	83%	88%	84%
	Vrouw	15%	17%	12%	16%
Woongemeente naar aantal inwoners ^{II}	Onbekend	0%	0%	1%	0%
	Minder dan 10 000	1%	1%	2%	1%
	10 000 - 50 000	16%	26%	28%	20%
	50 000 - 100 000	11%	21%	24%	15%
	100 000 - 250 000	15%	19%	21%	17%
	250 000 en meer (G4)	26%	13%	11%	21%
	Buitenland	31%	20%	14%	26%
Aantal antecedenten ^{III} uit totale geregistreerde crimi- nele voorgeschiedenis	1	47%	45%	25%	46%
	2	12%	13%	17%	13
	3 - 4	10%	13%	14%	12%
	5 - 10	13%	16%	21%	14%
	11 - 20	8%	8%	14%	8%
	21 - 50	7%	4%	8%	6%
	> 50	3%	1%	2%	2%
Leeftijd bij registratie laatste delict	12-17	3%	4%	5%	3%
	18-24	31%	20%	28%	26%
	25-34	33%	33%	34%	33%
	35-44	21%	26%	21%	23%
	45-54	9%	13%	9%	11%
	55-64	2%	4%	2%	3%
	65+	0%	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 één maal voor een Opiumwet ge verbaliseerd. II. De delicten kunnen in een andere gemeente dan de woongemeente van de verdachte gepleegd zijn. III. Een antecedent is een politiecontact waarbij proces-verbaal van één of meer misdrijven is opgemaakt. IV. Voorlopige cijfers. Bron: HKS, KLPD/DNRI, groep Onderzoek en Analyse.

- Ruim twintig procent van de verdachten woont in één van de vier grote steden. Harddrugsverdachten wonen vaker in een grote stad dan softdrugsverdachten en verdachten van delicten met hard- en softdrugs. Harddrugsverdachten zijn ook vaker woonachtig in het buitenland: ruim 30 procent. Het aandeel in het buitenland wonende verdachten van opiumwettelijke delicten neemt tussen 1999 en 2002 toe van negentien naar 26 procent om vervolgens nagenoeg constant te blijven (niet in tabel).
- Opiumwettelijke verdachten hebben vaak meerdere criminele antecedenten. Bijna zeventien procent heeft er meer dan tien. Verdachten van een delict met hard- én softdrugs hebben het grootste aantal antecedenten: 24 procent heeft meer dan tien antecedenten. Van de harddrugsverdachten heeft zeventien procent en van de softdrugsverdachten heeft dertien procent meer dan tien antecedenten. Tussen 1999 en 2004 is het aantal verdachten met één antecedent gestegen van 40 naar 46% (niet in tabel).
- De meeste verdachten (33%) zijn tussen de achttien en 35 jaar oud. Verdachten jonger dan achttien en ouder dan 45 jaar zijn er relatief weinig. Softdrugsverdachten zitten vaker in de leeftijdscategorie van 45 jaar en ouder. Tussen 1999 en 2003 stijgt het aandeel verdachten van 45 jaar en ouder van tien naar veertien procent, om in 2004 constant te blijven. Dit gaat “ten koste” van de categorie 25- tot en met 34- jarigen. Het aandeel van de jeugdige verdachten tot en met 24 jaar blijft constant.

8.2.2 OPSPORINGSONDERZOEKEN GEORGANISEERDE CRIMINALITEIT

De dienst Nationale Recherche Informatie van het KLPD, groep Onderzoek en Analyse, inventariseert de opsporingsonderzoeken die de Nederlandse politie jaarlijks op het gebied van georganiseerde criminaliteit onderneemt.^b Bij de cijfers passen enkele kanttekeningen. Ten eerste zijn de gegevens over de opsporingsonderzoeken vanaf 2002 niet meer direct vergelijkbaar met die uit de jaren daarvoor. Dit komt doordat het KLPD in 2002 is overgegaan op een nieuwe registratiemethode. De gegevens van alle opsporingsonderzoeken bij de regio's worden nu opgevraagd met behulp van een ander formulier, de “Crimineel SamenwerkingsVerband (CSV) –manager”. Aan de hand hiervan worden de criminele samenwerkingsverbanden uit de geïnventariseerde opsporingsonderzoeken beschreven. Naar verwachting is de registratie van de criminele samenwerkingsverbanden vanaf 2002 completer dan in de jaren daarvoor. Verder geldt ook hier dat opsporingsprioriteiten, capaciteit en de mogelijkheden van opsporingsdiensten om gegevens te leveren mede bepalend

^b Deze inventarisatie wordt uitgevoerd in opdracht van de JBZ (Justitie en Binnenlandse Zaken) Raad van de Europese Unie. Alleen opsporingsonderzoeken die voldoen aan de criteria die de Raad heeft opgesteld voor georganiseerde criminaliteit worden meegenomen.

zijn voor de hoogte van de aantallen. Het aantal gerapporteerde opsporingsonderzoeken kan om die reden per instantie van jaar tot jaar sterk fluctueren. Binnen een onderzoek kan sprake zijn van verschillende soorten drugs en van verschillende activiteiten op het gebied van drugs.

Tabel 8.3 geeft de cijfers over de opsporingsonderzoeken weer. In 2004 zijn meer opsporingsonderzoeken gerapporteerd dan in 2003. Zeven op de tien (69%) richten zich op drugs. Dat percentage is iets hoger dan dat van het voorgaande jaar.

- Van alle onderzoeken richt 51 procent zich alleen op harddrugs, elf procent alleen op softdrugs en zeven procent op zowel hard- als softdrugs.
- Het aandeel harddrugsonderzoeken is sterk toegenomen ten opzichte van 2003 en van 1999-2002.
- In 60 procent van de opsporingsonderzoeken naar drugs gaat het om slechts één type drug. In de overige onderzoeken is sprake van meerdere typen drugs (niet in tabel).
- Cocaïne komt in 57 procent van de opsporingsonderzoeken naar harddrugs voor (was 60% in 2003). In 39 procent van deze onderzoeken betreft het synthetische drugs (was 54% in 2003) en in achttien procent heroïne (was 17%) (niet in tabel).
- De opsporingsonderzoeken naar softdrugs richten zich voor het overgrote deel op nederwiet (64%; was 53% in 2003) of hasj (36%; was 39% in 2003). Bij onderzoeken naar nederwiet betreft het naast handel vaak productie.

TABEL 8.3 OPSPORINGSONDERZOEKEN NAAR MEER ERNSTIGE VORMEN VAN GEORGANISEERDE CRIMINALITEIT: AANDEEL DRUGSWETCRIMINALITEIT EN HARD- EN SOFTDRUGS, 1999- 2004

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Aantal onderzoeken	118	148	146	185	221	289
	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Waarvan met drugs-wetcriminaliteit	75	78	90	117	146	200
	64%	53%	62%	63%	66%	69%
• Harddrugs	24	35	53	64	89	147
	20%	24%	36%	35%	40%	51%
• Softdrugs	9	14	15	20	25	32
	8%	9%	10%	11%	11%	11%
• Hard- en softdrugs	42	29	22	33	32	21
	36%	20%	15%	18%	14%	7%

Bron: KLPD/DNRI, groep Onderzoek en Analyse.

8.2.3 IN BESLAG GENOMEN DRUGS

De dienst Nationale Recherche Informatie van het KLPD, groep Onderzoek en Analyse, rapporteert jaarlijks over de hoeveelheid in beslag genomen drugs. Voor de rapportage over 2004 is informatie vergaard bij de politiekorpsen, Koninklijke Marechaussee, Douane en Fiscale Inlichtingen en Opsporingsdienst.¹⁸⁷ Drie politieregio's leverden geen gegevens over hun inbeslagnemingen in 2004. Bij het hieronder opgenomen overzicht dienen wel slagen om de arm te worden gehouden. De registratie van inbeslagnemingen binnen de korpsen en andere opsporingsinstanties is niet centraal georganiseerd, vaak ook niet uniform en vindt soms helemaal niet plaats.^{186;187} Bij de interpretatie van de gegevens moet rekening worden gehouden met het feit dat de cijfers slechts een minimum aangeven van het totaal aantal in beslag genomen drugs.^{187;188} Verder zijn de verschillen tussen de drugssoorten en tussen de jaren dermate weinig systematisch dat het niet doenlijk is ze te interpreteren. Trends kunnen er niet uit afgeleid worden. De hoeveelheden in beslag genomen drugs kunnen variëren al naar gelang de opsporingsinspanningen, het aantal zaken dat zich aandient, veranderingen in de markt en/of nauwkeurigheid in de registratie. Om deze reden worden hier enkel afgeronde cijfers gepresenteerd en alleen over 2004 (tabel 8.4). Over het aantal ontmantelde hennepkwekerijen en het aantal inbeslagnemingen in 2004 wordt hier niet gerapporteerd omdat de aanlevering van gegevens over 2004 te beperkt is.

TABEL 8.4 HOEVEELHEDEN IN BESLAG GENOMEN DRUGS IN NEDERLAND IN 2004¹

<i>Soort</i>	<i>Kilogram</i>	<i>Tabletten</i>	<i>Liters</i>	<i>Aantal</i>
Heroïne	± 1 200			
Cocaïne	± 12 000			
Morfine		± 30		
Amfetamine	± 500			
XTC (MDMA, MDA)	± 300	± 5 500 000	± 200	
GHB	± 20			
LSD				± 52 000 trips
Methadon	"	± 14 000	"	
Opium	"			
Cannabis				
Hasjiesj	± 16 000			
Marihuana	± 7 000			
Nederwiet	± 2 000			
Hennep planten				± 1 000 000
Paddo's	"			

1. Cijfers zijn afgerond. II. < 10 kilogram of liter. Bron: KLPD/NRI, groep Onderzoek en Analyse.¹⁸⁷ Bewerking: WODC.

Afgaande op de KLPD-rapportage 2004¹⁸⁷ is het beeld voor 2004 als volgt:

- In 2004 is ongeveer 1 200 kilogram heroïne in beslag genomen. Aan de landsgrens wordt heroïne voornamelijk in beslag genomen in de Rotterdamse haven.
- Meer dan twaalfduizend kilogram cocaïne is in beslag genomen, vooral op Schiphol en voor een groot deel bij luchtvaartpassagiers.
- Er zijn ongeveer 500 kilogram en tienduizend tabletten amfetamine in beslag genomen. Wat betreft XTC (MDMA, MDA of MDEA) gaat het om 300 kilogram, ongeveer 5,5 miljoen tabletten en 200 liter. Er werden 30 productieplaatsen van synthetische drugs ontmanteld.
- Ongeveer 52 duizend trips LSD zijn gevonden, geen tabletten LSD.
- Methadon is vooral in tabletvorm in beslag genomen, ongeveer veertienduizend stuks.
- Ruwe opium wordt nauwelijks gevonden.
- Van cannabis (hashish, marihuana en nederwiet) is ongeveer 25 duizend kilogram in totaal in beslag genomen, naast meer dan een miljoen cannabisplanten.
- Verder zijn nog rond twintig liter GHB en 30 tabletten morfine in beslaggenomen.
- Met betrekking tot XTC is uit de tussenevaluatie van de nota "Samenspannen tegen XTC" gebleken dat de productie en handel van XTC in Nederland lijkt af te nemen in 2003 ten opzichte van 2002.¹⁸⁹ Dit wordt bevestigd door de Criminaliteitsbeeldanalyse synthetische drugs tot en met 2004.¹⁹⁰ De productie lijkt zich enigszins te verplaatsen naar andere landen, met name België. Bij deze productie zijn vaak Nederlanders betrokken.¹⁹⁰
- De grootschalige import van cocaïne en de tussenmarkt die voortkomt uit deze import lijken in handen van personen die op verschillende andere illegale markten actief zijn. De Nederlandse markt lijkt bediend te worden door kleinschalige import via Schiphol.⁷⁶

8.2.4 INSTROOM EN AFDOENING OPIUMWETZAKEN BIJ HET OPENBAAR MINISTERIE

De politie stuurt de processen-verbaal wegens 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. Met name deze 'gefilterde' zaken komen niet altijd terecht in de registratie van het OM.

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

- Het aantal bij het Openbaar Ministerie ingestroomde Opiumwetzaken blijft stijgen. Het aantal nam in 2004 met 26 procent toe tot ruim 21 500. Ruim 60 procent van de toename komt voor rekening van softdrugs (61%; niet in tabel).
- Het aantal harddrugzaken neemt toe (+17%), maar opmerkelijker is de toename van het aantal softdrugzaken (+45%).

- De meerderheid van zaken betreft nog steeds harddrugs (54%), 41 procent betreft softdrugs en vier procent hard- en softdrugs. Het aandeel harddrugzaken neemt af in vergelijking met 2003, het aandeel softdrugzaken neemt toe.
- Het gaat meestal om mannelijke plegers van tussen de 25 en 35 jaar oud (niet in tabel).
- De zaken hebben overwegend betrekking op delicten betreffende bereiding, productie en handel van harddrugs (40%; Opiumwet art. 2 lid a, b en d) of softdrugs (31%; Opiumwet art. 3 lid a, b en d). Bezit van hard- of softdrugs (Opiumwet art. 1 lid c en art. 2 lid c) is een delict dat minder voorkomt. Vrouwen zijn naar verhouding vaker betrokken bij handel in drugs, mannen zijn vaker opgepakt wegens bezit van drugs (niet in tabel).
- Opiumwetzaken vormen acht procent van het totale aantal zaken dat in 2004 instroomde bij het OM.

TABEL 8.5 OPIUMWETZAKEN INGESTROOMD BIJ HET OPENBAAR MINISTERIE NAAR HARD- EN SOFTDRUGS, 1999-2004¹

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Opiumwet totaal	11 675	11 513	13 558	15 848	17 087	21 597
• Harddrugs	6 407	6 397	7 672	9 246	9 989	11 730
• Softdrugs	4 380	4 324	5 059	5 832	6 156	8 904
• Hard- en softdrugs	888	792	827	770	942	963
Totaal alle wetten	239 934	238 988	238 183	254 387	273 780	275 356
Opiumwet op totaal	5%	5%	6%	6%	6%	8%
Harddrugs	55%	56%	57%	58%	58%	54%
Softdrugs	38%	38%	37%	37%	36%	41%
Hard- en softdrugs	8%	7%	6%	5%	6%	4%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%

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

Tabel 8.6 laat zien wat de beslissing van het Openbaar Ministerie is geweest in de Opiumwetzaken die in 1999-2004 onherroepelijk zijn afgedaan.

- In 2004 bedraagt het aantal strafzaken Opiumwet bijna 18 duizend. Ten opzichte van 2003 is dit een toename van twintig procent.

TABEL 8.6 ONHERROEPELIJK AFGEDANE STRAFZAKEN VANWEGE OPIUMWETDELICTEN NAAR BESLISSING OM EN HARD- EN SOFTDRUGS, 1999-2004

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Totaal aantal Opiumwetzaken	11 132	10 546	11 143	13 206	14 943	17 916
• Dagvaarding	72%	71%	67%	67%	68%	59%
• Transactie	9%	9%	16%	18%	17%	21%
• Beleidssepot	6%	6%	6%	5%	5%	12%
• Technisch sepot	8%	9%	7%	6%	5%	4%
• Voeging	5%	5%	5%	4%	5%	4%
Harddrugs						
• Dagvaarding	75%	76%	74%	75%	74%	61%
• Transactie	4%	4%	7%	10%	11%	11%
• Beleidssepot	7%	7%	6%	4%	4%	19%
• Technisch sepot	9%	9%	8%	6%	5%	4%
• Voeging	5%	5%	5%	5%	5%	5%
Softdrugs						
• Dagvaarding	68%	64%	56%	53%	57%	55%
• Transactie	16%	17%	29%	33%	29%	36%
• Beleidssepot	5%	6%	5%	5%	5%	2%
• Technisch sepot	7%	8%	6%	5%	5%	4%
• Voeging	5%	4%	4%	3%	4%	4%
Hard- en softdrugs						
• Dagvaarding	89%	84%	78%	81%	80%	81%
• Transactie	2%	3%	3%	3%	7%	9%
• Beleidssepot	2%	2%	7%	4%	5%	2%
• Technisch sepot	4%	8%	9%	9%	5%	5%
• Voeging	3%	3%	3%	3%	3%	3%
• Totaal alle wetten	238 421	234 525	231 825	247 888	277 463	271 742
• Opiumwet op totaal	5%	4%	5%	5%	5%	7%

Bron: OBD, WODC.

- Het OM brengt in het merendeel van de drugszaken een dagvaarding uit. Dit betekent dat de meeste drugszaken voor de rechter worden gebracht. Van de Opiumwetzaken wordt in 2004 59 procent gedagvaard. Dit betekent een aanzienlijke daling ten opzichte van 2003 (-9%) en ook ten opzichte van de jaren 1999-2002. Deze daling komt voornamelijk voor rekening van - een opmerkelijke toename van - de beleidssepots bij harddrugsdelicten: van vier naar 19 procent. Het absolute aantal

dagvaardingen in Opiumwetzaken neemt, ondanks de relatieve daling, toch nog enigszins toe (+4%; niet in tabel). In 2004 neemt het aandeel van de transacties toe (+4%), vooral bij softdrugszaken (+7%). De toename bij de beleidssepots (+7%) kan geheel aan harddrugszaken toegeschreven worden (+15%). Het beleid inzake bolletjes-slikkers op Schiphol (stofgerichte benadering ^c) speelt hierbij mogelijk een rol.^{191;192}

- Strafzaken vanwege Opiumwetdelicten vormen zeven procent van het totaal aantal onherroepelijk afgedane strafzaken bij het OM in 2004. Dit aandeel is hoger dan in 2003 en in de jaren hiervoor.

Wat betreft de Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën (WVMC) blijkt het volgende.

- In de periode 1999-2004 is jaarlijks in een dertigtal zaken sprake van misdrijven tegen de WVMC, meestal in combinatie met Opiumwetdelicten. Het gaat hierbij altijd om harddrugs dan wel om precursoren om harddrugs te vervaardigen. In 2004 zijn 26 zaken WVMC geregistreerd, waarvan 21 in combinatie met een Opiumwetdelict. In vijf zaken is alleen sprake van een delict tegen de WVMC (tabel 8.7).

TABEL 8.7 AANTAL ONHERROEPELIJK AFGEDANE ZAKEN MET EEN MISDRIJF TEGEN DE WVMC, 1999-2004

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Alleen WVMC	3	7	12	3	6	5
WVMC en Opiumwet	20	18	27	29	22	21
Totaal	23	25	39	32	28	26

Bron: OBJD, WODC

- Naast een Opiumwetdelict werd in 2004 ook 195 maal deelname aan een criminele organisatie ten laste gelegd (artikel 140 uit het Wetboek van Strafrecht) (tabel 8.8). Dit is minder dan in 2003, maar meer dan in 2002. Over de gehele linie kan niet van een bepaalde trend gesproken worden.

TABEL 8.8 AANTAL ONHERROEPELIJK AFGEDANE ZAKEN MET ARTIKEL 140 WvS, 1999-2004

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Aantal zaken art.140	292	230	215	132	223	195

Bron: OBJD, WODC.

^c Drugskoeriers zonder antecedenten en met slechts een geringe hoeveelheid drugs worden niet vervolgd maar heengezonden na inbeslagname van de drugs; hun naam wordt op de zogenaamde zwarte lijst gezet om toekomstige vluchten naar Nederland te voorkomen.^{191;192}

8.2.5 AFDOENING DOOR RECHTER

Het merendeel van de Opiumwetzaken wordt, zoals uit § 8.2.4 blijkt, voor de rechter gebracht. Tabel 8.9 laat het aantal door de rechter behandelde zaken zien.

- De rechter heeft in 2004 ruim twaalfduizend Opiumwetzaken afgedaan. Dit is nagenoeg evenveel als in 2003. Opiumwetzaken vormen in 2004 acht procent van het totaal aantal door de rechter in eerste aanleg afgedane zaken in 2004.
- Harddrugzaken zijn afgenomen ten opzichte van 2003, zowel in aantal als in aandeel (-1 088, respectievelijk -8%).
- Softdrugzaken vormen nog wel de minderheid (38%, tegen 56% harddrugzaken), maar zijn in 2004 ten opzichte van 2003 zowel in aantal als in aandeel toegenomen (+920 en +8%).

TABEL 8.9 IN EERSTE AANLEG DOOR RECHTER AFGEDANE ZAKEN NAAR HARD- EN SOFTDRUGS, 1999-2004 ^p

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Opiumwet totaal	8 445	8 073	8 837	10 202	12 324	12 155
• Harddrugs	4 558	4 720	5 321	6 543	7 883	6 795
• Softdrugs	3 223	2 744	2 858	3 078	3 675	4 595
• Hard- en softdrugs	664	609	658	581	766	765
Totaal alle wetten	123 991	123 362	123 427	129 113	148 468	146 378
%						
• Harddrugs	54%	58%	60%	64%	64%	56%
• Softdrugs	38%	34%	32%	30%	30%	38%
• Hard- en softdrugs	8%	8%	7%	6%	6%	6%
Opiumwet totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Opiumwet op totaal	7%	7%	7%	8%	8%	8%

Bron: OMDATA, WODC.

^d De cijfers van het OM in tabel 8.5 en de rechter in tabel 8.9 zijn niet zonder meer met elkaar te vergelijken: tussen de instroom en de afdoening van het OM en het moment waarop de rechter uitspraak in een zaak doet, zit een tijdsverschil; de OM-cijfers in tabel 8.5 betreffen onherroepelijk afgedane zaken, die van de rechter in tabel 8.9 in eerste aanleg afgedane zaken.

8.2.6 SANCTIES IN OPIUMWETZAKEN

Tabel 8.10 beschrijft de sanctiekans en de soorten sancties: financiële transacties door het Openbaar Ministerie en de door de rechter oplegde taakstraffen, onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen, geldboetes en ontnemingen. De sanctiekans geeft een indicatie van de kans dat een bekend geworden dader van een Opiumwettelijk delict gestraft wordt.^e

- De sanctiekans in Opiumwetzaken neemt af: van 89 procent in 2003 naar 81 procent in 2004. Dit wil zeggen dat 81 van de 100 verdachten een sanctie krijgen opgelegd. De andere verdachten worden vrijgesproken of hun zaak wordt geseponeerd. Mogelijk is de daling (deels) een gevolg van de stofgerichte benadering van drugskoeriers op Schiphol.
- Het aantal opgelegde taakstraffen is van 2003 naar 2004 wederom gestegen (+22%). Financiële transacties nemen toe (+49%) en ontnemingen eveneens (+50%). Ook zijn er meer geldboetes opgelegd. Het aantal onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen is daarentegen gedaald. Andere sancties zijn ervoor in de plaats gekomen. Het aantal onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen bevindt zich in 2004 op het niveau van 2002.

TABEL 8.10 SANCTIEKANS EN AANTAL ONHERROEPELIJKE SANCTIES IN OPIUMWETZAKEN, 1999-2004

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Taakstraf	124	122	121	114	119	110
Onvoorwaardelijke vrijheidsstraf	369	348	356	382	357	371

Bron: OBDJ, WODC.

- De gemiddelde duur van een taakstraf in Opiumwetzaken is 110 dagen; er is nauwelijks verschil met 2003. De gemiddelde vrijheidsstraf duurt 371 dagen, iets meer dan in 2003 (tabel 8.11).

TABEL 8.11 GEMIDDELDE DUUR (DAGEN) VAN TAAKSTRAFFEN EN ONVOORWAARDELIJKE VRIJHEIDSTRAFFEN IN OPIUMWETZAKEN, 1999-2004

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Taakstraf	124	122	121	114	119	110
Onvoorwaardelijke vrijheidsstraf	369	348	356	382	357	371

Bron: OBDJ, WODC.

^e De sanctiekans is gedefinieerd als het aandeel transacties vermeerderd met de schuldigverklaringen

- Het mediane bedrag van de opgelegde financiële transacties nam toe tot 2003, maar is in 2004 weer gedaald. In 2003 bedraagt de mediaan ^f 270 euro (tabel 8.12).
- Het mediane bedrag van geldboetes nam eveneens toe tot 2003, maar is in 2004 afgenomen. Het bedraagt in 2004 460 euro.
- Het bedrag dat bij de ontnemingen omgaat wisselt sterk per jaar. In 2004 ging het om 4 300 euro, aanzienlijk meer dan in 2003.

TABEL 8.12 MEDIANE BEDRAG IN EURO VAN TRANSACTIES, GELDBOETES EN ONTNEMINGEN IN OPIUMWETZAKEN, 1999-2004

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Transactie financieel	183	163	214	293	320	270
Geldboete	459	459	458	509	500	460
Ontneming	4 018	3 511	6 112	619	2 616	4 300

Bron: OBDJ, WODC.

8.2.7 VRIJHEIDSTRAFFEN OPIUMWET

Uiteindelijk belandt een aantal veroordeelden in de gevangenis. Tabel 8.13 geeft het aantal en de duur van de wegens Opiumwetdelicten onherroepelijk opgelegde (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen weer.

- Het aandeel vrijheidsstraffen Opiumwet bedraagt in 2004 vijftien procent. Dit is een lichte daling ten opzichte van 2003 (-1%). Tussen 1999 en 2003 was steeds sprake van een toename. Deze is in 2004 tot staan gebracht. De daling komt op het conto van harddrugsdelicten. Die vormen nu dertien procent van het totaal aantal vrijheidsstraffen, tegen vijftien procent in 2003. Softdrugsdelicten vormen een relatief kleine minderheid van één procent.
- Van het totaal aantal opgelegde detentiejaren in 2004 betreft 28 procent Opiumwetdelicten. Dit is minder dan in 2003. Ook deze daling komt op het conto van de harddrugsdelicten (-3%). Van de detentiejaren betreft 27 procent harddrugsdelicten en 2 procent softdrugsdelicten.
- De daling lijkt op het conto te komen van de drugskoeriers: in 2003 was 14 procent van alle in Nederland opgelegde detentiejaren afkomstig uit Haarlemse drugszaken, in 2004 bedraagt dit tien procent. Landelijk beslaat Haarlem 36 procent van de detentiejaren Opiumwet in 2004.

^f De mediaan is de waarde die hoort bij de middelste waarneming van een naar grootte geordende reeks. De mediaan is minder gevoelig voor extreem hoge of lage waarden dan het rekenkundig gemiddelde.

TABEL 8.13 ONHERROEPELIJK OPGELEGEDE VRIJHEIDSTRAFFEN OPIUMWET NAAR AANTAL EN AANDEEL VRIJHEIDSTRAFFEN EN DUUR IN DETENTIEJAREN, 1999- 2004

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Aantal vrijheidsstraffen	25 220	2 5851	27 413	30 994	34 380	31 401
Opiumwet totaal	13%	11%	12%	14%	16%	15%
• harddrugs ^{II}	12%	10%	11%	13%	15%	13%
• softdrugs	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Overige strafzaken	87%	89%	88%	86%	84%	85%
Detentiejaren ^{III}	9 100	9 086	10 079	12 025	12 204	11 925
Opiumwet totaal	27%	24%	23%	28%	31%	28%
• harddrugs ^{II}	25%	23%	22%	27%	30%	27% ^{IV}
• softdrugs	2%	1%	1%	1%	1%	2% ^{IV}
Overige strafzaken	73%	76%	77%	72%	69%	72%

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. IV. Door afrondingsverschillen komt het totaal van de uitsplitsing naar hard- (26,8) /softdrugs (1,6) hoger uit dan het totaal van 28 procent (29). Bron: OBJD, WODC.

In 2004 zijn ruim 15 duizend personen in totaal gedetineerd, een deel vanwege een Opiumwetdelict (tabel 8.14).

- De gevangenispopulatie bestaat in 2004 voor 22 procent uit veroordeelden voor Opiumwetdelicten. Dit is minder dan in 2003 en ook minder dan in 2001 en 2002.

TABEL 8.14 AANTAL PERSONEN IN PENITENTIAIRE INRICHTINGEN NAAR SOORT DELICT, 1999-2004^I

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Totaal aantal	8 789	10 300	11 399	11 960 ^{II}	14 191 ^{II}	15 466
• Verkeer	1%	1%	1%	1%	1%	1%
• Vernieling/openbare orde	3%	2%	4%	4%	4%	5%
• Vermogensmisdrijven	22%	20%	20%	19%	20%	21%
• Opiumwet	21%	21%	24%	27%	25%	22%
• Geweldsmisdrijven	43%	43%	42%	42%	43%	40%
• Onbekend/overig	11%	12%	9%	8%	7%	10%
• Totaal ^{III}	101%	99%	100%	101%	100%	99%

I. Cijfers zijn exclusief vreemdelingenbewaring. II. 2002 is exclusief gedetineerden in detentiecentra, 2003 inclusief. III. Afrondingsverschillen. Bron: TULP, DJI.

8.2.8 RECIDIVE VAN OPIUMWETOVERTREDERS

Opiumwetovertreders komen voor een deel ondanks een strafoplegging wéér in contact met Justitie. Om een beeld te krijgen van hun recidive is uit het bestand van de WODC-recidivemonitor (zie bijlage B) een selectie gemaakt van alle personen die in 1997 tenminste één justitiecontact hadden vanwege een overtreding van de Opiumwet.^g Dit levert een groep op van 8 435 Opiumwetovertreders.^h Van deze personen is vervolgens de gehele strafrechtelijke voorgeschiedenis opgevraagd. Nagegaan is of zij na hun uitgangzaak in 1997 opnieuw met Justitie in aanraking komen en zo ja, na hoeveel tijd. Daarbij zijn drie typen recidive onderscheiden. 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 komt naar voren bij nieuwe justitiecontacten naar aanleiding van delicten met een wettelijke strafdreiging van minimaal vier jaar. Bij het vaststellen van de speciale recidive van drugswetovertreders worden alleen nieuwe contacten naar aanleiding van een overtreding van de Opiumwet geteld.

Tabel 8.15 geeft een overzicht van het percentage Opiumwetovertreders dat binnen een periode van één tot en met zeven jaar opnieuw met Justitie in aanraking komt. Ter vergelijking is ook de recidive in de hele daderpopulatie vermeld.ⁱ

- Het algemene beeld is dat Opiumwetovertreders iets vaker recidiveren dan de populatienorm, dat wil zeggen alle wetsovertreders samen. Binnen één jaar komt een kwart van alle Opiumwetovertreders opnieuw met Justitie in aanraking. Binnen zeven jaar loopt dit op tot 51 procent.
- Wanneer alleen zaken vanwege een ernstig delict worden geteld, is het percentage Opiumwetovertreders dat opnieuw met Justitie in aanraking komt 14 procent binnen een jaar, oplopend tot 33 procent binnen zeven jaar.
- Het percentage van de daders dat binnen zeven jaar opnieuw de Opiumwet overtreedt (de zogenoemde speciale recidive) bedraagt 25 procent.
- Uit deze gegevens blijkt dat Opiumwetovertreders niet alleen recidiveren op Opiumwetdelicten, maar zich ook met andere vormen van criminaliteit bezighouden.
- Mannelijke overtredders van de Opiumwet recidiveren over het algemeen vaker dan vrouwelijke overtredders van de Opiumwet (niet in tabel opgenomen).

^g Inclusief 7 (0,1%) overtredingen Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën (WVMC).

^h Door opschoning van de OBJD (verwijdering van aliassen) komt het aantal personen nu ietwat lager uit dan in voorgaande jaarberichten. Ook de berekeningsmethodiek is enigszins aangepast. Deze aanpassingen leiden slechts tot geringe veranderingen in de recidivepercentages.

ⁱ Het vaststellen van de speciale- of drugswetrecidive in de hele daderpopulatie is niet zinvol, omdat de aard van de uitgangzaken van deze daders zeer uiteenloopt. Dit in tegenstelling tot de uitgangzaken van drugswetovertreders die altijd een overtreding van de Opiumwet of WVMC betreffen.

- Het strafrechtelijk verleden speelt een belangrijke rol. Als men al eerder voor ernstige drugsdelicten in aanraking is gekomen met justitie, is de kans dat men na de uitgangszaak recidiveert groter. Bovendien, hoe jonger de dader bij het eerste justitiecontact, hoe groter de kans op latere recidive (niet in tabel).

TABEL 8.15 PERCENTAGE RECIDIVISTEN NA OVERTREDING VAN DE OPIUMWET, CUMULATIEF OVER EEN PERIODE VAN ZEVEN JAAR

Type recidive:	1 jaar		2-3 jaar		4-5 jaar		6-7 jaar	
	ow ^I	totaal ^{II}	ow ^I	totaal ^{II}	ow ^I	totaal ^{II}	ow ^I	totaal ^{II}
Algemeen	25%	19%	34-39%	28-33%	43-46%	37-40%	48-51%	43-45%
Ernstig	14%	11%	21-24%	17-20%	27-29%	23-24%	31-33%	26-27%
Speciaal	10%	-	15-18%	-	20-22%	-	24-25%	

I. Daders die in 1997 met Justitie in aanraking kwamen vanwege een overtreding van de Opiumwet (ow). II. Alle daders die in 1997 met Justitie in aanraking kwamen. Bron: Recidivemonitor, WODC.

8.2.9 OPIUMWETDELICTEN IN DE STRAFRECHTSKETEN

TABEL 8.16 OPIUMWETDELICTEN IN DE STRAFRECHTSKETEN: AANTAL VERDACHTEN BIJ POLITIE EN OM, VEROORDEELDEN EERSTE AANLEG DOOR RECHTER, VRIJHEIDSSTRAFFEN EN DETENTIEJAREN NAAR HARD- EN SOFTDRUGS, 2004

Fase in keten	Politie ^{I/IV}	OM	Rechter 1 ^e aanleg	Vrijheids- straffen	Detentiejaren
Totaal Opiumwet	21 526	21 597	12 155	4 672	3 392
• Harddrugs	11 387	11 730	6 795	4 238	3 196
• Softdrugs	8 460	8 904	4 595	434	196
• Beide	363	1963	765		
% Opiumwet op totaal ^{II}	9%	8%	8%	15%	28%
% harddrugs-softdrugs					
• Harddrugs	53%	54%	56%	91%	94%
• Softdrugs	39%	41%	38%	9%	6%
• Beide	2%	4%	6%	III	III

I. Bij de politie zijn 1 316 verdachten (6%) 'overige Opiumwet' (niet in tabel opgenomen). II. Totaal = totaal aantal zaken III. Een zaak met een hard- en een softdrugsdelict is hier geclassificeerd onder harddrugs. IV. Voorlopige cijfers. Bronnen: HKS, KLPD/DNRI; OMDATA, WODC; OBDJ, WODC.

Tabel 8.16 geeft een overzicht van de positie van daders van respectievelijk harddrugs delicten en softdrugsdelicten in de onderscheiden fasen van de strafrechtsketen in 2004.^j

- Door de hele keten heen zijn er meer daders van harddrugsdelicten dan van softdrugsdelicten.
- Daders van harddrugsdelicten krijgen veel vaker een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf opgelegd dan daders van softdrugsdelicten.
- Ook het aantal detentiejaren is voor harddrugs vele malen hoger dan voor softdrugs.

Hoe zit het met de positie van daders van Opiumwetdelicten in de strafrechtsketen in relatie tot die van daders van andere delicten? Om een indruk hiervan te krijgen zijn in tabel 8.17 cijfers over daders van Opiumwetdelicten vergeleken met die van geweldsdelicten, vernieling en openbare orde delicten, vermogensdelicten en overige delicten.¹⁹³

- Daders van Opiumwetdelicten zitten in vergelijking met de andere delictgroepen relatief vaak een vrijheidsstraf uit : waar zij zes procent vormen van het totaal aantal verdachten, maken zij dertien procent uit van het aantal verdachten dat tot een vrijheidsstraf veroordeeld wordt; dit is ruim twee maal zoveel als op grond van hun aantal verwacht mag worden. Ter vergelijking: verdachten van geweldsdelicten maken 22 procent uit van het totaal aantal verdachten en 23 procent van het aantal tot vrijheidsstraf veroordeelden; dit is proportioneel aan hun aantal.
- Daders van Opiumwetdelicten zitten naar verhouding vier maal meer detentiejaren uit dan op grond van hun aantal verwacht mag worden. Daders van geweldsdelicten zitten naar verhouding twee maal meer detentiejaren uit.

TABEL 8.17 AANDEEL VAN VERSCHILLENDE DELICTCATEGORIEËN IN DE STRAFRECHTSKETEN, 2004

	<i>Gehoorde verdachten</i>	<i>Transacties en schuldigverklaringen</i>	<i>Onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen</i>	<i>Detentiejaren</i>
Geweldsdelicten	22%	16%	23%	41%
Vermogensdelicten	35%	26%	48%	24%
Vernieling en openbare orde	16%	13%	7%	6%
Opiumwet	6%	6%	13%	24%
Overig	20%	39%	9%	5%
Totaal	100%	100%	100%	100%

Bron: CBS.¹¹

^j De cijfers zijn afkomstig uit verschillende bronnen. De onderlinge relatie dient dan ook voorzichtig geïnterpreteerd te worden.

8.2.10 RIJDEN ONDER INVLOED

Naast drugsgerelateerde criminaliteit komt ook criminaliteit voor die gerelateerd is aan alcoholgebruik en andere middelen. Hieronder wordt een eerste indruk gegeven van een veel voorkomende vorm, te weten rijden onder invloed. Voor dit Jaarbericht van de NDM is een beperkte eerste quick scan uitgevoerd naar de zaken die betrekking hebben op het rijden onder invloed van alcohol of een andere stof. De strafzaken zijn in kaart gebracht met betrekking tot 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. Weergegeven worden geregistreerde zaken in het HKS van de politie en instroom en afdoening door het OM en de rechter blijkens gegevens uit OMDATA. De meeste geregistreerde zaken hebben betrekking op alcohol. Dit heeft te maken met het gegeven dat het alcoholgehalte in adem of bloed relatief gemakkelijk, snel en grootschalig te meten is met bestaand instrumentarium. De detectie van drugs kost meer tijd en geld; grootschalige screening is op dit moment niet haalbaar.¹³⁸

Uit onderzoek is gebleken 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%), terwijl rijden onder invloed van benzodiazepines – al dan niet in combinatie met alcohol - even vaak voorkomt (2,1%).¹³⁸

Wat betreft alcohol is een persoon in overtreding als de alcohollimiet van 0,50‰ (bloedalcoholgehalte, gemeten in een promillage) wordt overschreden.¹³⁷

TABEL 8.18 AANTAL VERDACHTEN VAN RIJDEN ONDER INVLOED (ROI) EN WEIGEREN BLOED- EN ADEMPROEF GEVERBALISEERD DOOR POLITIE EN KONINKLIJKE MARECHAUSSEE, 1999-2004

<i>Aantal</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2004¹</i>
Totaal	39 506	38 475	40 372	44 447	48 865	48 555
ROI	38 288	37 315	39 290	43 387	47 966	47 718
Weigeren bloed- of ademproef	1 218	1 160	1 082	1 060	899	837
%						
ROI	97%	97%	97%	98%	98%	98%
Weigeren bloed-ademproef	3%	3%	3%	2%	2%	2%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%

1. Voorlopige cijfers. Bron: HKS.

TABEL 8.19 KENMERKEN VAN VERDACHTEN VAN RIJDEN ONDER INVLOED (ROI) EN WEIGEREN BLOED- EN ADEMPROEF, 2004^I

<i>Kenmerk:</i>		
Geslacht	Man	90%
	Vrouw	10%
Woongemeente naar aantal inwoners ^{II}	Onbekend	0%
	Minder dan 10 000	3%
	10 000 – 50 000	38%
	50 000 – 100 000	18%
	100 000 – 250 000	18%
	250 000 en meer (G4)	18%
	Buitenland	6%
Aantal antecedenten ^{III} uit totale geregistreeerde criminele Voorgeschiedenis	1	51%
	2	16%
	3 – 4	13%
	5 – 10	12%
	11 – 20	5%
	21 – 50	2%
	> 50	0%
Leeftijd bij registratie laatste delict	12 – 17	1%
	18 – 24	19%
	25 – 34	28%
	35 – 44	26%
	45 – 54	16%
	55 – 64	8%
	65+	2%

I. Voorlopige cijfers. II. De delicten kunnen in een andere gemeente dan de woongemeente van de verdachte gepleegd zijn. III. Een antecedent is een politiecontact waarbij proces-verbaal van één of meer misdrijven is opgemaakt. Het huidige delict wordt meegeteld. Bron: HKS.

- Het percentage overtreders (in weekendnachten) bedraagt in 2004 3,4 procent. Dit is minder dan in 2003.¹³⁷
- In 2004 zijn er in totaal ruim 48 500 personen geverbaliseerd (zie tabel 8.18). Meestal gaat het om rijden onder invloed en niet om weigeringen. Het aantal is iets lager dan in 2003, maar duidelijk meer dan in de jaren 1999 tot en met 2002.

Zoals ook eerder is opgemerkt kan hieruit niet zonder meer afgeleid worden dat het aantal delicten ook is toegenomen; het gaat immers om geregistreeerde criminaliteit.

- Het gaat vooral om mannen: negen op de tien verdachten van rijden onder invloed is man (zie tabel 8.19).
- De meeste verdachten wonen in steden met tussen de tien en 50 duizend inwoners.
- 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.
- De meeste verdachten zijn tussen de 25 en 44 jaar oud.

ROI zaken behoren tot zaken waarin het OM bevoegd is, maar waarbij een standaard transactiebedrag is vastgesteld. In 1989 kreeg de politie de bevoegdheid om een verdachte een transactievoorstel te doen - met uitzondering van recidivisten - tot een promillage van 0,8. Later werd deze bevoegdheid - namens het OM - uitgebreid tot 1,3 promille. De politie maakt geleidelijk meer gebruik van deze mogelijkheid. Sinds 2000 verzorgt het Centraal Justitieel Incasso Bureau (CJIB) het aanbieden en innen van dergelijke transacties in zaken ROI. Het CJIB gebruikt hiervoor het TRIAS systeem (Transactie Registratie en Informatie Afhandelingsysteem). Als de verdachte betaald 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 via TRIAS in aanmerking komen worden direct doorgezonden. Hierbij spelen de hoogte van het alcoholgehalte en de recidive een rol. Met ingang van 2004 is de grens voor standaardafdoening via TRIAS verhoogd en komen ook zwaardere zaken voor deze afdoeningswijze in aanmerking. Tabel 8.20 laat de instroom zien bij het CJIB. Deze overlapt dus gedeeltelijk met de instroom bij het OM (tabel 8.21). De categorieën zijn niet geheel vergelijkbaar.

- In 2004 is in ruim 25 duizend zaken een transactie via TRIAS aangeboden. Dit is meer dan in de jaren daarvoor. De verruiming van mogelijkheden van standaardafdoening is in de cijfers duidelijk zichtbaar. Verder is er ook een geleidelijke toename doordat de TRIAS-procedure geleidelijk op gang komt.
- Het gaat bijna altijd om zaken waarin een bloedgehalte van onder de 1,3% is vastgesteld.
- Het overgrote deel van de zaken betreft bestuurders van motorvoertuigen. In mindere mate gaat het om bromfiets/scooter bestuurders of om fietsers.
- De meeste transacties worden in 2004 betaald (62%). Een deel wordt alsnog doorgezonden naar het parket (35%). Een minderheid wordt ingetrokken, geseponeerd of anders afgedaan.

TABEL 8.20 INSTROOM STANDAARDTRANSACTIONEN (TRIAS) WEGENS RIJDEN ONDER INVLOED BIJ CJIB, NAAR SOORT BESTUURDER EN GECONSTATEERD ALCOHOLGEHALTE (IN BLOEDGEHALTE %) 2002-2004¹

Aantal	2002	2003	2004
Totaal	11 355	12 488	25 329
Bestuurders van motorvoertuigen	10 355	11 374	23 478
Waarvan:			
- bloedgehalte 0,5‰ tot en met 0,8‰	7 858	8 680	11 692
- bloedgehalte 0,8‰ tot en met 1,3‰	2 496	2 694	11 205
- bloedgehalte > 1,3‰	-	-	545
- bloedgehalte onbekend	1	36	48
Bestuurders van bromfiets/bromscooter	851	969	1 622
Fietsers	149	145	229

1. Indeling categorieën is gewijzigd in 2004. Indeling in tabel is hier door WODC aangepast aan die van Rijkswaterstaat. Daarbij zijn adem-alcoholgehalten omgerekend naar bloedgehalten.¹³⁷ Bron: CJIB.

- Bij het OM zijn in 2004 ruim 35 500 zaken met betrekking tot rijden onder invloed ingeschreven. In de meeste gevallen betreft het een bestuurder van een personenauto of een motor (86%). Meestal gaat het bij de ingeschreven OM-zaken om alcohol. Het aantal ingeschreven zaken bij het OM is lager dan in 2003. Deze daling kan toegeschreven worden aan de toename van TRIAS-zaken. Andere oorzaken van deze daling zijn niet bekend. Het aantal zaken rijden onder invloed in combinatie met veroorzaken van een ongeval is opmerkelijk laag en ook lager dan de schattingen in de rapportage van Rijkswaterstaat (niet in tabel).¹³⁷
- Het OM brengt in de meeste zaken (ongeveer twee derde) een dagvaarding uit, met name in de zaken waarin het gaat om een bloedalcoholgehalte van meer dan 1,3‰ (niet in tabel). Ongeveer een derde wordt getransigeerd. Dit aantal is gedaald in 2004, waarschijnlijk als gevolg van de TRIAS-procedure. Het aantal septs is gering.
- Tot slot enige feiten over zaken die voor de rechter gebracht worden (niet in tabel). Het aantal zaken dat voor de rechter komt bedraagt in 2004 ruim 25 duizend. Dit is iets minder dan in 2003, maar meer dan in de jaren 1999 tot en met 2002. In de meeste zaken volgt in 2004 een schuldigverklaring door de rechter (96%). Vrijspraken komen weinig voor (1%) evenals andere uitspraken (3%).

TABEL 8.21 INSTROOM ZAKEN RIJDEN ONDER INVLOED BIJ OM NAAR TYPE VOERTUIG EN SOORT STOF, 1999-2004¹

<i>Aantal</i>		1999	2000	2001	2002	2003	2004
Bestuurders personen- auto/motor		31 399	34 806	34 747	36 131	39 958	30 527
Waarvan	alcohol	30 775	34 130	34 122	35 424	39 092	29 702
	andere stof	577	621	576	659	817	780
	combinatie	47	55	49	48	49	45
(Brom)fietzers		1 968	2 263	2 389	2 613	3 362	2 837
Waarvan	alcohol	1 909	2 207	2 328	2 566	3 304	2 782
	andere stof	55	53	54	47	56	53
	combinatie	4	3	7	-	2	2
Bestuurders ander voertuig		829	813	783	918	816	688
Waarvan	alcohol	813	792	768	898	798	671
	andere stof	15	20	14	19	15	16
	combinatie	1	1	1	1	3	1
Soort voertuig niet geregistreerd		2 800	497	77	1 376	759	1 517
Waarvan	alcohol	2 753	490	75	1 368	754	1 505
	andere stof	47	7	2	8	5	12
	combinatie	-	-	-	-	-	-
Totaal rijden onder invloed		36 996	38 379	37 996	41 038	44 895	35 569

1. Bij parketten ingeschreven zaken met betrekking tot rijden onder invloed, WVV 1994 art. 8 lid 1 en 2, exclusief overdrachten binnen het OM. Bron: OMDATA; WODC.

8.3 PROBLEMATISCH DRUGS- EN ALCOHOLGEBRUIK IN HET STRAFRECHTELIJK SYSTEEM

In deze paragraaf worden enkele aspecten rond drugs- en alcoholgebruikers in het strafrechtelijk systeem beschreven. Het beeld is incompleet doordat gebruik en problematische gebruik niet of niet systematisch wordt nagevraagd en geregistreerd, noch door de politie, noch door het OM, de rechter of in het gevangeniswezen.

8.3.1 DRUGS-GEBRUIKENDE VERDACHTEN

In het Herkenningsdienstsysteem (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 vraagt. De politie vraagt eventueel drugsgebruik niet systematisch na. Het is ook niet de bedoeling van de classificatie om een indicatie van aantallen drugsgebruikende verdachten te geven. 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.

Lopend (nog niet gepubliceerd) onderzoek laat zien dat de gevarenclassificatie van het HKS inderdaad een 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.¹⁹⁴ Degenen die gemist worden zijn met name gebruikers die minder bekend zijn bij de politie, bijvoorbeeld omdat ze minder (geregistreerde) delicten op hun naam hebben 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:

- 91% is man, en de meesten wonen in de grote steden (in 2003 en 2004 was dit 41 procent). Het aantal in het buitenland wonende drugsgebruikende verdachten is in 2004 ietwat lager dan in 2003. Dit aantal nam tussen 1999 en 2003 toe, met een flinke sprong in 2003.
- Veelal komen ze op jonge leeftijd in aanraking met de politie: 46 procent was jonger dan 18 jaar ten tijde van de registratie van het eerste delict, 78 procent was jonger dan 25. De gemiddelde leeftijd van de drugsgebruikende verdachten bedraagt in 2004 37 jaar en is hoger dan in 2003.

De volgende delictkenmerken kunnen worden genoemd van de door de politie als drugsgebruiker geregistreerde verdachten:

- Het overgrote deel heeft al een eerder proces-verbaal wegens een misdrijf. Bijna 90 procent heeft meer dan vijf antecedenten en 74 procent meer dan tien antecedenten.

- Bij het type delict zijn lichte verschuivingen te zien. De meeste drugsgebruikers (56%) worden verdacht van vermogensmisdrijven zonder geweld, maar dit is minder dan in 2003 en ook minder dan in de jaren daarvoor. Ook diefstal met geweld/afpersing neemt af en bedraagt in 2004 negen procent. De categorie “overig geweld” (tegen personen) is in 2004 daarentegen iets groter dan in 2003 en ook groter dan in de jaren daarvoor. Vanaf 1999 is een gestage toename te zien. Vernieling en delicten tegen de openbare orde maken 23 procent uit in 2004; dit is iets meer dan in 2003 en meer dan in de jaren 1999-2002.
- 22 procent van de drugsgebruikende verdachten pleegde een Opiumwetdelict, dit is gelijk aan 2003 maar iets meer dan in de daaraan voorafgaande jaren.
- Justitie heeft te maken met een groep van rond zes duizend ‘zeer actieve’ veelplegers. Dit zijn daders die in de achterliggende periode van vijf jaar meer dan tien keer in aanraking zijn gekomen met Justitie. Naar schatting ruim 70 procent is een regelmatige harddrugsgebruiker en ruim tien procent kampt met alcoholproblemen.¹⁹⁵

8.3.2 DRUGS- EN ALCOHOLGEBRUIK ONDER GEDETINEERDEN

Er zijn tussen 1998 en 2005 acht studies uitgevoerd waarin drugsgebruik door gedetineerden voorafgaand aan hun detentie is onderzocht. De studies hanteren verschillende definities en instrumenten en bestuderen verschillende groepen gedetineerden. Ondanks de verschillen komt een patroon naar voren, dat evenwel niet meer is dan een indicatie.

- Cannabis en alcohol worden in het algemeen frequent gebruikt en de prevalentie van problematisch gebruik is eveneens hoog. Cocaïne/crack volgt als derde, daarna opiaten/heroïne en andere drugs.
- Gedetineerden in forensisch psychiatrische klinieken geven hoge prevalenties te zien van problematisch cannabisgebruik en alcoholgebruik, -misbruik en –afhankelijkheid.^{196;197}
- Jeugdigen in jeugd detentiecentra gebruiken vooral cannabis en alcohol.^{29;34}
- Gedetineerden in reguliere penitentiaire inrichtingen gebruikten vóór detentie vaak harddrugs, waarbij cocaïne vaak wordt genoemd. Ook cannabis wordt vaak gebruikt. Veel harddrugsgebruikers geven aan problemen te hebben met hun gebruik.⁸ Gedetineerden van wie bekend is (bijvoorbeeld bij de psychologisch-medische dienst) dat ze drugsgebruiker zijn, vertonen hoge prevalenties van gebruik, met name van cocaïne en heroïne.^{198;199}
- SOV’ers gebruikten voorafgaand aan hun opvang vooral cocaïne (87%), heroïne (77%) en methadon (46%). Van hen is 94 procent polydrugsgebruiker.²⁰⁰
- Problematisch gebruik van alcohol komt voor bij 33 procent van de populatie in het reguliere gevangeniswezen. Alcoholgebruik heeft bij ruim eenderde van de gedetineerden ooit tot een geweldsincident geleid.⁸

- Ruim 90 procent van de jongeren in jeugddetentiecentra gebruikte voorafgaand aan hun detentie alcohol.^{29;34} Bij eenderde was alcohol- of drugsgebruik in het spel voorafgaand aan een geweldsincident. De jongeren geven echter aan dat dit incident ook plaatsgevonden zou hebben zonder gebruik vooraf. Cannabis is op dit punt even vaak in het spel als alcohol.²⁹
- In forensisch psychiatrische klinieken is bij rond een kwart van de gedetineerden ooit sprake geweest van alcoholmisbruik/afhankelijkheid.^{196;197}

8.4 HULP VOOR PROBLEMATISCHE GEBRUIKERS IN HET STRAFRECHTELIJK SYSTEEM

Probleemgebruikers van drugs in het strafrechtelijk systeem kunnen op verschillende manieren ondersteuning en hulp krijgen bij hun (verslavings)problemen. Er is aanbod beschikbaar van de verslavingsreclassering en er bestaan juridische mogelijkheden voor gebruikers om deel te nemen aan een zorgtraject als alternatief voor vervolging en sancties. Ook kunnen gebruikers deelnemen aan reïntegratieprogramma's in detentie. Daarnaast kent Nederland sinds 2001 dwangopvang van criminele drugsgebruikers: de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV).

In deze paragraaf beschrijven we welke hulp in 2004 beschikbaar was 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 (§ 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).²⁰¹ Dit systeem geeft geen volledige landelijke informatie over de aard van de verslaving van cliënten (alcohol, drugs, gokken etc.) of over het type drug (heroïne, cocaïne etc.). De cijfers zijn niet op cliëntniveau beschikbaar.
- 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 beschikbaar over cliënten van de verslavingsreclassering 2001-2003.²⁰²
- De Dienst Justitiële Inrichtingen heeft informatie verstrekt over Verslaafden Begeleidings Afdelingen (VBA's) in penitentiaire inrichtingen.
- Cijfers over de instroom en uitstroom in de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden zijn deels afkomstig van de SOV-locaties (via het Trimbos-instituut) deels van de Dienst Justitiële Inrichtingen.

8.4.1 VERSLAVINGSRECLASSERING

De verslavingsreclassering biedt ondersteuning aan gebruikers in het strafrechtelijk systeem, binnen budgettaire en beleidsmatige grenzen. Zij vormt de brug tussen justitie en zorg.

- Verslavingsreclassering wordt aangeboden door circa 50 vestigingen van vijftien instellingen voor verslavingszorg met een reclasseringserkenning.²⁰³
- In 2004 was de verslavingsreclassering onderwerp van nieuw beleid; in dit kader wordt de taakverdeling tussen de verslavingsreclassering en het gevangeniswezen geherdefinieerd.²⁰⁴
- De verslavingsreclassering voert twaalf kernactiviteiten uit voor justitiabelen; ze doet dit op aanvraag van het OM en de rechterlijke macht.^{201;205} 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 wordt toegepast om cliënten meer stringent te selecteren voor programma’s.²⁰⁶
- Per 31 december 2004 heeft de verslavingsreclassering 10 624 cliënten, hun gemiddelde leeftijd is 36 jaar, 91 procent is man en negen procent is vrouw. Eind 2003 bleek 59 procent van de cliënten van de verslavingsreclassering ook bekend te zijn bij de ambulante verslavingszorg.²⁰²

TABEL 8.22 AANTAL MAAL DAT DE VERSLAVINGSRECLASSERING KERNACTIVITEITEN HEEFT UITGEVOERD, 2002-2004^{I, II}

Producten ^{III}	2002	2003	2004
Vroeghulpbezoek	3 629	4 305	4 110
Vroeghulpinterventie rapport	995	922	889
Trajectbegeleiding	10 048	9 156	1 028
Diagnose ^{IV}		10 615	10 605
Toeleiding zorg	1 568	2 115	2 254
Toezicht	2 407	3 726	4 919
Reïntegratieprogramma	1 696	2 566	2 929
Werkstraf ^V	3 382	4 098	4 650
Leerstraf	139	217	241
Voorlichtingsrapport	4 423	4 254	4 537
Adviesrapport	2 989	4 408	3 630
Maatregelrapport	175	84	202

I. Geen cijfers op cliëntniveau of gespecificeerd naar soort middel beschikbaar. II. Cijfers 2001 niet weergegeven, cijfers afwijkend, implementatietraject CVS vond in dat jaar plaats. III. Cijfers betreffen vastgestelde productie na accountantscontrole. IV. Nieuw gedefinieerd in 2003. V. Individuele en groepswerkstraffen. Bron: SVG.

- In totaal is er een afname van het aantal activiteiten ten opzichte van 2003. Bij sommige activiteiten is een toename te zien, bij andere een afname. Het is duidelijk dat de trajectbegeleiding wordt afgebouwd (in 2004 nog maar ruim 1 000 maal uitgevoerd) en dat diagnoses vanaf 2003 worden opgevoerd (in 2004 ruim 10 000 maal).
- Een aanzienlijke toename is te zien bij het houden van toezicht op cliënten in het kader van een justitiële beslissing. Dit kan plaatsvinden in alle fasen van het strafrechtelijk proces. In 2004 is dit ruim 4 900 maal uitgevoerd.
- Werk- en leerstraffen zijn vaker gesuperviseerd en er zijn meer reïntegratieprogramma's uitgevoerd. 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. In 2004 zijn ruim 2 900 maal activiteiten in dit kader uitgevoerd, een toename ten opzichte van 2003.
- Vroeghulpbezoeken zijn in 2004 ruim vierduizend maal afgelegd, minder vaak dan in 2003. Het gaat om het eerste bezoek aan een arrestant, in verzekering gestelde of in bewaring gestelde verdachte, meer specifiek aan degenen bij wie daadwerkelijke instroom naar de zorg wordt verwacht. De laatste jaren ligt het aantal vroeghulpbezoeken grofweg tussen 3 600 en ruim 4 000. In 2004 ligt de prioriteit van de vroeghulp bij veelplegers, huiselijk geweld en zwaardere delicten.
- Bij vroeghulpinterventie wordt gerapporteerd aan de rechter met een aanbeveling over het al dan niet voortduren van voorlopige hechtenis (en de wijze waarop). In 2004 is bijna 900 maal een vroeghulpinterventie uitgevoerd. Dit aantal wijkt niet veel af van dat in 2003. De vroeghulpinterventie wordt in 2004 ingezet in de aanpak van veelplegers.
- Er zijn in 2004 iets meer toeleidingen naar zorg geweest dan in 2003.
- De verslavingsreclassering maakt verschillende soorten rapporten: voorlichtings-, advies- en maatregelrapporten. 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). Voorlichtingsrapporten worden opgesteld tijdens inverzekeringstelling, inbewaringstelling of voorlopige hechtenis. Het aantal voorlichtingsrapporten, meestal aangevraagd door de rechterlijke macht, bedraagt in 2004 ruim 4 500, meer dan in 2003 en in de jaren daarvoor. Een adviesrapport is een beperkte, 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. Adviesrapporten worden in het gehele justitiële traject opgesteld. In 2004 is het aantal ruim 3 600. Dit is minder dan in 2003. Maatregelrapporten betreffen schriftelijke informatie aan het Ministerie van Justitie, de FPD, TBS-inrichting en/of rechter, met het oog op beslissingen rond een maatregel. Deze rapporten hebben onder andere betrekking op de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden. In 2004 zijn er 202 rapporten opgesteld, meer dan in 2003.

Het LADIS geeft enkele kenmerken van reclassenten; 2003 is het meest recente jaar waarover gegevens zijn gepubliceerd.²⁰²

- In 2003 waren er 14 600 reclassenten. Zij hadden in totaal 45 duizend contacten met de verslavingsreclassering.
- Ongeveer tweederde ontvangt afwisselend verslavingszorg en reclassering.
- Vergeleken met de totale groep cliënten van de ambulante verslavingszorg zijn reclassenten vaker man, allochtoon, jonger (gemiddeld vier jaar jonger), alleenstaand en werkloos. Ze gebruiken vaker cocaïne/crack en hun problemen hebben een langere geschiedenis.

8.4.2 ZORG ALS ALTERNATIEF VOOR VERVOLGING EN SANCTIES

- Het justitiebeleid is er sinds de jaren negentig expliciet op gericht om criminele drugsgebruikers 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.
- Vanaf inbewaringstelling tot en met detentie is het mogelijk om gedetineerden/ gebruikers te laten deelnemen aan een zorgtraject als alternatief voor vervolging of sanctie (vaak detentie). De keuze is niet vrijblijvend: als de gebruiker zich niet houdt aan de voorwaarden en afspraken dreigt verdere vervolging, veroordeling of tenuitvoerlegging van sancties ('drang'). Wel is zijn/haar instemming nodig. Tabel 8.23 geeft een overzicht. In 2004 zijn er enkele veranderingen ten opzichte van 2003.
- Sinds oktober 2004 is de maatregel ISD in werking.^{207;208} Onder deze maatregel kunnen personen tot maximaal twee jaar geplaatst worden in een Inrichting voor Stelselmatige Daders. Onder de paraplu van deze maatregel kunnen zij deelnemen aan een zorgtraject. De maatregel wordt sinds januari 2005 toegepast.
- In 2004 is nieuw beleid in het gevangenisstelsel in ontwikkeling. Daarbij wordt gestreefd naar betere selectie van gedetineerden voor reïntegratieprogramma's en naar meer differentiatie in het aanbod voor gedetineerden: kortgestraften krijgen geen reïntegratieprogramma's aangeboden, langergestraften wel, mits een verbetering verwacht wordt.^{209;210} Zo niet, dan blijven ze in een penitentiair regime. De kansen worden ingeschat met behulp van systematische assessment. Ook de effectiviteit van interventies is een aandachtspunt. De bedoeling is dat zorg wordt aangeboden als deze effectief is en de reïntegratie bevordert.
- Er zijn maar weinig cijfers bekend over het gebruik van de verschillende strafrechtelijke mogelijkheden bij problematische gebruikers van drugs. In 2004 zijn ruim 2 200 toeleningen naar de zorg uitgevoerd door de verslavingsreclassering. Er is 130 maal gebruik gemaakt van art. 43 Pbw; 72 maal (55%) vanuit een Verslaafden Begeleidings Afdeling in een penitentiaire inrichting en 86 maal werd geplaatst in een verslavingskliniek.

- Tot eind 2004 liepen drie pilotprojecten ter verbetering van de toeleiding naar zorg van drugsgebruikers. Deze worden (deels) gecontinueerd.²¹¹

TABEL 8.23 WETTELIJKE MOGELIJKHEDEN TOT INSTROOM IN ZORGTRAJECTEN ALS ALTERNATIEF VOOR VERVOLGING EN DETENTIE, NAAR FASE IN HET JUSTITIËLE TRAJECT, 2004

<i>Fase in justitieel traject:</i>	<i>Wettelijke mogelijkheid:</i>	<i>Toelichting:</i>
Tijdens in verzekeringstelling en in bewaaringstelling zonder verlenging (politiefase)	<ul style="list-style-type: none"> • Geen 	Instroom in zorgtraject op vrijwillige basis
Tijdens voorlopige hechtenis	<ul style="list-style-type: none"> • (Voorwaardelijk) sepot door OM (art. 167 Sv) • Schorsing voorlopige hechtenis onder voorwaarden (art. 80 Sv) 	Instroom in zorgtraject onder drang
Bij voorgeleiding en zitting	<ul style="list-style-type: none"> • Aanhouden van de zitting/uitstel van vonniswijzing (art. 281 Sv en art. 346 Sv) • Opleggen van (gedeeltelijk) voorwaardelijke straf met als voorwaarde een ter zitting voorgesteld hulpverleningstraject (Art. 14a en 14c Sr) 	Instroom in zorgtraject onder drang
Tijdens detentie	<ul style="list-style-type: none"> • Deelname aan zorgtraject onder maatregel tot plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders (art. 38m-u Sr) • Deelname aan zorgtraject zo nodig buiten de penitentiaire inrichting in daartoe bestemde instellingen (art. 43 Pbw) • Deelname aan Penitentiair Programma (art. 4 Pbw) 	Instroom in zorgtraject onder drang
Na afloop detentie	<ul style="list-style-type: none"> • Geen 	Instroom in zorgtraject op vrijwillige basis

Bron: WODC.

- Een gebruiker kan vanuit het justitieel systeem naar vele mogelijke, niet door justitie gefinancierde voorzieningen gaan, zolang de beslissende instantie (meestal de rechter of de selectiefunctionaris) dit een aangewezen en aanvaardbaar traject vindt.

- In 2004 werd de meerderheid van alle cliënten, ruim drie kwart, verwezen naar klinische, ambulante en deeltijdvoorzieningen voor verslavingszorg. Er zijn geen noemenswaardige verschillen in verwijspatronen ten opzichte van 2003 (tabel 8.24).

TABEL 8.24 TOELEIDINGEN NAAR ZORG DOOR VERSLAVINGSRECLASSERING NAAR SOORT ZORGTRAJECT, 2002-2004¹

Soort zorgtraject:	2002		2003		2004 ^{8*}	
Klinische verslavingszorg	650	42%	889	41%	925	41%
Ambulante en deeltijd verslavingszorg	474	30%	726	34%	798	35%
Maatschappelijke opvang	126	8%	171	8%	201	9%
Psychiatrische zorg door een APZ	123	8%	76	4%	52	2%
Niet-klinische psychiatrische zorg	44	3%	83	4%	114	5%
Psychiatrische deeltijdbehandeling	28	2%	50	2%	51	2%
Sociale pensions	24	2%	23	1%	19	1%
Internaten voor dak- en thuislozen	22	1%	25	1%	22	1%
Psychiatrische polikliniek	20	1%	35	2%	32	1%
Crisisopvang 24 uur	19	1%	19	1%	19	1%
Andere voorzieningen	38	2%	56	3%	45	2%
Totaal	1 568	100%	2 153	100%	2 278	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 speciale Verslaafden Begeleidings Afdelingen (VBA's). VBA's zijn bedoeld als toeleidingsprogramma naar een zorgtraject. Er zijn er 12. Op 31 december 2004 nemen 202 verslaafden aan het programma deel. De bezettingsgraad is op dat moment 74 procent.
- In 2004 zijn nieuwe programma's beschikbaar tijdens detentie, zoals sociale vaardigheidstraining en leefstijltraining.

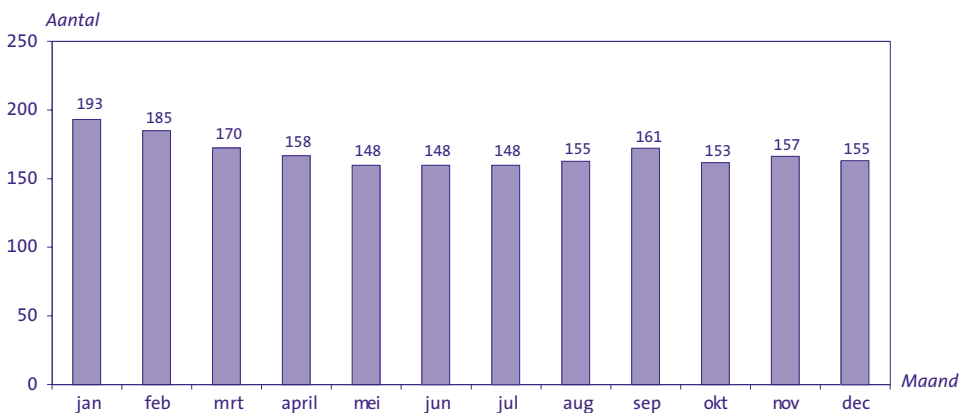
8.4.3 DE STRAFRECHTELIJKE OPVANG VERSLAAFDEN

- De Strafrechtelijke Opvang Verslaafden is in 2004 geïncorporeerd in een nieuwe maatregel: de maatregel tot plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD). De ISD is in oktober 2004 ingevoerd.^{208;209} 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,

zal deze maatregel vaak op deze groep worden toegepast. Plaatsingen in de ISD vinden plaats vanaf januari 2005.²¹² In die maand zijn 13 personen in de ISD geplaatst; in september 2005 is dit opgelopen tot 191.

- De SOV is nu een van de programma's/modules in de ISD. Er bestaat vanaf oktober 2004 geen zelfstandige dwangmaatregel SOV meer. De rechter legt geen SOV meer op, maar een ISD. Binnen de ISD vindt selectie plaats op basis van de RiSc. Daarbij wordt ook gekeken naar het aspect van motivatie. Gebruikers die niet willen 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.
- De SOV 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.
- De SOV is in 2001 gestart op vier locaties: Rotterdam (gestart 1 april 2001), Amsterdam (gestart 1 mei 2001), Utrecht (gestart oktober 2001) en Zuid (Arnhem, Nijmegen, Den Bosch, Eindhoven, Maastricht en Heerlen; gestart september 2001). De eerste deelnemer stroomde in juni 2001 in. De totale capaciteit bedraagt 219 plaatsen.
- Het aantal deelnemers in de SOV nam in 2004 af: van 193 in januari naar 155 in december, fase drie niet meegerekend (figuur 8.1). Het aantal deelnemers in fase drie bedroeg drie (in september) tot elf (in april en mei).

FIGUUR 8.1 AANTAL DEELNEMERS IN SOV PER MAAND IN 2004¹



1. Exclusief deelnemers fase drie. Bron: SOV-locaties/Trimbos-instituut en DJI.

- De bezettingsgraad nam af in 2004 van 88 procent in januari naar 68 procent in juni en 71 procent in december (tabel 8.25). De gemiddelde bezettingsgraad is 73 procent. Eind 2004 is de bezettingsgraad lager dan eind 2003 (was: 85%).
- De bezettingsgraad varieert per locatie. In december 2004 bedraagt het bezettingspercentage in Amsterdam 69 procent, in Rotterdam 89 procent, in Utrecht 46 procent en voor de regio Zuid 60 procent (tabel 8.25).

TABEL 8.25 AANTAL DEELNEMERS EN BEZETTINGSGRAAD SOV NAAR LOCATIE. PEILDATA 31 JANUARI, 30 JUNI EN 31 DECEMBER 2004¹

	Amsterdam			Rotterdam			Utrecht			Zuid			Totaal		
	Jan	Jun	Dec	Jan	Jun	Dec	Jan	Jun	Dec	Jan	Jun	Dec	Jan	Jun	Dec
Aantal deelnemers	72	53	50	69	58	64	27	18	16	25	19	24	193	148	155
Bezettingsgraad (%)	100	74	69	96	81	89	77	51	46	65	48	60	88	68	71

1. Exclusief deelnemers fase drie. Bron: SOV-locaties/Trimbos-instituut en DJI.

- Eind december 2004 bevinden zich 81 deelnemers in fase 1, 51 in fase 2 en zeven in fase 3; elf deelnemers verblijven op unit vier en tien deelnemers bevinden zich in een andere inrichting met behoud van hun SOV-status. Elf personen bevinden zich in de SOV al voordat de SOV is opgelegd (preventieven of pre-SOV'ers; tabel 8.26).

TABEL 8.26 DEELNEMERS SOV NAAR FASE, VERBLIJF OP UNIT 4 EN IN ANDERE INRICHTING. PEILDATUM 31 DECEMBER 2004

<i>Fase/unit</i>	<i>Aantal deelnemers</i>
Preventief of pre-SOV	11
Fase 1	81
Fase 2	51
Fase 3	7
Unit 4	11
In andere inrichting met behoud van SOV-status	10
Totaal	162 ¹

1. Meegeteld: twee deelnemers die voortvluchtig zijn. Bron: SOV-locaties/Trimbos-instituut en DJI.

- In 2005 is gerapporteerd over de invoering en implementatie van de SOV.²⁰⁰ Hieruit blijkt dat de implementatie aanzienlijke problemen heeft gegeven. De samenwerking tussen de betrokken instanties bleek lastig. Niet alle betrokken instanties waren in eerste instantie ingeschakeld bij de SOV, hetgeen vertraging opleverde bij de invoering. Gemeenten, verantwoordelijk voor fase drie, waren traag in het organiseren daarvan. De aansturing liet te wensen over. De instroom in de SOV kwam traag op gang en er moesten voortdurend gaandeweg knelpunten aangepakt worden. De SOV-deelnemers hadden complexe problemen, voor een deel ook van psychiatrische aard. Een aanzienlijk deel van de groep bleek niet in staat fase drie te bereiken: de einddoelen waren te hoog gesteld.
- In juni 2002 is de effectevaluatie gestart; deze zal eind 2006 de definitieve resultaten opleveren.

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.

Dagopname

Opname in een ziekenhuis voor maximaal één dag waarbij de patiënt niet overnacht in het ziekenhuis.

DSM

DSM staat voor Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. De DSM is een handleiding om te bepalen welke psychische stoornis iemand heeft. Verslaving is volgens de DSM één van de psychische stoornissen. De DSM-III-r is de derde gewijzigde (revised) versie en de DSM-IV is de vierde versie.

Gebruik

Het gebruik van een middel ooit in het leven (ooitgebruik), in het afgelopen jaar (recent gebruik), of in de afgelopen maand (actueel gebruik). Actuele gebruikers tellen automatisch mee met de recente gebruikers, die weer automatisch meetellen met de ooitgebruikers.

Gemakzaken

Zie: Tabaks- en gemakzaken.

Hallucinatie

Gewaarwording (zien, horen of voelen) die iemand heeft, maar die andere mensen niet hebben. Hallucinaties kunnen een symptoom zijn van een psychische stoornis, maar worden door sommige mensen bewust opgeroepen via hallucinogenen.

Hallucinogenen

Middelen die hallucinaties oproepen zoals paddo's en LSD. Ook wel psychodysleptica genoemd. Ook cannabis kan soms hallucinaties veroorzaken.

Hardcore

Harde vorm van muziek op houseparty's.

Harddrugs

Drugs op lijst I van de Opiumwet. Deze drugs vormen een onaanvaardbaar risico voor de volksgezondheid. Tot de harddrugs horen bijvoorbeeld heroïne, cocaïne, crack, ecstasy en amfetamine.

Hepatitis

Een erg besmettelijke ziekte waarbij de lever wordt aangetast door het hepatitis virus. Het hepatitis virus komt voor in verschillende vormen: het hepatitis A, het hepatitis B en het hepatitis C virus. HBV is het hepatitis B virus en HCV is het hepatitis C virus.

Hoofddiagnose

De belangrijkste ziekte waarvoor iemand in ziekenhuis wordt opgenomen.

ICD

International Classification of Diseases. De ICD is het diagnostisch classificatiesysteem van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) voor lichamelijke ziektes, ongevallen en psychische stoornissen. Ook doodsoorzaken worden in ICD-codes geregistreerd. De ICD-9 is de negende en de ICD-10 is de tiende versie. Zie ook bijlage C.

Intramurale verslavingszorg

Verslavingszorg waarbij de cliënt wordt opgenomen in een instelling.

Klinische opname

Opname in een ziekenhuis waarbij de patiënt één of meer nachten in het ziekenhuis verblijft.

Mellow

Vorm van muziek op houseparty's die melodieus is en minder hard dan hardcore muziek.

Misbruik

Een vorm van problematisch gebruik van een middel waarbij (nog) geen sprake is van verslaving. Misbruik wordt vastgesteld via diagnostische classificatiesystemen zoals de DSM en de ICD. Kenmerken van misbruik zijn: verplichtingen thuis op school of op het werk niet nakomen, gebruik in gevaarlijke situaties (bijvoorbeeld autorijden onder invloed), in aanraking komen met justitie en doorgaan met het gebruik ondanks de problemen die daardoor ontstaan.

Narcotica

Verdovende middelen. Algemene (maar incorrecte) verzamelnaam voor drugs.

Nederwiet

Wiet (een cannabisproduct) die in Nederland wordt geproduceerd.

Nevendiagnose

Een aanvullende of onderliggende ziekte waarvoor iemand, naast de belangrijkste ziekte (de hoofddiagnose), in het ziekenhuis wordt opgenomen.

Ooitgebruik

Het gebruik van een middel ooit in het leven, ongeacht de frequentie (van éénmalig tot dagelijks). Het ooitgebruik zegt nog niets over het recent of het actueel gebruik. Iemand die al lang geleden eens met een middel experimenteerde dat voor de toenmalige generatie populair was, blijft de rest van zijn of haar leven meetellen met de ooitgebruikers.

Parkstad Limburg

Het samenwerkingsverband tussen de Zuid-Limburgse gemeenten Brunssum, Heerlen, Kerkrade, Landgraaf, Nuth, Onderbanken, Simpelveld en Voerendaal. (De gemeente Nuth heeft zich inmiddels onttrokken aan het samenwerkingsverband.)

Partydrugs

Drugs die door sommige feestgangers worden gebruikt op feesten, zoals ecstasy, amfetaminen, cannabis, GHB en LSD.

Polydrugsgebruik

Het gebruik van meerdere drugs door elkaar, bijvoorbeeld heroïne en cocaïne.

Primair probleem

Heeft iemand problemen met twee (of meer) middelen, dan is het primaire probleem het middel dat de grootste problemen veroorzaakt. Het andere middel is dan het secundaire probleem.

Primaire doodsoorzaak

De directe oorzaak van iemands overlijden. Overlijdt iemand direct door een overdosis drugs, dan is dat de primaire doodsoorzaak. Overlijdt iemand door een ongeval dat plaatsvond onder de invloed van een drug, dan is het ongeval de primaire doodsoorzaak. De drug is dan een secundaire doodsoorzaak.

Problematisch gebruik

Het gebruik van een middel op zo'n manier dat hierdoor lichamelijke, psychische of sociale problemen ontstaan, of op zo'n manier dat maatschappelijke overlast ontstaat. Problematisch gebruik is niet altijd verslaving. "Misbruik" is een vorm van problematisch gebruik waarbij geen sprake is van verslaving.

Psychodysleptica

Zie: Hallucinogenen.

Psychose

Psychische stoornis waarbij iemand hallucinaties heeft, dat wil zeggen dingen ziet, hoort of voelt die door andere mensen niet worden waargenomen. Duurt de stoornis niet langer dan één maand, dan spreekt men van een kortdurende psychotische stoornis.

Recent gebruik

Het gebruik van een middel in het afgelopen jaar, ongeacht de frequentie (van eenmalig tot dagelijks). Recente gebruikers tellen automatisch mee met de ooitgebruikers (gebruik ooit in het leven).

Recreatief gebruik

Gebruik van een middel (doorgaans in de vrije tijd) waarbij van het middel wordt genoten zonder dat er sprake is van problematisch gebruik (misbruik of verslaving).

Schizofrenie

Psychische stoornis waarbij iemand hallucinaties heeft, dat wil zeggen dingen ziet, hoort of voelt die door andere mensen niet worden waargenomen. Door de stoornis functioneert men slechter op school, werk en in het gezin. Men spreekt pas van schizofrenie als de stoornis minimaal zes maanden duurt.

Secundair probleem

Heeft iemand problemen met twee (of meer) middelen, dan is het secundaire probleem het middel dat relatief de minste problemen veroorzaakt. Het andere middel is dan het primaire probleem.

Secundaire doodsoorzaak

Een oorzaak die indirect heeft bijgedragen aan het overlijden. Overlijdt iemand door een ongeval dat plaatsvond terwijl hij/zij onder de invloed was van een drug, dan is de drug een secundaire doodsoorzaak.

Softdrugs

Drugs op lijst II van de Opiumwet, zoals cannabis en paddo's. Drugs met minder risico voor de volksgezondheid dan de harddrugs op lijst I van de Opiumwet.

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 Leeren OpvoedingsMoeilijkheden (LOM) en onderwijs voor Zeer Moeilijk Opvoedbare Kinderen (ZMOK).

II. DRUGSCRIMINALITEIT ^a

Afdoening door de rechter

Eindbeslissing, door schuldigverklaring, vrijspraak, ontslag van alle rechtsvervolging of een van de overige einduitspraken.

Afdoening door openbaar ministerie

Eindbeslissing over een bij het parket ingeschreven proces-verbaal door sepot, voeging ad informandum, voeging ter berechting, transactie of overdracht aan de afdeling rechtbankzaken van een ander parket.

Antecedent

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

Beleidssepot

Beslissing van het openbaar ministerie waarbij het afziet van vervolging van een geconstateerd strafbaar feit op grond van het algemeen belang.
Zie ook: Sepot.

Dagvaarding

Officieel geschrift (deurwaardersexploot) dat iemand oproept op een bepaalde tijd voor de rechter te verschijnen in verband met het de vervolging van een aan de opgeroepene ten laste gelegd strafbaar feit (strafprocesrecht).

Drang

Bij drang probeert men een gebruiker, die zich in het strafrechtelijk systeem bevindt vanwege een zoveelste delict, in de richting van een zorgtraject te 'duwen'. De gebruiker krijgt de keuze tussen een zorgtraject of een strafrechtelijke sanctie. De keuze wordt beïnvloed: als de gebruiker kiest voor een zorgtraject kan hij niet alleen zijn situatie verbeteren, maar worden ook de verdere vervolging en straf geschorst of opgeschort. Doet hij dat niet, of houdt hij zich niet aan de voorwaarden van justitie, dan volgt tenuitvoerlegging van de strafrechtelijke sanctie.
Zie ook: Dwang.

Dwang

Bij dwang heeft de gebruiker in tegenstelling tot "drang" geen keuze. Hij kan worden opgenomen zonder zijn instemming. In het geval van recidiverende criminele harddruggebruikers kan dit door oplegging van de maatregel Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV).
Zie ook: Drang.

^a Bron van begrippenlijst: Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen, 2003; Bewerking WODC

Eerste aanleg, (in -)

Primaire rechterlijke instantie waar een zaak wordt behandeld.

Zie ook: Hoger beroep.

Eindvonnis

Uitspraak door de rechter, die een burgerlijke zaak, begonnen met een dagvaarding, voor een bepaalde instantie definitief beëindigt.

Zie ook: Tussenvonnis.

Gevangenisstraf

Vrijheidsstraf, levenslang of tijdelijk met een strafduur van ten hoogste twintig jaar, in de regel ondergaan in een gevangenis.

Zie ook: Hechtenis.

Gewone strafzaak rechtbanken

Strafzaak die in eerste aanleg tot de competentie van de rechtbank behoort, met uitzondering van fiscale en economische delicten.

Hechtenis

Principale - : vrijheidsstraf met een strafduur van maximaal 1 jaar en 4 maanden, van lichtere aard dan gevangenisstraf en in de regel ondergaan in een huis van bewaring

Subsidiaire - : vrijheidsstraf vanwege niet of niet volledige betaling van geldboete.

Hoger beroep

Gewoon rechtsmiddel, ook appèl genoemd, toegekend aan iedere in eerste instantie verschenen en geheel of ten dele in het ongelijk gestelde partij; inzet van het geding is de in eerdere instantie gewezen beslissing.

Inverzekeringstelling

Vrijheidsbeneming gedurende ten hoogste vier dagen op bevel van de (hulp-)officier van justitie, wanneer de tijd dat een verdachte voor verhoor mag worden opgehouden (zes uur) niet voldoende is.

Meerderjarige verdachte

Degene die ten tijde van begaan van een strafbaar feit 18 jaar of ouder is.

Minderjarige verdachte

Degene die ten tijde van begaan van een strafbaar feit jonger is dan 18 jaar. Afhandeling van (jeugd)zaken van eenvoudige aard gebeurt veelal via Halt(bureaus).

NB. Niemand kan strafrechtelijk worden vervolgd voor een feit begaan voordat hij de leeftijd van 12 jaar heeft bereikt.

Misdrijf

Strafbaar feit van de zware soort, als zodanig aangeduid in de strafwetten; indeling van strafbare feiten in misdrijven en overtredingen is van belang bij het procesrecht (absolute competentie en rechtsmiddelen) en de strafbaarstelling; berechting in eerste aanleg gebeurt in de meeste gevallen door de rechtbank.

Zie ook: Overtreding.

Niet-ontvankelijkheid

Eindbeslissing waarbij de rechter het verzoek of de eis van een partij afwijst of het openbaar ministerie het recht te vervolgen ontzegt, op een grond die buiten de zaak zelf ligt (zoals een procedurefout).

Onherroepelijke uitspraak

Beslissing van de rechter waartegen geen (gewoon) rechtsmiddel meer openstaat.

Ontslag van (alle) 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, strafvonnissen ten uitvoer te leggen en de rechter te informeren voor zover de wet dat voorschrijft.

Opgehelderd misdrijf

Misdrijf waarbij tenminste één verdachte bij de politie bekend werd, ook al is hij voortvluchtig of ontkent hij het (strafbare) feit te hebben gepleegd.

Ophelderingspercentage

Het totaal aantal in een bepaalde periode opgehelderde misdrijven in relatie tot het totaal aantal in dezelfde periode door de politie opgemaakte processen-verbaal terzake van gelijk(soortig)e misdrijven, uitgedrukt in procenten.

Overtreding

Strafbaar feit van de lichte soort, als zodanig aangeduid in de strafwetten; indeling van strafbare feiten is van belang bij het procesrecht (absolute competentie en rechtsmiddelen) en de strafbaarstelling; afdoening veelal met een schikking/transactie via het openbaar ministerie of berechting in eerste aanleg door de rechtbank sector kanton.

Zie ook: Misdrijf.

Proces-verbaal

Op schrift gestelde verklaring van een opsporingsambtenaar over door hem waargenomen feiten of omstandigheden.

Rechtbank

Rechtscollege dat in eerste aanleg kennis neemt van alle zaken waarvoor niet een andere rechter is aangewezen. Er zijn 19 rechtbanken.

NB. De sector kanton (vroeger: kantongerecht) is sinds 1 januari 2002 opgenomen in de organisatie van de rechtbank.

Reclassering

Instantie die zich ten doel stelt door haar inspanningen een aantoonbare bijdrage te leveren aan de herinpassing van reclasseringscliënten in de samenleving. Daarmee wordt tevens beoogd herhaling van strafbaar gedrag te voorkomen. Dit doet zij door onderzoek en rapportage omtrent de persoon en omstandigheden van de verdachte of veroordeelde, het opstellen van plannen van aanpak om de gestelde doelen te bereiken, het uitoefenen van begeleiding en toezicht tijdens de uitvoering daarvan en het toezicht op de uitvoering van taakstraffen. Slechts in die gevallen dat er duidelijke aanknopingspunten zijn voor gedragsverandering en de kans op succes in grote mate aanwezig lijkt, zullen intensieve programma's met dat doel worden aangewend.

Schuldigverklaring

Uitspraak door de rechter, waarbij hij het door het openbaar 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 rechtsgeding.

Zie ook: Arrest, Tussenvonnis.

Voorlopige hechtenis

Vrijheidsbeneming in een huis van bewaring voorafgaand aan behandeling ter terechtzitting, in het algemeen toegepast bij verdenking van een ernstig delict (misdrijf waarop een gevangenisstraf van vier jaren of meer is gesteld), op grond van ernstig vluchtgevaar en/of een gewichtige reden van maatschappelijke veiligheid, bij voorbeeld vrees voor herhaling.

Vrijspraak

Uitspraak, door de rechter, waarbij hij niet bewezen acht dat het door de officier van justitie ten laste gelegde feit door de verdachte is gepleegd.

Zie ook: Ontslag van rechtsvervolging, Schuldigverklaring.

BIJLAGE B

BRONNEN

Deze bijlage geeft een schematisch overzicht van de belangrijkste bronnen van de Nationale Drug Monitor (NDM) voor achtereenvolgens (I.) het gebruik en problematisch gebruik, (II.) hulpvraag en behandeling, (III.) ziekte en sterfte, (IV.) marktinformatie en (V.) justitiële gegevens. Voor een uitgebreidere beschrijving van de bronnen: zie www.trimbos.nl/monitors, of www.ivo.nl, of www.zonmw.nl.

I. GEBRUIK EN PROBLEMATISCH GEBRUIK

<i>Bron</i>	<i>Doelgroep</i>	<i>Middelen</i>
Antenne	Scholieren en uitgaande jongeren in Amsterdam	Alcohol, drugs, tabak
ESPAD	Scholieren van 15 en 16 jaar van het middelbaar onderwijs in 35 Europese landen	Alcohol, drugs, tabak
Haags Uitgaans-onderzoek	Uitgaanders van 16-35 jaar in Den Haag	Alcohol, drugs
HBSC	Scholieren van 11-17 jaar	Alcohol, cannabis, tabak
Lokale en regionale monitors	Algemene bevolking en/of jongeren al naar gelang locatie en regio, voor jongeren: zie ook Bijlage F	Alcohol, drugs, tabak, al naar gelang locatie en regio

Metingen

*Verantwoordelijke organisatie/
Homepage*

Jaarlijks sinds 1993, met
wisselende keus van doelgroep

Criminologisch instituut Bongers, Universiteit
van Amsterdam in samenwerking met Jellinek
Preventie
www.jur.uva.nl
www.jellinek.nl/

1995, 1999, 2003

CAN, Pompidou Groep,
voor Nederland het Trimbos-instituut
www.can.se/

2002, 2003

MORE
www.denhaag.nl/

2001, 2005

WHO, voor Nederland: Trimbos-instituut, Radboud
Universiteit Nijmegen en Universiteit Utrecht
www.hbsc.org
www.trimbos.nl

Doorgaans jaarlijks, varieert
per locatie en regio

GGD'en in afstemming met GGD Nederland,
gemeentelijke en particuliere onderzoeksbureaus
www.ggd.nl

<i>Bron</i>	<i>Doelgroep</i>
Nationaal Instituut voor de Publieke Opinie en het Marktonderzoek (TNS NIPO)	Landelijke bevolking van vijftien jaar en ouder
Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO)	Landelijke bevolking van twaalf jaar en ouder (1997, 2001) of 15-64 jaar (2005)
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
	Bijzondere scholen, projecten: 1990, 1997	
Alcohol, tabak, voor de module jongeren ook drugs	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. In 2004 was de herkomst van de cliënten als volgt: 40% ambulante, 4% klinisch, 40% poliklinisch, 16% reclassering.
Landelijke Medische Registratie (LMR)	Ziekenhuispatiënten
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 www.ggd.amsterdam.nl
Alcohol, drugs	Jaarlijks vanaf 1996	Educare Ambulant, Stichting Nursing & Education Consultancy www.educaregroningen.nl
Alcohol, drugs	Jaarlijks	IVZ, Houten www.sivz.nl
Alcohol, drugs	Jaarlijks	Prismant www.prismant.nl
Alcohol, drugs	Jaarlijks	Stichting Consument en Veiligheid www.veiligheid.nl
Alcohol, drugs	Jaarlijks, compleet tot en met 1996	GGZ Nederland, Prismant www.ggz nederland.nl www.prismant.nl

III. ZIEKTE EN STERFTE

<i>Bron</i>	<i>Doelgroep/Onderwerp</i>
Amsterdamse cohortstudie en monitor drugsgerelateerde sterfte	Doodsoorzaken onder methadoncliënten en recreatieve drugsgebruikers in Amsterdam
Centrale Post Ambulancevervoer (CPA)	Ambulanceritten voor de bevolking van Amsterdam en omstreken
Doodsoorzakenstatistiek	Doodsoorzaken van inwoners van Nederland die staan ingeschreven
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 www.ggd.amsterdam.nl
Alcohol, drugs	Jaarlijks	GGD Amsterdam www.ggd.amsterdam.nl
Alcohol, drugs, tabak	Jaarlijks	CBS www.cbs.nl
Harddrugs	half jaarlijks	IGZ, SHM, RIVM www.hiv-monitoring.nl
Harddrugs	vanaf 1991 diverse metingen in diverse steden	RIVM en GGD'en www.rivm.nl/
Alcohol	Jaarlijks vanaf 1970	AVV, Ministerie van Verkeer en Waterstaat www.rws-avv.nl

<i>Middelen</i>	<i>Metingen</i>	<i>Verantwoordelijke organisatie/ Homepage</i>
Uitgaansdrugs	Jaarlijks	Trimbos-instituut www.trimbos.nl
Cannabis	1997, 1999, jaarlijks vanaf 2000	WODC www.wodc.nl/
Cannabis	Jaarlijks	Trimbos-instituut www.trimbos.nl

V. JUSTITIEEL

<i>Bron</i>	<i>Doelgroep/Onderwerp</i>
Cliënt Volg Systeem (CVS)	Productiecijfers verslavingsreclassering, cliënten van de verslavingsreclassering
HerKenningsdienstSysteem (HKS)	Processen-verbaal van aangiften; processen-verbaal opgemaakt tegen verdachten; geregistreeerde criminele voorgeschiedenis van verdachten
Inbeslagnames drugs	Inbeslagnames drugs; aantal opsporingsonderzoeken, 'opgerolde' hennepkwekerijen; ontdekte productieplaatsen van synthetische drugs
Locaties Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV)	Cijfers over opnames in de SOV, justitiabele verslaafden die instromen in het SOV-traject

<i>Middelen</i>	<i>Metingen</i>	<i>Verantwoordelijke organisatie/ Homepage</i>
Alle middelen, geen uitsplitsing	Dagelijkse dossiervorming	Stichting Verslavingsreclassering Nederland (SVG) in samenwerking met Reclassering Nederland en reclassering van het Leger des Heils www.ggz nederland.nl
Gevaren classificatie 'drugsgebruiker' of 'alcoholverslaafd'; Opium-wetdelicten uitsplitsbaar naar hard- en softdrugs	Actualisatie eind eerste kwartaal over hele voorgaande kalenderjaar; tevens extractie definitieve cijfers over jaar daarvoor (vanwege verwerkingsachterstanden)	De unit Kennis en Ontwikkeling, afdeling Onderzoek en Analyse van de dienst Nationale Recherche Informatie van het Korps Landelijke politiediensten (K&O/O&A/dNRI/KLPD, in samenwerking met de politieregio's; Het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatie Centrum van het Ministerie van Justitie (WODC) beschikt over een kopie www.politie.nl/KLPD/ www.wodc.nl/
Alle middelen, uitsplitsing naar type drug	Continue registratie, jaarlijkse rapportage	K&O/O&A/dNRI/KLPD, in samenwerking met de politieregio's www.politie.nl/KLPD/
Alle middelen	Maandelijks	Locaties Strafrechtelijke Opvang Verslaafden en Dienst Justitiële Instellingen www.trimbos.nl

<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, duur van de opgelegde straffen en kenmerken van de inrichtingen; Justitiële Jeugdinrichtingen (TULP/JJI) en TBS-instellingen worden apart geregistreerd
WODC-Recidivemonitor	Langlopend onderzoeksproject met gestandaardiseerde recidivemetingen onder verschillende groepen justitiabelen
TRansactie Innings- en Afhandelings-Systeem (TRIAS)	Gegevens over aan te bieden transacties van de politie en de arrondissementsparketten. Deze worden vastgelegd en na afloop teruggemeld.

<i>Middelen</i>	<i>Metingen</i>	<i>Verantwoordelijke organisatie/ Homepage</i>
Opiumwetdelicten uitsplitsbaar naar hard- en softdrugs	Vier keer per jaar actualisatie	WODC www.wodc.nl/
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 www.wodc.nl/
Uitsplitsing naar hard- en softdrugs	Jaarlijkse rapportage	K&O/O&A/dNRI/KLPD, in samenwerking met de politieregio's www.politie.nl/KLPD/
Opiumwetdelicten uitsplitsbaar naar hard- en softdrugs	Continue registratie	Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van het Ministerie van Justitie www.dji.nl/
Opiumwetdelicten uitsplitsbaar naar hard- en softdrugs	Rapportages op basis OBJD	WODC www.wodc.nl/
Alle middelen, uitsplitsing naar alcohol en andere stoffen	Continue registratie	Centraal Justitieel Incasso Bureau (CJIB); uitvoeringsorganisatie van het ministerie van Justitie. www.cjib.nl/

BIJLAGE C

VERKLARING VAN ICD-9 EN ICD-10 CODES

VERKLARING VAN ICD-9 CODES

<i>ICD-9 code</i>	<i>Verklaring</i>
162	Kwaadaardige nieuwvormingen van trachea, bronchus en long
291	Alcohol psychosen
292	Drug psychosen
303	Alcoholverslavingssyndroom
304	Verslaving aan drugs
304.0	Verslaving aan opiaten en dergelijke
304.2	Verslaving aan cocaïne
304.3	Verslaving aan cannabis
304.4	Verslaving aan amfetamine en andere psychostimulantia
304.7	Verslaving aan opiaten in combinatie met andere drugs
305	Misbruik van drugs of andere middelen zonder verslaving
305.0	Misbruik van alcohol
305.2	Misbruik van cannabis
305.3	Misbruik van hallucinogenen
305.4	Misbruik van barbituraten of van sedativa en hypnotica met verwante werking
305.5	Misbruik van opiaten
305.6	Misbruik van cocaïne
305.7	Misbruik van amfetamine of sympathicomimetica met verwante werking
305.8	Misbruik van antidepressiva en dergelijke
305.9	Misbruik van overige, gemengde of niet gespecificeerde middelen
357.5	Alcoholische polyneuropathie
425.5	Alcoholische cardiomyopathie
535.3	Alcoholische gastritis
571.0	Alcoholische vetlever
571.1	Acute alcohol hepatitis
571.2	Alcoholische levercirrose
571.3	Niet gespecificeerde alcoholische leverbeschadiging
980.0-1	Toxisch gevolg van alcohol
E850	Accidentele vergiftiging door analgetica, antipyretica en antireumatica
E850.0	Accidentele vergiftiging door heroïne
E854.1	Accidentele vergiftiging door psychodysleptica (hallucinogenen)
E854.2	Accidentele vergiftiging door psychostimulantia
E855.2	Accidentele vergiftiging door lokale anesthetica (waaronder cocaïne)
E860.0-2	Niet opzettelijke vergiftiging door alcoholische dranken (ethanol/methanol)

E950.9*	Suicide door vergiftiging door vaste stoffen of vloeistoffen
E980.9*	Vergiftiging door vaste stoffen of vloeistoffen, waarvan niet vastgesteld is of deze met opzet of niet met opzet heeft plaatsgevonden

* Alleen opgenomen indien als complicatie g80.0-1 vermeld is.

VERKLARING VAN ICD-10 CODES

<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 pancreasontsteking
T51.0-1	Toxisch gevolg van alcohol, ethanol en methanol (alleen als secundaire code)
X41 + T43.6	Accidentele vergiftiging door psychostimulantia
X42	Accidentele vergiftiging door narcotica en psychodysleptica (hallucinogenen) niet elders geclassificeerd
X42 + T40.5	Accidentele vergiftiging door cocaïne
X45*	Onopzettelijke vergiftiging door en blootstelling aan alcohol
X61 + T43.6	Suicide 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

OVERZICHT VAN DE PRODUCTEN VAN DE VERSLAVINGSRECLASSERING EN DRANGTRAJECTEN

GANGBARE ZORGTRAJECTEN ALS ALTERNATIEF VOOR VERVOLGING EN DETENTIE

Soort zorgtraject:	Typering naar doelstelling:
Verslavingskliniek	Gericht op abstinentie en stabiliteit in psychologisch en sociaal functioneren. Therapeutisch, ook crisisinterventie.
Intramuraal Motivatie Centrum	Laagdrempelige voorziening, gericht op het motiveren van cliënten tot vervolgzorg dan wel op verbetering welzijn en welbevinden. Niet gericht op abstinentie en therapie. Verblijfsduur 3-4 maanden.
Langdurige gefaseerde programma's (SOV-drang, Triple-Ex)	Gericht op reïntegratie (arbeid/opleiding, vrije tijd, wonen, financiën, sociale relaties), abstinentie en vermindering van overlast en criminaliteit van de deelnemers. Gefaseerde opzet: gesloten-halfopen-open fase, duur 16-18 maanden.
Forensische Verslavingskliniek	Kliniek met landelijke functie. Gefaseerde opzet. Sterke beveiliging in de eerste besloten fase. Gericht op abstinentie, sociale stabiliteit en beter functioneren. Therapeutisch. Duur 6-18 maanden.
Begeleid wonen projecten	Kleinschalige projecten waarin cliënten getraind en begeleid worden in wonen, leren en werken. Doel is verslaafden te begeleiden naar (zo veel mogelijk) zelfstandig wonen. Vaak in combinatie met leer/werktrajecten.
Ambulante en deeltijd verslavingszorg	Gericht op verbetering dan wel stabilisering van de situatie van cliënten door middel van begeleiding en counseling.

Bron: ¹⁴⁴

BIJLAGE E

INTERNETADRESSEN OP HET GEBIED VAN ALCOHOL EN DRUGS

Australian Institute of Health and Welfare (AIHW)

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

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 Grift

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

DeltaBouman

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

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

Europol

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

GGD Amsterdam

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

GGD Nederland

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

GGZ Groep Noord- en Midden Limburg/Verslavingszorg

<http://www.ggz-groepnmlimburg.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/>

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 tuinbouwprodukten

www.rikilt.dlo.nl/

Stichting Consument en Veiligheid

<http://www.consument-en-veiligheid.nl/>

Stichting Informatievoorziening Zorg (IVZ)

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

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

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

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

Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC)

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

World Health Organisation (WHO)

<http://www.who.int/en/>

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) ¹	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%
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	2002	18 - 64	14,9%	3,6%	1,0%	0,6%	1,8%	0,8%	0,8%	0,2%
Tsjechië	2002	18 - 64	21,1%	10,9%	-	-	4,0%	2,5%	2,3%	0,1%

Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). 1. Drugsgebruik is naar verhouding laag in de jongste (12-15 jaar) en oudere leeftijdsgroepen (>64 jaar). Gebruikscijfers in studies met respondenten die jonger en/of ouder zijn dan de EMCDDA-standaard (15-64 jaar) zullen mogelijk lager uitvallen dan cijfers in studies die de EMCDDA-standaard toepassen. Voor studies met een beperkter leeftijdsbereik geldt het omgekeerde. - = niet gemeten. Bron: EMCDDA.

REFERENTIES

1. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1997-1998 24007 nr.68 (1998). *Drugbeleid; Brief minister met haar standpunt inzake het advies van een werkgroep van deskundigen over de Nationale Drug Monitor (NDM)*. Den Haag: SDU Uitgevers.
2. Snippe, J., Hoogeveen, C., Bieleman, B. (2000). *Monitor drugproblematiek justitie, definitiestudie en ontwikkeltraject*. Groningen: IntraVal.
3. Meijer, R.F., Grapendaal, M., Van Ooyen, M.M.J., Wartna, B.S.J., Brouwers, M., Essers, A.A.M. (2003). *Geregistreeerde drugcriminaliteit in cijfers: achtergrondstudie bij het Justitieonderdeel van de Nationale Drugmonitor; jaarbericht 2002*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers.
4. Cruets, A.A.N., Lempens, A.L.F., Ketelaars, A.P.M., Van Laar, M.W., Van de Mheen, H. (2004). *Monitoring van alcohol en drugs onder de loep: een onderzoek naar opbrengst en lacunes van informatiesystemen op het gebied van alcohol en drugs*. Utrecht: Trimbos-instituut/IVO.
5. Abraham, M.D., Cohen, P.D.A., Kaal, H.L. (2002). *Licit and illicit drug use in the Netherlands, 2001*. Amsterdam: Mets.
6. Verburg, J.A., Toet, J., Van Ameijden, E.J. (2005). Roken, alcohol-en druggebruik in Utrecht, risicogroepen en sociaal-economische verschillen in 1999 en 2003. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 149(38): 2113-2118.
7. 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.
8. Vogelsang, 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.
9. Van der Poel, A., Van de Mheen, D. (1999). *Softdrugs in Midden-Holland: een onderzoek naar de omvang en achtergronden van softdrugsgebruik*. Rotterdam: IVO.
10. Van den Bosch, L.M., Verheul, R., Van den Brink W. (2001). Substance abuse in borderline personality disorder: clinical and etiological correlates. *Journal of Personality Disorders*, 15(5): 416-424.
11. 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.
12. De Zwart, W.M., Monshouwer, K., Smit, F. (2000). *Jeugd en riskant gedrag. Kerngegevens 1999. Roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar*. Utrecht: Trimbos-instituut.

13. 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.
14. 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.
15. Lynskey, M.T., Vink, J.M., Boomsma, D.I. (2006). Early Onset Cannabis Use and Progression to other Drug Use in a Sample of Dutch Twins. *Behavior Genetics*, 1-6.
16. Korf, D.J., Nabben, T., Benschop, A. (2004). *Antenne 2003: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
17. Verdurmen, J., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Vollebergh, W. (2005). Cannabisgebruik onder adolescenten: gebruikspatronen, achtergrondfactoren en psychosociale problemen. *Submitted*.
18. Korf, D.J., Nabben, T., Benschop, A. (2002). *Antenne 2001: trends in alcohol, tabak, drugs en gokken bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
19. Nabben, T., Benschop, A., Korf, D.J. (2005). *Antenne 2004: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
20. Nabben, T., Quaak, L., Korf, D.J. (2005). *NL.Trendwatch: gebruikersmarkt uitgaansdrugs in Nederland, 2004-2005*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
21. Nabben, T., Korf, D.J. (2000). *De combiroes: gecombineerd gebruik van alcohol met cannabis, cocaïne, XTC en amfetamine*. Amsterdam: Thela Thesis.
22. Nabben, T., Korf, D.J. (2004). *NL.Trend-watch: gebruikersmarkt uitgaansdrugs in Nederland 2003*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
23. 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.
24. Korf, D.J., Diemel, S., Riper, H. (1999). *Het volgende station : zwerfjongeren in Nederland*. Amsterdam: Thela Thesis.
25. Korf, D.J., Van Ginkel, P., Wouters, M. (2004). *Je ziet het ze niet aan: zwerfjongeren in Flevoland*. Amsterdam: Rozenberg.
26. Van Gelder, P., Reinerie, P., Burger, I. (2003). *Uit (je dak) in Den Haag, 2002: uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik*. Den Haag: Parnassia.
27. Stam, H., Mensink, C., De Zwart, W.M. (1998). *Jeugd en riskant gedrag 1997: roken, drinken, drugsgebruik en gokken in het voortgezet speciaal onderwijs en spijbelopvangprojecten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
28. Wolf, J., Zwicker, M., Nicholas, S. (2002). *Op achterstand : een onderzoek naar mensen in de marge van Den Haag*. Utrecht: Trimbos-instituut.
29. 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.

30. Rigter, H., Van Laar, M. (2002). Epidemiological aspects of cannabis use. In: I.P. Spruit (red.). *Cannabis 2002 report : a joint international effort at the initiative of the Ministers of Public Health of Belgium, France, Germany, The Netherlands, Switzerland : technical report of the International Scientific Conference Brussels, Belgium, 25-02-2002*, p. 19-45. Brussels, Belgium: Ministry of Public Health.
31. 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.
32. Rigter, H., Van Laar, M., Rigter, S. (2003). *Cannabis: feiten en cijfers 2003: achtergrondstudie Nationale Drugmonitor NDM*. Utrecht: Bureau NDM.
33. Hall, W., Pacula, R.L. (2003). *Cannabis use and dependence: public health and public policy*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
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. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2005). *Annual report 2005: the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. Lisbon: EMCDDA.
37. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2005). *Statistical bulletin 2005*. Lisbon: EMCDDA.
38. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA) (2005). *Overview of Findings from the 2004 National Survey on Drug Use and Health*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
39. Australian Institute of Health and Welfare (2005). *2004 National Drug Strategy Household Survey: Detailed findings*. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.
40. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA) (2003). *The NHSDA Report: comparison of substance use in Australia and the United States*. Rockville, MD: DHHS.
41. 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.
42. 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.

43. Elshove-Bolk, J., Ibelings, M.G., Frissen, P.H., Simons, M.P. (2002). Drugsgereleerde problemen op een afdeling spoedeisende hulp in het centrum van Amsterdam, juni-november 2000. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 146(19): 903-906.
44. Van Gorcum, T.F., Van Velzen, A.G., Van Riel, A.J.H.P., Meulenbelt, J., De Vries, I. (2005). *Acute vergiftingen bij mens en dier: jaaroverzicht 2004*. Bilthoven: Nationaal Vergiften Informatie Centrum.
45. Smit, F., Bolier, L., Cuijpers, P. (2003). Cannabisgebruik waarschijnlijk oorzakelijke factor bij ontstaan van latere schizofrenie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 147(44): 2178-2183.
46. Van Os, J., Bak, M., Hanssen, M., Bijl, R.V., De Graaf, R., Verdoux, H. (2002). Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study. *American Journal of Epidemiology*, 156(4): 319-327.
47. Henquet, C., Krabbendam, L., Spauwen, J., Kaplan, C., Lieb, R., Wittchen, H.U., Van Os, J. (2005). Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people. *British Medical Journal*, 330(7481): 11.
48. Degenhardt, L., Hall, W., Lynskey, M. (2003). Exploring the association between cannabis use and depression. *Addiction*, 98(11): 1493-1504.
49. Bovasso, G.B. (2001). Cannabis abuse as a risk factor for depressive symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 158(12): 2033-2037.
50. Patton, G.C., Coffey, C., Carlin, J.B., Degenhardt, L., Lynskey, M., Hall, W. (2002). Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *British Medical Journal*, 325(7374): 1195-1198.
51. 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.
52. Compton, W.M., Grant, B.F., Colliver, J.D., Glantz, M.D., Stinson, F.S. (2004). Prevalence of marijuana use disorders in the United States: 1991-1992 and 2001-2002. *Journal of the American Medical Association*, 291(17): 2114-2121.
53. 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.
54. Bieleman, B., Goeree, P. (2002). *Aantal coffeeshops en gemeentelijk beleid in 2001*. Groningen: IntraVal.
55. Bieleman, B., Goeree, P., Naayer, H. (2005). *Coffeeshops in Nederland 2004: aantallen coffeeshops en gemeentelijk beleid 1999-2004*. Groningen-Rotterdam: IntraVal.
56. Pardoel, C.A.M., Van Haaf, J., Bogaerts, S., Van Kalmthout, A.M. (2004). *Coffeeshops in Nederland anno 2003: aantallen, lokaal beleid, handhaving en naleving*. Tilburg: IVA / Universiteit van Tilburg, departement strafrechtwetenschappen.

57. Niesink, R.J.M., Planije, M., Rigter, S. (2001). *THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2000-2001)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
58. Niesink, R.J.M., Pijlman, F.T.A., Rigter, S. (2002). *THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2001-2002)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
59. Niesink, R.J.M., Rigter, S., Hoek, J. (2004). *THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2003-2004)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
60. Niesink, R., Rigter, S., Hoek, J. (2005). *THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2004-2005)*. Utrecht: Trimbos Institute.
61. Traag, W.A., Gercek, H., Kloet, D., Wychgel, H.D., Faasen, I.S. (2001). *Onderzoek naar residuen van bestrijdingsmiddelen in nederwiet*. Wageningen: RIKILT.
62. 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.
63. Boekhout van Solinge, T. (2001). *Op de pof ; cocaïnegebruik en gezondheid op straat*. Amsterdam: Stichting Mainline.
64. Korf, D.J., Nabben, T., Lettink, D., Bouma, H. (1999). *Antenne 98 : trends in alcohol, tabak, drugs en gokken bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Thela Thesis.
65. Stoele, M., Verdurmen, J., Maalsté, N. (2004). *Edam-Volendam ontuchttert : een kwalitatief onderzoek naar uitgaansleven en middelengebruik in Edam-Volendam*. Rotterdam: IVO.
66. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2001). *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union 2001*. Lisboa: EMCDDA.
67. Lempens, A., Boers, R., Maalsté, N. (2004). *Harddrugsgebruikers in beweging: aard, omvang en mobiliteit van harddrugsgebruikers in Rotterdam*. Rotterdam: IVO.
68. 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.
69. Van de Mheen, D. (2000). *De Rotterdamse drugscene onder de loep: resultaten van 5 jaar Drug Monitoring Systeem in Rotterdam*. Rotterdam: IVO.
70. De Graaf, I., Wildschut, J., Van de Mheen, H. (2000). *Utrechtse druggebruikers: een jachtig bestaan*. Rotterdam: IVO.
71. 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.
72. 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.
73. Coumans, A.M. (2005). *Survival on the fringes of society: marginalisation of and survival among chronic heroin users*. Maastricht: Universiteit Maastricht.

74. Coumans, A.M., Knibbe, R.A. (2002). *Druggebruikers in Parkstad Limburg: trends en profielen: resultaten van het Drug Monitoring Systeem 2001-2002*. Rotterdam: IVO.
75. 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.
76. Gruter, P., Van de Mheen, D. (2005). *Cocaïnehandel in Nederland: impressies van deelnemers aan drugsdistributienetwerken*. Rotterdam: IVO.
77. 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.
78. Smit, F., Toet, J. (2001). *National prevalence estimates of problematic drug use in the Netherlands, 1999 : report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)*. Utrecht: Trimbos Institute.
79. Bieleman, B., Snippe, J., De Bie, E. (1995). *Drugs binnen de grenzen: harddrugs en criminaliteit in Nederland: schattingen van de omvang*. Groningen: IntraVal.
80. Burger, I., Struben, H. (2001). *Haagse harddruggebruikers: het bereik van politie en verslavingszorg in 1996-1998 en veranderingen ten opzichte van 1993-1995*. Den Haag: GGD Den Haag.
81. Bieleman, B., Biesma, S., Jetzes, M. (2003). *Enschede van de straat: aard en omvang dak- en thuislozen en zichtbare alcohol- en harddrugsverslaafden in Enschede*. Groningen/Rotterdam: IntraVal.
82. Biesma, S., Snippe, J., Oldersma, F., Bieleman, B. (2003). *Inventarisatie harddrugsverslaafden en dak- en thuislozen Leeuwarden, Noord en Zuidwest Friesland*. Groningen/Rotterdam: IntraVal.
83. Biesma, S., Snippe, J., Bieleman, B. (2004). *Harddrugsgebruikers geregistreerd: aard, omvang en mobiliteit van problematische harddrugsgebruikers in Rotterdam*. Groningen/Rotterdam: IntraVal.
84. 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.
85. 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.
86. Van der Poel, A., Barendregt, C., Schouten, M. (2003). De leefsituatie van gebruikers in de Rotterdamse harddrugscene (resultaten van de survey 2003). *IVO-bulletin*, 6(4): 1-19.
87. Eland-Goossensen, M.A. (1997). *Opiate addicts in and outside of treatment : different populations?* Rotterdam: IVO.
88. Schrijvers, C.T.M., Abbenhuis, G.M., Van de Goor, L.A.M. (1997). *De prevalentie van complexe verslavingsproblematiek: resultaten van een onderzoek bij druggebruikers in Rotterdam en Groningen*. Rotterdam: IVO.

89. Van Brussel, G.H.A., Buster, M.C.A. (2002). *OGGZ monitor Amsterdam : inclusief de jaarijfers over problematische opiaat verslaafden en uitgaansdrugs ongevallen*. Amsterdam: GG&GD.
90. Ouwehand, A.W., Mol, A., Kuijpers, W.G.T., Boonzajer Flaes, S. (2005). *Kerncijfers verslavingszorg 2004: Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS)*. Houten: Stichting IVZ.
91. 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.
92. Beuker, R.J., Berns, M.P.H., Van Rozendaal, C.M., Snijders, B.M., Jansen, M., Hoebe, C.J.P.A., Van de Laar, M.J.W. (2001). *Surveillance van HIV-infectie onder injecterende druggebruikers in Nederland: meting Heerlen/Maastricht 1998/1999*. Bilthoven: RIVM.
93. De Boer, I.M., Op de Coul, E.L.M., Beuker, R.J., De Zwart, O., Al Taqatqa, W., Van de Laar, M.J.W. (2004). Trends in HIV prevalentie en risicogedrag onder injecterend druggebruikers in Rotterdam, 1994-2002. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 148(47): 2325-2330.
94. De Boer, I.M., Op de Coul, E.L.M., Beuker, R.J., De Zwart, O., Al Taqatqa, W., Van de Laar, M.J.W. (2004). Trends in HIV-prevalentie en risicogedrag onder injecterende druggebruikers in Rotterdam, 1994-2002. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 148(47): 2325-2330.
95. 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.
96. Van Veen, M.G., Wagemans, M.A.J., Op de Coul, E.L.M., Fennema, J.S., Van der Helm, T.C.M., Walter, J., Prins, M., Van de Laar, M.J.W. (2005). *HIV-surveys bij hoog-risicogroepen in Amsterdam 2003-2004*. Bilthoven: RIVM.
97. Bezemer, D., Jurriaans, S., Prins, M., Van der Hoek, L., Prins, J.M., De Wolf, F., Berkhout, B., Coutinho, R.A., Back, N.K. (2004). Declining trend in transmission of drug-resistant HIV-1 in Amsterdam. *AIDS*, 18(11): 1571-1577.
98. Carsauw, H.H.C., Van Rozendaal, C.M., Scheepens, J.M.F.A., Hoebe, C.J.P.A., Meulders, W.A.J., Jansen, M., Dorigo-Zetsma, J.W., Houweling, H. (1997). *Infecties met HIV, HBV, en HCV onder injecterende druggebruikers in Heerlen/Maastricht*. Bilthoven: RIVM.
99. Wiessing, L.G., Houweling, H., Spruit, I.P., Korf, D.J., Van Duynhoven, Y.T., Fennema, J.S., Borgdorff, M.W. (1996). HIV among drug users in regional towns near the initial focus of the Dutch epidemic. *AIDS*, 10(12): 1448-1449.
100. Gras, L., Van Sighem, A., Zaheri, S., De Wolf, F. (2005). *Monitoring of Human Immunodeficiency Virus Type 1 (HIV-1) in the Netherlands: report 2005*. Amsterdam: Stichting HIV Monitoring.

101. Koedijk, F.D.H., Op de Coul, E.L.M., Van de Laar, M.J.W. (2005). Aangifte acute hepatitis B in 2004. *Infectieziektenbulletin*, 16(8): 296-298.
102. Boot, H. (2005). Inzicht in transmissie en epidemiologie van HBV. *Infectieziektenbulletin*, 16(8): 280-281.
103. Blystad, H., Blad, L., Tulisov, A., Aavitsland, P. (2005). Hepatitis B in northwest Russia and the Nordic and Baltic countries: recent trends and prevention activities. *Eurosurveillance Weekly*, 10(3).
104. 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.
105. 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; EMCDDA*. Lissabon: EMCDDA.
106. 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.
107. 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.
108. 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.
109. Pennings, E.J.M., Eilering, J.B.G., De Wolff, F.A. (2004). *Langetermijneffecten van XTC*. Leiden: LUMC.
110. De Win, M.M.L., Reneman, L., Vlieger, E.J.P., Olabarriaga, S.D., Lavini, C., Jager, G., Bisschops, I., Majoie, C.B.L.M., Booij, J., Van den Brink W., Den Heeten, G. (2005). *Single or low dose of Ecstasy, is it safe for the brain? A prospective cohort study on neurotoxicity of ecstasy in new Ecstasy users*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
111. Otten, F., Frenken, F. (2005). Jonge mannen drinken het meest. *CBS Webmagazine*, 17 oktober 2005.
112. Productschap Dranken (2005). *Jaarverslag 2004*. Rotterdam: Productschap Dranken.
113. Productschap Wijn (2005). *Jaarverslag 2004*. Den Haag: Productschap Wijn.
114. Janssen, A.P. (2006). Alcoholconsumptie. In: D.G.Uitenbroek, J.K.Ujic-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.
115. Dotinga, A. (2005). *Drinking in a Dry Culture: Alcohol use among second-generation Turks and Moroccans: measurements and results*. Rotterdam: EUR.
116. 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.

117. Monshouwer, K., Smit, F., Spruit, I. (2002). Alcohol-, tabak- en cannabisgebruik bij scholieren naar etnische achtergrond. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 80(3): 172-177.
118. Smit, F., Monshouwer, K., Verdurmen, J. (2002). Polydrug use among secondary school students: combinations, prevalences and risk profiles. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 9(4): 355-365.
119. 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.
120. De Graaf, D., Poort, E. (2004). *Evaluatie van de Zomercampagne 2003; 'Drank: de kater komt later'*. Haarlem: ResCon.
121. 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.
122. Bieleman, B., Biesma, S., Kruize, A., Snippe, J. (2004). *Monitor alcoholverstrekking jongeren 2003: naleving leeftijdsgrenzen 16 en 18 jaar: metingen 1999, 2001 en 2003*. Groningen: Intraval.
123. Korf, D.J., Nabben, T., Benschop, A. (2001). *Antenne 2000: trends in alcohol, tabak, drugs en gokken bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Thela Thesis.
124. Roomer, A., Poelmans, I. (2005). *Tendens 2004: alcohol- en drugsgebruik bij jongeren en jongvolwassenen in Gelderland*. Arnhem: De Griff.
125. Van Dijk, D., Knibbe, R.A. (2005). *De prevalentie van probleemdrinken in Nederland: een algemeen bevolkingsonderzoek*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
126. 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.
127. De Bruijn, H. (2005). *The craving withdrawal model for alcoholism*. Amsterdam: Benecke N.L.
128. 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.
129. 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.
130. Thomas, J., De Vos, T. (2003). *Actieplan Alcoholzorg: verslag activiteiten over het jaar 2002' (<http://www.ggzkennisnet.nl>)*. Utrecht: GGZ Nederland.

131. Meerkerk, G.J., Aarns, T., Dijkstra, R.H. (2005). NHG-Standaard problematisch alcoholgebruik: tweede herziening. *Huisarts en wetenschap*, 48(6): 284-295.
132. 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.
133. Sluijs, Th.A. (2005). *Jaarcijfers Ambulant Medisch Team 2004*. Amsterdam: GGD Amsterdam.
134. Valkenberg, H. (2005). *Ongevallen waarbij alcohol of drugs betrokken zijn*. Amsterdam: Stichting Consument en Veiligheid.
135. 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.
136. 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.
137. Ministerie van Verkeer en Waterstaat (2005). *Rijden onder invloed in Nederland in 1999-2004: Hoofdpijnenrapport: Ontwikkeling van het alcoholgebruik van automobilisten in weekendnachten*. Rotterdam: Ministerie van Verkeer en Waterstaat, Directoraat–generaal Rijkswaterstaat, Adviesdienst Verkeer en Vervoer.
138. 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.
139. Poppelier, A., Van de Wiel, A., Van de Mheen, D. (2002). *Overdaad schaadt : een inventarisatie van de lichamelijke gevolgen van sociaal geaccepteerd alcoholgebruik en binge-drinken*. Rotterdam: IVO.
140. 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.
141. Koppes, L.L., Twisk, J.W., Snel, J., Van Mechelen, W., Kemper, H.C. (2000). Blood cholesterol levels of 32-year-old alcohol consumers are better than of nonconsumers. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*, 66(1): 163-167.
142. 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.
143. San José, B. (2000). *Alcohol consumption and health : contributions to the explanation of the u-shaped curve*. Rotterdam: IVO.
144. Room, R., Babor, T., Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *Lancet*, 365(9458): 519-530.
145. Poppelier, A., Van de Wiel, A., Van de Mheen, D. (2002). *Overdaad schaadt : een inventarisatie van de lichamelijke gevolgen van sociaal geaccepteerd alcoholgebruik en binge-drinken*. Rotterdam: IVO.

146. Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding (2004). *De rol van voeding bij het ontstaan van kanker*. Amsterdam: KWF Kankerbestrijding.
147. Van Oers, J.A.M. (2002). *Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002*. Bilthoven: RIVM.
148. Gezondheidsraad (2005). *Risico's van alcoholgebruik bij conceptie, zwangerschap en borstvoeding*. Den Haag: Gezondheidsraad.
149. Van Leeuwen, F.E. (1999). *Epidemiologie van kanker: inzichten en vooruitzichten*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
150. Verdurmen, J., Van der Meulen, A., Van Laar, M. (2004). Ontwikkelingen in alcoholgerelateerde sterfte in Nederland. *Bevolkingstrends*, 52(3e kwartaal): 32-38.
151. 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.
152. Van den Eijnden, R.J.J.M., Schutten, M. (2005). *Aankoop en gebruik van alcoholhoudende dranken door jongeren*. Rotterdam: IVO.
153. 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.
154. Mulder, J. (2005). *Drinken op school: landelijk scholierenonderzoek naar de alcoholverstrekking en het alcoholgebruik binnen het voortgezet onderwijs en op schoolfeesten*. Utrecht: Stichting Alcoholpreventie.
155. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2001-2002 28380 nr.38 (2002). *Financiële verantwoordingen over het jaar 2001; Jaarverslag van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI)*. Den Haag: SDu Uitgevers.
156. 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.
157. STIVORO voor een rookvrije toekomst (2005). *Een rookvrije toekomst voor een nieuwe generatie: jaarverslag 2004*. Den Haag: STIVORO.
158. Centraal Bureau voor de Statistiek (2005). *Gerapporteerde gezondheid en leefstijl*. Voorburg/Heerlen: CBS.
159. RIVM (2004). *Zware rokers geconcentreerd in Noord-Brabant en 4 grote steden*. Bilthoven: RIVM.
160. STIVORO - rookvrij (2005). *Roken, de harde feiten: volwassenen 2004*. Den Haag: STIVORO - rookvrij.
161. Willemsen, M. (1999). Nicotineverslaving : is 'harm reduction' mogelijk en wenselijk? *TADP: tijdschrift voor alcohol, drugs en andere psychotrope stoffen*, 24(2): 57-73.
162. Vink, J.M., Willemsen, G., Beem, A.L., Boomsma, D.I. (2005). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence in a Dutch sample of daily smokers and ex-smokers. *Addictive Behaviors*, 30(3): 575-579.
163. World Health Organization (2005). *Tobacco control database: Country profiles: Smoking prevalence in adults (%)*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

164. Joossens, L. (2004). *Effective tobacco control policies in 28 European countries*. Brussels: ENSP.
165. IMS Health (2006). *Anti-rook preparaten: Totaal Nederland (Drogisterij/ Apotheek/Supermarkt) [speadsheet]*. Den Haag: IMS Health.
166. Stichting Farmaceutische Kengetallen (2006). Minder hulp bij stoppen met roken. *Pharmaceutisch Weekblad*, 141(1): 6.
167. Bartelds, A.I.M. (2005). *Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland 2004*. Utrecht: NIVEL.
168. 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.
169. Koolhaas, C., Willemsen, M. (2005). *Jongeren en de sociale druk om (niet) te roken: Veranderingen tussen 1998 en 2005*. Den Haag: STIVORO- rookvrij.
170. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2004). *Richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving*. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.
171. Van Weel, C., Coebergh, J.W.W., Drenthen, T., Schippers, G.M., Van Spiegel, P.I., Anderson, P.D., Van Bladeren, F.A., Van Veenendaal, H. (2005). Richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 149(1): 17-21.
172. 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.
173. Poos, R., Van Leent, J. (2006). *Sterfgevallen door roken op basis van sterftecijfer 2004 [speadsheet]*. Bilthoven: RIVM.
174. Gezondheidsraad (2003). *Volksgezondheidsschade door passief roken*. Den Haag: Gezondheidsraad.
175. Sturman, H. (2003). Leugens over passief roken. *HP/De Tijd*, 28 november 2003.
176. Kawachi, I. (2005). More evidence on the risks of passive smoking. *British Medical Journal*, 330(7486): 265-266.
177. 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.
178. 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.
179. The ASPECT consortium (2004). *Tobacco or health in the European Union: past, present and future*. Luxembourg: European Communities.
180. 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.
181. Hoofdbedrijfschap Detailhandel (2005). *Branches in detail: tabaks- en gemakszaken*. Den Haag: HBD.

182. Bieleman, B., Kruize, A. (2004). *Monitor tabaksverstrekking jongeren 2003: naleving leeftijdsgrens 16 jaar: metingen 1999, 2001 en 2003*. Groningen: Intraval.
183. Willemsen, M. (2003). *Sigaretten en de nieuwe wettelijke leeftijdsgrens: Hoe vaak wordt de leeftijd gecontroleerd?* Den Haag: STIVORO voor een rookvrije toekomst.
184. Bureau Voorlichting Tabak (2004). *Tabak in Kerncijfers 2003* (<http://www.bvt.nl>). Utrecht: BVT.
185. European Commission, Directorate-General for Health and Consumer Protection. (2005). *Excise Duty Tables: part III: manufactured tobacco*. Brussel: European Commission.
186. De Miranda, H., Van der Werf, J. (2004). *Inbeslagnemingen verdovende middelen 2003*. Zoetermeer: KLPD.
187. Papenhove, T.G., Spruijt, C.M., Van der Kleijn, J. (2005). *In beslag genomen verdovende middelen en drugsprizen 2004*. Zoetermeer: KLPD-DNRI.
188. Van der Heijden, T. (2003). *De Nederlandse drugsmarkt: een poging tot kwantificering van import, export, productie en consumptie van verdovende middelen*. Zoetermeer: KLPD-Dienst Nationale Recherche Informatie.
189. Neve, R.J.M., Van Ooyen-Houben, M., Snippe, J., Bieleman, B., Kruize, A., Bijl, R.V. (2005). *Samenspannen tegen XTC: tussentijdse evaluatie van de XTC-Nota*. Den Haag: Intraval/WODC.
190. Huisman, S. (2005). *Criminaliteitsbeeldanalyse: Synthetische drugs 2002-2004*. Driebergen: KLPD/DNI.
191. 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.
192. 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.
193. Eggen, A.Th.J., Van der Heide, W. (red.) (2005). *Criminaliteit en rechtshandhaving 2004: ontwikkelingen en samenhangen*. Den Haag/Meppel: Boom Juridische uitgevers/CBS/WODC.
194. 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.
195. 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.
196. Hildebrand, M. (2004). *Psychopathy in the treatment of forensic psychiatric patients : assessment, prevalence, predictive validity, and clinical implications*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
197. 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.

198. De Vrught, D.F.R. (2000). *Psychisch gestoorden in detentie: kenmerken van de groep psychisch gestoorden gedetineerden die bekend zijn bij de psycholoog in de inrichting*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen.
199. Bieleman, B., Van der Laan, R. (1999). *Stok achter de deur: onderzoek naar het functioneren van de zorg voor verslaafde detineerden*. Groningen: Intraval.
200. Van 't Land, H., Van Duijvenbooden, K., Van der Plas, A. (2005). *Opgevangen onder dwang: procesevaluatie strafrechtelijke opvang verslaafden*. Utrecht: Trimbos-instituut.
201. Stichting Verslavingsreclassering GGZ Nederland (2005). *Jaarverslag 2004*. Amersfoort: SVG.
202. Stichting IVZ (2005). *Reclassenten in de verslavingszorg (2001-2003)*. *Ladis Bulletin*, mei 2005.
203. Stichting Verslavingsreclassering GGZ Nederland (2002). *Justitiële verslavingszorg in penitentiaire inrichtingen*. Utrecht: SVG.
204. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2003 -2004 publicatienummer 29270 nr.1 (2003). *Reclasseringsbeleid; Brief minister*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
205. Ministerie van Justitie, Stichting Reclassering Nederland (2001). *Outputsturing Reclassering*. Den Haag: Ministerie van Justitie/SRN.
206. 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.
207. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2003-2004 publicatienummer 28980 nr.1-2 (2003). *Wijziging van het Wetboek van Strafrecht, het Wetboek van Strafvordering en de Penitentiaire beginselenwet (plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders); Voorstel van wet*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
208. 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.
209. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2003-2004 publicatienummer 29200 VI,nr.67 (2004). *Vaststelling begroting van het Ministerie van Justitie (VI) voor het jaar 2004; Brief minister over stelselherziening rechtsbijstand*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
210. Ministerie van Justitie (2003). *Visiedocument: de nieuwe inrichting: naar een meer functionele executie van straffen en maatregelen*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen.
211. Miedema, F., Mensink, C., Eppink, M., Woldringh, C. (2005). *Verslaafde justitiabelen op hun plaats? Evaluatie van de pilots Justitiële Verslavingszorg*. Nijmegen: ITS.

212. 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.
213. Beuker, R.J., Berns, M.P.H., Watzeels, J.C.M. (2001). *Surveillance van HIV-infectie onder injecterende druggebruikers in Nederland: meting Den Haag 2000*. Bilthoven: RIVM.
214. Op de Coul, E.L.M., Van de Laar, M.J.W. (in press). Aangifte acute hepatitis C in 2005. *Infectieziektenbulletin*.
215. Haks, K., Berns, M.P.H., Snijders, B.M., Watzeels, J.C.M., Van Regteren, A.J., Van de Laar, M.J.W. (2001). *Surveillance van HIV-infectie onder injecterende druggebruikers in Nederland: meting Almelo/Enschede/Hengelo 2000*. Bilthoven: RIVM.
216. Korf, D.J., Wouters, M., Nabben, T., Van Ginkel, P. (2005). *Cannabis zonder coffeeshop: niet-gedoogde cannabisverkoop in tien Nederlandse gemeenten*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.

