

# NATIONALE DRUG MONITOR

JAARBERICHT 2004

Trimbos-instituut

Utrecht, 2004

## COLOFON

### *Redactie*

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

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

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

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

### *Met medewerking van*

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

Dhr. dr. P. van Gelder<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Trimbos-instituut

<sup>2</sup> WODC

### *Vormgeving en druk*

Ladenius Communicatie BV, Houten

Deze uitgave is te bestellen via [www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl),  
of bij het Trimbos-instituut, Afdeling bestellingen,  
Postbus 725, 3500 AS Utrecht, 030-297 11 80;  
fax: 030-297 11 11; e-mail: [bestel@trimbos.nl](mailto:bestel@trimbos.nl).  
Onder vermelding van artikelnummer AF0585.  
U krijgt een factuur voor de betaling.

ISBN 90-5253-4934

ISSN 1569-5395

© 2004 Trimbos-instituut, Utrecht

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

Elektronische versie van dit rapport:

<http://www.trimbos.nl/Downloads/Producten/NDM%202004.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*

Mw. M. Brouwers, WODC  
Dhr. dr. M.C.A. Buster, GG&GD Amsterdam  
Mw. E.H.B.M.A. Hoekstra, Ministerie van Justitie  
Dhr. drs. R.F. Meijer, WODC  
Mw. dr. ir. E.L.M. Op de Coul, RIVM  
Dhr. Th.A. Sluijs MPH, GG&GD Amsterdam  
Dhr. dr. M.C. Willemsen, STIVORO

# INHOUD

	<b>VOORWOORD</b>	<b>9</b>
	<b>LIJST VAN AFKORTINGEN</b>	<b>11</b>
	<b>SAMENVATTING</b>	<b>15</b>
<b>1</b>	<b>INLEIDING</b>	<b>23</b>
<b>2</b>	<b>CANNABIS</b>	<b>27</b>
2.1	Laatste feiten en trends	27
2.2	Gebruik: algemene bevolking	27
2.3	Gebruik: jongeren	32
2.4	Problematisch gebruik	38
2.5	Gebruik: internationale vergelijking	40
2.6	Hulpvraag	42
2.7	Sterfte	47
2.8	Aanbod en markt	47
<b>3</b>	<b>COCAÏNE</b>	<b>51</b>
3.1	Laatste feiten en trends	51
3.2	Gebruik: algemene bevolking	52
3.3	Gebruik: jongeren	55
3.4	Problematisch gebruik	58
3.5	Gebruik: internationale vergelijking	59
3.6	Hulpvraag	62
3.7	Sterfte	66
3.8	Markt	67
<b>4</b>	<b>OPIATEN</b>	<b>69</b>
4.1	Laatste feiten en trends	69
4.2	Gebruik: algemene bevolking	70
4.3	Gebruik: jongeren	70
4.4	Problematisch gebruik	73
4.5	Gebruik: internationale vergelijking	76
4.6	Hulpvraag	78
4.7	Ziekte en sterfte	82

<b>5</b>	<b>ECSTASY, AMFETAMINE EN VERWANTE STOFFEN</b>	<b>95</b>
5.1	Laatste feiten en trends	95
5.2	Gebruik: algemene bevolking	96
5.3	Gebruik: jongeren	100
5.4	Problematisch gebruik	103
5.5	Gebruik: internationale vergelijking	103
5.6	Hulpvraag	106
5.7	Ziekte en sterfte	111
5.8	Aanbod en markt	113
<b>6</b>	<b>ALCOHOL</b>	<b>119</b>
6.1	Laatste feiten en trends	119
6.2	Gebruik: algemene bevolking	120
6.3	Gebruik: jongeren	122
6.4	Probleemgebruikers	127
6.5	Gebruik: internationale vergelijking	128
6.6	Hulpvraag	130
6.7	Ziekte en sterfte	138
6.8	Aanbod en markt	141
<b>7</b>	<b>TABAK</b>	<b>145</b>
7.1	Laatste feiten en trends	145
7.2	Gebruik: algemene bevolking	145
7.3	Gebruik: jongeren	148
7.4	Problematisch gebruik	152
7.5	Gebruik: internationale vergelijking	152
7.6	Hulpvraag	155
7.7	Sterfte	156
7.8	Aanbod en markt	158
<b>8</b>	<b>GEREGISTREERDE DRUGSCRIMINALITEIT</b>	<b>161</b>
8.1	Laatste feiten en trends	162
8.2	Geregistreeerde drugswetcriminaliteit	163
8.3	Drugsgebruikers die criminaliteit plegen	181
8.4	Hulp voor problematische gebruikers in het strafrechtelijk systeem	184

<b>BIJLAGE A</b>	<b>197</b>
Verklaring van begrippen	
<b>BIJLAGE B</b>	<b>209</b>
Bronnen	
<b>BIJLAGE C</b>	<b>219</b>
Verklaring van ICD-9 en ICD-10 codes	
<b>BIJLAGE D</b>	<b>233</b>
Overzicht producten verslavingsreclassering en drangtrajecten	
<b>BIJLAGE E</b>	<b>225</b>
Internetadressen op het gebied van alcohol en drugs	
<b>BIJLAGE F</b>	<b>229</b>
Gegevens jeugdmonitors en jongerenpeilingen	
<b>REFERENTIES</b>	<b>243</b>

# VOORWOORD

Het aantal cocaïnegebruikers in de (ambulante) verslavingszorg is in het laatste decennium verviervoudigd. Met name in de laatste jaren heeft deze stijging flink doorgezet. Alcoholgebruik neemt vooral toe onder jonge meisjes. In 1999 had 57 procent van de 12-14 jarige meisjes ooit alcohol gedronken, in 2003 was dit gestegen tot 78 procent. En Nederlandse scholieren gaan in Europa aan kop wat drinken betreft. De kans dat een jongere onder de zestien er in slaagt om alcohol en/of tabak te kopen is 90 procent of meer. Het aantal coffeeshops is in de periode 1997 - 2003 gedaald van bijna 1 200 tot 754. Deze daling kan gevolgen hebben voor de controle op de handel en voor de scheiding van markten tussen soft drugs en hard drugs. Ook is er een toenemende belasting van Opiumwetdelicten voor het strafrechtelijk systeem. De toenemende belasting is voor een deel toe te schrijven aan cocaïnekoeriers.

Dit zijn enkele verontrustende cijfers uit het voorliggende Jaarbericht 2004 van de Nationale Drug Monitor (NDM). In verband met het leveren van zorg en het ondernemen van preventie activiteiten is het belangrijk om jaarlijks van dergelijke ontwikkelingen op de hoogte te worden gesteld. In dit kader krijgen negatieve ontwikkelingen vaak veel aandacht. Gelukkig zijn er ook veel positieve ontwikkelingen te melden. Het percentage scholieren dat drugs gebruikt blijft stabiel of daalt. Ook is de omvang van de groep opiaatverslaafden stabiel en deze groep veroudert. Het aantal zware rokers daalt. Gunstig is ook dat het bij zichzelf injecteren van cocaïne en heroïne afneemt.

De NDM steunt op de inbreng van veel nationale en lokale monitoringprojecten en deskundigen. Veel dank gaat uit naar de organisaties en instellingen die de gegevens voor het Jaarbericht hebben aangeleverd. Dank gaat ook uit naar het Bureau van de NDM. Het Bureau stelt de jaarberichten met grote zorg samen. Nederland neemt daarmee met de informatieverzameling en –verstrekking 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
BVT	Bureau Voorlichting Tabak
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
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
IVO	Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving
IVV	Stichting Informatievoorziening Verslavingszorg
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 Opvoedings-Moeilijkheden
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
PiGGz	Patiëntenregister intramurale Geestelijke Gezondheidszorg
PMA	Paramethoxyamfetamine
PMMA	Paramethoxymethylamfetamine
POLS	Permanent Onderzoek Leefsituatie
RIKILT	Rijks-Kwaliteitsinstituut voor land- en tuinbouwproducten
RISC	Recidive Inschattings Schalen
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne
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
TULP	TenUitvoerLegging van vrijheidsbenemende maatregelen in Penitentiaire inrichtingen
USD	Unit Synthetische Drugs
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

## MIDDELENGEBRUIK: ALGEMEEN

In Nederland is het percentage mensen dat ooit of in de afgelopen maand drugs heeft gebruikt tussen 1997 en 2001 toegenomen. De piek ligt bij jongeren tussen 20 en 24 jaar. Onder scholieren op middelbare scholen stabiliseerde het gebruik van drugs tussen 1996 en 2003, of vertoonde een lichte daling. De consumptie van alcohol nam daarentegen toe, met name onder meisjes beneden 15 jaar. In sommige bevolkingsgroepen – zoals leerlingen van speciale scholen, spijbelaars, gedetineerden, psychiatrische patiënten, dak- en thuislozen of anderszins kwetsbare en gemarginaliseerde mensen - komt het gebruik van alcohol en drugs aanzienlijk meer voor dan in de algemene bevolking. Deze groepen kampen doorgaans veelvuldig met (andere) gedrags-, psychische en sociale problemen. Uitgaande jongeren experimenteren relatief vaak met (nieuwe) drugs en alcohol. In Amsterdam is niettemin het drugsgebruik in trendy clubs tussen 1998 en 2003 gedaald. De consumptie van alcohol is echter toegenomen en blijft veruit het belangrijkste genotmiddel tijdens het uitgaan. Vaak worden per gelegenheid dikwijls meer middelen tegelijk of vlak na elkaar genomen. Ook onder probleemgebruikers van harddrugs is polygebruik eerder regel dan uitzondering.

In vergelijking met het gebruik van drugs in de algemene bevolking van andere westerse landen, neemt Nederland een positie in rond of iets boven het gemiddelde. Op indicatoren van problematisch (harddrugs)gebruik scoort Nederland naar verhouding gunstig (relatief weinig probleemgebruikers, gering percentage injecterende drugsgebruikers, lage drugsgerelateerde sterfte).

Per middel beschouwd zien we de volgende ontwikkelingen:

## CANNABIS

Cannabis blijft van alle illegale drugs veruit het meest populair. Tussen 1997 en 2001 steeg in de Nederlandse bevolking het aandeel mensen dat de afgelopen maand cannabis had gebruikt van 2,5 naar 3 procent. Omgerekend naar de bevolking nam het aantal gebruikers toe van 326 duizend naar 408 duizend, een stijging van 25 procent. Onder scholieren van het middelbaar onderwijs is het aandeel actuele cannabisgebruikers tussen 1996 en 2003 licht gedaald van 11 naar 9 procent. Deze afname komt vooral op conto van de jongens (van 14% naar 10%). Vergeleken met leeftijdgenoten uit de oude lidstaten van de EU behoren Nederlandse scholieren

tot de middenmoot. Onder jongeren en jonge volwassenen in Amsterdamse trendy clubs daalde het aandeel actuele gebruikers van cannabis eveneens, van 52 procent in 1998 naar 39 procent in 2003.

Eén op de vijf actuele gebruikers consumeert dagelijks of bijna dagelijks cannabis. Intensieve gebruikers kunnen van cannabis afhankelijk worden. Jongeren met een uitgesproken voorkeur voor 'sterke' cannabis lopen ook een gerede kans op afhankelijkheid. Om hoeveel mensen het in totaal gaat is niet bekend.

Het aantal cliënten bij de (ambulante) verslavingszorg met een primair cannabisprobleem blijft groeien. Van 2002 naar 2003 werd een toename van 21 procent geregistreerd. Tussen 1994 en 2004 verdubbelde hun aantal van 1 951 naar 4 485. Het aantal cliënten met cannabis als secundair probleem nam toe van 2 846 naar 4 291. Weinig mensen worden in een algemeen ziekenhuis opgenomen met cannabismisbruik of -afhankelijkheid als hoofddiagnose. In 2003 ging het om 46 opnames. Vaker werden deze stoornissen als nevendiagnose geregistreerd (246 in 2003).

Het aantal coffeeshops daalde van 782 in 2002 naar 754 in 2003 met vier procent. In 1997 waren er nog bijna 1 200 coffeeshops.

Het gemiddelde THC gehalte in nederwiet is van 2002/2003 naar 2003/2004 weer gestegen, van 18 naar 20 procent. In 1999/2000 was het THC-gehalte de helft (9%). Onbekend is of deze stijging gevolgen heeft voor de gezondheid. Er is toenemend wetenschappelijk bewijs dat cannabis psychotische symptomen kan uitlokken, met name bij personen die veel gebruiken en een aanleg hebben voor psychosen. Oorzaak en gevolg staan echter nog ter discussie. Er is meer onderzoek nodig om de causaliteit aan te tonen.

## COCAÏNE

Het gebruik van cocaïne in de algemene bevolking is beperkt. Wel nam het percentage mensen dat ooit cocaïne had genomen toe van 2,1 procent in 1997 naar 2,9 procent in 2001. Het percentage actuele gebruikers steeg van 0,2 naar 0,4 procent. Onder scholieren van het middelbaar onderwijs bleef het gebruik in de afgelopen jaren stabiel. In 2003 had twee procent van hen ervaring met cocaïne. Cocaïne is het laatste decennium sterk in opmars geraakt in speciale groepen van de bevolking, zoals probleemgebruikers van harddrugs. Zij consumeren vooral 'basecoke', de rookbare en meest verslavende vorm van cocaïne. Zeven tot negen op de tien opiaatverslaafden nemen óók cocaïne en voor veel harddruggebruikers is cocaïne de belangrijkste drug. Cocaïne, vooral 'snuifcoke', is ook favoriet geworden onder uitgaande jongeren en jonge volwassenen. In Amsterdam deed zich tussen 1998 en

2003 wel een daling voor van het percentage actuele gebruikers van snuifcoke onder bezoekers van trendy clubs van 24 naar 14 procent, maar vergeleken met ecstasy is de populariteit van cocaïne gegroeid.

Cijfers van de (ambulante) verslavingszorg laten zien dat het aantal mensen dat hulp vraagt vanwege cocaïne fors blijft toenemen. Van 2002 naar 2003 werd een toename van 19 procent genoteerd. In 2003 was het aantal cliënten met een primair cocaïne probleem zelfs vier keer zo groot als in 1994 (respectievelijk 9 216 en 2 468). Ook het aantal cliënten met cocaïne als secundaire problematiek steeg in deze periode, van 6 020 naar 8 388. Twee op de drie hulpzoekers voor cocaïne heeft een probleem met basecoke. Zij kampen met lichamelijke en psychische klachten, zoals longcomplicaties, uitputting, agressie en paranoia.

Gegevens over ziekenhuisopnames en sterfte suggereren eveneens een toename van de cocaïneproblematiek tot 2002, maar deze trend zette zich in 2003 niet voort. Zo steeg het aantal opnames in algemene ziekenhuizen waarbij cocaïne een rol speelt van 246 in 1996 naar 562 in 2002 en daalde licht naar 506 in 2003. De acute sterfte door cocaïnegebruik – voor zover geregistreerd – schommelde tot midden jaren negentig tussen één en drie gevallen per jaar. In de jaren 2000, 2001 en 2002 ging het om respectievelijk 19, 26 en 34 gevallen. In 2003 werden 17 gevallen geregistreerd.

## OPIATEN

Heroïne, het meest gebruikte illegale opiaat, is niet populair onder de algemene bevolking. In 2001 was niet meer dan 0,1 procent een actuele gebruiker. Het aantal probleemgebruikers van (ook) opiaten in Nederland is stabiel met een gemiddelde schatting van 32 duizend (range tussen de 22 en 42 duizend). Per duizend inwoners telt Nederland drie probleemgebruikers van harddrugs. Dit is laag vergeleken met andere (oude) lidstaten van de Europese Unie, zoals het Verenigd Koninkrijk, Italië, Portugal en Denemarken, met tussen zeven en negen gevallen per duizend inwoners.

De hulpvraag van opiaatverslaafden bij de (ambulante) verslavingszorg is tussen 2001 en 2003 licht gedaald van 17 786 naar 15 195 cliënten. Consistent met de dalende aanwas van jonge heroïnegebruikers, vertoont ook het aandeel jonge opiaatcliënten een dalende lijn.

Ongeveer twaalf duizend opiaatverslaafden staan geregistreerd voor methadonbehandeling, doorgaans op onderhoudsbasis. Zij ontvangen tegenwoordig gemiddeld een hogere dosis methadon dan tien jaar geleden (57 versus 46 mg), maar niet meer dan een derde ontvangt een (therapeutische) dosering van 60 mg of meer.

De groep opiaatverslaafden veroudert. Zo waren methadoncliënten in Amsterdam in 1989 gemiddeld 32 jaar, in 2003 was dat 44 jaar. In Rotterdam en Parkstad Limburg steeg de gemiddelde leeftijd van probleemgebruikers van 1998 tot 2003 van 37 naar 39 jaar. Langdurige opiaatverslaving gaat vaak gepaard met aanzienlijke gezondheidsschade, samenhangend met het middel maar ook met de ongezonde leefstijl en de wijze van gebruik. Het aandeel opiaatverslaafden dat de drug injecteert is de laatste decennia sterk afgenomen en ligt nu naar schatting tussen 10 en 20 procent. Roken van heroïne is de regel. Aangezien opiaatverslaafden vaak ook veel tabak roken, komen longziekten steeds vaker voor. Van de gebruikers die ooit harddrugs hebben geïnjecteerd is een groot deel besmet met hepatitis C (47-79%) en hepatitis B (35-67%). Het aandeel injecterende drugsgebruikers met HIV varieert van een procent in Groningen en Arnhem tot 22 procent in Heerlen en 26 procent in Amsterdam. Het lenen van gebruikte spuiten is de afgelopen tien jaar gedaald, maar nog steeds leent tussen 8 en 30 procent van de injecterende drugsgebruikers (wel eens) spuiten. Seksueel risicogedrag (het niet gebruiken van condooms) komt nog steeds veel voor. Het risico van overdracht van besmetting met HIV en hepatitis B blijft daardoor in een aantal regio's aanzienlijk.

Van 1996 tot en met 2001 schommelde de geregistreerde sterfte door opiaten tussen zestig en tachtig gevallen per jaar. De laatste jaren laten een lichte daling zien (37 in 2002 en 53 in 2003).

## ECSTASY EN AMFETAMINE

Onder de algemene bevolking steeg het percentage actuele ecstasygebruikers tussen 1997 en 2001 van 0,3 naar 0,5 procent. Deze stijging deed zich vooral voor onder vrouwen. Het percentage actuele amfetaminegebruikers bleef laag met 0,1 procent in 1997 en 0,2 procent in 2001. Onder scholieren van het middelbaar onderwijs daalde tussen 1996 en 2003 voor beide middelen het percentage ooitgebruikers en actuele gebruikers. In 2003 had drie procent ervaring met ecstasy en twee procent met amfetamine.

Ecstasy is nog steeds populair onder uitgaande jongeren, al zijn er aanwijzingen voor een matiging van het gebruik. Steeds meer jongeren lijken verstandiger met dit middel om te gaan en zich van de risico's bewust te zijn. Onder bezoekers van Amsterdamse trendy clubs halveerde het percentage actuele ecstasygebruikers van 41 procent in 1998 naar 19 procent in 2003. Voor amfetamine, een aanzienlijk minder populair middel in het uitgaansleven, werd ook een daling gemeten, van 13 naar 7 procent.

Problematisch gebruik van ecstasy treedt in vergelijking met andere harddrugs niet veel op. De hulpvraag bij de (ambulante) verslavingszorg primair vanwege ecstasy is vergeleken met andere drugs gering en bleef sinds 1999 vrij stabiel. In 2003 ging het om 277 cliënten met ecstasy als primair probleem en 655 cliënten voor wie ecstasy de secundaire problematiek vormde. Het aantal primaire amfetaminecliënten steeg licht van 482 in 2001 naar 735 in 2003. In 2003 noemden 552 cliënten amfetamine als secundaire problematiek.

De acute gezondheidsrisico's van een ecstasyintoxicatie kunnen aanzienlijk zijn. Onbekend is hoe vaak dit voorkomt. Het aantal incidenten op party's en feesten vanwege ecstasy is gedaald. Dit hangt mogelijk samen met de stabiele samenstelling van ecstasypillen. De laatste jaren bevatten meer dan negen op de tien ecstasypillen die consumenten bij instellingen voor verslavingszorg lieten testen alleen MDMA of een MDMA-achtige stof. Wel nam het percentage geteste pillen met een hoge dosering MDMA van meer dan 140 milligram per pil iets toe, van één procent in 1999 naar zes procent in 2003.

Volgens de laatste stand van wetenschap kan gebruik van ecstasy tot langdurige problemen leiden met het geheugen, het concentratievermogen en de stemming. Het risico op hersenschade hangt af van de dosis en de temperatuur waarbij ecstasy wordt gebruikt. Onbekend is hoeveel mensen precies zijn overleden vanwege gebruik van ecstasy of amfetamine. Volgens de Doodsoorzakenstatistiek ging het in 2003 om zeven mensen.

## ALCOHOL

Alcoholgebruik is wijdverbreid in de Nederlandse samenleving. Van de bevolking van zestien jaar en ouder drinkt 85 procent 'wel eens' alcohol. Dit percentage is de laatste jaren stabiel. Volgens verkoopcijfers daalde de totale consumptie van alcohol per hoofd van de bevolking in 2003 echter licht. Deze daling kan worden toegeschreven aan de daling in de consumptie van gedistilleerd, die in 2003 met bijna tien procent verminderde ten opzichte van het jaar daarvoor.

Zwaar drinken (het drinken van minstens zes glazen alcohol op één of meer dagen per week) kwam in 2003 voor bij elf procent van de bevolking van 12 jaar en ouder, een lichte daling ten opzichte van 2001. Zware drinkers komen naar verhouding veel voor onder jonge mannen van 18 tot en met 24 jaar. Zij zijn ook relatief vaak betrokken bij verkeersongevallen, waarbij alcohol een rol speelt. Tien procent van de Nederlandse bevolking van 16-69 jaar is een probleemdrinker.



Het alcoholgebruik onder scholieren van het middelbaar onderwijs is tussen 1999 en 2003 toegenomen. In 1999 had 74 procent van de leerlingen ervaring met alcohol, in 2003 was dit 85 procent. De stijging deed zich met name voor onder jonge meisjes tussen de twaalf en veertien jaar. 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. Vergeleken met scholieren uit andere landen drinken Nederlandse scholieren vaak.

In 2003 zijn er 26 874 personen in behandeling (geweest) bij de (ambulante) verslavingszorg met als primaire problematiek alcoholgebruik. Dit is dertien procent meer dan in 2002. Ook in algemene ziekenhuizen worden veel mensen opgenomen als gevolg van alcoholgebruik; in 2003 waren dit er 4 239 met een alcoholaandoening als hoofddiagnose en 10 899 met een alcohol gerelateerde nevendiagnose.

Het aantal geregistreerde doden en gewonden in het verkeer door alcoholgebruik daalt sinds 1997 licht. In 2003 waren dit er bijna 2 700. Het totaal aantal alcohol-doden steeg echter de afgelopen jaren. In 2003 stierven bijna negentienhonderd mensen aan oorzaken waarbij alcohol expliciet werd genoemd, zeven procent meer dan in 2002 en ruim veertig procent meer dan in 1995.

## TABAK

In 2003 telde Nederland bijna vier miljoen rokers, iets meer mannen dan vrouwen (33% versus 27%). Begin jaren tachtig rookte nog 52 procent van de mannen en 35 procent van de vrouwen. Het percentage zware rokers is eveneens in de afgelopen jaren gedaald. In 2000 rookte tien procent van de bevolking van twaalf jaar en ouder minstens twintig sigaretten per dag en in 2003 is dit gedaald naar acht procent. Onder scholieren van 12 jaar en ouder daalde tussen 1999 en 2003 het percentage dat ooit had gerookt van 55 naar 45 procent. Het percentage dat de laatste maand nog had gerookt daalde onder scholieren in deze periode van 27 naar 20 procent.

In 2003 overleden ruim 20 duizend mensen direct aan de gevolgen van roken. Per 100 duizend inwoners stierven 67 mensen aan longkanker, de belangrijkste doodsoorzaak door roken. De sterfte aan deze ziekte daalt onder mannen maar stijgt onder vrouwen.

## GEREGISTREERDE DRUGSGERELATEERDE CRIMINALITEIT

Opiumwetdelicten vormen in 2003 een zwaardere belasting voor het strafrechtelijk systeem dan in 2002. Dit geldt voor alle fasen van het strafrechtelijk proces. Zo zijn in 2003 meer Opiumwetverdachten geverbaliseerd dan in 2002. Harddrugsdelicten vormen nog steeds de meerderheid. Van de opsporingsonderzoeken naar georganiseerde criminaliteit betreft 66 procent een Opiumwetdelict. Dit is min of meer vergelijkbaar met 2002, toen dit aandeel 63 procent bedroeg. Ook het aantal bij het Openbaar Ministerie ingestroomde zaken Opiumwet blijft stijgen, zij het dat de stijging met 8 procent in 2003 wat minder groot is dan in de voorgaande twee jaren. De rechter deed ruim 12 duizend Opiumwetzaken af, meer dan in 2002, toen het ging om ruim 10 duizend zaken. Het aantal opgelegde taakstraffen en ontnemingen in Opiumwetzaken is in 2003 sterk gestegen. Ook het aantal onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen in Opiumwetzaken is in 2003 toegenomen. Opiumwetzaken vormen in 2003 15 procent van het totaal aantal vrijheidsstraffen. De toename is te wijten aan harddrugszaken; deze maken in 2003 14 procent van het totaal uit. Het aandeel softdrugszaken is constant gebleven op 1 procent van het totaal. Een op de drie opgelegde straffen in detentiejaren betreft drugszaken, dit is meer dan voorheen; 28 procent betreft harddrugs. In 2003 is een kwart van de gevangenispopulatie gedetineerd wegens een Opiumwetdelict.

Overtreders van de Opiumwet recidiveren vaker dan andere veroordeelden. Criminele drugsgebruikers belasten het strafrechtelijk systeem in 2003 ongeveer even zwaar als in 2002. De politie registreerde in 2003 ruim 10 duizend verdachten als "drugsgebruiker". Deze verdachten plegen ook in 2003 voornamelijk vermogensmisdrijven. Delicten met geweld en Opiumwetdelicten komen in 2003 iets vaker voor dan in de jaren hiervoor. In 2003 had driekwart van de als drugsgebruiker geregistreeerde verdachten elf of meer antecedenten in de gehele criminele voorgeschiedenis. Ruim 70 procent van de 'zeer hoogfrequente' veelplegers is een regelmatige harddrugsgebruiker.

In 2003 zijn er in het algemeen meer activiteiten van de verslavingsreclassering voor drugsgebruikers in het strafrechtelijk systeem. Ook de instroom in de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV) groeide in 2003 gestaag. Eind 2003 zijn er 192 deelnemers. De bezettingsgraad is toegenomen ten opzichte van 2002 en bedraagt eind 2003 85 procent. Vanaf april 2003 is de reguliere uitstroom van deelnemers op gang gekomen.



# 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 maatschappelijke streven naar het op feiten baseren van beleid en praktijk.

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

De NDM behartigt de volgende functies:

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

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

- middelengebruik in de algemene bevolking
- problematisch gebruik en verslaving

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

De NDM rapporteert ook over de geregistreeerde drugsriminaliteit en de strafrechtelijke reactie hierop. Dit gebeurt eveneens volgens een serie kernindicatoren, waarvoor het WODC gegevens verzamelt. Het ministerie van Justitie heeft hiertoe in 1999 een ontwikkeltraject in gang gezet.<sup>2,3</sup>

## 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 2004

Voor u ligt het zesde 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 (voorzichtig) in internationaal perspectief.

In hoofdstuk acht volgen gegevens over de geregistreeerde drugsriminaliteit. Centraal staan de Opiumwetscriminaliteit 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: <http://www.trimbos.nl/Downloads/Producten/NDM%202004.pdf>

## OVERIGE INFORMATIE

- Kerncijfers over de *verslavingszorg* staan in het Brancherapport GGZ-MZ 2000-2003.<sup>4</sup>
- De NDM achtergrondstudie '*Hulp bij Probleemgebruik van Drugs*' geeft een uitgebreid overzicht van *werkzame behandelingen* bij drugsverslaving.<sup>5</sup>
- Voor een uitgebreide beschrijving van de opbrengst en lacunes van monitor-systemen op het gebied van alcohol en drugs verwijzen wij naar de rapportage '*Monitoring van alcohol en drugs onder de loep*'<sup>6</sup>, ook te vinden op internet ([www.trimbos.nl/ndm](http://www.trimbos.nl/ndm) of [www.ivo.nl](http://www.ivo.nl)). Een gedetailleerd overzicht van registratie-systemen en onderzoeken in Nederland rondom het monitoren van alcohol en drugs vindt u op de websites van het Trimbos-instituut, IVO en ZonMw ([www.trimbos.nl/monitors](http://www.trimbos.nl/monitors) of [www.ivo.nl](http://www.ivo.nl) of [www.zonmw.nl](http://www.zonmw.nl)).

Eerder verschenen publicaties van de NDM:

- De '*Fact sheet Drugsbeleid*'<sup>7</sup> met beknopte informatie over beleid, gebruik, verslavingszorg, voorlichting en preventie en overlast, criminaliteit en handel.
- Een rapportage '*Bovenmatig drinken in Nederland*'<sup>8</sup>, gebaseerd op de uitkomsten van het bevolkingsonderzoek Nemesis.
- De achtergrondstudie '*Cannabis. Feiten en cijfers 2003*'<sup>9</sup> met de stand van wetenschap over cannabis.

Het Trimbos-instituut coördineert naast de NDM twee andere landelijke monitors, waarmee wordt samengewerkt: de Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid (NMG) en de Monitor Maatschappelijke Opvang (MMO).

- Jaarberichten en andere rapportages van deze monitors staan op de website van het Trimbos-instituut ([www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl)).



## 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).
- Nederlandse scholieren nemen wat betreft cannabisgebruik in vergelijking met leeftijdgenoten uit een aantal andere lidstaten van de Europese Unie een middenpositie 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 2002 en 2003 toegenomen (§ 2.6).
- Het aantal coffeeshops is van 2002 naar 2003 weer iets gedaald (§ 2.8).
- Het gemiddelde gehalte THC in Nederwiet is van 2002/2003 naar 2003/2004 verder gestegen (§ 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.<sup>10</sup>

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



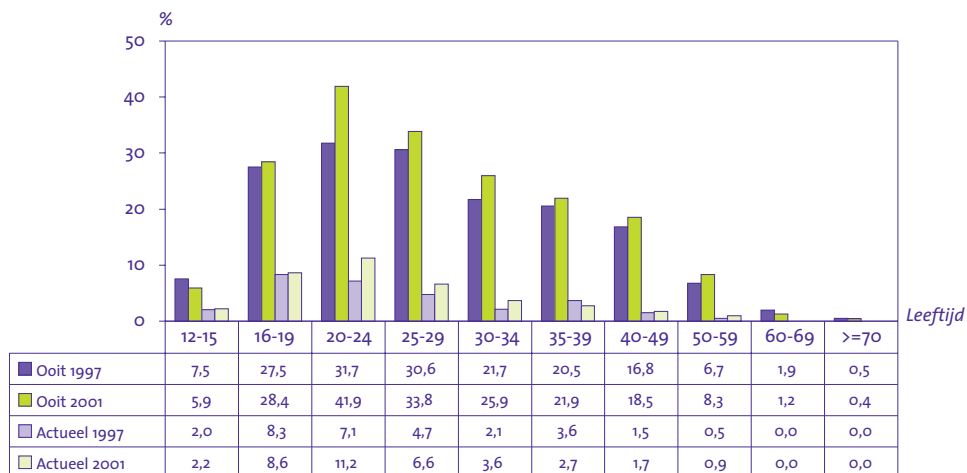
- In 2001 had een op de zes ondervraagden van twaalf jaar en ouder ooit cannabis gebruikt (tabel 2.1).
- Een op de drieëndertig had dit nog gedaan in de maand voor het interview (actueel gebruik).
- Omgerekend naar de bevolking nam in absolute getallen het aantal actuele gebruikers van cannabis in die 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 <sup>1</sup>	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 <sup>I</sup>	23,0%	26,3%	4,1%	4,8%
Utrecht <sup>II</sup>	27,3%	-	4,2%	-
Den Haag <sup>II</sup>	20,1%	-	4,2%	-
Niet-stedelijke gemeenten <sup>III</sup>	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, Vlaarding 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.

## 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).<sup>10</sup>
- 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).

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

**TABEL 2.3 WAAR HALEN RECENTE GEBRUIKERS<sup>I</sup> 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 <sup>II</sup>	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.<sup>11</sup>
- In hetzelfde jaar rapporteerde een op de drie (33%) *mannelijke gedetineerden* in acht Huizen van Bewaring<sup>a</sup> dagelijks cannabis te hebben gebruikt in de laatste zes maanden voor detentie. Gedetineerden met ernstige psychische stoornissen of met beperkingen (geen contact toegestaan), waren niet in de steekproef vertegenwoordigd.<sup>12</sup>
- Er zijn signalen dat cannabisgebruik ook veel voorkomt onder bepaalde groepen *psychiatrische patiënten*, zoals mensen met schizofrenie of borderline.<sup>13;14</sup> Harde cijfers zijn schaars. Volgens wat oudere Nemesi-gegevens (1996) komt cannabisgebruik méér voor onder mensen met een stemmingsstoornis en een gecombineerde angst- of stemmingsstoornis dan onder mensen zonder deze stoornissen (respectievelijk 7%, 9% en 3% recente gebruikers). Voor mensen met alleen een angststoornis is er geen (significant) verschil.

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

## 2.3 GEBRUIK: JONGEREN

Om het gebruik van cannabis onder jongeren in kaart te brengen zijn cijfers beschikbaar uit het Nationaal Prevalentie Onderzoek, zoals genoemd in § 2.1. Daarnaast zijn in de afgelopen jaren tal van lokale en regionale onderzoeken uitgevoerd in opdracht van gemeenten. In Bijlage F geven wij een overzicht van recente cijfers over het gebruik van cannabis onder jongeren in 29 gemeenten of regio's in Nederland op basis van representatieve steekproeven uit de bevolking.

Deze cijfers geven een beeld van de onderzoeken die er verspreid over het land worden uitgevoerd. Methodologische verschillen, met name in leeftijdsgroepen, staan het maken van vergelijkingen in de weg maar de cijfers geven wel een indruk van verschillen in cannabisgebruik tussen gemeenten. Zo is bijvoorbeeld het percentage jongeren van 19 tot en met 23 jaar dat ooit cannabis heeft geprobeerd opvallend laag in Urk (16%) in vergelijking met Almere en Lelystad (50%). Ook het ooitgebruik in laatstgenoemde steden lijkt hoger te zijn dan het landelijk gemiddelde (zie figuur 2.1).

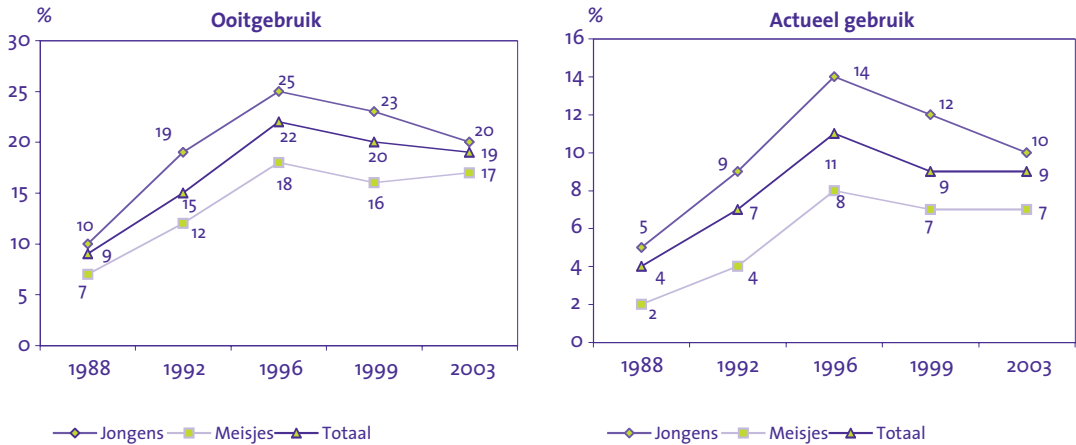
In deze paragraaf presenteren wij verder de gegevens van het landelijke Peilstationsonderzoek scholieren en gegevens uit (vaak lokale) peilingen onder speciale groepen jongeren.

### 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 2.3 laat zien dat het percentage gebruikers van cannabis onder leerlingen sterk toenam tussen 1988 en 1996.<sup>15</sup>
- Na 1999 stabiliseerde het ooitgebruik en bleef het ongeveer op hetzelfde niveau als in 1996. Het actuele gebruik daalde significant tussen 1996 en 2003. Deze afname kwam vooral op conto van de jongens. Onder meisjes bleef het percentage actuele gebruikers van cannabis tussen 1996 en 2003 ongeveer gelijk.
- 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.<sup>16</sup>

### LEEFTIJD

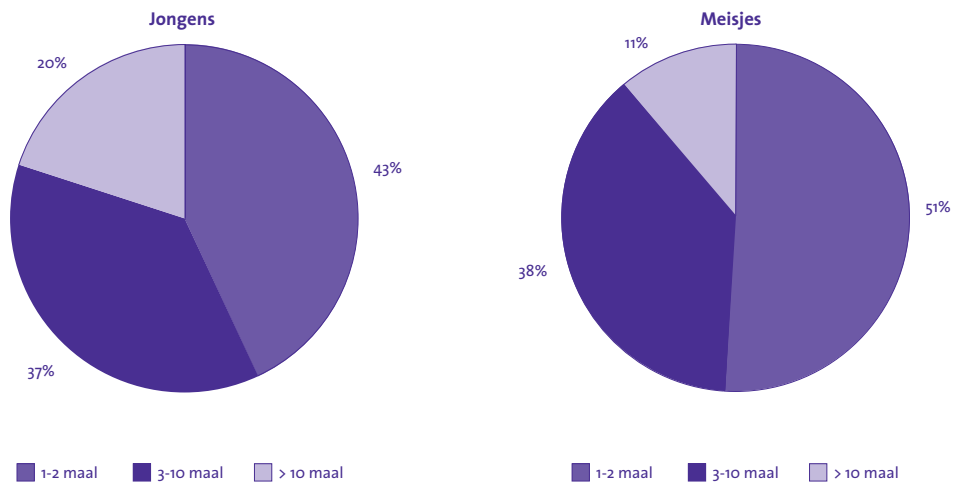
- Het gebruik van cannabis neemt toe met de leeftijd. Maar weinig leerlingen van twaalf hebben ervaring met cannabis: een op de vijftig (2%). Op zestienjarige leeftijd heeft een op de drie ooit wel eens cannabis gebruikt (34%).
- De leeftijd waarop leerlingen voor het eerst cannabis gebruiken daalde tussen 1988 en 1996.<sup>186</sup> Het aandeel ooitgebruikers van cannabis die op dertien jaar of jonger hun eerste joint rookten verdubbelde in deze periode van 21 naar 40 procent. Tussen 1996 en 2003 bleef de startleeftijd gelijk.

### 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: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.<sup>16</sup>

### SCHOOLNIVEAU EN ETNISCHE AFKOMST

- Het percentage ooitgebruikers en actuele gebruikers onder scholieren van het VMBO-t, HAVO, VWO en VMBO-p is ongeveer gelijk. Ook de frequentie van gebruik in de laatste maand verschilt niet veel tussen de schoolniveaus. Wel is 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 komt minder vaak voor onder Marokkaanse dan autochtone meisjes (0% versus 7%). Voor Marokkaanse en autochtone jongens wordt geen verschil gevonden. Antilliaanse/Arubaanse (12%), Surinaamse (8%) of Turkse (5%) leerlingen verschillen op deze maat niet significant van autochtone leerlingen.<sup>b</sup>

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

- Volgens de Antenne-monitor in Amsterdam is het percentage 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.<sup>18</sup>

### PLAATS VAN AANKOOP

- Twee op de drie actuele gebruikers krijgen cannabis van vrienden en een op de drie koopt het (ook) in coffeeshops (tabel 2.4). Ruim een op de tien koopt cannabis van een (huis)dealer en een op de tien krijgt het 'via via'.
- Meer meisjes dan jongens verkrijgen cannabis via vrienden; jongens kopen vaker in coffeeshops dan meisjes.
- Een aanzienlijk deel van de blowende scholieren tot en met 17 jaar koopt 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 kopen hier hun cannabis.

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

*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.<sup>16</sup>*

### 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.
- 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.<sup>17</sup>
  - In 2001 was het aandeel van de bezoekers van Amsterdamse coffeeshops jonger dan achttien jaar de helft van dat in 1994 (respectievelijk 7% en 14%).<sup>c</sup> Dit kan samenhangen met de verhoging van de leeftijdsgrens voor verkoop van cannabis aan jongeren in coffeeshops van zestien naar achttien jaar.
  - Tussen 1998 en 2003 daalde het percentage gebruikers van cannabis onder uitgaande jongeren en jonge volwassenen in trendy clubs (en party's) in Amsterdam van 52 naar 39 procent. Het gemiddelde aantal joints dat actuele gebruikers per gelegenheid roken daalde ook, van twee naar anderhalf.<sup>18</sup> 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.
- Uitgaande jongeren gebruiken vaak meer dan één middel. Tabel 2.6 geeft het percentage uitgaande jongeren in Den Haag aan dat in de maand voor het interview zowel cannabis als een ander middel had gebruikt. Vaak worden deze middelen ook tegelijk gebruikt. Favoriete combinaties zijn cannabis met alcohol en cannabis met ecstasy.<sup>19-21</sup>
- Gebruik van cannabis (en andere middelen) komt veel voor onder zwerfjongeren. Vier op de tien zwerfjongeren in Nederland is een (bijna) dagelijks gebruiker.<sup>22</sup> In 2004 was van de zwerfjongeren in Flevoland 87% een actuele gebruiker van cannabis.<sup>23</sup>

---

<sup>c</sup> Voor de vergelijking tussen 1994 en 2001 zijn alleen coffeeshopbezoekers tot en met 25 jaar meegeteld.

**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 <sup>I</sup>	Landelijk	1997	12 - 18	14%
Cafébezoekers <sup>II</sup>	Amsterdam	2000	Gemiddeld 25	24%
Jongeren in projecten voor spijbelopvang	Landelijk	1997	12 - 18	35%
Gemarginaliseerde jongeren <sup>III</sup>	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%
Zwerfjongeren <sup>IV</sup>	Landelijk	1999	15 - 22	76%
	Flevoland	2004	13 - 22	87%
Coffeeshopbezoekers <sup>V</sup>	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. 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. Jongeren tot 23 jaar die drie maanden of langer geen vaste verblijfplaats hebben. Referenties:<sup>17;22;24-26 23</sup>*

**TABEL 2.6 MEERVOUDIG GEBRUIK VAN CANNABIS EN ANDERE MIDDELEN ONDER UITGAANDE JONGEREN IN DEN HAAG. PEILJAAR 2003**

<i>Combinatie</i>	<i>Percentage gebruikers in de afgelopen maand<sup>I</sup></i>
Cannabis met alcohol	34%
Cannabis met ecstasy	14%
Cannabis met cocaïne	8%
Cannabis, cocaïne en ecstasy	6%

*Dezelfde persoon kan voorkomen in meerdere categorieën. I. Aantal respondenten: 634.*

*Bron: Haags uitgaansonderzoek.<sup>21</sup>*

## 2.4 PROBLEMATISCH GEBRUIK

Hoeveel mensen vanwege het gebruik van cannabis in de problemen komen is niet precies bekend. Een algemeen aanvaarde definitie van problematisch cannabisgebruik ontbreekt. In vergelijking met nicotine, heroïne en alcohol is cannabis een weinig verslavende stof. Het risico van afhankelijkheid neemt evenwel toe bij langdurig frequent gebruik en gaat vaak samen met afhankelijkheid van andere middelen. Jongeren zijn kwetsbaarder dan ouderen.<sup>27</sup>

- Het Nemesis-onderzoek geeft informatie over het vóórkomen van cannabisafhankelijkheid volgens het psychiatrisch classificatiesysteem DSM (3e gewijzigde editie). In 1996 voldeed tussen 0,3 en 0,8 procent van de bevolking van 18 tot en met 64 jaar in het jaar voorafgaand aan de peiling aan deze diagnose. Omgerekend naar de bevolking gaat het om ongeveer 30 tot 80 duizend mensen. Het merendeel was niet ouder dan 22 jaar.<sup>28</sup>
- Problematisch cannabisgebruik komt veel voor onder bepaalde groepen jongeren, zoals jongens die in justitiële jeugdinrichtingen terechtkomen en jongeren die veel spijbelen en delinquent gedrag vertonen (tabel 2.7).

**TABEL 2.7 PROBLEEMGEBRUIK VAN CANNABIS IN VERSCHILLENDE GROEPEN**

Groep	Jaar	Leeftijd (jaar)	Definitie probleemgebruik	Percentage probleemgebruikers
Algemene bevolking in Nederland	1996	18 – 64	DSM-III-r diagnose cannabisafhankelijkheid in laatste jaar	0,3% - 0,8% <sup>1</sup> in laatste jaar
Algemene bevolking in Midden-Holland	1999	16 – 50	Gebruik van cannabis op minstens 15 dagen in de laatste maand en het hebben van aan het gebruik gerelateerde psychische, sociale en financiële problemen	0,5% in laatste maand
Jongens justitiële jeugdinstellingen	1998/ 1999	12 – 18 (gemiddeld 16)	DSM-III-r diagnose cannabis-afhankelijkheid 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: <sup>13;28-30</sup>

Cannabisgebruik wordt steeds vaker in verband gebracht met psychische problemen.

- Er is toenemend bewijs dat cannabis het risico van een latere psychotische stoornis vergroot.<sup>31</sup>
- Het risico neemt toe met de frequentie van het cannabisgebruik.<sup>32;33</sup>
- Personen met een voorgeschiedenis van psychotische symptomen zijn extra kwetsbaar.
- Onbekend is in hoeverre andere kwetsbaarheidsfactoren een gebruiker meer risico geven op een psychose.
- Ook de relatie tussen cannabisgebruik en het ontstaan van een depressie is momenteel onderwerp van onderzoek.<sup>34;35</sup>

De rol van de toenemende concentratie van THC in Nederwiet bij het optreden van (gezondheids)problemen is niet duidelijk.

- Wel heeft recent onderzoek onder coffeeshopbezoekers aangetoond dat er een bepaalde groep, vooral jonge, gebruikers is met een duidelijke voorkeur voor ‘sterke wiet’.<sup>36</sup> Zij gebruiken relatief vaak en veel en lopen een grote kans op afhankelijkheid.

## 2.5 GEBRUIK: INTERNATIONALE VERGELIJKING

### ALGEMENE BEVOLKING

Gegevens over drugsgebruik in lidstaten van de Europese Unie komen van het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).<sup>37:38</sup> Instituten in de Verenigde Staten (VS), Canada en Australië publiceren eveneens regelmatig uitkomsten van enquêtes naar drugsgebruik onder de bevolking.<sup>39:40</sup>

- Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking. Van invloed is vooral de leeftijdsgroep. Tabel 2.8a 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 2.8b.
- Het percentage recente cannabisgebruikers in de algemene bevolking is het laagst in Finland, Portugal en Zweden en het hoogst in Canada, Engeland en Wales, de Verenigde Staten en Australië. Van de in tabel 2.8a en 2.8b genoemde EU landen lijkt Nederland met zes procent een positie rond of iets boven het midden in te nemen.

**TABEL 2.8a CONSUMPTIE VAN CANNABIS ONDER DE ALGEMENE BEVOLKING VAN ENKELE EU-LIDSTATEN EN NOORWEGEN: LEEFTIJDGROEP 15 TOT EN MET 64 JAAR**

Land	Jaar	Ooitgebruik	Recent gebruik
Spanje	2001	25%	10%
Frankrijk	2000	23%	8%
Nederland	2001	21%	6%
Ierland	2002/2003	18%	5%
Noord Ierland	2002/2003	17%	5%
Noorwegen	1999	11%	5%
Griekenland	1998	13%	4%
Luxemburg	1998	13%	-
Zweden	2000	13%	1%
Finland	2002	13%	3%
België	2001	11%	-
Portugal	2001	8%	3%

*Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). - = niet gemeten. Referenties:<sup>37:38</sup>*

**TABEL 2.8b CONSUMPTIE VAN CANNABIS ONDER DE ALGEMENE BEVOLKING VAN ENKELE EU-LIDSTATEN, DE VERENIGDE STATEN EN AUSTRALIË: OVERIGE LEEFTIJDGROEPEN<sup>1</sup>**

Land	Jaar	Leeftijd (jaar)	Ooitgebruik	Recent gebruik
Canada	2002	15 en ouder	41%	12%
Verenigde Staten	2003	12 en ouder	41%	11%
Australië	2001	14 en ouder	33%	13%
Denemarken	2000	16 - 64	31%	6%
Engeland en Wales	2002/2003	16 – 59	31%	11%
Italië	2001	15 – 44	22%	6%
Duitsland	2000	18 – 59	19%	6%

*Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). 1. Drugsgebruik is naar verhouding laag in de jongste (12-15 jaar) en oudere leeftijdsgroepen (>64 jaar). Gebruikscijfers in studies met respondenten die jonger en/of ouder zijn dan de EMCDDA-standaard zullen mogelijk lager uitvallen dan cijfers in studies die de EMCDDA-standaard toepassen. Voor studies met een beperkter leeftijdsbereik geldt het omgekeerde.<sup>37-42</sup>*

## JONGEREN

Beter vergelijkbaar zijn de cijfers van ESPAD, het European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. De laatste peilingen werden in 1999 en 2003 uitgevoerd onder vijftien- en zestienjarige scholieren van het middelbaar onderwijs.<sup>43</sup>

- Tabel 2.9 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 pijnbelen, gebrek aan ouderlijke controle en het hebben van oudere broers of zussen die cannabis gebruikten.

**TABEL 2.9 CONSUMPTIE VAN CANNABIS ONDER LEERLINGEN VAN 15 EN 16 JAAR IN ENKELE LIDSTATEN VAN DE EUROPESE UNIE, NOORWEGEN EN DE VERENIGDE STATEN. PEILJAREN 1999 EN 2003**

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

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

## 2.6 HULPVRAAG

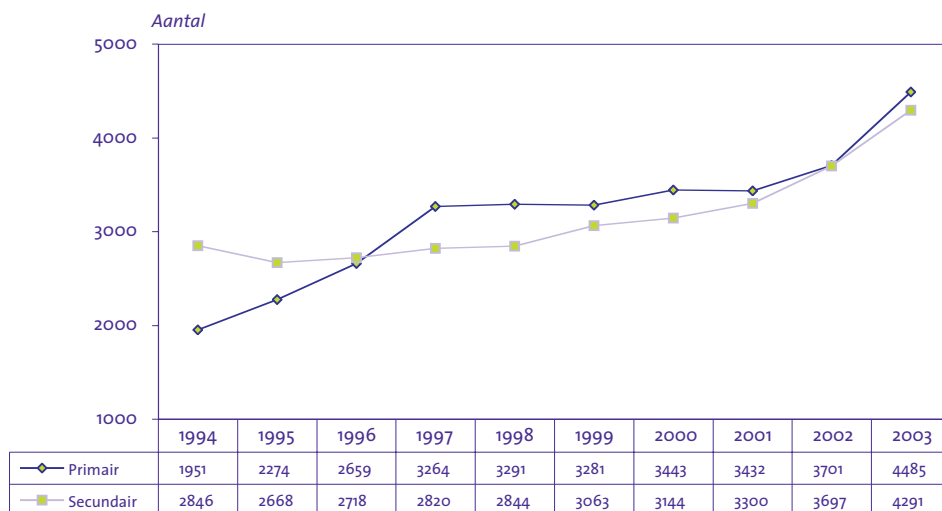
### AMBULANTE VERSLAVINGSZORG

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 2003 meer dan verdubbeld (figuur 2.5). Van 2002 naar 2003 ging het om een toename van 21 procent.
- Het aandeel van cannabis in alle verzoeken om hulp vanwege drugs nam eveneens toe, van 10 procent in 1994 naar 15 procent in 2003.

- Kenmerken van de primaire cannabiscliënten in 2003:
  - Het merendeel is man (83%); het aandeel vrouwen nam iets toe van 15 procent in 1994 naar 17 procent in 2003.
  - De gemiddelde leeftijd is 28 jaar. De piek ligt in de leeftijdsgroep 20-24 jaar (figuur 2.6).
  - Vier op de tien waren een nieuwkomer (40%). Zij stonden niet eerder ingeschreven bij de (ambulante) verslavingszorg vanwege een drugsprobleem.
- Het aantal cliënten van de (ambulante) verslavingszorg dat cannabis als secundair probleem noemt is eveneens gestegen tussen 1994 en 2003 (figuur 2.5).
- Voor deze groep is alcohol (40%), cocaïne of crack (36%), of heroïne (14%) het primaire probleem.

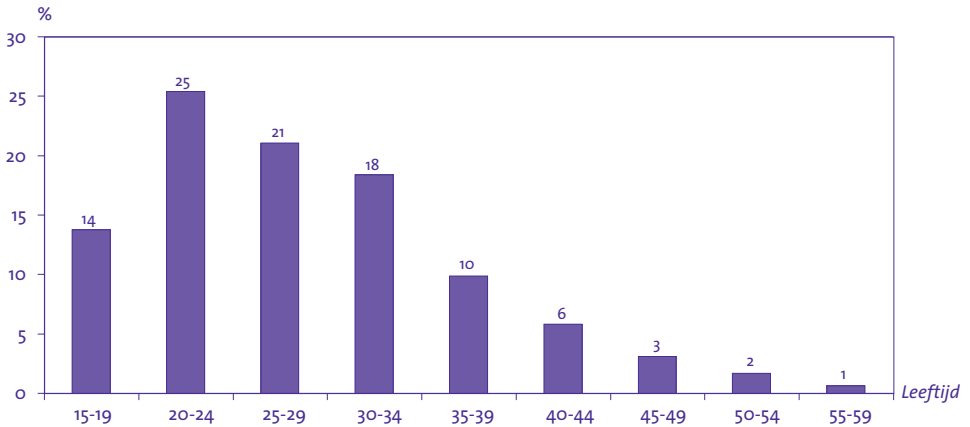
**FIGUUR 2.5 AANTAL CLIËNTEN BIJ DE (AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG MET PRIMAIRE OF SECUNDAIRE CANNABISPROBLEMATIEK, VANAF 1994**



Bron: LADIS, IVZ.



**FIGUUR 2.6 LEEFTIJSVERDELING VAN PRIMAIRE CANNABISCLIËNTEN BIJ DE (AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG. PEILJAAR 2003**



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Bron: LADIS, IVZ.

### INTRAMURALE VERSLAVINGSZORG

Er zijn geen recente landelijke gegevens over de hulpvraag bij de intramurale verslavingszorg. In de komende tijd zullen deze gegevens beschikbaar komen uit Zorgis, het nieuwe informatiesysteem voor de GGZ. Het oude registratiesysteem PiGGz biedt tot 1997 landelijke cijfers over het aantal opnames in verband met drugsproblemen in verslavingsklinieken en op de verslavingsafdelingen van algemene psychiatrische ziekenhuizen.

- Het aantal opnames wegens cannabismisbruik en –afhankelijkheid steeg van 71 in 1990 tot 309 in 1996 (ICD-9 codes: 304.3, 305.2; zie bijlage C).
- Het aandeel cannabis in alle drugsopnames nam van 1990 tot 1996 iets toe van drie naar zeven procent.
- De situatie sindsdien is niet goed bekend omdat de registratie vanaf 1997 onvolledig is (bijlage B).

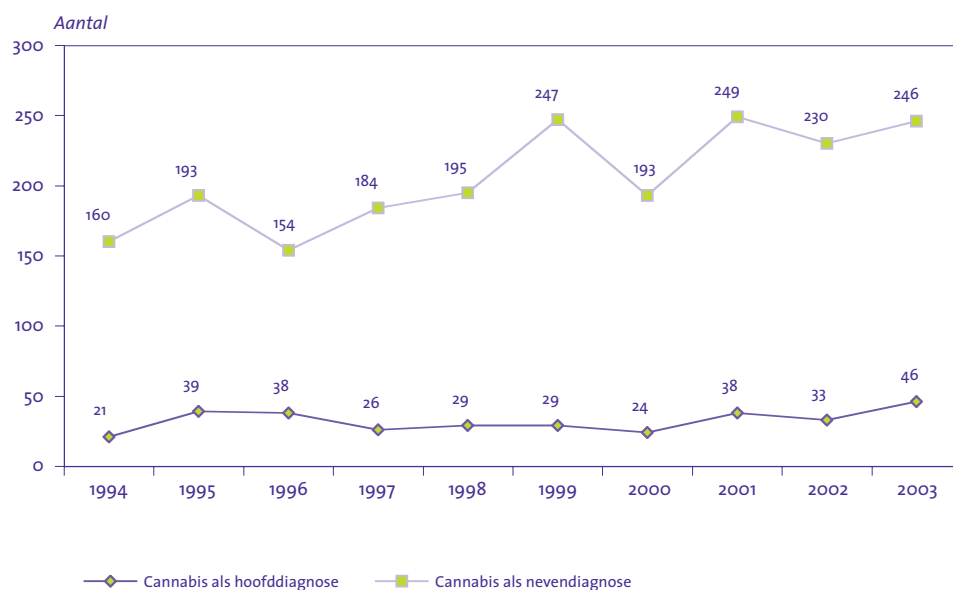
### ALGEMENE ZIEKENHUIZEN; INCIDENTEN

De LMR registreerde in 2003 bijna 1,6 miljoen klinische opnames in algemene ziekenhuizen. Drugproblemen speelden daarbij nauwelijks een rol. In dit jaar werden

drugmisbruik en drugverslaving 402 keer als hoofddiagnose en 1 986 keer als nevendia-  
gnose gesteld.

- In elf procent van die hoofddiagnoses ging het om cannabis (37% afhankelijk-  
heid, 63% misbruik; figuur 2.7). Onbekend is wat de klachten waren (psychisch of  
lichamelijk) die tot opname leidden.
- Vaker speelde cannabisproblematiek een rol als nevendiagnose (30% afhankelijk-  
heid, 70% misbruik). De lichte stijging tot 1999 zet zich in de afgelopen jaren niet  
door.
- In 2003 waren de meest voorkomende hoofddiagnoses bij deze nevendia-  
gnoses:
  - psychosen (29%)
  - letsel door ongevallen (13%, zoals breuken, wonden, hersenschudding)
  - misbruik of afhankelijkheid van alcohol en drugs (13%, vooral alcohol)
  - vergiftigingen (10%, door drugs, alcohol, medicijnen)
  - ziekten en symptomen van de ademhalingswegen (8%)
  - ziekten van hart- en vaatstelsel (7%).

**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 nevendia-  
gnoses per opname. ICD-9 codes: 304.3, 305.2 (bijlage C). Bron: LMR, Prismant.*

- Dezelfde persoon kan meer dan één keer per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één nevendiagnose worden gesteld. Gecorrigeerd voor dubbeltellingen ging het in 2003 om 262 personen. Zij werden in dit jaar minstens één keer opgenomen met cannabismisbruik of - afhankelijkheid als hoofd - of nevendiagnose. Hun gemiddelde leeftijd was 29 jaar; 79 procent was man.
- In 2003 speelde cannabisproblematiek ook een rol als hoofd- of nevendiagnose bij 69 dagbehandelingen. Daarnaast telde de LMR in 2003 16 opnames waarin “onopzettelijke vergiftiging met hallucinogenen” als nevendiagnose werd gesteld (ICD-9 code: E854.1). In 2001 en 2002 ging het om respectievelijk 15 en 8 gevallen. Het kan hierbij gaan om cannabis, maar ook om LSD of paddo’s.

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

- In 257 gevallen speelde de consumptie van cannabis een rol. Dat is iets minder dan in de twee voorgaande jaren maar een verdubbeling ten opzichte van de jaren 1998 tot en met 2000 (tabel 2.10).
- In ruim een op de drie (35%) van de cannabisgevallen was vervoer naar het ziekenhuis nodig. De andere gevallen konden ter plekke worden behandeld.

**TABEL 2.10 CANNABISINCIDENTEN GEREGISTREERD DOOR DE GG&GD AMSTERDAM, VANAF 1992**

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Roken cannabis	82	40	130	137	165	211	107	118	106	243	226	196
Eten spacecake	40	11	34	73	58	47	28	21	35	46	59	61

*Aantal incidenten per jaar. Bron: CPA, GG&GD 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%).<sup>44</sup>
- 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.

## 2.7 STERFTE

De giftigheid van cannabis is gering.<sup>45</sup>

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

## 2.8 AANBOD EN MARKT

### COFFEESHOPS

Het aantal coffeeshops in Nederland is gedaald (tabel 2.11).

- Tussen 1997 en 1999 noteerde Bureau Intraval een afname van 28 procent.<sup>46</sup> De sterkste daling deed zich voor in de kleinere gemeenten en in Rotterdam.
- Vanaf 1999 was de jaarlijkse afname minder groot: vier procent van 1999 naar 2000, één procent van 2000 naar 2001, drie procent van 2001 naar 2002 en vier procent van 2002 naar 2003.<sup>47</sup>
- Eind 2003 telde Nederland 754 officieel gedoogde coffeeshops, waarvan ongeveer de helft (52%) in de grote steden met meer dan 200 duizend inwoners.
- Van de 489 Nederlandse gemeenten in 2003 heeft 79 procent géén coffeeshop.
- In ruim driekwart (77%) van de gemeenten wordt een 'nulbeleid' gevoerd, dat wil zeggen het niet toelaten van coffeeshops. Bijna een kwart (23%) van de gemeenten voert een 'maximumbeleid', dat wil zeggen dat het aantal toelaatbare coffeeshops aan een limiet is gebonden.
- Het aantal andere verkooppunten, zoals dealpanden en straathandelaren, is niet bekend.

**TABEL 2.11 AANTAL COFFEESHOPS IN NEDERLAND NAAR GEMEENTE, VANAF 1997**

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

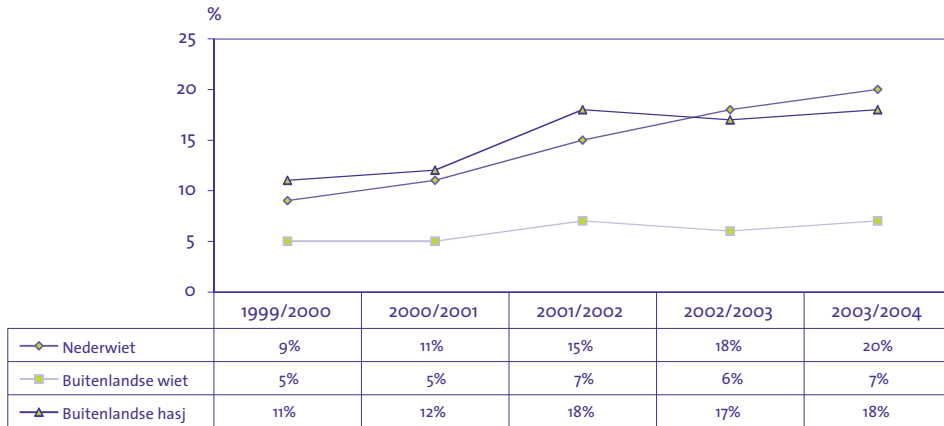
*I. Een schatting. II. Minder dan 200 000 inwoners tot en met 1999. Bron: IVA, Universiteit van Tilburg.<sup>48</sup>*

## 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.<sup>49:50</sup>

- 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 sinds 1999 fors is gestegen.
- Het percentage THC in buitenlandse hasj nam toe tot 2001/2002. Daarna is geen verdere stijging meer gemeten. Ook het percentage THC in buitenlandse wiet nam iets toe over de jaren.
- Nederwiet is grotendeels afkomstig van de intensieve en professionele binnenteelt, die vergeleken met buitenteelt doorgaans wiet oplevert met een hoger THC-gehalte.
- Voor zover gegevens beschikbaar zijn, is in andere Europese landen geen stijging van betekenis waarneembaar.<sup>37</sup> Internationale cijfers zijn echter slecht vergelijkbaar, vanwege grote verschillen in onderzoeksmethoden.

**FIGUUR 2.8 GEMIDDELD PERCENTAGE THC IN CANNABISPRODUCTEN**



Bron: DIMS, Trimbos-instituut.<sup>51</sup>

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 meting.
- Buitenlandse wiet was in 2003/2004 iets duurder dan in 1999/2000 en 2000/2001.
- Buitenlandse hasj nam in prijs iets toe van 2000/2001 naar 2002/2002 en daalde weer van 2002/2003 naar 2003/2004 (tabel 2.12).

**TABEL 2.12 PRIJS (€) PER GRAM CANNABISPRODUCT**

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

Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

- 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 voor de gezondheid vormden.<sup>52</sup>



## 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.<sup>53</sup> De zoutvorm van cocaïne (cocaïnehydrochloride; poeder) wordt in Nederland meestal gesnoven, zelden geïnjecteerd. Een enkele keer wordt cocaïnepoeder in een sigaret gerookt. Onder probleemgebruikers van harddrugs is vooral de basevorm van cocaïne ('basecoke') populair. Basecoke wordt verkregen na het verhitten ('koken') van een oplossing van cocaïnepoeder en een basisch middel, zoals natriumbicarbonaat of ammonia. Basecoke wordt gerookt in een pijpje of geïnhaleerd van aluminiumfolie. 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).
- Nederlandse scholieren scoren wat betreft cocaïnegebruik gemiddeld vergeleken met leeftijdgenoten uit veel andere lidstaten van de EU (§ 3.5).
- Snuifcocaïne is vrij populair onder uitgaande jongeren, met name in trendy clubs, discotheken en cafés.
- Onder jongeren in trendy clubs in Amsterdam daalde het gebruik tussen 1998 en 2003 (§ 3.3).
- Cocaïne vindt grote aftrek onder probleemgebruikers van opiaten, vooral in de kant-en-klare rookbare vorm (basecoke) (§ 3.4).
- De sterke groei van het aantal cocaïnecliënten van de (ambulante) verslavingszorg zette zich tussen 2002 en 2003 voort (§ 3.6).



- Het aantal opnames in algemene ziekenhuizen voor aandoeningen die samenhangen met cocaïnegebruik steeg tussen 1996 en 2002 maar nam in 2003 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 2002 en 2003 niet voort (§ 3.7).
- Cocaïnepoeders van consumenten bevatten in 2003 geregeld het versnijdingsmiddel fenacetine (§ 3.8).

### 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).<sup>o</sup>

- 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.<sup>d</sup>
- 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).

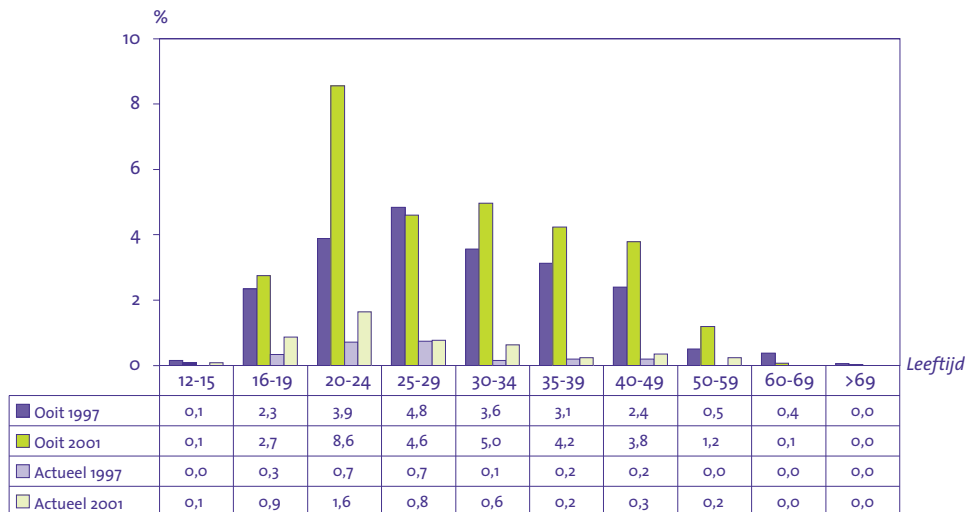
<sup>d</sup> Het aantal probleemgebruikers van opiaten in Nederland bedraagt naar schatting gemiddeld 32 duizend. Volgens veldstudies gebruikt 70% tot 90% van hen ook cocaïne (overwegend crack) (§ 3.4). In absolute aantallen gaat het dus om tussen 22 en 29 duizend cocaïnegebruikers in deze groep. De mate van overlap tussen deze cijfers en die van het NPO is echter onbekend.

**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 <sup>1</sup>	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.

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



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

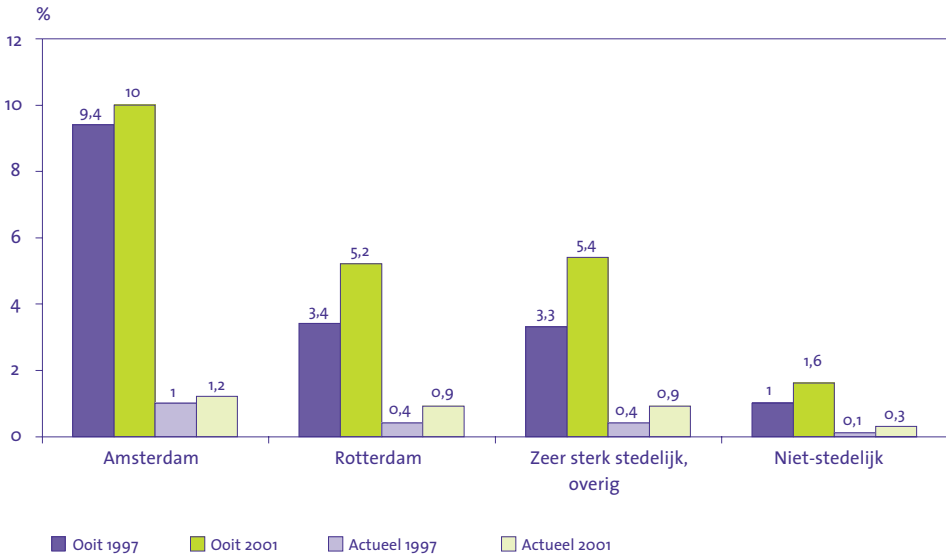
Bron: NPO, CEDRO.

## 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, Vlaarding 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 basecoke geconsumeerd; een op de vijf (20%) gebruikte snuifcoke.<sup>11</sup>
- In 2002 gebruikte eenderde (32%) van de mannelijke *gedetineerden* in acht Huizen van Bewaring dagelijks cocaïne/crack in de laatste zes maanden voor detentie.<sup>12</sup>

### 3.3 GEBRUIK: JONGEREN

Om het gebruik van cocaïne onder jongeren in kaart te brengen zijn cijfers beschikbaar uit het Nationaal Prevalentie Onderzoek, zoals genoemd in § 3.2. Daarnaast zijn in de afgelopen jaren tal van lokale en regionale onderzoeken uitgevoerd in opdracht van gemeenten. In Bijlage F geven wij een overzicht van recente cijfers over het gebruik van cocaïne onder jongeren in negen gemeenten of regio's in Nederland op basis van representatieve steekproeven uit de bevolking.

Deze cijfers geven een beeld van de onderzoeken die er verspreid over het land worden uitgevoerd. Methodologische verschillen, met name in leeftijdsgroepen, staan het maken van vergelijkingen echter in de weg. Het aantal gemeenten en regio's waarvoor gegevens beschikbaar zijn is aanzienlijk geringer dan voor cannabis omdat de consumptie van harddrugs vaak in een enkele vraag is opgenomen, waardoor een uitsplitsing naar middel niet mogelijk is.

In deze paragraaf presenteren wij verder de gegevens van het landelijke Peilstationsonderzoek scholieren en gegevens uit (vaak lokale) peilingen onder speciale groepen jongeren.

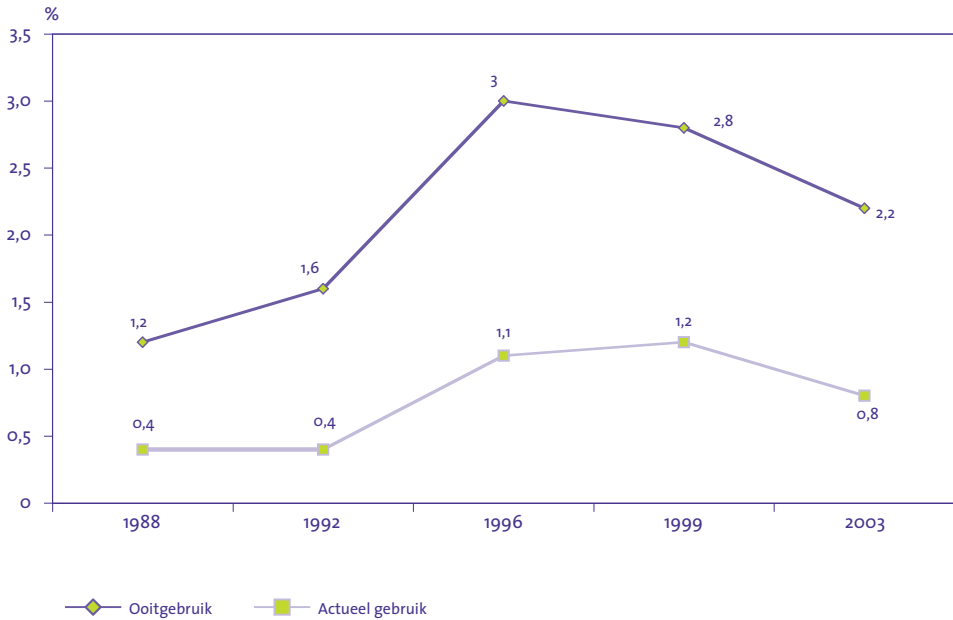
#### SCHOLIEREN

Volgens het Peilstationsonderzoek scholieren van het Trimbos-instituut gebruiken aanzienlijk minder leerlingen van het middelbaar onderwijs harddrugs, zoals cocaïne, dan cannabis.<sup>15</sup>

- Van 1988 tot 1996 deed zich wel een stijging voor.
- In de meting van 1999 was voor cocaïne sprake van een stabilisatie van het percentage leerlingen dat ooit of pas nog ervaring had met deze drug (figuur 3.3). Deze stabilisatie zette zich door in 2003<sup>e</sup>.
- Meer jongens dan meisjes hebben ooit of pas nog cocaïne gebruikt.
- De percentages cocaïnegebruikers lijken iets lager onder leerlingen met een hoger schoolniveau (VWO, HAVO) vergeleken met leeftijdgenoten van een lager schoolniveau (VMBO), maar deze verschillen zijn niet statistisch significant.

<sup>e</sup> De in figuur 3.3 geobserveerde daling in het ooitgebruik was niet 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.

- Volgens de Antenne-monitor nam het percentage actuele gebruikers van cocaïne onder bezoekers van trendy clubs, party's en discotheken in Amsterdam tussen 1995 en 1998 toe van 14 naar 24 procent. Het ging daarbij vooral om snuiven van cocaïne.<sup>54</sup> Van 1998 naar 2003 daalde het actuele gebruik van cocaïne weer naar het niveau van 1995 (14%).
- In Den Haag zijn geen signalen voor een dalende populariteit van cocaïne onder uitgaande jongeren, maar harde trendgegevens ontbreken.<sup>21;24</sup> Ook elders in het land heeft cocaïne volgens observaties van sleutelpersonen opmars gemaakt, met name in trendy clubs, discotheken and cafés.<sup>20</sup>
- In het uitgaanscircuit wordt cocaïne geregeld samen met alcohol geconsumeerd.<sup>19-21</sup>

- 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.<sup>55</sup>
- Zwerfjongeren scoorden in 1999 het hoogst in cocaïnegebruik (tabel 3.2). Een peiling onder jongeren zonder vaste verblijfplaats in vijf Nederlandse gemeenten wees uit dat één op de drie onlangs cocaïne had genomen. Roken van cocaïne (zowel 'snuifcoke' als basecoke/crack) was het meest gangbaar (actuele rokers: 32%, snuivers: 11%, spuiters: 1%).<sup>22</sup> Onder zwerfjongeren in Flevoland werden in 2004 lagere percentages gevonden (tabel 3.2).<sup>23</sup>

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

	Locatie	Peiljaar	Leeftijd (jaar)	Ooit- gebruik	Actueel gebruik
Jongeren in het voortgezet speciaal onderwijs <sup>I</sup>	Landelijk	1997	12 - 18	4%	2%
Jongeren in projecten voor spijbelopvang	Landelijk	1997	12 - 18	14%	5%
Gemarginaliseerde jongeren <sup>II</sup>	Den Haag	2000/2001	16 - 25	23%	9%
Uitgaande jongeren	Den Haag	2003	15 - 35	23%	10%
Cafébezoekers <sup>III</sup>	Amsterdam	2000	gemiddeld 25	26%	9%
Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	2003	gemiddeld 28	39%	14%
Coffeeshopbezoekers <sup>IV</sup>	Amsterdam	2001	gemiddeld 25	52%	19%
Zwerfjongeren <sup>V</sup>	Landelijk	1999	15 - 22	66%	36%
	Flevoland	2004	13 - 22	29% <sup>VI</sup>	10% <sup>VI</sup>
				19% <sup>VII</sup>	6% <sup>VII</sup>

*Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand) per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. I. MLK, LOM, ZMOK. II. 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. III. Selecte steekproef van jongeren en jonge volwassenen uit mainstream-, studenten-, homo- en hippe cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. IV. Geringe respons (15%). V. Jongeren tot 23 jaar die drie maanden of langer geen vaste verblijfplaats hadden. VI. Snuifbare cocaïne in poedervorm. VII. Rookbare cocaïne in de vorm van crack.*

Referenties: <sup>17,18,22,24-26,21,23</sup>

### 3.4 PROBLEMATISCH GEBRUIK

Betrouwbare schattingen van het aantal probleemgebruikers van cocaïne ontbreken.

- Van de opiaatverslaafden nemen zeven tot negen op de tien ook cocaïne, veelal in de (kant-en-klare) rookbare vorm. Basecoke (of crack) leidt sneller tot dwangmatig gedrag en verslaving dan snuifcocaïne.<sup>f 56-58</sup>
- Voor veel probleemgebruikers van harddrugs is cocaïne tegenwoordig het belangrijkste middel. Zij hebben vrij veel moeite het gebruik te stoppen of te minderen en zij hebben een dagtaak aan het verkrijgen van de drug.<sup>59</sup>
- Bijna tien tot vijftien procent consumeert cocaïne zonder daarnaast heroïne te nemen. In Utrecht bestaat deze groep vooral uit jonge Antilliaanse en Marokkaanse gebruikers die geen voorgeschiedenis hebben van heroïnegebruik.<sup>59</sup>
- Frequent gebruik van cocaïne, vooral basecoke, wordt gesignaleerd in bepaalde groepen harddrugsgebruikers, zoals onder (jonge) daklozen, allochtonen en straatprostituees.<sup>57:58</sup>
- Het bij zichzelf injecteren van cocaïne (en heroïne) is 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 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.<sup>56-58</sup>
- Tegenwoordig is het roken van cocaïne voor zeven tot negen op de tien probleemgebruikers van harddrugs de gangbare gebruikswijze (tabel 3.3).
- Gezondheidsproblemen, vooral door frequent roken van basecoke, zijn longcomplicaties, uitputting en weerstandsvermindering, 'loopvoeten', angsten en paranoia.<sup>53</sup> Zware cokegebruikers hebben ook meer moeite hun agressie onder controle te houden.

---

<sup>f</sup> Maar ook gebruikers van snuifcocaïne kunnen in de problemen raken (zie § 3.6.1).

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

Wijze van toediening	Rotterdam	Utrecht	Parkstad-Limburg
	2003	1999	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.

### 3.5 GEBRUIK: INTERNATIONALE VERGELIJKING

#### ALGEMENE BEVOLKING

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

- Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking. Van invloed is vooral de leeftijdsgroep. Tabel 3.4a geeft gebruikscijfers voor cocaïne 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.
- Het percentage mensen tot de leeftijd van zestig of zeventig jaar dat ervaring heeft met cocaïne is veruit het grootst in de Verenigde Staten.
- In de oude lidstaten van de Europese Unie varieert het ooitgebruik van bijna nul procent tot zes procent, met de hoogste percentages in Engeland en Wales en Spanje. In Nederland heeft bijna vier procent in de bevolking van 15 tot en met 64 jaar ervaring met cocaïne.
- Van de genoemde EU-lidstaten telt Zweden naar verhouding de minste (0%) en Spanje de meeste (2,6%) recente gebruikers van cocaïne. In Nederland heeft ruim een procent in het afgelopen jaar cocaïne gebruikt.



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

<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	1,2%	0,6%
Noord Ierland	2002/2003	1,7%	0,4%
Frankrijk	2000	1,6%	0,2%
Griekenland	1998	1,3%	0,5%
Zweden	2000	0,7%	0,0%
Portugal	2001	0,9%	0,3%
Finland	2002	0,7%	0,3%
Luxemburg	1998	0,2%	-

*Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). - = niet gemeten. Referenties: 37:38*

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

<i>Land</i>	<i>Jaar</i>	<i>Leeftijd (jaar)</i>	<i>Ooitgebruik</i>	<i>Recent gebruik</i>
Verenigde Staten	2003	12 en ouder	14,7%	2,5%
Canada	2002	15 en ouder	8,0%	1,3%
Engeland en Wales	2002/2003	16 – 59	6,2%	2,1%
Australië	2001	14 en ouder	4,4%	1,3%
Italië	2001	15 – 44	3,4%	1,1%
Denemarken	2000	16 – 64	2,5%	0,8%
Duitsland	2000	18 – 59	2,3%	0,9%

*Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). 1. Drugsgebruik is naar verhouding laag in de jongste (12-15 jaar) en oudere leeftijdsgroepen (>64 jaar). Gebruikscijfers in studies met respondenten die jonger en/of ouder zijn dan de EMCDDA-standaard zullen mogelijk lager uitvallen dan cijfers in studies die de EMCDDA-standaard toepassen. Voor studies met een meer beperkt leeftijdsbereik geldt het omgekeerde. Referenties: 37:41.*

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

*Percentage gebruikers ooit in het leven en (2003) in het laatste jaar (recent). 1. Zes van zestien deelstaten. - = niet gemeten. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD, maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. Bron: ESPAD.<sup>43</sup>*

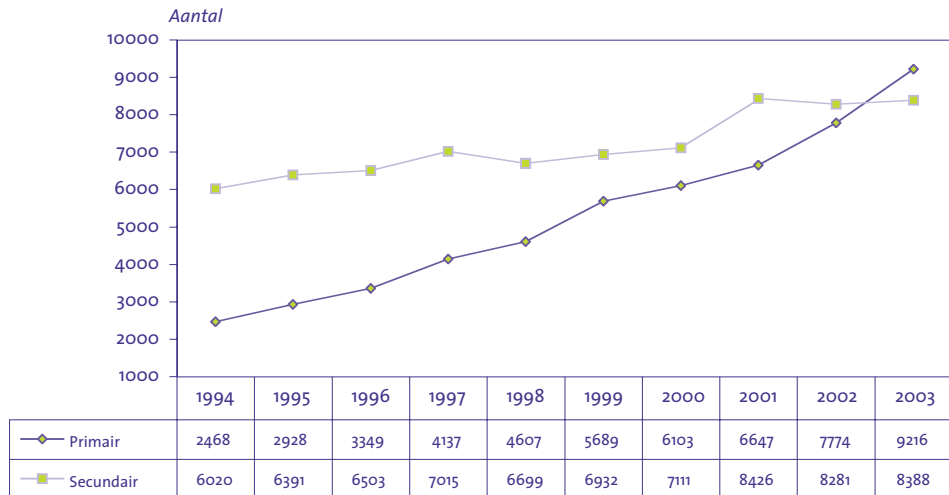
## 3.6 HULPVRAAG

### 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 2003 bijna vier keer zo groot. Van 2002 naar 2003 ging het om een toename van 19 procent (figuur 3.4).
- Het aandeel cocaïnecliënten van alle cliënten met een drugsprobleem steeg eveneens sterk van 13 procent in 1994 naar 30 procent in 2003.
- De toename in de hulpvraag vanwege cocaïne deed zich voor in het gehele land maar was het meest sterk in de regio's Eindhoven, Twente, de Achterhoek en de IJsselmeerpolders.
- Kenmerken van de primaire cocaïnecliënten in 2003:
  - Het merendeel is man (82%).
  - De gemiddelde leeftijd is 33 jaar. Bijna de helft van de primaire cocaïnecliënten is tussen de 25 en 34 jaar (figuur 3.5).
  - Een kwart (24%) was een nieuwkomer, dat wil zeggen, stond niet eerder ingeschreven bij de (ambulante) verslavingszorg vanwege een drugsprobleem.
  - De meeste cocaïnecliënten roken of snuiven de drug (zie hieronder).
- Cocaïne werd ook vaak als secundair probleem genoemd (figuur 3.4).
  - Voor deze groep is het primaire probleem heroïne (67%), alcohol (22%), of cannabis (5%).
  - Van 1994 tot 2001 is het aantal cliënten met secundaire cocaïneproblematiek toegenomen. De stijging van 2000 naar 2001 komt voor een deel doordat voor het eerst cijfers van de GG&GD Amsterdam werden meegeteld.

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

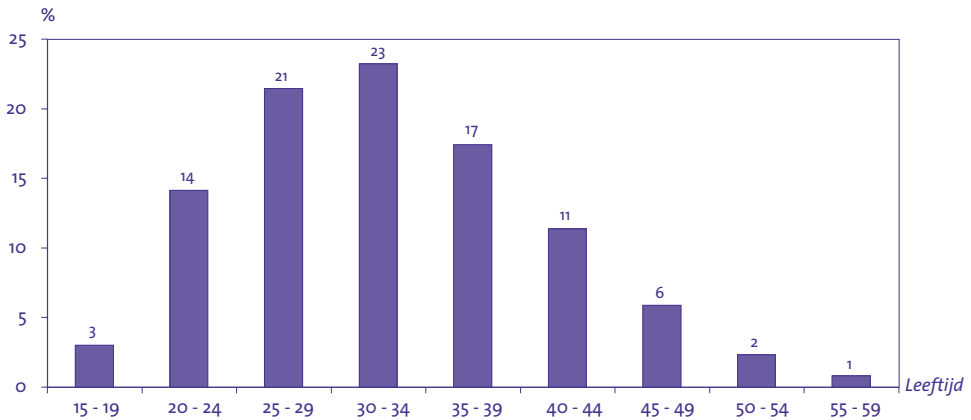


*De stijging in secundaire cocaïnecliënten van 2000 naar 2001 komt voor een deel door de aanlevering (sinds 2001) van gegevens van opiaatcliënten van de GG&GD Amsterdam. Bron: LADIS, IVZ.*

Een analyse van LADIS-gegevens tot en met 2000 levert het volgende beeld op:<sup>60</sup>

- Voor twee op de drie 'primaire' cocaïnecliënten is basecoke (roken) het hoofdmiddel van gebruik en voor één op de drie 'snuifcocaïne'.
- Het aandeel basecoke gebruikers onder de cocaïnecliënten steeg van 57 procent in 1994 naar 65 procent in 2000.
- Ruim de helft van de cocaïnecliënten - primaire én secundaire problematiek samengenomen – heeft problemen met zowel cocaïne (doorgaans basecoke) als heroïne (56%). Daarna volgen probleemgebruikers van alleen basecoke, zonder opiaten (20%), van zowel snuifcocaïne als alcohol (13%), van zowel snuifcocaïne als cannabis (6%) of van alleen snuifcocaïne (6%).

**FIGUUR 3.5 LEEFTIJDVERDELING VAN PRIMAIRE COCAÏNECLIËNTEN BIJ DE (AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG. PEILJAAR 2003**



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Bron: LADIS, IVZ.

### INTRAMURALE VERSLAVINGSZORG

Er zijn geen recente landelijke gegevens over de hulpvraag bij de intramurale verslavingszorg. In de komende tijd zullen deze gegevens beschikbaar komen uit Zorgis, het nieuwe informatiesysteem voor de GGZ. Het oude registratiesysteem PiGGz biedt tot 1997 landelijke cijfers over het aantal opnames in verband met drugsproblemen in verslavingsklinieken en op de verslavingsafdelingen van algemene psychiatrische ziekenhuizen.

- In 1990 ging het om 106 opnames en in 1996 om 364 (ICD-9 codes 304.2 en 305.6; bijlage C).
- Het aandeel van de cocaïneproblematiek in alle drugsgerelateerde opnames steeg in deze periode ook, van 4 naar 8 procent.
- De situatie sindsdien is niet bekend omdat de registratie vanaf 1997 onvolledig is (zie bijlage B).

### ALGEMENE ZIEKENHUIZEN; INCIDENTEN

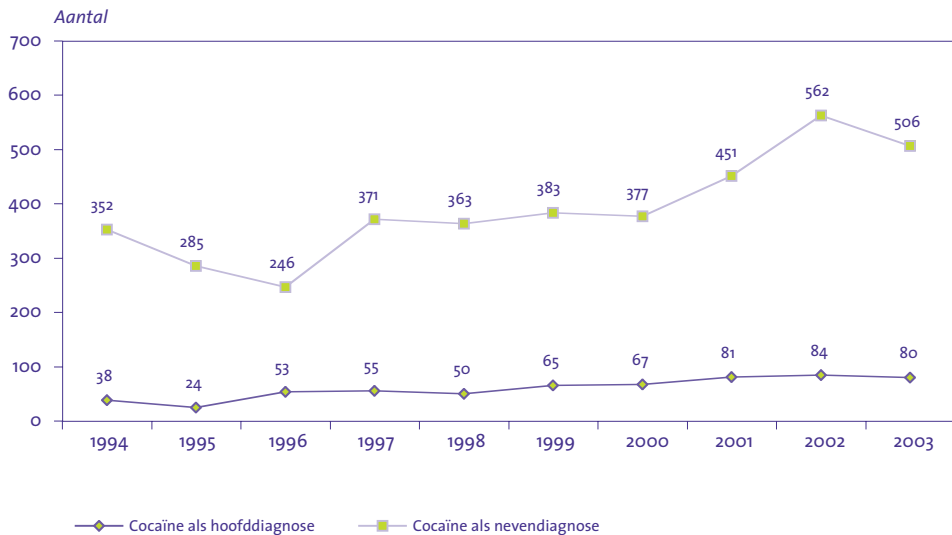
In algemene ziekenhuizen worden cocaïnemisbruik en -afhankelijkheid niet vaak als hoofddiagnose genoteerd bij klinische opnames.

- In 2003 ging het om tachtig gevallen, waarvan 70 procent vanwege cocaïnemisbruik en 30 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. Deze trend lijkt zich in 2003 niet voort te zetten.

- De meest voorkomende categorieën hoofddiagnoses, die in 2003 stonden geregistreerd bij cocaïnemisbruik of -afhankelijkheid als nevendiagnose, waren:
  - letsel door ongevallen (21%, zoals breuken, wonden, hersenschudding)
  - ziekten en symptomen van de ademhalingswegen (16%)
  - vergiftigingen (12%)
  - ziekten van hart- en vaatstelsel (9%)
  - misbruik of afhankelijkheid van alcohol en (andere) drugs (6%)
  - psychosen (5%).

**FIGUUR 3.6 KLINISCHE OPNAMEN IN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN GERELATEERD AAN COCAÏNE-MISBRUIK EN -AFHANKELIJKHEID, VANAF 1994**



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

- Dezelfde persoon kan meer dan één keer per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één nevendiagnose worden gesteld. Gecorrigeerd voor dubbel tellingen ging het in 2002 om 550 personen. Zij werden in dit jaar minstens één keer opgenomen met cocaïnemisbruik of -afhankelijkheid als hoofd- of nevendiagnose. Hun gemiddelde leeftijd was 34 jaar; 73 procent was man.
- De LMR telde in 2003 ook 16 gevallen van onopzettelijke vergiftiging met lokale anesthetica (overwegend cocaïne) als nevendiagnose (ICD-9 code E855.2).

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

Volgens het Letsel Informatie Systeem van Stichting Consument en Veiligheid worden jaarlijks gemiddeld 2 300 personen behandeld op spoedeisende eerste hulp afdelingen van ziekenhuizen na een ongeval, geweld of zelfmutilatie gerelateerd aan drugsgebruik (vgl. 14 duizend vanwege alcohol, hoofdstuk 6).<sup>8</sup>

- Bijna een op de drie (32%) drugsslachtoffers geeft aan cocaïne te hebben gebruikt, ruim een op de vijf cannabis (22%) en een op de acht ecstasy (12%). Van ruim een kwart (27%) van de gevallen is niet bekend om welke drug(s) het gaat.
- 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.

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

### 3.7 STERFTE

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

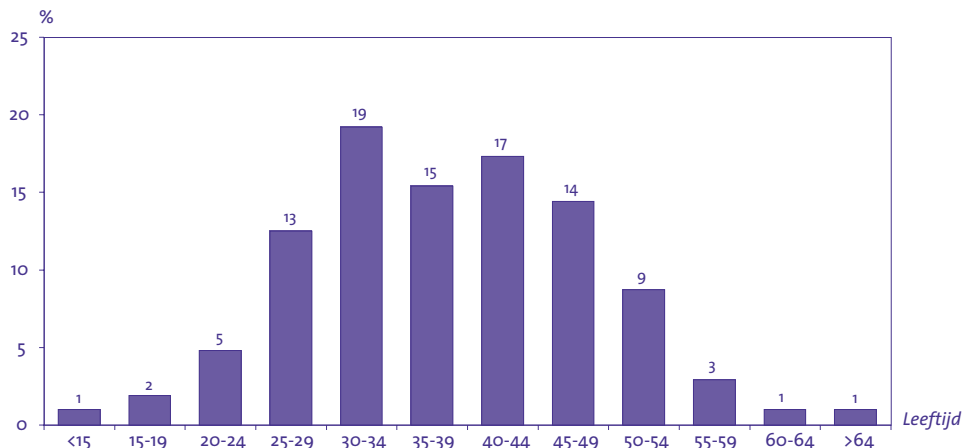
- Toch valt er een toename te zien. Van 1985 tot en met 1994 ging het in de hele periode om totaal 21 gevallen, van 1995 tot en met 2003 om 143 gevallen (zie figuur 4.9).
- De stijgende lijn van 1996 tot en met 2001 (respectievelijk 10 en 26 gevallen) zette zich evenwel in 2002 en 2003 niet voort (respectievelijk 34 en 17 gevallen).
- Figuur 3.7 laat zien dat de meeste overledenen tussen 25 en 49 jaar oud waren. Bijna drie op de tien waren vrouw.
- 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

---

<sup>8</sup> Drugs zijn hier cocaïne, heroïne, cannabis, ecstasy, paddo's en speed. De gegevens zijn gemiddeld over de periode van 1999 tot en met 2003.

bevolkingsregister staan ingeschreven. De GG&GD Amsterdam registreerde in 2002 en 2003 respectievelijk acht en drie gevallen.

FIGUUR 3.7 LEEFTIJDVERDELING VAN COCAÏNESTERFGEVALLEN VAN 1996 TOT EN MET 2001



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 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 2003 werden 229 poeders aangeleverd die door de consument als cocaïne waren aangekocht. Daarvan bevatten 217 (95%) daadwerkelijk cocaïne (overwegend hydrochloride) met een gemiddelde concentratie van 65% (gewichtspromille).
- Amfetamine werd twee keer aangetroffen, cafeïne tien keer en heroïne één keer. Twee poeders bevatten geen enkele psychoactieve stof.
- De meeste poeders bevatten ook aan cocaïne verwante bijproducten die bij de extractie van cocaïne uit de plant worden meegenomen, zoals tropacaïne en norcocaïne (87%).



- Het percentage poeders dat (ook) fenacetine bevatte verdubbelde bijna van 9 procent in 2002 naar 16 procent in 2003. Fenacetine is een stof die tot 1984 als pijnstiller was geregistreerd maar vanwege mogelijke 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 basecoke, zijn echter niet bekend.

## PRIJZEN

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

- Uitgaande jongeren en jonge volwassenen in Amsterdam die in 2003 cocaïne hadden gekocht betaalden gemiddeld tussen 46 en 52 euro per gram, afhankelijk van het type dealer (thuis of in het uitgaansleven).
- 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).

## 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 (polydruggebruik) op een manier die niet goed valt in te passen in een 'regulier' bestaan. Waar in dit hoofdstuk gesproken wordt over de verzamelterm 'harddrugs' is meestal minstens één opiaat in het geding en verder vooral 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 blijft 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).
- Het injecteren van opiaten is teruggelopen. Roken van opiaten is de regel (§ 4.4).
- Het aantal opiaatcliënten van de (ambulante) verslavingszorg is tussen 2001 en 2003 iets afgenomen. Het aandeel jonge opiaatcliënten is verder afgenomen (§ 4.6).
- De gemiddelde methadondosering is toegenomen over de jaren, maar nog steeds ontvangt een minderheid van de methadoncliënten (therapeutische) doseringen van 60 mg of meer (§ 4.6)
- Het percentage injecterende drugsgebruikers dat besmet is met HIV bleef vrij stabiel in Amsterdam (1993-1998), Rotterdam (1994-2002/03), Maastricht (1994-1999) en Arnhem (1991/92-1997). In Heerlen nam hun aandeel tussen 1994 en 1999 toe (§ 4.7).
- De meerderheid van de injecterende drugsgebruikers in Rotterdam en Heerlen/ Maastricht is besmet met hepatitis B en C. De cijfers voor Den Haag zijn iets gunstiger (§ 4.7).

- Steeds minder injecterende drugsgebruikers lenen (gebruikte) spuiten, maar in sommige regio's (Den Haag en Twente) gebeurt dit nog steeds vaak. Seksueel risicodrag blijft een probleem (§ 4.7).
- De acute sterfte ('overdosing') door opiaatgebruik is tussen 2001 en 2003 iets gedaald (§ 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.<sup>10</sup>
- 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.<sup>12</sup>
- In hetzelfde jaar had 40 procent van de *dak- en thuislozen* in twintig Nederlandse gemeenten deze drug in de maand voor de peiling geconsumeerd.<sup>11</sup>

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

## 4.3 GEBRUIK: JONGEREN

Heroïne is impopulair onder leerlingen van middelbare scholen van twaalf jaar en ouder (tabel 4.1).<sup>15</sup>

- In 2003 hadden meer jongens dan meisjes ooit of pas nog heroïne gebruikt (ooit: 1,5% versus 0,7%; actueel: 0,8% versus 0,3%).
- et 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).
- Uit een aantal recente lokale en regionale studies blijkt eveneens dat heroïne onder jongeren weinig opmars heeft gemaakt. In Almelo, Apeldoorn, Drenthe, Groningen en Zuid-Holland Noord blijft het percentage ooitgebruikers beneden één procent (zie bijlage F).
- In bepaalde kringen experimenteert een kleine minderheid met heroïne (tabel 4.2). Zo had in 2001 bijna een op de tien coffeeshopbezoekers in Amsterdam ooit heroïne geprobeerd.<sup>17</sup>
- Onder bezoekers van trendy clubs in Amsterdam is het percentage ooitgebruikers gedaald van zes procent in 1998 naar twee procent in 2003. Actueel gebruik komt in het uitgaanscircuit niet (veel) voor<sup>18;21</sup>
- Een peiling in 1999 onder zwerfjongeren in vijf gemeenten (Amsterdam, Breda, Hilversum, Tilburg en Zaanstad) laat zien dat deze groep relatief vaak ervaring had met heroïne. Ruim een op de tien zwerfjongeren was een actuele gebruiker van deze drug. De gangbare toedieningsvorm in deze groep was roken (actuele rokers: 11%, spuiters: 1%, snuivers: 0%).<sup>22</sup> In 2004 werden in Flevoland onder zwerfjongeren lagere percentages gevonden, acht procent had ooit heroïne gebruikt en twee procent was een actuele gebruiker.<sup>23</sup>

**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 <sup>I</sup>	Amsterdam	2000	Gemiddeld 25	1%	0,2%
Jongeren in het voortgezet speciaal onderwijs <sup>II</sup>	Landelijk	1997	12 - 18	2%	0,8%
Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	2003	Gemiddeld 28	2%	0%
Jongeren in projecten voor spijbelopvang	Landelijk	1997	12 - 18	4%	0,9%
Coffeeshop-bezoekers <sup>III</sup>	Amsterdam	2001	Gemiddeld 25	9%	0,9%
Gemarginaliseerde jongeren <sup>IV</sup>	Den Haag	2000/2001	16 - 25	13%	7%
Zwerfjongeren <sup>V</sup>	Landelijk	1999	15 - 22	21%	11%
	Flevoland	2004	13 - 22	8%	2%

*Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand) per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet onderling vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. < 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. MLK, LOM, ZMOK. III. Geringe respons (15%). IV. Jongeren die ontoreikende zorg krijgen en/of niet voldoende in de eigen bestaansvoorwaarden kunnen voorzien. Geworven op locaties voor zwerfjongeren, laagdrempelige dag- en nachtopvang en (overige) tijdelijke woonvoorzieningen. V. Jongeren tot 23 jaar die drie maanden of langer geen vaste verblijfplaats hadden. Referenties: <sup>17;22;23;25;26</sup>*

## 4.4 PROBLEMATISCH GEBRUIK

De beschikbare ramingen laten meestal geen duidelijk onderscheid toe tussen probleemgebruikers van opiaten enerzijds en van (ook) andere harddrugs anderzijds.<sup>a</sup> De schattingen in tabel 4.3 betreffen probleemgebruikers 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 ongeveer 32 000. Dit cijfer is omgeven door een vrij grote marge van onzekerheid variërend van circa 22 tot 42 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 Amsterdam, Rotterdam en Den Haag (figuur 4.1).

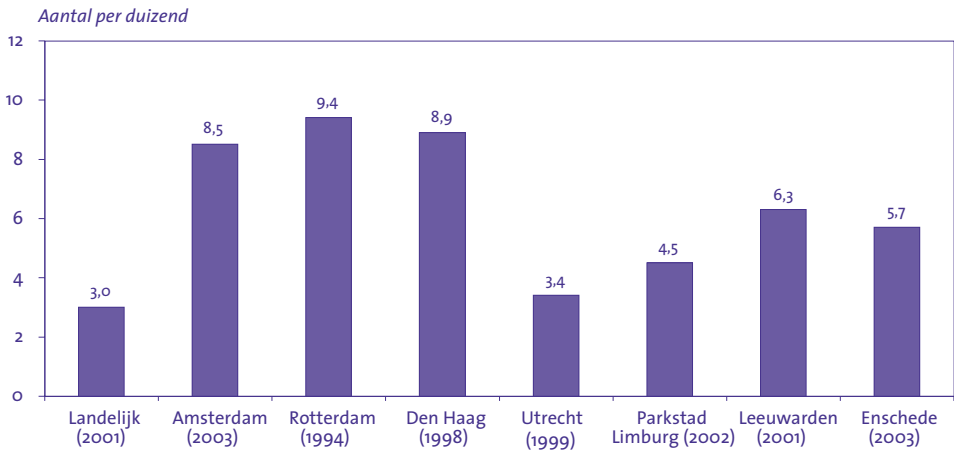
**TABEL 4.3 SCHATTINGEN VAN HET AANTAL PROBLEEMGEBRUIKERS VAN HARDDRUGS**

<i>Bereik</i>	<i>Jaar</i>	<i>Aantal</i>
Landelijk	1993	28 000
Landelijk	1996	25 000 – 29 000 <sup>I</sup>
Landelijk	1999	26 000 – 30 000 <sup>I</sup>
Landelijk	2001	32 000 (22 000 – 42 000) <sup>II</sup>
Amsterdam	2003	4 530
Rotterdam	1994	3 500 – 4 000
Den Haag	1998	2 600 – 2 700
Parkstad Limburg	2002	800
Leeuwarden	2001	389
Enschede	2003	600
Utrecht	1999	570

*I. Volgens verschillende schattingsmethoden. II. Gemiddelde (en 95% betrouwbaarheidsinterval) van twee methoden. Referenties: <sup>57-61-66</sup>*

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

**FIGUUR 4.1 SCHATTINGEN VAN HET AANTAL PROBLEEMGEBRUIKERS VAN HARDDRUGS PER 1000 INWONERS VAN 15 TOT EN MET 64 JAAR**

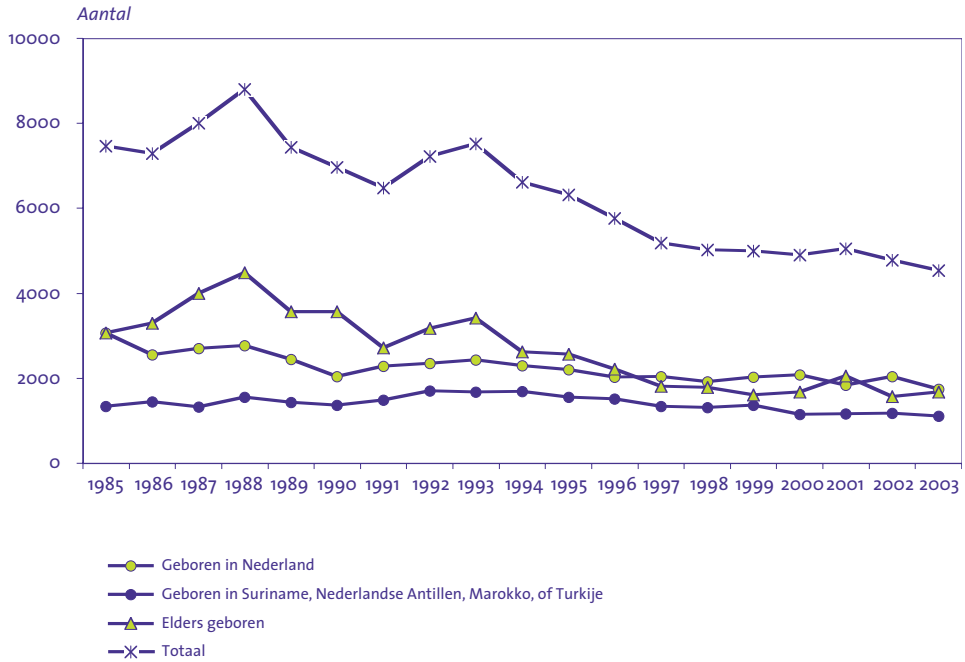


*Gemiddelde van hoogste en laagste schattingen (indien toepasbaar). Referenties: zie tabel 4.3.*

Figuur 4.2 geeft de ontwikkeling weer van het aantal probleemgebruikers van opiaten in Amsterdam volgens schattingen van de GG&GD 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. De daling is sinds 1998 afgevlakt.
- In 2003 telde Amsterdam naar schatting nog zo'n 4 500 probleemgebruikers van opiaten. Van hen was 38 procent geboren in Nederland, 25 procent in Suriname, de Nederlandse Antillen, Marokko of Turkije; en 37 procent elders.

FIGUUR 4.2 PROBLEEMGEBRUIKERS VAN OPIATEN IN AMSTERDAM, VANAF 1985



Bron: GG&GD Amsterdam.

Het gebruik van opiaten is vooral riskant 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.<sup>56-58</sup>
- In 2003 stond 10 procent van de opiaatcliënten van de (ambulante) verslavingszorg te boek als spuiters en 72 procent als roker. Het overige deel gebruikte op een andere manier. In 1994 spoot nog 16 procent de drug.

De populatie heroïnegebruikers veroudert en kampt steeds meer met gezondheidsklachten.

- In Amsterdam steeg de gemiddelde leeftijd van methadoncliënten van 32 jaar in 1989 naar 44 jaar in 2003. In Rotterdam en Parkstad Limburg steeg de gemiddelde leeftijd van probleemgebruikers van 1998 tot 2003 van 37 naar 39 jaar.<sup>61;67</sup>



- 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.<sup>68;69</sup>
- Volgens de GG&GD Amsterdam gaat de veroudering gepaard met het vroegtijdig optreden van ouderdomsziekten, zoals diabetes en kanker. Ook longziekten door langdurig zwaar tabaksgebruik en roken van heroïne komen steeds vaker voor.<sup>70</sup>

**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.*

## 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.<sup>43</sup>
- Het percentage recente gebruikers was niet hoger dan een procent, behalve in Italië (3%).

### PROBLEEMGEBRUIK

- De oude lidstaten van de Europese Unie tellen samen naar schatting anderhalf miljoen probleemgebruikers van harddrugs, ofwel drie tot tien per duizend inwoners van 15 tot en met 64 jaar. Daarbij gaat het in hoofdzaak om (ook) opiaten.<sup>37;38</sup>
- De schattingen zijn berekend met verschillende statistische methoden. Tabel 4.5 geeft de laagste en hoogste cijfers per land. Vanwege verschillen in definities en methodes dienen de gegevens voorzichtig te worden geïnterpreteerd. Met name

de schattingen voor Luxemburg lopen sterk uiteen en moeten voorzichtig worden geïnterpreteerd.

- Van alle oude lidstaten staan Griekenland, Nederland en Duitsland met twee tot drie probleemgebruikers van harddrugs per duizend inwoners onderaan.

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

Land	Jaar	Aantal per duizend inwoners van 15 tot en met 64 jaar	
		Laagste – hoogste schatting	gemiddelde
Luxemburg	2000	6,2 – 13,6	9,9
Verenigd Koninkrijk	2000/2001	9,0 – 9,8	9,4
Italië	2002	6,7 – 8,4	7,5
Portugal	2000	6,0 – 8,5	7,3
Denemarken	2001	6,7 – 7,7	7,2
Oostenrijk	2002	5,4 – 6,2	5,8
Ierland	2001	5,2 – 6,1	5,6
Spanje	2000	5,3	5,3
Zweden	1998	4,2 – 4,8	4,5
Frankrijk	1999	3,9 – 4,8	4,3
België	1997	3,5 – 4,2	3,9
Finland	1999	3,1 – 4,1	3,6
Duitsland	2000	2,7 – 3,5	3,1
Nederland	2001	2,0 – 3,9	3,0
Griekenland	2002	2,1 – 2,9	2,5

*Vanwege verschillen in definities en methodes dienen de gegevens voorzichtig te worden geïnterpreteerd. De schattingen hebben in de meeste landen betrekking op opiaatgebruikers, met uitzondering van Zweden waar mensen die zichzelf amfetamine inspuiten in de meerderheid zijn (althans in het begin van de jaren negentig).*

*1. Cijfers voor België hebben alleen betrekking op injecterende drugsgebruikers en vormen een onderschatting van het werkelijke aantal probleemgebruikers van harddrugs. Bron: EMCDDA.*

## 4.6 HULPVRAAG

### AMBULANTE VERSLAVINGSZORG

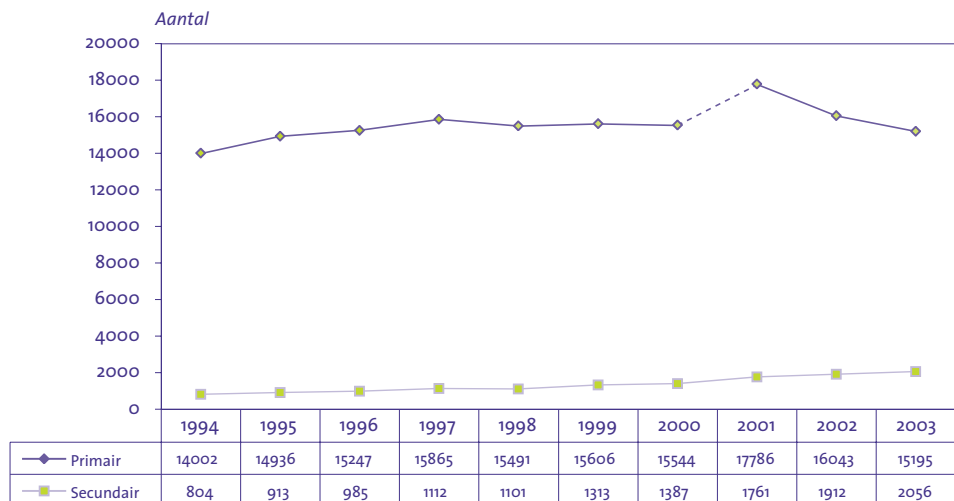
Het LADIS registreert hoe vaak mensen hulp vragen bij de (ambulante) verslavingszorg. (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS.)

- 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 GG&GD Amsterdam tot het LADIS.<sup>b</sup>
- Sinds 2001 daalt het aantal opiaatcliënten. Van 2002 naar 2003 ging het om een afname van vijf procent.
- Het aandeel van opiaten in alle verzoeken om hulp vanwege drugs nam af van 71 procent in 1994 naar 50 procent in 2003. Dit komt vooral door de groei in het aantal cliënten met een ander drugsprobleem, zoals cocaïne en cannabis.
- Kenmerken van de primaire opiaatcliënten in 2003 zijn:
  - Het merendeel (80%) is man.
  - De gemiddelde leeftijd is 40 jaar, aanzienlijk hoger vergeleken met de cannabis- en cocaïnecliënten. Acht op de tien opiaatcliënten zijn tussen 30 en 49 jaar oud (figuur 4.4).
  - De meeste cliënten klopten al eerder aan bij de (ambulante) verslavingszorg vanwege een drugsprobleem. Een op de twintig (5%) was een nieuwkomer.
  - Opiaten worden niet vaak als secundair probleem genoemd (figuur 4.3). Voor deze groep is het primaire probleem cocaïne of crack (69%), alcohol (26%), of cannabis (2%).
- Het aandeel jonge opiaatcliënten is verder gedaald. In 2002 was 13 procent van de primaire opiaatcliënten tussen 15 en 29 jaar oud, in 2003 was dit negen procent. Ter vergelijking: in 1994 viel 39 procent van de opiaatcliënten in deze leeftijdsgroep.

---

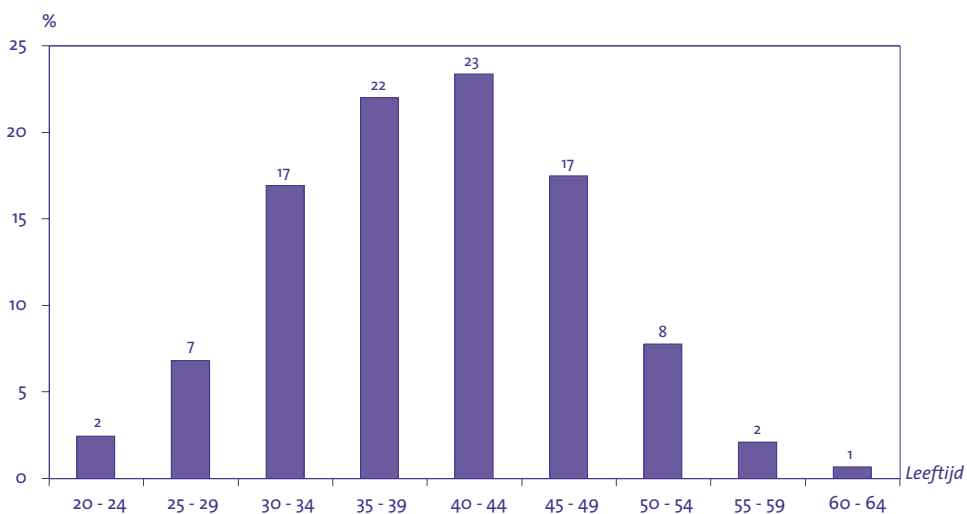
<sup>b</sup> In 2001 leverde de GG&GD Amsterdam 1 869 cliënten aan met een primair heroïneprobleem, van wie 1 304 cliënten niet bekend waren bij andere instellingen die aan het LADIS deelnamen.

**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 GG&GD Amsterdam. Bron: LADIS, IVZ.

**FIGUUR 4.4 LEEFTIJDVERDELING VAN PRIMAIRE OPIAATCLIËNTEN BIJ DE (AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG. PEILJAAR 2003**



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Bron: LADIS, IVZ.

In Nederland ontvangen naar schatting 13 500 opiaatverslaafden methadon. De belangrijkste verstrekkers zijn de (ambulante) verslavingszorg, de GG&GD Amsterdam en huisartsen en specialisten.<sup>71</sup>

- Het aantal methadoncliënten van de (ambulante) verslavingszorg steeg tot 2002 licht (tabel 4.6). Behalve door een werkelijke stijging, komt dit ook door uitbreiding van het aantal instellingen dat aan het LADIS deelneemt.
- Methadon wordt in ruim 97 procent van de gevallen voorgeschreven als onderhoudsbehandeling. De rest betreft toepassing van het middel bij het afkicken van heroïne.
- De gemiddelde methadondosis per innamedag gaat sinds 1995 omhoog (tabel 4.6).<sup>72</sup> In 2003 ontving 37 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 <sup>1</sup>	54 <sup>1</sup>
2002	12 805	57
2003	12 048	57

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

<sup>c</sup> Huisartsen en specialisten verstrekken naar schatting aan 2 750 personen methadon, waarvan er 900 niet voorkomen in het LADIS.<sup>71</sup>

## INTRAMURALE VERSLAVINGSZORG

Er zijn geen recente landelijke gegevens over de hulpvraag bij de intramurale verslavingszorg. In de komende tijd zullen deze gegevens beschikbaar komen uit Zorgis, het nieuwe informatiesysteem voor de GGZ. Het oude registratiesysteem PiGGz biedt tot 1997 landelijke cijfers over het aantal opnames in verband met drugsproblemen in verslavingsklinieken en op de verslavingsafdelingen van algemene psychiatrische ziekenhuizen. Van alle drugs leiden opiaten tot de meeste opnames in de intramurale verslavingszorg. (PiGGz, GGZ Nederland/Prismant)

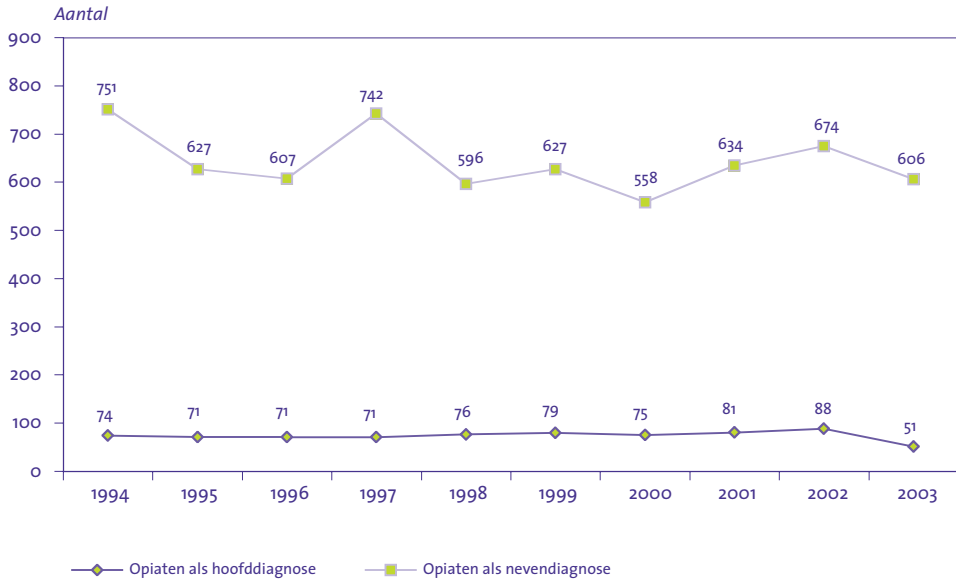
- Het aantal opnames wegens opiaatverslaving en -misbruik steeg in de eerste helft van de jaren negentig van 2 089 in 1990 tot 3 128 in 1995 en daalde iets, namelijk tot 3 055 opnames in 1996 (ICD-9 codes: 304.0, 304.7, 305.5, bijlage C).
- Het aandeel van opiaatgebruik in het totaal aan opnames voor drugsproblematiek in de intramurale verslavingszorg is gedaald van 75 procent in 1990 en 77 procent in 1991 tot 67 procent in 1996.
- Door het ontbreken van de registratie na 1996 valt niet na te gaan hoe de hulpvraag zich de afgelopen jaren heeft ontwikkeld.

## ALGEMENE ZIEKENHUIZEN; INCIDENTEN

Misbruik en afhankelijkheid van opiaten worden in algemene ziekenhuizen zelden als hoofddiagnose gesteld. In 2003 telde de LMR 51 opnames (63% afhankelijkheid en 37% misbruik, figuur 4.5).

- Vaker komen deze condities als nevendiagnose voor (85% afhankelijkheid, 15% misbruik). De hoofddiagnoses bij deze nevendiaagnoses lopen sterk uiteen. Het meest vielen in 2003 op:
  - ziekten en symptomen van de ademhalingswegen (26%)
  - letsel door ongevallen (16%; breuken, wonden, hersenschudding)
  - ziekten van het spijsverteringsstelsel (8%)
  - vergiftiging (8%; vooral benzodiazepines)
  - huidandoeningen (6%; abscessen).
- 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 2003 om 533 personen. Zij werden in dit jaar minstens één keer opgenomen met opiaatmisbruik of -afhankelijkheid als hoofd- of nevendiagnose. Zij waren gemiddeld 39 jaar en zeven op de tien waren man (69%). Drie op de tien patiënten kwamen uit de vier grote steden: Amsterdam (21%), Rotterdam (6%), Den Haag (5%) en Utrecht (3%).
- Bij 26 ziekenhuisopnames werd onopzettelijke opiaatintoxicatie als nevendiagnose geregistreerd. Bij 11 van deze opnames ging het om methadon.

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



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

In 2003 registreerde de Centrale Post Ambulancevervoer van de GG&GD Amsterdam 226 spoedeisende aanvragen wegens vermoeden van niet-dodelijke overdosering van harddrugs.<sup>73</sup>

- Het betrof vooral opiaten en cocaïne, al dan niet in combinatie met andere middelen.
- In ruim driekwart (79%) van de gevallen was vervoer naar een ziekenhuis nodig. Dit is veel meer dan voor cannabis (35%).

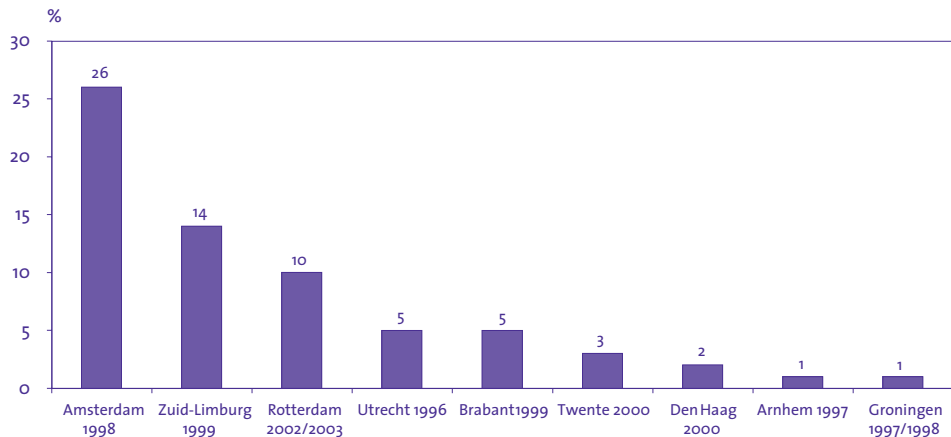
## 4.7 ZIEKTE EN STERFTE

### 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 injecterende harddrugsgebruikers in negen regio's van Nederland. Figuur 4.6 laat de meest recente cijfers zien.

- Er zijn grote regionale verschillen in besmetting met HIV onder drugsgebruikers die ooit hebben gespoten.
- Van de grote steden gaat Amsterdam aan kop. Den Haag staat onderaan.<sup>74</sup>
- In de meeste steden die meer dan eens deelnamen aan de peilingen bleef het percentage injecterende drugsgebruikers met een HIV-infectie stabiel.
- Uitzondering is Heerlen. In deze stad verdubbelde dit aandeel van 11 procent in 1994 naar 22 procent in 1999.<sup>75:76</sup>
- In een langlopend onderzoek in Amsterdam liep het jaarlijks aantal nieuwe HIV-infecties onder injecterende drugsgebruikers terug van 9 procent in 1986 tot 1 tot 2 procent in 1999. Tussen 1999 en 2002 schommelde het aantal nieuwe gevallen tussen 0 en 0,2 procent per jaar. In 2003 werd geen enkel nieuw geval van een HIV-infectie gevonden.<sup>77:78</sup>

**FIGUUR 4.6 BESMETTING MET HIV ONDER INJECTERENDE HARDDRUGSGBRUIKERS**



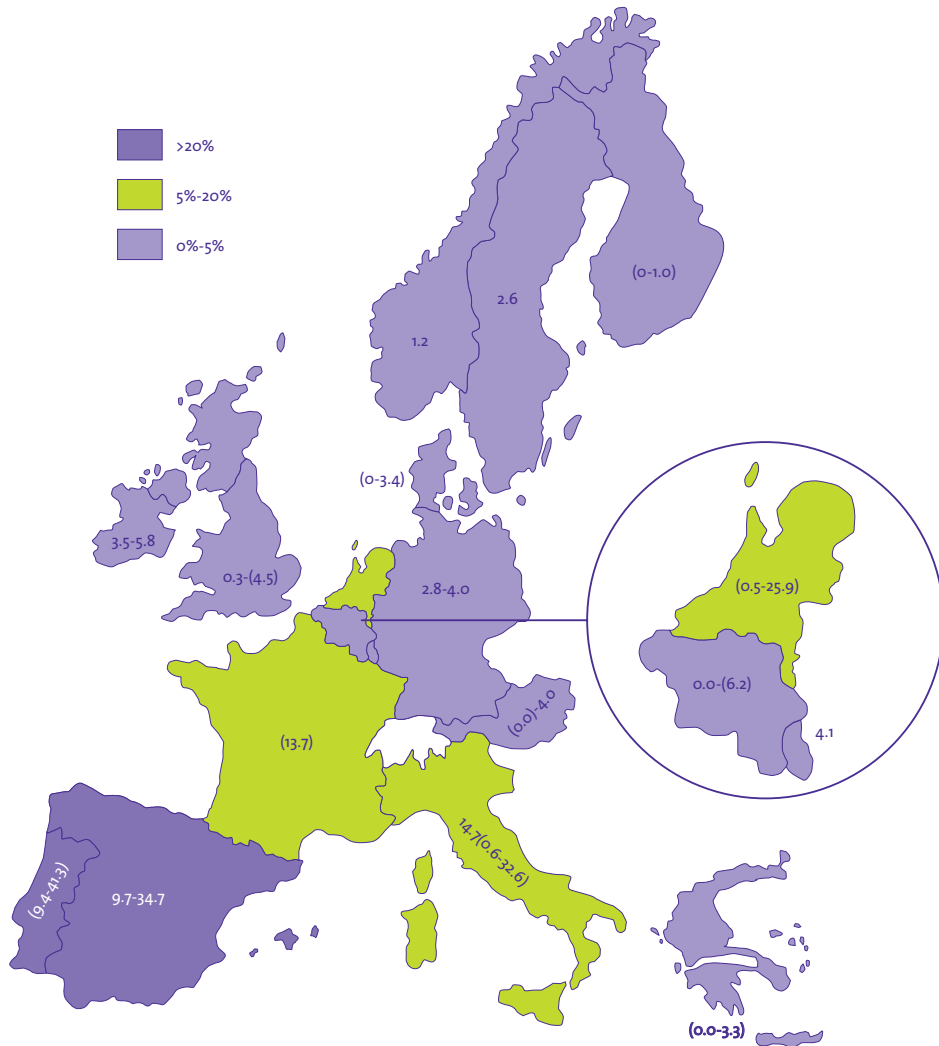
*Percentage van de ooit injecterende harddrugsgebruikers besmet met HIV. Een ooit injecterende harddrugsgebruiker is iemand die één of meer keer in zijn leven een drug bij zichzelf heeft ingespoten en in de afgelopen 6 maanden tenminste een maal per week harddrugs heeft gebruikt. Percentages in voorgaande 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.<sup>74:76</sup>*



Gegevens over besmetting met HIV in een aantal lidstaten van de Europese Unie stammen uit uiteenlopende bronnen en verschillen in dekkingsgraad. De cijfers zijn daarom niet goed vergelijkbaar en geven slechts een indicatie van de besmettingsgraad.<sup>37</sup>

- Figuur 4.7 laat zien dat percentages van met HIV besmette injecterende drugsgebruikers variëren van ongeveer 1 procent of minder in Finland (gegevens van spuitomruilprogramma's) en van 10 tot 35 procent in Spanje (gegevens van verslavingszorg, centra voor HIV-screening en SOA klinieken).
- In Italië en Portugal is er, net als in Nederland, een aanzienlijke regionale of lokale spreiding van HIV besmetting.
- Volgens het EMCDDA suggereren de beschikbare cijfers dat het percentage injecterende drugsgebruikers dat met HIV besmet is, stabiel is of afneemt, althans in de oude EU-lidstaten. In een aantal nieuwe lidstaten en hun buurlanden, zoals Estland, Letland, Rusland en de Oekraïne, zijn aanwijzingen voor een snelgroeiende HIV-epidemie, met in 2001 een hoogtepunt in Estland en Letland. In veel landen ontbreken echter betrouwbare trendgegevens en de situatie op lokaal niveau kan sterk verschillen van het algemene landelijke beeld.

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



Gegevens zijn afkomstig van verschillende bronnen (steekproeven, behandelcentra, gevangenen, spuitomruil). Tussen haakjes vermelde percentages betreffen lokale bronnen. De kleuren geven de besmettingsgraad weer volgens het gemiddelde van de hoogst en laagst gemeten waarde. Bron: EMCDDA.

## HEPATITIS B EN C

Hepatitis B en C zijn ernstige vormen van leverontsteking veroorzaakt door het hepatitis B of C virus, respectievelijk HBV en HCV. 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 meer besmettelijk dan HIV en kan ook worden overgedragen door 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).<sup>79;80</sup>
- Het beeld in Den Haag was gunstiger. Een verklaring is niet direct voorhanden.<sup>81</sup>

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

*IDG = ooit-injecterende 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.*

Voor Amsterdam zijn gegevens beschikbaar van 116 cliënten van een methadonpost die in 2002 werden gescreend op infectieziekten.<sup>82</sup>

- Tabel 4.8 geeft de percentages besmettingen met HBV en HCV naar spuitstatus. Ongeveer acht op de tien actueel injecterende methadoncliënten waren (ooit) besmet met HBV en/of HCV. Een iets lager percentage HBV infecties werd aangetroffen onder cliënten die ooit hadden gespoten, maar dit op het moment van de meting niet meer deden.

- Ruim een kwart (27%) van degenen die nooit hadden gespoten was besmet met HBV. Dit wijst op seksueel risicogedrag.
- Eén op de tien drugsgebruikers die, naar eigen zeggen, nooit hadden gespoten was ooit besmet met HCV. Dit cijfer stemt overeen met eerder onderzoek in Amsterdam<sup>83</sup> en Rotterdam (zie tabel 4.7). Deze bevinding kan wijzen op het niet rapporteren van injecteren van drugs en/of een andere wijze van besmetting, zoals via attributen waarmee cocaïne wordt gerookt.<sup>187</sup>

**TABEL 4.8 HEPATITIS B EN C INFECTIES ONDER METHADONCLIËNTEN IN AMSTERDAM. PEILJAAR 2002**

	<i>Ooit geïnjecteerd, niet actueel</i>	<i>Actueel injecteren</i>	<i>Nooit geïnjecteerd</i>
HBV	55%	85%	27%
HCV	90%	77%	10%

*Het gaat hier om percentages gebruikers die ooit besmet zijn geraakt met HBV of HCV, dus zowel oude, chronische als actuele gevallen. Bron: GG&GD Amsterdam.<sup>82</sup>*

- In de oude lidstaten van de Europese Unie komt besmetting met HCV veel voor onder injecterende drugsgebruikers. Volgens uiteenlopende bronnen varieert het percentage HCV infecties tussen 40 en 80 procent, met een gemiddelde van 65 procent.<sup>187</sup>
- De variatie in HBV besmetting is groot en loopt uiteen van 17 tot 85 procent.<sup>37</sup>

## 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 4.9).<sup>84</sup>
- Behalve het lenen van vuile spuiten komt ook het lenen voor van vuile spuitattributen, zoals lepels, watjes, filters of spoelwater. Naar schatting een op de vier injecterende drugsgebruikers doet dit. Dit gedrag vergroot het risico van besmetting met de hepatitis B en C virussen, maar niet met HIV.
- Seksueel risicogedrag blijft omvangrijk. Het niet gebruiken van condoms kwam het meest voor bij vaste partners (76-96%), gevolgd door losse partners (39-73%) en klanten (13-50%, tabel 4.9).

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

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

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

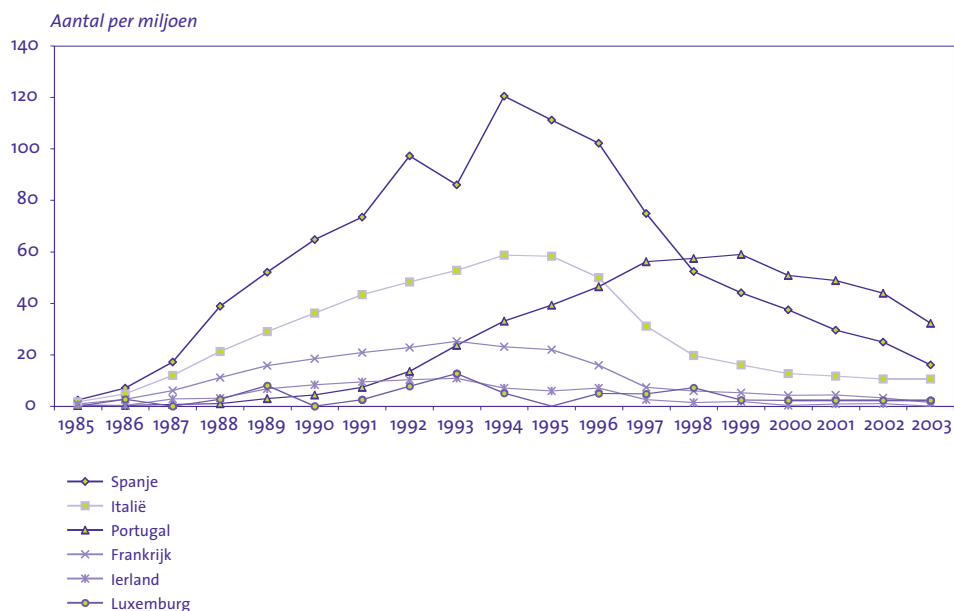
*Bron: RIVM.<sup>85</sup>*

## 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. Door toepassing daarvan leidt besmetting met HIV minder of later tot aids.
- De bijdrage van het intraveneus spuiten van drugs aan het ontstaan van aids in Nederland is in al die jaren beperkt gebleven: gemiddeld tien procent, met een piek in 1995 van veertien procent. In 2003 betrof drie procent (8 gevallen) van de aidsmeldingen een injecterende drugsgebruiker.

- De oude lidstaten van de EU 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 niet langer in 2000. Deze drie lidstaten hebben naar verhouding nog steeds de meeste spuiters met aids.

**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 voorafgaande 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 oude EU-lidstaten die in enig jaar meer dan tien nieuwe gevallen per miljoen inwoners rapporteerden. Bron: EuroHIV, Eurostat.

## 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.<sup>86,87</sup>

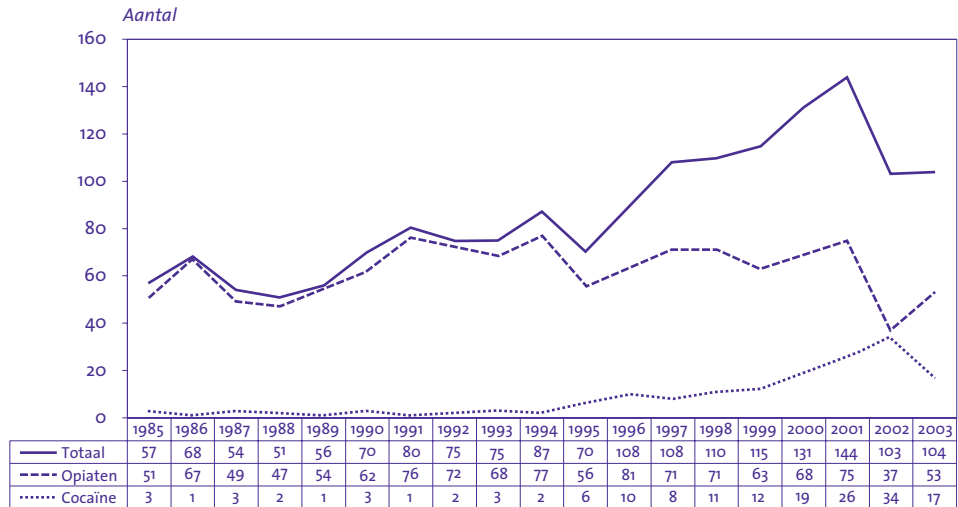
Tussen midden jaren negentig en 2001 steeg over de hele linie het aantal geregistreerde sterfgevallen vanwege overdosering, dus niet alleen voor opiaten (figuur 4.9).

- 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.

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

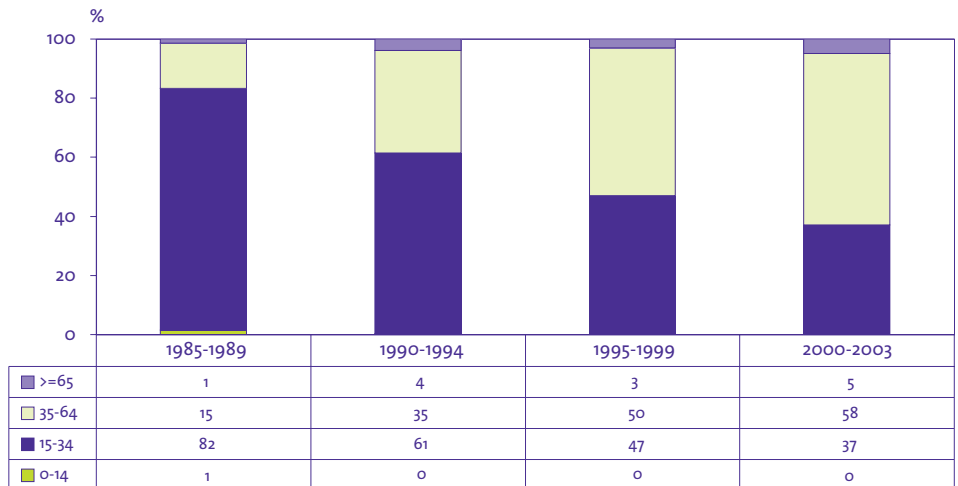
- Tot 2001 schommelde dit aantal sterfgevallen tussen de 47 en 77 gevallen per jaar. De laatste twee jaren lieten een daling zien.
- Net als de heroïnegebruikers, worden ook de overdosisslachtoffers steeds ouder. In de jaren 1985 tot en met 1989 was slechts 16 procent van de overledenen ouder dan 35 jaar, vergeleken met 63 procent in de jaren 2000 tot en met 2003 (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). Van 1996-2001 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 2000-2003**



Percentage sterfgevallen per leeftijdsgroep. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

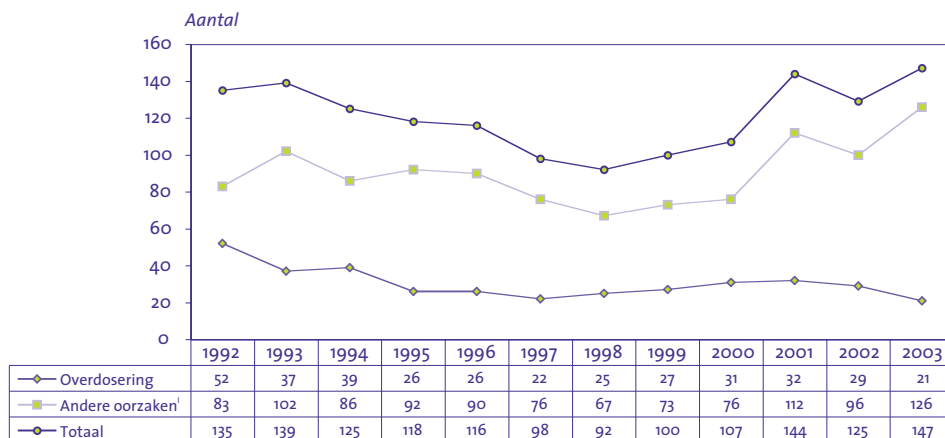


## Amsterdam

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

- In 2003 overleden 21 drugsgebruikers in Amsterdam na een 'overdosering' van drugs, vaak opiaten al dan niet in combinatie met andere middelen. Eén keer was MDMA in het spel. Negen van de overdosislachtoffers waren afkomstig uit Nederland en twaalf uit het buitenland.
- Opiaatcliënten overleden meestal door andere oorzaken dan een overdosis (zie onderschrift figuur 4.11). Eenentwintig personen waren besmet met HIV, maar dit hoeft niet te hebben bijgedragen aan het overlijden.
- De gemiddelde leeftijd van de overleden drugsgebruikers (alle oorzaken) die in Nederland waren geboren was 51 jaar. De gemiddelde leeftijd van de in het buitenland geboren drugsgebruikers was 43 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). Met het toenemen van de leeftijd van opiaatgebruikers treden onderliggende aandoeningen zoals long-, lever- en hartziekten meer op de voorgrond als oorzaak van overlijden.

FIGUUR 4.11 STERFTE ONDER DRUGSGEBUKERS IN AMSTERDAM, VANAF 1992

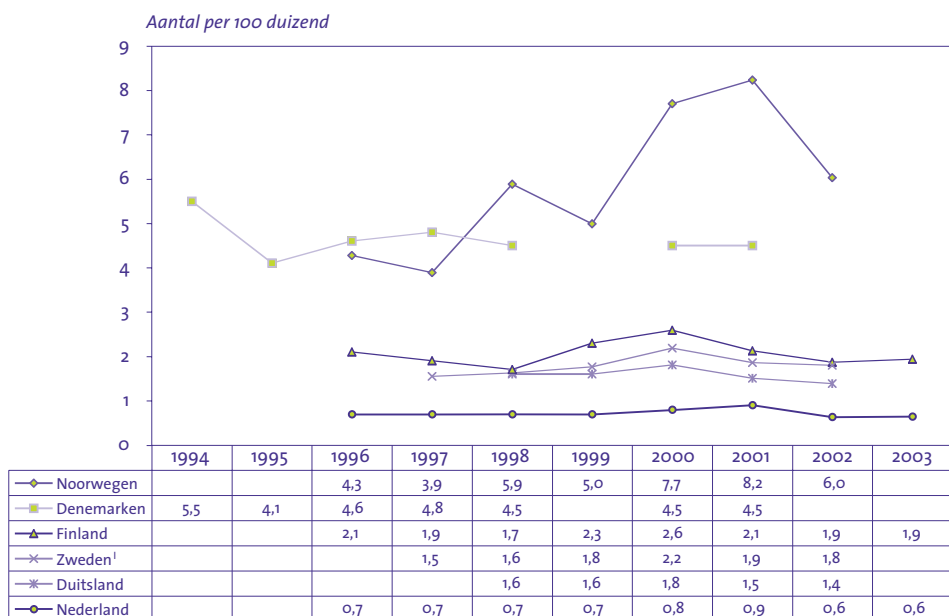


1. Andere doodsoorzaken (zoals endocarditis, sepsis, longaandoeningen, levercirrose, zelfdoding, ongevallen, geweld, aids) van personen die ooit als opiaatgebruiker geregistreerd zijn bij de GG&GD Amsterdam. Bron: GG&GD Amsterdam.

### Internationale vergelijking

- Jaarlijks sterven in de oude lidstaten van de Europese Unie 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.<sup>37:38</sup>
- 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. Hierbij zijn dezelfde ICD-10 codes gehanteerd. Meegeteld zijn opiaten, hallucinogenen, cocaïne, amfetamine en cannabis. Het merendeel van de gevallen heeft betrekking op (ook) opiaten.<sup>37</sup>
- Volgens deze berekeningen gaan Noorwegen en Denemarken aan kop. Nederland staat onderaan.
- Volgens het EMCDDA is er sinds 2000 een bescheiden afname van het aantal acute sterfgevallen door drugs waarneembaar op Europees niveau.

**FIGUUR 4.12 ACUTE STERFGEVALLEN WEGENS INNAME VAN DRUGS: VERGELIJKING TUSSEN VIJF LIDSTATEN VAN DE EUROPESE UNIE EN NOORWEGEN**



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.<sup>a</sup> 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. Amfetamine werkt stimulerend, sterker dan ecstasy, en heeft geen entactogene werking. Amfetamine wordt in het uitgaansleven gebruikt, maar ook door opiaat- of polydrugsverslaafden. Bij frequent gebruik kan afhankelijkheid optreden. Dit risico is groter voor methamfetamine dan voor ‘gewone’ amfetamine. Amfetamine wordt in Nederland meestal geslikt of gesnoven en soms geïnjecteerd 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).
- Nederlandse scholieren zijn niet vaker dan andere Europese leeftijdgenoten actueel gebruiker van ecstasy en amfetamine (§ 5.5).
- Ecstasy is nog steeds populair onder uitgaande jongeren, al tekent zich een matiging van het gebruik af. In Amsterdam daalde het percentage gebruikers onder bezoekers van trendy clubs (§ 5.3).

---

<sup>a</sup> Ook stoffen die geheel niet op MDMA lijken worden als ecstasy aangeprezen.

- Het aantal gebruikers van ecstasy dat een beroep doet op de (ambulante) verslavingszorg is gering en bleef de afgelopen vier jaar stabiel. Het aantal primaire amfetaminecliënten is eveneens klein maar steeg tussen 2001 en 2003 (§ 5.6).
- Gezondheidsproblemen op houseparty's door ecstasy- en amfetaminegebruik komen sinds 1996 steeds minder voor (§ 5.6).
- Het aantal geregistreeerde acute sterfgevallen na gebruik van ecstasy en amfetamine is 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 2000 en 2003 iets toe (§ 5.8).

## 5.2 GEBRUIK: ALGEMENE BEVOLKING

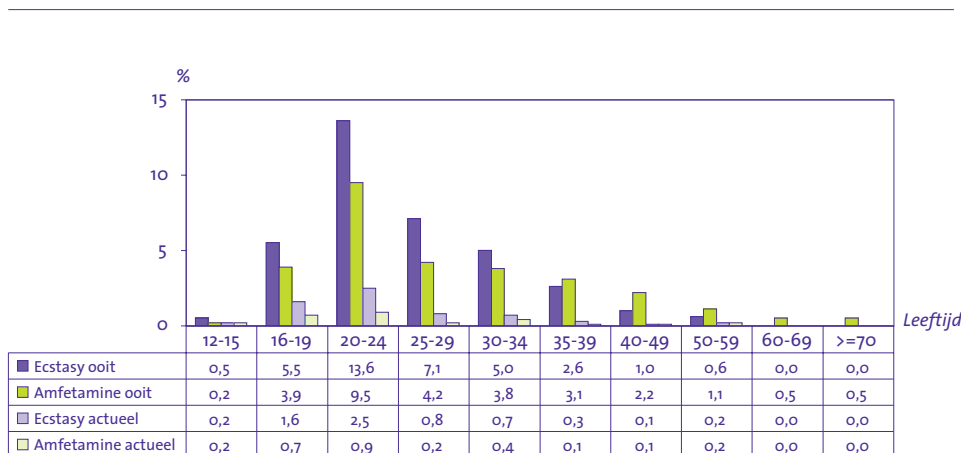
- Het aantal Nederlanders van twaalf jaar en ouder dat ervaring heeft met ecstasy of amfetamine nam toe tussen 1997 en 2001 (tabel 5.1).<sup>10</sup>
- Het percentage actuele gebruikers bleef voor beide middelen ver beneden de één procent.
- In absolute getallen bedroeg in 2001 het aantal actuele gebruikers 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 GEBUIK VAN ECSTASY EN AMFETAMINE IN NEDERLAND ONDER MENSEN VAN 12 JAAR EN OUDER. PEILJAREN 1997 EN 2001**

	Ecstasy		Amfetamine	
	1997	2001	1997	2001
Heeft ooit gebruikt	1,9%	2,9%	1,9%	2,6%
• Mannen	2,7%	3,7%	2,7%	3,4%
• Vrouwen	1,0%	2,1%	1,1%	1,8%
Heeft pas nog gebruikt <sup>1</sup>	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 AMFETAMINEGEBUIKERS IN NEDERLAND PER LEEFTIJDGROEP. PEILJAAR 2001**



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

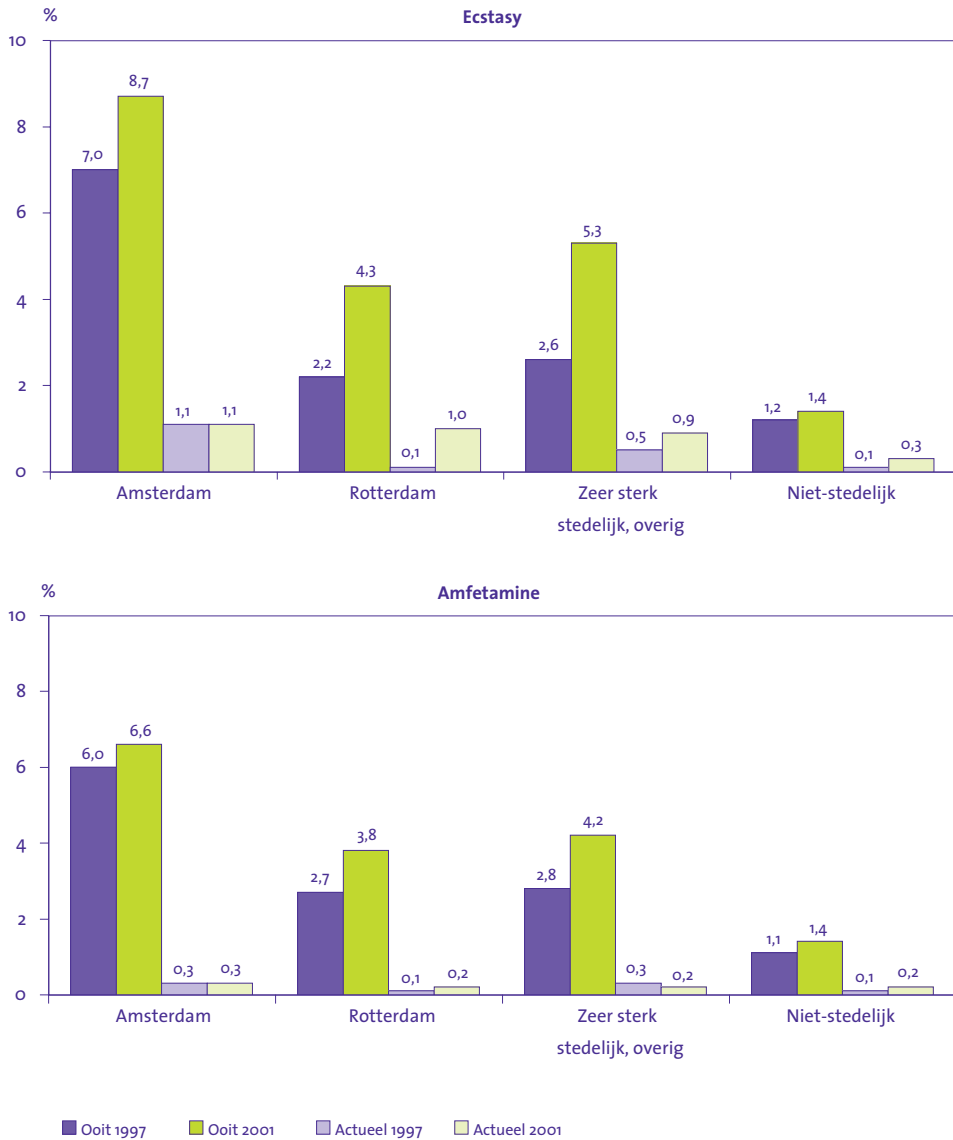
Bron: NPO, CEDRO.

- 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.<sup>10</sup>

## 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.



## 5.3 GEBRUIK: JONGEREN

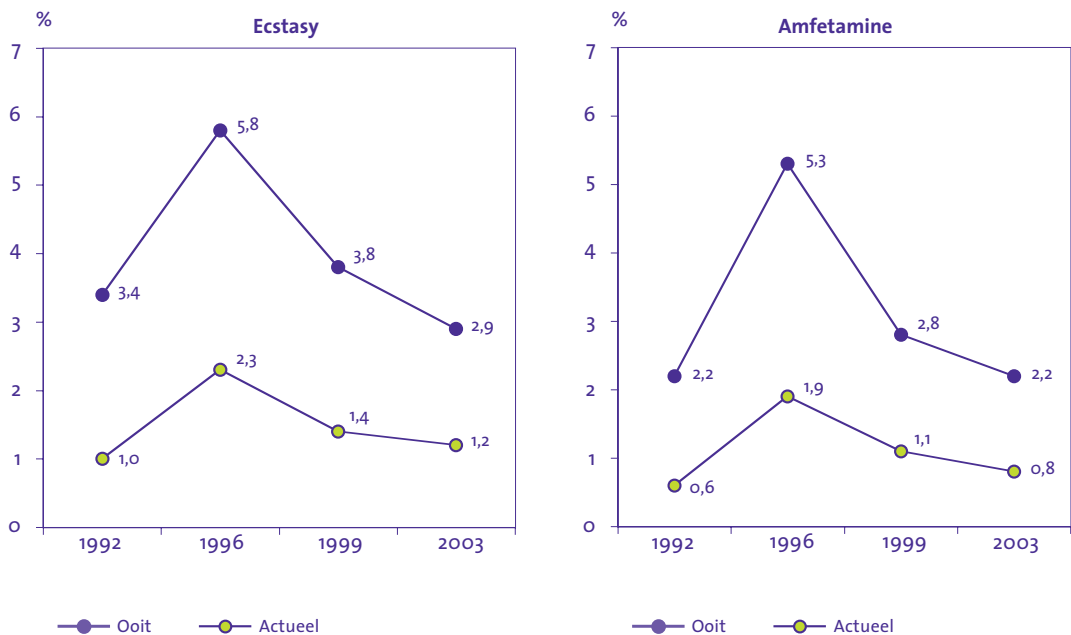
Cijfers over het gebruik van ecstasy en amfetamine onder jongeren laten zich aflezen uit figuur 5.1, waarin het percentage gebruikers uit het Nationaal Prevalentie Onderzoek onder de algemene bevolking is uitgesplitst naar leeftijdsgroep. In de afgelopen jaren zijn ook gegevens over middelengebruik beschikbaar gekomen uit tal van lokale en regionale jeugdmonitors die zijn uitgevoerd in opdracht van gemeenten. Voor amfetamine en ecstasy zijn de gegevens beperkter dan voor cannabis en legale middelen omdat vragen naar het gebruik van 'harddrugs' vaak niet zijn uitgesplitst naar middel. De tabellen in bijlage F geven de uitkomsten voor acht (amfetamine) en elf (ecstasy) gemeenten of regio's. De cijfers laten zich niet eenvoudig vergelijken vanwege methodologische verschillen, zoals de maat voor het gebruik en de leeftijdsgroepen.

Naast deze algemene gegevens is informatie beschikbaar uit het landelijke Peilstationsonderzoek scholieren en (vaak lokale) peilingen onder speciale groepen, zoals bezoekers van uitgaansgelegenheden. Deze gegevens beschrijven wij hieronder.

### SCHOLIEREN

- Van 1992 tot 1996 steeg het percentage gebruikers van ecstasy en amfetamine onder leerlingen van het regulier middelbaar onderwijs.<sup>16</sup>
- Voor beide drugs halverde het percentage ooitgebruikers tussen 1996 en 2003. De daling deed zich met name voor tussen 1996 en 1999.
- Het percentage actuele gebruikers van ecstasy en amfetamine daalde tussen 1996 en 2003 eveneens (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).<sup>25</sup>

**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 <sup>I</sup>	Landelijk	1997	12 - 18	9%	4%	7%	3%
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%
Cafébezoekers <sup>II</sup>	Amsterdam	2000	Gemiddeld 25	34%	10%	17%	2%
Uitgaande jongeren	Den Haag	2003	15 - 35	35%	17%	-	-
Zwerfjongeren <sup>III</sup>	Landelijk	1999	15 - 22	55%	18%	47%	10%
	Flevoland	2004	13 - 22	38%	8%	26%	2%
Coffeeshopbezoekers <sup>IV</sup>	Amsterdam	2001	Gemiddeld 25	63%	23%	39%	5%

*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. - = niet gemeten. I. MLK, LOM, ZMOK. II. Selecte steekproef van jongeren en jonge volwassenen uit mainstream-, studenten-, homo- en hippe cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. III. Jongeren tot 23 jaar die drie maanden of langer geen vaste verblijfplaats hadden. IV. Geringe respons (15%). Referenties: <sup>17:22-25</sup>*

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.<sup>18</sup> 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.<sup>21</sup>
- Ook elders in het land signaleren sleutelfiguren in het uitgaansleven dat uitgaande jongeren ‘verstandiger’ omgaan met ecstasy en beter op de hoogte zijn van de risico’s van het gebruik. Bezoekers van plattelandsdiscotheken in het oosten van het land lijken hierop een uitzondering te zijn.<sup>20</sup>
- De ervaring of verwachting van negatieve lichamelijke en emotionele gevolgen van ecstasygebruik, zoals hoofdpijn, duizeligheid, angstgevoelens of depressie, lijken jongeren ervan te weerhouden te gebruiken.<sup>188</sup>

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.
- Op hardcore feesten en in bepaalde (alternatieve) scenes komt amfetamine wat meer voor (punk, electro, trance, underground, rock en tekno) dan in trendy clubs.<sup>20</sup>

## 5.4 PROBLEMATISCH GEBRUIK

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

## 5.5 GEBRUIK: INTERNATIONALE VERGELIJKING

### ALGEMENE BEVOLKING

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

- Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking. Van invloed is vooral de leeftijdsgroep. Tabel 5.3a geeft gebruikscijfers die zijn (her)berekend volgens de standaard leeftijdsgroep van het EMCDDA (15 tot en met 64 jaar). Gegevens voor de overige landen staan in tabel 5.3b.
- Wat betreft het ooitgebruik van ecstasy spannen Engeland & Wales, Australië en Ierland de kroon met waarden boven vijf procent. In Denemarken, Frankrijk, Portugal, Griekenland en Zweden komt het percentage ooitgebruikers niet boven een procent uit.
- 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.

- Van de getoonde landen in tabellen 5.3a en 5.3b is het percentage recente consumenten voor beide middelen het hoogst in Australië. Voor ecstasy behoort Nederland tot de hogere regionen.

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

Land	Jaar	Ecstasy		Amfetamine	
		Ooit	Recent	Ooit	Recent
Noord Ierland	2002/2003	5,9%	1,7%	3,9%	0,8%
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	2,4%	0,7%	2,6%	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	1998	0,3%	0,1%	0,6%	0,0%
Zweden	2000	0,2%	0,2%	1,9%	0,2%

Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). - = niet gemeten. Referenties: <sup>37:38</sup>

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

Land	Jaar	Leeftijd	Ecstasy		Amfetamine	
			Ooit	Recent	Ooit	Recent
Engeland en Wales	2002/2003	16 - 59	6,6%	2,0%	12,3%	1,6%
Australië	2001	14 en ouder	6,1%	2,9%	8,9%	3,4%
Verenigde Staten	2003	12 en ouder	4,6%	0,9%	8,8%	1,2%
Canada	2002	15 en ouder	2,9%	0,8%	4,6%	0,5%
Italië	2001	15 - 44	1,8%	0,2%	1,5%	0,1%
Duitsland ('West')	2000	18 - 59	1,6%	0,7%	2,3%	0,6%
Denemarken	2000	16 - 64	1,0%	0,5%	5,9%	1,3%

*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: <sup>37-41</sup>*

## JONGEREN

Beter vergelijkbaar zijn de gegevens van het ESPAD-onderzoek onder scholieren van vijftien en zestien jaar in Europese landen. Tabel 5.4 toont het gebruik van ecstasy en amfetamine in een aantal landen van de EU en Noorwegen. België, Duitsland en Oostenrijk deden alleen in 2003 mee. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit.<sup>43</sup>

- Het aandeel leerlingen dat in 2003 wel eens ecstasy heeft geprobeerd was het laagst in Finland, Griekenland, Denemarken en Noorwegen en Zweden (2% of minder). De Verenigde Staten gingen aan kop met zes procent, op de voet gevolgd door Nederland, Ierland en het Verenigd Koninkrijk met vijf procent. 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 actueel 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 pas nog amfetamine gebruikt, met uitzondering van de Verenigde Staten (2%), Oostenrijk (3%) en Spanje (2%).

**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**

Land	Ooitgebruik ecstasy		Ooitgebruik amfetamine	
	1999	2003	1999	2003
Verenigde Staten	6%	6%	16%	13%
Oostenrijk	-	3%	-	4%
Ierland	5%	5%	3%	1%
België	-	4%	-	2%
Nederland	4%	5%	2%	1%
Verenigd Koninkrijk	3%	5%	8%	3%
Frankrijk	3%	4%	2%	3%
Duitsland	-	3%	-	5%
Denemarken	3%	2%	4%	4%
Noorwegen	3%	2%	3%	2%
Italië	2%	3%	2%	3%
Griekenland	2%	2%	1%	0%
Portugal	2%	4%	3%	3%
Finland	1%	1%	1%	1%
Zweden	1%	2%	1%	1%

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

## 5.6 HULPVRAAG

### AMBULANTE VERSLAVINGSZORG

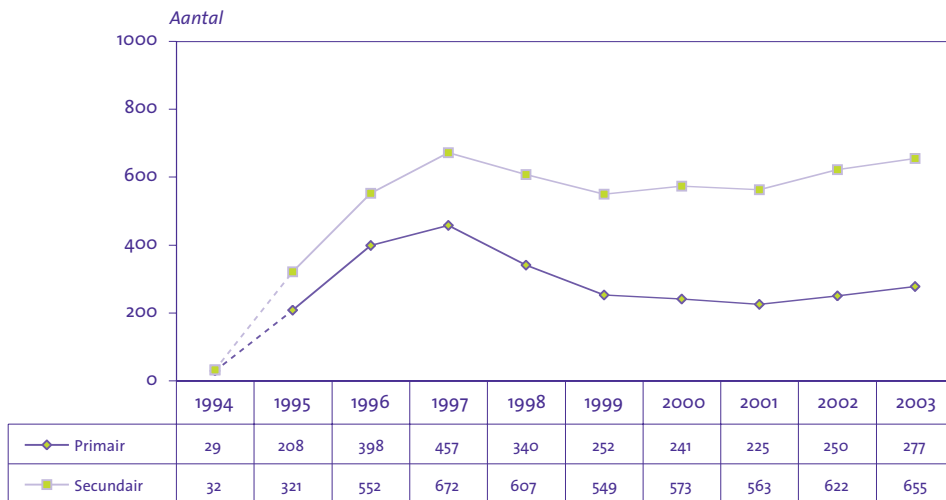
Het LADIS registreert hoe vaak mensen hulp vragen bij de (ambulante) verslavingszorg. (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS.)

### 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 2002 en 2003 vond er een stijging plaats van elf procent.<sup>88</sup>
- Het aandeel van ecstasy in alle hulpvragen voor drugsproblematiek bleef gering: minder dan 1%.

- Kenmerken van de primaire ecstasycliënten in 2003 waren:
  - Ongeveer driekwart (74%) is man.
  - De gemiddelde leeftijd is 25 jaar.
  - Ruim eenderde (38%) is een nieuwkomer bij de (ambulante) verslavingszorg.
- Er zijn meer cliënten die ecstasy als secundair dan als primair probleem noemden.
  - Voor deze groep van secundaire ecstasycliënten was het primaire probleem cocaïne (42%), cannabis (25%), alcohol (15%), of amfetamine (14%).

**FIGUUR 5.4 AANTAL INSCHRIJVINGEN BIJ DE (AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG VANWEGE PRIMAIRE OF SECUNDAIRE ECSTASYPROBLEMATIEK, VANAF 1994<sup>1</sup>**



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

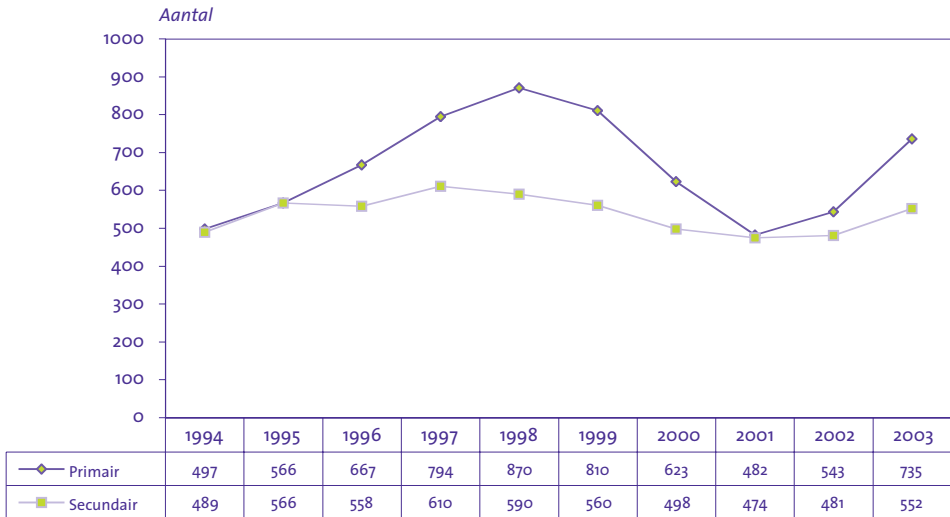
## AMFETAMINE

- Het aantal cliënten met amfetamine als primair probleem steeg tot 1998, liep toen terug, maar steeg weer vanaf 2001. Tussen 2002 en 2003 steeg het aantal amfetaminecliënten met 35 procent (figuur 5.5).
- Het aandeel van amfetamine in alle hulpvragen voor drugsproblematiek bleef in al die jaren ondergeschikt: drie procent tot en met 1999 en twee procent van 2000 tot en met 2003.
- Kenmerken van de primaire amfetaminecliënten in 2003 waren:
  - Ruim driekwart (78%) is man.
  - De gemiddelde leeftijd is 28 jaar, iets hoger dan de ecstasycliënten.
  - Ongeveer een derde (37 procent) was niet eerder bekend bij de (ambulante) verslavingszorg.



- Voor ruim zeshonderd cliënten was amfetamine een secundair probleem.
  - Voor deze groep was het primaire probleem cocaïne (35%), alcohol (20%), heroïne (18%), cannabis (17%), of ecstasy (6%).

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



Bron: LADIS, IVZ.

### INTRAMURALE VERSLAVINGSZORG

Er zijn geen recente landelijke gegevens over de hulpvraag bij de intramurale verslavingszorg. In de komende tijd zullen deze gegevens beschikbaar komen uit Zorgis, het nieuwe informatiesysteem voor de GGZ. Het oude registratiesysteem PiGGz biedt tot 1997 landelijke cijfers over het aantal opnames in verband met drugsproblemen in verslavingsklinieken en op de verslavingsafdelingen van algemene psychiatrische ziekenhuizen.

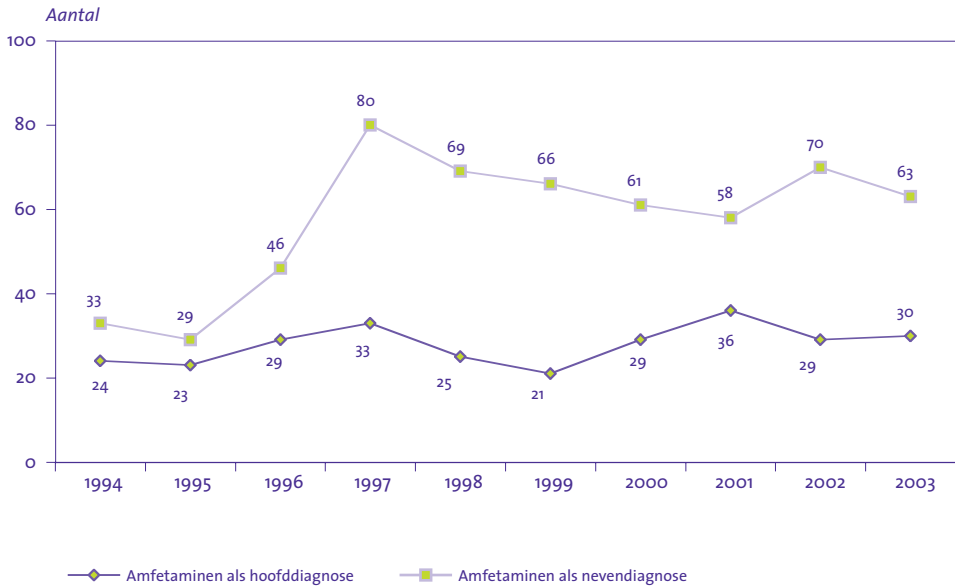
- Volgens deze gedateerde gegevens leidt het gebruik van ecstasy en amfetamine zelden tot opname in een verslavingskliniek of algemeen psychiatrisch ziekenhuis.
- Het PiGGz registreerde in de jaren 1996 tot en met 1999 respectievelijk 58, 51, 39 en 25 opnames voor ecstasy en amfetamine samen (ICD-9 codes 304.4 en 305.7; bijlage C).

## ALGEMENE ZIEKENHUIZEN; INCIDENTEN

De LMR registreert jaarlijks weinig opnames in algemene ziekenhuizen voor amfetamineproblematiek, inclusief ecstasy (figuur 5.6).

- In 2003 ging het om tien procent van alle hoofddiagnoses voor drugs. De meeste (87%) opnames hadden betrekking op misbruik; 13 procent op afhankelijkheid van amfetaminen.
- Iets vaker werden deze aandoeningen als neventdiagnose gesteld. De hoofdziektes of hoofdstoornissen die bij de neventdiagnoses amfetaminemisbruik en -afhankelijkheid werden gesteld liepen sterk uiteen. In een kwart van de opnames in 2003 ging het om misbruik en afhankelijkheid van alcohol.
- Dezelfde persoon kan meer dan eens per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één neventdiagnose worden gesteld. Gecorrigeerd voor dubbeltellingen ging het in 2003 om 89 personen. Zij werden in dit jaar minstens één keer opgenomen met misbruik of afhankelijkheid van amfetaminen als hoofd- of neventdiagnose. Hun gemiddelde leeftijd was 30 jaar; 72 procent was man.
- Bij 23 opnames stond onopzettelijke amfetamine-intoxicatie als neventdiagnose genoteerd (ICD-9 code E854.2).

**FIGUUR 5.6 KLINISCHE OPNAMES IN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN GERELATEERD AAN AMFETAMINE-MISBRUIK EN -AFHANKELIJKHEID, VANAF 1994**



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

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

- In 2003 was ecstasy 39 keer reden voor een aanvraag van hulp, ongeveer evenveel als de jaren daarvoor. Uitschieter was 1996, met 66 aanvragen (tabel 5.5).
- In 2003 werden vijftientig ecstasygebruikers (64%) vervoerd naar het ziekenhuis.
- 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.<sup>44</sup>

**TABEL 5.5 DRUGSINCIDENTEN VOOR AMFETAMINE EN ECSTASY GEREgistREERD DOOR DE GG&GD AMSTERDAM, VANAF 1995**

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

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

Volgens Stichting Educare, een organisatie die in Nederland eerste hulp verleent op houseparty's, is het aantal acute gezondheidsproblemen wegens drugsgebruik relatief klein en dalende.<sup>89</sup>

- 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 dalend 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 algeheel onwelbevinden, hoofdpijn, misselijkheid en duizeligheid.
- Recente waarnemingen van gezondheidswerkers die actief zijn op party's bevestigden de dalende trend in incidenten gerelateerd aan ecstasy.<sup>90</sup>

## 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.<sup>90</sup>

- Deze verstoring kan langer dan een jaar aanhouden na stopzetting van het gebruik. Onbekend is of volledig herstel optreedt.
- Deze veranderingen hangen waarschijnlijk samen met 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.
- Onderzoek van de Universiteit van Amsterdam zal op termijn uitwijzen of ook kortdurend gebruik aanleiding kan geven tot schade en vermindering van hersenfuncties.

## 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 (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.
- In 2002 rapporteerde de GG&GD Amsterdam twee sterfgevallen waarbij MDMA (mogelijk) een rol speelde. Er is geen landelijk overzicht.

Volgens het EMCDDA speelt ecstasy ook in andere Europese landen een ondergeschikte rol bij de drugssterfte, althans voor zover gegevens beschikbaar zijn.<sup>37:38</sup>

- Uitzondering lijkt het Verenigd Koninkrijk waar een stijging in ecstasy gerelateerde sterfgevallen werd geregistreerd van 12 gevallen in 1996 (vanaf augustus) en 1997 naar 72 gevallen in 2001- april 2002.<sup>91</sup>
- In totaal werden van augustus 1996 tot en met april 2002 in het Verenigd Koninkrijk 202 sterfgevallen geregistreerd waarbij ecstasy betrokken zou zijn. In zeventien procent van de gevallen toonde toxicologisch onderzoek alleen MDMA of een MDMA-achtige stof aan. In de overige gevallen werden ook andere middelen gevonden, met name opiaten, alcohol, cocaïne en amfetamine.
- Andere factoren die mogelijk een rol speelden bij deze sterfgevallen zijn oververhitting, waterintoxicatie of een onderliggende ziekte.
- De stijging tussen 1996 en 2002 kan ook een gevolg zijn geweest van een gewijzigde registratiepraktijk. Lijkschouwers zouden ecstasy steeds vaker rapporteren als mogelijke doodsoorzaak.

## 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, diameter, herkend bij de instelling zelf. Monsters met onbekende samenstelling en alle monsters in poedervorm worden doorgestuurd naar het laboratorium voor chemische analyse. Het aantal monsters dat consumenten jaarlijks bij DIMS inleveren is sterk gedaald sinds 1997. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het stopzetten van de deelname van de Safe House Campagne op party's (Stichting Adviesburo Drugs), het toegenomen vertrouwen van consumenten in de vrij stabiele samenstelling van pillen en een reductie in het aantal pillen dat een gebruiker per keer kan laten testen.<sup>89</sup>

### SAMENSTELLING ECSTASYPILLEN

Het aantal als ecstasy verkochte pillen die op testlocaties werden herkend daalde van 4 320 in 1997 naar 688 in 2003. Het aantal 'ecstasy' pillen dat in het laboratorium werd geanalyseerd bleef vrij stabiel. Tabel 5.6 geeft het percentage van de geanalyseerde pillen die MDMA en/of een andere stof bevatten.

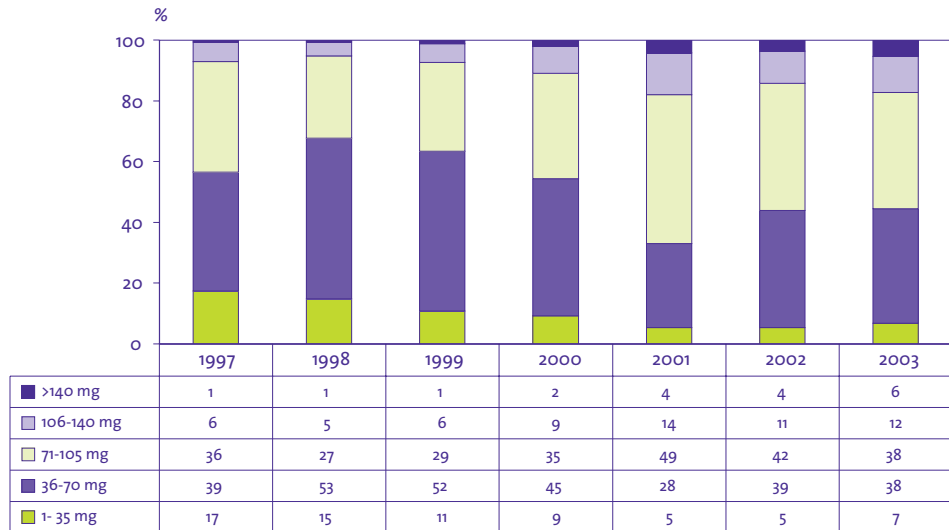
- In de afgelopen jaren nam het aandeel pillen met alléén MDMA of een MDMA-achtige stof sterk toe, terwijl het aandeel pillen met (ook) een andere psychoactieve stof, zoals amfetamine, daalde.
- In 2003 bevatte ruim 95 procent van de 'ecstasy' pillen daadwerkelijk MDMA, MDEA of MDA, of een combinatie daarvan.
- In dit jaar was de gemiddelde concentratie MDMA in ecstasypillen 78 mg, ongeveer evenveel als in de voorgaande jaren. Figuur 5.7 laat echter zien dat het aandeel ecstasypillen met een hoge dosering MDMA (meer dan 140 mg) iets groeide van één procent in 1997 en 1998 naar zes procent in 2003. De hoogst gemeten dosering in 2003 was 163 mg.

**TABEL 5.6 AANTAL EN SAMENSTELLING VAN BIJ DIMS AANGELEVERDE (ECSTASY)PILLEN DIE IN HET LABORATORIUM ZIJN GEANALYSEERD, VANAF 1997**

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

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

**FIGUUR 5.7 CONCENTRATIE VAN MDMA IN 'ECSTASY'-PILLEN AANGELEVERD BIJ DIMS**



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

## OVERIGE STOFFEN

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

- De meeste stoffen in tabel 5.7 zijn anno 2003 vrijwel van de markt verdwenen.<sup>b</sup>
- De aanwezigheid van pillen met atropine en DOB leidde in respectievelijk 1997/1998 en 1999 tot waarschuwingcampagnes. In 2000 vond een waarschuwingcampagne plaats vanwege een pil met een schadelijke hoeveelheid strychnine.
- In 2001 volgde een waarschuwingcampagne na het aantreffen van een pil met een gevaarlijke hoeveelheid PMA (meer dan 50 mg).

<sup>b</sup> Eind 2004 zijn cocaïnonsters aangetroffen vermengd met schadelijke doseringen atropine. In Nederland werd een waarschuwingcampagne gestart nadat in verschillende plaatsen - en ook in Italië, België en Frankrijk - mensen in het ziekenhuis waren opgenomen vanwege een cocaïne/atropine intoxicatie.



- Ook het voormalige narcosemiddel GHB wordt nog regelmatig bij DIMS aangeboden. In 2001 ging het om 102 monsters (doorgaans vloeistoffen) en in 2002 en 2003 jaarlijks om 72 monsters. GHB is de afgelopen jaren in bepaalde kringen populair geworden. Er lijkt inmiddels sprake te zijn van een stabilisering van het gebruik en in Amsterdam zijn aanwijzingen dat de interesse in dit middel al weer aan het afnemen is<sup>18;20</sup>

**TABEL 5.7** AANTAL MONSTERS MET OVERIGE PSYCHOACTIEVE STOFFEN

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
2C-B	317	12	25	12	11	2	2
4-MTA	9	16	8	6	1	5	0
Atropine	128	52	0	1	0	0	0
DOB	1	15	26	5	5	0	0
Ketamine	0	16	1	2	1	2	3
MBDB	113	12	0	0	0	0	0
PMA/(PMMA) <sup>1</sup>				1	8	0	0
Strychnine				1	0	0	0

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

### SAMENSTELLING (METH)AMFETAMINEMONSTERS

DIMS ontvangt ook monsters (vooral poeders) die als ‘speed’ zijn verkocht. In 2003 ging het om 393 monsters.

- Het merendeel (85%) bevatte (ook) amfetamine; drie procent bevatte zowel amfetamine als methamfetamine en drie procent bevatte alleen methamfetamine. Methamfetamine is sterker en werkt langer dan amfetamine.
- Het gemiddelde gehalte amfetamine was 33 (gewichts)procent.
- Het aandeel monsters waarin cafeïne werd aangetroffen steeg van 32 procent in 2002 naar 54 procent in 2003.

### 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 cijfers uit de Antenne-monitor en het DIMS project een indicatie van de huidige situatie.

- In 2003 betaalden uitgaande jongeren in Amsterdam bij een thuisdealer gemiddeld iets meer dan drie euro per pil bij aanschaf van meer pillen tegelijk.<sup>18</sup> Per pil

lag de prijs iets hoger: gemiddeld 4,25 euro. Dealers in het uitgaansleven vragen hogere bedragen, gemiddeld 5,52 euro per stuk bij afname van één pil tegelijk.

- 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 druiven. 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 en kanker.

## 6.1 LAATSTE FEITEN EN TRENDS

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

- Volgens verkoopcijfers daalde de consumptie van alcohol per hoofd van de bevolking in 2003 licht. Deze daling kan worden toegeschreven aan de daling in de consumptie van gedistilleerd (§ 6.2).
- Het alcoholgebruik onder scholieren is tussen 1999 en 2003 toegenomen, met name onder jonge meisjes tussen de twaalf en veertien jaar.
- 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, vooral in de horeca en levensmiddelenzaken maar ook in slijterijen (§ 6.3).
- Zware drinkers komen naar verhouding meer voor onder jonge mannen van 18 tot en met 24 jaar. Zij zijn relatief vaak betrokken bij verkeersongevallen, waarbij alcohol een rol speelt (§ 6.4).
- Tien procent van de Nederlandse bevolking van 16 - 69 jaar is een probleemdrinker (§ 6.4).
- Tussen 2001 en 2003 is het aantal aanmeldingen bij de (ambulante) verslavingszorg voor alcoholproblemen gestegen (§ 6.6).
- Het aantal doden en gewonden door alcoholgebruik in het verkeer is de afgelopen jaren verder gedaald (§ 6.6).
- De totale sterfte aan alcoholgerelateerde aandoeningen (primaire en secundaire doodsoorzaken samen) is tussen 2001 en 2003 iets verder toegenomen (§ 6.7).
- Overmatig alcoholgebruik is de belangrijkste determinant voor verlies van kwaliteit van leven (§ 6.7).

## 6.2 GEBRUIK: ALGEMENE BEVOLKING

Alcoholgebruik is wijd verbreid in de Nederlandse samenleving.

- Volgens een peiling van het CBS uit 2003 drinkt 85 procent van de bevolking van zestien jaar en ouder 'wel eens alcohol'. Dat is een stijging ten opzichte van halverwege de jaren negentig, toen nog maar 79 procent alcohol consumeerde. De laatste jaren is dit percentage echter vrij stabiel.<sup>92</sup>
- De NPO-peilingen (zie bijlage B) bevestigen de alomtegenwoordigheid van alcohol in de maatschappij.<sup>10</sup>
  - In 2001 had 92 procent van de Nederlanders van twaalf jaar en ouder ooit gedronken en 75 procent deed dit nog in de laatste maand (actueel). Het aandeel (bijna) dagelijkse consumenten van alcohol onder actuele drinkers bedroeg 20 procent.
  - In 1997 ging het nog om 90 procent ooitdrinkers en 73 procent actuele drinkers. Van deze laatste groep consumeerde 24 procent dagelijks alcohol.
- Uit onderzoek in Den Haag (2001) en Amsterdam (1999/2000)<sup>a</sup> blijkt dat veel minder *Marokkanen en Turken* drinken dan autochtone Nederlanders.<sup>b 93;94</sup>
  - Het percentage drinkers onder Marokkaanse mannen lag tussen de zes en twaalf procent en onder Turkse mannen tussen de 23 en 28 procent. Van de autochtone mannen in beide steden dronk 82 tot 88 procent.
  - Het percentage drinkers onder Marokkaanse en Turkse vrouwen lag respectievelijk tussen de nul en twee procent en twee en elf procent. Onder autochtone vrouwen was dit 70 tot 71 procent.

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.
- In 2003 werd per hoofd van de bevolking 7,9 liter pure alcohol geconsumeerd. Dit was 0,1 liter minder dan 2002.
- Deze daling kan worden toegeschreven aan de daling in de consumptie van gedistilleerd. Deze verminderde in 2003 met bijna tien procent ten opzichte van

---

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

<sup>b</sup> De GG&GD Amsterdam hanteert hier voor etnische achtergrond de definitie van BiZa/VNG: zie bijlage A.

het jaar daarvoor. Mogelijk houdt dit verband met de verhoging van de accijns op gedistilleerd per 1 januari 2003 (zie § 6.8).

- De afzet van premixen verminderde in 2003 met een derde ten opzichte van 2002 tot ruim 200 000 hectoliter.
- Per persoon dronken we in 2003 79 liter bier, twintig liter wijn en vier liter gedistilleerd.

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

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

Bron: Productschap Dranken; Productschap Wijn.<sup>95;96</sup>

## SPECIALE GROEPEN

- Ruim eenderde (35%) van de dak- en thuislozen in twintig Nederlandse gemeenten was in 2002 een risicodrinker (hier gedefinieerd als meer dan 25 glazen per week); 23 procent dronk meer dan 56 glazen per week en dertien procent meer dan 112 glazen per week.<sup>97</sup>
- Van de drinkende werkende beroepsbevolking drinkt ongeveer vier procent wel eens alcohol vlak vóór of tijdens het werk: één procent doet dit minstens één keer per week.<sup>97</sup>
  - Door 38 procent wordt wel eens aansluitend op werktijd alcohol gedronken en twaalf procent doet dit wekelijks. In de horeca wordt het meest aansluitend op werktijd gedronken (31% wekelijks), in de gezondheids- en welzijnszorg en het openbaar bestuur het minst (respectievelijk 5% en 4% wekelijks).<sup>97</sup>

## 6.3 GEBRUIK: JONGEREN

Om het alcoholgebruik onder leerlingen van twaalf jaar en ouder in kaart te brengen zijn cijfers beschikbaar uit het Peilstationsonderzoek (zie bijlage B). Daarnaast zijn in de afgelopen jaren tal van lokale en regionale onderzoeken uitgevoerd in opdracht van gemeenten. In Bijlage F geven wij een overzicht van recente cijfers over het alcoholgebruik onder jongeren in 29 gemeenten of regio's in Nederland op basis van representatieve steekproeven uit de bevolking.

Deze cijfers geven een beeld van de onderzoeken die er verspreid over het land worden uitgevoerd. Methodologische verschillen, met name in leeftijdsgroepen, staan het maken van vergelijkingen in de weg maar de cijfers geven wel een indruk van verschillen in alcoholgebruik tussen gemeenten.

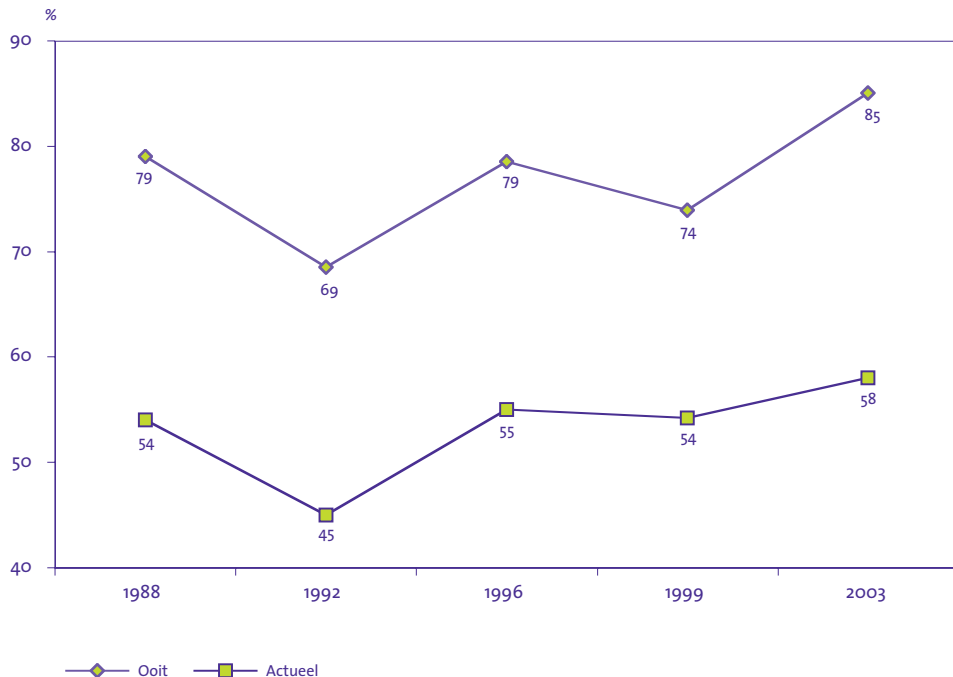
In deze paragraaf presenteren wij verder de gegevens uit (vaak lokale) peilingen onder speciale groepen jongeren.

### SCHOLIEREN

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

- In 2003 had 85 procent van de leerlingen van 'reguliere' middelbare scholen ervaring met alcohol. Dat was meer dan in 1999, toen nog 74 procent ervaring had met alcohol. Dit percentage schommelde echter wel over de afgelopen vijftien jaar (figuur 6.1).<sup>16</sup>
- In 2003 had 58 procent van de ondervraagde leerlingen in de maand voor de peiling nog alcohol gedronken, ongeveer evenveel als in 1999.
- Met name onder jonge meisjes van 12 tot en met 14 jaar is er ten opzichte van 1999 een toename in het ooitgebruik van alcohol en gebruik in de laatste maand.
  - In 1999 had 57 procent van de 12-14 jarige meisjes ooit alcohol gedronken, in 2003 was dit gestegen tot 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.

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: Peilstatisonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.<sup>16</sup>

- 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 leerlingen van Marokkaanse herkomst (12-16 jaar) ligt het actuele alcoholgebruik beduidend lager dan onder autochtone leerlingen (8% tegen 63%).<sup>c</sup> Leerlingen van Turkse en Surinaamse herkomst nemen een tussenpositie in, met respectievelijk 15 en 47 procent.<sup>16</sup> De hoeveelheid die per keer gedronken wordt verschilt echter niet tussen etnische groeperingen.<sup>98</sup>
- 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.<sup>99</sup>

Onder scholieren uit het voortgezet onderwijs worden bier en breezers/premixen het meest gedronken.<sup>16</sup>

- Onder jongens is bier de meest populaire drank: van de jongens die de afgelopen maand alcohol hebben gedronken zegt 42 procent wekelijks bier te drinken.
- Onder meisjes zijn breezers het populairst: van de meisjes die de afgelopen maand alcohol hebben gedronken drinkt dertig procent wekelijks breezers.

### SPECIALE GROEPEN JONGEREN

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen komt alcoholgebruik veel voor.

- Studenten drinken meer alcohol dan andere jongeren. In 1999 dronken studenten gemiddeld zestien glazen per week (mannen twintig en vrouwen acht glazen). Leden van een studentenvereniging dronken gemiddeld 23 glazen per week (mannen 27 en vrouwen twaalf glazen). Jongeren van vergelijkbare leeftijd consumeerden per week gemiddeld tien glazen (mannen dertien en vrouwen zeven glazen).<sup>100</sup>
- 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.<sup>101</sup>
- Jongeren in een spijbelopvangproject in Amsterdam zijn vaker actuele drinkers (ruim 50%) dan hun leeftijdgenoten die niet spijbelen maar naar school gaan (40%).<sup>18</sup>
- Uit een onderzoek in vijf gemeenten in Nederland (Amsterdam, Breda, Hilversum, Tilburg en Zaanstad) blijkt dat één op de tien zwerfjongeren dagelijks alcohol drinkt.<sup>22</sup>
- Jongeren op ZMOK (Zeer Moeilijk Opvoedbare Kinderen) scholen verschillen qua frequentie en intensiteit van alcoholgebruik niet significant van jongeren in het regulier onderwijs. Wanneer alleen de autochtone jongeren worden vergeleken, drinken jongeren op ZMOK scholen echter wel frequenter en meer.<sup>102</sup>

<sup>c</sup> Voor de definitie van etnische achtergrond: zie bijlage A.

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.<sup>103</sup>
- Negen van de tien Haagse uitgaande jongeren (15-35 jaar) heeft de afgelopen maand alcohol gedronken en zes op de tien in de afgelopen week.<sup>21</sup>
- Het alcoholgebruik ligt onder fans van Hiphop/Rap/R&B lager dan onder de fans van Pop/Rock of Dance/House/Techno. Dit hangt mogelijk samen met de voorkeur van Marokkanen voor deze muzieksoort. Alcoholgebruik komt minder vaak voor onder Marokkanen<sup>21</sup>
- In Amsterdam drinkt eenderde van zowel de cafébezoekers, de coffeeshopbezoekers als de bezoekers van trendy clubs dagelijks alcohol of een paar keer per week minstens vier of vijf glazen per keer.<sup>17;18;104</sup>

**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 <sup>I</sup>	2003	afgelopen jaar	13	18
				14-15	64
				16-17	89
		2001	13	39	
			14-15	74	
	16-17	91			
Uitgaande jongeren algemeen	Den Haag <sup>II</sup>	2003	afgelopen maand afgelopen week	15-35	88 60
Hiphop/Rap/R&B	Den Haag <sup>II</sup>	2003	afgelopen maand	15-35	75
Pop/Rock					88
Dance/House/Techno					92
Cafébezoekers	Amsterdam <sup>III</sup>	2000	dagelijks of paar keer per week minstens vier of vijf glazen per keer	gemiddeld 25 jaar	33
Coffeeshopbezoekers	Amsterdam <sup>IV</sup>	2001	dagelijks of paar keer per week minstens vier of vijf glazen per keer	gemiddeld 25 jaar	30
Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam <sup>V</sup>	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. I. Bron: Intraval.<sup>103</sup> II. Bron: Haags Uitgaansonderzoek.<sup>21</sup> III. Bron: Antenne.<sup>104</sup> IV. Bron: Antenne.<sup>17</sup> V. Bron: Antenne.<sup>18</sup>*

## 6.4 PROBLEEMGEBRUIKERS

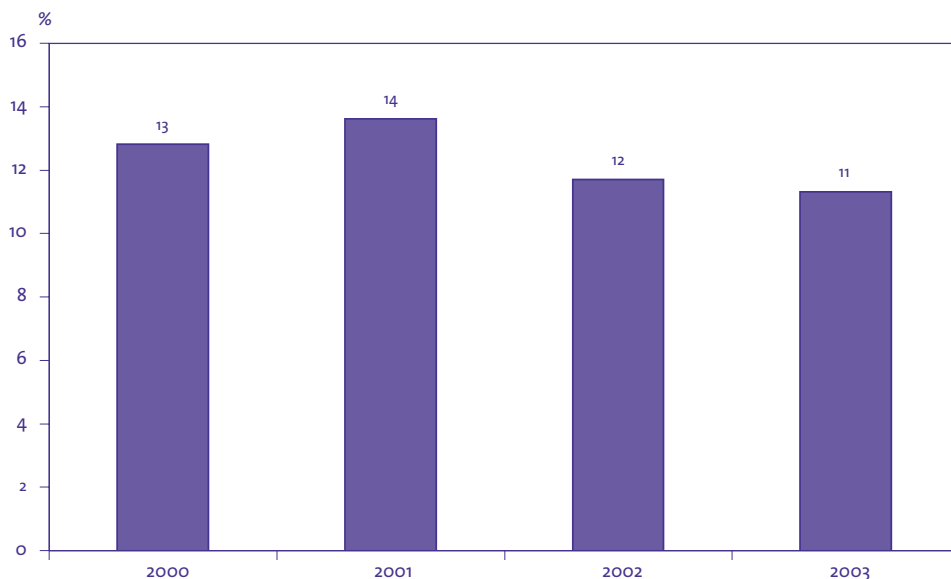
De omvang van de alcoholproblematiek hangt af van de gehanteerde definitie. In onderzoek wordt wel onderscheid gemaakt tussen zwaar drinken, probleemdrinken, onverantwoord drinken en afhankelijkheid of misbruik van alcohol.

### ZWAAR DRINKEN

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

- Volgens deze definitie was in 2003 elf procent van de bevolking van twaalf jaar en ouder een zware drinker. Dat is evenveel als tien jaar geleden. Sinds 2001 is het percentage zware drinkers echter licht afgenomen (figuur 6.2).
- Het betrof in 2003 vier keer zoveel mannen als vrouwen.
- Jongeren tussen de 18 en 24 jaar scoren het hoogst op deze maat. In 2003 was het percentage zware drinkers onder jonge mannen 39 procent en onder jonge vrouwen twaalf procent (tabel 6.3).
- Dit is iets lager dan in 2002. Toen kwam zwaar drinken voor bij 42 procent van de jonge mannen en 18 procent van de jonge vrouwen.

**FIGUUR 6.2 PERCENTAGE ZWARE DRINKERS VAN ALCOHOL ONDER MENSEN VAN 12 JAAR EN OUDER, VANAF 2000**



Bron: POLS, CBS.

**TABEL 6.3 ZWARE DRINKERS VAN ALCOHOL NAAR GESLACHT EN LEEFTIJD ONDER MENSEN VAN 12 JAAR EN OUDER. PEILJAAR 2003**

	<i>Man</i>	<i>Vrouw</i>	<i>Totaal</i>
12-17 jaar	6%	6%	6%
18-24 jaar	39%	12%	25%
25-34 jaar	25%	4%	14%
35-44 jaar	16%	4%	10%
45-54 jaar	24%	3%	14%
55-64 jaar	14%	4%	9%
65-74 jaar	7%	1%	4%
75 jaar en ouder	4%	0%	2%
Totaal: 12 jaar en ouder	19%	4%	11%

*Percentage mensen dat op één of meer dagen per week zes of meer glazen alcohol drinkt.*

*Bron: POLS, CBS.*

## PROBLEEMDRINKEN

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

- Tien procent van de Nederlandse bevolking van 16 -69 jaar is een probleemdrinker, meer mannen (17%) dan vrouwen (4%).<sup>18,9</sup>

## ALCOHOLMISBRUIK EN ALCOHOLAFHANKELIJKHEID

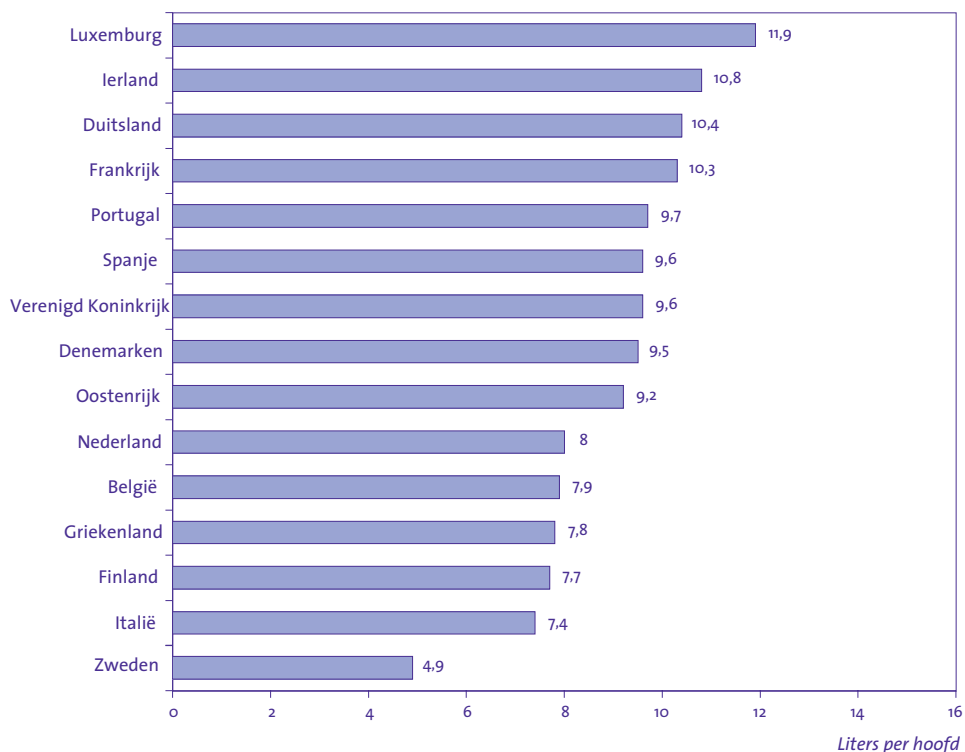
- Volgens gedateerde gegevens van het Nemesis-onderzoek uit 1996 voldeed acht procent van de Nederlandse bevolking van 18-64 jaar aan de diagnostische criteria voor alcoholafhankelijkheid of alcoholmisbruik (alcoholmisbruik 4,6% en alcoholafhankelijkheid 3,7%). Omgerekend naar absolute getallen gaat het op jaarbasis om 820 duizend personen, ongeveer 4,5 keer meer mannen dan vrouwen.<sup>28</sup>
- Alcoholmisbruik en -afhankelijkheid komen het meest voor bij jonge mannen tussen de 18 en 25 jaar; achttien procent voldeed in 1996 aan de criteria voor alcoholmisbruik en dertien procent aan de criteria voor alcoholafhankelijkheid.<sup>8</sup>

## 6.5 GEBRUIK: INTERNATIONALE VERGELIJKING

### ALGEMENE BEVOLKING

- In 2002 varieerde de alcoholconsumptie in West-Europa van 4,9 tot 11,9 liter per hoofd van de bevolking (figuur 6.3). In vergelijking met de andere West-Europese landen lijkt Nederland een lage middenpositie in te nemen.
- De alcoholconsumptie per hoofd van de bevolking is hier bepaald op basis van verkoopcijfers. Tussen landen bestaan echter aanzienlijke verschillen in de zogenoemde 'ongeregistreerde' consumptie, zoals privé-import, 'duty-free' en thuis gebrouwd. Daarom zijn de cijfers niet helemaal vergelijkbaar.<sup>105</sup>

**FIGUUR 6.3 MATE VAN DRINKEN IN EEN AANTAL LIDSTATEN VAN DE EUROPESE UNIE, GEMETEN IN LITERS PURE ALCOHOL PER HOOFD VAN DE HELE BEVOLKING. PEILJAAR 2002**



Bron: Productschap Dranken, Commissie Gedistilleerd.

## JONGEREN

In het ESPAD-onderzoek onder scholieren van vijftien en zestien jaar is gevraagd naar het gebruik van alcohol en de frequentie van dronkenschap.<sup>43</sup>

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

**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.

## 6.6 HULPVRAAG

### AMBULANTE VERSLAVINGSZORG

Het LADIS registreert hoe vaak mensen hulp vragen bij de (ambulante) verslavingszorg. (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS.) In 2003 stonden er 26 874 personen geregistreerd bij de (ambulante) verslavingszorg met als primaire problematiek alcoholgebruik.<sup>106</sup> Dit is naar schatting drie procent van het aantal mensen met alcoholmisbruik of -afhankelijkheid.

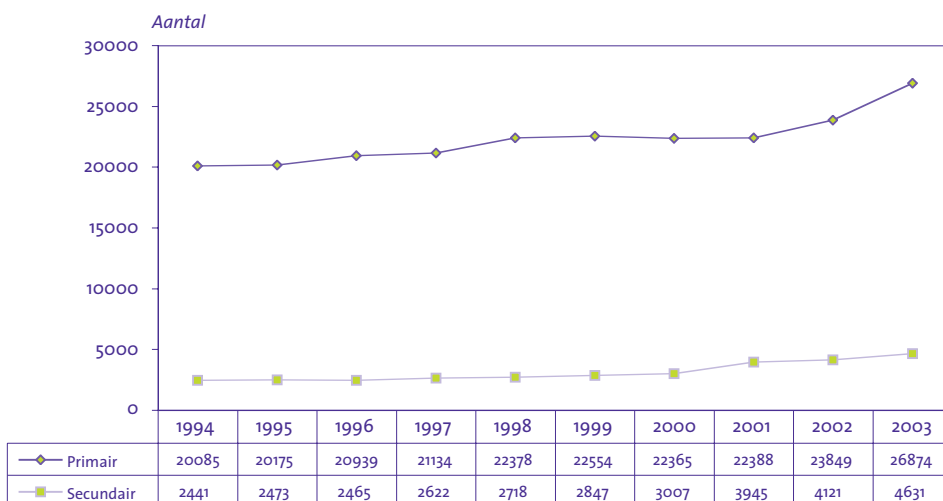
- Het absolute aantal cliënten met een primair alcoholprobleem in de (ambulante) verslavingszorg is tussen 1994 en 1999 met twaalf procent gegroeid en stabiliseerde in 2000 en 2001. Na 2001 is echter sprake van een toename (figuur 6.4). In 2002 is het aantal toegenomen met zeven procent en in 2003 met dertien procent vergeleken met respectievelijk 2001 en 2002. Mogelijk is deze toename



het effect van het Actieplan Alcohol van de instellingen voor verslavingszorg van GGZ Nederland.<sup>107</sup>

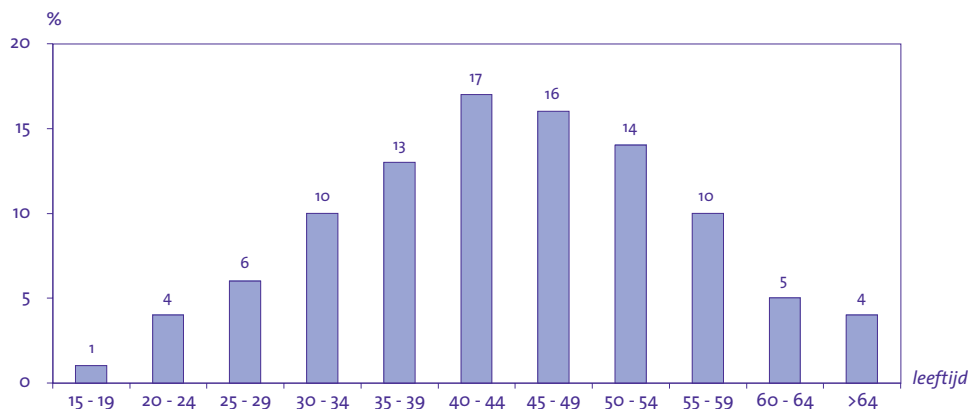
- Kenmerken van deze cliënten in 2003:
  - Het merendeel is man (75%). Het percentage vrouwen nam in de afgelopen jaren licht toe.
  - De gemiddelde leeftijd is 44 jaar. Tweederde van de alcoholcliënten is veertig jaar of ouder. Daarmee zijn de alcoholcliënten ouder dan de drugscliënten (figuur 6.5).
  - Een kwart van de in 2003 geregistreerde cliënten was nieuwkomer, dat wil zeggen dat ze niet eerder ingeschreven stonden bij de (ambulante) verslavingszorg voor een alcoholprobleem.
  - Slechts tien procent was allochtoon (voor de definitie zie bijlage A).
- Alcohol wordt minder vaak als secundair probleem genoemd.
  - Voor deze groep is het primaire probleem cocaïne (43%), heroïne (23%), of cannabis (17%).
  - Het aantal secundaire alcoholcliënten stijgt sinds 1997. In 2003 is het aantal secundaire alcoholcliënten met twaalf procent toegenomen vergeleken met het jaar 2002.
- Bij vergelijking van de periode 2000-2003 met de periode 1996-1999, is er een toename van het aantal alcoholcliënten in Brabant, Limburg en de noordelijke helft van Nederland. In de overige gebieden is er een afname.

**FIGUUR 6.4 AANTAL CLIËNTEN BIJ DE (AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG MET PRIMAIRE OF SECUNDAIRE ALCOHOLPROBLEMATIEK, VANAF 1994**



Bron: LADIS, IVZ.

**FIGUUR 6.5 LEEFTIJDVERDELING VAN PRIMAIRE ALCOHOLCLIËNTEN BIJ DE (AMBULANTE) VERSLAVINGSZORG. PEILJAAR 2003**



Bron: LADIS, IVZ.

### ZELFHULP VIA INTERNET

Op 23 november 2004 startte op [www.MinderDrinken.nl](http://www.MinderDrinken.nl) een zelfhulpsite voor volwassen probleemdrinkers (18+) die zelfstandig hun alcoholconsumptie willen minderen. In twee weken tijd bezochten elfduizend unieke bezoekers de site. Daarvan hebben zich 2 150 mensen aangemeld voor het zelfhulpprogramma en zijn 1 230 mensen daadwerkelijk met de interactieve zelfhulpmodule aan de slag gegaan.<sup>108</sup>

### INTRAMURALE VERSLAVINGSZORG

Er zijn geen recente landelijke gegevens over de hulpvraag bij de intramurale verslavingszorg. In de komende tijd zullen deze gegevens beschikbaar komen uit Zorgis, het nieuwe informatiesysteem voor de GGZ. Het oude registratiesysteem PiGGz biedt tot 1997 landelijke cijfers over het aantal opnames in verband met drugsproblemen in verslavingsklinieken en op de verslavingsafdelingen van algemene psychiatrische ziekenhuizen.

- In 1996 registreerde het PiGGz bijna 6 200 opnames wegens problematisch alcoholgebruik, ongeveer in dezelfde orde van grootte als in de vier jaren daarvoor.

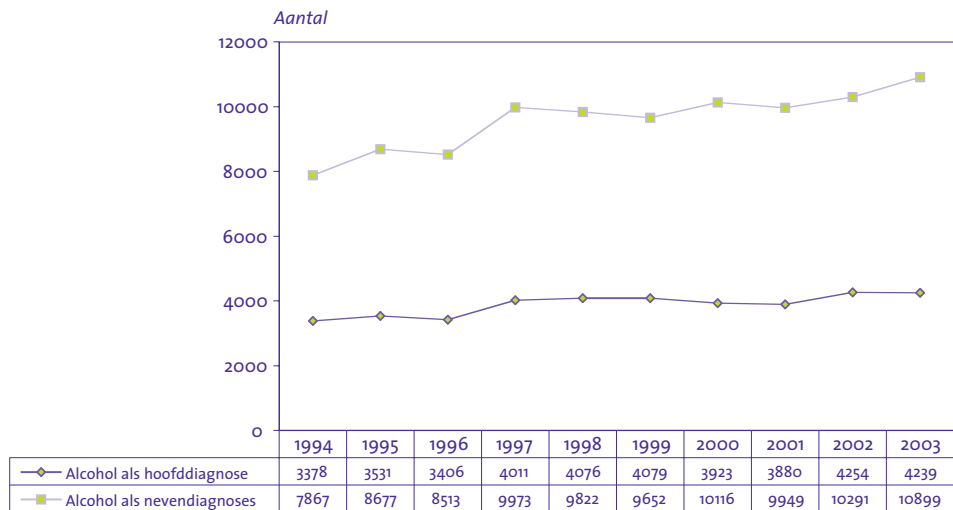
- Alcoholafhankelijkheid was de hoofddiagnose voor ruim acht van de tien opnames. Tien procent van de opnames vond plaats vanwege alcoholmisbruik en zes procent vanwege alcoholpsychose, waaronder het syndroom van Korsakov.
- Het aantal deeltijdbehandelingen was beperkt, maar dit aantal steeg tot 1996.

## ALGEMENE ZIEKENHUIZEN EN INCIDENTEN

- Het aantal klinische opnames in algemene ziekenhuizen met als hoofddiagnose een aan alcohol gerelateerde aandoening, is van 1994 tot 2003 licht gestegen (figuur 6.6).
- In 2003 vonden er 4 239 opnames plaats met een alcoholaandoening als hoofddiagnose.<sup>d</sup> De meest voorkomende diagnoses betroffen:
  - alcoholische leverziekte (29%, 1 245 opnames)
  - alcoholmisbruik (27%, 1 151 opnames)
  - alcoholafhankelijkheid (17%, 719 opnames)
  - intoxicatie en toxische gevolgen van alcohol (14%, 610 opnames)
  - alcoholpsychosen (10%, 412 opnames).
- Alcoholproblematiek wordt veel vaker als nevendiagnose gesteld. Tussen 1994 en 2003 steeg het aantal nevendiaognoses (figuur 6.6).
- In 2003 ging het om 10 899 alcohol gerelateerde nevendiaognoses. In volgorde van voorkomen betrof het alcoholmisbruik (44%), alcoholafhankelijkheid (23%), alcoholische leverziekte (14%), intoxicatie en toxisch gevolg van alcohol (9%) en alcoholpsychosen (7%).
- Hoofddiaognoses bij deze nevendiaognoses waren:
  - ongevallen (anders dan vergiftigingen, 26%)
  - spijsverteringsstoornissen (17%)
  - vergiftiging (15%)
  - ziekten van hart- en vaatstelsel (7%)
  - ziekten en symptomen van de ademhalingswegen (5%)
  - psychosen (4%).
- 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 2003 om 11 255 personen. Zij werden dat jaar minstens één keer opgenomen met één (of meer) aan alcohol gerelateerde aandoening(en) als hoofd- of nevendiagnose. Zij waren gemiddeld 47 jaar en 70 procent was man.
- Er is hier waarschijnlijk sprake van een onderschatting, omdat men in ziekenhuizen lang niet altijd de rol van alcohol als oorzaak van ziekte herkent en registreert.

<sup>d</sup> In 2003 werden ook 415 dagopnames voor een alcoholhoofddiagnose geregistreerd.

**FIGUUR 6.6 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 allen aan alcohol gerelateerde nevensdiagnoses. Per opname is meer dan één nevensdiagnose mogelijk.

Bron: LMR, Prismant.

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

- In 2003 registreerden de ambulancediensten in Amsterdam 1 733 alcohol-gerelateerde ritten, een daling van negen procent ten opzichte van 2002.<sup>109</sup>
  - Dit is zeven procent van alle spoedeisende aanvragen in Amsterdam.
  - De meeste personen waren man (71%).
  - Meer dan de helft van de ritten (54%) is voor personen tussen de 15 en 44 jaar.
  - Ongeveer de helft van de patiënten (49%) werd naar de Eerste Hulp post van een ziekenhuis vervoerd. Bij de overige 51 procent van de gevallen verleende het ambulancepersoneel ter plaatse eerste hulp.

Volgens het Letsel Informatie Systeem (LIS) van Consument en Veiligheid<sup>e</sup> ontvangen jaarlijks ongeveer 13 000 personen spoedeisende hulp in een ziekenhuis voor letsel

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

vanwege een ongeval, geweld of zelfmutilatie waarbij alcohol betrokken was (tabel 6.5).<sup>110</sup>

- Van de geregistreerde slachtoffers is 74 procent man.
- Tien procent is tussen 15 en 19 jaar (dat betekent jaarlijks 1 300 kinderen), 27 procent valt in de leeftijdsgroep 20-29 jaar en 41 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, zoals een val onder invloed van alcohol of vergiftiging door alcohol. Op de tweede plaats staan verkeersongevallen (vooral valpartijen van de fiets). Daarna volgt zelfmutilatie waarbij het vaak gaat om een combinatie van alcohol met drugs en/of medicijnen (tabel 6.5).
- Veel slachtoffers lopen hoofdletsel op (40%). Andere redenen voor behandeling zijn vergiftiging (26%) en letsel aan schouder, arm of hand (17%).
- Bijna één op de drie slachtoffers werd in het ziekenhuis opgenomen (32%). Dit is meer dan voor alle typen ongevallen samen (8%).
- Jaarlijks overlijden ongeveer veertig slachtoffers die spoedeisende hulp hebben ontvangen voor een aan alcohol gerelateerd ongeval.
- De directe kosten van ongevallen met alcohol bedragen gemiddeld 22 miljoen euro per jaar.
- 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 1999-2003)**

Type ongeval	Aantal	Percentage
Privé-ongeval	6 400	51
Verkeersongeval	3 100	24
Zelfmutilatie <sup>1</sup>	2 200	18
Geweldspleging	800	6
Totaal	±13 000	100

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

Uit de LIS-gegevens blijken jaarlijks zo'n 1 300 kinderen spoedeisende hulp te ontvangen wegens een ongeval waarbij alcohol was betrokken. In het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) en drie ziekenhuizen in Den Haag werden alle

patiënten geselecteerd die in de periode 1999-2001 jonger waren dan zeventien jaar en onderzocht waren in verband met een bloedalcoholconcentratie van tenminste 1,00 promille.<sup>m</sup>

- In totaal ging het om 88 kinderen, 58 jongens en 30 meisjes, met een gemiddelde leeftijd van 15,4 jaar.
- In 2001 betrof het 51 kinderen. Dit aantal was hoger dan in voorgaande jaren (19 en 18 in respectievelijk 1999 en 2000).

In 2003 telde de SWOV bijna 2 700 *geregistreeerde* doden en gewonden in het verkeer door alcoholgebruik, al dan niet in het ziekenhuis opgenomen (tabel 6.6).<sup>f</sup>

- Het totale aantal alcoholgewonden en doden in het verkeer is sinds 1997 licht gedaald (tabel 6.6).
- In 2002 was ruim acht van de tien ernstig gewonde (in het ziekenhuis opgenomen) of overleden slachtoffers man. Bijna een kwart (23%) van deze slachtoffers betrof mannen van 18 tot en met 24 jaar.

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

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<b>Ernst letsel</b>								
Dood	97	103	83	92	87	72	97	71
Ziekenhuis <sup>I</sup>	1 204	1 188	1 154	1 166	1 129	1 036	1 096	1 028
Spoedeisende eerste hulp <sup>II</sup>	1 048	1 012	962	939	911	876	702	596
Licht gewond <sup>III</sup>	1 064	1 106	1 127	1 152	1 113	1 000	945	992
Totaal	3 413	3 409	3 326	3 349	3 240	2 984	2 840	2 687

*I. Opgenomen in ziekenhuis. II. Vervoerd naar ziekenhuis, maar alleen spoedeisende hulp. III. Niet vervoerd naar ziekenhuis. Bron: SWOV/AVV.*

- De cijfers in tabel 6.6 zijn een onderschatting van de werkelijkheid, omdat lang niet alle verkeersongevallen worden geregistreerd. Daar komt bij dat de politie bij ongevallen lang niet altijd op alcoholgebruik test. De SWOV schat het werkelijke aantal bijna drie keer hoger in, namelijk op 3 500 *ernstig* gewonden (ziekenhuisopnames) en 250 overledenen door alcohol in het verkeer.
- Uit voorlopige cijfers van de SWOV blijkt dat van alle gewonde bestuurders die in het ziekenhuis belanden 35 procent onder invloed is: 13 procent heeft gedronken,

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

11 procent heeft meerdere drugs gebruikt en bij 11 procent van de automobilisten werd een mix van alcohol en drugs gevonden.<sup>112</sup>

- Het percentage automobilisten dat onder invloed van alcohol rijdt is in 2003 afgenomen. Bij alcoholcontroles bleek 3,9 procent van de gecontroleerde automobilisten meer dan 0,5 promille alcohol in het bloed te hebben. In 2002 lag het percentage nog op 4,3. Het grootste aandeel overtreders wordt aangetroffen vanaf 25 jaar. Opvallend is de daling bij mannen in de leeftijd 18-24 jaar: van 4,1 procent in 2002 naar 3,5 procent in 2003. Bij vrouwen is er in de leeftijd 18-24 jaar echter een geringe stijging ten opzichte van 2002 (van 0,5% naar 0,8%).<sup>113</sup>

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) van het RIVM verstrekt informatie aan medici en hulpverleners over vergiftigingen.<sup>114</sup>

- In 2003 vonden ongeveer 1 700 informatieverzoeken plaats voor vergiftigingen met alcohol, veelal door alcoholische dranken.
- Voor het merendeel betrof het volwassenen van 18 tot en met 65 jaar.
- In 76% van de gevallen ging het om een combinatie van alcohol met geneesmiddelen, waarvan vaak een opzettelijke zelfvergiftiging.
- Het aantal informatieverzoeken over alcoholvergiftigingen bij jongeren van 13 tot en met 17 jaar steeg met 63% van 57 verzoeken in 2002 naar 93 in 2003. Alcohol-intoxicaties bij jongeren zijn meestal het gevolg van het drinken van sterke drank met vrienden.<sup>111</sup>

## 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.<sup>115-118</sup>

- 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 bloedcirculatie 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.<sup>119</sup>

De schadelijke gevolgen van *overmatig* alcoholgebruik zijn echter talrijk.<sup>115;116;120</sup>

- Leefstijlfactoren kunnen leiden tot een behoorlijk aantal jaren doorgebracht in ongezondheid en daarmee tot verlies van kwaliteit van leven. Overmatig alcoholgebruik is de belangrijkste determinant voor verlies aan kwaliteit van leven.<sup>121</sup>
- Bijna 12,5 procent van de ziektelast bij mannen en 2,3 procent van de ziektelast bij vrouwen kan worden toegeschreven aan overmatig alcoholgebruik.

Overmatig alcoholgebruik verhoogt het risico op verschillende vormen van kanker.<sup>120</sup>

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

Overmatig alcoholgebruik verhoogt eveneens het risico op hart- en vaatziekten en beschadiging van hersenen en zenuwen.<sup>115;116</sup>

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

## STERFTE

De afgelopen jaren steeg het aantal alcoholdoden licht.

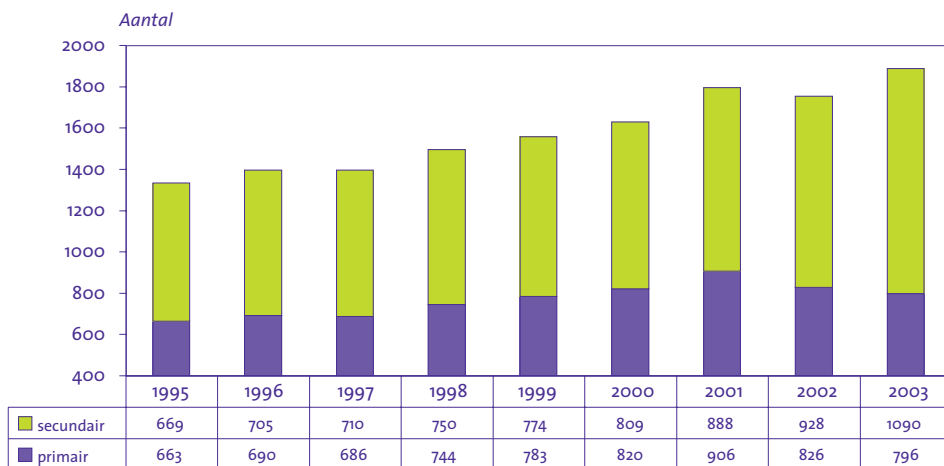
- Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS stierven in 2003 bijna negentienhonderd mensen aan oorzaken waarbij alcohol expliciet werd genoemd, ruim veertig procent meer dan in 1995 (figuur 6.7).
- Tussen 2001 en 2003 nam het aantal sterfgevallen waarbij alcohol als primaire doodsoorzaak stond genoemd iets af en het aantal gevallen waarbij alcohol als



secundaire doodsoorzaak stond genoemd nam licht toe. In totaal steeg het aantal gevallen in deze periode met vijf procent.

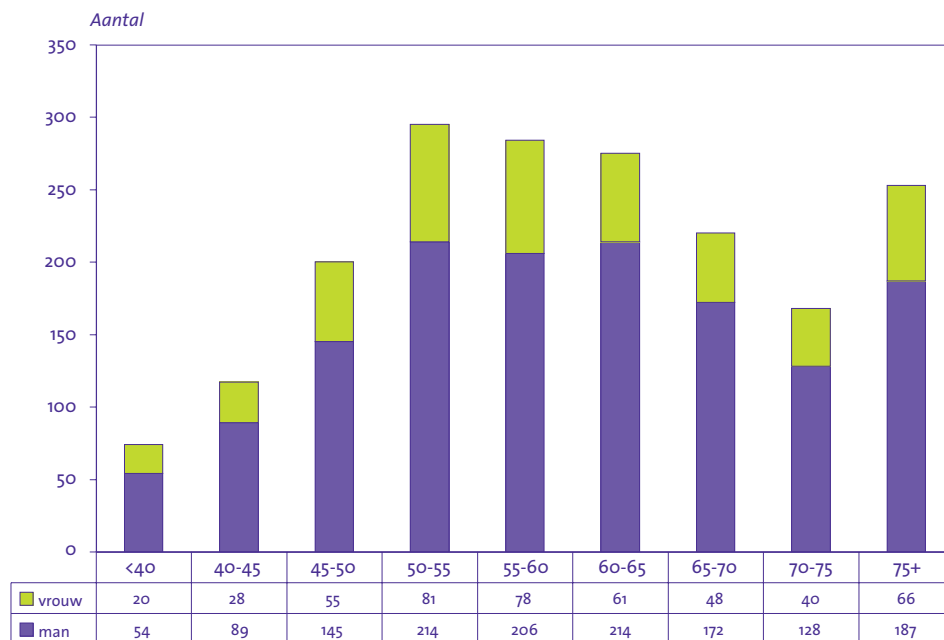
- Afhankelijkheid en andere psychische stoornissen door gebruik van alcohol vormden de belangrijkste doodsoorzaak: 61 procent, gevolgd door alcoholische leverziekten, 33 procent.
- Alcoholsterfte kwam het meest voor in de leeftijdsgroep vijftig tot 65 jaar (figuur 6.8). De meeste overledenen waren man (gemiddeld 75%).
- 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 geregistreeerde gevallen.<sup>122;123</sup>
- In 2003 werden 71 verkeersdoden geregistreerd bij wie alcoholgebruik in het spel was (tabel 6.6). Het werkelijke aantal alcoholdoden in het verkeer wordt echter geschat op 250.
- Alcohol staat van alle 'leefstijlfactoren' als doodsoorzaak op de vierde plaats, na roken, lichamelijke inactiviteit en slechte voeding.<sup>124</sup>

**FIGUUR 6.7 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 1996-2003: 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.*

**FIGUUR 6.8 STERFTE DOOR ALCOHOL ONDER MANNEN EN VROUWEN PER LEEFTIJDGROEP.**  
PEILJAAR 2003



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

## 6.8 AANBOD EN MARKT

Alcohol is wijd verkrijgbaar in levensmiddelenzaken, slijterijen en de horeca. Volgens de Drank- en Horecawet mag 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 2003 gaat het kopen van alcohol scholieren ondanks deze wettelijke bepalingen makkelijk af.<sup>103</sup>

- Achttien procent van de veertien- en vijftienjarigen kocht de afgelopen maand zwak alcoholhoudende dranken in een horecagelegenheid en twaalf procent bij een levensmiddelenzaak (tabel 6.7).
- Sterk alcoholhoudende dranken worden minder vaak gekocht. Van de zestien- en zeventienjarigen kocht acht procent de afgelopen maand sterk alcoholhoudende drank in een horecagelegenheid en eveneens acht procent bij een slijterij.

- De kans dat een jongere onder de zestien jaar er in slaagt om alcoholhoudende drank te kopen, blijkt in zowel de horeca, de slijterij als de levensmiddelenzaken op negentig procent of hoger te liggen. Desondanks zegt ongeveer negentig procent van de ondernemingen zich altijd aan de leeftijdsgrenzen te houden.

**TABEL 6.7 PERCENTAGE JONGEREN ONDER DE TOEGESTANE LEEFTIJDSGRENS DAT DE AFGELOPEN MAAND ZWAK EN STERK ALCOHOLHOUDENDE DRANK VERKREEG BIJ VERSCHILLENDE VERKOOPPUNTEN.**

		13 jaar	14 en 15 jaar	16 en 17 jaar
Zwak alcoholhoudende drank	horeca	1,8	18,4	-
	slijterij	0,6	2,6	-
	levensmiddelenzaak	4,1	12,2	-
Sterk alcoholhoudende drank	horeca	0,4	1,3	7,9
	slijterij	0,1	1,5	8,1

Bron: *Intraval*.<sup>103</sup>

- Bij tien procent van de werkende beroepsbevolking is alcohol ook te koop op de werkplek, in de kantine of het bedrijfsrestaurant. 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.<sup>97</sup>

## 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.<sup>125</sup>
- Met ingang van 1 januari 2003 is de accijns op gedistilleerd eveneens verhoogd met achttien procent.<sup>126</sup>
- De accijns bedraagt voor een liter gedistilleerd (35 procent alcohol) 6,2 euro, voor een liter wijn 59 eurocent en voor een liter bier 25 eurocent (tabel 6.8).<sup>95;96</sup>
- 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 22 eurocent.
- Lidstaten van de EU voeren een verschillend accijnsbeleid. De tarieven lopen sterk uiteen. Zo bedraagt voor een liter gedistilleerd met 35 volumeprocent alcohol de accijns in Italië drie euro tegen negentien euro in Zweden (tabel 6.8).
- Zeven wijnproducerende landen heffen in het geheel geen accijns op wijn.
- Tabel 6.8 laat zien dat de Nederlandse accijnstarieven tot de middenmoot behoren.

**TABEL 6.8 ACCIJNSTARIEVEN OP ALCOHOLHOUDENDE DRANKEN IN EEN AANTAL LIDSTATEN VAN DE EUROPESE UNIE. PEILDATUM DECEMBER 2003-VOORJAAR 2004.**

<i>Lidstaat</i>	<i>Bier<sup>I</sup></i>	<i>Wijn<sup>II</sup></i>	<i>Gedistilleerd<sup>III</sup></i>
Zweden	81	242	1 932
Ierland	99	273	1 374
Finland	143	235	989
Verenigd Koninkrijk	97	253	972
Denemarken	47	95	707
Nederland	25	59	621
België	21	47	581
Frankrijk	13	3	508
Duitsland	9	0	456
Luxemburg	10	0	364
Oostenrijk	25	0	350
Griekenland	14	0	331
Portugal	15	0	314
Spanje	10	0	259
Italië	17	0	256

*Bedragen in euro per hectoliter consumptie. I. 5 volumepercent alcohol Peildatum december 2003. II. 11 volumepercent alcohol; peildatum december 2003. III. 35 volumepercent alcohol; peildatum voorjaar 2004. Bronnen: Productschap Dranken, Productschap Wijn, Centraal Brouwerij Kantoor, Europese Commissie.*



# 7 TABAK

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

Consumenten ervaren tabak als stimulerend (verbetering concentratievermogen) en rustgevend. Nicotine, het belangrijkste psychoactieve bestanddeel, 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 2001 en 2003 bleef het percentage rokers stabiel (§ 7.2).
- Het percentage zware rokers is tussen 2000 en 2003 afgenomen (§ 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).
- De sterfte aan longkanker daalt nog steeds onder mannen en blijft stijgen onder vrouwen (§ 7.6).

## 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 daling van het aantal rokers vanaf 2000 (tabel 7.1), maar dat is door een wijziging in de manier van onderzoek niet zeker.<sup>127</sup>
- De TNS NIPO-cijfers wijzen op een daling in het rookgedrag van 30 procent in 2003 naar 28 procent in 2004.<sup>128</sup> Cijfers van het Nationaal Prevalentie Onderzoek laten ook een dalende trend zien. In 1997 had 33 procent van de Nederlanders van twaalf jaar en ouder in de maand voor de peiling gerookt. In 2001 was dit gedaald naar 30 procent.<sup>10</sup>
- In 2003 was volgens het TNS NIPO 30 procent van de Nederlanders van vijftien jaar en ouder een roker. In dat jaar was 29 procent een ex-roker en 41 procent had nooit gerookt.<sup>127</sup>

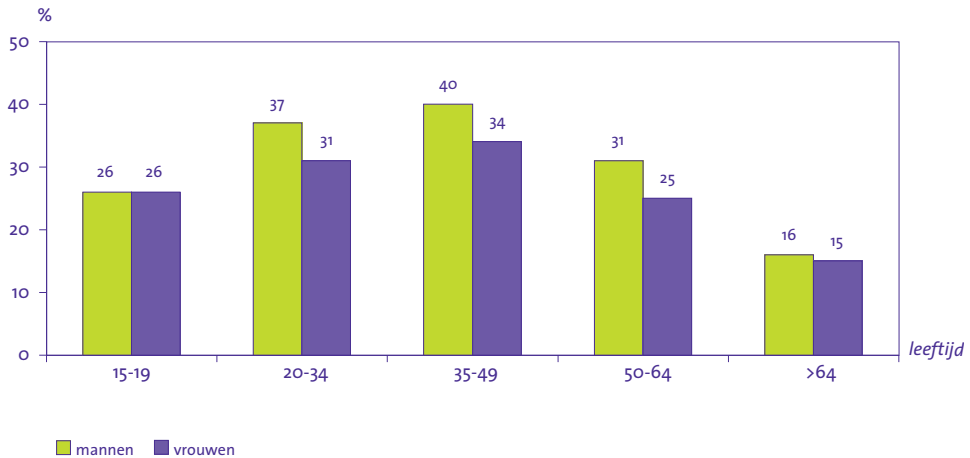
- Omgerekend naar de bevolking zijn er bijna vier miljoen mensen die roken.
  - De kloof tussen mannen en vrouwen is kleiner geworden (tabel 7.1). Toch verschillen mannen en vrouwen nog steeds in rookgedrag. Vrouwen roken per dag minder dan mannen. Hun voorkeur gaat minder uit naar shag en meer naar lichte filtersigaretten.
  - In de leeftijdsgroep van 35 tot en met 49 jaar is het percentage rokers het hoogst (figuur 7.1).
- Jaarlijks stopt ongeveer 1,6 procent van de bevolking met roken. Evenveel mensen beginnen met roken. Onder deze nieuwe rokers bevinden zich relatief veel jongeren onder de 19 jaar, mensen met een lage opleiding en vrouwen tussen 30 en 34 jaar. De laatste groep bestaat deels uit vrouwen die tijdens de zwangerschap zijn gestopt met roken en daarna weer beginnen.<sup>129</sup>

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

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

*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.*

**FIGUUR 7.1 PERCENTAGE ROKERS IN NEDERLAND NAAR LEEFTIJDGROEP EN GESLACHT.  
PEILJAAR 2003**



Bron: STIVORO, TNS NIPO.

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

- In 2003 rookte acht procent van de bevolking van twaalf jaar en ouder gemiddeld minstens twintig sigaretten per dag (9,6% van de mannen en 6,9% van de vrouwen). In 2000 was dat nog tien procent (10,4% van de mannen en 8,7% van de vrouwen).<sup>92</sup>
- In Noord-Brabant en de vier grote steden wonen relatief veel zware rokers, met uitschieters in en rond de regio's Den Haag, Nieuwe Waterweg Noord en Eindhoven.<sup>130</sup>

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 2003 gingen in Nederland 30 miljard sigaretten en shagjes in rook op (tabel 7.2).
- Shag heeft vergeleken met sigaretten sinds 1990 aan populariteit ingeboet.<sup>127</sup>



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

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

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

### 7.3 GEBRUIK: JONGEREN

Het percentage jongeren dat rookt is de afgelopen jaren gedaald.

- Volgens het Peilstationsonderzoek daalde tussen 1999 en 2003 het percentage scholieren dat ooit had gerookt en het percentage dat in de laatste maand had gerookt (figuur 7.2).
- Volgens cijfers van de TNS NIPO-enquête bleef het percentage actuele rokers onder jongeren van 10-19 jaar stabiel van 1992 tot en met 2002 (tussen 27% en 31%). In 2003 daalde het percentage actuele rokers in deze jongerengroep naar 24%.<sup>127</sup>

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



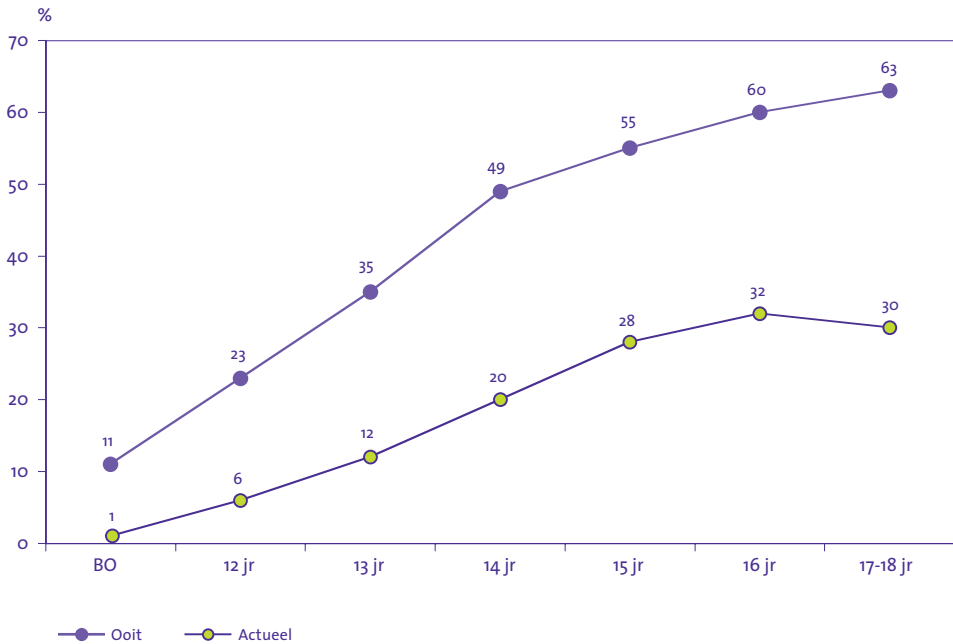
Percentage rokers ooit in het leven en in de laatste maand voor de peiling (actueel).

Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.

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).<sup>16</sup>

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.

## REGIONALE SPREIDING

In de afgelopen jaren zijn tal van lokale en regionale onderzoeken uitgevoerd in opdracht van gemeenten. In Bijlage F geven wij een overzicht van recente cijfers over het tabaksgebruik onder jongeren in 28 gemeenten of regio's in Nederland op basis van representatieve steekproeven uit de bevolking.

Deze cijfers geven een beeld van de onderzoeken die er verspreid over het land worden uitgevoerd. Methodologische verschillen, met name in leeftijdsgroepen, staan het maken van vergelijkingen in de weg, maar de cijfers geven wel een indruk van verschillen in roken tussen gemeenten. In de leeftijdsgroep van 18 tot en met 23 jaar bijvoorbeeld, rookt in Leiden 17 procent dagelijks tegenover 35 procent in Almelo.

## VERKRIJGBAARHEID VAN TABAK

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.<sup>131</sup>
- 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.<sup>131</sup> In een ander onderzoek werd gevonden dat, na 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.<sup>132</sup>

## SPECIALE GROEPEN

Roken komt aanzienlijk meer voor onder uitgaande jongeren en jonge volwassenen dan onder scholieren.<sup>17;18;104</sup>

- Van de bezoekers van Amsterdamse cafés (2000), trendy clubs (2003) en coffeeshops (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 het afgelopen jaar had gerookt daalde van 77% in 1998 naar 68% in 2003. Het percentage dat de afgelopen maand had gerookt daalde in deze periode van 67% naar 55%.

## 7.4 PROBLEMATISCH GEBRUIK

- Een duidelijke aanwijzing voor de mate waarin rokers zelf hun gebruik problematisch vinden is het willen stoppen met roken. In 2003 zei 8% van de rokers in Nederland binnen een maand te willen stoppen met roken, 9% binnen een half jaar, 8% binnen een jaar en 14% zei ooit te willen stoppen met roken.<sup>133</sup>
- 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.<sup>134</sup>
  - Mannen scoren gemiddeld hoger dan vrouwen.
  - Rokers die hulp zoeken om van de gewoonte af te komen, scoren gemiddeld hoger dan andere rokers.

## 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'.

- Volgens de meest recente cijfers staat van de vergeleken landen Portugal onderaan en Griekenland samen met Duitsland bovenaan.
- Met uitzondering van Zweden en Noorwegen zijn er meer mannen die roken dan vrouwen. In Portugal is dit verschil het grootst.

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

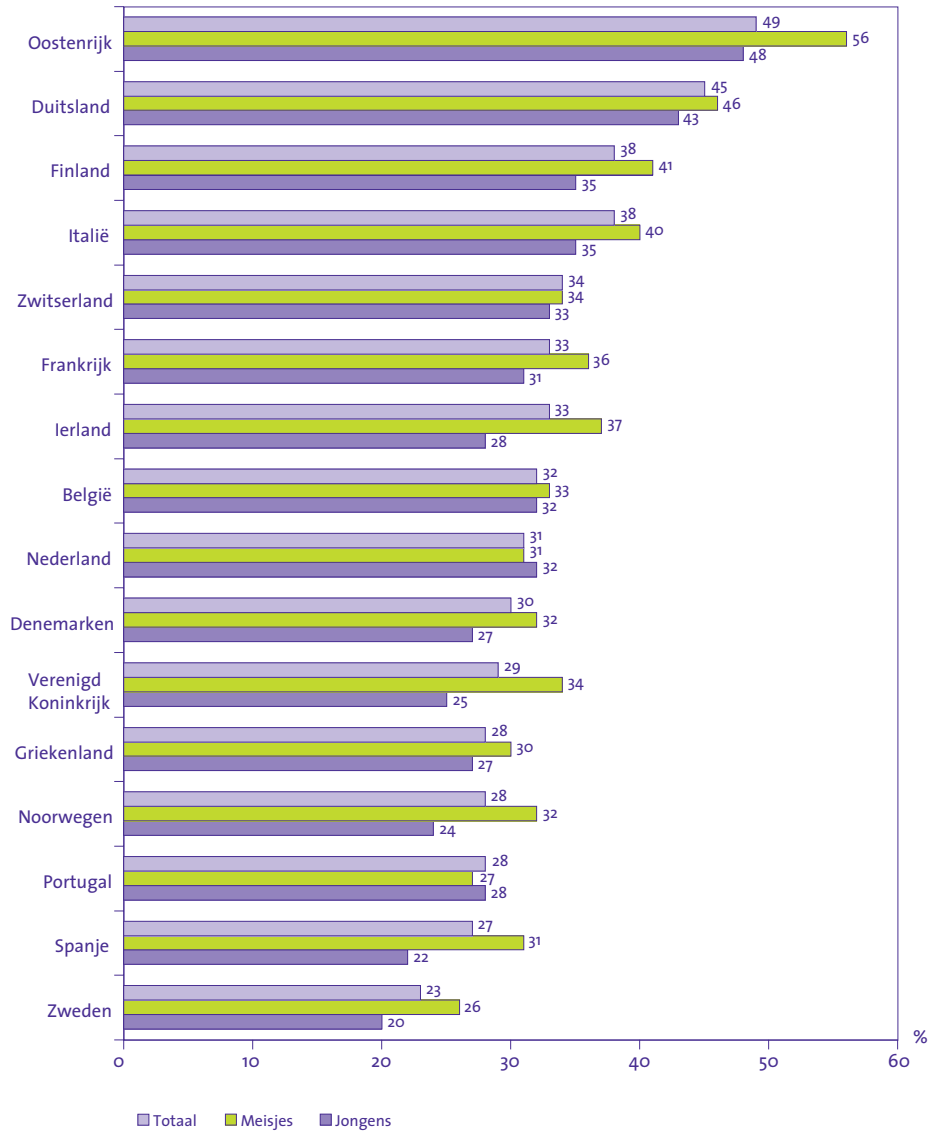
<i>Land</i>	<i>Jaar</i>	<i>Leeftijd (jaar)</i>	<i>Mannen</i>	<i>Vrouwen</i>	<i>Totaal</i>	<i>Criterium voor roken</i>
België	2000	18+	36%	26%	31%	dagelijks
Denemarken	2002	15+	31%	27%	28%	dagelijks
Duitsland	2000	20-54	40%	32%	36%	-
Finland	2002	15-64	27%	20%	23%	dagelijks of regelmatig
Frankrijk	2000	18+	33%	21%	27%	dagelijks
Griekenland	2000	-	47%	29%	38%	-
Ierland	2002	18+	28%	26%	27%	regelmatig of soms
Italië	1999	14-65	32%	17%	25%	dagelijks
Luxemburg	2000	15+	34%	27%	32%	regelmatig dagelijks
Nederland	2003	15+	33%	27%	30%	dagelijks of soms
Noorwegen	2001/2002	16-74	30%	30%	30%	dagelijks
Oostenrijk	2000	-	-	-	29%	-
Portugal	1995/1996	19+	29%	6%	17%	dagelijks in de laatste twee weken
Spanje	2001	16+	39%	25%	32%	dagelijks
Verenigd Koninkrijk	2002	16+	27%	25%	26%	huidige rokers
Zweden	2000/2001	16-84	17%	21%	19%	dagelijks
Zwitserland	2000	14-65	37%	29%	32%	regelmatig of soms

*Percentage rokers. - = niet gemeten/onbekend. Bron: WHO<sup>35</sup>, voor Nederland: STIVORO.<sup>127</sup>*

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 de afgelopen maand heeft gerookt.<sup>43</sup>

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

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



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

- Ruim een kwart van de Nederlandse scholieren (27%) zegt meer dan veertig keer in het leven te hebben gerookt. Dit percentage varieert van 18% in Portugal tot 42% in Oostenrijk.
- In oktober 2004 publiceerde het European Network for Smoking Prevention (ENSP) een rapport naar de effecten van het tabaksontmoedigingsbeleid in 28 Europese landen.<sup>136</sup> 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 Nederland op de zevende plaats onder deze 28 Europese landen. De peildatum van dit onderzoek was 1 januari 2004.

## 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.

- Ongeveer tweederde van de rokers die een stoppoging doen, doet dit zonder enig hulpmiddel. De rest volgt cursussen, vraagt de huisarts om advies, gebruikt nicotinevervangers (pleisters, kauwgom, zuigtabletten), ondergaat acupunctuur of hypnose, of past een andere methode toe. De voornaamste reden om een stoppoging te doen is bezorgdheid om de eigen gezondheid.<sup>137</sup>
- Sinds kort is het geneesmiddel bupropion (Zyban®) in Nederland geregistreerd als ondersteuning bij het stoppen met roken. Volgens IMS Health schreven artsen in 2001, 2002 en 2003 respectievelijk 80, 70 en 73 duizend voorschriften voor dit middel uit. In totaal ging het om respectievelijk 3,0, 2,7 en 2,7 miljoen tabletten. Hier lijkt sprake van een stabiliserende vraag.
- De markt van de nicotinevervangers – pleisters, kauwgom en tabletten – verdubbelde in 2004 ten opzichte van 2003 tot een totale omzet van 16,7 miljoen euro. Dit duidt op een flinke toename van het aantal stoppogingen.
- Mensen die met roken willen stoppen kunnen daarvoor advies vragen aan hun huisarts. In 2003 hebben naar schatting 65 000 mannen en 65 000 vrouwen hun huisarts geconsulteerd over het stoppen met roken. Het merendeel van hen is tussen de 40 en 60 jaar.<sup>138</sup> De Minimale Interventie Strategie (MIS) is een effectief gebleken protocol waarmee huisartsen, verpleegkundigen en cardiologen rokende patiënten kunnen stimuleren om te stoppen met roken.<sup>139</sup>
- Ook het Adviescentrum van STIVORO ondersteunt mensen die willen stoppen met roken. In 2003 hebben 1 118 mensen zich aangemeld voor telefonische coaching en vonden er meer dan 8 000 coachinggesprekken plaats.<sup>127</sup>



- Bij de overgang naar het jaar 2004 voerde STIVORO een intensieve stopcampagne onder de naam ‘Nederland Start Met Stoppen’. Onder meer onder invloed van deze campagne probeerden ruim 1 miljoen rokers rond 1 januari 2004 met roken te stoppen. In december 2004 bleek 24 procent van deze mensen nog steeds rookvrij te zijn.<sup>128</sup> Gewoonlijk houdt vijf tot tien procent van de stoppers hun poging een jaar lang vol.<sup>140</sup> Als belangrijkste aanleiding om te stoppen wordt de accijnsverhoging op tabak genoemd. In 2003 voerde STIVORO naast een landelijke campagne om met roken te stoppen ook een campagne rond het meerroken en het roken op de werkplek.<sup>127</sup>
- Eind 2004 verscheen een officiële CBO-richtlijn voor de behandeling van tabaksverslaving. In deze richtlijn wordt de aanpak van rokende patiënten in de medische praktijk besproken en wordt de effectiviteit van diverse behandelingen beschreven.<sup>141;142</sup>

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.<sup>143</sup> Recente cijfers zijn niet beschikbaar.

## 7.7 STERFTE

- Roken is in Nederland de belangrijkste oorzaak van voortijdige sterfte.
- In 2003 overleden in Nederland ruim 20 duizend mensen direct aan de gevolgen van roken.
- In 2002 werd de directe sterfte door roken geschat op 20 175 en in 2003 op 20 141 sterftes. In 2000 lag dit aantal nog op 20 718 sterftes.<sup>144</sup>
- Van alle sterfgevallen in Nederland was in 2003 ongeveer 14 procent direct te wijten aan roken (20% van de mannen en 8% van 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 74 procent (vrouwen) tot 91 procent (mannen) van de gevallen in 2003.
- De werkelijke sterfte gerelateerd aan roken kan hoger liggen, omdat het effect van passief roken niet is verdisconteerd. Het is echter onduidelijk in hoeverre passief roken leidt tot sterfte.<sup>145;146</sup>

**TABEL 7.4 STERFGEVALLEN WEGENS ENKELE AANDOENINGEN ONDER MANNEN EN VROUWEN VAN 20 JAAR EN OUDER. PEILJAAR 2003**

Aandoening	Totale sterfte		Sterfte door roken	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Longkanker	6 156	2 706	5 627	2 002
COPD	3 870	2 661	3 264	1 819
Coronaire hartziekten	8 895	6 638	2 577	865
Beroerte (CVA)	4 529	7 053	958	704
Hartfalen	2 538	3 849	461	224
Slokdarmkanker	971	376	771	235
Strottehoofdkanker	200	39	157	32
Mondholtekanker	358	202	330	115
Totaal	27 517	23 524	14 145 <sup>1</sup>	5 996 <sup>1</sup>

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

Door de terugloop van het roken onder mannen tussen 1960 en 1990 daalde de sterfte aan longkanker onder mannen. Onder vrouwen, die juist meer zijn gaan roken, is de trend omgekeerd. In 2000 en 2002 daalde de sterfte van longkanker onder mannen sterker dan in voorgaande jaren (tabel 7.5).

- De stijgende lijn van sterfte aan longkanker bij vrouwen zal zich nog enige tientallen jaren doorzetten.<sup>147</sup>
- De tegengestelde trends onder mannen en vrouwen houden elkaar in evenwicht. Daardoor is de totale sterfte aan longkanker al jarenlang vrij stabiel.

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

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

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

Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

## 7.8 AANBOD EN MARKT

- Per 1 januari 2004 moeten werkgevers hun werknemers een rookvrije werkplek garanderen. Ook is het vanaf die datum verboden om in het openbaar vervoer te roken.<sup>148</sup>
- In 2003 werd 46% van de shag gekocht in de algemene levensmiddelendetailhandel, 22% in de tabaksspeciaalzaken, 21% in de benzinstations, 5% in de horeca en 6% elders. Van de sigaretten werd 36% verkocht via de algemene levensmiddelendetailhandel, 6% via de horeca, 25% via tabaksspeciaalzaken, 24% via benzinstations en 9% via andere kanalen. Verkoop via tabaksverkoopautomaten is hierin niet meegenomen.<sup>149</sup>
- 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).<sup>149</sup>

**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.*

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

- In de 15 oude lidstaten van de EU ligt het accijnstarief het hoogst in het Verenigd Koninkrijk en het laagst in Spanje (tabel 7.7). Nederland neemt een middenpositie in.<sup>150</sup>

**TABEL 7.7 PRIJZEN EN BELASTINGDRUK OP SIGARETTEN IN ENKELE LIDSTATEN VAN DE EUROPESE UNIE. PEILDATUM 1 MEI 2004**

<i>Land</i>	<i>Prijs</i>	<i>Accijns</i>	<i>BTW</i>	<i>Accijns+BTW</i>
Verenigd Koninkrijk	8,25	5,35	1,23	6,58
Ierland	7,65	4,74	1,33	6,06
Frankrijk	6,25	4,00	1,02	5,02
Zweden	5,16	2,57	1,03	3,60
Finland	5,00	2,88	0,90	3,78
Denemarken	4,97	2,70	0,99	3,69
Duitsland	4,74	2,86	0,65	3,52
Nederland	4,60	2,63	0,73	3,36
België	4,45	2,54	0,77	3,31
Oostenrijk	3,75	2,14	0,63	2,76
Griekenland	3,13	2,82	0,48	3,30
Luxemburg	3,10	1,81	0,33	2,14
Portugal	2,75	1,70	0,44	2,14
Italië	2,58	1,50	0,43	1,93
Spanje	2,44	1,41	0,34	1,75

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

## 8 GEREgistREERDE DRUGCRIMINALITEIT

Binnen het Nederlandse drugsbeleid staat de volksgezondheidsbenadering centraal. Het beleid richt zich daarnaast op beperking van de maatschappelijke schade die samengaat met het gebruik van drugs: overlast, criminaliteit en openbare orde problemen. De minister van Justitie is verantwoordelijk voor de strafrechtelijke handhaving en de reclassering. Door opsporing, vervolging en berechting van productie, (internationale) handel en bezit van drugs wordt het aanbod van drugs bestreden. Door inzet van 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 een cijfermatig overzicht van de aard en de omvang van de geregistreeerde drugscriminaliteit en de strafrechtelijke reactie op die drugscriminaliteit.

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 geregistreeerd wordt als een verdachte is aangehouden en ge verbaliseerd. 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-geregistreerd) doen wij in dit hoofdstuk geen uitspraken. De cijfers kunnen dus niet zomaar naar de totale drugscriminaliteit worden vertaald. De cijfers weerspiegelen in zekere mate de inspanningen van politie en justitie.

De gegevens bestrijken zoveel mogelijk de jaren 1999 tot en met 2003. Waar mogelijk wordt onderscheid gemaakt naar hard- en softdrugszaken.<sup>a</sup>

Bijlage B geeft een schematisch overzicht van de gebruikte informatiebronnen. Voor meer informatie verwijzen wij naar [www.trimbos.nl/monitors](http://www.trimbos.nl/monitors). Niet alle gegevens zijn van even goede kwaliteit. Deze problematiek is eerder belicht.<sup>23</sup> Vooral gegevens over in beslag genomen drugs moeten voorzichtig worden geïnterpreteerd.<sup>151;152</sup>

Ook geldt dat met de huidige gegevens van politie en justitie het vóórkomen van verslaving bij justitiabelen niet exact kan worden vastgesteld. In dit hoofdstuk hanteren wij dan ook de term “drugsgebruiker” of “probleemgebruiker van drugs” om een mogelijke verslavingsproblematiek bij de betrokken personen aan te geven.<sup>3</sup> In de tekst geven wij bijzonderheden over de kwaliteit van de gebruikte informatiebronnen.

## 8.1 LAATSTE FEITEN EN TRENDS

De belangrijkste feiten en trends over de drugscriminaliteit in dit hoofdstuk zijn:

- Opiumwetdelicten vormen in 2003 een zwaardere belasting voor het strafrechtelijk systeem dan in 2002; dit geldt voor alle fasen van het strafrechtelijk proces.
  - In 2003 zijn meer Opiumwetverdachten geverbaliseerd dan in 2002. Harddrugsdelicten vormen nog steeds de meerderheid (§ 8.2.1).
  - Van de opsporingsonderzoeken naar georganiseerde criminaliteit betreft tweederde een Opiumwetdelict; dit is min of meer vergelijkbaar met 2002 (§ 8.2.2).
  - Het aantal bij het Openbaar Ministerie ingestroomde zaken Opiumwet blijft stijgen (§ 8.2.4).
  - De rechter deed in 2003 beduidend meer Opiumwetzaken af dan in 2002 (§ 8.2.5).
  - Het aantal opgelegde taakstraffen en ontnemingen in Opiumwetzaken is in 2003 sterk gestegen (§ 8.2.6).
  - Ook het aantal onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen in Opiumwetzaken is in 2003 toegenomen. Deze toename is te wijten aan harddrugszaken (§ 8.2.7).
  - Van de in strafzaken opgelegde vrijheidsstraffen in detentiejaren betreft een groeiend aandeel drugszaken (§ 8.2.7).

---

<sup>a</sup> De meeste cijfers hebben betrekking op drugs zoals omschreven in de Opiumwet, dat wil zeggen: niet op alcohol en tabak. Uitzondering hierop vormen de reclasseringcijfers, die niet gespecificeerd zijn naar soort middel.

- Overtreders van de Opiumwet recidiveren vaker dan andere veroordeelden (§ 8.2.8).
- Criminele drugsgebruikers belasten het strafrechtelijk systeem in 2003 ongeveer even zwaar als in 2002.
  - De politie registreerde in 2003 ruim tien duizend verdachten als “drugsgebruiker”. Van deze groep had ruim 70 procent meer dan tien antecedenten (§ 8.3.1).
  - Van de ‘zeer hoogfrequente’ veelplegers is ruim 70 procent een regelmatige harddrugsgebruiker (§ 8.3.2).
- In 2003 zijn in het algemeen meer activiteiten van de verslavingsreclassering voor drugsgebruikers in het strafrechtelijk systeem gerapporteerd (§ 8.4.1).
- Het aantal dwangopnames in de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV) groeide in 2003 gestaag (§ 8.4.3).

## 8.2 GEREgistREERDE DRUGSWETCRIMINALITEIT

In deze paragraaf beschrijven wij de aard en omvang van de geregistreeerde drugs-wetcriminaliteit – toegespitst op de Opiumwet - en de kenmerken van de plegers. 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 het aantal verdachten weer dat wegens het plegen van een Opiumwetdelict (productie, vervoer, handel en/of bezit van drugs) door de politie is geverbaliseerd. Gekeken is naar het aantal verdachten dat in een bepaald jaar eenmaal of meer voor een Opiumwetdelict geverbaliseerd is. Indien bij de overtreding van de Opiumwet harddrugs in het spel zijn, spreken we in het volgende over ‘harddrugsdelicten’. En indien softdrugs in het spel zijn over ‘softdrugsdelicten’.

- De cijfers voor 2003 (die nog voorlopig zijn) duiden erop dat de politie ruim 14 duizend verdachten heeft geverbaliseerd wegens overtreding van de Opiumwet, meer dan in 2002.
- De toename zien we zowel bij harddrugs als bij softdrugs én bij de combinatie van beide.



- Harddrugsdelicten vormen in 2003 nog steeds de meerderheid: ruim de helft van alle verdachten is gevebaliseerd wegens harddrugsdelicten. Het aandeel verdachten van softdrugsdelicten bedraagt 38 procent. Dit is in 2003 iets hoger dan in de jaren hiervoor.

**TABEL 8.1 AANTAL UNIEKE<sup>I</sup> VERDACHTEN VAN OPIUMWETDELICTEN GEVEBALISEERD DOOR DE POLITIE NAAR TYPE DRUG, VANAF 1999**

<i>Aantal</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>2003<sup>II</sup></i>
Totaal	9 091	8 171	10 139	12 114	14 299
• Harddrugs	5 228	4 619	5 558	6 777	7 744
• Softdrugs	3 022	2 784	3 726	4 347	5 495
• Beide	841	768	855	990	1 060
%					
• Harddrugs	57%	57%	55%	56%	54%
• Softdrugs	33%	34%	37%	36%	38%
• Beide	9%	9%	8%	8%	7%

*I. Unieke verdachten: elke verdachte is in de tabel slechts een maal per jaar geteld, ook al wordt hij/zij in een jaar vaker voor een Opiumwetdelict gevebaliseerd. II. Voorlopige cijfers. Bron: HKS, KLPD/DNRI, groep Onderzoek en Analyse.*

Naast de politie verricht ook de Koninklijke Marechaussee aanhoudingen voor Opiumwetdelicten. Hoewel de Koninklijke Marechaussee ook andere zaken behandelt (bijvoorbeeld van Nederlandse militairen in het buitenland) betreft het overgrote deel Schipholzaken. Tabel 8.2 geeft een overzicht van de aantallen verdachten, die niet tevens door de politie geregistreerd zijn in het HKS.

**TABEL 8.2 AANTAL UNIEKE<sup>1</sup> VERDACHTEN VAN OPIUMWETDELICTEN GEVERBALISEERD DOOR DE KONINKLIJKE MARECHAUSSEE NAAR TYPE DRUG, VANAF 1999**

Aantal	1999	2000	2001	2002	2003
Totaal	486	516	910	1 477	1 640
• Harddrugs	384	464	870	1 419	1 491
• Softdrugs	87	43	35	52	137
• Beide	15	9	5	6	12
%					
• Harddrugs	79%	90%	96%	96%	91%
• Softdrugs	18%	8%	4%	4%	8%
• Beide	3%	2%	0,5%	0%	1%

*1. Unieke verdachten: elke verdachte is in de tabel slechts één maal per jaar geteld, ook al wordt hij/zij in een jaar vaker voor een Opiumwetdelict geverbaliseerd. Bron: KLPD/DNRI, groep Onderzoek en Analyse.*

Uit tabel 8.2 blijkt dat het in 2003 gaat om 1 640 verdachten, voornamelijk van harddrugsdelicten. Het aantal harddrugsdelicten groeide de afgelopen vijf jaar, met name in 2002 en 2003. Het aantal softdrugsdelicten nam vooral toe in 2002 en 2003. De toename in de laatste twee jaren kan voor een groot deel toegeschreven worden aan het feit dat, anders dan in voorgaande jaren, in 2002 en 2003 alle processen-verbaal op Schiphol uitsluitend opgemaakt en geregistreerd zijn door de Koninklijke Marechaussee. Harddrugsdelicten zijn steeds veruit in de meerderheid.

Tabel 8.3 geeft een aantal kenmerken van de door de politie geverbaliseerde verdachten van Opiumwetdelicten in 2003.

- Het merendeel is man. De meeste verdachten zijn tussen de 25 en 35 jaar oud.
- De softdrugsverdachten zijn het minst vaak als drugsgebruiker geregistreerd<sup>b</sup> en hebben relatief weinig antecedenten.
- De harddrugsverdachten wonen vaker in de grote steden, zijn jonger en hebben meer antecedenten dan de softdrugsverdachten. Twintig procent heeft er meer dan tien. Ongeveer een kwart van de verdachten van een harddrugsdelict staat als drugsgebruiker te boek.

<sup>b</sup> Zie voor de beperkingen van deze classificatie van druggebruikende verdachten de opmerking bij § 8.3.1

- Verdachten van zowel hard- als softdrugsdelicten zijn grotendeels goede bekenden van de politie: bijna de helft van hen heeft meer dan tien antecedenten. In vergelijking met verdachten van alleen een hard- of een softdrugsdelict, zijn zij meer vertegenwoordigd in de leeftijdsgroep van 35 tot 45 jaar en vaker man. Zij zijn veelal woonachtig in middelgrote steden en relatief weinig in het buitenland. Ze staan het vaakst bij de politie geregistreerd als drugsgebruiker.
- Het profiel van de verdachten die door de Koninklijke Marechaussee zijn aangehouden ziet er anders uit. Zestig procent van hen woont in het buitenland, bijna de helft (46%) is afkomstig van de Nederlandse Antillen. De meeste verdachten hebben slechts één antecedent (87%) en zij zijn relatief jong: 35 procent valt in de leeftijdsklasse 18-24 jaar, 32 procent is tussen de 25 en 34 jaar oud.

**TABEL 8.3 KENMERKEN VAN VERDACHTEN VAN OPIUMWETDELICTEN NAAR TYPE DRUG.  
PEILJAAR 2003**

		<i>Softdrugs</i>	<i>Harddrugs</i>	<i>Beide</i>
Totaal aantal		5 495	7 744	1 060
Geslacht	Man	83%	88%	93%
	Vrouw	17%	12%	7%
Woongemeente naar aantal inwoners <sup>I</sup>	Onbekend	3%	5%	4%
	minder dan 10 000	1%	1%	1%
	10 000 – 20 000	8%	5%	7%
	20 000 – 50 000	20%	14%	20%
	50 000 - 100 000	19%	12%	23%
	100 000 - 150 000	10%	10%	12%
	150 000 - 250 000	11%	8%	9%
	250 000 en meer (G4)	14%	32%	19%
	Buitenland	14%	13%	5%
Gevaren classificatie verslaving <sup>II</sup>	Alcohol	1%	2%	3%
	Drugs	1%	23%	28%
	Anders	2%	6%	9%
Aantal antecedenten <sup>III</sup> uit totale geregistreerde criminele Voorgeschiedenis	1	46%	36%	10%
	2	12%	12%	5%
	3 – 4	13%	14%	12%
	5 – 10	16%	17%	24%
	11 – 20	8%	10%	23%
	21 of meer	5%	10%	25%
Leeftijd bij registratie laatste delict	12-17	3%	4%	1%
	18-24	20%	32%	14%
	25-34	33%	33%	34%
	35-44	26%	20%	33%
	45 en ouder	18%	11%	18%

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

*II. Zie opmerkingen bij § 8.3.1. III. Een antecedent is een politiecontact waarbij proces-verbaal van 1 of meer misdrijven is opgemaakt. Bron: HKS, KLPD/DNRI, groep Onderzoek en Analyse.*

## 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 de georganiseerde criminaliteit onderneemt.<sup>c</sup> 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 nieuw 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 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 8.4 geeft de cijfers over de opsporingsonderzoeken weer.

- In 2003 zijn meer opsporingsonderzoeken gerapporteerd dan in 2002.
- Tweederde (66%) van de opsporingsonderzoeken richt zich op drugs. Dat percentage is vergelijkbaar met dat van het voorgaande jaar.
- Veertig procent van alle onderzoeken richtte zich alleen op harddrugs, 11 procent alleen op softdrugs en 14 procent op zowel hard- als softdrugs.
- In 62 procent (91) van de opsporingsonderzoeken naar drugs gaat het om slechts één type drug. In de overige onderzoeken is sprake van meerdere typen drugs.
- Cocaïne komt in 60 procent van de opsporingsonderzoeken naar harddrugs voor. In 54 procent van deze onderzoeken betreft het synthetische drugs en in 17 procent heroïne. Het aantal opsporingsonderzoeken naar cocaïne is sterk toegenomen ten opzichte van 2002. Dit hangt mogelijk samen met intensievere controles op de luchthaven Schiphol.
- De opsporingsonderzoeken naar softdrugs richten zich voor het overgrote deel op nederwiet (53%) of hasj (39%). Bij onderzoeken naar nederwiet betreft het naast handel vaak productie.

---

<sup>c</sup> Deze inventarisatie wordt uitgevoerd in opdracht van de JBZ Raad van de EU (JBZ = Justitie en Binnenlandse Zaken). Alleen opsporingsonderzoeken die voldoen aan de criteria die de Raad heeft opgesteld voor georganiseerde criminaliteit worden meegenomen.

- Uit cijfers van 1998 tot en met 2002 blijkt dat in meer dan de helft van de opsporingsonderzoeken sprake is van verschillende activiteiten op het gebied van drugs. De onderzochte criminele groeperingen houden zich vaker bezig met transport en handel dan met productie. In 2003 kan de uitsplitsing naar productie, transport en handel niet meer gemaakt worden.

**TABEL 8.4 OPSPORINGSONDERZOEKEN NAAR MEER ERNSTIGE VORMEN VAN GEORGANISEERDE CRIMINALITEIT: AANDEEL DRUGSWETCRIMINALITEIT EN TYPE DRUG, VANAF 1999**

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

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. Zij doet dit op basis van opgaven door de politiekorpsen, kernteams, douane en de Koninklijke Marechaussee. Bij het hieronder opgenomen overzicht dienen wel slagen om de arm te worden gemaakt. De registratie van inbeslagnemingen binnen de korpsen en andere opsporingsinstanties is niet centraal georganiseerd, vaak ook niet uniform en vindt soms helemaal niet plaats.<sup>151;152</sup> Bij de interpretatie van de gegevens moet rekening worden gehouden met het feit dat de cijfers slechts een minimum-grens aangeven van het totaal aantal in beslag genomen drugs.<sup>152;153</sup> Verder zijn de verschillen tussen de drugssoorten en tussen de jaren dermate weinig systematisch dat het erg moeilijk 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.

Zeven van de 25 politieregio's hebben geen gegevens aangeleverd. De Miranda en Van der Werf, die het overzicht 2003 opstelden, hebben voor de ontbrekende regio's een indicatie berekend van de inbeslagnemingen.<sup>152</sup> Hiervoor hebben zij het bestand Drugsinbeslagnemingen van de dienst NRI geraadpleegd. Dit bestand bevat inbeslagnemingen vanaf een bepaalde minimumhoeveelheid. In tabel 8.5 zijn de aldus verkregen cijfers 2003 opgenomen. De auteurs (De Miranda en Van der Werf, 2004) schetsen in grote lijn het volgende beeld:

- “Heroïne: de opgegeven hoeveelheid in beslag genomen heroïne voor 2003 is minder dan in de jaren ervoor. In 2003 werd ruim 417 kilogram heroïne opgegeven, in tegenstelling tot ruim duizend kilogram in 2002, een daling van 63 procent. De hoeveelheid heroïne die in 2003 werd geconfisqueerd is het laagste sinds 1996. Het aantal door de opsporingsinstanties gemelde inbeslagnemingen van heroïne was 533.
- Cocaine: ten aanzien van cocaine is sprake van een stijging ten opzichte van voorgaande jaren. In 2003 werd ruim 17 duizend kilogram van deze drug opgegeven als in beslag genomen; een stijging van ruim 120 procent ten opzichte van 2002. Het aantal inbeslagnemingen dat werd gemeld bedraagt 3 917. De meeste inbeslagnemingen komen voor rekening van de Koninklijke Marechaussee in samenwerking met de douane.
- Amfetamine: uit de opgaven van opsporingsinstanties blijkt in 2003 meer amfetamine in beslag genomen te zijn dan in 2002, namelijk 843 kilogram en nog eens 14 duizend pillen. Verder werd ook voor het eerst melding gemaakt van de inbeslagneming van amfetamine in vloeibare vorm, te weten 37 liter. Het aantal inbeslagnemingen dat werd doorgegeven was 219.
- Ecstasy (MDMA): in de informatie van de opsporingsinstanties is een daling waar te nemen van de hoeveelheid in Nederland in beslag genomen XTC. In 2003 werd beslag gelegd op 435 kilogram MDMA (poeder en pasta), een halvering ten opzichte van 2002. Ook in de hoeveelheid in beslag genomen tabletten is een daling te zien. De registratie vermeldt in 2003 ruim 5,4 miljoen tabletten, een daling van 20 procent ten opzichte van 2002. Het aantal inbeslagnemingen wordt niet vermeld.
- LSD: De cijfers voor 2003 zijn niet opzienbarend. Er zijn 1 642 tabletten in beslag genomen. Het aantal inbeslagnemingen bedroeg negen.
- Cannabis: in vergelijking met het voorgaande jaar laat 2003 een daling zien van de opgegeven hoeveelheid in beslag genomen cannabisproducten, zoals (buitenlandse) hasj, marihuana en nederwiet. In 2003 werd 19 103 kilogram cannabis in beslag genomen, een behoorlijke afname vergeleken met de 46 675 kilogram die in 2002 werd geconfisqueerd. Het aantal gemelde inbeslagnemingen van cannabisproducten was 2 199.”

**TABEL 8.5 HOEVEELHEDEN IN BESLAG GENOMEN DRUGS IN NEDERLAND, VANAF 1999<sup>I</sup>**

Soort drug	1999	2000	2001	2002	2003
Heroïne					
Kilogram	770	896	739	1 122	417
Cocaïne					
Kilogram	10 361	6 472	8 389	7 968	17 560
Amfetamine					
Kilogram	853	293	579	481	843
Tabletten	45 847	- <sup>II</sup>	20 592	1 028	14 000
Liters	-	-	-	-	37
XTC (MDMA)					
Kilogram	***	632	113	849	435
Tabletten	3 663 608	5 500 000	3 684 505	6 787 167	5 420 033
Ontdekte productieplaatsen	36	37	35	43	37
LSD					
Trips	244	9 829	28 731	355	
Tabletten	2 423	143	-	-	1 642
Methadon					
Kilogram	50	16	-	1	4
Tabletten	186 437	5 543	8 968	9 446	57 430
Liters				0,57	
Cannabis					
Hasjiesj					
Kilogram	61 226	29 590	10 972	32 717	10 719
Marihuana					
Kilogram	47 039	9 629	21 139	9 958	7 067
Nederwiet					
Kilogram	2 076	701	1 308	-	1 179
Hennep planten	582 588	661 851	884 609	900 381	1 111 855
Gewicht cannabis totaal	110 341	39 920	33 419	42 675	19 103
Opgerolde hennepwekerijen	1 091	1 372	2 012	1 574	1 867
Aantal inbeslagnemingen	14 909	9 243	14 353	18 823	5 752

*I. Niet opgenomen: hasjolie (1 liter in 1999); paddo's (278 kilogram in 2003); mescaline (1 kilogram in 2003) en opium (0,1 kilogram in 2003). II. Geeft aan dat er geen inbeslagnemingen (bekend) zijn.<sup>152</sup>*



## 8.2.4 INSTROOM EN AFDOENING OPIUMWETZAKEN BIJ HET OPENBAAR MINISTERIE

De politie stuurt de processen-verbaal wegens Opiumwettelijke delicten 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 8.6 geeft de aantallen ingestroomde zaken naar type drug.

- Het aantal bij het Openbaar Ministerie ingestroomde zaken blijft stijgen, zij het dat de stijging met 8 procent in 2003 wat minder groot is dan in de voorgaande twee jaren. Bij harddrugs- en softdrugszaken, alsook bij de categorie hard- en softdrugs is een toename waarneembaar.
- De verhouding hard- en softdrugszaken blijft de afgelopen vijf jaren vrijwel gelijk.
- Uit nadere analyse blijkt dat de recente toename van het aantal Opiumwettelijke zaken voor de helft veroorzaakt wordt door de toename bij het arrondissement Haarlem. In 1999 behandelde dit arrondissement 12 procent van het totale aantal harddrugszaken in Nederland. In 2002 en 2003 is dit meer dan verdubbeld (26%). Schipholzakken vallen onder Haarlem; de toename zal voor een belangrijk deel zaken betreffen tegen drugskoeriers, waaronder de zogenoemde bolletjesslikkers.

**TABEL 8.6 OPIUMWETZAKEN INGESTROOMD BIJ HET OPENBAAR MINISTERIE NAAR TYPE DRUG, VANAF 1999**

	1999	2000	2001	2002	2003
Harddrugs	6 407	6 397	7 672	9 246	9 989
Softdrugs	4 380	4 324	5 059	5 832	6 156
Hard- en softdrugs	888	792	827	770	942
Totaal	11 675	11 513	13 558	15 848	17 087
Harddrugs	55%	56%	57%	58%	58%
Softdrugs	38%	38%	37%	37%	36%
Hard- en softdrugs	8%	7%	6%	5%	6%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%

Bron: OMDATA, WODC.

Tabel 8.7 laat zien wat de beslissing van het Openbaar Ministerie is geweest in de Opiumwettelijke zaken die van 1999 tot 2003 onherroepelijk zijn afgedaan.

- In 2003 bedraagt het aantal strafzaken Opiumwet bijna 15 duizend. Ten opzichte van 2002 is dit een toename van 13 procent.
- Het OM brengt in het merendeel van de drugszaken een dagvaarding uit. Dit betekent dat de meeste drugszaken voor de rechter worden gebracht. In de laatste vijf jaren valt een lichte daling van het percentage dagvaardingen te zien. Het aandeel transacties neemt over de periode van vijf jaar gezien toe, vooral bij softdrugszaken.
- In zaken waarbij zowel hard- als softdrugs een rol spelen, wordt relatief vaak een dagvaarding uitgebracht.

**TABEL 8.7 ONHERROEPELIJK AFGEDANE STRAFZAKEN VANWEGE OPIUMWETDELICTEN NAAR BESLISSING OM EN TYPE DRUG, VANAF 1999**

	1999	2000	2001	2002	2003
Totaal aantal Opiumwetzaken	11 132	10 546	11 143	13 206	14 943
• Dagvaarding	72%	71%	67%	67%	68%
• Transactie	9%	9%	16%	18%	17%
• Beleidssepot	6%	6%	6%	5%	5%
• Technisch sepot	8%	9%	7%	6%	5%
• Voeging	5%	5%	5%	4%	5%
Harddrugs					
• Dagvaarding	75%	76%	74%	75%	74%
• Transactie	4%	4%	7%	10%	11%
• Beleidssepot	7%	7%	6%	4%	4%
• Technisch sepot	9%	9%	8%	6%	5%
• Voeging	5%	5%	5%	5%	5%
Softdrugs					
• Dagvaarding	68%	64%	56%	53%	57%
• Transactie	16%	17%	29%	33%	29%
• Beleidssepot	5%	6%	5%	5%	5%
• Technisch sepot	7%	8%	6%	5%	5%
• Voeging	5%	4%	4%	3%	4%
Hard- en softdrugs					
• Dagvaarding	89%	84%	78%	81%	80%
• Transactie	2%	3%	3%	3%	7%
• Beleidssepot	2%	2%	7%	4%	5%
• Technisch sepot	4%	8%	9%	9%	5%
• Voeging	3%	3%	3%	3%	3%

Bron: OBJD, WODC.

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

- In de periode van 1999 tot 2003 is jaarlijks in een dertigtal zaken sprake van misdrijven tegen de WVMC, meestal in combinatie met harddrugsdelicten. In 2003 zijn er 22 zaken met een dergelijke combinatie aan delicten; in zes zaken is alleen sprake van een delict tegen de WVMC (tabel 8.8).

**TABEL 8.8 AANTAL ONHERROEPELIJK AFGEDANE ZAKEN MET EEN MISDRIJF TEGEN DE WVMC, VANAF 1999**

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

Bron: OBJD, WODC.

- Ruim 200 maal per jaar wordt naast een Opiumwetdelict ook deelname aan een criminele organisatie ten laste gelegd (artikel 140 uit het Wetboek van Strafrecht). In 2003 gebeurt dit 223 maal (tabel 8.9).

**TABEL 8.9 AANTAL ONHERROEPELIJK AFGEDANE ZAKEN MET ARTIKEL 140 WvS, VANAF 1999**

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

Bron: OBJD, WODC.

### 8.2.5 AFDOENING DOOR RECHTER

Het merendeel van de Opiumwetzaken wordt, zoals uit § 8.2.4 blijkt, voor de rechter gebracht. Tabel 8.10 laat het aantal door de rechter behandelde zaken zien.

- De rechter heeft in 2003 ruim twaalf duizend Opiumwetzaken afgedaan. Dit is een toename van 21 procent ten opzichte van 2002. Deze stijging doet zich al een aantal jaren voor bij zowel hard- als softdrugszaken en ook bij zaken met hard- en

softdrugs samen. Dit beeld vertoont gelijke tred met de instroom- en afdoeningscijfers van het OM.<sup>d</sup> Harddrugzaken zijn ook hier in de meerderheid.

- Het aandeel harddrugzaken is sinds 1999 steeds toegenomen: van 54 procent in 1999 tot 64 procent in 2003. Het aandeel softdrugzaken daalde sinds 1999 van 38 naar 30 procent.

**TABEL 8.10 IN EERSTE AANLEG DOOR DE RECHTER AFGEDANE ZAKEN NAAR TYPE DRUG, VANAF 1999**

	1999	2000	2001	2002	2003
Harddrugs	4 558	4 720	5 321	6 543	7 883
Softdrugs	3 223	2 744	2 858	3 078	3 675
Hard- en softdrugs	664	609	658	581	766
Totaal	8 445	8 073	8 837	10 202	12 324
Harddrugs	54%	58%	60%	64%	64%
Softdrugs	38%	34%	32%	30%	30%
Hard- en softdrugs	8%	8%	7%	6%	6%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%

Bron: OMDATA, WODC.

### 8.2.6 SANCTIES IN OPIUMWETZAKEN

Tabel 8.11 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 Opiumwetdelict gestraft wordt.<sup>e</sup>

- De sanctiekans stijgt licht: van 86 procent in 2001 naar 89 procent in 2002 en 2003. Dit wil zeggen dat 89 van de 100 verdachten een sanctie krijgen opgelegd.

<sup>d</sup> De cijfers van het OM in tabel 8.7 en de rechter in tabel 8.10 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 8.7 betreffen onherroepelijk afgedane zaken, die van de rechter in tabel 8.10 in eerste aanleg afgedane zaken.

<sup>e</sup> De sanctiekans is gedefinieerd als het aandeel transacties vermeerderd met de schuldigverklaringen met sanctie, gedeeld door het totale aantal afgedane zaken (exclusief de voegingen en de overdrachten).

De andere verdachten worden vrijgesproken of hun zaak wordt geseponeerd. Mogelijk is de stijging deels een effect van “filtering” bij de politie. Strafzaken worden tegenwoordig al bij de politie beoordeeld op succes van vervolgbaarheid. Deze ‘gefilterde’ zaken komen niet altijd terecht in de registratie van het OM.

- Het aantal opgelegde taakstraffen is van 2002 naar 2003 wederom sterk gestegen (+34%). Ook de onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen blijven stijgen (+11%), hoewel iets minder sterk dan in 2002. De stijging van het aantal onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen wordt vermoedelijk voor een aanzienlijk deel door op Schiphol aangehouden drugskoeriers (waaronder de zogenaemde “bolletjes-slikkers”) veroorzaakt (zie ook § 8.2.7).
- Het aantal transacties en geldboetes is niet veranderd.
- Het aantal ontnemingen, hoewel relatief gering in absolute aantallen, is in 2003 sterk toegenomen.

**TABEL 8.11 SANCTIEKANS EN AANTAL ONHERROEPELIJKE SANCTIES IN OPIUMWETZAKEN, VANAF 1999**

	1999	2000	2001	2002	2003
Sanctiekans	86%	85%	86%	89%	89%
Soort sanctie					
• Taakstraf	2 129	2 138	2 382	2 985	4 008
• Onvoorwaardelijke vrijheidsstraf	3 578	3 341	3 523	4 641	5 155
• Transactie financieel	911	838	1 568	1 884	1 797
• Geldboete	1 634	1 350	1 393	1 522	1 547
• Ontneming	74	73	46	58	105

Bron: OBIJ, WODC.

- De gemiddelde duur van de opgelegde taakstraffen blijft min of meer gelijk door de jaren heen (tabel 8.12). In 2003 duurt een taakstraf gemiddeld 119 dagen.
- De gemiddelde duur van de onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen is relatief hoog in 2002 en in 2003 weer iets lager. In 2003 is de duur van opgelegde vrijheidsstraffen gemiddeld 357 dagen.

**TABEL 8.12 GEMIDDELTE DUUR (DAGEN) VAN TAAKSTRAFFEN EN ONVOORWAARDELIJKE VRIJHEIDSTRAFFEN IN OPIUMWETZAKEN, VANAF 1999**

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

Bron: OBDJ, WODC.

- Het bedrag van de opgelegde financiële transacties is door de jaren heen toegenomen. In 2003 bedraagt de mediaan<sup>f</sup> 320 euro (tabel 8.13). Het hoogste transactiebedrag in 2003 is 50 duizend euro.
- Het bedrag van geldboetes is de laatste twee jaren in hoogte toegenomen. In 2003 bedroeg de mediaan 500 euro. De hoogste boete in 2003 was 900 duizend euro.
- Het bedrag dat bij de ontnemingen omgaat wisselt sterk per jaar.

**TABEL 8.13 MEDIANE BEDRAG IN EURO VAN TRANSACTIES, GELDBOETES EN ONTNEMINGEN IN OPIUMWETZAKEN, VANAF 1999**

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

Bron: OBDJ, WODC.

### 8.2.7 VRIJHEIDSTRAFFEN OPIUMWET

Uiteindelijk belandt een aantal veroordeelden in de gevangenis. Tabel 8.14 geeft het aantal en de duur van de wegens Opiumwetdelicten onherroepelijk opgelegde (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen.

<sup>f</sup> 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.

- In 2003 vormen vrijheidsstraffen voor het overtreden van de Opiumwet 15 procent van het totaal aantal vrijheidsstraffen. Sinds 1999 is hier een gestage toename in waar te nemen.
- De toename ligt bij de harddrugzaken. Deze vormen in 2003 14 procent van het totaal aantal vrijheidsstraffen. Het aandeel softdrugzaken blijft constant.
- Van de detentiejaren komt 29 procent voor rekening van drugzaken, waarvan 28 procent voor harddrugzaken, meer dan in 2002. Deze stijging van het capaciteitsbeslag voor Opiumwetzaken wordt in belangrijke mate veroorzaakt door de toegenomen aandacht voor drugskoeriers op Schiphol. Dit kan worden afgeleid uit het aantal opgelegde detentiejaren voor Opiumwetdelicten in Haarlem, waar deze zaken worden behandeld. In 2003 is 14 procent van alle in Nederland opgelegde detentiejaren afkomstig uit Haarlemse drugzaken.

**TABEL 8.14 ONHERROEPELIJK OPGELEGDE VRIJHEIDSTRaffen OPiumwet NAAR AANTAL EN AANDEEL VRIJHEIDSTRaffen EN DUUR IN DETENTIEJAREN, VANAF 1999**

	1999	2000	2001	2002	2003
Aantal vrijheidsstraffen	26 313	27 021	28 940	32 849	34 381
Opiumwet totaal	12%	11%	12%	14%	15%
- harddrugs <sup>I</sup>	11%	10%	11%	13%	14%
- softdrugs	1%	1%	1%	1%	1%
Overige strafzaken	88%	89%	88%	86%	85%
Detentiejaren <sup>II</sup>	9 441	9 442	10 517	12 512	12 235
Opiumwet totaal	26%	23%	23%	27%	29%
- harddrugs <sup>I</sup>	24%	22%	22%	26%	28%
- softdrugs	2%	1%	1%	1%	1%
Overige strafzaken	74%	77%	77%	73%	71%

*I. Een zaak, waarin naast een harddrugdelict ook een softdrugdelict ten laste is gelegd, wordt geclassificeerd onder harddrugs. II. Detentiejaren zijn berekend door de som te nemen van het onvoorwaardelijke deel van de strafduur, waarbij het deel dat op grond van de v.i. regeling niet wordt uitgezeten eerst van de strafduur is afgetrokken. Bron: OBDJ, WODC.*

In 2003 zijn ruim 14 duizend personen in totaal gedetineerd, een deel vanwege een Opiumwetdelict (tabel 8.15).

- De gevangenispopulatie bestaat in 2003 voor een kwart uit veroordeelden voor Opiumwetdelicten. In vergelijking met 2002 is dit een afname, over de periode van 1999 tot 2003 is sprake van een toename van 21 naar 25 procent.

**TABEL 8.15 AANTAL PERSONEN IN PENITENTIAIRE INRICHTINGEN NAAR SOORT DELICT, VANAF 1999<sup>i</sup>**

	1999	2000	2001	2002	2003
Totaal aantal	8 789	10 300	11 399	11 960 <sup>ii</sup>	14 191 <sup>ii</sup>
• Verkeer	1%	1%	1%	1%	1%
• Vernieling/openbare orde	3%	2%	4%	4%	4%
• Vermogensmisdrijven	22%	20%	20%	19%	20%
• Opiumwet	21%	21%	24%	27%	25%
• Gewelddsmisdrijven	43%	43%	42%	42%	43%
• Onbekend/overig	11%	12%	9%	8%	7%
• Totaal <sup>iii</sup>	101%	99%	100%	101%	100%

*I. Cijfers zijn exclusief vreemdelingenbewaring. II. 2002 is exclusief gedetineerden in detentiecentra, 2003 inclusief. III. Door afrondingsverschillen niet altijd precies 100%. 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.<sup>g</sup> Dit levert een groep op van 8 708 Opiumwetovertreders. 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 8.16 geeft een overzicht van het percentage Opiumwetovertreders dat binnen een periode van één tot vijf jaar opnieuw met Justitie in aanraking komt. Ter vergelijking is ook de recidive in de hele daderpopulatie vermeld.<sup>h</sup>

<sup>g</sup> Inclusief 7 (0,1%) overtredingen Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën (WVMC).

<sup>h</sup> Het vaststellen van de speciale- of drugswetrecidive in de hele daderpopulatie is niet zinvol, omdat de aard van de uitgangszaken van deze daders zeer uiteenloopt. Dit i.t.t. de uitgangszaken van drugswetovertreders die altijd een overtreding van de Opiumwet of WVMC betreffen.



- Het algemene beeld is dat Opiumwetovertreeders iets vaker recidiveren dan de populatienorm, dat wil zeggen alle wetsovertreders samen. Binnen één jaar komt een kwart van alle Opiumwetovertreeders opnieuw met Justitie in aanraking. Binnen vijf jaar loopt dit op tot 45 procent.
- Wanneer alleen zaken vanwege een ernstig delict worden geteld, is het percentage Opiumwetovertreeders dat opnieuw met Justitie in aanraking komt 15 procent binnen een jaar, oplopend tot 29 procent binnen vijf jaar.
- Het percentage van de daders dat binnen vijf jaar opnieuw de Opiumwet overtreedt (de zogenoemde speciale recidive) bedraagt 22 procent.
- Uit deze gegevens blijkt dat Opiumwetovertreeders niet alleen recidiveren op Opiumwetdelicten, maar zich ook met andere vormen van criminaliteit bezighouden.
- Mannelijke Opiumwetovertreeders recidiveren over het algemeen vaker dan vrouwelijke Opiumwetovertreeders (niet in tabel opgenomen).
- 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.

**TABEL 8.16 PERCENTAGE RECIDIVISTEN NA OVERTREDING VAN DE OPIUMWET, CUMULATIEF OVER EEN PERIODE VAN VIJF JAAR**

Type recidive	O b s e r v a t i e p e r i o d e									
	1 jaar		2 jaar		3 jaar		4 jaar		5 jaar	
	ow <sup>I</sup>	totaal <sup>II</sup>	ow <sup>I</sup>	totaal <sup>II</sup>	ow <sup>I</sup>	totaal <sup>II</sup>	ow <sup>I</sup>	totaal <sup>II</sup>	ow <sup>I</sup>	totaal <sup>II</sup>
• Algemeen	25%	22%	34%	31%	40%	36%	43%	39%	45%	42%
• Ernstig	15%	14%	21%	19%	25%	23%	28%	25%	29%	26%
• Speciaal	10%	-	15%	-	18%	-	20%	-	22%	-

*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.*

Tabel 8.17 geeft een schematisch overzicht van aantallen Opiumwetdelicten in de onderscheiden fasen van de strafrechtsketen in 2003. De cijfers zijn afkomstig uit verschillende bronnen en de onderlinge relatie moet voorzichtig geïnterpreteerd worden. Duidelijk blijkt nog eens dat harddrugsdelicten in alle fasen meer voorkomen dan softdrugsdelicten. Dit verschil wordt groter naarmate we vorderen in de keten.

**TABEL 8.17 AANTAL VERDACHTEN BIJ POLITIE, KMar EN OM, VEROORDEELDEN DOOR RECHTER, VRIJHEIDSTRAFFEN EN DETENTIEJAREN OPIUMWETDELICTEN NAAR FASE STRAFRECHTSKETEN EN HARD- EN/OF SOFTDRUGS, 2003**

<i>Fase in keten</i>	<i>Politie</i>	<i>KMar</i>	<i>OM</i>	<i>Rechter 1e aanleg</i>	<i>Vrijheidsstraffen<sup>1</sup></i>	<i>Detentie jaren</i>
Totaal Opiumwet	14 299	1 640	17 087	12 324	5 137	3 600
• Harddrugs	7 744	1 491	9 989	7 883	4 618	3 298
• Softdrugs	5 495	137	6 156	3 675	370	145
• Beide	1 060	12	942	766	149	157
%						
• Harddrugs	54%	91%	58%	64%	90%	92%
• Softdrugs	38%	8%	36%	30%	7%	4%
• Beide	7%	1%	6%	6%	3%	4%

*1. Achttien straffen en detentie jaren ontbreken: deze kunnen niet naar soort drug ingedeeld worden of de duur van de straf is onbekend. Bronnen: HKS, KLPD/DNRI; OMDATA, WODC; OBJD, WODC.*

## 8.3 DRUGSGBRUIKERS DIE CRIMINALITEIT PLEGEN

### 8.3.1 KENMERKEN DRUGSGBRUIKENDE VERDACHTEN

Tabel 8.18 en 8.19 laten kenmerken zien van in het Herkenningsdienstsysteem (HKS) van de politie als “drugsgebruiker” geregistreerde verdachten. In het HKS wordt verslaving of drugsgebruik als zodanig niet vastgelegd. Niettemin kan een benadering gegeven worden van de groep verdachte drugsgebruikers door gebruik te maken van de zogenaamde ‘gevarenclassificatie’ in HKS. Als van een verdachte bekend geworden is dat deze een probleemgebruiker is van drugs, of indien de verdachte dit zelf te kennen heeft gegeven, wordt deze in het systeem als “drugsgebruiker” geregistreerd bij de zogenaamde “gevarenclassificatie”. Op basis van de beschikbare gegevens kan de mate waarin verslaving voorkomt niet exact worden vastgesteld. Over de volledigheid van de registratie van drugsgebruik bestaan twijfels; aangenomen wordt dat we te maken hebben met een minimumindicatie.<sup>3</sup>

**TABEL 8.18 PERSOONSKENMERKEN VAN ALS “DRUGSGEBRUIKER” GEREGEREERDE VERDACHTEN, VANAF 1999**

		1999	2000	2001	2002	2003 <sup>II</sup>
Aantal verdachten		9 972	9 251	9 947	10 525	10 247
Geslacht	Man	90%	90%	91%	90%	90%
	Vrouw	10%	10%	9%	10%	10%
Woongemeente naar aantal inwoners <sup>I</sup>	Minder dan 20 000	4%	4%	4%	4%	4%
	20 000 – 50 000	11%	11%	11%	10%	10%
	50 000 – 100 000	12%	12%	12%	12%	11%
	100 000 – 150 000	10%	10%	10%	11%	11%
	150 000 – 250 000	9%	10%	10%	10%	10%
	250 000 en meer	46%	47%	45%	45%	44%
	Buitenland	6%	5%	5%	5%	4%
Onbekend	2%	2%	4%	3%	6%	
Gevaren classificatie	Alcohol	11%	11%	12%	11%	11%
	Drugs	100%	100%	100%	100%	100%
	Anders	19%	20%	20%	20%	21%
Leeftijd bij registratie laatste delict	12-17 jaar	0%	0%	0%	0%	0%
	18-24 jaar	9%	9%	8%	8%	7%
	25-34 jaar	43%	41%	38%	36%	33%
	35-44 jaar	37%	39%	40%	41%	42%
	45-54 jaar	9%	10%	12%	14%	16%
	55 jaar en ouder	1%	1%	1%	1%	2%
Gemiddelde leeftijd (jaar)		34,4	34,8	35,4	36,3	36,8

*I. Laatst bekende woon- of verblijfplaats. II. Voorlopige cijfers: HKS-gegevens van het laatste jaar worden na een jaar nogmaals opgehaald. Ervaring leert dat er dan een aanvulling is van ongeveer 6%.  
Bron: HKS, KLPD/DNRI, groep Onderzoek en Analyse.*

- Negen op de tien als drugsgebruiker geregistreeerde verdachten zijn man. Dit aandeel is door de tijd heen constant.
- Ook de verdeling naar de grootte van de gemeenten waarin de drugsgebruikende verdachten wonen blijft nagenoeg constant: bijna de helft van de verdachten (44%) woont in gemeenten met 250 duizend inwoners of meer.

- Van deze drugsgebruikende verdachten is 11 procent ook geregistreerd als alcoholverslaafde en 21 procent ook als verslaafd aan andere middelen (zoals medicijnen).
- Veelal komen de als drugsgebruiker geregistreerde verdachten al op jonge leeftijd voor het eerst in aanraking met de politie: in 2003 is bijna de helft (45%) jonger dan 18 jaar ten tijde van de registratie van het eerste delict, driekwart (77%) is jonger dan 25 jaar (niet in tabel weergegeven).
- De gemiddelde leeftijd bij het laatste delict ligt in 2003 iets hoger dan in 2002 en bedraagt ongeveer 37 jaar.

**TABEL 8.19 DELICTKENMERKEN VAN ALS “DRUGSGEBRUIKER” GEGISTREERDE VERDACHTEN, VANAF 1999**

		1999	2000	2001	2002	2003
Antecedenten <sup>I</sup>	1	3%	3%	4%	4%	3%
	2	3%	3%	3%	3%	2%
	3-4	5%	5%	5%	6%	5%
	5-10	16%	15%	15%	16%	15%
	11-20	20%	20%	20%	21%	20%
	21-50	31%	32%	32%	32%	32%
	>50	21%	22%	22%	20%	20%
Type misdrijf <sup>II</sup>	Seksueel geweld	1%	2%	1%	1%	1%
	Overig geweld	19%	20%	20%	22%	23%
	Diefstal geweld / afpersing	12%	12%	12%	12%	11%
	Vermogensmisdrijven	63%	63%	63%	63%	58%
	Vernieling, openbare orde / gezag	20%	21%	21%	22%	22%
	Verkeer	10%	11%	11%	10%	10%
	Opiumwet	20%	18%	19%	19%	22%
	Overige misdrijven	10%	11%	10%	10%	10%

*I. Totaal aantal antecedenten in gehele criminele voorgeschiedenis. II. Verdachten kunnen meer dan een type misdrijf gepleegd hebben; de percentages mogen dan ook niet bij elkaar worden opgeteld. Bron: HKS, KLPD/DNRI, groep Onderzoek en Analyse.*

- Het overgrote deel van de als drugsgebruiker geregistreerde verdachten heeft al een eerder proces-verbaal wegens een misdrijf en 72% heeft meer dan tien antecedenten.
- Bijna zes op de tien verdachten worden geverbaliseerd voor een vermogensmisdrijf. In 2003 is dit aandeel lager dan in 2002. De categorie “overig geweld” is in 2003 iets groter dan in eerdere jaren, evenals de categorie ‘Opiumwet’.

### 8.3.2 AANDEEL DRUGSGEBRUIKERS IN DE POPULATIE VAN JUSTITIEVEELPLEGERS

Uit een recent WODC-rapport blijkt dat Justitie te maken heeft met een groep van ruim zesduizend ‘zeer hoogfrequente’ veelplegers.<sup>154</sup> Dit zijn daders die in de achterliggende periode van vijf jaar meer dan tien keer in aanraking zijn gekomen met Justitie. De auteurs deden aanvullende analyses aan de hand van informatie, vastgelegd in strafdossiers.<sup>i</sup>

- Naar schatting is ruim 70 procent van de zeer hoogfrequente veelplegers een regelmatige harddruggebruiker en ruim 10 procent kampt met alcoholproblemen (tabel 8.20).

Uit deze analyse wordt duidelijk dat de groep veelplegers, althans de meest actieve, voor een groot deel samenvalt met de groep regelmatige harddruggebruikers.

**TABEL 8.20 KENMERKEN VAN JUSTITIE-VEELPLEGERS IN DE JAREN 1993, 1995 EN 1999**

	<i>Laagfrequente veelplegers</i>	<i>Hoogfrequente veelplegers</i>	<i>Zeer hoogfrequente veelplegers</i>	<i>Totale dadergroep</i>
Aantal	252	248	145	2 480
Regelmatig harddruggebruik	17%	36%	71%	14%
Alcoholproblematiek	7%	10%	12%	4%

Bron: SRM/Recidivemonitor, WODC.<sup>155</sup>

### 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, die onder andere contact legt met verdachte of veroordeelde gebruikers en rapportages opstelt voor het OM en de rechter omtrent mogelijkheden tot een individueel zorgtraject. Verder bestaan mogelijkheden voor gebruikers om deel te nemen aan een zorgtraject als alternatief voor vervolging en sancties. Programma's in detentie bereiden gebruikers voor op toeleiding naar zorg. Ook kent Nederland sinds 2001 dwangopvang van criminele drugsgebruikers: de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV).

<sup>i</sup> Steekproef uit de Strafrechtmonitor (zie bijlage B).

In deze paragraaf beschrijven we welke hulp in 2003 beschikbaar was en hoe vaak hiervan gebruik is gemaakt door probleemgebruikers:

- verslavingsreclassering (§ 8.4.1)
- alternatieven voor vervolging en sancties en toeleiding naar zorg (§ 8.4.2)
- de instroom in 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).<sup>156</sup> 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 daarom niet gespecificeerd naar soort verslaving.<sup>j</sup> Ook zijn geen cijfers op cliëntniveau beschikbaar. Het is niet bekend hoe betrouwbaar de cijfers zijn.<sup>k</sup>
- 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 afkomstig van de SOV-locaties en zijn verkregen via het Trimbos-instituut.

#### 8.4.1 VERSLAVINGSRECLASSERING

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

- Verslavingsreclassering wordt aangeboden door circa 50 vestigingen van 15 instellingen voor verslavingszorg met een reclasseringserkenning.<sup>157</sup> Deze vormen een landelijk dekkend netwerk.
- In 2002 verbleef 44 procent van de cliënten van de verslavingsreclassering in voorlopige hechtenis, 41 procent zat een gevangenisstraf uit. Over 2003 zijn geen cijfers beschikbaar.

De verslavingsreclassering kent in 2003 twaalf kernactiviteiten voor justitiabelen.<sup>156;158</sup> Tabel 8.21 laat zien hoe vaak deze activiteiten zijn uitgevoerd. De aantallen hebben

---

<sup>j</sup> Volgens gegevens uit het LADIS van vóór 2001 vormen drugsverslaafden rond de 60% van de cliënten van de verslavingsreclassering. De tweede grote categorie wordt gevormd door cliënten met primaire alcoholproblematiek. Bij de drugscliënten ging het met name om harddrugs: opiaten, opwekkende middelen (inclusief cocaïne) en polydrugsgebruik. De trend ging in de richting van minder opiaten en meer opwekkende middelen.<sup>3;60</sup>

<sup>k</sup> In de jaarrekening 2003 wordt opgemerkt dat het opvragen van overzichten zeer veel tijd kost en dat aan de betrouwbaarheid van de overzichten wordt getwijfeld.<sup>156</sup>

betrekking op alle soorten problematiek (drugs, alcohol, gokken etc.). In 2003 is de activiteit “diagnose” nieuw gedefinieerd. Dit heeft te maken met de invoering van een standaard instrument - de RISC<sup>1</sup> - dat in het kader van het justitieprogramma *Terugdringen Recidive* is ingevoerd en dat door de verslavingsreclassering en medewerkers in penitentiaire inrichtingen dient te worden toegepast en geregistreerd.

**TABEL 8.21 AANTAL MAAL DAT DE VERSLAVINGSRECLASSERING KERNACTIVITEITEN HEEFT UITGEVOERD IN 2002 EN 2003<sup>1, II</sup>**

<i>Producten<sup>III</sup></i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>
Vroeghulpbezoek	3 629	4 305
Vroeghulpinterventie rapport	995	922
Trajectbegeleiding	10 048	9 156
Diagnose <sup>IV</sup>		10 615
Toeleiding zorg	1 568	2 115
Toezicht	2 407	3 726
Reïntegratieprogramma	1 696	2 566
Werkstraf	3 382	4 098
Leerstraf	139	217
Voorlichtingsrapport	4 423	4 254
Adviesrapportage	2 989	4 408
Maatregelrapport	175	84

*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. Bron: SVG.<sup>140</sup>*

- Vroeghulpbezoeken zijn in 2003 ruim vierduizend maal afgelegd, vaker dan in 2002. 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 tussen 3 600 en 4 000.

<sup>1</sup> De RISC (Risiko Inschatting Schalen) is een instrument voor reclassering en gevangeniswezen; het is een hulpmiddel om te komen tot een inschatting van de kans op recidive en het kiezen van een interventie voor de cliënt. Diagnostiek met behulp van de RISC maakt een inschatting mogelijk van het risico op recidive en van het gevaar dat een cliënt vormt voor zichzelf en anderen. Bovendien wordt duidelijk op welke leefgebieden de cliënt behoeften of tekorten heeft, en welke (on)mogelijkheden iemand heeft om deel te nemen aan bepaalde interventies.

- Bij vroeghulpinterventie wordt gerapporteerd aan de rechter met een aanbeveling over het al dan niet voortduren van voorlopige hechtenis (en de wijze waarop). In 2003 is ruim 900 maal een vroeghulpinterventie uitgevoerd. Dit aantal wijkt nauwelijks af van dat in 2002.
- Onder trajectbegeleiding valt de 'methodische aanpak die gevolgd wordt om op basis van onderzoek een plan van aanpak op te stellen, te coördineren en te evalueren'. In 2003 is ruim negenduizend maal een trajectbegeleiding uitgevoerd, minder vaak dan in 2002.
- Diagnoses zijn in 2003 voor het eerst als zodanig geregistreerd. De herdefiniëring en nieuwe registratiewijze heeft te maken met de ontwikkeling van een nieuw diagnostisch instrument (de RISC), dat in de toekomst de standaard zal worden. Het aantal diagnoses, uitgevoerd door de verslavingsreclassering, bedraagt in 2003 ruim tienduizend.
- Bij toeleiding naar zorg gaat het om de inspanning die nodig is voor het plaatsen van een cliënt in een zorginstelling. Toeleiding kan in alle fasen van het strafrechtelijk proces plaatsvinden: vanaf het verblijf in een politiecel of het Huis van Bewaring tot en met de fase van detentie.<sup>159</sup> In 2003 zijn ruim tweeduizend toeleidingen uitgevoerd, meer dan in 2002.
- De verslavingsreclassering houdt toezicht op cliënten in het kader van een justitiële beslissing in alle fasen van het strafrechtelijk proces. In 2003 is dit toezicht ruim 3 700 maal geregistreerd.
- 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 2003 zijn ruim 2 500 maal activiteiten in dit kader uitgevoerd, een toename ten opzichte van 2002.
- In 2003 was de verslavingsreclassering ruim vierduizend maal betrokken bij de uitvoering van een werk- of leerstraf. Ook dit is meer dan in 2002.

De verslavingsreclassering maakt verschillende soorten rapporten: voorlichtings-, advies- en maatregelrapporten (zie tabel 8.22).

- Bij voorlichtingsrapporten gaat het om schriftelijke informatie aan de rechter met het oog op de beslissing over vervolging, berechting of de tenuitvoerlegging van een straf en/of (straf)maatregel. Voorlichtingsrapporten worden opgesteld tijdens in verzekeringstelling, in bewaringstelling of voorlopige hechtenis. Het aantal voorlichtingsrapporten, meestal aangevraagd door de rechterlijke macht, schommelt door de jaren heen rond de vierduizend.
- Een adviesrapport is een beperkte, schriftelijke vorm van het 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 2003 is het aantal met bijna 50 procent toegenomen naar ruim vierduizend.

- Maatregelrapporten betreffen schriftelijke informatie aan het Ministerie van Justitie, de FPD, TBS-inrichting en/of de rechter, met het oog op beslissingen rond een maatregel. Deze rapporten hebben onder andere betrekking op de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden. In 2003 zijn er 84 rapporten opgesteld.

**TABEL 8.22 AANTAL RAPPORTEN OPGESTELD DOOR DE VERSLAVINGSRECLASSERING, VANAF 1999**

<i>Jaar</i>	<i>Voorlichtingsrapporten</i>	<i>Adviesrapporten</i>	<i>Maatregelrapporten</i>
1999	4 427	2 269	-
2000	4 113	2 555	-
2001	3 303	2 292	-
2002	4 423	2 989	175
2003	4 254	4 408	84

*Bron: SVG.*

#### 8.4.2 ZORGTRAJECTEN 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.<sup>160</sup> Het 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. In alle fasen van het strafrechtelijk proces, vanaf de arrestatie tot en met het verblijf in detentie, bestaan mogelijkheden voor gebruikers om in te stromen in een zorgtraject. In de beginfase en de eindfase gebeurt instroom alleen op vrijwillige basis. Vanaf inbewaringstelling tot en met detentie is drang mogelijk. Gebruikers krijgen bij drang de keuze voorgelegd tussen deelname aan een zorgtraject enerzijds en vervolging of een sanctie (vaak detentie) anderzijds. De keuze is niet vrijblijvend: als de gebruiker zich niet houdt aan de voorwaarden en afspraken dreigt verdere vervolging, veroordeling of tenuitvoerlegging van sancties. Dit is de drang, de stok achter de deur. Er bestaan diverse wettelijke mogelijkheden tot instroom in een zorgtraject vanuit het strafrechtelijk systeem (tabel 8.23). In de tabel is ook de dwangmaatregel van Strafrechtelijke Opvang Verslaafden opgenomen.

- Tijdens de politiefase bestaan geen mogelijkheden tot drang. Gebruikers kunnen vrijwillig instromen naar een zorgtraject.
- Tijdens voorlopige hechtenis bestaat de mogelijkheid van (voorwaardelijk) sepot en van schorsing van de hechtenis onder voorwaarden, waarbij de voorwaarde bestaat uit deelname aan een zorgtraject.

- Bij voorgeleiding en zitting kan de zitting worden aangehouden of een voorwaardelijke straf worden opgelegd met als voorwaarde deelname aan een zorgtraject.
- Sinds april 2001 kan de maatregel Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV) worden opgelegd, waarbij een drugsgebruiker in een speciale justitiële inrichting wordt geplaatst.
- Tijdens detentie kan aan detentievervangende behandeling worden deelgenomen op basis van art. 43 van de Penitentiaire Beginselenwet. Dit artikel maakt het mogelijk om gedetineerden over te plaatsen naar een behandelvoorziening, eventueel buiten de penitentiaire inrichting.
- In de laatste fase van detentie is deelname aan een Penitentiair Programma buiten de penitentiaire inrichting mogelijk. Hierbij kan onder begeleiding gebruik worden gemaakt van voorzieningen buiten de penitentiaire inrichting, maar de gedetineerde kan ook zonder zorgtraject deelnemen aan maatschappelijke activiteiten.
- Aan het eind van de keten, na afloop van de detentie, is een eventuele instroom in zorg van vrijwillige aard.
- In 2003 zijn er geen veranderingen in de strafrechtelijke mogelijkheden ten opzichte van 2002.

**TABEL 8.23 STRAFRECHTELIJKE MOGELIJKHEDEN TOT INSTROOM IN ZORGTRAJECTEN VOOR DRUGSGEBRUIKERS NAAR FASE IN HET JUSTITIËLE TRAJECT, SITUATIE 2003**

<i>Fase in justitieel traject</i>	<i>Strafrechtelijke mogelijkheid</i>	<i>Drang of dwang</i>
Tijdens in verzekeringstelling en in bewaringstelling zonder verlenging (politiefase)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen</li> </ul>	Geen drang mogelijk; instroom in zorgtraject op vrijwillige basis
Tijdens voorlopige hechtenis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (Voorwaardelijk) sepot door OM (art. 167 Sv)</li> <li>• Schorsing voorlopige hechtenis onder voorwaarden (art. 80 Sv)</li> </ul>	Instroom in zorgtraject onder drang, instemming verslaafde nodig
Bij voorgeleiding en zitting	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aanhouden van de zitting/ uitstel van vonniswijzing (art. 281 Sv en art. 346 Sv)</li> <li>• Opleggen van (gedeeltelijk) voorwaardelijke straf met als voorwaarde een ter zitting voorgesteld hulpverlenings-traject (Art. 14a en 14c Sr)</li> <li>• Opleggen maatregel Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (art. 38m Sr)</li> </ul>	Instroom in zorgtraject onder drang, instemming verslaafde nodig  Dwang, maatregel kan worden opgelegd zonder instemming verslaafde
Tijdens detentie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deelname aan zorgtraject zo nodig buiten de penitentiaire inrichting in daartoe bestemde instellingen (art. 43 Pbw)</li> <li>• Deelname aan Penitentiair Programma (art. 4 Pbw)</li> </ul>	Instroom in zorgtraject onder drang, instemming verslaafde nodig.
Na afloop detentie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen</li> </ul>	Geen drang mogelijk; instroom in zorgtraject op vrijwillige basis

Bron: WODC.<sup>160</sup>

- In penitentiaire inrichtingen hebben gedetineerde probleemgebruikers van drugs de mogelijkheid om op vrijwillige basis geplaatst te worden in de speciale

Verslaafden Begeleidings Afdelingen (VBA's). VBA's zijn bedoeld als toeleidingsprogramma naar een zorgtraject. In 2002 zijn er 12 VBA's met 325 plaatsen. In 2003 werd 758 maal deelgenomen aan een VBA, in 2003 was dit 680 maal.

- Er zijn geen cijfers bekend over het gebruik van de onderscheiden strafrechtelijke mogelijkheden door problematische gebruikers van drugs. De toepassing van de drang en de effectiviteit van de zorgtrajecten die vanuit justitie naar zorg worden ingezet lijken voor verbetering vatbaar.<sup>161</sup>
- In 2003 zijn 2 115 toeleidingen naar zorg uitgevoerd (tabel 8.24).
- Niet alle toeleidingen die in 2003 zijn gestart, zijn ook gerealiseerd. Uit cijfers van de verslavingsreclassering blijkt dat van de ruim drieduizend toeleidingen die zijn gestart tweederde (67%) daadwerkelijk is gerealiseerd volgens plan. In eenderde van de gevallen is de toeleiding niet volgens plan afgerond. Het traject is in deze gevallen om een of andere reden voortijdig afgebroken (bijvoorbeeld door de verslaafde of door de zorginstelling). Deze aantallen zijn gelijk aan die van 2002.
- De diverse mogelijke zorgtrajecten zijn niet specifiek gebonden aan één (hierboven beschreven) strafrechtelijke modaliteit. 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.
- De instroom vanuit justitie naar zorgtrajecten vindt overwegend plaats naar niet door justitie gefinancierde klinische, ambulante en deeltijdvoorzieningen in de verslavingszorg (tabel 8.23).
- De rubrieken klinische, ambulante en deeltijd verslavingszorg omvatten voorzieningen met verschillende doelstellingen en doelgroepen (bijlage D).

**TABEL 8.24 TOELEIDINGEN NAAR ZORG DOOR VERSLAVINGSRECLASSERING NAAR SOORT ZORGTRAJECT IN 2002 EN 2003<sup>I</sup>**

Soort zorgtraject:	2002		2003 <sup>II</sup>	
Klinische verslavingszorg	650	42%	889	41%
Ambulante en deeltijd verslavingszorg	474	30%	726	34%
Maatschappelijke opvang	126	8%	171	8%
Psychiatrische zorg door een APZ	123	8%	76	4%
Niet-klinische psychiatrische zorg	44	3%	83	4%
Psychiatrische deeltijdbehandeling	28	2%	50	2%
Sociale pensions	24	2%	23	1%
Internaten voor dak- en thuislozen	22	1%	25	1%
Psychiatrische polikliniek	20	1%	35	2%
Crisisopvang 24 uur	19	1%	19	1%
Andere voorzieningen	38	2%	56	3%
Totaal	1 568	100%	2 153	101%

*I. Geen cijfers op cliëntniveau beschikbaar, niet gespecificeerd naar soort middel. II. Cijfers 2003 berekend op basis van productieoverzicht 31-05-2004, nog niet door accountant vastgestelde productiecijfers. Hieruit zijn verschillen met tabel 8.20 te verklaren. Bron: SVG.*

### 8.4.3 DE STRAFRECHTELIJKE OPVANG VERSLAAFDEN

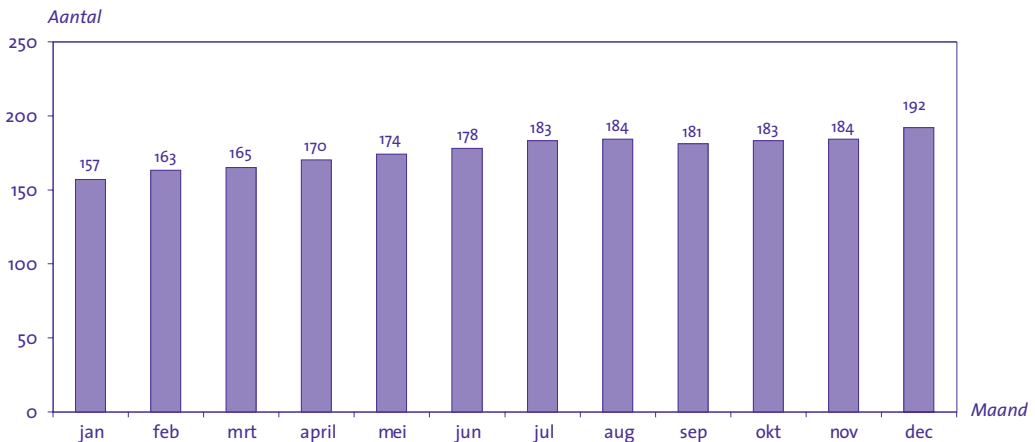
Met ingang van 1 april 2001 is het wettelijk mogelijk geworden criminele probleemgebruikers van drugs via een maatregel gedwongen te plaatsen in een speciale justitiële voorziening met een deels intramuraal en deels extramuraal programma. De maatregel "Strafrechtelijke Opvang Verslaafden" (SOV) wordt voorlopig doorgevoerd in de vorm van een experiment in speciaal daarvoor ontwikkelde voorzieningen.

- De maatregel SOV wordt opgelegd door de Meervoudige Kamer van de rechtbank op eis van het OM, als de verdachte een misdrijf heeft gepleegd waarvoor voorlopige hechtenis is toegestaan, drugsverslaafd is, in de vijf jaar voorafgaand aan het huidige misdrijf ten minste drie maal wegens een misdrijf onherroepelijk tot een vrijheidsbenemende of beperkende straf is veroordeeld, in het verleden zonder succes heeft deelgenomen aan een drangaanbod en tenslotte niet lijdt aan een ernstige psychiatrische aandoening. De SOV is alleen bedoeld voor mannen met de Nederlandse nationaliteit.
- De SOV heeft een looptijd van maximaal twee jaar. Het SOV-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 kent een

zogenoemde “unit 4”. Hier vindt opvang plaats van personen die (tijdelijk) niet of niet meer willen meewerken aan het in de SOV aangeboden programma. Zij krijgen een minimumprogramma aangeboden.

- 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 groeit in 2003, net als in 2002, gestaag: van 157 in januari 2003 naar 178 in juni en 192 per eind december 2003. Tussen juli en november 2003 was het aantal min of meer stabiel (figuur 8.1).

**FIGUUR 8.1 AANTAL DEELNEMERS IN SOV PER MAAND IN 2003**



Bron: SOV-locaties, Trimbos-instituut.

- De bezettingsgraad neemt ook toe. In 2003 stijgt de bezettingsgraad van 71 procent in januari naar 78 procent in juni en vervolgens naar 85 procent in december. Eind 2003 is daarmee 15 procent van de (intramurale) plaatsen onbezet (tabel 8.25). Eind 2002 was dit nog 32 procent.
- De bezettingsgraad varieert per locatie. In december 2003 bedraagt het bezettingspercentage in Amsterdam 94 procent, in Rotterdam 85 procent, in Utrecht 91 procent en in Zuid (Arnhem, Nijmegen, Den Bosch, Eindhoven, Maastricht en Heerlen) is het bezettingspercentage 65%.

**TABEL 8.25 AANTAL DEELNEMERS EN BEZETTINGSGRAAD SOV NAAR LOCATIE. PEILDATA 31 JANUARI, 30 JUNI EN 31 DECEMBER 2003<sup>1</sup>**

	Amsterdam			Rotterdam			Utrecht			Zuid <sup>II</sup>			Totaal		
	jan	jun	dec	jan	jun	dec	jan	jun	dec	jan	jun	dec	jan	jun	dec
Aantal deelnemers	65	69	68	47	54	61	23	25	32	20	22	26	155	170	187
Bezettingsgraad (%)	90	96	94	65	75	85	66	71	91	50	55	65	71	78	85

*I. Geteld exclusief deelnemers in fase 3. II. Zuid in december 2003: Arnhem: 6, Nijmegen: 2, Heerlen: 5, Den Bosch: 5, Eindhoven: 6, Maastricht: 2. Bron: SOV-locaties/Trimbos-instituut.*

- Eind december 2003 bevinden zich 90 deelnemers in fase 1, 61 in fase 2 en 5 in fase 3; 28 deelnemers verblijven op unit 4 en 7 deelnemers bevinden zich in een andere inrichting met behoud van hun SOV-status. Acht 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 2003**

<i>Fase/unit</i>	<i>Aantal deelnemers</i>
Preventief of pre-SOV	8
Fase 1	90
Fase 2	61
Fase 3	5
Unit 4	28
In andere inrichting met behoud van SOV-status	7
Totaal	200 <sup>I</sup>

*I. Meegeteld: een deelnemer die voortvluchtig is. Bron: SOV-locaties/Trimbos-instituut.*

- In 2003 is de uitstroom op reguliere basis op gang gekomen, dat wil zeggen de uitstroom van drugsverslaafden die het SOV-programma hebben voltooid. Op 22 april 2003 is de eerste deelnemer uitgestroomd. In december 2003 zijn 22 deelnemers uitgestroomd. Zeven maal is de SOV tussentijds beëindigd door de rechter.
- Informatie over processen en effecten van de SOV kan nog niet gegeven worden. In september 2001 is de procesevaluatie van de SOV gestart. De resultaten

hiervan komen begin 2005 beschikbaar. In juni 2002 is de effectevaluatie gestart die eind 2006 de definitieve resultaten zal 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 drugcriminaliteit.

### 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.

### **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).

**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.

### **THC**

Tetrahydrocannabinol, het belangrijkste psychoactieve bestanddeel van cannabis.

### **Verslaving**

Problematisch gebruik van een middel waarbij sprake is van afhankelijkheid. Doorgaans verstaat dit Jaarbericht onder "verslaving" de klinische diagnose van afhankelijkheid. Voor justitiële monitors is het echter niet mogelijk om klinische diagnoses te stellen. Justitiële monitors registreren bijvoorbeeld extra gevaar vanwege drugsgebruik of 'duidelijke aanwijzingen voor verslaving' (zie §8.3.2., SRM). De klinische diagnose van afhankelijkheid wordt vastgesteld via classificatiesystemen als de DSM en de ICD. Kenmerken van afhankelijkheid zijn: vaak in grote hoeveelheden of langere tijd gebruiken, steeds meer van het middel nodig hebben voor het gewenste effect (gewenning), onthoudingsverschijnselen, het middel gebruiken tegen onthoudingsverschijnselen, willen stoppen terwijl dat niet lukt, veel tijd besteden om aan het middel te komen of om er van te herstellen, opgeven van belangrijke bezigheden thuis, op school, op het werk, of de vrije tijd en doorgaan met het gebruik ondanks het besef dat dit veel problemen oplevert.

### **Voortgezet speciaal onderwijs**

Onderwijs voor Moeilijk Lerende Kinderen (MLK), onderwijs voor kinderen met Leer- en OpvoedingsMoeilijkheden (LOM) en onderwijs voor Zeer Moeilijk Opvoedbare Kinderen (ZMOK).

## **II. DRUGCRIMINALITEIT<sup>a</sup>**

### **Afdoening door de rechter**

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

---

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

### **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 harddrugsgebruikers kan dit door oplegging van de maatregel Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV).

Zie ook: Drang.

### **Eerste aanleg, (in -)**

Primaire rechterlijke instantie waar een zaak wordt behandeld.

Zie ook: Hoger beroep.



### **Eindvonnis**

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

Zie ook: Tussenvonnis.

### **Gevangenisstraf**

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

Zie ook: Hechtenis.

### **Gewone strafzaak rechtbanken**

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

### **Hechtenis**

Principale - : vrijheidsstraf met een strafduur van maximaal 1 jaar en 4 maanden, van lichtere aard dan gevangenisstraf en in de regel ondergaan in een huis van bewaring  
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 strafvervolgning voldoen aan een of meer door de opsporingsambtenaar (politie) of het openbaar ministerie (officier van justitie) gestelde voorwaarden, zoals het betalen van een geldsom ('boete'), waardoor het recht tot strafvervolgning vervalt.

**Verdachte**

Voor het begin van de vervolging is hij degene van wie uit feiten of omstandigheden een redelijk vermoeden van schuld aan een strafbaar feit wordt aangenomen, daarna is hij degene tegen wie de vervolging is gericht.

**Vervroegde invrijheidstelling**

Het uit hoofde van de wet in beginsel vervroegd vrijlaten uit de penitentiaire inrichting van tot duurzame vrijheidsstraf veroordeelde personen.

**Voeging ad informandum**

Het voegen, door het openbaar ministerie, van een strafzaak zonder tenlastelegging bij een andere zaak die aan de rechter wordt voorgelegd, met het doel de rechter bij de bepaling van de strafmaat rekening te laten houden met de gevoegde zaak. Zie ook: Afdoening door openbaar ministerie.

**Voeging ter berechting**

Het samenvoegen, door het openbaar ministerie, van ingeschreven strafzaken, met het doel de rechter bij één vonnis verschillende zaken tegelijk te laten afdoen. Zie 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](http://www.trimbos.nl/monitors), of [www.ivo.nl](http://www.ivo.nl), of [www.zonmw.nl](http://www.zonmw.nl).

## I. GEBRUIK EN PROBLEMATISCH GEBRUIK

<i>Bron</i>	<i>Doelgroep</i>	<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 Uitgaansonderzoek	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 al naar gelang locatie en regio jongeren: zie ook Bijlage F	Alcohol, drugs, tabak
Nationaal Instituut voor de Publieke Opinie en het Marktonderzoek (TNS NIPO)	Landelijke bevolking van vijftien jaar en ouder	Tabak
Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO)	Landelijke bevolking van twaalf jaar en ouder	Alcohol, drugs, tabak
NEMESIS	Landelijke bevolking van 16 tot en met 64 jaar	Alcohol, drugs
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	Alcohol, drugs, tabak
Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLs)	Landelijke bevolking van 12 jaar en ouder, jongeren 12-29 jaar	Alcohol, tabak, voor de module jongeren ook drugs

## *Metingen*

## *Verantwoordelijke organisatie/Homepage*

Jaarlijks sinds 1993,  
met wisselende keus van doelgroep

Criminologisch instituut Bonger, Universiteit van  
Amsterdam in samenwerking met Jellinek Preventie  
[www.jur.uva.nl](http://www.jur.uva.nl)  
[www.jellinek.nl/](http://www.jellinek.nl/)

1995, 1999, 2003

CAN, Pompidou Groep,  
voor Nederland het Trimbos-instituut  
[www.can.se/](http://www.can.se/)

Jaarlijks vanaf 2002

MORE  
[www.denhaag.nl/](http://www.denhaag.nl/)

Vierjaarlijks vanaf 2001

WHO, voor Nederland: Trimbos-instituut, Radboud  
Universiteit Nijmegen en Universiteit Utrecht  
[www.hbsc.org](http://www.hbsc.org)  
[www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl)

Doorgaans jaarlijks,  
al naar gelang locatie  
en regio

GGD'en in afstemming met GGD Nederland,  
gemeentelijke en particuliere onderzoeksbureaus  
[www.ggd.nl](http://www.ggd.nl)

Jaarlijks

STIVORO  
[www.stivoro.nl](http://www.stivoro.nl)

1997, 2001,  
mogelijk ook 2005

CEDRO, Universiteit van Amsterdam; samen met CBS  
[www.cedro-uva.org](http://www.cedro-uva.org)

1996, 1997, 1999

Trimbos-instituut  
[www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl)

1984, 1988, 1992, 1996, 1999, 2003  
Bijzondere scholen, projecten:  
1990, 1997

Trimbos-instituut  
[www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl)

Jaarlijks

CBS  
[www.cbs.nl](http://www.cbs.nl)



## II. HULPVRAAG EN BEHANDELING

<i>Bron</i>	<i>Doelgroep</i>	<i>Middelen</i>
Centrale Methadon Registratie (CMR)	Methadoncliënten in de regio Amsterdam	Methadon
Educare monitor	Hulpvragers op EHBO-posten van dansevenementen	Alcohol, drugs
Landelijk Alcohol en Drugs Informatie-systeem (LADIS)	Cliënten van de (ambulante) verslavingszorg. In 2003 was de herkomst van de cliënten als volgt: 49% ambulant, 6% klinisch, 30% poliklinisch, 16% reclassering.	Alcohol, drugs
Landelijke Medische Registratie (LMR)	Ziekenhuispatiënten	Alcohol, drugs
Letsel Informatie Systeem (LIS)	Patiënten die spoedeisende hulp krijgen na een ongeval	Alcohol, drugs
Patiëntenregister intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (PiGGz). Wordt vervangen door Zorgis.	Cliënten van de intramurale verslavingszorg	Alcohol, drugs

<i>Metingen</i>	<i>Verantwoordelijke organisatie/Homepage</i>
Jaarlijks	GG&GD Amsterdam <a href="http://www.ggd.amsterdam.nl">www.ggd.amsterdam.nl</a>
Jaarlijks vanaf 1996	Educare Ambulant, Stichting Nursing & Education Consultancy <a href="http://www.educaregroningen.nl">www.educaregroningen.nl</a>
Jaarlijks	IVZ, Houten <a href="http://www.sivz.nl">www.sivz.nl</a>
Jaarlijks	Prismant <a href="http://www.prismant.nl">www.prismant.nl</a>
Jaarlijks	Stichting Consument en Veiligheid <a href="http://www.veiligheid.nl">www.veiligheid.nl</a>
Jaarlijks, compleet tot en met 1996	GGZ Nederland, Prismant <a href="http://www.ggz nederland.nl">www.ggz nederland.nl</a> <a href="http://www.prismant.nl">www.prismant.nl</a>

### III. ZIEKTE EN STERFTE

<i>Bron</i>	<i>Doelgroep/Onderwerp</i>	<i>Middelen</i>
Amsterdamse cohortstudie en monitor drugsgerelateerde sterfte	Doodsoorzaken onder methadoncliënten en recreatieve drugsgebruikers in Amsterdam	Opiaten, recreatieve drugs
Centrale Post Ambulancevervoer (CPA)	Ambulanceritten voor de bevolking van Amsterdam en omstreken	Alcohol, drugs
Doodsoorzaken-statistiek	Doodsoorzaken van inwoners van Nederland die staan ingeschreven	Alcohol, drugs, tabak
HIV/aids-registratie	HIV-geïnfekteerden en aids-patiënten onder injecterende drugsgebruikers	Opiaten
HIV-surveillance onder drugsgebruikers	Injecterende drugsgebruikers in diverse steden	Opiaten
ROI monitor	Automobilisten	Alcohol

### IV. MARKTINFORMATIE

<i>Bron</i>	<i>Doelgroep/Onderwerp</i>	<i>Middelen</i>
Bureau Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS)	Uitgaansdrugs van recreatieve gebruikers	Uitgaansdrugs
Coffeeshopmonitor	Coffeeshopbeleid van gemeenten en handhavingsbeleid	Cannabis
Monitor gedoogde coffeeshops	Officieel gedoogde coffeeshops	Cannabis
THC-monitor	THC-gehalte en prijs van cannabismonsters uit coffeeshops	Cannabis

<i>Metingen</i>	<i>Verantwoordelijke organisatie/Homepage</i>
Jaarlijks vanaf 1976	GG&GD Amsterdam <a href="http://www.ggd.amsterdam.nl">www.ggd.amsterdam.nl</a>
Jaarlijks	GG&GD Amsterdam <a href="http://www.ggd.amsterdam.nl">www.ggd.amsterdam.nl</a>
Jaarlijks	CBS <a href="http://www.cbs.nl">www.cbs.nl</a>
half jaarlijks	IGZ, SHM, RIVM <a href="http://www.hiv-monitoring.nl">www.hiv-monitoring.nl</a>
vanaf 1991 diverse metingen in diverse steden	RIVM en GGD'en <a href="http://www.rivm.nl/">www.rivm.nl/</a>
Jaarlijks vanaf 1970	AVV, Ministerie van Verkeer en Waterstaat <a href="http://www.rws-avv.nl">www.rws-avv.nl</a>

<i>Metingen</i>	<i>Verantwoordelijke organisatie/Homepage</i>
Jaarlijks	Trimbos-instituut <a href="http://www.trimbos.nl">www.trimbos.nl</a>
Jaarlijks	WODC <a href="http://www.wodc.nl/">www.wodc.nl/</a>
1997, 1999, jaarlijks vanaf 2000	Bureau Intraval <a href="http://www.intraval.nl/">www.intraval.nl/</a>
Jaarlijks	Trimbos-instituut <a href="http://www.trimbos.nl">www.trimbos.nl</a>

## V. JUSTITIEEL

<i>Bron</i>	<i>Doelgroep/Onderwerp</i>	<i>Middelen</i>
Cliënt Volg Systeem (CVS)	Productiecijfers verslavingsreclassering, cliënten van de verslavingsreclassering	Alle middelen, geen uitsplitsing
HerKenningsdienst-Systeem (HKS)	Processen-verbaal van aangiften; processen-verbaal opgemaakt tegen verdachten; geregistreeerde criminele voorgeschiedenis van verdachten	Gevarenclassificatie 'druggebruiker' of 'alcoholverslaafd'; Opiumwetdelicten uitsplitsbaar naar hard- en softdrugs
Inbeslagnames drugs	Inbeslagnames drugs; aantal opsporingsonderzoeken, 'opgerolde' hennepwekerijen; ontdekte productieplaatsen van synthetische drugs	Alle middelen, uitsplitsing naar type drug
Locaties Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV)	Cijfers over opnames in de SOV, justitiabele verslaafden die instromen in het SOV-traject	Alle middelen
Onderzoeks- en Beleidsdatabase Justitiële Documentatie (OBJD)	Beleidsinformatie over strafrechtspleging; geanonimiseerde kopie van het Justitieel Documentatie Systeem	Opiumwetdelicten uitsplitsbaar naar hard- en softdrugs
Openbaar Ministerie Data (OMDATA)	Landelijke database van het Parket-Generaal met gegevens over vervolging en berechting in eerste aanleg	Opiumwetdelicten uitsplitsbaar naar hard- en softdrugs

## *Metingen*

## *Verantwoordelijke organisatie/Homepage*

Dagelijkse dossiervorming

Stichting Verslavingsreclassering Nederland (SVG) in samenwerking met Reclassering Nederland en reclassering van het Leger des Heils  
[www.ggznederland.nl](http://www.ggznederland.nl)

Actualisatie eind eerste kwartaal over hele voorgaande kalenderjaar; tevens extractie definitieve cijfers over jaar daarvoor (vanwege verwerkingsachter-standen)

De unit Kennis en Ontwikkeling, afdeling Onderzoek en Analyse van de dienst Nationale Recherche Informatie van het Korps Landelijke politiediensten (K&O/O&A/dNRI/KLPD, in samenwerking met de politieregio's; Het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatie Centrum van het Ministerie van Justitie (WODC) beschikt over een kopie  
[www.politie.nl/KLPD/](http://www.politie.nl/KLPD/)  
[www.wodc.nl/](http://www.wodc.nl/)

Continue registratie, jaarlijkse rapportage

K&O/O&A/dNRI/KLPD, in samenwerking met de politieregio's

Maandelijks

Locaties Strafrechtelijke Opvang Verslaafden  
[www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl)

Vier keer per jaar actualisatie

WODC  
[www.wodc.nl/](http://www.wodc.nl/)

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/](http://www.wodc.nl/)

<i>Bron</i>	<i>Doelgroep/Onderwerp</i>	<i>Middelen</i>
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	Uitsplitsing naar hard- en softdrugs
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	Opiumwetdelicten uitsplitsbaar naar hard- en softdrugs
WODC-Recidivemonitor	Langlopend onderzoeksproject met gestandaardiseerde recidivemetingen onder verschillende groepen justitiabelen	Opiumwetdelicten uitsplitsbaar naar hard- en softdrugs

*Metingen*

*Verantwoordelijke organisatie/Homepage*

Jaarlijkse rapportage

K&O/O&A/dNRI/KLPD, in samenwerking met de politieregio's  
[www.politie.nl/KLPD/](http://www.politie.nl/KLPD/)

Continue registratie

Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van het Ministerie van Justitie  
[www.dji.nl/](http://www.dji.nl/)

Rapportages op basis OBJD

WODC  
[www.wodc.nl/](http://www.wodc.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	Alcoholverslavingsyndroom
304	Verslaving aan drugs
304.0	Verslaving aan opiaten en dergelijke
304.2	Verslaving aan cocaïne
304.3	Verslaving aan cannabis
304.4	Verslaving aan amfetamine en andere psychostimulantia
304.7	Verslaving aan opiaten in combinatie met andere drugs
305	Misbruik van drugs of andere middelen zonder verslaving
305.0	Misbruik van alcohol
305.2	Misbruik van cannabis
305.3	Misbruik van hallucinogenen
305.4	Misbruik van barbituraten of van sedativa en hypnotica met verwante werking
305.5	Misbruik van opiaten
305.6	Misbruik van cocaïne
305.7	Misbruik van amfetamine of sympathicomimetica met verwante werking
305.8	Misbruik van antidepressiva en dergelijke
305.9	Misbruik van overige, gemengde of niet gespecificeerde middelen
357.5	Alcoholische polyneuropathie
425.5	Alcoholische cardiomyopathie
535.3	Alcoholische gastritis
571.0	Alcoholische vetlever
571.1	Acute alcohol hepatitis
571.2	Alcoholische levercirrose
571.3	Niet gespecificeerde alcoholische leverbeschadiging
980.0-1	Toxisch gevolg van alcohol
E850	Accidentele vergiftiging door analgetica, antipyretica en antireumatica
E850.0	Accidentele vergiftiging door heroïne
E854.1	Accidentele vergiftiging door psychodysleptica (hallucinogenen)

E854.2	Accidentele vergiftiging door psychostimulantia
E855.2	Accidentele vergiftiging door lokale anesthetica (waaronder cocaïne)
E860.0-2	Niet opzettelijke vergiftiging door alcoholische dranken (ethanol/methanol)
E950.9*	Suïcide door vergiftiging door vaste stoffen of vloeistoffen
E980.9*	Vergiftiging door vaste stoffen of vloeistoffen, waarvan niet vastgesteld is of deze met opzet of niet met opzet heeft plaatsgevonden

\* Alleen opgenomen indien als complicatie 980.0-1 vermeld is.

#### VERKLARING VAN ICD-10 CODES

ICD-10 code	Verklaring
C33	Kwaadaardige nieuwvormingen van trachea
C34	Kwaadaardige nieuwvormingen van bronchus en long
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 PRODUCTEN VERSLAVINGSRECLASSERING EN DRANGTRAJECTEN

### GANGBARE ZORGTRAJECTEN ALS ALTERNATIEF VOOR VERVOLGING EN DETENTIE

<i>Soort zorgtraject:</i>	<i>Typering naar doelstelling:</i>
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](http://europa.eu.int/comm/taxation_customs/publications/info_doc/info_doc.htm#Excises)



**Europol**

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

**GG&GD Amsterdam**

<http://www.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.ggz nederland.nl>

**Inspectie voor de Gezondheidszorg**

<http://www.igz.nl/productie/indexie.html>

**Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving (IVO)**

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

**Intraval. Bureau voor onderzoek en advies**

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

**Jellinek kliniek (Amsterdam)**

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

**Korps Landelijke Politiediensten (KLPD)**

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

**Ministerie van Justitie**

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

**Ministerie van VWS**

<http://www.minvws.nl/index.html>

**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/](http://www.rikilt.dlo.nl/)

**Stichting Consument en Veiligheid**

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

**Stichting Informatievoorziening Zorg (IVZ)**

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

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

**STIVORO, voor een rookvrije toekomst**

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

**Substance Abuse & Mental Health Service Administration (SAMHSA)**

<http://www.samhsa.gov/>

**SWOV-Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid**

<http://www.swov.nl>

**TACTUS, Instelling voor verslavingszorg**

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

**Trimbos-instituut**

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

**Vereniging GGZ Nederland**

<http://www.ggz nederland.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

## GEGEVENS JEUGDMONITORS EN JONGERENPEILINGEN

De percentages van het gebruik van drugs, alcohol en tabak zijn ontleend aan rapportages van lokale jeugdmonitors of jongerenpeilingen binnen gemeenten, regio's of provincies, verspreid over heel Nederland. De onderzochte jongeren zijn merendeels geselecteerd via een representatieve steekproeftrekking in de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) of het Bevolkingsregister. Meestal is deze jongeren een schriftelijke vragenlijst toegezonden met het verzoek deze ingevuld terug te sturen. Soms was het ook mogelijk om de vragen via het internet te beantwoorden.

Met het oog op de vergelijkbaarheid zijn de volgende criteria toegepast voor de selectie van gegevens. Ten eerste is de maximale leeftijdsrange begrensd tot jongeren vanaf 10 tot en met 26 jaar. Wanneer jeugdmonitors ook betrekking hadden tot beneden 10-jarigen zijn die gegevens dus niet meegenomen. Ten tweede is het overzicht beperkt tot jeugdmonitors die na 1-1-2002 zijn uitgevoerd. Niet meegenomen zijn, ten derde, de uitkomsten van alle jeugdmonitors waarin de steekproef bestond uit bepaalde klassen van middelbare scholen. Daarvan is onder andere sprake in scholierenpeilingen en in zogenoemde E-MOVO onderzoeken (Elektronische MONitoring en VOorlichting).

In de overzichtstabellen is mogelijk enige vertekening opgetreden. De reden is het wisselend gebruik van de term 'wel eens' in de gestelde vragen over alcohol, tabak en drugs. De vraag *Heb je wel eens gerookt?* is hier opgevat als: *Heb je ooit gerookt?* De vraag *Rook je wel eens?* laat de meeste ruimte voor eigen interpretatie van jongeren. Bij het ontbreken van een vervolgvraag naar de regelmaat van het gebruik (de laatste vier weken, de laatste week of dagelijks) is deze tweede variant van 'wel eens' gelijk gesteld met het roken in de laatste vier weken. Dit is ook gebeurd met vragen als *Rook je af en toe?* en *Rook je?* Naar het gebruik van softdrugs/cannabis wordt in bijna alle jeugdmonitors apart gevraagd. Het komt echter geregeld voor dat 'harddrugs' (ecstasy, cocaïne, heroïne, LSD, paddo's en amfetamine) in één enkele vraag worden samengenomen. Wanneer de afzonderlijke 'harddrugs' percentages in een rapportage ontbraken zijn deze gegevens niet meegenomen in de overzichtstabellen.

## CANNABIS

<i>Gemeente/Regio/ Provincie</i>	<i>Jaar</i>	<i>Netto aantal respondenten</i>	<i>Leeftijd jongeren</i>	<i>Ooit</i>	<i>Recent</i>	<i>Actueel/ af en toe</i>
Almelo <sup>162</sup>	2002	511	18-23 jaar	32%	9%	4%
Almere <sup>163</sup>	2002	2.080	12-18 jaar	16%		
			19-23 jaar	50%		
			12-23 jaar	30%		
Alphen a/d Rijn <sup>164</sup>	2003	512	12-26 jaar			8%
Amersfoort <sup>165</sup>	2004	1.292	16-18 jaar			9%
			19-22 jaar			14%
Apeldoorn <sup>166</sup>	2003	7.085	12-14 jaar	2%		1%
			15-17 jaar	20%		6%
			18-21 jaar	32%		8%
			22-24 jaar	37%		5%
Dordrecht <sup>167</sup>	2003	900	12-22 jaar	18%		
Drenthe <sup>168</sup>	2002	1.234	19-23 jaar	38%		8%
waarvan:						
- Assen				39%		15%
- Coevorden				38%		5%
- Emmen				39%		9%
- Hoogeveen				29%		6%
- Meppel				57%		7%
Dronten <sup>163</sup>	2002	603	12-18 jaar	14%		
			19-23 jaar	38%		
			12-23 jaar	23%		
Ede <sup>169</sup>	2003	1.750	12-14 jaar			1%
			15-17 jaar			10%
			18-20 jaar			14%
			21-24 jaar			10%

Eindhoven <sup>170</sup>	2002	664	12-17 jaar		5%
			18-24 jaar		14%
Flevoland <sup>163</sup>	2002	6.087	12-18 jaar	16%	
			19-23 jaar	45%	
			12-23 jaar	27%	8%
Gooi en Vechtstreek <sup>171</sup>	Eind 2001	1.025	12-18 jaar	18%	8%
Groningen (gemeente) <sup>172</sup>	2002	1.801	12-17 jaar		12,5% 5%
Heerhugowaard <sup>173</sup>	2002	556	14-21 jaar	29%	8%
's-Hertogenbosch <sup>174</sup>	2002	825	18-24 jaar		12%
Lelystad <sup>163</sup>	2002	2.171	12-18 jaar	17%	
			19-23 jaar	50%	
			12-23 jaar	32%	
Leiden <sup>175</sup>	2003	1.023	12-14 jaar		5%
			15-17 jaar		8%
			12-17 jaar		6%
			18-23 jaar		11%
			24-26 jaar		11%
Maasbracht <sup>176</sup>	2002	478	12-17 jaar		3%
Noordoost- en Midden-Brabant <sup>177</sup>	2003	12.297	12-17 jaar		5%
Noordoost- Polder (NOP) <sup>163</sup>	2002	665	12-18 jaar	12%	
			19-23 jaar	35%	
			12-23 jaar	20%	
Nijmegen <sup>178</sup>	2003	1.600	12-17 jaar	16%	8%
Schiedam <sup>179</sup>	2003	1.005	12-23 jaar	24%	
Tilburg <sup>180</sup>	2003	1.938	12-13 jaar		1%

			16-17 jaar		11%
			12-17 jaar	7%	5%
Urk <sup>163</sup>	2002	285	19-23 jaar	16%	
			12-23 jaar	9%	
Utrecht <sup>181</sup>	2002	256	12-18 jaar		12%
West-Brabant <sup>182</sup>	2003	6.862	12-17 jaar		4%
West-Friesland <sup>183</sup>	2002	?	12-17 jaar	14%	5%
Zeewolde <sup>163</sup>	2002	337	12-18 jaar	14%	
			19-23 jaar	39%	
			12-23 jaar	21%	
Zuid-Holland	2003	3.697	12-14 jaar		2%
Noord <sup>184</sup>			15-17 jaar		7%
			12-17 jaar		5%
			18-23 jaar		10%
			24-26 jaar		10%
			12-26 jaar		8%

## COCAÏNE

<i>Gemeente / Provincie</i>	<i>Jaar</i>	<i>Netto aantal respondenten</i>	<i>Leeftijd jongeren</i>	<i>Ooit</i>	<i>Recent</i>	<i>Actueel/ af en toe</i>
Almelo <sup>162</sup>	2002	489	18-23 jaar	2,3%	1%	0,4%
Apeldoorn <sup>166</sup>	2003	7.085	12-14 jaar 15-17 jaar 18-21 jaar 22-24 jaar	< 1% < 1% 4% 7%		
Drenthe <sup>168</sup>	2002	1.234	19-23 jaar	3%		
Eindhoven <sup>170</sup>	2002	664 508	12-17 jaar 18-24 jaar			1,1 2,1
Flevoland <sup>163</sup>	2002	6.061	12-23 jaar			< 1%
Groningen (gemeente) <sup>172</sup>	2002	1.801	12-17 jaar		0,2%	
Heerhugowaard <sup>173</sup>	2002	556	14-21 jaar	2%		
Nijmegen <sup>178</sup>	2003	1.600	12-17 jaar	1%		<1%
Schiedam <sup>179</sup>	2003	1.005	12-23 jaar	3%		



## HEROÏNE

<i>Gemeente / Provincie</i>	<i>Jaar</i>	<i>Netto aantal respondenten</i>	<i>Leeftijd Jongeren</i>	<i>Ooit</i>	<i>Recent</i>	<i>Actueel/ af en toe</i>
Almelo <sup>162</sup>	2002	480	18-23 jaar	0%	0%	0%
Apeldoorn <sup>166</sup>	2003	7.085	12-17 jaar 18-24 jaar	< 1% < 1%		
Drenthe <sup>168</sup>	2002	1.234	19-23 jaar	< 1%		
Groningen (gemeente) <sup>172</sup>	2002	1.801	12-17 jaar		0,1 %	
Zuid-Holland Noord <sup>184</sup>	2003	3.697	12-26 jaar			0%

## ECSTASY

<i>Gemeente / Provincie</i>	<i>Jaar</i>	<i>Netto aantal respondenten</i>	<i>Leeftijd Jongeren</i>	<i>Ooit</i>	<i>Recent</i>	<i>Actueel/ af en toe</i>
Almelo <sup>162</sup>	2002	490	18-23 jaar	3,2%	1,4%	< 1%
Apeldoorn <sup>166</sup>	2003	7.085	12-14 jaar 15-17 jaar 18-21 jaar 22-24 jaar	<1% 2% 7% 10%		
Dordrecht <sup>167</sup>	2003	900	12-24 jaar	3%		
Drenthe <sup>168</sup>	2002	1.234	19-23 jaar	4%		
Eindhoven <sup>170</sup>	2002	664 508	12-17 jaar 18-24 jaar			2,8% 5,1%
Flevoland <sup>163</sup>	2002	6.061	12-23 jaar			1,6%
Groningen (gemeente) <sup>172</sup>	2002	1.801	12-17 jaar		0,5%	
Heerhugowaard <sup>173</sup>	2002	556	14-21 jaar	4%		
Nijmegen <sup>178</sup>	2003	1.600	12-17 jaar	1,5%		< 1%
Schiedam <sup>179</sup>	2003	1.005	12-23 jaar	6%		
West-Friesland <sup>183</sup>	2002	?	12-23 jaar			1%

## AMFETAMINE/SPEED

<i>Gemeente / Provincie</i>	<i>Jaar</i>	<i>Netto aantal respondenten</i>	<i>Leeftijd jongeren</i>	<i>Ooit</i>	<i>Recent</i>	<i>Actueel/af en toe</i>
Almelo <sup>162</sup>	2002	488	18-23 jaar	3%	< 1%	< 1%
Apeldoorn <sup>166</sup>	2003	7.085	12-14 jaar 15-17 jaar 18-21 jaar 22-24 jaar	< 1% 1% 3% 6%		
Drenthe <sup>168</sup>	2002	1.234	19-23 jaar	2%		
Eindhoven <sup>170</sup>	2002	508	18-24 jaar			1,3%
Flevoland <sup>163</sup>	2002	6.061	12-23 jaar			< 1%
Groningen (gemeente) <sup>172</sup>	2002	1.801	12-17 jaar		0,1%	
Heerhugowaard <sup>173</sup>	2002	556	14-21 jaar	3%		
Schiedam <sup>179</sup>	2003	1.005	12-23 jaar	3%		

## ALCOHOL

<i>Gemeente/Regio/ Provincie</i>	<i>Jaar</i>	<i>Netto aantal respondenten</i>	<i>Leeftijd jongeren</i>	<i>Ooit</i>	<i>Actueel/ af en toe</i>	<i>Elke week</i>
Almelo <sup>162</sup>	2002	528	18-23 jaar	83%		
Almere <sup>163</sup>	2002	2.080	12-23 jaar	82%	78%	
Alphen a/d Rijn <sup>164</sup>	2003	512	12-26 jaar	74%	68%	
Amersfoort <sup>165</sup>	2004	1.292	12-17 jaar 10-22 jaar		55% 55%	29%
Apeldoorn <sup>166</sup>	2003	7.085	12-14 jaar 18-21 jaar 12-24 jaar		38% 84% 71%	
Dordrecht <sup>167</sup>	2003	900	12-22 jaar		62%	
Drenthe <sup>168</sup>	2002	1.234	19-23 jaar	86%		
Dronten <sup>163</sup>	2002	603	12-23 jaar	82%	82%	
Ede <sup>169</sup>	2003	1.750	12-24 jaar		75%	
Eindhoven <sup>170</sup>	2002	664 508	12-17 jaar 18-24 jaar		50% 85%	
Flevoland <sup>163</sup>	2002	6.083	12-23 jaar	81%	79%	
Gooi en Vechtstreek <sup>171</sup>	Eind 2001	1.025	12-18 jaar		67%	
Groningen (gemeente) <sup>172</sup>	2002	640 616 545	12-13 jaar 14-15 jaar 16-17 jaar		23% 62% 84%	
Haarlemmermeer <sup>185</sup>	2003	700	18-24 jaar		70-80%	

Heerhugowaard <sup>173</sup>	2002	556	14 jaar	80%	20%
			15-16 jaar		80%
			17-21 jaar		90%
			14-21 jaar	93%	66%
Lelystad <sup>163</sup>	2002	2.171	12-23 jaar	81%	79%
Leiden <sup>175</sup>	2003	1.023	12-14 jaar		22%
			15-17 jaar		66%
			12-17 jaar		43%
			18-23 jaar		82%
			24-26 jaar		82%
			12-26 jaar	76%	70%
Maasbracht <sup>176</sup>	2002	478	12-14 jaar		29%
			15-17 jaar		81%
			12-17 jaar		53%
Noordoost- en Midden-Brabant <sup>177</sup>	2003	12.297	12-17 jaar		59%
Noordoost polder (NOP) <sup>163</sup>	2002	665	12-23 jaar	82%	81%
Nijmegen <sup>178</sup>	2003	1.600	10-11 jaar	13%	6%
			12-17 jaar	54%	42%
		?	18-24 jaar		88%
Schiedam <sup>179</sup>	2003	1.005	12-16 jaar	47%	
			17-23 jaar	74%	
Tilburg <sup>180</sup>	2003	1.938	12-17 jaar	51%	
Urk <sup>163</sup>	2002	285	12-23 jaar	75%	70%
Utrecht <sup>181</sup>	2002	256	12-18 jaar		39%
West-Brabant <sup>182</sup>	2003	6.862	12-13 jaar		20%
			14-15 jaar		60%
			16-17 jaar		80%
			12-17 jaar		53%

West-Friesland <sup>183</sup>	2002	?	12-17 jaar	66%	
			12-23 jaar	77%	
Zeewolde <sup>163</sup>	2002	337	12-23 jaar	80%	79%
Zuid-Holland Noord <sup>184</sup>	2003	3.697	12-14 jaar	30%	24%
			15-17 jaar	82%	77%
			12-17 jaar	56%	50%
			18-23 jaar	90%	87%
			24-26 jaar	88%	82%
			18-26 jaar	90%	85%

**TABAK**

<i>Gemeente/Regio Provincie</i>	<i>Jaar</i>	<i>Netto aantal respondenten</i>	<i>Leeftijd jongeren</i>	<i>Ooit</i>	<i>Actueel/ af en toe</i>	<i>Dagelijks</i>
Almelo <sup>162</sup>	2002	528	18-23 jaar	70%	9%	35%
Almere <sup>163</sup>	2002	2.080	12-18 jaar 19-23 jaar 12-23 jaar		15% 39%	19%
Alphen a/d Rijn <sup>164</sup>	2003	512	12-26 jaar	53%	25%	16%
Apeldoorn <sup>166</sup>	2003	7.085	12-14 jaar 15-17 jaar 18-21 jaar 22-24 jaar	27% 56% 67% 71%	3% 8% 9% 9%	3% 17% 25% 28%
Dordrecht <sup>167</sup>	2003	900	12-22 jaar			15%
Drenthe <sup>168</sup>	2002	1.234	19-23 jaar		11%	33%
Dronten <sup>163</sup>	2002	603	12-18 jaar 19-23 jaar 12-23 jaar		16% 48%	21%
Ede <sup>169</sup>	2003	1.750	12-24 jaar		33%	
Eindhoven <sup>170</sup>	2002	664 508	12-17 jaar 18-24 jaar		15% 40%	
Flevoland <sup>163</sup>	2002	6.086	12-18 jaar 19-23 jaar 12-23 jaar		17% 43%	20%
Gooi en Vechtstreek <sup>171</sup>	Eind 2001	1.025	12-18 jaar	46%	9%	12%
Groningen (gemeente) <sup>172</sup>	2002	845 640	9-11 jaar 12-13 jaar		2% 3%	

		616		14-15 jaar		18%	
		545		16-17 jaar		30%	
Haarlemmermeer <sup>85</sup>	2003	700		19-24 jaar		32%	
Heerhugowaard <sup>173</sup>	2002	556		14-21 jaar	65%	11%	18%
Leiden <sup>175</sup>	2003	1.023		12-14 jaar		7%	1%
				15-17 jaar		20%	13%
				18-23 jaar		26%	17%
				24-26 jaar		37%	20%
				12-26 jaar	57%	25%	15%
Lelystad <sup>163</sup>	2002	2.171		12-18 jaar		17%	
				19-23 jaar		44%	
				12-23 jaar	56%		21%
Maasbracht <sup>176</sup>	2002	478		12-14 jaar		7%	
				15-17 jaar		29%	
Noordoost- en Midden-Brabant <sup>177</sup>	2003	12.297		12-17 jaar	22%	4%	8
Noordoost polder (NOP) <sup>163</sup>	2002	665		12-18 jaar		18%	
				19-23 jaar		46%	
				12-23 jaar	55%		20%
Nijmegen <sup>178</sup>	2003	1.600		10-11 jaar	7%		
				12-17 jaar			10%
		?		18-24 jaar		24%	
Schiedam <sup>179</sup>	2003	1.005		12-16 jaar	25%	3%	5%
				17-23 jaar	64%	9%	26%
Tilburg <sup>180</sup>	2003	1.938		12-13 jaar		1%	
				14-15 jaar		13%	
				16-17 jaar		25%	
				12-17 jaar	36%	13,2%	9%
Urk <sup>163</sup>	2002	285		12-18 jaar		28%	
				19-23 jaar		44%	



			12-23 jaar	69%		24%
Utrecht <sup>181</sup>	2002	259	12-18 jaar		21%	11%
West-Brabant <sup>182</sup>	2003	6.862	12-17 jaar	37%	5%	9%
West-Friesland <sup>183</sup>	2002	?	12-17 jaar			17%
			12-23 jaar	39%		27%
Zeewolde <sup>163</sup>	2002	337	12-18 jaar		18%	
			19-23 jaar		38%	
			12-23 jaar	50%		18%
Zuid-Holland Noord <sup>184</sup>	2003	3.697	12-26 jaar	51%	25%	8%

# 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. Van den Berg, M., Ruiters, C., Schoemaker, C., Smits, C., Pijlman, F.T.A., Planije, M., Peterse, A. (2004). *Brancherapport GGZ-MZ 2000-2003*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
5. Rigter, H., Van Gageldonk, A., Ketelaars, T., Van Laar, M. (2004). *Hulp bij probleemgebruik van drugs: stand van wetenschap voor behandelingen en andere interventies, 2004*. Utrecht: Trimbos-instituut.
6. Cruys, 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.
7. Monshouwer, K., Van Laar, M. (2003). *Fact sheet Drugsbeleid*. Utrecht: Bureau NDM.
8. Verdurmen, J., Monshouwer, K., Van Dorselaer, S. (2003). *Bovenmatig drinken in Nederland: uitkomsten van de 'Netherlands mental health survey and incidence study' [Nemesis]*. Utrecht: Bureau NDM.
9. Rigter, H., Van Laar, M., Rigter, S. (2003). *Cannabis: feiten en cijfers 2003: achtergrondstudie Nationale Drugmonitor NDM*. Utrecht: Bureau NDM.
10. Abraham, M.D., Cohen, P.D.A., Kaal, H.L. (2002). *Licit and illicit drug use in the Netherlands, 2001*. Amsterdam: Mets.
11. 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.
12. 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.
13. Van der Poel, A., Van de Mheen, D. (1999). *Softdrugs in Midden-Holland: een onderzoek naar de omvang en achtergronden van softdruggebruik*. Rotterdam: IVO.

14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. Korf, D.J., Nabben, T., Benschop, A. (2002). *Antenne 2001: trends in alcohol, tabak, drugs en gokken bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
18. Korf, D.J., Nabben, T., Benschop, A. (2004). *Antenne 2003: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
19. Nabben, T., Korf, D.J. (2000). *De combiroes: gecombineerd gebruik van alcohol met cannabis, cocaïne, XTC en amfetamine*. Amsterdam: Thela Thesis.
20. Nabben, T., Korf, D.J. (2004). *NL.Trend-watch: gebruikersmarkt uitgaansdrugs in Nederland 2003*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
21. Van Gelder, P., Reinerie, P., Smitz, M., Burger, I., Hendriks, V. (2004). *Uit (je dak) in Den Haag, 2003: uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik*. Den Haag: Parnassia.
22. Korf, D.J., Diemel, S., Riper, H. (1999). *Het volgende station: zwerfjongeren in Nederland*. Amsterdam: Thela Thesis.
23. Korf, D.J., Van Ginkel, P., Wouters, M. (2004). *Je ziet het ze niet aan: zwerfjongeren in Flevoland*. Amsterdam: Rozenberg.
24. Van Gelder, P., Reinerie, P., Burger, I. (2003). *Uit (je dak) in Den Haag, 2002: uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik*. Den Haag: Parnassia.
25. Stam, H., Mensink, C., 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.
26. Wolf, J., Zwikker, M., Nicholas, S. (2002). *Op achterstand: een onderzoek naar mensen in de marge van Den Haag*. Utrecht: Trimbos-instituut.
27. Rigter, H., Van Laar, M. (2002). Epidemiological aspects of cannabis use. In: Spruit, I.P. (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.
28. 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.

29. 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.
30. 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.
31. Smit, F., Bolier, L., Cuijpers, P. (2003). Cannabisgebruik waarschijnlijk oorzakelijke factor bij het ontstaan van latere schizofrenie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 147 (44): 2178-2183.
32. 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.
33. 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.
34. Bovasso, G.B. (2001). Cannabis abuse as a risk factor for depressive symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 158 (12): 2033-2037.
35. 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.
36. 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.
37. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2004). *Annual report 2004: the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. Lisbon: EMCDDA.
38. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2004). *Statistical bulletin 2004*. Lisbon: EMCDDA.
39. U.S. Department of Health and Human Services (DHHS), Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA) (2002). *Results from the 2001 National Household Survey on Drug Abuse: volume I. Summary of national findings*. Rockville, MD: DHHS.
40. Australian Institute of Health and Welfare (2002). *2001 National Drug Strategy Household Survey: First Results*. Canberra: AIHW.
41. 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.
42. Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T. (2000). *The 1999 ESPAD Report: European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD): alcohol and other drug use among students in 30 European countries*. Stockholm: CAN.

43. 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.
44. 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.
45. 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.
46. Bieleman, B., Goeree, P. (2002). *Aantal coffeeshops en gemeentelijk beleid in 2001*. Groningen: IntraVal.
47. Bieleman, B., Goeree, P., Naayer, H. (2003). *Coffeeshops in Nederland 2002: aantallen, gemeentelijk beleid en handhaving AHOJ-G criteria*. Groningen/ Rotterdam: IntraVal.
48. Pardoel, C.A.M., Van Haaf, J., Bogaerts, S., Van Kalmthout, A.M. (2004). *Coffee-shops in Nederland anno 2003: aantallen, lokaal beleid, handhaving en naleving*. Tilburg: IVA/Universiteit van Tilburg, Departement Strafrechtwetenschappen.
49. 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.
50. Niesink, R.J.M., Planije, M., Rigter, S. (2001). *THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2000-2001)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
51. Niesink, R.J.M., Rigter, S., Hoek, J. (2004). *THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2003-2004)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
52. Traag, W.A., Gercek, H., Kloet, D., Wychgel, H.D., Faasen, I.S. (2001). *Onderzoek naar residuen van bestrijdingsmiddelen in nederwiet*. Wageningen: RIKILT.
53. Boekhout van Solinge, T. (2001). *Op de pof: cocaïnegebruik en gezondheid op straat*. Amsterdam: Stichting Mainline.
54. 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.
55. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2001). *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union 2001*. Lissabon: EMCDDA.
56. Van de Mheen, D. (2000). *De Rotterdamse drugscene onder de loep: resultaten van 5 jaar Drug Monitoring Systeem in Rotterdam*. Rotterdam: IVO.
57. De Graaf, I., Wildschut, J., Van de Mheen, H. (2000). *Utrechtse druggebruikers: een jachtig bestaan*. Rotterdam: IVO.
58. 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.

59. Vermeulen, K., Wildschut, J., Knibbe, R. (2001). *'Zo'n beetje alles staat in het teken van de wit': een verkennend onderzoek naar (base)cocaine in de Utrechtse gemarginaliseerde gebruiksscene*. Rotterdam: IVO.
60. Mol, A., Van Vlaanderen, J.L., De Vos, A. (2002). *Ontwikkeling van de cocaine hulpvraag in de ambulante verslavingszorg periode 1994 - 2000*. Houten: IVZ.
61. Coumans, A.M., Knibbe, R.A. (2002). *Druggebruikers in Parkstad Limburg: trends en profielen: resultaten van het Drug Monitoring Systeem 2001-2002*. Rotterdam: IVO.
62. Smit, F., Toet, J. (2001). *National prevalence estimates of problematic drug use in the Netherlands, 1999: report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction (EMCDDA)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
63. Bieleman, B., Snippe, J., De Bie, E. (1995). *Drugs binnen de grenzen: harddrugs en criminaliteit in Nederland: schattingen van de omvang*. Groningen: IntraVal.
64. 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.
65. Bieleman, B., Biesma, S., Jetzes, M., De Jong, A., Kruize, A., Snippe, J., De Valk, V. (2003). *Enschede van de straat: aard en omvang dak- en thuislozen en zichtbare alcohol- en harddrugsverslaafden in Enschede*. Groningen/Rotterdam: IntraVal.
66. Biesma, S., Snippe, J., Oldersma, F., Bieleman, B. (2003). *Inventarisatie harddrugsverslaafden en dak- en thuislozen Leeuwarden, Noord en Zuid-West Friesland*. Groningen/Rotterdam: IntraVal.
67. Van der Poel, A., Barendregt, C., Schouten, M. (2003). De leefsituatie van gebruikers in de Rotterdamse harddrugsscene (resultaten van de survey 2003). *IVO-bulletin*, 6 (4): 1-19.
68. Eland-Goossens, M.A. (1997). *Opiate addicts in and outside of treatment: different populations?* Rotterdam: IVO.
69. 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.
70. Van Brussel, G.H.A., Buster, M.C.A. (2002). *OGGZ monitor Amsterdam: inclusief de jaarcijfers over problematische opiaat verslaafden en uitgaansdrugs ongevallen*. Amsterdam: GG&GD.
71. Van Alem, V.C.M., Mol, A. (2001). *Aan vervanging toe?: Methadonverstrekking in de ambulante verslavingszorg 1995 - 1999*. Houten: Stichting Informatievoorziening Zorg (IVZ).
72. Ouwehand, A.W., De Vetten, L.J., Van Alem, V.C.M. (2001). *Kerncijfers verslavingszorg 2000: Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS)*. Houten: IVV.
73. GG&GD Amsterdam (2002). *Veranwoord uitgaan: integrale aanpak evenementen en party's waarbij middelengebruik een rol speelt*. Amsterdam: GG&GD Amsterdam.

74. Van de Laar, M.J., Beuker, R.J., Rijlaarsdam, J., Van Duynhoven, Y.T. (2000). *SOA en AIDS in Nederland*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
75. 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.
76. 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.
77. Prins, M. (2000). *HIV disease progression in injecting drug users: epidemiological studies*. Amsterdam: University of Amsterdam.
78. Krol, A. (2002). Overview of the Amsterdam cohort studies among homosexual men and drug users. Amsterdam: GG&GD Amsterdam.
79. 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.
80. 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.
81. 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.
82. Van Santen, G., De Wit, M. (2004). *Serologie screening: drugsverslaafden in methadonbehandeling: Lues, Hepatitis B, Hepatitis C, HIV: Ervaringen in polikliniek Zuidoost*. Amsterdam: GG&GD Amsterdam.
83. Van den Hoek, J.A., Van Haastrecht, H.J., Goudsmit, J., De Wolf, F., Coutinho, R.A. (1990). Prevalence, incidence, and risk factors of hepatitis C virus infection among drug users in Amsterdam. *Journal of Infectious Diseases*, 162 (4): 823-826.
84. 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.
85. 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.
86. Van Laar, M., Cruts, G., Vicente, J., Frost, N., Hartnoll, R. (2002). *The DRD-Standard, version 3.0: EMCDDA standard protocol for the EU Member States to collect data and report figures for the Key Indicator Drug-Related Deaths by the Standard Reitox tables*. Lissabon: EMCDDA.

87. Van Laar, M., Cruys, 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*. Lissabon: EMCDDA.
88. Ouwehand, A.W., Mol, A., Boonzajer Flaes, S. (2003). *Kerncijfers verslavingszorg 2001: Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS)*. Houten: IVZ.
89. 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.
90. Pennings, E.J.M., Eilering, J.B.G., De Wolff, F.A. (2004). *Langetermijneffecten van XTC*. Leiden: LUMC.
91. Schifano, F., Oyefeso, A., Corkery, J., Cobain, K., Jambert-Gray, R., Martinotti, G., Ghodse, A.H. (2003). Death rates from ecstasy (MDMA, MDA) and polydrug use in England and Wales 1996-2002. *Human Psychopharmacology*, 18 (7): 519-524.
92. Centraal Bureau voor de Statistiek (2004). *Gerapporteerde gezondheid en leefstijl Voorburg/Heerlen*: CBS. Beschikbaar op: <http://statline.cbs.nl/StatWeb/>.
93. Gemeente Den Haag (2002). *Gezondheidsmonitor 2002*. Den Haag: Gemeente Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn.
94. Dijkshoorn, H. (2002). *Ongezonde leefgewoonten in Amsterdam: verschillen tussen Turken, Marokkanen en Nederlanders*. Amsterdam: GG&GD.
95. Productschap Dranken (2004). *Jaarverslag 2003*. Rotterdam: Productschap Dranken.
96. Productschap Wijn (2004). *Jaarverslag 2003*. Den Haag: Productschap Wijn.
97. 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.
98. Monshouwer, K., Smit, F., Spruit, I. (2002). Alcohol-, tabak- en cannabisgebruik bij scholieren naar etnische achtergrond. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 80 (3): 172-177.
99. Smit, F., Monshouwer, K., Verdurmen, J. (2002). Polydrug Use Among Secondary School Students: combinations, prevalences and risk profiles. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 9 (4): 355-265.
100. Maalsté, N. (2000). *Ad fundum! Een blik in de gevarieerde drinkcultuur van het Nederlandse studentenleven*. Utrecht: Centrum voor Verslavingsonderzoek (CVO).
101. De Graaf, D., Poort, E. (2004). *Evaluatie van de Zomercampagne 2003; 'Drank: de kater komt later'*. Haarlem: ResCon.
102. 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.



103. Bieleman, B., Biesma, S., Kruize, A., Snippe, J. (2004). *Monitor alcoholverstreking jongeren 2003: naleving leeftijdsgrenzen 16 en 18 jaar: metingen 1999, 2001 en 2003*. Groningen: IntraVal.
104. Korf, D.J., Nabben, T., Benschop, A. (2001). *Antenne 2000: trends in alcohol, tabak, drugs en gokken bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Thela Thesis.
105. 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.
106. Ouwehand, A.W., Van Alem, V.C.M., Mol, A., Boonzajer Flaes, S. (2004). *Kerncijfers verslavingszorg 2003. Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem*. Houten: IVZ.
107. Thomas, J., De Vos, T. (2003). *Actieplan Alcoholzorg: 'verslag activiteiten over het jaar 2002'* Utrecht: GGZ Nederland. Beschikbaar op: <http://www.ggzkennisnet.nl>.
108. Riper, H., Kramer, J. (2004). Veel belangstelling voor [www.MinderDrinken.nl](http://www.MinderDrinken.nl). *Nieuwsflitsen van het Trimbos-instituut*, 2004 (13): 2.
109. De Bruin, K. (2005). *Alcoholprobleem als monitorprobleem: de opzet van een Amsterdamse alcoholmonitor*. Amsterdam: GG&GD Amsterdam.
110. Ormel, W. (2004). *Letsel Informatie Systeem van Consument en Veiligheid: ongevallen waarbij alcohol of drugs betrokken zijn*. Amsterdam: Stichting Consument en Veiligheid.
111. 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.
112. Eenderde verkeersdoden door alcohol en drugs (24 september 2004). *Telegraaf*.
113. Jansen, W.K., In 't Veld, R. (2004). *Hoofdlijnenrapport Rijden onder invloed 2002 - 2003*. Den Haag: Ministerie van Verkeer en Waterstaat, Adviesdienst Verkeer en Vervoer.
114. Van Velzen, A.G., Van Gorcum, T.F., Van Riel, A.J.H.P., Meulenbelt, J., De Vries, I. (2004). *Acute vergiftigingen bij mens en dier. Jaaroverzicht 2003 Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum. RIVM rapport 348802021/2004*. Bilthoven: NVIC/RIVM.
115. 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.
116. 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.

117. 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.
118. 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.
119. San José, B. (2000). *Alcohol consumption and health: contributions to the explanation of the u-shaped curve*. Rotterdam: IVO.
120. Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding (2004). *De rol van voeding bij het ontstaan van kanker*. Amsterdam: KWF Kankerbestrijding.
121. Van Oers, J.A.M. (2002). *Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002*. Bilthoven: RIVM.
122. Van Leeuwen, F.E. (1999). *Epidemiologie van kanker: inzichten en vooruitzichten*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
123. Verdurmen, J., Van der Meulen, A., Van Laar, M. (2004). Ontwikkelingen in alcoholgerelateerde sterfte in Nederland. *Bevolkingstrends*, 52 (3e kwartaal): 32-38.
124. 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.
125. 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.
126. Productschap Dranken (2003). *Verslag van het jaar 2002*. Rotterdam: Productschap Dranken.
127. STIVORO voor een rookvrije toekomst (2004). *Jaarverslag 2003*. Den Haag: STIVORO.
128. STIVORO voor een rookvrije toekomst (2005). Bijna een kwart miljoen rokers houdt het niet-roken nog steeds vol. Den Haag: STIVORO.
129. Willemsen, M.C., Hoogenveen, R.T., Van der Lucht, F. (2002). New smokers and quitters. Transitions in smoking status in a national population. *European Journal of Public Health*, 12 (2): 136-138.
130. RIVM (2004). *Zware rokers geconcentreerd in Noord-Brabant en 4 grote steden*. Bilthoven: RIVM. Beschikbaar op: [http://www.rivm.nl/vtv/data/atlas/lfst\\_rook\\_a006.htm](http://www.rivm.nl/vtv/data/atlas/lfst_rook_a006.htm).
131. Bieleman, B., Kruize, A. (2004). *Monitor tabaksverstrekking jongeren 2003: naleving leeftijdsgrens 16 jaar: metingen 1999, 2001 en 2003*. Groningen: IntraVal.
132. Willemsen, M. (2003). *Sigaretten en de nieuwe wettelijke leeftijdsgrens: Hoe vaak wordt de leeftijd gecontroleerd?* Den Haag: STIVORO voor een rookvrije toekomst.
133. STIVORO - rookvrij (2004). *Roken, de harde feiten: Volwassenen 2003*. Den Haag: STIVORO - rookvrij.

134. Willemsen, M. (1999). Nicotineverslaving: is 'harm reduction' mogelijk en wenselijk? *Tijdschrift voor Alcohol, Drugs en andere Psychotrope Stoffen*, 24 (2): 57-73.
135. World Health Organization (2004). *Tobacco control database: Country profiles: Smoking prevalence in adults*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Beschikbaar op: <http://data.euro.who.int/tobacco>.
136. Joossens, L. (2004). *Effective tobacco control policies in 28 European countries*. Brussels: ENSP.
137. DEFACTO-rookvrij (2002). *Roken, de harde feiten: Volwassenen 2001*. Den Haag: DEFACTO-rookvrij.
138. Bartelds, A.I.M. (2004). *Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland 2003*. Utrecht: NIVEL.
139. 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.
140. Op de Weegh, J.M.J., Willemsen, M.C. (2003). *Dat Kan Ik Ook! De stoppen met roken milleniumcampagne*. Den Haag: STIVORO.
141. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2004). *Richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving*. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.
142. 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.
143. 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.
144. Poos, R., Van Leent, J. (2005). *Sterfgevallen door roken op basis van sterftecijfers 2003*. Bilthoven: RIVM.
145. Gezondheidsraad (2003). *Volksgesondheidsschade door passief roken*. Den Haag: Gezondheidsraad.
146. Sturman, H. (2003). Leugens over passief roken. *HP/De Tijd*, 28 november 2003.
147. 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.
148. Stb 2002/201: Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden, Jaargang 2002, nr 362 (2002). *Besluit van 28 juni 2002, houdende vaststelling van het tijdstip van inwerkingtreding van de Wet van 18 april 2002 tot wijziging van de Tabakswet*. Den Haag: Sdu Uitgevers.

149. Bureau Voorlichting Tabak (2004). *Tabak in Kerncijfers 2003*. Utrecht: BVT. Beschikbaar op: <http://www.bvt.nl>.
150. European Commission, D.G.T.a.C.U.T.P. (2004). *Manufactured Tobacco: Excise Duty Tables*. Brussel: European Commission. Beschikbaar op: [http://europa.eu.int/comm/taxation\\_customs](http://europa.eu.int/comm/taxation_customs).
151. Bijkerk, R., Van der Werf, J. (2003). *In beslaggenomen verdovende middelen 2002*. Zoetermeer: KLPD/DNRI, groep Onderzoek en Analyse.
152. De Miranda, H., Van der Werf, J. (2004). *Inbeslagnemingen verdovende middelen 2003*. Zoetermeer: KLPD.
153. 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.
154. 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.
155. Wartna, B.S.J., Baas, N.J., Beenackers, E.M.T. (2004). *Beter, anders en goedkoper: een literatuurverkenning ten behoeve van het traject Modernisering Strafrecht-toepassing*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
156. Stichting Verslavingsreclassering GGZ Nederland (2004). *Jaarrekening 2003*. Utrecht: SVG.
157. Stichting Verslavingsreclassering GGZ Nederland (2002). *Justitiële verslavingszorg in penitentiaire inrichtingen*. Utrecht: SVG.
158. Ministerie van Justitie, Stichting Reclassering Nederland (2001). *Outputsturing Reclassering*. Den Haag: Ministerie van Justitie/SRN.
159. SVG-werkgroep interventiematrix JVZ (2004). *Interventies voor verslaafde justitiabelen*. Utrecht: SVG.
160. Van Ooyen-Houben, M. (2004). De drangaanpak van criminele harddruggebruikers: een programmatheoretisch model. *Justitiële Verkenningen*, 30 (5): 49-63.
161. Van Ooyen-Houben, M. (2004). Drang bij criminele harddruggebruikers – een onderzoek naar de toepassing van drang in Nederland. *Tijdschrift voor Criminologie*, 46 (3): 233-248.
162. Oelen, J., Torringa, A.M.M. (2002). *Jeugdmonitor Almelo 2002*. Almelo: Bureau Onderzoek en Statistiek, Gemeente Almelo.
163. Hiddema, S. (2003). *Jongeren in 't vizier. Jongerenenquête 2002 Flevoland*. Lelystad: Hulpverleningsdienst Flevoland.
164. Van de Laar, A., Paijmans, I., Tielen, H. (2005). *Jongerenpeiling 2003: Alphen a/d Rijn*. Leiden: GGD Zuid-Holland Noord.
165. Boekenogen, M., Hilhorst, E., Huurdeman, M., Yesilgöz, D. (2004). *Jongerenstadspeiling 2004: Amersfoortse jongeren over zichzelf en hun vrije tijd*. Amersfoort: Onderzoek en Statistiek, Gemeente Amersfoort.

166. Last, T., Huizing, A., Huijgen, G. (2003). *Jeugdmonitor Apeldoorn 2003: rendement voor jong kapitaal*. Enschede: I & O Research.
167. Sociaal Geografisch Bureau (2004). *Jongerenmonitor 2003*. Dordrecht: Sociaal Geografisch Bureau.
168. Bos, C.A. (2002). *Leefstijl van jongeren van 19-23 jaar*. Assen: GGD Drenthe.
169. Onderzoek & Statistiek (2004). *Jeugdmonitor 2003*. Ede: Onderzoek & Statistiek (OO&S), Gemeente Ede.
170. Vissers, M., Verheijen, C. (2003). *De staat van de jeugd. Eindhovense jeugdmonitor 2002*. Eindhoven: Afdeling Bestuursinformatie en Onderzoek, Dienst Algemene Publiekszaken, Gemeente Eindhoven.
171. Van Acker, M.B., Lamérus, I.C. (2003). *Gezondheid van de jeugd in de Gooi en Vechtstreek. Deel II Leefstijl: Omgang met genotmiddelen, gokken, seksualiteit en sport & bewegen*. Bussum: GGD Gooi & Vechtstreek.
172. Leefering, A.J., Kloosterman, K. (2004). *Jeugdpeiling 2002*. Groningen: Dienst OCSW, Gemeente Groningen.
173. Rosendal, T. (2003). *Gezondheid en leefstijl van jongeren in Heerhugowaard. Derde en laatste onderzoek (2002)*. Alkmaar: GGD Noord-Kennemerland.
174. Gemeente 's-Hertogenbosch (2003). *Jeugd- en onderwijsmonitor 's-Hertogenbosch 2002-2003*. 's-Hertogenbosch: Afdeling Jeugd en Onderwijs, Gemeente 's-Hertogenbosch.
175. Bertina, W., Mulder, M., Tielen, H., Paijmans, I. (2004). *Jongeren peiling Leiden 2003*. Leiden: GGD Zuid-Holland Noord.
176. Custers, T. (2002). *Jeugdmonitor Maasbracht*. Sittard: Stichting Symbiose.
177. Van den Hoogen, P., Jansen, B. (2004). *Jongerenenquête 2003: Brabantse Jeugdmonitor 2003: GGD-infokaart*. 's-Hertogenbosch: Afdeling Gezondheidsbevordering, GGD Hart voor Brabant.
178. O & S Nijmegen (2004). *Jeugdmonitor 2003*. Nijmegen: Afdeling Onderzoek en Statistiek, Gemeente Nijmegen.
179. Bureau Onderzoek & Statistiek (2004). *Jeugdmonitor 2003: grotestedenbeleid Schiedam*. Schiedam: Bureau Onderzoek & Statistiek, Gemeente Schiedam.
180. Gemeente Tilburg (2004). *Jeugdmonitor gemeente Tilburg 2004*. Tilburg: Afdeling Onderzoek & Informatie, Gemeente Tilburg.
181. Van Eijdsen, M., Bleeker, J., Van Bergen, A., Van Ameijden, E. (2002). *De Utrechtse jeugd gezond? Een onderzoek naar de gezondheid van de Utrechtse jeugd: trends en sociaal-demografische verschillen*. Utrecht: GG&GD Utrecht.
182. Jansen, B. (2004). *Jongerenenquête 2003: Brabantse Jeugdmonitor: GGD-Infokaart*. Breda: Afdeling Gezondheidsbevordering, GGD West-Brabant.
183. Sociaal-Wetenschappelijke Bureau (2003). *Jeugdmonitor 2002*. Hoorn: Sociaal-Wetenschappelijk Bureau, Samenwerkingsorgaan West-Friesland.
184. Van de Laar, A., Paijmans, I., Tielen, H. (2003). *Jongerenpeiling 2003*. Leiden: GGD Zuid-Holland Noord.

185. Gemeente Haarlemmermeer (2004). *Jeugdomnibus 2003-2004*. Haarlemmermeer: Afdeling Onderzoek & Statistiek, Gemeente Haarlemmermeer.
186. Monshouwer, K., Smit, F., De Graaf, R., Van Os, J., Vollebergh, W. (2005, in press). First cannabis use: does onset shift to younger ages? Findings from 1988 to 2003 from the Dutch National School Survey on Substance Use. *Addiction (in press)*.
187. Jager, J., Limburg, W., Kretzschmar, M., Postma, M., Wiessing, L. (2004). *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*. Lisbon: EMCDDA.
188. 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.
189. Van Dijck, D., Knibbe, R.A. (2005). *De prevalentie van probleemdinken in Nederland: Een algemeen bevolkingsonderzoek*. Maastricht: Universiteit Maastricht.







