

## INHOUD

Deelnemers aan de Werkgroep Epidemiologie van de NDM

Lijst van afkortingen

### **1 Inleiding**

### **2 Cannabis**

- 2.1 Gebruik onder de algemene bevolking
- 2.2 Gebruik onder jongeren
- 2.3 Problematisch gebruik
- 2.4 Gebruik: internationale vergelijking
- 2.5 Hulpvraag: ambulante verslavingszorg
- 2.6 Hulpvraag: intramurale zorg
- 2.7 Hulpvraag: internationale vergelijking
- 2.8 Gezondheidsrisico's
- 2.9 Maatschappelijke schade; rechtshandhaving
- 2.10 Geneeskundige toepassingen van cannabis
- 2.11 Resumé cannabis

### **3 Cocaïne**

- 3.1 Gebruik onder de algemene bevolking
- 3.2 Gebruik onder jongeren
- 3.3 Problematisch gebruik
- 3.4 Gebruik: internationale vergelijking
- 3.5 Hulpvraag: ambulante verslavingszorg
- 3.6 Hulpvraag: intramurale zorg
- 3.7 Hulpvraag: internationale vergelijking
- 3.8 Gezondheidsrisico's
- 3.9 Maatschappelijke schade; rechtshandhaving
- 3.10 Resumé cocaïne

### **4 Opiaten**

- 4.1 Gebruik onder de algemene bevolking
- 4.2 Gebruik onder jongeren
- 4.3 Problematisch gebruik
- 4.4 Gebruik: internationale vergelijking
- 4.5 Hulpvraag: ambulante verslavingszorg
- 4.6 Hulpvraag: intramurale zorg
- 4.7 Hulpvraag: internationale vergelijking
- 4.8 Gezondheidsrisico's
- 4.9 Maatschappelijke schade; rechtshandhaving
- 4.10 Resumé opiaten

### **5 Ecstasy, amfetamine en verwante stoffen**

- 5.1 Gebruik onder de algemene bevolking
- 5.2 Gebruik onder jongeren

- 5.3 Problematisch gebruik
- 5.4 Gebruik: internationale vergelijking
- 5.5 Hulpvraag: ambulante verslavingszorg
- 5.6 Hulpvraag: intramurale zorg
- 5.7 Hulpvraag: internationale vergelijking
- 5.8 Gezondheidsrisico's
- 5.9 Maatschappelijke schade; rechtshandhaving
- 5.10 Resumé ecstasy en amfetamine

## **6 Alcohol**

- 6.1 Gebruik onder de algemene bevolking
- 6.2 Gebruik onder jongeren
- 6.3 Problematisch gebruik
- 6.4 Gebruik: internationale vergelijking
- 6.5 Hulpvraag: ambulante verslavingszorg
- 6.6 Hulpvraag: intramurale zorg
- 6.7 Gezondheidsrisico's
- 6.8 Maatschappelijke schade; rechtshandhaving
- 6.9 Overige ontwikkelingen
- 6.10 Resumé alcohol

## **7 Tabak**

- 7.1 Gebruik onder de algemene bevolking
- 7.2 Gebruik onder jongeren
- 7.3 Problematisch gebruik
- 7.4 Gebruik: internationale vergelijking
- 7.5 Hulpvraag
- 7.6 Gezondheidsrisico's
- 7.7 Maatschappelijke schade
- 7.8 Overige ontwikkelingen
- 7.9 Resumé tabak

## **Bijlagen**

- A Risicoschattingen van 'nieuwe' synthetische drugs
- B Internetadressen van enkele in het Jaarbericht genoemde organisaties

## **Referenties**

## **Deelnemers aan de Werkgroep Epidemiologie van de NDM**

dhr. V.C.M. van Alem, Stichting IVZ  
dhr. E.J.C. van Ameijden, Trimbos-instituut  
dhr. A.A.N. Cruts, Trimbos-instituut  
dhr. M.W.J. Koeter, Amsterdam Institute for Addiction Research  
dhr. D. Koper, Centraal Bureau voor de Statistiek  
dhr. D.J. Korf, Criminologisch Instituut Bongers, Universiteit van Amsterdam  
mw. M.W. van Laar, Trimbos-instituut  
dhr. E. Leuw, WODC, Ministerie van Justitie  
dhr. R. Meijer, WODC, Ministerie van Justitie  
dhr. J.A.M. van Oers, RIVM  
dhr. A.W. Ouwehand, Stichting IVZ  
dhr. H. Rigter, Trimbos-instituut  
dhr. J.H. Siero, WODC, Ministerie van Justitie  
dhr. T.A. Sluijs, GG&GD Amsterdam  
mw. I.P. Spruit, Trimbos-instituut  
dhr. J. Toet, Trimbos-instituut  
dhr. A.A.M. Vloemans, Ministerie van VWS  
dhr. P.P. de Vrijer, Ministerie van Justitie  
mw. W.M. de Zwart, Trimbos-instituut

## Lijst van afkortingen

2-CB	4-bromo-2,5-dimethoxyphenethylamine
4-MTA	4-methylthioamfetamine
ADAM	Arrestee Drug Abuse Monitoring
AIAR	Amsterdam Institute for Addiction Research
aids	Acquired Immune Deficiency Syndrome
APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
BAG	Bloed Alcohol Gehalte
CAD	Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs
CAM	Coördinatiepunt Assessment en Monitoring
CARA	Chronische Aspecifieke Respiratoire Aandoeningen
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CEDRO	Centrum voor Drugsonderzoek
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
DIMS	Drugs Informatie- en Monitoringsysteem
DOB	2,5-dimethoxy-4-bromoamfetamine
DSM	Diagnostic Statistical Manual
EHBO	Eerste Hulp bij Ongelukken
EMA	Educatieve Maatregel Alcohol
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GG&GD	Gemeentelijke Geneeskundige & Gezondheidsdienst
GHB	Gamma-hydroxyboterzuur
HAVO	Hoger Algemeen Voortgezet Onderwijs
HBO	Hoger Beroeps Onderwijs
HIV	Humaan Immunodeficiëntie Virus
ICD	International Classification of Diseases
IDG	Intraveneuze Druggebruikers
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IVV/IVZ	Informatievoorziening Verslavingszorg
LADIS	Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem

LMR	Landelijke Medische Registratie
LOM	School voor kinderen met Leer- en OpvoedingsMoeilijkheden
MAD	Regio- en Stedenmonitor Alcohol en Drugs
MAVO	Middelbaar Algemeen Voortgezet Onderwijs
MBDB	N-methyl-1-(3,4-methyleen-dioxyphenyl)-2-butanamine
MDA	Methyleen-dioxyamfetamine
MDEA	Methyleen-dioxyethylamfetamine
MDMA	3,4-methyleen-dioxymethamfetamine
MLK	School voor Moeilijk Lerende Kinderen
NDM	Nationale DrugMonitor
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NPO	Nationaal Prevalentie Onderzoek
PDG	Produktschap Gedistilleerde Dranken
PIGGz	Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
STIVORO	Stichting Volksgezondheid en Roken
SWOV	Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid
THC	Tetrahydrocannabinol
TPO	Transcultural Psychosocial Organisation
USD	Unit Synthetische Drugs
VBO	Voortgezet Beroeps Onderwijs
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
VWO	Vorbereidend Wetenschappelijk Onderwijs
WHO	Wereld Gezondheidsorganisatie
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
ZON	ZorgOnderzoek Nederland
ZMOK	School voor Zeer Moeilijk Opvoedbare Kinderen

## 1 INLEIDING

### *De Nationale Drugmonitor*

De Nationale Drugmonitor (NDM) werd in 1999 opgericht. Dat gebeurde op initiatief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en met steun van het parlement. De NDM is een samenwerkingsverband dat twee functies behartigt:

- overkoepeling van en afstemming tussen de in Nederland lopende projecten voor monitoring van verslaving en middelengebruik
- rapporteren aan nationale overheden en aan internationale en nationale instanties. De rapportages berusten op de uitkomsten van de bewuste projecten en op gegevens uit onderzoek.

Onder monitoring verstaat de minister vooral de registratie van *cijfers*, maar ook het signaleren van feiten over *preventie* en over *zorg*: diagnostiek, behandeling, begeleiding en maatschappelijke reïntegratie.

### *Cijfermatige monitoring*

In Nederland verzamelen diverse instanties cijfers over verslaving en middelengebruik. Daarbij kan onderscheid gemaakt worden tussen ‘surveys’ (periodieke monitoring) en informatiesystemen (continue registratie van gegevens). De belangrijkste monitoringprojecten van verslaving en middelengebruik uit het oogpunt van volksgezondheid staan in Tabel 1.1.

**Tabel 1.1 De belangrijkste projecten voor monitoring van verslaving en middelengebruik in Nederland uit het oogpunt van volksgezondheid**

Project	Doelgroep	Genotmiddel	Metingen
Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO)	Landelijke bevolking van twaalf jaar en ouder	Drugs, alcohol	1997, 2000
Regio- en Stedenmonitor Alcohol en Drugs (MAD)	Bevolking van 16 tot 70 jaar in Utrecht, Rotterdam en Parkstad Limburg. Aantal GGD-regio's wordt uitgebreid	Drugs, alcohol	1999 (Er zijn nog meer rondes gevolgd)
Peilstationsonderzoek (scholieren)	Leerlingen van de twee hoogste groepen van basisscholen; leerlingen van 'reguliere' en 'bijzondere' middelbare scholen. Ook deelnemers aan spijbelprojecten	Drugs, alcohol, tabak	1984, 1988, 1996, 1999 Bijzondere scholen: 1984, 1988, 1996, 1999
Antenne	Speciale groepen van jongeren in Amsterdam	Drugs, alcohol	Jaarlijks sinds 1997 met wisselende groepen van doelgroepen
CBS	Landelijke bevolking van zestien jaar en ouder	Alcohol, tabak	Jaarlijks
Productschap Gedistilleerde Dranken	Hele landelijke bevolking	Alcohol	Jaarlijks
NIPO	Landelijke bevolking van vijftien jaar en ouder	Tabak	Jaarlijks

Informatiesysteem	Doelgroep	Genotmiddel	Rapportage
CMR (Centrale Methadon Registratie)	Bevolking Amsterdam en omstreken	Methadon	Jaarlijks
LADIS	Landelijk, alle hulpvragen bij de ambulante verslavingszorg. Inschrijvingen voor hulp	Drugs, alcohol	Jaarlijks
LMR, Landelijke Medische Registratie	Landelijk, alle ziekenhuizen. Ontslagdiagnoses ICD-9	Drugs, alcohol	Jaarlijks
PIGGz	Landelijk, intramuraal geestelijke gezondheidszorg	Drugs, alcohol	Jaarlijks

Voorbeelden voor nog andere projecten zijn die van IVO en de GGD in Rotterdam (projecten: DMS, RODIS) en van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM: aids/HIV-monitor). Daarnaast brengen tal van andere bureaus en diensten incidenteel relevante informatie in kaart.

De NDM moet zich ook richten op cijfers over onderwerpen op de werkerreinen van de ministeries van Justitie, Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, en Financiën. Het gaat daarbij onder meer om informatie over:

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

Het ministerie van Justitie heeft voor dit doel opdracht gegeven tot inventarisatie van gegevensbronnen en toetsing van de kwaliteit van de beschikbare gegevens voor zover relevant voor dit departement. Het rapport kwam onlangs uit.<sup>1</sup> Het geeft een ontvullend beeld van de kwaliteit van justitiële en politionele gegevens die voor opname in de NDM in aanmerking komen. Drie soorten gegevens werden adequaat geacht: (1) aantal coffeeshops, (2) aantal ontmantelde productieplaatsen van synthetische drugs, en (3) aantal gedetineerden in het buitenland voor drugdelicten. Dit alles betekent dat Justitie nog niet volwaardig in de NDM kan meedraaien. Het streven is om dat zo spoedig mogelijk toch te realiseren. Justitie wil investeren in verbetering van de gegevensverzameling. Gegevensbronnen die nog van onvoldoende kwaliteit zijn maar zich voor aanpassing lenen zijn onder meer:

- aantal drugverslaafden met reclasseringscontacten
- verkooppunten van cannabis anders dan de coffeeshop
- aantal ontmantelde kwekerijen van cannabis per regio
- omvang van de beschikbaarheid van precursors (onder aangifte van land van oorsprong) voor de productie van drugs
- de hoeveelheid drugs die in Nederland in beslag worden genomen (soort drug, kilogrammen, regio)
- aantal personen verdacht van drughandel
- aantal geverbaliseerde drugverslaafde, onderscheiden naar delict
- aantal recidiverende drugverslaafden
- aantal overlastmeldingen wegens druggebruikers
- aantal veroordeelde drughandelaren
- duur van de opgelegde gevangenisstraf in het kader van de Opiumwet
- aantal gedetineerde drugverslaafden.

De NDM moet ook cijfers over alcohol presenteren. Dat gebeurt al sinds de eerste uitgave van verleden jaar. De Alcoholnota van de regering bevat suggesties voor verdere uitbouw. Wij geven daaraan gevolg in het Jaarbericht 2001, in overleg met het ministerie van VWS.

### *Rapportages*

---

<sup>1</sup> Snippe J, Hoogeveen C, Bieleman B. Definitie studie en ontwikkeltraject Monitor Drugsproblematiek justitie. IntraVal: Groningen 2000.



Tot de organisaties waaraan de NDM rapporteert horen regering en parlement, lagere overheden, de WHO (Wereld Gezondheidsorganisatie), de Verenigde Naties en het EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). Eens per jaar publiceren wij een cijfermatig overzicht van verslaving en middelengebruik: het Jaarbericht. Thans ligt voor het tweede Jaarbericht van de NDM. Net als vorig jaar besteedt dit bericht aandacht aan respectievelijk cannabis; cocaïne; opiaten; ecstasy, amfetamine en verwante drugs; alcohol en tabak. Niet elk jaar hoeft elk onderwerp terug te keren. Volgend schenken wij ook aandacht aan psychedelische paddestoelen en mogelijk ook aan andere producten van smart shops. Wij hopen dan ook aan elk hoofdstuk een aanzet voor een paragraaf 'Beleidsontwikkelingen' (overige ontwikkelingen) toe te voegen, niet als commentaar op de actualiteit maar als het even kan als cijfermatige onderbouwing van de beleidsvoornemens van de rijksoverheid voorzover die zich in maat en getal laten vertalen. Behalve het Jaarbericht publiceert de NDM ook 'fact sheets' en korte signalementen van 'evidence based' ontwikkelingen in preventie en zorg, in samenwerking met de zogenoemde ontwikkelcentra van *Resultaten Scoren*, een initiatief van instellingen voor verslavingszorg. Deze signalementen zijn bedoeld als voorlichting aan werkers in de gezondheidszorg maar ook voor een breder publiek. Het jongste nummer is gewijd aan onderhoudsbehandeling met methadon. Ook achtergrondstudies staan op de lijst. In aanvulling op het Jaarbericht 2000 verschijnt een studie over verslaving en middelengebruik onder allochtonen.

#### *Terminologie en methodologie*

In dit Jaarbericht geven wij in hoofdzaak twee soorten cijfers over de consumptie van drugs, alcohol en tabak. 'Ooitgebruik' staat voor inname van het middel ooit in het leven, meestal ongeacht de frequentie (van eenmalig tot omvangrijk). 'Recent gebruik' betekent consumptie in de maand, of soms het jaar, vóór de desbetreffende peiling. Er is de neiging om 'recent gebruik' gelijk te stellen aan 'actueel gebruik'. Die twee begrippen vallen ongetwijfeld voor een groot deel samen, maar zijn niet identiek. Wij spreken voorts van 'problematisch gebruik'. Dat is niet helemaal hetzelfde als verslaving. Een verslaafde is een problematische gebruiker, maar een problematische gebruiker hoeft geen verslaafde te zijn. Het begrip 'verslaafde' is streng gedefinieerd, maar in de praktijk valt lang niet altijd te achterhalen of iemand aan die definitie voldoet. De onscherpe grens tussen problematische gebruiker en verslaafde belemmert het maken van schattingen. Daar komt bij dat veel problematische harddruggebruikers meer dan één drug tegelijk consumeren: zijn zij nu opiaatgebruikers, harddruggebruikers of polidruggebruikers? Veel cijfermatige onzekerheden, nationaal en internationaal, zijn op dit soort kwesties terug te voeren

Er circuleren uiteenlopende schattingen van het aantal mensen dat ervaring heeft met drugs. Dat komt doordat onderzoekers de consumptie verschillend peilen, met methoden die variëren van anonieme vragenlijsten die in groepsverband of individueel worden afgenomen tot interviews thuis. In peilingen met een steekproef uit de algemene bevolking kunnen bepaalde groepen gebruikers ondervertegenwoordigd zijn, zoals prostituees, hang- en zwerfjongeren en andere dak- en thuislozen. De manier waarop de steekproef wordt getrokken beïnvloedt daarom de uitkomst.

Van belang is verder de mate waarin de aangezochte 'respondenten' daadwerkelijk aan de peiling meedoen. Dat kan uiteenlopen van minder dan 50 tot bijna 100 procent. Een lage 'respons' doet twijfelen aan de betrouwbaarheid van de bevindingen.

Het in groepsverband – bijvoorbeeld klassikaal – afnemen van vragenlijsten verlaagt de kans dat respondenten afhaken, maar houdt het gevaar in van vertekening van trends.

De samenstelling van klassen is de afgelopen decennia veranderd. Daarvoor kan met geavanceerde statistische technieken worden gecorrigeerd.

#### *Verslavingszorg verandert van aanzicht*

De verslavingszorg verandert bijna dagelijks door fusies en het aangaan van samenwerkingsverbanden. Dit bemoeilijkt het schetsen van trends in de hulpverlening bij problematisch gebruik van drugs en alcohol. De stand van zaken is:

- Er zijn 33 instellingen voor verslavingszorg. Daarvan bieden er achttien intramurale zorg; bij dertien inclusief dagbehandeling.
- Van de achttien instellingen met intramurale zorg leveren er tien ook ambulante en andere zorg. Twee van de intramurale instellingen staan op zichzelf. De overige zes zijn onderdeel van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. Wij duiden al deze intramurale instellingen en afdelingen in het vervolg aan met het woord verslavingskliniek.
- Het aantal bedden in 1998 was 1474, 32 procent meer dan in 1994.
- Er waren 172 plaatsen voor dagbehandeling in 1998, 120 procent meer dan in 1994.

#### *De registratie van intramurale gegevens in de verslavingszorg is de laatste jaren onvolledig*

- Doordat de ambulante en intramurale instellingen zo divers zijn en langs verschillende weg worden gefinancierd, is het moeilijk een betrouwbaar beeld te krijgen van bijvoorbeeld de in- en uitstroom van cliënten.
- Een extra complicatie is het gebrek aan aansluiting tussen gegevens over de ambulante (LADIS) en die over de intramurale zorg (PIGGz). Zelfs de loopbaan van een cliënt in een en dezelfde instelling met geïntegreerde ambulante en intramurale zorg valt lang niet altijd goed vast te stellen doordat gegevensbestanden niet zelden los van elkaar staan.
- De registratie van de PIGGz veranderde in 1997 en is onder druk komen te staan van de fusiegolf. Er ontbreekt sindsdien informatie van zestien instellingen en er bestaat daardoor onvoldoende zicht op het aantal opnames voor drugproblematiek.
- GGZ Nederland – de koepel van instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg – verwacht dat de registratie van intramurale gegevens vanaf 2000 weer compleet is.

## 2 Cannabis

### 2.1 Gebruik onder de algemene bevolking

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

*Minder mensen in Nederland hebben ervaring met cannabis dan vroeger gedacht*  
Van alle drugs wordt cannabis het meest gebruikt.

In 1997 vond de eerste peiling plaats van het Nationale Prevalentie Onderzoek (NPO), uitgevoerd door het Amsterdamse instituut CEDRO samen met het CBS. De gegevens hieronder komen uit die eerste ronde.<sup>[1]</sup> De uitkomsten van de tweede meting volgen in 2001. Kerncijfers zijn:

- Een op de zes ondervraagden van twaalf jaar en ouder heeft ooit cannabis gebruikt.
- Een op de veertig heeft dit nog gedaan in de maand voor het interview (recent gebruik).
- De onderzoekers schatten dat Nederland 323 duizend recente gebruikers van cannabis telt.

Tabel 2.1 vat de belangrijkste bevindingen samen.

**Tabel 2.1 Gebruik van cannabis in Nederland onder mensen van 12 jaar en ouder. Peiljaar 1997**

Heeft ooit gebruikt	16%
Heeft pas nog gebruikt	2,5%
Heeft voor het eerst in het afgelopen jaar gebruikt	1%
Gemiddelde leeftijd van de huidige gebruikers	28 jaar

Bron: NPO.

*Gebruik van cannabis is niet evenredig gespreid over Nederland*

- In steden wordt meer gebruikt dan op het platteland.
- De vier grote steden verschillen onderling (Tabel 2.2)
  - Amsterdam voert de lijst aan in ooit- en recent gebruik.
  - Utrecht is tweede op de maat ooitgebruik.
- Waarschijnlijk speelt de samenstelling van de bevolking, bijvoorbeeld het aandeel studenten, een rol in de verschillen tussen steden en tussen stad en platteland.<sup>[2]</sup>
- Een andere factor is het uitgaansgedrag. In 1997 werd een bar, disco of café bezocht door:
  - 25 procent van de Amsterdammers
  - 24 procent van de Utrechtenaren
  - 15 procent van de Rotterdammers
  - en 11 procent van de Hagenaars.

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

	Ooitgebruik	Recent gebruik
Amsterdam	37%	8%
Utrecht	27%	4%
Den Haag	20%	4%
Rotterdam	19%	3%
Niet-stedelijke gemeenten <sup>a</sup>	11%	2%

Percentage gebruikers: ooit in het leven en laatste maand.

a. Definitie: gemeenten met minder dan 500 adressen per vierkante meter (CBS).

Bron: NPO.

De cijfers van de Monitor Alcohol en Drugs (MAD) over 1999 bevestigen het beeld van geografische variatie (Tabel 2.3).<sup>[3,4,7]</sup> MAD richt zich op werkgebieden van GGD'en, in eerste instantie Utrecht, Rotterdam en Parkstad Limburg.

- Meer Utrechtenaren hebben ooit ervaring opgedaan met cannabis dan Rotterdammers of inwoners van Parkstad Limburg.
- De verschillen in recent gebruik zijn kleiner tussen deze stedelijke gebieden.

**Tabel 2.3 Gebruik van cannabis onder mensen van 16 jaar en ouder in drie stedelijke gebieden. Peiljaar 1999**

	Ooitgebruik <sup>a</sup>	Recent gebruik <sup>b</sup>
Utrecht	30%	7%
Rotterdam	19%	6%
Parkstad Limburg <sup>c</sup>	13%	5%

Percentage gebruikers. a. 16 tot 70 jaar, b. 16 tot 55 jaar. Recent gebruik: laatste maand.

c. Heerlen, Kerkrade, Brunssum, Landgraaf en enkele kleinere gemeenten.

Bron: MAD.

#### *De meeste mensen gaan niet lang door met gebruik van cannabis*

- De meeste consumenten van cannabis nemen het middel om experimentele en recreatieve redenen: de drug wordt geprobeerd en gebruik ervan blijft beperkt tot de vrije tijd.
- Een op de zes ooitgebruikers is een recente consument. De rest is gestopt.<sup>[1]</sup>
- Mensen stoppen omdat:
  - hun nieuwsgierigheid bevredigd is
  - ze geen behoefte meer hebben aan cannabis of de drug niet langer lekker vinden.<sup>[5,6]</sup>
- Van de mensen die ooit cannabis hebben genomen, heeft een op de drie dat minstens vijftwintig keer gedaan.<sup>[1]</sup>
- Een kwart van de recente consumenten gebruikt cannabis dagelijks of bijna dagelijks (Tabel 2.4).

**Tabel 2.4 Mate van consumptie van cannabis in Nederland onder recente gebruikers van 12 jaar en ouder. Peiljaar 1997**

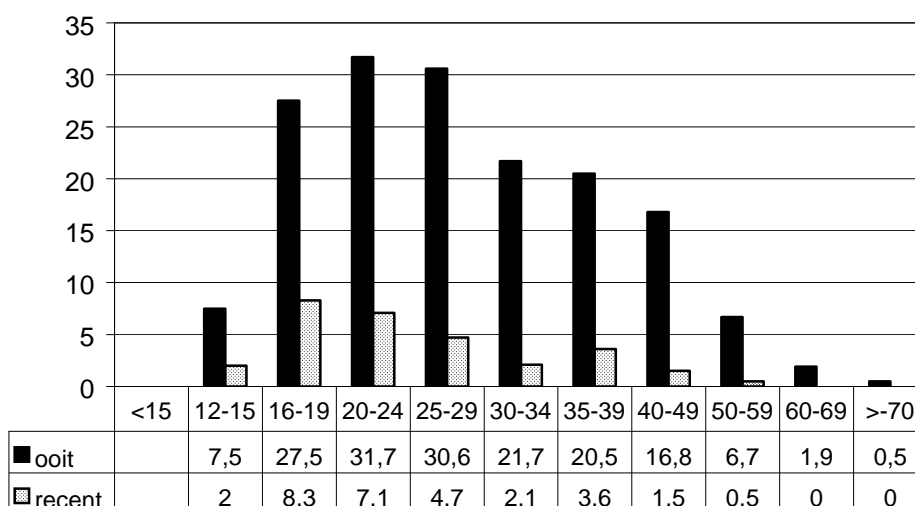
Gebruiksdagen in de laatste maand	Aandeel onder recente gebruikers <sup>a</sup>
1 – 4	45%
5 – 8	14%
9 – 20	15%
Meer dan 20 dagen	26%

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

*Gebruikers van cannabis zijn vooral jongeren*

- Consumptie van cannabis komt vooral onder jongeren en jongvolwassenen voor (Figuur 2.1).<sup>[1]</sup>
  - De piek van het landelijk ooitgebruik ligt tussen 20 en 24 jaar
  - en die van recent gebruik tussen 16 en 19 jaar.
- Mannen hebben vaker ervaring met cannabis dan vrouwen.
  - Ooitgebruik bij mannen is 21 procent, bij vrouwen 11 procent.
  - Recent gebruik: respectievelijk 4 en 1 procent.
- De consumptie hangt verder samen met opleiding, het al of niet hebben van werk en met burgerlijke staat.<sup>[3,4,7,8]</sup>
  - Hoger opgeleiden hebben vaker ervaring met cannabis dan lager opgeleiden.
  - Onder recente gebruikers komen vrij veel mensen met een uitkering voor.
  - Alleenstaanden zijn in de groep van recente gebruikers oververtegenwoordigd.

**Figuur 2.1 Cannabisgebruikers in Nederland per leeftijdsgroep. Peiljaar 1997**



Percentage ooit- en recente gebruikers per leeftijdsgroep. Recent: laatste maand.  
Bron: NPO.

## 2.2 Gebruik onder jongeren

Het Trimbos-instituut peilt sinds het midden van de jaren tachtig in hoeverre leerlingen van twaalf jaar en ouder op middelbare scholen<sup>2</sup> ervaring hebben met alcohol, tabak, drugs en gokken. Dit gebeurt in het zogenoemde landelijke peilstationonderzoek.

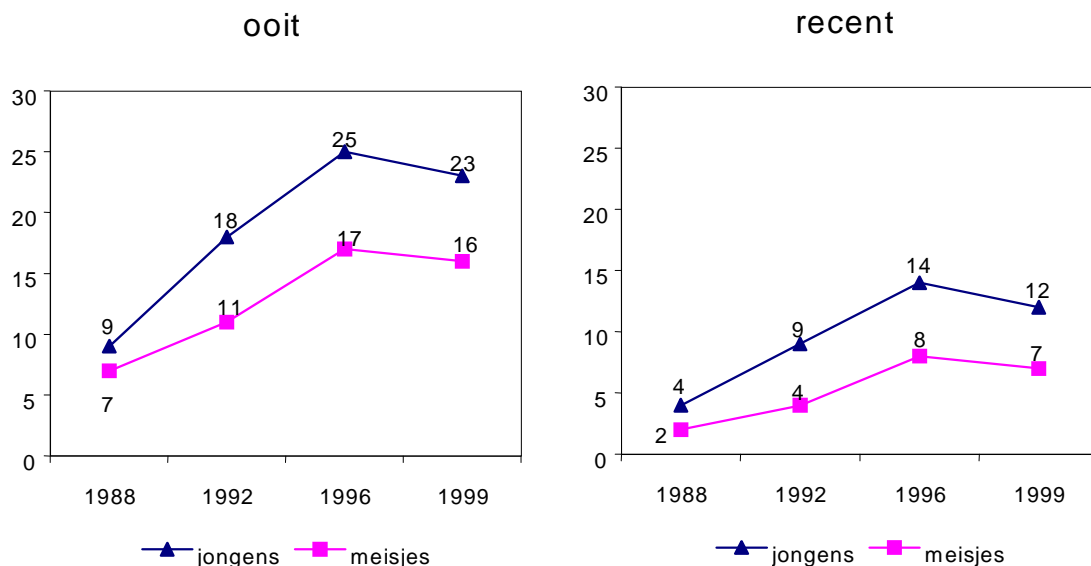
### *Gebruik van cannabis groeit niet langer onder jongeren*

- Van 1988 tot 1996 ging het gebruik van cannabis onder leerlingen omhoog.<sup>[9]</sup>
  - Het percentage ooitgebruikers nam toe van 8 in 1988 naar 15 in 1992 en naar 21 in 1996.
  - Recent gebruik onder leerlingen steeg van 3 procent in 1988 naar 7 procent in 1992 en 11 in 1996.
- De meting in 1999 wijst op een trendbreuk. Zowel op de maat ooitgebruik (20 procent) als recent gebruik (9 procent) waren de cijfers niet hoger, maar juist iets lager dan in 1996.

Jongens zijn meer in cannabis geïnteresseerd dan meisjes (Figuur 2.2). Dit blijkt uit ooit- en recent gebruik, maar ook uit omvang van consumptie.

- In 1999 had bijna 4 procent van de jongens de laatste maand voor de peiling tien of meer keer cannabis genomen, tegen minder dan 1 procent van de meisjes.
- Per keer rookten jongens gemiddeld 2,4 joints en meisjes 1,8.

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



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

Bron: Trimbos-instituut.

### *Waar jongeren cannabis krijgen: vrienden en coffeeshops*

<sup>1</sup> Voortgezet onderwijs: brugklas, VBO, MAVO, HAVO en VWO.

- De leerlingen van middelbare scholen krijgen cannabis vooral van vrienden en in coffeeshops.
  - Voor meisjes zijn vrienden een belangrijker bron dan coffeeshops: 61 tegen 20 procent in 1999.
  - Voor jongens maakt het niets uit: 39 procent via vrienden en bijna evenveel via coffeeshops.
- De leeftijdsgrens voor verkoop van cannabis in coffeeshops is achttien jaar. Toch haalt een op de drie jongens en een op de vijf meisjes van twaalf tot zestien jaar, uit de groep recente gebruikers, daar naar eigen zeggen hun cannabis.
- Daar staat tegenover dat leerlingen van middelbare scholen in 1999 minder bij coffeeshops inkochten dan in 1996 (Tabel 2.5).

**Tabel 2.5 Waar halen jongeren cannabis vandaan?**

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

Leerlingen van twaalf en ouder van middelbare scholen (recente gebruikers).

a. Alleen gemeten in 1999.

Bron: Trimbos-instituut.

*Bepaalde jongeren zijn frequente gebruikers van cannabis*

Mate van consumptie van cannabis hangt samen met:<sup>[13,14,15]</sup>

- Het hebben van vrienden die gebruiken
- Spijbelen
- Delinquent gedrag als stelen, vandalisme en zwartrijden
- Uitgaan
- Rondhangen of zich vervelen op straat.

Oorzaak en gevolg zijn hier moeilijk te scheiden.

Het percentage recente gebruikers van cannabis ligt onder leerlingen van speciale scholen voor voortgezet onderwijs iets hoger dan onder leeftijdgenoten op ‘reguliere’ scholen. Er zijn evenwel groeperingen van jongeren waar gebruik van cannabis eerder regel dan uitzondering is (Tabel 2.6).

**Tabel 2.6 Recent gebruik van cannabis in speciale groepen**

Jongeren in of bij	Peiljaar	Leeftijd	Recent gebruik
Speciaal voortgezet onderwijs <sup>a [10]</sup>	1997	12 – 18	14%
Projecten voor spijbelopvang <sup>[10]</sup>	1997	12 – 18	35%
Justitiële inrichtingen <sup>[11]</sup>	1995	–	53%

Instellingen voor jeugdhulpverlening <sup>[11]</sup>	1996	10 – 19	55%
Zwerfjongeren <sup>[12]</sup>	1999	15 – 22	76%

Percentage recente gebruikers per groep.  
a. MLK, LOM, ZMOK.

### 2.3 Problematisch gebruik

*Een kleine, maar niet te verwaarlozen minderheid van de consumenten van cannabis komt in de problemen*

De meeste mensen houden het gebruik van cannabis onder controle. Hoeveel personen dit niet lukt, weten wij niet precies. Lang niet alle betrokkenen zoeken hulp of komen voor hun probleem uit. Bovendien ontbreekt het aan een algemeen aanvaarde definitie van ‘problematisch gebruik’. Een omstrede omschrijving is cannabisafhankelijkheid volgens het psychiatrisch classificatiesysteem DSM (Diagnostic Statistical Manual).

- Van de ondervraagden in het Nemesis-onderzoek<sup>3</sup> was 0,5 procent *afhankelijk* van cannabis in het jaar voor de peiling. Bij nog eens 0,4 procent was sprake van *misbruik* van cannabis.
- Het ging vooral om jongvolwassenen. Tweederde van de problematische gebruikers was rond de twintig jaar oud.
- Uit Nemesis valt te schatten dat 30 duizend tot 80 duizend Nederlanders problematische consumenten van cannabis zijn.<sup>4</sup>
- De getallen van Nemesis zijn waarschijnlijk een onderschatting, omdat jongeren onder de achttien jaar niet zijn meegerekend en risicogroepen onvoldoende konden worden meegewogen

### 2.4 Gebruik: internationale vergelijking

*Nederland loopt internationaal gezien niet voorop in gebruik van cannabis*

- Ooitgebruik onder Amerikanen van twaalf jaar en ouder is meer dan twee maal zo hoog als in Nederland (35 tegen 16 procent).<sup>[16]</sup> Het Australische cijfer ligt nog hoger.<sup>[17]</sup>
- In de Europese Unie hebben meer dan 40 miljoen mensen ooit cannabis genomen, ongeveer 16 procent van de bevolking van 15 tot 65 jaar.<sup>18,19]</sup>
- Ook in het Verenigd Koninkrijk daalt het recente gebruik onder jongeren: van 24 procent van de vijftien- en zestienjarige in 1995 naar 16 procent in 1999.<sup>[20]</sup>

<sup>3</sup> Een representatief landelijk onderzoek naar psychische stoornissen in DSM-termen onder zeventuizend Nederlanders van 18 tot 65 jaar. De studie ging in 1996 van start.<sup>[22,23]</sup>

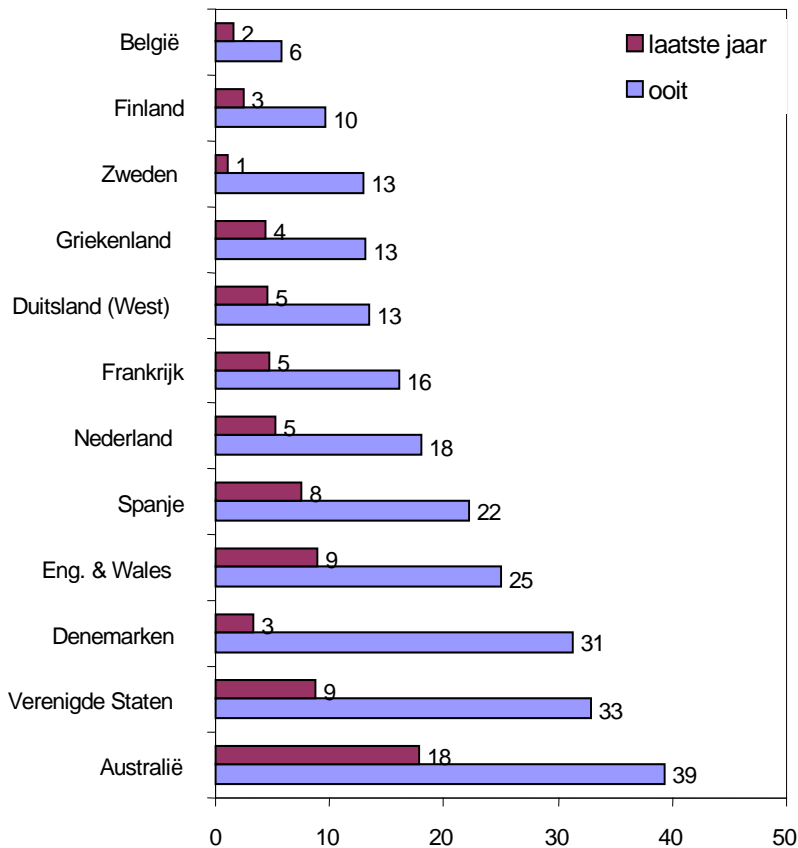
<sup>4</sup> De raming van problematisch cannabisgebruik hangt af van het tijdvenster: ooit in het leven, laatste jaar of maand, en van definities van ‘gebruik’ en ‘problematisch’. In Nemesis werd ooitgebruik gesteld op vijf keer of meer, in plaats van op een keer of meer zoals in NPO. Rotterdamse onderzoekers stelden problematisch gebruik van cannabis gelijk aan consumptie minstens vijftien dagen in de afgelopen maand met daaraan gerelateerde psychische, sociale of financiële perikelen. Aan deze definitie voldeed 0,5 procent van alle gebruikers van 16 tot 50 jaar in ‘Midden-Holland’.<sup>[5]</sup>



- In de Verenigde Staten blijft het gebruik hoog onder leerlingen van middelbare scholen. Een kwart van hen had volgens een peiling uit 1996 pas nog cannabis genomen. Dat was ook de uitkomst in 1999.<sup>[21]</sup>
- In Frankrijk gebruikte in 1999 15 procent van de vijftienjarige jongens tien of meer keer cannabis, tegen 6 procent in 1993. Voor de even oude meisjes was dit respectievelijk 9 en 3 procent. Hier is dus sprake van groeiende consumptie.<sup>[24]</sup>

Figuur 2.3 geeft de positie van Nederland te midden van andere lidstaten. Australië en de Verenigde Staten weer.<sup>5</sup>

**Figuur 2.3 Consumptie van cannabis in westerse landen onder de algemene bevolking. Peiljaren 1994 – 1998**



Percentage gebruikers. Leeftijdsgrenzen variëren van 14 – 18 (ondergrens) tot 59 – 69 jaar (bovengrens). Cijfers voor Nederland: 15 – 69 jaar. Voor niet-genoemde EU-landen ontbreken gegevens.

Bronnen: EMCDDA, SAMHSA, AIHW.<sup>6</sup>

## 2.5 Hulpvraag: ambulante verslavingszorg

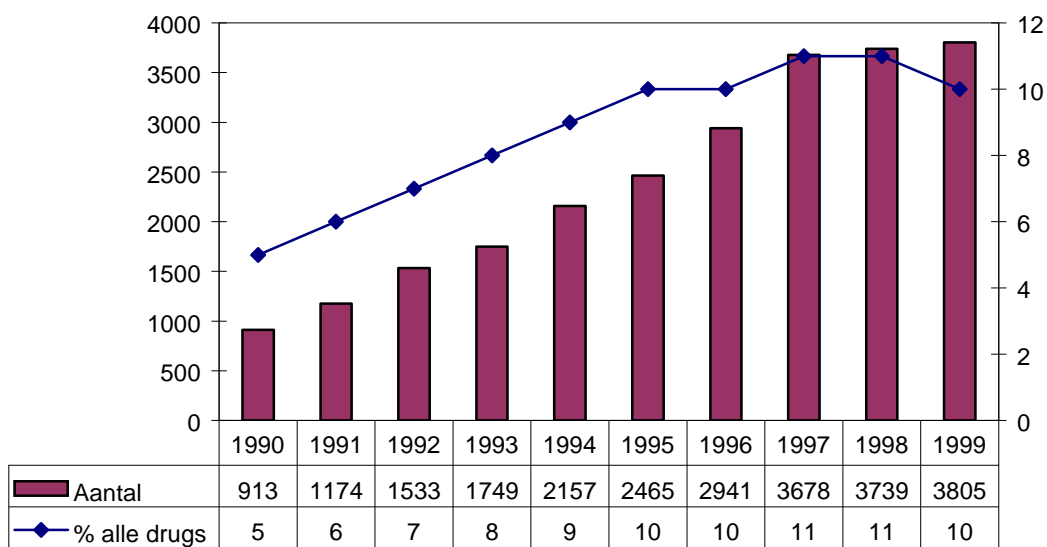
*Het beroep op de ambulante verslavingszorg voor cannabisproblematiek vlakkt af*  
 LADIS registreert hoe vaak mensen hulp vragen bij de ambulante verslavingszorg. Veel cliënten hebben problemen met meer dan één genotmiddel. Daarom wordt hun gevraagd wat zij het primaire probleem vinden en wat de eventuele secundaire problemen zijn.

<sup>5</sup> Vergelijking wordt bemoeilijkt door verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven.

<sup>6</sup> Laatste cijfers uit de VS (1999): ooitgebruik 35 procent, recent gebruik 9 procent.<sup>[16]</sup>

- Het aantal ‘ambulante’ inschrijvingen van mensen met een primair cannabisprobleem verviervoudigde bijna van 1990 naar 1996 en bleef vrij stabiel in de jaren daarna (Figuur 2.4).
- Het aandeel van cannabis in alle verzoeken om hulp vanwege drugs, dus in alle ‘druginschrijvingen’ – de ononderbroken lijn in de figuur – is beperkt (onder 10 procent). Dat aandeel nam toe tot 1997 en was in 1999 licht gedaald.<sup>7</sup>

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



Bron: LADIS, IVZ.

*De hulpzoekers vanwege cannabis zijn vooral jonge mannen. De stap naar de hulpverlening wordt niet snel gezet.*

- De mensen die bij de ambulante verslavingszorg aankloppen primair om hun gebruik van cannabis, zijn overwegend vrij jonge mannen (gemiddeld 26 jaar; Tabel 2.7).
- Volgens Nemesis is de leeftijd van mensen met afhankelijkheid van cannabis gemiddeld hooguit 23 jaar. Het duurt dus als regel een paar jaar voor mensen hun toevlucht zoeken tot de hulpverlening.
- De gegevens van LADIS bevestigen dit beeld. In 1997 had bijna de helft van de cannabiscliënten al minstens vijf jaar problemen met deze drug voordat ze zich voor hulp inschreven. Slechts een op de vijf meldde zich binnen twee jaar nadat ze zich van hun problematiek bewust waren geworden.<sup>[25]</sup>
- De meeste problematische gebruikers van cannabis zoeken kennelijk helemaal geen professionele hulp. Vergelijk met paragraaf 2.3.

<sup>7</sup> Cliënten kunnen meer keren per jaar worden ingeschreven. Daardoor is het aantal inschrijvingen groter dan het aantal personen. De maat ‘aandeel’ in de totale hulpvraag voor drugproblemen moet voorzichtig worden geïnterpreteerd: zie paragraaf 2.7.

### *De hulpzoekers voor cannabis hebben ook andere problemen*

- Een op de drie mensen die bij de ambulante verslavingszorg hulp zoeken vanwege cannabis heeft ook problemen met een of meer andere middelen, zoals alcohol, cocaïne en ecstasy. Het zijn geen doorsnee cannabisgebruikers.
- Deze hulpzoekers hebben geregeld psychische stoornissen, zelfs meer dan nieuwe cliënten van de verslavingszorg met een heroïne- of een cocaïneprobleem.
  - Volgens cijfers van de Jellinek kampen vier op de tien cannabiscliënten met depressie.<sup>[26]</sup>
  - Hier doet zich de vraag voor wat het eerst komt: het drugprobleem of de psychische stoornis? De wetenschappelijke literatuur doet vermoeden dat de psychische stoornis meestal voorafgaat aan het drugprobleem.

### *Omgekeerd is ook waar: andere hulpzoekers hebben geregeld problemen met cannabis*

- Tegenover de bijna 3300 mensen die in 1999 ambulante hulp zochten primair uit bezorgdheid om hun cannabisgebruik stonden ruim 3000 hulpzoekers voor wie cannabis een *secundair* probleem was (Tabel 2.7).
- De voornaamste zorg van de tweede groep was alcohol (36 procent), heroïne (26 procent) of cocaïne (25 procent).

**Tabel 2.7 Cannabiscliënten van de ambulante verslavingszorg. Peiljaar 1999**

Personen met primair cannabisprobleem <sup>a</sup>	3281
• Percentage van alle ‘ambulante’ drugcliënten	13%
• Gemiddelde leeftijd	26 jaar
• Mannen	81%
Personen met secundair cannabisprobleem <sup>b</sup>	3063

a. Deze getallen wijken af van die in Figuur 2.4, omdat er is gecorrigeerd voor meer dan één inschrijving per persoon in het peiljaar.

b. Eveneens gecorrigeerd in bedoelde zin.

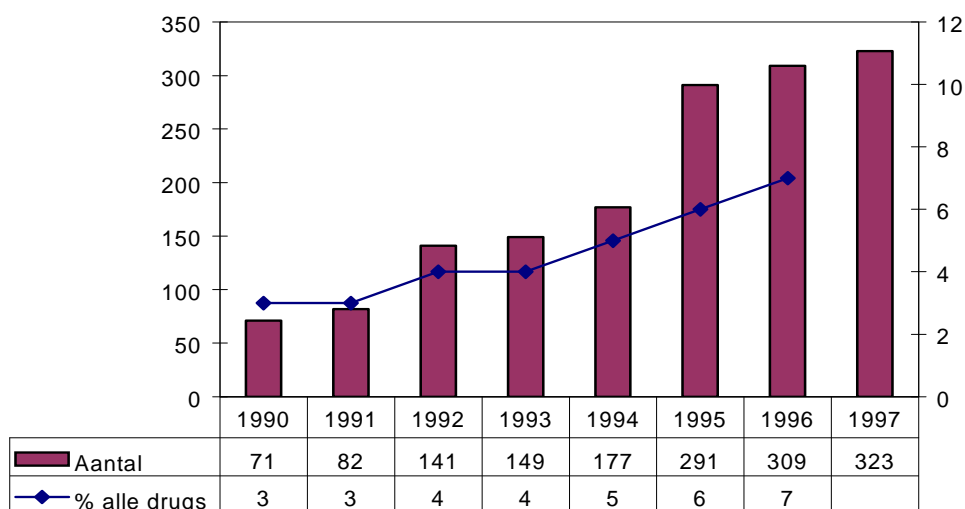
Bron: LADIS, IVZ.

## **2.6 Hulpvraag: intramurale zorg**

### *Opname in de intramurale verslavingszorg voor cannabisproblematiek is in de jaren negentig gestegen*

- Het aantal opnames voor cannabismisbruik en -verslaving in verslavingsklinieken ging van 1990 tot 1997 omhoog (Figuur 2.5).
- De situatie sindsdien is niet goed bekend; vermoedelijk heeft de stijging zich in 1997 doorgezet.
- Het aandeel cannabis in alle drugsopnames nam van 1990 tot 1997 iets toe.

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



ICD-9 codes: 304.3, 305.2.

Bron: PIGGz.

*In algemene ziekenhuizen is cannabisproblematiek geen belangrijke reden voor opname*

- In 1999 waren er anderhalf miljoen opnames in algemene ziekenhuizen.
- Volgens de statistieken speelden drugproblemen daarbij nauwelijks een rol.
  - Er werd 422 keer een hoofddiagnose drugmisbruik- en afhankelijkheid gesteld en 1848 keer een neventdiagnose.
  - In 7 procent van die hoofddiagnoses ging het om cannabis (Tabel 2.8). Onbekend is wat de klachten waren (psychisch of lichamelijk) die tot opname leidden.

**Tabel 2.8 Opnames in algemene ziekenhuizen gerelateerd aan problematisch gebruik van cannabis vanaf 1996**

	1996	1997	1998	1999
Cannabis als hoofddiagnose	38	26	29	29
Cannabis als neventdiagnose	154	184	195	247

ICD-9 codes: 304.3, 305.2

Bron: LMR.

## 2.7 Hulpvraag: internationale vergelijking

*Beroep op hulpverlening voor problemen met cannabis: Nederland loopt internationaal niet uit de pas*

- In veel lidstaten van de Europese Unie neemt het aantal mensen dat professionele hulp voor cannabis zoekt toe, ook in vergelijking met andere drugs.
  - Het aandeel cannabis in het totaal aan vragen om hulp voor drugproblematiek was de afgelopen jaren het grootst in België, Finland en Duitsland.<sup>[19]</sup>
  - Nederland neemt hier een middenpositie in (Tabel 2.9).
- Het beroep op hulp varieert per land en streek. Het cannabisaandeel in de vragen om hulp voor druggebruik liep tussen Amerikaanse steden in de eerste helft van 1999 uiteen van 2 tot 35 procent. In vier steden, Minneapolis & St. Paul, New Orleans, Seattle en Denver, stond cannabis het hoogst genoteerd onder alle druginschrijvingen.<sup>[27]</sup> Dat is in Nederland bij lange na niet het geval.
- De cijfers zijn betrekkelijk. ‘Aandeel’ is een relatief begrip.
  - De hulpvraag hangt af van de toegankelijkheid van de instellingen voor verslavingszorg.
  - Naarmate er meer hulpvragers zijn met andere problematiek neemt het cannabisaandeel naar verhouding af.
  - Bovendien verstaan de lidstaten van de Europese Unie onder ‘beroep op hulpverlening’ lang niet altijd hetzelfde. De organisatie van de verslavingszorg verschilt tussen landen. Daarom vallen onder deze noemer uiteenlopende voorzieningen.

**Tabel 2.9 Beroep op de hulpverlening voor primaire cannabisproblematiek. Overzicht van de Europese lidstaten**

Land <sup>a</sup>	Peiljaar	Aandeel in alle opnames voor drugproblematiek
Vlaanderen	1996	22%
Finland	1998	22%
Duitsland	1998	19%
Wallonië	1998	14%
Denemarken	1998	14%
Zweden	1998	14%
Ierland	1998	12%
Frankrijk	1997	11%
Nederland	1998	11%
Italië	1998	8%
Verenigd Koninkrijk	1997	8%
Griekenland	1998	6%
Spanje	1998	6%
Luxemburg	1997	5%
Portugal	1997	2%

a. België onderverdeeld in Vlaanderen en Wallonië.  
Bron: EMCDDA.

## 2.8 Gezondheidsrisico's

Het begrip ‘risico’ moet altijd in perspectief worden gezien. Cannabis alleen levert per saldo minder gevaar op voor de volksgezondheid dan tabak of alcohol.

*De gezondheidsrisico's van cannabis vallen op korte termijn mee*

Cannabis geeft over het algemeen geen problemen. De risico's op korte termijn van gebruik van deze drug zijn de volgende.

- Voorbijgaande angst, paniek of wanen na hoge doses en bij onervaren gebruikers.
  - De GG&GD Amsterdam telde in 1998 135 mensen die onwel werden na inname van cannabis.<sup>[28]</sup>
  - Bijna de helft was buitenlander.
  - Sinds 1993 was het aantal incidenten niet zó laag (Tabel 2.10).
- Soms kan cannabis psychotische verschijnselen bij lijdens aan schizofrenie verergeren of bij mensen met aanleg voor die ziekte uitlokken. Maar de drug veroorzaakt als regel geen psychoses bij andere gebruikers.<sup>[29,30]</sup>
- De drug kan de concentratie, het geheugen en de controle over lichaamsbewegingen beïnvloeden.
- De giftigheid van cannabis is gering.<sup>[31]</sup>
  - Het CBS noteerde de afgelopen tien jaar geen enkel geval van directe sterfte door inname van cannabis.
  - Ook uit andere landen zijn geen sterfgevallen bekend.

*Bij jarenlange consumptie zijn er aan cannabis meer gezondheidsrisico's verbonden*

- Allereerst gaat het om aandoeningen van de luchtwegen.<sup>[32]</sup>
  - Het grootste lichamelijke risico is de blootstelling aan dezelfde giftige stoffen, zoals teer, die ook ingeademd worden bij het roken van alleen tabak. In feite is de neerslag van die stoffen in de long bij cannabis verhoogd – tot zelfs vier maal toe – door een andere techniek van filteren en roken.
  - Daar staat tegenover dat één joint per dag zich niet laat vergelijken met twintig sigaretten per dag.
- Verschijnselen als inactiviteit, luiheid en dufheid doen zich voor.<sup>[30,32]</sup>
  - Oorzaak en gevolg vallen niet duidelijk te scheiden.
  - Apathie onder langdurig zware gebruikers is mogelijk een teken van chronische intoxicatie.
- Volgens sommige deskundigen wordt een op de drie veelgebruikers afhankelijk van cannabis. Stoppen met consumptie kan leiden tot milde onthoudingsverschijnselen als rusteloosheid, prikkelbaarheid, slapeloosheid en misselijkheid. Het gevaar van afhankelijkheid is bij cannabis minder dan bij tabak, alcohol en bepaalde andere drugs. Van de mensen die ooit gebruikten, wordt <sup>[34]</sup>
  - 32 procent van de tabakgebruikers afhankelijk van dat middel,
  - 23 procent van de gebruikers van heroïne,
  - 17 procent van cocaïne,
  - 15 procent van alcohol,
  - en 9 procent van cannabis.
- Kinderen van moeders die frequent cannabis roken tijdens de zwangerschap lopen kans op een verlaagd geboortegewicht. Er zijn vage aanwijzingen dat dergelijke kinderen op latere leeftijd intellectueel iets achterblijven.<sup>[35,36]</sup>

**Tabel 2.10 Cannabisincidenten geregistreerd door de GG&GD Amsterdam vanaf 1992**

Oorzaak	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Roken cannabis	82	40	130	137	165	211	107
Eten spacecake	40	11	34	73	58	47	28

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

#### *Sterkte cannabis stijgt niet noemenswaardig*

Het risico van gebruik van cannabis hangt samen met de concentratie van de werkzame bestanddelen, vooral THC (tetrahydrocannabinol). Het Trimbos-instituut verzamelde in 1999 290 cannabismonsters uit vijftig coffeeshops.<sup>[37]</sup>

- Nederlandse hasj en wiet bevatten gemiddeld meer THC dan buitenlandse variëteiten (Tabel 2.11).
- Er zijn geen aanwijzingen dat het gehalte aan THC in nederwiet de afgelopen jaren is toegenomen.

**Tabel 2.11 Concentratie van THC in cannabisproducten in 1999**

Product	Gemiddeld
Nederwiet	9%
Buitenlandse wiet	5%
Nederhasj	21%
Buitenlandse hasj	11%

Bron: Trimbos-instituut.

## 2.9 Maatschappelijke schade; rechtshandhaving

### *Overlast van coffeeshops is gelijk gebleven*

De stand van zaken is als volgt.

- Overlast dreigt als coffeeshops gelegen zijn in woonwijken, bij scholen of in grenssteden. Het gaat dan bijvoorbeeld om verkeersdrukte, geluidshinder en samenscholing van jongeren.
- Volgens peilingen in dertig achterstandswijken over het land neemt de hinder die buurtbewoners van coffeeshops ondervinden in doorsnee niet toe. Dat kan van plaats tot plaats verschillen. De laatste cijfers stammen uit 1996 en 1998.<sup>[38]</sup>
- In Amsterdam zorgen coffeeshops niet voor meer overlast dan de gewone horeca afgaande op meldingen van incidenten bij de politie.<sup>[39]</sup>

### *Minder coffeeshops*

- In 1999 telde Bureau Intraval ruim 900 coffeeshops in Nederland. In 1997 ging het nog om een kleine 1200 coffeeshops, 20 procent meer.<sup>[40]</sup>
- Ongeveer de helft van alle coffeeshops bevindt zich in de vier grote steden:
  - 288 in Amsterdam

- 70 in Den Haag
- 64 in Rotterdam
- 20 in Utrecht.
- De bestaande coffeeshops houden zich niet allemaal aan de regels.
  - Zo schenken zesentwintig van de zeventig Haagse coffeeshops alcoholhoudende drank. Het gemeentebestuur heeft hen voor de keus gesteld om door te gaan als coffeeshop of als café; de gecombineerde verkoop van softdrugs en alcohol wordt niet meer getolereerd.<sup>[41]</sup>
  - Deze aanpak leidt er waarschijnlijk toe dat het aantal coffeeshops verder terugloopt.
- Tachtig procent van alle 538 Nederlandse gemeenten heeft geen coffeeshop.<sup>[40]</sup>
- Er zijn minstens 1450 andere verkooppunten, zoals dealpanden en straathandelaren. Dit cijfer is omstreden; het werkelijke getal ligt vermoedelijk hoger.

#### *Cannabis draagt niet bij aan geweld*

- Volgens de wetenschappelijke literatuur dempt cannabis agressie. Het is daarom onwaarschijnlijk dat deze drug op zich bijdraagt aan het plegen van geweld.
- Jonge plegers maar ook slachtoffers van geweld gebruiken vaker dan gemiddeld cannabis. Dat verklaart de agressie echter niet.
  - De betrokkenen nemen geregeld ook andere drugs en drinken overmatig alcohol.<sup>[4,3]</sup>
  - Geweld kan deel uitmaken van de uitgaanswereld waarin zij verkeren.
- Sinds 1987 richt de Amerikaanse monitor ADAM (Arrestee Drug Abuse Monitoring) zich op vaststelling van middelengebruik door analyse van de urine van arrestanten. In 1999 draaide de regio Haaglanden proef met ADAM.<sup>[42]</sup>
  - De helft van 246 arrestanten stemde in met een interview; eenderde stond urine af.
  - In vier op de tien monsters werd cannabis aangetroffen, maar geregeld ook andere stoffen.
  - De lage respons staat zinnige interpretatie van de bevindingen in de weg.
  - Daar komt bij dat sporen in de urine van bijvoorbeeld cannabis dagen of weken oud kunnen zijn.
  - Er waren technische problemen met het aantonen van alcohol.
  - De geconstateerde gebreken maken dat invoering van ADAM in Nederland voorlopig geen prioriteit heeft.

## 2.10 Geneeskundige toepassingen van cannabis

Geleidelijk nemen de bewijzen toe dat cannabis of cannabisachtige stoffen als geneesmiddel kunnen dienen.

- Er zijn aanwijzingen dat cannabis helpt bij het bestrijden van pijn, misselijkheid en braken (bijvoorbeeld bij chemotherapie) en bij stimulering van de eetlust.<sup>[43]</sup> Voor grotere zekerheid op dit punt moet gewacht worden op de uitkomsten van lopend onderzoek.
- Sinds 1998 mogen THC-pillen in Duitsland wettelijk voor de genoemde indicaties worden gebruikt. Ook enkele Amerikaanse staten hebben inmiddels het groene licht



gegeven voor medische toepassing van cannabis. Bij het ministerie van VWS is op 1 maart 2000 het Bureau Medicinale Cannabis ingesteld.

- Over het eventuele nut van cannabis bij multipale sclerose, de ziekte van Parkinson en andere neurologische aandoeningen is nog weinig bekend.<sup>[44]</sup>
- In Nederland loopt onderzoek naar het nut van cannabis bij aids en kanker (Utrecht) en bij multipale sclerose (Amsterdam).

## 2.11 Resumé cannabis

Cannabis: gebruik	
Ooitgebruik algemene bevolking ouder dan 12 jaar in 1997	16%
Recent gebruik algemene bevolking ouder dan 12 jaar in 1997	13%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minimum aantal recente gebruikers</li> <li>• Gemiddelde leeftijd huidige gebruikers</li> <li>• Ervaren gebruikers (minstens 25 keer in het leven)<sup>a</sup></li> </ul>	323 000 28 jaar 33%
Ooitgebruik schoolgaande jeugd van 12 – 18 jaar in 1999	20%
Recent gebruik schoolgaande jeugd van 12 – 18 jaar in 1999	10%

a. Dit is 33 procent van de ooitgebruikers, dus ongeveer 5 procent van de algemene bevolking.

Cannabis: hulpverlening	
Aantal primaire cannabiscliënten ambulante verslavingszorg in 1999	3281
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemiddelde leeftijd</li> <li>• Mannen</li> </ul>	26 jaar 81%
Aantal opnames in verslavingsklinieken <sup>a</sup> in 1996	309
Aantal opnames in algemene ziekenhuizen in 1999	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoofddiagnose</li> <li>• Nevendiagnose</li> </ul>	29 247

a. Met inbegrip van afdelingen van algemene psychiatrische ziekenhuizen.

Cannabis: de laatste trends	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lichte daling van het gebruik onder jongeren na jarenlange toename</li> <li>• Nederland loopt internationaal niet uit de pas in cannabisgebruik</li> <li>• Stijging van het aantal cannabisgebruikers dat hulp zoekt vlakt af</li> <li>• THC-gehalte nederwiet is stabiel</li> <li>• Aantal coffeeshops is gedaald</li> </ul>	

### 3 Cocaïne

#### 3.1 Gebruik onder de algemene bevolking

Cocaïne werkt stimulerend. Cocaïne wordt in Nederland vooral gerookt en gesnoven en zelden geïnjecteerd. 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 (polidruggebruik).

In de jaren negentig kwamen nieuwe preparaten van cocaïne in zwang onder de naam gekookte coke. Daartoe hoort *crack*. Vanwege de lage prijs per dosis, het gebruiksgemak en het snelle, heftige effect is deze kant-en-klare rookbare vorm van cocaïne vooral populair bij problematische harddruggebruikers.

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

#### *Gebruik van cocaïne is niet evenredig gespreid over Nederland*

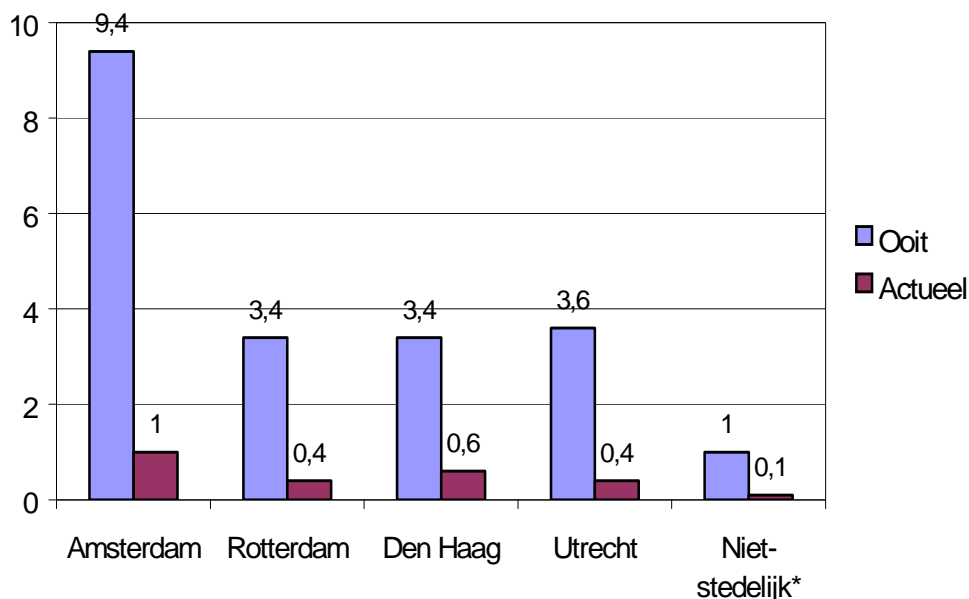
- Een op de vijftig ondervraagden van twaalf jaar en ouder in de NPO-enquête uit 1997 had ooit cocaïne genomen (Tabel 3.1).<sup>[1]</sup>
- Van die ondervraagden had 0,2 procent dit nog gedaan in de maand voor het interview.
- Omgerekend naar de hele bevolking zouden er ongeveer 26 500 recente gebruikers van cocaïne zijn. Dit is vermoedelijk een onderschatting, omdat polidruggebruikers in de NPO ondervertegenwoordigd zijn.
- De uitkomsten van de MAD-monitor over 1999 bevestigen dat het gebruik van cocaïne onder de algemene bevolking beperkt is. In Utrecht en Rotterdam heeft 5 procent van de mensen tussen 16 en 69 jaar ooit cocaïne geprobeerd, in Parkstad Limburg 2 procent.<sup>[3,4,7]</sup>
- In Amsterdam ligt het gebruik van deze drug hoger dan in andere steden.<sup>[1]</sup>
  - Het cijfer voor ooitgebruik steeg in de hoofdstad van 6 in 1987 naar ruim 9 procent in 1997.
  - De recente consumptie nam in die tien jaar toe van 0,6 naar 1 procent.
  - Het recente gebruik was in Amsterdam in 1997 tweeënhalf maal hoger dan in Utrecht en tien maal hoger dan in niet-stedelijk gebied (Figuur 3.1).

**Tabel 3.1 Gebruik van cocaïne in Nederland onder mensen van 12 jaar en ouder. Peiljaar 1997**

Heeft ooit gebruikt	2,1%
Heeft pas nog gebruikt	0,2%
Heeft voor de eerste keer in afgelopen jaar gebruikt	0,3%
Gemiddelde leeftijd van de huidige gebruikers	29 jaar

Bron: NPO.

**Figuur 3.1 Gebruik van cocaïne in de vier grote steden en in niet-stedelijk gebied onder mensen van 12 jaar en ouder. Peiljaar 1997**



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

\* Definitie van niet-stedelijke gemeenten: gemeenten met minder dan 500 adressen per vierkante meter (CBS).

Bron: NPO.

### 3.2 Gebruik onder jongeren

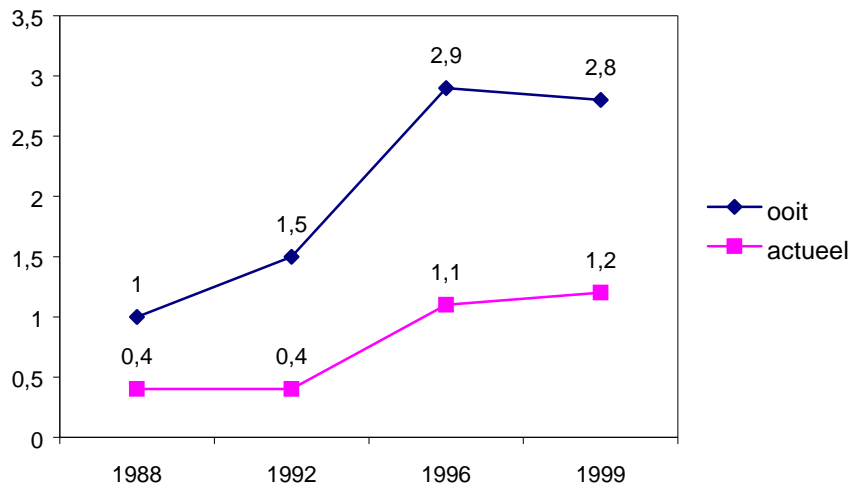
#### *Gebruik van cocaïne onder jongeren stabiliseert*

- Het gebruik van cocaïne onder leerlingen van het middelbaar onderwijs is laag.<sup>[9]</sup>
- Toch heeft zich van 1988 tot 1996 een stijging voorgedaan.
- In de meting van 1999 is voor het eerst sprake van stabilisatie van de gebruikscijfers voor cocaïne (Figuur 3.2).
- Consumptie van cocaïne is verhoudingsgewijs hoog
  - op speciale scholen voor voortgezet onderwijs (2 procent recent gebruik onder de leerlingen)
  - in spijbelprojecten (5 procent onder de deelnemers).<sup>[10]</sup>

#### *Gebruik van cocaïne onder jongeren houdt verband met uitgaan*

- De interesse voor cocaïne onder jong uitgaanspubliek lijkt te groeien. Het gaat daarbij in hoofdzaak om snuiven. In Amsterdam had 24 procent van de ondervraagde uitgaande jongeren van rond de vijfentwintig jaar in de maand voor het interview in 1998 cocaïne gebruikt, tegen 14 procent in 1995.<sup>[45]</sup>
- Die belangstelling richt zich echter niet of nauwelijks op gekookte coke, met inbegrip van crack.

**Figuur 3.2 Gebruik van cocaïne onder scholieren van 12 jaar en ouder vanaf 1988**



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

### 3.3 Problematisch gebruik

#### *Cocaïne is in trek bij een nieuwe generatie harddruggebruikers*

- Hoeveel gebruikers van cocaïne in de knel komen is niet bekend. Cijfers uit de hulpverlening wijzen op een aanwas van hulpzoekers, maar het is niet bekend hoe groot de groep is die zich niet meldt.
- Cocaïne vindt aftrek in groepen die al problemen hebben.
  - Zo consumeert 80 tot 90 procent van de opiaatverslaafden ook cocaïne, veelal als rookbare crack.<sup>[46,47,48]</sup>
  - Dit leidt sneller tot compulsief gedrag en verslaving dan snuifcocaïne.<sup>[49]</sup>
- Daarentegen gebruikt 10 tot 15 procent van de problematische harddruggebruikers cocaïne zonder daarnaast heroïne te nemen.
- Dagelijks gebruik van cocaïne, vooral crack, komt geregeld voor onder daklozen, straatprostituees en allochtonen harddrugverslaafden.<sup>[50,48,47]</sup>
  - Er dient zich in steden als Amsterdam een nieuwe generatie harddruggebruikers aan die criminele, thuisloze jongeren en (jongens)prostituees omvat, met een oververtegenwoordiging van jonge allochtonen.<sup>[45]</sup>
- Nogal wat problematische gebruikers van harddrugs proberen hun gebruik van cocaïne onder controle te houden door ook dempende middelen te nemen, zoals heroïne, alcohol en kalmeringstabletten, of door zich te terug te trekken uit de omgeving waarin cocaïne beschikbaar is.<sup>[46]</sup>
- De aard van de problemen hangt onder meer af van de wijze van toediening.
  - Spuiten werkt verslaving in de hand en vergroot de kans op het oplopen van infectieziekten.
  - Er zijn hier positieve ontwikkelingen te melden. In 1995 injecteerde 36 procent van de Rotterdamse problematische gebruikers van cocaïne de drug als enige toedieningsvorm; in 1998 was dat 5 procent (Tabel 3.2).<sup>[46]</sup>
  - Het aandeel ‘pure’ spuiters in het totaal aan problematische cocaïnegebruikers ging in Parkstad Limburg omlaag van 40 procent in 1996 naar 4 procent in 1999.<sup>[48]</sup>

**Tabel 3.2 Wijze van gebruik van cocaïne**

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

Percentage problematische gebruikers per wijze van toediening. De cijfers in de kolommen tellen niet helemaal op tot 100 procent; het 'gat' betreft deels andere manieren van inname (snuiven).  
Bron: MAD.

### 3.4 Gebruik: internationale vergelijking

*Cocaïne is in de Europese Unie minder populair dan in Australië en de Verenigde Staten*

- Nederland staat in de Europese Unie samen met Italië en Spanje aan kop wat ooitgebruik van cocaïne onder vijftien- en zestienjarigen betreft (4 procent in 1998/1999). Het ooitgebruik voor deze leeftijdsgroep is het laagst in Zweden (0,5 procent in 1998).<sup>[19]</sup>
- De cijfers voor de bevolking tot de leeftijd van zestig of zeventig jaar geven een iets ander beeld. Dan treffen we Nederland op de maat ooitgebruik op de derde plaats in de Europese Unie aan, na Spanje en Engeland en Wales (Tabel 3.3). De getallen zijn overigens moeilijk vergelijkbaar door verschil in peiljaar en leeftijdsgrenzen.
- De consumptie van cocaïne in Australië en de Verenigde Staten overtreft die van welk EU-land dan ook.<sup>[16,17]</sup>

**Tabel 3.3 Consumptie van cocaïne in westerse landen onder de algemene bevolking**

Land	Peiljaar	Ooit	Laatste jaar
Verenigde Staten	1998	10,6%	1,7%
Australië	1998	4,3%	1,4%
Spanje	1997	3,3%	1,6%
Engeland en Wales	1998	3,0%	1,0%
Nederland	1997	2,4%	0,7%
Denemarken	1994	2,0%	?
Duitsland (West)	1997	1,5%	0,7%
Griekenland	1998	1,3%	0,5%

Frankrijk	1995	1,2%	0,2%
Zweden	1998	1,0%	?
Finland	1998	0,6%	?
Vlaanderen	1994	0,5%	0,2%

Percentage gebruikers. Leeftijdsgrenzen variëren van 14 – 18 (ondergrens) tot 59 – 69 jaar (bovengrens).  
Cijfers voor Nederland: 15 – 69 jaar. Voor niet genoemde EU-landen ontbreken gegevens.  
Bron: EMCDDA.<sup>8</sup>

### 3.5 Hulpvraag: ambulante verslavingszorg

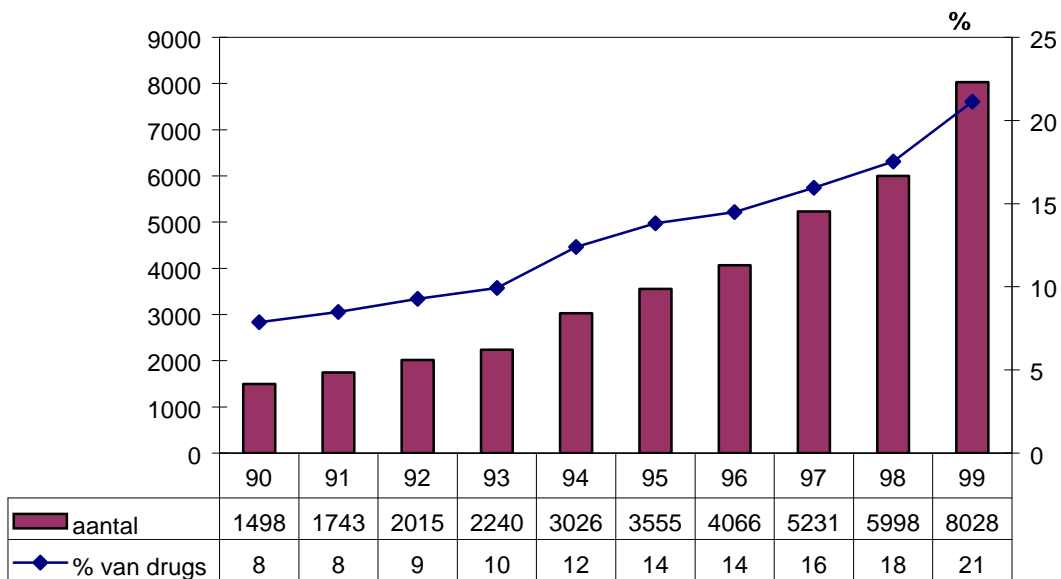
#### *Groeiend beroep op de ambulante verslavingszorg vanwege cocaïne*

- De inschrijvingen bij de ambulante verslavingszorg met cocaïne als primaire problematiek zijn in tien jaar tijd meer dan vervijfvoudigd. In 1999 ging het om achtduizend inschrijvingen.
- Het aandeel van cocaïne in de totale hulpvraag ging in die periode omhoog van 8 naar 21 procent (Figuur 3.3).
- Cliënten kunnen in een jaar meer dan eens worden ingeschreven.
  - In 1999 waren een kleine zesduizend personen in behandeling bij de ambulante verslavingszorg vanwege primair problemen met cocaïne (Tabel 3.4).<sup>9</sup>
  - Dat was bijna een kwart meer dan in 1998.
- Bij zevenduizend andere cliënten was cocaïne het secundaire probleem. Ruim driekwart van hen kampte vooral met heroïne en 15 procent met alcohol.
- Gebruikers van cocaïne lopen lang met problemen rond voordat zij aankloppen bij de verslavingszorg. Veertig procent van de ‘primaire’ cocaïnecliënten had sinds het ontstaan van de problematiek vijf jaar of langer gewacht met het inroepen van hulp.

#### **Figuur 3.3    Inschrijvingen bij de ambulante verslavingszorg vanwege primair cocaïne: absolute aantallen en als percentage van alle ambulante inschrijvingen voor een drugprobleem, vanaf 1990**

<sup>8</sup> Cijfer voor Verenigde Staten 1999: 12 procent ooit, 2 procent recent (laatste jaar).<sup>[16]</sup>

<sup>9</sup> Eenderde van hen was een nieuwe cliënt: niet eerder bij LADIS ingeschreven.



Bron: LADIS, IVZ.

**Tabel 3.4 Cocainecliënten van de ambulante verslavingszorg. Peiljaar 1999**

Personen met primair cocaïneprobleem <sup>a</sup>	5689
• Percentage van alle ‘ambulante’ drugcliënten	21%
• Gemiddelde leeftijd	
30 jaar	
• Mannen	
84%	
Personen met secundair cocaïneprobleem <sup>b</sup>	6960

a. Gecorrigeerd voor meer inschrijvingen per persoon; inclusief 219 personen met crackprobleem.

b. Gecorrigeerd voor meer inschrijvingen per persoon.

Bron: LADIS, IVZ.

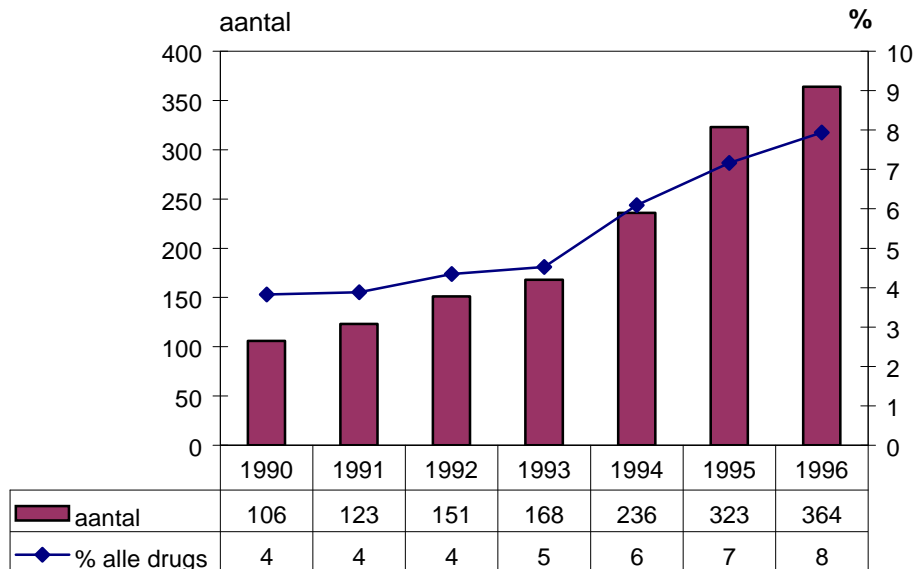
### 3.6 Hulpvraag: intramurale zorg

#### *Opname in de intramurale verslavingszorg voor cocaïnegebruik stijgt vermoedelijk*

- In 1996 werden 364 cocaïnecliënten in verslavingsklinieken opgenomen. Dit kwam neer op 8 procent van alle opnames wegens drugproblemen (Figuur 3.4).
- Sinds 1997 is de registratie van opnames onvolledig. Er is er sprake van een stijging van het aantal gevallen, maar niet te zeggen valt hoe groot die toename is in absolute en relatieve zin (ten opzichte van andere drugs).



**Figuur 3.4** Opnames in de intramurale verslavingszorg wegens problematisch gebruik van cocaïne: absolute aantallen en als percentage van alle opnames voor een drugprobleem, vanaf 1990



ICD-9 codes: 304.2, 305.6.  
Bron: PIGGz.

*Cocaïne wordt in algemene ziekenhuizen niet als hoofdprobleem gezien*

- In algemene ziekenhuizen wordt misbruik of afhankelijkheid van cocaïne vaker als neven- dan als hoofddiagnose genoteerd (Tabel 3.5). Het aantal gevallen is hoe dan ook gering.

**Tabel 3.5** Opnames in algemene ziekenhuizen gerelateerd aan problematisch gebruik van cocaïne vanaf 1996

	1996	1997	1998	1999
Cocaïne als hoofddiagnose	53	55	50	65
Cocaïne als nevendiagnose	246	371	363	383

ICD-9 codes: 304.2, 305.6.  
Bron: LMR.

### 3.7 Hulpvraag: internationale vergelijking

*Het beroep op de verslavingszorg primair wegens cocaïnegebruik is in Nederland sterker dan in andere lidstaten van de Europese Unie*

- In de meeste landen van de Europese Unie stijgt het beroep op de hulpverlening vanwege gebruik van cocaïne.

- Nederland voert de lijst van de lidstaten van de Europese Unie aan, afgemeten als aandeel in de totale hulpvraag wegens drugproblemen: 21 procent in 1999.<sup>[51]</sup>
- In Griekenland, Finland en Zweden ligt dat aandeel onder 1 procent.
- Spanje komt op 12 procent.<sup>[19]</sup>
- Het verschil met andere lidstaten kan op minstens drie manieren verklaard worden:
  - Nederland heeft meer inwoners die cocaïne ‘misbruiken’ dan de andere lidstaten.
  - De drempel van de Nederlandse verslavingszorg is lager dan in veel andere landen.
  - Het aandeel van cocaïne in de hulpvraag neemt toe doordat het aandeel van bepaalde andere drugs in Nederland sterker daalt dan elders.
 De eerste verklaring is niet zonder meer juist: zie boven. De tweede en derde verklaring zijn denkbaar maar vragen om nadere analyse van de gegevens.
- In de Verenigde Staten legt cocaïne een sterk beslag op de verslavingszorg, vooral vanwege het wijdverbreide gebruik van crack.
  - Het aandeel van cocaïne met inbegrip van crack in de totale hulpvraag was in de eerste helft van 1999 in Atlanta 52 procent, in Philadelphia 47, in Texas 39 en in New York 33.<sup>[27]</sup>
  - Zelfs als men dit als uitschieters ziet, dan nog overtreffen de cijfers die in Nederland.

### 3.8 Gezondheidsrisico's

Cocaïne kan voor vele medische complicaties zorgen, vooral bij frequent gebruik.

*Cocaïne kan effect hebben op de gezondheid en leidt soms tot sterfte*

Tot de uitwerkingen van de drug horen: <sup>[52,53,54]</sup>

- Aandoeningen van hart en vaten (verhoogde bloeddruk, hartinfarct, ritmestoornissen)
- Beroerte
- Longcomplicaties (vochtophoping, ademhalingsproblemen)
- Verslechtering van motoriek en reactievermogen.
  - Cocaïne kan het reactievermogen, de aandacht en andere cognitieve functies verbeteren.
  - Bij hoge of chronische doseringen nemen deze functies af.
  - De gebruiker kan overmoedig worden en daarmee gevaarlijk in het verkeer. Overigens ontbreekt goed onderzoek naar de invloed van cocaïne op de rijvaardigheid.
- Psychose en paranoia bij hoge doses: een paar honderd milligram
- Verslaving. Dit dreigt vooral bij frequent spuiten en roken.
  - Sommige problematische gebruikers consumeren cocaïne in *binges*. Dat zijn kortdurende buien van intensieve toediening, waarbij korte heftige *flashes* gevolgd worden door een gevoel van leegte en zinloosheid.
  - Daaruit volgt hunkering om opnieuw te gebruiken. Dit kan uitmonden in dwangmatig excessief gebruik, waardoor de betrokkene uitgeput raakt. Depressie en agressie kunnen ontstaan.
- Verminderde doorbloeding van de hersenen<sup>[55,56]</sup>

- Bij roken: aandoeningen van de luchtwegen. Dit geldt vooral voor zware tabakrokers of mensen met aanleg voor astma.
  - De GG&GD Amsterdam signaleert een toename van drugcliënten met de aandoening *chronic obstructive pulmonary disease* (COPD), die kan uitmonden in longemfyseem.<sup>[28]</sup>
  - In Parkstad Limburg komen ademhalingsproblemen voor bij 74 procent van de harddruggebruikers die cocaïne consumeren tegenover 40 procent van de andere gebruikers.<sup>[48]</sup>
- Bij snuiven: overmatige prikkeling leidt tot ontsteking van het neusslijmvlies en bij excessief gebruik tot aantasting van het reukvermogen.
- Bij spuiten: risico op besmetting met de virussen voor aids, hepatitis en andere via bloed overdraagbare infectieziekten. Dit gevaar is in Nederland klein, want er zijn weinig mensen die cocaïne inspuiten (Tabel 3.2).
- Sterfte
  - Overlijden wordt meestal veroorzaakt door hartcomplicaties, hersenbloedingen, krampen of ademhalingsproblemen.
  - Sterfte houdt verband met persoonsgebonden factoren, tolerantie, wijze van toediening, inname van andere drugs en onderliggende aandoeningen.
  - Ondanks het toegenomen gebruik van cocaïne zijn er volgens de Nederlandse doodsoorzakenstatistiek weinig (acute) sterfgevallen vanwege cocaïne.
  - Van 1996 tot en met 1998 ging het om totaal 23 doden.
  - Sterfte waaraan cocaïne bijdraagt wordt soms ‘gecodeerd’ onder natuurlijke doodsoorzaken, zoals een hartaandoening. Hierdoor is de exacte bijdrage van cocaïne aan overlijden niet goed te achterhalen.
- Zwangerschapscomplicaties en aangeboren afwijkingen. De literatuur meldt voor pasgeborenen van cocaïnegebruikende moeders: <sup>[57,58]</sup>
  - vroeggeboorte
  - laag geboortegewicht
  - ademhalingsproblemen
  - darm- en herseninfarct
  - kleinere hoofdomtrek
  - krampen.

Het is lastig om de invloed van de leefstijl van de moeder tijdens de zwangerschap (ondervoeding, zwaar roken, druggebruik) te scheiden van de inname van cocaïne.

### 3.9 Maatschappelijke schade; rechtshandhaving

#### *Combinatie van cocaïne met alcohol werkt wellicht geweld in de hand*

- Uitgaande jongeren rapporteren dat alcohol de belangrijkste factor is voor agressief gedrag.
  - Cocaïne speelt op zich een ondergeschikte rol.
  - Wel kan de combinatie van alcohol en cocaïne aanzetten tot gewelddadige gedachten en tot dreiging met geweld.<sup>[59]</sup>
- Harddruggebruikers die veel cocaïne nemen hebben meer moeite hun agressie te controleren dan andere gebruikers.<sup>[48]</sup>

#### *Cocaïne kan ook anderszins voor overlast zorgen*

- De handel van vooral crack speelt zich af op straat. Dit leidt tot overlast voor omwonenden.

- Problematische gebruikers van cocaïne op zoek naar een nieuwe voorraad vertonen geregeld opgefokt en rusteloos gedrag.
- De nieuwe generatie cocaïnegebruikers zijn overwegend jonge mensen met mislukte scholing, een antisociale materialistische levensinstelling die wegens vermogenscriminaliteit vaker in politiecellen verkeren dan bij de hulpverlening.<sup>[28]</sup>
- Bij gebrek aan een goede landelijke monitor op dit gebied valt niet te kwantificeren hoeveel overlast cocaïne politie en justitie bezorgt. Wel zijn er plaatselijke cijfers. Zie paragraaf 4.8.

*Opsporing van cocaïne is sterk gegroeid*

- Tegenover de bescheiden gebruikscijfers in eigen land staat een opmerkelijk groei in vangsten van cocaïne door de Nederlandse politie en marechaussee: van 124 kilo in 1985 naar ruim 11 000 kilo in 1998 en 10 000 in 1999.

### 3.10 Resumé cocaïne

Cocaïne: gebruik	
Ooitgebruik algemene bevolking ouder dan 12 jaar in 1997	2%
Recent gebruik algemene bevolking ouder dan 12 jaar in 1997	0,2%
• Minimum aantal recente gebruikers	27 000
• Gemiddelde leeftijd huidige gebruikers	29 jaar
• Ervaren gebruikers (minstens 25 keer in het leven) <sup>a</sup>	23%
Ooitgebruik schoolgaande jeugd van 12 – 18 jaar in 1999	2,8%
Recent gebruik schoolgaande jeugd van 12 – 18 jaar in 1999	1,2%

a. Dit is 23 procent van de ooitgebruikers.

Cocaïne: hulpverlening	
Aantal primaire cocaïnecliënten ambulante verslavingszorg in 1999	5689
• Gemiddelde leeftijd	30 jaar
• Mannen	84%
Aantal opnames in verslavingsklinieken <sup>a</sup> in 1996	364
Aantal opnames in algemene ziekenhuizen in 1999	
• Hoofddiagnose	65
• Nevendiagnose	383

a. Met inbegrip van afdelingen van algemene psychiatrische ziekenhuizen.

Cocaïne: de laatste trends	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• (Snuif)cocaïne lijkt aan populariteit te winnen onder uitgaande jongeren</li> <li>• Cocaïne vindt aftrek onder verslaafden aan harddrugs, vooral als kant-en-klare rookbare crack</li> <li>• Voor vier van de tien leden van een nieuwe generatie problematische harddruggebruikers is cocaïne het middel van eerste keus</li> <li>• Het beroep op de ambulante verslavingszorg vanwege cocaïne neemt in Nederland toe</li> </ul>	

## 4 Opiaten

- De klasse van opiaten telt vele middelen. Sommige staan bekend om het illegale gebruik ervan, zoals heroïne. Andere zijn vervangers van heroïne – methadon en Palfium – of verworvenheden van de geneeskunde: morfine, codeïne en dergelijke. Opiaten kunnen een roes veroorzaken maar ook een dempende werking hebben.
- Volgens internationale cijfers raakt een kwart van alle mensen die ooit heroïne hebben gebruikt, aan deze drug verslaafd. Als zij daarvoor behandeling zoeken, is dat vaak onder druk van familie, vrienden, politie of justitie en niet omdat zij zelf daartoe gemotiveerd zijn. Geen wonder dat een behandelingsperiode slechts zelden leidt tot abstinentie: het afzweren van de drug. Zeker bij het klimmen van de jaren en bij continuering van behandelingspogingen kan toch abstinentie worden bereikt. Dit geldt voor ruwweg een op de drie verslaafden aan heroïne over een tijdvak van twintig jaar. Eveneens een op de drie komt in die periode te overlijden. De rest blijft met onderbrekingen vanwege behandelingen of gevangenisstraf heroïne gebruiken.<sup>[60]</sup>

Mensen bij wie het gebruik van opiaten uit de hand is gelopen nemen vaak ook andere middelen op een manier die niet goed valt in te passen in een ‘regulier’ bestaan. Daarom zou de titel van dit hoofdstuk ook ‘Polidruggebruik’ kunnen zijn. Daarvoor hebben wij niet gekozen; het zou niet aan alle paragrafen recht doen.

Wij gebruiken in dit hoofdstuk twee verzameltermen: opiaten en harddrugs. Waar gesproken wordt over harddrugs is meestal minstens één opiaat in het geding, en verder vooral cocaïne en amfetamine.

### 4.1 Gebruik onder de algemene bevolking

*Medisch gebruik van opiaten overtreft verre het illegale gebruik ervan*

- Opiaten worden vaker medisch gebruikt dan illegaal<sup>10</sup>.
- Een voorbeeld van medische toepassing is codeïne. Volgens een peiling uit 1997 had 7 procent van de Nederlanders van twaalf jaar en ouder ervaring met deze hoestdemper en 1 procent had het middel pas nog ingenomen.<sup>[2]</sup>
- De recente consumptie van heroïne is zo gering – ooitgebruik onder de algemene bevolking ver onder 1 procent – dat er geen betrouwbare schatting van te maken valt.
- In bepaalde kringen wordt licht met heroïne geëxperimenteerd. In 1998 bleek 6 procent van de ondervraagde bezoekers van houseparty’s en clubs in Amsterdam ervaring met deze drug te hebben.<sup>[45]</sup>
- Veel illegale gebruikers van opiaten en methadoncliënten komen niet terecht in steekproeven uit de algemene bevolking omdat zij rondzwerven, in de gevangenis zitten of anderszins uit beeld zijn. Tot op zekere hoogte kunnen zij toch in kaart worden gebracht via andere methoden van onderzoek.

### 4.2 Gebruik onder jongeren

*Ook onder jongeren is illegaal gebruik van opiaten gering*

---

<sup>10</sup> Illegaal: met inbegrip van methadon (legaal).

- Leerlingen van middelbare scholen van twaalf jaar en ouder schuwen opiaten. De toch al beperkte consumptie van heroïne is sinds 1992 gedaald en staat nu op 0,2 procent (Tabel 4.1).<sup>[9]</sup>
- Het recente gebruik van heroïne ligt hoger op speciale scholen voor voortgezet onderwijs en in spijbelprojecten dan op ‘reguliere’ scholen, maar blijft onder 1 procent.<sup>[10]</sup>

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

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

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

#### 4.3 Problematisch gebruik

##### *Geen teken van groei van het aantal problematische gebruikers van opiaten*

- De beschikbare schattingen laten meestal geen duidelijk onderscheid toe tussen problematische gebruikers van opiaten enerzijds en van (ook) andere harddrugs anderzijds.
- Al jaren wordt het aantal problematische gebruikers van harddrugs, in het bijzonder opiaten, geschat op rond de 28 000. Er is behoefte aan een nieuwe landelijke schatting die de toets van de kritiek kan weerstaan.
- Grote groepen bevinden zich in Amsterdam, Rotterdam en Den Haag (Tabel 4.2). Wij geven hieronder als voorbeeld nadere informatie uit Amsterdam.

**Tabel 4.2 Schattingen van het aantal problematische gebruikers van harddrugs**

Bereik	Jaar	Aantal
Landelijk <sup>[61]</sup>	1993	28 000
Landelijk <sup>a [62]</sup>	1996	27 000
Landelijk <sup>a [62]</sup>	1996	25 000 – 29 000
Amsterdam <sup>[63]</sup>	1999	5000
Rotterdam <sup>[64]</sup>	1994	3500 – 4000
Den Haag <sup>[65]</sup>	1993 – 1995	3200 – 3400
Utrecht <sup>b [47]</sup>	1999	570
Parkstad Limburg <sup>b [48]</sup>	1999	800

Het gaat hier vooral maar niet uitsluitend om problematische gebruikers van illegale opiaten of van methadon. Zij nemen meestal ook andere middelen, zoals cocaïne, alcohol en slaap- of kalmeringsmiddelen.

- a. Schatting volgens twee verschillende methoden.
- b. Inclusief primaire problematische gebruikers van cocaïne.

*In Amsterdam wordt de groep problematische gebruikers van opiaten kleiner*

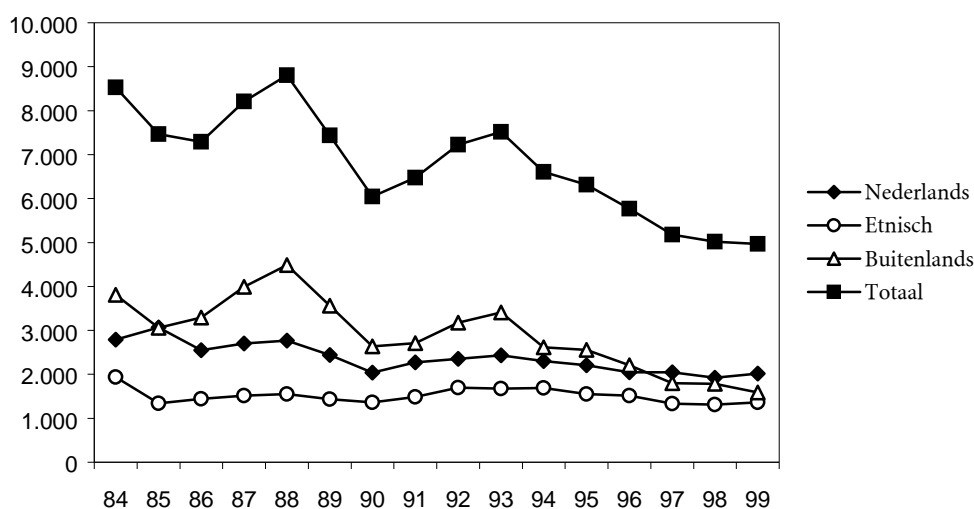
- Die trend tekent zich af sinds 1993.
- Aan de daling draagt bij dat nogal wat buitenlandse gebruikers tegenwoordig naar hun land teruggaan omdat de prijs voor ‘goede’ heroïne overal in Europa is gezakt. Bovendien is in veel landen de hulpverlening verbeterd. De groep buitenlanders slinkt dus.
- De groepen van autochtone en allochtone probleemgebruikers blijven daarentegen stabiel van omvang (Figuur 4.1). Tegenover bescheiden instroom van nieuwe ‘gevallen’ staat bescheiden uitstroom.
- Dat de uitstroom voor autochtone en allochtone Nederlanders beperkt is komt doordat de levensverwachting toeneemt.<sup>11</sup> Hun leeftijd is in Amsterdam nu gemiddeld 38 jaar, tegenover 27 jaar in 1981.<sup>28</sup>
- De groep problematische opiaatgebruikers in Amsterdam was in 1999 als volgt samengesteld:
  - 41 procent autochtonen
  - 32 procent buitenlanders
  - 27 procent allochtonen.De allochtonen waren overwegend van Surinaamse, Marokkaanse, Turkse en Antilliaanse herkomst.
- De terugloop van het aantal buitenlandse opiaatgebruikers in Amsterdam hoeft niet representatief te zijn voor heel Nederland en niet voor alle nationaliteiten. Bij de ambulante verslavingszorg melden zich mensen van uiteenlopende herkomst, onder anderen asielzoekers en immigranten.<sup>[51]</sup>

**Figuur 4.1**                      **Problematische gebruikers van opiaten in Amsterdam vanaf 1984**

---

<sup>11</sup> Geldt ook voor heel Nederland.





Aantal problematische gebruikers.  
Bron: GG&GD Amsterdam.

*Heroïne wordt in Nederland meestal gerookt en niet geïnjecteerd*

Problematisch gebruik van opiaten houdt verband met wijze van toediening.

- Inname van opiaten is vooral riskant als de drug wordt ingespoten.
- Het injecteren van opiaten is in de loop van de jaren aanzienlijk afgenomen (zie bijvoorbeeld Parkstad Limburg in Tabel 4.3).<sup>[66]</sup> Dit geldt ook voor harddrugs in het algemeen.
- Landelijk is ongeveer 15 tot 20 procent van de problematische opiaatgebruikers een ‘spuiter’.
- Slechts weinig jonge druggebruikers beginnen nog met injecteren.
  - In 1999 stond 14 procent van alle opiaatgebruikers bij LADIS te boek als spuiter.<sup>12</sup>
  - Van degenen die zich dat jaar voor het eerst aanmeldden was 8 procent een spuiter.
- Tegenwoordig is roken de meest gebruikelijke manier van consumptie van heroïne (Tabel 4.3).<sup>[46,47,48]</sup>

**Tabel 4.3**                      **Wijze van gebruik van heroïne**

Route van toediening	Rotterdam	Utrecht	Parkstad Limburg	Parkstad Limburg
	1998	1999	1996	1999
Altijd injecteren	15%	5%	33%	13%

<sup>12</sup> Dat is (veel) minder dan in andere lidstaten van de Europese Unie. Het percentage bij de hulpverlening bekende spuiters van opiaten ligt in de andere landen boven de 25 en in Luxemburg, Griekenland en Italië zelfs boven de 75.<sup>[19]</sup>

Roken en injecteren	16%	9%	33%	28%
Altijd roken	65%	86%	34%	58%

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

#### *Besmetting met HIV neemt af*

- Door spuiten met vuile naalden of door onveilige seks lopen problematische gebruikers van harddrugs gevaar om besmet te raken met HIV, het virus dat aids veroorzaakt.
- Hoeveel druggebruikers in Nederland HIV onder de leden hebben is onzeker.
- Peilingen van het RIVM onder injecterende druggebruikers laten regionale verschillen zien in de mate HIV waarin circuleert (Tabel 4.4.).
  - Het percentage gevallen van besmetting met HIV onder mensen die ooit drugs gespoten hebben is in Amsterdam twee tot drie maal zo hoog als in Heerlen en Rotterdam, en vijf tot zes maal zo hoog als in Utrecht.
  - Besmetting komt zelden voor in bijvoorbeeld Arnhem en Groningen.
- Het aantal nieuwe gevallen van besmetting met HIV is teruggelopen. Althans in Amsterdam, waar in 1999 nog maar 1 tot 2 procent van de gevallen van HIV-besmetting onder injecterende druggebruikers nieuwe aanwas betrof, tegen 9 procent in 1986.<sup>[67,68]</sup>
- Uit de laatste peilingen van het RIVM op diverse plaatsen in het land blijkt dat 10 tot 17 procent van de injecterende gebruikers oude spuiten van anderen leent.<sup>[69,70,71,72,73,74]</sup> Dat is minder dan in de eerste helft van de jaren negentig (Tabel 4.4).
- Injecterende gebruikers lenen minder vaak spuiten dan tien tot vijftien jaar geleden. Dit is het best onderzocht in Amsterdam.<sup>[67]</sup>
- Uitlenen van spuiten komt in dezelfde mate voor als lenen. Ongunstige uitzondering is ‘Brabant’ (Eindhoven, Helmond, Den Bosch), waar 24 procent van de ondervraagden toegang spuiten uit te lenen.
- Onveilig seksueel gedrag is in ieder geval in Amsterdam teruggedrongen<sup>[67]</sup>, maar de situatie is voor verbetering vatbaar. Problematische druggebruikers verzuimen geregeld een condoom te gebruiken, vooral bij seks met vaste of minder vaste partners.<sup>[69,70,71,72, 73,74]</sup>

**Tabel 4.4 Injecterende druggebruikers: besmetting met HIV en lenen van spuiten**

Locatie	Peiljaar	Besmet met HIV	Leent gebruikte spuiten <sup>a</sup>
Amsterdam	1993	30%	18%
	1996	26%	18%
	1998	26%	12%
Rotterdam	1994	12%	18%
	1997	9%	10%
Zuid-Limburg <sup>b</sup>	1994	10%	19%

	1996	12%	17%
Utrecht	1996	5%	17%
Arnhem	1991 – 1992	2%	42%
	1995	2%	39%
	1997	1%	15%
Groningen	1997 – 1998	1%	11%
Brabant <sup>c</sup>	1999	5%	17%

Percentage van de spuiters dat besmet is enerzijds en spuiten leent anderzijds. Een spuitser werd gedefinieerd als iemand die een of meer keer in zijn leven een drug bij zichzelf had ingespoten.

b. Een of meer keer in de laatste maand.

c. Meting 1996: Heerlen 16 procent en Maastricht 3 procent.

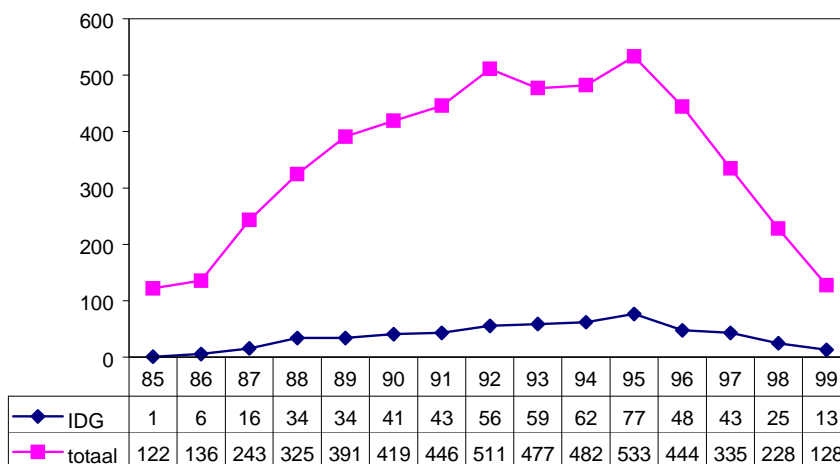
d. Eindhoven, Helmond, Den Bosch.

Bron: RIVM

*Bijdrage van druggebruik aan het aantal gevallen van aids in Nederland is bescheiden*

- Besmetting met HIV kan leiden tot een infectie die in aids uitmondt.
- Het aantal meldingen van nieuwe gevallen van aids in Nederland piekte in 1995. Daarna volgde een steile daling (Figuur 4.2).  
Daarna volgde een steile daling (Figuur 4.2).
- De bijdrage van intraveneus spuiten van drugs aan het ontstaan van aids in Nederland is in al die jaren bescheiden geweest. Het aandeel van spuiten lag in 1995 op 14 procent en tegenwoordig op 10.

**Figuur 4.2 Nieuwe meldingen van aids: totaal en vanwege injecterend druggebruik, vanaf 1985**



Aantal meldingen bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

IDG = intraveneuze-druggebruikers.

*Hepatitis B en C: nog steeds sterke bedreigingen voor spuiters van harddrugs*

- De leefstijl van bepaalde problematische gebruikers van opiaten maakt hen ook vatbaar voor besmetting met virussen die hepatitis B en C veroorzaken.
- De belangrijkste risicofactor is opnieuw intraveneus spuiten.
  - In 1994 was 59 procent van de (ooit) injecterende gebruikers van harddrugs besmet met het virus voor hepatitis B. In Heerlen en Maastricht samen lag dat percentage in 1996 op 63.<sup>[75,74]</sup>

- In dezelfde peiljaren was de frequentie van besmetting met het virus voor hepatitis C nog groter: 84 procent in Rotterdam en 74 procent in Heerlen en Maastricht.<sup>[75]</sup>

*Een nieuwe 'epidemie': Clostridium novyi, maar niet in Nederland*

- In 2000 brak in het Verenigd Koninkrijk en Ierland een mysterieuze infectieziekte uit onder gebruikers die drugs in hun spieren spuiten.
  - Van april tot oktober 2000 werden 108 ziektegevallen gerapporteerd; minstens 36 van hen zijn inmiddels overleden.
  - Belangrijkste symptomen waren een ernstige bloedvergiftiging en ontsteking van de weke delen van het lichaam.
  - Microbiologisch onderzoek leidde naar *Clostridium novyi* type A, een bacterie die bij de mens gasgangreen kan veroorzaken. Waarom besmetting met *Clostridium novyi* optrad is nog een raadsel.
  - Die bacterie kan dodelijk zijn. Antibiotica helpen alleen als ze worden toegediend vlak nadat de besmetting heeft plaatsgevonden.
  - De 'epidemie' lijkt over haar hoogtepunt heen te zijn.
  - Er zijn in Nederland geen gevallen van besmetting met de bewuste bacterie bekend.<sup>[76]</sup>

#### 4.4 Gebruik: internationale vergelijking

*Nederland heeft vrij weinig problematische gebruikers van harddrugs*

- Ook in andere lidstaten van de Europese Unie voelen leerlingen van middelbare scholen weinig voor illegaal gebruik van opiaten.<sup>[18,19]</sup>
  - Volgens de laatste cijfers heeft 1,3 procent van de Nederlandse leerlingen van vijftien en zestien jaar oud ooit ervaring opgedaan met heroïne.
  - Dat ligt onder het peil van 2 procent in Denemarken, Ierland en Italië
  - maar boven dat in andere lidstaten voor zover daarvan gegevens bekend zijn. De verschillen zijn klein en het peiljaar fluctueert van 1993 tot 1998.
- De Europese Unie telt anderhalf miljoen probleemgebruikers van harddrugs, ofwel vier per duizend inwoners. Daarbij gaat het in hoofdzaak om (ook) opiaten.
- Tweederde van die problematische gebruikers is verslaafd afgemeten aan gangbare maatstaven.
- Vergeleken met de andere lidstaten heeft Nederland weinig problematische gebruikers van harddrugs (Tabel 4.5).

**Tabel 4.5 Problematische gebruikers van harddrugs in de Europese Unie en in Noorwegen**

Land	Aantal per duizend inwoners
Luxemburg	7,2
Italië	6,4
Verenigd	5,6

Koninkrijk	
Spanje	4,9
Frankrijk	3,9
Noorwegen	3,9
Ierland	3,8
Denemarken	3,5
Oostenrijk	3,2
België	3,0
Zweden	3,0
Nederland	2,5
Finland	2,4
Duitsland	2,2

Leeftijdsgrenzen: 15 tot en met 64 jaar. Peiljaren: 1996 – 1998. Uitzonderingen: Oostenrijk (1995) en Ierland (1995/1996). Verouderd is het cijfer voor Zweden (1992). Geen schatting beschikbaar voor Griekenland en Portugal.

Het gaat hier overwegend om opiaatgebruikers, met uitzondering van Zweden waar mensen die zichzelf amfetamine inspuiten in de meerderheid zijn (althans in het begin van de jaren negentig).

Bron: EMCDDA.

#### 4.5 Hulpvraag: ambulante verslavingszorg

*Van alle drugs leggen opiaten het grootste beslag op de ambulante verslavingszorg*

- In 1999 noteerde LADIS ruim 24 000 inschrijvingen voor primaire opiaatproblematiek.<sup>13</sup> (Figuur 4.3)
- Slechts 6 procent van hen had zich nog niet eerder met deze hulpvraag hadden gemeld. Het ging hierbij om bijna 16 000 mensen.<sup>14</sup>
- Het grootste deel van de inschrijvingen had dus betrekking op ‘oude bekenden’.
  - Achter hernieuwde inschrijvingen schuilen spijtoptanten die een afgebroken behandeling willen hervatten
  - maar ook mensen die na aanvankelijk succes van therapie of begeleiding weer aan de verleiding van druggebruik zijn bezweken.
  - Hernieuwde inschrijving komt ook voor bij personen die de behandeling wegens detentie moeten onderbreken.
- De laatste tien jaar geven een stijging te zien van het aantal inschrijvingen voor een opiaatprobleem met meer dan 70 procent. Deze groei is voor een deel echt en deels een vertekening omdat meer instellingen voor verslavingszorg zich bij LADIS hebben aangesloten.
- Zes op de tien druggebruikers die in 1999 bij de ambulante verslavingszorg aanklopten deden dat primair vanwege opiaten (Figuur 4.3 en tabel 4.6).
- Voor de hulpverlening is van belang om co-morbiditeit te onderkennen: het samengaan van drugmisbruik en –afhankelijkheid met andere psychische stoornissen.
  - In Rotterdam had in 1995 de helft van de opiaatgebruikers die onder behandeling van de verslavingszorg waren een ander ernstig psychisch probleem. Een op de

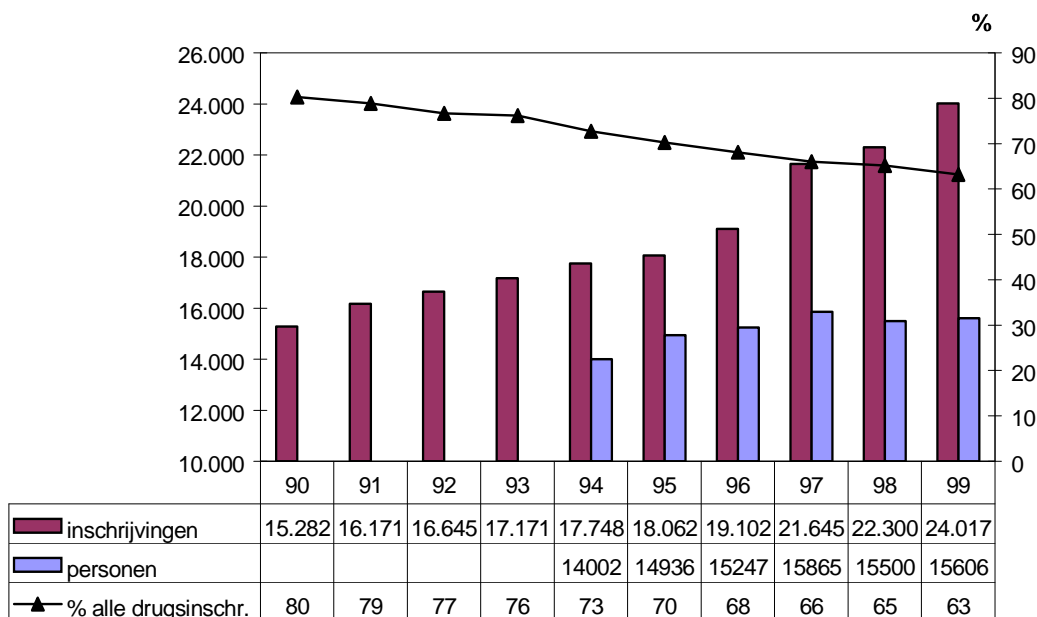
<sup>13</sup> Cliënten van de GG&GD Amsterdam zijn (nog) niet in LADIS opgenomen.

<sup>14</sup> Althans niet bij de betrokken instelling. Mogelijk wel bij een andere instelling voor verslavingszorg.

drie voldeed aan de criteria voor ‘dubbele diagnose’: verslaafd plus psychisch gestoord.<sup>[77]</sup>

- Bevindingen in Den Haag sporen daarmee. In die stad had de helft van de opiaatgebruikers – in behandeling of niet – evenzeer problemen met drinken. Ook sociale fobie (30 procent) en depressie (23 procent) kwamen onder problematische opiaatgebruikers geregeld voor.<sup>[78]</sup>
- In Parkstad Limburg heeft de helft van de problematische harddruggebruikers last van andere psychische problemen, nu of in het recente verleden. Daarbij gaat het om depressieve klachten, sterke angsten, concentratieverlies, hallucinaties. Vier op de tien kampen met suïcidale gedachten; de helft van degenen met suïcidale ideeën heeft ooit een poging tot zelfdoding ondernomen.<sup>[48]</sup>

**Figuur 4.3** Inschrijvingen bij de ambulante verslavingszorg primair vanwege opiaten: absolute aantallen en als percentage van alle ambulante inschrijvingen voor een drugprobleem, vanaf 1990



Bron: LADIS.

*Opiaatproblematiek domineert de hulpvraag van polidruggebruikers*

- Veel problematische gebruikers van opiaten nemen ook andere middelen. Toch presenteren zij hun opiaatconsumptie meestal als het primaire probleem. Zij voeren het gebruik van opiaten slechts af en toe op als secundair probleem (Tabel 4.6).
- In de ambulante verslavingszorg zijn opiaatcliënten gemiddeld ouder dan cliënten die primair worstelen met andere drugs.
- Net als bij andere drugproblematiek zijn acht van de tien hulpzoekende opiaatgebruikers mannen.

**Tabel 4.6 Opiaatcliënten van de ambulante verslavingszorg. Peiljaar 1999**

Personen met primair opiaatprobleem <sup>a</sup>	15 606
• Percentage van alle ‘ambulante’ drugcliënten	59%
• Gemiddelde leeftijd	33 jaar
• Mannen	79%
Personen met secundair opiaatprobleem <sup>a</sup>	1313

a. Gecorrigeerd voor meer inschrijvingen per jaar.  
Bron: LADIS.

*Methadon is een algemeen geaccepteerde behandeling in Nederland en ook elders<sup>15</sup>*

- De Verenigde Staten heeft Nederland jarenlang gekritiseerd om het propageren van methadon als onderhoudsbehandeling voor chronisch verslaafden aan opiaten. Inmiddels heeft die behandeling in praktisch alle westerse landen ingang gevonden, ook in de Verenigde Staten, en met succes. In Nederland wordt methadon gegeven door instellingen voor verslavingszorg en GGD'en, en in Amsterdam ook door de helft van de huisartsen. In vele andere landen loopt de verstrekking via of huisartsen en apothekers, of poliklinieken.<sup>[60]</sup>
- Bij het voorschrijven van methadon gaat het in negen van de tien gevallen om onderhoudsbehandeling. De rest betreft toepassing van het middel bij ontwenning (afkicken).<sup>[51]</sup>
- Zeven op de tien problematische opiaatgebruikers in Nederland die professionele hulp zoeken krijgen methadon. Die dekkingsgraad is internationaal gezien hoog.<sup>[60]</sup>
- De gangbare doses methadon in Nederland (Tabel 4.7) zijn volgens de wetenschappelijke literatuur laag. Er loopt onderzoek naar de meerwaarde van hogere doseringen. In Amsterdam bestaan positieve ervaringen met porties van gemiddeld boven 50 milligram (53 milligram in 1998; in 1987 was dat 37 milligram).<sup>16</sup>
- Nog enkele gegevens uit Amsterdam: <sup>[79]</sup>
  - Het aantal methadoncliënten loopt daar terug, deels door vertrek van buitenlanders.
  - Daarentegen houden cliënten de onderhoudsbehandeling langer dan vroeger vol.
  - De mate van betrokkenheid van Amsterdamse huisartsen bij de methadonverstrekking is de laatste jaren gehalveerd. Dat komt misschien door de uitstraling van het zogenoemde heroïne-experiment.
  - De methadoncliënten worden ouder en ouder. De instroom van jongeren is gering. Het oudst zijn gebruikers van Surinaamse herkomst: gemiddeld 42 jaar. Zij spuiten bijna niet en leven daarom langer.

<sup>15</sup> De Jaarberichten van de NDM zijn in eerste instantie gericht op cijfers. Beschrijvingen van ontwikkelingen in preventie, behandeling en begeleiding krijgen een plaats in de serie NDM Signalementen. In aflevering 2/3 (2000) gaan wij in op methadonbehandeling. Op afzienbare termijn volgt een aflevering over gebruiksruidten. Ook andere mogelijke vernieuwingen (zoals afkicken onder narcose, medische verstrekking van heroïne, de wijkbenadering bij preventie) krijgen in dat kader aandacht.

<sup>16</sup> Verstrekking via GG&GD, Jellinek en politiebureau.

**Tabel 4.7 Methadonverstrekking in de ambulante verslavingszorg vanaf 1993**

Jaar	Aantal personen	Gemiddelde dosis (milligram)
1993	8698	?
1994	8882	46
1995	8817	37
1996	9068	38
1997	9838	40
1998	9754	42
1999	10 666	45

Bron: LADIS. Als andere kanalen van verstrekking worden meegerekend (vooral GG&GD Amsterdam, huisartsen Amsterdam) komt het aantal ontvangers van methadon op minstens 13 500.

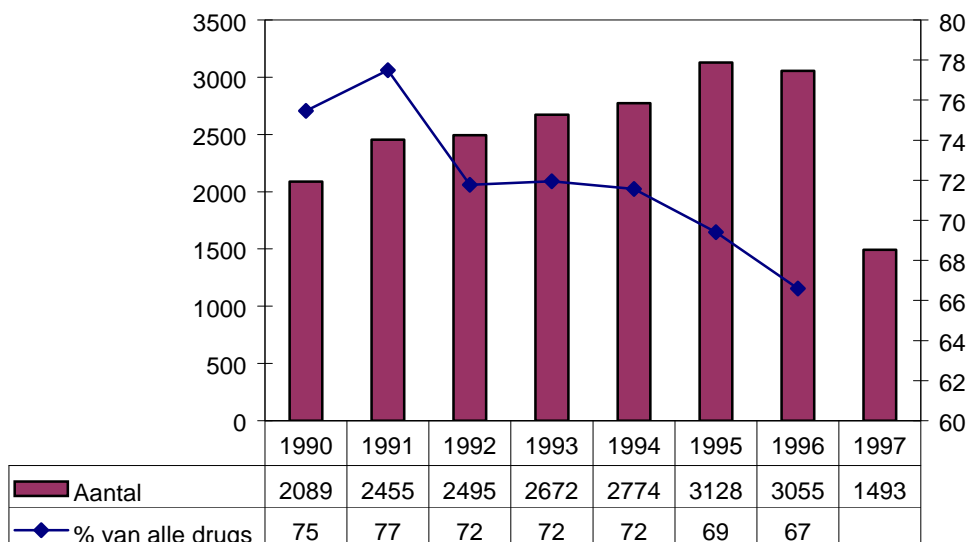
#### 4.6 Hulpvraag: intramurale zorg

*Het beroep van opiaatgebruikers op de intramurale verslavingszorg neemt waarschijnlijk af*

- Van alle drugs zorgen opiaten voor de meeste opnames in de intramurale verslavingszorg.
- Het aantal opnames wegens problemen met opiaatgebruik steeg in de eerste helft van de jaren negentig en daalde iets in 1996 (Figuur 4.4). Vermoedelijk heeft de daling zich daarna doorgezet. Door de gebrekkige registratie sinds 1997 kan deze indruk voorlopig niet worden bevestigd.
- Het aandeel van opiaatgebruik in het totaal aan opnames voor drugproblematiek in de intramurale verslavingszorg is minder geworden. Dat komt door de groei van opnames vanwege cocaïne en cannabis.



**Figuur 4.4** Opnames in de intramurale verslavingszorg wegens problematisch gebruik van opiaten: absolute aantallen en als percentage van alle opnames voor een drugprobleem, vanaf 1993



ICD-9 codes: 304.0, 304.7, 305.5.

Bron: PIGGz.

*Opiaatproblematiek is geen gangbare diagnose in algemene ziekenhuizen*

- Misbruik- en afhankelijkheid van opiaten duiken zelden op als hoofddiagnose in algemene ziekenhuizen (Tabel 4.8).
- Vaker komen deze condities als nevend diagnose voor, bijvoorbeeld bij bloedvergiftiging, overdosering, abscessen, endocarditis, aids, hepatitis en tuberculose.

**Tabel 4.8** Opnames in algemene ziekenhuizen gerelateerd aan problematisch gebruik van opiaten vanaf 1996

	1996	1997	1998	1999
Opiaten als hoofddiagnose	71	71	76	79
Opiaten als nevend diagnose	607	742	596	627

ICD-9 codes: 304.0, 304.7, 305.5.

Bron: LMR.

**4.7 Hulpvraag: internationale vergelijking**

- Het aandeel van opiaten in het beslag op de verslavingszorg is volgens de jongste cijfers 59 procent in Nederland en 65 of meer in andere lidstaten van de Europese Unie, met uitzondering van Zweden (26 procent), Finland (27) en Vlaanderen (40).

- Ook de verslavingszorg in Amerikaanse steden wordt zwaar belast door opiaatproblematiek.<sup>[27]</sup>
- Zwaar op de hulpverlening drukt niet alleen de verslaving zelf, maar ook de gevolgen van druggebruik doen zich gelden.
  - In de Europese Unie zijn tot 1999 210 duizend gevallen van aids gerapporteerd. Daarvan kan 40 procent worden toegeschreven aan intraveneus spuiten (maar in Nederland ligt dat aandeel veel lager; zie boven).<sup>[19,80]</sup>
  - Er zijn grote verschillen tussen lidstaten van de Europese Unie. Spanje, Portugal en Italië staan aan top in de bijdrage van spuiten aan het optreden van aids (Tabel 4.9).

**Tabel 4.9 Nieuwe gevallen van aids in 1998 in de lidstaten van de Europese Unie**

Land	Percentage spuiters van alle gevallen van aids	Aantal spuiters met aids per miljoen inwoners
Portugal	61%	50
Spanje	59%	53
Italië	46%	19
Luxemburg	33%	8
Ierland	26%	1
Oostenrijk	24%	3
Frankrijk	18%	6
Zweden	14%	1
Duitsland	12%	1
Nederland	11%	1
België	9%	1
Verenigd Koninkrijk	6%	1
Denemarken	4%	1
Griekenland	3%	1
Finland	0%	0
Totaal EU	39%	

Bronnen: European Centre for the Epidemiological Monitoring of HIV and Aids; EMCDDA.

#### 4.8 Gezondheidsrisico's

De twee belangrijkste risico's van het nemen van opiaten zijn infectie en overdosering.

##### *Infectieziekten kunnen ernstige gevolgen hebben*

In paragraaf 2.3 kwamen infectieziekten aan de orde die bij spuiters en andere problematische gebruikers van opiaten (harddrugs) kunnen optreden.

- Die ziekten zijn hardnekkig en ernstig. Een voorbeeld is aids.

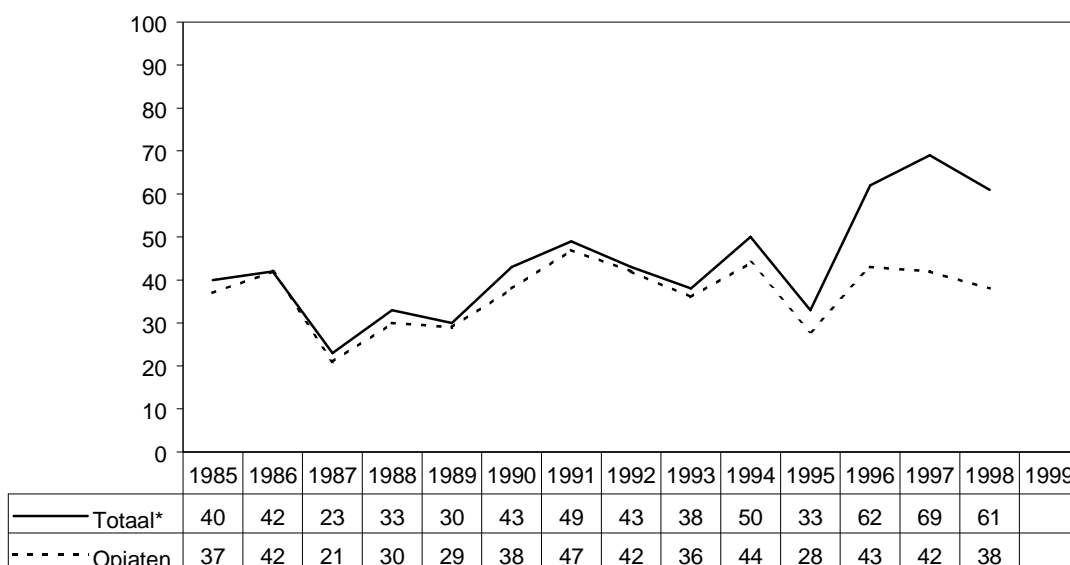
- Een ander voorbeeld betreft hepatitis C. Besmetting met het bewuste virus gaat vaak over in een chronische infectie, die uiteindelijk de lever zwaar kan beschadigen. Ongeveer 30 procent van de geïnfecteerde druggebruikers krijgt na verloop van tijd levercirrose, zeker als ze ook veel alcohol drinken.
- De GG&GD Amsterdam behandelt druggebruikers die hepatitis C hebben met het geneesmiddel interferon. Bij een kwart van hen verdwijnt het virus uit het bloed. Onderzocht wordt of dit resultaat verbeterd kan worden door combinatietherapie te geven.<sup>[28]</sup>

#### *Acute sterfte aan gebruik van opiaten is in Nederland gering*

- Volgens de doodsoorzakenstatistiek van het CBS sterven er in Nederland maar weinig mensen per jaar aan de directe gevolgen van opiaatgebruik. Daarbij gaat het meestal om overdosering.
- Overdosering kan zich voordoen bij zowel onervaren als ervaren gebruikers.
  - Onder de noemer overdosering vallen ‘vergiftigingen’ die per ongeluk plaatsvinden, maar ook opzettelijke vergiftigingen (zelfdoding). @ @Klopt dit?
  - Voorbeelden van ‘per ongeluk’: gebrek aan dosiscontrole – niet ongewoon bij intraveneuze toediening –; verontreiniging van de drug; onvoldoende rekening houden met verlies van gewenning (zoals bij een afgekickte gedetineerde die bij vrijlating de laatst gebruikelijke dosering volgt).<sup>[81]</sup>
  - De betrokkene overlijdt meestal door ademhalingsdepressie en hartstilstand. Dat valt overigens voor een deel te voorkomen als medegebruikers, familie, vrienden en hulpverleners sneller en adequater zouden reageren.
- Het aantal geregistreerde gevallen van sterfte door overdosering van opiaten is in Nederland vrij stabiel, met gemiddeld 37 doden per jaar sinds 1985 (Figuur 4.5).<sup>17</sup> Dat is weinig, vermoedelijk deels doordat er niet veel spuiters in Nederland zijn.
- In internationale vergelijkingen wordt gekeken naar het aantal ‘drugdoden’, waaronder gevallen van overdosering.
  - Op deze maat doet Nederland het beter dan de (meeste) andere lidstaten van de Europese Unie.
  - Tabel 4.10 geeft voor zeven lidstaten het aantal sterfgevallen direct gerelateerd aan druggebruik volgens twee selecties van de zogenoemde ICD-9 codes. Selectie B berust op een ruimere definitie van het begrip drugdode dan A. Het merendeel van de gevallen heeft betrekking op opiaten. Nederland staat met Frankrijk onderaan op beide lijsten.<sup>[82]</sup>

#### **Figuur 4.5 Sterfgevallen door overdosering van drugs in Nederland vanaf 1985**

<sup>17</sup> In Figuur 4.5 lijkt sprake te zijn van stijging van het totale aantal sterfgevallen vanaf 1996. Dit is schijn. In 1997 breidde het CBS het aantal oorzaken van sterfte die toe te schrijven zijn aan het gebruik van drugs uit. Een voorbeeld is toevoeging van de categorie ‘vergiftiging door andere of niet gespecificeerde narcotica en hallucinogenen’.



Aantal sterfgevallen. Van 1985 tot 1996: ICD-9 codes 292, 304, 305.209, E850.0, E854.1, E854.2. Vanaf 1996: ICD-10 codes: F11-F16, F18-F19, X42, X41+T43.6  
Bron: CBS.

**Tabel 4.10 Acute sterfgevallen wegens inname van drugs volgens twee definities: vergelijking tussen zeven Europese landen**

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

Selectie A (ICD-9 codes 292, 305.2-9, 304, E850) en selectie B (ICD-9 codes 292, 305.2-9, 304, E850, E950, E980). A heeft alleen betrekking op accidentele vergiftigingen. B omvat zowel accidentele, intentionele vergiftigingen (suïcide) als vergiftigingen met onbekende status.  
Bron: [83]. In beide selecties zijn meegeteld: opiaten, hallucinogenen, cocaïne, amfetamine en cannabis.

#### *Sterfte onder druggebruikers in Amsterdam daalt*

Voor dieper inzicht geven wij hier gegevens uit Amsterdam. Het gaat daarbij niet alleen om doodgaan aan de ‘directe’ gevolgen van druggebruik maar eveneens aan ‘indirecte’ gevolgen.

- De sterfte onder gebruikers van harddrugs in Amsterdam is in de loop van de jaren afgenomen (Tabel 4.11).<sup>[28]</sup> De daling weerspiegelt voor een deel het vertrek van

buitenlandse gebruikers, die meer dan Nederlanders neigen tot spuiten en daarom meer kans hebben om te overlijden aan overdosering en andere complicaties.

- Een niet-injecterende gebruiker van harddrugs in Amsterdam die niet besmet is met HIV loopt vijf maal meer kans om voortijdig dood te gaan dan iemand van gelijke leeftijd uit de algemene Amsterdamse bevolking. Bij een spuitende gebruiker zonder HIV is die kans veertien maal zo groot vergeleken met de algemene bevolking.<sup>[84]</sup>

**Tabel 4.11 Sterfte onder druggebruikers in Amsterdam vanaf 1992**

Oorzaak	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Overdosering <sup>a</sup>	52	37	39	26	26	22	25
Andere oorzaken <sup>b</sup>	83	102	86	92	90	76	67
Totaal	135	139	125	118	116	98	92

De registratie verschilt van de doodsoorzakenstatistiek van het CBS doordat alle overledenen die als druggebruiker bekend zijn, inclusief illegale buitenlanders, worden meegeteld. Bovendien wordt gekeken naar alle doodsoorzaken, niet alleen overdosering.

a. Overwegend maar niet uitsluitend opiaten.

b. Inclusief endocarditis, sepsis, longaandoeningen, levercirrose, zelfdoding, ongevallen, geweld, aids.

Bron: GG&GD Amsterdam [www.zorgstad.amsterdam.nl/gemeente/gggd](http://www.zorgstad.amsterdam.nl/gemeente/gggd).

#### 4.9 Maatschappelijke schade; rechtshandhaving

*Verslaving leidt lang niet altijd tot criminaliteit. Criminaliteit daalt*

- De bewuste misdrijven betreffen voornamelijk vermogensdelicten als winkeldiefstal, inbraak, diefstal uit auto's, ontvreemding van fietsen en andere berovingen.
- Het aantal delicten dat gepleegd wordt door problematische gebruikers van harddrugs daalt.<sup>[85,28]</sup> Mogelijke verklaringen, die nadere analyse vergen, zijn:
  - Politie en justitie reageren sneller en zwaarder dan vroeger, waardoor criminele gebruikers eerder en langer worden opgesloten.
  - Verslaafden worden ouder en daardoor misschien meer gezellig en gezagsgetrouw.
  - De prijs voor opiaten is omlaaggegaan.
- De helft van de problematische gebruikers van harddrugs pleegt zelden of nooit delicten.
- Voor een op de vijf is criminaliteit de voornaamste bron van inkomsten.<sup>[86,87]</sup> Deze groep – ook wel aangeduid als de harde kern – was voor meer dan de helft al crimineel voordat ze verslaafd raakten of althans problemen met druggebruik kregen.
- Het aandeel van harddruggebruikers in de criminaliteit in Nederland wordt geschat op 10 tot 13 procent van alle delicten.
- Volgens een schatting uit 1995 bedraagt de materiële schade jaarlijks 650 miljoen gulden.<sup>[88]</sup>

*Drugs drukken een zwaar stempel op het strafrechtstelsel*

- Bijna dertig procent van de gedetineerden is verslaafd aan drugs, meestal (ook) aan opiaten (Tabel 4.12).

- Er zijn problematische gebruikers van drugs die keer op keer met justitie in aanraking komen. Zij spenderen volgens Amsterdamse gegevens gemiddeld tweeëneenhalf tot drie jaar van hun leven in detentie.<sup>[89]</sup> De omvang van deze groep is in Nederland niet goed bekend.
- Overigens plegen problematische druggebruikers naar eigen zeggen veel meer delicten dan wat bekend is bij politie en justitie (Tabel 4.13).

**Tabel 4.12 Drugverslaafden op reguliere afdelingen in twee penitentiaire inrichtingen. Peiljaar 1997**

Locatie	‘Diagnose’	Gesteld bij
Penitentiaire Inrichting Over-Amstel	Verslaafd aan drugs <sup>a</sup>	44%
	Ernstig verslaafd aan drugs <sup>b</sup>	29%
Penitentiair Complex Scheveningen	Drugafhankelijk <sup>c</sup>	29%

Percentage gedetineerden verslaafd aan drugs.

a. Druggebruik op drie of meer dagen per week minstens twee maanden lang in de twee jaar voor het interview, plus een score van minstens 4 op de deel-vragenlijst over drugs van de EuropASI.

b. Idem, maar met een score van minstens 6 op bedoelde lijst.

c. Volgens DSM-III-R (afhankelijkheid kan gelijk gesteld worden aan verslaving).

Bronnen: [89,90]

**Tabel 4.13 Recent gepleegde delicten door drugverslaafden in de Penitentiaire Inrichting Over-Amstel en het Straatjunkenproject in Amsterdam. Peiljaar 1997**

Aantal delicten in het jaar voor detentie <sup>a</sup>	Vrijwillig geplaatst op drugvrije afdeling	Straatjunken-project <sup>b</sup>	Onvrijwillig geplaatst op drugvrije afdeling	Reguliere detentie
Drughandel	35	16	45	40
Vermogensdelict	161	336	361	124
Geweldsdelict	1	4	3	2

a. Zelfrapportage. Aantal delicten in het jaar vóór detentie of vóór het interview van deelnemers aan het Staatjunkenproject.

b. Criminele drugverslaafden die vrijwillig een detentievervangende behandeling buiten de gevangenis ondergaan.

Bron: [89]

#### 4.10 Resumé opiaten

Opiaten: illegaal @@ gebruik en methadon	
Ooitgebruik onder algemene bevolking ouder dan 12 jaar in 1997	0,3%
Ooitgebruik onder schoolgaande jeugd van 12-18 jaar in 1999	0,7%
Recent onder gebruik schoolgaande jeugd van 12-18 jaar in 1999	0,2%
Aantal problematische opiaatgebruikers in 2000	25 000 – 29 000

Opiaten: hulpverlening	
Aantal primaire opiaatcliënten ambulante verslavingszorg in 1999	15 606
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemiddelde leeftijd</li> <li>• Mannen</li> </ul>	33 jaar 79%
Aantal methadoncliënten in 1999 (ondergrens)	13 500
Aantal opnames in verslavingsklinieken <sup>a</sup> in 1996	3055
Aantal opnames in algemene ziekenhuizen in 1999	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoofddiagnose</li> <li>• Nevendiagnose</li> </ul>	79 627

a. Met inbegrip van afdelingen van algemene psychiatrische ziekenhuizen.

Opiaten: ziekte en sterfte	
Injecterende druggebruikers met <ul style="list-style-type: none"> <li>• HIV</li> <li>• Hepatitis C</li> <li>• Hepatitis B</li> </ul>	0 – 26% <sup>a</sup> 74 – 84% 59 – 63%
Aantal aidsmeldingen voor injecterende druggebruikers in 1998	25
Aantal gevallen van overdosering van opiaten in 1998 <sup>b</sup>	38
Psychische co-morbiditeit	30 – 50%
Drugverslaafde gedetineerden	30%

a. Amsterdam: 26 procent; elders: 0 – 12 procent.

b. Alleen personen ingeschreven in Nederland in het bevolkingsregister (CBS).

Opiaten: de laatste trends
• Het aantal opiaatverslaafden blijft stabiel
• Opiaatverslaafden worden ouder
• Gevallen van overdosering nemen af in Amsterdam; landelijk is er geen verandering
• Het aantal nieuwe besmettingen met HIV vermindert
• Het aantal meldingen van aids onder injecterende druggebruikers neemt af
• Injecteren van opiaten loopt terug, roken neemt toe
• Seksueel risicogedrag is afgenomen maar blijft zorgelijk
• Het aantal opiaatcliënten in de ambulante verslavingszorg is stabiel
• Het aantal nieuwe (jonge) opiaatverslaafden dat professionele hulp zoekt daalt



## 5 Ecstasy, amfetamine en verwante stoffen

Ecstasy – ook bekend als XTC – is een drug van de jaren negentig. De officiële benaming is 3,4-methyleendioxyamfetamine (MDMA). Ook stoffen die chemisch op MDMA lijken<sup>18</sup> worden als ecstasy verkocht, zonder dat de gebruiker zich daar altijd van bewust is. Tot de kring van verwante drugs horen amfetamine (speed) en methamfetamine. Al deze en nog meer middelen worden samen aangeduid als synthetische drugs.

‘Ecstasy’ betekent enerzijds MDMA, anderzijds stoffen die als ecstasy (MDMA) worden beleefd of aangeprezen. In dit hoofdstuk gaan wij uit van de tweede betekenis, tenzij anders vermeld. Het woord ‘amfetamine’ staat eveneens voor een klasse van stoffen, waaronder methamfetamine. Gegevens over ‘ecstasy’ en ‘amfetamine’ vallen vanwege de onderlinge verwantschap van de bewuste middelen niet strikt te scheiden.

De risico's van enkele drugs die onder de noemer ecstasy worden verkocht zijn in landelijk en Europees verband in kaart gebracht. Bijlage A vat de bevindingen samen.

### 5.1 Gebruik onder de algemene bevolking

Wat is de werking van ecstasy en amfetamine en waar vinden zij aftrek?

- Ecstasy is entactogeen: de drug zorgt ervoor dat mensen zich verbonden voelen en contact met elkaar leggen.
- Ecstasy heeft ook een stimulerend effect.
- Deze combinatie van eigenschappen draagt bij aan de reputatie van ecstasy als party- of dansdrug.
- Amfetamine werkt stimulerend, sterker dan ecstasy.
- Ook amfetamine wordt in het uitgaansleven gebruikt, maar ook door opiaat- of polidrugverslaafden.

*Over de hele bevolking bezien is het gebruik van ecstasy en amfetamine gering*

- In 1997 had een op de vijftig ondervraagden van twaalf jaar en ouder ooit ervaring met ecstasy opgedaan (Tabel 5.1).<sup>[2]</sup>
- Ervaring met amfetamine lag in dezelfde orde van grootte.
- Van de ondervraagden had 0,3 procent ecstasy nog genomen in de maand voor de peiling. Voor amfetamine was dat percentage 0,1.
- Omgerekend naar de hele bevolking zou dit neerkomen op 40 000 recente gebruikers van ecstasy en 13 000 van amfetamine. Zeker voor amfetamine is deze schatting aan de lage kant, omdat polidruggebruikers in de bewuste peiling vermoedelijk ondervertegenwoordigd waren.
- Van de mensen die ooit ecstasy hebben genomen, heeft een op de vier dit minstens vijftientig keer gedaan. Voor amfetamine is dat een op de drie.
- Verreweg de meeste consumenten van ecstasy zijn tussen de 16 en 35 jaar oud.<sup>[3,4,7,46,47,48]</sup>

**Tabel 5.1 Gebruik van ecstasy in Nederland onder mensen van 12 jaar en ouder. Peiljaar 1997**

Ecstasy                      Amfetamine

<sup>18</sup> Bekend onder afkortingen als MDA, MDEA, MBDB, 2-CB enzovoort. Overigens worden ook stoffen die chemisch totaal niet op MDMA lijken wel als ecstasy aangeprezen.

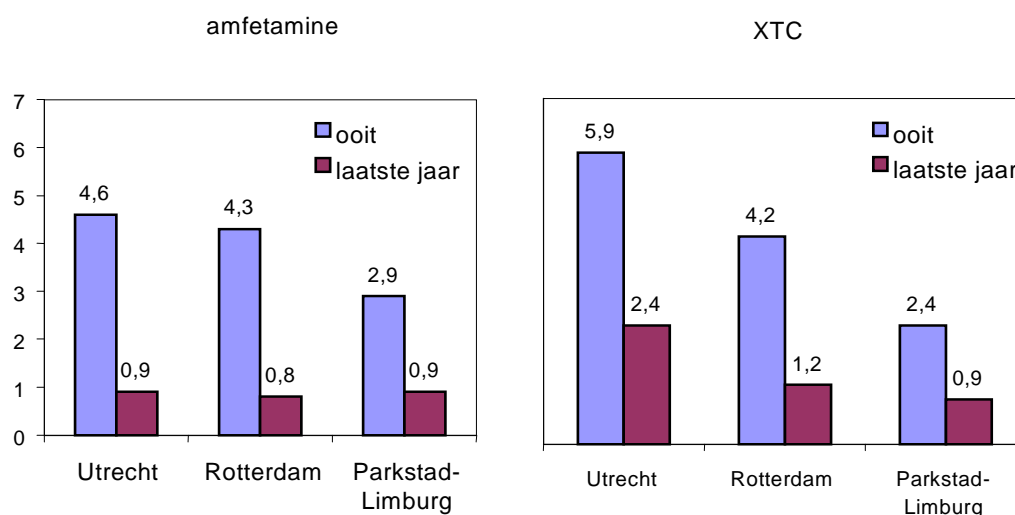
Heeft ooit gebruikt	1,9%	1,9%
Heeft pas nog gebruikt	0,3%	0,1%
Heeft voor het eerst in het afgelopen jaar gebruikt	0,4%	0,2%
Gemiddelde leeftijd van de huidige gebruikers	25 jaar	30 jaar

Bron: NPO<sup>[2]</sup>

*Gebruik van ecstasy en amfetamine is niet gelijkmatig gespreid over Nederland*

- Synthetische drugs vinden meer aftrek in Amsterdam dan in andere grote steden. Het Amsterdamse cijfer voor ooitgebruik van ecstasy was in 1997 7 procent en voor amfetamine 6 procent. Dat was minstens twee maal zo hoog als in Rotterdam, Den Haag en Utrecht.<sup>[2]</sup>
- Het verschil blijkt ook uit recent gebruik. Amsterdam stond op deze maat aan kop, met 1,1 procent recente gebruikers van ecstasy en 0,3 procent van amfetamine. Utrecht deed niet onder wat amfetamine betreft en stond op plaats twee voor ecstasy: 0,7 procent recente gebruikers.
- Een kleine groep kent een hoge frequentie van gebruik. Ook daarbij is de spreiding ongelijkmatig (Tabel 5.2). Naar verhouding telt Rotterdam meer veelgebruikers van ecstasy (13 procent van de ooitgebruikers die de drug honderd keer of meer hebben geslikt) dan bijvoorbeeld Utrecht (5 procent).

**Figuur 5.1 Gebruik van amfetamine en ecstasy in drie stedelijke gebieden onder mensen van 16 tot 70 jaar. Peiljaar 1999**



- Bron: MAD.<sup>[3,4,7,46,47,48]</sup>

**Tabel 5.2 Frequentie van consumptie van ecstasy onder ooitgebruikers in drie stedelijke gebieden. Peiljaar 1999**

Aantal malen	Utrecht	Rotterdam	Parkstad Limburg
Minder dan 25	82%	69%	66%
25 tot 100	13%	18%	21%
100 tot 200	3%	9%	8%
200 of meer	2%	4%	5%

Percentage gebruikers. Respondenten van 16 tot 35 jaar.

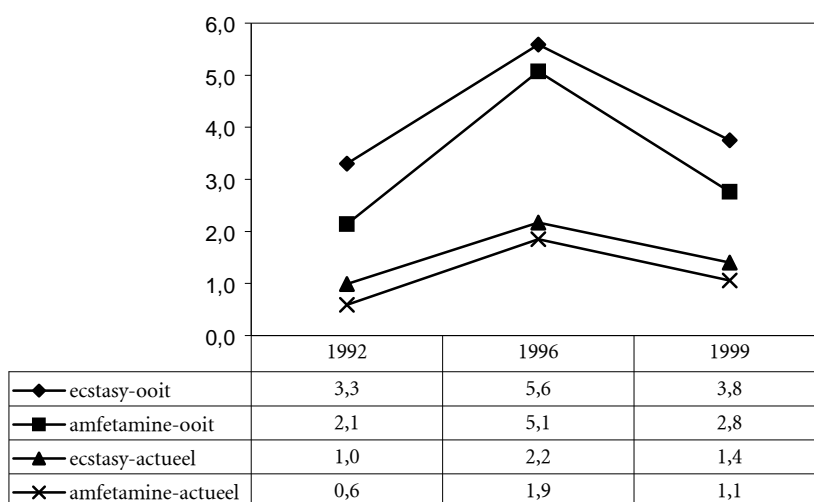
- Bron: MAD.<sup>[3,4,7,46,47,48]</sup>

## 5.2 Gebruik onder jongeren

*De groep jongeren die ecstasy of amfetamine gebruiken wordt kleiner*

- Van 1992 tot 1996 steeg het percentage gebruikers van ecstasy en amfetamine onder leerlingen van het middelbaar onderwijs.<sup>[9]</sup>
- Daaraan kwam een eind in de meting van 1999. Voor beide drugs daalde het percentage ooit- en recente gebruikers (Figuur 5.2).<sup>[9]</sup>
- Jongens hebben gemiddeld anderhalf tot twee maal meer ervaring met ecstasy en amfetamine dan meisjes.
- Met het stijgen van de leeftijd neemt het aantal leerlingen dat deze drugs neemt verhoudingsgewijs toe.

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



Bron: Trimbos-instituut.<sup>[9]</sup>

*Gebruik van ecstasy en amfetamine houdt verband met uitgaan, soms ook met probleemgedrag*

- Van bezoekers van grote houseparty's hadden in 1996 twee op de drie ondervraagden die avond of nacht ecstasy gebruikt, tegen een op de drie amfetamine.<sup>[92]</sup> Het bleef meestal niet bij ecstasy alleen.
- Ecstasy blijft de belangrijkste uitgaansdrug voor jongeren. Niettemin zijn er aanwijzingen dat de populariteit van deze drug afneemt en dat consumenten de dosering en frequentie van gebruik minderen.<sup>[45]</sup>
- Bepaalde groepen jongeren hebben meer ervaring met synthetische drugs dan andere. Dat geldt voor scholieren van speciale scholen voor voortgezet onderwijs, maar veel meer nog voor deelnemers aan spijbelprojecten. Van die laatste groep had volgens gegevens uit 1997 een op de drie ooit ecstasy genomen en een op de vier amfetamine. Het percentage recente gebruikers onder deze spijbelaars was 15 voor ecstasy en ruim 9 voor amfetamine.<sup>[10]</sup>

## 5.3 Problematisch gebruik

*Onbekend is hoeveel mensen in de problemen raken door gebruik van ecstasy of amfetamine*

Met 'problematisch' bedoelen wij dat mensen in hun dagelijks functioneren last krijgen van hun druggebruik of zelfs verslaafd raken, niet de eventuele hersenschade die zich op termijn kan openbaren (zie daarvoor 5.8). Het aantal problematische gebruikers van deze drugs is onbekend. Wel zijn er gedateerde cijfers over excessieve consumptie op houseparty's<sup>[92]</sup> die enig idee geven van de omvang van problematisch gebruik:

- Zes procent van de feestgangers werd gekarakteriseerd als excessieve gebruiker van ecstasy. Zij namen de drug meer dan eens per week, slikten vaak verscheidene pillen tegelijk, gebruikten daarnaast geregeld andere middelen en brachten weekenden feestend door zonder te slapen.
- Zeven procent van de bezoekers van de party's bleek een excessieve consument van amfetamine te zijn, gedefinieerd als het nemen van de drug meer dan eens per week.

#### 5.4 Gebruik: internationale vergelijking

*Nederland is in de Europese Unie een middenmoter in gebruik van ecstasy en amfetamine*  
Allereerst de algemene bevolking<sup>19</sup>:

- Het percentage ooitgebruikers van ecstasy onder de bevolking van de Europese lidstaten varieert van 0 tot 4. Nederland houdt het midden met 2 procent.<sup>[19]</sup>
- Het overeenkomstige percentage voor amfetamine loopt tussen de lidstaten uiteen van 0,5 tot 4, met een uitschieter van 10 voor het Verenigd Koninkrijk. Nederland komt wederom uit op 2 procent.

Vervolgens scholieren van vijftien en zestien jaar oud:

- Ierland voert de lijst aan van ooitgebruikers van ecstasy. Het Verenigd Koninkrijk staat bovenaan bij amfetamine. In beide gevallen volgt op afstand een tweede groep van lidstaten, waartoe Nederland behoort (Tabel 5.3).<sup>[19]</sup>
- Net als in Nederland tekent zich in het Verenigd Koninkrijk een vermindering af van het aandeel gebruikers van ecstasy en amfetamine onder jongeren. Tegenover de 5 procent gebruikers van ecstasy onder vijftien- en zestienjarige Britse scholieren in 1999 (Tabel 5.3) staat 8 procent in 1995. Het percentage ooitgebruikers van amfetamine ging in deze leeftijdsgroep in het Verenigd Koninkrijk omlaag van 13 in 1995 naar 8 in 1999.<sup>[20]</sup>
- Toch is die afname geen universele trend. Zo steeg het percentage vijftien- en zestienjarige Deense leerlingen die ooit ecstasy hebben genomen van 0,5 in 1995 naar ruim 3 in 1999. Voor amfetamine steeg dat cijfer van 2 in 1995 naar 4 in 1999.<sup>[19]</sup>

**Tabel 5.3 Consumptie van ecstasy en amfetamine onder scholieren van 15 en 16 jaar in de Europese Unie**

Land	Peiljaar	Ecstasy	Amfetamine
Ierland	1995	9%	3%
Vlaanderen	1998	6%	4%
Nederland	1999	5%	4%
Verenigd Koninkrijk	1999	5%	9%
Italië	1999	4%	2%
Denemarke	1999	3%	4%

<sup>19</sup> Op de vergelijkbaarheid van de gegevens valt veel af te dingen.

n			
Spanje	1998	3% <sup>a</sup>	4%
Frankrijk	1997	3% <sup>b</sup>	2%
Griekenland	1998	2%	4%
Luxemburg	1998	2%	1%
Zweden	1998	1%	1%
Finland	1995	0,2%	1%

Percentage ooitgebruikers.

a. Ecstasy inclusief andere synthetische drugs.

b. Ecstasy inclusief LSD.

Bron: EMCDDA<sup>[19]</sup>; Plant & Miller<sup>[20]</sup>; Peilstationsonderzoek Trimbos-instituut.<sup>[10]</sup>

## 5.5 Hulpvraag: ambulante verslavingszorg

### Ecstasy

- De inschrijvingen bij de ambulante verslavingszorg primair voor ecstasy stegen tot en met 1997 (Figuur 5.3). Dit berust deels op betere registratie. Daarna zette een daling in. De hulpvraag voor ecstasy, afgemeten aan inschrijving, kwam neer op ongeveer 1 procent van de totale hulpvraag wegens drugproblematiek (Tabel 5.4).<sup>[51]</sup>
- Gecorrigeerd voor meer inschrijvingen per persoon was het aantal hulpvragers primair voor ecstasy in 1999 ruim 250. Voor bijna vijfhonderd hulpvragers was ecstasy een secundair probleem, in de schaduw van cocaïne (een op de drie), amfetamine en cannabis (elk een op de vier) en overige middelen.

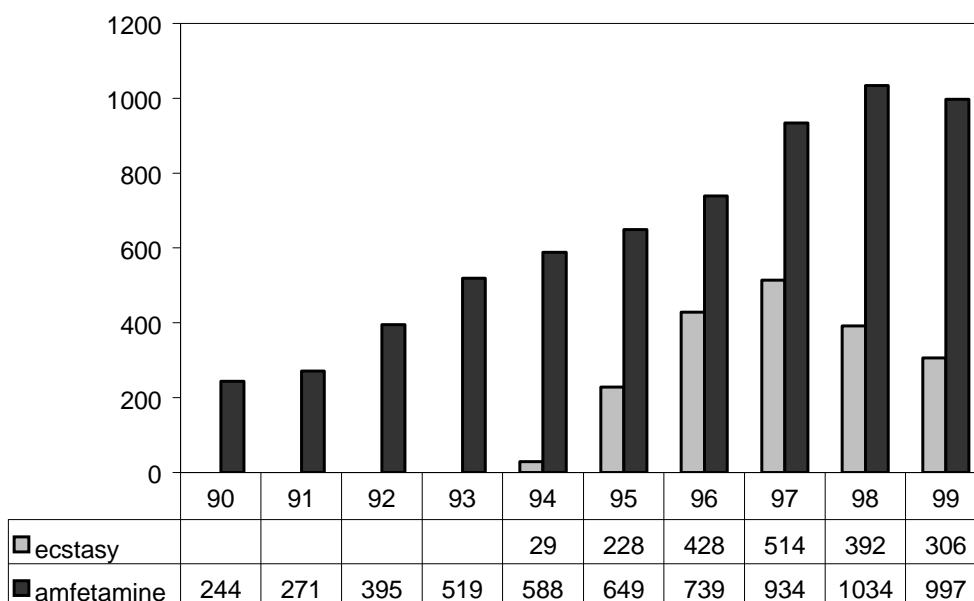
### Amfetamine

- De inschrijvingen voor amfetamine gingen omhoog tot 1998 en vlakten daarna af.<sup>[51]</sup>
- Toch blijft amfetamine in de totale hulpvraag bij de ambulante verslavingszorg ondergeschikt. Het aandeel van deze drug komt niet uit boven de 3 procent.
- Voor 560 cliënten was amfetamine een bijkomend probleem. Een op de vijf kampte vooral met heroïne.

### EHBO-posten

- Bij EHBO-posten op houseparty's melden zich met enige regelmaat gebruikers van ecstasy en amfetamine, en vooral van de combinatie daarvan, met psychische of lichamelijke klachten. Die problemen dwingen zelden tot opname in een ziekenhuis.<sup>[92,94]</sup> Om welk deel van de gebruikers het gaat is niet bekend.

**Figuur 5.3 Ecstasy- en amfetaminecliënten van de ambulante verslavingszorg. Peiljaar 1999**



Bron: LADIS.<sup>[51]</sup>

**Tabel 5.4 Cliënten van de ambulante verslavingszorg: ecstasy en amfetamine. Peiljaar 1999**

	Ecstasy	Amfetamine
Personen met primair probleem <sup>a</sup>	252	252
• Percentage van alle 'ambulante' drugcliënten	1%	1%
• Gemiddelde leeftijd	26 jaar	23 jaar
• Mannen	80%	83%
Personen met secundair probleem <sup>a</sup>	560	549

a. Gecorrigeerd voor meer inschrijvingen per persoon.

Bron: LADIS.<sup>[51]</sup>

## 5.6 Hulpvraag: intramurale zorg

*Ecstasy en amfetamine zijn geen factor van betekenis in de intramurale verslavingszorg en in algemene ziekenhuizen*

- Ecstasy en amfetamine nopen zelden tot intramurale opname in de verslavingszorg. Er waren 29 gevallen in 1988, toen ecstasy nog op het toneel moest verschijnen, en 58 in 1996.
- Er zijn weinig opnames in algemene ziekenhuizen met misbruik of afhankelijkheid van ecstasy en amfetamine als hoofd- of nevendiagnose. Dat is de afgelopen vier jaar niet veranderd (Tabel 5.5).

**Tabel 5.5 Opnames in algemene ziekenhuizen gerelateerd aan problematisch gebruik van amfetamine, vanaf 1996**

	1996	1997	1998	1999
Amfetamine als hoofddiagnose	29	33	25	21
Amfetamine als nevendiagnose	46	80	69	66

Aantal gevallen.

ICD-9 codes: 304.4, 305.7.

Bron: LMR.

## 5.6 Hulpvraag: internationale vergelijking

- Net als in Nederland is problematische consumptie van ecstasy en amfetamine in andere lidstaten van de Europese Unie zelden een reden voor opname in een inrichting of ziekenhuis vergeleken met andere drugs. Uitzonderingen zijn Finland (44 procent van alle opnames wegens drugs komen daar op conto van ecstasy en amfetamine), Zweden (39 procent), Vlaanderen (19 procent) en in mindere mate het Verenigd Koninkrijk (9 procent).<sup>[19]</sup>

## 5.7 Gezondheidsrisico's

Gebruik van ecstasy leidt zelden tot verslaving. De meeste gebruikers ondervinden op de korte termijn geen grote problemen van ecstasy. Het effect op langere termijn baart zorgen. Amfetamine is sterker verslavend.

Er bestaat onzekerheid over de schadelijke gevolgen van consumptie van ecstasy.<sup>20</sup> Dat komt doordat:

- Gebruikers van ecstasy vaak ook andere middelen nemen
- De samenstelling van ecstasypillen wisselt
- Informatie over frequentie van consumptie niet steeds betrouwbaar is
- Regelmatige gebruikers mogelijk een vrij selecte groep vormen van mensen met al langer bestaande psychische aandoeningen en persoonlijkheidskenmerken.

*Ecstasy (MDMA) kan acute bijwerkingen hebben*

- Kortdurende depressieve gevoelens, concentratieproblemen in de dagen na gebruik.
- Minder vaak: oververhitting. Oververhitting kan ernstig uitwerken: acute afbraak van spierweefsel, nierstoornissen, bloedstolling, epileptische toevallen, leverschade.<sup>[95]</sup>
- Verstoring van de waterhuishouding in het lichaam.
- Angst en verlies van werkelijkheidsbesef, soms uitmondend in paniek en psychose.

<sup>20</sup> Wij beperken ons hier tot ecstasy. Amfetamine, en vooral methamfetamine, is sterker verslavend dan ecstasy, maar heeft een minder blijvend effect op de hersenen. Sommige problematische gebruikers spuiten amfetamine in. De risico's van injecteren kwamen ter sprake in hoofdstuk 4. Het Gerechtelijk Laboratorium registreerde van 1994 tot 1998 37 gevallen van mogelijke overdosering door amfetamineachtige drugs. In negentien gevallen was het gebruik van deze middelen de directe doodsoorzaak. Bij de overige gevallen speelden ook alcohol, andere drugs of andere factoren een rol. (Lusthof et al., 1998)



- Misschien beroerte; aandoeningen van hart en vaten.<sup>[96,97]</sup> Ecstasy verhoogt de bloeddruk.<sup>[98]</sup> Er is geen duidelijke relatie tussen de toegediende dosis van MDMA en de ernst van de symptomen.<sup>[101,98]</sup>
- Mogelijke schade aan de foetus bij gebruik tijdens zwangerschap.<sup>[99]</sup>
- Bepaalde omstandigheden vergroten de kans dat ecstasy schade berokkent:
  - Al bestaande aandoeningen (CARA, hartziekten, psychische stoornissen).
  - Consumptie van andere drugs en van alcohol.
  - Inspanning op de dansvloer in een ruimte zonder ventilatie en mogelijkheid tot afkoeling; gebrek aan vocht (water).
  - Gebruik van (antidepressieve) geneesmiddelen als Prozac en MAO-remmers.
  - Het genetisch ontbreken van een enzym dat zorgt voor afbraak van ecstasy in de lever.<sup>[107]</sup>
  - De onbekende samenstelling van ecstasypillen. Het aandeel pillen waar uitsluitend MDMA in zit fluctueert sterk. De DIMS-monitor, gecoördineerd door het Trimbos-instituut, zorgt voor analyse van pillen die bij instellingen voor verslavingszorg of op feesten worden ingeleverd.
    - Van de pillen uit 1997 bevatte slechts 34 procent louter MDMA; in ongeveer evenveel pillen was amfetamine het belangrijkste bestanddeel.
    - Het percentage pillen met puur MDMA liep op tot 72 in 1998 en 86 in 1999.<sup>21</sup>
- Hoeveel mensen er doodgaan vanwege ecstasy is onzeker. Het gaat om enkele sterfgevallen per jaar.<sup>[59,100]</sup> Preventiemaatregelen, bijvoorbeeld op feesten, kunnen het gevaar van overlijden sterk beperken.

#### *Het effect van ecstasy op langere termijn valt niet te verwaarlozen*

- De kans dat iemand verslaafd raakt aan ecstasy is klein maar reëel.<sup>[101]</sup>
- Belangrijker is het risico van beschadiging van hersencellen die reageren op de boodschapperstof serotonine.<sup>22</sup> Bij proefdieren is aangetoond dat MDMA die cellen kan aantasten.<sup>[102,103]</sup>
  - Uitlopers van de bewuste cellen schrompelen in.
  - Hersencellen hebben plekken (bindingsplaatsen) waar de boodschapperstof na zijn werk gedaan te hebben weer in de cel kan worden opgenomen. MDMA reduceert de bindingsplaatsen voor serotonine.
  - MDMA vermindert de concentratie van serotonine in de hersenen.
  - Proefdieren die MDMA hebben gekregen reageren verzwakt op stoffen die serotoninecellen beïnvloeden.
- Het staat nog niet vast dat dit effect zich in dezelfde zin voordoet bij mensen, maar er zijn tekenen die daarop wijzen.<sup>[104,105]</sup>
- Hoe werkt de schade aan serotonine uit? Een tekort aan deze stof kan in theorie leiden tot:
  - Depressie
  - Verslechtering van geheugenfuncties
  - Impulsiviteit en agressie

<sup>21</sup> DIMS staat voor Drugs Informatie- en MonitoringSysteem. Het belang van DIMS ligt ook in het opsporen van onverwachte, extra gevaarlijke bestanddelen als atropine en het daarop uitroepen van voorlichtings- of waarschuwingcampagnes.

<sup>22</sup> Boodschapperstof = neurotransmitter, een stof die zorgt voor overdracht van elektrische impulsen van de ene naar de andere zenuwcel.

- Slaap- en eetstoornissen.  
MDMA beïnvloedt bij mensen inderdaad het geheugen.<sup>[97,104,105,106]</sup> Bewijs voor andere werkingen op hersenfuncties ontbreekt nog.<sup>23</sup>
- Het kan zijn dat MDMA bij bepaalde doseringen en frequentie van gebruik betrekkelijk onschadelijk is. Maar ook daarvoor schort het voorlopig aan bewijs.

## 5.8 Maatschappelijke schade; rechtshandhaving

- Nederland hoort tot landen met de grootste productie en distributie van ecstasy en verwante drugs.<sup>[108]</sup> Het aantal ecstasypillen dat in beslag wordt genomen groeit (Tabel 5.6). Bij de toeschrijving aan Nederland kunnen vraagtekens worden geplaatst.<sup>24</sup> De groei in vangsten kan duiden op toegenomen criminele activiteit, maar evenzeer op geïntensiveerde inspanningen van politie en justitie.
- De Verenigde Staten is de belangrijkste bestemming. Daarna volgt het Verenigd Koninkrijk.
- In 1998 werd in Nederland 1450 kilogram amfetamine in beslag genomen. In 1999 bedroeg de vangst ruim 850 kilogram.
- In 1999 werden er in Nederland 36 productieplaatsen van ecstasy, amfetamine en verwante drugs ontmanteld. Het merendeel (24) richtte zich op MDMA.<sup>[108]</sup>
- De chemicaliën die nodig zijn voor het maken van synthetische drugs zijn schadelijk voor het milieu. Het aantal geregistreerde dumpingen van resten is de afgelopen jaren sterk gestegen, ook doordat instanties vaker tot melding overgaan.
- Behalve door het lozen van chemicaliën in bodem, oppervlaktewater of riool ontdoen producenten zich van resten door bijvoorbeeld het in brand steken van bestelbusjes met chemisch afval. Het risico van ontploffing is daarbij groot; dit kwam in 1999 zestien maal voor.<sup>[108]</sup>

**Tabel 5.6 Aantal in beslag genomen ecstasypillen dat aan Nederland wordt toegeschreven**

	1998	1999
In het buitenland in beslag genomen	2,5 miljoen	9,7 miljoen
In Nederland in beslag genomen	1,2 miljoen	3,7 miljoen
<b>Totaal</b>		<b>3,6 miljoen</b>
13,3 miljoen		

In de eerste helft van 2000 werden 8,7 miljoen Nederlandse pillen geconfisqueerd, waarvan 6 miljoen in het buitenland.

Bron: USD.<sup>[108]</sup>

<sup>23</sup> VWS financiert onderzoek op dit gebied via het programma Verslaving van ZON en NWO.

<sup>24</sup> Nederland is niet het enige land waar op grote schaal ecstasy en amfetamine worden geproduceerd. Volgens Europol zijn de laatste tijd in tien lidstaten van de Europese Unie laboratoria ontmanteld, terwijl ook Oost-Europese landen met inbegrip van de Baltische staten voor productie zorgen.

## 5.9 Resumé ecstasy en amfetamine

Gebruik	Ecstasy	Amfetamine
Ooitgebruik algemene bevolking ouder dan 12 jaar in 1997	1,9%	1,9
Recent gebruik algemene bevolking ouder dan 12 jaar in 1997	0,3%	0,1
• Minimum aantal recente gebruikers	13 000	40 000
• Gemiddelde leeftijd huidige gebruikers	25 jaar	30 jaar
• Ervaren gebruikers (minstens 25 keer in het leven) <sup>a</sup>	25%	33%
Ooit-gebruik schoolgaande jeugd van 12 – 19 jaar in 1999	3,8%	2,8%
Recent gebruik schoolgaande jeugd van 12 – 19 jaar in 1999	1,4%	1,1%

a. Dit is respectievelijk 25 en 33 procent van de ooitgebruikers, dus 0,4 tot 0,6 procent van de algemene bevolking.

Hulpverlening	Ecstasy	Amfetamine
Aantal primaire cliënten ambulante verslavingszorg in 1999	252	810
• Gemiddelde leeftijd	23 jaar	26 jaar
• Mannen	83%	80%

### De laatste trends

- Gebruik van ecstasy en amfetamine onder scholieren loopt iets terug.
- Ecstasy is nog steeds populair onder uitgaande jongeren maar de belangstelling lijkt te tanen.
- Het aantal cliënten van de ambulante verslavingszorg met ecstasy als primair probleem daalt. Het aantal amfetaminecliënten groeit niet langer.
- De bewijzen dat ecstasy (bij frequent gebruik?) de hersenen kan beschadigen worden sterker.

## 6 Alcohol

### 6.1 Gebruik onder de algemene bevolking

#### *Consumptie van alcohol per hoofd van de bevolking blijft constant*

- Veel Nederlanders zijn vertrouwd met alcohol. Volgens het CBS heeft 86 procent van de bevolking van zestien jaar en ouder wel eens gedronken.<sup>[125]</sup> De NPO-peiling van 1997 bevestigt de alomtegenwoordigheid van alcohol in de maatschappij; 90 procent van de bevolking van 12 jaar en ouder zei wel eens te hebben gedronken. Van recent drinken was sprake bij 73 procent.
- In 1999 lag de consumptie per hoofd van de hele bevolking op, omgerekend, meer dan acht liter pure alcohol (Tabel 6.1).
- Per persoon dronken we 84 liter bier, bijna 19 liter wijn en ruim 5 liter gedistilleerd.<sup>[116]</sup>
- De consumptie was het grootst in de tweede helft van de jaren zeventig en in de jaren tachtig. Daarna volgde een lichte daling, die zich vanaf het begin van de jaren negentig niet heeft doorgezet.

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

Jaar	Bier	Wijn	Gedistilleerd	Totaal
1960	1,2	0,2	1,1	2,6
1965	1,9	0,5	1,9	4,2
1970	2,9	0,8	2,0	5,7
1975	4,0	1,5	3,4	8,9
1980	4,8	1,4	2,7	8,9
1985	4,2	2,0	2,2	8,5
1990	4,1	1,9	2,0	8,1
1995	4,1	2,2	1,7	8,0
1999	4,2	2,4	1,7	8,2

Bron: Productschap Gedistilleerde dranken Jaarverslag 1999.<sup>[116]</sup>

#### *Jonge mannen drinken het meest*

- Meer mannen dan vrouwen drinken, al wordt het verschil kleiner.
- Jonge mannen drinken meer dan oudere. Een voorbeeld:
  - De gemiddelde consumptie van Utrechtse mannen in de leeftijd van 16 tot 25 jaar bedroeg in 1999 21 glazen per week.<sup>[3]</sup>
  - De groep mannen van 25 tot 55 jaar dronk 15 tot 17 glazen.
  - De oudste leeftijdsgroep hield het op 13 glazen.
- Bij vrouwen maakt de leeftijd minder uit voor de hoeveelheid die men drinkt.
- Het ooitgebruik onder de bevolking van 12 jaar en ouder bedroeg in 1997 90%.<sup>[1]</sup>
- Het recent gebruik lag op 73%.

### *Drinken hangt af van sociale omgeving, cultuur en godsdienst*

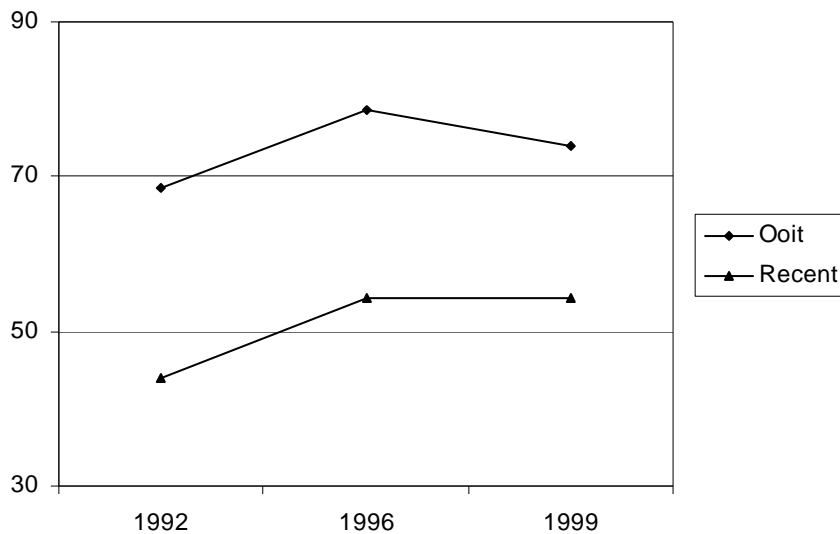
- Drinken is bijvoorbeeld in de ogen van velen verbonden aan het studentenleven. Vooral leden van studentenverenigingen gebruiken veel alcohol: naar eigen zeggen gemiddeld 23 glazen per week.<sup>[117]</sup>
- Allochtonen van vijftien jaar en ouder drinken minder vaak dan autochtonen (peiljaar 2000). Drie op de tien Turken en een op de tien Marokkanen gebruiken alcohol. Van de Surinamers en Antillianen drinkt 70 procent.<sup>[118]</sup>
- Onder allochtone vrouwen is het aandeel consumenten van alcohol fors lager dan onder allochtone mannen:
  - 13 procent van de Turkse vrouwen
  - 3 procent van de Marokkaanse vrouwen
  - en 64 procent van de Surinaamse/Antilliaanse vrouwen.
- Allochtonen die jonger zijn dan dertig jaar drinken vaker dan oudere allochtonen.

## **6.2 Gebruik onder jongeren**

### *Geen toename van het aantal jongeren dat drinkt*

- Van de leerlingen van ‘reguliere’ middelbare scholen had in 1999 74 procent ervaring met alcohol. Dat was iets minder dan in 1996 (78 procent; Figuur 6.1).<sup>[9]</sup>
- In 1999 had 54 procent van de ondervraagde leerlingen recent nog alcohol gedronken. Dat aantal was even groot als in 1996.
- Er wordt niet alleen gepeild of scholieren drinken, maar ook hoeveel. In 1999 consumeerde 13 procent van de leerlingen bij de laatste gelegenheid meer dan acht glazen. Dat verschilt niet van 1992 en 1996.
- Een scholier besteedt tegenwoordig gemiddeld 93 gulden per maand aan alcohol, meer dan een kwart van zijn budget.<sup>[119]</sup> Jongens op VBO-scholen trekken voor drank het meeste geld uit: 130 gulden per maand, goed voor rond de veertig consumpties buitenshuis.
- Het is verboden om alcohol te verkopen aan kinderen onder de zestien jaar. Toch werd er in 1999 ook in de groep van elf- tot dertienjarige leerlingen geld gespendeerd aan drank, namelijk door:
  - 9 procent van de jongens
  - 4 procent van de meisjes.
  - Het ging gemiddeld om een kleine zestig gulden per maand.

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



Percentage leerlingen van middelbare scholen dat ooit in het leven heeft gedronken, respectievelijk in de laatste maand voor de peiling. Bron: Trimbos-instituut.<sup>[9]</sup>

### 6.3 Problematisch gebruik

*De meeste mensen houden greep op hun drinkgedrag, maar er zijn ook veel probleemdrinkers*

- In de MAD-monitor wordt ‘zwaar drinken’ gesteld op het op één of meer dagen per week nemen van minstens zes glazen alcohol.<sup>25</sup>
  - Zo gedefinieerd bleek in 1999 18 procent van de ondervraagde Utrechtenaren van zestien jaar en ouder een zware drinker te zijn.
  - In Rotterdam was dat 15 procent.
  - In Parkstad Limburg 10 procent.<sup>[3]</sup>
- In dezelfde monitor wordt ook een definitie van probleemdrinker gehanteerd: iemand die naar eigen zeggen drie of meer problemen met alcoholgebruik heeft in het jaar voor de peiling.
  - Ook op deze maat overtreft Utrecht Rotterdam en Parkstad Limburg (Tabel 6.2).
  - Probleemdrinkers komen vaker voor onder mannen dan vrouwen
  - en vaker bij jongeren onder de vijfentwintig jaar dan in oudere leeftijdsgroepen.
- Weer andere begrippen zijn alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid (alcoholisme). Volgens de laatst bekende gegevens van het Nemesis-onderzoek kan het aantal Nederlanders dat voldoet aan diagnostische criteria voor alcoholmisbruik en alcoholisme geschat worden op samen 820 000.<sup>26</sup>

<sup>25</sup> Dit is niet de enige definitie van zwaar drinken. De wetenschappelijke literatuur telt vele omschrijvingen. Dat geldt ook voor problematisch drinken.

<sup>26</sup> Zogenoemde jaarprevalentie. Criteria volgens DSM. Leeftijdsgrenzen: 18 tot 65 jaar. De maandprevalentie is 540 000.

**Tabel 6.2 Probleemdrinkers naar geslacht en leeftijd onder mensen van 16 jaar en ouder in drie stedelijke gebieden. Peiljaar 1999**

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

Percentage drinkers dat als probleemdrinker kan worden gezien.

Bron: MAD.<sup>[3]</sup>

#### 6.4 Gebruik: internationale vergelijking

*Nederland hoort in drankgebruik internationaal tot de middenmoot*

- Op een ranglijst van 39 landen stond Nederland in 1998 op de zestiende plaats voor mate van drinken. In tien andere Europese lidstaten ligt de alcoholconsumptie per hoofd van de bevolking hoger dan bij ons (Tabel 6.3).<sup>[116]</sup>
- Een paar opvallende ontwikkelingen in de Europese Unie vergeleken met eerdere jaren:
  - Ierland stijgt met stip. Ieren drinken meer bier dan inwoners van de andere lidstaten.
  - Italië onderscheidt zich door sterk dalende consumptie van alcohol.
  - Portugezen, Spanjaarden, Grieken en Italianen kiezen steeds vaker voor bier in plaats van wijn. Daarentegen is in Ierland, Denemarken en Nederland de consumptie van wijn in de jaren negentig juist flink gestegen.

*De Europese lidstaten voeren een verschillend accijnsbeleid*

- De tarieven lopen tussen de lidstaten sterk uiteen. De zeven belangrijkste producenten van wijn heffen geen accijns op deze drank en hanteren bovendien de laagste tarieven voor bier en gedistilleerd (Tabel 6.4).
- Voorbeeld: de accijns in Italië voor een liter gedistilleerd met 35 volumepercent alcohol komt neer op 5 gulden, tegen bijna 12 gulden in Nederland en meer dan 45 in Zweden.

**Tabel 6.3 Mate van drinken in de Europese lidstaten, gemeten in liters pure alcohol per hoofd van de hele bevolking. Peiljaar 1998**

Lidstaat	Liters
Luxemburg	13,3
Portugal	11,2
Frankrijk	10,8
Ierland	10,8
Duitsland	10,6
Spanje	10,1
Denemarken	9,5
Oostenrijk	9,2
Griekenland	9,1
België	8,9
Nederland	8,1
Italië	7,7
Verenigd Koninkrijk	7,5
Finland	7,1
Zweden	4,9

Bron: Productschap Gedistilleerde dranken, 2000.<sup>[116]</sup>

**Tabel 6.4 Accijns per hectoliter bier, wijn en gedistilleerd in de lidstaten van de Europese Unie**

Lidstaat	Bier	Wijn	Gedistilleerd
België	14	47	664
Denemarken	46	100	1477
Duitsland	9	0	522
Frankrijk	13	3	580
Griekenland	14	0	349
Ierland	99	273	1109
Italië	17	0	258
Luxemburg	10	0	416
Nederland	21	49	602
Groot-Brittannië	96	250	1267
Spanje	8	0	274
Portugal	14	0	814
Zweden	88	324	2390
Oostenrijk	17	0	291
Finland	143	235	2018

Bedragen in Euro's.

Bron: Ministerie van VWS.<sup>[147]</sup>

## 6.5 Hulpvraag: ambulante verslavingszorg



### *De meeste probleemdrinkers blijven buiten beeld van de hulpverlening*

- Naar schatting komt ongeveer een op de tien mensen met een alcoholprobleem uiteindelijk terecht bij de hulpverlening, waaronder de ambulante verslavingszorg.
- In 1999 registreerde de ambulante verslavingszorg een kleine 26 duizend inschrijvingen primair vanwege alcohol.<sup>[51]</sup>
  - Dat was nauwelijks meer dan in 1998.
  - De lichte groei in inschrijvingen sinds 1995, toen de teller stopte bij 22 duizend, lijkt te stokken.
- Het ging in 1999, na correctie voor meer inschrijvingen per persoon, concreet om 22 554 mensen, van wie een kwart vrouw:
  - 16 768 mannen
  - 5786 vrouwen.
- De alcoholcliënt is gemiddeld 43 jaar.
- Het aantal behandelcontacten omvat door de bank genomen achttien tot negentien sessies. De behandeling duurt in doorsnee bijna negen maanden.
- Drie op de tien cliënten worden doorverwezen naar een andere instantie.

## 6.6 Hulpvraag: intramurale zorg

### *Alcoholproblematiek als zodanig leidt zelden tot opname in de intramurale verslavingszorg*

- Gezien de vele mensen die kampen met alcoholmisbruik en alcoholisme is het aantal dat daadwerkelijk in verslavingsklinieken wordt opgenomen gering. In 1996 ging het om ongeveer 5600 opnames<sup>27</sup>, in dezelfde orde van grootte als in de vier jaren daarvoor.

### *Geen toename in algemene ziekenhuizen van alcoholproblematiek als hoofddiagnose*

- Het aantal opnames in algemene ziekenhuizen waarbij als hoofddiagnose een aan alcohol gerelateerde aandoening wordt genoteerd, is sinds 1992 licht gestegen (Tabel 6.5). Het gaat bijvoorbeeld om leverziekten, alcoholpsychose, ontsteking van de alvleesklier, bepaalde aandoeningen van hart en vaten.
- Het is waarschijnlijk dat diagnoses worden gemist, omdat in ziekenhuizen lang niet altijd de rol van alcohol als oorzaak van ziekte naar voren komt.

**Tabel 6.5 Aantal opnames in algemene ziekenhuizen voor aan alcohol gerelateerde problematiek, vanaf 1992**

Hoofddiagnose	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Totaal	3735	3650	3793	3531	3681	4011	4067	4139

Diagnoses volgens ICD-9 (291, 303, 305.0, 425.5, 535.3, 571.0-3, 980). De belangrijkste categorieën: leverstoornissen (1176 opnames in 1999) en alcoholisme (1063 opnames). Wij vermelden hier niet nevendiagnoses; die overlappen verwarrend sterk met hoofddiagnoses.

Bron: LMR, Prismant.

<sup>27</sup> ICD-codes: 291, 303.

## 6.7 Gezondheidsrisico's

*Alcohol: tegenover baten staan bij frequent gebruik risico's*

Alcohol brengt plezier maar ook leed.<sup>[59]</sup> Dronkenschap kan uitlopen in geweld en ongelukken (zie ook paragraaf 6.8). Op langere termijn treedt schade op aan het lichaam.

- Licht gebruik van alcohol beschermt tegen voortijdig overlijden. Bij oudere mannen – boven de vijftig jaar – zou dat effect zich voordoen bij acht tot dertien glazen per week, bij vrouwen zou het gaan om drie glazen.<sup>[120]</sup>
- Hogere doses van alcohol tasten het functioneren van onder meer lever, alvleesklier, nieren, hart en immuunsysteem aan. Dat kan de dood tot gevolg hebben.
- Minstens één procent van de sterfte in westerse landen komt direct op rekening van alcohol.<sup>[121]</sup>
- Volgens het CBS gingen in 1998 zeventienhonderd Nederlanders dood aan het gebruik van alcohol. Deze schatting gaat voorbij aan de werkelijkheid, omdat daarin niet zijn begrepen zogenoemde onderdiagnostiek en sterfte aan ongevallen, kanker en diverse andere ziektes.
- Extra gevaar is gelegen in het gelijktijdig gebruik van alcohol en drugs.<sup>[59]</sup>

## 6.8 Maatschappelijke schade; rechtshandhaving

*Alcohol richt nog steeds veel schade aan in het verkeer*

- In 1999 maakte de politie 26 000 processen-verbaal op voor rijden onder invloed. Dat is minder dan in 1998 (30 000 processen-verbaal) en in de jaren daarvoor.
- In 1999 werden 8500 betrapte bestuurders verplicht tot deelname aan een EMA-cursus<sup>28</sup> en 3500 maal werd een medisch onderzoek<sup>29</sup> gevorderd.<sup>[132]</sup>
- Er waren in 1999 92 geregistreerde verkeersdoden bij wie alcoholgebruik in het spel was. Het werkelijke aantal alcoholdoden in het verkeer lag vermoedelijk boven de tweehonderd.<sup>[122]</sup>
- Naar verhouding vallen de meeste slachtoffers van aan alcohol gerelateerde ongevallen onder mannen van 18 tot 25 jaar.<sup>[132]</sup>
  - Deze mannen vormen 4 procent van de Nederlandse bevolking, maar hun aandeel onder betrokkenen bij ongevallen waarbij alcohol in het geding is, is veel groter, namelijk in 1999 23 procent van de slachtoffers.
  - van de verantwoordelijke bestuurders 24 procent.
- De laatste onderzoeken naar de maatschappelijke kosten van alcoholgebruik dateren uit 1996 en 1997.<sup>[127]</sup> Afhankelijk van het perspectief van de opdrachtgever en de kostenposten die worden meegenomen variëren de schattingen van tweeënehalf tot vijf miljard gulden per jaar. Alleen al de kosten van aan alcohol gerelateerde verkeersongevallen zouden jaarlijks twee miljard gulden bedragen.<sup>[126,132]</sup>

---

<sup>28</sup> EMA: Educatieve maatregel alcohol, driedaagse cursus alcohol en verkeer bij een alcoholgehalte (BAG) in het bloed tussen 1,31 en 2,10 promille, of recidive vanaf 0,81 promille.

<sup>29</sup> Bij een BAG boven de 2,10 promille, bij verdachten die in vijf jaar vier keer zijn betrappt, bij verdachten die een ernstig ongeval hebben veroorzaakt, bij weigering mee te werken aan adem- of bloedonderzoek.

## 6.9 Overige ontwikkelingen

De nieuwe Drank- en Horecawet, die vanaf 1 november 2000 van kracht is, bevat bepalingen voor alcoholmatiging en preventie van misbruik<sup>[124]</sup>, zoals:

- Vermelding van de leeftijdsgrenzen bij alle verkooppunten. De minimumleeftijd voor zwak-alcoholhoudende dranken is zestien jaar en voor sterke drank achttien jaar.
- De verstrekker van alcohol moet vragen naar een document waarmee de leeftijd van de jongere kan worden geverifieerd.
- De scheidslijn tussen alcoholhoudende en niet-alcoholhoudende dranken is omlaaggegaan van 1,5 volumeprocent naar 0,5.
- In levensmiddelenzaken mogen alcoholhoudende en alcoholvrije dranken niet door elkaar staan.
- Alcohol mag niet verkocht worden in niet-levensmiddelenzaken en tankshops, met uitzondering van tabaksspeciaalzaken.
- Sport- en andere kantines moeten huisregels opstellen, waarin in elk geval de tijden staan vermeld waarop in de kantine alcohol wordt verstrekt.
- In dat soort kantines mogen vrijwilligers bardiensten draaien zonder toezicht. Zij moeten wel een voorlichtingscursus gevolgd hebben.
- Gemeenten krijgen de mogelijkheid een vergunning in te trekken als de bepalingen van de Drank- en Horecawet niet worden nageleefd.
- Ook mogen gemeenten de verkoop van alcohol in supermarkten en snackbars tijdelijk verbieden (bijvoorbeeld voor en na risicovolle voetbalwedstrijden).

De nieuwe Drank- en Horecawet geeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de bevoegdheid om diverse algemene maatregelen van bestuur vast te stellen:

- Verhoging van de leeftijdsgrens van zestien naar achttien jaar voor personeel in de horeca en slijterijen, als de naleving van de leeftijdsvaststelling van de kopers niet blijkt te functioneren.
- Beperking van reclame als de regering vindt dat de bedrijfstak onvoldoende werk maakt van zelfregulering op dit vlak.
- Een alcoholverbod in voetbalstadions, instellingen van gezondheidszorg, scholen en zwembaden.
- Bepaling van de inhoud van het reglement met huisregels in de niet-commerciële horeca (kantines).
- Aanwijzing van de documenten waarmee de leeftijd kan worden vastgesteld.

De alcoholbranche heeft in juni 2000 de alcoholreclamecode uit 1990 aangescherpt.

## 6.10 Resumé alcohol

### Alcohol: gebruik

Ooitgebruik algemene bevolking van 12 jaar en ouder in 1997	90%
Recent gebruik algemene bevolking van 12 jaar en ouder in 1997	73%
Consumptie per hoofd van de bevolking in 1999 liter	8,2
	pure alcohol
Ooitgebruik schoolgaande jeugd van 12 – 19 jaar in 1999	74%
Recent schoolgaande jeugd van 12 – 19 jaar in 1999	54%

Aantal mensen met alcoholmisbruik of alcoholisme, 1996  
820 000

### Alcohol: hulpverlening

Aantal primaire alcoholcliënten ambulante verslavingszorg in 1999	22 554
• Gemiddelde leeftijd	43 jaar
• Mannen	74%
Aantal opnames in verslavingsklinieken <sup>a</sup> in 1996	5606
Aantal opnames in algemene ziekenhuizen in 1999	4139

a. Met inbegrip van afdelingen van algemene psychiatrische ziekenhuizen.

### Alcohol: de stand van zaken

- Consumptie van alcohol per hoofd van de bevolking is in Nederland vrijwel constant
- Gebruik onder scholieren is stabiel
- Verreweg de meeste probleemdrinkers blijven buiten zicht van de hulpverlening
- Alcohol richt nog steeds veel schade aan in het verkeer

## 7 Tabak

### 7.1 Gebruik onder de algemene bevolking

Om het gebruik van tabak te kunnen vergelijken met dat van andere genotmiddelen zijn gegevens nodig uit monitors die zich richten op een brede selectie van middelen.

Volgens de eerste peiling van de NPO in 1997 had 68 procent van de ondervraagden van twaalf jaar en ouder ooit tabak gebruikt; 34 procent had dat recent nog gedaan.<sup>[1]</sup>

Met de gegevens van de NPO kan men voorlopig geen trends in roken vaststellen. Voor dat laatste gebruiken wij hieronder de cijfers die de Stichting Volksgezondheid en Roken (Stivoro) sinds jaar en dag door het NIPO laat verzamelen.<sup>[128,129]</sup> Het gaat daarbij om respondenten van vijftien jaar en ouder.

Met de term 'roker' in dit hoofdstuk bedoelen wij iemand die daadwerkelijk rookt, een actuele gebruiker van tabak. Dus niet de veel grotere groep van ooitgebruikers. De begrippen 'actueel' en 'recent' gebruik vallen grotendeels samen.

#### *Roken neemt niet af*

- In de jaren zestig en zeventig was roken vrij algemeen. Zo rookte in 1967 78 procent van de mannen en 42 procent van de vrouwen van vijftien jaar en ouder.
  - Daarna volgde een daling, die zich vanaf 1990 niet heeft doorgezet (Tabel 7.1).
  - Intussen is de kloof tussen mannen en vrouwen vrijwel gedicht. In 1999 rookte 37 procent van de mannen van vijftien jaar en ouder, tegen 31 procent van de vrouwen.<sup>30</sup> In totaal betreft het ruim vier miljoen mensen.<sup>[129]</sup>
- Twaalf procent van de bevolking van zestien jaar en ouder rookte in 1999 minstens twintig sigaretten of shagjes per dag.<sup>[128]</sup> Dit aandeel zware rokers is al twintig jaar stabiel.
- Tegenover vermindering van het percentage rokers onder de bevolking stond in de jaren zeventig een toename van verbruik van tabak per roker. Tegenwoordig daalt het hoofdelijk verbruik licht. In 1999 gingen in Nederland dertig miljard sigaretten en shagjes in rook op (Tabel 7.2).
- Shag heeft vergeleken met sigaretten sinds 1990 aan populariteit ingeboet.

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

Jaar	Mannen	Vrouwen	Totaal
1970	75%	42%	59%
1975	66%	40%	53%
1980	52%	34%	43%
1985	43%	34%	39%
1990	39%	31%	35%
1995	39%	31%	35%
1996	39%	32%	35%

<sup>30</sup> Toch verschillen mannen en vrouwen enigszins in rookgedrag. Vrouwen roken per dag minder dan mannen. Zij geven minder voorkeur aan shag en meer aan lichte filtersigaretten.(Stivoro, 1999)

1997	37%	30%	33%
1998	37%	30%	34%
1999	37%	31%	34%

Percentage rokers.

Bron: Stivoro.<sup>[128]</sup>

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

Jaar	Sigaretten (miljard)	Shagjes (miljard)	Totaal (miljard)
1967	16,6	9,1	25,7
1970	18,7	9,9	28,6
1975	23,9	13,1	37,0
1980	23,0	13,9	36,9
1985	16,3	17,8	34,1
1990	17,3	16,6	33,4
1995	17,2	14,4	31,6
1999	16,5	13,8	30,4

Bron: Stivoro.<sup>[128]</sup>

#### *Sociaal-economische status heeft invloed op roken*

- Hoe lager de opleiding, hoe meer rokers.<sup>[136]</sup> Onder mensen met basisschool als hoogste opleiding is het percentage rokers 43, onder personen met HBO- of universitaire scholing 31.
- Eenoudergezinnen tellen naar verhouding meer rokers dan andere huishoudens.<sup>[136]</sup>
- Het aandeel rokers is in zeer sterk verstedelijkte gebieden groter dan daarbuiten.<sup>[136]</sup>

## 7.2 Gebruik onder jongeren

#### *Met roken wordt al vroeg begonnen*

- Van de leerlingen van de twee hoogste groepen van de basisschool heeft 16 procent ooit gerookt.<sup>[9]</sup> Het peiljaar was 1999.
- Voor leerlingen van ‘reguliere’ middelbare scholen is het percentage ooitgebruikers 55. Een kwart van de jongeren op deze scholen rookt nog steeds:
  - 13 procent af en toe
  - 14 procent elke dag, waarvan eenderde meer dan tien sigaretten.
- Roken onder scholieren neemt toe met de leeftijd. Van de twaalf- en dertienjarige leerlingen van middelbare scholieren hadden vier op de tien in 1999 ervaring met tabak tegen bijvoorbeeld zes op de tien van de veertien- en vijftienjarigen.
- Het percentage leerlingen van middelbare scholen dat enerzijds ooit en anderzijds pas nog (recent) gerookt heeft is sinds 1992 niet gegroeid. Dat geldt ook voor het aandeel rokers van meer dan tien sigaretten per dag.

## 7.3 Problematisch gebruik

*De grote omvang van problematisch gebruik van tabak blijkt uit de vele pogingen om te stoppen met roken*

- Tabak wordt geconsumeerd vanwege de nicotine die erin zit. Nicotine werkt sterk verslavend. Daardoor leidt gebruik al gauw tot problematisch gebruik met inbegrip van verslaving. De beste indicator voor problematisch gebruik is dat mensen met roken willen stoppen. In 1998 zei 18 procent van de rokers in Nederland binnen een jaar te willen stoppen. Nog eens 14 procent wilde dat doen binnen vijf jaar.<sup>[137]</sup>
- In wetenschappelijke kring krijgt de term nicotineafhankelijkheid soms de voorkeur boven 'tabaksverslaving'. Die afhankelijkheid kan men meten met de Fagerström Test for Nicotine Dependence, een schaal die loopt van 0 naar 10 (zeer verslaafd).
  - De uitkomst voor Nederlandse rokers op deze schaal is gemiddeld 3,0. Ter vergelijking: voor Amerikaanse rokers is dat 4,3.<sup>[130]</sup>
  - Mannen scoren in doorsnee hoger dan vrouwen.
  - Rokers die hulp zoeken om van de gewoonte af te komen scoren gemiddeld hoger dan andere rokers.

#### **7.4 Gebruik: internationale vergelijking**

*Nederland staat in de Europese Unie op de derde plaats wat percentage rokers betreft*

- Het aandeel rokers in de bevolking varieert sterk tussen de lidstaten, al kunnen bij de vergelijkbaarheid van de cijfers vraagtekens worden geplaatst. Portugal staat onderaan, Denemarken bovenaan en Nederland op plaats drie (Tabel 7.3).
- Het aantal vrouwen dat rookt in Nederland is relatief groot. Op de wereldranglijst van percentage rokers per land stonden de Nederlandse vrouwen in 1994 op de zevende en de Nederlandse mannen op de 63<sup>e</sup> plek.<sup>[138]</sup>
- Er is een trend in de Europese Unie dat beginnend roken onder jongeren toeneemt.<sup>[139]</sup> Dat verschijnsel doet zich vooral onder meisjes voor, met name in landen waar meisjes in roken nog 'achterlopen' bij jongens.<sup>31</sup>
- Het Espad-project<sup>32</sup> maakt vergelijking mogelijk van het rookgedrag van vijftien- en zestienjarige scholieren in Europa. Volgens de laatste gegevens, uit 1995, tellen de Faeröer Eilanden met 42 procent de meeste rokers in deze groep. Nederland staat nummer vijf, met 36 procent.<sup>[131]</sup>

**Tabel 7.3 Daadwerkelijke rokers van 15 jaar en ouder in de lidstaten van de Europese Unie**

Denemarken	39%
Griekenland	37%
Nederland	36%
Frankrijk	34%
Spanje	34%
Luxemburg	33%
Oostenrijk	33%
België	30%
Ierland	29%

<sup>31</sup> De zuidelijke landen, Luxemburg en Oostenrijk.

<sup>32</sup> European School Survey on Alcohol and other Drug problems.

Groot-Brittannië	27%
Italië	26%
Duitsland	23%
Zweden	23%
Finland	22%
Portugal	17%

Percentage regelmatige rokers. Peiljaren: 1994 – 1998. Wisselende vormen van peiling, wat de vergelijkbaarheid bemoeilijkt.

Bronnen: www.who.int/whosis; Joossens 1999.<sup>[139]</sup>

## 7.5 Hulpvraag

### *Pogingen om met roken te stoppen falen meestal*

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

- Driekwart van de rokers die willen stoppen doen dat zonder enig hulpmiddel. De rest volgt cursussen, vraagt de huisarts om advies, gebruikt nicotinevervangers (pleisters, kauwgom, zuigtabletten), ondergaat acupunctuur of hypnose, enzovoort.
- In 1998 deden 952 mensen mee aan cursussen georganiseerd door GGD'en of organisaties voor thuiszorg.<sup>[140]</sup>
- Stivoro geeft mensen die met roken willen stoppen desgevraagd een advies op maat. In 1999 ontving deze stichting tienduizend 'hulpvragen'. Bij de overgang naar het jaar 2000 voerde Stivoro een publieksactie, die leidde tot 19 000 verzoeken om advies.
- Als deel van de actie probeerden 800 000 rokers rond 1 januari 2000 het roken eraan te geven. Zes op de tien hielden dat minstens een week vol. Het effect op langere termijn valt nog te bezien. Gewoonlijk houdt niet veel meer dan 10 procent van de stoppers hun poging een jaar lang vol.<sup>33 [141]</sup>

Van andere orde is het beroep op de gezondheidszorg vanwege de aandoeningen die roken veroorzaakt of verergert. Het aantal ziekenhuisopnames dat in verband kan worden gebracht met roken bedraagt jaarlijks bijna 100 000.<sup>[135]</sup>

## 7.6 Gezondheidsrisico's

*Roken bekort de levensverwachting aanzienlijk. Daar komt voorlopig geen verbetering in.*

- Roken is in Nederland de belangrijkste oorzaak van voortijdige sterfte. Op rekening van roken komt 16 procent van het aantal verloren levensjaren.<sup>[144]</sup>
- In 1998 overleden in Nederland ruim 24 000 mensen direct aan de gevolgen van roken (Tabel 7.5). Dit is een onderschatting, omdat van de kankers alleen longkanker is meegerekend. Ook het effect van passief roken is niet verdisconteerd.

<sup>33</sup> Sommige methoden om te stoppen met roken werken echter iets beter. De NDM rapporteert daarover in de loop van 2001. Wij gaan dan ook in op de doeltreffendheid van nicotinevervanging, een groep methoden die sterk in opkomst is.



- Het teruglopen van roken onder mannen van 1960 tot 1990 heeft ervoor gezorgd dat de sterfte aan longkanker bij mannen daalt. Bij vrouwen, die juist meer zijn gaan roken, is de trend andersom (Tabel 7.6).
  - De stijgende lijn van sterfte aan longkanker bij vrouwen zal zich nog enige tientallen jaren doorzetten.<sup>[142]</sup>
  - Het resultaat van de tegengestelde bewegingen bij mannen en vrouwen is een al jarenlang stabiel grote sterfte aan longkanker.

*De risico's doen zich voor van jong tot oud en uiteten zich in een breed spectrum aan ziekten*

- De schadelijkheid van tabak wordt vooral bepaald door koolmonoxide en teer in de rook. Koolmonoxide vergroot de kans op het krijgen van hart- en vaatziekten. Teer draagt bij aan het ontstaan van kanker (waaronder van mond- en keelholte, long, borst, slokdarm, blaas en alvleesklier) en luchtwegaandoeningen.
- Sommige van deze risico's gelden niet alleen de roker zelf, maar ook degenen in de omgeving die de rook inademen (passief roken):
  - Longkanker.<sup>[143]</sup>
  - Borstkanker bij vrouwen.<sup>[133]</sup>
  - Bij kinderen onder de vijftien jaar komt 8 tot 13 procent van de astma-aanvallen op conto van passief roken.<sup>[142]</sup>
  - Van de luchtweginfecties bij kinderen onder de vijf jaar hangt 12 tot 20 samen met passief roken.
- Enkele andere gezondheidsrisico's van roken:
  - Verlaagd lichaamsgewicht voor baby's van rokende moeders. Misschien is er ook een verband tussen roken van de moeder en excessief huilen van de baby.<sup>[145]</sup>
  - Achteruitgang van het gezichtsvermogen (degeneratie van de gele vlek) op latere leeftijd.<sup>[134]</sup>
  - Paradontitis.<sup>[129]</sup>

**Tabel 7.5 Sterfgevallen wegens roken onder mensen van 20 jaar en ouder. Peiljaar 1998**

Aandoening	Mannen	Vrouwen	Totaal
Longkanker	6823	1403	8226
CARA	3228	1543	4771
Coronaire hartziekten	3890	2125	6015
Beroerte (CVA)	2142	2935	5077
Totaal	16 083	8006	24 089

Bron: Stivoro.<sup>[128]</sup>

**Tabel 7.6 Sterfte aan longkanker als primaire doodsoorzaak onder mensen van 15 jaar en ouder, vanaf 1985**

Sterfgevallen per 100 000 inwoners

Jaar	Mannen	Vrouwen	Totaal
1985	127	16	71
1986	130	17	72
1987	127	17	71
1988	128	19	72
1989	123	20	70
1990	117	20	67
1991	118	20	68
1992	117	22	69
1993	115	24	69
1994	113	26	68
1995	112	27	69
1996	109	28	68
1997	108	29	68
1998	106	30	68

ICD-9 code 162, ICD-10 code vanaf 1996 C33-34.

Bron: CBS-statistiek overledenen naar doodsoorzaak.

## 7.7 Maatschappelijke schade

*De kosten van de gezondheidszorg gaan waarschijnlijk stijgen*

Bij het taxeren van de schade die roken de maatschappij berokkent spelen uiteenlopende overwegingen een rol:

- Iemand die bijvoorbeeld aan longkanker komt te overlijden op de leeftijd van 45 jaar jaagt de gezondheidszorg enerzijds op kosten, vooral in het laatste levensjaar, maar bespaart anderzijds kosten doordat er dertig jaar minder medische hulp hoeft te worden geboden. Volgens bepaalde berekeningen wegen de besparingen op tegen de

kosten. Of dat nog lang zo blijft is de vraag. Er wordt op verschillende plekken in de wereld, waaronder Nederland, gewerkt aan het opzetten van medisch bevolkingsonderzoek ('screening') voor het opsporen van kleine afwijkingen in de longen van rokers zodat in een vroeg stadium kan worden geopereerd. Dit soort ontwikkelingen zullen ongetwijfeld kostbaar zijn.

- Een tweede kostenpost is ziekteverzuim van rokers en ander productieverlies door arbeidsongeschiktheid of voortijdig overlijden.<sup>[135]</sup> Daar staan dan bij overlijden weer tegenover een minder groot beroep op sociale voorzieningen en besparingen op het betalen van aanvullende pensioenen, maar vermoedelijk is dat niet toereikend om de kosten te compenseren.
- Roken kan leiden tot tal van andere schadeposten, zoals:
  - Brandschade. Ruim 3 procent van de binnenbranden ontstaat door roken.
  - Vervuiling (peuken, as).

## 7.8 Overige ontwikkelingen

- De tabaksaccijns is drie jaar achtereenvolgens verhoogd met 15 cent per pakje. De opbrengst in 1999 was 3,5 miljard gulden.
- De minister van VWS wil dat het percentage rokers daalt, en wel naar 28 procent in 2004.<sup>[146]</sup> Vergelijk: 34 procent in 1999.
- De minister heeft een wijziging van de Tabakswet aan de Tweede Kamer voorgelegd. Daarin stelt zij onder meer voor:
  - een leeftijdsgrens van achttien jaar voor het kopen van tabak
  - beperking van reclame
  - een verbod op sigarettenautomaten op plaatsen waar jongeren komen
  - een rookverbod voor alle werkplekken waar twee of meer mensen samen zijn.

## 7.9 Resumé tabak

Tabak: gebruik

Ooitgebruik algemene bevolking van 12 jaar en ouder in 1997	68%
Recent gebruik algemene bevolking van 12 jaar en ouder in 1997	34%
Aantal rokers	4,4 miljoen
Verbruik per hoofd van de bevolking in 1999	1000
	sigaretten, 850 shagjes
Ooitgebruik schoolgaande jeugd van 12 – 19 jaar in 1999	55%
Recent gebruik schoolgaande jeugd van 12 – 19 jaar in 1999	27%

Tabak: hulpverlening

Aantal opnames in algemene ziekenhuizen per jaar	100 000
--	---------

Tabak: de laatste trends

- Aantal rokers neemt niet verder af
- Shag boet in aan populariteit vergeleken met sigaretten
- Belangstelling onder rokers om te stoppen lijkt te groeien. Er is veel interesse voor nicotinevervangers
- Sterfte aan longkanker daalt nog steeds bij mannen maar zal nog jarenlang stijgen bij vrouwen
- Programma's voor medisch bevolkingsonderzoek ('screening') op longkanker zijn in aantocht

## REFERENTIES

- 1 Abraham, M.D., Cohen, P.D.A., Til, R.J. van, Winter, M.A.L. de (1999). *Licit and illicit drug use in the Netherlands, 1997*. Amsterdam: CEDRO, Universiteit van Amsterdam.
- 2 Abraham, M.D. (1999). *Illicit drug use, urbanization, and lifestyle in the Netherlands*. Amsterdam: CEDRO, Universiteit van Amsterdam.
- 3 Verdurmen, J.E.E., Toet, J., Spruit, I.P. (2000). *Alcohol- en druggebruik in de gemeente Utrecht; Monitor alcohol en drugs in Nederlandse gemeenten (MAD, nr. 8)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 4 Lammers, J., Neve, R.J.M., Knibbe, R.A. (2000). *Bevolkingsonderzoek alcohol- en druggebruik Parkstad Limburg; Monitor alcohol en drugs in Nederlandse gemeenten (MAD, nr. 9)*. Heerlen/Maastricht: GGD Oostelijk Zuid-Limburg/Universiteit Maastricht/IVO-UM.
- 5 Poel, A. van der, Mheen, D. van de (1999). *Softdrugs in Midden-Holland; Een onderzoek naar de omvang en achtergronden van softdrugsgebruik*. Rotterdam/Gouda: IVO/GGD Midden-Holland.
- 6 Cohen, P., Sas, A. (1998). *Cannabis use in Amsterdam*. Amsterdam: CEDRO, Universiteit van Amsterdam.
- 7 Kuilman, M., Dijk, A. van (2000). *Alcohol- en druggebruik in de Gemeente Rotterdam; Een verslag van het bevolkingsonderzoek in het kader van de Regio- en StedenMonitor Alcohol en Drugs (MAD, nr. 13)*. Rotterdam: GGD Rotterdam en omstreken.
- 8 Sandwijk, J.P., Cohen, P.D.A., Musterd, S., Langemeijer, M.P.S. (1995). *Licit and illicit drug use in Amsterdam II; Report of a household survey in 1994 on the prevalence of drug use among the population of 12 years and over*. Amsterdam: CEDRO, Instituut voor Sociale Geografie, Universiteit van Amsterdam.
- 9 Zwart, W.M. de, Monshouwer, K., Smit, F. (2000). *Jeugd en riskant gedrag. Kerngegevens 1999. Roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 10 Stam, H., Mensink, C., Zwart, W.M. de (1998). *Jeugd en riskant gedrag 1997. Roken, drinken en gokken in het voortgezet speciaal onderwijs en spijbelopvangprojecten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 11 Konijn, C. (1999). Blowende jongeren: een toenemend probleem voor groepsopvoeders. *Tijdschrift voor Sociaal Pedagogische Hulpverlening*, 28: 32-38.
- 12 Korf, D.J., Diemel, S., Riper, H., Nabben, T. (1999b). *Het volgende station; Zwerfjongeren in Nederland*. Amsterdam: Thela Thesis.

- 13 Kuipers, S.B.M., Stam, H., Zwart, W.M. de (1997). *Jeugd en riskant gedrag 1996*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 14 Jong, W. de, Bouchier, T. (1999). *Genotmiddelengebruik en -preventie onder hangjongeren in Spijkenisse: verslag van een 'Rapid Assessment and Response' onderzoek*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 15 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 (IVO reeks; 21)*. Rotterdam: Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving (IVO), Erasmus Universiteit Rotterdam.
- 16 SAMHSA (2000). *Summary of Findings from the 1999 National Household Survey on Drug Abuse*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- 17 Australian Institute of Health and Welfare (1999). *1998 National Drug Strategy Household Survey; First results; AIHW cat. no. PHE 15 (Drug Statistics Series)*. Canberra: AIHW.
- 18 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2000a). *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union*. Lissabon: EMCDDA.
- 19 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2000b). *Complementary statistical tables to the Annual Report on the state of the drugs problem in the European Union* [Online]. Available: [http://www.emcdda.org/publications\\_annrepstat\\_00.smhtml](http://www.emcdda.org/publications_annrepstat_00.smhtml) [2000, October 11].
- 20 Plant, M., Miller, P. (2000). Drug use has declined among teenagers in the United Kingdom (Letters). *British Medical Journal*, 320: 1536.
- 21 NIDA (2000a). *Monitoring the Future; National Survey Results on Drug Use, 1975-1999; Volume I: Secondary School Students*. Bethesda, Maryland: National Institute on Drug Abuse.
- 22 Bijl, R.V., Ravelli, A. (1998). Psychiatrische morbiditeit, zorggebruik en zorgbehoefte. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (Nemesis). *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 76: 446-457.
- 23 Bijl, R.V., Ravelli, A., Zessen, G. van (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: Results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33 (12): 587-595.
- 24 OFDT (2000). *Consommations de substances psychoactives chez les 14-18 ans scolarisés: premiers résultats de l'enquête ESPAD 1999 évolution 1993-1999 (Tendances No 6)*. Parijs: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.

- 25 Cruts, A.A.N., Ouwehand, A.W., Hoekstra, M.J. (1998). *Echt nieuw of draaideurcliënt in de Nederlandse verslavingszorg?* Houten: IVV/GGZ Nederland.
- 26 Wohlfarth, T., Koeter, M.W.J., Palenéwen, G.R. (1997). A new generation of drug addicts? *Jellinek Quarterly*, 4 (1/2): 5-6.
- 27 Community Epidemiology Work Group (CEWG) (2000). *Epidemiologic trends in drug abuse; Volume I: Highlights and executive summary*. Bethesda: NIDA.
- 28 Brussel, G.H.A. van, Buster, M.C.A. (1999). *Zorg voor de toekomst. Opiaatverslaafden in Amsterdam. Trends en cijfers '96 '97 '98*. Amsterdam: GG&GD Amsterdam.
- 29 Hall, W., Babor, Th.F. (2000). Cannabis use and public health: assessing the burden (Editorial). *Addiction*, 95, 4: 485-490.
- 30 Joy, J.E., Watson, S.J., Benson, J.A. (Eds.). (1999). *Marijuana and medicine: Assessing the science base*. Washington DC: Institute of Medicine/National Academy Press.
- 31 Gable, R.S. (1993). Toward a comparative overview of dependence potential and acute toxicity of psychoactive substances used nonmedically. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 19 (3): 263-281.
- 32 Tashkin, D.P. (1999). Cannabis Effects on the Respiratory System. In: Kalant, H., Corrigall, W.A., Hall, W., Smart, R.G. (Eds.). *The Health Effects of Cannabis*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health: 313-345.
- 33 House of Lords Select Committee on Science and Technology (1998). *Ninth Report; Cannabis: The Scientific and Medical Evidence* [Online]. Available: <http://www.parliament.the-station...8/ldselect/ldsctech/151/15102.htm> [1998, November 13].
- 34 Anthony, J.C., Warner, L.A., Kessler, R.C. (1994). Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: basic findings from the National Comorbidity Survey. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 2: 244-268.
- 35 Fried, P.A., Watkinson, B., Gray, B. (1998). Differential effects on cognitive functioning in 9- to 12-years olds prenatally exposed to cigarettes and marihuana. *Neurotoxicology and Teratology*, 20: 293-306.
- 36 Hutchings, D.E., Fried, P.A. (1999). Cannabis During Pregnancy: Neurobehavioral Effects in Animals and Humans. In: Kalant, H., Corrigall, W.A., Hall, W., Smart, R.G. (Eds.). *The Health Effects of Cannabis*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health: 403-425.
- 37 Niesink, R.J.M. (2000). *THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 38 Snippe, J., Bieleman, B. (1998). *Resultaten Metingen Drugsoverlast 1996, 1997 en 1998*. Groningen/Rotterdam: Stichting Intraval.

- 39 Bieleman, B., Snippe, J. (1999) *Gedogen gewogen. Evaluatie van het Amsterdamse coffeeshopbeleid*. Groningen: Stichting IntraVal.
- 40 Bieleman, B., Goeree, P. (2000). *Coffeeshops geteld; Aantallen verkooppunten van cannabis in Nederland*. Groningen: Stichting IntraVal.
- 41 Regiegroep Verslavingsproblematiek (2000). *Vierde voortgangsrapportage aanpak Drugproblematiek in Den Haag; Deel 1*. Den Haag: Gemeente Den Haag.
- 42 Broek, H. van den, Klerks, P., Otter, P. den, Zandhuis, E., Werf, J. van der (2000). *ADAM in Holland? Verslag van de Pilot Monitoring van drugsgebruik onder arrestanten bij Politie Haaglanden*. Den Haag: Eysink Smeets & Etman.
- 43 Watson, S.J., Benson, J.A. Jr, Joy, J.E. (2000). Marijuana and medicine: assessing the science base: a summary of the 1999 Institute of Medicine report. *Archives of General Psychiatry*, 57 (6): 547-552.
- 44 Working Party on the Use of Cannabis for Medical Purposes (2000). *Report of the Working Party on the Use of Cannabis for Medical Purposes; Volume I; Executive Summary*. Sydney, New South Wales: Working Party on the Use of Cannabis for Medical Purposes.
- 45 Korf, D.J., Nabben, T., Lettink, D., Bouma, H. (1999a). *Antenne 1998. Trends in alcohol, tabak, drugs en gokken bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Jellinek.
- 46 Mheen, D. van de (Red.). (2000). *De Rotterdamse Drugsscene onder de loep; Resultaten van 5 jaar Drug Monitoring Systeem in Rotterdam; Monitor alcohol en drugs in Nederlandse gemeenten (MAD, nr. 5)*. Rotterdam: IVO.
- 47 Graaf, I. de, Wildschut, J., Mheen, D. van de (2000). *Utrechtse druggebruikers: Een jachtig bestaan; Monitor alcohol en drugs in Nederlandse gemeenten (MAD, nr. 6)*. Utrecht: IVO.
- 48 Coumans, A.M., Neve, R.J.M., Mheen, H. van de (2000). *Het proces van marginalisering en verharding in de drugscene van Parkstad Limburg; Monitor alcohol en drugs in Nederlandse gemeenten (MAD, nr. 7)*. Rotterdam: IVO.
- 49 Meerten, R. van, Bie, E. de (1996). *Gecracked door de coke*. Groningen/Utrecht: Stichting INTRAVAL/NeVIV.
- 50 Nabben, T., Korf, D.J. (1999). Cocaine and Crack in Amsterdam: Diverging Subcultures. *Journal of Drug Issues*, 29 (3): 627-652.
- 51 Ouwehand, A.W., Alem, V.C.M. van, Vetten, L.J. de, Boonzajer Flaes, S. (2000). *Kerncijfers Verslavingszorg 1999; Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem*. Houten: Stichting IVV.
- 52 Gold, M.S. (1997). Cocaine (and Crack): Clinical Aspects. In: Lowinson, J.H., Ruiz, P., Millman, R.B., et al. (Eds.). (1997). *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*. Baltimore: Williams and Wilkins: 182-195.



- 53 Gold, M.S., Miller, N.S. (1997). Cocaine (and Crack): Neurobiology. In: Lowinson, J.H., Ruiz, P., Millman, R.B., et al. (Eds.). (1997). *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*. Baltimore: Williams and Wilkins: 166-181.
- 54 NIDA (2000b). *National Institute on Drug Abuse Research Report Series; Cocaine Abuse and Addiction* [Online]. Available: <http://www.drugabuse.gov/ResearchReports/Cocaine/cocaine2.html> [1999, May 12].
- 55 NIDA (2000c). Cocaine Abuse May Lead To Strokes and Mental Deficits. *NIDA NOTES*, 13, 3 [Online]. Available: [http://www.drugabuse.gov/NIDA\\_Notes/NNVol13N3/Cocaine.html](http://www.drugabuse.gov/NIDA_Notes/NNVol13N3/Cocaine.html) [2000, July 25].
- 56 Strickland, T.L., Mena, I., Villanueva-Meyer, J. (1993). Cerebral perfusion and neuropsychological consequences of chronic cocaine use. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 5: 419-427.
- 57 Koren, G., Nulman, I., Rovet, J., Greenbaum, R., Loebstein, M., Einarson, T. (1998). Long-term neurodevelopmental risks in children exposed in utero to cocaine; The Toronto Adoption Study. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 846: 306-313.
- 58 Nulman, I., Rovet, J., Altmann, D., Bradley, C., Einarson, T., Koren, G. (1994). Neurodevelopment of adopted children exposed in utero to cocaine. *Canadian Medical Association Journal*, 151 (11): 1591-1597.
- 59 Leccese, A.P., Pennings, E.J.M., Wolff, F.A. de (2000). *Combined use of alcohol and psychotropic drugs. A review of the literature*. Leiden: Academisch Ziekenhuis Leiden (AZL).
- 60 NDM (2000). Onderhoudsbehandeling met methadon bij verslaving aan heroïne. *NDM Signalement*, 2/3: 1-2.
- 61 Bieleman, B., Snippe, J., Bie, E. de (1995). *Drugs binnen de grenzen*. Groningen/Rotterdam: Stichting Intraval.
- 62 Toet, J. (1999). Country Report: The Netherlands. In: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). *Study to obtain comparable national estimates of problem drug use prevalence for all EU Member States*. Lisbon: EMCDDA.
- 63 GG&GD Amsterdam (2000). *Schriftelijke medeling door M. Buster*. Amsterdam: GG&GD Amsterdam.
- 64 Smit, H.A., Hoeymans, N., Bueno de Mesquita, H.B., Kromhout, D. (1993). Roken. In: Ruwaard, D., Kramers, P.G.N. (Red.). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning; De gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2000*. Den Haag: SDU/RIVM.

- 65 MORE Onderzoekscommissie (1997). *Eindrapportage: Haagse harddruggebruikers en het bereik van politie en verslavingszorg*. Den Haag: Gemeente Den Haag.
- 66 Ameijden, E.J.C. van, Coutinho, R.A. (in press). Large decline in injecting drug use in Amsterdam, 1986-1998: Explanatory mechanisms and determinants of injecting transitions. *Journal of Epidemiology and Community Health*.
- 67 Ameijden, E.J.C. van, Coutinho, R.A. (1998). Maximum impact of HIV prevention measures targeted at injecting drug users. *AIDS*, 12 (6): 625-633.
- 68 Prins, M. (2000). *HIV Disease Progression in Injecting Drug Users; Epidemiological Studies. (Dissertation.)* Amsterdam: University of Amsterdam.
- 69 Berns, M.P.H., Rozendaal, C.M. van, Toet, J., Snijders, B.M., Houweling, H. (1998). *Surveillance van HIV-infectie onder injecterende druggebruikers in Nederland: meting Rotterdam 1997*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
- 70 Berns, M.P.H., Snijders, B.M., Rozendaal, C.M. van, Have, J. van der, Houweling, H., Laar, M.J.W. van de. (1999). *Surveillance van HIV-infectie onder injecterende druggebruikers in Nederland: meting Groningen 1997/1998*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
- 71 Berns, M.P.H., Snijders, B.M., Rozendaal, C.M. van, Hoek, A.F.M. van, Laar, M.J.W. van de (2000). *Surveillance van HIV-infectie onder injecterende druggebruikers in Nederland: meting Eindhoven/Helmond/'s-Hertogenbosch 1999*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
- 72 Berns, M.P.H., Snijders, B.M., Rozendaal, C.M. van, Schat, Y., Houweling, H., Laar, M.J.W. van de (1999). *Surveillance van HIV-infectie onder injecterende druggebruikers in Nederland: meting Arnhem 1997*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
- 73 Beuker, R.J., Berns, M.P.H., Rozendaal, C.M. van, Snijders, B.M., Ameijden, E.J.C. van, Houweling, H., Laar, M.J.W. van de (1999). *Surveillance van HIV-infectie onder injecterende druggebruikers in Nederland: meting Amsterdam 1998*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
- 74 Carsauw, H.H.C., Rozendaal, C.M. van, Scheepens, J.M.F.A., Hoebe, C.J.P.A., Meulders, W.A.J., Jansen, M., Dorigo-Zetsma, J.W., Houweling, H. (1997). *Infecties met HIV, HBV en HCV onder injecterende druggebruikers in Heerlen/Maastricht*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
- 75 Wiessing, L.G., Houweling, H., Spruit, I.P., Korf, D.J., Duynhoven, Y.T.H.P. van, Fennema, J.S.A., Borgdorff, M.W. (1996). HIV among drug users in regional towns near the initial focus of the Dutch epidemic. *AIDS*, 10 (12): 1448-1449.
- 76 Widdowson, M.A. (2000). Ziekte en Sterfte onder injecterende druggebruikers in het Verenigd Koninkrijk en Ierland. *Infectieziekten Bulletin*, 11 (8): 144.

- 77 Schrijvers, C.T.M., Abbenhuis, G.M., Goor L.A.M. van de, Garretsen, H.F.L. (1997). *De prevalentie van complexe verslavingsproblematiek; Resultaten van een onderzoek bij druggebruikers in Rotterdam en Groningen*. Rotterdam: Instituut voor Verslavingsonderzoek (IVO).
- 78 Eland-Goossensen, M.A. (1997). *Opiate addicts in and outside of treatment: different populations? (Dissertation.)* Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- 79 Buster, M.C.A., Reurs, H. (1999). *Methadonverstrekking in Amsterdam 1998*. Amsterdam: GG&GD Amsterdam.
- 80 European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (2000). *HIV/AIDS Surveillance in Europe; End-year report 1999*, no. 62 [Online]. Available: [http://www.ceses.org/AidsSurv/quarter\\_rep.htm](http://www.ceses.org/AidsSurv/quarter_rep.htm) [2000, December 19].
- 81 WHO (1998). *Opioid Overdose; Trends, Risk Factors, Interventions and Priorities for Action*. Geneva: World Health Organization.
- 82 Laar, M.W. van, Cruts, G. (in press, 2000). *Drug-related deaths in the Netherlands. (Chapter in ECCAS monograph.)* London: ECCAS.
- 83 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2000c). *Co-ordination of the implementation of the EMCDDA standard guidelines on the drug-related deaths in the EU Member States, and the collection and analysis of information on drug-related deaths. (Project CT.99.RTX.04, final draft version.)* Lissabon: EMCDDA.
- 84 Haastrecht, H.J.A. van, Ameijden, E.J.C. van, Hoek, J.A. van den, Mientjes, G.H., Bax, J.S., Coutinho, R.A. (1996). Predictors of mortality in the Amsterdam cohort of human immunodeficiency virus (HIV)-positive and HIV-negative drug users. *American Journal of Epidemiology*, 15, 143 (4): 380-391.
- 85 Bröer, C., Noyon, R. (1999). *Over last en beleid; Evaluatie Nota Overlast en vijf jaar SVO-beleid tegen overlast van harddruggebruikers*. Amsterdam: Regioplan Stad en Land.
- 86 Korf, D.J., Leuw, E. (1992). Druggebruik, drugverslaving en criminaliteit. In: Buisman, W.R., Stel, J.C. van der (Red.). *Drugpreventie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- 87 Korf, D.J. (1993). Jatten alle junkies? In: Lissenberg, E., Frank, H., Komter, M.L., Korf, D.J. (Red.). *Bundel Criminologie 1992/93*. Amsterdam: Criminologisch Instituut Bonger, Universiteit van Amsterdam.
- 88 Meijer, R.F., Berghuis, A.C., Swierstra, K.E., e.a. (1995). *Drugs, delicten en handhavingskosten*. Den Haag: Ministerie van Justitie/CDWO, 1995.
- 89 Koeter, M.W.J., Lührman, G.C. (1998). *Verslavingsproblematiek bij justitiabele verslaafden*. Amsterdam: AIAR.

- 90 Schoemaker, C., Zessen, G. van (1997). *Psychische stoornissen bij gedetineerden: Een verkennend onderzoek in Penitentiair Centrum Scheveningen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 91 CBS (1999c). *Jeugd, cijfers en feiten 1999*. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- 92 Wijngaart, G. van de, Braam, R., Bruin, D. de, Fris, M., Maalsté, N., Verbraeck, H. (1997). *Ecstasy in het uitgaanscircuit; Sociaal-epidemiologisch onderzoek naar de aard, omvang en risico's van het gebruik van XTC en andere uitgaansdrugs op houseparty's*. Utrecht: Centrum voor Verslavingsonderzoek (CVO).
- 93 Korf, D.J, Nabben, T., Diemel, S., Bouma, H. (2000). *Trends in alcohol, tabak, drugs en gokken bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Thela Thesis.
- 94 Bruin, D. de, Maalsté, N., Wijngaart, G.F. van de (1999). *Goed fout gaan; Eerste hulp op grote dansevenementen*. Utrecht: Centrum voor Verslavingsonderzoek (CVO).
- 95 Pennings, E.J., Konijn, K.Z., Wolff, F.A. de (1998). Klinische en toxicologische aspecten van ecstasygebruik. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 142 (35): 1942-1946.
- 96 Brody, S., Krause, C., Veit, R., Rau, H. (1998). Cardiovascular autonomic dysregulation in users of MDMA ("Ecstasy"). *Psychopharmacology (Berl)*, 136 (4): 390-393.
- 97 Reneman, L., Habraken, J.B., Majoie, C.B., Booij, J., Heeten, G.J. den (2000b). MDMA ("Ecstasy") and its association with cerebrovascular accidents: preliminary findings. *American Journal of Neuroradiology*, 21 (6):1001-1007.
- 98 Walubo, A., Seger, D. (1999). Fatal multi-organ failure after suicidal overdose with MDMA, 'ecstasy': case report and review of the literature. *Human and Experimental Toxicology*, 18 (2):119-125.
- 99 McElhatton, P.R., Bateman, D.N., Evans, C., Pughe, K.R., Thomas, S.H. (1999). Congenital anomalies after prenatal ecstasy exposure. *Lancet*, 354 (9188): 1441-1442.
- 100 Lusthof, K.J., Ruiter, B., Smink, B.E. (1998). *Amphetamine- and phenylpropanolamine-derivative related deaths in the Netherlands from 1994 to 1997: Toxicology and pathology*. Rijswijk: Ministerie van Justitie.
- 101 Hegadoren, K.M., Baker, G.B., Bourin, M. (1999). 3,4-Methylenedioxy analogues of amphetamine: defining the risks to humans. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 23: 539-553.
- 102 Boot, B.P., McGregor, I.S., Hall, W. (2000). MDMA (Ecstasy) neurotoxicity: assessing and communicating the risks. *Lancet*, 355 (9217):1818-1821.
- 103 Vollenweider, F.X., Gamma, A., Liechti, M., Huber, T. (1999). Is a single dose of MDMA harmless? *Neuropsychopharmacology*, 21 (4): 598-600.

- 104 Curran, H.V. (2000). Is MDMA ('Ecstasy') neurotoxic in humans? An overview of evidence and of methodological problems in research. *Neuropsychobiology*, 42 (1): 34-41.
- 105 Morgan, M.J. (1998). Recreational use of "ecstasy" (MDMA) is associated with elevated impulsivity. *Neuropsychopharmacology*, 19 (4): 252-264.
- 106 Parrott, A.C., Lees, A., Garnham, N.J., Jones, M., Wesnes, K. (1998). Cognitive performance in recreational users of MDMA of 'ecstasy': evidence for memory deficits. *Journal of Psychopharmacology*, 12 (1): 79-83.
- 107 Spaans, E., Beltman, W., Joore, J.C.A., Mensinga, Tj.T., Vries, I. de, Mostert, L.J., Meulenbelt, J. (1999). *Landelijke registratie klinische "XTC"-incidenten*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
- 108 Pieters, J.J.T.M., Reijnders, P.J.M. (2000). *Jaarverslag 1999 synthetische drugs*. Eindhoven/Den Bosch: Unit Synthetische Drugs.
- 109 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (1999a). *Report on the risk assessment of MBDB in the framework of the joint action on new synthetic drugs*. Lissabon: EMCDDA.
- 110 Carter, N., Ruddy, G.N., Milroy, C.M., Forrest, A.R. (2000). Deaths associated with MBDB misuse. *International Journal of Legal Medicine*, 113 (3): 168-170.
- 111 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (1999b). *Report on the risk assessment of 4-MTA in the framework of the joint action on new synthetic drugs*. Lissabon: EMCDDA.
- 112 CAM (1999). *Risicoschattingsrapport betreffende gammahydroxybutyraat (GHB)*. Den Haag: Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs.
- 113 Weiner, A.L., Vieira, L., McKay, C.A., Bayer, M.J. (2000). Ketamine abusers presenting to the emergency department: a case series. *Journal of Emergency Medicine*, 18 (4): 447-451.
- 114 Nabben, T., Korf, D.J. (2000). *Ketamine*. Amsterdam: Thela Thesis.
- 115 Niesink, R.J.M., Laar, M.W. van, Rigter, H. (2000). *Chemistry, pharmacology and toxicology of 4-bromo-2,5-dimethoxyphenethylamine (2C-B)*. (WHO Expert report.) Utrecht: Trimbos Institute.
- 116 PGD (2000). *Jaarverslag Productschap Gedistilleerde Dranken 1999*. Schiedam: Produktschap Gedistilleerde Dranken.
- 117 Maalsté, N. (2000). *Ad fundum. Een blik in de gevarieerde drinkcultuur van het Nederlandse studentenleven*. Utrecht: CVO.
- 118 Lemmers, L., Eijk, C. van (2000). Prevalentie van alcoholgebruik onder allochtonen. In: *Van Kopstoot tot Raki, alcoholpreventie voor allochtonen en asielzoekers*. Woerden: NIGZ.

- 119 Berg, C. van, Boer, H. (2000). *Nationaal Scholierenonderzoek 1999-2000*. Utrecht: NIBUD.
- 120 White, I.R. (2000). Review: 7.7 to 12.9 units of alcohol per week is the level of alcohol consumption at which mortality is the lowest in men. *Evidence Based Mental Health*, 3: 61.
- 121 Murray, C.J., Lopez, A.D. (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349 (9063): 1436-1442.
- 122 Mathijssen, M.P.M. (1999). *Schatting van de effecten van verlaging van de wettelijke limiet voor alcoholgebruik in het verkeer*. Leidschendam: SWOV.
- 123 Ernste, D., Bouwmeester, O. (1996). Kost verslavingszorg alleen maar geld? In: *Jaarverslag Jellinek, 1995*. Amsterdam: Jellinek.
- 124 Ginneken, S. van (2000). De wijzigingen in de drank -en horecawet. *Nieuwsbrief verslaving, juni 2000*.
- 125 CBS (2000). *Meer mensen met overgewicht. (Persbericht 10 juli 2000.)* Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- 126 Muizelaar, J., Mathijssen, M.P.M., Wesemann, P. (1996). *Kosten van de verkeersonveiligheid in Nederland, 1993. (R-95-61.)* Leidschendam: Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid.
- 127 Muizer, A.P., Rood-Bakker, D.S. (1997). *Maatschappelijke kosten: externaliteiten van alcoholgebruik, kosten en baten voor derden*. Rotterdam: Nederlands Economisch Instituut.
- 128 STIVORO (1999). *Jaarverslag 1998*. Den Haag: Stichting Volksgezondheid en Roken.
- 129 STIVORO (2000). *Jaarverslag 1999*. Den Haag: Stichting Volksgezondheid en Roken.
- 130 Willemsen, M. (1999). Nicotineverslaving: is harm reduction mogelijk en wenselijk? *Tijdschrift voor Alcohol, Drugs en andere Psychotrope stoffen*, 24 (2): 57-73.
- 131 Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Morgan, M., Narusk, A. (1997). *The 1995 ESPAD report: alcohol and other drug use among students in 26 European countries*. Stockholm: CAN.
- 132 SWOV (2000). <http://www.swov.nl>.
- 133 Burton, R.C., Sulaiman, N. (2000). Active and passive cigarette smoking and breast cancer: is a real risk emerging? *Medical Journal of Australia*, 172: 550-552.
- 134 Mitchell, P., Chapman, S., Smith, W. (1999). Smoking is a major cause of blindness. *Medical Journal of Australia*, 171: 173-174.

- 135 Leeuwen, M.J., Sleur, D.G. (1998). De economische effecten van maatregelen ter bestrijding van het roken. In: *Tabaksontmoedigingsbeleid, gezondheidseffectrapportage*. Utrecht: Netherlands School of Public Health.
- 136 CBS (1999b). *De leefsituatie van de Nederlandse bevolking 1997*. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- 137 STIVORO (1999). *Roken; De harde feiten: Volwassenen 1998*. Den Haag: Stichting Volksgezondheid en Roken.
- 138 WHO (1997). *Tobacco or health: a global status report*. Geneva: World Health Organization.
- 139 Joossens, L. (1999). *Some like it "light"; Vrouwen en roken in de Europese Unie*. Brussel: European Network for Smoking Prevention (ENSP).
- 140 Willemsen, M.C., Zeeman, G. (2000). Strategieën om rokers met een lage sociaal-economische status te bereiken; Een regionale pilot van 'Quit & Win'. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen (TSG)*, 78: 223-229.
- 141 STIVORO (2000). Millenniumactie breekt alle records. *STIVORO Visie*, 5 (1): 2.
- 142 VTV (1997). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997; Deel I: De gezondheidstoestand, een actualisering*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom/RIVM.
- 143 VTV (1993). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning; De gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2000*. Den Haag: SDU/RIVM.
- 144 Hoeymans, N., Essink-Bot, M.L., Perenboom, R.J.M., Kramers, P.G.N. (2000). Samengestelde volksgezondheidsmaten: wat zijn dat eigenlijk? *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen (TSG)*, 78 (4): 195-198.
- 145 Reijneveld, S.A., Brugman, E., Hirasing, R.A. (2000). Excessief huilen van zuigelingen: roken door de moeder is mogelijk risicofactor. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen (TSG)*, 78 (4): 11.
- 146 Prins, T. (2000). Onze mening; Vergoeden of niet vergoeden? *STIVORO Visie*, 5 (4): 3.
- 147 VWS (2000). *Alcoholnota; Nota over de intensivering van het beleid tegen alcoholmisbruik (2001-2003)*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

## Bijlage A

### Risicoschattingen van 'nieuwe' synthetische drugs

Het in 1998 opgerichte Coördinatiepunt Assessment en Monitoring Nieuwe Drugs (CAM) van de Inspectie voor de Gezondheidszorg onderzoekt of 'nieuwe' synthetische drugs<sup>34</sup> een risico vormen voor het individu, de volksgezondheid of de openbare orde en veiligheid. Drie stoffen zijn beoordeeld: MBDB, 4-MTA en GHB. De procedure voor ketamine is nog niet afgerond. Hoeveel mensen deze middelen gebruiken is niet bekend, maar hun aantal is niet groot.

Het CAM geeft via de NDM informatie over nieuwe synthetische drugs door aan het EMCDDA in Lissabon. Dit gebeurt in het kader van het Europese 'Early Warning System', dat schadelijke drugs wil opsporen die nog niet zijn opgenomen in de druglijsten van het VN Verdrag inzake psychotrope stoffen (zie [www.emcdda.org/activities](http://www.emcdda.org/activities)). De wetenschappelijke commissie van het EMCDDA kan adviseren om tot een risicoschatting over te gaan. De uitkomsten van de schattingen worden voorgelegd aan de Horizontale Drugs Groep en de Raad van Europa. Bij unanimititeit van stemmen kan de Raad besluiten dat de lidstaten de bewuste drug onder wettelijke controle moeten brengen.

In deze bijlage bespreken wij kort de risico's van de vier genoemde middelen. De tabel geeft een overzicht van de procedures en uitkomsten van de risicoschattingen.

#### *MBDB*

MBDB is N-methyl-1-(1,3-benzodioxol-5-yl)-2-butanamine. MBDB wordt meestal verkocht onder de noemer 'ecstasy'. MBDB lijkt in werking iets op MDMA. Het entactogene effect van MBDB treedt langzamer op en is minder heftig dan bij MDMA. Bovendien is MBDB minder stimulerend dan MDMA.

MBDB kan zenuwcellen met de boodschapperstof serotonine beschadigen, maar minder sterk dan MDMA.

Het risico van verslaving is gering.

Het gebruik van MBDB leidt zelden tot acute problemen. (Van Aerts et al., 1999; EMCDDA, 1999). Er zijn over de hele wereld twee sterfgevallen bekend. (Carter et al., 2000). De ene persoon had eveneens amfetamine genomen, de ander alcohol.

MBDB wordt tegenwoordig vrijwel niet meer gesignaleerd in Nederland. De pillenmonitor DIMS detecteerde in 1997 115 tabletten met MDMD, in 1998 twaalf en in 1999 nul. (DIMS, 1998, 1999). Ook de Unit Synthetische Drugs treft geen MBDB meer aan in partijen drugs die in beslag worden genomen. (USD, Jaarverslag 1999).

#### *4-MTA*

De chemische naam van 4-MTA is 4-methylthioamfetamine. De stof zorgt ervoor dat serotonine vrijkomt uit zenuwcellen. 4-MTA beïnvloedt ook andere boodschapperstoffen in de hersenen.

4-MTA is sterker en werkt langer (tot vijftien uur) dan MDMA, maar het effect ervan treedt pas op na anderhalf tot drie uur. Gebruikers kunnen daarom in de verleiding komen om per gelegenheid verscheidene pillen te slikken, wat het risico van overdosering vergroot.

---

<sup>34</sup> 'Nieuw' wil zeggen: nog niet gereguleerd in de Opiumwet of anderszins. Het kan dus om al langer bestaande drugs gaan.



Gebruikers rapporteren een mengeling van vredige gedachten en stimulerend gevoel. (CAM, 1999)

4-MTA wordt verantwoordelijk gehouden voor minstens vijf sterfgevallen in de Europese Unie, waaronder een in Nederland. Krampen en ademhalingsproblemen waren de meest in het oog springende symptomen. In vier van de gevallen waren ook andere drugs of alcohol in het spel.

Op rekening van 4-MTA staan verder elf niet-dodelijke incidenten in de Europese Unie waarvoor ziekenhuisopname geboden was.

Op de Nederlandse drugmarkt is 4-MTA een zeldzaam verschijnsel. In 1997 en 1998 dook het middel op in smart shops onder de naam 'S5'. Inmiddels hebben houders van smart shops dit product uit hun assortiment gehaald.

### *GHB*

GHB staat voor gamma-hydroxybutyraat. De stof dempt de werking van de hersenen. In sommige landen is GHB geregistreerd als geneesmiddel, vooral voor het tot stand brengen van narcose. Dat is een verouderde toepassing, die niet meer geldt in Nederland.

Recreatieve gebruikers waarderen GHB om de ontspanning die het oplevert en om de hallucinaties, euforie en seksuele ontremming. Vanwege dat laatste wordt GHB ook wel 'rape-drug' genoemd.

Typerend voor GHB is de geringe marge tussen de dosering waarbij het gewenst effect optreedt (tot ongeveer 2 gram) en die waarbij de persoon slaperig wordt en in coma raakt (vanaf circa 4 gram).

Van 1995 tot 2000 zijn er in de Europese Unie dertien sterfgevallen gemeld wegens GHB. (EMCDDA, 2000). Geen daarvan deed zich voor in Nederland.

In de Europese Unie staan op naam van GHB minstens tweehonderd niet-dodelijke incidenten genoteerd waarbij opname in een ziekenhuis nodig was.

Van vijf aangiftes van verkrachting in Nederland kon één inderdaad worden toegeschreven aan GHB. Geregistreerd voor deze drug zijn voorts acht gevallen van coma (zes in 1996 en twee in 1998) en de nodige episodes van misselijkheid, vaak door gecombineerd gebruik met alcohol. (CAM, 1999)

GHB wordt in smart shops verkocht, maar is ook verkrijgbaar bij drogisten, de groothandel of illegaal.

### *Ketamine*

Ketamine is een narcosemiddel. Als zodanig wordt het in Nederland bij mensen weinig toegepast, doch vaker in de diergeneeskunde.

Recreatief gebruik is beperkt tot een kleine groep ervaren druggebruikers die graag experimenteren. Ketamine zorgt voor een korte 'trip' met hallucinaties en het gevoel uit het lichaam te treden. Bij al vrij lage doses verliest de gebruiker de controle over zijn zintuigen. Bij hogere doses raakt hij in verwarring en kan hij zich niet meer bewegen. Slechts af en toe is de afloop dodelijk. In de periode 1994 tot 1998 werd ketamine in het bloed van 46 overleden Amerikanen aangetroffen maar dit hoeft niet te betekenen dat het middel de doodsoorzaak was. In de Europese Unie zijn vier sterfgevallen bekend waarbij ketamine in het spel was maar ook andere factoren zoals polidruggebruik. (EMCDDA, 2000)

Er is weinig bekend over het aantal ziekenhuisopnames zonder dodelijke afloop. In de VS zijn twintig gevallen beschreven van mensen die zich na inname van ketamine bij een EHBO-post meldden. De klachten waren betrekkelijk mild (angst, pijn op de borst, snelle hartslag en dergelijke.), op twee ernstige gevallen na. (Weiner, 2000). Ketamine zit soms in 'ecstasy'. DIMS ontdekte in 1999 één tablet met ketamine erin. Begin 2000

werden zes tabletten en poeders gevonden die ketamine bevatten, vaak in combinatie met andere middelen.

Tabel: Uitkomsten van risicoschattingen voor MBDB, 4-MTA, GHB en ketamine en de stand van wetgeving

Drug	Nationale risicoschatting CAM	Europese risicoschatting en besluitvorming
MBDB	<p><b>Jaar: 1998.</b>  <b>Advies aan minister VWS:</b> Ga voorlopig niet over tot ingrijpen (preventie, wettelijk verbod) maar acties beperken tot het gericht monitoren van de binnenlandse markt, van gezondheidsincidenten, en van georganiseerde criminaliteit in relatie tot MBDB.</p>	<p><b>November 1998:</b> Europese risicoschatting op verzoek van het Verenigd Koninkrijk.  <b>Uitkomst:</b> Gelijkenis van MBDB met MDMA voor vergelijkbare wettelijke status (overweegt verbod). Echter, de beperkte omvang van de markt en aanbod pleiten eerder voor gericht monitoren van de situatie.  <b>Besluit:</b> Er werd afgezien van het treffen van een Europese maatregel toen MBDB in november 1998 vrijwel van de markt verdwenen bleek te zijn.</p>
4-MTA	<p><b>Jaar: 1999</b>  <b>Advies aan minister VWS:</b> Tref maatregelen tegen productie, handel en distributie van 4-MTA. Voorrang voor preventie en voorlichting.</p>	<p><b>Mei 1999:</b> Europese risicoschatting op verzoek van Duitsland.  <b>Uitkomst:</b> 4-MTA moet onder wettelijke controle worden gebracht vanwege het acute gevaar van het drug voor de gezondheid.  <b>Besluit:</b> Op 13 september 1999 besloot de Raad dat alle lidstaten 4-MTA in hun strafwet moeten opnemen.</p>
GHB	<p><b>Jaar: 1999</b>  <b>Advies aan minister VWS:</b> Laat de ontwikkelingen voorlopig monitoren en laat bij wijziging van de situatie een nieuwe risicoschatting uitvoeren.</p>	<p><b>September 2000:</b> Europese risicoschatting op verzoek van Portugal.  <b>Uitkomst (concept):</b> Vanwege de acute gezondheidsrisico's zou een strafrechtelijk verbod van GHB geeïgend zijn, maar regulering via geneesmiddelenwetgeving volstaat misschien.  <b>Besluit:</b> nog niet genomen.</p>
Ketamine	<p><b>Jaar: 2000</b>  <b>Advies:</b> nog niet uitgebracht.</p>	<p><b>September 2000:</b> Europese risicoschatting op verzoek van Portugal.  <b>Uitkomst (concept):</b> Regulering via geneesmiddelenwetgeving is voorlopig afdoende.            Monitoren van gebruik, incidenten, productie en handel is gewenst.  <b>Besluit:</b> nog niet genomen.</p>

\* In 1988 werd MDMA samen met vijf chemische varianten bij ministerieel besluit op lijst 1 geplaatst. In 1993 volgde MDEA, in 1997 2C-B en in 2000 4-MTA.

## Bijlage B

### Internetadressen van enkele in Jaarbericht genoemde organisaties

[CEDRO Centrum voor Drugsonderzoek \(UvA\)](http://www.frw.uva.nl/cedro/Welcome.html) (<http://www.frw.uva.nl/cedro/Welcome.html>)

[Centraal Bureau voor de Statistiek \(CBS\)](http://www.cbs.nl/) (<http://www.cbs.nl/>)

[European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction](http://www.emcdda.org/) (<http://www.emcdda.org/>)

[GG&GD Amsterdam](http://www.gggd.amsterdam.nl/) (<http://www.gggd.amsterdam.nl/>)

[Jellinek kliniek \(Amsterdam\)](http://www.jellinek.nl/home.html) (<http://www.jellinek.nl/home.html>)

[Ministerie van VWS- Alcohol, tabak, drugs, gokken](http://www.minvws.nl/vo_index.asp?language=&thema=1&subthema=6) ([http://www.minvws.nl/vo\\_index.asp?language=&thema=1&subthema=6](http://www.minvws.nl/vo_index.asp?language=&thema=1&subthema=6))

[Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie \(NIGZ\)](http://www.nigz.nl/) (<http://www.nigz.nl/>)

[Prismant, instituut van en voor zorg](http://www.prismant.nl/) (<http://www.prismant.nl/>)

[Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu \(RIVM\)](http://www.rivm.nl/) (<http://www.rivm.nl/>)

[Stichting Informatie Voorziening Zorg \(IVZ\)](http://www.ivv.nl/) (<http://www.ivv.nl/>)

[STIVORO](http://www.stivoro.nl/index.htm) (<http://www.stivoro.nl/index.htm>)

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