

Voorbereid op Verandering

Preparedness Scan Synthetische Opiïden:
situatie, scenario's en handelingsperspectief



Voorbereid op Verandering

Preparedness Scan Synthetische Opioiden:
situatie, scenario's en handelingsperspectief

Colofon

Auteurs

John-Peter Kools
Caroline Schaap
Emma Spoor

Met medewerking van

Margriet van Laar (Trimbos-instituut)
Laura Smit-Rigter (Trimbos-instituut)
Pieter Oomen (Trimbos-instituut)
Lisa Strada (Trimbos-instituut)
Lisa Davies (Trimbos-instituut)
Daan van der Gouwe (Trimbos-instituut)
Thomas Martinelli (Trimbos-instituut)
Lavinia Stegemann (Trimbos-instituut)
Annelot Meijer-Sellies (Trimbos-instituut)
Frederiek Schutten (Trimbos-instituut).

De auteurs bedanken alle geïnterviewden in binnen- en buitenland (opgenomen in een aparte lijst met geïnterviewden).

Opdrachtgever en financier

De *Preparedness Scan* is een product van een onderzoek door het Trimbos-instituut in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Vormgeving

The Creative Hub | Canon

Beeld

AdobeStock.nl

Dit rapport is gratis te downloaden via www.trimbos.nl, artikelnummer **TRI-41-018**.

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: 030 – 297 11 00

© 2025, Trimbos-instituut, Utrecht

Tekst uit deze publicatie mag worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding.
Deze uitgave mag worden veeleenvoudigd voor eigen of intern gebruik.

Inhoud

Samenvatting	6
Acroniemenlijst	10
1 Inleiding	11
1.1 Achtergrond	11
1.2 Preparedness Scan	11
1.3 Opbouw rapport	12
2 Methodiek	13
3 Probleemschets	15
3.1 Probleemstelling	15
3.2 Definiëring	16
4 Situatie en ervaringen internationaal	20
4.1 Situatieschets Noord-Amerika	20
4.2 Situatieschets Europa	21
4.2.1 Europa: complexe dynamiek	21
4.2.2 Vier situaties van ontwikkelingen met synthetische opioïden	22
4.2.3 Europa: Preparedness en Call to action	24
4.2.4 Belangrijke inzichten ('Lessons learned')	25
5 Nederland	27
5.1 Drugsincidenten en -sterfte	27
5.2 Signalen over verschillende middelen	27
5.2.1 Niet-voorgeschreven opioïden, waaronder nitazenen	28
5.2.2 Opioïdenhoudende pijnmedicatie na medische zorg	28
5.2.3 Opioïdenhoudende pijnmedicatie buiten de medische zorg	30
5.2.4 Heroïne en OAT	30
5.2.5 Andere middelen	31
5.3 Signalen rond het gebruik en de beschikbaarheid van middelen	32
5.3.1 Verkrijgbaarheid	32
5.3.2 Cultuur rond niet-voorgeschreven gebruik van medicatie	32
5.3.3 Knelpunten in zorg- en hulpverlening	34
5.3.4 Middelengebruik in detentie	34
6 Risicogroepen en risicoscenario's voor Nederland	36
6.1 Risicogroepen	36
6.2 Risicoscenario's	39
7 Conclusies	41

8 Aanbevelingen voor <i>preparedness</i>	47
8.1 Coördinatie	49
8.1.1 Regie met duidelijke verantwoordelijkheden en heldere richtlijnen is essentieel	49
8.1.2 Uitbreiding met een single point of contact (SPOC): een landelijke aanspreek-, informatie- en meldingsfunctie voor alle beroepsgroepen	49
8.1.3 Lokale/regionale voorbereidingen	50
8.1.4 Deskundigheidsbevordering en training	51
8.2 Monitoring en signalering	52
8.2.1 Sentinel systeem	52
8.2.2 Beter inzicht in gezondheidsincidenten	52
8.2.3 Versterkt toxicologisch en forensisch onderzoek	53
8.2.4 Verbreden van drugstesten	53
8.2.5 Meer volledig sterfteregister	54
8.2.6 Consistentere melding inbeslagnames	54
8.2.7 Aanvullende monitorinstrumenten	54
8.3 Risicobeoordeling en risicocommunicatie	55
8.3.1 Snelle risicobeoordeling	55
8.3.2 Duidelijke risicocommunicatie	55
8.4 Respons	56
8.4.1 Intensiveren van overdosis preventie	56
8.4.2 Verbrede beschikbaarheid naloxon	56
8.5 Lange termijn inzet	58
8.5.1 Toegankelijker zorg en hulp	58
8.5.2 Toegankelijker en adequate behandeling	58
8.5.3 Preventie middelengebruik	59
8.5.4 Onderzoek	60
9 Tot slot	61
10 Bronnenlijst	62
11 Lijst met geïnterviewde experts	66
Bijlagen Toolkit: Informatie en instrumenten ter voorbereiding op lokaal niveau of organisatieniveau	67
Bijlage 1 Risicogroepen	68
Bijlage 2 Risicoscenario's	73
Bijlage 3 Stakeholder mapping	81
Bijlage 4 Stappenplan voor lokale preparedness	84
Bijlage 5 Leeslijst voor meer achtergrondinformatie over synthetische opioïden	87
Bijlage 6 Nieuwsbericht Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum over de behandeling van nitazeen intoxicatie	89
Bijlage 7 Naloxon, achtergrond en overwegingen voor bredere beschikbaarheid	91
Bijlage 8. Informatieblad nitazenen en veiligheidsisico's, Nederlands Forensisch Instituut, april 2025	94
Bijlage 9 Suggesties voor relevante organisaties voor sentinel stations en deskundigheidsbevordering	95

Samenvatting

In Nederland en veel andere landen in Europa groeit de zorg over de mogelijke opkomst van niet-voorgeschreven synthetische opioïden (SO), zoals nitazenen en fentanyl-achtigen. Deze bezorgdheid wordt mede gevoed door de opioïden crisis in Noord-Amerika, waar deze middelen al jaren voor grootschalige gezondheidsproblemen zorgen. Daarbij komt de ban op opiumproductie in Afghanistan, wat leidt tot vrees voor schaarste op de heroïne markt en een mogelijke toename van synthetische alternatieven. Het Drugsagentschap van de Europese Unie (EUDA) roept in een *Call to Action* Europese lidstaten op om zich actief voor te bereiden op de risico's die synthetische opioïden met zich meebrengen. Naast de acties gericht op het terugdringen van een mogelijk aanbod van synthetische opioïden is ook voorbereiding in het gehele zorgdomein raadzaam. Het EUDA roept lidstaten op tot het tijdig versterken van hun systemen voor monitoring, risico-beoordeling en risicocommunicatie, zorg en beleid.

Om op deze ontwikkelingen voorbereid te zijn, heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het Trimbos-instituut de opdracht gegeven voor een '*Preparedness Scan*'. Deze moet in kaart brengen **hoe Nederland zich beter kan voorbereiden op een mogelijke toename van gezondheidsincidenten door gebruik van of blootstelling aan nieuwe synthetische opioïden.**

De focus van de scan ligt op het inventariseren van mogelijke maatregelen om de potentiële gevolgen van het al dan niet-intentioneel gebruik van met name niet-voorgeschreven synthetische opioïden: middelen die niet door een arts zijn voorgeschreven en niet door een apotheek verstrekt. Het gaat dan om gevolgen op het niveau van het individu (gebruiker) alsook voor de bredere maatschappij (professionals, zorgsysteem).

Het onderzoek richt zich op vier hoofdpijlers: coördinatie, monitoring en signalering, risico-beoordeling en risicocommunicatie, en respons. Er is informatie verzameld via literatuuronderzoek, gesprekken met 16 internationale experts uit 11 landen en 54 Nederlandse professionals uit onder andere zorg, veiligheid en verslavingszorg. Hoewel de aanpak inventariserend is en dus niet allesomvattend, levert de scan waardevolle inzichten, een reeks concrete aanbevelingen en een bijgevoegde *toolkit* voor verdere vervolgacties op.

Europa

In Europa zijn er verschillende scenario's rond synthetische opioïden zichtbaar. In landen als Estland en Letland is de heroïne markt inmiddels vrijwel volledig overgenomen door synthetische opioïden. In Ierland en het Verenigd Koninkrijk zijn er clusters van incidenten met nitazenen, soms in drugs die als heroïne werden verkocht, soms in pillen die als tranquillizers werden verkocht. Andere landen, zoals Duitsland, Noorwegen en Zwitserland, signaleren een geleidelijke toename van het gebruik, waaronder ook onder jongeren.

Nederland

Nederland bevindt zich nog in een relatief vroeg stadium wat betreft de toename van gebruik van nieuwe synthetische opioïden, met slechts enkele bevestigde incidenten. Toch zijn er zorgwekkende signalen zoals een dodelijk incident met namaakmedicatie die isotonitazepine bevatte. Dit incident

en een aantal andere niet-fatale incidenten hebben geleid tot een nationale waarschuwing; een Red Alert. De *Preparedness Scan* laat een echter wel snel veranderend drugslandschap zien. Er is een toenemende diversificatie van middelen, gebruiksgroepen, motieven en vervagende grenzen tussen bijvoorbeeld medicatie en drugs. Zelfmedicatie en polydrugsgebruik van legale en illegale middelen lijkt steeds gangbaarder te worden. Daarnaast is er een grote groep mensen met chronische pijnklachten die via informele kanalen opioïden aanschaffen, vaak zonder zich bewust te zijn van de risico's van nagemaakte 'medicatie'. En vele experts zien in de binnensteden een toename van het aantal sociaal kwetsbare personen die diverse drugs gebruiken en buiten het bereik van de hulpverlening vallen.

Op basis van deze ontwikkelingen zijn zes risicogroepen voor Nederland geïdentificeerd: dak- en thuislozen, (ex-)gedetineerden, mensen met chronische pijnklachten, gebruikers uit landen met wijdverbreid synthetische opioïdengebruik, jongeren bekend met zelfmedicatie en groepen zoals psychonauten en deelnemers aan chemsex. Deze groepen lopen verhoogd risico op incidenten met niet-voorgeschreven synthetische opioïden.

De scan beschrijft ook zes mogelijke risicoscenario's. Deze variëren van vervuiling van de heroïne-markt met synthetische opioïden tot een wijder verbreid gebruik van synthetische opioïden onder jongeren of het opduiken van deze middelen in gesloten instellingen zoals gevangenissen. Hoewel er op dit moment in Nederland nog geen sprake is van een brede verspreiding, onderstrepen de ervaringen in bijvoorbeeld Ierland en het Verenigd Koninkrijk dat de situatie snel kan veranderen.

De *Preparedness Scan* presenteert een aantal belangrijke *lessons learned*. Nederland beschikt, in vergelijking met veel andere Europese landen, over een uitgebreide en jarenlang opgebouwde infrastructuur voor monitoring, signalering van en respons op drugsincidenten. Deze aanpak wordt internationaal als '*state of the art*' beschouwd; buitenlandse experts kijken dan ook juist naar Nederland als voorbeeld om van te leren. Tegelijkertijd benadrukken de experts uit landen met meer gebruik en incidenten, het belang van goede voorbereiding op mogelijke toekomstige ontwikkelingen, zoals de opkomst van synthetische opioïden. Uit internationale ervaringen blijkt dat lokale voorbereidingen, brede communicatie en goed inzicht in risicogroepen cruciaal zijn. Ook wordt geadviseerd om onder meer de inzet van naloxon, het antidotum bij opioïden-overdosis, te verbreden.

Hoewel het Nederlandse systeem al veel afdekt, zijn gezien mogelijke snelle veranderingen op de drugsmarkt en de potentiële grote gezondheidsimpact, aanpassingen wenselijk om tijdig en effectief te kunnen reageren. Dit rapport doet daarom aanbevelingen die zowel gericht zijn op directe actie als op structurele versterking op de langere termijn.

Directe acties

Allereerst verdient het aanbeveling om de monitoring en signalering van het gebruik van synthetische opioïden en incidenten hierdoor, te versterken. Het is een complexe relatief nog onbekende stofgroep met veelal hoge potentie, die door uiterst kleine hoeveelheden, lastig te detecteren is. Daarnaast kunnen de nieuwe synthetische opioïden net als in het buitenland op verschillende plekken opduiken (bijvoorbeeld op de heroïne markt, maar ook in namaakmedicatie of op een in een gevangenis gesmokkeld product). Het opzetten van een *sentinel* netwerk, uitbreiding van toxicologische analyses en bredere samenwerking tussen instellingen zoals ziekenhuizen,

verslavingszorg en politiediensten zijn aanbevolen om beter zicht te krijgen op de ontwikkelingen. Een uitbreiding van het bestaande monitorings- en waarschuwingssysteem met meer lokale signaleringen en goede samenwerking bij operationele acties zijn hierbij gewenst. Hiertoe kan het Red Alert waarschuwingssysteem (gecoördineerd door het Drug Informatie en Monitoring Systeem DIMS), nog beter toegerust worden om vroegtijdig signalen van nieuwe opioïden of andere extra risicovolle middelen op te pikken.

Voor goede *preparedness* zijn vooral ook lokale voorbereidingen cruciaal om goed de vinger aan de pols te houden en snel en effectief te kunnen handelen als dit nodig is. Teams van lokale/regionale organisaties en experts kunnen als beste de diverse lokale risicoscenario's uitwerken en voorbereiden.

Daarnaast is efficiënte en *evidence-based* risicocommunicatie cruciaal. Professionele hulpverleners in zorg, welzijn en handhaving moeten snel en adequaat worden geïnformeerd bij het opduiken van nieuwe of gevaarlijke stoffen. Dit kan lokaal of nationaal en op verschillende niveaus variëren van een training, factsheet of in een acute situatie een landelijke Red Alert waarschuwing. Tegelijkertijd is er behoefte aan gerichte voorlichting over de actuele situatie omtrent nieuwe synthetische opioïden en de gezondheidsrisico's voor gebruikersgroepen zelf, bijvoorbeeld via laagdrempelige digitale kanalen of veldwerkers, waarbij ook taal- en cultuurbarrières worden onderkend.

Ook het naloxonbeleid vraagt op dit moment om herziening. Dit levensreddende middel, dat bij een overdosis opioïden kan worden toegediend, is bij scenario's met meer gebruik en incidenten (denk hier bijvoorbeeld aan een cluster-uitbraak in een hostel, drugsgebruiksruimte of een gevangenis) op dit moment onvoldoende toegankelijk. Een bredere beschikbaarheid van naloxon met name onder werkers in laagdrempelige zorg en bij *first responders* kan hen helpen effectiever op te treden bij een overdosering. Tegelijk is het belangrijk dat hulpverleners worden geschoold in het herkennen van en handelen bij overdoses als gevolg van een nitazeen, die door de grotere toxiciteit lastiger te verhelpen zijn dan heroïne-overdoses.

Langetermijnmaatregelen

Voor de langere termijn is een aantal meer structurele aanpassingen aanbevolen. Uit het onderzoek blijkt dat er de laatste jaren meer groepen geen of moeilijk toegang tot hulp en zorg hebben. Denk hierbij aan dak- en thuislozen, mensen met huizen-/schuldenproblematiek, arbeidsmigranten, vluchtelingen en asielzoekers of mensen die door de huidige wet- en regelgeving buiten de zorg en opvang vallen zoals ongedocumenteerden, niet-rechthebbenden, onverzekerden. Velen van hen hebben mentale problemen, een drugsprobleem of beiden. Veel geraadpleegde experts benoemen deze groep die tussen het wal en het schip valt als uiterst kwetsbaar en onvoldoende in beeld. De toegang tot verslavingszorg, geestelijke gezondheidszorg en *harm reduction* moet voor hen worden vergroot. Meer *outreaching* werken en lokaal maatwerk zijn hierbij essentieel.

Daarnaast heeft het probleem van niet-voorgeschreven pijnmedicatie aandacht nodig. Er is een substantieel grote groep van minstens 90.000 mensen in Nederland die een probleem hebben met langdurig pijnmedicatiegebruik, die deze medicatie ook buiten de arts en apotheek om verkrijgen. Met de huidige schimmige online markten van allerlei medicatie lopen zij risico op het kopen van namaakmedicatie die synthetische opioïden bevat. Er zijn verschillende programma's en richt-

lijnen om te voorkomen dat mensen na gebruik op recept aan pijnmedicatie verslaafd raken. Een grote groep is echter reeds afhankelijk en met de grote aantallen (bijvoorbeeld orthopedische) ingrepen waarbij zware pijnstillers worden ingezet, is er gerede kans dat een deel van hen hier lastig van afkomt en verslaafd raakt.

Verantwoord voorschrijfgedrag van opioïdenhoudende pijnmedicatie blijft van groot belang. Daarnaast is moet er ook aandacht zijn voor patiënten die lastiger kunnen afbouwen of voor hen die al langdurig gebruiken. Toegankelijke, specialistische begeleiding bij afbouw, is cruciaal. De bestaande kennis en infrastructuur in de verslavingszorg kunnen hierbij een grotere rol spelen.

Een andere lange termijn aanbeveling omvat preventieprogramma's waarin wordt ingegaan op pijnmanagement, zelfmedicatie en risico's van online aankopen. Maar ook leefstijlprogramma's gericht op *coping* en stressregulatie voor jongeren, om te voorkomen dat zij te snel naar medicatie grijpen bij angst, pijn, slapeloosheid of prestatiedruk.

Op een aantal terreinen is meer onderzoek nodig. Zo is er beter inzicht wenselijk in de aard en omvang van de groep die niet-voorgeschreven opioïdenhoudende pijnmedicatie gebruikt. Er is heel weinig bekend over de achtergronden, motieven en noden van deze groep mensen. Hetzelfde geldt voor het gebruik van drugs in justitiële inrichtingen. De informatie hierover is vooral anekdotisch, daar data en goed inzicht ontbreken.

De ervaringen in andere landen maken duidelijk dat het van groot belang is om nu te handelen, zodat de gezondheidszorg en samenleving voorbereid zijn op de gevolgen van mogelijke verspreiding van synthetische opioïden. Snel handelen én structureel investeren in preventie en zorg zijn daarin essentieel. Met deze aanbevelingen legt de *Preparedness Scan* een basis voor beleid dat niet alleen reageert op incidenten, maar daadwerkelijk voorbereid is op een veranderend drugslandschap.

Acroniemenlijst

BTMPS	Bis(2,2,6,6-tetramethyl-4-piperidyl) sebacaat
CAM	Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CDC	US Centers for Disease Control and prevention
DATA	Drugs Alert Team Amsterdam
DIMS	Drugs Informatie en Monitoring Systeem
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
EDAS	European Drug Alert System
EHBO	Eerste Hulp bij Ongelukken
EMA	European Medicines Agency
ESCAPE	European Syringe Collection and Analysis Project Enterprise
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
EU	Europese Unie
EUDA	European Union Drugs Agency
FIOD	Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GHB	Gamma Hydroxy Butyraat
GHOR	Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio
GZA	Gezondheidszorg Asielzoekers
HIV	Humaan Immunodeficiëntievirus
IC	Intensive Care
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
JenV	Ministerie van Justitie en Veiligheid
LADIS	Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem
MDI	Monitor Drugsincidenten
MDJ	Medische Dienst van Justitie
MSU	Medische Suppletie Unit
NHG	Nederland Huisartsen Genootschap
NFI	Nederlands Forensisch Instituut
NSO	Nieuwe Synthetische Opioïden
NVIC	Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum
OAT	Opioid Agonist Therapy
O-DSMT	O-Desmethyltramadol
PI	Penitiaire Inrichting
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SCORE	Sewage analysis CORE group
SEH	Spoedeisende Eerste Hulp
SO	Synthetische Opioïden
SO-PREP	Synthetic Opioids Preparedness project
U-47700	3,4-dichloro-N-((1S,2S)-2-(dimethylamino)cyclohexyl)-N-methylbenzamide
VWS	Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WHO	World Health Organization

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Er is een groeiende bezorgdheid in Europa over synthetische opioïden (SO) zoals nitazenen en fentanyl-achtigen. Deze zorgen zijn mede gevoed door de opioïden crisis in Noord-Amerika en de mogelijke heroïnetekorten als gevolg van de ban op de opiumproductie van het Afghaanse regime in 2022. Afgelopen jaar zijn toenames van fatale en niet-fatale incidenten gerapporteerd in een reeks landen, zoals Duitsland, Zwitserland, Ierland, Engeland, Schotland, Frankrijk en Noorwegen. Het European Union Drugs Agency (EUDA) roept daarom op tot betere voorbereiding op de (mogelijke) opkomst van nieuwe synthetische opioïden in Europa (1). Ook Nederland wil beter zicht op voorbereiding rond de komst van synthetische opioïden die niet voorgeschreven zijn door een arts. Daarnaast zijn er ook diverse gemeentes, zoals de gemeente Amsterdam, van start gegaan met voorbereidingen op incidenten als gevolg van synthetische opioïden.

Mede naar aanleiding van aandacht van de Nationaal Rapporteur Verslavingen in diens rapport over 2023 (2) en Tweede Kamervragen (3) is de vraag gerechtvaardigd in hoeverre Nederland zich heeft voorbereid op de mogelijke toename van het gebruik van en gezondheidsincidenten met niet-voorgeschreven synthetische opioïden en wat er nodig is om voldoende voorbereid te zijn.

1.2 Preparedness Scan

Het Trimbos-instituut voerde in opdracht van het Ministerie van VWS een *Preparedness Scan* uit in de periode oktober 2024-mei 2025. De scan inventariseert wat er moet gedaan worden zodat Nederland voldoende voorbereid is op de gevolgen van gebruik van of blootstelling aan **niet-voorgeschreven synthetische opioïden?**

De scan richt zich op aanbevelingen in het gezondheidsdomein. Acties van politie en douane die zich richten op terugdringen van een mogelijk aanbod van synthetische opioïden zijn vanzelfsprekend ook van belang dat deze middelen op de Nederlandse markt komen.

De combinatie van informatie en inzichten van internationale en nationale experts zijn vertaald naar praktische aanbevelingen op het gebied van coördinatie, monitoring en signalering, risico-beoordeling en risicocommunicatie en respons (interventies). Daarbij zijn de adviezen uit de *technical annex* van de EUDA *Call to Action* meegenomen. Ook levert de *Preparedness Scan* een zestal risicoscenario's, risicogroepen en een *toolkit* die gebruikt kunnen worden om *preparedness planning* verder vorm te geven.

1.3 Opbouw rapport

Het volgende hoofdstuk licht toe welke methodiek is gebruikt en wat de belangrijkste beperkingen zijn. Hoofdstuk 3 focust op de afbakening van het onderzoek en welke vragen leidend waren.

Het middelste gedeelte van het rapport (Hoofdstukken 4 en 5) is gericht op de signalen die uit de interviews en focusgroepen naar voren zijn gekomen en op informatie uit recente publicaties. Hoofdstuk 4 geeft eerst een schets van de situatie in Noord-Amerika en daarna van de situatie in Europa. De signalen die de *Preparedness Scan* heeft opgehaald uit de interviews met experts uit Europa, hebben we gegroepeerd in vier soorten situaties, die in dit hoofdstuk staan toegelicht. Ook de oproep van het EUDA voor goede voorbereidingen komt aan bod. Hoofdstuk 5 gaat over de situatie en ontwikkelingen in Nederland rond middelengebruik. 'Uitgelicht' secties illustreren een aantal in het rapport beschreven situaties.

Het laatste gedeelte van het rapport bevat vertalingen van de opgehaalde informatie naar risico's voor Nederland (Hoofdstuk 6), conclusies (Hoofdstuk 7), aanbevelingen (Hoofdstuk 8 directe acties en Hoofdstuk 9 langere termijn inzet), en sluit af met een aantal slotopmerkingen (Hoofdstuk 10).

Toolkit: de bijlagen zijn bedoeld als werkdocumenten die gebruikt kunnen worden als leidraad bij verdere voorbereidingen.

1. Risicogroepen
2. Risicoscenario's
3. *Stakeholder mapping*
4. Stappenplan lokale *preparedness*
5. Leeslijst voor meer achtergrond informatie over synthetische opioïden en ontwikkelingen
6. Nieuwsbericht: over nitazenen, Nederlands Vergiftigingen Informatie Centrum, januari 2025
7. Naloxon, achtergrond en overwegingen voor bredere beschikbaarheid
8. Informatieblad: Nitazenen en veiligheidsrisico's, Nederlands Forensisch Instituut 2 april 2025 niet-voorgeschreven SO, feitelijke beschrijving en handelingsperspectief
9. Aanbevolen betrokken instanties voor sentinel stations en deskundigheidsbevordering

2 Methodiek

De *Preparedness Scan* heeft tot primair doel om inzicht te geven in mogelijke acties en verbeterpunten op het gebied van vier pijlers, te weten: coördinatie, monitoring en signalering, risico-beoordeling en risicocommunicatie, en respons. De scan bestaat uit drie componenten:

- Een **beperkte literatuurstudie** naar recente ontwikkelingen, *good practices*, *lessons learned* en aanbevelingen op het gebied van *preparedness* in het buitenland (Europa, de VS en Canada). We hebben een lijst samengesteld van 75 referenties op basis van *desk research* en vanuit de interviews. Een selectie van de meest relevante daaruit, is als bijlage bijgevoegd voor wie zich meer wil verdiepen in de thematiek in andere landen (Bijlage 5).
- Een **inventarisatieronde in het internationale veld** over ervaringen met incidenten van synthetische opioïden, getroffen voorbereidingen, *good practices* en *lessons learned* op het gebied van goede monitoring, assessment en zorg. 16 Experts uit 11 landen gaven in interviews hun input, vanuit organisaties zoals verslavingszorg, gezondheidsdiensten van overheden en een gebruikersorganisatie. We spraken mensen uit de Verenigde Staten (VS), het Verenigd Koninkrijk (VK) (uit Engeland, Schotland en Noord-Ierland), Ierland, Duitsland, België, Bulgarije, Estland, Letland, Noorwegen, de stad Zürich in Zwitserland en de regio Catalonië in Spanje. Deze selectie is gebaseerd op een mix van plekken waar ervaring is met ruime aanwezigheid van vooral specifiek Nieuwe Synthetische Opioiden (NSO) op de markten en met clusters incidenten (VS, VK, Ierland, Baltische Staten), plekken waar ook aan *preparedness* plannen gewerkt werd (Zürich, Noorwegen), onze buurlanden (België, Duitsland) en plekken waar voor zover bekend nieuwe synthetische opioïden geen rol spelen (Bulgarije, Catalonië - al haalde de realiteit ons in Bulgarije in). Interviews werden gehouden met een *topic* lijst. Experts werden onder andere gevraagd naar de situatie rond niet-voorgeschreven synthetische opioïden in hun land of regio, ervaringen met incidenten, respons en *preparedness*, en *lessons learned*.
- Een **uitgebreide inventarisatieronde in Nederland** voor het in kaart brengen van signalen rondom niet-voorgeschreven synthetische opioïden en andere relevante ontwikkelingen, voorbereiding en de behoeften daaromtrent, hiaten in coördinatie, monitoring en signalering, risico-beoordeling en -communicatie, en respons. We verzamelden ook informatie die meer inzicht geeft in de achtergronden van situaties die zich in het buitenland al hadden voorgedaan, zoals incidenten in gevangenissen en onder kwetsbare groepen jongeren die zelf online medicijnen bestellen. Er is totaal met 54 experts gesproken uit een breed veld, met name in de gezondheids- en welzijnssector, maar ook onder handhaving, openbare orde en het gevangeniswezen. Dit gebeurde door middel van open gestructureerde interviews via *video call* en kleine focusgroepen met een selectie van experts uit de *stakeholder mapping*. De *stakeholder mapping* is onderdeel van de inventarisatie in Nederland, en opgenomen als Bijlage 3 van deze rapportage. Voor de interviews en focusgroepen is een vooraf samengestelde *topic* lijst gebruikt. Experts werden vooral gevraagd naar signalen specifiek rond niet-voorgeschreven synthetische opioïden, naar risicogroepen, naar algemene ontwikkelingen rond middelengebruik en naar hiaten en behoeften rond *preparedness*.

De voorlopige bevindingen en de voortgang van het onderzoek zijn meerdere keren gedeeld en besproken met een aantal groepen experts die zelf ook bezig zijn om hun voorbereidingen op orde te brengen (zoals de gemeente- en zorginstellingen in Amsterdam). Deze gesprekken dienden voor feedback op de vorderingen van de *Preparedness Scan* als ook om andere partijen tussentijds op de hoogte te brengen en te adviseren over hun lokale voorbereidingen.

De *Preparedness Scan* zoals uitgevoerd heeft een aantal beperkingen:

- De *scan* is een inventarisatie met nadruk op verbeterpunten en handelingsperspectief. Het is geen *gedetailleerd* onderzoek naar de stand van zaken betreffende **synthetische** opioïden in Nederland. Er is niet specifiek onderzoek gedaan naar de heroïne markt.
- Uit elk domein is met een beperkt aantal experts gesproken. Dit onderzoek is niet representatief, informatie is vooral anekdotisch.
- Ontwikkelingen in het huidige drugsveld kunnen heel snel gaan. Ervaringen in het buitenland laten zien dat in een paar maanden tijd een opioïdenmarkt volledig veranderd kan zijn. Deze inventarisatie is daarom in relatief korte tijd uitgevoerd en kan gezien worden als een *quick scan*. Niettemin deden zich ook in deze korte tijd nieuwe ontwikkelingen voor, zoals de recente Red Alert rond isonitazepyne.

Ondanks deze beperkingen inherent aan de aard van een inventariserend onderzoek, geeft deze scan een goede indruk van wat er in het veld leeft, welke behoeften er zijn en zijn concrete suggesties gedaan die verder strekken dan alleen de momentopname van de *Preparedness Scan*.

3 Probleemschets

3.1 Probleemstelling

De *Preparedness Scan* probeert een antwoord te formuleren op de vraag: wat moet gedaan worden zodat Nederland voldoende voorbereid is op de gevolgen van gebruik van of blootstelling aan **niet-voorgeschreven synthetische opioïden**?

Daarbij zijn de volgende deelvragen relevant:

- Welke ontwikkelingen zien professionals in Nederland, en hoe sluit dat mogelijk aan op ontwikkelingen die we zien in landen om ons heen?
- Hoe zijn verschillende Nederlandse belanghebbenden nu voorbereid?
- Welke hiaten zijn er en welke behoeften zijn er om beter voorbereid te zijn?

De focus van dit onderzoek ligt op het inventariseren van mogelijke maatregelen om de potentiële schadelijke gevolgen van het al dan niet-intentioneel gebruik van niet-voorgeschreven synthetische opioïden te beperken. Het gaat dan om gevolgen op het niveau van het individu (gebruiker) alsook voor de bredere maatschappij (professionals, zorgsysteem). We definiëren de volgende potentiële problemen:

- **Fatale en niet-fatale gezondheidsincidenten**

Individen die niet weten dat het middel wat ze innemen opioïden bevat, krijgen onbedoeld te maken met de effecten ervan in een dosering die zij niet kennen en waar zij vanwege gebrek aan tolerantie waarschijnlijk sterk op zullen reageren. Anderen, die wel bewust een opioïdenhoudend middel gebruiken, kunnen evengoed worden verrast door de potentie ervan.

Mensen worden onwel of raken buiten bewustzijn, en hebben in veel gevallen medische zorg nodig. Ook niet-fatale incidenten stellen we specifiek als probleem onder andere vanwege (lange termijn) gezondheidsschade, alsook de druk op de gezondheidszorg.

- **Verslaving**

Een groeiende groep mensen die verslaafd raakt aan niet-voorgeschreven synthetische opioïden, brengt veel consequenties met zich mee op individueel niveau en voor de samenleving als geheel.

- **Professionals die onwel worden omdat ze met middelen in aanraking komen**

Zowel in de domeinen van opsporing of ontmanteling kan blootstelling voorkomen, maar het zou ook een risico kunnen vormen voor bijvoorbeeld politie op straat.

- **Overbelast raken gezondheidszorg bij clusters incidenten**

Wanneer synthetische opioïden ineens in een partij heroïne of 'medicatie' opduiken, kan dat leiden tot gezondheidsincidenten bij meerdere personen tegelijk, mogelijk in aantallen die de gezondheidszorg (ambulance, Spoedeisende Eerste Hulp (SEH), Intensive Care (IC))

tijdelijk ontregelt omdat het de reguliere capaciteit overstijgt. Voor een dergelijke situatie is ook voldoende kennis bij de professionals over synthetische opioïden en beschikbaarheid van bijvoorbeeld beademingsapparatuur en medicatie (zoals het antidotum naloxon) nodig.

3.2 Definiëring

Synthetische opioïden zijn stoffen met een sterk verdovende en pijnstillende werking. Voorbeelden zijn oxycodon, tramadol en fentanyl. Ze worden in ziekenhuizen gebruikt en kunnen op recept worden voorgeschreven. Maar ze worden daarnaast ook illegaal doorverkocht of geproduceerd om zonder voorschrift te kunnen kopen. Voor de consument is het verschil tussen legaal geproduceerde pijnstillers en 'namaakmedicatie' vaak niet duidelijk, vooral als zij pillen van anderen verkrijgen.

Daarnaast bestaan er zogeheten nieuwe synthetische opioïden (NSO), die geen medische toepassing hebben en specifiek op de illegale markt zijn geïntroduceerd. Het betreft hier stoffen afgeleid van fentanyl of stoffen die tot een andere categorie van synthetische opioïden horen, zoals de nitazenen. Deze stoffen zijn heel erg potent, vaak lang werkzaam en kunnen in uiterst lage doseringen al leiden tot een overdosering.

Zie verder een overzicht van relatieve sterkte van diverse stoffen in Bijlage 8 bij Informatieblad over nitazenen.

De *Preparedness Scan* gaat in de eerste plaats over gebruik van **niet-voorgeschreven synthetische opioïden**. Het gaat dus zowel over middelen met niet-medisch gebruik als die met medisch gebruik maar die niet zijn voorgeschreven. Denk hierbij aan medicatie voor opioïdenverslaving, zoals methadon en buprenorfine, die verhandeld wordt, aan opioïdenhoudende pijnmedicatie die (al dan niet op internet) wordt bijgekocht, en aan namaakmedicatie die, meestal zonder dat de consument dat weet, nitazenen kan bevatten.

Onderstaande tabel laat verschillende soorten synthetische opioïden zien. De lichtblauw gemarkeerde velden vormen de niet-voorgeschreven synthetische opioïden waar de *Preparedness Scan* over gaat.

Tabel 1. Synthetische opioïden (SO)

Classificatie van	Medisch gebruik	Verkrijgbaarheid illegale circuit	Voorbeelden
Nieuwe synthetische opioïden (NSO) (volledig synthetisch in lab geproduceerd)	Kennen geen medisch gebruik en zijn dus nooit op recept verkrijgbaar	Vrijwel allen verboden en alleen in het illegale circuit verkrijgbaar. Een enkele (bv O-DSMT) via webshops verkrijgbaar	Nitazenen (zoals protonitazeen, isotonitazeen) sommige fentanyl-afgeleiden (zoals carfentanil), U-47700, O-DSMT
Synthetische opioïden voor medisch gebruik: pijnbestrijding (synthetisch in lab geproduceerd)	Kennen medisch gebruik en worden (terughoudend) voorgeschreven	Zijn ook in het illegale circuit verkrijgbaar: voor zover bekend legaal geproduceerd. Het gaat dan om niet-voorgeschreven middelen	Oxycodon, tramadol, naloxon, loperamide, fentanyl, fentanylanalogen die zijn toegestaan voor medicinaal gebruik (zoals sufentanil, alfentanil, remifentanil)
Semi-synthetische opioïden voor medisch gebruik: pijnbestrijding (chemische bewerking in lab van natuurlijke opioïden)	Kennen medisch gebruik en worden (terughoudend) voorgeschreven	Zijn ook in het illegale circuit verkrijgbaar: voor zover bekend legaal geproduceerd. Het gaat dan om niet-voorgeschreven middelen	Oxycodon, tramadol, fentanyl, naloxon
Synthetische opioïden gebruikt voor verslavingsbehandeling (volledig synthetisch in lab geproduceerd)	Kennen medisch gebruik en worden voorgeschreven aan chronisch opioïdeverslaafden	Zijn ook in het illegale circuit verkrijgbaar: voor zover bekend legaal geproduceerd. Het gaat dan om niet-voorgeschreven middelen	Methadon, buprenorfine (zoals Buvidal), Subuxone (een combinatie van buprenorphine met naloxon)
Semi-synthetische opioïden gebruikt voor verslavingsbehandeling (chemische bewerking in lab van natuurlijke opioïden)	Kennen medisch gebruik en kunnen aan chronisch opioïdeverslaafden worden voorgeschreven	Zijn ook in het illegale circuit verkrijgbaar, illegaal geproduceerd	Diacetylmorphine (heroïne)

Niet-voorgeschreven synthetische opioïden is geen gangbare terminologie. Veelal wordt er gesproken over nieuwe synthetische opioïden (NSO). Voor dit onderzoek dekte 'nieuwe synthetische opioïden' de lading onvoldoende, zoals bovenstaande tabel laat zien. Onderscheidend in de *Preparedness Scan* is dat het om niet-voorgeschreven middelen gaat, vandaar dat er bewust deze terminologie is gekozen. In het geval specifiek inderdaad alleen nieuwe synthetische opioïden bedoeld worden, of in verwijzingen naar bronnen die het hebben over nieuwe synthetische opioïden, gebruiken we deze term wel. Nieuwe synthetische opioïden is onderdeel van niet-voorgeschreven synthetische opioïden.

Vanwege de mogelijke risico's en risicogroepen, en de toename van polydrugsgebruik nemen we zijdelings ook andere middelen in beschouwing, zoals heroïne, benzodiazepinen die op voorschrift verkrijgbaar zijn en al dan niet op voorschrift gebruikt worden, of die specifiek op de illegale markt zijn geïntroduceerd (zogenoeten nieuwe benzodiazepinen of 'designerbenzo's') en andere verdovende middelen. Onderstaande tabel biedt een beknopt en niet uitputtend overzicht van enkele andere relevante stofgroepen die in dit rapport voorkomen.

Tabel 2. Aantal andere in deze scan genoemde synthetische stofgroepen

Stofgroep	Medisch gebruik	Verkrijgbaarheid illegale circuit	Voorbeelden
Benzodiazepinen	Kennen medisch gebruik en worden voorgeschreven vooral tegen angst en slaapproblemen	Zijn ook in het illegale circuit verkrijgbaar. Het gaat dan om niet-voorgeschreven middelen, dan bij wet verboden	Alprazolam (merknaam Xanax), diazepam (merknaam Valium), oxazepam, lorazepam, bromazepam
Designer benzodiazepinen ('nieuwe benzo's')	Kennen in Nederland geen medisch gebruik en zijn hier dus niet op recept verkrijgbaar. Afgeleid van benzodiazepinen als diazepam of alprazolam	Tot op heden in het illegale circuit verkrijgbaar. Per 1 juli 2025 verboden	Bromazolam, pyrazolam, gidazepam, etizolam
Synthetische cathinonen	Kennen geen medisch gebruik en zijn dus nooit op recept verkrijgbaar	Tot op heden in het illegale circuit verkrijgbaar. Per 1 juli 2025 verboden	2-MMC, 3-MMC (poes, 3m), 4-MMC (mephedrone, miauw miauw), alfas (flakka) (zoals alfa-PVP, a-PHP)
Synthetische cannabinoïden (Spice, K2)	Kennen geen medisch gebruik en zijn dus nooit op recept verkrijgbaar	Alleen in het illegale circuit verkrijgbaar, maar zijn niet per definitie bij wet verboden	MDMB-4en-PINACA, JWH-018, AM-2201

In onderstaande tabel staat een overzicht van veel voorkomende opioïden, met daarbij de dosisequivalentie en de legale status in Nederland.

Tabel 3. Veel voorkomende opioïden: dosisequivalentie en legale status in Nederland

Groep	Stof	10 mg morfine oraal equivalent (in mg)	Opiumwet NL?	Opmerkingen
Morfinanen	morfine	10	Lijst I	
	heroïne	2-2,5	Lijst I	zuiverheid kan enorm wisselen, equivalentie geldt alleen voor zuivere stof
	oxycodon	6,67	Lijst I	
piperidines/ fentanylachtigen	fentanyl	0,1	Lijst I	
	carfentanyl	0,001	Lijst I	
benzimidazolderivaten/ nitazenen	protonitazeen	0,05	Lijst I	weinig onderzoek naar gedaan
	isotonitazeen	0,02	Lijst I	weinig onderzoek naar gedaan
	metonitazeen	0,1	Lijst I	weinig onderzoek naar gedaan
	etonitazeen	0,0066	Lijst I	weinig onderzoek naar gedaan
	isotonitazepyne	0,001	-	weinig onderzoek naar gedaan
Anders	tramadol	100	-	effect stapelt bij herhaald doseren

4 Situatie en ervaringen internationaal

Dit hoofdstuk geeft belangrijke internationale ontwikkelingen weer die mogelijk relevant zijn voor Nederland. Eerst schetst 4.1 de situatie in Noord-Amerika en daarna schetst 4.2 de situatie in Europa. Hiervoor is de beknopte literatuurstudie benut en zijn de signalen en ervaringen van de geïnterviewde experts uit Europa gebruikt. Die signalen en ervaringen hebben we vervolgens gegroepeerd in vier soorten situaties. Als voorbeeld illustreert een 'uitgelicht' sectie de plotselinge veranderingen die Ierland meemaakte rond de introductie van nitazenen op de lokale markt. Daarna wordt een aantal ontwikkelingen beschreven die vanuit Europa zijn ingezet in het kader van *preparedness*, onder meer om een synthetische opioïden crisis snel te kunnen signaleren en hierop te reageren.

4.1 Situatieschets Noord-Amerika

De Verenigde Staten en Canada kennen al jarenlang geen stabiele drugsmarkt. Reeds een decennium lang is er sprake van opioïden- en overdosis crises. Het aanbod is dermate vermengd geraakt met allerlei hoog potente middelen dat de Canadese overheid bijvoorbeeld spreekt van '*toxic illegal drugs supply*' (4).

- Er zijn diverse trends van aanwezigheid en gebruik van verschillende synthetische opioïden (fentanyl, carfentanyl, nitazenen) of andere substanties met een sterk verdovende werking (zoals xylazine, medetomidine, BTMPS). Al dan niet als bijmenging voor versterking van een verdovend effect, maar ook wel (als extra *kick/roes*) in opwekkende middelen (5).
- Na jarenlange stijgingen van het totaal aantal fatale drugsoverdoses (tot 105.007 in 2023) (6), lijken de cijfers rond specifiek fentanyl overdoses in 2024 te dalen (7). Er is vooralsnog onvoldoende inzicht om te duiden wat deze eerste daling van het aantal overdosis kan verklaren.
- Synthetische opioïden, bijvoorbeeld nitazenen in namaakmedicatie zoals oxycodon, zijn een substantieel probleem en hebben de omvang van de problematiek verbreed tot ver buiten de traditionele opiatenmarkt met sociaal-economisch gemarginaliseerde populaties naar gebruikersgroepen die met hele andere motieven (zelfmedicatie, *anxiety relief*, recreatief) verdovende middelen aanschaffen (8).
- Deze namaakmedicatie is in veel gevallen niet te onderscheiden van echte. De verkoop van dergelijke namaakpillen is soms heel geavanceerd; er zijn berichten over Mexico waar dealers in witte jassen deze in 'nep-apotheken' aan Amerikaanse toeristen verkopen (9).
- Duidelijk is dat in Noord-Amerika de algehele drugsmarkt *supply driven* is. Georganiseerde misdaad en de lokale straatdealer bepalen wat er te koop is. Gebruikers en mogelijke consumenten kunnen alleen kiezen uit het aanbod van de dealer.
- Door voortgaande globalisering en digitalisering lijkt een groter aanbod van diverse synthetische opioïden in verschillende verschijningsvormen vooral een kwestie van tijd. Of zoals een expert uit Canada in 2020 meldde: "*You'll gonna get it. One way or another. The time and the shape of things are unknown. But is inevitable. You better start preparing.*" [ISO-PREP, 2021]

4.2 Situatieschets Europa

4.2.1 Europa: complexe dynamiek

Ook in Europa is er sprake van een complexe en diverse marktsituatie. We spraken experts uit Engeland, Schotland en Noord-Ierland, uit Ierland, Duitsland, België, Bulgarije, Estland, Letland, Noorwegen, de stad Zürich in Zwitserland en de regio Catalonië in Spanje. Experts uit vrijwel alle tot nu toe geraadpleegde landen rapporteren sterke veranderingen op de drugsmarkten. Veel landen maken melding van toenames van verkrijgbaarheid, gebruik en incidenten met niet-voorgeschreven synthetische opioïden. Opvallend is dat er verre van een eenduidige verspreiding van gebruik is. Net als in Noord-Amerika is de Europese markt van dergelijke middelen *supply driven*. Criminele organisaties bepalen welke drugs wel of niet geïntroduceerd worden. In april 2022 stelde de Taliban een ban op alle opiumproductie in Afghanistan in. Dit bracht zorgen met zich mee over de consequenties daarvan voor de heroïnemarkt. Een verminderd aanbod van heroïne zou tot een mogelijke toename van synthetische opioïden (als fentanyl of nitazenen) op de markt kunnen leiden. De productie van heroïne is inmiddels volgens UNODC substantieel afgenomen met 93% (10) en internationale experts houden daarom rekening met dergelijke marktverschuivingen als ook de huidige heroïnevoorraden opraken. Op dit moment zijn er geen tekenen dat dit al het geval is.

- Nadat de omvang en ernst van de Noord-Amerikaanse opioïden crisis duidelijk werd, is ook in Europa een aantal studies gedaan naar de synthetische opioïden situatie: Seyler et al. (2021) (11), Pierce et al. (2021) (12) en RAND (2024) (13). Allen deelden de conclusie dat er geen grote veranderingen zijn in zowel het aantal heroïnegebruikers in de Europese Unie (naar schatting 860.000) (14) en het aantal overdoses per jaar (meer dan 7.500 per jaar) (14) en er, met uitzondering van de Baltische regio, geen substantiële verschuivingen in het opioïden-aanbod werden gemeld. De genoemde studies zijn allen gebaseerd op data van enige jaren geleden toen ook er nog geen sprake was van de nitazeneen-achtigen op de drugsmarkt. Inmiddels lijkt er vanaf 2023 toch sprake van een kentering.
- Het EUDA rapporteert minstens 163 doden als gevolg van **fentanyl en fentanyl-afgeleiden** in Europa in 2022 (15). Het ging daarbij vooral om fentanyl onttrokken aan de medische keten in plaats van fentanyl geproduceerd voor de illegale markt. Toenames van incidenten met andere opioïden dan heroïne (methadon, maar ook buprenorfine en pijnmedicatie) spelen hier ook een belangrijke rol in (15).
- Het EUDA signaleerde in 2019 de eerste **nitazeen** in Europa. Sindsdien zijn er 22 verschillende nitazenen gedetecteerd in tenminste 21 EU landen, waarvan in 12 landen melding werd gemaakt van nitazenen in namaakmedicatie in 2024 (14). Nitazenen werden aangetroffen in het heroïneaanbod, nagemaakte pijnmedicatie, opioïdensubstitutie en in namaak benzodiazepinen. EUDA meldde in 2023 meer dan 150 doden als gevolg van nitazenen. In het VK is vanaf juni 2023 van minstens 400 mensen gemeld dat ze zijn overleden na gebruik van met nitazenen bijgemengde heroïne (16).
- Daarnaast zijn er berichten vanaf 2023 over nitazenen incidenten in het VK en Frankrijk, maar ook informatie van de geïnterviewde experts in Noorwegen, Zweden, Duitsland en Zwitserland wijst op een duidelijke stijging van het aantal incidenten met nitazenen.
- Er is een aantal meer recente voorbeelden waarbij nitazenen opdoken in het buitenland, waaronder in 6 zogenaamde heroïnesamples in december 2024 in het Duitse Bremen (17).

4.2.2 Vier situaties van ontwikkelingen met synthetische opioïden

Uit de interviews met experts in de 11 Europese landen en achtergrondinformatie vanuit publicaties, kwamen grofweg vier situaties en ontwikkelingen rond synthetische opioïden naar voren. Elk van de bevroegde nationale experts beschreef een eigen dynamiek rond de verspreiding en het gebruik van synthetische opioïden in hun land. Iedere situatie bleek verschillend, elke context is weer heel anders. Er is geen sprake van een eenduidige ontwikkeling of patroon van verspreiding en gebruik. We onderscheiden in Europa op het moment van onderzoek grofweg vier soorten signalen met betrekking tot niet-voorgeschreven gebruik van synthetische opioïden. Waarom een bepaald land of gebied wel te maken krijgt met het ene scenario en niet met een ander, is niet eenduidig verklaarbaar. Het lijkt met combinaties van verschillende factoren te maken te hebben, zoals gebruikscultuur, lokale maatschappelijke problematiek en sociaal-economische omstandigheden, (in)stabiliteit van de drugsmarkt, beschikbaarheid van laagdrempelige opioïdenbehandeling (OAT), maar ook de criminele infrastructuur, het criminele verdienmodel en het beleid rondom opsporing en wetshandhaving.

a. Heroïne markt overgenomen door synthetische opioïden

In een aantal landen lijkt de voormalige heroïne markt nu volledig gedomineerd door synthetische opioïden. Dit is het geval in Letland, en in Estland waar al sinds 2001 eerst de heroïne markt vervangen werd door fentanyl en sinds een paar jaar deze werd vervangen door nitazenen. En het marktaanbod verandert er nog steeds verder. Zo verlangen in Estland gebruikers terug naar *'the good old fentanyl days'* omdat fentanyl voor hen beter te *managen* was dan nitazenen en ontwenningsverschijnselen van nitazenen heftig zijn (*"It is like heroine times 100 and it makes all your bones burn,"* vertegenwoordiger van een gebruikersorganisatie uit Estland). Protonitazene en metonitazene zijn het meest voorkomend. Inmiddels zijn er ook xylazines opgedoken. Maar in Estland werd in 2024 ook melding gemaakt van nitazenen bijmengingen in zogenaamde oxycodon pillen. In Litouwen worden vooral problemen gemeld met carfentanyl.

b. Clusters incidenten

In Ierland kwamen nitazenen aanvankelijk in poedervorm voor en zorgde het voor incidenten onder heroïnegebruikers. Nu, slechts een maand of acht later, komt het vooral voor in middelen die als benzodiazepinen zijn gekocht (ofwel een tablet van puur nitazenen of nitazenen gemengd met andere stoffen). Gebruikers zijn niet op zoek naar nitazenen. Ze willen een *downer*, een medicatie zoals Valium of Xanax, maar krijgen soms een namaakmedicatie met nitazenen. In het Verenigd Koninkrijk vonden aanvankelijk ook clusters incidenten onder heroïnegebruikers plaats. Nu zijn nitazenen een vaker voorkomend onderdeel in de versnijdingen van het heroïne-aanbod. Al 10 jaar ziet men een toename van het totaal aantal drugsoverdoses, en recent zijn daar het injecteren van cocaïne en HIV uitbraken bijgekomen. Nitazenen zijn in het Verenigd Koninkrijk volgens een bevroegde expert *'a crisis on top of a crisis'*.

In Bulgarije zijn net een paar dagen voor het interview voor deze *Preparedness Scan* eind februari 2025 voor het eerst meerdere gezondheidsincidenten met waarschijnlijk fentanyl aan het licht gekomen. De toxicologische bevestiging dat het inderdaad om fentanyl gaat laat ten tijde van publicatie van dit rapport nog op zich wachten. Ook ontbreekt nog zicht op de omvang van deze incidenten.

c. Gestage toename onder de radar

Een aantal landen signaleert een langzaam stijgend gebruik en incidenten van niet-voorgeschreven synthetische opioïden onder onverwachte groepen, zoals jongeren, en onverwachte middelen, zoals Tilidine en Xanax. In Noorwegen zijn er 23 bevestigde gevallen van nitazenen intoxicatie in 2024. Dit betrof vooral jonge mensen, door het hele land, die bij niemand op de radar waren. Bijna de helft van deze jongeren en jongvolwassenen met een fatale overdosering had in de twee jaar voorafgaand aan hun overlijden geen enkel contact met medische zorg. Zij waren nergens in beeld en het was niet bekend dat zij drugs/dergelijke middelen gebruikten. Het is gissen naar hun motieven. *“We have to learn from those people who survived an overdosis, that is where the learning is”* (Noorse expert).

In Zürich (CH) is het opmerkelijk dat er fatale overdoseringen onder 13-15 jarigen zijn voorgekomen. Een trend in de afgelopen paar jaar is dat er groepen tieners zijn die in het weekend ‘downers’ nemen, die opioïdenhoudende medicatie (tramadol of oxycodon) combineren met benzodiazepinen (bijvoorbeeld alprazolam) en alcohol. Zij zijn zich vaak niet bewust dat er veel namaakmedicatie in omloop is. Het motief van gebruik is niet altijd duidelijk, maar bij sommigen van hen speelt (reeds bestaande) Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) problematiek en zij zijn bekend met medicatie voorgeschreven door een psychiater. Een andere hypothese is dat tieners dit soort middelen gebruiken om los te komen van de stress en druk van alledag. Ook (jonge) asielzoekers worden in Zürich als risicogroep gezien.

Er zijn meldingen uit Polen van medio 2024 van een clandestien methadon laboratorium waarbij 200 kilo methadon werd aangetroffen. In Scandinavië (Finland en Zweden) zijn sinds 2023 meldingen van inbeslagnames van namaak opioïdensubstitutie, zogenaamde methadon en buprenorfine die nitazenen bevatten.

Een recente melding van namaakoxycodon met nitazene-achtigen in ‘originele’ doordrukstrip in Zürich, illustreert de ontwikkelingen in dit scenario en is een *reminder* dat namaakmedicatie er steeds echter uitziet (zie afbeelding 1).

Afbeelding 1.



Bron: Stadt Zürich, Section harm reduction for illegal substances – Drug Information Center (DIZ), <https://www.saferparty.ch/>.

In Duitsland leverde een in januari 2025 gepubliceerde Trendspotter-studie naar synthetische opioïden het opmerkelijke gegeven op dat in sommige substitutieprogramma's 15-25% van de deelnemers 25 jaar of jonger zijn, en aan opioïdenhoudende pijnmedicatie verslaafd zijn geraakt (17).

d. Geen of nauwelijks incidenten

België, Nederland en bijvoorbeeld Spanje vallen in deze categorie. De incidentele meldingen die er zijn, gaan vaker om doorvoer dan om incidenten rond gebruik. Er zijn geen meldingen van substantieel gebruik of meer dan enkele gezondheidsincidenten, hoewel het recente incident (maart 2025) in Nederland, waarbij een sterk werkzame nitazeen isonitazepyne in een namaak oxycocoonpil werd aangetroffen bij een overleden persoon, vraagt om alertheid. In België ziet men sowieso weinig nieuwe psychoactieve substanties (NPS). Er is wel verhoogde waakzaamheid in het veld. Zo was er onrust toen een reeks fentanyl teststrips positief leek, maar omdat deze verkeerd geïnterpreteerd bleken was er dus alsnog geen reden tot alarm. In Spanje zijn nieuwe synthetische opioïden in het land aanwezig, maar zover bekend alleen voor doorvoer.

Uitgelicht: Ierland

In Ierland werden tot en met september 2023 geen synthetische opioïden gedetecteerd. Maar zes weken later, in november 2023, reden ambulances in Dublin in een periode van 24 uur uit voor 34 overdoses, en in enkele dagen tijd liep het aantal op tot 57 overdoses. Er bleken nitazenen op de markt geïntroduceerd te zijn die als heroïne verkocht werden.

Deze situatie kwam volledig uit de lucht vallen, er was geen indicatie waardoor men iets had zien aankomen. Er was geen tijd om zich voor te bereiden en deze uitbraak startte op vrijdagavond, wat bijdroeg aan het gevoel compleet overvallen te worden en wat communicatie tussen professionals een grotere uitdaging maakte.

Zes dagen later was er een tweede incidentencluster, nu in Cork met 20 niet-fatale overdoses. Enige tijd later doken nitazenen op in een gevangenis en gebruik ervan resulteerde daar in vijf niet-fatale overdoses. Op dit moment, mei 2025, zien ze in Ierland nauwelijks nog nitazenen in poedervorm verschijnen maar ze zien nu benzodiazepinen met nitazenen erin en pure nitazene tabletten, die als benzodiazepinen verkocht worden (18).

4.2.3 Europa: Preparedness en Call to action

Bovengenoemde situatieschets roept de vraag op hoe landen in Europa zich goed kunnen voorbereiden op en aanpassen aan de mogelijke toename in aanwezigheid en gebruik van, en incidenten met, niet-voorgeschreven synthetische opioïden. De volgende initiatieven hebben hier invulling aan gegeven.

- Het EU gesteunde project SO-PREP 2020-2022 (<https://so-prep-project.eu/>) deed onderzoek en resulteerde in aanbevelingen voor landen in Europa. De belangrijkste boodschap van SO-PREP: "voorbereiden nu het nog kan". En dan over de gehele linie: van vroege detectie tot en met gerichte gezondheidsinterventies.
- De afgelopen jaren is er vanuit het EUDA een steeds sterker geluid gekomen dat pleit voor betere voorbereidingen op synthetische opioïden. Hierbij wordt ook de Taliban ban op opium als factor meegenomen omdat deze voor een mogelijk gat in de heroïne productie en het aanbod in Europa kan zorgen. Deze eventuele schaarste zou een mogelijkheid zijn voor de dealers om het gat in de markt met opioïden op te vullen (19).
- Daarnaast wijzen ook de meldingen bij het EUDA tot verhoogde alertheid. Temeer daar het gebruik van synthetische opioïden ook in zwang zou kunnen raken bij andere gebruikersgroepen dan heroïnegebruikers. Griffiths et al. (2024) stellen dat: "...changes in the availability

and use of synthetic opioids pose a credible future threat to public health, especially if some of the new forms available prove to be attractive to a wider group of consumers." (20).

- Het EUDA European Drug Report 2024 (15) en een Call to Action van het EUDA (1) pleiten voor actie en voorbereidingen specifiek gericht op de synthetische opioïden situatie in Europa. Allereerst voor het nagaan in hoeverre het huidige monitor- en zorgsysteem volstaat als respons op de hier besproken veel potentere middelen. De huidige praktijk en de gangbare protocollen zijn gebaseerd op gebruik van heroïne en daarmee niet per definitie passend voor overdoses waar synthetische opioïden een rol bij spelen (15). EUDA adviseert ook om na te gaan in hoeverre huidige drugspreventie-programma's voldoende aansluiten bij bijvoorbeeld de huidige praktijk van middelengebruik zoals die onder jongeren leeft.
- Met de *Call to Action* (1) vraagt EUDA urgente aandacht voor lidstaten om actie te gaan ondernemen op een aantal terreinen:
 - Monitoring en signalering
 - Early warning en risicoanalyse
 - Zorg en interventies
 - Beleid en *preparedness*
- Een aantal landen is, vergelijkbaar met de Nederlandse *Preparedness Scan*, concreet met voorbereidingen gestart. In Noorwegen wordt gewerkt aan een interactieve website voor zowel professionals als gebruikers, Frankrijk start een *preparedness* onderzoek, de stad Zürich produceerde in het najaar van 2024 een voorbereidingsplan (21), en de overheid van het VK biedt sinds 2024 een online aanwijzing voor lokale planning en acties (22).

4.2.4 Belangrijke inzichten ('Lessons learned')

De *Preparedness Scan* heeft in een aantal belangrijke relevante *lessons learned* opgeleverd en een beperkt aantal *good practices*. De drugssituatie in Nederland is wezenlijk anders dan in landen zoals de Verenigde Staten, Canada of de Baltische regio die met een opioïden crisis te maken hebben. De drugsontwikkelingen in (West) Europa zijn daarnaast nog recent en in volle gang. Maar het belangrijkste verschil met vrijwel alle landen is het Nederlandse drugsbeleid en met name de uitgebreide infrastructuur van monitor-, signalerings- en respons-instrumenten -hierover meer in de volgende hoofdstukken-. Het zijn juist de buitenlandse experts die naar Nederland kijken waar het systeem van monitoring tot aan respons doorgaans veel uitgebreider, completer en doeltreffender is.

Via de EUDA *Call to Action*, zijn er ervaringen uit andere landen meegenomen in de aanbevelingen van de *Preparedness Scan*. Daarnaast is er een aantal specifieke lessen en adviezen die de geïnterviewde buitenlandse experts meegaven. Die concentreren zich vooral op de volgende punten.

- Denk niet: het waait wel over. *'Synthetische opioïden zijn geen hype, ze zijn een ontwikkeling. Als er dergelijke veranderingen in de drugsmarkt zijn, zijn deze veelal onomkeerbaar.'*
- Organiseer lokale voorbereidingen en actie: lokaal is de beste informatie over risicogroepen en risicoscenario's beschikbaar. Landen die hiermee reeds zijn begonnen (zoals Ierland, het Verenigd Koninkrijk) hebben in hun aanpak voor *good practices* gekeken naar de incidenten-aanpak van andere landen en steden.
- Communicatie: betrek veel partijen, zorg dat communicatielijnen kort zijn en waar mogelijk zorg dat mensen van een vergelijkbaar domein met elkaar afstemmen.

- Naloxon: overweeg bredere inzetbaarheid van naloxon. Er zijn veel ervaringen in het buitenland met verschillende protocollen, systemen en modellen van beschikbaarheid.. -Meer hierover in het betreffende hoofdstuk over naloxon 8.4.2 en de aparte Bijlage 7.
- Onderzoek: probeer zo goed mogelijk inzicht te krijgen welke groepen risico lopen, wat motieven van gebruik zijn en haal ook informatie uit niet-fatale overdoses en verzamel klinische informatie rond overdosis respons.

5 Nederland

Dit hoofdstuk geeft de belangrijkste signalen weer uit de recente literatuur, de interviews en focusgroepen met de experts uit Nederland. In 5.1 worden de recente drugsincidenten en drugssterfte belicht, in 5.2 ligt de focus op middelen. Onder ander signalen over nieuwe synthetische opioïden (waaronder nitazenen), opioïdenhoudende pijnmedicatie en heroïne komen aan bod. Daarna gaat 5.3 in op ontwikkelingen die experts schetsen rond middelengebruik en zorg- en hulpverlening. In deze bevindingen wordt breder gekeken dan opioïden. Twee ‘uitgelicht’ secties die gebaseerd zijn op interviews, illustreren een aantal van in het rapport beschreven ontwikkelingen.

5.1 Drugsincidenten en -sterfte

Al ontbreekt een landelijke overzicht, zowel de Nationale Drug Monitor (NDM), Monitor Drugsincidenten (MDI) als het Nationaal Vergiftigingen Centrum laten zien dat synthetische opioïden een rol spelen bij ernstige gezondheidsincidenten. In 2023 werden volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS minstens 178 van de 338 drugsgerelateerde sterfgevallen veroorzaakt door opioïden, waaronder vermoedelijk ook synthetische varianten zoals fentanyl en oxycodon (23). De MDI registreerde in datzelfde jaar 16 acute incidenten met synthetische opioïden, waarvan 14 met fentanyl en 2 met Odesmethylntramadol (O-DSMT) en het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) noteerde 6 meldingen in 2023, vooral met O-DSMT (24,25). In 2022 lag het aantal incidenten vergelijkbaar: 17 bij de MDI en 22 bij het NVIC. Opvallend is dat een relatief groot deel van deze gevallen samenhangt met suïcidepogingen, en dat de meeste meldingen afkomstig zijn van ambulancediensten—wat duidt op de ernst van de klinische situatie.

5.2 Signalen over verschillende middelen

De *Preparedness Scan* levert in het algemeen een beeld op van vervagende markten, waarbij het onderscheid tussen drugs en medicatie, tussen legaal en illegaal en tussen echt en namaak niet zo makkelijk meer te maken is. Signalen van polydrugsgebruik van verschillende soorten middelen (uppers én downers) en groeiende ‘zelfmedicatie’ van jongeren zijn opvallend.

Er zijn diverse berichten over incidentele aanwezigheid van niet-voorgeschreven synthetische opioïden voor recreatief gebruik op de Nederlandse markt maar er lijkt op dit moment geen wijdverspreid aanbod te zijn.

Er is wel een actieve markt voor niet-voorgeschreven opioïdenhoudende pijnmedicatie. Dat betreft met name legaal geproduceerde pijnmedicatie, maar ook namaakvarianten worden gesignaleerd. Er zijn recentelijk enkele incidenten met namaakmedicatie gemeld waar in sommige gevallen deze geen oxycodon maar een nitazeen bevatte.

5.2.1 Niet-voorgeschreven opioïden, waaronder nitazenen

Er is geen eenduidig overzicht van alle incidenten gerelateerd aan het gebruik van niet-voorgeschreven synthetische opioïden in Nederland. Wel zijn er diverse berichten van incidenten maar niet altijd is duidelijk in hoeverre deze toxicologisch zijn bevestigd en het is lang niet zeker of dit ook daadwerkelijk alle incidenten zijn. Een zelfde onzekerheid speelt wat betreft de productie van en handel in deze stoffen. Ten tijde van het schrijven van dit rapport zijn ons de volgende feiten en signalen bekend over **nitazenen** in Nederland in 2024 en t/m mei in 2025:

- Incidenteel worden nieuwe synthetische opioïden als O-DSMT of U-47700 aangeboden bij drugstestservices. Dit zijn middelen die in de categorie NPS vallen en vooral in trek zijn bij psychonauten en geïnteresseerden in nieuwe middelen.
- In 2023 kreeg het DIMS voor het eerst een poeder ter analyse aangeboden dat gekocht was als protonitazeen.
- Begin 2024 zijn er de eerste signalen gekomen dat nitazenen aanwezig waren in Nederland. Het betrof onder andere een partij (van duizend) namaak-oxycodon pillen die in beslag was genomen, bestemd voor de Verenigde Staten, die na analyse protonitazeen bleek te bevatten (26).
- In 2024 ontving het DIMS geen nitazenen ter analyse, maar waren er verschillende signalen dat nitazenen in Nederland begonnen op te duiken in namaak-oxycodonpillen. Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) meldt een aantal vergiftigingen als gevolg van gebruik door namaak-oxycodon. Het betreft pillen die zonder medisch voorschrift viavia als oxycodon werden gekocht, maar die feitelijk een namaakmedicatie bleken te zijn, waarbij dan wel een nitazeen werd aangetroffen in de pil. NVIC meldde in het jaar 2024 drie mensen die na het gebruik van nitazenen in een ziekenhuis zijn beland, waarvan twee intentioneel gebruik (specifiek nitazenen gekocht) en één persoon die een pil had genomen, die was gekocht als oxycodon (27). Dit heeft niet geresulteerd in een overlijden.
- Medio maart 2025 overleed in Amsterdam een persoon, bij wie namaak oxycodon is aangetroffen. Deze pil was online was aangeschaft en bevatte isotonitazepine. Op 18 maart 2025 is een Red Alert is afgegeven door het Trimbos-instituut (28). Ook de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd heeft een melding geplaatst (29). Eerder werd al bij het DIMS een namaak-oxycodon pil aangeboden die na analyse protonitazeen bleek te bevatten.
- Op dit moment (mei 2025) zijn er nog steeds meldingen dat er namaak oxycodonpillen online en via dealers worden verkocht, die in sommige gevallen een nitazeen bevatten. De Red Alert is begin juni 2025 nog steeds van kracht (30).

5.2.2 Opioïdenhoudende pijnmedicatie na medische zorg

Opioïdenhoudende pijnmedicatie (zoals fentanyl, oxycodon, tramadol, en morfine) heeft een onmisbare rol in de medische zorg, ook in Nederland. Na een jarenlange trend van toenemend voorschrijven en gebruik (31) is vanaf 2019 vanuit het Ministerie van VWS actie ondernomen om over-voorschrijving en over-gebruik terug te dringen. Hoewel de stijging in het aantal voorschriften sinds 2020 is afgezwakt, krijgt op dit moment meer dan 1 miljoen Nederlanders een opioïde voorgeschreven (32). Hiervan blijft meer dan 1/3^e van de mensen die een sterkwerkend opioïde voorgeschreven krijgt deze langdurig gebruiken. Zij lopen daarmee het risico een stoornis in het gebruik van opioïden op recept te ontwikkelen. Er kan dan gesproken worden van chronisch gebruik of een verslaving aan deze medicatie. Ook is er een substantieel aantal mensen in Nederland dat deze medicatie (ook) zonder recept van een arts gebruikt (33). Daarmee bestaat

het risico dat zij voor het verkrijgen van deze middelen in aanraking met 'namaakmedicatie' kunnen komen.

Oxycodon is hierbij de in het oog springende medicatie, omdat het zowel in de medische zorg veel wordt gebruikt, als ook daarbuiten als niet-voorgeschreven medicatie. Oxycodon is een sterkwerkende opioïde pijnstiller die vaak wordt voorgeschreven aan mensen met ernstige pijn, bijvoorbeeld na een operatie of bij kankerpijn, maar ook steeds vaker voor chronische pijn. Langdurig oxycodongebruik begint meestal als voorgeschreven medicatie door artsen, maar wordt soms langer voortgezet dan gepland, wat kan leiden tot oneigenlijk gebruik.

- *"Traditionele verslavingsbehandelingen zijn niet altijd effectief bij oxycodongebruikers vanwege ontwenningssverschijnselen en terugkerende pijn... Er is een trend zichtbaar bij hulpvragers dat er naast een stoornis in het gebruik van een oxycodon/opioïde ook sprake is van een pijnsyndroom dat niet goed te behandelen is. Er zit bij deze dubbele diagnose problematiek een groot tijdsinterval tussen het eerste moment van voorschrijven van de opioïde en de verwijzing naar de verslavingszorg. In de praktijk is het moeilijk en tijdrovend om opioïden af te bouwen bij een pijnsyndroom."* (34)
- Om de trend van toenemend pijnmedicatiegebruik terug te dringen is er gecoördineerde actie geweest gericht op de aanpak van over-aanbod en over-gebruik van opioïdenhoudende pijnmedicatie. Bijvoorbeeld via de Taakgroep 'Gepast gebruik van opioïden' (opiaten.nl) en door het onderzoek en de gerichte aanbevelingen van het onderzoeksconsortium TAPTOE (Tackling And Preventing The Opioid Epidemic) (<https://www.taptoeconsortium.nl/>).
- Ondanks dat er nu meer aandacht is voor onnodig over-gebruik en langdurig gebruik, lijkt een substantieel gedeelte van patiënten die opioïdenhoudende medicatie voor krijgen geschreven deze toch voor een langere periode te gebruiken. Eén op de acht mensen gebruikt na een orthopedische ingreep opioïdenmedicatie voor een langere tijd (35) en 35% van de patiënten die de medicatie van een huisarts krijgen, gebruiken dit meer dan 3 maanden. Juist dit langdurig gebruik van deze sterkwerkende opioïden brengt verslavingsrisico met zich mee (36).
- Uit de tijd dat voorschrijfbeleid minder terughoudend was, bijvoorbeeld door na een operatie standaard 30 dagen opioïdenhoudende pijnmedicatie mee te geven, is een groep mensen langdurig deze middelen blijven gebruiken en komt hier niet of moeilijk vanaf.
- In de interviews werden verschillende redenen genoemd voor het zelf voorzetten van behandeling na de beëindiging van de behandeling: voortdurende pijnklachten, ontwenningssklachten, angst voor meer pijn en ontwenning, en het gevoel van geen alternatieven hebben. Het contact tussen patiënt en huisarts kan stroef lopen door druk op artsen om meer voor te schrijven en patiënten die zich niet gehoord voelen.
- In 2022 hadden tussen de 760.000 en 900.000 volwassenen in Nederland in het afgelopen jaar sterke pijnstillers gebruikt, zoals oxycodon, fentanyl, buprenorine of tramadol. Van hen gebruikte 90.000 deze opioïden medicatie na een medische ingreep langer dan 30 dagen en kan er sprake zijn van chronisch gebruik (37).
- In 2022 had volgens de leefstijlmonitor (LSM-A) 0,7% van de volwassenen een sterke pijnstiller (ook) zonder recept gebruikt (70.000-120.000 mensen) (33).
- Onbekend is waar zij deze middelen verkrijgen. Het kan gaan om medicatie uit de individuele voorraad van een ander of (ontvreemde) over-de-datum medicatie die via onderlinge netwerken wordt verhandeld en vervolgens bijvoorbeeld op internet via webshops verkocht wordt. Of het kan gaan om illegaal geproduceerde (namaak) medicatie.

5.2.3 Opioidenhoudende pijnmedicatie buiten de medische zorg

Naast het medische gebruik en voorgezette (niet-voorgescreven) gebruik van medicatie is er ook gekeken naar andere signalen van aanwezigheid en gebruik van deze middelen door andere populaties of met andere motieven. Het grotere en gemakkelijker (online) aanbod biedt de mogelijkheid om zonder raadpleging van een arts een pijnmedicatie te verkrijgen. Daarnaast kan een recreatief motief van gebruik van pijnmedicatie een rol spelen. Uit de interviews met experts komen een aantal opvallende zaken hierover naar voren:

- Organisatoren van meerdaagse festivals melden dat soms buitenlandse bezoekers grotere hoeveelheden tramadol of oxycodon meenemen, waarschijnlijk met doorverkoop voor recreatief gebruik op het festival als oogmerk.
- Op WhatsApp menu's van dealers worden vaker dan voorheen middelen als tramadol en oxycodon aangeboden als onderdeel van het gehele drugsaanbod. Deze middelen kunnen dan als extra 'afsluiter/nachtmutsje' worden aangeschaft.
- Sporadisch wordt vanuit de verslavingszorg ook oneigenlijk fentanylgebruik gemeld door het afschrapen van of kauwen op fentanylpleisters.
- In 2024 zijn voor het eerst twee zendingen onderschept met precursoren voor fentanyl, van respectievelijk 5 kg en 25 kg. Dit is volgens de geconsulteerde experts de eerste onderscheppingen van dergelijke precursoren in Nederland en de 25 kg partij wordt als de eerste van Europa beschouwd. De nu gevonden inbeslagnames waren hoogstwaarschijnlijk bestemd voor het buitenland. Er zijn geen berichten over (grootschalige) productie van fentanyl-achtigen in Nederland. Bij de politie is wel een aanwijzing bekend dat er werd gewerkt aan de productie van fentanyl. Daarnaast vertelde een persoon diens zorgverlener over zijn carfentanyl productie voor gebruik binnen de eigen 'psychonauten' kring.

5.2.4 Heroïne en OAT

Over de huidige heroïenemarkt heeft de *Preparedness Scan* geen eenduidige informatie over veranderingen opgeleverd, maar er lijkt vooralsnog geen schaarste in het huidige heroïneaanbod als eventueel gevolg van de Afghaanse opiumban. Nederland biedt opioidenvervangende behandelingen met methadon, en in aanmerkelijk mindere mate, met buprenorfine en daarnaast is er medische heroïneverstrekking.

- In 2023 en 2024 is er onderzoek gedaan naar de omvang van de groep hoog-risico gebruikers ('verslaafden') van harddrugs, het OPAAK-onderzoek (38). Daarbij is apart gekeken naar harddrugsgebruikers die opioïden (met name heroïne of opioidenvervangende medicatie zoals methadon) gebruiken, al dan niet met 'crack' of basecoke, en een groep gebruikers van crack of basecoke (zonder opioïden). Naast een omvang-schatting is ook het zorggebruik en de hulpbehoefte in kaart gebracht (39). De rapportage is ten tijde van het verschijnen van deze *Preparedness Scan* nog niet openbaar. Een aantal voorlopige bevindingen kan worden gedeeld. Vergeleken met eerdere onderzoeken (2008, 2012) zijn er opvallende ontwikkelingen te zien:
 - Het aantal individuen in opioidenvervangende behandelingen loopt terug, met name door natuurlijk verloop.
 - Van de naar schatting 8000 opioïdengebruikers is bijna twee derde in behandeling of heeft contacten met de verslavingszorg. Het aandeel van hen die behandeling hebben is in de loop der jaren afgenomen (61% in 2023, 76% in 2012 en 87% in 2008). Het aantal respondenten met een niet-Europese achtergrond (op basis van geboorteland) was relatief hoog: ruim een op de drie, maar onbekend is hoe groot dit aandeel in de vorige onderzoeken was.

- Het aandeel *crack cocaine* gebruikers (die geen opioïden gebruiken die bij de verslavingszorg staan geregistreerd) is aanzienlijk lager: 31% in 2023.
- Al is een 1-op-1 vergelijking tussen de onderzoeken in 2023, 2012 en 2008 niet goed mogelijk, de uitkomsten geven wel het beeld van een algemeen lagere toegang tot zorg. Als mogelijke verklaring worden onder andere genoemd: regel- en procedure barrières, vooral voor hen die niet goed bekend zijn met het Nederlandse zorgsysteem of de Nederlandse taal. Daarnaast wordt ook het gebrek aan specifieke zorg en behandeling voor *crack* benoemd als knelpunt.
- Diverse voor de *Preparedness Scan* geconsulteerde experts onderstrepen deze trends van toename van het aantal mensen dat tussen wal en schip valt. Met name in de grote steden. Bijvoorbeeld dakloze mensen die geen toegang tot of aansluiting bij hulpverlening vinden, en een toegenomen verslechtering van hun situatie. Zo wordt lokaal en onder specifieke groepen door een aantal geconsulteerde experts recent juist meer intraveneus heroïnegebruik gesignaleerd.

5.2.5 Andere middelen

De *Preparedness Scan* heeft breder gekeken dan synthetische opioïden om meer context te schetsen over huidige ontwikkelingen. De signalen zijn nog niet onderbouwd met cijfers maar wat opvalt is een veelheid van gebruikte (met name synthetische) middelen. Experts noemen ook een grote diversificatie van middelengebruik onder diverse groepen:

- Er zijn signalen dat het gebruik van niet-geregistreerde benzodiazepinen ('designer' of nieuwe benzodiazepinen) stijgt. Vooral bromazolam wordt genoemd. Bovendien zijn sommige voormalig GHB gebruikers bij het afbouwen van GHB met hulp van benzodiazepinen, uiteindelijk daar verslaafd aan geraakt.
- Groeiende ontwikkeling van switchen tussen 'uppers' en 'downers' en van polydrugsgebruik van een veelheid aan middelen, en vaak daarbij ook alcohol. Volgens een expert doet de populariteit van stimulantia, zoals synthetische cathinonen (met name 3-MMC) ook de vraag naar middelen met een verdovende werking stijgen. "*Ketamine of Xanax als demping of om rustig te worden. En om in slaap te vallen*".
- Pregabalin, een medicatie die ook bij zenuwpijn, angststoornissen en epilepsie wordt voorgeschreven, wordt vaak genoemd. Onder andere als traumademper onder mensen met een migratieachtergrond. Het is onduidelijk hoe mensen er aan komen.
- Andere medicatie waarvan respondenten ons vertellen dat deze gebruikt worden onder hun (vaak ook meer gemarginaliseerde) cliënten is bijvoorbeeld pirazolam, diazepam, alprazolam (Xanax), promethazine, mirtazepine, risperidon (Risperdal), Artane ('madame courage') of mengsels zoals 'karkubi'. Het geeft aan wat een breed palet aan medicatie, al dan niet in combinatie met drugs en/of alcohol, in deze groepen gebruikt wordt.
- Er zijn signalen dat er vraag is naar synthetische cannabinoïden in detentie omdat ze reukloos en lastig detecteerbaar zijn.
- Er zijn geen meldingen dat xylazine-achtigen of andere verdovingsmiddelen uit de diergeneeskunde (zoals wel bekend als bijmenging in de Verenigde Staten) in Nederland aangeboden of gebruikt worden.

5.3 Signalen rond het gebruik en de beschikbaarheid van middelen

De geïnterviewde experts beschreven recente ontwikkelingen en nieuwe signalen die meer context geven aan het gebruik en beschikbaarheid van middelen in Nederland.

5.3.1 Verkrijgbaarheid

Digitalisering en globalisering van de drugsmarkt zijn een steeds belangrijker rol gaan spelen. Het is heel makkelijk geworden om aan een verscheidenheid aan illegale (drugs) en semi-legale middelen (medicijnen) te komen. Internetshops, WhatsApp bezorgdiensten en directe QR marketing bedienen de consumenten van een veelvoud aan middelen.

- Met name WhatsApp is een belangrijk kanaal geworden voor dealers om hun diversiteit aan middelen aan te bieden en voor kopers om snel en relatief betrouwbaar te kopen. Er is een grote verscheidenheid in aanbod: van cannabis tot cocaïne en van MDMA, diverse types cathinonen en diverse designerbenzodiazepinen maar ook uiteenlopende soorten medicatie (erectiemiddelen, Valium, synthetische opioïden als tramadol, oxycodon). Nitazenen komen niet voor op de menu's. Opvallend is dat de scheiding van markten (*soft drugs* apart verkrijgbaar van de *hard drugs*) in dit menu-aanbod is verdwenen.
- De generieke NPS-wetgeving wordt met ingang van 1 juli 2025 de zogenaamde Lijst 1A met toegevoegde stofgroepen van kracht. Er zal hiermee een aantal stofgroepen illegaal worden. Op dit moment zijn het drie stofgroepen. De wet zal vooral opsporing en vervolging van het aanbod van deze 3 stofgroepen, waaronder fentanyl-achtigen, mogelijk maken. Veel zogenaamde designer NPS-middelen zullen hiermee verboden zijn. Het is nog onbekend hoe de NPS-wetgeving het marktaanbod en gebruik van middelen precies zal beïnvloeden. De nitazenen groep is in tegenstelling tot de fentanyl-achtigen op dit moment (nog) geen onderdeel van de wet.
- Een aantal Nederlandse websites bieden op dit moment (nog voor de generieke NPS wet ingaat) verschillende nu nog legale NPS aan voor onderzoeksdoeleinden. De disclaimer '*not for human consumption*' is nauwelijks zichtbaar en met speciale acties en aanbiedingen worden potentiële consumenten overgehaald om verschillende nieuwe stoffen zoals cathinonen of designerbenzo's te bestellen. Omdat een aantal populaire internet websites legaal is, is de drempel laag en denken consumenten dat er geen grote risico's zijn met de middelen die daarop te koop worden aangeboden. Het gaat hierbij niet om nitazenen, die zijn op dit moment met name verkrijgbaar via het darkweb.
- Als voorbeeld van assertieve en flexibele marketingmethodes: In de COVID-19-tijd verschenen op lantaarnpalen in sommige steden zoals Amsterdam en Nijmegen stickers met QR code om direct middelen zoals ketamine en 3-CMC te kunnen bestellen. Of meer recent werden er in Utrechtse studentenhuizen hele WhatsApp drugsmenu's of zelfs ook drugsproefpakketten verspreid (40).
- In rurale gebieden zijn drugstrends net zo snel geworden in verspreiding van nieuwe middelen als in meer stedelijke gebieden.

5.3.2 Cultuur rond niet-voorgeschreven gebruik van medicatie

De *Preparedness Scan* levert een indruk van de motieven en achtergronden van (riskant) middelen-gebruik. Een recente studie laat over het laatste decennium een sterke stijging van het aantal intoxicaties onder jongeren zien (41). Veel van de geraadpleegde experts benoemen dat onder

met name jongeren en jongvolwassenen 'zelfmedicatie' en middelengebruik vaker voorkomt. Iets nemen om je beter te voelen, is een breed geaccepteerde oplossing:

- Er wordt een groeiende cultuur gesignaleerd van 'voor alles wat innemen': bij stress, bij pijn, om te slapen, om je beter te voelen, voor een examen, om een weekend te feesten en na een weekend feesten.
- Bepaalde middelen, waaronder Xanax, worden in muziek verheerlijkt, en op sociale media als TikTok aangetipt.
- Voor thuisgebruik (voor jongeren die niet naar een club, café of festival gaan) bieden de bezorgdiensten een uitkomst.
- Regionale subculturen, bijvoorbeeld in Twente, sommige IJsselmeer havensteden, West-Brabant, maken dat lokale situaties flink van elkaar kunnen verschillen.
- Een breed spectrum van experts noemt onverschilligheid van hun cliënten over het eigen gebruik. *"Zonder veel informatie middelen innemen, zonder precies te weten wat er in zit, wat de dosering is of wat de effecten of risico's zijn."*
- Vaak wordt ook de maatschappelijke druk op jongeren benoemd. *"Iedereen moet 'iemand' zijn.", "Een Botox en Ozempic cultuur, waarmee je met instant ingrepen je fysiek aanpast.", "Er is weinig ruimte voor moeilijke gevoelens of pijn."*

Uitgelicht: Signalen uit West-Brabant

Een veldwerker uit de regio beschrijft het gebruik van illegale middelen en medicijnen onder de groep die hij kent.

Het is een kwetsbare groep die veelal in de marge leeft. Ze zijn door de wol geverfd. Met de verslavingszorg en GGZ zijn ze bekend maar ook met de zwarte markt van allerlei medicatie. Dat medicijngebruik is onderbelicht. Methadon wordt onderling verhandeld. Er zijn heel veel slaapklaarten. Gebruikers zijn bekend met allerlei slaap- en kalmeringspillen. En Xanax wordt heel veel gebruikt. Als ze medicatie niet voorgeschreven krijgen, gaan ze zelf rommelen. Lenen, uitlenen, bijkopen. Vaak bij bekenden uit de buurt die via websites zoals Funcaps grotere partijen hebben ingekocht en die in hun buurt verder verkopen. Mensen kennen wel het risico van nepmedicatie, maar als de nood hoog is kijken ze niet zo nauw. Als iemand zegt: "ik heb het via de apotheek", dan wordt het al snel geloofd.

Regelmatig gaat het zo dat iemand bij een psychiater zit, daar medicatie voorgeschreven krijgt en vervolgens neemt de huisarts het over. Die heeft er ook de handen vol aan, maar wijzigt liever niets. De huisarts heeft zelf niet altijd verstand van de voorgeschreven medicatie. Terwijl drugsgebruik de focus van de hulpverlening is, heeft medicijngebruik minder aandacht. "Je ziet bij de mensen veel medicatie liggen, hele rollen met van alles, maar je hebt er eigenlijk geen oog voor. Je denkt: daar gaat al iemand anders over. Je hebt er geen idee van."

Vraagt aan een client via de telefoon wat deze zoal gebruikt aan medicijnen:

"Wil je ze allemaal weten? Diazepam, oxazepam, suboxon, tramadol, alprazolam, promethazine, sopracon, mirtazepine, rispadolol. Zo kan ik nog wel doorgaan."

"Of ik een Red Alert van giftige nepmedicatie heb gezien? Nee, ik zie geen nieuws. Was het op TikTok?"

5.3.3 Knelpunten in zorg- en hulpverlening

Veel experts uit de *Preparedness Scan* noemen een toegenomen druk op de zorg- en hulpverlening waardoor deze niet altijd toegankelijk is voor mensen die middelen gebruiken. Door snelle ontwikkelingen rond middelengebruik, is het lastig voor zorg- en hulpverlening om flexibel genoeg te zijn om daarbij te blijven aansluiten. Veel van de geconsulteerde experts zien dat de zorgvragen het aanbod overstijgen:

- Zorg- en hulpverlening kampen met personeelstekorten, werkdruk en soms ook onvoldoende geschoold personeel.
- Er zijn wachtlijsten voor medische zorg, GGZ en verslavingsbehandeling en veel mensen vallen buiten de verslavingszorg vanwege regelgeving en toelatingscriteria.
- Er is een verschraving van *harm reduction services* gemeld, bijvoorbeeld door meer drempels tot zorg en minder gebruiksruidten.
- Daklozenopvang zit vaak vol, één van de redenen waarom er sinds de afgelopen paar jaar meer mensen op straat leven. En het vangnet is onvoldoende voor mensen die in financiële problemen komen en dakloos dreigen te worden.
- “Ik vraag me af of we alle groepen wel zien.” (Verslavingsarts) en: “Zijn wij wel laagdrempelig genoeg? In hoeverre bereiken we de doelgroep?” (Medewerker *harm reduction service*)
- Hulpverleners overzien onvoldoende het volledige middelen- en medicatiegebruik van een cliënt, bijvoorbeeld doordat ze niet bekend zijn met wat de huisarts of psychiater voorschrijft of door gebrek aan bewustzijn rondom verschillende middelen en medicatie.
- Er wordt gemeld dat er geen of onvoldoende passende hulp is bij het afbouwen van opioïdenhoudende pijnmedicatie, ook als mensen daar behoefte aan hebben en gemotiveerd voor zijn.
- Er zijn verschillende gedachten over het toepassen van het antidotum naloxon bij overdoses. Al decennia is het protocol en het gebruik grofweg hetzelfde: het middel wordt bij een overdosis enkel door artsen en verpleegkundigen gegeven. Naloxon beschikbaarheid is in veel landen de laatste jaren verruimd naar andere beroepsgroepen en bijvoorbeeld via apotheken. Ook in Nederland pleiten diverse experts voor flinke uitbreiding van de beschikbaarheid. Tevens zijn er wijzigingen die mogelijk in minder beschikbaarheid van naloxon resulteren (zoals dat naloxon is verwijderd uit de Nederlandse richtlijn huisartsen of de Europese standaard overweegt lagere dosis naloxon in neusspray). Meer over aanbevelingen is te vinden in 8.4.2. De specifieke bijlage over naloxon geeft meer achtergrondinformatie en overwegingen rondom het inzetten van dit middel (Bijlage 7).

5.3.4 Middelengebruik in detentie

Penitentiaire inrichtingen (PI's) zijn per definitie gesloten werelden. Het *zero tolerance* beleid rond drugs en andere middelen is een onderdeel van het instellingsbeleid. De experts met wie is gesproken, zien een complexe situatie rond middelengebruik in deze setting.

Er zijn weinig data en informatie beschikbaar over middelengebruik binnen de gevangenis, maar niemand twijfelt er aan dat, zoals bekend is uit andere landen, handel en gebruik verbonden zijn met het leven binnen detentie. Uit de registraties van Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) over 2023 blijkt dat in de gehele volwassen gevangenispopulatie gemiddeld de helft van de gedetineerden problemen heeft met alcohol en/of drugs (42). Deze hoge prevalentie hangt samen met de oververtegenwoordiging van sociaal kwetsbare groepen binnen het gevangeniswezen, waaronder personen met psychiatrische co-morbiditeit, schuldenproblematiek en gebrekkige toegang tot zorg vóór detentie. Hoewel detentie in theorie een kans biedt op stabilisatie en

behandeling, blijkt dat middelengebruik ook tijdens detentie blijft voorkomen. Illegale middelen vinden hun weg naar binnen via bezoek, andere smokkelroutes of onderlinge handel, wat leidt tot gezondheidsrisico's, onveiligheid en verstoring van het detentieklimaat.

- De behoefte van gedetineerden om stress en onbehagen te dempen is groot. Het algemene voorschrijfbeleid rond kalmerings- en slaapmedicatie binnen detentie is terughoudend. Maar de vraag naar deze medicatie is groot en handel in diverse middelen is onderdeel van het leven binnen de muren.
- Verslavingszorg in de detentie is niet op hetzelfde peil als daarbuiten. Zo is er bijvoorbeeld weinig tot geen begeleiding in detentie van cannabisverslaving en geen protocol hiervoor, terwijl veel mensen gewend zijn dagelijks cannabis te gebruiken.
- Cannabis en synthetische cannabinoïden worden gemeld als gebruikt in de gevangenis. Synthetische cannabis (bijvoorbeeld gesprayd op papier) heeft niet alleen niet de sterke cannabis geur, maar is moeilijker te detecteren in de urinecontroles.
- Het maatschappelijk verlangen van 'straf geven', staat haaks op de wens van gedetineerden om gedurende hun tijd binnen de muren zoveel mogelijk 'lastige gevoelens te dempen'.
- De reclassering heeft signalen van stijgend middelengebruik, zoals 3-MMC en nieuwe benzo-diazepinen, met name onder jongere (ex) gedetineerden.
- Er vinden drugsincidenten plaats die niet altijd meegenomen worden in de registratie. Het beeld is ook incompleet omdat als gedetineerden voor medische zorg worden ingestuurd, medische informatie niet altijd terugkomt.
- Een Trimbos-rapport uit 2022 over de Penitentiare Inrichting Ter Apel benadrukt het middelengebruik onder gedetineerden en de risico's bij eventuele introductie van synthetische opioïden in de gevangenis (43).
- De *Preparedness Scan* haalde geen bevestigde berichten op van gebruik van synthetische opioïden binnen PI's, maar het is goed denkbaar dat naast synthetische cannabis, ook andere lastig te detecteren middelen zoals synthetische opioïden, gedetineerden bereiken.

Uitgelicht: Signalen op straat in Utrecht en Amsterdam

In Utrecht is sinds de coronaperiode een grote toename gemeld in het aantal buitenslapers, en een groeiende groep is met drugs bezig. Het is lastig te schatten om hoeveel personen het gaat, omdat er veel mensen bij zijn die zich continu verplaatsen naar andere steden, maar mogelijk gaat het om een paar honderd mensen. Er zijn meer vrouwen op straat, veelal gebruiken zij amfetaminen om op straat wakker te blijven, en er vindt ruilseks plaats.

In Amsterdam wordt een groeiende groep mensen op straat gezien die door de hulpverlening niet of onvoldoende bereikt worden. Geschat wordt dat de groepen die in het gebied rond het Centraal Station komen uit ongeveer duizend mensen bestaan. Mensen houden zich op in parken en parkeergarages. Men gebruikt veel middelen door elkaar: ze nemen wat ze kunnen krijgen en combineren dat met alcohol. Intraveneus gebruik van heroïne lijkt binnen deze groep vooral sinds een half jaar flink toegenomen. Er is onverschilligheid over het eigen gebruik en gezondheid waardoor mensen met gezondheidsproblemen, bijvoorbeeld onverzorgde wonden, blijven rondlopen.

6 Risicogroepen en risicoscenario's voor Nederland

Dit hoofdstuk probeert de risico's voor Nederland in kaart te brengen. Hiervoor vormt een eerste uitgangspunt de ervaringen uit andere Europese landen, en met name wat er zich recentelijk in buurlanden al heeft afgespeeld qua aanbod, gebruik en incidenten rond niet-voorgeschreven synthetische opioïden. Op basis van de ontwikkelingen die de experts in Nederland in hun werk signaleren en wat zij waarschijnlijk achten voor de nabije toekomst, is er vervolgens een inschatting gemaakt van de meest waarschijnlijke risicoscenario's en risicogroepen.

6.1 Risicogroepen

De volgende indeling kan worden gemaakt in zes categorieën groepen die mogelijk verhoogd risico lopen op incidenten met niet-voorgeschreven synthetische opioïden in Nederland. In Bijlage 1 is informatie over deze risicogroepen verder uitgewerkt.

a. Dak- en thuislozen, en andere gemarginaliseerde groepen opioïdengebruikers

Dak- en thuislozen en andere gemarginaliseerde groepen die in instabiele situaties leven. Zij leven (deels) op straat, zijn al dan niet bekend in opvang- en zorglocaties maar vallen ook vaak tussen wal en schip. Denk hierbij aan oudere groepen heroïnegebruikers, maar ook nieuwe groepen zoals EU migranten, ongedocumenteerden en nieuwe dak- en thuislozen. Velen van hen hebben GGZ-problematiek en er is veel risicovol middelengebruik in deze groep, waardoor ze in aanraking kunnen komen met middelen waar synthetische opioïden (ofwel als straatheroïne ofwel in gekochte 'medicatie') in voor kunnen komen.

b. (Ex) gedetineerden

Gedetineerden zijn tijdens hun detentie vatbaar voor aanwezig van illegaal aanbod van middelen die slapeloosheid, spanning en stress verminderen. De middelen die ze normaliter buiten detentie gebruiken, zoals alcohol of cannabis, zijn in detentie niet langs legale weg verkrijgbaar. Deze groep is kwetsbaar voor het gebruik van middelen, vooral als die hun klachten even wegnemen en vooral als er minder kans is op detectie. Synthetische cannabinoiden (bijvoorbeeld gesprayd op papier) kunnen deze functie hebben. Uit het buitenland (bijvoorbeeld Ierland in 2024) zijn gevallen bekend van synthetische opioïden die in de gevangenis gebruikt werden. Ex-gedetineerden kunnen na hun detentieverblijf over het algemeen een verlaagde tolerantie voor middelengebruik hebben en kunnen daardoor eerder een overdosis krijgen.

c. Mensen met (chronische) pijnklachten

Over deze risicogroep is in Nederland relatief weinig bekend. Het is een behoorlijke grote groep van naar schatting 90.000 mensen die aangeven opioïdenhoudende pijnmedicatie dit soms zonder doktersrecept te gebruiken. Zij zijn van diverse achtergrond, leeftijd en woonplaats.

Het zijn vaak mensen met langdurige of chronische pijnklachten die, door onvolledige behandeling, onvoldoende pijnstilling of barrières in de zorg, zelf op zoek gaan naar alternatieve middelen via online kanalen. Deze groep omvat zowel patiënten met medische diagnoses (zoals zenuwpijn, reuma of post-operatieve klachten) als mensen met moeilijk objectiveerbare pijn, die zich niet altijd gehoord of serieus genomen voelen in het reguliere zorgtraject. Wanneer zij niet (meer) de gewenste medicatie kunnen krijgen via hun arts of apotheek – bijvoorbeeld opioïden zoals oxycodon of tramadol – biedt via via handel of het internet een mogelijkheid om toch aan deze medicatie te komen. Gebruikers beseffen vaak niet dat zij namaakproducten kopen, of ze onderschatten de risico's.

Een deel van deze mensen wil graag van de medicatie af, of in elk geval van het niet-voorgeschreven gedeelte ervan, maar heeft daarbij geen passende hulp of effectief alternatief. Daarnaast biedt de online markt van pijnmedicatie ook een aankoopmogelijkheid voor hen die juist buiten het medische circuit willen blijven.

d. Gebruikers uit regio's waar al langer synthetische opioïden op de markt zijn

Hierbij kan op dit moment vooral worden gedacht aan Europese opioïdengebruikers die uit de Baltische regio (met name Estland en Letland) komen waar de heroïenmarkt al geruime tijd is vervangen door synthetische opioïden als (car)fentanyl en nitazenen. Als zich verdergaande ontwikkelingen met niet-voorgeschreven synthetische opioïden voordoen in andere Europese landen, worden hier mogelijk andere herkomstlanden aan toegevoegd.

e. Jongeren en jongvolwassenen die al bekend zijn met middelen/medicatiegebruik

Dit betreft vooral de groep die in hun verleden psychische problemen kenden (bijvoorbeeld angststoornissen of depressie) en die door hun GGZ behandeling bekend zijn met medicatiegebruik. Ofwel uit voorgezette zelfmedicatie doormiddel van antidepressiva of tranquillizers zoals Xanax, of als demping na recreatief gebruik van stimulantia.

Daarnaast zijn middelen als valium, maar ook opioïden zoals tramadol en oxycodon, breder beschikbaar op de zwarte markt als *downer* na een periode van uitgaan of om juist in het weekend ontspannen te worden. Dit zou mogelijk op termijn tot een nieuwe generatie opioïdengebruikers kunnen leiden.

f. Andere risicogroepen

Hierbij valt te denken aan zogenaamde psychonauten die experimenteren met drugs en op zoek zijn naar intense (psychedelische) ervaringen en deelnemers aan chemsex (seks onder invloed van drugs, met name onder homo- en biseksuele mannen).

Uitgelicht: ervaringen van gebruikers van opioïdenhoudende pijnmedicatie

Gebruikers van pijnmedicatie hebben een website (opiatenafbouwen.nl) en een besloten facebookgroep voor steun bij afbouwen van opioïdenhoudende pijnmedicatie opgezet. Er zijn ongeveer 400 leden, vooral chronische pijnpatiënten. Ze hebben recent een intern onderzoek gedaan, wat onder andere de volgende informatie opleverde:

Van de 164 personen die met hulp probeerden af te bouwen, rapporteerde 57% extreme ontwenningsverschijnselen. Afbouwen ging via de huisarts (grootste groep), verslavingszorg, en in mindere mate via apotheek of pijnpoli. Het merendeel ervaarde onvoldoende begeleiding. De pijnpoli en de apotheek scoren het slechtst op het gebied van deskundigheid. De begeleiding van de verslavingszorg, zowel intern als ambulant, wordt als meer draaglijk ervaren dan de begeleiding van niet-professionals op verslavingsgebied. Bij ambulante begeleiding was 67% positief, bij interne 52%.

Het lijkt dat mensen die een slecht contact hebben met hun arts het grootste risico lopen om op de illegale markt terecht te komen. Dit verstoorde contact komt bijvoorbeeld doordat de patiënt zich niet serieus genomen voelt met de behoefte aan pijnstilling, de patiënt aanhoudend dwingend is en de arts zich daardoor hard opstelt, of doordat de arts heel snel wil afbouwen.

Men haalt vooral oxycodon of tramadol op de illegale markt. Meestal online, soms van bekende verkopers. Leden van genoemde Facebook groep vertellen:

"Het is een moeilijke inschatting hoeveel mensen het in totaal zijn maar ik weet dat mijn dealer bijvoorbeeld al rond de 300 klanten heeft. ... Hij is heel afhankelijk van wat er aan medicijnen binnenkomt. De ene week is dat heel veel de andere week helemaal niks. Hij verkoopt zowel opiaten, pammetjes, als medicatie tegen ADHD en ook erectiepillen en spuiten om af te vallen. Helaas heeft hij 1x foute pillen meegemaakt, een gebruiker schijnt overleden te zijn. Hij verkoopt, sinds hij een keer foute spullen heeft gehad, alleen medicijnen die hij -illegaal- via via van de apotheek heeft verkregen."

"Na het eerste jaar begon ik bij te kopen op de zwarte markt. In het begin één doosje extra per maand maar daarna elke keer meer. Ik koop nu zes doosjes oxycodon per maand bij."

"De pillen die ik kocht zaten altijd in de normale doosjes, in de gebruikelijke stripjes."

"Vanuit mijn persoonlijke kennis van de zwarte markt denk ik dat misschien wel de helft van de chronische pijnpatiënten daar bijkoopt."

"Ik woon in een kleine plaats. Bij mijn dealer was met name de groep tussen de 20 en 30 jaar erg groot. De recreatieve gebruikers. Maar de dealer vertelde ook een keer dat hij ook klanten heeft die enorm veel gebruiken. Een keer heb ik ze [mijn pillen] zelf opgehaald. Het leek alsof het daar bij de dealer aardig druk was...."

6.2 Risicoscenario's

Op basis van ervaringen in het buitenland en ontwikkelingen en input van Nederlandse experts lijken een zestal scenario's realistische mogelijkheden voor de nabije toekomst in Nederland. Meest waarschijnlijk lijkt daarin het aanbod van nitazenen, maar fentanyl en fentanylachtigen zijn zeker ook niet uitgesloten.

Deze scenario's staan verder uitgewerkt in de bijbehorende Bijlage 2, waar we ingaan op waarschijnlijkheid, problemen en risicogroepen per scenario.

a. Synthetische opioïden doen hun intrede op de heroïnemarkt/worden verkocht als heroïne

In dit scenario raakt de heroïnemarkt bijgemengd met synthetische opioïden, of deze markt wordt overgenomen door synthetische opioïden. Er zijn zorgen over dat de aanvoer van heroïne in verband met de ban op de opiumteelt in Afghanistan zodanig terugloopt dat er een gat in het aanbod ontstaat waar nitazenen een lucratieve opvulling voor de heroïnehandel voor zijn.

b. Nitazenen verschijnen wijdverbreider op de markt, verkocht als nitazenen

Nitazenen raken breder beschikbaar via online kanalen, waarbij ze als zodanig herkenbaar worden aangeboden. Dit kan in eerste instantie online via het darkweb, maar bij een grotere vraag zou dit ook via Whatsapp menu's van dealer kunnen. Hetzelfde zou kunnen opgaan voor fentanyl-achtigen. Op dit moment is er geen specifieke vraag naar deze middelen in Nederland bekend, maar het is niet uitgesloten dat er toch een vraag ontstaat.

c. Toename van gebruik van niet-voorgeschreven opioïdenhoudende pijnmedicatie

Een toename in het gebruik van niet-voorgeschreven opioïdenhoudende pijnmedicatie vindt al plaats (met name van oxycodon). Er is nu reeds een substantiële groep van patiënten die na een operatie of ingreep langere tijd zware pijnmedicatie gebruiken en waarbij er gewenning en verslaving op kan treden. Zij verkrijgen de medicatie ofwel van een huisarts of als deze niet meer voorschrijft via via, langs niet-medische route. In dit informele circuit of via online aankoop kunnen ze te maken krijgen met namaakmedicatie (zoals namaak-oxycodon) die nitazenen kan bevatten. Deze groep van langdurige gebruikers bestaat nu reeds en er is een risico dat deze op een andere (bijvoorbeeld makkelijker/online verkrijgbare of goedkopere) medicatie overstappen. Daarnaast is zeker mogelijk dat deze aangroeit met nieuwe patiënten die, bijvoorbeeld door verslavingsgevoeligheid, hun geplande afbouw niet kunnen voltooien en hun medicatiegebruik gaan voortzetten.

Met de ontwikkeling van een terughoudender voorschrijfbeleid van opioïden door zorgverleners in Nederland, bestaat het risico dat patiënten die langdurig gebruiken op zoek gaan naar alternatieven om hun medicatiegebruik voort te zetten.

Het huidige en groeiende aanbod van allerlei online medicatie biedt daarnaast ook hen die een pijnmedicatie zoeken een mogelijkheid zonder arts een medicatie te verkrijgen. En de illegale pijnmedicatiemarkt is een van de gebieden waar zowel in Nederland als in andere landen van Europa nitazenen zijn aangetroffen.

Een soortgelijke markt is de markt van illegale opioïdenbehandelingsmedicatie (denk aan methadon, buprenorfine). De risico's op namaak OAT medicatie zijn vergelijkbaar met eerder

genoemde namaak pijnmedicatie en er zijn incidenten uit met name de Scandinavische regio bekend. Er zijn op dit moment geen signalen dat dergelijke OAT medicatiemiddelen buiten de verslavingszorg om in Nederland worden gebruikt, maar een dergelijk scenario is niet ondenkbeeldig.

d. Vervuiling van (niet-geregistreerde) benzodiazepinen

In andere Europese landen zijn incidenten bekend waarbij er nitazenen werden aangetroffen in namaak reguliere of niet-geregistreerde benzodiazepinen (designerbenzo's). Gezien er een toegenomen gebruik van dergelijke middelen voor recreatief gebruik is, is dit scenario ook in Nederland goed denkbaar.

e. Vervuiling in andere middelen (bijvoorbeeld MDMA)

Dit scenario is heel vergelijkbaar met scenario D, alleen is het in dit geval minder direct voor de hand liggend omdat er internationaal en met name in Europa nauwelijks ervaring is met vervuiling in middelen anders dan in de andere scenario's al beschreven (heroïne, opioïden-medicatie en benzodiazepinen).

f. Introductie van synthetische opioïden in penitentiaire inrichtingen

Synthetische opioïden duiken op in één of meerdere penitentiaire inrichtingen (PI's). In justitiële inrichtingen is door de strenge controles en handhaving op contrabande met name ook een aanbod van middelen die minder risico op makkelijke detectie vormen. Het voorkomen van gesprayde synthetische cannabinoïden ('Spice', 'op papier') is bekend en het is niet ondenkbeeldig dat andere potente lastig te detecteren stoffen zo aangeboden kunnen worden. Ofwel als aparte stof ofwel als versnijding in een ander middel. In het buitenland is met name een incident in Ierland, juli 2024, bekend waarin nitazenen in een gevangenis werden aangetroffen. Een dergelijke scenario is ook in Nederland goed denkbaar en de gevolgen kunnen in korte tijd een clusterincident veroorzaken.

7 Conclusies

Internationale ontwikkelingen laten een voortgaande en steeds snellere markttransformatie zien. Er is geen eenduidig patroon van verspreiding van niet-voorgeschreven synthetische opioïden in **Europa**. Op het moment zijn er vrijwel wekelijks meldingen van incidenten met diverse synthetische opioïden in Europa. Dit noopt tot voorbereidingen waar de tijd daar de mogelijkheid voor biedt. Het EUDA roept daarom op tot gerichte acties (1).

In **Nederland** zijn op dit moment diverse signalen die om verhoogde waakzaamheid vragen. Er is een beperkt aantal incidenten met niet-voorgeschreven synthetische opioïden gemeld. Dat betreft een beperkt aantal incidenten als gevolg van intentioneel gebruik van nitazenen, maar ook door gebruik van namaak pijnmedicatie die geen oxycodon maar nitazenen bevatten. Er is in maart jongsleden een dodelijk incident geweest waarbij een persoon is overleden bij wie namaak-oxycodonpillen waren aangetroffen. Dit incident was aanleiding voor een landelijk Red Alert. Ook op het moment zijn er nog signalen dat dergelijke namaak medicatie met nitazenen in omloop is in Nederland.

Het is mogelijk dat er in werkelijkheid meer incidenten zijn geweest, maar van clusters van incidenten is geen sprake.

Er zijn geen tekenen van een grote specifieke vraag naar nitazenen of vergelijkbare heel potente verdovende middelen. Tevens is er geen melding van grootschalige productie of handel in nieuwe synthetische opioïden in Nederland.

Het feit dat er incidenten bekend zijn laat zien dat trends uit landen om ons heen mogelijk niet aan ons voorbijgaan.

Tegen die achtergrond van een veranderende situatie moet ook het hele Nederlandse waarschuwingssysteem en het hulpverleningsaanbod worden bekeken.

In vergelijking tot andere landen, is het in Nederland **ontwikkelde systeem van monitoring en signalering van de drugsmarkt en de bredere drugshulpverlening**, met ook het netwerk van test-services (het DIMS systeem), goed ontwikkeld. Het wordt vanuit het buitenland als een voorbeeld en inspiratie gezien. Zo is het Nederlandse *Red Alert* systeem en de manier waarop in Amsterdam werd gehandeld toen er in de stad witte heroïne verkocht werd als cocaïne in 2014, voorbeeld geweest voor Ierland om gebruikers te waarschuwen toen er nitazenen opdoken. De crisisaanpak van het Drugs Alert Team Amsterdam (DATA) met ook de meldingen op matrixborden in de Amsterdamse binnenstad zijn duidelijk voorbeelden van *good practice*. Er is een breed scala aan betrokken gemeentelijke en civiele organisaties gericht op preventie, zorg en op *harm reduction*.

Protocol “RED ALERT” voor te ondernemen acties bij het signaleren van een verontrustende stof of situatie

Dit protocol beschrijft de gehele procedure die wordt gevolgd door het DIMS-kernteam Red Alert, het DIMS bureau en de DIMS-deelnemers wanneer er een verontrustende stof of situatie op de drugsmarkt wordt gesignaleerd, en beschrijft welke acties in een dergelijk geval ondernomen kunnen worden. Het Red Alert protocol beschrijft gedetailleerd en stapsgewijs de verschillende afwegingen en vereiste acties voor een signalering rond een situatie van een verontrustende stof of incident. Het beschrijft diverse stadia, criteria en acties van de diverse lagen van signalering: interne signalering, een gerichte Red Alert (op een regio of een specifieke doelgroep) en een landelijk Red Alert.

De *Preparedness Scan* laat echter ook een aantal hiaten zien in onderdelen van de (zorg)keten. Hiaten die juist bij een situatie waarin synthetische opioïden meer aanwezig zijn, onwenselijk zijn.

Minder bescherming, minder risico

Eerdere onderzoeken (12,44) wezen op een aantal **beschermende factoren** in Nederland, die remmend zou kunnen werken op grote marktverandering met bijvoorbeeld een introductie van synthetische opioïden. De *Preparedness Scan* laat een aantal gebieden zien waar deze minder robuust lijken te zijn dan een paar jaar geleden aangenomen:

- Een **stabiele markt**. De Nederlandse drugsmarkt, en specifiek de NPS-markt, is volop in beweging, met tal van internetaanbieders van illegale middelen en namaakmedicatie tot reguliere medicatie. Het aanbod in Nederland is uitgebreid, wordt steeds vernieuwd en via WhatsApp dealers is tegenwoordig ook een breed palet van middelen beschikbaar. Soms komen hier ook opioïdenmedicatie (zoals tramadol of oxycodon) op voor. Onduidelijk is nog hoe de NPS wetgeving die sinds 1 juli 2025 van kracht is, uit gaat pakken op het marktaanbod. De heroïne markt is tevens ongewis door de Afghaanse opiumban. Al lijken hier nog geen gevolgen van te merken op de Nederlandse heroïne markt, dit is zeker een ongewisse factor op de toch al instabiele drugsmarkt.
- Een **adequaat gezondheids- en maatschappelijke zorgsysteem**. Het Nederlandse systeem is over het algemeen goed georganiseerd maar tegelijkertijd zijn er wachtlijsten bij de GGZ, te weinig bedden bij daklozenopvang, druk op de asielketen, is capaciteit een grote uitdaging, en bestaan er voor sommigen drempels tot medische zorg of is de zorg onvoldoende passend. Er is in toenemende mate sprake van een *'treatment gap'*. De beschermende factor van een dekkend zorgsysteem is in de afgelopen jaren dan ook afgenomen.
- **Harm reduction programma's voor problematische gebruikers**. Nederland heeft een indrukwekkende *track record* op het gebied van *harm reduction* aanpak. Deze aanpak heeft lange tijd een solide beschermende factor geboden. Meer recent echter, is er een aantal ontwikkelingen gaande, waardoor de bescherming afneemt. Het OPAAK onderzoek laat relatief meer mensen zien zonder zorg en/of behandeling dan ruim een decennium geleden. Ook zijn er diverse geluiden van overvolle en overwerkte services. In combinatie met aangekondigde bezuinigingen op preventie en *harm reduction* activiteiten, en verwachte bezuinigingen bij gemeenten in 2026, komen de services nog verder onder druk te staan.

De bovenstaande beschermende factoren in Nederland lijken minder robuust dan voorheen werd aangenomen.

Daarnaast noemden de geïnterviewde experts ook een aantal toegenomen **risicofactoren**:

- Diverse geluiden over een toename van groepen mensen die om diverse redenen **kwetsbaar voor problematisch drugsgebruik** zijn (dak- en thuislozen, huizen-/schuldenproblematiek, arbeidsmigranten, vluchtelingen en asielzoekers) of die door de huidige wet- en regelgeving buiten de zorg en opvang vallen: ongedocumenteerd, niet-rechthebbend, onverzekerd. Specifieke settings zijn ook reden tot zorg (detentie, asielzoekerscentra).
- **Pijnmedicatie**. Er is de afgelopen jaren ingezet op het terugdringen van over-voorschrijving en over-gebruik van opioïde pijnmedicatie na een medische ingreep of bij chronische aandoeningen. Maar er is geen goed zicht op de groepen patiënten die er niet in slagen af te bouwen of die al langer een verslaving aan pijnmedicatie hebben. Er is een substantieel grote groep van minstens 90.000 mensen die zonder doktersrecept opioïdenmedicatie gebruikt. Als het hen niet lukt om af te bouwen of nadere afdoende behandeling te krijgen, zijn ze aangewezen op een illegale markt van pijnmedicatie. Daarnaast zijn er individuen die geen arts willen of kunnen consulteren en zelf online pijnmedicatie bestellen zonder voorschrift. Het online aanbod maakt dit eenvoudiger. Het is niet bekend of dit op grote schaal gebeurt.
- Een andere zorg is de trend van toenemend (stevig) middelengebruik onder specifieke **jongerenculturen** waarin een breed aanbod van middelen eenvoudig voorhanden is (van cannabis tot heroïne en van 2-MMC tot aan oxycodon en fentanyl). Diverse experts van de preventieafdelingen en testservices signaleren een verbrede beschikbaarheid en gebruik van verschillende dempende middelen, zoals niet-geregistreerde benzodiazepinen, die een hoog verslavingsrisico hebben. De geconsulteerde experts noemden ook vaak 'onverschilligheid' over de risico's van deze middelen.
- Middelengebruik in de **gevangenissen**. Middelengebruik tijdens detentie is een netelige kwestie. Import van contrabande is verboden en er staan sancties op het gebruik, maar toch is gebruik van verdovende middelen volgens de geraadpleegde experts wijdverspreid. Met het omzeilen van detectie en sancties zijn er ook gebruik en praktijken gangbaar (zoals documenten met opgeloste middelen) die in andere settings in Nederland niet verkozen worden. Introductie van synthetische opioïden (uiterst potent en lastig te detecteren) zou evenals uit het buitenland bekend is, ook in Nederland plaats kunnen vinden.

Deze combinatie van een veranderende markt met **toegenomen risicofactoren en minder beschermende factoren, leidt tot een toegenomen kwetsbaarheid** voor verdere introductie van niet-voorgeschreven synthetische opioïden op de Nederlandse markt. Het huidige systeem van herkenning en aanpak van drugsincidenten kan zich verbeteren op een aantal terreinen. Er is gekeken naar vier onderdelen: coördinatie, monitoring en signalering, risicoanalyse en risicocommunicatie, en respons. Daar concluderen we op hoofdlijnen het volgende. (In de aanbevelingen in hoofdstuk 8 wordt hier nader op ingegaan.)

a. Coördinatie en regie

Het huidige systeem van monitoring, signalering en aanpak van gezondheidsincidenten heeft een hele reeks instrumenten die goed zijn georganiseerd en die worden afgestemd met verschillende partners. Denk hierbij aan het landelijk dekkend drugtestsysteem DIMS, het Nederlandse Red Alert waarschuwingssysteem en de samenwerking in sommige steden. Maar juist de huidige ontwikkelingen op de drugs- en middelenmarkten vragen echter om een snel, beter op elkaar afgestemd systeem van herkenning en acties. Dit betreft coördinatie tussen alle betrokken landelijke instanties, maar ook een koppeling van lokale en landelijke actoren

en duidelijke afspraken over signaleringen en informatie (wie informeert wie, wanneer en op welke wijze). Juist met het oog op de huidige ontwikkelingen van nieuwe en complexe uitdagingen rond synthetische opioïden dient dit versterkt te worden.

b. Monitoring en signalering

Het huidige systeem van monitoring en signalering is uitgebreid en geavanceerd. Er zijn diverse monitoringsinstrumenten om de drugssituatie te volgen. Ze behoren tot de best ontwikkelde in Europa en dienen ook het volgen van de kernindicatoren van de drugssituatie in het land. Zo zijn er instrumenten voor monitoren van middelen onder:

- prevalentie en patronen van drugsgebruik onder de algemene bevolking (volwassenen, scholieren – het *European School Project on Alcohol and other Drugs*-, en aanvullende surveys onder specifieke doelgroepen zoals het Groot Uitgaansonderzoek onder uitgaand publiek)
- specifiek onderzoek naar problematisch gebruik (zoals de OPAAK-studie naar problematisch harddruggebruik)
- hulpvraag en incidenten (bv het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem en de Monitor Drugsincidenten)
- ziekte en sterfte (bv sterfteregister, speciaal forensisch register en infectieziekte onderzoek) – en drugsgerelateerde infectieziekten.

Daarnaast zijn er op dit moment ook aanvullende monitorinstrumenten die snelle informatie op lokaal en landelijk niveau kunnen geven als drugtesten en -monitoring (DIMS en THC-monitor), online drugsmonitoring, analyse van spuitenresidu en rioolwateranalyse.

De Nationale Drug Monitor (www.nationaledrugmonitor.nl) verzamelt alle beschikbare data uit deze diverse monitorinstrumenten.

Er zijn diverse actoren betrokken bij deze monitorinstrumenten. Alle organisaties hebben een eigen mandaat en specifieke expertise in hun vak- en werkgebied: Trimbos-instituut (met oa DIMS, MDI), Nederlands Forensisch Instituut (NFI), RIVM, NVIC, Monitor Drugsincidenten (MDI), Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst (FIOD), Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), politie, douane.

Met de huidige marktveranderingen (met nieuwe en lastig te detecteren stoffen, bij verschillende populaties), is het mogelijk dat stoffen of incidenten nu direct niet opgemerkt worden. Daarom richten de aanbevelingen zich op een verbrede monitoring van middelen en incidenten, verbrede signalering en op een betere onderlinge aansluiting.

Een specifieke rol in de monitoring, signalering en risicoanalyse en -communicatie speelt het Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM). Het CAM speelt een centrale rol in het Nederlandse drugsveld door nieuwe psychoactieve stoffen vroegtijdig te signaleren, risico's te beoordelen en relevante partijen te informeren voor tijdig beleid en interventie. Het overleg is alle jaren bewezen effectief gebleven, maar gezien de snelle marktontwikkelingen is een aanvullende instrument raadzaam dat snel en dicht op de ontwikkelingen staat en meer operationaal-gericht is.

Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs

Het Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM) is sinds 1999 actief als landelijk coördinatiepunt voor het signaleren, beoordelen en monitoren van nieuwe psychoactieve stoffen (NPS). Het CAM is opgericht om tijdig en onderbouwd te kunnen reageren op opkomende drugs, zoals synthetische opioïden. In 2003 is het CAM formeel vastgelegd in het *Besluit Commissie Risicobeoordeling nieuwe drugs*, en sinds 2006 is het organisatorisch ondergebracht bij het RIVM, dat sindsdien de coördinatie verzorgt.

De risicobeoordelingscommissie die het CAM ondersteunt bestaat uit een multidisciplinair netwerk van organisaties, waaronder het DIMS, het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC), GGD'en, forensische en ziekenhuislaboratoria, politie, douane en de NVWA. Het CAM wordt op de hoogte gehouden over internationale ontwikkelingen die worden gedeeld vanuit het EU *Early Warning System on NPS* van het EUDA. Door deze brede samenwerking kan het CAM tijdig risico's signaleren en beleidsadvies geven over bijvoorbeeld nieuwe middelen zoals nitazenen.

c. Risicoanalyse en risicocommunicatie

Nederland heeft een goed werkend en uitgebreid systeem van *early warning* en risico analyse waarbij verdachte stoffen in drugs en incidenten kunnen worden nagetrokken of geverifieerd. Onderdeel van dit systeem is het Red Alert systeem waarbij naar gelang het verloop en de ernst van de situatie rond een incident of een detectie van een verontrustende stof, stapsgewijs naar een hoger niveau van alertheid en bijbehorende communicatie kan worden opgeschaald. Deze meldingen kunnen zowel gericht uitgaan naar een specifieke regio of doelgroep of indien noodzakelijk landelijk uitgaan.

De bijbehorende risicocommunicatie naar professionals en potentiële consumenten is tot nu toe vaak effectief gebleken. Bij het uitroepen van de huidige Red Alert (d.d. 7 mei 2025) rond de namaakmedicatie oxycodon die een nitazeenachtige bevatte, is de ernst van de situatie snel ingeschat, erkend als een potentieel risico voor meer incidenten en is volgens het protocol door het ministerie van VWS goedkeuring gegeven voor het starten van een landelijke Red Alert waarschuwing. Bij de huidige veranderende marktsituatie en de beschreven risico-scenario's en risicogroepen is extra actie nodig om daar voldoende bij aan te gaan sluiten en risico's te kunnen vertalen naar interventies.

d. Respons

Nederland heeft decennialange ervaring met gezondheidsgericht drugsbeleid. Het heeft een breed netwerk van hoogwaardige professionele zorg en hulpverleningsinstellingen opgeleverd. Maar er is een aantal zorgen over het verschransen van de zorg, met name waar het gaat om ontoreikende preventie en toegankelijkheid van behandeling en *harm reduction* services en interventies, als ook het buiten beeld zijn van specifieke risicogroepen.

Daarnaast mist de respons de benodigde armslag om in het geval van toenemende incidenten met synthetische opioïden in te kunnen grijpen. Een duidelijk voorbeeld is de situatie van naloxon. Dit antidotum tegen opioïdenvergiftiging is in Nederland enkel beschikbaar voor toediening door medische professionals (en als beperkte uitzondering voor een aantal specifieke beroepsgroepen zoals douane- en opsporingsdiensten). Het naloxon protocol is grotendeels hetzelfde als in de jaren '80 ten tijde van de heroïne-epidemie en bouwt op een snelle komst van de ambulance. Dit protocol is niet afdoende om te reageren op mogelijke toenames van opioïdenvergiftigingen of clusters incidenten in bijvoorbeeld een zorginstelling of detentiecentrum.

Volgend uit deze conclusies hebben we in het komende hoofdstuk een aantal concrete aanbevelingen geformuleerd.

8 Aanbevelingen voor *preparedness*

Dit hoofdstuk geeft antwoord op de centrale onderzoeksvraag: wat moet gedaan worden zodat Nederland voldoende voorbereid is op de gevolgen van gebruik van of blootstelling aan **niet-voorgeschreven synthetische opioïden**?

De aanbevelingen omvatten alle voor Nederland relevante onderdelen van de genoemde *Call to Action* van EUDA en de geadviseerde actiepunten uit de *Technical annex*.

De aanbevelingen zijn onder te verdelen in twee fases: de directe actie en lange termijn inzet:

1. Zaken die **nu direct** aangepakt kunnen worden. Ze bestrijken de hele aanpak van incidenten-monitoring (8.2), risicobeoordeling (8.3) tot aan respons (interventies) (8.4) en de omvattende coördinatie en afstemming van het geheel (8.1). Hierin zijn bijvoorbeeld cruciaal de gerichte actieplannen op lokaal niveau voor de 6 scenario's en de 6 risicogroepen en deskundigheidsbevordering voor alle relevante beroepsgroepen en andere betrokkenen.
2. **Meer langere termijn** aanbevelingen (8.5) om de achterliggende problematiek van verhoogde kwetsbaarheid aan te pakken en meer noodzakelijk inzicht te krijgen.

Schema 1. Aanbevelingen voor de diverse pijlers van monitor- en interventiesysteem

Coördinatie		
Directe verbeterpunten - Duidelijke regie - Eenduidige coördinatie (Single Point of Contact) - Lokale voorbereidingen - Deskundigheidsbevordering		
Monitoring & signalering	Risicobeoordeling & risicocommunicatie	Respons (interventies)
Directe verbeterpunten - Sentinel systeem - Beter overzicht van drugsrelateerde gezondheidsincidenten - Meer toxicologisch/forensisch onderzoek - Verbreden drugstesten - Vollediger sterfteregister - Consistentere meldingen inbeslagname	Directe verbeterpunten - Snelle beoordeling door kernteam en afstemming met andere partijen - Communicatie en Red Alert voor verschillende scenario's - Goede informatie van en met lokale teams	Directe verbeterpunten - Meer overdosis preventie - Verbreden beschikbaarheid naloxon
Verbeterpunten lange termijn - Toegankelijker zorg en hulp - Toegankelijke opioïdenbehandeling - Specifiek aandacht aantal groepen (pijnmedicatie-groep, gedetineerden) - Preventie middelengebruik - Onderzoek naar specifieke context (pijnmedicatie, detentie, jongeren benzo-gebruik) - Onderzoek andere scenario's (productie in Nederland)		

8.1 Coördinatie

Door toegenomen risico op ernstige gezondheidsincidenten in diverse scenario's en onder risicogroepen is een duidelijke regie aanbevolen.

8.1.1 Regie met duidelijke verantwoordelijkheden en heldere richtlijnen is essentieel

Het is aan te bevelen om het gehele systeem van inzicht in marktontwikkelingen, herkenning en aanpak van gezondheidsincidenten te versterken. Vooral een goede aansluiting van verantwoordelijkheden, adequate informatiestromen, alsmede de wisselwerking tussen landelijk en lokaal niveau zijn daarin prioriteiten. Daarnaast is het wenselijk dat er op diverse terreinen aanscherping komt van signalering, analyse en respons. Denk hier bijvoorbeeld aan meer toxicologische onderzoek of een verbreding van naloxon aanbod. Allemaal zaken waar beslissingen over genomen moeten worden.

- Het ligt in de lijn van deze opdracht dat het Ministerie van VWS hierin het voortouw neemt en er voor zorgt dat de juiste partijen afspraken maken (protocol) en afstemmen, met het daarbij behorende mandaat om te beslissen en actie te ondernemen. De opdracht geven voor de *Preparedness Scan* met aanbevelingen, is hier een belangrijke stap van het ministerie van VWS in geweest.
- Het is raadzaam om signalen en acties uit het gehele veld te overzien en synergie in acties te bewerkstelligen. In het CAM overleg is er overleg met actoren uit het gehele drugsveld, zowel vanuit het gezondheids- als uit het veiligheidsdomein. Dat een dergelijke informatie-uitwisseling en afstemming plaatsvindt op operationeel niveau in acute situaties is ook gewenst. Dat is een nu nog ontbrekende schakel. Hierbij is het tevens van belang dat ook hier de volksgezondheid gewogen wordt ten opzichte van veiligheidsbelangen.

8.1.2 Uitbreiding met een single point of contact (SPOC): een landelijke aanspreek-, informatie- en meldingsfunctie voor alle beroepsgroepen

Het CAM is een verbindende structuur voor informatieverzameling en -uitwisseling tussen verschillende (multidisciplinaire) actoren, maar zit primair op risicobeoordeling vertaald naar beleidsadvies. Een SPOC kan, als een 'operationele evenknie' van het CAM, van grote toegevoegde waarde zijn door continu overzicht en stroomlijning te bieden in een netwerk met een veelheid aan organisaties en mandaten. Het SPOC vormt daarmee het knooppunt en de schakel van landelijk naar lokaal en vice versa. Vooral ten tijde van een crisis is dergelijke stroomlijning tijdbesparend en effectief.

- Een dergelijke coördineerde taak zou bijvoorbeeld bij het Trimbos-instituut kunnen worden ondergebracht. Daar is ook een aantal andere centrale taken zoals het focal point voor het *EUDA Early Warning System on NPS* en het onlang gestarte *European Drug Alert System* als ook een aantal nationale monitor instrumenten en meldpunten zoals DIMS, MDI en MND. Daarnaast coördineert zij ook het Red Alert systeem.
- Belangrijke taak is het centraal ophalen van informatie en signalen van verontruste stoffen of gezondheidsincidenten (via het systeem van monitoring en signalering, zie hier verder in de volgende hoofdstukken) en het opereren als meldpunt voor incidenten.
- De aanbeveling is om een centraal nummer in te zetten wat 24/7 bereikbaar is voor informatie en advies.

- Een compact kernteam van een aantal deskundigen van diverse disciplines en organisaties beoordeelt de meldingen en situatie, en zet indien nodig vervolgacties uit om (bijvoorbeeld via ziekenhuizen en laboratoria) de aanwezigheid en gebruik van synthetische opioïden (en eventueel andere potentieel schadelijke middelen) te verifiëren en om achtergrondinformatie op te halen. Indien nodig gaat het Red Alert Protocol in.
- Het SPOC kan een centraal punt zijn voor het verspreiden van gerichte informatie. Denk aan rapportages met de stand van zaken of het ontwikkelen van gerichte informatie voor professionals en de uiteenlopende einddoelgroepen van (potentiële) gebruikers van synthetische opioïden. Maar ook voor vragen van media en algemene en gerichte informatiecampagnes.
- Vertalen van de opgehaalde informatie naar actiepunten met name voor lokale/regionale respons. En vice versa: het ophalen van lokale signalen en informatie. Een centraal punt is hierin een schakel tussen zowel de landelijke en de diverse regio's als ook tussen de diverse lokale acties. (Zie verder hieronder.)

8.1.3 Lokale/regionale voorbereidingen

Lokale samenwerking is cruciaal om snel en effectief te kunnen handelen. Teams van lokale/regionale organisaties en experts kunnen als beste de diverse risicoscenario's uitwerken. Denk bijvoorbeeld aan een plotselinge toename van incidenten in een gevangenis, of nitazenen die in online aangeboden benzodiazepinen of pijnmedicatie zijn bijgemengd. Het is aanbevolen nu al voor zulke scenario's actieplannen te ontwikkelen en vanuit een *multi-stakeholder approach* te operationaliseren.

In het Verenigd Koninkrijk is al in 2024 een communicatie uitgegaan naar lokale organisaties en services met een gedetailleerde oproep om een plan van aanpak te maken om mogelijke incidenten goed en snel te kunnen signaleren, hoe alle lokale betrokkenen in de regio hier het best op kunnen anticiperen om risico's en impact van synthetische opioïden te minimaliseren (45).

In Nederland is een dergelijke lokale aanpak zoals van het Drugs Alert Team Amsterdam (DATA), het netwerk in Amsterdam van GGD, verslavingszorg en een aantal andere actoren, een voorbeeld van zo'n lokale samenwerking (46). Lokale/regionale samenwerking en gerichte voorbereidingen op mogelijke toenames met incidenten met synthetische opioïden zou in alle regio's raadzaam zijn.

- De coördinatie kan liggen bij de regionale verslavingszorginstelling in samenwerking met de betreffende gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) of Geneeskundige Hulpverlenings Organisatie in de regio (GHOR).
- Betrokken teams zijn multidisciplinair en samengesteld uit degenen die bij de mogelijke scenario's betrokken zouden zijn: politie, handhaving, verslavingszorg, buurtteams, veldwerk, GGD, huisartsen, straatartsen, opvang en andere relevante *stakeholders*. Een lijst met mogelijk betrokken organisaties staat in de toolkit in Bijlage 3.
- De teams kunnen aan de hand van de risicoscenario's en risicogroepen nagaan wat er in hun regio gedaan dient te worden. De lokale actieplannen bieden concreet handelingsperspectief aan alle betrokken organisaties. Wie doet wat, wie communiceert naar wie.
- Communicatielijnen updaten en uitbreiden naar specifieke scenario's. Denk hierbij bijvoorbeeld aan detentie-, asielcentra of bijvoorbeeld pijnpoli's. Opzetten dan wel versterken van lokale netwerken in het land: communicatielijnen nalopen, of indien nodig nalopen en aanpassen, contactgegevens bijwerken, noodtelefoonnummer, WhatsApp groepen toevoegen zodat ook en met name in een weekend of avond de communicatie effectief kan verlopen.

- In kaart brengen waar er specifieke deskundigheidsbevordering en training op het gebied van signalering of interventies is gewenst.
- Specifieke aandacht is aangeraden bij de lokale situatie rond beschikbaarheid en toediening van naloxon. Denk hierbij aan: beschikbaarheid van naloxon op de ambulances, precieze protocol over toediening (ambulancepersoneel, crisisarts of op de SEH), beschikbaarheid bij lokale huisartsen, beschikbare voorraden, houdbaarheid en opslag. (Zie verder ook specifieke aanbevelingen rond naloxon in 8.4.2.)
- Bijlage 4 van de Toolkit biedt een stappenplan wat behulpzaam kan zijn.

8.1.4 Deskundigheidsbevordering en training

“Als je het niet herkent, dan zie je het niet”. Om signalen goed op te pikken is deskundigheidsbevordering onder professionals in het veld onmisbaar. Een centraal appèl (bijvoorbeeld vanuit VWS of vanuit een SPOC) is gewenst om op alle relevante plaatsten en instanties aan de slag te gaan, zodat alle betrokken partijen voldoende, en de voor hen bruikbare, kennis krijgen aangereikt.

Niet-voorgeschreven synthetische opioïden zijn een relatief nieuw fenomeen en het herkennen van en de omgang met de stoffen en de mogelijke uiteenlopende groepen gebruikers zijn grotendeels onbekend in Nederland. Over de hele linie van betrokkenen is deskundigheidsbevordering en/of training rondom signalering van en handelen in geval van gebruik van niet-voorgeschreven synthetische opioïden aanbevolen. Van huisartsen, straatartsen, schouwartsen, verslavingsartsen, medische diensten in detentie en asielzoekerscentra, ambulance en verpleegkundig personeel op SEHs tot aan laagdrempelige hulpverleners, politiediensten en handhaving, toxicologen, laboratorium personeel en opsporingsdiensten die met toxische stoffen in aanraking kunnen komen.

- Het herkennen van middelen, verschijningsvormen, gebruikswijzen, effecten, ontwenningssverschijnselen zijn prioriteit voor een effectieve signalering en respons. Meer kennis over medicijngebruik, namaakmedicatie, polydrugsgebruik en de effecten is eveneens nodig.
- Essentieel in elke training is tevens: handelingsperspectief en de lokale hulproute: wie waar hulp kan krijgen en welke stappen wanneer te nemen.
- Betrokken organisaties moeten nadenken over de veiligheid van hun personeel (zowel bij in aanraking komen met gevaarlijke stoffen als weten hoe te handelen als ze in contact staan met gebruikers van (nog ongekeende) potente stoffen, met name op straat) en het is raadzaam daarvoor een kader op te nemen in personeelshandboeken. Het is daarnaast goed als alle relevante hulp- en dienstverlening nagaat of de BHV op orde is, en of er voldoende BHV'ers zijn juist op kwetsbare momenten zoals weekends en feestdagen of tijdens vakantieperiodes, en bij personeelsmutaties.
- Specifieke (herhaal)training is noodzakelijk voor hen die naloxon toedienen of in de toekomst gaan toedienen. Synthetische opioïden en in het bijzonder de hoog potente stoffen zoals de nitazenen-groep vragen om een specifieke dosering. Het meest recente NVIC behandelprotocol voor opioïdenintoxicatie is meegeleverd in Bijlage 6.

Hierbij moeten ook worden meegenomen:

- Veel synthetische opioïden zoals nitazenen zijn hoog potent en vragen mogelijk meerdere doseringen naloxon (bijvoorbeeld twee in plaats van één zoals bij een heroïne-overdosis) om de ademhaling weer op gang te brengen.

- Daarnaast zijn sommige synthetische opioïden lang werkzaam. Door de kortere werkingduur van naloxon bestaat de mogelijkheid op terugkeren van de ademhalingsdepressie, waardoor er opnieuw naloxon toegediend moet worden.
- Omgang met gebruikers die na naloxon bijkomen, daarbij mogelijk in ontwenning doorschieten. Of die weg willen, met het risico van na verloop weer terugkerende intoxicatie.

8.2 Monitoring en signalering

Het monitoringsysteem kan nog beter toegerust worden. Het systematisch binnenhalen van signalen uit het veld kan verbeterd worden en aangepast op mogelijke veranderingen in de drugsmarkt. Gerichte aanbevelingen hiervoor zijn:

8.2.1 Sentinel systeem

De aanbeveling is om de huidige bestaande monitoring uit te breiden met het structureel ophalen van informatie op het gebied van drugstrends, gebruikersgroepen andere relevante signalering, bijvoorbeeld per kwartaal, met aandacht voor de verschillende risicogroepen en risicoscenario's.

Een landelijk *sentinel* systeem met lokale/regionale 'peilstations' is wenselijk om nog beter signalen (qua middelen, groepen, trends) uit het veld op te pikken.

- De peilstations kunnen bestaan uit maatschappelijke organisaties met voldoende spreiding over het land en over risicogroepen. Zie aanbevolen organisaties in Bijlage 9.
- De organisatie van het geheel kan het best centraal worden aangestuurd door het centrale coördinatiepunt (SPOC), conform aanbeveling 8.1.2.
- Zo zou bijvoorbeeld actuele informatie van dit sentinel systeem over de verkrijgbaarheid van diverse middelen op de Nederlandse markt en uit het veld, gecombineerd kunnen worden met het nog uitgebreider monitoren van online aanbod en dealermenu's dan al gedaan wordt, en verbreding van steekproefsgewijze *sample testing* met name ook zoals reeds is ingezet met het intermediair project (zie 8.2.4.).

8.2.2 Beter inzicht in gezondheidsincidenten

Een algeheel register van drugsincidenten is op dit moment niet realistisch, maar een beter inzicht krijgen van drugsgerelateerde gezondheidsincidenten is zeker wenselijk. Dit kan door meer analytische bevestiging van incidenten en door het structureel doorgeven van meldingen over incidenten en verdachte situaties en stoffen. Dat geldt zowel voor incidenten in ambulances en ziekenhuizen, als bij huisartsen, medische diensten in gevangenissen en medische diensten bij evenementen. Een SPOC zou hierin een centrale rol kunnen krijgen en ook een goede spilfunctie in het verdere vervolg van melding of actie kunnen zijn.

- Ziekenhuizen en medische diensten moeten weten waar ze opvallende incidenten moeten melden.
- Ziekenhuizen moeten weten hoe ze snel via goed uitgeruste ziekenhuisapotheken samples/bloed ter confirmatie kunnen analyseren en hoe dit snel en efficiënt te kunnen regelen (ook rond zaken als privacy en toestemming van ethische commissie).
- Het verzoek om incidenten of verdachte situaties te melden moet actief worden gepromoot onder ziekenhuizen, huisartsen en andere relevante professionals.

- Melding maken moet zo makkelijk mogelijk worden.
- Informatie over het verloop en de medische interventie is waardevol om toe te voegen, te denken valt aan: of naloxon is toegediend en zo ja, hoeveel, of er sprake was van een ziekenhuisopname en zo ja, hoe lang.
- Ook gezondheidsincidenten in penitentiaire inrichtingen moeten worden meegenomen in het systeem van beter inzicht krijgen in de drugsincidenten.

8.2.3 Versterkt toxicologisch en forensisch onderzoek

De toxicologische en forensische infrastructuur is kundig en goed geoutilleerd, maar het is raadzaam dat deze ook goed geprepareerd is voor analyse en bevestiging op bijvoorbeeld nitazenen in zowel middelen (pillen/poeders) als in bloed/urine. Specifieke *up-to-date* referentiestandaarden en apparatuur en expertise zijn op dit moment bij het NFI beschikbaar. Vanuit het EUDA wordt gewerkt aan een virtueel netwerk van laboratoria, maar het zal nog een tijd duren voordat dit effectief in werking is.

Een aantal aanpassingen zijn hierbij wel raadzaam:

- Meer toxicologisch onderzoek en met een snelle terugkoppeling van resultaten.
- Een **netwerk** van hierin gespecialiseerde laboratoria (naast het NFI) zou in de analyse van meer bloed/urine en drugsmonsters kunnen voorzien.
- Het *up-to-date* houden van referentiestandaarden en apparatuur en expertise zijn vereist. Dit kan bijdragen aan een sneller en beter zicht op incidenten met en het in omloop zijn van deze middelen.
- De uitslagen van labtests van het NFI en het aanleveren van informatie aan het systeem van monitoring en signalering door politie en douane moet snel kunnen en ook de terugkoppeling van resultaten moeten snel en consistent zijn.

Het is raadzaam om vaker toxicologisch *post mortem* onderzoek te doen als niet-voorgeschreven synthetische opioïden een rol in de doodsoorzaak zouden kunnen spelen.

8.2.4 Verbreden van drugstesten

Drugstesten dient meerdere doelen. Het is zowel een *harm reduction* instrument voor potentiële gebruikers om riskant gedrag te verminderen, als een monitorinstrument om de markt te volgen. Het huidige DIMS systeem (met alle bijdragen van de aangesloten testlocaties in het netwerk) test met name illegale synthetische drugs en stoffen die buiten het reguliere medicinale circuit zijn gekocht als er een incident mee is geweest. Het Nederlandse systeem is internationaal gezien het meest uitgebreide systeem, maar met de huidige trends (verbreding van middelengebruik naar diverse doelgroepen, diversificatie van middelen, meer medicatiegebruik) zijn een aantal aanvullingen raadzaam.

- Uitbreiden van het bestaande netwerk door ook *outreached* meer kwetsbare groepen te bereiken. Op dit moment is er al een pilot met intermediairs waarin in het veld contact wordt gelegd met mensen die drugs gebruiken en via hen drugsmonsters via de testservice te laten analyseren. Het betreft hier met name gemarginaliseerde gebruikers voor wie de drempel om naar de testservice te komen te hoog is. Een dergelijk systeem kan in de toekomst een vast onderdeel worden van het DIMS. Ook voor andere doelgroepen en in andere settings is het raadzaam om drugchecking aan te bieden. Een testmogelijk bij drugsgebruiksruimtes, zoals deze door middel van een mobiel HPLC lab in Zürich wordt ingezet, lijkt op dit moment voor de huidige situatie in Nederland geen urgentie.

- Gezien de aard van de recente Red Alert (voor namaakpijnmedicatie) verdient het extra aandacht om bij een vermoeden van een andere of extra riskante stof in (al dan niet namaak-) medicatie te kunnen laten testen. Deze mogelijkheid is op dit moment aanwezig maar deze zou breder ingezet en bekend gemaakt kunnen worden. Medicatie is een terrein voor IGJ en NVWA, maar een extra afstemming (ook via de DIMS services) is wenselijk voor als er grotere vraag naar medicatietesten komt.
- Het benadrukken van het belang van het veiligstellen van een *sample* (onder gebruikers, *peers*, maar ook onder bijvoorbeeld *first responders*) is van belang om verificatie mogelijk te maken.
- Gerichte inzet van teststrips om nitazenen of fentanyl te kunnen detecteren kan, na drug-checking, een 'second best' alternatief zijn op het moment dat deze in omloop zijn en zou aanvullend als *screening* mogelijkheid aangeboden kunnen worden (47). Daarbij moet aangetekend worden dat teststrips veel minder bruikbaar zijn dan de reguliere testservice. Teststrips testen op 1 stofgroep tegelijkertijd. Bijvoorbeeld nitazenen strips testen op slechts een paar nitazenen, niet op alle nitazenen of op andere opioïden zoals fentanyl. Daarnaast zijn nitazenen door hun grote potentie lastiger betrouwbaar te detecteren met teststrips en is er een grotere kans op een foutieve uitslag. Een vals negatieve uitslag kan schijnveiligheid creëren en een vals positieve uitslag kan paniek veroorzaken. Maar bij een situatie waarbij er al synthetische opioïden op bijvoorbeeld de heroïne markt circuleren, kunnen ze een indicatie geven van aanwezigheid van een extra risicovolle stof en daarmee een aanvullende functie hebben. Voor een dergelijk plan B kan nu al voorbereidend werk gedaan worden: welke teststrips, waarborgen van voldoende voorraad, of voorsorteren op aanschaf.

8.2.5 Meer volledig sterfteregister

Een beter toegerust en meer volledig sterfteregister draagt bij tot een beter inzicht in de specifieke doodsoorzaak als gevolg van een drugsincident. Er is een Speciaal Register voor de drugs-gerelateerde sterfte in ontwikkeling (48).

Dit is gebaseerd op het registratiesysteem voor forensisch artsen 'Formatus' (een systeem waarin de forensisch arts o.a. verslag legt van de lijkschouw) en informatie bevat uit de gehele lijkschouwrapporten inclusief postmortaal toxicologische gegevens, voor zover beschikbaar.

- In een verkennende studie uit 2020 zijn tevens aanbevelingen gedaan om de gegevens te verbeteren, zoals het uniformiseren van postmortaal bloedonderzoek en de analyse hiervan, en (bij)scholing voor forensisch artsen omtrent het herkennen en registreren van drugs-gerelateerde sterfte (49). Op dit moment wordt er gewerkt aan verbetering maar deze is nu nog niet in werking.

8.2.6 Consistentere melding inbeslagnames

Meldingen rond detectie van synthetische opioïden bij inbeslagnames door lokale politie, douane of andere opsporingsinstanties dienen na melding en toxicologische bevestiging, naast binnen de organisatie, ook op een centraal punt (SPOC) terecht te komen. Het betreft essentiële informatie die bij de centrale spil beschikbaar moet zijn.

8.2.7 Aanvullende monitorinstrumenten

Voor een zo'n breed mogelijke signalering zijn ook andere aanvullende instrumenten behulpzaam in het verkrijgen van een zo goed mogelijk beeld van trends rond risicovolle middelen zoals nieuwe

synthetische opioïden. Naast de al bestaande incidentele lokale analyse van residu in spuiten (zoals het Europese ESCAPE project (50)), kan gekeken worden in hoeverre rioolwateranalyse technisch gezien specifiek nieuwe synthetische opioïden kan meenemen. Een ander instrument is het meer systematische volgen van digitale fora zoals darknetmarktplaatsen, (versleutelde) fora en chatgroep en open gebruikersfora. Deze gegevens kunnen allen aanvullende informatie over trends op lokaal niveau opleveren die anderszins niet direct bovenkomt.

8.3 Risicobeoordeling en risicocommunicatie

Naast goede en snelle monitoring en signalering is vanzelfsprekend ook een snelle beoordeling, waarschuwing en goede communicatie van groot belang. Risicobeoordeling vindt nu plaats in het CAM, dat een essentieel multidisciplinair instrument in de beleidsstructuur is. Om de aansluiting tussen risicobeoordeling en respons te versterken is een specifieke structuur voor het vertalen van signaleringen naar acties wenselijk (een 'operationele evenknie' van het CAM).

8.3.1 Snelle risicobeoordeling

Een tijdige risicobeoordeling van de opgehaalde signalen en feiten is cruciaal. Het beleids-onderdeel van deze taak ligt bij het CAM. De in de *Preparedness Scan* aanbevolen rapportages vanuit het centrale punt (SPOC) zouden snel op risico's en mogelijke actiepunten moeten worden geanalyseerd.

- Een 'operationele evenknie' van CAM; de coördinerende SPOC, een beperkt kernteam van experts van diverse instanties, vergelijkbaar met een wat uitgebreider Red Alert team, dat situaties snel kan beoordelen, en vertalen naar operationele acties om te starten.

8.3.2 Duidelijke risicocommunicatie

Het huidige nationale waarschuwingssysteem kan verder aangepast worden aan de mogelijke incidenten in de **verschillende** risicoscenario's en risicogroepen. De informatie kan worden onderscheiden in:

- *Red Alert*

Dit waarschuwingsinstrument moet optimaal worden ingezet en moet stevig gepromoot worden, ook onder groepen die er nu nog minder mee bekend zijn.

Het kernteam Red Alert kan voorbereidend werk doen om de Red Alerts en de distributiekkanalen te specificeren voor de in deze *Preparedness Scan* gedefinieerde scenario's en risicogroepen. Deze zullen zich naar gelang noodzaak toespitsen op een specifieke situatie, groep of regio of zullen voor een breder publiek ingezet worden om de waarschuwingsboodschap optimaal in te zetten (denk bijvoorbeeld aan algemene media in het geval van een melding met een online gekochte namaakmedicatie).

- *Reguliere informatievoorziening*

Ter informatie van de regionale netwerken (aanbevelingen 8.1.1. en 8.1.2.) is een regelmatige terugkoppeling van informatie wenselijk. De netwerken kunnen deze verder in hun regio verspreiden. Suggestie is dat het centrale punt een kwartaalbriefing op basis van de signalen produceert voor deze netwerken, voor het CAM en voor de aanbevolen 'operationele evenknie' van CAM.

8.4 Respons

De onderstaande aanbevelingen op het onderdeel respons op niet-voorgeschreven synthetische opioïden richten zich op verbetering van aansluiting van zorg- en hulpverlening bij de geïdentificeerde risicogroepen, rekening houdend met de diverse mogelijke scenario's.

8.4.1 Intensiveren van overdosis preventie

Het herkennen van een opioïdenoverdosis en hoe daarbij te handelen is van groot belang voor *first responders* en voor gebruikers van opioïden.

- *First responders* (te denken valt hier aan ambulancepersoneel, politie, medische diensten in detentie centra en medewerkers van laagdrempelige zorgvoorzieningen) dienen voldoende uitgerust te worden en getraind in overdosis preventie in het geval van synthetische opioïden.
- De groep opioïden pijnmedicatieverslaafden moeten actief worden ingelicht over de grote risico's van online aankopen van pijnmedicatie. Zij dienen geadviseerd te worden om zich voor hun verslavingsproblematiek tot medische hulp en advies van huisarts, pijnpoli of verslavingszorg te wenden. In voorlichting en educatie moet ook een *harm reduction* benadering mogelijk zijn waarin er vooral nadruk wordt gelegd op voorkomen van risico en schade en minder op snelle abstinentie.
- Voor een andere hoog risicogroep zoals heroïnegebruikers is het van belang gericht advies ter voorkoming van een overdosis te verspreiden (zoals: niet alleen gebruiken, om de beurt gebruiken, eerst een kleine dosis proberen, help en blijf bij elkaar). Dit kan zowel door verspreiding van folders als door ondersteunend veldwerk. *Harm reduction* organisaties hebben ervaring en kunnen hier direct al mee aan de slag. *Peer-to-peer* educatie vormt een extra mogelijkheid tot verspreiding en versterking van herkennen en handelen bij een overdosis situatie.
- Voor gebruikers van opioïden die niet bekend zijn met de Nederlandse gezondheidszorg is het belangrijk te onderstrepen dat als er politie (mee-)komt in een noodgeval en als ze aanwezig zijn deze er vanuit hun hulpverleningstaak zijn en geen risico bestaat op arrestatie in verband met druggebruik/bezit.

8.4.2 Verbrede beschikbaarheid naloxon

Toedienen van het antidotum naloxon is de gouden standaard bij opioïdenintoxicatie. Naloxon heft tijdelijk het effect van de overdosis op en helpt daarmee snel de ademhaling weer op gang te brengen.

Naloxon in Nederland is op dit moment alleen beschikbaar voor en toe te dienen door ambulance- en SEH personeel. Een uitzondering hierop betreft specifieke professionals die in hun werk verhoogd risico lopen op vergiftiging (denk aan ontmantelings- of specifieke laboratoriumhandelingen). Zij hebben naloxon neusspray ter beschikking.

Er zijn geen vormen van bredere beschikbaarheid via apotheken (met of zonder recept) of take-home naloxon voor gebruikers en hun naasten.

In Europa worden naloxon-acties uitgebreid via bredere distributie aan risicogroepen, training van hulpverleners en burgers, en inzet van take-home naloxon-programma's om overdosisdoden te voorkomen. Op dit moment zijn er 15 landen die naloxon programma's hebben geïmplementeerd of als pilot hebben.

De beschikbaarheid van naloxon verdient herziening, gezien de opkomst van zeer krachtige synthetische opioïden zoals nitazenen. Niet alleen neemt het risico op overdoseringen toe, ook de aard van die incidenten verandert: incidenten kunnen zich voordoen in opvang, op straat, in detentie of bij mensen thuis, waarbij directe medische interventie niet altijd beschikbaar is. Het huidige model schiet dan tekort en biedt in deze situaties onvoldoende handelingsruimte voor hen die in de buurt zijn.

Gezien de groeiende urgentie rond synthetische opioïden is het aanbevolen naloxon breder beschikbaar te maken. Hierbij zijn een aantal specifieke aanbevelingen:

- Het verdient aanbeveling om aanvullend een aantal andere beroepsgroepen ook de mogelijkheid te geven naloxon toe te kunnen dienen.
 - Prioriteit zijn drugsgebruiksruimtes maar ook in andere laagdrempelige hulpverlenings-services zoals nachtopvang, hostels en shelters moet naloxon beschikbaar worden gemaakt voor het personeel en dienen zij getraind te zijn in overdosis herkennen en naloxon gebruik.
 - Ook in gevangenissen moet naloxon beschikbaar zijn. Hierin kunnen de medische diensten van detentiecentra een belangrijke rol spelen. Nasale formules van naloxon zou aan de noodsets voor bewaking toegevoegd kunnen worden.
 - Daarnaast bevelen we aan om naast ambulances ook andere *first responders*, zoals politie en brandweer standaard de mogelijk te geven naloxon toe te dienen. Zij dienen uitgerust te zijn met naloxon en getraind te worden op het juiste gebruik.
- Voor werkers in de genoemde sectoren is opname van naloxon-neusspray in de crashkoffer, in de politie/brandweer dienstwagen of op hun zorglocatie al een belangrijke stap en biedt direct handelingsperspectief bij een noodgeval.
- Met name in opvanglocaties en detentiecentra is er risico op clusterincidenten en zal gekeken moeten worden naar een protocol voor als er meerdere incidenten in korte tijd zijn. Het huidige protocol waarbij 112 wordt gebeld en het wachten op bevoegde medische noodhulp is bij een cluster-incident niet toereikend.
- Het is raadzaam naloxon terug op te nemen in het huisartsenprotocol.
- Voor verdere bredere verkrijgbaarheid en inzet van naloxon in Nederland verdient het aanbeveling dat een expert adviesgroep op korte termijn hierover advies geeft. Er is geen eenduidige *best practice* rond de verdere inzet van naloxon en ook in Europese buurlanden is een breed scala aan lokale uitvoering. Er zal een op-maat-systeem in Nederland moeten komen.
- Ook de toediening en dosering van naloxon dient in dit advies meegenomen te worden. Potentere opioïden zoals nitazenen vragen om hogere dosering naloxon om de vergiftiging te behandelen. Hierbij dient rekening gehouden te worden met de kortere werkingsduur van naloxon. Een dosering moet mogelijk na verloop van tijd worden herhaald. Een te hoge dosering brengt de patiënt in acute onthouding en kan tot paniek, agressie en weglopen leiden.
- Over de redenen van de gemaakte keuzes over de naloxon beschikbaarheid van het expert advies is het raadzaam duidelijk naar professionals in het veld te communiceren.
- Specifieke naloxon training voor niet-medici uit de verschillende genoemde groepen is essentieel: een opioïden overdosis herkennen en behandelen is niet moeilijk, maar voor niet-medici onder omstandigheden van grote druk is training en oefening noodzakelijk. Er moet aandacht zijn voor herkennen, volgorde van handelen, (noodhulp alarmeren, ademhaling) en daarna naloxon toedienen. Een goede inzet en gebruik van naloxon ('aanvullend als de noodhulp is gealarmeerd') zijn essentieel. Daarnaast dient er ook aandacht te zijn voor monitoren en directe nazorg.

Over naloxon is een apart overzicht opgenomen met alle overwegingen over onder andere beschikbaarstelling, toedieningsvormen, doseringen en cetrea (Bijlage 7).

8.5 Lange termijn inzet

Naast de directe acties zoals besproken in de voorgaande hoofdstukken, is er een reeks aanbevelingen die een langere adem vragen maar zeker gewenst zijn om stijgingen in gebruik en incidenten met niet-voorgeschreven synthetische opioïden terug te dringen. Ze bevinden zich met name op het gebied van zorg en hulpverlening, behandeling, preventie van middelengebruik, en onderzoek. Daarnaast is er voor een aantal scenario's en risicogroepen (met name opioïdenmedicatie verslaafden en gedetineerden) extra aandacht gewenst.

8.5.1 Toegankelijker zorg en hulp

Zorg en hulpverlening moeten optimaal toegankelijk zijn voor hen die zorg nodig hebben. Belangrijke stappen die daar ingezet kunnen worden zijn:

- Drempels verlagen: Belangrijke drempels voor zorg zijn de inclusiecriteria voor medische en maatschappelijke hulp voor de groepen die nu tussen wal en schip vallen zoals niet-recht-hebbenden, onverzekerden, derde-landers, ongedocumenteerden, niet-regiogebonden en dergelijke. Maar denk hierbij ook aan exclusiecriteria bij gebruiksruidtes, bijvoorbeeld rond alcoholconsumptie, een ver vooruit geplande intake of verplicht gesprek met een maatschappelijk werker.
- Crisis planning: Passende (tijdelijke) capaciteit en planning voor crisissituaties. In geval van een serieuze reeks incidenten is het alle hens aan dek in een daklozencentrum, politiebureau of ziekenhuis.

8.5.2 Toegankelijker en adequate behandeling

Voor **alle groepen gebruikers** van niet-voorgeschreven synthetische opioïden

- Intensiveren van veldwerk: veldwerkactiviteiten uitbreiden is cruciaal om alle groepen op straat of buiten de zorg te bereiken. Daarnaast is goede afstemming van veldwerk wenselijk om daadwerkelijk daar aanwezig te zijn waar er groepen buiten de hulpverlening zijn.
- 'Safer alternatives': er moet discussie gevoerd worden over 'safer alternatives' voor het niet-voorgeschreven gebruik van synthetische opioïden en mogelijk andere invullingen van behandeling (gedacht kan worden aan kortdurende methadonverstrekking als time-out of tijdelijke bescherming, of juist aan langerwerkende medicaties en antagogenisten).
- Behandelprotocol: er moet een duidelijk behandelprotocol voor niet-voorgeschreven synthetische opioïden zijn. Welk substitutiemiddel het beste werkzaam is bij verschillende synthetische opioïden en in welke dosering moet worden vastgesteld. Internationaal advies is wenselijk, maar Nederland moet hier vanuit de lange en uitgebreide ervaring met opioïdenbehandeling zelf duidelijk beleid in maken.
- Innovatie: *harm reduction* ('informatie en hulp voor hen die nu gebruiken') vandaag de dag vraagt om innovatie. Om nieuwe interventies te ontwikkelen, maar ook om nieuwe groepen te bereiken die nu minder bereikt worden (zoals degenen die thuis gebruiken, designerbenzo's gebruiken) of die vrijwel helemaal niet bereikt worden zoals de groep pijnmedicatieverslaafden of gedetineerden.

- Waarschuwings-app: een voorbeeld van innovatie zijn telefoon-app als waarschuwingshulp voor gebruikers om in te zetten om overdoses te voorkomen, waarbij iemand anders op de hoogte is van wat de gebruiker op dat moment gaat nemen, contact houdt en wanneer gebruiker niet meer reageert, in actie kan komen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een app als Be My Buddy, Never Use Alone of Safespot of NORS. Er bestaan ook *peer-led* apps.

Specifiek voor mensen die **niet-voorgeschreven opioïdenhoudende pijnmedicatie** gebruiken. Dit is een substantiële groep, ze zijn niet in beeld en er heel weinig over hen bekend.

- Een continuering van met name preventie-activiteiten zoals van de Taakgroep 'Gepast gebruik van opioïden' of preventie-gerichtonderzoek zoals van het onderzoeksprogramma TAPTOE zijn gewenst.
- Betere voorlichting: het is essentieel dat nieuwe gebruikers goed geïnformeerd worden over de risico's van opioïdengebruik, zowel door de huisarts als het apothekerspersoneel. De NHS richtlijn is hierbij zinvol. Een duidelijke en op het niveau van de patiënt afgestemde voorlichting kan bijdragen aan een beter risicobesef en mogelijk de kans op zelf bijkopen of misbruik verkleinen.
- Betere begeleiding: zij die al langere tijd opioïdenhoudende pijnmedicatie gebruiken zouden baat hebben bij een betere koppeling tussen verslavingszorg, pijnprogramma's en huisartsen. Goede begeleiding bij het afbouwen van opioïdenhoudende pijnmedicatie (mogelijk middels een 'afbouwconsulent' via de huisarts, apotheek of bij de verslavingszorg) kan noodzakelijke ondersteuning zijn. Het is ook wenselijk om holistisch beleid te ontwikkelen dat ook een meer *Harm Reduction* benadering toepast voor hen voor wie op korte termijn afbouw naar abstinentie niet direct mogelijk is.
- Passende medicatie: daarnaast dient er op behandelingsniveau gekeken te worden naar medicatie ('*safer alternatives*') die aansluit bij de noden van deze groep medicatieverslaafden. Mogelijk zou andere medicatie (buprenorfine/naloxon of een langer werkende medicatie) via de huisarts of verslavingszorg hier een gat kunnen dichten.

Zorgverleners moeten zich bewust zijn dat te terughoudend voorschrijven mogelijk kan leiden tot zelf bijkopen van opioïden. Wanneer een patiënt hiermee komt, is het belangrijk dat er een protocol aanwezig is om hiermee om te gaan en de patiënt te wijzen op de risico's van namaakmedicatie.

Specifiek voor **gedetineerden**

- Medicatie- en middelenbeleid: in PI's wordt aangeraden opioïdenbehandeling te blijven continueren zoals het nu al het geval is. Andere medicatie (bijvoorbeeld voor slapeloosheid en onrust) moet zorgvuldig afgewogen worden. Een nadere invulling van het middelenbeleid kan verlichting scheppen, hier is winst te behalen. Het gesloten karakter van het gevangeniswezen en het bestraffings-perspectief zijn weliswaar bemoeilijkende factoren maar mogen geen redenen zijn om geen verbeterslag te maken.

8.5.3 Preventie middelengebruik

- Preventie van langdurig gebruik van opioïdenhoudende pijnmedicatie: er is veel werk verricht en er zijn goede resultaten behaald bij het terugdringen van over-voorschrijven en overgebruik van opioïdenhoudende pijnmedicatie. Dit dient vervolgd te worden. Een patiënt-gerichte aanpak moet centraal blijven staan en stigma houdende boodschap en toon dienen vermeden te worden.

- Daarnaast is er meer intensieve aandacht wenselijk voor hen voor wie de afbouw te rigide of te snel is of die al langer verslaafd zijn. Verdere deskundigheidsbevordering bij verslavingszorg en (huis)artsen rondom pijnmanagement en welke alternatieven er zijn voor pijnbestrijding is prioriteit.
- Voorlichtingscampagnes: de gerichte inzet van voorlichtingscampagnes lijkt gerechtvaardigd voor algemeen publiek rondom een aantal onderwerpen
 - pijnbestrijding, met focus op verslavingsrisico's van opioïdenhoudende pijnmedicatie,
 - de risico's van medicatiegebruik/pillen zonder voorschrift (via via, dealers, internet, darkweb), met focus op de 'echtheid' van namaakmedicatie en online 'apotheken'
 - verslavingsrisico's van (designer)benzo's en het gebruik onder jongeren
- Bredere preventieaanpak: weliswaar geen directe link met synthetische opioïden, maar een belangrijke aanbeveling richt zich op preventie in de middelencultuur onder met name jongeren. Er wordt een duidelijke trend gesignaleerd naar maakbaarheids- en medicijncultuur/medicalisering, rond de mentale gezondheidssimpact van de huidige sociale en culturele problemen in de samenleving. Het is een complexe situatie die zich niet een, twee, drie in een actieplan laat vatten, maar die wel grote aandacht behoeft. Het richt zich op de voedingsbodem van de vraag naar steeds nieuwe of sterke middelen 'om je beter te voelen' of om 'vandaag door te komen'. Naar aanleiding van de zes scenario's zou een preventiewerkgroep of bijvoorbeeld een werkconferentie gericht kunnen definiëren wat nodig is en vervolgens kijken of er aangesloten kan worden bij bestaande preventieprogramma's en wat er mogelijk ontwikkeld moet worden voor met name jongeren.

8.5.4 Onderzoek

- Meer kennis van risicogroepen: er is onderzoek nodig naar verschillende risicogroepen die tot nu toe buiten beeld lijken om beter inzicht te hebben in de achtergronden van de problematiek en hoe deze mensen het best hulp kunnen krijgen. Drie onderwerpen vragen om meer inzicht.
 - groep mensen die zelf opioïdenhoudende pijnmedicatie bijkopen;
 - aard en omvang van het gebruik van (designer)benzo's onder jongeren;
 - aard en omvang van het gebruik van middelen in detentie.
- Andere toekomstscenario's: dicht op de bal blijven is essentieel om een adequate respons op veranderingen te kunnen ontwikkelen. De *Preparedness Scan* heeft laten zien hoe snel en ook hoe onverwacht ontwikkelingen zich kunnen afspelen. Bijvoorbeeld als niet-opioïden tranquilizers (zoals xylazines) op de markt komen waarbij de huidige opioïdengerichte behandelingen en -interventies niet werkzaam zijn. Gericht onderzoek door middel van toekomstverkenningen (*foresight research*) zouden hier beter inzicht en handelingsperspectief kunnen geven. Het kan waardevol zijn om ook een inventarisatie uit te voeren rondom lokale en nationale implicaties voor opsporings- en handhavingsdiensten of bij een ontwikkeling waarbij Nederland actief productie- en distributieland van niet-voorgeschreven synthetische opioïden wordt.

9 Tot slot

In vergelijking tot andere landen, is er in Nederland veel en goed georganiseerd. De in decennia met aandacht en inzet ontwikkelde infrastructuur met monitoring en signalering, met testservices en Red Alert, en een uitgebreid zorgaanbod van behandeling en *harm reduction*, is voor velen in het buitenland een voorbeeld en ambitie. Maar ook in Nederland zijn er inmiddels diverse gebieden die aandacht vragen. Bijvoorbeeld de zorgverlening aan dak- en thuislozen en andere kwetsbaren in binnensteden, opioïdenmedicatie verslaafden, hiaten in data over incidenten en overlijden, middelengebruik in detentie, gerichte preventie onder jongeren en de bijbehorende mentale gezondheidsproblematiek. Veel van de in dit rapport genoemde gebieden zijn aan onderhoud en een update toe. De beschermende factoren nemen af.

Daarnaast hebben de nieuwe en dringende internationale uitdagingen ook een weerslag op het Nederlandse systeem. De marktontwikkelingen en veranderingen met niet-voorgeschreven synthetische opioïden in het buitenland vragen om directe actie, want eerste signalen zijn ook hier in Nederland zichtbaar. Naast acties van politie en douane die zich richten op terugdringen van een mogelijk aanbod van synthetische opioïden is ook een versterking van de bestaande infrastructuur raadzaam. De risico's op incidenten of clusters van incidenten nemen toe. Het is daarom verstandig de komende periode goed te gebruiken om de bestaande monitor-, assessment- en responssystemen verder te verbeteren en uit te rusten voor mogelijke veranderingen. De aanbevelingen uit dit rapport en de werkdocumenten die bijlagen bij dit rapport vormen, dienen als leidraad hiervoor.

10 Bronnenlijst

1. European Union Drugs Agency (EUDA). Call to action. New synthetic opioids: European preparedness and response [Internet]. 2024. Beschikbaar op: https://www.euda.europa.eu/drugs-library/call-action-new-synthetic-opioids-european-preparedness-and-response_en
2. Arnt F.A. Schellekens. Aandacht voor verslaving. Jaarverslag 2023 [Internet]. 2024. Beschikbaar op: <https://open.overheid.nl/documenten/3842cef3-33ea-466e-b8c2-2289ae223a9e/file>
3. Tweede Kamer der Staten-Generaal. De voorbereiding op het vaker opduiken van fentanyl in Nederland. 's-Gravenhage; 2024.
4. Health Canada. Government of Canada. 2024. Overdose crisis and toxic illegal drug supply. Beschikbaar op: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/opioids/overdose-crisis-toxic-illegal-drug-supply.html>
5. Rich JD. The Conversation. 2024. Medetomidine is replacing xylazine in Philly street fentanyl, creating new hurdles for health care providers and drug users. Beschikbaar op: <https://theconversation.com/medetomidine-is-replacing-xylazine-in-philly-street-fentanyl-creating-new-hurdles-for-health-care-providers-and-drug-users-251753>
6. Garnett MF, Miniño AM. Drug Overdose Deaths in the United States, 2003–2023 [Internet]. Hyattsville, MD; 2024. Beschikbaar op: <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db522.htm>
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), National Center for Health Statistics (NCHS). CDC. 2025. U.S. Overdose Deaths Decrease Almost 27% in 2024. Beschikbaar op: https://www.cdc.gov/nchs/pressroom/nchs_press_releases/2025/20250514.htm
8. Dasgupta N, Beletsky L, Ciccarone D. Opioid Crisis: No Easy Fix to Its Social and Economic Determinants. *American journal of public health*. februari 2018;108(2):182–6.
9. Friedman J, Ciccarone D. The public health risks of counterfeit pills. *The Lancet Public Health* [Internet]. januari 2025;10(1):e58–62. Beschikbaar op: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00273-1](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00273-1)
10. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). UNODC. 2024. Afghanistan: opium production remains 93 per cent below pre-drug ban levels, says UNODC. Beschikbaar op: https://www.unodc.org/unodc/en/press/releases/2024/November/afghanistan_-opium-production-remains-93-per-cent-below-pre-drug-ban-levels--says-unodc.html
11. Seyler T, Giraudon I, Noor A, Mounteney J, Griffiths P. Is Europe facing an opioid epidemic: What does European monitoring data tell us? *European Journal of Pain* (United Kingdom). 2021;25(5):1072–80.
12. Pierce M, van Amsterdam J, Kalkman GA, Schellekens A, van den Brink W. Is Europe facing an opioid crisis like the United States? An analysis of opioid use and related adverse effects in 19 European countries between 2010 and 2018. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*. juni 2021;64(1):e47.
13. Pardal M, Wadsworth E, Kilmer B. Illegal Synthetic Opioids: Can Europe Prevent a Crisis? [Internet]. 2024. Beschikbaar op: <https://www.rand.org/pubs/perspectives/PEA3270-1.html>

14. European Union Drugs Agency (EUDA). European Drug Report 2025: Trends and Developments [Internet]. Lissabon, Portugal; 2025. Beschikbaar op: https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2025_en
15. European Union Drugs Agency (EUDA). European Drug Report 2024: Trends and Developments [Internet]. Lissabon, Portugal; 2024. Beschikbaar op: https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_en
16. Home Office, The Rt Hon Dame Diana Johnson DBE MP. Britain working at pace to curb rising synthetic drugs threat [Internet]. Londen; 2025. Beschikbaar op: <https://www.gov.uk/government/news/britain-working-at-pace-to-curb-rising-synthetic-drugs-threat>
17. Bergmann H, Schneider F, Beil AM, Janz M, Neumeier E. Trendspotter: Synthetische Opioiden. München; 2025.
18. Killeen N, Lakes R, Webster M, Killoran S, McNamara S, Kavanagh P, Eagleton M, McCormack S, Micheau E, Moughty A, O'Donnell C, O'Reilly M, Doyle G, O'Rourke S, e.a. The emergence of nitazenes on the Irish heroin market and national preparation for possible future outbreaks. *Addiction* [Internet]. september 2024;119(9):1657–8. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.1111/add.16525>
19. Mansfield D. Understanding the impact of the Taliban drug ban [Internet]. Lissabon, Portugal; 2024. Beschikbaar op: https://www.euda.europa.eu/publications/technical-reports/understanding-impact-taliban-drug-ban-afghanistan_en
20. Griffiths PN, Seyler T, De Morais JM, Mounteney JE, Sedefov RS. Opioid problems are changing in Europe with worrying signals that synthetic opioids may play a more significant role in the future. Vol. 119, *Addiction* (Abingdon, England). England; 2024. p. 1334–6.
21. Stadt Zürich. Massnahmenplan synthetische Opioiden [Internet]. 2024. Beschikbaar op: <https://www.stadt-zuerich.ch/de/politik-und-verwaltung/politik-und-recht/strategie-politikfelder/drogenpolitik-suchtpolitik/massnahmenplan-synthetische-opioide.html>
22. UK Health Security Agency. UK Government. 2023. Guidance for local areas on planning to deal with fentanyl or another potent opioid. Beschikbaar op: <https://www.gov.uk/government/publications/fentanyl-preparing-for-a-future-threat/guidance-for-local-areas-on-planning-to-deal-with-fentanyl-or-another-potent-opioid>
23. Trimbos-instituut. Opiaten: sterfte in Nederland [Internet]. 2024. Beschikbaar op: <https://www.nationaledrugmonitor.nl/opiaten-sterfte-in-nederland/>
24. Meijer-Sellies A, Hutten N, Schürmann L, Valkenberg H, Croes E, Smit-Rigter L. Monitor Drugsincidenten: Jaarrapportage 2023 [Internet]. Utrecht; 2025. Beschikbaar op: <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2025/04/MDI-jaarrapportage-2023.pdf>
25. Nugteren-van Lonkhuyzen JJ, Visser CC, Mulder-Spijkerboer HN, van Velzen AG, de Lange DW, van Riel AJHP. Acute vergiftigingen bij mens en dier. *NVIC Jaaroverzicht 2023*. Utrecht; 2024.
26. Tieleman A. NOS Nieuwsuur. 2024. Politie vindt voor het eerst zeer dodelijke drugs nitazenen in Nederland. Beschikbaar op: <https://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2535163-politie-vindt-voor-het-eerst-zeer-dodelijke-drugs-nitazenen-in-nederland>
27. Balster R, Hondebrink L, Boel TT, van de Velde B, van der Linden PD, Butterhoff-Terlingen MH. Intoxicatie met een nitazeen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* [Internet]. 2025;169(D8498). Beschikbaar op: <https://www.ntvg.nl/artikelen/intoxicatie-met-een-nitazeen>

28. Trimbos-instituut. Waarschuwing: Namaak-oxycodonpillen met het levensgevaarlijke isotonitazepyne in omloop [Internet]. 2025. Beschikbaar op: <https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/waarschuwing-namaak-oxycodonpillen-met-het-levensgevaarlijke-isotonitazepyne-in-omloop/>
29. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Waarschuwing online aanbod vervalste en levensgevaarlijke oxycodon [Internet]. 2025. Beschikbaar op: <https://www.igj.nl/actueel/nieuws/2025/03/18/waarschuwing-online-aanbod-vervalste-en-levensgevaarlijke-oxycodon>
30. Trimbos-instituut. Update: Namaak-oxycodonpillen met levensgevaarlijke nitazenen nog steeds in omloop [Internet]. 2025. Beschikbaar op: <https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/update-namaak-oxycodonpillen-met-levensgevaarlijke-nitazenen-nog-steeds-in-omloop/>
31. Schepens MHJ, Leusink M, de Vries SE, van Erkelens JA, Eleveld H, Prenger A, van Limbeek J, Berger MY. Toename in extramuraal opioïdgebruik in Nederland. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde [Internet]. 2019;163(D3854). Beschikbaar op: <https://www.ntvg.nl/artikelen/toename-extramuraal-opioïdgebruik-nederland>
32. Zorginstituut Nederland. Aantal gebruikers 2020–2024 voor ATC-subgroep N02: Analgetica [Internet]. 2026. Beschikbaar op: https://www.gipdatabank.nl/databank?geg=gebr&infotype=g&item=N02&label=00-totaal&tabel=B_01-basis
33. Trimbos-instituut. Opiatengebruik in de algemene bevolking [Internet]. 2024. Beschikbaar op: <https://www.nationaledrugmonitor.nl/opiaten-gebruik-algemene-bevolking/>
34. Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM). Totaalrapportage 'Motie van Nispen' [Internet]. Bilthoven; 2024. Beschikbaar op: <https://open.overheid.nl/documenten/1dea9e5f-050c-433d-9ebf-c385fa905dff/file>
35. Melis EJ, Vriezolk JE, van der Laan JCC, Smolders JMH, van den Bemt BJF, Fenten MGE. Long-term postoperative opioid use in orthopaedic patients. European journal of pain (London, England). mei 2024;28(5):797–805.
36. Instituut Verantwoord Medicijngebruik (IVM). Gebruik opioïden stabiel, maar langdurig gebruik neemt toe (2023) [Internet]. 2025. Beschikbaar op: [https://www.medicijngebruik.nl/voorschrijfgedrag/nieuws/5663/gebruik-opioiden-stabiel-maar-langdurig-gebruik-neemt-toe-\(2023\)](https://www.medicijngebruik.nl/voorschrijfgedrag/nieuws/5663/gebruik-opioiden-stabiel-maar-langdurig-gebruik-neemt-toe-(2023))
37. Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK). Aantal gebruikers van opioïden 5% gestegen [Internet]. 2023. Beschikbaar op: <https://www.sfk.nl/publicatie/2023/farmacie-cijfers/aantal-gebruikers-van-opioiden-5-gestegen>
38. Trimbos-instituut. OPAAK – Nieuw onderzoek naar problematisch harddrugsgebruik [Internet]. 2023. Beschikbaar op: <https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/opaak-nieuw-onderzoek-naar-problematisch-harddrugsgebruik/>
39. Strada L, Martinelli T, van der Gouwe D, Korteling S, Cruts G, Groothuizen M, van Laar M, Bakker I, Busz M. Population size estimate of people with high-risk opioid use and an exploration of people with high-risk use of crack cocaine and other drugs in the Netherlands [in voorbereiding]. 2025.
40. Haanstra B. Reclame voor drugs steeds brutaler, Trimbos maakt zich zorgen [Internet]. 2024. Beschikbaar op: <https://nos.nl/artikel/2527834-reclame-voor-drugs-steeds-brutaler-trimbos-maakt-zich-zorgen>

41. Thoonen IMJ, Rietjens SJ, Koppen A, de Lange DW, Nugteren-van Lonkhuyzen JJ. Strong increase in the number of intoxications involving psychoactive drugs among adolescents reported to the Dutch Poisons Information Center from 2014–2023. *International Journal of Drug Policy* [Internet]. 2025;142:104860. Beschikbaar op: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395925001604>
42. Dienst Justitiële Inrichtingen. Gevangeniswezen [Internet]. 2025. Beschikbaar op: <https://www.dji.nl/documenten/publicaties/2023/05/30/infographic-gevangeniswezen>
43. Trimbos-instituut, Harm, Correlation-European Harm Reduction Network. Scra-Gebruik in een Gevangenissetting. Pilotonderzoek Penitentiare Inrichting Ter Apel [Internet]. 2023. Beschikbaar op: <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2023/05/AF2085-SCRA-gebruik-in-een-gevangenissetting.pdf>
44. Ejbye-Ernst P. A Dutch Perspective on the Fentanyl Crisis [Internet]. Amsterdam; 2024. Beschikbaar op: https://nscr.nl/app/uploads/2024/02/NSCR_A-Dutch-Perspective-on-the-Fentanyl-Crisis.pdf
45. Office for Health Improvement and Disparities (OHID). Guidance for local areas on planning to deal with fentanyl or another potent opioid [Internet]. Londen; 2023. Beschikbaar op: <https://www.gov.uk/government/publications/fentanyl-preparing-for-a-future-threat/guidance-for-local-areas-on-planning-to-deal-with-fentanyl-or-another-potent-opioid>
46. GGD Amsterdam. Drugs Alert Team Amsterdam [Internet]. Beschikbaar op: <https://www.ggd.amsterdam.nl/drugs/drugs-alert-team-amsterdam/>
47. Sutherland R, Steele M, Rodgers C, Silins E, Gilliver R, Peacock A, Barratt M, Ezard N, Siefried KJ, Page R, Bruno R, Read P. Characteristics of take-home fentanyl test strip use and support for drug checking services among people who use heroin in Australia: learnings for an increasingly complex drug market. *Harm reduction journal*. mei 2025;22(1):75.
48. Trimbos-instituut. Speciaal register voor drugsgerelateerde sterfte [Internet]. 2021. Beschikbaar op: <https://www.trimbos.nl/kennis/drugs/feiten-cijfers-drugshandel-drugsincidenten/speciaal-register-voor-drugsgerelateerde-sterfte/>
49. Vercoulen E, Ceelen M, Dorn T, Buster M, Croes E, van Laar M. Drugsgerelateerde sterfte in beeld [Internet]. Utrecht; 2021. Beschikbaar op: <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af1872-drugsgerelateerde-sterfte-in-beeld/>
50. European Union Drugs Agency (EUDA). Syringe residues analysis (ESCAPE) [Internet]. Beschikbaar op: https://www.euda.europa.eu/topics/escape_en

11 Lijst met geïnterviewde experts

De volgende experts zijn geïnterviewd en hebben toestemming gegeven om in de rapportage vermeld te staan.

Nationaal

Albert van Daalen	Jan Willem de Boer	Marleen Arends
Alex van Dongen	Jorn Dekker	Martine Wijnen
Anke Lambooi	Jorrit van den Berg	Max de le Lijs
Antoinette van Riel	Katinka Damen	Metten Sommers
Arantxa Polak	Kelly Buijs	Mirthe van Leeuwen
Arnt Schellekens	Laura Smit-Rigter	Moreno van Hulst
Carol Vlugt	Leo de Pan	Ronald van Litsenburg
Caroline Versluis	Leonie Brendel	Sarah Graman
Conner van Velde	Lilou Fibbe-Reitsma	Sjors Hilgevoord
Daan Huntjens	Lisa Strada	Steve Lauriks
Dion Linsen	Loes Hanck	Ton Nabben
Douwe Dekker	Machteld Busz	Ton Verspoor
Ellen Bos	Marcel Bouvy	Vivian Schipper
Fedor van Houwelingen	Marcel de Kort	Wim Best
Fiona Adrichem	Marcel Slockers	Wim van den Brink
Hans Hendriks	Margot Coenraads	Wouter Gronheid
Has Cornelisse	Margriet van Laar	
Irmgard Poelmans	Mark Smitz	

Internationaal

Chris Rintoul	Ieva Pūgule	Mireia Ventura
Dan Ciccarone	John Strang	Nicki Killeen
Dominique Schori	Katri Abel-Ollo	Philippe Bonnet
Eamon Keenan	Kirsten Horsburgh	Yuliya Georgieva
Espen Freng	Margot Balcaen	
Heiko Bergmann	Mart Kalvert	

Bijlagen Toolkit: Informatie en instrumenten ter voorbereiding op lokaal niveau of organisatieniveau

1. Risicogroepen
2. Risicoscenario's
3. *Stakeholder mapping*
4. Stappenplan lokale *preparedness*
5. Leeslijst voor meer achtergrondinformatie over synthetische opioïden
6. Nieuwsbericht: over nitazenen, Nederlands Vergiftigingen Informatie Centrum, januari 2025
7. Naloxon, achtergrond en overwegingen voor bredere beschikbaarheid
8. Informatieblad: Nitazenen en veiligheidsrisico's, Nederlands Forensisch Instituut, april 2025
9. Aanbevolen betrokken instanties voor sentinel stations en deskundigheidsbevordering

Bijlage 1 Risicogroepen

Op basis van ervaringen uit andere Europese landen met incidenten met synthetische opioïden en wie daarmee te maken krijgen, gecombineerd met wat Nederlandse respondenten gemeld hebben over risicogroepen, komt de volgende lijst van risicogroepen naar voren:

1. Dak- en thuislozen en andere gemarginaliseerde groepen opioïdengebruikers

Dak- en thuislozen en andere gemarginaliseerde groepen hebben vaak instabiele leefsituaties. Zij leven deels op straat en zijn deels bekend bij opvang- en zorginstellingen, maar vallen ook vaak buiten de bestaande kaders van hulpverlening. De groep bestaat onder andere uit oudere heroïnegebruikers, maar ook uit nieuwe groepen die in problemen en in kwetsbare situatie zijn geraakt. Denk hierbij aan EU-arbeidsmigranten, vluchtelingen en recent dak- en thuisloos geraakte personen. Veel van hen kampen met GGZ-problematiek en risicovol middelengebruik, wat het risico vergroot op blootstelling aan synthetische opioïden (zoals via straatheroïne of vervalste medicatie).

Er is grofweg een aantal deels overlappende subgroepen te onderscheiden:

- **Klassieke groep opioïdengebruikers**

Deze groep kent een langdurige gebruiksgeschiedenis, is bekend met de verslavingszorg en heeft een gemiddelde leeftijd van circa 55 jaar. Veel gebruikte middelen zijn heroïne en base-coke; injecteren komt niet veel voor. In plaats daarvan worden deze middelen meestal gerookt. In sommige steden is een deel van de gebruikers uit het verleden opnieuw zichtbaar op straat en in sommige gevallen ouder dan 70 jaar.

- **Europese (arbeids)migranten**

Deze groep bestaat voornamelijk uit personen afkomstig uit Oost-Europa, maar ook uit Zuid-Europese en Baltische landen. Arbeidsmigranten belanden met name als hun werk ophoudt snel in kwetsbare situaties met kans op dak- of thuisloosheid. Ze zijn als EU migrant dan wel rechthebbend op zorg maar door administratieve drempels (ontbreken van een BSN nummer of een adres) zijn ze praktisch buiten zorg gesloten. Het middelengebruik binnen deze groep is breed, overmatig alcoholgebruik komt veel voor en het intraveneus gebruik komt frequenter voor. Onder deze groep bevinden zich ook steeds meer vrouwen.

- **Vluchtelingen (met en zonder verblijfsstatus)**

Er is weinig bekend over het middelengebruik onder deze groep, maar praktijksignalen wijzen op verhoogd risico op medicatiegebruik. Kalmeringsmiddelen zoals diazepam of pijnmedicatie worden genoemd als medicaties waar men bijvoorbeeld vanuit het thuisland al langer mee bekend is. Met name middelen als pregabaline (Lyrica), diazepam (Valium) alprazolam (Xanax) en tramadol worden genoemd als middelen die vaak als zelfmedicatie worden gebruikt voor klachten als trauma, onzekerheid en angst. Een deel van deze medicatie wordt verkregen op voorschrift, maar een deel wordt zonder voorschrift verkregen ofwel meegenomen uit het thuisland, via familie of kennissen of via illegale handel.

- **Nieuwe dak- en thuislozen**

Deze groep bestaat uit mensen die recent op straat zijn beland, vaak als gevolg van de woon-crisis in combinatie met persoonlijke omstandigheden zoals een scheiding. Door overvolle

opvangvoorzieningen kunnen zij nergens terecht en raken zij dakloos. Het betreft een kwetsbare groep die niet gewend is aan het leven op straat en extra gevoelig is voor middelengebruik als *coping*-mechanisme.

2. (Ex) gedetineerden

Gedetineerden vormen een risicogroep bij een eventuele introductie van synthetische opioïden op de Nederlandse markt. Ook al zijn invoer, bezit en handel in middelen in detentie verboden, een deel van de gedetineerden weet toch aan middelen te komen en gebruikt deze. Er zijn veel verhalen over drugs in de gevangenis, maar er is feitelijk weinig bekend over de aard en omvang van middelengebruik in detentie in Nederland.

Een substantieel deel van de gedetineerden heeft bij binnenkomst in de gevangenis een middelenstoornis (alcohol of drugs). Het leven in de penitentiaire instelling brengt stress en slaapstoornissen met zich mee, en de combinatie van het delen van een cel maakt dat er behoefte is aan middelen om te kalmeren of te slapen. Naast de medicatie via de geneeskundige dienst is er, naast (ruil)handel in overgebleven medicatie, ook handel in middelen die van buiten zijn gekomen. Het gebruik van synthetische cannabinoïden, beter bekend als 'Spice', is een lastig probleem binnen Nederlandse gevangenissen. Ze zijn moeilijk detecteerbaar met standaard drugstests. De stof wordt vaak in vloeibare vorm op papier gespoten en als onschuldig ogende post naar gevangenen gestuurd.

In deze omstandigheden is het niet ondenkbaar dat in Nederland ook andere lastig te detecteren en potente middelen (zoals bijvoorbeeld synthetische opioïden) in de gevangenis gesmokkeld gaan worden.

Een ander risico voor gedetineerden is na ontslag. Mensen die uit detentie komen, zijn vaak door detentie kwetsbaarder geworden (huis en/of baan kwijt), maar hebben een lagere drugs tolerantie dan voorheen en daardoor zijn ze kwetsbaarder voor een overdosis als ze weer hun 'oude dosis' gebruiken. Daarnaast zijn ze niet direct op de hoogte van eventuele veranderingen in het aanbod op de markt.

3. Mensen met (chronische) pijnklachten

Over deze risicogroep is in Nederland relatief weinig bekend. Het is een behoorlijke grote groep van naar schatting minstens 90.000 mensen, van diverse achtergrond, leeftijd en woonplaats. Ze zijn grotendeels onder de radar en zijn niet in beeld. Ze vallen vaak tussen de specialist (uitbehandeld), huisarts (geen makkelijke patiënten) en de verslavingszorg (niet specifiek op hen toegerust). Het zijn mensen met langdurige of chronische pijnklachten die, door onvolledige behandeling, onvoldoende pijnstilling of barrières in de zorg, zelf hun medicatie zoeken. Deze groep omvat zowel patiënten met medische diagnoses (zoals zenuwpijn, reuma of post-operatieve klachten) als mensen met moeilijk objectiveerbare pijn, die zich niet altijd gehoord of serieus genomen voelen in het reguliere zorgtraject. Wanneer zij niet (meer) de gewenste medicatie kunnen krijgen via hun arts of apotheek – bijvoorbeeld opioïden zoals oxycodon of tramadol – biedt via via handel of het internet een mogelijkheid om toch aan deze medicatie te komen.

Deze aanschaf van pijnmedicatie buiten het officiële circuit brengt aanzienlijke extra risico's met zich mee. Op online marktplaatsen of via informele sociale netwerken worden middelen aangeboden waarvan de samenstelling, dosering en herkomst onbekend en onbetrouwbaar zijn. Deze medicijnen kunnen vervalst zijn of bijgemengd zijn met synthetische opioïden zoals nitazeenachtigen.

Gebruikers beseffen vaak niet dat zij namaakproducten kopen, of onderschatten de risico's. De combinatie van fysieke pijn, afhankelijkheid, wantrouwen in de zorg en online beschikbaarheid maakt deze groep extra kwetsbaar voor overdosering.

Een deel van deze mensen wil graag van de medicatie af, of in elk geval van het niet-voorgeschreven gedeelte ervan, maar heeft daarbij geen passende hulp of effectief alternatief. Stigma en angst voor uitsluiting spelen ook een grote rol.

Naast de nu reeds bestaande populatie van hen die pijnmedicatieverslaafd zijn is er een gestage aangroei van hen die nu na een medische ingreep als een heup- of knieoperatie (door erfelijke of andere kwetsbaarheden) moeite heeft met de afbouw van de pijnmedicatie.

De online markt van pijnmedicatie biedt ook een aankoopmogelijkheid voor hen die juist buiten het medische circuit willen blijven. Hiervoor kunnen verschillende motieven zijn. Hierbij valt te denken aan: snel en eenvoudige medicatie zonder consult en dossiervorming, schaamte of ongemak, geen/onvoldoende verzekering of gebrek aan vertrouwen in de zorg.

Al met al gaat het in deze risicogroep 'pijnmedicatiegebruikers' bij elkaar om een groot aantal mensen. Zij zijn niet als zodanig herkenbaar of aanspreekbaar en zich ook niet per se bewust van de risico's bij online aankoop van hun pijnmedicatie. Ze vormen een belangrijke risicogroep in het voorkomen van incidenten met synthetische opioïden.

4. Gebruikers uit regio's waar al langer synthetische opioïden op de markt zijn

Deze risicogroep overlapt gedeeltelijk met de groep van arbeidsmigranten, maar deze risicogroep verdient extra aandacht omdat met name de Baltische regio al jaren kampt met een synthetisch opioïden gebruik. In sommige landen (denk aan Estland, maar meer recentelijk ook Letland en Litouwen) is de heroïenmarkt al decennia geleden vervangen door een markt met de veel sterkere synthetische opioïden zoals fentanyl, carfentanyl en meer recent ook nitazenen.

Als gebruikers uit die regio in Nederland verblijven vinden ze hier niet de substantie met de potentie die ze gewend zijn. Maar met het huidige online aanbod zijn die sterkere synthetische opioïden alsnog relatief eenvoudig te verkrijgen. Bijkomend risico is dat gebruikers uit de Baltische regio veelal injecteren, wat ook een verhoogd risico op overdosering inhoudt.

Een ander risico is dat gebruikers die opioïdenbehandeling in Nederland willen en daar niet in raken, bijvoorbeeld doordat ze niet-rechthebbend zijn of omdat ze geen medisch dossier in Nederland willen, online OAT medicatie kopen. In diverse landen in Europa zijn echter ook onder deze middelen namaakmedicijnen ontdekt die nitazenen bevatten maar als methadon of buprenorfine werden aangeboden.

5. Jongeren en jongvolwassenen met risicovol middelengebruik

Er is sprake van een groeiende groep jonge mensen in Nederland die experimenteert met een breed spectrum aan psychoactieve middelen. Dit middelengebruik varieert van recreatief gebruik in sociale contexten om te ontspannen tot meer functioneel gebruik gericht op zelfmedicatie, zoals het verminderen van stress, omgaan met slapeloosheid of het dempen van ander psychisch ongerief. Daarnaast is het niet ongebruikelijk dat jongeren reeds ervaring hebben met medicatie vanuit de geestelijke gezondheidszorg, waardoor zij minder drempels kunnen hebben om ook zonder specifieke medische indicatie deze middelen te gebruiken.

Meer specifiek zijn er een aantal trends rond middelen die aandacht vragen:

- Ten eerste zijn dat de zogeheten designerbenzodiazepinen, met name in het uitgaancircuit en door jongeren rond de twintig jaar. Met name bromazolam wordt genoemd als een middel dat op dit moment populair is. Bromazolam is geen geregistreerd geneesmiddel. Bromazolam is een krachtig middel met een relatief hoog risico op gewenning en verslaving. Het middel wordt via via, via de bezorgdealer of online verkregen. De stoffen zijn goedkoop. Jongeren geven geregeld aan hun gebruik 'onder controle' te hebben, terwijl in de praktijk blijkt dat zij vaak onvoldoende kennis hebben van doseringen en interacties, wat kan leiden tot overdosering, psychische ontregeling of risicovol gedrag.
- Daarnaast is er ook een toename van het illegale aanbod van pijnmedicatiemiddelen als tramadol- of oxycodongebruik, soms als zelfmedicatie tegen stress en spanning, maar ook recreatief vanwege het ontspannende of euforische effect. Gebruik van dergelijk aanbod vergroot de kans op afhankelijkheid, tolerantieontwikkeling en het onbedoeld gebruiken van een nagemaakte of bijgemengde medicatie.

Vergeleken met de eerder genoemde risicogroepen is de risicogroep jongeren en jongvolwassenen groot in omvang, maar met een lager risico op (onbedoeld) gebruik van synthetische opioïden. In het buitenland zijn echter in diverse landen in Europa juist onder deze groep incidenten geweest met namaakmedicatie die bijgemengd of vervangen bleek met nitazenen. Een dergelijke ontwikkeling is ook in Nederland niet ondenkbeeldig.

6. Andere risicogroepen

Andere risicogroepen voor synthetische opioïden zijn bijvoorbeeld:

- Gemarginaliseerde gebruikers van bijvoorbeeld GHB of flakka. Flakka (alfa-PVP) is een synthetisch cathinon wat recentelijk vooral wordt gebruikt door kwetsbare, gemarginaliseerde groepen. Het wordt vooral gemeld in delen van Zeeland en West-Brabant waar het wordt gebruikt door personen met een voorgeschiedenis van middelengebruik zoals heroïne, GHB en basecoke. Het middel wordt vaak gezien als een goedkoop alternatief voor andere stimulerende drugs. Het gebruik vindt plaats in lokale netwerken en blijft daardoor vaak onder de radar van reguliere hulpdiensten. Er heerst een cultuur van *rücksichtslos* gebruik van allerlei middelen.
- Psychonauten of specifieke subculturen. Deze groepen die bijvoorbeeld 'off the grid' willen leven en expliciete interesse in drugs en experimenteren met middelen hebben, zijn doorgaans goed ingelezen en op de hoogte, maar de onvoorspelbaarheid van de illegale markt is ook voor hen heel riskant. Zo is de ene nitazeen variant talloze malen potenter en toxischer dan de andere.

- Mensen die bekend zijn met chemsex. Chemsex is in Nederland met name bekend onder mannen die seks hebben met mannen (MSM). Middelengebruik is een essentieel onderdeel van de seksualiteitsbeleving. Veelgebruikte middelen zijn GHB/GBL, mephedrone, crystal meth en poppers. Zoals psychonauten hebben mensen die aan chemsex doen veelal goed kennis van de diverse middelen, hun werking en hoe deze (online) te verkrijgen. Maar ook voor hen geldt de onvoorspelbaarheid en risico's van de online middelenmarkt.

Bijlage 2 Risicoscenario's

Scenario 1 : Vervuiling of vervanging van heroïne door synthetische opioïden

In dit scenario wordt de heroïne markt in toenemende mate bijgemengd met, of zelfs geheel overgenomen door, synthetische opioïden. Deze ontwikkeling kan samenhangen met een mogelijke daling in de Europese heroïne-aanvoer als gevolg van het verbod op opiumteelt in Afghanistan. Het hierdoor ontstane aanbodtekort creëert ruimte voor de opkomst van krachtigere en goedkoper te produceren synthetische opioïden, zoals nitazenen of fentanyl(derivaten), die mogelijk als 'heroïne' verkocht worden.

Waarschijnlijkheid

Gezien de internationale trends en de kwetsbaarheid van de bestaande marktstructuur wordt dit scenario als reëel en aannemelijk beschouwd.

Betrokken stoffen

De meest waarschijnlijke stoffen zijn synthetische opioïden uit de nitazeenklasse. Daarnaast zijn ook fentanyl en zijn analogen, waaronder carfentanyl, potentieel relevante vervuiliingsbronnen.

Risicogroepen

De voornaamste risicogroepen zijn:

- Oudere, chronisch verslaafde heroïnegebruikers
- Andere heroïnegebruikers buiten het bereik van hulpverlening
- Ongedocumenteerden, onverzekerden, EU-migranten die een verslavingsproblematiek hebben zonder (goede) toegang tot zorg

Deze groepen verkeren vaak in precare levenssituaties en hebben beperkte toegang tot informatie, medische zorg en beschermende voorzieningen zoals gebruiksruidtes.

Problematiek

- Gebruikers zijn zich vaak niet bewust van de exacte samenstelling van het gekochte middel en zijn niet gewend om dit te laten testen voor gebruik.
- Er zijn signalen dat binnen deze groepen er bij veel gebruikers een onverschilligheid heerst over wat zij gebruiken, als ze maar even 'van de wereld zijn'.
- De potentie van synthetische opioïden zoals nitazenen en (car)fentanyl ligt aanzienlijk hoger dan die van heroïne, waardoor het risico op (fatale) overdoseringen fors toeneemt.
- Zorgverleners en omstanders beschikken vaak niet over de benodigde informatie om adequaat op incidenten te reageren.
- Er is een risico op een reeks incidenten (een cluster incident) als de betreffende stof in een hostel, dag/nachtopvang of andere plaats met meer potentiële gebruikers te verkrijgen is.
- Ambulancediensten en spoedeisende hulp kunnen bij een clusterincident door piekmomenten overbelast raken.
- Bij clusters van incidenten kan een tekort aan naloxon ontstaan, mede doordat deze in sommige regio's alleen via ziekenhuizen of GGD's beschikbaar is.

- Een deel van de gebruikerspopulatie blijft onzichtbaar voor hulpverlening, kan er geen gebruik van maken of is daar juist argwanend voor.
- Voor hen die buiten leven en gebruiken in de openbare ruimte is er een extra risico op dat een overdosis mogelijk te laat wordt opgemerkt wat signalering en ingrijpen bemoeilijkt.
- Waarschuwingssystemen zoals Red Alerts bereiken deze gebruikersgroepen mogelijk niet effectief of tijdig. Maar met een waarschuwing aan de hulpverlening en gebruikersorganisaties wordt een groot deel indirect wel geïnformeerd.

Detectie en signalering

Dit scenario wordt waarschijnlijk herkend via:

- De DIMS-testservice, indien gebruikers middelen laten analyseren of via *sample testing*
- Spoedeisende hulp of ambulancediensten bij acute intoxicaties
- Straatobservaties door politie of hulpverlening
- Gezondheidsincidenten in opvanglocaties
- Toxicologisch post-mortemonderzoek bij onverklaarde sterfgevallen
- Mortem, indien toxicologisch onderzoek wordt verricht.
- Bij inbeslagnames en analyse van partijen 'heroïne'

Urgentie van het probleem

Als dit scenario in werking treedt, brengt dat waarschijnlijk meerdere incidenten of een cluster-incident van ernstige gezondheidsincidenten als gevolg van bijgemengde of namaakheroïne met zich mee. Dat zal tot een reeks interventies en mogelijke ambulanceritten en ziekenhuisopnames leiden.

Scenario 2: Opkomst van nitazenen als herkenbaar aangeboden opioïden

In dit scenario verschijnen nitazenen als zodanig herkenbare en benoemde producten op de Nederlandse drugsmarkt. In tegenstelling tot vervuiling of vervanging van heroïne, worden deze stoffen hier expliciet verkocht onder hun eigen naam, bijvoorbeeld als "nitazene" of onder specifieke subtypen zoals protonitazene of metonitazene.

Waarschijnlijkheid

Hoewel minder waarschijnlijk dan scenario's gebaseerd op vervuiling, neemt de waarschijnlijkheid toe door concrete meldingen van doelbewust gebruik. In 2024 zijn twee ziekenhuisopnames in Nederland gerapporteerd waarbij gebruikers bewust nitazenen hadden ingenomen. Deze casussen, in combinatie met internationale signalen van marktveranderingen, maken dit scenario niet onaannemelijk. Daarnaast is er een kans op 'import' van gebruikspatronen door migranten, toeristen en bezoekers uit landen waar nitazenen en andere synthetische opioïden al langer circuleren.

Betrokken stoffen

De meest waarschijnlijke varianten betreffen de nitazenen groep: protonitazene, metonitazene, isonitazene, maar ook verwante stoffen als etonitazene, isonatezepyne of brorphine—allen behorend tot de groep ultra-potente synthetische opioïden.

Risicogroepen

- Psychonauten en experimentele gebruikers
- Chronische heroïnegebruikers
- Dak- en thuislozen
- Gemarginaliseerde personen zonder vaste toegang tot zorg of stabiele middelenbron
- Migranten uit onder meer de Baltische staten waar deze stoffen reeds circuleren
- Gebruikers van pijnmedicatie voor wie legaal geproduceerde medicatie via internet gekocht, te duur geworden is

Problematiek

- Onvoldoende kennis over dosering, wat het risico op overdosering aanzienlijk verhoogt
- Ondanks opioïdentolerantie bij sommige gebruikers, zijn de meeste nitazenen extreem krachtig en daardoor risicovol
- Grote kans op gezondheidsincidenten, inclusief acute intoxicaties en overlijdens
- Zorgwekkend potentieel voor snelle verspreiding via online dealermarkten en straatnetwerken

Detectie en signalering

Nitazenen kunnen worden geïdentificeerd via:

- Observaties en meldingen van zorgprofessionals
- Spoedeisende hulp en ambulancediensten bij overdoses
- Politie en handhaving bij straatincidenten
- Monitoring in daklozenopvang en maatschappelijke opvang
- Toxicologisch post-mortemonderzoek
- Inbeslagnames en laboratoriumanalyses
- Surveillance van online platforms en dealermenu's

Urgentie van het probleem

Dit scenario is realistisch zodra nitazenen expliciet op de markt worden aangeboden en aantoonbaar worden afgenomen door gebruikers. De openlijke aanwezigheid van deze stoffen op gebruikersmarkten betekent een duidelijke escalatie in de beschikbaarheid en mogelijk gebruik van uiterst risicovolle opioïden.

Scenario 3: Toename van gebruik van niet-voorgeschreven opioïdenhoudende pijnmedicatie

In dit scenario neemt het gebruik van opioïdenhoudende pijnmedicatie onder patiënten met aanhoudende of posttraumatische pijnklachten toe. Een substantieel deel van deze gebruikers koopt middelen (bij), buiten het reguliere medische circuit – bijvoorbeeld via informele netwerken of online – wat het risico op verslaving, verkeerd gebruik en blootstelling aan vervalste medicatie vergroot. Namaakmedicatie bevat in sommige gevallen veel potentere stoffen, zoals synthetische opioïden uit de nitazeenklasse, wat het risico op ernstige gezondheidsincidenten verder verhoogt.

Een vergelijkbaar scenario betreft online gekochte namaak opioïdenbehandelingsmedicatie (bijvoorbeeld methadon of buprenorfine) die synthetische opioïden bevat. Er zijn in een aantal landen in Europa gevallen bekend van nitazenen in dergelijke namaak medicatie.

Waarschijnlijkheid

Op basis van signalen uit de landelijke *Preparedness Scan* lijkt dit scenario reeds in ontwikkeling. Er zijn aanwijzingen dat pijnmedicatie op substantiële schaal buiten het medisch kanaal wordt bijgekocht. Er is een aantal incidenten in Nederland gemeld. Duidelijk is dat online namaak pijnmedicatie te koop wordt aangeboden. Deze eerste signalen wijzen op een sluipende, maar reële ontwikkeling met potentieel ernstige gevolgen.

Betrokken stoffen

De middelen die centraal staan in dit scenario zijn met name oxycodon en tramadol. Hoewel fentanyl momenteel minder prominent lijkt, blijft het een relevante risicostof. In het geval van vervalsingen betreft het vaak tabletten die aangeboden worden als 'oxycodon', maar in werkelijkheid nitazenen (zoals isotonitazepyne) of andere krachtige synthetische opioïden bevatten.

Risicogroepen

- Chronisch gebruikers van voorgeschreven opioïden
- Personen met niet-aflatende pijnklachten (postoperatief, oncologisch, traumatisch)
- Personen zonder goede toegang tot zorg of met verstoord vertrouwen in de huisarts
- Gebruikers met financiële problemen die overstappen op goedkopere, onbetrouwbare alternatieven

Problematiek

- Gebruikers verwachten niet dat het gekochte middel namaak kan zijn. Zij zijn niet gewend om dit te laten testen voor gebruik.
- Gebrek aan inzicht in de werkzame stoffen bij gebruikers, zorgverleners en omstanders
- Hoge potentie van nitazenen en (car)fentanyl leidt tot verhoogd risico op overdosering
- Ongelijke verdeling van de stof binnen tabletten ondermijnt het gebruikelijke *harm reduction*-principe van gefaseerde inname (bv 'begin met een kwart pil')
- Stigmatisering en schaamte belemmert openheid over gebruik, wat toegang tot verslavingszorg bemoeilijkt
- Verstoorde relatie met eerstelijnszorgverleners, zoals de huisarts
- Financiële druk kan leiden tot risicovoller aankoopgedrag
- Ontwenning is ernstig en professionele afbouwtrajecten zijn beperkt beschikbaar
- Vervalsingen worden visueel steeds moeilijker te onderscheiden van legitieme medicatie, zoals in Zwitserland is vastgesteld (februari 2025)
- Waarschuwingssystemen zoals Red Alerts bereiken deze gebruikersgroepen mogelijk niet effectief of tijdig

Detectie en signalering

Incidenten worden doorgaans herkend via:

- Meldingen bij spoedeisende hulp en ambulancediensten na overdosering of acute intoxicatie
- Inbeslagnames van verdachte partijen medicatie of meldingen bij testdiensten
- Mogelijk via toxicologisch onderzoek bij overlijdensgevallen

Urgentie van het probleem

Dit scenario kan lastig te signaleren zijn. Een incident kan overal in het land gebeuren en de gebruiker zou 'iedereen kunnen zijn'. Ze zijn niet als risicogroep als zodanig herkenbaar of te

vinden. De gebruikers hebben niet de verwachting dat ze een mogelijke ernstig toxische namaak-medicatie gekocht hebben. De mogelijkheid van meerdere of een reeks incidenten door de online verkoop is goed denkbaar. Bij een incident of overlijden wordt misschien niet aan een overdosis gedacht omdat het mogelijk niet op de radar van de omgeving of betrokken SEH of schouwarts is.

Scenario 4: Vervuiling van (designer)benzodiazepinen of andere kalmerende medicatie met synthetische opioïden

In dit scenario worden (designer)benzodiazepinen of andere centraal zenuwstelsel-depressiva op de markt gebracht waarin, zonder medeweten van de gebruiker, synthetische opioïden zijn verwerkt. Deze namaak medicatie wordt aangeboden als zijnde echte medicatie. Het kan hierbij gaan om tabletten waarin slechts een deel van de inhoud is vermengd met synthetische opioïden, of om tabletten die geheel uit deze stoffen bestaan. Voorbeelden zoals die in Europa bekend zijn: diazepam (Valium) alprazolam (Xanax) en bromozolam.

Waarschijnlijkheid

De geschetste situatie wordt als aannemelijk beschouwd op basis van recente signalen uit andere Europese landen.

Vermoedelijke stof

De meest waarschijnlijke stoffen zijn synthetische opioïden uit de nitazeenklasse. Daarnaast zijn ook fentanyl en zijn analogen, waaronder carfentanyl, potentiële vervuiliingsbronnen.

Risicogroepen

De voornaamste risicogroepen zijn jongeren en jongvolwassenen, die deze middelen in het illegale circuit kopen ofwel voor zelfmedicatie (tegen onrust, stress of angst) of ter ontspanning en meer recreatief gebruik.

Mogelijke complicaties

- Nitazenen zijn zeer potent met een risico op ernstige intoxicaties en overdosis.
- Gebruikers zijn doorgaans niet op de hoogte van de aanwezigheid van synthetische opioïden en beschikken mogelijk niet over de benodigde tolerantie.
- Peers en zorgverleners hebben in eerste instantie geen inzicht in de ingenomen stof, wat diagnostiek en interventie bemoeilijkt.
- Door het niet herkennen van een opioïdenoverdosis bestaat het risico dat acute zorg te laat wordt ingezet.
- In geval van meerdere gelijktijdige incidenten kunnen lokale zorgcapaciteiten onder druk komen te staan.
- Ongelijke verdeling van de stof binnen tabletten ondermijnt het gebruikelijke *harm reduction*-principe van gefaseerde inname (bv 'begin met een kwart pil').
- Gebruikers van dergelijke kalmeringsmiddelen kunnen zich overal bevinden. Ze lijken vaker niet dan wel in beeld van de verslavingszorg.
- Waarschuwingssystemen zoals Red Alerts bereiken deze doelgroep ten dele. Recreatieve gebruikers zullen zich meer bewust zijn van mogelijke risico's. Individuen met vooral zelf-medicatie-motieven, minder.

Waarschijnlijke herkenningmomenten

- Via het Drug Information and Monitoring System (DIMS) bij aanbod van pillen ter analyse.
- Bij ambulancediensten of Spoedeisende Hulp na meldingen van overdoses of acute gezondheidsproblemen.
- Door huisartsen bij meldingen van onwelwording zonder duidelijke oorzaak.
- Post mortem, indien toxicologisch onderzoek wordt verricht.
- Bij inbeslagnames van partijen medicatie, bijvoorbeeld bij import.

Urgentie van het probleem

Dit scenario is niet onwaarschijnlijk. In het geval van medicatie verkoop via via of van een bezorgdealer kunnen er meerdere incidenten in een bepaalde regio zijn. Als medicatie online is aangekocht kan het overal in het land gebeuren.

Scenario 5: Vervuiling in andere middelen (bijvoorbeeld MDMA)

Dit scenario is heel vergelijkbaar met scenario 4, alleen is het in dit geval onverwacht omdat er internationaal nauwelijks ervaring is met vervuiling in middelen anders dan in de andere scenario's al beschreven (heroïne, OAT, pijnmedicatie en designerbenzo's). Wanneer vervuiling in stimulantia optreedt, zal daar niet snel aan gedacht worden.

Mogelijk wordt het snel in een DIMS testservice gesignaleerd omdat die zijn ingesteld op *party drugs*. Wanneer niet-voorgeschreven synthetische opioïden opduiken op festivals, is de eerste hulp in elk geval alert op middelengebruik. Wel is het zo dat daar alleen het beeld behandeld wordt en niet gekeken wordt naar het gebruik, dus mogelijk wordt het signaal daar niet opgepikt.

Waarschijnlijkheid

Op dit moment heeft de *Preparedness Scan* geen signalen opgehaald die het waarschijnlijk maken dat dit specifieke scenario op korte termijn realiteit zal worden.

Scenario 6: Introductie van synthetische opioïden in penitentiaire inrichtingen

In dit scenario doen synthetische opioïden, met name nitazenen, hun intrede in penitentiaire inrichtingen. Bijvoorbeeld via met de stof bespoten papier in persoonlijke post. Door de hoge potentie van deze middelen en het gebrek aan tolerantie onder gebruikers, ontstaat een aanzienlijk risico op (fatale) overdoses. De gesloten setting bemoeilijkt vroege signalering en adequate medische respons, vooral tijdens avond- en nachturen waarin gedetineerden op cel zijn en medische diensten niet direct beschikbaar zijn.

Waarschijnlijkheid

Internationale signalen, onder andere uit Ierland, Wales, Schotland en Engeland, tonen aan dat synthetische opioïden (in dit geval nitazenen) ook binnen gesloten instellingen hun weg weten te vinden. Gezien het feit dat nitazenen in vloeibare vorm op papier gesprayd kunnen worden, biedt dit een relatief eenvoudige smokkelroute via persoonlijke correspondentie. Als nitazenen opgelost worden, kunnen ze ook op andere manieren (bijvoorbeeld textiel, crèmes) worden gesmokkeld. Deze voorbeelden uit het buitenland maken dit scenario ook in Nederland niet onaannemelijk.

Vermoedelijke stof

Hoewel meerdere synthetische opioïden in aanmerking komen, lijkt de introductie van op papier gesprayde nitazenen het meest waarschijnlijk.

Risicogroepen

De voornaamste risicogroep bestaat uit gedetineerden. Veel gedetineerden gebruiken in de vrije maatschappij regelmatig cannabis, alcohol of andere middelen. Binnen deze populatie is bij een aanzienlijk aandeel personen ook psychiatrische problematiek aanwezig, wat de kwetsbaarheid vergroot. De behoefte aan prikkelvermindering binnen de PI-context kan het gebruik van dempende middelen aanjagen.

Daarnaast moeten ook medewerkers (bewaking, zorg, schoonmakers, etc.) in dit verband genoemd worden. Hoewel het risico voor personeel relatief laag is bij normaal functioneren, is accidentele blootstelling aan nitazenen (bijvoorbeeld bij fouilleringen of cel inspecties) in gevangenissen een mogelijk risico, vooral bij onvoldoende beschermingsmaatregelen of onwetendheid over de aanwezigheid van de stof. Ook de emotionele belasting hiervan moet niet onderschat worden.

Mogelijke complicaties

- Nitazenen zijn zeer potent en de kans op (fatale) overdoses is aanzienlijk.
- Het *zero tolerance* beleid en de bijbehorende sancties bij overtreding leiden indirect tot smokkel- en gebruiksmethodes waar synthetische opioïden gebruikt kunnen worden (oplosbaar, uiterst klein, amper detecteerbaar, geurloos).
- De gebruiker is uit de buitenwereld niet bekend met synthetische opioïden. In detentie en indien bijvoorbeeld gesprayd op papier is gebruiker vaak onbekend met de dosering.
- Ondanks dat consulten met medici ook in detentie vertrouwelijk zijn, voelen gedetineerden vaak beperkte ruimte voor open communicatie over middelengebruik met zorgprofessionals vanwege het geldende *zero tolerance* beleid en de bijbehorende sancties.
- Er is beperkte ruimte voor open communicatie over middelengebruik met zorgprofessionals vanwege het geldende *zero tolerance* beleid en de bijbehorende sancties.
- Tussen 17:00 uur en 07:30 uur verblijven gedetineerden op cel; in sommige PI's is in deze periode geen medische dienst beschikbaar.
- Gezondheidsincidenten kunnen daardoor laat worden opgemerkt en de responstijd is vaak lang, mede vanwege veiligheidsprotocollen en fysieke toegang tot de cel (dat geldt ook voor ambulance personeel).
- De huidige testcapaciteiten binnen PI's zijn ontoereikend om nitazenen betrouwbaar te detecteren.
- Door het op zichzelf staande karakter van PI's worden incidenten mogelijk niet tijdig gemeld in 'de buitenwereld' en vice versa, is niet altijd dezelfde kennis en informatie beschikbaar binnen de muren, die buiten wel voorhanden is.

Herkenningsmomenten

- Door de medische dienst of ambulancepersoneel in geval van onwel wordings of overdosis.
- Bij cel inspecties. Maar er zijn op dit moment geen geavanceerde analysemethodes in de detentie setting die bijvoorbeeld nitazenen herkennen.
- Tijdens post mortem onderzoek, indien toxicologische analyse wordt uitgevoerd.
- Via urinecontroles wordt vooral op andere voorkomende middelen getest. Nitazenen horen daar niet bij.

Urgentie van het probleem

Het scenario is niet ondenkbeeldig en kan voor een reeks incidenten of een clusterincident zorgen. Bovendien is de interventie en behandeling bij een incident extra moeilijk door de werktijden van de medische diensten en door de veiligheidsmaatregelen bij een eventuele ambulance.

Bijlage 3 Stakeholder mapping

Overzicht van relevante organisaties rond (potentiële) gebruikers van niet-voorgeschreven synthetische opioïden

Deze *stakeholder mapping* kan gebruikt worden om:

- Verder aan te vullen aan de hand van de actualiteit/nieuw inzicht in risicogroepen of actoren
- Het lokale netwerk in te vullen
- Informatie en waarschuwingen voor te bereiden voor de verschillende ontvangers
- Communicatielijnen te definiëren

Gebruikers/consumentengroepen

MDHG

Patiëntorganisaties

NA-groepen

Geestelijke gezondheidszorg

Psychiaters

Psychologen

Psychiatrisch ziekenhuis/intramurale zorg

Verslavingszorg

Crisisopvang

Intramuraal ontwenning & behandeling

Ambulant

Veldwerk/outreaching teams

Jeugdinstituten

OAT/verslavingsbehandeling opiaten

Medewerkers substitutie projecten (MSU)

Artsen medicinale heroïne verstrekking

Eerstelijns medische zorg

Huisartsen

Ambulance personeel

SEH in ziekenhuizen

Event medical services

EHBO posten

Wetshandhavers als *first responders*

Politie

Handhaving

Straatcoaches

Drugs testing

DIMS testservices

Onderzoek

Trimbos-instituut

Post mortem respons

NFI

Schouw/Forensisch artsen

Verstrekkers

Particulieren via internet, darkweb, Telegram groepen

Straatdealers

Peers en bekenden

Niet-professioneel direct betrokkenen

Familieleden, vrienden, kennissen

Organisatoren feesten

Opleidingsinstellingen

Buurtbewoners

Migrant specifieke organisaties

Voor ongedocumenteerden

Voor migranten

COA, GZA

Service verleners gemarginaliseerde groepen

Inloop

Daklozenopvang

Begeleid wonen

Veldwerk

Diaconaal werk

Gebruiksruimten

Sociale dienstverlening

Maatschappelijk werk

Wijkteams

Jeugdzorg

Rode Kruis

Justitie

Penitentiaire Instellingen (PI's)

Medische dienst justitie

Reclassering

Bureau Halt

Beleid & bestuur

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)

Meldpunt Vreemde Contaminaties (onderdeel van het RIVM/DIMS)

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)

Ministerie van Justitie en Veiligheid (J&V)

Gemeenten: Gemeentelijke Gezondheidsdiensten

Bijlage 4 Stappenplan voor lokale *preparedness*

Verantwoordelijke partijen: GHOR/GGD (regionaal) en instellingen voor verslavingszorg
Betrokken actoren: Zorg- en hulpverleningsorganisaties in brede zin, inclusief gemeentelijke diensten, huisartsen, spoedeisende zorg, maatschappelijke opvang en handhavers als *first responders*.

Dit stappenplan schetst een **plan van actie voor lokale groepen** die zich voor willen bereiden op het herkennen van en ingrijpen bij verschillende scenario's. Stapsgewijs worden aanbevolen acties uiteengezet.

Stap 1 – Vorming van een lokaal multidisciplinair netwerk

De GHOR en/of GGD initieert samen met de regionale verslavingszorg de vorming van een regionaal **netwerk van sleutelorganisaties** die betrokken zijn bij de signalering, preventie en respons op incidenten met synthetische opioïden.

- De *stakeholder mapping* die deel uitmaakt van de *Preparedness Scan* kan hierbij richting geven aan de selectie van relevante actoren.
- Aanbevolen wordt om een **kerngroep** of taakgroep aan te wijzen binnen dit netwerk die verantwoordelijk is voor coördinatie, procesbewaking en voorbereiding van gezamenlijke beslismomenten.
- De GGD of GHOR verzorgt een eerste informatieve bijeenkomst waarin op feitelijke en niet-alarmistische wijze wordt toegelicht waarom voorbereiding noodzakelijk is. Hiervoor kan de samenvatting van de *Preparedness Scan* als basis dienen. Het informeren van gebruikers(groepen) is in deze fase nadrukkelijk niet aan de orde.

Stap 2 – Organisatiespecifieke interpretatie en voorbereiding

Elke aangesloten organisatie analyseert de voor **hen relevante aanbevelingen** uit de *Preparedness Scan* vanuit het eigen mandaat, verantwoordelijkheden en expertise.

- Relevante onderdelen bevinden zich doorgaans in de domeinen "respons", "signalering" en "monitoring". Organisaties bepalen welke acties ze zelfstandig ondernemen en maken dit inzichtelijk richting het netwerk.
- Het verdient aanbeveling om de volledige scan te bestuderen om samenhang tussen aanbevelingen te waarborgen en lacunes te voorkomen. Documentatie van genomen of geplande acties draagt bij aan transparantie en afstemming binnen het netwerk.

Stap 3 – Gezamenlijke netwerkbijeenkomst: inventarisatie en actie

Tijdens een gezamenlijke bijeenkomst brengen netwerkpartners samen de status en behoeften in kaart. De bijeenkomst dient om verantwoordelijkheden te verdelen, lokale risico's te specificeren en afstemming te realiseren over gezamenlijke vervolgstappen.

3.1 Communicatie:

- Actualiseren van een contactlijst inclusief bereikbaarheidsinformatie voor avond- en weekenddiensten.
- Visualiseren van communicatielijnen tussen netwerkpartners.

- Bevorderen van meldingen via MDI (Monitor DrugsIncidenten in Nederland).
- Bekendmaken van testservices van DIMS en uitleg geven over het Red Alert-protocol bij acute dreiging.

3.2 Analyse lokale situatie en risico's:

- Lokaliseren van risicogroepen op basis van de landelijke scan en deze concretiseren binnen de regionale context.
- Bespreken van de zes scenario's uit de scan en identificeren van de meest waarschijnlijke voor de regio.

3.3 Overdosisrespons versterken:

- Evalueren en waar nodig actualiseren van bestaande overdosisprotocollen.
- Verspreiden van een gerichte factsheet over synthetische opioïden, specifiek bedoeld voor locaties zoals opvangcentra en inloopvoorzieningen.
- In kaart brengen van naloxonbeschikbaarheid (ambulances, SEH's, instellingen) en overdracht in protocolvorm.
- Inventarisatie van trainingsbehoefte met betrekking tot overdosisherkenning en -respons.

3.4 Gezamenlijke actiepunten:

- Selectie van aanbevelingen die gezamenlijke uitvoering vragen, inclusief coördinatie van uitvoering.
- Voorbereiding op doelgroepgerichte informatievoorziening in begrijpelijke taal en meertalige versies.
- Afstemming van confirmatietestroutes, van monsterafname tot laboratoriumanalyse en uitslag.
- Kennisdeling over herkenning en kenmerken van synthetische opioïden en combinaties met andere middelen.
- Strategieontwikkeling voor externe communicatie, met name richting media.

3.5 Continuïteit:

- Afspraken over frequentie en vorm van voortzetting van de samenwerking (bijvoorbeeld kwartaaloverleg).
- Keuze van communicatiemiddelen (zoals beveiligde groepsapps) en spelregels voor gebruik.

Stap 4 – Scenario-specifieke actieplannen

Op basis van de geselecteerde, meest waarschijnlijke scenario's ontwikkelt een werkgroep uit het netwerk concrete actieplannen. Deze plannen beschrijven:

- Wie welke taken op zich neemt.
- Hoe interne en externe communicatie verloopt.
- Hoe en met welke landelijke partners wordt afgestemd.
- Welke middelen en procedures nodig zijn voor uitvoering.

Het actieplan wordt idealiter vormgegeven als een operationeel draaiboek per relevant scenario, met aandacht voor zowel acute respons als nazorg.

Aanvullend

- De inrichting van een centraal meldpunt bij het Trimbos-instituut is aanbevolen, maar zolang dat niet in werking is, kan nog geen centraal contact met email en telefoonnummer gegeven worden. Zodra een centraal punt beschikbaar is, wordt dit via GHOR/GGD gecommuniceerd en geïntegreerd in dit stappenplan.
- Ook het opzetten van regionale peilstations voor veldsignalen is in voorbereiding. Tot die tijd wordt geadviseerd signalen te melden bij de GGD of GHOR.
- Voor aanvullende richtlijnen wordt verwezen naar het Britse voorbeeld van lokale actieplannen: <https://www.gov.uk/government/publications/fentanyl-preparing-for-a-future-threat/guidance-for-local-areas-on-planning-to-deal-with-fentanyl-or-another-potent-opioid>

Bijlage 5 Leeslijst voor meer achtergrond-informatie over synthetische opioïden

Internationaal

- Pardo B, Taylor J, Caulkins JP, Kilmer B, Reuter P, Stein BD. The Future of Fentanyl and Other Synthetic Opioids. RAND Corporation; 2019. Beschikbaar op: https://www.rand.org/pubs/research_reports/RR3117.html
- Humphreys K, Shover CL, Andrews CM, Bohnert ASB, Brandeau ML, Caulkins JP, et al. Responding to the opioid crisis in North America and beyond: recommendations of the Stanford–Lancet Commission. Lancet, 2022.
- Caulkins JP, Tallaksen A, Taylor J, Kilmer B, Reuter P. The Baltic and Nordic responses to the first Taliban poppy ban: Implications for Europe & synthetic opioids today. Int J Drug Policy. 2024
- EUDA report with analysis of Mansfield D, Understanding the impact of the Taliban drug ban. Situational analysis of Afghanistan to inform EU policymakers. EUDA, mei 2025. Beschikbaar op https://www.euda.europa.eu/publications/technical-reports/understanding-impact-taliban-drug-ban-afghanistan_en

Europa-specifiek

- Pardal M, Wadsworth E, Kilmer B. Illegal Synthetic Opioids: Can Europe Prevent a Crisis? 2024. Beschikbaar op: [Illegal synthetic opioids: Can Europe prevent a crisis? | RAND](#)
- Seyler, T., Giraudon, I., Noor, A., Mounteney, J., & Griffiths, P. (2021). Is Europe facing an opioid epidemic: What does European monitoring data tell us? *European Journal of Pain*
- Pierce, M., van Amsterdam, J., Kalkman, G. A., Schellekens, A., & van den Brink, W. (2021). *Is Europe facing an opioid crisis like the United States? An analysis of opioid use and related adverse effects in 19 European countries between 2010 and 2018*. European Psychiatry
- Council of the European Union, General Secretariat. EMPACT Comprehensive Report on Synthetic Opioids in Europe (January 2025)
- European Union Drugs Agency (EUDA). European Drug Report 2024: Trends and Developments [Internet]. Lissabon, Portugal; 2024. Beschikbaar op: https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_en
- Trimbos-instituut. SO-PREP: Synthetic Opioids prevalence, use and overdose in Europe. Beschikbaar op: <https://so-prep-project.eu/>
- Griffiths PN, Seyler T, De Moraes JM, Mounteney JE, Sedefov RS. Opioid problems are changing in Europe with worrying signals that synthetic opioids may play a more significant role in the future. Addiction. 2024;119(8):1334-1336. doi:10.1111/add.16420
- Giraudon I, Abel-Ollo K, Vanaga-Araja D, Heudtlass P, Griffiths P. Nitazenes represent a growing threat to public health in Europe. Lancet Public Health. 2024;9(4). doi:10.1016/S2468-2667(24)00024-0

Nederland

- Ejbye-Ernst P. A Dutch Perspective on the Fentanyl Crisis. Amsterdam: Netherlands Institute for the Study of Crime and Law Enforcement (NSCR); 2024. Beschikbaar op: https://nscr.nl/app/uploads/2024/02/NSCR_A-Dutch-Perspective-on-the-Fentanyl-Crisis.pdf

Services

- Drug checking:
 - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Health risk communication strategies for drug checking services: a manual. 2023. https://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/health-risk-communication-strategies-drug-checking-services_en
- Naloxon gebruik en toediening:
 - Utrilla MG, Chesney E, Neale J, Metrebian N, Kalk N, Skulberg AK, Dietze P, Smith M, Strang J. Naloxone dosing in a era of synthetic opioids. Applying the Goldilocks principle. Addiction 2025.
 - Berger J, Severe AD, Jalloh MS, Manini AF. Naloxone Dosing and Hospitalization for Nitazene Overdose: A Scoping Review , Journal of Medical Toxicology, 2025.

Preparedness, internationaal:

- Europa
 - European Union Drugs Agency (EUDA). Call to action (incl technische bijlage)
- Verenigd Koninkrijk
 - oproep en richtlijnen voor voorbereidingsplannen synthetische opioïden, september 2023: <https://www.gov.uk/government/publications/fentanyl-preparing-for-a-future-threat/guidance-for-local-areas-on-planning-to-deal-with-fentanyl-or-another-potent-opioid>
 - Overzicht van actie en aanbevelingen uit lokale voorbereidingsplannen synthetische opioïden, mei 2025: <https://www.gov.uk/government/publications/local-preparedness-for-synthetic-opioids-in-england/local-preparedness-for-synthetic-opioids-in-england-accessible>
- Ierland
 - Overzicht van stand van zaken en acties mbt synthetische opioïden, https://www.drugs.ie/drugs_info/drug_trend_updates_and_warnings/
- Zürich, Zwitserland
 - Lokaal plan van aanpak synthetische opioïden, september 2024, https://cdn.prod.website-files.com/610d1cd6f18c817c8ccc47f4/66699b56b3c611c507092429_Massnahmen-plan%20synthetische%20Opioide_Fachveranstaltung.pdf
- Canada:
 - Overzicht van situatie en acties ondernomen in Canada mbt synthetische opioïden, <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/opioids/overdose-crisis-toxic-illegal-drug-supply.html>

Bijlage 6 Nieuwsbericht Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum over de behandeling van nitazeen intoxicatie

NIEUWSBERICHT JANUARI 2025 NATIONAAL VERGIFTIGINGEN INFORMATIE CENTRUM

Waarschuwing voor professionals werkzaam in de acute zorg: Opkomst van nitazenen als zeer potente opioïden

Recentelijk is er een aantal vergiftigingen met nitazenen bij het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) van het UMC Utrecht gemeld. Nitazenen zijn synthetische opioïden die behoren tot de nieuwe psychoactieve stoffen (NPS). Voorbeelden zijn metonitazeen, protonitazeen, en isotonitazeen. Deze stoffen zijn extreem potent; sommige varianten activeren de μ -opioïd receptor 40 keer sterker dan fentanyl (1). Dit verhoogt het risico op ernstige gezondheidsproblemen, waaronder fatale overdoses. In andere landen zijn al tientallen overlijdens met nitazenen gemeld (2).

Verontreiniging van illegaal verkregen medicatie

In Europa zijn nitazenen aangetroffen in illegaal verkregen medicijnen, zoals oxycodon en benzodiazepinen. Maar ook in designer benzodiazepinen (zoals bromazolam), en in heroïne (2). Patiënten kunnen zo onbewust worden blootgesteld aan nitazenen, wat de kans op ernstige vergiftigingen vergroot. Er kan onverwachts een ernstige bewustzijnsdaling ontstaan, en omdat in de anamnese geen nitazenen naar voren komen, wordt de diagnostiek bemoeilijkt. Overweeg daarom een nitazenen vergiftiging in de differentiaal diagnose bij een onverklaarbare ernstige bewustzijnsdaling, ademhalingsdepressie en hypotensie.

Daarnaast zijn er ook gebruikers die specifiek nitazenen aankopen.

Behandeling met naloxon (hoge dosis!)

Vanwege de hoge potentie van nitazenen is de standaard dosis naloxon vaak onvoldoende. Soms is 10 mg naloxon i.v. nodig om de effecten te antagoneren. Dit kan veilig door de dosis geleidelijk te verhogen. Raadpleeg ons protocol “naloxon toedienen” via www.vergiftigingen.info, zoek op “naloxon” en kies het protocol “naloxon toedienen – injectievloeistof”. Zie ook het optitreeschema voor naloxon hieronder.

Aandachtspunten

- **Vigilantie:** Wees alert op symptomen van een opioïd vergiftiging, vooral bij een onverklaarbaar klinisch beeld met bewustzijnsdaling, ademhalingsdepressie en hypotensie.
- **Diagnostiek:** Nitazenen worden niet opgepikt in een standaard drugscreening, niet in de urine immunoassay (DOA) en vaak ook niet in een uitgebreidere screening in bloed. Ze zijn moeilijk aan te tonen. Het NVIC kan bemiddelen als u een blootstellingsanalyse nodig heeft na de

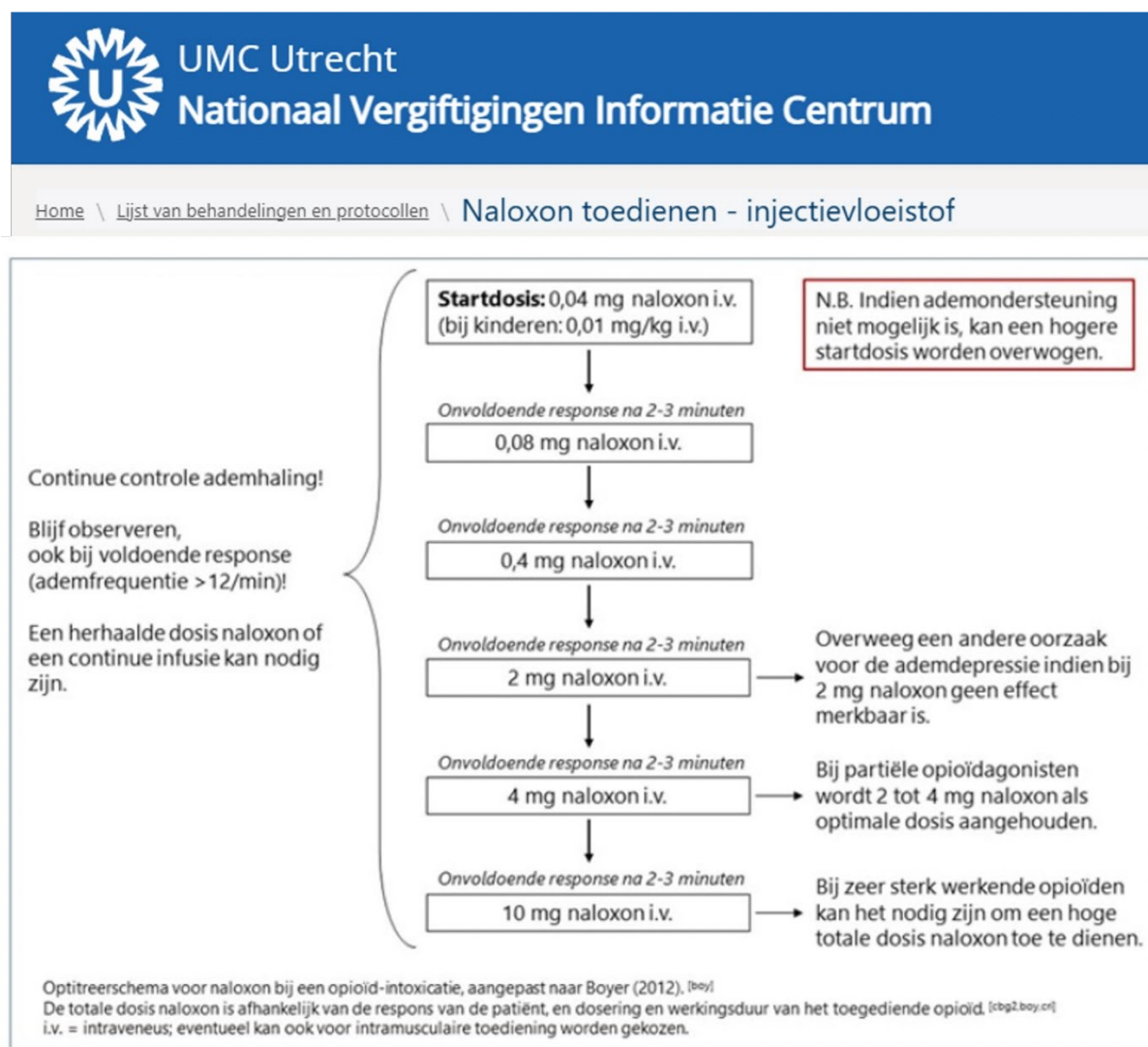
acute fase, neem vooral contact op.

- **Behandeling:** dien hogere en/of herhaalde doses naloxon toe. Observeer asymptomatische patiënten minimaal 2 uur en patiënten die met naloxon zijn behandeld minimaal 6 uur, na stoppen van naloxon (naloxon werkt veel korter dan de nitazenen).

Bij vragen over vergiftigingen is het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum 24/7 telefonisch bereikbaar via 088 755 8000 en via de website www.vergiftigingen.info

Referenties

1. De Vrieze LM, et al. In vitro structure-activity relationships and forensic case series of emerging 2-benzylbenzimidazole 'nitazene' opioids. Arch Toxicol. 2024;98(9):2999-3018. doi: 10.1007/s00204-024-03774-7.
2. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2024). European Drug Report 2024: Trends and Developments, New psychoactive substances – the current situation in Europe. Nitazenes: a new and growing threat to health. https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024/new-psychoactive-substances_en#level-8



Bijlage 7 Naloxon, achtergrond en overwegingen voor bredere beschikbaarheid

1. Aanleiding

De opkomst van extreem krachtige synthetische opioïden zoals nitazenen stelt de Nederlandse gezondheidszorg voor nieuwe uitdagingen. Overdoseringen met deze middelen kunnen snel tot ademhalingsstilstand leiden en zijn moeilijker te behandelen dan klassieke heroïne- of fentanyl-incidenten. Naloxon, het enige geregistreerde antidotum, werkt snel en effectief tegen opioïden-vergiftiging, maar is in Nederland nog zeer beperkt beschikbaar. In situaties waarin medische hulp niet onmiddellijk voorhanden is, zoals op straat, in opvangcentra of detentie-instellingen, is deze beperkte beschikbaarheid problematisch. Een herziening van het beleid rondom distributie en toediening van naloxon is dringend gewenst.

Er is geen standaard *good practice* en er is een veelvoud aan verschillende implementatie vormen in Europa. In Nederland zal een op-maat-beleid moeten worden ontwikkeld.

2. Huidige situatie in Nederland

Op dit moment zijn er in Nederland twee geregistreerde toedieningsvormen van naloxon: injectievloeistof en neusspray.

- De injecteerbare variant (0,4 mg/ml) is bedoeld voor intramusculaire, intraveneuze of subcutane toediening door medische professionals.
- De intranasale variant (1,26 mg per dosis) is op recept beschikbaar, maar alleen voor gebruik door geïnstrueerde personen. Deze uitzondering betreft specifieke beroepsgroepen met verhoogd risico, zoals personeel bij drugslaboratoriumontmanteling.
- Er bestaat geen breed toegankelijk *Take Home Naloxon*-programma, en naloxon is niet verkrijgbaar zonder recept via apotheek of hulpverleningsinstanties.

Het naloxon beleid stoelt op een snelle incidentmelding en snelle ambulanceaankomst zodat de overdosis door medisch geschoold personeel kan worden behandeld, hetzij direct door ambulancepersoneel, hetzij op de SEH.

3. Internationale benadering

Internationaal is de trend duidelijk: veel landen kiezen ervoor naloxon actief beschikbaar te stellen aan gebruikers en hun directe omgeving. De World Health Organization (WHO) en het European Drugs Agency (EUDA) adviseren nadrukkelijk het opzetten van *Take Home Naloxon*-programma's, zeker in contexten waar opioïdengerelateerde sterfte toeneemt. In Europa zijn op dit moment 19 landen met standaard of als pilotproject *Take Home Naloxon*-programma's (18 EU-landen inclusief Noorwegen, evenals het Verenigd Koninkrijk)¹.

Nederland volgt hierin nog een terughoudend beleid, wat op gespannen voet staat met de ernst van de problematiek.

1 Bron: EDR 2025, onder embargo tot 5 juni 2025.

4. Farmacologische overwegingen

Naloxon blokkeert de werking van opioïden door competitieve receptorbinding. Het treedt binnen enkele minuten in werking maar heeft een relatief korte werkingsduur (30-90 minuten), korter dan die van veel synthetische opioïden. Bij middelen zoals nitazenen zijn herhaalde doseringen of continue infusie nodig. Een te lage dosis naloxon kan ineffectief zijn, terwijl een te hoge dosis acute ontwenningssverschijnselen kan opwekken, met mogelijk ook angst, agitatie of zelfs het weglopen van gebruiker (met een kans op terugkerende intoxicatie). Deze balans – ook wel het Goldilocks-principe genoemd – vereist zorgvuldige instructie, zeker als naloxon wordt ingezet door niet-medisch personeel.

Er is relatief weinig gepubliceerd over overdoses als gevolg van gebruik van nitazenen waar medici zich op kunnen baseren, zo concludeert een studie van Berger et al (2025), die data combineerde van 38 gevallen van een overdosis door een nitazene (meto-, isoto-, proto-, of eto-nitazene). Wanneer naloxon werd toegediend, was één dosis naloxon in meerdere gevallen onvoldoende om de overdosis tegen te gaan. Opvallend is dat tweederde van de patiënten een ziekenhuisopname nodig had, soms gedurende dagen of zelfs weken. Metonitazen resulteerde in de langste ziekenhuisopnamen en hoogste doseringen naloxon.

Het NVIC heeft voor medici een doseringsprotocol opgesteld (Bijlage 6). Een aangepaste richtlijn voor niet-medici is noodzakelijk bij bredere inzet.

5. Toedieningsvormen

Volgens de European Medicines Agency (EMA) zijn er in Europa de volgende injecteerbare naloxonpreparaten beschikbaar:

Naloxon HCl, 0,4 mg/ml, ampul; Prenoxad Injection 1mg/ml, voorgevulde spuit met 2 ml; Naloxon Hydrochloride Injection BP, 0,4 mg/ml, ampul.

Er zijn 2 toegestane nasale sprays: 1.8 mg/ml en een van 1,26 mg/ml

De keuze tussen neusspray en injectie hangt af van de context. Neusspray is eenvoudig toe te dienen, vereist minder training, en is veilig voor lekengebruik. Injecties zijn nauwkeuriger te doseren en werken sneller, maar vereisen medische kennis en kunnen een hogere drempel vormen.

Voor brede implementatie is een mix van beide vormen aan te bevelen, afhankelijk van setting en gebruikersgroep. Bijvoorbeeld: nasale toediening in nachtopvang, injecteerbare formulering in medische context zoals spoedeisende hulp of arrestantenzorg.

6. Distributiekkanalen en verspreiding

Naloxon kan beschikbaar worden gesteld via verschillende kanalen: op recept via huisarts, zonder recept via apotheek, of via uitgifte door getrainde hulpverleners of *peers*. Daarnaast is distributie denkbaar via voorzieningen zoals nachtopvang, verslavingszorg, gebruikersruimten, of politiediensten. Hier moeten beslissingen over genomen worden. Belangrijke factoren om hierbij in overweging te nemen, zijn: houdbaarheid, voorraadinfrastructuur, vergoeding (via verzekering of uit eigen betaling), en lokale acceptatie. In sommige gemeenschappen kan stigma een belemmering vormen voor toegankelijkheid, terwijl in andere contexten juist *empowerment* van gebruikersgroepen of burgerlijke verantwoordelijkheid centraal staat.

7. Aanbevelingen voor beleid

- Het verdient sterk aanbeveling dat **hulpverleners** zich nu reeds in laagdrempelige settings (opvang, nachtopvang, verslavingszorg inclusief daar werkzame vrijwilligers) uit kunnen rusten met naloxon.
- Dit geldt ook voor **first responders** (politie inclusief arrestantenzorg, brandweer en ambulancepersoneel als dit al niet in standaard in hun uitrusting zit)
- Dit geldt tevens ook voor personeel in **penitentiare inrichtingen** (medische diensten, bewakingspersoneel).
- Het is voor bepaalde situaties (bijvoorbeeld opvang, detentie) wenselijk een apart protocol te ontwikkelen voor het geval van clusterincidenten, waar de 112-procedure niet volstaat.
- Het is aanbevolen om naloxon weer terug op te nemen in protocollen van huisartsen.
- Het is aanbevolen een **expertwerkgroep** in te stellen die op korte termijn advies kan formuleren over een verdere mogelijke verdere verbreding van naloxon beschikbaarheid zodat ook anderen zoals *peers*, naasten, familie, naloxon kunnen gebruiken. Deze verbrede beschikbaarheid kan hen helpen met handelingsperspectief voor het geval er zich scenario's voordoen met meer incidenten. Deze expertgroep dient zich te buigen over de verkrijgbaarheid, toedieningsbevoegdheid, vergoeding en formulekeuze.
- Goede **training over overdosisinterventie** voor niet-medici is essentieel en dient door instellingen snel ter hand genomen te worden: herkenning, handelen, monitoren, nazorg.
- Belangrijk aandachtspunt voor de overdosisinterventie trainingen is het benadrukken van de **aanvullende** rol van naloxon in de overdosis interventie. *'Naloxon is voor als je wacht op de ambulance en je denkt dat iemand dood gaat.'*

Bijlage 8. Informatieblad nitazenen en veiligheidsrisico's, Nederlands Forensisch Instituut, april 2025



Nederlands Forensisch Instituut
Ministerie van Veiligheid en Justitie



Informatieblad: Nitazenen en de veiligheidsrisico's

Laan van Ypenburg 6
2497 GB Den Haag
Postbus 24044
2490 AA Den Haag
www.forensischinstituut.nl

Divisie
Chemische en Fysische Sporen

Team
Verdovende Middelen

T 070 888 62 70

Datum
April 2025

Ons kenmerk
Informatieblad: Nitazenen en de veiligheidsrisico's

Samenvatting

Dit informatieblad geeft een introductie over nitazenen en is samengesteld naar aanleiding van de gezondheidsrisico's die blootstelling aan deze sterkwerkende stoffen met zich meebrengt. Vooralsnog beperkte de problematiek omtrent misbruik van nitazenen zich de afgelopen jaren voornamelijk tot Noord-Amerika, Canada, Verenigd Koninkrijk, Ierland en Oost-Europa en leidde daar tot vele slachtoffers onder gebruikers. Sinds 2024 zijn er echter ook in Nederland nitazenen aangetroffen in vervalste OxyContin-tabletten. Daarnaast worden nitazenen toegevoegd aan andere stoffen zoals fentanyl, heroïne en benzodiazepines, waardoor mensen zich niet altijd bewust zijn dat ze nitazenen hebben ingenomen. Aangezien deze stoffen zeer sterkwerkend zijn, vormen ze een gezondheidsrisico voor mensen. Belangrijk is om te weten dat deze stoffen bij inademing, opname via de mond en bij contact met de huid werkzaam zijn. Extra veiligheidsmaatregelen zijn daarom nodig bij het aantreffen van (vermoedelijk) nitazenen.

NFI – Verdovende Middelen – Informatieblad: Nitazenen en de veiligheidsrisico's – April 2025

Pagina 1 van 6

Bijlage 9 Suggesties voor relevante organisaties voor sentinel stations en deskundigheidsbevordering

De onderstaande soorten organisaties zijn in elk geval aanbevolen om mee te nemen voor een eventuele deelname aan een sentinel systeem.

Sentinel systeem

- Verslavingsinstellingen inclusief, maar niet alleen, DIMS testservices
- Huisartsenposten / NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap)
- Spoedeisende Eerste Hulp (SEH) afdelingen van ziekenhuizen
- Organisaties aangesloten bij het bestaande *Harm Reduction* Netwerk
- Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) outreach werk/Vangnet
- GGZ-instellingen buiten verslavingszorg
- Apothekers (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP))
- Lokale of regionale veldwerkorganisaties, zoals stichting Mainline
- Belangenorganisaties voor dak- en thuislozen, cliënten- en consumenten organisaties
- Zelfinitiatieven zoals Opiatenafbouwen.nl
- Jeugdpsychiatrie of jeugdzorg
- Verslavingsreclassering
- Politie (Landelijke Politie, wijkteams)
- Douane
- Artsen en of verpleegkundigen van de Medische Dienst van Justitie (MDJ)
- Studentenartsen/psychologen
- Trimbos-instituut (coordinator van een aantal monitor instrumenten)
- RIVM (oa ivm CAM voorzitterschap)
- Andere relevante organisaties

Tijdens de *Preparedness Scan* zijn onderstaande soorten organisaties genoemd als sectoren voor deskundigheidsbevordering en/of training in omgang met synthetische opioïden. De onderstaande lijst is niet uitputtend of op prioriteit geordend. Het is een aanzet voor lokale organisaties en beroepsorganisaties.

Gerichte deskundigheidsbevordering

- SEH personeel en ambulancezorg professionals
- Huisartsen en 'straatartsen' en -verpleegkundigen
- Gezondheidszorg Asielzoekers (GZA)
- GGZ
- Jeugdzorg
- Medewerkers (in dienst en vrijwilligers) in in maatschappelijke opvanginstellingen of nacht-opvang

- Verslavingszorg en laagdrempelige zorg
- GGD personeel (breed)
- DIMS testlocaties
- Daklozenopvang
- Veldwerk
- Politie/handhaving
- Medische Diensten Justitie
- Geestelijk verzorgers in zorg en detentie
- Beveiligingmedewerkers DJI
- Douane en marechaussee – bij het herkennen van smokkel of distributie van synthetische opioïden.
- Reclasseringsmedewerkers (als nog niet getraind) – betrokken bij ex-gedetineerden met verslavingsproblematiek.
- Personeel van Veiligheidshuizen
- Leden van regionale crisisdiensten
- Ervaringsdeskundigen en *peer support* medewerkers

