



KERNCIJFERS VERSLAVINGSZORG 2010

LANDELIJK ALCOHOL EN DRUGS INFORMATIE SYSTEEM

A.W. Ouwehand
D.J. Wisselink
W.G.T. Kuijpers
E.B. van Delden
A. Mol

Houten, juni 2011
© Stichting Informatie Voorziening Zorg

Inhoud

Inleiding.....	5
1. Gehele verslavingszorg	9
1.1 Uitgelicht	9
1.2 In het kort	9
1.3 Personen naar primaire problematiek	9
1.4 Trend primaire problematiek 2001-2010	11
1.5 Primaire problematiek in bevolking	12
1.6 Aantal unieke personen in behandeling sinds 1996.....	12
1.7 Demografie	13
1.7.1 Jong en oud	13
1.7.2 Leeftijdsverdeling naar primaire problematiek.....	14
1.7.3 Geslacht.....	14
1.7.4 Culturele herkomst.....	15
1.8 Regionale spreiding	16
1.9 Meervoudige problematiek.....	17
1.10 Zorgsoort	18
1.11 Nieuwe hulpvragers.....	19
1.12 Carrière binnen de verslavingszorg	19
1.13 Wijze van aanmelding	20
1.14 Reclassering	21
1.15 Contacten	22
2 Alcohol.....	26
2.1 Uitgelicht	26
2.2 In het kort	26
2.3 Trends en ontwikkeling van de hulpvraag.....	26
2.4 Jong en oud	27
2.5 Regionale spreiding	28
2.6 Nieuw en bekend.....	29
2.7 Secundaire problematiek	29
3 Opiaten.....	30
3.1 Uitgelicht	30
3.2 In het kort	30
3.3 Trends en ontwikkeling van de hulpvraag.....	30
3.4 Jong en oud	31
3.5 Regionale spreiding	32

3.6	Nieuw en bekend.....	33
3.7	Secundaire problematiek	33
3.8	Intraveneus gebruik.....	34
3.9	Methadon	34
3.10	Cijfers uit de Landelijke Centrale Middelen Registratie (LCMR)	35
3.10.1	Innames van opiaatvervangende middelen	35
3.10.2	Doseringen.....	36
3.10.3	Pillen of vloeibaar	36
4	Cocaïne	38
4.1	Uitgelicht	38
4.2	In het kort	38
4.3	Trends en ontwikkeling van de hulpvraag.....	38
4.4	Jong en oud	39
4.5	Regionale spreiding	40
4.6	Nieuw en bekend.....	41
4.7	Secundaire problematiek	41
5	Cannabis	42
5.1	Uitgelicht	42
5.2	In het kort	42
5.3	Trends en ontwikkeling van de hulpvraag.....	42
5.4	Jong en oud	43
5.5	Regionale spreiding	44
5.6	Nieuw en bekend.....	45
5.7	Secundaire problematiek	45
6	Amfetamine en Ecstasy.....	46
6.1	Uitgelicht	46
6.2	In het kort	46
6.3	Trends en ontwikkeling van de hulpvraag.....	46
6.4	Jong en oud	47
6.5	Regionale spreiding	48
6.6	Nieuw en bekend.....	49
6.7	Secundaire problematiek	49
7	GHB	50
7.1	Uitgelicht	50
7.2	In het kort	50
7.3	Trends en ontwikkeling van de hulpvraag.....	51

7.4	Jong en oud	51
7.5	Regionale spreiding	52
7.6	Nieuw en bekend.....	53
7.7	Secundaire problematiek	53
8	Medicijnen	54
8.1	Uitgelicht	54
8.2	In het kort	54
8.3	Trends en ontwikkeling van de hulpvraag.....	55
8.4	Jong en oud	55
8.5	Regionale spreiding	56
8.6	Nieuw en bekend.....	57
8.7	Secundaire problematiek	57
9	Gokken	58
9.1	Uitgelicht	58
9.2	In het kort	58
9.3	Trends en ontwikkeling van de hulpvraag.....	58
9.4	Jong en oud	59
9.5	Regionale spreiding	60
9.6	Nieuw en bekend.....	61
9.7	Secundaire problematiek	61
10	Overig	62
10.1	Uitgelicht	62
10.2	In het kort	62
10.3	Internetgamen.....	63
10.3.1	In het kort	63
10.4	Eetstoornissen	64
10.4.1	In het kort	64
	Bijlage I: Deelnemende Instellingen	65
	Bijlage II Trendcijfers LADIS in vergelijking met vorige edities	66
	Colofon	68

Inleiding

LADIS en Kwaliteitsbeleid

Dit is de 25^e editie van de Kerncijfers Verslavingszorg.

Om de rol van centrale gegevensbron over de hulpvragen bij verslavingsproblematiek te kunnen en blijven waarmaken moet IVZ het kwaliteitsbeleid voortdurend verbeteren.

Een aantal belangrijke elementen daarbij zijn:

1. De completering en verbetering van de deelname;
2. De verbetering van de instromende (data-input) informatie uit de instellingen en de verbetering van de technische bewerking en kwaliteitscontrole;
3. De verbetering van bilaterale contacten met de instellingen en terugrapportages;
4. De verbetering van de interpretatie van de binnengekomen gegevens;
5. Beveiliging en privacybescherming van de gegevens.

Ad 1) De completering en verbetering van de deelname

In het LADIS proberen we een volledig overzicht te geven van alle personen die in Nederland met een aan problematisch gebruik van middelen gerelateerde hulpvraag “ergens” aankloppen. “Ergens” staat in dit verband voor alle verslavingszorginstellingen en GGZ instellingen die specifieke behandeling of begeleiding aanbieden aan deze personen.

Grosso modo brengt LADIS de hulpvragers in beeld die daadwerkelijk een beroep doen op de verslavingszorginstellingen. Daarbij worden zowel de ambulante als de intramurale hulpvragers meegenomen. Door de gewijzigde financiering en vernieuwing van de veelal geautomatiseerde systemen van de instellingen, is de laatste jaren een sterke verbetering merkbaar. De kwaliteit van het registreren van hulpvragen, hulpvragers en hun problematiek is duidelijk verbeterd. Het belang voor trendontwikkelingen die veelal worden gebaseerd op de LADIS gegevens moge duidelijk zijn. Een belangrijke toevoeging en verbetering zijn de gegevens die uit de Landelijke Centrale Middelen Registratie (LCMR) gehaald kunnen worden. De beleidsinformatie zal de komende jaren verder worden uitgebreid. De LCMR verschaft ook inzicht in de groep die binnen de Penitentiaire Inrichtingen vervangende middelen krijgt en niet gezien wordt in de verslavingszorg.

Om een zo maximaal mogelijke volledigheid van het beeld van hulpvraag en -aanbod in de verslavingszorg te verkrijgen, worden de gegevens van de verslavingsreclassering sinds 1994 indien mogelijk op individueel cliënt niveau gekoppeld. Deze koppeling is, ondanks positieve medewerking van betrokkenen, de laatste jaren steeds moeilijker gebleken door de wijze van registreren bij de reclassering. Voor LADIS vormen gegevens over de primaire en indien aanwezig secundaire problematiek de kern. Dit wordt echter binnen de verslavingsreclassering in het huidige systeem CVS /CBO niet of niet volledig vastgelegd. Het CVS is als systeem inmiddels “bevroren” en het nieuwe systeem IRIS zal weer volledig aan de LADIS criteria tegemoet kunnen komen. Dit betekent sinds 2007 een toenemend aantal niet koppelbare reclasseringgegevens en dus een lager aantal reclassenten met LADIS gegevens. Hopelijk zullen de gegevens volgend jaar weer volledig kunnen aansluiten op LADIS.

Ontbrekende gegevens zijn er ook. In Nederland is een toename van internetbehandelingen / -hulpverlening. Deze projecten worden door diverse instellingen aangeboden. De hulpverlening is in eerste aanleg anoniem en wordt niet geregistreerd (althans niet volgens LADIS-criteria). Met zorgverzekeraars en andere financiers wordt nog gezocht naar oplossingen om internet-behandelingen ook formeel mogelijk te maken. Indien internetbehandeling gefinancierd wordt, kunnen gegevens noodzakelijk voor inschrijving in de instellingssystemen worden opgenomen en als specifieke internetbehandeling worden geregistreerd in LADIS. LADIS is voorbereid op registratie van de identificeerbare internetbehandelingen.

Een tweede nog ontbrekende schakel zijn de her en der ontstane particuliere zorgaanbieders en privéklinieken. Deze privéklinieken richten zich veelal op een specifieke doelgroep en in veel gevallen worden de behandelingen niet of niet geheel door de verzekering vergoed. IVZ is met een aantal van deze klinieken in gesprek over levering van gegevens aan het LADIS. Er is in principe bereidheid getoond tot participatie, ofschoon een aantal van hen weinig tot geen (LADIS)gegevens over de hulpvragers vastlegt. In de komende tijd zal hier verder actie op ondernomen worden. Vooralsnog gaat het om een zeer beperkt aantal hulpvragers dat op de trendmatige ontwikkelingen, zoals in het LADIS gepresenteerd, geen grote invloed hebben.

Ad 2) De verbetering van de instromende (data-input) informatie uit de instellingen en de verbetering van de technische bewerking en kwaliteitscontrole

Vastleggen van gegevens en registratie van activiteiten worden vaak synoniem gezien met administratieve last. Daartegenover kan gesteld worden dat het vastleggen van hulpvragen en behandelingen niet alleen een direct patiënt/behandelaarbelang dient maar ook als eis en verantwoording geldt voor financiering en beleid, maar ook voor kwalitatief en inhoudelijk onderzoek van de (verslaving)zorg.

Elke behandelaar realiseert zich dat zijn of haar interventies iets betekenen in het geheel van het hulpaanbod van een instelling. Daarnaast dient de instelling zich bewust te zijn van haar plaats en rol in het gehele zorgstelsel. Veel hulpvragers maken niet uitsluitend gebruik van de lokale instelling maar komen ook elders voor zorg. Soms zoeken hulpvragers, in de verslavingszorg zeker geen onbekend verschijnsel, behandeling en begeleiding bij meerdere instellingen. Dit betekent dat hulpvragers op meer plaatsen in het hulpverleningscircuit worden geregistreerd. Voor inzicht in de daadwerkelijke kwantiteit van de problematiek van hulpvragers en het hulpaanbod moet hiervoor rekening gehouden worden met correctie voor dubbeltellingen. Dit is een onderdeel van een uitgebreid kwaliteitsbeleid dat IVZ voert. LADIS corrigeert op alle niveaus voor dubbeltellingen. Dit alles vraagt van IVZ continue toetsing en verbetering van de data input. Een aantal verbeteringen die recentelijk zijn doorgevoerd kunnen we noemen.

- Om de administratieve lastendruk te verminderen, is door het inbouwen van de LADIS levering in de belangrijkste instellingsapplicatie de technische levering van gegevens aan LADIS door de instellingen teruggebracht tot maximaal een uur per periode.
- Door koppeling van diagnose codering, o.a. noodzakelijk voor de facturering bij zorgverzekeraars, met de primaire en secundaire problematiek zoals in LADIS vastgelegd, wordt een sterk verbeterd profiel van de hulpvragers zichtbaar. Daarbij wordt de meest actuele problematiek die de instelling/behandelaar vastlegt als maatgevend beschouwd zonder de historie van hulpvragers te verliezen. Dit alles levert een voortschrijdend inzicht in de cliënt en in de problematiek zoals die zich bij de totale groep hulpvragers voordoet.
- Om de totale landelijke database zo optimaal mogelijk te laten functioneren voor onderzoek en beleid worden strenge criteria gesteld aan de informatie die in het systeem rond hulpvraag en hulpvrager wordt opgeslagen. LADIS slaat alle gegevens, op basis van unieke niet meer tot de oorspronkelijke persoon herleidbaar, op. Onder het hoofdje “Beveiliging en Privacybescherming van de gegevens” komen wij hier nog op terug. De data worden procesmatig en gestructureerd getoetst op integriteit, betrouwbaarheid en worden vergeleken met eerdere leveringen en cijferpublicaties vanuit de betreffende instelling. Daarnaast worden de gegevens van de verslavingsreclassering toegevoegd evenals de gegevens van de verstrekking van vervangende (heroïne/methadon) middelen. Tevens wordt in nauwe samenspraak met de instellingen gekeken naar de compleetheid en correctheid van de geleverde gegevens.

Indien hulpvragers aangeleverd worden zonder voldoende identificerende gegevens of er ontbreken elementaire gegevens zoals geslacht, geboortedatum of primaire en secundaire problematiek en sinds 2007 of er twee jaar of meer geen daadwerkelijke contacten worden vastgelegd, worden hulpvragers niet in de LADIS Kerncijfers opgenomen. Met de instelling wordt altijd getracht een zo volledig mogelijke aanlevering te realiseren.

In de thans voorliggende Kerncijfers is een breuk met voorgaande jaren zichtbaar in de 10 jaren reeksen. In 2010 zijn de instellingsinformatiesystemen aanzienlijk verbeterd ten aanzien van de levering aan LADIS. Instellingen hebben zo mogelijk hernieuwd aangeleverd vanaf 2007 waardoor correcties, zoals hierboven toegelicht, in de eerdere gepubliceerde aantallen in Kerncijfers zichtbaar zijn. Daar waar dit relevant is, wordt dit bij de cijfers expliciet vermeld. De trendmatige effecten zijn zeer beperkt. Herrekening over eerdere jaren dan 2007 is administratief belastend voor de instellingen en gezien de beperkte trendeffecten onnodig (zie bijlage II).

De eisen voor levering van gegevens in het kader van de Europese verplichtingen van Nederland aan het EMCDDA (TDI) worden steeds stringenter. LADIS gegevens kunnen vooralsnog voldoen aan al deze TDI-eisen. Het toevoegen van het daadwerkelijke contacten criterium was voor de TDI al noodzakelijk. De LADIS eisen worden meer en meer aangepast aan de Europese eisen.

Ad 3) De verbetering van bilaterale contacten met de instellingen en terugrapportages

In 2010 heeft IVZ de bilaterale contacten met instellingen opgevoerd en het overleg met de leveranciers van instellingsapplicaties (USER en Psygis) sterk geïntensiveerd. Doel was en is om in nauwe samenwerking met de instellingen en de automatiseerders de administratieve druk te verminderen en de kwaliteit van de data daar waar mogelijk te verhogen. Daarnaast heeft IVZ het initiatief genomen om de gegevens van instellingen over de afgelopen 10 jaar voor de instellingen zelf als instrument voor benchmark bereikbaar te maken via het domein LADIS online. Iedere instelling kan de eigen gegevens over door hen zelf te selecteren hoofdgroepen opvragen en vergelijken met de totale landelijke gegevens. Naast tabellen en overzichten worden ook grafische weergaven aangeboden die inzicht in overeenkomsten en afwijkingen van het landelijk patroon mogelijk maken.

De gegevens stellen de instellingen in staat om in een beveiligd domein de eigen instellingsgegevens te analyseren. IVZ is voor deelnemende instellingen altijd bereid om daarbij de helpende hand te bieden en eventueel gewenste nadere bewerkingen te doen. LADIS online zal in 2011 en verder worden uitgebreid als rapportage tool voor de instellingen.

Ad 4) De verbetering van de interpretatie van de binnengekomen gegevens

Als alle bewerkingen en controles zijn uitgevoerd wordt het LADIS beschikbaar voor analyse en onderzoek. LADIS is een bron voor velen.

Vanuit LADIS worden naast belangrijke gegevens voor de Nationale Drugmonitor gegevens voor tal van andere onderzoeken geleverd. Niet zelden is onderzoek over verslaving en verslavingszorg gelardeerd met gegevens afkomstig uit het LADIS. Daarnaast levert IVZ de gegevens ook, in het kader van de door de Overheid gemaakte internationale afspraken, aan het Europees Drugswaarnemingscentrum in Lissabon. Europese studies inzake het drugsbeleid en drugshulpverlening worden gebaseerd op de uniforme gegevens uit de 27 aangesloten landen. IVZ maakt ook zelf analyses van de data. In de vorm van bulletins worden thematische analyses gemaakt. Zo zijn er in 2010 en 2011 verschenen:

- Jongeren in de verslavingszorg 2004-2008 (februari 2010)
- Veroudering Methadon gebruikers 1999-2009 (september 2010)
- Kerncijfers 2009 (september 2010)

- Ouderen in de verslavingszorg 2000-2009 (oktober 2010)
- GHB hulpvraag in Nederland (februari 2011)
- 15 jaar Cannabishulpvraag in Nederland (april 2011)
- Kerncijfers 2010 (juni 2011)

Om de kwaliteit van deze analyses continue te verbeteren worden de concepten vaak voorgelegd aan diverse deskundigen in het netwerk van IVZ. Daarbij wordt getracht onze “oogkleppen” en de mogelijke “valkuilen” van de dataverzameling en de interpretatie te vermijden. Daarbij trachten we ook om een voor een breder publiek leesbare analyses te geven over de diverse thema’s.

In de komende jaren hoopt IVZ onderzoek uit te breiden door actieve samenwerking met onderzoeksinstituten te intensiveren. Voorstellen daartoe, in de vorm van een academische werkplaats, zijn inmiddels aan de overheid voorgelegd. Aangezien de LADIS database een van de oudste registraties is (25 jaar in 2011) en er inmiddels sinds 1994 (de start van unieke cliënt codering) meer dan 275.000 personen met een hulpvraag en een verslavingsprobleem in de database zitten, is ook onderzoek met behulp van secundaire analyses mogelijk, zoals cohortstudies en het inzicht bieden in carrières in de verslavingszorg.

Ad 5) Beveiliging en privacybescherming van de gegevens

Beveiliging van gegevens betekent voor IVZ meer dan de deur op slot doen. Beveiliging van informatie wordt door IVZ vastgelegd en uitgevoerd volgens het vastgelegde Informatiebeveiligingsbeleid. Dit beleid is opgezet conform de geldende Norm NEN 75107512. IVZ laat jaarlijks een audit uitvoeren door externe deskundigen om alle interne en externe processen te toetsen op integrale veiligheid. De gegevens zelf worden via ZorgTTP geleverd en worden door ZorgTTP voorzien van pseudoniemen per persoon. Deze pseudoniemen garanderen dat herleiding tot het identificeerde individu nooit meer mogelijk is. Ook ZorgTTP staat onder voortdurend toezicht van overheden en opdrachtgevers en wordt regelmatig geaudit. Om continuïteit en beveiliging verder te verhogen heeft IVZ in 2009 en 2010 alle dataopslag geoutsourced naar beveiligde datacentra.

IVZ is iedereen binnen de instellingen erkentelijk voor de inspanningen die getroost zijn om deze 25^e editie van de Kerncijfers inhoud te geven.

A.W. Ouwehand
Voorzitter Raad van Bestuur

1. Gehele verslavingszorg

1.1 Uitgelicht

- Vergrijzing in de verslavingszorg zet zich voort.
- Cannabishulpvraag blijft toenemen.
- Hulpvraag jongeren (<25 jaar) in verslavingszorg bestaat uit meer dan 50% cannabisproblematiek.
- Hulpvraag GHB groeit, maar blijft in aantal vooralsnog beperkt.
- Afgelopen 15 jaar circa 275.000 unieke hulpvragers in de verslavingszorg.
- Ruim een derde van de hulpvragers heeft problemen met meer dan één middel.

1.2 In het kort

Tabel 1: Overzicht Gehele verslavingszorg 2010

Demografie		
	Aantal hulpzoekers	76.295
	Man : Vrouw	77 : 23
	Gemiddelde leeftijd	41.1
	Aandeel 25-	11.6%
	Aandeel 55+	15.5%
	Aandeel autochtoon	79.2%
	Aantal per 100.000 inwoners	460
Problematiek		
	Enkelvoudig : Meervoudig	63 : 37
	Eerste inschrijving ooit	21.5%
	Aantal contacten	1.858.000
	Gemiddeld aantal contacten/cliënt	24

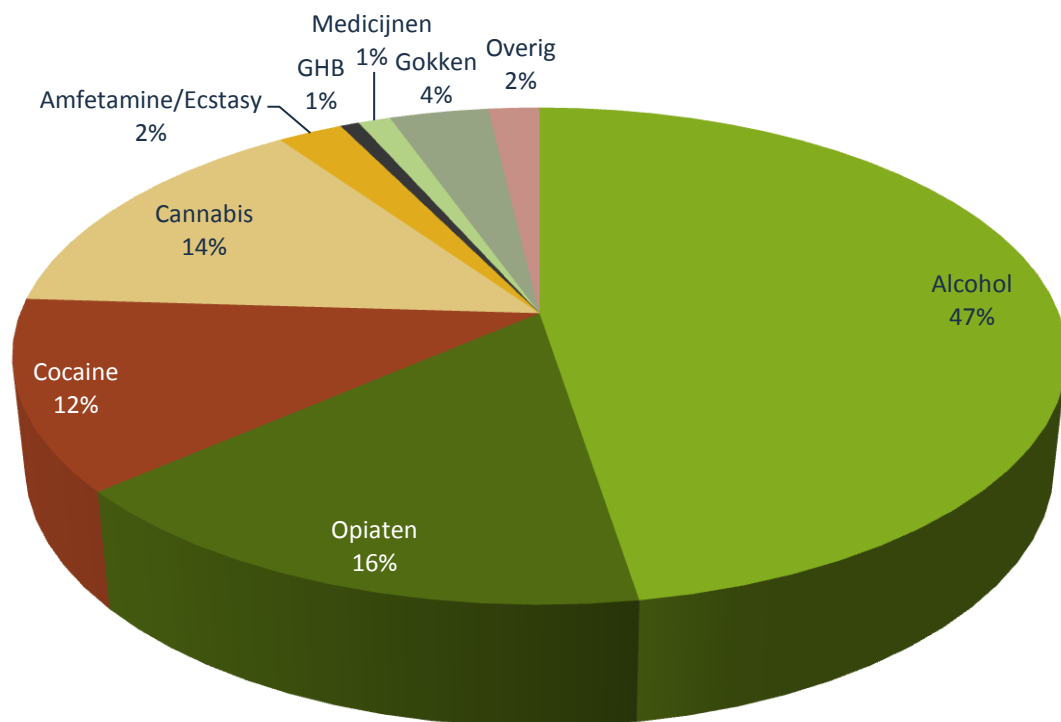
1.3 Personen naar primaire problematiek

- In 2010 hebben ruim 76.000 mensen hulp gevraagd bij de verslavingszorg.
- Hierbij is de groep met een alcoholhulpvraag veruit het grootst en deze vormt bijna de helft van de totale groep.
- Hoewel de groep opiaatverslaafden nog steeds de op één na grootste groep vormt, wordt deze gestaag kleiner sinds het begin van deze eeuw.
- Cocaïne is verdrongen van de derde plaats door de toenemende cannabishulpvraag.
- De amfetamine- en ecstasylulpvraag en de groep gokken blijven redelijk constant.
- Hulpvragers voor GHB, medicijnen zijn in vergelijking met de belangrijkste middelen relatief kleine groepen, maar het aantal neemt gestaag toe gedurende de laatste jaren.

Tabel 2: Personen en contacten naar primaire problematiek

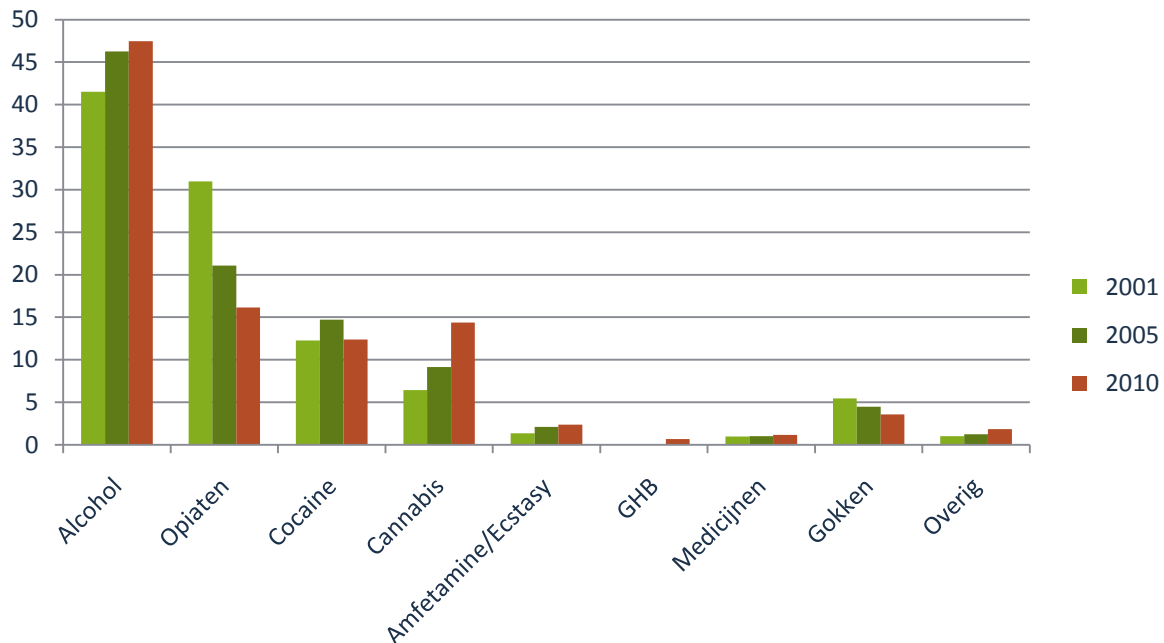
Primaire problematiek	Aantal pers in 2010	Aandeel problematiek	Verandering t.o.v. 2009	Aantal contacten (x1.000)	Aandeel contacten
Alcohol	36.203	47%	-3%	819	44%
Opiaten	12.313	16%	2%	455	24%
Cocaïne	9.437	12%	-10%	268	14%
Cannabis	10.971	14%	7%	185	10%
Amfetamine Ecstasy	1.805	2%	-3%	41	2%
GHB	524	1%	51%	15	1%
Medicijnen	893	1%	7%	21	1%
Gokken	2.733	4%	2%	31	2%
Overig ¹	1.416	2%	24%	23	1%
TOTAAL	76.295	100	-1%	1.858	100%

Figuur 1: Hulpvraag verdeling naar primaire problematiek 2010 (N=76.295)



¹ De samenstelling van deze groep wordt gespecificeerd in hoofdstuk 10

Figuur 2: Ontwikkeling hulpvraag naar aandeel primaire problematiek 2001, 2005 en 2010

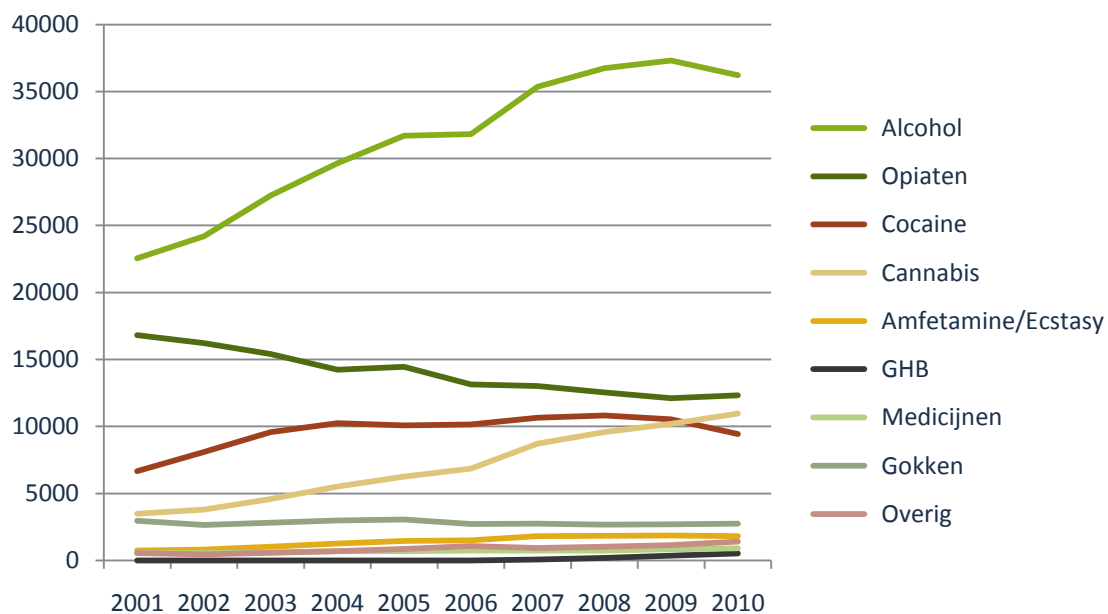


Uit figuur 3 blijkt dat het aandeel alcoholhulpvraag in de gehele verslavingszorg in de laatste 10 jaar is gestegen naar bijna 50%. In dezelfde periode halveerde het percentage opiaathulpvragen van 31% naar 16% van de totale hulpvraag. Het cannabisaandeel in de verslavingszorg is verdubbeld van 7% in 2001 naar 14% in 2010.

1.4 Trend primaire problematiek 2001-2010

In figuur 3 zijn de trends van het voorkomen van hulpvragen van de verschillende primaire problematieken in de afgelopen 10 jaar weergegeven.

Figuur 3: Aantal hulpvragers naar primaire problematiek 2001-2010



Het is bekend dat de groep opiaten (met name heroïne) al jaren kleiner aan het worden is. Deze daling lijkt nu enigszins te stabiliseren. Ook cocaïne is na 2007 in een licht dalende trend terechtgekomen. De klassieke harddrugs zijn terrein aan het verliezen in de verslavingszorg. Cannabis is echter de sterke stijger in de hulpvraag. Ook de groep GHB en medicijnen, hoewel kleiner in aantal en daardoor wat minder zichtbaar, nemen relatief sterk toe. Aangezien deze groepen in toenemende mate in de belangstelling staan worden in deze Kerncijfers GHB (hoofdstuk 7) en medicijnen (hoofdstuk 8) afzonderlijk gerapporteerd. In voorgaande edities vielen deze twee middelen nog in de categorie overig.

1.5 Primaire problematiek in bevolking

In de Nationale Drugmonitor staan cijfers over het gebruik van alcohol en drugs in de bevolking. Op basis hiervan kan een percentage worden berekend over het bereik van de verslavingszorg.

Tabel 3: Primaire problematiek naar omvang in bevolking, problematisch gebruik en % in behandeling

Primaire problematiek	Omvang (problematisch) gebruik binnen bevolking ²	% in behandeling 2010
Alcohol	1.200.000	3%
Misbruik	395.600	9%
Afhankelijkheid	82.400	44%
Opiaten	17.300-18.100 ³	68%-71%
Cocaïne	55.000	17%
Cannabis	408.000	3%
Misbruik	40.200	27%
Afhankelijkheid	29.300	37%
Amfetamine/Ecstasy	22.000	8%
GHB	Onbekend	-
Medicijnen	Onbekend	-
Benzodiazepinegebruik ⁴	1.400.000	-
Gokken	40.000 ⁵	7%

Het is duidelijk dat “de bril” waarmee men kijkt naar de problematiek, de mate van bereik van de zorg bepaalt. Uitgaande van het criterium afhankelijkheid is het bereik bij alcoholproblematiek 44% en bij cannabisafhankelijkheid 37%.

Bij de drugs zijn grote verschillen tussen de middelen. Voor GHB en medicijnen zijn geen recente aantallen voor het problematisch gebruik in de bevolking bekend.

1.6 Aantal unieke personen in behandeling sinds 1996

Met behulp van de unieke sleutel (zie Inleiding) kan met redelijke zekerheid worden bepaald of een persoon al eerder in behandeling is geweest in de verslavingszorg. Het is op deze wijze ook mogelijk om te berekenen hoeveel unieke personen er de afgelopen 15 jaar met een hulpvraag naar de verslavingszorg gekomen zijn. In totaal hebben in de periode 1996-2010 circa 275.000 verschillende personen in de verslavingszorg hulp gevraagd.

Het aantal unieke personen onderverdeeld naar primaire problematiek is weergegeven in tabel 4.

² Nationale Drug Monitor, Jaarbericht 2009, Trimbos Instituut; 2009 Utrecht

³ Aantal problematische harddruggebruikers in Nederland, Trimbos Instituut; 2010 Utrecht

⁴ Stichting Farmaceutische Kengetallen, Farmacie in cijfers, Pharmaceutisch Weekblad, Jaargang 145 Nr 42

⁵ De Bruin et al, 2006. Verslingerd aan meer dan een spel. Een onderzoek naar de aard en omvang van kansspelproblematiek in Nederland. Den Haag: WODC.

Tabel 4: Aantal unieke personen in de verslavingszorg naar primaire problematiek 1996-2010

Primaire problematiek	Aantal unieke personen
Alcohol	150.000
Opiaten	40.000
Cocaïne	42.000
Cannabis	42.000
Amfetamine en Ecstasy	9.000
GHB	700
Medicijnen	5.000
Gokken	23.000

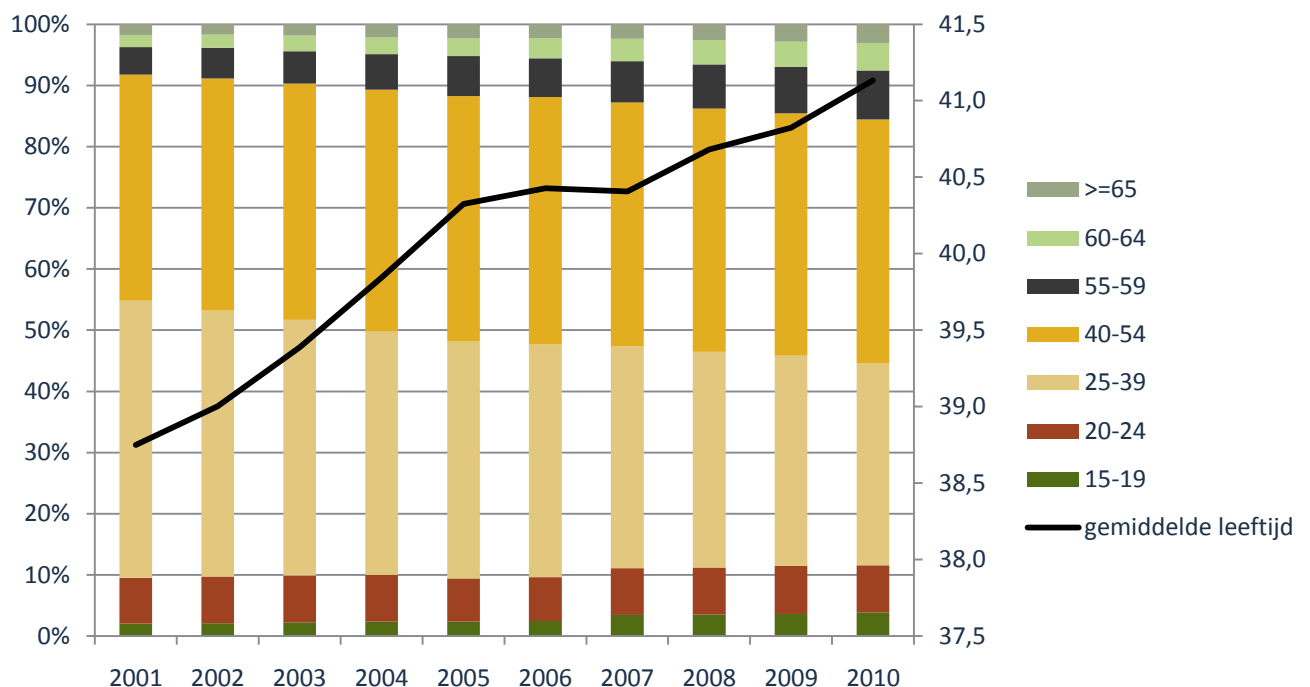
Het totaal is niet gelijk aan de som van de verschillende problematieken omdat 50.000 personen met meer dan één problematiek in deze periode voor hulp bij een instelling hebben aangeklopt. In de komende tijd zal IVZ meer retrospectief cohortonderzoek entameren naar de totale populatie van de hulpvragers in de afgelopen 15 jaar.

1.7 Demografie

1.7.1 Jong en oud

De Nederlandse bevolking vergrijsd. Ook komen er steeds meer ouderen in de verslavingszorg. De gemiddelde leeftijd in de verslavingszorg is al jaren aan het stijgen. De vergrijzing van de hulpvragers in de verslavingszorg gaat echter sneller dan in de bevolking. Dit wordt met name veroorzaakt door de stijging van het aandeel ouderen in de groep met een hulpvraag voor alcohol en opiaten. Zie ook paragraaf 2.4 en 3.4.

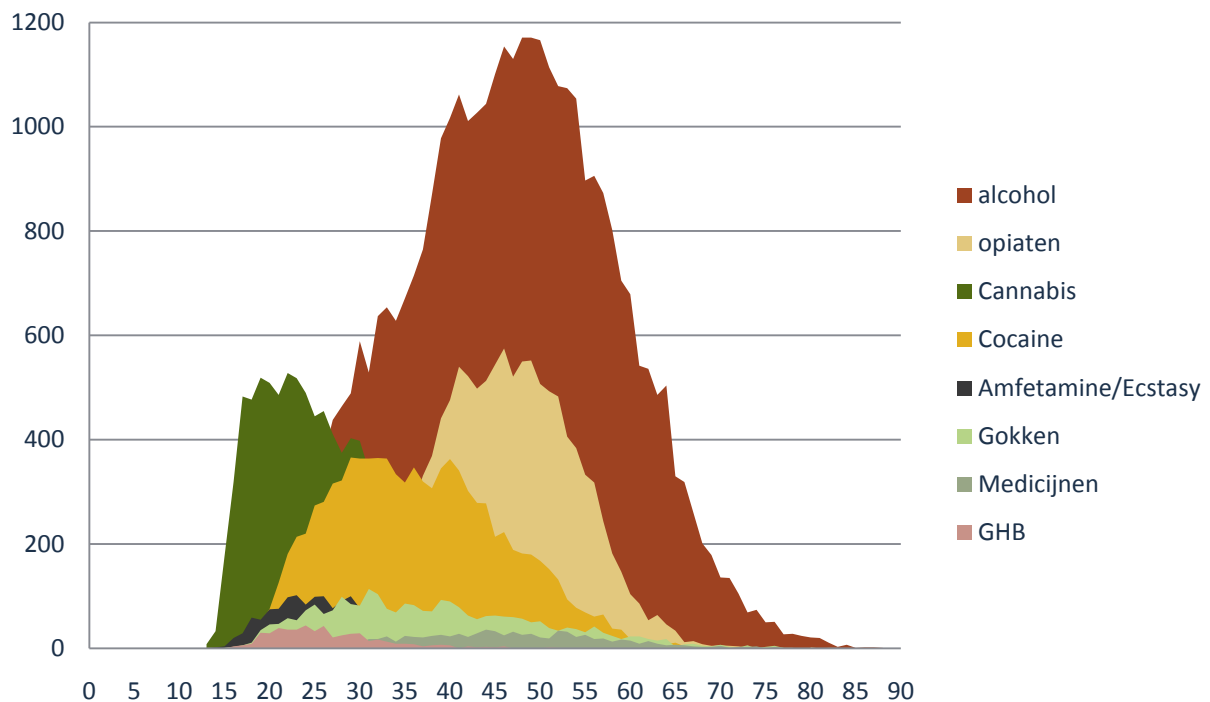
Figuur 4: Hulpvraag naar leeftijdscategorie 2001-2010



Veruit de grootste groep mensen die aankloppen bij de verslavingszorg valt in de de leeftijdscategorie tussen de 25 en 55 jaar. Het aandeel jongeren (<25 jaar) is de afgelopen 10 jaar redelijk constant. Het aandeel ouderen stijgt. In 2010 is één op de zes hulpvragers ouder dan 55 jaar.

1.7.2 Leeftijdverdeling naar primaire problematiek

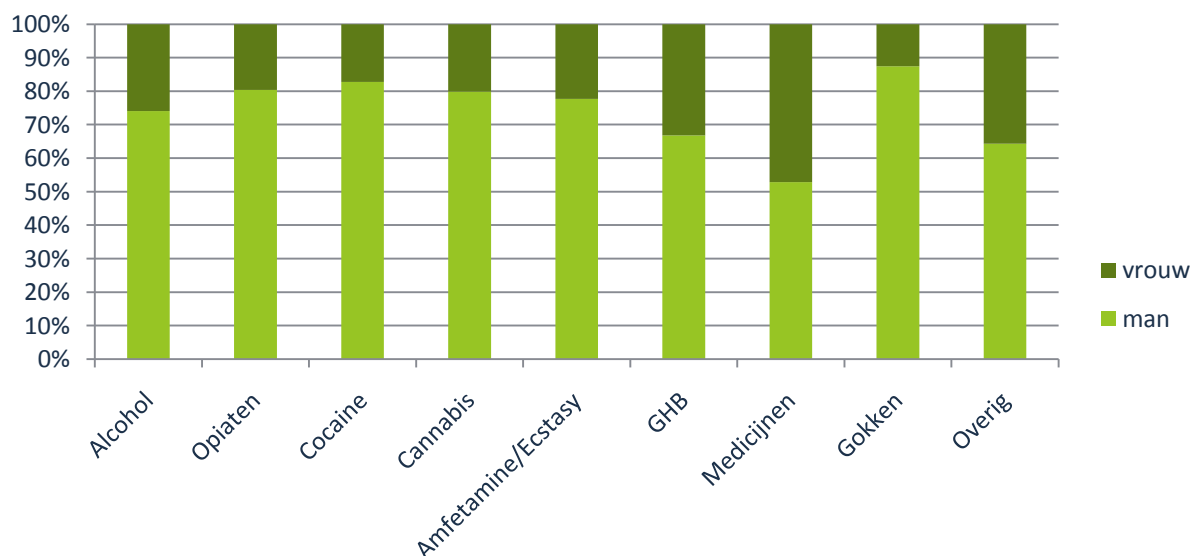
Figuur 5: Leeftijd verdeling naar primaire problematiek 2010 (N=76.295)



De leeftijdsverdeling in figuur 5 geeft duidelijk de verschillen tussen de problematieken weer. Bij alcohol en opiaten is de oudere groep oververtegenwoordigd. In de groep cannabis, GHB en amfetamine en ecstasy zijn relatief meer jongeren. Bij jongeren tot 25 jaar is cannabis in meer dan de helft van de gevallen de hulpvraag. Gok- en medicijnenproblematiek komt bij alle leeftijden ongeveer evenveel voor. Hoe deze leeftijdsverdeling zich per problematiek in de tijd heeft ontwikkeld, komt in de afzonderlijke hoofdstukken aan de orde.

1.7.3 Geslacht

Figuur 6: Geslacht naar primaire problematiek 2010 (N=76.295)



De man-vrouw verdeling is al jaren redelijk constant bij hulpvragers in de verslavingszorg. Mannen hebben vaker verslavingsproblematiek dan vrouwen. Ongeveer een vijfde van alle hulpvragen is afkomstig van vrouwen. Uitgesplitst naar problematiek zijn er verschillen in de verdeling naar sekse. Gokken is voornamelijk een mannenprobleem, terwijl medicijnenverslaving relatief veel bij vrouwen voorkomt. Deze verschillen zijn ook zichtbaar in de hulpvraag in de verslavingszorg.

1.7.4 Culturele herkomst

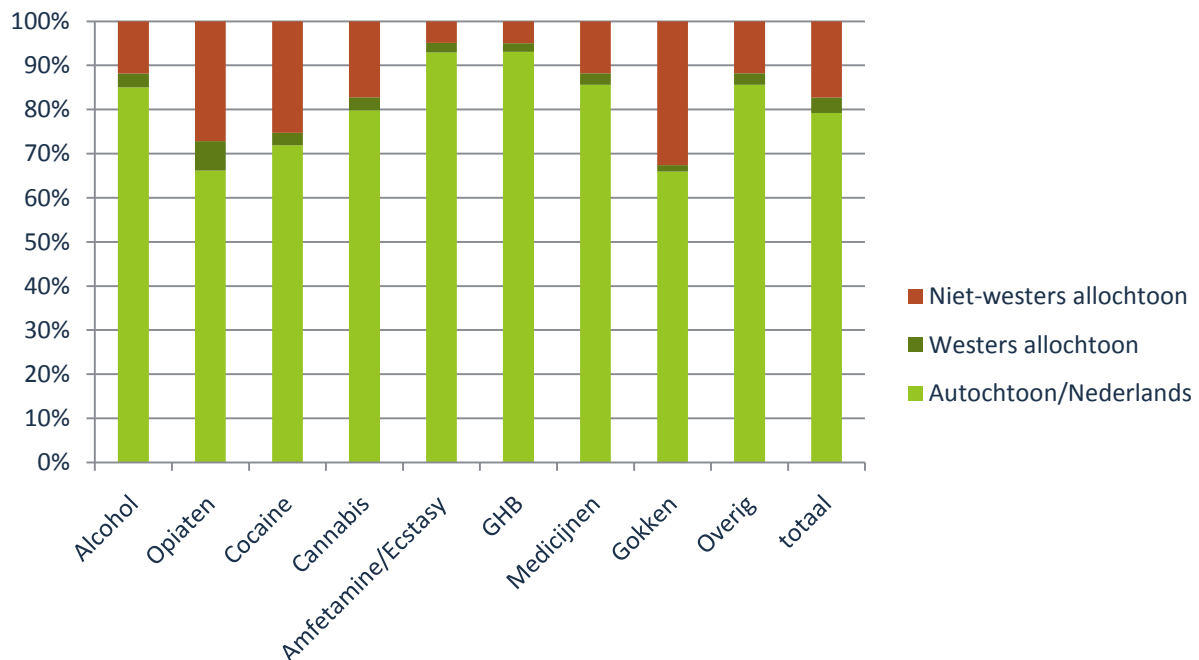
In de verslavingszorg melden zich jaarlijks personen van circa 100 verschillende nationaliteiten en culturele achtergronden. Bijna 80% van alle hulpvragers heeft niettemin een autochtone achtergrond. Dit komt overeen met het percentage autochtonen in de algemene bevolking. De groep westerse allochtonen is ondervertegenwoordigd in de verslavingszorg terwijl de groep niet-westerse allochtonen enigszins is oververtegenwoordigd in de verslavingszorg.

Tabel 5: **Culturele herkomst**⁶

	LADIS	Bevolking 2010 ⁷
Autochtoon/Nederlands	79%	80%
Westers allochtoon	4%	9%
Niet-westers allochtoon	17%	11%

De onderverdeling naar culturele herkomst bij de verschillende problematieken staan in figuur 7.

Figuur 7: **Herkomst naar primaire problematiek 2010 (N=76.295)**



Uit figuur 7 blijkt dat de niet-westers allochtone groep in vergelijking met de andere problematieken oververtegenwoordigd is bij hulpvragen rondom opiaten, cocaïne, gokken en in mindere mate cannabis. Bij amfetamine en alcohol is deze groep ondervertegenwoordigd.

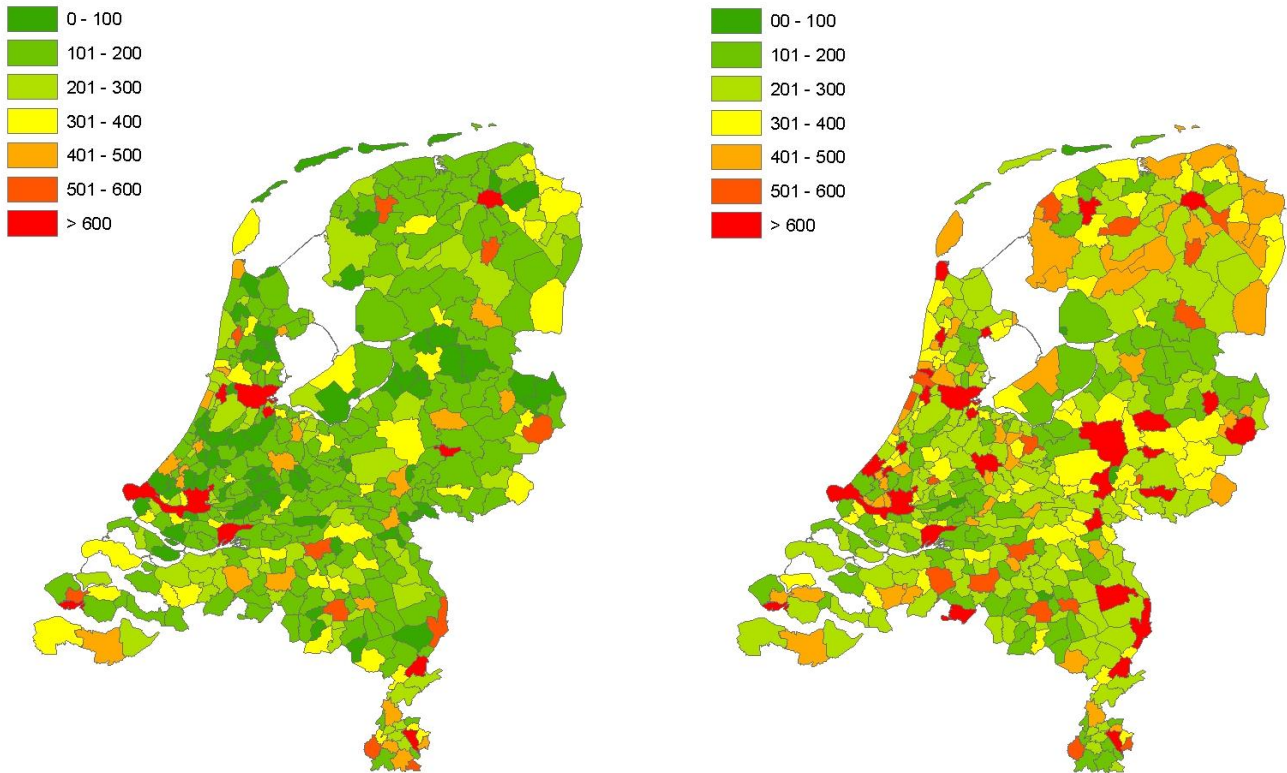
⁶ Volgens de CBS definitie. Bij de bepaling wordt rekening gehouden met geboorteland, geboorteland ouders en nationaliteit

⁷ CBS 2010

1.8 Regionale spreiding

In figuur 8 is de regionale spreiding te zien voor het aantal hulpzoekers in de verslavingszorg per 100.000 inwoners. In de afzonderlijke hoofdstukken worden voor de verschillende middelen het aantal hulpvragers in de verslavingszorg per 100.000 inwoners gepresenteerd.

Figuur 8: Aantal hulpvragers verslavingszorg per 100.000 inwoners 2001 en 2010

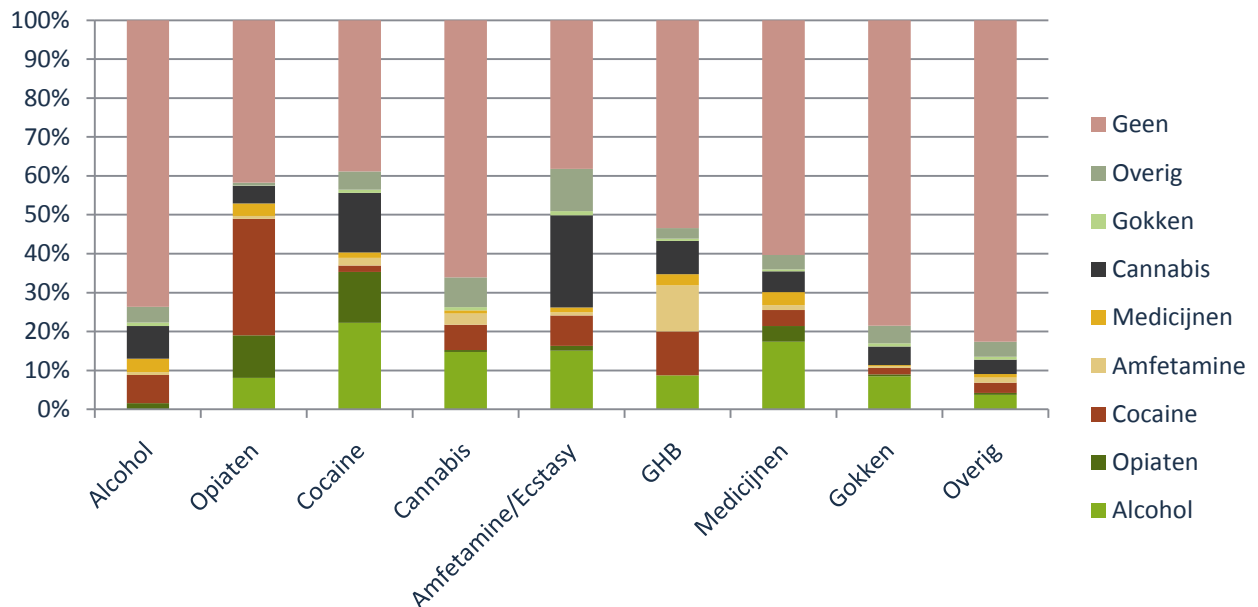


Uit figuur 8 blijkt dat de hulpvraag de afgelopen 10 jaar is toegenomen. Het aantal hulpvragers per 100.000 inwoners is gestegen van 340/100.000 inwoners in 2001 naar 460/100.000 inwoners in 2010.

1.9 Meervoudige problematiek

Bij 40% van alle hulpvragers in de verslavingszorg is sprake van meervoudige problematiek (ook vaak polydruggebruik genoemd). Dat wil zeggen dat er sprake is van problematisch gebruik van tenminste twee middelen, of middelengebruik, gecombineerd met problematisch gokken.

Figuur 9: **Secundaire problematiek (%) naar hoofdproblematiek 2 010 (N=76.295)**



In Tabel 6 staan de cijfers behorende bij figuur 9. Per primaire problematiek is aangegeven bij welk deel van de hulpvragers er ook sprake is van secundaire problematiek. De belangrijkste percentages zijn **rood** gemarkeerd.

Tabel 6: **Secundaire problematiek (%) naar hoofdproblematiek 2 010 (N=76.295)**

Secundair ↓	Primaire problematiek								
	Alcohol	Opiaten	Cocaïne	Cannabis	Amfetamine en Ecstasy	GHB	Medicijnen	Gokken	Overig
Alcohol	0	9	23	15	15	9	19	9	4
Opiaten	2	12	14	1	1	0	4	0	1
Cocaïne	8	34	2	7	8	11	4	2	3
Amfetamine	1	1	2	3	1	12	1	0	2
Medicijnen	4	4	1	1	1	3	4	0	1
Cannabis	9	5	16	0	24	9	6	5	4
Gokken	1	0	1	1	1	1	0	1	1
Overig	4	1	5	8	11	3	4	5	5
Geen	71	34	35	65	38	53	58	76	79

Vooral bij harddrugproblematiek is vaak sprake van meervoudige problematiek. Tweederde van de klassieke harddrugs hulpvragers (opiaten en cocaïne) geeft aan ook andere problematiek te hebben. De meest voorkomende secundaire problematiek is cannabis. Cannabis komt veel voor in combinatie met alcohol, cocaïne en amfetamine en ecstasy als primaire problematiek.

Daarnaast komt alcohol als secundaire problematiek veel voor bij hulpvragen rondom cocaïne, cannabis, amfetamine en ecstasy en medicijnen.

Bij GHB zijn amfetamine en cocaïne de meest voorkomende bijmiddelen.

De combinatie opiaathulpvragen en cocaïne (in de vorm van crack) komt vaak voor.

Opgemerkt dient te worden dat voor opiaten, cocaïne, gokken en overig geldt dat dezelfde categorie, in een andere vorm of middel ook als secundaire problematiek kan voorkomen.

1.10 Zorgsoort

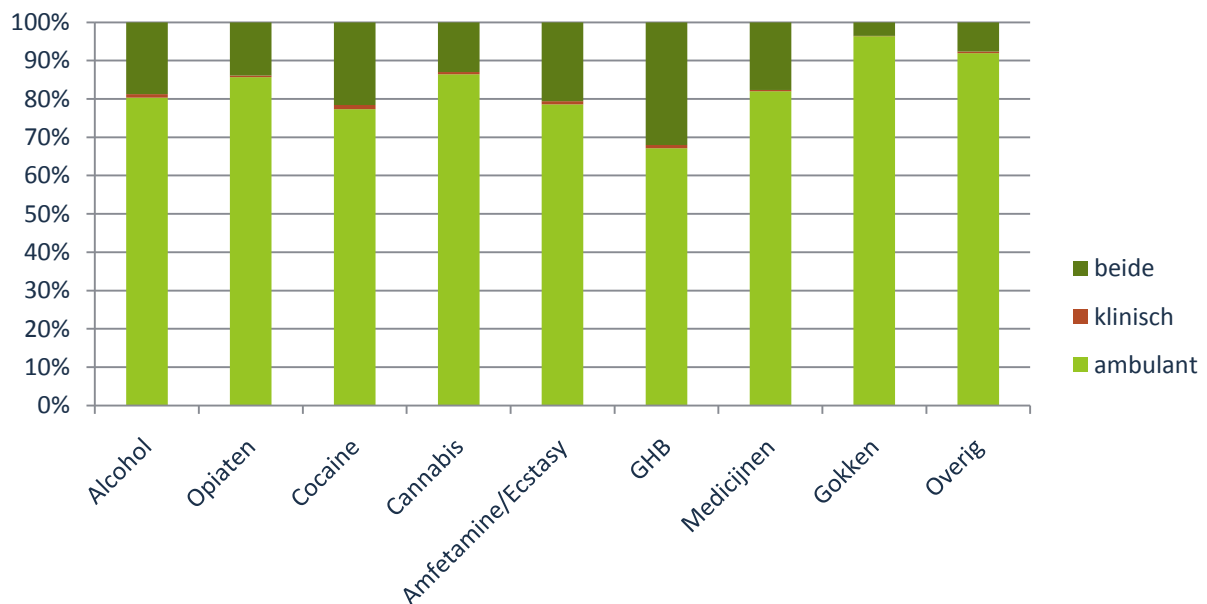
Tabel 7: **Zorgsoort 2010 (N=76.295)**

	Aantal personen	%
Alleen Ambulant	49.692	65%
Alleen Klinisch	460	<1%
Klinisch en ambulant (overlap)	10.102	13%
Onbekend	16.041	21%
TOTAAL	76.295	100%

In 2010 zaten er 10.000 personen met minimaal één klinische opname in de verslavingszorg.

Een klinische opname betekent bijna altijd ook een ambulante inschrijving omdat dit binnen instellingen de weg is naar een klinische opname. Dit blijkt uit tabel 7. Minder dan 1% heeft een klinische opname zonder een ambulante inschrijving.

Figuur 10: **Zorgsoort naar primaire problematiek 2010 (N=60.254)**

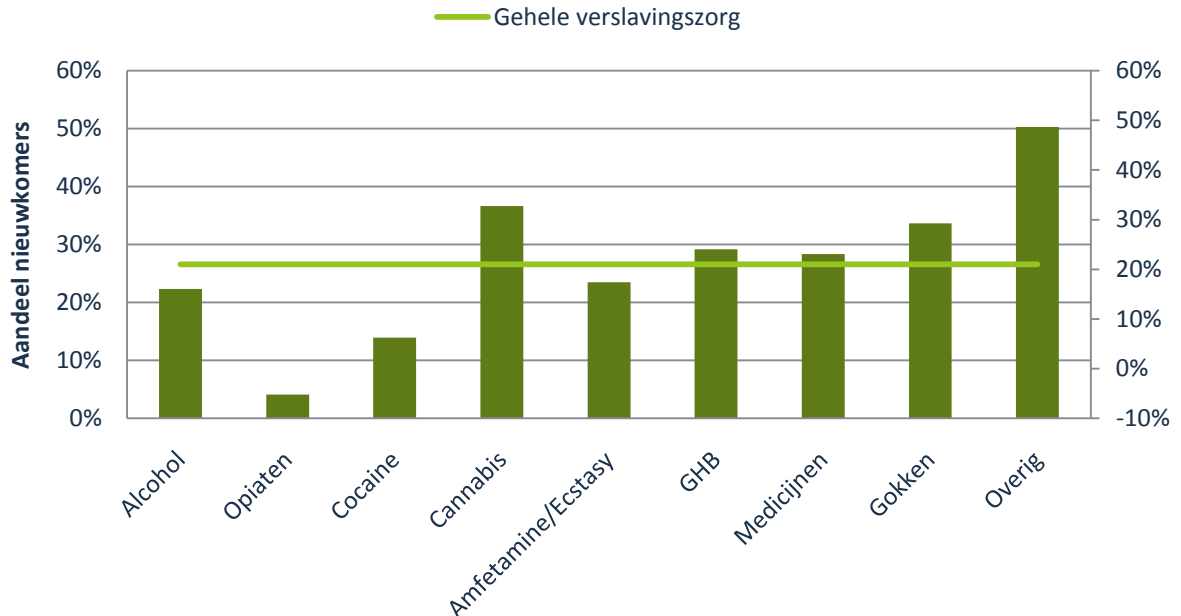


Hoewel alcohol en cocaïne als primaire hulpvraag het grootste aantal klinische opnames heeft, zijn er voor GHB en amfetamine en ecstasy relatief veel klinische opnames. Hulpvragers voor gokken worden bijna niet klinisch behandeld in de verslavingszorg.

1.11 Nieuwe hulpvragers

Ongeveer 20% van de hulpvragers is nooit eerder in behandeling geweest. Dit percentage verschilt per primaire problematiek.

Figuur 11: Aandeel nieuwe hulpvragers naar problematiek 2010

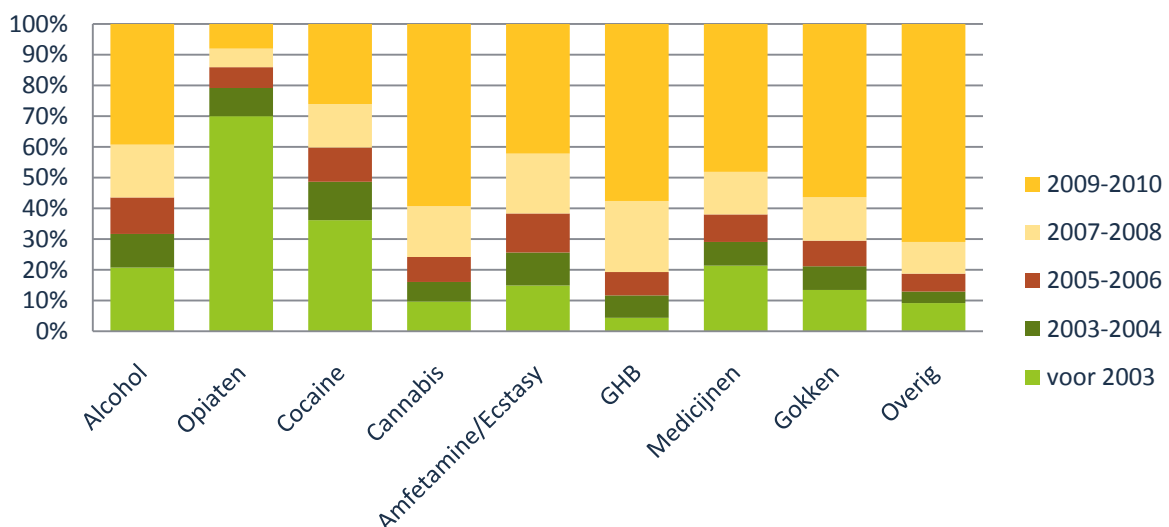


Bij de groep opiaten komen bijna geen nieuwe personen voor. In 2008 was nog meer dan de helft van de GHB hulpvragers nieuw. Dit percentage is inmiddels gedaald naar minder dan 30%. De categorie overig heeft relatief de meeste nieuwkomers (50%). Belangrijke groepen hierbij zijn de hulpvragers voor eetstoornissen en internetverslaving (zie hoofdstuk 10). Ook bij cannabis en gokken als primaire problematiek bevinden zich relatief veel nieuwe hulpvragers.

1.12 Carrière binnen de verslavingszorg

Van alle 76.295 hulpvragers is bekeken wanneer de eerste inschrijving in de verslavingszorg heeft plaatsgevonden. Van alle geregistreerde unieke personen gaat bij ongeveer een kwart de historie in de verslavingszorg terug tot meer dan 10 jaar geleden.

Figuur 12: Eerste inschrijving ooit in de verslavingszorg naar primaire problematiek

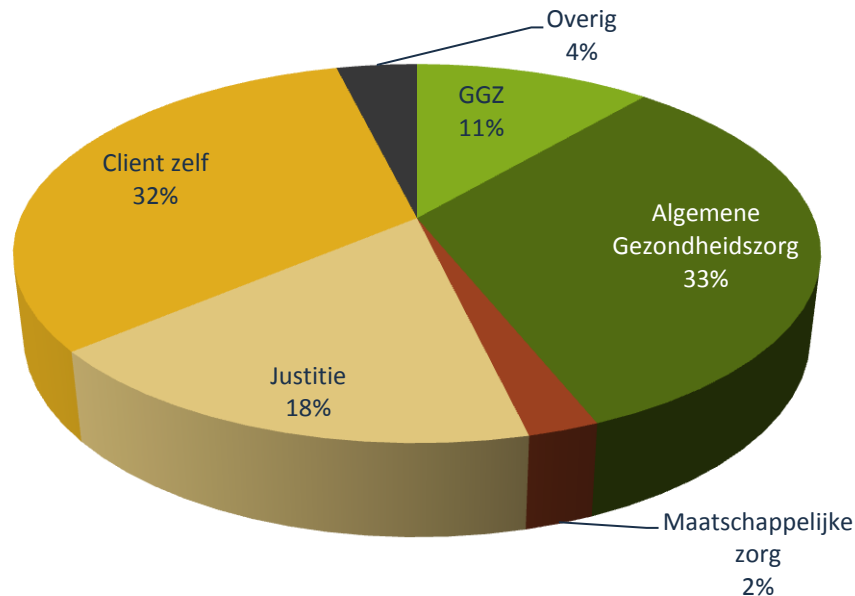


In de categorie Overig zijn de hulpvraag voor eetstoornissen en internet verantwoordelijk voor het relatief groot aantal nieuwkomers. De groep harddrugs maar ook alcohol heeft het meest een chronisch karakter. Het grootste gedeelte van de hulpvragers met deze problematiek is eerder in zorg geweest.

1.13 Wijze van aanmelding

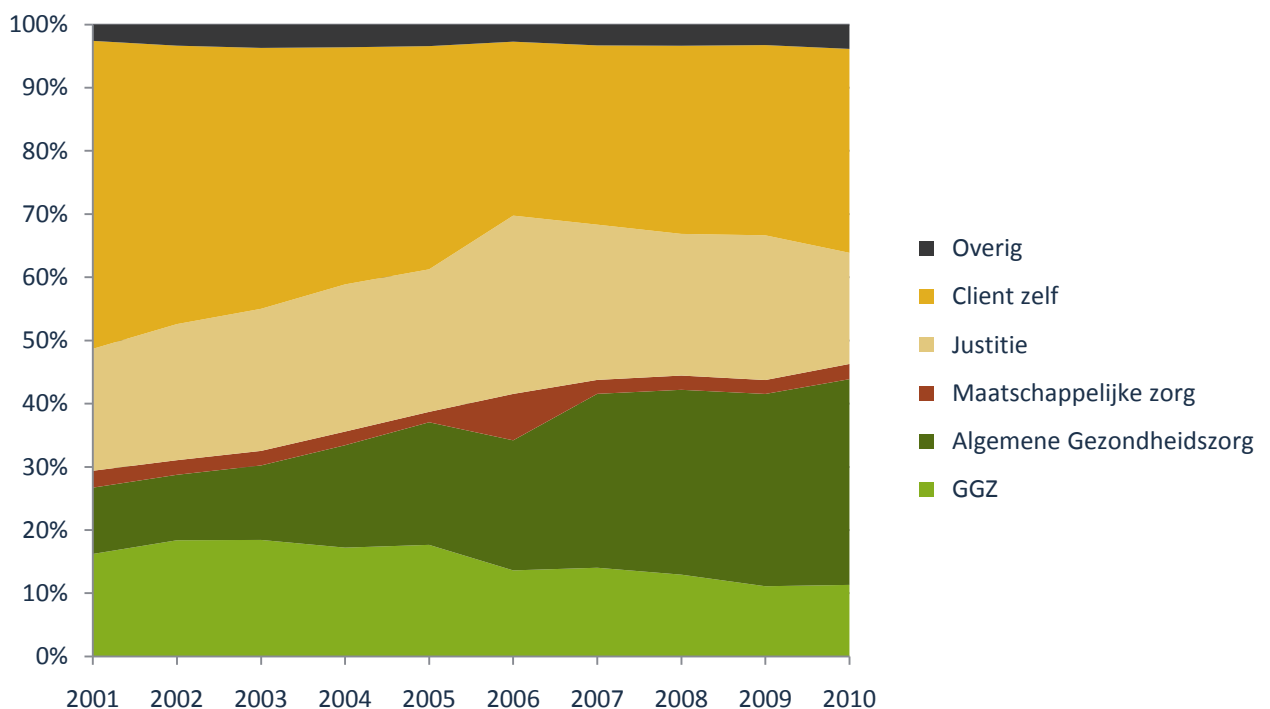
Veel hulpvragers melden zichzelf aan bij de verslavingszorg. Ook vinden veel aanmeldingen plaats via de algemene gezondheidszorg en Justitie. In figuur 13 is de verdeling te zien.

Figuur 13: **Wijze van aanmelding 2010 (N=56.375)**



De wijze waarop iemand in de verslavingszorg terecht komt, is de afgelopen 10 jaar veranderd. Deze trend is te zien in figuur 14.

Figuur 14: **Wijze van aanmelding 2001-2010**



De aanmelding via de algemene gezondheidszorg is in deze periode het sterkst gestegen. De laatste vijf jaar is het weer vaker de cliënt zelf die aanklopt bij de verslavingszorg. De aanmelding via Justitie neemt in dezelfde periode af. Deels valt dit te verklaren uit de verminderde kwaliteit van de registratie van de reclassering (zie paragraaf 1.14 hieronder).

1.14 Reclassering

Zoals eerder vermeld wordt in de voor LADIS noodzakelijke gegevens over de primaire en indien aanwezig secundaire problematiek binnen de verslavingsreclassering in het huidige systeem CVS /CBO steeds vaker niet of niet volledig vastgelegd. Dit betekent in de jaren sinds 2007 een toenemend aantal niet koppelbare reclasseringgegevens en dus een lager aantal hulpvragers afkomstig uit de verslavingsreclassering. De gepresenteerde cijfers zijn dus een onderschatting van het werkelijk aantal hulpvragers uit de reclassering met verslavingsproblematiek.

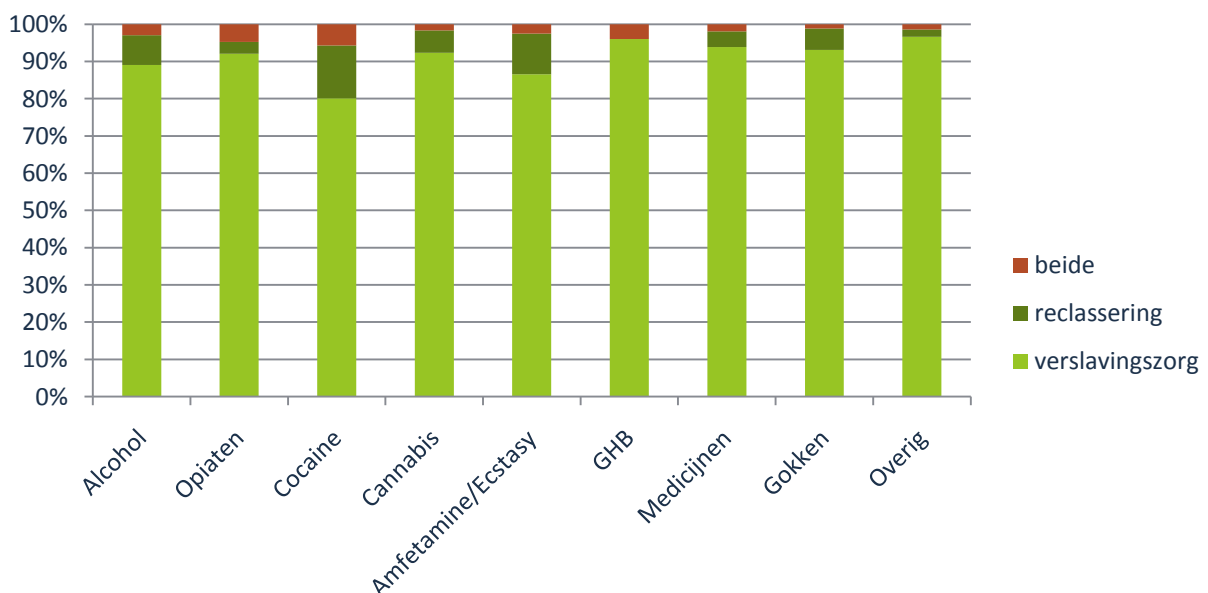
In 2010 heeft ongeveer 15% van alle hulpvragers in de verslavingszorg te maken gehad met de verslavingsreclassering. In 2009 bedroeg dit percentage nog 20%.

Bijna de helft van de hulpvragers uit de reclassering heeft naast deze inschrijving in het registratiejaar 2010 nog een inschrijving die niet via de reclassering is verlopen.

Tabel 8: **Reclassering en verslavingszorg 2010 (N=76.295)**

	Aantal personen	%
Alleen Verslavingszorg	65.968	86%
Alleen Reclassering	5.523	7%
Reclassering en verslavingszorg (overlap)	4.804	7%
TOTAAL	76.295	100%

Figuur 15: **Reclassering en verslavingszorg naar problematiek 2010 (N=76.295)**

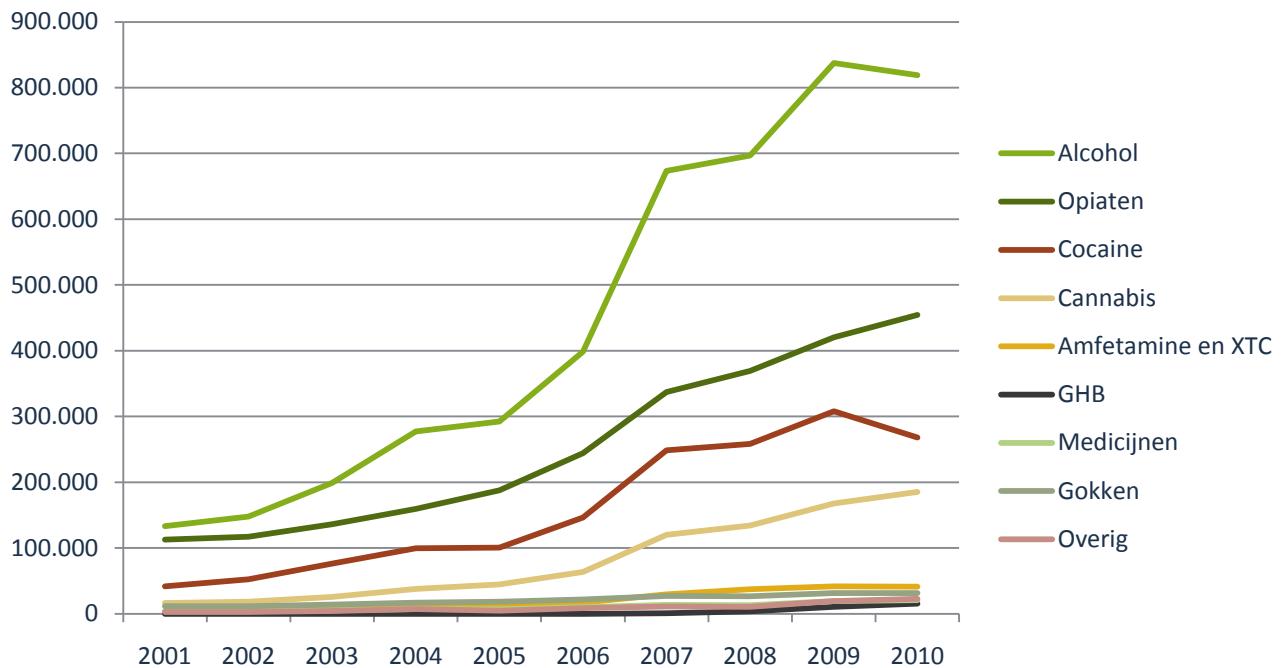


Als naar de verdeling van middelenspecifieke problematieken wordt gekeken valt op dat een relatief groot aandeel van de cocaïne-hulpvragers afkomstig is uit de verslavingsreclassering. Hetzelfde geldt voor de amfetamine-hulpvragers, hoewel dit in absoluut aantallen natuurlijk een veel kleinere groep is.

1.15 Contacten

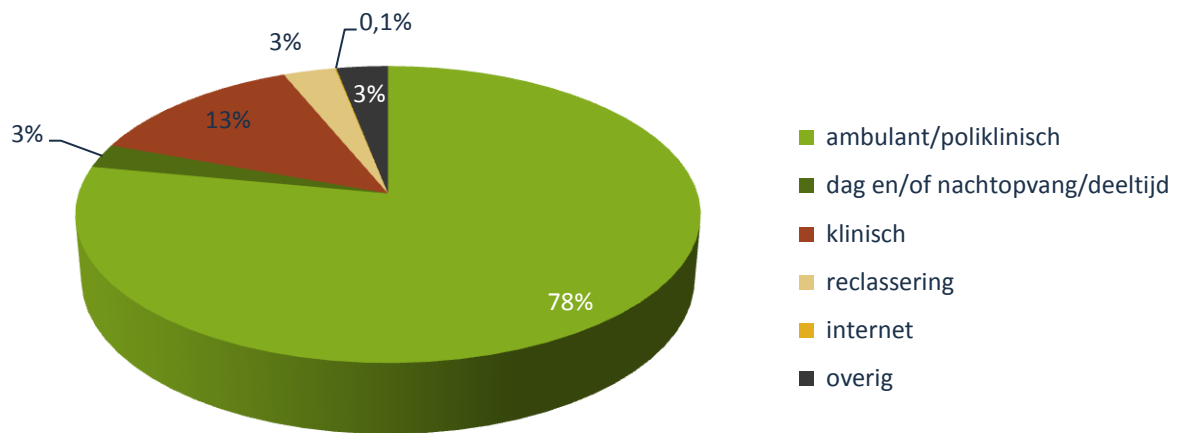
Registratie van contacten is een arbeidsintensieve activiteit. Niettemin blijken zorginstellingen, verzekeraars en overheid groot belang te hechten aan deze contacten. Een goede contactregistratie kan inzicht geven in de inspanningen die in de verslavingszorg worden geleverd voor de zeer diverse problematieken.

Figuur 16: **Aantal contacten naar primaire problematiek 2001-2010**

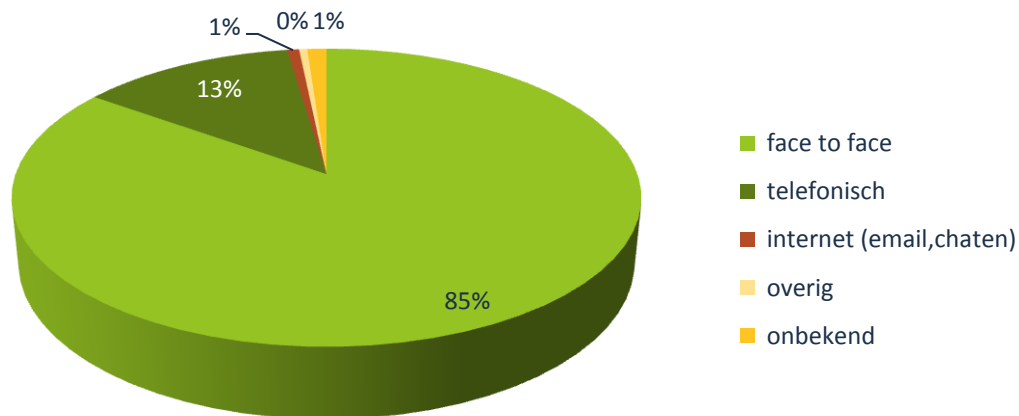


In totaal zijn in 2010 ongeveer 1,8 miljoen contacten binnen de verslavingszorg geregistreerd. Figuur 16 laat zien dat er een sterke toename is sinds 2001. Dit is grotendeels te verklaren door een verbetering van de registratie van contacten.

Het merendeel van deze contacten betreffen contacten in het kader van een alcohol- en opiatenhulpvraag.

Figuur 17: **Setting van de hulp 2010 (N=1.858.000)**

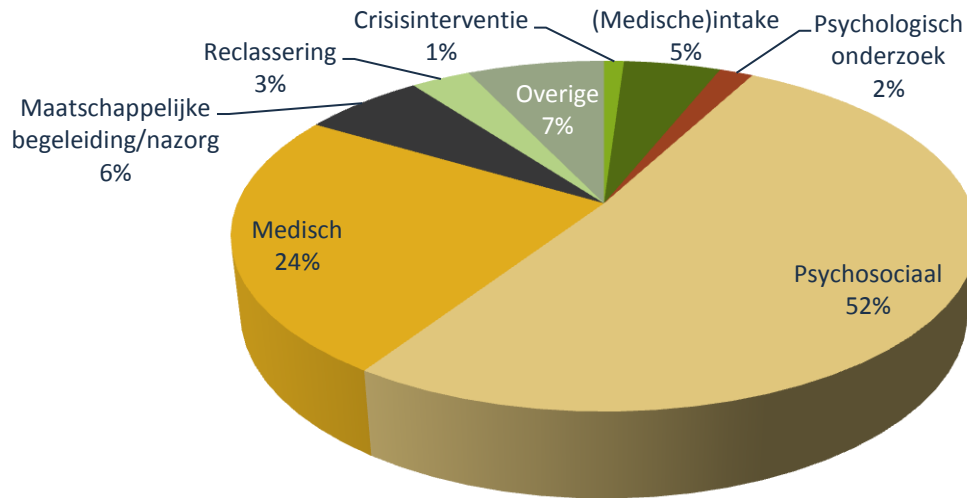
De meeste contacten van de verslavingszorg met hulpvragers vinden plaats in de ambulante setting. Van de 1,8 miljoen contacten vindt bijna 80% plaats in een ambulante setting. De klinische setting is de tweede grote groep (13%). Contacten met hulpvragers via internet komen in minder dan 1% van contacten voor. Anonieme internetcontacten kunnen vooralsnog niet worden meegenomen in LADIS.

Figuur 18: **Wijze van contact 2010**

Face to face contacten komen het vaakst voor (85%).

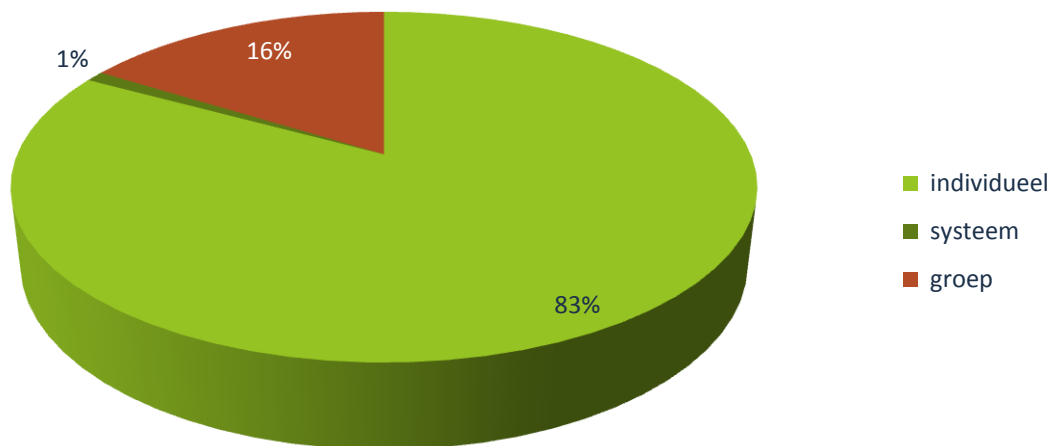
In iets meer dan 10% van de contacten betreft het een telefonisch contact. Contacten via internet (e-mail/chatten) komen vooralsnog relatief weinig voor. Mogelijk is hier sprake van onderregistratie.

Figuur 19: Aard van contact 2010



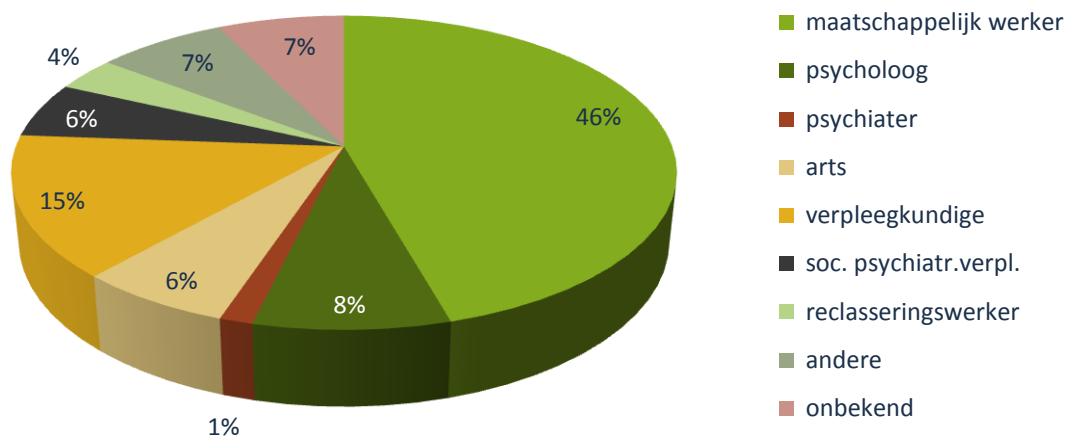
Het merendeel van de contacten is psychosociaal of medisch van aard. Dit betreft zowel behandeling als begeleiding. Maatschappelijke begeleiding of nazorg en reclassering komen in bijna 1 op de 10 contacten voor. Het aantal crisisinterventies bedraagt 1% van alle contacten.

Figuur 20: Soort contact 2010



Verreweg het grootste gedeelte van de contacten betreft een individueel contact met de cliënt (83%). gevolgd door groepscontacten (16%). Contacten samen met familieleden of andere personen uit de omgeving van de cliënt vormen 1%.

Figuur 21: Contacten naar discipline 2010



Maatschappelijk werkers nemen het grootste deel van de contacten met hulpvragers voor hun rekening. Daarnaast hebben veel hulpvragers contact met medische disciplines (arts, verpleegkundige, psycholoog) en reclasseringswerkers.

2 Alcohol

2.1 Uitgelicht

- Alcohol hulpvraag stabiliseert na jarenlange groei.
- Stijging in de groep ouderen (55-plussers) zet voort.
- Aandeel jongeren daalt licht.
- 75% is eerder in behandeling geweest.

2.2 In het kort

Tabel 9: **Overzicht alcohol hulpvraag 2010**

Demografie		
	Aantal hulpzoekers	36.203
	Man : Vrouw	74 : 26
	Gemiddelde leeftijd	45,9
	Aandeel 25-	4.7%
	Aandeel 55+	24.8%
	Aandeel autochtoon	85.0%
	Aantal per 100.000 inwoners	218
Problematiek		
	Aandeel in verslavingszorg	47%
	Enkelvoudig : Meervoudig	74 : 26
	Eerste inschrijving ooit	22%
	Gemiddeld aantal contacten/cliënt	23

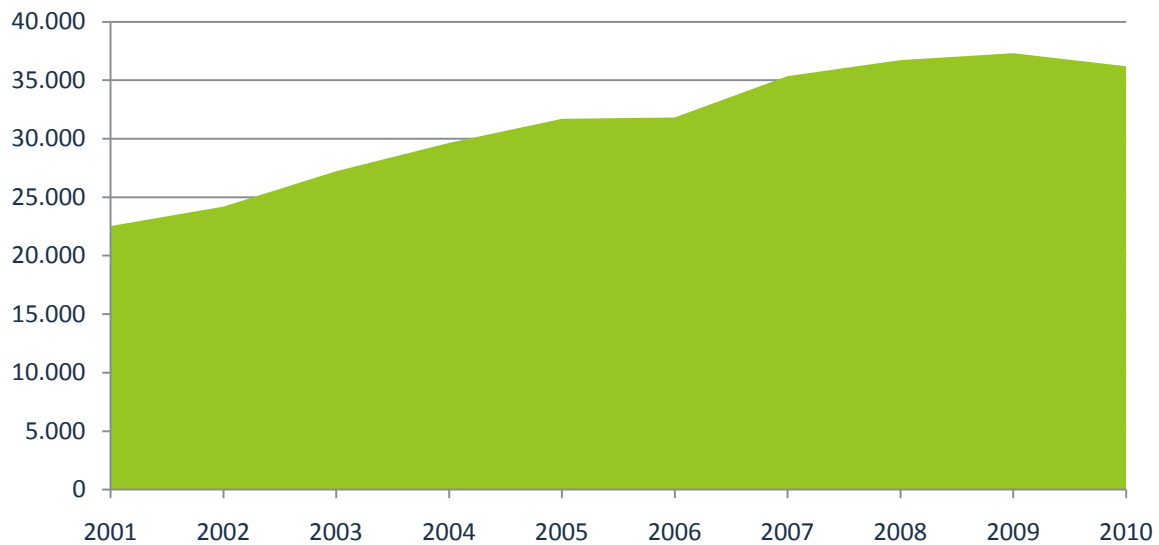
Alcohol blijft verantwoordelijk voor de grootste groep hulpvragen in de verslavingszorg. Van de ruim 76.000 hulpvragers in 2010 zijn er ruim 36.000 die met een alcoholhulpvraag aankloppen. Ongeveer 25% van deze groep is vrouw. Dit percentage is al vele jaren constant. De gemiddelde leeftijd van de groep alcoholhulpvragers is de afgelopen jaren gestegen en bedraagt nu 46 jaar. Deze lag tien jaar geleden nog onder 44 jaar. Alcoholproblemen die tot een hulpvraag leiden bij de verslavingszorg komt in de groep jongeren relatief beperkt voor⁸. Beneden de 20 jaar melden zich in 2010 circa 400 jongeren met een alcoholhulpvraag.

2.3 Trends en ontwikkeling van de hulpvraag

De alcohol gerelateerde hulpvraag heeft altijd de grootste groep gevormd in de verslavingszorg. Deze problematiek heeft sinds 2001 meer aandacht (en capaciteit) gekregen in de verslavingszorg. De laatste vijf jaar is het aandeel constant en bedraagt in 2010 47% van alle hulpvragers. Het aantal is gestegen van 22.000 in 2001 tot ruim 36.000 in 2010 (zie ook Tabel 9 en Figuur 22). Hoe deze populatie zich in 10 jaar heeft ontwikkeld, wordt duidelijk in figuur 22. Hieruit blijkt dat er de afgelopen 10 jaar een groei van 50% is geweest maar dat deze groei de laatste jaren stabiliseert.

⁸ Bulletin Jongeren in de ambulante verslavingszorg in Nederland (2004-2008) , IVZ februari 2010

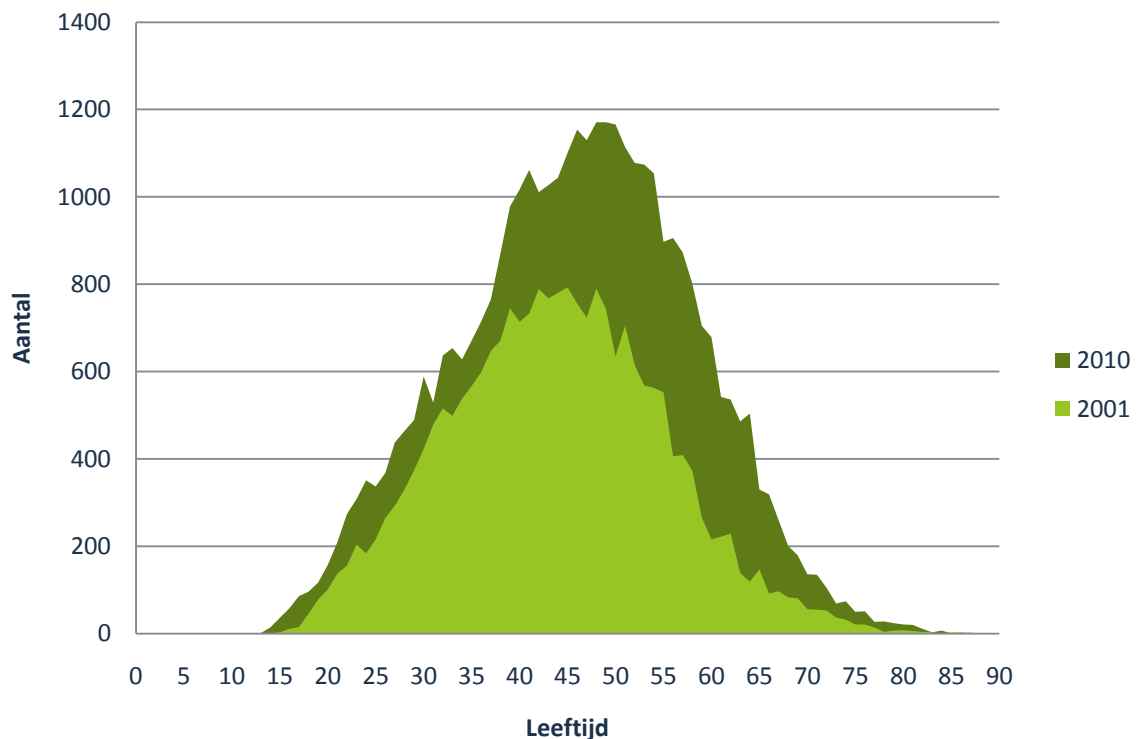
Figuur 22: **Alcohol: Aantal hulpvragers 2001-2010**



2.4 Jong en oud

De laatste jaren neemt het aandeel 55+ onder de alcoholhulpvragers duidelijk toe⁹. Het aandeel jongeren in de totale groep alcoholhulpvragers blijft redelijk stabiel. In 2010 is er zelfs sprake van een lichte daling in de jongerengroep. De grootste groep hulpvragers wordt gevormd door de groep 40-54 jarigen.

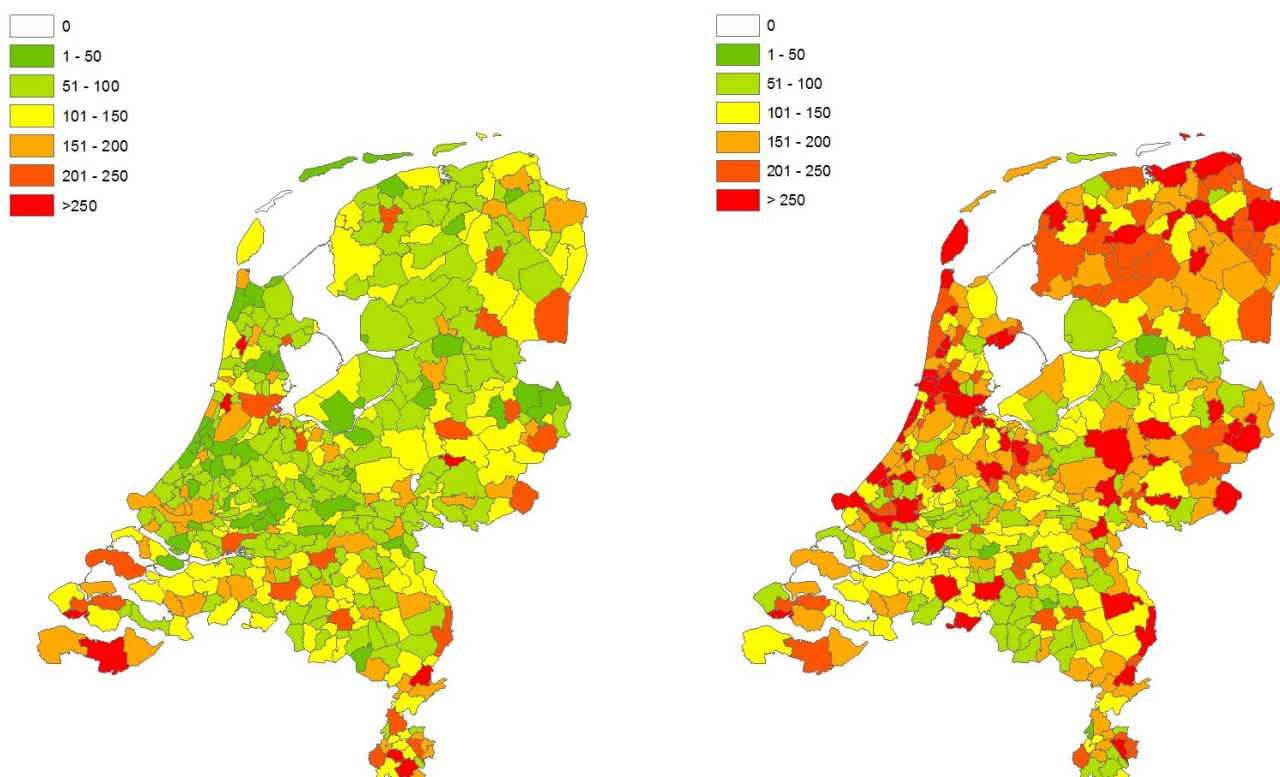
Figuur 23: **Alcohol - Leeftijdsverdeling 2001 versus 2010**



⁹ Alcohol en ouderen in de verslavingszorg in Nederland (1998-2007), Trimbos-instituut, Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie en IVZ, juni 2009

2.5 Regionale spreiding

Figuur 24: Aantal hulpvragers voor alcoholproblematiek per 100.000 inwoners 2001 en 2010

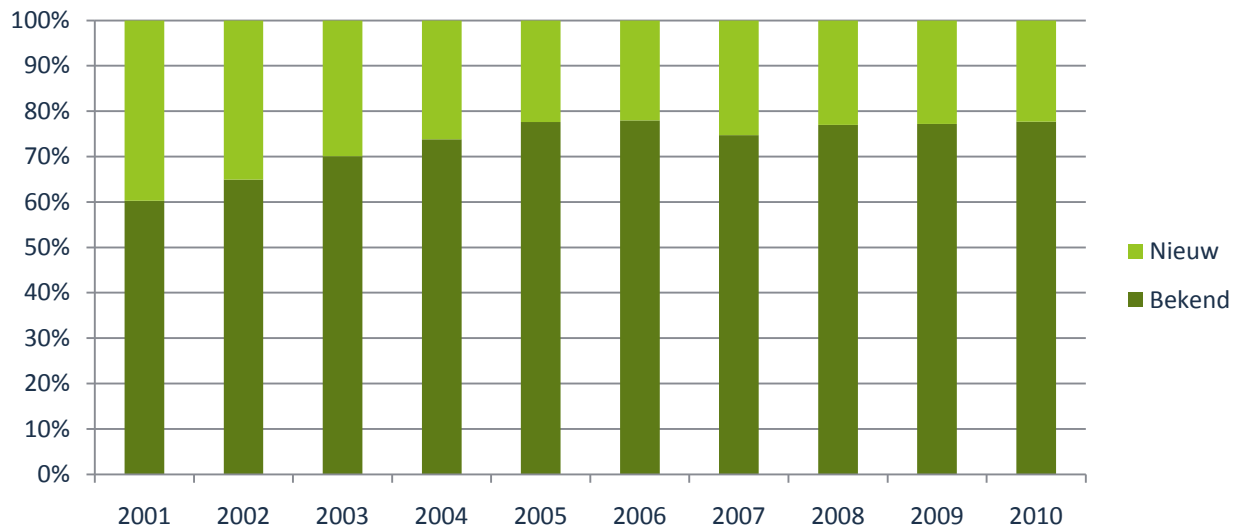


Het landelijke gemiddelde van de hulpvraag voor alcohol ligt in 2010 op 218/100.000 inwoners. In 2001 was dit 141/100.000 inwoners.

2.6 Nieuw en bekend

De laatste jaren melden zich circa 20% nieuwe hulpvragers (ruim 8.000 in 2010) bij de verslavingszorg aan met alcoholproblematiek bij de verslavingszorg. Hieruit volgt dat bijna 80% van de personen met een hulpvraag rondom alcohol eerder bij de verslavingszorg bekend was.

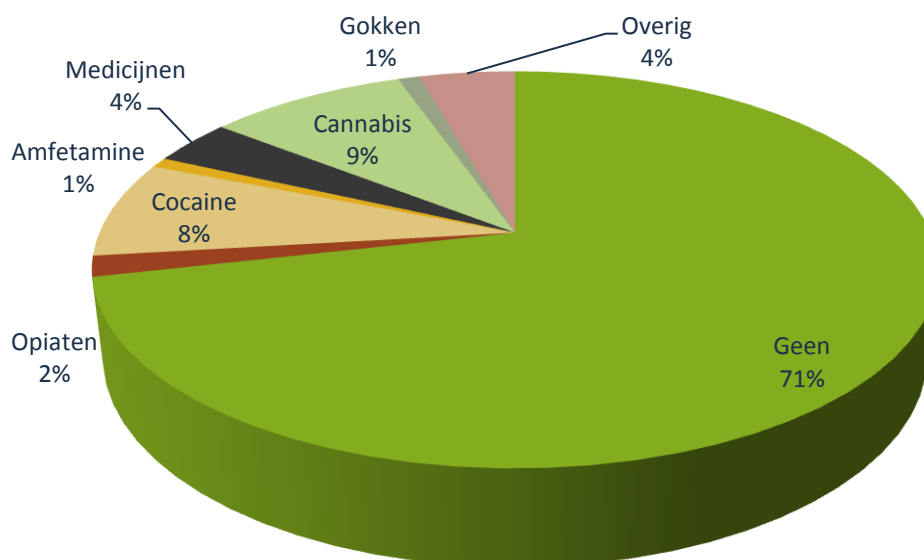
Figuur 25: Alcohol - Trend nieuwe en bekende hulpvragers 2001-2010



2.7 Secundaire problematiek

Alcoholproblematiek gaat in 30% van de gevallen gepaard met problematisch gebruik van andere middelen of met gokken. In verhouding met andere primaire middelen is dit een relatief klein gedeelte (zie figuur 26). Driekwart van de alcoholhulpvragers heeft geen problemen met andere middelen. Opvallend is dat er bij ruim 10% van de populatie met een alcoholhulpvraag sprake is van harddruggebruik (opiaten, cocaïne en amfetamine) dat wordt aangemerkt als secundaire problematiek.

Figuur 26: Alcohol - Secundaire problematiek 2010 (N=33.418)



3 Opiaten

3.1 Uitgelicht

- Daling hulpvragers met opiaat problemen stagneert.
- De groep met een opiaathulpvraag wordt ouder: Aantal 55-plussers stijgt naar 1.700.
- Weinig nieuwe instroom, maar ook weinig uitstroom van hulpvragers.
- Geen nieuwe groepen onder de geringe nieuwe instroom.

3.2 In het kort

Figuur 27: **Overzicht opiaat hulpvraag 2010**

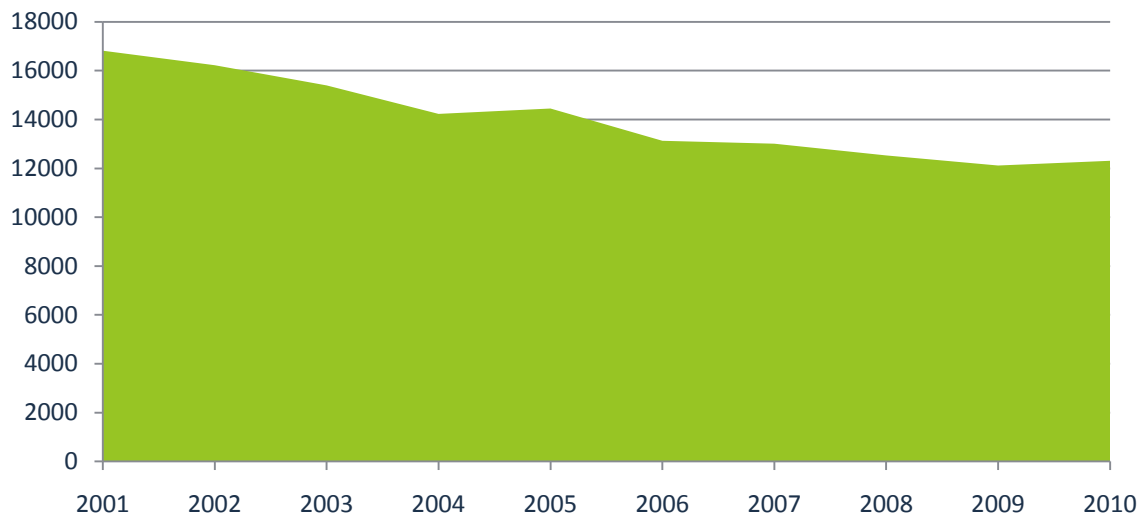
Demografie		
	Aantal hulpzoekers	12.313
	Man : Vrouw	80 : 20
	Gemiddelde leeftijd	45.1
	Aandeel 25-	1.1%
	Aandeel 55+	13.6%
	Aandeel autochtoon	66.2%
	Aantal per 100.000 inwoners	74
Problematiek		
	Aandeel in verslavingszorg	16.1%
	Aandeel intraveneus gebruik	8%
	Enkelvoudig : Meervoudig	42 : 58
	Eerste inschrijving ooit	4.1%
	Gemiddeld aantal contacten/cliënt (excl. methadon)	37
	Gemiddeld aantal innames/ methadoncliënt	228

3.3 Trends en ontwikkeling van de hulpvraag

De opiatengroep is in omvang een relatief constante groep hulpvragers in de verslavingszorg. Zo'n 95% van de hulpvragers zijn 'oude bekenden'. Het aantal nieuwkomers is beperkt en er is weinig uitstroom. Verslavingszorg voor deze groep hulpvragers bestaat grotendeels uit "onderhoudszorg". Dat wil zeggen dat de behandeling gericht is op "harm-reduction" en niet op abstinentie. In een recente studie van het Trimbos-instituut¹⁰ wordt het aantal problematisch opiatengebruikers in Nederland op 17.700 geschat, binnen een marge van 17.300 en 18.100. Dit is een sterke daling ten opzichte van de schatting in 2001 (deze lag tussen 25.700 en 39.000 problematisch opiaatgebruikers). In het LADIS zijn bijna 12.500 personen geregistreerd met opiaatproblematiek.

¹⁰ Aantal problematische harddruggebruikers in Nederland, Trimbos Instituut; 2010 Utrecht

Figuur 28: Opiaten – Aantal hulpvragers 2001-2010

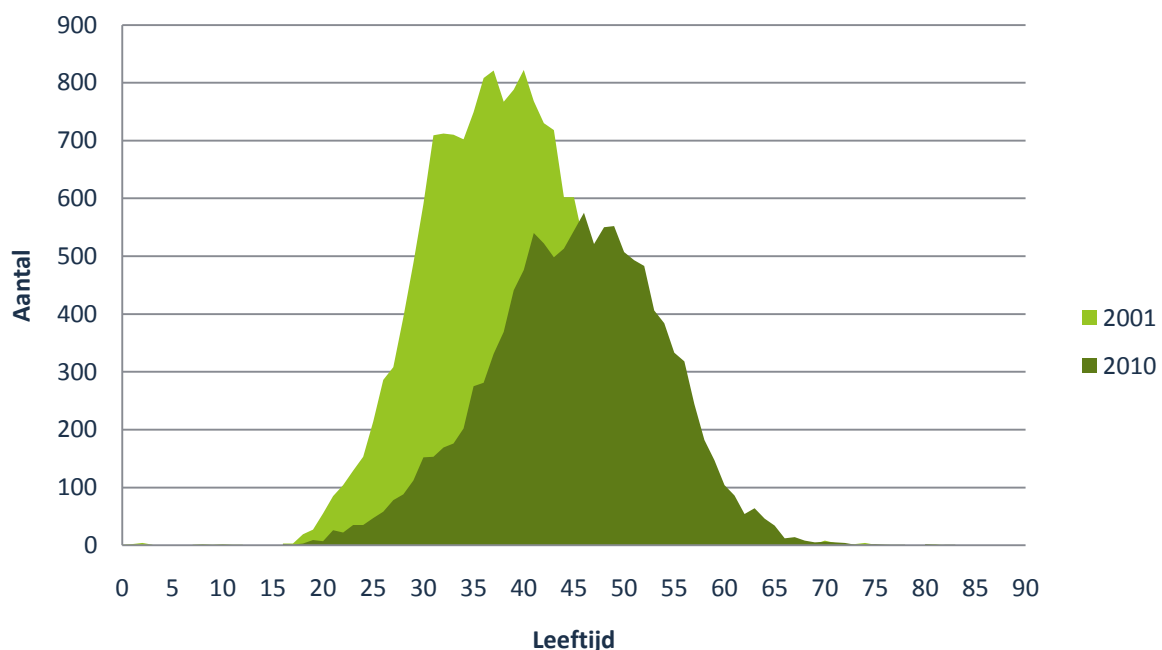


In figuur 28 is een duidelijk dalende trend in de afgelopen 10 jaar van de hulpvraag rondom opiaatgebruik te zien. Deze daling lijkt vanaf 2006 enigszins te stagneren. In 2010 werd een kleine aanwas van 193 personen geregistreerd ten opzichte van 2009. Uit nadere analyse blijkt echter dat dit verklaard kan worden uit een onvolledige aanlevering van een instelling over 2009. Ten opzichte van 2008 en de jaren daarvoor is de trend nog steeds dalend.

3.4 Jong en oud

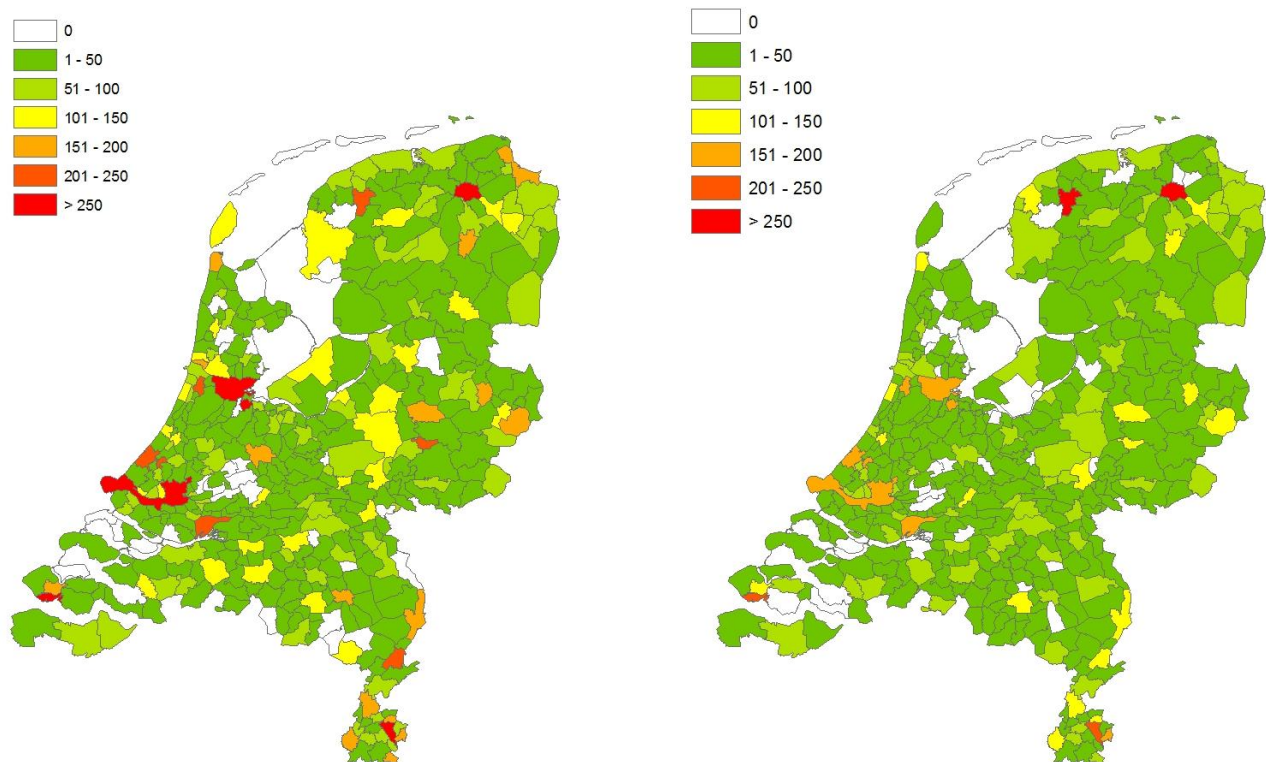
De opiaathulpvragers worden steeds ouder en het aandeel 55+ neemt zowel in aantal als in aandeel nog steeds toe. Er zijn inmiddels 1.700 55-plussers waarvan er 100 zelfs ouder zijn dan 65 jaar. Het betreft grotendeels een groep mensen die chronisch een beroep op de zorg doet en dit naar verwachting ook zal blijven doen. De groep opiaathulpvragers in de verslavingszorg zal daarom de komende jaren steeds verder 'vergrijzen'. De verschuivende leeftijdsontwikkeling is in figuur 29 duidelijk te zien ten opzichte van het jaar 2001.

Figuur 29: Opiaten - Leeftijdsverdeling 2001 versus 2010



3.5 Regionale spreiding

Figuur 30: Aantal hulpvragers opiatenproblematiek per 100.000 inwoners 2001 en 2010

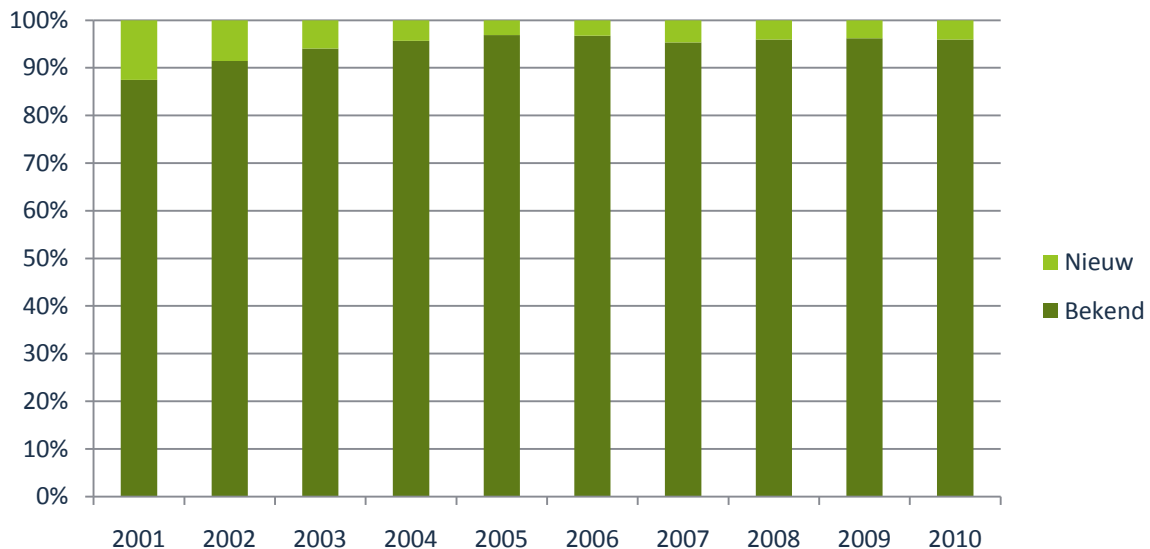


Het landelijke gemiddelde van de hulpvraag voor opiaten ligt in 2010 op 74/100.000 inwoners. In 2001 was dit 105/100.000 inwoners.

3.6 Nieuw en bekend

Vrijwel alle opiaathulpvragers zijn 'oude bekenden'. Opiaatproblematiek kent in Nederland nauwelijks nieuwe aanwas; het overgrote deel van de hulpvragers was al eerder in de zorg (de zogenaamde 'draaideurhulpvragers').

Figuur 31: Opiaten - Trend nieuwe en bekende hulpvragers 2001-2010

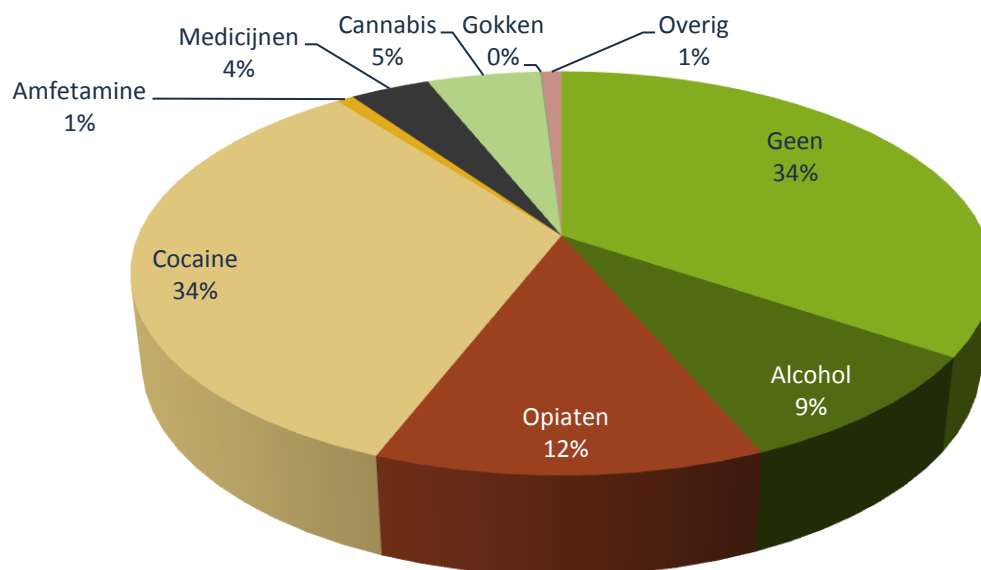


Van de 4% nieuwkomers is gekeken of hier nieuwe groepen, bijvoorbeeld uit voormalige oostbloklanden, zijn te ontwaren. Dit blijkt niet het geval. Er zijn geen opvallende verschillen in demografische kenmerken tussen de nieuwkomers en de groep die al bekend is.

3.7 Secundaire problematiek

Veel opiaatgebruikers hebben naast problemen met het primaire middel ook nog secundaire problematiek. Slechts een derde blijkt geen problemen met andere middelen te hebben. De secundaire problematiek bestaat voornamelijk uit cocaïne en andere opiaten.

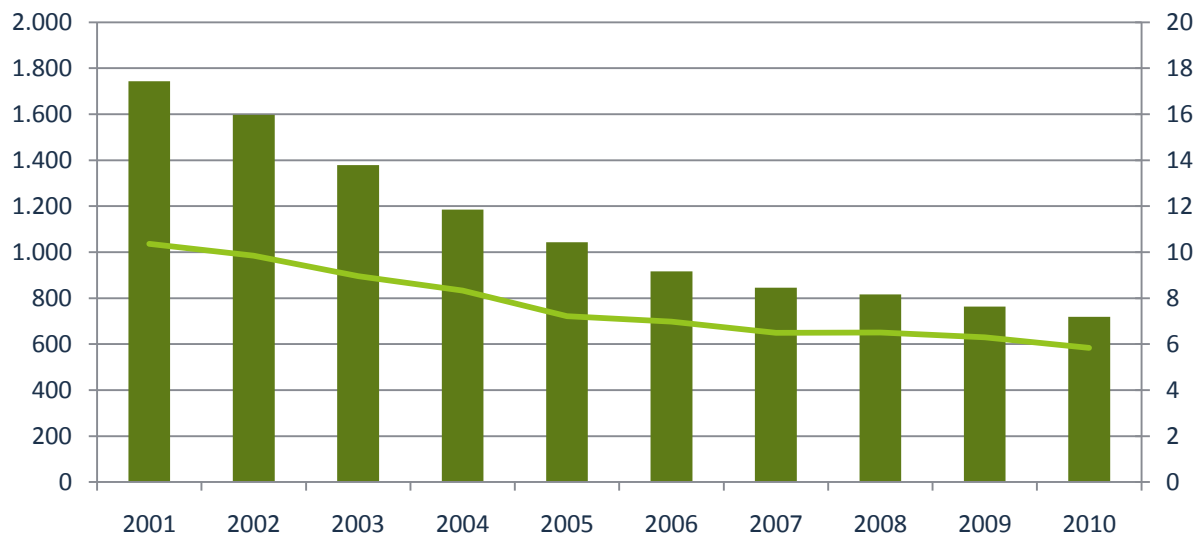
Figuur 32: Opiaten - Secundaire problematiek 2010



3.8 Intraveneus gebruik

Het intraveneus opiaatgebruik neemt nog steeds af in Nederland. De laatste 10 jaar is het aantal spuiters in de hulpverlening gehalveerd. Het percentage daalde in deze periode van ruim 10% tot onder de 6%.

Figuur 33: Aantal en aandeel (%) intraveneus opiaatgebruikers 2001-2010



3.9 Methadon

Het grootste deel, ruim 80% van de opiaatverslaafden binnen de hulpverlening, staat ook ingeschreven bij een methadonprogramma en/of heroïneproject. De stijging vanaf 2007 valt grotendeels te verklaren uit een verbeterde methadonregistratie van een aantal instellingen.

Tabel 10: Methadoncontacten

Jaren	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Hulpvragers	11.597	11.399	9.924	10.199	10.416	9.192	8.187	8.494	9.793	10.085
Innames x 000	2.561	2.577	2.195	2.303	2.403	2.201	1.875	1.869	2.295	2.304
Innames/ cliënt	221	226	221	226	231	239	229	220	234	228

3.10 Cijfers uit de Landelijke Centrale Middelen Registratie (LCMR)

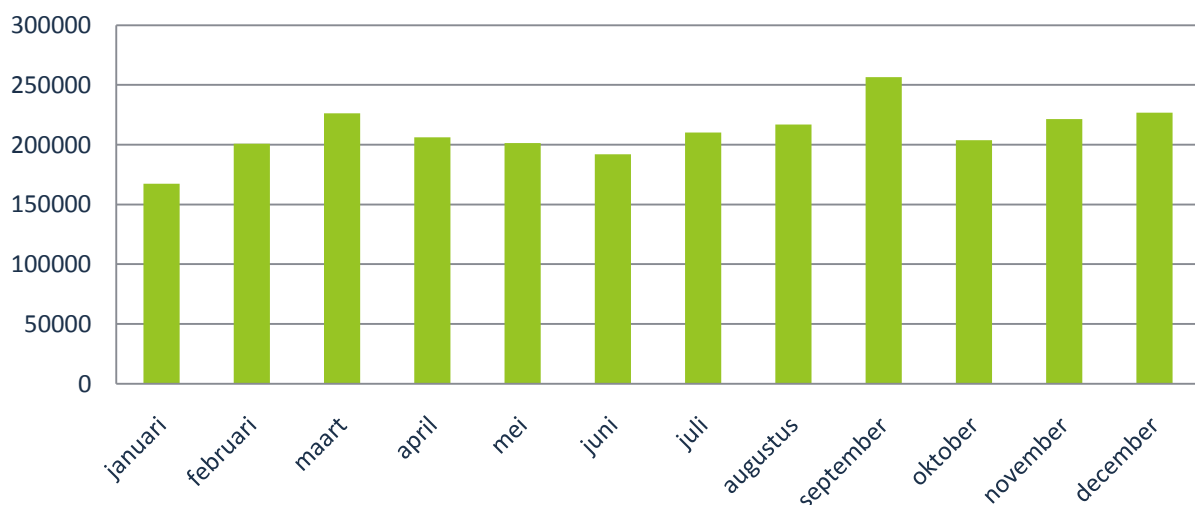
De LCMR is een informatiesysteem op het gebied van opiaatverslaving. Het bevat gegevens over personen aan wie vervangende middelen worden verstrekt in het kader van hun opiaatverslaving. Het systeem is in opdracht van de ministeries van VWS, Justitie en Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) ontwikkeld. De LCMR is bedoeld voor zorgverleners die werkzaam zijn in de zorgketen van verslaafden. Het systeem biedt veilige, betrouwbare en snelle informatie-uitwisseling tussen zorgverleners. Hierdoor hebben zij informatie over de cliënt en over een aantal relevante aanpalende zaken. Zo weten ze óf een cliënt in behandeling is (geweest), bij welke instelling(en) en in welke periode. Ook weten ze wie daar de verantwoordelijke arts was/is en welke opiaatvervangende middelen, in welke dosis gedurende de laatste dagen van deze behandeling zijn verstrekt.

De gegevens worden tevens geanonimiseerd aangewend voor het opstellen van beleidsinformatie. In deze paragraaf zullen een aantal kengetallen worden weergegeven die een aanvulling vormen op de cijfers zoals deze in het LADIS worden verzameld.

Het belangrijkste verschil is dat de LCMR zich niet beperkt tot de verslavingszorg, maar ook de gegevens verzameld van de medische diensten, die onderdeel uitmaken van de 46 penitentiaire inrichtingen (gevangenen en huizen van bewaring) in Nederland. Deze houden zich ook bezig met de zorg voor gedetineerde verslaafden.

3.10.1 Innames van opiaatvervangende middelen

Figuur 34: Aantal innames per maand in 2010

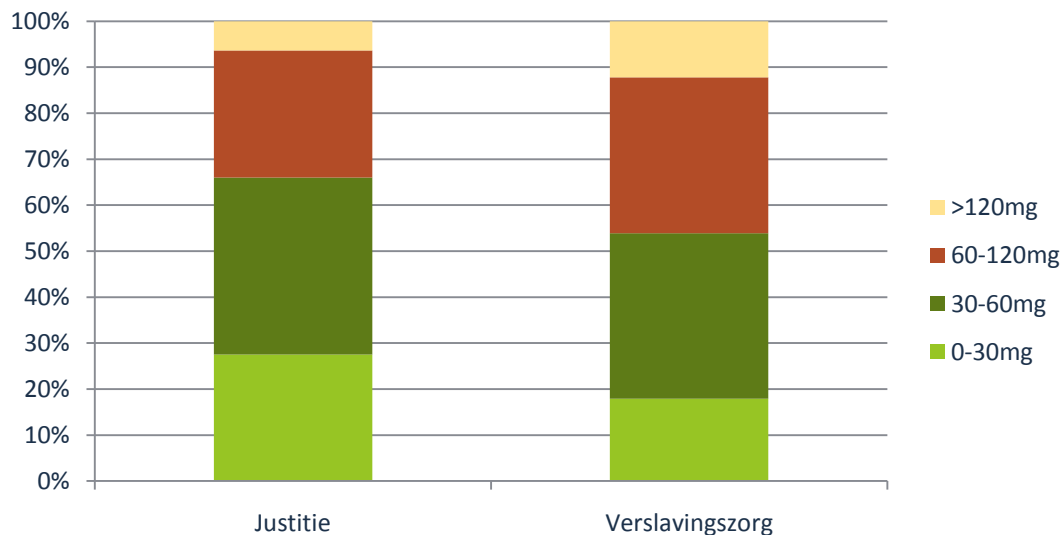


In figuur 34 is te zien dat er maandelijks ruim 200.000 geregistreerde doseringen worden aangeleverd bij de LCMR en dat dit een vrij constante stroom is. In totaal zijn in 2010 ruim 2,5 miljoen doseringen geregistreerd in de LCMR.

3.10.2 Doseringen

De hoogte van de doseringen ziet u in figuur 35, waarbij een onderscheid is gemaakt tussen de verstrekkingen binnen Justitie en binnen de ambulante verslavingszorg (incl. GGD Amsterdam). Hier zien we dat er binnen Justitie gemiddeld lagere doseringen worden gegeven ten opzichte van de ambulante zorg. Het aantal hoge-dosering-behandelingen is bij Justitie opmerkelijk lager.

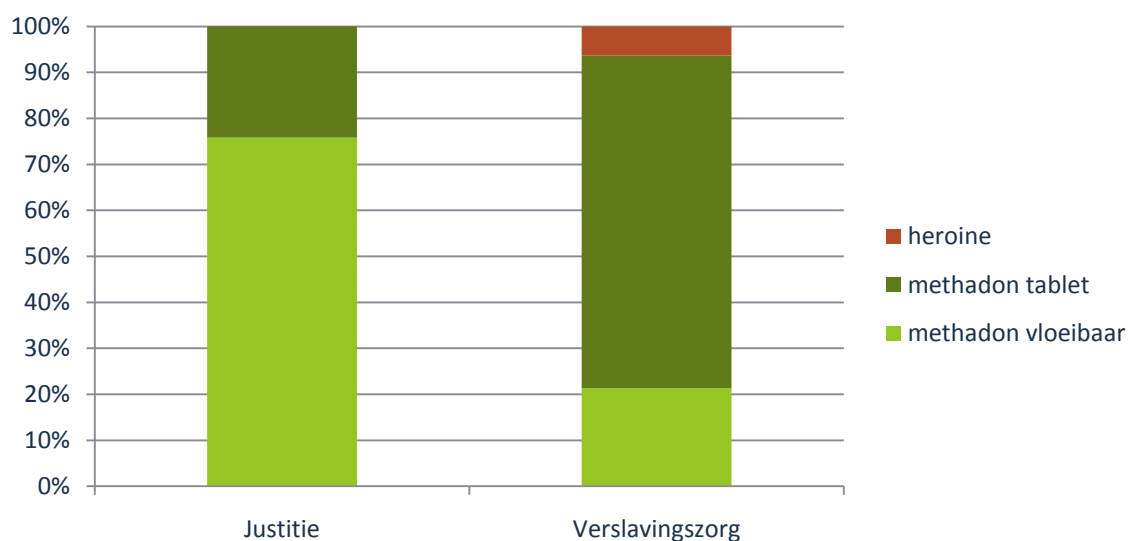
Figuur 35: Verdeling aantal milligrammen Justitie / Verslavingszorg



3.10.3 Pillen of vloeibaar

Figuur 36 laat zien dat er een groot verschil is in de soort verstrekking. Binnen Justitie wordt er voornamelijk vloeibare methadon verstrekt terwijl de ambulante zorg meer en meer is overgegaan op methadon in tabletvorm. Ook de heroïneverstrekkingen zijn zichtbaar; wel is hiervan bekend dat niet alle heroïneposten hun gegevens aanleveren aan de LCMR. Ook hier is nog vooruitgang te boeken.

Figuur 36: Soort verstrekking



Met behulp van ZorgTTP (Trusted Third Party) worden de LADIS-sleutels gegenereerd.

Via ZorgTTP kunnen de LADIS gegevens ten aanzien van methadon worden verrijkt met de LCMR gegevens. ZorgTTP kan het LCMR domein gepseudonimiseerd koppelen aan de LADIS gegevens. Een vergelijking tussen LADIS-cijfers en LCMR-cijfers toont aan dat ongeveer 850 unieke personen wel bekend zijn binnen de LCMR, maar niet in LADIS voorkomen. Hieronder vallen ook de hulpvragers die via de apotheek verstrekt krijgen. Een groot deel bevindt zich in het grootstedelijk gebied maar het verschijnsel blijkt door heel Nederland en bij alle instellingen voor te komen.

De vraag rijst of dit bijvoorbeeld zorgmijders of dubbele identiteiten zijn. Al eerder is gebleken dat in de zorg- en het justitiedomein dubbele identiteiten voorkomen.

Nader onderzoek naar deze groep zal in 2011 plaats gaan vinden.

4 Cocaïne

4.1 Uitgelicht

- Daling cocaïne hulpvraag zet zich voort.
- 85% is eerder in behandeling geweest.
- Aandeel jongeren <25 jaar met cocaïne hulpvraag daalt onder 10%.
- Gemiddelde leeftijd van de cocaïne hulpvragers stijgt.

4.2 In het kort

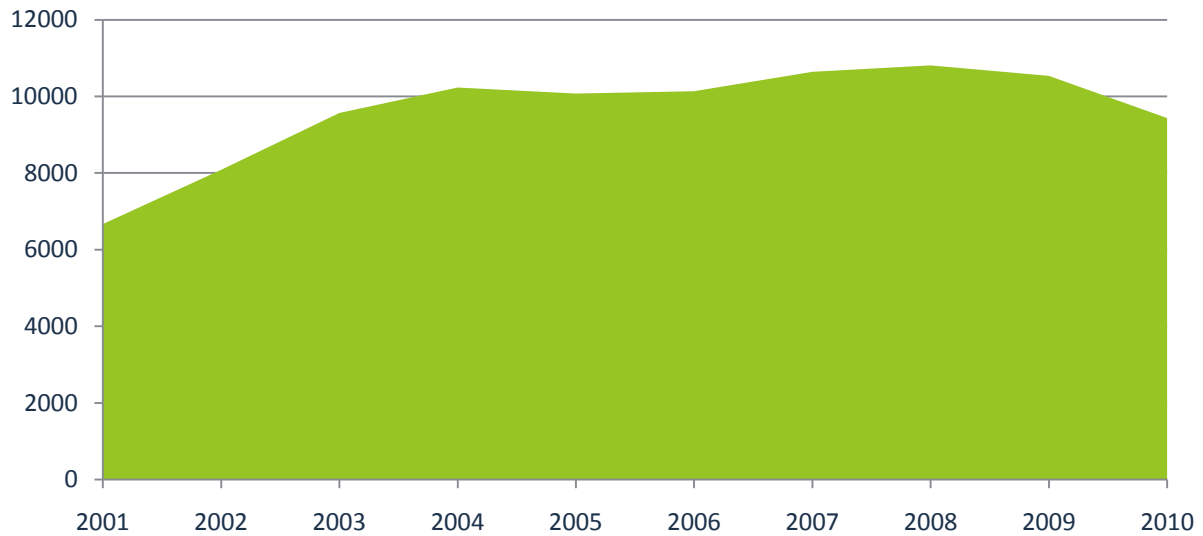
Tabel 11: Overzicht cocaïne hulpvraag 2010

Demografie		
	Aantal hulpzoekers	9437
	Man : Vrouw	83 : 17
	Gemiddelde leeftijd	36.6
	Aandeel 25-	9.7%
	Aandeel 55+	3.8%
	Aandeel autochtoon	71.9%
	Aantal per 100.000 inwoners	57
Problematiek		
	Aandeel in verslavingszorg	12.4%
	Crack : Snuifcoke	55 : 46
	Enkelvoudig : Meervoudig	39 : 61
	Eerste inschrijving ooit	14%
	Gemiddeld aantal contacten/cliënt	28

4.3 Trends en ontwikkeling van de hulpvraag

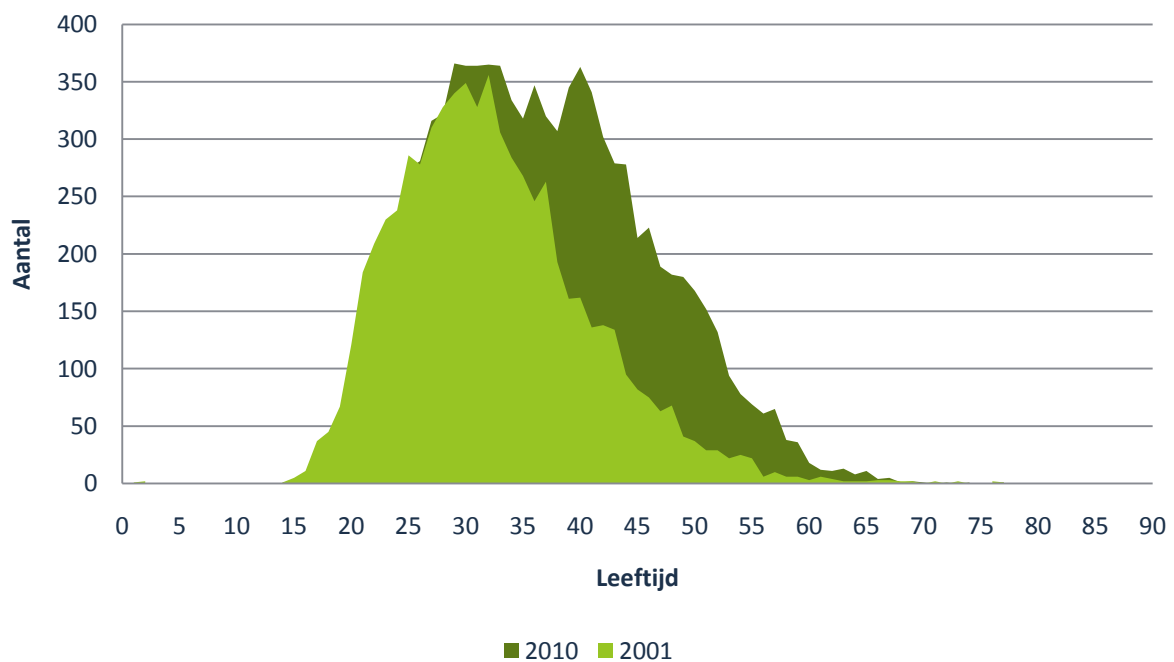
Na een sterke toename van het aantal hulpvragers tussen eind jaren negentig en 2004 is een zekere stabilisatie opgetreden in de omvang van de cocaïne gerelateerde hulpvraag. Vanaf 2004 betreft het ongeveer 10.000 hulpvragers. In 2010 is er voor het eerst sprake van een lichte daling.

Het aandeel weerkerende hulpvragers wordt, net als bij de groep opiaten, steeds groter. Ook hier lijkt het begrip 'onderhoudszorg' of 'draaideurcliënt' van toepassing te raken.

Figuur 37: **Cocaïne – Aantal hulpvragers 2001-2010**


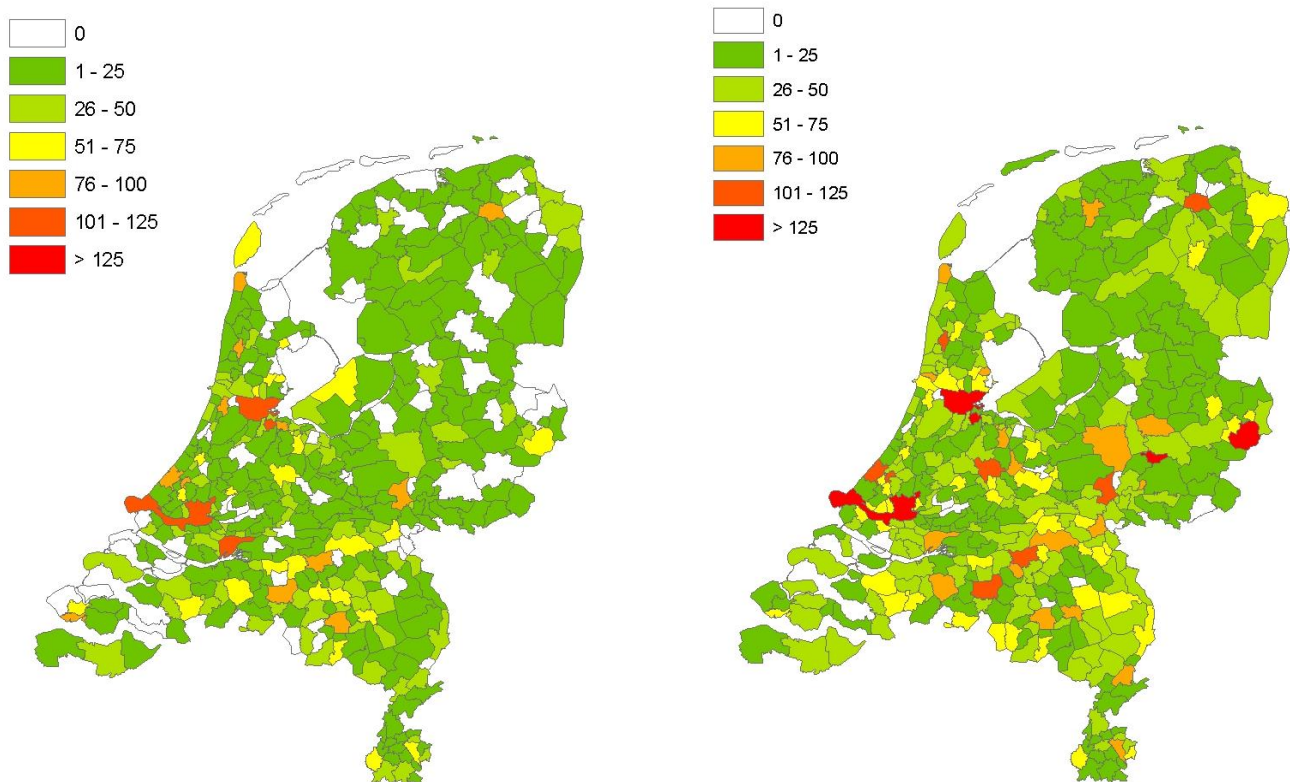
4.4 Jong en oud

Ook bij cocaïne is de verschuiving naar oudere leeftijdsgroepen zichtbaar geworden in de afgelopen 10 jaar.

 Figuur 38: **Cocaïne - Leeftijdsverdeling 2001 versus 2010**


4.5 Regionale spreiding

Figuur 39: Aantal hulpvragers cocaïneproblematiek per 100.000 inwoners 2001 en 2010

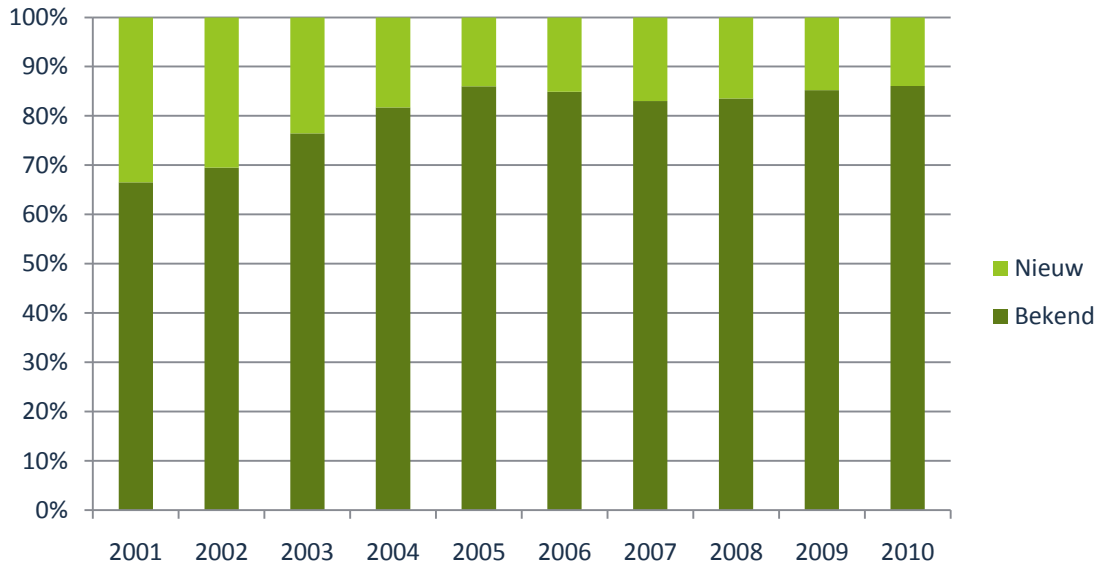


Het landelijke gemiddelde van de hulpvraag voor cocaïne ligt in 2010 op 57/100.000 inwoners. In 2001 was dit 42/100.000 inwoners.

4.6 Nieuw en bekend

Er is net als bij de andere primaire middelen een toenemende groep cocaïnehelpvragers die meermalen een beroep doen op de hulpverlening in het kader van hun problematiek.

Figuur 40: **Cocaïne - Trend nieuwe en bekende helpvragers 2001-2010**

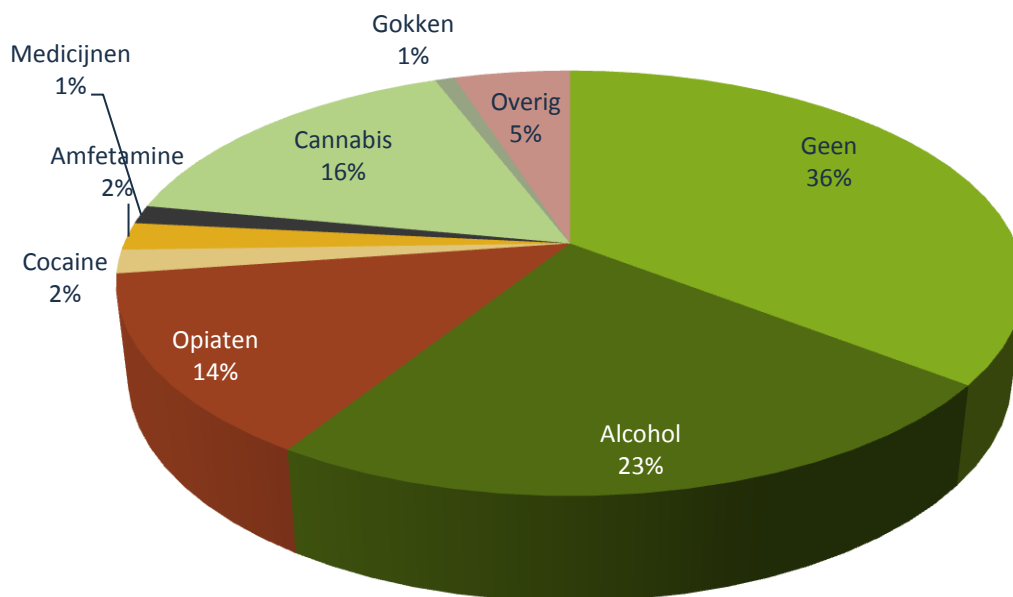


De totale groep cocaïnehelpvragers bestaat inmiddels voor het overgrote deel uit reeds eerder aangemelde helpvragers. In 2010 schrijven circa 1.300 nieuwe helpvragers zich in met een hulpvraag rondom het gebruik van cocaïne.

4.7 Secundaire problematiek

Tweederde van de groep heeft naast cocaïneproblematiek ook andere problematiek.

Figuur 41: **Cocaïne - Secundaire problematiek 2010**



Alcohol komt het meest voor als secundaire problematiek bij de groep cocaïnehelpvragers. Daarnaast komen cannabis en opiaten vaak voor.

5 Cannabis

5.1 Uitgelicht

- Cannabis hulpvragers doen toenemend beroep op hulpverlening.
- Hulpvraag cannabis gestegen van 3.500 in 2001 naar 11.000 in 2010
- Na alcohol en opiaten nu meest voorkomende hulpvraag.
- Relatief groot deel van hulpvragers voor het eerst in verslavingszorg.

5.2 In het kort

Tabel 12: Overzicht cannabis hulpvragers 2010

Demografie		
	Aantal hulpzoekers	10.971
	Man : Vrouw	80 : 20
	Gemiddelde leeftijd	28.4
	Aandeel 25-	41.4%
	Aandeel 55+	1.1%
	Aandeel autochtoon	79.8%
	Aantal per 100.000 inwoners	66
Problematiek		
	Aandeel in verslavingszorg	14.4%
	Enkelvoudig : Meervoudig	66 : 34
	Eerste inschrijving ooit	37%
	Gemiddeld aantal contacten/cliënt	17

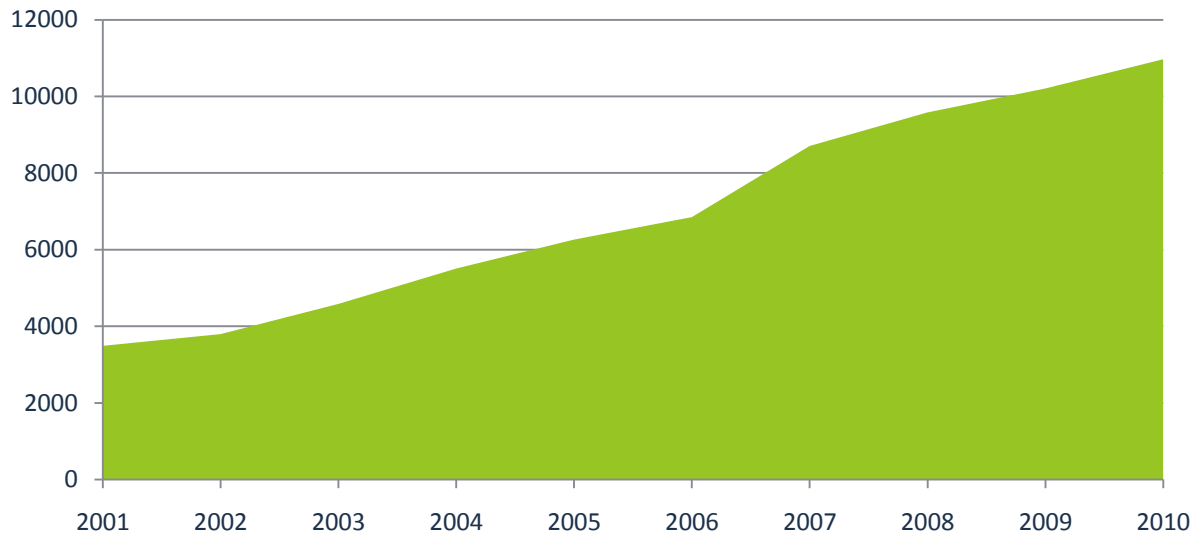
De gemiddelde leeftijd van cannabisbushulpvragers ligt met 28 relatief laag. Meervoudige problematiek komt in ongeveer een derde van de gevallen voor. Er zijn in verhouding met andere middelen weinig hulpverleningscontacten bij de zorg voor cannabisbushulpvragers.

5.3 Trends en ontwikkeling van de hulpvraag

De hulpvraag van cannabis problematiek is in 10 jaar tijd verdrievoudigd. In een recent verschenen bulletin besteedde IVZ al aandacht aan deze ontwikkeling.¹¹

¹¹ 15 jaar Cannabisbushulpvraag in Nederland; Belangrijkste ontwikkelingen van de hulpvraag voor cannabisproblematiek in de verslavingszorg 1995-2009, Houten, april 2011

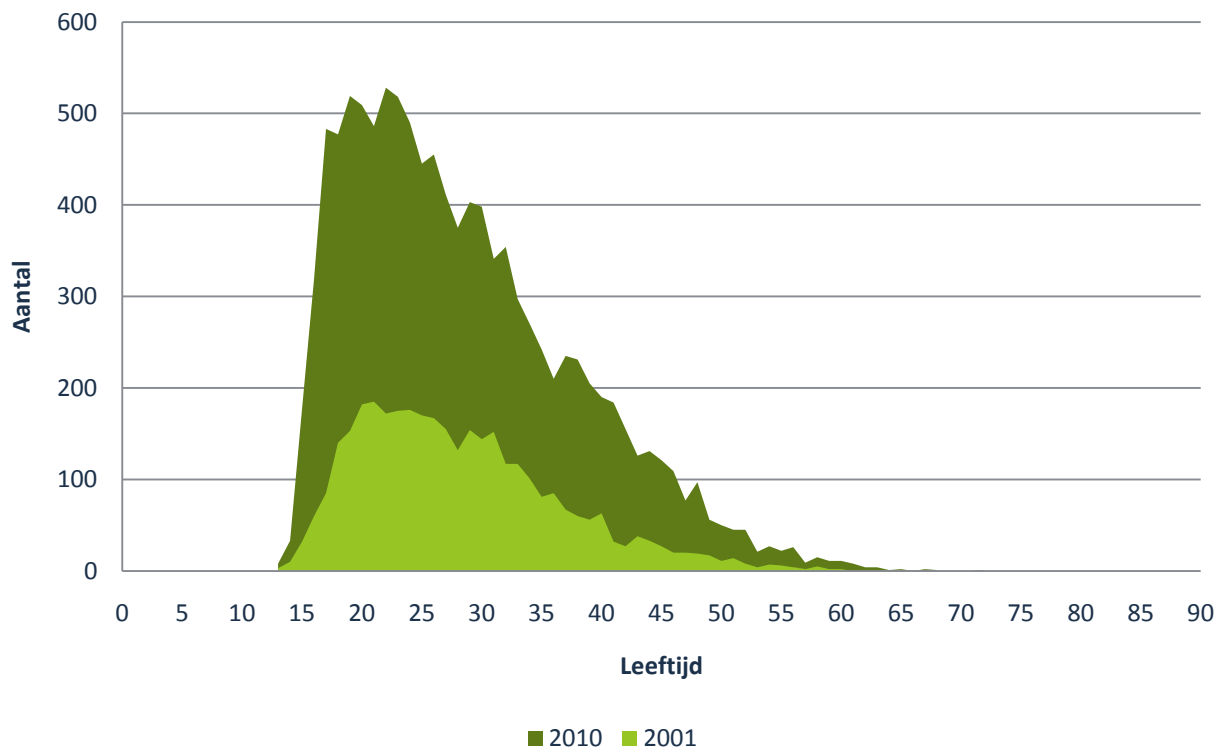
Figuur 42: **Cannabis – Aantal hulpvragers 2001-2010**



In 2001 waren er 3.500 personen met een hulpvraag voor cannabis. In 2010 zijn dit er 11.000.

5.4 Jong en oud

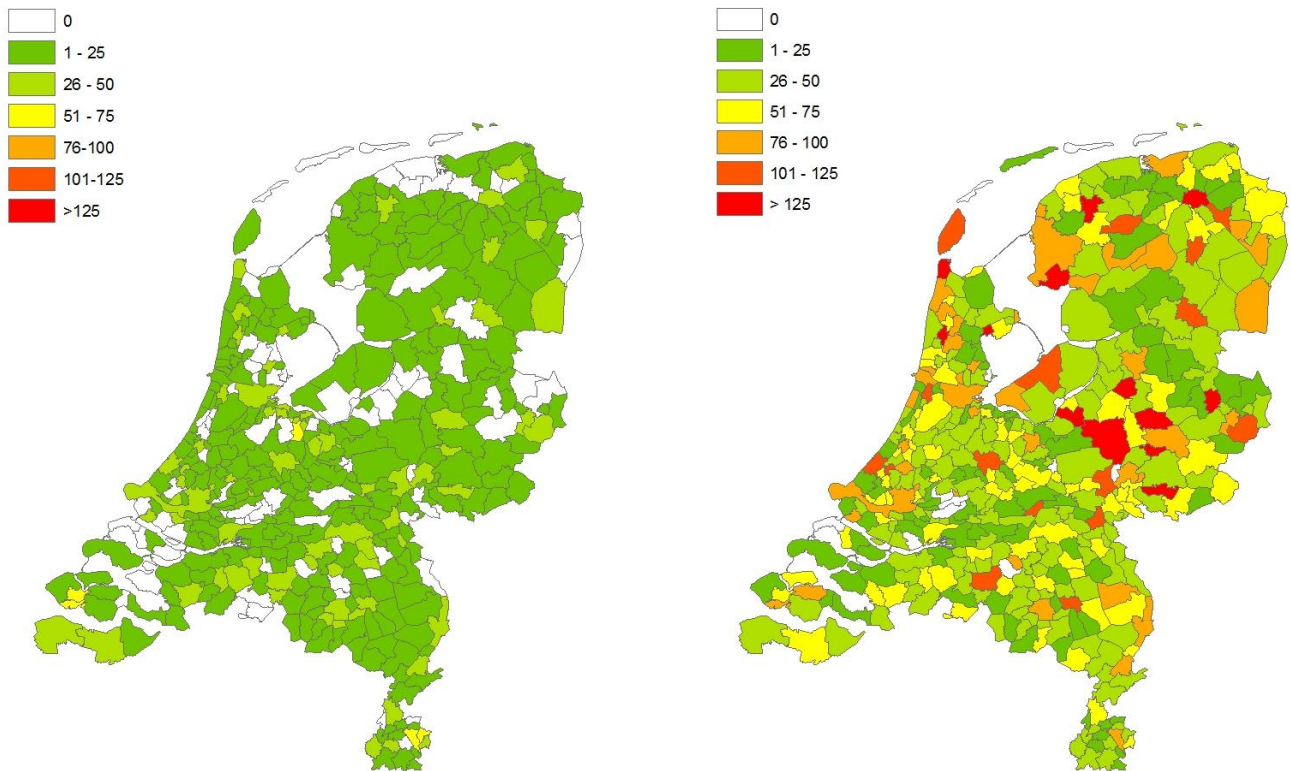
Figuur 43: **Cannabis - Leeftijdsverdeling 2001 versus 2010**



Ofschoon de hulpvraag rondom cannabis nog grotendeels een jongerenaangelegenheid is, stijgt de gemiddelde leeftijd en komen ook 30-plussers steeds vaker met cannabis als primair probleem in de hulpverlening. De 'leeftijdsberg' in figuur 43 voor 2010 is ook voor de groep ouder dan 30 jaar aanzienlijk gegroeid en opzichte van 2001.

5.5 Regionale spreiding

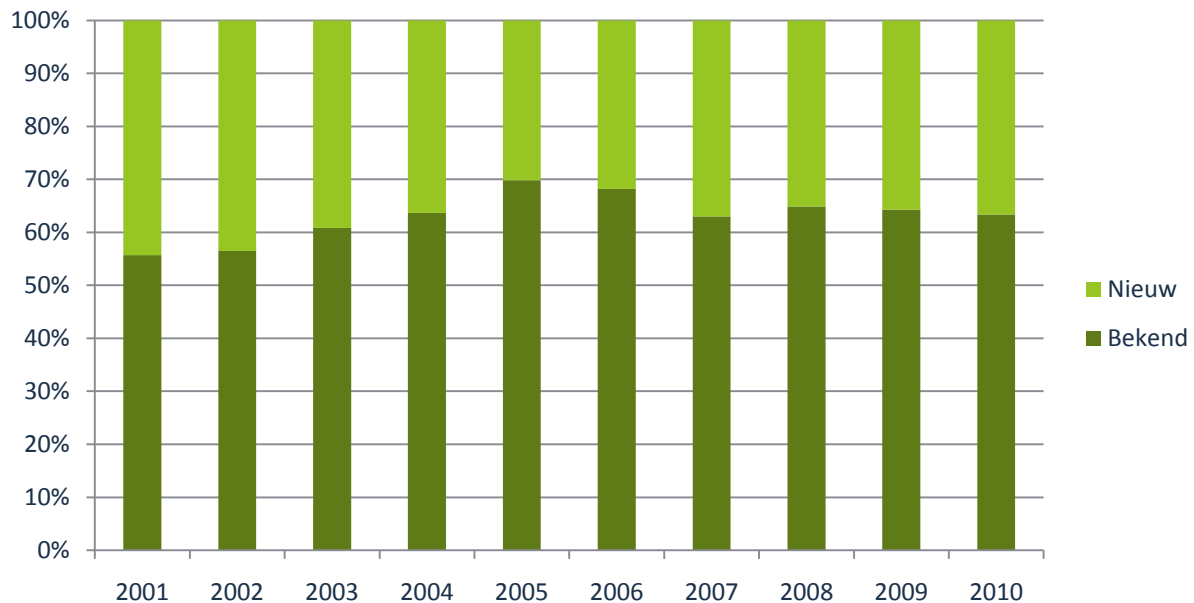
Figuur 44: Aantal hulpvragers cannabisproblematiek per 100.000 inwoners 2001 en 2010



Het landelijke gemiddelde van de hulpvraag voor cannabis ligt in 2010 op 66/100.000 inwoners. In 2001 was dit 22/100.000 inwoners.

5.6 Nieuw en bekend

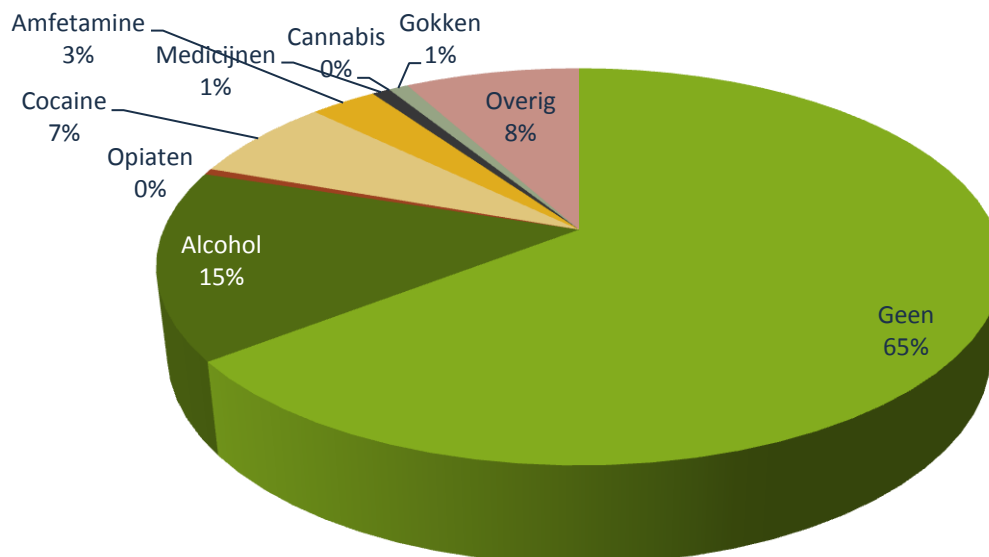
Figuur 45: Cannabis - Trend nieuwe en bekende hulpvragers 2001-2010



Cannabis problematiek heeft in vergelijking met andere problematieken een groot aandeel nieuwkomers. In 2010 is bijna 40% van de cannabis hulpvragers niet eerder ingeschreven geweest in de verslavingszorg. Het totale percentage nieuwkomers in de verslavingszorg bedraagt 20%.

5.7 Secundaire problematiek

Figuur 46: Cannabis - Secundaire problematiek 2010



Cannabisproblematiek staat in het merendeel van de hulpvragen op zichzelf. Circa een derde van de hulpvragers heeft problemen met andere middelen. Vaak gaat het dan om alcohol- of cocaïnegebruik.

6 Amfetamine en Ecstasy

6.1 Uitgelicht

- Aantal hulpzoekers stabiliseert sinds 2007.
- Aantal en aandeel van jongeren met amfetamine hulpvraag daalt.
- Steeds meer amfetamine hulpvragers zijn eerder in behandeling geweest.
- Amfetamine en ecstasy blijven een beperkt probleem in Nederland.

6.2 In het kort

Amfetamine en Ecstasy zijn in Nederland in aantal 'kleine' middelen in de verslavingszorg en kennen sinds 2007 een zekere stabilisatie rond 1.800 hulpvragers per jaar. Dit is in schril contrast met de ons omringende landen in de EU, waar amfetamine een relatief nog steeds groot probleem is.¹²

Tabel 13: Overzicht amfetamine- en ecstasy hulpvraag 2010

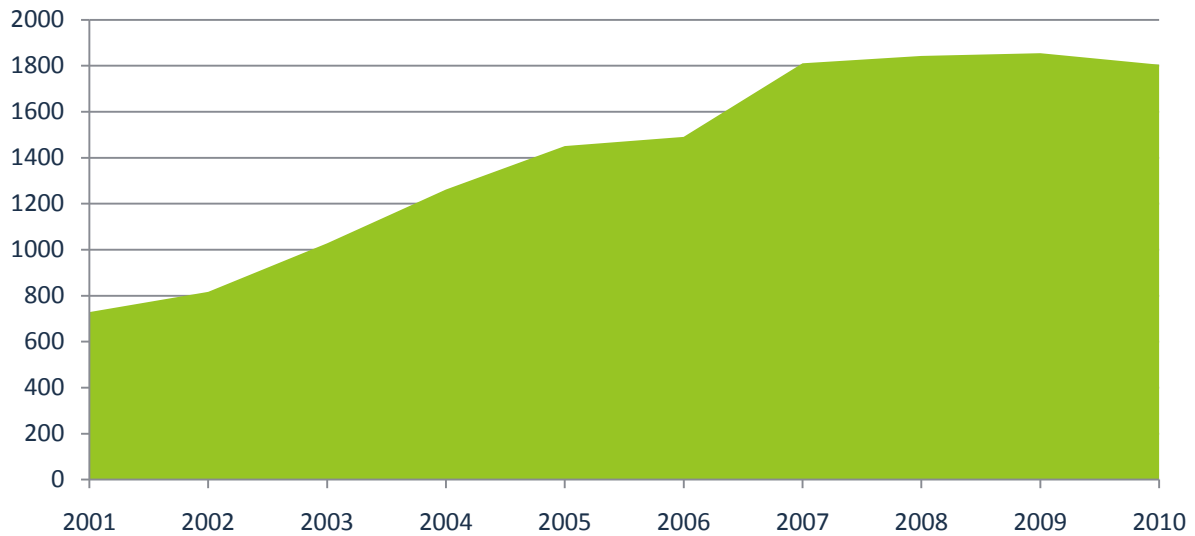
Demografie		
	Aantal hulpzoekers	1805
	Man : Vrouw	78 : 22
	Gemiddelde leeftijd	29.3
	Aandeel 25-	42.0%
	Aandeel 55+	0.9%
	Aandeel autochtoon	92.9%
	Aantal per 100.000 inwoners	11
Problematiek		
	Aandeel in verslavingszorg	2.4%
	Enkelvoudig : Meervoudig	38 : 62
	Eerste inschrijving ooit	23.5%
	Gemiddeld aantal contacten/cliënt	23

6.3 Trends en ontwikkeling van de hulpvraag

In 2001 stonden 648 personen met een hulpvraag voor amfetamine of ecstasy ingeschreven bij de verslavingszorg. Dit liep in de jaren daarna geleidelijk op tot 1.800 in 2007. Sindsdien is een min of meer gelijk aantal hulpvragers ingeschreven.

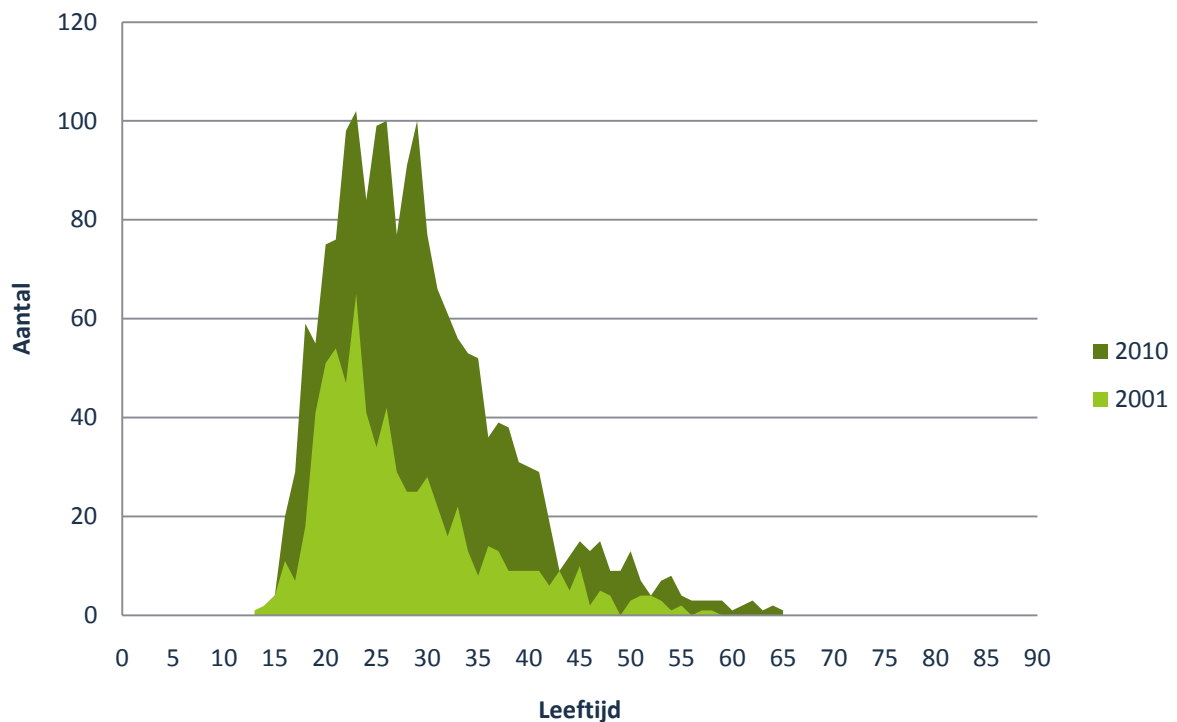
¹² 2010 Annual report on the state of the drugs problem in Europe, EMCDDA, Lisbon, November 2010

Figuur 47: **Amfetamine en Ecstasy- Trend hulpvraag 2001-2010**



6.4 Jong en oud

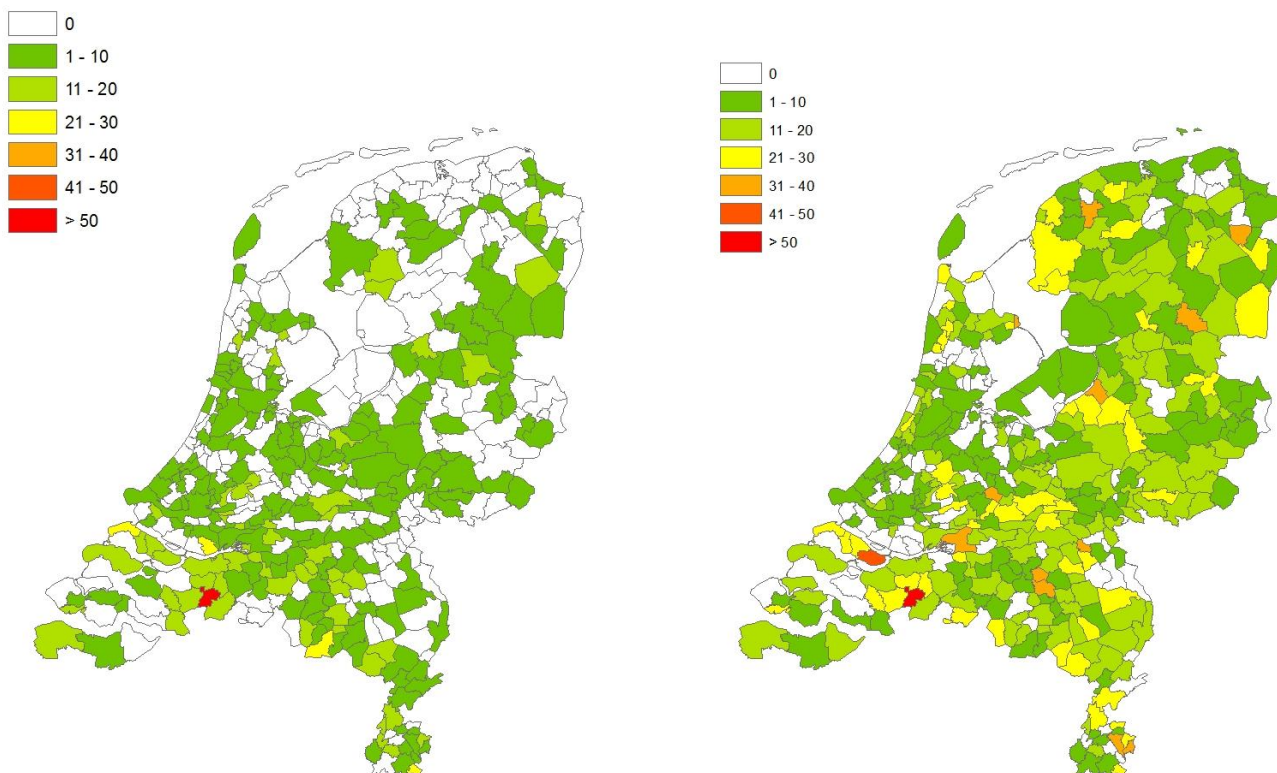
Figuur 48: **Amfetamine en Ecstasy - Leeftijdsverdeling 2001 versus 2010**



Amfetamine en Ecstasy zijn aan te duiden als jongerenproblematiek. 42% is jonger dan 25 jaar. Toch neemt het aandeel jongeren de laatste jaren af. In 2004 bedroeg dit aandeel nog 49%.

6.5 Regionale spreiding

Figuur 49: Aantal hulpvragers amfetamine- en ecstasyproblematiek per 100.000 inwoners 2001 en 2010

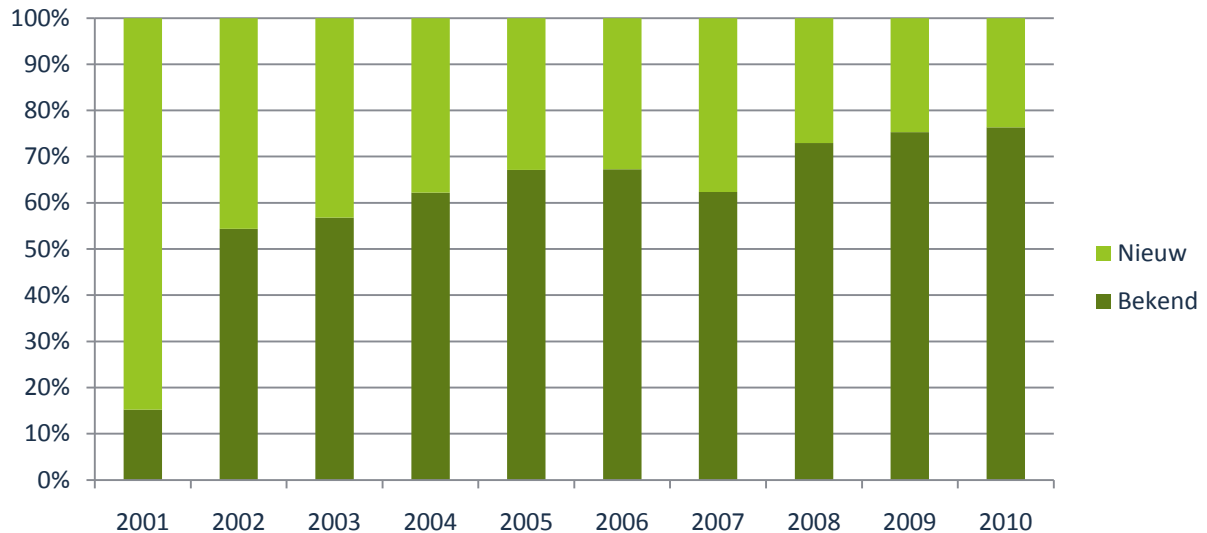


Het landelijke gemiddelde van de hulpvraag voor amfetamine en ecstasy ligt in 2010 op 11/100.000 inwoners. In 2001 was dit 5/100.000 inwoners.

6.6 Nieuw en bekend

Ook bij amfetamine en ecstasy gaat het in 2010 in veel gevallen om personen die al eerder een beroep op de hulpverlening deden. De aanwas van echt nieuwe hulpvragers is beperkt. In vergelijking met 10 jaar geleden is het aandeel nieuwkomers sterk gedaald.

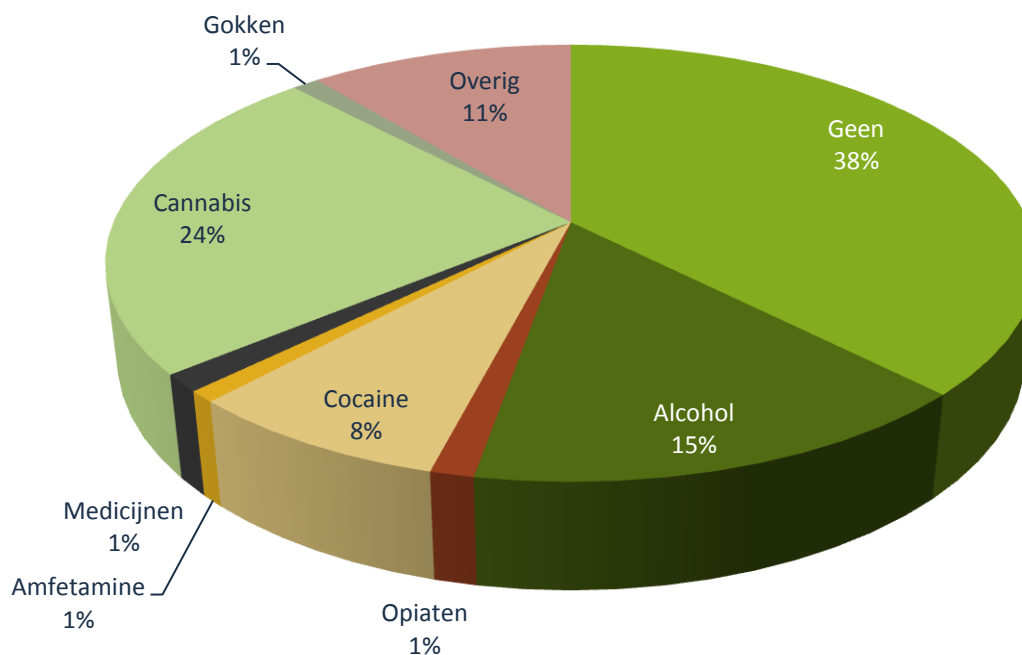
Figuur 50: Amfetamine en Ecstasy - Trend nieuwe en bekende hulpvragers 2001-2010



6.7 Secundaire problematiek

In veel gevallen (circa 60%) is er naast het amfetamine- of ecstasygebruik sprake van één of meerdere secundaire problematieken. Cannabis, alcohol en cocaïne zijn de meest voorkomende nevenproblematieken.

Figuur 51: Amfetamine - Secundaire problematiek 2010



7 GHB

7.1 Uitgelicht

- GHB hulpvraag stijgt sterk, maar het aantal hulpvragers blijft vooralsnog beperkt.
- Driekwart van de hulpvragers uit 2010 is al eerder ingeschreven geweest.

7.2 In het kort

GHB problematiek heeft nog geen lange geschiedenis in de verslavingszorg. Sinds 2007 wordt het als aparte problematiek geregistreerd ofschoon het al sporadisch voorkwam sinds eind 90-er jaren. Voor 2007 werd het onder overige middelen geregistreerd. De toenemende verontrusting bij enkele hulpverleners en hulpverleningsorganisaties en de daaruit ontstane onrust bij beleidsmakers is aanleiding geweest om het apart te gaan vastleggen.

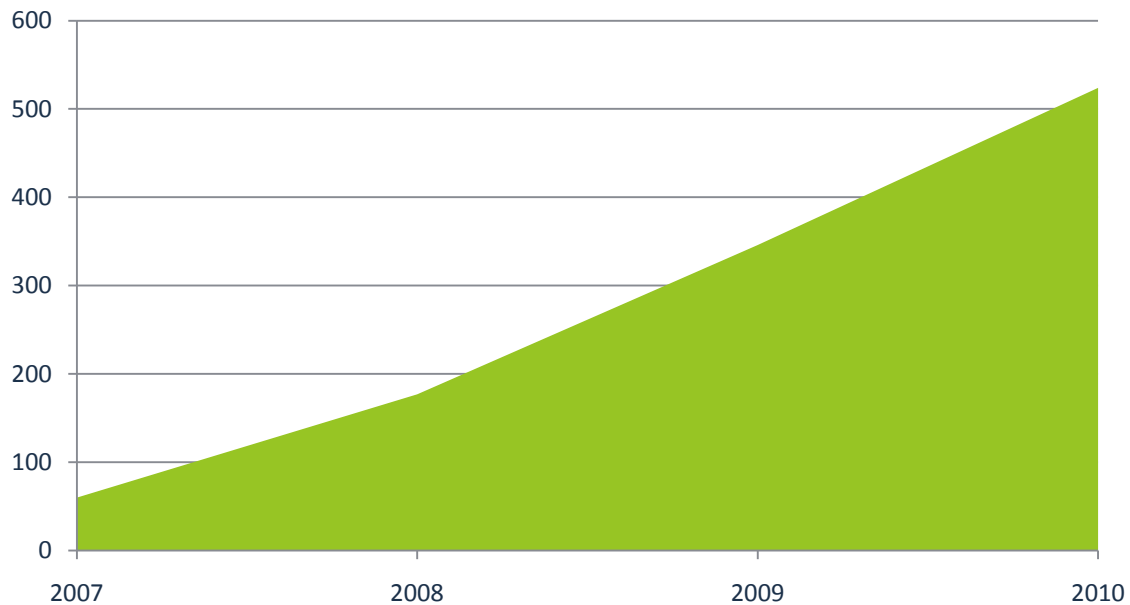
De groei van het aantal hulpvragers is in de laatste jaren onmiskenbaar ofschoon de aantallen ten opzichte van andere problematieken nog gering is.

Tabel 14: **Overzicht GHB hulpvraag 2010**

Demografie		
Aantal hulpzoekers		524
Man : Vrouw		31 : 69
Gemiddelde leeftijd		28
Aandeel 25-		36%
Aandeel 55+		<1%
Aandeel autochtoon		93%
Aantal per 100.000 inwoners		3
Problematiek		
Aandeel in verslavingszorg		<1%
Enkelvoudig : Meervoudig		53 : 47
Eerste inschrijving ooit		29%
Gemiddeld aantal contacten/cliënt		29

7.3 Trends en ontwikkeling van de hulpvraag

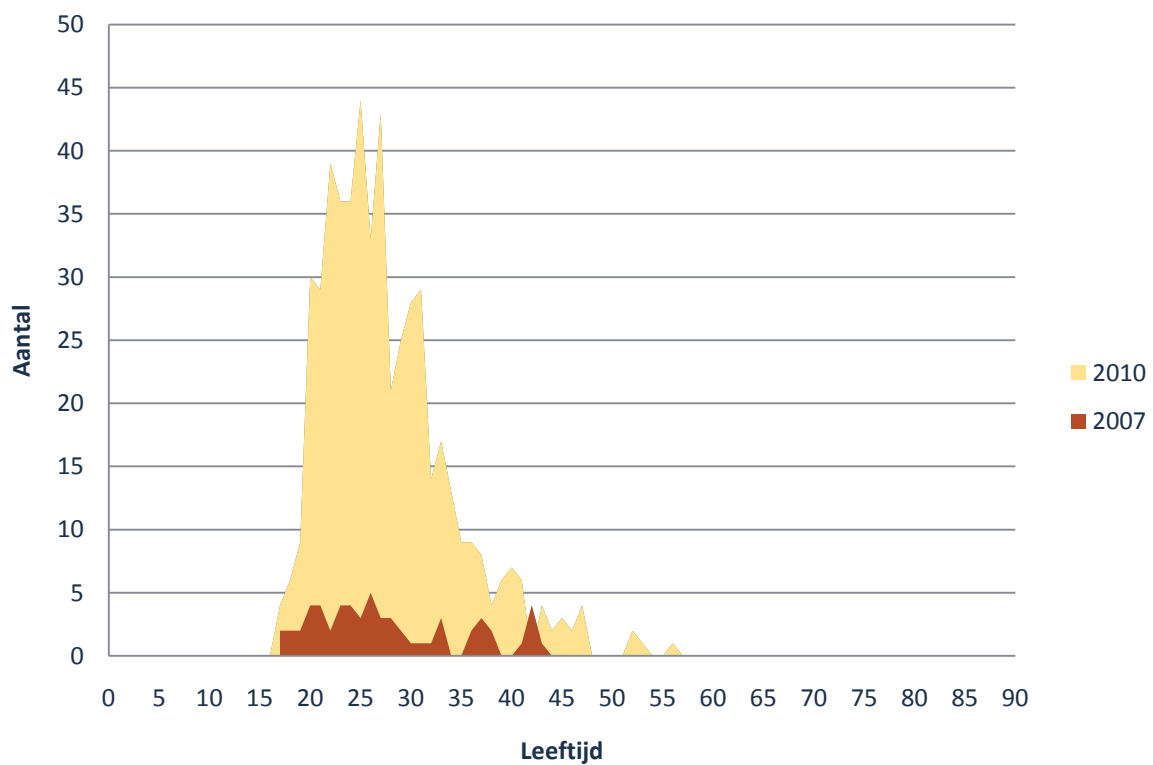
Figuur 52: **GHB - Trend hulpvraag 2001-2010**



De hulpvraag voor GHB is sterk toegenomen. Het aandeel in de verslavingszorg is vooralsnog echter nog zeer beperkt.

7.4 Jong en oud

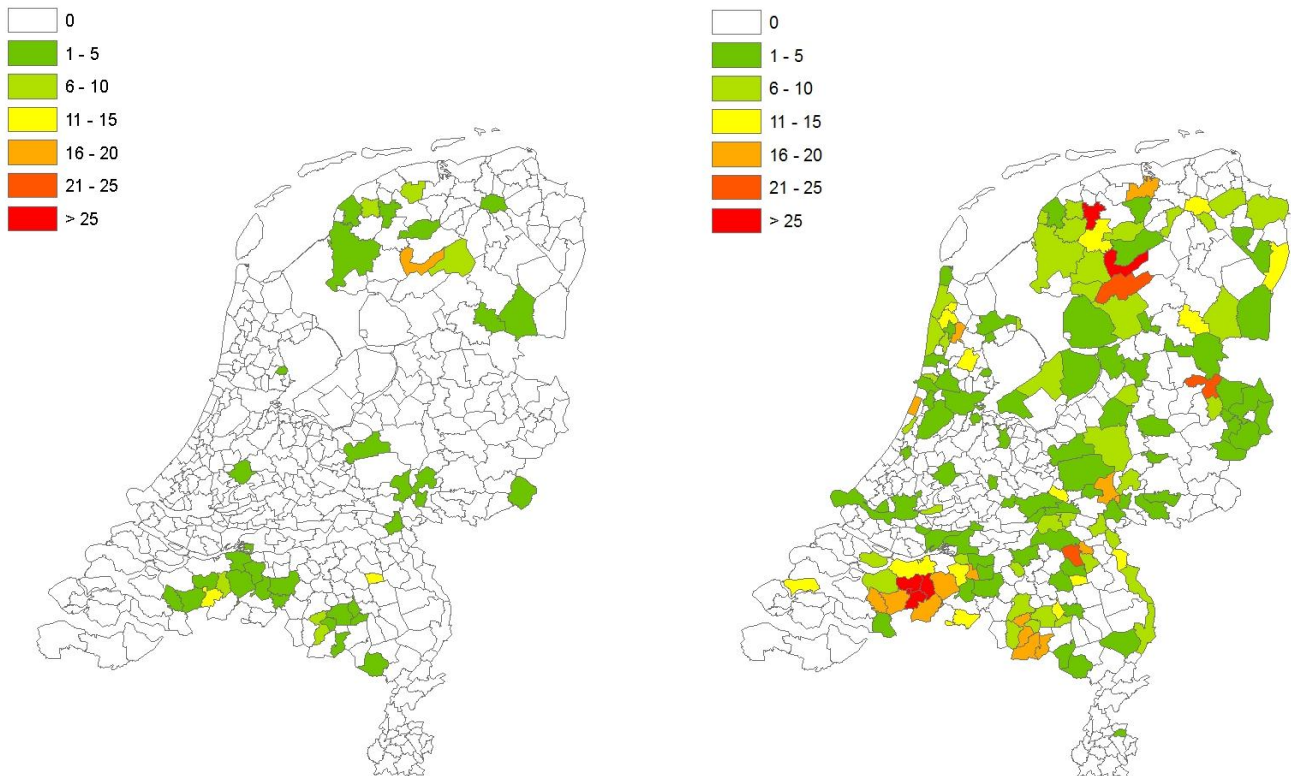
Figuur 53: **GHB - Leeftijdsverdeling 2007 versus 2010**



De meeste GHB hulpvragers zijn tussen de 20 en 30 jaar oud.

7.5 Regionale spreiding

Figuur 54: Aantal hulpvragers GHB problematiek per 100.000 inwoners 2007 en 2010

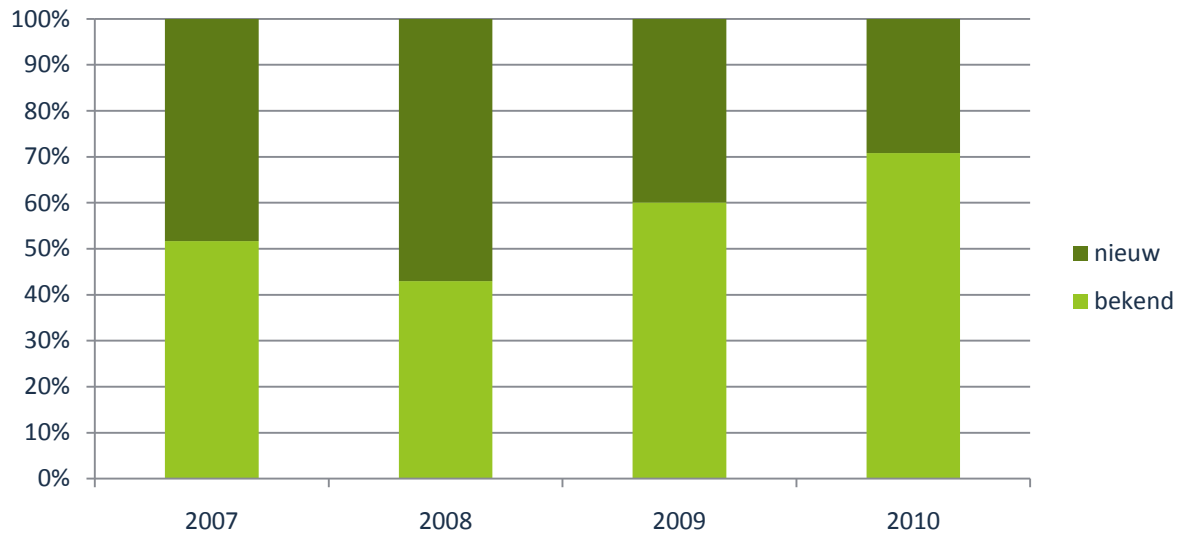


Deze kaartjes van GHB wijken af van de kaartjes van de regionale spreiding van de hulpvraag in de andere hoofdstukken. Aangezien GHB pas sinds 2007 wordt geregistreerd is dit als linkerkaartje genomen in plaats van 2001.

Er is sprake van een versterkte regionalisering van de GHB problemen. Op dit moment komt een hulpvraag als gevolg van problematisch GHB gebruik relatief het meest voor in Noord-Brabant en het Noorden en Oosten van Nederland. De komende jaren zullen uitwijzen of GHB ook in de rest van Nederland een groter aantal hulpvragen oplevert in de verslavingszorg.

7.6 Nieuw en bekend

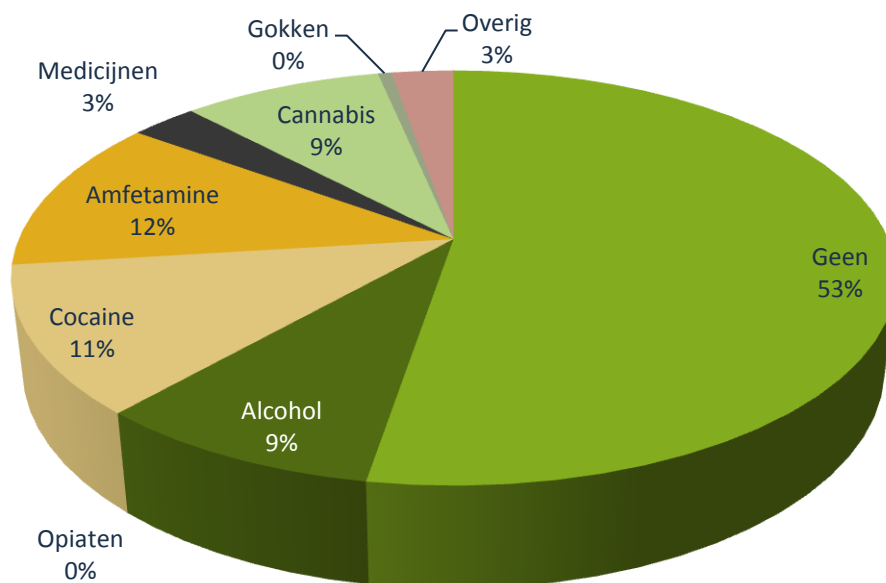
Figuur 55: GHB - Trend nieuwe en bekende hulpvragers 2001-2010



Wat opvalt is dat ondanks de stijgende GHB hulpvraag het grotendeels gaat om hulpvragers die al in een eerder registratiejaar ingeschreven zijn geweest. Het aandeel echte nieuwkomers bedraagt in 2010 28%.

7.7 Secundaire problematiek

Figuur 56: GHB - Secundaire problematiek 2010



Bijna de helft van de GHB hulpvragers heeft naast GHB ook nog secundaire problematiek. Alcohol, cocaïne, amfetamine en cannabis komen ongeveer in gelijke mate voor als bijmiddel.

8 Medicijnen

8.1 Uitgelicht

- Hulpvraag voor medicijnen is laatste tien jaar gegroeid tot bijna 900 personen.
- Grootste gedeelte van de hulpvraag betreft problemen met gebruik van benzodiazepinen.
- Relatief groot deel van de hulpvragers is vrouw.

8.2 In het kort

Het aantal mensen dat bij de verslavingszorg aanklopt met medicijnproblematiek is de laatste twee jaar aanzienlijk toegenomen. Het aantal blijft nog steeds relatief beperkt. Grotendeels betreft het problemen met benzodiazepinen, die tot de meest gebruikte medicijnen in Nederland horen. In 2010 slikten 1,4 miljoen Nederlanders een benzodiazepine¹³.

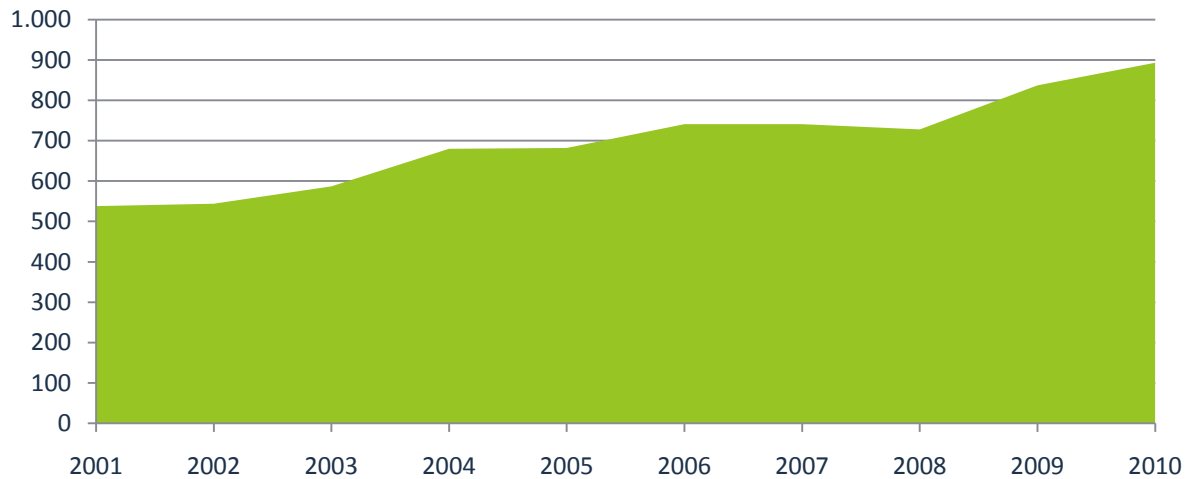
Tabel 15: Overzicht medicijnen hulpvraag 2010

Demografie		
	Aantal hulpzoekers	893
	Man : Vrouw	53 : 47
	Gemiddelde leeftijd	46
	Aandeel 25-	3%
	Aandeel 55+	24%
	Aandeel autochtoon	84%
	Aantal per 100.000 inwoners	5
Problematiek		
	Aandeel in verslavingszorg	1%
	Enkelvoudig : Meervoudig	54 : 46
	Eerste inschrijving ooit	28%
	Gemiddeld aantal contacten/cliënt	11

¹³ Stichting Farmaceutische Kengetallen, Farmacie in cijfers, Pharmaceutisch Weekblad, Jaargang 145 Nr 42

8.3 Trends en ontwikkeling van de hulpvraag

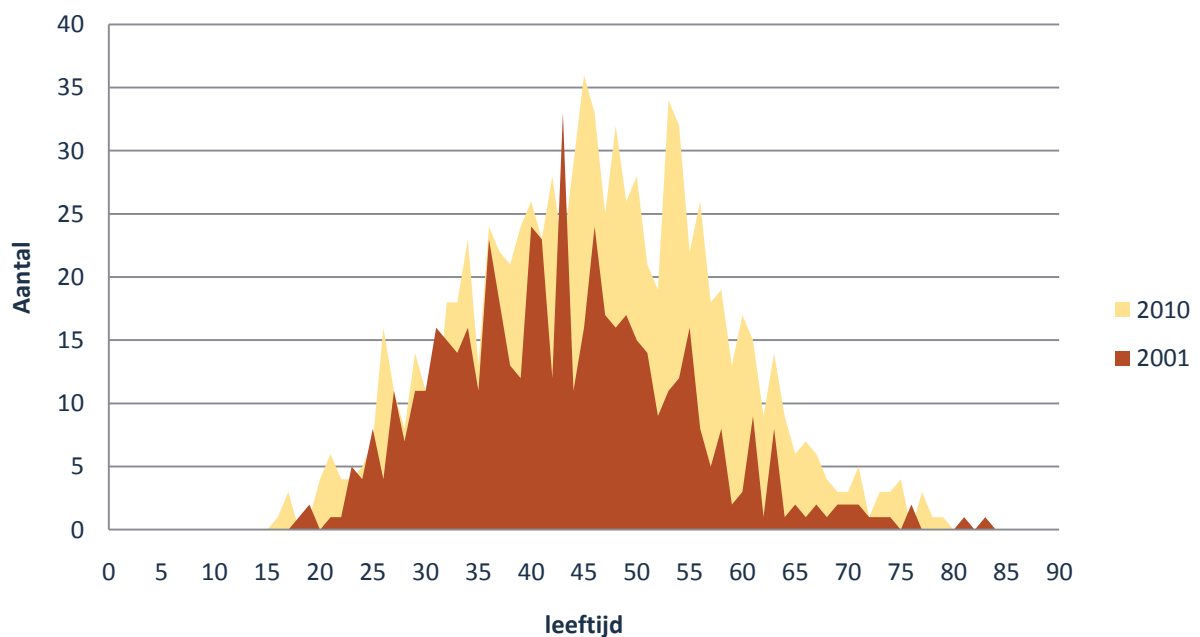
Figuur 57: Medicijnen - Trend hulpvraag 2001-2010



Een mogelijke verklaring voor de toename van de hulpvraag kan zijn dat er meer aandacht is in de gezondheidszorg en hulpverlening voor het gebruik van benzodiazepinen. Omdat benzodiazepinen vaak te lang werden gebruikt en te gemakkelijk werden voorgeschreven, heeft de minister van VWS de vergoeding van deze slaap- en kalmeringsmiddelen in 2009 beperkt. Ook zijn er binnen en buiten de verslavingszorg allerlei initiatieven ontplooid om het (problematisch) benzodiazepinegebruik terug te dringen.

8.4 Jong en oud

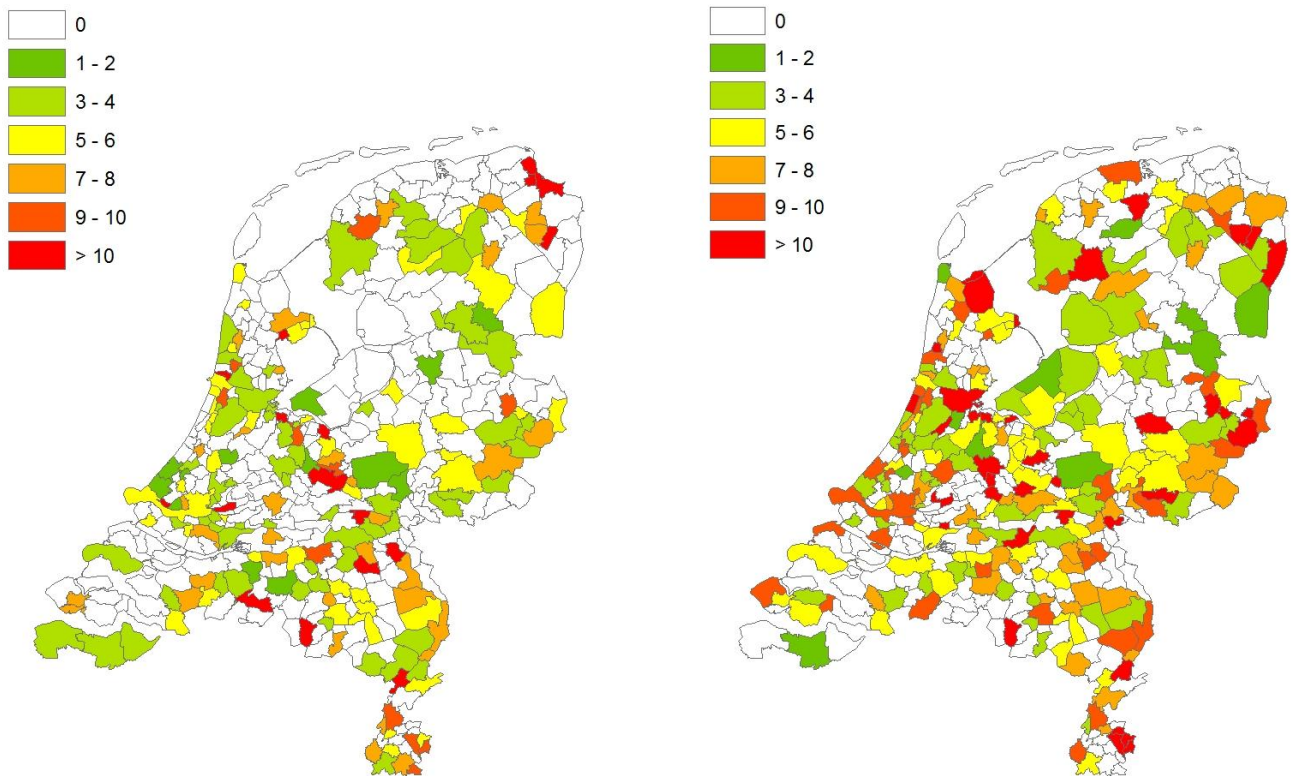
Figuur 58: Medicijnen - Leeftijdsverdeling 2001 versus 2010



De groei in de hulpvraag in de afgelopen 10 jaar heeft plaatsgevonden in alle leeftijdscategorieën. De grootste groep zit in de leeftijdscategorie tussen de 40 en 55 jaar.

8.5 Regionale spreiding

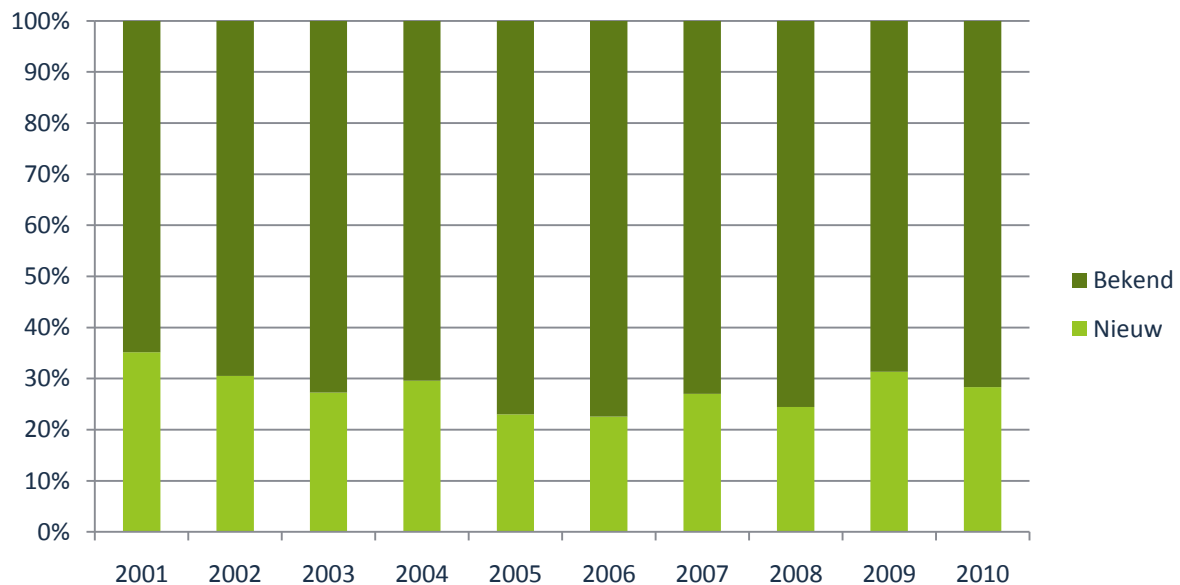
Figuur 59: Aantal hulpvragers medicijnenproblematiek per 100.000 inwoners 2001 en 2010



Het landelijke gemiddelde van de hulpvraag voor medicijnen ligt in 2010 op 5/100.000 inwoners. In 2001 was dit 3/100.000 inwoners.

8.6 Nieuw en bekend

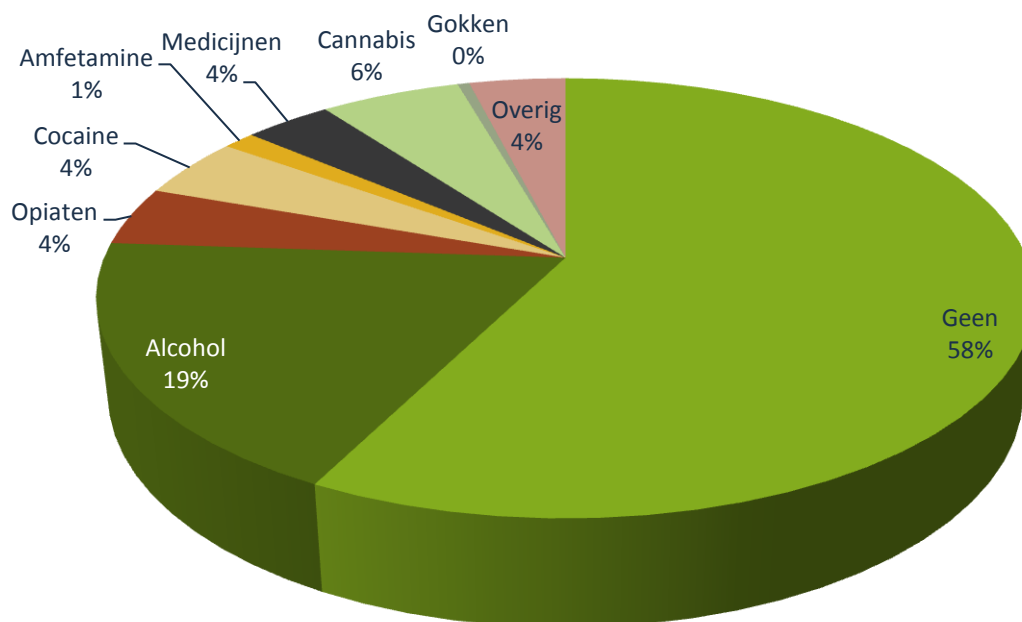
Figuur 60: Medicijnen - Trend nieuwe en bekende hulpvragers 2001-2010



Het aandeel nieuwe cliënten is tussen 2001 en 2006 gedaald en daarna weer licht gestegen. In 2010 komt 28% van de hulpvragers voor problemen als gevolg van medicijngebruik voor het eerst in de verslavingszorg terecht.

8.7 Secundaire problematiek

Figuur 61: Medicijnen - Secundaire problematiek 2010



Ongeveer 15% van de cliënten geeft aan naast medicijnen ook secundaire drugsproblematiek te hebben (opiaten, cocaïne, amfetamine en cannabis). Daarnaast heeft een op de vijf medicijnhulpvragers alcohol als secundaire problematiek.

9 Gokken

9.1 Uitgelicht

- Aantal gokkers met hulpvraag al jaren min of meer gelijk.
- Nieuwe groep internetgokkers.

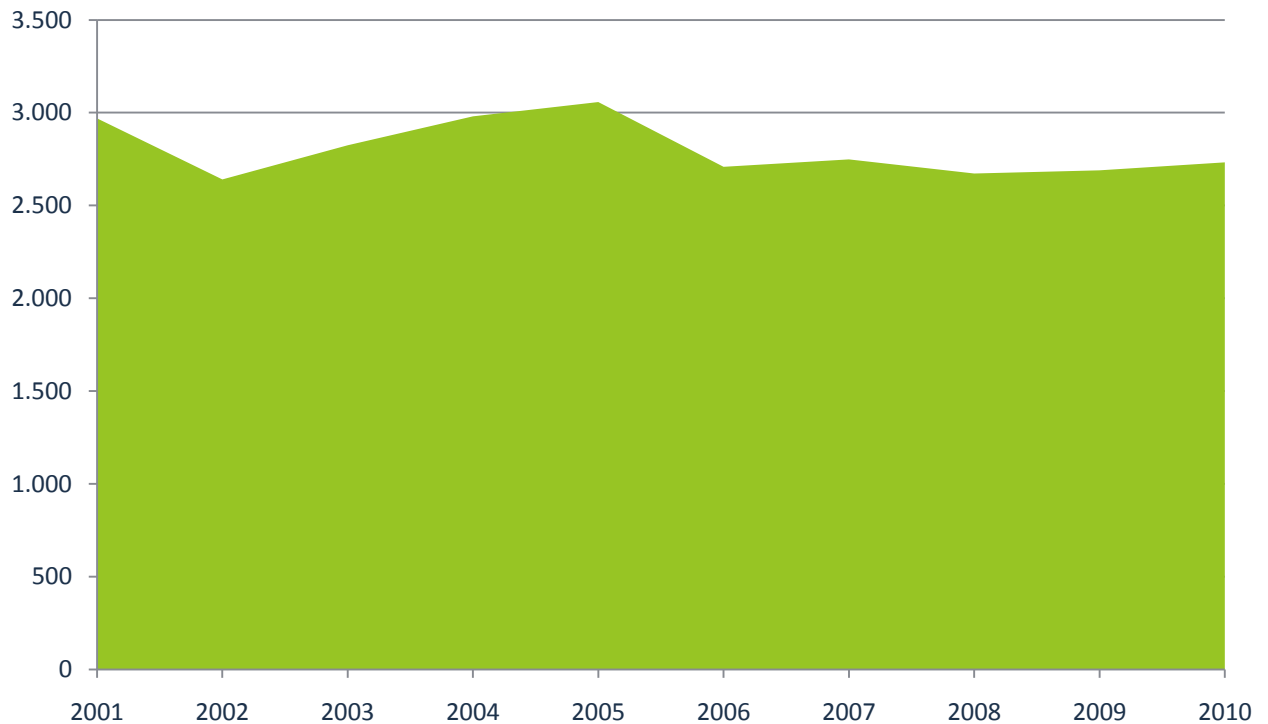
9.2 In het kort

Tabel 16: **Overzicht gokken hulpvragers 2010**

Demografie		
	Aantal hulpzoekers	2673
	Man : Vrouw	87 : 13
	Gemiddelde leeftijd	38
	Aandeel 25-	12%
	Aandeel 55+	6%
	Aandeel autochtoon	66%
	Aantal per 100.000 inwoners	16
Problematiek		
	Aandeel in verslavingszorg	4%
	Enkelvoudig : Meervoudig	71 : 29
	Eerste inschrijving ooit	34%
	Gemiddeld aantal contacten/cliënt	11

9.3 Trends en ontwikkeling van de hulpvraag

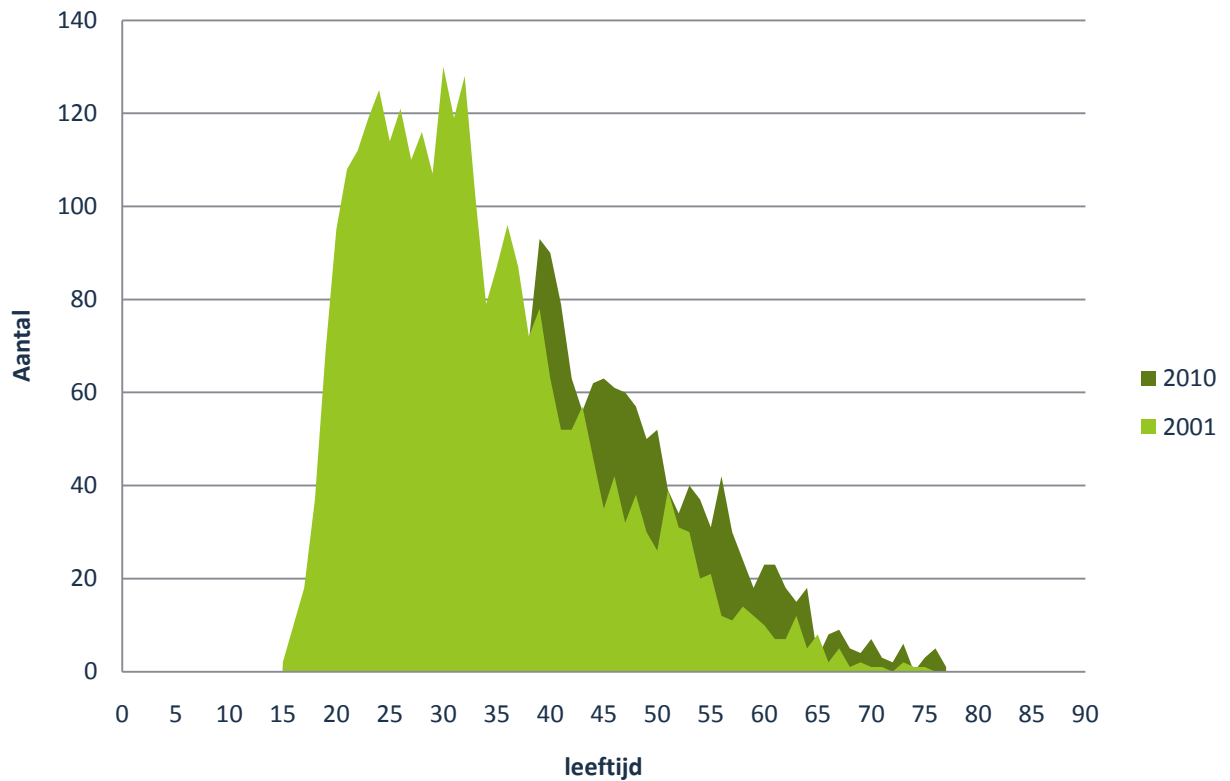
De afgelopen 10 jaar is het beroep op de hulpverlening vanwege gokproblematiek min of meer stabiel. Hulpvragers met primair gokproblematiek zijn grotendeels autochtone mannen van rond de 40 jaar. In de komende jaren zullen rond deze groepen nadere detailgegevens verzameld gaan worden over de aard en de plaats waar men gokt. Dit alles om meer inzicht te krijgen in de verschillende spelsoorten. Door de intrede van het gokken via internet is er een nieuwe categorie bij gekomen.

Figuur 62: **Gokken – Aantal hulpvragers 2001-2010**


9.4 Jong en oud

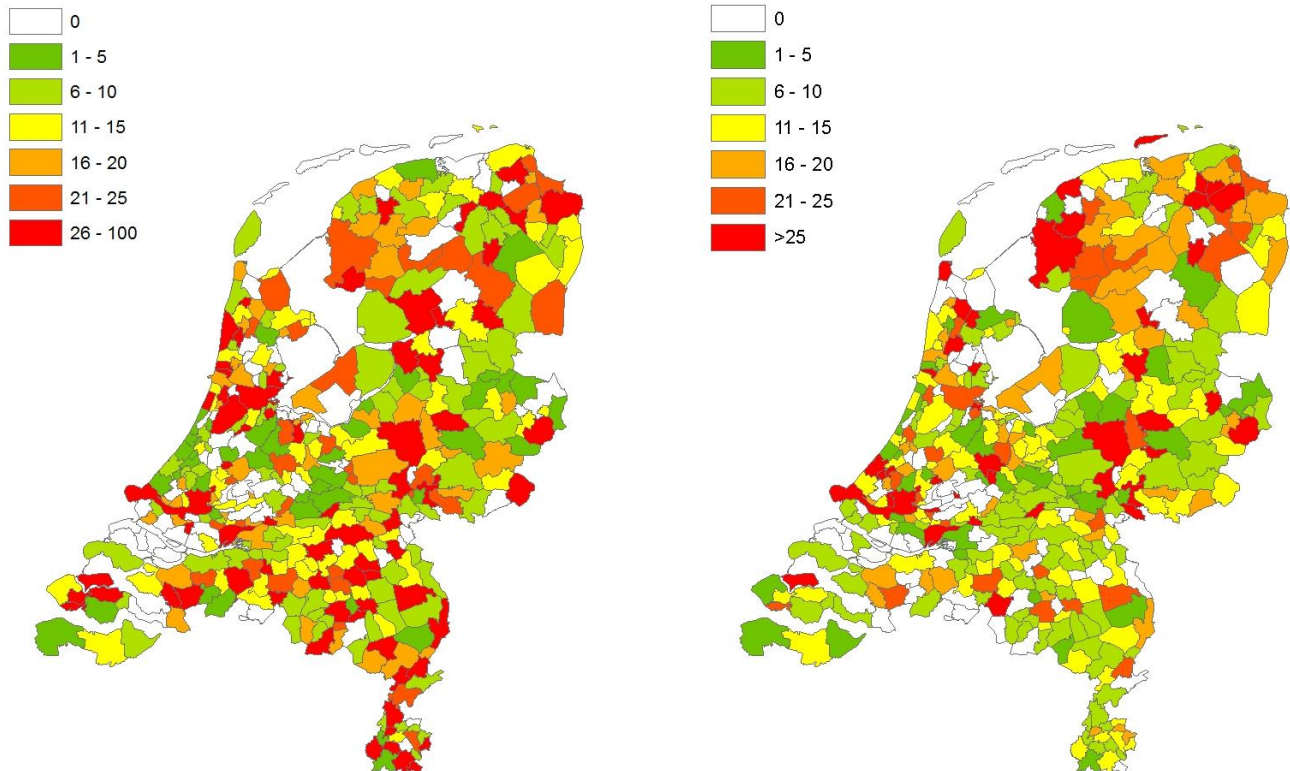
Het aantal 40-plussers in de hulpverlening met gokproblematiek neemt gestaag toe.

Er zijn minder (jong) volwassenen van 20-40 jaar in vergelijking met 10 jaar geleden, maar dit blijft wel de grootste groep.

 Figuur 63: **Gokken - Leeftijdsverdeling 2001 versus 2010**


9.5 Regionale spreiding

Figuur 64: Aantal hulpvragers gokproblematiek per 100.000 inwoners 2001 en 2010

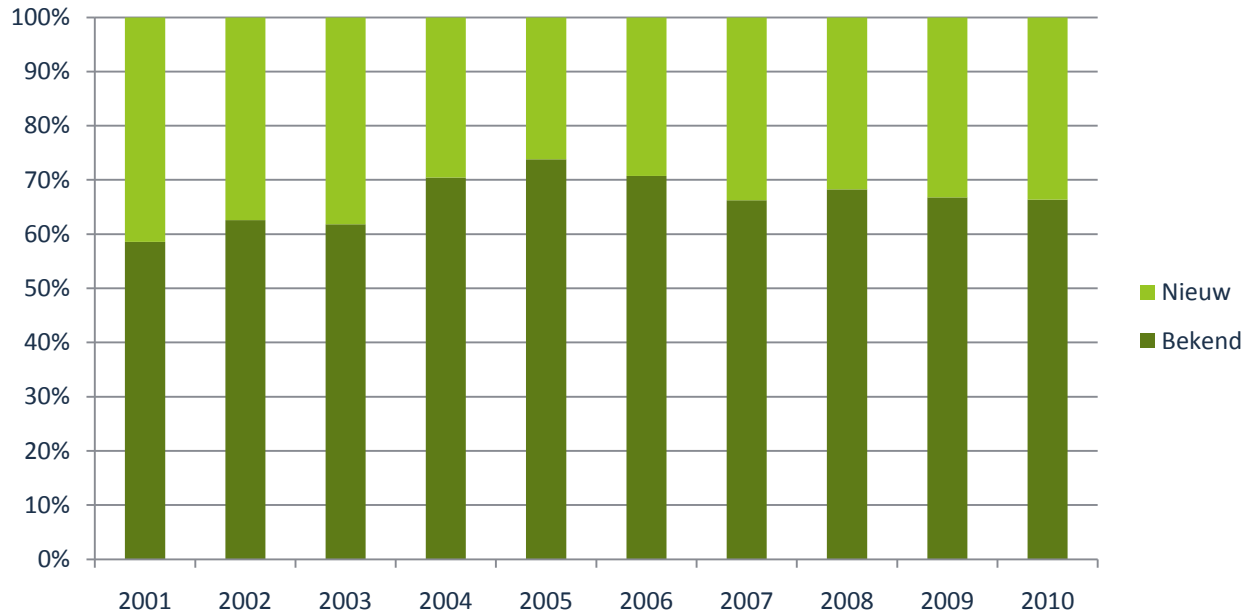


Het landelijke gemiddelde van de hulpvraag voor gokken ligt in 2010 op 16/100.000 inwoners. In 2001 was dit 19/100.000 inwoners.

9.6 Nieuw en bekend

De verhouding tussen nieuwe en bekende hulpvragers met gokproblematiek is met een aantal schommelingen in de afgelopen 10 jaar min of meer gelijk gebleven.

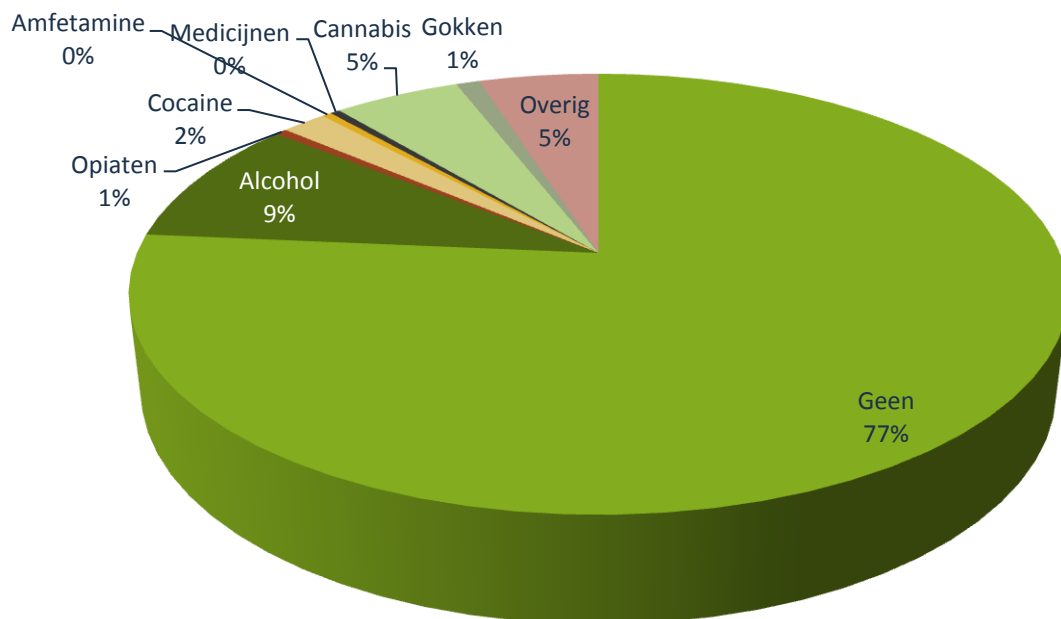
Figuur 65: **Gokken - Trend nieuwe en bekende hulpvragers 2001-2010**



9.7 Secundaire problematiek

Personen die zich met gokproblematiek melden bij de hulpverlening hebben in ruim driekwart van de gevallen geen andere problematiek. In 9% van de gevallen speelt ook alcoholproblematiek een rol en bij 5% van de hulpvragers gaat het om bijgebruik van cannabis.

Figuur 66: **Gokken - Secundaire problematiek 2010**



10 Overig

10.1 Uitgelicht

- Steeds meer 'life-style' problematiek (rookverslaving, eetstoornissen).
- Hulpvraag problematisch internetgamen neemt toe; vooralsnog kleine groep in de verslavingszorg.

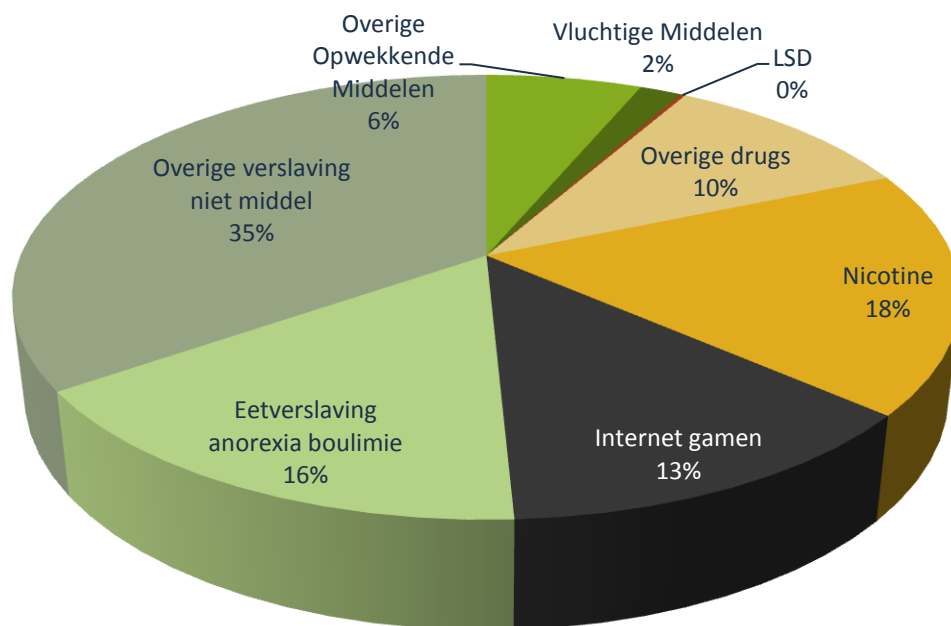
10.2 In het kort

In de groep 'overig' zit een scala van problematieken die tot een hulpvraag in de verslavingszorg aanleiding geven. Dit betreft zowel middel- als gedragsgerelateerde verslavingen. In figuur 67 worden deze in hoofdgroepen gepresenteerd. In tabel 17 zijn alle categorieën in detail zichtbaar.

Internetgamen wordt in dit hoofdstuk nader uitgelicht, omdat deze middelen in de media extra aandacht krijgen en er een grote vraag in de maatschappij bestaat naar informatie over dit 'nieuwe' fenomeen.

Daarnaast wordt de grootste groep binnen de categorie overig, de eetstoornissen in paragraaf 10.4 nader beschouwd.

Figuur 67: Hoofdgroepen binnen de categorie overige hulpvragen



Uit figuur 67 blijkt dat er ook nog een grote groep overige verslaving niet middel bestaat. Hieronder vallen o.a. internetverslavingen als chatten en erotiek. Het is goed mogelijk dat in deze categorie ook nog een aantal gamers zitten die ten onrechte niet bij de groep internet is geregistreerd. Deze categorie is relatief nieuw en wordt waarschijnlijk nog niet overal volledig geregistreerd.

Tabel 17: Overige hulpvragen 2010

Categorie Overig	N	%
Overige Opwekkende Middelen	90	6%
Vluchtige middelen	24	2%
LSD	3	<1%
Overige drugs	147	10%
Nicotine	251	18%
Internet gamen	182	13%
Eetverslaving anorexia boulimie	229	16%
Overige verslaving niet middel	490	35%
TOTAAL	1.416	100%

10.3 Internetgamen

In de afgelopen periode is er toenemende aandacht voor de vrij snelle opmars van het internetgebruik in verschillende vormen.

Er is toenemende bezorgdheid over het aantal jongeren dat ongezond veel online aan het gamen is en daardoor in de problemen komt. Deze problemen hebben veel parallellen met andere vormen van verslaving. Uit recent onderzoek van het IVO blijkt dat 1,5 procent van de jongeren tussen 13 en 16 jaar geïdentificeerd kan worden als een gameverslaafde via bestaande criteria voor het vaststellen van gedragsverslaving. Dat vertaalt zich naar 12.000 jongeren.¹⁴

In de verslavingszorg zijn er vooralsnog weinig aanmeldingen van jongeren met een hulpvraag als gevolg van gameverslaving. Er is wel sprake van een duidelijke stijging. In 2009 waren het 128 hulpvragers, in 2010 worden 182 personen in de verslavingszorg behandeld voor problematisch internetgamen.

De verwachting is dat wanneer de weg naar de verslavingszorg door deze groep beter wordt gevonden en het aanbod voor deze groep wordt verbeterd, het aantal hulpvragers de komende jaren zal stijgen.

10.3.1 In het kort

Tabel 18: Internetgamen - Overzicht hulpvragers 2010

Demografie		
Aantal hulpzoekers		182
Man : Vrouw		91 : 9
Gemiddelde leeftijd		28
Aandeel 25-		54%
Aandeel 55+		4%
Aandeel autochtoon		92%
Aantal per 100.000 inwoners		1
Problematiek		
Aandeel in verslavingszorg		<1%
Enkelvoudig : Meervoudig		87 : 13
Eerste inschrijving ooit		52%

Hulpvraag voor internetgamen is duidelijk een mannenprobleem. Het zijn overwegend jongeren, maar zeker niet uitsluitend.

¹⁴ Van Rooij, A. J. (2011). Online Video Game Addiction. Exploring a new phenomenon [PhD Thesis]. Rotterdam; Erasmus Universiteit Rotterdam

10.4 Eetstoornissen

Al vele jaren wordt zo nu en dan een beroep op verslavingszorginstellingen gedaan in het kader van eetstoornissen (boulimie, anorexia).

10.4.1 In het kort

Tabel 19: Eetstoornissen - Overzicht hulpvragers 2010

Demografie		
Aantal hulpzoekers		229
Man : Vrouw		7 : 93
Gemiddelde leeftijd		38
Aandeel 25-		14%
Aandeel 55+		8%
Aandeel autochtoon		94%
Aantal per 100.000 inwoners		1
Problematiek		
Aandeel in verslavingszorg		<1%
Enkelvoudig : Meervoudig		94 : 6
Eerste inschrijving ooit		87%

In 2010 klopten 229 personen, overwegend vrouwen, aan bij de hulpverlening. Er is vrijwel geen sprake van meervoudige problematiek, zoals bij de andere primaire middelen vaker het geval is.

Bijlage I: Deelnemende Instellingen

Arkin (voorheen Jellinek)

Arta-Lievegoedgroep

Bouman GGZ

Brijder Verslavingszorg (inclusief Parnassia)

Centrum Maliebaan

Emergis

GGD Amsterdam

Iris Zorg

Mondriaan Zorggroep

Novadic-Kentron

Tactus Verslavingzorg

Verslavingszorg Noord Nederland

Vincent van Gogh (voorheen GGZ Noord en Midden Limburg)

Bijlage II Trendcijfers LADIS in vergelijking met vorige edities

Elk jaar geven de Kerncijfers de laatste trends weer over de verslavingszorg. Hierbij kunnen verschillen optreden met cijfers gepresenteerd in vorige edities. Elk jaar worden administratieve correcties en verbeterde aanlevering uit voorgaande jaren meegenomen in de nieuwste cijfers.

Hieronder worden drie elementen toegelicht die in de Kerncijfers 2010 invloed hebben op de cijfers van eerder jaren

1. Aanlevering verslavingsreclassering

Een belangrijke bijdrage aan de zo maximaal mogelijke volledigheid van het beeld van hulpvraag en aanbod in de verslavingszorg, vindt plaats door de gegevens van de verslavingsreclassering indien mogelijk op individueel cliënt niveau te koppelen. Deze koppeling is de laatste jaren steeds moeilijker gebleken, ondanks positieve medewerking van betrokkenen, door de wijze van registreren bij de reclassering. Voor LADIS vormen gegevens over de primaire en indien aanwezig secundaire problematiek de kern. Dit wordt echter binnen de verslavingsreclassering als zodanig in het huidige systeem CVS /CBO niet of niet volledig vastgelegd. Het CVS is als systeem inmiddels “bevroren” en het nieuwe systeem IRIS zal weer volledig aan de LADIS criteria tegemoet kunnen komen. Dit betekent in de jaren sinds 2007 een toenemend aantal niet koppelbare reclasseringgegevens en dus een lager aantal reclassenten met LADIS gegevens.

2. Verbeterde aanlevering van uit instellingen

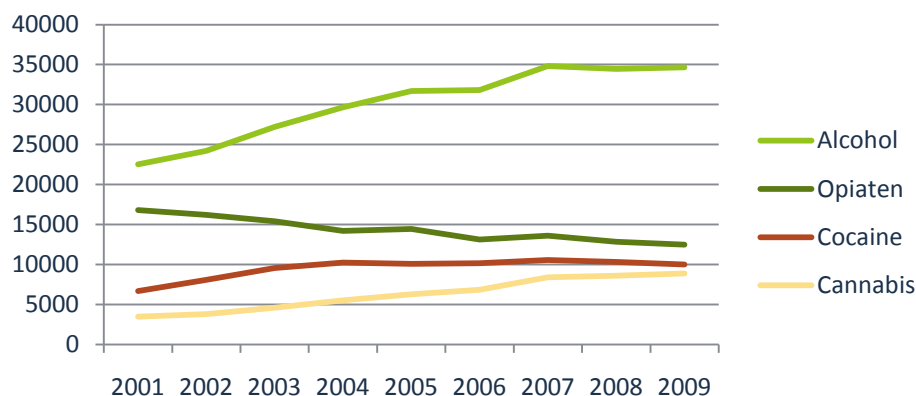
Zes instellingen die gebruik maken van hetzelfde instellingsinformatiesysteem hebben hernieuwd aangeleverd vanaf 2007 waardoor correcties met terugwerkende kracht zijn doorgevoerd. Hierin wordt met name de contactregistratie completer aangeleverd.

3. Aanscherpen van definitie van LADIS cliënt

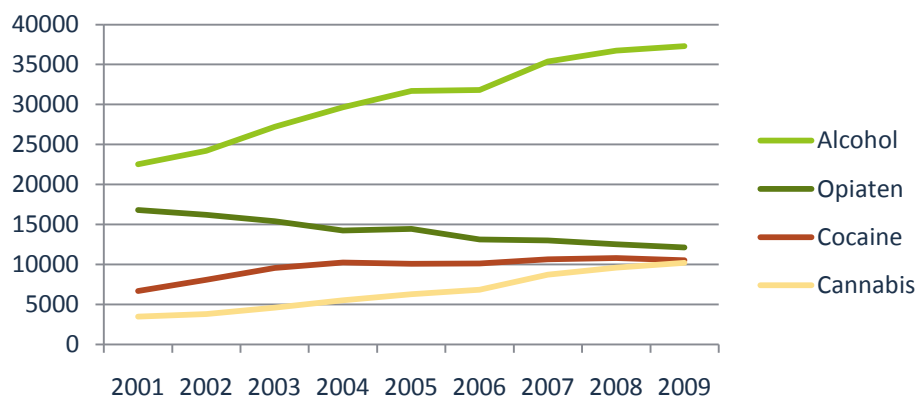
De hierboven genoemde verbeterde aanlevering maakt het mogelijk om nog kritischer te kijken naar de kwaliteit van de cliëntgegevens alvorens deze worden opgenomen in LADIS. Sinds 2007 geldt het criterium wanneer er twee jaar of meer geen daadwerkelijke contacten worden vastgelegd administratief deze hulpvragers niet bij de LADIS Kerncijfers worden betrokken. In de komende jaren zal dit criterium mogelijk verder worden aangescherpt volgens de Europese criteria van het EMCDDA (TDI 3.0 in wording).

Bovengenoemde elementen hebben enige invloed op de aantallen van de verschillende problematieken, met name voor de cijfers met betrekking tot alcohol en cannabis. Op de trends echter hebben de wijzigingen geen grote invloed zoals blijkt uit figuur 68 en 69.

Figuur 68: Trendcijfers belangrijkste primaire problematieken Kerncijfers 2009



Figuur 69: Trendcijfers belangrijkste primaire problematieken Kerncijfers 2010



Tabel 20: Verschil trendcijfers belangrijkste primaire problematieken 2001-2009

LADIS trends Kerncijfers 2009										
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
Alcohol	22.547	24.202	27.222	29.648	31.710	31.829	34.826	34.456	34.646	
Opiaten	16.810	16.221	15.389	14.222	14.429	13.122	13.614	12.835	12.466	
Cocaïne	6.668	8.089	9.578	10.243	10.091	10.144	10.566	10.311	9.993	
Cannabis	3.495	3.800	4.587	5.514	6.265	6.857	8.380	8.617	8.863	
Totaal	54.315	56.773	61.799	65.250	68.555	67.961	73.859	72.352	72.554	
LADIS trends Kerncijfers 2010										
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
Alcohol	22.542	24.205	27.230	29.651	31.709	31.825	35.361	36.729	37.318	
Opiaten	16.818	16.224	15.398	14.232	14.453	13.131	13.013	12.532	12.120	
Cocaïne	6.671	8.086	9.570	10.234	10.077	10.138	10.644	10.812	10.538	
Cannabis	3.494	3.800	4.588	5.511	6.266	6.853	8.710	9.585	10.209	
totaal	54.318	56.773	61.800	65.250	68.555	67.961	74.023	76.092	77.059	

Colofon

ISBN/EAN: 978-90-5726-000-1

Auteurs:

De heer A.W. Ouwehand	Voorzitter Raad van Bestuur IVZ
De heer D.J. Wisselink	Stafmedewerker
De heer Drs. W.G.T. Kuijpers	Informatiemanager
De heer E.B. van Delden	Stafmedewerker
De heer Drs. A. Mol	Stafmedewerker

Aan deze publicatie werkten tevens mee:

Mevrouw Dr. Ir. C. Schrijvers	IVO
Mevrouw V.A.M. van der Hoop – Terwindt	Office manager IVZ

IVZ wil graag de volgende personen bedanken voor hun bijdrage aan de publicatie:

De heer Dr. A. van Gageldonk	Ministerie VWS
Mevrouw Dr. M. van Laar	Trimbos Instituut

Nadere informatie en meerdere exemplaren zijn aan te vragen bij:

Stichting Informatievoorziening Zorg (IVZ)

Randhoeve 231

Postbus 504

3990 GH Houten

telefoon: 030-6358 220

fax: 030-6358 230

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

E-mail: info@sivz.nl

© juni 2011 Stichting Informatievoorziening Zorg, Houten.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de rechthebbende(n).