



**KERNCIJFERS  
VERSLAVINGSZORG 2012**

**LADIS  
LANDELIJK ALCOHOL EN DRUGS INFORMATIE SYSTEEM**

D.J. Wisselink  
W.G.T. Kuijpers  
A. Mol

**Houten, mei 2013**  
**© Stichting Informatie Voorziening Zorg**

# Inhoud

<b>Inleiding.....</b>	<b>6</b>
<b>1. Gehele verslavingszorg .....</b>	<b>9</b>
1.1 Uitgelicht .....	9
1.2 In het kort .....	9
1.3 Personen naar primaire problematiek .....	10
1.4 Trend primaire problematiek 2003-2012 .....	11
1.5 Primaire problematiek in bevolking .....	12
1.6 Aantal unieke personen in behandeling sinds 1994.....	13
1.7 Demografie .....	13
1.7.1 Jong en oud .....	13
1.7.2 Leeftijdsverdeling naar primaire problematiek.....	14
1.7.3 Geslacht .....	15
1.7.4 Culturele herkomst.....	16
1.8 Regionale spreiding .....	17
1.9 Meervoudige problematiek.....	18
1.10 Zorgsoort .....	19
1.11 Doorstroming .....	19
1.12 Behandelgeschiedenis .....	22
1.13 Wijze van aanmelding .....	25
1.14 Contacten .....	26
<b>2 Alcohol.....</b>	<b>29</b>
2.1 Uitgelicht .....	29
2.2 In het kort .....	29
2.3 Trends en ontwikkeling van de hulpvraag.....	29
2.4 Jong en oud .....	30
2.5 Regionale spreiding .....	31
2.6 Nieuw en bekend.....	32
2.7 Behandelgeschiedenis .....	32
2.8 Secundaire problematiek .....	33
2.9 Gebruik als bijmiddel.....	34
<b>3 Opiaten.....</b>	<b>35</b>
3.1 Uitgelicht .....	35
3.2 In het kort .....	35
3.3 Trends en ontwikkeling van de hulpvraag.....	35
3.4 Jong en oud .....	36

3.5	Regionale spreiding .....	37
3.6	Nieuw en bekend.....	38
3.7	Behandelgeschiedenis .....	38
3.8	Secundaire problematiek .....	39
3.9	Gebruik als bijmiddel .....	40
3.10	Intraveneus gebruik.....	40
3.11	Methadon .....	41
<b>4</b>	<b>Cocaïne .....</b>	<b>42</b>
4.1	Uitgelicht .....	42
4.2	In het kort .....	42
4.3	Trends en ontwikkeling van de hulpvraag.....	42
4.4	Jong en oud .....	43
4.5	Regionale spreiding .....	44
4.6	Nieuw en bekend.....	45
4.7	Behandelgeschiedenis .....	45
4.8	Secundaire problematiek .....	46
4.9	Gebruik als bijmiddel .....	47
<b>5</b>	<b>Cannabis .....</b>	<b>48</b>
5.1	Uitgelicht .....	48
5.2	In het kort .....	48
5.3	Trends en ontwikkeling van de hulpvraag.....	48
5.4	Jong en oud .....	49
5.5	Regionale spreiding .....	50
5.6	Nieuw en bekend.....	51
5.7	Behandelgeschiedenis .....	51
5.8	Secundaire problematiek .....	52
5.9	Gebruik als bijmiddel .....	53
<b>6</b>	<b>Amfetamine .....</b>	<b>54</b>
6.1	Uitgelicht .....	54
6.2	In het kort .....	54
6.3	Trends en ontwikkeling van de hulpvraag.....	54
6.4	Jong en oud .....	55
6.5	Regionale spreiding .....	56
6.6	Nieuw en bekend.....	57
6.7	Behandelgeschiedenis .....	57
6.8	Secundaire problematiek .....	58
6.9	Gebruik als bijmiddel .....	59

<b>7</b>	<b>Ecstasy</b> .....	<b>60</b>
7.1	Uitgelicht .....	60
7.2	In het kort .....	60
7.3	Trends en ontwikkeling van de hulpvraag.....	60
7.4	Jong en oud .....	61
7.5	Regionale spreiding .....	62
7.6	Nieuw en bekend.....	63
7.7	Behandelgeschiedenis .....	63
7.8	Secundaire problematiek .....	64
7.9	Gebruik als bijmiddel .....	65
<b>8</b>	<b>GHB</b> .....	<b>66</b>
8.1	Uitgelicht .....	66
8.2	In het kort .....	66
8.3	Trends en ontwikkeling van de hulpvraag.....	67
8.4	Jong en oud .....	67
8.5	Regionale spreiding .....	68
8.6	Nieuw en bekend.....	69
8.7	Behandelgeschiedenis .....	69
8.8	Secundaire problematiek .....	71
8.9	Gebruik als bijmiddel .....	71
<b>9</b>	<b>Medicijnen</b> .....	<b>72</b>
9.1	Uitgelicht .....	72
9.2	In het kort .....	72
9.3	Trends en ontwikkeling van de hulpvraag.....	73
9.4	Jong en oud .....	73
9.5	Regionale spreiding .....	74
9.6	Nieuw en bekend.....	75
9.7	Behandelgeschiedenis .....	75
9.8	Secundaire problematiek .....	76
9.9	Gebruik als bijmiddel .....	77
<b>10</b>	<b>Gokken</b> .....	<b>78</b>
10.1	Uitgelicht .....	78
10.2	In het kort .....	78
10.3	Trends en ontwikkeling van de hulpvraag.....	78
10.4	Jong en oud .....	79
10.5	Regionale spreiding .....	80
10.6	Nieuw en bekend.....	81

10.7	Behandelgeschiedenis .....	81
10.8	Secundaire problematiek .....	82
10.9	Gokken als nevenproblematiek .....	83
<b>11</b>	<b>Overig .....</b>	<b>84</b>
11.1	Uitgelicht .....	84
11.2	In het kort .....	84
11.3	Internetgamen.....	85
11.3.1	In het kort .....	85
11.4	Eetstoornissen .....	86
11.4.1	In het kort .....	86
<b>12</b>	<b>Reclassering .....</b>	<b>87</b>
12.1	Uitgelicht .....	87
12.2	In het kort .....	87
12.3	Personen naar primaire problematiek .....	88
	<b>Bijlage I: Deelnemende Instellingen .....</b>	<b>90</b>
	<b>Bijlage II: LADIS in vergelijking met vorige edities .....</b>	<b>91</b>
	<b>Bijlage III: De definitie van een episode in LADIS .....</b>	<b>92</b>
	<b>Colofon .....</b>	<b>93</b>

## Inleiding

Voor u ligt de 27<sup>e</sup> editie van de Kerncijfers Verslavingszorg. Deze bevat actuele inzichten over de ontwikkeling van de hulpvraag en hulpverlening in de sector verslavingszorg.

Zoals het woord aangeeft, worden “kern”cijfers weergegeven en deze roepen met enige regelmaat vragen op om verdieping van de gepresenteerde cijfers. Indien dit bij u het geval is, stellen wij uw reactie zeer op prijs en zullen wij met u nagaan op welke wijze we uw behoefte aan verdieping kunnen invullen.

Opvallend is de daling van de hulpvraag ten opzichte van 2011. Daarmee is een langjarige trend van stijging doorbroken. Deze daling geldt voor bijna alle middelen. Een uitzondering vormt de GHB-hulpvraag die ook in 2012 verder is gestegen. Om deze reden komen we, gelijktijdig met de kerncijfers, voor GHB met een publicatie met verdiepende inzichten<sup>1</sup>.

### IVZ en LADIS

IVZ verzamelt al meer dan 25 jaar gegevens over hulpvraag en hulpverlening in de Nederlandse verslavingszorg. Daardoor is een unieke gegevensverzameling ontstaan. Naast het jaarlijks presenteren van kerncijfers, geeft IVZ met enige regelmaat thema bulletins uit waarin verdiepende inzichten over actuele onderwerpen worden gepresenteerd.

Een sterk punt is dat gegevens over dezelfde personen uit meerdere bronnen kunnen worden samengebracht. Door de unieke manier van identificatie, versleuteling en pseudonimisatie kunnen individuen worden gevolgd terwijl deze toch niet herleidbaar zijn tot individuele unieke personen. Hoe beter de kwaliteit van de verzamelde gegevens, hoe groter de waarde van het gepresenteerde en hoe uitgebreider de bruikbaarheid voor koppeling en onderzoek. Voor de verbetering van de kwaliteit werkt IVZ daarom doorlopend aan:

- Nieuwe en verbeterde inzichten uit de verzamelde gegevens;
- Verbetering van aanlevering van gegevens en kwaliteitscontrole;
- Verbeteren van terugrapportages naar instellingen;
- Vergroten van de dekking van deelname aan LADIS;
- Goede beveiliging en privacybescherming rond de aangeleverde gegevens.

### Nieuwe en verbeterde inzichten uit de verzamelde gegevens

Vanuit LADIS worden, naast belangrijke gegevens voor de Nationale Drug Monitor (NDM), gegevens voor diverse onderzoeken gebruikt. Daarnaast levert IVZ, in het kader van de door de overheid gemaakte internationale afspraken, gegevens aan het Europees Drugs Waarnemingscentrum (EMCDDA) 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 de laatste jaren verschenen:

- 15 jaar Cannabishulpvraag in Nederland (april 2011);
- 25 jaar LADIS (december 2011), een uitgave ter gelegenheid van het symposium waar de waarde van LADIS vanuit diverse gezichtspunten werd benadrukt;
- Alcohol en ouderen in de verslavingszorg in Nederland (2001-2010); april 2012;
- Kerncijfers 2011 (augustus 2012);
- GHB hulpvraag in Nederland (mei 2013);
- Kerncijfers 2012 (mei 2013).

---

<sup>1</sup> Indien u geïnteresseerd bent, kunt u het GHB-bulletin opvragen via het secretariaat van IVZ.

Deze analyses komen tot stand in samenwerking met diverse deskundigen uit het netwerk van IVZ. IVZ werkt daartoe intensief samen met onderzoeksinstituten zoals Trimbos, IVO. Aangezien de LADIS database één van de oudste registraties is (25 jaar in 2011) en er inmiddels sinds 1994 (de start van unieke cliëntcodering) meer dan 325.000 personen met een hulpvraag en een verslavingsprobleem in de database zitten, zijn ook onderzoeken met behulp van secundaire analyses mogelijk, zoals cohortstudies.

### **Verbetering van de aanlevering van gegevens en kwaliteitscontrole**

Vastleggen van gegevens en registratie van activiteiten worden vaak synoniem gezien met administratieve last. IVZ tracht voortdurend de vastlegging van de gegevens zo gebruiksvriendelijk mogelijk te maken. Omdat het vastleggen van hulpvragen en -behandelingen niet alleen een direct patiënt-/behandelaar belang dient, maar ook als voorwaarde en verantwoording geldt voor financiering en beleid kent dit zijn beperkingen. Voorts zijn de vastgelegde gegevens van belang voor kwalitatief en inhoudelijk onderzoek van de (verslaving)zorg. Dit vraagt om continue toetsing en verbetering van de data input.

LADIS slaat alle gegevens op, op basis van unieke niet meer tot de oorspronkelijke persoon herleidbare kenmerken. De data wordt getoetst op integriteit en betrouwbaarheid en wordt vergeleken met eerdere leveringen vanuit de betreffende instelling. Daarnaast worden gegevens van de verstrekking van vervangende middelen (voornamelijk methadon) toegevoegd. Tevens wordt in samenspraak met de instellingen gekeken naar de compleetheid en correctheid van de geleverde gegevens. Indien gegevens van hulpvragers aangeleverd worden zonder voldoende identificerende gegevens of er ontbreken elementaire gegevens zoals geslacht, geboortedatum of primaire en secundaire problematiek, dan worden deze gegevens niet in de LADIS Kerncijfers opgenomen.

De eisen voor levering van gegevens in het kader van de Europese verplichtingen van Nederland aan het EMCDDA (TDI) ontwikkelen zich verder. IVZ zet zich in om LADIS aan deze TDI-eisen aan te blijven sluiten. De LADIS aanlevering wordt daartoe jaarlijks aangepast.

### **Verbeteren van terugrapportages naar instellingen**

Voor de kwaliteit van gegevensverzamelingen is het van belang dat berichtgevers gebruik maken van de resultaten van het aangeleverde. IVZ zorgt daarom ook voor terugkoppeling in een aantal vormen. In de eerste plaats in een verantwoording van het aangeleverde. Instellingen kunnen dan snel nagaan of de inhoud van LADIS redelijk aansluit op de eigen inzichten. Inmiddels is ook het LADIS dashboard operationeel. Hierin kunnen instellingen de door hen aangeleverde gegevens spiegelen aan landelijke cijfers en verschillen signaleren met landelijke trends of trends uit het verleden van de instelling. IVZ bouwt deze functie, in samenspraak met de instellingen, geleidelijk verder uit met nieuwe relevante inzichten.

### **Vergroten van de dekking van de deelname aan LADIS**

IVZ streeft ernaar in LADIS 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 een specifieke behandeling of begeleiding aanbieden aan deze personen. LADIS geeft inzicht in de hulpvragers, zowel de ambulante als de intramurale, die daadwerkelijk een beroep doen op de verslavingszorginstellingen. Om een zo volledig mogelijk beeld van hulpvraag en -aanbod in de verslavingszorg te krijgen, worden sinds 1994, indien mogelijk op individueel cliëntniveau, ook de gegevens van de verslavingsreclassering gekoppeld. Deze koppeling is de laatste jaren steeds moeilijker gebleken door de wijze van registreren bij de reclassering. Het nieuwe systeem IRIS is in staat om een LADIS-aanlevering te doen volgens de specificaties, echter de primaire problematiek wordt zeer slecht geregistreerd.

Dit betekent voor de gegevens over 2012 dat het ontbreken van deze informatie dusdanige invloed heeft op de trends, dat besloten is de reclassering als aparte groep te presenteren en los te koppelen van de gegevens van de verslavingszorg.

Ontbrekende gegevens zijn er ook. In Nederland is er een toename van internetbehandelingen/-hulpverlening. Deze projecten worden door diverse instellingen aangeboden. De hulpverlening is in eerste aanleg anoniem en wordt nog niet geregistreerd (althans niet volgens LADIS-criteria). LADIS is voorbereid op registratie van de identificeerbare internetbehandelingen.

Een andere ontbrekende schakel zijn de particuliere zorgaanbieders en privéklinieken. Deze richten zich op een specifieke doelgroep en in veel gevallen wordt de behandeling 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.

Voor zover IVZ heeft kunnen vaststellen gaat het om een dusdanig beperkt aantal hulpvragers, dat het op de trendmatige ontwikkelingen, zoals in het LADIS gepresenteerd, geen grote invloed heeft. Ook ontbreken nog vaak de gegevens van gebruikers die voor andere, vaak psychische, problematiek worden behandeld in andere instellingen in de GGZ. Er ontstaat steeds meer aanbod binnen dit domein gericht op verslavingsproblematiek. Er wordt naar mogelijkheden gezocht om ook deze informatie in beeld te kunnen brengen.

#### **Goede beveiliging en privacybescherming rond de aangeleverde gegevens**

Beveiliging van gegevens is voor IVZ een zeer belangrijk aandachtspunt. IVZ voert dit uit volgens het vastgestelde beveiligingsbeleid en de norm NEN 7510-7512. IVZ laat frequent (de laatste in januari 2013) een audit uitvoeren door externe deskundigen om alle interne en externe processen te toetsen op de norm. De aanlevering van gegevens voor LADIS verloopt via ZorgTTP, waarbij ZorgTTP deze voorziet van een pseudoniem per persoon. Deze manier van werken garandeert dat herleiding naar het individu niet meer mogelijk is. Ook ZorgTTP voldoet aan strenge veiligheidseisen en wordt daarop jaarlijks geaudit.

Tenslotte een woord van dank aan allen die hebben bijgedragen aan het tot stand komen van de publicatie, in het veld van de verslavingszorg, bij onderzoeksinstituten en binnen IVZ.

Jan Weber  
Bestuurder a.i.



## 1. Gehele verslavingszorg<sup>2</sup>

### 1.1 Uitgelicht

- Aantal personen in de verslavingszorg gedaald.
- Alcoholhulpvraag licht gedaald.
- Opiaten- en cocaïne hulpvraag blijft dalen.
- Hulpvraag voor cannabis licht gedaald.
- Hulpvraag voor GHB behoudt stijgende trend.
- Aantal en aandeel gokproblematiek daalt.

### 1.2 In het kort

Tabel 1: Overzicht Gehele verslavingszorg 2012

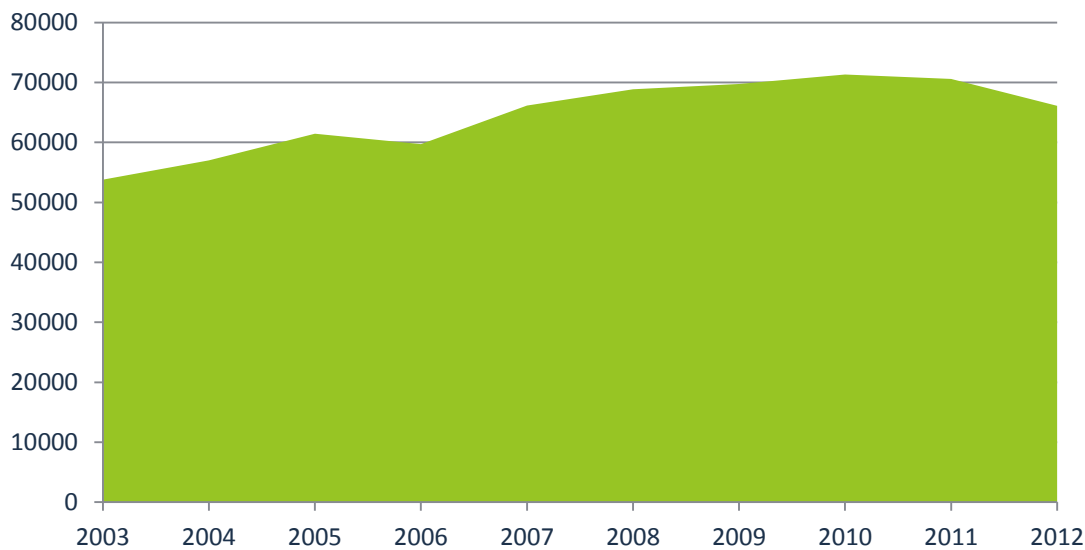
Demografie		
	Aantal hulpzoekers	66.094
	Man : Vrouw	78 : 22
	Gemiddelde leeftijd	41.2
	Aandeel 25-	12.7%
	Aandeel 55+	16.5%
	Aandeel autochtoon	78%
	Aantal per 100.000 inwoners	395
Problematiek		
	Enkelvoudig : Meervoudig	65 : 35
	Eerste inschrijving ooit	21.0%
	Aantal contacten	1.995.267
	Gemiddeld aantal contacten/cliënt	30

In 2012 zijn er 66.000 unieke personen in behandeling geweest in de verslavingszorg. Ruim driekwart hiervan zijn mannen. De gemiddelde leeftijd bedraagt 41 jaar. Eén op de zes cliënten is ouder dan 55. Bij één op de vijf cliënten uit 2012 betreft het een eerste inschrijving in de verslavingszorg.

Het aantal cliënten dat in behandeling is geweest in 2012, is na jarenlange stijging met ruim 6% gedaald, zie figuur 1.

<sup>2</sup> De gepresenteerde cijfers betreffen, tenzij anders vermeld, de verslavingszorg exclusief de verslavingsreclassering. Dit geldt ook voor de trendcijfers. Zie hoofdstuk 2.

Figuur 1: Hulpvraag verslavingszorg: Aantal unieke cliënten 2003 - 2012



### 1.3 Personen naar primaire problematiek

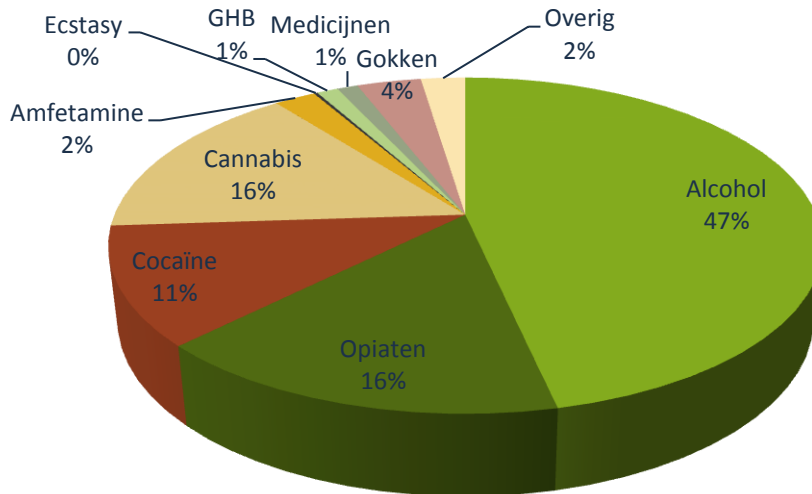
Tabel 2: Personen en contacten naar primaire problematiek

Primaire problematiek	Aantal pers in 2012	Aandeel problematiek	Verandering t.o.v. 2011	Aantal contacten (x1.000)	Aandeel contacten
Alcohol	30758	46,5%	-7,1%	872	43.7%
Opiaten	10605	16,0%	-5,4%	463	23.2%
Cocaïne	7516	11,4%	-5,2%	270	13.5%
Cannabis	10207	15,4%	-6,4%	224	11.2%
Amfetamine	1485	2,2%	-4,9%	48	2.4%
Ecstasy	128	0,2%	13,3%	2.7	.1%
GHB	761	1,2%	13,9%	32	1.6%
Medicijnen	748	1,1%	-11,2%	22	1.1%
Gokken	2273	3,4%	-12,0%	33	1.6%
Overig	1613	2,4%	-1,2%	30	1.5%
<b>Totaal</b>	<b>66094</b>	<b>100%</b>	<b>-6,4%</b>	<b>1.995</b>	<b>100%</b>

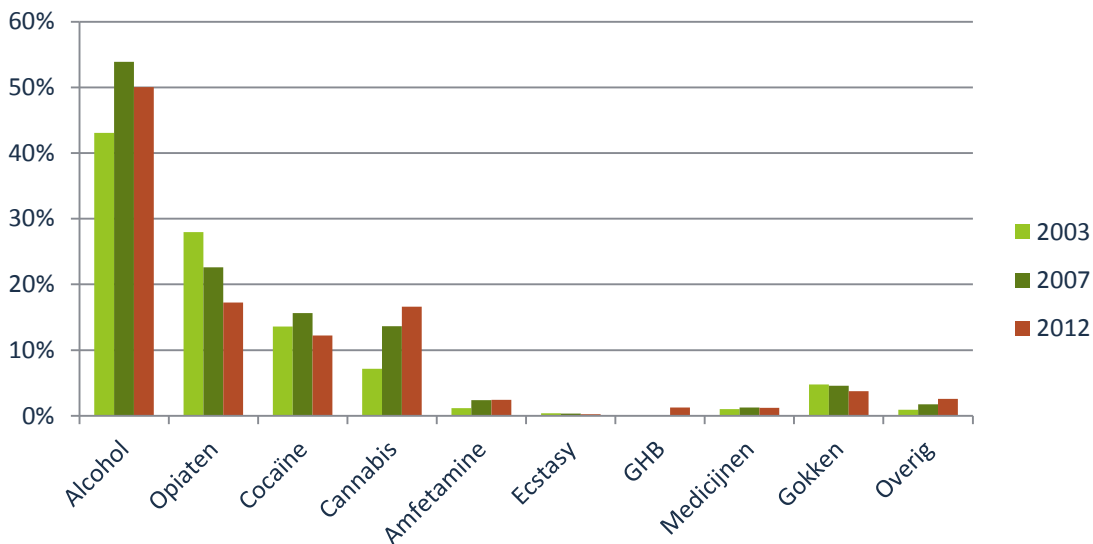
Alcohol is de meest voorkomende problematiek. Bijna de helft van de hulpvraag in de verslavingszorg betreft alcohol. In vergelijking met 2011 is er sprake van een daling van de hulpvraag. Ondanks de jarenlange daling vormt opiaten nog steeds de op een na grootste groep. Cannabis neemt de derde plaats in. De stijgende trend van de afgelopen jaren zet in 2012 niet verder door. De hulpvraag voor cocaïne neemt af. De stijging van de afgelopen jaren is in 2012 voor amfetamine gekenterd. Ook hier is sprake van een afname. De hulpvraag voor ecstasy en GHB neemt in 2012 nog toe. Samen gaat hier om 1.5% van het totaal. Over de algehele daling in de hulpvraag zal in paragraaf 1.11 nog verder worden ingegaan.

In figuur 2 is de verdeling van de hulpvraag naar problematiek in 2012 te zien.

Figuur 2: Hulpvraag verdeling naar primaire problematiek 2012 (N=66.094)



Figuur 3: Ontwikkeling hulpvraag naar aandeel (%) primaire problematiek 2003, 2007 en 2012

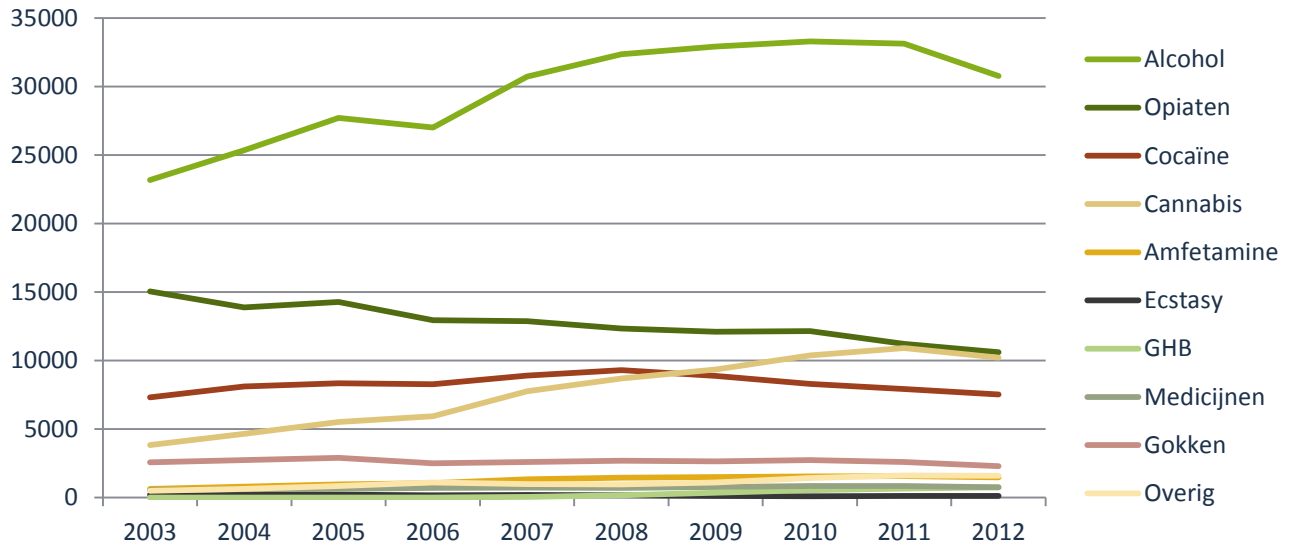


In figuur 3 is de ontwikkeling van de hulpvraag naar aandeel in de verslavingszorg te zien. Het aandeel opiaten is de afgelopen 10 jaar sterk afgenomen. In dezelfde periode is het aandeel van de hulpvraag voor cannabis verdubbeld.

#### 1.4 Trend primaire problematiek 2003-2012

In figuur 4 zijn de trends van het voorkomen van hulpvragen van de verschillende primaire problematieken in de afgelopen 10 jaar weergegeven in absolute aantallen.

Figuur 4: Aantal hulpvragers naar primaire problematiek 2003-2012



Zoals ook al uit tabel 2 bleek is de hulpvraag voor bijna alle problematieken in 2012 gedaald. De uitzonderingen hierop vormen ecstasy en GHB. De hulpvraag voor alcohol was na een jarenlange stijging in 2011 al licht gedaald. In 2012 zet deze daling zich voort (zie hoofdstuk 3). Het is bekend dat de hulpvraag bij opiaten al jaren afneemt. Deze bijna lineaire daling geldt ook voor 2012 (zie hoofdstuk 4). Ook cocaïne daalt vanaf 2007 (zie hoofdstuk 5). De hulpvraag voor de klassieke harddrugs loopt terug. De stijging van de hulpvraag voor cannabis (hoofdstuk 6) van de laatste 10 jaar kentert in 2012. GHB (hoofdstuk 9) neemt relatief sterk toe.

### 1.5 Primaire problematiek in bevolking

Tabel 3: Primaire problematiek naar voorkomen in bevolking en % in behandeling

Primaire problematiek		Omvang in bevolking 15-64 jaar <sup>3</sup>	% in behandeling 2012
<b>Alcohol</b>	Recent gebruik	76%	-
	Misbruik	395.600	8%
	Afhankelijkheid	82.400	37%
<b>Opiaten</b>	Probleemgebruik	18.000	63%
<b>Cocaïne</b>	Recent gebruik	55.000	-
<b>Cannabis</b>	Recent gebruik	7.0%	-
	Misbruik	40.200	25%
	Afhankelijkheid	29.300	35%
<b>Amfetamine</b>	Recent gebruik	0.2%	-
<b>Ecstasy</b>	Recent gebruik	0.4%	-
<b>GHB</b>	Recent gebruik	0.2%	-
<b>Medicijnen</b>	Recent gebruik	Onbekend	-
-Benzodiazepinen	Recent gebruik	394.000 <sup>4</sup>	-
-Slaap- en kalmeringsmiddelen	Misbruik	35.000	2%
	Afhankelijkheid	22.000 <sup>5</sup>	4%
<b>Gokken</b>	Probleemspelers	20.300 <sup>6</sup>	13%

<sup>3</sup> Nationale Drug Monitor, Jaarbericht 2011, Trimbos Instituut; 2012: Utrecht

<sup>4</sup> Bron: GIP/College voor zorgverzekeringen 2013

<sup>5</sup> NEMISIS-2, De Graaf et al., Trimbos Instituut; 2010: Utrecht

<sup>6</sup> Bieleman, B., et al. Gokken in Kaart. Tweede meting aard en omvang kansspelen in Nederland; 2011: Groningen.

Het is duidelijk dat “de bril” waarmee men kijkt naar de problematiek, de mate van bereik van de zorg bepaalt. Bij het bereik van zorg moet niet gekeken worden naar cijfers over het gebruik in de bevolking. Uitgaande van het criterium afhankelijkheid is het bereik bij alcoholproblematiek 45% en bij cannabis 35%.

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

## 1.6 Aantal unieke personen in behandeling sinds 1994

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 19 jaar met een hulpvraag naar de verslavingszorg gekomen zijn. In totaal hebben in de periode 1994-2012 ongeveer 325.000 verschillende personen in de verslavingszorg hulp gevraagd.

Het aantal unieke personen onderverdeeld naar primaire problematiek is weergegeven in tabel 4. De aantallen zijn afgerond.

Tabel 4: Aantal unieke personen in de verslavingszorg naar primaire problematiek 1994-2012

Primaire problematiek	Aantal unieke personen
Alcohol	180.000
Opiaten	44.000
Cocaïne	48.000
Cannabis	53.000
Amfetamine	9.000
Ecstasy	2.500
GHB	1.400
Medicijnen	6.000
Gokken	30.000
Overig	11.000

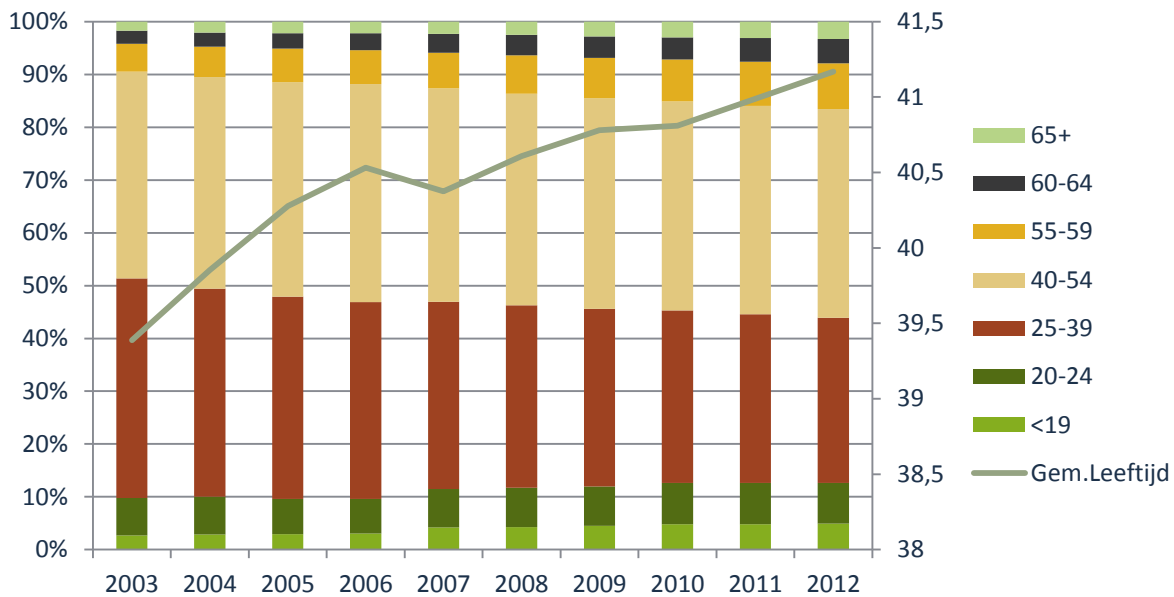
Het totaal van deze unieke personen is niet gelijk aan de som van de verschillende problematieken. Ongeveer 60.000 personen hebben meermalen en voor een verschillende problematiek voor hulp bij een instelling aangeklopt.

## 1.7 Demografie

### 1.7.1 Jong en oud

De Nederlandse bevolking vergrijsst. Ook komen er steeds meer ouderen in de verslavingszorg. De gemiddelde leeftijd in de verslavingszorg is al jaren aan het stijgen. Deze bedraagt in 2012 41,2 jaar. 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.

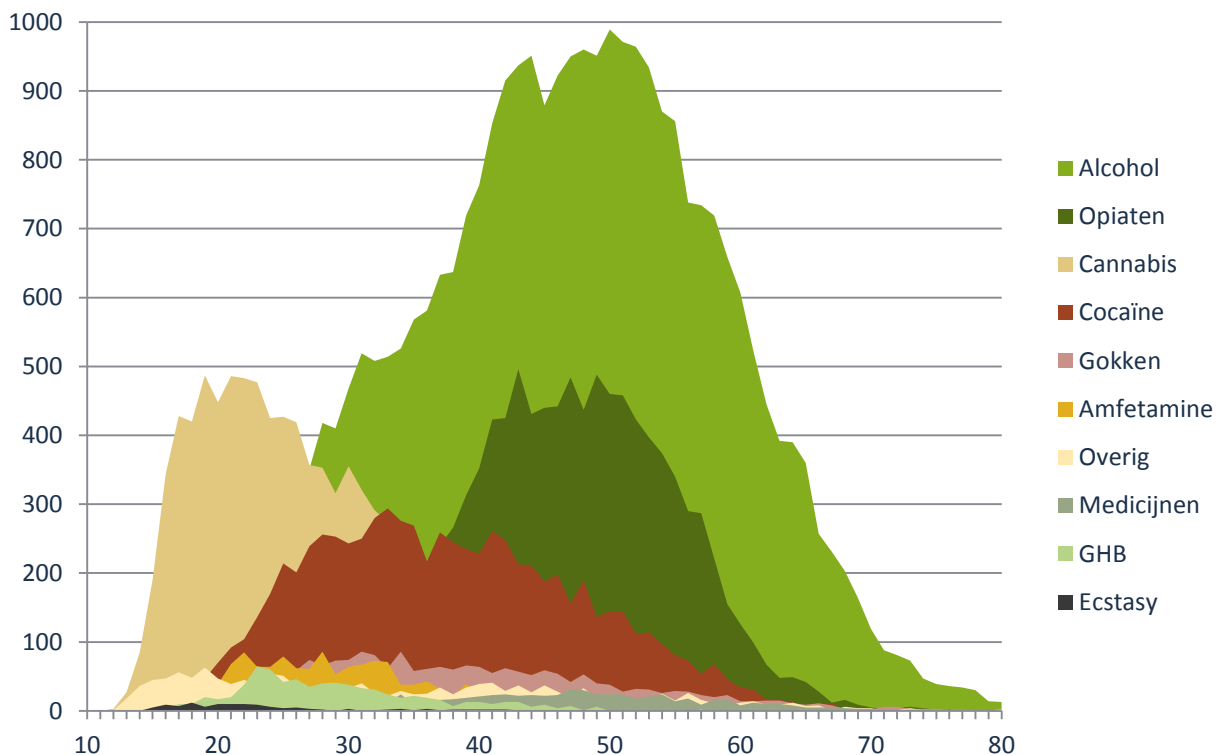
Figuur 5: Hulpvraag naar leeftijdscategorie 2003-2012



Veruit de grootste groep mensen die aankloppen bij de verslavingszorg valt in de de leeftijdscategorie tussen de 25 en 55 jaar. Het aandeel van deze leeftijdscategorie neemt echter af. Het aandeel jongeren (<25 jaar) is de afgelopen 10 jaar licht gestegen. Het aandeel ouderen stijgt sneller. In 2012 is één op de zes hulpvragers ouder dan 55 jaar.

### 1.7.2 Leeftijdverdeling naar primaire problematiek

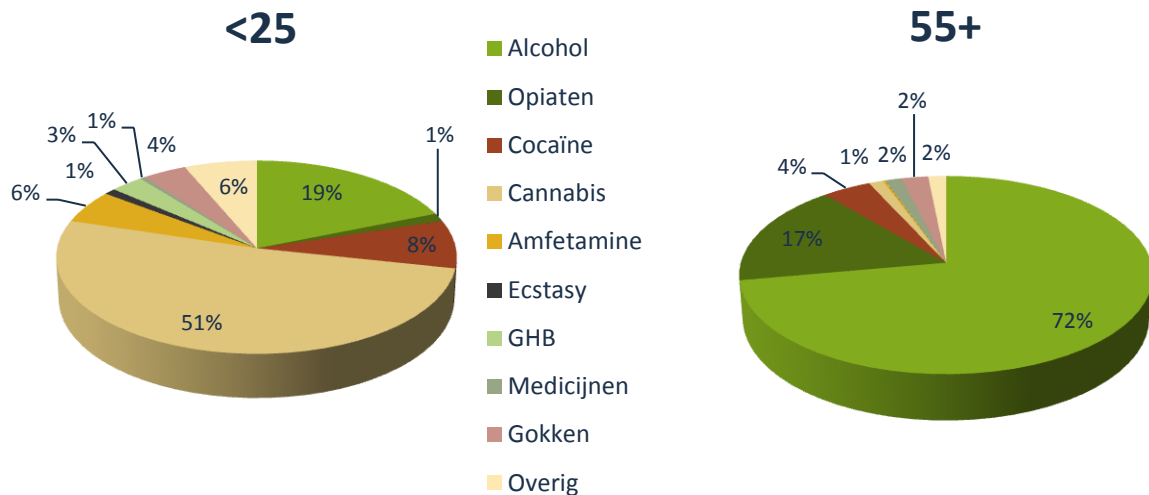
Figuur 6: Leeftijdverdeling naar primaire problematiek 2011 (N=66.094)



De leeftijdsverdeling in figuur 6 geeft de verschillen tussen de problematieken weer. Alcohol, opiaten en cannabis zijn de grootste groepen in de verslavingszorg.

Bij alcohol en opiaten is de oudere groep oververtegenwoordigd. In de groep cannabis, GHB en amfetamine en ecstasy zijn relatief meer jongeren. In figuur 7 is te zien hoe het aandeel naar problematiek voor respectievelijk de jongeren (<25 jaar) en ouderen (55+) is verdeeld.

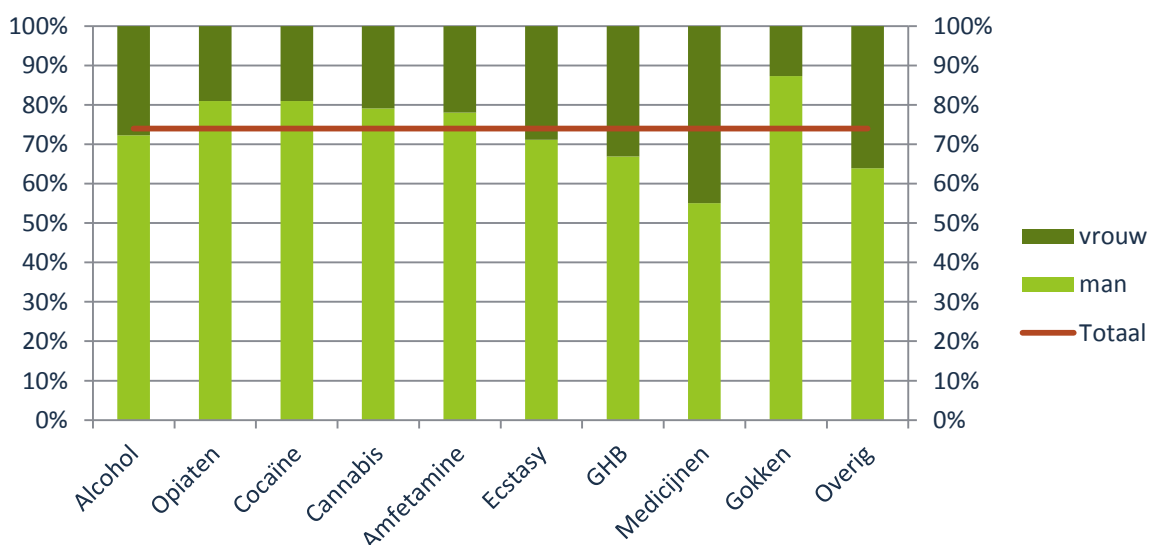
Figuur 7: Verdeling primaire problematiek 2012 voor jongeren (<25 jaar) en ouderen (55+)



Bij jongeren tot 25 jaar is cannabis in meer dan de helft van de gevallen de hulpvraag. Alcohol is bij ouderen (55+) met bijna driekwart van de gevallen veruit de meest voorkomende hulpvraag. Het aandeel opiaten stijgt in deze categorie het sterkst. Hoe deze leeftijdsverdeling zich per primaire problematiek in de tijd heeft ontwikkeld, komt in de afzonderlijke hoofdstukken aan de orde.

### 1.7.3 Geslacht

Figuur 8: Geslacht naar primaire problematiek 2012 (N=66.094)



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

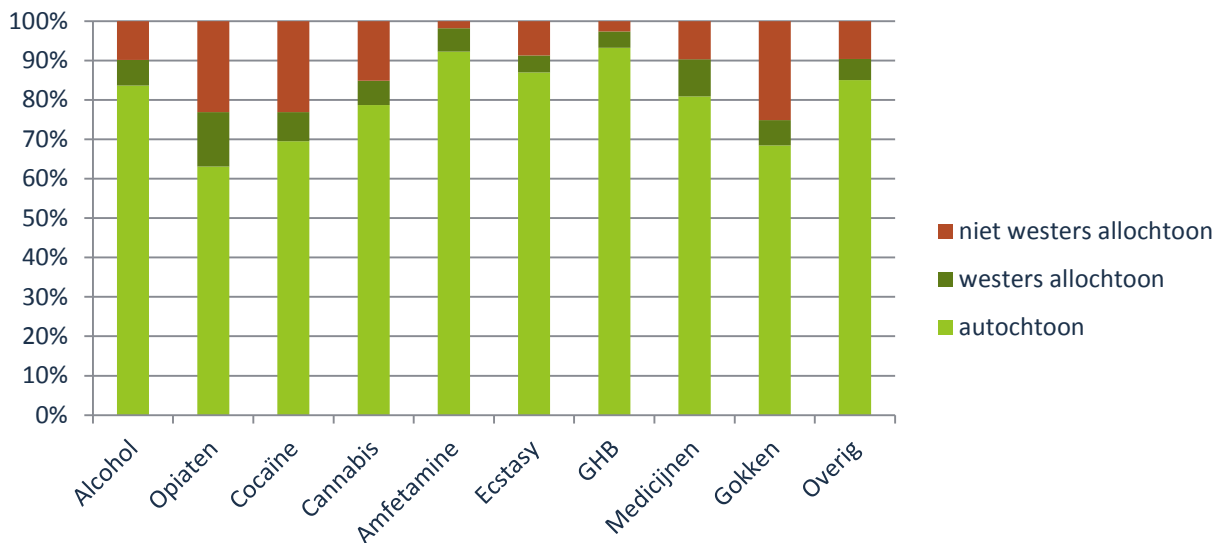
In de verslavingszorg melden zich jaarlijks personen van circa 100 verschillende nationaliteiten en culturele achtergronden. Van alle hulpvragers heeft niettemin 80% een autochtone achtergrond. Dit komt overeen met het percentage autochtonen in de algemene bevolking. De culturele samenstelling van de hulpvragers in de verslavingszorg is niet wezenlijk anders dan die in de Nederlandse bevolking.

Tabel 5: **Culturele herkomst**<sup>7</sup>

	LADIS	Bevolking 2012 <sup>8</sup>
<b>Autochtoon/Nederlands</b>	77,8%	79,1%
<b>Westers allochtoon</b>	7,7%	9,3%
<b>Niet-westers allochtoon</b>	14,6%	11,6%

De onderverdeling naar culturele herkomst bij de verschillende problematieken staan in figuur 9.

Figuur 9: **Herkomst naar primaire problematiek 2012 (N=66.094)**



Uit figuur 9 blijkt dat de niet-westers allochtone groep in vergelijking met de andere problematieken oververtegenwoordigd is bij hulpvragen rondom opiaten, cocaïne en gokken. Met name bij GHB en amfetamine is deze groep ondervertegenwoordigd.

Bij Westerse allochtonen komt een relatief grote hulpvraag in verband met gebruik van opiaten voor.

<sup>7</sup> Volgens de CBS definitie. Bij de bepaling wordt rekening gehouden met geboorteland, geboorteland ouders en nationaliteit

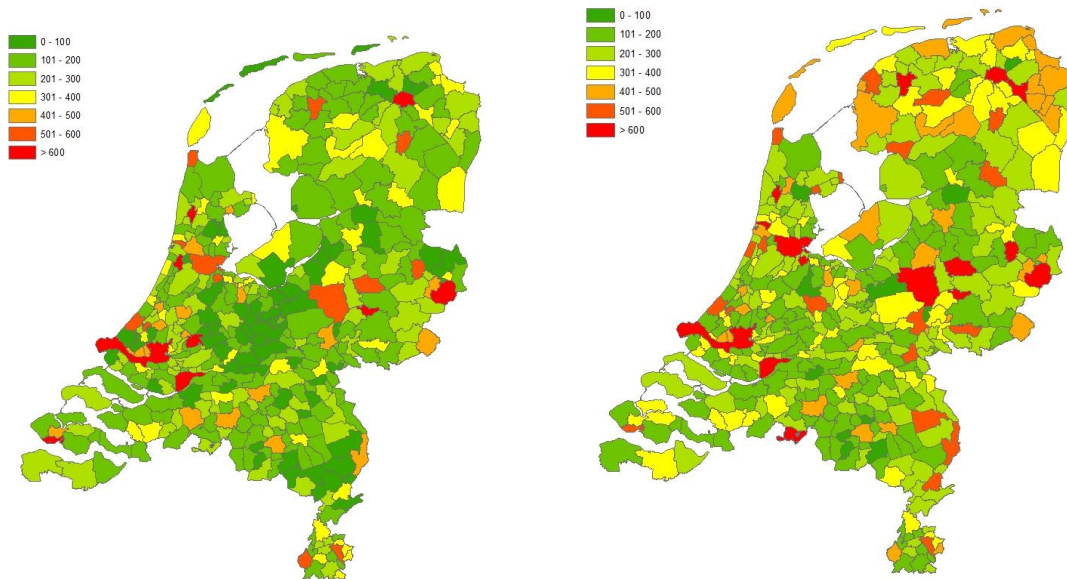
<sup>8</sup> CBS 2012



### 1.8 Regionale spreiding

In figuur 10 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 10: **Aantal hulpvragers verslavingszorg per 100.000 inwoners 2003 en 2012**

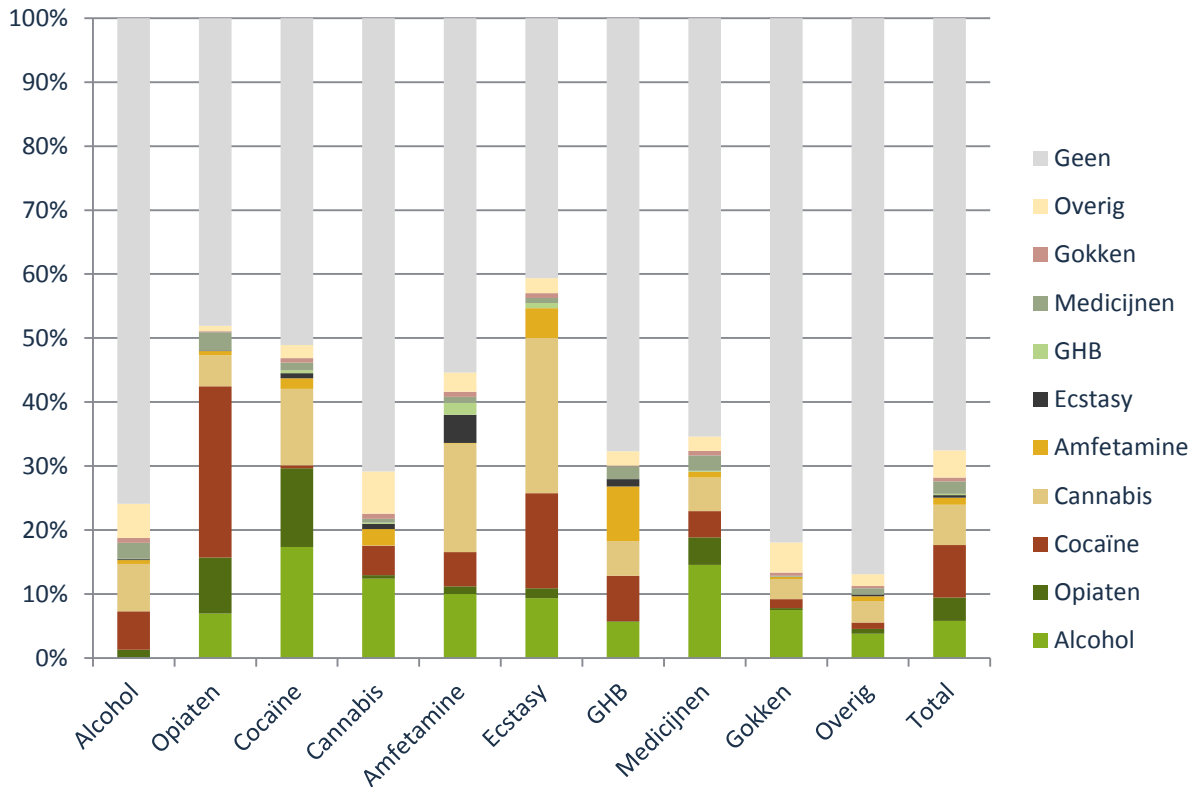


Uit figuur 10 blijkt dat het aantal hulpvragers de afgelopen 10 jaar is toegenomen. Het aantal is gestegen van 332/100.000 inwoners in 2003 naar 395/100.000 inwoners in 2012. Het is echter wel een daling in vergelijking met 2011. Toen betrof het 416/100.000 inwoners.

### 1.9 Meervoudige problematiek

Bij 36% van alle hulpvragers in de verslavingszorg is sprake van meervoudige problematiek. Dat wil zeggen dat er sprake is van problematisch gebruik van tenminste twee middelen, of middelengebruik, gecombineerd met problematisch gokken. Vooral bij de hoofdproblematieken ecstasy, opiaten, cocaïne en amfetamine komt meervoudige problematiek relatief veel voor. Met name bij alcohol en gokken komt enkelvoudige problematiek relatief vaak voor.

Figuur 11: **Secundaire problematiek (%) naar hoofdproblematiek 2012 (N=66.094)**



In Tabel 6 staan de cijfers behorende bij figuur 11. Per primaire problematiek is aangegeven bij welk deel van de hulpvragers er ook sprake is van secundaire problematiek.

Tabel 6: **Secundaire problematiek (%) naar hoofdproblematiek 2012 (N=66.094)**

Secundair ↓	Primaire Problematiek									
	Alcohol	Opiaten	Cocaïne	Cannabis	Amfetamine	Ecstasy	GHB	Medicijnen	Gokken	Overig
Alcohol	0%	7%	17%	12%	10%	9%	6%	15%	8%	4%
Opiaten	1%	9%	12%	1%	1%	2%	0%	4%	0%	1%
Cocaïne	6%	27%	0%	5%	5%	15%	7%	4%	1%	1%
Cannabis	7%	5%	12%	0%	17%	24%	5%	5%	3%	3%
Amfetamine	1%	1%	2%	3%	0%	5%	9%	1%	0%	1%
Ecstasy	0%	0%	1%	1%	4%	0%	1%	0%	0%	0%
GHB	0%	0%	0%	0%	2%	1%	0%	0%	0%	0%
Medicijnen	2%	3%	1%	1%	1%	1%	2%	2%	0%	1%
Gokken	1%	0%	1%	1%	1%	1%	0%	1%	1%	0%
Overig	5%	1%	2%	7%	3%	2%	2%	2%	5%	2%
<b>Geen</b>	<b>76%</b>	<b>48%</b>	<b>51%</b>	<b>71%</b>	<b>55%</b>	<b>41%</b>	<b>68%</b>	<b>65%</b>	<b>82%</b>	<b>87%</b>

Meer dan de helft 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 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, medicijnen, gokken en overig geldt dat dezelfde categorie, zowel als primaire als secundaire problematiek kan voorkomen.

### 1.10 Zorgsoort

Tabel 7: **Zorgsoort 2012 (N=66.094)**

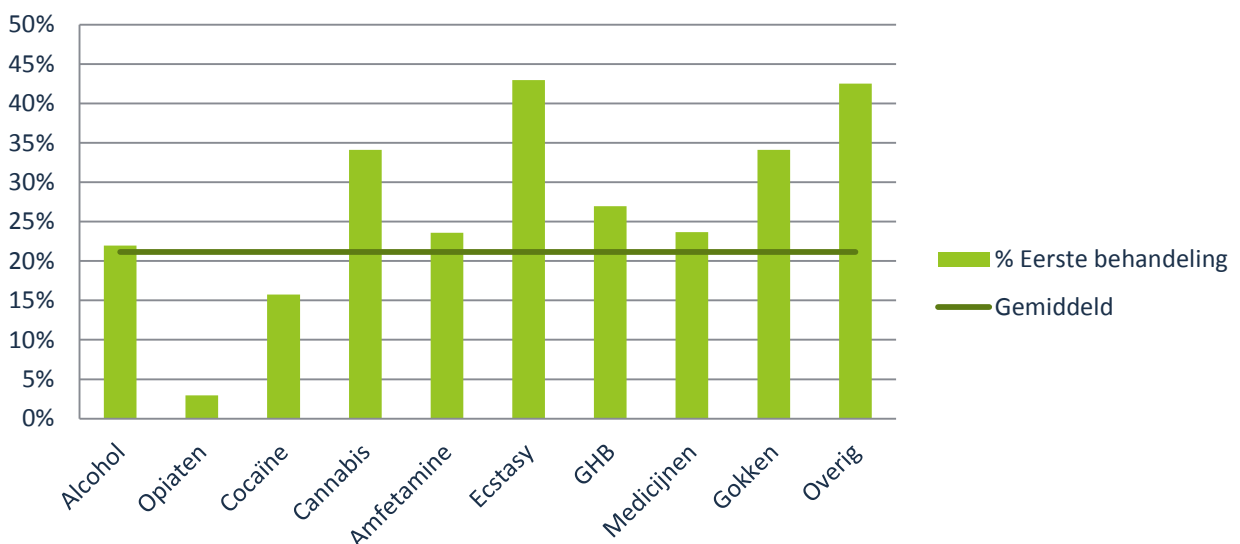
	Aantal personen	%
<b>Alleen Ambulant</b>	50.310	76%
<b>Alleen Klinisch</b>	627	<1%
<b>Klinisch en ambulante (overlap)</b>	10.599	16%
<b>Onbekend</b>	4.558	7%
<b>TOTAAL</b>	<b>66.094</b>	<b>100%</b>

In 2012 zaten ruim 10.000 personen met minimaal één klinische opname in de verslavingszorg. Minder dan 1% heeft een klinische opname zonder een ambulante inschrijving. Een klinische opname gaat bijna altijd gepaard met een ambulante behandeling.

### 1.11 Doorstroming

Eén op de vijf hulpvragers uit 2012 komt voor het eerst in dat jaar in de verslavingszorg terecht. Ook hier zijn er grote verschillen tussen de problematieken (zie figuur 12).

Figuur 12: **Aandeel nieuwe hulpvragers naar problematiek 2012 (N=66.094)**

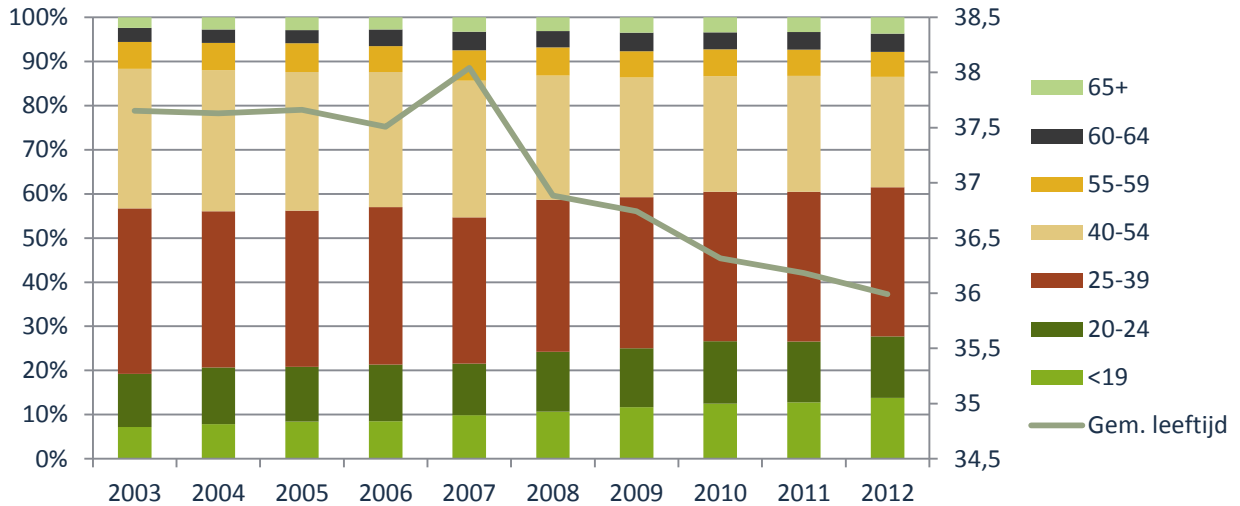


Bij de groep opiaten komen bijna geen nieuwe personen voor. Bij ecstasy en de categorie overig komen relatief de meeste nieuwkomers voor (45%).

Belangrijke groepen bij de laatste categorie zijn hierbij de hulpvragers voor eetstoornissen en internetverslaving (zie hoofdstuk 12). Ook bij cannabis en gokken als primaire problematiek bevinden zich relatief veel nieuwe hulpvragers.

De leeftijd van de nieuwkomers ligt aanzienlijk lager dan van alle hulpvragers (zie ook figuur 5). De gemiddelde leeftijd van deze groep is in de afgelopen 10 jaar gedaald.

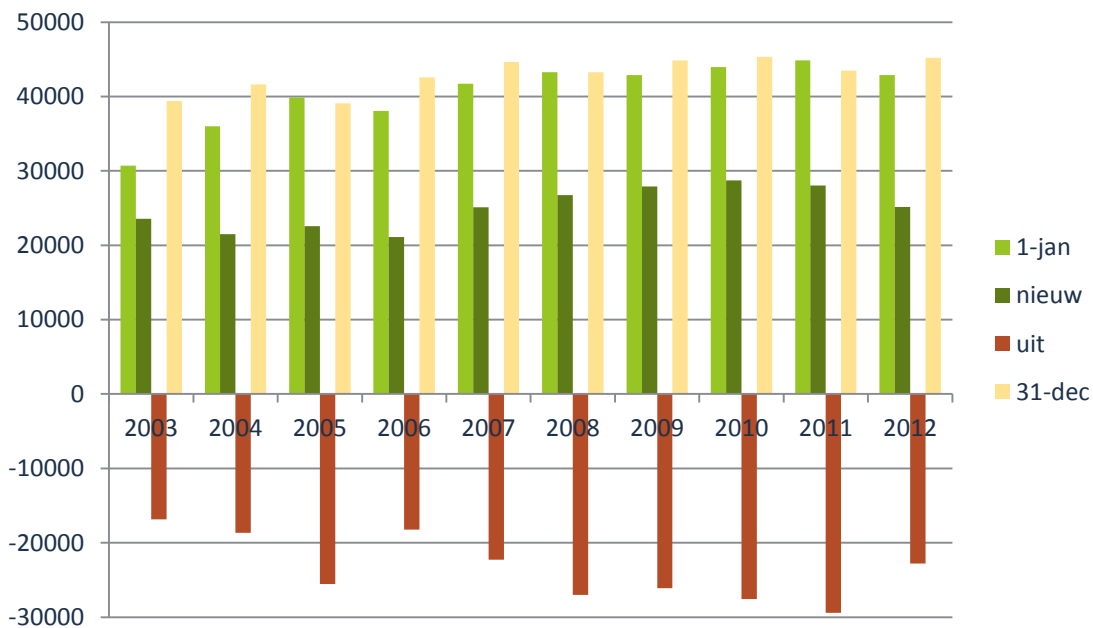
Figuur 13: **Leeftijd nieuwe hulpvragers 2003-2012**



Ondanks de algehele vergrijzing in de verslavingszorg is er daarnaast een trend dat de gemiddelde leeftijd van de groep nieuwkomers daalt.

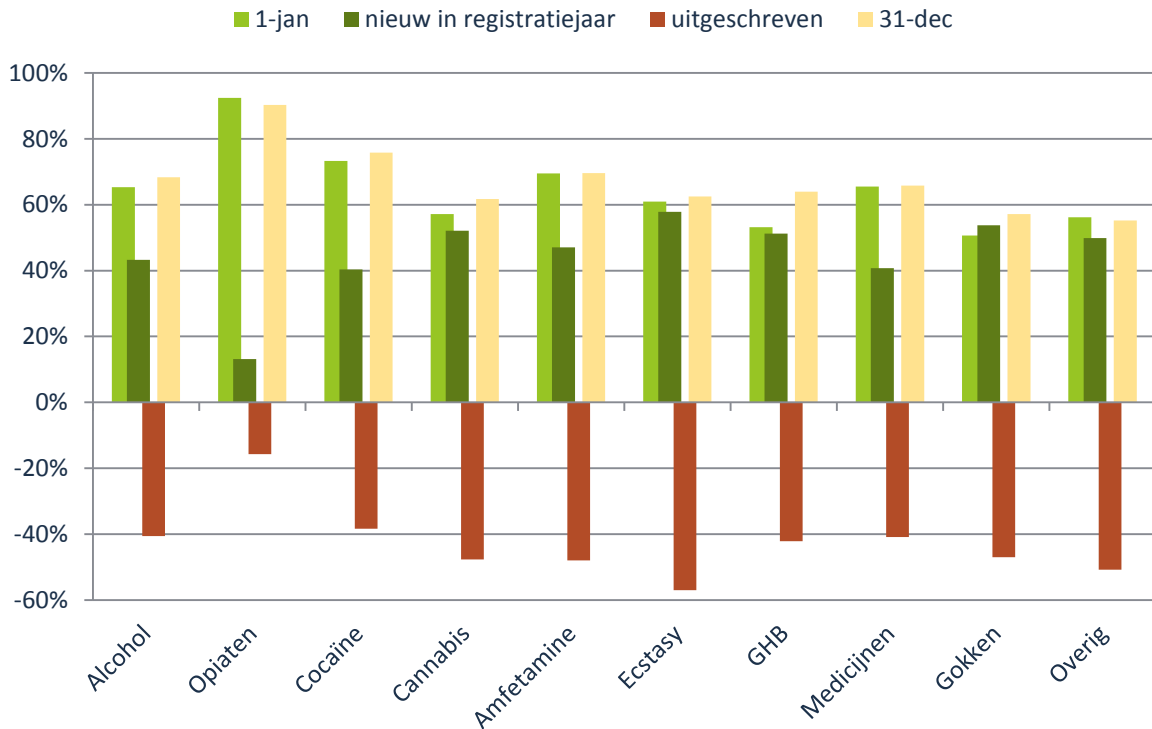
In figuur 14 is te zien wat jaarlijks het aantal cliënten op 1 januari is, hoeveel cliënten er bij komen, hoeveel cliënten er in dat jaar worden uitgeschreven en het aantal op 31 december. Dit geeft een beeld van de doorstroming.

Figuur 14: **Doorstroming in de verslavingszorg 2003-2012**



De doorstroompatroon verschilt voor de verschillende problematieken. Figuur 15 laat deze verschillen in 2012 zien. Dit is uitgedrukt naar het percentage van het totaal aantal unieke cliënten in het registratiejaar die voor die problematiek zijn geregistreerd.

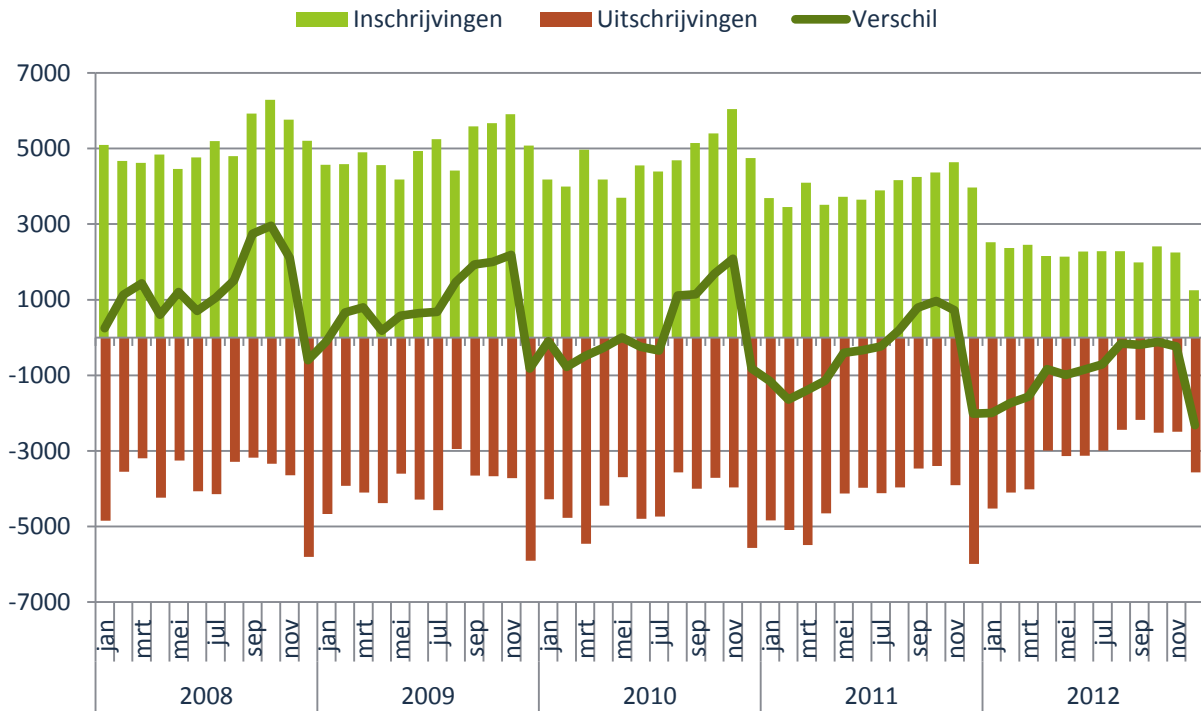
Figuur 15: Doorstroming naar primaire problematiek 2012 (als % van het totaal aantal unieke personen in 2012)



De doorstroming van opiaten is zoals bekend laag. Zowel op 1 januari als op 31 december staat meer dan 90% van totaal aantal opiaathulpvragers uit 2012 ingeschreven. Bij de hulpvraag voor ecstasy wordt bijna 60% van het totaal aantal personen uit het jaar nieuw ingeschreven. Tegelijkertijd wordt ook bijna 60% ook weer uitgeschreven. Hier is dus sprake van een relatief hoge doorstroom.

Een andere wijze om naar de doorstroming te kijken is naar de maandelijks aantal in- en uitschrijvingen. In figuur 16 is de maandelijks in- en uitstroom te zien vanaf 2008. Het betreft dus geen unieke personen. Iemand kan in een jaar meerdere keren worden in- en uitgeschreven.

Figuur 16: In- en uitschrijvingen naar maand 2008-2012



De groene lijn uit figuur 16 laat het netto verschil zien tussen het aantal in- en uitschrijvingen. In 2008 is dit netto verschil nog duidelijk positief. In 2009 begint dit beeld langzaam te wijzigen.

In 2012 daalt de lijn onder nul met name omdat het aantal inschrijvingen in 2012 ten opzichte van vorige jaren is gedaald.

Niet alleen het netto verschil verandert in 2012 ook het absoluut aantal in- en uitschrijvingen neemt af.

### 1.12 Behandelgeschiedenis

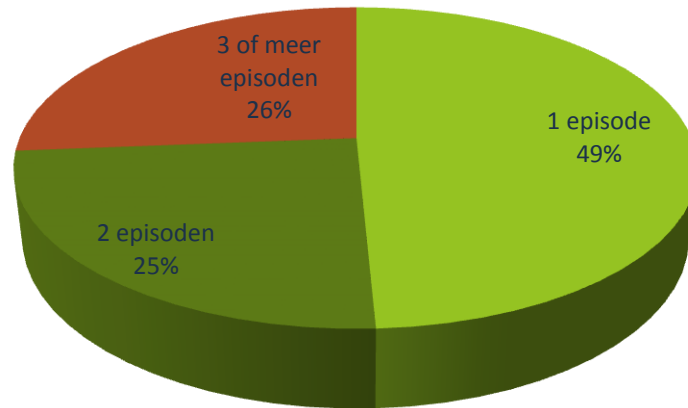
Door het gebruik van de LADIS-sleutel is het mogelijk om de cliënten te volgen door de jaren en over de instellingen heen. Er kunnen hierdoor landelijke cijfers gepresenteerd worden over unieke personen in de verslavingszorg. Ook is het mogelijk om het aantal episodes dat iemand in zorg is geweest, per unieke client te berekenen.

Met een episode wordt bedoeld een periode dat een persoon een aaneengesloten periode in de verslavingszorg in behandeling is. Een episode kan uit meerdere inschrijvingen bij meerdere instellingen bestaan die elkaar overlappen of kort na elkaar plaatsvinden.

Hoe een episode precies is gedefinieerd, is te lezen in bijlage III. Het verschil tussen een nieuwe hulpvrager (zie hierboven 1.11) en een hulpvrager met een eerste episode is, dat de laatste al jaren geleden voor het eerst ingeschreven kan zijn; een (eerste) episode kan betrekking hebben op meerdere registratiejaren.

In figuur 17 is de verdeling van het aantal episodes dat iemand in zorg is geweest, weergegeven voor de hulpvragers uit 2012.

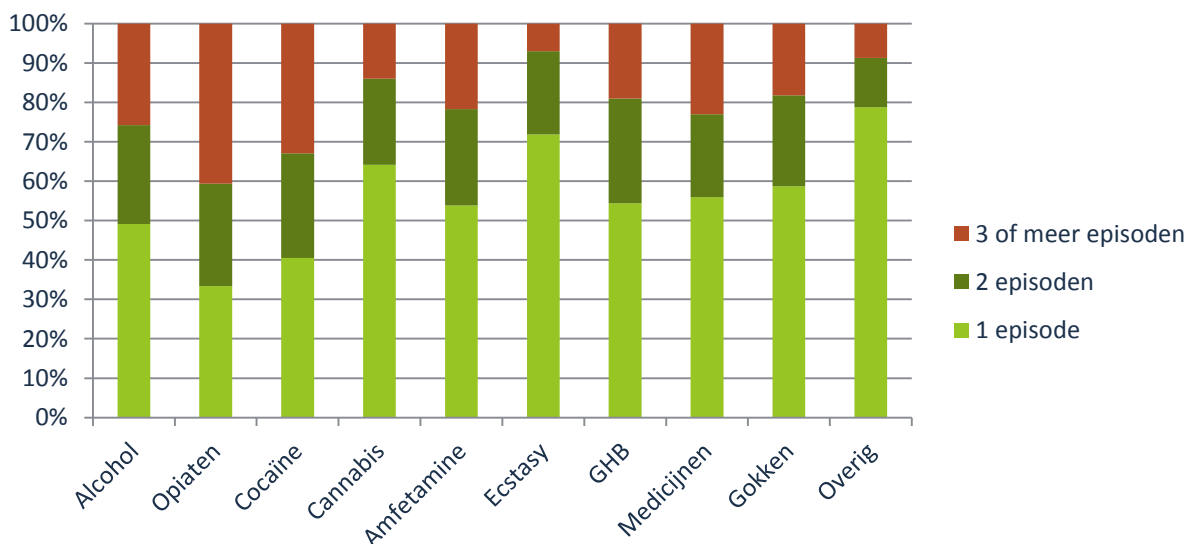
Figuur 17: Aantal episodes in de verslavingszorg 2012 (N=66.094)



De helft van het aantal personen zit in de eerste episode. Een kwart van de personen heeft 3 of meer episodes in de verslavingszorg.

Het aantal episodes in de behandelgeschiedenis van de cliënten uit 2012 is verschillend per primaire problematiek. Deze verdeling is weergegeven in figuur 18.

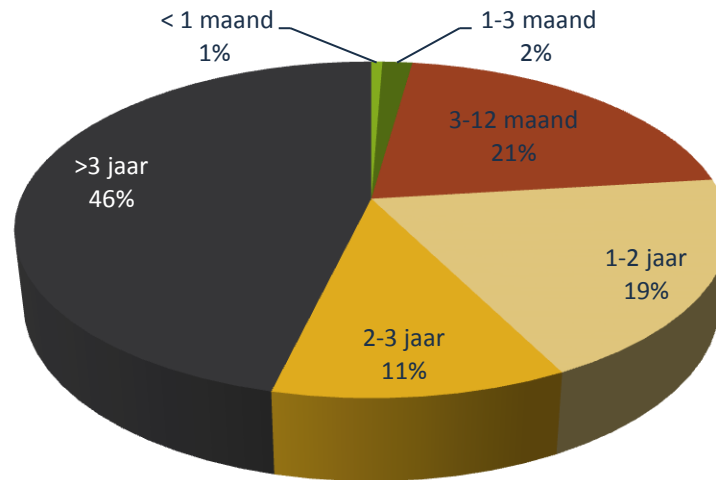
Figuur 18: Aantal episodes in de verslavingszorg naar primaire problematiek (N=66.094)



Bij hulpvragers voor cocaïne en opiaten is er vaker sprake van meerdere episodes. De behandelgeschiedenis is bij deze groepen omvangrijker. Bij de hulpvraag voor cannabis, ecstasy en de categorie overig (met name eetstoornissen) blijft het merendeels beperkt tot 1 episode. Niet alleen het aantal episodes, maar ook de behandelduur per episode is van belang voor de mate waarin er een beroep wordt gedaan op de verslavingszorg. Opgemerkt dient te worden dat de totale episodeneduur altijd een 'stand van zaken' is. De nieuwkomers hebben per definitie een relatief korte episodeneduur. Ook geldt dat voor de cliënten die in eerdere registratiejaren waren ingeschreven de totale behandelduur is opgeteld.

In figuur 19 is te zien hoe de gemiddelde totale behandelduur van alle episoden (gerekend vanaf 1994) van de cliënten uit 2012 is verdeeld.

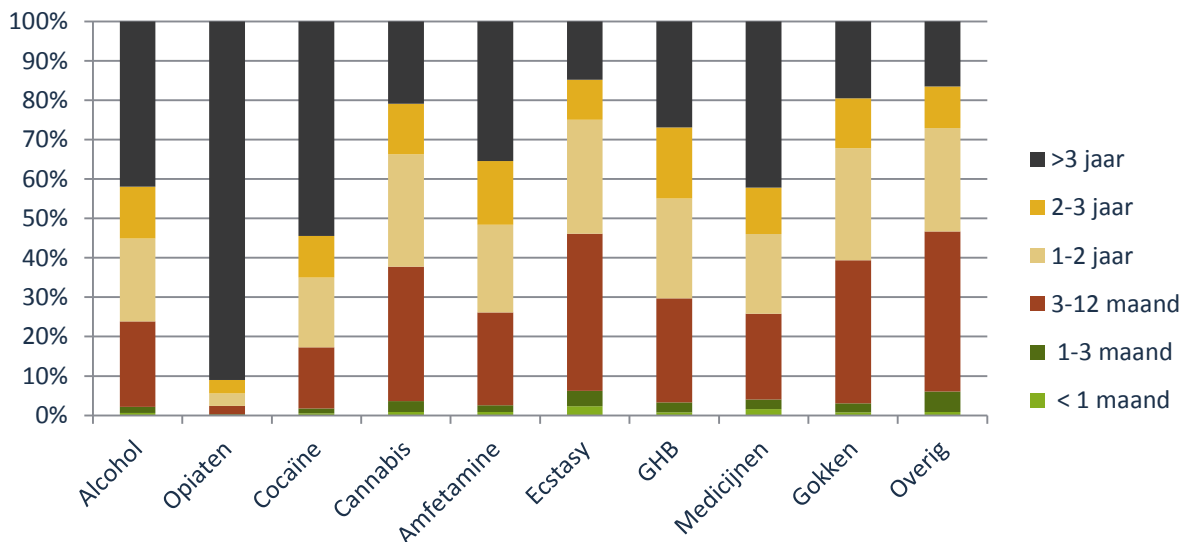
Figuur 19: **Totale behandelduur (1994-2012) van alle episoden in de verslavingszorg (N=66.094)**



Ongeveer een kwart van alle ingeschreven cliënten is in totaal minder dan 1 jaar in de zorg geweest. Bijna de helft is sinds 1994 meer dan 3 jaar behandeld in de verslavingszorg. Dit zijn voornamelijk de cliënten met een hulpvraag voor opiaten, cocaïne en alcohol.

Een verdeling van de totale behandelduur naar primaire problematiek is weergegeven in figuur 20. Hierbij zijn ook meegenomen behandelingen in het verleden voor andere problematiek, dan de primaire problematiek waarvoor de persoon in 2012 is geregistreerd.

Figuur 20: **Totale behandelduur (1994-2012) van alle episoden in de verslavingszorg naar primaire problematiek (N=66.094)**



Hulpvragers voor opiaten zijn het langst in zorg. 90% heeft een behandelgeschiedenis langer dan 3 jaar in zorg. Dit valt te verklaren uit de methadonbehandeling. Deze substitutiebehandeling is over het algemeen niet gericht op het bereiken van abstinentie.



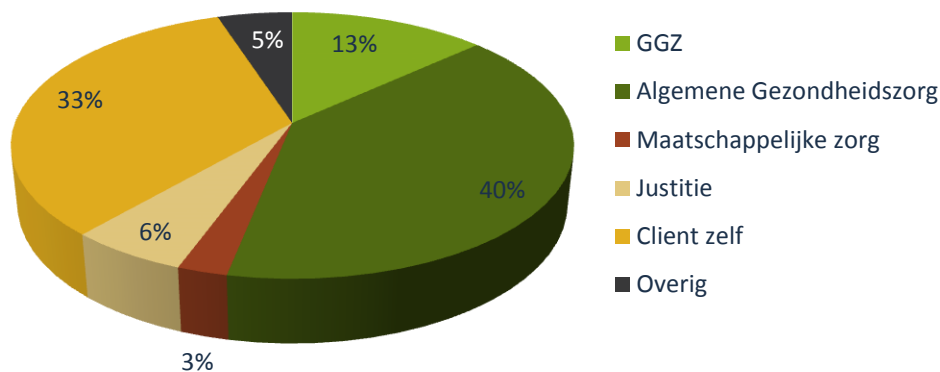
Maar ook hulpvragers voor cocaïne en alcohol hebben vaak een lange carrière in de verslavingszorg. Meer dan de helft heeft een totale behandelduur van meer dan 3 jaar. Voor alcohol bedraagt dit aandeel 40%.

In hoofdstuk 3 t/m hoofdstuk 11 zal van de afzonderlijke problematieken ook de trend van de afgelopen 10 jaar van de totale episodeduur worden beschreven.

### 1.13 Wijze van aanmelding

Veel hulpvragers melden zichzelf aan bij de verslavingszorg. Ook vinden veel aanmeldingen plaats via de algemene gezondheidszorg. In figuur 21 is de verdeling te zien.

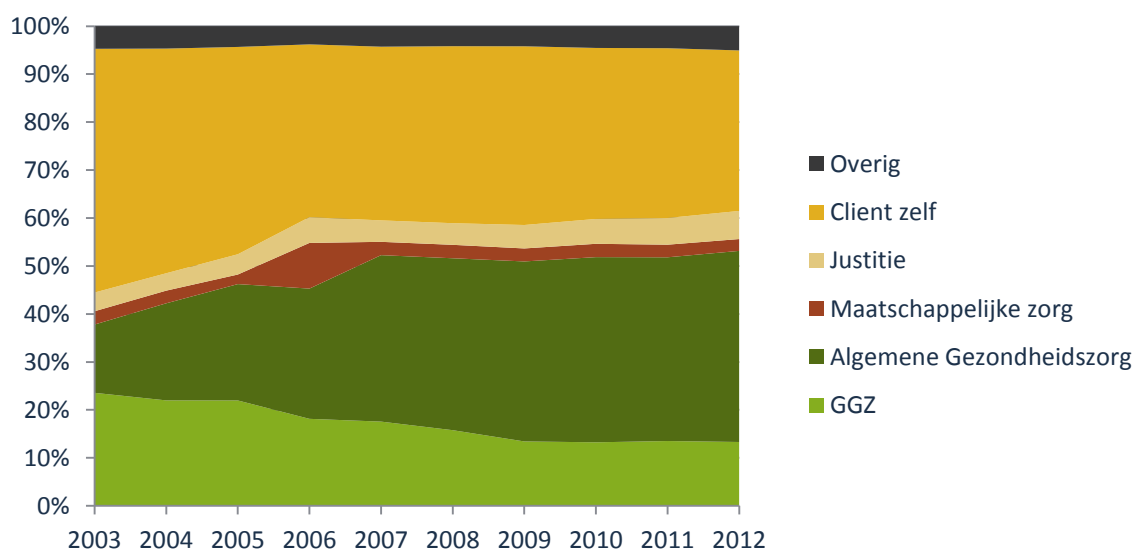
Figuur 21: **Wijze van aanmelding 2012 (N=48.958)**



Tussen 2003 en 2007 daalt het aantal aanmeldingen door de cliënt zelf. Daarna is dit aandeel stabiel. Tegelijkertijd stijgt het aandeel aanmeldingen via de algemene gezondheidszorg, voornamelijk huisarts, en neemt het aandeel dat via de GGZ binnenkomt af.

De jaren blijft de verdeling constant ( figuur 22).

Figuur 22: **Wijze van aanmelding 2003-2012**



### 1.14 Contacten

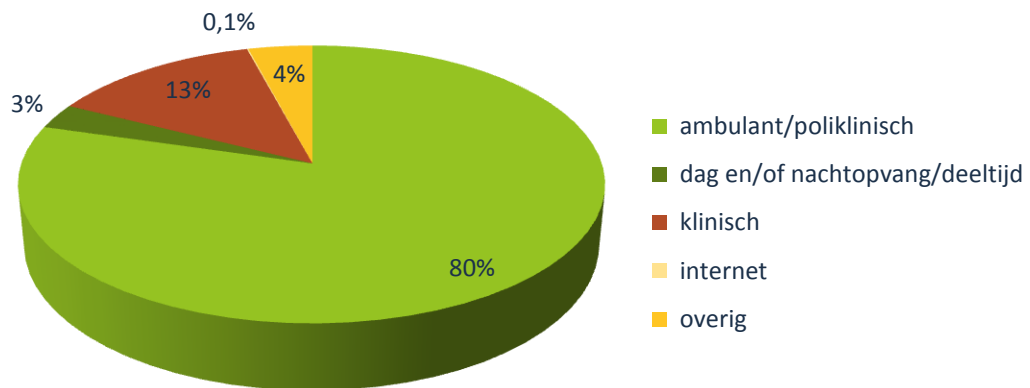
Registratie van contacten is een arbeidsintensieve activiteit. Niettemin blijken zorginstellingen, verzekeraars en overheid groot belang te hechten aan deze contacten. Een goede contactregistratie kan inzicht geven in de inspanningen die in de verslavingszorg worden geleverd voor de zeer diverse problematieken.

In totaal zijn in 2012 bijna 2 miljoen contacten binnen de verslavingszorg geregistreerd.

Dit betreft contacten die gerelateerd zijn aan een inschrijving in de verslavingszorg.

Het merendeel van deze contacten betreft contacten in het kader van een alcohol- en opiaten hulpvraag.

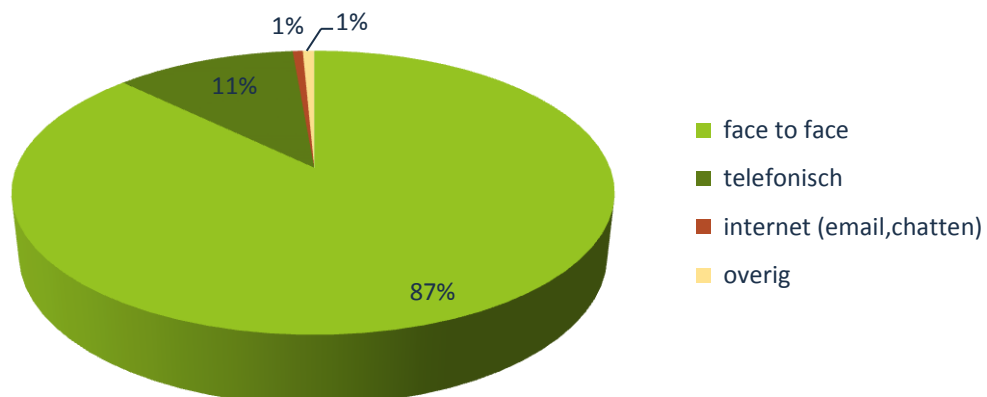
Figuur 23: **Setting van de hulp 2012 (N=1.995.000)**



De meeste contacten van de verslavingszorg met hulpvragers vinden plaats in de ambulante setting. Van de 2 miljoen contacten vindt 80% plaats in een ambulante setting.

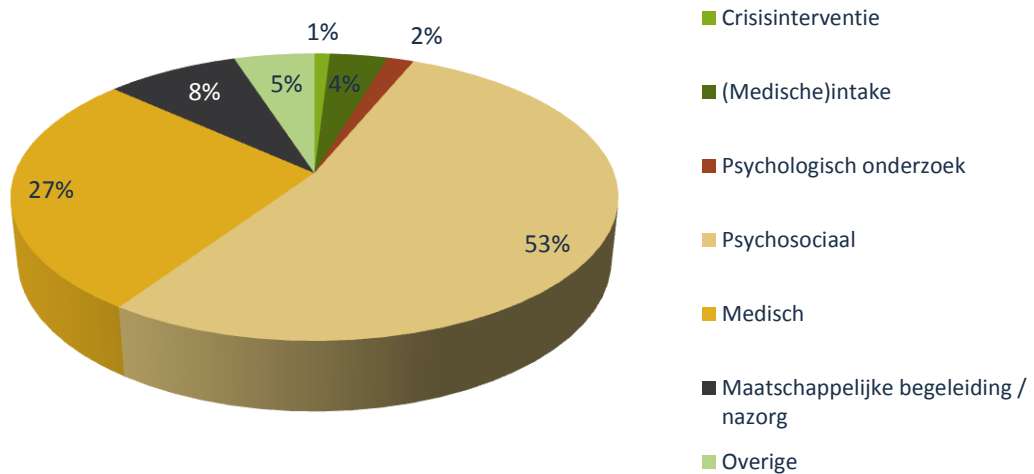
De klinische setting is de tweede grote groep (13%). Contacten met hulpvragers via internet komen in minder dan 1% van contacten voor. Anonieme internetcontacten kunnen vooralsnog niet worden meegenomen in LADIS.

Figuur 24: **Wijze van contact 2012 (N=1.995.000)**



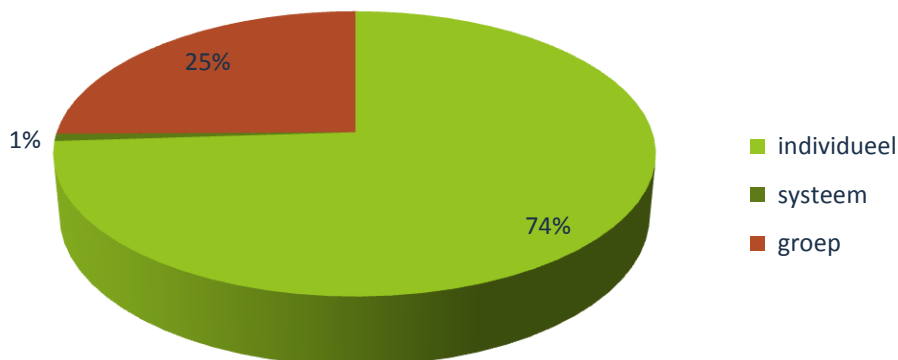
Face to face contacten komen verreweg het meest voor (88%). In 11% van de contacten betreft het een telefonisch contact.

Figuur 25: Aard van contact 2012 (N=1.995.000)



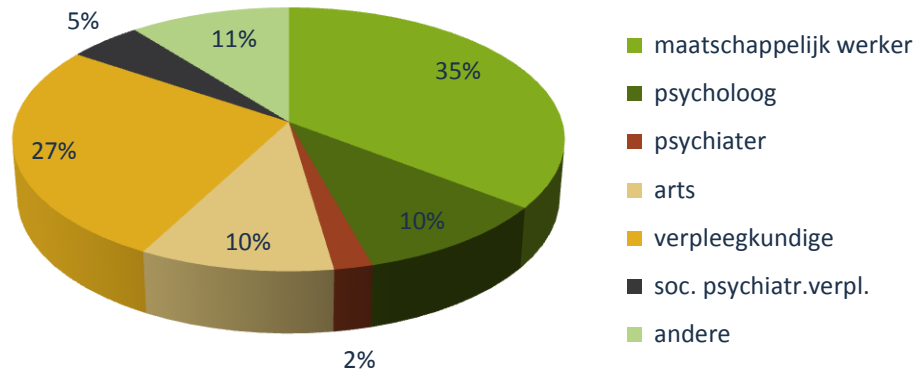
Ruim de helft van de contacten is psychosociaal van aard. Ruime een kwart medisch. Dit betreft zowel behandeling als begeleiding. Maatschappelijke begeleiding of nazorg komen in 1 op de 7 contacten voor. Het aantal crisisinterventies bedraagt 1% van alle contacten.

Figuur 26: Soort contact 2012 (N=1.995.000)



Het grootste gedeelte van de contacten betreft een individueel contact met de cliënt (74%), gevolgd door groepscontacten (25%). Dit betreft contacten tezamen met lotgenoten. In vergelijking met 2011 is het aandeel groepscontacten gestegen. Systeemcontacten, contacten samen met familieleden of andere personen uit de omgeving van de cliënt vormen 1%.

Figuur 27: Contacten naar discipline 2012 (N=1.568.000)



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

## 2 Alcohol

### 2.1 Uitgelicht

- Aantal hulpvragers daalt met 7%.
- Daling vooral in de leeftijdsgroep 25-54 jaar.

### 2.2 In het kort

Tabel 8: Overzicht hulpvraag alcohol 2012

Demografie		
	Aantal hulpzoekers	30.758
	Man : Vrouw	<b>72 : 28</b>
	Gemiddelde leeftijd	46
	Aandeel 25-	5%
	Aandeel 55+	26%
	Aandeel autochtoon	84%
	Aantal per 100.000 inwoners	184
Problematiek		
	Aandeel in verslavingszorg	47%
	Enkelvoudig : Meervoudig	73 : 27
	Gebruik als bijmiddel	5006
	Eerste inschrijving ooit	22%
	Gemiddeld aantal contacten/cliënt	28

Alcohol blijft verantwoordelijk voor de grootste groep hulpvragers in de verslavingszorg. Van de bijna 70.000 hulpvragers in 2012 zijn er ruim 30.000 die met een primaire alcoholhulpvraag aankloppen. Dit is 7% minder dan in 2011.

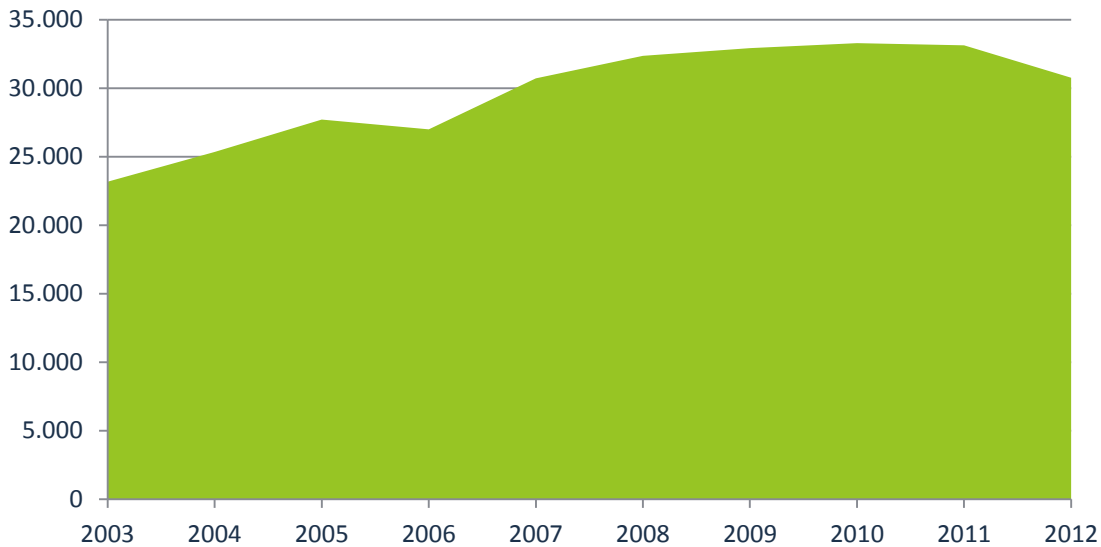
Ongeveer 30% van deze groep is vrouw. Dit percentage is al vele jaren constant. De gemiddelde leeftijd van de groep alcoholhulpvragers is de afgelopen jaren gestegen en bedraagt nu 46 jaar. Deze lag tien jaar geleden nog onder 44 jaar. Alcoholproblemen die tot een hulpvraag leiden bij de verslavingszorg komt in de groep jongeren relatief beperkt voor. Het aandeel jongeren onder de 25 jaar bedraagt 5%. Beneden de 20 jaar meldden zich in 2012 ongeveer 500 jongeren.

### 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 de eeuwwisseling meer aandacht (en capaciteit) gekregen. De laatste vijf jaar is het aandeel constant en bedraagt in 2012 ca. 47% van alle hulpvragers. Het aantal is gestegen van 23.000 in 2003 tot ruim 32.000 in 2011, en in 2012 weer gedaald naar bijna 31.000 hulpvragers (zie ook Tabel 8 en Figuur 28).

Hoe deze populatie zich in 10 jaar heeft ontwikkeld, wordt duidelijk in figuur 28. Hieruit blijkt dat er de afgelopen 10 jaar een groei van ruim 50% is geweest maar dat deze groei de laatste jaren kentert.

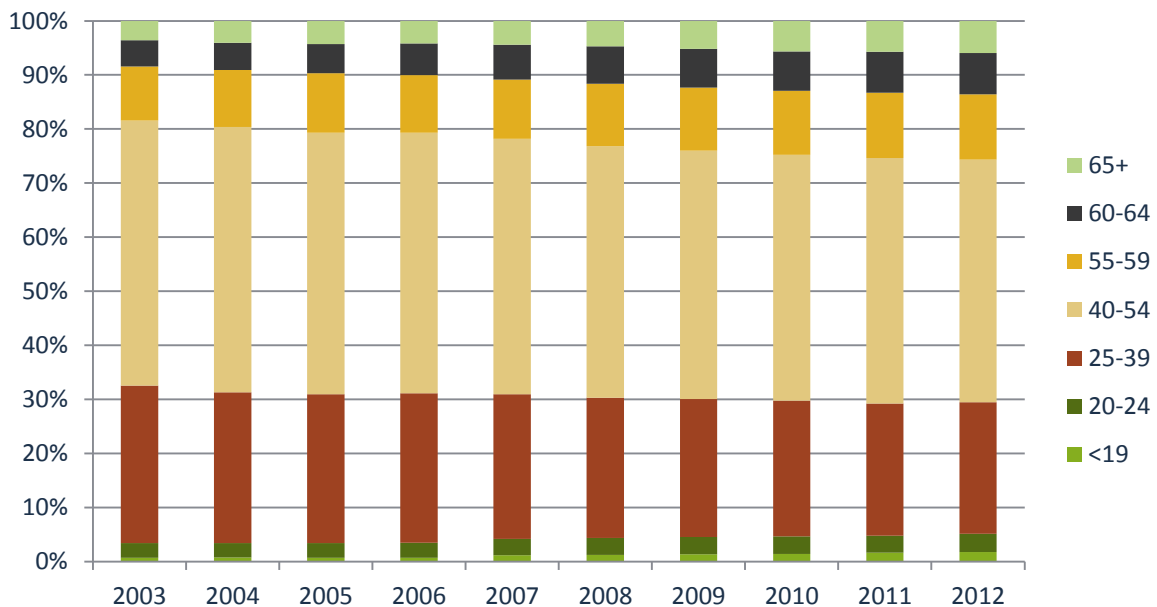
Figuur 28: Alcohol - Aantal hulpvragers 2003-2012



## 2.4 Jong en oud

De laatste jaren neemt het aandeel 55+ onder de alcoholhulpvragers duidelijk toe<sup>9</sup>. Bij de jongeren (<25 jaar) in de totale groep alcoholhulpvragers is er sprake van een lichte stijging. De grootste groep hulpvragers wordt gevormd door de groep 40-54 jarigen. Zie figuur 29.

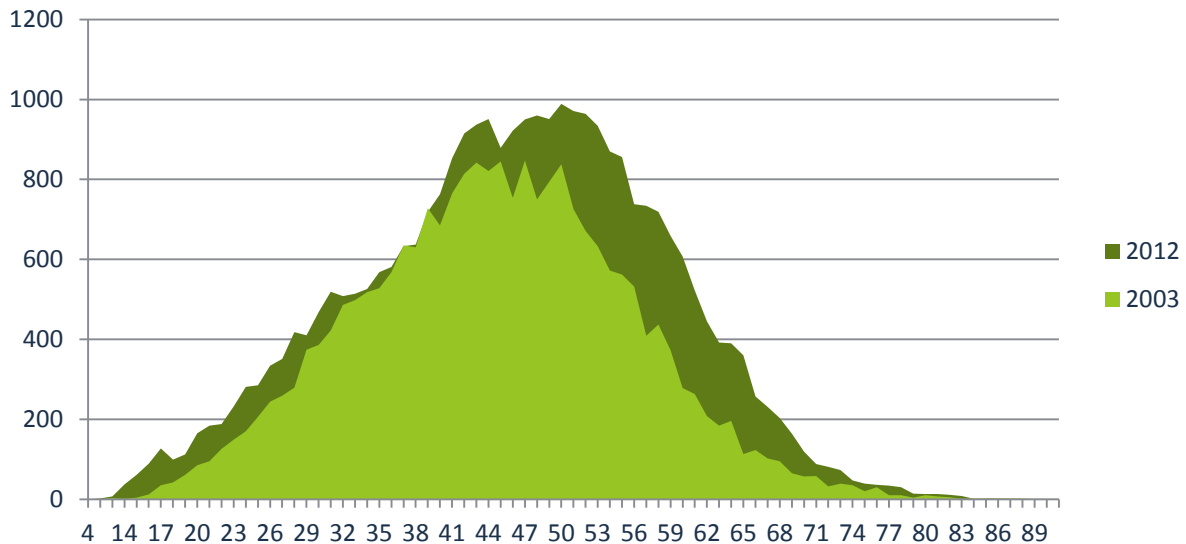
Figuur 29: Alcohol - Leeftijdscategorieën 2003-2012



<sup>9</sup> Alcohol en ouderen in de verslavingszorg in Nederland (2001-2010), Trimbos-instituut, Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie en IVZ, april 2012

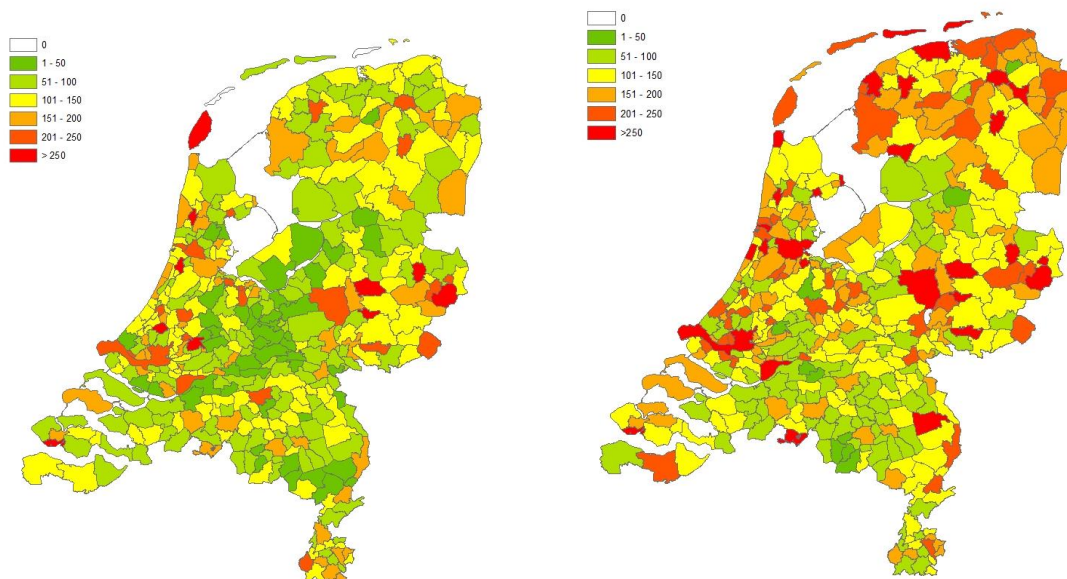
Uit figuur 30 blijkt dat de hulpvraag voor alcohol de afgelopen 10 jaar in alle leeftijdscategorieën is gestegen. De groei is echter het sterkst in de groep van 50 tot 65 jaar. De verwachting is dat de groei in de hulpvraag voor alcohol in de groep ouderen de komende jaren zich zal blijven voortzetten. Deze groei zal deels bestaan uit nieuwe cliënten, maar ook voor een groot deel uit de grote groep 50-55 jaar die deels een beroep zal blijven doen op de verslavingszorg.

Figuur 30: Alcohol - Leeftijdsverdeling 2003 versus 2012



## 2.5 Regionale spreiding

Figuur 31: Aantal hulpvragers voor alcoholproblematiek per 100.000 inwoners 2003 en 2012

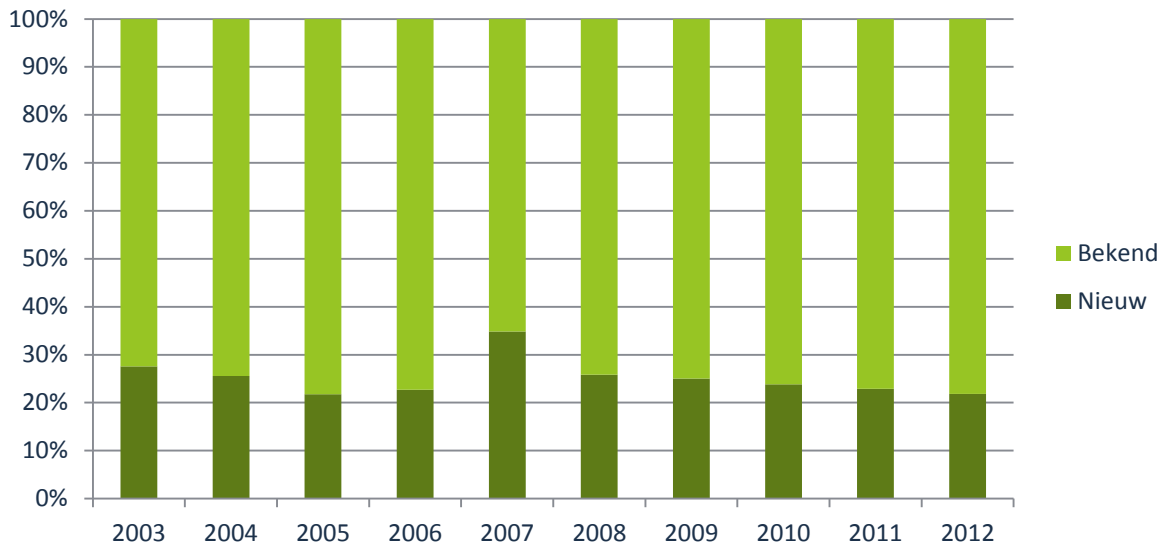


Het landelijke gemiddelde van de hulpvraag voor alcohol ligt in 2012 op 184/100.000 inwoners. In 2003 was dit 143/100.000 inwoners.

## 2.6 Nieuw en bekend

De laatste jaren melden zich jaarlijks circa 20% nieuwe hulpvragers (bijna 7.000 in 2012) bij de verslavingszorg aan met alcoholproblematiek. Hieruit volgt dat bijna 80% van de personen met een hulpvraag rondom alcohol al voor 2012 bij de verslavingszorg bekend was.

Figuur 32: Alcohol - Trend nieuwe en bekende hulpvragers 2003-2012

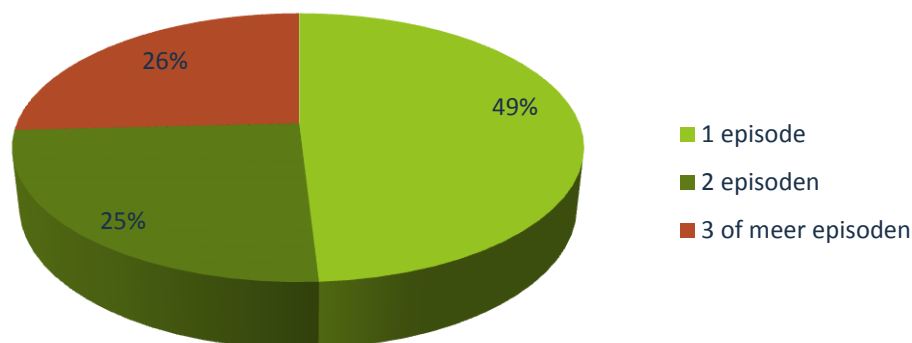


## 2.7 Behandelgeschiedenis

Door het gebruik van de LADIS-sleutel is het mogelijk om de cliënten te volgen door de jaren en over de instellingen heen. Hierdoor is het mogelijk om het aantal episoden dat iemand in zorg is te berekenen, evenals de duur van de episoden. Onder een episode wordt verstaan een aaneengesloten periode van contacten met de verslavingszorg. De episode kan dus ook over de registratiejaren heen zijn. Hoe een episode precies is gedefinieerd is te lezen in bijlage III.

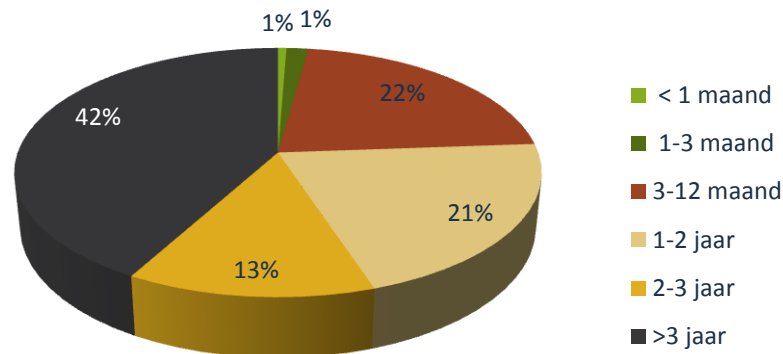
In figuur 33 is te zien hoe het aantal episoden verdeeld is in 2012.

Figuur 33: Alcohol - Aantal episoden in de verslavingszorg 2012 (n=30.758)





Figuur 34: Alcohol - Totale duur alle episoden in 2012



Niet alleen het aantal episoden, maar ook de duur van de episoden zegt iets over de mate waarin iemand een beroep doet op de zorg. Van iedere hulpvrager kan worden berekend wat de totale duur is van alle episoden.

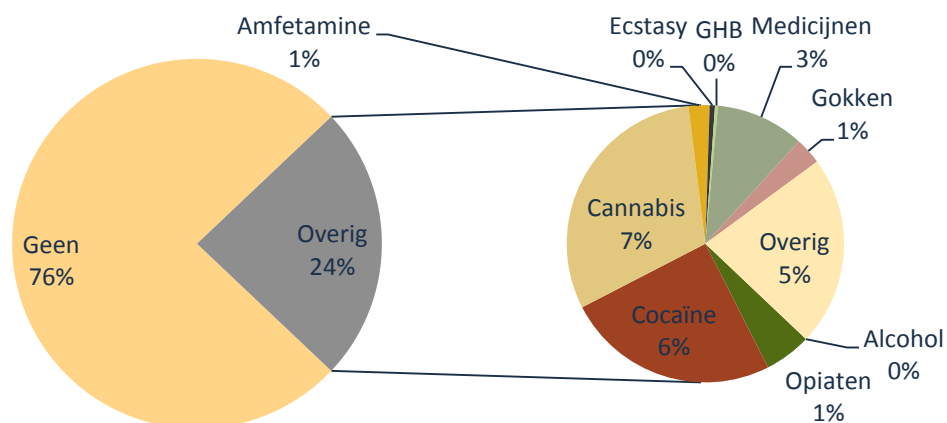
Uit figuur 34 blijkt dat in 2012 bij meer dan 40% van de hulpvragers de totale duur meer dan 3 jaar betreft. Het aandeel met een totale behandelduur van minder dan een jaar neemt vanaf 2007 toe. Opgemerkt dient te worden dat ook de mensen die in 2012 voor het eerst in zorg komen meetellen bij de berekening van de gemiddelde totale episodeneduur. Ook geldt dat voor de cliënten uit eerdere rapportagejaren eventuele inschrijvingen in volgende jaren bij de totale behandelduur zijn opgeteld. Figuur 34 zegt dus iets over de zorgconsumptie van alle hulpvragers inclusief de nieuwkomers.

## 2.8 Secundaire problematiek

Alcoholproblematiek gaat in ongeveer een kwart 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 35). Driekwart van de alcoholhulpvragers heeft geen problemen met andere middelen.

Opvallend is dat er bij 8% van de populatie met een alcoholhulpvraag sprake is van harddruggebruik (voornamelijk opiaten, cocaïne en amfetamine) dat wordt aangemerkt als secundaire problematiek.

Figuur 35: Alcohol - Secundaire problematiek 2012 (N=30.758)



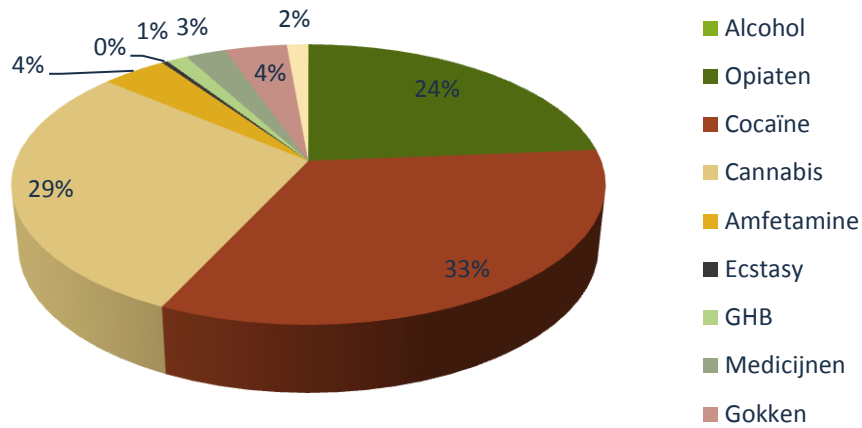
## 2.9 Gebruik als bijmiddel

Naast alcohol als primaire problematiek komt alcohol ook voor als genoemde secundaire of tertiaire problematiek.

Bij 5.006 hulpvragers wordt alcohol als bijmiddel geregistreerd.

In figuur 36 is de verdeling te zien bij welke primaire problematiek alcohol als bijmiddel voorkomt.

Figuur 36: Alcohol – Gebruik als bijmiddel 2012 (N=5.006)



Alcohol als bijmiddel komt vaak voor bij cocaïne-, cannabis en opiatenproblematiek.

### 3 Opiaten

#### 3.1 Uitgelicht

- Daling aantal opiaathulpvragers zet voort.
- De groep met een opiaathulpvraag wordt ouder: aandeel 55-plussers stijgt naar 17%.
- Weinig nieuwe instroom, maar ook weinig uitstroom van hulpvragers.

#### 3.2 In het kort

Figuur 37: **Overzicht opiaat hulpvraag 2012**

<b>Demografie</b>		
	Aantal hulpzoekers	10.605
	Man : Vrouw	81 : 19
	Gemiddelde leeftijd	46
	Aandeel 25-	1.1%
	Aandeel 55+	17.0%
	Aandeel autochtoon	63%
	Aantal per 100.000 inwoners	63
<b>Problematiek</b>		
	Aandeel in verslavingszorg	16
	Intraveneus gebruik nooit : ooit	60:40
	Intraveneus gebruik afgelopen jaar/maand	8.6%/2.5%
	Enkelvoudig : Meervoudig	46 : 54
	Gebruik als bijmiddel	3.019
	Eerste inschrijving ooit	2.9%
	Gemiddeld aantal contacten/cliënt (excl. methadon)	44
	Gemiddeld aantal innames/ methadoncliënt	214

#### 3.3 Trends en ontwikkeling van de hulpvraag

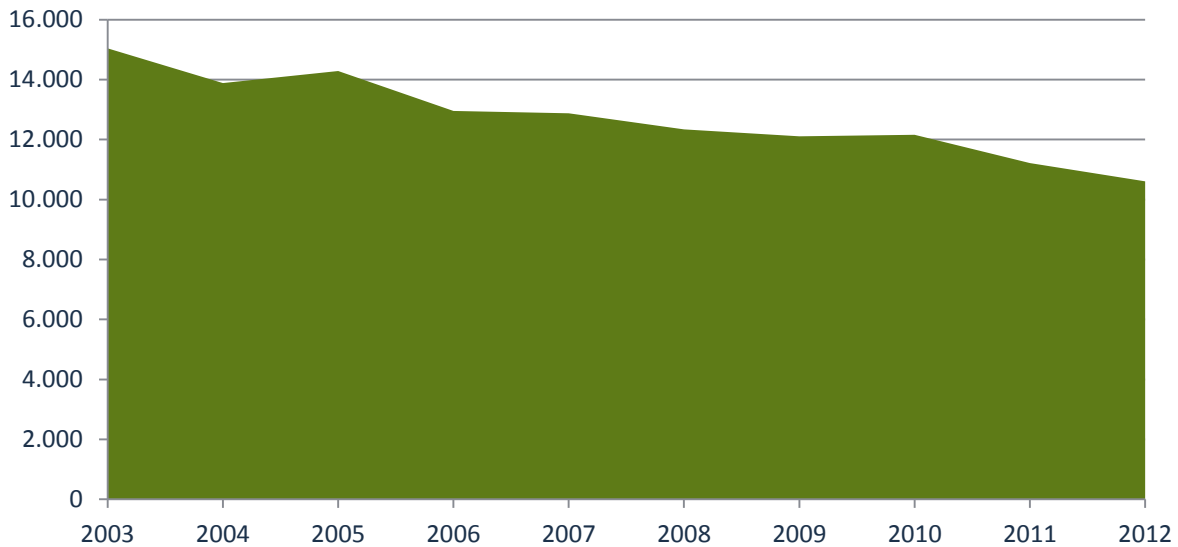
De opiatengroep is in omvang een relatief constante groep hulpvragers in de verslavingszorg. Zo'n 95% van de hulpvragers zijn 'oude bekenden'. Het aantal nieuwkomers is beperkt en er is relatief weinig uitstroom. Verslavingszorg voor deze groep hulpvragers bestaat grotendeels uit "onderhoudszorg".

Dat wil zeggen dat de behandeling gericht is op "harm-reduction" en niet op abstinentie.

In een studie van het Trimbos-instituut<sup>10</sup> 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 2002 (deze lag tussen 25.700 en 39.000 problematisch opiaatgebruikers). In de verslavingszorg zijn ruim 11.000 personen geregistreerd met opiaatproblematiek.

<sup>10</sup> Aantal problematische harddruggebruikers in Nederland, Trimbos Instituut; 2011 Utrecht

Figuur 38: **Opiaten – Aantal hulpvragers 2003-2012**

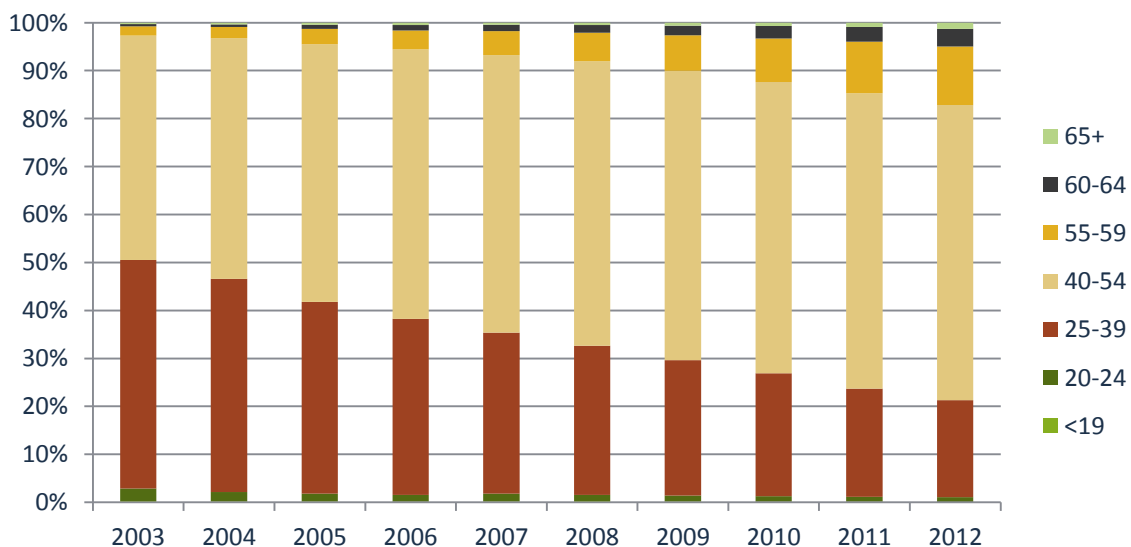


In figuur 38 is een duidelijk dalende trend in de afgelopen 10 jaar van de hulpvraag rondom opiaatgebruik te zien.

### 3.4 Jong en oud

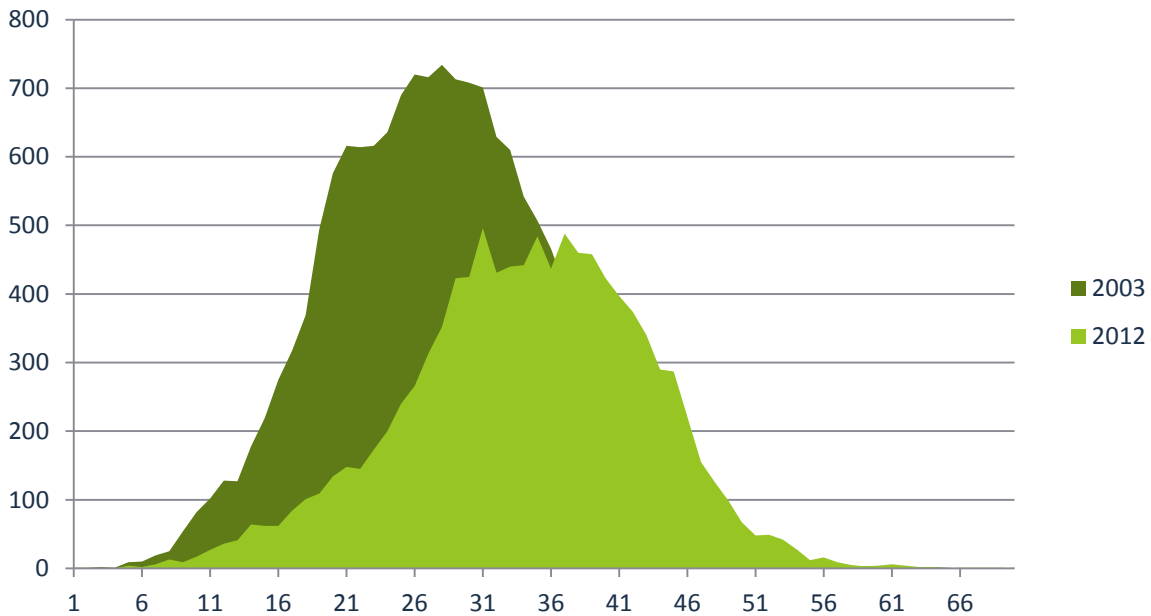
De opiaathulpvragers worden steeds ouder en het aandeel 55+ neemt zowel in aantal als in aandeel nog steeds toe. Er zijn inmiddels ruim 1.800 55-plussers waarvan er 140 ouder zijn dan 65 jaar. Het betreft grotendeels een groep mensen die chronisch een beroep op de zorg doet en dit naar verwachting ook zal blijven doen. De groep opiaathulpvragers in de verslavingszorg zal daarom de komende jaren steeds verder 'vergrijzen'. De verschuivende leeftijdsontwikkeling is in figuur 39 duidelijk te zien ten opzichte van het jaar 2003.

Figuur 39: **Opiaten – Leeftijdscategorieën 2003-2012**



Dit beeld wordt nog duidelijker in figuur 40.

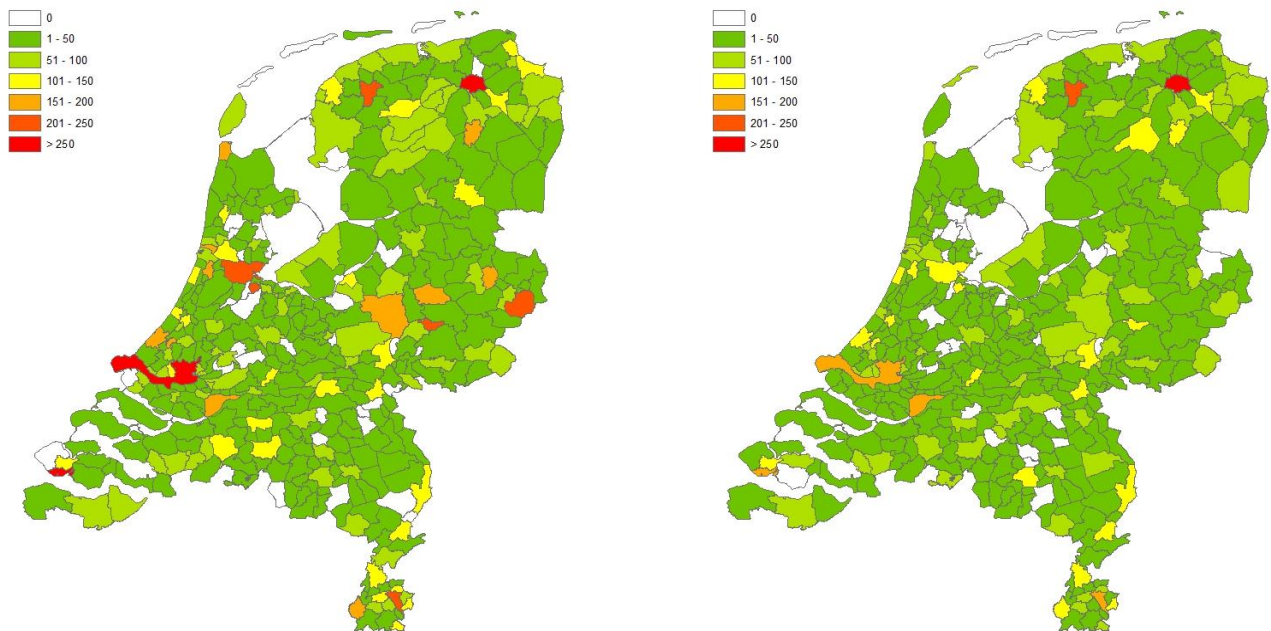
Figuur 40: Opiaten - Leeftijdsverdeling 2003 versus 2012



Zoals goed te zien is, is de groep in vergelijking met tien jaar geleden beduidend kleiner en ouder geworden. Ondanks deze daling zal het aantal 55-plussers in deze groep de komende jaren fors toenemen.

### 3.5 Regionale spreiding

Figuur 41: Aantal hulpvragers opiatenproblematiek per 100.000 inwoners 2003 en 2012

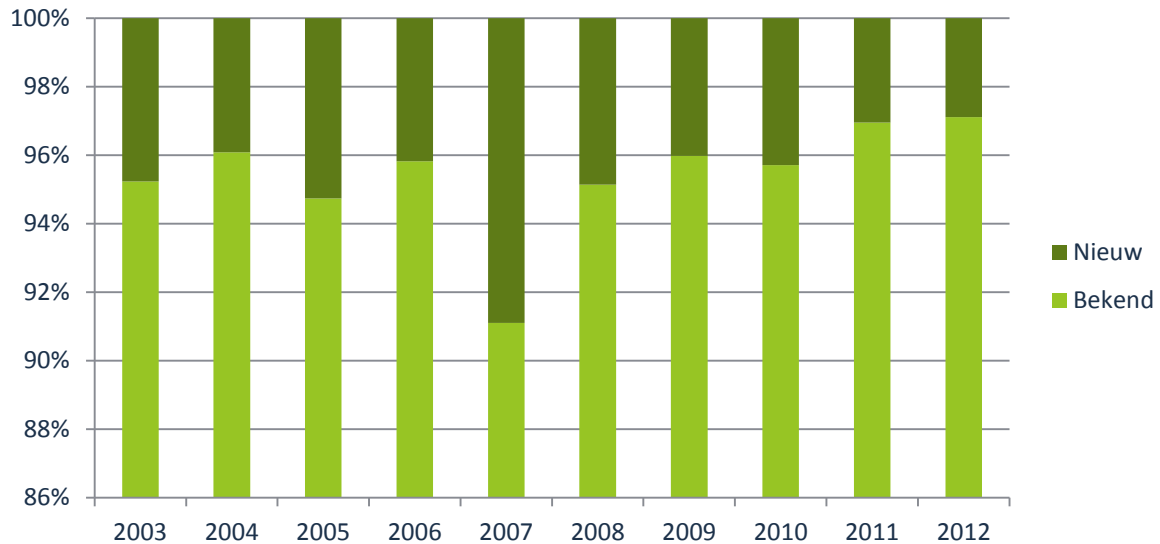


Het landelijke gemiddelde van de hulpvraag voor opiaten ligt in 2012 op 63/100.000 inwoners. In 2003 was dit 98/100.000 inwoners.

### 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.

Figuur 42: Opiaten - Trend nieuwe en bekende hulpvragers 2003-2012

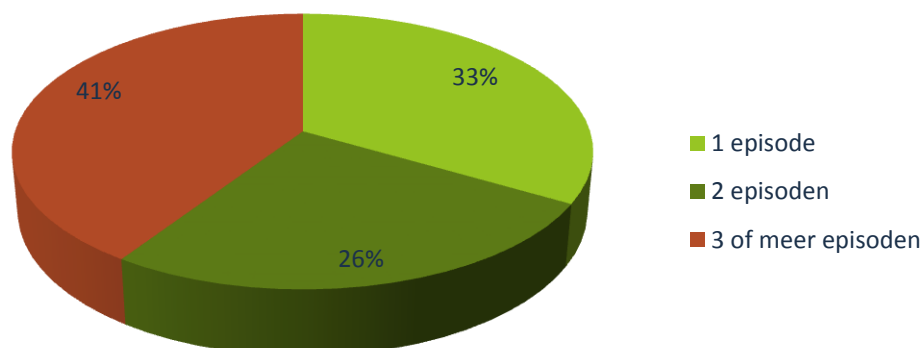


Van de 4% nieuwkomers is gekeken of hier nieuwe groepen met een specifieke geografische herkomst zijn te herkennen. Dit blijkt niet het geval. Er zijn geen opvallende verschillen in demografische kenmerken tussen de nieuwkomers en de groep die al bekend is.

### 3.7 Behandelgeschiedenis

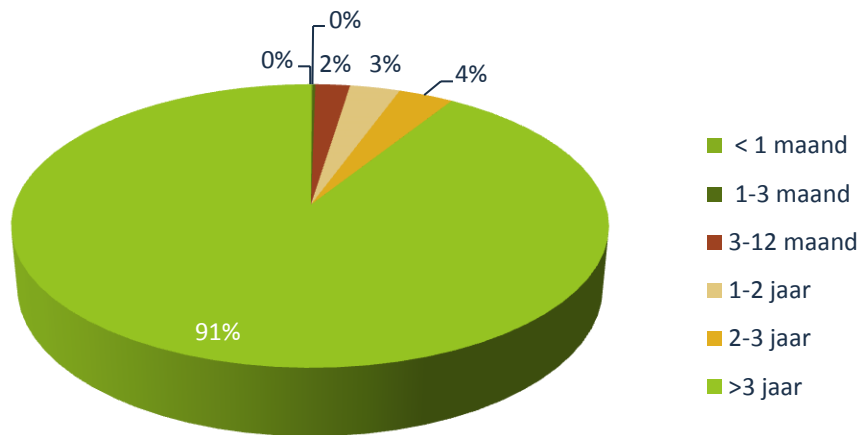
De groep opiaathulpvragers is grotendeels chronisch in zorg. Dit lijkt niet overeen te stemmen met het beeld uit figuur 43. Hieruit blijkt dat een derde van de opiaathulpvragers 'pas' in de eerste episode in zorg zit.

Figuur 43: Opiaten – Aantal episoden in de verslavingszorg 2012



Een episode kan meerdere inschrijvingen en meerdere registratiejaren omvatten. De definitie van een episode zoals hier gehanteerd staat beschreven in bijlage III. Echter, als naar de duur van de episoden wordt gekeken dan wordt duidelijk dat de groep opiaatverslaafden een chronische beroep op de verslavingszorg doet.

Figuur 44: Opiaten - Totale duur alle episoden in 2012

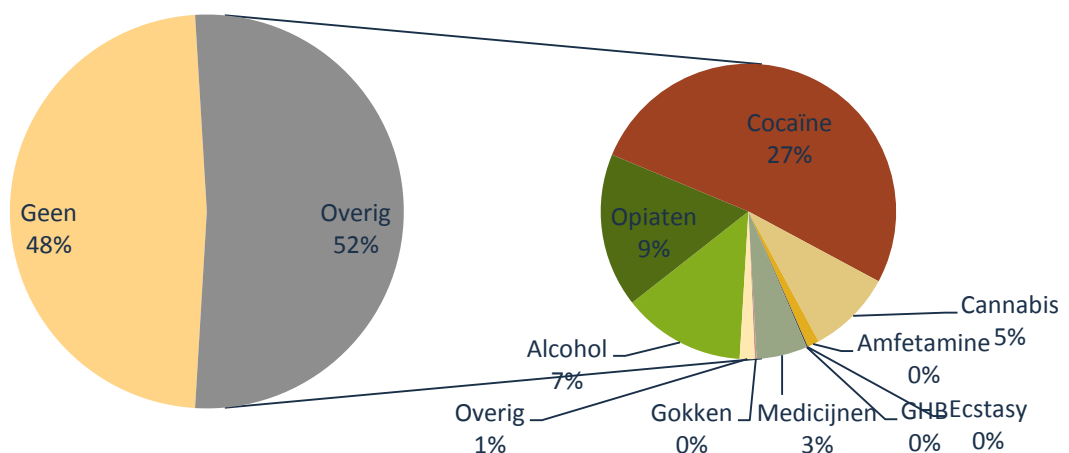


90% van de hulpvragers heeft een totale behandelgeschiedenis van meer dan 3 jaar in de verslavingszorg. Dit was 10 jaar geleden ook al zo. Het totaal van alle episoden ligt in 2012 gemiddeld op meer dan 12 jaar. Ook voor de groep met 'slechts' 1 episode (zie figuur 44) betreft dit dus een zeer langdurige aaneengesloten episode, anders geformuleerd chronische zorg.

### 3.8 Secundaire problematiek

Veel opiaatgebruikers hebben naast problemen met het primaire middel ook nog secundaire problematiek. 48% heeft geen problemen met andere middelen. De secundaire problematiek bestaat voornamelijk uit cocaïne en andere opiaten.

Figuur 45: Opiaten - Secundaire problematiek 2012

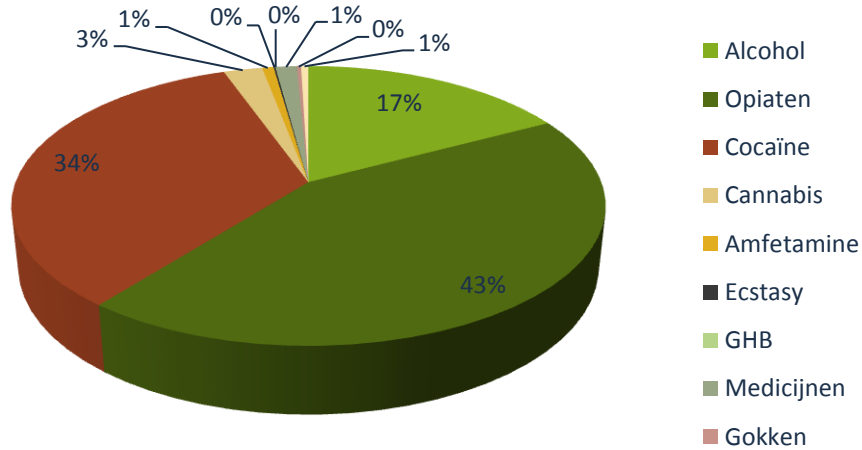


### 3.9 Gebruik als bijmiddel

Naast opiaten als primaire problematiek komen deze middelen ook voor als secundaire of tertiaire problematiek. In tegenstelling tot bijvoorbeeld alcohol kunnen opiaten zowel als primaire problematiek en als bijmiddel voorkomen.

In figuur 46 is de verdeling te zien bij welke primaire problematiek opiaten als bijmiddel voorkomt.

Figuur 46: Opiaten – Gebruik als bijmiddel 2012 (N=3.019)

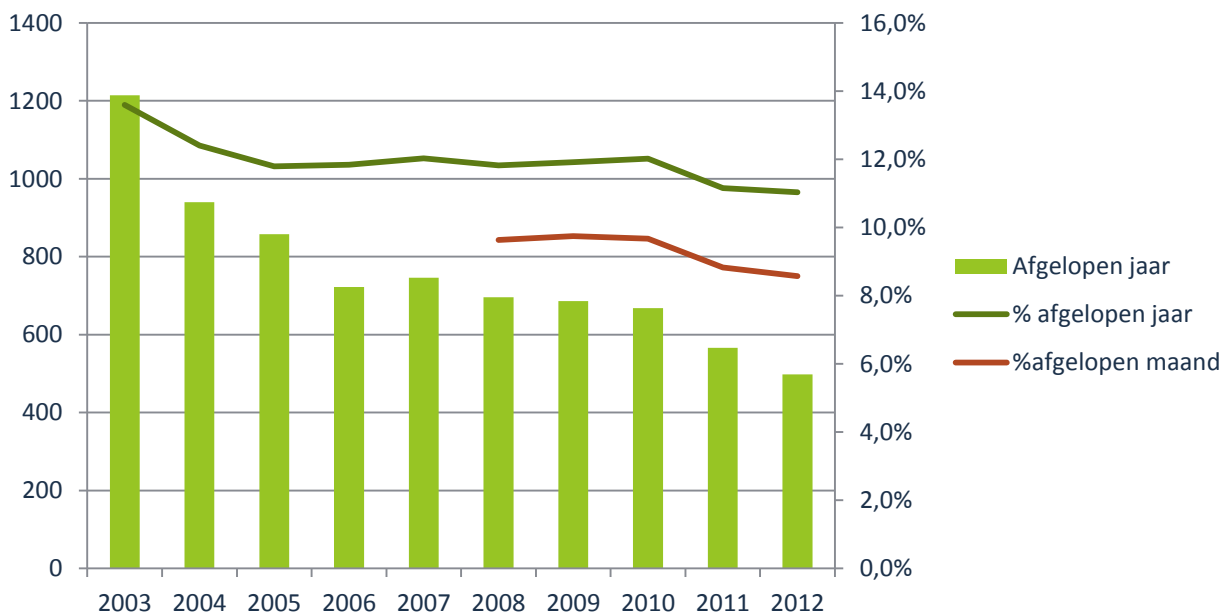


Bij 3.019 hulpvragers worden opiaten als bijmiddel geregistreerd. Met name daar waar verschillende vormen van opiaten worden gebruikt, wordt dit zowel als hoofd- als als bijmiddel geregistreerd (ca. 43%).

### 3.10 Intraveneus gebruik

Het intraveneus opiaatgebruik neemt nog steeds af in Nederland. De laatste 10 jaar is het aantal recente spuiters (in het afgelopen jaar) meer dan gehalveerd. Het percentage actuele spuiters (in de afgelopen maand) daalt tot onder de 9%.

Figuur 47: Aantal en aandeel (%) intraveneus opiaatgebruikers 2003-2012





### 3.11 Methadon

Het grootste deel, ruim 80% van de opiaatverslaafden binnen de hulpverlening, staat ook ingeschreven bij een methadonprogramma en/of heroïneproject.

In tabel 10 staat de ontwikkeling van het aantal cliënten en het aantal methadoncontacten van 2003-2012.

Tabel 9: **Methadoncontacten cijfers 2003- 2012**

Jaren	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hulpvragers	9924	10199	10416	9192	8857	8491	9787	10064	9815	8756 <sup>11</sup>
Innames X1.000	2.406	2.359	2.455	2.231	2.025	1.848	2.025	2.154	1.990	1.874
Innames/ cliënt	242	231	236	243	229	218	207	214	203	214

<sup>11</sup> In 2012 was 1 instelling niet in staat om de methadongegevens aan te leveren. Volgens de betrokken instelling betreft het naar schatting ongeveer 800 personen.

## 4 Cocaïne

### 4.1 Uitgelicht

- Daling cocaïnehelpvraag zet zich voort.
- Aandeel jongeren <25 jaar blijft dalen.
- Gemiddelde leeftijd van de cocaïnehelpvragers stijgt.
- Van de nieuwe instroom betreft het grotendeels snuifcokes.

### 4.2 In het kort

Tabel 10: Overzicht cocaïne helpvraag 2012

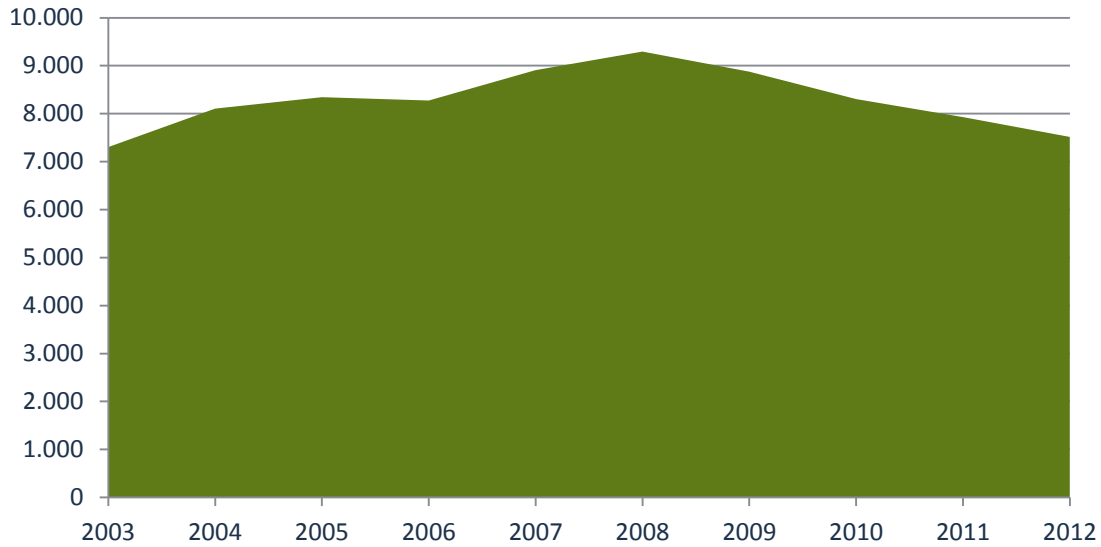
Demografie		
	Aantal hulpzoekers	7.516
	Man : Vrouw	81 : 19
	Gemiddelde leeftijd	37.7
	Aandeel 25-	9%
	Aandeel 55+	6%
	Aandeel autochtoon	69.5%
	Aantal per 100.000 inwoners	45
Problematiek		
	Aandeel in verslavingszorg	11
	Crack : Snuifcokes	54 : 46
	Enkelvoudig : Meervoudig	48 : 52
	Gebruik als bijmiddel	6.635
	Eerste inschrijving ooit	15.6%
	Gemiddeld aantal contacten/cliënt	36

### 4.3 Trends en ontwikkeling van de helpvraag

Na een sterke toename van het aantal helpvragers tussen eind jaren negentig en 2004 is er de laatste jaren sprake van een daling in de omvang van de cocaïne-gerelateerde helpvraag. Het aandeel chronische helpvragers wordt, net als bij de groep opiaten, steeds groter.

Bij de groep nieuwkomers betreft het voor het grootste gedeelte de helpvraag voor snuifcokes.

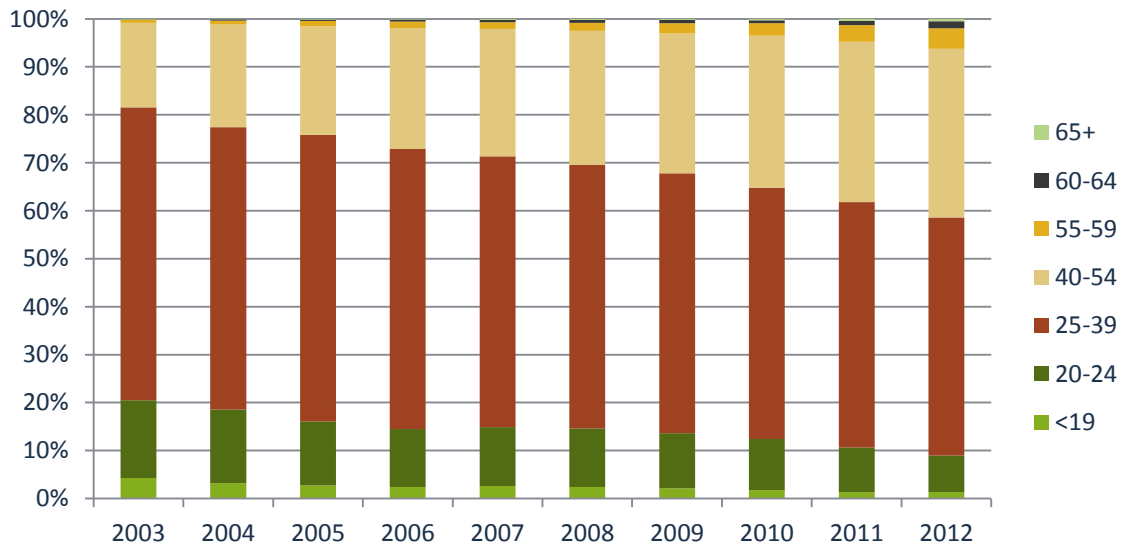
Figuur 48: **Cocaïne – Aantal hulpvragers 2003-2012**



#### 4.4 Jong en oud

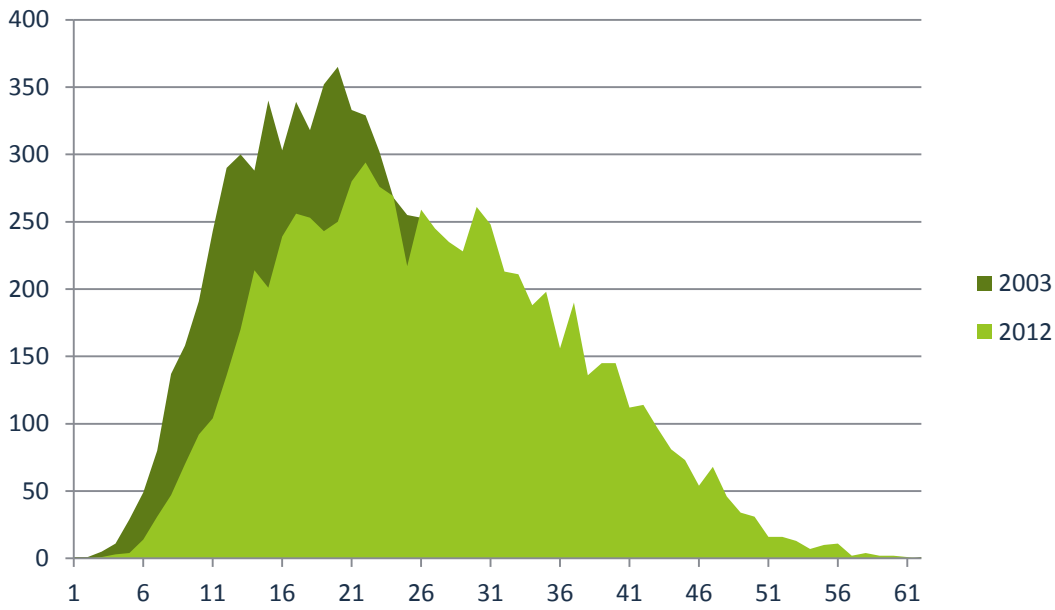
Nog steeds wordt de grootste groep gevormd door de leeftijdscategorie 25-39 jaar. Het aandeel 40-54 jaar is de afgelopen 10 jaar echter verdubbeld van 18% in 2003 naar 35% in 2012. Zowel het aandeel als aantal jongeren (<25 jaar) met cocaïneproblematiek neemt gestaag af. In de afgelopen 10 jaar is de cocaïnehelpvraag in deze leeftijdsgroep gehalveerd van 1495 in 2003 tot 672 in 2012.

Figuur 49: **Cocaïne – Leeftijdscategorieën 2003-2012**



Net als bij opiaten is de vergrijzing duidelijk zichtbaar als de leeftijdsverdeling van 10 jaar geleden vergeleken wordt met die van 2012.

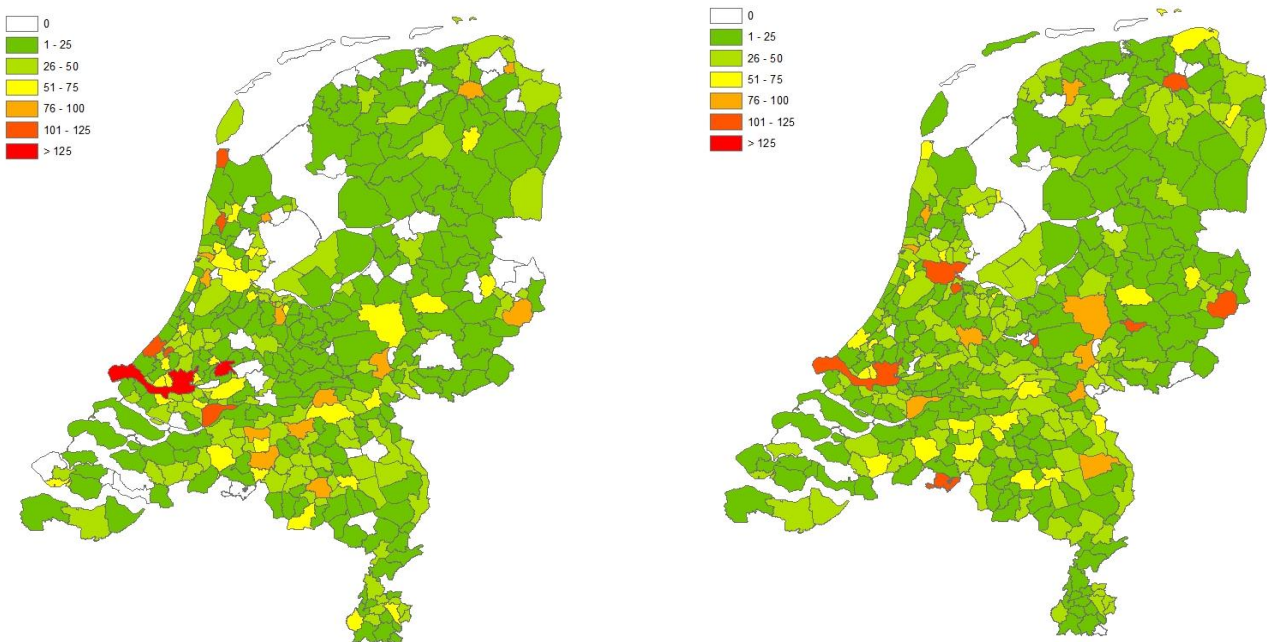
Figuur 50: **Cocaïne - Leeftijdsverdeling 2003 versus 2012**



Ook de groep cocaïnehelpvragers vergrijst. Net als bij opiaten moet er rekening worden gehouden met een toename van de groep ouderen.

#### 4.5 Regionale spreiding

Figuur 51: **Aantal hulpvragers cocaïneproblematiek per 100.000 inwoners 2003 en 2012**

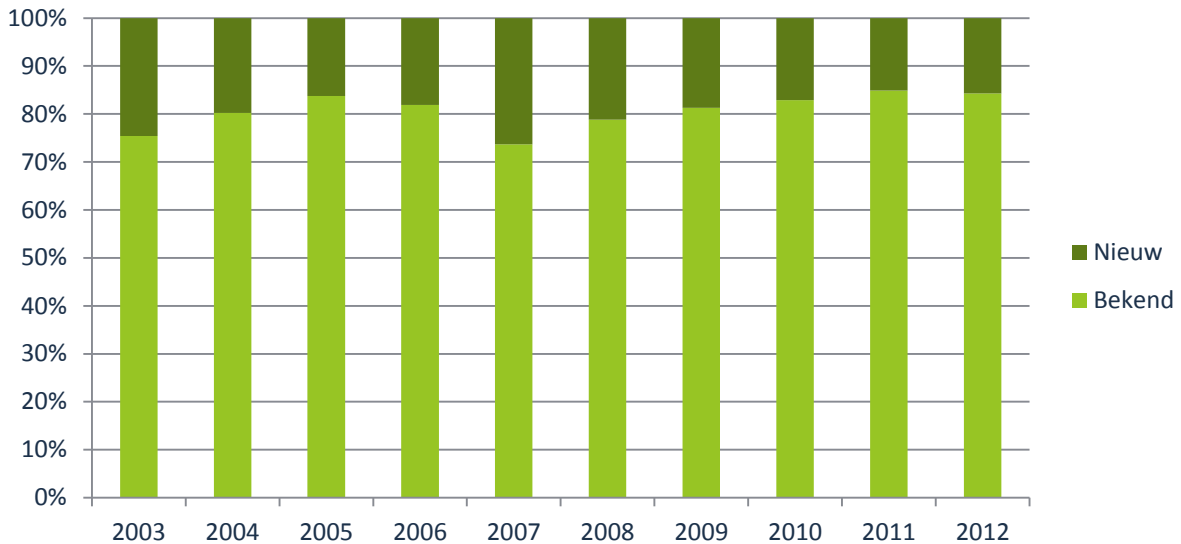


Het landelijke gemiddelde van de hulpvraag voor cocaïne ligt in 2012 op 45/100.000 inwoners. In 2003 was dit eveneens 45/100.000 inwoners.

#### 4.6 Nieuw en bekend

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

Figuur 52: Cocaïne - Trend nieuwe en bekende hulpvragers 2003-2012



De totale groep cocaïnehelpvragers bestaat voor het overgrote deel uit reeds eerder aangemelde helpvragers.

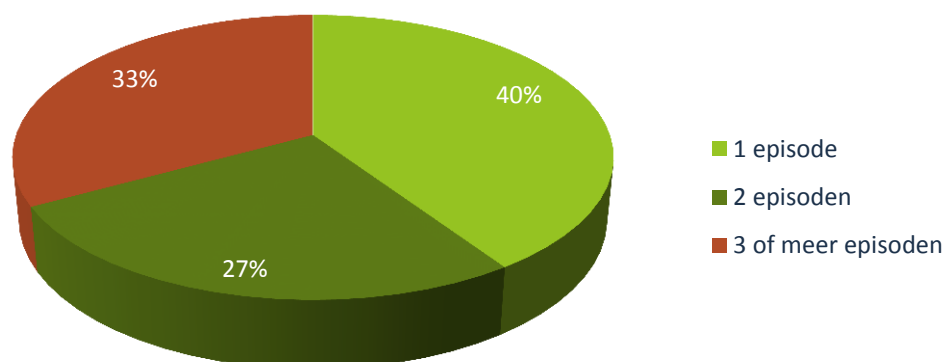
In 2012 schrijven circa 1.200 nieuwe helpvragers zich in met cocaïneproblematiek.

Bij deze nieuwe groep blijkt het grootste deel problematiek met snuifcocaïne te zijn.

#### 4.7 Behandelingsgeschiedenis

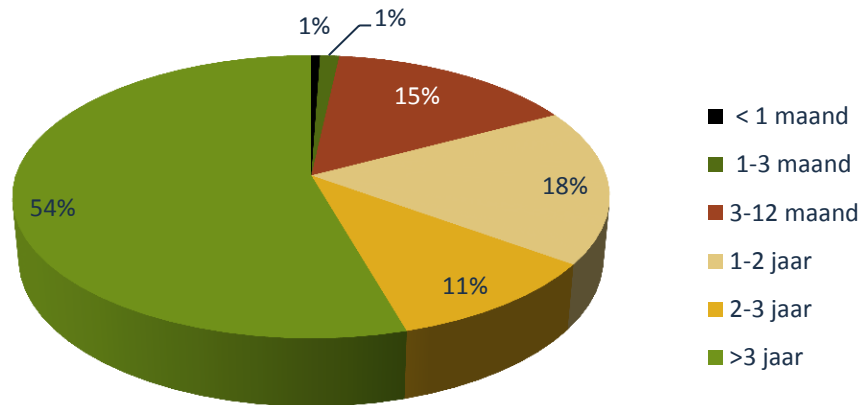
Net als bij opiaten is er bij de cocaïnehelpvraag relatief vaak sprake van meerder episodens in de verslavingszorg. Een episode kan meerdere inschrijvingen en meerdere registratiejaren omvatten. De definitie van een episode zoals hier gehanteerd staat beschreven in bijlage III.

Figuur 53: Cocaïne – Aantal episodens in de verslavingszorg 2012



Uit figuur 53 blijkt dat bijna 60% meer dan 1 episode kent in de verslavingszorg. Naast het aantal episoden is ook de duur van de episoden van belang. Opgemerkt dient te worden dat de totale episodедуur altijd een 'stand van zaken' is. De nieuwkomers hebben per definitie een relatief korte episodедуur. Ook geldt dat voor de cliënten uit eerdere rapportagejaren eventuele inschrijvingen in volgende jaren bij de totale behandelduur zijn opgeteld.

Figuur 54: **Cocaïne- Totale duur alle episoden in 2012**

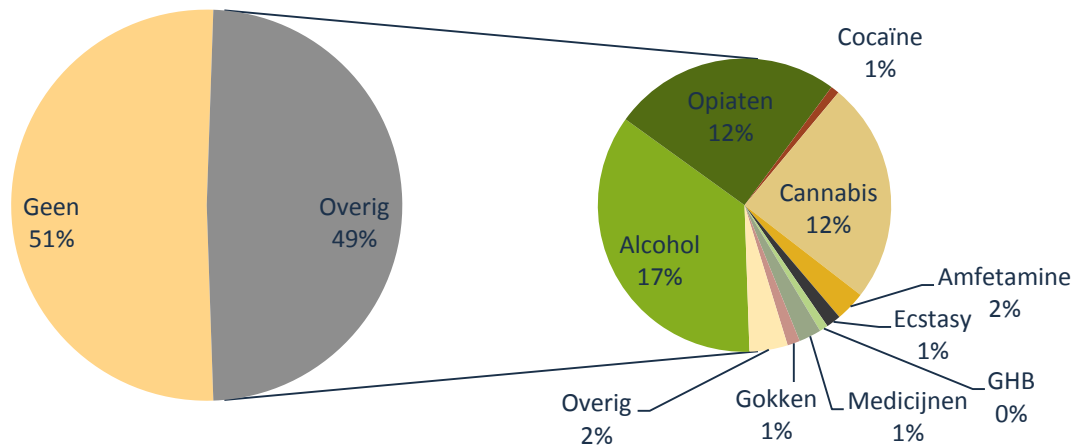


Meer dan 80% van de hulpvragers voor cocaïneproblematiek uit 2012 heeft een totale episodедуur van meer dan 1 jaar in de verslavingszorg. Meer dan de helft van de hulpvragers heeft een behandelgeschiedenis van meer dan 3 jaar in de verslavingszorg.

#### 4.8 Secundaire problematiek

Twee derde van de groep heeft naast cocaïneproblematiek ook andere problematiek.

Figuur 55: **Cocaïne - Secundaire problematiek 2012 (n=7.516)**



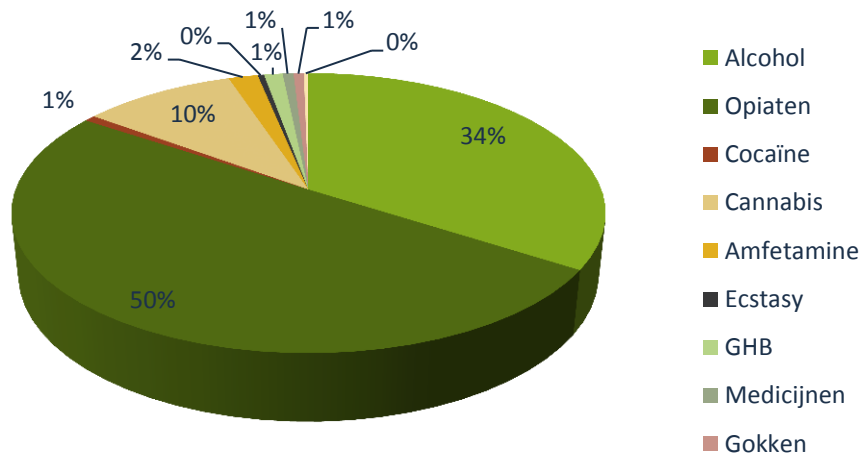
Alcohol komt het meest voor als secundaire problematiek bij de groep cocaïnehelpvragers. Daarnaast komen cannabis en opiaten vaak voor.

#### 4.9 Gebruik als bijmiddel

Naast cocaïne als primaire problematiek komt dit middel ook voor als secundaire of tertiaire problematiek. In tegenstelling tot bijvoorbeeld alcohol kan cocaïne zowel als primaire problematiek en als bijmiddel voorkomen (combinatie van snuifcoke en crack).

In figuur 56 is de verdeling te zien bij welke primaire problematiek cocaïne als bijmiddel voorkomt.

Figuur 56: **Cocaïne – Gebruik als bijmiddel 2012 (N=6.635)**



Bij 6.635 hulpvragers wordt cocaïne als bijmiddel geregistreerd. Hiermee is het het meest voorkomende bijmiddel in de verslavingszorg. Cocaïne als bijmiddel komt het meest voor bij opiaten en alcohol.

## 5 Cannabis

### 5.1 Uitgelicht

- Kentering jarenlange stijging cannabis hulpvraag.
- Cannabis bij jongeren meest voorkomende problematiek.
- Na alcohol en opiaten meest voorkomende hulpvraag.
- Relatief groot deel van hulpvragers voor het eerst in verslavingszorg.

### 5.2 In het kort

Tabel 11: **Overzicht cannabis hulpvraag 2012**

<b>Demografie</b>		
	Aantal hulpzoekers	10.207
	Man : Vrouw	79 : 21
	Gemiddelde leeftijd	28.5
	Aandeel 25-	42%
	Aandeel 55+	1%
	Aandeel autochtoon	78.7%
	Aantal per 100.000 inwoners	61
<b>Problematiek</b>		
	Aandeel in verslavingszorg	15
	Enkelvoudig : Meervoudig	68 : 32
	Gebruik als bijmiddel	5.830
	Eerste inschrijving ooit	34%
	Gemiddeld aantal contacten/cliënt	22

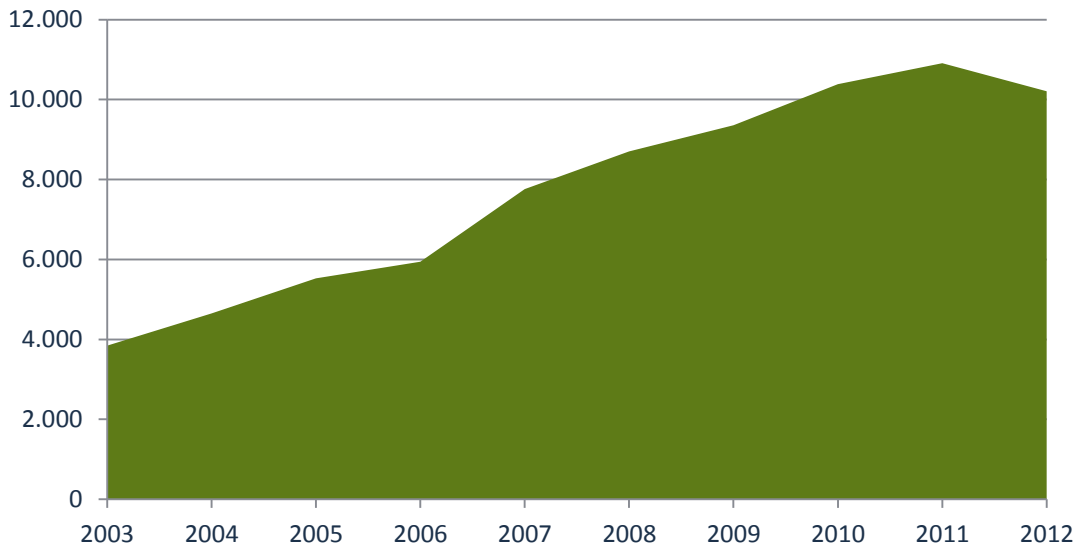
De gemiddelde leeftijd van cannabis hulpvragers ligt met 28 relatief laag. Meervoudige problematiek komt in ongeveer een derde van de gevallen voor.

### 5.3 Trends en ontwikkeling van de hulpvraag

De hulpvraag van cannabis problematiek is in is in vergelijking met 10 jaar geleden verdrievoudigd, maar de jarenlange stijging van de cannabis hulpvraag zet niet door in 2012, er is een sprake van een lichte daling (zie figuur 57).



Figuur 57: Cannabis – Aantal hulpvragers 2003-2012

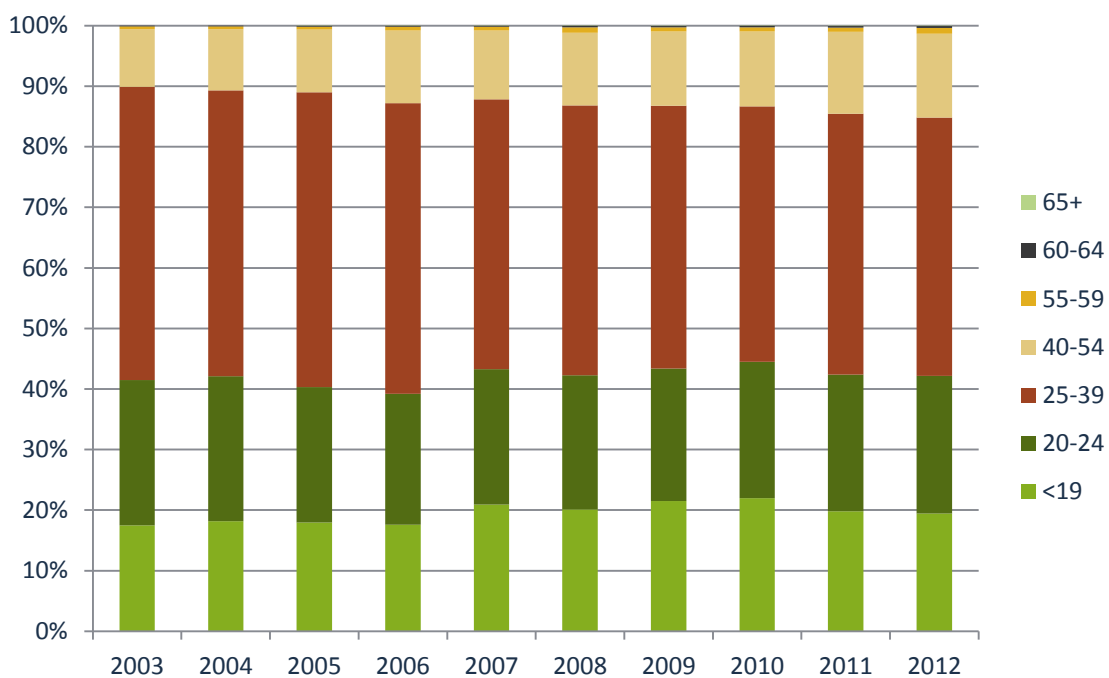


Cannabis vormt geen uitzondering op de algehele daling en de verslavingszorg. Na alcohol en opiaten staat de hulpvraag voor cannabis op de derde plaats.

#### 5.4 Jong en oud

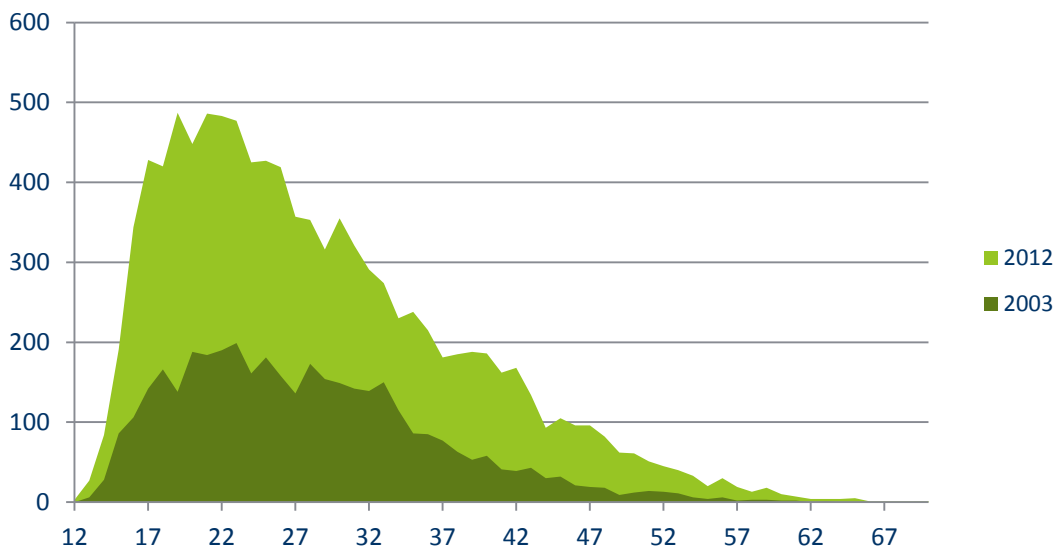
Onder jongeren is cannabis veruit de meest voorkomende problematiek. Het aandeel jongeren (<25 jaar) neemt echter niet toe. Dit aandeel schommelt de laatste 10 jaar tussen de 40-45%.

Figuur 58: Cannabis – Leeftijdscategorieën 2003-2012



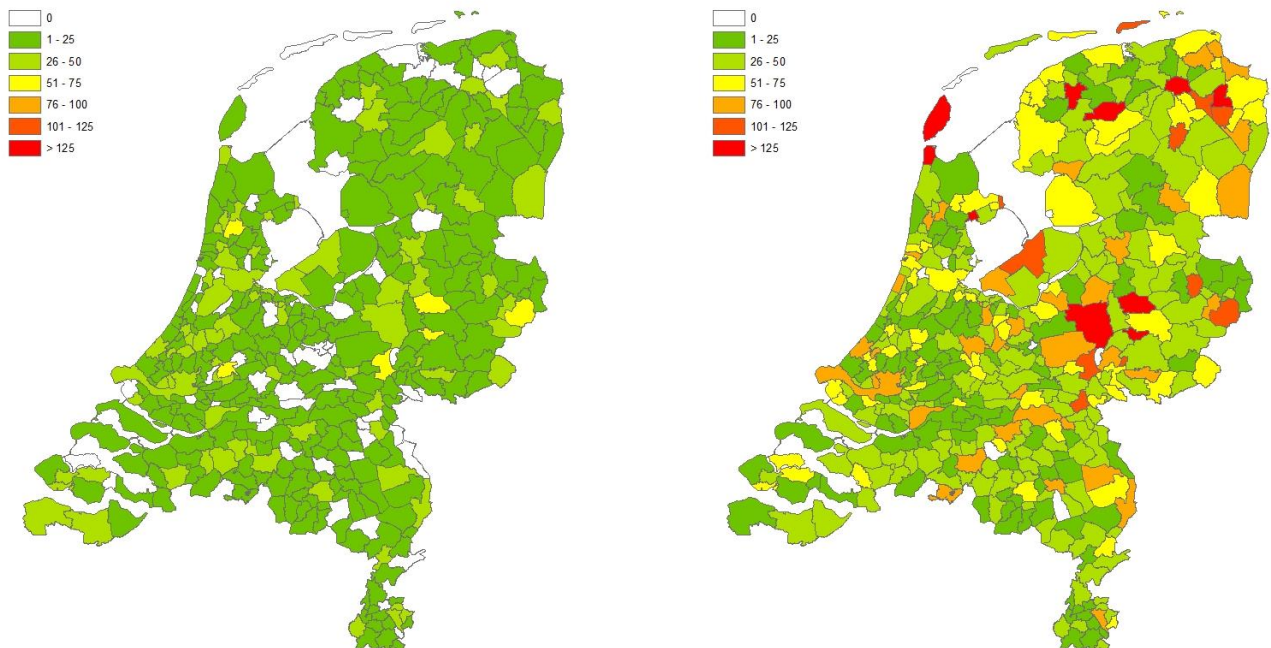
Uit figuur 59 blijkt heel duidelijk dat de stijging in hulpvraag toeneemt in alle leeftijdscategorieën.

Figuur 59: Cannabis - Leeftijdsverdeling 2003 versus 2012



### 5.5 Regionale spreiding

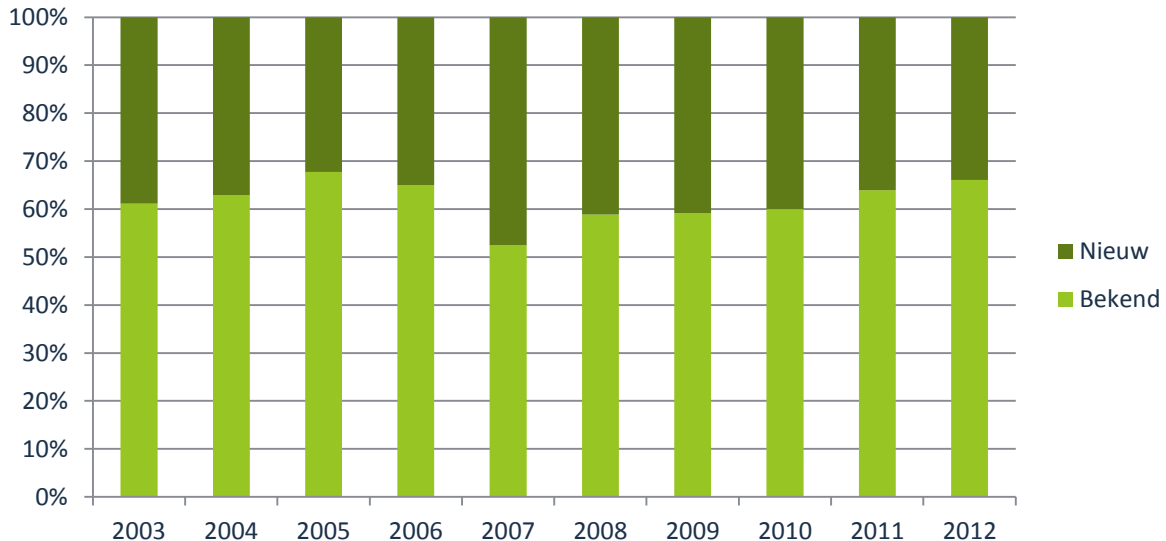
Figuur 60: Aantal hulpvragers cannabisproblematiek per 100.000 inwoners 2003 en 2012



Het landelijke gemiddelde van de hulpvraag voor cannabis ligt in 2012 op 61/100.000 inwoners. In 2003 was dit 24/100.000 inwoners.

## 5.6 Nieuw en bekend

Figuur 61: Cannabis - Trend nieuwe en bekende hulpvragers 2003-2012



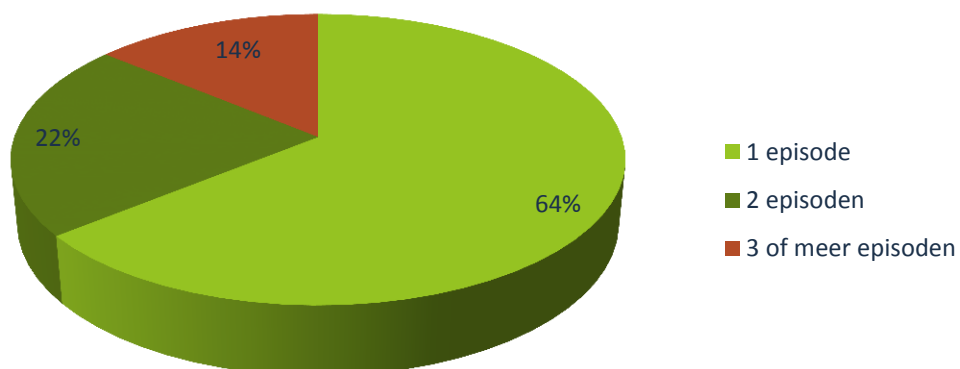
De groep cannabis hulpvragers heeft in vergelijking met andere problematieken een groot aandeel nieuwkomers. In 2012 is 34% van de cannabis hulpvragers voor het eerst ingeschreven in de verslavingszorg. Het totale percentage nieuwkomers in de verslavingszorg in 2012 bedraagt 21%.

## 5.7 Behandelgeschiedenis

Bij een relatief groot aandeel van de hulpvragers voor cannabis is er sprake van een 1<sup>e</sup> episode in de verslavingszorg. Een episode kan meerdere inschrijvingen en meerdere registratiejaren omvatten. De definitie van een episode zoals hier gehanteerd staat beschreven in bijlage III.

Het aandeel dat 2 of meer episoden in de verslavingszorg kent, is in vergelijking met alcohol, opiaten en cocaïne relatief klein. Twee derde van alle hulpvragers zit in de eerste episode.

Figuur 62: Cannabis – Aantal episoden in de verslavingszorg 2012

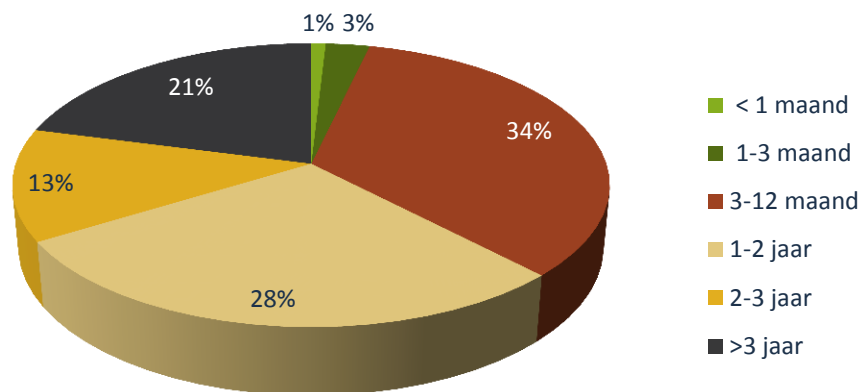


Wat voor het aantal episoden geldt, geldt ook voor de totale duur van de episoden. De totale duur is in vergelijking met alcohol, opiaten en cocaïne korter.

38% van de hulpvragers heeft in 2012 een totale episodeduur van minder dan 1 jaar in de verslavingszorg.

De trend van de totale episodeduur is te zien in figuur 63. Opgemerkt dient te worden dat de totale episodeduur altijd een 'stand van zaken' is. De nieuwkomers hebben per definitie een relatief korte episodeduur. Ook geldt dat voor de cliënten uit eerdere rapportagejaren eventuele inschrijvingen in volgende jaren bij de totale behandelduur zijn opgeteld.

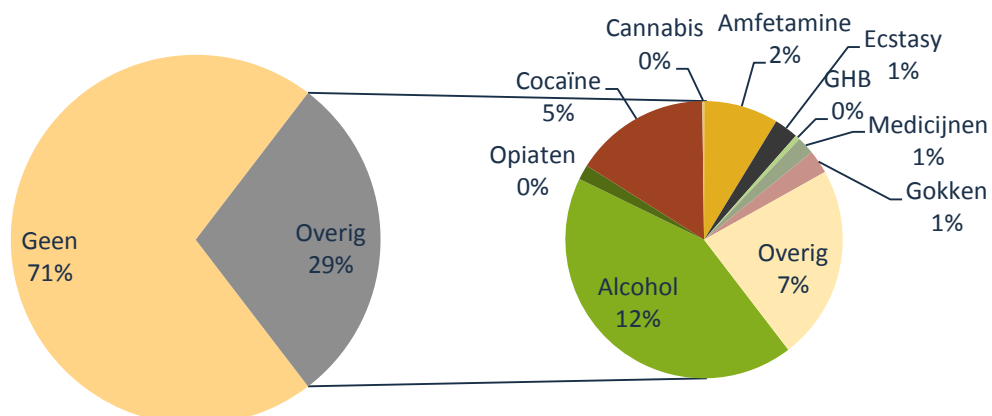
Figuur 63: Cannabis- Totale duur alle episoden in 2012



### 5.8 Secundaire problematiek

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. De verdeling van de secundaire problematiek bij de hulpvraag voor cannabis is te zien in figuur 64.

Figuur 64: Cannabis - Secundaire problematiek 2012

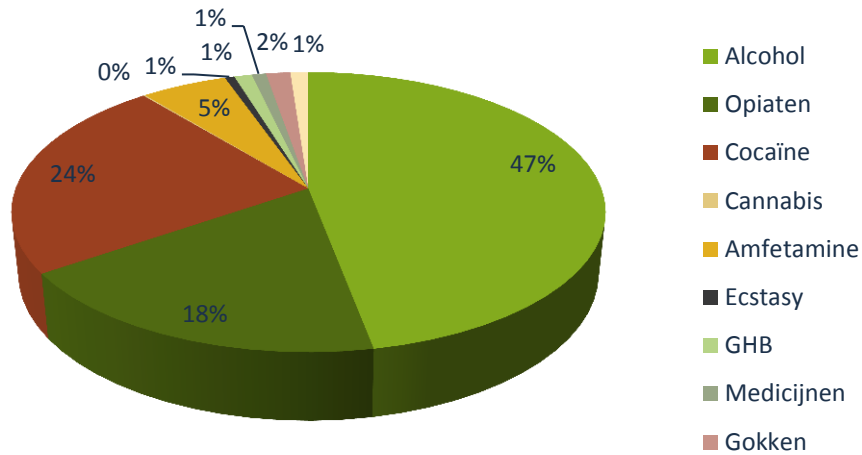


### 5.9 Gebruik als bijmiddel

Naast cannabis als primaire problematiek komt dit middel ook veelvuldig voor als secundaire of tertiaire problematiek.

In figuur 65 is de verdeling te zien bij welke primaire problematiek cannabis als bijmiddel voorkomt.

Figuur 65: Cannabis – Gebruik als bijmiddel 2012 (N=5.830)



Bij 5.830 hulpvragers wordt cocaïne als bijmiddel geregistreerd. Hiermee is het het na cocaïne het meest voorkomende bijmiddel in de verslavingszorg. Cannabis als bijmiddel komt het meest voor bij primaire problematiek voor opiaten, cocaïne en alcohol.

## 6 Amfetamine

### 6.1 Uitgelicht

- Stijging van de hulpvraag voor amfetamine vlakt af.
- Hulpvraag voornamelijk bij relatief jonge groep autochtonen.

### 6.2 In het kort

De hulpvraag voor amfetamine is de afgelopen 10 jaar gestegen. Deze stijging was het sterkst tussen 2003 en 2007. In 2012 kentert deze stijging. Het aantal blijft relatief beperkt. In 2012 betreft het bijna 1.500 hulpvragers. Dit is laag in vergelijking met de ons omringende landen in de EU, waar amfetamine nog steeds een relatief groot probleem is.<sup>12</sup>

Tabel 12: **Overzicht amfetamine hulpvraag 2012**

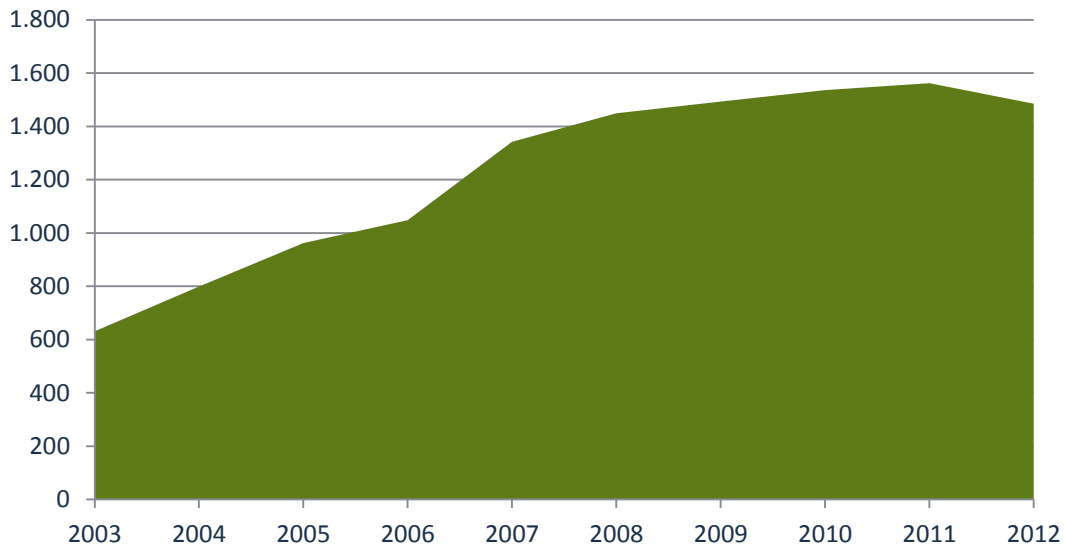
<b>Demografie</b>		
	Aantal hulpzoekers	1.485
	Man : Vrouw	78 : 22
	Gemiddelde leeftijd	29.7
	Aandeel 25-	31.2%
	Aandeel 55+	1.4%
	Aandeel autochtoon	92.2%
	Aantal per 100.000 inwoners	9
<b>Problematiek</b>		
	Aandeel in verslavingszorg	2
	Enkelvoudig : Meervoudig	54 : 46
	Gebruik als bijmiddel	1.123
	Eerste inschrijving ooit	23.4%
	Gemiddeld aantal contacten/cliënt	32

### 6.3 Trends en ontwikkeling van de hulpvraag

In 2003 stonden ruim 600 personen met een hulpvraag voor amfetamine ingeschreven bij de verslavingszorg. Dit liep in de jaren daarna geleidelijk op tot 1.300 in 2007. Sindsdien is er sprake van een geringe stijging en in 2012 voor het eerst een kleine daling.

<sup>12</sup> 2012 Annual report on the state of the drugs problem in Europe, EMCDDA, Lisbon, November 2012

Figuur 66: Amfetamine - Trend hulpvraag 2003-2012



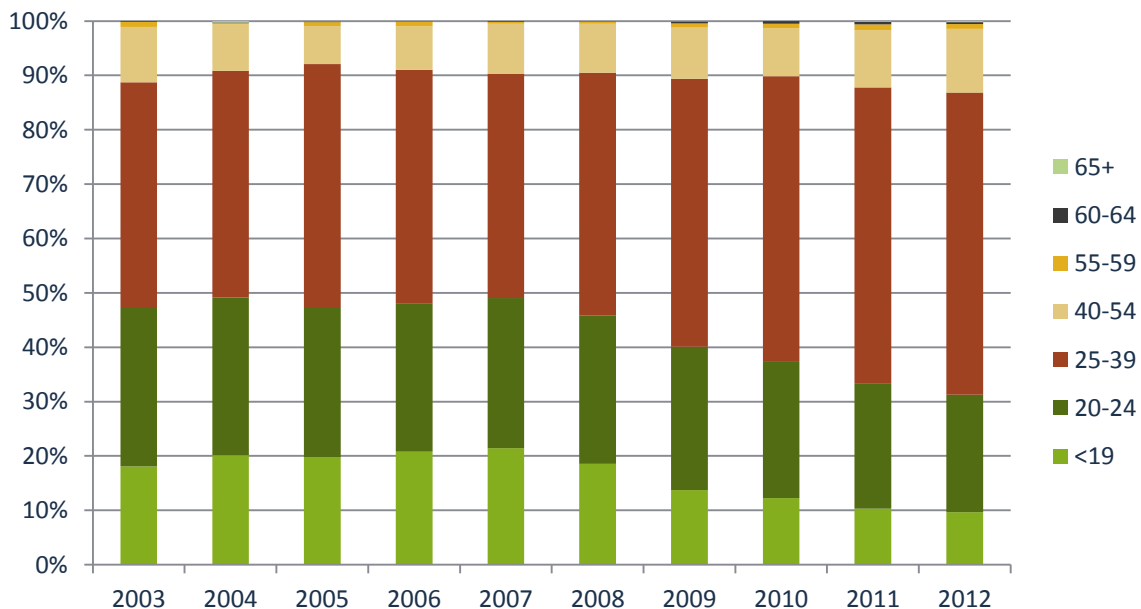
#### 6.4 Jong en oud

De hulpvraag voor amfetamine komt relatief vaak voor bij de jongere leeftijdscategorieën.

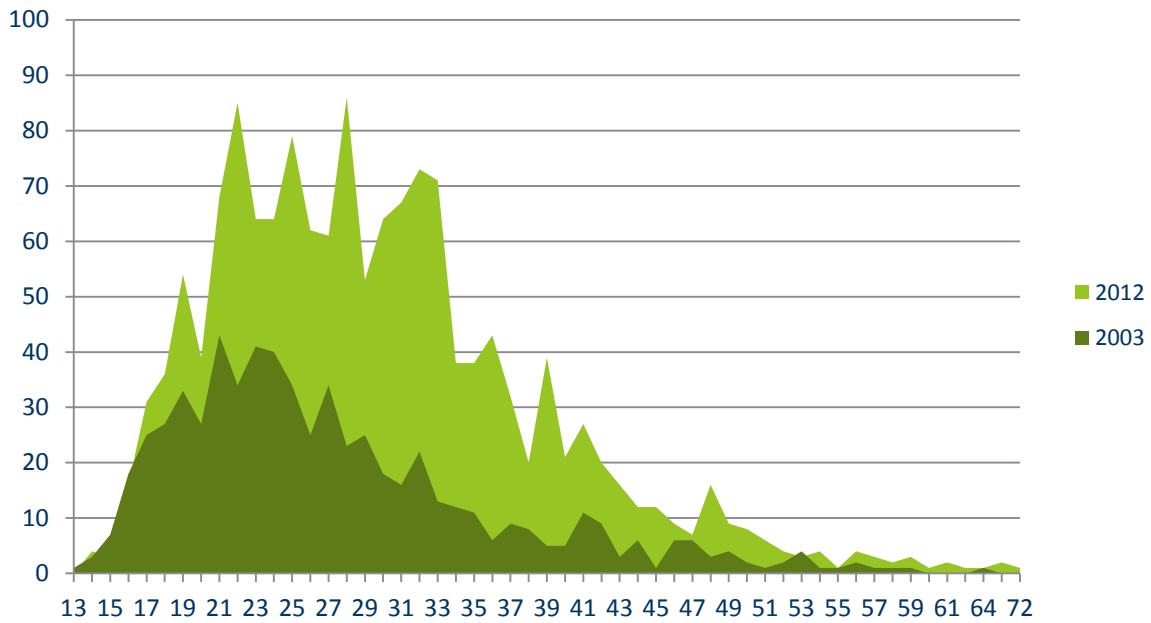
De meeste hulpvragers zijn echter tussen de 25 en 39 jaar oud.

Het aandeel jongeren (<25 jaar) is de laatste 5 jaar gedaald van bijna de helft naar een 30 % van de hulpvragers, zie figuur 67.

Figuur 67: Amfetamine – Leeftijdscategorieën 2003-2012



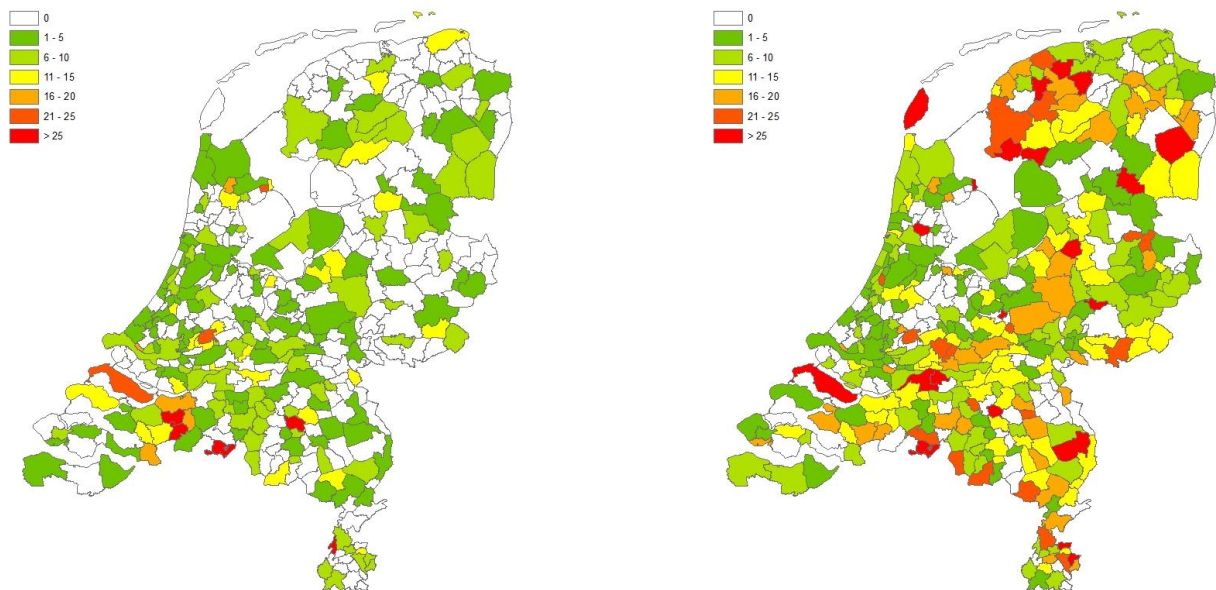
Figuur 68: Amfetamine - Leeftijdsverdeling 2003 versus 2012



De groei van de amfetamine hulpvraag heeft in alle leeftijdscategorieën plaatsgevonden. De groei in de leeftijd tussen 20 en 40 jaar is echter het grootst.

### 6.5 Regionale spreiding

Figuur 69: Aantal hulpvragers amfetamineproblematiek per 100.000 inwoners 2003 en 2012



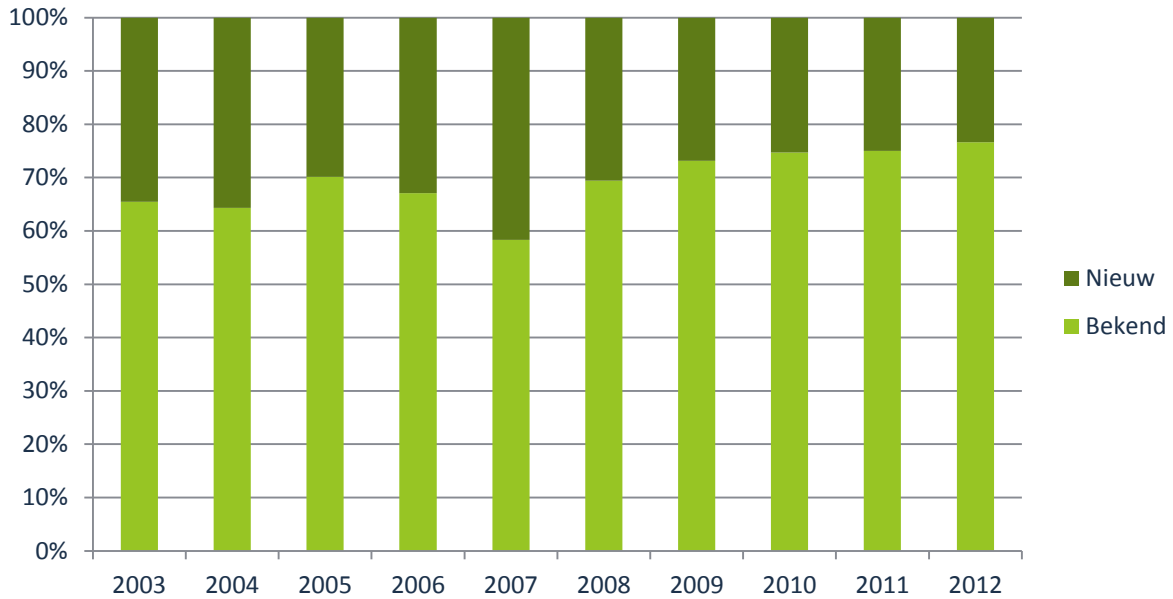


Het landelijke gemiddelde van de hulpvraag voor amfetamine ligt in 2012 op 9/100.000 inwoners. In 2003 was dit 4/100.000 inwoners.

### 6.6 Nieuw en bekend

Ook bij amfetamine gaat het in 2012 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 gedaald.

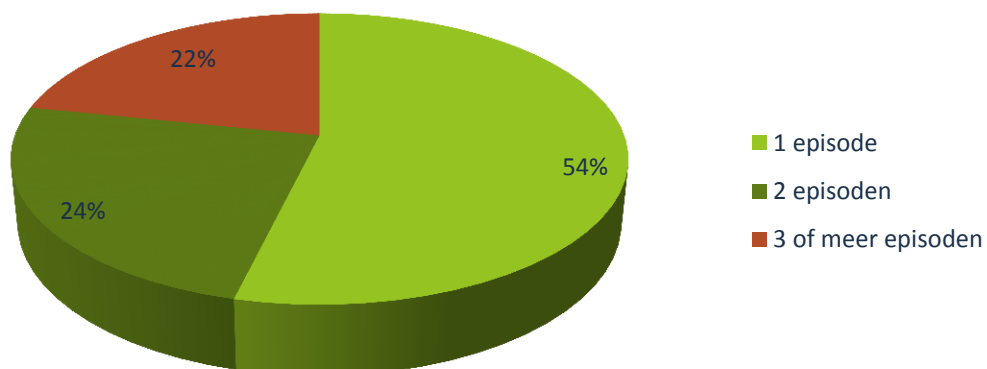
Figuur 70: Amfetamine - Trend nieuwe en bekende hulpvragers 2003-2012



### 6.7 Behandelinggeschiedenis

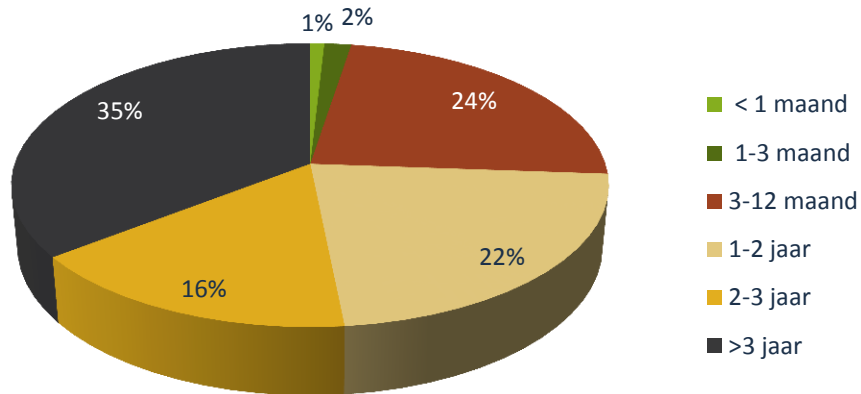
Een episode kan meerdere inschrijvingen en meerdere registratiejaren omvatten. De definitie van een episode zoals hier gehanteerd staat beschreven in bijlage III.

Figuur 71: Amfetamine – Aantal episoden in de verslavingszorg 2012



Meer dan de helft van het aantal amfetaminehulpvragers is bezig met de eerste aaneengesloten episode in de verslavingszorg. Ongeveer een op de vijf kent drie of meer episoden in de verslavingszorg.

Figuur 72: Amfetamine - Totale duur alle episoden in 2012

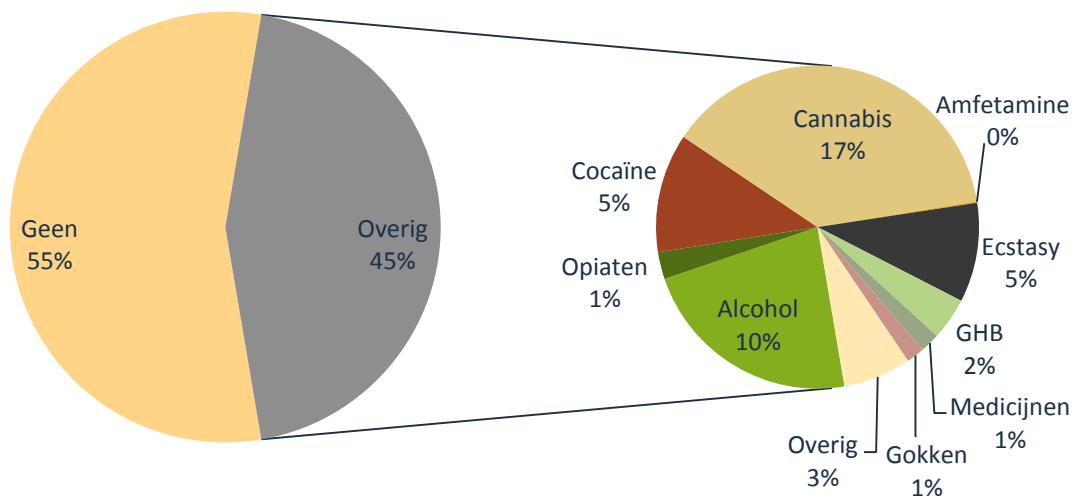


De helft van de hulpvragers voor amfetamine heeft een totale episodeduur van meer dan twee jaar. Ongeveer een kwart zit minder dan een jaar in de verslavingszorg.

### 6.8 Secundaire problematiek

In de helft van de gevallen is er naast het amfetamine- of ecstasygebruik sprake van één of meerdere secundaire problematieken. Cannabis, alcohol en cocaïne zijn de meest voorkomende nevenproblematieken. Ook GHB wordt zichtbaar als secundaire problematiek.

Figuur 73: Amfetamine - Secundaire problematiek 2012

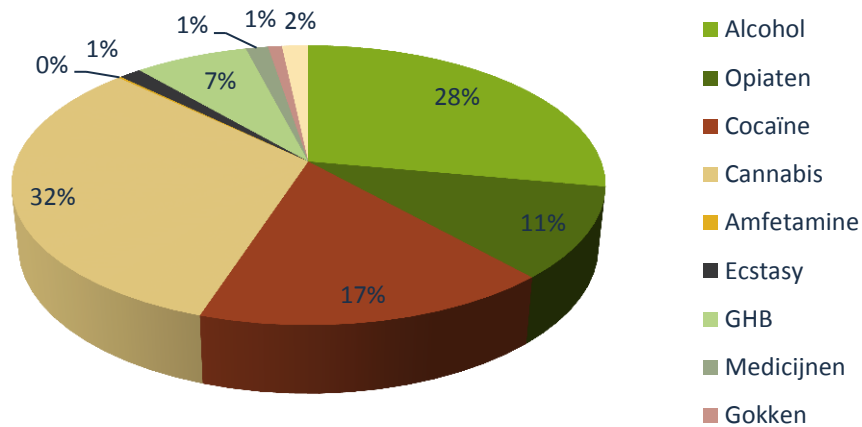


### 6.9 Gebruik als bijmiddel

Naast amfetamine als primaire problematiek komt dit middel bijna evenveel voor als secundaire of tertiaire problematiek.

In figuur 74 is de verdeling te zien bij welke primaire problematiek amfetamine als bijmiddel voorkomt.

Figuur 74: Amfetamine – Gebruik als bijmiddel 2012 (N=1.123)



Bij 1.123 hulpvragers wordt amfetamine als bijmiddel geregistreerd. Amfetamine als bijmiddel komt veel voor bij primaire problematiek cannabis en alcohol.

## 7 Ecstasy

### 7.1 Uitgelicht

- Ecstasy zeer kleine groep in de verslavingszorg.
- Gemiddelde leeftijd daalt.
- Relatief veel nieuwkomers.
- Vaak als bijmiddel bij andere problematiek.

### 7.2 In het kort

Ecstasy is in Nederland in aantal een 'klein' middel in de verslavingszorg. Het middel komt vijf maal vaker voor als bijmiddel bij andere primaire problematiek dan als primaire problematiek zelf. De gemiddelde leeftijd van de hulpvragers voor ecstasy bedraagt 24.5 jaar en daarmee is de ecstasy-hulpvrager gemiddeld de jongste groep in de verslavingszorg.

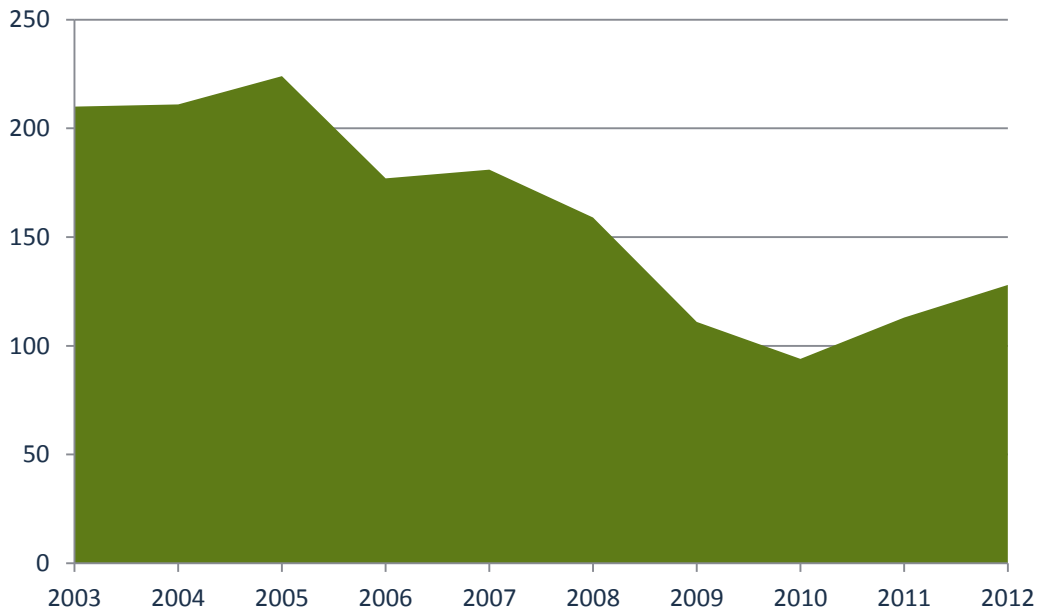
Tabel 13: **Overzicht ecstasy hulpvraag 2012**

<b>Demografie</b>		
	Aantal hulpzoekers	128
	Man : Vrouw	71 : 29
	Gemiddelde leeftijd	24.5
	Aandeel 25-	66.4%
	Aandeel 55+	0.7%
	Aandeel autochtoon	87%
	Aantal per 100.000 inwoners	<1
<b>Problematiek</b>		
	Aandeel in verslavingszorg	<1%
	Enkelvoudig : Meervoudig	38 : 62
	Gebruik als bijmiddel	524
	Eerste inschrijving ooit	43%
	Gemiddeld aantal contacten/cliënt	21

### 7.3 Trends en ontwikkeling van de hulpvraag

De top van de ecstasy hulpvraag lag in 2005. Dit waren er toen ruim 200. Na 2005 is dit aantal gedaald tot onder de 100 in 2010. De laatste twee jaar is er weer sprake van een lichte stijging.

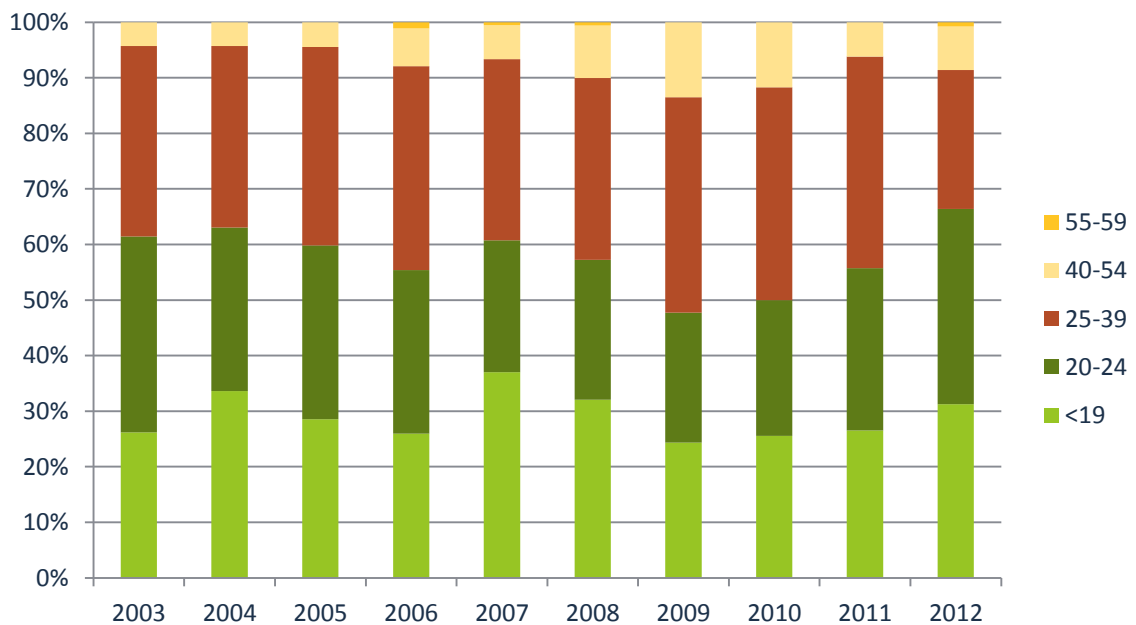
Figuur 75: Ecstasy - Trend hulpvraag 2003-2012



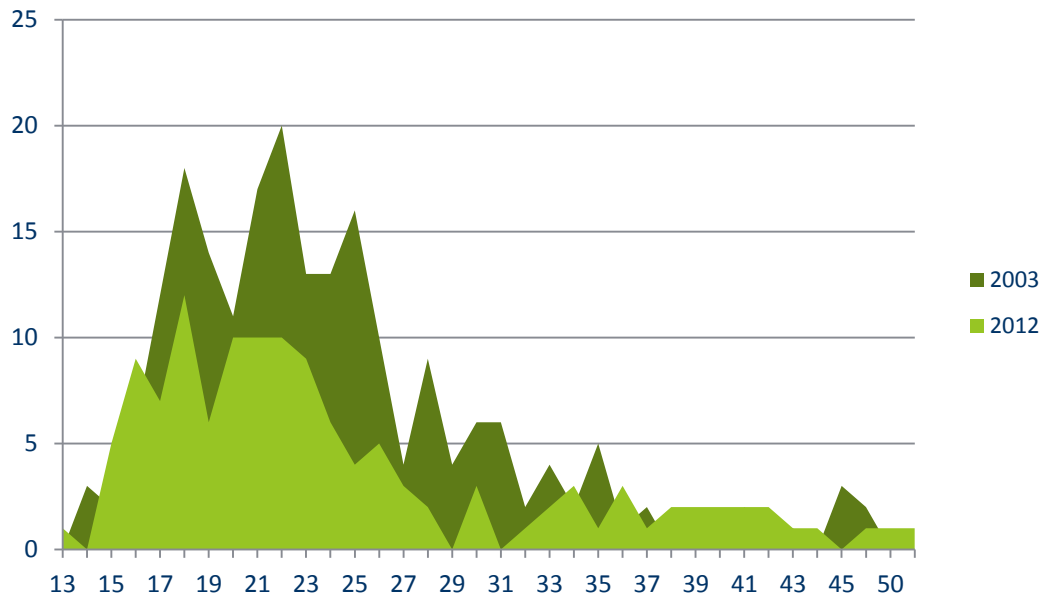
### 7.4 Jong en oud

Met een gemiddelde leeftijd van 25 in 2012 vormen de hulpvragers voor ecstasy de jongste groep in de verslavingszorg. Tweederde van de hulpvragers is jonger dan 25 jaar.

Figuur 76: Ecstasy – Leeftijdscategorieën 2003-2012



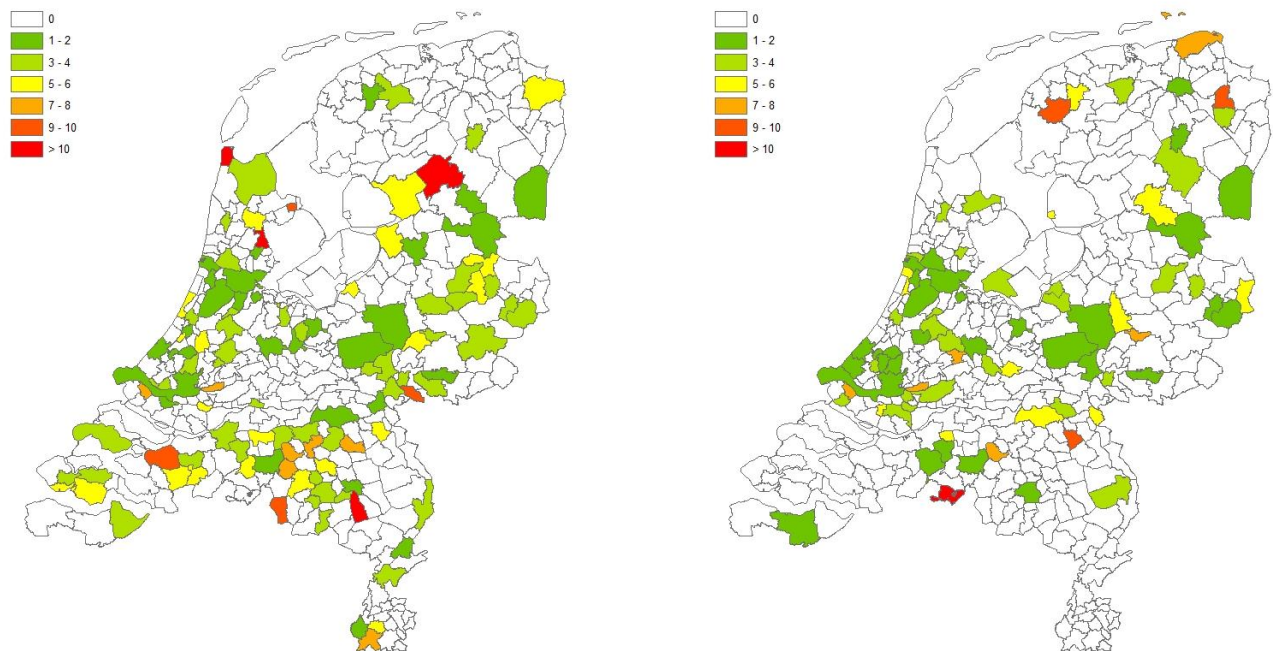
Figuur 77: Ecstasy - Leeftijdsverdeling 2003 versus 2012



In figuur 77 is te zien dat de afnamen van ecstasy hulpvragers met name in de groep jonger dan 35 jaar heeft plaatsgevonden.

### 7.5 Regionale spreiding

Figuur 78: Aantal hulpvragers ecstasyproblematiek per 100.000 inwoners 2003 en 2012

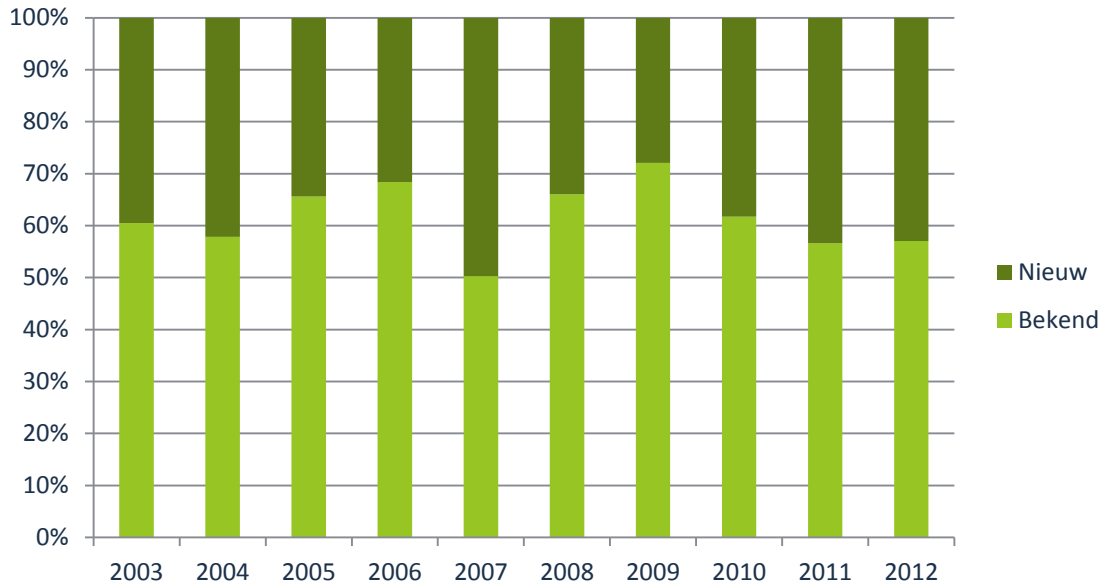


Het landelijke gemiddelde van de hulpvraag voor ecstasy ligt in 2012 op 8/1.000.000 inwoners. In 2003 was dit 13/1.000.000 inwoners.

### 7.6 Nieuw en bekend

De groep ecstasy hulpvragers heeft relatief de meeste nieuwkomers in de verslavingszorg. Meer dan 40% van de mensen die in 2012 een hulpvraag hebben voor ecstasy komen voor het eerst in de verslavingszorg terecht.

Figuur 79: Ecstasy - Trend nieuwe en bekende hulpvragers 2003-2012

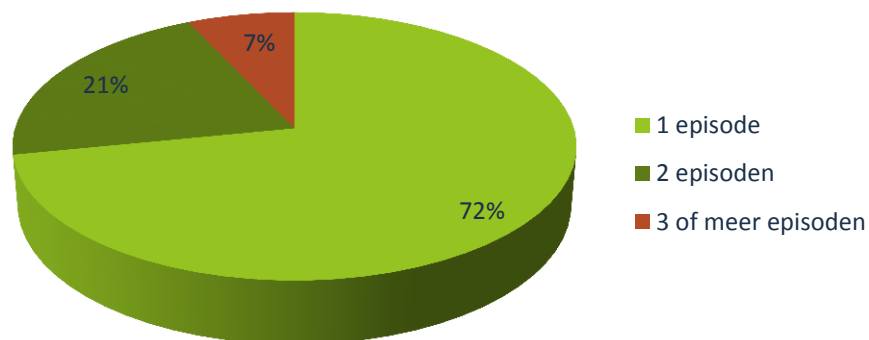


### 7.7 Behandelinggeschiedenis

Een episode kan meerdere inschrijvingen en meerdere registratiejaren omvatten. De definitie van een episode zoals hier gehanteerd staat beschreven in bijlage III.

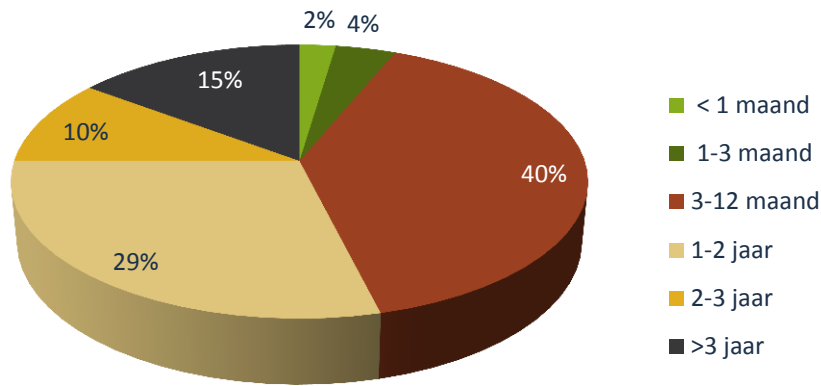
De meeste hulpvragers voor ecstasy zitten in hun eerste episode.

Figuur 80: Ecstasy – Aantal episoden in de verslavingszorg 2012



Ook de duur van het totaal van alle episoden ligt bij hulpvragers voor ecstasy in vergelijking met andere middelen laag. Ongeveer de helft heeft een behandelgeschiedenis in de verslavingszorg met een duur van minder dan 1 jaar.

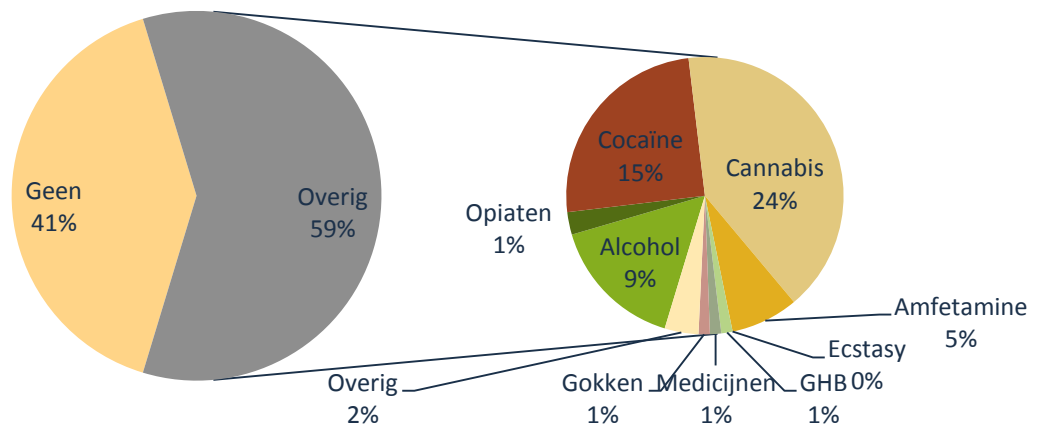
Figuur 81: Ecstasy - Totale duur alle episoden in 2012



### 7.8 Secundaire problematiek

In veel gevallen (circa 60%) is er naast het ecstasygebruik sprake van secundaire problematiek. Cannabis, cocaïne en alcohol zijn de meest voorkomende.

Figuur 82: Ecstasy - Secundaire problematiek 2012

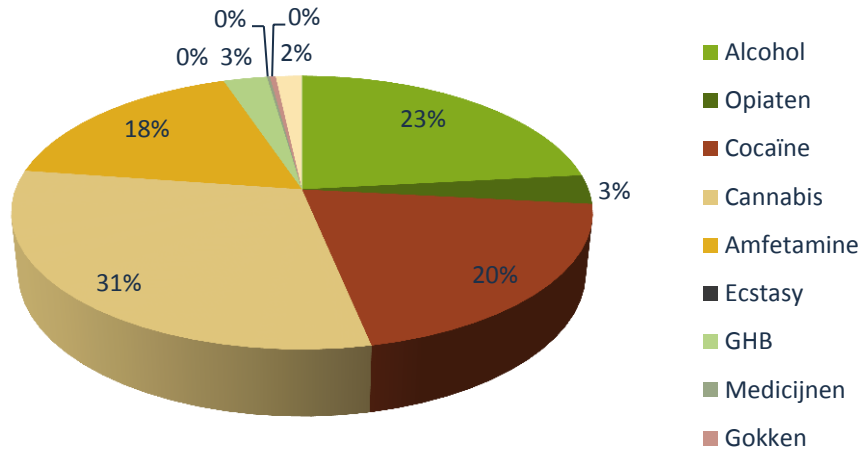




### 7.9 Gebruik als bijmiddel

Ecstasy komt als primaire problematiek minder vaak voor dan als secundaire of tertiaire problematiek. In figuur 83 is de verdeling te zien bij welke primaire problematiek cannabis als bijmiddel voorkomt.

Figuur 83: Ecstasy – Gebruik als bijmiddel 2012 (N=524)



Ecstasy komt het meest bij cannabis, cocaïne en alcohol als bijmiddel voor in de verslavingszorg.

## 8 GHB

### 8.1 Uitgelicht

- Hulpvraag voor GHB neemt toe van circa 60 in 2007 tot 761 hulpvragers in 2012.
- Stijging hulpvraag met name door personen die in zorg blijven of terugkeren.
- GHB gebruik is niet exclusief jongerenproblematiek.

### 8.2 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 eind 90-er jaren. Vóór 2007 werd het onder overige middelen geregistreerd.

De eerder gesignaleerde groei van het aantal hulpvragers zet zich in 2012 voort<sup>13</sup>.

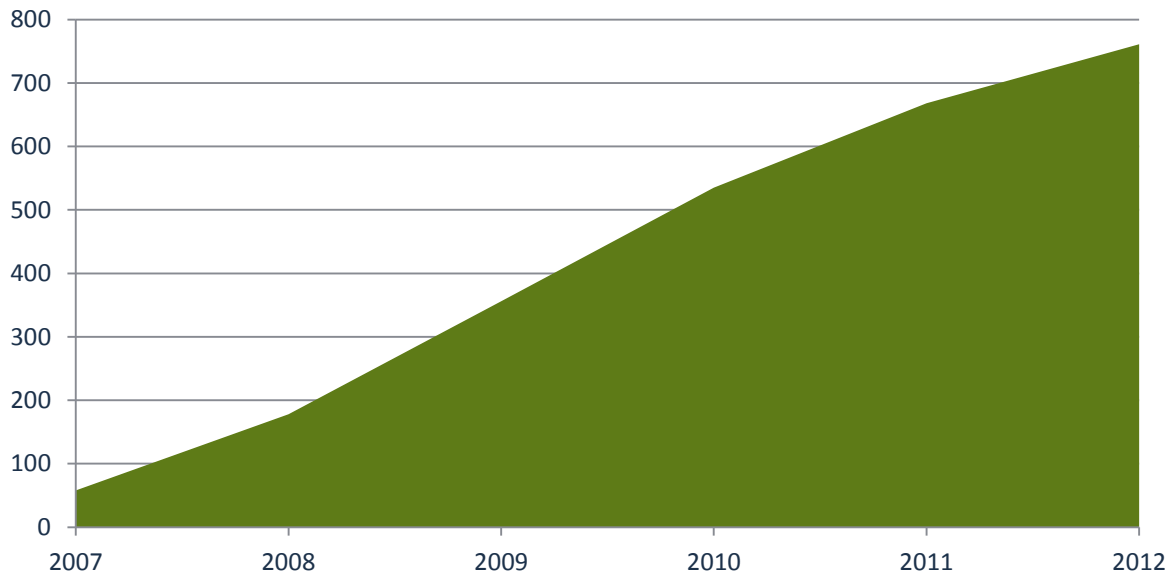
Tabel 14: **Overzicht GHB hulpvraag 2012**

<b>Demografie</b>		
	Aantal hulpzoekers	761
	Man : Vrouw	67 : 33
	Gemiddelde leeftijd	29.2
	Aandeel 25-	32%
	Aandeel 55+	4%
	Aandeel autochtoon	93.2%
	Aantal per 100.000 inwoners	5
<b>Problematiek</b>		
	Aandeel in verslavingszorg	1%
	Enkelvoudig : Meervoudig	67 : 33
	Gebruik als bijmiddel	186
	Eerste inschrijving ooit	26.5%
	Gemiddeld aantal contacten/cliënt	42

<sup>13</sup> Op [www.sivz.nl](http://www.sivz.nl) is een publicatie over de van GHB te downloaden

### 8.3 Trends en ontwikkeling van de hulpvraag

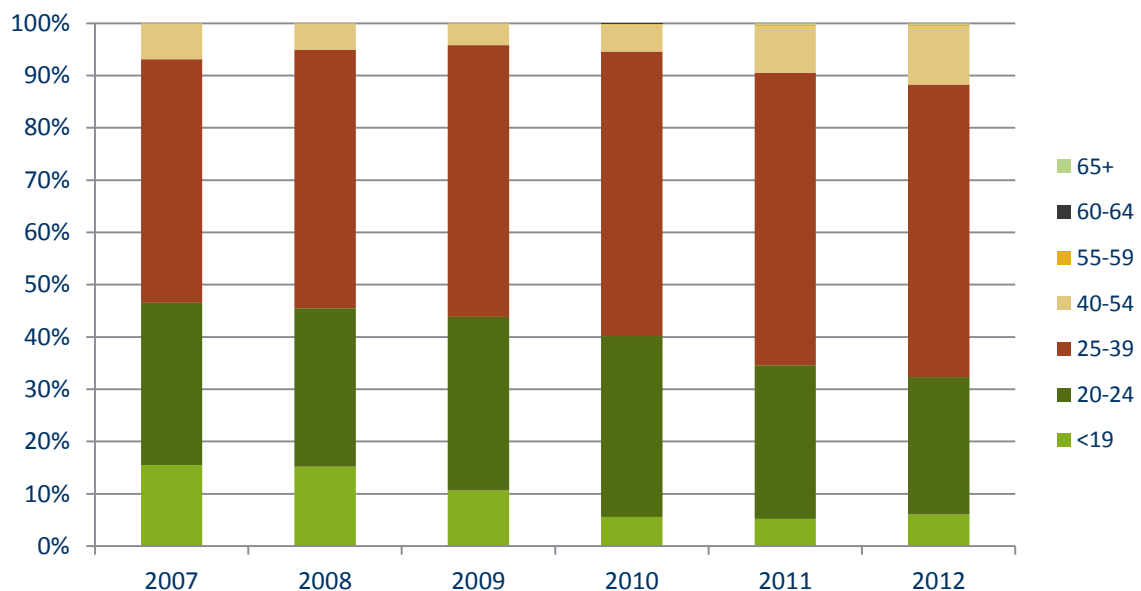
Figuur 84: GHB - Trend hulpvraag 2007-2012



De hulpvraag voor GHB is sinds 2007 toegenomen. Het aandeel in de verslavingszorg is vooralsnog echter nog zeer beperkt.

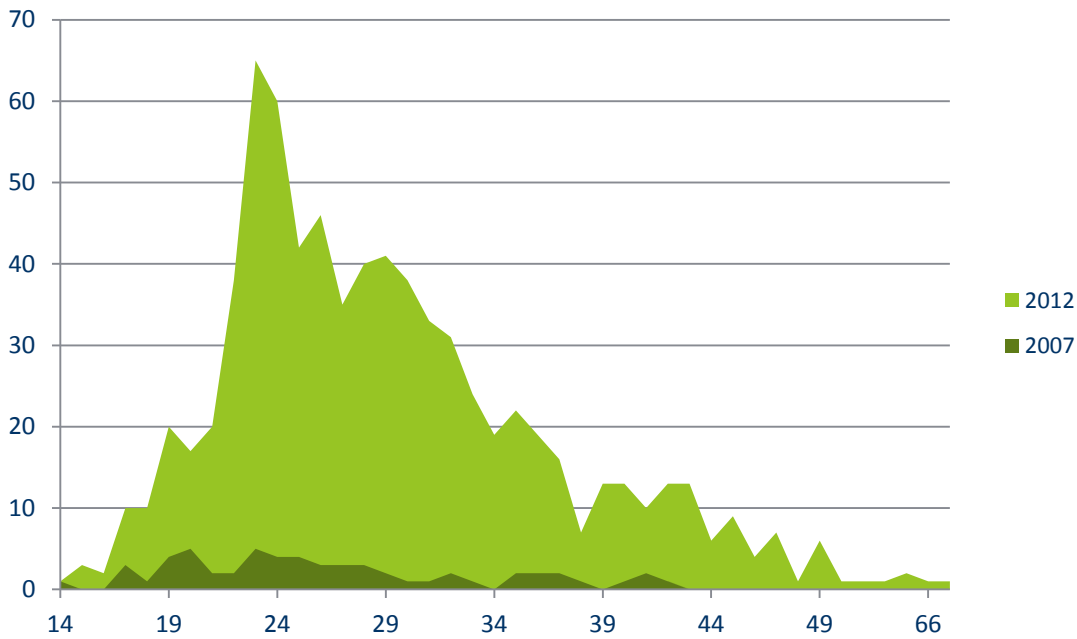
### 8.4 Jong en oud

Figuur 85: GHB – Leeftijdscategorieën 2007-2012



GHB is niet uitsluitend een jongerenproblematiek. Het aandeel jongeren (<25 jaar) daalt. De gemiddelde leeftijd neemt hierdoor toe. In 2012 is één op de 8 hulpvragers ouder dan 40.

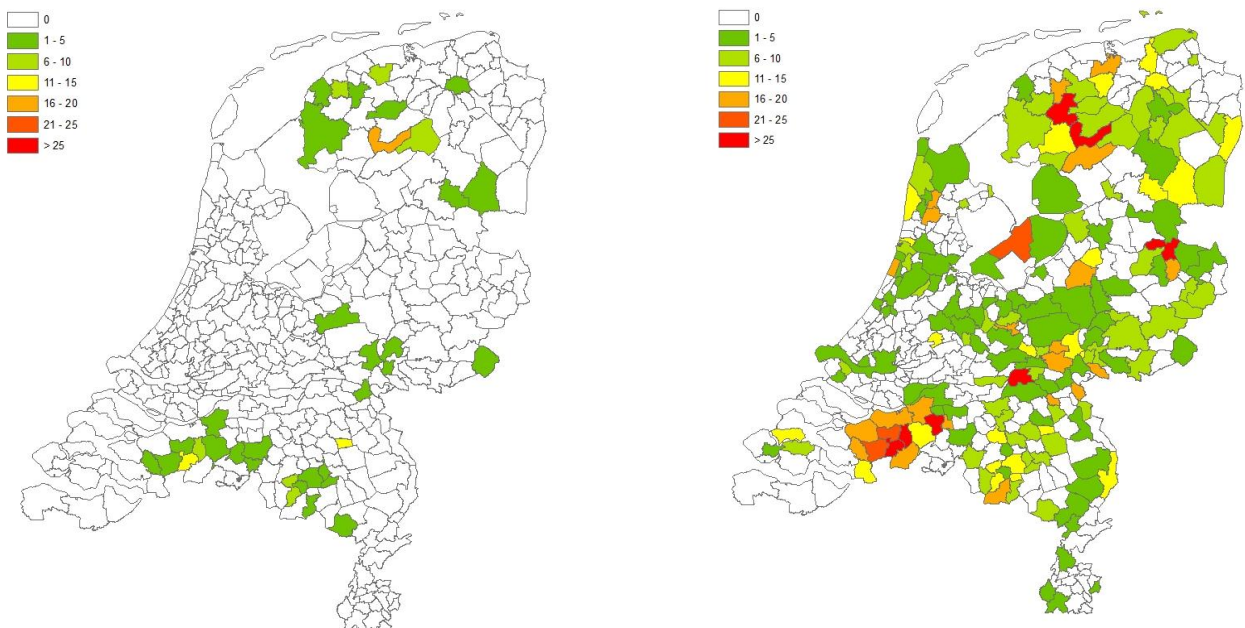
Figuur 86: GHB - Leeftijdsverdeling 2007 versus 2012



De stijging ten opzichte van 2007 bij GHB-hulpvragers heeft het meest plaatsgevonden tussen de 20 en 30 jaar oud, met een piek tussen de 22 en 24 jaar.

### 8.5 Regionale spreiding

Figuur 87: Aantal hulpvragers GHB problematiek per 100.000 inwoners 2007 en 2012

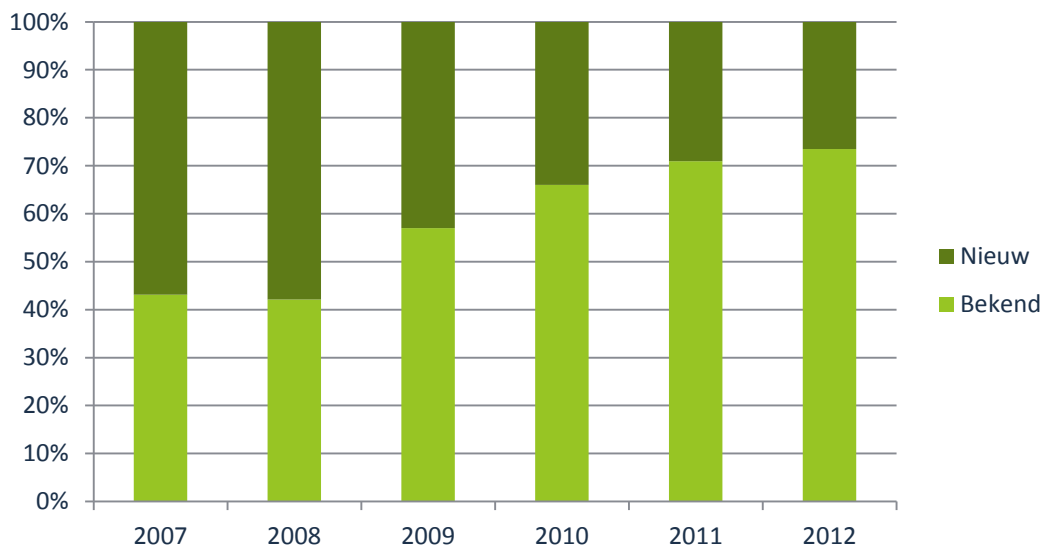


Deze kaartjes van GHB wijken af van de kaartjes van de regionale spreiding van de hulpvraag in de andere hoofdstukken. Aangezien GHB pas sinds 2007 wordt geregistreerd is dit als linkerkaartje genomen in plaats van 2003. De hulpvraag voor GHB ligt in Nederland in 2012 gemiddeld op 5 per 100.000 inwoners.

In figuur 87 is goed te zien dat de GHB hulpvraag zich in 2007 met name concentreerde in delen van Noord-Brabant en Friesland. In 2012 is de hulpvraag ten opzichte van 2007 in deze regio's gestegen en zich heeft uitgespreid naar veel meer regio's.

## 8.6 Nieuw en bekend

Figuur 88: GHB - Trend nieuwe en bekende hulpvragers 2007-2012



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 neemt de laatste jaren af. In absolute zin is nog sprake van een lichte stijging.

## 8.7 Behandelingsgeschiedenis

Een episode kan meerdere inschrijvingen en meerdere registratiejaren omvatten. De definitie van een episode zoals hier gehanteerd staat beschreven in bijlage III.

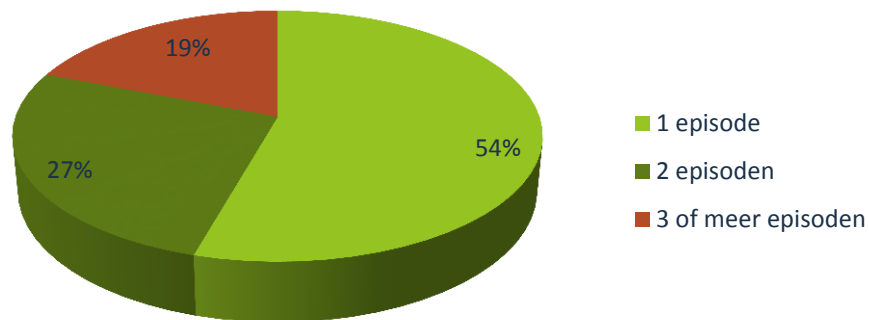
Het grootste gedeelte van de groep GHB-hulpvragers zit in hun eerste episode in de verslavingszorg.

45% is twee keer of vaker een aaneengesloten periode in behandeling geweest. Dit aandeel neemt toe.

Over de behandeling van GHB is begin 2013 een richtlijn verschenen<sup>14</sup>.

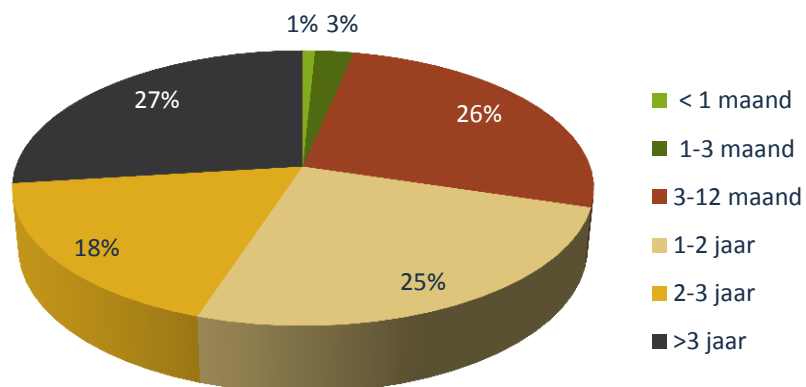
<sup>14</sup> Kamal R, Dijkstra BAG, van Iwaarden JA, Van Noorden MS, De Jong CAJ. Practice-based aanbevelingen voor de detoxificatie van patiënten met een stoornis in het gebruik van GHB. Resultaten Scoren, Amersfoort, 2013

Figuur 89: GHB – Aantal episoden in de verslavingszorg 2012 (N= 761)



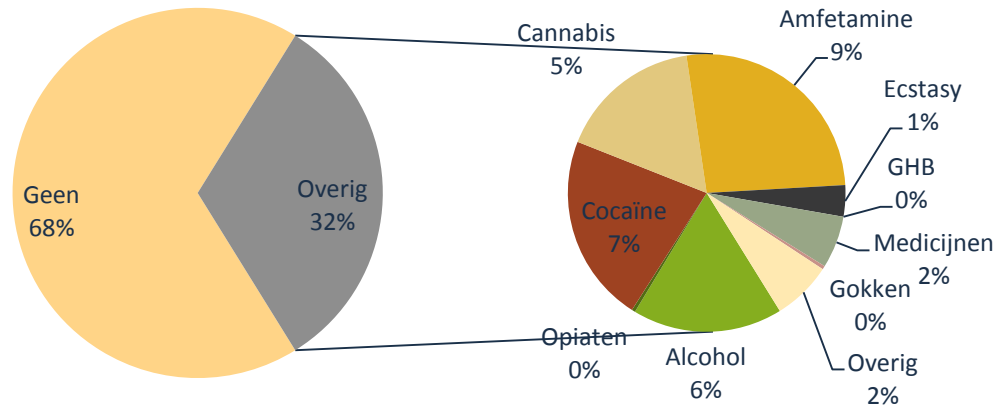
Ook bij de groep GHB-hulpvragers is er een gedeelte dat een langere geschiedenis in de verslavingszorg kent. Ongeveer een kwart van de hulpvragers uit 2012 is meer dan 3 jaar ingeschreven geweest (zie figuur 90).

Figuur 90: GHB- Totale duur alle episoden in 2012



## 8.8 Secundaire problematiek

Figuur 91: GHB - Secundaire problematiek 2012 (N=761)



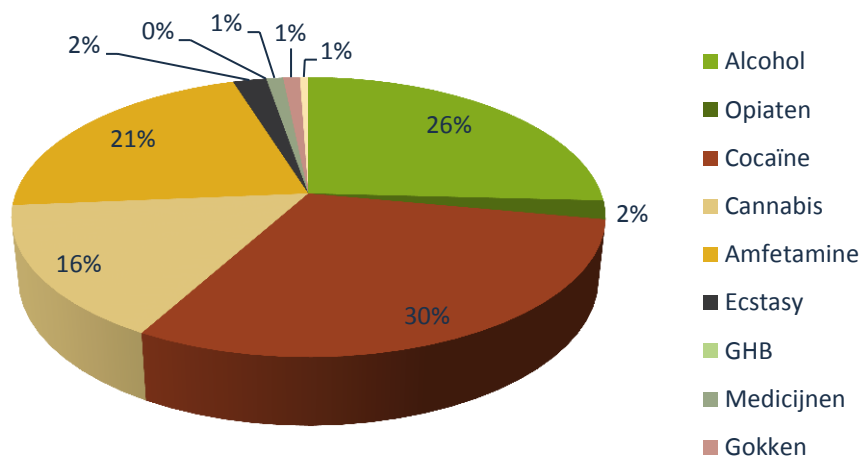
Van de GHB-hulpvragers heeft 32% naast GHB ook nog secundaire problematiek. Cocaïne en amfetamine zijn de meest voorkomende bijmiddelen.

## 8.9 Gebruik als bijmiddel

De omvang van GHB als bijmiddel blijft nog beperkt. In 2012 waren er 186 hulpvragers waarbij GHB als bijmiddel werd geregistreerd.

In figuur 92 is de verdeling te zien bij welke primaire problematiek GHB als bijmiddel voorkomt.

Figuur 92: GHB – Gebruik als bijmiddel 2012 (N=186)



GHB als bijmiddel komt het meest voor bij alcohol- en cocaïne-hulpvragers.

## 9 Medicijnen

### 9.1 Uitgelicht

- Hulpvraag medicijnen gedaald.
- Grootste gedeelte van de hulpvraag betreft problemen met gebruik van benzodiazepines.
- Relatief groot deel van de hulpvragers is vrouw.

### 9.2 In het kort

Het aantal mensen dat bij de verslavingszorg aanklopt met medicijnproblematiek is tussen 2003 en 2010 sterk gegroeid. In 2011 vindt een kentering plaats en in 2012 is er voor het eerst sprake van een daling. Grotendeels (77%) betreft het problemen met benzodiazepines, die tot de meest gebruikte medicijnen in Nederland horen. In 2010 slikten 1,4 miljoen Nederlanders een benzodiazepine<sup>15</sup>. De gemiddelde leeftijd ligt op 45 jaar en het aandeel vrouwen is in vergelijking met andere problematieken hoog.

Tabel 15: Overzicht medicijnen hulpvraag 2012

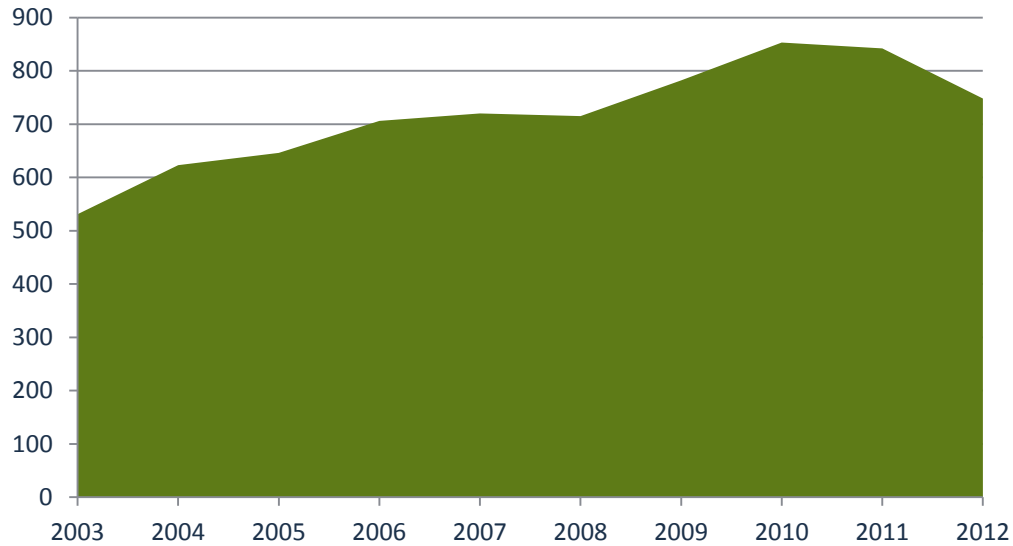
Demografie		
Aantal hulpzoekers		748
Man : Vrouw		55 : 45
Gemiddelde leeftijd		45.0
Aandeel 25-		5%
Aandeel 55+		21%
Aandeel autochtoon		81%
Aantal per 100.000 inwoners		4
Problematiek		
Aandeel in verslavingszorg		1
Gebruik als bijmiddel		2.024
Enkelvoudig : Meervoudig		61 : 39
Eerste inschrijving ooit		23.5%
Gemiddeld aantal contacten/cliënt		29

<sup>15</sup> Stichting Farmaceutische Kengetallen, Daten en Feiten 2011, het jaar 2010 in cijfers



### 9.3 Trends en ontwikkeling van de hulpvraag

Figuur 93: Medicijnen - Trend hulpvraag 2003-2012

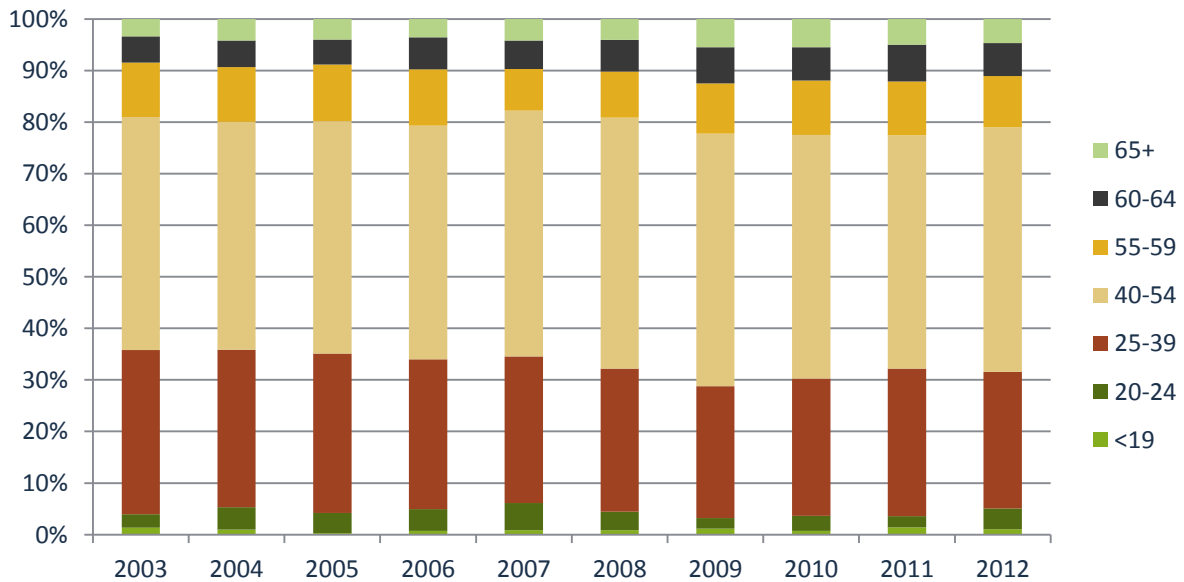


Voor het eerst sinds een lange periode van stijging, is er in 2012 sprake van een daling van de hulpvraag voor medicijnen.

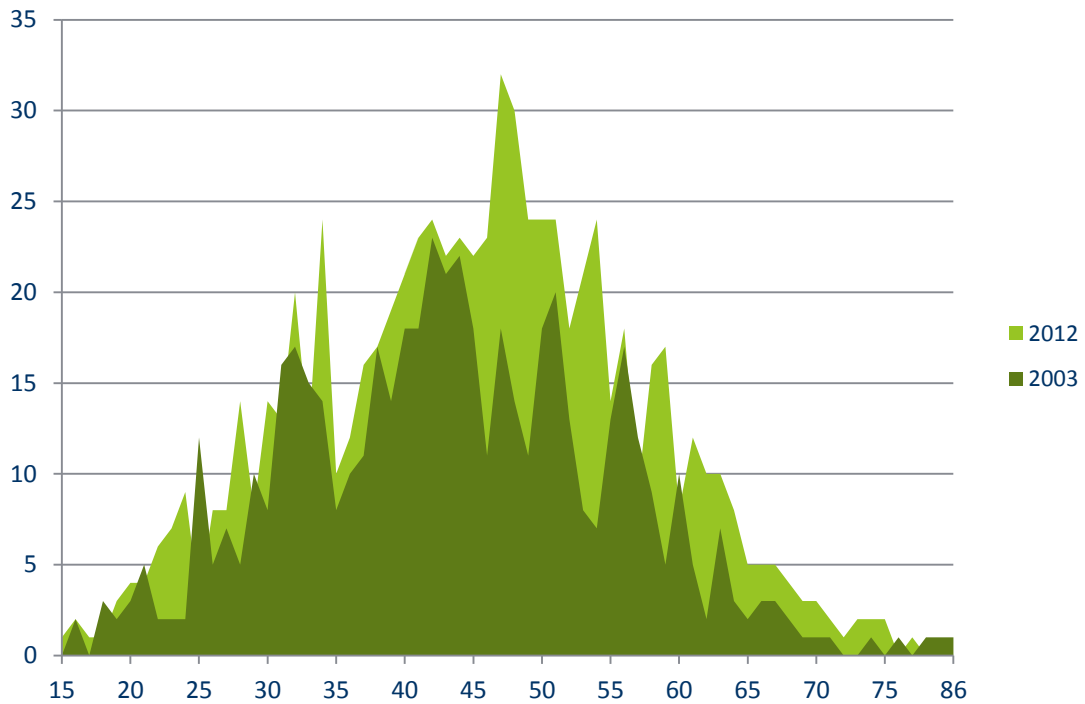
### 9.4 Jong en oud

De leeftijdsverdeling bij de hulpvraag voor medicijnen is in de afgelopen 10 jaar redelijk constant.

Figuur 94: Medicijnen – Leeftijdscategorieën 2003-2012



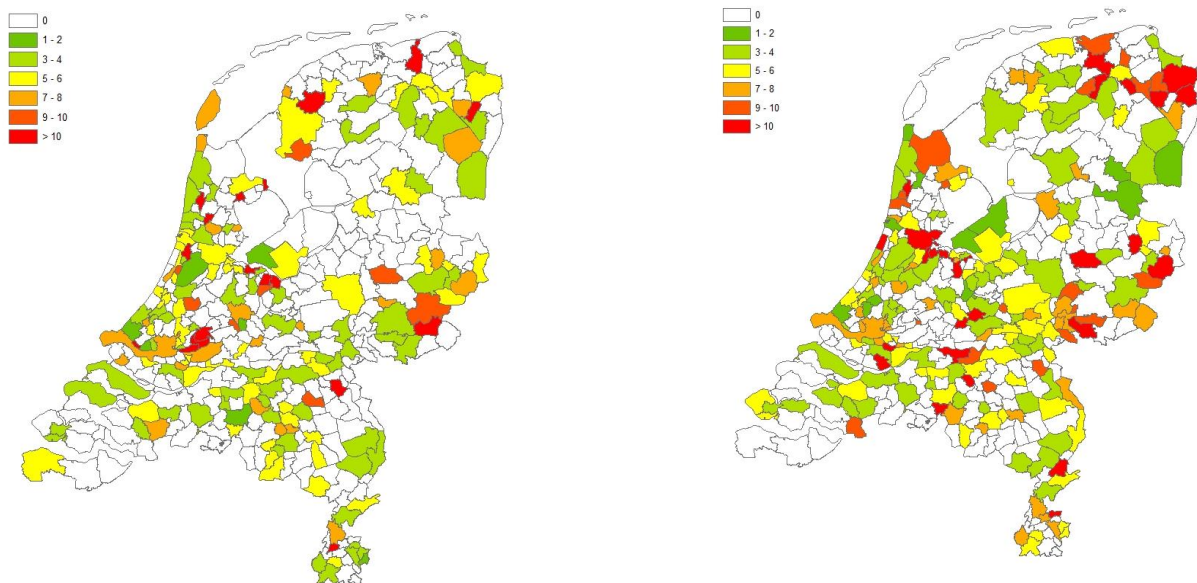
Figuur 95: Medicijnen - Leeftijdsverdeling 2003 versus 2012



De groei in de hulpvraag in de afgelopen 10 jaar heeft plaatsgevonden in alle leeftijdscategorieën. De meeste groei zit echter in de leeftijdscategorie tussen de 40 en 65 jaar.

### 9.5 Regionale spreiding

Figuur 96: Aantal hulpvragers medicijnenproblematiek per 100.000 inwoners 2003 en 2012



Het landelijke gemiddelde van de hulpvraag voor medicijnen ligt in 2012 op 4/100.000 inwoners. In 2003 was dit 3/100.000 inwoners.

### 9.6 Nieuw en bekend

Figuur 97: Medicijnen - Trend nieuwe en bekende hulpvragers 2003-2012



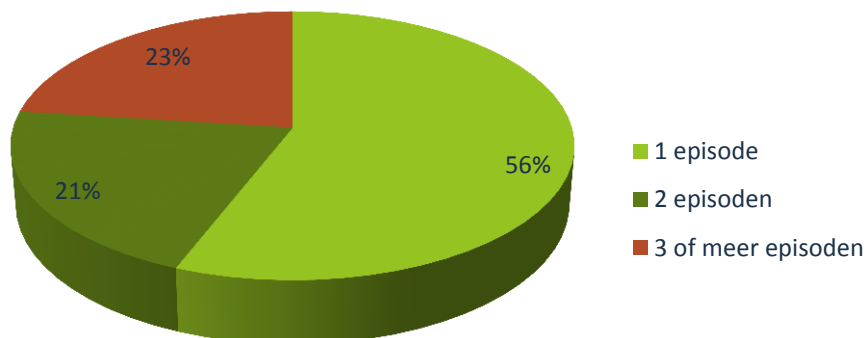
In 2012 komen circa 175 hulpvragers voor het eerst in de verslavingszorg voor problemen als gevolg van medicijngebruik terecht. Een daling in vergelijking met de afgelopen jaren.

### 9.7 Behandelgeschiedenis

Een episode kan meerdere inschrijvingen en meerdere registratiejaren omvatten. De definitie van een episode zoals hier gehanteerd staat beschreven in bijlage III.

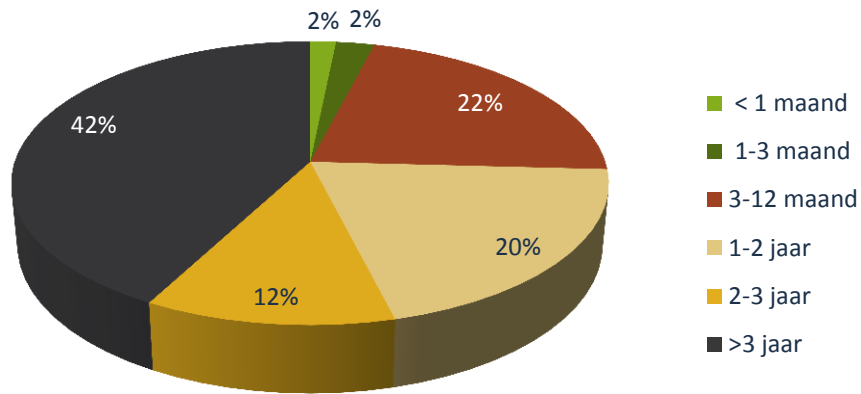
Voor het grootste deel zitten de hulpvragers voor medicijnen in hun eerste aaneengesloten periode in de verslavingszorg. 47% van de groep uit 2012 kent meerdere episoden.

Figuur 98: Medicijnen – Aantal episoden in de verslavingszorg 2012 (N=748)



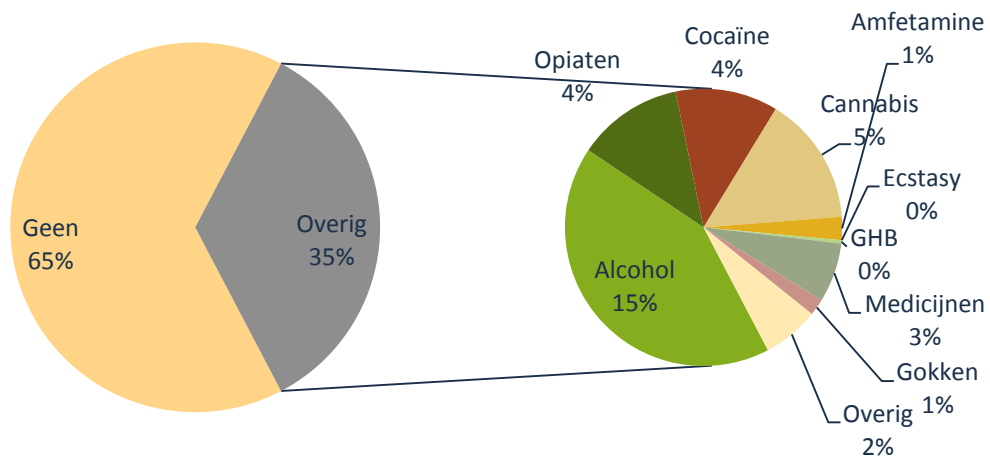
Ongeveer drie kwart van de hulpvragers heeft een totale episodeduur van meer dan een jaar.

Figuur 99: Medicijnen- Totale duur alle episoden in 2012



### 9.8 Secundaire problematiek

Figuur 100: Medicijnen - Secundaire problematiek 2012 (N=748)



Ongeveer een derde van de hulpvragers voor medicijnen heeft naast medicijnen ook andere problematiek.

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

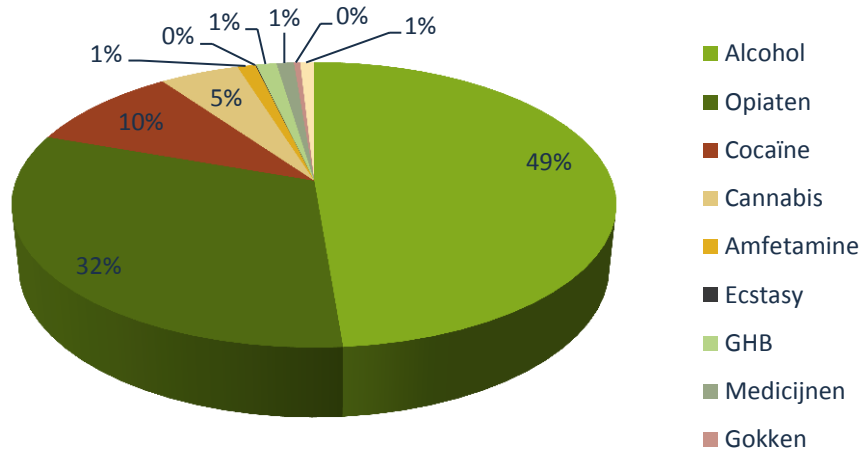
### 9.9 Gebruik als bijmiddel

De omvang van medicijngebruik als bijmiddel bij andere problematiek is groot te noemen.

In 2012 waren er 2.024 hulpvragers waarbij medicijnen als bijmiddel werd geregistreerd. Dit is dus het driedubbele van het aantal personen met medicijnen als primaire problematiek.

In figuur 101 is de verdeling te zien bij welke primaire problematiek medicijnen als bijmiddel voorkomen.

Figuur 101: Medicijnen – Gebruik als bijmiddel 2012 (N=2.024)



Medicijnen komen vaak voor bij alcohol, opiaten en in mindere mate cocaïne. Ook hier geldt dat het voornamelijk benzodiazepines betreft.

## 10 Gokken

### 10.1 Uitgelicht

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

### 10.2 In het kort

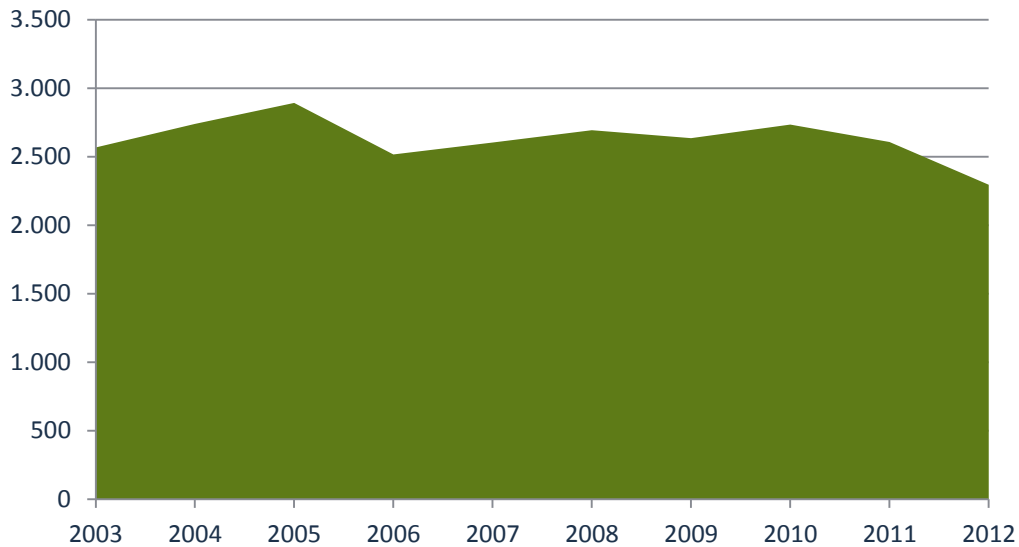
Tabel 16: **Overzicht gokken hulpvragers 2012**

<b>Demografie</b>		
Aantal hulpzoekers		2.295
Man : Vrouw		87 : 13
Gemiddelde leeftijd		38
Aandeel 25-		14%
Aandeel 55+		11%
Aandeel autochtoon		68.4%
Aantal per 100.000 inwoners		14
<b>Problematiek</b>		
Aandeel in verslavingszorg		4
Als nevenproblematiek		597
Enkelvoudig : Meervoudig		80 : 20
Eerste inschrijving ooit		34%
Gemiddeld aantal contacten/cliënt		14

### 10.3 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. Dit gegeven wordt in 2012 helaas nog onvoldoende geregistreerd om cijfers over te publiceren.

Figuur 102: Gokken – Aantal hulpvragers 2003-2012

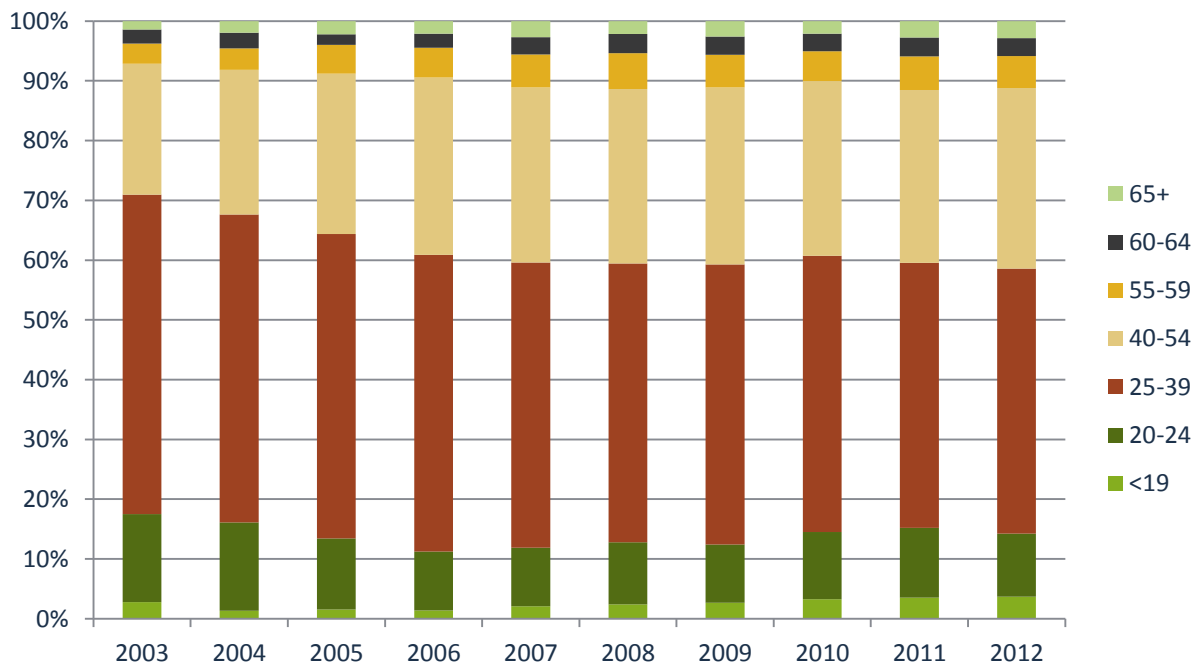


#### 10.4 Jong en oud

De laatste jaren is de leeftijdsverdeling van de hulpvragers voor gokken constant.

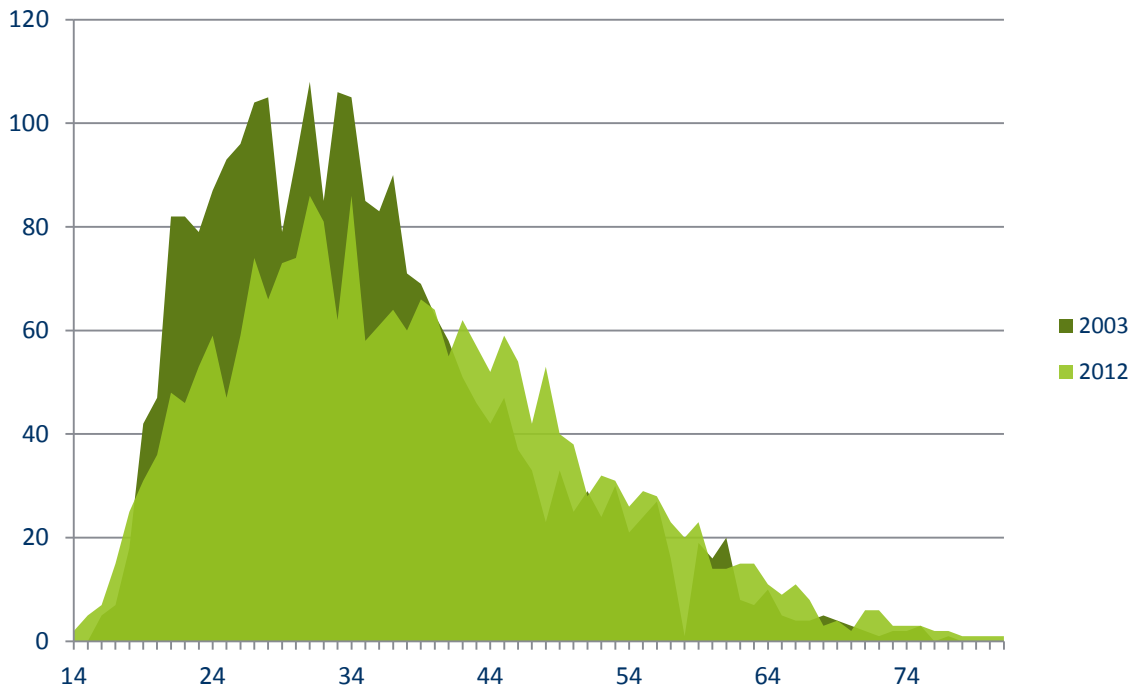
Er zijn minder (jong) volwassenen van 20-40 jaar in vergelijking met 10 jaar geleden, maar dit blijft wel de grootste groep.

Figuur 103: Gokken – Leeftijdscategorieën 2003-2012



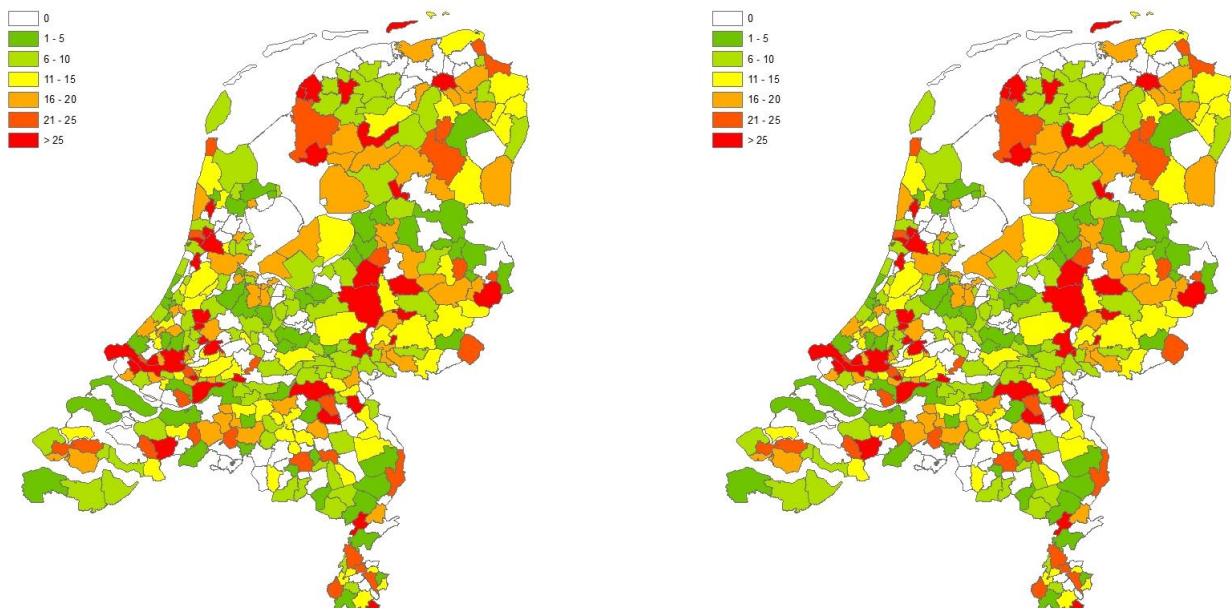
Uit figuur 103 blijkt dat de groep jongeren kleiner is geworden in vergelijking met 10 jaar geleden maar dat er gelijktijdig sprake is van een toename bij de leeftijdsgroep 40+.

Figuur 104: Gokken - Leeftijdsverdeling 2003 versus 2012



### 10.5 Regionale spreiding

Figuur 105: Aantal hulpvragers gokproblematiek per 100.000 inwoners 2003 en 2012



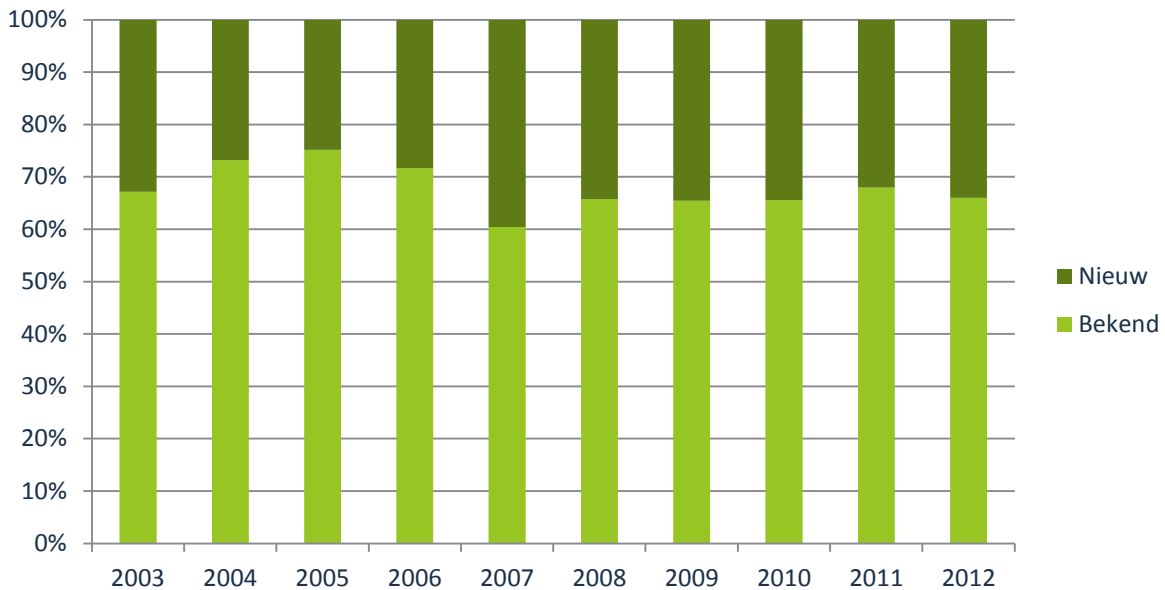


Het landelijke gemiddelde van de hulpvraag voor gokken ligt zowel in 2003 op 15 en in 2012 op 14/100.000 inwoners.

### 10.6 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. Circa 35% is in 2012 voor het eerst aangemeld bij de verslavingszorg.

Figuur 106: **Gokken - Trend nieuwe en bekende hulpvragers 2003-2012**

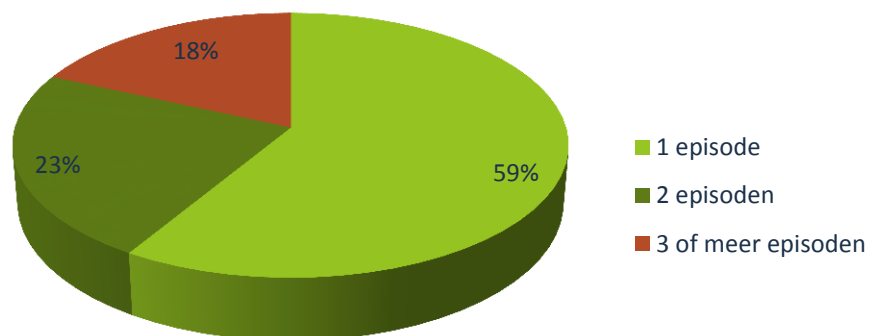


### 10.7 Behandelinggeschiedenis

Een episode kan meerdere inschrijvingen en meerdere registratiejaren omvatten. De definitie van een episode zoals hier gehanteerd staat beschreven in bijlage III.

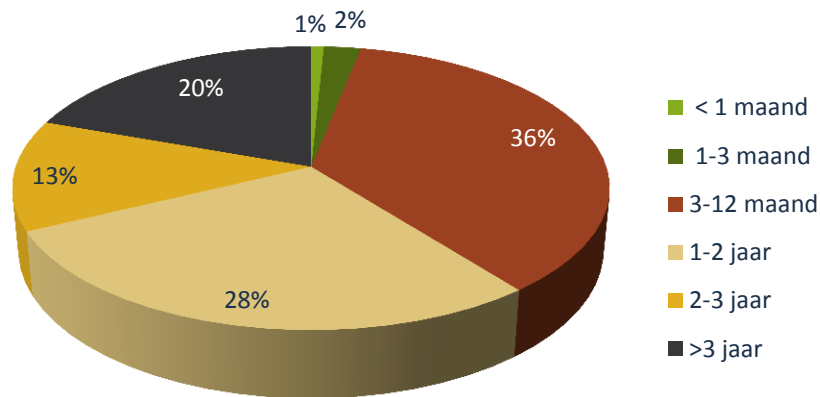
Bij 59% van de hulpvragers voor gokken betreft het in 2012 de eerste episode in zorg. 18% van de hulpvragers uit 2012 heeft 3 of meer episodens gehad in de verslavingszorg.

Figuur 107: **Gokken – Aantal episodens in de verslavingszorg 2012 (N=810)**



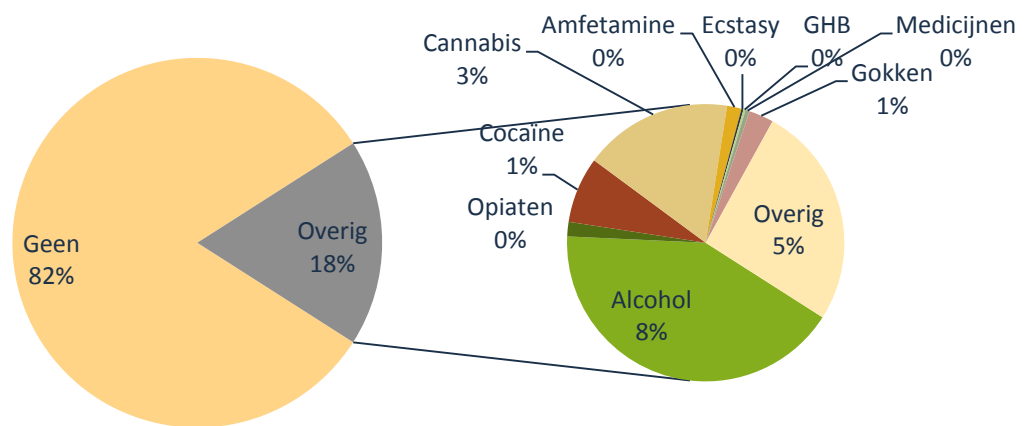
De totale duur van alle episoden is te zien in figuur 108. De groep hulpvragers voor gokken is vergelijkbaar met hulpvragers voor cannabis en ecstasy als het gaat om de opgetelde duur van alle episoden in zorg. Het aandeel hulpvragers dat in totaal minder dan een jaar heeft verbleven in de verslavingszorg bedraagt 36% in 2012.

Figuur 108: Gokken - Totale duur alle episoden in 2003-2012



### 10.8 Secundaire problematiek

Personen die zich met gokproblematiek melden bij de hulpverlening hebben in 80% van de gevallen geen andere problematiek. In 8% van de gevallen speelt ook alcoholproblematiek een rol en bij 3% van de hulpvragers gaat het om cannabis.

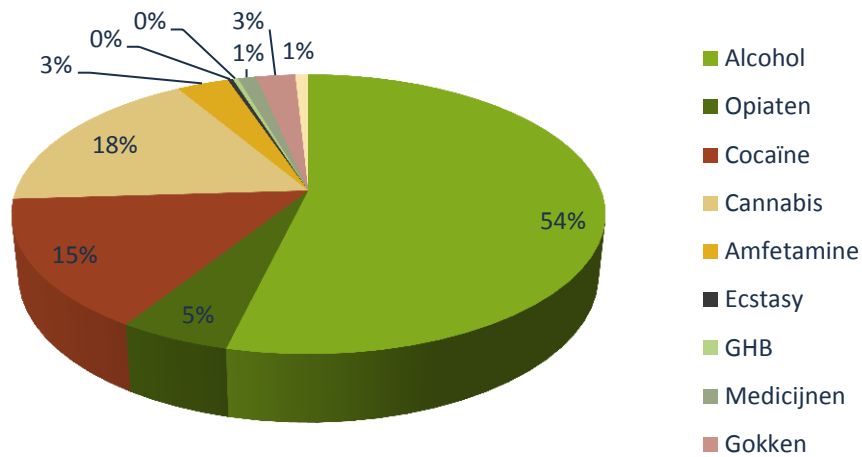


### 10.9 Gokken als nevenproblematiek

Het problematisch gokken als nevenproblematiek bij andere primaire problematiek komt ook voor. In 2012 waren er bijna 600 hulpvragers waarbij gokken als tweede of derde problematiek werd geregistreerd.

In figuur 109 is de verdeling te zien bij welke primaire problematiek gokken voorkomt.

Figuur 109: Gokken – als nevenproblematiek 2012 (N=597)



Gokken als nevenproblematiek komt het meest voor bij alcohol, cocaïne en cannabis.

## 11 Overig

### 11.1 Uitgelicht

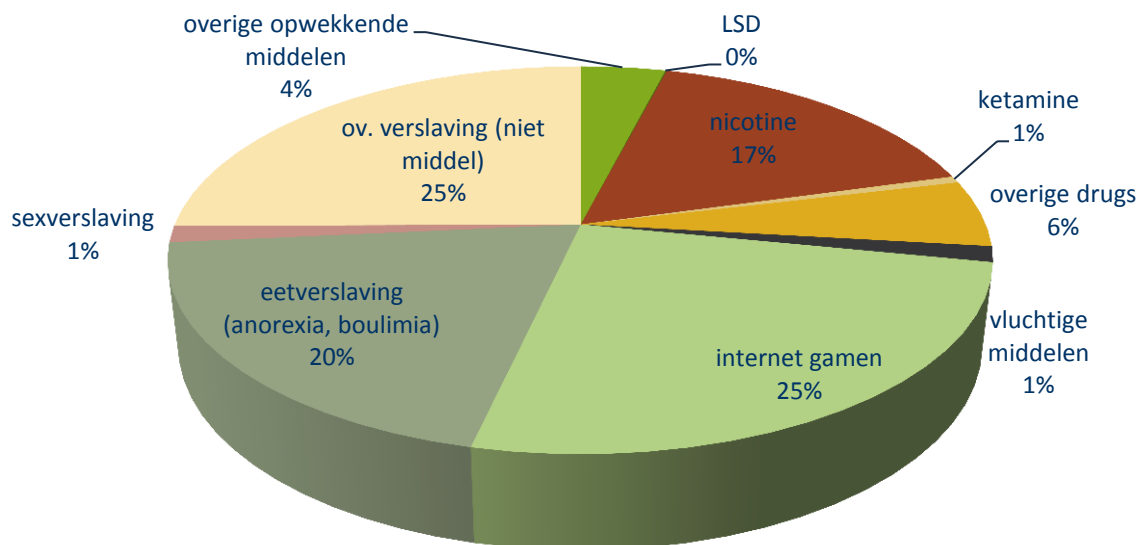
- Hulpvraag problematisch internetgamen neemt toe naar 411 personen.
- Hulpvraag eetverslaving neemt toe.

### 11.2 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 110 worden deze in hoofdgroepen gepresenteerd. In tabel 18 zijn alle categorieën in detail zichtbaar.

Internetgamen wordt nader uitgelicht in paragraaf 12.3, de eetstoornissen worden in paragraaf 12.4 nader beschouwd.

Figuur 110: Hoofdgroepen binnen de categorie overige hulpvragen 2012



Uit figuur 110 blijkt dat er ook nog een grote groep "overige verslaving niet middel" bestaat. Hieronder vallen 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 2012

	N	%
Overige opwekkende middelen	64	4,0%
Lsd	1	0,1%
Nicotine	269	16,7%
Ketamine	9	0,6%
Overige drugs	90	5,6%
Vluchtige middelen	21	1,3%
Internet gamen	411	25,4%
Eetverslaving (anorexia, boulimia)	322	19,9%
Sexverslaving	22	1,4%
Overige verslaving (niet middel)	406	25,1%
Totaal	1.615	100,0%

### 11.3 Internetgamen

Er is toenemende aandacht voor de vrij snelle opmars van het internetgebruik in verschillende vormen. Ook is er 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 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.<sup>16</sup>

In 2011 waren er 242 personen met een hulpvraag voor internet gamen. In 2012 is dit aantal gestegen naar 411.

#### 11.3.1 In het kort

Tabel 18: Internetgamen - Overzicht hulpvragers 2012

Demografie	
Aantal hulpzoekers	411
Man : Vrouw	93 : 7
Gemiddelde leeftijd	22.6
Aandeel 25-	75%
Aandeel 55+	1.4%
Aandeel autochtoon	91%
Aantal per 100.000 inwoners	2
Problematiek	
Enkelvoudig : Meervoudig	90 : 10
Eerste inschrijving ooit	61%

Hulpvraag voor internetgamen is duidelijk een mannenprobleem. Het zijn overwegend jongeren, maar zeker niet uitsluitend. Het merendeel komt in 2012 voor het eerst terecht in de verslavingszorg. Het betreft dus een grotendeels nieuwe groep.

<sup>16</sup> Van Rooij, A. J. (2011). Online Video Game Addiction. Exploring a new phenomenon [PhD Thesis]. Rotterdam; Erasmus Universiteit Rotterdam

## 11.4 Eetstoornissen

De laatste jaren is er sprake van een stijging van de hulpvraag in het kader van eetstoornissen (boulimie, anorexia). In 2012 is dit aantal gestegen tot ruim 300.

### 11.4.1 In het kort

Tabel 19: Eetstoornissen - Overzicht hulpvragers 2012

<b>Demografie</b>		
Aantal hulpzoekers		320
Man : Vrouw		10 : 90
Gemiddelde leeftijd		38.3
Aandeel 25-		14.7%
Aandeel 55+		11.2%
Aandeel autochtoon		92.2%
<b>Problematiek</b>		
Enkelvoudig : Meervoudig		98 : 2
Eerste inschrijving ooit		48.4%

In 2012 klopten 320 personen, overwegend autochtone vrouwen, aan bij de hulpverlening. Er is vrijwel geen sprake van meervoudige problematiek, zoals bij de andere primaire middelen vaker het geval is.

## 12 Reclassering

### 12.1 Uitgelicht

- Alcohol meest voorkomende problematiek.
- Ongeveer 40% heeft ook contacten in de reguliere verslavingszorg.
- Registratie in de verslavingszorgreclassering onvolledig.

Zoals eerder vermeld worden de voor LADIS noodzakelijke gegevens over de primaire, en indien aanwezig, secundaire problematiek binnen de verslavingsreclassering steeds vaker niet of niet volledig vastgelegd. Sinds 2007 is er een toename van het aantal records met ontbrekende gegevens en dus een lager aantal gerapporteerde hulpvragers afkomstig uit de verslavingsreclassering. In 2012 worden evenals in de editie 2011 de cijfers losgetrokken van de cijfers uit de verslavingszorg. De trends naar primaire problematiek worden teveel beïnvloed door de toename van het aandeel onvolledige gegevens.

Aangezien veel mensen met een reclasseringscontact ook contacten hebben in de reguliere verslavingszorg, is het toch mogelijk een beeld te schetsen van deze groep.

### 12.2 In het kort

Tabel 20: Overzicht Reclassering 2012

Demografie		
	Aantal hulpzoekers	20.318
	Man : Vrouw	92 : 8
	Gemiddelde leeftijd	36.0
	Aandeel 25-	19.8%
	Aandeel 55+	5.9%
	Aandeel autochtoon	54%

In 2012 zijn er ruim 20.000 unieke personen afkomstig uit verslavingsreclassering.

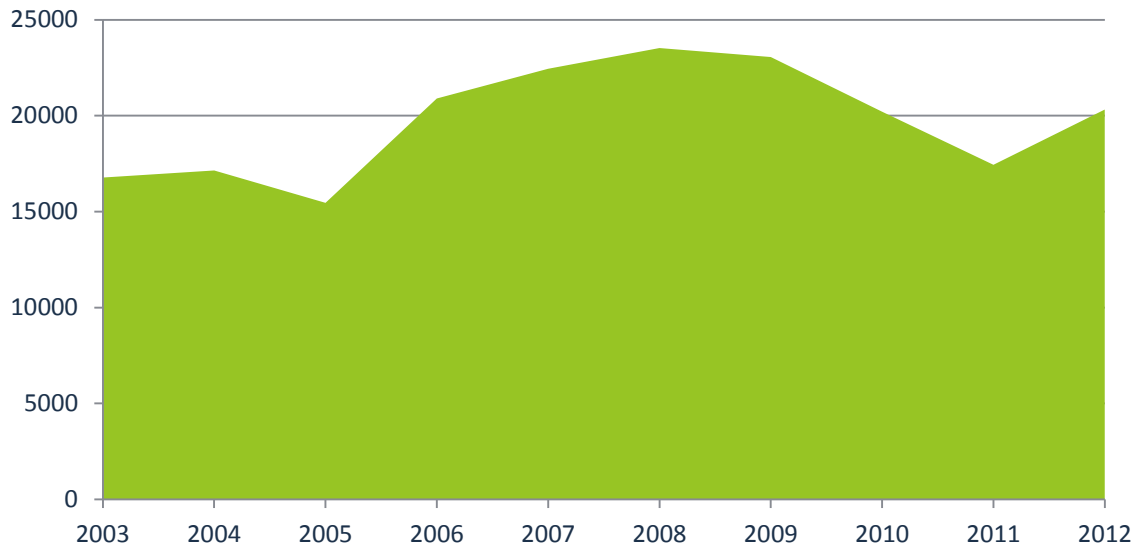
Ongeveer 40% (n=6.623) heeft ook contacten in de reguliere verslavingszorg in hetzelfde jaar.

Slechts minder dan 10% is vrouw en de gemiddelde leeftijd ligt met 36 bijna 6 jaar onder de gemiddelde leeftijd van de verslavingszorg. De groep autochtonen in de verslavingsreclassering is ten opzichte van de reguliere verslavingszorg alsmede ten opzichte van de algehele bevolking ondervertegenwoordigd.

In figuur 111 is het aantal hulpvragers in de verslavingsreclassering te zien tussen 2003 en 2012. De daling tussen 2008 en 2011 is waarschijnlijk voor een groot deel toe te schrijven aan de veranderingen die plaats hebben gevonden in het registratiesysteem. Het oude registratiesysteem is uitgefaseerd en begin 2009 is een nieuw registratiesysteem geïmplementeerd.<sup>17</sup>

<sup>17</sup> SVG en IVZ hebben een traject ingezet om de reclasseringcijfers t.b.v. LADIS te verbeteren.

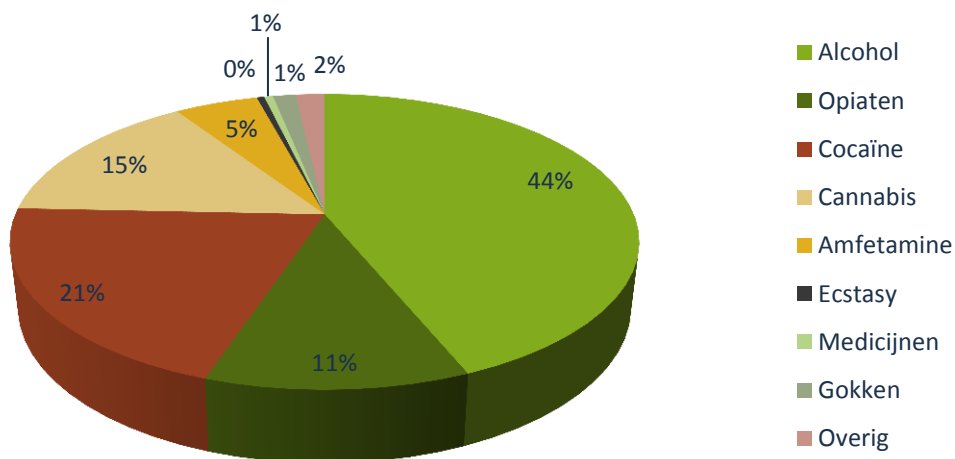
Figuur 111: Hulpvraag verslavingsreclassering: Aantal unieke cliënten 2003 - 2012



### 12.3 Personen naar primaire problematiek

In figuur 112 is de verdeling te zien van de groep waarbij de primaire problematiek bekend is. Alcohol is met 44% de meest voorkomende primaire problematiek, gevolgd door cocaïne met 22%.

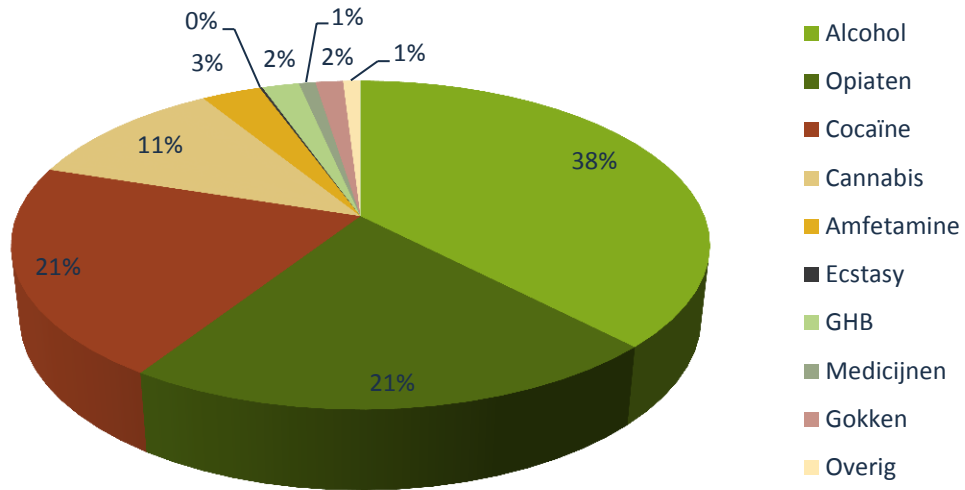
Figuur 112: Primaire problematiek verslavingsreclassering 2012 (N=4.759)



De percentages uit figuur 112 dienen met enige voorzichtigheid te worden bekeken omdat er sprake kan zijn van een selectiebias. Wel is bekend wat de verdeling van de problematiek is van de groep die ook contacten heeft in de reguliere verslavingszorg (N=7.970). Het opvallendste verschil is een lager percentage alcohol en een hoger percentage opiaten als primaire problematiek.



Figuur 113: Primaire problematiek groep overlap verslavingszorg en verslavingsreclassering 2012 (N=7.970)



## **Bijlage I: Deelnemende Instellingen**

Jellinek (onderdeel van Arkin)

Arta-Lievegoedgroep

Bouman GGZ

Brijder Verslavingszorg (onderdeel van de Parnassia Groep)

Emergis

GGD Amsterdam

IrisZorg

Mondriaan Zorggroep

Novadic-Kentron

Stichting De Hoop

Tactus Verslavingszorg

Verslavingszorg Noord Nederland

Victas (voorheen Centrum Maliebaan)

Vincent van Gogh

## Bijlage II: 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:

### 1. Aanlevering van Stichting de Hoop

Stichting de Hoop heeft een gegevens aan het LADIS aangeleverd met terugwerkende kracht. Alle inschrijvingen bij Stichting de Hoop vanaf 2004 zijn verwerkt.

### 2. Verslavingsreclassering apart gerapporteerd

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 cliëntniveau te koppelen. Deze koppeling is 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 als zodanig in het huidige systeem niet of niet volledig vastgelegd. Dit probleem trad in beperkte mate al een aantal jaren op met het CVS als registratiesysteem. Dit systeem is vervangen door IRIS. Helaas heeft de implementatie van het nieuwe registratiesysteem niet tot de gehoopte verbetering geleid. De aanlevering had dusdanig veel onvolledige gegevens dat in de editie van 2011 is besloten dat het niet meer verantwoord was om ze samen met de cijfers van de verslavingszorg te presenteren om dat de toename van het aantal afgekeurde records te veel invloed heeft op de trends. In 2012 is hierin helaas nog onvoldoende verbeterd. Daarom zijn hoofdstuk 1 en in de hoofdstukken van de afzonderlijke problematieken (hoofdstuk 3 t/m 12) alleen gebaseerd op de cijfers van de verslavingszorg. Dit geldt ook voor de trendcijfers en cijfers van voorgaande jaren. Hier zijn ook met terugwerkende kracht de cijfers van de reclassering uitgefilterd. De cijfers van de reclassering staan in een apart hoofdstuk (hoofdstuk 2).

### 3. De berekening van episoden in de verslavingszorg

In 2011 werd voor het eerst in de Kerncijfers het begrip episode geïntroduceerd. Van elke hulpvrager is de geschiedenis van alle inschrijvingen en contacten in beeld gebracht. Hier zijn episoden van zorg uit te berekenen. Het aantal episoden en de duur van alle episoden worden op geaggregeerd niveau gerapporteerd. De definitie van een episode in LADIS wordt toegelicht in Bijlage III.

## Bijlage III: De definitie van een episode in LADIS

Van elke cliënt in de verslavingszorg is het mogelijk om de behandelgeschiedenis met de data vanaf 1994 in kaart te brengen. Alle inschrijvingen en contacten kunnen op chronologische wijze in kaart worden gebracht en kunnen episoden van zorg worden gedefinieerd.

Hiermee wordt bedoeld een periode dat een persoon een aaneengesloten periode in de verslavingszorg in behandeling is.

Een episode kan uit meerdere inschrijvingen bij meerdere instellingen bestaan die elkaar overlappen of kort na elkaar plaatsvinden.

Bij de operationalisatie van de definitie van een episode spelen twee zaken een rol vanuit historisch perspectief:

1. De contacten werden vroeger niet bij alle instellingen goed geregistreerd.
2. Het uitschrijven wordt niet bij alle instellingen consequent gedaan.

Gegeven deze historische registratiepraktijk is gekozen voor de volgende definitie:

- Het begin van een episode is een contactdatum.
- Het einde wordt bepaald door de uitschrijfdatum.
- Wanneer geen uitschrijfdatum bekend is, wordt het einde van de episode bepaald op datum laatste contact + een half jaar.
- Voorgaande regel wordt ook toegepast wanneer de uitschrijfdatum later is dan de laatste contactdatum + een half jaar.
- Als er binnen een half jaar na afloop van een episode zonder uitschrijfdatum een nieuwe inschrijving of een contact plaatsvindt worden deze geschaard onder dezelfde episode.

Een episode is dus niet echt een behandelperiode die loopt van eerste tot en met laatste contact.

Dit zou de meest wenselijke operationalisatie zijn, maar om de genoemde beperkingen is gekozen voor een administratieve basis van de episode.

Het gevolg van deze keuze is dat een episode bij het ontbreken van een uitschrijfdatum soms langer duurt dan de werkelijke behandelperiode. De episode is voor alle registratiejaren en voor de verschillende problematieken wel consequent berekend.

In overleg met deskundigen van de instellingen zal bekeken worden of deze definitie binnen de mogelijkheden van de gegevensverzameling verbeterd kan worden.

## Colofon

ISBN/EAN: 978-90-5726-056-8

### Auteurs:

D.J. Wisselink  
Drs. W.G.T. Kuijpers  
Drs. A. Mol

Stafmedewerker  
Informatiemanager  
Stafmedewerker

### Aan deze publicatie werkten tevens mee:

Drs. J.C. Weber  
Mevrouw V.A.M. van der Hoop – Terwindt

Bestuurder a.i.  
Office manager

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

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

E-mail: [info@sivz.nl](mailto:info@sivz.nl)

*© mei 2013 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).*