



**Kerncijfers Verslavingszorg 2013**

**Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS)**



## **KERNCIJFERS VERSLAVINGSZORG 2013**

## **LADIS LANDELIJK ALCOHOL EN DRUGS INFORMATIE SYSTEEM**

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

**Houten, juni 2014**  
**© Stichting Informatie Voorziening Zorg**

# Inhoud

<b>Inleiding.....</b>	<b>7</b>
<b>1. Gehele verslavingszorg .....</b>	<b>10</b>
1.1 Uitgelicht .....	10
1.2 In het kort .....	10
1.3 Personen naar primaire problematiek .....	11
1.4 Trend primaire problematiek 2003-2012 .....	13
1.5 Primaire problematiek in bevolking .....	13
1.6 Aantal unieke personen in behandeling sinds 1994.....	14
1.7 Demografie .....	14
1.7.1 Jong en oud .....	14
1.7.2 Leeftijdverdeling naar primaire problematiek.....	15
1.7.3 Geslacht .....	16
1.7.4 Culturele herkomst.....	17
1.8 Regionale spreiding .....	18
1.9 Meervoudige problematiek.....	19
1.10 Zorgsoort .....	20
1.11 Doorstroming .....	20
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 .....	34
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 .....	40
3.9 Gebruik als bijmiddel.....	40

3.10	Intraveneus gebruik.....	41
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.....	47
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.....	56
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 .....	81
10.6	Nieuw en bekend.....	81
10.7	Behandelgeschiedenis .....	82
10.8	Secundaire problematiek .....	83
10.9	Gokken als nevenproblematiek.....	84
<b>11</b>	<b>Overig .....</b>	<b>85</b>
11.1	Uitgelicht .....	85
11.2	In het kort .....	85
11.3	Internetgamen.....	86
11.3.1	In het kort .....	86
11.4	Eetstoornissen .....	87
11.4.1	In het kort .....	87
<b>12</b>	<b>Reclassering .....</b>	<b>88</b>
12.1	Uitgelicht .....	88
12.2	In het kort .....	88
12.3	Personen naar primaire problematiek .....	89
	<b>Bijlage I: Deelnemende Instellingen .....</b>	<b>91</b>

<b>Bijlage II: LADIS in vergelijking met vorige edities .....</b>	<b>92</b>
<b>Bijlage III: De definitie van een episode in LADIS .....</b>	<b>93</b>
<b>Colofon .....</b>	<b>94</b>

## Inleiding

Voor u ligt de 28<sup>e</sup> editie van de Kerncijfers Verslavingszorg. Deze bevat actuele inzichten over de ontwikkeling van de hulpvraag en hulpverlening in de sector verslavingszorg in het jaar 2013. Zoals het woord aangeeft, worden “kern”cijfers weergegeven en deze roepen met enige regelmaat vragen op tot 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 of en op welke wijze we uw behoefte aan verdieping kunnen invullen.

### IVZ en LADIS

IVZ verzamelt al bijna 30 jaar gegevens over hulpvraag en hulpverlening in de 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.

Door de unieke manier van identificatie, versleuteling en pseudonimisatie kunnen individuen door de tijd worden gevolgd, terwijl deze toch niet herleidbaar zijn tot individuele 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 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:

- 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;
- GHB hulpvraag in Nederland (mei 2013);
- Kerncijfers 2012 (mei 2013).

Deze analyses komen tot stand in samenwerking met diverse deskundigen uit het netwerk van IVZ. IVZ werkt daartoe intensief samen met onderzoeksinstituten zoals Trimbos en het Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving (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 340.000 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

Het vastleggen van gegevens en de 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.

In 2013 is opnieuw een belangrijke stap gezet om de administratieve last te beperken en de kwaliteit van de aanlevering te verbeteren. Zo is het voor instellingen eenvoudiger geworden de binnen de instelling vastgelegde data te leveren en daarnaast additionele gegevens te leveren waardoor de kwaliteit van LADIS gegevens verbeterd wordt. Dit laatste betreft de aanlevering van de Mate en de ASI-gegevens<sup>1</sup>, die in 2013 van een aantal instellingen zijn ontvangen. Ook wordt overleg gevoerd met IT-leveranciers om deze levering automatisch voor de instelling die dat wil wordt uitgevoerd.

LADIS slaat alle gegevens op, op basis van unieke niet meer tot de oorspronkelijke persoon herleidbare kenmerken. De data worden getoetst op integriteit en betrouwbaarheid en wordt vergeleken met eerdere leveringen vanuit de betreffende instelling. 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 (Treatment Demand Indicator) ontwikkelen zich verder. IVZ zet zich in om LADIS blijvend aan deze TDI-eisen te laten voldoen. 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. Daarnaast is ook het LADIS dashboard operationeel. Hierin kunnen instellingen de 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<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Mate staat voor Meetinstrument bij Addictie voor Triage en Evaluatie. ASI staat voor Addiction Severity Index. Deze wetenschappelijk gevalideerde meetinstrumenten worden gebruikt om gegevens over aandoening en problemen van de cliënt vast te stellen ten behoeve van indicatie, diagnostiek en evaluatie van zorg en behandeling

<sup>2</sup> Voor een overzicht van deelnemende instellingen zie bijlage I



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. Dit betekent voor de gegevens over 2013, evenals in 2012, dat het ontbreken van deze informatie dusdanige invloed heeft op de trends, dat besloten is de reclassering wederom als aparte groep te presenteren en los te koppelen van de gegevens van de verslavingszorg.

In Nederland is er een toename van internetbehandelingen/-hulpverlening, die door diverse instellingen worden aangeboden. De hulpverlening is grotendeels anoniem en deze wordt niet in LADIS opgenomen. Daar waar wel persoonsgegevens van hulpvragers zijn geregistreerd worden deze uiteraard gepseudonimiseerd in LADIS meegenomen.

Een andere ontbrekende schakel zijn de particuliere zorgaanbieders en privéklinieken. Er bestaat geen overzicht van deze spelers op de markt. Zij 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 bij de privéklinieken om een beperkt aantal hulpvragers. Op de trendmatige ontwikkelingen, zoals in het LADIS gepresenteerd, hebben deze geen grote invloed.

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. Inmiddels zijn met de eerste instelling, Dimence, afspraken gemaakt om ook gegevens aan LADIS te leveren. Vanaf 2014 zullen deze deel uitmaken van de kerncijfers.

### 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 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 gaudit.

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

Jan Weber  
Bestuurder a.i.

## 1. Gehele verslavingszorg<sup>3</sup>

### 1.1 Uitgelicht

- Ruim 65.000 personen zoeken in 2013 hulp in de verslavingszorg.
- 2% minder in vergelijking met 2012.
- Cannabis na alcohol de meest voorkomende problematiek.
- Aantal hulpvragers voor opiaten daalt onder de 10.000 personen.
- Groei GHB hulpvraag zet niet door.
- Hulpvraag Internetgamen stijgt.

### 1.2 In het kort

Tabel 1: Overzicht Gehele verslavingszorg 2013

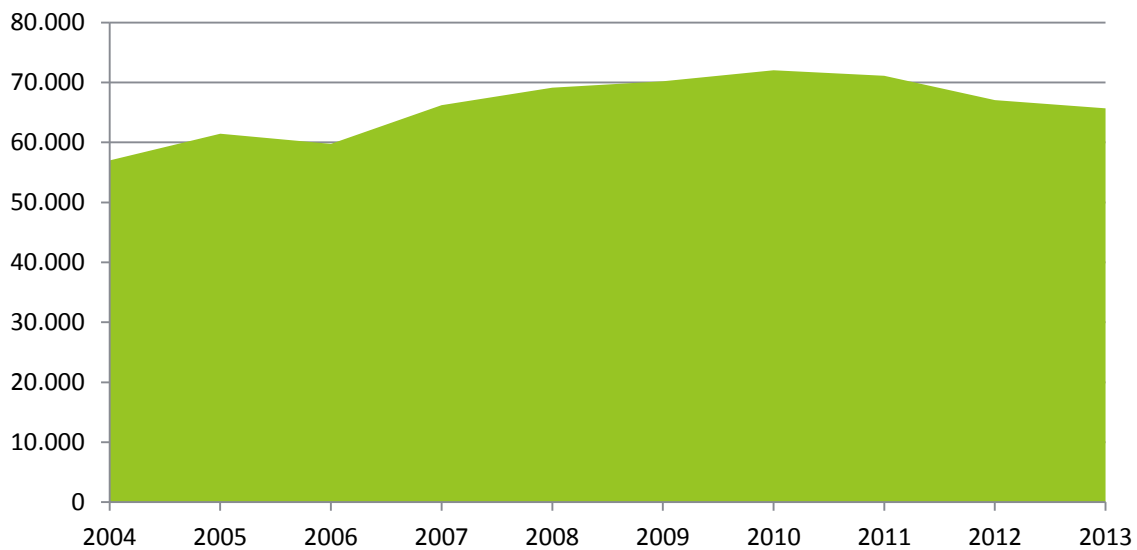
Demografie		
	Aantal hulpzoekers	65.679
	Man : Vrouw	76 : 24
	Gemiddelde leeftijd	41.2
	Aandeel 25-	13.2%
	Aandeel 55+	17.3%
	Aandeel autochtoon	78%
	Aantal per 100.000 inwoners	391
Problematiek		
	Enkelvoudig : Meervoudig	59:41
	Eerste inschrijving ooit	21.6%
	Aantal geregistreerde contacten	2.172.346
	Gemiddeld aantal contacten/cliënt	33

In 2013 zijn er bijna 66.000 unieke personen in behandeling geweest in de verslavingszorg. Ruim driekwart van hen zijn mannen. De gemiddelde leeftijd bedraagt ruim 41 jaar. Meer dan 11.000 hulpvragers in de verslavingszorg zijn ouder dan 55. Bij één op de vijf cliënten uit 2013 betreft het een eerste inschrijving in de verslavingszorg.

Sinds 2011 is er sprake van een daling van het aantal hulpvragers. In 2013 bedraagt deze daling 2% ten opzichte van 2012 (zie figuur 1).

<sup>3</sup> De gepresenteerde cijfers betreffen, tenzij anders vermeld, de verslavingszorg exclusief de verslavingsreclassering. Dit geldt ook voor de trendcijfers. Tevens kunnen cijfers over voorgaande jaren afwijken van de vorige editie van de Kerncijfers (zie bijlage II). Voor deelnemende instellingen zie bijlage I

Figuur 1: Hulpvraag verslavingszorg: Aantal unieke cliënten 2004 - 2013



### 1.3 Personen naar primaire problematiek

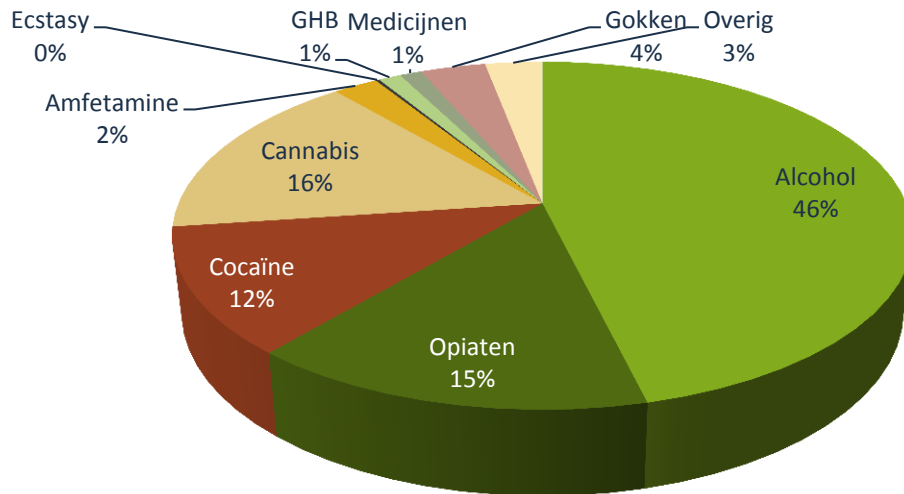
Tabel 2: Personen en contacten naar primaire problematiek 2013

Primaire problematiek	Aantal pers in 2013	Aandeel problematiek	Verandering t.o.v. 2012	Aantal contacten (x1.000)	Aandeel contacten
Alcohol	30.345	46,2%	-3,0%	960	44,2%
Opiaten	9.818	14,9%	-7,2%	471	21,7%
Cocaïne	7.686	11,7%	0,5%	292	13,4%
Cannabis	10.446	15,9%	0,8%	260	12,0%
Amfetamine	1.539	2,3%	2,3%	54	2,5%
Ecstasy	124	0,2%	-1,6%	3	0,2%
GHB	769	1,2%	0,9%	37	1,7%
Medicijnen	750	1,1%	-1,8%	25	1,1%
Gokken	2.234	3,4%	-4,2%	34	1,6%
Overig	1.968	3,0%	16,2%	36	1,7%
<b>Totaal</b>	<b>65.679</b>	<b>100%</b>	<b>-2,0%</b>	<b>2.172</b>	<b>100,0%</b>

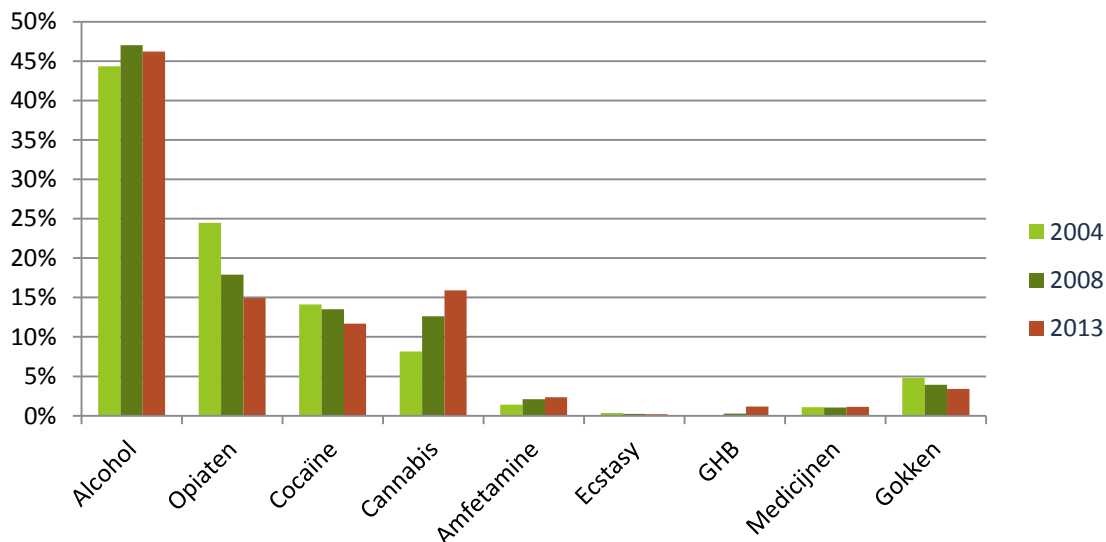
- In 2013 daalt het aantal **hulpvragers** met 2% en opzichte van 2012.
- **Alcohol** is de meest voorkomende problematiek. Bijna de helft van de hulpvragen. Wel is er sprake van een daling van 3%.
- **Cannabis** is in 2013 licht toegenomen en overstijgt daarmee voor het eerst in omvang het aantal opiaathulpvragers. Deze groep neemt met ruim 7% af tot minder dan 10.000 hulpvragers in 2013.
- De hulpvraag voor **cocaïne, amfetamine en GHB** is licht gestegen.
- Voor GHB geldt dat evenals bij Ecstasy en medicijnen het aantal hulpvragers is relatief gering is.
- Het aantal hulpvragers voor Gokken daalt met 4%.
- Opvallend is de sterke procentuele stijging van de categorie **overig**. Onder meer de stijging van de hulpvraag voor internetgamen draagt hier aan bij.

In figuur 2 is de verdeling van de hulpvraag naar primaire problematiek in 2013 te zien.

**Figuur 2: Hulpvraag verdeling naar primaire problematiek 2013 (N=65.679)**



**Figuur 3: Ontwikkeling hulpvraag naar aandeel (%) primaire problematiek 2004, 2008 en 2013**

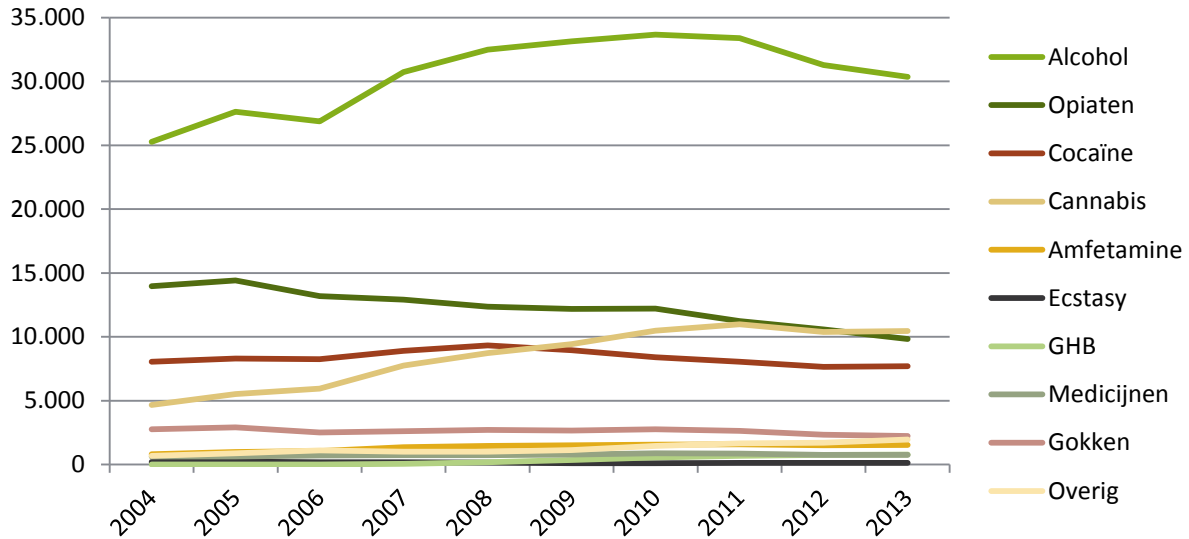


In figuur 3 is de ontwikkeling van de hulpvraag in de verslavingszorg te zien naar aandeel van de primaire problematiek. Het aandeel opiaten is de afgelopen 10 jaar sterk afgenomen. In dezelfde periode is het aandeel van de hulpvraag voor cannabis verdubbeld en komt in 2013 voor het eerst boven opiaten uit.

### 1.4 Trend primaire problematiek 2003-2012

In figuur 4 zijn de trends in de ontwikkeling van de hulpvraag van de verschillende primaire problematieken in de afgelopen 10 jaar weergegeven in absolute aantallen.

**Figuur 4: Aantal hulpvragers naar primaire problematiek 2004-2013**



Uit tabel 2 bleek dat de hulpvraag in de verslavingszorg als totaal in 2013 is gedaald. Deze daling wordt met name veroorzaakt door de daling in de hulpvraag voor alcohol en opiaten.

### 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>4</sup>	% in behandeling 2013
<b>Alcohol</b>	Recent gebruik	76%
	Misbruik	395.600
	Afhankelijkheid	82.400
<b>Opiaten</b>	Probleemgebruik	14.000
<b>Cocaïne</b>	Recent gebruik	55.000
<b>Cannabis</b>	Recent gebruik	7.0%
	Misbruik	40.200
	Afhankelijkheid	29.300
<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
<b>Slaap- en kalmeringsmiddelen</b>	Recent gebruik	386.880 <sup>5</sup>
	Misbruik	35.000
	Afhankelijkheid	22.000 <sup>6</sup>
<b>Gokken</b>	Probleemspelers	20.300 <sup>7</sup>

<sup>4</sup> Cruts, G., et al. Aantal en kenmerken van problematische opiatengebruikers in Nederland, Trimbos Instituut; 2013: Utrecht

<sup>5</sup> Bron: GIP/Zorginstituut Nederland 2014

<sup>6</sup> NEMISIS-2, De Graaf et al., Trimbos Instituut; 2010: Utrecht

<sup>7</sup> Bieleman, B., et al. Gokken in Kaart. Tweede meting aard en omvang kansspelen in Nederland; 2011: Groningen.

Bij aandeel dat in behandeling is, is niet gekeken naar cijfers over het gebruik in de bevolking. Uitgaande van het criterium afhankelijkheid is het aandeel dat in 2013 in behandeling is bij alcoholproblematiek 37% en bij cannabis 35%.

Voor GHB, ecstasy en medicijnen zijn geen recente getallen voor misbruik of afhankelijkheid 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 1994-2013 ongeveer 340.000 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 1994-2013

Primaire problematiek	Aantal unieke personen
Alcohol	189.000
Opiaten	45.000
Cocaïne	50.000
Cannabis	58.000
Amfetamine	9.600
Ecstasy	2.600
GHB	1.700
Medicijnen	6.300
Gokken	31.000
Overig	13.000

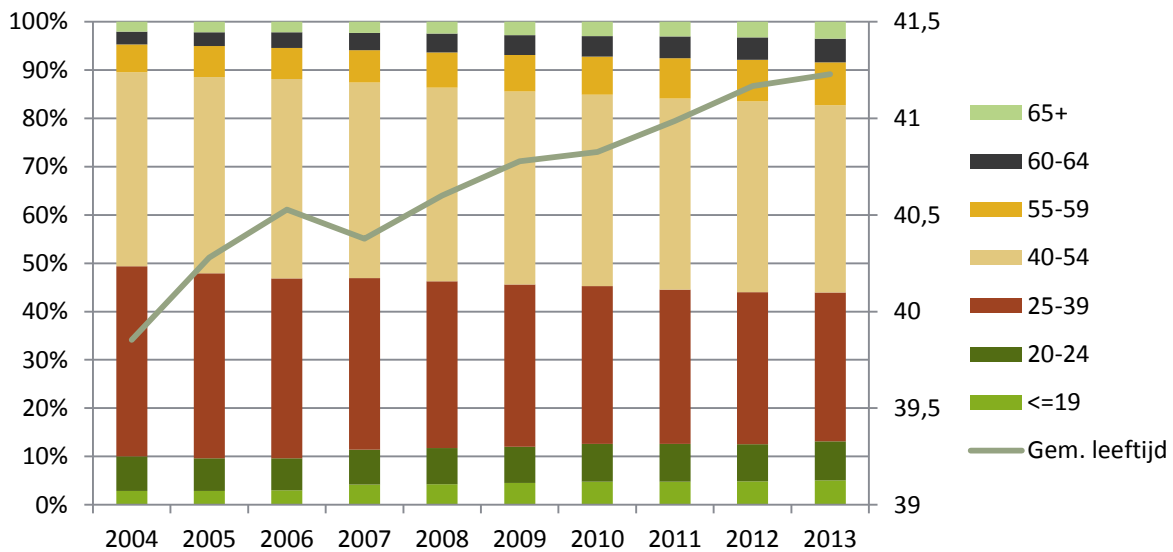
Het totaal van deze unieke personen is niet gelijk aan de som van de verschillende problematieken. Ongeveer 70.000 personen zijn meermalen in behandeling geweest met een verschillende problematiek.

## 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.

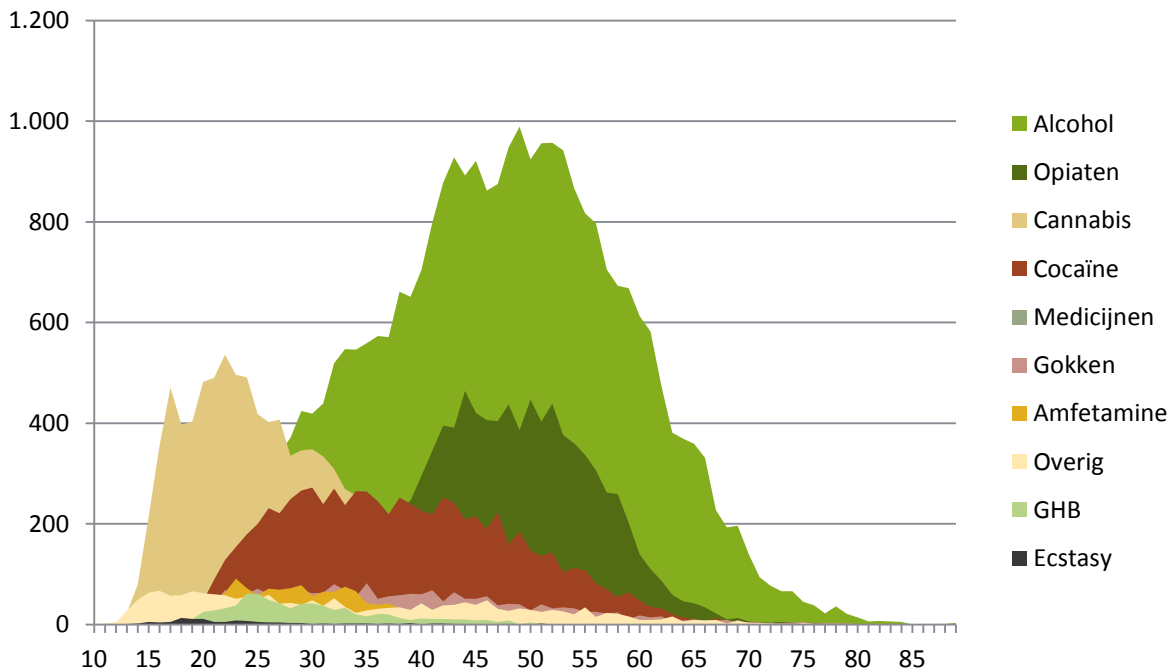
**Figuur 5: Hulpvraag naar leeftijdscategorie 2004-2013**



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 2013 is ruim 17% ouder dan 55 jaar.

**1.7.2 Leeftijdverdeling naar primaire problematiek**

**Figuur 6: Leeftijdverdeling naar primaire problematiek 2013 (N=65.679)**



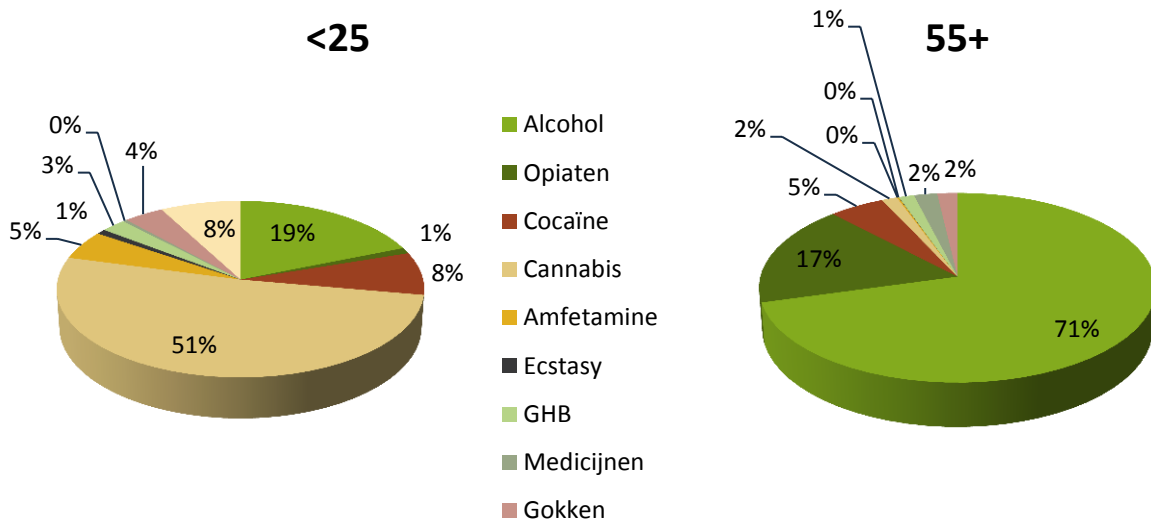
De leeftijdsverdeling in figuur 6 geeft de verschillen tussen de problematieken weer.

Alcohol, opiaten en cannabis zijn de grootste groepen in de verslavingszorg.

Bij alcohol- en opiatenproblematiek is de oudere leeftijdsgroep oververtegenwoordigd. In de groep die hulpvragen heeft betreffende 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 2013 voor jongeren (<25 jaar) en ouderen (55+)**

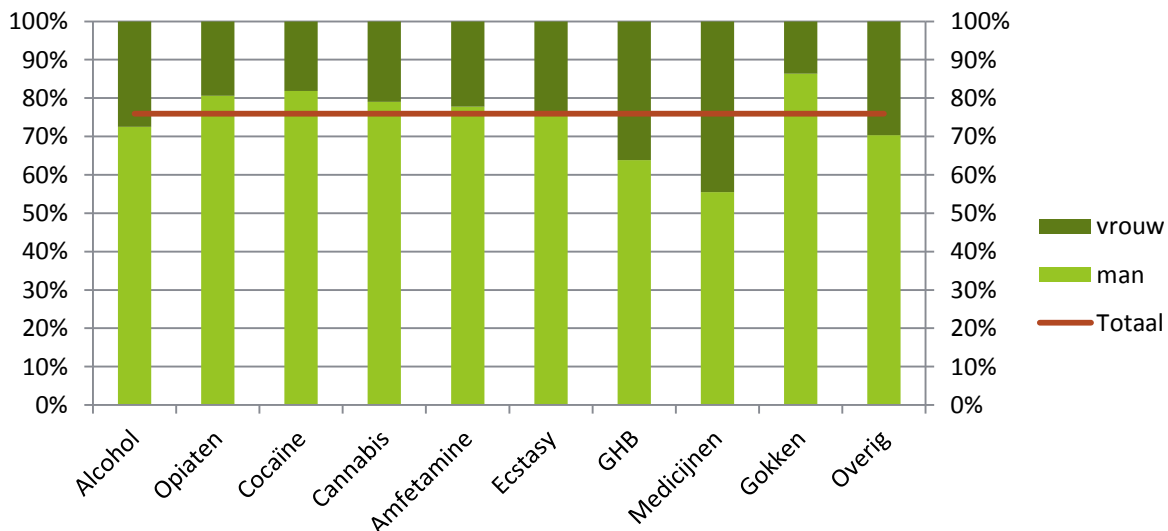


Bij jongeren tot 25 jaar betreft de hulpvraag in meer dan de helft van de gevallen cannabis. Alcohol is bij ouderen (55+) met bijna driekwart van de gevallen veruit de meest voorkomende hulpvraag. Het aandeel opiaten stijgt in deze categorie het sterkst (zie paragraaf 3.4).

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 2013 (N=65.679)**



De man-vrouw verdeling is al jaren redelijk constant bij hulpvragers in de verslavingszorg. Mannen hebben vaker verslavingsproblematiek dan vrouwen.

Ongeveer een kwart 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

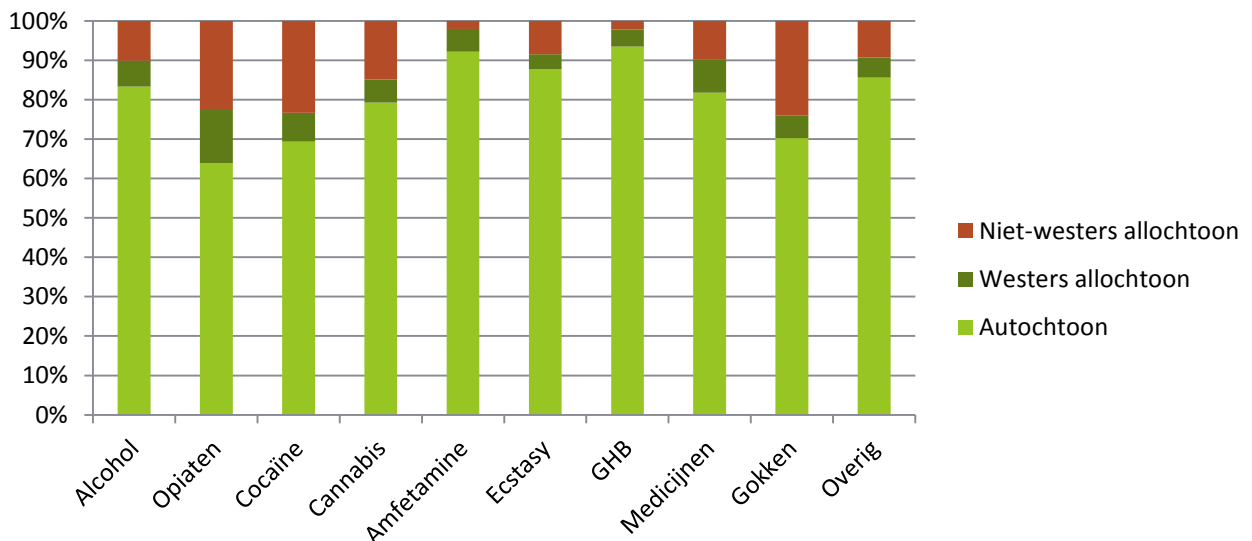
In de verslavingszorg melden zich jaarlijks personen van circa 100 verschillende nationaliteiten en culturele achtergronden. Van alle hulpvragers heeft niettemin 80% een autochtone achtergrond. Dit komt overeen met het percentage autochtonen in de algemene bevolking. Gerelateerd aan de bevolking komen er relatief minder personen met een westers allochtone<sup>8</sup> achtergrond in de verslavingszorg voor.

Tabel 5: Culturele herkomst 2013<sup>9</sup>

	LADIS 2013	Bevolking 2013 <sup>10</sup>
Autochtoon/Nederlands	78,0%	78,9%
Westers allochtoon	7,5%	11,7%
Niet-westers allochtoon	14,4%	9,4%

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

Figuur 9: Herkomst naar primaire problematiek 2013 (N=65.679)



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. Anderzijds is met name bij GHB en amfetamine deze groep ondervertegenwoordigd.

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

<sup>8</sup> Westers allochtoon heeft als herkomstsgroepering een van de landen in Europa (exclusief Turkije), Noord-Amerika en Oceanië, of Indonesië of Japan

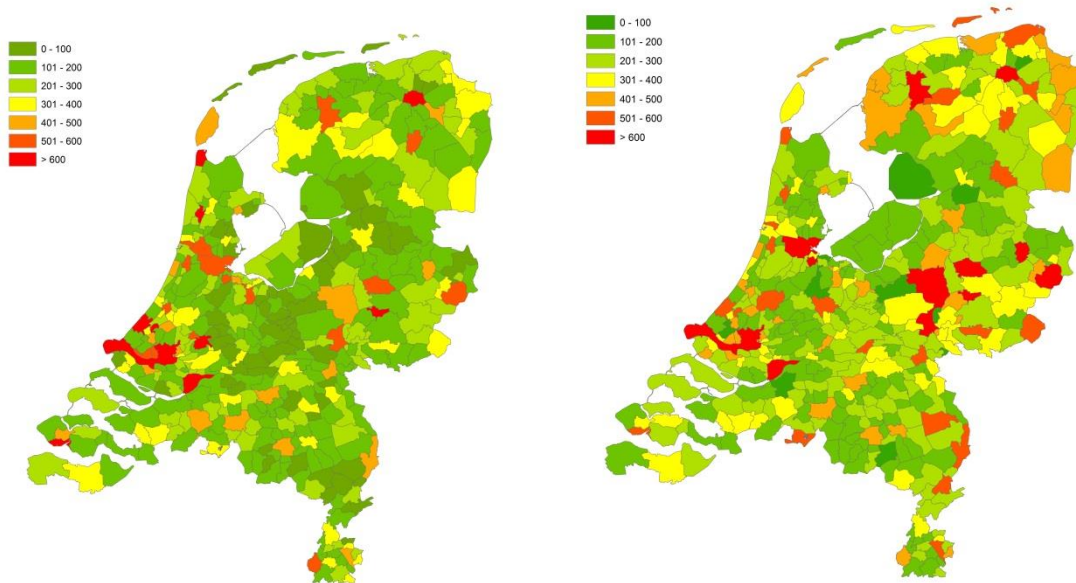
<sup>9</sup> Volgens de CBS definitie. Bij de bepaling wordt rekening gehouden met geboorteland, geboorteland ouders en nationaliteit

<sup>10</sup> CBS 2013

### 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 2004 en 2013**



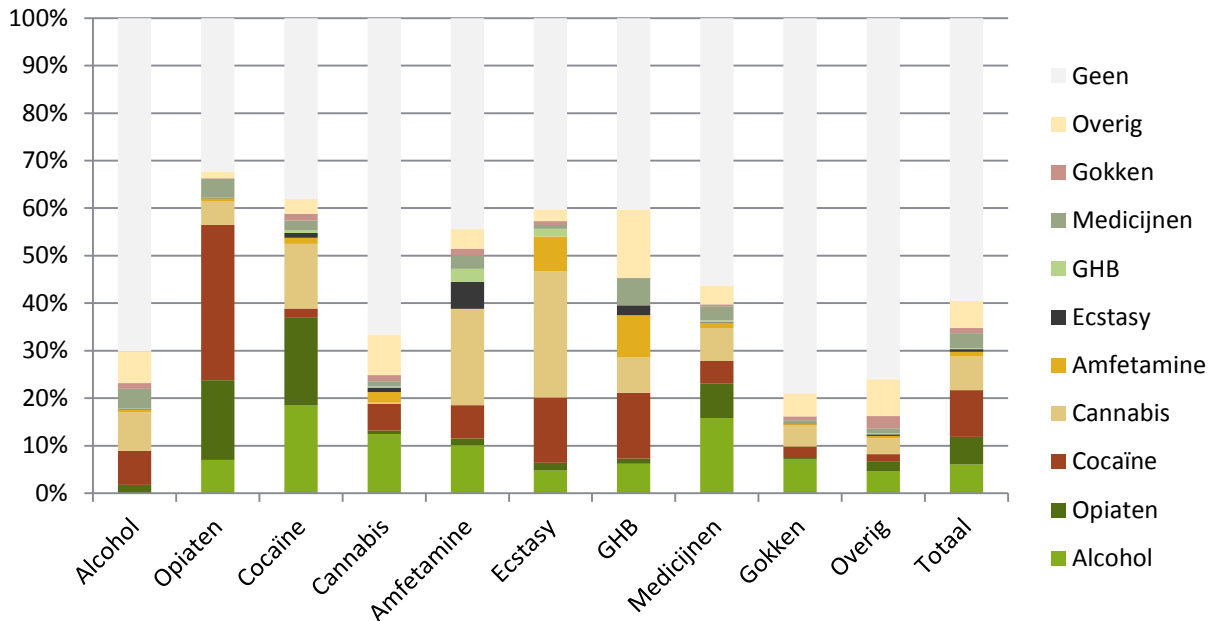
Uit figuur 10 blijkt dat het aantal hulpvragers de afgelopen 10 jaar is toegenomen. Het aantal is gestegen van 351/100.000 inwoners in 2004 naar 391/100.000 inwoners in 2013

De laatste twee jaar is er echter wel sprake van een daling. In 2011 betrof het nog 416/100.000 inwoners.

### 1.9 Meervoudige problematiek

Bij 40% 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 drugsproblematiek komt meervoudige problematiek relatief veel voor. Met name bij alcohol, overige verslavingen en gokken komt meervoudige problematiek relatief minder vaak voor.

**Figuur 11: Secundaire problematiek (%) naar hoofdproblematiek 2013 (N=65.679)**



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 2013 (N=65.679)**

Secundair ↓	Primaire Problematiek										
	Alcohol	Opiaten	Cocaïne	Cannabis	Amfetamine	Ecstasy	GHB	Medicijnen	Gokken	Overig	
Alcohol	0%	7%	18%	12%	10%	5%	6%	16%	7%	5%	
Opiaten	2%	17%	18%	1%	1%	2%	1%	7%	0%	2%	
Cocaïne	7%	33%	2%	6%	7%	14%	14%	5%	2%	1%	
Cannabis	8%	5%	14%	0%	20%	27%	7%	7%	4%	3%	
Amfetamine	1%	1%	1%	2%	0%	7%	9%	1%	0%	1%	
Ecstasy	0%	0%	1%	1%	6%	0%	2%	0%	0%	0%	
GHB	0%	0%	1%	0%	3%	2%	0%	0%	0%	0%	
Medicijnen	4%	4%	2%	1%	3%	1%	6%	3%	1%	1%	
Gokken	1%	0%	1%	1%	1%	1%	0%	0%	1%	3%	
Overig	7%	1%	3%	9%	4%	2%	14%	4%	5%	8%	
<b>Geen</b>	<b>70%</b>	<b>32%</b>	<b>38%</b>	<b>67%</b>	<b>44%</b>	<b>40%</b>	<b>40%</b>	<b>56%</b>	<b>79%</b>	<b>76%</b>	

Twee derde van de klassieke harddrugs hulpvragers (opiaten en cocaïne) geeft aan ook andere problematiek te hebben. Cocaïne is het meest geregistreerde bijmiddel gevolgd door cannabis. Cocaïne als bijmiddel komt relatief veel voor bij opiaten, ecstasy en GHB.

Cannabis als bijmiddel 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. Zo kan bijvoorbeeld iemand als primaire problematiek heroïne en secundaire problematiek methadon hebben. Beide middelen vallen onder de hoofdcategorie opiaten.

### 1.10 Zorgsoort

Tabel 7: Zorgsoort 2013 (N=65.679)

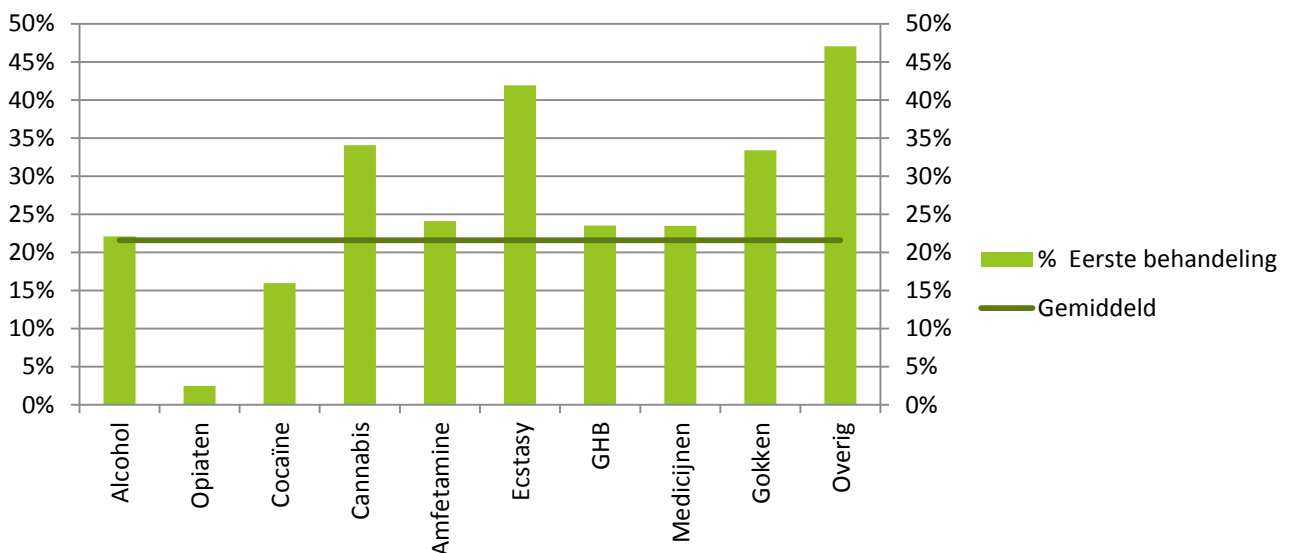
	Aantal personen	%
Alleen Ambulant	48.319	74%
Alleen Klinisch	384	<1%
Klinisch en ambulante (overlap)	9.350	14%
Onbekend	7.626	11%
<b>TOTAAL</b>	<b>65.679</b>	<b>100%</b>

In 2013 zaten circa 9.700 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 2013 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 2013 (N=65.679)

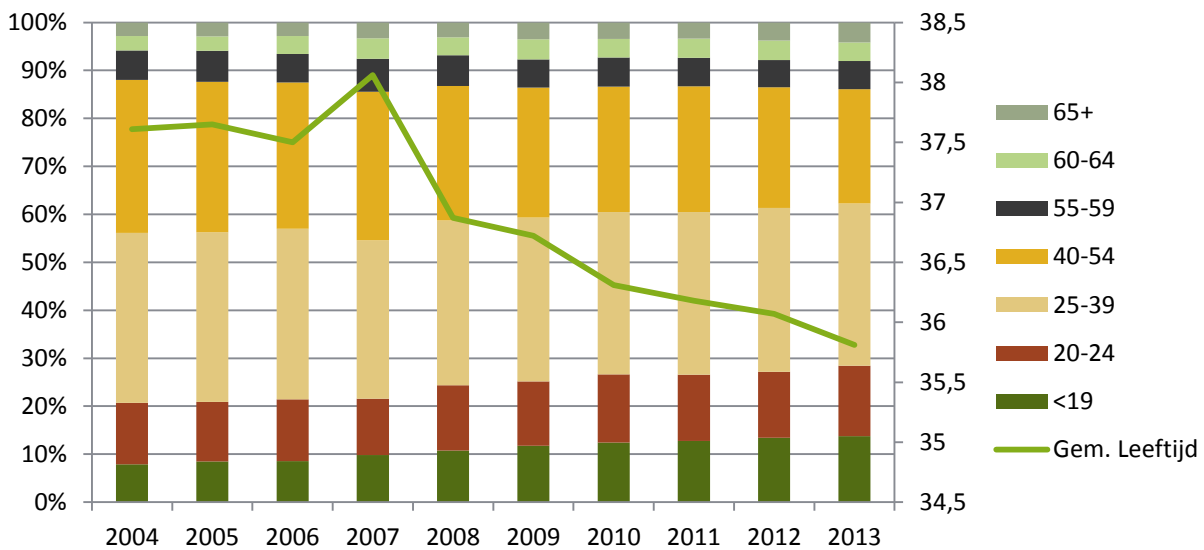


Bij de groep opiaten komen bijna geen nieuwe personen voor. Bij ecstasy en de categorie overig komen relatief de meeste nieuwkomers voor.

Belangrijke groepen bij de laatste categorie zijn hierbij de hulpvragers voor internetverslaving eetstoornissen en nicotineverslaving (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).

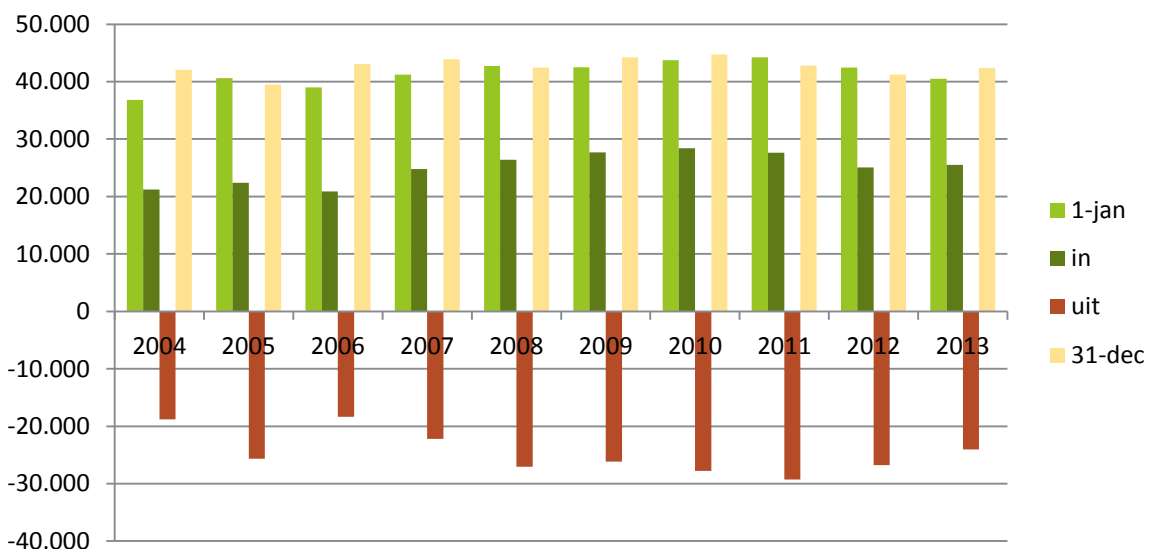
**Figuur 13: Leeftijd nieuwe hulpvragers 2004-2013**



Ondanks de algehele vergrijzing in de verslavingszorg is er daarnaast een trend dat de gemiddelde leeftijd van de groep nieuwkomers daalt. Dit wordt met name veroorzaakt door het dalend aantal nieuwkomers bij problematieken waar de gemiddelde leeftijd relatief hoog is, zoals alcohol, opiaten en cocaïne.

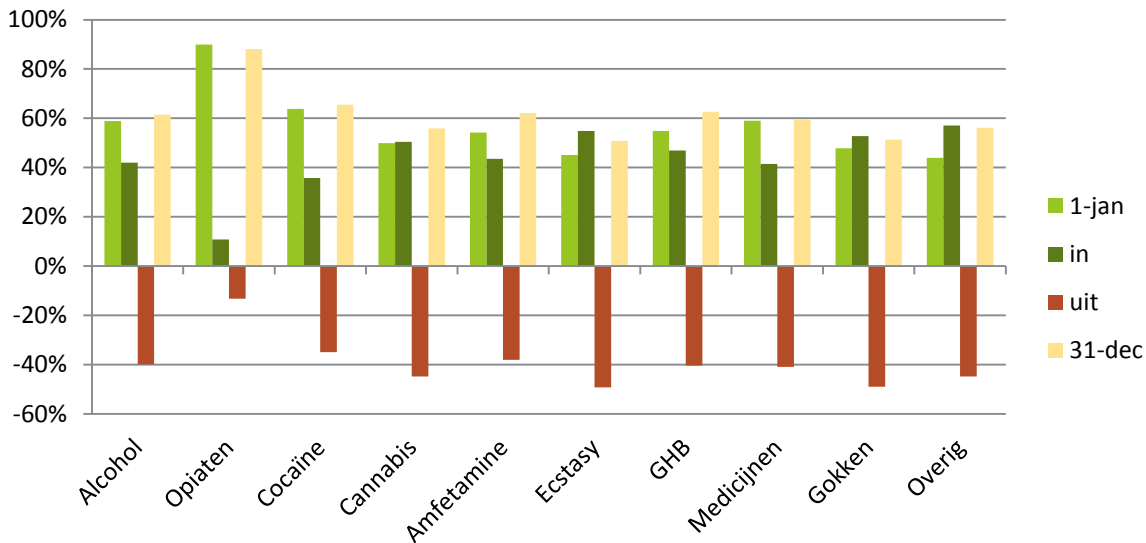
In figuur 14 is te zien wat jaarlijks het aantal cliënten op 1 januari is, hoeveel cliënten er bij komen, hoeveel cliënten er in dat jaar worden uitgeschreven en het aantal op 31 december. Dit geeft een beeld van de doorstroming.

**Figuur 14: Doorstroming in de verslavingszorg 2004-2013**



Het doorstroompatroon verschilt voor de verschillende problematieken. Figuur 15 laat deze verschillen in 2013 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 2013 (als % van het totaal aantal unieke personen)**



De doorstroming van opiaten is zoals bekend laag. Zowel op 1 januari als op 31 december staat ongeveer 90% van totaal aantal opiaathulpvragers uit 2013 ingeschreven. Bij de hulpvraag voor ecstasy, gokken en de categorie overig wordt ongeveer de helft van het totaal aantal personen uit het jaar nieuw ingeschreven. Tegelijkertijd wordt ook bijna hetzelfde aandeel ook weer uitgeschreven. Hier is dus sprake van een relatief hoge doorstroom.

### 1.12 Behandelgeschiedenis

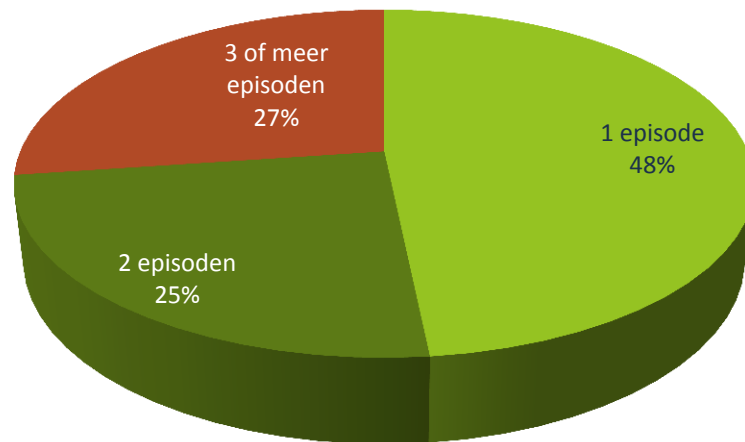
Door het gebruik van de LADIS-sleutel is het mogelijk om de cliënten te volgen door de jaren en over de instellingen heen. Er kunnen hierdoor landelijke cijfers gepresenteerd worden over unieke personen in de verslavingszorg. Ook is het mogelijk om het aantal episoden dat iemand in zorg is geweest, per 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 16 is de verdeling van het aantal episoden dat iemand in zorg is geweest, weergegeven voor de hulpvragers uit 2013.

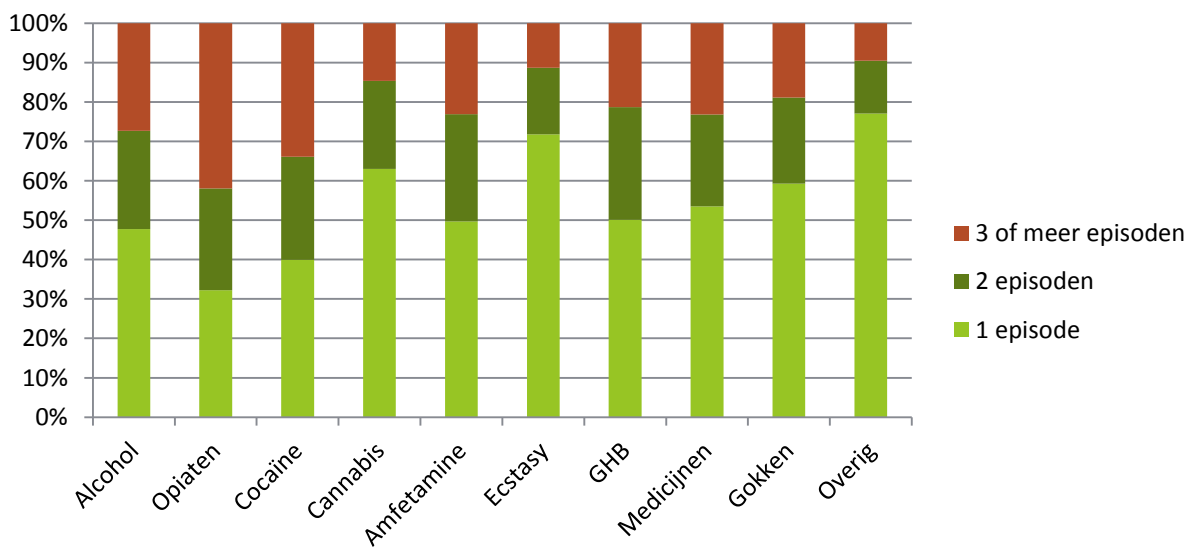
**Figuur 16: Aantal episoden in de verslavingszorg 2013 (N=65.679)**



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

Het aantal episoden in de behandelgeschiedenis van de cliënten uit 2013 is verschillend per primaire problematiek. Deze verdeling is weergegeven in figuur 17.

**Figuur 17: Aantal episoden in de verslavingszorg naar primaire problematiek 2013 (N=65.679)**

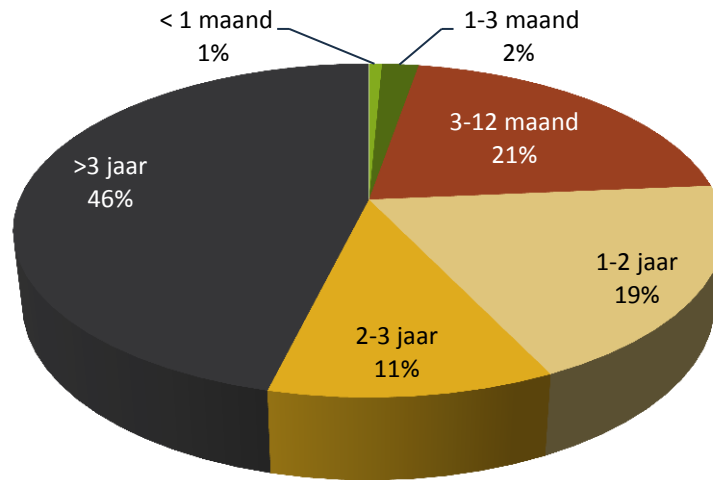


Bij hulpvragers voor cocaïne en opiaten is er vaker sprake van meerdere episoden. De behandelgeschiedenis is bij deze groepen omvangrijker. Bij de hulpvraag voor cannabis, ecstasy en de categorie overig (met name eetstoornissen) blijft het merendeels beperkt tot 1 episode.

Niet alleen het aantal episoden, 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 18 is te zien hoe de gemiddelde totale behandelduur van alle episoden (gerekend vanaf 1994) van de cliënten uit 2013 is verdeeld.

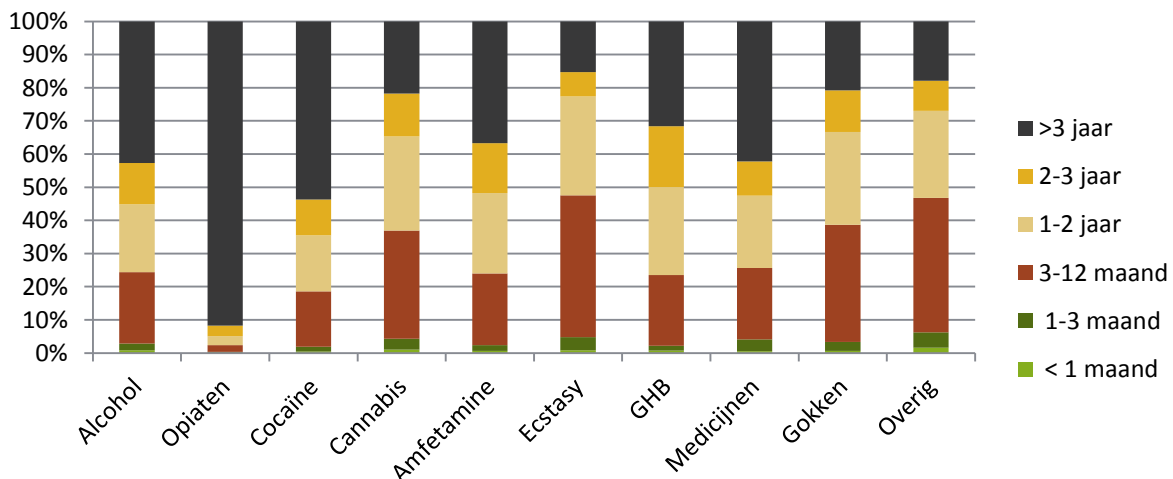
**Figuur 18: Totale behandelduur (1994-2013) van alle episoden in de verslavingszorg 2013 (N=65.679)**



Ongeveer een kwart van alle ingeschreven cliënten is in totaal minder dan 1 jaar in de zorg geweest. Bijna de helft van de groep in zorg in 2013 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 19. Hierbij zijn ook meegenomen behandelingen in het verleden voor andere problematiek, dan de primaire problematiek waarvoor de persoon in 2013 is geregistreerd.

**Figuur 19: Totale behandelduur (1994-2013) van alle episoden in de verslavingszorg naar primaire problematiek 2013 (N=65.679)**



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

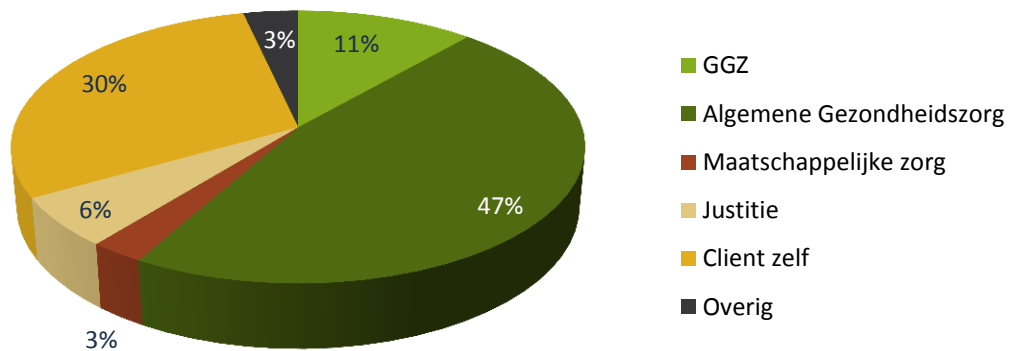


Maar ook hulpvragers voor cocaïne en alcohol hebben vaak een lange carrière in de verslavingszorg. Meer dan de helft heeft een totale behandelduur van meer dan 3 jaar. Voor alcohol bedraagt dit aandeel ruim 40%.

### 1.13 Wijze van aanmelding

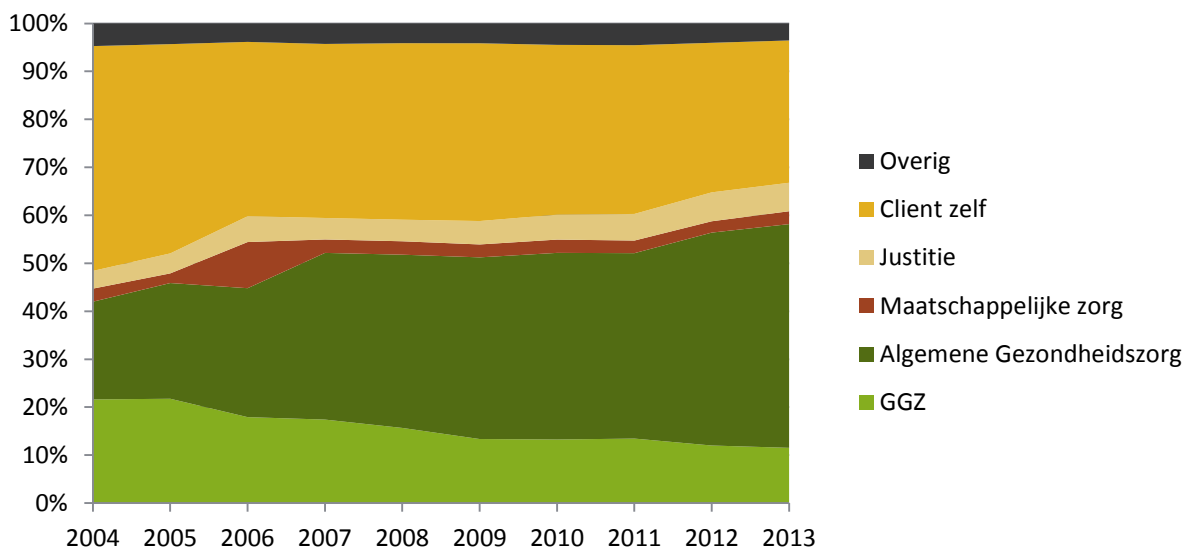
Bijna de helft van de aanmeldingen vindt plaats via de algemene gezondheidszorg. Ook melden veel hulpvragers zichzelf aan bij de verslavingszorg. In figuur 20 is de verdeling voor 2013 te zien.

**Figuur 20: Wijze van aanmelding 2013 (N=49.838)**



Als gekeken wordt naar de trend van de wijze van aanmelding valt op dat het aandeel cliënten dat wordt verwezen via de algemene gezondheidszorg steeds groter wordt. Tegelijkertijd daalt het aandeel dat wordt verwezen via de GGZ en het aandeel mensen dat zichzelf meldt (zie figuur 21).

**Figuur 21: Wijze van aanmelding 2004-2013**

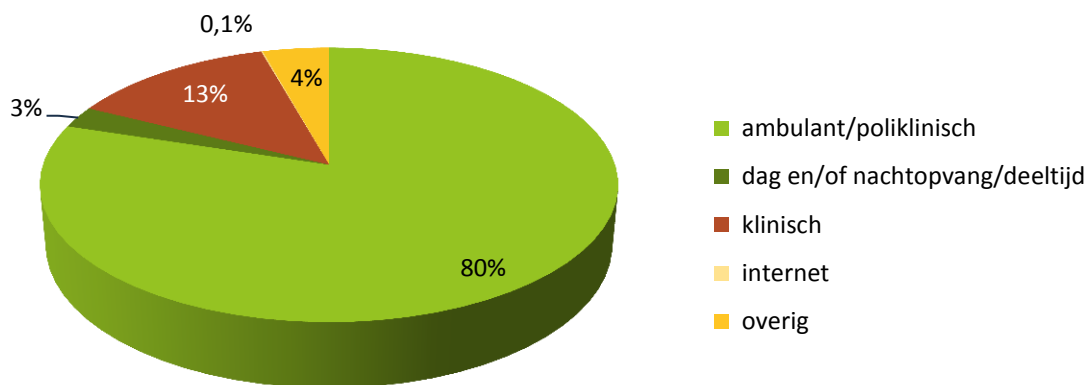


### 1.14 Contacten

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 2013 ruim 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 opiatenhulpvraag.

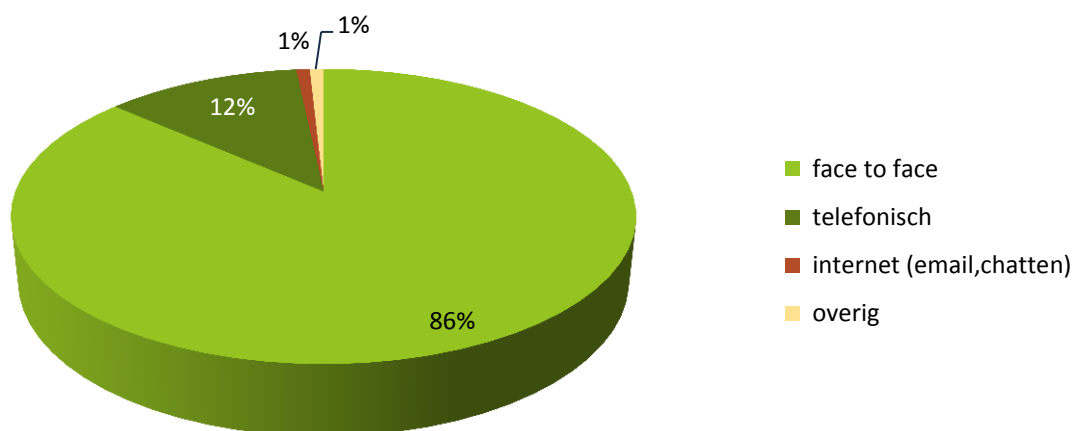
**Figuur 22: Setting van de hulp 2013 (N=2.171.000)**



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

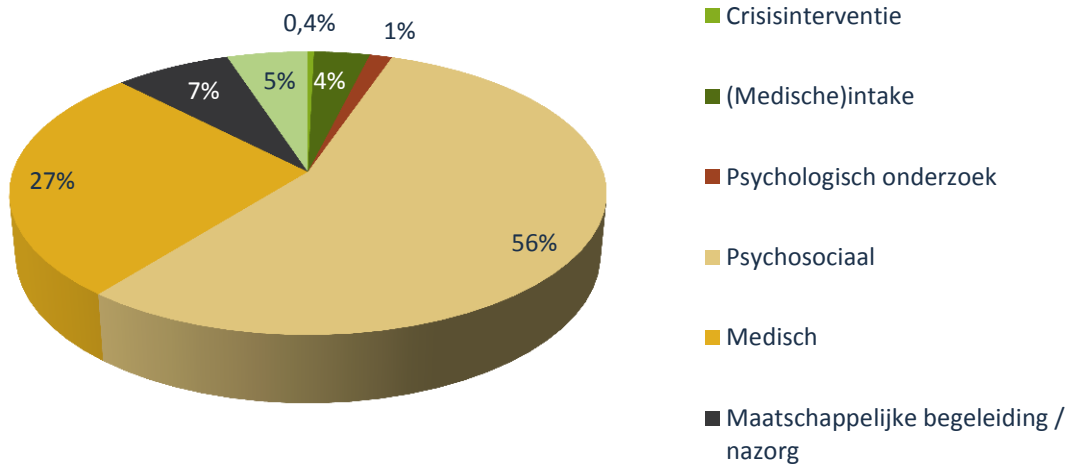
De klinische setting is de tweede grote groep (13%). Contacten in het kader van een internetinterventie komen in minder dan 1% voor. Anonieme internetinterventies worden vooralsnog niet meegenomen in LADIS.

**Figuur 23: Wijze van contact 2013 (N=2.171.000)**



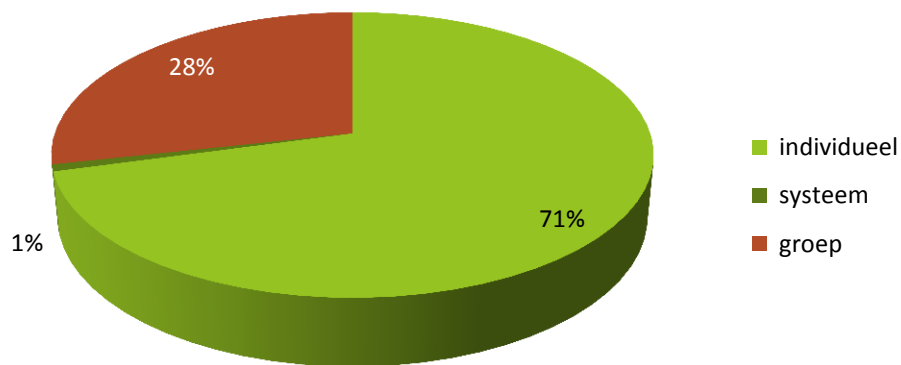
Face to face contacten komen verreweg het meest voor (86%). In 12% van de contacten betreft het een telefonisch contact. Het aandeel geregistreeerde contacten via internet is gering.

**Figuur 24: Aard van contact 2013 (N=2.171.000)**



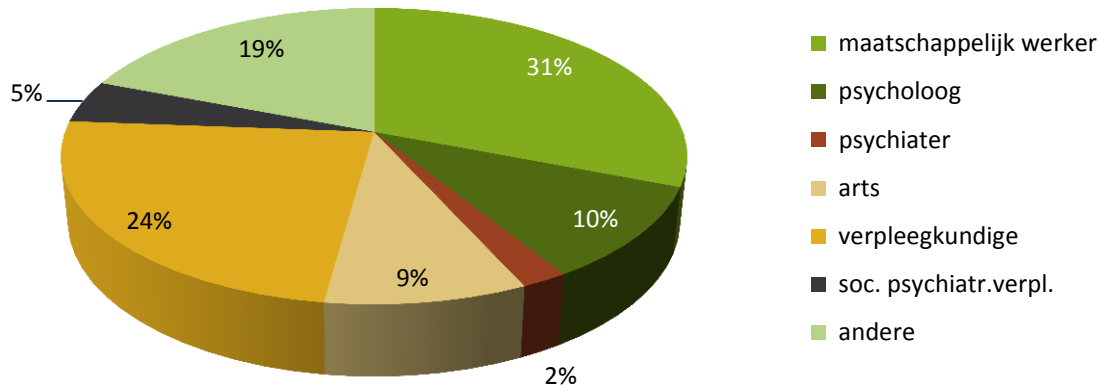
Ruim de helft van de contacten is psychosociaal van aard. Ruime een kwart medisch. Dit betreft zowel behandeling als begeleiding. Maatschappelijke begeleiding of nazorg komen in 1 op de 7 contacten voor. Het aantal crisisinterventies bedraagt minder dan 1% van alle contacten.

**Figuur 25: Soort contact 2013 (N=2.171.000)**



Het grootste gedeelte van de contacten betreft een individueel contact met de cliënt (71%), gevolgd door groepscontacten (28%). Dit betreft contacten tezamen met lotgenoten. In vergelijking met 2012 is het aandeel groepscontacten gestegen. Systemcontacten, contacten samen met familieleden of andere personen uit de omgeving van de cliënt vormen 1%.

Figuur 26: Contacten naar discipline 2013 (N=2.171.000)



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 voor alcoholproblematiek daalt met 3%.
- Daling vindt met name plaats in de leeftijdsgroep 25-54 jaar.
- Aantal jongeren < 20 jaar met 14% gestegen naar ruim 600.
- Aantal 55+ blijft gelijk.

### 2.2 In het kort

**Tabel 8: Overzicht hulpvraag alcohol 2013**

Demografie		
	Aantal hulpzoekers	30.345
	Man : Vrouw	73 : 27
	Gemiddelde leeftijd	46
	Aandeel 25-	5%
	Aandeel 55+	26%
	Aandeel autochtoon	83%
	Aantal per 100.000 inwoners	181
Problematiek		
	Aandeel in verslavingszorg	46%
	Enkelvoudig : Meervoudig	70 : 30
	Gebruik als bijmiddel	5.110
	Eerste inschrijving ooit	22%
	Gemiddeld aantal contacten/cliënt	32

Alcohol blijft de grootste groep hulpvragers in de verslavingszorg. Van de ruim 65.000 hulpvragers in 2013 zijn er ongeveer 30.000 die met een primaire alcoholhulpvraag aankloppen.

Er is wel sprake van een daling. Het aantal hulpvragers is 3% minder dan in 2012. Deze daling vindt plaats in de groep van 25-55 jaar.

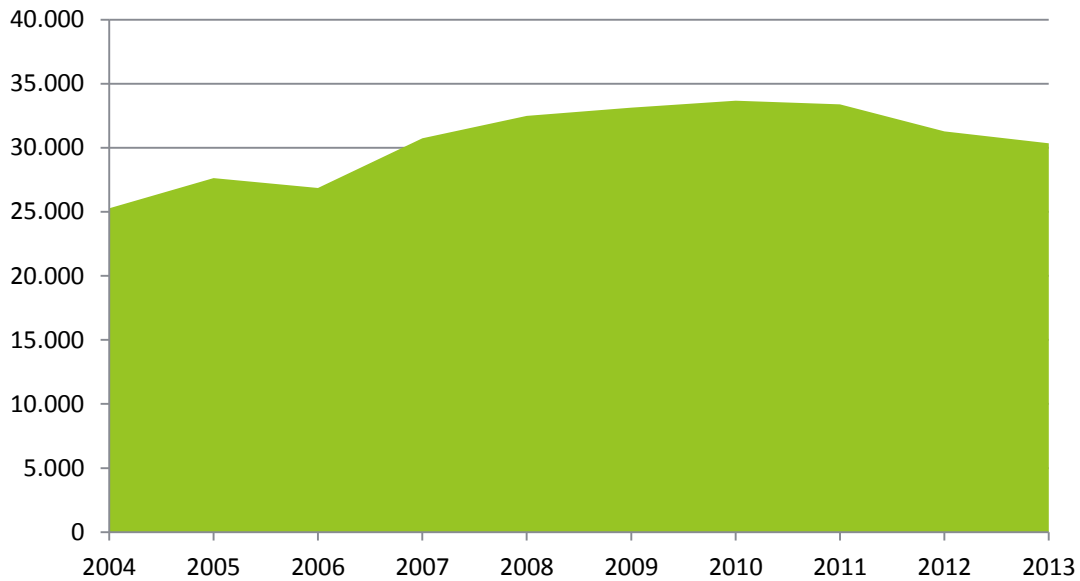
Ongeveer 30% van is vrouw. Dit percentage is al vele jaren constant. De gemiddelde leeftijd van de groep alcoholhulpvragers is de afgelopen jaren gestegen en bedraagt nu 46 jaar. Deze lag tien jaar geleden nog onder 44 jaar. Alcoholproblemen die tot een hulpvraag leiden bij de verslavingszorg komen, ondanks een daling, nog meest voor in de groep van 25-55 jaar. Het aandeel jongeren onder de 25 jaar bedraagt 5%. Beneden de 20 jaar meldden zich in 2013 614 jongeren, 2% van het totaal aantal alcoholcliënten. In 2012 bedroeg dit aantal nog 538; een stijging van 14%. Het aantal 55+ nam in 2013 niet toe.

### 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 2013 ca. 46% van alle hulpvragers.

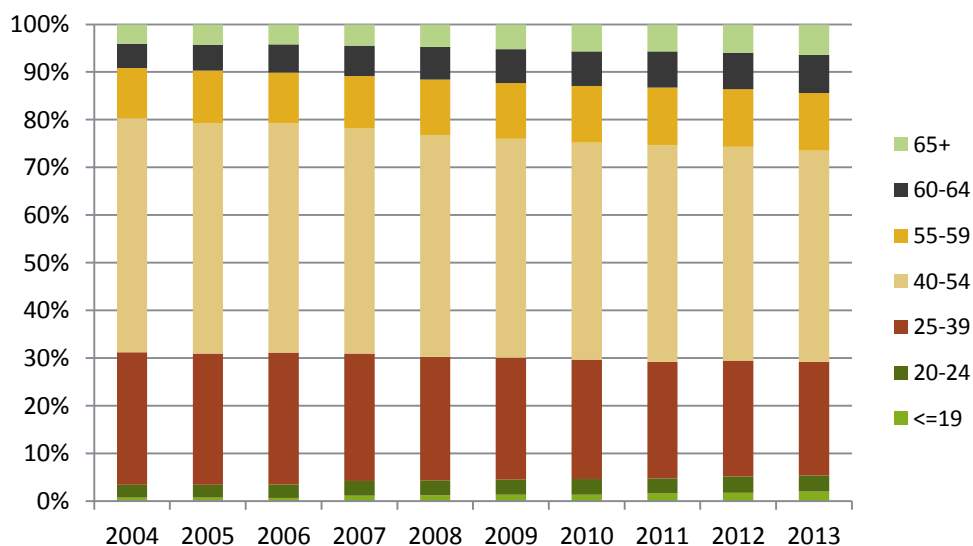
Hoe deze populatie zich in 10 jaar heeft ontwikkeld, wordt duidelijk in figuur 27. Hieruit blijkt dat het aantal is gestegen tussen 2004 en 2010 van 25.000 tot ruim 33.000 in 2011. Daarna is het aantal hulpvragers voor alcohol gedaald tot een aantal van ruim 30.000 in 2013.

**Figuur 27: Alcohol - Aantal hulpvragers 2004-2013**


## 2.4 Jong en oud

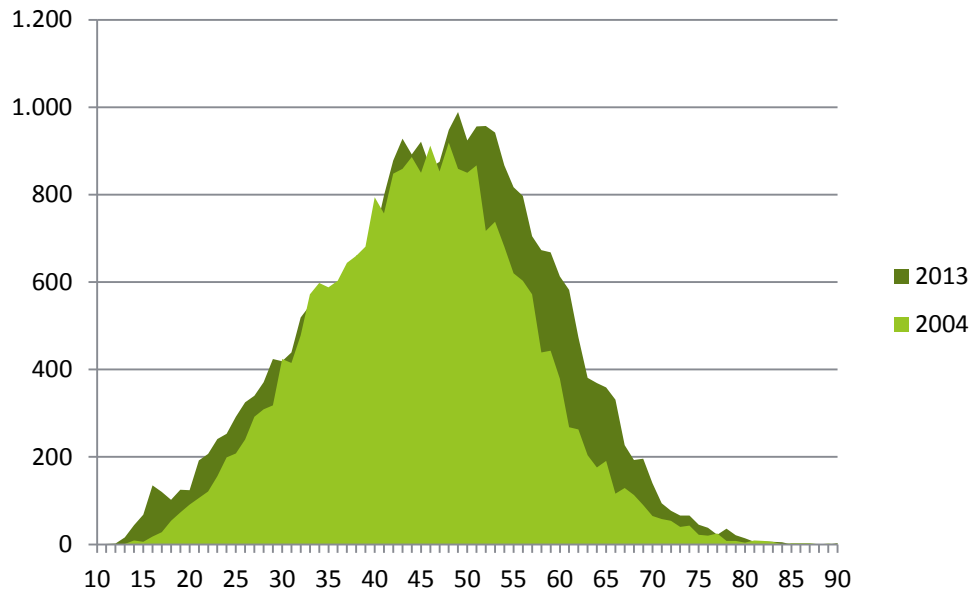
De laatste jaren neemt het aandeel 55+ onder de alcoholhulpvragers toe. Inmiddels is een kwart ouder dan 55 jaar.

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 28.

**Figuur 28: Alcohol - Leeftijdscategorieën 2004-2013**


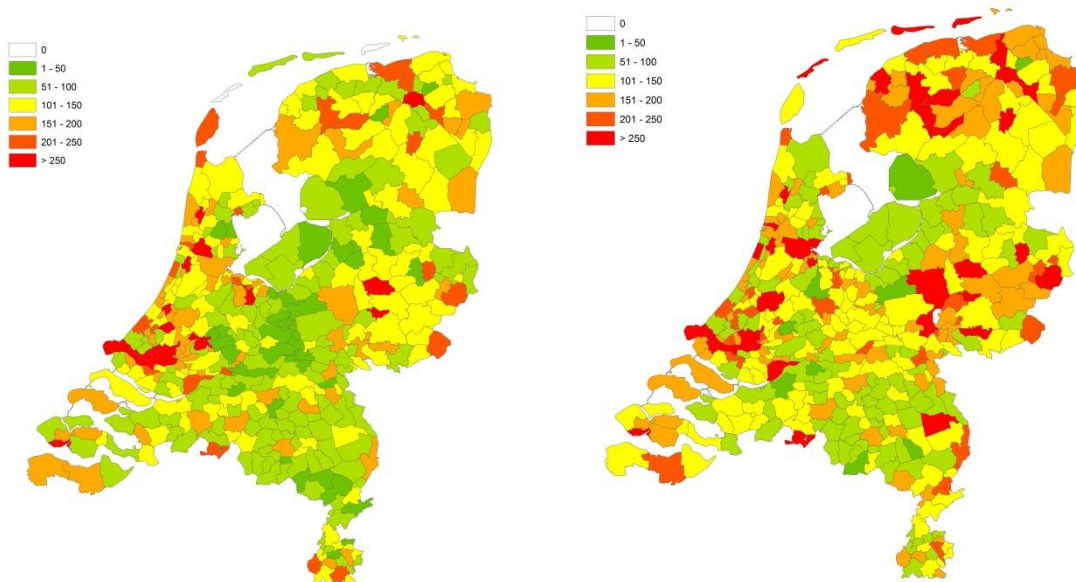
Uit figuur 29 blijkt dat de hulpvraag voor alcohol de afgelopen 10 jaar in bijna alle leeftijdscategorieën is gestegen. De groei is echter het sterkst in de groep van 50 tot 65 jaar.

**Figuur 29: Alcohol - Leeftijdsverdeling 2004 versus 2013**



## 2.5 Regionale spreiding

**Figuur 30: Aantal hulpvragers voor alcoholproblematiek per 100.000 inwoners 2004 en 2013**

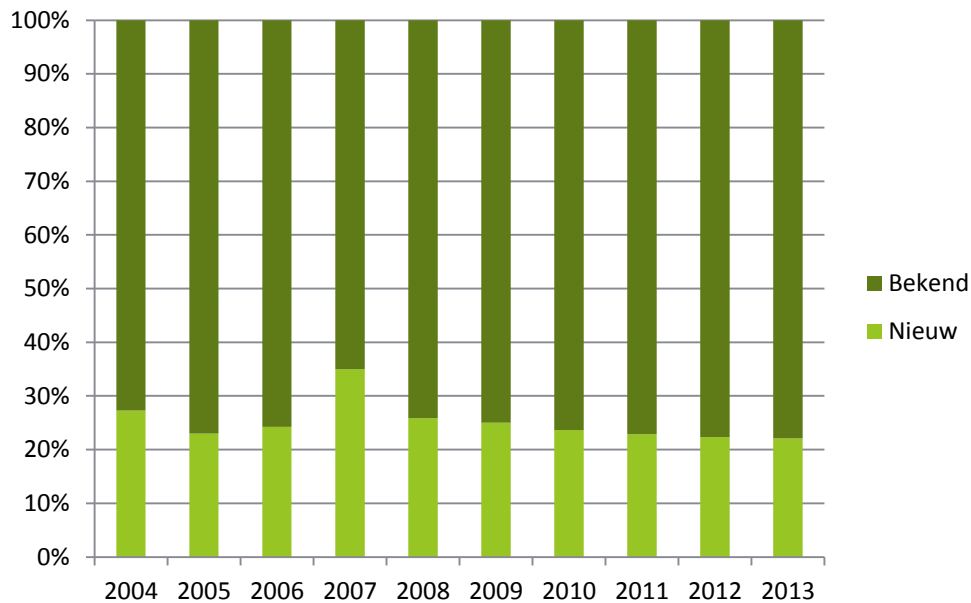


Het landelijke gemiddelde van de hulpvraag voor alcohol ligt in 2013 op 181/100.000 inwoners. In 2004 was dit 155/100.000 inwoners.

## 2.6 Nieuw en bekend

De laatste jaren melden zich jaarlijks circa 20% nieuwe hulpvragers (ca. 6.700 in 2013) bij de verslavingszorg aan met alcoholproblematiek. Hieruit volgt dat bijna 80% van de personen met een hulpvraag rondom alcohol al voor 2013 bij de verslavingszorg bekend was.

**Figuur 31: Alcohol - Trend nieuwe en bekende hulpvragers 2004-2013**



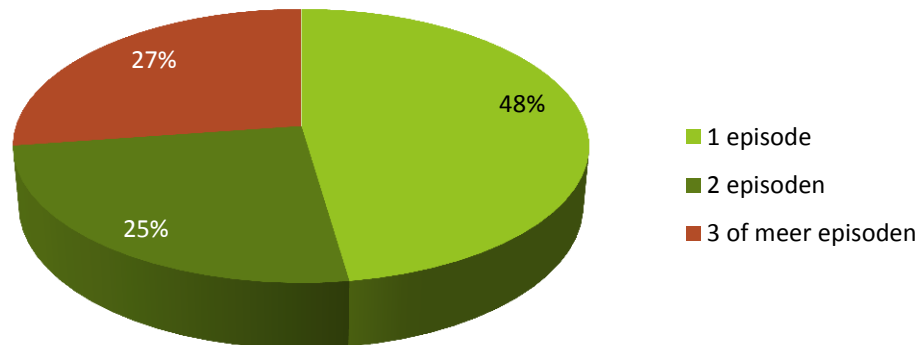
## 2.7 Behandelgeschiedenis

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.

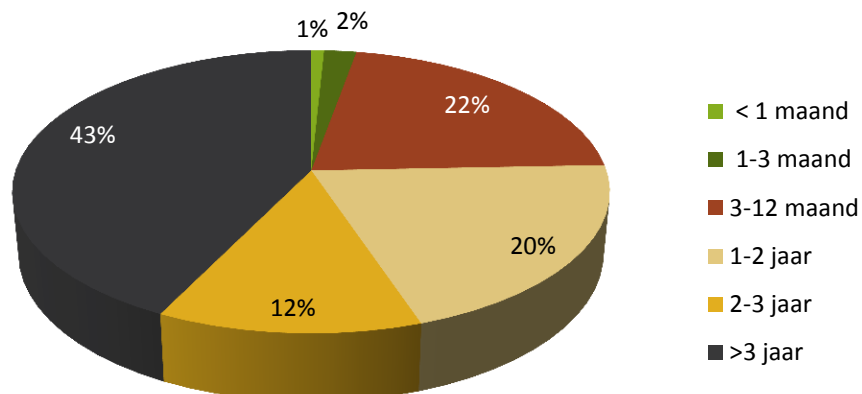
In figuur 32 is te zien hoe het aantal episoden verdeeld is in 2013.



**Figuur 32:** Alcohol - Aantal episoden in de verslavingszorg 2013 (n=30.345)



**Figuur 33:** Alcohol - Totale duur alle episoden in 2013



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.

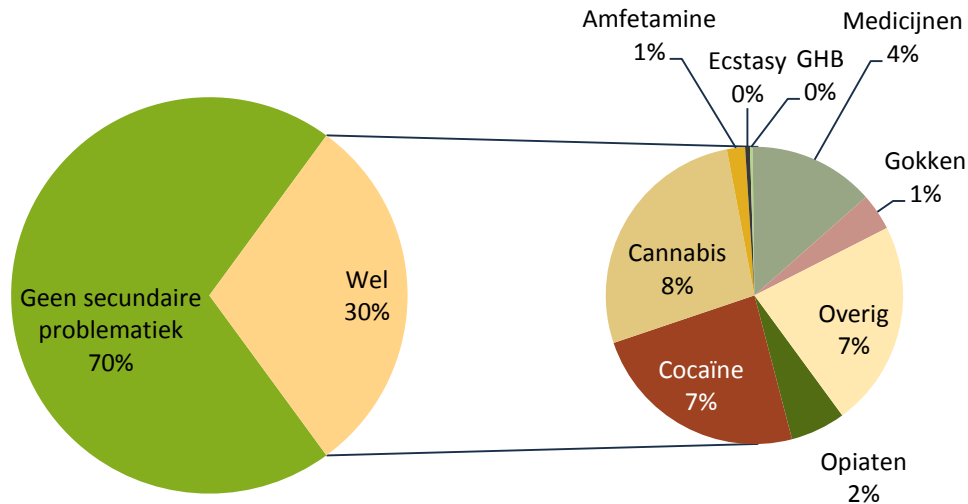
Uit figuur 33 blijkt dat in 2013 bij meer dan 40% van de hulpvragers de totale duur meer dan 3 jaar betreft. Opgemerkt dient te worden dat ook de mensen die in 2013 voor het eerst in zorg komen, meetellen bij de berekening van de gemiddelde totale episodeneduur. Ook geldt dat voor de cliënten die eerder ingeschreven zijn geweest de duur van deze inschrijvingen bij de totale behandelduur is opgeteld. Figuur 33 zegt dus iets over de zorgconsumptie van alle hulpvragers inclusief de nieuwkomers.

## 2.8 Secundaire problematiek

Alcoholproblematiek gaat in 30% van de gevallen gepaard met problematisch gebruik van andere middelen of met gokken. In verhouding met andere primaire middelen is dit een relatief klein gedeelte. 70% van de alcoholhulpvragers heeft geen problemen met andere middelen (zie figuur 34).

Opvallend is dat er bij ongeveer 10% van de populatie met een alcoholhulpvraag sprake is van harddruggebruik (voornamelijk opiaten, cocaïne en amfetamine) dat wordt aangemerkt als secundaire problematiek.

**Figuur 34:** Alcohol - Secundaire problematiek 2013 (N=30.345)



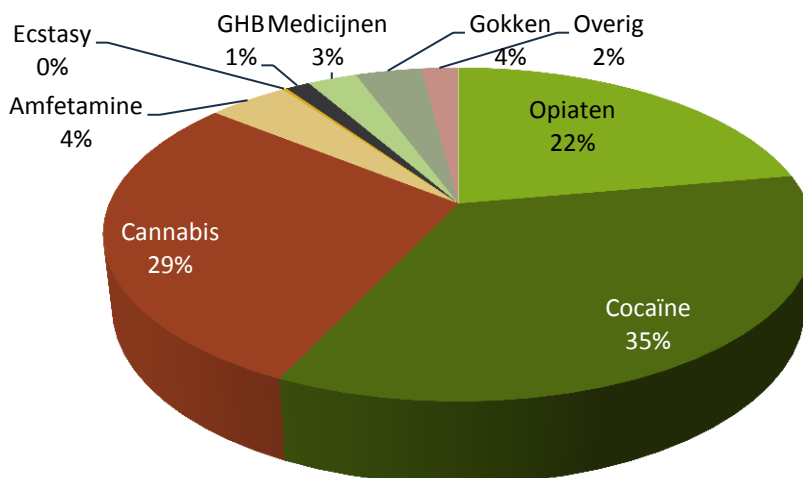
## 2.9 Gebruik als bijmiddel

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

Bij 5.110 hulpvragers wordt alcohol als bijmiddel geregistreerd.

In figuur 35 is de verdeling te zien bij welke primaire problematiek alcohol als bijmiddel voorkomt.

**Figuur 35:** Alcohol – Gebruik als bijmiddel 2013 (N=5.110)



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

### 3 Opiaten

#### 3.1 Uitgelicht

- Daling aantal opiaathulpvragers zet voort; in 2013 minder dan 10.000 hulpvragers.
- De groep met een opiaathulpvraag wordt ouder: aandeel 55-plussers stijgt naar 20%.
- Weinig nieuwe instroom, maar ook weinig uitstroom van hulpvragers.

#### 3.2 In het kort

**Figuur 36: Overzicht opiaat hulpvraag 2013**

Demografie		
Aantal hulpzoekers		9.818
Man : Vrouw		80 : 20
Gemiddelde leeftijd		47
Aandeel 25-		0,9%
Aandeel 55+		20%
Aandeel autochtoon		56%
Aantal per 100.000 inwoners		59
Problematiek		
Aandeel in verslavingszorg		15%
Intraveneus gebruik nooit : ooit		70:30
Intraveneus gebruik afgelopen jaar/maand		8.3% / 7.1%
Enkelvoudig : Meervoudig		32 : 60
Gebruik als bijmiddel		5.133
Eerste inschrijving ooit		2%
Gemiddeld aantal contacten/cliënt (excl. methadon)		48
Gemiddeld aantal dagdoseringen/ methadoncliënt		226

#### 3.3 Trends en ontwikkeling van de hulpvraag

De opiaathulpvragers vormden tot vorig jaar na alcohol de grootste groep in de verslavingszorg. In 2013 daalt het aantal hulpvragers onder de 10.000 waardoor het nu voor het eerst een kleinere groep is dan de groep cannabishulpvragers.

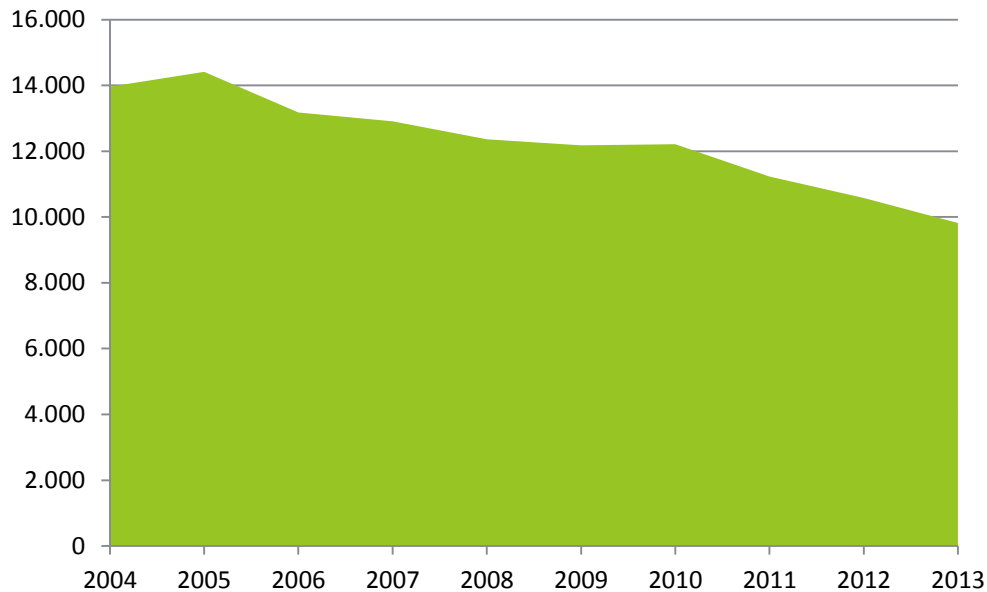
98% van de hulpvragers zijn 'oude bekenden'. Het aantal nieuwkomers is beperkt en er is relatief weinig uitstroom. Verslavingszorg voor deze groep hulpvragers bestaat grotendeels uit "onderhoudszorg".

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

In een studie van het Trimbos-instituut<sup>11</sup> wordt het aantal problematisch opiatengebruikers in Nederland op 14.000 geschat, binnen een marge van 13.400 en 16.300. Dit is een sterke daling ten opzichte van de schatting in 2002 (deze lag tussen 25.700 en 39.000 problematisch opiaatgebruikers).

<sup>11</sup>Cruts, G. et al, Aantal en kenmerken van problematische opiatengebruikers in Nederland. Trimbos Instituut, 2013 Utrecht

**Figuur 37:** Opiaten – Aantal hulpvragers 2004-2013

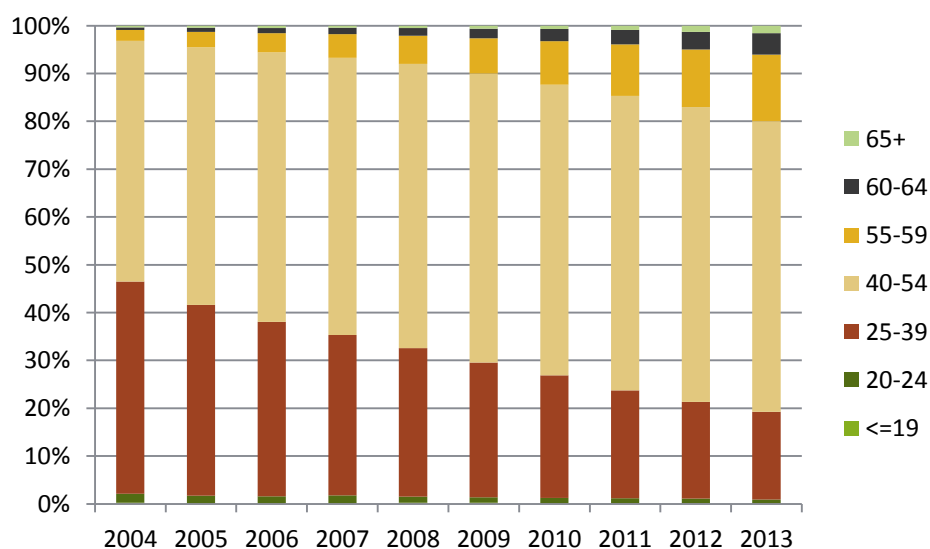


In figuur 37 is een duidelijk dalende trend in de afgelopen 10 jaar van de hulpvraag rondom opiaatgebruik te zien.

### 3.4 Jong en oud

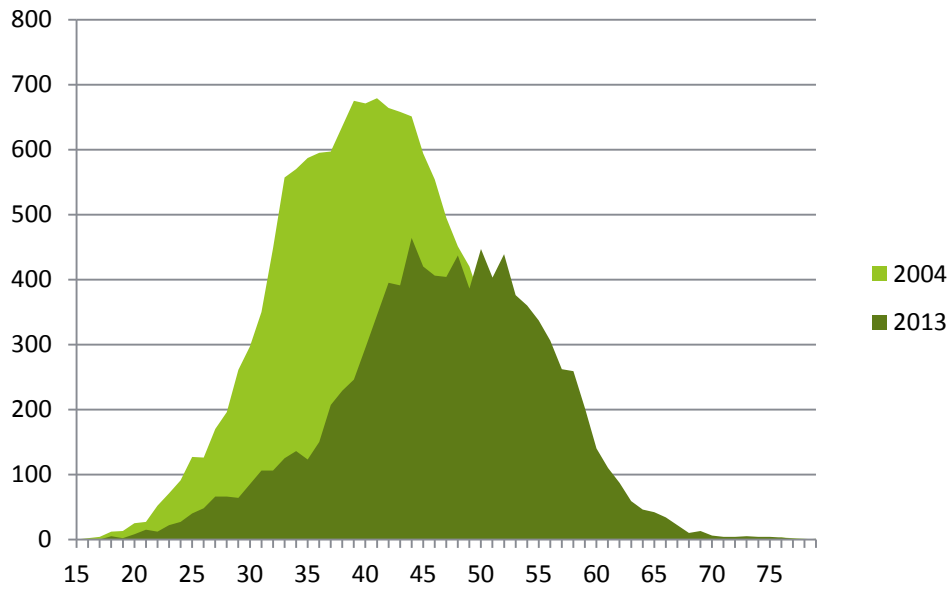
De opiaathulpvragers worden steeds ouder en het aandeel 55+ neemt zowel in aantal als in aandeel nog steeds toe. Er zijn inmiddels bijna 2.000 55-plussers waarvan er 150 ouder zijn dan 65 jaar. Het betreft grotendeels een groep mensen die chronisch een beroep op de zorg doet en dit naar verwachting ook zal blijven doen. De groep opiaathulpvragers in de verslavingszorg zal daarom de komende jaren steeds verder 'vergrijzen'. De verschuivende leeftijdsontwikkeling is in figuur 38 duidelijk te zien ten opzichte van het jaar 2004.

**Figuur 38:** Opiaten – Leeftijdscategorieën 2004-2013



Dit beeld wordt nog duidelijker in figuur 39.

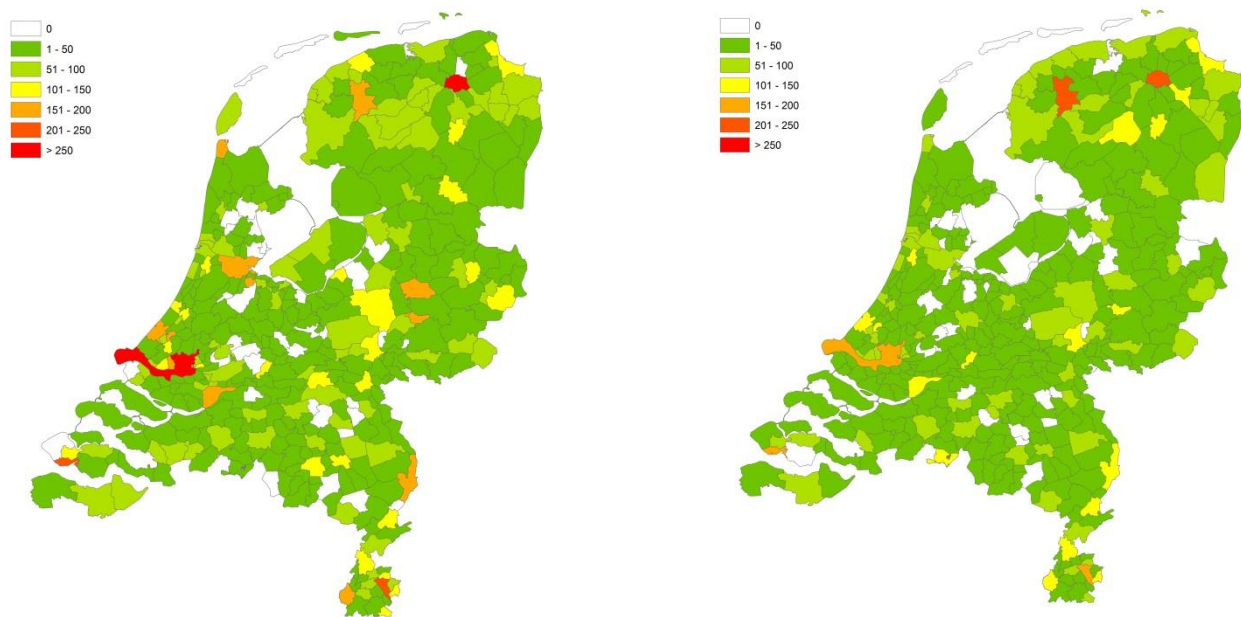
**Figuur 39: Opiaten - Leeftijdsverdeling 2004 versus 2013**



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 naar verwachting blijven toenemen.

### 3.5 Regionale spreiding

**Figuur 40: Aantal hulpvragers opiatenproblematiek per 100.000 inwoners 2004 en 2013**

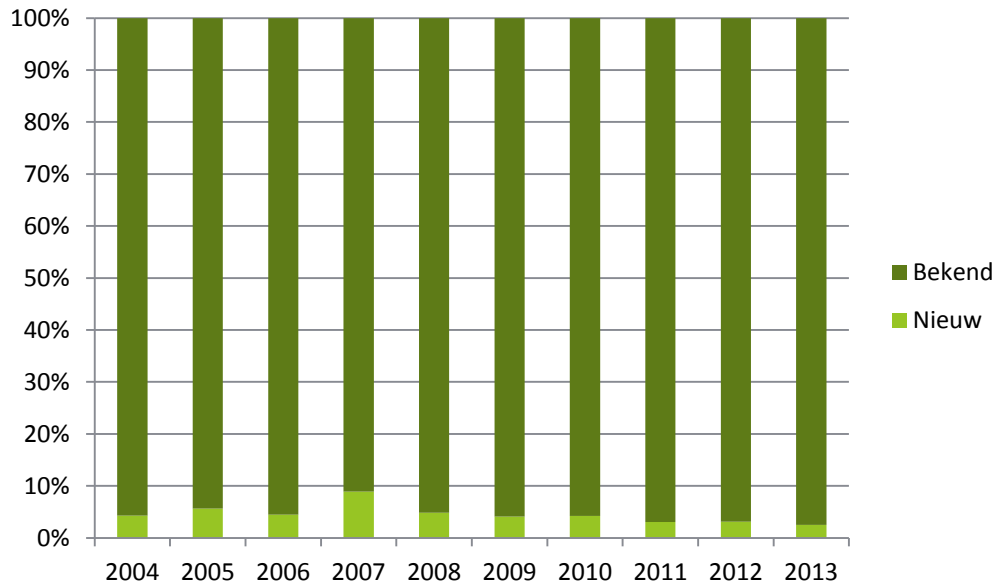


Het landelijke gemiddelde van de hulpvraag voor opiaten ligt in 2013 op 59/100.000 inwoners. In 2004 was dit 86/100.000 inwoners.

### 3.6 Nieuw en bekend

Vrijwel alle opiaathulpvragers zijn 'oude bekenden'. Opiatproblematiek kent in Nederland nauwelijks aanwas; het overgrote deel van de hulpvragers was al eerder in de zorg.

**Figuur 41: Opiaten - Trend nieuwe en bekende hulpvragers 2004-2013**



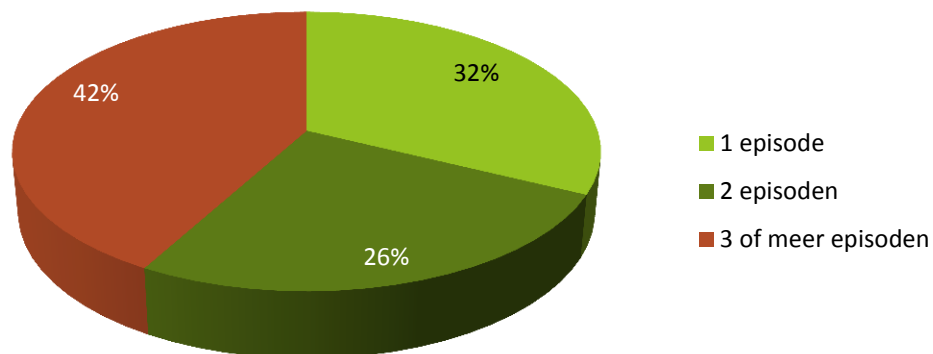
Van de 2% nieuwkomers is gekeken of hier nieuwe groepen met een specifieke geografische herkomst zijn te herkennen. De nieuwe hulpvragers voor opiaten komen vaker uit de buurlanden en de voormalige Oostbloklanden. In acht moet worden genomen dat de aantallen relatief klein zijn <sup>12</sup>.

### 3.7 Behandelgeschiedenis

De groep opiaathulpvragers is grotendeels chronisch in zorg. Dit lijkt niet overeen te stemmen met het beeld uit figuur 42. Hieruit blijkt dat een derde van de opiaathulpvragers 'pas' in de eerste episode in zorg zit.

<sup>12</sup> IVZ komt binnenkort met een publicatie over deze groep nieuwkomers met een hulpvraag voor opiaten

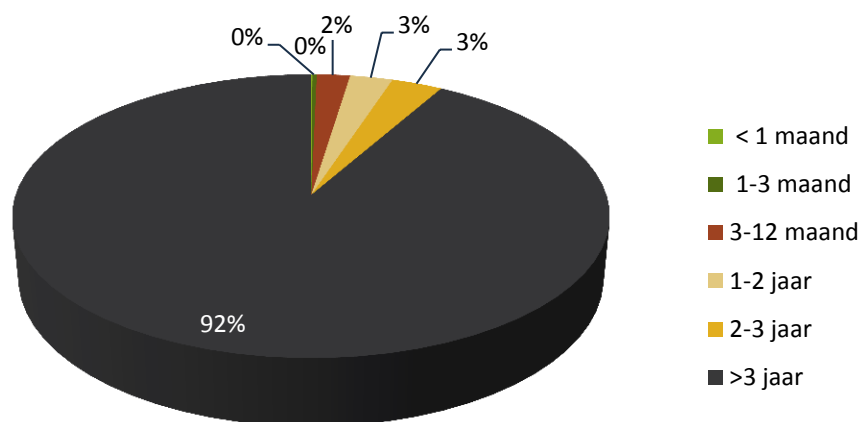
**Figuur 42:** Opiaten – Aantal episoden in de verslavingszorg 2013



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 43:** Opiaten - Totale duur alle episoden in 2013

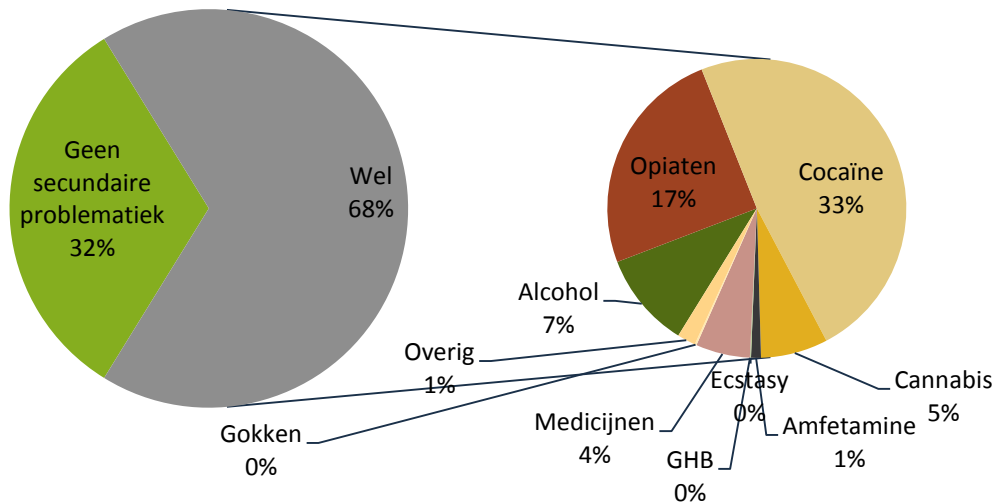


92% van de hulpvragers heeft een totale behandelgeschiedenis van meer dan 3 jaar in de verslavingszorg. Het totaal van alle episoden ligt in 2012 gemiddeld op meer dan 12 jaar. Ook voor de groep met 'slechts' 1 episode (zie figuur 43) betreft dit dus een zeer langdurige aaneengesloten episode, anders geformuleerd chronische zorg.

### 3.8 Secundaire problematiek

Veel opiaatgebruikers hebben naast problemen met het primaire middel ook nog secundaire problematiek. 68% heeft problemen met andere middelen. De secundaire problematiek bestaat voornamelijk uit cocaïne (met name crack) en andere opiaten. Hierbij komt de combinatie heroïne als primair en methadon als secundair middel vaak voor.

**Figuur 44:** Opiaten - Secundaire problematiek 2013

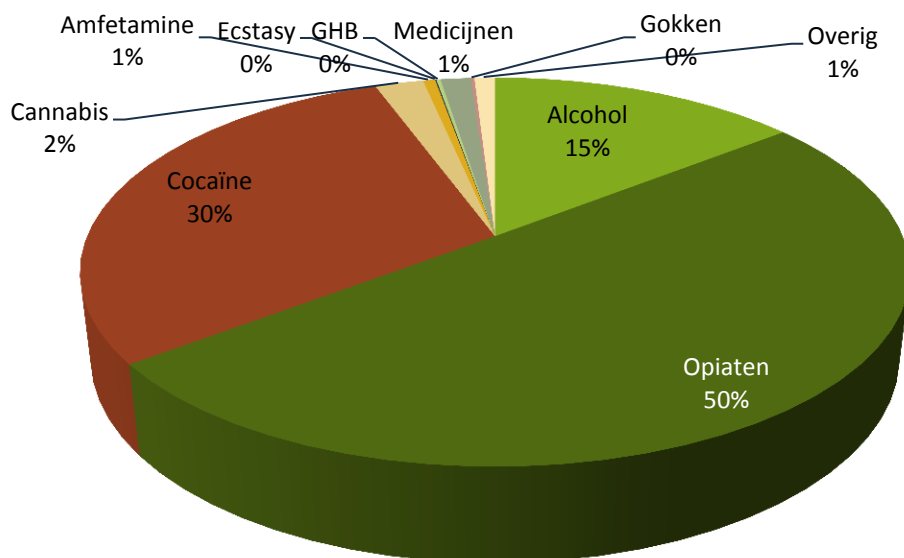


### 3.9 Gebruik als bijmiddel

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 45 is de verdeling te zien bij welke primaire problematiek opiaten als bijmiddel voorkomt.

**Figuur 45:** Opiaten – Gebruik als bijmiddel 2013 (N=5.133)



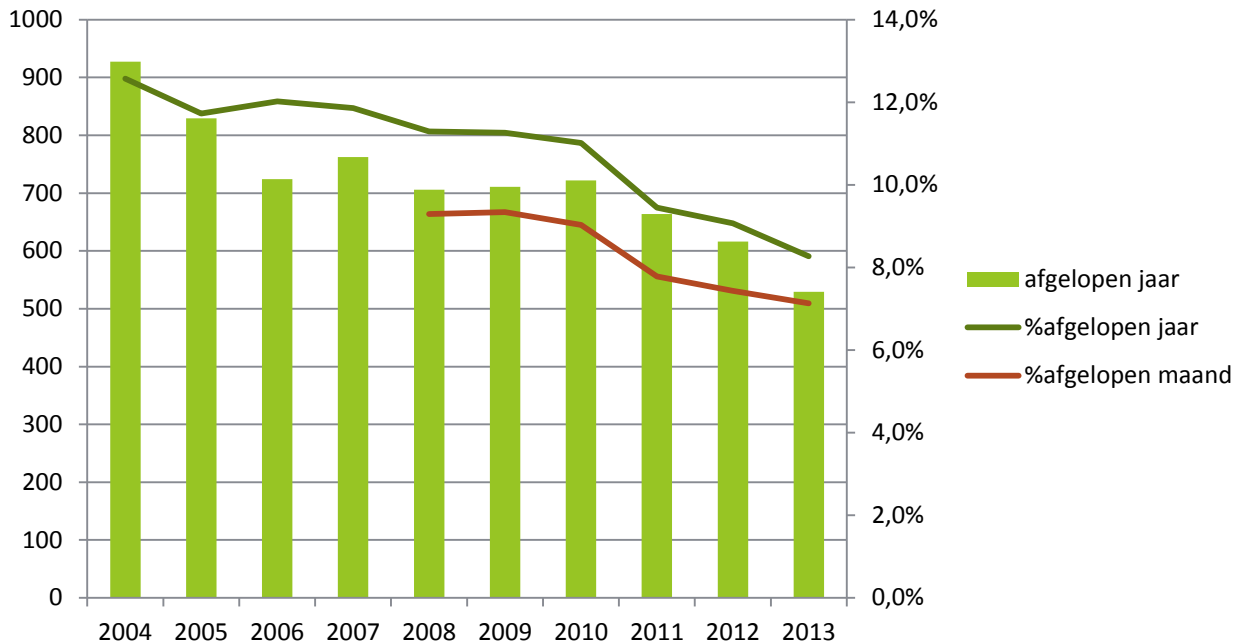


Bij 5.133 hulpvragers worden opiaten als bijmiddel geregistreerd. Met name daar waar verschillende vormen van opiaten worden gebruikt, wordt dit zowel als hoofd- als als bijmiddel geregistreerd (ca. 50%).

### 3.10 Intraveneus gebruik

Het intraveneus opiaatgebruik neemt evenals vorige jaren nog steeds af in Nederland. De laatste 10 jaar is het aantal recente spuiters (in het afgelopen jaar) bijna gehalveerd. Het percentage actuele spuiters (in de afgelopen maand) daalt tot onder de 8%.

**Figuur 46: Aantal en aandeel (%) intraveneus opiaatgebruikers 2004-2013**



### 3.11 Methadon

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

In tabel 9 staat de ontwikkeling van het aantal cliënten en het aantal methadoncontacten van 2004-2013.

**Tabel 9: Methadoncontacten cijfers 2004- 2013**

Jaren	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Hulpvragers	10.199	10.416	9.761	8.859	8.493	9.871	10.091	9.867	9.062	8.185
Innames X 1.000	2.339	2.457	2.368	2.025	1.846	2.022	2.153	2.000	1.953	1.847
Innames/ cliënt	229	236	243	229	217	205	213	203	216	226

De gemiddelde dosering is de afgelopen 10 jaar gestegen van 57mg in 2004 naar 74 mg in 2013. Het aandeel innames van 120mg of hoger nam in deze periode toe van 3% naar 10%.

## 4 Cocaïne

### 4.1 Uitgelicht

- Daling cocaïnehulpvraag van voorgaande jaren zet niet door.
- Gemiddelde leeftijd van de cocaïnehelpvragers stijgt.
- De nieuwe instroom betreft grotendeels snuifcoke.

### 4.2 In het kort

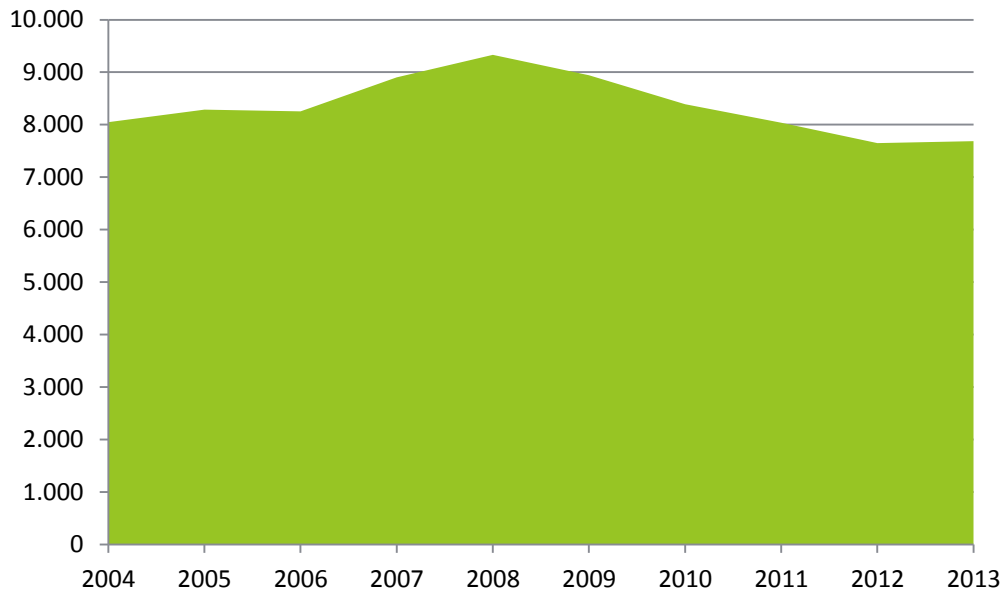
**Tabel 10: Overzicht cocaïne hulpvraag 2013**

Demografie		
Aantal hulpzoekers		7.686
Man : Vrouw		82 : 18
Gemiddelde leeftijd		38
Aandeel 25-		9%
Aandeel 55+		8%
Aandeel autochtoon		61%
Aantal per 100.000 inwoners		46
Problematiek		
Aandeel in verslavingszorg		12%
Crack : Snuifcoke		52 : 48
Enkelvoudig : Meervoudig		38 : 62
Gebruik als bijmiddel		7.713
Eerste inschrijving ooit		16%
Gemiddeld aantal contacten/cliënt		38

### 4.3 Trends en ontwikkeling van de hulpvraag

De hulpvraag voor cocaïne nam toe tussen eind jaren negentig en 2008. In 2009 was er een kentering en trad een daling in van de hulpvraag tot 2012. Deze daling zet zich in 2013 niet verder voort (zie figuur 47).

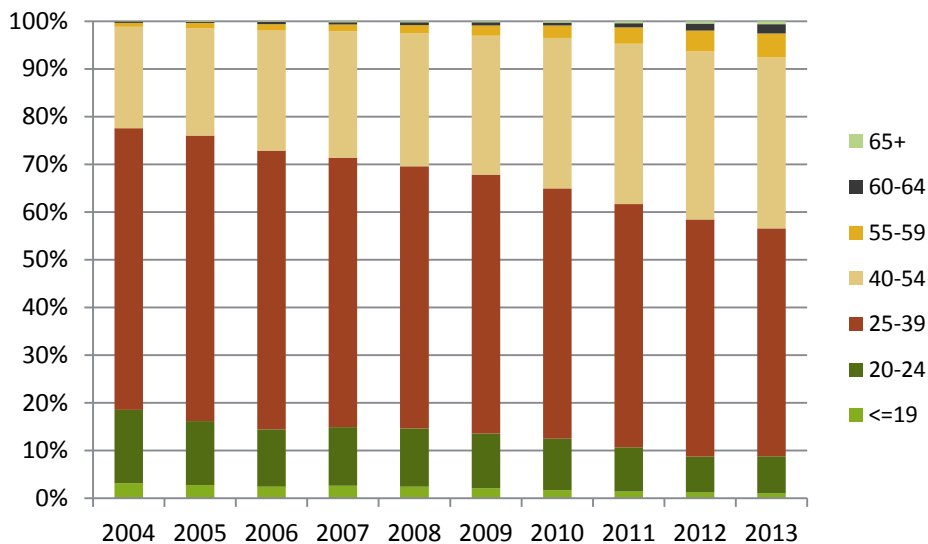
**Figuur 47: Cocaïne – Aantal hulpvragers 2004-2013**



#### 4.4 Jong en oud

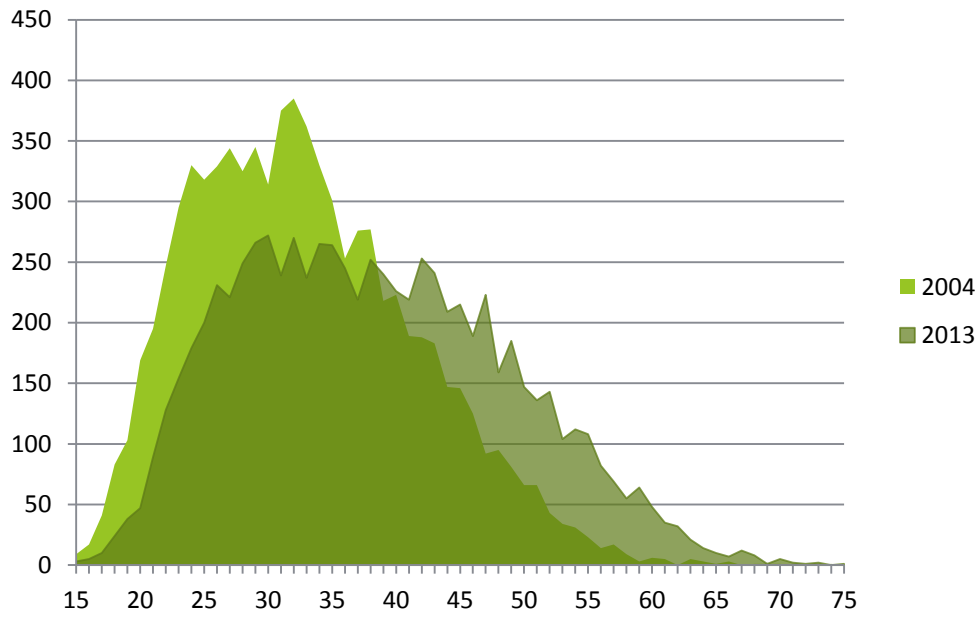
Nog steeds wordt de grootste groep gevormd door de leeftijdscategorie 25-39 jaar. Het aandeel 40-54 jaar is de afgelopen 10 jaar sterk gestegen, evenals het aandeel 55+. De gemiddelde leeftijd van de cocaïne hulpvragers is gestegen van 33 jaar in 2004 naar 38 jaar in 2013.

**Figuur 48: Cocaïne – Leeftijdscategorieën 2004-2013**



Ook in figuur 49 is de vergrijzing, evenals bij opiaten, duidelijk zichtbaar als de leeftijdsverdeling van 10 jaar geleden vergeleken wordt met die van 2013.

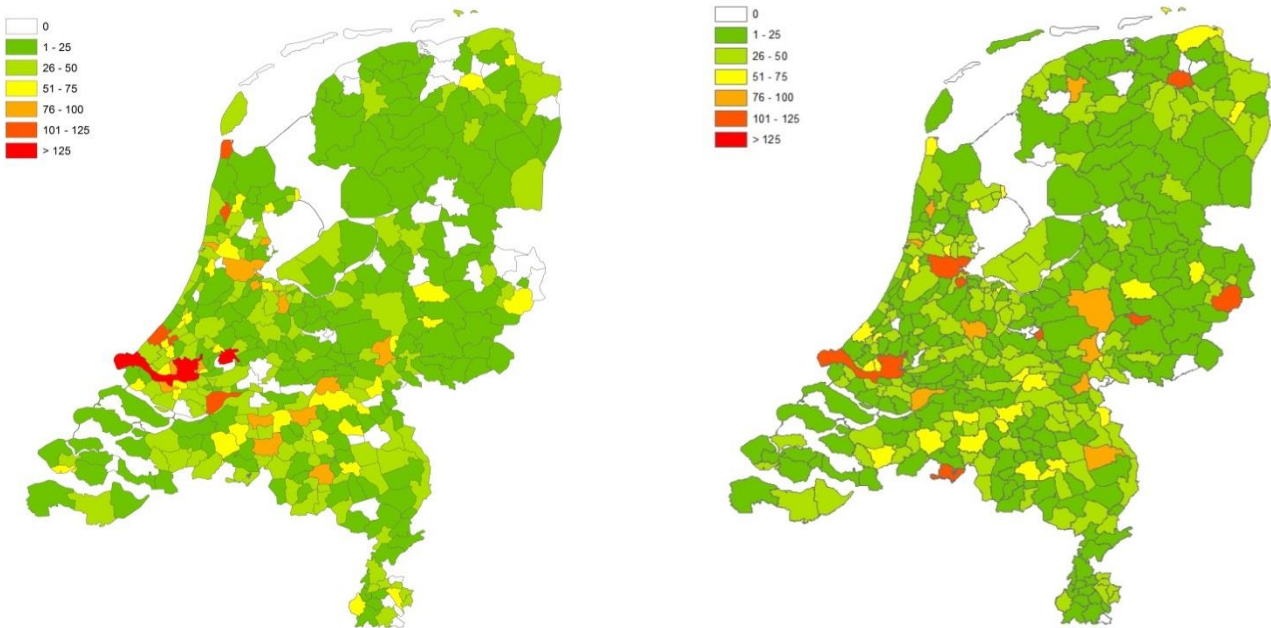
**Figuur 49: Cocaïne - Leeftijdsverdeling 2004 versus 2013**



Evenals bij opiaten moet er rekening worden gehouden met een toename van een de groep oudere cocaïneverslaafden. Dit is met name de groep crackgebruikers.

#### 4.5 Regionale spreiding

**Figuur 50: Aantal hulpvragers cocaïneproblematiek per 100.000 inwoners 2004 en 2013**

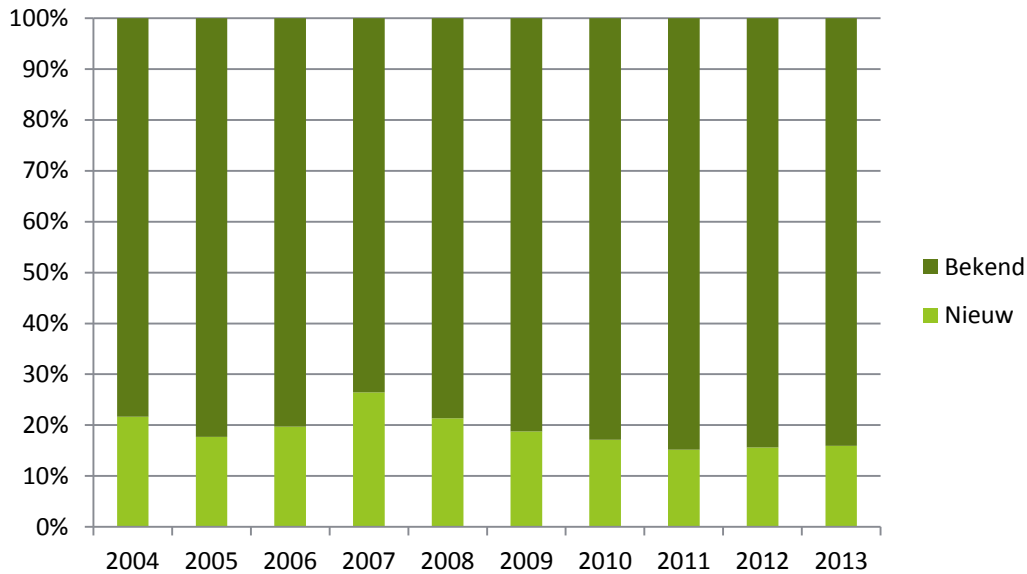


Het landelijke gemiddelde van de hulpvraag voor cocaïne ligt in 2013 op 46/100.000 inwoners. In 2004 was dit 50/100.000 inwoners.

#### 4.6 Nieuw en bekend

Er is een grote groep cocaïnehelpvragers die meermalen een beroep doen op de hulpverlening in het kader van hun problematiek.

**Figuur 51: Cocaïne - Trend nieuwe en bekende hulpvragers 2004-2013**



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

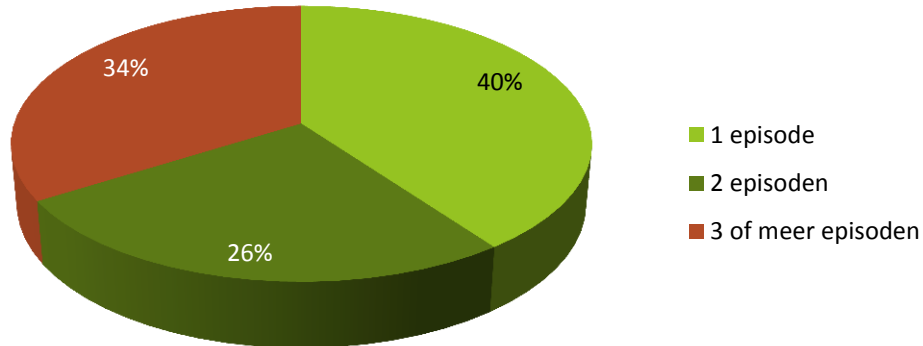
In 2013 schrijven circa 1.200 nieuwe helpvragers zich in met cocaïneproblematiek.

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

#### 4.7 Behandelingsgeschiedenis

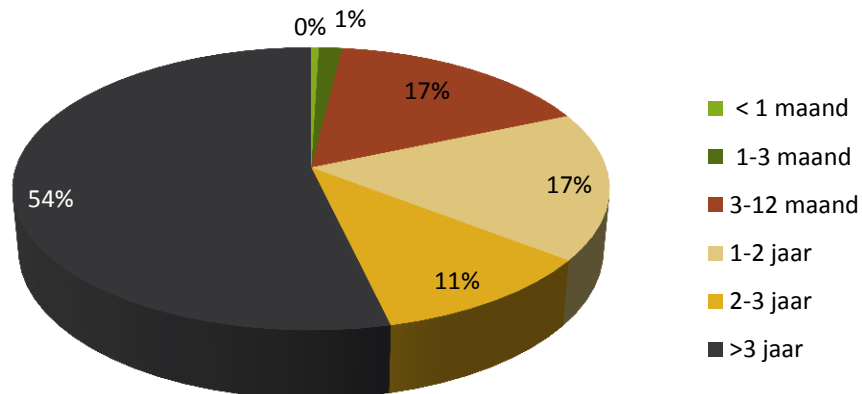
Bij de cocaïnehelpvraag is relatief vaak sprake van meerdere episoden in de verslavingszorg. Een episode kan meerdere inschrijvingen en meerdere registratiejaren omvatten. De definitie van een episode zoals hier gehanteerd staat beschreven in bijlage III.

**Figuur 52:** Cocaïne – Aantal episoden in de verslavingszorg 2013



Uit figuur 52 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 53:** Cocaïne- Totale duur alle episoden in 2013

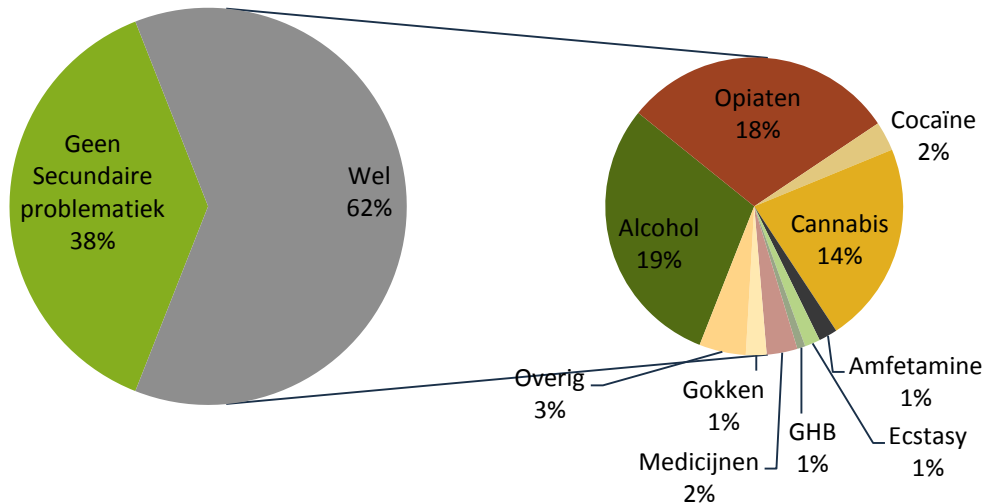


Meer dan 80% van de hulpvragers voor cocaïneproblematiek uit 2012 heeft een totale episodедуur van meer dan 1 jaar in de verslavingszorg. Meer dan de helft van de hulpvragers heeft een behandelgeschiedenis van meer dan 3 jaar in de verslavingszorg.

#### 4.8 Secundaire problematiek

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

Figuur 54: Cocaïne - Secundaire problematiek 2013 (n=7.686)



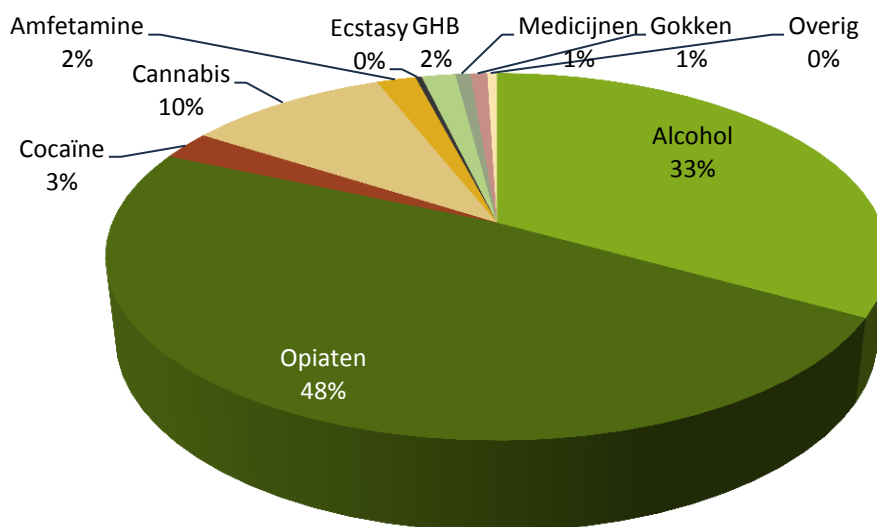
Alcohol komt het meest voor als secundaire problematiek bij de groep cocaïnehulpvragers. Daarnaast komen cannabis en opiaten vaak voor.

#### 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 55 is de verdeling te zien bij welke primaire problematiek cocaïne als bijmiddel voorkomt.

Figuur 55: Cocaïne – Gebruik als bijmiddel 2013 (N=7.713)



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

- Cannabis na alcohol de meest voorkomende hulpvraag in de verslavingszorg.
- Bij jongeren <25 jaar de meest voorkomende problematiek.
- Relatief groot deel van hulpvragers voor het eerst in verslavingszorg.

### 5.2 In het kort

**Tabel 11: Overzicht cannabis hulpvraag 2013**

<b>Demografie</b>		
	Aantal hulpzoekers	10.446
	Man : Vrouw	79 : 21
	Gemiddelde leeftijd	29
	Aandeel 25-	42%
	Aandeel 55+	2%
	Aandeel autochtoon	69%
	Aantal per 100.000 inwoners	62
<b>Problematiek</b>		
	Aandeel in verslavingszorg	16%
	Enkelvoudig : Meervoudig	67 : 33
	Gebruik als bijmiddel	6.480
	Eerste inschrijving ooit	34%
	Gemiddeld aantal contacten/cliënt	25

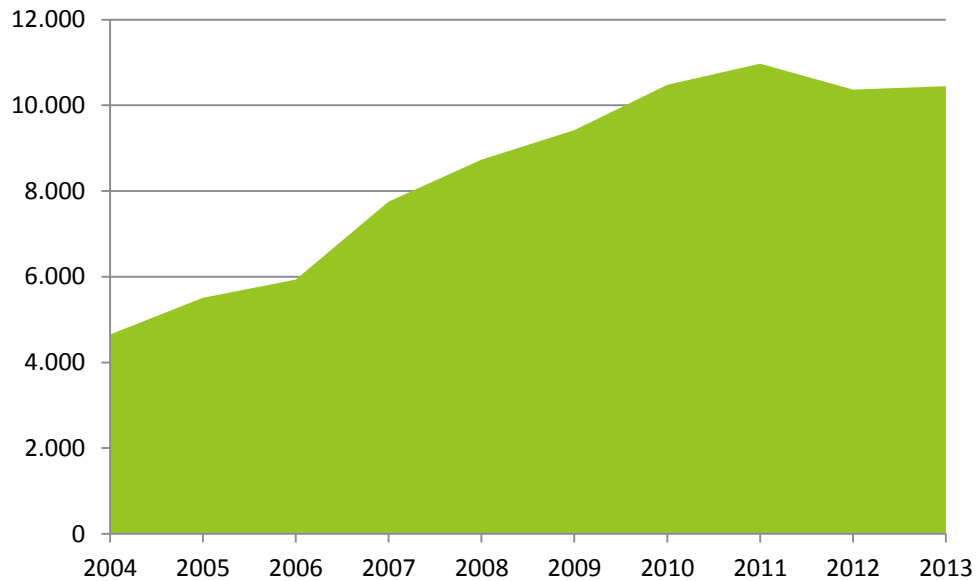
De gemiddelde leeftijd van cannabis hulpvragers ligt met 29 relatief laag. Meervoudige problematiek komt in ongeveer een derde van de gevallen voor.

### 5.3 Trends en ontwikkeling van de hulpvraag

De hulpvraag van cannabis heeft de afgelopen 10 jaar een sterke stijging gekend. Het aandeel in de verslavingszorg steeg in deze periode van 8% naar 16%. In 2013 staat het aantal hulpvragers op ruim 10.000 waarmee het na alcohol de meest voorkomende problematiek in de verslavingszorg is.



**Figuur 56: Cannabis – Aantal hulpvragers 2004-2013**

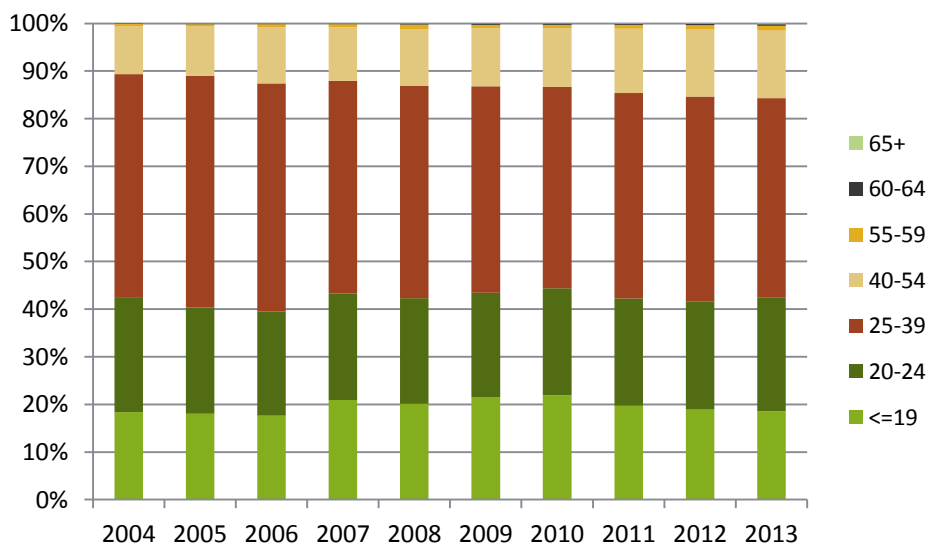


Na een sterke stijging van de hulpvraag voor cannabis tussen 2004 en 2011 is er de laatste twee jaar sprake van een stabilisatie.

#### 5.4 Jong en oud

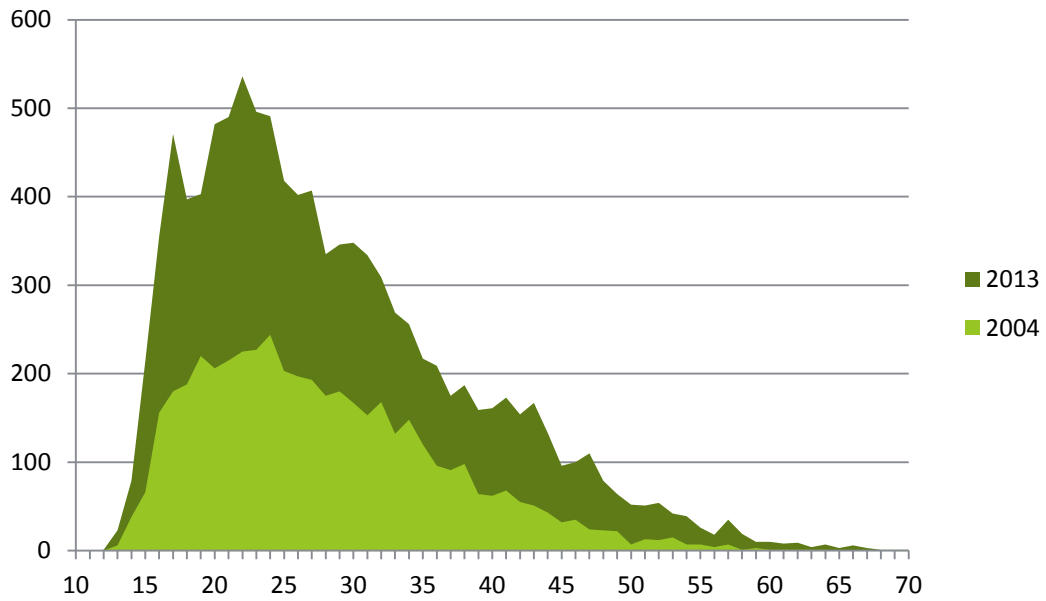
Onder jongeren is cannabis veruit de meest voorkomende problematiek. Het aandeel jongeren (<25 jaar) neemt echter niet toe. Dit aandeel schommelt de laatste 10 jaar tussen de 40-45%.

**Figuur 57: Cannabis – Leeftijdscategorieën 2004-2013**



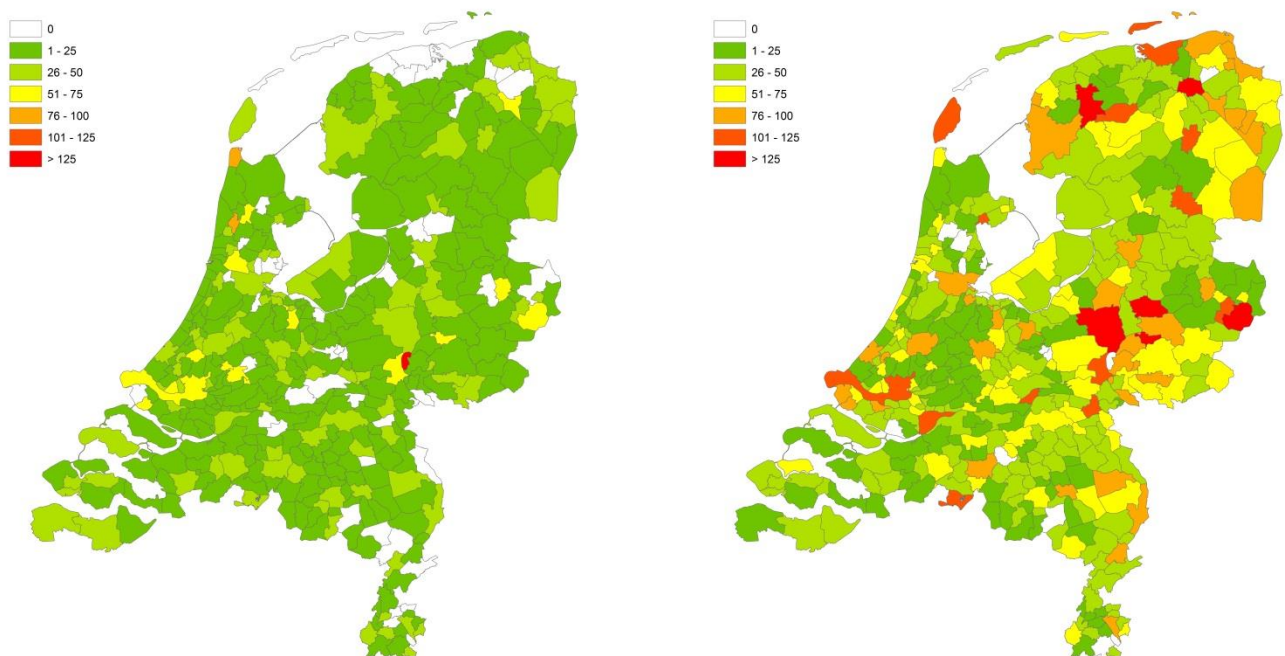
Uit figuur 58 blijkt heel duidelijk dat de stijging in hulpvraag toeneemt in alle leeftijdscategorieën.

**Figuur 58: Cannabis - Leeftijdsverdeling 2004 versus 2013**



### 5.5 Regionale spreiding

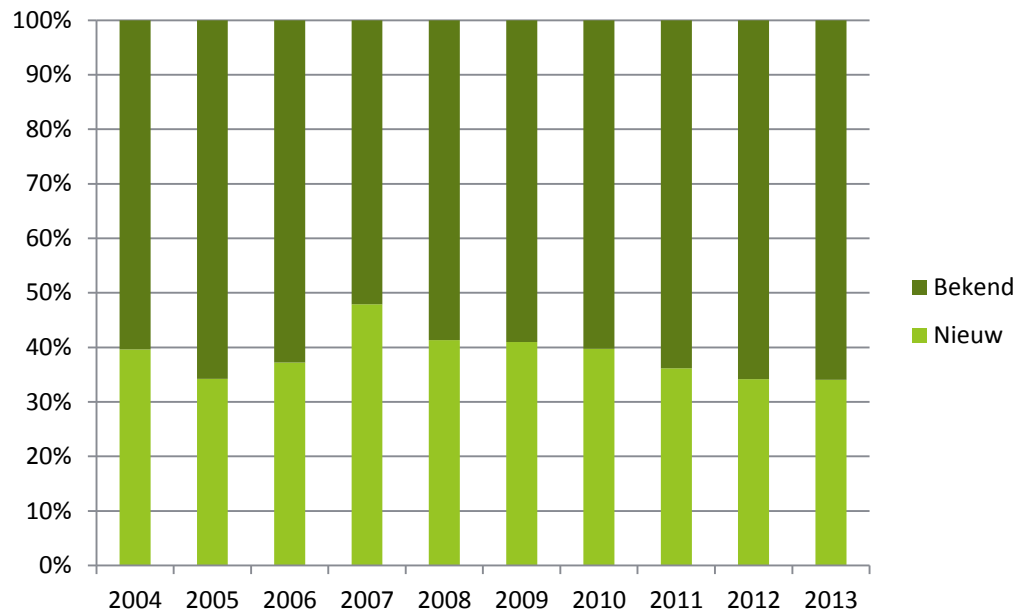
**Figuur 59: Aantal hulpvragers cannabisproblematiek per 100.000 inwoners 2004 en 2013**



Het landelijke gemiddelde van de hulpvraag voor cannabis ligt in 2013 op 62/100.000 inwoners. In 2004 was dit 29/100.000 inwoners.

## 5.6 Nieuw en bekend

Figuur 60: Cannabis - Trend nieuwe en bekende hulpvragers 2003-2012



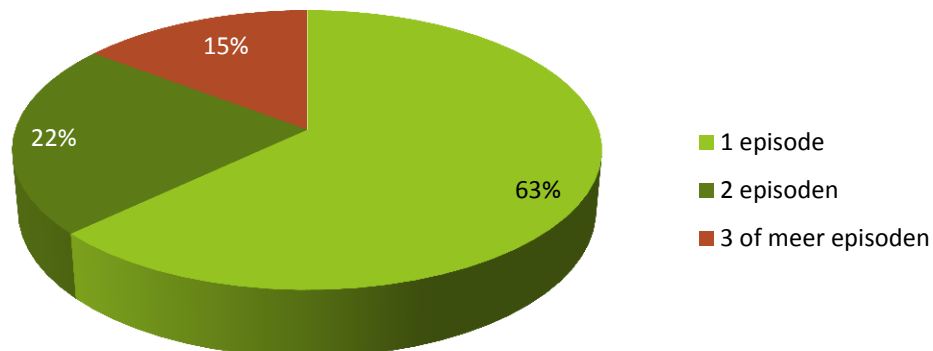
De groep cannabisbushulpvragers heeft in vergelijking met andere problematieken een groot aandeel nieuwkomers. In 2013 is 34% van de cannabisbushulpvragers voor het eerst ingeschreven in de verslavingszorg. Het totale percentage nieuwkomers in de verslavingszorg in 2013 bedraagt 22%.

## 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 episodens in de verslavingszorg kent is, in vergelijking met alcohol, opiaten en cocaïne, relatief klein. Twee derde van alle hulpvragers zit in de eerste episode.

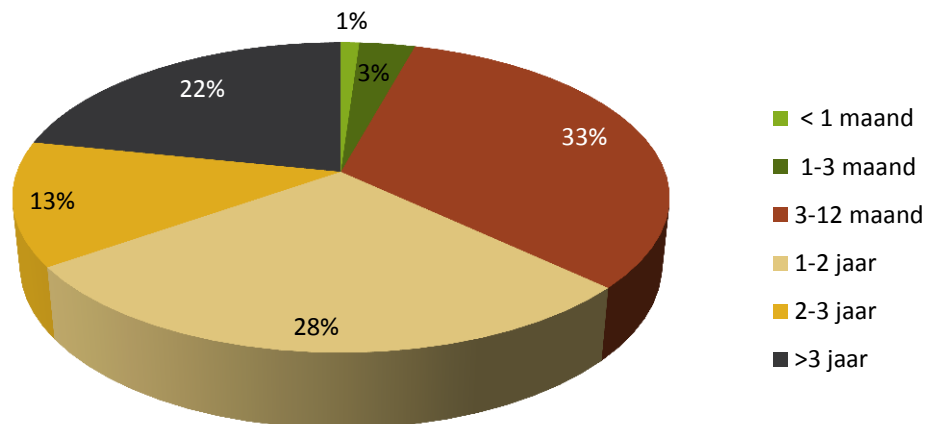
**Figuur 61: Cannabis – Aantal episoden in de verslavingszorg 2013**



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. 37% van de hulpvragers heeft in 2013 een totale episodeduur van minder dan 1 jaar in de verslavingszorg.

De verdeling van de totale episodeduur is te zien in figuur 62. 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.

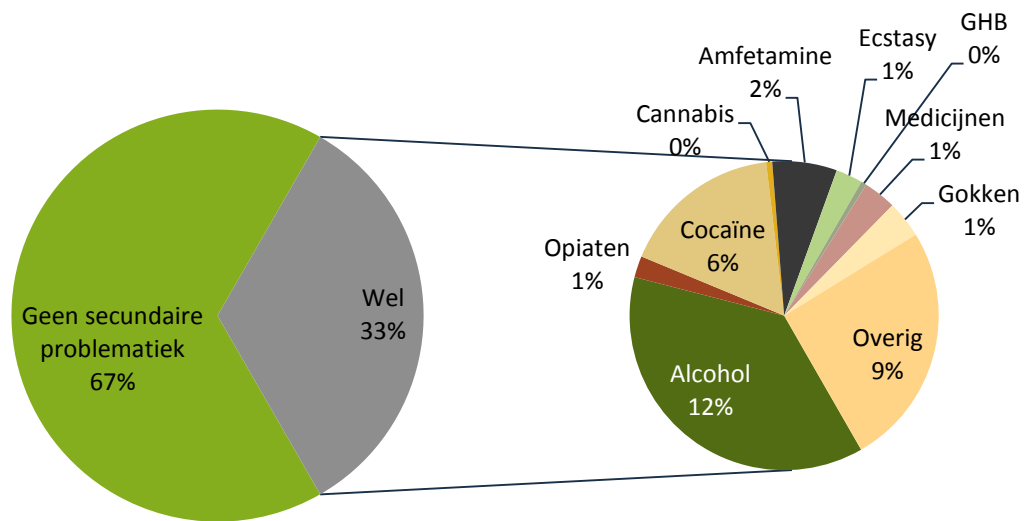
**Figuur 62: Cannabis- Totale duur alle episoden in 2013**



### 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 63.

Figuur 63: Cannabis - Secundaire problematiek 2013

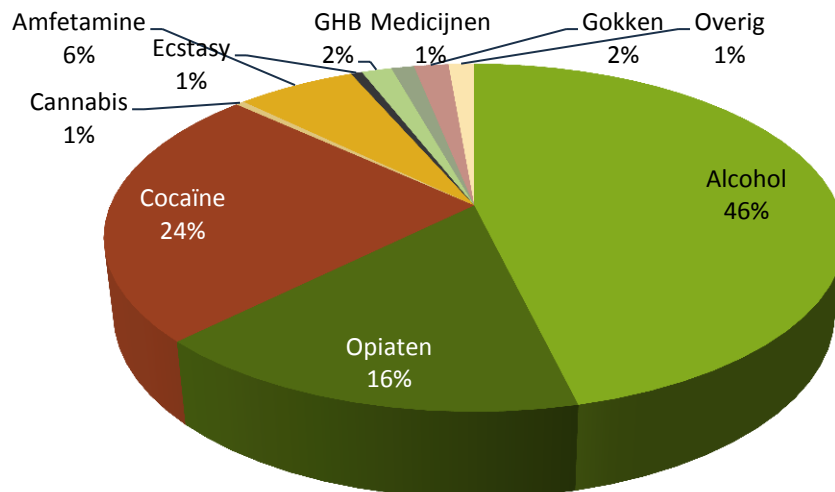


### 5.9 Gebruik als bijmiddel

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

In figuur 64 is de verdeling te zien bij welke primaire problematiek cannabis als bijmiddel voorkomt.

Figuur 64: Cannabis – Gebruik als bijmiddel 2013 (N=6.480)



Bij 6.480 hulpvragers wordt cannabis 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 alcohol, cocaïne en opiaten.

## 6 Amfetamine

### 6.1 Uitgelicht

- Amfetamine hulpvraag laatste 5 jaar stabiel.
- 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 2004 en 2007. Het aantal blijft relatief beperkt. In 2013 betreft het ruim 1.500 hulpvragers.

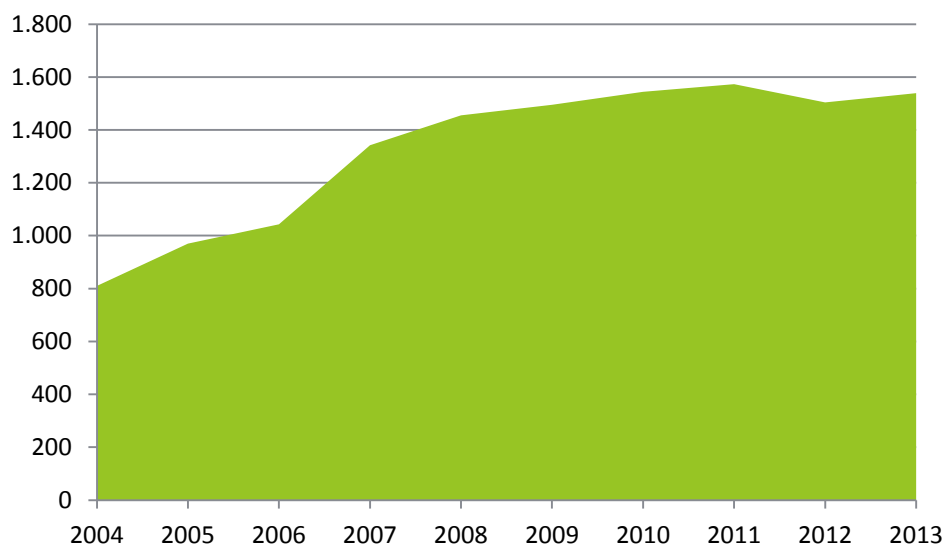
Tabel 12: Overzicht amfetamine hulpvraag 2013

Demografie		
Aantal hulpzoekers		1.539
Man : Vrouw		78 : 22
Gemiddelde leeftijd		30
Aandeel 25-		30%
Aandeel 55+		1%
Aandeel autochtoon		92%
Aantal per 100.000 inwoners		9
Problematiek		
Aandeel in verslavingszorg		2.3%
Enkelvoudig : Meervoudig		44 : 56
Gebruik als bijmiddel		1.008
Eerste inschrijving ooit		24%
Gemiddeld aantal contacten/cliënt		36

### 6.3 Trends en ontwikkeling van de hulpvraag

In 2004 stonden ruim 800 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, met uitzondering van 2012, sprake van een geringe stijging.

Figuur 65: Amfetamine - Trend hulpvraag 2004-2013



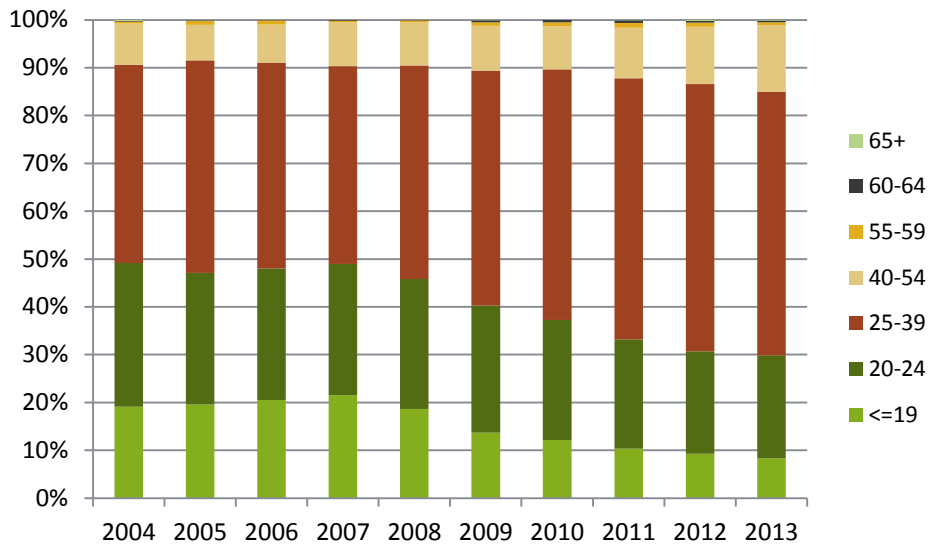
### 6.4 Jong en oud

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

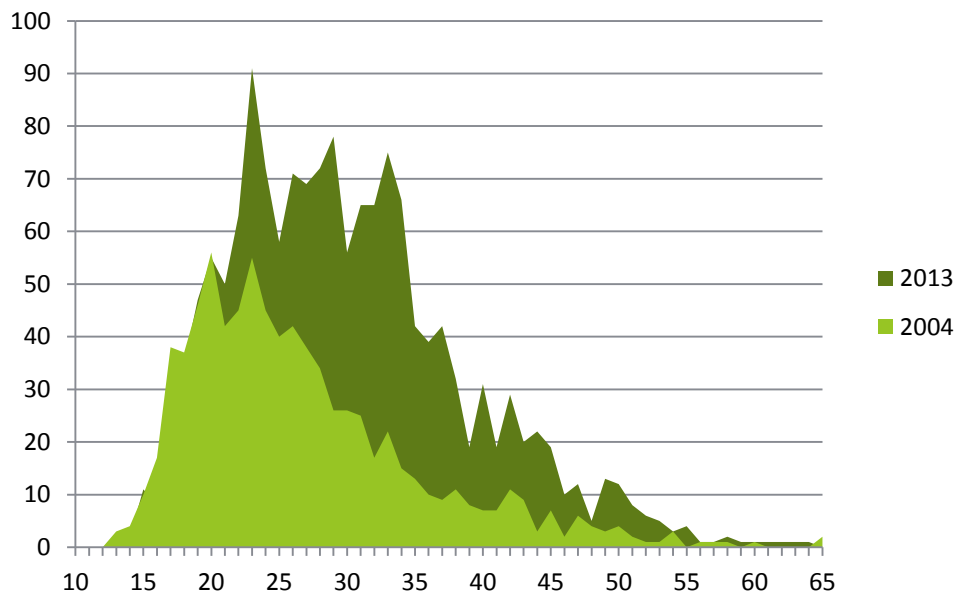
De meeste hulpvragers zijn echter tussen de 25 en 39 jaar oud.

Het aandeel jongeren (<25 jaar) met een amfetaminehulpvraag is de afgelopen 10 jaar gedaald. In 2004 betrof het nog de helft van alle hulpvragers, in 2013 dit aandeel gedaald tot 30% (zie figuur 66).

**Figuur 66: Amfetamine – Leeftijdscategorieën 2004-2013**



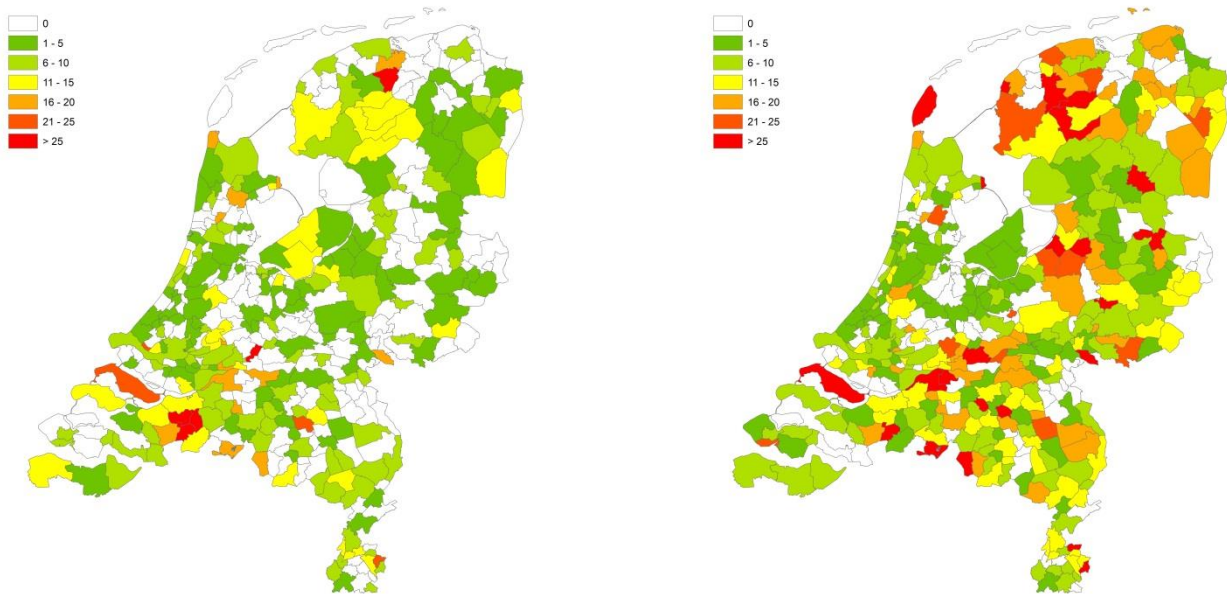
**Figuur 67: Amfetamine - Leeftijdsverdeling 2004 versus 2013**



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 68:** Aantal hulpvragers amfetamineproblematiek per 100.000 inwoners 2004 en 2013



Het landelijke gemiddelde van de hulpvraag voor amfetamine ligt in 2013 op 9 /100.000 inwoners. In 2004 was dit 5/100.000 inwoners.

## 6.6 Nieuw en bekend

Ook bij amfetamine gaat het in 2013 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.



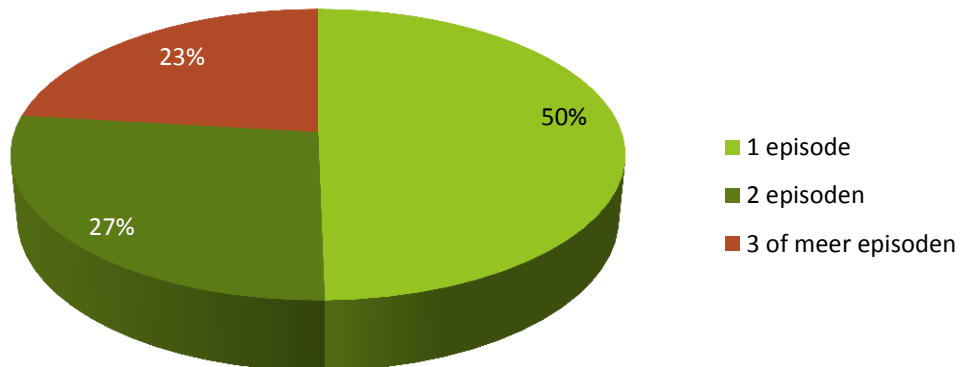
**Figuur 69: Amfetamine - Trend nieuwe en bekende hulpvragers 2004-2013**



### 6.7 Behandelingsgeschiedenis

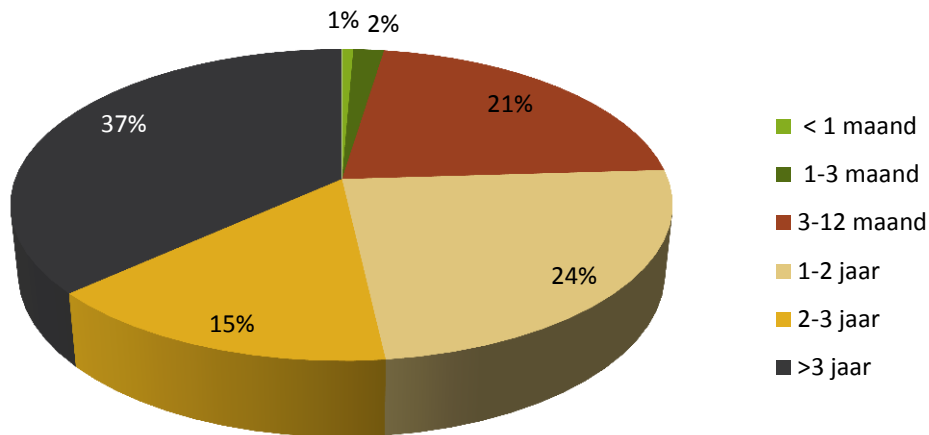
Een episode kan meerdere inschrijvingen en meerdere registratiejaren omvatten. De definitie van een episode zoals hier gehanteerd staat beschreven in bijlage III.

**Figuur 70: Amfetamine – Aantal episoden in de verslavingszorg 2013**



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

Figuur 71: Amfetamine - Totale duur alle episodien in 2013

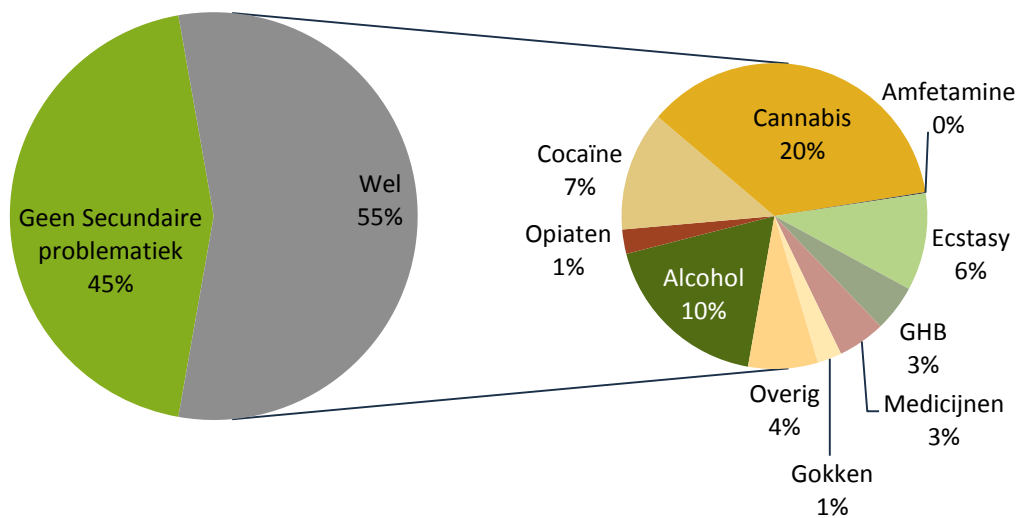


De helft van de hulpvragers voor amfetamine heeft een totale episodeneduur van meer dan twee jaar. Ongeveer een kwart zit minder dan een jaar in de verslavingszorg.

### 6.8 Secundaire problematiek

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

Figuur 72: Amfetamine - Secundaire problematiek 2013

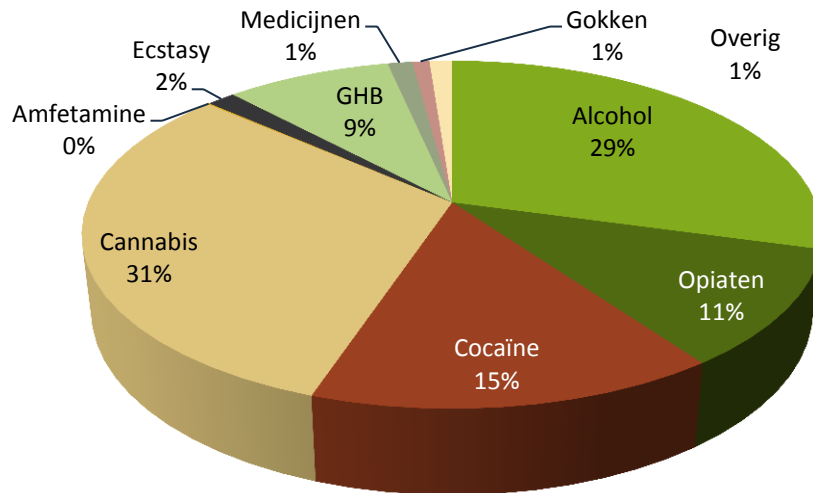


## 6.9 Gebruik als bijmiddel

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

In figuur 73 is de verdeling te zien bij welke primaire problematiek amfetamine als bijmiddel voorkomt.

**Figuur 73: Amfetamine – Gebruik als bijmiddel 2013 (N=1.008)**



Bij 1.008 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.
- Twee van de drie hulpvragers is jonger dan 25 jaar
- 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 zes maal vaker voor als bijmiddel bij andere primaire problematiek dan als primaire problematiek zelf. De gemiddelde leeftijd van de hulpvragers voor ecstasy bedraagt 25 jaar en daarmee is de ecstasy-hulpvrager gemiddeld de jongste groep in de verslavingszorg.

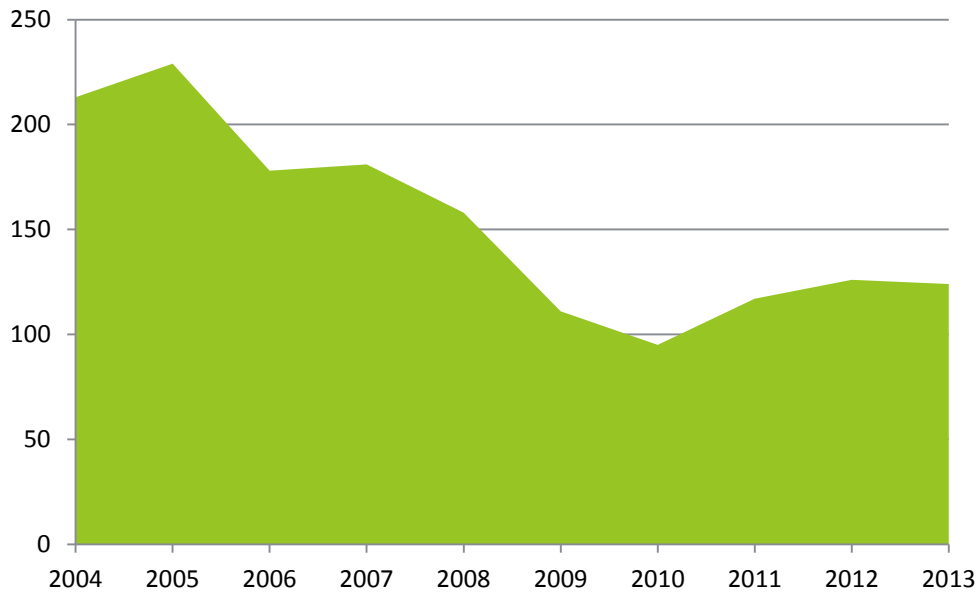
**Tabel 13: Overzicht ecstasy hulpvraag 2013**

<b>Demografie</b>		
	Aantal hulpzoekers	124
	Man : Vrouw	77 : 23
	Gemiddelde leeftijd	25
	Aandeel 25-	63%
	Aandeel 55+	0%
	Aandeel autochtoon	75%
	Aantal per 100.000 inwoners	<1
<b>Problematiek</b>		
	Aandeel in verslavingszorg	0.2%
	Enkelvoudig : Meervoudig	40 : 60
	Gebruik als bijmiddel	712
	Eerste inschrijving ooit	41%
	Gemiddeld aantal contacten/cliënt	27

### 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 drie jaar bedraagt het aantal hulpvragers ruim 100 personen en is daarmee een zeer kleine groep in de verslavingszorg.

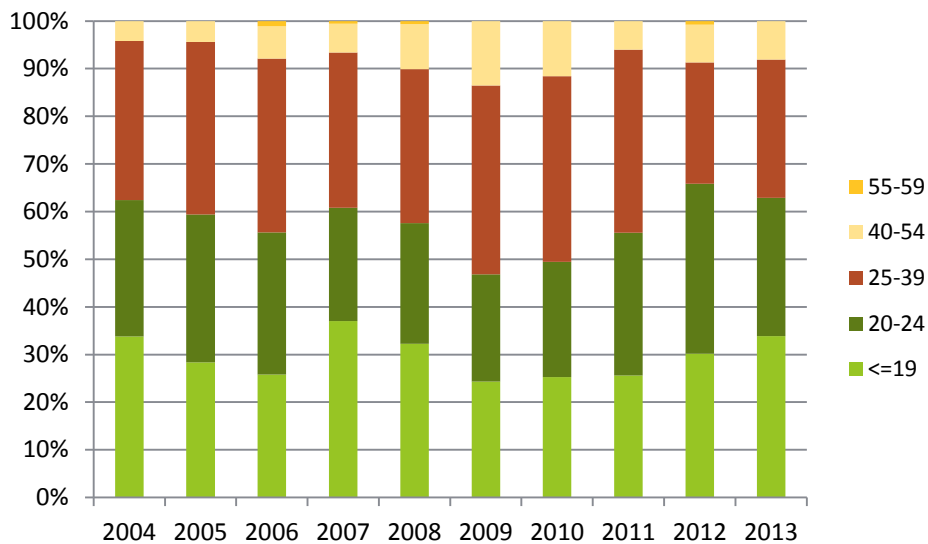
**Figuur 74:** Ecstasy - Trend hulpvraag 2004-2013



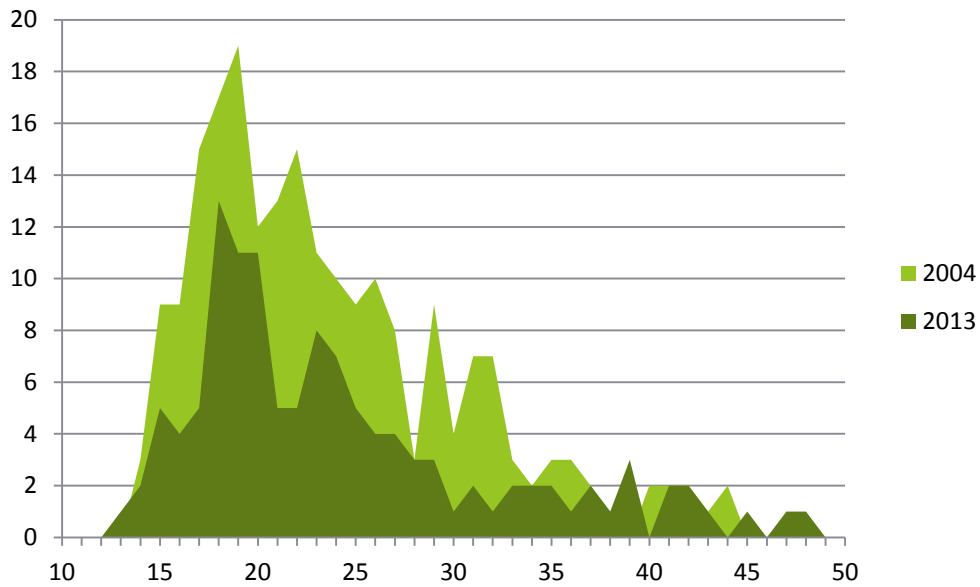
### 7.4 Jong en oud

Met een gemiddelde leeftijd van 25 in 2013 vormen de hulpvragers voor ecstasy de jongste groep in de verslavingszorg. Twee derde van de hulpvragers is jonger dan 25 jaar. De gemiddelde leeftijd is de laatste 10 jaar eerst licht gestegen en de laatste 5 jaar weer licht gedaald. De leeftijdsverdeling van 2013 komt bijna overeen met die van 2004.

**Figuur 75:** Ecstasy – Leeftijdscategorieën 2004-2013



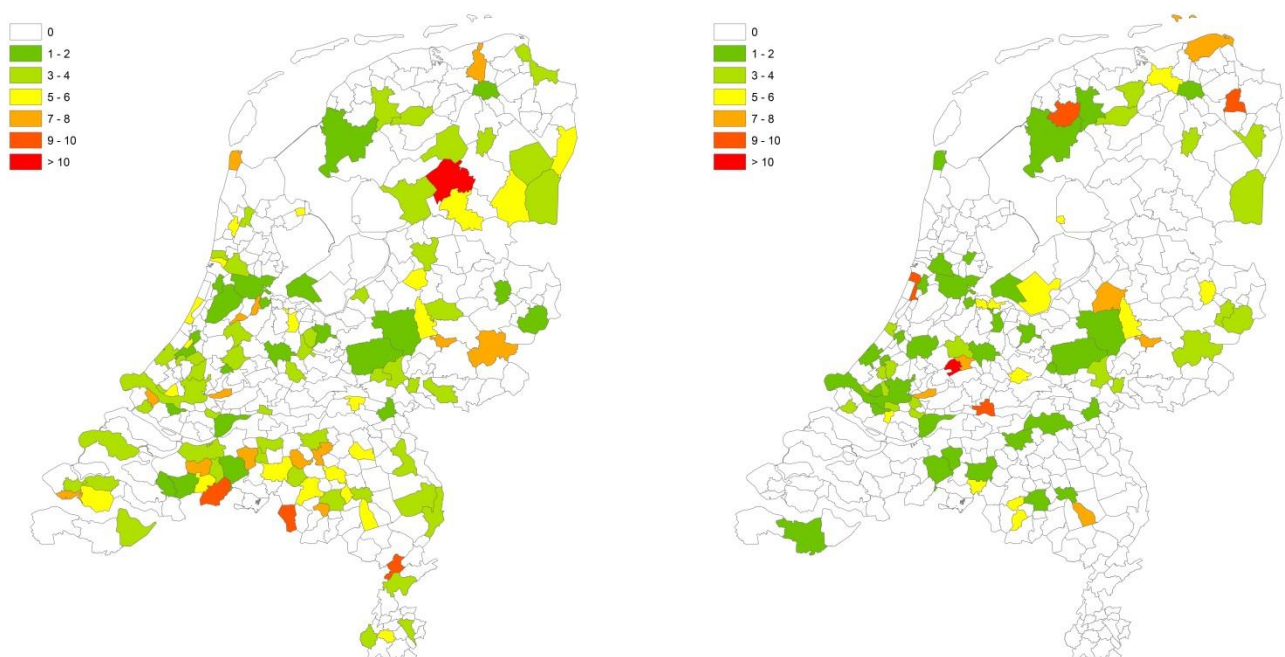
**Figuur 76: Ecstasy - Leeftijdsverdeling 2004 versus 2013**



In figuur 76 is ook goed te zien dat de ecstasyhulpvraag in 2013 in vergelijking met 2004 kleiner is maar de leeftijdsverdeling erg overeenkomt.

### 7.5 Regionale spreiding

**Figuur 77: Aantal hulpvragers ecstasyproblematiek per 100.000 inwoners 2004 en 2013**

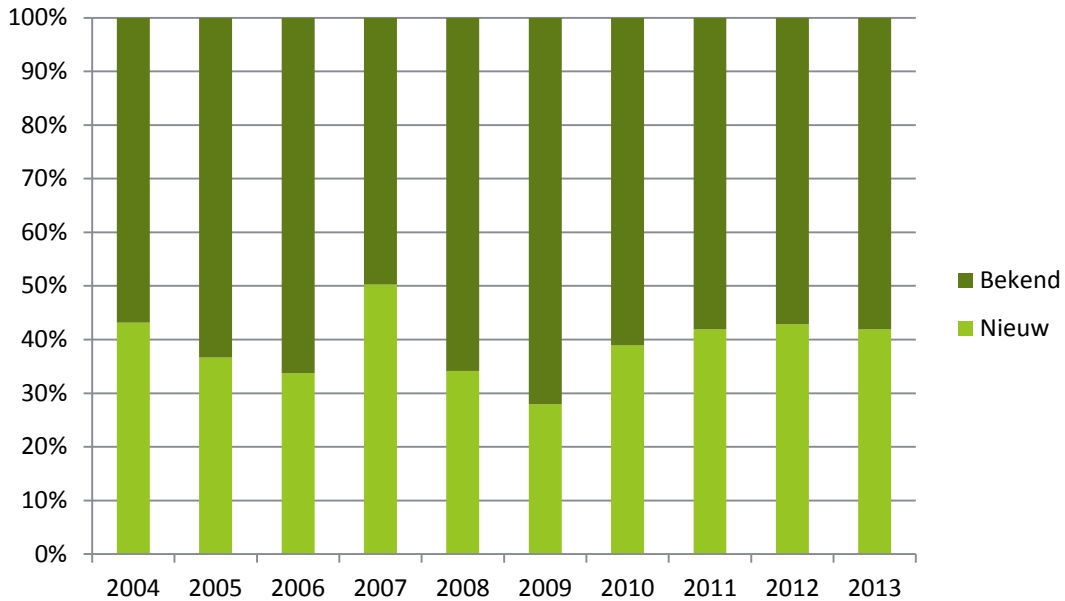


Het landelijke gemiddelde van de hulpvraag voor ecstasy ligt in 2013 op 7/1.000.000 inwoners. In 2004 was dit 13/1.000.000 inwoners.

### 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 2013 een hulpvraag hebben voor ecstasy komen voor het eerst in de verslavingszorg in behandeling.

**Figuur 78: Ecstasy - Trend nieuwe en bekende hulpvragers 2004-2013**

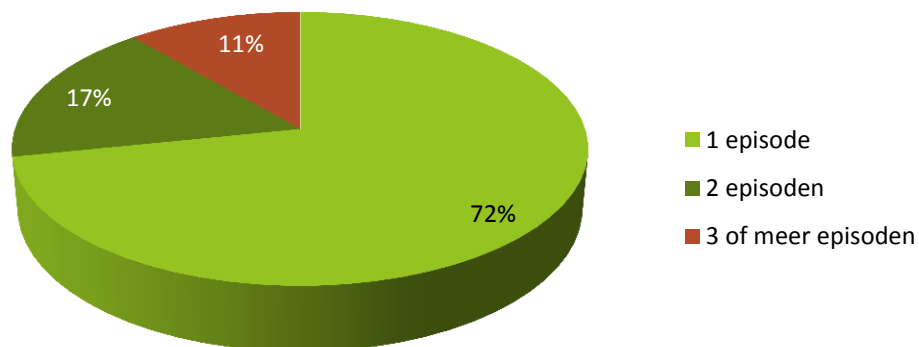


### 7.7 Behandelgeschiedenis

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

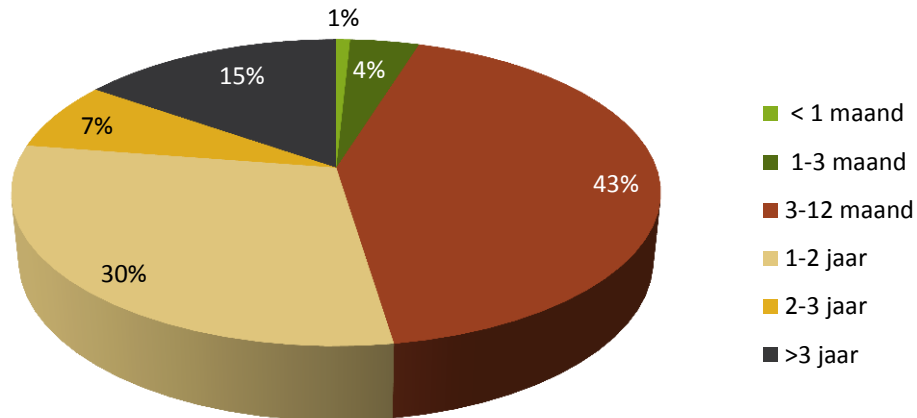
Voor drie kwart van de hulpvragers voor ecstasy betreft het de eerste episode in de verslavingszorg.

**Figuur 79: Ecstasy – Aantal episoden in de verslavingszorg 2013**



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.

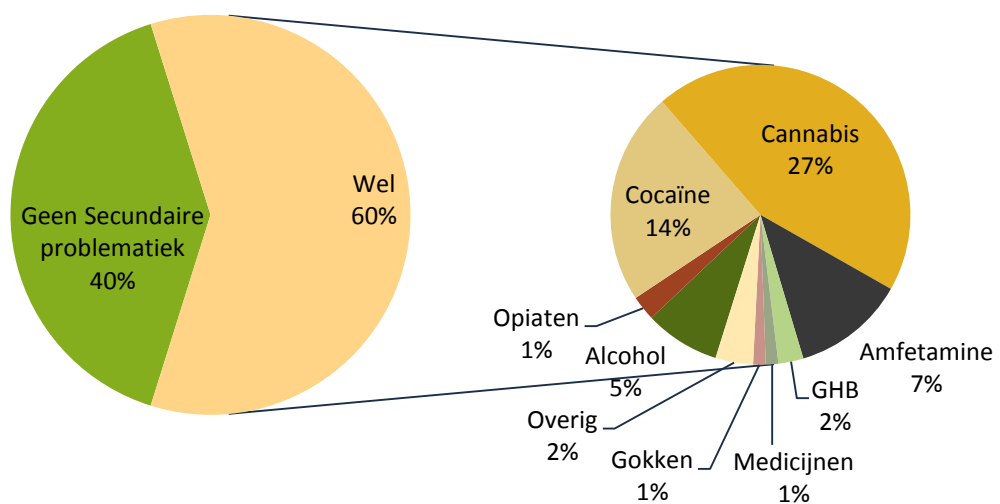
**Figuur 80:** Ecstasy - Totale duur alle episoden in 2013



### 7.8 Secundaire problematiek

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

**Figuur 81:** Ecstasy - Secundaire problematiek 2013

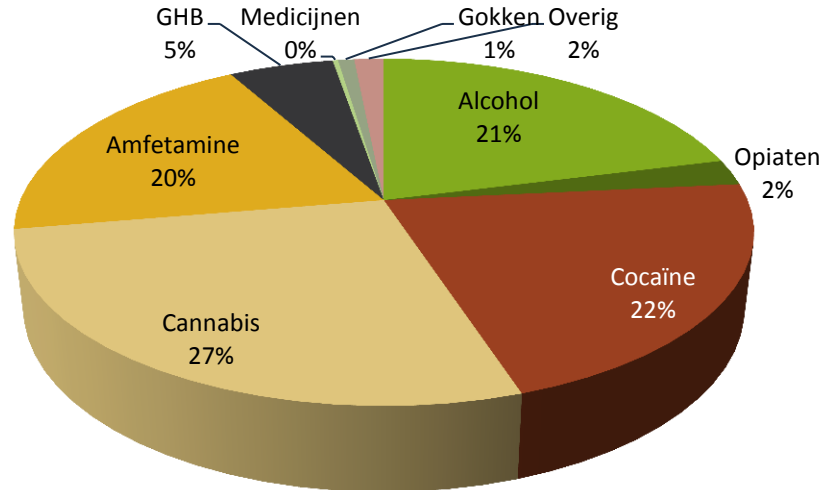




### 7.9 Gebruik als bijmiddel

Ecstasy komt als primaire problematiek minder vaak voor dan als secundaire of tertiaire problematiek. In figuur 82 is de verdeling te zien bij welke primaire problematiek ecstasy als bijmiddel voorkomt.

Figuur 82: Ecstasy – Gebruik als bijmiddel 2013 (N=712)



Ecstasy als bijmiddel komt het meest bij de cannabis voor, gevolgd door cocaïne, alcohol en amfetamine.

## 8 GHB

### 8.1 Uitgelicht

- Hulpvraag voor GHB neemt toe van circa 60 in 2007 tot 769 hulpvragers in 2013.
- Sterke groei tussen 2007 en 2012 zet niet door in 2013.
- Aandeel jongeren (<25 jaar) daalt.

### 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.

Tabel 14: Overzicht GHB hulpvraag 2013

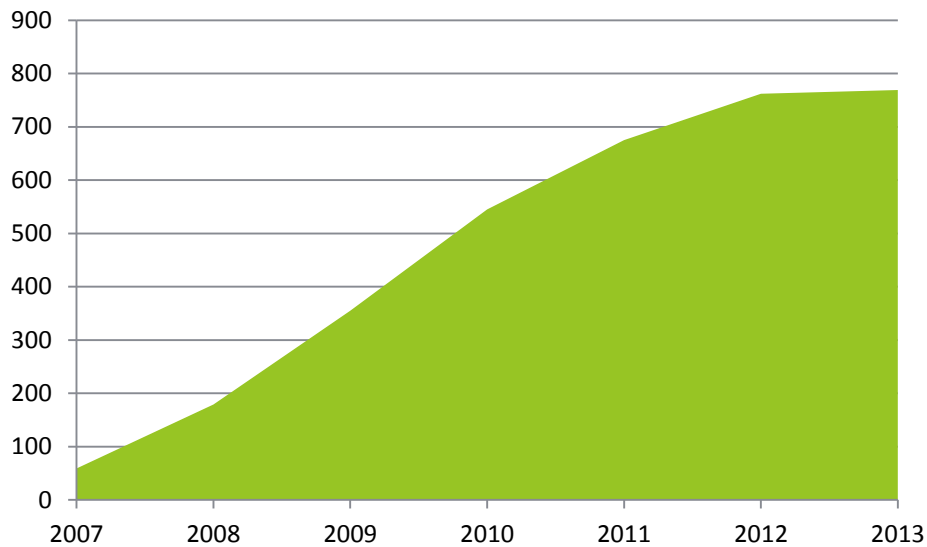
Demografie		
	Aantal hulpzoekers	769
	Man : Vrouw	64 : 36
	Gemiddelde leeftijd	29,6
	Aandeel 25-	27%
	Aandeel 55+	<1%
	Aandeel autochtoon	86%
	Aantal per 100.000 inwoners	5
Problematiek		
	Aandeel in verslavingszorg	1.2%
	Enkelvoudig : Meervoudig	40 : 60
	Gebruik als bijmiddel	223
	Eerste inschrijving ooit	24%
	Gemiddeld aantal contacten/cliënt	48

Het aantal GHB hulpvragers bedraagt 769 in 2013. Daarvan is ongeveer een derde vrouw. Dit is een hoog aandeel in vergelijking met andere middelen. De gemiddelde leeftijd is de afgelopen jaren gestegen van 26,2 jaar in 2007 naar 29,6 jaar in 2013. Het aantal GHB hulpvragers betreft met een aandeel van 1.2% in de totale verslavingszorg een relatief kleine groep.

### 8.3 Trends en ontwikkeling van de hulpvraag

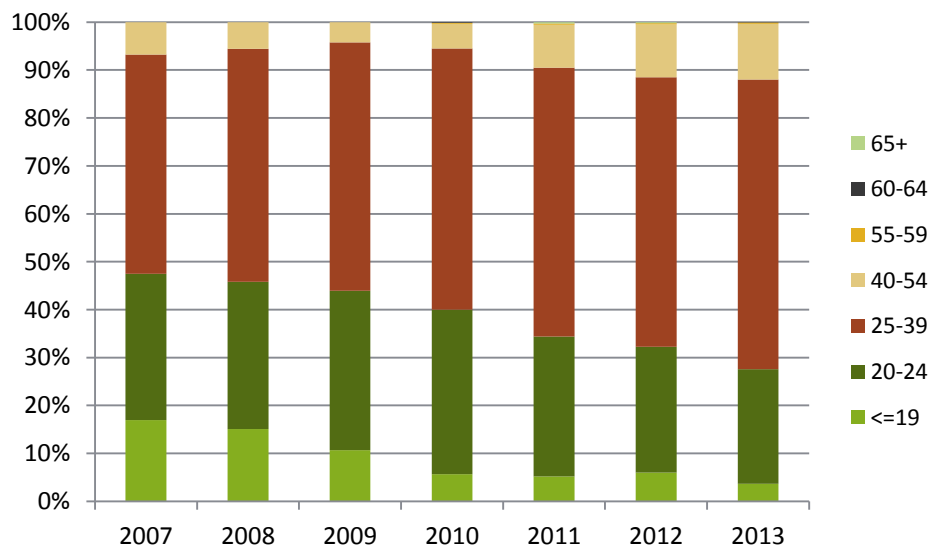
De eerder gesignaleerde<sup>13</sup> sterke groei van het aantal hulpvragers tussen 2007 en 2012 zet zich in 2013 niet voort. Het aantal hulpvragers is in 2013 bijna gelijk gebleven aan het aantal in 2012.

**Figuur 83:** GHB - Trend hulpvraag 2007-2013



### 8.4 Jong en oud

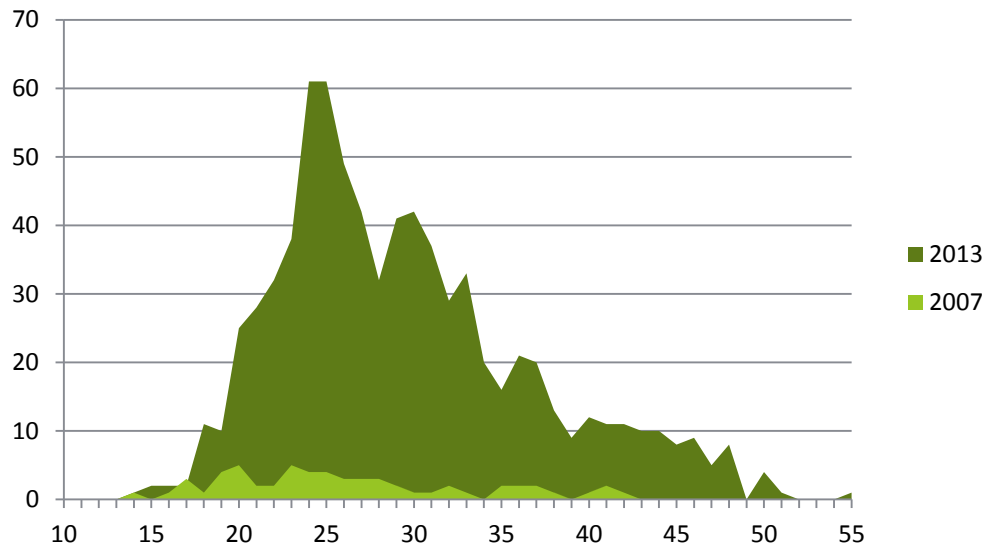
**Figuur 84:** GHB – Leeftijdscategorieën 2007-2013



GHB is niet uitsluitend een jongerenproblematiek. Het aandeel jongeren (<25 jaar) daalt. In 2007 was bijna de helft jonger dan 25 jaar. In 2013 is dit minder dan 30%. De gemiddelde leeftijd neemt hierdoor toe. In 2013 is één op de 8 hulpvragers ouder dan 40.

<sup>13</sup> Op <http://www.sivz.nl/nl/ladis/publicaties> is een publicatie over de hulpvraag van GHB te downloaden

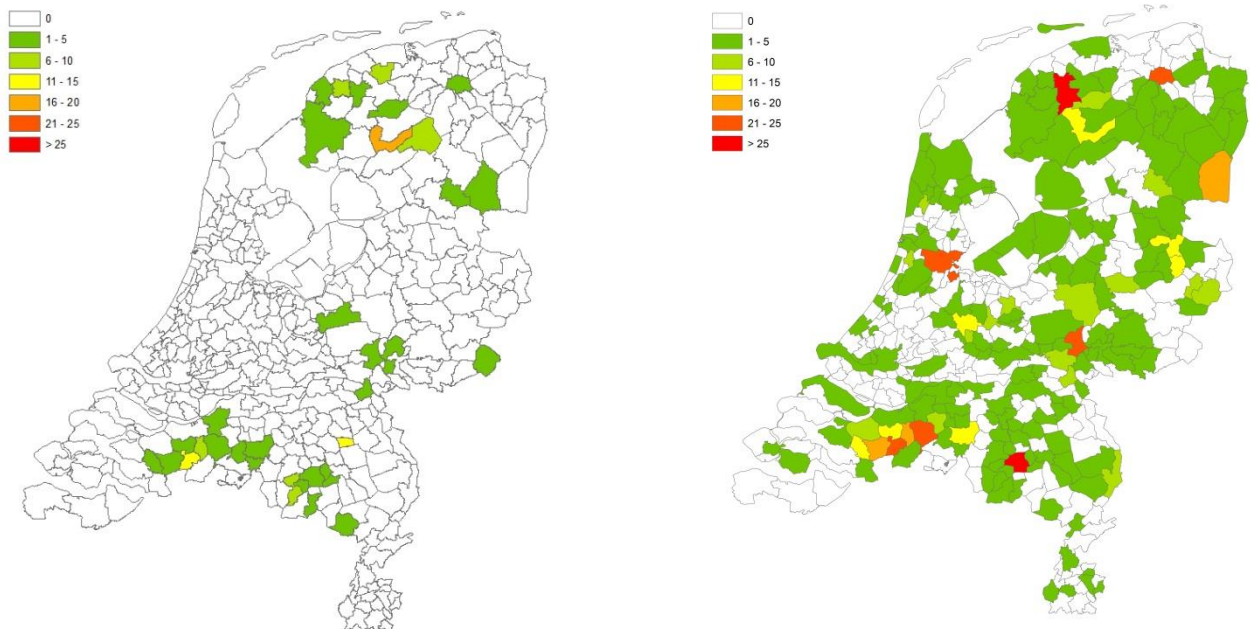
**Figuur 85: GHB - Leeftijdverdeling 2007 versus 2013**



De stijging ten opzichte van 2007 bij GHB-hulpvragers heeft het meest plaatsgevonden tussen de 20 en 35 jaar oud, met een piek tussen de 22 en 24 jaar.

### 8.5 Regionale spreiding

**Figuur 86: Aantal hulpvragers GHB problematiek per 100.000 inwoners 2007 en 2013**

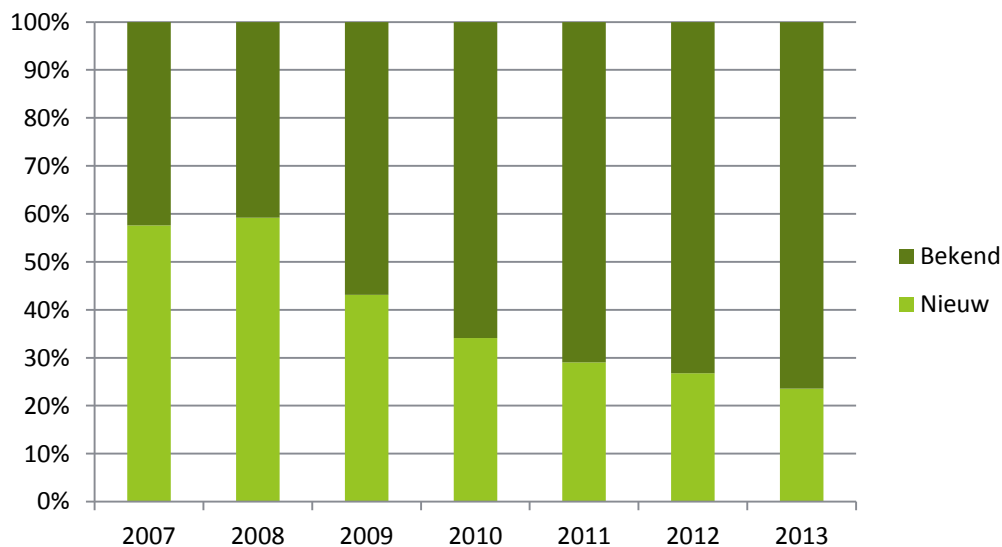


Deze kaartjes van GHB wijken af van de kaartjes van de regionale spreiding van de hulpvraag in de andere hoofdstukken. Aangezien GHB pas sinds 2007 wordt geregistreerd is dit als linkerkaartje genomen in plaats van 2004. De hulpvraag voor GHB ligt in Nederland in 2013 gemiddeld op 5 per 100.000 inwoners.

In figuur 86 is goed te zien dat de GHB hulpvraag zich in 2007 met name concentreerde in delen van Noord-Brabant en Friesland. In 2013 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 87: GHB - Trend nieuwe en bekende hulpvragers 2007-2013**



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.

## 8.7 Behandelingsgeschiedenis

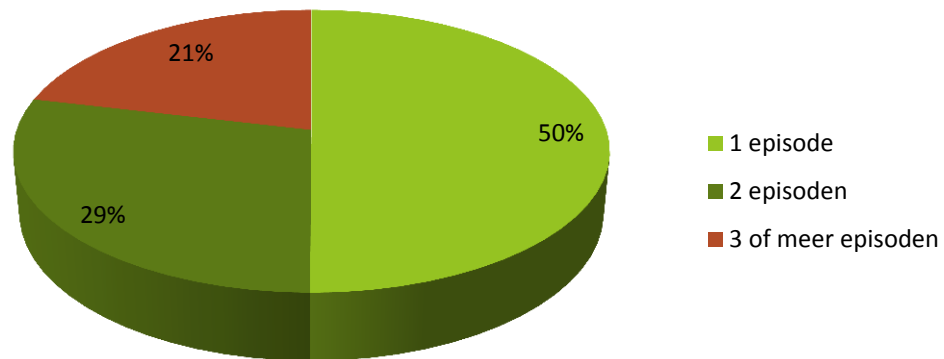
Een episode kan meerdere inschrijvingen en meerdere registratiejaren omvatten. De definitie van een episode zoals hier gehanteerd staat beschreven in bijlage III.

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

50% 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>.

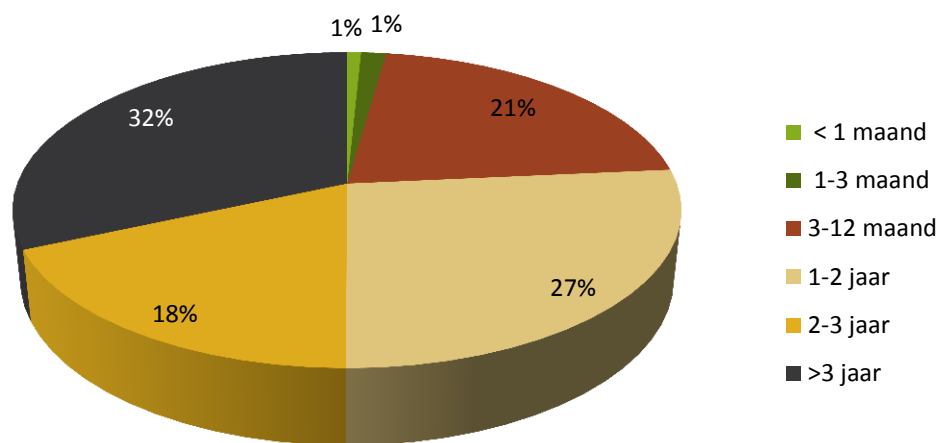
<sup>14</sup> Kamal R, Dijkstra BAG, van Iwaarden JA, Van Noorden MS, De Jong CAJ. Practice-based aanbevelingen voor de detoxificatie van patiënten met een stoornis in het gebruik van GHB. Resultaten Scoren, Amersfoort, 2013

**Figuur 88:** GHB – Aantal episoden in de verslavingszorg 2013 (N= 769)



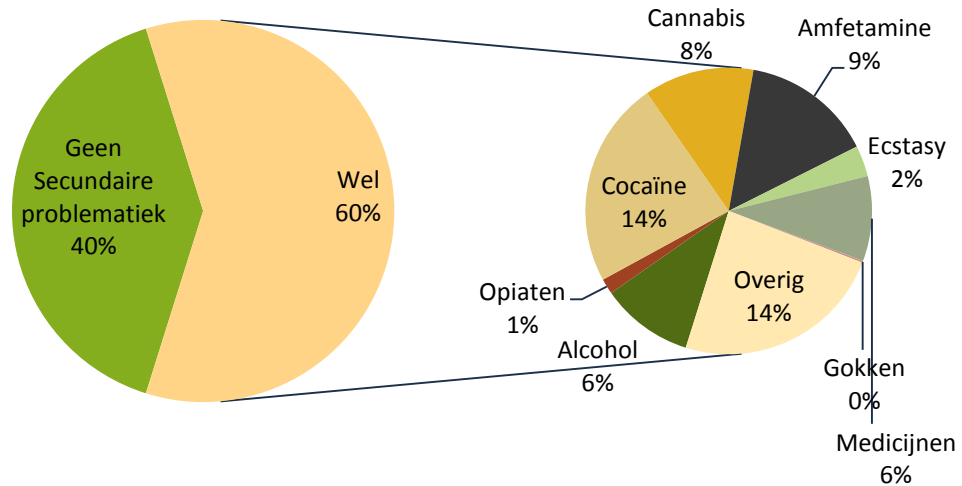
Ook bij de groep GHB-hulpvragers is er een gedeelte dat een langere geschiedenis in de verslavingszorg kent. Ongeveer een derde van de hulpvragers is meer dan 3 jaar ingeschreven (zie figuur 89).

**Figuur 89:** GHB- Totale duur alle episoden in 2013



## 8.8 Secundaire problematiek

Figuur 90: GHB - Secundaire problematiek 2013 (N=769)



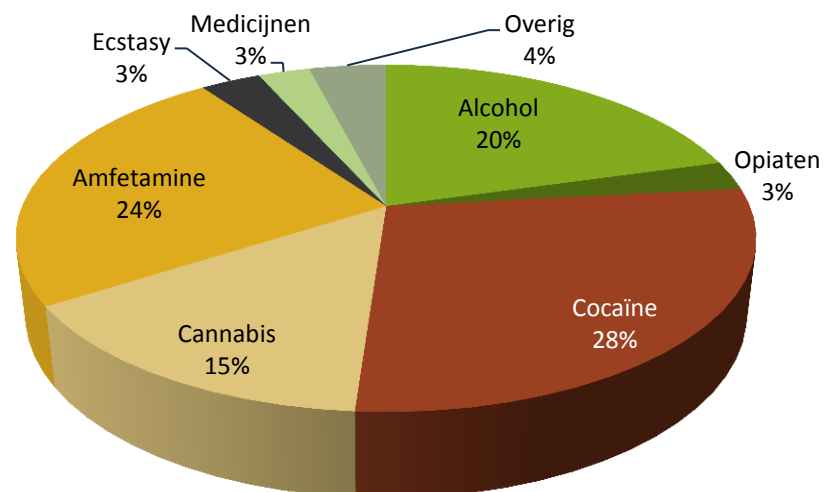
Van de GHB-hulpvragers heeft 60% naast GHB ook nog een secundaire problematiek. Cocaïne en amfetamine zijn de meest voorkomende bijmiddelen.

## 8.9 Gebruik als bijmiddel

De omvang van GHB als bijmiddel blijft nog beperkt. In 2013 waren er 186 hulpvragers waarbij GHB als bijmiddel werd geregistreerd.

In figuur 91 is de verdeling te zien bij welke primaire problematiek GHB als bijmiddel voorkomt.

Figuur 91: GHB – Gebruik als bijmiddel 2013 (N=223)



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

## 9 Medicijnen

### 9.1 Uitgelicht

- Hulpvraag medicijnen licht 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 treedt daarna een daling in. Grotendeels (73%) betreft het problemen met benzodiazepines, die tot de meest gebruikte medicijnen in Nederland horen. Het aantal personen met een hulpvraag in de verslavingszorg is maar een klein deel van het geschat aantal probleemgebruikers in de bevolking (zie tabel 3). De gemiddelde leeftijd ligt op 45 jaar en het aandeel vrouwen is met 45% het hoogst in de verslavingszorg in vergelijking met andere problematieken.

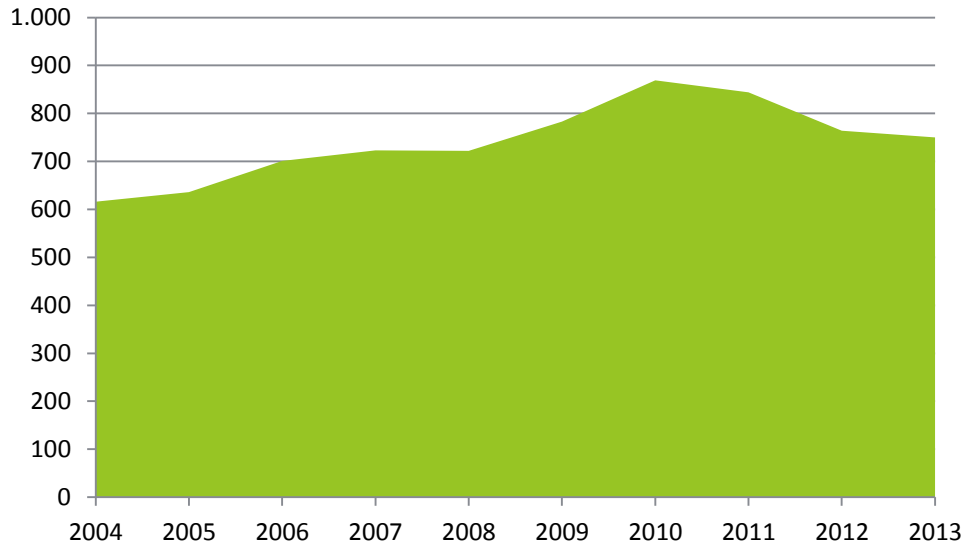
**Tabel 15: Overzicht medicijnen hulpvraag 2013**

<b>Demografie</b>		
Aantal hulpzoekers		750
Man : Vrouw		55 : 45
Gemiddelde leeftijd		44,6
Aandeel 25-		5%
Aandeel 55+		21%
Aandeel autochtoon		69%
Aantal per 100.000 inwoners		5
<b>Problematiek</b>		
Aandeel in verslavingszorg		1.1%
Gebruik als bijmiddel		3.129
Enkelvoudig : Meervoudig		56 : 44
Eerste inschrijving ooit		23%
Gemiddeld aantal contacten/cliënt		33



### 9.3 Trends en ontwikkeling van de hulpvraag

Figuur 92: Medicijnen - Trend hulpvraag 2004-2013

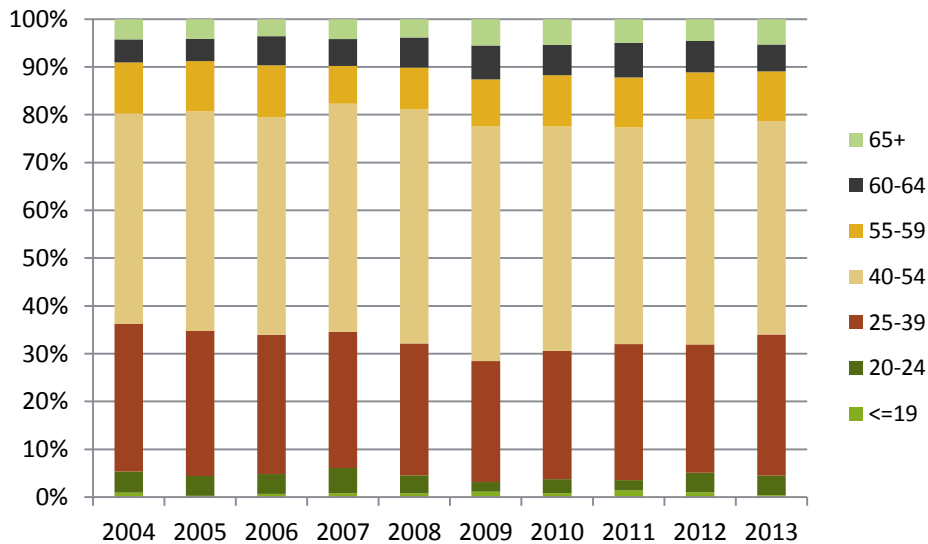


Na een jarenlange stijging is sinds 2010 sprake van een daling van de hulpvraag voor medicijnen.

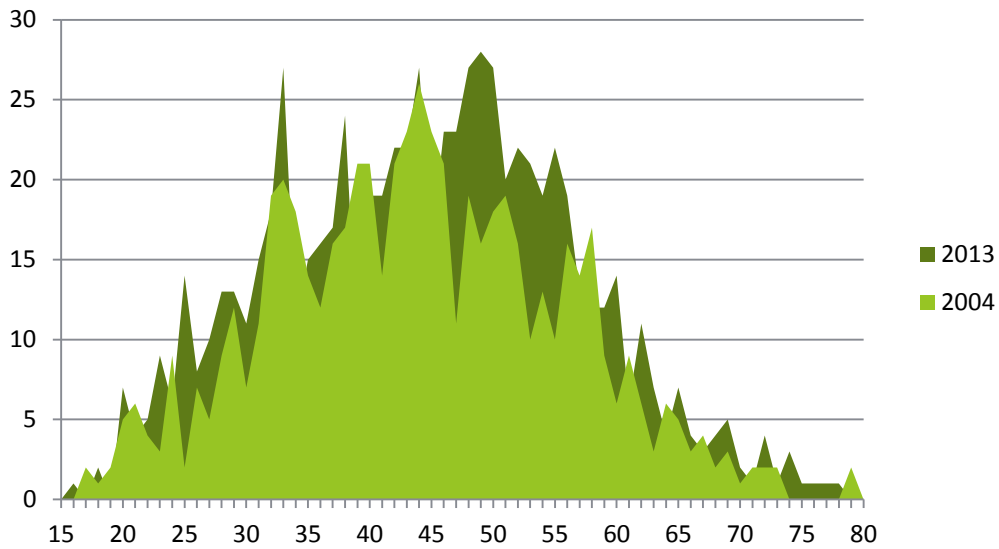
### 9.4 Jong en oud

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

Figuur 93: Medicijnen – Leeftijdscategorieën 2004-2013



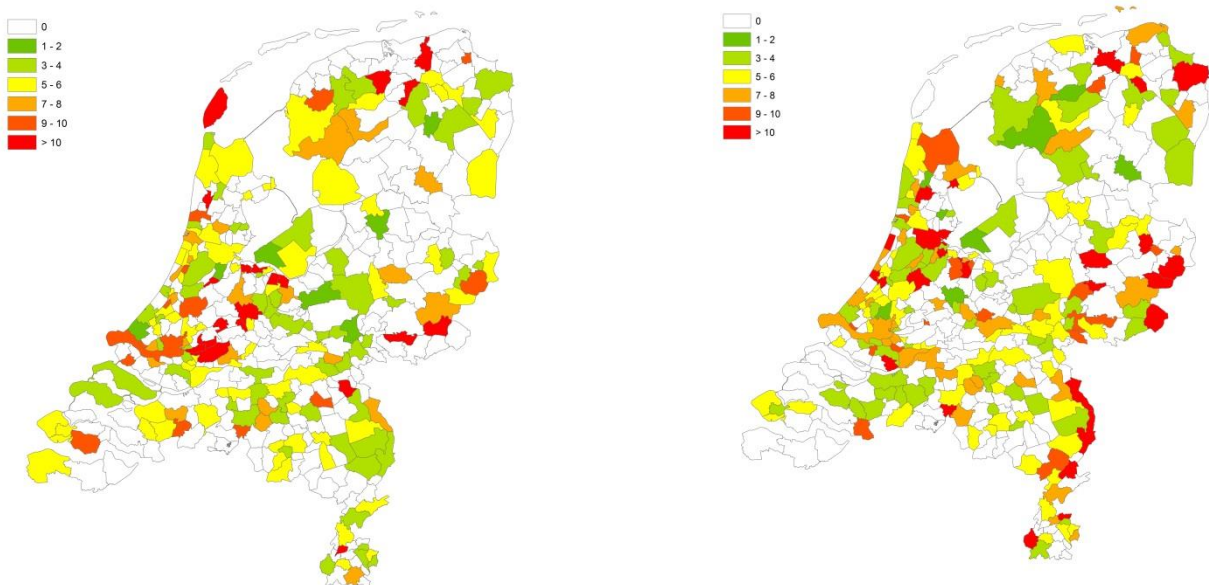
**Figuur 94: Medicijnen - Leeftijdsverdeling 2004 versus 2013**



De leeftijdsverdeling van 2013 lijkt erg op de leeftijdsverdeling van 10 jaar geleden.

### 9.5 Regionale spreiding

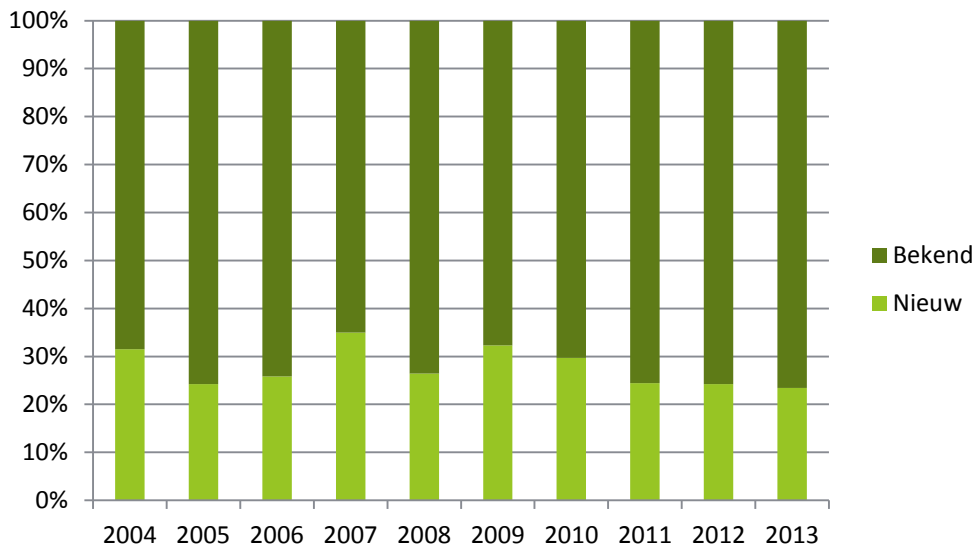
**Figuur 95: Aantal hulpvragers medicijnenproblematiek per 100.000 inwoners 2004 en 2013**



Het landelijke gemiddelde van de hulpvraag voor medicijnen ligt in 2013 op 45/1.000.000 inwoners. In 2004 was dit 38/1.000.000 inwoners.

### 9.6 Nieuw en bekend

**Figuur 96: Medicijnen - Trend nieuwe en bekende hulpvragers 2004-2013**



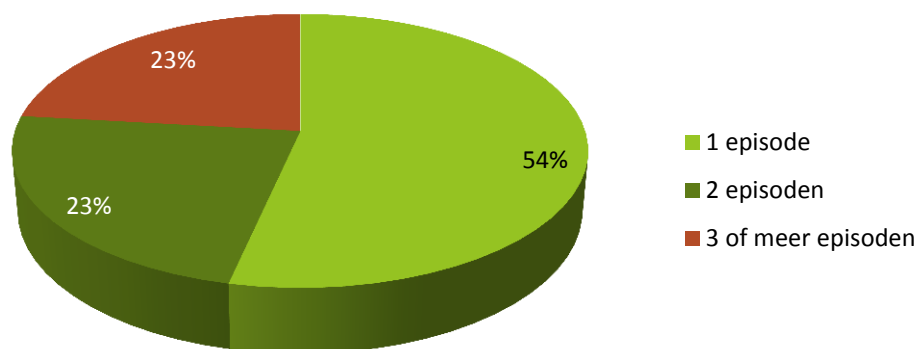
Het aandeel nieuwkomers is de laatste drie jaar constant en bedraagt ongeveer 25%.

### 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.

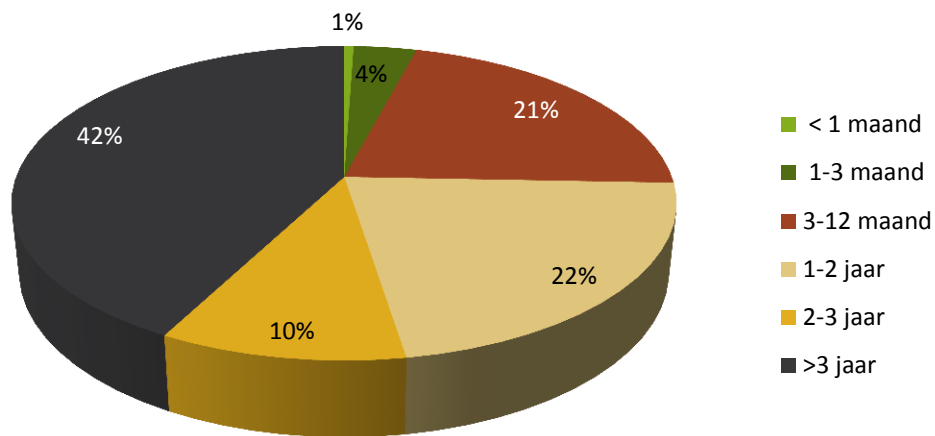
Voor het grootste deel zitten de hulpvragers voor medicijnen in hun eerste aaneengesloten periode in de verslavingszorg. 46% van de groep uit 2013 kent meerdere episoden.

**Figuur 97: Medicijnen – Aantal episoden in de verslavingszorg 2013 (N=750)**



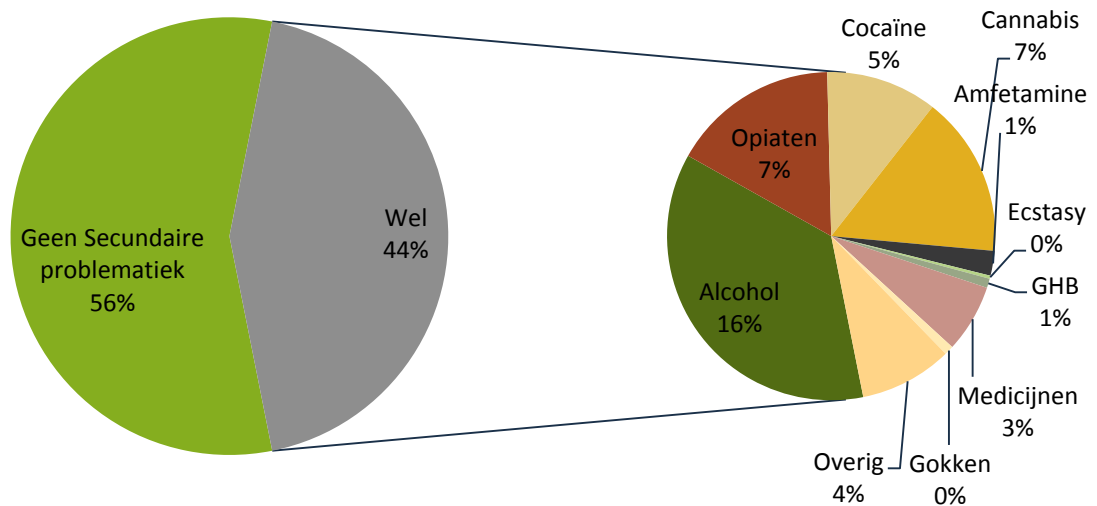
Ongeveer drie kwart van de hulpvragers heeft een totale episodeduur van meer dan een jaar.

Figuur 98: Medicijnen- Totale duur alle episoden in 2013



### 9.8 Secundaire problematiek

Figuur 99: Medicijnen - Secundaire problematiek 2013 (N=750)



Bijna de helft van de hulpvragers voor medicijnen heeft naast medicijnen ook andere problematiek. De grootste groep is alcohol. Eén op de zes medicijnhulpvragers heeft alcohol als secundaire problematiek. Daarnaast komen opiaten, cocaïne en cannabis veel voor als bijmiddel.

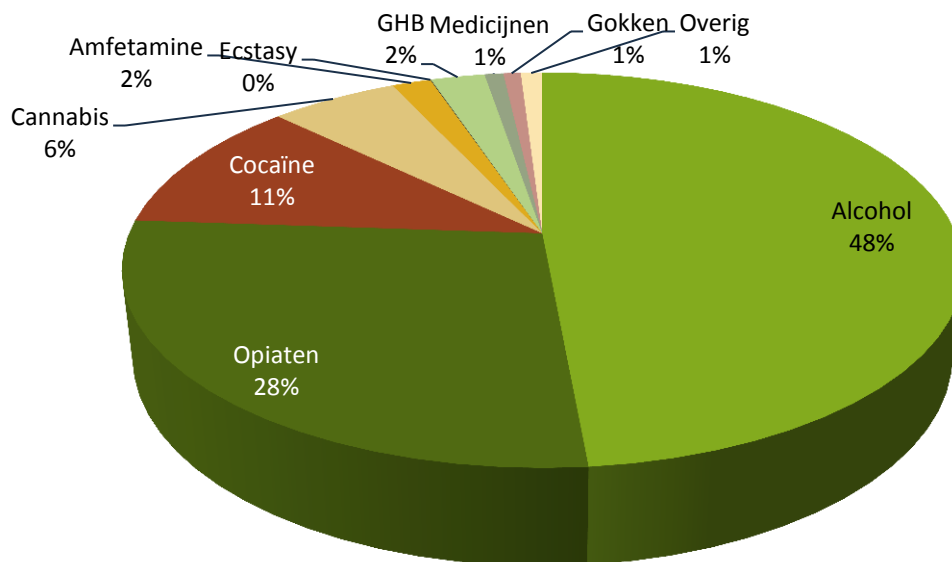
### 9.9 Gebruik als bijmiddel

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

In 2013 waren er 3.129 hulpvragers waarbij medicijnen als bijmiddel werd geregistreerd. Dit is dus het vierdubbele van het aantal personen met medicijnen als primaire problematiek.

In figuur 100 is de verdeling te zien bij welke primaire problematiek medicijnen als bijmiddel voorkomen.

**Figuur 100: Medicijnen – Gebruik als bijmiddel 2013 (N=3.129)**



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

- Hulpvraag gokkers voor het derde opeenvolgende jaar gedaald.
- Internet meest genoemd als plaats van het problematisch gokken.

### 10.2 In het kort

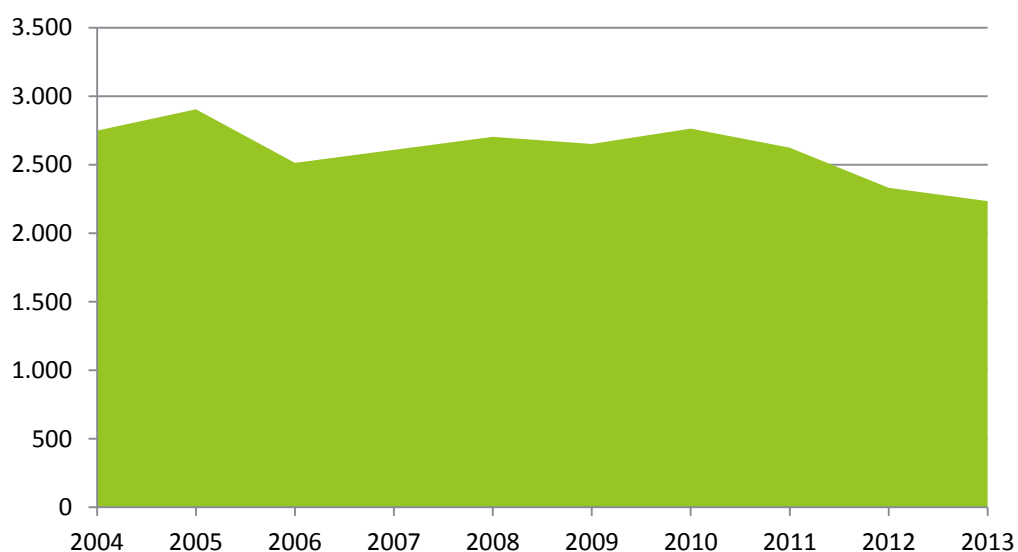
Tabel 16: Overzicht gokken hulpvragers 2013

Demografie		
Aantal hulpzoekers		2.234
Man : Vrouw		86 : 14
Gemiddelde leeftijd		37,8
Aandeel 25-		15%
Aandeel 55+		11%
Aandeel autochtoon		62%
Aantal per 100.000 inwoners		13
Problematiek		
Aandeel in verslavingszorg		3.4%
Als nevenproblematiek		1.039
Enkelvoudig : Meervoudig		79 : 21
Eerste inschrijving ooit		33%
Gemiddeld aantal contacten/cliënt		16

### 10.3 Trends en ontwikkeling van de hulpvraag

Sinds 2010 is er sprake van een daling van het aantal hulpvragers voor gokken.

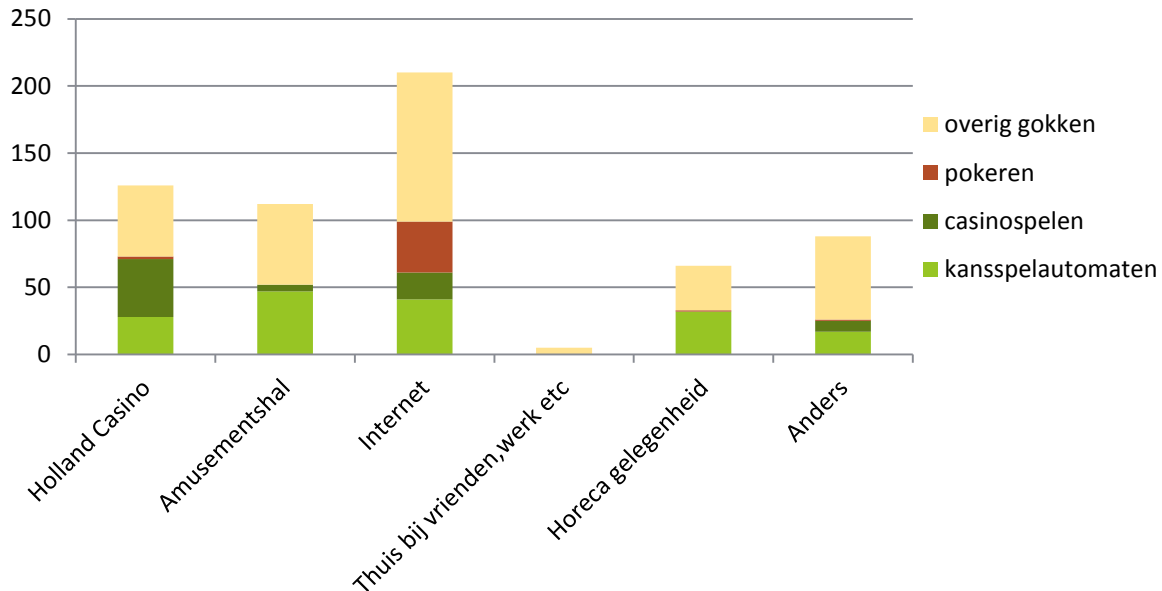
Figuur 101: Gokken – Aantal hulpvragers 2004-2013



Een aantal instellingen registreert naast de primaire problematiek gokken ook het soort gokspel en de plaats waar het gokken voornamelijk plaatsvond.

In 2013 is van 607 mensen bekend wat voor soort gokspel het betreft en waar het gokken overwegend plaatsvond. Deze verdeling is te zien in figuur 102.

**Figuur 102: Soort gokken naar plaats gokken 2013 (n=607)**



Internet wordt het meest genoemd als plaats van het gokken, gevolgd door Holland Casino en de amusementshal. Bijna alle mensen met een hulpvraag voor pokeren doen dit online.

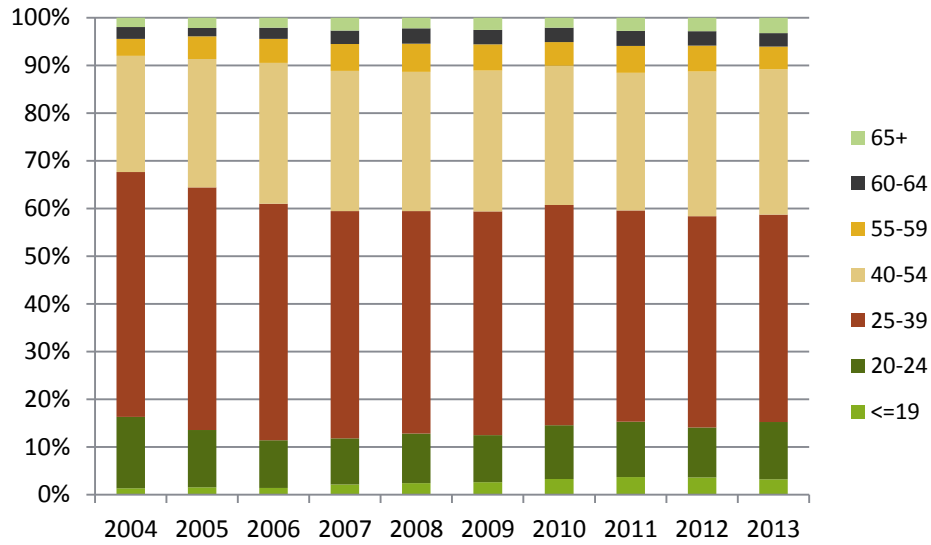
Bij het interpreteren van deze cijfers dient voorzichtigheid te worden betracht omdat de plaats en het soort gokken bij veel hulpvragers niet geregistreerd is.

Deze informatie wordt wel steeds belangrijker in verband met de modernisering van het Nederlands Kansspelbeleid. Hieronder valt onder meer de introductie van legale online kansspelen en (sport) weddenschappen en de herziening van de casinomarkt, het loterijstelsel en de speelautomatenhallen. Om effecten goed te kunnen monitoren is het zeer wenselijk dat deze gegevens met betrekking tot soort spel en plaats gokken van de hulpvragers in de verslavingszorg beschikbaar komen.

#### 10.4 Jong en oud

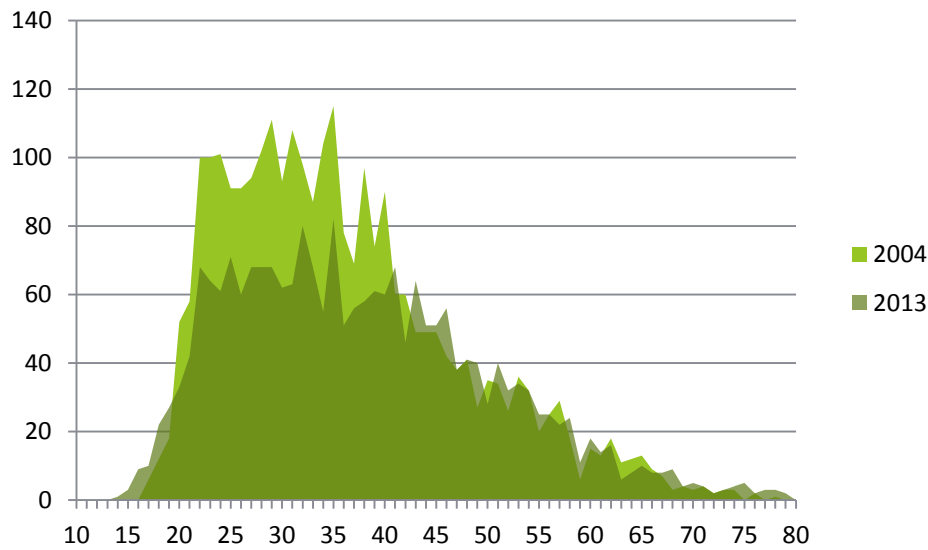
De laatste jaren is de leeftijdsverdeling van de hulpvragers voor gokken constant. De grootste groep is de leeftijdscategorie 25-40 jaar.

**Figuur 103: Gokken – Leeftijdscategorieën 2004-2013**



Uit figuur 104 blijkt dat de in vergelijking met 2004 er in 2013 vooral minder hulpvragers zijn in de leeftijdscategorie 20-40 jaar.

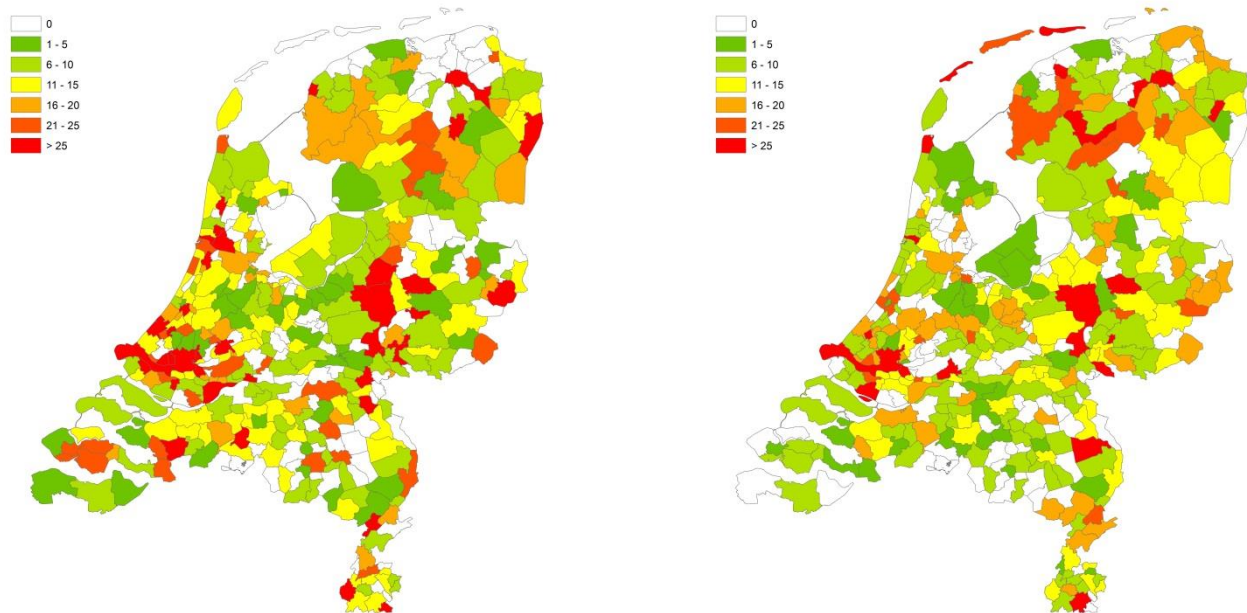
**Figuur 104: Gokken - Leeftijdsverdeling 2004 versus 2013**





## 10.5 Regionale spreiding

**Figuur 105:** Aantal hulpvragers gokproblematiek per 100.000 inwoners 2004 en 2013

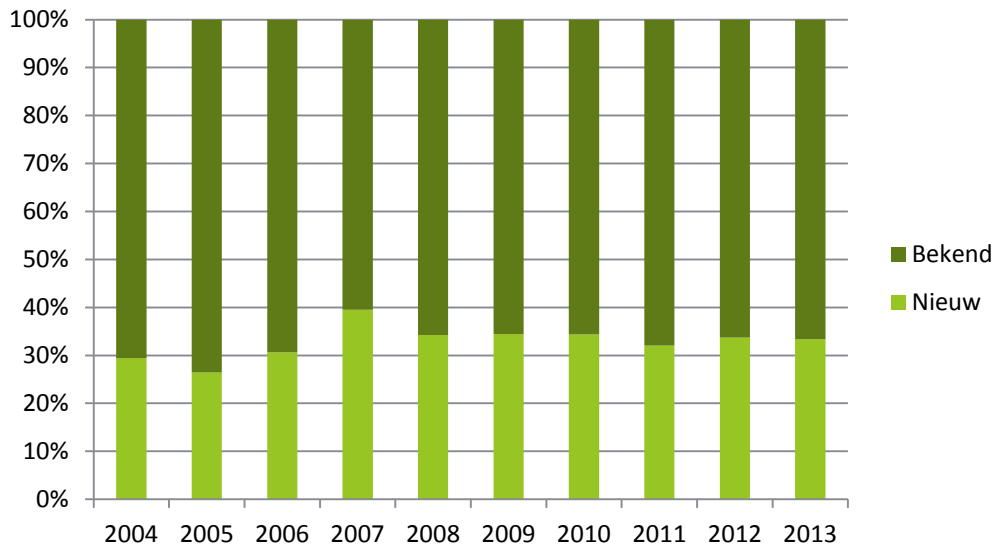


Het landelijke gemiddelde van de hulpvraag voor gokken ligt in 2004 op 17 en in 2013 op 13/100.000 inwoners.

## 10.6 Nieuw en bekend

De verhouding tussen nieuwe en bekende hulpvragers met gokproblematiek is ondanks een aantal schommelingen in de afgelopen 10 jaar min of meer gelijk gebleven. Circa 35% is in 2013 voor het eerst aangemeld bij de verslavingszorg.

**Figuur 106: Gokken - Trend nieuwe en bekende hulpvragers 2004-2013**

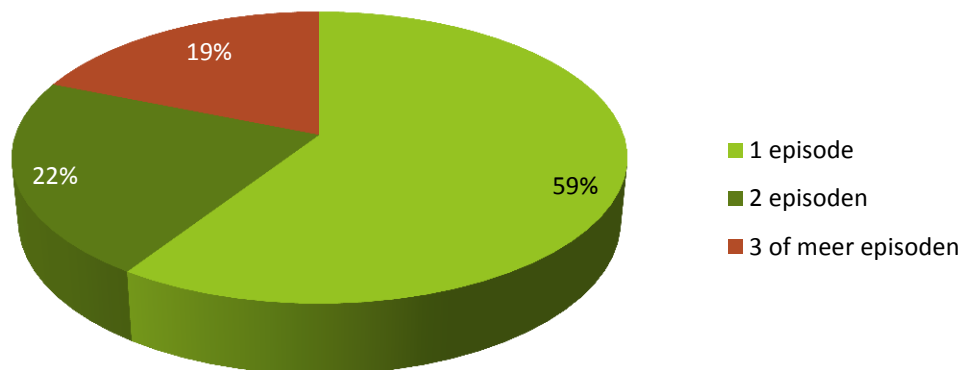


### 10.7 Behandelgeschiedenis

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

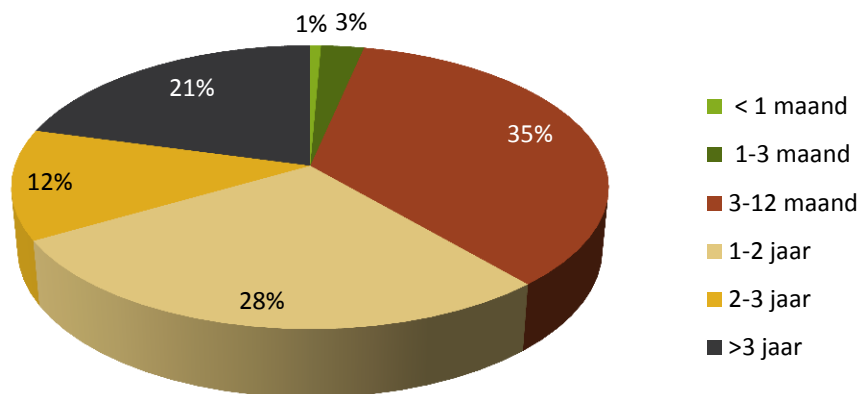
Bij 59% van de hulpvragers voor gokken betreft het in 2013 de eerste episode in zorg. 19% van de hulpvragers uit 2013 heeft 3 of meer episodën gehad in de verslavingszorg.

**Figuur 107: Gokken – Aantal episodën in de verslavingszorg 2013 (N=2.234)**



De totale duur van alle episodën 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 episodën in zorg. Het aandeel hulpvragers dat in totaal minder dan een jaar heeft verbleven in de verslavingszorg bedraagt 40% in 2013. Een op de vijf heeft een totale episodeduur van meer dan 3 jaar.

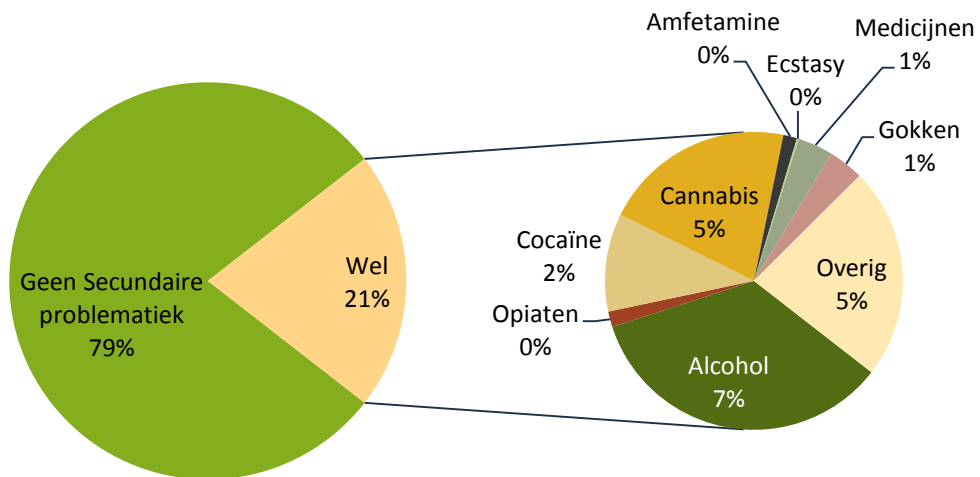
**Figuur 108:** Gokken - Totale duur alle episoden in 2004-2013



### 10.8 Secundaire problematiek

Personen die zich met gokproblematiek melden bij de hulpverlening hebben in 79% van de gevallen geen andere problematiek. In 7% van de gevallen speelt ook alcoholproblematiek een rol en bij 5% van de hulpvragers gaat het om cannabis.

**Figuur 109:** Gokken - Secundaire problematiek 2013 (N=2.234)

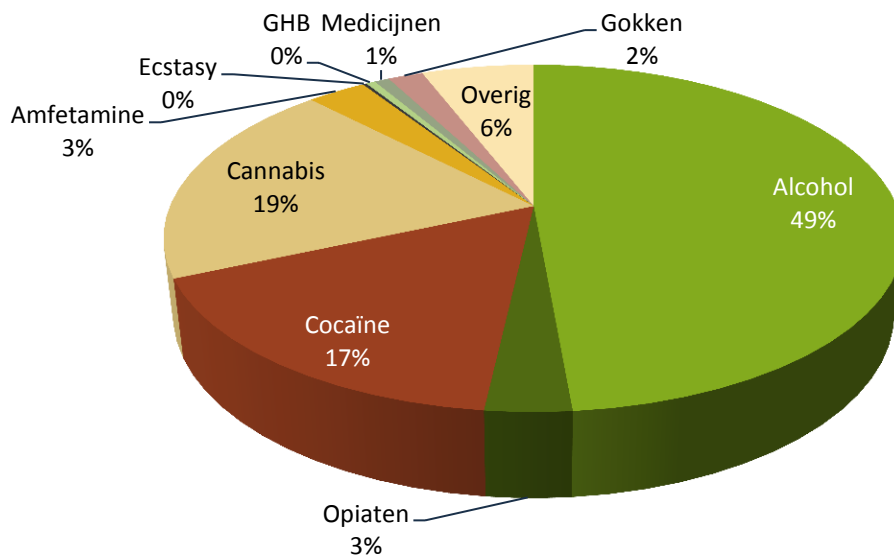


### 10.9 Gokken als nevenproblematiek

Het problematisch gokken als nevenproblematiek bij andere primaire problematiek komt ook voor. In 2013 waren er ruim 1.000 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 110: Gokken – als nevenproblematiek 2013 (N=1.039)**



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

## 11 Overig

### 11.1 Uitgelicht

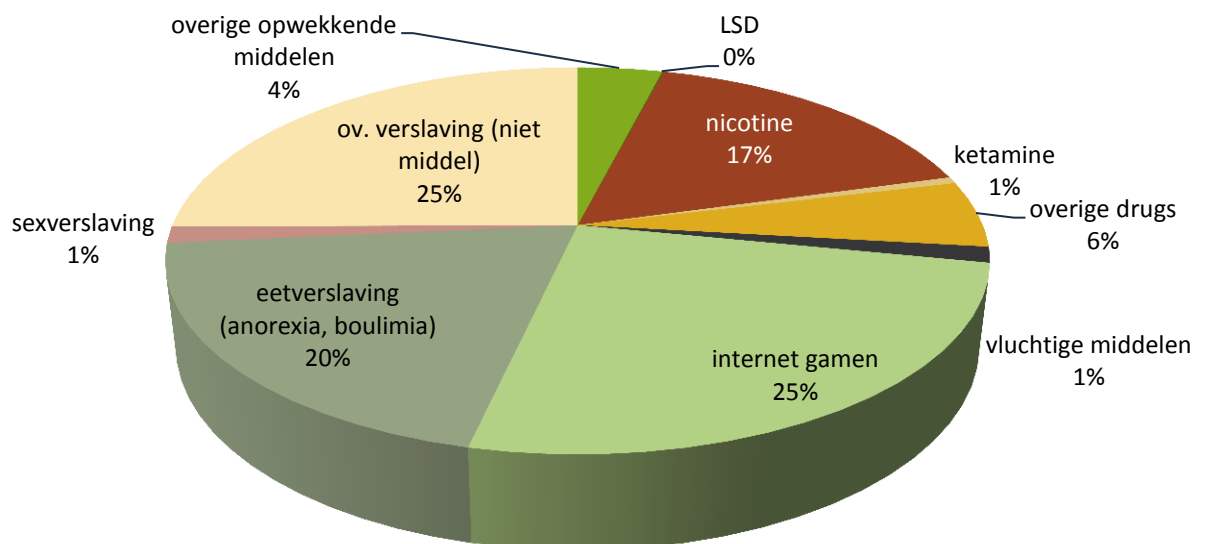
- Hulpvraag problematisch internetgamen neemt toe naar 529 personen.
- Ruim 300 rookverslaafden in behandeling in 2013.
- Hulpvraag voor eetstoornissen neemt in 2013 niet meer toe.

### 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 111 worden deze in hoofdgroepen gepresenteerd. In tabel 17 zijn alle categorieën in detail zichtbaar.

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

**Figuur 111: Hoofdgroepen binnen de categorie overige hulpvragen 2013**



Uit figuur 110 blijkt dat er ook nog een relatief grote groep “overige verslaving niet middel” bestaat. Hieronder vallen internetverslavingen als chatten. Het is goed mogelijk dat in deze categorie ook nog een aantal gamers zitten die ten onrechte niet bij de groep internet is geregistreerd. Hetzelfde geldt voor de groep seksverslaving. Deze categorie is relatief nieuw in de verslavingszorg en wordt waarschijnlijk ook nog in de categorie “overig” geregistreerd.

Tabel 17: Overige hulpvragen 2013

	N	%
Qat	2	0,1%
Overige opwekkende middelen	73	3,7%
Lsd	7	0,4%
Nicotine	318	16,2%
Ketamine	15	0,8%
Overige drugs	175	8,9%
Vluchtige middelen	20	1,0%
Internet gamen	529	26,9%
Eetverslaving (anorexia, boulimia)	286	14,5%
Seksverslaving	120	6,1%
Overige verslaving (niet middel)	423	21,5%
Totaal	1.968	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 komt overeen met circa 12.000 jongeren.<sup>15</sup>

5 jaar geleden in 2009 waren er 69 personen met een hulpvraag voor internet gamen. In 2013 is dit aantal gestegen naar 529.

#### 11.3.1 In het kort

Tabel 18: Internetgamen - Overzicht hulpvragers 2012

Demografie		
Aantal hulpzoekers		529
Man : Vrouw		94 : 6
Gemiddelde leeftijd		21.5
Aandeel 25-		76%
Aandeel 55+		1.1%
Aandeel autochtoon		92%
Aantal per 100.000 inwoners		2
Problematiek		
Enkelvoudig : Meervoudig		80 : 20
Eerste inschrijving ooit		55%

<sup>15</sup> Van Rooij, A. J. (2011). Online Video Game Addiction. Exploring a new phenomenon [PhD Thesis]. Rotterdam; Erasmus Universiteit Rotterdam

Hulpvraag voor internetgamen is duidelijk een mannenprobleem. Het zijn overwegend jongeren, maar zeker niet uitsluitend. Het merendeel komt in 2013 voor het eerst terecht in de verslavingszorg. Het betreft dus grotendeels een nieuwe groep.

#### 11.4 Eetstoornissen

Tussen 2010 en 2012 was er sprake van een stijging van de hulpvraag in het kader van eetstoornissen (boulimie, anorexia). In 2013 neemt dit aantal in vergelijking met 2012 af naar iets minder dan 300 personen.

##### 11.4.1 In het kort

Tabel 19: Eetstoornissen - Overzicht hulpvragers 2012

Demografie		
	Aantal hulpzoekers	286
	Man : Vrouw	12 : 88
	Gemiddelde leeftijd	38.3
	Aandeel 25-	17%
	Aandeel 55+	13%
	Aandeel autochtoon	92%
Problematiek		
	Enkelvoudig : Meervoudig	96 : 4
	Eerste inschrijving ooit	50%

In 2013 klopten 286 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 2013**

Demografie		
	Aantal hulpzoekers	20.777
	Man : Vrouw	90 :10
	Gemiddelde leeftijd	36.1
	Aandeel 25-	19.8%
	Aandeel 55+	5.9%
	Aandeel autochtoon	50%

In 2013 zijn er ruim 20.000 unieke personen afkomstig uit verslavingsreclassering.

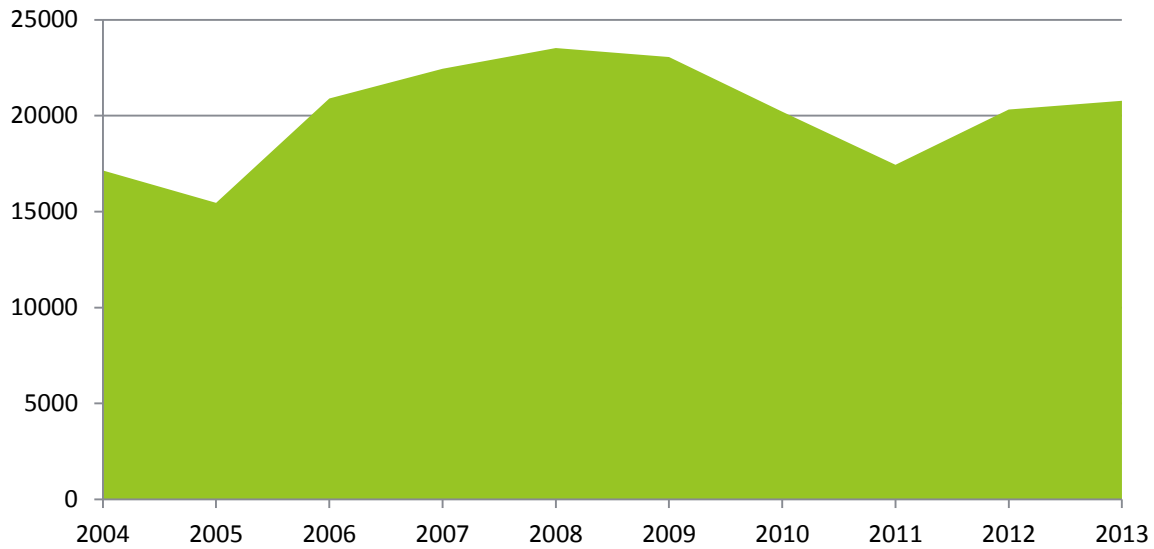
Ongeveer een derde (n=6.750) heeft ook contacten in de reguliere verslavingszorg in hetzelfde jaar. Slechts minder dan 10% is vrouw en de gemiddelde leeftijd ligt met 36 bijna 6 jaar onder de gemiddelde leeftijd van de verslavingszorg. De groep autochtonen in de verslavingsreclassering is ten opzichte 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 2004 en 2013. 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>16</sup>

<sup>16</sup> SVG en IVZ hebben een traject ingezet om de reclasseringscijfers t.b.v. LADIS te verbeteren.



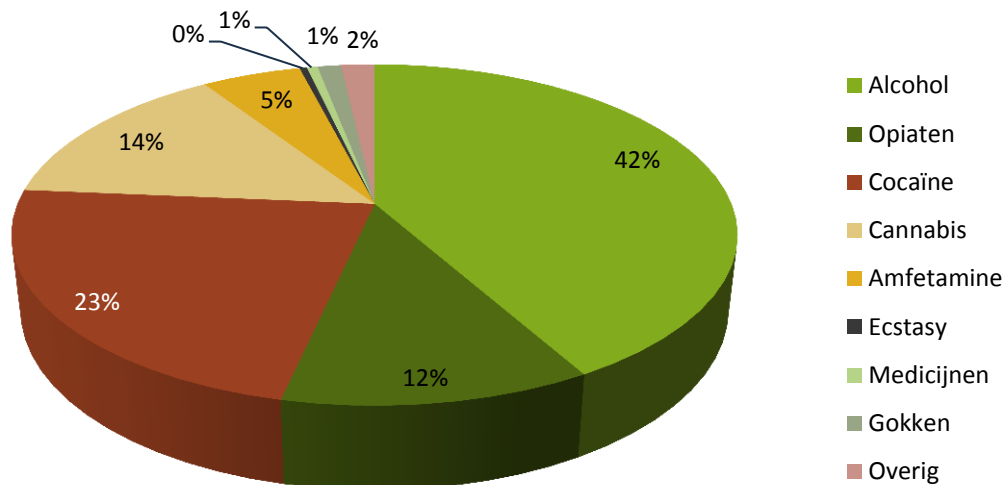
**Figuur 112: Hulpvraag verslavingsreclassering: Aantal unieke cliënten 2003 - 2012**



### 12.3 Personen naar primaire problematiek

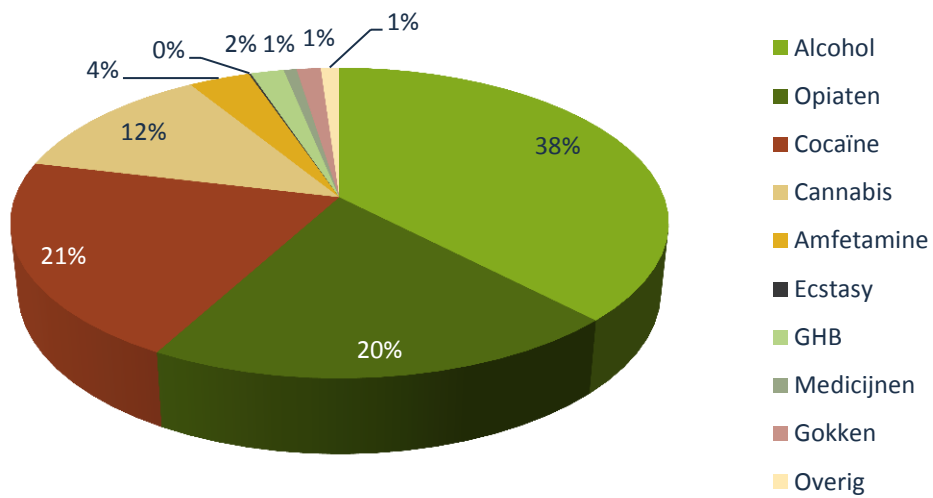
In figuur 113 is de verdeling te zien van de groep waarbij de primaire problematiek bekend is. Alcohol is met 42% de meest voorkomende primaire problematiek, gevolgd door cocaïne met 23%.

**Figuur 113: Primaire problematiek verslavingsreclassering 2013 (N=4.083)**



De percentages uit figuur 113 dienen met enige voorzichtigheid te worden bekeken omdat er van ongeveer 80% geen primaire problematiek bekend is en 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=6.750). Deze verdeling is te zien in figuur 114.

**Figuur 114: Primaire problematiek groep overlap verslavingszorg en verslavingsreclassering 2013 (N=6.750)**



De groep met zowel een inschrijving in de verslavingszorg als in de verslavingsreclassering, heeft een aantal verschillen met de verdeling van de primaire problematiek.

Het opvallendste verschil met de groep die in beide sectoren bekend is, is een lager percentage alcohol en een hoger percentage opiaten als primaire problematiek.

## Bijlage I: Deelnemende Instellingen

Jellinek (onderdeel van Arkin)

Bouman GGZ (onderdeel van de Antes groep)

Brijder Verslavingszorg (onderdeel van de Parnassia Groep)

De Brug Midden-Nederland

Emergis

GGD Amsterdam

IrisZorg

Mondriaan Zorggroep

Novadic-Kentron

Stichting De Hoop

Tactus Verslavingszorg

Verslavingszorg Noord Nederland

Victas

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. Hierdoor kunnen cijfers in de Kerncijfers Verslavingszorg 2013 afwijken van de cijfers uit voorgaande edities.

Hieronder worden twee elementen toegelicht:

### 1. Aanlevering van De Brug

De Brug Midden-Nederland heeft gegevens aan het LADIS aangeleverd met terugwerkende kracht.

Alle inschrijvingen vanaf 2008 zijn verwerkt.

Helaas bleek Arta verslavingszorg onderdeel van de Lievegoed Zorggroep in 2013 niet in staat een bruikbare aanlevering te doen en is buiten de cijfers gehouden.

### 2. Verrijking met ASI en Mate gegevens

Van een aantal instellingen zijn Mate en ASI-gegevens over de periode 2007-2012 ontvangen waarmee de LADIS data verrijkt zijn.

Hierdoor is met name de kwaliteit van de data omtrent secundaire problematiek, onderscheid snuifcokes en crack, soort en plaats gokverslaving en duur van de problematiek verbeterd.

## 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 episodes 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.

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: 978-90-5726-057-5

### Auteurs:

D.J. Wisselink	Projectcoördinator
Drs. W.G.T. Kuijpers MMO	Projectmanager
Drs. A. Mol	Stafmedewerker

### Aan deze publicatie werkten tevens mee:

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

© juni 2014 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).



**Stichting Informatie Voorziening Zorg**

Randhoeve 231

Postbus 504

3990 GH Houten

t +31 (0)30 - 635 82 20

[www.sivz.nl](http://www.sivz.nl)

[info@sivz.nl](mailto:info@sivz.nl)