REGISTRATIE 2013

DRUGHULPVERLENING

VLAANDEREN

VVBV

HEADLINES

Paul VAN DEUN

VVBV registratie rapport 2013

1 Situering

Dit rapport is gemaakt met de gegevens die de Vlaamse centra gespecialiseerd in drugshulpverlening elk jaar verzamelen over cliënten die een behandelperiode starten.

Het betreft hier een overeengekomen dataset zoals voorgesteld door het European Monitoring Center on Drugs and Drugs Abuse, de TDI- gegevens: Treatment Demand Inventory. De inclusiecriteria en betekenis van de gebruikte codes zijn duidelijk omschreven. Het betreft mensen met een middelen gerelateerde stoornis wat wordt gedefinieerd in hun 'conventie' of overeenkomst met het RIZIV. Deze centra verzamelen dus elk jaar dezelfde gegevens bij gelijkaardige patiënten zodat vergelijking met vorige jaren mogelijk wordt een trends kunnen worden onderscheiden..

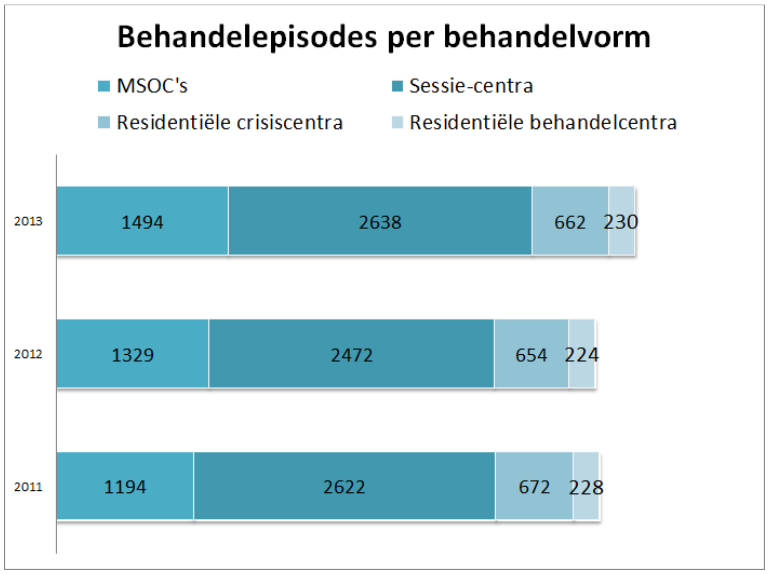
Sinds 2011 verzamelt het Wetenschappelijk Instituut voor de Volksgezondheid (WIV) deze gegevens bij de centra. Hierbij wordt een unieke identificatie variabele versleuteld waardoor er een geanonimiseerde dataset beschikbaar wordt.

Alle centra in Vlaanderen die met het RIZIV een conventie hebben zijn lid van de VVBV (de Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenzorg) en werken aan deze gegevens verzameling mee. De dekkingsgraad is hoog.

2 Aantallen

In al de Riziv geconventioneerde centra samen werden in 2013 5026 behandel periodes opgestart. Eenzelfde persoon kan in twee of meer voorzieningen in hetzelfde jaar een behandeling starten. Dat kan geïndiceerd zijn in de fase van de problematiek waarin hij zich bevindt. Een ambulante begeleiding kan soms niet volstaan en bij escalatie is een opname nodig. Na een residentiële behandeling is een ambulante nazorg noodzakelijk. Deze patiënten worden dan 'dubbel' geteld. Wanneer dit gebeurt binnen dezelfde organisatie zijn deze dubbeltellingen eruit gehaald en worden de kenmerken van de eerste behandelperiode genomen.

De 5026 opgestarte behandelingen zijn er 344 meer dan het vorige jaar, een stijging met 7%. In 2012 is er een lichte daling geweest met 36 periodes. Deze stijging is een reële stijging van de vraag, het aanbod is gelijk gebleven, er zijn geen behandelplaatsen bijgekomen.

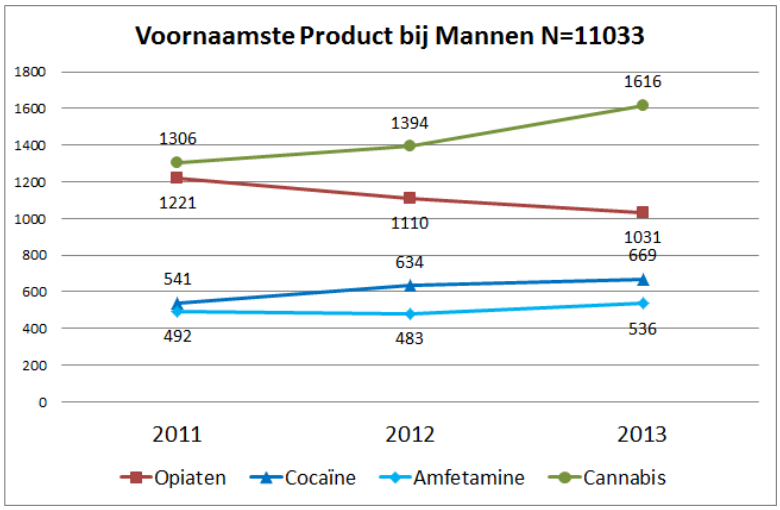


Figuur 1: Behandelepisodes per behandelvorm

2.1 Evolutie voornaamste product

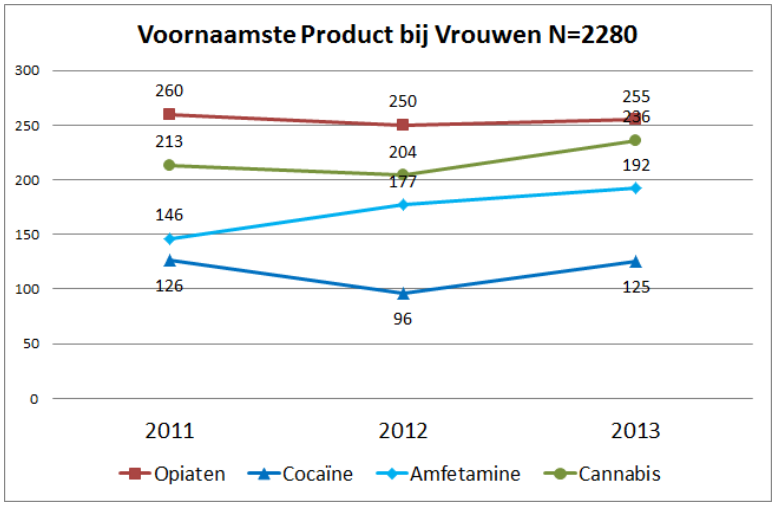
Er is een duidelijk verschil in de evolutie van het gebruik tussen mannen en vrouwen. Omdat de groep mannen 4 maal groter is dan de groep vrouwen kleurt het mannelijk beeld de perceptie van de evolutie van de drugsgebruikers in Vlaanderen. We bespreken mannen en vrouwen apart.

Bij mannen blijkt dat cannabis als voornaamste product de opiaten voorbij is gegaan na 2010. Ook de stimulantia (amfetamines en cocaïne samen) hebben vanaf 2012 de opiaten bijgebeend en voorbijgestoken. Er is een gestage afname van het aantal opiaatgebruikers. In 2008 waren de nieuwe aanvragen voor een behandeling voor opiaatafhankelijkheid op hun hoogtepunt met nadien een gestage afname. Sinds 2009 is er een sterke groei van het aantal cannabisgebruikers in behandeling.



Figuur 2: Evolutie voornaamste product mannen

Kijken we naar de evoluties de laatste 3 jaar bij vrouwen dan zien we een ander beeld. De grootste groep wordt gevormd door de aanvragen van stimulantiagebruiksters (amfetamine en cocaïne opgeteld). Deze groep vertoont de grootste stijging. Cannabisgebruik neemt lichtjes toe en opiaatgebruik stagneert maar vormt toch nog de tweede grootste groep of zelfs de grootste groep als men de stimulantia terug splitst.

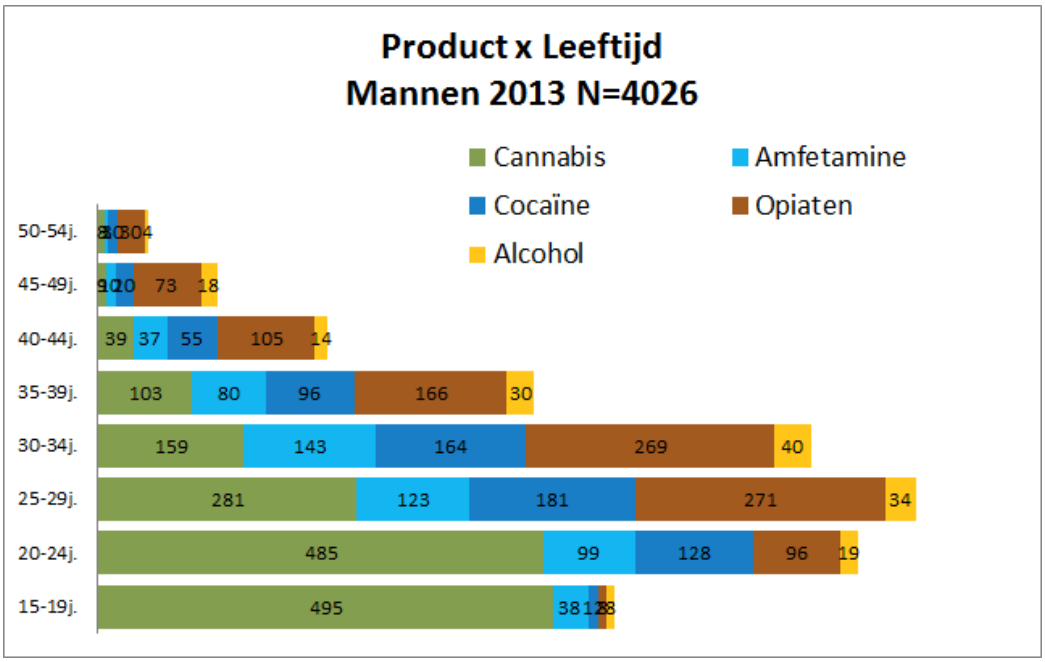


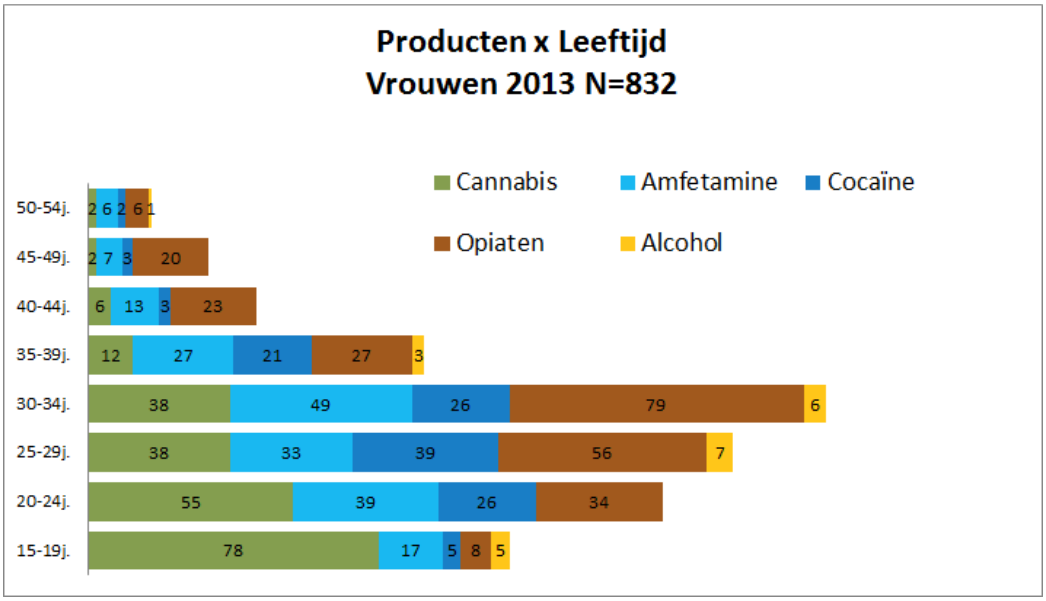
Figuur 3: Evolutie voornaamste product vrouwen

De conclusie is dat er een verschil is in de evolutie van het druggebruik tussen mannen en vrouwen. Bij mannen neemt opiaatgebruik af, bij vrouwen stagneert het. Bij mannen nam het problematisch cannabisgebruik en de daaruit voortvloeiende vraag voor behandeling toe in veel grotere mate dan bij vrouwen. Bij vrouwen is stimulantiagebruik, en daarbij vooral de amfetamines, een gestage opmars bezig. Bij vrouwen blijven opiaten hoger scoren dan cannabis.

2.2 Leeftijd

Als we de leeftijdscategorie inbrengen in de grafische vergelijking van de voornaamste producten en ook daar onderscheid maken tussen mannen en vrouwen dan vinden enkele belangrijke verschillen.





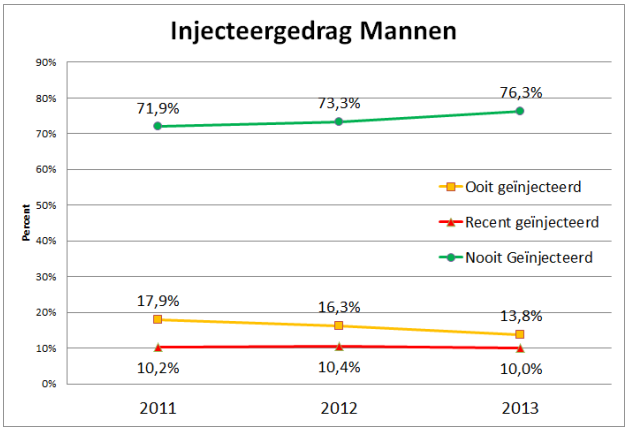
Cannabis als voornaamste product vinden we in 2013 vooral terug bij de nieuwe behandelingen in de jongste leeftijds categorieën. Bij de groepen 15 tot19 en 20 tot 24 jarigen vormen ze de grootste groep. Mij mannen geldt dat ook voor de 25-29 jarigen.

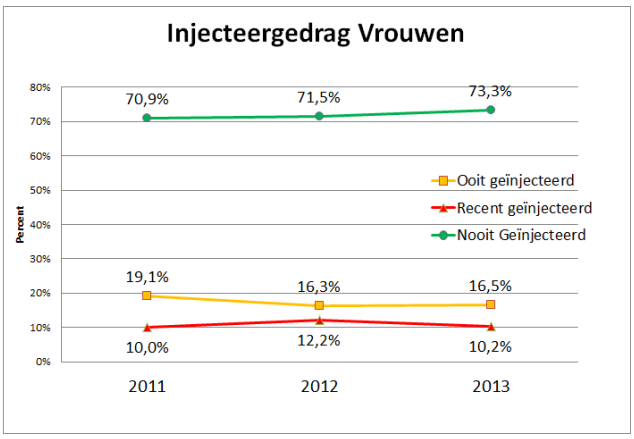
De opiaatverslaafden vormen de grootste groep bij de mannen en vrouwen boven de 30. Opiaten spreken in verhouding nog meer jonge vrouwen aan dan jonge mannen.

Wat de stimulantia betreft zien we dat mannen meer voor cocaïne kiezen boven de 20, terwijl vrouwen een lichte voorkeur hebben voor amfetamines. Beschouwen we de stimulerende middelen als één groep dan is het stimulantiagebruik bij vrouwen duidelijk meer aanwezig dan bij mannen. Behalve in de leeftijdscategorie 30-34 waar de opiaatgebruiksters de meerderheid vormen zijn stimulantia dé probleemproducten voor vrouwen.

2.3 Wijze van gebruik

Wat de wijze van gebruik betreft interesseren we ons vooral voor het intraveneus gebruik, omdat dat het meeste risico inhoudt. Hoe vaak komt het voor en hoe evolueert het?



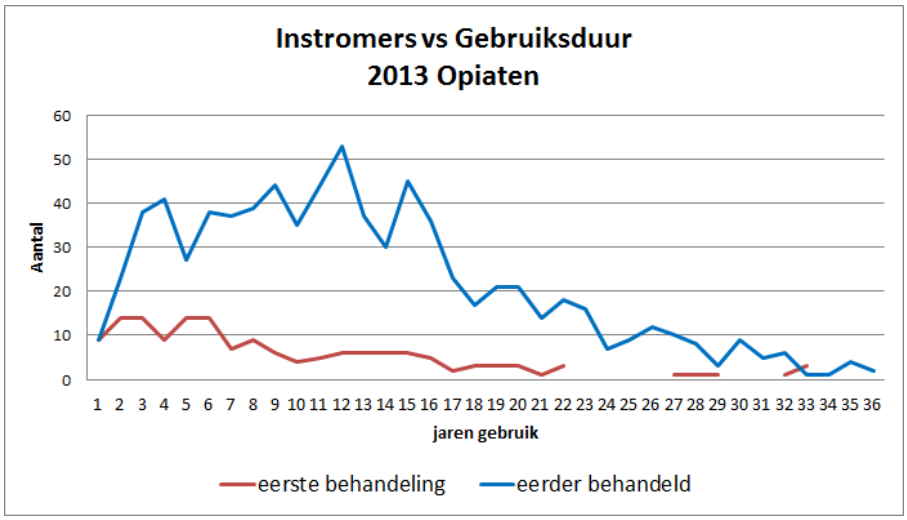


Bovenstaande grafieken geven aan dat driekwart niet injecteert en dat dit aantal langzaam stijgt wat een positieve evolutie is. Ofwel komen deze mensen minder in behandeling of zijn de nieuwkomers in de drugsproblematiek minder geneigd om te injecteren, omdat ze bv. cannabis gebruiken en geen heroïne, wat de trend is. Wat het recent injecteren betreft, wat gedefinieerd wordt als: "het laatste jaar", dat blijft vrijwel onveranderd op 10% van alle gebruikers. Met andere woorden, er zijn langzaam aan minder gebruikers die ooit hebben geïnjecteerd, maar actueel blijft het percentage investeerders dat in behandeling komt gelijk. De actuele situatie verbetert niet.

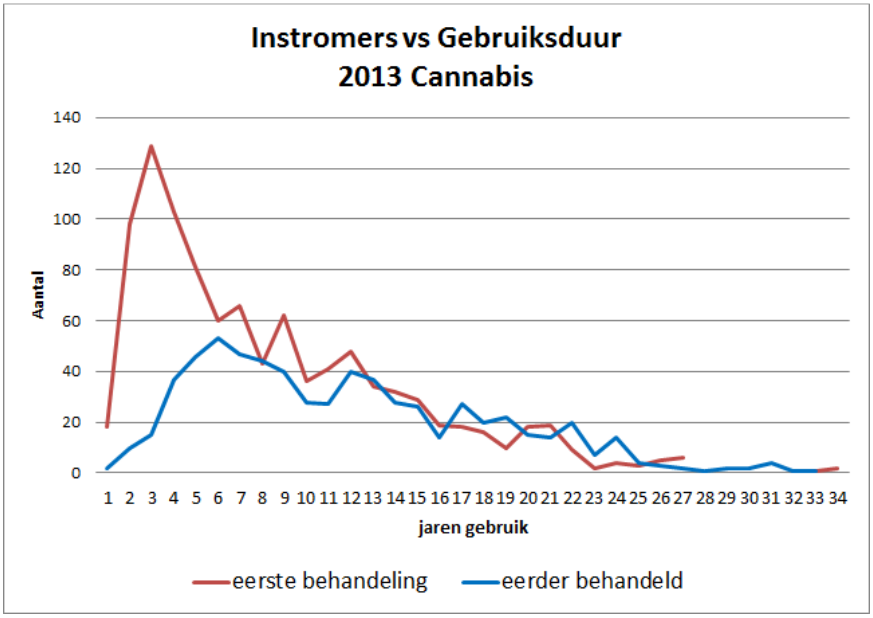
Wanneer we onderscheid maken tussen mannen en vrouwen dan blijkt dat er meer vrouwen in behandeling actueel of historisch injectie ervaring hebben. Zij namen dus meer risico. De redenen zijn niet meteen duidelijk. Wel is het zo dat zij gebruikster zijn van meer klassieke drugs zoals heroïne of stimulantia waarbij injecteren niet geheel afwezig is. Bij mannen is de aangroei van de behandelpopulatie meer te wijten aan cannabisgebruikers.

2.4 Gebruiksduur

Als gebruiksduur rekenen we het verschil tussen de beginleeftijd waarop men het voornaamste product is beginnen gebruiken en de leeftijd waarop men de gerapporteerde behandeling is gestart. We maken onderscheid tussen de groep die al eerder een behandeling heeft gehad en de groep die voor het eerst wordt behandeld, de instromers. Uit onderstaande grafieken blijkt hoe lang mensen gemiddeld deze producten al gebruiken alvorens ze een behandeling starten en hoe lang ze al bezig zijn als ze terug in behandeling komen. Dat is een indicatie van de chroniciteit van de verslavingsproblematiek.



Er zijn duidelijk meer opiaatgebruikers die al eerder behandeld werden dan nieuwkomers in behandeling. Na 15-16 jaar opiaatgebruik neemt de vraag naar behandeling af, enkelen gebruiken al meer dan 30 jaar. Mensen haken af en komen terug in behandeling ook in het begin van de gebruikerscarrière.



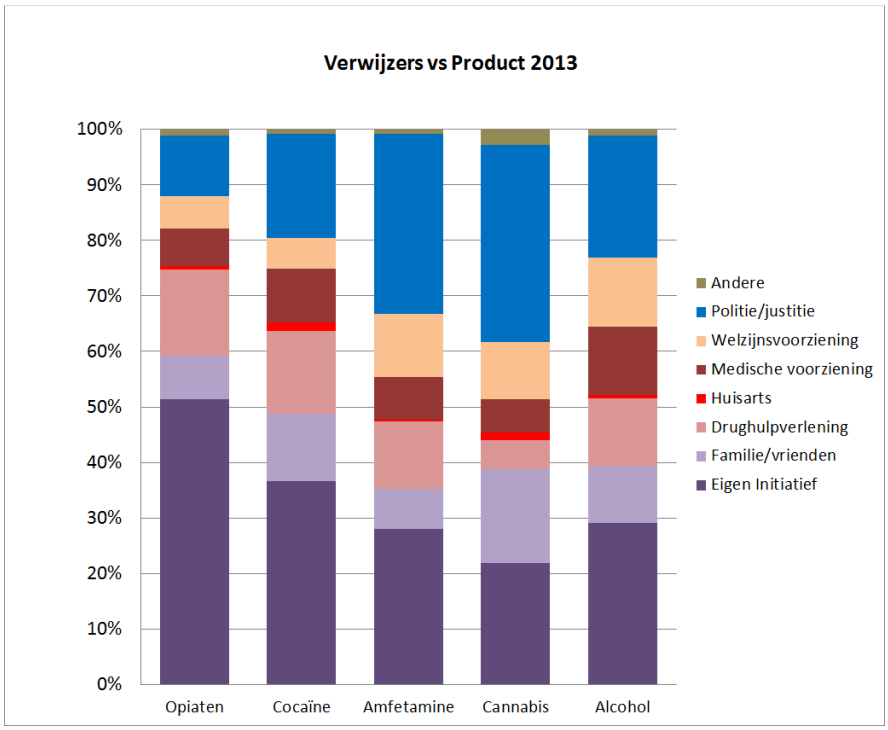
De cannabisgebruikers vertonen een ander beeld. Er zijn duidelijk meer cannabisgebruikers die na 1 tot 12 jaar gebruik voor het eerst een behandeling vragen dan terugkomers die al eerder behandeld werden. Nadien liggen de aantallen even hoog als bij cocaïnegebruikers.

De conclusie is dat behandelingen zowel beschikbaar moeten zijn voor wie voor het eerst beroep wil doen op de gespecialiseerde drugshulpverlening als voor wie opnieuw daarop beroep wil doen. Het is niet voor niks dat verslaving als een chronische problematiek wordt omschreven waarbij recidive meer regel dan uitzondering is. Misschien moet de vorm en intensiteit van de behandeling zich aanpassen aan de behoefte van de ervaren én van de beginnende gebruiker.

3 Verwijzers

Bij de meeste behandelingen die in 2013 zijn gestart wordt geen specifieke verwijzer opgegeven, ze hebben op eigen houtje het behandelaanbod ontdekt: 33% of 1 op 3. Van wie wel via iemand de behandeling heeft gevonden zegt een kwart dat dit via politie of justitie (o.a. advocaat) is gebeurd. De overige bronnen van verwijzing scoren veel lager: welzijnsvoorzieningen 9% , medische voorzieningen 7% en huisartsen die worden maar voor 1% vermeld. Familie daarentegen is goed voor 12% en andere gespecialiseerde drugshulpverlening 11%.

We kunnen hieruit besluiten dat de gespecialiseerde drugshulpverlening erg laagdrempelig is, mensen vinden zelf hun weg naar hulp. Het hoge percentage verwijzingen uit juridische hoek valt op. De drugsproblematiek wordt nog steeds door maatschappelijk overlast gekenmerkt, onwettigheid, onveiligheid en kleine criminaliteit. Een kwart wordt vanuit dergelijke achtergrond verwezen. De vraag kan worden gesteld of politie en justitie gebruikers van alle drugs in even grote mate naar de drugshulpverlening verwijzen, omdat elke drug even criminogeen zou zijn of spelen er andere tendensen?



Vooral opiaatgebruikers vinden zelf de weg naar de centra. Bij cannabisgebruikers spelen familie en vrienden een belangrijke rol. Medisch sociale voorzieningen verwijzen het meest bij alcoholproblematiek meer dan bij de illegale drugs. Huisartsen zijn quasi afwezig als verwijzer van middelen gerelateerde problematiek of worden niet als dusdanig gepercipieerd. Politie en justitie daarentegen spelen een grotere rol, vooral bij cannabisgebruik en amfetaminegebruik. Als verwijzer van opiaatgebruikers en cocaïnegebruikers is de rol van politie en justitie beperkter.