



TDI BRUSSEL

**AANVRAGEN VOOR BEHANDELING VAN PROBLEMATISCH
ALCOHOL- EN DRUGSGEBRUIK
IN HET BRUSSELS HOOFDSTEDELIJK GEWEST**

STAND VAN ZAKEN IN 2023

eurot**tox**

INHOUD

1	INLEIDING	2
2	DE METHODOLOGISCHE BEPERKINGEN VAN DE TDI	5
3	DOELSTELLINGEN EN BESCHRIJVING VAN DE STEEKPROEF	6
4	ZORGOPNAMEN IN GESPECIALISEERDE DIENSTEN	7
5	SAMENVATTENDE FICHES VAN DE BEHANDELINGEN IN GESPECIALISEERDE DIENSTEN	10
	BEHANDELAANVRAGEN VOOR ALCOHOL	11
	BEHANDELAANVRAGEN VOOR CANNABIS	12
	BEHANDELAANVRAGEN VOOR OPIATEN	13
	BEHANDELAANVRAGEN VOOR CRACK	14
	BEHANDELAANVRAGEN VOOR COCAÏNEPOEDER	15
	BEHANDELAANVRAGEN VOOR HYPNOTISCHE EN KALMERENDE MEDICIJNEN	16
6	DE BEHANDELINGEN IN ZIEKENHUISSTRUCTUREN	17
7	PERSPECTIEVEN	19
8	BIBLIORAFIE	20

Aanbevolen citaat

Eurotox (2024). Aanvragen voor behandeling van problematisch alcohol-en drugsgebruik in het Brussels hoofdstedelijk gewest. Stand van zaken in 2023. Brussel: Eurotox vzw.

Depotnummer

D/2024/10.063/5
December 2024

Layout

Nathalie da Costa Maya, CDCS vzw

Ce rapport peut être obtenu gratuitement sur simple demande.

Contactgegevens van Eurotox

Eurotox vzw
Jourdanstraat 151
1060 Brussel
02 539 48 29
info@eurotox.org
<https://eurotox.org/>

eurotox

MET DE STEUN VAN



Sinds onheuglijke tijden gebruikt de mens psychoactieve stoffen voor therapeutische, hedonistische, initiërende of waarzeggerij-doeleinden. Het gebruik van deze stoffen kan inderdaad voortkomen uit andere motivaties dan puur het nastreven van plezier. Het kan bijvoorbeeld gericht zijn op het verlichten van fysieke en/of psychologische pijn of op het overstijgen van de normale staat van functioneren (zoals verbetering van fysieke, seksuele, cognitieve of artistieke prestaties, het verkennen van veranderde bewustzijnstoestanden en persoonlijke ontwikkeling...). Daarnaast kan het een rol spelen in overgangsrituelen of processen van socialisatie (met name bij adolescenten). Wat de motivatie voor het gebruik van een stof ook mag zijn, de meeste mensen zullen in staat zijn om incidenteel (en soms zelfs regelmatig) gebruik te ontwikkelen zonder schadelijke gevolgen. Anderen daarentegen zullen geleidelijk een problematische relatie

met de stof ontwikkelen, met bio-psychosociale gevolgen. Tegenwoordig wordt aangenomen dat de oorzaken van gebruik, of het nu gaat om «recreatief» of «verslavend» gebruik, verklaard kunnen worden door een reeks factoren die met elkaar in wisselwerking staan. Deze factoren hebben betrekking op het individu, het product en de sociale en maatschappelijke omgeving (Sting & Blum, 2003). Het gebruik van psychoactieve stoffen kan schade veroorzaken, waarbij de kans op schade afhangt van factoren die verband houden met de aard van het product, het gebruik ervan, de kenmerken van de gebruiker en de context waarin wordt geconsumeerd. Deze schade kan direct of indirect zijn, onmiddellijk of uitgesteld, en invloed hebben op de fysieke, psychologische en sociale integriteit van de gebruiker, evenals op die van hun naasten. Het gebruik kan ook soms schade toebrengen aan derden (bijvoorbeeld tijdens een

vechtpartij of een ongeval veroorzaakt door de effecten van de stof) of bijdragen aan de opkomst van bepaalde vormen van overtredingen of criminaliteit met sociale impact (bijvoorbeeld dealen of kleine criminaliteit om het gebruik te financieren). Afhankelijkheid is een van de meest bekende gevolgen van gebruik, maar niet noodzakelijk de meest voorkomende. Volgens schattingen ontwikkelt slechts een minderheid (ongeveer 1 op 8) van de gebruikers van illegale drugs een stoornis gerelateerd aan gebruik, meestal in de vorm van afhankelijkheid (UNODC, 2023; Rehm, Room, van den Brink & Kraus, 2005). De prevalentie van stoornissen gerelateerd aan alcoholgebruik treft eveneens slechts een minderheid van de gebruikers. Zo wordt alcoholafhankelijkheid op Europees niveau jaarlijks geschat op 5% voor mannen en 1% voor vrouwen (Anderson & Baumberg, 2006). Niet alle personen met een stoornis door

WAT IS EEN STOORNIS IN VERBAND MET GEBRUIK VAN MIDDELEN?

Op fenomenologisch niveau verwijst de term «stoornis in verband met middelengebruik» naar een buitensporige en schadelijke gehechtheid aan een product. Het betreft een ongepast en regelmatig gebruik van één of meerdere stoffen, wat leidt tot een verstoring van het functioneren en/of aanzienlijk lijden. Psychologisch en gedragsmatig wordt het gekenmerkt door moeite om de consumptie te beheersen, het voortzetten van het gebruik ondanks de schadelijke gevolgen, en een vermindering of zelfs het opgeven van professionele, sociale of vrijetijdsactiviteiten ten gunste van het gebruik van de stof. Fysieke afhankelijkheid is niet systematisch aanwezig maar wordt vastgesteld wanneer er sprake is van tolerantie (gewenning), waarbij een toenemende hoeveelheid van het product nodig is om hetzelfde effect te bereiken, en/of ontwenningverschijnselen (tekort), die optreden bij het stoppen van het gebruik. Bij fysieke afhankelijkheid worden gebruikspatronen in stand gehouden door een «dringende noodzaak» om het product te consumeren om ontwenningverschijnselen te verlichten. De mate en ernst van afhankelijkheid kunnen variëren van persoon tot persoon.

De stoornis wordt gekenmerkt en in stand gehouden door verschillende neurofysiologische processen (wijzigingen in het beloningssysteem en veranderingen in de neurotransmissie als gevolg van de chronische aanwezigheid van het product in de hersenen) en psychologische processen (veranderingen in gewaarwordingen, affecten en ideeën, mogelijke comorbiditeiten) die verband houden met het gebruik van het product, maar ook met de afwezigheid ervan (gevoelens van tekort of ontwenningverschijnselen) en de drang om te consumeren die regelmatig opkomt en de gedachten van gebruikers binnendringt (craving; zie Salomon, 2010, voor een didactische presentatie van deze processen). Contextuele factoren spelen ook een rol en interageren met de betrokken mechanismen (bijvoorbeeld stressoren en interne of externe triggers). Naast deze gemeenschappelijke processen is elk pad binnen verslaving uniek, en het probleemgebruik wordt gekleurd door de persoonlijke geschiedenis en kwetsbaarheden van de gebruiker. Bovendien kunnen er verschillende niveaus van ernst bestaan binnen verslavingsstoornissen. Deze specifieke kenmerken, evenals de rol die het product speelt in de persoonlijke balans van de gebruiker, worden vaak uitgewist wanneer de sociaal-gezondheidsgevolgen op een kwantitatieve manier worden benaderd, zoals we hier verder zullen bespreken.

middelengebruik zoeken noodzakelijkerwijs hulp. De vraag naar zorg wordt beïnvloed door verschillende individuele en sociale factoren, zoals ontkenning, angst voor stigmatisering, vrees voor verandering of beperkte toegang tot zorgdiensten. Over het algemeen is er een aanzienlijke tijdsduur tussen het moment waarop problemen door problematisch gebruik ontstaan en het moment waarop de persoon zorgdiensten inschakelt (zie bijvoorbeeld Bruffaerts, Bonnewyn & Demyttenaere, 2007). Dit onderstreept het belang van verbeterde detectie en vroege interventie in eerstelijnszorg, zodat kan worden ingegrepen voordat de problemen chronisch worden en een ernstige biopsychosociale impact hebben op de persoon. Sommige gebruikers ontwikkelen daarentegen problematisch gebruik dat vanzelf afneemt zonder professionele hulp in te schakelen: dit wordt spontane remissie genoemd.

DE INDICATOR VOOR DE VRAAG NAAR BEHANDELING

De indicator voor de vraag naar behandeling (ook wel TDI genoemd, Treatment Demand Indicator) is een van de vijf belangrijke epidemiologische indicatoren die in de landen van de Europese Unie worden verzameld, zodat de EUDA1 een inschatting kan maken van de problematiek rond drugsgebruik en verslavingen in Europa. Deze indicator wordt geregistreerd in de 28 landen van de Europese Unie, evenals in Noorwegen en Turkije. Het betreft een jaarlijkse registratie van de aanvragen voor behandeling bij hulp- en zorgdiensten vanwege een stoornis in verband met het gebruik van een of meer illegale stoffen. Het doel is om een jaarlijkse schatting te geven van het aantal personen dat een dergelijke zorgvraag heeft gesteld en om een profiel op te stellen van deze groep. In België worden ook behandelaanvragen geregistreerd die verband houden met problematisch alcoholgebruik, aangezien elk land de mogelijkheid heeft om

enkele aanpassingen te doen aan het gestandaardiseerde protocol.

De TDI (Treatment Demand Indicator) werd geïnitieerd door de Pompidou Groep aan het begin van de jaren 90. Deze werkgroep werd door de Raad van Europa aangesteld om een gemeenschappelijk protocol voor het verzamelen van gegevens over behandelverzoeken in de Europese Unie te definiëren. Het eerste protocol werd in 1994 geïmplementeerd in enkele grote Europese steden, voordat het geleidelijk werd uitgebreid naar verschillende Europese landen, onder de coördinatie van de EUDA (Antoine et al., 2016). Het protocol werd voor de eerste keer herzien in 2000 (protocol 2.0) en werd daarna uitgebreid naar alle lidstaten van de Unie, onder de verantwoordelijkheid van een nationaal aanspreekpunt (Sciensano voor België). Een tweede herziening van het protocol (protocol 3.0) vond plaats in 2013 en wordt sinds 2015 in België toegepast. Een derde herziening is momenteel aan de gang op Europees niveau en zal in 2026 in België worden geïmplementeerd, om beter rekening te houden met recente ontwikkelingen op het gebied van verslavingsproblemen (bijvoorbeeld de toevoeging van nieuwe producten, de opname van gedragsverslavingen). Het huidige protocol bestaat uit een dertigtal variabelen die gericht zijn op het beschrijven van het sociodemografisch profiel van de patiënten (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, woonsituatie en inkomen...), het consumptieprofiel (problematische producten, hoofdzakelijk gebruikt product, gebruiksfrequentie en wijze van toediening van het hoofdzakelijk gebruikte product, leeftijd bij eerste gebruik van het product...) en het profiel van de zorgvraag (type zorgstructuur, oorsprong van de behandelingsaanvraag, therapeutische voorgeschiedenis). De meeste variabelen hebben betrekking op de huidige situatie van de patiënt, dat wil zeggen de situatie zoals waargenomen in de maand voorafgaand aan de aanvraag. Deze informatie wordt doorgaans verzameld tijdens het eerste of tweede

gesprek met de zorgprofessional. Ze zijn dus gebaseerd op de verklaringen van de patiënt en kunnen onnauwkeurigheden bevatten door cognitieve bias (geheugenproblemen, sociaal wenselijke antwoorden, ontkenning...). De TDI biedt geen informatie over de vervolgactie na de aanvraag (bijv. het type voorgestelde behandeling en therapeutische benadering, de therapietrouw en het behoud van de behandeling, de impact op het gebruiksprobleem en het welzijn van de patiënt).

DEFINITIES

Patiënt. Iedere persoon die contact heeft gehad met een behandelcentrum voor een probleem met alcohol- of middelengebruik. Het contact moet direct zijn. Telefonische, schriftelijke of internetcontacten zijn dus uitgesloten. Patiënten worden geïdentificeerd aan de hand van hun rijksregisternummer (RRN), dat automatisch gecodeerd wordt om de anonimiteit van de personen in de database te waarborgen. Dit identificatienummer is noodzakelijk om per patiënt jaarlijks slechts één behandelverzoek op te nemen voor de analyses. Het kan voorkomen dat het RRN niet wordt gevraagd of ingevuld, of dat de patiënt het RRN niet heeft, bijvoorbeeld als deze zich in een illegale situatie bevindt. In dat geval worden de gegevens gecodeerd zonder identificatienummer, en is het niet mogelijk om meerdere aanvragen van dezelfde patiënt te verwijderen.

Behandelcentrum. Elke instelling of praktijk die deelneemt aan de gegevensverzameling en behandeling biedt voor problemen met alcohol- of middelengebruik. Dit kan gaan om zogenaamde «laagdrempelige» centra, ambulante of residentiële zorg, al dan niet medisch, al dan niet in een ziekenhuis, al dan niet gespecialiseerd in verslavingszorg. Niet-professionele ondersteuningsgroepen en centra die geen verslavingszorg bieden, worden niet meegeteld. In het Brussels gewest nemen ziekenhuizen en de meeste gespecialiseerde centra in verslaving deel aan de gegevensverzameling. Behandelingen die in privépraktijken, medische huizen of in niet-gespecialiseerde geestelijke gezondheidsdiensten worden verstrekt, worden momenteel echter niet meegerekend.

Behandeling. Elke activiteit die tot doel heeft de psychische, medische en/of sociale situatie van gebruikers van alcohol, psychoactieve medicijnen of drugs met problemen in verband met hun persoonlijk gebruik te verbeteren. Deze definitie omvat niet alleen de zorg die wordt geboden door bepaalde structuren met als primaire doel het afkicken of het behouden van onthouding, maar ook de structuren die psycho-sociale ondersteuning bieden die gericht is op het stabiliseren of verminderen van het gebruik en de impact daarvan op de gezondheid. Het begrip behandeling wordt dus in een vrij brede zin gehanteerd. Het is echter belangrijk

op te merken dat structuren die alleen sociale hulp bieden en diegenen die alleen steriel gebruiksmateriaal ter beschikking stellen, niet worden beschouwd als aanbieders van behandeling in de zin van de TDI.

Behandelingsepisode. De periode tussen het begin en het einde van de behandeling. Deze periode varieert afhankelijk van het programma: bij residentiële zorg komt het einde van het episode overeen met het vertrek van de patiënt. Bij ambulante begeleiding komt het einde van het episode overeen met de weloverwogen beslissing om de behandeling te stoppen of met een gebrek aan contact van meer dan 6 maanden wanneer de behandeling niet expliciet is stopgezet. Als een persoon een behandeling volgt die meerdere jaren beslaat, wordt deze persoon slechts één keer geregistreerd, namelijk bij de start van de behandeling.

Problematische stoffen. Dit zijn psychoactieve stoffen die door de patiënt worden geconsumeerd (met uitzondering van tabak en medische behandelingen) waarvan het gebruik als problematisch wordt beschouwd en een verklaring biedt voor de aanvraag voor behandeling. Deze stoffen worden onderverdeeld in verschillende categorieën: alcohol, opiaten (heroïne, methadon of gebuikte buprenorfine, fentanyl, enz.), cocaïne (poeder cocaïne, crack), andere stimulanten (amfetaminen, methamfetamine, MDMA en afgeleiden, mefedron, enz.), hypnotica en sedativa (afgeleide barbituraten en benzodiazepines, GHB/GBL, enz.), hallucinogenen (LSD, ketamine, enz.), vluchtige inhaleermiddelen (poppers, lachgas, enz.), cannabis (wiet, hasj, oliën, synthetische cannabinoïden, enz.), andere stoffen (alle stoffen die niet in de bovenstaande categorieën vallen). Gedragsverslavingen (gokken, seks, internet, enz.) worden momenteel niet opgenomen in deze registratie.

Belangrijkste stof. De belangrijkste stof wordt gedefinieerd als de stof die de meeste problemen veroorzaakt voor de patiënt op het moment van het indienen van de behandelingsaanvraag. Er worden verschillende gegevens verzameld met betrekking tot de consumptiegewoonten van de belangrijkste stof (gebruiksmethode, gebruiksfrequentie, leeftijd bij het eerste gebruik).

DE METHODOLOGISCHE BEPERKINGEN VAN DE TDI

De gegevens van de TDI worden momenteel alleen verzameld in gespecialiseerde verslavingscentra en ziekenhuizen. Maar behandelingen voor problemen met alcohol- of drugsgebruik kunnen ook plaatsvinden in andere soorten structuren die momenteel niet gedekt zijn (bijv. geestelijke gezondheidszorg zonder specialisatie in verslavingen, medische huizen) evenals in de vrije praktijk (bijv. huisarts, psychiater, psycholoog). Een gevolg van deze beperkte dekking is de oververtegenwoordiging van economisch kwetsbaardere aanvragers, aangezien mensen met een verslavingsstoornis die een hoger levensniveau hebben, waarschijnlijk vaker geneigd zijn om ambulante behandelingen te zoeken en te volgen in een privépraktijk of -kliniek. Het is belangrijk hiervan bewust te zijn om voorbarige conclusies te vermijden (bijv. «verslavingen leiden tot sociaal-economische kwetsbaarheid», «verslavingsproblemen treffen voornamelijk mensen met een laag sociaal-economisch niveau»), die wellicht niet volledig ongegrond zijn, maar die genuanceerd moeten worden.

De basis eenheid van de TDI-registratie is de behandelingsaanvraag, die wordt geregistreerd bij elk nieuw behandelingsepisode (zie de bovengenoemde definitie). Om profielanalyses uit te voeren en meerdere aanvragen van dezelfde patiënt te elimineren, wordt een uniek identificatienummer gebruikt om slechts één behandelingsaanvraag per patiënt per kalenderjaar te behouden, namelijk de eerste aanvraag, zoals gedefinieerd in het Europese protocol. In België wordt het gebruikte identificatienummer het rijksregisternummer (RRN) genoemd. Dit wordt echter niet altijd systematisch gebruikt, ofwel omdat de patiënt het niet heeft (bijvoorbeeld bij migranten of mensen in een illegale situatie), of omdat de patiënt weigert het te verstrekken, of omdat het behandelingscentrum het gebruik ervan niet routinematig toepast om administratieve obstakels voor de behandeling van patiënten te voorkomen. In het Brusselse gewest wordt elk jaar een aanzienlijk percentage van de registraties (65% in 2022) uitgevoerd zonder vermelding van het RRN. We hebben ervoor gekozen om deze anonieme episodes niet uit de analyses te verwijderen, ondanks

dat ze enkele meerdere aanvragen van dezelfde patiënten bevatten, wat de resultaten zou kunnen verstoren. Het niet opnemen van deze anonieme aanvragen zou de bevindingen echter meer vervormen, omdat ze afkomstig kunnen zijn van mensen met een bijzonder kwetsbaar profiel, dat in de analyses moet worden meegenomen. Alleen nieuwe behandelingsaanvragen moeten worden geregistreerd, niet alle lopende behandelingen. Daarom kan dit instrument de prevalentie van behandelingsaanvragen niet schatten, dat wil zeggen het aantal patiënten in behandeling gedurende een kalenderjaar in alle diensten die deelnemen aan de registratie. Bijvoorbeeld, als een patiënt zijn of haar behandeling in november 2017 is begonnen en deze 12 maanden duurde, zal deze alleen in 2017 worden geregistreerd en niet in 2018. Patiënten moeten geïnformeerd worden over de modaliteiten en doelstellingen van dit protocol, et ze hebben het recht om deelname te weigeren. Het aantal weigeringen wordt momenteel niet geregistreerd. Hoewel wordt aangenomen dat dit relatief laag is, kan niet worden uitgesloten dat de neiging tot weigeren varieert afhankelijk van het profiel.

DOELSTELLINGEN EN BESCHRIJVING VAN DE STEEKPROEF

Deze brochure heeft als doel om beknopt de gegevens te presenteren over de behandelverzoeken voor problematisch alcohol- of druggebruik die in 2023 in het Brussels Gewest werden geregistreerd. Wij nodigen de lezer uit om onze eerdere publicatie (zie Eurotox, 2023) te raadplegen voor gedetailleerde analyses en een bespreking van de gegevens verzameld over de periode 2015-2022. De gegevens verzameld in de gespecialiseerde diensten en ziekenhuizen worden apart gepresenteerd om twee redenen: 1) de behandelingsverzoeken die in ziekenhuizen worden geregistreerd, hebben overwegend betrekking op alcoholproblemen, wat in de gespecialiseerde diensten duidelijk minder het geval is; 2) de zorgaanbieding in ziekenhuizen op het gebied van verslavingszorg is doorgaans (met enkele uitzonderingen) een aanbod met een hoge drempel voor toegang, wat resulteert in een sociaaldemografisch profiel dat minder kwetsbaar is. Door deze twee gegevensbronnen afzonderlijk te behandelen, kunnen de specifieke kenmerken van elke zorgaanbieding en de patiënten die zij behandelen beter worden belicht.

De meeteenheid voor de analyses is de patiënt, geïdentificeerd op basis van het RRN. Meerdere aanvragen (d.w.z. wanneer eenzelfde patiënt meerdere aanvragen indient binnen hetzelfde jaar) worden dus geëlimineerd, en alleen de eerste aanvraag die in een jaar werd ingediend, wordt bewaard voor de analyses. Anonieme aanvragen zijn echter behouden omdat ze in aanzienlijke proportie aanwezig zijn. De analyses die in dit document worden gepresenteerd, zijn voornamelijk beschrijvend. Ze zijn bedoeld om inzicht te geven in het profiel van de gebruikers die worden behandeld in de Brusselse openbare verslavingszorgstructuren. De percentages worden berekend na uitsluiting van de niet-beantwoorde vragen. Deze laatste worden indicatief vermeld in de bijbehorende tabellen. Voor sommige vragen is het percentage niet-beantwoorde vragen relatief hoog, met name voor die met betrekking tot het opleidingsniveau, de frequentie van het gebruik van het belangrijkste product, eerdere behandelingen en injectiegedrag. Het is dus mogelijk dat sommige bevindingen de werkelijkheid niet perfect weerspiegelen, en we raden de lezer aan om rekening te houden met dit percentage niet-beantwoorde vragen bij het beoordelen van de gerapporteerde percentages.

ZORGOPNAMEN IN GESPECIALISEERDE DIENSTEN IN 2023

In totaal hebben 2570 patiënten in 2023 een behandelingsaanvraag ingediend bij diensten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest die gespecialiseerd zijn in verslavingsproblematiek. De gegevens worden gepresenteerd om een beschrijving te geven van het sociodemografische profiel, het profiel van de aanvraag en het consumptieprofiel van de patiënten, per belangrijkste product. Het belangrijkste product wordt gedefinieerd als het product dat de meeste problemen veroorzaakt voor de patiënt op het moment van de behandelingsaanvraag. In de meerderheid van de gevallen (96,6%) wordt er een belangrijkste product vermeld, ook bij patiënten die een problematische polyconsumptie vertonen. De rangschikking van de producten die als belangrijkste product zijn genoemd door de personen die in 2023 een behandelingsaanvraag hebben ingediend bij de gespecialiseerde diensten (n=2570) is, in volgorde van belangrijkheid, als volgt: alcohol (29%), cocaïne (28,2%, waarvan 21,6% voor crack), opioïden (12,9%), cannabis (13,3%), hypnotica en sedativa (5,3%), andere stimulerende middelen dan cocaïne (2,9%), hallucinogenen (1,2%, waarvan 1,1% voor ketamine), vluchtige inhalanten (0,2%) en tenslotte andere stoffen (1,4%). In 3,4% van de gevallen werd geen belangrijkste product geïdentificeerd. Het geslacht en de leeftijd werden aangegeven voor 2522 patiënten (zie Tabel 1). De patiënten zijn overwegend mannelijk (met een ratio van 4 mannen op 1 vrouw) en de meeste hebben een leeftijd tussen de 25 en 54 jaar (79,8%). De gemiddelde leeftijd is 39,9 jaar (SD=11,02). Deze leeftijdsgroepen zijn waarschijnlijk meer vertegenwoordigd omdat er een aanzienlijke tijdspanne bestaat tussen de leeftijd van het eerste gebruik (gemiddeld rond de 21 jaar in onze steekproef) en de leeftijd van de eerste behandelingsaanvraag (gemiddeld rond de 38 jaar).

Tabel 1: Verdeling naar geslacht en leeftijdsgroep van de personen in behandeling voor problematisch alcohol- of druggebruik in de gespecialiseerde verslavingszorgcentra van het Brussels Gewest, 2023

	< 25 jaar %	25-34 jaar %	35-44 jaar %	45-54 jaar %	55-64 jaar %	> 65 jaar %	Total %
Alle producten							
Vrouwen (n=499)	2,0	4,2	5,9	4,4	2,5	0,8	19,8
Mannen (n=2023)	7,5	19,1	28,1	18,1	6,7	0,7	80,2
Totaal (n=2522)	9,5	23,3	34,0	22,5	9,2	1,4	100
Alcohol							
Vrouwen (n=196)	0,9	4,5	6,4	7,3	5,2	2,3	26,6
Mannen (n=541)	1,9	10,7	28,0	20,8	10,2	1,9	73,4
Totaal (n=744)	2,8	15,2	34,3	28,1	15,3	4,2	100
Cocaïnepoeder							
Vrouwen (n=31)	1,8	5,5	8,5	3,0	0,0	0,0	18,9
Mannen (n=133)	5,5	29,9	28,0	15,2	2,4	0,0	81,1
Totaal (n=164)	7,3	35,4	36,6	18,3	2,4	0,0	100
Crack							
Vrouwen (n=89)	0,9	3,3	7,4	3,5	1,1	0,2	16,5
Mannen (n=450)	6,7	19,7	33,6	18,6	4,8	0,2	83,5
Total (n=539)	7,6	23,0	41,0	22,1	5,9	0,4	100
Opiaten							
Vrouwen (n=45)	0,9	3,4	3,4	3,7	2,4	0,0	13,7
Mannen (n=283)	4,0	15,2	29,0	26,5	11,0	0,6	86,3
Totaal (n=329)	4,9	18,6	32,3	30,2	13,4	0,6	100
Cannabis							
Vrouwen (n=56)	4,2	4,8	3,9	2,7	1,2	0,0	16,8
Mannen (n=278)	20,4	27,2	23,1	10,2	2,4	0,0	83,2
Totaal (n=336)	24,6	32,0	26,9	12,9	3,6	0,0	100
Hypnotica en sedativen							
Vrouwen (n=19)	1,5	1,5	2,9	4,4	2,9	0,7	14,0
Mannen (n=117)	14,0	30,1	27,9	11,8	2,2	0,0	86,0
Totaal (n=136)	15,4	31,6	30,9	16,2	5,1	0,7	100

Bron: Sciensano (analyse en aanpassing: Eurotox)

De leeftijd en het geslacht van de patiënten kunnen aanzienlijk variëren afhankelijk van de producten. Zo is de proportie van jonge patiënten (minder dan 25 jaar) hoger voor cannabis dan voor andere producten, wat zou kunnen reflecteren dat problematisch gebruik van dit product vaker voorkomt bij jongere individuen of afneemt met de leeftijd (bijvoorbeeld bij de

overgang naar het actieve leven of het ouderschap), of dat hulpvraag voor dit product eerder wordt ingediend dan voor andere producten. De proportie senioren is het hoogst voor alcohol, waar 4,2% van de patiënten ouder dan 65 jaar is. Vrouwen vertegenwoordigen een vijfde van de aanvragen, maar het exacte percentage varieert afhankelijk van de producten (26,6% voor alcohol,

18,9% voor poedercocaïne, 16,6% voor crack en cannabis, 14% voor hypnotica en sedativa, en 13,6% voor opioïden). Deze beperkte aanwezigheid van vrouwen in gespecialiseerde diensten wordt deels verklaard door het feit dat het gebruik van psychoactieve stoffen vaker voorkomt bij mannen dan bij vrouwen. Het percentage vrouwen is echter lager dan verwacht op basis van de consumptiestatistieken (zie bijvoorbeeld Gisle & Drieskens, 2019), wat suggereert dat andere mechanismen bijdragen aan deze lage vertegenwoordiging. Het is waarschijnlijk dat de lage vertegenwoordiging van vrouwen in gespecialiseerde diensten wordt verklaard door het feit dat deze diensten meestal sterk «vermannelijkt» zijn en weinig aangepast aan de vrouwelijke specifieke behoeften. Deze hypothese wordt ondersteund door het feit dat vrouwen vaker kiezen voor de ziekenhuiszorg, zoals we verderop zullen zien. Een andere verklarende factor is dat het gebruik van drugs meer gestigmatiseerd wordt bij vrouwen dan bij mannen, wat het starten van een zorgtraject nog meer zou belemmeren (McCrary, Epstein & Fokas, 2020; Schamp et al., 2021). De sociodemografische, vraag- en consumptieprofielen worden gedetailleerd weergegeven in tabel 2, zowel voor alle patiënten (zie kolom «alle producten») als per belangrijkste product. De profielen per belangrijkste product worden ook op didactische wijze gepresenteerd aan de hand van samenvattende fiches.

Tabel 2 : Profielen van patiënten opgevangen in gespecialiseerde diensten in de Brusselse regio, per belangrijkste product, 2023

	Alle producten	Alcohol	Cocaine-poeder	Crack	Opiaten	Cannabis	Hypnotica en sedativen
n=	2 570	746	170	554	332	341	137
Aanvragen (%)	100	29,0	6,6	21,6	12,9	13,3	5,3
Leeftijd							
Gemiddeld	39,9	44,4	37,1	39,5	42,7	33,8	36,4
Mediaan	39	44	37	39	42	32	35
NR (n)	36	8	5	14	3	5	1
Geslacht (%)							
Mannen	80,2	73,4	81,1	83,4	86,4	83,4	86,0
Vrouwen	19,8	26,6	18,9	16,6	13,6	16,6	14,0
NR (n)	15	2	1	1	1	3	1
Huisvesting (%)							
Vaste woonplaats	50,2	63,2	61,2	26,8	44,4	54,9	38,8
Wisselende woonplaats	6,4	3,4	4,2	9,7	9,0	3,0	11,9
RStraat	21,6	14,9	10,9	41,9	23,8	10,1	36,6
Instelling	11,5	11,9	12,7	11,5	14,5	5,1	11,2
Gevangenis	10,0	6,4	10,9	9,9	7,4	26,9	1,5
Andere	0,3	0,3	0,0	0,2	1,0	0,0	0,0
NR (n)	68	7	5	17	21	6	3
Leefsituatie (%)							
Allen	48,8	52,4	39,0	53,5	46,7	40,4	49,6
Koppel	17,7	19,7	33,3	13,0	20,0	16,6	10,3
Met familie	16,7	15,3	15,4	12,0	15,0	29,1	16,3
Met derden	15,5	10,5	11,4	20,0	16,7	13,5	23,9
Andere	1,3	2,0	0,8	1,4	1,7	0,4	0,0
NR (n)	104	12	8	24	24	11	3
Inkomen (%)							
Arbeidsinkomen	23,8	23,6	42,9	12,7	20,0	37,1	18,7
Werkloosheidsuitkering	9,0	9,9	11,7	7,4	5,4	10,7	7,5
Ziekte- of invaliditeitsuitkering	27,4	34,9	16,9	26,6	27,5	21,1	20,6
Minimumloon of hulp van het OCMW	16,7	15,6	11,0	22,7	18,2	12,9	14,0
Rust- of overlevingspensioen	1,7	4,8	0,0	0,2	0,7	0,0	0,0
Geen eigen inkomen	20,0	10,1	16,2	29,4	27,1	14,8	39,3
Andere	1,4	1,2	1,3	1,0	1,1	3,5	0,0
NR (n)	264	52	16	51	52	23	30
Diploma (%)							
Geen schoolopleiding	3,8	2,7	2,4	4,9	6,0	1,5	8,0
Lager	20,9	15,0	18,9	21,3	19,3	35,8	27,6
Middelbaar	51,5	49,9	44,9	61,4	56,4	46,5	41,4
Hoger	22,6	30,7	32,3	11,5	16,1	15,9	21,8
Ander	1,2	1,6	1,6	0,9	2,3	0,4	1,1
NR (n)	776	193	43	207	114	70	50
Type instelling (%)							
Laagdrempelig	52,7	73,3	61,2	25,8	26,5	78,0	30,7
Ambulant	31,8	14,1	29,4	44,8	53,0	17,6	56,2
Residentieel	15,5	12,6	9,4	29,4	20,5	4,4	13,1
NR (n)	0	0	0	0	0	0	0

Tabel 2 : Profielen van patiënten opgevangen in gespecialiseerde diensten in de Brusselse regio, per belangrijkste product, 2023

	Alle producten	Alcohol	Cocaine-poeder	Crack	Opiaten	Cannabis	Hypnotica en sedactieven
n=	2 570	746	170	554	332	341	137
Eerdere behandeling (%)							
Ja	51,7	48,0	35,4	69,2	82,0	25,2	43,1
Nee	48,3	52,0	64,6	30,8	18,0	74,8	56,9
NR (n)	450	96	23	187	49	43	21
Oorsprong van de aanvraag (%)							
De persoon zelf	56,5	51,0	46,6	76,5	62,6	49,5	44,8
Naaste(n)	11,5	8,7	17,4	5,7	11,3	11,6	20,8
Professioneel (sociaal-gezondheid)	24,7	31,5	22,4	15,0	23,5	22,2	33,6
Justitie	6,1	7,1	11,2	2,6	1,6	15,8	0,0
Andere	1,2	1,6	2,5	0,4	1,0	0,9	0,8
NR (n)	96	13	9	6	22	12	12
Leeftijd eerste consumptie							
Gemiddelde leeftijd	20,9	18,9	24,4	25,7	23,5	16,9	22,8
Mediaan leeftijd	18	16	24	23	22	16	20,0
NR (n)	1 285	320	68	380	163	97	69
Frequentie consumptie (%)							
Sinds meer dan 30 dagen	19,7	22,6	14,5	21,4	28,7	10,9	11,5
1 dag/week	10,2	9,3	28,9	11,0	9,6	2,2	1,9
2 à 3 dagen/week	14,4	17,2	23,9	21,4	6,5	9,1	2,9
4 à 6 dagen/week	9,3	8,8	7,5	13,3	3,9	11,7	2,9
Alle dagen	46,5	42,2	25,2	32,9	51,3	66,1	80,8
NR (n)	896	198	11	334	102	67	33
Injectiegedrag in de loop van het leven(%)							
Nee	89,7	95,9	89,5	89,1	66,8	96,0	93,9
ja	10,3	4,1	10,5	10,9	33,2	4,0	6,1
NR (n)	209	35	8	21	61	14	22
Polyconsumptie (%)							
Nee	50,7	67,4	47,6	35,2	44,6	67,7	31,4
Ja	49,3	32,6	52,4	64,8	55,4	32,3	68,6
NR (n)	0	0	0	0	0	0	0

Bron: Sciensano (analyse en aanpassing: Eurotox)

SAMENVATTENDE FICHES VAN DE BEHANDELINGEN IN GESPECIALISEERDE DIENSTEN¹

.....
1 Crédit visuel : avec l'aimable autorisation de Sciensano (Antoine, J. L'enregistrement TDI en Belgique – Rapport annuel, année d'enregistrement 2022. Sciensano ; 2023. 108p. Numéro de dépôt légal : D/2023.14.440/89).

Behandelaanvragen voor alcohol

gespecialiseerde centra, 2023



AANTAL

Patiënten in behandeling voor problematisch alcoholgebruik als belangrijkste product



746
patiënten

29,0%*

Evolutie:
stabiel**

Ook genoemd als secundair product door

471
patiënten

25,8%***

* Proportie van alle patiënten

** Maar tendens om te verminderen

*** Proportie patiënten die ook voor andere belangrijkste producten worden behandeld

SOCIODEMOGRAFISCH PROFIEL

♀ **26,6%** ♂ **73,4%**

Leeftijd	Vrouwen	Mannen	M+V
Q1	37	36	36
Mediaan	46	43	44
Q3	56	51	53



Inkomsten

23,6 % uit werk

10,1 % zonder inkomen

60,4 % vervangingsinkomen*



18,3%

In een onstabiele woonsituatie of dakloos



Hoogste opleidingsniveau

30,7 % hoger

49,9 % middelbaar

17,7 % basis of minder



Leefsituatie

52,4 % alleen

19,7 % koppel

15,3 % met familie

10,5 % met derden

2,0 % anders

* Werkloosheidsuitkering, OCMW, of ziekte/invaliditeit

BEHANDELINGSPROFIEL



52,0 %

starten voor het eerst een behandeling



43,5 jaar

gemiddeld gedurende de eerste behandeling



Naar een behandeling gestuurd door

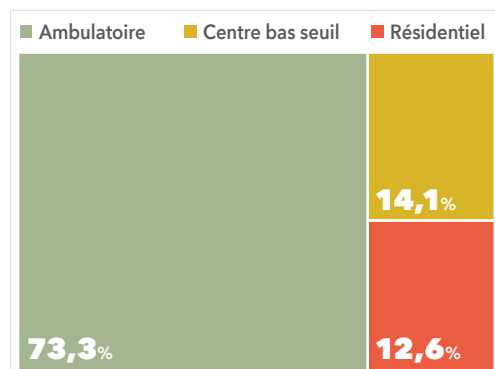
51,0 % zichzelf

8,7 % entourage

31,5 % professionnelen
(sociaal, gezondheid)

7,1 % justitie

Behandeling ...



CONSUMPTIEPROFIEL

Problematische polyconsumptie **32,6%**



17,0 %
cannabis



9,4 %
crack



7,9 %
cocaine-poeder



7,4 %
hypno-sedativen



2,8 %
opiaten



42,2 %
consumeren elke dag

22,6 %
hebben de voorbije 30 dagen niet geconsumeerd



18,9 jaar bij eerste gebruik



4,1 % hebben ooit drugs geïnjecteerd

Behandelaanvragen voor cannabis

gespecialiseerde centra, 2023



AANTAL

Patiënten in behandeling voor problematisch cannabisgebruik als belangrijkste product



341
patiënten

13,3%*

Evolutie:
stabiel

Ook genoemd als secundair product door

411
patiënten

18,4%**

* Proportie van alle patiënten

** Proportie van patiënten behandeld voor andere belangrijkste producten

SOCIODEMOGRAFISCH PROFIEL

♀ **16,6%** ♂ **83,4%**

Leeftijd	Vrouwen	Mannen	M+V
Q1	25	26	26
Mediaan	30	33	33
Q3	43	39	40



Inkomsten

37,1 % uit werk

14,8 % zonder inkomen

44,7 % vervangingsinkomen*



13,1%

In een onstabiele woonsituatie of dakloos



Hoogste opleidingsniveau

15,9 % hoger

46,5 % middelbaar

37,3 % basis of minder



Leefsituatie

40,4 % alleen

16,6 % koppel

29,1 % met familie

13,5 % met derden

0,4 % anders

* Werkloosheidsuitkering, OCMW, of ziekte/invaliditeit

BEHANDELINGSPROFIEL



74,8 %

starten voor het eerst een behandeling



31,5 jaar

gemiddeld gedurende de eerste behandeling



Naar een behandeling gestuurd door

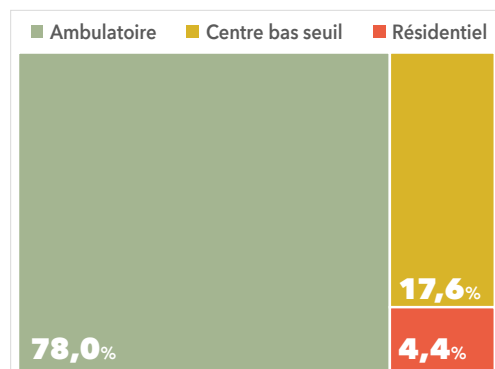
49,5 % zichzelf

11,6 % entourage

22,2 % professionnelen
(sociaal, gezondheid)

15,8 % justitie

Behandeling ...



CONSUMPTIEPROFIEL

Problematische polyconsumptie **32,3%**



20,5 %
alcohol



9,1 %
cocaïne-poeder



7,6 %
crack



3,2 %
opiaten



2,6 %
hypno-sedativen



66,1 %
consumeren elke dag

10,9 %
hebben de voorbije 30 dagen niet geconsumeerd



17 jaar bij eerste gebruik



4,0 % hebben ooit drugs geïnjecteerd

Behandelaanvragen voor opiaten

gespecialiseerde centra, 2023



AANTAL

Patiënten in behandeling voor problematisch gebruik van opiaten als belangrijkste product



332 patiënten **12,9%***

Evolutie: **afname**

Ook genoemd als secundair product door

206 patiënten **9,2%****

* Proportie van alle patiënten

** Proportie van patiënten behandeld voor andere belangrijkste producten

SOCIODEMOGRAFISCH PROFIEL

♀ **13,6%** ♂ **86,4%**

Leeftijd	Vrouwen	Mannen	M+V
Q1	33	36	35
Mediaan	41	43	42
Q3	52	51	51



Inkomsten

20,0 % uit werk
27,1 % zonder inkomen
51,1 % vervangingsinkomen*



In een onstabiele woonsituatie of dakloos

32,8%



Hoogste opleidingsniveau

16,1 % hoger
56,4 % middelbaar
25,3 % basis of minder



Leefsituatie

46,7 % alleen
20,0 % koppel
15,0 % met familie
16,7 % met derden
1,7 % anders

* Werkloosheidsuitkering, OCMW, of ziekte/invaliditeit

BEHANDELINGSPROFIEL



18,0% starten voor het eerst een behandeling



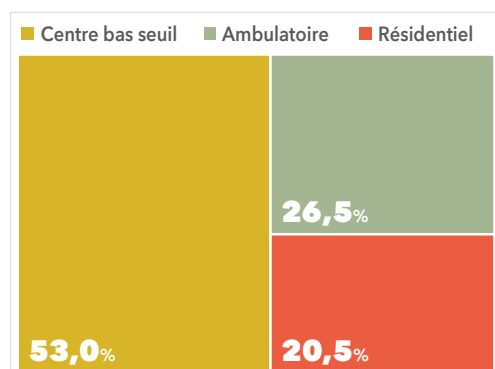
42 jaar gemiddeld gedurende de eerste behandeling



Naar een behandeling gestuurd door

62,6 % zichzelf
11,3 % entourage
23,5 % professionelen (sociaal, gezondheid)
1,6 % justitie

Behandeling ...



CONSUMPTIEPROFIEL

Problematische polyconsumptie **55,4%**



26,8 % crack



16,9 % hypno-sedativen



16,3 % alcohol



13,3 % cannabis



12,3 % cocaïne-poeder



51,3 % consumeren elke dag

28,7 % hebben de voorbije 30 dagen niet geconsumeerd



23,5 jaar bij eerste gebruik



33,2 % hebben ooit drugs geïnjecteerd

Behandelaanvragen voor crack

gespecialiseerde centra, 2023



AANTAL

Patiënten in behandeling voor problematisch gebruik van crack als belangrijkste product



554 21,6%*

patiënten

Evolutie:
toename

Ook genoemd als secundair product door

273 13,5%**
patient-es

* Proportie van alle patiënten

** Proportie van patiënten behandeld voor andere belangrijkste producten

SOCIODEMOGRAFISCH PROFIEL

♀ **16,6%** ♂ **83,4%**

Leeftijd	Vrouwen	Mannen	M+V
Q1	34	32	33
Mediaan	41	39	39
Q3	45	46	46



Inkomsten

12,7 % uit werk

29,4 % zonder inkomen

56,7 % vervangingsinkomen*



In een onstabiele woonsituatie of dakloos

51,6%



Hoogste opleidingsniveau

11,5 % hoger

61,4 % middelbaar

26,2 % basis of minder



Leefsituatie

53,5 % alleen

13,0 % koppel

12,0 % met familie

20,0 % met derden

1,4 % anders

* Werkloosheidsuitkering, OCMW, of ziekte/invaliditeit

BEHANDELINGSPROFIEL



30,8%

starten voor het eerst een behandeling



37,5 jaar

gemiddeld gedurende de eerste behandeling



Naar een behandeling gestuurd door

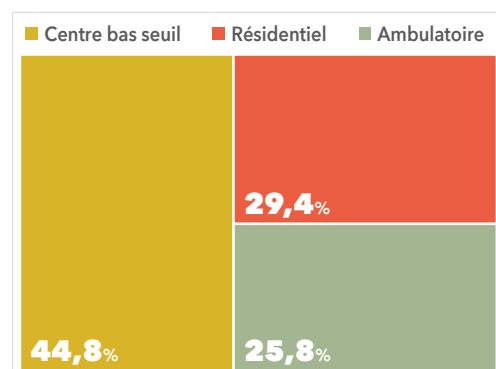
76,5 % zichzelf

5,7 % entourage

15,0 % professionnelen
(sociaal, gezondheid)

2,6 % justitie

Behandeling ...



CONSUMPTIEPROFIEL

Problematische polyconsumptie **64,8%**



35,4 %
alcohol



20,4 %
cannabis



18,1 %
hypno-
sedativen



15,9 %
opiaten



5,2 %
cocaïne-
poeder



32,9 %
consumeren
elke dag

21,4 %
hebben de voorbije
30 dagen niet geconsumeerd



25,5 jaar bij eerste
gebruik



10,9 % hebben ooit drugs
geïnjecteerd

Behandelaanvragen voor cocaïnepoeder

gespecialiseerde centra, 2023



AANTAL

Patiënten in behandeling voor problematisch cocaïnegebruik (poeder) als belangrijkste product



170
patiënten

6,6%*

Evolutie:
stabiel

Ook genoemd als secundair product door

222
patiënten

9,3%**

* Proportie van alle patiënten

** Proportie van patiënten behandeld voor andere belangrijkste producten

SOCIODEMOGRAFISCH PROFIEL



18,9%



81,1%

Leeftijd

	Vrouwen	Mannen	M+V
Q1	29	30	30
Mediaan	39	35	37
Q3	43	43	43



Inkomsten

42,9 % uit werk

16,2 % zonder inkomen

39,6 % vervangingsinkomen*



15,1%

In een onstabiele woonsituatie of dakloos



Hoogste opleidingsniveau

32,3 % hoger

44,9 % middelbaar

21,3 % basis of minder



Leefsituatie

39,0 % alleen

33,3 % koppel

15,4 % met familie

11,4 % met derden

0,8 % anders

* Werkloosheidsuitkering, OCMW, of ziekte/invaliditeit

BEHANDELINGSPROFIEL



64,6 %

starten voor het eerst een behandeling



36,5 jaar

gemiddeld gedurende de eerste behandeling



Naar een behandeling gestuurd door

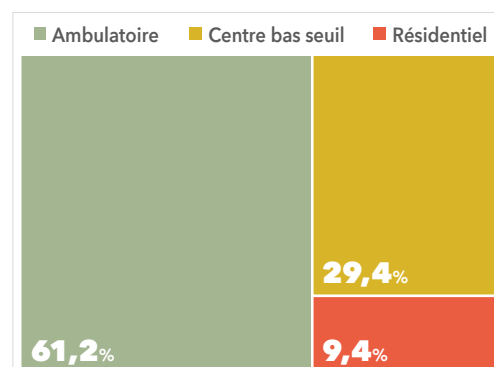
46,6 % zichzelf

17,4 % entourage

22,4 % professionnelen
(sociaal, gezondheid)

11,2 % justitie

Behandeling ...



CONSUMPTIEPROFIEL

Problematische polyconsumptie

52,4%



34,1 %
alcohol



20,6 %
cannabis



12,4 %
crack



7,1 %
opiaten



5,3 %
hypo-
sedativen



25,2 %
consumeren
elke dag

14,5 %
n'ont pas consommé
les 30 derniers jours



24,5 jaar bij eerste gebruik



10,5 % hebben ooit drugs geïnjecteed



AANTAL

Patiënten in behandeling voor problematisch hypnotische en kalmerende medicijnen als belangrijkste product



137
patiënten

5,3%*

Evolutie:
stabiel

Ook genoemd als secundair product door

293
patiënten

12,0%**

* Proportie van alle patiënten

** Proportie van patiënten behandeld voor andere belangrijkste producten

SOCIODEMOGRAFISCH PROFIEL

♀ **16,6%** ♂ **83,4%**

Leeftijd **Vrouwen** **Mannen** **M+V**

Q1 36 28 29

Mediaan 48 34 35

Q3 58 41 44



Inkomsten

18,7 % uit werk

39,3 % zonder inkomen

42,1 % vervangingsinkomen*



48,5%

In een onstabiele woonsituatie of dakloos



Hoogste opleidingsniveau

21,8 % hoger

41,4 % middelbaar

35,6 % basis of minder



Leefsituatie

49,6 % alleen

10,3 % koppel

16,3 % met familie

23,9 % met derden

0,0 % anders

* Werkloosheidsuitkering, OCMW, of ziekte/invaliditeit

BEHANDELINGSPROFIEL



56,9%

starten voor het eerst een behandeling



36,5 jaar

gemiddeld gedurende de eerste behandeling



Naar een behandeling gestuurd door

44,8 % zichzelf

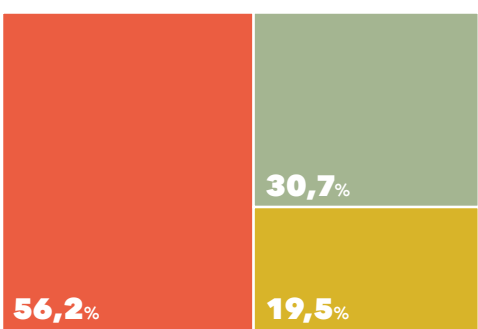
20,8 % entourage

33,6 % professionnelen
(sociaal, gezondheid)

0,0 % justitie

Behandeling ...

■ Résidentiel ■ Ambulatoire ■ Centre bas seuil



CONSUMPTIEPROFIEL

Problematische polyconsumptie **68,6%**



19,0 %
alcohol



18,2 %
cannabis



18,2 %
crack



10,9 %
opiaten



8,8 %
cocaïne-poeder



80,8 %
consumeren elke dag

11,5 %
hebben de voorbije 30 dagen niet geconsumeerd



23 jaar bij eerste gebruik



6,1 % hebben ooit drugs geïnjecteerd

DE BEHANDELINGEN IN ZIEKENHUISSTRUCTUREN IN 2023

Deze sectie heeft tot doel het profiel van de patiënten die in 2023 worden behandeld in ziekenhuisstructuren te belichten, door hun specificiteit te identificeren in vergelijking met de patiënten die in gespecialiseerde diensten worden behandeld. In totaal hebben 962 patiënten in 2023 een behandelingsaanvraag ingediend voor een verslavingsprobleem in de ziekenhuizen van de Brusselse regio (dit is 37,4% van het aantal patiënten behandeld in de gespecialiseerde diensten).

De behandelingen in ziekenhuisstructuren maken deel uit van verschillende soorten diensten (psychiatrische diensten van algemene ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen, alcohol/verslavingsverbindingdiensten, gespecialiseerde verslavingsdiensten binnen een ziekenhuisstructuur). In de meeste gevallen gaat het om residentiële behandelingen met als doel ontwenning, maar vermindering of stabilisatie van het gebruik, evenals vervangende behandelingen, zijn ook zorgstrategieën die door sommige diensten worden aangeboden, soms via ambulante consultaties.

De meerderheid van de patiënten die in 2023 een behandelingsverzoek hebben ingediend in de ziekenhuisdiensten van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (n=962) heeft een problematisch gebruik

van alcohol als belangrijkste product vermeld (68,7%), een hogere proportie dan in de gespecialiseerde diensten (29%). Andere producten werden veel minder vaak als belangrijkste product vermeld: cocaïne (8,9%), cannabis (6,4%), opiaten (4,9%), hypnotische sedativa (2,9%), andere producten of geen specifiek product (8,2%).

Wat betreft het **sociaaldemografisch profiel** blijkt dat de ziekenhuisdiensten een iets oudere doelgroep verwelkomen (gemiddeld 44,5 jaar) dan de gespecialiseerde centra (39,9 jaar). Het percentage vrouwen is er aanzienlijk hoger (31,6% versus 19,8%), en is bijzonder hoog bij patiënten die om behandeling vragen voor problematisch gebruik van hypnotische sedativa als belangrijkste product (50%). Dit verschil in geslacht kan deels verklaard worden door het feit dat gespecialiseerde diensten doorgaans sterk «vermannelijkt» zijn en minder afgestemd op vrouwelijke specificiteiten, maar ook omdat behandelingen in ziekenhuisomgevingen discreter en minder stigmatiserend zijn, kenmerken die de stappen voor vrouwen vergemakkelijken. De patiënten die in ziekenhuizen worden behandeld, vertonen iets minder vaak sociaaleconomische kwetsbaarheden. Zo is het percentage mensen met een vaste woning aanzienlijk hoger in de ziekenhuisdiensten dan in de gespecialiseerde diensten (76,1% tegenover 50,2%) en is het percentage

patiënten zonder eigen inkomen daar lager (10,9% tegenover 20%). Evenzo hebben de patiënten die in een ziekenhuis worden behandeld over het algemeen een hoger opleidingsniveau dan die in de gespecialiseerde diensten. Wat betreft het **aanvraagprofiel** komt het iets vaker voor dat patiënten in ziekenhuizen voor de eerste keer een aanvraag doen dan in de gespecialiseerde diensten (36,7% tegenover 48,3%). Verwijzingen vanuit de rechterlijke macht komen minder vaak voor in ziekenhuizen dan in gespecialiseerde diensten (0,8% tegenover 6,1%), terwijl verwijzingen door een sociaal-zorgprofessional daar vaker voorkomen (34,4% tegenover 24,7%). Tot slot is er een lager percentage patiënten die een problematische polyconsumptie vermelden in ziekenhuisomgevingen dan in gespecialiseerde diensten (26,8% tegenover 49,3%), wat te maken heeft met het feit dat er vooral patiënten worden behandeld voor alcoholgerelateerde stoornissen, waar problematische polyconsumpties minder vaak voorkomen.

Table 3 : Profielen van patiënten behandeld in de ziekenhuisdiensten van het Brusselse Gewest, per belangrijkste product, 2023

	Alle producten	Alcohol	Cocaine ²	Opiaten	Cannabis	Hypno-sedativa
n=	962	661	86	47	62	28
Aanvragen (%)	100	68,7	8,9	4,9	6,4	2,9
Leeftijd						
Gemiddeld	44,5	47,1	39,4	41,8	33,3	49,0
Mediaan	44	47	40	41	32	43
NR (n)	6	4	0	1	1	1
Geslacht (%)						
Mannen	68,4	68,8	64,0	74,5	62,9	50,0
Vrouwen	31,6	31,2	36,0	25,5	37,1	50,0
NR (n)	1	1	0	0	0	0
Huisvesting (%)						
Vaste woonplaats	76,1	82,9	56,6	60,0	78,7	81,5
Variable woonplaats	6,3	4,9	16,9	4,4	3,3	7,4
Straat	11,1	7,7	18,1	33,3	1,6	3,7
Instelling	5,6	3,8	6,0	2,2	14,8	7,4
Gevangenis	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andere	0,8	0,8	2,4	0,0	1,6	0,0
NR (n)	11	2	3	2	1	1
Leefsituatie (%)						
Alleen	48,5	46,5	54,5	57,5	46,0	45,8
In reëte	26,4	30,8	13,0	25,0	12,0	29,2
Met familie	18,1	15,2	28,6	10,0	34,0	20,8
Met derden	5,7	5,9	2,6	7,5	8,0	4,2
Andere	1,3	1,6	1,3	0,0	0,0	0,0
NR (n)	38	12	4	6	3	2
Inkomsten (%)						
Arbeidsinkomen	17,4	20,4	12,9	2,3	7,7	14,8
Werkloosheids-uitkering	8,7	9,5	5,7	7,0	9,6	3,7
Ziekte of -invaliditeits-uitkering	40,9	43,7	31,4	41,9	36,5	40,7
Minimuminkomen of OCMW-steun	14,6	10,6	35,7	20,9	23,1	11,1
Rust- of overlevingspensioen	6,0	7,4	0,0	2,3	0,0	18,5
Geen eigen inkomen	10,9	7,0	12,9	25,6	17,3	7,4
Andere	1,5	1,3	1,4	0,0	5,7	3,7

	Alle producten	Alcohol	Cocaine ²	Opiaten	Cannabis	Hypno-sedativa
n=	962	661	86	47	62	28
NR (n)	79	30	16	4	10	1
Diploma (%)						
Geen schoolopleiding	2,7	2,4	4,3	4,0	3,9	5,3
Lager	16,7	15,9	10,9	20,0	27,5	15,8
Middelbaar	45,8	44,0	65,2	44,0	49,0	42,1
Hoger	33,0	36,0	17,4	28,0	17,6	36,8
Ander	1,9	1,7	2,2	4,0	2,0	0,0
NR (n)	261	125	40	22	11	9
Eerdere behandeling (%)						
Ja	63,3	61,0	74,0	73,3	61,8	53,6
Nee	36,7	39,0	26,0	26,7	38,2	46,4
NR (n)	55	31	9	2	7	0
Oorsprong van de aanvraag (%)						
De persoon zelf	55,3	58,3	45,2	54,3	54,2	53,6
Naaste(n)	8,3	8,3	7,1	13,0	6,8	14,3
Professionelen (sociaal-gezondheid)	34,4	32,4	44,0	32,6	37,3	28,6
Justitie	0,8	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Andere	1,2	0,5	3,6	0,0	1,7	3,6
NR (n)	17	7	2	1	3	0
Leeftijd eerste consumptie						
Gemiddelde leeftijd	20,9	19,6	28,2	28,1	18,2	32,4
Mediaanleeftijd	18	17	29	25	16	31
NR (n)	309	196	8	11	24	15
Injectiegedrag in de loop van het leven (%)						
Nee	92,7	97,3	81,1	53,3	92,2	92,3
Ja	7,3	2,8	18,8	46,6	7,9	7,6
NR (n)	208	104	33	17	11	2
Polyconsumptie (%)						
Nee	73,2	87,7	48,8	29,8	62,9	50,0
Ja	26,8	12,3	51,2	70,2	37,1	50,0
NR (n)	0	0	0	0	0	0

Bron: Sciensano (analyse en aanpassing: Eurotox)

.....
2 Cocainepoeder en crack.

De TDI is een nuttig instrument om behandelingsaanvragen te kwantificeren en om het profiel van de begunstigden in behandeling te beschrijven, evenals hun evolutie in de loop der tijd. Het maakt het ook mogelijk om de impact van het gebruik van psychoactieve stoffen op de gezondheid van gebruikers te begrijpen, in dit geval vanuit het perspectief van afhankelijkheid. De gestandaardiseerde implementatie maakt bovendien binnenlandse en internationale vergelijkingen mogelijk die inzicht bieden in geografische verschillen.

Hoewel deze indicator belangrijk is, moet men voorzichtig zijn bij het extrapoleren van de hierboven gepresenteerde resultaten, om de redenen die in de inleiding zijn genoemd en die we kort herhalen: de dekking is momenteel beperkt tot de gespecialiseerde verslavingszorg en de ziekenhuizen. Het betreft de registratie van nieuwe behandelingsverzoeken en niet van alle personen die gedurende een bepaalde periode in behandeling zijn; het unieke identificatienummer dat het mogelijk maakt de analyses

te centreren op de patiënten wordt momenteel slechts in beperkte mate gebruikt. De gegevensverzameling is vrijwillig, is gebaseerd op de verklaringen van de patiënt en sommige vragen hebben bijzonder hoge niet-antwoordspercentages; het biedt geen informatie over de uitkomst van de behandelingsaanvraag (effectieve behandeling, heroriëntatie, de patiënt is niet meer teruggekeerd, enz.) of over de kenmerken en de effectiviteit van de behandeling. Ten slotte is het belangrijk om aandacht te besteden aan het feit dat in de epidemiologie alleen datgene nauwkeurig gemeten kan worden wat expliciet wordt gezocht. Het gebruik van drugs en verslavingsproblemen zijn namelijk fenomenen die voortdurend veranderen door de opkomst van nieuwe producten, nieuwe praktijken en nieuwe doelgroepen. De huidige herziening van het protocol, die in 2026 in België geïmplementeerd zal worden, zal helpen deze evoluties beter te registreren. Deze herziening zal onder andere de opname van behandelingen voor gedragsverslaving (bijv. kansspelen en gokken) mogelijk maken, die momenteel

niet gedekt zijn, een schatting geven van het totale aantal patiënten dat wordt behandeld in de deelnemende diensten, en meer expliciet nieuwe producten opnemen in het monitoringsysteem (bijv. pregabaline, lachgas, synthetisch cannabis, oxycodon). Het zal ook mogelijk zijn om informatie te verzamelen over de uitkomst van de behandelingsaanvraag. Een grote uitdaging blijft echter het uitbreiden van de gegevensverzameling naar structuren en professionals die momenteel niet deelnemen (bijv. huisartsen, medische huizen), om een volledig of ten minste uitgebreider beeld te krijgen van de behandelingen voor verslavingsproblemen. Tot slot moet de complementaire rol van de TDI worden benadrukt in relatie tot andere epidemiologische indicatoren die door de EUDA zijn ontwikkeld (prevalentie van het gebruik in de algemene bevolking en bij jongeren, hoog-risico gebruik, prevalentie van infectieziekten en sterfte gerelateerd aan gebruik) om een breder inzicht te krijgen in de verschillende soorten gebruik en hun gevolgen voor de gezondheid.

Anderson, P. & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe*. London: Institute of Alcohol Studies.

Antoine, J., De Ridder, K., Plettinckx, E., Blanckaert, P., & Gremeaux, L. (2016). Treatment for substance use disorders: The Belgian Treatment Demand Indicator registration protocol. *Archives of Public Health*, 74, 27.

Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., & Demyttenaere, K. (2007). Delays in seeking treatment for mental disorders in the Belgian general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 937-944.

Eurotox (2023). Aanvragen voor behandeling van problematisch alcohol- en druggebruik in het brussels hoofdstedelijk gewest. Stand van zaken en evolutie tijdens de periode 2015-2022. Brussels: Eurotox vzw.

Gisle, L., & Drieskens, S. (2019). *Enquête de santé 2018 : Usage des drogues*. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; Numéro de rapport: D/2019/14.44/68.

Klingemann, H., & Klingemann, J. (2008). L'intervention thérapeutique est-elle nécessaire ? La rémission naturelle et les systèmes de traitement. *Psychotropes*, 14, 111-126.

McCrary, B.S., Epstein, E.E., & Fokas, K.F. (2020). Treatment interventions for women with alcohol use disorder. *Alcohol Research*, 40:08.

Rehm, J., Room, R., van den Brink, W., & Kraus, L. (2005). Problematic drug use and drug use disorders in EU countries and Norway: An overview of the epidemiology. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 389-397.

Salomon, L. (2010). *Cerveau, drogues et dépendance*. Belin.

Schamp, J., Simonis, S., Roets, G., Van Havere, T., Gremeaux, L., & Vanderplasschen, W. (2021). Women's views on barriers and facilitators for seeking alcohol and drug treatment in Belgium. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 38, 175-189.

Sting, S., & Blum, C. (2003). *Soziale Arbeit in der Suchtprävention*. UTB.

UNODC (2023). *World drug report 2023*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.

EUROTOX VZW | EXPERTISECENTRUM VOOR ALCOHOL EN ILLEGALE DRUGS IN WALLONIA EN BRUSSELS | **DECEMBER 2024**

151 Jourdanstraat, 1060 Brussel | Tél. +32 2 539 48 29
9 rue du Moulin, 1340 Ottignies | info@eurotox.org

Dit document (en de franse versie)
zijn beschikbaar in PDF op de site | www.eurotox.org

eurot**tox**

MET DE STEUN VAN

