

TDI

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

Stand van zaken en evolutie tijdens de periode 2015-2022

eur^otox

TDI

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

Stand van zaken en evolutie tijdens de periode 2015-2022

Aanbevolen citaat

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 asbl.

Depotnummer

D/2023/10.063/3
December 2023

Lay-out

Nathalie da Costa Maya, CDCS vzw

Contactgegevens van Eurotox

Eurotox asbl
Rue Jourdan 151
1060 Bruxelles
02 539 48 29
info@eurotox.org
<https://eurotox.org/>

Nalezing op de franse versie

Jérôme Antoine & Lou Richelle

MET DE STEUN VAN DE COCOM

eurotox



COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

EUROTOX ASBL | EXPERTISECENTRUM VOOR ALCOHOL EN ILLEGALE DRUGS IN WALLONIA EN BRUSSELS | **DECEMBER 2023**

INHOUDSOPGAVE

1	INLEIDING	4
	DE TREATMENT DEMAND INDICATOR	4
	DEFINITIES	5
2	DE METHODOLOGISCHE BEPERKINGEN VAN TDI	6
3	DOELSTELLINGEN EN BESCHRIJVING VAN DE STEEKPROEF	7
4	DE BEHANDELINGEN IN GESPECIALISEERDE DIENSTEN	9
	DE SITUATIE IN 2022	9
	TRENDS EN EVOLUTIE	9
5	FOCUS PER BELANGRIJKSTE PRODUCT	13
5.1.	ALCOHOL	13
	SOCIODEMOGRAFISCH PROFIEL	13
	PROFIEL VAN DE AANVRAGEN	13
	PROFIEL VAN CONSUMPTIE	13
	OPVALLENDE EVOLUTIES GEDURENDE DE PERIODE 2015-2022	15
5.2.	COCAÏNE	16
5.2.1.	CRACK	16
	SOCIODEMOGRAFISCH PROFIEL	16
	PROFIEL VAN DE AANVRAGEN	16
	PROFIEL VAN CONSUMPTIE	17
5.2.2.	COCAÏNEPOEDER	18
	SOCIODEMOGRAFISCH PROFIEL	18
	PROFIEL VAN DE AANVRAGEN	18
	PROFIEL VAN CONSUMPTIE	18
	OPVALLENDE EVOLUTIES GEDURENDE DE PERIODE 2015-2022	19
5.3.	OPIATEN	21
	SOCIODEMOGRAFISCH PROFIEL	21
	PROFIEL VAN DE AANVRAGEN	21
	PROFIEL VAN CONSUMPTIE	22
	OPVALLENDE EVOLUTIES GEDURENDE DE PERIODE 2015-2022	23

5.4.	CANNABIS	25
	SOCIODEMOGRAFISCH PROFIEL	25
	PROFIEL VAN DE AANVRAGEN	25
	PROFIEL VAN CONSUMPTIE	26
	OPVALLENDE EVOLUTIES GEDURENDE DE PERIODE 2015-2022	26
5.5.	FOCUS OP GEBRUIKERS VAN KETAMINE, PREGABALINE EN HYPNO-SEDATIEVE MEDICATIE	28
	KETAMINE	29
	PREGABALINE	29
	HYPNO-SEDATIVA MEDICATIE	29
6	VERGELIJKING VAN PROFIELEN PER HOOFDPRODUCT	30
	DE SITUATIE IN 2022	30
7	VERGELIJKINGEN IN FUNCTIE VAN GESLACHT	33
	DE SITUATIE IN 2022	33
	OPVALLENDE EVOLUTIES GEDURENDE DE PERIODE 2015-2022	35
8	VERGELIJKINGEN PER THERAPEUTISCHE ANTECEDENTEN	36
	DE SITUATIE IN 2022	36
	OPVALLENDE EVOLUTIES GEDURENDE DE PERIODE 2015-2022	39
9	VERGELIJKINGEN PER TYPE ZORGINSTELLING	40
	DE SITUATIE IN 2022	40
	OPVALLENDE EVOLUTIES GEDURENDE DE PERIODE 2015-2022	42
	SAMENVATTINGEN VAN BEHANDELINGEN IN GESPÉCIALISEERDE DIENSTEN	43
10	ZORG IN ZIEKENHUIZEN	48
	DE SITUATIE IN 2022	48
	TRENDS EN ONTWIKKELINGEN	50
11	VOORUITZICHTEN	52
12	BIBLIOGRAFIE	53

DE TREATMENT DEMAND INDICATOR

De *Treatment Demand Indicator* (TDI), een van de vijf belangrijkste epidemiologische indicatoren die worden verzameld in de landen van de Europese Unie, stelt het EMCDDA in staat om het probleem van drugsgebruik en verslaving in Europa te evalueren. De Indicator wordt geregistreerd in de 28 landen van de Europese Unie, evenals in Noorwegen en Turkije en omvat een jaarlijkse registratie van aanvragen voor behandeling die zijn ingediend bij hulp- en zorgdiensten voor problematisch of verslavend gebruik van illegale drugs. Het doel is om een jaarlijkse schatting te geven van het aantal mensen dat een dergelijke behandelaanvraag heeft ingediend en om het profiel van deze personen te schetsen. In België worden ook behandelaanvragen met betrekking tot problematisch alcoholgebruik geregistreerd, omdat elk land de mogelijkheid heeft om bepaalde aanpassingen aan het gestandaardiseerde protocol aan te brengen.

De TDI werd begin jaren '90 ontwikkeld door de Pompidou-groep. Deze werkgroep kreeg van de Raad van Europa de opdracht om een gemeenschappelijk protocol voor gegevensverzameling met betrekking tot behandelaanvragen in de Europese Unie te definiëren. Het eerste protocol werd geïmplementeerd in 1994 in enkele grote Europese steden, voordat het geleidelijk werd uitgebreid naar meerdere Europese landen, onder de coördinatie van het EMCDDA (Antoine *et al.*, 2016). Het protocol werd voor het eerst herzien in 2000 (protocol 2.0) en werd vervolgens uitgebreid naar alle lidstaten van de Unie, onder toezicht van een nationaal contactpunt (Sciensano voor België). Een tweede herziening van het protocol (protocol 3.0) vond plaats in 2013 en is van toepassing in België sinds 2015. Een derde herziening is momenteel gaande op Europees niveau en zal in 2025 in België worden geïmplementeerd, met de

bedoeling om beter rekening te houden met recente ontwikkelingen op het gebied van verslavingsproblematiek (bijv. toevoeging van nieuwe producten, rekening houdend met gedragsverslavingen).

Het huidige protocol bestaat uit ongeveer dertig variabelen die tot doel hebben het sociodemografische profiel van de patiënten te beschrijven (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, huisvestings- en inkomenssituatie...), het consumptieprofiel (probleemproducten, belangrijkste product, frequentie van gebruik en wijze van toediening van het belangrijkste product, leeftijd van het eerste gebruik van het belangrijkste product...) en het profiel van de aanvraag (type zorgstructuur, oorsprong van de behandelingsaanvraag, therapeutische voorgeschiedenis). De meeste variabelen hebben betrekking op de huidige situatie van de patiënt, namelijk die welke is waargenomen in de maand voorafgaand aan het indienen van de aanvraag. Deze informatie wordt meestal verzameld tijdens het eerste of tweede gesprek met de medisch professional. Ze zijn dus gebaseerd op de verklaringen van de patiënt en kunnen onderhevig zijn aan onnauwkeurigheden als gevolg van cognitieve vertekeningen (geheugenproblemen, sociale wenselijkheid, ontkenning...). De TDI verstrekt geen informatie over de vervolgstappen na de aanvraag (bijv. type behandeling voorgesteld en therapeutische aanpak, naleving en voortzetting van de behandeling, impact op het consumptieprobleem en het welzijn van de patiënt).

DEFINITIES

Patiënt. Elke persoon die contact heeft gehad met een behandelingseenheid voor een alcohol- of drugsconsumptieprobleem. Het contact moet rechtstreeks zijn. Daarom zijn telefoon-, post- of internetcontacten uitgesloten. Patiënten worden geïdentificeerd op basis van hun rijksregisternummer, dat automatisch wordt gecodeerd om de anonimiteit van de personen in de database te waarborgen. Deze identificatie is nodig om slechts één behandelingsaanvraag per jaar en per patiënt te behouden voor de analyses. Het kan voorkomen dat het nummer niet wordt gevraagd/verstrek, of dat de patiënt er geen heeft als hij/zij illegaal is. In dat geval worden de gegevens ingevoerd zonder identificatie en is het niet mogelijk om meerdere aanvragen van dezelfde patiënt te verwijderen.

Behandelcentrum. Elke instelling of zorgverlener die deelneemt aan het verzamelen van gegevens en die behandeling aanbiedt voor problematisch alcohol- of drugsgebruik. Dit kunnen zogenaamde «laagdrempelige» centra zijn, ambulante of residentiële, medisch of niet-medisch, ziekenhuisgerelateerd of niet, gespecialiseerd in de behandeling van verslavingen of niet. Niet-professionele ondersteuningsgroepen en centra die geen behandeling bieden voor verslavingen zijn niet inbegrepen. In het Brussels Gewest nemen ziekenhuizen en de meeste gespecialiseerde centra voor verslavingszorg deel aan de gegevensverzameling. Aan de andere kant zijn behandelingen die worden verstrekt in privépraktijken, medische huizen of niet-gespecialiseerde geestelijke gezondheidsdiensten momenteel niet inbegrepen.

Behandeling. Elke activiteit die tot doel heeft de psychische, medische en/of sociale status van gebruikers van alcohol, psychotrope medicijnen of drugs met problematisch persoonlijk gebruik te verbeteren. Deze definitie omvat niet alleen de zorg die wordt geboden door bepaalde instellingen met als primaire doel detoxificatie of abstinentiehandhaving, maar omvat ook instellingen die psycho-sociale ondersteuning bieden die gericht is op het stabiliseren of verminderen van het gebruik en de impact ervan op de gezondheid. De notie van behandeling wordt dus in vrij ruime zin opgevat. Het is echter vermeldenswaard dat

instellingen die alleen sociale hulp verlenen en die alleen materiaal voor steriel gebruik ter beschikking stellen, niet worden beschouwd als het verrichten van behandeling in de zin die in de TDI wordt gedefinieerd.

Behandelingsperiode. Periode tussen het begin en het einde van de behandeling. Deze periode varieert afhankelijk van de programma's: bij residentiële behandeling komt het einde van de episode overeen met het vertrek van de patiënt. Bij ambulante begeleiding komt het einde van de periode overeen met de bewuste beslissing om de behandeling te staken of bij een afwezigheid van meer dan 6 maanden wanneer de behandeling niet expliciet is stopgezet. Als een persoon gedurende meerdere jaren een behandeling volgt die zich uitstrekt over meerdere jaren, moet hij slechts één keer worden geregistreerd, bij het begin van de behandeling.

Problematische substanties. Dit zijn psychoactieve stoffen die door de patiënt worden geconsumeerd (exclusief tabak en medische behandeling) waarvan het gebruik als problematisch wordt beschouwd en die de behandelingsaanvraag verklaren. Deze stoffen worden gegroepeerd in afzonderlijke categorieën: alcohol, opiaten (heroïne, misbruik van methadon, buprenorfine, fentanyl, enz.), cocaïne (poeder cocaïne, crack), andere stimulerende middelen (amfetaminen, methamfetaminen, MDMA en derivaten, mephedrone, enz.), hypnotica en sedativa (misbruik van barbituraten en benzodiazepines, GHB/GBL, enz.), hallucinogenen (LSD, ketamine, vluchtige inhalatiemiddelen, enz.), cannabis (marihuana, hasj, oliën, synthetische cannabinoïden, enz.), andere stoffen (alle stoffen die niet onder de voorgaande categorieën vallen). Gedragsverslavingen (gokken, seks, internet, enz.) worden momenteel niet opgenomen in deze registratie.

Belangrijkste substantie. De belangrijkste substantie wordt gedefinieerd als degene die de patiënt bij het aanvragen van behandeling de meeste problemen bezorgt. Informatie wordt verzameld met betrekking tot de consumptiegewoonten van de belangrijkste substantie (consumptiemethode, frequentie van gebruik, leeftijd bij eerste gebruik).

DE METHODOLOGISCHE BEPERKINGEN VAN TDI

De gegevens van de TDI worden momenteel alleen verzameld in gespecialiseerde verslavingscentra en ziekenhuizen. Toch kunnen behandelingen voor alcohol- of drugsproblemen ook voorkomen in andere soorten instellingen die momenteel niet worden gedekt (bijvoorbeeld geestelijke gezondheidsdiensten zonder specialisatie in verslavingen, medische huizen) en in privé praktijken (bijvoorbeeld huisartsen, psychiaters, psychologen). Een gevolg van deze beperkte dekking is de oververtegenwoordiging van personen die economisch kwetsbaarder zijn, omdat mensen met een misbruik- of verslavingsprobleem die een betere levensstandaard hebben waarschijnlijk eerder geneigd zijn om een ambulante behandeling te zoeken in een privépraktijk of kliniek. Het is belangrijk hier rekening mee te houden om bepaalde voorbarige conclusies te vermijden (bijvoorbeeld «verslaving leidt tot armoede», «verslavingsproblemen betreffen voornamelijk mensen met een laag sociaaleconomisch niveau»), die misschien niet helemaal onwaar zijn maar wel nuance verdienen.

De basisregistratie-eenheid van de TDI is de behandelaanvraag, die wordt geregistreerd bij elke nieuwe behandelperiode (zie

bovenstaande definitie). Om profielanalyses uit te voeren en meerdere aanvragen van dezelfde patiënt uit te sluiten, voorziet de registratie in het gebruik van een unieke identificatiecode die slechts één behandelaanvraag per patiënt per kalenderjaar behoudt, namelijk de eerste aanvraag, zoals gedefinieerd in het Europese protocol. In België identificatiecode het rijksregisternummer dat echter niet systematisch wordt toegepast, hetzij omdat de patiënt er niet over beschikt (in het geval van migranten of mensen zonder verblijfsvergunning), hetzij omdat hij weigert deze te verstrekken, hetzij omdat het behandelingcentrum de routinematige toepassing ervan niet wil om administratieve barrières voor de zorg voor patiënten te vermijden. In het Brussels Gewest wordt elk jaar een aanzienlijk deel van de registraties (42,1% in 2022) uitgevoerd zonder vermelding van het rijksregisternummer. We hebben ervoor gekozen deze anonieme episodes niet uit de analyses te verwijderen, ook al bevatten ze een aantal meervoudige aanvragen van dezelfde patiënten, die de resultaten kunnen beïnvloeden. Want het niet opnemen van deze anonieme aanvragen zou de bevindingen nog meer kunnen vertekenen, omdat ze afkomstig kunnen zijn van personen met een bijzonder kwetsbaar profiel, waarvan het belangrijk is

om rekening te houden in de analyses. Merk op dat trendanalyses geen rekening hebben gehouden met het feit dat dezelfde unieke patiënt in opeenvolgende jaren kan worden geregistreerd.

Alleen nieuwe behandelaanvragen moeten worden geregistreerd en niet alle lopende behandelingen. Daarom kan dit instrument niet worden gebruikt om de prevalentie van behandelaanvragen te schatten, dat wil zeggen het aantal patiënten dat in een kalenderjaar behandeling aanvraagt bij alle deelnemende diensten. Bijvoorbeeld, als een patiënt zijn behandeling in november 2017 is begonnen en deze 12 maanden duurde, zal deze alleen in 2017 zijn geregistreerd en niet in 2018.

Tenslotte gebeurt de registratie op vrijwillige basis. Patiënten moeten worden geïnformeerd over de modaliteiten en doelen van dit protocol, en ze hebben het recht om deelname te weigeren. Het aantal weigeringen om deel te nemen wordt momenteel niet geteld. Hoewel het vermoedelijk relatief laag is, kan niet worden uitgesloten dat de neiging tot weigering kan variëren afhankelijk van het profiel.

DOELSTELLINGEN EN BESCHRIJVING VAN DE STEEKPROEF

Dit handboek heeft als doel de gegevens met betrekking tot behandelaanvragen voor problematisch alcohol- of drugsgebruik in het Brussels Gewest over de periode 2015-2022 te presenteren en te bespreken. Het eerste deel van de analyses zal zich richten op de gegevens die zijn verzameld bij gespecialiseerde verslavingsdiensten. De gegevens die zijn verzameld bij ziekenhuizen zullen vervolgens beknopter worden behandeld. We hebben ervoor gekozen om deze twee soorten gegevens afzonderlijk te behandelen om twee redenen: 1) de behandelaanvragen die in ziekenhuizen worden geregistreerd zijn voornamelijk gerelateerd aan alcoholproblematiek, wat aanzienlijk minder het geval is bij gespecialiseerde diensten; 2) de ziekenhuiszorg op het gebied van verslavingszorg is over het algemeen (met enkele uitzonderingen) een hooghropelige zorgverlening, wat zich vertaalt in een minder kwetsbaar sociaal-demografisch profiel. Het afzonderlijk behandelen van deze twee bronnen van gegevens zal dus helpen om de specifieke kenmerken van elk zorgaanbod en de betrokken patiënten beter te benadrukken.

De analyseseenheid is de patiënt, geïdentificeerd aan de hand van het rijksregisternummer. Meervoudige aanvragen (dwz wanneer dezelfde patiënt meerdere aanvragen indient in hetzelfde jaar) worden dus geëlimineerd en alleen de eerste aanvraag die in een jaar is ingediend, is behouden voor de analyses. Anonieme aanvragen zijn echter behouden omdat ze in aanzienlijke mate voorkomen. De datatransitiestroom wordt samengevat in **Figuur 1**. Voor trendanalyses (identificatie van ontwikkelingen in de tijd) zullen de analyses betrekking hebben op patiënten die worden behandeld in centra die consequent gegevens hebben gerapporteerd gedurende de onderzochte periode, om zo veel mogelijk fluctuaties als gevolg van de dekkingsinstabiliteit

te neutraliseren. Vier centra zijn daarom uitgesloten van de trendanalyses omdat ze niet elk jaar gedurende deze periode gegevens hebben verstrekt. Deze methodologische aanpak heeft tot gevolg dat de waarden die worden gerapporteerd tijdens de analyses van de gegevens van 2022 niet precies overeenkomen met die welke worden gerapporteerd voor datzelfde jaar in de trendgrafieken.

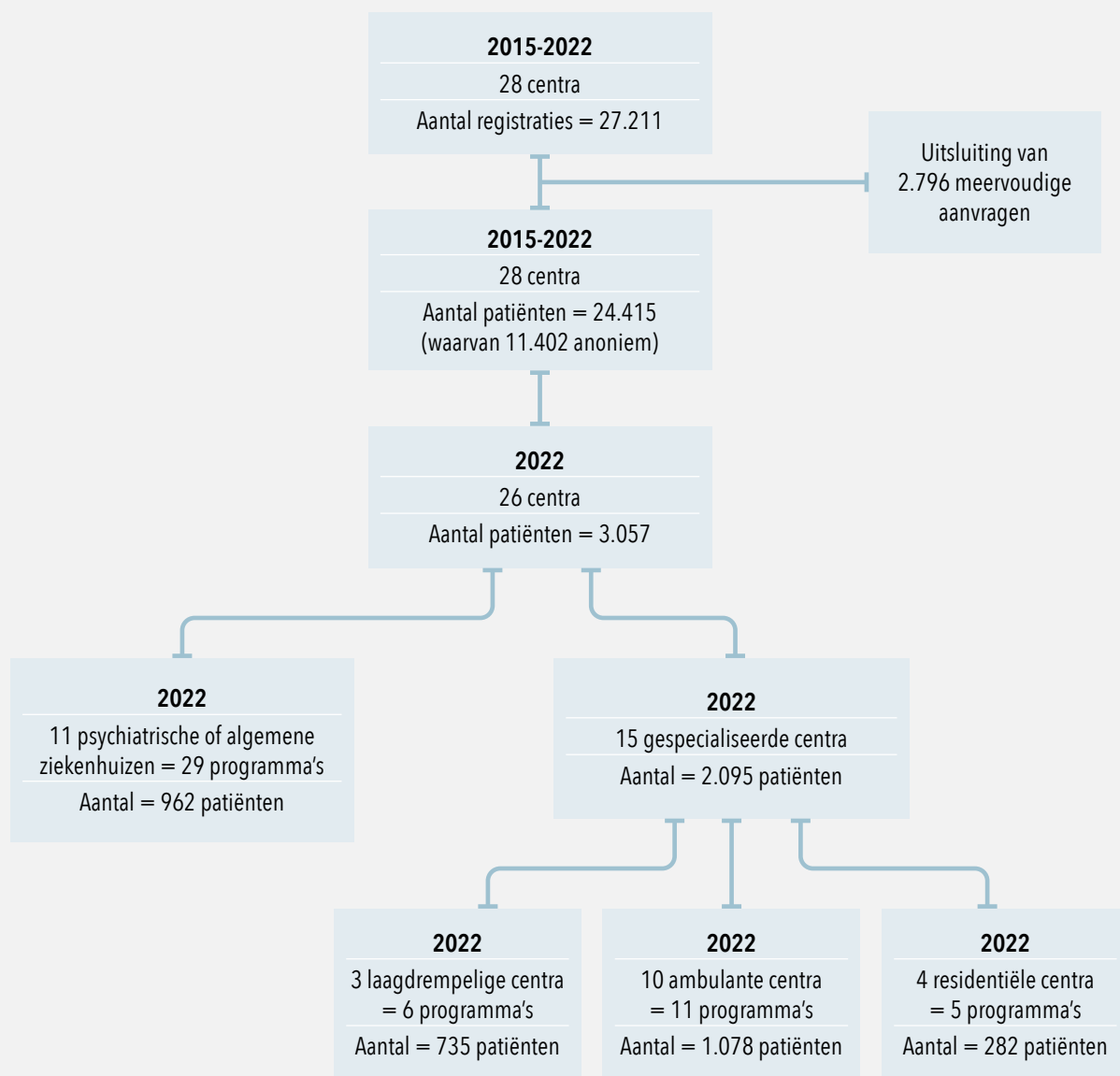
De analyses gepresenteerd in dit document zijn voornamelijk beschrijvend van aard. Ze zijn bedoeld om inzicht te verschaffen in het profiel van de begunstigen die worden behandeld in de openbare Brusselse voorzieningen voor verslavingszorg. De percentages worden berekend na uitsluiting van non-responsen. Deze worden ter indicatie vermeld in de betreffende tabellen. Voor sommige vragen is het percentage non-respons relatief hoog, vooral voor vragen met betrekking tot het opleidingsniveau, de frequentie van consumptie van de belangrijkste stof, therapeutische voorgeschiedenis en injectiegedrag. Daarom is het mogelijk dat sommige bevindingen de realiteit niet volledig weerspiegelen, en we nodigen de lezer uit om rekening te houden met dit non-responspercentage bij het beoordelen van de gerapporteerde percentages. Ten slotte worden alleen statistisch significante verschillen besproken, tenzij anders vermeld. Deze zijn geïdentificeerd met behulp van verschillende statistische tests (Chi-kwadraat, t-test, ANOVA), waarbij de overschrijdingskans (p) is vastgesteld op 0,05. Sommige hypothesen worden geformuleerd om de belangrijkste bevindingen te proberen verklaren. Ze moeten worden beschouwd als richtlijnen om reflectie en onderzoek te stimuleren en niet als zekerheden.

Sinds de invoering van het protocol 3.0 in 2015 zijn er 27.211 behandelaanvragen ingediend voor problematisch gebruik bij de 28 ziekenhuizen en gespecialiseerde centra in het Brussels Gewest die momenteel deelnemen aan de registratie. In totaal zijn 24.415 aanvragen behouden voor de analyses na eliminatie van meervoudige aanvragen. Onder de deelnemende centra zijn er 13 psychiatrische en/of algemene ziekenhuizen (die meestal residentiële zorg bieden) en 15 niet-ziekenhuisgebonden gespecialiseerde centra, waaronder 3 laagdrempelige opvangdiensten, 10 ambulante diensten en 4 residentiële diensten.

Figuur 2 toont de evolutie van het aantal patiënten waarvoor een behandelaanvraag is geregistreerd tussen 2015 en 2022 in het Brussels Gewest, per type dienstverlening. Na een lichte stijging in de eerste jaren, blijkt de registratie relatief stabiel te zijn, met uitzondering van de periode van de COVID-19-pandemie (2020-2021), die een aanzienlijke daling van de registraties in ziekenhuizen en poliklinieken laat zien. In 2022 lijken de cijfers terug te keren naar het niveau van vóór de pandemie.

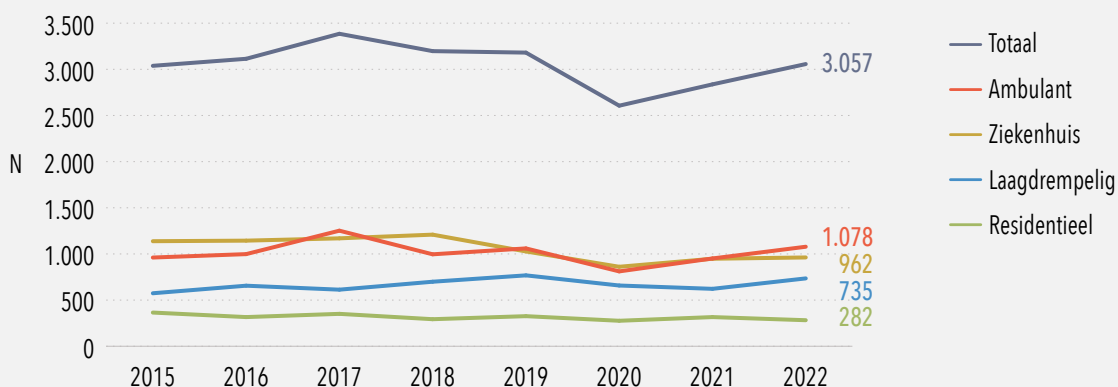
In 2022 hebben 26 centra deelgenomen aan de gegevensverzameling van TDI in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, waaronder 11 psychiatrische en/of algemene ziekenhuizen (die 19 verschillende programma's aanbieden) en 15 gespecialiseerde centra, waaronder 3 laagdrempelige opvangdiensten, 10 ambulante diensten en 4 residentiële diensten. Het aantal behandelaanvragen voor problematisch alcohol- of drugsgebruik bedroeg 3317, wat overeenkwam met 3057 patiënten na eliminatie van meervoudige aanvragen.

Figuur 1: Stroom van TDI-registratie in het Brussels Gewest over de periode 2015-2022



Bron: Sciensano

Figuur 2: Evolutie van het aantal geregistreerde patiënten tussen 2015 en 2022 in het Brussels Gewest, per jaar en type centrum



Bron: Sciensano

DE BEHANDELINGEN IN GESPECIALISEERDE DIENSTEN

In totaal hebben 15.647 patiënten een behandelaanvraag ingediend bij gespecialiseerde diensten in de periode 2015-2022, waarvan 2095 in 2022. De volgende analyses beogen een beschrijving te geven van het sociodemografische profiel, het profiel van de aanvraag en het consumptieprofiel van de patiënten die worden behandeld in deze diensten. Eerst zullen we een algemeen overzicht geven van de behandelingen, en daarna een gedetailleerde beschrijving per belangrijkste product. Het belangrijkste product wordt gedefinieerd als het product dat de meeste problemen veroorzaakt bij de patiënt bij het indienen van de behandelaanvraag. Het belangrijkste product wordt vermeld in het overgrote deel van de behandelingen (96,9%), inclusief bij patiënten met een problematisch meervoudig gebruik.

DE SITUATIE IN 2022

De rangorde van de producten die in 2022 door personen zijn genoemd als belangrijkste product bij het indienen van een behandelaanvraag bij gespecialiseerde diensten (n=2095) is, in afnemende volgorde van belangrijkheid: alcohol (32%), cocaïne (28%, waarvan 16,2% voor crack), opiaten (16,2%), cannabis (11,7%), hypnotica en sedativa (4,4%), andere stimulerende middelen dan cocaïne (2,1%), hallucinogenen (1,7%), vluchtige inhalatiemiddelen (0,1%) en ten slotte andere stoffen (1,6%).

Het geslacht en de leeftijd waren gespecificeerd voor 2040 patiënten. De patiënten zijn overwegend mannelijk (met een verhouding van 4 mannen tot 1 vrouw) en zijn meestal tussen de 25 en 54 jaar oud (82,6%). Ze hebben gemiddeld een leeftijd van 39,60 jaar (SD = 10,86). Deze leeftijdscategorieën zijn waarschijnlijk oververtegenwoordigd omdat er een aanzienlijke vertraging bestaat tussen de

leeftijd van het eerste gebruik (gemiddeld rond 21 jaar in onze steekproef) en de leeftijd van de eerste behandelaanvraag (gemiddeld rond 35 jaar), zoals we later zullen bespreken.

De leeftijd en het geslacht van patiënten kunnen verschillen afhankelijk van de gebruikte producten (zie [Tabel 1](#)). Zo is het percentage jonge patiënten (jonger dan 25 jaar) hoger voor cannabis dan voor andere producten, wat zou kunnen wijzen op het feit dat problematisch gebruik van dit product neigt voor te komen bij jonge individuen of afneemt met de leeftijd, of dat hulpvragen voor dit product eerder worden geïnitieerd dan voor andere producten. Vrouwen vertegenwoordigen over het algemeen minder dan een vijfde van de aanvragen, maar het exacte percentage varieert afhankelijk van de producten (20,7% voor alcohol, 17,9% voor cocaïne, 16,4% voor crack, 15,6% voor hypnotica en sedativa, 14,4% voor cannabis en 10,8% voor opiaten). Deze beperkte aanwezigheid van vrouwen in gespecialiseerde diensten wordt deels verklaard doordat het gebruik van psychoactieve stoffen vaker voorkomt bij mannen dan bij vrouwen. Het percentage vrouwen is echter lager dan verwacht op basis van consumptiestatistiek (zie bijvoorbeeld Gisle & Driessens, 2018), wat suggereert dat andere mechanismen bijdragen aan deze lage vertegenwoordiging. Het is met name waarschijnlijk dat het lage percentage vrouwen in gespecialiseerde diensten te wijten is aan het feit dat deze diensten over het algemeen sterk 'gemasculiniseerd' zijn en weinig zijn afgestemd op vrouwelijke specificiteiten. Deze hypothese wordt ondersteund door het feit dat vrouwen zich vaker tot ziekenhuiszorg wenden, zoals later zal blijken. Een andere verklarende factor is dat de lage vertegenwoordiging van vrouwen zou kunnen worden gekoppeld aan het feit dat druggebruik meer gestigmatiseerd is bij vrouwen dan

bij mannen, wat het initiëren van een zorgtraject nog meer kan belemmeren (McCrary, Epstein & Fokas, 2020; Schamp et al., 2021).

TRENDS EN EVOLUTIE

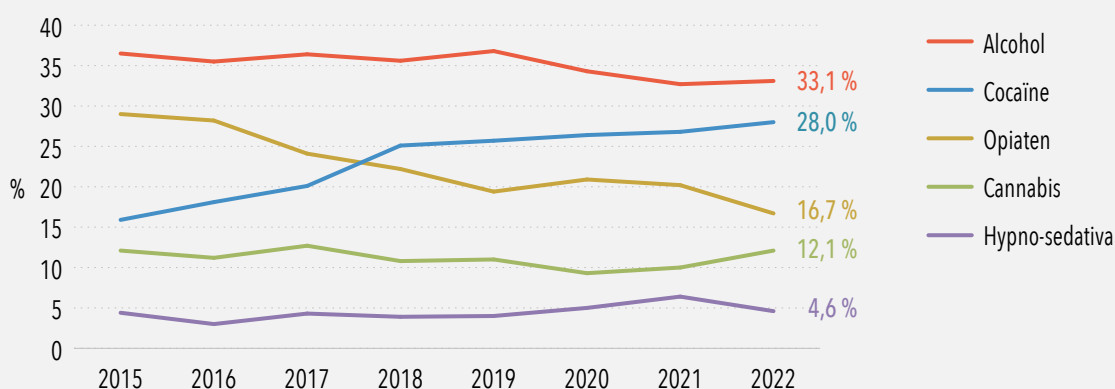
Onder de 15.647 patiënten die tussen 2015 en 2022 een behandelingsaanvraag hebben ingediend bij gespecialiseerde diensten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, kon in de overgrote meerderheid van de gevallen (96,9%) het **belangrijkste product** worden geïdentificeerd. [Figuur 3](#) illustreert de evolutie van het percentage patiënten voor de vijf meest voorkomende categorieën van substanties als hoofds substantie. Alcohol is veruit de meest genoemde hoofds substantie in deze periode en bedraagt elk jaar ongeveer 35%. Het percentage patiënten dat een aanvraag heeft ingediend voor deze substantie is de afgelopen jaren licht gedaald (-3,7% tussen 2019 en 2022), maar het verschil is niet statistisch significant. De trends zijn stabiel voor de andere substanties, behalve voor opiaten en cocaïne (crack inbegrepen). De proportie patiënten in behandeling voor cocaïne is inderdaad toegenomen (+12,1% tussen 2015 en 2022), terwijl die voor opiaten is afgenomen (-12,3% tussen 2015 en 2022). Sinds 2018 is cocaïne, na alcohol, het op één na meest geïdentificeerde hoofdprobleem geworden, terwijl opiaten daarvoor op de tweede plaats stonden. De volledige verdeling, per hoofds substantie, van patiënten die tussen 2015 en 2022 een behandelingsaanvraag hebben ingediend bij gespecialiseerde verslavingsdiensten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, is te vinden in [Tabel 2](#).

Tabel 1: Verdeling naar geslacht en leeftijdscategorie van personen in behandeling voor problematisch gebruik van alcohol of drugs in gespecialiseerde diensten voor verslavingszorg in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest in 2022

	< 25 jaar %	25-34 jaar %	35-44 jaar %	45-54 jaar %	55-64 jaar %	> 65 jaar %	Totaal %
Alle producten							
Vrouwen (n=349)	1,7	3,6	5,4	4,2	1,8	0,5	17,1
Mannen (n=1691)	6,4	22,1	27,7	19,7	6,2	0,8	82,9
Totaal (n=2040)	8,1	25,6	33,1	23,9	8,0	1,3	100
Alcohol							
Vrouwen (n=134)	1,1	3,4	5,4	5,6	3,7	1,5	20,7
mannen (n=513)	3,0	17,8	24,3	23,0	9,4	1,9	79,3
Totaal (n=647)	4,0	21,2	29,7	28,6	13,1	3,4	100
Cocaïne (poeder)							
Vrouwen (n=26)	2,1	2,8	7,6	4,8	0,7	0,0	17,9
Mannen (n=119)	6,2	25,5	33,1	13,8	2,8	0,7	82,1
Totaal (n=145)	8,3	28,3	40,7	18,6	3,4	0,7	100
Crack							
Vrouwen (n=54)	1,2	3,0	7,9	3,6	0,6	0,0	16,4
Mannen (n=276)	4,5	22,4	33,9	19,4	3,3	0,0	83,6
Totaal (n=330)	5,8	25,5	41,8	23,0	3,9	0,0	100
Opiaten							
Vrouwen (n=36)	0,0	3,3	3,9	3,3	0,3	0,0	10,8
Mannen (n=298)	1,8	17,4	32,9	26,6	9,9	0,6	89,2
Totaal (n=334)	1,8	20,7	36,8	29,9	10,2	0,6	100
Cannabis							
Vrouwen (n=34)	2,5	4,7	4,2	2,1	0,8	0,0	14,4
Mannen (n=202)	20,3	32,2	23,7	8,5	0,8	0,0	85,6
Totaal (n=236)	22,9	36,9	28,0	10,6	1,7	0,0	100
Hypnotica en sedativa							
Vrouwen (n=14)	2,2	2,2	4,4	4,4	2,2	0,0	15,6
Mannen (n=76)	7,8	26,7	27,8	17,8	4,4	0,0	84,4
Totaal (n=90)	10,0	28,9	32,2	22,2	6,7	0,0	100

Bron: Sciensano

Figuur 3: Evolutie van het percentage patiënten die een behandelaanvraag hebben ingediend bij gespecialiseerde diensten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest gedurende de periode 2015-2022, per belangrijkste product



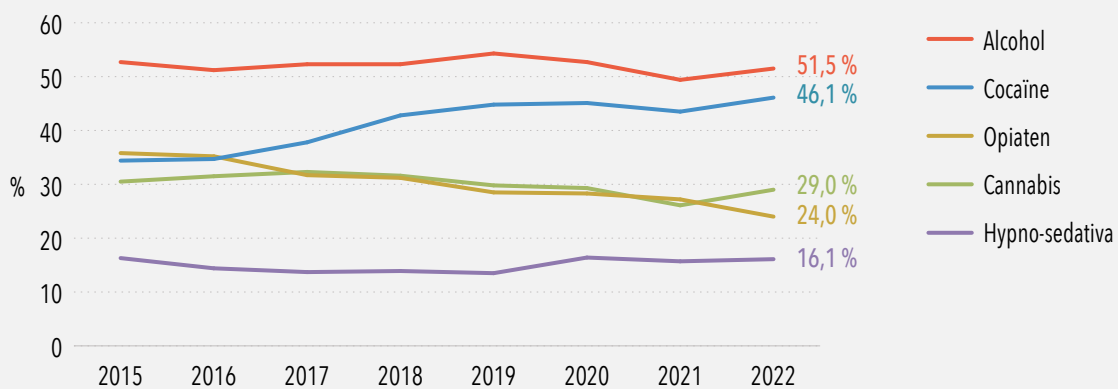
Bron: Sciensano

Tabel 2: Verdeling per belangrijkste product van de patiënten die tussen 2015 en 2022 een behandelingsaanvraag hebben ingediend bij gespecialiseerde diensten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Totaal
Opiaten (Totaal)	28,9	28,2	24,3	22,3	19,4	20,9	20,2	16,6	22,4
Heroïne	23,2	23,8	19,4	17,7	15,7	15,9	15,6	13,4	18,0
Methadone (misbruik)	3,9	2,8	2,8	2,3	2,0	1,9	2,0	1,6	2,4
Buprenorphine (misbruik)	0,7	0,5	0,5	0,2	0,0	0,3	0,2	0,3	0,3
Fentanyl (illegaal/misbruik)	0,2	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1
Niet gepreciseerde opiaten	0,5	0,4	0,6	1,1	0,8	1,6	1,1	0,7	0,8
Andere opiaten	0,4	0,6	1,0	0,9	0,8	1,1	1,3	0,6	0,8
Cocaïne (Totaal)	15,9	18,0	20,1	25,0	25,5	26,4	26,8	27,9	23,3
Cocaïne in poedervorm	6,5	6,6	6,3	7,1	7,0	5,0	6,4	7,4	6,6
Crack	5,8	8,1	8,9	12,8	14,5	16,4	15,0	16,9	12,3
Niet gepreciseerde cocaïne	3,6	3,3	4,9	5,1	4,0	4,9	5,4	3,6	4,4
Andere cocaïne	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Andere stimulanten (Totaal)	1,8	1,6	2	1,8	2,2	3,0	2,3	2,1	2,0
Amfetamine	1,0	0,7	1,1	1,0	1,3	1,5	1,1	1,0	1,1
Methamphetamine	0,2	0,3	0,3	0,4	0,6	1,1	0,8	0,6	0,5
MDMA of afgeleiden	0,2	0,2	0,3	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
Mephedrone	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0
Andere niet gepreciseerde stimulanten	0,3	0,3	0,2	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2
Andere stimulanten	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
Hypno-sedativa (Totaal)	4,5	3,1	4,4	4,0	3,9	5,0	6,4	4,5	4,4
Barbituraten	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Benzodiazepine	4,1	2,6	3,6	3,3	3,4	4,1	5,4	3,5	3,7
GHB/GBL	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	0,5	0,4	0,1	0,2
Niet gepreciseerde hypno-sedativa	0,2	0,3	0,5	0,3	0,3	0,4	0,5	0,7	0,4
Andere hypnotica	0,0	0,1	0,2	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
Hallucinogenen (Totaal)	0,2	0,3	0,2	0,3	0,4	0,5	0,7	1,7	0,5
LSD	0,0	0,1	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,2	0,1
Ketamine	0,1	0,0	0,0	0,3	0,3	0,3	0,6	1,4	0,4
Niet gepreciseerde hallucinogenen	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
Andere hallucinogenen	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Vluchtige inhalanten	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1
Cannabis (Totaal)	12,1	11,2	12,7	10,9	11	9,3	9,9	12	11,2
Marihuana	4,3	3,3	4,4	4,7	4,0	3,7	3,2	5,7	4,2
Hasj	2,2	2,4	1,7	1,4	2,2	1,3	0,9	1,2	1,7
Niet gepreciseerde cannabis	5,4	5,5	6,6	4,7	4,8	4,3	5,8	5,1	5,3
Andere cannabis	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Alcohol	36,5	35,5	36,4	35,6	36,8	34,3	32,7	33,1	35,1
Ander product	0,1	2,0	0,2	0,3	0,3	0,7	0,8	1,6	0,8

Bron: Sciensano

Figuur 4: Evolutie van het percentage patiënten dat een behandelaanvraag heeft ingediend bij gespecialiseerde diensten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest in de periode 2015-2022, per problematisch product



Bron: Sciensano

Wanneer we kijken naar de **problematische producten** zonder rekening te houden met hun hoofd- of secundaire karakter (Figuur 4), lijken de trends vergelijkbaar. Alcohol blijft namelijk het meest genoemde problematische product, en het percentage patiënten dat cocaïne

noemt als problematisch product is sterk gestegen (+11,7% tussen 2015 en 2022), terwijl dat voor opiaten in gelijke mate is afgenomen (-11,8% tussen 2015 en 2022). De toename van meldingen van problematisch cocaïnegebruik begon echter twee jaar eerder (in 2016) dan wat we zien

voor meldingen als hoofdproduct (in 2018), wat lijkt te wijzen op de sterk verslavende en geleidelijk overheersende aard van dit product in consumptieproblemen.

DE STIJGING VAN HET COCAÏNEGEBRUIK: EEN ALGEMEEN EN MULTIFACTORIEEL FENOMEEN

De stijging van het cocaïnegebruik is een fenomeen dat al enkele jaren wordt waargenomen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (zie Régný, Stévenot en Hogge, 2023), maar dat ook heel België en de meeste Europese landen treft (EMCDDA, 2019). Deze toename van het gebruik wordt aangetoond door prevalentieonderzoeken die gebaseerd zijn op zelfgerapporteerde consumpties, maar ook door objectieve analyses van metabolieten die kunnen worden gekwantificeerd in het afvalwater dat wordt verzameld en getransporteerd naar de zuiveringsstations van steden (EMCDDA, 2023). De stijging is vooral merkbaar vanaf 2016, en deze is toenemend in veel landen, waaronder België. Deze toename van het gebruik vertaalt zich ook in een stijging van de vraag naar behandeling voor problematisch cocaïnegebruik, die al enkele jaren wordt waargenomen in veel Europese landen (Antoine *et al.*, 2021). Deze trend manifesteert zich zowel op het gebied van het gebruik van poedercocaïne als van crack (gebaseerd op cocaïne), maar in België is de situatie vooral zichtbaar op het gebied van crack. Deze evolutie van het cocaïnegebruik wordt ongetwijfeld bevorderd door de toename van de beschikbaarheid en zuiverheid van het product in Europa, wat kan worden verklaard door verschillende factoren (zie EMCDDA, 2018): de toename van de cocateelt in Zuid-Amerika (met name als gevolg van een afname van de vernietigingsoperaties van de gewassen), verbetering en rationalisatie van de verwerkingsprocessen van

coca-bladeren tot cocaïne, toename van de verwerking van cocaïne tot zijn chloridevorm direct in Europese landen (wat de verberging ervan vergemakkelijkt tijdens de importfase), diversificatie van de manieren van levering en bevoorrading van consumenten (cryptomarkten, callcenters met thuisbezorging, apps voor het versleutelen van communicatie...). Het groeiende aanbod van cocaïne kan op zichzelf de toename van het gebruik ervan niet volledig verklaren. Waarschijnlijk is er ook een verband met de groeiende invloed van het neoliberalisme op maatschappelijke waarden en sociale structuren (met name op het gebied van werk), die steeds meer doordrenkt zijn van prestatiedruk en competitief individualisme. Het gebruik van psychostimulantia is namelijk niet alleen voorbehouden aan recreatief gebruik, en sommige mensen gebruiken ze om hun prestaties op school, op het werk, in de sport of zelfs op sociaal vlak te verbeteren. Verschillende beroepen worden beschouwd als bijzonder vatbaar voor het gebruik van psychostimulantia, zoals de horeca, communicatieberoepen en de kunst- en amusementssector (INPES, 2010). Wat betreft de toename van het gebruik van crack, wordt deze waarschijnlijk bevorderd door toenemende armoede, die steeds grotere delen van de bevolking treft. Dit product lijkt namelijk vaker te worden geconsumeerd door mensen die in armoede leven (bijv. Cross *et al.*, 2001; Palamar *et al.*, 2015).

FOCUS PER BELANGRIJKSTE PRODUCT

De volgende analyses beogen een gedetailleerde beschrijving te geven van het profiel van patiënten per belangrijkste product, voor de 4 meest voorkomende producten die genoemd worden als belangrijkste product, namelijk alcohol, cocaïne, opiaten en cannabis. Als aanvulling zullen we ook, zij het beknopter, de profielen van patiënten die een behandelingsaanvraag hebben ingediend voor hypno-sedativa, ketamine en pregabaline (Lyrica®), opnieuw als belangrijkste product, nader bekijken. Voor elk van deze stoffen zullen sociodemografische en consumptievariabelen worden geanalyseerd, evenals de kenmerken van de aanvragen. De analyses zullen in eerste instantie gericht zijn op de gegevens die in 2022 zijn verzameld om inzicht te bieden in de huidige profielen van de patiënten. Vervolgens zullen trendanalyses worden uitgevoerd om opmerkelijke ontwikkelingen te identificeren die zijn waargenomen in de periode 2015-2022. Tot slot zal een samenvattend en vergelijkend overzicht worden gepresenteerd om de verschillende profielen van patiënten die in 2022 een behandelingsaanvraag hebben ingediend, per belangrijkste product samen te vatten.



5.1. ALCOHOL

Alcohol wordt het vaakst genoemd als belangrijkste product door patiënten die in 2022 een behandelingsaanvraag hebben ingediend bij gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Het wordt door 32% van de patiënten genoemd als belangrijkste product (n=671).

SOCIODEMOGRAFISCH PROFIEL

In 2022 is de meerderheid van de patiënten die een behandelingsaanvraag hebben ingediend voor problematisch alcoholgebruik als belangrijkste product, mannelijk (79,3%). De patiënten zijn overwegend tussen de 25 en 54 jaar oud (79,5%). Iets meer dan de helft van deze aanvragers woont op een vast adres (57,3%). De andere helft is verdeeld over instellingsverblijven (15,5%), dakloosheid (12,6%), gevangenis (8,4%), of wisselende huisvestingssituaties (5,4%). De meeste patiënten leven van een vervangingsinkomen, zoals ziekte- of invaliditeitsuitkeringen (39,1%), een minimuminkomen of steun van het OCMW (14,1%), of een werkloosheidsuitkering (10,6%), of hebben zelfs geen eigen inkomen (13,2%). Ten slotte hebben de patiënten die worden behandeld voor een alcoholproblematiek als belangrijkste product meestal niet meer dan een middelbare opleiding afgerond (68,9%). Een minderheid van de patiënten volgt

nog steeds onderwijs of een opleiding (1,7%), maar er is ook een klein percentage gepensioneerd (4,5%). Personen die een behandelingsaanvraag hebben ingediend voor een alcoholproblematiek als belangrijkste product vertonen dus vaak kwetsbaarheden op sociaal-economisch gebied (Figuur 5).

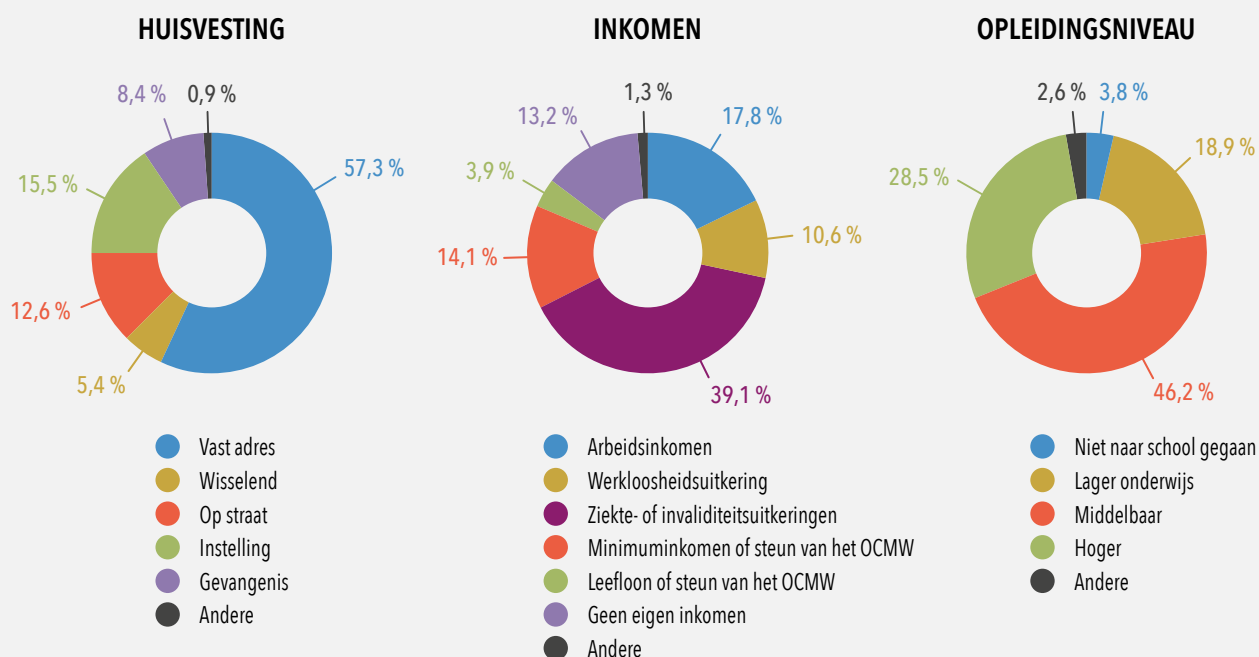
PROFIEL VAN DE AANVRAGEN

Onder de patiënten die in 2022 een behandeling aanvroegen voor een alcoholprobleem met alcohol als belangrijkste product, had slechts een derde (35,4%) geen eerdere therapeutische geschiedenis. Bijna de helft van de patiënten ondergaat behandeling op eigen initiatief, en iets meer dan een derde (36,2%) werd doorverwezen vanuit een andere dienst (medisch, psychologisch of sociaal). Slechts een minderheid van de patiënten wordt behandeld op verzoek van een familielid (7,4%) of door de rechtbank (7,2%). De meerderheid van de behandelingen wordt uitgevoerd in poliklinieken (67,4%), terwijl behandelingen in laagdrempelige centra (19,5%) of residentiële centra (13,1%) minder vaak voorkomen.

CONSUMPTIEPROFIEL

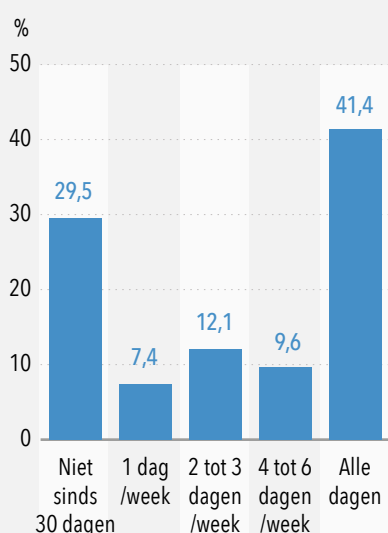
De gemiddelde leeftijd van het eerste contact met alcohol is 18,9 jaar (SD1=8,2, mediane leeftijd = 162). De leeftijd waarop dit eerste gebruik plaatsvindt, varieert sterk tussen personen (tussen 10 en 62 jaar). De meerderheid van de patiënten (70,5%) gaf aan alcohol te consumeren op het moment van het indienen van de behandelingsaanvraag, en iets minder dan de helft (41,4%) consumeert dagelijks. Niettemin heeft een aanzienlijk deel van de patiënten (29,5%) verklaard de afgelopen 30 dagen geen alcohol te hebben geconsumeerd (Figuur 6). Dit kan

Figuur 5: Verdeling (in %) van de kenmerken huisvesting, inkomen en opleidingsniveau van patiënten die behandeld worden voor alcoholgerelateerde problemen met alcohol als het belangrijkste product in gespecialiseerde diensten in het Brussels Gewest. 2022



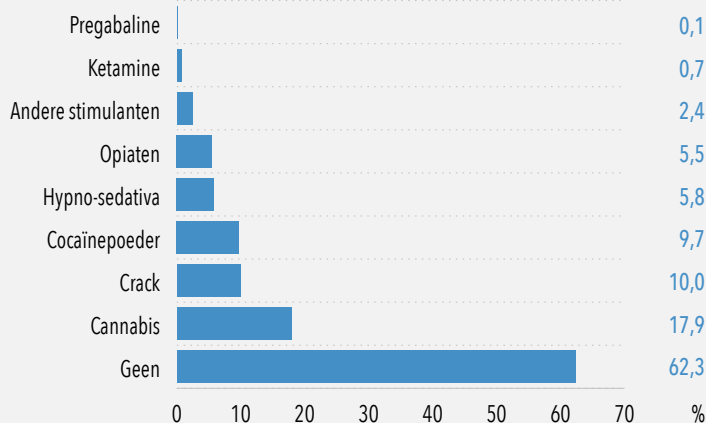
Bron: Sciensano

Figuur 6: Verdeling (%) van de frequentie van alcoholconsumptie in de afgelopen 30 dagen onder patiënten die worden behandeld in gespecialiseerde diensten in het Brussels Gewest. 2022



Bron: Sciensano

Figuur 7: Praktijken van polygebruik bij patiënten die alcohol als belangrijkste product identificeren in gespecialiseerde diensten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. 2022



Bron: Sciensano

met name het geval zijn voor patiënten in nazorg of voor abstinente die opnieuw willen consulteren vanwege een nieuwe kwetsbaarheid die een terugval zou kunnen veroorzaken.

Enkel een minderheid (6%) van de patiënten in behandeling voor een alcoholproblematiek als belangrijkste product heeft verklaard ooit injecties te

hebben gebruikt in hun leven. Ze zijn echter meer vatbaar voor problematisch polygebruik (37,7%). Andere veel voorkomende producten die problematisch worden geconsumeerd, zijn in volgorde van belang (Figuur 7): cocaïne (21,2%, waarvan 10% crack) en cannabis (17,9%), terwijl hypnotica, sedativa, opioïden minder vaak worden genoemd (respectievelijk 5,8% en 5,5%).

OPVALLENDE EVOLUTIE GEDURENDE DE PERIODE 2015- 2022

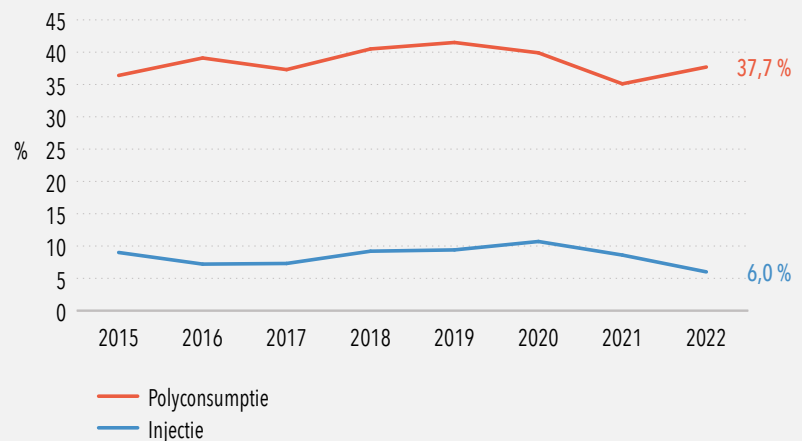
LaHet aandeel van patiënten die behandeling zoeken voor alcohol als belangrijkste product blijft relatief stabiel in de periode 2015-2022, evenals het percentage patiënten dat alcohol noemt als een probleemproduct (hoofd- of secundair). De sociodemografische kenmerken van de patiënten zijn ook relatief stabiel gedurende deze periode, zowel wat betreft geslacht, huisvestingssituatie als inkomenssituatie. Er is echter een lichte en geleidelijke toename te zien in het percentage patiënten met een hoger onderwijsdiploma tussen 2015 en 2022 (22,5% versus 29,1%), maar deze toename is niet statistisch significant. Een bijna significante toename ($p=0,04$) in de gemiddelde leeftijd van de patiënten wordt waargenomen tussen 2015 (41 jaar) en 2022 (43 jaar). De oorsprong van de behandelingsaanvragen fluctueert ook niet in de loop van de tijd. Er is echter een significante toename van het percentage patiënten zonder therapeutische

voorgeschiedenis tussen 2015 en 2022 (26,8% versus 35,4%).

Wat betreft de consumptievariabelen blijft het percentage polygebruikers in de loop van de tijd stabiel (Figuur 8). De

leeftijd waarop voor het eerst alcohol wordt gebruikt, blijft ook stabiel gedurende deze periode (gemiddeld rond 18-19 jaar), evenals het percentage injectiegebruik (ongeacht de stof) gedurende het leven (Figuur 8).

Figuur 8: Evolutie van de prevalentie van levenslange injectie en problematische polyconsumptie bij patiënten die een behandelaanvraag hebben ingediend voor alcohol als belangrijkste product in gespecialiseerde diensten in het Brussels Gewest. 2015-2022



Bron: Sciensano

HET VERBAND TUSSEN SOCIALECONOMISCHE STATUS EN ALCOHOLGEBRUIK

Epidemiologische studies tonen doorgaans aan dat alcoholconsumptie wijdverspreider en regelmatig voorkomt bij mensen met een hoog sociaal-economisch niveau (SEN), vooral bij mannen (zie bijvoorbeeld Beard *et al.*, 2016; Collins, 2016). Toch is er paradoxaal genoeg een omgekeerde sociaal-economische gradiënt tussen SEN en morbiditeit/mortaliteit gerelateerd aan alcohol (zie bijvoorbeeld Collins, 2016; Mäkelä & Paljärvi, 2008; Probst *et al.*, 2014, 2021). Met andere woorden, hoewel ze minder alcoholische dranken consumeren, hebben mensen met een laag SEN meer kans om te lijden onder hun consumptie. Dit fenomeen staat bekend als de «alcohol harm paradox». Verschillende hypothesen, die niet wederzijds exclusief zijn, kunnen deze paradox verklaren. Ten eerste kan problematisch alcoholgebruik sociale stijging belemmeren (bijv. falen tijdens de studie) of sociale achteruitgang veroorzaken (bijv. baanverlies). Ten tweede worden de schadelijke effecten van alcohol

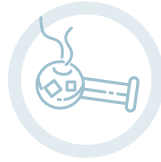
gemaximaliseerd in aanwezigheid van bepaalde gezondheidsproblemen (bijv. obesitas, roken, diabetes, geestelijke gezondheidsproblemen), die vaker voorkomen bij mensen met een laag SEN. Zo lijden mensen met een laag SEN meer onder hun alcoholconsumptie omdat ze al een slechtere gezondheid hebben. Ten derde kan deze associatie ook worden verklaard door de schadelijke impact van sociale ongelijkheden op de gezondheid, die algemeen bekend staan als sociale gezondheidsongelijkheden. Mensen met een laag SEN hebben immers een minder goede gezondheidsgeletterdheid en dus minder kennis van de risico's van alcoholgebruik, van manieren om deze te verminderen en van beschikbare hulp bij problematisch gebruik, maar kunnen ook meer moeite hebben om zelfreguleringsmechanismen voor consumptie toe te passen. Ze hebben ook minder sociale hulpbronnen om op terug te vallen in geval van problematisch gebruik,

en minder materiële hulpbronnen om de impact van het gebruik op de gezondheid te beperken of om te worden behandeld bij problematisch gebruik. Ze worden ook meer blootgesteld aan ongunstige leef- (materiële omstandigheden, chemische en geluidspollutie) en werkomstandigheden (blootstelling aan stress, fysieke belasting) die negatief kunnen interageren met overmatig alcoholgebruik. Ten slotte vertonen mensen met een laag SEN vaker gerelateerde problemen (economisch, huisvesting, ...) die hen kwetsbaarder maken en hen vatbaarder maken voor de ontwikkeling of handhaving van problematisch gebruik. De studie van de associaties tussen SEN, alcoholconsumptie en morbiditeit/mortaliteit gerelateerd aan alcohol blijft echter complex, en andere variabelen zoals etnische afkomst, evenals geslacht en leeftijd, kunnen hun interacties moduleren (zie Collins, 2016, voor een overzicht; zie ook Beard *et al.*, 2016).



5.2. COCAÏNE

Cocaïne is, na alcohol, het op een na vaakst genoemde belangrijkste probleemproduct door patiënten die in 2022 een behandelaanvraag hebben ingediend bij gespecialiseerde diensten voor verslavingszorg in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Het wordt genoemd als het belangrijkste product door 26,8% van de patiënten (n=561). In de meeste gevallen (60,4%) gaat het om problematisch crackgebruik (N=339), terwijl cocaïnepoeder aanzienlijk minder vaak voorkomt (26,6%; N=149). Omdat de profielen van patiënten die een behandelaanvraag hebben ingediend voor problematisch crackgebruik en cocaïnegebruik verschillend zijn, worden ze apart behandeld.



5.2.1. CRACK

SOCIODEMOGRAFISCH PROFIEL

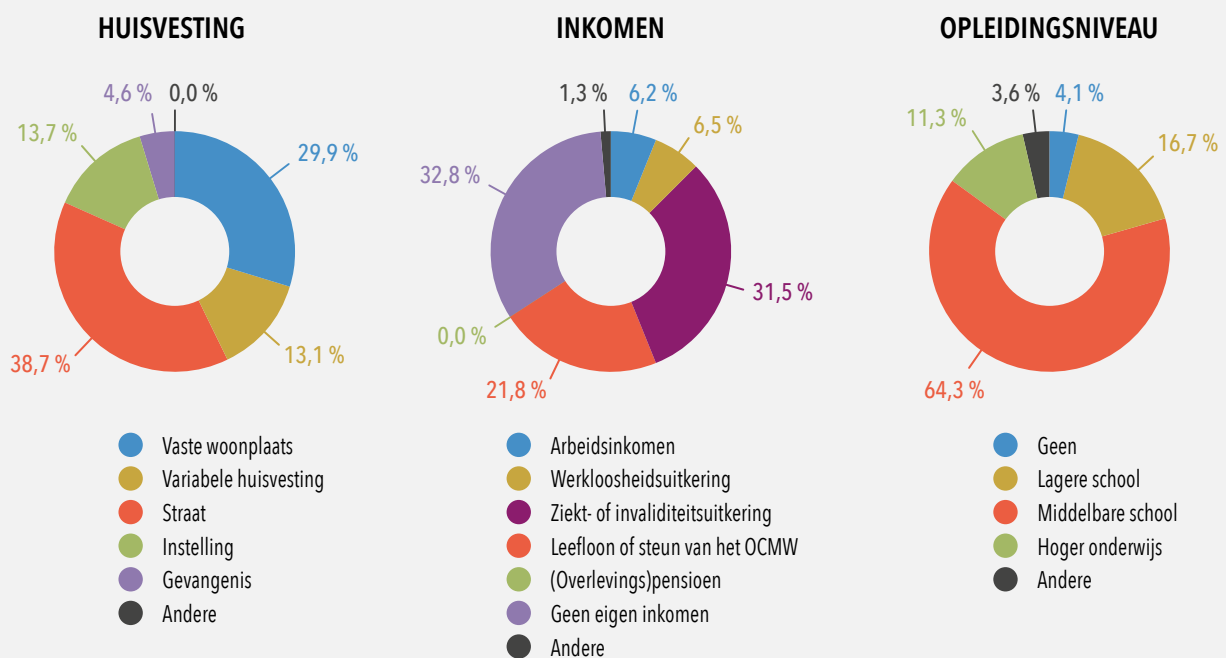
In 2022 zijn de meeste patiënten die een behandeling hebben aangevraagd voor een problematisch gebruik van crack als belangrijkste product mannen (83,2%). De patiënten zijn voornamelijk tussen de 25 en 54 jaar oud (90,3%), met een gemiddelde leeftijd van 38,71 jaar (SD = 8,76, mediane leeftijd = 39 jaar). Over het algemeen vertonen deze patiënten vaak kwetsbaarheden op sociaal-economisch gebied. Zo woont minder dan een derde van de aanvragers in een vast huis (29,9%), woont meer dan een derde op straat (38,7%), en wordt het resterende derde verdeeld tussen leven in een instelling (13,5%), in de gevangenis (4,6%) of in variabele huisvesting (13,1%). De meerderheid van de patiënten leeft van een vervangingsinkomen zoals ziekte- of

invaliditeitsuitkeringen (31,5%), een leefloon of hulp van het OCMW (21,8%), een werkloosheidsuitkering (6,5%) of heeft geen eigen inkomen (32,8%). Ten slotte heeft het merendeel van deze patiënten niet meer dan een middelbareschooldiploma (85,1%). Slechts een minderheid volgt nog onderwijs of een opleiding (2,5%), en geen van hen is met pensioen (Figuur 9).

PROFIEL VAN DE AANVRAGEN

In 2022 had slechts een zeer kleine minderheid (14,8%) van de patiënten die een behandeling crack als belangrijkste product zochten, geen eerdere behandelingsgeschiedenis. De overgrote meerderheid van de patiënten zoekt zelf behandeling (80,1%), waarschijnlijk omdat crackgebruikers bijzonder zwaar getroffen worden door hun consumptie en in een situatie van grote kwetsbaarheid leven waar ze uit willen komen. Slechts een minderheid van de patiënten is doorverwezen via een andere dienst (medisch, psychologisch of sociaal - 12%), door een familielid (4,8%) of door justitie (2,1%). De helft van de patiënten wordt behandeld in laagdrempelige centra (51,9%), bijna een

Figuur 9: Verdeling (in %) van de huisvestingskenmerken, inkomens en opleidingsniveaus van patiënten die behandeling zoeken voor een probleem met crack als belangrijkste product in gespecialiseerde diensten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 2022



Bron: Sciensano

derde in residentiële centra (29,8%) en een vijfde in ambulante structuren (18,3%).

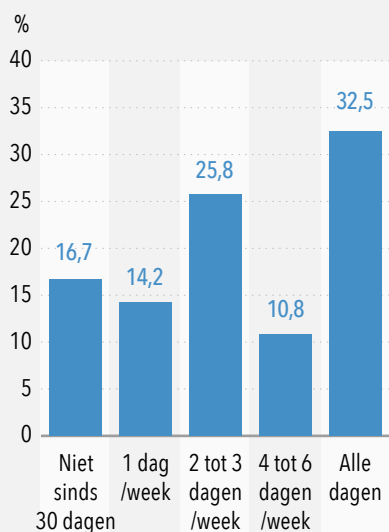
PROFIEL VAN CONSUMPTIE

De gemiddelde leeftijd van de eerste consumptie van crack is 23 jaar (SD = 7,54, mediane leeftijd = 22 jaar), maar deze eerste consumptie varieert sterk tussen patiënten (tussen 12 en 53 jaar). De meerderheid van de patiënten (83,3%) gaf aan crack te hebben gebruikt op het moment van het aanvragen van de behandeling, en bijna een derde (32,5%) gebruikte dagelijks (Figuur 10). Een klein deel (16,7%) gaf aan de afgelopen 30 dagen abstinēt te zijn geweest.

De voorkeurswijze van consumptie is inhalatie (97,9%). Hoewel het injecteren van crack niet wordt gemeld als de gebruikelijke consumptiemethode voor dit product, geeft 14,8% van de patiënten aan ten minste één keer in hun leven te hebben geïnjecteerd (zie Tabel 2). Van deze laatste heeft 60% ooit spuiten gedeeld.

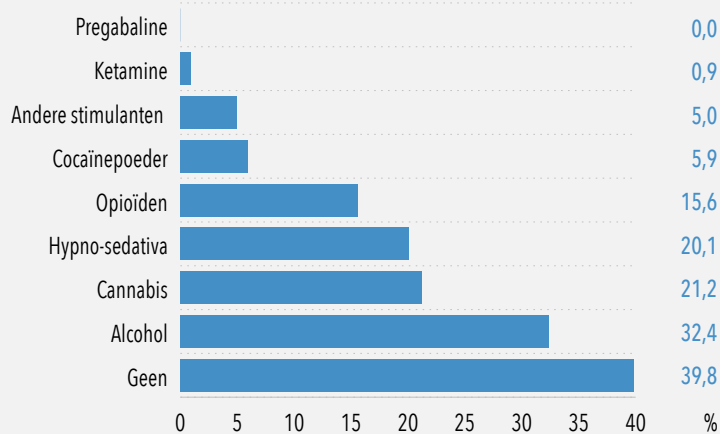
Bij de patiënten die een behandeling aanvragen voor een problematisch gebruik van crack als belangrijkste product, verklaart een meerderheid (60,2%) ook problematisch gebruik te hebben van andere stoffen (Figuur 11), meestal alcohol (32,4%), cannabis (21,2%), hypnotica/sedativa (20,1%), en opioïden (15,6%). Het gebruik van alcohol is veelvoorkomend bij cocaïne/crack-gebruikers omdat het de euforische effecten versterkt en verlengt. Deze combinatie verhoogt echter het risico op hart- en vaatziekten vanwege de productie van een actieve metabooliet (cocaïne-ethyleen) die bijzonder cardiotoxisch is (zie bijvoorbeeld; Bunn & Giannini, 1992; Zucoloto *et al.*, 2020). Het gebruik van hypnotica/sedativa, cannabis en opioïden helpt daarentegen om de psychofysiologische opwinding veroorzaakt door cocaïne te verminderen wanneer de gebruiker zich wil kalmeren (bijvoorbeeld om het inslapen te vergemakkelijken).

Figuur 10: Verdeling (%) van de consumptiefrequentie van crack in de afgelopen 30 dagen bij de patiënten die worden behandeld in gespecialiseerde diensten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 2022



Bron: Sciensano

Figuur 11: Praktijken van polygebruik bij patiënten die crack als belangrijkste product identificeren in gespecialiseerde diensten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 2022



Bron: Sciensano



5.2.2. COCAÏNEPOEDER

SOCIODEMOGRAFISCH PROFIEL

En 2022 zijn de meeste patiënten die een behandelaanvraag hebben ingediend voor een problematisch gebruik van cocaïne (poeder) als belangrijkste product mannen (81,1%). De patiënten zijn over het algemeen tussen de 25 en 54 jaar oud (87,6%). Deze groep lijkt minder kwetsbaar te zijn dan patiënten die behandeld worden voor problematisch crackgebruik als belangrijkste product (Figuur 12). Zo heeft iets meer dan de helft van de patiënten een vast woonadres (52,4%). De andere helft verdeelt zich tussen leven in een instelling (6,1%), op straat (13,6%), in variabele huisvesting (6,8%), en bijna een vijfde was gedurende de maand voorafgaand aan de aanvraag in de gevangenis (21,1%). Een aanzienlijk deel van de patiënten heeft inkomsten uit werk (40,9%) of uitkeringen

zoals ziekte- of invaliditeitsuitkeringen (23,4%), een minimuminkomen of steun van het OCMW (16,8%), of, minder vaak, een werkloosheidsuitkering (2,9%). Slechts een minderheid heeft geen eigen inkomen (12,4%). Ten slotte hebben de meeste patiënten die worden behandeld voor problematisch cocaïnegebruik als belangrijkste product geen hoger onderwijs afgerond (74,6%). Een minderheid van de patiënten is nog steeds aan het studeren / in opleiding (3,5%) of met pensioen (0,9%). Hoewel ze sociaal-economisch kwetsbaar zijn, lijkt deze groep patiënten veel minder kwetsbaar te zijn dan diegenen die behandeling zoeken voor een crackprobleem. Het lijkt er dus op dat de twee producten niet dezelfde profielen van gebruikers aantrekken.

PROFIEL VAN DE AANVRAGEN

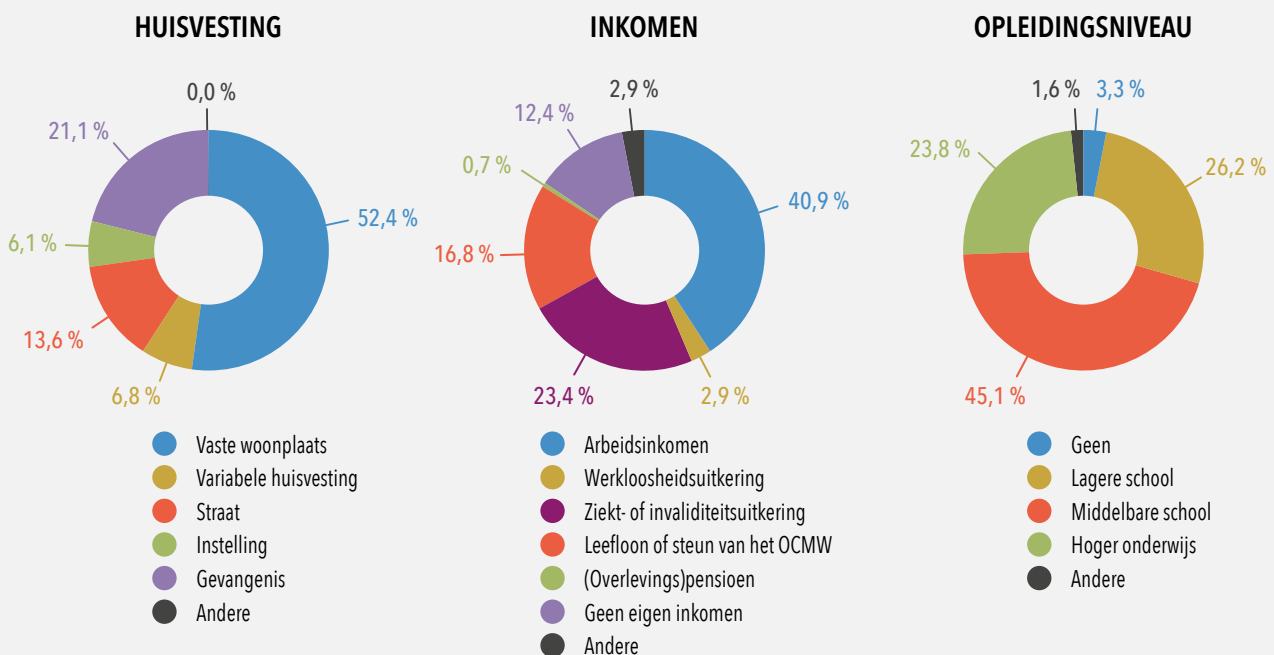
In 2022 had meer dan de helft (57,9%) van de patiënten die een behandelingsaanvraag indienden voor een probleem met cocaïne (poeder) als belangrijkste product geen therapeutische voorgeschiedenis, een vaststelling die aanzienlijk verschilt van wat werd waargenomen bij patiënten

in behandeling voor een problematisch gebruik van crack, waar het hebben van therapeutische voorgeschiedenis de norm is. Meer dan de helft van de patiënten krijgt behandeling op eigen initiatief (59,7%), terwijl iets meer dan een vijfde (22,9%) zijn doorverwezen via een andere dienst (medisch, psychologisch of sociaal). Slechts een minderheid van de patiënten krijgt behandeling op verzoek van een familielid (9,7%) of vanuit justitie (7,6%). De meerderheid van de behandelingen vindt plaats in poliklinieken (63,8%), terwijl behandelingen voor dit product aanzienlijk minder vaak plaatsvinden in laagdrempelige centra (28,9%) en vooral in niet-residentiële centra (7,4%).

PROFIEL VAN CONSUMPTIE

De gemiddelde leeftijd bij het eerste gebruik van cocaïnepoeder is 25,1 jaar (SD = 8,37, mediane leeftijd = 22 jaar). De meerderheid van de patiënten (88,4%) gaf aan dit product te gebruiken op het moment van de aanmelding voor behandeling, en iets meer dan een derde (33,3%) deed dit dagelijks. Slechts een klein deel van de patiënten (11,6%) meldde geen gebruik te hebben

Figuur 12: Verdeling (in %) van de huisvestingskenmerken, inkomens en opleidingsniveaus van patiënten die behandeld worden voor een probleem met poeder cocaïne als belangrijkste product in gespecialiseerde diensten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. 2022



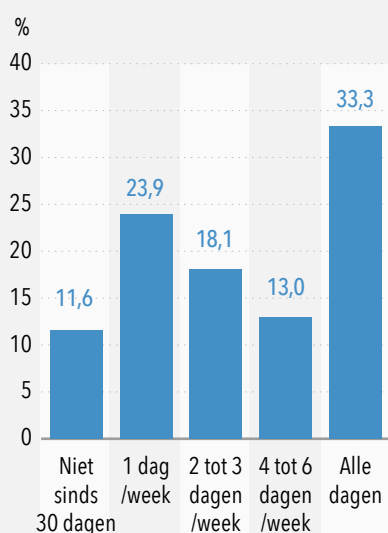
Bron: Sciensano

gemaakt van cocaïnepoeder in de afgelopen 30 dagen (Figuur 13). De voorkeursmethode van consumptie voor cocaïnepoeder is snuiven/inhaleren (85,2%), maar injectie is de favoriete consumptiemethode voor ongeveer één op de tien patiënten (12,7%). Bovendien geeft 16,9% van de patiënten aan ten minste één keer in hun leven injecties te hebben gebruikt (Tabel 3).

Onder de patiënten die behandeld worden voor problematisch cocaïnegebruik als belangrijkste product, verklaart een meerderheid (59,1%) ook problematisch gebruik van andere producten te hebben, meestal alcohol (40,3%), cannabis (17,4%), opiaten (13,4%), crack (13,4%) en slaapmiddelen (9,4%) (Figuur 14).

kwetsbaarheid van de populatie die behandeling zoekt voor een crackprobleem. De verhouding van patiënten met een vast adres en een inkomen uit werk is sterk gedaald tussen 2015 (respectievelijk 51% en 29,4%) en 2022 (respectievelijk 28,9% en 6,2%). Daarentegen is het percentage patiënten dat op straat leeft gestegen (van 13,7% in 2015 tot 37,5% in 2022), evenals het percentage patiënten zonder eigen inkomen (van 11,8% in 2015 tot 32,8% in 2022). Bij gebruikers van cocaïnepoeder is alleen een significante afname te zien in het percentage patiënten met een vast adres, dat daalde van 68,2% tot 52,4% tussen 2015 en 2022. Daarentegen is er geen verandering in het opleidingsniveau voor deze beide producten.

Figuur 13: Verdeling (in %) van de frequentie van cocaïnegebruik (poeder) in de afgelopen 30 dagen bij patiënten die behandeld worden in gespecialiseerde diensten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 2022



Bron: Sciensano

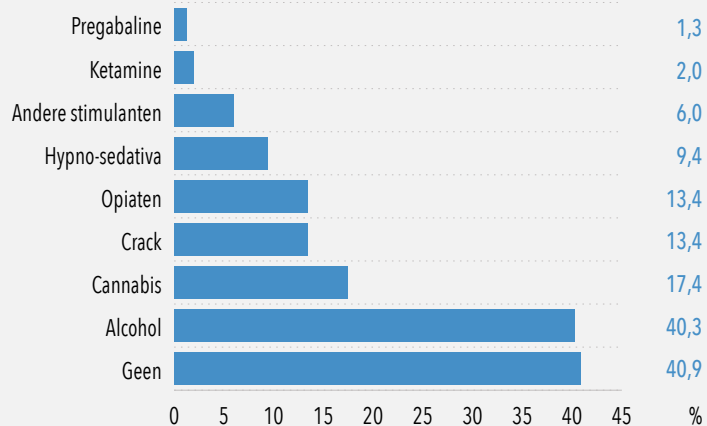
OPVALLENDE EVOLUTIE GEDURENDE DE PERIODE 2015-2022

Zoals eerder vermeld, is het percentage patiënten dat behandeling zoekt voor cocaïne als belangrijkste gestegen in de periode 2015-2022 (+12,1%), evenals het percentage patiënten dat cocaïne noemt als problematisch product (hoofd- of secundair product; +11,7%). Figuur 15 laat duidelijk zien dat deze stijging uitsluitend te wijten is aan een toename van het aantal patiënten dat behandeling zoekt voor een crackproblematiek, terwijl het percentage patiënten dat behandeling zoekt voor problematisch gebruik van cocaïnepoeder relatief stabiel blijft in de tijd.

Het aandeel vrouwen neemt af onder patiënten in behandeling voor problematisch gebruik van crack als belangrijkste product (deze is gedaald van 25,7% tot 16,3% tussen 2015 en 2022), terwijl deze stabiel blijft voor cocaïnepoeder. Deze afname is effectief sinds 2018. Er is ook in deze periode sprake van verhoogde

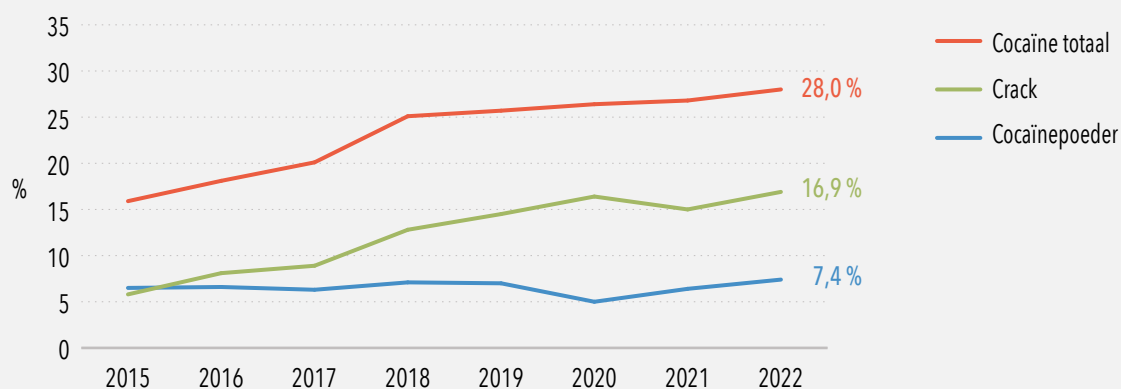
Deze trend van toenemende kwetsbaarheid zou simpelweg een weerspiegeling kunnen zijn van een groter vermogen van laagdrempelige centra om dit type gebruikers op te vangen. In 2015 omvatten de laagdrempelige centra slechts 24,8% van de behandelingsaanvragen voor crack als belangrijkste product, tegenover 51,9% in 2022. Maar het is ook mogelijk dat crack, vanwege de grotere beschikbaarheid op straatniveau, zich meer verspreidt onder kwetsbare bevolkingsgroepen die in contact komen met het milieu op straat (bijv. daklozen, rondzwervende jongeren, personen zonder verblijfsvergunning). Er zijn tegenstrijdige trends zichtbaar op het gebied van behandelingsgeschiedenis: het aantal eerste aanmeldingen neemt af voor crack (van 33,3% in 2015 naar 14,8% in 2022), terwijl ze toenemen voor cocaïnepoeder (van 35,6% in 2015 naar 57,9% in 2022). Dit patroon zou een weerspiegeling kunnen zijn van de volgende ontwikkelingen: het gebruik van crack verspreidt zich meer onder kwetsbare groepen, waar het moeilijker is om een behandeling op te zetten die langdurige onthouding mogelijk maakt of de consumptie onder controle houdt, wat ervoor zou kunnen zorgen dat mensen niet opnieuw hoeven te komen voor behandeling. Het gebruik van cocaïne in poedervorm neemt toe in de algemene bevolking in Brussel. Hoewel dit niet leidt tot een toename van het aantal behandelingsaanvragen, is het mogelijk dat de uitbreiding van het cocaïnegebruik ook gevolgen heeft voor problematisch gebruik dat nu ook nieuwe groepen treft die minder vaak een voorgeschiedenis hebben van problematisch gebruik met behandeling.

Figuur 14: Polygebruikspraktijken onder patiënten die cocaïne in poedervorm als belangrijkste product identificeren in gespecialiseerde diensten in het Brussels Gewest. 2022



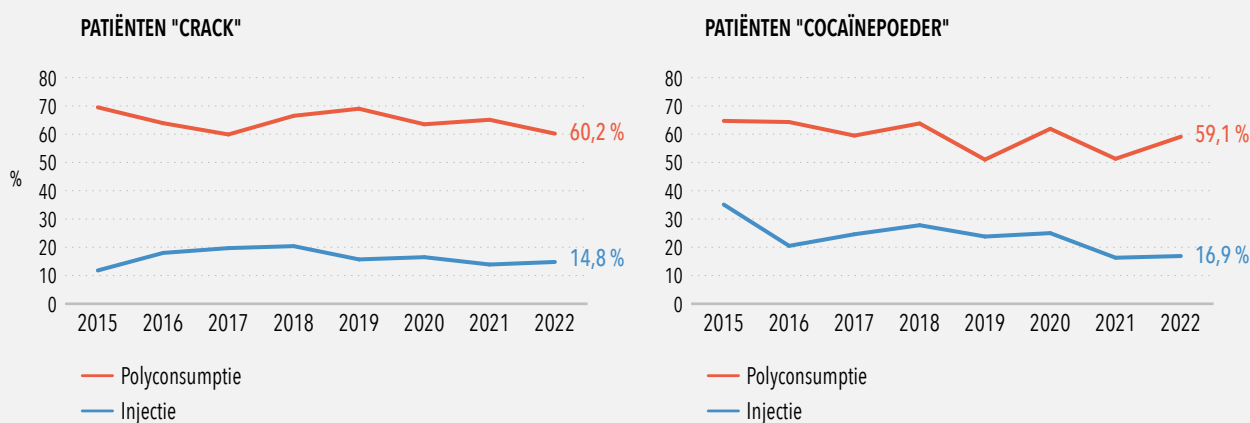
Bron: Sciensano

Figuur 15: Evolutie van het percentage patiënten dat behandeling zoekt voor problematisch gebruik van crack en cocaïnepoeder als belangrijkste product in gespecialiseerde diensten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. 2015-2022



Bron: Sciensano

Figure 16: Evolutie van de prevalentie van injectie gedurende het leven en problematisch polygebruik bij patiënten die een behandelingsaanvraag hebben ingediend voor crack en cocaïne (in poedervorm) als belangrijkste product in gespecialiseerde diensten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. 2015-2022



Bron: Sciensano

Desalniettemin en ter herinnering, er zijn weinig veranderingen in het sociaal-demografische profiel van patiënten in behandeling voor problematisch gebruik van cocaïne in poedervorm, wat niet pleit voor de hypothese van een uitbreiding van problematisch gebruik naar nieuwe doelgroepen, hoewel dit op dit moment niet kan worden uitgesloten.

Tenslotte zien we een afname in het gebruik van injectie bij patiënten die cocaïne (in poedervorm) als belangrijkste product gebruiken (35,1% in 2015 tegenover 16,9% in 2022), terwijl dit niet het geval is bij crackgebruikers, waar de praktijk

stabiel blijft (Figuur 16). De proportie problematisch polygebruik is gedurende deze periode relatief stabiel gebleven, zowel bij patiënten in behandeling voor problematisch gebruik van cocaïnepoeder als van crack (Figuur 16).



5.3. OPIATEN

Opiaten vormen, na alcohol en cocaïne, de derde meest genoemde categorie van belangrijkste product door patiënten die in 2022 een behandelaanvraag hebben ingediend bij gespecialiseerde diensten voor verslavingszorg in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Deze categorie drugs wordt genoemd als belangrijkste product door 16,2% van de patiënten (n= 338). De meerderheid van de aanvragen die een opiaat als belangrijkste product noemen, verwijst naar problematisch gebruik van heroïne (80,2%, n=271) of, in veel mindere mate, methadon (9,5%, n=32).¹

1 Andere gevallen: niet-gespecificeerde opiaten (4,4%, n=15), buprenorfine (1,8%, n=6), tramadol (0,9%, n=3), oxycodon (0,6%, n=2), codeïne (0,6%, n=2), fentanyl (0,3%, n=1) of opium (0,9%, n=3).

SOCIODEMOGRAFISCH PROFIEL

In 2022 zijn de meeste patiënten die een behandelingsaanvraag hebben ingediend voor een problematisch gebruik van opiaten als belangrijkste product, mannen (89%). De patiënten zijn over het algemeen tussen de 25 en 54 jaar oud (87,4%), met een gemiddelde leeftijd van 42,2 jaar (SD =9,5, mediane leeftijd = 42 jaar). Dit is de productcategorie waarvoor de kleinste proportie vrouwen zich aanmeldt.

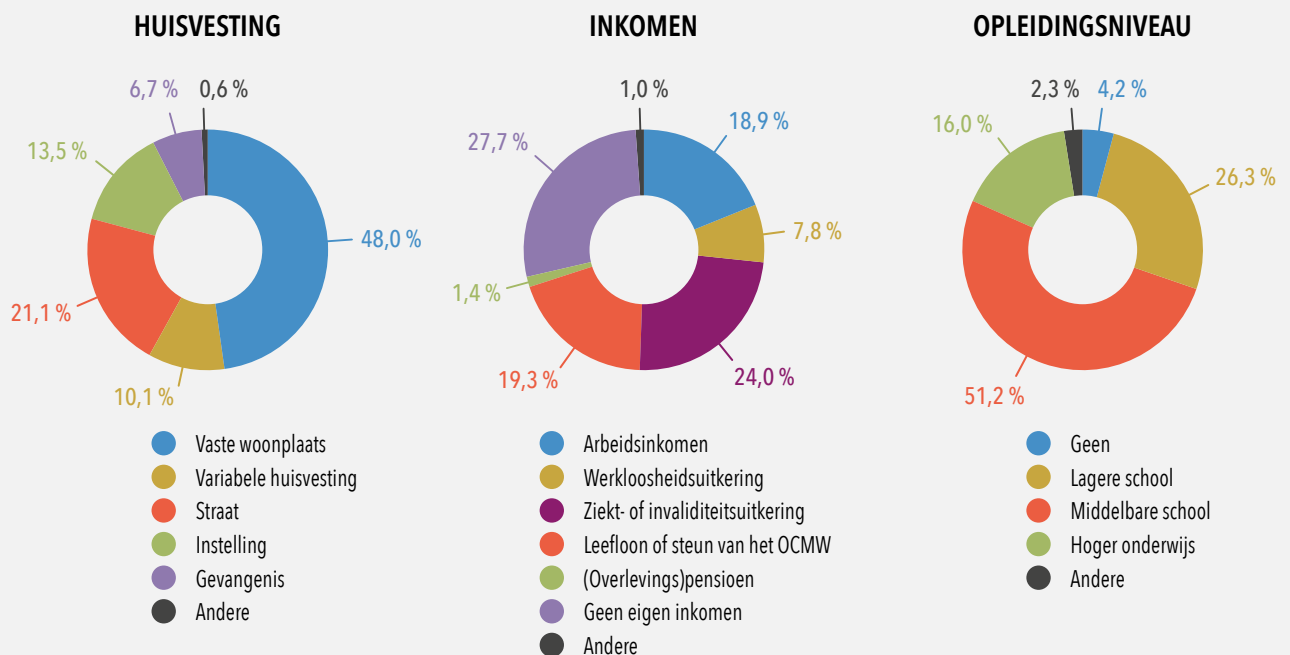
Over het algemeen vertonen mensen die een behandelingsaanvraag indienen voor een problematisch gebruik van opiaten als belangrijkste product vaak sociaaleconomische kwetsbaarheden (Figuur 17). Zo woont minder dan de helft van de aanvragers op een vast adres (48%), terwijl een aanzienlijk deel op straat leeft (21,1%), in een instelling (13,5%), in variabele huisvestingssituaties (10,1%), of in de gevangenis (6,7%). De meerderheid van de patiënten leeft van een vervangingsinkomen zoals ziekte- of invaliditeitsuitkeringen (24%), een minimuminkomen of hulp van het OCMW (19,3%), werkloosheidsuitkeringen (7,8%), of heeft zelfs geen eigen inkomen (27,7%). Ten slotte heeft het merendeel

van deze patiënten niet meer dan een middelbareschooldiploma behaald (81,7%). Een minderheid van de patiënten studeert nog of volgt een opleiding (1,7%) of is met pensioen (1,7%).

PROFIEL VAN DE AANVRAGEN

Onder de patiënten die een behandelingsaanvraag hebben ingediend voor een probleem met opiaten als belangrijkste product, had in 2022 slechts een minderheid (7,6%) geen voorgeschiedenis van behandeling. Van de patiënten met een behandelingsgeschiedenis heeft de overgrote meerderheid (96,6%) al eerder substitutietherapie ondergaan, meestal een behandeling met opioïde-receptoragonisten zoals methadon (87,2%) of buprenorfine (23,3%), die gemiddeld werden gestart toen de patiënten 30 jaar oud waren. Er is dus gemiddeld 7 jaar verstreken tussen het eerste gebruik van opiaten en de start van de behandeling met opioïde-agonisten bij patiënten die al eerder behandeling hebben gekregen.

Figuur 17: Verdeling (in %) van de huisvestings-, inkomens- en opleidingskenmerken van patiënten die worden behandeld voor een problematisch gebruik van opiaten als belangrijkste product in gespecialiseerde diensten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 2022



Bron: Sciensano

De opiaten zijn veruit de belangrijkste stof waarvoor de meerderheid van de patiënten een behandelingsgeschiedenis heeft. Dit kan worden verklaard door vier factoren die elkaar niet uitsluiten: 1) het verslavende profiel van dit soort stof (dat zowel psychologische als fysieke afhankelijkheid kan veroorzaken) verhoogt het risico op de ontwikkeling van een ernstige verslaving met belangrijke gevolgen; 2) er zijn substitutietherapieën voor opioïdeverslaving, die zowel beschikbaar zijn in gespecialiseerde (medische) diensten als bij huisartsen; 3) heroïnegebruikers hebben vaak psychosociale en economische kwetsbaarheden, waardoor het moeilijker is om onthouding te handhaven, op een juiste manier gebruik te maken van opioïde-agonistentherapie, of terug te keren naar niet-verslavend gebruik; 4) er lijkt momenteel sprake te zijn van een lagere vernieuwing van de populatie opiaatgebruikers, met name heroïnegebruikers, in de algemene bevolking. Deze hypothese wordt ondersteund door het feit dat de populatie van patiënten die opiaten als belangrijkste product gebruiken en die worden behandeld in gespecialiseerde verslavingszorgdiensten

in Brussel sterk is verouderd in de periode 2015-2022 (+4 jaar; zie hieronder).

De overgrote meerderheid van de patiënten krijgt behandeling op eigen initiatief (61,5%), en bijna een kwart (22,8%) na doorverwijzing van een andere dienst (medisch, psychologisch of sociaal). Slechts een minderheid van de patiënten wordt behandeld op verzoek van een familielid (14,1%) of van justitie (1,3%). De meeste behandelingen vinden plaats in laagdrempelige centra (60,1%) of poliklinieken (27,8%), minder vaak in residentiële structuren (12,1%).

PROFIEL VAN CONSUMPTIE

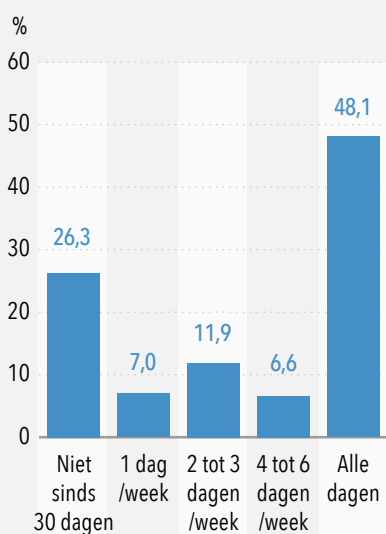
Gemiddelde leeftijd van eerste opiaatgebruik is 22,9 jaar (SD = 7,05, mediane leeftijd = 22 jaar). De meerderheid van de patiënten (73,7%) verklaarde opiaten te gebruiken op het moment van de behandelaanvraag, en bijna de helft (48,1%) dagelijks. Bijna een kwart van de patiënten (26,3%) verklaarde zich in de afgelopen 30 dagen te hebben onthouden van opiaatgebruik. Dit lijkt erop te wijzen dat de vraag niet systematisch

gericht is op stabilisatie/vermindering of stopzetting van het gebruik, maar ook in veel gevallen gericht is op het handhaven van de onthouding (vooral via de initiatie en instandhouding van een passende substitutietherapie).

De voorkeursconsumptiemethode van de patiënten is inhalatie (60,2%), maar 15,5% van hen geeft aan gewoonlijk hun product te injecteren. Bijna de helft van de patiënten (43,7%) geeft zelfs aan ooit te hebben geïnjecteerd. En onder hen heeft meer dan de helft (53,5%) verklaard ooit naalden te hebben gedeeld.

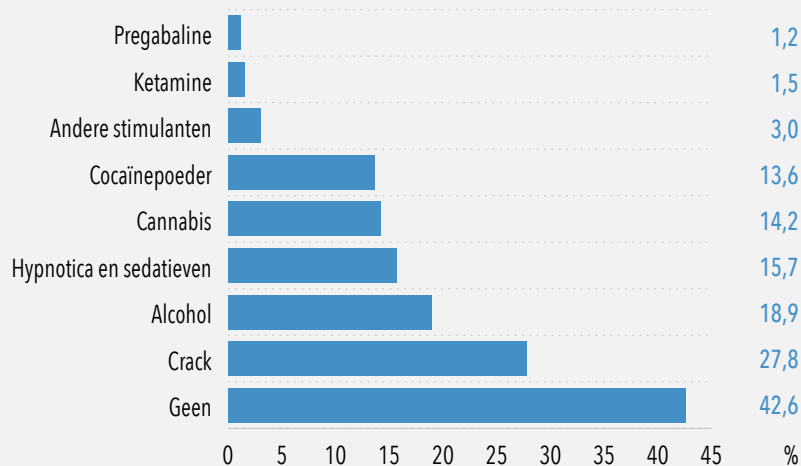
Meer dan de helft van de patiënten (57,4%) die een behandelaanvraag hebben ingediend voor een hoofdzakelijk problematisch gebruik van opioïden, meldt ook problematisch gebruik van andere producten, meestal crack (27,8%) of in mindere mate alcohol (18,9%), slaapmiddelen (15,7%), cannabis (14,2%) of cocaïne (13,6%; Afbeelding 19). Het problematisch gebruik van pregabaline wordt daarentegen zeer weinig gemeld (1,2%), terwijl de literatuur suggereert dat het hebben van een opioïdegebruiksstoornis een belangrijke risicofactor is voor het

Figuur 18: Verdeling (in %) van de frequentie van opioïdeconsumptie gedurende de laatste 30 dagen bij patiënten die worden behandeld in gespecialiseerde diensten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 2022



Bron: Sciensano

Figuur 19: Polygebruikpraktijken bij patiënten die opioïden identificeren als het hoofdproduct in gespecialiseerde diensten in het Brussels Gewest, 2022



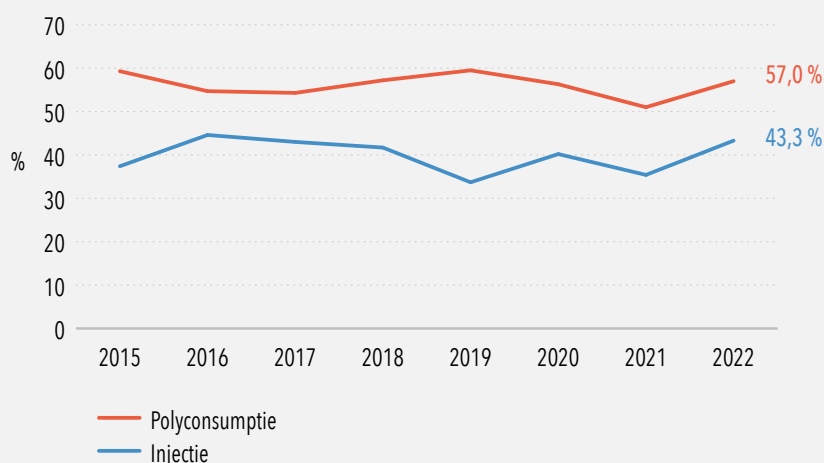
Bron: Sciensano

misbruik van pregabaline, aangezien dit middel deze gebruikers lijkt te voorzien van psychologische en somatische voordelen (verhoogde sociale interactie, vermindering van angst en negatieve emoties, verbeterd zelfvertrouwen, vermindering van ontweningsverschijnselen; Brennan & Van Hout, 2020; Evoy *et al.*, 2021). Wanneer we de associatie tussen problematisch opioïden- en pregabalinegebruik overwegen zonder rekening te houden met een mogelijk primair product, blijkt dat problematisch pregabalinegebruik zelfs vaker wordt gemeld (over de periode 2015-2022) door patiënten die geen problematisch opioïdegebruik melden dan door degenen die dat wel doen (1,2% versus 0,7%, $p=0,02$). Specifiek wordt problematisch pregabalinegebruik het vaakst gemeld door patiënten die worden behandeld voor een problematisch gebruik van slaapmiddelen als primair product (in 9,9% van de gevallen over de periode 2015-2022, en in 26,4% van de gevallen in 2022).

OPVALLENDE EVOLUTIES GEDURENDE DE PERIODE 2015- 2022

Zoals we al hebben opgemerkt, is het percentage patiënten dat behandeling zoekt voor opioïden als hoofdproduct tussen 2015 en 2022 gedaald (-12,3%), evenals het percentage patiënten dat opioïden als problematisch product noemt (hoofd- of secundair; -11,8%). We zien ook een afname van het percentage patiënten dat voor het eerst behandeling zoekt voor problematisch opioïdegebruik (dat daalde van 16% in 2015 naar 7,6% in 2022), evenals een stijging van de leeftijd van de patiënten (de gemiddelde leeftijd steeg van 38 jaar in 2015 naar 42,2 jaar in 2022). Deze bevindingen wijzen op vergrijzing en het uitblijven van vernieuwing van de groep opioïdegebruikers. Er zijn echter geen verschillen te zien in andere variabelen (zoals injectie en problematisch polygebruik; [Figuur 20](#)).

Figuur 20: Evolutie van de prevalentie van injectiegedrag gedurende het leven en problematisch polygebruik bij patiënten die een behandeling voor opioïden als hoofdproduct hebben aangevraagd in gespecialiseerde diensten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 2015-2022



Bron: Sciensano

HET PROBLEMATISCH GEBRUIK VAN OPIOÏDE MEDICIJNEN: EEN ONDERGEDIAGNOSTICEERD FENOMEEN?

In België is volgens gegevens van Pharmanet in de algemene bevolking het aantal mensen dat een voorgeschreven geneesmiddel opioïden van niveau 2 of 3 heeft ontvangen (uitgezonderd ziekenhuisapotheken) bijna verdubbeld tussen 2005 en 2021, van 573.104 patiënten tot 1.100.519 (wat nu ongeveer 10% van de Belgische bevolking is). Het meest voorgeschreven opioïde in België is veruit tramadol, en geneesmiddelen op basis hiervan verklaren in grote mate deze toename: in 2005 ontvingen 343.368 patiënten een recept voor tramadol, tegenover 703.502 in 2021 (meer dan het dubbele), en wat betreft de op tramadol en paracetamol gebaseerde medicijnen, ontvingen 137.804 patiënten een recept in 2005, tegenover 396.352 in 2021 (bijna drie keer zoveel). Het aantal patiënten dat een recept voor fentanyl ontving, steeg van 39.367 in 2005 tot 67.146 in 2021, bijna twee keer zoveel. Maar de meest spectaculaire toename is te zien in het aantal patiënten dat een recept voor oxycodon kreeg, dat steeg van 2.713 in 2007 tot 81.911 in 2021 (een toename van 30 keer). Het aantal voorgeschreven dagelijkse doses (DDD) opioïden is in deze periode ook gestegen, van 40.600.703 doses in 2005 tot 70.104.194 in 2021 voor heel België (gemiddeld 63,7 DDD per patiënt per jaar). In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest bedroeg het aantal voorgeschreven dagelijkse doses opioïden 4.668.672 in 2020 en 4.714.508 in 2021.

In de wetenschappelijke literatuur wordt geschat dat tussen 8% en 12% van de patiënten die een recept voor opioïde medicatie krijgen, verslaving ontwikkelt (Vowles *et al.*, 2015). Hoewel sommige vormen van verslaving relatief mild kunnen zijn en geen spectaculaire impact op het leven van de patiënt hebben (wat ze ook minder opmerkelijk maakt vanuit het oogpunt van gezondheidsprofessionals), herinneren de Noord-Amerikaanse excessen ons eraan hoe waakzaam we moeten zijn met betrekking tot het verslavende karakter van deze medicijnen, met name fentanyl en oxycodon. Momenteel is echter op het niveau van het TDI het aantal patiënten dat wordt behandeld voor een probleem met opioïde medicijnen als belangrijkste product in de gespecialiseerde diensten van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest bijzonder beperkt, als we het misbruik van opioïde agonistische behandelingen uitsluiten. Zo heeft in 2022 slechts 8 patiënten vermeld dat ze een problematisch gebruik van dit soort medicijnen hebben als belangrijkste product, wat overeenkomt met 0,4% van alle patiënten en 2,4% van de patiënten die een problematisch

gebruik van opiaten als belangrijkste product hebben gemeld. Deze verhoudingen zijn stabiel in de periode 2015-2022.

Maar als we de analyse uitbreiden naar het geheel van problematische producten (zowel de belangrijkste als de secundaire), blijkt dat het percentage vermeldingen van opioïde medicijnen iets hoger is dan wanneer we ons alleen richten op het belangrijkste product (1,4% van alle patiënten in 2022). Dit percentage is echter relatief stabiel in de loop van de tijd (het was 1% in 2015). Bovendien, wanneer we dit percentage bekijken op het niveau van patiënten die worden behandeld voor een opioïde probleem als belangrijkste product, is dit percentage enerzijds veel hoger en is het vooral tussen 2015 en 2022 gestaag gestegen (van 3,9% naar 8,9%), waarbij tramadol het meest genoemde opioïde medicijn is (in 37% van de gevallen in 2022). Met andere woorden, bij mensen die een problematisch gebruik van opiaten als belangrijkste product hebben, wordt momenteel vaker een problematisch gebruik van opioïde medicijnen waargenomen dan in het verleden. Het is natuurlijk mogelijk dat dit problematische gebruik wordt gevoed door de circulatie van opioïde medicijnen op de zwarte markt, waarbij dit product kan dienen als alternatief in geval van moeilijker of beperkter toegang tot heroïne, maar we kunnen niet uitsluiten dat sommige patiënten een problematisch gebruik hebben ontwikkeld, zelfs een farmacodipendentie, uitgaande van officiële voorschriften.

Bovendien is het mogelijk dat gespecialiseerde verslavingszorgdiensten (en ziekenhuizen) niet het type dienstverlening zijn dat het grootste aantal behandelaanvragen voor farmacoverslavingen ontvangt, of dat deze momenteel ondergediagnosticeerd zijn. In het geval van benzodiazepineafhankelijkheid blijkt uit het nieuwe programma voor geleidelijke afbouw dat de prevalentie van afhankelijkheid van deze geneesmiddelen waarschijnlijk hoger is dan wordt gesuggereerd door de behandelaanvragen die bij de TDI zijn geregistreerd, aangezien al bijna 4000 patiënten van dit soort afbouwbegeleiding profiteren. Het is dus waarschijnlijk dat vergelijkbare bevindingen kunnen worden vastgesteld voor opioïde medicatie.



5.4. CANNABIS

Cannabis is het vierde meest genoemde hoofdproduct door patiënten die in 2022 een behandelingsaanvraag hebben ingediend bij gespecialiseerde diensten voor verslavingszorg in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Dit product wordt genoemd als hoofdproduct door 11,7% van de patiënten (n=245).

SOCIODEMOGRAFISCH PROFIEL

In 2022 zijn de meeste patiënten die een behandelingsaanvraag hebben ingediend voor problematisch cannabisgebruik als hoofdproduct mannen (86%). Deze patiënten zijn over het algemeen jonger dan 45 jaar (87,8%), met een gemiddelde leeftijd van 32,9 jaar (SD

= 9,62, mediane leeftijd = 32 jaar). De aanwezigheid van sociaaleconomische kwetsbaarheden is minder wijdverbreid dan bij andere producten (Figuur 21). Zo woont de meerderheid van de aanvragers in een vast huis (60%), en slechts een klein percentage woont op straat (6,7%), in een instelling (5,4%) of in variabele huisvesting (4,2%). Aan de andere kant heeft een aanzienlijk aantal patiënten in de 30 dagen voorafgaand aan de behandelingsaanvraag in de gevangenis gezeten (23,8%)³. We kunnen niet met zekerheid zeggen of het problematisch cannabisgebruik voorafging aan de opsluiting of zich heeft ontwikkeld tijdens de detentie. Het gebruik van dit product in de gevangenis is namelijk bijzonder hoog (zie Plettinckx *et al.*, 2023 ; Van Malderen, Pauwels, Walthoff-Borm, Glibert, & Todts, 20134), waarschijnlijk omdat het gedetineerden momenten van mentale ontsnapping biedt en een middel is om zich te verzetten tegen verveling en negatieve emoties die verband houden met de leefomstandigheden. Het is ook niet uit te sluiten dat sommige van deze gebruiken alleen problematisch worden geacht door justitie. Een aanvullende analyse toont namelijk aan dat een kwart (24,6%) van de mensen die in behandeling

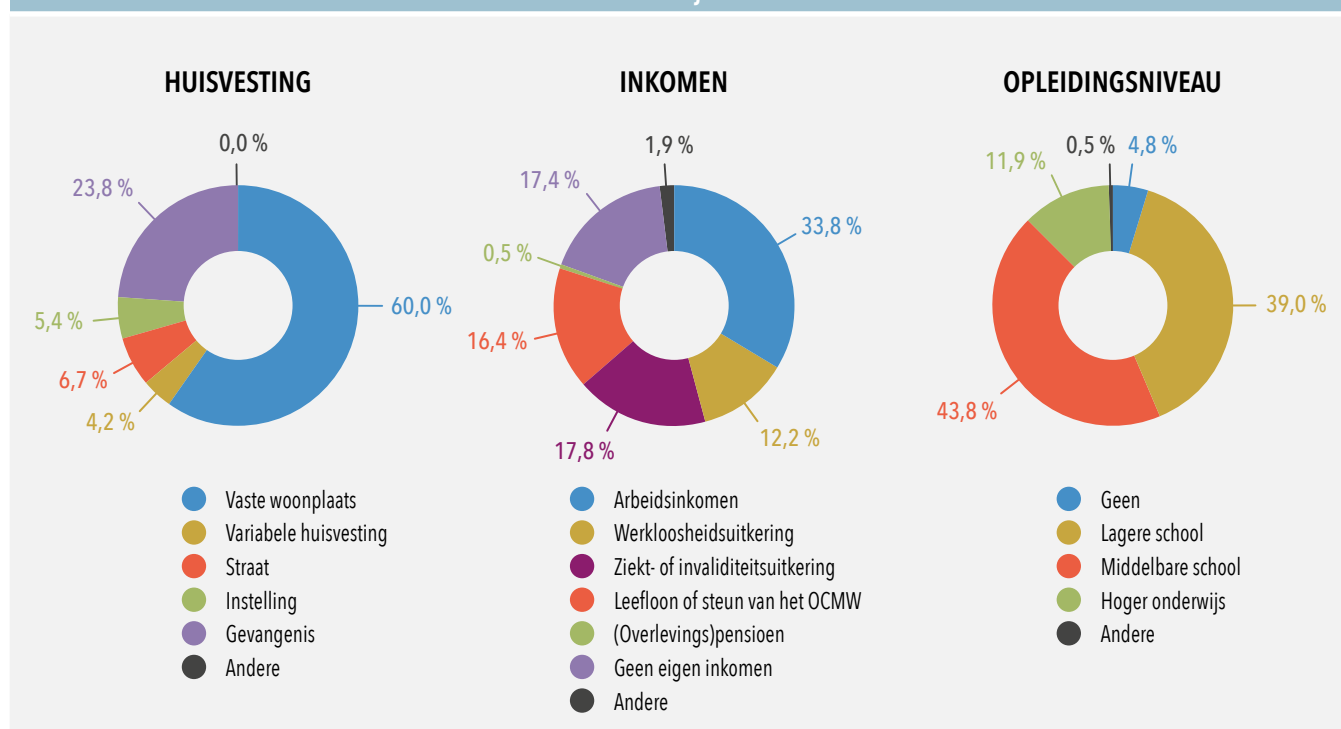
zijn voor problematisch cannabisgebruik en recentelijk in de gevangenis hebben gezeten, op verzoek van justitie in behandeling is gegaan.

Een aanzienlijk deel van de patiënten leeft van vervangingsinkomens zoals ziekte- of invaliditeitsuitkeringen (17,8%), een minimuminkomen of steun van het OCMW (16,4%), een werkloosheidsuitkering (12,2%), of heeft geen eigen inkomen (17,4%). Het ontbreken van inkomen kan worden verklaard doordat een klein deel van de patiënten nog studeert of een opleiding volgt (11,5%), en door het relatief hoge aantal gevangenen, zoals eerder vermeld. Het percentage patiënten dat een niveau hoger dan middelbaar onderwijs heeft voltooid, is relatief laag (11,9%). Daarentegen is slechts een minderheid van de patiënten met pensioen (0,5%).

PROFIEL VAN DE AANVRAGEN

In 2022 heeft de meerderheid van de patiënten die een behelaaanvraag hebben ingediend voor een cannabisprobleem als belangrijkste product geen therapeutische voorgeschiedenis

Figuur 21: Verdeling (in %) van de huisvestingskenmerken, inkomenssituatie en opleidingsniveau van patiënten die in 2022 behandeld werden voor een cannabisprobleem als belangrijkste product in gespecialiseerde diensten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.



Bron: Sciensano

(62%). Dat is een duidelijk hogere proportie dan voor andere producten. Minder dan de helft van de patiënten (44,4%) verklaarde dat ze de behandeling op vrijwillige basis waren gestart, en een vijfde (20,9%) na doorverwijzing van een andere dienst (medisch, psychologisch of sociaal). De proportie patiënten in behandeling na een gerechtelijke verwijzing is relatief hoog (19,7%), vooral in vergelijking met andere producten. Zoals reeds vermeld, kan deze bevinding deels worden verklaard door de toename van behandelingen voor cannabis als belangrijkste product bij patiënten in de gevangenis. Immers, wanneer behandelingen die zijn geregistreerd door diensten voor hulp aan gedetineerden/rechtzoekenden uit de analyse worden verwijderd, daalt de proportie behandelingen die op initiatief van justitie zijn gestart bijna tot de helft (11,2%), maar blijft deze hoger dan wat wordt waargenomen voor andere producten. Het kan dus ook een trend van justitie zijn om de therapeutische verplichting eerder toe te passen op (jonge) gebruikers die op straat worden onderschept, of om zorg als proeftijdmaatregel te benadrukken bij jongeren. De meerderheid van de behandelingen voor een cannabisgebruiksprobleem als belangrijkste

product wordt uitgevoerd in ambulante centra (78%), aanzienlijk minder vaak in een laagdrempelige (17,1%) of residentiële (4,9%) setting.

PROFIEL VAN CONSUMPTIE

De gemiddelde leeftijd waarop cannabis voor het eerst werd geconsumeerd, is 17,1 jaar (SD = 4,44, mediane leeftijd = 16 jaar). De overgrote meerderheid van de patiënten (91,3%) gaf aan actieve gebruikers te zijn op het moment van aanmelding voor behandeling, waarvan meer dan de helft (62,5%) dagelijks consumeerde (Figuur 22). De meest gebruikelijke consumptiemethode onder de patiënten is, niet verrassend, inhalatie/roken (96,6%). De lage proportie van patiënten die abtinent waren op het moment van aanmelding voor behandeling (vooral in vergelijking met andere producten) hangt waarschijnlijk samen met het feit dat de behandeling voornamelijk ambulant is, terwijl voor andere stoffen vaker detoxificatie- en nazorgprogramma's worden aangeboden die onthouding vereisen.

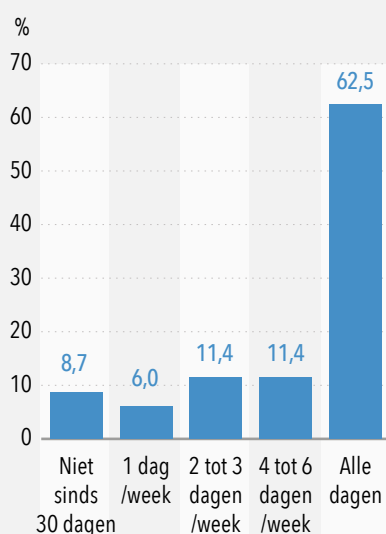
Tenslotte meldt slechts een derde (36,7%) van de patiënten die een behandelaanvraag hebben ingediend voor een problematisch

gebruik van cannabis als belangrijkste product ook een problematisch gebruik van andere middelen, meestal alcohol (24,1%), en in mindere mate cocaïne in poedervorm (9,8%), crack (5,3%), hypno-sedativa (2,9%), stimulerende middelen anders dan cocaïne (2,9%), of opioïden (2,4%; zie Figuur 23). Ketamine en pregabaline worden marginaal genoemd.

OPVALLENDE EVOLUTIES GEDURENDE DE PERIODE 2015-2022

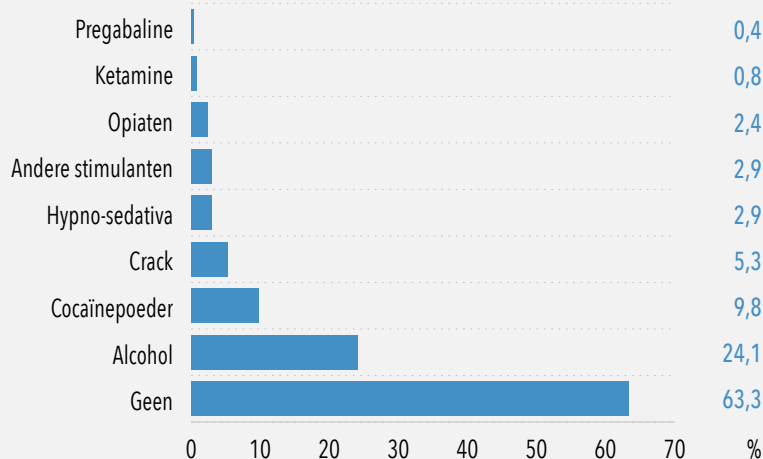
De verhouding van patiënten die behandeling aanvragen voor cannabis als belangrijkste product is stabiel gebleven in de periode 2015-2022, evenals de verhouding van patiënten die cannabis noemen als een probleemproduct (hoofd- of secundair). Het sociaal-demografische profiel van de patiënten is ook stabiel gebleven in deze periode, met uitzondering van de toename (reeds besproken en alleen waarneembaar in 2022) van het aantal patiënten dat in de afgelopen 30 dagen in de gevangenis heeft gezeten. Het percentage patiënten dat op straat leeft, is daarentegen gehalveerd tussen 2015 en 2022 (van 12,1% naar 6,3%), maar het

Figuur 22: Verdeling (%) van de frequentie van cannabisgebruik in de afgelopen 30 dagen bij patiënten die in 2022 in behandeling waren bij gespecialiseerde diensten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest



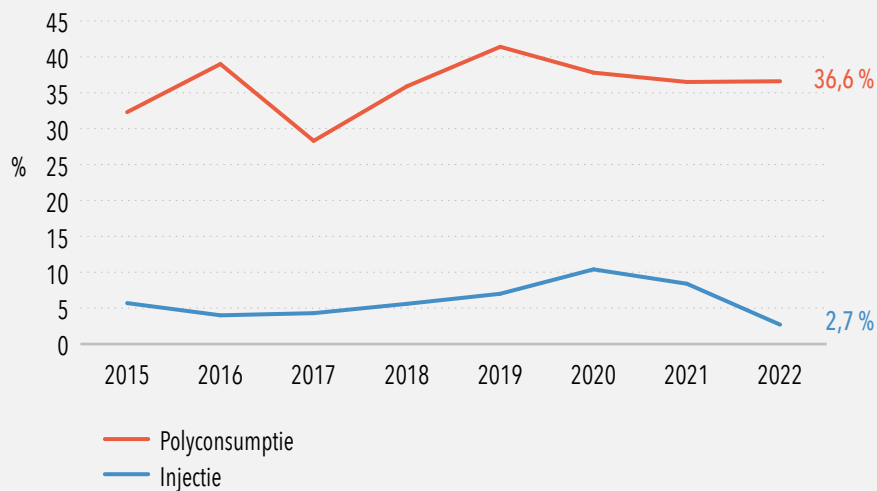
Bron: Sciensano

Figuur 23: Polygebruikspraktijken bij patiënten die cannabis als belangrijkste product identificeren in gespecialiseerde diensten in het Brussels Gewest, 2022



Bron: Sciensano

Figuur 24: Evolutie van de prevalentie van injectie tijdens het leven en problematische polyconsumptie bij patiënten die een behandeling aanvragen voor cannabis als belangrijkste product in gespecialiseerde diensten in de regio Brussel, 2015-2022



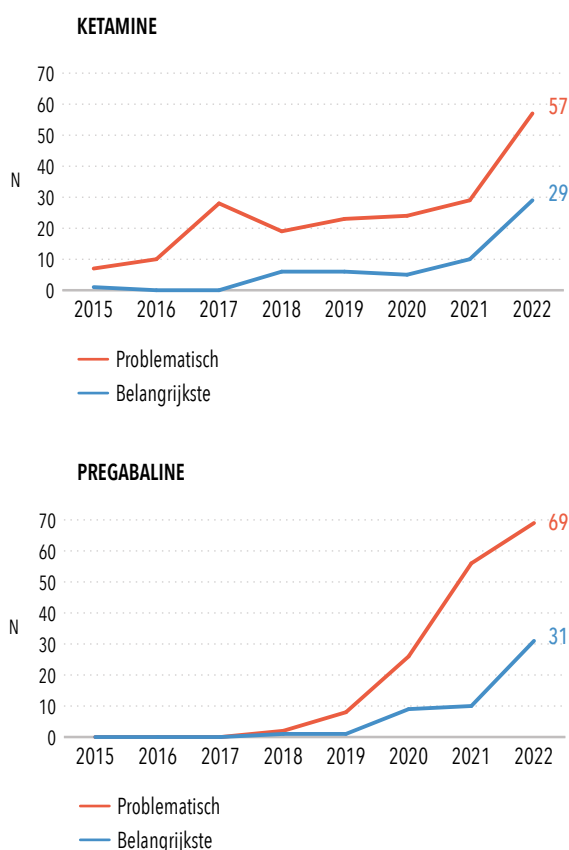
Bron: Sciensano

verschil is niet statistisch significant. Wat betreft de kenmerken van de aanvraag, blijkt dat patiënten momenteel vaker worden behandeld in poliklinische instellingen dan in het verleden (77,8% in 2022 tegenover 62,2% in 2015), terwijl de omgekeerde trend wordt waargenomen voor residentiële behandelingen (4,9% in 2022 tegenover 19,2% in 2015). Ten slotte zijn er geen opmerkelijke veranderingen in het consumptieprofiel waargenomen (zie met name [Figuur 24](#)).

DE GEBRUIKERS VAN KETAMINE, PREGABALINE EN HYPNO-SEDATIEVE MEDICATIE

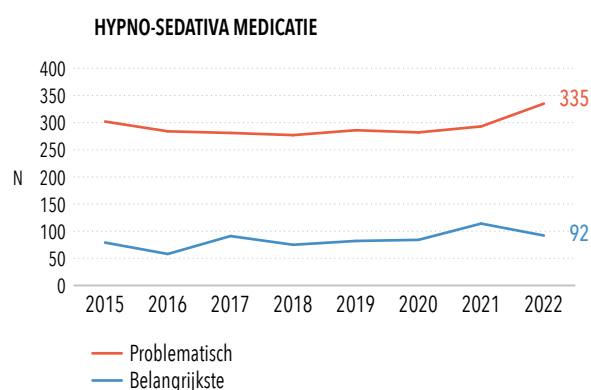
Sinds enkele jaren melden verschillende bronnen een stijgende consumptie van ketamine, vooral in feestelijke contexten, evenals van pregabaline, in kwetsbare milieus (zie Régný, Stévenot & Hogge, 2023). De verzoeken om behandeling voor problematisch gebruik van ketamine (29 personen in 2022) en pregabaline (31 personen in 2022) als belangrijkste product blijven proportioneel gezien relatief laag in vergelijking met die voor andere producten. Deze verzoeken zijn echter in opkomst, net als de meldingen van problematisch gebruik als hoofd- of bijproduct (Figuur 25). De verzoeken om behandeling voor ketamine als belangrijkste product deden zich voor in 2018 (6 personen) en voor pregabaline in 2020 (9 personen). Sindsdien zijn ze respectievelijk met 5 en 3 vermenigvuldigd.

Figuur 25: Evolutie van het aantal patiënten dat ketamine of pregabaline heeft vermeld als belangrijkste product of als problematisch product in de gespecialiseerde diensten van het Brussels Gewest, 2015-2022



De profielen van patiënten die in 2022 behandeling hebben gezocht voor een problematisch gebruik van deze twee stoffen als belangrijkste product worden hieronder samengevat en in Tabel 3 gedetailleerd beschreven. We verstrekken ook aanvullend het profiel van patiënten die problematisch gebruik van hypno-sedativa hebben gemeld. Het aantal patiënten met problematisch gebruik van hypno-sedativa blijft relatief stabiel in de periode 2015-2022, zowel wat betreft meldingen als belangrijkste product als meldingen als problematisch product (Figuur 26), maar deze producten worden aanzienlijk vaker genoemd dan pregabaline en ketamine, waarvan het gebruik ongetwijfeld breder verspreid is. Gezien het beperkte aantal patiënten met problematisch gebruik van ketamine, pregabaline en hypno-sedativa als belangrijkste product, is het niet mogelijk trendanalyses uit te voeren op het niveau van de profielvariabelen.

Figuur 26: Evolutie van het aantal patiënten dat hypno-sedativa heeft genoemd als belangrijkste product of als problematisch product in gespecialiseerde diensten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 2015-2022



KETAMINE

In 2022 zijn de patiënten in de gespecialiseerde hulpcentra voor verslavingszorg in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, die een behandeling aanvragen voor problematisch gebruik van ketamine als hoofdstof relatief jong, met een gemiddelde leeftijd van 25,9 jaar (SD = 7,82; mediane leeftijd = 25 jaar). In tegenstelling tot andere producten waar ze een minderheid vormen, vertegenwoordigen vrouwen bijna de helft van de patiënten voor dit product (44,8%). De patiënten lijken minder sociaal kwetsbaar te zijn dan bij andere hoofdproducten. In feite woont 86,2% van hen op een vast woonadres, en slechts een minderheid heeft een precare woonsituatie (3,4% woont op straat en 10,3% in een instelling). Maar slechts een kwart van de patiënten (26,9%) heeft een inkomen uit werk, terwijl 42,3% een vervangingsinkomen heeft en een ander kwart (26,9%) geen eigen inkomen heeft. Bovendien is het aandeel van patiënten dat het niveau van middelbaar onderwijs heeft overschreden relatief beperkt (17,9%). Dit wordt deels verklaard door het feit dat er een aanzienlijk aantal studenten is (33,3%). Wat betreft het profiel van de aanvragen, deze zijn zelden spontaan (20,7%) en komen meestal van medisch-psycho-sociale diensten (44,8%) of van naasten (27,6%). Ambulante centra worden het vaakst ingeschakeld voor dit type behandelingen (69%). De helft van de patiënten (50%) heeft een therapeutische voorgeschiedenis. Wat betreft het consumptieprofiel, is de gemiddelde leeftijd waarop voor het eerst ketamine werd gebruikt 19,5 jaar (SD = 6,1; mediane leeftijd = 17 jaar). De overgrote meerderheid van de patiënten (92%) verklaarde actieve gebruiker te zijn op het moment van de aanvraag voor behandeling, en 76% gebruikt het bijna dagelijks. Patiënten consumeren voornamelijk door snuiven (53,8%) en door roken/inhaleren (34,6%). Een minderheid van hen zegt ooit injecties te hebben gebruikt (7,7%). De meerderheid van de patiënten (72,4%) vertoont problematisch gebruik van andere producten, meestal cannabis (48,3%) of in mindere mate alcohol (27,6%), cocaïne in poedervorm (20,7%) of hypno-sedativa (17,2%). Daarentegen is er bij deze patiënten geen problematisch gebruik van opioïden te vinden.

PREGABALINE

In 2022 zijn de patiënten in de gespecialiseerde hulpcentra voor verslavingszorg in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest die een behandeling aanvragen voor problematisch gebruik van pregabaline als belangrijkste substantie ook relatief jong, met een gemiddelde leeftijd van 30,2 jaar (SD = 10,82; mediane leeftijd = 27,5 jaar). Maar in tegenstelling tot wat werd waargenomen voor ketamine, zijn bijna alle patiënten mannen (96,7%), die vaak kwetsbaarheden op sociaal-economisch gebied vertonen (44,4% woont op straat en 86,4% heeft geen eigen inkomen). Deze patiënten worden bijna altijd behandeld in laagdrempelige diensten (96,7%). De aanvragen komen meestal van medisch-psycho-sociale diensten (60%) of van de persoon

zelf (40%). Slechts een derde van de patiënten (37,5%) heeft een therapeutische voorgeschiedenis voor verslavingsproblemen. Wat betreft het consumptieprofiel heeft bijna iedereen (93,3%) gemeld dat ze pregabaline dagelijks gebruiken. De voorkeursmethode van consumptie is inname (96,6%). Slechts een klein aantal patiënten geeft aan ooit injecties te hebben gebruikt (5%), maar een groot meerderheid vertoont problematische polyconsumptie (83,9%), meestal van hypno-sedativa (64,5%) of alcohol (45,2%), in mindere mate van cannabis (32,3%), opioïden (22,6%) of crack (16,1%).

HYPNO-SEDATIVA MEDICATIE

In 2022 zijn de patiënten in de gespecialiseerde hulpcentra voor verslavingszorg in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest die een behandeling aanvragen voor problematisch gebruik van hypno-sedativa als hoofdstof gemiddeld 38,4 jaar oud (SD = 10,88; mediaan = 39 jaar). Het aandeel vrouwen is laag (15,6%), terwijl verschillende epidemiologische studies hebben aangetoond dat hun consumptie proportioneel even hoog, zo niet hoger is dan die van mannen (zie bijvoorbeeld Clark, 2015 ; Gisle *et al.*, 2020)³. Deze patiënten hebben vaak te maken met sociaal-economische kwetsbaarheden (minder dan de helft, namelijk 42,7%, heeft een vast adres en een derde, namelijk 35,4%, heeft geen eigen inkomen). Een kwart van de patiënten (24,1%) heeft het niveau van secundair onderwijs overstegen. De percentages studenten en gepensioneerden zijn daarentegen marginaal (1,7%). Wat betreft het profiel van de aanvragen, deze zijn meestal vrijwillig (54,7%) of komen van medisch-psycho-sociale diensten (33,7%). De laagdrempelige centra worden het vaakst ingeschakeld voor dit type behandelingen (54,3%), gevolgd door ambulante diensten (37%). De meerderheid van de patiënten (71,8%) heeft een therapeutische voorgeschiedenis. Wat betreft het consumptieprofiel is de gemiddelde leeftijd waarop voor het eerst hypno-sedatieve medicatie werd gebruikt 25,3 jaar (SD = 10,98; mediaan = 20,5 jaar). De overgrote meerderheid van de patiënten (87,5%) verklaarde actieve gebruiker te zijn op het moment van de aanvraag voor behandeling, en 78,1% gebruikte het dagelijks. Patiënten consumeren voornamelijk door inname (92,9%). Een minderheid van hen heeft aangegeven ooit injecties te hebben gebruikt (5,6%). Ten slotte vertoont de meerderheid van de patiënten (77,2%) een problematische consumptie van andere producten, meestal alcohol (32,6%), pregabaline (27,2%) en cannabis (19,6%), in mindere mate crack (13%), cocaïne in poedervorm (10,9%) of opioïden (7,6%).

VERGELIJKING VAN PROFIELEN PER HOOFDPRODUCT

DE SITUATIE IN 2022²

Wanneer we de profielen van patiënten vergelijken op basis van het belangrijkste product, komen er enkele verschillen naar voren, zowel op het niveau van de sociodemografische kenmerken als op het niveau van de kenmerken van de vraag en het consumptieprofiel (zie [Tabel 3](#)). We zullen de belangrijkste observaties doornemen.

De gemiddelde leeftijd van de patiënten ligt rond de veertig voor de meeste producten (alcohol, cocaïne, opioïden, hypno-sedativa), behalve voor cannabis, ketamine en pregabaline, waar patiënten over het algemeen jonger zijn (respectievelijk gemiddeld 33, 26 en 30 jaar).

Vrouwen zijn in de minderheid voor alle producten, met een variërende proportie tussen 11 en 21%, behalve voor ketamine, waar ze bijna de helft van de patiënten vertegenwoordigen, en voor pregabaline, waar ze bijna niet vertegenwoordigd zijn. Er worden ook variaties waargenomen op het gebied van de sociaaleconomische situaties. Zo zijn patiënten die behandeling zoeken voor crack of pregabaline (en in mindere mate voor hypno-sedativa) als belangrijkste substantie, bijzonder kwetsbaar, vooral op het gebied van huisvesting en inkomen. Daarentegen lijken gebruikers van alcohol, cannabis, cocaïnepoeder en ketamine iets beter af te zijn: meer dan de helft van hen woont in op een vast en meer dan een derde (voor cannabis en cocaïnepoeder) heeft een inkomen uit werk. Laten we niet vergeten dat voor alle producten, behalve pregabaline, een groot aantal aanvragers leeft van vervangende inkomsten zoals ziekte- of invaliditeitsuitkeringen of een minimuminkomen of steun van het OCMW,

en een aanzienlijk deel geen eigen inkomen heeft, wat wijst op een relatief wijdverbreide sociaaleconomische kwetsbaarheid bij de mensen die worden behandeld in gespecialiseerde diensten.

Patiënten die problematisch gebruik van pregabaline als belangrijkste substantie hebben gemeld, hebben over het algemeen geen eigen inkomen of vervangende inkomsten, waarschijnlijk omdat het verkeerd gebruik van dit product vooral wordt waargenomen onder mensen met een migratieachtergrond (zie Richelle & Hogge, 2023), waarvan velen zich in een illegale situatie bevinden, waardoor ze geen aanspraak kunnen maken op legaal werkinkomen of sociale bijstand. Deze patiënten hebben bovendien doorgaans het laagste opleidingsniveau.

Het percentage patiënten zonder eerdere behandeling voor gebruik van substanties varieert van product tot product. Ongeveer een derde daarvan komt voor bij alcohol en cannabis als belangrijkste producten, en de helft of meer voor cocaïnepoeder, pregabaline en ketamine. In tegenstelling hiermee zijn patiënten die voor het eerst om hulp vragen in de minderheid voor crack (14,8%) en opioïden (7,6%), wat zowel het zeer verslavende karakter van deze producten als de vele kwetsbaarheden onder hun gebruikers weerspiegelt, waardoor het bijzonder moeilijk is om abstinentie te bereiken of te behouden.

De meerderheid van de behandelingsaanvragen wordt geïnitieerd door de patiënten zelf, vooral als ze een voorgeschiedenis van behandeling hebben, behalve voor ketamine en pregabaline, waar de aanvragen meestal afkomstig zijn van medische, psychologische of sociale diensten. De rol van deze diensten is dus essentieel bij het detecteren van nieuwe vormen van problematisch gebruik en het doorverwijzen van patiënten naar

gespecialiseerde zorg. Een effectieve doorverwijzing hangt echter af van verschillende factoren (bijv. capaciteit en wachttijd van de betreffende structuur, acceptatie door de patiënt van het voorgestelde zorgtraject), en het TDI stelt momenteel niet in staat om het percentage succesvolle doorverwijzingen te schatten.

De laagdrempelige toegangsdiensdiensten worden het meest gebruikt door patiënten die behandeling zoeken voor problematisch gebruik van pregabaline (96,7%) of, in mindere mate, van opioïden (60,1%), hypno-sedativa (54,3%), en crack (51,9%), waarschijnlijk omdat het gebruik van deze producten bijzonder wijdverbreid is onder de kwetsbare doelgroepen die deze diensten bedienen. Ambulante centra daarentegen worden vooral gekozen door patiënten die behandeling zoeken voor alcohol, cocaïne, cannabis en ketamine. Patiënten kiezen minder vaak voor residentiële centra, waarschijnlijk omdat de eisen daar hoger zijn, met name abstinentie, maar ook omdat deze vorm van zorg minder gangbaar is in gespecialiseerde diensten buiten ziekenhuisstructuren. Residentiële behandelingen worden het vaakst gezien bij problematisch gebruik van crack als primaire substantie (29,8%), waarschijnlijk omdat een volledige breuk met de leefomgeving vaak nodig is om te leren leven zonder het product, vanwege de vele kwetsbaarheden die crackgebruikers vaak hebben.

De gemiddelde leeftijd waarop het belangrijkste product voor het eerst wordt gebruikt, varieert ook per product. Deze ligt rond de 23 jaar voor de meeste producten, behalve voor alcohol, cannabis en ketamine, die iets vroeger worden gebruikt (gemiddeld rond 18 of 19 jaar).

Ten slotte verschillen de consumptiepraktijken aanzienlijk per product. Hoewel de meerderheid van de patiënten actief gebruik van het product meldt bij

² Trends en evolutie vindt u op pagina 9-12.

aanmelding, wordt ook een proportie van abstinentie waargenomen, met name bij alcohol en opioïden. De abstinentie bij aanvang van de behandeling kan verschillende verklaringen hebben (bijv. verblijf in een gevangenis of ziekenhuis, medisch detoxificatie vóór het zoeken van psychologische hulp, zoeken naar hulp vanwege tijdelijke kwetsbaarheid bij een al abstinente persoon).

polygebruik vertonen, zijn patiënten die worden behandeld voor problematisch alcohol- of cannabisgebruik als primaire substantie minder vaak betrokken (respectievelijk 37,7% en 36,7%, tegenover 60% of meer voor andere producten).

Niet verrassend meldt bijna de helft van de patiënten die behandeling zoeken voor opioïden als primaire substantie (43,7%) ooit injectiegebruik te hebben gehad, terwijl dit percentage veel lager is voor de andere producten (tussen 5 en 17%). Hoewel de meeste patiënten problematisch

Tabel 3: Profiel van patiënten onder behandeling in 2022 in gespecialiseerde diensten in het Brussels Gewest, per hoofdproduct

	Alle producten	Alcohol	Cocaïne poeder	Crack	Opiaten	Cannabis	Hypno-sedativa	Ketamine	Pregabalin
n=	2.095	671	149	339	338	245	92	29	31
% van de aanvragen	100	32,0	7,1	16,2	16,2	11,7	4,4	1,4	1,5
Leeftijd									
Gemiddeld	39,60	42,98	37,61	38,71	42,21	32,89	38,38	25,93	30,2
Mediaan	39	43	38	39	42	32	39	25	27,5
NR (n)	120	22	3	8	2	18	2	1	0
Geslacht (%)									
Mannen	82,7	79,3	81,1	83,2	89	86	84,4	55,2	96,7
Vrouwen	17,3	20,7	18,9	16,8	11	14	15,6	44,8	3,3
NR (n)	12	4	1	2	2	2	0	0	0
Huisvesting (%)									
Vast adres	51,4	57,3	52,4	29,9	48	60	42,7	86,2	7,4
Variabele huisvesting	7,9	5,4	6,8	13,1	10,1	4,2	10,1	0	18,5
Straat	17,9	12,6	13,6	38,7	21,1	6,7	21,3	3,4	44,4
Instelling	12,7	15,5	6,1	13,7	13,5	5,4	16,9	10,3	25,9
Gevangenis	9,6	8,4	21,1	4,6	6,7	23,8	6,7	0	0
Andere	0,6	0,9	0	0	0,6	0	2,2	0	3,7
NR (n)	57	18	2	11	11	5	3	0	3
Leefsituatie (%)									
Alleen	45,3	47,7	36,2	40,6	51	38,7	44,6	46,2	63,2
Als koppel	19,2	21,1	31,4	13,8	18,7	19	21,6	3,8	0
Met familie	16,6	15,2	12,4	13	13,2	33,3	15,4	30,8	0
Met anderen	18,8	16	20	32,6	17,1	8,9	18,3	19,2	36,8
NR	546	178	44	78	81	77	27	3	11
Inkomen (%)									
Arbeidsinkomen	20,0	17,8	40,9	6,2	18,9	33,8	13,9	26,9	9,1
Werkloosheidsuitkering	8,6	10,6	2,9	6,5	7,8	12,2	5,1	7,7	0
Ziekte- of invaliditeitsuitkering	29,8	39,1	23,4	31,5	24	17,8	24,1	3,8	0
Leefloon of steun van het OCMW	16,5	14,1	16,8	21,8	19,3	16,4	19	30,8	4,5
(Overlevings)pensioen	1,8	3,9	0,7	0	1,4	0,5	1,3	0	0
Geen eigen inkomen	21,7	13,2	12,4	32,8	27,7	17,4	35,4	26,9	86,4
Andere	1,7	1,3	2,9	1,3	1	1,9	1,3	3,8	0
NR (n)	217	49	12	31	42	32	12	3	8

Tabel 3: Profiel van patiënten onder behandeling in 2022 in gespecialiseerde diensten in het Brussels Gewest, per hoofdproduct

	Alle producten	Alcohol	Cocaïne poeder	Crack	Opiaten	Cannabis	Hypno-sedativa	Ketamine	Pregabaline
n=	2.095	671	149	339	338	245	92	29	31
Diploma (%)									
Geen scholing	4,3	3,8	3,3	4,1	4,2	4,8	8,6	0	10
Lager onderwijs	23,2	18,9	26,2	16,7	26,3	39	24,1	28,6	70
Middelbaar onderwijs	49,6	46,2	45,1	64,3	51,2	43,8	41,4	50	10
Hoger onderwijs	20,6	28,5	23,8	11,3	16	11,9	24,1	17,9	10
Andere	2,3	2,6	1,6	3,6	2,3	0,5	1,7	3,6	0
NR (n)	555	138	27	118	121	35	33	1	20
Oorsprong van de aanvraag (%)									
De persoon zelf	56,8	48,1	59,7	80,1	61,5	44,4	54,7	20,7	40
Naaste(n)	9,6	7,4	9,7	4,8	14,1	14,6	9,3	27,6	0
Medisch-psycho-sociale dienst	26,1	36,2	22,9	12	22,8	20,9	33,7	44,8	60
Justitie	6,5	7,2	7,6	2,1	1,3	19,7	1,2	6,9	0
Andere	0,9	1,1	0	0,9	0,3	0,4	1,2	0	0
NR (n)	78	10	5	7	26	6	6	0	5
Soort centrum (%)									
Laagdrempelig	34,7	19,5	28,9	51,9	60,1	17,1	54,3	20,7	96,7
Ambulant	51,6	67,4	63,8	18,3	27,8	78	37	69	3,3
Residentieel	13,7	13,1	7,4	29,8	12,1	4,9	8,7	10,3	0
NR (n)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antecedenten voor de behandeling (%)									
Ja	66,3	64,6	42,1	85,2	92,4	38	71,8	50	37,5
Nee	33,7	35,4	57,9	14,8	7,6	62	28,2	50	62,5
NR (n)	408	123	28	129	47	37	21	3	6
Gemiddelde leeftijd eerste consumptie van de belangrijkste substantie									
Gemiddelde leeftijd	21,03	18,89	25,1	23	22,94	17,14	25,3	19,5	22
Mediaanleeftijd	18	16	22	22	22	16	20,5	17	18
NR (n)	1303	404	63	272	192	123	62	13	8
Frequentie gebruik van de belangrijkste substantie (%)									
Sinds meer dan 30 dagen	21,4	29,5	11,6	16,7	26,3	8,7	12,5	8	3,3
1 dag/week	9,8	7,4	23,9	14,2	7	6	6,3	4	0
2 à 3 dagen/week	13,5	12,1	18,1	25,8	11,9	11,4	0	12	0
4 à 6 dagen/week	10	9,6	13	10,8	6,6	11,4	3,1	32	3,3
Alle dagen	45,2	41,4	33,3	32,5	48,1	62,5	78,1	44	93,3
NR (n)	710	200	11	219	95	61	28	4	0
Manier van consumeren (%)									
Injecteren	3,9	0	12,7	0	15,5	0	0	0	0
Roken/inhaleren	43,2	1,3	27,5	97,9	60,2	96,6	4,8	34,6	3,4
Eten/drinken	43,7	97,9	2,1	0,9	19,7	3	92,9	11,5	96,6
Snuiven	8,7	0,3	57,7	1,2	3,5	0,4	2,4	53,8	0
Andere	0,5	0,5	0	0	1,1	0	0	0	0
NR (n)	213	40	7	9	54	9	8	3	1
Injectiegebruik tijdens het leven (%)									
Nee	85,7	94	83,1	85,2	56,3	97,3	94,4	92,3	95
Ja	14,3	6	16,9	14,8	43,7	2,7	5,6	7,7	5
NR (n)	297	68	13	29	75	23	21	3	10
Problematische polyconsumptie (%)									
Nee	49,5	62,3	40,9	39,8	42,6	63,3	22,8	27,6	16,1
Ja	50,5	37,7	59,1	60,2	57,4	36,7	77,2	72,4	83,9
NR (n)	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bron: Sciensano

VERGELIJKINGEN IN FUNCTIE VAN GESLACHT

DE SITUATIE IN 2022

Tabel 4 vergelijkt de sociodemografische en consumptieprofielen van patiënten naar geslacht en belangrijkste product in 2022 in gespecialiseerde diensten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Sommige vergelijkingen moeten met de nodige voorzichtigheid worden behandeld vanwege het geringe aantal vrouwen voor sommige producten.

Op het niveau van het **sociodemografische profiel** wordt over het algemeen geen verschil in leeftijd waargenomen tussen mannen en vrouwen die in 2022 een behandelingsaanvraag hebben ingediend. De leeftijdsverschillen binnen elk hoofdproduct zijn ook niet statistisch significant. Daarentegen zijn er wel enkele genderverschillen op het gebied van sociaaleconomische status, waarbij vrouwen significant minder getroffen worden door factoren van kwetsbaarheid dan mannen, maar dit zou ook kunnen corresponderen met grotere moeilijkheden bij toegang tot zorg voor kwetsbare vrouwen. Zo wonen vrouwen vaker dan mannen in een vast adres (68,2% versus 48,1%) en, omgekeerd, minder vaak op straat (9,5% versus 19,4%) of in de gevangenis (4,6% versus 10,8%), deze bevindingen zijn geldig voor de meeste producten, behalve opiaten waar het verschil niet significant is. Bovendien hebben vrouwen significant vaker een diploma hoger onderwijs dan mannen (36,6% versus 17,2%). Ten slotte worden vrouwen iets minder getroffen door het ontbreken van inkomsten (14,6% versus 22,6%). Daarentegen ontvangen ze iets vaker een uitkering voor ziekte of invaliditeit (37,5% versus 28,3%). Het effect van geslacht op het sociaaleconomische

profiel kan soms variëren afhankelijk van het hoofdproduct. Bijvoorbeeld, de verschillen tussen mannen en vrouwen wat betreft ziekte- of invaliditeitsuitkeringen zijn bijzonder groot in het geval van behandelaanvragen voor cocaïne en cannabis als hoofdproduct. Evenzo zijn de verschillen met betrekking tot het opleidingsniveau ook meer uitgesproken voor alcohol en cannabis. Bovendien is de proportie mannen die een behandeling aanvragen voor cannabis en recentelijk in de gevangenis hebben gezeten aanzienlijk groter dan bij vrouwen (26,8% versus 6,1%), vergeleken met andere producten.

Op het niveau van de **kenmerken van de aanvraag** komt deze meestal rechtstreeks van de persoon zelf, zowel bij mannen (57,6%) als bij vrouwen (55,6%), en dit voor alle producten. De doorverwijzing door andere diensten is iets belangrijker voor vrouwen dan voor mannen (30,5% tegenover 24,8%) en omgekeerd komt verwijzing door justitie iets vaker voor bij mannen (7,7%) dan bij vrouwen (1,2%), maar deze verschillen zijn niet significant. Behandelingen in poliklinieken worden vaker gekozen door vrouwen dan door mannen (65,5% tegenover 48,9%), terwijl het omgekeerde geldt voor behandelingen in laagdrempelige voorzieningen (23,6% tegenover 36,9%). Deze verschillen hangen samen met het feit dat mannen vaker met precaire situaties te maken hebben. Primo-aanvragen komen over het algemeen iets vaker voor bij vrouwen (38,2%) dan bij mannen (32,8%), maar het verschil is niet statistisch significant, ongeacht het primaire product, behalve voor cannabis, waarbij primo-aanvragen aanzienlijk vaker voorkomen bij mannen dan bij vrouwen (65,4% versus 38,5%). Het is waarschijnlijk dat dit een artefact is van de meting als

gevolg van het beperkte aantal vrouwen in deze steekproef, omdat bij replicatie van dezelfde analyse over de periode 2015-2022 geen verschillen werden waargenomen tussen mannen en vrouwen wat betreft het percentage primo-aanvragen (54,2% versus 53%).

Op het niveau van het **consumptieprofiel** blijft alcohol de meest genoemde hoofdstof voor mannen (31,7%), gevolgd door opiaten (18%), crack (17%) en cannabis (12,6%). Bij vrouwen is de verdeling vergelijkbaar, maar is er proportioneel iets meer vraag naar alcohol (40,5%) en iets minder naar opiaten (10,6%) dan bij mannen, terwijl de verhoudingen voor andere producten vergelijkbaar zijn (cannabis, crack, cocaïne in poeder, hypno-sedatieve medicijnen). Over het algemeen melden vrouwen iets minder vaak dan mannen dat ze ooit injecties hebben gebruikt (10,9% tegenover 15%), maar het verschil is niet statistisch significant. Vrouwen die in behandeling zijn voor problematisch opiaatgebruik hebben echter vaker dan mannen al injecties gebruikt (63% versus 41,5%; $p=0,036$), terwijl het omgekeerde geldt voor behandelaanvragen met betrekking tot alcohol (7,4% versus 0,8%; $p<0,01$). Probleematische polyconsumptie komt minder vaak voor bij vrouwen dan bij mannen (40,8% versus 52,5%). Echter, wanneer we de genderverschillen per hoofdproduct bekijken, is het significantieniveau alleen bereikt voor alcohol (49,5% versus 25,5%; $p=0,001$). De eerste consumptie van het hoofdproduct vindt iets eerder plaats bij mannen dan bij vrouwen (20,88 jaar versus 21,66 jaar), maar dit verschil is niet statistisch significant.

Tabel 4: Profiel van patiënten in behandeling in 2022 in gespecialiseerde diensten van het Brussels Gewest, per geslacht en per hoofdproduct

	MANNEN						VROUWEN					
	Alle producten	Alcohol	Cocaïne poeder	Crack	Opiaten	Cannabis	Alle producten	Alcohol	Cocaïne poeder	Crack	Opiaten	Cannabis
n=	1.659	526	120	282	299	209	348	141	28	51	37	34
% van de aanvragen	100	31,7	7,2	17,0	18,0	12,6	100	40,5	8,0	14,7	10,6	9,8
Leeftijd												
Gemiddeld	39,48	42,5	37,46	38,74	42,54	32,66	40,40	44,88	38,5	38,85	40,22	34,56
Mediaan	39	42	38	38	42	31,5	41	45	39	40	41	33,5
NR (n)	28	13	1	6	1	7	12	7	2	1	1	0
Huisvesting (%)												
Vast adres	48,1	53,2	48,3	28,0	47,8	57,6	68,2	72,8	67,9	41,2	52,8	78,8
Variabele huisvesting	8,3	5,8	7,6	13,5	10	3,4	5,9	3,7	3,6	9,8	11,1	9,1
Straat	19,4	14	15,3	40,7	21,8	5,9	9,5	5,9	7,1	27,5	13,9	6,1
Instelling	12,8	16	5,9	13,1	12,8	6,3	11,9	14	7,1	17,6	16,7	0
Gevangenis	10,8	9,9	22,9	4,7	6,9	26,8	4,2	2,9	14,3	3,9	5,6	6,1
Andere	0,6	1			0,7	0	0,3	0,7			0	0
NR (n)	42	13	2	7	10	4	11	5	0	4	1	1
Inkomsten (%)												
Arbeidsinkomen	20,8	17,9	41,6	6,2	19,9	35,9	17,2	18,1	37,5	6,1	12,1	22,2
Werkloosheidsinkomen	8,6	9,4	3,5	7,4	8	12,5	10	15,7	0,0	2,0	6,1	11,1
Ziekte- of invaliditeitsuitkering	28,3	39,1	21,2	29,2	23,8	15,8	37,5	38,6	33,3	44,9	27,3	33,3
Leefloon of steun van het OCMW	16,8	15,3	17,7	21,8	17,6	15,8	15,5	8,7	12,5	22,4	33,3	14,8
(Overlevings) pensioen	1,4	2,9	0,9	0,0	1,1	0	3,9	7,9	0,0	0,0	3	3,7
Geen eigen inkomen	22,6	14,5	12,4	33,9	28,4	17,9	14,6	8,7	12,5	24,5	18,2	14,8
Andere	1,5	1	2,7	1,6	1,1	2,2	1,3	2,4	4,2	0,0	0	0
NR (n)	164	37	7	25	38	25	39	14	4	6	4	7
Diploma (%)												
Ongeschoold	4,7	4,1	4,2	4,0	4,8	5,6	2,1	2,7	0,0	4,3	0	0
Lager	26	21	29,2	18,9	27,7	43	12	11,6	15,4	8,7	16,7	16,7
Middelbaar	49,8	49,9	44,8	62,9	50	43,6	47,2	32,1	46,2	69,6	62,5	43,3
Hoger	17,2	22,2	20,8	10,3	15,4	7,3	36,6	51,8	34,6	15,2	20,8	40
Ander	2,3	2,9	1,0	4,0	2,1	0,6	2,1	1,8	3,8	2,2	0	0
NR (n)	457	107	24	107	111	30	64	29	2	9	13	4
Oorsprong van de aanvraag (%)												
Van de persoon zelf	57,6	54,1	60,3	80,4	62,4	41,4	55,6	52,2	55,6	78,2	54,8	58,8
Naaste(n)	9,1	6,6	8,6	4,7	12,2	15,8	11,5	6,5	14,8	5,5	32,3	8,8
Medisch-psycho-sociale dienst	24,8	29,9	22,4	11,6	24	19,2	30,5	41,3	25,9	14,5	9,7	32,4
Justitie	7,7	8,1	8,6	2,2	1,4	23,2	1,2	0	3,7	1,8	0	0
Andere	0,8	1,3	0	1,1	0	0,5	1,2	0	0	0	3,2	0
NR (n)	59	7	4	7	20	6	10	3	1	0	6	0
Type centrum (%)												
Laagdrempelig	36,9	21,9	29,2	52,8	61,2	17,2	23,6	10,6	25,0	47,3	51,4	11,8
Ambulant	48,9	63,5	62,5	17,7	26,4	77,5	65,5	82,3	71,4	21,8	40,5	85,3
Residentieel	14,2	14,6	8,3	29,4	12,4	5,3	10,9	7,1	3,6	30,9	8,1	2,9
NR (n)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabel 4: Profiel van patiënten in behandeling in 2022 in gespecialiseerde diensten van het Brussels Gewest, per geslacht en per hoofdproduct

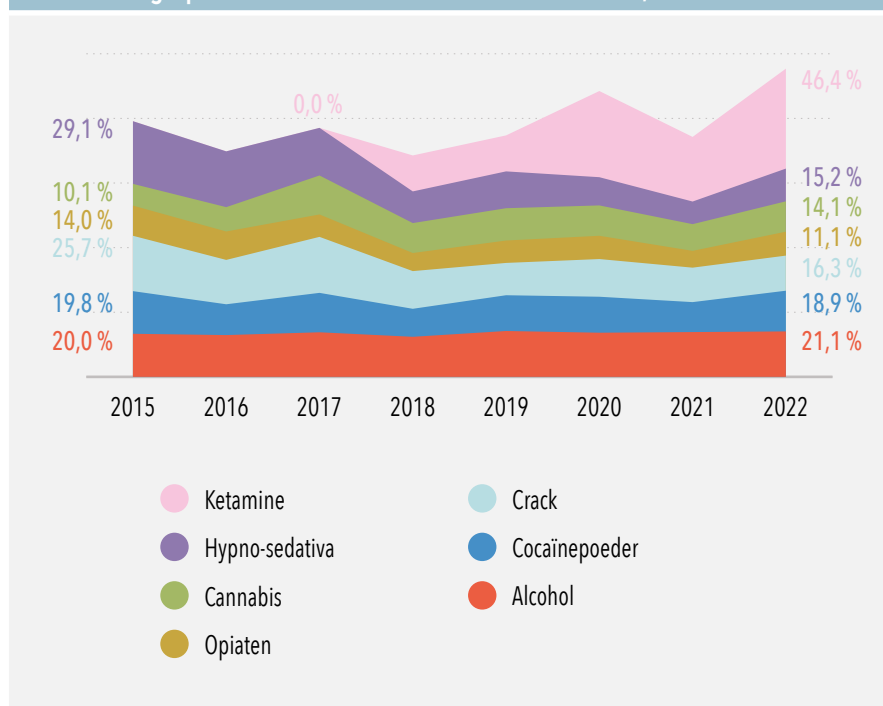
	MANNEN						VROUWEN					
	Alle producten	Alcohol	Cocaïne poeder	Crack	Opiaten	Cannabis	Alle producten	Alcohol	Cocaïne poeder	Crack	Opiaten	Cannabis
n=	1.659	526	120	282	299	209	348	141	28	51	37	34
Antecedenten voor behandeling (%)												
Ja	67,2	67,1	47,0	86,0	92,2	34,6	61,8	55,8	19,0	81,6	94,1	61,5
Nee	32,8	32,9	53,0	14,0	7,8	65,4	38,2	44,2	81,0	18,4	5,9	38,5
NR (n)	334	100	20	110	43	27	60	21	7	17	3	8
Leeftijd eerste consumptie belangrijkste product												
Gemiddelde leeftijd	20,88	18,54	24,67	22,49	23,54	16,92	21,66	19,91	26,82	25,9	19,45	19,89
Mediaan leeftijd	18	16	22	20	23	16	18	16	24	24,5	17	17
NR (n)	1003	315	51	225	174	96	216	87	11	45	17	25
Injecties in de loop van het leven (%)												
Nee	85	92,6	82	86	58,5	96,8	89,1	99,2	87,5	80,4	37	100
Ja	15	7,4	18	14	41,5	3,2	10,9	0,8	12,5	19,6	63	0
NR (n)	230	52	9	25	65	19	46	13	4	4	10	4
Problematische polyconsumptie (%)												
Nee	47,5	59,1	36,7	40,1	41,8	63,2	59,2	74,5	57,1	40	48,6	64,7
Ja	52,5	40,9	63,3	59,9	58,2	36,8	40,8	25,5	42,9	60	51,4	35,3
NR (n)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bron: Sciensano

OPVALLENDE EVOLUTIES GEDURENDE DE PERIODE 2015-2022

Over het algemeen blijft het aandeel vrouwen constant in de periode 2015-2022. Wanneer we de veranderingen in percentages per hoofdproduct bekijken, zien we een significante afname van het percentage vrouwen onder patiënten die een behandeling aanvragen voor crack als hoofdproduct (-9,4%; 25,7% in 2015 tegenover 16,3% in 2022) en voor hypno-sedativa (-13,9%; 29,1% in 2015 tegenover 15,2% in 2022). Daarentegen is er een aanzienlijke toename van het percentage vrouwen bij patiënten in behandeling voor problematisch gebruik van ketamine (+29,8%; 16,7% in 2018 tegenover 46,4% in 2022), maar dit verschil is niet statistisch significant vanwege de kleine aantallen. Het percentage vrouwen voor andere producten (alcohol, cannabis, cocaïnepoeder) blijft relatief stabiel gedurende de periode (Figuur 27)

Figuur 27: Evolutie van het percentage vrouwen onder patiënten in behandeling bij gespecialiseerde diensten in het Brussels Gewest, 2015-2022



Bron: Sciensano

VERGELIJKINGEN PER THERAPEUTISCHE ANTECEDENTEN

DE SITUATIE IN 2022

Tabel 5 toont een vergelijking van de sociaal-demografische en consumptieprofielen van patiënten op basis van de aanwezigheid of afwezigheid van therapeutische voorgeschiedenis, per hoofdproduct.

In 2022 hebben 546 patiënten voor het eerst een behandelaanvraag ingediend voor problematisch middelengebruik bij een gespecialiseerd centrum in het Brussels Gewest. Deze patiënten zijn significant jonger dan patiënten met een voorgeschiedenis van behandeling (gemiddeld 35,68 jaar versus 42,41 jaar). Er is geen statistisch significante verschil in het percentage vrouwen tussen de patiënten die voor het eerst een behandeling aanvragen (20,2%) en de patiënten met therapeutische voorgeschiedenis (16,7%).

Op het gebied van **sociodemografische kenmerken** lijken patiënten die voor het eerst hulp vragen iets minder te maken te hebben met economische en huisvestingsonzekerheid dan patiënten met behandelingsgeschiedenis. Deze laatste zijn meer geneigd om te melden dat ze in variabele huisvesting wonen (8,6%), op straat (13,5%) en in instellingen (16,7%) dan mensen zonder voorgeschiedenis (respectievelijk 3,9%, 5,3% en 6,4%). Aan de andere kant is er een grotere proportie patiënten die hebben aangegeven dat ze de afgelopen 30 dagen in de gevangenis hebben verbleven bij patiënten die voor het eerst hulp vragen (21,4% tegenover 6,2%). Deze laatste observatie kan verband houden met de grotere nadruk die wordt gelegd op verwijzing door justitie bij degenen die voor het eerst hulp vragen (14,3% versus 3,8%). Evenzo is het percentage mensen dat leeft van een arbeidsinkomen hoger bij degenen die voor het eerst hulp vragen (39,8%) dan bij patiënten met een behandelingsgeschiedenis (14,4%),

waarbij de laatsten meestal leven van een vervangingsinkomen (69,4% versus 34,7%). Verrassend genoeg is echter het percentage patiënten dat verklaart geen eigen inkomen te hebben hoger bij patiënten die voor het eerst hulp vragen (21,3% tegenover 12,9%). Deze bevinding kan echter worden verklaard door het grotere aantal studenten (8,3% versus 1,4%) en patiënten die onlangs in de gevangenis hebben verbleven bij patiënten die voor het eerst hulp vragen (zie hierboven).

Wat betreft het **profiel van de zorgaanvraag** lijken patiënten die voor het eerst hulp vragen meer de voorkeur te geven aan ambulante structuren (84,8%, tegenover 47,4% bij patiënten met een behandelingsgeschiedenis), en dit voor de meeste producten, met uitzondering van opiaten waar de laagdrempelige zorg de meerderheid van de verzoeken verzamelt (63,6%). Bij patiënten met een behandelingsgeschiedenis zijn behandelingen in laagdrempelige structuren gebruikelijker, waarschijnlijk vanwege hun grotere sociaaleconomische kwetsbaarheid. De oorsprong van de vraag verschilt ook aanzienlijk afhankelijk van de behandelingsgeschiedenis. Zo wordt de vraag meestal geïnitieerd door de persoon zelf bij patiënten met een behandelingsgeschiedenis (62,2%) dan bij patiënten die voor het eerst hulp vragen (29,5%). De laatste zijn daarentegen vaker door anderen naar de dienst verwezen, zoals familieleden (17,7% tegenover 7,3%), of door een andere medisch-psychosociale dienst (36,7% tegenover 26,2%). Behandeling wordt ook vaker gestart door justitie bij patiënten die voor het eerst hulp vragen dan bij patiënten met een behandelingsgeschiedenis (14,3% tegenover 3,8%). Deze verschillen in de oorsprong van de behandeling lijken aanwezig te zijn voor alle producten, en kunnen worden toegeschreven aan processen van ontkenning, minimalisatie

of bezinning die werkzaam zijn bij verslavingen en die vaak het spontane starten van een behandeling vertragen. De behandeling wordt dan vaak geïnitieerd door een derde partij (familie lid, huisarts, gezondheidsdienst, justitie wanneer het gebruik gepaard gaat met andere misdrijven...).

Wat betreft het **consumptieprofiel** is alcohol het meest betrokken product en in vergelijkbare verhoudingen bij patiënten met en zonder therapeutische voorgeschiedenis (respectievelijk 35,5% en 33,1%). De verdeling verschilt echter licht voor andere producten. Zo zijn patiënten die voor het eerst een behandeling aanvragen vaker in behandeling voor problematisch cannabisgebruik (23,6%) of cocaïnegebruik (12,8%) dan patiënten met een voorgeschiedenis (respectievelijk 7,4% en 4,8%), die daarentegen vaker in behandeling zijn voor problematisch opioïde- of crackgebruik (25,1% en 16,7% versus 4% en 5,7%). Aan de andere kant is er geen verschil in behandelaanvragen voor problematisch gebruik van hypnosedativa, die zowel bij patiënten die voor het eerst een behandeling aanvragen (3,7%) als bij patiënten met een therapeutische voorgeschiedenis (4,8%) zeldzaam zijn. Mensen die al eens injectiemiddelen hebben gebruikt om een substantie te consumeren, zijn relatief veel talrijker bij patiënten met een voorgeschiedenis (23,2%) dan bij degenen die voor het eerst een behandeling aanvragen (3%), ongeacht het hoofdproduct. Er is ook een grotere neiging tot polygebruik bij patiënten met een therapeutische voorgeschiedenis (51,7% versus 42,7%).

Tabel 5: Profiel van patiënten in behandeling in 2022 in gespecialiseerde diensten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, afhankelijk van de therapeutische voorgeschiedenis

	PATIËNTEN ZONDER THERAPEUTISCHE ACHTERGROND							PATIËNTEN MET THERAPEUTISCHE ACHTERGROND						
	Alle producten	Alcohol	Cocaïne poeder	Crack	Opiaten	Cannabis	Hypno-sedativa	Alle producten	Alcohol	Cocaïne poeder	Crack	Opiaten	Cannabis	Hypno-sedativa
n=	546	194	70	31	22	129	20	1.071	354	51	179	269	79	51
% van de patiënten	100	35,5	12,8	5,7	4,0	23,6	3,7	100	33,1	4,8	16,7	25,1	7,4	4,8
Leeftijd														
Gemiddeld	35,68	40,06	37,28	34,81	40,48	30,24	35,4	42,41	45,09	39,18	41,14	43,12	37,79	41,37
Mediaan	34	37	37	37	38	29	35	42	45	39	41,15	43	28	42
NR (n)	9	15	1	0	1	2	0	12	6	0	1	0	3	0
Geslacht (%)														
Mannen	79,8	72,5	75,7	77,4	90,9	92,2	75	83,3	81	92,2	82,7	88,1	79,7	86,3
Vrouwen	20,2	27,5	24,3	22,6	9,1	7,8	25	16,7	19	7,8	17,3	11,9	20,3	13,7
NR (n)	1	1			0	0	0	3	1			1	0	0
Huisvesting (%)														
Vast adres	62,4	65,8	60	70	63,6	58,6	30	54,3	60,2	47,1	36,7	50	67,9	59,2
Variabele huisvesting	3,9	1,6	2,9	0	18,2	3,1	5	8,6	6	11,8	13,6	9,1	6,4	10,2
Straat	5,3	4,1	4,3	6,7	13,6	0	25	13,5	8,9	11,8	25,4	17,4	3,8	8,2
Instelling	6,4	7,3	1,4	6,7	0	2,3	30	16,7	19,2	11,8	20,3	15,5	10,3	12,2
Gevangenis	21,4	20,7	31,4	16,7	4,5	35,9	5	6,2	4,3	17,6	4,0	7,2	11,5	8,2
Andere	0,6	0,5	0	0	0	0	5	0,8	1,4	0	0	0,8	0	2
NR (n)	3	1	0	1	0	1	0	16	5	0	2	5	1	2
Inkomsten (%)														
Areidsinkomsten	39,8	36,2	59,4	27,6	36,4	48,7	6,3	14,4	11,7	26,0	4,2	20,1	19,2	19,1
Werkloosheidsuitkering	10,1	14,6	1,6	6,9	4,5	10,6	6,3	9,2	8,5	4,0	8,5	9,4	16,4	6,4
Ziekte- of invaliditeitsuitkering	14,5	20	7,8	24,1	9,1	6,2	37,5	41,1	50,7	42,0	47,3	26,9	34,2	27,7
Leefloon of steun van het OCMW	10,1	9,7	12,5	6,9	13,6	9,7	6,3	19,1	15	20,0	26,7	21,6	20,5	19,1
(Overlevings) pensioen	1,4	2,7	1,6	34,5	0	0,9	0	2,5	5,3	0	12,7	1,7	0	2,1
Geen eigen inkomen	21,3	14,6	12,5	0	36,4	20,4	43,8	12,9	7,9	6,0	0,6	19,3	9,6	23,4
Andere	2,8	2,2	4,7	0	0	3,5	0	0,8	0,9	2,0	0	0,9	0	2,1
NR (n)	43	9	6	2	0	16	4	88	13	1	17	35	6	4
Diploma (%)														
Ongeschoold	3,8	3	3,3	8,0	0	2,5	7,1	3	3,8	2,3	0,7	2,8	5,6	5
Lager	30,9	24,8	27,9	24,0	18,2	47,9	28,6	20,4	17,8	27,9	14,9	27,6	25	25
Middelbaar	39,1	37	37,7	48,0	45,5	37	35,7	54,5	49	53,5	72,3	53	54,2	45
Hoger	24,3	33,3	27,9	20,0	27,3	11,8	28,6	20,1	26,4	16,3	10,8	14,9	15,3	22,5
Andere	2	1,8	3,3	0	9,1	0,8	0	2	2,9	0	1,4	1,7	0	2,5
NR (n)	93	29	9	6	11	10	6	205	40	8	31	88	7	11
Type centrum (%)														
Laagdrempelig	12,1	1,5	8,6	16,1	63,6	3,1	45	33,8	15,8	31,4	43,6	56,9	22,8	41,2
Ambulant	84,8	95,4	88,6	74,2	36,4	96,1	50	47,4	65,8	52,9	18,4	30,9	64,6	45,1
Residentieel	3,1	3,1	2,9	9,7	0	0,8	5	18,8	18,4	15,7	38,0	12,3	12,7	13,7
NR (n)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oorsprong van de aanvraag (%)														
Van de persoon zelf	29,5	29,8	43,5	44,8	35	26	61,2	62,2	58	69,4	76,7	60,1	62,3	61,2
Naaste(n)	17,7	12,6	13,0	20,7	45	22	10,2	7,3	4,6	8,2	5,1	11,9	5,2	10,2
Medisch-psycho-sociale dienst	36,7	44	30,4	24,1	20	21,3	26,5	26,2	32	20,4	15,9	26,1	22,1	26,5
Justitie	14,3	11,5	13,0	3,4	0	29,9	2	3,8	4,9	2,0	1,7	1,6	10,4	2
Andere	1,9	2,1	0	6,9	0	0,8	0	0,5	0,6	0	0,6	0,4	0	0
NR (n)	14	3	1	2	2	2	2	32	4	2	3	16	2	2

Tabel 5: Profiel van patiënten in behandeling in 2022 in gespecialiseerde diensten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, afhankelijk van de therapeutische voorgeschiedenis

	PATIËNTEN ZONDER THERAPEUTISCHE ACHTERGROND							PATIËNTEN MET THERAPEUTISCHE ACHTERGROND							
	Alle producten	Alcohol	Cocaïne poeder	Crack	Opiaten	Cannabis	Hypno-sedativa	Alle producten	Alcohol	Cocaïne poeder	Crack	Opiaten	Cannabis	Hypno-sedativa	
n=	546	194	70	31	22	129	20	1.071	354	51	179	269	79	51	
Consumptiefrequentie (%)															
Sinds meer dan 30 dagen	14,2	19,7	12,7	13,8	4,8	7,7	13,3	26,9	35,2	14,6	14,6	30,9	12,1	14,6	
1 dag/week	7,3	6,4	15,9	6,9	0	5,1	6,7	10,3	7,5	18,8	17,1	8,3	8,6	4,9	
2 à 3 dagen/week	15,2	12,1	22,2	31,0	9,5	12	0	13	13,1	14,6	25,6	11,3	10,3	0	
4 à 6 dagen/week	15,6	13,9	20,6	17,2	14,3	14,5	6,7	7,6	7,9	10,4	9,8	5,4	6,9	2,4	
Alle dagen	47,7	48	28,6	31,0	71,4	60,7	73,3	42,2	36,3	41,7	32,9	44,1	62,1	78	
NR (n)	54	21	7	2	1	12	5	294	87	3	97	65	21	10	
Injecties gedurende het leven (%)															
Nee	97	98,3	95,5	96,2	95	100	100	76,8	90,5	65,2	75,3	51,2	91,4	88,9	
Ja	3	1,7	4,5	3,8	5	0	0	23,2	9,5	34,8	24,7	48,8	8,6	11,1	
NR (n)	38	13	3	5	2	4	0	171	39	5	17	60	9	15	
Problematische polyconsumptie (%)															
Ne	57,3	70,1	50	38,7	50	73,6	20	48,3	60,5	31,4	41,3	46,5	50,6	21,6	
Ja	42,7	29,9	50	61,3	50	26,4	80	51,7	39,5	68,6	58,7	53,5	49,4	78,4	
NR (n)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Bron: Sciensano

BEHANDELINGSVERTRAGING EN TREATMENT GAP

Er zit doorgaans een aanzienlijke periode tussen de leeftijd van het eerste gebruik en de leeftijd van de eerste behandeling. Bovendien begint niet iedereen met een problematisch gebruik automatisch een behandeling. Het verschil tussen de prevalentie van problematisch gebruik en de prevalentie van behandelingen wordt een «*treatment gap*» genoemd. De vertraging in behandeling en het treatment gap kunnen worden verklaard door verschillende factoren:

1. Verslaving is doorgaans een probleem dat progressief verloopt en zich in de loop van de tijd ontwikkelt, zowel qua intensiteit van gebruik als qua ernst van de gevolgen. De duur van het ontstaan van het probleem kan echter variëren van persoon tot persoon, afhankelijk van verschillende factoren.
2. Bij problematisch gebruik hebben mensen vaak moeite om zich volledig bewust te worden van hun consumptieprobleem en om het te erkennen, deels omdat mechanismen van minimalisatie of ontkenning worden gebruikt om hun imago en zelfrespect te beschermen.
3. Nadat ze zich bewust zijn geworden van hun probleem, kan de angst voor beoordeling, stigmatisering en discriminatie hun zoektocht naar hulp belemmeren.
4. De persoon is soms niet op de hoogte van het bestaan van zorgdiensten of deze als niet geschikt voor hun behoeften beschouwen.
5. Zorgdiensten kunnen voor sommige mensen moeilijk toegankelijk zijn vanwege beperkingen zoals geografische afstand, wachttijden of financiële kosten.
6. Sommige gebruikers kunnen spontaan van hun probleem afkomen zonder professionele hulp in te schakelen. Dit hangt deels af van hun veerkracht, persoonlijke hulpbronnen en de steun van hun omgeving, maar kan ook worden vergemakkelijkt door veranderingen in hun leven, zoals hoger onderwijs, het betreden van de arbeidsmarkt, verhuizen, nieuwe relaties of het krijgen van een kind. Spontaan herstel kan ook worden gemotiveerd door financiële of gezondheidsproblemen. De stappen tussen het begin van problematisch gebruik en de eventuele zoektocht naar behandeling kunnen dus vele jaren duren, gekenmerkt door autonome en vruchteloze pogingen om de controle over het gebruik te herwinnen.

In 2022 is de gemiddelde leeftijd van het eerste gebruik van het belangrijkste product bij

patiënten in behandeling in gespecialiseerde diensten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 21 jaar, terwijl de gemiddelde leeftijd van de eerste behandelingsaanvraag 35,68 jaar is, wat overeenkomt met een gemiddelde latentie van bijna 15 jaar. Deze vertraging tussen de leeftijd van het eerste gebruik van het belangrijkste product en de leeftijd van de eerste behandeling varieert afhankelijk van het belangrijkste product: het is ongeveer 20 jaar voor alcohol, 19 jaar voor opiaten, 13 jaar voor cannabis, 11,5 jaar voor cocaïne en 9 jaar voor hypnosedativa. De langere latentie voor alcohol kan verband houden met de wettelijke status van het product en het grotere sociaal aanvaardbare gebruik, zelfs problematisch, wat de hulpvragen zou kunnen vertragen. Dit kan ook worden verklaard doordat het gebruik van dit product eerder begint dan dat van andere producten, aangezien het gebruik ervan al veel voorkomt bij adolescenten. Hoe dan ook, er kunnen zeker extra inspanningen worden geleverd om problematisch gebruik eerder te identificeren, vooral op het niveau van de eerste lijn. Een vroegere detectie en behandeling zouden immers de negatieve gevolgen voor het dagelijks leven van gebruikers op somatisch, psychologisch en sociaaleconomisch gebied kunnen beperken.

OPVALLENDE EVOLUTIES GEDURENDE DE PERIODE 2015- 2022

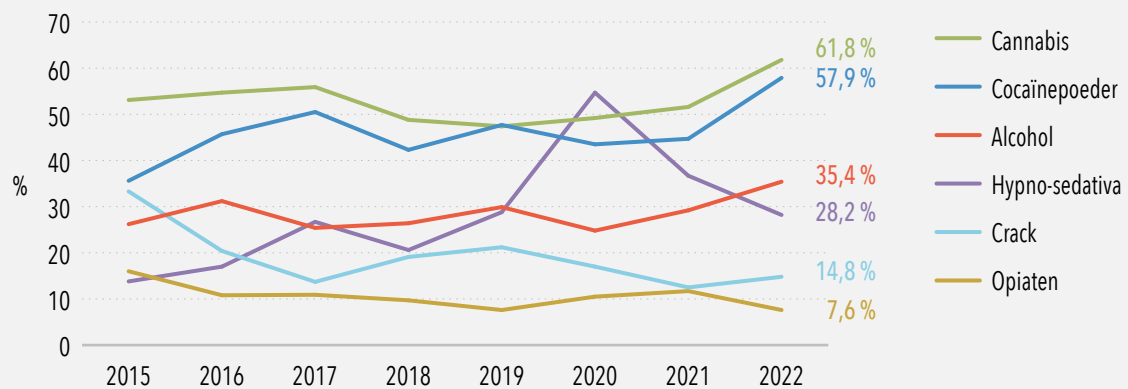
Het aantal patiënten dat voor het eerst behandeling aanvragen, is proportioneel gestegen in de periode 2015-2022 (+5,9%), maar deze stijging is alleen te zien sinds 2022, want hun proportionele aandeel was in de voorgaande jaren zeer stabiel. Wanneer we het aantal primaire aanvragers binnen elk hoofdproduct bekijken, blijkt dat ze proportioneel hoger zijn voor cannabis en poedercocaïne dan voor andere producten. In de periode 2015-2022 is het aantal van primaire aanvragers significant gestegen onder patiënten die behandeld worden voor problematisch gebruik van poedercocaïne (+22,3%), hypnosedativa (+14,4%) en alcohol (+9,2%). Daarentegen is het aantal proportioneel significant afgenomen voor patiënten die behandeld worden voor problematisch crackgebruik (-18,6%) (Figuur 28)

Wanneer we de evolutie van de behandelingsverzoeken per hoofdproduct vergelijken op basis van therapeutische antecedenten, zien we dat de afname van het percentage patiënten in behandeling voor problematisch opiaatgebruik zowel bij patiënten met antecedenten als bij nieuwe patiënten zichtbaar is, terwijl de toename van het percentage patiënten in behandeling voor crack voornamelijk wordt waargenomen bij patiënten met therapeutische antecedenten. Deze trend zou te wijten kunnen zijn aan een toename van problematisch crackgebruik bij patiënten die in voorgaande jaren problematisch gebruik van andere middelen vertoonden. Wat betreft de andere producten blijven de percentages relatief stabiel.

Op het gebied van sociodemografische variabelen blijft de gemiddelde leeftijd sinds 2015 relatief stabiel bij nieuwe patiënten, ongeacht het hoofdproduct. Daarentegen lijkt de gemiddelde leeftijd bij patiënten

met therapeutische antecedenten te stijgen: van 39,98 jaar in 2015 tot 42,44 jaar in 2022. Het percentage vrouwen blijft stabiel in beide populaties. De ontwikkelingen van andere sociodemografische kenmerken zijn ook relatief vergelijkbaar, behalve de toename in 2022 van nieuwe patiënten die recentelijk in de gevangenis hebben verbleven en die op verzoek van justitie naar behandeling zijn doorverwezen, zoals eerder besproken. Wat betreft variabelen met betrekking tot de vraag naar behandeling en consumptiekenmerken zien we ook geen afwijkende trends tussen deze twee populaties.

Figuur 28: Evolutie van het percentage eerste aanvragen in gespecialiseerde diensten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, per hoofdproduct, 2015-2022



Bron: Sciensano

VERGELIJKINGEN PER TYPE ZORGINSTELLING

De toegankelijkheid (geografisch, economisch, fysiek en psychologisch) van behandelingen en het vermogen om zorg te bieden (het aantal patiënten dat tegelijkertijd gedurende een bepaalde periode kan worden behandeld) kunnen aanzienlijk variëren afhankelijk van het type zorgstructuur. Zo worden residentiële behandelingen beperkt door het aantal beschikbare bedden. Op dezelfde manier worden de mogelijkheden voor ambulante behandeling beperkt door het aantal afspraken dat professionals op een dag kunnen plannen. De toegankelijkheid en het vermogen om zorg te bieden bepalen noodzakelijkerwijs het aantal geregistreerde aanvragen, maar ze kunnen ook potentieel van invloed zijn op het profiel van degenen die gebruik maken van elke soort zorgstructuur, als ze mensen niet homogeen impacteren op basis van hun kenmerken. Bovendien kampen de verslavingszorgdiensten momenteel met congestie als gevolg van de overbelasting van aanvragen die ze niet meer optimaal kunnen verwerken. Deze situatie veroorzaakt stress bij medewerkers, lange wachttijden voordat de behandeling begint, en zelfs doorverwijzing naar andere diensten. Daarom kunnen we niet uitsluiten dat de onderscheidende profielen op basis van het type zorgstructuur anders zouden zijn geweest in een situatie van volledige toegankelijkheid en behandelingscapaciteit.

DE SITUATIE IN 2022

Tabel 6 toont een vergelijking van de sociodemografische profielen, de vraag en het gebruik van patiënten in behandeling in gespecialiseerde diensten in het Brussels Gewest, afhankelijk van het type structuur (laagdrempelig, ambulant en residentieel).

Wat betreft het **sociodemografische profiel** is de gemiddelde leeftijd van patiënten hoger in residentiële centra (41,39 jaar) dan in laagdrempelige centra (38,85 jaar) en ambulante centra (39,54 jaar). Deze verschillen zijn gerelateerd aan het feit dat patiënten in residentiële behandelingen over het algemeen therapeutische voorgeschiedenis hebben (92%), wat minder vaak voorkomt bij degenen die in ambulante structuren worden behandeld (52,2%; laagdrempelig: 84,6%). Residentiële centra omvatten namelijk nazorgstructuren en therapeutische gemeenschappen, waar patiënten meestal naartoe gaan nadat ze andere, minder veeleisende behandelmodaliteiten hebben geprobeerd of na een medisch afkickprogramma. Bovendien zijn vrouwen iets meer vertegenwoordigd in ambulante centra (22% versus 11,7% in laagdrempelige en 14,3% in residentiële centra).

De ambulante centra lijken een minder kwetsbaar publiek te ontvangen. De proportie mensen die in een vast huis wonen, is namelijk groter in ambulante centra (70%) dan in laagdrempelige (30,8%) en residentiële centra (27,8%). Als gevolg daarvan herbergen de laatste twee centra meer mensen die op straat leven (respectievelijk 37,8% voor laagdrempelige en 29,5% voor residentiële centra, tegenover 1,8% voor ambulante centra). Op dezelfde manier ontvangt 31,9% van de mensen in ambulante centra een inkomen uit werk, terwijl de meerderheid zonder inkomen leeft of een vervangingsinkomen heeft voor laagdrempelige centra (respectievelijk

38,9% en 51,5%) en residentiële centra (respectievelijk 22,9% en 74,9%). Ten slotte is het percentage mensen met een diploma hoger onderwijs hoger in ambulante centra (26,9%) dan in laagdrempelige (11,2%) of residentiële centra (11,8%). Deze verschillen in kwetsbaarheid kunnen worden verklaard doordat laagdrempelige structuren zich specifiek richten op een kwetsbaar publiek. Residentiële structuren ontvangen vaak een publiek met een langer traject in verslaving, wat mogelijk heeft geleid tot een verslechtering van de sociaaleconomische situatie van de patiënt. Daarentegen ontvangen ambulante structuren voornamelijk eerste aanvragers, die duidelijk minder zorgen hebben op sociaaleconomisch gebied.

Op het gebied van de **aanvraagprofielen** zijn nieuwe aanvragers veel meer vertegenwoordigd in ambulante structuren (47,8%) dan in laagdrempelige centra (15,4%) en residentiële centra (8%). De initiatieven komen vaker van de persoon zelf bij patiënten die worden behandeld in laagdrempelige (77,3%) en residentiële centra (74,5%) dan in ambulante centra (39,2%). In de laatste komen verhoudingsgewijs vaker aanvragen van familieleden (12,5%) of andere medisch-psychosociale diensten (35,3%) dan in andere soorten diensten (ongeveer 6% en 15% respectievelijk). Deze verschillen kunnen worden verklaard door het feit dat er een groter aantal nieuwe aanvragers in ambulante structuren is (47,8%) dan in laagdrempelige (15,4%) en residentiële (8%) diensten, waar patiënten minder geneigd zijn om spontaan een behandeling te starten, zoals eerder besproken. Eerste behandelingsinitiatieven worden daarom vaker in ambulante structuren gedaan, die lijken te fungeren als toegangspoort tot behandeling. Ook merkbaar is dat ambulante centra het hoogste percentage doorverwijzingen door justitie registreren (11,5% tegenover 1,2% in laagdrempelige

en 0,7% in residentiële centra). Als gevolg hiervan is het percentage patiënten dat aangeeft in de afgelopen 30 dagen in de gevangenis te hebben gezeten voorafgaand aan de behandeling hoger in ambulante diensten (16,3% tegenover respectievelijk 2,8% en 2,5%). Sommige ambulante diensten zijn gespecialiseerd in de behandeling en re-integratie van justitiabele patiënten.

Wat betreft het **consumptieprofiel**, in laagdrempelige centra gaan de meeste aanvragen vooral over problematisch

gebruik van opiaten (29%), crack (25,1%) of, in mindere mate, alcohol (18,7%) als hoofdproduct. In ambulante centra rapporteren patiënten voornamelijk problematisch alcoholgebruik (43,4%) of, in mindere mate, cannabis (18,3%) als hoofdproduct. In residentiële structuren noemen patiënten vooral problematisch crackgebruik (36,6%), alcohol (31,9%) of, in mindere mate, opiaten (14,9%) als hoofdproduct. Problemen met polygebruik worden vaker gemeld in laagdrempelige (63,8%) en residentiële centra (59,9%) dan in ambulante centra (39,9%). Mensen

die aangeven eerder injecties te hebben gebruikt, zijn proportioneel gezien talrijker in residentiële centra (25,3%) en, in mindere mate, in laagdrempelige centra (18%) dan in ambulante centra (8,7%).

Tabel 6: Profiel van patiënten naar type behandelcentrum

	Laagdrempelig (n=735)	Ambulant (n=1.078)	Residentiële (n=282)
Leeftijd			
Gemiddeld	38,85	39,54	41,39
Mediaan	38	39	41
NR (n)	21	25	1
Geslacht (%)			
Mannen	88,3	78	85,7
Vrouwen	11,7	22	14,3
NR (n)	6	3	3
Huisvesting (%)			
Vast adres	30,8	70	27,8
Variabele huisvesting	15,5	2,5	11
Straat	37,8	1,8	29,5
Institutie	12,5	9,3	26,3
Gevangenis	2,8	16,3	2,5
Andere	0,7	0	2,8
NR (n)	49	7	1
Inkomen (%)			
Arbeidsinkomen	8,7	31,9	0,7
Werkloosheidsuitkering	8,6	9,4	5,8
Ziekte- of invaliditeitsuitkering	20	32,1	42,9
Leefloon of steun van het OCMW	22,5	10,3	26,2
(Overlevings)pensioen	0,3	3	0,4
Geen eigen inkomen	38,9	11,1	22,9
Andere	1	2,2	1,1
NR (n)	139	71	7
Diploma (%)			
Ongeschoold	6,1	3,7	3,7
Lager	17	27,1	17,9
Middelbaar	62	40,8	63,4
Hoger	11,2	26,9	11,8
Andere	3,7	1,4	3,3
NR (n)	359	160	36

	Laagdrempelig (n=735)	Ambulant (n=1.078)	Residentiële (n=282)
Oorsprong van de aanvraag (%)			
Van de persoon zelf	77,3	39,2	74,5
Naaste(n)	6,2	12,5	6,7
Medisch-psycho-sociale dienst	15	35,3	18,1
Justitie	1,2	11,5	0,7
Andere	0,3	1,5	0
NR (n)	62	16	0
Therapeutische antecedenten (%)			
Ja	84,6	52,2	92
Nee	15,4	47,8	8
NR (n)	288	71	58
Belangrijkste producten (%)			
Alcohol	18,7	43,4	31,9
Cocainepoeder	6,1	9,1	4,0
Crack	25,1	6,0	36,6
Opiaten	29	9	14,9
Cannabis	6	18,3	4,3
Hypnosedativa	7,1	3,3	2,9
Stimulanten	1	3,2	1,1
Hallucinogenen	0,9	2,5	1,1
Inhalanten	0	0,2	0
Andere	4,1	0,3	0
NR (n)	34	36	6
Injecties gedurende het leven (%)			
Nee	82	91,3	74,7
Ja	18	8,7	25,3
NR (n)	136	152	9
Problematische polyconsumptie (%)			
Nee	36,2	60,1	40,1
Ja	63,8	39,9	59,9
NR (n)	0	0	0
Bron: Sciensano			

OPVALLENDE EVOLUTIES GEDURENDE DE PERIODE 2015- 2022

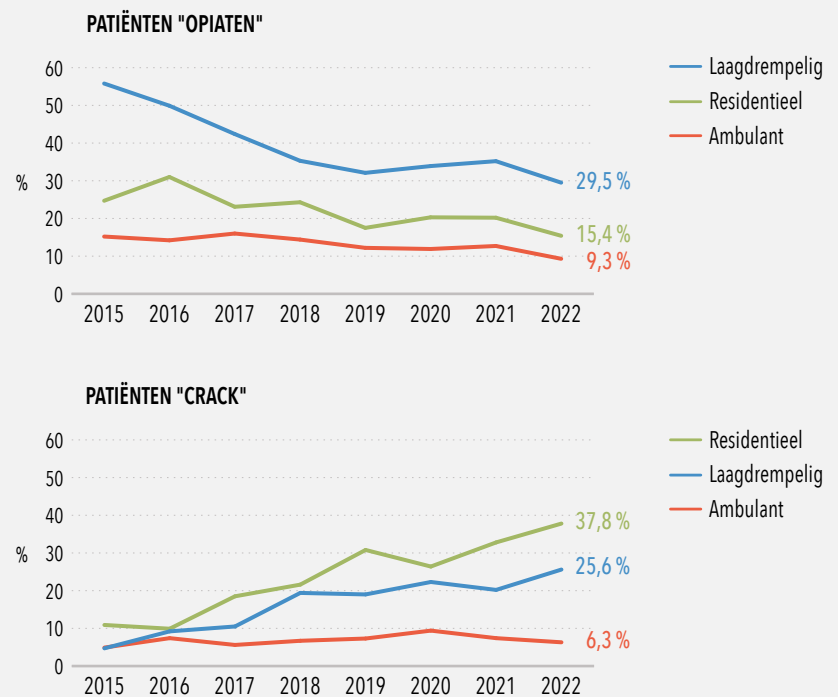
De gemiddelde leeftijd van de patiënten is licht, maar significant gestegen in alle drie soorten structuren, vooral in residentiële diensten (+2,5 jaar, tegenover 1,3 jaar in laagdrempelige centra en 1 jaar in ambulante centra). Het aantal vrouwen blijft echter relatief stabiel gedurende de periode 2015-2022 in alle drie soorten structuren.

Er is een neiging tot verergering van de situatie van patiënten die worden behandeld in laagdrempelige centra, met een afname van het aantal patiënten dat op een vast adres woont (40% in 2015 tegenover 30,8% in 2022) of een arbeidsinkomen heeft (18% in 2015 tegenover 8,7% in 2022). In ambulante diensten is het percentage patiënten dat een arbeidsinkomen meldt licht gestegen (24% in 2015 tegenover 32,2% in 2022), terwijl het percentage dat ziekte- of invaliditeitsuitkeringen meldt is afgenomen (61,8% in 2015 tegenover 42,9% in 2022); daarentegen is het percentage mensen dat in de gevangenis verblijft op het moment van de aanvraag gestegen (6,8% in 2015 tegenover 15,5% in 2022), een constatering waarvan de oorzaak hierboven is geïdentificeerd. In residentiële diensten is het percentage patiënten zonder eigen inkomen daarentegen gestegen (5,1% in 2015 tegenover 22,9% in 2022). Er is echter geen differentiële evolutie waarneembaar met betrekking tot het opleidingsniveau, noch met betrekking tot het profiel van de aanvraag (herkomst van de aanvraag, behandelingsgeschiedenis).

De afname van het aantal patiënten in behandeling voor een problematisch gebruik van opiaten als hoofdproduct is sterker in laagdrempelige diensten dan in andere soorten diensten. Wat betreft de toename van het aantal patiënten in behandeling voor een problematisch gebruik van crack, wordt deze alleen waargenomen in laagdrempelige diensten en residentiële centra (Figuur 29). Voor andere producten blijven de trends stabiel in alle drie soorten structuren.

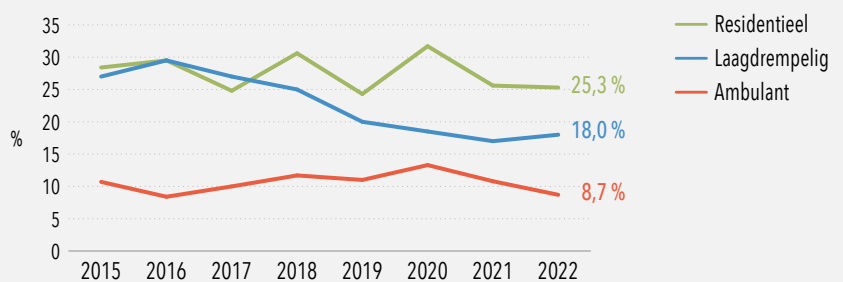
De prevalentie van het injecteren van drugs gedurende het leven is vooral afgenomen bij patiënten die worden behandeld in laagdrempelige structuren, terwijl deze relatief stabiel is in andere structuren (Figuur 30). Aan de andere kant wordt geen

Figuur 29: Evolutie van het percentage patiënten in behandeling voor problematisch gebruik van crack of opiaten als belangrijkste product in gespecialiseerde centra in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, per type centrum, 2015-2022



Bron: Sciensano

Figuur 30: Evolutie van injectiegedrag gedurende het leven bij patiënten die worden behandeld voor verslavingsproblemen in gespecialiseerde centra in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, per type centrum, 2015-2022



Bron: Sciensano

verandering waargenomen met betrekking tot problematisch polygebruik

Behandelingsaanvragen voor alcohol

gespecialiseerde centra, 2022



AANTAL

Patiënten in behandeling voor problematisch gebruik van alcohol als belangrijkste product



671
patiënten

32,0%*

Evolutie:
stabiel

Ook vermeld als secundaire substantie door

410
patiënten

28,7%**

* Aandeel van alle patiënten in behandeling

** Aandeel patiënten behandeld voor andere voornaamste substanties

SOCIODEMOGRAFISCH PROFIEL

♀ **20,7%** ♂ **79,3%**

Leeftijd	Vrouwen	Mannen	V+M
Q1	35	34	34
Mediaan	45	42	43
Q3	55	50	51



Inkomen

17,8 % uit werk

13,2 % zonder inkomen

63,8 % vervangingsinkomen



18%

in een wisselende huisvestings-situatie / dakloos



Hoogste opleidingsniveau

28,5 % hoger

46,2 % secundair

22,7 % lager of minder



Leefsituatie

47,7 % alleen

21,1 % koppel

15,2 % met familie

16,0 % met anderen

* Werkloosheidsuitkering, ziekte of invaliditeitsuitkering, leefloon of steun van het OCMW

BEHANDELING PROFIEL



35,4 %

start behandeling voor de 1^{ste} keer



40 jaar

gemiddeld bij 1^{ste} behandeling



Verwezen in behandeling door

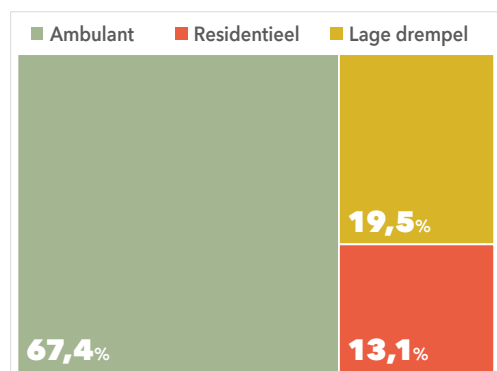
48,1 % zelf

36,2 % professionals (gezondheid, sociaal)

7,4 % omgeving

7,2 % justitie

Behandeld in...



CONSUMPTIEPROFIEL

Problematische polyconsumptie **37,7%**



17,9 %
cannabis



10,0 %
crack



9,7 %
cocaine poeder



5,8 %
Hypno-sedativa



5,5 %
opiaten



41,4 %
gebruikt elke dag

29,5 %
niet gebruikt sinds 30 dagen



18,9 jaar gemiddeld bij 1^{ste} gebruik



5,4 % heeft al een substantie geïnjecteerd

Behandelingsaanvragen voor cannabis

gespecialiseerde centra, 2022



AANTAL

Patiënten in behandeling voor problematisch gebruik van cannabis als belangrijkste product



245
patiënten

11,7%*

Evolutie:
stabiel

Ook vermeld als secundaire substantie door

366
patiënten

19,8%**

* Aandeel van alle patiënten in behandeling

** Aandeel patiënten behandeld voor andere voornaamste substanties

SOCIODEMOGRAFISCH PROFIEL



14%



86%

Leeftijd

	Vrouwen	Mannen	V+M
Q1	25	25	25
Mediaan	33	31	32
Q3	42	39	40



Inkomen

33,8 % uit werk

17,4 % zonder inkomen

46,4 % vervangingsinkomen



10,9%

**in een wisselende
huisvestings-
situatie / dakloos**



Hoogste opleidingsniveau

11,9 % hoger

43,8 % secundair

43,8 % lager of minder



Leefsituatie

38,7 % alleen

19,0 % koppel

43,3 % met familie

8,9 % met anderen

* Werkloosheidsuitkering, ziekte of invaliditeitsuitkering, leefloon of steun van het OCMW

BEHANDELING PROFIEL



62,0 %

start behandeling voor de 1^{ste} keer



30 jaar

gemiddeld bij 1^{ste} behandeling



Verwezen in behandeling door

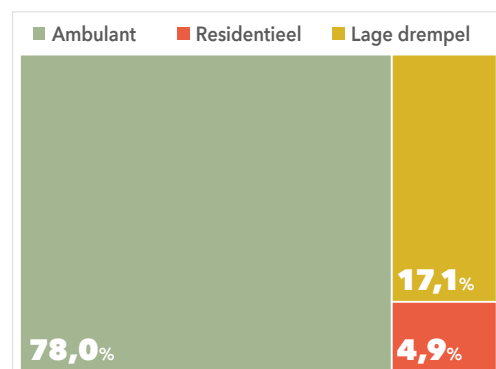
44,4 % zelf

20,9 % professionals (gezondheid, sociaal)

19,7 % justitie

14,6 % omgeving

Behandeld in...



CONSUMPTIEPROFIEL

Problematische polyconsumptie **36,7%**



24,1 %
alcohol



9,8 %
poeder-
cocaine



5,3 %
crack



2,9 %
hypno-
sedativa



2,4 %
opiaten



62,5 %
gebruikt
elke dag

8,7 %
niet gebruikt sinds
30 dagen



17 jaar gemiddeld
bij 1^{ste} gebruik



2,7 % heeft al een
substantie geïnjecteerd

Behandelingsaanvragen voor opiaten

gespecialiseerde centra, 2022



AANTAL

Patiënten in behandeling voor problematisch gebruik van opiaten als belangrijkste product



338
patiënten

16,2%*

Evolutie:
afnemend

Ook vermeld als secundaire substantie door

163
patiënten

9,3%**

* Aandeel van alle patiënten in behandeling

** Aandeel patiënten behandeld voor andere voornaamste substanties

SOCIODEMOGRAFISCH PROFIEL

♀
11%

♂
89%

Leeftijd	Vrouwen	Mannen	V+M
Q1	33	35	35
Mediaan	41	42	42
Q3	46	50	50



Inkomen

18,9 % uit werk

27,7 % zonder inkomen

51,1 % vervangingsinkomen



31,2%

**in een wisselende
huisvestings-
situatie / dakloos**



Hoogste opleidingsniveau

16,0 % hoger

51,2 % secundair

30,5 % lager of minder



Leefsituatie

51,0 % alleen

18,7 % koppel

13,2 % met familie

17,1 % met anderen

* Werkloosheidsuitkering, ziekte of invaliditeitsuitkering, leefloon of steun van het OCMW

BEHANDELING PROFIEL



7,6%

start behandeling voor de 1^{ste} keer



40 jaar et demi

gemiddeld bij 1^{ste} behandeling



Verwezen in behandeling door

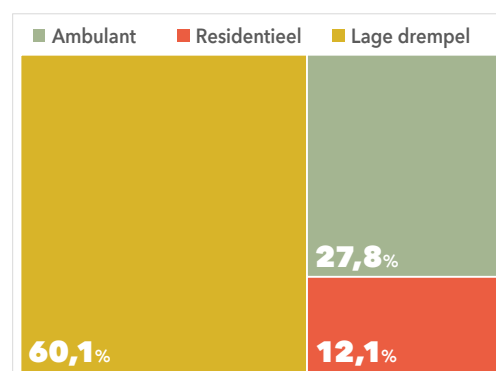
61,5 % zelf

22,8 % professionals (gezondheid,
sociaal)

14,1 % omgeving

1,3 % justitie

Behandeld in...



CONSUMPTIEPROFIEL

Problematische
polyconsumptie **57,4%**



27,8 %
crack



18,9 %
alcohol



15,7 %
hypno-
sedativa



14,2 %
cannabis



13,6 %
poeder-
cocaine



48,1 %
gebruikt
elke dag

26,3 %
niet gebruikt sinds
30 dagen



23 jaar gemiddeld
bij 1^{ste} gebruik



43,7 % heeft al een
substantie geïnjecteerd

Behandelingsaanvragen voor crack

gespecialiseerde centra, 2022



AANTAL

Patiënten in behandeling voor problematisch gebruik van crack als belangrijkste product



339
patiënten

16,2%*

Evolutie:
verhogen

Ook vermeld als secundaire substantie door

248
patiënten

14,1%**

* Aandeel van alle patiënten in behandeling

** Aandeel patiënten behandeld voor andere voornaamste substanties

SOCIODEMOGRAFISCH PROFIEL

♀ **16,2%** ♂ **83,8%**

Leeftijd	Vrouwen	Mannen	V+M
Q1	32	33	32
Mediaan	38	40	39
Q3	45	46	45



Inkomen

6,2 % uit werk
32,8 % zonder inkomen
59,8 % vervangingsinkomen



50,2%
**in een wisselende
huisvestings-
situatie / dakloos**



Hoogste opleidingsniveau

11,3 % hoger
64,3 % secundair
20,8 % lager of minder



Leefsituatie

40,6 % alleen
13,8 % koppel
13,0 % met familie
32,6 % met anderen

* Werkloosheidsuitkering, ziekte of invaliditeitsuitkering, leefloon of steun van het OCMW

BEHANDELING PROFIEL



14,8%

start behandeling voor de 1^{ste} keer



35 jaar

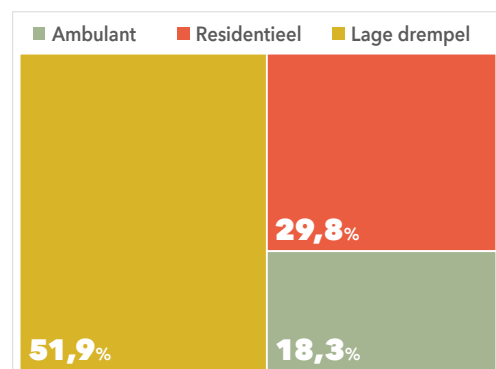
gemiddeld bij 1^{ste} behandeling



Verwezen in behandeling door

80,1 % zelf
12,0 % professionals (gezondheid, sociaal)
4,8 % omgeving
2,1 % justitie

Behandeld in...



CONSUMPTIEPROFIEL

Problematische
polyconsumptie **60,2%**



32,4 %
alcohol



21,2 %
cannabis



15,6 %
opiaten



10,1 %
hypno-
sedativa



5,9 %
poeder-
cocaïne



32,5 %
gebruikt
elke dag

16,5 %
niet gebruikt sinds
30 dagen



23 jaar gemiddeld
bij 1^{ste} gebruik



14,8 % heeft al een
substantie geïnjecteerd

Behandelingsaanvragen voor **cocaïne** (poeder)

gespecialiseerde centra, 2022



AANTAL

Patiënten in behandeling voor problematisch gebruik van cocaïne (poeder) als belangrijkste product



149
patiënten

7,1%*

Evolutie:
stabiel

Ook vermeld als secundaire substantie door

219
patiënten

11,3%**

* Aandeel van alle patiënten in behandeling

** Aandeel patiënten behandeld voor andere voornaamste substanties

SOCIODEMOGRAFISCH PROFIEL



18,9%



81,1%

Leeftijd

Vrouwen

Mannen

V+M

Q1 32 30 30

Mediaan 39 38 38

Q3 46 44 44



Inkomen

40,9 % uit werk

12,4 % zonder inkomen

40,1 % vervangingsinkomen



20,4%

**in een wisselende
huisvestings-
situatie / dakloos**



Hoogste opleidingsniveau

23,8 % hoger

45,1 % secundair

29,5 % lager of minder



Leefsituatie

36,2 % alleen

31,4 % koppel

12,4 % met familie

20,0 % met anderen

* Werkloosheidsuitkering, ziekte of invaliditeitsuitkering, leefloon of steun van het OCMW

BEHANDELING PROFIEL



57,9 %

start behandeling voor de 1^{ste} keer



37 jaar

gemiddeld bij 1^{ste} behandeling



Verwezen in behandeling door

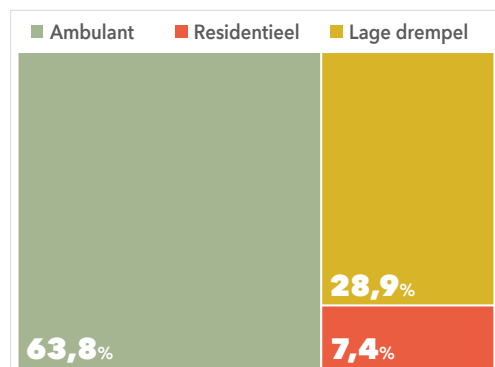
59,7 % zelf

22,9 % professionals (gezondheid, sociaal)

9,7 % omgeving

7,6 % justitie

Behandeld in...



CONSUMPTIEPROFIEL

Problematische polyconsumptie **59,1%**



40,3 %
alcohol



17,4 %
cannabis



13,4 %
crack



13,4 %
opiaten



9,4 %
hypno-
sedativa



33,3 %
gebruikt
elke dag

11,6 %
niet gebruikt sinds
30 dagen



25 jaar gemiddeld
bij 1^{ste} gebruik



16,9 % heeft al een
substantie geïnjecteerd

DE SITUATIE IN 2022

Dit deel heeft als doel het profiel te schetsen van patiënten die in 2022 in ziekenhuisstructuren worden behandeld, waarbij hun specifieke kenmerken ten opzichte van patiënten die in gespecialiseerde diensten worden behandeld, worden geïdentificeerd.

Behandelingen in ziekenhuisstructuren omvatten verschillende soorten diensten (psychiatrische diensten van algemene ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen, liaisondiensten alcohol/verslavingen, gespecialiseerde verslavingsdiensten gehuisvest in een ziekenhuisstructuur). In de meeste gevallen gaat het om residentiële behandelingen met als doel ontwenning, maar afname of stabilisatie van het gebruik en substitutietherapie zijn ook zorgstrategieën die door sommige diensten worden aangeboden, soms ambulante.

In ziekenhuizen heeft de meerderheid van de patiënten die in 2022 een behandelingsaanvraag hebben ingediend bij ziekenhuisdiensten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (n=962) een problematisch alcoholgebruik als belangrijkste product vermeld (72,9%), wat 2,3 keer meer is dan wat wordt waargenomen in gespecialiseerde diensten (32,1%). Andere producten worden veel minder vaak als belangrijkste vermeld: cannabis (5,9%), opiaten (4,1%), cocaïne in poedervorm (3,5%), crack (2,8%),

slaapmiddelen (2,5%), hallucinogenen (0,8%) en andere stimulerende middelen (0,8%). Andere substanties werden zelden genoemd als belangrijkste product (1 geval van inhalatie van vluchtige stoffen en 1 geval van gebruik van pregabaline). Ten slotte meldde 6,3% van de patiënten geen belangrijkste product.

Op het gebied van **demografisch profiel** blijkt dat ziekenhuisdiensten een iets ouder publiek ontvangen (gemiddeld 44,5 jaar) dan gespecialiseerde centra (39,6 jaar). Het percentage vrouwen is bijna twee keer zo hoog (30,4% versus 17,3%), en is met name hoog bij patiënten die een behandeling zoeken voor problematisch gebruik van hypnosedativa als belangrijkste product (58,3%). Ter herinnering, dit verschil in geslacht kan deels worden verklaard doordat gespecialiseerde diensten over het algemeen sterk 'gemasculiniseerd' zijn en minder geschikt zijn voor vrouwelijke behoeften, maar ook omdat behandelingen in ziekenhuizen discreter en minder stigmatiserend zijn, wat de toegang voor vrouwen vergemakkelijkt. Patiënten die in ziekenhuizen worden behandeld vertonen iets minder vaak sociaaleconomische kwetsbaarheden (bijv. onstabiele huisvesting en inkomen, laag opleidingsniveau). Bijvoorbeeld, het percentage mensen dat op een vast adres woont, is aanzienlijk hoger in ziekenhuisdiensten dan in gespecialiseerde diensten (81,1% versus 51,4%), en het percentage patiënten zonder eigen inkomen is lager (7,8% versus 21,4%). Ook hebben

patiënten die in een ziekenhuis worden behandeld over het algemeen een hoger opleidingsniveau dan in gespecialiseerde diensten.

Op het gebied van de **aanvraagprofiel** is de proportie van eerste aanvragers iets frequenter in een ziekenhuisomgeving dan in gespecialiseerde diensten (40,2% versus 33,8%). Aan de andere kant zijn er geen verschillen te zien in de oorsprong van de aanvraag wanneer de proporties in het algemeen worden beschouwd, maar wel wanneer ze worden bekeken per belangrijkste product. Zo is de proportie van aanvragen afkomstig van de patiënt iets hoger in een ziekenhuisomgeving dan in gespecialiseerde diensten voor aanvragen met betrekking tot alcohol (59,9% versus 48,1%), terwijl het tegenovergestelde wordt waargenomen voor aanvragen met betrekking tot opioïden (25,6% versus 61,5%). Wat betreft de frequentie van gebruik is dagelijks gebruik aanzienlijk vaker voorkomend in een ziekenhuisomgeving dan in gespecialiseerde diensten (88,8% versus 45,2%), waarschijnlijk omdat ontwenning vaak plaatsvindt in een ziekenhuis. Aan de andere kant is er een lager percentage patiënten dat problematisch polygebruik vermeldt in een ziekenhuisomgeving dan in gespecialiseerde diensten (22,4% versus 50,5%). Dezelfde trend wordt waargenomen voor injectiepraktijken (5,3% versus 14,2%).

Tabel 7: Profielen van patiënten die worden ontvangen in gespecialiseerde diensten en ziekenhuisdiensten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, per hoofdproduct, 2022

	GESPECIALISEERDE DIENSTEN							ZIEKENHUISDIENSTEN							
	Alle producten	Alcohol	Cocaïne poeder	Crack	Opiaten	Cannabis	Hypno-sedativa	Alle producten	Alcohol	Cocaïne poeder	Crack	Opiaten	Cannabis	Hypno-sedativa	
n=	2.095	671	149	339	338	245	92	962	701	34	27	39	57	24	
Aanvragen (%)	100	32,0	7,1	16,2	16,2	11,7	4,4	100	72,9	3,5	2,8	4,1	5,9	2,5	
Leeftijd															
Gemiddeld	39,60	42,98	37,61	38,71	42,21	32,89	38,38	44,45	46,57	39,29	40,22	42,24	29,74	51,7	
Mediaan	39	43	38	39	42	32	39	44	47	40	40	41	29	51	
NR (n)	120	22	3	8	2	18	2	37	1	0	0	1	0	1	
Geslacht (%)															
Mannen	82,7	79,3	81,1	83,2	89	86	84,4	69,6	70,8	73,5	74,1	74,4	70,2	41,7	
Vrouwen	17,3	20,7	18,9	16,8	11	14	15,6	30,4	29,2	26,5	25,9	25,6	29,8	58,3	
NR (n)	12	4	1	2	2	2	0	2	2	0	0	0	0	0	
Huisvesting (%)															
Vast adres	51,4	57,3	52,4	29,9	48	60	42,7	80,5	84,4	70,6	63	55,3	80,4	42,7	
Variabele huisvesting	7,9	5,4	6,8	13,1	10,1	4,2	10,1	6,4	5,3	14,7	7,4	10,5	7,1	10,1	
Straat	17,9	12,6	13,6	38,7	21,1	6,7	21,3	7,2	5,6	8,8	14,8	21,1	7,1	21,3	
Instelling	12,7	15,5	6,1	13,7	13,5	5,4	16,9	5,1	4,2	5,9	14,8	10,5	5,4	16,9	
Gevangenis	9,6	8,4	21,1	4,6	6,7	23,8	6,7	0	0	0	0	0	0	6,7	
Andere	0,6	0,9	0	0	0,6	0	2,2	0,7	0,6	0	0	2,6	0	2,2	
NR (n)	57	18	2	11	11	5	3	7	3	0	0	1	1	0	
Inkomen (%)															
Arbeidsinkomen	20,0	17,8	40,9	6,2	18,9	33,8	13,9	24,6	26,9	12,1	12	10	24,5	15	
Werkloosheids-uitkering	8,6	10,6	2,9	6,5	7,8	12,2	5,1	7,3	7,7	6,1	8	3,3	10,2	0	
Ziekte- of invaliditeitsuitkering	29,8	39,1	23,4	31,5	24	17,8	24,1	39,6	40,2	51,5	40	46,7	32,7	40	
Leefloon of steun van het OCMW	16,5	14,1	16,8	21,8	19,3	16,4	19	12,7	10,6	27,3	16	16,7	22,4	20	
(Overlevings) pensioen	1,8	3,9	0,7	0	1,4	0,5	1,3	6,1	6,7	0	4	3,3	0	20	
Geen eigen inkomen	21,7	13,2	12,4	32,8	27,7	17,4	35,4	8,3	6,3	3	20	20	8,2	5	
Andere	1,7	1,3	2,9	1,3	1	1,9	1,3	1,5	1,6	0	0	0	2	0	
NR (n)	217	49	12	31	42	32	12	103	62	1	2	9	8	4	
Diploma (%)															
Ongeschoold	4,3	3,8	3,3	4,1	4,2	4,8	8,6	1,5	0,9	0	0	0	4	5,9	
Lager	23,2	18,9	26,2	16,7	26,3	39	24,1	18,0	15,9	39,3	27,8	16,7	24	29,4	
Middelbaar	49,6	46,2	45,1	64,3	51,2	43,8	41,4	46,5	45,8	42,9	38,9	61,1	52	28,4	
Hoger	20,6	28,5	23,8	11,3	16	11,9	24,1	33,8	36	17,9	33,3	22,2	20	35,5	
Andere	2,3	2,6	1,6	3,6	2,3	0,5	1,7	1,2	1,4	0	0	0	0	0	
NR (n)	555	138	27	118	121	35	33	210	135	6	9	21	7	7	
Therapeutische antecedenten (%)															
Ja	66,3	64,6	42,1	85,2	92,4	38	71,8	60,6	57,9	75,8	73,1	91,9	50	60,9	
Nee	33,7	35,4	57,9	14,8	7,6	62	28,2	39,4	42,1	24,2	26,9	8,1	50	39,1	
NR (n)	408	123	28	129	47	37	21	41	28	1	7	2	5	1	
Oorsprong van de aanvraag (%)															
Van de persoon zelf	56,8	48,1	59,7	80,1	61,5	44,4	54,7	55,9	59,9	50	50	25,6	52,6	41,7	
Naaste(n)	9,6	7,4	9,7	4,8	14,1	14,6	9,3	10,8	10	17,6	11,5	5,1	17,5	16,7	
Medisch-psycho-sociale dienst	26,1	36,2	22,9	12	22,8	20,9	33,7	30,4	28,9	26,5	34,6	64,1	17,5	37,5	
Justitie	6,5	7,2	7,6	2,1	1,3	19,7	1,2	1,4	0,4	5,9	3,8	5,1	5,3	4,2	
Andere	0,9	1,1	0	0,9	0,3	0,4	1,2	1,5	0,9	0	0	0	7	0	
NR (n)	78	10	5	7	26	6	6	9	8	0	1	0	0	0	

Tabel 7: Profielen van patiënten die worden ontvangen in gespecialiseerde diensten en ziekenhuisdiensten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, per hoofdproduct, 2022

	GESPECIALISEERDE DIENSTEN							ZIEKENHUISDIENSTEN						
	Alle producten	Alcohol	Cocaïne poeder	Crack	Opiaten	Cannabis	Hypno-sedativa	Alle producten	Alcohol	Cocaïne poeder	Crack	Opiaten	Cannabis	Hypno-sedativa
n=	2.095	671	149	339	338	245	92	962	701	34	27	39	57	24
Leeftijd eerste consumptie														
Gemiddelde leeftijd	21,03	18,89	25,1	23	22,94	17,14	25,3	21,21	20,07	27,81	26,69	23,47	17,76	36,44
Mediaan leeftijd	18	16	22	22	22	16	20,5	18	17	25,5	23	25	17	33
NR (n)	1303	404	63	272	192	123	62	309	196	8	11	24	15	6
Consumptiefrequentie (%)														
Sinds meer dan 30 dagen	21,4	29,5	11,6	16,7	26,3	8,7	12,5	3,8	2,6	6,9	3,8	6,1	7,5	4,3
1 dag/week	9,8	7,4	23,9	14,2	7	6	6,3	4,1	2,1	20,7	23,1	3	7,5	0
2 à 3 dagen/week	13,5	12,1	18,1	25,8	11,9	11,4	0	7,2	5,4	27,6	23,1	9,1	7,5	0
4 à 6 dagen/week	10	9,6	13	10,8	6,6	11,4	3,1	6,1	4,5	17,2	15,4	12,1	5,7	8,7
Alle dagen	45,2	41,4	33,3	32,5	48,1	62,5	78,1	78,8	85,3	27,6	34,6	69,7	71,7	87
NR (n)	710	200	11	219	95	61	28	98	40	5	7	6	4	1
Injectiegedrag (%)														
Nee	85,7	94	83,1	85,2	56,3	97,3	94,4	94	97,2	90,3	84,2	54,2	100	85,7
Ja, in de loop van het leven	14,3	6	16,9	14,8	43,7	2,7	5,6	6	2,8	9,7	15,8	45,8	0	14,3
NR (n)	297	68	13	29	75	23	21	139	84	3	8	15	6	3
Polyconsumptie (%)														
Nee	49,5	62,3	40,9	39,8	42,6	63,3	22,8	76,4	86,4	38,2	48,1	61,5	59,6	58,3
Ja	50,5	37,7	59,1	60,2	57,4	36,7	77,2	23,6	13,6	61,8	51,9	38,5	40,4	42,7
NR (n)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bron: Sciensano

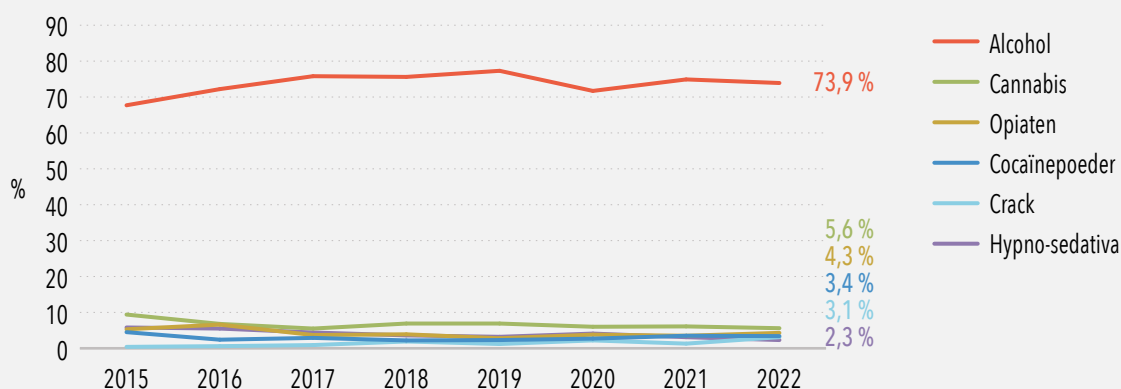
TRENDS EN ONTWIKKELINGEN

Van de 8458 patiënten die tussen 2015 en 2022 een behandelingsaanvraag indienden bij ziekenhuisdiensten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, kon in de overgrote meerderheid van

de gevallen het **belangrijkste product** worden geïdentificeerd (96,1%). **Figuur 31** illustreert de evolutie van het percentage patiënten voor de vijf meest voorkomende categorieën van stoffen als belangrijkste product gedurende de periode 2015-2022. Alcohol is verreweg het meest

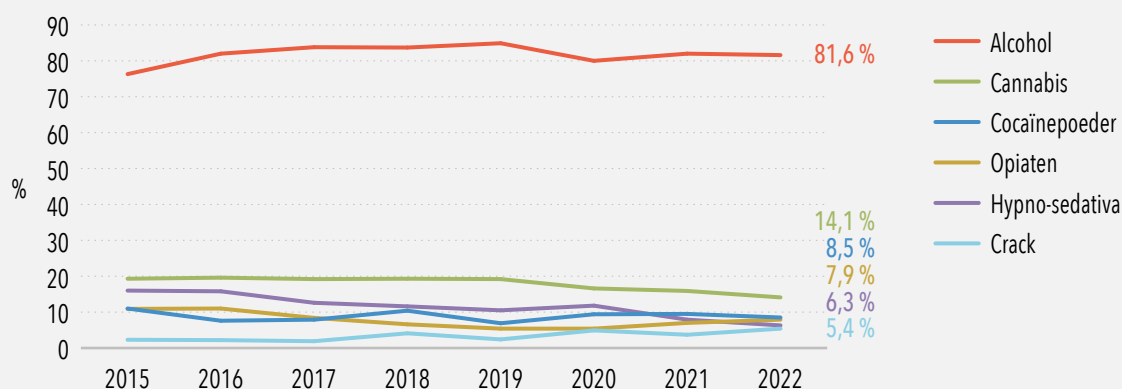
genoemde hoofdproduct in deze periode. De percentages patiënten die voor dit product worden behandeld, zijn licht maar significant gestegen in de loop van deze periode (+6,2%). Voor de andere producten zijn de percentages stabiel gebleven.

Figuur 31: Evolutie van het percentage patiënten dat een behandelingsaanvraag heeft ingediend bij ziekenhuisdiensten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest gedurende de periode 2015-2022, per belangrijkste product



Bron: Sciensano

Figuur 32: Evolutie van het percentage patiënten dat een behandelingsaanvraag heeft ingediend bij ziekenhuisdiensten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest gedurende de periode 2015-2022, per problematisch product



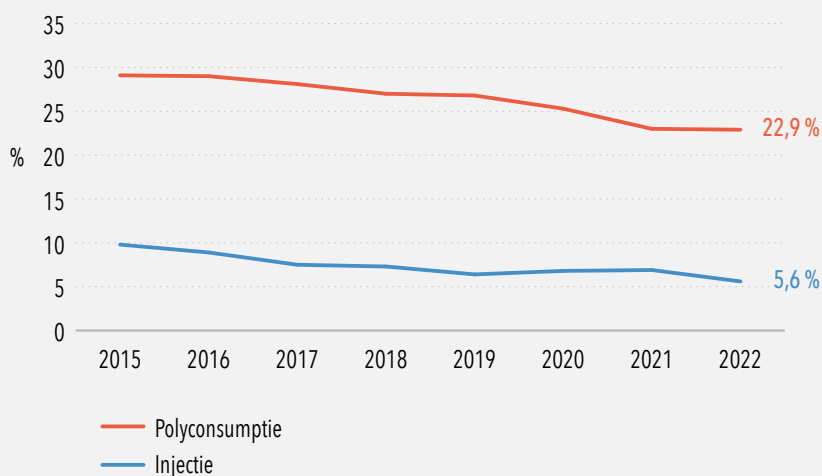
Bron: Sciensano

Als we de **problematische producten** als geheel bekijken (Figuur 32), lijken de trends vergelijkbaar. Alcohol blijft namelijk het meest genoemde product als problematisch, en de verhoudingen blijven relatief stabiel gedurende de periode. We zien echter wel een lichte toename in het percentage patiënten dat alcohol als problematisch product noemt (+5,3%), en een afname in het percentage patiënten dat cannabis (-5,2%) en vooral hypno-sesatieve medicijnen (-9,7%) noemt.

De kenmerken van patiënten die behandeling zoeken in een ziekenhuisomgeving lijken vrij stabiel te zijn gedurende de periode 2015-2022. Er is namelijk geen significante verandering te zien in sociodemografische variabelen, behalve een trend naar vergrijzing van de patiëntenpopulatie voor sommige hoofdproducten: opioïden (gemiddeld 39,04 jaar in 2015 tegenover 42,24 jaar in 2022), hypno-sedativa (43,75 jaar tegenover 51,7 jaar), cocaïne (36,57 jaar tegenover 39,29 jaar) en crack (25,5 jaar tegenover 40,22 jaar). Er is ook een verschuiving te zien in de leeftijd van het eerste gebruik van cocaïne (22,72 jaar in 2015 tegenover 27,81 jaar). Wat betreft de vraagprofielen, is er alleen een toename van het percentage patiënten dat op basis van eigen initiatief in behandeling gaat (39,4% in 2015 tegenover 55,3% in 2022), evenals een afname van doorverwijzingen (43,9% in 2015 tegenover 31,3% in 2022). Deze trends zijn vooral zichtbaar bij patiënten die behandeling zoeken voor problematisch cannabis- of alcoholgebruik. Wat betreft het

consumptieprofiel, is er een neerwaartse trend te zien in de prevalentie van injectiegedrag gedurende het leven (9,8% in 2015 tegenover 5,6% in 2022; $p=0,03$) en een geleidelijke en significante afname van problematische polyconsumptie (29,1% in 2015 tegenover 22,9% in 2022) (Figuur 33). Het gemiddelde aantal problematische producten dat wordt geconsumeerd is ook licht gedaald (1,47 in 2015 tegenover 1,35; $p<0,01$).

Figuur 33: Evolutie van de prevalentie van levenslange injectie en problematisch polygebruik bij patiënten die een behandelingsaanvraag hebben ingediend voor alcohol als hoofdproduct in de ziekenhuisdiensten van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 2015-2022.



Bron: Sciensano

TDI is een nuttig instrument om de belasting van behandelaanvragen te kwantificeren en het profiel van behandelde personen te beschrijven, evenals hun evolutie in de loop van de tijd. Het biedt meer in het algemeen inzicht in de impact van het gebruik van psychoactieve stoffen op de gezondheid van gebruikers, met name vanuit het perspectief van verslaving. De gestandaardiseerde implementatie maakt ook verhelderende intra- en internationale vergelijkingen mogelijk over geografische verschillen.

Ondanks het belang van deze indicator is het belangrijk om voorzichtig te zijn bij het extrapoleren van de bovenstaande resultaten, om redenen die we in de inleiding al aanhaalden en die kort worden herhaald: de dekking is momenteel beperkt tot gespecialiseerde verslavingszorg en ziekenhuizen; het betreft de registratie van nieuwe behandelingsaanvragen en niet alle personen die gedurende een bepaalde periode in behandeling zijn; de unieke identificatiecode die wordt gebruikt om de analyses te centreren op de patiënten heeft momenteel slechts beperkt gebruik; de gegevensverzameling gebeurt op vrijwillige basis, gebaseerd op de verklaringen van de patiënt, en sommige vragen hebben een bijzonder hoog non-responspercentage; het geeft geen informatie over de uitkomst van de behandelingsaanvraag (effectieve behandeling, doorverwijzing, patiënt die niet meer opdaagt, enz.) noch over

de kenmerken en effectiviteit van de behandeling. Ten slotte moet worden opgemerkt dat in de epidemiologie alleen precies kan worden gemeten wat expliciet wordt gezocht. Het gebruik van drugs en verslavingsproblemen zijn echter voortdurend in beweging vanwege de opkomst van nieuwe producten en praktijken. De huidige herziening van het protocol, die naar verwachting in België in 2025 zal worden geïmplementeerd, zal naar verwachting deze ontwikkelingen beter kunnen vastleggen. Dit zal onder meer mogelijk maken om gedragsverslavingen (zoals gokken) op te nemen, die momenteel niet worden gedekt, en om een schatting te geven van het totale aantal patiënten dat wordt behandeld in de deelnemende diensten. Een grote uitdaging blijft echter om de gegevensverzameling uit te breiden naar structuren en professionals die momenteel niet deelnemen, om een vollediger beeld te krijgen. Tot slot moet de complementariteit van de TDI met andere epidemiologische indicatoren ontwikkeld door de EMCDDA (prevalentie van het gebruik in de algemene bevolking en onder jongeren, hoogrisicogebruik, prevalentie van infectieziekten en sterfte als gevolg van het gebruik) worden benadrukt om een meer alomvattend begrip te krijgen van 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(1), 27.
- Antoine, J., Berndt, N., Astudillo, M., Cairns, D., Jahr, S. et al. (2021). Cocaine treatment demands in 10 western European countries: observed trends between 2011 and 2018. *Addiction*, 116, 1131-1143.
- Beard, E., Brown, J., West, R., Angus, C., Brennan, A., et al. (2016). Deconstructing the Alcohol Harm Paradox: A Population Based Survey of Adults in England. *PLoS One*, 11(9): e0160666.
- Brennan, R., & Van Hout, M.C. (2020). « Bursting the Lyrica bubble”: experiences of pregabalin use in individuals accessing opioid agonist treatment in Dublin, Ireland. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 22(6), 5-13.
- 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.
- Bunn, W.H., & Giannini, A.J. (1992). Cardiovascular complications of cocaine abuse. *American Family Physician*, 46, 769-773.
- Clark, M. (2015). The gender dimension of non-medical use of prescription drugs in Europe and the Mediterranean region. Council of Europe.
- Collins, S.E. (2016). Associations between socioeconomic factors and alcohol outcomes. *Alcohol Research*, 38, 83-94
- Cross, J.C., Johnson, B.D., Davis, W.R., & Liberty, H.J. (2001). Supporting the habit: income generation activities of frequent crack users compared with frequent users of other hard drugs. *Drug and Alcohol Dependence*, 64, 191-201.
- EMCDDA (2019). European Drug Report 2019: Trends and Developments. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- EMCDDA (2023). Wastewater analysis and drugs – a European multi-city study. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- EMCDDA (2018). Recent changes in Europe's cocaine market. Results from an EMCDDA trendspotter study. Luxembourg (Publications Office of the European Union): European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Evoy, K.E., Sadrameli, S., Contreras, J., Covvey, J.R., Peckham, A.M., Morrison, M.D. (2021). Abuse and Misuse of Pregabalin and Gabapentin: A Systematic Review Update. *Drugs*, 81, 125-156.
- Gisle, L., & Drieskens, S. (2019). Enquête de santé 2018: Usage des drogues Bruxelles, Belgique: Sciensano ; Numéro de rapport: D/2019/14.44/68.
- Gisle L, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J. (2020). Santé mentale. Enquête de santé 2018. Bruxelles, Belgique: Sciensano ; Numéro de rapport: D/2020/14.440/3.
- INPES (2010). Baromètre santé 2010. Paris: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.
- Klingemann & Klingemann, (2008). L'intervention thérapeutique est-elle nécessaire ? La rémission naturelle et les systèmes de traitement. *Psychotropes*, 14, 111-126.
- Mäkelä P., & Paljärvi, T. (2008). Do consequences of a given pattern of drinking vary by socioeconomic status? A mortality and hospitalisation follow-up for alcohol-related causes of the Finnish Drinking Habits Surveys. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62, 728-733.
- McCrary, B.S., Epstein, E.E., & Fokas, K.F. (2020). Treatment interventions for women with alcohol use disorder. *Alcohol Research*, 40:08.
- Palamar, J.J., Davies, S., Ompad, D.C., Cleland, C.M., & Weitzman, M. (2015). Powder cocaine and crack use in the United States: an examination of risk for arrest and socioeconomic disparities in use. *Drug and Alcohol Dependence*, 149, 108-116.
- Plettinckx, E., Harth, N., De Smet, S., Gremeaux, L. & Dirckx, N. (2023). Health, wellbeing and drug use among persons in prison. Belgian results of the PRS-20 project 2021-2023. Brussels: Sciensano.
- Probst, C., Roerecke, M., Behrendt, S., & Rehm, J. (2014). Socioeconomic differences in alcohol-attributable mortality compared with all-cause mortality: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43, 1314-1327.
- Probst, C., Lange, S., Kilian, C., Saul, S., & Rehm, J. (2021). The dose-response relationship between socioeconomic deprivation and alcohol-attributable mortality risk - a systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine*, 19:26.
- Régny, R., Stévenot, C. & Hogge, M. (2023). Tableau de bord de l'usage de drogues et ses conséquences sociosanitaires en Wallonie. Bruxelles: Eurotox ASBL.
- 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.
- Ruiz-Cantero, M.T., Blasco-Blasco, M., Chilet-Rosell, E., Peiró, A.M. (2020). Gender bias in therapeutic effort: from research to health care. *Farmacia Hospitalaria*, 44, 109-113.
- 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.
- Sobell, L.C., Ellingstad, T.P., & Sobell, M.B. (2000). Natural recovery from alcohol and drug problems: methodological review of the research with suggestions for future directions. *Addiction*, 95, 749-764.
- Sting, S., & Blum, C. (2003). Soziale Arbeit in der Suchtprävention. UTB
- UNODC (2011). World drug report 2011. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.
- Van Malderen, S., Pauwels, I., Walthoff-Borm, c., Glibert, P., & Todts, S. (2013). La consommation de drogues dans les prisons belges: monitoring des risques pour la santé. Bruxelles: SPF Justice.
- Vowles, K.E., McEntee, M.L., Siyahhan Julnes, P., Frohe, T., et al. (2015). Rates of opioid misuse, abuse, and addiction in chronic pain: a systematic review and data synthesis. *Pain*, 156, 569-576.
- Zucoloto, A.D., Eller, S., de Oliveira, T.F., Wagner, G.A., Fruchtingarten, L.V.G., de Oliveira, C.D.R. & Yonamine, M. (2020). Relationship between cocaine and cocaethylene blood concentration with the severity of clinical manifestations. *The American Journal of Emergency Medicine*, 50, 404-408.

EUROTOX ASBL | EXPERTISECENTRUM VOOR ALCOHOL EN ILLEGALE DRUGS
IN WALLONIA EN BRUSSELS | **DECEMBER 2023**

151 Jourdanstraat, 1060 Brussel | Tel. +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

MET DE STEUN VAN

eurot**tox**



COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE