

TDI

TDI BRUSSEL 2015-2024

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

STAND VAN ZAKEN EN EVOLUTIE OVER DE PERIODE 2015-2024



2015
2024

eurottox

Aanbevolen citaat

Eurotox (2025). Aanvragen voor behandeling van problematisch alcohol- en druggebruik in het brussels hoofdstedelijk gewest. Stand van zaken en evolutie tijdens de periode 2015-2024. Brussels: Eurotox asbl.

Dépot légal

D/2025/10.063/05
Décembre 2025

Lay-out

Nathalie da Costa Maya, CDCS vzw

Dit rapport kan gratis worden verkregen op eenvoudig verzoek.

Eurotox asbl

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

The logo for Eurotox, featuring the word "eurotox" in a lowercase, sans-serif font. The letter "o" is replaced by a stylized circular icon with a central dot.

MET DE STEUN VAN



INHOUDSOPGAVE

1	INLEIDING	2
	INDICATOR VOOR BEHANDELINGSVRAAG	3
	DEFINITIES	4
2	DE METHODOLOGISCHE GRENZEN VAN TDI	5
3	DOELEN EN BESCHRIJVING VAN DE STEEKPROEF	6
4	ZORG IN GESPECIALISEERDE DIENSTEN	8
5	FOCUS PER HOOFDPRODUCT	12
	5.1. ALCOHOL	12
	5.2. COCAÏNE	15
	5.2.1. CRACK	15
	5.2.2. COCAÏNE IN POEDER	17
	5.3. OPIATEN	20
	5.4. CANNABIS	23
	5.5. FOCUS OP DE GEBRUIKERS VAN KETAMINE, PREGABALINE EN HYPNO-SEDATIVA	26
6	VERGELIJKING VAN PROFIELEN IN FUNCTIE VAN HET HOOFDPRODUCT	28
7	SYNTHESEFICHES VAN ZORG IN GESPECIALISEERDE DIENSTEN	32
8	ZORGEN IN ZIEKENHUIZEN	38
9	VOORUITZICHTEN	40
10	BIBLIOGRAFIE	41

Sinds mensenheugenis gebruiken mensen psychoactieve stoffen voor therapeutische, hedonistische, initiërende of goddelijke doeleinden. Het gebruik van psychoactieve stoffen kan gemotiveerd zijn door meer dan alleen het zoeken naar genot. Het kan in het bijzonder gericht zijn op het verlichten van fysieke en/of psychologische pijn of het overstijgen van normaal functioneren (het verbeteren van fysieke, seksuele, cognitieve of artistieke prestaties, het verkennen van veranderde bewustzijnstoestanden en persoonlijke ontwikkeling, enz.). Het kan ook deel uitmaken van overgangsrituelen of socialisatieprocessen (vooral voor jongvolwassenen). Wat de motivaties achter het gebruik van een product ook zijn, de meeste individuen zullen erin slagen om het product af en toe (en soms zelfs regelmatig) te gebruiken zonder schadelijke gevolgen. Anderen zullen echter geleidelijk een problematische relatie met het product ontwikkelen, met biopsychosociale gevolgen. Momenteel wordt aangenomen dat de etiologie van druggebruik, of

het nu recreatief of verslavend is, kan worden verklaard door een reeks op elkaar inwerkende factoren die verband houden met het individu, de drug en de sociale en maatschappelijke omgeving (Sting & Blum, 2003).

Elk gebruik van psychoactieve stoffen kan schade veroorzaken, waarvan de waarschijnlijkheid afhangt van factoren die verband houden met de aard van het product, de manier waarop het wordt gebruikt, de kenmerken van de gebruiker en de context waarin het wordt geconsumeerd. De schade kan direct of indirect, onmiddellijk of vertraagd zijn en invloed hebben op de fysieke, psychologische en sociale integriteit van de gebruiker en zijn of haar naasten. Druggebruik kan soms ook schade toebrengen aan derden (bijv. tijdens een gevecht of een ongeluk veroorzaakt door de effecten van het product) of het ontstaan van bepaalde vormen van misdaad of criminaliteit met een sociale impact aanmoedigen (bijv.

dealen of kleine criminaliteit om het gebruik te financieren). Verslaving is één van de bekendste gevolgen van druggebruik, maar het is niet noodzakelijkerwijs de meest voorkomende. Naar schatting ontwikkelt slechts een minderheid (ongeveer 1 op de 8) van de illegale druggebruikers een stoornis in het druggebruik, meestal een verslaving (UNODC, 2023; Rehm, Room, van den Brink & Kraus, 2005). De prevalentie van alcoholgerelateerde stoornissen betreft ook een minderheid van de druggebruikers. Alcoholverslaving wordt in Europa jaarlijks geschat op 5 % voor mannen en 1 % voor vrouwen (Anderson & Baumberg, 2006).

Niet iedereen met een stoornis in middelengebruik zal hulp zoeken, omdat de vraag naar zorg wordt beïnvloed door verschillende individuele en sociale factoren zoals ontkenning, angst om gestigmatiseerd te worden, angst voor verandering en beperkte toegang tot zorgvoorzieningen. Over het algemeen is er een relatief lange tijdspanne tussen

WAT IS EEN STOORNIS IN MIDDELENGBRUIK?

In fenomenologische termen verwijst het begrip stoornis in middelengebruik naar een buitensporige en ziekelijk gehechtheid aan een product. Het is een regelmatig patroon van ongepast gebruik van één of meer stoffen dat verminderd functioneren en/of aanzienlijk lijden veroorzaakt. Psychologisch en gedragsmatig wordt het gekenmerkt door moeite om het gebruik onder controle te houden, voortgezet gebruik ondanks de schadelijke gevolgen, en een vermindering of zelfs het opgeven van professionele, sociale of vrijetijdsactiviteiten om deze te wijden aan het middelengebruik. Lichamelijke verslaving is niet systematisch en komt tot stand wanneer een patiënt tolerantie (gewenning) ontwikkelt voor de stof en/of een ontwenningssyndroom (hunkering) krijgt wanneer hij stopt met gebruiken. In het geval van lichamelijke verslaving wordt het gebruikspatroon in stand gehouden door de "dwingende behoefte" om het product te gebruiken om de ontwenningverschijnselen te verlichten. De intensiteit en ernst van de verslaving kan van persoon tot persoon verschillen.

De stoornis wordt gekenmerkt en in stand gehouden door verschillende neurofysiologische processen (wijziging van het beloningscircuit, wijziging van de neurotransmissie als gevolg van de chronische aanwezigheid van het product in de hersenen) en psychologische processen (wijziging van de gewaarwordingen, ontroeringen en ideeën, mogelijke comorbiditeiten) die verband houden met het innemen van het product, maar ook met de afwezigheid van het product (gevoel van hunkering of ontwenning) en het verlangen om te gebruiken dat zich regelmatig aan de gebruikers opdringt en hun gedachten binnendringt (*craving*; zie Salomon, 2010, voor een didactische presentatie van deze processen). Ook contextuele factoren spelen een rol en interageren met alle betrokken mechanismen (bijv. endogene of exogene stressoren en triggers). Afgezien van de processen die er gewoonlijk bij betrokken zijn, is elk verslavingstraject uniek en worden de problemen die gepaard gaan met het gebruik gekleurd door de persoonlijke geschiedenis en de eigen kwetsbaarheden van de gebruiker. Deze specifieke kenmerken, evenals de rol die het product speelt in de persoonlijke economie van de gebruiker, vervagen natuurlijk wanneer de sociale en gezondheidsgevolgen vanuit een kwantitatieve invalshoek worden benaderd, zoals we hier zullen doen.

het moment waarop moeilijkheden in verband met problematisch gebruik opduiken en het moment waarop het individu een beroep doet op zorgdiensten (zie bijvoorbeeld Bruffaerts, Bonnewyn & Demyttenaere, 2007). Vandaar de noodzaak om de detectie en vroegtijdige interventie in eerstelijnspraktijken te verbeteren, zodat kan worden ingegrepen voordat de problemen chronisch worden en een ernstige impact hebben op het biopsychosociale leven van het individu. Sommige gebruikers ontwikkelen een problematisch gebruik dat zichzelf oplost zonder professionele hulp in te roepen: dit staat bekend als spontane remissie.

INDICATOR VOOR BEHANDELINGSVRAAG

De indicator voor behandelingsvraag (TDI genaamd voor *Treatment demand indicator*) is één van de vijf belangrijkste epidemiologische indicatoren die in de landen van de Europese Unie worden verzameld. Daarmee kan de EUDA¹ het probleem van drugsgebruik en -verslaving in Europa beoordelen. Het wordt geregistreerd in de 28 landen van de Europese Unie, evenals in Noorwegen en Turkije. Het bestaat uit een jaarlijkse registratie van aanvragen om behandeling die worden ingediend bij hulp- en zorgdiensten voor een probleem van misbruik of verslaving van een illegale drug². Het doel is om een jaarlijkse schatting te maken van het aantal en om een profiel op te stellen van mensen die een dergelijk aanvraag om behandeling hebben ingediend. In België worden ook aanvragen om behandeling in verband met problematisch alcoholgebruik geregistreerd, waarbij elk land de mogelijkheid heeft om

bepaalde aanpassingen aan te brengen in het gestandaardiseerde protocol.

De TDI werd in het begin van de jaren negentig geïnitieerd door de Pompidou-groep. Deze werkgroep kreeg de opdracht van de Raad van Europa om een gemeenschappelijk protocol te definiëren voor het verzamelen van gegevens over aanvragen om behandeling in de Europese Unie. Het eerste protocol werd in 1994 geïmplementeerd in een paar grote Europese steden, voordat het geleidelijk, onder coördinatie van de EUDA (Antoine *et al.*, 2016) werd uitgebreid naar verschillende Europese landen. Het protocol werd voor het eerst herzien in 2000 (protocol 2.0) en vervolgens uitgebreid naar alle EU-lidstaten, onder de verantwoordelijkheid van een nationaal focal point (Sciensano in het geval van België, enz.). Een tweede herziening van het protocol (protocol 3.0) vond plaats in 2013 en is van kracht in België sinds 2015. Een derde herziening zal in België worden doorgevoerd vanaf 2026, om beter rekening te houden met recente ontwikkelingen in verslavingsproblematiek (bv. toevoeging van nieuwe producten, opname van gedragsverslavingen, geschatte prevalentie van behandelingsvragen, enz.).

Het huidige protocol bestaat uit een dertigtal variabelen die ontworpen zijn om het socio-demografische profiel van de patiënt te beschrijven (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, woon- en inkomstsituatie, enz.), het verbruiksprofiel (problematische producten, hoofdproduct, gebruiksfrequentie en toedieningswijze van het hoofdproduct, leeftijd van eerste gebruik van het hoofdproduct, enz.) en het vraagprofiel (type zorgstructuur, oorsprong van de aanvraag van behandeling, therapeutische voorgeschiedenis). De meeste variabelen hebben betrekking op de huidige situatie van de patiënt, d.w.z. de situatie in de maand voorafgaand aan de aanvraag. Deze informatie wordt meestal verzameld tijdens het eerste of tweede gesprek met de zorgverlener. Ze is dus gebaseerd op de verklaringen van

de patiënt zelf en kan onderhevig zijn aan onnauwkeurigheid door cognitieve vertekeningen (geheugenproblemen, sociale wenselijkheid, ontkenning, enz.) De TDI geeft geen informatie over de follow-up van de aanvraag (bv. type aangeboden behandeling en therapeutische aanpak, draagvlak voor en retentie in de behandeling, impact op het druggebruik en welzijn van de patiënt, enz.).

1 Drugsagentschap van de Europese Unie (voormalig EMCDDA).

2 Behandelingen van ziekten (alcoholische of virale hepatitis, abscessen, hiv, enz.) die verband houden met dit gebruik worden niet geregistreerd. Bovendien mag per patiënt slechts één aanvraag per jaar worden geregistreerd, namelijk de eerste.

DEFINITIES

Patiënt. Iedereen die in contact komt met een behandelingscentrum voor een alcohol- of middelenprobleem. Het contact moet rechtstreeks zijn. Dit sluit contact via telefoon, post of internet uit. Patiënten worden geïdentificeerd op basis van hun Nationaal Registratienummer (NRN) dat automatisch wordt opnieuw gecodeerd om anonimiteit in de database te garanderen. Deze identificatie is nodig om slechts één behandelingsvraag per jaar en per patiënt te kunnen selecteren voor analyse. Soms wordt het NRN niet gevraagd/opgenomen, of heeft de patiënt het niet als hij zich in een onregelmatige situatie bevindt. In dat geval worden de gegevens zonder identificatiecode gecodeerd en is het niet mogelijk om meerdere aanvragen van dezelfde patiënt te verwijderen.

Behandelingscentrum. Elke instelling of behandelaar die deelneemt aan de gegevensverzameling en behandeling aanbiedt voor problemen met het gebruik van alcohol of andere middelen. Dit kunnen laagdrempelige centra zijn, ambulante of residentiële, medisch of niet-medisch, klinisch of poliklinisch, al dan niet gespecialiseerd in verslavingsbehandeling. Niet-professionele steungroepen en centra die geen verslavingsbehandeling aanbieden, vallen hier niet onder. In het Brussels Gewest zijn ziekenhuizen en de meeste centra die gespecialiseerd zijn in verslavingsbehandeling inbegrepen. Behandelingen die worden gegeven in privépraktijken, dokterspraktijken of niet-gespecialiseerde diensten voor geestelijke gezondheidszorg zijn momenteel echter niet inbegrepen.

Behandeling. Elke activiteit die gericht is op het verbeteren van de psychologische, medische en/of sociale status van gebruikers van alcohol, psychotrope geneesmiddelen of drugs die problemen hebben met hun persoonlijk gebruik. Deze definitie omvat niet alleen de zorg die wordt geboden door bepaalde voorzieningen die als hoofddoel hebben om te ontgiften of onthouding te handhaven, maar ook voorzieningen die psychosociale ondersteuning bieden gericht op het stabiliseren of verminderen van gebruik en de invloed daarvan op de gezondheid. Het begrip 'behandeling' wordt dus vrij ruim opgevat. Er zij echter op gewezen dat voorzieningen die alleen sociale bijstand verlenen en voorzieningen

die alleen steriele verbruiksapparatuur ter beschikking stellen, niet worden beschouwd als instellingen die behandeling bieden in de zin van de TDI.

Behandelingsepisode. Periode tussen het begin en het einde van de behandeling. Deze verschilt per programma: in de residentiële zorg komt het einde van de episode overeen met het ontslag van de patiënt. Bij ambulante ondersteuning komt het einde van de episode overeen met de bewuste beslissing om de behandeling op te schorten of met een afwezigheid van contact van meer dan 6 maanden wanneer de behandeling niet expliciet is opgeschort. Als een persoon een behandeling van meerdere jaren voortzet, moet hij of zij slechts één keer worden geregistreerd, bij het begin van de behandeling.

Problematische stoffen. Dit zijn de psychoactieve stoffen die de patiënt gebruikt (met uitzondering van tabak en medische behandeling) en waarvan het gebruik als een probleem wordt beschouwd en een reden is om behandeling te zoeken. Deze stoffen worden gegroepeerd in verschillende categorieën: alcohol, opiaten (heroïne, omgeleide methadon, buprenorfine, fentanyl, enz.), cocaïne (cocaïne in poedervorm, crackcocaïne), andere stimulerende middelen (amfetaminen, methamfetaminen, MDMA en derivaten, mephedrone, enz.), hypno-sedativa (alcohol, drugs of abuse, enz.), hypno-sedativa (barbituraten en omgeleide benzodiazepinen, GBH/GBL, enz.), hallucinogenen (LSD, ketamine, vluchtige inhaleermiddelen, enz.), cannabis (marihuana, hasjiesj, oliën, synthetische cannabinoïden, enz.), andere stoffen (alle stoffen die niet onder de bovenstaande categorieën vallen). Gedragsverslavingen (gokken, seks, internet, enz.) zijn momenteel niet opgenomen in deze registratie.

Hoofdproduct: Het hoofdproduct wordt gedefinieerd als het middel dat de patiënt de meeste problemen geeft op het moment dat hij om behandeling vraagt. Er worden een aantal gegevens verzameld over de gewoonten van de patiënt met betrekking tot het gebruik van de hoofdproduct (wijze van gebruik, frequentie van gebruik, leeftijd van eerste gebruik, enz).

DE METHODOLOGISCHE GRENZEN VAN TDI

TDI-gegevens worden momenteel alleen verzameld in verslavingscentra en ziekenhuizen. Mensen kunnen echter voor alcohol- of drugsproblemen behandeld worden in andere soorten instellingen die momenteel niet gedekt zijn (bv. geestelijke gezondheidsdiensten die niet gespecialiseerd zijn in verslaving, medische centra) en in privépraktijken (bv. huisartsen, psychiaters, psychologen). Een gevolg van deze beperkte dekking is de oververtegenwoordiging van aanvragers die economisch precair zijn. Dit omdat mensen in misbruik- of verslavingssituaties die een betere levensstandaard hebben waarschijnlijk eerder een poliklinische behandeling in een privépraktijk of kliniek zullen raadplegen en ondergaan. Het is belangrijk om ons hiervan bewust te zijn om bepaalde overhaaste conclusies te vermijden (bijv. "verslavingen leiden tot onzekerheid", "verslavingsproblemen hebben vooral betrekking op mensen met een laag sociaaleconomisch niveau"), die zeker niet helemaal onjuist zijn, maar wel genuanceerd moeten worden.

De basiseenheid van TDI-registratie is de behandelingsvraag, die voor elke nieuwe behandelingsepisode wordt geregistreerd (zie definitie hierboven). Om profielanalyses te kunnen uitvoeren door meerdere aanvragen van dezelfde patiënt te elimineren, voorziet de registratie in het gebruik van een unieke identificatiecode waarmee slechts één aanvraag om behandeling per patiënt per kalenderjaar kan worden bewaard. In dit geval de eerste aanvraag, zoals gedefinieerd in het Europese protocol. In België is de gebruikte identificatiecode het nationaal registratienummer (NRN). Dit wordt echter niet systematisch gebruikt,

ofwel omdat de patiënt er geen heeft (in het geval van migranten of mensen in een irreguliere situatie), ofwel omdat hij of zij weigert het te geven, ofwel omdat het behandelingscentrum geen voorstander is van het routinematig gebruik ervan om geen administratieve belemmeringen op te werpen voor de patiëntenzorg. In het Brussels Gewest wordt elk jaar een groot deel van de registraties uitgevoerd zonder vermelding van het NRN, vooral in gespecialiseerde diensten (67 % in 2024). Dit hoge aandeel is deels te verklaren door het feit dat sommige diensten een onvoorwaardelijk onthaal bieden, ook aan mensen die niet administratief in orde zijn. We besloten deze anonieme episodes niet uit te sluiten van de analyses, ook al bevatten ze een bepaald aantal meervoudige aanvragen van dezelfde patiënten, wat de resultaten zou kunnen vertekenen. Omgekeerd zou het niet opnemen van deze anonieme aanvragen de bevindingen nog meer vertekenen, omdat ze meestal afkomstig zijn van mensen met een bijzonder kwetsbaar profiel, waarmee rekening moet worden gehouden in de analyses. Er moet worden opgemerkt dat de trendanalyses geen rekening hielden met het feit dat één enkele patiënt gedurende meerdere opeenvolgende jaren geregistreerd kan zijn³.

.....
³ Over de periode 2015-2024 konden we in de ambulante verslavingszorg 5.766 unieke patiënten identificeren op basis van de NRN, waarvan er 3.860 (66,9 %) in deze periode één aanvraag tot behandeling deden, 969 (16,8 %) in afzonderlijke jaren twee behandelingen startten, 378 (6,6 %) in afzonderlijke jaren drie behandelingen startten en 206 (3,6 %) in afzonderlijke jaren vier behandelingen startten en 353 patiënten (6,1 %) vier of meer behandelingen in verschillende jaren.

Alleen nieuwe aanvragen om behandeling moeten worden geregistreerd, niet alle lopende behandelingen. Daarom kan dit hulpmiddel niet worden gebruikt om de prevalentie van aanvragen voor behandeling te schatten, d.w.z. het aantal patiënten dat gedurende een kalenderjaar een behandeling ondergaat op alle afdelingen die deelnemen aan de registratie. Als een patiënt bijvoorbeeld in november 2023 met een behandeling begon en deze 12 maanden duurde, zou hij of zij in principe alleen in 2023 geregistreerd moeten worden en niet in 2024.

Ten slotte is de registratie vrijwillig. Patiënten moeten worden geïnformeerd over de details en doelen van het protocol en hebben het recht om deelname te weigeren. Het aantal weigeringen om deel te nemen wordt momenteel niet geregistreerd. Hoewel wordt aangenomen dat het relatief laag is, kan niet worden uitgesloten dat de neiging om te weigeren varieert afhankelijk van het profiel van de patiënt.

DOELEN EN BESCHRIJVING VAN DE STEEKPROEF

Dit boekje heeft als doel de gegevens met betrekking tot de behandelingsaanvragen voor problematisch alcohol- of druggebruik in het Brussels Gewest voor te stellen en te bespreken. Het eerste deel van de analyses gaat over de gegevens die verzameld werden op het niveau van de verslavingsdiensten. De gegevens die verzameld werden op het niveau van de ziekenhuizen zullen in een tweede, beknoptere fase behandeld worden. We hebben beslist om deze twee soorten gegevens afzonderlijk te behandelen om twee redenen: 1) de meerderheid van de behandelingsaanvragen die in ziekenhuizen worden geregistreerd, hebben betrekking op alcoholgerelateerde problemen, wat veel minder het geval is in de gespecialiseerde diensten; 2) de verslavingsbehandeling in ziekenhuizen is over het algemeen (op enkele uitzonderingen na) een hoogdrempelige dienst, wat zich weerspiegelt in een minder precair sociodemografisch profiel. Door deze twee reeksen gegevens afzonderlijk te verwerken, komen de specifieke kenmerken van elk type zorg en de patiënten die ze bedienen beter naar voren.

De meeteenheid voor de analyses is de patiënt, geïdentificeerd op basis van het NRN. Meervoudige aanvragen (d.w.z. wanneer dezelfde patiënt in hetzelfde jaar meerdere aanvragen indient) worden daarom geëlimineerd en alleen de eerste aanvraag dat in een bepaald jaar wordt ingediend, wordt meegenomen in de analyse. Anonieme aanvragen zijn echter wel bewaard, omdat ze in aanzienlijke proporties voorkomen. De gegevensstroom wordt samengevat in [Figuur 1](#).

De analyses in dit document zijn hoofdzakelijk beschrijvend. Ze hebben tot doel het profiel te schetsen van de begunstigden die in de Brusselse openbare instellingen voor verslavingszorg worden verzorgd. De percentages zijn berekend na uitsluiting van de non-respons. De non-respons wordt ter informatie vermeld in de overeenkomstige tabellen. Voor sommige vragen is het aandeel

non-respons relatief hoog, met name voor de vragen over opleidingsniveau, gebruiksfrequentie van het belangrijkste product, behandelingsgeschiedenis en injectiegedrag. Het is daarom mogelijk dat sommige bevindingen de werkelijkheid niet perfect weerspiegelen en we nodigen de lezer uit om rekening te houden met dit non-responspercentage bij het beoordelen van de gerapporteerde percentages. Tot slot worden alleen statistisch significante verschillen besproken, tenzij anders vermeld. Deze werden geïdentificeerd met behulp van verschillende statistische toetsen (Chi², t de student, Anova), met een overschrijdingskans (p) vastgesteld op 0,05. Er is een aantal hypothesen geformuleerd in een poging de belangrijkste bevindingen te verklaren. Ze moeten worden beschouwd als aanknopingspunten voor reflectie en onderzoek en niet als zekerheden.

Sinds de inwerkingtreding van Protocol 3.0 in 2015 werden 35.028 behandelingsaanvragen voor een probleem met middelengebruik ingediend bij de 29 ziekenhuizen en gespecialiseerde centra in het Brussels Gewest die momenteel deelnemen aan de verzameling. In totaal werden 31.186 aanvragen weerhouden voor analyse na eliminatie van meervoudige aanvragen. De deelnemende centra omvatten⁴ 13 psychiatrische en/of algemene ziekenhuizen (die meestal residentiële zorg aanbieden) en 15 gespecialiseerde extramurale centra, waaronder 3 gespecialiseerde laagdrempelige opvangcentra⁵, 10 ambulante centra en 4 residentiële centra.

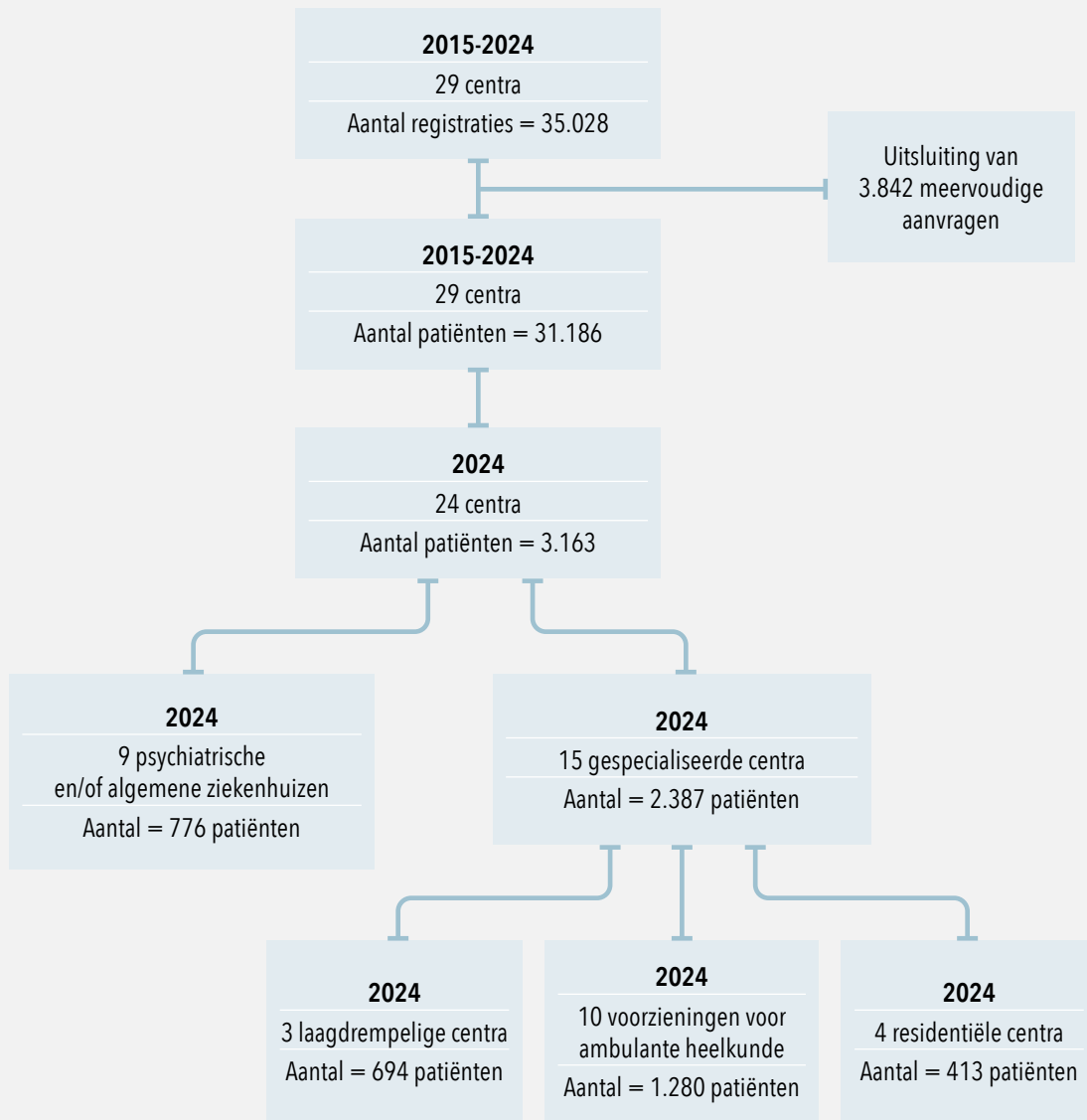
[Figuur 2](#) toont de evolutie van het aantal patiënten waarvoor een behandelingsvraag werd geregistreerd tussen 2015 en 2024

-
- 4 Eénzelfde centrum kan verschillende soorten diensten of zorgprogramma's aanbieden (bijvoorbeeld ambulante en residentiële zorg), die soms op verschillende locaties worden aangeboden.
 - 5 Er is sprake van een lage drempel wanneer een instelling opvang en hulp biedt zonder voorwaarden te stellen aan de toegang voor de begunstigden (geen administratieve beperkingen, gratis en onmiddellijk, geen vereiste van onthouding, enz.).

in het Brussels Gewest, per type dienst. Na een lichte stijging in de eerste jaren lijkt de gegevensverzameling relatief stabiel, met uitzondering van de periode rond de COVID-19-gezondheids crisis (2020-2021), die een aanzienlijke daling van het aantal registraties in ziekenhuizen en ambulante centra kende. In 2024 was er een relatief wijdverspreide daling in registraties vergeleken met 2023.

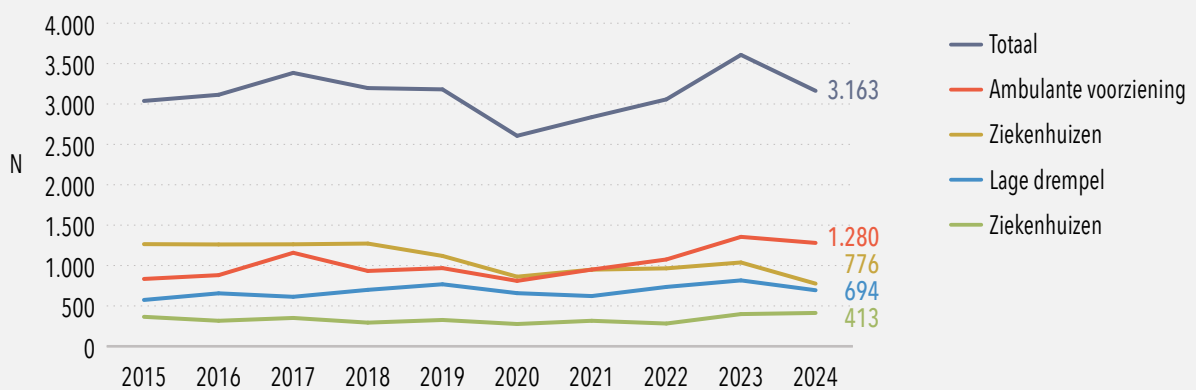
In 2024 namen 24 centra deel aan de verzameling van TDI-gegevens in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, waaronder 9 psychiatrische en/of algemene ziekenhuizen en 15 gespecialiseerde centra, waaronder 3 gespecialiseerde centra voor laagdrempelige zorg, 11 centra voor ambulante zorg en 4 centra voor residentiële zorg. Het totale aantal aanvragen voor een behandeling voor een stoornis in middelengebruik bedroeg 3.393, wat overeenkomt met 3.163 patiënten na eliminatie van meervoudige aanvragen.

Figuur 1: Gegevensstroom van de TDI in het Brussels Gewest over de periode 2015-2024



Analyse et mise en page: Eurotox – Source: Sciensano

Figuur 2: Groei van het aantal geregistreerde patiënten tussen 2015 en 2024 in het Brussels Gewest, per jaar en type centrum



Bron: Sciensano – Analyse en lay-out: Eurotox

In totaal hebben 20.416 patiënten⁶ in de periode 2015-2024 een behandeling aangevraagd bij gespecialiseerde diensten, waarvan 2.387 in 2024. De volgende analyses zijn bedoeld om een beschrijving te geven van het sociodemografische profiel, het vraagprofiel en het verbruiksprofiel van de patiënten die in deze diensten worden behandeld. Eerst geven we een algemeen overzicht van de aangeboden diensten, gevolgd door een gedetailleerde beschrijving per hoofdproduct. Het hoofdproduct wordt gedefinieerd als het product dat voor de patiënt de meeste problemen oplevert op het moment dat hij om een behandeling vraagt. In de overgrote meerderheid van de gevallen (96,7 %) werd een hoofdproduct genoemd, inclusief patiënten met problematisch polydruggebruik.

DE SITUATIE IN 2024

De rangorde van producten die als belangrijkste product worden genoemd door mensen die in 2024 een aanvraag om behandeling indienden bij gespecialiseerde diensten (aantal=2387) is, in volgorde van belangrijkheid, alcohol (32,8 %), cocaïne (29,7 %, waaronder 22,5 % voor crack ⁷), opiaten (11 %), cannabis (12,1 %), hypno-sedativa (4 %), stimulantia anders dan cocaïne (3,2 %), hallucinogenen (1,6 %), vluchtige inhaleermiddelen (0,1 %) en overige stoffen⁸ (1,8 %). Tot slot werd in 3,6 % van de gevallen geen hoofdproduct geïdentificeerd.

Het geslacht en de leeftijd werden gespecificeerd voor 2321 patiënten. De patiënten waren voornamelijk mannen (ratio van 4 mannen op 1 vrouw) en de

meesten waren tussen 25 en 54 jaar oud (79,9 %). Hun gemiddelde leeftijd is 40,60 (SD=11,12). Deze leeftijdsgroepen zijn waarschijnlijk beter vertegenwoordigd omdat er een aanzienlijk tijdsverschil is tussen de leeftijd van het eerste gebruik (gemiddeld ongeveer 21,5 jaar in onze steekproef) en de leeftijd van het eerste aanvraag om behandeling (gemiddeld ongeveer 37,5 jaar in onze steekproef).

De leeftijd en het geslacht van de patiënten kunnen variëren afhankelijk van het product (Tabel 1). Het aandeel jonge patiënten (jonger dan 25) is hoger voor cannabis dan voor andere producten, wat kan duiden op het feit dat problematisch gebruik van dit product meestal jonge mensen betreft of afneemt met de leeftijd, of dat hulpvragen voor dit product eerder worden gestart dan voor andere producten. Het aandeel vrouwen is iets hoger voor hypno-sedativa (23,9 %), poedercocaïne (22,8 %) en alcohol (22,1 %), en het laagst voor opiaten (12 %) en crack (15 %). De beperkte aanwezigheid van vrouwen in gespecialiseerde diensten wordt deels verklaard door het feit dat psychoactief middelengebruik meer voorkomt onder mannen dan onder vrouwen. Het percentage vrouwen is echter lager dan verwacht zou worden op basis van statistieken over middelengebruik (zie bijvoorbeeld Gisle & Maetens, 2025), wat suggereert dat andere mechanismen bijdragen aan deze lage vertegenwoordiging (bijv. diensten die onvoldoende zijn aangepast aan de specifieke behoeften van vrouwen: terughoudendheid van vrouwen om te werken in zeer 'mannelijke' omgevingen, waar ze zich bijzonder kwetsbaar kunnen voelen. Het bestaan van dergelijke mechanismen wordt bevestigd door het feit dat vrouwen vaker een beroep doen op ziekenhuiszorg (zie hoofdstuk "Ziekenhuiszorg"). Tot slot zou de lage vertegenwoordiging van vrouwen verband kunnen houden met het feit dat druggebruik onder vrouwen meer gestigmatiseerd is dan onder mannen, wat het starten van een behandeling verder zou vertragen (McCrary, Epstein & Fokas, 2020; Schamp *et al.*, 2021).

TENDENSEN EN EVOLUTIE

Figuur 3 toont veranderingen in het percentage patiënten voor de vijf categorieën stoffen die het vaakst als voornaamste gebruikte middel werden genoemd. Alcohol is veruit het meest genoemde hoofdproduct in deze periode, jaarlijks goed voor iets meer dan 30 % van de patiënten. Het percentage patiënten dat deze stof aanvroeg, schommelde op en neer, zonder statistisch significante verandering. De trends zijn relatief stabiel voor de andere drugs, met uitzondering van opiaten en cocaïne (inclusief crack). In feite is het aandeel patiënten dat behandeling krijgt voor cocaïne gestegen (een stijging van 93 % tussen 2015 en 2024), terwijl dat voor opiaten is gedaald (een daling van 62 % tussen 2015 en 2024). Sinds 2018 is cocaïne, na alcohol, de tweede meest geïdentificeerde belangrijkste probleemstof geworden, terwijl opiaten eerder op de tweede plaats stonden. De volledige uitsplitsing, per hoofdproduct, van de patiënten die in behandeling gaan bij de verslavingsdiensten in het Brussels Gewest in de periode 2015-2024 wordt weergegeven in de onderstaande Tabel 2.

Als we de **probleemproducten** bekijken zonder rekening te houden met het feit of ze nu hoofd- of bijproduct zijn (Figuur 4), lijken de trends vergelijkbaar. Alcohol blijft de stof die het vaakst als probleem wordt genoemd. Het aandeel patiënten dat cocaïne als probleemmiddel noemt, is ook gestegen (een stijging van 35 % tussen 2015 en 2024), terwijl het aandeel dat opiaten als probleemmiddel noemt, is gedaald in verhoudingen die vergelijkbaar zijn met die voor het hoofdmiddel (een daling van 52 % tussen 2015 en 2024). De trends zijn stabiel voor andere producten.

⁶ Ter herinnering: meervoudige aanvragen worden alleen op jaarbasis verwijderd. Dezelfde patiënt kan dus meerdere jaren worden geregistreerd, op voorwaarde dat het om afzonderlijke behandelingen gaat (zie hierboven).

⁷ Crack is een vorm van cocaïne die wordt verkregen door toevoeging van ammoniak of natriumbicarbonaat.

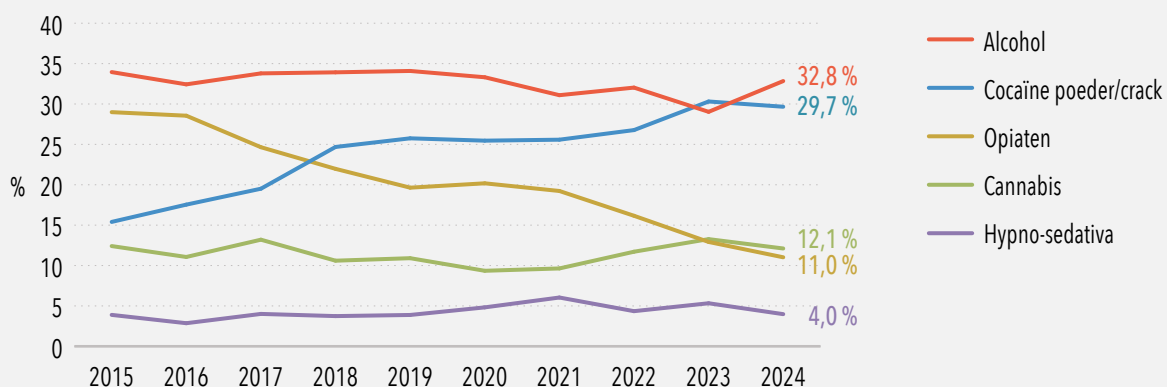
⁸ Het ging bijna altijd om pregabaline.

Tabel 1: Verdeling per geslacht en leeftijdsgroep van personen in behandeling voor problematisch alcohol- of drugsgebruik in verslavingscentra in het Brussels Gewest, 2024

	< 25 jaar %	25-34 jaar %	35-44 jaar %	45-54 jaar %	55-64 jaar %	> 65 jaar %	Totaal %
Alle producten							
Vrouwen (n=439)	1,6	4,6	5,6	4,2	2,3	0,6	18,9
Mannen (n=1.882)	6,1	18,9	28,8	17,9	8,6	0,8	81,1
Totaal (n=2321)	7,7	23,4	34,4	22,1	10,9	1,5	100,0
Alcohol							
Vrouwen (n=170)	0,9	3,5	6,9	5,1	3,9	1,8	22,1
Mannen (n=598)	1,7	16,0	24,1	23,7	10,8	1,6	77,9
Totaal (n=768)	2,6	19,5	31,0	28,8	14,7	3,4	100,0
Cocaïne (poeder)							
Vrouwen (n=28)	1,6	6,5	10,6	4,1	0,0	0,0	22,8
Mannen (n=95)	5,7	17,9	33,3	13,8	5,7	0,8	77,2
Totaal (n=123)	7,3	24,4	43,9	17,9	5,7	0,8	100,0
Crack							
Vrouwen (n=79)	0,6	3,8	5,9	3,8	1,0	0,0	15,1
Mannen (n=444)	3,8	17,8	35,8	18,9	8,2	0,4	84,9
Totaal (n=523)	4,4	21,6	41,7	22,8	9,2	0,4	100,0
Opiaten							
Vrouwen (n=31)	0,0	2,3	2,7	5,0	1,9	0,0	12,0
Mannen (n=228)	1,9	12,4	35,5	23,6	13,9	0,8	88,0
Totaal (n=259)	1,9	14,7	38,2	28,6	15,8	0,8	100,0
Cannabis							
Vrouwen (n=46)	2,5	7,2	2,5	3,3	1,1	0,0	16,7
Mannen (n=230)	19,6	26,4	27,9	6,5	2,5	0,4	83,3
Totaal (n=270)	22,1	33,7	30,4	9,8	3,6	0,4	100,0
Hypno-sedativa							
Vrouwen (n=22)	4,3	3,3	4,3	6,5	4,3	1,1	23,9
Mannen (n=70)	13,0	18,5	25,0	10,9	7,6	1,1	76,1
Totaal (n=90)	17,4	21,7	29,3	17,4	12,0	2,2	100,0

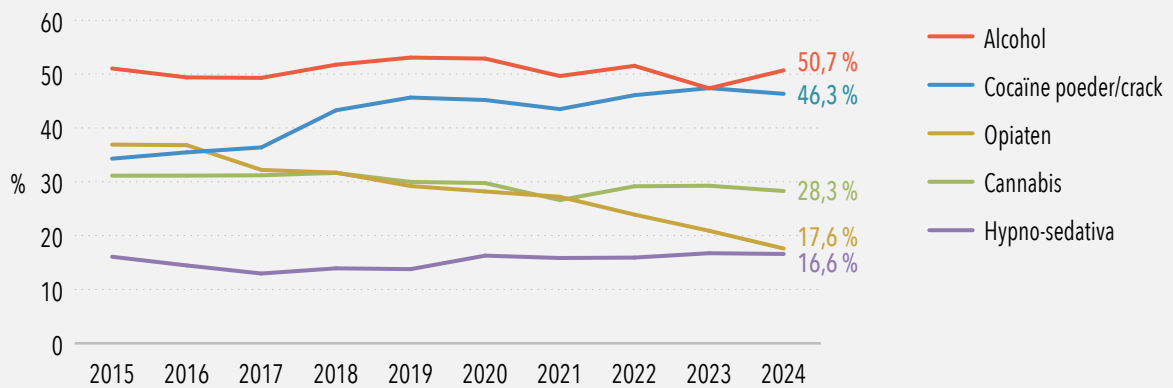
Bron: Sciensano - Analyse en lay-out: Eurotox

Figuur 3: Evolutie van het aandeel van patiënten (in %) die een beroep doen op gespecialiseerde diensten in het Brussels Gewest in de periode 2015-2024, per hoofdproduct



Bron: Sciensano - Analyse en lay-out: Eurotox

Figuur 4: Evolutie van het aandeel van patiënten (in %) die een beroep doen op gespecialiseerde diensten in het Brussels Gewest in de periode 2015-2024, per problematisch product



Bron: Sciensano – Analyse en lay-out: Eurotox

DE TOENAME VAN COCAÏNEGEBRUIK: EEN ALGEMEEN EN MULTIFACTORIEEL FENOMEEN

De toename van het cocaïnegebruik is een fenomeen dat al enkele jaren wordt waargenomen in het Brussels Gewest (zie Régny, Stévenot en Hogge, 2023), en dat ook kan worden waargenomen in de algemene bevolking (zie Gisle & Maetens, 2025), maar het treft heel België en de meeste Europese landen (EUDA, 2025a). Deze toename van het gebruik werd aanvankelijk aangetoond door prevalentieonderzoeken op basis van zelfgerapporteerd gebruik, maar ook door objectieve analyses van metabolieten die kunnen worden gekwantificeerd in afvalwater dat wordt verzameld en naar stedelijke zuiveringsinstallaties wordt gestuurd (EUDA, 2025b). De stijging is het duidelijkst sinds 2016 en neemt sindsdien toe in een aantal landen, waaronder België. Deze toename van het gebruik wordt geleidelijk weerspiegeld in een stijging van het aantal aanvragen om behandeling voor problematisch gebruik van cocaïne of crack als belangrijkste product, wat al enkele jaren wordt waargenomen in de talrijke Europese landen (Antoine *et al.*, 2021). Andere indicatoren met betrekking tot schade veroorzaakt door cocaïnegebruik (bijv. ziekenhuisopnamen, sterfgevallen) nemen ook toe in de landen waar ze worden verzameld (zie bijvoorbeeld Mongan *et al.*, 2025). Deze trends kunnen worden waargenomen in het gebruik van cocaïne in de vorm van poeder, maar vooral in de vorm van crack (op basis van cocaïne), dat vooral wordt geconsumeerd in achterstandswijken. In België, en vooral in Brussel, is de toename van het crackgebruik momenteel het meest opvallend, waarschijnlijk omdat crackgebruikers kwetsbaarder zijn en in contact komen met laagdrempelige zorgvoorzieningen. Nu het cocaïnegebruik in de bevolking als geheel echter toeneemt, valt te vrezen voor een toekomstige toename van het aantal aanvragen om behandeling voor cocaïne(in poeder), -gerelateerde stoornissen, aangezien de tijd tussen het begin van het gebruik, het begin van het verlies van controle over het gebruik en de eerste aanvraag om behandeling doorgaans enkele jaren bedraagt.

De toename van het cocaïnegebruik is het resultaat van meerdere factoren, die verband houden met veranderingen in zowel vraag

als aanbod. Sinds enkele jaren is er sprake van een toename van de beschikbaarheid en zuiverheid van het product in Europa, die zelf door verschillende factoren wordt verklaard (zie EWdd, 2018): toename van de cocateelt in Zuid-Amerika (met name gekoppeld aan een vermindering van de vernietigingsoperaties van gewassen), verbetering en rationalisering van de processen voor de omzetting van cocabladeren in cocaïne, toename van de omzetting van cocaïne in zijn hydrochloridevorm rechtstreeks in Europese landen (wat het verbergen ervan tijdens de importfase vergemakkelijkt), toenemend geweld in verband met invoer en smokkel (corruptie, bedreigingen en intimidatie van dokwerkers en douanebeambten), diversifiëring van vervoers- en leveringswijzen, zowel op groothandelniveau (bijv. drop-off, ship-to-ship, gebruik van duikboten) als op consumentenniveau (cryptomarkten, callcenters met thuisbezorging, toepassingen om communicatie te versleutelen, enz.) Aan de vraagzijde kan het groeiende succes van cocaïne en, meer in het algemeen, van psychostimulerende middelen worden gerelativeerd in het licht van de principes van het neoliberalisme die op dit moment de maatschappelijke waarden en het sociale functioneren bepalen (rendement, prestatie, competitief individualisme, enzovoort). Psychostimulantia worden niet alleen gebruikt voor recreatieve doeleinden, en sommige mensen gebruiken ze om vermoeidheid tegen te gaan of om zichzelf te stimuleren tijdens bepaalde activiteiten in het dagelijks leven, of om hun academische, professionele, sportieve of zelfs sociale prestaties te verbeteren. Verschillende beroepen worden beschouwd als bijzonder betrokken bij het gebruik van psychostimulerende middelen, zoals catering, informatie en communicatie, en kunst en amusement (INPES, 2010; Andler *et al.*, 2021). Tot slot wordt de toename van het crackgebruik waarschijnlijk gestimuleerd door de hoge mate van onzekerheid, die steeds grotere delen van de bevolking treft. Crack lijkt meer te worden gebruikt door mensen in preciaire situaties (bijv. Cross *et al.*, 2001; Palamar *et al.*, 2015).

Tabel 2: Verdeling per hoofdproduct van patiënten die zich laten behandelen in gespecialiseerde diensten in het Brussels Gewest over de periode 2015-2024

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Opiaten (Totaal)	29,0	28,5	24,6	22,0	19,6	20,2	19,2	16,2	12,9	11,0
Heroïne	23,0	24,2	20,2	17,6	15,9	15,4	14,9	13,0	9,6	8,1
Methadon (function creep)	4,1	2,8	2,5	2,2	2,0	1,8	1,9	1,5	1,6	1,5
Buprenorfine (function creep)	0,7	0,5	0,4	0,2	0,0	0,3	0,2	0,3	0,5	0,1
Fentanyl (illegaal/function creep)	0,2	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Opiaat niet gespecificeerd	0,5	0,4	0,5	1,1	0,8	1,5	1,1	0,7	0,5	1,0
Ander opiaat	0,5	0,5	0,9	0,8	0,8	1,1	1,2	0,6	0,6	0,4
Cocaïne (Totaal)	15,4	17,5	19,5	24,7	25,8	25,5	25,6	26,8	30,3	29,7
Cocaïne in poeder	6,0	6,6	5,7	7,0	6,8	4,8	6,1	7,1	6,6	5,4
Crack	5,6	7,7	8,2	12,7	14,5	15,8	14,3	16,2	21,6	22,5
Cocaïne niet gespecificeerd	3,7	3,2	5,6	5,0	4,4	4,8	5,2	3,5	2,1	1,8
Andere cocaïne	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Andere stimulerende middelen (Totaal)	1,7	1,8	1,8	1,7	2,2	2,8	2,3	2,1	2,9	3,2
Amfetamine	1,0	0,9	1,0	1,0	1,2	1,4	1,1	1,0	1,1	1,4
Methamphetamine	0,2	0,3	0,3	0,4	0,6	1,0	0,8	0,6	0,7	1,0
MDMA of derivaten	0,2	0,2	0,3	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1
Mephedrone	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0
Andere stimulerend middel niet gespecificeerd	0,3	0,3	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3	0,5	0,3
Andere stimulerende middelen	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,4	0,5
Hypno-sedativa (Totaal)	3,9	2,9	4,0	3,7	3,9	4,8	6,0	4,3	5,3	4,0
Barbituraat	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,3
Benzodiazepine	3,6	2,5	3,3	3,1	3,3	4,0	5,1	3,3	4,2	2,4
GHB/GBL	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	0,5	0,4	0,1	0,4	0,4
Hypno-sedativa niet gespecificeerd	0,2	0,2	0,5	0,3	0,3	0,3	0,5	0,7	0,6	0,3
Andere hypnotica	0,0	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,6
Hallucinogenen (Totaal)	0,2	0,2	0,1	0,3	0,4	0,4	0,6	1,7	1,2	1,6
LSD	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0
Ketamine	0,1	0,0	0,0	0,3	0,3	0,3	0,5	1,4	1,1	1,6
Hallucinogeen niet gespecificeerd	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0
Andere hallucinogeen	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Vluchtige inhaleermiddelen	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1
Cannabis (Totaal)	12,4	11,1	13,2	10,6	10,9	9,3	9,6	11,7	13,3	12,1
Marihuana	3,6	3,0	4,1	4,5	3,6	3,6	3,1	5,5	6,1	4,7
Hasjiesj	2,3	2,4	1,5	1,4	2,2	1,3	0,8	1,2	1,2	1,3
Cannabis niet gespecificeerd	6,4	5,7	7,6	4,7	5,1	4,5	5,7	5,0	5,8	6,0
Andere cannabis	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1
Alcohol	34,0	32,4	33,8	33,9	34,1	33,3	31,1	32,0	29,0	32,8
Ander product	0,1	2,1	0,2	0,3	0,3	0,7	0,8	1,5	1,2	1,8
Geen enkel hoofdproduct	3,3	3,6	2,7	2,8	2,7	3,0	4,6	3,6	3,6	3,6

Bron: Sciensano – Analyse en lay-out: Eurotox

De volgende analyses zijn bedoeld om een gedetailleerde beschrijving te geven van het profiel van patiënten per hoofdproduct, voor de 4 producten die het vaakst als hoofdproduct werden vermeld, namelijk alcohol, cocaïne, opiaten en cannabis. Als aanvulling zullen we ook, maar beknopter, het profiel beschrijven van patiënten die een behandeling aanvragen voor hypnosedativa, ketamine en pregabaline (Lyrica®), opnieuw als hoofdproduct. Voor elk van deze middelen zullen sociodemografische en verbruiksvariabelen worden geanalyseerd, evenals de kenmerken van de aanvragen. De analyses zullen in eerste instantie gericht zijn op gegevens verzameld in 2024 om licht te werpen op de huidige patiëntenprofielen. Ten tweede zullen trendanalyses worden voorgesteld om de opmerkelijke veranderingen in de periode 2015-2024 vast te stellen. Tot slot zal er een samenvattende en vergelijkende tabel worden voorgesteld om, per hoofdproduct, de kenmerkende profielen van patiënten die om behandeling vroegen in 2024 samen te vatten.



5.1. ALCOHOL

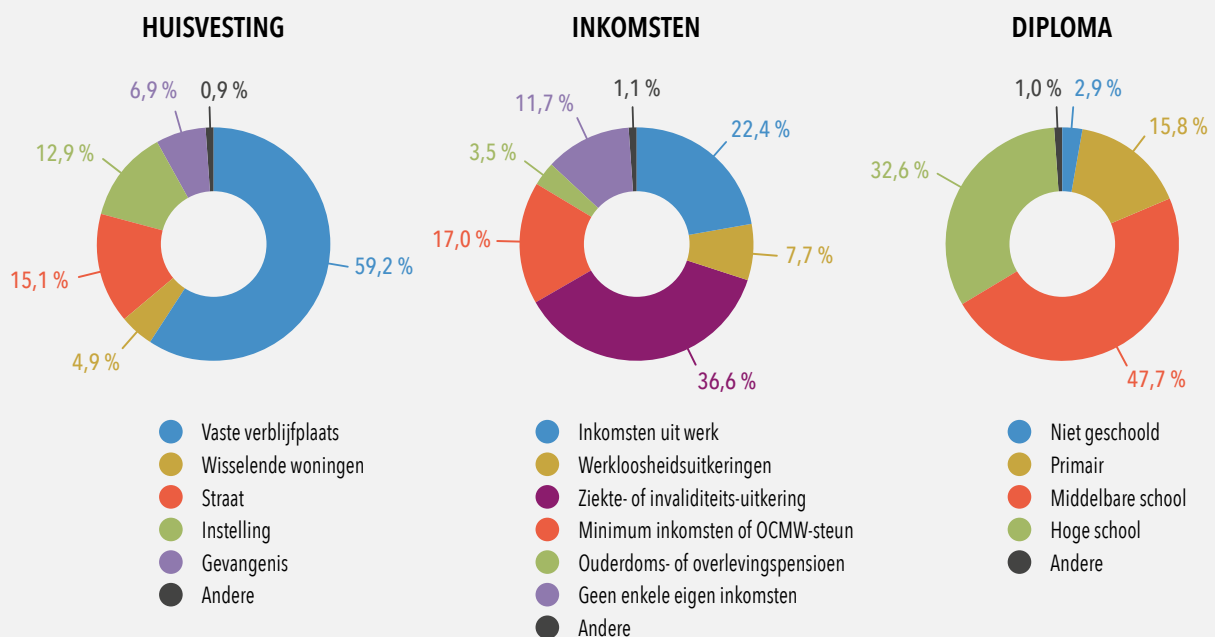
Alcohol is het product dat het vaakst wordt vermeld als belangrijkste drug door patiënten die in 2024 een behandeling zoeken in de verslavingscentra in het Brussels Gewest. Het werd door 32,8 % van de patiënten als belangrijkste drug vermeld (n=784).

SOCIDEMOGRAFISCH PROFIEL

In 2024 waren de meeste patiënten die een behandeling zochten voor problematisch gebruik van alcohol als hoofdproduct mannen (77,8 %). De meeste patiënten waren tussen de 25 en 54 jaar oud (79,3 %).

lets meer dan de helft van deze patiënten woont in een vaste verblijfplaats (59,2 %). De andere helft woont op straat (15,1 %), in instellingen (12,9 %), in de gevangenis (6,9 %) of in wisselende woningen (4,9 %). De meerderheid van de patiënten leeft van een vervangingsinkomen zoals een ziekte- of invaliditeitsuitkering (36,6 %), een minimuminkomen of OCMW-steun (17 %) of een werkloosheidsuitkering (7,7 %), of heeft zelfs geen eigen inkomen (11,7 %). Tot slot hebben de meeste patiënten in behandeling voor alcoholgerelateerde problemen niet meer dan een middelbare schoolopleiding (66,4 %). Slechts een minderheid volgt nog onderwijs of een opleiding (1,6 %), terwijl een groter deel gepensioneerd is (5,1 %). Gezien deze verdeling van sociodemografische variabelen lijkt het erop dat mensen die in behandeling gaan voor een probleem met alcohol als voornaamste middel, vaker socio-economisch kwetsbaar zijn.

Figuur 5: Verdeling (in %) van de kenmerken van huishouden, inkomen en opleiding van patiënten behandeld voor een alcoholprobleem als voornaamste product in gespecialiseerde diensten in het Brussels Gewest, 2024



Bron: Sciensano – Analyse en lay-out: Eurotox

HET VERBAND TUSSEN SOCIALECONOMISCHE STATUS EN ALCOHOLGEBRUIK

Epidemiologische studies tonen over het algemeen aan dat alcoholgebruik vaker en regelmatig voorkomt bij mensen met een hoge sociaaleconomische status (SES), met name bij mannen (zie bijvoorbeeld Beard *et al.*, 2016; Collins, 2016). Paradoxaal genoeg zien we echter een omgekeerde sociale gradiënt tussen de SES en alcoholgerelateerde morbiditeit/mortaliteit (bijv. Collins, 2016; Mäkelä & Paljärvi, 2008; Probst *et al.*, 2014, 2021)⁹. Met andere woorden, hoewel ze minder alcoholische dranken consumeren, hebben mensen met een lage SES waarschijnlijk meer last van hun consumptie. Dit fenomeen staat bekend als de alcoholischadeparadox (alcohol harm paradox). Er zijn verschillende hypothesen, die elkaar niet uitsluiten, om deze paradox te verklaren. Ten eerste kan problematisch alcoholgebruik sociale vooruitgang belemmeren (bijvoorbeeld mislukken tijdens de studie) of leiden tot sociale achteruitgang (bijvoorbeeld verlies van werk). Ten tweede worden de schadelijke effecten van alcohol versterkt door bepaalde gezondheidsproblemen (bijvoorbeeld obesitas, roken, diabetes, psychische stoornissen), die vaker voorkomen bij mensen met een laag SES. Mensen met een laag SES hebben dus meer last van hun alcoholgebruik omdat ze al in slechtere gezondheid verkeren. Ten derde kan dit verband ook worden verklaard door de schadelijke invloed van sociale ongelijkheid op de gezondheid, ook wel sociale

ongelijkheid op gezondheidsgebied genoemd. Mensen met een lage SES hebben namelijk minder gezondheidsgeletterdheid en dus minder kennis over de risico's van alcohol, de manieren om deze te verminderen en de vormen van hulp die beschikbaar zijn in geval van problematisch gebruik, maar kunnen ook meer moeite hebben om mechanismen voor zelfregulering van hun consumptie in te voeren. Ze hebben ook minder sociale hulpbronnen waarop ze kunnen terugvallen in geval van problematisch gebruik, en minder materiële hulpbronnen om de impact van het gebruik op de gezondheid te beperken of om in geval van problematisch gebruik te worden opgevangen. Ze worden ook meer blootgesteld aan levensomstandigheden (materiële omstandigheden, chemische verontreiniging en geluidsoverlast) en arbeidsomstandigheden (blootstelling aan stress, fysiek zwaar werk) die ongunstig zijn voor de gezondheid en die een negatieve wisselwerking kunnen hebben met overmatig alcoholgebruik en dit kunnen bevorderen. Ten slotte hebben mensen met een lage SES vaker te maken met daarmee samenhangende problemen (economische moeilijkheden, huisvestingsproblemen, enz.), waardoor ze kwetsbaarder worden en een groter risico lopen om problematisch gebruik te ontwikkelen of te blijven gebruiken. Het onderzoek naar verbanden tussen SES, alcoholgebruik en alcoholgerelateerde mortaliteit/morbiditeit blijft echter complex, en andere variabelen zoals etnische afkomst, geslacht en leeftijd kunnen hun interacties beïnvloeden (zie Collins, 2016, voor een magazine; zie ook, Beard *et al.*, 2016).

⁹ Daarentegen lijkt de sociaaleconomische status tijdens de kindertijd geen invloed te hebben op later alcoholmisbruik. Er zijn echter maar weinig studies gedaan naar dit onderwerp (zie Wiles *et al.*, 2007).

PROFIEL VAN DE AANVRAGEN

In 2024 had iets meer dan de helft (53,7 %) van de patiënten die een aanvraag voor behandeling hadden ingediend voor een probleem met alcohol als hoofdproduct, een therapeutische voorgeschiedenis. Meer dan de helft van de patiënten (57,3 %) is op eigen initiatief in behandeling en ongeveer een kwart (26 %) na doorverwijzing door een andere dienst of zorgverlener. Slechts een minderheid van de patiënten is in behandeling op aanvraag van een naaste (9,7 %) of justitie (5,8 %). Het merendeel van de behandelingen vindt plaats in ambulante voorzieningen (67,3 %), terwijl behandelingen in laagdrempelige centra (18 %) of residentiële centra (14,7 %) minder vaak voorkomen.

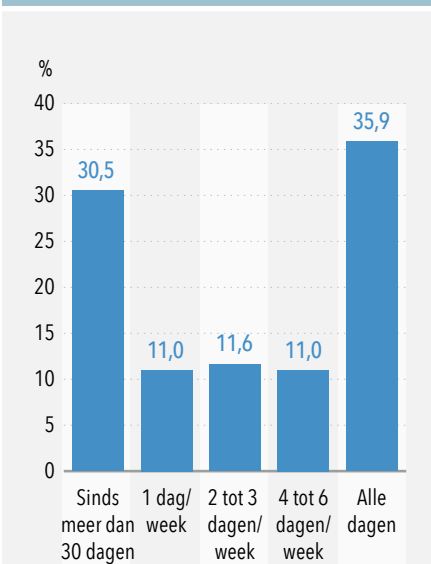
VERBRUIKSPROFIEL

De gemiddelde leeftijd waarop voor het eerst alcohol wordt gedronken is 19,2 jaar ($SD^{10} = 9,3$, mediane leeftijd = 16¹¹). De leeftijd waarop voor het eerst alcohol wordt gedronken varieert echter sterk per persoon (tussen 6 en 73 jaar). De meerderheid van de patiënten (69,5 %) gaf aan alcohol te drinken op het moment dat ze de behandelingsvraag indienden, en iets meer dan een derde (35,9 %) drinkt dagelijks alcohol. Een niet te verwaarlozen deel van de patiënten (30,5 %) gaf echter aan de afgelopen 30 dagen geen alcohol te hebben gedronken (Figuur 6). Het kan hierbij gaan om nazorg of om patiënten die abstinēt zijn en opnieuw een consult willen vanwege een nieuwe kwetsbaarheid die het drinken zou kunnen heraanwakkeren.

¹⁰ Standard Deviation (standaardafwijking in het Nederlands). Dit is een maatstaf voor de spreiding van de waargenomen waarden in de steekproef. Hoe meer de verdeling verspreid is, dat wil zeggen hoe minder de waarden geconcentreerd zijn rond het gemiddelde, hoe groter de standaardafwijking.

¹¹ Dit cijfer geeft aan dat 50 % van de steekproef op 16-jarige leeftijd al alcohol heeft gedronken.

Figuur 6: Verdeling (in %) van de frequentie van alcoholgebruik tijdens de laatste 30 dagen bij patiënten behandeld in gespecialiseerde diensten in het Brussels Gewest, 2024



Bron: Sciensano – Analyse en lay-out: Eurotox

Slechts een minderheid (4,8 %) van de patiënten die in behandeling waren voor een alcoholprobleem als hun belangrijkste drug, meldde ooit te hebben geïnjecteerd in hun leven. Aan de andere kant meldden meer van hen (38,5 %) problematisch polydrugsgebruik¹². De andere middelen die het vaakst problematisch werden gebruikt waren, in volgorde van

12 Onder problematisch polydrugsgebruik verstaan we het feit dat een patiënt bij het indienen van de behandelingsaanvraag meerdere producten als problematisch aangeeft, naast het gebruik van een hoofdproduct. We kunnen niet achterhalen hoe vaak de patiënt deze producten in combinatie gebruikt

belangrijkheid (Figuur 7), cocaïne (21,3 %, waarvan 11,9 % crack) en cannabis (17,5 %); Hypno-sedativa en opiaten werden minder vaak genoemd (respectievelijk 7 % en 3,2 %).

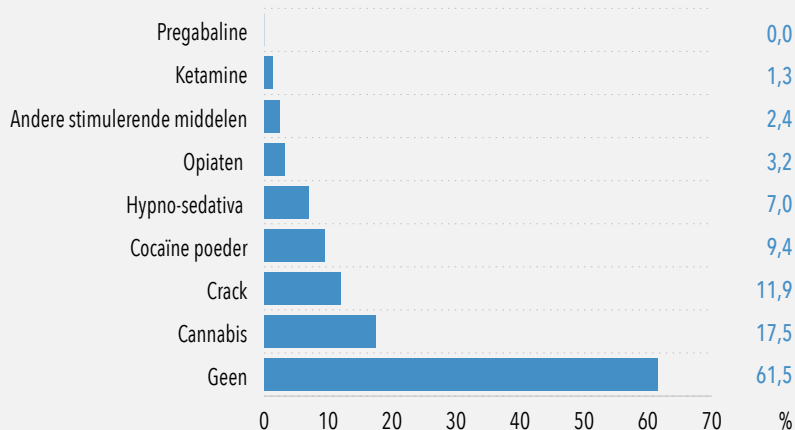
OPMERKELIJKE EVOLUTIE OVER DE PERIODE 2015-2024

Het percentage patiënten dat behandeling vraagt voor alcohol als hoofdproduct blijft relatief stabiel in de periode 2015-2024, net als het percentage patiënten dat alcohol als probleemproduct (hoofd- of bijproduct) vermeldt. Er is een significante toename

van het percentage vrouwen tussen 2015 en 2024 (17,1 % tegenover 22,2 %; $p < 0,01$), evenals een lichte en geleidelijke toename van het percentage patiënten met een diploma van het hoger onderwijs in dezelfde periode (22,4 % tegenover 32,6 %; $p < 0,001$). Er wordt ook een significante stijging van de gemiddelde leeftijd van de patiënten vastgesteld (41,1 jaar versus 43,9 jaar; $p < 0,01$). Ten slotte een significante toename van het percentage patiënten zonder therapeutische voorgeschiedenis tussen 2015 en 2024 (28,4 % versus 46,3 %) en een toename van de ambulante zorg (57 % versus 67,3 %), in combinatie met een afname van de residentiële zorg (23,3 % versus 14,7 %). De andere variabelen zijn in de loop van de tijd relatief stabiel gebleven.

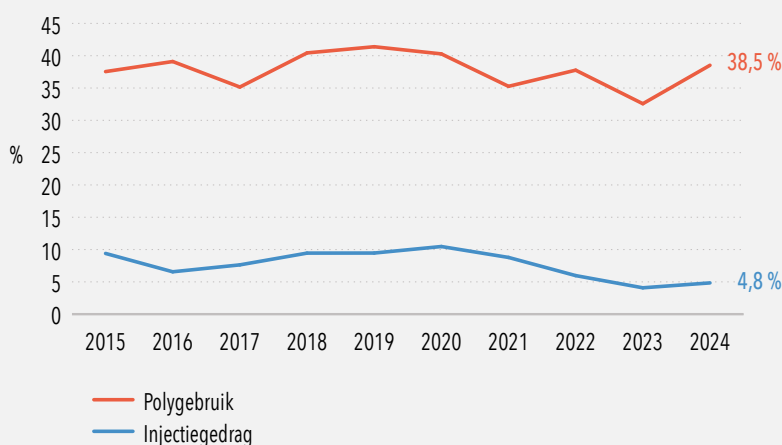
Wat de consumptievariabelen betreft, blijft het percentage polygebruikers in de loop van de tijd stabiel (Figuur 8). Ook de leeftijd waarop voor het eerst alcohol wordt gedronken, blijft in deze periode stabiel (gemiddeld rond de 18-19 jaar). Het percentage patiënten dat ooit heeft geïnjecteerd (ongeacht de stof) neemt daarentegen af (Figuur 8).

Figuur 7: Polydrugsgebruik bij patiënten die alcohol als hun belangrijkste drug aangeven in gespecialiseerde diensten in het Brussels Gewest, 2024



Bron: Sciensano – Analyse en lay-out: Eurotox

Figuur 8: Evolutie van de prevalentie van injecteren tijdens het leven en problematisch polygebruik bij patiënten die een aanvraag voor behandeling voor alcohol als hoofdproduct hebben ingediend bij de gespecialiseerde diensten van het Brussels Gewest, 2015-2024



Bron: Sciensano – Analyse en lay-out: Eurotox



5.2. COCAÏNE

Cocaïne¹³ is, na alcohol, het tweede product dat het vaakst wordt genoemd als belangrijkste probleemproduct door patiënten die in 2024 een aanvraag voor behandeling hebben ingediend bij de verslavingszorgcentra in het Brussels Gewest. Het wordt door 29,7 % van de patiënten (n=708) als hoofdproduct genoemd. In de meeste gevallen (75,7 %) gaat het om problematisch gebruik van crack (N=536), terwijl cocaïne in poedervorm duidelijk minder vaak voorkomt (18,1 %; N=128¹⁴). Aangezien de profielen van de patiënten die een aanvraag

13 In poedervorm of in de vorm van cocaïnebase, ook wel crack genoemd (cocaïne derivaat verkregen door toevoeging van ammoniak of natriumbicarbonaat en water dat aan de kook wordt gebracht).
14 In 6,2 % van de gevallen werd niet gespecificeerd of het om cocaïnepoeder of crack ging.

voor behandeling hebben ingediend voor problematisch gebruik van crack en cocaïne in poedervorm aanzienlijk verschillen, hebben we ze apart behandeld.



5.2.1. CRACK

SOCIODEMOGRAFISCH PROFIEL

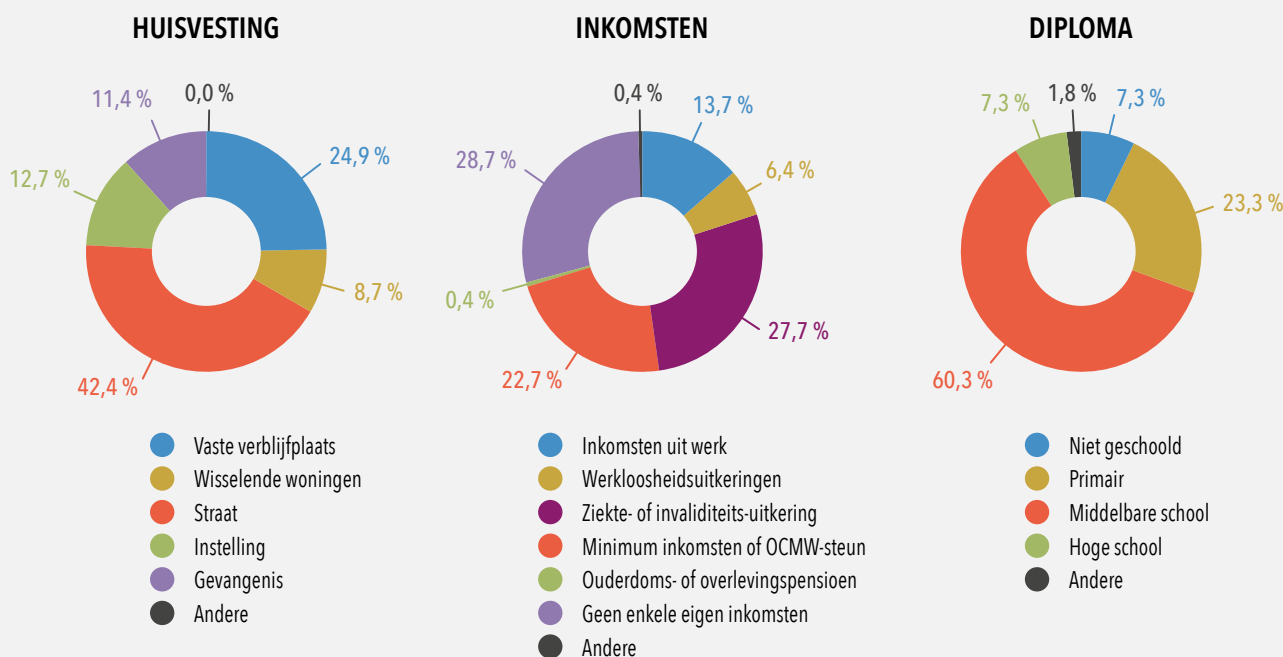
In 2024 zijn de meeste patiënten die een aanvraag voor behandeling hebben ingediend voor problematisch gebruik van crack als hoofdproduct mannen (84,8 %). De patiënten zijn voornamelijk tussen 25 en 54 jaar oud (86,1 %, waarvan 41,6 % tussen 35 en 44 jaar), met een gemiddelde leeftijd van 40,6 jaar (SD = 9,6, mediaanleeftijd = 40 jaar). Over het algemeen vertonen deze patiënten vaak kwetsbaarheden op sociaaleconomisch vlak. Zo woont minder dan een kwart van de aanvragers in een vaste verblijfplaats (24,9 %), meer

dan een derde woont op straat (42,4 %) en het laatste derde deel woont in een instelling (12,7 %), in de gevangenis (11,4 %) of in wisselende woningen (8,7 %). De meerderheid van de patiënten leeft van een vervangingsinkomen, zoals een ziekte- of invaliditeitsuitkering (27,7 %), een minimuminkomen of bijstand van het OCMW (22,7 %), een werkloosheidsuitkering (6,4 %) of heeft geen eigen inkomsten (28,7 %). Ten slotte hebben de meeste van deze patiënten niet meer dan middelbaar onderwijs genoten (90,9 %). Slechts een minderheid volgt nog een opleiding/opleiding (0,4 %) of is met pensioen (0,7 %).

PROFIEL VAN DE AANVRAGEN

In 2024 had slechts een kwart (22,4 %) van de patiënten die een aanvraag voor behandeling hadden ingediend voor een probleem met crack als hoofdproduct, geen therapeutische voorgeschiedenis. De overgrote meerderheid van de patiënten is op eigen initiatief in behandeling (81 %), waarschijnlijk omdat crackgebruikers bijzonder zwaar worden getroffen door hun gebruik en in zeer precare omstandigheden leven, en vaak worden opgevangen door

Figuur 9: Verdeling (in %) van de kenmerken van huisvesting, inkomsten en opleidingsniveau van patiënten die worden behandeld voor een probleem met crack als hoofdproduct in de gespecialiseerde diensten van het Brussels Gewest, 2024



Bron: Sciensano – Analyse en lay-out: Eurotox

laagdrempelige structuren die hen meer algemene hulp bieden in verband met hun situatie. Slechts een minderheid van de patiënten werd doorverwezen via een andere dienst (medisch, psychologisch of sociaal – 11,6 %), een naaste (4 %) of justitie (3,2 %). Bijna de helft van de patiënten wordt opgevangen in laagdrempelige centra (42 %), meer dan een derde in residentiële centra (35,4 %) en bijna een kwart in ambulante voorzieningen (22,6 %).

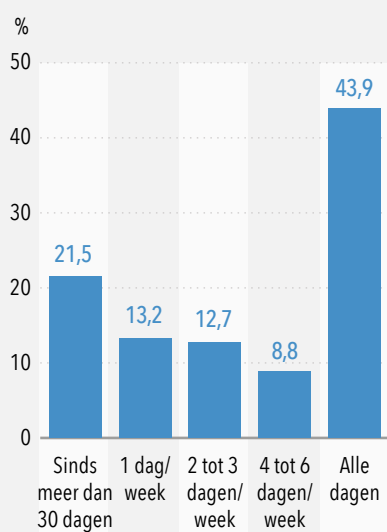
VERBRUIKSPROFIEL

De gemiddelde leeftijd waarop voor het eerst crack wordt gebruikt, is 25,5 jaar (SD = 9,2, mediane leeftijd = 24 jaar), maar deze eerste consumptie varieert sterk per patiënt (tussen 12 en 52 jaar). De meerderheid van de patiënten (78,5 %) gaf aan crack te gebruiken op het moment dat ze de behandelingsvraag indienden, en bijna de helft (43,9 %) gaf aan dit dagelijks te doen (Figuur 10). Ongeveer een op de vijf (21,5 %) gaf aan de afgelopen 30 dagen abstinente te zijn geweest.

De meest gebruikte consumptiemethode is inhaleren (98,1 %). En 11,9 % van de patiënten verklaarde minstens één keer in hun leven te hebben geïnjecteerd (zie Tabel 2).

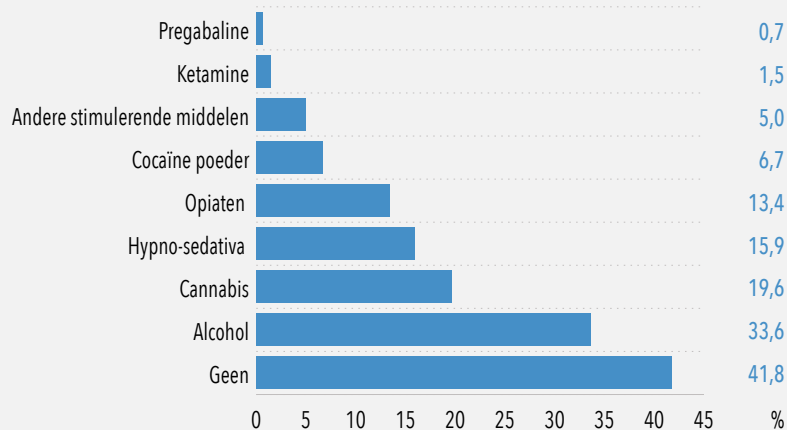
Van de patiënten die behandeling zoeken voor een problematisch gebruik van crack, geeft een meerderheid (58,2 %) aan ook een problematisch gebruik van andere middelen te hebben (Figuur 11), meestal alcohol (33,6 %), cannabis (19,6 %), hypno-sedativa (15,9 %) en opiaten (13,4 %). Alcoholgebruik komt veel voor bij cocaïne-/crackgebruikers omdat het de euforische effecten versterkt en verlengt. Deze combinatie verhoogt echter het cardiovasculaire risico door de productie van een actieve metabooliet (cocaethyleen) die bijzonder cardiotoxisch is (zie bijvoorbeeld Bunn & Giannini, 1992; Zucoloto *et al.*, 2020). Het gebruik van hypno-sedativa, cannabis en opiaten vermindert de door cocaïne veroorzaakte psychofysiologische opwinding wanneer de gebruiker tot rust wil komen (bijvoorbeeld om in slaap te vallen).

Figuur 10: Verdeling (in %) van de frequentie van het crackgebruik tijdens de laatste 30 dagen bij patiënten behandeld in gespecialiseerde diensten in het Brussels Gewest, 2024



Bron: Sciansano – Analyse en lay-out: Eurotox

Figuur 11: Polydrugsgebruik bij patiënten die crackcocaïne identificeren als hun belangrijkste drug in gespecialiseerde diensten in het Brussels Gewest, 2024



Bron: Sciansano – Analyse en lay-out: Eurotox



5.2.2. COCAÏNE IN POEDER

SOCIODEMOGRAFISCH PROFIEL

In 2024 zijn de meeste patiënten die een aanvraag voor behandeling hebben ingediend voor problematisch cocaïnegebruik (poeder) als hoofdproduct mannen (77 %). De patiënten zijn over het algemeen tussen 25 en 54 jaar oud (86,2 %; 43,9 % tussen 35 en 44 jaar). Meer dan de helft van de patiënten woont in een vaste verblijfplaats (65,3 %). De andere helft verdeelt zich over het leven in een instelling (5,6 %), op straat (12,9 %), in wisselende woningen (5,6 %), en één op de tien patiënten zat in de maand voorafgaand aan het indienen van de aanvraag in de gevangenis (10,5 %). Bijna een derde van de patiënten ontvangt inkomsten uit arbeid (31,4 %) of een vervangingsinkomen, zoals een ziekte- of invaliditeitsuitkering

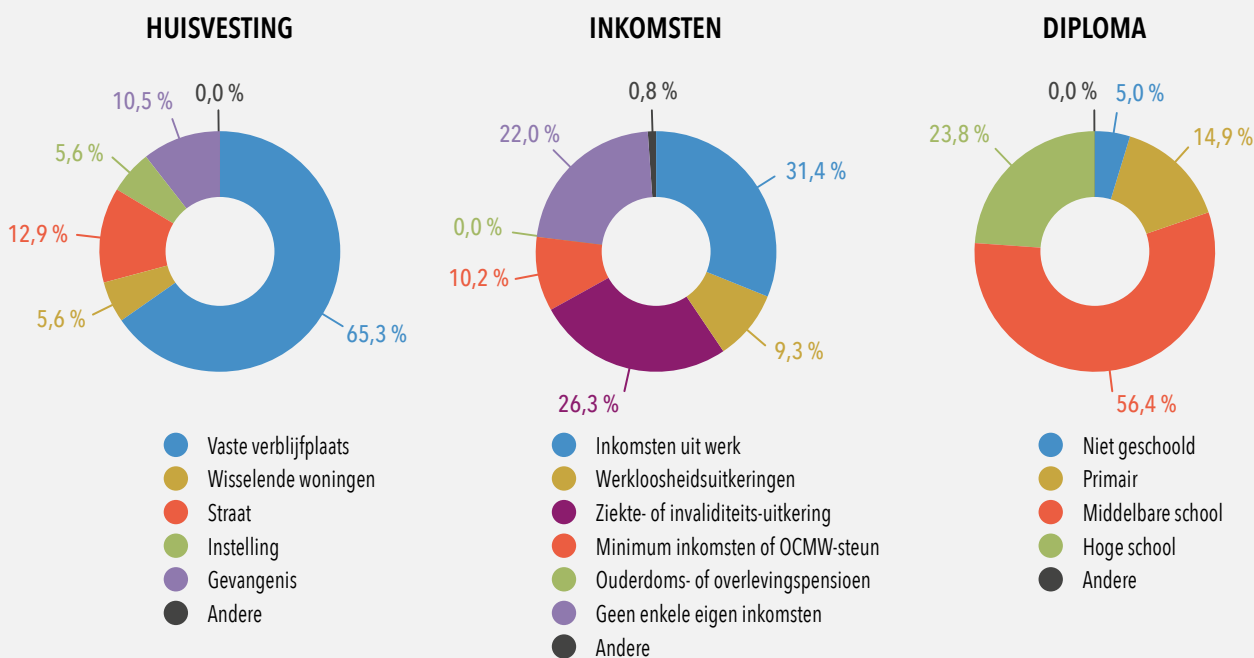
(26,3 %), een minimuminkomen of bijstand van het OCMW (10,2 %), of, in zeldzamere gevallen, een werkloosheidsuitkering (6,3 %). Ongeveer één op de vijf patiënten heeft geen eigen inkomen (22 %). Ten slotte hebben de meeste patiënten die in behandeling zijn voor problematisch cocaïnegebruik in poeder als hoofdproduct niet meer dan het niveau van de middelbare school bereikt (76,3 %). Een minderheid van de patiënten studeert/ volgt nog een opleiding (3,2 %) of is met pensioen (2,1 %).

Hoewel deze groep ook sociaaleconomische kwetsbaarheden vertoont, is zij over het algemeen minder kwetsbaar dan de groep die behandeling zoekt voor een probleem met crack als hoofdproduct. Dit kan zowel worden verklaard door het feit dat deze twee producten niet hetzelfde type gebruikers aantrekken, als door de bijzonder schadelijke impact van crack op de economische en sociale situatie van de gebruikers.

PROFIEL VAN DE AANVRAGEN

In 2024 had van de patiënten die een aanvraag hadden ingediend voor behandeling van een cocaïneprobleem (in poeder) als hoofdproduct, had de helft (52,3 %) geen therapeutische voorgeschiedenis, wat sterk verschilt van wat werd waargenomen bij patiënten in behandeling voor problematisch crackgebruik, waar een therapeutische voorgeschiedenis veel vaker voorkomt. De helft van de patiënten is op eigen initiatief in behandeling (49,6 %), terwijl iets meer dan een kwart (26,9 %) is doorverwezen via een andere dienst (medisch, psychologisch of sociaal). Slechts een minderheid van de patiënten is in behandeling op aandringen van een naaste (13 %) of van justitie (8,9 %). Het merendeel van de behandelingen vindt plaats in ambulante voorzieningen (61,7 %), terwijl behandelingen voor dit product aanzienlijk minder vaak plaatsvinden in laagdrempelige centra (24,2 %) en vooral in residentiële centra (14,1 %).

Figuur 12: Verdeling (in %) van de kenmerken huisvesting, inkomen en opleidingsniveau van patiënten behandeld voor een cocaïneprobleem in poeder als belangrijkste product in de gespecialiseerde diensten in het Brussels Gewest, 2024



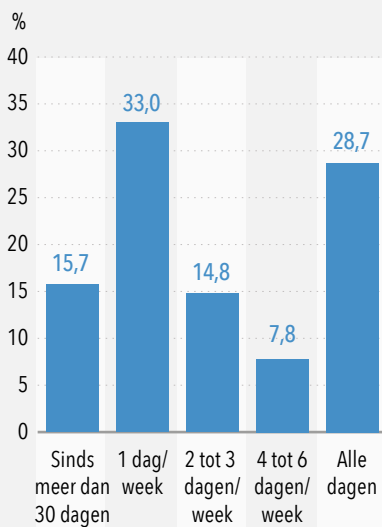
Bron: Sciensano – Analyse en lay-out: Eurotox

VERBRUIKSPROFIEL

De gemiddelde leeftijd waarop voor het eerst cocaïne in poedervorm wordt gebruikt, is 25,5 jaar (SD = 9,5, mediane leeftijd = 22 jaar). De meerderheid van de patiënten (88,3 %) gaf aan dit product te gebruiken op het moment dat ze de behandelingsvraag indienden, en iets meer dan een kwart (28,7 %) gaf aan het dagelijks te gebruiken. Slechts een klein deel van de patiënten (15,7 %) gaf aan het de afgelopen 30 dagen niet te hebben gebruikt (Figuur 13). De meest voorkomende consumptiemethode voor cocaïne in poedervorm is snuiven/inademen (88,5 %), maar één op de tien patiënten (9,8 %) geeft de voorkeur aan injecteren. Bovendien geeft 11,8 % van de patiënten aan minstens één keer in hun leven te hebben geïnjecteerd (Tabel 3).

Iets meer dan de helft (55,5 %) van de patiënten die behandeld werden voor problematisch cocaïnegebruik meldde ook problematisch gebruik van andere middelen, meestal alcohol (32 %), cannabis (21,9 %) of hypno-sedativa. (9,4 %).

Figuur 13: Verdeling (in %) van de frequentie van cocaïnegebruik (in poeder) in de afgelopen 30 dagen bij patiënten die worden behandeld in gespecialiseerde diensten in het Brussels Gewest, 2024



Bron: Sciensano – Analyse en lay-out: Eurotox

5.2.3. OPMERKELIJKE EVOLUTIES OVER DE PERIODE 2015-2024

Zoals we al hebben aangegeven, is het percentage patiënten dat behandeling vraagt voor cocaïne als hoofdproduct tussen 2015 en 2024 bijna verdubbeld (stijging van 92,9 %), terwijl het aantal vermeldingen cocaïne als bijproduct stabiel is gebleven (schommelend rond 18 %). Figuur 15 laat duidelijk zien dat deze stijging uitsluitend te verklaren is door de toename van het aantal patiënten in behandeling voor problematisch crackgebruik (stijging van 301,9 %), terwijl het aantal patiënten dat een behandeling heeft aangevraagd voor problematisch cocaïnegebruik in poedervorm in de loop van de tijd relatief stabiel is gebleven.

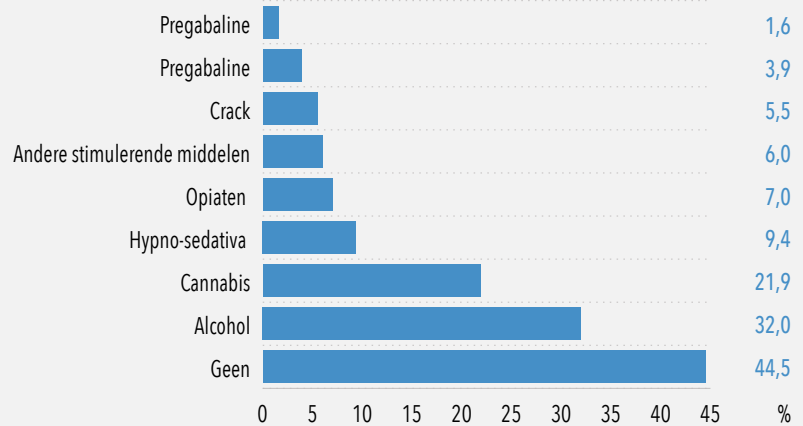
Het aandeel vrouwen daalt bij patiënten die worden behandeld voor problematisch gebruik van crack als hoofdproduct (het daalde van 25 % naar 15,3 % tussen 2015 en 2024), terwijl het stabiel blijft voor cocaïne in poedervorm. Deze daling wordt waargenomen en is sinds 2018 gestabiliseerd. Ook de leeftijd van deze patiënten stijgt: de gemiddelde leeftijd is tussen 2015 en 2024 gestegen van 35,3 jaar naar 40,7 jaar, terwijl deze stabiel is gebleven bij gebruikers van cocaïne in poedervorm. In deze periode zien we ook een toename van de kwetsbaarheid van de populatie die behandeling vraagt

voor een crackprobleem. Het percentage patiënten met een vaste verblijfplaats en een inkomen uit arbeid is namelijk sterk gedaald tussen 2015 (respectievelijk 49,5 % en 31,1 %) en 2024 (respectievelijk 24,9 % en 13,7 %). Omgekeerd is het percentage patiënten dat op straat leeft gestegen (14,4 % in 2015 tegenover 42,4 % in 2024), evenals het percentage patiënten zonder eigen inkomen (13,3 % in 2015 tegenover 28,7 % in 2024). Patiënten die worden behandeld voor problematisch crackgebruik worden ook steeds vaker behandeld in laagdrempelige instellingen (26 % in 2015 tegenover 42 % in 2024). Er is daarentegen geen verandering in het opleidingsniveau waarneembaar. Bij gebruikers van cocaïne in poedervorm is er geen significante evolutie waarneembaar op het vlak van de sociaal-demografische variabelen.

De tendens tot precariseren van crackgebruikers is waarschijnlijk het gevolg van twee fenomenen: 1) de grotere beschikbaarheid van crack op straatniveau¹⁵ zou leiden tot een toename van het gebruik ervan onder kwetsbare groepen die in contact staan met het straatmilieu (bijv. daklozen, rondzwervende jongeren,

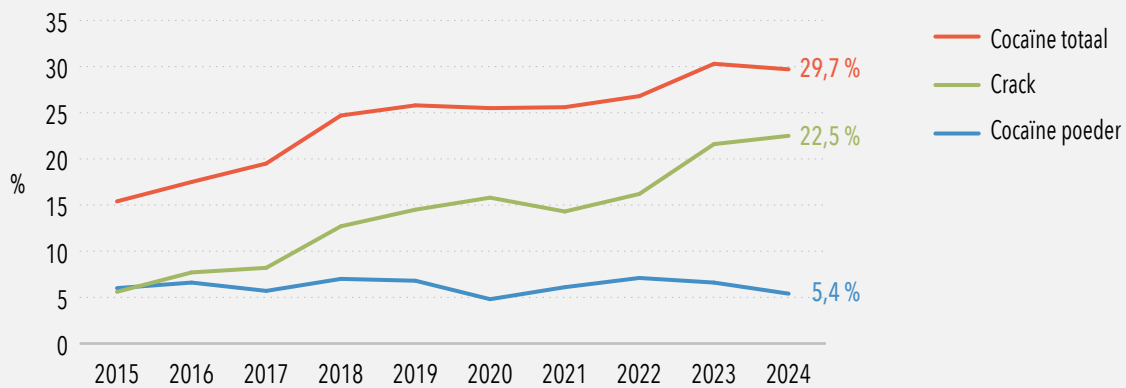
¹⁵ Jarenlang waren crackgebruikers gewend om hun eigen crack te maken van cocaïne en ammoniak of natriumbicarbonaat, een proces dat 'basage' wordt genoemd. Hoewel deze praktijk nog steeds bestaat onder gebruikers, worden er op straat nu ook kant-en-klare "kiezels" verkocht, wat het voor mensen in precare situaties die in contact komen met de straatmarkt gemakkelijker kan maken om voor het eerst te gebruiken.

Figuur 14: Polydrugsgebruik bij patiënten die poedercocaïne als hun belangrijkste drug aangeven in gespecialiseerde diensten in het Brussels Gewest, 2024



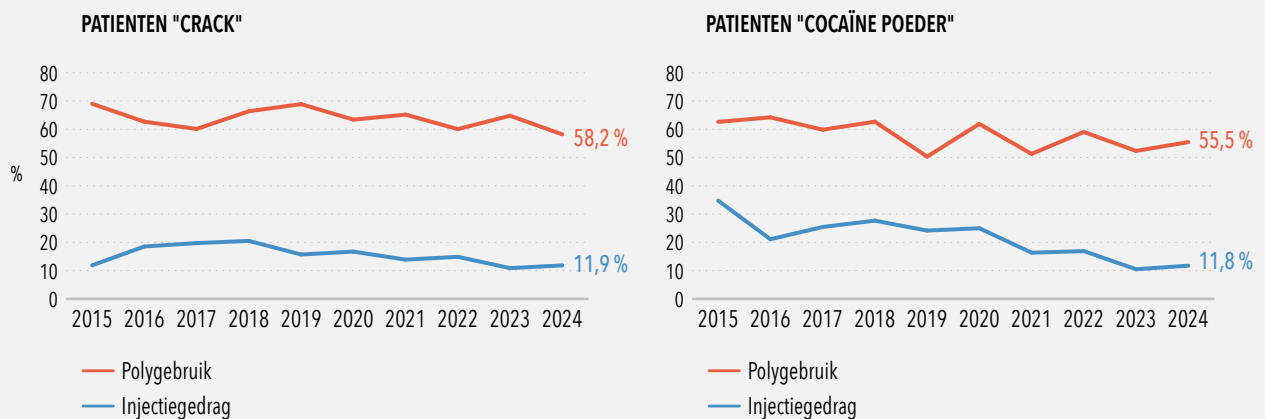
Bron: Sciensano – Analyse en lay-out: Eurotox

Figuur 15: Evolutie van het percentage patiënten dat behandeling vraagt voor problematisch gebruik van crack en cocaïne in poedervorm¹⁶ als hoofdproduct in de gespecialiseerde diensten van het Brussels Gewest, 2015-2024.



Bron: Sciensano – Analyse en lay-out: Eurotox

Figuur 16: Evolutie in de prevalentie van ooit injecteren en problematisch polydruggebruik bij patiënten die behandeling zoeken voor crackcocaïne en poedercocaïne als hun belangrijkste drug in gespecialiseerde diensten in het Brussels Gewest, 2015-2024



Bron: Sciensano – Analyse en lay-out: Eurotox

illegalen); 2) crack is zeer verslavend en duur bij chronisch compulsief gebruik, waardoor veel gebruikers in een steeds precairdere situatie terechtkomen (verlies van baan en inkomen, verlies van woning).

Er zijn tegenstrijdige trends waarneembaar in de behandelingsgeschiedenis: het aantal eerste aanvragen daalt tot op het randje significant te zijn voor crack (33,3 % in 2015 tegenover 22,4 % in 2024), terwijl het aantal eerste aanvragen voor cocaïnepoeder stijgt (38,3 % in 2015 tegenover 52,3 % in 2024). Dit patroon zou een weerspiegeling kunnen zijn van de

volgende ontwikkelingen: het gebruik van crack verspreidt zich meer onder kwetsbare bevolkingsgroepen, waarbij het moeilijker is om een behandeling op te zetten die langdurige onthouding of herstel van de controle over het gebruik mogelijk maakt, waardoor de persoon niet opnieuw voor behandeling hoeft te worden doorverwezen. Het gebruik van cocaïne in poedervorm neemt toe onder de algemene bevolking in Brussel (zie Gisle & Maetens, 2025). Hoewel dit niet leidt tot een toename van het aantal behandelingsaanvragen (zie supra, zie ook Antoine, 2024, voor de situatie in België), is het mogelijk dat de toename van het cocaïnegebruik gevolgen heeft voor problematisch gebruik, dat nu ook nieuwe doelgroepen treft die minder vaak

een voorgeschiedenis van problematisch gebruik en behandeling hebben.

Ten slotte zien we een daling in het gebruik van injecties bij gebruikers van cocaïne (in poedervorm) als hoofdproduct (34,8 % in 2015 tegenover 11,8 % in 2024), wat niet het geval is bij crackgebruikers, waar het gebruik stabiel is gebleven (Figuur 16). Het aandeel van problematisch polygebruik is in deze periode relatief stabiel gebleven, zowel bij patiënten die in behandeling zijn voor problematisch gebruik van cocaïnepoeder als bij crackgebruikers (Figuur 16).

¹⁶ De categorie "totaal cocaïne" omvat cocaïnepoeder, crack en gevallen waarin het type cocaïne dat is gebruikt niet is gespecificeerd.



5.3. OPIATEN

Opiaten¹⁷ vormen, na alcohol en cocaïne, de derde productklasse die het vaakst als hoofdproduct wordt vermeld door patiënten die in 2024 een aanvraag voor behandeling hebben ingediend bij de verslavingszorgcentra in het Brussels Gewest. Deze productklasse wordt door 11 % van de patiënten (n=263) als hoofdproduct vermeld. Het merendeel van de aanvragen waarin een opiaat als hoofdproduct wordt vermeld, heeft betrekking op problematisch heroïnegebruik (73,7 %, n=194) of, in veel mindere mate, methadongebruik (13,3 %, n=32)¹⁸.

17 Productklasse die heroïne, methadon, buprenorfine, morfine en synthetische opioïden zoals oxycodon, tramadol en fentanyl omvat.
 18 De andere gevallen hebben betrekking op problematisch gebruik van een niet nader gespecificeerd opiaat (8,7 %, n=23) of een ander opiaat zoals buprenorfine (4,9 %, n=13), tramadol (2,7 %, n=7) of opnieuw opium (n=1).

SOCIODEMOGRAFISCH PROFIEL

In 2024 zijn de meeste patiënten die een aanvraag voor behandeling hebben ingediend voor problematisch gebruik van opiaten als hoofdproduct mannen (88,2 %). De patiënten zijn over het algemeen tussen de 35 en 54 jaar oud (66,8 %), met een gemiddelde leeftijd van 44,2 jaar (SD=9,6, mediaan leeftijd = 43 jaar). Dit is een van de productklassen waarin het aandeel vrouwen het kleinst is.

Over het algemeen vertonen personen die een aanvraag voor behandeling hebben ingediend voor een probleem met opiaten als hoofdproduct vaak kwetsbaarheden op sociaaleconomisch vlak. Zo woont minder dan de helft van de aanvragers in een vaste verblijfplaats (48,2 %), terwijl een niet te verwaarlozen deel op straat (17,1 %), in een instelling (19,1 %), in wisselende woningen (9,3 %) of in de gevangenis (5,1 %) woont. De meerderheid van de patiënten leeft van een vervangingsinkomen, zoals een ziekte- of invaliditeitsuitkering (34 %), een minimuminkomen of bijstand van het OCMW (17,4 %), een werkloosheidsuitkering (4,3 %), of heeft zelfs geen eigen inkomen (20,4 %). Ten slotte hebben de meeste van deze patiënten niet meer dan middelbaar

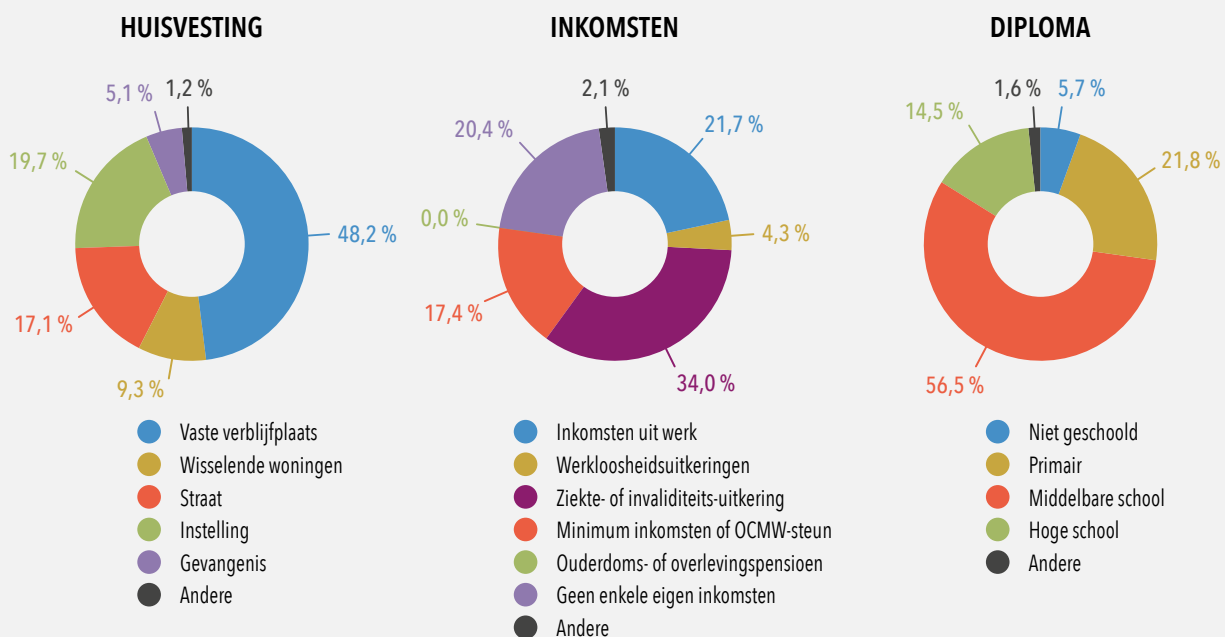
onderwijs genoten (84 %). Een minderheid van de patiënten studeert nog of volgt een opleiding (1 %) en geen van hen is gepensioneerd.

PROFIEL VAN DE AANVRAGEN

In 2024 had slechts een minderheid (11,5 %) van de patiënten die een aanvraag hadden ingediend voor een behandeling voor een probleem met opiaten als hoofdproduct geen therapeutische voorgeschiedenis. Van de patiënten met een therapeutische voorgeschiedenis had de overgrote meerderheid (95,5 %) al een substitutiebehandeling ondergaan, meestal een agonistische behandeling van de opioïde receptoren op basis van methadon (88,3 %) of buprenorfine (11,7 %), een behandeling die gemiddeld werd gestart toen de patiënten 30 jaar oud waren. Er verstreken gemiddeld 6 jaar tussen het eerste gebruik van opiaten en de start van de behandeling met opioïde-agonisten bij patiënten die al eerder een behandeling hadden ondergaan.

Opiaten zijn veruit het belangrijkste bestanddeel waarvoor het percentage patiënten met een therapeutische voorgeschiedenis het grootst is. Deze

Figuur 17: Verdeling (in %) van de kenmerken van de huishoudens, het inkomen en het opleidingsniveau van de patiënten die in de gespecialiseerde diensten in het Brussels Gewest worden behandeld voor een opiaatprobleem als belangrijkste product, 2024



Bron: Sciensano – Analyse en lay-out: Eurotox

vaststelling kan worden verklaard door vier factoren die elkaar niet uitsluiten: 1) het verslavende profiel van dit type stof (dat zowel psychische als fysieke verslaving kan veroorzaken) verhoogt het risico op het ontwikkelen van een ernstige verslaving met belangrijke gevolgen; 2) er bestaan vervangende behandelingen voor opiaatverslaving, die zowel in gespecialiseerde (medische) diensten als bij huisartsen beschikbaar zijn, terwijl voor

andere producten dergelijke behandelingen niet beschikbaar zijn; 3) heroïnegebruikers hebben vaak psychosociale en economische kwetsbaarheden, waardoor het moeilijker is om abtinent te blijven, de behandeling met opioïde-agonisten correct te gebruiken of terug te keren naar een gebruik zonder bijkomende stoornissen; 4) er lijkt momenteel sprake te zijn van een geringere vernieuwing van de populatie van opiaatgebruikers en met

name heroïnegebruikers in de algemene bevolking. Deze hypothese wordt bevestigd door het feit dat de populatie van patiënten die opiaten als hoofdproduct gebruiken en die in de gespecialiseerde verslavingszorg in Brussel worden behandeld, in de periode 2015-2024 aanzienlijk is vergrijsd (+6,2 jaar; zie hieronder).

HET PROBLEMATISCH GEBRUIK VAN OPIOÏDE MEDICIJNEN: EEN ONDERGEDIAGNOSTICEERD FENOMEEN?

Volgens gegevens van Pharmanet over de algemene bevolking is het aantal personen dat in België een terugbetaald voorschrift (buiten ziekenhuisapotheken) voor een opioïde van niveau 2 of 3 heeft gekregen (volgens de pijnbestrijdingsschaal van de WHO) bijna verdubbeld tussen 2005 en 2024, van 573.104 patiënten tot 1.129.250 (wat nu overeenkomt met ongeveer 10 % van de Belgische bevolking). Het meest voorgeschreven opioïde in België is veruit tramadol¹⁹, en geneesmiddelen op basis van tramadol zijn het meest betrokken bij deze stijging: in 2005 kregen 343.368 patiënten een recept voor tramadol, tegenover 773.241 in 2024 (meer dan het dubbele), en wat geneesmiddelen op basis van tramadol en paracetamol betreft, kregen 137.804 patiënten een voorschrift in 2005, tegenover 389.201 in 2024 (bijna een verdrievoudiging). Het aantal patiënten dat een voorschrift voor fentanyl kreeg, steeg van 39.367 in 2005 tot 66.976 in 2024, bijna een verdubbeling. Maar de meest spectaculaire stijging is te zien in het aantal patiënten dat een recept voor oxycodon kreeg, dat steeg van 2.713 in 2007 tot 87.711 in 2024 (ofwel 32 keer meer). Het aantal dagelijkse gedefinieerde doses (DDD)²⁰ opioïden dat werd afgeleverd, is in deze periode uiteraard ook gestegen, van 40.600.703 doses in 2005 tot 64.248.411 in 2024 voor heel België (ofwel gemiddeld 57 DDD per patiënt per jaar). In het Brussels Gewest was het aantal gedefinieerde dagelijkse doses van voorgeschreven opiaten 4.162.207 in 2024.

In de wetenschappelijke literatuur wordt geschat dat tussen 8 % en 12 % van de patiënten die opioïden voorgeschreven krijgen, verslaafd raken (Vowles *et al.*, 2015). Hoewel sommige vormen van verslaving relatief beperkt zijn en geen spectaculaire gevolgen hebben voor het leven van de patiënt (waardoor ze ook minder opvallen voor gezondheidswerkers), herinneren de Noord-Amerikaanse excessen ons eraan hoe waakzaam we moeten zijn ten aanzien van het verslavende karakter van deze geneesmiddelen, met name fentanyl en oxycodon. Momenteel is het aantal patiënten dat in de gespecialiseerde diensten van het Brussels Gewest wordt behandeld voor een probleem met opioïden als hoofdproduct echter bijzonder beperkt, als we het misbruik van opioïde-agonisten buiten beschouwing laten. Zo hebben in 2024 slechts 13 patiënten aangegeven een problematisch gebruik te hebben van dit type geneesmiddelen als hoofdproduct (meestal tramadol), wat

overeenkomt met 0,5 % van alle patiënten en 4,9 % van de patiënten die een problematisch gebruik van opiaten als hoofdproduct hebben gemeld. Deze percentages zijn stabiel gebleven in de periode 2015-2024²¹.

Wanneer we de analyse uitbreiden naar alle problematische producten (zowel hoofd- als bijproduct), is het percentage vermeldingen van opioïde medicijnen nauwelijks hoger dan wanneer we ons alleen richten op het hoofdproduct (0,75 % van alle patiënten in 2024; 4,6 % van de patiënten in behandeling voor problematisch gebruik van opiaten als hoofdproduct). Deze percentages zijn ook relatief stabiel in de tijd, behalve in 2022, toen het percentage vermeldingen 8,9 % bedroeg bij patiënten in behandeling voor problematisch gebruik van opiaten als hoofdproduct).

Het is natuurlijk mogelijk dat dit problematische gebruik wordt aangewakkerd door de handel in opioïden op de zwarte markt, aangezien dit product kan dienen als noodoplossing wanneer heroïne moeilijker of beperkt verkrijgbaar is, maar we kunnen niet uitsluiten dat sommige patiënten een problematisch gebruik of zelfs een medicijnverslaving hebben ontwikkeld op basis van officiële voorschriften. Bovendien is het mogelijk dat gespecialiseerde verslavingszorg niet het type dienst is dat de meeste behandelingsaanvragen in verband met een drugsverslaving 'opvangt', of dat deze verslaving momenteel ondergediagnosticeerd is. In het geval van geneesmiddelenverslaving van benzodiazepinen blijkt uit de nieuwe regeling voor geleidelijke ontwenning, die in februari 2023 is ingevoerd, dat geneesmiddelenverslaving van dit type producten inderdaad vaker voorkomt dan de behandelingsaanvragen bij het TDI doen vermoeden, aangezien bijna 4000 patiënten al gebruikmaken van dit type ontwenningbegeleiding. Het is waarschijnlijk dat soortgelijke bevindingen kunnen worden geobjectiveerd voor opioïde medicijnen als op deze manier de start van behandelingen zou worden bevorderd^{22,23}.

-
- 21 Deze twee geneesmiddelen worden momenteel relatief weinig voorgeschreven in België, in vergelijking met andere moleculen zoals tramadol. Fentanyl is bovendien alleen voor het grote publiek verkrijgbaar in de vorm van een transdermale pleister, waardoor het risico op misbruik sterk wordt beperkt.
 - 22 Een mogelijke onderrapportage kan niet worden uitgesloten, aangezien bepaalde opioïden (bijv. tramadol, oxycodon) niet formeel voorkomen in de lijst van producten die in het TDI worden onderzocht. Ze worden namelijk alleen meegeteld op basis van spontane vermeldingen in de categorie "andere producten".
 - 23 <https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/plan-laquo-sevrage-benzodiazepines-nbsp-raquo-nbsp-3700-nbsp-patients-ont-commence-depuis-le-mois-de-mars-2023.html>

.....

19 Dit molecuul werd vóór die periode niet in België op de markt gebracht.

20 De DDD (of Defined Daily Dose) is een gestandaardiseerde eenheid die overeenkomt met de gemiddelde onderhoudsdosis per dag voor een geneesmiddel dat wordt gebruikt voor de belangrijkste indicatie bij volwassenen.

De overgrote meerderheid van de patiënten is op eigen initiatief in behandeling (59,5 %) en een kwart (26,2 %) na doorverwijzing door een andere dienst (medisch, psychologisch of sociaal). Slechts een minderheid van de patiënten is in behandeling op aanvraag van een familielid (11,5 %) of justitie (1,6 %). De meeste patiënten worden behandeld in laagdrempelige centra (49,8 %) of poliklinische centra (34,2 %), minder vaak in residentiële voorzieningen (16 %).

VERBRUIKSPROFIEL

De gemiddelde leeftijd waarop voor het eerst opiaten worden gebruikt, is 24,8 jaar (SD = 8,9, mediane leeftijd = 23 jaar). De meerderheid van de patiënten (63,6 %) gaf aan opiaten te gebruiken op het moment dat ze de behandelingsvraag indienden, en bijna de helft (48,5 %) gebruikte ze dagelijks. Ten slotte gaf bijna een kwart van de patiënten (36,4 %) aan de afgelopen 30 dagen geen opiaten te hebben gebruikt. Dit kan worden verklaard door het feit dat de aanvraag niet systematisch gericht is op stabilisatie/vermindering of stopzetting van het gebruik, maar in een groot aantal gevallen ook op het handhaven van de onthouding (bijvoorbeeld door het

starten en voortzetten van een adequate substitutiebehandeling).

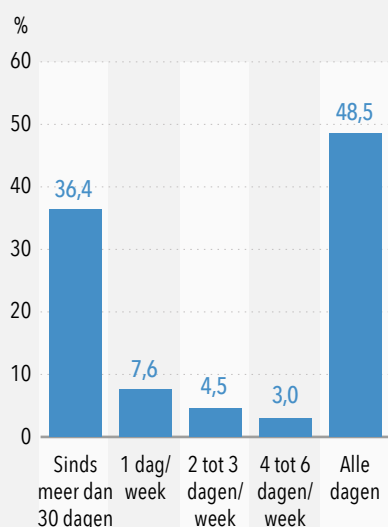
De meest gebruikte consumptiemethode onder patiënten is inhalatie (60,1 %), maar 9,9 % geeft aan hun product gewoonlijk via injectie te consumeren. Bijna de helft van de patiënten (38,7 %) geeft aan ooit in hun leven te hebben geïnjecteerd. Van hen zegt bijna de helft (42 %) ooit naalden te hebben gedeeld.

Ten slotte meldt meer dan de helft (55,9 %) van de patiënten die een aanvraag voor behandeling hebben ingediend voor een problematisch gebruik van opiaten, ook een problematisch gebruik van andere middelen, meestal crack (24 %), hypno-sedativa (20,5 %), alcohol (17,1 %), of nog cocaïne in poeder (12,9 %) of cannabis (10,3 %; **Figuur 19**). Het problematische gebruik van pregabaline wordt hier daarentegen zeer weinig gerapporteerd (4,2 %), terwijl de literatuur suggereert dat het hebben van een stoornis in verband met het gebruik van opiaten een belangrijke risicofactor op misbruik van pregabaline, aangezien dit product deze gebruikers psychologisch en somatisch voordeel lijkt te bieden (toegenomen sociabiliteit, vermindering van angst

en negatieve emoties, verbetering van het zelfvertrouwen, vermindering van ontwenningverschijnselen; Brennan & Van Hout, 2020; Evoy *et al.*, 2021). Wanneer we kijken naar het verband tussen problematisch gebruik van opiaten en pregabaline zonder rekening te houden met het al dan niet primaire karakter van het problematische gebruik, blijkt dat problematisch gebruik van pregabaline iets vaker wordt gemeld (bij 4,3 % in 2024 onder personen die melding maakten van problematisch gebruik van opiaten), maar in een vergelijkbaar percentage als bij patiënten die geen problematisch gebruik van opiaten hebben gemeld (3 %, $p > 0,1$). Problematisch gebruik van pregabaline wordt daarentegen aanzienlijk vaker gemeld door patiënten die in behandeling zijn voor problematisch gebruik van hypno-sedativa als hoofdproduct (9,5 % in 2024)²⁴.

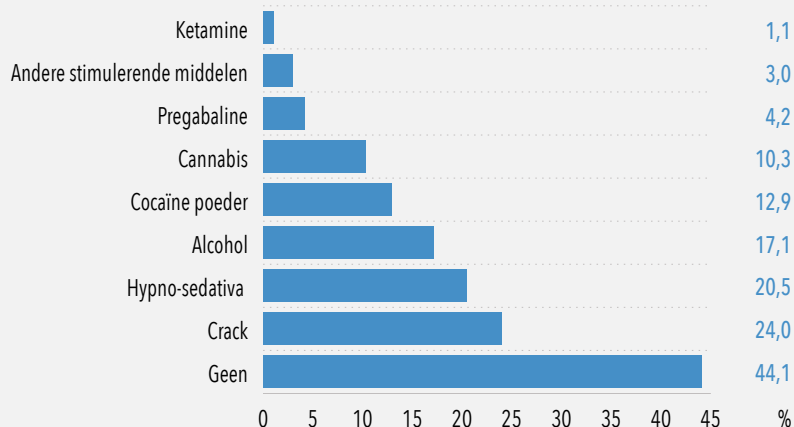
²⁴ Een mogelijke onderrapportage kan niet worden uitgesloten, aangezien dit product niet formeel voorkomt in de lijst van onderzochte producten in de TDI. Het wordt namelijk alleen geregistreerd op basis van spontane vermeldingen in de categorie "andere producten".

Figuur 18: Verdeling (in %) van de frequentie van opiaatgebruik in de afgelopen 30 dagen bij patiënten die worden behandeld in gespecialiseerde diensten in het Brussels Gewest, 2024



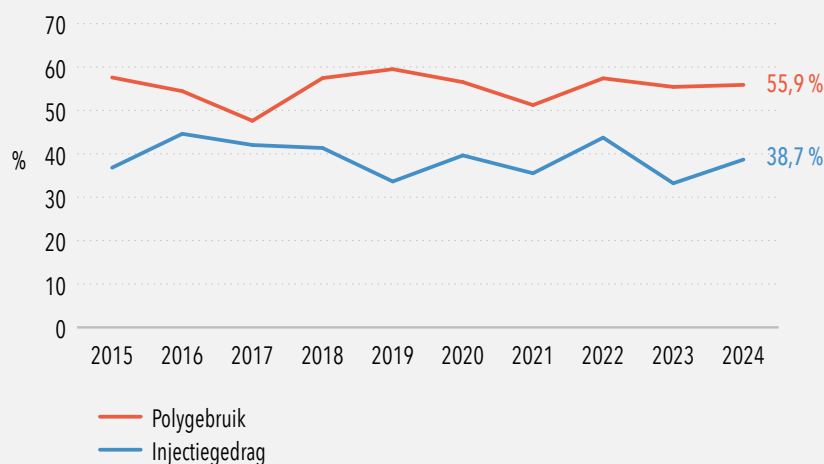
Bron: Sciensano – Analyse en lay-out: Eurotox

Figuur 19: Polydrugsgebruik bij patiënten die opiaten als hoofdproduct identificeren in gespecialiseerde diensten in het Brussels Gewest, 2024



Bron: Sciensano – Analyse en lay-out: Eurotox

Figuur 20: Evolutie van de prevalentie van injecteren tijdens het leven en problematisch polygebruik bij patiënten die een aanvraag hebben ingediend voor behandeling met opiaten als hoofdproduct in de gespecialiseerde diensten van het Brussels Gewest, 2015-2024



Bron: Sciansano – Analyse en lay-out: Eurotox

OPMERKELIJKE EVOLUTIES OVER DE PERIODE 2015-2024

Zoals reeds vermeld, is het aandeel patiënten dat een behandeling met opiaten als hoofdproduct aanvraagt, in de periode 2015-2024 aanzienlijk gedaald (daling van 164 %), terwijl het aantal vermeldingen van bijproducten stabiel is gebleven (rond 7 à 10 %). Het sociodemografisch profiel van de patiënten is stabiel gebleven in deze periode, evenals het profiel van de vraag. Er is echter een geleidelijke stijging van de leeftijd van de patiënten waarneembaar, die in deze periode is gestegen van 38 jaar naar 44,2 jaar. Deze bevindingen wijzen op een vergrijzing en een gebrek aan vernieuwing van de populatie van opiaatgebruikers. Wat het vraagprofiel betreft, zien we een toename van de ambulante zorg (23,3 % tegenover 34,2 %) in combinatie met een afname van de laagdrempelige zorg (59,9 % tegenover 49,8 %). Daarentegen zien we geen verandering in de variabelen met betrekking tot het gebruik (met name wat betreft injecteren en problematische polydruggebruik; zie [Figuur 20](#)).



5.4. CANNABIS

Cannabis is het vierde product dat het vaakst als hoofdproduct wordt genoemd door patiënten die in 2024 een aanvraag voor behandeling hebben ingediend bij de verslavingszorgcentra in het Brussels Gewest. Dit product wordt door 12,1 % van de patiënten als hoofdproduct genoemd (n=289).

SOCIODEMOGRAFISCH PROFIEL

In 2024 zijn de meeste patiënten die een aanvraag voor behandeling hebben ingediend voor problematisch cannabisgebruik als hoofdproduct mannen (83,9 %). De patiënten zijn over het algemeen jonger dan 45 jaar (86,2 %), met een gemiddelde leeftijd van 33,8 jaar (SD = 10,2, mediaanleeftijd = 33 jaar). Sociaaleconomische kwetsbaarheid komt iets minder vaak voor dan bij andere middelen. Zo woont de meerderheid van de aanvragers in een vaste verblijfplaats

(55,7 %) en woont slechts een klein deel op straat (5,9 %), in een instelling (6,6 %) of in wisselende woningen (4,2 %).

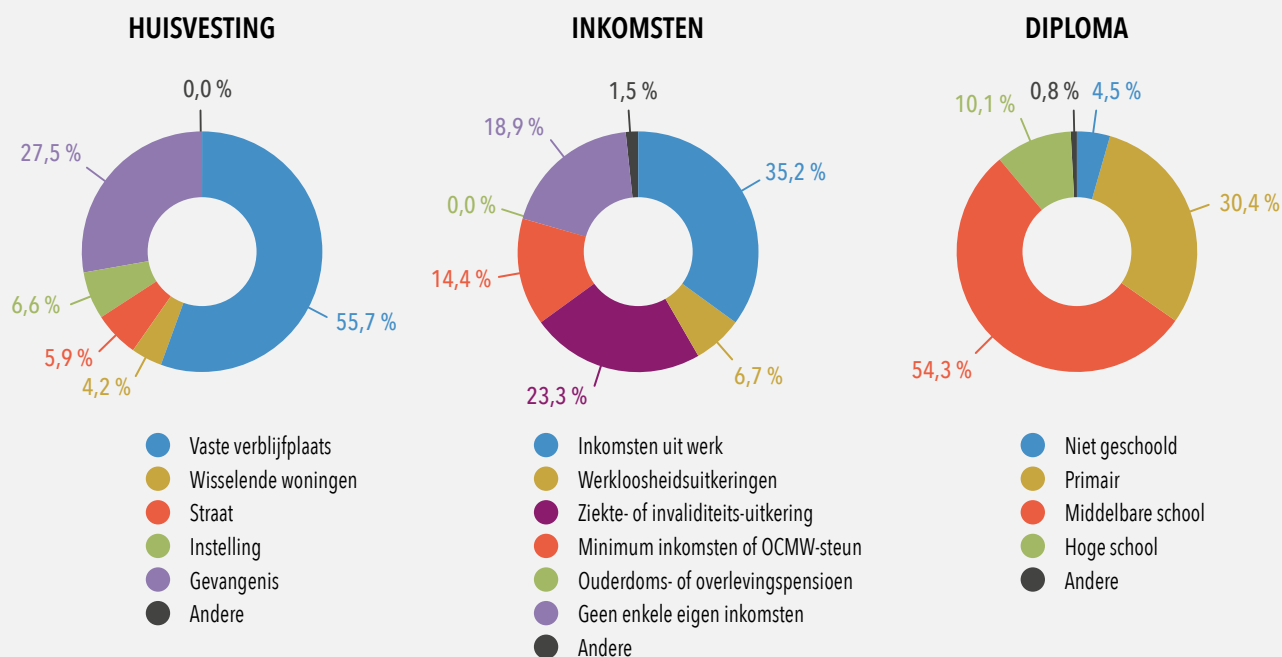
Daarentegen heeft een aanzienlijk deel van de patiënten in de 30 dagen voorafgaand aan de behandelingsvraag in de gevangenis verbleven (27,5 %)²⁵. We kunnen niet achterhalen of het problematische cannabisgebruik al vóór de gevangenschap bestond of zich in de gevangenis heeft ontwikkeld. Het gebruik van dit product in gevangenis is namelijk bijzonder hoog (zie Plettinckx *et al.*, 2023; Van Malderen, Pauwels, Walthoff-Borm, Glibert, & Todts, 2013²⁶), waarschijnlijk omdat het de gedetineerden mentale ontsnapping biedt en een middel is om verveling en negatieve gevoelens in verband met de levensomstandigheden tegen te gaan. In sommige gevallen kan het gaan om gedwongen hulp of behandeling in ruil voor strafvermindering. Uit een aanvullende analyse blijkt namelijk dat een vijfde (19,5 %) van de personen die in behandeling zijn voor problematisch gebruik van cannabis als hoofdproduct en recent in de gevangenis hebben gezeten, op aanvraag van justitie in behandeling zijn gekomen.

Ongeveer een derde van de patiënten (35,2 %) heeft inkomsten uit arbeid. Een niet te verwaarlozen deel van de patiënten leeft echter van een vervangingsinkomen, zoals een ziekte- of invaliditeitsuitkering (23,3 %), een minimuminkomen of bijstand van het OCMW (14,4 %), een werkloosheidsuitkering (6,7 %), of heeft geen eigen inkomen (18,9 %). Het ontbreken van inkomsten kan worden verklaard door het feit dat een klein deel

²⁵ Dit hoge percentage kan worden verklaard door het feit dat bepaalde diensten gespecialiseerd zijn in de behandeling en begeleiding van rechtsonderhorigen of gedetineerden om hun gezondheid te verbeteren en hun re-integratie na hun gevangenisstraf te vergemakkelijken. Een van deze diensten heeft sinds 2022 echter een aanzienlijke toename vastgesteld van het aantal behandelingen waarbij cannabis het belangrijkste product was. Het percentage patiënten dat cannabis als belangrijkste product noemde en aangaf de afgelopen 30 dagen in de gevangenis te hebben doorgebracht, lag in voorgaande jaren doorgaans tussen 5 en 10 %.

²⁶ Volgens deze monitoring van gezondheidsrisico's in verband met drugsgebruik in gevangenis, die in 2010 werd uitgevoerd bij een steekproef van gedetineerden in Belgische gevangenis, zou de helft van de gedetineerden (49,5 %) al cannabis hebben gebruikt tijdens hun leven, 32 % tijdens hun hechtenis, en 5,1 % zou pas in de gevangenis met cannabis zijn begonnen.

Figuur 21: Verdeling (in %) van de kenmerken van huisvesting, inkomen en opleidingsniveau van patiënten die worden behandeld voor een problematiek met cannabis als hoofdproduct in de gespecialiseerde diensten van het Brussels Gewest, 2024



Bron: Sciensano – Analyse en lay-out: Eurotox

van de patiënten nog studeert of een opleiding volgt (4,9 %) en door het relatief hoge percentage gedetineerden, zoals we al hebben vermeld. Het percentage patiënten dat hoger onderwijs heeft genoten, is relatief beperkt (10,1 %). Geen van de patiënten is gepensioneerd.

PROFIEL VAN DE AANVRAGEN

In 2024 heeft de meerderheid (69,7 %) van de patiënten die een aanvraag voor behandeling hebben ingediend voor problematisch gebruik van cannabis als hoofdproduct, geen therapeutische voorgeschiedenis, een percentage dat aanzienlijk hoger ligt dan bij andere producten. Het merendeel van de behandelingen voor problematisch cannabisgebruik als hoofdproduct vindt plaats in ambulante voorzieningen (83,4 %), aanzienlijk minder vaak in een laagdrempelige structuur (9,7 %) of residentiële structuur (6,9 %). De helft van de patiënten (49,3 %) gaf aan vrijwillig met de behandeling te zijn begonnen en een vijfde (17,4 %) na doorverwijzing door een andere dienst (medisch, psychologisch of sociaal). Het percentage patiënten dat op aanvraag van justitie in behandeling is, is relatief groot (19,3 %), vooral in

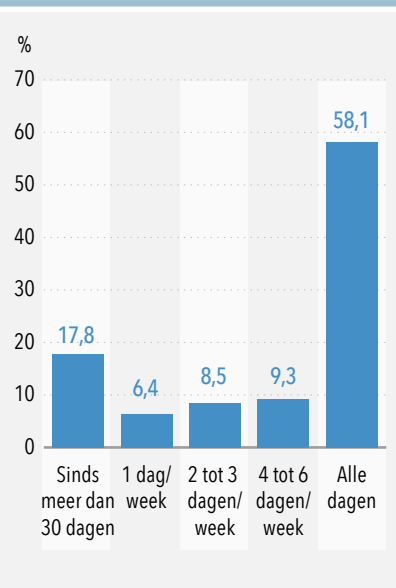
vergelijking met andere producten. Dit kan niet volledig worden verklaard door het hoge percentage gedetineerden onder de patiënten die worden behandeld voor cannabis als hoofdproduct, want wanneer we de behandelingen die zijn geregistreerd door de hulpdiensten voor gedetineerden/rechtsonderhorigen buiten beschouwing laten, blijft het percentage behandelingen op aanvraag van justitie nog steeds relatief hoog (14,8 %) en hoger dan voor andere producten. Een andere hypothese zou kunnen zijn dat justitie de neiging heeft om therapeutische behandeling op te leggen aan (jonge) gebruikers die op heterdaad betrappt zijn op gebruik in de openbare ruimte, of om bij jonge rechtsonderhorigen de voorkeur te geven aan behandeling als probatiemaatregel. Deze hypothese wordt bevestigd door het feit dat het percentage behandelaansvragen vanuit justitie bijzonder hoog is bij jonge patiënten die worden behandeld voor problematisch cannabisgebruik (30 % bij jongeren onder de 25 jaar en 24,2 % bij jongeren tussen 25 en 34 jaar), een fenomeen dat veel minder vaak wordt waargenomen bij andere middelen.

VERBRUIKSPROFIEL

De gemiddelde leeftijd waarop voor het eerst cannabis wordt gebruikt, is 17,5 jaar (SD = 6,6, mediane leeftijd = 16 jaar). De overgrote meerderheid van de patiënten (82,2 %) gaf aan actief te zijn op het moment dat ze de behandelingsvraag indienden, en meer dan de helft (58,1 %) gaf aan dagelijks te gebruiken. Het favoriete gebruik onder patiënten is, niet geheel verrassend, inhaleren/roken (98,6 %). Het lage percentage patiënten dat op het moment van de behandeling abstinent was (vooral in vergelijking met andere middelen) is waarschijnlijk een gevolg van het feit dat de behandeling voornamelijk ambulante is, terwijl kuren en nazorg (waarbij abstinentie verplicht is) eerder voorbehouden zijn aan de behandeling van stoornissen die verband houden met het gebruik van andere middelen.

Ten slotte meldt slechts een derde (34,3 %) van de patiënten die een aanvraag voor behandeling hebben ingediend voor een problematisch cannabisgebruik, ook een problematisch gebruik van andere middelen, meestal alcohol (21,1 %) en in mindere mate hypno-sedativa (6,6 %), cocaïne in poeder (5,9 %) en crack (5,2 %; zie Figuur 23).

Figuur 22: Verdeling (in %) van de frequentie van cannabisgebruik in de afgelopen 30 dagen bij patiënten die worden behandeld in gespecialiseerde diensten in het Brussels Gewest, 2024



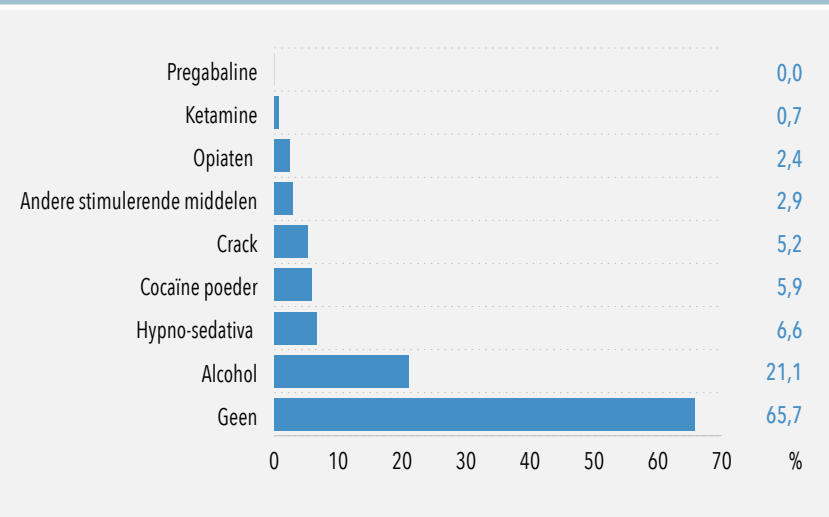
Bron: Sciensano – Analyse en lay-out: Eurotox

OPMERKELIJKE EVOLUTIES OVER DE PERIODE 2015-2024

Het percentage patiënten dat behandeling voor cannabis als hoofdproduct aanvraagt, blijft stabiel in de periode 2015-2024, net als het percentage patiënten dat cannabis als bijproduct vermeldt. Het percentage vrouwen is in deze periode gestegen (van 9,5 % naar 16,1 %), maar deze ontwikkeling is statistisch gezien niet significant ($p=0,03$)²⁷. Het percentage patiënten dat

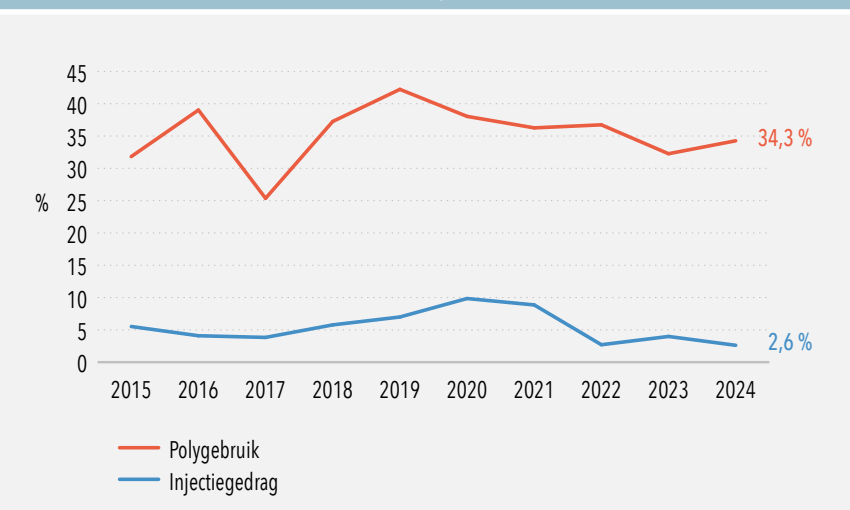
²⁷ Hoewel vrouwen minder illegale drugs en alcohol gebruiken dan mannen, lijkt dit gedeeltelijk te worden 'gecompenseerd' door een hoger gebruik van psychotrope geneesmiddelen, die sociaal aanvaardbaarder, toegankelijker en ogenschijnlijk minder gevaarlijk zijn (dan illegale drugs), maar ook gemakkelijker te verbergen zijn. Vrouwen krijgen ook vaker psychotrope geneesmiddelen aangeboden en voorgeschreven, met name omdat ze vaker een arts raadplegen en meer fysieke en emotionele problemen melden (wat zowel verklaard kan worden door het feit dat mannen sociaal minder worden aangemoedigd om hun klachten te benoemen en te communiceren, als door het feit dat vrouwen te maken hebben met gendergerelateerde druk - dubbele werkdag, seksisme, zorg, enz.) (Clark, 2015). Ten slotte wijzen sommige studies op het bestaan van gendergerelateerde vooroordelen in de diagnose- en voorschrijfprijktijken, waardoor vrouwen meer kans hebben om bepaalde medicijnen voorgeschreven te krijgen dan mannen (Ruiz-Cantero et al, 2020).

Figuur 23: Polydrugsgebruik bij patiënten die cannabis als belangrijkste product identificeren in gespecialiseerde diensten in het Brussels Gewest, 2024



Bron: Sciensano – Analyse en lay-out: Eurotox

Figuur 24: Evolutie van de prevalentie van injecteren tijdens het leven en problematisch polygebruik bij patiënten die een aanvraag hebben ingediend voor behandeling voor cannabis als hoofdproduct in de gespecialiseerde diensten van het Brussels Gewest, 2015-2024



Bron: Sciensano – Analyse en lay-out: Eurotox

in de afgelopen 30 dagen in de gevangenis heeft gezeten, is verdubbeld, van 13 % naar 27,5 %. Het percentage studenten is eveneens gedaald, namelijk van 16,4 % naar 4,9 % tussen 2015 en 2024. Als gevolg daarvan is het percentage patiënten met een inkomen gestegen (21,8 % in 2015 tegenover 35,2 % in 2024), evenals de gemiddelde leeftijd van de patiënten (31,3 jaar tegenover 33,8 jaar). Ten slotte neemt ook het percentage patiënten zonder therapeutische voorgeschiedenis in deze periode toe (56,4 % tegenover 69,7 %). Wat de kenmerken van de vraag betreft, zien we dat patiënten momenteel

vaker in ambulante voorzieningen worden behandeld dan in het verleden (62,7 % tegenover 83,4 %), terwijl de omgekeerde trend wordt waargenomen bij residentiële behandelingen (17,7 % tegenover 6,9 %). Ten slotte zien we geen noemenswaardige verandering in het verbruiksprofiel (zie voornamelijk Figuur 24).

PREGABALINE

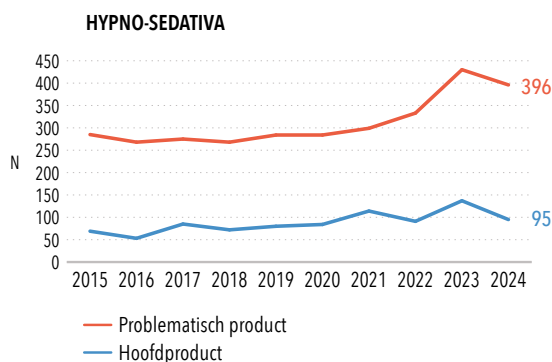
In 2024 zijn de patiënten die in de gespecialiseerde verslavingscentra van het Brussels Gewest een aanvraag hebben ingediend voor een behandeling voor problematisch gebruik van pregabaline als hoofdproduct gemiddeld 32,2 jaar oud (SD = 9,9; mediane leeftijd = 32 jaar). Maar in tegenstelling tot wat we bij ketamine zagen, zijn bijna alle patiënten mannen (97,6%), die vaak sociaaleconomisch kwetsbaar zijn (50% leeft op straat en 69% heeft geen eigen inkomen). Deze patiënten worden bijna altijd opgevangen in laagdrempelige diensten (97,6%). De aanvragen komen meestal van medisch-psychosociale diensten (47,4%) of uit de omgeving van de patiënt (28,9%). Slechts een derde van de patiënten (35,1%) heeft een therapeutische voorgeschiedenis van verslaving. Wat het verbruiksprofiel betreft, gaf bijna alle patiënten (97,5%) aan dagelijks pregabaline te gebruiken. De meest voorkomende consumptiemethode is orale inname (97,4%). Slechts een klein deel van de patiënten geeft aan ooit in hun leven te hebben geïnjecteerd (8,3%), maar een grote meerderheid heeft een problematisch meervoudig gebruik (78%), meestal van hypno-sedativa (63,4%) of, in mindere mate, van cannabis (22%), cocaïne in poedervorm (17,1%) of crack (17,1%).

HYPNO-SEDATIVA

Het aantal patiënten dat te maken heeft met problematisch gebruik van hypno-sedativa is hoger dan bij pregabaline en ketamine, waarschijnlijk vanwege de grotere beschikbaarheid en het wijdverbreide gebruik ervan onder de bevolking. Het aantal vermeldingen als hoofdproduct is in de periode 2015-2024 relatief stabiel gebleven. Daarentegen is er een toename van het aantal vermeldingen als bijproduct, wat de algemene stijging van het aantal vermeldingen van problematisch gebruik verklaart (Figuur 26).

In 2024 zijn de patiënten die in de gespecialiseerde verslavingscentra van het Brussels Gewest een aanvraag hebben ingediend voor een behandeling voor problematisch gebruik van hypno-sedativa met als hoofdproduct (N=95) gemiddeld 39,2 jaar oud (SD= 12,9; mediane leeftijd = 39 jaar). Het aandeel vrouwen is laag (24,2%), terwijl uit verschillende epidemiologische studies blijkt dat hun gebruik van hypno-sedativa proportioneel even hoog of zelfs hoger is dan dat van mannen (zie bijvoorbeeld Clark, 2015; Gisle *et al.*, 2020). Veel van deze patiënten blijven sociaaleconomisch kwetsbaar (iets meer dan de helft, namelijk 56,5%, heeft een vaste verblijfplaats en meer dan een derde, namelijk 39,5%, heeft geen eigen inkomen). Bijna een kwart van de patiënten (23,2%) heeft hoger onderwijs genoten. Het percentage studenten bedraagt 6% en dat van gepensioneerden 1,5%. Wat het profiel van de aanvragen betreft, zijn deze meestal vrijwillig (57,6%) of afkomstig van medisch-psychosociale diensten (27,2%). De ambulante voorzieningen en laagdrempelige centra worden het vaakst ingeschakeld voor dit soort zorg (respectievelijk 52,6% en 40%). De helft van de patiënten (49,3%) heeft een therapeutische voorgeschiedenis. Wat het verbruiksprofiel betreft, is de gemiddelde leeftijd bij het eerste gebruik van hypno-sedativa 26,2 jaar (SD = 12,1; mediane leeftijd = 22 jaar). De meerderheid van de patiënten (81,7%) gaf aan actief te zijn op het moment dat de behandelingsvraag werd ingediend, en 69,0% gebruikt dagelijks. De patiënten gebruiken deze middelen voornamelijk via orale inname (90,2%). Een minderheid van hen geeft aan ooit in hun leven te hebben geïnjecteerd (8%). Ten slotte heeft de helft van de patiënten (53,7%) een problematisch gebruik van andere middelen, waarbij de aanverwante middelen uiteenlopen: cannabis (16,8%), alcohol (15,8%), crack (13,7%), cocaïne in poedervorm (10,5%), pregabaline (9,5%), ketamine (5,3%) en andere stimulerende middelen (3,2%).

Figuur 26: Evolutie van het aantal patiënten dat een hypnosedatief als hoofdproduct of als problematisch product heeft vermeld in de gespecialiseerde diensten van het Brussels Gewest, 2015-2024



VERGELIJKING VAN PROFIELEN IN FUNCTIE VAN HET HOOFDPRODUCT

DE SITUATIE IN 2024²⁸

Wanneer we de profielen van patiënten vergelijken op basis van het belangrijkste product, komen er enkele verschillen naar voren, zowel op het vlak van het sociodemografisch profiel als op het vlak van de kenmerken van de vraag en het verbruiksprofiel (zie Tabel 3). We zullen de belangrijkste observaties bespreken.

De gemiddelde leeftijd van de patiënten ligt rond de veertig voor de meeste middelen (alcohol, cocaïne, opiaten, hyno-sedativa), behalve voor cannabis, ketamine en pregabaline, waarvoor de patiënten over het algemeen jonger zijn (respectievelijk 33, 26 en 32 jaar gemiddeld).

Vrouwen vormen een minderheid voor alle producten, met een aandeel dat varieert tussen 11,8 % en 24,2 %, behalve voor ketamine, waar ze meer dan de helft van de patiënten uitmaken (61,1 %), en voor pregabaline, waar ze vrijwel niet vertegenwoordigd zijn (2,4 %).

Er worden ook verschillen vastgesteld op het vlak van de sociaaleconomische situatie. Zo verkeren patiënten die een behandeling aanvragen voor crack of pregabaline (en in mindere mate voor hyno-sedativa) als hoofdproduct in een bijzonder precare situatie, met name wat betreft huisvesting en inkomen. Er zij echter op gewezen dat voor alle producten²⁹ een groot deel van de aanvragers een vervangingsinkomen ontvangt, zoals een ziekte- of invaliditeitsuitkering, een minimuminkomen of een uitkering van het OCMW. Bovendien heeft een niet te verwaarlozen deel geen eigen inkomen, wat wijst op een relatief wijdverbreide sociaaleconomische kwetsbaarheid bij personen die door gespecialiseerde diensten worden behandeld. Ook woont een groot deel van de patiënten alleen,

ongeacht het hoofdproduct, een situatie die psychosociale kwetsbaarheid in de hand kan werken (minder psychologische en economische steun, enz.). Het hoge aantal kwetsbare aanvragers wordt waarschijnlijk nog versterkt door het feit dat mensen met een verslaving die een gemiddeld inkomen hebben, de mogelijkheid hebben om een behandeling te volgen bij een zelfstandig praktiserende professional of in een privékliniek, die momenteel niet deelnemen aan de TDI-registratie. Maar verslavingen kunnen natuurlijk wel bijdragen aan de kwetsbaarheid van gebruikers. Hoe dan ook, sociale kwetsbaarheid, die vaak leidt tot sociale uitsluiting, blijft een realiteit voor een groot aantal gebruikers die in het Brussels Gewest worden behandeld.

Patiënten die melding maken van problematisch gebruik van pregabaline als hoofdproduct, ontvangen doorgaans geen eigen inkomsten of vervangingsinkomsten, waarschijnlijk omdat misbruik van dit product vooral voorkomt bij mensen met een migratieachtergrond (zie Richelle & Hogge, 2023), van wie een groot aantal illegaal in het land verblijft, waardoor ze geen aanspraak kunnen maken op inkomsten uit werk of uitkeringen van de sociale dienst. Deze patiënten zijn overigens ook degenen met het laagste opleidingsniveau³⁰.

Het percentage patiënten zonder voorgeschiedenis van behandeling voor middelengebruik varieert per middel. Zo is dit ongeveer twee derde voor cannabis (69,7 %), ketamine (62,2 %) en pregabaline (64,9 %), en ongeveer de helft voor alcohol en cocaïne in poedervorm. Daarentegen zijn eersteaanvragers in de minderheid voor crack (22,4 %) en opiaten (11,5 %), wat zowel het sterk verslavende karakter van deze producten als de talrijke kwetsbaarheden van de gebruikers ervan

kan weerspiegelen, waardoor het bijzonder moeilijk is om af te kicken, abtinent te blijven of de controle over het gebruik terug te krijgen.

Een groot deel van de aanvragen voor behandeling wordt door de personen zelf ingediend voor de meeste producten (vooral als de patiënt een therapeutische voorgeschiedenis heeft), behalve voor ketamine en pregabaline, waarvoor de aanvragen meestal afkomstig zijn van een medische, psychologische of sociale dienst. Deze diensten spelen dus een essentiële rol bij het opsporen van schadelijk gebruik en het doorverwijzen van patiënten naar gespecialiseerde zorg. Een doeltreffende doorverwijzing hangt echter af van verschillende factoren (Bijvoorbeeld de opvangcapaciteit en wachttijd van de betreffende instelling, de aanvaarding door de patiënt van het voorgestelde zorgtraject), en met de TDI kan momenteel niet worden ingeschat welk percentage van de doorverwijzingen succesvol is. Verder valt op dat voor cannabis een niet te verwaarlozen deel van de aanvragen (19,3 %) afkomstig is van justitie. Dit zou kunnen wijzen op een tendens bij justitie om vaker een therapeutische maatregel op te leggen aan gebruikers die in de openbare ruimte worden aangehouden, of om bij hen de voorkeur te geven aan behandeling als probatiemaatregel. Behandeling via justitie komt vooral voor bij jongeren onder de 25 jaar die worden behandeld voor problematisch cannabisgebruik (30 %).

De laagdrempelige diensten worden vaker gebruikt door patiënten die in behandeling zijn voor problematisch gebruik van pregabaline (97,6 %) of, in mindere mate, opiaten (49,8 %), hyno-sedativa (40 %) en crack (42 %), waarschijnlijk omdat het gebruik van deze middelen bijzonder wijdverbreid is onder de kwetsbare groepen waarop deze diensten zich richten. De ambulante voorzieningen worden dan weer geprefereerd door patiënten die behandeling zoeken voor ketamine (97,4 %),

²⁸ Voor tendensen en evoluties, zie pagina's 12-15.

²⁹ Behalve voor pregabaline (zie uitleg hieronder).

³⁰ Deze opmerking moet echter met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, gezien het hoge aantal non-responses op deze vraag.

cannabis (83,4 %), alcohol (67,3 %) en cocaïne in poedervorm (61,7 %). Patiënten wenden zich minder vaak tot residentiële centra, waarschijnlijk omdat de eisen daar hoger zijn en met name onthouding vereisen, maar ook omdat dit zorgaanbod beperkter is. Residentiële behandelingen worden het vaakst toegepast bij problematisch gebruik van crack als hoofdproduct (35,4 %), waarschijnlijk omdat een volledige breuk met de leefomgeving vaak nodig is om te leren leven zonder het product, vanwege de talrijke kwetsbaarheden waarmee crackgebruikers vaak kampen.

De gemiddelde leeftijd waarop voor het eerst het belangrijkste product wordt gebruikt, varieert ook naargelang dat product. Voor cocaïne, crack, opiaten en hyno-sedativa ligt deze rond de 25 jaar, terwijl deze voor alcohol, cannabis en ketamine lager ligt. Deze producten worden gemiddeld voor het eerst gebruikt rond de leeftijd van 18-20 jaar.

Ten slotte variëren de consumptiepatronen aanzienlijk van product tot product. Hoewel de meerderheid van de patiënten bij het indienen van de aanvraag aangeeft het product actief te consumeren, wordt ook een percentage patiënten waargenomen dat zich onthoudt, met name voor alcohol en opiaten. Er zijn verschillende verklaringen mogelijk voor onthouding op het moment van aanvang van de behandeling (bijvoorbeeld verblijf in de gevangenis of ziekenhuis, medisch begeleide ontwenning vóór het aanvragen van psychologische hulp of nazorg, het aanvragen van hulp vanwege een tijdelijke kwetsbaarheid bij een patiënt die al onthouding heeft). Meer dan een derde van de patiënten die behandeling aanvragen voor opiaten als hoofdproduct (38,7 %) geeft aan al eens te hebben geïnjecteerd, terwijl het percentage personen dat deze praktijk toepast aanzienlijk lager ligt voor andere producten (tussen 3 en 12 %).

Tot slot, hoewel de meeste patiënten een problematisch meervoudig gebruik vertonen, zijn patiënten die in behandeling zijn voor problematisch gebruik van alcohol, ketamine of cannabis als hoofdproduct hier minder vaak bij betrokken (respectievelijk, 38,5 %, 36,78 % en 34,3 %).

Tabel 3: Profiel van patiënten in behandeling in 2024 in de gespecialiseerde diensten van het Brussels Gewest, per hoofdproduct

	Alle producten	Alcohol	Cocaïne (poeder)	Crack	Opiaten	Cannabis	Hypno-sedativa	Ketamine	Pregabalin
n=	2.387	784	128	536	263	289	95	38	41
% van de aanvragen	100	32,8	5,4	22,5	11,0	12,1	4,0	1,6	1,7
Leeftijd									
Gemiddeld	40,6	43,9	39,08	40,65	44,24	33,78	39,17	27,14	32,23
Mediaan	40	43	39	40	43	33	39	26	32
NR (n)	51	13	3	11	4	9	3	1	1
Geslacht (%)									
Mannen	81,1	77,8	77,0	84,8	88,2	83,9	75,8	38,9	97,6
Vrouwen	18,9	22,2	23,0	15,2	11,8	16,1	24,2	61,1	2,4
NR (n)	16	3	2	2	0	4	0	2	0
Huisvesting (%)									
Vaste verblijfplaats	49,7	59,2	65,3	24,9	48,2	55,7	56,5	76,3	5,3
Wisselende woningen	6,7	4,9	5,6	8,7	9,3	4,2	5,4	7,9	21,1
Straat	20,6	15,1	12,9	42,4	17,1	5,9	23,9	0,0	50,0
Instelling	12,3	12,9	5,6	12,7	19,1	6,6	7,6	13,2	18,4
Gevangenis	10,1	6,9	10,5	11,4	5,1	27,5	6,5	0,0	2,6
Andere	0,6	0,9	0	0,0	1,2	0,0	0,0	2,6	2,6
NR (n)	53	11	4	17	6	2	3	0	3
Levenssituatie (%)									
Alleenstaand	42,0	45,1	29,5	47,7	44,7	27,5	41,9	34,2	55,3
In koppel	12,3	13,7	18,0	7,9	12,3	12,0	16,1	5,3	2,6
Met gezinsleden	11,6	11,4	19,7	6,9	9,9	19,0	17,2	13,2	5,3
Met derden	10,6	9,0	14,8	11,6	8,3	7,0	10,8	34,2	15,8
Andere	23,5	20,8	18,0	25,9	24,9	34,5	14,0	13,2	21,1
NR	72	19	6	78	10	5	2	0	3
Inkomsten (%)									
Inkomsten uit werk	22,8	22,4	31,4	13,7	21,7	35,2	23,3	27,8	27,6
Werkloosheidsuitkeringen	6,7	7,7	9,3	6,4	4,3	6,7	2,3	8,3	0,0
Ziekte- of invaliditeits-uitkering	30,1	36,6	26,3	27,7	34,0	23,3	30,2	19,4	0,0
minimum inkomsten of OCMW-steun	16,9	17,0	10,2	22,7	17,4	14,4	2,3	27,8	0,0
Ouderdoms- of overlevingspensioen	1,5	3,5	0,0	0,4	0,0	0,0	1,2	0	0,0
Geen enkele eigen inkomsten	20,7	11,7	22,0	28,7	20,4	18,9	39,5	13,9	69,0
Andere	1,3	1,1	0,8	0,4	2,1	1,5	1,2	2,8	3,4
NR (n)	186	47	10	31	28	19	9	2	12
Diploma (%)									
Niet geschoold	5,0	2,9	5,0	7,3	5,7	4,5	7,2	0	28,0
Primair	20,3	15,8	14,9	23,3	21,8	30,4	21,7	10,7	32,0
Middelbare school	52,1	47,7	56,4	60,3	56,5	54,3	46,4	64,3	28,0
Hoge school	21,4	32,6	23,8	7,3	14,5	10,1	23,2	25	8,0
Andere	1,2	1,0	0,0	1,8	1,6	0,8	1,4	0,0	4,0
NR (n)	655	195	27	206	70	42	26	10	16
Oorsprong van de aanvraag (%)									
De persoon zelf	59,5	57,3	49,6	81,0	59,5	49,3	57,6	26,3	18,4
Gezin/Familieid(-leden)	9,9	9,7	13,0	4,0	11,5	12,9	9,8	26,3	28,9
Huisarts	4,4	4,7	5,7	2,3	5,6	1,8	8,7	13,2	2,6
Centrum gespecialiseerd in verslaving	4,4	3,6	8,1	3,8	7,9	2,1	2,2	2,6	13,2
Ziekenhuis	4,6	7,7	3,3	1,5	2,8	2,1	4,3	10,5	5,3
Andere medische of psychologische dienst	9,6	10,0	9,8	4,0	9,9	11,4	12,0	18,4	26,3
Justitie	6,4	5,8	8,9	3,2	1,6	19,3	3,3	0,0	0,0
Andere	1,1	1,2	1,6	0,4	1,2	1,1	2,2	2,6	5,3
NR (n)	59	14	5	5	11	9	3	0	3

Tabel 3: Profiel van patiënten in behandeling in 2024 in de gespecialiseerde diensten van het Brussels Gewest, per hoofdproduct

	Alle producten	Alcohol	Cocaïne (poeder)	Crack	Opiaten	Cannabis	Hypno-sedativa	Ketamine	Pregabaline
n=	2.387	784	128	536	263	289	95	38	41
Soort centrum (%)									
Lage drempel	29,1	18,0	24,2	42,0	49,8	9,7	40,0	2,6	97,6
Ambulante voorziening	53,6	67,3	61,7	22,6	34,2	83,4	52,6	94,7	2,4
Residentieel	17,3	14,7	14,1	35,4	16	6,9	7,4	2,6	0,0
NR (n)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antecedenten van de behandeling (%)									
Ja	57,9	53,7	47,7	77,6	88,5	30,3	49,3	37,8	35,1
Nee	42,1	46,3	52,3	22,4	11,5	69,7	50,7	62,2	64,9
NR (n)	456	125	21	193	29	28	24	1	4
Gemiddelde leeftijd eerste gebruik van het hoofdproduct									
Gemiddelde leeftijd	21,56	19,21	25,54	25,52	24,77	17,64	26,14	20,14	22,55
Mediane leeftijd	18	16	22	24	23	16	22	19,5	20
NR (n)	1115	326	49	358	114	78	45	10	12
Gebruiks frequentie van het hoofdproduct (%)									
Sinds meer dan 30 dagen	25,2	30,5	15,7	21,5	36,4	17,8	18,3	11,4	0,0
1 dag/week	12,1	11,0	33,0	13,2	7,6	6,4	4,2	11,4	0
2 tot 3 dagen/week	10,0	11,6	14,8	12,7	4,5	8,5	2,8	11,4	2,5
4 tot 6 dagen/week	8,9	11,0	7,8	8,8	3	9,3	5,6	20	0,0
Alle dagen	43,9	35,9	28,7	43,9	48,5	58,1	69,0	45,7	97,5
NR (n)	830	230	13	331	65	53	24	3	1
Gebruiksmodus (%)									
Injecteren	2,4	0,0	9,8	0,6	9,9	0,0	0	0	0
Roken/inademen	43,8	0,0	0,0	98,1	60,1	98,6	4,3	8,1	2,6
Eten/drinken	43,4	98,6	0,0	0,8	22,5	1,4	90,2	8,1	97,4
Snuiven	9,2	0,0	88,5	0,2	2,8	0,0	5,4	83,8	0
Andere	1,2	1,4	1,6	0,4	4,7	0,0	0	0	0
NR (n)	216	22	6	12	50	12	3	1	1
Injectiegedrag in de loop van het leven (%)									
Ja	11,2	4,8	11,8	11,9	38,7	2,6	8,0	3,2	8,3
Nee	88,8	95,2	88,2	88,1	61,3	97,4	92,0	96,8	91,7
NR (n)	195	40	9	22	38	21	8	7	5
Problematische polygebruik (%)									
Ja	48,8	38,5	55,5	58,2	55,9	34,3	53,7	36,8	78,0
Nee	51,2	61,5	44,5	41,8	44,1	65,7	46,3	63,2	22,0
NR (n)	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bron: Sciensano – Analyse en lay-out: Eurotox

SYNTHESEFICHES VAN ZORG IN GESPECIALISEERDE DIENSTEN ³¹

.....

31 Visueel krediet: met dank aan Sciansano (Antoine, J. de TDI-registratie in België - Jaarverslag, registratiejaar 2022. Sciansano; 2023. 108p. Wettelijk deponeringsnummer: D/2023.14.440/89).

Behandelingsaanvragen voor alcohol

gespecialiseerde diensten, 2024



AANTAL

Behandeling voor een problematisch alcoholverbruik in hoofdproduct



784
Patiënten

32,8 %*

Evolutie:
stabiel

Ook vermeld in secundair product door

426
Patiënten

26,6 %***

* Berekend aandeel op alle patiënten

** Berekend aandeel onder voor andere hoofdproducten behandelde patiënten

SOCIODEMOGRAFISCH PROFIEL

♀ **22,2 %** ♂ **77,8 %**

Leeftijd	Vrouwen	Mannen	M+V
Kwartiel 1	37	35	36
Médiane	44	43,5	43
Kwartiel 3	55	52	52



Inkomsten

22,4 % uit werk

11,7 % zonder inkomsten

61,3 % vervangingsinkomen*



20,0 %

in situatie van
wisselende
woningen of op
straat



Hoogste opleidingsniveau

32,6 % hoge school

47,7 % middelbare school

18,7 % lage school



Levenssituatie

45,1 % alleenstaand

13,7 % in koppel

11,4 % met gezinsleden

9,0 % met derden

20,8 % andere

* Inkomsten uit werkloosheid, OCMW, of ziekte/invaliditeit

BEHANDELINGSPROFIEL



46,3 %

beginnen een behandeling
voor de 1^{ste} keer



43 jaar

gemiddeld, tijdens de 1^{ste} behandeling



In behandeling gestuurd door

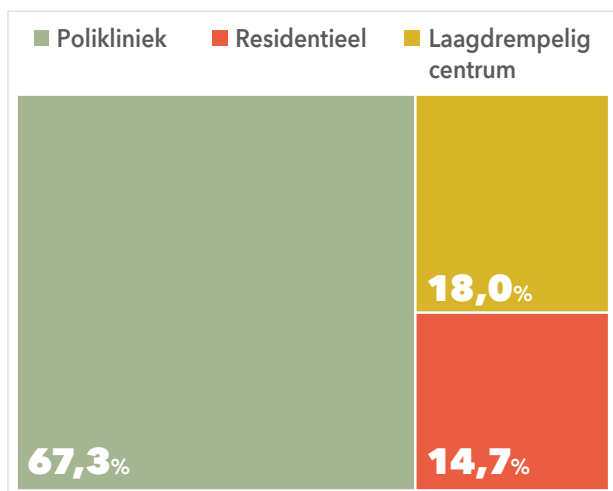
57,3 % zichzelf

9,7 % omgeving

26,0 % beroepsbeoefenaars
(maatschappelijk, gezondheid)

5,8 % justitie

Behandeld in...



VERBRUIKSPROFIEL

Problematische polydrugsgebruik **38,5 %**



17,5 %
cannabis



11,9 %
crack



9,4 %
cocaïne-
poeder



7,0 %
hypno-
sedativa



3,2 %
opiaten



35,9 %
gebruiken
alle dagen

30,5 %
hebben de laatste
30 dagen niet gebruikt



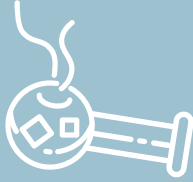
19,2 jaar gemiddeld,
tijdens het 1^{ste} gebruik



4,8 % hebben al
geïnjecteerd

Behandelingsaanvragen voor crack

gespecialiseerde diensten, 2024



AANTAL

Patiënten in behandeling voor een problematisch gebruik van crack als hoofdproduct



536
Patiënten

22,5 %*

Evolutie:
augmentation

Ook vermeld in secundair product door

237 **14,1 %****
Patiënten

* Berekend aandeel op alle patiënten

** Berekend aandeel onder voor andere hoofdproducten behandelde patiënten

SOCIODEMOGRAFISCH PROFIEL

♀ **15,2 %** ♂ **84,8 %**

Leeftijd	Vrouwen	Mannen	M+V
Kwartiel 1	34	34	34
Médiane	41	40	40
Kwartiel 3	46	48	47



Inkomsten

13,7 % uit werk
28,7 % zonder inkomsten
56,8 % vervangingsinkomen*



51,1 %
in situatie van
wisselende
woningen of op
straat



Hoogste opleidingsniveau

7,3 % hoge school
60,3 % middelbare school
30,6 % lage school



Levenssituatie

47,7 % alleenstaand
7,9 % in koppel
6,9 % met gezinsleden
11,6 % met derden
25,9 % andere

* Inkomsten uit werkloosheid, OCMW, of ziekte/invaliditeit

BEHANDELINGSPROFIEL



22,4 %

beginnen een behandeling
voor de 1^{ste} keer



38,9 jaar

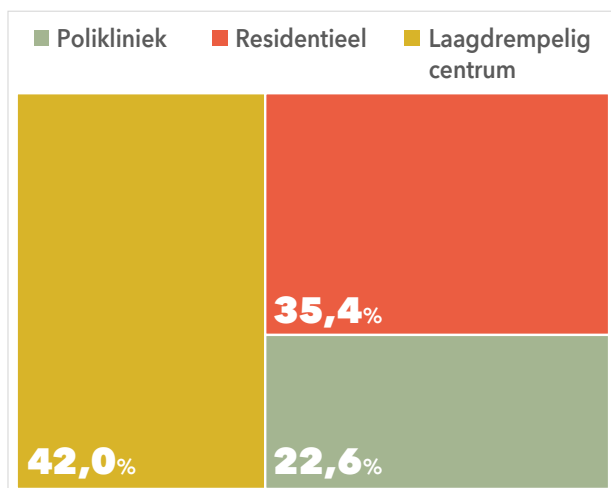
gemiddeld, tijdens de 1^{ste} behandeling



In behandeling gestuurd door

81,0 % zichzelf
4,0 % omgeving
11,6 % beroepsbeoefenaars
(maatschappelijk, gezondheid)
3,2 % justitie

Behandeld in...



VERBRUIKSPROFIEL

Problematische
polydrugsgebruik **58,2 %**



33,6 %
alcohol



19,6 %
cannabis



15,9 %
hypno-
sedativa



13,4 %
opiaten



6,7 %
cocaïne-
poeder



43,9 %
gebruiken
alle dagen

21,5 %
hebben de laatste
30 dagen niet gebruikt



25,5 jaar gemiddeld,
tijdens het 1^{ste} gebruik



11,9 % hebben al
geïnjecteerd

Behandelingsaanvragen voor cannabis

gespecialiseerde diensten, 2024



AANTAL

Patiënten in behandeling voor een problematisch gebruik van cannabis als hoofdproduct



289
Patiënten

12,1 %*

Evolutie:
stabiel

Ook vermeld in secundair product door

386
Patiënten

18,4%**

* Berekend aandeel op alle patiënten

** Berekend aandeel onder voor andere hoofdproducten behandelde patiënten

SOCIODEMOGRAFISCH PROFIEL

♀ **16,1 %** ♂ **83,9 %**

Leeftijd	Vrouwen	Mannen	M+V
Kwartiel 1	26	25	25
Médiane	33,5	33	33
Kwartiel 3	41	39	40



Inkomsten

35,2 % uit werk

18,9 % zonder inkomsten

44,4 % vervangingsinkomen*



10,1 %

in situatie van
**wisselende
woningen of op
straat**



Hoogste opleidingsniveau

10,1 % hoge school

54,3 % middelbare school

34,9 % lage school



Levenssituatie

27,5 % alleenstaand

12,0 % in koppel

19,0 % met gezinsleden

7,0 % met derden

34,5 % andere

* Inkomsten uit werkloosheid, OCMW, of ziekte/invaliditeit

BEHANDELINGSPROFIEL



69,7 %

beginnen een behandeling
voor de 1^{ste} keer



31 jaar

gemiddeld, tijdens de 1^{ste} behandeling



In behandeling gestuurd door

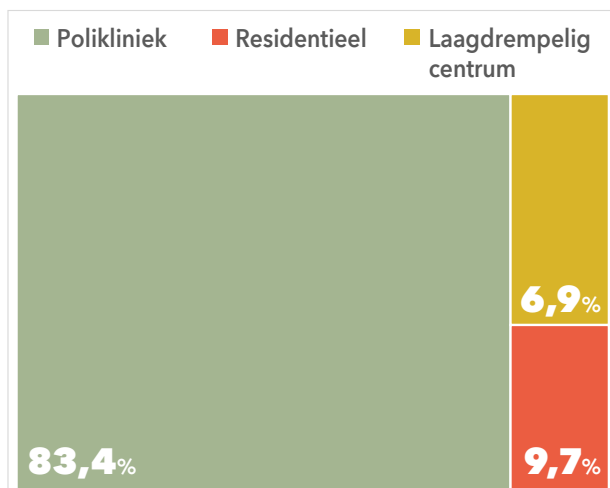
49,3 % zichzelf

12,9 % omgeving

17,4 % beroepsbeoefenaars
(maatschappelijk, gezondheid)

19,3 % justitie

Behandeld in...



VERBRUIKSPROFIEL

Problematische
polydrugsgebruik **34,3 %**



21,1 %
alcohol



6,6 %
hypno-
sedativa



5,9 %
cocaïne-
poeder



5,2 %
crack



2,4 %
opiaten



58,1 %
gebruiken
alle dagen

17,8 %
hebben de laatste
30 dagen niet gebruikt



17,6 jaar gemiddeld,
tijdens het 1^{ste} gebruik



2,6 % hebben al
geïnjecteerd

Behandelingsaanvragen voor opiaten

gespecialiseerde diensten, 2024



AANTAL

Patiënten in behandeling voor een problematische gebruik van opiaten als hoofdproduct



263
Patiënten

11,0 %*

Evolutie:
diminution

Ook vermeld in secundair product door

157
Patiënten

7,4 %**

* Berekend aandeel op alle patiënten

** Berekend aandeel onder voor andere hoofdproducten behandelde patiënten

SOCIODEMOGRAFISCH PROFIEL

♀ **11,8 %** ♂ **88,2 %**

Leeftijd	Vrouwen	Mannen	M+V
Kwartiel 1	37	38	38
Médiane	47	43	43
Kwartiel 3	53	53	53



Inkomsten

21,7 % uit werk

20,4 % zonder inkomsten

55,7 % vervangingsinkomen*



26,4 %

in situatie van
**wisselende
woningen of op
straat**



Hoogste opleidingsniveau

14,5 % hoge school

56,5 % middelbare school

27,5 % lage school



Levenssituatie

44,7 % alleenstaand

12,3 % in koppel

9,9 % met gezinsleden

8,3 % met derden

24,9 % andere

* Inkomsten uit werkloosheid, OCMW, of ziekte/invaliditeit

BEHANDELINGSPROFIEL



11,5 %

beginnen een behandeling
voor de 1^{ste} keer



43 jaar

gemiddeld, tijdens de 1^{ste} behandeling



In behandeling gestuurd door

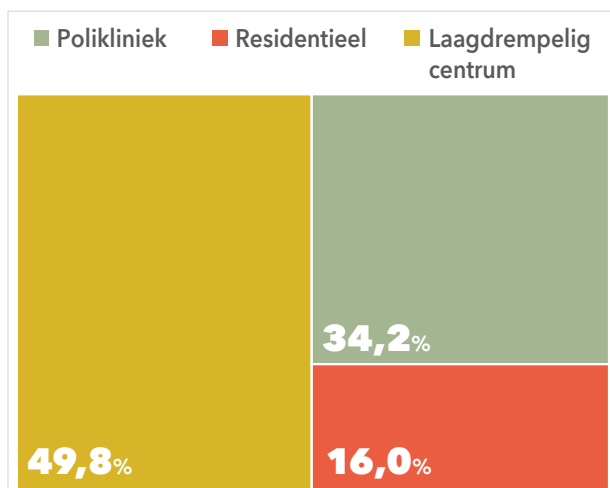
59,5 % zichzelf

11,5 % omgeving

26,2 % beroepsbeoefenaars
(maatschappelijk, gezondheid)

1,2 % justitie

Behandeld in...



VERBRUIKSPROFIEL

Problematische
polydrugsgebruik **55,9 %**



24,0 %
crack



20,5 %
hypno-
sedativa



17,1 %
alcohol



12,9 %
cocaine-
poeder



10,3 %
cannabis



48,5 %
gebruiken
alle dagen

36,4 %
hebben de laatste
30 dagen niet gebruikt



24,7 jaar gemiddeld,
tijdens het 1^{ste} gebruik



38,7 % hebben al
geïnjecteerd

Behandelingsaanvragen voor **cocaïne** (poeder)

gespecialiseerde diensten, 2024



AANTAL

Patiënten in behandeling voor een problematisch gebruik van cocaïne (poeder) als hoofdprioduct



128
Patiënten

5,4 %*

Evolutie:
stabiel

Ook vermeld in secundair product door

216
Patiënten

9,6 %**

* Berekend aandeel op alle patiënten

** Berekend aandeel onder voor andere hoofdprioducten behandelde patiënten

SOCIODEMOGRAFISCH PROFIEL

♀ **23,0 %** ♂ **77,0 %**

Leeftijd	Vrouwen	Mannen	M+V
Kwartiel 1	30	32	32
Médiane	39	40	39
Kwartiel 3	44	45	44



Inkomsten

31,4 % uit werk
22,0 % zonder inkomsten
45,8 % vervangingsinkomen*



18,5 %

in situatie van
**wisselende
woningen of op
straat**



Hoogste opleidingsniveau

23,8 % hoge school
56,4 % middelbare school
19,5 % lage school



Levenssituatie

29,5 % alleenstaand
18,0 % in koppel
19,7 % met gezinsleden
14,8 % met derden
18,0 % andere

* Inkomsten uit werkloosheid, OCMW, of ziekte/invaliditeit

BEHANDELINGSPROFIEL



52,3 %

beginnen een behandeling
voor de 1^{ste} keer



36,5 jaar

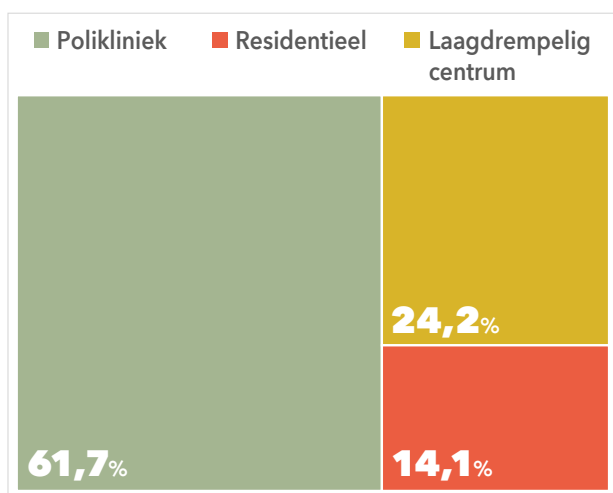
gemiddeld, tijdens de 1^{ste} behandeling



In behandeling gestuurd door

49,6 % zichzelf
13,0 % omgeving
26,9 % beroepsbeoefenaars
(maatschappelijk, gezondheid)
8,6 % justitie

Behandeld in...



VERBRUIKSPROFIEL

Problematische
polydrugsgebruik **55,5 %**



32,0 %
alcohol



21,9 %
cannabis



9,4 %
hypno-
sedativa



7,0 %
opiaten



5,5 %
crack



28,7 %
gebruiken
alle dagen

15,7 %
hebben de laatste
30 dagen niet gebruikt



25,5 jaar gemiddeld,
tijdens het 1^{ste} gebruik



11,8 % hebben al
geïnjecteerd

DE SITUATIE IN 2024

Dit hoofdstuk heeft tot doel het profiel te schetsen van de patiënten die in 2024 in ziekenhuizen werden behandeld, door hun specifieke kenmerken te identificeren in vergelijking met patiënten die in gespecialiseerde afdelingen werden behandeld.

De opvang in ziekenhuizen maakt deel uit van verschillende soorten diensten (psychiatrische diensten van algemene ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen, alcohol-/verslavingsdiensten, gespecialiseerde verslavingsdiensten in een ziekenhuis). In de meeste gevallen gaat het om residentiële zorg met als doel ontwenning, maar sommige diensten bieden ook strategieën aan om het gebruik te verminderen of te stabiliseren, of om te substitueren, soms in de vorm van ambulante consultaties.

In ziekenhuizen meldde de meerderheid van de patiënten die in 2024 een aanvraag voor behandeling indienden bij de ziekenhuisdiensten van het Brussels Gewest (n=776) een problematisch alcoholgebruik als hoofdproduct (75,9%), een aandeel dat 2,3 keer hoger ligt dan wat wordt waargenomen in de gespecialiseerde diensten (32,8%). Andere producten worden veel minder vaak als hoofdproduct vermeld: cocaïne/crack (8,6%), cannabis (7,6%), hyno-sedativa (1,9%), andere stimulerende middelen (0,9%), hallucinogenen (0,8%) en de opiaten (0,5%).

Wat het **sociodemografisch profiel** betreft, blijkt dat ziekenhuisdiensten een iets oudere doelgroep bedienen (gemiddeld 45,8 jaar) dan gespecialiseerde centra (40,6 jaar). Het aandeel vrouwen is er bijna twee keer zo groot (33,4% tegenover 18,9%) en is bijzonder groot bij patiënten die een behandeling aanvragen voor problematisch gebruik van hyno-sedativa

als hoofdproduct. (60%). Ter herinnering: dit verschil kan deels worden verklaard door het feit dat gespecialiseerde diensten over het algemeen sterk 'gericht op mannen' zijn en minder zijn aangepast aan de specifieke behoeften van vrouwen, maar ook omdat de zorg in ziekenhuizen discreter en minder stigmatiserend is, wat het voor vrouwen gemakkelijker kan maken om stappen te ondernemen. Patiënten die in ziekenhuizen worden behandeld, vertonen iets minder vaak sociaaleconomische kwetsbaarheden (bijv. onzekere huisvesting en inkomen, laag opleidingsniveau). Zo is het percentage mensen dat in een grote verblijfplaats woont veel groter in ziekenhuizen dan in gespecialiseerde diensten (84,8% tegenover 49,7%) en is het percentage patiënten zonder eigen inkomen er kleiner (3,3% tegenover 20,7%).

Wat het **profiel van de aanvraag** betreft, is het percentage patiënten dat voor het eerst een aanvraag indient in ziekenhuizen en gespecialiseerde diensten vergelijkbaar. Wat de oorsprong van de aanvraag betreft, is het percentage aanvragen dat door de patiënt zelf wordt ingediend iets hoger in ziekenhuizen dan in gespecialiseerde diensten voor alcoholgerelateerde aanvragen (76,6% tegenover 57,3%). Wat het **verbruiksprofiel** betreft, is het aandeel patiënten dat melding maakt van problematisch polygebruik in ziekenhuizen lager dan in gespecialiseerde diensten (21,8% tegenover 48,8%). Hetzelfde geldt voor injectiepraktijken (3,1% tegenover 11,2%). Deze verschillen kunnen worden verklaard door het grote aandeel patiënten dat in een ziekenhuis wordt behandeld voor een alcoholgerelateerde stoornis, patiënten bij wie deze praktijken minder vaak voorkomen.

TENDENSEN EN EVOLUTIE

Figuur 27 toont de verandering in het aandeel patiënten voor de vijf categorieën stoffen die het vaakst worden genoemd als belangrijkste middel in de periode 2015-2024. Alcohol is veruit het meest genoemde product in deze periode. Het aandeel patiënten dat voor dit product wordt behandeld, is in deze periode licht maar aanzienlijk gestegen, van 66,1% in 2015 tot 75,9% in 2024. Voor de andere middelen zijn de percentages stabiel gebleven, met uitzondering van aanvragen om behandeling voor opiaten, die zijn gedaald van 6,9% in 2015 naar 0,5% in 2024, wat de trend bevestigt die is waargenomen in de gespecialiseerde diensten.

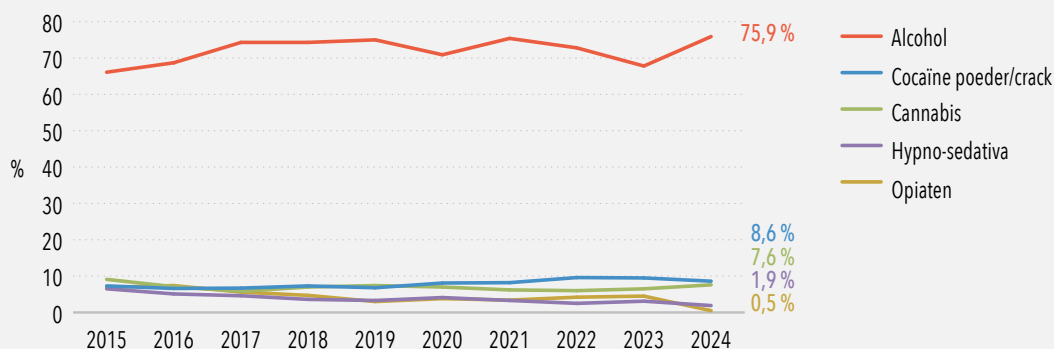
Tabel 4: Profielen van patiënten opgevangen in zorgdiensten van het Brussels Gewest, per hoofdproduct, 2024

	Alle producten	Alcohol	Cocaine/Crack	Cannabis	Hypno-sedativa
n=	776	589	67	59	15
% van de aanvragen	100	75,9	8,6	7,6	1,9
Leeftijd					
Gemiddeld	45,8	47,8	40,5	33,3	53,7
Mediaan	46	48	40	32	55
NR (n)	85	39	21	12	3
Geslacht (%)					
Mannen	66,6	69,6	62,7	66	40
Vrouwen	33,4	30,4	37,3	34	60
NR (n)	1	0	0	0	0
Huisvesting (%)					
Vaste verblijfplaats	84,8	88,8	58,5	84,7	86,7
Wisselende woningen	5,9	3,6	18,5	8,5	6,7
Straat	4,8	2,9	20	3,4	6,7
Instelling	4,1	4,2	3,1	3,4	0
Gevangenis	0	0	0	0	0
Andere	0,4	0,5	0	0	0
NR (n)	2	0	2	0	0
Levenssituatie (%)					
Alleenstaand	49,7	53,4	50,8	31,6	28,6
In koppel	26	27,4	12,7	21,1	42,9
Met gezinsleden	17,2	14,2	15,9	35,1	28,6
Met derden	6,4	4,8	19	7	0
Andere	0,7	0,2	1,6	5,3	0
NR	6	2	2	0	1
Inkomsten (%)					
Inkomsten uit werk	17,5	18,3	11,1	21,7	0
Werkloosheidsuitkeringen	8,3	7,4	14,8	10,9	7,7
Ziekte- of invaliditeitsuitkering	50,4	51,4	51,9	45,7	53,8
Minimum-inkomsten of OCMW-steun	11,1	10,3	14,8	4,3	7,7
Ouderdoms- of overlevingspensioen	7,7	8,5	1,9	2,2	23,1
Geen enkele eigen inkomsten	3,3	2,5	3,7	10,9	7,7
Andere	1,8	1,6	1,9	4,3	0,0
NR (n)	73	33	13	13	2

	Alle producten	Alcohol	Cocaine/Crack	Cannabis	Hypno-sedativa
n=	776	589	67	59	15
Diploma (%)					
Niet geschoold	1,6	1,1	4,3	4	0
Primair	15,5	14,5	21,7	20	18,2
Middelbare school	56	54,9	60,9	56	63,6
Hoge school	26	28,5	13	20	18,2
Andere	0,9	0,9	0	0	0
NR (n)	87	39	21	9	4
Oorsprong van de aanvraag (%)					
De persoon zelf	71,2	76,6	52,2	50	40
Gezin/Familieid (-leden)	7,1	5,3	10,4	19	13,3
Omschakeling (medisch, psychisch-sociale diensten)	20,8	17,1	37,3	29	46,7
Justitie	0,3	0,3	0	0	0
Andere	0,6	0,7	0	1,7	0
NR (n)	5	4	0	1	0
Antecedenten van de behandeling (%)					
Ja	58,2	57,8	74,1	42,6	46,7
Nee	41,8	42,2	25,9	57,4	53,3
NR (n)	22	3	9	5	0
Gemiddelde leeftijd eerste gebruik van het hoofdproduct					
Gemiddelde leeftijd	20,3	19,3	27,8	17,8	37,8
Mediane leeftijd	17	17	25	16	37
NR (n)	130	67	20	11	3
Injectiegedrag in de loop van het leven (%)					
Ja	3,1	1,9	13,7	0,0	15,4
Nee	96,9	98,1	86,3	100	84,6
NR (n)	44	13	16	6	2
Problematische polydrugsgebruik (%)					
Ja	21,8	12,7	61,2	27,1	33,3
Nee	78,2	87,3	38,8	72,9	66,7
NR (n)	0	0	0	0	0

Bron: Sciensano – Analyse en lay-out: Eurotox

Figuur 27: Evolutie van het aandeel van de patiënten (in %) die een behandeling vragen in de ziekenhuisafdelingen in het Brussels Gewest voor de periode 2015-2024, per hoofdproduct



Bron: Sciensano – Analyse en lay-out: Eurotox

De TDI is een nuttig instrument om de behandelingsvraag te kwantificeren en om het profiel van de behandelde personen en hun evolutie in de tijd te beschrijven. Meer in het algemeen maakt het mogelijk om inzicht te krijgen in de impact van het gebruik van psychoactieve stoffen op de gezondheid van gebruikers, in dit geval vanuit het oogpunt van verslaving. De gestandaardiseerde implementatie ervan maakt bovendien verhelderende intra- en internationale vergelijkingen mogelijk over geografische verschillen.

Ondanks het belang van deze indicator is voorzichtigheid geboden bij het extrapoleren van de hierboven gepresenteerde resultaten, om de redenen die in de inleiding zijn genoemd en die we hier kort willen herhalen:

- 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;
- het unieke identificatienummer waarmee de analyses op de patiënten kunnen worden gericht, wordt momenteel slechts in beperkte mate gebruikt;
- de gegevens worden op vrijwillige basis verzameld, zijn gebaseerd op de verklaringen van de patiënt en voor sommige vragen is het percentage niet-beantwoorde vragen bijzonder hoog;
- het geeft geen indicatie over de uitkomst van de behandelingsvraag (daadwerkelijke behandeling, doorverwijzing, de patiënt is niet meer teruggekomen, enz.) of over de kenmerken en de doeltreffendheid van de behandeling

Tot slot is het belangrijk om in gedachten te houden dat we in de epidemiologie alleen precies kunnen meten waar we expliciet naar op zoek zijn. Drugsgebruik en verslaving veranderen voortdurend door de opkomst van nieuwe producten, nieuwe praktijken en nieuwe doelgroepen. De huidige herziening van het protocol, die in 2026 in België zal worden geïmplementeerd, zal ons in staat stellen om deze ontwikkelingen beter vast te leggen. Het zal het onder andere mogelijk maken om behandelingen voor gedragsverslaving (bv. gokken) op te nemen, die momenteel niet gedekt zijn. Zo kan een schatting gemaakt worden van het totale aantal patiënten dat behandeld wordt in de deelnemende diensten en kunnen nieuwe producten in de monitoring worden opgenomen (bv. pregabaline, lachgas). Het blijft echter een grote uitdaging om het onderzoek uit te breiden naar voorzieningen en professionals die momenteel niet deelnemen, om zo een volledig of in ieder geval uitgebreider beeld te krijgen van de behandeling van verslavingsproblemen. Tot slot is het belangrijk om niet te vergeten dat de TDI een aanvulling is op de andere epidemiologische indicatoren die door de EUDA zijn ontwikkeld (prevalentie van gebruik in de algemene bevolking en onder jongeren, risicovol gebruik, prevalentie van infectieziekten en sterfte als gevolg van gebruik) om een vollediger inzicht te krijgen in de verschillende soorten gebruik en hun gevolgen voor de gezondheid.

- 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 socio-sanitaires en Région de Bruxelles-Capitale*. 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.
- Santé Publique France (2021). *Consommation de substances psychoactives et milieu professionnel. Résultats du baromètre de Santé Publique France*.
- 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 (2023). *World drug report 2023*. 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., Fruchtengarten, 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 | **DECEMBER 2025**

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

eurot**tox**

MET DE STEUN VAN

