

Recente inzichten in harm reduction voorzieningen in Nederland



Recente inzichten in harm reduction voorzieningen in Nederland

Colofon

Auteurs

Daan van der Gouwe
Bob Diender
Nadine van Gelder
Anouk de Gee

Met dank aan

De medewerkers van de voorzieningen die hebben meegewerkt aan de interviews of een vragenlijst hebben ingevuld.
Mathilde Wesdorp voor het deels uitvoeren van de dataverzameling.
Laura Smit-Rigter voor het meelezen en geven van feedback.
Voor vragen en/of opmerkingen naar aanleiding van dit rapport: hrn@trimbos.nl

Deze publicatie is tot stand gekomen met financiering van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Vormgeving

Canon Nederland N.V.

Beeld

Gettyimages.nl

Productinformatie

Dit rapport is te downloaden via www.trimbos.nl.
Artikelnummer: AF1980

Trimbos-instituut
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: +31 (0)30 – 297 11 00
E: dgouwe@trimbos.nl

©2022, Trimbos-instituut, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Inhoud

Inleiding	5
Methode	7
Gebruiksruimten	8
1. Algemene gegevens	8
2. Werkwijze	9
3. Ontwikkelingen in de doelgroep	11
4. Uitdagingen	12
Opiatonderhoudsbehandeling met opiaatvervangende medicatie	13
1. Algemene gegevens	13
2. Werkwijze	14
3. Ontwikkelingen in de doelgroep	15
4. Uitdagingen	16
Opiatonderhoudsbehandeling met medische heroïne	18
1. Algemene gegevens	18
2. Werkwijze	18
3. Ontwikkelingen in de doelgroep	19
4. Uitdagingen	19
Spuitomruil	21
1. Algemene gegevens	21
2. Werkwijze	22
3. Ontwikkelingen in de doelgroep	24
4. Uitdagingen	25
Discussie	27
Referenties	29

Inleiding

Harm reduction (schadebeperking) is al decennia één van de pijlers van het Nederlandse drugsbeleid (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), 2015). Deze aanpak, waarin Nederland een pionier is, ontstond tegen de achtergrond van problematisch, openbaar gebruik van heroïne en cocaïne in de jaren '80 en '90 van de vorige eeuw. Het voornaamste doel van de harm reduction aanpak is het beperken van (gezondheids-)schade voor mensen die drugs gebruiken, en voor hun (sociale) omgeving.

Onder harm reduction verstaan wij: *het terugdringen van (gezondheids-)schade door het gebruik van drugs, in eerste instantie voor de persoon die gebruikt, maar ook voor diens omgeving en de samenleving als geheel* (De Gee & Van der Gouwe, 2020). Acceptatie van gebruik van drugs is hierbij een belangrijk uitgangspunt. Bij de harm reduction benadering is het geen voorwaarde (eerst) te stoppen met drugsgebruik, of de wens daartoe te hebben, alvorens men hulp of zorg kan ontvangen. Het wordt belangrijker geacht dat mensen die drugs gebruiken in beeld zijn bij en in contact blijven met laagdrempelige zorg- en dienstverlening, en waar mogelijk en/of wenselijk – bijvoorbeeld als de persoon aangeeft iets aan zijn of haar gebruik te willen doen - men eenvoudig naar hulpverlening kan worden toe geleid.

De eerste harm reduction initiatieven in Nederland ontstonden vanuit het maatschappelijk middenveld en gebruikersbewegingen, en werden later overgenomen door de reguliere hulpverlening en de overheid (De Gee & Van der Gouwe, 2020). Deze initiatieven richtten zich op mensen die (problematisch) heroïne en/of (base-)cocaïne gebruikten. De reguliere verslavingszorg was destijds – eind jaren '70, begin jaren '80 – vooral op abstinentie gericht en had geen of onvoldoende passend hulp- en zorgaanbod voor deze groep die niet (helemaal) kon of wilde stoppen met gebruik. Aangeboden harm reduction voorzieningen omvatten onder meer sputomruil, opiaatonderhoudsbehandeling (met methadon en later ook buprenorfine) en andere laagdrempelige voorzieningen zoals inloopcentra en huiskamers, en later ook drugsgebruiksruimten (Laghaei, Van Wamel, Van der Poel, & De Gee, 2013; De Gee, Woods, Charvet & Van der Poel, 2018; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), 2021). Deze voorzieningen hebben zich inmiddels bewezen als (kosten-)effectief wat betreft het bijdragen aan de gezondheid en/of het welzijn van mensen die drugs gebruiken en het terugdringen van drugsgerelateerde overlast en criminaliteit (De Gee & Van der Gouwe, 2020; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2010; Trimbos-instituut & Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum (WODC), 2009; Wilson, Donald, Shattock, Wilson & Fraser-Hunt, 2015).

Het Harm Reduction Netwerk (HRN) – voorheen het Netwerk Infectieziekten en Harm Reduction¹ - stelt zich onder meer ten doel de beschikbare kennis over harm reduction voorzieningen in Nederland regelmatig te updaten en de informatie hierover via onder

1 Het Harm Reduction Netwerk is onderdeel van het Programma Drugs van het Trimbos-instituut en ontvangt jaarlijks subsidie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), onder meer om (ontwikkelingen in) het harm reduction aanbod in Nederland te monitoren. Het netwerk initieert activiteiten en dient tevens als platform voor professionals werkzaam in het harm reduction veld.

meer onze website² beschikbaar te stellen. Zo zijn in 2013 en 2018 inventarisaties verschenen van één of meerdere harm reduction voorzieningen in Nederland (Laghaei, Van Wamel, Van der Poel, & De Gee, 2013; De Gee, Woods, Charvet & Van der Poel, 2018). Daarnaast krijgt het Programma Drugs jaarlijks verzoeken vanuit internationale gremia als het EMCDDA en het United Nations Office for Drugs and Crime (UNODC) om informatie over de huidige stand van zaken met betrekking tot harm reduction voorzieningen aan te leveren. Ten slotte wordt het HRN ook vanuit de internationale harm reduction gemeenschap regelmatig verzocht up-to-date informatie te delen over harm reduction in Nederland.

In 2021 heeft het HRN een nieuwe inventarisatie uitgevoerd. De hierbij verzamelde gegevens zijn in dit rapport beschreven. Het rapport (dat ook in het Engels is vertaald) poogt op bovenstaande informatieverzoeken antwoord te geven. De inventarisatie heeft zich met name gericht op het updaten van de kennis over de gang van zaken en recente ontwikkelingen in de dagelijkse praktijk binnen een viertal voorzieningen, te weten:

1. Drugsgebruiksruimten (hierna te noemen gebruiksruimten)
2. Opiaatonderhoudsbehandeling bij heroïneverslaving met methadon en andere medicatie (hierna te noemen medicatiepoli's)
3. Opiaatonderhoudsbehandeling bij heroïneverslaving met medische heroïne (hierna te noemen Medische Heroïne Units of MHUs)
4. Spuitomruil

Met klem dient hierbij te worden vermeld, dat de insteek was om kwalitatieve gegevens te verzamelen, maar waar beschikbaar en betrouwbaar zijn ook kwantitatieve gegevens meegenomen. De in dit rapport gepresenteerde kwantitatieve gegevens moeten niet gelezen worden als landelijk representatieve aantallen, maar als een indicatie. In de inventarisatie ging het vooral om het actualiseren van de stand van zaken binnen de geselecteerde harm reduction voorzieningen: welke diensten worden waar aangeboden, hoe wordt er gewerkt, welke criteria worden gehanteerd, welke ontwikkelingen worden door de geïnterviewde medewerkers waargenomen, bijvoorbeeld in de doelgroep, en waar liggen uitdagingen voor de (nabije) toekomst.

2 <https://www.trimbos.nl/kennis/harm-reduction-drugsgebruik/>

Methode

Dit rapport is gebaseerd op een in 2021 uitgevoerde inventarisatie onder medewerkers van harm reduction voorzieningen in Nederland. Hierbij werden met name kwalitatieve gegevens verzameld (via interviews en vragenlijsten) onder 17 gebruiksruidten, 53 medicatiepoli's, 17 Medische Heroïne Units, en 29 spuitomruillocaties. In dit rapport wordt aan elke voorziening een apart hoofdstuk gewijd waarin de bevindingen over die betreffende voorziening beschreven staan. Het rapport sluit af met een discussie van enkele opvallende bevindingen uit de inventarisatie.

Op hoofdlijnen kwamen de volgende onderwerpen in de interviews en vragenlijsten aan bod:

1. algemene werkwijze van de voorzieningen;
2. beschikbare algemene informatie over aard en omvang bezoekers (of patiënten of cliënten) van de voorziening;
3. beschikbare informatie over ontwikkelingen binnen de doelgroepen die gebruik maken van de voorzieningen;
4. uitdagingen waar harm reduction voorzieningen anno 2021 voor staan.

Per voorziening zijn deze onderwerpen nader uitgewerkt in specifieke vragen en topics. Aan het begin van elk hoofdstuk wordt een nadere specificatie gegeven van de uitgevraagde onderwerpen bij de betreffende voorziening.

Een aantal kanttekeningen

Hoewel bij elk van de vier harm reduction voorzieningen, waar deze inventarisatie zich op richtte, getracht is alle locaties/instellingen die deze voorziening aanbieden te bereiken, is er sprake geweest van een zekere non-respons. Ook hebben bijvoorbeeld enkele gebruiksruidten hun werkwijze aangepast (bijvoorbeeld aanpassing van openbaar naar alleen nog voor cliënten) waardoor ze niet langer onder onze definitie van de betreffende harm reduction voorziening vielen. Vanwege deze redenen geven hier gerapporteerde kwantitatieve resultaten geen compleet beeld en moeten genoemde aantallen vooral gelezen worden als een betrouwbare benadering van het totale aantal voorzieningen in ons land. Dit bemoeilijkt evenwel een vergelijking met eerdere inventarisaties.

In dit rapport, met name in de paragrafen over werkwijze, is het geenszins de bedoeling een uitputtende beschrijving te geven van de dagelijkse gang van zaken in de voorzieningen. Enkele highlights – zoals benoemd door de geïnterviewden of beschreven in de vragenlijsten – worden in de resultaten vermeld, zonder dat de ervaringen van die medewerkers daarmee per definitie een representatief beeld geven van een algemene landelijke werkwijze.

Gegevens over exacte aantallen cliënten in bijvoorbeeld de methadonverstrekking worden later dit jaar (2022) verwacht. Dan publiceert de Stichting Informatievoorziening Zorg (IVZ) de door het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) verzamelde gegevens over de afgelopen jaren.

Gebruiksruimten

Gebruiksruimten zijn voorzieningen waar (dakloze) mensen met een harddrugverslaving op hygiënische wijze en in een rustige en veilige omgeving hun drugs kunnen gebruiken, waarbij hulpverleners op de achtergrond aanwezig zijn. Gebruiksruimten beogen overlast in de buurt te verminderen, en gezondheidsschade bij mensen die drugs gebruiken te beperken (harm reduction) (Zorgstandaard opiaatverslaving, 2018). In deze inventarisatie hebben we ons gericht op 'openbare' gebruiksruimten: ruimten die toegankelijk zijn voor mensen die drugs gebruiken en geregistreerd staan bij de voorziening, maar daar niet wonen of andere zorg dienen af te nemen om gebruik te kunnen maken van de gebruiksruimte. In deze inventarisatie zijn buiten beschouwing gelaten de ruimten binnen een voorziening die alleen toegankelijk zijn voor mensen die drugs gebruiken en ook bij die voorziening verblijven, of van andere zorg of dienstverlening gebruik maken (zoals Regionale Instellingen voor Beschermende Woonvormen (RIBW's) of hostels, maar ook de ruimten bij MHU's waar de medische heroïne gebruikt wordt).

Medewerkers van gebruiksruimten zijn bevraagd over een aantal basisgegevens (aantal unieke bezoekers, aantal bezoekers per dag, trends in het aantal bezoekers over de afgelopen vijf jaar, capaciteit van de ruimte en veranderingen hierin). Daarnaast zijn vragen gesteld over de voornaamste doelgroep(en) van de ruimte, ontwikkelingen hierin over de afgelopen vijf jaar, en welke obstakels en uitdagingen de medewerkers ervaren in de uitvoering van de werkzaamheden. De in dit hoofdstuk beschreven gegevens zijn gebaseerd op interviews met en vragenlijsten ingevuld door professionals werkzaam in 17 gebruiksruimten.

1 Algemene gegevens

Aantal gebruiksruimten

In 2018 werden er 24 openbare gebruiksruimten geteld (De Gee, Woods, Charvet & Van der Poel, 2018). In 2021 werd een vergelijkbaar aantal geïdentificeerd. Er is één gebruiksruimte definitief gesloten. Daarnaast zijn er de afgelopen jaren verschuivingen geweest in de toegankelijkheid van sommige andere ruimten (bijvoorbeeld wel of niet alleen eigen cliënten toelaten) waardoor uit deze inventarisatie geen absoluut aantal ruimten valt op te tekenen en een exacte vergelijking met 2018 niet valt te maken. De eerder ingezette daling van het aantal gebruiksruimten in ons land (tussen 2013 en 2018) lijkt wel te zijn afgevlakt.

Bezoekerspopulatie

Gebruiksruimten houden het exacte aantal bezoekers dat van de voorziening gebruik maakt niet standaard bij; het aantal bezoekers verschilt van dag tot dag. Het geschatte aantal unieke bezoekers per dag loopt uiteen van ongeveer vijf bij de ene ruimte tot rond de 30 bij andere ruimten. Op basis van het door medewerkers geschatte aantal unieke personen dat in 2020 van de ruimte gebruik maakte, hebben zo'n 600 unieke personen van deze voorziening gebruik gemaakt. Het aantal personen dat ingeschreven kan staan bij een gebruiksruimte

is ongelimiteerd. Dit geldt niet voor het aantal personen dat op een bepaald moment gebruik kan maken van de ruimte. Hiervoor hanteren gebruiksruidten hun eigen criteria. Bij het merendeel van de gebruiksruidten bestaat de voornaamste doelgroep uit oudere Nederlandse mannen die harddrugs gebruiken. Het gaat hier om bezoekers die vaak al jaren bij de verslavingsinstelling ingeschreven staan en vaak ook andere zorg krijgen.

Capaciteit

Veelal zijn de ruidten onderverdeeld in een rook- en spuitruimte, waarvan de eerste gemiddeld een capaciteit van zes personen, en de tweede een gemiddelde capaciteit van drie personen heeft. Als de ruimte geïntegreerd is bij andere (gezondheidszorg-)voorzieningen ligt de capaciteit gemiddeld rond de acht personen. Er is één gebruiksruidte die een maximale capaciteit van 50 personen heeft; dat is in vergelijking met de andere gebruiksruidten hoog.

2 Werkwijze

Doel

Professionals omschrijven het doel van een gebruiksruidte als tweeledig: enerzijds wordt een plek geboden waar veiliger en hygiënisch gebruikt kan worden, anderzijds wordt het verbeteren van de kwaliteit van leven beoogd door de bezoeker, indien gewenst, toe te leiden naar zorg en in contact te brengen met externe zorgaanbieders en maatschappelijke hulpverlening. Ook wordt aan de kwaliteit van leven van de bezoekers bijgedragen door te voorzien in basale levensbehoeften als maaltijdverstrekking en kleding. Daarnaast benoemen medewerkers van gebruiksruidten als doel het creëren van rust voor de bezoeker aangezien er vaak sprake is van onrustige en onregelmatige leefomstandigheden.

Intake

Voordat men toegang krijgt tot de gebruiksruidte wordt bij ten minste de helft van de ruidten een intakegesprek gehouden. Tijdens de intake wordt onder meer gekeken naar het middelengebruik, de frequentie van het gebruik en het aantal jaren dat men gebruikt. Daarnaast wordt per persoon een inschatting gemaakt van mogelijk ongewenste neveneffecten van toegang tot de ruimte, bijvoorbeeld of te verwachten is dat het gebruik hierdoor zal toenemen.

Zelfstandig of geïntegreerd

Meer dan een derde van de instellingen met een gebruiksruidte biedt op dezelfde locatie ook andere voorzieningen aan, zoals dagbesteding en/of nachtopvang. Een deel van de bezoekers maakt van al deze voorzieningen gebruik. Hoewel dit kostenefficiënt is, kan dit mogelijk leiden tot (een toename in) drugsgebruik onder bezoekers van de dagbesteding of de nachtopvang omdat zij hier direct met (andere) mensen die drugs gebruiken in aanraking komen. Veel verslavingszorginstellingen proberen daarom bezoekers van de verschillende voorzieningen van elkaar gescheiden te houden, al is het in de praktijk vaak niet mogelijk de gebruiksruidte op een andere locatie te plaatsen.

Spuit- en rookruidten

Gebruiksruidten verschillen van elkaar in toegestane wijze(n) van gebruik van drugs in de ruimte. In alle gebruiksruidten kunnen de meegebrachte drugs gerookt worden. In de meeste

gevallen is dit in een aparte rookruimte, maar in enkele ruimten kan er in de rookruimte ook geïnjecteerd worden. Daarnaast kent een aantal gebruiksruidten aparte ruimten om de drugs te injecteren. Ten slotte zijn er enkele ruimten waar injecteren helemaal niet is toegestaan. Dat er minder spuit- dan rookruimten zijn, is in lijn met de al langer bestaande trend van afnemend spuitgedrag onder mensen die drugs gebruiken; medewerkers geven ook aan dat hierdoor de expertise vaak ontbreekt om mensen die drugs spuiten goed te begeleiden. Daar staat evenwel tegenover dat sommige gebruiksruidten waar momenteel niet gespoten mag worden op basis van signalen die zij ontvangen over spuiten op straat en in publieke ruimten toch weer overwegen een aparte spuitruimte in te richten.

Minimumleeftijd

De meeste gebruiksruidten hanteren een minimumleeftijd voor toegang tot de gebruiksruidte, gemiddeld tussen de 21 en 25 jaar. De meeste jongeren die om wat voor reden dan ook behoefte hebben aan de gebruiksruidte, willen hier met name cannabis gebruiken. Hierop wordt terughoudend gereageerd: men wil de blowende jongere niet onnodig in contact brengen met mensen die harddrugs gebruiken.

Regels

De tijd die iemand mag doorbrengen in de gebruiksruidte verschilt aanzienlijk tussen ruimten. Zo zijn er locaties waar men 20 minuten de tijd krijgt om te gebruiken, terwijl op andere locaties bezoekers in theorie ongelimiteerd van de ruidte gebruik kunnen maken. Een voordeel van het niet hanteren van een maximum verblijfsduur in de ruidte is, volgens sommige medewerkers, dat er hierdoor beter persoonlijk contact is met de bezoeker.

Andere regels die door gebruiksruidten wisselend worden gehanteerd zijn het instellen van een limiet in het aantal keer per dag dat iemand de ruidte mag bezoeken, of dat men na gebruik van de ruidte een bepaalde tijd moet wachten voordat de ruidte opnieuw bezocht mag worden. Deze regels zijn bedoeld om hospitalisatie (bezoekers die de hele dag in de ruidte zijn en gebruiken) tegen te gaan, en om de kans op mogelijke overdosering door langdurig gebruik te verkleinen. Dergelijke regels worden doorgaans strakker nageleefd bij drukte, om iedereen die dat wil van de ruidte gebruik te kunnen laten maken.

Daar waar zowel een spuit- als rookruimte is, is het lastiger eenduidige criteria te hanteren, onder andere vanwege het verschil in benodigde tijd voor gebruik. Zo hebben vooral oudere bezoekers vaker moeite met het vinden van een ader (waardoor veel oudere gebruikers overstappen op het roken van drugs).

Middelengebruik

In alle gebruiksruidten wordt gebruik van heroïne en (base-)cocaïne toegestaan, en in de meeste ook speed en cannabis. Alcoholgebruik is in de meeste ruimten niet toegestaan. Indien vastgesteld wordt dat iemand hinderlijk onder invloed van alcohol is, kan deze de toegang worden ontzegd. Het verschilt tussen instellingen hoe deze regel wordt nageleefd.

Medewerkers van veel gebruiksruidten melden een toename van gebruik van GHB onder de bestaande doelgroep, maar ook onder nieuwe bezoekers van de gebruiksruidte. Net als alcohol wordt gebruik van GHB in vrijwel geen enkele gebruiksruidte toegestaan. Waar GHB-gebruik wel is toegestaan, gebeurt dit vooral vanwege het idee dat er dan in ieder geval veiliger (en onder toezicht) gebruikt kan worden. Geïnterviewden geven wel aan dat dit GHB-gebruik veruit de meeste problemen oplevert in de gebruiksruidte, onder meer

vanwege het risico op overdosering. Medewerkers geven daarnaast aan dat men vaak nog niet goed weet hoe om te gaan met mensen die GHB gebruikt hebben.

Het gebruik van overige middelen, zoals benzodiazepinen, wordt in enige mate toegestaan in gebruiksruidten. Elke gebruiksruidte ziet erop toe dat bezoekers zichzelf geen 'cocktails' aan drugs toedienen vanwege de risicovolle en onvoorspelbaardere werking van combinaties van drugs. Een opvallende nieuwe ontwikkeling is de lichte toename in gebruik van pijnstillers onder de bezoekers van gebruiksruidten.

3 Ontwikkelingen in de doelgroep

Algemeen

Naast 'oude bekenden' is er bij bijna de helft van de gebruiksruidten de laatste jaren sprake van een lichte toename van andere groepen bezoekers. Het gaat hierbij met name om jongeren (al dan niet met een migratieachtergrond), (arbeids-)migranten uit Midden- en Oost-Europa, en vluchtelingen uit het Midden-Oosten en Noord-Afrika.

Oude bekenden met in toenemende mate somatische klachten

Veel bezoekers van gebruiksruidten zijn al op leeftijd en ontwikkelen gaandeweg somatische klachten. Gebruik, zeker als dat intraveneus gebeurt, levert steeds vaker problemen op. Omdat het hier veelal om 'oude bekenden' gaat, hebben medewerkers vaak een goed beeld van hun gezondheid en eventuele veranderingen daarin, en kunnen tijdig en adequaat inspringen waar dit nodig is.

Jongeren die met name softdrugs gebruiken

Bij sommige gebruiksruidten melden zich meer jongere mensen (grootweg <35 jaar) die drugs gebruiken. Het gaat hier doorgaans om jongeren met een migratieachtergrond die vaker softdrugs dan harddrugs gebruiken. Wanneer er sprake is van harddrugsgebruik gaat het in deze groep met name om amfetamine (speed). Heroïne lijkt door jongeren die van de gebruiksruidte gebruik maken niet of nauwelijks te worden gebruikt.

(Arbeids-)migranten uit Midden en Oost-Europa

Veel gebruiksruidten zien een duidelijke toename van het aantal (arbeids-)migranten uit Midden- en Oost-Europa. Deze groep valt vaak tussen wal en schip: zij worden bij een deel van de gebruiksruidten vanwege gemeentelijke eisen niet toegelaten en/of komen niet in aanmerking voor medische zorg. Daar staat tegenover dat er in sommige gemeentes een nauwe samenwerking is tussen gebruiksruidten en andere zorginstellingen om ervoor te zorgen dat deze mensen toch de benodigde zorg en hulp aangeboden krijgen.

Vluchtelingen

Bij gebruiksruidten waar in de buurt ook asielzoekerscentra zich bevinden, ziet men ook een toename van vluchtelingen uit het Midden-Oosten en Noord-Afrika die drugs gebruiken. Dit is vooral nog een kleine groep.

4 Uitdagingen

Afnemende bezetting

Gebruiksruimten zien sinds enige tijd dat de behoefte aan een gebruikruimte onder mensen die drugs gebruiken afneemt. Hier en daar heeft dit ertoe geleid dat beleidsmakers twijfelen aan het blijven aanbieden van de gebruikruimte: het nut wordt niet altijd meer ingezien. Het blijkt steeds lastiger om het belang van een gebruikruimte goed uit te dragen en beleidsmakers van nut en noodzaak te overtuigen. De afgelopen jaren is zeker één gebruikruimte vanwege deze twijfel aan het belang gesloten.

Omgang met ouderdomsklachten

Veel bezoekers van gebruikruimten zijn al op leeftijd en ontwikkelen gaandeweg somatische klachten. Er wordt op de behoeftes van deze doelgroep ingesprongen door middel van somatische screenings en maatschappelijke hulpverlening; ook wordt hier en daar (medische) zorg aan huis geboden.

Motivatie tot behandeling of zorg

Een uitdaging in het dagelijks werk van de medewerkers van gebruikruimten is de vaak geringe motivatie onder jongere bezoekers om zich aan te melden voor behandeling. Oudere bezoekers daarentegen zijn meestal wel al jaren in behandeling, maar sommigen hebben juist geen motivatie meer volop deel te nemen aan de samenleving.

Dealen

Hoewel niet toegestaan, merken medewerkers van enkele gebruikruimten op dat er soms wordt gedeald in de gebruikruimte. Dit wordt als onwenselijk ervaren door de medewerkers en is in strijd met geldende regels en met afspraken met politie en justitie. Om dealen tegen te gaan worden soms camera's ingezet die niet opnemen, maar vooral preventief moeten werken. Daarnaast worden bezoekers bij binnenkomst geregeld verzocht de meegebrachte middelen te laten zien. Bij andere locaties wordt er niet zozeer in de ruimte zelf in drugs gehandeld, maar in de directe omgeving ervan.

Averechtse effecten van toelatingscriteria

Medewerkers van gebruikruimten die vanuit hun gemeente veel regels voor de manier van werken krijgen opgelegd ervaren dit vaak als belemmerend in het aanbieden van effectieve harm reduction. Hierbij valt te denken aan het niet mogen toelaten van mensen die eigen woonruimte hebben, het instellen van een minimumleeftijd, en aan het stellen van specifieke eisen aan toelating van (arbeids-) migranten. Hierdoor worden mensen die drugs gebruiken toch weer min of meer gedwongen in publieke ruimten te gebruiken.

GHB

GHB-gebruik is in vrijwel geen enkele gebruikruimte toegestaan, terwijl medewerkers van deze ruimten wel een duidelijke toename van gebruik van GHB in de doelgroep zien. De behoefte onder sommige gebruikers van GHB aan een ruimte waar men in rust en veilig het middel kan gebruiken botst met de werkpraktijk van de meeste gebruikruimten. Gebruikers van GHB die nergens anders terecht kunnen, gebruiken daardoor noodgedwongen in publieke ruimten. In mindere mate geldt dit ook voor gebruikruimten waar geen alcohol gebruikt mag worden, of waar er geen specifieke alcoholgebruiks-ruimten zijn.

Opiaatonderhoudsbehandeling met opiaatvervangende medicatie

Onder medicatiepoli's verstaan we opiaatonderhoudsbehandeling met opiaatvervangende medicatie, meestal methadon. Dit is een medische behandeling voor mensen die (problematisch) heroïne gebruiken, waarbij het gebruik van heroïne wordt vervangen door vervangende medicatie. Het voornaamste doel van deze behandeling is verbetering van de kwaliteit van leven door o.a. stabilisatie van levensstijl en het zoveel mogelijk beperken of stoppen van het bijgebruik van illegale opiaten. De behandeling vindt meestal ambulant plaats, bij een instelling voor verslavingszorg. Sinds de coronapandemie wordt de medicatie vaker aan huis geleverd, of via de apotheek.

Medewerkers van medicatiepoli's zijn bevraagd over een aantal basisgegevens (aantal cliënten in behandeling, welke medicatie wordt verstrekt aan hoeveel cliënten, capaciteit), over ontwikkelingen in aard en omvang van de cliënten over de laatste vijf jaar, en welke uitdagingen de medewerkers ervaren in de uitvoering van de werkzaamheden. De in dit hoofdstuk gepresenteerde gegevens zijn gebaseerd op interviews met en vragenlijsten ingevuld door medewerkers van 53 medicatiepoli's waar deze behandeling plaatsvindt.

1 Algemene gegevens

Locaties

In 2021 telden we op basis van de inventarisatie ten minste 70 locaties waar behandeling met opiaatvervangende medicatie plaatsvindt, iets minder dan de 82 die in 2013 werden opgetekend³. Hoewel het exacte aantal locaties waar deze medicatie verstrekt wordt niet bekend is, lijkt het aannemelijk dat er sprake is van een zekere afname. Medewerkers geven aan dat het aantal mensen dat gebruik maakt van deze behandeling lijkt te zijn afgenomen. Daarnaast zijn medicatiepoli's ten gevolge van aanpassingen in werkwijze door de coronamaatregelen de afgelopen periode overgegaan op thuisbezorging en medicatie-afgifte via de huisarts of apotheek.

Patiëntenpopulatie

De gemiddelde patiënt is man en ouder dan 40 jaar. Er is gemiddeld een geringe uitstroom en een nog lagere instroom van patiënten. Omdat het aantal nieuwe aanmeldingen laag is, stijgt landelijk gezien de gemiddelde leeftijd gestaag en is de patiëntengroep in absolute omvang langzaam aan het afnemen.

3 Aangezien er in de inventarisatie niet is gestreefd naar volledigheid, ligt het daadwerkelijk aantal locaties mogelijk iets hoger.

Capaciteit

De medicatiepoli's in Nederland hebben geen vaste of maximum capaciteit; zij reageren op de vraag van patiënten en passen daar hun capaciteit op aan. Er lijkt dan ook nergens sprake van een wachtlijst.

2 Werkwijze

Deze paragraaf geeft geen uitputtende beschrijving van de dagelijkse gang van zaken in deze voorzieningen: enkele highlights zoals benoemd door de geïnterviewden of beschreven in de vragenlijsten worden hier vermeld. De focus ligt op de ervaringen van de medewerkers.

Doel

Er zijn grofweg twee behandeldoelen te onderscheiden bij de behandeling met opiaatvervangende medicatie: 1) volledige abstinentie, uiteindelijk ook van de opiaatvervangende medicatie zelf, en 2) stabilisatie en het minimaliseren van bijgebruik van heroïne en andere drugs. Medicatiepoli's focussen zich doorgaans in eerste instantie op het verminderen van bijgebruik en het stabiliseren van de leefstijl van de patiënt. Door de focus op stabilisatie in plaats van abstinentie worden minder hoge eisen gesteld aan de patiënt. Enerzijds kan dit ervoor zorgen dat een eventueel abstinentedoel later in de behandeling beter haalbaar is. Anderzijds wordt gezien dat lagere verwachtingen sommige patiënten juist minder motiveert om richting abstinentie te werken. De geïnterviewden geven echter aan dat patiënten vaak de behoefte hebben naast de opiaatvervangende medicatie geen andere illegale middelen meer te gebruiken en uiteindelijk ook helemaal willen stoppen met de opiaatvervangende medicatie. In de praktijk echter bereiken weinig patiënten in deze groep abstinentie en ontvangen zij langdurig een onderhoudsdosering om hun drugsgebruik naast opiaatvervangende medicatie te minimaliseren.

Opiaatvervangende medicatie

In Nederland zijn verschillende opiaatvervangende medicijnen beschikbaar voor patiënten: methadon, Suboxone en buprenorfine. Methadon is verkrijgbaar bij elke medicatiepoli in Nederland en is veruit het meest gebruikte medicijn bij opiaatafhankelijkheid. Het middel heeft een lange voorgeschiedenis als effectief middel bij herstel van een heroïneverslaving. Daarnaast wordt op veel locaties Suboxone aangeboden en in mindere mate buprenorfine. Door 53 van de 70 medicatiepoli's is in de interviews specifiek aangegeven welke medicatie zij beschikbaar hebben. Naast methadon was er bij 24 poli's alleen Suboxone, bij 19 poli's zowel Suboxone als buprenorfine, en bij acht poli's is alleen buprenorfine beschikbaar. Ook is het bij ten minste vier instellingen mogelijk om oxycodon of fentanyl te verkrijgen, specifiek voor mensen die afhankelijk zijn van pijnmedicatie.

Wanneer welke medicatie

De twee eerdergenoemde behandeldoelen zijn enigszins verbonden aan specifieke medicatie. Methadon wordt vaker toegepast als medicatie om stabilisatie te realiseren. Wanneer een patiënt (vervolgens) richting abstinentie gaat werken, wordt overgegaan op buprenorfine of Suboxone. Deze medicijnen zijn minder sederend en onderdrukken de trek in heroïne minder dan methadon. Zodoende worden ze vaker voorgeschreven aan patiënten die pas

kort afhankelijk zijn van opiaten, patiënten die richting abstinentie werken, of patiënten die vanwege werk of om andere redenen geen sterk sederend medicijn willen gebruiken. De keuze voor de medicatie wordt in samenspraak tussen patiënt en de verslavingsarts genomen. Een aantal medicatiepoli's geeft aan de afgelopen jaren een toename te zien in het aandeel patiënten dat Suboxone of buprenorfine voorgeschreven krijgt ten opzichte van methadon. Medewerkers geven aan dat dit het gevolg kan zijn van de nieuwe instroom aan patiënten met een relatief korte verslavingsgeschiedenis, waardoor zij direct in aanmerking komen voor deze medicatie.

Medicatiepoli versus thuisbezorging versus apotheek

Meestal wordt de medicatie verstrekt op de medicatiepoli, waarbij er een variëteit is in de frequentie van afgifte. Dit varieert van dagelijks tot tweewekelijks, en soms wordt er voor nog langere periode medicatie voorschreven afhankelijk van de wens van de patiënt, maar ook van de stabiliteit van de patiënt. Sinds de coronapandemie gaan meer medicatiepoli's over op thuisbezorging en medicatie-afgifte via de huisarts of apotheek, een aanpassing die waarschijnlijk blijvend is. Bij de meeste medicatiepoli's is deze ontwikkeling waarneembaar.

3 Ontwikkelingen in de doelgroep

Oudere doelgroep met somatische klachten

Medewerkers van een aantal medicatiepoli's geven aan dat de afgelopen vijf jaar de (jarenlange) stijging van de gemiddelde leeftijd van de patiënt wat lijkt te zijn afgevlakt, vanwege de instroom van mensen uit nieuwe doelgroepen. De oudere groep patiënten krijgt vaker last van somatische klachten, onder meer door het jarenlange gebruik, maar ook vaak omdat in deze groep veel verstokte rokers zitten.

Jongeren

Medewerkers zien een toename in het aantal relatief jonge patiënten. Onder de nieuwe aanmeldingen bevinden zich onder meer dakloze Nederlanders jonger dan 35 jaar, jonge (arbeids-)migranten uit met name Midden- en Oost-Europa, en jonge asielzoekers. Deze ontwikkeling heeft ertoe geleid dat de gemiddelde leeftijd van de patiënt in deze behandeling niet verder toeneemt, maar zich heeft gestabiliseerd.

Arbeidsmigranten en vluchtelingen

Daarnaast zien sommige medicatiepoli's een toename in aanmeldingen van (vooral) mannelijke arbeidsmigranten uit Midden- en Oost-Europa (voornamelijk uit Polen, Griekenland, Roemenië, Bulgarije). Ook zien medicatiepoli's waar zich een asielzoekerscentrum (AZC) in de omgeving bevindt een toename van mannelijke vluchtelingen met een Noord-Afrikaanse achtergrond onder hun patiënten. Deze mensen zijn vaak jonger dan de gemiddelde groep patiënten die al jaren gebruik maakt van de behandeling.

Chemsex

Een andere groep patiënten die de laatste vijf jaar vaker een beroep doet op de medicatiepoli's zijn mensen die aan chemsex⁴ doen. In omvang lijkt dit vooralsnog een kleine groep en zij zijn voornamelijk te vinden bij medicatiepoli's die een specifiek aanbod voor deze groep hebben ontwikkeld, naast het voorschrijven van medicatie.

Pijnmedicatie

Het aantal mensen dat zich bij een medicatiepoli meldt met een afhankelijkheid van pijnmedicatie neemt de laatste jaren toe. Medewerkers van een aantal medicatiepoli's zien de laatste jaren een zekere toename in het aantal patiënten dat afhankelijk is geraakt van pijnmedicatie als fentanyl en oxycodon, bijvoorbeeld omdat men gedurende een behandeling langere tijd deze medicatie kreeg voorgeschreven en hiervan afhankelijk is geraakt. Deze melden zich, als de medische behandeling is gestopt en de afhankelijkheid zich aftekent, bij de medicatiepoli voor behandeling met opiaatvervangende medicatie.

4 Uitdagingen

Omgang met ouderdomsklachten

Met de stijging van de leeftijd van patiënten bij veel medicatiepoli's gaat een toename in somatische klachten bij deze patiënten gepaard. De beperkingen in motoriek die gepaard kunnen gaan met deze klachten zorgen ervoor dat zij moeite kunnen hebben de locatie te bereiken en dus hun medicatie minder gemakkelijk kunnen ophalen. De thuisbezorging van medicatie zoals bij een aantal medicatiepoli's gebeurt, kan een oplossing zijn voor de verminderde mobiliteit onder oudere patiënten.

Communicatie met nieuwe doelgroepen

De nieuwe doelgroepen brengen ook nieuwe uitdagingen met zich mee. Zo merken geïnterviewden op dat er onder de dakloze Nederlanders onder 35 jaar die zich melden voor behandeling regelmatig sprake is van een licht verstandelijke beperking (LVB), wat de communicatie kan bemoeilijken. Bij vluchtelingen en (arbeids-)migranten uit Midden- en Oost-Europa is er vaak sprake van een taalbarrière. Er wordt in deze situatie soms gebruik gemaakt van de tolkentelefoon, maar de taalbarrière staat een effectieve behandeling vaak in de weg, of leidt ertoe dat men afziet van behandeling.

Personeelstekort

Een aantal medewerkers van medicatiepoli's geeft aan problemen te ervaren in het aantrekken en behouden van gekwalificeerd personeel. Het algemene tekort aan zorgpersoneel in Nederland is volgens de geïnterviewden in hun werkveld nog sterker aanwezig vanwege het stigma waarmee werken in de verslavingszorg omgeven is. Naast dit tekort raakt een deel van het personeel dat werkzaam is bij medicatiepoli's gefrustreerd wanneer het behalen van gestelde doelen door patiënten moeizaam verloopt. Het gebrek aan personeel wordt momenteel nijpend vanwege de instroom van nieuwe groepen patiënten die in een aantal

4 Het gebruik van drugs tijdens seks is een groeiend wereldwijd fenomeen, vooral onder mannen die seks hebben met mannen (MSM). Bij professionals is seks onder invloed van drugs door MSM beter bekend als 'chemsex'. Bron: <https://mainline.nl/posts/show/11916/chemsex>

medicatiepoli's wordt gezien. Ook wordt het werk (tijds)intensiever door extra zorg bij veroudering van de al bestaande patiëntengroep en op sommige locaties door de overgang op thuismedicatie. Door het gebrek aan personeel komen de zorgtaken die zich richten op het bredere herstel, naast de medicatiebehandeling, vaker in het gedrang. Dit heeft als onwenselijk gevolg dat er minder goed zicht is op de patiënten en hoe het met hen gaat. Als oplossing proberen medicatiepoli's taken te delen met andere zorgaanbieders.

Weerstand bij apotheek of huisarts

Medicatiepoli's ervaren in sommige gemeentes weerstand bij lokale apothekers en huisartsen bij het zelf uitvoeren van de behandelingen met opiaatvervangende medicatie. Dit is een bron van ergernis, aangezien dit volgens de geïnterviewden het gevolg is van stigmatisering en vooroordelen richting deze patiëntengroep. De terughoudende houding van huisartsen en apotheken ten opzichte van verstrekking van opiaatvervangende medicatie staat zowel het herstelproces van de patiënt als de mogelijkheid van de medicatiepoli om tijd en geld te besteden aan patiënten die intensievere behandelingen nodig hebben in de weg.

Opiaatonderhoudsbehandeling met medische heroïne

Opiaatonderhoudsbehandeling met medische heroïne is het aan een cliënt op medisch voorschrift verstrekken van farmaceutische heroïne (diacetylmorfine) in combinatie met methadon en psychosociale begeleiding. De verstrekking en toediening vindt plaats bij de zogenoemde medische heroïne units (MHUs)⁵.

Medewerkers van MHUs zijn bevraagd over een aantal basisgegevens (aantal patiënten in behandeling, beschikbare capaciteit), over ontwikkelingen in aard en omvang van de patiënten over de laatste vijf jaar, en welke uitdagingen de medewerkers ervaren in de uitvoering van de werkzaamheden. De in dit hoofdstuk gepresenteerde gegevens zijn gebaseerd op interviews met en vragenlijsten ingevuld door medewerkers van 17 MHUs.

1 Algemene gegevens

Aantal locaties

In 2021 hebben we 17 MHUs geïdentificeerd⁶, één minder dan in 2013.

Patiëntenpopulatie

Het totaal aantal patiënten dat van deze behandeling gebruik maakt is door de jaren heen iets afgenomen en bedroeg op 1 januari 2021 534⁷.

Capaciteit

De meeste MHUs hebben tussen de 20 en 45 behandelplekken beschikbaar. Enkele MHUs hebben meer plekken beschikbaar, met 100 plekken als hoogste capaciteit bij één MHU.

2 Werkwijze

Vaste afspraken of flexibiliteit

De behandeling met medische heroïne is in hoge mate geprotocolleerd en gestandaardiseerd. Desondanks verschillen MHUs in dagelijkse uitvoering van activiteiten, bijvoorbeeld rond de verstrekking en het gebruik van de medische heroïne (wat altijd op de locatie zelf plaatsvindt). Zo zijn er locaties waar patiënten afzonderlijk van elkaar verstrekt krijgen en ook individueel de medicatie innemen (om rust te creëren en contact met andere patiënten te beperken). Bij andere MHU's gebruiken patiënten in kleine groepen tegelijk de medische heroïne, om

5 Let wel: de ruimte binnen de medische heroïne unit waar de medische heroïne gebruikt wordt, rekenen we in dit rapport niet tot gebruiksruimten zoals elders beschreven.

6 Gezien de 100% respons is dit een absoluut aantal, in lijn met andere bronnen.

7 Gegevens van VWS op basis van cijfers deelnemende gemeenten op 1 januari 2021.

zo de werkdruk of kosten te verlagen. Verschillen zijn er ook in het al dan niet werken met vaste tijden waarop de medicatie dient te worden ingenomen. Waar de ene MHU hieraan veel belang hecht om zodoende structuur in het leven van de patiënt te bevorderen, ziet een andere MHU hier juist vanaf, en ligt de focus meer op de eigen verantwoordelijkheid (en wens) van de patiënt.

3 Ontwikkelingen in de doelgroep

Oudere patiënten

De gemiddelde leeftijd van de patiënten van MHUs neemt gestaag toe. MHUs geven aan dat zij in vergelijking met andere harm reduction voorzieningen een groter aandeel oudere patiënten hebben, waarbij een toename van somatische klachten speelt. Hierop reageren de MHUs door meer te focussen op geriatrische en palliatieve zorg. Er wordt gepoogd hierbij samen te werken met externe zorgaanbieders, zodat een totaalbehandeling kan worden geboden. Daarbij kan dan ook behandeling worden geboden voor problemen waarvoor de verslavingszorg zelf geen aanbod heeft.

Afname aantal patiënten

In 2013 hadden de meeste MHUs een wachtlijst. Anno 2021 komen wachtlijst voor deze behandeling veel minder voor. Bij minstens één op de drie MHUs is er sprake van een sterke afname in het aantal patiënten. Daar staat tegenover dat er bij (zeker) één instelling geen sprake is van een sterke afname van patiënten vanwege een (geringe) toename in aanmeldingen van jongere patiënten. De voornaamste redenen die medewerkers van deze units benoemen voor afname van het aantal patiënten zijn: een toename aan sterfgevallen (mede door ouderdom), de overstap van behandeling met farmaceutische heroïne naar (alleen) opiaatvervangende medicatie, en een toename van somatische klachten onder patiënten welke mobiliteit en daarmee het bezoeken van de MHU bemoeilijken. Gebruik van heroïne neemt in Nederland al lange tijd af; hierdoor is er nauwelijks nieuwe toestroom van jongere mensen die voor een behandeling bij een MHU in aanmerking komen of zich hiervoor aanmelden.

4 Uitdagingen

Onzekere financiële toekomst door afname aantal patiënten

Vanwege het afnemende aantal patiënten heerst er bij bijna een kwart van de MHUs onzekerheid over het voortbestaan van deze voorziening. De financiering is namelijk gebaseerd op het aantal patiënten dat in behandeling is. Een afname in patiënten in behandeling en daarmee in financiële middelen kan op gespannen voet staan met de continuering van goede zorg. Op termijn is er een risico dat de bezetting zo laag wordt dat de daarvoor ontvangen vergoeding onder de minimale grens zakt die nodig is om de vaste kosten van een functionele MHU te dekken. MHUs die te maken hebben met een (sterk) afnemende bezetting denken na over aanpassingen voor de toekomst waarmee de zorg toch gecontinueerd kan worden. Zo wordt gekeken of het aan huis uitvoeren van de medische heroïnebehandeling kosten kan reduceren. Deze zorg aan huis zou mogelijk eveneens voor patiënten met verminderde mobiliteit een oplossing kunnen zijn, ook bij MHUs waar het probleem van afnemende financiering geen rol speelt.

Streng inclusiecriteria op gespannen voet met goede zorg

De financiering voor de MHUs in Nederland loopt via de gemeente, en is onderhevig aan strenge inclusie- en exclusiecriteria. Deze staan soms op gespannen voet met het leveren van goede en effectieve zorg. Een voorbeeld dat door de medewerkers genoemd werd is de vereiste dat iemand drie jaar in de betreffende gemeente of het gemeentelijk gebied ingeschreven moet staan alvorens men in aanmerking komt voor deze behandeling. Een ander voorbeeld is het moeten onderbreken van de behandeling wegens detentie van de patiënt. Ook wordt het leeftijdscriterium (minimaal 35 jaar) als een belemmering voor effectieve behandeling ervaren. Mensen jonger dan 35 komen niet in aanmerking voor een medische heroïnebehandeling, terwijl zij wel al jaren een opiaatafhankelijkheid kunnen hebben. De gehanteerde minimum leeftijdsgrens is volgens geïnterviewden ook deels verantwoordelijk voor de beeldvorming rond MHUs als 'het laatste oord'. Dit beeld zorgt ervoor dat de behandeling niet altijd serieus wordt genomen, bijvoorbeeld door externe zorgverleners (die veelal nog abstinentericht denken), maar ook door mensen die drugs gebruiken. Dat heeft mogelijk een negatieve invloed op de effectiviteit van de behandeling en maakt het moeilijker voor een MHU betrokkenen ervan te overtuigen dat een medische heroïnebehandeling de beste optie kan zijn voor een patiënt.

Personeelstekort

Medewerkers van verschillende MHUs ervaren bezettingsproblemen omdat men niet het personeel met de juiste expertise kan vinden. Dat heeft geleid tot aanpassingen in de dagelijkse verstrekking van de medicatie (minder verstrekkingsmomenten per dag). Deze geringe aanpassingen kunnen echter aanzienlijke consequenties hebben voor de patiënt, zoals aanpassingen in de dagelijkse structuur van de patiënt.

Sputomruil

Sputomruil is een harm reduction maatregel waarbij mensen die drugs injecteren hun gebruikte spuiten kunnen omruilen voor schone spuiten en andere injectiematerialen. Het omruilen vermindert de kans dat drugsgebruikers infectieziekten oplopen ten gevolge van gebruik van vuile, gebruikte spuiten of het delen ervan. Tevens draagt het bij aan het terugdringen van riskante situaties door het rondslingeren van spuiten op straat en andere publieke ruimten, zoals mensen die zich per ongeluk prikken aan naalden. Een andere belangrijke reden voor instellingen om aan sputomruil te doen is de mogelijkheid om via de sputomruil voorziening op laagdrempelige manier contact te leggen met mensen die drugs gebruiken en, indien men hieraan behoefte heeft, snel door te verwijzen naar zorg of hulp. Ondanks wat de naam doet vermoeden, is het aanbod aan materialen groter dan alleen spuiten en omvat dit bijvoorbeeld ook parafernalia om drugs te roken (zoals basepijpjes), condoms en voorlichtingsmateriaal.

Professionals die aan sputomruil doen zijn bevraagd over onder meer het aantal geruilde spuiten per jaar, hoe de sputomruil is georganiseerd, of men regels heeft ten aanzien van het omruilen en in hoeverre deze worden nageleefd, of men de afgelopen jaren veranderingen heeft waargenomen in mensen die van de voorziening gebruik (willen) maken, en tegen welke uitdagingen sputomruil aanloopt. De in dit hoofdstuk gepresenteerde gegevens zijn gebaseerd op interviews met en vragenlijsten ingevuld door professionals van 29 locaties waar sputomruil plaatsvindt.

1 Algemene gegevens

Aantal locaties

Op basis van de respons in deze inventarisatie kan vastgesteld worden dat er verspreid over het land ten minste 29 locaties zijn waar sputomruil plaatsvindt. Dit is echter een onderschatting: zo zijn bijvoorbeeld apotheken die in sommige steden ook spuiten omruilen niet in deze inventarisatie meegenomen. Ook speelt hier mee dat sputomruil geen activiteit op zich is, maar er vaak 'bij gedaan wordt' en onder de dagelijkse werkzaamheden valt zonder dat dit apart benoemd wordt. Instellingen weten lang niet altijd van elkaar of er sputomruil plaatsvindt.

Aantal geruilde spuiten en naalden en bezoekerspopulatie

Het is niet bekend hoeveel spuiten er op jaarbasis geruild worden, omdat bij veel locaties het omruilen niet (systematisch) wordt bijgehouden. De geïnterviewden geven aan dat het aantal geruilde spuiten in de afgelopen vijf jaar stabiel is gebleven of mogelijk iets is afgenomen, maar dat er geen grote verschuivingen hebben plaatsgevonden in het totale aantal spuiten dat jaarlijks wordt geruild.

Evenmin is bekend hoeveel mensen gebruik maken van sputomruil, aangezien ook dit niet systematisch bijgehouden wordt. Het aantal lijkt sterk te variëren tussen de locaties, van enkele personen op de ene locatie tot enkele tientallen elders.

Capaciteit

Sputomruil is een activiteit die weinig tijd kost en meestal simpelweg één van de vele taken van een medewerker bij de voorziening is. Capaciteits- of bezettingsproblemen zijn bij sputomruil dan ook niet aan de orde.

2 Werkwijze

Organisatie

Sputomruil vindt vaak plaats binnen voorzieningen die ook andere harm reduction interventies aanbieden, zoals gebruikersruimten of de medicatiepoli. Meestal vindt de omruil plaats door een medewerker, die zodoende het contact onderhoudt met de persoon en ook een oogje kan houden op diens gezondheid, en eventueel kan doorverwijzen naar de zorg. In een enkel geval is de portier met deze activiteit belast.

Intake

Bij de eerste keer dat iemand van de sputomruil gebruik wil maken vindt meestal een intakegesprek plaats of wordt er door de bezoeker een vragenlijst ingevuld. De informatie die hierbij door instellingen wordt vastgelegd verschilt: waar op de ene locatie helemaal niets wordt bijgehouden, zijn er andere waarbij de voornaam en aantal geruilde spuiten wordt bijgehouden. Ten slotte worden bij weer andere locaties ook andere dingen uitgevraagd, zoals voor gebruik van welke drugs de persoon de parafernalia nodig heeft.

Monitoren ruilgedrag

Net zoals meestal niet exact wordt bijgehouden hoeveel spuiten er op jaarbasis op de locatie geruild worden, wordt zelden systematisch van elke bezoeker bijgehouden hoeveel van welke materialen deze komt ruilen dan wel ophalen. Soms valt het op dat een persoon meer dan anders, of juist veel minder vaak langskomt om spuiten te ruilen. Dit kan dan aanleiding zijn het gesprek aan te gaan met de persoon en deze eventueel te verwijzen naar zorg of hulp indien dat gewenst is. Ook als een frequente bezoeker ineens niet meer komt ruilen, kan dit aanleiding zijn voor de medewerker om actief het contact te zoeken met de betreffende persoon.

Beschikbare materialen

Bij de sputomruil zijn verschillende materialen beschikbaar, maar per locatie verschilt het aanbod aanzienlijk. De focus ligt voornamelijk op injecterend gebruik en het beschikbaar stellen van schoon materiaal hiervoor, maar de meeste locaties hebben ook een aanbod voor mensen die harddrugs roken. Er is standaard de mogelijkheid om naalden en spuiten te ruilen of voor een gering bedrag te kopen. Veelal, maar niet overal, zijn er spuiten aanwezig in verschillende volumes: 1cc, 2cc, 5cc en soms 10cc. Daarnaast zijn er materialen aanwezig als losse naalden, ascorbinezuur, stericups⁸ ('pannetjes'), alcoholdoekjes, filters of watten, steriel water, zeefjes en containers van verschillende volumes waarin schone en gebruikte naalden op een hygiënische manier kunnen worden vervoerd. Producten als fysiologisch zout en hirudoid crème waarmee de huid behandeld kan worden zijn in mindere mate

⁸ Lepel voor eenmalig gebruik voor de voorbereiding van injectie van drugs.

aanwezig. Dit geldt ook voormaterialen voor het roken van drugs, zoals basepijpjes (al dan niet gratis), zeefjes voor basepijpjes, folie, en aanstekers (ook vaak tegen betaling). Andere materialen voor schadebeperking bij potentieel risicovol gedrag zijn vaak ook beschikbaar. Het gaat dan om onder meer condooms, zwangerschapstesten, pleisters en voorlichtingsmateriaal.

Het beleid rondom het beschikbaar stellen van containers varieert aanzienlijk: waar de ene locatiegeen containers voor spuiten uitgeeft om zodoende de bezoekers geregeld te zien en gebruik niet aan te moedigen, doet de andere locatie dat juist vanwege het veilig en hygiënisch vervoeren van de spuiten en de veronderstelde rust die het bezoekers geeft om niet dagelijks bij de spuitomruil langs te hoeven gaan.

Standaard aanwezig:

- Losse naalden in verschillende volumes
- Spuiten in verschillende volumes: 1cc, 2cc, 5cc en soms 10cc
- Ascorbinezuur
- (Aluminium)folie
- Stericups
- Alcoholdoekjes
- Zeefjes
- Steriel water
- Filters/ watten
- Naaldencontainers, verschillende volumes
- Condooms
- Zwangerschapstesten
- Pleisters

In mindere mate aanwezig:

- Fysiologisch zout
- Hirudoid crème
- Basepijpjes
- Aanstekers

Regels rondom ruilen

Sputomruillocaties hanteren verschillende regels voor het omruilen van gebruikte spuiten. Veel locaties hanteren de 1:1 inruilregel (voor elke ingeleverde spuit of naald ontvangt de bezoeker een schone terug), maar in de praktijk gebeurt het vaak dat men (vanuit het oogpunt van het voorkomen van infectieziekten) deze regel minder strikt volgt indien de bezoeker bijvoorbeeld geen of minder spuiten dan bedoeld inlevert. Naast de mogelijkheid om materiaal te ruilen kan bij één op de drie locaties voor een gering bedrag materiaal ook worden gekocht.

De omruilregels worden strenger gehandhaafd bij nieuwe, relatief onbekende bezoekers dan bij oude bekenden. Die laatste groep krijgt vaker gratis hun materiaal mee wanneer zij geen gebruikte materialen komen inleveren of geld hebben om materialen te kopen.

Ook bij dakloze bezoekers worden minder streng de opgestelde regels vastgehouden; zij hebben immers veel minder mogelijkheden om gebruikte spuiten veilig en hygiënisch te bewaren. Enkele medewerkers geven aan dat het weleens voorkomt dat 'onbekende' gebruikers hun gratis verkregen spuitparafernalia doorverkopen.

Wanneer bezoekers zwaar onder invloed zijn van alcohol of drugs of zich agressief gedragen, worden zij vaak tijdelijk geweigerd om de veiligheid te waarborgen voor zowel bezoekers als medewerkers. Wanneer personen om wat voor reden dan ook zijn geweigerd bij een gebruiksruijte kunnen zij in de regel nog wel gebruik blijven maken van de spuitomruil als die op dezelfde locatie aanwezig is, aangezien het van belang geacht wordt dat als men drugs gebruikt, dit in ieder geval zo veilig mogelijk gebeurt.

Aantal spuiten per dag per persoon

Locaties verschillen in de hoeveelheid spuiten die per dag worden afgegeven, variërend van enkele tot maximaal 15 losse spuiten per dag. Sommige locaties verstrekken containers; in dat geval worden er tot 100 spuiten verstrekt in ruil voor een volle container met gebruikte spuiten – al wordt het aantal spuiten nooit nageteld. Bij een enkele locatie is er helemaal geen limiet aan het aantal spuiten dat men verstrekt. Door het aantal spuiten dat men per dag verstrekt te begrenzen, wordt beoogd te voorkomen dat gebruikers doorschieten in gebruik, en bijvoorbeeld overdoseren.

Protocollen

Sputomruillocaties verschillen van elkaar in het al dan niet werken met protocollen. Er zijn locaties waar alle handelingen op papier staan en er volgens deze richtlijnen gewerkt wordt. Er zijn ook locaties waar er geen specifieke protocollen zijn, en men met onderlinge afspraken tussen de medewerkers werkt. De gang van zaken rondom spuitomruil wordt dan indien nodig in reguliere werkoverleggen besproken.

3 Ontwikkelingen in de doelgroep

Grote diversiteit

De meeste mensen die gebruik maken van de spuitomruillocaties zijn autochtone mannen, gemiddeld boven de 35 jaar, die al lange tijd problematisch heroïne gebruiken en vaak al lange tijd staan ingeschreven bij de verslavingszorg. Sommige spuitomruillocaties bedienen vooral deze groep en laten alleen mensen toe die ingeschreven zijn bij de zorginstelling waar de spuitomruil onderdeel van uitmaakt. Andere locaties zijn laagdrempeliger en zijn toegankelijk voor een bredere groep. Een aantal locaties ziet soms toeristen of mensen die anabole steroïden gebruiken bij de spuitomruil. Ook worden in grotere steden vaker sekswerkers bij de spuitomruillocaties gezien. Deze groep komt in eerste instantie voor anticonceptiemiddelen en in veel mindere mate voor het ruilen van spuiten. Ten minste de helft van de geïnterviewde professionals die aan spuitomruil doen, melden een toename van arbeidsmigranten uit Midden- en Oost Europa. Vanwege de taalbarrière en de relatief gesloten gemeenschappen waarin zij leven, is het contact met deze groep beperkt.

Eigen gebruik

Vaak - maar niet altijd - staan spuitomruillocaties alleen toe dat er spuiten omgeruild worden voor eigen gebruik, vaak vanuit de wens van de medewerkers om met alle mensen die gebruik maken van de voorziening in contact te staan, en zo nodig andere diensten of hulp te kunnen aanbieden.

Afname aantal bezoekers

Het aantal bezoekers van spuitomruillocaties in Nederland neemt af, zo geven de geïnterviewden aan. Dit komt voornamelijk doordat het spuiten van drugs onder de 'traditionele' groep bezoekers sinds jaar en dag afneemt. Hoewel er steeds minder gebruik gemaakt wordt van spuitomruil, verwachten geïnterviewden niet dat deze voorziening zal verdwijnen. Het is een weinig tijdrovende activiteit en kent weinig uitdagingen. Tegelijkertijd wordt het van groot belang geacht om mensen die drugs gebruiken dit op een zo veilig en hygiënisch mogelijke manier te laten doen, en zodoende verspreiding van infectieziekten tegen te gaan en overlast door rondslingerende spuiten en andere parafernalia te beperken. Ten slotte wordt het een goede manier gevonden om met deze groep (die soms verder niet in beeld is bij zorg of hulp) in contact te zijn.

4 Uitdagingen

Weinig overleg of samenwerking tussen spuitomruillocaties

Tussen de spuitomruillocaties is weinig tot geen contact of overleg. Het gebeurt soms als er binnen dezelfde instelling meerdere locaties zijn waar spuitomruil plaatsvindt. Dit vertaalt zich dan ook in de relatief grote verschillen in werkwijze en het naleven van opgestelde regels en voorwaarden, zoals hierboven beschreven. Ook is er op lokaal niveau vaak geen overzicht van het aantal locaties waar spuitomruil plaatsvindt en onder welke voorwaarden dit gebeurt.

Outreach

Omdat niet iedereen die drugs injecteert gebruik maakt van spuitomruil, en er steeds minder mensen gebruik maken van deze mogelijkheid, doen enkele voorzieningen aan outreach: ze gaan de straat op met als doel mensen die drugs spuiten te bewegen gebruik te maken van de mogelijkheid hun gebruikte spuiten om te ruilen voor schone. Andere instellingen doen dit juist niet, uit vrees dat dit juist mensen aanmoedigt te gaan spuiten.

Motivatatie tot behandeling

Medewerkers geven aan dat het soms als een uitdaging gezien wordt om bezoekers van de spuitomruillocatie te bewegen zich aan te melden voor behandeling, of zich überhaupt in te laten schrijven bij de verslavingszorginstelling. Sommige bezoekers willen enkel spuiten ruilen, en dat staat soms op gespannen voet met de beroepshouding van de medewerker.

Anderstaligen

Naast de groep die behalve het ruilen van spuiten en verkrijgen van parafernalia geen verdere zorg of hulp wil, is er de groep arbeidsmigranten die in toenemende mate gebruik maakt van spuitomruil, maar waarmee het contact moeizaam verloopt vanwege de taalbarrière en het gebrek aan kennis in deze groep over de Nederlandse verslavingszorg. Daar komt bij, zoals in andere hoofdstukken is beschreven, dat men vaak ook niet voor hulp of zorg in aanmerking komt, als men geen deugdelijke of geldige papieren kan overhandigen.

Discussie

De veelheid aan kwalitatieve en beschrijvende resultaten over verschillende voorzieningen die deze inventarisatie heeft opgeleverd, leent zich niet voor een algemene conclusie of samenvatting van de resultaten. Deze discussie richt zich op een paar thema's die van toepassing zijn op (het merendeel) van de beschreven harm reduction voorzieningen.

Afname aantal bezoekers/patiënten

Medewerkers van de in dit rapport beschreven harm reduction voorzieningen geven aan dat er sprake is van een zekere afname van aantal bezoekers of patiënten. Op termijn kan dit er toe leiden dat er minder financiering beschikbaar komt voor de voorzieningen wat mogelijk het voortbestaan van deze voorzieningen in gevaar brengt. Door de geïnterviewden wordt de toegevoegde waarde van het in stand houden van de voorzieningen onderstreept.

Toename arbeidsmigranten uit Midden en Oost-Europa

Geïnterviewden hebben de ervaring dat Midden- en Oost-Europeanen die zich bij harm reduction voorzieningen melden, vaak in een 'bubbel' leven met andere Midden- en Oost-Europeanen die ook drugs gebruiken. Ze hebben vaak weinig affiniteit met of een goed beeld van de Nederlandse verslavingszorg, en er is doorgaans sprake van een taalbarrière. Medewerkers van gebruikersruimten denken verschillend over de mate waarin zij verantwoordelijk zijn voor het (moeten) aanbieden van hulp aan niet-Nederlanders. Hierdoor lijken er ook grote regionale verschillen te bestaan in het bereiken van deze doelgroep.

Ouderdom en toenemende somatische klachten

Een aantal bezoekers krijgt, vanwege verminderde mobiliteit en toename van somatische klachten, zorg aan huis. Deze zorg gaat verder dan wat de instellingen die harm reduction interventies aanbieden normaliter (kunnen) bieden. Ondanks dat het niet in hun takenpakket valt, voelen veel medewerkers van gebruikersruimten zich wel verantwoordelijk voor de algehele gezondheid van hun bezoekers. Zij werken daarom samen met ketenpartners die zorg aan huis kunnen leveren. Een uitdaging is dat de onderlinge samenwerking regelmatig stroef verloopt vanwege vooroordelen die medewerkers van andere zorginstellingen vaak hebben ten aanzien van mensen die harddrugs gebruiken. Deze vooroordelen belemmeren het leveren van adequate zorg aan deze doelgroep. Beperkingen in motoriek die gepaard kunnen gaan met de toename van somatische klachten, zorgen ervoor dat bezoekers/patiënten moeite hebben de harm reduction voorziening te bereiken en bijvoorbeeld hun medicatie minder gemakkelijk kunnen ophalen. De thuisbezorging van medicatie kan een oplossing zijn voor de verminderde mobiliteit onder oudere patiënten. Omdat thuisbehandeling tijdsintensief en veelal niet kostendekkend is, heeft echter niet elke locatie de mogelijkheid dit te organiseren. Sommige medicatiepoli's hebben in plaats daarvan de mogelijkheid het gebruik van openbaar vervoer te vergoeden voor patiënten met een verminderde mobiliteit.

Stigmatisering en vooroordelen

Mensen die harddrugs gebruiken ervaren volgens geïnterviewden regelmatig stigmatisering door hun huisarts en ander medisch zorgpersoneel; dit speelt des te meer voor ouderen die vanwege somatische klachten vaker een beroep doen op de zorg. Medewerkers van harm reduction voorzieningen spannen zich daarom in om desondanks te zorgen dat de juiste medische zorg voor hun bezoekers tijdig op gang komt. Mede door de verminderde pijnperceptie door opiaatgebruik kunnen er verstrekkende gevolgen ontstaan wanneer progressieve ziektes in deze doelgroep in een (te) laat stadium ontdekt of behandeld worden. Het tijdig op gang krijgen van de juiste zorg vergt inzet op het extra motiveren van zowel het personeel dat deze zorg moet leveren als de bezoeker die zorg nodig heeft (niet zelden een zorgmijder).

Referenties

De Gee, A., & Van der Gouwe, D. (2020). 40 jaar harm reduction in Nederland: geen schaamte, maar trots! Tijdschrift voor Gezondheidswetenschapper (TSG), 98, 59-61.

De Gee, A., Woods, S., Charvet, C., & Van der Poel, A. (2018). Drugsgebruiksruimten in Nederland: stand van zaken 2018. Utrecht: Trimbos-instituut.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2010). Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Luxemburg: Publications Office of the European Union.

Laghaei, F., Van Wamel, A., Van der Poel, A., & De Gee, A. (2013). Harm Reduction in Nederland: Inventarisatie van opiaatonderhoudsprogramma's, gebruiksruimten en Harm Reduction binnen de (F)ACT-teams. Utrecht: Trimbos-instituut.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (2015). Kamerstuk (bijlage) 'Uitgangspunten huidig drugsbeleid'. Den Haag: Tweede Kamer.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) (2021). Volksgezondheidszorg.info: drugsgebruik > preventie & zorg > preventie (webpagina). Bilthoven: RIVM.

Trimbos-instituut & Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum (WODC) (2009). Evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid. Utrecht: Trimbos-instituut & Den Haag: WODC.

Wilson, D.P., Donald, B., Shattock A.J., Wilson, D., & Fraser-Hurt, N. (2015). The cost-effectiveness of harm reduction. International Journal of Drug Policy, 26(1), 5-11.

