

Harm reduction in Nederland

Een inventarisatie van gebruiksruidten,
medicatiepoli en verstrekking van parafernalía





Harm reduction in Nederland

Een inventarisatie van gebruiksruidten,
medicatiepoli en verstrekking van parafernalia

Colofon

Auteurs

Thomas Martinelli
Jeanine Koelewijn
Daan van der Gouwe

Met dank aan

Alle experts, bezoekers, patiënten en medewerkers van voorzieningen die hebben meegewerkt aan de interviews of een vragenlijst hebben ingevuld.

Lieke Verhoeven (Novadic-Kentron), Moniek Voermans (Novadic-Kentron) en Boukje Dijkstra (NISPA) voor de samenwerking bij de dataverzameling en bespreken van de resultaten.

Margriet van Laar voor het meelesen en geven van feedback.

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

Vormgeving

The Creative Hub

Beeld omslag

Gettyimages.nl

Productinformatie

Dit rapport is te downloaden via www.trimbos.nl

Artikelnummer: TRI-41-036

Trimbos-instituut

Postbus 725

3500 AS Utrecht

T: +31 (0)30 – 297 11 00

E: hrn@trimbos.nl

©2026, 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

Samenvatting	5
1 Inleiding	7
1.1 Aanleiding	7
1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen	8
2 Achtergrond: Wat is harm reduction?	9
2.1 Wat is harm reduction?	9
2.2 Wat zijn harm reduction voorzieningen?	11
3 Methode	14
3.1 Fase 1: deskresearch en uitvraag	14
3.2 Fase 2: Veldwerk en interviews	14
3.3 Fase 3: Analyse	15
4 Resultaten	16
4.1 Aantal voorzieningen	16
4.2 Gebruiksruimten	17
4.3 Medicatiepoli's: methadon en heroïne op medisch voorschrift	23
4.3.1 Medicatiepoli's voor methadon	23
4.3.2 Medische Heroïne Units	24
4.4 Verstrekking en verkoop parafernalia: spuitomruil, pijpjes en zeefjes	28
5 Conclusies en aanbevelingen	31
5.1 Conclusies: De staat van harm reduction voorzieningen in Nederland	31
5.2 Aanbevelingen:	32
6 Referenties	35
7 Bijlagen	37
7.1 Vragenlijst per e-mail kwantitatieve inventarisatie voorzieningen	37

Context en doel

Harm reduction voorzieningen vormen al decennialang een pragmatische en bewezen pijler van het Nederlandse drugsbeleid. Voor mensen die niet kunnen of willen stoppen met middelengebruik, beperken deze voorzieningen schade, verbeteren zij welzijn en dragen zij bij aan maatschappelijke rust. Dit rapport biedt een actuele inventarisatie van drie kernvoorzieningen: gebruiksruimten, medicatiepoli's (methadon en medische heroïne) en verstrekking van parafernalía.¹ Het doel is tweeledig: inzicht geven in het aantal voorzieningen en inzicht geven in hun *dagelijkse praktijk, knelpunten en toekomstbestendigheid*. We verzamelden gegevens hierover middels deskresearch, een landelijke uitvraag via de telefoon en mail en met veldobservaties (N=4 locaties) en semigestructureerde (groeps)interviews met professionals (N=13) en cliënten van voorzieningen (N=20). De kwalitatieve resultaten beschreven in dit rapport zijn van verkennende aard en mogelijk niet representatief voor de hele sector.

Belangrijkste bevindingen

Nederland beschikt over een breed en functionerend aanbod van harm reduction voorzieningen. We telden 23 gebruiksruimten, 17 medische heroïne units (MHU's) en ten minste 29 locaties voor spuitomruil en andere parafernalía. Voor methadonverstrekking ontbreekt een landelijk overzicht. Deze laatste bevinding is typerend voor een bredere lacune die we tegenkwamen: er is geen uniforme registratie, geen eenduidige monitoring en geen sector brede kwaliteitsstructuur. Voorzieningen functioneren over het algemeen goed, maar grotendeels los van elkaar.

Gebruiksruimten

Gebruiksruimten worden goed benut en vervullen meerdere functies tegelijk: schadebeperking, vermindering van overlast, zorgen voor sociale veiligheid en toeleiding naar zorg. Bezoekers voelen zich er gezien en beschermd. Tegelijkertijd zijn er knelpunten. De fysieke staat van gebouwen (hygiëne, ventilatie) is vaak ondermaats en tast waardigheid en gezondheid aan. Daarnaast ervaren met name vrouwen onvoldoende veiligheid. Ook ontbreken landelijke richtlijnen, waardoor interpretatie van doelen, openingstijden en regels per locatie kan verschillen.

Medicatiepoli's

Bij methadonpoli's is op sommige locaties een verschuiving zichtbaar van anonieme loketten naar verstrekking in spreekkamers, wat leidt tot betere behandelrelaties en minder spanning. De medische heroïnebehandeling kenmerkt zich door een daling van het aantal patiënten, met name door vergrijzing en sterfte. Tegelijkertijd maakt een wijziging in de wijze van financiering (vanaf 2026) deze voorzieningen operationeel kwetsbaarder. Zonder toekomstscenario dreigt een essentieel vangnet voor een kleine, zeer kwetsbare groep te verdwijnen.

1 De laatste vergelijkbare inventarisatie dateert van 2022: Van der Gouwe, D., Diender, B., Van Gelder, N., & De Gee, A. (2022). *Recente inzichten in harm reduction voorzieningen in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Verstrekking van paraferalia (o.a. spuitomruil)

Spuitomruil en de verstrekking van rookmaterialen functioneren goed en blijven relevant, zeker nu op sommige plekken injecterend gebruik weer toeneemt. Toch is dit aanbod structureel ondergeregistreerd en beperkt zichtbaar.

Stigma

Harm reduction voorzieningen hebben aantoonbare maatschappelijke meerwaarde, maar blijven kampen met misverstanden en stigma. Volgens medewerkers en cliënten worden ze vaak geassocieerd met overlast in plaats van met preventie, zorg en veiligheid. Dat maakt ze politiek en maatschappelijk kwetsbaar.

Conclusies

Nederland beschikt over een breed en effectief aanbod van harm reduction voorzieningen van goede kwaliteit. Gebruiksruimten, medicatiepoli's en aanbod van paraferalia bieden dagelijks cruciale ondersteuning aan mensen die drugs gebruiken. Medewerkers handelen professioneel, met een sterke focus op zorg, veiligheid en wederzijds respect. Cliënten, patiënten en bezoekers van voorzieningen waarderen de voorzieningen en voelen zich goed behandeld. De algemene infrastructuur werkt daarmee goed, maar staat organisatorisch en strategisch vaak op losse schroeven. Met relatief eenvoudige verbeteringen op het gebied van visie en onderlinge samenwerking kan de kwaliteit en toekomstbestendigheid toenemen.

Kernaanbevelingen

- **Ontwikkel een landelijke visie en richtlijnen voor harm reduction**
Leg vast wat harm reduction beoogt, welke kwaliteitscriteria gelden en hoe voorzieningen zich verhouden tot zorg en veiligheid. Dit versterkt legitimiteit en weerbaarheid.
- **Verbeter registratie en monitoring**
Zonder betrouwbare data is sturing niet goed mogelijk. Uniforme registratie van onder andere locaties, type voorzieningen, activiteiten en cliënten (bijvoorbeeld via LADIS) is een randvoorwaarde voor kwaliteit en continuïteit.
- **Bereid een toekomstscenario voor medische heroïnebehandeling voor**
Het is te verwachten dat de doelgroep van de medische heroïnebehandeling verder zal krimpen waardoor de huidige vorm steeds moeilijker operationeel en financieel vol te houden is. Verken tijdig alternatieve modellen (zoals aangepaste verstrekking of pilotstudies) om discontinuïteit te voorkomen.
- **Investeer in de fysieke werk- en behandelomgeving van voorzieningen**
Relatief kleine investeringen in onderhoud, ventilatie en inrichting leveren directe winst op voor gezondheid, veiligheid en waardigheid.
- **Faciliteer structurele kennisdeling en netwerken**
Bouw voort op bestaande overlegstructuren en breid deze uit naar de gehele sector om uitwisseling van ervaringen en intervisie tussen voorzieningen mogelijk te maken.
- **Werk actief aan destigmatisering en publieke communicatie**
Maak zichtbaar wat harm reduction voorzieningen doen en opleveren voor bezoekers én voor de samenleving.

1 Inleiding



1.1 Aanleiding

Harm reduction voorzieningen gaan uit van een eenvoudige en praktische gedachte: ook als iemand om de een of andere reden niet kan of wil stoppen met middelengebruik, kan men de schade ervan beperken en het leven van degene die gebruikt verbeteren. Vanuit die logica ontstonden in Nederland zo'n vijftig jaar geleden de eerste 'harm reduction'-initiatieven met bijvoorbeeld de verstrekking van schone spuiten aan mensen die heroïne injecteerden. Dit waren bottom-up bewegingen en activistische netwerken. Vaak van mensen die zelf drugs gebruikten. Wat begon als een klein, zelforganiserend ecosysteem is vanwege de positieve effecten en het grote bereik steeds meer opgepakt door lokale overheden en over de jaren uitgegroeid tot een breed en geïstitutioniseerd internationaal veld.²

Harm reduction vormt tegenwoordig een pilaar van zowel het Nederlandse als het Europese drugsbeleid.³ Maar door de jaren heen vonden harm reduction voorzieningen vooral organisch en op basis van praktische overwegingen hun plaats in het maatschappelijke veld. In andere woorden, de ooit bottom-up initiatieven zijn in verschillende soorten organisaties en hulpaanbieders opgegaan omdat dit paste bij de lokale situatie destijds. Dat maakt dat we nu een divers veld zien waarin voorzieningen bijvoorbeeld zijn ondergebracht bij verslavingszorginstellingen, maar ook bij maatschappelijke opvang of kerkelijke- en vrijwilligersorganisaties. Die diversiteit is waardevol, maar leidt ook tot versnippering. Harm reduction voorzieningen bevinden zich deels in het zorgdomein, deels in het sociale domein en vaak onder de paraplu van grotere organisaties die ook andere vormen van zorg en ondersteuning bieden.

Een duidelijke branchevertegenwoordiging ontbreekt, waardoor het zicht op het geheel onduidelijk blijft. Er is bijvoorbeeld geen landelijk overzicht of geaccepteerde definiëring van harm reduction activiteiten. Sommige interventies kunnen ook als 'preventie' (denk aan 'aids-preventie' bij schone naalden verstrekken), 'behandeling' (zoals een methadon-behandeling) of 'laagdrempelige hulp' (bijvoorbeeld een inloopvoorziening) gezien worden. Het is dus niet altijd duidelijk wat nu meetelt als 'harm reduction'.

Om patronen in het veld beter zichtbaar te maken, hebben wij van het *Harm Reduction Netwerk* een inventarisatie uitgevoerd van harm reduction voorzieningen in Nederland. Deze inventarisatie is gesteund en gefinancierd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en bouwt voort op eerdere inventarisaties uit 2013, 2018 en 2022.

2 Jeziorska, A., Martinelli, T., & Kools, J.P. (2025). *50 years of harm reduction in Europe: high time for transformation*. *Harm Reduction Journal*, 22(1), 94.

3 European Union Drugs Agency (EUDA) (2025). *European Drug Report 2025* — hoofdstuk 'Harm reduction – the current situation in Europe'. Lissabon: EUDA.

In de laatste inventarisatie⁴ kwam naar voren dat medewerkers in harm reduction voorzieningen een afname ervoeren in het totaal aantal patiënten. Daarentegen zagen zij een nieuwe groep steeds vaker: arbeidsmigranten uit Midden- en Oost-Europa. Andere thema's die aandacht kregen in de vorige inventarisatie waren ouderdom in combinatie met somatische klachten onder bezoekers en patiënten van voorzieningen en dat zij regelmatig met stigmatisering en vooroordelen te maken hadden. We richten ons in dit rapport op de huidige stand van zaken in het veld.

1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen

Het inventarisatieonderzoek heeft twee hoofddoelen. Ten eerste willen we een actueel overzicht verkrijgen van het aantal harm reduction-voorzieningen en hun locaties in Nederland. Ten tweede, beogen we inzicht te krijgen in de *modus operandi* van deze voorzieningen.

Om deze doelen te bereiken formuleren we de volgende onderzoeksvragen:

1. Hoeveel harm reduction voorzieningen zijn er in Nederland?

Ten behoeve van de haalbaarheid en vergelijkbaarheid met vorige onderzoeken is deze vraag afgebakend tot gebruiksruidten, medicatiepoli's (voor methadon- en medische heroïnebehandeling) en spuitomruil-voorzieningen.

2. Hoe functioneren deze voorzieningen in de huidige praktijk?

Welke werkwijzen hanteren zij? Welke uitdagingen komen zij tegen? In hoeverre sluiten zij aan op de veranderende behoeften van bezoekers en cliënten? Welke trends en signalen zien professionals en cliënten met betrekking tot de doelgroep en de drugsmarkt?

In deze rapportage geven we een actueel overzicht van het aantal harm reduction voorzieningen, aangevuld met kwalitatieve inzichten over hun werking, uitdagingen en toekomstbestendigheid.

4 Van der Gouwe, D., Diender, B., Van Gelder, N., & De Gee, A. (2022). *Recente inzichten in harm reduction voorzieningen in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.

2 Achtergrond: Wat is harm reduction?



2.1 Wat is harm reduction?

De term 'harm reduction' (in het Nederlands *schadebeperking*) is sterk verbonden met de Europese heroïneproblematiek in de jaren '80 en '90. Dat we er een Engelse term voor gebruiken is misschien wat merkwaardig, want de oorsprong van harm reduction is Nederlands.⁵ Het was in Amsterdam en Rotterdam waar jonge 'doe-het-zelvers' de eerste harm reduction services verleenden en opkwamen voor de rechten van mensen die drugs gebruiken.⁶ Ze zagen dat mensen die heroïne injecteerden ziek werden omdat ze naalden deelden en besloten er zelf wat aan te doen: schone spuiten verstrekken en omruilen voor gebruikte. Een simpel en effectief idee, maar destijds revolutionair en controversieel.

Het Nederlandse beleid van omgaan met mensen die overmatig middelen gebruiken of verslaafd zijn kent echter een langere geschiedenis.⁷ Al aan het begin van de vorige eeuw (rond 1900) viel het degenen die werkten in de verslavingszorg al op dat mensen met alcoholproblemen ('drankzuchtigen') lastiger te genezen waren dan gehoopt. Ze vielen geregeld terug in gebruik en in die prille tijden van de Nederlandse verslavingszorg besloot men al pragmatisch te werk te gaan door de schade te beperken die de verslaving aanrichtte. Ze probeerden schulden aan te pakken en inkomen, werk, kleding en huisvesting te regelen voor de personen met een verslaving en hun gezinnen. Zij werden bijvoorbeeld in fatsoenlijke pensions en kosthuizen opgevangen, waar ook gelijk een oogje in het zeil gehouden werd.



Foto: Medewerker van de MDHG met een cliënt bij de 'spuiten-kast'. - Harrie Timmermans, 1984



Foto: GGD-medewerker bezorgt schone spuiten in Amsterdam

5 De Gee, A., & Van der Gouwe, D. (2020). *Veertig jaar harm reduction in Nederland: geen schaamte, maar trots!* In: *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, uitgave 1/2020.

6 Roosjen, G. (2007). *30 jaar scoren, 30 jaar drugscene, 30 jaar MDHG*. Amsterdam: Belangenvereniging Druggebruikers MDHG.

7 Blok, G. (2012). *Opvang van verslaafden: Van drank tot drugs – van bestrijding van het kwaad tot het voorkomen van schade*. Canon Sociaal Werk.

Kortom, de verslavingszorg in Nederland richtte zich al vroeg op het beperken en voorkomen van maatschappelijke overlast en verloedering van mensen met een verslaving. Dit gebeurde ook toen in jaren zeventig en tachtig de illegale drug heroïne haar opmars maakte in Nederland. In eerste instantie was de aanpak hiertegen vooral gericht op het laten 'afkicken' van gebruikers. Maar al snel bleek dit wederom niet voldoende. Vooral verslaafde gebruikers vielen terug of bleken 'ongemotiveerd' voor een dergelijke behandeling.⁸ Dus besloot men om daarnaast ook opvang te verlenen, een maaltijd, douche, medische hulp en zelfs schone naalden aan te bieden. In de loop van de jaren negentig raakte dit type hulp, dat ervan uitging dat sommige mensen zouden blijven gebruiken, meer geaccepteerd. Harm reduction groeide uit van een activistische ideologie naar een pragmatisch beleid met bewezen effectieve interventies die over de jaren langzaam werden geïstitutionaliseerd. In Engelse steden zoals Liverpool werden soortgelijke voorzieningen ook ingericht en officieel gedoopt tot de zeer pakkende term: *harm reduction*.⁹ Tegenwoordig is schadebeperking een gevestigde doelstelling en pijler van het Nederlands drugsbeleid en de verslavingszorg.



Foto: De "Methadon-bus" voor de Mozes en Aäronkerk in Amsterdam

Wetenschappelijke evidentie

Het blijft niet bij idealisme. Sinds de jaren negentig hebben wetenschappers een stevige wetenschappelijke onderbouwing voor harm reduction neergezet. Een groot aantal studies naar opiaat-ervangende behandelingen (zoals methadon) en spuitomruilprogramma's (NSP's) toont overtuigend bewijs: ze verminderen het risico op de overdracht van infecties (zoals HIV en Hepatitis) en verlagen het risico op overdoses en sterfte.¹⁰ De behandeling met medische heroïne laat ook positieve resultaten zien, met niet alleen verbeteringen voor het individu, maar ook op het tegengaan van onder andere overlast en criminaliteit.¹¹ Er is ook steeds meer bewijs voor de effectiviteit van gebruiksruidten. Deze helpen aantoonbaar met het terugdringen van overlast, druggerelateerde sterfte, hiv-infecties en risicovol gedrag (ook buiten de voorziening) en bevorderen de instroom naar behandeling. Deze voorzieningen worden bijvoorbeeld ook erkend door het toonaangevende *European Union Drugs Agency (EUDA)*.¹²

8 Van der Stel, J. (2011). *De verslavingszorg voorbij*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

9 Szalavitz, M. (2021). *Undoing Drugs: The untold story of harm reduction and the future of addiction*. Little, Brown & Company, New York.

10 Zie voor een overzicht van de verzamelde evidentie bijvoorbeeld: Jeziorska, Martinelli & Kools, (2025). *50 years of harm reduction in Europe: high time for transformation*. *Harm Reduction Journal* 30;22(1):94.

11 Blanken, P., van den Brink, W., Hendriks, V., Huijsman, I., Klous, M., Rook, E., Wakelin, J., Barendrecht, C., Beijnen, J., & van Ree, J. (2010). *Heroin-assisted treatment in the Netherlands: History, findings, and international context*. *European Neuropsychopharmacology*, 20(2), S105-S158.

12 European Union Drugs Agency (EUDA) (2025). *Harm reduction – the current situation in Europe*. In: *European Drug Report 2025*. Lissabon: EUDA. | www.euda.europa.eu

2.2 Wat zijn harm reduction voorzieningen?

Wat is een gebruikruimte?

Gebruikruimten zijn onderdeel van het aanbod van harm reduction voorzieningen. De eerste formele gebruikruimte opende op 10 juni 1994 in Maastricht en werd beheerd door de lokale verslavingszorg. Het concept: een veilige ruimte waar ongestoord en in de nabijheid van hulpverleners drugs gebruikt kunnen worden. Om dat gebruik in goede en veilige banen te leiden maakt de beheerder van de ruimte vaak afspraken met bezoekers over bijvoorbeeld wie er naar binnen mag, hoeveel tijd men doorbrengt in de ruimte, het aantal bezoeken per dag en over begeleidingsgesprekken die de weg naar hulpverlening makkelijker maken.

Een gebruikruimte is dus enerzijds een middel om schade door middelengebruik voor bezoekers te beperken. Anderzijds, dienen gebruikruimten er ook toe om de overlast van middelengebruik op straat te verminderen. Ze blijken hierin effectief en aan het begin van deze eeuw had Nederland meer dan dertig gebruikruimten voor drugs.¹³

Gebruikruimten worden gefinancierd door gemeenten uit het WMO-budget en vallen binnen een legaal wettelijk kader door een aanpassing in de Opiumwet. Het aantal gebruikruimten schommelt sinds 2018 rond de 24, terwijl er in 2010 nog 37 werden geteld.¹⁴ Er is geen eenduidige verklaring te vinden voor deze vermindering. Waarschijnlijk heeft het te maken heeft met een combinatie van verminderde noodzaak en opkomende woon-initiatieven voor mensen met een verslaving waar ook gebruikt mag worden (bijvoorbeeld op de eigen kamer).

Deze laatste woonvorm, die ook gezien zou kunnen worden als een 'gebruikruimte', tellen we niet mee in deze inventarisatie in de kwantitatieve dataverzameling. Het blijkt erg lastig om hier inzicht in te verkrijgen omdat een deel van dit soort voorzieningen in een grijs gebied opereert. Dat kan bijvoorbeeld betekenen dat er geen vastgelegd beleid is voor het toestaan van gebruik, maar dat het gedoogd wordt. Een andere reden dat we ze niet hebben meegeteld, is dat deze 'gebruikruimten' niet toegankelijk zijn voor niet-bewoners. In ons onderzoek gaat het dus om openbaar toegankelijke¹⁵ gebruikruimten.

De nieuwste gebruikruimte is in 2025 geopend in Amsterdam in het Oosterpark, genaamd De Dwaalgast. Het betreft een camper die in principe mobiel is, maar enkel op één plaats opereert. De Regenboog Groep, die in Amsterdam meer gebruikruimten runt, is de verantwoordelijke zorgorganisatie die toeziet op de gebruikruimte.

Wat is een medicatiepoli? (methadon en medische heroïne op recept)

Methadonverstrekking vormt al ruim 50 jaar een belangrijke harm reduction voorziening in Nederland. De eerste methadonposten werden ingericht in de jaren zeventig, vaak opgezet door verslavingszorginstellingen. Inmiddels is het voorschrijven van methadon door een arts de gewoonste zaak van de wereld en spreekt men daarom liever van de in de medische wereld meer

13 En in een paar gevallen ook voor alcohol.

14 Havinga, P., & van der Poel, A. (2011). *Gebruikruimten in Nederland Update van de handreiking bij organisatie en inrichting*. Utrecht, Trimbo-instituut.

15 Al dan niet na registratie of verwijzing.

gangbare term 'medicatiepoli' in plaats van 'post' of 'verstrekking'. In ons rapport gebruiken we ook de term medicatiepoli voor plaatsen waar artsen heroïne op medisch voorschrift voorschrijven en uitgeven. Deze worden ook wel Medische Heroïne Units (MHU's) of genoemd.

Methadon

Aanvankelijk probeerde men met behulp van methadon het gebruik van heroïne af te bouwen en te stoppen. In de praktijk bleek dit echter vaak niet te lukken en een afbouw-behandeling werd steeds vaker een onderhoudsbehandeling. Zo kon de behandelaar het drugsgebruik stabiliseren, de afhankelijkheid van illegale straatdrugs verminderen en de gezondheidsrisico's beperken.

De gecontroleerde, farmaceutische vervanger van heroïne beschermde niet alleen de gezondheid van gebruikers, maar geeft ook de samenleving een stukje rust. Het is een stabiel en betrouwbaar alternatief voor het chaotische gebruik op straat waar ontwenningsverschijnselen mensen tot wanhopige acties kunnen drijven. Bovendien heeft de hulpverlening dankzij deze behandeling het grootste deel van verslaafde personen die heroïne gebruiken in beeld. Het voorschrijven van methadon gebeurt vaak vanuit medicatiepoli's van verslavingszorginstellingen, maar ook door huisartsen.

Medische heroïne

Medische heroïnebehandeling kreeg in de jaren negentig vorm, nadat experimenten overtuigend lieten zien dat sommige zwaar verslaafde personen gebaat waren bij een middel dat dichter aansloot op hun gebruikspatroon.¹⁶ De behandeling vindt plaats onder strikt toezicht van artsen en verpleegkundigen, doorgaans in speciaal ingerichte medische units. De afspraken zijn helder en strak: vaste tijden, gecontroleerde dosering, verplichte begeleiding. Geen vrijblijvendheid, maar een zorgvuldig ritme dat mensen weer de contouren van een leefbaar bestaan laat ervaren. Beide vormen van verstrekking dienen meerdere doelen tegelijk. Enerzijds verminderen ze gezondheidsrisico's zoals infecties, overdoseringen en de lichamelijke belasting van onvoorspelbaar straatgebruik. Anderzijds temperen ze maatschappelijke overlast door luidruchtige problematiek zoals criminaliteit uit de publieke ruimte halen en deze te verplaatsen naar plekken waar zorgprofessionals de regie hebben.

In deze inventarisatie rekenen we locaties waar methadon en heroïne medisch worden voorgeschreven tot medicatiepoli's en het formele aanbod van harm reduction voorzieningen.

Wat is verstrekking van parafernalía?

Het verstrekken van parafernalía, zoals zeefjes, pijpjes, of de mogelijkheid voor spuit(omruil), is een harm reduction voorziening waarbij mensen die drugs gebruiken hygiënisch gebruiksmateriaal kunnen verkrijgen op een laagdrempelige manier. Het beperkt de schade van bijvoorbeeld de verspreiding van infectieziekten door vervuild of gedeeld materiaal. Een andere belangrijke functie van dit soort voorzieningen is dat zij de mogelijkheid bieden om op laagdrempelige wijze contact te leggen met personen die drugs gebruiken en hen, wanneer daar behoefte aan is, snel toe te leiden naar passende zorg of begeleiding. Hoewel de spuitomruil het meest bekende voorbeeld is,

16 Blanken, P., van den Brink, W., Hendriks, V., Huijsman, I., Klous, M., Rook, E., Wakelin, J., Barendrecht, C., Beijnen, J., & van Ree, J. (2010). *Heroin-assisted treatment in the Netherlands: History, findings, and international context*. *European Neuropsychopharmacology*, 20(2), S105-S158.

omvat het aanbod doorgaans meer dan alleen schone spuiten. Ook materialen om drugs te roken (zoals crackpijpjes), condooms en voorlichtingsmateriaal maken vaak deel uit van het pakket.

Spuitomruilprogramma's ontwikkelde zich begin jaren tachtig als een centrale preventieve interventie, nadat de opkomst van aids wereldwijd tot grote bezorgdheid had geleid. Toen duidelijk werd dat hiv overdraagbaar was via bloedcontact, vormden personen die drugs injecteren een van de meest urgente risicogroepen. Om verdere verspreiding van het virus binnen deze doelgroep te voorkomen, werden in Nederland preventieprojecten ingericht in nauwe samenwerking met belangenorganisaties van gebruikers, waaronder de Junkiebonden. Deze samenwerking was cruciaal voor het bereiken van een doelgroep die in die periode vaak buiten het reguliere zorgcircuit viel.

Het omruilen van gebruikte spuiten voor schone exemplaren werd een essentieel onderdeel van het harm reduction beleid van Nederland. Voorlichting over hygiëne, veilig injecteren en veilige seks maakte integraal deel uit van deze benadering. De uitgangspunten waren pragmatisch: door risico's te minimaliseren werd zowel individuele schade als verdere verspreiding van hiv voorkomen.

Spuitomruilprojecten droegen significant bij aan het terugdringen van hivtransmissie onder injecterende drugsgebruikers.¹⁷ Door het delen van geïnfecteerd injectiemateriaal te voorkomen, werd een belangrijke besmettingsroute effectief doorbroken. Daarmee vervulde spuitomruil een dubbele functie: het beperken van gezondheidsrisico's voor bezoekers én het beschermen van de volksgezondheid in bredere zin. Het vormt een vroeg, maar richtinggevend voorbeeld van harm reduction beleid zoals dat in Nederland verder is uitgekristalliseerd.

17 Hurley S., Jolley D., Kaldor J. (1997). *Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection*. Lancet. 349(9068):1797–800.

3 Methode



In dit hoofdstuk beschrijven we hoe we de gegevens hebben verzameld voor deze inventarisatie. De dataverzameling bestond uit deskresearch en interviews. We voerden het onderzoek uit in drie fasen en combineerden zowel kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksmethoden. Alle onderzoeksactiviteiten zijn voorgelegd aan en besproken met de Trimbos Ethische Toetsingscommissie.

3.1 Fase 1: deskresearch en uitvraag

In de eerste fase hebben we voornamelijk kwantitatieve informatie verzameld over het aantal harm reduction voorzieningen in Nederland. Als eerste deden we een uitvraag bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS). Per e-mail vroegen we of er landelijke registraties of overzichten beschikbaar waren van deze voorzieningen. Dit bleek niet het geval te zijn.

Vervolgens hebben we gebruikgemaakt van het vorige inventarisatie-onderzoek, *Recente inzichten in harm reduction voorzieningen in Nederland* (van der Gouwe et al., 2022), als startpunt voor het samenstellen van een contactlijst. Van de hierin genoemde locaties zochten we de bijbehorende e-mailadressen van locaties. Deze lijst vulden we aan met contactgegevens van verslavingsinstellingen uit het Drugs Informatie en Monitoring Systeem - netwerk en met aanvullende e-mailadressen die we via websites van verslavingsinstellingen vonden.

We stelden een vragenlijst op met vragen over het aantal gebruiksruidten, medicatiepoli's (methadon en/of heroïne) en locaties voor de verstrekking van parafernalia. Deze vragenlijst verstuurdten we per e-mail naar alle verzamelde contactadressen (zie bijlage 6.1 voor de vragenlijst). De ontvangen antwoorden verwerkten we in een Excelbestand, waarin we per voorziening de aantallen registreerden. Locaties die niet op de e-mail hebben gereageerd, hebben we telefonisch benaderd of aanvullend onderzocht via hun website. Deze gegevens hebben we, waar beschikbaar, handmatig toegevoegd om het overzicht zo volledig mogelijk te maken.

3.2 Fase 2: Veldwerk en interviews

In de tweede fase hebben we kwalitatieve informatie verzameld door middel van semigestructureerde interviews. Deze namen we af bij professionals die werkzaam zijn binnen de verschillende voorzieningen en bij bezoekers van gebruiksruidten. In totaal hebben twee onderzoekers zeven interviews uitgevoerd met professionals werkzaam bij MHU's, zes interviews met overige professionals en vier groepsinterviews met in totaal twintig bezoekers van verschillende gebruiksruidten.

Daarnaast hebben we tijdens bezoeken aan de gebruiksruidten veldobservaties gedaan. We kregen bijvoorbeeld een rondleiding door een medewerker en hielden informele gesprekken met

bezoekers. Dit stelde ons in staat om de sfeer te proeven en de fysieke staat van de locaties te observeren. We maakten notities van deze observaties en namen ze mee in de analyse van de resultaten om de bevindingen uit de interviews te ondersteunen en aan te vullen.

3.3 Fase 3: Analyse

In de laatste fase hebben we een reflexieve thematische analyse methode gevolgd om de verzamelde data te analyseren. Dit hield in dat we de verslagen en aantekeningen doorlazen, thema's identificeerden en deze regelmatig met elkaar bespraken om na te gaan hoe de verschillende onderzoekers de data interpreteerden. We bespraken onze bevindingen en thema's ook met onderzoekers die in dezelfde periode onderzoek deden naar de Medische Heroïne Units en met professionals die in de praktijk van voorzieningen werkten.

4 Resultaten



4.1 Aantal voorzieningen

In totaal telden we 23 gebruiksruidten (14 steden), 17 MHU's (16 steden) en 29 spuitomruil locaties (19 steden). Op het aantal locaties waar methadonbehandeling wordt aangeboden hebben we geen zicht kunnen krijgen ondanks herhaaldelijke inzet en verschillende manieren van uitvraag (zie methode). Uit cijfers verzameld door het LADIS weten we wel dat er bij 11 verslavingszorginstellingen zo'n 5.000 personen in een methadonprogramma zijn geregistreerd. Uit het OPAAK onderzoek¹⁸ weten we ook dat een onbekend aantal mensen methadon ontvangt via de huisarts en dat naar schatting zo'n 8.000 personen een vorm van substitutiebehandeling ontvangen waarvan veruit het grootste deel (minstens 85%) methadon krijgt.

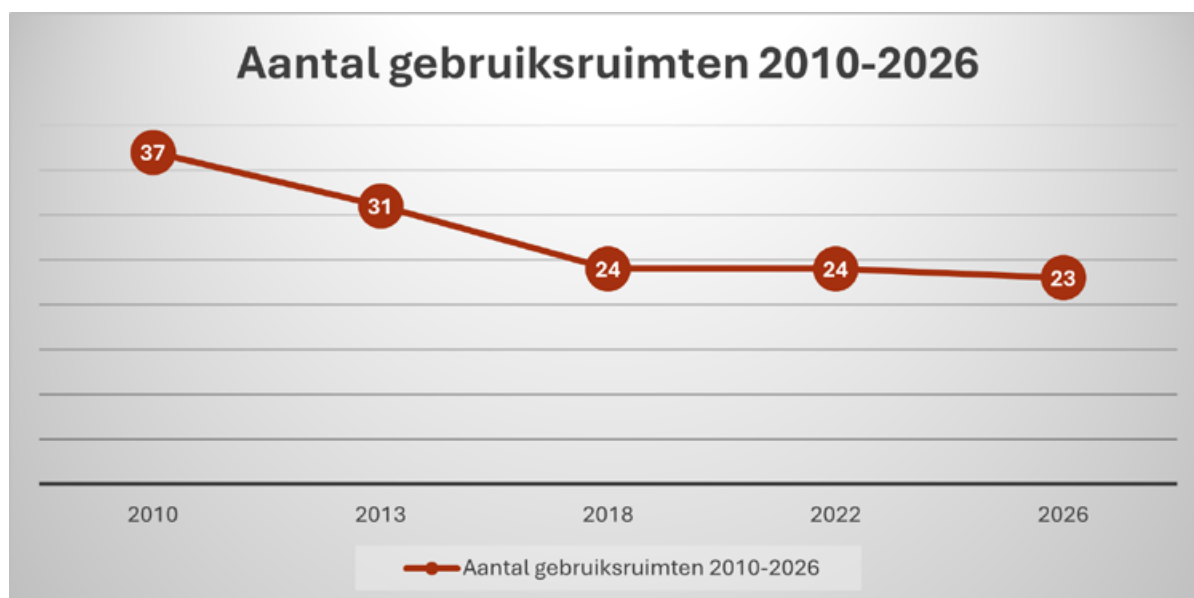
Tabel 1: Kwantitatief overzicht van harm reduction voorzieningen in Nederland

	Aantal locaties	Opmerkingen	Bron
Gebruiksruimten	23	Op 2 locaties ook alcoholgebruiksruimte, bij één ruimte alleen softdrugs, een mobiele gebruiksruidte (bus), 2 locaties met 3 aparte ruimtes	Huidige inventarisatie
Medicatiepoli's			
Methadon	onbekend	<ul style="list-style-type: none">- In 2024 registreerde LADIS bij 11 instellingen 1.468.258 methadonverstrekkingen bij 5.148 personen in een methadonprogramma.- Daarnaast wordt methadon ook voorgeschreven door huisartsen en in forensische settings (bijv. gevangenis en forensische zorg).- Uit schattingen van het OPAAK-onderzoek blijkt dat zo'n 60% (N=8.000) van de personen met hoog-risico opiaatgebruik een vorm van substitutiebehandeling ontving, waarvan de meerderheid methadon.	Kerncijfers Verslavingszorg 2015 – 2024, Stichting IVZ OPAAK onderzoek
Medische Heroïne Units	17	Elke MHU beschikt over een verschillend aantal plaatsen voor patiënten, variërend van 20 tot 90 behandelplaatsen. ¹⁹	Huidige inventarisatie
Spuitomruil locaties	>29		

18 Strada, L., et al. (2025). *Population size estimate of people with high-risk opioid use and an exploration of people with high-risk use of crack cocaine and other drugs in the Netherlands*. Utrecht: Trimbos-instituut.

19 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (2025). *Regeling heroïnebehandeling 2025*. Den Haag: VWS.

We telden één gebruikruimte minder dan in 2022. Sinds de vorige inventarisatie zijn drie gebruikruimten gesloten en zijn er twee nieuwe bijgekomen. In Figuur 1 presenteren we het aantal gebruikruimten geteld in inventarisaties vanaf 2010 (N=37) tot aan nu. Het aantal MHU's is gelijk gebleven ten opzichte van 2022.



Figuur 1: Aantal gebruikruimten geteld in inventarisaties tussen 2010-2026

Voor de locaties waar parafernalia worden verkocht en verstrekt zijn onze cijfers een minder goede weergave van de werkelijkheid. Net als in de vorige inventarisatie (2022) konden we 29 locaties in 19 steden identificeren, maar dit betreft vrijwel zeker een onderschatting van het totale aantal. We kunnen op basis van onze inventarisatie niet inschatten wat de totale omvang is van het aantal locaties. De reden is dat deze activiteit nauwelijks geregistreerd wordt en er vaak 'bij gedaan' wordt. Zo zijn er bijvoorbeeld naast verslavingszorginstellingen ook apotheken of GGD-locaties waar je spuiten kunt omruilen.

4.2 Gebruikruimten

Voor de inventarisatie van gebruikruimten hebben we drie professionals en zo'n 20 bezoekers geïnterviewd en observaties op drie locaties gedaan om inzicht te krijgen in de huidige stand van zaken. In de interviews vroegen we onder andere naar dagelijkse ervaringen, wat er goed gaat en wat er eventueel beter kan. Hieronder beschrijven we de belangrijkste resultaten uit deze interviews en observaties.

Modus operandi; ervaringen van gebruikers

Bij de drie gebruikruimten die we bezochten voor dit onderzoek dienen bezoekers zich aan te melden via een hulpverlener voordat ze toegang krijgen. Deze 'aanmelding' wordt over het algemeen breed en flexibel opgevat. Kort gezegd kan de 'verwijzer' iemand van de gebruikruimte zelf zijn, maar ook anderen zoals een BOA, wijkagent of wijkteammedewerker kunnen iemand aanmelden. Dit kan bijvoorbeeld ook gebeuren naar aanleiding van overlast door gebruik op straat.

Na aanmelding volgt altijd een intakegesprek, waarbij een hulpverlener de gezondheidstoestand, middelengebruik en de opties voor behandeling bespreekt met de bezoeker. De gebruiksruidten hanteren hun eigen criteria die bepalen of iemand wel of geen toegang krijgt. Over het algemeen kan gezegd worden dat jongeren, personen die incidenteel gebruiken en personen die enkel softdrugs of alcohol gebruiken geen toegang krijgen.

Na de intake krijgt een bezoeker toegang tot de gebruiksruidte. Per bezoek krijgt iemand een bepaalde – meestal vooraf afgesproken tijd – om zijn of haar dosis drugs te gebruiken. Daarnaast maakt het personeel van de gebruiksruidte ook afspraken over hoe vaak iemand er gebruik van mag maken. Medewerkers geven aan dat de regels binnen de gebruiksruidte soms als streng worden ervaren door bezoekers, maar dat ze ook noodzakelijk zijn en een positief effect hebben op bezoekers. Ze bieden bijvoorbeeld rust, structuur en consistentie.

Er is te alle tijden personeel in buurt om te helpen bij eventuele problemen of bij overlast of incidenten rondom gebruik van drugs. Naast toezicht op het drugsgebruik is er ook aandacht voor begeleiding en ondersteuning. Bezoekers krijgen hulptrajecten aangeboden en kunnen bijvoorbeeld een vertrouwelijk gesprek voeren over hun gezondheid of medicatie. Het personeel kan ook doorverwijzen naar aanvullende zorg als dat nodig en gewenst is. Daarnaast is er ook een medisch spreekuur met een arts en/of verpleegkundige.



"Ik vind het prettig dat ik hier mensen kan aanspreken en ik niet eenzaam hoef te zijn. Dat je mens bent, en niet altijd scheef aangekeken wordt. Een plek als dit kan ik naar toe vluchten." – Interview met bezoeker van gebruiksruidte

Dit betekent dat een gebruiksruidte niet alleen voorziet in een hygiënische plek voor gebruik, maar dat het ook gestructureerde begeleiding biedt. Ten slotte blijkt uit bovenstaande dat een gebruiksruidte ook kan helpen met het tegengaan van overlast op straat door mensen te verwijzen naar een gecontroleerde plek voor gebruik.

Wat gaat goed en wat zijn uitdagingen?

De bezochte gebruiksruidten worden over het algemeen goed bezocht en zitten regelmatig vol, zonder overmatige wachttijden. Bezoekers geven aan tevreden te zijn over het bestaan en de toegankelijkheid van deze voorzieningen. Zowel bezoekers als het personeel vinden de omgang met elkaar doorgaans positief. Medewerkers proberen bezoekers actief te ondersteunen en te begeleiden en dit leidt tot wederzijds respect tussen bezoekers en het personeel.

Bezoekers zien de gebruiksruidte als een veilige en rustige plek om te kunnen gebruiken zonder druk of "ogen die op je gericht zijn". Iets dat erg belangrijk is voor hen. Wat bijdraagt aan dit gevoel van veiligheid en vertrouwen zijn bijvoorbeeld de afspraken die het management maakt met de lokale politie. Dit kan bijvoorbeeld zijn dat er geen onverwachte politiecontroles plaatsvinden en dat bezoekers binnen geen boetes krijgen en niet worden aangehouden. Dit draagt bij aan een gevoel van veiligheid en vertrouwen.



“Lekker dat deze plek er is, anders krijg je alleen maar boete na boete na boete. Nu kun je roken zonder om je heen te hoeven kijken de hele tijd.” – Interview met bezoeker van gebruikruimte



“Ik vind het wel chill. Even uit de wind, geen ogen op je, geen stress.” – Interview met bezoeker van gebruikruimte

Een aantal locaties beschikt over verschillende typen ruimtes, zoals aparte ruimtes voor alcoholgebruik, harddruggebruik en softdruggebruik. Op sommige locaties is de gebruikruimte één grote kamer met daarin verschillende zitplekken en tafels om gezamenlijk gebruik van te maken. Er zijn ook voorzieningen met individuele hokjes. Deze laatste opzet wordt door bezoekers over het algemeen minder gewaardeerd. Ze vinden het ‘minder sociaal’ en ‘prettig’ dan een gedeelde ruimte.



“Ze moeten ons in de grote ruimte zitten, en de medewerkers kunnen in een klein hokje zitten. Dan hebben ze allemaal een eigen kantoortje. Als je cocaïne gebruikt, wil je niet in een klein hokje zitten.” – Interview met bezoeker van gebruikruimte



“Ik kom naar binnen en zie allemaal hokjes. Die hokjes zijn net cellen, en dan moeten wij doen alsof dit maar normaal is. Ik ben er niet blij mee.” – Interview met bezoeker van gebruikruimte

Verbeterpunten: hygiëne, ventilatie, gehoord worden, veiligheid en vertegenwoordiging

Tijdens de bezoeken aan de gebruikruimten en in gesprekken met professionals en bezoekers signaleerden we verschillende verbeterpunten. Een belangrijk aandachtspunt betreft de hygiëne en ventilatie, die op sommige bezochte locaties ondermaats zijn. Door structurele beperkingen in tijd en budget raken deze locaties in een staat van achteruitgang, ondanks de inzet van het personeel. Zowel bezoekers als personeel geven aan dat dit negatieve gevolgen kan hebben voor het welzijn en de gezondheid van alle aanwezigen. Personeel benoemt dat zij wel eens ziek werden als gevolg van de slechte ventilatie tijdens het werk waarbij bezoekers heroïne rookten.

Medewerkers doen ondanks de beperkte middelen hun best om de gebruikruimte zo goed en professioneel mogelijk te laten functioneren, maar een paar geven aan dat dit niet altijd eenvoudig is.



“We leren nu de bezoekers om tussen de middag de ruimte schoon te maken en op te ruimen. Hij gaat niet eerder open dan opgeruimd is. Soms is het moeilijk om het personeel op één lijn te krijgen daarover. Sommigen zwichten te snel voor bezoekers die aandringen en naar binnen willen.” – Interview met professional werkzaam in gebruikruimte

Daarnaast geven sommige bezoekers aan dat zij zich niet altijd gehoord of begrepen voelen door (een deel van) het personeel.



“Soms horen ze je wel maar luisteren ze niet. Als ik dan zo ver ben dat ik om hulp vraag, moet ik ook net bij iemand terecht komen die op die dag goed in zijn vel zit, niet met tegenzin hier werkt, geen gezeik heeft gehad die dag, en ook genoeg ervaring heeft om me te helpen.” – Interview met bezoeker van gebruikruimte

Hierdoor is het soms lastig om een goede verbinding met medewerkers te ervaren. In dit kader noemde een bezoeker dat de inzet van een ervaringsdeskundigen (ex-gebruikers bijvoorbeeld) een meerwaarde kan hebben in gebruikruimten.

Tijdens de verschillende veldbezoeken bleek dat vrouwen in de gebruikruimten in de minderheid zijn. De vrouwelijke bezoekers die we spraken, geven aan dat zij zich regelmatig onveilig voelen binnen de gebruikruimten. Zij noemen onder andere verbaal geweld, zoals bedreigingen en uitschelden, en dat zij vaak bestolen worden van persoonlijke spullen en soms zelfs aangerand. Deze ervaringen maken dat de gebruikruimten niet voor iedereen in gelijke mate als veilig worden ervaren.



“Voor mij als vrouw is het heel moeilijk hier, hele dag lastiggevalen worden door mannen, vieze dingen zeggen. Is voor vrouwen heel zwaar hier.” – Interview met bezoeker van gebruikruimte

Tot slot geven professionals aan dat de vertegenwoordiging van bezoekers binnen de gebruikruimten verbeterd kan worden. Het versterken van inspraak, bijvoorbeeld door middel van cliëntenraden, wordt gezien als een mogelijke manier om de stem van de bezoekers beter te laten horen en mee te nemen in de organisatie en verbetering van de voorzieningen.

Waar voorziet een gebruikruimte in?

Op basis van de observaties en gesprekken met medewerkers en bezoekers kunnen we onderschrijven dat een gebruikruimte mensen een veilige plek biedt om hun drugs onder toezicht te gebruiken en daarbij de gezondheidsrisico's te beperken. Medewerkers en bezoekers geven aan dat de ruimte ook helpt om overlast in de openbare ruimte (op straat) te voorkomen. Daarnaast functioneert het als een sociale ruimte waar bezoekers gezien worden als mens en niet eenzaam hoeven te zijn. Er is ruimte voor een gesprek, een kop koffie of contact met anderen. Bezoekers geven aan dat zij er niet worden lastiggevalen vanwege hun drugsgebruik, iets wat zij soms zelfs niet van hun eigen familie kunnen zeggen.

Hoe toegankelijk zijn gebruikruimten?

Zoals vermeld in het begin van dit hoofdstuk kan niet iedereen direct een gebruikruimte betreden, maar moet iemand eerst worden aangemeld en voldoen aan bepaalde criteria om toegang te krijgen. Ook zijn er nog een aantal andere factoren die invloed hebben op de toegankelijkheid van een gebruikruimte. Er geldt bijvoorbeeld een maximale tijd die iemand in de ruimte mag doorbrengen. Deze limiet is bewust ingesteld om bezoekers te stimuleren ook andere activiteiten

te ondernemen dan alleen gebruik. Daarnaast hebben meeste gebruiksruidten vaste openings-tijden en zijn zij niet 24 uur per dag geopend. In sommige gevallen vanwege een tekort aan personeel, in andere gevallen vanwege beleid vanuit de organisatie of gemeente. Bezoekers geven aan dat de beperkte openingstijden beperkend zijn, omdat zij na sluitingstijd - wanneer de behoefte in gebruik nog steeds bestaat - alsnog 's nachts de straat op moeten. Het verschilt tussen locaties hoe zij deze toegangscriteria bepalen en hoe zij omgaan met beperkingen.

Bezoekers geven daarnaast aan dat op de locatie van de gebruiksruidte een stigma rust doordat deze door het algemene publiek wordt geassocieerd met een 'negatieve' scene. Denk bijvoorbeeld aan een hoge mate van dakloosheid, verslaving, overlast en criminaliteit. Dit kan een drempel vormen om gebruik te maken van de voorziening want dan word je daarmee geassocieerd. Daarnaast ervaren bezoekers onderling spanningen tussen verschillende groepen die gebruik maken van de ruidte. Denk bijvoorbeeld aan spanningen tussen mensen die injecteren en mensen die dat niet doen of mensen met een bepaalde migratieachtergrond. Personen die injecteren geven aan soms schaamte te ervaren tijdens het gebruik.



"Vanuit gebruikers die spuiten is er veel schaamte, en vanuit de andere groep gebruikers is ook geen begrip richting de "spuit groep". Als oplossing hebben we hier deuren met automatische slotjes besteld, en gaan we kijken of we ramen kunnen blinderen, zodat mensen die spuiten wat meer privacy hebben." – Interview met professional werkzaam in gebruiksruidte

Positie in het zorg- en veiligheidslandschap

Gebruiksruidten maken al meer dan dertig jaar deel uit van het Nederlandse zorglandschap en zijn in die tijd stevig geïstitutionaliseerd. In ons onderzoek zagen we dat ze worden bemenst door opgeleide professionals en dat ze een duidelijke behoefte vervullen voor een doelgroep die elders vaak moeilijk aansluiting vindt. Hun plek in het zorglandschap lijkt daardoor aan de ene kant vanzelfsprekend. Ze bestaan, functioneren goed en de meeste die ermee werken erkennen het nut. Tegelijkertijd, beschrijven medewerkers dat de voorzieningen voor veel buitenstaanders onzichtbaar blijven, waardoor hun rol en meerwaarde ongrijpbaar blijft.



"Harm reduction betekent voor ons soms iets anders dan voor de gemeente of voor [naam zorgorganisatie waar ze deel van uitmaken]. Denk bijvoorbeeld aan de openingstijden van de gebruiksruidte. De [naam organisatie] wil dat de ruidte 's nachts dichtgaat om nachtrust en een pauze in gebruik te stimuleren. Maar we weten dat sommige bezoekers 's nachts willen, nee eigenlijk moeten, gebruiken. Is het dan beter als ze dat op straat doen? Met het risico om opgepakt te worden? Of buiten in de kou als het winter is." – Interview met professional werkzaam in gebruiksruidte

Dat wordt versterkt doordat Nederland geen formeel vastgelegd harm reduction beleid kent waar deze voorzieningen in zijn opgenomen. Evenmin bestaan landelijke richtlijnen die de doelen, functie of kwaliteitscriteria van gebruiksruidten beschrijven. Het gevolg is dat er in de publieke perceptie nog altijd misverstanden circuleren, zoals het idee dat gebruiksruidten wetteloze plekken zouden zijn die ongezond gedrag faciliteren of drugsgebruik promoten. De praktijk en wetenschappelijke

literatuur laten echter het tegenovergestelde zien: gebruiksruidten verminderen overlast voor de omgeving, verbeteren de gezondheid van mensen die gebruiken en vormen een laagdrempelige schakel naar zorg.



“Binnen [grotere zorgorganisatie] zijn we een vreemde eend in de bijt. Ze hebben bijvoorbeeld een organisatie-breed schorsingsbeleid waarbij iemand vier weken geschorst moet worden bij kleine diefstal. Van een pen ofzo. Dat is voor ons onwerkbaar. Want waar moeten ze [bezoekers] dan naartoe?” – Interview met professional werkzaam in gebruiksruidte

De bestaande ruidtes functioneren goed en worden intensief gebruikt, maar zijn binnen organisaties vaak een ondergeschoven kindje. Vaak bevinden ze zich in verouderde gebouwen en hebben ze zeer beperkte middelen.



“Ze [bezoekers] hoeven hier niet te betalen voor eten. Maar we hadden eerst bijvoorbeeld tosti's en dan heb je daarna nog honger. Maar als je vier boterhammen eet heb je geen honger. Dus om geld te besparen hebben we nu geen tosti's meer, maar gewoon boterhammen.” – Interview met professional werkzaam in gebruiksruidte

Bovendien is niet duidelijk of het huidige aantal gebruiksruidten toereikend is. De recente opening van twee nieuwe locaties in Nederland, die meteen nieuwe groepen bezoekers aantrokken, kan erop wijzen dat er onvervulde behoeften bestaan: bijvoorbeeld in andere delen van het land of voor specifieke groepen, zoals mensen die crack gebruiken.²⁰ Daarmee blijft de vraag actueel hoe gebruiksruidten structureel en zichtbaar kunnen worden ingebed binnen het bredere zorglandschap.

De relatie tussen gebruiksruidten en de politie vormt ook een belangrijk, maar vaak onderbelicht, onderdeel van hun maatschappelijke functie. De historie laat zien dat samenwerking tussen zorgprofessionals en politie de overlast in de openbare ruidte daadwerkelijk kan verminderen. Bijvoorbeeld door mensen die op straat gebruiken actief door te verwijzen naar een gebruiksruidte - en hen eenmaal binnen met rust te laten - ontstaat een vorm van gedeelde pragmatiek: de politie krijgt meer grip op de openbare orde, terwijl mensen die gebruiken een veilige en stabiele plek krijgen waar risico's beperken centraal staat. Dit soort afspraken werkt alleen goed wanneer er wederzijds vertrouwen is en duidelijk is wat een gebruiksruidte wel en niet beoogt te bereiken. Op de meeste locaties die we bezochten bestaat die samenwerking al. Dat leidt ertoe dat de omgeving rustiger wordt.



“Binnen mogen mensen niet opgepakt worden, daar hebben we afspraken over met de politie. Daar maken ze wel eens misbruik van, maar dan treden wij zelf op en zorgen we ervoor dat iemand zich gaat melden. De samenwerking met de gemeente en veiligheidspartners wordt steeds beter.” – Interview met professional werkzaam in gebruiksruidte

20 In de OPAAK-studie van Strada et al. (2025) wordt dit ook benoemd als mogelijke lacune: Strada, L., et al. (2025). *Population size estimate of people with high-risk opioid use and an exploration of people with high-risk use of crack cocaine and other drugs in the Netherlands*. Utrecht: Trimbos-instituut.

4.3 Medicatiepoli's: methadon en heroïne op medisch voorschrift

Sinds de vorige inventarisatie-onderzoeken zijn er slechts beperkte ontwikkelingen geweest bij voorzieningen die methadon voorschrijven. In deze inventarisatie leggen we daarom de focus op medische heroïne units, die vanaf 2026 voor een uitdaging staan met een naar verwachting kleinere financieringsstroom.²¹ We beginnen met een kort overzicht van inzichten van professionals die werken op medicatiepoli's voor methadon en gaan daarna dieper in op de ervaringen bij medische heroïne units (MHU's).

4.3.1 Medicatiepoli's voor methadon

De afgelopen jaren is op een aantal medicatiepoli's langzaam een verschuiving zichtbaar van "anonieme loketten met schuifladen en glazen wanden" (Interview met professional werkzaam in methadonpoli en MHU) naar verstrekking in de spreekkamer. De oude inrichting, ooit bedoeld om veiligheid tegen agressie te waarborgen, blijkt in de praktijk juist onrust te creëren en afstand te versterken tussen bezoeker en hulpverlener. Het is niet duidelijk is hoeverre dit een landelijke trend is.



"Spreekkamer verstrekking is voor de bezoeker veel vriendelijker. Ja, de relatie wordt beter. Want ja, waarom al die methadonverstrekkingen zo opgetuigd zijn [oude manier met glazen wanden en schuifladen, red.] is natuurlijk vanuit de gedachte dat er agressie plaats kan vinden. Maar wij zien juist dat dat enorm is afgenomen. Als je op een bepaalde manier wordt uitgenodigd en het pand is ingericht alsof elk bezoeker agressief zal zijn... (...) Dan gaan een aantal zich ook al sneller zo gedragen. Of als je weet dat het druk is (...) je komt binnen, je moet je pillen hebben, maar je wil nog iets vragen. Maar dat kan eigenlijk niet, want de volgende staan al te wachten. Dat geeft onrust." – Interview met professional werkzaam in MHU

De overstap naar de spreekkamer methode levert volgens geïnterviewden een merkbaar andere dynamiek op. Er is meer persoonlijk contact, minder agressie en een rustigere sfeer, wat de behandelrelatie ten goede komt. Verschillende locaties rapporteren positieve ervaringen met deze werkwijze.

Om dit te realiseren werkt men met tijdsafspraken, een aanpak waarvan oorspronkelijk werd gedacht dat patiënten die niet zouden nakomen. In de praktijk blijkt echter dat patiënten zich prima aan de afspraken kunnen houden. Het geeft aan dat een toegankelijke en respectvollere setting de werksfeer en effectiviteit van methadonverstrekking ten goede komt.

Van de geïnterviewden mag deze ingezette lijn zich nog verder voortzetten, inclusief in de strenge regelgeving rondom het omgaan met methadon. Er zijn namelijk veel verplichte controles en regels die moeten voorkomen dat patiënten maar ook zorgprofessionals kunnen sjoemelen met de medicatie. Iets dat "niet meer van deze tijd is", volgens de geïnterviewde professionals.

²¹ Zie bijvoorbeeld: Minder geld naar behandeling van Utrechtse heroïneverslaafden; gemeente maakt zich zorgen (2025). *De Utrechtse Internet Courant (DUIC)*. <https://www.duic.nl/algemeen/algemeen/58202/minder-geld-naar-behandeling-van-utrechtse-heroïneverslaafden-gemeente-maakt-zich-zorgen>



“Dat is soms heel veel werk en bij de heroïneverstrekking begrijp ik dat wel. Maar bij de methadonverstrekking heb ik soms wel zoiets van... Je moet al die controles doen, kluisen en sleutelkastjes... Levert dat nu in de praktijk op wat je wilt? (...) Kunnen we dat niet wat meer normaliseren? Dat maakt het ook duur, want die tabletjes kosten niks.” – Interview met professional werkzaam in MHU

Naast de strenge regels rondom het omgaan met de methadon zelf worden ook reguliere verplichte hartfilmpjes (ECG) als belemmering genoemd in de praktijk. Vaak moeten patiënten daarvoor naar een andere locatie en dat werpt weer een drempel op. Volgens geïnterviewden zou het beter zijn als de medische screening meer gecombineerd kan worden met de uitgifte van methadon, dat wil zeggen op dezelfde locatie.

4.3.2 Medische Heroïne Units

Voor het onderzoek naar de Medische Heroïne Units (MHU's) zijn er zeven professionals geïnterviewd. In de interviews spraken we met hen over hun ervaringen in het dagelijks werk, hoe de zorg is georganiseerd en hoe de patiënten worden begeleid. In dit hoofdstuk beschrijven we belangrijke resultaten uit deze interviews, waarbij zowel positieve ervaringen als knelpunten aan bod komen.

We hebben extra aandacht besteed aan de MHU's omdat in 2026 de financiering van veranderde. Tot 2026 ontvingen gemeenten via een geormerkte SPUK-uitkering (specifieke uitkering) met prestatieverplichtingen een jaarlijks voor inflatie geïndexeerde bijdrage van VWS. Met het hoofdlijnenakkoord van kabinet Schoof is besloten dat alle SPUKS met 10% gekort worden en dat deze worden omgezet in een decentralisatie-uitkering. Naast de structurele korting zal er ook geen indexatie meer zijn. In de praktijk betekent dit dat het gemeenten formeel vrijstaat het geld voor de MHU's anders te besteden. Het is nog onduidelijk wat voor effect dit zal hebben. De totale impact van de wijziging op de financiering hangt daarnaast af van de bezettingsgraad van de MHU: volledig bezette MHU's gaan er relatief meer op achteruit. Met de huidige inventarisatie brengen we de situatie in beeld voordat deze verandering effect zou kunnen hebben.

Modus operandi

De MHU's hebben gemiddeld ruimte voor zo'n 20 tot 35 patiënten. Uitzonderingen hierop zijn locaties in de grote steden, zoals Amsterdam, Den Haag en Rotterdam, waar de gemiddelde capaciteit hoger ligt. De gemeentelijke financiering bepaalt het aantal beschikbare behandelplaatsen. Nieuwe patiënten starten met een oriënterend gesprek, gevolgd door een beoordeling op basis van landelijke toelatingscriteria waaraan zij moeten voldoen (zie bijlage 6.2). Het behandelteam beslist uiteindelijk of een patiënt in aanmerking komt voor de behandeling.

De locaties werken volgens een strikt protocol met vaste gebruikstijden, een beperkte groepsgrootte en een duidelijke scheiding tussen methadon- en heroïneverstrekking. Er geldt overal een streng controlesysteem voor het omgaan met de medicatie, bestaande uit onder andere: dubbele telling van de voorraad, zorgvuldige registratie en het afwegen van de medicatie aan het einde van de dag.

Bij binnenkomst meldt de patiënt zich doorgaans bij een balie waarna hij of zij toegang krijgt tot de ruimte waar het medicijn kan worden afgehaald en een ruimte waar deze ter plekke toegediend moet worden. De meeste patiënten doen dit door het te roken. Patiënten hebben per bezoek doorgaans 30 minuten de tijd om de voorgeschreven heroïne te gebruiken. Sommige instellingen hebben deze tijd verlengd naar 40 minuten. Met name voor oudere patiënten en patiënten met COPD blijkt 30 minuten soms onvoldoende.

Een deel van de instellingen werkt met vaste tijdsblokken, terwijl andere locaties sinds de coronapandemie (gedeeltelijk) met vrije inloop werken.



“Voorheen hadden we vaste tijden, maar sinds corona zijn we overgestapt op een soort vrije inloop met een maximale rooktijd.” – Interview met professional werkzaam in MHU

Tijdens deze tijdsblokken werken verpleegkundigen vaak in duo's, waarbij de ene verpleegkundige verantwoordelijk is voor de verstrekking van de heroïne en de ander toeziet op het gebruik.

Patiënten ondergaan minimaal een medische screening per jaar waarbij de algemene lichamelijke gezondheid maar ook de psychische gezondheid van de cliënt wordt nagekeken. In de praktijk hebben sommigen echter vaker contact met een arts, om de dosering te evalueren/bij te stellen en/of andere medische vragen.

Laagdrempelige structuur

Medische Heroïne Units bieden patiënten meer dan uitsluitend de verstrekking van heroïne. Patiënten hebben in belangrijke mate behoefte aan structuur, psychische, medische en sociale ondersteuning en persoonlijke aandacht. De MHU vervult daarmee een stabiliserende rol in het dagelijks leven van patiënten, niet alleen door medische behandeling, maar juist door het bieden van (psychische) zorg, ritme en waardigheid aan een verouderende en kwetsbare doelgroep. Medewerkers ondersteunen patiënten bij het onderhouden van contact met huisartsen en medisch specialisten, het regelen van medicatie en, waar nodig het organiseren van palliatieve zorg.



“En vaak is het ook om een bepaald ritme te creëren. Als mensen zich op tijd melden, motiveer je ze om een normaal dag- en nachtritme aan te houden. In plaats van dat iemand zich pas om vier uur meldt omdat hij tot drie uur wakker was. Dus het heeft ook echt een doel.” – Interview met professional werkzaam in MHU

Voor veel patiënten fungeert de MHU als een essentieel vangnet voor hun gezondheid, zeker in een context waarin reguliere zorg niet altijd goed toegankelijk is. Een aanzienlijk deel van de patiënten ervaart gevoelens van eenzaamheid, waarin persoonlijke aandacht en het bieden van een luisterend oor van grote betekenis kan zijn. Zoals door medewerkers wordt verwoord:



“Als je mensen aandacht geeft, hebben ze de heroïne veel minder nodig”. – Interview met professional werkzaam in MHU

Binnen de MHU's vinden dagelijks overlegmomenten plaats tussen de behandelaars waarin bijzonderheden worden besproken. Daarnaast wisselen verslavingsartsen van verschillende locaties regelmatig onderling ervaringen en belangrijke informatie uit. De interne communicatie verloopt hierdoor bij de meeste units soepel. Dit geldt in het bijzonder voor locaties waarbij verschillende disciplines, zoals verpleegkundigen en verslavingsartsen, fysiek dicht bij elkaar werken. Deze nabijheid wordt als prettig ervaren, omdat dit snelle afstemming en laagdrempelig overleg mogelijk maakt.

Ook het contact met externe partijen, waaronder ziekenhuizen, instellingen voor begeleid wonen, de politie en wijkagenten, is doorgaans goed bij de meeste MHU's. Deze samenwerking is veelal gebaseerd op vaste, persoonlijke contactlijnen, wat bijdraagt aan effectieve afstemming en de continuïteit van zorg.

Versnipperde zorgregie en verouderde locaties

Naast de positieve aspecten ervaren medewerkers op sommige MHU-units ook uitdagingen. Een daarvan betreft situaties waarin de onderlinge communicatie tussen zorgverleners minder goed verloopt, met name wanneer de regiebehandelaar van de patiënt niet op dezelfde locatie als de MHU werkzaam is. Dit kan het lastiger maken om hulpbehoevende signalen tijdig op te vangen en hier direct op te handelen.



“Verder zie je intern soms dat de regiebehandelaar op een andere locatie zit. Dat geeft wel eens frictie. Wij zien cliënten dagelijks, geven signalen door, maar dan is het lastig als de regiebehandelaar op afstand zit. Deze afstand kan belemmeringen veroorzaken bij bijvoorbeeld medicatieoverdracht of mensen die onwel worden.” – Interview met professional werkzaam in MHU

Een terugkerend knelpunt bij meerdere locaties is dat zij moeten werken onder ondermaatse fysieke omstandigheden. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om verouderde of tijdelijke locaties en beperkte beschikbare ruimte. Hierdoor moeten faciliteiten, zoals wachtruimtes voor cliënten die voor methadon en heroïne komen soms worden gedeeld. Dit kan praktische en organisatorische problemen veroorzaken in de dagelijkse uitvoering, zoals drukke wachtkamers en onrustig of agressief gedrag van cliënten.

Terugloop in aantal patiënten

Personeel geeft aan dat een andere belangrijke ontwikkeling de afname van het aantal patiënten binnen de MHU's is. Dit beeld wordt bevestigd in recent onderzoek van Verhoeven et al. (2026)²² die veranderingen in het aantal cliënten van de afgelopen tien jaar in kaart hebben gebracht. Deze afname wordt volgens personeel voornamelijk veroorzaakt door vergrijzing, overlijden en een beperkte instroom van nieuwe patiënten. Daarnaast zien zij dat heroïnegebruik in Nederland in de afgelopen jaren afgenomen is en dat het geen populaire drug meer is. Deze vermoedelijke daling is ook terug te zien in de kerncijfers verslavingszorg van het LADIS (2015-2024).²³

22 Verhoeven, L., Voermans, M. & Dijkstra, B. (2026). *Toekomstbestendigheid Medische Heroïne Units: Eindrapportage*. NISPA, Nijmegen.

23 Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) (z.d.). *Kerncijfers*. Utrecht: Stichting Informatievoorziening Zorg (IVZ). <https://www.ladis.eu/nl/publicaties/kerncijfers>

Het merendeel van de huidige patiënten is al jarenlang in behandeling en kampt met ernstige gezondheidsproblemen, zoals COPD, hart- en vaatziekten. De combinatie van hogere leeftijd en kwetsbare gezondheid leidt tot een natuurlijke uitstroom, bijvoorbeeld door overlijden of langdurige ziekenhuisopnames.

Hoewel deze afname vanuit medisch perspectief deels als positief kan worden gezien, omdat minder mensen actief heroïne gebruiken, brengt het tegelijkertijd uitdagingen met zich mee voor de continuïteit van zorg en het behoud van expertise op de MHU's. Voorzieningen die nog steeds essentieel zijn voor de resterende doelgroep, bijvoorbeeld patiënten in palliatieve zorg, dreigen te verdwijnen als de krimp doorzet.

Toegankelijkheid onder druk

De toegankelijkheid van de MHU's staat onder druk door een combinatie van factoren. Zoals eerder genoemd hebben veel patiënten te maken met ernstige gezondheidsproblemen, zoals COPD, hartklachten en lichamelijke achteruitgang. Hierdoor is het voor sommige patiënten niet mogelijk om meerdere keren per dag naar de MHU-locatie te komen of om de verstrekte dosis heroïne binnen de vastgestelde tijd te gebruiken.

Naast verminderde mobiliteit vormt reizen naar de MHU voor patiënten een obstakel vanwege de kosten, met name voor mensen die buiten de stad of regio wonen waar de MHU zich bevindt en afhankelijk zijn van taxi- of openbaar vervoer. Dit kan de toegankelijkheid van het programma verder beperken, vooral voor patiënten met een kwetsbare gezondheid. Reiskostenvergoedingen zijn niet overal beschikbaar en zijn op een aantal locaties recent afgeschaft, wat het voor sommige patiënten moeilijk maakt zich te verplaatsen naar de MHU.

Instellingen proberen deze obstakels tegen te gaan door in sommige gevallen de gebruikerstijden te verruimen en door reiskosten te compenseren met zelf gefinancierde OV-kaarten of hulpmiddelen zoals scootmobielen. Niet elke instelling kan deze ondersteuning bieden, wat zorgt dat sommige mensen geen of minder gebruik kunnen maken van de voorziening.



“Nou, we hadden laatst een hele discussie over reiskostenvergoeding. Dat is echt een lastig punt. We hadden een bezoeker die net buiten de regio woont. In het verleden werd dat vergoed, maar op een gegeven moment werd dat stopgezet. De organisatie zei: “We ontvangen er niets voor, dus we vergoeden het niet.” – Interview met professional werkzaam in MHU

De toegankelijkheid van de MHU voor mensen die heroïne gebruiken en eventueel in aanmerking komen voor een behandeltraject verschilt. In principe dient een huisarts een dergelijke aanvraag in gang te zetten. Sommige personen mijden echter de huisarts vanwege eerdere ervaringen, zoals het gevoel niet serieus genomen te worden of omdat ze advies kregen om “gewoon te stoppen met gebruiken”. Dergelijke stigmatiserende ervaringen kunnen de drempel ophogen om in behandeling te komen.

Als een aanvraag in gang is gezet om in behandeling te komen bij een MHU gelden er verschillende toelatingscriteria. Zo moet een patiënt bijvoorbeeld eerst een methadonbehandeling hebben

gekregen met onvoldoende resultaat en hij of zij moet voldoen aan verschillende toelatingscriteria.²⁴ Daarnaast moet iemand aantoonbaar frequent gebruiken om in aanmerking te komen voor medische heroïne behandeling. Mensen die ‘te weinig’ gebruiken of medisch te kwetsbaar zijn vallen buiten de groep omdat andere type zorg voor hen mogelijk betere kansen biedt.

Het behandelprogramma met medische heroïne vraagt daarnaast om vaste deelname en regelmatige medische controles, zoals vaste gebruikstijden. Dergelijke regels en voorwaarden houdt sommige mensen tegen om zich hiervoor aan te melden. Deze strakke organisatie zorgt aan de ene kant voor veilige en goede zorg, maar het werpt voor nieuwe patiënten soms drempels op om te starten. In de praktijk is de MHU daardoor vooral toegankelijk voor een vaste, relatief stabiele groep patiënten en minder voor mensen die nog niet aan alle voorwaarden kunnen voldoen.



“Weet je wat de grootste hindernis is? Niet de inclusie- of exclusiecriteria zelf – het is dat mensen er iets voor moeten doen.” – Interview met professional werkzaam in MHU

4.4 Verstrekking en verkoop parafernalia: spuitomruil, pijpjes en zeefjes

Voor het onderzoek naar de verstrekking en verkoop van parafernalia zijn vier professionals geïnterviewd. Daarnaast zijn tijdens andere interviews met professionals van gebruiksruidten en MHU's aanvullende vragen over dit onderwerp gesteld. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen uit deze interviews beschreven, aangevuld met beschikbare gegevens van de GGD Amsterdam en de GGD Rotterdam over de verstrekking en verkoop van zeefjes en pijpjes, en de mogelijkheden voor spuitomruil.

Het verstrekken en omruilen van parafernalia zoals injectienaalden wordt al zo'n 50 jaar gedaan in Nederland. Desondanks is het niet eenvoudig om vandaag de dag een goed overzicht te verkrijgen van locaties waar dit gebeurt. We hebben voor deze inventarisatie een landelijke uitvraag gedaan om zoveel mogelijk locaties te identificeren en kwamen net als bij de eerdere telling in 2022 uit op tenminste 29 locaties.

We schrijven ‘tenminste’ omdat we vrijwel zeker weten dat dit een onderschatting betreft. Spuitomruil en andere vormen waarbij parafernalia worden aangeboden is namelijk iets dat vaak ‘erbij gedaan wordt’ en hoort bij een grotere taak of pakket aan voorzieningen. Bijvoorbeeld bij gebruiksruidten, apotheken, GGD'en, huisartsen, maatschappelijke opvang en andere laagdrempelige voorzieningen (zoals hostels).

Een gevolg is dat deze activiteit vaak niet systematisch wordt bijgehouden of geregistreerd. Van spuitomruil hebben we bijvoorbeeld enkel cijfers van de spuitomruilprogramma's in Amsterdam en Rotterdam, waarvan de laatste cijfers uit 2018 dateren toen in Amsterdam 89.650 spuiten

24 De volledige toelatingscriteria zijn beschreven in: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (2025). *Regeling heroïnebehandeling*. <https://wetten.overheid.nl/BWBR0020561/2025-01-01>

werden omgeruild en in Rotterdam 45.000.²⁵ Deze aantallen namen sinds 2002 flink af toen er nog tussen 300.000-400.000 spuiten werden omgeruild per stad.

Zowel het omruilen van spuiten als het injecteren zelf, zijn sinds de jaren negentig van de vorige eeuw sterk afgenomen. De meest recente landelijke cijfers over het injecteren komen uit het OPAAK onderzoek en laat zien dat onder mensen die opiaten gebruiken zo'n 12% (van de ongeveer 13.300 in totaal) injecteert.²⁶ Uit deze cijfers blijkt ook dat zo'n 64% van de personen die opiaten en/of basecoke gebruiken parafernalia anders dan naalden (o.a. pijpjes) deelt met andere gebruikers. Dit betekent mogelijk dat het verstrekken en aanbieden van parafernalia (anders dan naalden) nog onvoldoende bereik heeft onder populaties met hoog-risico gebruik.

Modus operandi

De praktijk van verstrekking en verkoop van parafernalia kent volgens geïnterviewde professionals verschillen per locatie, maar overal staat dezelfde basis centraal: laagdrempelige toegang, het terugdringen van gezondheidsrisico's en het faciliteren van op een veilige manier gebruikte materialen inleveren.

Op de ene locatie wordt gewerkt volgens een eenvoudig "winkel"-model. Bezoekers bellen aan, leveren gebruikte spuiten in en ontvangen kosteloos nieuwe exemplaren. Daarnaast kunnen zij - volledig anoniem - andere parafernalia zoals pijpjes en zeeffjes aanschaffen. Deze locatie is dagelijks overdag geopend.

Op andere locaties is spuitomruil verweven met een bestaande gebruikruimte. Daar maakt men gebruik van een intakeprocedure: vaste bezoekers zijn al bekend, terwijl nieuwe bezoekers een korte, praktische intake ondergaan voordat zij toegang krijgen tot de omruil en de aanvullende materialen. Hier is de uitgifte onderdeel van een breder pakket van begeleiding en toezicht.

Wat alle locaties gemeen hebben is dat ze nog steeds regelmatig en voldoende gebruikt worden. Het aantal bezoekers neemt volgens geïnterviewde medewerkers op een aantal locaties zelfs toe de afgelopen twee jaar. Deze stijging hangt volgens geïnterviewden samen met de herintroductie van gebruikruimten in de stad en met een recente groei van injecterend gebruik, met name onder mensen uit Oost-Europa. Daardoor wordt de functie van de spuitomruil opnieuw urgenter: het voorkomt besmettingsrisico's en vermindert de kans dat gebruikt materiaal op straat belandt.

Gebruikte materialen worden zorgvuldig ingezameld in afgesloten containers en afgevoerd via een speciaal kanaal voor medisch afval. De levering van nieuwe materialen wordt bij sommige locaties door de GGD geleverd en bij anderen door verschillende partijen zoals apotheken en farmaceutische leveranciers. De kosten van de spuitomruil worden deels door de gemeente gedragen en deels door de organisaties die het aanbieden.

25 Wijffels, C., Buster, M., Steenkamer, I., Schaap, A., Uitenbroek, D., & Verhagen, C. (2020). *Genotmiddelenmonitor Amsterdam*. Amsterdam: GGD Amsterdam, Afdeling Epidemiologie, Gezondheidsbevordering en Zorginnovatie (EGZ) / Jeugdgezondheidszorg (JGZ) & GGD Rotterdam-Rijnmond.

26 Strada, L., et al. (2025). *Population size estimate of people with high-risk opioid use and an exploration of people with high-risk use of crack cocaine and other drugs in the Netherlands*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Duidelijk, toegankelijk en betrouwbaar maar met structurele uitdagingen

De spuitomruil en verkooplocaties zelf functioneren goed volgens betrokkenen. Bezoekers ervaren de dienstverlening als duidelijk, toegankelijk en betrouwbaar, wat de drempel om gebruikte materialen veilig in te leveren aanzienlijk verlaagt.

Tegelijkertijd zijn er aanzienlijke uitdagingen die toeleiding naar bredere ondersteuning beperken. Hulpverlening rondom methadonverstrekking, administratie en toegang tot zorg- of begeleidings-trajecten blijkt voor veel mensen die bij de omruil en verkooplocaties komen moeilijk te regelen. Ook het organiseren van slaapplekken, vaak urgenter dan de materiële hulp zelf, blijft een hardnekkig probleem. Daarnaast sluiten de openingstijden overdag niet altijd aan op de realiteit van de doelgroep: er is ook behoefte aan plekken die in de avond en 's nachts open zijn.

Meer bekendheid, pijpjes en naloxon

Schone parafernalia zijn in principe voor iedereen beschikbaar, maar de bekendheid van deze voorziening is vooral beperkt tot een vaste scene. De zichtbaarheid van deze voorzieningen kan daarom beter. Daarnaast is er behoefte aan betere ondersteuning voor mensen die hun drugs roken: kwalitatief goede pijpjes, geschikte zeefjes en mogelijk ook betere folies om van te roken. In het middelengebruik blijft het bekende patroon dominant: heroïne en basecoke vormen de kern. Er duikt af en toe een nieuwe stof op, zoals Flakka, maar dit blijft vooralsnog een uitzondering en geen structurele trend.

Geïnterviewden geven ten slotte aan dat in het kader van de mogelijke opkomst van synthetische opioïden een toekomstige behoefte aan bredere beschikbaarheid van naloxon kan ontstaan en dat dit aangeboden zou kunnen worden op punten waar nu parafernalia worden verstrekt en verkocht.

5 Conclusies en aanbevelingen



5.1 Conclusies: De staat van harm reduction voorzieningen in Nederland

Nederland beschikt over een breed en effectief aanbod van harm reduction voorzieningen van goede kwaliteit. Gebruiksruimten, medicatiepoli's en aanbod van paraferalia bieden dagelijks cruciale ondersteuning aan mensen die drugs gebruiken. Medewerkers handelen professioneel, met een sterke focus op zorg, veiligheid en wederzijds respect. Cliënten, patiënten en bezoekers van voorzieningen waarderen de voorzieningen en voelen zich goed behandeld. De algemene infrastructuur werkt daarmee goed, maar staat organisatorisch en strategisch vaak op losse schroeven. Met relatief eenvoudige verbeteringen op het gebied van visie en onderlinge samenwerking kan de kwaliteit en toekomstbestendigheid toenemen.

Een sterke maar ook kwetsbare sector zonder gedeelde visie en structurele samenwerking

Het Nederlandse harm reduction veld mist nationaal overzicht en organisatorische ondersteuning. Data over voorzieningen (bijvoorbeeld het aantal locaties, cliënten en verstrekkingen) worden niet uniform en centraal bijgehouden. Zowel beleidsmakers als uitvoerders hebben daardoor geen zicht op wat er landelijk of in hun regio gebeurt wat sturing op kwaliteit en continuïteit moeilijk maakt. Dit roept tevens de vraag op of Nederland voldoende voorzieningen heeft met voldoende geografische spreiding.

In ons onderzoek zagen we dat harm reduction voorzieningen grotendeels los van elkaar opereren en dat ze verschillend georganiseerd zijn. Kennisdeling gebeurt ad hoc en is afhankelijk van persoonlijke netwerken of toevallige contacten. Er bestaat geen sector-brede kwaliteitscyclus met intervisie, gezamenlijke richtlijnen of audits. Deze fragmentatie maakt de sector kwetsbaar voor (lokale) beleidswisselingen, incidenten en bezuinigingen.

Harm reduction vormt al decennia een belangrijke pijler van het Nederlandse drugsbeleid. Desondanks zijn nooit formeel landelijk beleid of richtlijnen voor harm reduction voorzieningen vastgelegd. In de praktijk hebben voorzieningen daarom hun eigen interpretatie van doelen, doelgroep afbakening en succescriteria. Dit past vaak bij de lokale context van waaruit zij zijn ontstaan en biedt ruimte voor maatwerk. Tegelijk maakt dit het ook moeilijk om draagvlak te vinden en keuzes te verantwoorden richting (lokale) politiek, de samenleving en financiers.

Huisvesting van onvoldoende kwaliteit ondermijnt waardigheid en effectiviteit

Op verschillende locaties die we bezochten is de fysieke staat van gebouwen en ruimten daarbinnen verbeteringsbehoefte. Dit beeld werd bevestigd door medewerkers die we interviewden. Patiënten en bezoekers krijgen medicatie en ondersteuning in ruimtes die soms onhygiënisch zijn, niet goed geventileerd of waar de verf van de muren bladert. Deze omgeving straalt weinig respect en zorgzaamheid uit naar de doelgroep, maar ook richting medewerkers die hun professionaliteit en betrokkenheid niet weerspiegeld zien in deze omgeving. Organisaties doen hun best om met de beperkte middelen vooral zoveel mogelijk voor de patiënten en bezoekers te doen,

maar hebben onvoldoende te investeren om ook de omgeving goed te onderhouden of grondig aan te pakken. De dagelijkse praktijk leidt er niet zichtbaar onder, maar betrokkenen geven aan dat verbetering een kwaliteitsimpuls voor iedereen zal opleveren. Relatief kleine ingrepen in bijvoorbeeld het onderhoud en ventilatie kunnen snel winst opleveren voor de praktijk.

Zonder toekomstscenario's zijn de medische heroïne units operationeel kwetsbaar

Vanuit onze inventarisatie en ander onderzoek²⁷ wordt duidelijk dat de huidige en krimpende schaal van de medische heroïnevoorzieningen moeilijk vol te houden is, zowel financieel als praktisch. Alternatieve modellen, zoals takehomeverstreking of gecontroleerde bezorging, zijn tijdens de looptijd van het onderzoek besproken met betrokkenen bij de MHU's, maar in Nederland nog niet onderzocht op haalbaarheid.²⁸ Daarmee ontbreekt een strategisch plan. Het risico bestaat dat de voorziening op een gegeven moment onbedoeld wegvalt vanwege de uitvoerbaarheid en het gebrek aan richting, met grote gevolgen voor een kleine maar zeer kwetsbare groep.

Harm reduction voorzieningen zijn gestigmatiseerde plekken

Uit de interviews met experts, medewerkers en bezoekers van voorzieningen blijkt dat er veel misverstanden bestaan over harm reduction, wat stigmatisering in de hand werkt. Voorzieningen worden vooral geassocieerd met overlast of losbandigheid ('alles mag'), terwijl onderzoek en de praktijk het tegendeel laten zien. Lokale activiteiten, zoals open dagen die door sommige instellingen worden georganiseerd, helpen om realistische beeldvorming te versterken. Zonder beter begrip en destigmatisering blijft harm reduction een makkelijk doelwit voor misvattingen en politiek sentiment.

5.2 Aanbevelingen:

Op basis van de bovenstaande conclusies komen we tot de volgende beleidsmatige en praktische aanbevelingen.

Aanbevelingen voor beleid

Ontwikkel een landelijke visie op en richtlijnen voor harm reduction

Nederland mist een overkoepelend en breed gedragen beleid en visie op harm reduction, waardoor voorzieningen elk hun eigen maatstaf hanteren voor doelen, doelgroepen en succes. In combinatie met het gestigmatiseerde beeld van voorzieningen maakt dit de sector politiek kwetsbaar. Ook praktische richtlijnen voor gemeenten en zorginstellingen ontbreken, bijvoorbeeld voor het opzetten en functioneren van gebruiksruidten.²⁹ Een brede harm reduction visie, waarin duidelijk vastgelegd wordt wat harm reduction is, wat het beoogt en hoe kwaliteit geborgd kan worden in voorzieningen, is nodig om de sector toekomstbestendig te maken. Een aanbeveling is daarom om na te gaan wat er nodig is om dit te ontwikkelen en dit traject te faciliteren vanuit de ministeries die verantwoordelijk zijn voor het Nederlandse drugsbeleid. Het is tevens aan te raden

27 Verhoeven, L., Voermans, M., & Dijkstra, B. (2026). *Toekomstbestendigheid Medische Heroïne Units: Eindrapportage*. Nijmegen: NISPA.

28 Havinga, P., & van der Poel, A. (2011). *Gebruiksruidten in Nederland Update van de handreiking bij organisatie en inrichting*. Utrecht, Trimbo's-instituut.

29 De laatste handreiking voor gebruiksruidten dateert uit 2011 en betreft een update van een handreiking uit 2002 (Linsen et al., 2002; Havinga & van der Poel, 2011).

om hiermee aan te sluiten bij Europese kwaliteitsstandaarden en de visie³⁰ op harm reduction als erkende benadering voor verschillende aspecten van drugsproblematiek.

Verbeter registratie en monitoring van harm reduction voorzieningen

Om beter zicht te krijgen op het landelijke harm reduction aanbod is uniforme en systematische registratie (van o.a. locaties, voorzieningen, cliënten en activiteiten) noodzakelijk. In deze inventarisatie konden we bijvoorbeeld geen compleet overzicht verkrijgen van de methadonbehandelingen in Nederland. In Europees verband worden deze data verzameld door het EUDA, onder andere om de dekkingsgraad van harm reduction voorzieningen te kunnen bijhouden. Door registratie te koppelen aan dergelijke bestaande structuren ontstaat een landelijk overzicht dat beleidsmakers en uitvoerders in staat stelt om trends te volgen, knelpunten te identificeren en doelgerichter te sturen. Een overzicht van uitgegeven opiumonthefingen, bijvoorbeeld voor gebruiksruidten, kan hier ook bij helpen. Een betrouwbaar informatiesysteem is de basis voor kwaliteit, legitimiteit en toekomstbestendigheid. Een aanbeveling is daarom om landelijk te investeren in betere registratie bij voorzieningen, bijvoorbeeld met ondersteuning van het Landelijke Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS).

Bereid een toekomstscenario voor de medische heroïnebehandeling voor

Het is te verwachten dat de doelgroep van de medische heroïnebehandeling verder zal krimpen.³¹ Daarmee wordt de huidige vorm steeds moeilijker operationeel en financieel vol te houden. Om discontinuïteit te voorkomen is een strategisch plan nodig. Dat omvat ook het verkennen van alternatieve modellen voor de huidige verstrekking, zoals takehomebehandeling of gecontroleerde thuislevering van heroïne. Een pilotstudie naar de haalbaarheid, veiligheid en acceptatie van dergelijke varianten is een logische eerste stap. Zonder tijdige voorbereiding ontstaat het risico dat de voorziening abrupt wegvalt, met aanzienlijke gevolgen voor een zeer kwetsbare groep.

Aanbevelingen voor de praktijk

Faciliteer structurele kennisdeling en netwerken

Uitwisseling en intervisie tussen harm reduction voorzieningen gebeurt nu vooral incidenteel. Binnen de MHU's bestaat een structuur met een landelijk artsenuverleg en onderlinge audits waarbij medewerkers van verschillende MHU's elkaars locatie bezoeken. Het uitbreiden van dergelijke vormen van uitwisseling naar andere voorzieningen in de sector, zoals gebruiksruidten, spuitomruil en methadonverstrekking, helpt niet alleen om kwaliteit van de zorg te verhogen maar versterkt ook de positie van harm reduction binnen het bredere zorgveld. Structurele intervisie, werkbezoeken en gezamenlijke leernetwerken kunnen versnippering verminderen en bijdragen aan een gedeelde professionele standaard.

Werk actief aan destigmatisering en publieke communicatie

Misverstanden over harm reduction voorzieningen kunnen ontstaan door onbekendheid. Voorzieningen worden vaak geassocieerd met overlast of normvervaging, terwijl ze in werkelijk-

30 European Union Drugs Agency (EUDA) (2025). *Harm reduction – the current situation in Europe*. In: *European Drug Report 2025*. <https://www.euda.europa.eu>

31 Zie ook Verhoeven, L., Voermans, M. & Dijkstra, B. (2026). *Toekomstbestendigheid Medische Heroïne Units: Eindrapportage*. NISPA, Nijmegen.

heid juist kunnen bijdragen aan veiligheid, gezondheid en maatschappelijke rust. Een actieve communicatiestrategie kan helpen om beeldvorming bij te sturen en draagvlak te versterken. Dit kan variëren van open dagen tot het inzetten van professionals of ervaringsdeskundigen als 'harm reduction ambassadeurs' of bijvoorbeeld vrijwilligers voor de buurt. Door de meerwaarde van harm reduction zichtbaar en begrijpelijk te maken, wordt de sector minder kwetsbaar voor politieke druk en publieke misvattingen.

Investeer in de fysieke werk- en behandelomgeving

Veel harm reduction voorzieningen die we bezochten in ons onderzoek kampen met verouderde gebouwen en een uitstraling die niet aansluit bij de waardigheid die cliënten en medewerkers verdienen. Investeren in hygiëne, 'een likje verf', betere ventilatie (in het bijzonder in gebruiksruimten) en een professionele maar warme uitstraling zijn belangrijke randvoorwaarden om kwalitatief goede zorg te kunnen leveren. Het getuigt van respect en draagt daarmee bij aan de effectiviteit van het werk en ervaren welzijn en veiligheid voor zowel cliënten als personeel. We verwachten dat met relatief kleine investeringen hier grote winst te behalen is.

6 Referenties



Blanken, P., van den Brink, W., Hendriks, V., Huijsman, I., Klous, M., Rook, E., Wakelin, J., Barendrecht, C., Beijnen, J., & van Ree, J. (2010). *Heroin-assisted treatment in the Netherlands: History, findings, and international context*. *European Neuropsychopharmacology*, 20(2), S105-S158.

Blok, G. (2012). *Opvang van verslaafden: Van drank tot drugs – van bestrijding van het kwaad tot het voorkomen van schade*. Canon Sociaal Werk.

De Gee, A., & Van der Gouwe, D. (2020). *Veertig jaar harm reduction in Nederland: geen schaamte, maar trots!* In: *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, uitgave 1/2020.

European Union Drugs Agency (EUDA) (2025). *European Drug Report 2025* — hoofdstuk 'Harm reduction – the current situation in Europe'. Lissabon: EUDA.

European Union Drugs Agency (EUDA) (2025). *Harm reduction – the current situation in Europe*. In: *European Drug Report 2025*. Lissabon: EUDA. | www.euda.europa.eu

European Union Drugs Agency (EUDA) (2025). *Harm reduction – the current situation in Europe*. In: *European Drug Report 2025*.

Havinga, P., & van der Poel, A. (2011). *Gebruiksruimten in Nederland Update van de handreiking bij organisatie en inrichting*. Utrecht, Trimbos-instituut.

Hurley S., Jolley D., Kaldor J. (1997). *Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection*. *Lancet*. 349(9068):1797–800.

Jeziorska, A., Martinelli, T., & Kools, J.P. (2025). *50 years of harm reduction in Europe: high time for transformation*. *Harm Reduction Journal*, 22(1), 94.

Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) (z.d.). *Kerncijfers*. Utrecht: Stichting Informatievoorziening Zorg (IVZ).

Linsen, A., et al. (2002). *Handreiking gebruiksruimten*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Minder geld naar behandeling van Utrechtse heroïneverslaafden; gemeente maakt zich zorgen (2025). *De Utrechtse Internet Courant (DUIC)*.

Roosjen, G. (2007). *30 jaar scoren, 30 jaar drugscene, 30 jaar MDHG*. Amsterdam: Belangenvereniging Druggebruikers MDHG.

Strada, L., Martinelli, T., Van der Gouwe, D., Korteling, S., Cruts, G., Groothuizen, M., Bakker, I., Busz, M., & Van Laar, M. (2025). *Population size estimate of people with high-risk opioid use and an exploration of people with high-risk use of crack cocaine and other drugs in the Netherlands*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (2025). *Regeling heroïnebehandeling 2025*. Den Haag: VWS.

Szalavitz, M. (2021). *Undoing Drugs: The untold story of harm reduction and the future of addiction*. Little, Brown & Company, New York.

Van der Gouwe, D., Diender, B., Van Gelder, N., & De Gee, A. (2022). *Recente inzichten in harm reduction voorzieningen in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Van der Stel, J. (2011). *De verslavingszorg voorbij*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

Verhoeven, L., Voermans, M. & Dijkstra, B. (2026). *Toekomstbestendigheid Medische Heroïne Units: Eindrapportage*. NISPA, Nijmegen.

Wijffels, C., Buster, M., Steenkamer, I., Schaap, A., Uitenbroek, D., & Verhagen, C. (2020). *Genotmiddelenmonitor Amsterdam*. Amsterdam: GGD Amsterdam, Afdeling Epidemiologie, Gezondheidsbevordering en Zorginnovatie (EGZ) / Jeugdgezondheidszorg (JGZ) & GGD Rotterdam-Rijnmond.

7 Bijlagen



7.1 Vragenlijst per e-mail kwantitatieve inventarisatie voorzieningen

Goedemiddag,

Dit jaar doen wij van het Trimbos-instituut (opnieuw) onderzoek naar harm reduction-voorzieningen binnen Nederland. In het kader van deze inventarisatie zouden wij u graag een paar korte vragen willen stellen over de voorzieningen aangeboden door uw instelling.

Wij zouden het op prijs stellen als u ons helpt met het beantwoorden van de volgende vragen:

1. Beschikt uw instelling over een gebruikruimte (bijvoorbeeld: een open/losstaande gebruikruimte, geïntegreerde gebruikruimte, mobiele gebruikruimte, semi-geïntegreerde ruimte, gesloten gebruikruimte, etc.) Zo ja, hoeveel? Op welke locatie(s)? En voor wie zijn deze gebruikruimten toegankelijk?
2. Biedt u de mogelijkheid tot spuitomruil aan? Zo ja, op hoeveel locatie(s)? En op welke locatie(s)?
3. Heeft uw instelling een medicatiepoli waar methadon of medische heroïne op voorschrift wordt verstrekt? Zo ja, op hoeveel locatie(s)? En op welke locatie(s)?

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking. Indien u geen antwoord kunt geven op (een van de) bovenstaande vragen, dan horen wij dat ook graag.

Mocht u nog vragen hebben over het onderzoek, dan kunt u contact met ons opnemen via dit e-mailadres.

