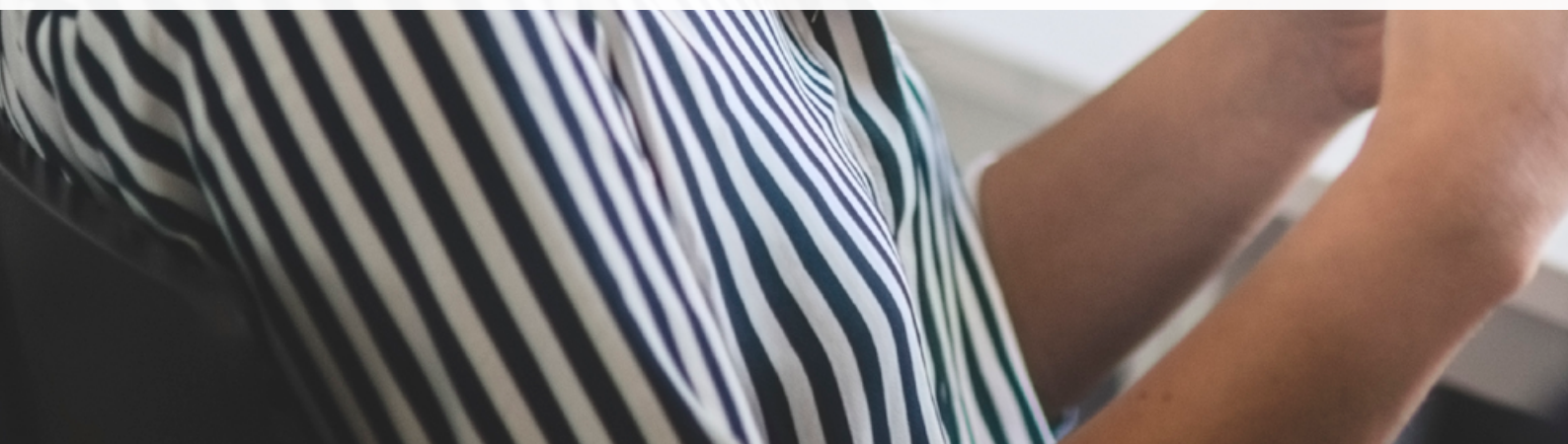




Achtergrondrapport van drie kennistafels over Zorg en Veiligheid in de context van het Nationaal Drugscongres

Actiepunten voor beleid en praktijk



Achtergrondrapport van drie kennistafels over Zorg en Veiligheid in de context van het Nationaal Drugscongres

Actiepunten voor beleid en praktijk

Colofon

Auteurs

Thomas Martinelli
Anneke van Wamel
John-Peter Kools

Met dank aan

Alle experts die hebben meegewerkt aan de kennistafels.
Emma Spoor voor het maken van uitgebreide notulen en het organiseren van de bijeenkomsten.
Daan van der Gouwe voor het voorzitten van de kennistafel over middelengebruik en verslaving in Penitentiare Inrichtingen.
Margriet van Laar voor het meelezen van het eindrapport en geven van feedback.

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

Vormgeving

The Creative Hub

Beeld

Gettyimages.nl
Personen afgebeeld in deze uitgave zijn modellen en hebben geen relatie tot het onderwerp van deze uitgave of ieder onderwerp binnen het onderzoeksdomein van het Trimbos-instituut.

De uitgave is te downloaden via www.trimbos.nl/kennisbank. Artikelnummer TRI-41-038.

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

1	Aanleiding en achtergrond kennistafels	5
2	Methode: wat is een kennistafel?	7
3	Kennistafel 1: Mensen in de marge met risicovol middelengebruik	8
4	Kennistafel 3: Schade beperken en veiligheid en welzijn bevorderen: van pragmatisch lokaal beleid tot nationale richtlijnen	16
5	Kennistafel 2: Data over middelengebruik, verslaving en zorg in Penitentiaire Inrichtingen	24
6	Bijlagen	29

1. Aanleiding en achtergrond kennistafels

Op 7 februari, 2024, organiseerde de ministeries van Justitie en Veiligheid (JenV) en Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) samen met het Trimbos-instituut een Nationaal Drugscongres. Op dit Drugscongres kwamen experts op het gebied van onderzoek, veiligheid, beleid en gezondheid bijeen om de ontwikkelingen op de verschillende domeinen te bespreken en gezamenlijk uit te diepen. De discussies aldaar bevonden zich op het snijvlak van zorg en veiligheid, zowel op lokaal, landelijk als internationaal niveau.

Op dit congres kwam een aantal onderwerpen aan bod die om verdere verdieping vroegen. De organisatoren besloten daarom om drie kennistafels te organiseren hierover, om met experts in gesprek te gaan over knelpunten en oplossingsrichtingen. In de opdracht die bij het Trimbos-instituut is uitgezet stonden de volgende drie onderwerpen en hoofdvragen centraal:

- Kennistafel 1: Mensen in de marge met risicovol middelengebruik - *Wat zijn de belangrijkste knelpunten en oplossingen om beter om te gaan met mensen in kwetsbare posities met drugsproblematiek? En waarom lijkt het alsof er weinig vooruitgang geboekt wordt bij dit probleem?*
- Kennistafel 2: Drugsgebruik in penitentiaire inrichtingen - *Hoe kunnen (empirische) inzichten over drugsgebruik in detentie bijdragen aan het verbeteren van welzijn en veiligheid in penitentiaire inrichtingen? En wat kan daarover geleerd worden van internationale aanpakken en onderzoek?*
- Kennistafel 3: Verbinding Zorg en Veiligheid – *Dit onderwerp zou nader ingevuld worden met behulp van de uitkomsten uit tafel 1.*

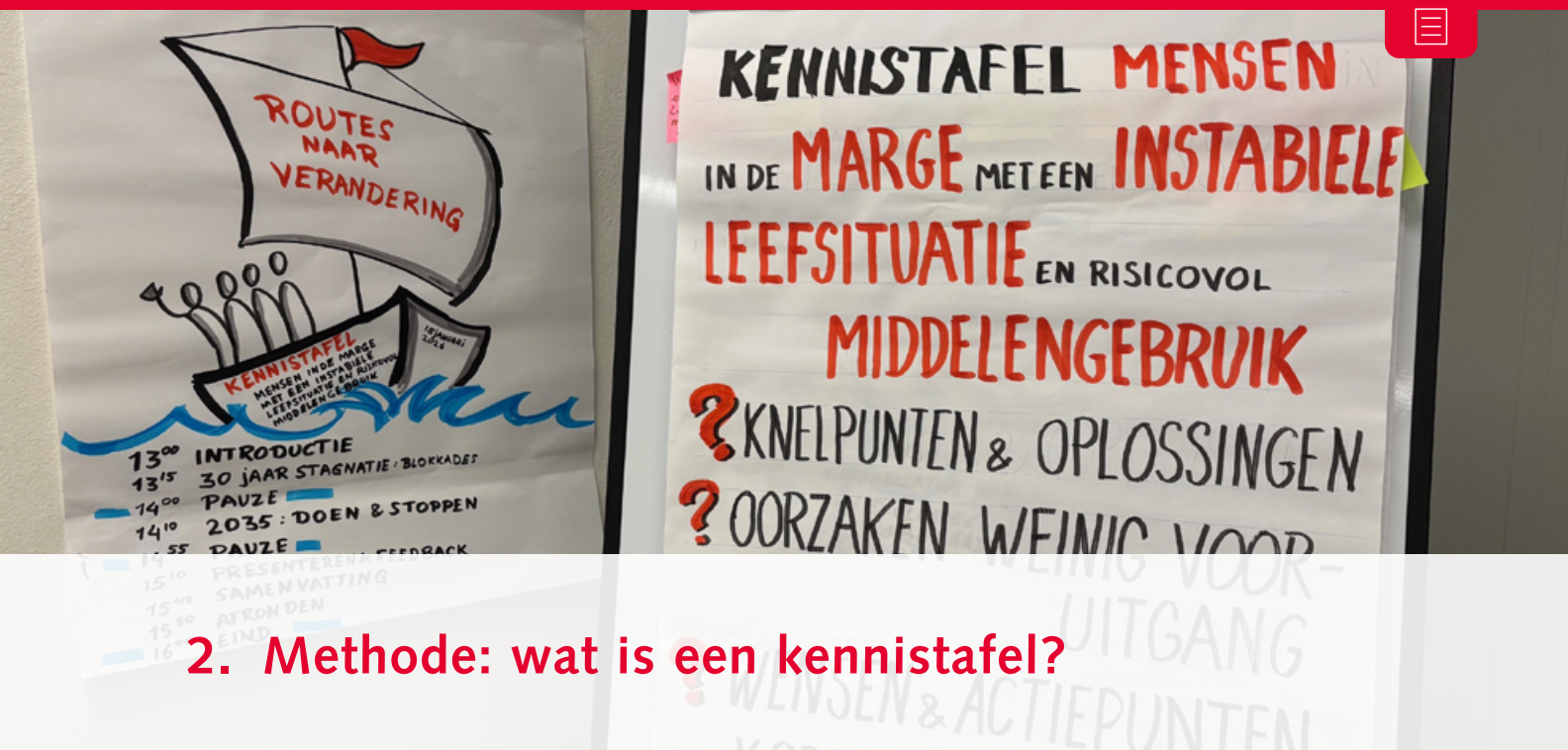
De eerste kennistafel leverde een interessante maar ook een abstracte discussie op, over structurele factoren (zoals zorgstelsels) die ervoor zorgen dat personen in de marge met risicovol middelengebruik steeds niet goed geholpen worden. We besloten daarom om de derde kennistafel te richten op een kleiner onderwerp dat concreter en gericht geadresseerd kon worden: *landelijke kaders en richtlijnen voor schadebeperking bij risicovol middelengebruik*. In deze derde kennistafel verkenden we hoe daar eerste concrete stappen in te zetten.

Actiepunten voor beleid en praktijk

Het doel van de kennistafels was om te komen tot een heldere analyse van knelpunten en oplossingsrichtingen in de vorm van actiepunten voor beleid en praktijk. De actiepunten mochten verschillend van aard zijn voor zowel korte als lange termijn doelen. De departementen van VWS en JenV zijn eigenaar van de actiepunten en de aanjagers van opvolging. In deze rapportage formuleren we de actiepunten als adviezen. De beleidsadviezen zijn bedoeld voor de ministeries van VWS en JenV en de praktijkadviezen zijn bedoeld voor uitvoeringsorganisaties.

Leeswijzer

In deze rapportage doen we uitgebreid verslag van wat er in de drie kennistafels is besproken. Vervolgens rapporteren we de belangrijkste adviezen voor actiepunten voor beleid en praktijk die de deelnemers naar voren brachten. Niet alle adviezen werden letterlijk benoemd door deelnemers. Sommigen werden indirect uit de discussies gedestilleerd door de auteurs van dit rapport.



2. Methode: wat is een kennistafel?

Elke kennistafel had een eigen opzet met werkvormen die pasten bij de inhoud en het doel. Er zijn echter ook een aantal terugkerende principes die van tevoren zijn afgesproken met de opdrachtgever.

Wat is een kennistafel?

Een kennistafel is een doelgerichte bijeenkomst waarbij experts uit verschillende domeinen samenkomen om kennis uit te wisselen en deze te synthetiseren om zo tot concrete actiepunten te komen. Een kruisbestuiving waar ideeën worden omgezet in tastbare vervolgstappen. Deelnemers zijn toonaangevende onderzoekers, beleidsmakers, ervaringsdeskundigen (inclusief vertegenwoordigers van cliënten en naasten) en praktijkprofessionals. Deze diversiteit aan perspectieven zorgt ervoor dat we theoretische kennis met praktijkervaring kunnen verenigen.

Opzet

Elke kennistafel vond plaats op bij het Trimbos-instituut in Utrecht tussen november van 2025 en april 2026 en duurde in totaal drie uur. Het aantal deelnemers (tussen de 14-16) per kennistafel was groot genoeg voor diversiteit aan inzichten, maar klein genoeg om betekenisvolle uitwisseling mogelijk te maken.

We maakten geen geluidsopnames, maar uitgebreide notulen. Er was steeds een project assistent aanwezig die notulen maakte van de discussies en de projectleider maakte aantekeningen. Deze voegden we samen tot een verslag dat als basis diende voor dit rapport.

Deelnemers

Samen met de projectgroep – bestaande uit vertegenwoordigers van ZonMw, het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het ministerie van Justitie en Veiligheid – namen we een definitief besluit over welke experts we uitnodigden. De uitvoerders van het Trimbos-instituut deden vooraf suggesties voor relevante experts welke werden aangevuld met suggesties uit de projectgroep.



3. Kennistafel 1: Mensen in de marge met risicovol middelengebruik

Achtergrond en aanleiding

In bijna elke gemeente zijn er personen die kampen met complexe problematiek in combinatie met middelengebruik. Zij lopen op veel vlakken in het leven vast en hun problemen zijn groot. Dit leidt regelmatig tot situaties met onbegrepen of zorgwekkend gedrag, ordeverstoringen en incidenten met agressie en geweld, waardoor zij veel in aanraking komen met politie en (maatschappelijke) zorginstellingen.

Gemeenten, maatschappelijke opvang, zorginstellingen en handhaving worstelen met deze doelgroep. Vaak is hun problematiek te complex om via de bestaande structuren aan te pakken. Zij vinden hun weg niet naar bestaande voorzieningen, kunnen niet voldoen aan de voorwaarden voor hulp en/of vinden geen aansluiting met hulpverleners. Hierdoor ontstaat een situatie waarin deze personen steeds weer dezelfde cyclus doorlopen van hulp zoeken, vastlopen in de hulp, terugkeren in de oude omgeving of op straat belanden. Sommigen komen helemaal niet in zorg terecht. Doordat de problemen niet worden opgelost en regelmatig escaleren verergert de problematiek alleen maar verder.

De afgelopen jaren is er op verschillende wijzen aandacht geweest voor dergelijke doelgroepen. Ondanks alle inzet lijkt er weinig voortgang geboekt te worden en nemen signalen en meldingen in aantal nog steeds toe. Het is bekend dat onder andere schotten in de financiering en gebrek aan continuïteit in de zorg belangrijke knelpunten vormen.

Doelstelling

Het doel van deze kennistafel was om vanuit een gedeelde analyse op zoek te gaan naar wat de belangrijkste knelpunten zijn in de huidige praktijk en wat mogelijke bijbehorende oplossingen zijn. Het lukt al jaren niet goed om mensen met complexe problematiek gerelateerd aan heftig middelengebruik goed te helpen, ondanks talloze rapporten, interventies en visies. En ondanks grote inzet en ervaring vanuit de ggz, verslavingszorg, sociaal domein en de sociale basis. Het doel van deze bijeenkomst was om te achterhalen hoe dat komt en om te verkennen welke stappen er gezet kunnen worden om dit in de toekomst te veranderen.

De volgende vraag stond centraal:

Wat zijn de belangrijkste knelpunten en oplossingen om beter om te gaan met groepen in kwetsbare posities met drugsproblematiek? En waarom lijkt het alsof er weinig vooruitgang geboekt wordt bij dit probleem?

Dit werkten we vervolgens uit met de volgende subvragen:

- Waarom boeken we in de afgelopen dertig jaar zo weinig vooruitgang op dit dossier?
- Welke barrières zijn er op het niveau van individuen, organisaties en systemen of cultuur?
- Hoe ziet de ideale situatie eruit over tien jaar? En hoe komen we daar?
- Hoe ziet de ergst denkbare situatie eruit over tien jaar? En wat zijn hiervoor de oorzaken?
- Welke ontwikkelingen zijn er nu die ons de goede richting in kunnen helpen?

Opzet kennistafel

Omdat er al veel gepraat en geschreven is op dit thema hebben we gekozen voor een minder conventionele werkwijze om de deelnemers uit te dagen hun kennis te delen. Een **visuele facilitator** heeft de kennistafel geleid en ondersteund met verschillende creatieve denk-, schrijf- en tekenoefeningen.

We gaven de facilitator de opdracht om de **Future backcasting-benadering** te gebruiken voor de kennistafel. *Future backcasting* is een methode waarbij je eerst een gewenst toekomstbeeld scherp formuleert en vervolgens stap voor stap terug-redeneert naar het heden om te bepalen welke acties en veranderingen nodig zijn om daar te komen. Het dwingt deelnemers om niet te denken over trends of voorspellingen, maar over een zelfgekozen toekomst die richting geeft aan strategische keuzes. Aanvullend aan het gewenste toekomstbeeld, hebben we een subgroep met deelnemers ook een expliciet doemscenario laten schetsen van hoe de toekomst eruitziet als je niet ingrijpt of als bepaalde risico's werkelijkheid worden. Door terug te redeneren vanaf dat ongewenste eindpunt konden we ontdekken welke keuzes, gewoontes of interventies je moet vermijden of zelfs stoppen omdat ze je juist richting dat doemscenario duwen in plaats van naar de gewenste toekomst.

Ter voorbereiding kregen deelnemers een document opgestuurd met daarin de probleemstelling en een overzicht van programma's (zie Bijlagen B 6.2), (onderzoeks)rapporten en interventies die de afgelopen tien jaar zijn ontwikkeld voor dit probleem.

Deelnemers

In totaal namen 16 experts deel aan de kennistafel die zich onderscheiden door hun kennis op het gebied van:

- Beleid op het gebied van zorg- en veiligheidsvraagstukken; zowel landelijke (ministeries) als lokale (gemeenten) experts namen deel
- Onderzoek naar zorg- en veiligheidsvraagstukken
- Onbegrepen en verward gedrag
- Ervaringsdeskundigheid op het gebied van verslaving en criminaliteit
- Hulpverlening bij verslaving, preventie, opvang, ondersteuning en harm reduction
- Reclassering, criminaliteit en recidive
- Overlast en de bestrijding daarvan
- Zorgfinanciering

Deelnemende experts zijn werkzaam voor ministeries, gemeenten, zorginstellingen, onderzoeks- en kennisinstituten of semi-overheidsdiensten.

Verslag kennistafel 1

We zetten de toon met een introductie door één van de organisatoren van de kennistafel: Anneke van het Trimbos-instituut. In zo'n tien minuten vertelde Anneke over een waargebeurde casus van een (geanonimiseerde) gemeente die worstelde met een groep personen die voor veel overlast zorgden. De groep gebruikte veel GHB wat ook nog eens leidde tot veel zorgvragen. De casus was illustratief op verschillende niveaus. Ten eerste ging het om een doelgroep met een combinatie van overlast, complexe problemen (dakloosheid, mentale problemen) en zwaar middelengebruik. Ten tweede betrof het een situatie waar in een paar jaar tijd - tevergeefs - veelvuldig inzet is geweest vanuit verschillende stakeholders: van probleemanalyses van onderzoekers tot aan het ontwikkelen van een nieuwe aanpak door de gemeente. Van dat laatste werd weinig daadwerkelijk geïmplementeerd. Er werd dus van alles opgetuigd om vervolgens weer vergeten te worden. Na een paar jaar was het probleem er nog steeds en startte een net aangestelde beleidsmedewerker van de gemeente de carroussel opnieuw.

Hoe komt het dat er zoveel verschijnt¹ maar dat er weinig vooruitgang geboekt lijkt te worden?

Voor deze eerste vraag werkte onze visuele facilitator Matthijs met de metafoor "een ijszee van stagnatie" (zie Foto 1). Deelnemers kregen de kans om in grote lijnen hun frustraties met de huidige situatie te beschrijven. Zij schetsten het volgende beeld:

- Beleid, onderzoeken en programma's worden los van elkaar opgetuigd zonder regie of duurzame borging, terwijl verkokerde systemen op het gebied van financiering² en governance³ integrale oplossingen belemmeren.
- Overheden lijken eerder op overlastbestrijding te sturen dan op welzijn, met boetes en uitsluitingsmechanismen die mensen met complexe problemen verder klemzetten.
- Voorwaardelijke hulpverlening en huisvesting waar mensen uitgezet kunnen worden bij het niet naleven van strenge regels of bij middelengebruik houden kwetsbare groepen in een vicieuze cirkel. Mensen worden geregeld geweerd uit zorg vanwege hun problemen waar juist zorg voor nodig is.
- Wettelijke kaders om kwetsbare burgers te beschermen bestaan wel maar worden regelmatig niet nageleefd of mensen kennen hun rechten onvoldoende om naleving af te dwingen.
- Stigmatisering groeit en de tolerantie in samenleving en hulpverlening voor mensen die 'anders' zijn neemt af.
- Aanbevelingen en aanpakken verdwijnen regelmatig in de praktijk of worden nauwelijks geïmplementeerd.

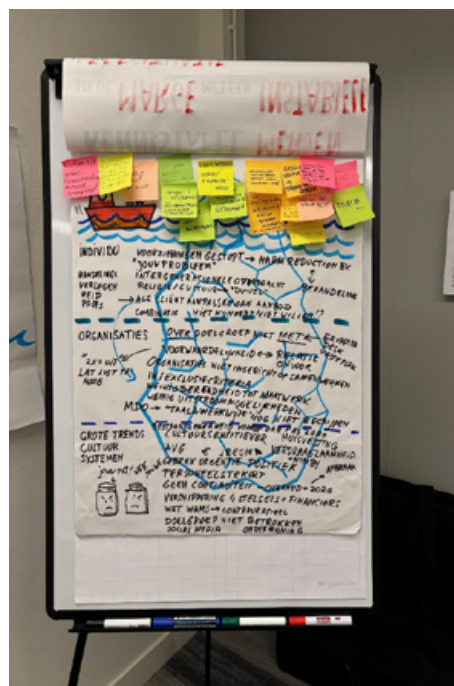


Foto 1: De Ijszee van stagnatie.

1 We stuurden de deelnemers vooraf een overzicht met rapporten, aanpakken en oproepen die de afgelopen 10 jaar verschenen zijn over dit betreffende dossier.
2 Denk aan Wet maatschappelijke ondersteuning, Zorgverzekeringswet, Wet langdurige zorg en Wet forensische zorg.
3 Ministeries die los van elkaar opereren.

- Beleid en de leefwereld van de doelgroep sluiten slecht op elkaar aan en het cliëntenperspectief weegt onvoldoende mee. Dit leidt ertoe dat personen met complexe problematiek van het kastje naar de muur worden gestuurd vanuit een soort ‘accountantslogica’ waarin papieren efficiëntie belangrijker lijkt dan de realiteit.

Na deze discussie vroegen we de deelnemers om **belemmeringen** in te delen op het niveau van individuen, organisaties en systemen.

Individuen (hulpverleners, ambtenaren en andere uitvoeringsprofessionals)

- Professionals die hun werk goed doen, zetten zich in voor zowel de cliënt als de organisatie waar ze voor werken. Dit brengt ze echter regelmatig in een lastig parket. Enerzijds wordt van ze gevraagd om te ‘doen wat nodig is’, terwijl anderzijds zorgcodes, hulpvraag-criteria en toegangseisen de uitvoering hiervan belemmeren. Dit kan vervolgens gaan lijken op handelingsverlegenheid. De eerste reflex is vaak om te veronderstellen dat de hulpverlener iets tekortkomt, bijvoorbeeld kennis, expertise of handelingsvaardigheden. Daardoor verschuift de aandacht naar het individu, terwijl het probleem vaak ligt in de randvoorwaarden die passend handelen onmogelijk maken.
- Door deze tegenstrijdige situatie is veel van het handelen van de hulpverlener afhankelijk van diens attitude. Hulpverleners met een ‘eigenwijze’ neiging zoeken bijvoorbeeld de randen op van hun taakstelling. Dit vraagt moed omdat dan onduidelijk is wie er verantwoordelijk is als het een keer misgaat. Dit laatste leidt ertoe dat hulpverleners zich ook achter regels kunnen gaan verschuilen.
- Intergenerationele overdracht, licht verstandelijke beperkingen en langdurige bestaans-onzekerheid vormen in deze doelgroep geen uitzonderingen maar patronen. Toch wordt van cliënten regelmatig gevraagd zich te gedragen alsof die context er niet toe doet: op tijd komen, formulieren begrijpen, afspraken nakomen. Het niet aanslaan van zorg wordt dan gezien als een fout van de cliënt: *“we hebben het geprobeerd, maar je hebt je kansen verspild”*.

Organisaties

- Ondersteuning, behandeling en nazorg voor mensen met een drugsverslaving zijn uit elkaar getrokken en versnipperd over instellingen, financieringsstromen en verantwoordelijkheden. In plaats van een systeem dat zich plooit naar de complexiteit van mensenlevens, wordt van cliënten verwacht dat zij hun weg vinden in en zich aanpassen aan een gefragmenteerd aanbod.
- Inclusie en exclusiecriteria zorgen ervoor dat juist mensen met meervoudige problematiek tussen wal en schip vallen. Maatwerk lijkt vooral een beleidswoord, maar wordt nauwelijks georganiseerd.
- Voorwaardelijke hulpverlening – *“twee keer niet opdagen en opnieuw beginnen”* - ondermijnt de relatie tussen cliënt en organisatie. Juist bij een complexe doelgroep voor wie terugval en chaos inherent zijn aan het herstelproces.

Systemen

- Het zorglandschap is slecht toegerust op samenwerking. Organisaties spreken elkaars taal niet, hanteren hun eigen (specifieke) doelen en ervaren privacywetgeving als verlamdend. Hoewel er juridische ruimte is om gegevens te delen, overheerst onzekerheid en angst om fouten te maken.
- Er is een structureel tekort aan personeel, continuïteit en uitstroommogelijkheden. Mensen blijven hangen in tijdelijke voorzieningen of vallen terug naar de straat, simpelweg omdat er nergens plek is waar zij mogen blijven, ook als het misgaat.
- Politiek en bestuurlijk eigenaarschap ontbreekt: geen ministerie of partij wil zich duurzaam verbinden aan deze doelgroep.
- Grote, langlopende programma's die in het verleden aantoonbaar effect hadden - en bijvoorbeeld dakloosheid daadwerkelijk terugdrongen - zijn afgebouwd.⁴
- Waar ooit één gezamenlijke 'geldpot' bestond⁵, zijn nu meerdere gescheiden financieringsstromen ontstaan. Dat maakt sturen vrijwel onmogelijk en creëert perverse prikkels: zolang het probleem niet expliciet wordt geagendeerd, hoeft niemand ervoor te betalen.
- Met de ambulantisering is ervoor gekozen om mensen met psychische kwetsbaarheid weer onderdeel te laten zijn van de samenleving. Maar die keuze veronderstelt een bepaalde mate van verdraagzaamheid die er niet is: de bereidheid om overlast, ongemak en afwijking te accepteren als onderdeel van het samenleven. Dat gesprek voeren we niet of nauwelijks.
- De neiging tot uitsluiting, disciplineren en moralisering groeit in de samenleving. Populistische duidingen - waarin ziekte wordt geframed als falen en het ontvangen van hulp als profiteren - kunnen die uitsluiting verder versterken.
- Zolang bestaanszekerheid - wonen, inkomen, veiligheid - niet het vertrekpunt is, blijft zorg dweilen met de kraan open.
- Zolang we blijven doen alsof structurele problemen oplosbaar zijn met losse interventies gericht op (het gedrag van) individuen, blijven we hetzelfde resultaat produceren.

Wat in de gesprekken steeds terugkeerde, was het gevoel dat we collectief iets zijn kwijtgeraakt. Niet zozeer kennis, maar een soort geheugen. Vijfentwintig jaar geleden waren shadebeperking, nazorg en langdurige begeleiding vanzelfsprekender onderdeel van het zorgpalet voor kwetsbare groepen met multi-problematiek. Die infrastructuur is grotendeels afgebroken. Niet omdat zij niet werkte, maar omdat het onderliggende uitgangspunt verschoof: van zorg dragen voor mensen, naar het idee dat mensen vooral zelf verantwoordelijk zijn voor hun problemen: "*afkicken is jouw probleem*". Falen wordt daarmee steeds meer neergezet als een probleem van motivatie.

Future backcasten: van doemscenario tot utopia

Met de laatste werkvorm verdeelden we deelnemers in groepjes van zogenaamde 'optimisten' en 'pessimisten'. De optimisten kregen de opdracht om hun beeld van de ideale situatie te schetsen in een vooraf getekend sjabloon.

4 Zie bijvoorbeeld: Tuynman, M. & Planije, M. (2014) "*Het kán dus!*" Een doorbraak in het Nederlandse dakloosheidsbeleid. *Evaluatie Plan van Aanpak maatschappelijke opvang in de vier grote steden, 2006-2014*.

5 Rond het jaar 2000 werden de meeste kosten voor zorg betaald via een volksverzekering, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Dit veranderde fundamenteel in 2003 toen aanbodgerichte bekostiging van instellingen overging op een functiegerichte bekostiging. Dit maakte het mogelijk om zorgkosten over te hevelen naar gemeenten met de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO, 2007) als gevolg. Zie bijvoorbeeld: *Hoe betalen wij voor de zorg?* | CBS.

Stel je voor. Het is 2035. Alle blokkades zijn doorbroken en alles wat we wilden is goed gegaan voor deze doelgroep. Wat zegt de cliënt? Wat zeggen de hulpverleners? Wat zeggen de mensen in de samenleving?

Ook vroegen we hen om in het voorgetekende sjabloon mijlpalen te benoemen tussen nu en 2035.

We gaan nu terug in de tijd. Hoe kwamen we hier?

De pessimisten kregen dezelfde opdracht, maar dan met een doemscenario: *"Stel je voor. Het is 2035. Alles is misgegaan. Blokkades zijn verhevigd en we zijn in de ergst denkbare situatie gekomen"*.

Optimisten – 2035 als haalbaar ideaal

Het is 2035. Terugkijkend lijkt het bijna onwerkelijk hoe hardnekkig de blokkades ooit waren. Alsof we jarenlang een deur bleven duwen die altijd al naar binnen openging.

Professionals spreken anders dan vroeger. Ze zeggen: *"Wij geven zorg zonder labels. We beginnen niet bij diagnose, maar bij bestaansrecht."* Terugval is geen falen meer, maar een fase die gedragen wordt. Verdraagzaamheid is geen hol begrip, maar dagelijkse praktijk. Wonen is geen vraagstuk meer dat eindeloos doorschuift maar een vanzelfsprekende basis. En zorg stopt niet meer bij kantoortijden. Met de steun van technologie en een sterk netwerk zijn zij er altijd. Niet als controleurs, maar als deel van een groter geheel. Hulpverleners voelen zich trots en gewaardeerd.

De doelgroep zelf zegt: *"Ik ben een mens, geen label"*. Ze beginnen bij hun eigen netwerk voordat ze naar instituties kijken. Niet gedwongen maar omdat ze die kracht weer hebben. Het gebruik van middelen is niet verdwenen. Integendeel, het aantal gebruikers is iets toegenomen, maar de schade ervan is drastisch verminderd. Mensen worden gezond ouder. En bovenal: ze voelen zich gezien, en hebben invloed op hun eigen leven.

De samenleving heeft solidariteit opnieuw uitgevonden als praktijk. *"Je hoort erbij,"* is geen slogan meer, maar een gedeelde verantwoordelijkheid. Mensen leven in gemengde wijken, waar diversiteit wordt gevierd. De politiek straalt weer uit waarvoor ze bedoeld is: er zijn voor iedereen. Zinnige dagbesteding is niet iets extra's, maar een fundament.

Hoe kwamen we daar?

Deze toekomst kwam er niet vanzelf. De methode was helder: een stelselwijziging. Geen versnipperde potjes meer, maar centrale financiering. Ook voor jeugdzorg. Zorg werd uit de markt gehaald en opnieuw gedefinieerd als publiek goed. Bestaanszekerheid werd een recht, geen voorwaarde.

De weg ernaartoe kende tastbare stappen. Met een landelijke projectleider kwam er richting en samenhang. Wetgeving zoals de Wams⁶ werd doorgezet en de rijksoverheid hervond haar

6 Wet aanpak meervoudige problematiek sociaal domein. Met het wetsvoorstel wordt beoogd knelpunten weg te nemen in relatie tot gegevensuitwisseling en privacy in het sociaal domein bij de aanpak van meervoudige problematiek.

lange-termijnvisie op welzijn, met investeringen in kinderen, ouders en burgerschap. In 2027 werden gebruiksruimtes uitgebreid om mensen van de straat te krijgen, terwijl zorg en veiligheid samenvloeiden tot één gedeeld doel waarin samenwerking de norm werd. Rijksvastgoed kreeg een maatschappelijke bestemming, wonen werd een recht zonder inspanningsverplichting en bezuinigingen maakten plaats voor serieuze inzet op preventie. Tegelijk werd lokaal het gesprek hervat over wat we wél willen, zonder te verzanden in eindeloze procedures, waardoor het systeem menselijker én sneller werd.

Wat deden we vandaag om deze weg in te zetten?

We lobbyden naar de politiek voor een nieuw systeem, bleven benoemen wat uitvoeringsorganisaties willen maar vaak niet kunnen. We draaiden de vraag om: niet “wat kost het?”, maar “wie betaalt de prijs als we niets doen?” We vonden aansluiting bij landelijke programma's en werkagenda's.

Pessimisten – 2035 als waarschuwing

Het is óók 2035. Maar in deze versie van de toekomst zijn we slechter af. De krantenkoppen liegen er niet om: een drugs crisis met honderd doden per week. De provincie Utrecht: een uitgestrekt tentenkamp. Huisvesting is geen grondrecht meer, maar een privilege. De eerste euthanasie voor “een verslaafde die niet stopt” markeerde een moreel kantelpunt. Een hulpverlener die schone pijpjes uitdeelde zit tien jaar gevangenisstraf uit voor het doen van wat ooit als menselijk werd beschouwd. Deportaties van verslaafden zijn gestart. Hulp is strafbaar geworden en straf wordt gepresenteerd als hulp.

Hoe kwamen we hier?

Een structureel gebrek aan woningen, stigma, regelgeving die zo complex is geworden dat ze als dekmantel dient om niets te doen, contra-indicaties die belangrijker werden dan mensen, professionals én cliënten die het geloof verloren. Verdraagzaamheid verdween en wat overbleef was repressie.

Wat deden we vandaag de dag al?

We hielden vast aan regels, zelfs wanneer ze zichtbaar schade veroorzaakten. Regelgeving werd een excuus om niet te helpen. We schoten door in het discours van ondermijning of keken er juist van weg, maar vonden nooit de juiste balans. We bleven geloven dat geld het antwoord was zonder het systeem fundamenteel te veranderen. We praatten veel. Project na project, overleg na overleg, maar we kwamen niet verder. Er werd te weinig geprotesteerd en tegengas gegeven, waardoor we meegingen in populistische frames omdat ze eenvoudig waren.

Wat hadden we moeten doen?

Sneller ingrijpen en eerder helpen, drugs meer uit het strafrecht halen, het belang van de cliënt boven dat van systemen plaatsen en regels radicaal versimpelen. We hadden beter moeten luisteren. Ook naar wat we liever niet horen en ervaringsdeskundigheid erkennen als volwaardige kennisbron. Kennis delen in plaats van telkens opnieuw beginnen. Ook regionaal met ruimte voor wat daar werkt. We hadden professionals beter juridisch moeten onderleggen zodat rechten niet alleen theorie bleven. We hadden moeten vertragen om te kunnen zien wat we aan het doen waren voordat het te laat was.

De discussies en ideeën van de kennistafel werden door de visuele facilitator Matthijs samengevat in een tekening (zie Foto 2).



Foto 2: Van IJssel naar Haven.



Adviezen voor beleid en praktijk

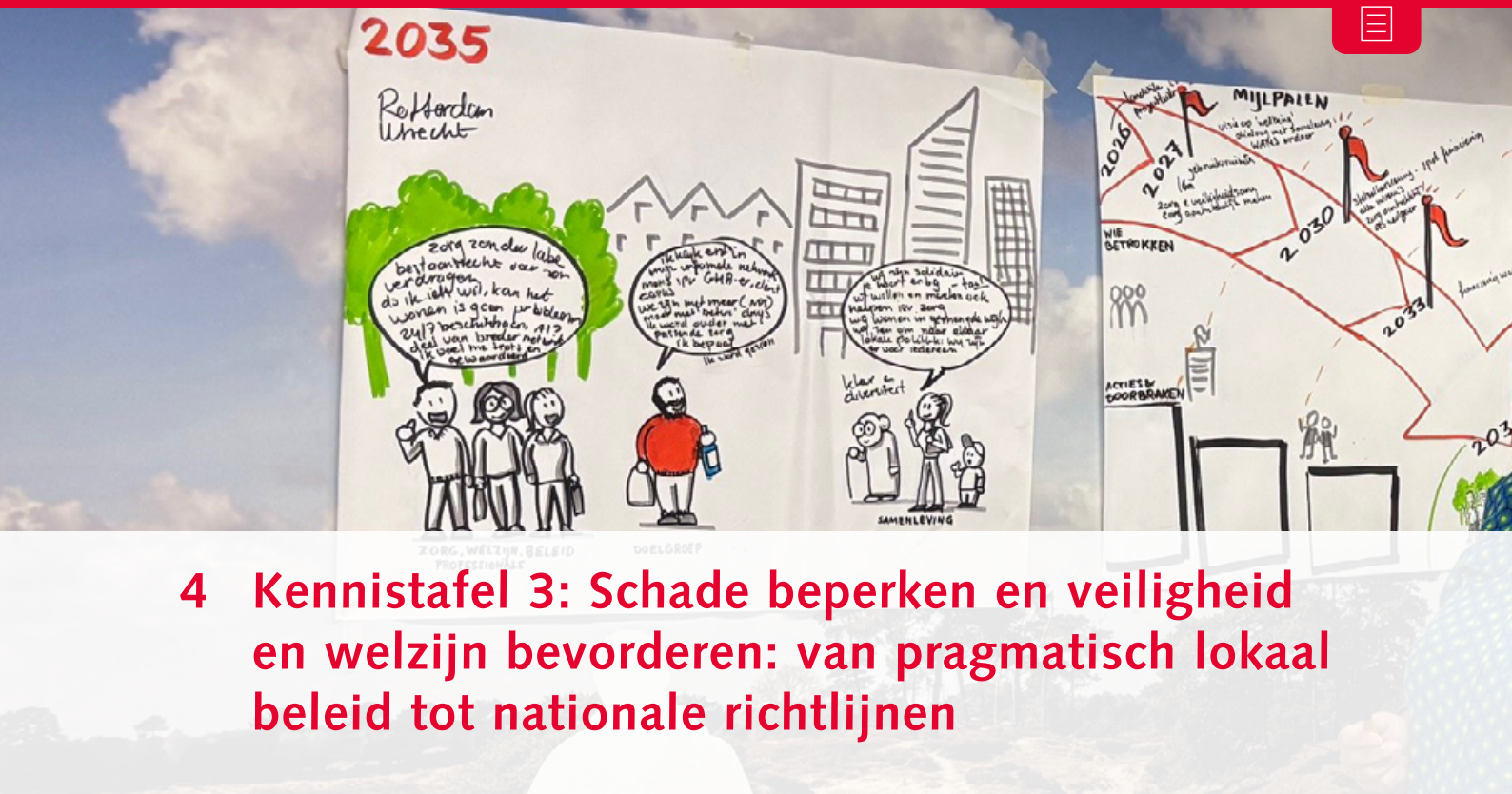
Uit deze discussies identificeren we de volgende adviezen voor actiepunten voor beleid en praktijk.

Beleidsniveau

- ✓ Werk naar een fundamentele stelselwijziging met één samenhangend, publiek georganiseerd systeem met centrale en stabiele financiering.
- ✓ Voer landelijke regie met duidelijke koers én regionale uitvoeringsruimte.
- ✓ Leg bestaanszekerheid en wonen vast als onvoorwaardelijke rechten.
- ✓ Integreer veiligheid door zorg tot één beleidsdoel met gedeelde verantwoordelijkheid.
- ✓ Vereenvoudig wet- en regelgeving radicaal zodat duidelijk is waar iemand recht op heeft.
- ✓ Herbestem publiek vastgoed met voorkeur voor wonen, opvang en herstelplekken.
- ✓ Investeer structureel in preventie en vroeginterventie.
- ✓ Neem maatschappelijke schade van niets doen mee in afwegingskader voor beleid.

Praktijkniveau

- ✓ Werk vanuit het uitgangspunt "mens vóór systeem". Bestaansrecht eerst, regels daarna.
- ✓ Grijp vroeg in: laagdrempelige, directe toegang tot hulp zonder wachttijd of bureaucratische drempels.
- ✓ Lever zorg zonder labels: begin bij behoefte, niet bij diagnose of categorie.
- ✓ Organiseer ondersteuning continu en outreachend (24/7), ingebed in netwerken rond de persoon.
- ✓ Pas schadebeperking toe (o.a. gebruiksruimtes, veilige voorzieningen) om gezondheidsschade en straatproblematiek onder controle te krijgen.
- ✓ Normaliseer terugval als onderdeel van herstel, niet als uitsluitingsgrond.
- ✓ Investeer in juridische deskundigheid van professionals zodat rechten benut worden in de praktijk.
- ✓ Werk regionaal adaptief: toepassen wat aantoonbaar werkt in de lokale context.
- ✓ Borg structurele kennisdeling in plaats van projectmatige herhaling.
- ✓ Zet ervaringsdeskundigheid systematisch in als gelijkwaardige bron van kennis.
- ✓ Organiseer actief tegenspraak tegen ineffectief of schadelijk beleid en simplistische frames.
- ✓ Luister doelgericht, ook naar onwelgevallige signalen uit praktijk en doelgroep.
- ✓ Vertraag waar nodig om effecten te zien en bij te sturen, in plaats van reflexmatig opschalen.



Achtergrond en aanleiding

Op lokaal niveau is in bestaande plannen en aanpakken ook te weinig aandacht voor burgers met stevig drugsgebruik die om de een of andere reden niet willen of kunnen stoppen. Beleid van gemeenten is vaak gericht op preventie (voornamelijk bij jongeren) van alcohol- en drugsgebruik en in sommige grote steden is er apart beleid (veelal PGA's) gericht op drugsgerelateerde overlast (vanuit Openbare Orde en Veiligheid).

7 Zie <https://www.trimbos.nl/kennisbank/af2126-modelplan-lokaal-drugspreventiebeleid/>

- **vraagbeperking:** het voorkomen en verminderen van drugsgebruik
- **aanbodbeperking:** het voorkomen en terugdringen van de beschikbaarheid van drugs
- **schadebeperking:** ook bekend als harm-reduction, het voorkomen en verminderen van (neven)schade aan personen die drugs gebruiken en hun omgeving.



De huidige praktijk heeft echter vooral aandacht voor *aanbodbeperking* (vaak middels handhaving van de Opiumwet of via strenge regels voor gereguleerde en gedoogde middelen zoals coffeeshopbeleid) en *vraagbeperking* (via brede preventieprogramma's en soms campagnes). In de meeste gemeenten ontbreekt het aan een beleid op *schadebeperking* met als doel het bevorderen van welzijn én veiligheid (inclusief het tegengaan van overlast).

Nederland heeft – zeker ten opzichte van andere landen – een groot aanbod aan goed werkende schadebeperkende voorzieningen zoals gebruiksruimten, spuitomruil, medische heroïne op recept en laagdrempelige opvang of woonvoorzieningen waar gebruik is toegestaan. Het ontbreekt echter – zowel op lokaal als landelijk niveau – aan strategisch en planmatig beleid en richtlijnen voor zulke voorzieningen.

Het ontbreken van dergelijke plannen leidt tot de volgende knelpunten:

- Het is niet altijd duidelijk wat een schadebeperkende voorziening in de praktijk doet of wat het doel is waarvoor het ingezet kan worden. Zo worden sommige voorzieningen gezien als bronnen van overlast met aanzuigende werking, terwijl ze eigenlijk ingezet kunnen worden om overlast juist te verminderen.
- Het is vaak onduidelijk wie waar verantwoordelijk voor is en welke domeinen en financieringsstromen betrokken (dienen te) zijn. Sommige taken van voorzieningen vallen onder preventie (volksgezondheidsdomein), andere onder behandeling (zorgdomein) en andere weer onder maatschappelijke opvang en ondersteuning (sociaal domein en openbare orde).
- Er zijn geen richtlijnen of kwaliteitsstandaarden die een overzicht geven van 'wat werkt'. Bijvoorbeeld voor gemeenten of zorginstellingen die een nieuwe voorziening willen oprichten of andere schadebeperkende interventies willen inzetten.
- De voorzieningen en hun mogelijkheden zijn relatief onbekend en staan daardoor niet op het netvlies van beleidsmakers als een mogelijke interventie die ingezet kan worden voor lokale problematiek.

Ten slotte behoren personen die drugs gebruiken tot de meest gestigmatiseerde doelgroepen in de samenleving.⁸ Dat maakt het niet eenvoudig om lokaal draagvlak te vinden om deze doelgroep te helpen. Beleid en richtlijnen met heldere doelen, een plan van aanpak en een overzicht van succesvolle praktijkervaringen zijn daarom cruciaal.

8 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2772724623000665>

Doelstelling

Met de kennistafel brachten we in één middag experts bij elkaar brengen om een eerste stap te zetten naar de ontwikkeling van beleid en richtlijnen voor schadebeperking en het bevorderen van welzijn en veiligheid bij drugsgebruik. We richtten ons op de volgende vragen:

- Welke onderdelen zouden in een lokaal beleid moeten voorkomen? En wat niet?
- Welke onderdelen zouden in landelijk beleid en richtlijnen moeten voorkomen?
- Wie zou betrokken moeten worden bij de ontwikkeling?
- Waar zou het ondergebracht kunnen worden?
- Hoe creëer je draagvlak voor de ontwikkeling?
- Wat zijn succesvolle praktijk- en beleidsvoorbeelden waarvan geleerd kan worden?

Opzet kennistafel

Presentatie van achtergrond en casussen

Voor deze kennistafel bereidden de organisators een introductie-presentatie voor die de probleemstelling (het ontbreken van schadebeperking-richtlijnen en -beleid) scherp neerzette. De deelnemers kregen de kans hierop open te reageren. Vervolgens vroegen we een expert vanuit Verslavingskunde Nederland (en Brijder) om een casus te presenteren die concreet maakte waar de praktijk tegenaan loopt wanneer een nieuwe schadebeperkende voorziening opgezet wordt en wanneer een bestaande voorziening onder druk komt te staan.

We structureerden de daaropvolgende discussie in verschillende onderdelen. Eerst vroegen we wat het best landelijk versus lokaal vastgelegd (of juist niet) diende te worden in richtlijnen en beleid. Vervolgens vroegen we deelnemers de verschillende onderdelen te benoemen die in richtlijnen of beleid terug zouden moeten komen. Om actiepunten te verzamelen, bespraken we het richtlijnenproces en vroegen we deelnemers welke stappen gezet moeten worden om dit proces te starten en wat zij zelf daar eventueel in zouden kunnen betekenen.

Deelnemers

In totaal namen 14 experts deel aan de kennistafel die zich onderscheiden door hun kennis op het gebied van:

- Beleid op het gebied van zorg- en veiligheidsvraagstukken; zowel landelijke (ministeries) als lokale (gemeenten) experts namen deel
- Onderzoek naar zorg- en veiligheidsvraagstukken
- Stedelijke dakloosheid
- Hulpverlening bij verslaving, preventie, opvang, ondersteuning en harm reduction
- Overlast en de bestrijding daarvan
- Ontwikkeling van beleid en richtlijnen

Verslag kennistafel 3

Met een korte presentatie over de achtergrond en aanleiding leiden organisators Anneke, John-Peter en Thomas van het Trimbos-instituut de kennistafel in. Hierin staat het ontbreken van beleid en richtlijnen voor schadebeperking centraal. De deelnemers bevestigen dat er een gebrek is aan richtlijnen maar dat de behoefte hieraan wel bestaat. Ook noemen zij een aantal moeilijkheden die zij hebben ervaren in pogingen om hier iets aan te doen:

- Vanuit de ministeries bestaat geen omvattende drugsstrategie. Vaak wordt naar losse Kamerbrieven verwezen als het over drugsbeleid gaat. Het laatste nationale document dat een compleet drugsbeleid bevatte is de Drugsnota uit 1995, genaamd Continuïteit en Verandering.
- Veel verschillende perspectieven op de drugsproblematiek van betrokkenen die soms recht tegenover elkaar staan. De één wil bijvoorbeeld overlast beperken door meer in te zetten op het handhaven bij drugshandel, terwijl de ander meer wil inzetten op het begeleiden naar zorg. Er bestaat veel verdeeldheid in attitude tegenover schadebeperkende voorzieningen en de legitimiteit wordt hierdoor regelmatig in twijfel getrokken.
- Stigmatisering van mensen die drugs gebruiken maakt dat schadebeperking geen populair thema is om aan te werken. Dat geldt ook voor verslavingszorginstellingen, waar interventies gericht op personen die gemotiveerd zijn om te stoppen met gebruik de boventoon voeren ("vooral cure en weinig care").
- Betrokkenen uit verschillende domeinen wijzen naar elkaar. Vanuit de handhavings- en veiligheidssector zegt men dat drugsoverlast een zorgprobleem is. Vanuit de zorg wordt gewezen op het ontbreken van een wettelijk mandaat om in te grijpen wanneer er geen zorgvraag is of wanneer die vraag langdurig is.⁹
- Er zijn structurele factoren voortkomend uit hoe zorg is geregeld in Nederland. Zorg moet bijvoorbeeld altijd doelmatig en doeltreffend zijn. Dat wil zeggen dat zorg efficiënt moet worden ingezet (betaalbaar), maar dat ook het gewenste resultaat (kwaliteit) voor de patiënt wordt behaald.¹⁰ In de praktijk wordt dit vertaald naar een streven naar uitstroom ('genezing'). Daar kan een doelgroep die langdurig met multi-problematiek kampt maar zelden aan voldoen.
- Het ontbreekt aan effectieve mechanismen om naleving van gemaakte afspraken rondom zorg en ondersteuning af te dwingen.
- Er is onvoldoende overzicht van beschikbare kennis over schadebeperking op landelijk niveau en hoe deze lokaal toepasbaar is.

Deze factoren maken het ingewikkeld om tot één goed plan te komen waar alle betrokkenen achter kunnen staan.

Na deze introductie presenteert Esther van Brijder een casus waarin duidelijk wordt waar men tegenaan loopt bij het draaiend houden of het opzetten van een gebruiksruimte.

9 De Wet zorg en dwang regelt de rechten bij onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname van mensen met psychische problemen die door hun gedrag hun eigen veiligheid of die van anderen in gevaar brengen. Criteria voor het inzetten van dit gedwongen kader zijn echter breed geformuleerd in termen als 'maatschappelijke teloorgang'. Voor gevallen waarbij middelengebruik speelt ervaren deelnemers vaak onduidelijkheid hierover.

10 Zie bijvoorbeeld: www.zorginzicht.nl/ontwikkeltools/handreiking-doelmatigheid-en-duurzaamheid-in-kwaliteitsstandaarden

In Alkmaar speelde begin 2026 de vraag of de komst van een gebruiksruijnte een oplossing kon bieden voor aanhoudende overlast in de openbare ruimte, waaronder openlijk drugsgebruik, diefstal, intimidatie, geweld en drugsdealen. Eerder ingezette maatregelen zoals extra inzet van boa's en politie, het plaatsen van dixies en cameratoezicht hadden geen aantoonbaar effect. Het voorstel voor een gebruiksruijnte leidde tot maatschappelijke onrust, politieke druk en polarisatie binnen de gemeente, waarna ambtenaren zijn gevraagd onderzoek te doen naar de effectiviteit ervan. Dit onderzoek leverde geen overtuigend bewijs op en bovendien ontbraken duidelijke kaders voor inrichting, uitgangspunten, personele invulling en beheer. Ook de lokale verslavingszorginstelling was terughoudend over het idee. Op basis hiervan is uiteindelijk besloten geen gebruiksruijnte te realiseren. Een vergelijkbare discussie vond ook plaats in Dordrecht.

Van landelijke kaders tot lokale invulling

Deelnemers verkenden welke elementen zich lenen voor landelijke kaders en welke juist lokaal ingevuld moeten worden. Daarbij kwam een onderscheid naar voren tussen richting (landelijk) en uitvoering (lokaal), met ruimte voor variatie afhankelijk van context en problematiek.

Landelijk

Op landelijk niveau werd vooral behoefte geuit aan een overkoepelend kader dat richting geeft zonder de praktijk 'dicht te reguleren'.

- Een brede, toekomstbestendige afbakening van wat onder schadebeperking valt, ook gezien de snelle ontwikkelingen in middelengebruik met bijvoorbeeld nieuwe middelen en polydruggebruik.
- Een samenhangend pakket aan maatregelen en interventies, waaruit gemeenten en verslavingszorginstellingen ruimte houden om lokaal passende oplossingen te kiezen.
- Een afwegingskader waarin zowel gezondheidssimpact (voor de gebruiker) als omgevingsimpact (overlast, veiligheid) worden meegenomen.
- Verankering van schadebeperking in bredere beleidsdocumenten (bijv. woonzorgvisies) om draagvlak en mandaat voor gemeenten te vergroten.
- Landelijke afspraken over spreiding van voorzieningen en buiten-regionale uitwisseling van cliënten (zoals een spreidingswet). Hier werd benadrukt dat lokale druk kan afnemen wanneer randvoorwaarden nationaal beter geregeld zijn.
- Aandacht voor structurele knelpunten, zoals beperkte capaciteit, gebrekkige gegevensdeling en het ontbreken van mandaat voor zorg om in te grijpen in complexe situaties.

Tegelijk werd gewaarschuwd voor overmatige standaardisering: interventies moeten kunnen verschillen per middel, doelgroep en context, waardoor landelijke invulling van concrete maatregelen onwenselijk werd geacht.

Lokaal

Op lokaal niveau zagen deelnemers juist wel ruimte en noodzaak voor nadere invulling:

- Keuzes rondom toegestane middelen en gebruiksvormen binnen voorzieningen, afgestemd op het feitelijk prevalentie gebruik in de regio.
- De fysieke inrichting van voorzieningen (bijv. scheiding naar middel of gebruikswijze; 'droog en nat' aanbod; injecteren of roken).

- Eventuele 'zwarte lijsten' van middelen of gebruiksvormen die niet worden gefaciliteerd of toegestaan.
- Toepassing van het fair share-principe als hefboom voor spreiding en verantwoordelijkheid tussen gemeenten.

Hierbij werd onderkend dat lokaal zicht op gebruikspatronen cruciaal is, maar niet altijd vanzelfsprekend aanwezig. Dit wijst op de noodzaak van goede lokale monitoring middels het verzamelen van data via veldwerk en het samenbrengen van bestaande databronnen.

Discussie

In de hierop volgende discussie kwamen meerdere spanningsvelden naar voren. Middelen en gebruiksvormen veranderen snel, waardoor een strikte afbakening de wendbaarheid beperkt en een te brede definitie juist onduidelijkheid creëert in beleid en uitvoering. Tegelijk vraagt de variatie tussen middelen en het veelvoorkomende combinatiegebruik om gedifferentieerde, op maat gemaakte interventies. Ook de inrichting van voorzieningen roept vragen op: uitbreiding van toegestane middelen raakt aan veiligheid, scheiding van gebruikersgroepen en benodigde expertise. Daarnaast spelen zorgen over aanzuigende werking en maatschappelijke onrust, die expliciete afwegingen in beleid vereisen. Ook benoemden deelnemers de onduidelijkheid over mandaat en verantwoordelijkheid, met name over de ruimte voor gemeenten om al dan niet voorzieningen te realiseren, mede beïnvloed door bestaande capaciteit en afspraken zoals woonzorgvisies. De spanning tussen lokale autonomie en landelijke regie komt hierin scherp naar voren, waarbij voorstellen voor afdwingende spreiding worden gezien als oplossing en als bron van nieuwe frictie. Onder deze kwesties ligt een structureel tekort aan passende plekken voor opvang, wonen en zorg, waardoor beleidsdiscussies daar telkens op vastlopen.

Welke onderdelen zijn belangrijk om in landelijke richtlijnen voor schadebeperking op te nemen?

We kozen hier pragmatisch voor de term 'richtlijn', maar constateerden dat het ook overlapt met andere concepten zoals 'visie- en beleidsdocumenten'. Hieronder volgt een gestructureerde weergave van wat deelnemers deelden.

Tabel 1: Benodigde onderdelen van een landelijke richtlijn

Onderdeel	Input
Doelen	- Een expliciete visie op schadebeperking, inclusief definitie en afbakening. - Duidelijkheid voor stakeholders en borging in beleid en uitvoering. - Balans tussen individuele (gezondheid, welzijn) en maatschappelijke doelen (veiligheid, overlastreductie). - Concrete preventiedoelen (infectieziekten, overdoses, fysieke schade) en sociale doelen (contact, stabiliteit, overlast). - Destigmatisering.
Uitgangspunten	- Werken op basis van wetenschappelijke evidentie. - Realistisch verwachttingsmanagement over opbrengsten. - Landelijke kaders met ruimte voor lokale invulling. - Structurele financiering met doelmatige besteding. - Toegang voor iedereen.
Toegang	- Outreaching werken bij moeilijk bereikbare en nieuwe doelgroepen. - Minimale landelijke normen voor spreiding en (regionale) beschikbaarheid van voorzieningen.
Doelgroepen en diversiteit	- Specifieke aandacht voor doelgroepen met meerdere kwetsbaarheden (zoals arbeidsmigranten, vluchtelingen, mensen met LVB). - Cultuur- en gender-sensitief werken. - Scheid waar mogelijk gebruikers van niet-gebruikers in voorzieningen zonder te excluderen.
Verantwoordelijkheden	- Duidelijkheid over financieringsstromen waaruit het betaald moet worden (Wmo, Zvw, etc). - Heldere beschrijving van procesregie en verdeling van verantwoordelijkheden. - Maak zorg, veiligheid en sociaal domein gezamenlijk verantwoordelijk met duidelijke regie. - Zorg voor betere aansluiting en overgang tussen forensische en reguliere zorg.
Interventies en voorzieningen	- Breed palet aan goed onderbouwde en effectieve interventies, variërend van medische zorg (bijv. medicatie) tot praktische ondersteuning (huisvesting, dagbesteding). - Beschrijving van opschalingsmogelijkheden. - Instrumenten zoals spuitomruil, drugstestservices en gebruiksmaterialen. - Landelijke dekking van straatzorg.
Kwaliteitsindicatoren	- Impact vanuit meerdere perspectieven (cliënt, professional, maatschappij). - Mate van samenwerking tussen gemeenten. - Structureel onderzoek naar effectiviteit van interventies en ruimte voor experimenten. - Inzicht in toepassing juridische kaders (zoals de Wvvgz/Wzd).

Hoe nu verder? Hoe ziet het proces van richtlijnontwikkeling eruit?

Samen met een expert op het gebied van richtlijnontwikkeling bespraken we hoe dit verloopt en welke keuzes daar bij horen. Richtlijnen zijn gebaseerd op een systematische analyse van bewijs, die wordt vertaald naar aanbevelingen passend bij de Nederlandse context, met onderscheid

tussen sterke adviezen ("doen") en meer afwegende opties ("overwegen"). Sommige richtlijnen lopen via medisch-specialistische beroepsgroepen, waarbij de rol van gemeenten beperkt blijft. Alternatieven, zoals handreikingen of niet-formele richtlijnen, bieden meer flexibiliteit maar zijn vaak minder afdwingbaar.

Deelnemers vonden een medisch-specialistische richtlijn minder geschikt voor schadebeperking, gezien de heterogene doelgroep, de grote variatie in lokale context en het beperkt medisch afgebakende karakter van het vraagstuk. Een combinatie van landelijke producten werd daarom kansrijk geacht: een inhoudelijk kader dat definieert wat onder schadebeperking valt en welke interventies goed onderbouwd en effectief zijn, aangevuld met een implementatie- of beleidsdocument dat richting geeft aan organisatie, samenwerking en uitvoering. Het eerste document moet vormgegeven worden met experts uit de wetenschap, praktijk en beleid. Het tweede document is meer een taak van de Rijksoverheid.



Adviezen voor beleid en praktijk

Uit deze discussies identificeren we de volgende adviezen voor actiepunten voor beleid en praktijk.

Beleidsniveau

- ✓ Geef opdracht tot het ontwikkelen van een landelijke visie met inhoudelijk kader dat schadebeperking als benadering definieert en beschrijft welke interventies goed onderbouwd en effectief zijn.
- ✓ Vul dit aan met een beleidsdocument gericht op implementatie, met aandacht voor governance, samenwerking en uitvoering.
- ✓ Maak duidelijk onderscheid tussen zaken die landelijk of lokaal ingevuld worden.
- ✓ Beschrijf in de visie heldere doelen, uitgangspunten, toegang, doelgroepen en diversiteit, verantwoordelijkheden, interventies en voorziening, en kwaliteitsindicatoren.
- ✓ Werk samen met experts vanuit de wetenschap, praktijk en beleid voor het ontwikkelen van de landelijke visie.

Praktijkniveau

- ✓ Lever actieve beleidsinput en zorg dat gemeenten en uitvoeringsorganisaties hun knelpunten en werkzame elementen expliciet inbrengen in richtlijnontwikkeling.
- ✓ Structureer en bundel praktijkkennis door systematisch ervaringen te verzamelen en te vertalen naar (her)bruikbare inzichten en casuïstiek.
- ✓ Organiseer gezamenlijke duiding tussen praktijkprofessionals en onderzoekers om kennis te valideren en te vertalen naar gedeelde uitgangspunten voor schadebeperking.
- ✓ Benut bestaande netwerken (zoals gemeenten, VNG, zorg- en veiligheidshuizen) om input te verzamelen, af te stemmen en draagvlak te creëren.
- ✓ Initieer en ondersteun praktijkgericht onderzoek en bouw gericht aan een steviger evidence base (wat werkt, voor wie, onder welke omstandigheden).
- ✓ Sluit actief aan bij nationale programma's, ministeriële trajecten en kennisagenda's om versnippering te voorkomen en impact te vergroten.
- ✓ Ontwikkel gezamenlijk een eenduidige boodschap en breng deze via coalities of samenwerkingsverbanden onder de aandacht van beleidsmakers. Maak duidelijk waarom landelijke kaders nodig zijn, inclusief de risico's van niets doen.

5 Kennistafel 2: Data over middelengebruik, verslaving en zorg in Penitentiaire Inrichtingen

Achtergrond en aanleiding

Drugsgebruik is in alle domeinen van de samenleving een gevoelig onderwerp. Zo ook – en misschien nog wel meer – in het gevangeniswezen. Gebruiken, invoeren en handelen mag niet en is strafbaar, maar gedetineerden verlangen naar of kunnen soms niet zonder drugs. Dit leidt dagelijks tot dilemma's en soms ook tot onveilige situaties voor zowel personeel als gedetineerden. Door gebrek aan dataverzameling en verdiepend onderzoek is er echter niet of nauwelijks zicht op welke middelen gebruikt worden door gedetineerden (voor, tijdens en na detentie), in welke mate of wat de aard is van het gebruik in Nederlandse gevangenissen. Deze informatie is niet alleen nodig voor het monitoren van middelengebruik in detentie, maar is ook cruciaal bij het vormgeven van een doeltreffend penitentiair drugs- en verslavingsbeleid.

In Nederland is recent onderzoek gedaan naar het gebruik van drugs in één penitentiaire inrichting, met een focus op synthetische cannabinoïden.¹¹ Andere Europese landen hebben op dit gebied meer ervaringen opgedaan in recente jaren. Zo is in België onderzoek gedaan naar drugsgebruik vóór en tijdens detentie¹² en zijn verdiepende inzichten opgedaan rondom drugsgebruik en gezondheid.¹³ Andere landen zoals het Verenigd Koninkrijk, Spanje en Kroatië verzamelden ook inzichten over middelengebruik in detentie.¹⁴

Doelstelling

De kennistafel richt zich op het in beeld brengen en ontleden van lacunes in de kennis over drugsgebruik in detentie in Nederland. Daarbij kijken we ook naar de oorzaken en gevolgen van deze kennishiaten. Tegelijk verkennen we welke waarde betere kennis kan hebben voor

11 Zie <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2023/05/AF2085-SCRA-gebruik-in-een-gevangenissetting.pdf>

12 Zie <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395923000762>

13 Zie https://www.sciensano.be/sites/default/files/prs-20_report_nl_belgie_finaal.pdf

14 Zie <https://www.tandfonline.com/doi/figure/10.1080/09687637.2021.1879022>

beleid en praktijk, bijvoorbeeld in de vorm van effectievere interventies en beter onderbouwde besluitvorming. Tot slot brengt de kennistafel de knelpunten en kansen rond kennisverzameling in kaart, waaronder praktische belemmeringen en mogelijkheden om deze te doorbreken en de kennisbasis te versterken.

De volgende vragen stonden centraal:

- Welke ontwikkelingen zijn er op het gebied van middelengebruik en verslaving in detentie?
- Wat levert kennis op voor de praktijk en het beleid?
- Wat kunnen we leren van internationale aanpakken en onderzoek?
- Welke vragen zouden we in Nederland willen beantwoorden?

Opzet kennistafel

We nodigden internationale experts uit België en Portugal uit om te presenteren over data die verzameld zijn over middelengebruik en verslaving in detentie en gingen in gesprek over wat de situatie in Nederland is; hoe kennis en data ingezet kunnen worden in beleid en praktijk; en wat daarvoor nodig is. We knipten de discussie op in drie niveaus, van groot naar klein:

- Internationaal perspectief: Europese strategie en de vraag naar data vanuit de EU
- Nationaal perspectief: focus op beleid en huidige situatie
- Praktijk perspectief: wat levert kennis op in de praktijk?

Ten slotte vroegen we deelnemers om actiepunten te formuleren om verder te komen.

Deelnemers

In totaal namen 16 experts deel aan de kennistafel die zich onderscheiden door hun kennis op het gebied van:

- Beleid op het gebied van zorg- en veiligheidsvraagstukken; zowel vertegenwoordigers van ministeries van VWS en JenV als de DJI deden mee
- Onderzoek naar zorg- en veiligheidsvraagstukken; zowel Nederlandse als Europese onderzoekers
- Ervaringsdeskundigheid op het gebied van verslaving en criminaliteit
- Kennisontwikkeling en benutting in justitiële inrichtingen
- Strafrechttoepassing
- Bestuur van Penitentiaire Inrichtingen
- Schadebeperking bij drugsgebruik in detentie
- Forensische psychiatrie en forensische verpleegkunde

Verslaving kennistafel 2

We begonnen met een presentatie van organisator Thomas, die uitlegde wat de achtergrond was van deze kennistafel (het Nationaal Drugscongres) en wat de aanleiding was voor het Trimbos-instituut om met dit onderwerp aan de slag te gaan: Trimbos is een *Reitox National Focal Point* voor het Drugsagentschap van de Europese Unie (EUDA) en wordt de afgelopen jaren steeds gevraagd om data over middelengebruik en verslaving in gevangenen aan te leveren. Data die op dit moment niet beschikbaar zijn.

Welke kennis is er en wat levert die op?

Presentaties over dataverzameling in Europese context

Hierna volgden twee presentaties over het belang van goede data over middelengebruik, verslaving en zorgvraag in detentie door twee experts van het EUDA en Sciensano. De beschikbare Europese gegevens laten zien dat middelengebruik, verslaving en psychische problemen in detentie vaker voorkomen dan in de algemene bevolking en dat nieuwe risico's zoals synthetische opioïden en NPS snel opkomen. De afgelopen jaren is de dataverzameling over middelengebruik, verslaving en zorg in Europese gevangenissen verbeterd: meer landen leveren consistente cijfers en er zijn nieuwe dataverzameling-instrumenten en databanken ontwikkeld. Tegelijk blijft de monitoring in Europa ongelijk en gefragmenteerd. De kennis die beschikbaar is, maakt het mogelijk om trends te herkennen, risico's beter te begrijpen en interventies zoals behandeling, preventie en zorgcontinuïteit gericht vorm te geven. Goede, consistente data leveren inzicht op in de omvang van het probleem, helpen bepalen welke aanpak werkt, ondersteunen veiligheid en gezondheid in detentie en vormen de basis voor effectief, evidenceinformed beleid. Dit vereist een brede en systematische aanpak waarin beleid, monitoring, risico's, behandeling en preventie samenkomen. Ten slotte benadrukken de experts dat gevangenissen onderdeel dienen te zijn van een inclusief gezondheidsbeleid met aandacht voor mensenrechten en gelijkwaardige zorg. Daarvoor zijn structurele inspanningen nodig, waarbij continuïteit van zorg tussen gevangenis en gemeenschap centraal staat en samenwerking tussen diensten wordt versterkt.

Discussie met deelnemers

In de hierop volgende discussie benoemden de deelnemers verschillende thema's die beschrijven wat kennis over middelengebruik en verslaving kan opleveren voor de praktijk.

Ten eerste vormen gedetineerden een doelgroep waarover snel vanuit stigma, aannames en maatschappelijke gevoeligheid wordt gedacht. Thema's zoals middelengebruik en verslaving roepen tevens sterke emoties op en worden geregeld benaderd vanuit een moreel of repressief perspectief. Door deze gevoeligheid bestaat het risico dat vanuit een reflex maatregelen worden ingevoerd om repressie, controle of daadkracht uit te stralen, maar die door de complexe feitelijke situatie weinig of zelfs negatieve effecten sorteren. Zonder goede data om tegenwicht te bieden aan potentieel schadelijke aannames bestaat het risico dat er interventies worden ontwikkeld die niet aansluiten op de realiteit van de doelgroep. Juist in deze dynamiek zijn feiten onmisbaar. Data helpen om door stereotypes heen te kijken en inzicht te krijgen in werkelijke behoeften en problemen. Ze bieden tegenwicht aan de aanwezige onderbuikgevoelens, angst voor het onbekende of politieke en publieke druk van buitenaf.

Ten tweede is aandacht voor middelengebruik en gerelateerde problematiek onderdeel van EU Drugsstrategie¹⁵. Het idee hierachter is dat gedetineerden uiteindelijk weer terug in de maatschappij komen. Zij blijven onderdeel van de samenleving en vormen een belangrijk onderdeel van vraag naar drugs en vormen een specifieke doelgroep van waaruit nieuwe trends in middelengebruik kunnen ontstaan. Zo zijn er recente voorbeelden in Europa bekend waarbij nieuwe middelen (synthetische cannabinoïden en opioïden) hebben gezorgd voor een snelle toename in ernstige incidenten in gevangenissen. Investeren in passende interventies op het gebied van middelengebruik en verslaving voor gedetineerden is dus investeren in de maatschappij.

15 Zie bijvoorbeeld: https://www.euda.europa.eu/news/2026/prison-and-drugs-strengthening-preparedness-across-europe_en

Ten derde benoemden deelnemers hoe inzicht in trends in middelengebruik iets kunnen zeggen over de functie van dat gebruik. Men ziet bijvoorbeeld regelmatig dat het type middel dat gedefinieerden gebruiken verschuift wanneer ze in detentie zitten. Buiten gebruiken zij liever stimulerende middelen en binnen juist verdovende of ontspannende middelen. Dat heeft te maken met de omgeving (verveling en weinig ruimte om energie kwijt te kunnen) en de manier van detectie (urinecontroles), die sommige middelen aantrekkelijker maken dan anderen. Als men die functie achter het gebruik beter begrijpt, dan kan men ook beter passende interventies vormgeven, zoals alternatieve activiteiten die de functie van bepaalde middelen kunnen vervangen.

Tot slot komt naar voren dat het ophalen van data ook als 'spannend' ervaren kan worden, vanwege de maatschappelijke en politieke neiging om soms met kritiek en extra repressie te reageren op bijvoorbeeld de aanwezigheid van drugs in gevangenissen. Ook zou het in de hand kunnen werken dat PI's met elkaar vergeleken worden in hoe 'goed' ze het doen met betrekking tot het weren van drugs. Vanzelfsprekend is het verzamelen van data niet bedoeld om PI's of DJI als geheel in een kwaad daglicht te stellen. Deelnemers pleiten er juist voor dat transparantie en kennis over middelen(gebruik) in detentie op de lange termijn juist kunnen bijdragen aan een verbeterde uitvoering van de kerntaken van het gevangeniswezen.

Belemmerende factoren

Na een presentatie van de Universiteit Gent, over ervaringen met onderzoek naar middelengebruik en verslaving in Belgische gevangenissen, volgde een verdere discussie. Deze discussie ging dieper in op wat belemmeringen zijn wanneer je dataverzameling in de praktijk wilt brengen.

Deelnemers kaartten aan dat een veranderde maatschappelijke houding tegenover detentie in het algemeen een belangrijke belemmering vormt voor het verzamelen van data over middelengebruik. 'Vroeger' bestond meer draagvlak voor beschermen van de maatschappij middels re-integratie van justitiabelen, inclusief het aanpakken van verslavingsproblematiek. Nu lijkt de publieke perceptie meer verschoven naar het beschermen van de maatschappij door opsluiting. Deze veranderde houding draagt eraan bij dat onderwerpen zoals middelengebruik en verslaving niet hoog op de agenda's van politiek en beleid komen.

Een andere belangrijke beperking is het enorme capaciteitstekort waar DJI al jaren mee kampt. Dit draagt eraan bij dat er weinig ruimte is om structurele dataverzameling op te zetten, maar ook dat er vervolgens geen ruimte is om inzichten en aanbevelingen te verwerken in verbeterd beleid. Het goed blijven uitvoeren van basistaken krijgt momenteel de prioriteit. Onderzoek kan gezien worden als extra belasting van een systeem dat al sterk onder druk staat. Tegelijk benoemen deelnemers dat een goede onderzoeks- en beleidscyclus een lange termijn investering is waar uiteindelijk het hele systeem bij gebaat is. Ook zijn er mogelijkheden om onderzoek te doen waarbij extra belasting van personeel minimaal of niet aanwezig is, zoals rioolwateronderzoek, het structureel rapporteren van urinecontroldata en het toevoegen van vragen aan al lopende onderzoeken.

Verder benoemden deelnemers dat als onderwerp 'middelengebruik en verslaving' valt onder een zorgvisie. Zij merkten op dat de huidige zorgvisie van DJI erg algemeen van aard is en dat het ontbreekt aan heldere doelen en meetbare indicatoren. Dataverzameling kan dan een theoretische exercitie worden waarvoor geen praktische toepassing is. Het is dan niet duidelijk voor bestuurders hoe data kunnen bijdragen aan de zorgvisie.

Ten slotte benoemden deelnemers ook dat het uitdagend zal zijn om betrouwbare data te verzamelen vanwege de aard van het thema. In de context van het zero-tolerance beleid ten opzichte van middelen loont het niet om open te zijn over middelengebruik. Dit geldt voor zowel voor gedetineerden (die sancties en degradatie naar een beperkter basisprogramma kunnen verwachten) als voor de PI als organisatie (die afgerekend kan worden op het feit dat er in de ene locatie meer middelengebruik voorkomt dan in de andere).



Adviezen voor beleid en praktijk

In het laatste onderdeel van de kennistafel bespraken we met deelnemers wat mogelijke actiepunten voor beleid en praktijk zijn als het gaat om betere benutting van data over middelengebruik en verslaving in detentie. Omdat data momenteel nog niet structureel verzameld worden, gaan de adviezen vooral in op hoe hier eerste stappen in kunnen worden gemaakt. De volgende punten werden benoemd.

Beleidsniveau

- ✓ Middelengebruik en verslaving is een domein overstijgend vraagstuk. Zorg dat de ministeries van Justitie en Veiligheid en Volksgezondheid, Welzijn en Sport dit gezamenlijk oppakken.
- ✓ Neem penitentiaire inrichtingen mee in het bredere landelijk drugsbeleid, in lijn met de Europese Drugsstrategie.
- ✓ Om te komen tot dataverzameling is draagvlak en destigmatisering nodig. Zorg voor een plan waarin duidelijk wordt hoe een cyclus met monitoring en beleid op middelengebruik en verslaving structureel bijdraagt aan verbeterde veiligheid en welzijn voor de organisatie, personeel en gedetineerden.
- ✓ Agendeer het belang van goed voorbereid zijn op nieuwe risicovolle trends in middelengebruik detentie settings.

Praktijkniveau

- ✓ Faciliteer regelmatige uitwisseling tussen partijen die de noodzaak zien van en een rol kunnen spelen in het verzamelen van inzichten in middelengebruik en verslaving in detentie om te leren van elkaar, scenario's verder te verkennen en het thema te blijven agenderen.
- ✓ Ga in gesprek met beleidsbepalers en bestuurders bij signalen van zorgelijke trends op het gebied van middelengebruik en verslaving op het niveau van casuïstiek zolang structurele databronnen ontbreken.
- ✓ Sluit aan bij al lopende onderzoeken en ga na of daar extra vragen(lijsten) of onderzoeksactiviteiten aan kunnen worden toegevoegd.
- ✓ Analyseer bestaande data (zoals urinecontroles en zorgvraag) op een systematische en transparante manier.



6. Bijlagen

6.1 'Hoe wij rapporteren' boodschap aan deelnemers

Onderstaande boodschap werd met alle deelnemers van de kennistafels gedeeld bij de uitnodiging en voorbereiding:

Wij willen dat iedereen zich vrij voelt om open te spreken tijdens de kennistafels. Daarom rapporteren wij op een manier die zowel transparant als veilig is.

Openbaar rapport

Na de bijeenkomst stellen wij een geanonimiseerd verslag op. Hierin vatten wij de hoofdlijnen van de tafel samen: de gedeelde inzichten, relevante thema's en besproken vraagstukken. We verwerken deze verslagen in een openbaar rapport waarin we enkel de organisaties waarvoor deelnemers werken noemen (tenzij anders gewenst). Wij noemen daarbij geen namen en zorgen ervoor dat uitspraken niet herleidbaar zijn tot individuele deelnemers. Zo waarborgen wij een veilige gespreksomgeving waarin iedereen vrijuit kan bijdragen.

Interne opvolgdocumenten

Daarnaast houden wij interne documenten bij waarin we de concrete afspraken en acties per tafel vastleggen. Deze stukken zijn alleen toegankelijk voor de deelnemers aan de kennistafels en worden niet openbaar gedeeld.

Met deze aanpak zorgen wij ervoor dat de inhoud van de gesprekken beschikbaar is voor bredere reflectie, terwijl we tegelijkertijd zorgvuldig omgaan met wat we met elkaar afspreken en ieders bijdrage beschermen.

6.2 Voorbereidingsdocument voor deelnemers kennistafel 1

Kennistafel 'Mensen in de marge' overzicht – Wat is er al gedaan?

Het lukt al 30 jaar niet goed om mensen met complexe problematiek gerelateerd aan heftig middelengebruik goed te helpen, ondanks talloze rapporten, interventies en visies. En ondanks grote inzet en ervaring vanuit de ggz, verslavingszorg, sociaal domein en de sociale basis. We willen achterhalen hoe dat komt.

De volgende vraag staat centraal in de kennistafel "Mensen in de marge met een instabiele leefsituatie en risicovol middelengebruik":

Wat zijn de belangrijkste knelpunten en oplossingen om beter om te gaan met groepen in kwetsbare posities met drugsproblematiek? En waarom lijkt het alsof er weinig vooruitgang geboekt wordt bij dit probleem?

Ter voorbereiding van de kennistafel hebben we gericht deskresearch gedaan om voorbeelden te verzamelen van dingen die al geprobeerd zijn om 'mensen in de marge' beter te helpen. We hebben niet gestreefd naar een volledig overzicht. Het doel van dit overzicht is om te laten zien dat er al veel inzet is op verschillende domeinen en niveaus en om een idee te geven wat voor soort oplossingen er zijn bedacht. Dit is nodig zodat we het kunnen hebben over de vraag waarom dit vooralsnog onvoldoende structureel bijdraagt aan oplossingen.

Rapporten

Jaar	Wat?	Wie?	Info
2025	<u>Klem in het systeem - Complexiteit stelsel belemmert effectieve samenwerking in de zorg en ondersteuning aan mensen met verward of onbegrepen gedrag</u>	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd	Hulpverleners en andere betrokkenen ervaren verschillende problemen in de zorg en ondersteuning aan mensen met verward of onbegrepen gedrag wanneer de veiligheid in het geding is. Het rapport bevat een belangrijke oproep aan de landelijke overheid om deze problemen te doorbreken.
2025	<u>Uit balans - IBO mentale gezondheid en ggz</u>	Rijksoverheid	Onderzoekt hoe de geestelijke gezondheidszorg en het beleid rond mentale gezondheid structureel verbeterd kunnen worden. Het richt zich op preventie, het terugdringen van versnippering, betere toegankelijkheid en betaalbaarheid. Mensen met multiproblematiek (psychische stoornissen, verslaving, schulden, dakloosheid) krijgen extra aandacht.
2025	<u>Bemoeizorg, zo organiseer je dat</u>	Movisie	Samenvatting van de belangrijkste bevindingen: succesfactoren, belemmeringen en aanbevelingen voor beleid én praktijk, om bemoeizorg beter te verankeren in lokale voorzieningen.
2025	<u>Alpha Quick Scan zoektocht naar Flakka</u>	Stichting Mainline	Gebruik van de diverse alpha's en de daarmee geassocieerde problematiek onder gebruikers in kaart gebracht. Bevat best practices in opvang, zorg en handhaving en geleerde lessen van afgelopen jaren.

2024	<u>Verward/onbegrepen gedrag en veiligheid</u>	Tweede Kamer	Parlementaire verkenning Verward/onbegrepen gedrag en veiligheid.
2024	<u>Rapport Effectonderzoek GHB aanpak</u>	Trimbos-instituut	Stand van zaken en de impact van de aanpak.

Oproepen

Jaar	Wat?	Wie?	Info
2025	<u>Landelijke agenda zorg & veiligheid</u>	VNG	In 2025 heeft iedere regio een persoons- en systeem-gerichte aanpak.
2025	<u>Gezamenlijke oproep verward en onbegrepen gedrag</u>	VNG en stuur-groep Zorg en Veiligheid	De noodzaak van gezamenlijke stappen voorwaarts.
2023	<u>Brief aan de verkiezings-programma-commissies van politieke partijen</u>	Nationaal Rapporteur Verslavingen	Aanbeveling: Verslavingszorg moet expliciet worden meegenomen in bredere GGZ-beleidsinitiatieven om co-morbiditeit effectief aan te pakken.

Interventies/aanpakken/handreikingen/programma's

Jaar	Wat?	Wie?	Info
2025	<u>Gemeentelijke aanpak middelenproblematiek</u>	Trimbos-instituut	Handreiking voor gemeenten om hen te helpen met de hulp en ondersteuning van mensen die kampen met complexe problematiek door (en met) alcohol- en drugsgebruik.
2024	<u>Levensloopaanpak</u>	Fivoor	Samenwerking voor mensen met onbegrepen gedrag, verslaving, verstandelijke beperking en een hoog veiligheidsrisico.
2024	<u>Complexe casuïstiek: methoden en interventies</u>	VWS	Tips om samenwerking aan te gaan en tools om gezamenlijk tot passende oplossingen te komen.
2023	<u>Kompas ernstige psychische problemen en kwaliteit van leven</u>	Kenniscen-trum Phrenos	Dit instrument helpt regio's, organisaties en teams met het vormgeven van samenhang, kwaliteit en innovatie rondom zorg en ondersteuning voor mensen met complexe ggz-problemen.
2022	<u>Integraal Zorgakkoord (IZA) + AZWA</u>	Rijksoverheid	Toegankelijke, betaalbare en passende zorg, het terugdringen van wachttijden en het verminderen van personeelstekorten.
2022	<u>Nationaal Actieplan Dakloosheid Eerst een Thuis (Housing First)</u>	Rijksoverheid	Het Nationaal Actieplan Dakloosheid zet in op een paradigmashift in de manier waarop we kijken naar en omgaan met dakloosheid. Het plan stelt de ambitie om dakloosheid in Nederland fors en structu-reel terug te dringen.
2021-2026	<u>Actieprogramma Grip op Onbegrip</u>	ZonMw, VWS, J&V, BZK, SZW en de VNG	Vervolg op programma: Actieprogramma lokale initiatieven voor mensen met Verward Gedrag

