

Harm Reduction in Nederland

Inventarisatie van opiaatonderhoudsprogramma's,
gebruikersruimten en Harm Reduction binnen de (F)ACT-teams.



Harm Reduction in Nederland

Inventarisatie van opiaatonderhoudsprogramma's,
gebruiksruimten en Harm Reduction binnen de (F)ACT-teams.

Colofon

Auteurs

Farand Laghaei
Anneke van Wamel
Agnes van der Poel
Anouk de Gee

Projectleiding

Anouk de Gee

Productiebegeleiding

Kathy Oskam

Illustraties

www.istockphoto.com

Vormgeving

Canon Nederland N.V.

Met dank aan

De professionals die hebben meegewerkt aan de interviews of een vragenlijst hebben ingevuld.

Deze uitgave is te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel, zoek op artikelnummer **AF1264**.

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: 030-2971100
F: 030-2971111
www.trimbos.nl

© 2013, 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.

Inhoudsopgave

Harm Reduction in ontwikkeling	3
Deel A) Opiatonderhoudsbehandeling	7
Deel B) Alcohol- en drugsgebruiksruimten	21
Deel C) Harm Reduction binnen (F)ACT-teams	31
Slotwoord	42

Harm Reduction in ontwikkeling

Harm Reduction refereert aan beleid, programma's en praktijk met als doelstelling de negatieve gezondheids-, sociale en economische effecten van het gebruik van legale en illegale middelen te verminderen, zonder per definitie het gebruik van deze middelen te beperken, aldus de definitie van Harm Reduction International¹, de organisatie die zich wereldwijd inzet voor drugsbeleid dat gestoeld is op wetenschappelijke evidentie en opgezet is vanuit een mensenrechten benadering.

Harm Reduction in Nederland

Harm Reduction vormt sinds jaar en dag een integraal onderdeel in het Nederlandse drugsbeleid. Er wordt in de Nederlandse aanpak van drugsproblematiek een grote nadruk gelegd op de bescherming van de volksgezondheid, waar onder andere de aandacht voor de beheersing van de gezondheidsschade door drugsgebruik uit voortvloeit. De belangrijkste peilers van het Harm Reduction-beleid in Nederland bestaan uit opiaatonderhoudsprogramma's, laagdrempelige voorzieningen (zoals gebruiksruimten) en interventies gericht op de preventie van infectieziekten, en zijn gericht op de problematische harddrugs- en alcoholgebruikers².

De opbouw

Vanaf de jaren '80 zijn deze voorzieningen, die voor de harddrugsgebruikers een combinatie van zorg en opvang bieden, al vrij snel op grote schaal opgezet en breed geïmplementeerd. In de beginjaren ging het om de behandeling met methadon en spuitomruilprogramma's, en daarop volgden de drugsgebruiksruimten. Het verstrekken van heroïne op medicinale basis is eind jaren '90 als één van de meest innovatieve voorzieningen in Nederland geïmplementeerd om schade bij langdurig opiaatverslaafden te beperken. Als recente ontwikkelingen zijn de alcoholgebruiksruimten erbij gekomen, net als een deel van de zorg die binnen (F)ACT-teams geboden wordt. (F)ACT zorg biedt een breder pakket aan zorg dan alleen Harm Reduction en bedient een bredere doelgroep, te weten mensen met langdurende of blijvende ernstige psychiatrische aandoeningen. Toch is de (F)ACT zorg een belangrijk kanaal voor Harm Reduction voorzieningen, maatregelen en interventies, aangezien met deze zorg een groep alcohol- en drugsgebruikers wordt bereikt die vaak geen andere contacten met de zorg hebben.

In 2009 werd in de *Evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid* vastgesteld dat effecten van het totale preventie- en Harm Reduction beleid niet eenvoudig te meten zijn. Oorzaken hiervoor zijn enerzijds omdat de context voortdurend wisselt en anderzijds omdat een eenduidige, meetbare doelstelling van het drugsbeleid op deze punten ontbreekt². Echter, waar het de doelgroep problematisch harddrugsgebruikers betreft werd gesteld dat het beleid zeker zijn vruchten heeft afgeworpen. Geconcludeerd werd dat de kwaliteit van leven van de populatie harddrugsgebruikers is verbeterd en de overlast is afgenomen. Daarnaast werd geconstateerd dat Harm Reduction-voorzieningen zoals spuitomruilprogramma's en methadononderhoudsprogramma's een grote bijdrage geleverd hebben aan het voorkomen van een hiv-epidemie onder injecterend drugsgebruikers en dat het aantal drugsgerelateerde doden in Nederland relatief laag is.

Recente ontwikkelingen

Harm Reduction lijkt hiermee in Nederland goed verankerd en effectief te zijn, zeker in vergelijking met veel andere landen. Echter, door het succes van de Harm Reduction voorzieningen ligt het gevaar op de loer dat de aandacht voor de noodzaak van deze voorzieningen verslapt. Door de verbetering van de gezondheidssituatie en vermindering van de overlast kan de indruk ontstaan dat de nut en noodzaak van deze voorzieningen daarmee wellicht ook verdwenen zijn. In combinatie met het huidige economische klimaat wordt er binnen de politiek, zowel landelijk als regionaal en lokaal, steeds kritischer gekeken naar het functioneren van deze voorzieningen en de financiering ervan. Ook op de eerste Europese Harm Reduction conferentie in 2011 werd benadrukt dat het voor Noord-Europese landen, waaronder Nederland, van belang is om Harm Reduction in beleid te blijven verankeren³. Onder andere het verbeteren van testen op en behandelen van infectieziekten werd voor deze regio als belangrijk doel gesteld (zie kader).

Ingegeven door veranderend beleid en veranderende omstandigheden is er de afgelopen 10-15 jaar een aantal veranderingen geweest in het Harm Reduction landschap in Nederland. Wat betreft de doelgroep is het aantal problematische opiatengebruikers en het aantal injecterend drugsgebruikers gedaald en is de gemiddelde leeftijd van de populatie harddrugsgebruikers toegenomen^{4,5}. Aan de andere kant zien we in het aanbod een sterke afname in het aantal spuitomruilpunten, de relatief recente sluiting van een aantal gebruiksruimten en hantering van strengere toelatingseisen voor laagdrempelige voorzieningen. Bovendien heeft de inzet van het Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang ervoor gezorgd dat steeds meer drugsgebruikers voorzien zijn van een stabiele(re) huisvesting, waar vaak het drugsgebruik in huis wordt toegestaan⁶.

Kader: Infectieziekten

Drugsgebruikers (en met name injecterend drugsgebruikers) hebben een verhoogd risico op besmetting met bloed overdraagbare aandoeningen (BOA) en seksueel overdraagbare aandoeningen (soa).

Binnen Harm Reduction-voorzieningen in Nederland wordt een infectieziektebeleid uitgedragen dat stoelt op twee peilers: enerzijds worden drugsgebruikers geïnformeerd over de wijze van overdracht van BOA en soa en gemotiveerd om daar voorzorgsmaatregelen tegen te nemen. Anderzijds worden materialen ter beschikking gesteld om de overdracht van infectieziekten te voorkomen, zoals schone naalden, andere drugsparaferalia en condooms².

HIV: Wat betreft de incidentie en prevalentie van infectieziekten onder harddrugsgebruikers, heeft er onder andere door spuitomruil- en methadonprogramma's een enorme daling van hiv onder injecterende drugsgebruikers plaatsgevonden⁷.

Hepatitis C (HCV): Ondanks de lage incidentie van hepatitis C, ligt de prevalentie van HCV onder harddrugsgebruikers door vele besmettingen in het verleden vele malen hoger dan in de algemene bevolking. Exacte aantallen zijn niet bekend omdat nog altijd veel gevallen van hepatitis C bij drugsgebruikers niet zijn opgespoord⁸. Schattingen uit verschillende onderzoeken binnen verschillende (sub)populaties van drugsgebruikers lopen uiteen van 6% tot boven de 90%⁵.

Hepatitis B (HBV): In de periode 2002-2012 is een groot aantal harddrugsgebruikers tegen HBV gevaccineerd binnen het hepatitis B-vaccinatieprogramma voor risicogroepen, uitgevoerd door GGD-en in samenwerking met de verslavingszorg. Aangezien de incidentie van hepatitis B bij deze doelgroep in deze periode sterk is gedaald - tot een minimum waarbij collectieve vaccinatie niet meer noodzakelijk is - is het vaccinatieprogramma vanaf 2012 stopt gezet⁹. De vaccinatie van drugsgebruikers, die risico lopen het hepatitis B-virus te krijgen, valt tegenwoordig onder de individuele zorg die vanuit verslavingszorginstellingen wordt geleverd.

Om te weten hoe het anno 2013 in Nederland gesteld is met de opiaatonderhoudsprogramma's, de gebruiksruidten en Harm Reduction binnen de (F)ACT zorg, is een actueel overzicht van deze voorzieningen nodig. In 2005 is er een grove (weinig systematische) inventarisatie gedaan in het kader van een evaluatie van de implementatie van de "Recommendation on the prevention and reduction on health-related harm associated with drug dependence" van de Europese Unie¹⁰. In 2010 is de laatste systematische inventarisatie geweest van het aantal en het functioneren van drugsgebruiksruimten¹¹. Echter, een actueel overzicht over de breedte van verschillende Harm Reduction-voorzieningen voor problematische harddrugs- en alcoholgebruikers in Nederland ontbreekt.

Doelstelling inventarisatie

Het doel van de inventarisatie waarvan hier verslag wordt gedaan is een overzicht te bieden van de opiaatonderhoudsbehandeling met methadon en heroïne, de drugs- en alcoholgebruiksruimten en Harm Reduction binnen de (F)ACT-teams. De inventarisatie vond plaats in de periode maart - november 2013. In drie verschillende onderdelen die elk op zichzelf te lezen zijn, wordt per voorziening een aantal kenmerken (zoals aantal, organisatie en aandacht voor gezondheid) beschreven:

Deel A) Opiaatonderhoudsbehandeling

In dit onderdeel worden alle locaties waar vanuit de verslavingszorg methadon wordt verstrekt en alle locaties waar een behandeling met medicinale heroïne wordt aangeboden in kaart gebracht. Voor de heroïnebehandelcentra wordt een aantal kenmerken beschreven, waaronder de aandacht die binnen deze behandeling wordt gegeven aan gezondheid en infectieziekten.

Deel B) Alcohol- en drugsgebruiksruimten

In dit onderdeel wordt een update gegeven van het aantal en de locatie van de drugsgebruiksruimten (en vergeleken met de inventarisatie uit 2010¹¹). Ook de alcoholgebruiksruimten worden in aantal en locatie in kaart gebracht. Specifiek voor de alcoholgebruiksruimten wordt nog een aantal andere kenmerken beschreven, zoals het jaar van oprichting, het aantal bezoekers, de functie en de huisregels die worden gehanteerd.

Deel C) Harm Reduction binnen (F)ACT-teams

Een overzicht van het aantal en de werkgebieden van de in Nederland gecertificeerde (F)ACT-teams is beschikbaar via de Stichting Centrum Certificering ACT en FACT (CCAF¹²). In dit onderdeel wordt gerapporteerd over de aandacht voor Harm Reduction binnen de huidige (F)ACT zorg.

Na deze drie onderdelen volgt een afsluitende bespreking van de bevindingen, waarin we een aantal laatste algemene opmerkingen over Harm Reduction in Nederland maken.

Referenties

¹ Harm Reduction International (2009). *What is Harm Reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association*. London, United Kingdom.

² Laar, M.W. van, & Ooyen-Houben, M.M.J. van (2009). *Evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid*. Utrecht: Trimbos-instituut en Den Haag: WODC.

³ Poel, A. van der, & Gee, A. de (2011). European Harm Reduction Conference. *Verslaving*, 7(4), 68-71.

⁴ Laar, M.W. van, Cruys, A.A.N., Ooyen-Houben, M.M.J. van, Meijer, M.F., Croes, E.A., & Ketelaars, A.P.M. (2012) *Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2011*. Utrecht: Trimbos-instituut.

⁵ Gee, E.A. de, Havinga, P., Baas, I., & Poel, A. van der (2013). Infectieziektepreventie onder harddruggebruikers. Inzichten en vraagstukken. *Verslaving*, 9(1), 3-13.

⁶ Tuynman, M., Planije, M., & Place, C. (2011). *Monitor Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang. Rapportage 2010: Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht*. Utrecht: Trimbos-instituut.

⁷ Sighem, A. van, Smit, C., Gras, L., Holman, R., Stolte, I., Prins, M., & De Wolf, F. (2011). *Monitoring Report 2011. Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection in the Netherlands*. Amsterdam: Stichting HIV Monitoring.

⁸ Croes, E., & Veen, C. van der (2012). *Hepatitis C in de verslavingszorg. De effectiviteit van de hepatitis C informatiecampagne*. Utrecht: Trimbos-instituut.

⁹ Vries, F.M.C. de (2012). *Hepatitis B-vaccinatieprogramma voor de risicogroep drugsgebruikers*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

¹⁰ Gouwe, D. van der, Gallà, M., Gageldonk, A. van, Croes, E., Engelhardt, J., Laar, M. van, & Buster, M. (2006). *Prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence. An inventory of policies, evidence and practices in the EU relevant to the implementation of the Council Recommendation of 18 June 2003*. Utrecht: Trimbos-instituut.

¹¹ Havinga, P., & Poel, A. van der (2011). *Gebruiksruimten in Nederland. Update van de handreiking bij organisatie en inrichting*. Utrecht: Trimbos-instituut.

¹² <http://www.ccaf.nl/>

Deel A

Opiaatonderhoudsbehandeling

Belangrijkste bevindingen:

- Nederland telt 82 locaties waar vanuit de elf verslavingszorginstellingen methadon wordt verstrekt.
- Nederland telt 18 locaties waar opiaatverslaafden worden behandeld met heroïne op medisch voorschrift door acht verslavingszorginstellingen en één lokale GGD. Op tien van deze locaties vindt zowel de behandeling met alleen methadon als de behandeling met medische heroïne in combinatie met methadon plaats.
- Door medewerkers van 15 van deze 18 medische heroïne behandelcentra is een vragenlijst ingevuld of beantwoord met vragen over de organisatie, doelgroep, somatische screening en infectieziekten.
- Behalve stabilisatie en gezondheidsverbetering van de cliënt wordt door een aantal medewerkers het verminderen van overlast en criminaliteit ook als doel van de behandeling met medicinale heroïne genoemd.
- Op alle vijftien heroïne behandelcentra is er aandacht voor de somatische screening en een testaanbod voor infectieziekten en soa.
- Op acht heroïne behandelcentra wordt (een deel van) de cliëntenpopulatie gevaccineerd tegen hepatitis B.
- Op nagenoeg alle behandelcentra zijn condoomverstrekking en spuitomruil beschikbaar en is er aandacht voor voorlichting over veilig gebruik, veilige seks en gezondheid.

Behandeling van opiaatverslaafden

Opiaatverslaving is een chronische aandoening met een destructieve leefstijl waardoor abstinentie voor veel verslaafden moeilijk haalbaar blijkt. In de jaren tachtig is op basis van dit inzicht de nadruk in de zorg voor deze doelgroep verschoven van hoogdrempelig aanbod, gericht op afkicken, naar laagdrempelig aanbod, bestaande uit het verstrekken van methadon. De voornaamste doelen waren de verslaafden in zorg te krijgen en te houden, het heroïnegebruik te stabiliseren en de gezondheidsrisico's terug te dringen. In de periode daarop volgend was 50 tot 80% van de opiaatverslaafden in contact met de verslavingszorg en tegenwoordig worden nog steeds vergelijkbare percentages gevonden¹. Onderhoudsbehandeling met methadon heeft voor een enorme verbetering in de gezondheidstoestand van de harddrugsverslaafde populatie teweeggebracht². Het is een behandelvorm die decennialang bestaat, inmiddels op veel plekken in Nederland wordt geboden en veelal een vaste en goed verankerde plek binnen de verslavingszorg heeft.

In deze inventarisatie beperken we ons, mede gezien de beschikbare tijd en middelen, wat de methadonbehandeling betreft tot het in kaart brengen van de locaties in Nederland waar de methadonbehandeling vanuit de verslavingszorg wordt gegeven. In de rest van dit onderdeel wordt een beschrijving gegeven van een uitgebreidere inventarisatie onder de heroïne behandelcentra in Nederland. Het derde middel dat wordt gebruikt als opiaatonderhoudsbehandeling is buprenorfine. Voor zover bij ons bekend bestaan er voor dit middel geen aparte behandelcentra. Cliënten die dit middel voorgeschreven krijgen worden doorgaans behandeld vanuit een methadonbehandelcentrum. Aangezien we binnen deze behandelcentra geen verdere gegevens verzamelen, blijft de behandeling met buprenorfine in deze inventarisatie buiten beschouwing.

Het begin van de medische heroïnebehandeling

Ondanks het succes van de methadonbehandeling op populatieniveau, bleek dat niet alle opiaatverslaafden hier baat bij hadden: van de 13.000 opiaatverslaafden die met methadon behandeld werden, functioneerde naar schatting 8.000 onvoldoende gereguleerd of zeer problematisch³. Om deze groep ernstig verslaafden te kunnen behandelen adviseerde de Nederlandse Gezondheidsraad in 1995 wetenschappelijk onderzoek te doen naar de effecten van het behandelen van opiaatverslaafden met medicinale heroïne. In 1996 is de Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden (CCBH) geïnstalleerd. Onder leiding van deze commissie zijn in 1998, als onderdeel van een experimenteel onderzoek naar de behandeling met medicinale heroïne, de eerste behandelcentra in Amsterdam en Rotterdam ontstaan. In 2000 zijn er vervolgens ook in Utrecht, Den Haag, Groningen en Heerlen heroïne behandelcentra geopend. In het 12 maanden durende onderzoek werd een behandeling met (injecteerbare of inhaleerbare) heroïne op medisch voorschrift in combinatie met methadon vergeleken met een behandeling met uitsluitend methadon. De conclusie was dat door het gebruik van medicinale heroïne in combinatie met methadon zowel statistisch significante als klinisch relevante verbeteringen ten opzichte van de methadonbehandeling optraden^{3,4}. De behandeling met medicinale heroïne en methadon bleek een positief effect te hebben op de gezondheid en op het maatschappelijk functioneren van deze ernstig opiaatverslaafden. Met als belangrijk neveneffect dat de criminaliteit en overlast verminderde.

In de jaren daarna zijn zowel op landelijk³ als op regionaal niveau⁵ onderzoeken verricht naar de medische heroïnebehandeling. Op landelijk niveau is gekeken of er onderscheid kan worden gemaakt tussen patiënten die meer baat hebben bij de behandeling met medicinale heroïne en patiënten die meer baat hebben bij de methadonbehandeling. Daaruit bleek dat cliënten die voorafgaand aan de behandeling een abstinentiegericht programma volgden, beter functioneerden op de behandeling met medicinale heroïne. Op regionaal niveau werden, net als in het landelijke experiment, positieve resultaten gevonden in termen van een verbeterde lichamelijke gezondheid en psychisch en sociaal welbevinden van de cliënten. Daarnaast bleek de behandeling in de Gemeente Eindhoven ook op het overlastgevend gedrag een positief effect te hebben.

Reguliere zorg

De positieve effecten van het onderzoek hebben geresulteerd in een uitbreiding van het aantal medische heroïne behandelcentra in Nederland en tenslotte in de registratie van medicinale heroïne (diacetylmorfine) als geneesmiddel in 2009. Per 1 januari 2011 is de experimentele status van de medische heroïnebehandeling afgesloten en heeft het de status van een reguliere behandeling gekregen. Heroïne op medisch voorschrift mag alleen worden verstrekt in door het Ministerie van VWS aangewezen behandelcentra en de behandeling wordt altijd gecombineerd met een methadonbehandeling⁶.

In 2006 is de Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB) landelijk geïntroduceerd met daarbij een plan van aanpak voor een brede implementatie van de behandeling met methadon, buprenorfine en/of diacetylmorfine (medicinale heroïne). Om te beoordelen of deze zorg verantwoord is en de richtlijn goed wordt toegepast, besteedde de Inspectie voor de Gezondheidszorg in 2010 en in 2012 aandacht aan de ambulante behandeling van opiaatverslaafden bij de methadon- en heroïnebehandelcentra. In 2010 lag de nadruk op de normen voor verantwoorde zorg en in 2012 op de kwaliteitsverbeteringen, waarbij de thema's *behandeling, behandelplan, kwaliteitsbeleid, goed bestuur* en *Opiumwet* aan bod kwamen. De uitkomsten van het meest recente inspectieonderzoek waren overwegend positief. Met betrekking tot de medische heroïnebehandeling bleek bij elf van de twaalf onderzochte instellingen de kwaliteit van de behandelplannen en behandeling voldoende gewaarborgd te zijn. Een verbeterpunt bij zes van de twaalf instellingen was het feit dat een volledig en actueel medicatieoverzicht nog onvoldoende beschikbaar was⁷.

Op basis van de door professionals en patiënten opgedane kennis en ervaring en de nieuwste wetenschappelijke inzichten is de richtlijn de afgelopen jaren aangepast. In 2012 is de herziene versie van de Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB) verschenen. Een jaar later, in 2013, is de Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving verschenen⁸. De herziene RIOB bevat de praktische vertaling van het wetenschappelijke bewijs voor de behandeling van opiaatverslaving, welke in de Multidisciplinaire Richtlijn is terug te vinden.

Afgezien van informatie over de effecten van de behandeling met medische heroïne is beperkt literatuur beschikbaar over de stand van zaken en de kenmerken wat betreft de organisatie, doelgroep en de werkwijze van deze behandeling in de praktijk. Een aantal websites van de verslavingszorginstellingen biedt basale informatie over de behandeling (locatie, openingstijden, voorwaarden, behandeldoelen). Deze inventarisatie is erop gericht een overzicht te geven van een aantal kenmerken van de medische heroïnebehandeling in Nederland.

Methode

Om de locaties waar de methadon- en de medische heroïnebehandeling wordt aangeboden in kaart te brengen, is ten eerste via de websites van de instellingen voor verslavingszorg gezocht. Voor de heroïne behandelcentra is ook, indien beschikbaar, de voor deze inventarisatie relevante informatie van de websites gehaald (bijvoorbeeld over toelatingscriteria). Daarnaast is aan de contactpersonen van het Netwerk Infectieziekten & Harm Reduction gevraagd om de lijst van locaties waar de methadon- en de medische heroïnebehandeling wordt aangeboden compleet te maken voor de eigen instelling. Voor informatie over de uitkering die de heroïne behandelcentra van de overheid krijgen is een publicatie van VWS geraadpleegd⁹.

Na het in kaart brengen van alle behandelcentra voor medicinale heroïne, is op elke locatie de teamleider of een medewerker benaderd om, digitaal dan wel telefonisch, een vragenlijst in te vullen. Over 15 van de 18 locaties is een ingevulde vragenlijst ontvangen. Twee instellingen voor verslavingszorg hebben één vragenlijst voor hun twee behandelcentra ingevuld. De vragenlijst bestond uit een aantal thema's waarvan de resultaten van onderstaande kenmerken een toevoeging op de bestaande kennis opleveren:

1. Organisatie: locatie, maximale uitkering van VWS, aantal behandelplaatsen, gemiddelde caseload en behandeldoelen
2. Doelgroep: voorwaarden deelname, voorwaarden voor blijvende deelname aan de behandeling, aantal cliënten, veranderingen afgelopen vijf jaar
3. Somatische screening en infectieziekten: somatische screening, testaanbod op infectieziekten & soa, hepatitis B-vaccinatie, hepatitis C-behandeling, condoomverstrekking, spuitomruil en voorlichting.

De hieronder gepresenteerde bevindingen hebben grotendeels betrekking op de 15 ingevulde vragenlijsten. Waar de gevraagde informatie via een website of andere publicaties te vinden was, worden de bevindingen ook over de andere drie locaties vermeld. N.B. de begrippen 'locatie' en 'behandelcentrum' worden door elkaar gebruikt in de betekenis van de fysieke plek waar de behandeling plaatsvindt.

Bevindingen inventarisatie

1 Organisatie

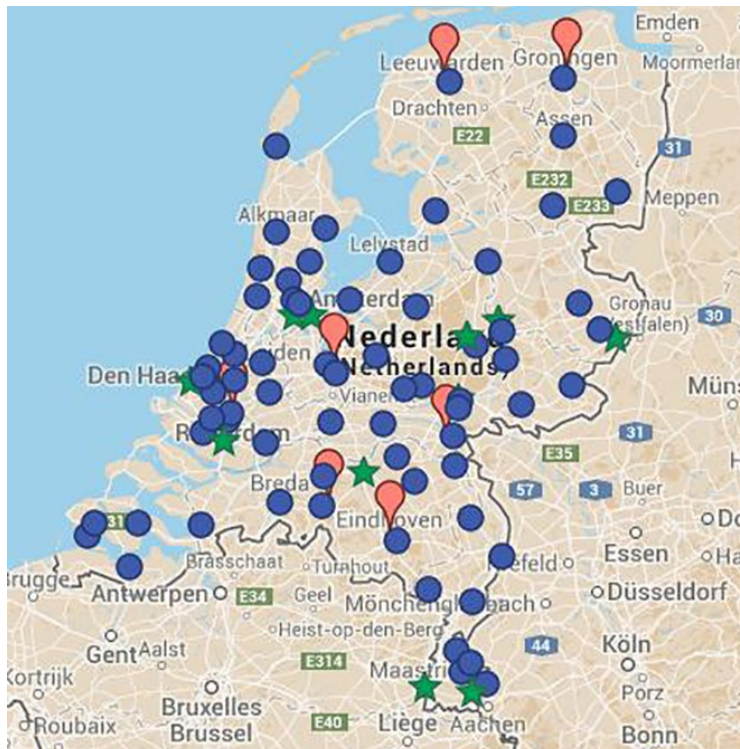
Anno 2013 kent Nederland 82 locaties waar opiaatverslaafden bij de verslavingszorg terecht kunnen voor een methadonbehandeling en 18 behandelcentra waar opiaatverslaafden worden behandeld met medicinale heroïne in combinatie met een methadonbehandeling. Bij tien locaties is er sprake van overlap. Hier worden op dezelfde locatie zowel de behandeling met alleen methadon als de behandeling met medische heroïne in combinatie met methadon aangeboden. Afbeelding 1.1 toont de geografische spreiding van de methadon en heroïne behandelcentra in Nederland. Van de elf regionale instellingen voor verslavingszorg bieden alle instellingen een methadonbehandeling en acht instellingen een opiaatonderhoudsbehandeling met medicinale heroïne aan. De acht instellingen hebben tezamen zestien heroïne behandelcentra. Daarnaast heeft de GGD Amsterdam twee locaties waar een behandeling met medicinale heroïne wordt gegeven. Amsterdam en Rotterdam zijn de enige steden in Nederland waar er twee heroïne behandelcentra zijn, in de overige veertien steden is er één behandelcentrum per stad. In de provincies Drenthe, Flevoland en Zeeland wordt de medische heroïnebehandeling niet aangeboden. In tabel 1.1 is de complete lijst van de 18 heroïne behandelcentra opgenomen, met een aantal kenmerken. De rest van de bevindingen hieronder hebben betrekking op de heroïne behandelcentra.

Maximale uitkering 2013-2014

De maximale uitkering voor behandelcentra, verstrekt door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, geschiedt op basis van het aantal plaatsen per behandelcentrum. Vergeleken met de maximale uitkering in 2013 zullen in 2014 acht behandelcentra een lagere uitkering ontvangen (VWS, 2013). De uitkering voor het behandelcentrum in Den Haag zal met circa 17% het meest verlaagd worden. De grootste stijging van de uitkering is voor de centra in Arnhem, Deventer en Maastricht (circa 15%).

Figuur 1.1 Locaties waar behandeling met methadon en medische heroïne plaats vindt in Nederland, 2013.

Rode druppel = heroïne behandelcentrum, blauwe stip = methadonbehandeling, groene ster = heroïne behandelcentrum en methadonbehandeling.



Tabel 1.1 Kenmerken van de locaties in Nederland waar opiaatverslaafden worden behandeld met medicinale heroïne, gerangschikt naar het maximum aantal behandelplaatsen.

Locatie	Instelling	Max. behandelplaatsen	Gemiddelde caseload	Maximale uitkering 2013 – VWS ^a	Maximale uitkering 2014 – VWS ^a
Tilburg	Novadic-Kentron	20	Vpl ^b : 3 Senior Vpl ^c : 23	€ 425.000	€ 500.000
Den Bosch	Novadic Kentron	20	20	€ 425.000	€ 500.000
Leeuwarden	VNN ^d	25	Arts: 38 Vpl ^b : 7-8	€ 520.000	€ 590.000
Deventer	Tactus	25	6-8	€ 510.000	€ 590.000
Arnhem	IrisZorg	25	8	€ 510.000	€ 590.000
Nijmegen	IrisZorg	25	20-25	€ 515.000	€ 590.000
Eindhoven	Novadic-Kentron	25	4	€ 520.000	€ 590.000
Maastricht	Mondriaan	25	37	€ 510.000	€ 590.000
Apeldoorn	Omnizorg	30	5	€ 600.000	€ 670.000
Enschede	Tactus	30	23	€ 600.000	€ 670.000
Heerlen	Mondriaan	35	37	€ 765.000	€ 740.000
Utrecht	Victas	45	-	€ 940.000	€ 870.000
Groningen	VNN ^d	50	6	€ 1.060.000	€ 930.000
Den Haag	Brijder	75	25	€ 1.420.000	€ 1.180.000
Rotterdam (2)	BoumanGGZ	140	10-15	€ 2.400.000	€ 2.260.000
Amsterdam (2)	GGD	145	-	€ 2.470.000	€ 2.310.000

^a Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. ^b Vpl: verpleegkundige. ^c Senior Vpl: Senior verpleegkundige. ^d VNN: Verslavingszorg Noord Nederland

Maximaal aantal behandelplaatsen

In 2007 hadden 400 cliënten in negen steden een behandeling met heroïne. Zes jaar later, in 2013 is de maximale behandelcapaciteit bijna verdubbeld naar 740. Het maximum aantal behandelplaatsen per behandelcentrum kent een grote variatie. Over het algemeen hebben behandelcentra in grote steden meer behandelplaatsen dan de behandelcentra in kleinere gemeenten, hoewel deze regel niet altijd opgaat. De kleinste gemeente in Nederland waar een behandelcentrum zit, Heerlen, heeft namelijk 35 behandelplaatsen. En Groningen heeft ruim het dubbele aan behandelplaatsen ten opzichte van Tilburg ook al heeft Groningen een lager inwoneraantal dan Tilburg. Tien behandelcentra hebben minder cliënten dan het aantal behandelplaatsen dat zij beschikbaar hebben.

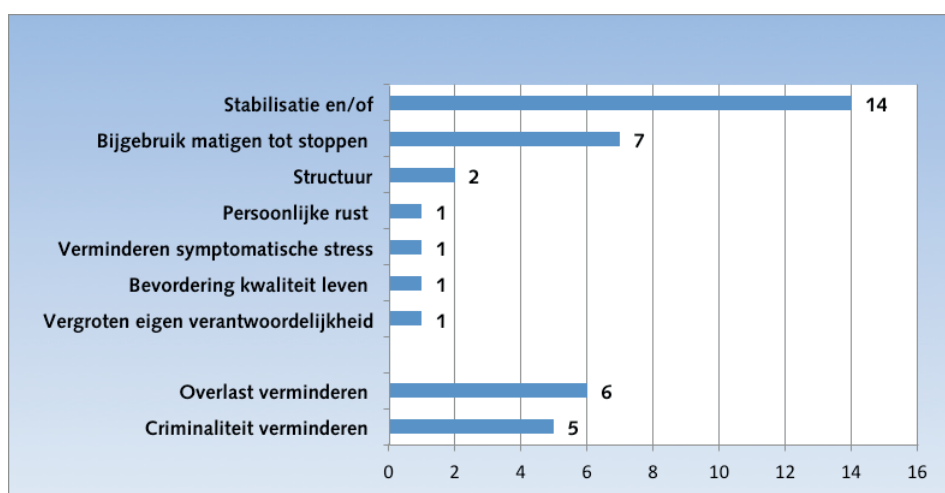
Gemiddelde caseload

Meerdere beroepsgroepen/functies op de behandelcentra hebben een eigen caseload, zoals casemanagers, artsen of verpleegkundigen. De minimale caseload is 4 en maximaal 38. De gemiddelde caseload van alle behandelcentra is 17,4. De gestelde vraag had alleen betrekking op de heroïnebehandelcentra. Gezien het feit dat de caseload bij sommige behandelcentra hoger ligt dan het maximum aantal behandelplaatsen, is deze vraag hoogstwaarschijnlijk door sommige medewerkers toch ruimer geïnterpreteerd. Waarschijnlijk zijn door sommige medewerkers ook de cliënten die wel tot de caseload behoren maar niet in de medische heroïnebehandeling zitten meegerekend. Hierdoor is een directe vergelijking van de caseload tussen de verschillende behandelcentra niet goed mogelijk.

Behandeldoelen locaties

Volgens de RIOB en de Multidisciplinaire Richtlijn (MDR) is het doel van de behandeling met medicinale heroïne abstinentie van alle niet-voorgeschreven en illegale opiaten middels een onderhoudsbehandeling met een effectieve dosis heroïne op medisch voorschrift (RIOB, 2012 & MDR, 2013). De teamleider of medewerker van veertien behandelcentra werd een open vraag gesteld welke behandeldoelen zij hebben. Velen gaven meerdere, in sommige gevallen overlappende, behandeldoelen aan. De gegeven antwoorden zijn gecategoriseerd in een aantal overkoepelende thema's, zoals 'stabilisatie van het gebruik en gezondheidsverbetering', 'overlast verminderen' en 'criminaliteit verminderen'. De antwoorden zijn weergegeven in grafiek 1.1. Op één na, hebben alle behandelcentra specifiek stabilisatie van het gebruik en/of gezondheidsverbetering aangegeven als doel van de medische heroïnebehandeling. Daarnaast zijn er andere doelen genoemd, die ook een betere kwaliteit van leven van de cliënt nastreven maar niet expliciet betrekking hebben op het gebruik of de gezondheid van de cliënt ('structuur' en 'vergroten eigen verantwoordelijkheid'). Het verminderen van criminaliteit en overlast wordt respectievelijk vijf en zes keer als behandeldoel genoemd.

Grafiek 1.1 De antwoorden en het aantal keer dat deze antwoorden werden gegeven op een open vraag naar de doelen van de behandeling met heroïne op medisch voorschrift.



2 Doelgroep

Voorwaarden en deelname

In het kader hieronder worden de strikte voorwaarden weergegeven waar een potentiële deelnemer volgens de richtlijn aan moet voldoen om voor een een behandeling met medische heroïne in aanmerking te komen.

Voorwaarden voor deelname aan de medische heroïnebehandeling⁶

1. onvoldoende behandelresultaat van methadon bij chronische heroïneverslaving gedurende tenminste 5 jaar;
2. gebruik van illegale heroïne door middel van intraveneuze injectie of inhalatie (chinezinnen);
3. leeftijd tenminste 35 jaar (indien men hiervan wil afwijken dient toestemming aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg gevraagd te worden);
4. legaal verblijvend in Nederland;
5. Nederlandse nationaliteit hebben;
6. ten minste 3 jaar geregistreerd in de gemeente;
7. bereid en in staat actief medewerking te verlenen en om minstens drie maal per week het behandelcentrum te bezoeken; schriftelijke toestemmingsverklaring ondertekend.

Behalve de minimale leeftijd worden de overige voorwaarden eenduidig door alle behandelcentra gehanteerd. Eén behandelcentrum meldt dat de minimale leeftijd voor deelname 25 jaar is.

Naast deze voorwaarden is er ook gevraagd naar voorwaarden die aan cliënten worden gesteld om aan de behandeling te kunnen blijven deelnemen. Voor acht behandelcentra geldt als voorwaarde om aan de behandeling te kunnen blijven deelnemen dat er een stabilisatie of verbetering op diverse leefgebieden plaatsvindt. Sommigen hanteren daarbij een verbetering van 40%. Vijf behandelcentra stellen (tevens) dat de huisregels niet mogen worden overtreden.

Veranderingen de afgelopen vijf jaar

Middels een open vraag is nagegaan of er bij de behandelcentra veranderingen in de doelgroep zijn waargenomen in de afgelopen vijf jaar. Bij zes behandelcentra wordt geen duidelijke verandering in de doelgroep waargenomen. Daarentegen wordt bij vijf andere behandelcentra een verandering in het bijgebruik van andere middelen waargenomen; specifiek werd de toename van cocaïne drie keer genoemd en de toename van alcohol één keer. Eén behandelcentrum meldt een algemene afname van het bijgebruik van heroïne. Eén behandelcentrum geeft aan dat de cliëntpopulatie veroudert, wat overeenkomt met de landelijke trend van een vergrijzing van de groep opiaatcliënten (Van Laar et al, 2012). Daarentegen meldt de medewerker van de twee behandelcentra in Rotterdam dat de cliëntpopulatie jonger is geworden. De toename van de hulpvraag op psychisch vlak en de toename van complexe problematiek zijn beide één keer gemeld.

3 Somatische screening en infectieziekten

Somatische screening

Op alle locaties is er aandacht voor de fysieke, somatische screening van cliënten. De screenfrequentie per locatie verschilt, waarvan het merendeel halfjaarlijks een somatische screening uitvoert. Aan de medewerker van het behandelcentrum werd tevens gevraagd op welke momenten gescreend wordt, waarbij meerdere antwoorden mogelijk waren. Uit de antwoorden bleek dat behandelcentra op meerdere momenten screenen. Op bijna alle locaties wordt tijdens de intake gescreend, en in tien gevallen (ook) tijdens reguliere evaluatiemomenten. Tot slot werd aan hen gevraagd wie de screening uitvoert: voornamelijk artsen en in sommige gevallen (ook) verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten. In tabel 1.2 zijn alle antwoorden weergegeven:

Op de vier locaties waar relatief minder gescreend wordt, namelijk jaarlijks, is de gemiddelde caseload lager dan de gemiddelde caseload van alle locaties bij elkaar.

Tabel 1.2 De somatische screening: frequentie, de screenmomenten en de beroepsgroep die de somatische screening uitvoert.

Frequentie	Screenmoment	Beroepsgroep
<ul style="list-style-type: none"> • Halfjaarlijks: 9 locaties • Jaarlijks: 5 locaties • Onbekend: 1 locatie 	<ul style="list-style-type: none"> • Intake: 14 locaties • Reguliere evaluatiemomenten: 10 locaties • Indicatie/klachten: 5 locaties • Speciale somatische evaluatiemomenten: 4 locaties • Gezondheidsmarkt: 1 locatie • Patientgericht: 1 locatie 	<ul style="list-style-type: none"> • Arts: 12 locaties • Verpleegkundige: 5 locaties • Verpleegkundig specialist: 3 locaties

Aanbod testen op infectieziekten & soa

Op alle locaties is er aandacht voor het testen op infectieziekten en seksueel overdraagbare aandoeningen (soa):

- Acht locaties testen tijdens de somatische screening op infectieziekten en soa.
- Vier locaties hebben specifieke aandacht voor testen op infectieziekten en soa.
- Drie locaties hebben een testaanbod tijdens de somatische screening en hebben specifieke aandacht voor testen.

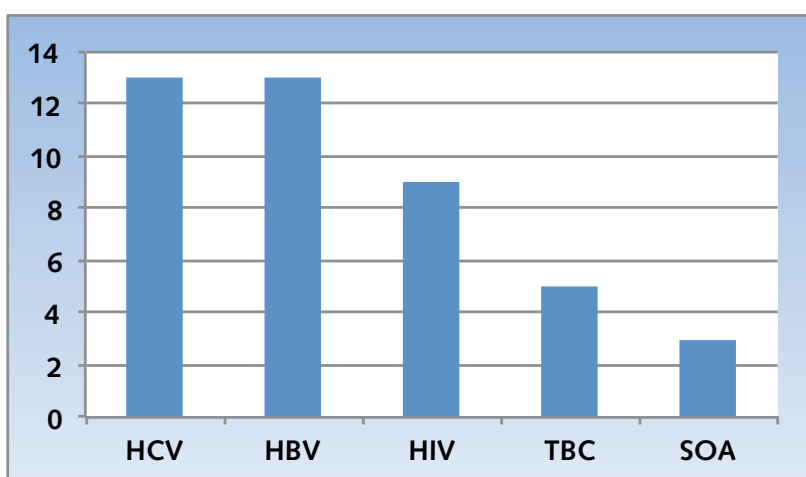
De drie locaties die zowel tijdens de somatische screening testen als specifieke aandacht voor testen hebben, hebben een lagere caseload vergeleken met de gemiddelde caseload van alle locaties. Op de meeste locaties wordt de somatische screening en het testen op infectieziekten uitgevoerd door een of twee beroepsgroepen. Op één locatie wordt dit uitgevoerd door de arts, de verpleegkundige of de verpleegkundig specialist.

Er is een aantal specifieke infectieziekten, naast soa, waar volgens de RIOB (Resultaten Scoren, 2012) aandacht voor zou moeten zijn in de zorg aan opiaatverslaafden, te weten hepatitis B (HBV), hepatitis C (HCV), HIV en tuberculose (TBC). In grafiek 1.2 is te zien op hoeveel locaties cliënten standaard op deze infectieziekten worden getest. Standaard wordt het minst op soa getest, namelijk op drie locaties. Dertien locaties testen standaard op hepatitis B en C. Op twee locaties wordt op geen enkele infectieziekte of soa standaard getest. Het testen gebeurt hier altijd op basis van indicatie. Op slechts een locatie wordt standaard op alle vijf genoemde ziekten getest en op de overige locaties varieert het standaard testaanbod tussen de twee en vier infectieziekten.

Van dertien locaties zijn er gegevens bekend over hoe vaak een test op infectieziekten en soa wordt uitgevoerd:

- Op drie locaties wordt er minder dan jaarlijks getest
- Op zeven locaties wordt er jaarlijks getest
- Op drie locaties wordt er halfjaarlijks getest.

Grafiek 1.2 Aantal locaties waar cliënten standaard worden getest op hepatitis B (HBV), hepatitis C (HCV), hiv, tuberculose (TBC) en seksueel overdraagbare aandoeningen (soa).



Er is geen duidelijk verband tussen testmomenten, op hoeveel infectieziekten en soa standaard wordt getest en de testfrequentie. Het is niet zo dat er op locaties met een hogere testfrequentie ook standaard op meer of minder infectieziekten wordt getest. Ook is het testmoment niet bepalend voor het aantal infectieziekten waarop wordt getest. Als voorbeeld: Op de drie locaties waar zowel tijdens de somatische screening als op specifieke momenten aandacht is voor testen, wordt op twee locaties standaard op nul infectieziekten en/of soa en op de derde locatie op standaard alle vijf infectieziekten die hierboven worden genoemd getest.

Hepatitis B-vaccinatie

Van veertien locaties is bekend of zij beleid ten aanzien van de HBV-vaccinatie voor cliënten hebben en welke cliënten hiervoor in aanmerking komen. Op zes locaties is er geen geschreven beleid voor de HBV-vaccinatie aan cliënten. Op één van deze locaties worden, zonder beleid, wel alle cliënten gevaccineerd. Op acht locaties is er wel een vaccinatiebeleid voor HBV. Welke cliënten op deze locaties in aanmerking komen voor vaccinatie is erg verschillend:

- Alle cliënten (drie locaties)
- Injecteerders en prostituees (één locatie)
- Injecteerders en alcoholgebruikers (één locatie)
- De chronische doelgroep (niet verder gespecificeerd; één locatie)
- Cliënten met een negatieve HBs-uitslag worden naar de GGD doorverwezen voor vaccinatie. Zij vaccineren zelf niet. (twee locaties)

Behandeling HCV

Op acht locaties zijn er cliënten in behandeling voor hepatitis C (HCV). Aan alle locaties werd de open vraag gesteld welke rol medewerkers van de locatie hebben in de behandeling van cliënten voor HCV, of wat hun rol zou zijn indien hun cliënten in behandeling zouden zijn. Deze vraag is door de teamleider/medewerker van twaalf locaties beantwoord. De volgende antwoorden werden gegeven:

- Het gehele traject (twee keer)
- 'Actief betrokken' zijn bij de behandeling (twee keer)
- Begeleiding
- Begeleiding en advisering
- Ondersteuning
- Ondersteuning en contact onderhouden met de hepatitis C-poli
- Contact onderhouden met de hepatitis C-poli
- Medicatie verstrekken
- Medicatie verstrekken en monitoring
- Coördinatie, begeleiding en medicatie toedienen

Veilig gebruik en veilige seks

In tabel 1.3 is te zien op welke behandelcentra er spuitomruil en condoomverstrekking wordt aangeboden en op welke behandelcentra er voorlichting wordt gegeven over gezondheid, veilig gebruik en veilige seks. Condooms en spuitomruil worden op bijna alle behandelcentra aangeboden, al wordt nergens geregistreerd wat de omvang van de omruil van spuiten en naalden is. Om die reden was het niet bekend of er een verandering is geweest in het aantal meegenomen spuiten of naalden de afgelopen vijf jaar*. Op twee na, wordt er op alle behandelcentra enige vorm van voorlichting over gezondheid, veilig gebruik en veilige seks aangeboden. Ook individuele voorlichting wordt hiertoe gerekend. Op één behandelcentrum is geen van de hier genoemde Harm Reduction-voorzieningen of -maatregelen aanwezig.

* De registratie in Rotterdam gebeurt niet op de locatie, maar het aantal uitgegeven en teruggebrachte spuiten en naalden wordt binnen Rotterdam wel door de GGD bijgehouden.

Tabel 1.3 Beschikbaarheid van condoomverstrekking, spuitomruil en voorlichting over veilig gebruik, veilige seks en gezondheid op de heroïne behandelcentra. Gerangschikt op alfabetische volgorde.

Locatie	Instelling	Condoom-verstrekking	Spuitomruil	Voorlichting ^b
Amsterdam (2)	GGD	-	-	-
Apeldoorn	Omnizorg	Ja	Ja	Ja
Arnhem	IrisZorg	Ja ^a	Ja	Ja
Den Bosch	Novadic Kentron	Ja ^a	Ja	Ja
Den Haag	Brijder	Ja ^a	Ja	Ja
Deventer	Tactus	Ja ^a	Ja	Ja
Eindhoven	Novadic-Kentron	Ja	Ja	Ja
Enschede	Tactus	Ja	Ja	Ja
Groningen	VNN	Nee	Nee	Nee
Heerlen	Mondriaan	Ja ^a	Ja	Ja
Leeuwarden	VNN	Ja	Ja	Ja
Maastricht	Mondriaan	Ja ^a	Ja	Ja
Nijmegen	IrisZorg	Ja	Ja	Nee
Rotterdam (2)	BoumanGGZ	Ja	Ja	Ja
Tilburg	Novadic-Kentron	Ja ^a	Ja	Ja
Utrecht	Victas	-	-	-

^a Condooms worden gegeven als cliënt hier expliciet om vraagt. ^b Voorlichting over gezondheid, veilig gebruik en veilige seks.

Discussie

In deze inventarisatie is het aantal locaties waar een methadon- en medische heroïnebehandeling wordt aangeboden in kaart gebracht. Waar opiaatverslaafden verspreid over Nederland bij de verslavingszorg terecht kunnen voor een methadonbehandeling, ligt dat voor de medische heroïnebehandeling anders. Voor de laatste vorm van opiaatonderhoudsbehandeling zijn er over heel Nederland maar 18 locaties, waarbij grote delen van Nederland (met name in het Noordoosten) niet gedekt zijn.

Voor de heroïne behandelcentra is in deze inventarisatie een overzicht gegeven van een aantal kenmerken betreffende de organisatie, doelgroep en de werkwijze van deze voorzieningen, met extra aandacht voor de somatische screening en het testen op infectieziekten en seksueel overdraagbare aandoeningen (soa).

De bevindingen laten verschillen zien in het maximaal aantal behandelplaatsen en de gemiddelde caseload. Twee centra hebben 20 cliënten in behandeling, de steden Rotterdam en Amsterdam respectievelijk 140 en 145 (verdeeld over twee behandelcentra per gemeente). Alle locaties benadrukken gezondheidsverbetering, stabilisatie van het gebruik of een andere vorm van het verbeteren van de kwaliteit van leven van de cliënt als behandeldoel. Iets minder dan de helft noemt ook het verminderen van criminaliteit en overlast als behandeldoel. De voorwaarden waar een cliënt aan moet voldoen worden in nagenoeg alle gevallen uniform gehanteerd. Wel kennen de behandelcentra variaties wat betreft de somatische screening –de screenfrequentie, het moment waarop gescreend wordt en door wie– en het testen op infectieziekten en soa –de testfrequentie en op welke ziekten standaard getest wordt. Hieronder worden nog een paar opvallende resultaten uitgelicht en besproken.

Relatief gezien wordt er minder op soa getest dan op hepatitis en hiv. Zo geven slechts drie locaties aan standaard te testen op soa, in tegenstelling tot dertien locaties die standaard op hepatitis testen. Het risicovol gedrag van drugsgebruikers bestaat echter niet alleen uit het onveilig gebruiken, maar ook uit het hebben van onveilige seks.

De behandeling met medische heroïne is voor een beperkte doelgroep beschikbaar door de strikte toelatingscriteria. Op tien locaties zijn er minder cliënten in behandeling dan het maximaal aantal behandelplaatsen dat deze locaties beschikbaar hebben. Mogelijk kan een versoepeling van deze voorwaarden ervoor zorgen dat meer opiaatverslaafden kunnen profiteren van de medische heroïnebehandeling.

Een aantal keer werd het verminderen van criminaliteit en overlast genoemd als doelstelling van de behandeling met medische heroïne. In Eindhoven is twee jaar na de start van de behandeling met medische heroïne geëvalueerd dat de behandeling positieve effecten op de criminaliteit en overlast heeft gehad⁵. Hoewel uit onderzoek blijkt dat dit inderdaad een belangrijk neveneffect van de behandeling kan zijn⁴, is deze doelstelling niet als zodanig terug te vinden in de richtlijnen.

De doelgroep problematisch opiatengebruikers veroudert. De locaties in Rotterdam geven echter aan dat de doelgroep de afgelopen vijf jaar jonger is geworden.

De bestaande kennis over problematisch opiatengebruikers en de resultaten uit deze inventarisatie roepen interessante vragen op. Zo veroudert de populatie harddruggebruikers¹⁰ en zijn de voorwaarden voor de behandeling met medicinale heroïne strikt. De afgelopen jaren zijn er meer behandelcentra bijgekomen, maar aan de andere kant laat deze inventarisatie zien dat in veel behandelcentra minder behandelplaatsen worden benut dan er maximaal beschikbaar zijn. In de herziene RIOB, uitgekomen in 2012, wordt vermeld dat cliënten vinden dat alle drie de mogelijke opiaatonderhoudsmedicatie (methadon, buprenorfine en heroïne) in elke ambulante instelling voor verslavingszorg beschikbaar moet zijn⁶. Om dat te kunnen realiseren, en om mogelijk ook een oplossing te vinden voor de lege behandelplaatsen, zouden de toelatingscriteria wellicht aan een kritische evaluatie onderworpen kunnen worden. De vraag is wat de consequenties zouden zijn van het versoepelen van deze criteria voor zowel de zorg als de opiaatverslaafde populatie.

Referenties

¹ <http://www.sivz.nl/images/documenten/kerncijfers/kerncijfers%20verslavingszorg%202012.pdf>

² Soair, S., Boonstra, M., & Holt, W. ten (2012). Methadon en plotselinge hartdood. *Verslaving*, 1, 44-53.

³ Blanken, P. (2011). *Heroin-assisted treatment: from efficacy to effectiveness and long-term outcome*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

⁴ Stel, J. van der (2010). *Heroïne op medisch voorschrift. De geschiedenis van een geneesmiddel in Nederland*. Utrecht: CCBH.

⁵ Gemeente Eindhoven (2010). *Evaluatie overlast medische heroïnebehandeling*. 2008-2010. Eindhoven: Gemeente Eindhoven.

⁶Loth, C., Wits, E., Jong, C. de, & Mheen, D. van de (2012). *Richtlijn Opiatonderhoudsbehandeling (RIOB). Herziene versie*. Amersfoort: Resultaten Scoren.

⁷Inspectie voor de Gezondheidszorg (2012). *Risico's aanzienlijk verminderd bij ambulante behandeling van heroïneafhankelijk patiënten met heroïne en/of methadon. Medicatieoverzicht moet nog beter*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.

⁸Brink, W. van den, Glind, G. van de, & Schippers, G. (2013). *Multidisciplinaire Richtlijn Opiatverslaving. De Tijdstroom*.

⁹Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2013). *Regeling heroïnebehandeling*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

¹⁰Laar, M.W. van, Cruys, A.A.N., Ooyen-Houben, M.M.J. van, Meijer, M.F., Croes, E.A., & Ketelaars, A.P.M. (2012). *National Drug Monitor. Jaarbericht 2011*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Deel B

Alcohol- en drugsgebruiksruimten

Belangrijkste bevindingen:

- Nederland telt 31 drugs- en 20 alcoholgebruiksruimten. Op 14 locaties zijn beide vormen van gebruiksruimte aanwezig.
- Er bestaat een grote diversiteit tussen de alcoholgebruiksruimten in de regels rondom de regulering van het alcoholgebruik.
- De meeste alcoholgebruiksruimten hebben als doel overlastbestrijding.

Alcoholgebruiksruimten in de spotlight

In 2010 is er vanuit het Netwerk Infectieziekten & Harm Reduction een inventarisatie gedaan naar de gebruiksruimten in Nederland. De bevindingen daarvan zijn beschreven in *“Gebruiksruimten in Nederland. Update van de handreiking bij organisatie en inrichting”*¹. In deze inventarisatie zijn destijds de alcoholgebruiksruimten niet meegenomen. Daarom wordt in de huidige inventarisatie met name deze relatief nieuwe vorm van gebruiksruimten in kaart gebracht. Daarnaast zal er een update gegeven worden van het aantal drugsgebruiksruimten in Nederland en waar deze zich bevinden. Voor verdere informatie over de drugsgebruiksruimten kan de hierboven genoemde publicatie, of het artikel dat hierover in 2012 in het tijdschrift *Verslaving* is verschenen², geraadpleegd worden.

Alcoholgebruiksruimten zijn redelijk recente voorzieningen die in de afgelopen jaren binnen met name de verslavingszorg zijn ontstaan. Net als bij de oprichting van de drugsgebruiksruimten in de jaren '90, ligt de aanleiding voor het oprichten van een alcoholgebruiksruimte vaak op het gebied van overlastbestrijding. De doelgroep van deze voorziening is dan ook de langdurig alcoholverslaafden die op straat drinken en daarmee overlast bezorgen³. Het gebruik van grote hoeveelheden alcohol door deze groep zorgt voor veel schade op zowel persoonlijk als maatschappelijk vlak. Het gaat vaak om mensen met meervoudige problematiek die onvoldoende bereikt worden met de bestaande (poli)klinische behandelmogelijkheden. Ook boden de al bestaande gebruiksruimten geen oplossing, omdat daar binnen niet gedronken mocht worden.

Hoewel overlastbestrijding vaak de aanleiding vormt, is dat doorgaans niet uitsluitend het doel op zich. In 2011 is vanuit Resultaten Scoren de Richtlijn Alcoholgebruiksruimten ontwikkeld³. Daarin worden als voornaamste doelstellingen genoemd: het terugdringen van de overlast op straat en het beperken van de gezondheidsschade voor de gebruikers. Voor de verslavingszorg is het een manier om met moeite te bereiken cliënten in contact te komen en zicht te krijgen op zowel het alcoholgebruik als de algehele gezondheidstoestand – om uiteindelijk, indien mogelijk, tot rehabilitatie te komen. Bovendien is het vanuit het perspectief van de doelgroep een antwoord op een al jaren bestaande vraag om ook alcohol op een veilige en rustige plek te kunnen gebruiken³.

In de richtlijn worden naast een wettelijk en een theoretisch kader, aanbevelingen gedaan op het gebied van organisatie en inrichting, toelating en toeleiding, aanbod, personeel, en de relatie met de omgeving. Volgens de Richtlijn Alcoholgebruiksruimten blijkt uit literatuuronderzoek dat er slechts beperkt onderzoek is gedaan naar alcoholgebruiksruimten, succesvolle interventies bij mensen die overmatig drinken op straat, of naar de interventies voor de groep chronische alcoholisten in het algemeen. Deze inventarisatie beoogt geen onderzoek te doen naar het effect van deze voorziening, maar zal een beeld geven van hoeveel alcoholgebruiksruimten er op dit moment in Nederland zijn, waar deze zich bevinden en er zullen een aantal kenmerken worden besproken.

NB: Opgemerkt moet worden dat in deze inventarisatie alleen specifiek de als alcoholgebruiksruimte bedoelde voorzieningen worden meegenomen. Er bestaan ook voorzieningen voor chronisch verslaafden waar het gebruik van alcohol wordt toegestaan, maar waar toelating tot de voorziening primair een ander doel dient dan het in een veilige omgeving en onder toezicht nuttigen van alcohol. Het gaat hier bijvoorbeeld om hostels of andere woonvoorzieningen. Deze inventarisatie richt zich niet op deze andere voorzieningen.

Methode

Voor het in kaart brengen van alle locaties waar zich een drugs- en/of alcoholgebruiksruimte bevindt, zijn allereerst de websites van alle elf instellingen voor verslavingszorg geraadpleegd. Vervolgens zijn de instellingen telefonisch benaderd, via de communicatieafdeling en via de contactpersonen van het Netwerk Infectieziekten & Harm Reduction. Voor de drugsgebruiksruimten is de lijst van de inventarisatie uit 2010¹ (p.45) als basis genomen. Voor de alcoholgebruiksruimten is contact gelegd met de ontwikkelaars van de Richtlijn Alcoholgebruiksruimten, waarvan een lijst van de bij hun bekende alcoholgebruiksruimten is ontvangen.

Na het lokaliseren van alle gebruiksruimten in Nederland is elke alcoholgebruiksruimte telefonisch benaderd, waarbij de vragen hieronder aan een medewerker zijn voorgelegd. Een aantal medewerkers heeft de vragen telefonisch beantwoord en een aantal heeft de antwoorden via de e-mail gestuurd.

1. Per wanneer bevindt zich op deze locatie een alcoholgebruiksruimte?
2. Is het een zelfstandige alcoholgebruiksruimte of wordt het gecombineerd met een drugsgebruiksruimte (of een andere voorziening)?
3. Bij een gecombineerde gebruiksruimte: mogen bezoekers zowel van de alcohol- als van de drugsgebruiksruimte gebruik maken?
4. Hoeveel cliënten komen specifiek voor de alcoholgebruiksruimte?
5. Wat zijn de regels met betrekking tot het nuttigen van alcohol?
6. Welke functie heeft de alcoholgebruiksruimte?

Bij alle 20 alcoholgebruiksruimten is het gelukt een medewerker te spreken en deze vragen beantwoord te krijgen.

Bevindingen inventarisatie

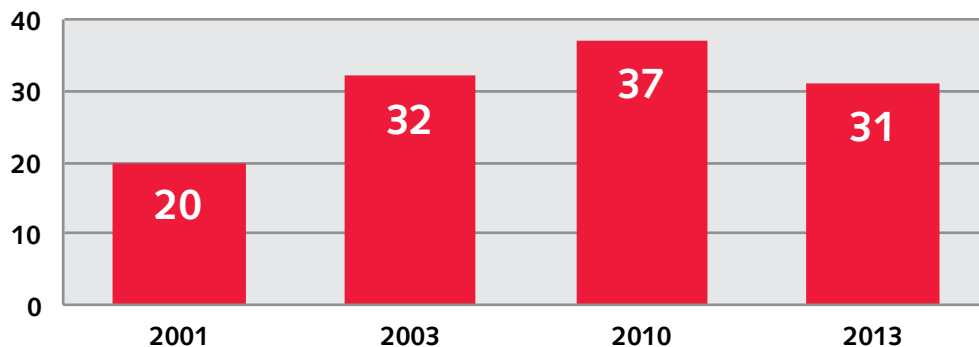
1 Aantal, organisatie, oprichting en bezoekers.

Ten tijde van de inventarisatie bevonden zich 31 drugsgebruiksruimten en 20 alcoholgebruiksruimten in Nederland. Op 14 locaties betreft het een gecombineerde gebruiksruimte waar zowel drugs als alcohol (over het algemeen in aparte ruimten) gebruikt kunnen worden.

In de inventarisatie van 2010 naar gebruiksruimten in Nederland werden 37 drugsgebruiksruimten geteld. Plaatsen waar sindsdien gebruiksruimten zijn gesloten zijn: Amsterdam (3), Den Haag (1), Rotterdam (1), Venlo (1) en Helmond (1). In Nijmegen is er sinds 2010 één drugsgebruiksruimte bij gekomen. Ook uit 2001 en 2003 zijn gegevens bekend over het aantal drugsgebruiksruimten in Nederland⁴. In grafiek 2.1 is de trend in het aantal drugsgebruiksruimten over de periode 2001 tot 2013 weergegeven. Daarin is te zien dat, na een eerdere stijging vanaf 2001, het aantal drugsgebruiksruimten tussen 2010 en 2013 weer gedaald is.

In tabel 2.1 is een lijst opgenomen van alle gebruiksruimten waarin is aangegeven op welke locatie zich een drugs- dan wel een alcoholruimte bevindt. Per alcoholgebruiksruimte is in de tabel tevens het jaar van oprichting en het aantal cliënten weergegeven. In figuur 2.1 is een kaart van Nederland te zien waarin de geografische spreiding van alle gebruiksruimten inzichtelijk is gemaakt.

Grafiek 2.1 Aantal drugsgebruikersruimten in 2001, 2003, 2010 en 2013.



Figuur 2.1 Drugs- en alcoholgebruikersruimten in Nederland, 2013.

Groene ster = gebruikersruimte voor drugs, blauwe stip = gebruikersruimte voor alcohol, rode druppel = gebruikersruimte voor alcohol en drugs.



Plaats en instelling

De meeste locaties bevinden zich in de provincies Gelderland (5), Overijssel (4) en Noord-Brabant (3). Limburg en Utrecht hebben elk twee alcoholgebruikersruimten en de provincies Noord-Holland, Zuid-Holland, Flevoland en Zeeland tellen ieder één locatie. Er zijn geen alcoholgebruikersruimten in Friesland, Groningen en Drenthe. De meeste alcoholgebruikersruimten zijn voorzieningen binnen een instelling voor verslavingszorg. In Amsterdam en Utrecht valt de alcoholgebruikersruimte onder een plaatselijke organisatie voor maatschappelijke opvang.

Tabel 2.1 Overzicht van de drugs- en alcoholgebruiksruimten in Nederland met jaar van oprichting en aantal bezoekers per alcoholgebruiksruimte.

	Plaats	Beherende instelling	Drugs	Alcohol	Oprichting	Aantal bezoekers
1	Weert	Moveoo	X	X	<i>onbekend</i>	<i>onbekend</i>
2	Nijmegen	IrisZorg	X	X	<i>onbekend</i> ^a	40
3	Arnhem	IrisZorg	X	X	1993	0-7
4	Roermond	Moveoo	X	X	2005	28
5	Vlissingen	Emergis/HKPD	X	X	2005	35
6	Deventer	Tactus Verslavingszorg	X	X	2005-2006	19
7	Zwolle	Tactus Verslavingszorg	X	X	2006	0-5
8	Enschede	Tactus Verslavingszorg	X	X	2007	15
9	Den Bosch	Novadic-Kentron	X	X	2008	2
10	Eindhoven	Novadic-Kentron	X	X	2008	0
11	Breda	Novadic-Kentron	X	X	2009-2010	3
12	Apeldoorn	Omnizorg Apeldoorn	X	X	2010	60
13	Almere	Amethist Verslavingszorg	X	X	2011	4-6 ^b
14	Utrecht	De Tussenvoorziening	X	X	2012	31
15	Zutphen	Tactus		X	2003	10-15
16	Almelo	Tactus		X	2006-2007	23
17	Doetinchem	IrisZorg		X	2008	<i>onbekend</i>
18	Leiden	Brijder		X	2008	13
19	Amersfoort	Victas		X	2009	30
20	Amsterdam	De Regenboog		X	2012	7
21	Amsterdam	AMOC	X			
22	Amsterdam	De Regenboog	X			
23	Amsterdam	De Regenboog	X			
24	Den Haag ^c	Brijder	X			
25	Groningen	VNN	X			
26	Groningen	VNN	X			
27	Haarlem	Brijder	X			
28	Heerlen	Leger des Heils	X			
29	Leeuwarden	Zienn	X			
30	Maastricht	Leger des Heils	X			
31	Nijmegen	IrisZorg	X			
32	Rotterdam	CVD	X			
33	Rotterdam	Nico Adriaans Stichting	X			
34	Rotterdam	Bouman GGZ	X			
35	Rotterdam	Bouman GGZ	X			
36	Tilburg	Novadic-Kentron	X			
37	Venlo	Moveoo	X			

^a In ieder geval langer dan 2 jaar. ^b Per dag. ^c Wordt per 1 maart 2014 gesloten.

Combinatie met drugsgebruiksruimte

Veertien locaties hebben gebruiksruimten voor zowel alcohol als voor het roken en/of injecteren van drugs. Bij de meeste locaties kunnen bezoekers toegang krijgen tot zowel de alcohol- als de drugsgebruiksruimte. In één geval mag de alcohol zelfs in dezelfde ruimte als de drugs geconsumeerd worden. Bij twee locaties moeten bezoekers een keuze maken van welke gebruiksruimte ze gebruik willen maken (of alcohol of drugs). De overige zes alcoholgebruiksruimten zijn niet gekoppeld aan een drugsgebruiksruimte. Deze zelfstandige alcoholgebruiksruimten bevinden zich op een locatie waar wel andere voorzieningen worden geboden, zoals methadonbehandeling, dagopvang, 24-uurs voorziening of een zorgcentrum voor alcoholisten.

Oprichting en aantal bezoekers

De eerste alcoholgebruiksruimte is opgericht in 1993 (Arnhem) en de meest recente in 2012 (Amsterdam en Utrecht). Er zit een behoorlijke variatie in het aantal (vaste) bezoekers, dat loopt van 0 (bij een enkele locatie zijn er op het moment van de inventarisatie geen bezoekers die actief gebruik maken van de alcoholgebruiksruimte) tot 60.

2 Regels met betrekking tot alcoholgebruik

Bij de open vraag naar de regels die gehanteerd worden ten aanzien van het gebruik van alcohol worden er veel verschillende antwoorden gegeven. Opvallend was dat bij één alcoholgebruiksruimte werd gemeld dat er geen regels zijn, "*want niemand wilde het handhaven*". Van de overige antwoorden hebben de meeste betrekking op de hoeveelheid alcohol die gedronken mag worden (zeventien locaties die hier iets over noemen), over het soort drank dat is toegestaan (door twaalf locaties genoemd) en over de gebruikstijd en pauzes die gehanteerd worden (zestien locaties).

Hoeveelheid (N=17)

Bij vijf alcoholgebruiksruimten is er geen maximum vastgesteld voor de hoeveelheid die bezoekers mogen drinken, waarvan één aangeeft dat de hoeveelheid die gedronken kan worden beperkt wordt door beperkte openingstijden. In drie gevallen wordt de maximum hoeveelheid informeel of per cliënt vastgesteld. Bij acht locaties waar een specifieke en algemene regel geldt voor het aantal blikken halve liters bier wisselt het maximum van 3 tot 10 per dag (bij één locatie hebben bezoekers de keus tussen maximaal 6 halve liters bier of 2 pakken wijn). Eén locatie hanteert een maximum van 2 halve liters per keer, maar geeft daarbij niet aan hoeveel keer iemand op een dag van de alcoholgebruiksruimte gebruik kan maken.

Soort drank (N=12)

Zeven locaties hebben een maximum toegestaan alcoholpercentage vastgesteld. Deze maxima variëren van 4,7% tot 13,5%. Vier locaties melden dat er alleen bier gedronken mag worden (waarvan één met maximaal 4,7% en één met maximaal 10% alcohol) en op drie locaties wordt er geen sterke drank toegelaten.

Gebruikstijd en pauzes (N=16)

De gebruikstijd en bijbehorende pauze die instellingen hanteren verschillen aanzienlijk. Zeven van de zestien locaties die iets melden over pauzes tussen het drinken door geven aan dat er geen regels hierover zijn opgesteld. Hierdoor kunnen cliënten, binnen openingstijden, onbeperkt van de ruimte gebruikmaken. De pauzes die door de overige negen locaties worden genoemd duren 15 minuten (2x), 30 minuten (4x) of 1 uur (3x). De tijd die daarbij achtereengesloten gebruikt mag worden is 30 minuten (1x) of 1 uur (6x). Bij twee locaties wordt aangegeven dat er na elk drankje een pauze genomen dient te worden (waarbij één locatie een maximum geeft van 30 minuten om het drankje te nuttigen). Twee combinaties van gebruiks- en pauzetijd werden meerdere keren genoemd: drie locaties hanteren maximaal 1 uur gebruik met vervolgens 30 minuten pauze en twee locaties maximaal 1 uur gebruik met 1 uur pauze.

Overige regels

Een kleiner aantal medewerkers heeft nog enkele andere regels benoemd in antwoord op de open vraag naar de regels die gehanteerd worden ten aanzien van het alcoholgebruik.

Bij zeven locaties wordt aangegeven of de genuttigde drank zelf wordt meegebracht of door de instelling wordt verstrekt. In de meeste gevallen (vijf locaties) wordt drank gebruikt die door de bezoekers zelf meegenomen is en bij twee locaties wordt de drank vanuit de instelling verstrekt.

Bij vier locaties wordt aangegeven dat bezoekers bij binnenkomst moeten blazen. Eén locatie hanteert daarbij een maximum alcoholpromillage van 2.0 (de overige locaties hebben geen specifiek promillage genoemd). Op twee locaties moeten bezoekers soms of bij twijfel blazen bij binnenkomst, waarbij maximum promillages van 1.0 en 2.0 worden gehanteerd. Bij drie locaties wordt expliciet aangegeven dat er niet geblazen hoeft te worden.

Tenslotte zijn er nog regels genoemd over het volgende (met tussen haakjes het aantal keer dat deze regel ter sprake is gekomen):

- Een maximum op het aantal mensen dat in de ruimte is toegestaan (3x)
- Geen glas binnen toegestaan (3x)
- Bezoek aan de arts bij aanmelding (2x)
- Alcohol inleveren om te controleren (2x)

3 Functie

De antwoorden op de open vraag naar de functie van de gebruikruimte zijn gecategoriseerd in de volgende vier doelen. Achter elk doel is aangegeven door hoeveel alcoholgebruikruimten deze functie benoemd is.

- | | |
|--|-------------|
| • Overlastbestrijding en reduceren van criminaliteit | 18 locaties |
| • Opvang bieden, toezicht houden en contact mogelijk maken | 8 locaties |
| • Basiszorg bieden en/of het gebruik stabiliseren | 10 locaties |
| • De bezoeker in een (zorg)traject krijgen | 11 locaties |

Door de meeste locaties werden meerdere doelen genoemd, waarbij bijna alle mogelijke combinaties wel een paar keer voorkomen. Eén locatie noemt alle vier de functies. Drie locaties noemen alleen overlastbestrijding en het reduceren van criminaliteit als doel. Twee locaties zijn niet gericht op overlastbestrijding, maar alleen op het stabiliseren en/of het toeleiden naar een behandeltraject.

Discussie

Het aantal gebruikruimten in Nederland is sinds het ontstaan van dit soort voorziening altijd aan verandering onderhevig. Dit heeft voor een groot deel te maken met veranderend beleid, waar een verandering in het zorgaanbod uit voortvloeit. Met de komst van het Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang, zijn er steeds meer begeleid woonvoorzieningen ontstaan waar drugsgebruikers wordt toegestaan om op de eigen kamer drugs te gebruiken. Dat maakt dat deze mensen nu naast de gebruikruimte een andere plek hebben gekregen waar drugs gebruikt kunnen worden, als alternatief op de straat. Hierdoor kan het bezoekersaantal

in sommige gebruiksruimten zo sterk teruglopen dat tot sluiting wordt overgegaan. Andere ontwikkelingen, zoals een nieuwe aanwas van drugsgebruikers bijvoorbeeld uit de MOE-landen, zorgen ervoor dat gebruiksruimten nog altijd actueel blijven. Op dit moment telt Nederland 31 drugsgebruiksruimten. Na een stijging van het aantal drugsgebruiksruimten tussen 2001 en 2010 is het aantal gebruiksruimten in 2013 weer gedaald tot het niveau van 2003. Met de geplande sluiting van de gebruiksruimte in Den Haag op 1 maart 2014 zal deze daling zich verder doorzetten.

De alcoholgebruiksruimte is een relatief nieuw soort voorziening. In 1993 werd een eerste alcoholgebruiksruimte in gebruik genomen in Arnhem. Pas 10 jaar later volgden er meer verspreid door het land (met uitzondering van de drie noordelijke provincies), tot een totaal van 20. Waar een alcoholgebruiksruimte zich op dezelfde locatie bevindt als de drugsgebruiksruimte, kunnen bezoekers in de meeste gevallen van beide ruimten gebruik maken. Van alle alcoholgebruiksruimten is in deze inventarisatie een aantal kenmerken verzameld. Daarbij moet worden opgemerkt dat het hier om een eerste grove inventarisatie gaat, waarbij een aantal open vragen gezorgd hebben voor een hier en daar wellicht onvolledig beeld. Toch geven de resultaten een aardig eerste beeld van hoe deze voorziening in Nederland tot nu toe is vormgegeven.

Wat in de resultaten van deze inventarisatie vooral opvalt is de grote diversiteit tussen de alcoholgebruiksruimten in de regels rondom het alcoholgebruik en de regulering daarvan. Het gaat hier weliswaar om een legaal middel, maar wel om een middel dat grote lichamelijke en geestelijke negatieve effecten kan hebben. Het is niet voor niets dat de wenselijke huisregels die in de Richtlijn Alcoholgebruiksruimten staan beschreven met name gaan over het reguleren van het alcoholgebruik³. Drie van de daar beschreven regels komen ook terug in de antwoorden van de medewerkers van de alcoholgebruiksruimten in deze inventarisatie: een maximum aan het aantal drankjes dat iemand mag nuttigen, het vaststellen van een maximum tijd dat iemand van de alcoholgebruiksruimte gebruik mag maken, en het standaard blazen en daarbij hanteren van een maximum promillage (2.0). Het is enigszins verontrustend dat een aantal alcoholgebruiksruimten geen enkele beperking oplegt met betrekking tot het aantal consumpties dat genuttigd mag worden of de tijd dat iemand in de gebruiksruimte mag doorbrengen. Daarnaast werd maar bij een zeer klein aantal alcoholgebruiksruimten aangegeven dat blazen bij binnenkomst verplicht is. In de regulering van het alcoholgebruik valt bij een aantal locaties dus zeker nog winst te behalen. Bij een aantal locaties heeft de medewerker niets over deze specifieke regels gemeld. Vanwege de open vraagstelling naar de huisregels kan binnen deze inventarisatie niet onomstotelijk geconcludeerd worden dat er op deze punten geen regels worden gehanteerd, alleen dat deze regels niet genoemd zijn in de antwoorden van de medewerkers.

Bij de antwoorden over de functie van de gebruiksruimte valt op dat het verminderen van overlast en criminaliteit het vaakst wordt genoemd. En dat terwijl in de Richtlijn Alcoholgebruiksruimten wordt aangegeven: "*Het achterliggende idee bij alcoholgebruiksruimten is [...] gericht op het bieden van adequate zorg en hulp bij chronische drinkers...*"³ (p.2). Hoewel in de richtlijn erkend wordt dat overlastbestrijding vaak wel de aanleiding voor de opening van een alcoholgebruiksruimte kan zijn, wordt duidelijk de nadruk op de zorg aan de bezoeker gelegd. Bij drie alcoholgebruiksruimten werden zorg en hulp helemaal niet genoemd als functie.

Zoals aangegeven in de Richtlijn Alcoholgebruiksruimten is er nog nauwelijks onderzoek gedaan naar deze voorziening³. Nu er inmiddels al 20 alcoholgebruiksruimten bestaan in Nederland is het aanbevelingswaardig om onderzoek te doen naar de effecten van en ervaringen met deze nieuwe vorm van gebruiksruimten in Nederland. Deze inventarisatie geeft een eerste beeld van de huidige situatie op een aantal thema's, waar in vervolg onderzoek mogelijk op voortgeborduurd kan worden.

Referenties

¹ Havinga, P., & Poel, A. van der (2011). *Gebruiksruimten in Nederland Update van de handreiking bij organisatie en inrichting*. Utrecht: Trimbos-instituut.

² Havinga, P., & Poel, A. van der (2012). Organisatie en inrichting van gebruiksruimten in Nederland (2003-2010). *Verslaving*, 2, 44-54.

³ Essen, J.B. van, Horst, K.A.H. van der, Wieske, E.L., Ruyten, M.C.M., & De Jong, C.A.J. (2011). *Richtlijn Alcoholgebruiksruimten*. Amersfoort: Stichting Resultaten Scoren.

⁴ Bransen, E., Land, H. van 't, & Wolf, J. (2004). *Gebruiksruimten in Nederland. Trends en ontwikkelingen 2001-2003*. Utrecht: Resultaten Scoren/ Trimbos-instituut.

Deel C

Harm Reduction binnen (F)ACT-teams

Belangrijkste bevindingen:

- Onder de cliënten van (F)ACT-teams bevinden zich ook cliënten die te maken hebben met verslaving of misbruik van alcohol en drugs.
- In een deel van de ondervraagde teams gebruikt een groot deel van de cliënten hard drugs, maar slechts een klein aantal daarvan is injecterend drugsgebruiker.
- Methadon en buprenorfine wordt ook door GGZ-teams voorgeschreven, aan kleine aantallen cliënten.
- De term Harm Reduction wordt door (F)ACT-teamleiders erg breed geïnterpreteerd en veel breder getrokken dan alleen het beperken van de negatieve gevolgen van drugs gebruik.
- Er wordt bij alle ondervraagde teams standaard gescreend op somatische problematiek.
- Er wordt door GGZ teams nauwelijks standaard getest op infectieziekten en soa, ook niet in teams met veel harddruggebruikers. Teams die vanuit de verslavingszorg georganiseerd zijn doen dat wel.

Wat is ACT en wat is FACT?

ACT is een model om intensieve zorg te bieden aan mensen met langdurende of blijvende ernstige psychiatrische aandoeningen. ACT staat voor 'Assertive Community Treatment'. De 'Functie ACT', FACT, is een in Nederland ontwikkelde variant op ACT. De belangrijkste kenmerken van ACT zijn: outreachend werken, op de plek waar de cliënt zich bevindt, intensief contact, multidisciplinair en met een gedeelde caseload. FACT-teams werken ook volgens deze uitgangspunten, maar bedienen ook een doelgroep die minder intensieve zorg nodig heeft. Voor deze, meer stabiele, cliënten biedt het team individuele begeleiding door een casemanager. Wanneer voor deze cliënten een terugval in bijvoorbeeld psychose dreigt, er een crisis is of een opname nodig wordt, dan zet het FACT-team de 'Functie ACT' in. De patiënt krijgt dan zorg op het intensievere ACT niveau.

ACT richt zich dus vooral op de 'moeilijkste' mensen met langdurende of blijvende ernstige psychiatrische aandoeningen. Naast een psychiatrische stoornis hebben zij vaak ook problemen op vele andere leefgebieden zoals een verslaving, dak- en thuisloosheid, problemen met geld en werk en soms crimineel gedrag. De problemen zijn zó complex dat hun maatschappelijk leven ernstig verstoord raakt. Hoewel ze zonder hulp hun problemen niet kunnen oplossen, ontloopt deze patiëntengroep vaak zorg. Hun situatie is instabiel, ze komen regelmatig in crises terecht en moeten, soms ook onvrijwillig, worden opgenomen in psychiatrische ziekenhuizen. Waar ACT zich richt op de meest ernstige langdurende zorg patiënten, richt FACT zich in een bepaalde wijk of regio op alle patiënten van de psychiatrie.

ACT is in de jaren zeventig in de Verenigde Staten ontwikkeld en wordt ook in een aantal andere Europese landen toegepast. Het eerste Nederlandse ACT-team startte in Rotterdam in 2002. Nu zijn er ruim 30 teams actief, met name in de grotere steden. Er zijn inmiddels ook een aantal ACT-teams voor speciale doelgroepen actief, zoals jongeren, verslaafde-, forensische- en LVG-clieënten.

FACT is door GGZ Noord Holland Noord ontwikkeld en heeft zich de laatste jaren snel uitgebreid. FACT begon in de meer kleinstedelijke gebieden, maar wordt inmiddels ook in grote steden ingezet. Inmiddels zijn er ruim 250 FACT-teams actief. Rond de 15 daarvan zijn verslavings FACT- of ACT-teams, een minderheid daarvan is gecertificeerd. De Stichting Centrum Certificering ACT en FACT (CCAF) kent keurmerken toe aan ACT- en FACT-teams die voldoende modelgetrouw werken, de zogenaamde certificatie ACT of FACT.

Effectiviteit

Uit Amerikaans onderzoek is gebleken dat ACT effectief is in het verminderen van het aantal opnames in psychiatrische ziekenhuizen en het 'in zorg houden' van patiënten. Ze voelen zich minder ziek en doen beter mee in de maatschappij. Hierdoor verbetert de kwaliteit van hun leven.

Ook in Nederland wordt onderzoek gedaan naar de effectiviteit van ACT en FACT^{1,2}. Dit onderzoek bevestigt de onderzoeksresultaten uit het buitenland. Cliënten blijven langer in zorg en beschikken over een stabielere woonomgeving. Nederlands onderzoek naar FACT toonde een stijging in het percentage remissie* van FACT cliënten na invoering van het model³.

In een literatuuronderzoek naar (F)ACT verslavingsteams bleek dat het lastig is om de meerwaarde van ACT bij verslaafde cliënten aan te tonen. Er zijn wel aanwijzingen voor positieve effecten van een (eventueel aangepast) modelgetrouw ACT bij de doelgroep verslaafden, maar harde bewijzen zijn niet gevonden^{4,5}.

* Remissie is een situatie waarbij de symptomen van een (chronische) aandoening het dagelijks functioneren van de cliënt niet (langer) belemmeren.

Inventarisatie

(F)ACT is een nieuwe vindplaats geworden voor de doelgroep harddrugsgebruikers, aangezien voor veel (F)ACT cliënten dit hun enige contact met de hulpverlening is. Met de (F)ACT-teams die vanuit de GGZ ook harddrugsgebruikende cliënten bedienen, ligt het primaire contact met de hulpverlening voor deze cliënten niet meer vanzelfsprekend bij de verslavingszorg. Aandacht voor verslavingsgerelateerde gezondheidsproblemen en het toepassen van Harm Reduction om de schade van het gebruik zoveel mogelijk te beperken blijven voor deze doelgroep echter onverminderd van belang. Deze inventarisatie beoogt om een beeld te geven van de kennis over en praktijk van Harm Reduction binnen een representatieve steekproef van de bestaande (F)ACT-teams in Nederland. Daarbij zullen ook een aantal kenmerken van de (F)ACT-teams uit de steekproef in kaart worden gebracht om een en ander in een breder kader te plaatsen.

Methode

Voor deze inventarisatie is een steekproef genomen uit de 125 gecertificeerde Nederlandse FACT en ACT-teams. De teamleiders van vijftien FACT en ACT-teams zijn aangeschreven met het verzoek om een telefonisch interview af te nemen. Uiteindelijk is bij dertien teamleiders de vragenlijst telefonisch afgenomen. Eén FACT-team heeft de lijst schriftelijk ingevuld en geretourneerd. Bij de selectie van de steekproef is met de volgende kenmerken rekening gehouden om een representatief beeld van de Nederlandse situatie te geven: ACT en FACT, teams uit (groot)stedelijke en landelijke regio's, doelgroep (EPA^a, OGZ^b, forensisch en verslaving).

Thema's vragenlijst

Voor de inventarisatie Harm Reduction binnen (F)ACT-teams is een vragenlijst ontwikkeld, bestaande uit vier thema's:

1. **Organisatie:** plek in de organisatie, financiering, startjaar, grootte en samenstelling team.
2. **Doelgroep:** toelatingscriteria, aantal cliënten, aantal (injecterend) harddrugsgebruikers, veranderingen in de groep harddrugsgebruikers en zorgduur.
3. **Opiaatonderhoudsbehandeling:** voorschrijven opiaat substitutiemiddelen, aan hoeveel cliënten en gebruik van de RIOB.
4. **Infectieziekten & Harm Reduction:** kennis harm reduction, voor hoeveel cliënten van belang, aanbod en inhoud op harm reduction of gezondheidsvoorlichting, opleiding en protocollen, somatische screening, aanbod testen op infectieziekten & soa, spuitomruil en beschikbaarheid andere materialen.

^a Ernstige Psychiatrische Aandoening, ^b Openbare Gezondheidszorg.

Bevindingen inventarisatie

1 Organisatie

Voor deze inventarisatie zijn teamleiders van zeven ACT- en zeven FACT-teams gesproken. Twee ACT- en zes FACT-teams zijn volledig vanuit een GGZ instelling georganiseerd en één FACT-team vanuit een verslavingsinstelling. Vijf ACT-teams zijn gezamenlijk door een GGZ- en een verslavingszorginstelling opgezet.

Alle teams richten zich op volwassenen en vallen organisatorisch onder verschillende onderdelen in de organisatie, afhankelijk van de manier waarop een instelling dat georganiseerd heeft. Meestal is dat een divisie, sector of cluster 'volwassen' of 'langdurende zorg'. Soms ook 'ambulant'. In onderstaande tabel 3.1 staan de kenmerken van de teams genoemd. De teamnummers (kolom 1) komen in de figuren op de volgende pagina's terug.

Tabel 3.1 Kenmerken van de (F)ACT-teams die in deze inventarisatie worden beschreven.

Team nr.	Waar	Wie	Wat	Financiering
1	Tilburg	VOF DD/Breburg-Novadic-Kentron	ACT Forensisch	Zorgverzekering Justitie
2	Tilburg	VOF DD/Breburg-Novadic-Kentron	ACT Dubbele diagnose	Zorgverzekering
3	Breda	VOF DD/Breburg-Novadic-Kentron	ACT (regulier)	Zorgverzekering
4	Amsterdam	Arkin/Mentrum	ACT (deels forensisch)	Zorgverzekering Gemeente (niet WMO) Justitie
5	Groningen (stad)	Lentis/VNN	ACT bemoeizorg	Zorgverzekering
6	Zwolle	Dimence	ACT (regulier)	AWBZ
7	Utrecht (stad)	Altrecht	ACT (verslaving, deels forensisch)	Zorgverzekering AWBZ Justitie
8	Rotterdam	Bavo Europoort Parnassia	FACT maatschappelijke opvang	Gemeente (niet WMO) AWBZ
9	Venlo/Blerick	Vincent van Gogh	FACT (regulier)	Zorgverzekering
10	Castricum	Dijk en Duin	FACT (regulier)	Zorgverzekering
11	Heiloo/Bergen	GGZ Noord Holland Noord	FACT (deels OGGZ)	Zorgverzekering Gemeente WMO AWBZ
12	Arnhem	Pro Persona	FACT OGGZ (enkele forensische clienten)	Zorgverzekering Justitie
13	Utrecht (stad)	Altrecht	FACT (regulier)	Zorgverzekering
14	Rotterdam	BoumanGGZ	FACT verslaving	Zorgverzekering AWBZ

Financiering

(F)ACT zorg wordt uit verschillende bronnen gefinancierd, meestal afhankelijk van de doelgroep die het team bedient. Het merendeel van de teams ontvangt financiering vanuit de zorgverzekering (twaalf teams, gelijke aantallen ACT en FACT). De twee teams die hun geld niet van de zorgverzekeraar krijgen, worden uit de AWBZ betaald. Drie andere teams worden gedeeltelijk uit de AWBZ gefinancierd, dit zijn zowel ACT als FACT-teams, met verschillende doelgroepen. De teams die forensische plekken hebben worden voor dit deel door justitie betaald. Drie teams krijgen (een deel) van hun geld van de gemeente.

Kenmerken teams

Teams bestaan gemiddeld 5,8 jaar (oudste team 10 jaar, jongste 1,5 jaar). Het aantal teamleden staat los van de organisatievorm (ACT versus FACT) maar is uiteraard wel gerelateerd aan het aantal cliënten dat het team heeft. Gemiddeld werken er twaalf mensen in de teams, met een range van minimaal zeven tot maximaal vijftien teamleden.

Teamsamenstelling

(F)ACT-teams zijn multidisciplinair samengestelde teams. Volgens het ACT model zit er in een team in ieder geval een psychiater, verslavingsdeskundige, ervaringsdeskundige, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en maatschappelijk werker.

Alle teams hebben inderdaad een psychiater, sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, agogen (SPH/SPW) en maatschappelijk werkers (of materieel/sociaal-jurisch dienstverleners) in hun team. Wat opvalt, is dat een minderheid (vijf teams) een ervaringsdeskundige in dienst heeft. Slechts drie teams melden een verslavingsdeskundige in het team te hebben. Verder werken er verpleegkundigen (tien teams), psychologen (negen teams), trajectbegeleiders (zes teams), (basis)artsen (vijf teams) en woonbegeleiders (vier teams) in de diverse teams.

2 Doelgroep

Toelatingscriteria

De volgende toelatingscriteria worden gehanteerd:

- Minimale leeftijd: alle teams richten zich op volwassenen, dat betekent meestal 18 jaar en ouder. Voor twee teams is dat 23 jaar en ouder. Eén (psychose)team hanteert als minimale leeftijd 25 jaar, omdat er in die regio ook een eerste psychose team actief is waar jongeren geholpen worden. Een aantal teamleiders geven aan dat 18 jaar weliswaar de minimumleeftijd is, maar dat zij in de praktijk liever 23 jaar hanteren omdat het de vraag is of ACT zorg wel nodig is voor mensen die zo jong zijn.
- 'Inwoner zijn van de regio' is voor twaalf teams een toelatingscriterium. Twee teams (OGGZ) hanteren dit toelatingcriterium niet. Drie teams richten zich alleen op inwoners van hun stad (Zwolle, Utrecht en Groningen).
- In tien teams moeten cliënten bij aanmelding verzekerd zijn. Drie teams die dat niet vragen richten zich op OGGZ en bemoeizorg cliënten, waarbij het regelen van een zorgverzekering vervolgens een van de eerste doelen is. Een ander (niet-OGGZ) team voert hetzelfde beleid. Overigens geven ook een aantal van de teams die verzekerd zijn wel als toelatingscriterium hanteren aan, hier wel eens van af te wijken.
- Ingeschreven staan bij een GGZ- of verslavingszorginstelling bij aanmelding wordt verplicht gesteld door zeven teams. De overige teams schrijven de cliënt in na aanmelding of krijgen vooral ingeschreven cliënten doorverwezen vanuit andere onderdelen van de instelling.

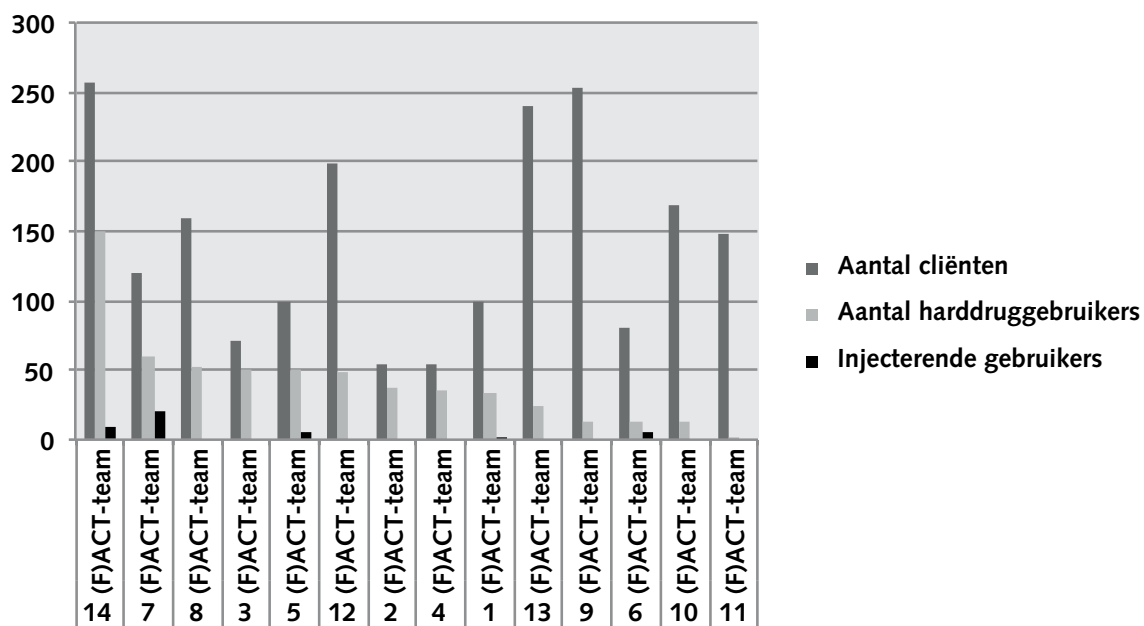
Al dan niet bekend zijn bij de politie, overlast veroorzaken of dakloos zijn, worden niet als toelatingscriterium gehanteerd. Als meer specifieke criteria zijn genoemd: As 1 problematiek met complexe problemen, dubbele diagnose problematiek en duale hulpverlening in voorgeschiedenis, EPA (soms met nadruk op psychotische stoornissen), zorgmijndend en/of zorgwekkend zijn en het geregeld zijn van reclasseringstoezicht bij de start van de behandeling door het (F)ACT-team.

Kenmerken cliënten

Gemiddeld hebben de teams 143 cliënten. Zoals te verwachten hebben ACT-teams gemiddeld minder cliënten (83, min. 54 – max. 120) dan FACT-teams (203, min. 148 – max. 256).

Het aantal harddruggebruikers per team wisselt sterk. Gemiddeld hebben teams 41 (29%) harddruggebruikers onder hun cliënten (range: 1-150) . Deze zijn echter erg ongelijk over de teams verdeeld. Zoals in grafiek 3.1 te zien is heeft het FACT-team van BoumanGGZ (verslavingszorg) de meeste harddruggebruikers. Daarna volgt een mix van FACT- en ACT-teams die gemeen hebben dat zij de meer (groot)stedelijke teams zijn én zich richtten op een OGGZ/bemoeizorg doelgroep.

Het aantal injecterende gebruikers onder deze harddruggebruikers is klein. In zes teams wordt niet gespoten, drie teamleiders wisten geen aantal te noemen maar melden dat als het voorkwam, het sporadisch en ongebruikelijk was. Vijf teams melden dat cliënten drugs spuiten, in aantal uiteenlopend van 1 tot 20. Dat zijn niet allemaal de teams die de meeste harddruggebruikers onder hun cliënten tellen.



Grafiek 3.1 Aantal cliënten en daarin het aantal harddruggebruikers en injecterende gebruikers per (F)ACT-team.

Veranderingen in de groep harddruggebruikende cliënten

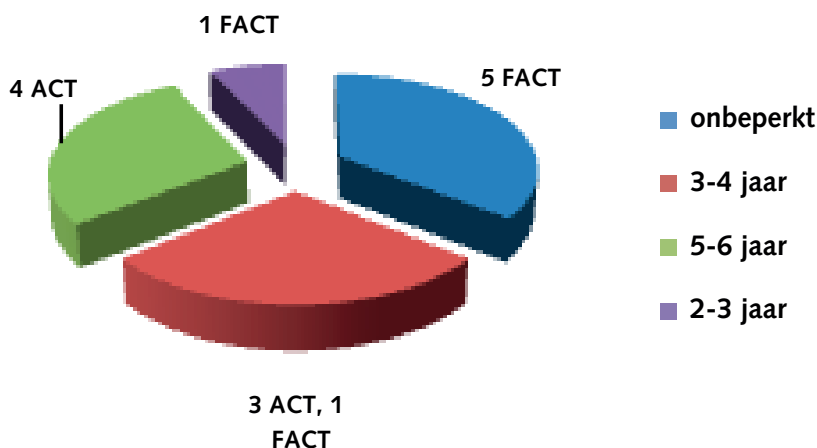
De groep opiatengebruikers is al langere tijd stabiel klein in de (F)ACT-teams en neemt langzaam af. Ook worden er minder injecterende drugsgebruikers gezien in de teams. De groep dubbele diagnose cliënten (verslaving en psychiatrie) lijkt groter te worden.

Onduidelijk is of het een echte groei betreft of dat er sprake is van betere signalering, bemoeizorg en ketenzorg. De teams zien daarnaast meer complexe problematiek, meer jongeren en jonge mannen (30-40 jaar) onder harddrug gebruikende cliënten. Qua gebruik zien zij een toename in cocaïne, amfetamine/speed, GHB en polydrugsgebruik.

Zorgduur

In principe is zorg door (F)ACT-teams langdurig en wordt zorg gegeven zolang als de cliënt dat nodig heeft. Teamleiders melden dat de druk op uitstroom echter toeneemt. In figuur 3.1 wordt het gemiddeld aantal jaren dat een cliënt in zorg is weergegeven.

Figuur 3.1 Het gemiddeld aantal jaren dat cliënten in zorg zijn bij een (F)ACT-team.



3 Opiaatonderhoudsbehandeling

In een minderheid van de teams worden opiaat substitutiemiddelen voorgeschreven. In tabel 3.2 wordt het aantal cliënten weergegeven waarbij methadon of buprenorfine wordt voorgeschreven vanuit het (F)ACT-team. De Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB) wordt hier meestal niet standaard of slechts gedeeltelijk bij ingezet. In vier van de vijf teams waar methadon wordt voorgeschreven gaat het om GGZ teams en om kleine aantallen cliënten. De uitzondering daarop is het FACT-team van BoumanGGZ met 200 methadoncliënten (op een totaal van 256 cliënten). Het voorschrijven van buprenorfine is nog minder gebruikelijk, drie teams doen dit voor een enkele cliënt. Opnieuw is het FACT-team van BoumanGGZ de uitzondering met tien cliënten die buprenorfine voorgeschreven krijgen.

Tabel 3.2 Aantal cliënten per (F)ACT-team waarbij methadon of buprenorfine wordt voorgeschreven vanuit het (F)ACT-team voor de vijf teams waarbij dit van toepassing is.

	Methadon	Buprenorfine
Dimence ACT	1	0
Altrecht ACT	6	0
Bouman GGZ FACT	200	10
Mentrum ACT	17	2
BAVO-Europoort/Parnassia FACT	2	0
Lentis/VNN ACT	0	3

4 Infectieziekten & Harm Reduction

In de inventarisatie is gevraagd naar wat de teamleiders weten over Harm Reduction. Allereerst valt op dat twee teamleiders de term niet kennen. Door de andere teamleiders wordt de term Harm Reduction veel breder getrokken dan schadebeperking bij gebruik. Enkele representatieve uitspraken zijn:

- “Ervoor zorgen dat het beter en in ieder geval niet slechter met de cliënt gaat. Zorgen dat de leefwijze leidt tot een minimum aan overlast voor cliënt en zijn omgeving.”
- “Schade beperken op het moment dat mensen wegzakken, contact houden en vanuit daar mensen stabiel houden. Beperken van erger, zoeken naar stappen hoe klein ook vanuit hoop.”
- “Inzetten van interventies om cliënt lichamelijk en geestelijk goed te laten functioneren”.

Teamleiders die meer met harddrugsgebruikers te maken hebben, noemen meer druggerelateerde doelen:

- “Inzetten op verantwoord gebruik, zo gezond mogelijk gebruiken. Zorg met oog voor de gezondheid van de patiënt en de lichamelijke omstandigheden.
- “Zorgen dat de kwaliteit van leven zo hoog mogelijk is. Kijken wat er nog kan met de verslaving en open staan voor andere middelen met minder schade”.

Vervolgens is de omschrijving van Harm Reduction gegeven zoals in het kader hieronder beschreven staat. En is de teamleiders gevraagd in welke mate zij dit van belang achten voor hun eigen cliënten.

Harm Reduction

Het doel van Harm Reduction is het beperken van de negatieve gevolgen van druggebruik, waarbij de acceptatie van het (drug)gebruik voorop staat. De vermindering van het gebruik zelf is geen specifieke doelstelling van Harm Reduction. Harm Reduction kan gericht zijn op het beperken van gezondheidschade voor de gebruiker zelf, maar ook op de beperking van sociale en economische gevolgen voor de omgeving van de gebruiker en de samenleving. Tenslotte kan Harm Reduction betrekking hebben op zowel beleidsmaatregelen en programma's als op interventies.

De teamleiders vinden unaniem dat voor alle harddrugsgebruikers uit hun team Harm Reduction aan de orde is. Maar minstens zo belangrijk vinden zij dit voor de zware alcoholgebruikers en voor cliënten met zware psychiatrische klachten.

Het door de teamleiders beschreven eigen aanbod op Harm Reduction of gezondheidsvoorlichting is door de brede opvatting van de term eveneens breed en beslaat allerlei interventies en activiteiten op het gebied van wonen, gezondheid en leefstijl. De teams met een hoger aantal verslaafden, en met name het team van BoumanGGZ, noemen interventies als spuitenruil, detox, voorlichting over gebruik en groepen over verslaving.

Ander genoemd aanbod is ingedeeld in de volgende aandachtsgebieden:

- Overlastbestrijding:** Contact met wijkdiensten (woning, huisarts) gericht op wonen zonder overlast, overleg met wijkagent.
- Systeem:** Inschakelen steunsysteem, inzetten op contact met de omgeving, contact met omgeving/systeem rond wonen en werken rond leefbaarheid.
- Somatisch:** Metabole screening, gezondheidsmonitor, metabole poli, somatisch onderzoek.
- Psycho-educatie:** Informatie naar huisartsen, cliënten individueel informatie geven, alternatieven aanbieden, folders/internet, verwijzen als ze echt iets willen, voorlichting over gebruik (wat doet het met je/hoe kom je ervan af).

Leefstijl: Health4U, gezondheid voeding en hygiëne, Internetmodule gezond leven, running group, wandelgroep, terugvalpreventiegroep, yoga, fitness en mindfulness, tijdelijke detox opname eens in 3 maanden om aan te sterken (slapen/eten), even abtinent voor mogelijkheid goed onderzoek naar klachten en tandheelkunde, wekelijkse groepen in de Beschermd woonvormen.

Harm Reduction en gezondheidsbevordering wordt op een actieve manier aangeboden, niet zozeer als een regelmatig terugkerend of standaardaanbod, maar aangepast aan de situatie, gedrag of conditie van de cliënt. Veelal gebeurt dit individueel maar zes teams werken (merendeel FACT) ook met groepen.

Opleidingseisen voor Harm Reduction

De (F)ACT-teams bieden aan of vragen van medewerkers die Harm Reduction interventies uitvoeren (meestal) geen specifieke training. Wel hebben deze medewerkers veelal een verpleegkundige of medische achtergrond. Dat zijn basisartsen, psychiaters, (verslavings)verpleegkundigen en sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen (SPV). Ook de FACT-opleiding wordt hier genoemd.

Protocollen en richtlijnen voor Harm Reduction

Rond de somatische/metabole screening werken elf teams volgens protocollen. Het FACT-team van BoumanGGZ noemt ook protocollen rond hepatitis-screening en behandeling.

Somatische screening

Cliënten in alle teams worden gescreend op somatische klachten/ziekten. In elf teams worden alle cliënten standaard gescreend. Drie teams screenen een deel van de cliënten. Zij screenen alleen op indicatie of gekoppeld aan anti-psychotica gebruik.

Bijna alle teams screenen jaarlijks, gekoppeld aan de intake en daarna aan de jaarlijkse behandelplanbespreking (met uitzondering van één team waar de screening pas recent is ingevoerd en nog niet duidelijk is met welke regelmaat het herhaald gaat worden). Wordt er van de jaarlijkse screening afgeweken, dan is er of iets met een cliënt aan de hand, of de screening is aan medicatiegebruik gekoppeld waardoor de cliënt vaker gezien en gescreend moet worden.

Testen op infectieziekten en seksueel overdraagbare aandoeningen (soa)

Het is niet gebruikelijk in (F)ACT-teams om cliënten standaard te testen op infectieziekten en soa, ook niet in teams met een hoog percentage harddruggebruikers. Alleen het FACT-team van de BoumanGGZ en het ACT-team van Dimence testen standaard hun cliënten op infectieziekten en soa. Door zes teams worden testen aangevraagd bij het vermoeden van infectieziekten of soa. Als testen aangevraagd worden dan gaat het om HIV (twee teams), hepatitis C (drie teams), hepatitis B (drie teams), TBC (één team), en soa (twee teams).

Testuitslagen worden meestal op een vaste plek in het elektronisch patiënten dossier (EPD) geregistreerd. De toegankelijkheid van uitslagen wisselt. Meestal heeft het hele team toegang, een enkele keer is de registratie alleen toegankelijk voor de arts en de verpleegkundig specialist. In dat geval wordt er wel een somatisch verslag gemaakt voor de andere teamleden.

Tabel 3.3 Onderwerpen van gezondheidsvoorlichting

	Nee	Ja	Weet niet
Veilig gebruik	2	11	1
Infectieziekten	2	11	1
Hygiëne	1	12	1
Veilige seks/soa	1	12	1

De 'nee' antwoorden zijn afkomstig van twee teams. Eén team heeft nauwelijks harddrugsgebruikers, de andere echter wel. De 'weet niet' antwoorden zijn afkomstig van verschillende teams. Andere onderwerpen die genoemd worden zijn: alcohol, combinatie gebruik/psychiatrie, roken, voeding, bewegen, dagbesteding en metabole risicofactoren.

Spuitomruil

Vier teams bieden de mogelijkheid tot spuitomruil, dat zijn de 3 ACT-teams die deels vanuit de verslavingszorg worden aangeboden en het FACT-team van BoumanGGZ. De andere twee teams met injecterende drugsgebruikers bieden weliswaar niet zelf een mogelijkheid voor spuitomruil, maar maken hiervoor gebruik van de diensten van de verslavingszorg in de regio. Het BoumanGGZ FACT-team wijkt af van de andere teams in de zin dat zij ook andere materialen voor gebruikers verschaffen (condooms, stericups, glijmiddel, filters, ascorbinezuur en alcoholdoekjes). Bij vier andere teams kunnen cliënten wel condooms krijgen.

Discussie

(F)ACT-teams richten zich op mensen met langdurende of blijvende ernstige psychiatrische aandoeningen. Dat betekent dat cliënten met een alcohol- en middelenverslaving (of misbruik) tot de doelgroep van deze teams behoren. (F)ACT-teams richten zich op een hele grote groep cliënten waardoor er inmiddels meer specialistische (F)ACT-teams zijn ontstaan, die zich richten op forensische cliënten, jongeren, eerste psychose of verslaafden. Deze specialisatie is een van de redenen dat het percentage cliënten dat harddrugs gebruikt erg kan wisselen per team. Er zijn teams met geen enkele harddrugsgebruiker en er zijn teams waarvan de helft of meer van de cliënten harddrugs gebruikt.

Iets minder dan een derde van de totale cliëntenpopulatie van de ondervraagde teams gebruikt harddrugs, maar het aantal injecterende drugsgebruikers is erg klein. Teamleiders melden dat zij nooit veel injecterende drugsgebruikers onder hun cliënten hebben gehad ((F)ACT-teams zijn een redelijk recente constructie) en dat zij de groep geleidelijk verder zien afnemen. Aan de andere kant zien zij een toename van meer complexe (o.a. dubbele diagnose) problematiek, meer jongeren en meer jonge mannen (30-40 jaar) onder harddrugsgebruikende cliënten. Cliënten gebruiken in toenemende mate cocaïne, amfetamine/speed, GHB en er wordt een toename in polydrugsgebruik gezien.

Het uitvoeren van een opiaatonderhoudsbehandeling door (F)ACT-teams zelf is niet gebruikelijk maar komt wel voor. Het gaat dan om methadon en buprenorfine en het betreft kleine aantallen cliënten (met uitzondering van het FACT-team van BoumanGGZ, dat vanuit de verslavingszorg is georganiseerd). De Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB) wordt hierbij niet altijd of slechts gedeeltelijk gebruikt en lijkt niet goed bekend te zijn buiten de verslavingszorg.

De betekenis van de term Harm Reduction is niet goed bekend in de (F)ACT-teams. De teams zijn veelal vanuit GGZ instellingen georganiseerd waar de term en de bijbehorende interventies geen gemeengoed zijn. Meer bekendheid over deze interventies in de GGZ teams is aan te raden. Harm Reduction wordt opgevat alles wat met leefstijl te maken heeft en de term, met de mogelijke interventies daarbij, wordt door de teamleiders dan ook als veel breder omschreven. Nadat ze de term toegelicht kregen, is gevraagd voor wie de teamleiders Harm Reduction van belang vinden. Dat zijn alle harddrugsgebruikende cliënten, maar minstens zo belangrijk vinden zij het voor de zware alcoholgebruikers.

In (F)ACT-teams wordt over het algemeen standaard en regelmatig gescreend op somatische problematiek, met name op metabole risicofactoren. Het valt op dat hoewel harddrugsgebruik regelmatig voorkomt in de (F)ACT-teams, er relatief weinig aandacht is voor infectieziekten en seksueel overdraagbare aandoeningen (soa). Het komt wel in individuele gesprekken aan de orde, maar er is geen standaard testaanbod.

Referenties

¹ Bak, M., Os, J. van, Delespaul, P., Bie, A. de, Campo, J.A., Poddighe, G., & M. Drukker (2007). An observational 'real life' trial of the introduction of Assertive Community Treatment in a geographically defined area using clinical rather than service use outcome criteria. *Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 2007, 42, 2, 125 - 130.

² Drukker, M., Maarschalkerweerd, M., Bak, M., et al (2008). A real-life observational study of the effectiveness of FACT in a Dutch mental health region. *BMC Psychiatry*, 2008, 8, 93.

³ Haan, J. de, Ruiters, G. de, Neijmeijer, S., et al (2012). *Onderzoek naar de meerwaarde van de inzet van Functie Assertive Community Treatment (FACT). Verkennende analyse van de invloed van FACT in de regio op basis van declaratiegegevens*. Utrecht: Zorgverzekeraars Nederland.

⁴ Sande, Y. van de, & Neijmeijer, L. (2011). *Modelbeschrijving (F)ACT Verslavingspsychiatrie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

⁵ Vugt, M.D. van, Kroon, H., Delespaul, P.A.E.G., & Mulder C.L. (2013). Assertive Community Treatment and Associations with Substance Abuse Problems. *Community Mental Health Journal*, published online, DOI 10.1007/s10597-013-9626-2.

Slotwoord

Het doel van deze inventarisatie was een overzicht te bieden van aantal, locatie, organisatie en aandacht voor gezondheid binnen een aantal Harm Reduction voorzieningen in Nederland. De focus lag daarbij op de opiaatonderhoudsbehandeling, alcohol- en drugsgebruiksruimten en (F)ACT-teams.

De aansluiting van het bestaande aanbod op de wensen en behoeften van harddrugsgebruikers was geen onderwerp van deze inventarisatie. Het is daarom op basis van de hier gepresenteerde resultaten niet mogelijk om uitspraken te doen over of het huidige aanbod voldoende aansluit op de behoefte die er bij harddrugsgebruikers is op het gebied van Harm Reduction en gezondheid. De resultaten van deze inventarisatie bieden mogelijk wel een goed vertrekpunt voor vervolgonderzoek, waarin de specifieke kenmerken en behoeften van de doelgroep in kaart worden gebracht.

Het aanbod

In Nederland zijn er anno 2013:

- 82 locaties waar een opiaatonderhoudsbehandeling met methadon wordt aangeboden vanuit de verslavingszorg
- 18 locaties waar opiaatverslaafden worden behandeld met heroïne op medisch voorschrift
- 31 drugsgebruiksruimten
- 20 alcoholgebruiksruimten
- 125 gecertificeerde (F)ACT-teams (zoals gemeld op de website van de CCAF).

Uitspraken over of er '(on)voldoende' voorzieningen zijn waar harddrugsgebruikers terecht kunnen voor preventie en zorg zijn op basis van deze aantallen niet mogelijk. In deze inventarisatie is het aanbod als uitgangspunt genomen. De hoogste concentratie van deze Harm Reduction voorzieningen is te zien in de Randstad en midden Nederland. Noordoost Nederland en Zeeland zijn gebieden met de minste Harm Reduction voorzieningen. Op de steden Groningen, Leeuwarden en Vlissingen na is er in deze gebieden alleen een aantal locaties waar een methadonbehandeling wordt aangeboden. Opvallend is ook dat er geen alcoholgebruiksruimten zijn in Rotterdam en Den Haag. Dit is exemplarisch voor het feit dat de grootte van gemeente niet altijd bepalend is bij de aanwezigheid of omvang van deze voorzieningen.

Bij de gebruiksruimten voor drugs is er, na een piek in 2004-2005, een dalende trend zichtbaar. Een verklaring voor deze dalende trend is voor een groot deel gelegen in de afname van het aantal daklozen¹. De afgelopen jaren zijn de alcoholgebruiksruimten, de heroïne behandelcentra en de (F)ACT-teams (relatief nieuwe vormen van Harm Reduction) in aantal toegenomen. Toch hebben 10 van de 18 medische heroïne behandelcentra niet alle plekken gevuld. De strikte inclusiecriteria en daarmee samenhangend de afname van de doelgroep van de behandeling zijn mogelijk verklarende factoren. Het is onduidelijk of er een stijging of daling heeft plaatsgevonden in het aantal locaties met methadonbehandeling, omdat er geen eerdere cijfers over het aantal locaties bekend zijn. De gegevens uit het LADIS laten een duidelijke daling zien in het aantal opiaatcliënten in de verslavingszorg². Echter, dit zegt niets over het aantal locaties waar de methadonbehandeling voor deze cliënten beschikbaar is. De locaties die binnen deze inventarisatie in kaart zijn gebracht kunnen een basis bieden om de trend in de beschikbaarheid van de methadonbehandeling te kunnen volgen.

Aandacht voor gezondheid

Bij de medische heroïnebehandeling en de (F)ACT steekproef is gevraagd naar de aandacht voor de gezondheid van cliënten in de vorm van somatische screening, testaanbod voor infectieziekten en voorlichting over onder andere veilig gebruik en veilige seks. Bij deze voorzieningen blijkt de aandacht voor de somatische screening vrijwel overal standaard aanwezig te zijn. Bij de medische heroïnebehandeling vindt de screening meestal halfjaarlijks of jaarlijks plaats door een arts of verpleegkundige/verpleegkundig specialist. Binnen de (F)ACT steekproef wordt meestal jaarlijks gescreend, gekoppeld aan behandelplanbespreking.

Binnen deze voorzieningen wordt niet altijd standaard op alle volgens de richtlijnen relevante infectieziekten getest. Bij de medische heroïnebehandeling is er wel op alle locaties aandacht voor het testen op infectieziekten, maar het moment waarop en op welke infectieziekten standaard getest wordt wisselt nogal. Zo wordt er bij de ene locatie standaard halfjaarlijks op de relevante infectieziekten getest, terwijl op een andere locatie er alleen getest wordt op indicatie. Het standaard testen op infectieziekten is in de (F)ACT-teams een stuk minder gebruikelijk. Wanneer getest wordt, wordt net als bij de medische heroïnebehandeling, met name op hepatitis B en hepatitis C getest. Bij de medische heroïnebehandeling is ook het aanbieden van de vaccinatie tegen hepatitis B, de doelgroep voor deze vaccinatie en de rol van de verslavingszorg bij de behandeling van cliënten voor hepatitis C niet eenduidig geregeld tussen de verschillende locaties.

Waar binnen de medische heroïnebehandeling de verstrekking van schone spuiten en condooms, en de aandacht voor gezondheidsvoorlichting bijna overal aanwezig is, is dit binnen de ondervraagde (F)ACT-teams met name voor de verstrekking van schone spuiten en condooms veel minder het geval.

Bij de alcoholgebruiksruimten werd er ook een sterke variatie gevonden in de uitwerking van de Harm Reduction maatregel om regels op te stellen ter regulering van het alcoholgebruik. Regels die bepalen wat en hoeveel er gedronken mag worden en binnen welke tijdsspanne, kunnen een belangrijke rol spelen in het beperken van de gezondheidsschade van het alcoholgebruik. Echter, niet alle alcoholgebruiksruimten hanteerden dergelijke regels en waar er regels zijn, zijn deze niet altijd gelijk tussen de verschillende alcoholgebruiksruimten. Opvallend was bijvoorbeeld dat bij de ene gebruikersruimte mensen ongelimiteerd kunnen drinken (in ieder geval geen vaste regels hierover opgesteld), terwijl in een andere ruimte er een verplichte pauze van 1 uur is tussen elke consumptie. Bovendien is er, waar regels zijn opgesteld, geen eenduidigheid. Zo hebben bijvoorbeeld acht gebruikersruimten een maximum aantal consumpties gesteld, maar varieert het vastgestelde maximum van drie tot tien blikken halve liters bier per dag.

Richtlijnen

In de Richtlijn Opiaatverslaving³ en de Richtlijn Alcoholgebruiksruimten⁴ zijn onderdelen opgenomen die specifiek gericht zijn op de beperking van gezondheidsschade bij alcohol- en drugsgebruik (Harm Reduction). Uit deze inventarisatie blijkt dat deze onderdelen niet overal in de praktijk (systematisch) worden toegepast. Het gaat dan bijvoorbeeld om de screening op infectieziekten en het reguleren van het drinkgedrag in de alcoholgebruiksruimten. Maar ook de opiaatonderhoudsbehandeling wordt bijvoorbeeld binnen de (F)ACT-teams niet altijd volgens de daarvoor bestemde richtlijn uitgevoerd. Sterker nog, deze richtlijn is niet bij alle teams waar deze behandeling geboden wordt bekend.

Richtlijnen worden niet voor niets ontwikkeld. Een richtlijn kan ervoor zorgen dat een bepaalde behandeling door verschillende behandelaars op verschillende plaatsen altijd geleverd wordt volgens de beste en meest effectieve manier en gebaseerd op actuele wetenschappelijke kennis. Eenduidige en goede zorg kan alleen worden gerealiseerd indien de beschikbare richtlijnen, inclusief de Harm Reduction onderdelen daarin, voldoende bekend zijn bij en toegepast worden door alle relevante behandelaren. Hierbij is ook de toegankelijkheid van zorg van belang. Regionale verschillen in de organisatie van zorg zijn niet altijd te voorkomen, maar op een bepaald minimaal noodzakelijk niveau zouden drugsgebruikers overal in Nederland dezelfde toegang moeten hebben tot gelijke en verantwoorde preventie en zorg. Gezien de resultaten van deze inventarisatie, zijn er wat betreft Harm Reduction binnen de zorg aan harddrugsgebruikers nog wel een aantal verbeteringen mogelijk.

De toekomst van Harm Reduction

Zo lang er sprake is van problematisch gebruik van alcohol en/of drugs door mensen die om welke reden dan ook niet of nauwelijks in staat zijn om (direct) iets aan het gebruik te veranderen, zal het nodig blijven om aandacht voor Harm Reduction te blijven houden. Toch zal elke keer opnieuw bekeken moeten worden op welke manier deze aandacht georganiseerd dient te worden, aangezien veranderingen in beleid en de doelgroep leiden tot veranderingen in het aanbod aan Harm Reduction voorzieningen. Dit is bijvoorbeeld goed terug te zien in het aantal drugsgebruikers dat in de loop van de tijd in aantal is toe- en vervolgens weer afgenomen.

Recente veranderingen in de doelgroep, die door zowel medewerkers van de medische heroïnebehandelcentra als de (F)ACT-teams worden gesignaleerd, zijn de toename van polydrugsgebruik (met name cocaïne, alcohol, speed en GHB worden genoemd) en een toename in complexe problematiek. Daarnaast is uit andere bronnen bekend dat dakloosheid ook onder harddrugsgebruikers is afgenomen, en dat de groep problematische opiatengebruikers een ouder en kleiner wordende groep is waarbinnen het injecterend drugsgebruik laag is⁵. Met een veranderende doelgroep is het bijvoorbeeld interessant te kijken naar de inclusiecriteria van bepaalde voorzieningen. Zo zijn de criteria om aan de medische heroïnebehandeling deel te nemen vrij strikt en zijn er veel behandelcentra waar niet van de volledige capaciteit aan behandelplaatsen gebruik wordt gemaakt. Mogelijk zijn er gebruikers die wel baat kunnen hebben bij deze behandeling, maar hier nu niet voor in aanmerking komen.

Uit de inventarisatie onder (F)ACT-teams bleek dat teamleiders van veel teams (met name GGZ-teams) niet goed op de hoogte zijn van Harm Reduction, terwijl het belang voor de alcohol- en drugsgebruikende cliënten hoog wordt ingeschat. Harddrugsgebruikers die voorheen dakloos waren, verblijven nu veelal in hostels of begeleid wonen voorzieningen, waarbij het gebruik van drugs op de kamer vaak is toegestaan. Hierdoor is de behoefte aan drugsgebruikersruimten gedaald, maar is de noodzaak van kennis en vaardigheden op het gebied van Harm Reduction voor medewerkers van deze woonvoorzieningen toegenomen. Bij Harm Reduction in Nederland gaat het dus tegenwoordig niet altijd meer om aparte Harm Reduction voorzieningen, maar ook om de Harm Reduction principes en maatregelen te integreren in de bestaande zorgstructuren rondom deze doelgroep.

Aandacht voor gezondheid en de screening op relevante aandoeningen, zoals infectieziekten, is daarbij blijvend belang gezien de ouder wordende doelgroep en de toename aan comorbiditeit. Hoewel bijvoorbeeld bekend is dat de prevalentie van hepatitis C onder harddrugsgebruikers vele malen hoger ligt dan in de algemene bevolking, worden lang niet alle cliënten vanuit de medische heroïneverstrekking of binnen de (F)ACT

zorg standaard hierop getest. Preventie, opsporing en behandeling van infectieziekten, maar ook van andere aandoeningen die bij deze ouder wordende groep van belang zijn, is nodig om de kwaliteit van leven binnen deze doelgroep te verhogen en behouden.

Referenties

¹ Havinga, P., & Poel, A. van der (2012). Organisatie en inrichting van gebruiksruidten in Nederland (2003-2010). *Verslaving*, 2, 44-54.

² Laar, M.W. van, Cruits, A.A.N., Ooyen-Houben, M.M.J. van, Meijer, R.F., Croes, E.A., Ketelaars, A.P.M., Verdurmen, J.E.E., Brunt, T., & Sheikh-Alibaks, R. (Red.) (2013). *Nationale Drug Monitor: Jaarbericht 2012*. Utrecht/Den Haag: Trimbos-instituut/WODC.

³ Brink, W. van den, Glind, G. van de, & Schippers, G. (2013). *Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving*. Utrecht: De Tijdstroom.

⁴ Essen, J.B. van, Horst, K.A.H. van der, Wieske, E.L., Ruyten, M.C.M., & De Jong, C.A.J. (2011). *Richtlijn Alcoholgebruiksruidten*. Amersfoort: Stichting Resultaten Scoren.

⁵ Gee, E.A. de, Havinga, P., Baas, I., & Poel, A. van der (2013). Infectieziektepreventie onder harddruggebruikers. Inzichten en vraagstukken. *Verslaving*, 9(1), 3-13.

