



Algemene Cel Drugsbeleid
permanente coördinatie

Risicobeperkende gebruiksruimtes

Synthesenota

Oktober 2016



Inhoudstafel

1	Inleiding	4
2	Definities en algemene context.....	5
2.1	Definitie van "risicobeperking"	5
2.2	Definities van "risicobeperkende gebruikersruimtes"	6
2.3	Doelstellingen van de risicobeperkende gebruikersruimtes	7
2.4	Werking en toegangsvoorwaarden:	8
2.5	Bezwaren ten aanzien van gebruikersruimtes	9
3	Geschiedenis en gebruikersruimtes wereldwijd	10
4	Epidemiologie	11
4.1	Inleiding.....	11
4.2	Onderzoeksvragen	11
4.3	Samenvatting van de beschikbare epidemiologische gegevens	12
4.4	Samengevat: per vraag	16
5	Evaluatie van deze voorzieningen	18
5.1	Bereiken van de beoogde doelgroep.....	18
5.2	Toegangspoort tot zorgverlening - eerste contact - bevordering van de gezondheid.....	19
5.3	Genoemde redenen om naar een risicobeperkende gebruikersruimte te komen.....	19
5.4	Beperking van het risico van overdosissen en druggerelateerde sterfgevallen - spoedinterventies en primaire zorgen	19
5.5	Evolutie van risicovolle manieren van injecteren en delen van materieel.....	20
5.6	Gevolgen voor de doorgifte van besmettelijke ziekten.....	20
5.7	Gevolgen op het vlak van overlast en criminaliteit	21
5.8	Kosteneffectiviteit.....	21
5.9	Antwoord op bezwaren ten aanzien van gebruikersruimtes	22
5.10	Conclusies van het recentste rapport	23
6	Wetgevende aspecten	24



Algemene Cel Drugsbeleid

permanente coördinatie

6.1	Internationale wetgeving.....	24
6.2	De Belgische wetgeving	26
7	Situatie en visie in Brussel: voorgesteld model	29
7.1	Woord vooraf.....	29
7.2	Vaststellingen.....	29
7.3	Principes van de beoogde risicobeperkende gebruikruimte	30
7.4	Voorstelling van de voorziening.....	30
7.5	Besluit: positie van de Brusselse kabinetten	33
8	Conclusies	34
9	Referenties	36
10	Bijlage.....	40



1 Inleiding

De Thematische Vergadering Drugs van de IMC Volksgezondheid gaf volgende opdracht aan de Algemene Cel Drugsbeleid : 'De ACD onderzoekt de haalbaarheid en randvoorwaarden voor de implementatie van gebruikersruimtes in België, met specifieke aandacht voor de behoeften, en organisatorische, budgettaire en wettelijke aspecten. De ACD legt haar bevindingen voor aan de Thematische Vergadering Drugs van de IMC.

Er werd een werkgroep opgericht en er hebben vier vergaderingen plaatsgevonden. In de bijlage vindt u de lijst met de leden van de werkgroep.

Deze nota bevat een overzicht van de context (definitie, doelstellingen, vrees, toegangsvoorwaarden ...) en beschrijft de historiek van dit soort voorzieningen in het buitenland. Vervolgens worden een synthese van de epidemiologische gegevens tot staving van de besprekingen en een samenvatting van de evaluaties van de bestaande voorzieningen voorgesteld.

Een volgend hoofdstuk is gewijd aan de wetgevende aspecten. Het is immers belangrijk de internationale wetgeving te analyseren en een evaluatie te maken van de juridische voorwaarden die nodig zijn om een dergelijke voorziening in het leven te roepen.

Daarna stellen we de toegangsvoorwaarden voor die in het buitenland worden aanbevolen.

De Brusselse overheden hebben ook de zorgsector in Brussel geraadpleegd. Als gevolg van deze raadplegingsronde werd een model van risicobeperkende gebruikersruimte, geïntegreerd in het zorgnet, voorgesteld, beargumenteerd en gebudgetteerd. Dit verslag bevat een synthese van de besluiten van de raadplegingsronde in de Brusselse zorgsector.

Tot besluit en na een beknopte samenvatting van het verslag worden de voorwaarden betreffende de oprichting van een dergelijke voorziening in België toegelicht en worden de politieke en technische aanbevelingen voor het vervolg nader toegelicht.

Deze nota is goedgekeurd door de ACD op 20 september en de Thematische Vergadering Drugs van de IMC Volksgezondheid op 24 oktober 2016.



2 Definities en algemene context

2.1 Definitie van "risicobeperking"

Gebruiksruimtes zijn een strategie van risicobeperking (Harm Reduction). Met het oog op een goed begrip lijkt het dan ook passend te zijn om in een eerste fase te definiëren wat we bedoelen met "risicobeperking".

Het concept "risicobeperking" kan op verschillende wijze worden gedefinieerd in functie van de nationale en culturele context en kan betrekking hebben op verschillende praktijken. Volgens het Inserm¹ steunt het op een visie van volksgezondheid die "waarde geeft aan het vermogen van individuen om voor zichzelf te zorgen" en de nadruk legt op de noodzaak voor het gezondheidsbeleid om rekening te houden met de noden van de betrokken individuen. Aldus staat het individu centraal in de voorziening en besteedt de risicobeperking bijzondere aandacht aan het traject, de levenswijze en het gedrag van de verschillende gebruikers met als doel maatregelen inzake volksgezondheid uit te werken die aan hun noden tegemoetkomen. Het gaat om een antwoord dat pragmatisch wil zijn, breekt met het ideaal dat drugs kunnen worden uitgeroeid en afstand neemt van een moraliserende benadering door geen oordeel te vellen.

Volgens het EMCDDA (rapport 2010) omvat risicobeperking de interventies, de programma's en het beleid die tot doel hebben bij personen, gemeenschappen en de samenleving de schade te beperken - op sociaal vlak, in het domein van de gezondheid en voor de economie - die verbonden is met druggebruik.

Het begrip "risicobeperking" wordt in de Gemeenschappelijke Verklaring van de Interministeriële Conferentie Drugs van 25 januari 2010 als volgt gedefinieerd: "gezondheidsstrategie die beoogt de schade te voorkomen die verbonden is aan het gebruik van psychotrope stoffen; risicobeperking betreft alle vormen van gebruik, hetzij experimenteel, recreatief, punctueel, misbruik of in het kader van een afhankelijkheid. Deze strategie wordt gebruikt voor illegale stoffen en voor "legale" stoffen zoals alcohol en tabak."

Volgens het Charter voor risicobeperking van de Brusselse² drughulpverleningssector "is risicobeperking een strategie inzake volksgezondheid met als doel de schade te beperken die het gevolg is van druggebruik". Het gaat om alle soorten gebruik, i.e. experimenteel, recreatief, occasioneel gebruik, misbruik of gebruik in het kader van een verslaving. Risicobeperking kan ook bestemd zijn voor personen die zich voornemen een drug voor het eerst te gebruiken. De voornaamste druggerelateerde risico's zijn risico's van verslaving, somatische letsels en

¹ Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues, Expertise collective, Inserm, 2010.

² http://feditobxl.be/site/wp-content/uploads/2011/charte_de_la_reduction_des_risques.pdf



psychosociale risico's. Ze kunnen aanleiding geven tot morbiditeit, sterfte en sociale uitsluiting en de betrokken strategieën hebben tot doel deze gevolgen te beperken."

Meerdere Franstalige Belgische verenigingen hebben een Charter inzake Risicobeperking ontwikkeld, in samenwerking met de betrokken sociale en gezondheidsactoren. Dit Charter heeft als doel 'een conceptuele basis te creëren voor elk initiatief op het vlak van risicobeperking omwille van druggebruik'.

Het Charter vermeldt volgende waarden:

- De gebruiker is een persoon
- Het gebruik niet veroordelen
- Risicobeperking heeft eigen doeleinden: gevallen van hiv-besmetting en besmetting met hepatitis verminderen. Het gaat dus om een pragmatische benadering die bijdraagt tot de bevordering van de gezondheid, zoals ook preventie en behandeling.
- De gebruiker heeft rechten (in termen van deelname aan de samenleving, gezondheid, opleiding, werk), hij is in staat tot verantwoordelijk gedrag en actor te zijn in het maatschappelijk leven en in risicobeperking.

Het bepaalt ook interventieprincipes :

- Druggebruik niet banaliseren
- De middelen bieden om de risico's te beperken (informatie, materieel, educatie)
- De gebruikers aanmoedigen om hun verantwoordelijkheid te nemen
- De gebruiker ontmoeten in zijn leefomgeving
- Deelname van de gebruikers
- De maatschappelijke beeldvorming m.b.t. de gebruikers doen evolueren % stigmatisering-uitsluiting
- De professionelen van alle betrokken sectoren sensibiliseren
- Reflectie en evaluatie

2.2 Definities van "risicobeperkende gebruiksruidtes"

Risicobeperkende gebruiksruidtes zijn:

Specifieke plaatsen waar drugs kunnen worden gebruikt in optimale hygiënische omstandigheden, in een niet-oordelende omgeving en onder toezicht van een medische (of opgeleide) equipe. De drugs werden verworven door de gebruikers.

Welbepaalde ruidtes waar druggebruikers onder (medische) controle/toezicht drugs kunnen inspuiten / innemen zonder dat de ordediensten zullen tussenkomen. De gebruikers hebben deze drugs zelf en op voorhand verworven.

Deze ruidtes vormen een zeer gespecialiseerde dienst binnen een breder netwerk van diensten bestemd voor druggebruikers. Ze zijn opgenomen in lokale strategieën die tegemoetkomen aan een brede waaier van individuele en gemeenschappelijke behoeften als gevolg van druggebruik.



De gebruiksruidtes stellen volgende zaken ter beschikking :

- steriel injectiematerieel
- advies tijdens en na het gebruik
- noodverzorging in geval van overdosis
- primaire geneeskundige verzorging
- doorverwijzing naar de meest gepaste medisch-psycho-sociale diensten

Dit soort initiatief maakt het mogelijk om druggebruikers die het moeilijkst te bereiken zijn (vooral de meest gemarginaliseerden die drugs op straat gebruiken in niet-hygiënische omstandigheden), te betrekken bij het zorgaanbod.

Er bestaan verschillende modellen in de betrokken landen (is het team veeleer medisch of sociaal ? Wordt druggebruik al dan niet beschouwd als een ziekte? ...). De ruidtes staan onder toezicht van een professioneel multidisciplinair team dat kan bestaan uit artsen, verplegers, opvoeders, maatschappelijk assistenten en soms ook ex-gebruikers. Deze samenstelling kan sterk verschillen in functie van de plaatsen.

Het is belangrijk om de risicobeperkende gebruiksruidtes niet te verwarren met de open injectieplaatsen en evenmin met de medische heroïneprogramma's waar het gebruikproduct door de arts wordt voorgeschreven. Bovendien is het personeel niet gehouden te helpen bij het toedienen van de stoffen. Het personeel is enkel aanwezig om advies te verlenen, eventueel voor spuitenruil en andere methodieken van risicobeperking, en heeft een opleiding genoten inzake preventie en dringende hulp.

De gebruiksruidtes zijn complementair met preventie. Het personeel geeft immers ook informatie en advies en kan eventueel doorverwijzen. Op die manier bevordert een gebruiksruidte tevens het behoud van de sociale band en beperkt het situaties van uitsluiting.

In de risicobeperkende gebruiksruidtes wordt het gebruik van drugs geduld, met de boodschap weliswaar dat de aankoop en het bezit van drugs strafbaar zijn. Het is belangrijk erop te wijzen dat de aankoop van drugs strafbaar blijft in alle landen die dergelijke ruidtes hebben opgericht.

2.3 Doelstellingen van de risicobeperkende gebruiksruidtes

De risicobeperkende gebruiksruidtes hebben tot doel de meest gemarginaliseerde druggebruikers in contact te brengen met professionelen in de gezondheidssector met als doel de risico's voor hun gezondheid, hun omgeving en het milieu te beperken.

Op internationaal vlak zijn de doelstellingen van de risicobeperkende gebruiksruidtes de volgende (volgens het INSERM, het EMCDDA 2010) :

- 1) De toegang tot de zorg verbeteren voor de meest kwetsbare druggebruikers
- 2) De inschrijving in het zorgcircuit en het circuit van sociale en gezondheidsdiensten verbeteren (doorverwijzen)
- 3) Hun gezondheid en welzijn verbeteren



- 4) De risicopraktijken in verband met druggebruik beperken via psycho-educatie in verband met inspuiten (de risico's van transmissie van besmettelijke ziekten (hiv/hepatitis C) verminderen)
- 5) Morbiditeit en sterfte verminderen bij de druggebruikers voor wie deze ruimtes zijn bestemd
- 6) De hinder beperken die gepaard gaat met druggebruik in openbare plaatsen (de zichtbaarheid van het gebruik, de criminaliteit en het aantal gebruikte spuiten op de openbare weg verminderen)
- 7) De kosten van de gezondheidsdiensten in verband met druggebruik verminderen (ziekenwagen, spoeddiensten, dure behandelingen tegen hepatitis ...)
- 8) Een lokaal antwoord bieden (vaak conform een beslissing van de lokale overheid) voor specifieke gezondheidsproblemen

2.4 Werking en toegangsvoorwaarden:

Gewoonlijk liggen de risicobeperkende gebruiksr ruimtes in de buurt van de plaatsen waar druggebruikers samenkomen, met name daar waar drughandel en -gebruik in het openbaar plaatsvinden. De risicobeperkende gebruiksr ruimte kan een onafhankelijke structuur zijn of kan worden opgenomen in een structuur die ook andere diensten aanbiedt (programma's voor spuitenruil, behandeling van verslavingen, noodopvang ...). Alle risicobeperkende gebruiksr ruimtes zijn uitgerust met EHBO-materiaal waarmee het personeel kan reageren op gevallen van overdosis; het personeel heeft ook een opleiding genoten om aan dergelijke noodgevallen het hoofd te bieden.

De toegangsvoorwaarden verschillen van de ene tot de andere plaats, maar toch gelden enkele algemene regels:

- De toegang is voorbehouden voor doelgroepen die worden gedefinieerd op basis van bepaalde criteria. Deze criteria kunnen verschillen van de ene tot de andere plaats:
 - Zeer vaak dient men houder te zijn van een toelatingskaart die wordt afgeleverd in functie van bepaalde criteria (bv. in de stad wonen waar de risicobeperkende gebruiksr ruimte ligt).
 - Occasionele of beginnende gebruikers worden uitgesloten en hetzelfde geldt voor minderjarigen (behalve in Duitsland waar men toegang heeft vanaf 16 jaar).
 - Indien zij sterk onder invloed zijn van de stoffen, is het voor de gebruikers verboden om naar de risicobeperkende gebruiksr ruimte te komen.
 - Sommige risicobeperkende gebruiksr ruimtes laten geen zwangere vrouwen of personen die voor hun verslaving in behandeling zijn toe (bv. Duitsland).
- Vaak is de verblijfsduur in de risicobeperkende gebruiksr ruimte beperkt.
- De gebruikers verbinden zich ertoe een huishoudelijk reglement in acht te nemen dat een aantal hygiënische en veiligheidsmaatregelen nader beschrijft.
- De gebruikers brengen hun product mee en verklaren gewoonlijk wat ze gaan inspuiten.
- Soms zijn bepaalde substanties (geneesmiddelen, mengsels ...) verboden.



- Het delen van substanties tussen de gebruikers en de hulp bij het inspuiten onder gebruikers of door het personeel zijn verboden.
- Dealen en geweld zijn verboden.
- Een multidisciplinair team is ter plaatse; het staat borg voor begeleiding en heeft een opleiding genoten om het hoofd te kunnen bieden aan noodsituaties op het vlak van gezondheid.
- Bij aankomst wordt een identiteitsbewijs gevraagd (Zwitserland, Duitsland, Nederland).
- Het aantal plaatsen is beperkt.
- Gebruikers die zich niet bewust zijn van de gevaren van de producten die ze innemen, kunnen worden uitgesloten (gebruikers die niet over hun geestesvermogens beschikken zijn).

Gewoonlijk omvatten de risicobeperkende gebruiksruidtes:

- Een onthaalruimte die tevens dienst doet als wachtzaal; de personen worden er geregistreerd en hun toegangsrecht tot de ruimte en hun algemene toestand (eventuele voorafgaande intoxicatie) worden gecontroleerd.
- Een gebruiksruidte met meerdere plaatsen (van 3 tot 20)
- Sommige landen (Nederland, Zwitserland) bieden bovendien een inhalatieruidte aan.
- Een rustlokaal voor wie daar nood aan heeft.
- Een ruimte voor eerstelijnszorg en -oriëntering waar individueel advies kan worden verleend (voor meer dan 75% van de risicobeperkende gebruiksruidtes).
- Sommige risicobeperkende gebruiksruidtes bieden bijkomende diensten aan: kleine cafetaria, sanitair, wasmachine, ...
- Sommige risicobeperkende gebruiksruidtes (bv. in Denemarken) zijn mobiel

2.5 Bezwaren ten aanzien van gebruiksruidtes

De volgende reserves en bezwaren worden geformuleerd ten aanzien van gebruiksruidtes:

- 1) Zij zetten aan tot druggebruik of initiëren gebruik
- 2) Ze zorgen voor een toename van het gebruik.
- 3) Ze normaliseren het druggebruik
- 4) Ze creëren "comfortabele" voorwaarden voor de gebruikers als gevolg waarvan hun opname in het zorgcircuit vertraging oploopt
- 5) Druggebruikers en dealers vinden elkaar rond de gebruiksruidtes
- 6) De problemen in verband met de plaatselijke drugmarkt worden groter
- 7) Er is een incoherentie van gebruikersruuidtes met het strafrechtelijk beleid inzake drugs



3 Geschiedenis en gebruiksruidtes wereldwijd

De eerste risicobeperkende gebruiksruidte werd in 1986 geopend in Bern (Zwitserland) en werd officieel erkend in 1988. De opening van de risicobeperkende gebruiksruidte in Bern was het gevolg van verschillende vaststellingen: gebrekkige efficiëntie van de strategieën op het vlak van repressie en onthouding; mislukte oprichting van de tolerantiezone zonder duidelijk kader; verspreiding van de nieuwe besmettingen met hiv, HCV en voortdurende toename van het aantal gevallen van overdosis en "open scènes" met alle soorten van sociale overlast die daarmee gepaard gaan.

In het begin van de jaren 1990 werden ook in Duitsland en Nederland risicobeperkende gebruiksruidtes opgericht. In Nederland waren dergelijke ruidtes al in de jaren 1970 opgericht; ze werden beheerd door peers en werden niet officieel erkend. Vervolgens, in het begin van de jaren 2000, gingen er risicobeperkende gebruiksruidtes open in Sydney (Australië, 2001) en in Vancouver (Canada, 2003). Spanje, Luxemburg, Denemarken en Noorwegen vervolledigen de lijst van de landen die dergelijke ruidtes hebben opgenomen in hun beleid en hun praktijken in verband met verdovende middelen.

Alleen in Nederland en Zwitserland vindt men in het hele land gebruiksruidtes. Meestal liggen de risicobeperkende gebruiksruidtes enkel in de hoofdstad of in welbepaalde regio's. In Frankrijk zou de eerste gebruiksruidte moeten opengaan in het najaar van 2016. In de komende maanden zijn nieuwe gebruiksruidtes voorzien in Vancouver en Montréal.

De onderstaande tabel bevat de lijst van alle gebruiksruidtes in de hele wereld. (EMCDDA, 2015, Baufay, 2012)

Land	Aantal RBGR's	Aantal steden
Zwitserland	12	8
Nederland	31	25
Duitsland	24	15
Spanje	12	2
Luxemburg	1	1
Noorwegen	1	1
Denemarken	5	3
Griekenland	1	1
Australië	2	1
Canada	1	1
Frankrijk	1	1



4 Epidemiologie

Jérôme Antoine, Els Plettinckx, Lies Gremeaux - WIV-ISP

4.1 Inleiding

Het is zeer belangrijk te beschikken over epidemiologische gegevens om de discussies betreffende risicobeperkende gebruiksruidtes in België te staven.

Het WIV-ISP heeft een lijst opgesteld met enkele vragen en het zou interessant zijn die te kunnen beantwoorden in dit kader. Natuurlijk is het vaak een moeilijke oefening deze zeer precieze vragen te beantwoorden vermits er vrij weinig studies op grote schaal over deze onderwerpen bestaan. De doelgroep is vaak gemarginaliseerd en bijgevolg moeilijk zichtbaar.

In deze analyse vormde de definitie van de doelgroep een probleem. De doelgroep varieert immers in functie van de toelatingsvoorwaarden en de vorm van het project (welke substanties, welke gebruikswijzen, welk niveau van marginalisatie?).

Het WIV-ISP heeft een onderzoek gevoerd in de grijze literatuur in België (rapporten, websites) en focuste daarbij meer bepaald op de studies over personen die niet in contact staan met de zorgstructuren (en die bereikt worden met outreaching), de bevolking in contact met de structuren die laagdrempelige zorg aanbieden of ook nog de plaatsen voor spuitenruil. Tevens werden enkele gegevens geraadpleegd betreffende risicobeperking.

4.2 Onderzoeksvragen

- Welk aandeel van gebruikers van harddrugs gebruikt ook op straat in België?
- Welk aandeel van druggebruikers op straat zou bereid zijn gebruik te maken van een risicobeperkende gebruiksruidte?
- Welk aandeel van de gebruikers van drugs op straat heeft helemaal geen contact met de zorgdiensten?
- Hoeveel personen worden opgevangen door de spoeddiensten als gevolg van een overdosis of overlijden?
- Welke hoeveelheid spuiten wordt niet teruggebracht naar de verzamelcentra en bevindt zich potentieel op straat?
- Wat is de beschikbaarheid van uitgedeelde spuiten in verhouding tot het aantal injecterende druggebruikers?
- Wat is er geweten rond druggerelateerde criminaliteit?
- Welk aandeel van injecterende gebruikers zijn besmet met hepatitis C?



4.3 Samenvatting van de beschikbare epidemiologische gegevens

Project TADAM. Eindverslag (Demaret et al., 2013)

Context: Pilotproject voor het leveren van diacetylmorfine in Luik

Het aantal heroïneverslaafden in de Luikse agglomeratie werd in 2007 geraamd tussen 1.600 en 2.000 personen, i.e. 13 tot 17 personen/1.000 inwoners van 15 tot 64 jaar.

27% (n=20) van de patiënten van het TADAM-onderzoek was slachtoffer van een overdosis die een medische tussenkomst vereiste.

Rapport evaluatieonderzoek Spuitenruil Vlaanderen 2014 (Windelinckx, 2015)

Context: Jaarverslag betreffende de centra voor spuitenruil in Vlaanderen en onderzoek bij 256 gebruikers van de betrokken centra.

- Op de vraag waar de betrokkenen hun substantie gebruiken (n=250) :
 - ✓ antwoordt 40,4% dat ze soms (30,40%) of uitsluitend (10,00%) in openbare plaatsen gebruiken. Dit fenomeen doet zich meer voor in Limburg (67%) en in West-Vlaanderen (57%) voor dan in de andere provincies (Vlaams-Brabant 24%, Antwerpen 43%, Oost-Vlaanderen 37%).
- Tijdens het vorige jaar was reeds 12,12% van de respondenten het slachtoffer geweest van één (7,79%) of meer overdossissen (4,33%).
- 19% van de respondenten verklaarde tijdens het afgelopen jaar 2 of meer inspuitingsabscessen te hebben gehad.
- 11% van de respondenten werd nooit behandeld in een centrum voor drugverslaafden en 25,6% wordt momenteel niet behandeld.
- Wat betreft de belangstelling voor een risicobeperkende gebruikruimte, verklaarde 77 % gebruik te willen maken van een dergelijke ruimte. Er is meer vraag naar in Limburg (92%) dan in Vlaams-Brabant (67%).
- Van degenen die gebruik zouden maken van een risicobeperkende gebruikruimte, zou 45% de ruimte dagelijks gebruiken, 30% wekelijks en 23% ten minste eenmaal per maand.

Jaarverslag vzw DUNE 2014 (Dune vzw, 2015)

Context: Jaarverslag van deze Brusselse vzw die actief is op het vlak van outreaching samen met Dokters van de Wereld

- In 2014 konden er 883 contacten worden gelegd in Brussel ter gelegenheid van 128 interventies van mobiele zorgverstrekking en 95 keren uitrukken met Medibus.
- Er werd steriel consumptiematerieel uitgedeeld, waaronder meer dan 3.000 spuiten. Aan 300 personen werden verpleegkundige zorgen toegediend.

Project Riboutique (Kirzin et al., 2012)

Context : Voorstudie in het kader van het project betreffende de inrichting van een gebruikruimte in Ribaucourt te Brussel met inbegrip van een enquête bij 92 gebruikers van



de laagdrempelige structuren naar hun gebruikswijzen en hun belangstelling voor een gebruikersruimte.

- In de laagdrempelige structuren werden 92 personen ondervraagd over hun bezoek van de wijk Ribaucourt in Molenbeek.
- 70% van de betrokkenen komt naar deze wijk om drugs te gebruiken.
- 40% van hen heeft al drugs ingespoten en 31% is al het slachtoffer geweest van een overdosis.
- 12% beweert contact te hebben gehad met een vereniging voor outreaching.
- Van de gebruikers die drugs gebruiken in de wijk Ribaucourt, doet 33% dat in de metro, 26% in een kraakpand en 17% langs het kanaal. De rest (25%) gebruikt op straat, in toiletten of bij vrienden.
- 79% vindt het een interessant idee om een gebruikersruimte op te richten.

Visietekst VAD (Aertsen et al., 2014)

Context : Zienswijze van het VAD betreffende het belang van de gebruikersruimtes

- In de periode 1998-2010 waren er in Vlaanderen 249 overlijdens als gevolg van een overdosis en waren er in totaal 639 druggerelateerde overlijdens.

Rapport Charleroi (Boonen, 2010)

Context : Peer-to-peer onderzoek in Charleroi bij 59 personen betreffende het belang van een gebruikersruimte

- Onder de 59 personen die werden ondervraagd bij sneeuwbaloperaties, gebruikt 17% op straat en 15% in een kraakpand.
- 75% meent dat een gebruikersruimte zou gebruikt worden indien ze beschikbaar wordt.
- 57% vindt een gebruikersruimte interessant omdat men er kan consumeren onder hygiënische omstandigheden, 39% verwijst naar het aspect "veiligheid", 34% naar het beschikbare materieel, 27% naar de hulp in geval van overdosis en 27% naar de medische bijstand.
- 57% vreest voor toezicht door de politie ter plaatse.

Rapport Eurotox 2015 (Stévenot et al., 2016)

Context : Sneeuwbaloperatie bij een publiek op straat, 290 druggebruikers ondervraagd in 2014

- In 2014 zijn de producten die het meeste werden gebruikt door de druggebruikers die op straat werden ontmoet: alcohol (83%), heroïne of derivaten (82%), cocaïne (74%) en cannabis (64%).
- 27% van de druggebruikers die op straat werden ontmoet, had tijdens de voorbije maanden drugs geïnjecteerd.



Context : Buitenlandse en Belgische literatuur in verband met hepatitis C

- In België zou de prevalentie van hepatitis C bij injecterende druggebruikers schommelen van 47 tot 85%, afhankelijk van de ramingen. Dit prevalentiecijfer lijkt echter al meerdere jaren te dalen, waarschijnlijk dankzij het relatieve succes van de programma's ter preventie en vermindering van de risico's (meer bepaald de ontwikkeling van programma's voor het ruilen van gebruikte spuiten en voor het verdelen van steriel injectiematerieel). Globaal blijft het intraveneus gebruik van drugs vandaag echter de grootste risicofactor om besmet te raken met hepatitis C.
- De gegevens afkomstig van het project-Lama laten toe zich een beeld te vormen van de prevalentie van besmettelijke ziekten bij injecterende druggebruikers in het Brussels Gewest. Ze geven aan dat van de 494 personen die tijdens het jaar 2010 werden gevolgd, 281 (57%) personen werden getest op hepatitis C en dat 150 (53%) van hen seropositief waren (aanwezigheid van antilichamen tegen HCV).
- Uit de resultaten inzake besmetting met hepatitis C die werden gemeld door de injecterende druggebruikers zelf blijkt dat 43,1% is besmet tegen 16,9% bij gebruikers die niet injecteren.

Belgisch jaarverslag inzake drugs 2015, WIV-ISP (Plettinckx et al., 2016)

Context : Belgische gegevens inzake drugs op nationaal niveau

- In totaal werden er in 2014 in België 936.851 spuiten uitgedeeld en werden er 910.334 weer opgehaald, i.e. een verhouding van 97%.
- Er bestaat geen federaal of gewestelijk agentschap dat gegevens verzamelt en publiceert in verband met druggerelateerde criminaliteit, met uitzondering van inbreuken in verband met de wetgeving op verdovende middelen.
- 7,5% en 27,5% van de patiënten die in 2014 werden getest in respectievelijk het MSOC in Vlaams-Brabant en bij De Sleutel, werd positief bevonden voor hepatitis C-besmetting.
- Het programma voor spuitenruil in Vlaanderen bereidt een project voor dat bestemd is voor injecterende druggebruikers en tot doel heeft hun Naloxone© te bezorgen die ze naar huis kunnen meenemen om overdosissen te voorkomen.

Europees jaarverslag inzake drugs, EMCDDA 2015

Context: Compilatie van de Europese gegevens inzake drugs

- Van de 12 landen die een recente raming van het aantal injecterende druggebruikers hebben meegedeeld, blijkt dat ons land de op één na slechtste plaats bekleedt inzake het aantal spuiten dat per druggebruiker wordt uitgedeeld (23 uitgedeelde spuiten per injecterende druggebruiker).
- In 2011 en 2012 zijn respectievelijk, volgens de officiële cijfers 94 en 72 personen in België overleden als gevolg van redenen in verband met druggebruik. Hierbij dient vermeld dat dit sowieso een onderschatting is van het werkelijke aantal druggerelateerde overledenen.



- In sommige sterfgevallen werd de betrokken substantie vastgesteld (n=32 in 2014). Samen zijn opiaten en cocaïne verantwoordelijk voor meer dan 87,5% van de sterfgevallen.

Treatment Demand Indicator (TDI) (WIV-ISP, 2014)

Context : Indicator geregistreerd in België in de zorginstellingen. Sinds 2011 registreert deze indicator de begonnen behandelingen voor problemen van drug- of alcoholgebruik in België

- Tijdens de periode 2011-2014 was 12% van de 65.235 geregistreerde episodes afkomstig van personen in een situatie van gebrek aan stabiele huisvesting (personen met variabele huisvesting of die op straat leven). Deze verhouding is hoger in de MSOC (16%), in de crisiscentra (23%) en in de laagdrempelige woonentiteiten (76%). Deze verhouding is eveneens hoger onder de gebruikers van opiaten (22%), cocaïne (14%) en andere psychoactieve stoffen dan cocaïne (16%).
- 6% van deze gevallen injecteert hun voornaamste substantie van gebruik in (21% bij de opiaatgebruikers, 7% bij de cocaïnegebruikers en 14% bij de gebruikers van andere stimulerende producten dan cocaïne).

Bespo-studie naar druggerelateerde criminaliteit (2008) (De Ruyver et al., 2008)

Context: Kwantitatieve studie m.b.t. 1.089 gerechtelijke dossiers

- Van de 1.089 geanalyseerde dossiers m.b.t. delicten tegen goederen, seksuele feiten en gewelddaden, houdt 13,6% verband met drugs. Onder de verschillende soorten delicten zijn die tegen goederen vaker gerelateerd aan drugs (19,9%).
- Heroïne staat op de tweede plaats, na cannabis, wat betreft de substanties die verband houden met de delicten.

Studie Drug Consumption Rooms in Germany: A Situational Assessment by the AK Konsumraum (AKZEPT, 2011)³

- Gegevens tussen april 2001 en december 2009
- Op 12 risicobeperkende gebruiksruidtes: meer dan 1,2 miljoen consumpties, meer dan 75.000 patiënten die werden doorverwezen naar de zorgsector, 3.271 noodsituaties.
- 46% van de gebruikers is tussen 26 en 35 jaar oud.
- Vrouwen die gebruik maken van de risicobeperkende gebruiksruidtes (15% van de gebruikers) zijn jonger (18-25 jaar): vroegere interventie dan bij de mannen.
- In 2003 werden 145.892 gevallen van consumptie geregistreerd tegen 205.380 gevallen van consumptie in 2009 (betere aanvaarding door de druggebruikers).

³ Konsumraum A.; *Drug Consumption Rooms in Germany- a situational assesment*; Deutsche Aids-Hilfe ; 2011



Stijging van het aantal gebruikers die intraveneus gebruiken van 68% in 2003 tot 82% in 2009.

4.4 Samengevat: per vraag

Gebruikspercentage op straat en in situatie van preciaire huisvesting?

- Soms (30,4%) of uitsluitend (10,0%) in openbare ruimtes [n=250; Spuitenruil Vlaanderen, 2014]
- In de metro (33%), een kraakpand (26%), langs het kanaal (17%), op straat (8%) [n=92; Riboutique, 2012]
- Op straat (17%), in kraakpanden (15%) [n=59; Charleroi, 2010]
- Gegevens TDI (2011-2014), 12% in preciaire huisvesting; 22% bij de opiaatgebruikers [n=65235; TDI 2015]

Belangstelling van de gebruikers voor risicobeperkende gebruiksruidtes en redenen daarvoor?

- Interessant (77%) [n=256; Spuitenruil Vlaanderen, 2014]
- Dagelijks (45%), wekelijks (30%) of maandelijks (23%) gebruik indien een risicobeperkende gebruiksruidte zou bestaan.
- Interessant (79%) [n=92; Riboutique, 2012]
- Interessant (75%) [n=59; Charleroi, 2010]
 - Hygiënische voorwaarden (57%)
 - Veiligheid (39%)
 - Materieel (34%)
 - Hulp in geval van overdosis (27%)
 - Medische hulp (27%)

Gebruikers in contact met het zorgnet?

- Nooit in behandeling geweest (11%), momenteel niet in behandeling (26%) [n=256; Spuitenruil Vlaanderen, 2014]

Risico van overdosis of abces?

- 1 (8%) of meer (4%) overdosissen tijdens het jaar [n=256; Spuitenruil Vlaanderen, 2014]
- 2 of + (19%) injectieabcessen tijdens het jaar [n=256; Spuitenruil Vlaanderen, 2014]
- Tussen 1998 en 2010, 249 sterfgevallen door overdosis en 639 druggerelateerde sterfgevallen [Aertsen et al., 2014]; In 2012, 72 druggerelateerde sterfgevallen waarvan 88% verbonden met opiaten en cocaïne [WIV-ISP, 2016]



Percentage besmettelijke ziektes?

- 75% (n=399, Free Clinic) en 28% (n=40, De Sleutel) van de injecterende druggebruikers die in 2014 werden getest, waren positief voor hepatitis C [WIV-ISP, 2015]
- Project-Lama in 2010, 57% positief voor hepatitis C [n=494; Eurotox, 2016]
- In België zou de prevalentie van hepatitis C onder (geteste) injecterende druggebruikers schommelen tussen 45% en 85% [Eurotox, 2016]

Uitgedeelde spuiten

- 97% recuperatie van de 936.851 spuiten die in 2014 werden uitgedeeld [WIV-ISP, 2016]
- Het EMCDDA plaatst België op de op één na slechtste plaats van 12 landen inzake de hoeveelheid uitgedeelde spuiten per injecterende druggebruiker (23) [EMCDDA, 2015]

Druggerelateerde criminaliteit

- 13,6% van de geanalyseerde delicten (tegen goederen, seksueel, gewelddaden) is druggerelateerd [n=1089; De Ruyver, 2008]
- Cannabis en heroïne zijn de voornaamste 2 substanties in verband met deze delicten [n=1089; De Ruyver, 2008]



5 Evaluatie van deze voorzieningen ⁴⁵⁶⁷⁸⁹¹⁰¹¹¹²¹³¹⁴

In de jaren 1990 hebben de pionierslanden die gebruiksruidtes hebben ingericht (meer bepaald Zwitserland, Duitsland en Nederland) studies gevoerd met als doel de werking en de eerste waargenomen effecten te onderzoeken. Ook Australië en Canada hebben klinische proeven (Australian MSIC Evaluation Committee, 2003) en grondige en gevalideerde onderzoeken (Kerr T. et al. 2003 en 2008) gevoerd.

Het INSERM in 2010, het EMCDDA in 2004, 2010 en 2014 en FERARIHS (Zwitserland) in 2009 hebben evaluaties verricht. We kunnen de besluiten daarvan als volgt samenvatten:

5.1 Bereiken van de beoogde doelgroep

Vooraf wanneer ze een programma van spuitenruil aanbieden en op strategische (risico)plaatsen liggen, laten de risicobeperkende gebruiksruidtes toe de beoogde doelgroepen te bereiken (injecterende druggebruikers, daklozen, gemarginaliseerden, hoge graad van werkloosheid, lang parcours van gebruik, hoog besmettingsrisico, hoog percentage van hepatitis C, personen die weinig contact hebben met het zorgcircuit, hoog opsluitingspercentage ...). De risicobeperkende gebruiksruidtes blijken vrij goed te worden aanvaard door het publiek waarvoor ze zijn bestemd.

Uit de studie van het Trimbos Instituut in 2011 blijkt echter dat sommige groepen niet (voldoende) worden bereikt, zoals gebruikers afkomstig uit Oost-Europa, migranten, alcoholverslaafden, jonge gebruikers en gebruikers die niet met een bepaald gewest zijn verbonden.

⁴ Baufay, F.; FEDITO BXL ; *Salles de consommations à moindre risques dossier d'info*; 2012

⁵ Hedrich D., *European report on drug consumption rooms, Luxembourg*; Office for Official Publications of the European EMCDDA; 2004

⁶ EMCDDA ; perspectives on drugs : drug consumption rooms : an overview of provision and evidence; 2015

⁷ HEDRICH D, KERR T et DUBOIS-ARBER F. *Drug consumption facilities in Europe and Beyond, in Harm Reduction: evidence, impacts and challenges*, EMCDDA; 2010

⁸ INSERM; *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues*; Expertise collective, Paris, Edition INSERM, 2010

⁹ Woods, S.; 2014; *drug consumption rooms in Europe: Organizational overview*; European Harm Reduction Network

¹⁰ Kerr et al, 2003 - MSIC Evaluation Committee, 2003

¹¹ Clément, T. ; *Insite de Vancouver : rapport final comité consultatif d'experts sur la recherche sur les sites d'injection supervisés* ; 2008

¹² Havinga, P., Van Der Poel, A. ; *Gebruikersruimten in Nederlands – Update van de handreiking bij organisatie en inrichting*; Trimbos Instituut, Utrecht, 2011

¹³ K Konsumraum A.; *Drug Consumption Rooms in Germany- a situational assesment* ; Deutsche Aids-Hilfe ; 2011

¹⁴ MSIC EVALUATION COMMITTEE. *Final report on the evaluation of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. MSIC Evaluation Committee, 2003*



5.2 Toegangspoort tot zorgverlening - eerste contact - bevordering van de gezondheid

De gebruikersruimtes laten toe druggebruikers te identificeren en door te verwijzen naar de medische diensten. Risicobeperkende gebruikersruimtes laten toe een gemarginaliseerd publiek te bereiken dat zeer weinig in contact komt met de klassieke zorgstructuren; het zijn personen die soms een vervangingsbehandeling volgen (bv. 61,6% voor de gebruikers van de risicobeperkende gebruikersruimte in Genève) maar desondanks nu en dan drugs inspuiten in de openbare ruimte.

Studies tonen aan dat de risicobeperkende gebruikersruimtes een grote impact hebben op de toegang van de gebruikers tot een proces van zorg of behandeling.

Volgens het eindrapport van de Insite-studie in Vancouver wordt 50% van de gebruikers doorverwezen naar andere diensten; in 37% van de gevallen worden ze doorverwezen naar gespecialiseerde diensten (ontwenningsskuur of vervangende behandeling). Bovendien vindt ca. 80% van deze 600 dagelijkse bezoeken plaats met als doel drugs te injecteren en 20% om een beroep te doen op ondersteunende diensten zoals counseling. Uit hetzelfde rapport blijkt dat het gebruik niet toeneemt en dat er geen schadelijke gevolgen zijn inzake het beginnen of volhouden van een behandeling.

De gebruikersruimtes laten toe de gezondheid van de druggebruikers te stabiliseren en te verbeteren. Voor de druggebruiker vormt de risicobeperkende gebruikersruimte de eerste stap / fase om te erkennen dat zijn druggebruik schadelijk is voor zijn gezondheid. De risicobeperkende gebruikersruimte is een gezondheidsantwoord, een stap naar de zorg om eventueel zijn levenswijze - althans gedeeltelijk - te wijzigen.

5.3 Genoemde redenen om naar een risicobeperkende gebruikersruimte te komen

In interviews noemen de gebruikers het feit dat ze kunnen gebruiken zonder enige vorm van stress, onder hygiënische omstandigheden, beschermd tegen de politie en veilig ten aanzien van de directe gevaren in verband met injecterend druggebruik als redenen om naar een gebruikersruimte te komen. De risicobeperkende gebruikersruimtes krijgen ook bijval als plaatsen van ontmoeting en van toegang tot advies en basiszorg.

5.4 Beperking van het risico van overdosissen en druggerelateerde sterfgevallen - spoedinterventies en primaire zorgen

De voorbije 25 jaar maakt geen enkele studie gewag van een overlijden door overdosis aan drugs in een druggebruikersruimte.

Wat betreft overdosissen wijzen de diverse studies uit dat er ongeveer 0,5 tot 7 overdosissen optreden per 1.000 inspuitingen. Daar de teams in de gebruikersruimtes een opleiding hebben genoten in dringende hulpverlening, komen dergelijke gebeurtenissen minder vaak voor in deze ruimtes dan buiten en leiden ze minder vaak tot een opname in het ziekenhuis.

Op basis van de studies mogen we stellen dat dit soort inrichtingen de dood van 10 personen per jaar voorkomt in Duitsland, van 4 personen in Sydney en tussen 2 en 12 personen in Vancouver. Insite in Vancouver zou naar schatting tot 48 sterfgevallen als gevolg van een



overdosis hebben voorkomen tijdens een periode van vier jaar. Ook het aantal sterfgevallen door overdosis in de omgeving van de gebruiksruijntes zou met 35% zijn gedaald tijdens de periode van twee jaar vanaf de opening van het centrum.

Een onderzoek in Noordrijn-Westfalen tussen 2001 en 2009 stelde 1,2 miljoen innames van drugs vast, waarbij het personeel van risicobeperkende gebruiksruijntes reageerde op 3.271 gevallen van dringende medische hulpverlening en 710 reanimaties¹⁵ uitvoerde. De ervaring leert dat de gebruikers minder abcessen en gezondheidsproblemen in verband met hun druggebruik hebben.

De studies van Kerr et al. 2006 en van Poschadel et al. 2002 wijzen op een afname van het aantal druggerelateerde sterfgevallen omwille van de aanwezigheid van risicobeperkende gebruiksruijntes.

5.5 Evolutie van risicovolle manieren van injecteren en delen van materieel

Risicobeperkende gebruiksruijntes bieden veiligheids- en hygiënische omstandigheden die niet leiden tot een stijging van de gebruiksniveaus of nog gevaarlijker risicopraktijken. Gebruikte spuiten worden vaker teruggebracht en de gebruikers zijn niet langer bereid hun injectiematerieel te delen (bv. tot 70% minder delen van materieel). Op die manier worden de risico's die rechtstreeks verbonden zijn met injecterend druggebruik beperkt.

5.6 Gevolgen voor de doorgifte van besmettelijke ziekten

Wat betreft de verwachte afname van het voorkomen van besmettelijke ziekten als gevolg van druggebruik laat de literatuur niet toe tot een eensgezind besluit te komen over de impact van risicobeperkende gebruiksruijntes. Het is belangrijk op te merken dat de impact van de gebruiksruijntes van drugs op de afname van hiv of het voorkomen van het virus hepatitis C onder de grotere groep van injecterende druggebruikers, weinig duidelijk blijft en moeilijk te ramen valt (Hedrich et al., 2010).

Bovendien blijkt uit de evaluatie van de risicobeperkende gebruiksruijntes in Vancouver en uit een studie in Madrid en Barcelona dat er minder spuiten worden gedeeld en dat dit specifiek het gevolg is van het gebruik van een risicobeperkende gebruiksruijntes. De studie in Sydney heeft aangetoond dat risicobeperkende gebruiksruijntes hebben bijgedragen tot een daling van het percentage nieuwe besmettingen met hiv en hepatitis C. In het rapport betreffende de studie in Vancouver lezen we dat er dankzij de risicobeperkende gebruiksruijntes meer dan 80 besmettingen met hiv per jaar worden voorkomen en hoge gezondheidskosten als gevolg van de opvang van personen die met HIV zijn besmet worden uitgespaard.

¹⁵ Schatz E. & Nougier M.; 2012



In de risicobeperkende gebruikersruimte in Frankfurt werd een project inzake vroegtijdige interventie met betrekking tot hepatitis C gelanceerd; nadien werd het project ook uitgevoerd in andere risicobeperkende gebruikersruimtes in Duitsland.

5.7 Gevolgen op het vlak van overlast en criminaliteit¹⁶

Uit de grote meerderheid van de evaluaties blijkt dat de criminaliteit stabiliseert nadat een risicobeperkende gebruikersruimte is geopend. Volgens deze studies immers is er geen toename of afname van het geweld of de criminaliteit.

De evaluatie in Vancouver heeft echter gewezen op een afname van het aantal inbraken in auto's in de omgeving van de risicobeperkende gebruikersruimtes eens deze ruimtes waren geopend.

Bovendien kwam het MSIC-evaluatiecomité van 2003 in Sydney tot het besluit, op basis van interviews met informanten van de gemeenschap en van gesprekken met de politie, dat er geen enkele toename van de misdaadcijfers en meer bepaald van diefstallen werd vastgesteld. Bovendien stelden ze een daling vast van het aantal misdrijven als gevolg van de afname van het aanbod aan heroïne en geen enkele toename van het aantal rondhangende personen in verband met drugs.

Uit de evaluatie die in 2003 in Genève werd gemaakt, is gebleken - na analyse van de politiegegevens - dat de opening van risicobeperkende gebruikersruimtes geen gevolgen heeft voor het aantal diefstallen, inbraken, gevallen van agressie of bedreigingen.

Sommige studies hebben echter gewezen op het bestaan van drughandel op zeer kleine schaal in de omgeving van de gebruikersruimtes.

De opening van risicobeperkende gebruikersruimtes heeft echter gevolgen voor de sociale overlast. Er wordt immers een afname vastgesteld van het aantal spuiten en van het draggerelateerd afval dat op de openbare weg wordt aangetroffen alsook van het aantal injecterende druggebruikers op straat.

Volgens de studie van het Trimbos Instituut in 2011 stelt men ook vast dat druggebruikers alcohol op straat blijven gebruiken, daar alcohol vaak verboden is binnen de risicobeperkende gebruikersruimtes. Om deze reden laten sommige risicobeperkende gebruikersruimtes in Nederland het gebruik van alcohol toe.

5.8 Kosteneffectiviteit

Er bestaan slechts weinig kosteneffectiviteitsstudies en bovendien kunnen ze een vertekend beeld geven als gevolg van de methodologie, daar ze steunen op wiskundige modellen op lange termijn.

¹⁶ Hedrich D. (2004)



In deze analyses probeert men onder meer de rechtstreekse kosten te vergelijken met het aantal vermeden besmettingen en het aantal gewonnen levensjaren.

Strategieën van risicobeperking, waarvan de risicobeperkende gebruiksruimtes deel uitmaken, zijn efficiënte acties (INSERM 2010). De betrokken strategieën zullen immers een weerslag hebben op de cijfers inzake injecterend gebruik, het delen van injectiemateriaal, op de levenskwaliteit en de gezondheid van het doelpubliek, en zullen er ook toe leiden dat er minder verslavingen zijn. Risicobeperkende gebruiksruimtes laten toe HIV-besmettingen en, in mindere mate, besmettingen met hepatitis C te vermijden bij de injecterende druggebruikers, als gevolg waarvan de gezondheidskosten dalen.

De kosten voor het inrichten en beheren van risicobeperkende gebruiksruimtes lijken hoog, maar uit meerdere analyses die in Sydney en Vancouver werden gemaakt kan men besluiten dat ze leiden tot een daling van overdosissen, doorgifte van besmettingen en dus van de kosten voor de behandelingen.

5.9 Antwoord op bezwaren ten aanzien van gebruikersruimtes

De risicobeperkende gebruiksruimtes hebben niet geleid tot een toename of afname van het gebruiken of inspuiten van drugs en hebben evenmin enige impact op het aanzetten tot gebruik. Het risico dat iemand voor het eerst drugs injecteert in een risicobeperkende gebruiksruimte is klein, ook al zijn sommige auteurs van mening dat dit type gebeurtenissen zich van tijd tot tijd kan voordoen.

Er is geen toename van het gebruik en er zijn geen schadelijke gevolgen inzake het beginnen of volhouden van een behandeling. Men stelt vast dat de risicobeperkende gebruiksruimtes complementair zijn met andere zorgvoorzieningen. Nergens wordt het bewijs geleverd dat de inrichting van risicobeperkende gebruiksruimtes tot gevolg heeft dat personen pas later in behandeling worden genomen.

Uit de studie van Hedrich D. van 2004 blijkt dat de mogelijkheid bestaat dat er mogelijkheid bestaat van 'dealen' in de omgeving van de risicobeperkende gebruiksruimtes, maar dat dit vooral het geval is wanneer de wachttijd om toegang te krijgen tot de ruimte te lang wordt.

In de studie van het Trimbos Instituut in Nederland (2011) is het percentage gunstige meningen bij de burgers ten aanzien van de risicobeperkende gebruiksruimtes gestegen van 42% in 2003 tot 80% in 2010 (na het invoeren van de gebruikersruimte). De ondersteuning vanwege de politie voor dit soort initiatieven was zowel in 2003 als in 2010 gelijk aan 100%.

Er is niet alleen een duidelijk wettelijk kader nodig, maar ook een voldoende gedefinieerd werkkader met doel alle initiatieven te voorkomen die strijdig zouden zijn met de initiële doelstellingen van de risicobeperkende gebruiksruimtes (AK Konsumraum, 2011).

Volgens de Insite-studie van Vancouver blijkt uit geen enkel element dat risicobeperkende gebruiksruimtes enige invloed uitoefenen op het druggebruik in de samenleving of aanleiding geven tot een toename van het hervalpercentage bij de injecterende druggebruikers.



5.10 Conclusies van het recentste rapport

Conclusie van het rapport EMCDDA 2015

Het rapport 2015 van het EMCDDA komt tot het besluit dat risicobeperkende gebruiksruimtes bij machte zijn contact te leggen en te blijven hebben met druggebruikers die een hoog risico vertegenwoordigen, niet klaar zijn of niet bereid zijn om een einde te maken aan hun druggebruik. In een bepaald aantal Europese landen is de terbeschikkingstelling van ruimtes waar drugs onder toezicht kunnen worden geconsumeerd een vast element geworden van de laagdrempelige diensten van het zorgaanbod inzake verdovende middelen. In Zwitserland en Spanje werden enkele gebruiksruimtes van drugs gesloten, voornamelijk wegens de afname van het spuiten en een daling van de nood aan dergelijke diensten, maar ook uit budgettaire overwegingen. In Nederland is het aantal gebruiksruimtes verminderd nadat men vaststelde dat het aantal gebruikers daalde, maar ook als gevolg van het succes van een ander programma (Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang), dat woningen onder toezicht aanbiedt waar daklozen vaak drugs kunnen gebruiken.

De eerste landen waar dit type voorzieningen werd geopend, hebben slechts weinig gepubliceerd op internationaal vlak. De onderzoeken van Kimber et al. van 2003 en het rapport van het EMCDDA van 2004 leggen de grondslagen van de eerste globale analyses. De pilootprojecten in Sydney en Vancouver hebben nieuwe evaluatie-elementen aangebracht en hebben het bewijsniveau verhoogd.

Het rapport (EMCDDA 2015) trekt dezelfde conclusies als die welke hierboven nader worden toegelicht. Op basis van dit rapport kunnen we besluiten dat risicobeperkende gebruiksruimtes het onder meer mogelijk maken:

- De beoogde doelgroep te bereiken
- De hygiëne onmiddellijk te verbeteren en risicovol injecterend druggebruik te beperken (er worden minder spuiten gedeeld ...)
- Het aantal hiv-besmettingen en het aantal sterfgevallen door overdosis te verminderen
- Het doorverwijspercentage naar zorgdiensten, ontwenningdiensten en/of naar vervangende behandelingen te verhogen (goed gedocumenteerd in de studie van Vancouver)
- Nieuwe injecterende druggebruikers te bereiken die nieuwe psychoactieve substanties (NPS) gebruiken om daarmee op vroegtijdige wijze nieuwe (en vooral risicovolle) gebruikstendensen te identificeren



6 Wetgevende aspecten

6.1 Internationale wetgeving

Internationale verdragen

Het **Verdrag van de Verenigde Naties van 1961** (ARTIKEL 4) bepaalt: "*De Partijen nemen de wetgevende en bestuurlijke maatregelen die nodig kunnen zijn: a)... b)..., c) Onder voorbehoud van de bepalingen van dit Verdrag, om de productie, de fabricage, de uitvoer, de invoer, de distributie, de handel, het gebruik en het bezit van verdovende middelen uitsluitend te beperken tot medische en wetenschappelijke doeleinden.*"

Krachtens het **Verdrag van 1971** betreffende psychotrope substanties zijn de Staten gehouden: "*elk gebruik van deze substanties te verbieden (van tabel I), behalve voor zeer beperkte wetenschappelijke of medische doeleinden, door naar behoren gemachtigde personen die werken in medische of wetenschappelijke instellingen die rechtstreeks onder het gezag van hun regeringen ressorteren of door die regeringen uitdrukkelijk zijn gemachtigd*".

Het Verdrag van 1971 (artikel 20) bevat dezelfde bepaling als het Verdrag van 1961 (artikel 38) en bepaalt dat de Staten "*bijzondere aandacht zullen besteden aan het misbruik van verdovende middelen en alle mogelijke maatregelen zullen nemen met het oog op de verzorging, de behandeling en de sociale re-integratie van de betrokkenen*".

De VN-verdragen bepalen dat het bezit van eender welke substanties als een delict dient te worden beschouwd, maar in het geval van het bezit van kleine hoeveelheden voor persoonlijk gebruik worden alternatieven voor vervolgingen aangemoedigd. De verdragen bevatten bepalingen die het voor de ondertekenende landen mogelijk maken risicobeperkende maatregelen te nemen.

Interpretatie van de internationale verdragen

De **International Narcotics Control Board (INCB)**, dat belast is met het toezicht op de uitvoering van de internationale verdragen, is van mening dat risicobeperkende gebruiksruimtes toelaten om drugs te gebruiken zonder medische of wetenschappelijke doeleinden genomen een inbreuk vormen op de internationale verdragen.

We stellen echter vast dat het standpunt van het INCB met de tijd evolueert.

Vermelding in INCB-rapport 2013: "§376. (Canada): "Het INCB blijft bij zijn standpunt volgens hetwelk de inrichting en de werking van structuren voor het gebruik van drugs niet beantwoorden aan de bepalingen van de verdragen betreffende het toezicht op drugs."

Vermelding in INCB-rapport 2014: "§362. (Canada): "Het INCB hoopt zijn dialoog te kunnen voortzetten met de regeringen die de opening hebben toegelaten van dergelijke "gebruiksruimtes" en herhaalt dat het vreest dat dergelijke structuren niet beantwoorden aan de bepalingen van de internationale verdragen betreffende het toezicht op verdovende middelen."



Vermelding in INCB-rapport 2015: "§603. (Athene): "Het INCB, dat een doorlopende dialoog wenst te voeren met de regeringen die de opening van dergelijke "gebruiksruimtes" hebben toegelaten, maakt zich opnieuw zorgen over het feit dat dergelijke centra strijdig zouden kunnen zijn met de bepalingen van de internationale verdragen betreffende het toezicht op verdovende middelen."

Niet iedereen is het echter eens met een dergelijke enge interpretatie van de verdragen. In antwoord immers op een vraag van het INCB om de relatie te onderzoeken tussen meerdere risicobeperkende maatregelen en de verdragen inzake het toezicht op verdovende middelen, kwam het VN-Bureau voor Drugs- en Misdaadbestrijding (UNODC) in 2002 tot het besluit dat heel wat interventies, met inbegrip van de risicobeperkende gebruiksruimtes, niet in strijd waren met de verdragen¹⁷. Dit argument steunt op de flexibele interpretatie van de verdragen, het gebrek aan een nauwkeurige definitie van het begrip "**medische en wetenschappelijke doeleinden**" en de taal die wordt gehanteerd in de Beleidsverklaring van 1998 betreffende de richtsnoeren tot beperking van de vraag naar drugs.

Het kader van de internationale conventies heeft bepaalde ondertekende partijen niet verhinderd om gebruiksruimtes op te richten. In die landen wordt het bezit voor persoonlijk gebruik in een gebruiksruimte geduld, terwijl, bijvoorbeeld, de handel, de verkoop en de verdeling verboden blijven.

Wettelijk kader in de andere landen

In sommige landen zoals Spanje en Zwitserland bevat de nationale wetgeving geen enkele bepaling die de inrichting van risicobeperkende ruimtes verbiedt. In Zwitserland echter werden nationale regels opgesteld.

Om risicobeperkende gebruiksruimtes te kunnen oprichten moesten sommige landen hun wetgeving wijzigen en ophelderen. In Canada en Australië werden risicobeperkende gebruiksruimtes opgericht als pilootprojecten, met wettelijke vrijstellingen. Sommige landen zoals Canada, Duitsland en Luxemburg hebben in hun wetgeving een vrijstelling opgenomen die bepaalt dat het bezit van drugs in het precieze kader van de risicobeperkende gebruiksruimtes evenals een persoonlijk gebruik worden geduld. Afhankelijk van de plaats van de inbreuk wordt er bijgevolg een verschillende straf opgelegd.

- Bv. Canada: in hoofdstuk 56 van de wet wordt bepaald dat de federale minister voor Volksgezondheid het recht heeft een vrijstelling te verlenen aan "eender welke persoon of categorie van personen" indien de minister van mening is dat "de vrijstelling nodig is om medische of wetenschappelijke redenen of in het openbaar belang is. (...)"

¹⁷ United Nations International Narcotics Control Board ; Flexibility of Treaty Provisions as regards harm reduction approaches; Seventy-fifth session; Vienna 30 october – 15 november 2002 (Decision 74/10), preped by30 september 2002, restricted distribution;



- Bv. Luxemburg: artikel 7 van de nieuwe wet van 27 april 2001 bepaalt: "worden bestraft met een boete (...) zij die op onwettige wijze, buiten de lokalen die een bijzondere erkenning hebben gekregen van de minister van Volksgezondheid, één of meer verdovende middelen hebben gebruikt (...)"
- Bv. Duitsland stelt deze vrijstelling vast in artikel 10a van de Narcotic Drugs Act.

Het is belangrijk erop te wijzen dat in Canada, toen er in september 2011 werd overwogen om de risicobeperkende gebruiksruimte Insite te sluiten, de zaak aanhangig werd gemaakt bij het hoogste gerechtshof dat zich eenparig heeft uitgesproken voor het behoud van Insite. Voornoemd hof verklaarde immers: "Insite redt levens; de voordelen zijn voldoende aangetoond en de sluiting zou neerkomen op een ontoelaatbare schending van de mensenrechten van uiterst kwetsbare personen." Het hof gaf aan de minister het bevel om een vrijstelling te verlenen.

In Frankrijk werd overwogen de wet te wijzigen om in een vrijstelling te voorzien (bezit van drugs enkel dulden indien bestemd voor persoonlijk gebruik in een risicobeperkende gebruiksruimte). Het Grondwettelijk Hof verklaarde echter dat zulks in tegenspraak was met het wettelijkheidsbeginsel van de delicten en straffen en met het beginsel van gelijkheid voor de wet, daar de straffeloosheid niet wordt gerechtvaardigd door een reden van algemeen belang en het criterium van aanwezigheid in een risicobeperkende gebruiksruimte ongepast is. Bovendien zouden aldus verschillende internationale verdragen worden geschonden. Een risicobeperkende gebruiksruimte zou normaal gezien in het najaar van 2016 zijn deuren moeten openen in Frankrijk in het kader van artikel 37 van de Grondwet dat bepaalt dat het Parlement een experiment mag toelaten, waarvan het voorwerp en de duur beperkt zijn, dat afwijkt van het beginsel van gelijkheid voor de wet voor een maximale periode van 6 jaar en voor zover een jaarverslag wordt opgesteld betreffende het verloop van het experiment.

In Frankrijk bepaalt het ontwerp van wetgeving dat professionelen niet mogen worden vervolgd wegens medeplichtigheid en het faciliteren van druggebruik. Daarmee is een oplossing gevonden voor het probleem van de aansprakelijkheid in geval van overlijden of overdosis in een risicobeperkende gebruiksruimte.

6.2 De Belgische wetgeving

De Belgische wet van 1921 bepaalt in zijn artikel 3:

"(§ 2.) Met de straffen gesteld in artikel 2bis, en volgens het daarin gemaakte onderscheid, worden gestraft zij die, onder bezwarende titel of om niet, voor een ander het gebruik van de in artikel 2bis, § 1, genoemde stoffen gemakkelijker maken door het verschaffen daartoe van een lokaal of door enig ander middel, of tot dit gebruik aanzetten."

Alleen al het feit een lokaal te verschaffen wordt dus bestraft met de straffen waarin de wet voorziet. Een wijziging van de wet van 24 februari 1921 is nodig indien men dit soort ruimte wil oprichten. Een KB of een rondzendbrief van de procureurs-generaal volstaat daartoe niet.



We wijzen erop dat om het even welke wetswijziging uitsluitend tot de bevoegdheid van de federale overheid behoort. Zonder een dergelijke wijziging van de wet kan geen enkel project worden gestart.

In november 2013 heeft Willy Demeyer een wetsvoorstel tot wijziging van de wet van 24 februari 1921 ingediend.

Hij stelde de volgende wijziging voor:

"Artikel 3, § 2 van de wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van giftstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, psychotrope stoffen, ontsmettingsstoffen en antiseptica en van de stoffen die kunnen gebruikt worden voor de illegale vervaardiging van verdovende middelen en psychotrope stoffen wordt aangevuld met het volgende lid:

"Zijn niet onderworpen aan de toepassing van het eerste lid, zij die het gebruik door een ander gemakkelijker hebben gemaakt, zonder de betrokkene daartoe aan te zetten en met een doel van preventie tegen besmettelijke ziekten of, algemener, van risicobeperking in verband met dit gebruik, van de stoffen zoals bedoeld in artikel 2bis, in plaatsen onder toezicht en tegen de voorwaarden zoals door de Koning bepaald op voorstel van de minister die bevoegd is voor Volksgezondheid."

De programma's voor spuitenruil zijn mogelijk gemaakt door een wijziging van de wet van 1921 (wet van 17 november 1998). Er was immers een wetswijziging nodig opdat de programma's voor spuitenruil niet langer zouden worden beschouwd als aanzetten tot gebruik. De volgende wijziging werd aangebracht:

Art. 3, § 2, lid 2: "Onder de toepassing van het vorige lid vallen niet het te koop aanbieden, de detailverkoop en de terhandstelling, zelfs kosteloos, als bedoeld in artikel 4, § 2, 6°, van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies."

Aansprakelijkheid van de hulpverleners en de overheden

Er bestaat in de gebruiksruimtes een risico van overdosis. Hoe staat het met de aansprakelijkheid van de hulpverleners en de overheden in een dergelijk geval? Het zou immers kunnen dat de verwanten van de overledene klacht indienen.

Er bestaat niet echt een wettelijke basis betreffende de vrijstelling van aansprakelijkheid. Het feit dat de hulpverleners uitsluitend advies mogen verlenen m.b.t. het injecteren (de hulpverleners spuiten de drugs niet zelf in bij de gebruikers) is niet voldoende. Het Belgisch gemeen recht beveelt aan dat de informatie specifiek aan de patiënt zou worden verstrekt. Bijgevolg dient men uit te maken of dit uitdrukkelijk in de wetgeving moet worden opgenomen. Zoals dit al in Canada is gebeurd, zou men bijgevolg kunnen voorzien in de mogelijkheid dat de hulpverleners en de patiënt een contract sluiten zodra deze laatste voor het eerst toegang heeft tot een risicobeperkende gebruiksruimte.



Er bestaat slechts weinig specifieke informatie betreffende de aansprakelijkheid in andere buitenlandse studies. In Frankrijk eiste de Grondwettelijke Raad dat de vrijstelling van aansprakelijkheid duidelijk wordt vermeld alvorens welk project ook te starten.

Een studie betreffende de juridische gevolgen, met inbegrip van het aspect "aansprakelijkheid", zou zeer relevant kunnen zijn om een stevige wettelijke basis te creëren.

Tevens stellen zich ernstige vragen aangaande de wijze waarop ordediensten en de parketten op een wettelijke manier kunnen omgaan met de strafrechtelijke inbreuken die worden gepleegd in het kader van de risicobeperkende gebruiksruidtes. Aangezien de gebruiker zelf de te injecteren of consumeren drugs aanbrengt en dit dus niet op medisch voorschrift gebeurt (zoals dit wel het geval was in de medicinale context van het TADAM-project), ligt er aan de grondslag van ieder gebruik een gepleegd misdrijf. De gebruiker zal immers steeds op illegale wijze zijn 'product' in bezit hebben en hebben verkregen.

Zelfs indien het Openbaar Ministerie de vervolging van bezoekers aan deze gebruiksruidtes niet opportuun zou beoordelen, hetgeen niet coherent zou zijn met de vigerende richtlijnen van het strafrechtelijk beleid ten aanzien van drugs, stellen er zich tal van andere praktische problemen zoals het afbakenen van een zone waarbinnen niet wordt tussengekomen en de handelingen die binnen deze zone worden gedoogd, het nalaten van opsporingshandelingen naar de illegale herkomst van de drugs, de problemen die zich zouden kunnen stellen op het vlak van handhaving van de openbare orde en veiligheid in en rond de gebruiksruidte, enz.

Het is dan ook absoluut noodzakelijk dat de studie naar een mogelijke inbedding van gebruiksruidtes binnen de context van het Belgische drugsbeleid ook een sluitend antwoord tracht te formuleren aangaande de verantwoordelijkheid van de politiediensten wanneer deze worden gevraagd om niet op te treden.

Daarbij weze in herinnering gebracht dat het noch de Minister van Justitie, noch het College van Procureurs-generaal is toegestaan om een algehele negatieve injunctie ten aanzien van de opsporing en vervolging van misdrijven uit te vaardigen.

De richtlijnen van het strafrechtelijk beleid die worden uitgevaardigd bij toepassing van artikel 143quater van het Gerechtelijk Wetboek laten hoogstens toe een indicatie van prioriteitstelling aan te geven, en omkaderen de opportuniteitsbeoordeling van de strafvervolging die tot de autonome bevoegdheid van het Openbaar Ministerie behoort.



7 Situatie en visie in Brussel: voorgesteld model

7.1 Woord vooraf

Dit hoofdstuk is geschreven door de drie Brusselse kabinetten die vertegenwoordigd zijn binnen de Algemene cel Drugsbeleid:

Kabinetten van de ministers Gosuin en Vanhengel, Gezondheid - GGC.

Kabinet van de minister-president Vervoort, Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Kabinet van minister Jodogne, Gezondheid - Cocof.

De nota steunt op de besprekingen die werden gevoerd binnen de werkgroep ad hoc die werd opgericht in het kader van de voornoemde Cel, alsook op de raadpleging van deskundigen die actief zijn op het vlak van drugverslaving in Brussel, Vlaanderen en Wallonië.

7.2 Vaststellingen

Internationale gegevens wijzen op de grote risico's voor de gezondheid als gevolg van het consumeren van heroïne door inspuiten maar ook door inademen: besmetting met hiv, vormen van hepatitis, overdosissen enzovoort. Bovendien veroorzaakt druggebruik in de openbare ruimte heel wat overlast: gebruik zichtbaar voor het grote publiek, spuiten die achtergelaten worden op de openbare weg, enzovoort.

Op het grondgebied van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest bestaat er al een kwaliteitsvol en gevarieerd aanbod inzake preventie, risicobeperking en zorgverlening binnen de bestaande ziekenhuisdiensten, ambulante diensten en mobiele teams (outreach). Sommige diensten zijn laagdrempelig of zelfs zeer laagdrempelig en laten toe een groep te bereiken die weinig of helemaal geen contacten heeft met de algemene en gespecialiseerde gezondheidsdiensten. Ondanks dit aspect van "laagdrempeligheid" geraakt dit aanbod niet tot bij een deel van de bevolking; het gaat meer bepaald om zeer achtergestelde personen, gemarginaliseerde personen, mensen zonder papieren, nieuwkomers en personen die aan het begin staan van hun parcours als injecterende druggebruikers ("eerste injecterende druggebruikers").

Vandaag stellen meerdere diensten risicobeperkend materieel ter beschikking van de gebruikers, meer bepaald via centra voor spuitenruil (vzw Transit, Dune, CLIP, Médibus, Latitude Nord en Espace P). Het gebruik zelf echter vindt vaak plaats in diverse ongepaste en/of onbeveiligde plaatsen: op straat, in openbare toiletten, in metrostations enzovoort.

Er bestaan uiteenlopende redenen waarom sommige gebruikers op deze plaatsen drugs gebruiken. Sommige gebruikers zijn dakloos, anderen echter wonen bij hun ouders, echtgenoot of kinderen en geven er de voorkeur aan hun injecterend gebruik niet zichtbaar te maken.

De bevolking die potentieel gebruik zou kunnen maken van de geplande voorziening wordt in Brussel geraamd op ca. 1.000 personen. Een deel van deze groep komt vandaag al occasioneel of regelmatig naar de bestaande diensten zoals de centra voor spuitenruil. Een ander deel zou bestaan uit gebruikers die vandaag niet naar de bestaande diensten komen.



De samengevatte gegevens van het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (zie hoofdstuk 4) wijzen op het bestaan van behoeften en vragen aan dewelke een risicobeperkende gebruikersruimte tegemoet kan komen.

Uit die gegevens blijkt meer bepaald dat een aanzienlijk deel van de gebruikers:

- heroïne gebruikt door die te injecteren;
- op regelmatige of occasionele wijze gebruikt op straat of in andere openbare of semi-openbare plaatsen die niet aangepast en niet beveiligd zijn;
- gezondheidsproblemen heeft gehad als gevolg van het gebruik en/of het injecteren: abscessen, overdosissen, besmettelijke ziektes;
- van mening is dat een gebruikersruimte aan hun behoeften zou beantwoorden.

7.3 Principes van de beoogde risicobeperkende gebruikersruimte

De gebruikersruimte zou aan de volgende criteria moeten beantwoorden:

- coherent zijn met het bestaande aanbod en een aanvulling vormen op dat aanbod;
- een schakel vertegenwoordigen in de verbetering van de toegang tot de zorgverlening;
- flexibel zijn om zich op evolutieve wijze te kunnen aanpassen aan de noden van de betrokken doelgroepen (doorverwijzen);
- tegemoetkomen aan behoeften die door het bestaande aanbod niet worden gedekt;
- opgevat zijn als een laagdrempelige dienst: open zijn voor de gebruikers, zonder voorwaarden en op anonieme wijze;
- duurzaam zijn, onder voorbehoud van een gunstige evaluatie, om geen behoeften te creëren bij een bijzonder kwetsbare groep die er vervolgens nog erger aan toe zou zijn indien de gebruikersruimte opnieuw zou worden gesloten.

Bovendien moet de genezing van de patiënten of hun opname in een behandeling met vervangingsmiddelen een doelstelling op lange termijn zijn. De gebruikersruimte dient te worden beschouwd als een stap in de richting van die doelstelling en moet toelaten de voorwaarden te creëren om die genezing mogelijk te maken.

7.4 Voorstelling van de voorziening

De interveniënten / deskundigen die we hebben geraadpleegd, pleiten voor de oprichting van één of twee risicobeperkende gebruikersruimtes. Wordt er slechts één ruimte geopend, dan zijn ze van mening dat de voorziening gedeeltelijk zou moeten worden gedecentraliseerd in bestaande diensten (zie verder).

De decentralisatie zou het mogelijk maken:

- de overbelasting van de ruimte te vermijden evenals een grote toestroom van gebruikers binnen één enkele wijk;
- te voorzien in een betere geografische spreiding op schaal van het Gewest en meer nabijheid te creëren bij de gebruikers.

De gebruikersruimte



Concreet zou de gebruikruimte plaats moeten kunnen bieden aan 30 gebruikers tegelijk:

- 10 gebruiksposten, i.e. 5 om te injecteren en 5 om drugs te inhaleren;
- een onthaalruimte voor pre- en post-counseling met 20 gebruikers en waar sommigen wat kunnen rusten na de drugs te hebben ingenomen.

De ruimte zou 7 dagen per week open zijn van 15.00 tot 23.00 uur. Deze uurregeling is vastgesteld op basis van de bezoeksieken bij de bestaande diensten.

De ruimte zou in de buurt van een huidige gebruikplaats moeten liggen, i.e. de wijk Ribaucourt of Beurs/Anneessens.

Begeleiding

Om een volledige en kwaliteitsvolle dienst aan te bieden moeten meerdere functies worden bekleed door speciaal opgeleid personeel. Het gaat om medische, paramedische en sociale functies, functies op het vlak van gezondheid en van projectbeheer en -coördinatie. Ze dienen ook de deelname van de gebruikers te omvatten. Aan deze verschillende functies beantwoorden profielen van professionelen en vrijwilligers (rechterkolom van de tabel).

Functies	Profielen
Permanent toezicht	Verpleger
Verplegingskliniek	Opvoeder - Psychosociaal begeleider
Opvang	Dokter van wacht die kan worden opgeroepen
Contacten met de wijk, de omgeving	Project- en logistiek coördinator
Opvolging met de zorgdiensten	(Ex-)gebruikers, "ervaringsdeskundigen"*
Projectbeheer	
Voorraadbeheer	
Participatie	

**de ervaringsdeskundigen kunnen niet alle functies bezetten*

Naast de functies die een optimale werking van de ruimte zelf mogelijk maken, dient er absoluut te worden voorzien in twee belangrijke functies naar de buitenwereld:

- De contacten met de wijk rond de gebruikruimte moeten het mogelijk maken een band te smeden, en die band te onderhouden, met verschillende lokale (gemeentelijke) spelers alsook met de buurtbewoners, met het oog op de harmonieuze integratie van de dienst in de wijk, om te werken aan de voorstellingen



van de actoren in de omgeving, de aanvaarding van de ruimte te bevorderen en buurtproblemen en andere vormen van hinder te voorkomen.

- De opvolging met de gespecialiseerde en algemene zorgdiensten heeft tot doel de gebruikers (opnieuw) in contact te brengen met deze diensten, hen door te verwijzen naar psycho-medisch-sociale begeleiding op lange termijn, naar een vervangende behandeling of naar kuurcentra.

Decentralisatie

In aanvulling op een gebruikruimte pleit de sector voor de inrichting van drie diensten voor gebruik onder toezicht. Het gaat erom het aanbod aan te passen en te decentraliseren om tegemoet te komen aan de noden van een rondtrekkende groep. Deze groep is tegelijk gehecht aan bepaalde plaatsen en maakt af en toe al gebruik van bestaande diensten die zij goed kennen. Deze diensten zouden bestaande centra voor spuitenruil kunnen zijn waar het gekwalificeerd personeel zijn aanbod ten aanzien van de gebruikers zou kunnen uitbreiden en diversifiëren. Bepaalde aanpassingen van de lokalen zouden nodig zijn en ook de aanwezigheid van psychosociale begeleiders en verplegers zou moeten worden versterkt. De kwaliteitsvereisten zullen dezelfde zijn als die welke gelden voor de gebruikruimte.

Kostprijs

Gelet op de eisen inzake begeleiding voor dit soort ruimte, vertegenwoordigen de personeelskosten het grootste deel van het budget. De onderstaande tabel bevat de verschillende functies en de raming van de voltijds equivalenten (VTE) voor elke functie met het oog op een optimale werking van de risicobeperkende gebruikruimte enerzijds en voor de gedecentraliseerde diensten anderzijds. Een eerste raming van het totale budget voor de personeelskosten geeft een bedrag van 800.000 euro. Deze raming dient te worden verrijkt en aangevuld met een raming van de werkingskosten.

Funcities	VTE Risicobeperkende gebruikruimte	VTE gedecentraliseerde diensten	Totaal VTE
Verplegers	4,5	1,5	6
Begeleiders	7,5	1,5	9
Dokter van wacht	Gedetacheerde van een gespecialiseerde dienst		Gedetacheerde
Administratieve medewerker	1	0	1
Projectverantwoordelijke	1	0	1
Ervaringsdeskundigen		2,5	2,5



Te betrekken actoren

Om de efficiënte werking van deze voorziening te verzekeren en de ruimte op te nemen in de zorgketen past het een brede waaier van actoren uit verschillende sectoren te informeren en bij het project te betrekken:

- algemene en gespecialiseerde sociale en gezondheidssector, met onder meer de huisartsen;
- de politie en de politiescholen om de initiële en voortgezette opleiding van de politiemensen te verzekeren;
- de actoren op het vlak van bescherming van de gezondheid die in het kader van de voorziening versterking kunnen bieden door meer bepaald hun competenties inzake volksgezondheid ter beschikking van het project te stellen;
- de actoren die werken met daklozen;
- de gemeenten en de gemeentelijke actoren die belast zijn met preventie (politieagenten enz.);
- de gebruikers, ter garantie van de aspecten "participatie" en "burgerschap" van het project.

Evaluatie

Voorafgaand aan het project dienen evaluatiecriteria en -indicatoren te worden gedefinieerd en moet er worden voorzien in een mechanisme van opvolging-evaluatie.

7.5 Besluit: positie van de Brusselse kabinetten

Het principe van een risicobeperkende gebruikruimte is onderdeel van een volksgezondheidsbenadering. Het gaat erom op zoek te gaan naar pragmatische oplossingen om tegemoet te komen aan de vastgestelde sociale en gezondheidsbehoeften (morbiditeit, sterftcijfer) en tegelijk de overlast te beperken die het gevolg is van druggebruik op openbare plaatsen.

Deze benadering moet haar plaats verwerven en een aanvulling vormen op het continuüm dat wordt gevormd door preventie, risicobeperking, zorgverlening en herinschakeling. De risicobeperking noch enig ander element van dit continuüm heeft tot doel dit gebruik te banaliseren.

De in deze nota voorgestelde voorziening moet concrete uitwerking krijgen op basis van de "beste praktijken" die in het buitenland bestaan en dezelfde doelstelling van volksgezondheid voor ogen hebben.

Ze moet op alle niveaus voldoen aan bepaalde kwaliteitseisen: opleiding en kwalificaties van de werknemers, opname in het gespecialiseerd en algemeen sociaal en gezondheidsnet, nabijheid met de gebruikers en deelname/responsabilisering van die gebruikers, overleg met de buurtbewoners en de gemeentelijke verantwoordelijken, evaluatie.

De aanpassing van de wet van 1921 is noodzakelijk om een duidelijk rechtskader af te bakenen dat toelaat de gebruikers en de bij deze voorziening betrokken werknemers te beschermen.



8 Conclusies

De Thematische Vergadering Drugs van de IMC Volksgezondheid gaf volgende opdracht aan de Algemene Cel Drugsbeleid : *‘De ACD onderzoekt de haalbaarheid en randvoorwaarden voor de implementatie van gebruikersruimtes in België, met specifieke aandacht voor de behoeften, en organisatorische, budgettaire en wettelijke aspecten. De ACD legt haar bevindingen voor aan de Thematische Vergadering Drugs van de IMC.’*

De ACD komt tot volgende conclusies :

1. De doeltreffendheid in het beperken van gezondheidsschade door risicobeperkende gebruikersruimtes is bestudeerd en beschreven in verschillende studies. Op basis van de beschikbare **studies** kunnen we besluiten dat :
 - a) Risicobeperkende gebruikersruimtes de levenskwaliteit en de gezondheid van de gebruikers kunnen verbeteren, risico's beperken, de toegang tot de zorg verbeteren, en het gebruik in de publieke ruimte verminderen. De kosteneffectiviteit van bepaalde vormen van schadebeperking, zoals spuitenruilprogramma's, is reeds omstandig aangetoond.
 - b) De gebruikersruimten niet resulteren in een toename van de criminaliteit, maar een reële impact kunnen hebben op de afname van de overlast (door minder spuiten en druggerelateerd afval op de openbare weg, afname van het aantal personen dat drugs inspuut op de openbare weg ...).
 - c) Een dergelijke voorziening vaak goed aanvaard wordt door de buurt/lokale gemeenschap voor zover die samenleving wordt betrokken bij de verschillende fasen van de ontwikkeling van het project. Terwijl de publieke opinie in het begin vaak gekant is tegen de opening van dergelijke inrichtingen, is gebleken dat de aanvaarding daarna groter wordt wanneer dergelijke ruimtes tot een verbetering van de problemen op het vlak van gezondheid en openbare orde leiden.
2. De huidige **federale wetgeving** laat de oprichting van een gebruikersruimte niet toe. Immers, een lokaal ter beschikking stellen dat het gebruik van illegale drugs vergemakkelijkt, of hiertoe aanzet, is strafbaar in het kader van de drugswet van 1921. Een wetswijziging van de Drugswet is een conditio sine qua non voor de oprichting van een gebruikersruimte. Een Koninklijk Besluit of een rondzendbrief van de procureurs-generaal volstaan niet.
3. Het kader van de **internationale conventies** heeft bepaalde landen niet verhinderd om gebruikersruimtes op te richten.
4. Indien er zou worden beslist dit type voorziening in België te starten, moet een **brede consultatie- en denkoefening** georganiseerd worden over de randvoorwaarden (beoogde doelgroep, plaatsen, uurregeling, relatie en samenwerking met de politie, minimale begeleiding, minimale opleiding van de hulpverleners, andere eventueel toegevoegde diensten, inclusie- en exclusiecriteria, ...). Hierbij moeten ook de terreinwerkers worden geraadpleegd opdat het project zo goed mogelijk aansluit bij de werkelijkheid op het terrein. Bovendien moet een dergelijk project opgenomen zijn in een zorgnetwerk en een aanvulling vormen op het bestaande aanbod. Overleg met



de sleutelpersonen van de directe omgeving van een toekomstige gebruikersruimte is van wezenlijk belang om de weerstand tot een minimum te beperken. Ook de betrokkenheid van de druggebruikers in het ontwerp en het beheer van de voorzieningen is belangrijk voor de aanvaarding en het welslagen van een dergelijk initiatief. Tevens dient het advies van het College van Procureurs-generaal en haar expertisenetwerk verdovende middelen te worden ingewonnen wanneer een substantiële wijziging van het strafrechtelijk beleid en de drugswet zou worden overwogen.

5. Indien men een dergelijke voorziening wenst op de richten is dus een voorafgaande **haalbaarheidsstudie** essentieel. Hierin moeten, naast de voormelde elementen, ook de budgettaire en juridische aspecten, met inbegrip van de aspecten inzake aansprakelijkheid van de hulpverleners en de overheden in geval van overdosis, onderzocht worden. Dit onderzoeksthema werd als een prioriteit opgenomen in de projectoproep van het drugprogramma van Belspo in 2016. In de komende maanden zal een onderzoeksequipe aangeduid worden. De eindresultaten van deze studie worden verwacht tegen einde 2017.
6. De vertegenwoordigers van de federale regering in de Algemene Cel Drugsbeleid achten, in deze legislatuur, de oprichting van een gebruikersruimte **niet prioritair**. De federale overheid zal dus geen wetswijziging terzake initiëren of steunen.
7. De vertegenwoordigers van de Brusselse Ministers (Gewest, FGC en GGC) en van de Waalse Minister, bevoegd voor gezondheid, in de Algemene Cel Drugsbeleid zijn van mening dat de oprichting een risicobeperkende gebruikersruimte een **pragmatisch antwoord** is op een volksgezondheidsprobleem, en dat deze ruimte bepaalde vormen van overlast kan doen afnemen.



9 Referenties

- Andersen, M.A., & Boyd, N.; *A cost-benefit and cost-effectiveness analysis of Vancouver's supervised injection facility*; 2010
- Aertsen, P., Dheedene, P., Ruyters, T., Verstuyf, G., & Windelinckx, T.; *Gebruiksruimtes : visie vanuit het gezondheidsperspectief. Definitie, doelstellingen, modaliteiten*; Brussel, VAD; 2014 <http://www.salledeconsommation.fr/media/visietekst-gebruiksruimte-2014.pdf>
- Baufay, F.; FEDITO BXL ; *Salles de consommations à moindre risques dossier d'info*; 2012 (<http://reductiondesrisques.be/wp/wp-content/uploads/2012/12/Salles-de-consommations-à-moindre-risques-dossier-dinfo-201212.pdf>)
- Bayoumi, A.M., & Zaric, G.S.; *The cost-effectiveness of Vancouver's supervised injection facility*; 2008
- Bertrand, B.; *Droit international et salle de consommation à moindre risque*; www.salledeconsommation.fr; mars 2009
- Boonen, J.; *Rapport de l'étude de faisabilité pour un "local de consommation supervisé" à Charleroi*, Charleroi: Cellule Recherche Concertation ; 2010 <http://www.salledeconsommation.fr/media/rapport-fbsu-charleroi-pclld.pdf>
- Clément, T. ; *Insite de Vancouver : rapport final comité consultatif d'experts sur la recherche sur les sites d'injection supervisés* ; 2008 ; <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/sites-lieux/insite/index-fra.php#red>
- De Ruyver, B., Lemaitre, A., Born, M., Colman, C., Pirenne, C., & Vandam, L.; *Définition et mesure de la criminalité liée aux drogues*; Belspo; http://www.belspo.be/belspo/organisation/publ/pub_ostc/Drug/rDR30_2.pdf
- Demaret, I., Litran, G., Magoga, C., Deblire, C., De Roubaix, J., Quertemont, E., Van Caillie, D., Dubois, N., Lemaître, A., & Anseau, M. ; *Projet TADAM - Rapport final 2007-2013*, Liège: Université de Liège; 2013 https://www.ulg.ac.be/cms/c_3625723/fr/ept-projet-tadam
- Diaz Gomez, C.; *Les salles de consommation en Europe. Synthèse de la revue de la littérature internationale*, OFDT; 2009
- Dune asbl, 2015. *Rapport d'activités 2014*
<http://dune-asbl.be/onewebmedia/COCOF%20FINAL%2029062015.pdf>



- Eberhard Schatz¹ & Marie Nougier ; *Salles de consommation à moindre risque : les preuves et la pratique* Consortium International sur les Politiques des Drogues ; 2012
- EMCDDA ; perspectives on drugs : drug consumption rooms : an overview of provision and evidence; 2015
- EMCDDA. *European Drug Report. Trends and developments 2015*, Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2015;
<http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/974/TDAT15001ENN.pdf>
- EXPERT ADVISORY COMMITTEE. *Vancouver's INSITE service and other supervised injection sites : What has been learned from research ?* Final report of the Expert Advisory Committee, 2008
- Havinga, P., Van Der Poel, A. ; *Gebruikersruimten in Nederlands – Update van de handreiking bij organisatie en inrichting*; Trimbos Instituut, Utrecht, 2011
- Hedrich D., *European report on drug consumption rooms, Luxembourg*: Office for Official Publications of the European EMCDDA; 2004
http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_54132_EN_Consumption%20rooms.pdf
- HEDRICH D, KERR T et DUBOIS-ARBER F. Drug consumption facilities in Europe and Beyond », in *Harm Reduction : evidence, impacts and challenges* », EMCDDA; 2010
- Houborg E.; Asmussen F. ; *Drug consumption rooms and the role of politics and governance in policy processes*; *International Journal of Drug Policy*; 25 (2014) 972–977; 2012
- INSERM; *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues*; Expertise collective, Paris, Editiond INSERM, 2010
- Kerr T., Wood E., Small D., Palepu A., Tyndall MW.; *Potential use of safer injecting facilities among injection drug users in Vancouver's Downtown Eastside*. Cmaj; 2003
- Kerr, T., Tyndall, M., Lai, C., Montaner, J.S.G., Wood, E. (2006): Drug-related overdose within a medically supervised safer injecting facility. *Int J Drug Policy* 17, 436-41.
- Kirzin, M., Mimouni, H., & Husson, E., *Projet "Riboutique" Concertation Bas-seuil* ; 2012
<http://reductiondesrisques.be/wp/wp-content/uploads/2013/03/Rapport-Riboutique-last.pdf>
- Kinnard E., Howe C., Kerr T., Skjødt Hass V. & Marshall B.; *Self-reported changes in drug use behaviors and syringe disposal methods following the opening of a supervised injecting facility in Copenhagen, Denmark*; *Harm Reduction Journal* 2014,



- Konsumraum A.; *Drug Consumption Rooms in Germany- a situational assesment* ; Deutsche Aids-Hilfe ; 2011.
- *MSIC EVALUATION COMMITTEE. Final report on the evaluation of the Sydney Medically; Supervised Injecting Centre. MSIC Evaluation Committee, 2003*
- Peacey J.; *drug consumption rooms in Europe : Client experiences survey in Amsterdam and Rotterdam*; European Harm Reduction Network; 2014
- Plettinckx, E., Antoine, J., De Ridder, K., Blanckaert, P., & Gremeaux, L., 2016. *Developments and trends on drugs 2015 : Synthesis Report by the Belgian Reitox National Focal Point*, Brussels: WIV-ISP.
- Poschadel, S., Höger, R., Schnitzler, J., Schreckenber, D. (2002): *Evaluation der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland*. Bochum: Zeus GmbH.
- Rhodes, T., & Hedrich, D. (2010). *Harm reduction and the mainstream* (EMCDDA MONOGRAPHS). Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Schäffer D. & Stöver H.; *Drug consumption rooms in Europe : Models, best practice and challenges*; European Harm Reduction Network; 2014
- Schatz E. & Nougier M.; *Salles de consommation à moindre risque : les preuves et la pratique* ; Consortium International sur les Politiques des Drogues; 2012
- Strang, J., Babor, T., Caulkins, J., Fischer, B., Foxcroft, D., & Humphreys, K. (2012). *Drug policy and the public good: evidence for effective interventions*. The Lancet, 379(9810), 71-83.
- Stévenot, C., Caraël, E., & Hogge, M., 2016. *L'usage de drogues en Wallonie et à Bruxelles. Rapport 2015*, Bruxelles: Eurotox asbl.
http://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Eurotox2015_Usage_drogues.pdf
- United Nations International Narcotics Control Board ; *Flexibility of Treaty Provisions as regards harm reduction approaches*; Seventy-fifth session; Vienna 30 october – 15 november (Decision 74/10);
- Wilson, D. P., Donald, B., Shattock, A. J., Wilson, D., & Fraser-Hurt, N. (2015). *The cost-effectiveness of harm reduction*. International Journal of Drug Policy, 26, S5-S11.
- Windelinckx, T., 2015. *Rapport Evaluatie Onderzoek Spuitenruil Vlaanderen 2014*, Antwerpen: Vlaamse Spuitenruil, Free Clinic vzw.
- WIV-ISP. 2014. *Belgian Treatment Demand Indicator Register (BTDIR)*.



- Woods, S.; 2014; European Harm Reduction Network; drug consumption rooms in Europe: Organizational overview



10 Bijlage

Leden van de werkgroep

Florence Pottiez	Voor Eerste Minister Charles Michel
Harmen Lecok	Voor Minister Maggie De Block
Johan De Haes	Voor Minister Jan Jambon
Tom Van Wynsberge	Voor Minister Koen Geens
Isabelle Demaret	Voor Minister Maxime Prévot
Grieke Forceville en Bert Plessers	Voor Minister Jo Vandeurzen
Alexander Witpas	Voor Minister Jo Vandeurzen
Vladimir Martens	Voor Minister Cécile Jodogne
Luc De Tavernier	Voor Minister Didier Gosuin
Sophie Temmerman	Voor Minister Guy Vanhengel
Céline Van Neyverseel	Voor Minister-president Rudi Vervoort
Jean-Baptiste Andries	College van Procureurs-generaal, expertisenetwerk drugs
Claude Gillard	FOD Justitie
Lies Gremeaux	WIV
Jérôme Antoine	WIV
Kurt Doms	FOD VVVL, secretariaat Algemene Cel Drugsbeleid (voorzitter)
Caroline Theisen	FOD VVVL, secretariaat Algemene Cel Drugsbeleid