

# Haalbaarheidsstudie van druggebruikersruimtes in België

## SAMENVATTING

Freya Vander Laenen

Pablo Nicaise

Tom Decorte

Jessica De Maeyer

Brice De Ruyver

Pierre Smith

Laurens van Puyenbroeck

Louis Favril

# Feasibility study on drug consumption rooms in Belgium

© Belgian Science Policy Office (BELSPO), 2018

## CONTACT

- Algemeen: Freya Vander Laenen ([freya.vanderlaenen@ugent.be](mailto:freya.vanderlaenen@ugent.be))
- Juridisch luik: Laurens van Puyenbroeck ([laurens.vanpuyenbroeck@ugent.be](mailto:laurens.vanpuyenbroeck@ugent.be))
- Gent en Antwerpen: Louis Favril ([louis@favril@ugent.be](mailto:louis@favril@ugent.be))
- Brussel, Charleroi en Luik: Pierre Smith ([pierre.smith@uclouvain.be](mailto:pierre.smith@uclouvain.be))

Volledig rapport beschikbaar op: <https://biblio.ugent.be/publication/8546539>

## ACHTERGROND

---

Druggebruikers ondervinden vele vormen van druggerelateerde schade. Wereldwijd worden diverse beleidsinitiatieven aangewend die gericht zijn op het reduceren van deze druggerelateerde schade, waaronder *harm reduction* of ‘schadebeperking’ (Csete *et al.*, 2016; Strang *et al.*, 2012). Dit verwijst naar beleidsvormen, initiatieven en praktijken gericht op het reduceren van de negatieve gezondheids, maatschappelijke en economische gevolgen van het gebruik van (il)legale psychoactieve drugs, zonder noodzakelijk druggebruik te verminderen. Harm reduction is gestoeld op een volksgezondheidsmodel dat de gezondheid en het welzijn van druggebruikers wil verbeteren en tegelijk de schade op buurt- en maatschappijniveau wil reduceren, aanvullend op andere initiatieven om druggebruik te beperken of voorkomen (EMCDDA, 2010).

Internationale organisaties erkennen harm reduction-maatregelen als *good practices*, zoals spuitenruilprogramma’s, substitutiebehandeling en gecontroleerde heroïneverstrekking (EMCDDA, 2010). Eén specifieke maatregel zijn *druggebruiksruimtes* (DGRs)—legale voorzieningen waar druggebruikers op een veilige en hygiënische wijze hun elders verworven drugs kunnen gebruiken onder toezicht van opgeleid (medisch) personeel (EMCDDA, 2017). Hoewel DGRs onderling sterk verschillen in aanpak en ontwerp, blijken de doelstellingen gelijkaardig. Algemeen streven gebruikruimtes drie objectieven na. Ten eerste tracht men het welzijn en de gezondheidstoestand van druggebruikers te verbeteren. De focus ligt hier op schadebeperking; bovenop een veilige en hygiënische context biedt een DGR ook steriel injectiemateriaal en parafernalia aan, en wordt informatie en advies over veilig druggebruik verleend door het personeel. Op deze manier tracht men overdosissen en de transmissie van HIV en hepatitis te voorkomen of althans te reduceren. Ten tweede beogen DGRs een reductie van openbare overlast, veroorzaakt door druggebruik in de publieke ruimte. Bronnen van overlast zijn onder meer zwerfspuiten, prikongevallen en subjectieve onveiligheidsgevoelens bij burgers. Ten derde wil men voor de kwetsbare (en vaak moeilijk bereikbare) groep van gebruikers een toegangspoort creëren tot de bestaande (drug)hulpverlening en welzijnsvoorzieningen. Door het laagdrempelig en vrijwillig toeleiden naar verdere hulpverlening tracht men het individueel welzijn en de gezondheidstoestand van deze doelgroep te verbeteren. Kortom, DGRs opereren binnen een driehoek van belangen: individuele gezondheid, volksgezondheid en openbare orde.

De eerste DGR is sinds 1986 operationeel in Zwitserland; in 2017 telde Europa 90 officiële DGRs in acht landen: Denemarken, Noorwegen, Spanje, Zwitserland en de vier buurlanden van België: Frankrijk, Duitsland, Luxemburg en Nederland (EMCDDA, 2017). In de voorbije 30 jaar is veel wetenschappelijk

bewijs geleverd voor de effectiviteit van DGRs; hoewel in elke DGR de aanpak en het ontwerp anders is, ziet men telkens de heilzame effecten terugkeren, zowel voor gebruikers als voor de gemeenschap, vooral wanneer de DGR deel uitmaakt van een breder spectrum van lokale maatregelen. Bovendien wordt (frequent) gebruik van DGRs in verband gebracht met de reductie van schade door overdosis, gedeelde spuiten en naaldkwetsuren, zonder evenwel het aantal lokale druggebruikers (of hun kans op herval) te vergroten. Voorts zijn DGRs belangrijke poorten tot de externe behandeling en andere sociale en gezondheidsdiensten voor de druggebruiker. Op lokaal niveau draagt de oprichting van DGRs bij tot de openbare orde, dankzij een terugval in druggebruik op straat en het spuitafval dat op openbare plaatsen wordt achtergelaten. Er wordt geen toename van druggerelateerde criminaliteit vastgesteld. Het beschikbaar wetenschappelijk bewijs toont aan dat DGRs hun basisdoelstellingen van gezondheid en openbare orde effectief bereiken, en ondersteunt dus hun rol binnen het spectrum van hulpverlening aan druggebruikers (Kennedy, Karamouzian, & Kerr, 2017; Potier *et al.*, 2014).

Ondanks deze wetenschappelijke evidentie blijft de implementatie van DGRs controversieel. Het debat over de oprichting van nieuwe DGRs staat echter bovenaan de politieke agenda in een aantal landen, zoals Ierland, Schotland en de Verenigde Staten. Tot op heden wordt in België geen DGR voorzien voor druggebruikers. De Algemene Cel Drugsbeleid heeft in 2016 een synthesesnota gepubliceerd over DGRs in België (ACD, 2016). De ACD wenste de haalbaarheid en randvoorwaarden te onderzoeken voor de implementatie van DGRs in België met specifieke aandacht voor de behoeften, en organisatorische, budgettaire en wettelijke aspecten. Eén van de zeven conclusies van dit rapport was dat—als men een DGR wilt invoeren—een voorafgaande haalbaarheidsstudie essentieel is. Tegen die achtergrond vroeg het Federaal Wetenschapsbeleid (BELSPO) de allereerste studie aan met als doel de haalbaarheid van DGRs in België te onderzoeken.

## **DOELSTELLING EN METHODOLOGIE**

---

De huidige studie wenste zowel de (juridische) voorwaarden te onderzoeken, alsook de mogelijkheden voor het ontwerp en de aanpak van een DGR binnen een spectrum van beleidsmaatregelen voor druggebruikers in vijf Belgische steden: Gent, Antwerpen, Brussel Charleroi en Luik. Er waren vier grote doelstellingen: (1) een up-to-date overzicht van de effectiviteit, de modellen en beperkingen van DGRs wereldwijd, met bijzondere aandacht voor de DGRs in de vier landen die aan België grenzen; (2) een grondige analyse van het wettelijk kader waarbinnen een DGR in België zou kunnen bestaan; (3) een

haalbaarheidsstudie bij de lokale stakeholders en druggebruikers van elk van de vijf steden; en (4) specifieke aanbevelingen op maat van de Belgische context formuleren.

In 2017 heeft het onderzoeksteam verschillende DGRs bezocht in Parijs, Frankfurt, Amsterdam en Luxemburg, alsook de plaatselijke managers geïnterviewd. Daarnaast werden tussen juli en september 2017 in totaal 46 semigestructureerde interviews afgenomen bij diverse professionele stakeholders in de vijf Belgische steden, uit verschillende sectoren: drughulpverlening, outreach-diensten, beleid, politie, parket, beleid, zittende magistratuur, alsook de drugcoördinator in elke stad. Het doel was om de randvoorwaarden voor verschillende DGR-modellen en hun organisatorische en operationele aandachtspunten te identificeren. Naast de interviews met professionals werd in elke stad ook een focusgroep met druggebruikers georganiseerd; in totaal namen 62 druggebruikers deel aan de vijf focusgroepen.

Het is belangrijk om te beklemtonen dat deze haalbaarheidsstudie niet onderzocht of er *nood* is aan een DGR in België of in (één van) de vijf steden, noch of voor deze ruimtes een *draagvlak* is bij de lokale stakeholders. Wel hebben wij de mogelijke opties en scenario's onderzocht van een DGR, met de voor- en nadelen, voor het geval een dergelijke ruimte nodig mocht worden geacht. Een Belgische stad die beslist om aan de slag te gaan met een DGR kan in deze studie praktische aanbevelingen vinden die empirisch onderbouwd zijn. We hebben de aanbevelingen chronologisch gerangschikt in vier groepen, namelijk de (1) essentiële voorwaarden; (2) belangrijkste aandachtspunten bij de oprichting van een DGR; (3) het implementatieproces; en (4) monitoring en evaluatie.

## AANBEVELINGEN

---

### 1. ESSENTIËLE VOORWAARDEN

#### **Wettelijk kader**

Het vastleggen van een duidelijk wettelijk kader is een fundamentele voorwaarde voor de implementatie van DGRs in België. Als ondertekenende partij van de drie elementaire VN-drugsverdragen heeft België de plicht te goeder trouw naar de bepalingen van die verdragen te handelen. Dat wil zeggen dat België het verbodsprincipe in Art. 4 van het verdrag van 1961 moet respecteren, waarin staat dat alle partijen de nodige wettelijke en administratieve maatregelen

moeten nemen om het gebruik en bezit van drugs te beperken tot medische en wetenschappelijke doeleinden. Aangezien de verdragen in essentie gezondheidsgericht zijn, vormen ze geen wettelijke hindernis voor de invoer van DGRs, zolang de DGR—als extreme vorm van schadebeperking—opgevat is om de schadelijke gevolgen van problematisch druggebruik te verminderen. Dat impliceert niet alleen de noodzaak om rekening te houden met het internationaal juridisch kader dat van toepassing is op schadebeperking, zoals de VN-resoluties UNGASS 1988 en UNGASS 2016, maar ook om de implementatie van DGR te baseren op een wettelijk kader dat de gezondheid en het welzijn van de gebruikers sterk benadrukt en de redenering volgt van een geïntegreerde aanpak, met een complementair aanbod van ontwenning, gezondheidszorg en maatschappelijke integratie. Op die manier zou de DGR voldoen aan de voorwaarden van de *International Narcotics Control Board* (zoals beschreven in de meest recente rapporten) en het internationaal wetgevend kader.

Een volgende reden waarom een solide wettelijk kader noodzakelijk is, houdt verband met het gegeven dat de implementatie van DGR in België een aantal wettelijke vragen doet rijzen, voornamelijk over het ‘faciliterend’ effect, het ‘onwettig drugsbezit’ van de gebruikers en een algemene bezorgdheid over ‘veiligheid en openbare orde’. Daarom moet de implementatiestrategie eerst de legaliteit goed afdoetsen, zodat (het bestuur van) de DGR, het personeel en de gebruikers een maximale wettelijke bescherming genieten.

Er zijn drie opties voor de wettelijke implementatie van DGRs in België. De haalbaarheid van elke optie hangt samen met de tijd die nodig is om de DGR in te voeren en van de politieke steun. In de *eerste optie* zou een expliciete uitzondering toegevoegd worden aan het principe in Artikel 3, paragraaf 2, van de wet van 24 februari 1921, om zo een ondubbelzinnige wettelijke basis voor DGRs te creëren. Die optie impliceert een implementatie op lange termijn en vergt daarom een aanzienlijk politiek draagvlak. Voor die wetwijziging zou minstens de handtekening van de ministers van gezondheid en van justitie noodzakelijk zijn. Indien voor een structurele bescherming en/of erkenning in deze zin wordt gekozen, strekt het tot aanbeveling om de wettelijke implementatie in Frankrijk te bekijken. Het is een goed voorbeeld van hoe primaire wetgeving (die de oprichting van een DGR en de bescherming van gebruikers en personeel zou verankeren in de wet van 24 februari 1921) gekoppeld kan worden aan secundaire wetgeving (die de voorwaarden en criteria voor de wettelijke bescherming van een DGR zou bepalen in een Koninklijk Besluit). Wat dat betreft kunnen de 10 minimumcriteria die in de Duitse wetgeving werden opgenomen, dienst doen als inspiratie.

Als de structurele bescherming via primaire wetgeving onmogelijk blijkt—of in afwachting van het wetgevend proces—is er een *tweede optie* mogelijk om druggebruiksruimtes op te richten. In dat geval zou het bereik van Artikel 3, paragraaf 2, van de wet van 24 februari 1921 uitgebreid worden bij Koninklijk Besluit, met de motivering dat de inrichting specifiek als een harm reduction-maatregel zou

functioneren om de gezondheid van de druggebruikers te beschermen. Dat zou een uitzondering rechtvaardigen op het misdrijf vervat in Artikel 3, paragraaf 2 (a), en zodoende een effectieve bescherming vormen tegen gerechtelijke vervolging binnen de basiswetgeving. Die optie zou een implementatie betekenen op middellange termijn en een gemiddelde steun vergen uit politieke hoek (het Koninklijk Besluit vereist in dat geval de handtekening van de minister van gezondheid).

Een *derde optie*, haalbaar op eerder korte termijn en met een klein politiek draagvlak, is de implementatie van DGR—zonder voorafgaande wetswijziging—als een (tijdelijk) wetenschappelijk of medisch experiment. Een dergelijk pilootproject zou niet alleen in overeenstemming zijn met de algemene doelstellingen van de VN-drugsverdragen, maar zou ook voldoen aan de aanbevelingen van de UNGASS-resoluties (1998 en 2016). Ook zou dit aansluiten bij de aanbevelingen van de WHO in haar technische gids van 2012, waarin doelstellingen geformuleerd zijn over de algemene toegang tot HIV-preventie en de behandeling van en de zorg voor injecterende druggebruikers. Gelet op de gevoelige aard van DGRs en hun mogelijke politieke gevolgen, is het erg raadzaam om een pilootproject te ondersteunen met erkenning door of toestemming van de minister (van volksgezondheid).

Wat deze derde optie betreft dient opgemerkt dat—hoewel er geen juridisch obstakel is voor het creëren van een dergelijk (zacht) regelgevend kader—de haalbaarheid en houdbaarheid ervan in grote mate afhankelijk zijn van de volle steun van de (minstens lokale) vervolgingsorganen. Bovendien bestaat het risico dat een juridische actie ondernomen wordt tegen een ministerieel besluit (om het piloot project te erkennen) op de grond dat een erkenning onverenigbaar geacht wordt met de federale regelgeving zoals bepaald in de Wet van 24 februari 1921 (hoewel er sterke argumenten zijn om een dergelijke juridische actie als ongegrond te beschouwen, gelet op het intrinsieke gezondheidsgerichte doel van DGRs en de verenigbaarheid met de VN drugsverdragen, zoals hoger beschreven).

Bij elk van bovenstaande opties is het evenwel noodzakelijk om de implementatie te koppelen aan een wijziging van de richtlijnen om druggerelateerde misdrijven te vervolgen (cf. COL 15/2015). Zodoende zouden gebruikers een kleine hoeveelheid illegale drugs mogen bezitten voor persoonlijk gebruik in de inrichting. Het vervolgingsbeleid en de akkoorden over een (non- of zachte) interventie van de politie moeten een heldere procedure bevatten om gebruikers te registreren; ze moeten een definitie en/of de criteria bepalen van de ‘perimeter’ waarbinnen ofwel geen ofwel alternatieve handelingen nodig zijn (zowel binnen als buiten de DGR); specifieke voorwaarden dienen vermeld zoals de afwezigheid van tekenen van verkoop of andere verzwarende omstandigheden, alsook van overlast. Bovendien moet elke wijziging van een vervolgingsrichtlijn rekening houden met de noodzaak om (nieuwe) regels te voorzien voor de inbeslagname van zowel de (illegale) drugs voor persoonlijk gebruik in de DGR, als van de parafernalia (naast degene die al volgens COL 15/2015 uitgesloten zijn van inbeslagname). Tot slot moet op elke locatie een samenwerkingsprotocol of -akkoord getekend worden tussen alle

betrokken partijen, met inbegrip van het bestuur van de inrichting, de administratieve overheid (burgermeester), politie, parket en alle betrokken (medische) zorgverleners.

Om de risico's op aansprakelijkheid en schadeclaims te verkleinen (wegens overlijden of ernstige gezondheidsproblemen door het druggebruik) werden enkele maatregelen bepaald die deze risico's helpen verminderen en voldoende bescherming bieden aan het personeel, de gebruikers en de lokale overheid. Die maatregelen voorzien o.a. een propere omgeving om de drugs te gebruiken, alsook een duidelijk huishoudelijk reglement en protocol (zoals bv. wat te doen in geval van overdosis). Tot slot moet de overeenkomst tussen de DGR en haar cliënteel de nadruk leggen op de verantwoordelijkheid van de gebruikers van de dienst. Bij de opmaak van dat reglement is het essentieel om de handelingen die het (medisch) personeel tijdens hun toezicht op het inspuiten/toedienen mag stellen, strikt af te bakenen. Elke vorm van actieve bijstand tijdens de inspuiting/toediening is daarbij uitgesloten, met aandacht voor de voorzieningen beschreven in de wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van gezondheidszorgberoepen. Ten slotte moeten zij die in of met een DGR werken een specifieke opleiding krijgen waarin de criteria van (burgerlijke en strafrechtelijke) aansprakelijkheid aan bod komen.

#### **Aanbeveling 1: Vastleggen van een duidelijk wettelijk kader**

De invoer van druggebruiksruimtes in België vergt een wettelijk kader dat duidelijk de nadruk legt op zowel de gezondheid en het welzijn van de druggebruiker, als op een geïntegreerde aanpak. Om DGRs wettelijk te implementeren zijn er drie opties. De haalbaarheid van elke optie hangt samen met de voorziene duur van de implementatie en het politiek draagvlak. Bij elk van de opties moet de implementatie gepaard gaan met een wijziging van de vervolgingsrichtlijnen voor druggerelateerde misdrijven. Tot slot is het essentieel om een brede waaier aan maatregelen te voorzien om het risico op (burgerlijke en strafrechtelijke) aansprakelijkheid effectief te minimaliseren, zodat het personeel, de gebruikers van de dienst en de lokale overheid voldoende bescherming genieten.

#### **Politieke steun en subsidiëring**

Om een DGR (effectief) te implementeren, zijn—naast een wettelijk kader—zowel politieke steun als (de daarop gestoelde) subsidiëring essentieel. Alle betrokken politieke autoriteiten (lokaal, regionaal en federaal) dienen de implementatie van een DGR te steunen. Daartoe kan publieke ambivalentie een belangrijke factor zijn, aangezien beleidsmakers vaak enkel actie ondernemen wanneer de publieke opinie het beleid steunt en vice versa (Hyshka, Bubela, & Wild, 2013). De ervaring in andere landen



toont dat de ontwikkeling van DGRs sterk gepolitiseerd is en dat hun oprichting, ondanks bewijzen voor de effectiviteit ervan, vaak betwist wordt in referenda en rechtszaken (Semaan *et al.*, 2011). Politieke tegenstand kan de implementatie van dergelijke faciliteiten tegenwerken. Zelfs wanneer op niveau van het lokaal stedelijk beleid politieke steun aanwezig is, zal dat niet volstaan gelet op de juridische (zie AANBEVELING 1) en budgettaire implicaties van DGRs. Wat dit laatste betreft, moeten nieuwe faciliteiten—of het vooruitzicht daarop—kunnen rekenen op structurele financiële steun van stedelijke, regionale en/of federale autoriteiten voordat zij in de praktijk (kunnen) worden omgezet. Volgens de professionele stakeholders in onze studie zou de subsidiëring van een DGR voornamelijk gezocht kunnen worden bij de regionale gezondheidsministers in België, wat geen sinecure zal blijken als er weerstand is op lokaal niveau (burgemeester) of bij de regionale overheid. Meer specifiek gesteld zal de kostprijs van een DGR afhangen van vele factoren, zoals de locatie, het model (alleenstaand *versus* geïntegreerd), capaciteit, openingsuren, samenstelling van het personeel, en beschikbare diensten en hulpverlening. Omdat DGRs hun kosteneffectiviteit bewezen hebben in het buitenland (Andresen & Boyd, 2010; Andresen & Jozaghi, 2012; Bayoumi & Zaric, 2008; Pinkerton, 2010, 2011), en erin slagen om een unieke niche van risicogebruikers te bereiken, is de toewijzing van voldoende middelen cruciaal.

#### **Aanbeveling 2: Politieke steun en structurele subsidiëring zijn kernvoorwaarden**

Politieke steun vanuit de lokale, regionale en federale niveaus, en structurele financiële steun van (minstens één van) die overheden, zijn allen kernvoorwaarden voor de praktische implementatie van een DGR in België.

## **2. BELANGRIJKSTE AANDACHTSPUNTEN BIJ DE OPRICHTING VAN EEN DGR**

### **Redenen om druggebruikersruimtes op te richten en het contact met politie**

Hoewel de professionele stakeholders van alle vijf steden verschillende redenen aangeven om een DGR op te richten, was de voornaamste reden het bevorderen van de gezondheid en de veiligheid van druggebruikers. Velen onderstreepten dat een DGR kansen zou bieden om aan sensibilisering en gezondheidszorg te doen, en om door te verwijzen naar verdere (drug)hulpverlening. Een groot aantal zag het potentieel om in het bijzonder risicogebruikers te bereiken die momenteel niet of onvoldoende betrokken zijn bij de bestaande hulpverlening en om vertrouwen te scheppen in de gezondheidszorg. Ook het beperken van overlast en het verbeteren van de openbare veiligheid werden belangrijk geacht, weliswaar in mindere mate. Dat vindt weerklank in het standpunt van de druggebruikers, die

aanhaalden dat een DGR voornamelijk een veilige en rustige omgeving moet zijn waar zij voor de hygiënische consumptie van hun drugs terecht kunnen. Het cliënteel van een DGR ziet de inrichting inderdaad vaak als een ‘veilige haven’ of een ‘toevluchtsoord’. Een onderzoek in Sydney stelde vast dat twee op drie gebruikers zich tot de inrichting wendden omdat het er hygiënisch is en veiliger dan de straat, omdat begeleiding beschikbaar is in gevallen van overdosis en omdat steriel materiaal aanwezig is en er veilig kan worden weggegooid (NCHECR, 2007). Tot een gelijkaardige vaststelling kwam een enquête in Nederland: druggebruikers gaven veiligheid, sociale interactie en de afwezigheid van politie als voornaamste redenen om de ruimte te bezoeken (Peacey, 2014).

**Aanbeveling 3: Een DGR moest focussen op de gezondheid en veiligheid van druggebruikers**

Een DGR moet in eerste instantie focussen op het verbeteren van de gezondheid en veiligheid van druggebruikers, door hen een veilige en hygiënische omgeving te bieden waarin zij onder het toezicht van opgeleid personeel drugs kunnen gebruiken. Bovendien brengt de ruimte gebruikers in contact met de (drug)hulpverlening en sociale diensten, wordt de overlast in de buurt beperkt en verbetert de openbare veiligheid (zoals publiek druggebruik en rondslingerend materiaal).

Meerdere deelnemers in de focusgroepen uitten hun bezorgdheid over de aanwezigheid van politie in de buurt van de DGR. Begrijpelijkerwijs verklaarden de druggebruikers dat zij een weerstand zouden voelen om de DGR te bezoeken als er geen garantie is dat ze niet gearresteerd zouden worden. Er is literatuur die ook aantoont dat druggebruikers vaak niet geneigd zijn om zich te richten tot harm reduction-initiatieven uit angst voor represailles of arrestaties (Rhodes *et al.*, 2006; Small *et al.*, 2007). Tijdens de interviews verklaarden stakeholders dat duidelijke richtlijnen en afspraken met politie (vaak gespecificeerd als een schriftelijk protocol) zeker mogelijk is, omdat die voor andere harm reduction-initiatieven in de meeste steden reeds bestaan. Ze benadrukten echter de controversiële aard van DGRs en dat daardoor dergelijke akkoorden en samenwerkingsverbanden zeker essentieel zijn voor de oprichting, het succes en de continuïteit van een DGR. Een samenwerking tussen politie en de gezondheidszorg is inderdaad cruciaal voor de betrokkenheid van politie bij de initiatieven. Ze biedt de zekerheid dat de aanpak van de politie niet interfereert met die doelstellingen, maar ze wel aanvult (Mitra & Globerman, 2016). Specifiek voor de DGRs is hun succes afhankelijk van duidelijke afspraken en een goede samenwerking met de lokale politie (DeBeck *et al.*, 2008). In het gros van de landen waar DGRs operationeel zijn, werd op lokaal niveau een overeenkomst getekend waarin politie zich akkoord verklaart om het cliënteel in de omgeving van de instelling niet te viseren en zich ertoe verbindt om de in- en uitgangen niet te monitoren, terwijl de politie nog steeds andere vormen van criminaliteit in

de buurt aanpakt en nauwe banden onderhoudt met de DGR en hulp biedt als de omstandigheden dit vereisen (Wood *et al.*, 2004c). De politie moet zich in het bijzonder engageren om duidelijk en consequent te handelen wat een DGR betreft: indien nodig gebruikers (weliswaar zonder dwang) doorverwijzen naar de instelling en een akkoord bereiken met het personeel over hoe er moet worden omgegaan met een eventuele samenshooling van gebruikers en/of de aanwezigheid van drugsdealers binnen een begrensd gebied rond de DGR. Zo werd in Vancouver de politie nauw betrokken bij het plannen en uitwerken van *Insite*. Een plan van aanpak en een reglement werden in dialoog opgesteld om de rol van de politie te verduidelijken met betrekking tot de DGR. Daarin werden procedures uitgewerkt, zowel voor situaties waarbij de politie in de DGR moet binnenvallen (zoals spoedgevallen of achtervolgingen), als voor situaties waarbij een interventie noodzakelijk is buiten de inrichting. De politie en de medewerkers van *Insite* hebben een alternatief betwistingsmechanisme op poten gezet met tweewekelijkse bijeenkomsten. Dit proces blijkt doeltreffend voor de bevordering van de communicatie, helpt wrevel en conflicten uitklaren en komt de verstandhouding tussen politie en DGR-personeel ten goede (Perks *et al.*, 2013).

De internationale literatuur toont aan dat politie in grote lijnen akkoord is met DGRs indien er grondig uitgewerkte akkoorden en procedures vastgelegd zijn. De politie kan zelfs helpen met de doorverwijzing van gebruikers en hun gerelateerde activiteiten naar de DGR. Globaal gezien is het essentieel—zowel voor potentiële cliënten als voor het goed functioneren van de DGR—dat lokaal een welomlijnd protocolakkoord uitgewerkt wordt; dat geldt evenzeer voor andere harm reduction-initiatieven (Mitra & Globerman, 2016; Wood *et al.*, 2003). Een dergelijke betrokkenheid van, en samenwerking met, de politie (vóór de eigenlijke implementatie) is aangeraden om te verzekeren dat de politie inziet waarom de DGR nodig is en hoe deze precies functioneert, en om de diverse rollen en verantwoordelijkheden af te bakenen.

**Aanbeveling 4: Een protocol en samenwerkingsakkoord met politie zijn absoluut noodzakelijk**

Duidelijke afspraken (geformaliseerd in een protocol) met de lokale politie zijn noodzakelijk voor de veiligheid te vrijwaren. Alle betrokken partijen moeten het erover eens zijn wat wel en niet kan. Deze afspraken moeten voorkomen dat een druggebruiker uit angst voor arrestatie de DGR niet gebruikt, terwijl de politie criminaliteit in de wijk kan blijven aanpakken en tegelijk een nauwe band met de DGR behoudt.

## Doelgroep en toelatingscriteria

### *Leeftijd*

Net zoals bij harm reduction-programma's, waar een leeftijdslimiet minderjarigen vaak formeel uitsluit (Fletcher & Krug, 2012), laat het gros van DGRs personen onder de leeftijd van 18 jaar veelal niet toe (Schatz & Nougier, 2012; Woods, 2014). Onderzoek toont echter aan dat jongere druggebruikers vaker risicogedrag vertonen dan oudere of meer ervaren gebruikers, zoals het delen van injectiemateriaal of andere parafernalia, wat het risico op infecties en andere schadelijke gevolgen verhoogt (Barrett, Hunt, & Stoicescu, 2013; Hadland *et al.*, 2014). Omdat minderjarigen in bijna geen enkele DGR toegelaten zijn, is het bewijs van de effectiviteit van DGRs grotendeels beperkt tot volwassenen en vertelt het ons weinig over de haalbaarheid of de impact van deze strategie bij jongeren (Hunt, 2008). In de Belgische steden vonden de meeste respondenten (zowel professionals als druggebruikers) dat de leeftijdslimiet van 18 jaar een noodzakelijk toelatingscriterium was. Ook in andere studies vindt die visie weerklank (Watson *et al.*, 2015). Veel respondenten meenden dat jonge (minderjarige) gebruikers doorverwezen moesten worden naar behandelprogramma's of naar andere hulpverlening dan een DGR. Anderzijds verklaarden de 'tegenstanders' van de leeftijdslimiet van achttien jaar dat het criterium een bijzonder kwetsbare groep (weliswaar kleiner in aantal dan hun meerderjarige tegenhangers) buiten de scope van de dienstverlening zou houden. Jonge druggebruikers hebben immers ook nood aan hulpverlening. De toegang weigeren zou hen niet alleen kunnen blootstellen aan nog riskanter gedrag, maar ook afsluiten van de andere diensten die via de DGR toegankelijk zijn. Andere leeftijdsbeperkingen (zoals bijvoorbeeld 21 of 26 jaar) werden niet specifiek vermeld door de meeste stakeholders, die opmerkten dat er druggebruikers van alle leeftijden zijn; aan de duur van het (problematisch) druggebruik werd veel meer belang gehecht dan aan de kalenderleeftijd van potentiële cliënten.

### *Wijze van gebruik*

De meeste respondenten (zowel druggebruikers als lokale professionals) vonden dat niemand mocht worden uitgesloten op basis van het soort drugs (bv heroïne of amfetamines) of op basis van de manier van inname (injecteren, inhaleren, roken). Wat dat laatste betreft, lieten vele respondenten echter weten dat injecterend gebruik de focus van een DGR dient te zijn—vooral wanneer om budgettaire redenen keuzes gemaakt moeten worden—omdat de injecterende druggebruikers in het bijzonder een *high risk, high need* groep vormen. Een andere optie voorzien dan injectie dient echter niet alleen de niet-injecterende gebruikers; ze kan potentieel ook de overgang faciliteren naar niet-injecterend gebruik bij de injecterende druggebruikers (Bridge, 2010). Overeenkomstig met eerder onderzoek (Watson *et al.*, 2013) hebben de druggebruikers in de focusgroepen een sterke voorkeur voor een DGR waar, in hetzelfde gebouw, zowel injecteren als roken toegestaan is, maar wel met een soort fysieke

scheiding tussen de twee—hetgeen behoorlijk vaak voorkomt in DGRs over heel Europa (EMCDDA, 2017). Die scheiding is grotendeels hierop gebaseerd dat er een andere roes en comfort is bij elke manier van inname, evenals de (ongewenste) blootstelling aan verschillende wijzen van druggebruik.

#### *Buurtbewoners (residentie criterium)*

Een andere groep druggebruikers die vaak op basis van het reglement geen toegang krijgt of afgeraden wordt om de DGR te betreden, zijn niet-buurtbewoners. Dat perspectief kwam terug in de visie van de stakeholders. Niet-buurtbewoners worden vaak geweerd om een aanzuigeffect te vermijden van druggebruikers uit de omliggende steden zonder een DGR. Zo gaan Zwitserse en Nederlandse DGRs gebruikers toelaten die niet in de nabije omgeving wonen (Schatz & Nougier, 2012). Een belangrijk nadeel van dat selectiecriterium is dat het niet-buurtbewoners uitsluit die baat kunnen hebben bij de dienstverlening, alsook kwetsbare groepen zoals vluchtelingen en mensen zonder papieren. Enkele professionals wezen erop dat het criterium van verblijfplaats overbodig is, omdat druggebruikers geen lange afstanden naar de DGR zouden afleggen noch het intakegesprek zouden doen bij het eerste bezoek indien het om een eenmalig bezoek zou gaan. Andere toelatingscriteria die in verschillende landen worden toegepast, zijn dakloosheid en het niet in substitutiebehandeling zijn. Weinig van de respondenten onderschreven deze criteria, integendeel zelfs.

#### *Samenvatting*

In elk land functioneren DGRs anders—sommige zijn permissiever (Duitsland en Australië), andere meer gericht en restrictiever (Nederland en Zwitserland). Op die manier hebben beleidsmakers kunnen bepalen of ze de nadruk willen leggen op behoeftedekking of op hoge nood, respectievelijk. Dergelijke beleidskeuzes hangen af van de bezorgdheid over een aanzuigeffect en zullen zeker een algemene impact hebben op de DGRs. Uit de huidige studie kan worden afgeleid dat de DGRs, om laagdrempelig te blijven, beter een veelvoud aan toelatingscriteria en voorwaarden vermijden, zodat ze toch zo veel mogelijk potentiële cliënten bereiken. Twee uitsluitingscriteria werden echter vaak vermeld door professionals in de steden: minderjarigen en niet-buurtbewoners (Antwerpen en Gent). Respondenten hebben wel het belang onderstreept van enige soepelheid bij het toepassen van de criteria en het reglement, bijvoorbeeld bij cliënten die al onder invloed zijn, zwangere vrouwen en mensen die voor het eerst injecteren. Voor deze risicogroepen zijn bijzondere maatregelen en een specifiek protocol noodzakelijk (BCCSU, 2017). Die subgroepen van druggebruikers mogen niet *a priori* uit een DGR geweerd worden, omdat de dienstverlening leidt tot hygiënisch en veilig gebruik (in tegenstelling tot gebruik op straat) en hen de mogelijkheid biedt tot correcte informatie, vorming en toegang tot verdere hulpverlening.

### **Aanbeveling 5: een DGR moet haar doelgroep en toelatingscriteria duidelijk afbakenen**

De doelgroep van een DGR omvat idealiter moeilijk te bereiken (risico)gebruikers. Een DGR dient het evenwicht te zoeken tussen enerzijds haar laagdrempeligheid (het gebruik maximaliseren en barrières minimaliseren), en anderzijds duidelijke criteria vastleggen voor haar doelpubliek (meerderjarigen en buurtbewoners). Bijzondere aandacht moet gaan naar kwetsbare en risicogebruikers, zoals personen onder invloed, zwangere vrouwen en mensen die voor het eerst injecteren. Idealiter biedt een DGR de mogelijkheid om binnen dezelfde faciliteit drugs te consumeren onafgezien dit injecterend gebeurt of niet, waarbij er enige vorm van fysieke scheiding is voorzien.

### **Locatie**

Het bepalen van een goede locatie voor de DGR is belangrijk voor de effectiviteit ervan. Factoren die (lokale) stakeholders ertoe kunnen aanzetten om een DGR in te voeren, zoals frequent gebruik op de straat en de daaraan gerelateerde overlast, of het vaak voorkomen van druggerelateerde medische spoedgevallen, kunnen een idee geven waar de dienst best gehuisvest wordt. Er zijn DGRs opgericht nabij open drugscènes en in buurten waar sinds lange tijd drugs verhandeld worden. De nabijheid tot plaatsen waar mensen drugs kopen wordt gezien als een belangrijke factor in het gebruik van een DGR (Hedrich, 2004). Tijdens de interviews kwamen verschillende meningen bovendrijven, zowel binnen als tussen de steden onderling, over de beste ligging van een DGR. Sommigen vonden dat een DGR best op een centrale plek terechtkwam (zoals in Gent en Luik); die centrale opstelling dichtbij andere diensten zou de kans vergroten dat een druggebruiker ook op die diensten een beroep zou doen. Anderzijds kan een dergelijke centralisatie leiden tot een concentratie van de dienstverlening in één buurt en kunnen als gevolg daarvan de andere wijken verwaarloosd worden. Daarom bepleiten sommigen om de DGRs in specifieke wijken weg van het centrum te situeren, wat zou kunnen bijdragen tot de geografische spreiding van de dienstverlening en het destigmatiseren van bepaalde buurten. De DGRs kunnen echter ook minder bereikbaar zijn voor cliënten als zij te ver afgelegen zijn van het centrum of van andere dienstverlening (Bardwell *et al.*, 2017). In het algemeen was, los van de specifieke geografische ligging binnen een stad, de voornaamste bedenking van zowel druggebruikers als professionals dat een DGR vlot *bereikbaar* moet zijn, ongeacht de (de)centralisatie. Als een DGR te veraf ligt of moeilijk bereikbaar is, zal ze een segment van het doelpubliek niet bereiken. Zo zijn er studies (Petrar *et al.*, 2007) die aantonen dat druggebruikers doorgaans niet bereid zijn om grote afstanden af te leggen naar een DGR—wat erop wijst dat ligging en toegankelijkheid van de DGR een erg belangrijke factor is. Gebruikers in onze focusgroepen bevestigden dat, en wezen erop dat *craving*

en ontwenningsverschijnselen de bereidheid om die afstand te overbruggen sterk beïnvloeden. De moeite en kosten die de verplaatsing met zich brengt, worden als een barrière ervaren.

**Aanbeveling 6: DGR moet vlot bereikbaar zijn voor haar doelpubliek**

Bij de implementatie van een DGR moeten de locatie en de wijk zorgvuldig geselecteerd worden. Ongeacht de specifieke geografische ligging in de stad en ongeacht (de)centralisatie, moet de faciliteit vlot bereikbaar en toegankelijk zijn voor het cliënteel, zodat de doelgroep voldoende bereikt wordt.

**DGR-integratie: modellen en dienstverlening**

Elke professionele stakeholder pleitte voor de integratie van een DGR in een lokale drugsstrategie, zodat de DGR één mogelijkheid is binnen een spectrum van diensten voor druggebruikers dat naast druggebruik ook (psycho)sociale en medische hulp- en dienstverlening omvat. Wetenschappelijke evidentie suggereert inderdaad dat DGRs onderdeel moeten uitmaken van een breder (boven)lokaal drugsbeleid dat de gezondheid van de druggebruiker alsook de gemeenschap ten goede komt, zodat druggerelateerde schade efficiënt aangepakt kan worden (EMCDDA, 2010, 2017; Kennedy *et al.*, 2017).

**Aanbeveling 7: DGR moet deel uitmaken van een brede, geïntegreerde drugsstrategie**

Een DGR moet geïntegreerd worden in een lokale, regionale en federale drugsstrategie, in een brede waaier van hulp- en dienstverlening, zodat ze aan heel wat individuele en maatschappelijke noden kan tegemoetkomen die het gevolg zijn van druggebruik.

Binnen elk van de vijf Belgische steden waren de meningen echter verdeeld wat betreft de vraag of een DGR *fysiek* geïntegreerd moet worden binnen een reeds bestaande organisatie, of dat ze vooral via doorverwijzing in een hulpverleningsnetwerk opgenomen moest worden. Enerzijds bepleiten (de meeste) lokale professionals in België een fysieke integratie binnen een bestaande dienst; de meest gehoorde voorstellen waren laagdrempelige (harm reduction) diensten zoals MSOC/MASS, Transit, CASS en, in mindere mate, ziekenhuizen. In het algemeen heeft een geïntegreerde DGR (wat in Europa het vaakst voorkomt) meerdere voordelen ten opzichte van haar alleenstaande tegenhanger. Zo worden geïntegreerde types vaak gezien als *best practice*, omdat cliënten onder één dak toegang hebben tot een reeks diensten; in vergelijking met alleenstaande DGRs lijken de geïntegreerde een ingebouwd voordeel te hebben bij de ondersteuning van andere gezondheids- en welzijnsdiensten,

wat zowel qua tijd als qua afstand de drempel tot de beschikbare hulpverlening kan verlagen. Op deze manier helpen geïntegreerde DGRs het verlies aan zorg te voorkomen, maken haar toegankelijker en verzekeren (meer) zorgcontinuïteit. Studies tonen inderdaad ook aan dat het laagdrempelig aanbod van een DGR effectief risicogebruikers aantrekt en ertoe bijdraagt om hen naar (drug)hulpverlening te begeleiden (Kimber *et al.*, 2008; Toth *et al.*, 2016; Wood *et al.*, 2006b; Wood *et al.*, 2007). Tijdens de interviews hebben plaatselijke professionals die voordelen duidelijk onderstreept.

Een ander groot voordeel van de geïntegreerde aanpak is volgens de stakeholders dat die toelaat middelen en expertise te delen, zoals bijvoorbeeld het gebouw en personeel. Nog een voordeel is de mogelijkheid om personeel binnen de verschillende diensten (de DGR en andere diensten binnen de organisatie) te laten circuleren, wat hun kennis vergroot, vaardigheden verbetert en de kans op burn-out verkleint (Hunt, 2008). Om die redenen zal het oprichten en managen van een dergelijke DGR minder geld kosten, terwijl een gespecialiseerde DGR (dus niet geïntegreerd in een reeds bestaande organisatie) duurder zal zijn omwille van de huur van het gebouw en de opstart vanaf nul. Lokale laagdrempelige instellingen (zoals MSOC/MASS, Transit en CASS) werden vaak aangehaald als geschikte organisaties voor een dergelijke samenwerking/inbedding. Voorzichtigheid is echter geboden om het cliënteel van de DGR niet te vermengen met de druggebruikers die om andere redenen dan het gebruik van drugs naar de organisatie stappen. Meerdere respondenten haalden inderdaad aan dat, hoewel die integratie prima kan werken voor actieve druggebruikers, het effect op mensen die in een substitutiebehandeling zitten minder heilzaam kan zijn. Zo zouden zij dagelijks hun dosis methadon of buprenorfine moeten ophalen in de onmiddellijke omgeving van de DGR. Voor mensen in detoxificatiebehandeling bijvoorbeeld kan dat een grote uitdaging en beproeving vormen, omdat zij tijdens de detoxificatie dan geconfronteerd zouden worden met (illegaal) druggebruik in hetzelfde gebouw. De integratie van dienstverlening voor actieve gebruikers met mensen die in een substitutiebehandeling zitten, zal ongetwijfeld de cliënten prikkelen die uit de buurt van illegale drugs proberen te blijven, met een groter risico op herval. Een andere algemene uitdaging bij de fysieke integratie van een DGR binnen een bestaande organisatie is dat de andere cliënten misschien geen druggebruikers in de buurt willen, of met hen geassocieerd willen worden. Om die reden benadrukten stakeholders in het geval van de fysieke integratie in een laagdrempelige inrichting de behoefte aan een ruimtelijke/fysieke scheiding tussen de DGR en andere ruimtes in het gebouw, bijvoorbeeld door middel van verschillende ingangen. Het is inderdaad van belang om de ruimtes binnen het gebouw aan te duiden waar drugs gebruikt kunnen worden en waar niet, zodat cliënten die geen gebruik maken van de DGR uit dat deel kunnen wegblijven. In dat opzicht kan het een optie zijn om de DGR binnen een ziekenhuis te integreren. De eerste DGR waarvan gekend is dat ze binnen een ziekenhuis functioneert, bevindt zich in het Lariboisière-ziekenhuis in Parijs (opgericht in oktober 2016). De voordelen van de integratie van een DGR binnen de context van een ziekenhuis (met afzonderlijke ingangen) zijn gelijkaardig aan de



integratie in laagdrempelige dienstverlening, zonder vermenging van een heterogene groep gebruikers die voor andere diensten langskomen dan voor het consumeren van drugs. Druggebruikers hebben bereidheid getoond om naar een DGR binnen een ziekenhuis te gaan (McNeil *et al.*, 2016; Ti *et al.*, 2015), wat dus een haalbare optie is. Belangrijk is dat organisaties die een geïntegreerde DGR willen invoeren zullen moeten nadenken over hoe die dienst past binnen het breder aanbod van de (laagdrempelige) organisatie zelf en hoe ze dat aanbod aanvult.

Anderzijds—en gedeeltelijk om bovenvermelde redenen—zijn sommige stakeholders expliciet voorstander van het idee van een *alleenstaande* DGR, die nog steeds nauw samenwerkt met andere lokale diensten, maar niet ruimtelijk bij hen is ondergebracht. De belangrijkste motivering voor een dergelijk model is dat een DGR op haar *core business* gefocust moet zijn: het gebruik van drugs. Het ‘overspoelen’ van een DGR met hulpverlening en programma’s zou een barrière vormen voor moeilijk te bereiken druggebruikers. Terwijl dienstverlening in een alleenstaande DGR veel beperkter is, is het voordeel wel dat de gebruikers die de inrichting binnenkomen, allen hetzelfde doel voor ogen hebben. Het aanbod van andere hulpverlening bestaat nog (elders) en gebruikers kunnen informatie krijgen over (of weten al af van) diensten die door andere lokale organisaties aangeboden worden (Schäffer, Stöver, & Weichert, 2014). De inclusie van (sociale, medische en op ontwenning gerichte) diensten binnen een DGR kan de drempel verhogen voor mensen die louter interesse hebben voor het gebruik van drugs. Er werd inderdaad ook gesuggereerd dat een alleenstaande DGR effectiever zou zijn om cliënten te bereiken die hulpverlening bewust vermijden of er niet naar op zoek gaan als ze de DGR zien als een plaats om veilig hun drugs te gebruiken eerder dan een soort ‘hulpverleningscentrum’. Het belangrijkste voordeel van een alleenstaande inrichting—ook al is ze geïntegreerd binnen een netwerk van lokale diensten om extra hulpverlening en doorverwijzing te faciliteren—was dat die optie de drempel aanzienlijk kan verlagen wegens de focus enkel op drugsconsumptie. Op die manier zou ze een specifiek segment druggebruikers bereiken die andere lokale diensten (nog) niet bereikt hadden. Toch werden bepaalde diensten beschouwd als essentieel binnen een alleenstaande inrichting, zoals spuitenruil, wondverzorging en (voor sommige) het drugtesting. Die diensten kregen ook de steun van de druggebruikers tijdens de focusgroepen. Een minderheid van professionals beschouwde een Naloxon-programma als een belangrijke strategie. In het algemeen bepleiten de voorstanders van een alleenstaande inrichting dat, bovenop de basisdienstverlening van een DGR, cliënten doorverwezen moeten kunnen worden naar een bredere hulpverlening als dat wenselijk en nodig blijkt.

In elke stad genoot de laatste optie—een gespecialiseerde, alleenstaande DGR—aanzienlijk meer de voorkeur van druggebruikers tijdens de focusgroepen (in tegenstelling tot de professionelen). Druggebruikers waren consequent voorstander van een eerder ‘klinische’ werking van een DGR in hun stad, specifiek gefocust op drugsconsumptie. Hoewel zij tegen het idee waren van een te verregaande inbedding van de DGR binnen een breder dienstverleningsmodel, vermeldden ze duidelijk dat een

aantal mogelijkheden aanwezig moeten zijn om cliënten door te verwijzen naar andere zorg- en hulpverlening. Ook verklaarden gebruikers (evenals de professionele stakeholders die voorstander van de alleenstaande inrichting waren) dat dergelijke bijkomende (sociale, medische en/of druggerichte) hulpverlening en ondersteuning beter via doorverwijzing zouden verlopen dan ter plaatse. Dat komt overeen met de basisdoelstelling van een DGR zoals de druggebruiker die ziet: de drugs kunnen gebruiken in een veilige en hygiënische omgeving (cf. supra). Een belangrijk argument dat professionals aanhaalden om doorverwijzing te verkiezen boven dienstverlening ter plaatse, was dat de meeste van die diensten elders al aangeboden worden in de stad. Een bijkomend aanbod ter plaatse zou financieel inefficiënt zijn omdat er een overlapping zou ontstaan van dienstverlening binnen dezelfde stad.

In het algemeen is de keuze tussen dienstverlening op basis van een gespecialiseerd of geïntegreerd type één van de belangrijkste die dient gemaakt bij de bepaling van het soort model dat aangeboden wordt. Elk type DGR heeft zijn voor- en nadelen. Omdat één type niet aan alle behoeften zal kunnen voldoen, moet de keuze stroken met de aard van de lokale context, met de behoeften van druggebruikers, en met de belangen van de bredere lokale bevolking. Bij het oprichten van een DGR moeten stakeholders beslissen welk type het best past bij hun drugsbeleid. Daarnaast zullen budgettaire mogelijkheden waarschijnlijk de eindbeslissing beïnvloeden.

#### **Aanbeveling 8: optimaal type DGR is geïntegreerd binnen breder zorgspectrum**

Bestaande laagdrempelige inrichtingen (zoals MSOC/MASS, Transit en CASS) die al aan de slag zijn met druggebruikers lijken geschikte plaatsen om een DGR in op te richten; dergelijke organisaties zullen moeten bekijken welke plaats de ruimte binnen het geheel krijgt en hoe ze de dienstverlening kan aanvullen. De keuze om een DGR al dan niet fysiek in te bedden binnen een lokale organisatie, zou tussen de voordelen van die integratie moeten navigeren en tegelijk het laagdrempelig karakter behouden ten behoeve van zowel druggebruikers als van de personen die voor andere hulpverlening dan de consumptie van drugs naar de dienst stappen. Ongeacht de fysieke inbedding, zijn de integratie en nauwe samenwerking met bestaande plaatselijke organisaties cruciaal om te kunnen garanderen dat een DGR toegang verleent tot de (drug)hulpverlening, zonder dat ze dupliceert wat er lokaal reeds binnen handbereik is.

#### **Personeel**

Afhankelijk van het type DGR en de aangeboden diensten zullen beleidsmakers moeten bepalen welk soort personeel er betrokken wordt bij de DGR. In de verschillende steden en respondentengroepen (professionals en druggebruikers) werden twee personeelstypes consequent aangehaald als essentieel binnen een DGR.

Op de eerste plaats vermeldden respondenten spontaan het *medisch personeel*, wat strookt met de reeds vermelde focus op de gezondheidszorg als objectief, door een veilige en hygiënische omgeving te voorzien om drugs te gebruiken. Verpleegkundigen, voor sommigen zelfs specifiek *psychiatrische* verpleegkundigen, werden over verschillende steden heen gezien als essentieel. Gelet op de gezondheidsrisico's van DGR-bezoekers en de behoefte aan interventie bij overdosissen, is het inderdaad ideaal als het personeelsmodel rekening houdt met een superviserend (psychiatrisch) verpleegkundige (BCCSU, 2017). De aanwezigheid van artsen, hoe wenselijk ook, werd meestal niet als noodzakelijk beschouwd, voornamelijk vanwege hun hoge tewerkstellingskosten. Voor elementaire gezondheidszorg (zoals wondverzorging) en interventies bij overdosissen, werden verpleegkundigen gezien als uitermate geschikt; een arts moet dus niet fysiek aanwezig zijn in een DGR. Een aan de inrichting verbonden arts, oproepbaar tijdens de openingsuren, werd echter noodzakelijk geacht in het kader van verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid, hoewel die fysiek noch permanent ter plaatse moest zijn.

*Sociaal personeel* (veelal benoemd als opvoeders en maatschappelijk werkers) zijn een tweede belangrijke categorie die volgens respondenten aanwezig moet zijn in een DGR. Naast de medische aandacht van verpleegkundigen, kan het sociaal personeel cliënten helpen met de verschillende aspecten van doorverwijzing naar sociale en welzijnsorganisaties (met inbegrip van degene die gespecialiseerd zijn in drughulpverlening en ondersteunende diensten).

De meningen van de stakeholders waren verdeeld wat betreft de aanwerving van *beveiligingspersoneel*. Enerzijds meldden sommigen dat dat *niet* noodzakelijk zou zijn, zeker wanneer de DGR wordt geïntegreerd in een bestaande laagdrempelige voorziening. Het regulier personeel aldaar kan beveiligingstaken opnemen; sommigen haalden aan dat de aanwezigheid van veiligheidsmensen de drempel zou verhogen en ongewenst gedrag van het cliënteel uitlokken. Een iets meer wenselijk alternatief zou de nabijheid van een politiekantoor zijn. Anderzijds werd in een gespecialiseerde DGR beveiligingspersoneel noodzakelijk geacht omdat er geen hulp beschikbaar is vanuit de rest van de inrichting (zoals dit wel het geval kan zijn in een geïntegreerde DGR). Ook zullen (speciaal opgeleide) veiligheidsmensen rondom de DGR de buurtbewoners kunnen geruststellen.

Tot slot krijgen de zogenaamde *peers* (druggebruikers of ex-gebruikers) ook een belangrijke rol in de planning en werking van DGRs wereldwijd, wat veel erkenning kreeg van stakeholders tijdens de interviews. Stakeholders merkten namelijk op dat die peers zich kunnen identificeren met het cliënteel omdat ze gelijkaardige ervaringen hebben (gehad) en ervoor kunnen zorgen dat het cliënteel zich comfortabel en welkom voelt. Tijdens enkele focusgroepen kwam dat eveneens naar boven. Een vorige haalbaarheidsstudie (Kerr *et al.*, 2003) toonde ook al aan dat druggebruikers de aanwezigheid van peers binnen een DGR waarderen en hun aanwezigheid een meerwaarde zouden vinden. Samengevat verklaarden velen dat peers (waar mogelijk) betrokken moesten worden bij de werking van een DGR.

Een voorbeeld is het betrekken van het cliënteel bij het bepalen van het dienstenaanbod, of de tewerkstelling van (voormalige) gebruikers. Respondenten benadrukten echter enkele bezorgdheden, zoals de uitdaging van actieve gebruikers bloot te stellen aan een omgeving waar regelmatig drugs worden gebruikt.

**Aanbeveling 9: Een multidisciplinair personeelsteam moet in de DGR aanwezig zijn**

Een DGR moet voldoende opgeleid personeel in dienst hebben. Om in een multidisciplinaire aanpak te kunnen voorzien, moet een minimale bezetting van (psychiatrische) verpleegkundigen en sociaal werkers in de inrichting aanwezig zijn. Een arts kan oproepbaar zijn tijdens de openingsuren, maar is niet noodzakelijk fysiek ter plaatse. Het betrekken van *peers*, waar mogelijk, bij de dagelijkse werking van een DGR moet overwogen worden.

Voorts is de succesvolle werking van een DGR gekoppeld aan de uitstippeling van een goede beleid en operationele procedures, die ten minste het volgende moeten omvatten: documentatieprocedures; doorverwijzingskanalen; procedures om de politie te contacteren in het geval van agressie of om veiligheidsredenen; en een ‘gedragscode’, met rechten en plichten, voor zowel cliënten als personeel. Om overdosissen te herkennen en te bepalen wanneer een interventie noodzakelijk is, moet er een specifiek spoedprotocol worden uitgewerkt. Specifieke maatregelen zijn nodig—via (voortdurende) bijscholing en vorming van het personeel—om te verzekeren dat het personeel is opgeleid om o.a. traumabewuste en cultureel veilige zorg te verlenen. Voor het geval dat medewerkers geconfronteerd worden met deontologische conflicten, moet er een ethisch kader bestaan.

**Aanbeveling 10: Duidelijke procedurele protocollen dienen uitgewerkt te worden**

De effectieve werking van een DGR vergt een minimumaantal beleidsbepalingen en procedures, die gekend moeten zijn bij alle medewerkers en overeen moeten komen met de procedures bij gelijkaardige drughulpverlening in de buurt.

**Huisregels, contract en registratie**

Wereldwijd werken DGRs met duidelijke toelatingscriteria. Cliënten worden verondersteld met specifieke regels rekening te houden en hun verantwoordelijkheid op te nemen. De essentieelste huisregels die professionals moeten vastleggen binnen een DGR zijn: geen agressie of geweld, verbod

op delen en dealen drugs, verbod op alcoholgebruik in de DGR. De belangrijkste argumenten van stakeholders om alcohol te verbieden, zijn de verkleining van de kans op geweld en de risico's van druggebruik in combinatie met alcohol. Die basisregels, die in verschillende landen toegepast worden, werden ook duidelijk gedragen door de druggebruikers tijdens de focusgroepen. Zowel professionals als druggebruikers onderschreven het feit dat de faciliteit een bepaalde tijdslimiet moet hanteren in de consumptieruimte(s), maar niet noodzakelijk in de ruistruimte waar cliënten kunnen gaan *na* het gebruik van de drugs. Algemeen werd een tijdslimiet van 30 minuten voorgesteld, wat grotendeels overeenkomt met de internationale praktijk (Woods, 2014), terwijl er ook een zekere individuele flexibiliteit zou moeten worden toegestaan. Zoveel mogelijk gebruikers kunnen toelaten in de DGR, voorkomen dat de inrichting wordt gebruikt als onderdak (vooral van toepassing op alleenstaande DGR) en het beperken van wachttijden waren de vaakst aangehaalde redenen om een tijdslimiet te hanteren. De meeste internationale DGRs hebben inderdaad te kampen met wachtrijen. Om de ruimte voor iedereen toegankelijk te houden en om de basisdoelstelling te bereiken—openbaar druggebruik te reduceren—wordt een vaste tijdslimiet gehanteerd. Net zoals wachttijden, kunnen beperkte openingstijden een belangrijk obstakel zijn voor druggebruikers om hun weg te vinden naar de DGR (Petra *et al.*, 2007; Small *et al.*, 2011). Wanneer de respondenten werd gevraagd naar hun visie op de openingstijden van een DGR, antwoordden de meesten spontaan dat 24/7 ideaal zou zijn. Zij erkenden echter dat dit om budgettaire redenen niet haalbaar is. Meningeën over openingstijden verschillen soms sterk van elkaar, maar de meesten vonden dat (1) een DGR pas later op de dag open moet zijn (niet vanaf 8u 's ochtends bijvoorbeeld) en dat (2) openingsuren aangepast moeten zijn aan de andere harm reduction-programma's en die aanvullen. Zelfs als er meerdere DGRs zijn binnen dezelfde stad, moet daarmee rekening worden gehouden om op stadsniveau een zo breed mogelijke dienstverlening te blijven garanderen (zoals bijvoorbeeld in Frankfurt).

**Aanbeveling 11: Een DGR moet duidelijke huisregels hebben**

Het is belangrijk om een duidelijke gedragscode voor gebruikers uit te werken. De huisregels worden goed uitgelegd aan iedereen die van de DGR gebruik maakt en cliënten verklaren zich akkoord om deze regels na te leven. Het DGR-beleid moet specifieke sancties vermelden die van toepassing zijn wanneer regels met de voeten worden getreden. De regels dienen proportioneel te zijn en evenveel aandacht besteden aan de coördinatie van een veilige omgeving als aan een dienstverlening die zo inclusief mogelijk is ten aanzien van een gemarginaliseerde groep.

**Aanbeveling 12: capaciteit en openingsuren DGR moeten aan plaatselijke noden voldoen**

De impact van een DGR is evenredig met haar vermogen om een voldoende grote groep (risico-) gebruikers te bereiken. Daarom moeten, net zoals met de geografische ligging, de capaciteit en de openingsuren overeenstemmen met de lokale noden van de mensen die op de dienstverlening een beroep zullen doen.

Een meerderheid van de stakeholders in alle steden vermeldde ook de behoefte om huisregels te 'formaliseren' in een soort overeenkomst (een akkoordverklaring met de huisregels) wanneer een potentiële cliënt zich voor het eerst bij de inrichting aanmeldt. In Europese DGRs is dat al een courante praktijk. Een gedragscode gekoppeld aan het gebruik van de DGR—met overeenkomstige sancties—wordt uitgelegd en (contractueel) overeengekomen. In de interviews verklaarden lokale professionals dat dit hen een houvast zou bieden om in geval van overtredingen een time-out of schorsing als sanctie op te leggen, maar evengoed om de cliëntenrechten te vrijwaren—een contract in twee richtingen dus. Een belangrijk voorbeeld was dat een overeenkomst het niet verspreiden van de persoonlijke informatie van het cliënteel zou garanderen. Meestal gaat het daarbij om basisinformatie zoals bezoekdata en frequentie van gebruik, vaak met details over de substantie die de bezoeker gebruikt. Verder moeten cliënten ook vaak een intakegesprek doen tijdens het eerste bezoek of een eenmalige vragenlijst invullen bij de registratie—op dat moment wordt het document met de 'gebruiksvoorwaarden' door beide partijen getekend. Dat kan gepaard gaan met registratie van persoonsinformatie zoals geboortedatum of naam. Hoewel de meeste inrichtingen ter wereld cliënten anoniem toelaten, vraagt ongeveer één DGR op drie het cliënteel om zich met niet-anonieme identificatie aan te melden. Voor de meeste druggebruikers in de focusgroepen zou een niet-anonieme registratie bij intake geen barrière vormen om van de DGR gebruikt te maken, echter met de duidelijke veronderstelling en zekerheid dat die gegevens niet met politie of andere diensten buiten de DGR gedeeld zouden worden—vandaar het tweerichtingscontract. Na de initiële registratie (dus voor elk afzonderlijk bezoek aan de DGR) verkiezen vele druggebruikers om de ruimte anoniem binnen en buiten te gaan, hoewel vertrouwelijke identificatiecodes bij hen meer draagvlak hadden dan het voorleggen van een identiteitsbewijs. Om het doelpubliek te bereiken zonder bezorgdheid te wekken over vertrouwelijkheid, en om de dienstverlening zo laagdrempelig mogelijk te houden, is het inderdaad wenselijk dat cliënten van de DGR anoniem blijven.

Professionals melden dat intake en registratie erg waardevol zouden zijn, gelet op de gegevens die daaruit gehaald kunnen worden (zoals soorten drugs die gebruikt worden, frequentie van gebruik en het aantal unieke cliënten in de DGR) enerzijds om het drugsbeleid te informeren en anderzijds voor

evaluatie doeleinden. Ondanks die voordelen haalden sommige stakeholders meerdere hindernissen aan voor correcte registratie. Specifiek ging het dan om de afwezigheid van identificatie voor mensen zonder papieren, alsook het wantrouwen bij druggebruikers. Wel omarmden stakeholders een beleid dat de anonimiteit en privacy van het DGR-cliënteel garandeert; een helder systeem is wel nodig om terugkerende cliënten te identificeren en ze aan evaluatiegegevens te linken. Een mogelijke oplossing kan, zoals in Frankfurt, een eenmalige niet-anonieme registratie zijn bij intake, waarbij achteraf een unieke identificatiecode aan elke cliënt wordt toegewezen voor volgende bezoeken (Stöver & Förster, 2017). Die unieke code is gekoppeld aan de gegevens van de betrokken gebruiker, geanonimiseerd, en kan van nut zijn voor statistische analyses en om in samenspraak met de cliënt een zorgplan uit te werken (EMCDDA, 2000). Bij voorkeur wordt het registratiesysteem geïntegreerd binnen bestaande systemen; minstens dienst sprake te zijn van een compatibel registratiesysteem om versnippering tegen te gaan.

De informatie die over (nieuwe) cliënten wordt verzameld, moet vooral rekening houden met de nood aan relevante informatie die de zorg en evaluatie ondersteunt, en tegelijk vermijden om zo veel informatie te vragen dat het gebruikers van de dienstverlening afschrikt. De verzamelde gegevens moeten onder medisch beroepsgeheim vallen en er moet een duidelijk kader (een protocol om info te delen) worden bepaald en afgesproken rond wat wel en niet gedeeld kan worden, en op welke manier. Het gebruik van werkingsprocedures, protocol en beleid is cruciaal in de bescherming van persoonlijke identificatiegegevens, de privacy van DGR-gebruikers en de vertrouwelijkheid van de verzamelde gegevens (Hunt, 2008; Semaan *et al.*, 2011).

**Aanbeveling 13: cliëntenregistratie moet vertrouwelijkheid en anonimiteit garanderen**

Om te bepalen of een potentiële cliënt in aanmerking komt voor de DGR, moet eerst een intake en registratie gebeuren. Men moet letten op de behoefte aan relevante informatie en tegelijk vermijden om zo veel informatie op te vragen dat de intake mensen afschrikt om de DGR te gebruiken. Beleids- en programmamaatregelen zijn nodig om de privacy van de druggebruikers te verzekeren en de verzameling van gegevens moet beschermd blijven door het medisch beroepsgeheim.

### 3. Het implementatieproces

#### **Multidisciplinaire taskforce**

De verschillende opties voor het implementatieproces en de evaluatie kwamen niet ter sprake tijdens de focusgroepen met druggebruikers. Professionelen vonden dat de planning en ontwikkeling van een DGR in België gepaard moet gaan met uitvoerig overleg tussen alle betrokken actoren, met inbegrip van (maar niet beperkt tot) de lokale overheid, de sociale en medische sector, politie en justitie (cf. AANBEVELING 4), net zoals dit het geval is bij spuitenuilprogramma's (Strike *et al.*, 2006). Die visie wil dat er een multidisciplinaire *taskforce* wordt opgericht—met vertegenwoordigers van alle relevante sectoren—waarin alle professionele stakeholders betrokken worden bij het overleg, de planning en het implementatieproces.

#### **Aanbeveling 14: Een multidisciplinaire taskforce met relevante professionals moet worden opgericht**

Alle relevante actoren moeten vanaf het begin van de planning betrokken worden bij de ontwikkeling van de opties van een DGR. Idealiter wordt er een multidisciplinaire samenwerking opgericht in de vorm van een stuurgroep of een lokale taskforce die toezicht houdt op het implementatieproces.

#### **“Niets over ons zonder ons” — Gebruikersbetrokkenheid**

Beleidsmakers in steden die de oprichting van een DGR overwegen, moeten rekening houden met de meningen en voorkeuren van potentiële cliënten wat betreft het ontwerp en de werking van de DGR, om er zeker van te zijn dat de faciliteit druggebruikers aantrekt, behoudt en betreft (Petrar *et al.*, 2007; Small *et al.*, 2011; Watson *et al.*, 2013). Om de opname van de DGR en het gebruik in de toekomst te maximaliseren, is het essentieel om ook de visie van die mensen mee te nemen in het onderzoek en in de algemene beleidsontwikkeling (Luchenski *et al.*, 2018; Ti, Tzemis, & Buxton, 2012) aangezien zij een genuanceerde beschrijving kunnen geven van hun druggebruikerspraktijk en -omgeving (Bayoumi & Strike, 2012). Om zeker te zijn van de betrokkenheid van het doelpubliek en de inschatting van hun noden, moeten druggebruikers niet enkel betrokken worden bij de planning en de implementatie van een DGR (bijvoorbeeld via een vertegenwoordiger uit een belangengroep voor gebruikers die aanwezig is op meetings), maar ook eens de DGR operationeel is (BCCSU, 2017). In Australië werden huis- en werkingsregels vooraf uitgetest met potentiële DGR-cliënteel om de afschrikeffecten te onderzoeken. Gebruikersbetrokkenheid is—in al haar vormen—essentieel om gelijkwaardigheid, aanvaardbaarheid en relevantie van de dienstverlening (van een DGR) te verzekeren en zou standaardpraktijk moeten



zijn. Peer-programma's zijn een aanvaardbare en effectieve methode om de gebruikers van de DGR erbij te betrekken. Zo heeft een Canadese haalbaarheidsstudie ook aangetoond dat druggebruikers de betrokkenheid van *peers* op prijs stellen en hun inclusie als een meerwaarde zien (Kerr *et al.*, 2003).

**Aanbeveling 15: lokale druggebruikers moeten betrokken worden bij planning en implementatie**

Beleidsmakers in steden die denken aan de implementatie van een DGR moeten nauwgezet de meningen en voorkeuren van potentiële cliënten in rekening brengen wat betreft ontwerp en werking, om er zeker van te zijn dat de DGR druggebruikers aantrekt, behoudt en betreft.

**Buurtoverleg en communicatie**

De publieke opinie is een belangrijke factor voor beslissingen in verband met de implementatie van gezondheidsinitiatieven, in het bijzonder bij DGRs (Hyshka *et al.*, 2013). Ondanks wetenschappelijk bewijs voor het tegendeel, kunnen deze negatieve connotaties hardnekkig zijn. Dergelijke percepties zijn echter ongegrond, want—ook al krijgen DGRs nog voor hun oprichting te maken met gemengde gevoelens van de bevolking—verschillende studies in meerdere landen hebben aangetoond dat het beeld van de buurtbewoners en lokale handelaars mettertijd verbetert (Firestone-Cruz *et al.*, 2007; Salmon *et al.*, 2010; Strike *et al.*, 2014; Thein *et al.*, 2005). Betrokkenheid van de buurt is dus cruciaal voor het succes van een DGR. Tijdens de interviews lieten de stakeholders inderdaad een sterke voorkeur blijken voor de betrokkenheid van buurtbewoners en handelaars gedurende het volledig implementatieproces. Om de weerstand in een bepaalde wijk te reduceren, stellen de stakeholders daarnaast ook voor om altijd transparant te communiceren, bezoeken te organiseren en een 'infolijn' te starten waar mensen terecht kunnen met hun vragen en bezorgdheden. Een mogelijkheid is het op poten zetten van een buurtadviescomité tijdens het planningsstadium, om de bezorgdheden van de buurtbewoners proactief te behandelen (Perks *et al.*, 2013). Een dergelijk buurtoverleg is bedoeld om te sensibiliseren over het belang van deze strategie en om het 'bewijsmateriaal' te verspreiden ter ondersteuning van de DGRs. Op basis van de ervaringen van het *Dr. Peter Centre* in Vancouver werd recent een operationele leidraad gepubliceerd, bedoeld om beleidsmakers te ondersteunen in het proces van overleg en betrokkenheid bij de implementatie van een DGR (BCCSU, 2017). De voor DGRs relevante ervaring met substitutieprogramma's kan ook als leidraad dienen om bij de bevolking steun en aanvaarding te creëren. *Pivot Legal Society* ontwikkelde een toolkit om de 'niet in mijn achtertuin' (NIMBY) mentaliteit in de buurt aan te pakken (Pivot, 2011). Deze documenten kunnen als leidraad dienen, zowel voor het initieel overleg met stakeholders, als voor een breder overleg met de lokale bevolking, wanneer een DGR opgericht wordt of wanneer dat wordt overwogen. Voordat een DGR zijn

deuren open voor het cliënteel, kan de organisatie bijvoorbeeld overwegen om een opendeurdag te organiseren. Ze kan buurtbewoners, media, verkozen politici en andere geïnteresseerden uitnodigen. Als mensen zien hoe een DGR ineenzit en hoe alles er in zijn werk gaat, zullen ze gerustgesteld zijn en minder bezorgd over de werking van het initiatief (Perks *et al.*, 2013). Gelet op de controversiële aard van DGRs en de vaak beperkte kennis van de bevolking over die dienstverlening, moet er voldoende en open gecommuniceerd worden over die faciliteit en de werking ervan, zodat de weerstand bij buurtbewoners daalt en er een succesvolle maatschappelijke integratie kan plaatsvinden.

**Aanbeveling 16: Heldere communicatie met stakeholders uit de buurt is essentieel**

Net als bij andere harm reduction programma's is overleg met buurtbewoners, lokale handelaars en andere stakeholders uit de buurt essentieel voordat de DGR wordt opgericht, zodat weerstand uit de gemeenschap zo klein mogelijk blijft. In dit proces zijn transparantie en open communicatie tussen alle partijen fundamenteel.

**Transparantie en betrokkenheid van relevante stakeholders na implementatie**

Een DGR moet samenwerken met alle relevante stakeholders, met inbegrip van druggebruikers, partnerorganisaties, buurtbewoners en andere burens, om open communicatie te voeren over de DGR en haar werking, zodat een goede maatschappelijke integratie gegarandeerd blijft. Tijdens de interviews benadrukten de stakeholders niet alleen het belang van buurtoverleg al vroeg in het planningsproces van de DGR, maar ook voortdurende communicatie *na de oprichting*. Volgens Hedrich en collega's (2010) zijn DGRs nog meer dan andere programma's afhankelijk van de aanvaarding door de druggebruikers, buurtbewoners, zorg- en hulpverleners, politie en politici, om opgericht te worden *en langdurig overeind te blijven*. Daarom is het noodzakelijk om voortdurend te peilen naar de publieke opinie, zodat het beleid op de hoogte blijft. Voor de goede werking van een DGR is het essentieel om een goede band te onderhouden met de plaatselijke bevolking, de lokale handelaars en andere (professionele) stakeholders. Een DGR en haar stuurgroep moeten een voortdurende terugkoppeling naar lokale stakeholders garanderen en de werking bijsturen waar nodig. Ook daar zijn transparantie en goede communicatie cruciaal.

**Aanbeveling 17: Voortdurende terugkoppeling naar lokale stakeholders na de oprichting garanderen**

Voortdurende dialoog met alle plaatselijke stakeholders is noodzakelijk om de continuïteit van een DGR te garanderen en haar werking aan te passen waar nodig.

## 4. MONITORING EN EVALUATIE

Stakeholders vinden het cruciaal om de (kost)effectiviteit en impact van de DGRs grondig te evalueren en voldoende wetenschappelijke evidentie te verzamelen voor hun rechtvaardiging, in het bijzonder omdat DGRs controversiële maatregelen blijven binnen het kader van het drugsbeleid. Zonder de impact van de geïntroduceerde interventie eerst te evalueren, kan niet beoordeeld worden of ze effectief is, rendeert of een meerwaarde biedt op bestaande diensten. Een gedetailleerde proces- en effectevaluatie is noodzakelijk. Het is ook van belang om gedetailleerde gegevens te verzamelen van vóór de opstart van een DGR (een 'baseline' meting) en vergelijkende gegevens van sites waar geen DGR opgericht zou worden. Er moet een adviesraad worden samengesteld waarin idealiter een internationaal DGR-expert zetelt om het evaluatieprotocol voor een DGR (pilotproject) te ontwerpen. Een onafhankelijke organisatie (extern ten opzichte van de DGR) met een expertise in drugsbeleid—zoals een universiteit—moet de evaluatie uitvoeren in overleg met alle relevante stakeholders, zoals cliënten, hulpverleners en buurtbewoners. Bij de begroting van een DGR moet voldoende budget worden voorzien voor een uitvoerige evaluatie. Als wetenschappelijk pilotproject heeft het team in Vancouver een rigoureuze methodologie ontwikkeld voor de driejaarlijkse externe evaluatie van (de impact van) een DGR (Wood *et al.*, 2004a; Wood *et al.*, 2004b; Wood *et al.*, 2006a). Een dergelijk ontwerp kan ook in een Belgische setting toegepast worden—weliswaar aangepast aan de specifieke lokale context en doelstellingen. Met betrekking tot die laatste, moeten (duidelijk gedefinieerde en meetbare) evaluatie-indicatoren de initiële doelen van de DGR reflecteren. Het is echter ook mogelijk dat de doelstellingen van een DGR in de loop der tijd veranderen, overeenkomstig met budgettering en personeelsverhouding, evenals de noden van het cliënteel, de plaatselijke diensten en drugscene (BCCSU, 2017).

### **Aanbeveling 18: rigoureuze wetenschappelijke analyse van een DGR (pilotproject) is essentieel**

Een DGR moet worden onderworpen aan een gedetailleerde proces- en resultaatevaluatie door een externe organisatie, in overleg met alle relevante stakeholders. Een welomlijnd en methodologisch gefundeerd evaluatieplan met heldere doelstellingen moet worden opgesteld vóór de implementatie.

## REFERENTIES

---

- ACD. (2016). *Risicobeperkende gebruiksruimtes: synthesesnota*. Brussel: Algemene Cel Drugsbeleid.
- Andresen, M.A., & Boyd, N. (2010). A cost-benefit and cost-effectiveness analysis of Vancouver's supervised injection facility. *International Journal of Drug Policy*, 21(1), 70-76.
- Andresen, M.A., & Jozaghi, E. (2012). The point of diminishing returns: an examination of expanding Vancouver's Insite. *Urban Studies*, 49(16), 3531-3544.
- Bardwell, G., Scheim, A., Mitra, S., & Kerr, T. (2017). Assessing support for supervised injection services among community stakeholders in London, Canada. *International Journal of Drug Policy*, 48, 27-33.
- Barrett, D., Hunt, N., & Stoicescu, C. (2013). *Injecting drug use among under-18s*. London: Harm Reduction International.
- Bayoumi, A.M., & Strike, C. (2012). *Report of the Toronto and Ottawa supervised consumption assessment study*. Toronto, Ontario: University of Toronto.
- Bayoumi, A.M., & Zaric, G.S. (2008). The cost-effectiveness of Vancouver's supervised injection facility. *Canadian Medical Association Journal*, 179(11), 1143-1151.
- BCCSU. (2017). *Supervised consumption services: operational guidance*. British Columbia, Canada: BC Centre on Substance Use.
- Bridge, J. (2010). Route transition interventions: potential public health gains from reducing or preventing injecting. *International Journal of Drug Policy*, 21(2), 125-128.
- Csete, J., Kamarulzaman, A., Kazatchkine, M., Altice, F., Balicki, M., Buxton, J., et al. (2016). Public health and international drug policy. *Lancet*, 387(10026), 1427-1480.
- DeBeck, K., Wood, E., Zhang, R., Tyndall, M., Montaner, J., & Kerr, T. (2008). Police and public health partnerships: evidence from the evaluation of Vancouver's supervised injection facility. *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy*, 3.
- EMCDDA. (2000). *Treatment demand indicator, standard protocol 2.0*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA. (2010). *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA. (2017). *Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Firestone-Cruz, M., Patra, J., Fischer, B., Rehm, J., & Kalousek, K. (2007). Public opinion towards supervised injection facilities and heroin-assisted treatment in Ontario, Canada. *International Journal of Drug Policy*, 18(1), 54-61.
- Fletcher, A., & Krug, A. (2012). Excluding youth? A global review of harm reduction services for young people. In C. Stoicescu (Ed.), *Global state of harm reduction 2012: towards an integrated response* (pp. 137-145). London: Harm Reduction International.
- Hadland, S.E., DeBeck, K., Kerr, T., Nguyen, P., Simo, A., Montaner, J.S., et al. (2014). Use of a medically supervised injection facility among street youth. *Journal of Adolescent Health*, 55(5), 684-689.
- Hedrich, D. (2004). *European report on drug consumption rooms*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Hedrich, D., Kerr, T., & Dubois-Arber, F. (2010). Drug consumption facilities in Europe and beyond. In T. Rhodes & D. Hedrich (Eds.), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (pp. 305-331). Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Hunt, N. (2008). *Guidance on standards for the establishment and operation of drug consumption rooms in the UK*. York, UK: Joseph Rowntree Foundation.
- Hyshka, E., Bubela, T., & Wild, T.C. (2013). Prospects for scaling-up supervised injection facilities in Canada: the role of evidence in legal and political decision-making. *Addiction*, 108(3), 468-476.

- Kennedy, M.C., Karamouzian, M., & Kerr, T. (2017). Public health and public order outcomes associated with supervised drug consumption facilities: a systematic review. *Current HIV/AIDS Reports*, 14(5), 161-183.
- Kerr, T., Wood, E., Palepu, A., Wilson, D., Schechter, M.T., & Tyndall, M.W. (2003). Responding to an explosive HIV epidemic driven by frequent cocaine injection: is there a role for safe injecting facilities? *Journal of Drug Issues*, 33(3), 579-608.
- Kimber, J., Mattick, R.P., Kaldor, J., van Beek, I., Gilmour, S., & Rance, J.A. (2008). Process and predictors of drug treatment referral and referral uptake at the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. *Drug Alcohol Rev*, 27(6), 602-612.
- Luchenski, S., Maguire, N., Aldridge, R.W., Hayward, A., Story, A., Perri, P., et al. (2018). What works in inclusion health: overview of effective interventions for marginalised and excluded populations. *Lancet*, 391(10117), 266-280.
- McNeil, R., Kerr, T., Pauly, B., Wood, E., & Small, W. (2016). Advancing patient-centered care for structurally vulnerable drug-using populations: a qualitative study of the perspectives of people who use drugs regarding the potential integration of harm reduction interventions into hospitals. *Addiction*, 111(4), 685-694.
- Mitra, S., & Globerman, J. (2016). *Engaging law enforcement in harm reduction programs for people who inject drugs*. Toronto: OHTN.
- NCHECR. (2007). *Sydney Medically Supervised Injection Centre: interim evaluation report no. 3 (evaluation of client referral and health issues)*. New South Wales: National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research.
- Peacey, J. (2014). *Drug consumption rooms in Europe: client experience survey in Amsterdam and Rotterdam*. Amsterdam: European Harm Reduction Network.
- Perks, G., Balian, R., Dodd, Z., Elliott, R., Franks, R., Gimaldos, D., et al. (2013). *Supervised injection services toolkit*. Toronto: Toronto Drug Strategy.
- Petrar, S., Kerr, T., Tyndall, M., Zhang, R., Montaner, J., & Wood, E. (2007). Injection drug users' perceptions regarding use of a medically supervised safer injecting facility. *Addict Behav*, 32(5), 1088-1093.
- Pinkerton, S.D. (2010). Is Vancouver Canada's supervised injection facility cost-saving? *Addiction*, 105(8), 1429-1436.
- Pinkerton, S.D. (2011). How many HIV infections are prevented by Vancouver Canada's supervised injection facility? *International Journal of Drug Policy*, 22(3), 179-183.
- Pivot. (2011). *Yes in my backyard! toolkit*. Vancouver: Pivot Legal Society.
- Potier, C., Laprevote, V., Dubois-Arber, F., Cottencin, O., & Rolland, B. (2014). Supervised injection services: what has been demonstrated? A systematic literature review. *Drug and Alcohol Dependence*, 145, 48-68.
- Rhodes, T., Kimber, J., Small, W., Fitzgerald, J., Kerr, T., Hickman, M., et al. (2006). Public injecting and the need for 'safer environment interventions' in the reduction of drug-related harm. *Addiction*, 101(10), 1384-1393.
- Salmon, A.M., van Beek, I., Amin, J., Kaldor, J., & Maher, L. (2010). The impact of a supervised injecting facility on ambulance call-outs in Sydney, Australia. *Addiction*, 105(4), 676-683.
- Schäffer, D., Stöver, H., & Weichert, L. (2014). *Drug consumption rooms in Europe: models, best practice and challenges*. Amsterdam: European Harm Reduction Network.
- Schatz, E., & Nougier, M. (2012). *Drug consumption rooms: evidence and practice*. London: International Drug Policy Consortium.
- Semaan, S., Fleming, P., Worrell, C., Stolp, H., Baack, B., & Miller, M. (2011). Potential role of safer injection facilities in reducing HIV and Hepatitis C infections and overdose mortality in the United States. *Drug and Alcohol Dependence*, 118(2-3), 100-110.
- Small, W., Ainsworth, L., Wood, E., & Kerr, T. (2011). IDU perspectives on the design and operation of North America's first medically supervised injection facility. *Substance Use & Misuse*, 46(5), 561-568.

- Small, W., Rhodes, T., Wood, E., & Kerr, T. (2007). Public injection settings in Vancouver: physical environment, social context and risk. *International Journal of Drug Policy*, 18(1), 27-36.
- Stöver, H., & Förster, S. (2017). *Auswertung der Daten der vier Frankfurter Drogenkonsumräume: Jahresbericht 2016*. Frankfurt am Main: Frankfurt University of Applied Sciences, Institut für Suchtforschung (ISFF).
- Strang, J., Babor, T., Caulkins, J., Fischer, B., Foxcroft, D., & Humphreys, K. (2012). Drug policy and the public good: evidence for effective interventions. *Lancet*, 379(9810), 71-83.
- Strike, C., Jairam, J.A., Kolla, G., Millson, P., Shepherd, S., Fischer, B., et al. (2014). Increasing public support for supervised injection facilities in Ontario, Canada. *Addiction*, 109(6), 946-953.
- Strike, C., Leonard, L., Millson, M., Anstice, S., Berkeley, N., & Medd, E. (2006). *Ontario needle exchange programs: best practice recommendations*. Toronto: Ontario Needle Exchange Coordinating Committee.
- Thein, H.H., Kimber, J., Maher, L., MacDonald, M., & Kaldor, J.M. (2005). Public opinion towards supervised injecting centres and the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. *International Journal of Drug Policy*, 16(4), 275-280.
- Ti, L., Buxton, J., Harrison, S., Dobrer, S., Montaner, J., Wood, E., et al. (2015). Willingness to access an in-hospital supervised injection facility among hospitalized people who use illicit drugs. *Journal of Hospital Medicine*, 10(5), 301-306.
- Ti, L., Tzemis, D., & Buxton, J.A. (2012). Engaging people who use drugs in policy and program development: a review of the literature. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 7(47).
- Toth, E.C., Tegner, J., Lauridsen, S., & Kappel, N. (2016). A cross-sectional national survey assessing self-reported drug intake behavior, contact with the primary sector and drug treatment among service users of Danish drug consumption rooms. *Harm Reduction Journal*, 13:27.
- Watson, T.M., Strike, C., Kolla, G., Penn, R., & Bayoumi, A.M. (2015). "Drugs don't have age limits": the challenge of setting age restrictions for supervised injection facilities. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 22(4), 370-379.
- Watson, T.M., Strike, C., Kolla, G., Penn, R., Jairam, J., Hopkins, S., et al. (2013). Design considerations for supervised consumption facilities (SCFs): Preferences for facilities where people can inject and smoke drugs. *International Journal of Drug Policy*, 24(2), 156-163.
- Wood, E., Kerr, T., Lloyd-Smith, E., Buchner, C., Marsh, D.C., Montaner, J.S., et al. (2004a). Methodology for evaluating Insite: Canada's first medically supervised safer injection facility for injection drug users. *Harm Reduction Journal*, 1(1), 9.
- Wood, E., Kerr, T., Montaner, J.S., Strathdee, S.A., Wodak, A., Hankins, C.A., et al. (2004b). Rationale for evaluating North America's first medically supervised safer-injecting facility. *Lancet Infectious Diseases*, 4(5), 301-306.
- Wood, E., Kerr, T., Small, W., Jones, J., Schechter, M.T., & Tyndall, M.W. (2003). The impact of a police presence on access to needle exchange programs. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 34(1), 116-118.
- Wood, E., Kerr, T., Small, W., Li, K., Marsh, D.C., Montaner, J.S.G., et al. (2004c). Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users. *Canadian Medical Association Journal*, 171(7), 731-734.
- Wood, E., Tyndall, M.W., Montaner, J.S., & Kerr, T. (2006a). Summary of findings from the evaluation of a pilot medically supervised safer injecting facility. *Canadian Medical Association Journal*, 175(11), 1399-1404.
- Wood, E., Tyndall, M.W., Qui, Z.G., Zhang, R., Montaner, J.S.G., & Kerr, T. (2006b). Service uptake and characteristics of injection drug users utilizing North America's first medically supervised safer injecting facility. *American Journal of Public Health*, 96(5), 770-773.
- Wood, E., Tyndall, M.W., Zhang, R., Montaner, J.S.G., & Kerr, T. (2007). Rate of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injecting facility users. *Addiction*, 102(6), 916-919.
- Woods, S. (2014). *Drug consumption rooms in Europe: organisational overview*. Amsterdam: European Harm Reduction Network.