

KWALITATIEVE STUDIE NAAR DE GENDERSPECIFIEKE NODEN VAN VROUWELIJKE DRUGGEBRUIKERS AANGAANDE SPUITENRUIL

Masterproef neergelegd tot het behalen van
de graad van Master in de Criminologische Wetenschappen
door **01609814 Haegeman Helena**

Academiejaar 2022-2023

Promotor: Prof. dr. Louis Favril

Commissaris: Mevr. Nena Decoster

Aantal woorden: 17.188

Abstract

Women only make up a small percentage of people who attend needle and syringe programs (NSP). 76 percent of people who inject drugs and participate in NSP in Flanders, are men. Scientific studies show that women who inject drugs are not only at greater risk of HIV and hepatitis acquisition than men, they also experience gender-specific barriers in accessing NSP. These findings led to the main research question of this study: “What gender-specific needs for women who use drugs should be met when organising needle and syringe exchange?”.

Qualitative in-depth interviews were conducted with six participants. Three of them encounter NSP and people who inject drugs every day because of their employment. The other three participants are two female and one male adult, who were willing to share their own experiences regarding needle and syringe programs.

Based on the interviews, stigma and feelings of shame were found to be the main factors causing women to experience a more difficult access to NSP in Flanders. In addition, a relationship with a male partner can be a specific obstacle regarding accessibility to NSP, because of jealousy or the man overseeing the injection process and the gathering of (sterile) injection equipment. On a more structural level, it appeared that opening hours could have a limiting effect on accessibility to NSP. Finally, due to the principle of anonymity and confidentiality, there is no registration in the needle and syringe exchange points which makes a distinction by gender. This renders women and their needs invisible, which also leaves researchers and policy makers with little to no information available regarding the gender-specific needs of women who inject drugs.

This qualitative study identified several factors complicating women’s accessibility to syringe exchange. It appeared that the availability of sterile injection equipment without the necessity to come face to face with a staff member and accessibility throughout the weekends, are elements that can help get rid of these barriers. Therefore, syringe dispensing machines came in the picture. However, before these are implemented into society, the pros and cons need to be weighed up. Lastly, further in-depth research on a larger scale can play a role in tackling the lack of information, as well as a more extensive annual survey conducted by NSP in Flanders.

Key words: needle and syringe exchange (programs), gender-specific needs, women who inject drugs

Trefwoorden: spuitruil(programma's), genderspecifieke noden, vrouwen die drugs injecteren

Voorwoord

Voorliggende masterproef vormt het sluitstuk van mijn tweejaar durende korte, maar zeer krachtige en verrijkende opleiding Criminologische Wetenschappen aan de Universiteit van Gent.

Een woord van dank is hier op zijn plaats, aangezien deze masterproef nooit tot zijn recht was gekomen zonder de raad en daad van enkele personen. In de eerste plaats wil ik dan ook mijn promotor, Prof. dr. Louis Favril, bedanken. Ik ben dankbaar voor de kans die ik kreeg om mij te verdiepen in dit onderwerp, alsook voor de nuttige feedback en hulp bij het schrijven van deze masterproef.

Daarnaast gaat mijn dank ook uit naar mijn respondenten, die tijd vrij maakten om op mijn vragen te beantwoorden en die uiterst interessante bijdragen hebben geleverd aan dit onderzoek.

Tot slot wil ik mijn vrienden en ouders bedanken om er voor mij te zijn, zowel voor de nodige ontspanning als voor opbouwende feedback.

Helena Haegeman, Gent, 15 mei 2023

Lijst van afkortingen

EMCDDA Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving

MSOC Medisch Sociaal Opvangcentrum

MDDI Mannen die drugs injecteren

PDDI Personen die drugs injecteren

VDDI Vrouwen die drugs injecteren

Inhoudsopgave

ABSTRACT	III
VOORWOORD.....	V
LIJST VAN AFKORTINGEN.....	VI
INLEIDENDE BESCHOUWINGEN.....	1
DEEL I. THEORETISCH KADER	3
HOOFDSTUK 1. HARM REDUCTION	3
1.1. Definitie.....	3
1.2. Filosofie.....	3
1.3. Maatregelen en doelstellingen.....	4
HOOFDSTUK 2. SPUITENRUIL	5
2.1. What's in a name?.....	5
2.2. Historiek.....	6
2.3. Belgisch wettelijk kader.....	6
2.4. Doelstellingen.....	7
2.5. Effectiviteit.....	9
2.5.1. Bloedoverdraagbare infecties.....	9
2.5.2. Risicovol injecterend gedrag.....	10
2.5.3. Connectie met hulpverlening	10
2.6. Besluit.....	11
HOOFDSTUK 3. CIJFERS	12
3.1. Internationaal.....	12
3.2. Europa.....	12
3.3. Vlaanderen	13
3.3.1. MSOC Gent.....	14
3.3.2. OpStap Gent.....	14
HOOFDSTUK 4. VROUWEN DIE DRUGS INJECTEREN	15
4.1. Risicofactoren.....	15
4.1.1. Gezondheid	15
4.1.2. Context van eerste injectie	16
4.1.3. (Seksuele) relatie: sharing is caring.....	17
4.1.4. (Partner)geweld.....	19
4.1.5. Sekswork.....	19
4.1.6. Economische status	20
4.2. <i>Genderspecifieke noden betreffende toegang tot harm reduction in het algemeen en spuitenruil in het bijzonder.....</i>	<i>21</i>
4.2.1. Stigmatisering	21
4.2.2. Relationele invloed en (partner)geweld.....	22
4.2.3. Zwangerschap en kinderen.....	23
4.2.4. Mannenruimte	24
4.2.5. Bereikbaarheid: onvoldoende of onveilige locaties.....	24
4.2.6. Openingsuren	25
4.2.7. Criminaliserend beleid	25
4.2.8. Onvoldoende datagegevens.....	26
DEEL II. PROBLEEMSTELLING	27
HOOFDSTUK 1. CRIMINOLOGISCHE RELEVANTIE	27
HOOFDSTUK 2. ONDERZOEKSVRAGEN	28

DEEL III. METHODOLOGIE	29
HOOFDSTUK 1. ONDERZOEKSMETHODE EMPIRISCH LUIK	29
1.1. <i>Kwalitatief interview</i>	29
HOOFDSTUK 2. DATAVERZAMELING	30
2.1. <i>Selectie respondenten</i>	30
2.2. <i>Onderzoekssetting</i>	31
HOOFDSTUK 3. ETHISCHE ASPECTEN.....	32
3.1. <i>Informed consent</i>	32
3.2. <i>Audio opname</i>	32
HOOFDSTUK 4. DATA-ANALYSE	33
DEEL IV. RESULTATEN	35
HOOFDSTUK 1. INLEIDING	35
HOOFDSTUK 2. GENDERSPECIFIEKE NODEN EN HINDERNISSEN IN HET KADER VAN SPUITENRUIL	35
2.1. <i>Stigmatisering en relationele invloed</i>	35
2.2. <i>Anonimiteit en vertrouwelijkheid</i>	38
2.3. <i>Registratie en datagegevens</i>	40
2.4. <i>Zwangere vrouwen en vrouwen met kinderen</i>	41
2.5. <i>Toegankelijkheid: openingsuren</i>	42
2.6. <i>Bereikbaarheid</i>	43
2.7. <i>Sekswerk en repressief beleid</i>	44
2.8. <i>Hoe vrouwen de weg naar spuitenruil (laten) vinden?</i>	45
2.8.1. <i>Initiatieven vanuit het werkveld</i>	45
2.8.2. <i>Belang eerste contact</i>	46
HOOFDSTUK 3. HOE ZIET DE TOEKOMST ER VOLGENS DE RESPONDENTEN (HOPELIJK) UIT?	47
DEEL V. DISCUSSIE EN CONCLUSIE.....	51
HOOFDSTUK 1. BELANGRIJKSTE RESULTATEN VERSUS AANBEVELINGEN UIT DE LITERATUUR	51
1.1. <i>Stigma</i>	51
1.2. <i>Relationele invloed en veilige omgeving</i>	52
1.3. <i>Bereikbaarheid</i>	53
1.4. <i>Registratie</i>	55
1.5. <i>Besluit</i>	56
HOOFDSTUK 2. IMPLICATIES VOOR BELEID EN PRAKTIJK.....	57
2.1. <i>Registratie en bevragingen</i>	57
2.2. <i>Een rol voor spuitenruilautomaten</i>	58
2.3. <i>Onderzoek</i>	59
HOOFDSTUK 3. METHODOLOGISCHE BEPERKINGEN EN SUGGESTIES VOOR TOEKOMSTIG ONDERZOEK	60
HOOFDSTUK 4. CONCLUSIE	61
BIBLIOGRAFIE.....	63
PERSTEKST.....	73
BIJLAGEN.....	I
BIJLAGE 1. DATA MANAGEMENT PLAN	II
BIJLAGE 2. INFORMED CONSENT	VI
BIJLAGE 3. INTERVIEWERSHEMA.....	X

Inleidende beschouwingen

1 op 1000 inwoners. Dat is de geschatte prevalentie van personen die drugs injecteren in België (Colledge-Frisby et al., 2023). Hoeveel daarvan vrouwelijk zijn? Onduidelijk. Wat wel duidelijk is, is dat de vrouwen die er zijn, slechts in heel beperkte mate terechtkomen bij spuitenruilpunten. Maar liefst 76 procent van de personen die drugs injecteren (PDDI) die deelnemen aan spuitenruilprogramma's zijn mannen (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2016; GIG Vlaanderen, 2022).

Druggebruik komt over het algemeen minder vaak voor bij vrouwen dan bij mannen (EMCDDA, 2017) en vrouwen zouden wereldwijd slechts 20 procent uitmaken van de volledige populatie personen die drugs injecteren (Shirley-Beavan et al., 2020). Toch mogen net deze vrouwen niet uit het oog verloren worden binnen spuitenruil als één van de harm reduction strategieën. Een eerste reden hiervoor is dat vrouwen die drugs injecteren, in tegenstelling tot mannen die drugs injecteren, op heel wat verschillende vlakken bijzondere risico's en noden vertonen. Zo zouden vrouwen die drugs injecteren een groter risico hebben op besmetting met hiv of hepatitis (Shirley-Beavan et al., 2020; UNODC, 2022), onder meer omdat ze vaker risicovoller injecterend gedrag stellen (Valencia et al., 2020). Verschillende studies tonen daarnaast aan, dat genderspecifieke drempels de toegang voor vrouwen die drugs injecteren tot spuitenruil een heel pak moeilijker maken (Falk et al., 2020; Roberts et al., 2010; Shirley-Beavan et al., 2020; Valencia et al., 2020)

In Vlaanderen blijkt het aantrekken van meer vrouwen die drugs injecteren binnen spuitenruil reeds lange tijd een aandachtspunt te zijn (Windelinckx, 2012; GIG Vlaanderen, 2022). Er bestaat echter weinig tot geen wetenschappelijke literatuur omtrent de noden van vrouwen die drugs injecteren (VDDI) binnen spuitenruil in Vlaanderen en hoe eraan wordt tegemoetgekomen.

De centrale onderzoeksvraag van deze masterproef luidt dan ook als volgt: “aan welke genderspecifieke noden voor vrouwen die drugs gebruiken moet tegemoetgekomen worden bij de organisatie van spuitenruil?”. Deze vraag zal worden beantwoord met het oog op eventuele aanbevelingen naar de toekomst toe, opdat spuitenruil voor deze vrouwen even toegankelijk is en voelt als voor mannen die drugs injecteren. De onderzoeksmethode die gebruikt wordt om

in het opzet van deze masterproef te slagen, is het interviewen van zowel professionelen in het werkveld, als het bevragen van vrouwen die drugs injecteren. Dit aan de hand van kwalitatieve diepte-interviews.

Voorliggende masterproef is opgebouwd volgens vijf grote delen. In het eerste deel wordt het ruimer theoretisch kader geschetst waarbinnen het onderzoek plaatsvindt. Kernconcepten worden beschreven, enkele cijfers worden uiteengezet en er wordt een blik geworpen op de genderspecifieke noden binnen spuitenruil die reeds gekend zijn op basis van eerder internationaal wetenschappelijk onderzoek. Vervolgens komt in het tweede deel de probleemstelling aan bod, met een omschrijving van de criminologische relevantie en het opzet van het empirisch luik binnen deze masterproef, gevolgd door een uiteenzetting van de onderzoeksvragen waarop een antwoord wordt geformuleerd in de daaropvolgende delen. De methodologische elementen worden besproken in het derde deel, waarin ook de ethische aspecten aan bod komen. Daaropvolgend, in het vierde deel, worden de resultaten van de diepte-interviews op een objectieve wijze weergegeven en verduidelijkt aan de hand van citaten. Ten slotte, volgt de discussie. Hierin wordt kritisch gereflecteerd over de resultaten, worden aanbevelingen geformuleerd voor toekomstig onderzoek en sluit een conclusie het geheel af.

Deel I. Theoretisch kader

Hoofdstuk 1. Harm reduction

1.1. Definitie

Harm reduction wordt, naar de beschrijving van het Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving (Rhodes & Hedrich, 2010) in deze masterproef gedefinieerd als “interventies en programma’s die erop gericht zijn, en beleid dat erop gericht is, de gezondheids-, sociale en economische schade van druggebruik voor individuen, gemeenschappen en samenlevingen te beperken.” Kort gezegd, omvat het alle schadebeperkende maatregelen.

1.2. Filosofie

Ontwenning en abstinentie is niet voor alle personen die drugs gebruiken een haalbare kaart (Windelinckx, 2014). Harm reduction is dan ook een aanpak die erop gericht is de schade van druggebruik te beperken, waarbij er erkenning is voor het feit dat ondanks inspanningen op het gebied van preventie en behandeling, sommige mensen drugs zullen blijven gebruiken. De focus ligt op het minimaliseren van de schade, in plaats van op het verminderen van het gebruik van drugs (Wakeman, 2019).

De doelstellingen van harm reduction moeten gezien worden als een aanvulling op de doelstellingen van een therapeutische behandeling. De aanpak van harm reduction heeft respect voor de rechten en de inbreng van mensen die drugs gebruiken, en legt de nadruk op zelfbeschikking en betrokkenheid. Personen die drugs gebruiken, worden opties aangeboden, zonder dat ze daarbij worden veroordeeld of onder dwang worden geplaatst. Centraal staat de levenskwaliteit van het individu binnen de gemeenschap. De filosofie van harm reduction is louter de erkenning dat mensenrechten voor iedereen gelden, en dat personen die drugs gebruiken hier niet van mogen worden uitgesloten (Wakeman, 2019).

1.3. Maatregelen en doelstellingen

Harm reduction moet bekeken worden als een combinatie-interventie, op maat van de lokale setting en noden en waarbij er primordiaal aandacht is voor de vermindering van druggerelateerde schade. Specifiek voor injecterend druggebruik, betekent harm reduction een combinatie van substitutiebehandeling, begeleiding, gebruikersruimtes, *peer education* en outreachend werk en een ruim aanbod van spuitenruil. Daarnaast maakt ook een gezondheidsbevorderend beleid voor risicogroepen deel uit van interventie maatregelen voor injecterend druggebruik (Windelinckx, 2014).

Wat betreft het injecteren van drugs, beveelt ook de Wereldgezondheidsorganisatie een pakket van schadebeperkende initiatieven aan om zowel de overdracht van hiv, hepatitis B en C, als sterfgevallen ten gevolge van een overdosis, te reduceren. Schadebeperkende initiatieven, waaronder spuitenruilprogramma's, zijn empirisch onderbouwde aanpakken ter preventie van hiv- en hepatitisbesmettingen en ter behandeling en zorg van personen die drugs injecteren. Deze maatregelen zijn essentieel in de bestrijding tegen virale hepatitis en de beheersing van wereldwijde hiv-epidemieën (WHO, 2022).

Een drugsbeleid dat werkt op basis van preventie en schadebeperking is vertrekken vanuit de wetenschap dat mensen drugs gebruiken, zegt ook professor Tom Decorte (Bastin, 2022). Dit betekent dat een aantal maatregelen moeten worden genomen om de schade die voortvloeit uit het gebruik, te beperken en ervoor te zorgen dat het gebruik zo veilig mogelijk verloopt. Tegelijkertijd vormen de schadebeperkende initiatieven in de praktijk ook een belangrijke brugfunctie. Zo komen personen die drugs injecteren via spuitenruilprogramma's dagelijks over de vloer bij de hulpverlening, leren de hulpverleners die personen kennen en ontstaat er een gesprek. Wanneer iemand vervolgens in de toekomst klaar is om te werken aan zijn afhankelijkheidsproblematiek, zal die sneller bij de hulpverlening terechtkomen, aldus Tom Decorte.

Het primaire doel van de meeste harm reduction strategieën is niet om de schadelijke gedragingen te negeren, noch om ze te veroordelen, maar om samen met het individu of de gemeenschap te werken aan een manier die de schadelijke gevolgen van bepaalde gedragingen tot een minimum beperkt (Marlatt & Witkiewitz, 2010).

Hoofdstuk 2. Spuitenruil

2.1. What's in a name?

Spuitenruil als initiatief kadert binnen de context van harm reduction (Windelinckx, 2014). Spuitenruilprogramma's richten zich per definitie op personen die middelen injecteren en vormen een essentieel onderdeel van schadebeperkende initiatieven (Favril et al., 2015). De kern van de programma's bestaat uit het voorzien en verdelen van steriel injectiemateriaal en het op een veilige manier verzamelen en vernietigen van gebruikt materiaal (Vereniging voor Alcohol- en andere drugproblemen, 2016).

Het injecteren van drugs krijgt specifiek de aandacht binnen harm reduction, aangezien deze methode van druggebruik in verband wordt gebracht met meer schadelijke gebruikspatronen en een verhoogd risico op het oplopen van via het bloed overdraagbare infecties, zoals hiv en virale hepatitis (EMCDDA, 2022).

Door het verstrekken van steriele naalden of spuiten en ander injectiemateriaal aan personen die drugs injecteren (Rhodes & Hedrich, 2010) en dit in ruil voor reeds gebruikte spuiten, tracht men in eerste instantie de transmissie van bloedoverdraagbare aandoeningen te beperken binnen deze populatie (Favril et al., 2015). Op deze en andere doelstellingen van spuitenruil wordt verder ingegaan¹.

De manier waarop het aanbod van spuitenruil wordt verstrekt, is zeer divers en kan plaatsvinden op vaste locaties, maar evenzeer via mobiele of outreachende instanties, via apotheken en zelfs automaten (Rhodes & Hedrich, 2010). Gewoonlijk bevinden spuitenruilprogramma's zich in de buurt van gebieden waar vaker drugs wordt geïnjecteerd en bijna altijd maken ze deel uit van een breder netwerk van lokale diensten (Hedrich & Hartnoll, 2015).

Spuitenruil via apotheken is ook in Vlaanderen een mogelijkheid. Zo kan dit in Gent bij een zevental apotheken (Nolf, 2016). Wel moet duidelijk het onderscheid gemaakt worden tussen apotheken die ervoor opteren om steriel injectiemateriaal te verstrekken ("verkoop") buiten het initiatief spuitenruil om, en de apotheken die deelnemen aan spuitenruil en dus gratis steriel

¹ Zie *infra* Deel I. Hoofdstuk 2.4.

injectiemateriaal aanbieden in ruil voor gebruikt materiaal. Die laatsten moeten bovendien een aantal afspraken naleven, zoals een dagelijkse registratie (Segaert et al., 2013).

In Vlaanderen wordt spuitenruil gecoördineerd door het project Gezondheids promotie bij Injecterend Gebruik (GIG) (MSOC Gent, z.d). Vzw Free Clinic is het Vlaams coördinaat GIG, waarbinnen Tessa Windelinckx, Vlaams coördinator GIG, instaat voor de centrale coördinatie. Verder is er per provincie een GIG-coördinator aangesteld, die instaat voor de goede gang van zaken en het uitvoeren van de te behalen indicatoren in de eigen provincie. Specifiek voor Oost-Vlaanderen is dit Koenraad De Decker, tewerkgesteld bij MSOC Gent (Stad Gent, 2019).

2.2. Historiek

Hoewel reeds in de jaren '70 duidelijk was dat het delen van injectiemateriaal een belangrijke rol had in de verspreiding van bloedoverdraagbare aandoeningen (Free Clinic vzw, z.d.-a), kwam het pas in 1983, naar aanleiding van een hepatitis B-uitbraak, tot het ontstaan van het eerste officiële spuitenruilprogramma in Nederland. Soortgelijke programma's werden vervolgens over de hele wereld gecreëerd (Wodak & Cooney, 2005).

Ook in België was sinds de jaren '70 het injecteren van drugs alom aanwezig in de samenleving, echter kon men toen nog niet op een wettelijke basis steriel injectiemateriaal aanbieden aan de personen die het nodig hadden. Tot het jaar 2000 was dit met andere woorden bij wet verboden. Jarenlang gaven enkele organisaties, hulpverleners en straathoekwerkers toch injectiemateriaal mee, en werkten zo vanuit het volksgezondheidsmodel in een donkergrijze zone om erger te voorkomen (Windelinckx & Vander Laenen, 2021).

2.3. Belgisch wettelijk kader

Na jaren van werken in de illegaliteit duurt het uiteindelijk tot 5 juni 2000 voor het langverwachte wettelijk kader rond spuitenverdeling en -ruil, tot stand komt via een Koninklijk Besluit (Windelinckx, 2014). Dit KB bepaalt de voorwaarden en modaliteiten voor het te koop aanbieden, de detailverkoop en de terhandstelling, zelfs kosteloos, van steriel injectiemateriaal, ontsmettingsmiddelen en steriel verband (De Decker, 2016). Het Koninklijk Besluit geeft

daarnaast eveneens de mogelijkheid voor andere beroepsgroepen dan apotheken om aan spuitenruil en -verdeling te doen (Favril et al., 2015).

Naast de uitwerking van een wettelijk kader op federaal niveau, heeft de Vlaamse Gemeenschap op 15 december 2000 een Vlaams Besluit uitgevaardigd dat de financiering van spuitenruil regelt. Het Besluit bepaalt tevens de concrete doelstellingen en opdrachten van het spuitenruilinitiatief. Een belangrijk element hiervan is, dat het aan alle medewerkers van spuitenruil de verplichting oplegt om, voorafgaand aan het verstrekken van steriel injectiemateriaal, een vorming te volgen (Segaert et al., 2013).

Vandaag de dag is spuitenruil niet meer weg te denken uit het harm reduction aanbod. In Vlaanderen zijn er ondertussen een 84-tal spuitenruilpunten (Windelinckx & Vander Laenen, 2021).

2.4. Doelstellingen

Het algemene doel van spuitenruilprogramma's is om de schade van injecterend druggebruik zowel voor de persoon die drugs gebruikt als voor de (directe) omgeving, zo veel mogelijk te beperken (Vereniging voor Alcohol- en andere drugproblemen, 2016).

De primaire doelstelling van spuitenruil als een preventieve actie is het bevorderen van hygiënische injectiepraktijken en het beperken van het delen of hergebruiken van naalden, spuiten en ander injectiemateriaal, met het oog op het voorkomen en reduceren van injectiegerelateerde complicaties en bloedoverdraagbare aandoeningen, in het bijzonder hiv en hepatitis (Favril et al., 2015; Hedrich & Hartnoll, 2015). Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie maken spuitenruilprogramma's onlosmakelijk deel uit van het alomvattende pakket van schadebeperkende initiatieven die nodig zijn om hiv te bestrijden onder personen die drugs injecteren. (WHO, 2007).

Personen die drugs injecteren zijn niet alleen vatbaar voor bloedoverdraagbare aandoeningen, maar ook voor tal van andere gezondheidsrisico's, zoals spuitabcessen. Ook hier wensen spuitenruilpunten op in te spelen door via adviesverlening en preventiebodschappen PDDI over deze risico's te informeren (Favril et al., 2015). Zo wordt informatie gegeven over hoe

correct en veilig te injecteren én wordt ook ander materiaal verdeeld door de spuitenuilpunten, zoals steriel water, lepels en filters (Decruynaere, 2021; Favril et al., 2015).

In de eerste plaats lijkt het dus dat spuitenuil voornamelijk focust op de schade die het injecteren van drugs en het delen of hergebruiken van naalden kan teweegbrengen bij het individu. Niets is echter minder waar. Een belangrijk element van de spuitenuilprogramma's is om ook niet-gebruikende burgers in de buurt te behoeden voor gezondheidsrisico's, zoals prikincidenten, door het aantal gebruikte spuiten die op straat terechtkomen, te reduceren (Fernandes et al., 2017). Een derde doelstelling is bijgevolg het voorkomen van besmettingsgevaar bij andere groepen van de bevolking (Favril et al., 2015). In Vlaanderen is hiervoor een belangrijke rol weggelegd voor de spuitenuilpatrouilles, waarbij vrijwilligers op stap gaan in de omgeving en zwerfspuiten opruimen. Tevens zorgt dit ook voor bewustmaking bij de personen die drugs gebruiken (Decruynaere, 2021; Free Clinic vzw, z.d.). In Gent werden in 2021 een 161-tal spuiten opgeruimd door de organisatie OpStap (Stad Gent, 2022). Het is dan ook de ambitie van de stad Gent om tegen 2025 het aantal zwerfspuiten tot een absoluut minimum te beperken (Stad Gent, 2020).

Verder zijn volgens de stad Gent ook dropboxen of naaldcontainers, waar gebruikte spuiten veilig kunnen worden achtergelaten, een niet te missen element om zwerfspuiten tegen te gaan. De boxen garanderen zowel de veiligheid van de burgers als van het stadspersoneel, zoals IVAGO of de groendienst, dat met zwerfspuiten kan geconfronteerd worden (Stad Gent, 2020). De methode van dropboxen blijkt effectief te zijn om gebruikt injectiemateriaal in te deponeren en zo de gezondheidsrisico's en de publieke overlast die zwerfspuiten met zich meebrengen, te reduceren (Favril et al., 2015). Daarnaast is er sinds 2015 de mogelijkheid voor verschillende Gentse stadsdiensten en organisaties om via mail een melding te maken van gevonden zwerfspuiten op het grondgebied van Gent, waarna gerichte acties kunnen ondernomen worden, zoals sweepings. In 2021 werden er 109 meldingen gemaakt en 766 zwerfspuiten gevonden, een stijging ten opzichte van het jaar voordien (De Decker & Vandendriessche 2022).

Ten slotte kunnen spuitenuilpunten belangrijke contactpunten zijn voor personen die drugs gebruiken en weinig in aanraking komen met andere gezondheidsdiensten. Een bijkomende doelstelling is dan ook om informatie te verstrekken en de toegang tot zorgverlening te faciliteren (Hedrich & Hartnoll, 2015). Het aanzetten tot meer diepgaande zorg- en

hulpverlening via gerichte doorverwijzing is hier een essentieel onderdeel van (Free Clinic vzw, z.d.-a).

2.5. Effectiviteit

Spuitenruilprogramma's zijn een essentieel onderdeel van schadebeperkende interventies voor PDDI (Fernandes et al., 2017). Zowel op het vlak van het voorkomen van overdosissen als het begeleiden van mensen naar de hulpverlening bewijzen schadebeperkende initiatieven hun effectiviteit (Bastin, 2022). Bovendien is spuitenruil een kosteneffectieve en kostenbesparende harm reduction strategie (Wodak & Cooney, 2005).

2.5.1. Bloedoverdraagbare infecties

Studies tonen aan dat spuitenruil effectief is in het reduceren van de bloedoverdraagbare infectie hiv (Fernandes et al., 2017; Palmateer et al., 2022). De beschikbaarheid en het gebruik van steriel injectiemateriaal leidt tot een substantiële daling van hiv-incidentie en prevalentie binnen de populatie van personen die drugs injecteren (Favril et al., 2015; Wodak & Cooney, 2005).

Wat betreft de effectiviteit van spuitenruilprogramma's ter bestrijding van hepatitis C-besmettingen, is echter een ander verhaal te horen. Zo geven sommige bronnen aan dat spuitenruil wel degelijk een effect heeft op het reduceren van hepatitis C-besmettingen, maar dit in mindere mate dan het effect op hiv-besmettingen. Dezelfde bronnen geven daarnaast aan dat de effecten versterkt worden, wanneer spuitenruilprogramma's gepaard gaan met (toegang tot) een opiaatonderhoudsbehandeling en andere harm reduction interventies (Fernandes et al., 2017; Wakeman, 2019). Andere bronnen geven dan weer aan dat de reductie van hepatitis C enkel plaatsvindt, wanneer spuitenruil gecombineerd wordt met een opiaatonderhoudsbehandeling (Palmateer et al., 2022). Ook het Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving geeft aan dat het verstrekken van steriel injectiemateriaal of het aanbieden van een opiaatonderhoudsbehandeling op zich misschien niet voldoende is, maar dat de beide hand in hand moeten gaan. Initiatieven moeten op elkaar aansluiten en worden gecombineerd, opdat hepatitis C-besmettingen kunnen worden vermeden (Rhodes & Hedrich, 2010).

2.5.2. Risicovol injecterend gedrag

Het is aangetoond dat het verdelen van steriel injectiemateriaal het risicovol gedrag bij het injecteren doet dalen (Fernandes et al., 2017; Hedrich & Hartnoll, 2015; Palmateer et al., 2010; Palmateer et al., 2022; Rhodes & Hedrich, 2010; Wodak & Cooney, 2005). Dit is eveneens het geval voor spuitenruil die plaatsvindt via apotheken (Palmateer et al., 2022; Sawangjit et al., 2017). Op het vlak van het reduceren van risicovol injecterend gedrag, is er met andere woorden geen twijfel over de effectiviteit van spuitenruil.

In tegenstelling tot wat soms beweerd wordt, is na al die jaren dat spuitenruilprogramma's bestaan nog niet aangetoond dat spuitenruil druggebruik zou doen toenemen of aanmoedigen (Favril et al., 2015; Hedrich & Hartnoll, 2015; Wakeman, 2019). Het tegenovergestelde wordt echter wel aangetoond, zo vond bij een studie namelijk een afname in zelf gerapporteerd heroïne- en cocaïnegebruik plaats, en melden deelnemers aan een andere studie een aanzienlijke vermindering van injecterend druggebruik (Wakeman, 2019).

2.5.3. Connectie met hulpverlening

Er zijn aanwijzingen dat spuitenruilprogramma's een positieve impact hebben op het faciliteren van de toegang tot en het blijven in een drughulpverleningsprogramma (Hedrich & Hartnoll, 2015). Een studie toont aan dat personen die drugs injecteren en gebruik hebben gemaakt van spuitenruil, aanzienlijk meer kans hebben om te stoppen met injecteren en in behandeling te blijven. Bovendien hebben mensen die voor het eerst gebruik maken van spuitenruilprogramma's tot vijf keer meer kans op het starten van een drugbehandeling (Wakeman, 2019).

2.6. Besluit

Er is een wetenschappelijke basis die de effectiviteit van spuitenruil op verschillende vlakken bevestigt. Spuitenruil heeft voornamelijk een impact op de preventie en reductie van hiv-besmettingen en risicovol injecterend gedrag. Dit blijkt in mindere mate het geval voor hepatitis C-besmettingen. Spuitenruil lijkt dan ook te slagen in het opzet om de schade van injecterend druggebruik zowel voor de persoon die drugs gebruikt als voor de (directe) omgeving, zo veel mogelijk te beperken.

Toch wordt door een aantal bronnen aangehaald, dat spuitenruil niet voor elke subpopulatie van PDDI even toegankelijk blijkt te zijn. Enkele groepen vallen uit de boot, waaronder vrouwen die drugs injecteren (Falk et al., 2020; Favril et al., 2015; Rhodes & Hedrich, 2010). In de volgende hoofdstukken wordt dan ook, na een blik op enkele cijfers, dieper ingegaan op de risicofactoren die spelen bij vrouwen die drugs injecteren en hoe specifieke factoren de toegankelijkheid tot en de ervaring van spuitenruil door VDDI potentieel kunnen beïnvloeden.

Hoofdstuk 3. Cijfers

In dit hoofdstuk volgt een uiteenzetting van enkele cijfergegevens met betrekking tot vrouwen die drugs injecteren. Officiële cijfers wat betreft de toegang van vrouwen tot harm reduction diensten en spuitenruilpunten in het bijzonder zijn niet beschikbaar, wat meteen een knelpunt blootlegt waar verder in deze masterproef wordt op ingegaan². Een schatting van het aantal vrouwen dat drugs injecteert en zich naar een spuitenruilpunt begeeft, zal dan ook enkel op Vlaams en Gents niveau worden besproken³.

3.1. Internationaal

Volgens recente cijfers zijn er naar schatting ongeveer 14,8 miljoen mensen over de hele wereld die drugs injecteren (Colledge-Frisby et al., 2023; Degenhardt et al., 2023). 2,8 miljoen daarvan zijn vrouwen, wat net geen 20 procent uitmaakt van de volledige populatie personen die drugs injecteren. Rekening houdend met de verhullende effecten door criminalisering, machtsverschillen tussen vrouwen en mannen en stigmatisering, is dit aantal echter wellicht een onderschatting (Shirley-Beavan et al., 2020).

3.2. Europa

In Europa maken vrouwen die drugs gebruiken ongeveer een kwart uit van alle mensen met ernstige drugproblemen (EMCDDA, 2022b).

Op Europees niveau zijn er naar schatting ongeveer 3,3 miljoen mensen die drugs injecteren. Wat betreft het aantal vrouwen dat drugs injecteert, kan een onderscheid gemaakt worden tussen Oost-Europa en West-Europa. In Oost-Europa is ongeveer 26 procent van de personen die drugs injecteren van het vrouwelijke geslacht, in West-Europa is dit 22 procent (Degenhardt et al., 2023).

² Zie *infra* Deel I. Hoofdstuk 4.2.8.

³ Zie *infra* Deel I. Hoofdstuk 3.3.

3.3. Vlaanderen

Ten opzichte van twintig jaar geleden, wordt vandaag de dag beduidend meer steriel injectiemateriaal verdeeld in Vlaanderen. In 2001 was er sprake van de verdeling van 192.000 spuitjes, in 2020 zijn dit er 950.000 (Windelinckx & Vander Laenen, 2021). Op Belgisch niveau zijn er volgens recente cijfers 179 spuitjes per persoon per jaar verdeeld (Colledge-Frisby et al., 2023).

Wat betreft de verhouding mannen tegenover vrouwen die bereikt worden via de spuitjesruilpunten in Vlaanderen, lijkt er echter nog werk aan de winkel. Concreet cijfermateriaal over hoeveel vrouwen en hoeveel mannen zich tot spuitjesruilpunten begeven in Vlaanderen is er niet voorhanden. Wegens het principe van anonimiteit wordt niet geregistreerd wie er langskomt in een spuitjesruilpunt en/of welk geslacht deze persoon heeft. Wel worden er jaarlijks bevestigingen georganiseerd in Vlaanderen, wat minstens een beeld schetst over het aantal personen dat gebruik maakt van spuitjesruil en hoe het aantal mannen zich verhoudt ten opzichte van het aantal vrouwen. De recentste rapporten die hierover momenteel beschikbaar zijn, dateren van 2022 en zijn gebaseerd op bevestigingen van 2021.

Op Vlaams niveau zijn in totaal 224 mensen bevestigd in 2021. Dit waren 71 personen in Antwerpen, 11 in Limburg, 60 in Oost-Vlaanderen, 21 in Vlaams-Brabant en 60 in West-Vlaanderen (GIG Vlaanderen, 2022). Uit de resultaten bleek meteen dat vrouwen sterk ondervertegenwoordigd zijn binnen spuitjesruil. Zo was 75,5 procent van de respondenten van het mannelijk geslacht en slechts 24,5 procent van het vrouwelijk geslacht (GIG Vlaanderen, 2022). In vergelijking met 2016 is dit ongeveer gelijk gebleven (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2016). In Oost-Vlaanderen, werden er het minst vrouwelijke respondenten bereikt (Windelinckx, 2022).

Deze resultaten weerspiegelen zich ook in het cijfermateriaal dat enkele Gentse organisaties voorhanden hebben.

3.3.1. *MSOC Gent*

Via de spuitenuilcoördinator van Oost-Vlaanderen, kon ik de resultaten van de jaarlijkse bevraging in het Medisch Sociaal Opvangcentrum (MSOC) in Gent inkijken waarbij in 2021 anoniem via zelfrapportage door 60 personen die drugs injecteren en gebruik maakten van het aanbod van GIG-spuitenruil informatie werd verschaft. Ook uit die resultaten bleek dat de vrouwen sterk in de minderheid zijn binnen het aanbod spuitenruil in Gent. Zo waren 52 van de 60 respondenten mannen, en slechts 8 ervan vrouwen (De Decker & Vandendriessche 2022).

3.3.2. *OpStap Gent*

OpStap is een organisatie die deel uitmaakt van de Dienst Outreachend werken van de stad Gent, waar de focus ligt op zinvolle dagbesteding voor mensen met een drugsverslaving en mensen in herstel (Sillis, 2022). De basis is harm reduction. In de organisatie is ook spuitenruil aanwezig omdat veel van de personen die er komen, nog actief in het gebruik zitten.

Ik ging langs bij deze organisatie, waar eveneens een opmerkelijk verschil te zien was tussen het aantal mannen en het aantal vrouwen daar aanwezig. Dit weerspiegelt zich in de cijfers uit het jaarverslag van de Dienst Outreachend Werken van de stad Gent. De 152 actieve leden van OpStap bestaan voor 17 procent uit vrouwen (Stad Gent, 2022).

Specifiek wat betreft spuitenruil werd door de coördinator bij OpStap verduidelijkt dat dit overeenkomt met de verhouding die zichtbaar is bij de dagelijkse werking van de organisatie. Dit houdt in dat ongeveer één op vijf van de personen die gebruik maken van het spuitenruilpunt van het vrouwelijk geslacht is.

Hoofdstuk 4. Vrouwen die drugs injecteren

In dit hoofdstuk wordt ingezoomd op het injecteren van drugs door personen van het vrouwelijk geslacht. Risicofactoren, noden en potentiële hindernissen die de toegankelijkheid tot en de ervaring van harm reduction in het algemeen en spuitenruil in het bijzonder kunnen beïnvloeden voor VDDI, worden uiteengezet. Dit zoals blijkt uit bevindingen in de wetenschappelijke literatuur.

4.1. Risicofactoren

De gelijkheid tussen mannen en vrouwen komt sterk onder druk te staan wanneer er wordt ingezoomd op PDDI in de samenleving. Hoewel er volgens Europese cijfers (EMCDDA, 2022) meer druggebruik wordt gerapporteerd onder mannen dan onder vrouwen, blijkt volgens wetenschappelijk onderzoek dat vrouwen die drugs injecteren op verschillende vlakken kwetsbaarder zijn dan mannen die drugs injecteren (Valencia et al., 2020). Bovendien kunnen een aantal factoren ertoe leiden dat (bepaalde populaties van) vrouwen een groter risico lopen op het stellen van risicovol injecterend gedrag. In wat volgt, zal worden ingegaan op deze risicofactoren.

4.1.1. *Gezondheid*

Vrouwen die drugs injecteren blijken in eerste instantie kwetsbaarder te zijn dan mannen die drugs injecteren, wat betreft de medische gevolgen van het injecteren van drugs. Zo wordt bij de eerstgenoemden een hogere hiv-prevalentie vastgesteld (International AIDS Society, 2019). Studies uit negen Europese landen tonen aan dat de gemiddelde hiv-prevalentie maar liefst meer dan 50 procent hoger is onder de vrouwen die drugs injecteren dan onder de mannelijke tegenhangers (Pinkham & Malinowska-Sempruch, 2008).

Op basis van de beperkte gegevens die er zijn, kan gezegd worden dat VDDI duidelijk een groter risico lopen om besmet te worden met hiv en/of hepatitis, in vergelijking met mannen die drugs injecteren (Jin et al., 2014; Shirley-Beavan et al., 2020). Een van de verklaringen hiervoor kan gezocht worden in het feit dat de gemiddeld kleinere oppervlakte van de aders van vrouwen ertoe leidt dat de kans groter is dat ze hulp nodig hebben bij het injecteren, en er

bijgevolg ook vaker toe gebracht worden om injectiemateriaal te delen (Pinkham & Malinowska-Sempruch, 2008).

Verschillende studies tonen daarnaast aan dat vrouwen die drugs injecteren mogelijk een grotere kans hebben op een hiv- of hepatitis-besmetting, omdat seksuele partners en mannen binnen hun sociaal netwerk vaak de controle hebben over de verwerving, de bereiding en het toedienen van de drugs. Dit gaat gepaard met het delen van injectiemateriaal en andere injectiepraktijken die schade kunnen veroorzaken (Jin et al., 2014).

Ten slotte hebben vrouwen die drugs injecteren ten opzichte van mannen die dit doen aanzienlijk hogere sterftcijfers, een grotere kans op aan injectie gerelateerde problemen en een snellere overgang van een eerste gebruik naar afhankelijkheid (International AIDS Society, 2019).

4.1.2. Context van eerste injectie

Een van de redenen waarom vrouwen een opmerkelijk verhoogd risico hebben om een hiv-besmetting op te lopen via het delen van injectiemateriaal is, omdat blijkt dat een aanzienlijk deel van vrouwen die drugs gebruiken, begint met het injecteren van drugs in de context van een seksuele relatie. Vrouwen zijn vaker geneigd dan mannen om injectiemateriaal te lenen of te delen, met name met die betreffende seksuele partner (Claeys, 2012; GCWA, 2011; International AIDS Society, 2019; Pinkham & Malinowska-Sempruch, 2008).

Vrouwen die starten met het injecteren van drugs, doen dit dus vaker dan mannen in de context van sociale en/of seksuele relaties (International AIDS Society, 2019; Pinkham & Malinowska-Sempruch, 2008). Vrouwen zullen de eerste keer minder vaak alleen injecteren, en vaker hun partner in de buurt hebben. Onderzoek toont namelijk aan dat vrouwen en mannen door verschillende groepen mensen in contact worden gebracht met injecterend druggebruik, waarbij mannen vaker geïnitieerd worden door een vriend of kennis en vrouwen door een seksuele partner. Vrouwen zullen de eerste keer vaker injecteren in een sociale setting én zullen bovendien hun seksuele partner aanwijzen als de persoon die hen introduceerde in het injecteren van drugs (Roberts et al., 2010).

Personen die nieuw zijn binnen het milieu van het injecterend druggebruik, en in het bijzonder vrouwen vanwege hun mogelijk lagere sociale status, kunnen een beperkte controle hebben over het proces van het verdelen van de drugs met oog op het delen ervan. Daarnaast maakt hun gebrek aan technische kennis betreffende de bereiding en de injectie van de drugs en de waarschijnlijkheid dat ze zelf niet over injectiemateriaal beschikken, hen nog afhankelijker van de initiatiefnemers voor het uitvoeren van de injectie. Dit heeft als gevolg dat ze zich in een positie bevinden waarbij ze als laatste aan de beurt komen in het injectieproces en onderworpen worden aan injectiemateriaal dat mogelijk reeds door andere personen is gebruikt. Dit vormt een bekend hiv-risico (Roberts et al., 2010).

In de context van een eerste injectie ooit van drugs, maken vrouwen bijgevolg meer kans op de situatie waarin de drugs bij hen geïnjecteerd wordt door iemand anders, vaak een mannelijke seksuele partner. (Roberts et al., 2010).

Concluderend kan hier gesteld worden, dat het bij vrouwen vaker voorkomt dat een andere persoon de drugs injecteert én dat ze niet de eerste zijn die met deze naald geïnjecteerd worden. Naast de relationele context, kunnen ook verschillende andere redenen hiervan aan de grondslag liggen. Zo kan het zijn dat sommige vrouwen niet weten hoe ze drugs moeten injecteren, er moeite mee hebben, of op iemand anders vertrouwen om afhankelijkheid te vermijden (International AIDS Society, 2019).

4.1.3. *(Seksuele) relatie: sharing is caring*

Injecterend druggebruik heeft aanzienlijke gevolgen voor interpersoonlijke relaties en relaties beïnvloeden ook het verloop van iemands druggebruik (Roberts et al., 2010).

Verschillende studies tonen aan dat VDDI vaker dan mannen die drugs injecteren, ook een seksuele partner hebben die drugs injecteert. Dit kan een weerspiegeling zijn van het grotere sociale isolement waar deze vrouwen vaak mee te kampen hebben, net als schaarse sociale en familiale ondersteuning (Valencia et al., 2020). De sociale netwerken van vrouwen die drugs injecteren, zouden dan ook, in tegenstelling tot bij mannen, meer personen omvatten die drugs injecteren. VDDI hebben meer kans om partners en vrienden te hebben die ook injecteren, dan vrouwen die geen drugs injecteren, wat bijdraagt aan een verhoogde kwetsbaarheid (GCWA,

2011). Dit kan voortvloeien uit het feit dat druggebruik bij vrouwen meer wordt gestigmatiseerd en dus een meer isolerend effect heeft dan bij mannen die drugs injecteren (Pinkham & Malinowska-Sempruch, 2008; Roberts et al., 2010).

Vrouwen die drugs injecteren, rapporteren diverse risicovolle injectiepraktijken die hen blootstellen aan een verhoogd risico op bloedoverdraagbare infecties. Een veelvoorkomende risicofactor onder deze vrouwen is, dat zij vaker naalden delen, in het bijzonder in het kader van seksuele relaties en met intieme mannelijke partners (Claeys, 2012; GCWA, 2011). Dit kan wijzen op enerzijds vertrouwen en intimiteit, anderzijds op machtsongelijkheid en afhankelijkheid tussen mannen en vrouwen. Dit omdat mannen vaak degenen zijn die de controle hebben over het verkrijgen en het klaarmaken van de drugs voor intieme vrouwelijke partners (International AIDS Society, 2019). Sommige vrouwen rapporteren bijvoorbeeld ‘transactionele relaties’, waarbij de seksuele intimiteit met hun partner gekoppeld is aan onderdak, voedsel, drugs en/of bescherming. Dit soort relaties kunnen vrouwen in een bijzonder kwetsbare positie plaatsen, omdat ze door hun afhankelijkheid van de mannelijke partner zich mogelijk in een ondergeschikte positie bevinden en minder in staat zijn om aan te dringen op veilige seksuele betrekkingen en veilig injectiegedrag (Roberts et al., 2010).

Daarnaast wordt aangetoond dat vrouwen die drugs injecteren en ook een partner hebben die injecterend druggebruik stelt, onderworpen zijn aan een dubbel risico van zowel onveilige seksuele handelingen als onveilig injectiegedrag. Wat deze risico's doet toenemen, is de relationele context waardoor belemmeringen wegvallen en een vertrouwensband aanwezig is die ertoe kan leiden dat partners injectiemateriaal delen en onveilige seks hebben, als een vorm van intimiteit binnen de relatie (Roberts et al., 2010). Er zou dan ook een grotere correlatie zijn tussen vrouwen die drugs injecteren en risicovolle seksuele handelingen (Pinkham & Malinowska-Sempruch, 2008). Zo wordt bijvoorbeeld een verband aangetoond tussen het delen van injectiemateriaal en inconsistent gebruik van een condoom (GCWA, 2011; Pinkham & Malinowska-Sempruch, 2008).

4.1.4. *(Partner)geweld*

Partnergeweld is in het bijzonder een risicofactor onder vrouwen die drugs gebruiken, aangezien het vaker wordt gerapporteerd door vrouwen die drugs injecteren dan door vrouwen in de algemene populatie. Bovendien wordt het geweld in verband gebracht met hiv, seksueel overdraagbare aandoeningen en risicovol seksueel gedrag (Roberts et al., 2010).

Het aantal gevallen van gendergerelateerd geweld en partnergeweld ligt twee tot vijf keer hoger bij vrouwen die drugs injecteren dan bij vrouwen die dit niet doen (International AIDS Society, 2019; Valencia et al., 2020). Het weigeren om injectiemateriaal te delen met een partner kan bijvoorbeeld een aanleiding zijn tot gendergerelateerd geweld. (International AIDS Society, 2019).

4.1.5. *Sekswerk*

In vergelijking met vrouwen die geen drugs injecteren, hebben vrouwen die wel drugs injecteren vaker seks geruild voor geld of drugs, zo blijkt uit verschillende studies (Valencia et al., 2020). Sekswerk komt vaker voor onder vrouwen die drugs injecteren, dan onder mannen die drugs injecteren (Blouin et al., 2016). Bovendien wordt deze subgroep van vrouwen geconfronteerd met veel geweld en seksueel misbruik (Valencia et al., 2020).

Bijna een derde van vrouwen die drugs injecteren beoefent sekswerk. Vaak is dit om de drugs voor zichzelf en voor hun partner te kunnen financieren (International AIDS Society, 2019). Vaak oefent de partner echter ook een aanzienlijke controle uit over het sekswerk, waardoor vrouwen zich minder in een positie bevinden waarin ze kunnen onderhandelen over condoomgebruik en waarbij onveilige seksuele handelingen én onveilige injectiepraktijken toenemen (Valencia et al., 2020). Theorieën betreffende het verband tussen personen die drugs injecteren en sekswerk richten zich meestal op de nood aan geld om drugs te kunnen kopen als belangrijkste motivatie voor het sekswerk. Door VDDI wordt echter ook het hebben van seks gerapporteerd in ruil voor huisvesting, levensonderhoud en bescherming (Roberts et al., 2010).

Daarnaast vermeldt een studie dat sekswerkers een zwaarder druggebruik rapporteren, aanzienlijk vaker injecteren en vaker onveilig injecterend gedrag stellen, zoals het kopen of lenen van gebruikte spuiten. Dit in vergelijking met zowel seksueel actieve als niet-seksueel

actieve vrouwen (Wodak & Cooney, 2005). Deze vrouwen worden er ook vaker toe gebracht om te injecteren op publieke plaatsen, waarbij ze zich dikwijls zullen haasten om te vermijden dat iemand hen ziet. Dit vergroot het risico op injectiegerelateerde letsels, en een verminderd gebruik van steriel injectiemateriaal (GCWA, 2011).

Er kan hier mijns inziens dan ook worden geconcludeerd dat enerzijds het injecteren van drugs kan leiden tot een groter risico op het stellen van onveilige seksuele handelingen. Anderzijds, lijkt het dat binnen de populatie van vrouwen die sekswerk beoefenen er vaker injecterend druggebruik wordt gerapporteerd, wat bovendien gepaard gaat met onveilige injectiepraktijken.

4.1.6. Economische status

Hoewel dit niet louter specifiek van toepassing is op personen die drugs gebruiken, zijn de economische lasten voor vrouwen die drugs gebruiken vaak zwaarder dan voor mannen, aangezien ze over het algemeen een lager inkomensniveau hebben (Arpa, 2017).

Daarnaast moet de kanttekening gemaakt worden, dat hoewel voor alle genders geldt dat verschillende economische indicatoren zoals sociale achterstand, dakloosheid en werkloosheid in verband worden gebracht met het initiëren van injecterend druggebruik, dit in het bijzonder een grotere invloed kan hebben op vrouwen. De reden hiervoor is dat vrouwen die eerder geneigd zijn om over te gaan op risicovolle activiteiten om te overleven, zoals sekswerk, ook meer geneigd zouden zijn om over te gaan op injecterend druggebruik (Roberts et al., 2010).

4.2. Genderspecifieke noden betreffende toegang tot harm reduction in het algemeen en spuitenruil in het bijzonder

Ondanks een hogere prevalentie van mannen die drugs gebruiken, tonen verschillende wetenschappelijke studies aan dat bepaalde genderspecifieke elementen niet alleen leiden tot risicovollere injectiepraktijken bij vrouwen⁴, maar eveneens een significante invloed hebben op de toegang van vrouwen die drugs injecteren tot harm reduction initiatieven in het algemeen, en spuitenruil in het bijzonder.

4.2.1. *Stigmatisering*

Met glans op nummer één in de lijst van genderspecifieke hindernissen, staat de stigmatisering waarmee vrouwen die drugs injecteren worden geconfronteerd. Studies tonen aan dat vrouwen die drugs injecteren met een grotere mate aan stigmatisering geconfronteerd worden dan mannen die drugs injecteren (International AIDS Society, 2019; Roberts et al., 2010) en dat vrouwen, omwille van dit risico op stigmatisering en sociale sancties, zich ervan weerhouden om uit te komen voor hun druggebruik. Injecterend druggebruik staat haaks op de rol die de maatschappij toeschrijft aan vrouwen als moeder, partner en verzorger, waardoor vrouwen die drugs injecteren vaker en extremer geconfronteerd worden met stigmatisering.

Dit stigma vloeit voort uit de patriarchale sociale verwachtingen van het brede publiek over vrouwelijkheid en de rol van vrouwen in de maatschappij, en heeft directe gevolgen voor de bereidheid van vrouwen om zich toegang te verschaffen tot harm reduction diensten (Shirley-Beavan et al., 2020). De angst om te worden geïdentificeerd als iemand die drugs gebruikt, weerhoudt VDDI ervan om gebruik te maken van bepaalde voorzieningen, zoals het zich begeven naar een spuitenruilpunt (Falk et al., 2020). Daarnaast dwingt het hen om drugs te gebruiken in verborgen en onveilige ruimtes (Shirley-Beavan et al., 2020).

Deze stigmatisering stelt zich bovendien niet enkel in de ruimere samenleving, maar wordt ook waargenomen binnen de gemeenschap van druggebruikers (International AIDS Society, 2019).

⁴ Zie *supra* Deel I. Hoofdstuk 4.1.

Vrouwen die middelen gebruiken, worden meer gestigmatiseerd, meer (economisch) gemarginaliseerd en blijven meer verborgen, in vergelijking met hun mannelijke collega's (Claeys, 2014).

Een spuitenruilpunt bezoeken zou initieel deze gevoelens van stigma en schaamte over het gebruik van drugs versterken (Falk et al., 2020).

4.2.2. *Relationele invloed en (partner)geweld*

Hier kan opnieuw verwezen worden naar het groter risico dat vrouwen lopen op een hiv-besmetting⁵, die uiteraard grotendeels voortvloeit uit het delen van injectiemateriaal, wat in het geval van vrouwen die drugs injecteren frequenter gebeurt met hun seksuele partner (International AIDS Society, 2019). Ook in Vlaanderen blijkt, uit gesprekken met PDDI, dat het delen van injectiemateriaal met een sekspartner een sterk aandachtspunt blijft (Windelinckx, 2022).

Sommige VDDI zouden thuisblijven om te injecteren en vertrouwen op hun mannelijke partners om de drugs en het injectiemateriaal te voorzien. Dit maakt het voor hen extra moeilijk om te vermijden dat ze gebruikmaken van injectienaalden of ander injectiemateriaal dat niet reeds gebruikt is door iemand anders. Bovendien zorgt dit ervoor dat het moeilijker is voor vrouwen om zich toegang te verschaffen tot harm reduction diensten (Pinkham & Malinowska-Sempruch, 2008).

Verschillende studies tonen daarnaast aan dat gendergerelateerd geweld de toegang tot harm reduction diensten voor vrouwen die drugs injecteren, vermindert. Ook zouden sommige vrouwen in grotere mate alleen injecteren, om te trachten dit risico op geweld te vermijden (Falk et al., 2020).

Voor sommige VDDI vormt de angst voor jaloezie van hun mannelijke partner een belemmering van de toegang tot een spuitenruilpunt. Vrouwelijke deelnemers aan een studie vermelden dat er situaties zijn waarbij mannelijke partners hen verhinderen of verbieden een spuitenruilpunt te bezoeken. Wanneer er niet wordt gehoorzaamd, kan dit leiden tot

⁵ Zie *supra* Deel I. Hoofdstuk 4.1.1.

uitbarstingen van jaloezie of gewelddadig gedrag. Sommige vrouwen geven ook aan dat mannelijke partners het spuitenruilpunt bezoeken in hun plaats (Falk et al., 2020).

4.2.3. *Zwangerschap en kinderen*

Vrouwen die drugs gebruiken, worden reeds geconfronteerd met een dubbele stigmatisering, zowel op basis van hun geslacht, als op basis van hun druggebruik. Vrouwen die zwanger zijn of kinderen hebben, ervaren echter een nog grotere stigmatisering (Harm Reduction International, 2018). Als gevolg hiervan vermijden vrouwen zelf of kunnen ze worden uitgesloten van harm reduction diensten, omdat ze het onderwerp zijn van stigmatisering door het personeel of andere personen die drugs gebruiken (International AIDS Society, 2019). Dit kan ertoe leiden dat zwangere vrouwen gedwongen worden tot risicovolle praktijken, zoals alleen injecteren of de zwangerschap verbergen. Het stigma van druggebruik tijdens de zwangerschap zorgt er tevens voor dat het druggebruik soms verborgen wordt gehouden voor hulpverleners, waardoor hun toegang tot schadebeperkende informatie en gespecialiseerde zorg wordt beperkt (Pinkham & Malinowska-Sempruch, 2008).

Naast de bijkomende stigmatisering die gepaard gaat met het hebben van kinderen of het zichtbaar zwanger zijn en naar een spuitenruilpunt komen, ligt een additionele drempel in het zoeken naar opvang voor de kinderen. Het blijkt namelijk dat weinig harm reduction diensten van over de hele wereld opvang voorzien voor kinderen (Harm Reduction International, 2018), voornamelijk omdat de initiatieven gericht zijn op mannen, in plaats van op vrouwen die drugs gebruiken. De afwezigheid van opvangfaciliteiten ontmoedigt dan ook de toegang voor vrouwen met kinderen (GCWA, 2011).

Een andere drempel die zich kan stellen, is het feit dat men als VDDI de angst heeft om de zorg over de kinderen te verliezen (Claeys, 2012; Olszewski et al., 2009). In sommige landen is het ontdekken van druggebruik bij de moeder een centrale factor in het verliezen van de voogdij (International AIDS Society, 2019; Pinkham & Malinowska-Sempruch, 2008).

4.2.4. *Mannenruimte*

Over het algemeen zijn harm reduction programma's ontworpen voor en door mannen (GCWA, 2011; International AIDS Society, 2019). Harm reduction initiatieven in Europa zijn meestal blind voor gender of, vaker voorkomend, gericht op mannen. Als gevolg hiervan zijn deze diensten hoofdzakelijk mannelijke ruimtes die niet zijn afgestemd op de behoeften van vrouwen. Genderongelijkheden in de samenleving kunnen de autonomie van vrouwen beperken in hun zoektocht naar toegang tot schadebeperkende initiatieven, waardoor voor hen het risico op een hiv-besmetting toeneemt (Shirley-Beavan et al., 2020).

4.2.5. *Bereikbaarheid: onvoldoende of onveilige locaties*

Onveilige of niet discrete locaties kunnen een structurele barrière vormen voor de toegang tot harm reduction diensten (Roberts et al., 2010). Dit is het geval wanneer schadebeperkende initiatieven, zoals spuitenruilpunten, zich op plaatsen bevinden die moeilijk bereikbaar zijn, of waar het niet veilig is om zich als vrouw alleen naar toe te begeven (GCWA, 2011).

Op geografisch niveau kan de toegang tot spuitenruildiensten bovendien verhinderd worden door de noodzaak om bepaalde omgevingen te vermijden, zoals plaatsen die gevoelig zijn voor geweld of politieoptreden ten opzichte van vrouwen die sekswerk beoefenen op straat (Roberts et al., 2010).

Daarnaast is ook de hoeveelheid aan spuitenruilpunten van belang. Het gebrek aan voldoende spuitenruilpunten, verspreid over het land en binnen steden, is hoogstwaarschijnlijk een cruciale factor voor het delen van spuiten en ander injectiemateriaal (Klein, 2007). In België blijkt dat er een daling is van het geschatte aantal personen die drugs injecteren, wat heeft geleid tot een toename van het bereik van bestaande spuitenruildiensten (Colledge-Frisby et al., 2023).

Wat Vlaanderen betreft, blijkt uit de bevragingen van de spuitenruilpunten in 2021 dat de plaats en de bereikbaarheid van spuitenruil de items zijn die het laagst scoren op vlak van tevredenheid. Ruilpunten zijn niet in elke zone van een stad aanwezig, waardoor het niet evident is voor PDDI om verre verplaatsingen te maken om tot aan deze punten te geraken. In Oost-Vlaanderen lijkt deze ontevredenheid het minst aanwezig (GIG Vlaanderen, 2022).

4.2.6. *Openingsuren*

Naast de locatie, kunnen ook strikte openingsuren een belemmering vormen voor vrouwen met werk of huishoudelijke verplichtingen om zich de toegang te verschaffen tot een spuitenruilpunt (GCWA, 2011; MacArthur et al., 2014). Voor vrouwen die sekswerk verrichten, is het soms onmogelijk om zich te begeven naar spuitenruilpunten die slechts open zijn van 9u tot 17u (Roberts et al., 2010). Bovendien zouden meer vrouwen kunnen bereikt worden, wanneer spuitenruildiensten open zijn op passende tijden die tegemoetkomen aan de behoeften van vrouwen die werken of voor kinderen zorgen (GCWA, 2011).

Uit bevestigingen van de Vlaamse spuitenruilpunten blijkt, dat de openingsuren één van de zaken is, waarover de respondenten het minst tevreden zijn (Windelinckx, 2022). In Oost-Vlaanderen geeft een meerderheid van 65 procent aan dat ze de voorkeur geven aan daguren, in plaats van avonduren of nachturen. Één vierde van de respondenten geeft echter ook aan dat spuitenruil 24/24u bereikbaar zou moeten zijn (De Decker & Vandendriessche, 2022).

4.2.7. *Criminaliserend beleid*

De Wereldgezondheidsorganisatie haalt aan dat het criminaliseren van druggebruik, samen met stigmatisering en discriminatie ten opzichte van personen die drugs injecteren, bijdraagt aan hiv-epidemieën en hepatitis. Dit wegens het feit dat personen die drugs injecteren vaak niet tot bij harm reduction diensten geraken (WHO, 2022). De criminalisering van druggebruik vormt een belangrijke belemmering voor de toegang van vrouwen die drugs gebruiken tot harm reduction initiatieven (UNODC, 2014), doordat een angst gecreëerd wordt die ontmoedigend werkt. Hard politieoptreden kan bijgevolg de mogelijkheden beperken van mensen die drugs gebruiken om hun druggebruik te beheersen en de schade te beperken (Shirley-Beavan et al., 2020).

Ook Ida vzw, de organisatie die de drie Belgische koepelorganisaties (VAD, FEDITO Wallone en FEDITO BXL) verenigt voor het alcohol- en drugswerkveld, pleit ervoor dat mensen die drugs gebruiken niet worden gecriminaliseerd. Criminalisering ligt volgens hen aan de basis van stigmatisering (Ida vzw, 2023).

4.2.8. *Onvoldoende datagegevens*

Tenslotte moet ook het gebrek aan data hier aangekaart worden. Onderzoek aangaande het ontwerpen van harm reduction diensten verwaarlozen vaak de visie van vrouwen die drugs injecteren (International AIDS Society, 2019). Er bestaat amper informatie omtrent de specifieke uitdagingen en noden van vrouwen die drugs injecteren (UNODC, 2014) en er is nog weinig geweten over de toegang van VDDI tot schadebeperkende initiatieven, zoals spuitenruil (International AIDS Society, 2019).

Zowel nationaal als internationaal wetenschappelijk onderzoek is overweldigend genderneutraal of gefocust op mannen, waardoor het een uitdaging is om problemen te onderscheiden die specifiek betrekking hebben op vrouwen die drugs gebruiken en met als belangrijk gevolg dat dit het vermogen beperkt om initiatieven en procedures te ontwerpen die gericht zijn op hun noden (Thomas, 2021; UNODC, 2014).

Bovendien is er een gebrek aan gegevens die uitgesplitst zijn volgens geslacht, met als direct gevolg dat vrouwen die drugs injecteren onzichtbaar blijven (International AIDS Society, 2019).

Ook deze bevindingen kunnen de toegankelijkheid tot spuitenruil voor VDDI verhinderen, aangezien er weinig informatie voorhanden is waar het lokale beleid zich op kan baseren om de harm reduction strategie af te stemmen op de genderspecifieke noden van VDDI binnen spuitenruil.

Deel II. Probleemstelling

Hoofdstuk 1. Criminologische relevantie

Hoewel druggebruik over het algemeen minder vaak voorkomt bij vrouwen dan bij mannen, worden vrouwen die drugs gebruiken vaker geconfronteerd met het ontwikkelen van gezondheidsproblemen (UNODC, 2022). Daarnaast hebben vrouwen die drugs gebruiken onder meer een grotere kans op het ervaren van stigma en minder sociale ondersteuning. Een aantal subgroepen onder deze vrouwen hebben dan ook speciale noden (EMCDDA, 2017). Zo ook vrouwen die drugs injecteren. Zij worden vaker geconfronteerd met stigmatisering dan hun mannelijke tegenpolen, hebben aanzienlijk hogere sterftcijfers en vertonen een snellere overgang van een eerste gebruik naar afhankelijkheid (International AIDS Society, 2019).

Naar schatting zijn er ongeveer 2,8 miljoen vrouwen over de hele wereld die drugs injecteren, wat 20 procent uitmaakt van de volledige populatie personen die drugs injecteren (Degenhardt et al., 2023). Vrouwen zijn dan wel in de minderheid binnen de volledige populatie personen die drugs injecteren, nochtans mogen zij absoluut niet uit het oog verloren worden. Eerder wetenschappelijk onderzoek toont aan, dat vrouwen die drugs injecteren op verschillende vlakken kwetsbaarder zijn dan mannen die drugs injecteren (Valencia et al., 2020). Zo lopen ze bijvoorbeeld een groter risico op besmetting met hiv of hepatitis (Shirley-Beavan et al., 2020; UNODC, 2022), onder meer omdat ze vaker risicovoller injecterend gedrag stellen (Valencia et al., 2020). Hoewel deze vrouwen gebaat zijn bij een optimale toegankelijkheid tot spuitenruil om voornoemde redenen, ervaren ze genderspecifieke drempels die de toegang tot spuitenruil voor hen een heel pak moeilijker maken. Verschillende studies tonen aan dat vrouwen wegens structurele, systematische en persoonlijke obstakels minder aansluiting vinden bij spuitenruilprogramma's (Falk et al., 2020; Favril et al., 2015; Roberts et al., 2010).

Het aantrekken van meer vrouwen die drugs injecteren binnen spuitenruil blijkt reeds lange tijd een aandachtspunt te zijn in Vlaanderen (GIG Vlaanderen, 2022; Windelinckx, 2012). Maar liefst 76 procent van de populatie personen die drugs injecteren en deelnemen aan spuitenruilprogramma's, zijn mannen (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2016; GIG Vlaanderen, 2022). Specifiek in Vlaanderen is er echter weinig tot geen wetenschappelijke literatuur omtrent de noden die VDDI zouden hebben binnen spuitenruil en hoe eraan wordt

tegemoetgekomen. Het doel van deze masterproef is dan ook om de genderspecifieke noden die vrouwen die drugs injecteren ervaren in het kader van spuitenruil in kaart te brengen en na te gaan in hoeverre reeds aan deze noden wordt tegemoetgekomen in het Vlaams spuitenruillandschap. Dit met het oog op eventuele aanbevelingen naar de toekomst toe, opdat spuitenruil voor vrouwen even toegankelijk is en voelt als voor mannen die drugs injecteren.

Hoofdstuk 2. Onderzoeksvragen

Een uitgebreide literatuurstudie schetst een algemene achtergrond en context en belicht de genderspecifieke noden aan de hand van wetenschappelijke literatuur. Daarnaast zal voorliggende masterproef trachten een antwoord te bieden op de prangende probleemstelling zoals omschreven in het vorige hoofdstuk. Dit aan de hand van één centrale onderzoeksvraag en vijf sub-onderzoeksvragen. De centrale onderzoeksvraag luidt als volgt:

Aan welke genderspecifieke noden voor vrouwen die drugs gebruiken moet tegemoetgekomen worden bij de organisatie van spuitenruil?

Deze centrale vraag zal beantwoord worden aan de hand van enkele deelvragen:

1. Van welke specifieke noden bij vrouwen die drugs gebruiken zijn hulpverleners/beleidsmedewerkers/maatschappelijk werkers op de hoogte in het kader van een spuitenruilpunt?
2. Welke noden in het kader van een spuitenruilpunt geven vrouwen die drugs injecteren zelf aan?
3. Aan welke genderspecifieke noden voor vrouwen die drugs injecteren wordt op vandaag niet tegemoetgekomen bij de organisatie van spuitenruil?
4. Hoe kan aan deze genderspecifieke noden worden tegemoetgekomen in de toekomst?

Deel III. Methodologie

Hoofdstuk 1. Onderzoeksmethode empirisch luik

1.1. Kwalitatief interview

De keuze voor het kwalitatief diepte-interview als onderzoeksmethode vloeide voort uit de onderzoeksvragen die waren vastgelegd. Het was namelijk van belang dat niet alleen de beslissingen van bepaalde actoren werden verduidelijkt, maar eveneens ook hoe of waarom. De ervaring van zowel de maatschappelijk werker, beleidsmedewerker als de persoon die drugs gebruikt zelf moest de centrale focus zijn. Het logische gevolg hiervan was dan ook de keuze voor een kwalitatief interview, waarbij het perspectief en de betekeniswereld van de betrokkene naar boven worden gehaald en wordt gezocht naar gedeelde en particuliere ervaringen (Decorte & Zaitch, 2016).

Binnen het kader van het kwalitatieve interview werd ervoor gekozen om de structuur van het semigestructureerde interview te hanteren. Als interviewer is het hierbij geoorloofd om af te wijken van de vooraf grotendeels bepaalde structuur. De volgorde van behandeling van de topics wordt namelijk grotendeels bepaald door het verloop van het gesprek en de gedachtegang van de respondent (Decorte & Zaitch, 2016). Bij de interviews in het kader van deze masterproef is gewerkt met een interviewerschema met een logisch opgebouwde lijst met vragen en thema's die aan bod dienen te komen tijdens het gesprek. Dit gaf een zeker houvast zonder een te grote belemmering te zijn, aangezien het vrij stond hiervan af te wijken en rekening te houden met de spontane evolutie van het gesprek. Het was echter van belang dat bepaalde zaken zeker werden aangehaald, waardoor dit schema een goede tussenoplossing bleek te zijn. Dit onderzoeksinstrument werd deels gebaseerd op het wetenschappelijk onderzoek van Falk et al. (2020).

Op basis van de literatuurstudie en de vooropgestelde onderzoeksvragen werden bijgevolg enkele topics en bijhorende interviewvragen vastgelegd die ik wenste voor te leggen aan de respondenten. In de loop van het onderzoek werden soms vragen toegevoegd aan het schema.

Hoofdstuk 2. Dataverzameling

Zowel professionelen in het werkveld (N = 3), als personen die drugs injecteren zelf (N = 3), werden bevraagd over de werking van spuitenruil in Vlaanderen, de potentiële noden en hindernissen die VDDI ervaren binnen dit spuitenruillandschap en hoe hieraan tracht te worden tegemoetgekomen. Voor beide doelgroepen vonden de bevragingen plaats door middel van een semigestructureerd diepte-interview. Er werd hierbij getracht zoveel mogelijk het referentiekader van de geïnterviewde te respecteren.

2.1. Selectie respondenten

Een aselechte steekproef is hier niet van toepassing, aangezien in een kwalitatief onderzoek slechts een beperkt aantal individuen bevraagd worden. Bovendien zou anders het risico bestaan dat er onderzoekseenheden worden geselecteerd die niet relevant zijn (Decorte & Zaïtch, 2016). Een doelgerichte steekproef was *in casu* dus aan de orde.

De selectie van respondenten voor de kwalitatieve interviews gebeurde in de eerste plaats op basis van de onderzoeksvraag en de bijhorende deelvragen. In dit onderzoek was het de bedoeling dat zowel respondenten van de doelgroep beleid, als hulpverleners of maatschappelijk werkers, als ervaringsdeskundigen werden bevraagd om een holistisch beeld te verkrijgen van spuitenruil in Vlaanderen en de potentiële genderspecifieke noden van VDDI in het kader van dit spuitenruillandschap.

Wat betreft de beleidsmedewerkers en maatschappelijk werkers, werden een aantal personen en/of organisaties rechtstreeks aangeschreven via mail. In de eerste plaats lag de focus hierbij op Gentse spuitenruilpunten. Dit leidde uiteindelijk tot het vastleggen van drie gesprekken. De doelgroep van vrouwen die drugs injecteren werd vervolgens bereikt via een inloophmoment binnen de organisatie OpStap, waarnaar ik door de coördinator binnen deze organisatie werd doorverwezen. Op die manier kwam ik via een sneeuwbalsteekproef in contact met twee vrouwen en één man die drugs injecteren of geïnjecteerd hadden, die hun ervaringen omtrent spuitenruil wensten te delen.

Ondanks het feit dat de omvang van dit onderzoek al bij al beperkt is gebleven, kan toch tevreden worden teruggeblikt op de ruime hoeveelheid informatie die de respondenten hebben kunnen verschaffen.

2.2. Onderzoekssetting

Wat betreft de selectie van de setting voor de interviews, werd de keuze gelaten aan de respondenten zelf. De omgeving waarin een interview plaatsvindt, beïnvloedt de kwaliteit ervan. Bijgevolg was het van belang dat het een rustige, vertrouwde locatie betrof (Hoogesteyn et al., 2020), zodat de geïnterviewden zich op hun gemak voelden. In het kader van de audio-opname was het bovendien belangrijk dat de interviews konden plaatsvinden in een rustige omgeving zonder al te veel achtergrondgeluiden.

De gesprekken met de eerste doelgroep, de professionelen uit het werkveld, vonden plaats op de locatie waar ze respectievelijk hun werkzaamheden uitoefenen.

In de eerste plaats werd de coördinator van het Medisch Sociaal Opvangcentrum te Gent geïnterviewd. Dit gesprek vond plaats in een apart lokaal in het MSOC dat rustig en geluidsdicht was. Na afloop van het interview werd een kleine rondleiding gegeven in het spuitenruilpunt. Een tweede interview werd afgenomen van de coördinator bij OpStap. De focus van het gesprek lag op het reilen en zeilen van het spuitenruilpunt en de vrouwen die ermee bereikt werden. Dit vond plaats in een rustige zithoek, bij OpStap zelf, op een moment dat er geen andere personen aanwezig waren. Ten slotte werd ook de Vlaamse spuitenruilcoördinator, verantwoordelijk voor GIG-Vlaanderen (Gezondheidspromotie bij Injecterend Gebruik), geïnterviewd. Het gesprek nam plaats, toepasselijk, in het lokaal voor de spuitenruil. Dit spuitenruilpunt is gelokaliseerd in Free Clinic in Antwerpen, dat op het ogenblik van het interview gesloten was. Na afloop werd een rondleiding gegeven in het gebouw en het nabijgelegen sociaal activeringscentrum De Nomaad.

De tweede doelgroep van het onderzoek betreft personen die drugs injecteren of injecteerden en ervaringen hebben met spuitenruil, in het bijzonder vrouwen. Vrouwen die ervaringen hebben met spuitenruil bleek een enorm moeilijk te bereiken populatie te zijn, waardoor het niet eenvoudig was om met enkelen in gesprek te kunnen gaan. Uiteindelijk werd tijdens een

inloopmoment van OpStap een interview afgenomen van twee vrouwen. Deze gesprekken vonden plaats in een rustige hoek van het gebouw. Een tweetal weken later, op een volgend inloopmoment, waren er geen vrouwen aanwezig die reeds in aanraking waren gekomen met spuitenruil. Er heeft toen een gesprek plaatsgevonden met een man die bereid was zijn ervaringen over spuitenruil en de aanwezigheid van vrouwen binnen spuitenruil, te delen. Dit vond plaats in een rustige zithoek van OpStap.

Omwille van het delicate thema was vereist dat de PDDI vrijuit konden spreken en zich geen zorgen hoefden te maken over de omgeving.

Hoofdstuk 3. Ethische aspecten

3.1. Informed consent

Voorafgaand aan elk interview werd aan de respondent het informatie- en toestemmingsformulier voorgelegd. Hierin werden de aard en het doel van het onderzoek, informatie over de onderzoeker, de rol van de respondent, de verwerking en verspreiding van resultaten en de implicaties omtrent vertrouwelijkheid en anonimiteit toegelicht. Dit werd eveneens mondeling toegelicht indien nodig. Op deze manier werd van iedere respondent op schriftelijke wijze de *informed consent*, ofwel de geïnformeerde toestemming, verkregen.

Na afloop van het interview werd nagegaan of de respondenten ermee akkoord gingen dat hun antwoorden verwerkt werden in de vorm van citaten. Niet elke respondent ging hiermee akkoord, enkele antwoorden worden dan ook geparafraseerd. De resultaten van de interviews worden op anonieme wijze verwerkt en gerapporteerd.

3.2. Audio opname

Kwalitatief onderzoek maakt gebruik van de woorden van de respondent en het was ook in dit onderzoek de bedoeling om de uitspraken uit de interviews letterlijk te kunnen citeren. Om die redenen was het belangrijk dat letterlijk geregistreerd werd wat er tijdens de interviews gezegd werd. Bovendien heeft een audio-opname als voordeel dat de onderzoeker zich ten volle kan

focussen op de vraagstelling en het spontane gesprek met de respondent (Decorte & Zaïtch, 2016). De duur van de interviews varieerde tussen een halfuur en een uur.

Voorafgaand aan elk interview werd na het toelichten en ondertekenen van de *informed consent*, eveneens toestemming gevraagd om een audio-opname te mogen maken. Iedere respondent gaf deze toestemming.

Hoofdstuk 4. Data-analyse

Dankzij de audio opnames was het mogelijk om de interviews na afname volledig uit te typen en in elektronische vorm om te zetten. Het uittikken van de interviews, ofwel ‘transcriberen’, zorgde ervoor dat duidelijk werd welke data allemaal verzameld was en wat de verschillende respondenten vertelden (Decorte & Zaïtch, 2016). Bij het transcriberen werd zoveel mogelijk vastgehouden aan de letterlijke bewoordingen van de respondent, zonder de leesbaarheid van de antwoorden in gevaar te brengen (Bailey, 2008). In een volgende stap konden verbanden worden gelegd tussen de aanwezige data.

Wat betreft de analyse van de verzamelde kwalitatieve data, werden de transcripten in de eerste plaats gelezen en herlezen. Met de onderzoeksvragen in het achterhoofd, werden codes gehecht aan delen van de transcripten. Dit was de fase van het open coderen, waarbij irrelevante fragmenten van de relevante werden onderscheiden. Vervolgens werden deze verschillende codes in categorieën ondergebracht, ook wel het axiaal coderen genoemd. Ten slotte werd gezocht naar relaties tussen deze categorieën. De gegevens werden geordend in het licht van de probleemstelling, de fase van het selectief coderen. (Decorte & Zaïtch, 2016). Daarnaast werd gebruik gemaakt van het softwarepakket Atlas.Ti om het databeheer efficiënt te laten verlopen.

Uiteindelijk werden de categorieën gebruikt om de antwoorden van de respondenten in op te delen en objectief neer te schrijven. De resultaten worden geïllustreerd aan de hand van citaten.

Deel IV. Resultaten

Hoofdstuk 1. Inleiding

In dit deel wordt dieper ingegaan op de resultaten die voortkomen uit de kwalitatieve diepte-interviews die werden afgenomen van zowel de professionelen uit het werkveld, als de ervaringsdeskundigen. De professionelen betreffen beleidsmedewerkers en coördinatoren van het Medisch Sociaal Opvangcentrum in Gent, organisatie OpStap in Gent en Free Clinic in Antwerpen.

De weergave van de resultaten wordt gestructureerd aan de hand van enkele thema's, die op basis van de literatuurstudie, werden besproken in de interviews. Deze resultaten worden geïllustreerd door middel van citaten.

De antwoorden van de respondenten worden geanonimiseerd. Er wordt wel verduidelijkt of de antwoorden en/of citaten afkomstig zijn van een professioneel uit het werkveld, dan wel van een persoon die zelf ervaring heeft met het injecteren van drugs en de toegang tot spuitenruilpunten.

Hoofdstuk 2. Genderspecifieke noden en hindernissen in het kader van spuitenruil

2.1. Stigmatisering en relationele invloed

Wat betreft de toegankelijkheid voor vrouwen tot spuitenruilpunten, wordt door de meerderheid van de respondenten stigmatisering aangehaald als een mogelijke reden waarom er minder vrouwen naar de spuitenruil zouden komen. Er wordt daarbij tevens de link gelegd met de drughulpverlening, waar eveneens vrouwen moeilijker bereikt worden. Enerzijds wordt verduidelijkt dat de vrouwen die komen, hun mannetje wel kunnen staan. Anderzijds, zo geeft een andere respondent aan, zijn er ook heel kwetsbare vrouwen.

“Waar da ’k misschien ietske meer aandacht voor heb is de kwetsbaarheid van vrouwen. Maar als ge hier zit en mensen komen binnen, ’k zeg het die vrouwen die hier komen daar gade ne stap voor opzij doen. Ook als man. Maar langs de andere kant heb je wel héél kwetsbare vrouwen.”

(Professioneel)

In het MSOC in Gent wordt opgemerkt dat het bij vrouwen soms iets langer duurt voor ze naar het spuitenuilpunt komen. En wanneer ze in een relatie zitten, zal de man vaker komen. In het grootste deel van de gevallen is het de man die het materiaal komt halen voor hun allebei. Ook door de coördinator bij OpStap wordt dit opgemerkt. Van de koppels die naar het spuitenuilpunt komen, is het meestal de man die het materiaal haalt.

Ook in Antwerpen is de relationele invloed te zien, maar dan in de context van de eerste injectie van vrouwen die drugs injecteren.

“Nu, wat wel, maar da’s anekdotisch, is dat vrouwen inderdaad beginnen injecteren omwille van hun man. En het daar ook niet de controle over hebben dan bij hun eerste injectie, dat die eerder wordt gezet door de man. Maar ’k denk dat dat effect wegvaagt op termijn.”

(Professioneel)

Een andere reden die wordt aangehaald om het klein percentage vrouwen in verhouding tot het aantal mannen te verklaren binnen spuitenruil, is het feit dat de populatie van personen die drugs gebruiken een hoofdzakelijk mannelijke populatie is.

“Sowieso in het straatbeeld zijn die minder aanwezig. Het is ook een beetje een vicieuze cirkel eh, door het feit dat er hier zeer veel mannen komen is het ook niet altijd zo aantrekkelijk voor vrouwen om hier te komen.”

(Professioneel)

In Antwerpen wordt er minder gewag gemaakt van een grotere stigmatisering waar de vrouwen mee te kampen zouden krijgen.

“Misschien minder vrouwen die injecteren of drugs gebruiken? Ik denk dat we, goh in begin zouden we kunnen zeggen van de toegankelijkheid is moeilijker voor vrouwen om die vraag te stellen, maar we zijn 20 jaar ver, en ik zie hier, in dit huis, toch geen schroom meer om spuiten te komen halen.”

(Professioneel)

De vrouwen die werden bevraagd, geven dan weer duidelijk aan dat ze schaamte voelen wanneer ze zich naar een spuitenruilpunt begeven. Ondanks de laagdrempeligheid voelt het volgens een respondent aan als jezelf blootgeven voor een stuk en toegeven aan jezelf dat je drugs injecteert. Dit gaat gepaard met schaamtegevoelens, want *“shotten is niet niks”*.

“Maar ik vind dat echt, 't is misschien laagdrempelig, maar voor een vrouw vind ik dat gênant. 't Is heel gênant. 't Is al zo dat ge als vrouw niet gemakkelijk toegeeft da ge verslaafd zijt. Als ge kijkt naar de mensen die in opname zijn, is 70% man en 30% vrouw. Dus allez ja, daar zie je de drempel.”

(VDDI)

Twijfels om naar een spuitenruilpunt te gaan, zijn er volgens de vrouwelijke respondenten voornamelijk door schaamte en onveilige gevoelens. Er wordt aangehaald dat het voor een vrouw moeilijker is om de drempel te overwinnen, omdat je als vrouw nog meer gedenigreerd wordt dan een man.

“Vooral door schaamte. Niet veilig voelen, schaamte. Allez, ik zal het ook altijd in een zak steken waar dat niemand kan zien van dat zijn spuiten. Ik bedoel, da's drempelvrees. En ik denk dat dat voor de meeste vrouwen wel zal blijven.”

(VDDI)

Ook een man die drugs injecteert en gebruik maakt van spuitenruil, geeft aan dat hij merkt dat vrouwen anders omgaan met het zich begeven naar een spuitenruilpunt.

“Die steken dat beter weg. Ze laten dat minder zien dat ze achter spuiten gaan.”

(MDDI)

Éen vrouw geeft ook aan dat haar vriend jaloers is en, dat als deze zou weten dat er mannen aanwezig zijn bij de spuitenruil of bij de inloophmomenten van OpStap in het algemeen, hij het haar zou verbieden om er nog heen te gaan.

Een vrouwelijke respondent uit het werkveld haalt aan dat het mogelijk is dat vrouwen die langskomen bij het spuitenruilpunt tegen haar sneller bepaalde twijfels uiten, net omdat ze een vrouw is.

2.2. Anonimiteit en vertrouwelijkheid

Spuitenruil in heel Vlaanderen is volledig anoniem. Wanneer men langskomt, wordt er niet gevraagd naar de naam of de leeftijd van de persoon. *“De eerste vraag is altijd ‘wat heb je nodig?’”*. Men hoeft ook geen cliënt te zijn van de organisatie die spuitenruil aanbiedt.

“Dus mensen kunnen hier dagdagelijks of overal in elke spuitenruil, afhankelijk van de openingsuren, kunnen eigenlijk gewoon terecht zonder cliënt te zijn. Dat is een hele belangrijke voor ons. Omdat we willen dat iedereen toegang kan hebben, zonder dat ze een zekere motivatie tot verandering hebben, of een zekere wens om te stoppen. Dus eigenlijk moet dit heel vlot toegankelijk zijn.”

(Professioneel)

De anonimiteit van spuitenruil wordt door de respondenten als voordeel aangehaald. Vanuit het werkveld wordt geopperd dat dit drempelverlagend werkt. De personen die langskomen zouden zich veilig voelen omdat ze geen gegevens moeten delen. Er wordt niet vermeld aan artsen of begeleiders wie er bij het spuitenruilpunt is langs geweest. Ook de personen die gebruik maken van spuitenruil hechten enorm veel belang aan de vertrouwelijkheid en anonimiteit binnen spuitenruil.

*“Ik ben iemand dat alleen gebruikt. Niemand heeft zaken met hetgeen dat ik doe. Da is ’t.
Volledig anoniem.”*

(VDDI)

In Antwerpen wordt verduidelijkt dat wanneer iemand de organisatie binnenstapt, het duidelijk is voor buitenstaanders wat die persoon daar komt doen. Dit kan een invloed hebben op het gevoel van volledig anoniem naar de spuitenuil te kunnen komen. De respondent vertelt, dat zij ook een eigen bureau heeft in een rijhuis in het centrum van de stad, waar men eveneens langs kan komen voor spuitenuil. Aangezien het een gewoon rijhuis is, valt het niet op dat men naar binnengaat om aan spuitenuil te doen, wat zorgt voor extra anonimiteit. Dit in tegenstelling tot het gebouw van Free Clinic. Het valt haar op dat er heel wat vrouwen liever naar daar komen, ook omdat het daar rustiger is in vergelijking met de soms chaotische momenten aan het spuitenuilpunt.

Een vrouw geeft aan, dat ze altijd alleen naar de apotheek gaat en daarbij zo snel als mogelijk terug buiten gaat. Het liefst met een kap op. Daarnaast worden excuses gebruikt, om niet te laten blijken dat men injectiemateriaal komt halen om drugs te injecteren.

“Als ik naar de apotheek ging zei ik altijd, ’t is voor mijn mémé die of mijn mama of die insulinespuiten nodig heeft ja. Maar ja, op den duur zagen zij ook wel andere dingen eh.”

(VDDI)

In het kader van de anonimiteit worden door de respondenten ook de dropboxen aangehaald. Een medewerker van het MSOC in Gent geeft aan dat deze heel veel worden gebruikt. In 2021 zouden er zo een 400-tal spuiten en ander materiaal in gedeponerd zijn. Tijdens de openingsuren van het spuitenuilpunt of overdag wanneer het licht is, is er heel weinig activiteit te zien rond de dropboxen.

2.3. Registratie en datagegevens

Spuitenruil wordt gebudgetteerd door de Vlaamse Overheid, waardoor ook aan bepaalde doelstellingen moet worden voldaan. Registratie is hier een van. Door de spuitenruilpunten wordt geregistreerd hoeveel contacten er zijn per dag, hoeveel materiaal er wordt meegegeven per contact en hoeveel materiaal er is teruggebracht. Er gebeurt geen registratie van de naam, leeftijd of sekse van de persoon die langskomt. Er wordt niet gevraagd wie je bent of hoe oud je bent. De eerste vraag is altijd: “*wat heb je nodig?*”. Bijgevolg kan er, op basis van de registraties, geen officieel cijfer geplakt worden op het aantal vrouwen die van de spuitenruilpunten gebruik maken. Volgens de respondenten uit het professionele werkveld, ligt de verhouding vrouwen ten opzichte van mannen tussen de 20 en de 25 procent. Dit is een inschatting op basis van wie zij dagelijks zien langskomen en ligt volgens hen in lijn met de verhouding binnen de hulpverlening.

“Wat het verschil is tussen het aantal mannen en het aantal vrouwen, dat is eigenlijk ook een weerspiegeling van wat we in de hulpverlening zien. Dat komt een beetje overeen.”

(Professioneel)

Aan de hand van de bevestigingen die jaarlijks afgenomen worden, kan een indicatie gegeven worden van de verhouding mannen versus vrouwen die zich naar de spuitenruilpunten begeven in Vlaanderen. De respondenten benadrukken dat dit echter geen officiële cijfers zijn, aangezien spuitenruil anoniem is. Bovendien haalt een respondent aan dat dit een dwarsdoorsnede is en mogelijk niet representatief is voor alle mensen die injecteren, aangezien er ook heel wat mensen zijn die geen gebruik maken van de spuitenruildiensten binnen het MSOC en ervoor kiezen om via de apotheek hun steriel injectiemateriaal te halen. Deze personen worden bijgevolg niet gerepresenteerd in de resultaten van de bevestigingen.

“Goh, het is anoniem in de registratie. Het is niet echt anoniem omdat we wel heel veel mensen bij naam kennen. Maar dat wordt nergens genoteerd, ik kan dus ook niet zien wie hier vandaag al geweest is. Man of vrouw, weet ik ook niet.”

(Professioneel)

Wanneer ze deelnemen aan het spuitenuilinitiatief, registreren apotheken op dezelfde manier als elk ander spuitenuilpunt in Vlaanderen. Eveneens zonder vermelding van het geslacht. Dit betekent dat er buiten de bevestigingen, nergens een registratie van het geslacht plaatsvindt.

2.4. Zwangere vrouwen en vrouwen met kinderen

Kinderen zijn over het algemeen niet welkom bij spuitenuil. In principe is elk spuitenuilcontact één per één. Als een koppel bijvoorbeeld samen naar de organisatie komt, dan gaat men één per één binnen bij de spuitenuil. Het gebeurt, voornamelijk in vakantieperiodes dat de vrouw, maar ook de man, met hun kind komt. In dat geval zal het kind nooit meegaan naar de spuitenuil, enkel de ouder zelf.

“Veel vrouwen die hier komen, de meeste daarvan hebben kinderen, alleen zijn ze heel vaak niet bij hun, zijn die geplaatst (...) ’t Is wel zo dat mensen, minderjarigen mogen hier niet binnen, dus mensen kunnen hun kinderen ook nooit meebrengen naar hier.”

(Professioneel)

Als een jong kind toch wordt meegebracht naar de spuitenuil, zal in het MSOC van Gent een collega ingeschakeld worden die even op het kind past. In de wachtzaal is tevens een apart kinderhoekje voorzien.

“In spuitenuil wil ik eigenlijk geen kinderen binnen hebben. Als ’t echt niet anders kan, dan is ’t oké, maar liever niet. Nu, de meesten brengen hun kinderen ook wel niet mee als ze naar spuitenuil komen.”

(Professioneel)

Er wordt aangehaald dat bij een vrouw die zwanger is, er vaak heel wat schaamtegevoelens worden waargenomen. Door elke respondent uit het werkveld wordt benadrukt dat in de eerste plaats de vraag aan elke cliënt dezelfde is: *“Wat heb je nodig?”*. In de tweede plaats wordt vervolgens getracht in dialoog te gaan. Dit is sterk afhankelijk van waar de vrouw zelf voor openstaat.

Daarnaast wordt getracht de vrouwen in contact te brengen met de hulpverlening. Dit om enerzijds opvolging te kunnen voorzien door verpleegkundigen of artsen om de zwangerschap te begeleiden en de bevalling voor te bereiden. Anderzijds om eventueel een methadon of buprenorfine programma op te starten, opdat hoge pieken en dalen van druggebruik kunnen worden opgevangen.

“Dus da’s onze rol daarin. Mensen niet wegduwen, mensen bij ons houden en linken leggen, bruggen leggen naar. Zeer sterk afhankelijk van wat zij zelf willen. Als zij blijven zeggen ik heb geen tijd of ge hebt er geen zaken mee, dan is dat ook zo.”

(Professioneel)

2.5. Toegankelijkheid: openingsuren

Een vrouwelijke respondent die drugs injecteert geeft aan, dat de drempel om naar een spuitenuilpunt te gaan nog steeds hoog is. Onder meer omwille van de strikte openingsuren en het feit dat er telkens persoonlijke interactie vereist is met een medewerker, om steriel injectiemateriaal te kunnen verkrijgen.

“Ge kunt het enkel tijdens de openingsuren doen, dat is soms een probleem.”

(VDDI)

Dat spuitenruil enkel mogelijk is tijdens de openingsuren, vormt voor de respondenten in het bijzonder een probleem in het weekend of wanneer er feestdagen zijn.

“’t Enige wat dat ‘k belangrijk vind, is da je in ’t weekend zou aan verse spuiten kunnen geraken. Allez bedoel, gelijk deze maandag is ’t ook al gesloten. Da ge uwe box dan later gaat binnendoen, oké, maar ge kunt niet aan verse spuiten, en da vind ik een beetje jammer.”

(VDDI)

Wanneer de spuitenuilpunten niet open zijn, wordt door sommige respondenten naar alternatieven gezocht om steriel injectiemateriaal te verkrijgen.

“Ja soms wel, als ‘k echt niet anders kan als ‘t MSOC niet open is ga ik naar de apotheek achter spuiten. Betalend dan.”

(VDDI)

Sputenruil is niet 24/24u open. Dit is dan ook een van de redenen waarom er dropboxen zijn, zo wordt gesteld door enkele respondenten. In de eerste plaats bieden deze een extra service naar de cliënten toe, zodat ze buiten de openingsuren toch hun gebruikt injectiemateriaal veilig kunnen deponeren. Daarnaast kunnen op die manier ook het aantal zwerfspuiten en zwerfmateriaal op het openbaar domein verminderd worden. Dit is volgens de respondenten belangrijk in het kader van een gezondheidsperspectief en mogelijke prikongevallen. In Gent zijn er een tiental dropboxen op diverse plaatsen.

De openingsuren zijn, bij de bevroegde spuitenuilpunten, gelijk voor mannen en vrouwen. Een van de vrouwelijke respondenten geeft aan dat een spuitenuilmoment waar enkel vrouwen naartoe zouden kunnen, voor haar geen verschil zou maken. Het liefst van al ziet ze niemand wanneer ze naar de spuitenuil gaat, los van het feit of dit mannen, dan wel vrouwen zijn.

2.6. Bereikbaarheid

Nieuw, steriel injectiemateriaal is enkel te verkrijgen op een publiek spuitenuilpunt, bij een apotheek of bij andere organisaties die spuitenuil aanbieden. Hierbij is er altijd een persoonlijk contact. Een respondent uit het werkveld geeft aan dat hij het heel belangrijk vindt dat binnen Oost-Vlaanderen het dichtstbijzijnde publieke spuitenuilpunt op minder dan een uur afstand is, met openbaar vervoer of met de auto. Een afstand van een uur afleggen is veel te groot.

Mensen mogen naar een spuitenuilpunt komen zo vaak als ze het nodig hebben. Wanneer er geen gebruikt materiaal in de plaats wordt gegeven, worden op weekdays 30 spuiten meegegeven per contact, op vrijdag en zaterdag 50. Dit om het weekend te overbruggen. Volgens de wetgeving is het meegeven van spuiten, zonder dat materiaal in de plaats wordt gegeven, toegelaten wanneer er sprake is van hoogdringendheid. Elke respondent uit het werkveld geeft aan, dat wanneer iemand naar het spuitenuilpunt komt, dit als hoogdringend

wordt gepercipieerd. Daarnaast wordt vermeld dat hoe meer spuiten er worden meegegeven, hoe meer er worden teruggebracht.

“Goh, de wet zegt 1 op 1. Dus de wet zegt, 1 spuit binnenbrengen is 1 propere in ruil krijgen. Maar de wet zegt ook dat er uitzonderingen mogelijk zijn. En wanneer dat het dringend is, mogen wij materiaal geven. Dus in de praktijk geven wij altijd spuiten.”

(Professioneel)

Naast steriel injectiemateriaal, wordt vaak ook ander materiaal verstrekt in de spuitenruilpunten. Zo geeft een respondent uit het werkveld aan, dat er bijvoorbeeld zilverpapier te verkrijgen is. Ook dit is een element van harm reduction.

“Ik zorg er wel voor dat er ook andere dingen liggen zoals folie enzo, dat het niet is van ‘ahn, die gaat naar daar dus die gaat spuiten halen’.”

(Professioneel)

Daarnaast is spuitenruil ruimer dan gewoon materiaal meegeven. Ook preventieve boodschappen en tips vanuit een gezondheidsbevorderend kader worden megedeeld, doorverwijzingen worden verricht, brochures worden meegegeven, enzovoort. Er worden geen trajecten aangegaan binnen de spuitenruil, maar er kan heel snel geschakeld worden naar de collega's van de hulpverlening.

2.7. Sekswork en repressief beleid

Een van de respondenten haalt aan dat wanneer het spuitenruilpunt in het verleden in het centrum van Antwerpen en tevens in een prostitutiebuurt was gelokaliseerd, er heel wat vrouwen specifiek langskwamen voor spuiten, condooms of beppy's. Beppy's zijn tampons zonder koord, een soort sponsjes, die vrouwen toelaten om ook tijdens hun maandstonden te blijven doorwerken. Ondertussen is het spuitenruilpunt niet meer gevestigd in het centrum van Antwerpen, en is dat effect bijgevolg wat vervaagd. Anderzijds zorgt een andere lokalisatie, buiten het centrum, voor een vergroting van de afstand tussen de plaats waar de vrouwen hun werk uitoefenen en het spuitenruilpunt. Dit vereist een extra inspanning van de vrouwen.

“Het is voor die dames veel moeilijker om effe snel tijdens hun werk langs te komen. Dus ze moeten zich daar beter in organiseren, in de zin dat ze naar hier moeten komen in de dag. Om dan hun materialen, wat dan ook, mee te pakken voor ’s avonds.”

(Professioneel)

Het effect van repressie mag daarbij volgens diezelfde respondent uit het werkveld niet vergeten worden. In de periode dat er een heel repressief beleid was in Antwerpen, dat niet alleen mensen die drugs gebruikten viseerde, maar eveneens prostitutie zwaar ontmoedigde, was een waterbedsysteem zichtbaar. Mensen zijn meer verspreid en hebben daardoor minder (snel) toegang tot spuitenruil. Wanneer men dan een kwartier moet stappen om naar de spuitenruil te kunnen komen, vormt dit een obstakel.

2.8. Hoe vrouwen de weg naar spuitenruil (laten) vinden?

2.8.1. *Initiatieven vanuit het werkveld*

Binnen de organisatie OpStap wordt opgemerkt, dat er minder vrouwen worden bereikt. Daarbij wordt aangehaald, dat men reeds op zoek ging naar initiatieven om meer vrouwen aan te trekken.

“We zijn daar al, we bestaan nu acht jaar en we zijn al acht jaar zoekende om de vrouwen op een andere manier te bereiken. Want we weten dat ze er zijn, omdat bijvoorbeeld het MSOC veel meer vrouwen bereikt dan wij bereiken. En we zijn daar zeer zoekende in.

(Professioneel)

Er wordt door de respondenten uit het werkveld aangegeven, dat genderspecifieke noden voor vrouwen die drugs injecteren niet zozeer hoofdzakelijk binnen spuitenruil opgemerkt worden, maar bijvoorbeeld wel in de hulpverlening. Zowel in Gent als in Antwerpen zijn dan ook vrouwenprojecten opgestart. Bij OpStap is er maandelijks een apart inloopmoment voor vrouwen voorzien, waarbij enkel vrouwen aanwezig mogen zijn voor een activiteit die door de vrouwen zelf wordt bepaald. In Antwerpen is er het vrouwenproject, dat alleen toegankelijk is voor vrouwen die drugs gebruiken en waar enkel vrouwen werken. Dit project is er gekomen vanuit de vraag van vrouwen om een iets vrouw-specifiekere hulpverlening te voorzien en

omdat ze aangaven meer rust te willen. Het is een gendersensitief programma binnen de drughulpverlening, dat een huiselijke sfeer en een kindvriendelijke omgeving biedt.

“We organiseren wel maandelijks een apart inloopmoment voor vrouwen en enkel begeleid door vrouwelijke collega’s. Dus dat aanbod is er, maar dan nog merken we dat dat eigenlijk maar zeer wisselend is of dat daar veel mensen op afkomen. Er komen mensen op af, maar nooit veel. Dus dat blijft zeer moeilijk en voor ons ook zoeken van ja, wat is de reden daarvan? En dus bij de spuitenuitruil is dat hetzelfde.”

(Professioneel)

Een respondent ervaart deze projecten als positieve elementen, maar waarschuwt tevens voor de potentieel negatieve invloed ervan.

“Dus ja, is er nood aan vrouwvriendelijke hulpverlening? Ja. Langs de andere kant mogen we ook geen getto’s creëren. Want dan gaan we de slachtofferrol nog wat meer benadrukken denk ik. (...) Maar ’t is wel, ik vind ’t wel een heel goeie zaak dat we een apart project hebben. Dat dat echt wel een rustpunt kan zijn voor die vrouwen.”

(Professioneel)

Daarnaast wordt door deze respondent verduidelijkt dat de essentie van het spuitenuitruilpunt erin bestaat dat men voor iedereen openstaat. Per persoon wordt nagegaan of men openstaat voor dialoog, welke noden men heeft en welke linken er gelegd kunnen worden. Voor deze respondent is er dan ook niet altijd een concreet verschil in aanpak naar mannen of vrouwen toe.

2.8.2. Belang eerste contact

Door een respondent uit het werkveld wordt aangegeven, dat eens een vrouw de toegang vindt tot een spuitenuitruilpunt, het eerste contact van groot belang is. Een grondige uitleg wordt gedaan over het wat en hoe van spuitenuitruil, en over het principe van anonimiteit. Daarbij merkt men op dat vrouwen meer openstaan voor tips en preventieboodschappen en er meer tijd voor maken. Bij mannen is de voornaamste focus eerst en vooral het materiaal.

Hoofdstuk 3. Hoe ziet de toekomst er volgens de respondenten (hopelijk) uit?

Een overgrote meerderheid van de bevroegden (66,7%) is voorstander van het realiseren van gebruikersruimtes in Vlaanderen. Een respondent verduidelijkt dat er in België momenteel twee gebruikersruimtes zijn, één in Luik en één in Brussel. In Vlaanderen niet, aangezien dit niet mogelijk is volgens het huidig wettelijk kader. De twee gebruikersruimtes die er zijn, verlopen in samenwerking met de lokale overheid, het parket, buurtbewoners en personen die drugs gebruiken.

“Gebruikersruimte uiteraard, uiteraard. En daar denk ik da ge dan ook wel specifieke aandacht moet hebben voor vrouwen, absoluut.”

(Professioneel)

Het installeren van een gebruikersruimte wordt tevens aangehaald, omdat dit volgens de respondenten ook een belangrijk element lijkt om vrouwen die drugs gebruiken, te bereiken. Niet alleen in de algemene samenleving, maar ook binnen de populatie van personen die drugs injecteren, zouden vrouwen gestigmatiseerd worden en ook daar moet oog voor zijn binnen harm reduction.

“Ik denk dat, goh, zeker wanneer da ge begint te gebruiken of als jonge gebruiker, da ge daar toch nog meer gestigmatiseerd wordt. Ook door de groep van mensen die gebruiken, dat daar, het is een hard wereldje. En ik denk dat dat voor vrouwen nog harder is, dat die nog meer gestigmatiseerd worden. Niet alleen door de maatschappij, maar zeker ook door hun eigen groep.”

(Professioneel)

Een gebruikersruimte wordt tevens vooropgesteld om tegemoet te komen aan het feit dat vrouwen drugs gebruiken in onveilige omstandigheden.

“Als het gaat over injecterende gebruikers of andere gebruikers zijn wij nogal voorstander van gebruikersruimtes, omdat we wel zien in welke omstandigheden dat onze mensen gebruiken. Heel vaak buiten of in heel vuile ruimtes. Heel gevaarlijke ruimtes ook, vaak kraakpanden en als ’t dan zeker als ’t over vrouwen gaat, ja, weten wij ook wel dat ze daar niet in veilige omstandigheden zijn.”

(Professioneel)

Door de medewerker binnen het MSOC van Gent wordt aangehaald dat het principe van een gebruikersruimte voornamelijk relevant kan zijn voor bijvoorbeeld personen die dakloos zijn. Hij verduidelijkt hierbij dat gebruikersruimtes niet louter ruimtes zijn waar wordt geïnjecteerd, gesnoven of gerookt, maar dat ook hulpverlening aanwezig is, net als artsen, verpleegkundigen, spuitenruil, steriel materiaal, maatschappelijk werkers, enzovoort.

Een respondent die zelf drugs injecteert, vindt dat een gebruikersruimte nuttig kan zijn om mensen bij elkaar te brengen en met andere personen die drugs gebruiken in gesprek te gaan. Daarnaast zouden volgens deze respondent ook burgers die geen drugs gebruiken, positieve effecten ervaren van de aanwezigheid van een gebruikersruimte. Het zou kunnen helpen voorkomen dat gebruikte spuiten of naalden in omgevingen terechtkomen waar kinderen er zich aan kunnen prikken.

(...) In een gebruikersruimte zitten of zo. (...) ‘k Vind dat dat hier in Gent ook zou mogen komen, omdat de mensen hier op straat, ze zitten allemaal in parkskes te shotten om hun weg te steken. Maar ze zitten er ook niet op een veilige plaats en sommige zijn nonchalant en smijten hun spuit weg, en de kindjes kunnen er zich aan prikken dus. Ik doe dat nu normaal niet, maar ‘k steek het liever in een blik of zo en dan de vuilbak in. Maar sommige mensen denken daar anders over.”

(MDDI)

Niet alleen het implementeren van gebruikersruimtes, maar ook het verder installeren van dropboxen wordt door de respondenten op prijs gesteld. Op sommige plaatsen is hier meer nood aan.

“’k Vind dat er nog een beetje meer boxen mogen bijkomen. Hier en daar in parkskes, gelijk in ’t Citadelpark en zo.”

(VDDI)

Door een vrouwelijke respondent wordt ten slotte sterk de nadruk gelegd op het zo anoniem mogelijk kunnen verkrijgen van steriel injectiemateriaal. Een spuitenruilpunt waar geen interactie vereist is met een medewerker, is volgens haar nog een groot gemis en zou zeker moeten geïmplementeerd worden.

“Da ze ergens bijvoorbeeld zakskes leggen en containers zetten waar da ge zelf kunt een zakske nemen en meenemen en uwe box erin deponeren.”

(VDDI)

Deel V. Discussie en conclusie

Hoofdstuk 1. Belangrijkste resultaten versus aanbevelingen uit de literatuur

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten uit de interviews geïnterpreteerd en wordt tevens ingegaan op enkele aanbevelingen uit de literatuur. Een aantal wetenschappelijke studies geven aan hoe, door enkele ingrepen in het spuitenruillandschap, zou kunnen worden tegemoetgekomen aan verschillende genderspecifieke noden die VDDI hebben betreffende de toegang tot en de aanpak binnen spuitenruil. Er wordt nagegaan in welke mate deze algemene aanbevelingen moeten of kunnen worden toegepast op de specifieke noden in Vlaanderen, zoals deze blijken uit de afgenomen interviews.

1.1. Stigma

Een eerste overduidelijke bevinding uit de interviews, is de mate van stigmatisering waar vrouwen die drugs injecteren mee worden geconfronteerd. Deze stigmatisering vindt zowel plaats binnen de bredere samenleving, als binnen de groep van personen die drugs gebruiken. Belangrijk in het kader van dit onderzoek, is dat het stigma de toegankelijkheid tot spuitenruil beïnvloedt. Dit onderzoek bevestigt dat de angst om te worden geïdentificeerd als iemand die drugs injecteert, een vrouw doet twifelen om zich naar een spuitenruilpunt te begeven. Dit ligt in lijn met de bestaande kennis hierover (Falk et al., 2020). Vrouwen ervaren een extreem schaamtegevoel, waardoor men zoveel mogelijk wil verbergen dat men drugs injecteert en naar de spuitenruil gaat, meer nog dan mannen die dit doen. Toch wordt er vanuit het werkveld ook aangehaald dat de schroom de laatste jaren flink is afgenomen. Ondanks deze aanname, wordt er bij de vrouwen die getuigen over hun ervaringen met spuitenruil nog steeds een groot schaamtegevoel waargenomen. Het blijkt dat de respondenten uit beide doelgroepen op dit vlak niet volledig op dezelfde lijn zitten.

Vanuit de literatuur wordt aangegeven dat het ontmoedigende effect dat stigmatisering kan teweegbrengen, zou kunnen verholpen worden door in de eerste plaats de drempels voor toegang tot diensten te verlagen en de dienstverlening discreter en flexibeler te maken. Zo kan bijvoorbeeld meer materiaal ter beschikking worden gesteld in het kader van spuitenruil om het

aantal noodzakelijke bezoeken te minimaliseren (Shirley-Beavan et al., 2020). Uit de interviews blijkt dat hiermee tot op zekere hoogte rekening wordt gehouden. Op vrijdagen worden bijvoorbeeld meer spuiten meegegeven dan op andere weekdays, om de weekends te overbruggen. Daarnaast worden in elk geval spuiten meegegeven, ook wanneer geen gebruikt materiaal in de plaats wordt teruggegeven.

1.2. Relationele invloed en veilige omgeving

Er is gebleken uit de interviews dat er wel degelijk een invloed van de (seksuele) partner op de vrouw die drugs injecteert, is waar te nemen. Zowel wat betreft de toegang tot spuitenruil, als in de context van de eerste injectie. Een eerste injectie zou bij vrouwen vaker door de mannelijke partner gedaan worden. Ook bij de mannelijke respondent bleek de eerste injectie door iemand anders te zijn gedaan, zij het in dit geval door een vriend. Dit komt overeen met bevindingen uit eerder onderzoek (Roberts et al., 2010). Of er ook vaker injectiemateriaal gedeeld wordt met de mannelijke partner, zoals bepaalde literatuur beweert (Claeys, 2012; Pinkham & Malinowska-Sempruch, 2008), blijkt niet noodzakelijk uit de interviews.

Wel vormt de mannelijke partner volgens dit onderzoek een mogelijke belemmering met betrekking tot de toegang tot steriel injectiemateriaal via spuitenruil. Men vertrouwt op de partner om het materiaal te halen, of men heeft schrik voor diens jaloeuze reacties. Jaloezie van de mannelijke partner die een belemmering vormt van de toegang tot een spuitenruilpunt wordt eveneens bevestigd in de literatuur (Falk et al., 2020).

Bovendien wordt door een respondent aangehaald, dat er sprake is van een ‘mannenwereld’ die een afschrikwekkend effect kan hebben naar vrouwen toe. Een veilige, rustige omgeving ontbreekt soms nog bij de spuitenruilpunten.

Bepaalde literatuur halen in dit verband aan, dat harm reduction initiatieven zouden moeten streven naar ruimtes waar enkel vrouwen kunnen komen. ‘*Women-only*’ ruimtes en diensten zouden helpen om de persoonlijke veiligheid van vrouwen te garanderen, de impact van een onevenwichtige machtsdynamiek tussen mannen en vrouwen te verminderen en zouden een positieve impact op gezondheidsresultaten hebben (Shirley-Beavan et al., 2020). Deze scheiding kan in de letterlijke betekenis van het woord, namelijk door fysiek aparte plaatsen en

faciliteiten te voorzien, maar dit kan eveneens op een ruime manier aangepakt worden, door bijvoorbeeld bepaalde openingsuren toe te wijden aan de vrouwen die drugs injecteren (Harm Reduction International, 2018). Van spuitenuilpunten die zich specifiek richten op vrouwen is gebleken dat deze de opkomst van vrouwen die drugs injecteren vergroten (Falk et al., 2020).

Er moet echter ook gewezen worden op het feit dat deze ‘*women-only*’ ruimtes potentieel een negatief effect kunnen hebben, door mogelijks de stigmatisering omtrent vrouwen die drugs injecteren te doen toenemen (Falk et al., 2020). Een respondent uit het werkveld gaf aan, dat dit de slachtofferrol mogelijks kan versterken. Bovendien vermeldt één van de VDDI, dat in tegenstelling tot wat eerder onderzoek aantoont, aparte openingsuren voor vrouwen in haar geval niet noodzakelijk drempelverlagend zouden werken. Wel wordt door de meerderheid van de respondenten gewezen op het nut van gebruikersruimtes, welke eveneens zouden kunnen inspelen op een veilige omgeving voor vrouwen. Het lijkt bijgevolg dat inzetten op de implementatie van gebruikersruimtes nuttiger zou zijn, dan aparte openingsuren/ruimtes voor vrouwen. Om echter niet dezelfde drempels te creëren als bij de spuitenuilpunten, lijkt het mij opportuun om bij het installeren van gebruikersruimtes rekening te houden met de kwetsbaarheid van vrouwen en hen ook inspraak te geven bij het ontwerpen ervan.

1.3. Bereikbaarheid

Naast stigma, schaamte en de invloed van een relatie, blijken ook openingsuren een belangrijke rol te spelen bij de toegankelijkheid tot spuitenuil. Het beperkt de momenten waarop de respondenten om steriel injectiemateriaal kunnen gaan, waardoor men soms op zoek moet naar (betalende) alternatieven. Dit komt overeen met de resultaten van de jaarlijkse bevestigingen in de spuitenuilpunten, waaruit bleek dat de respondenten het minst tevreden zijn over de openingsuren (Windelinckx, 2022). Voornamelijk in het weekend is er volgens de respondenten in dit onderzoek nog een nood aan (gratis) spuitenuil.

Flexibiliteit kan in deze context gecreëerd worden door middel van variërende openingsuren, maar ook door op een gevarieerde wijze spuitenuil aan te bieden. Namelijk zowel via apotheken en vaste locaties, als via spuitenuilautomaten, mobiele diensten of programma's binnen vrouwspecifieke diensten zoals dagcentra (UNODC, 2016). Wat betreft spuitenuil via apotheken, moet overigens worden vermeld dat deze over het algemeen andere groepen

aantrekken binnen de populatie van personen die drugs injecteren, waaronder ook in het bijzonder vrouwen (Favril et al., 2015; Klein, 2007).

Een andere manier om zowel tegemoet te komen aan de strikte openingsuren, als aan het principe van anonimiteit, is de implementatie van spuitenuilautomaten. Druggebruik houdt zich niet aan een *nine-to-five* schema. De installatie van spuitenuilautomaten zou dan ook kunnen tegemoetkomen aan het feit dat vaste spuitenuilpunten de onvermijdelijke limitatie hebben van openingsuren. De aanwezigheid van spuitenuilautomaten zou betekenen dat PDDI 24/24u en 7 dagen op 7 toegang hebben tot steriel injectiemateriaal. Daarnaast zouden deze automaten ook een meerwaarde kunnen bieden bij het aantrekken van andere populaties binnen de PDDI (GIG Vlaanderen, 2022; Windelinckx, 2022).

Er is overtuigend wetenschappelijk bewijs, dat verschillende opties voor spuitenuil verschillende cliënten aantrekken. In het bijzonder krijgen spuitenuilautomaten en mobiele busjes de voorkeur wanneer het aankomt op het aantrekken en bereiken van verborgen en hoogrisicopopulaties binnen de personen die drugs injecteren in de samenleving, door op een uiterst anonieme en vertrouwelijke manier steriel injectiemateriaal aan te bieden (Islam & Conigrave, 2007). Voor de verborgen groep van vrouwen die drugs injecteren, zou dit dan ook een goed initiatief kunnen zijn.

Naast het garanderen van laagdrempeligheid, 24/24u beschikbaarheid en een uiterst hoge vorm van anonimiteit, zijn echter ook belangrijke minpunten verbonden aan spuitenuilautomaten. Hoewel het een wens is van een van de vrouwelijke respondenten om zo min mogelijk in interactie te hoeven gaan met medewerkers, lijkt de mogelijkheid om in dialoog te gaan met personen die naar het spuitenuilpunt komen volgens de professionelen net een grote meerwaarde.

Het fysieke contact met medewerkers is bij spuitenuilautomaten volledig afwezig, waardoor adviesverlening, gebruiksinstructies en het meedelen van preventieboodschappen in verband met gezondheidsrisico's, niet via een persoonlijke interactie kan verlopen. Ook de mate van discretie kan hier in vraag worden gesteld. Waar zullen deze spuitenuilautomaten geïnstalleerd worden en hoe wordt vermeden dat de hele buurt kan toekijken op wie er gebruik van maakt?

Nog wat betreft de bereikbaarheid, moet vermeld worden dat de organisaties in dit onderzoek een opvallend lager bereik hebben naar vrouwen toe. De populatie van vrouwen die drugs injecteren is een vrij verborgen groep in de samenleving en spuitenruil zal altijd slechts een deel van de doelgroep bereiken (Favril et al., 2015). Een van de oplossingen die de literatuur hiervoor aanreikt, is het outreachend te werk gaan. Daarmee wordt bedoeld, maatregelen die buiten de normale diensten en openingsuren te werk gaan (WHO, 2007). Een actieve, niet afwachtende houding wordt aangenomen om de moeilijk te bereiken groep in het eigen milieu te gaan benaderen (Beelen et al., 2014). De focus zou in dit geval liggen op het bereiken van vrouwen die anders niet in contact komen met harm reduction diensten en gemarginaliseerd worden, verborgen blijven, of gewoonweg niet weten hoe ze toegang kunnen krijgen tot diensten. Zo kunnen meer vrouwen bereikt worden die weigerachtig staan tegenover het bezoeken van een vast spuitenruilpunt, maar anderszins wel bereid zijn gebruik te maken van de diensten die spuitenruil aanbiedt (Roberts et al., 2010). Straathoekwerk is hier een voorbeeld van, maar eveneens bestaat in Antwerpen het aanbod ‘spuitenruil aan huis’ voor PDDI die meer afgelegen wonen en geen aansluiting hebben bij het stedelijk spuitenruilaanbod (GIG Vlaanderen, 2022).

1.4. Registratie

Tenslotte is er, zoals reeds enkele malen vermeld, een gebrek aan gegevens die uitgesplitst zijn volgens geslacht, met als direct gevolg dat vrouwen die drugs injecteren onzichtbaar blijven en een geïnformeerd beleid quasi onmogelijk wordt gemaakt. Zo is gebleken uit de interviews dat door de spuitenruilpunten weinig info kan gegeven worden betreffende de specifieke noden van vrouwen die drugs injecteren.

Er wordt hier verder op ingegaan in Hoofdstuk 2.⁶

⁶ Zie *infra* Deel V. Hoofdstuk 2.1.

1.5. Besluit

De meerderheid van de genderspecifieke noden die uit de interviews kunnen worden afgeleid, liggen in lijn met de noden die de literatuur reeds aangeeft. Op individueel niveau kan een relatie met een mannelijke partner een specifiek obstakel vormen betreffende de toegankelijkheid tot spuitenruil. Daarnaast is een grote mate van stigmatisering merkbaar ten opzichte van vrouwen die drugs injecteren, wat gepaard gaat met schaamtegevoelens die de drempel verhogen om naar een spuitenruilpunt te komen. Op structureel niveau hebben openingsuren een limiterend effect op de toegankelijkheid tot spuitenruil. Ten slotte vindt er, wegens het principe van anonimiteit en vertrouwelijkheid, geen registratie plaats in de spuitenruilpunten die een onderscheid maakt naar geslacht. Dit heeft een invloed op de hoeveelheid aan informatie die de organisaties hebben in verband met de genderspecifieke noden van vrouwen die drugs injecteren.

Hoofdstuk 2. Implicaties voor beleid en praktijk

In dit hoofdstuk worden eigen aanbevelingen geformuleerd, op basis van de resultaten van de interviews en bevindingen uit eerder onderzoek.

2.1. Registratie en bevragingen

Op dit moment bestaat de (verplichte) registratie door spuitenruildiensten hoofdzakelijk uit het vastleggen van het aantal contacten per dag, de hoeveelheid aan materiaal dat wordt meegegeven met de PDDI en de hoeveelheid reeds gebruikt injectiemateriaal dat wordt verworven door het spuitenruilpunt. Het geslacht van de cliënt wordt niet geregistreerd. Dit kan ervoor zorgen dat vrouwen die drugs injecteren en hun noden onder de radar blijven (International AIDS Society, 2019).

Om hieraan tegemoet te komen, is het volgens de literatuur aangeraden om onderzoekers, wetenschappelijke tijdschriften, medische organisaties en andere relevante actoren naar geslacht uitgesplitste gegevens te laten verzamelen in verband met vrouwen die drugs injecteren en hun toegang tot spuitenruil en andere harm reduction initiatieven (International AIDS Society, 2019). Deze aanpak van dataverzameling wordt aanbevolen door zowel de Wereldgezondheidsorganisatie als het VN-Bureau voor Drugs en Criminaliteit. Betrouwbare gegevens zijn essentieel voor een gepast beleid en om eventuele ongelijkheden in de toegang tot harm reduction diensten te evalueren en te monitoren. Het ontbreken van duidelijke data kan geen geldig excuus zijn om niks te ondernemen (UNODC, 2016).

Er moet echter rekening gehouden worden met de mogelijke vrees van PDDI dat hun anonimiteit in het gedrang komt (Falk et al., 2020).

Wat betreft de registratie van het geslacht van het contact, moet mijns inziens een afweging gemaakt worden tussen het potentieel inboeten op vertrouwelijkheid en de mate aan informatie die een (iets) meer gedetailleerde registratie kan voortbrengen. De registratie van het geslacht zal objectief gezien geen implicaties hebben op de anonimiteit van de persoon die langskomt, maar kan de drempel van toegankelijkheid verhogen. Er is namelijk aangetoond dat, zowel in dit onderzoek als eerder onderzoek, anonimiteit en vertrouwelijkheid een heel grote rol spelen

voor de personen die drugs injecteren (Falk et al., 2020). Door een bijkomend aspect van registratie toe te voegen, kan het vertrouwensgevoel in het gedrang komen.

Anderzijds, is nog weinig geweten over de noden van vrouwen die naar de spuitruil komen in Vlaanderen. Een tussenoplossing lijkt mij dan ook te liggen in de jaarlijkse bevestigingen door de spuitruilpunten. Op dit moment worden in het kader van deze bevestigingen demografische gegevens vastgelegd, zoals de sekse van de deelnemende personen. Verder wordt op het onderscheid man-vrouw echter niet meer ingegaan. Het lijkt mij nuttig om per vraag een onderscheid te maken tussen het antwoord van mannen en het antwoord van vrouwen. Bovendien kunnen aanvullende vragen worden toegevoegd, zoals met betrekking tot de relationele context. Personen die deelnemen aan de bevestigingen geven toestemming voor de verwerking van hun antwoorden, mijns inziens zal het onderscheid naar geslacht geen invloed hebben op hun bereidheid tot deelname aan de bevestiging.

Op die manier wordt vermeden dat personen die naar de spuitruil komen, zouden vrezen voor hun anonimiteit en wordt er via de bevestigingen toch een heleboel bijkomende informatie verkregen waar het beleid potentieel verder op kan bouwen. Zo kan op een onderbouwde manier trachten te worden tegemoetgekomen aan de schaamtegevoelens die vandaag de dag nog aanwezig blijken te zijn onder vrouwen die drugs injecteren en toegang wensen tot spuitruil.

2.2. Een rol voor spuitruilautomaten

Zowel de literatuurstudie (GCWA, 2011; MacArthur et al., 2014) als de interviews geven aan dat openingsuren een limiterend effect hebben op de toegankelijkheid tot steriel injectiemateriaal. Bovendien werd eerder aangegeven dat variatie en flexibiliteit drempelverlagend kunnen werken. Spuitruilautomaten, die 24/24u beschikbaar zijn, lijken op het eerste gezicht tegemoet te komen aan deze noden. Deze zijn vergelijkbaar met dropboxen, met dat verschil dat er in de plaats van louter het deponeren van gebruikt injectiemateriaal, ook op een laagdrempelige manier steriel injectiemateriaal kan worden verkregen (Islam & Conigrave, 2007). Naast het vergroten van de bereikbaarheid, omwille van de afwezigheid van openingsuren, kunnen mijns inziens ook schaamtegevoelens grotendeels vermeden worden door de implementatie van deze automaten, aangezien een persoonlijke

interactie wordt vermeden. Bovendien kunnen ze op meerdere, afgelegen, plaatsen worden geïnstalleerd en zouden zo verborgen groepen potentieel beter bereikt kunnen worden.

Zoals eerder vermeld⁷, is echter ook een belangrijk minpunt verbonden aan spuitruilautomaten: er kan niet *face to face* in dialoog gegaan worden met de persoon die drugs injecteert. Enerzijds kan hieraan tegemoetgekomen worden door de nodige informatie, zoals gebruiksinstructies en het hulpverleningsaanbod, via flyers mee te geven met het steriel injectiemateriaal. Het wettelijk kader spreekt namelijk van “het verstrekken van *schriftelijke informatie*”.⁸ Anderzijds kan naar mijn mening niet alle mogelijke info hierop vermeld worden, is er geen zekerheid in welke mate deze flyers al dan niet gelezen worden en kunnen doorverwijzingen minder snel en efficiënt verlopen. Zeker wat betreft personen die voor de eerste maal in contact komen met spuitruil, lijkt mij dat dialoog aangaan en het geven van voldoende (preventieve) informatie noodzakelijk zijn.

Gezien de voor- en nadelen, concludeer ik dat spuitruilautomaten niet als vervanging, maar wel als aanvulling op publieke spuitruil kunnen worden geïnstalleerd.

2.3. Onderzoek

Uiteraard is verder onderzoek een must in het kader van de genderspecifieke noden van VDDI binnen spuitruil. Voornamelijk in Vlaanderen, aangezien er nog maar weinig wetenschappelijke studies gedaan zijn die zich richten op genderspecifieke elementen. Daarbij moet ook de haalbaarheid en effectiviteit van gebruikersruimtes bekeken worden.

⁷ Zie *supra* Deel V. Hoofdstuk 1.3.

⁸ Art. 4 KB 5 juni 2000 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. BS, 7 juli 2000.

Hoofdstuk 3. Methodologische beperkingen en suggesties voor toekomstig onderzoek

Elk onderzoek wordt onvermijdelijk met een aantal beperkingen geconfronteerd. Gezien de beperkte omvang en tijdsspanne van dit onderzoek, is er in de eerste plaats de noodzaak voor een goede afbakening. Zo is ervoor gekozen om het empirisch luik op geografisch vlak te beperken tot spuitruil in Vlaanderen, met een iets grotere focus op Gent. Dit is tevens een sterkte, aangezien in detail kon worden ingegaan op specifieke noden binnen de organisaties. Anderzijds houdt de beperkte steekproef in, dat de verkregen inzichten niet zomaar mogen worden veralgemeend naar de gehele populatie.

Binnen het kader van dit onderzoek werd ingegaan op publieke spuitruil en (kort) op spuitruil via apotheken. Hoewel nog niet veel gekend is over de effectiviteit van spuitruil binnen gevangenissen (Hedrich & Hartnoll, 2015), valt dit buiten de reikwijdte van dit onderzoek.

Daarnaast spitst het empirisch luik binnen deze masterproef zich toe op zowel de visie van professionelen, als vrouwen die drugs injecteren zelf. De bevroegde personen vormen echter slechts een fractie van beide doelgroepen. De doelgroep van vrouwen die drugs injecteren is een heel specifieke groep uit de samenleving, waarbij het een grote uitdaging is gebleken om deze te kunnen bereiken. Ook de betrokken organisaties in dit onderzoek bereiken heel wat minder vrouwen dan mannen, waardoor het niet eenvoudig was om vrouwelijke respondenten te rekruteren. Toch zijn enkele pijnpunten blootgelegd betreffende de toegankelijkheid en beleving van spuitruil voor vrouwen die drugs injecteren. Niettemin, is een eerste suggestie naar de toekomst toe, om een onderzoek op grote schaal te voeren opdat binnen de noden ook de prioriteiten kunnen worden geïdentificeerd. Via de sneeuwbalmethode zou toekomstig onderzoek dan ook kunnen proberen om zoveel mogelijk vrouwen die drugs injecteren te bereiken.

Een tweede, aansluitende, suggestie is om niet alleen vrouwen in het onderzoek te betrekken die reeds gebruik maakten van spuitruil, maar ook vrouwen die drugs injecteren en, om welke redenen dan ook, zich nog niet naar een spuitruilpunt begeven hebben. Op die manier kunnen

ook de potentiële belemmeringen betreffende de toegankelijkheid en bereikbaarheid van spuitenruil vanuit de visie van een buitenstaander worden weergegeven.

Hoofdstuk 4. Conclusie

In de zomer van het jaar 2000 krijgt het langverwachte wettelijk kader vorm. Op basis van een koninklijk besluit kan het verstrekken van steriel injectiemateriaal voortaan plaatsvinden in een legale context.

Vandaag, 23 jaar later, moet opgemerkt worden dat één bepaalde doelgroep in mindere mate kan genieten van deze opportuniteit. In Vlaanderen maken vrouwen namelijk slechts één vierde uit van de personen die naar een spuitenruilpunt komen. Op basis van eerder wetenschappelijk onderzoek blijkt, dat bepaalde risicofactoren ertoe leiden dat vrouwen die drugs injecteren op verschillende vlakken kwetsbaarder zijn dan mannen die drugs injecteren en een groter risico lopen op het stellen van risicovol injecterend gedrag. Bovendien is aangetoond, dat genderspecifieke noden een rol kunnen spelen in het beperken van de toegang tot steriel injectiemateriaal voor vrouwen die drugs injecteren. Deze bevindingen hebben geleid tot het stellen van de centrale onderzoeksvraag voor deze kwalitatieve studie: “aan welke genderspecifieke noden voor vrouwen die drugs gebruiken moet tegemoetgekomen worden bij de organisatie van spuitenruil?”.

Voorliggend onderzoek heeft doen blijken dat bepaalde factoren ervoor kunnen zorgen dat de toegang tot en de ervaring van spuitenruil voor vrouwen bemoeilijkt wordt. In de eerste plaats is er sprake van stigmatisering ten opzichte van vrouwen en heersen er heel wat schaamtegevoelens rond het bezoeken van een spuitenruilpunt en het potentieel geïdentificeerd worden als een vrouw die drugs injecteert. Dit bevestigt niet alleen eerder onderzoek, maar wordt bovendien erkend door zowel de coördinatoren binnen de bevroegde spuitenruildiensten, als de vrouwen die drugs injecteren zelf.

Een tweede factor die een rol speelt, is de invloed van een mannelijke partner. Vanwege jaloezie, of omdat de man de controle heeft over het injectieproces en het verwerven van het injectiemateriaal, kan de mannelijke partner een obstakel vormen voor de toegang tot

sputenruil. Dit blijkt onder meer uit verklaringen van de respondenten uit het werkveld, die vaker de mannelijke partner in plaats van de vrouw om steriel injectiemateriaal zien komen.

Daarnaast wordt in dit onderzoek op een meer structureel niveau het belang van flexibele openingsuren en een variërend sputenruilaanbod aangetoond. Het ontbreken van een (gratis) sputenruilaanbod in het weekend is een groot gemis. Voor meer verborgen groepen binnen de populatie van personen die drugs injecteren, zoals vrouwen, heeft dit des te meer een drempelverhogend effect. Een eerste aanbeveling die bijgevolg wordt gedaan naar aanleiding van dit onderzoek, is het verkennen van de implementatie van sputenruilautomaten in Vlaanderen. Vanwege de voor- én nadelen, kunnen deze mijns inziens geïnstalleerd worden als aanvulling op de bestaande sputenruilpunten.

Ten slotte, is er vanwege het principe van anonimiteit en vertrouwelijkheid geen registratie in de sputenruilpunten die een onderscheid maakt naar geslacht. Dit maakt vrouwen en hun behoeften onzichtbaar, waardoor onderzoekers en beleidsmakers weinig tot geen informatie hebben over de genderspecifieke noden van vrouwen die drugs injecteren. Om tegemoet te komen aan het gebrek aan informatie én om een ruimer beeld te verkrijgen over de prioriteiten binnen de noden, lijkt er mijns inziens behoefte aan diepgaand onderzoek op grotere schaal in Vlaanderen. Daarnaast lijkt het mij opportuun om de jaarlijkse bevestigingen die plaatsvinden door de sputenruilpunten in Vlaanderen, te verruimen met aanvullende vragen die peilen naar genderspecifieke noden.

Concluderend toont dit onderzoek aan, dat het kleinere aandeel vrouwen dat de weg vindt naar sputenruil niet louter te wijten is aan het feit dat minder vrouwen dan mannen drugs gebruiken, maar dat er wel degelijk bijkomende genderspecifieke factoren een rol spelen. Wat dit onderzoek des te meer laat blijken, is dat er nog ruimte voor verbetering is.

Bibliografie

- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2016). *Omgevingsanalyse. Eindrapport*. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2022-04/20161216%20Rapport%20omgevingsanalyse%20-%20eindrapport.pdf>
- Arpa, S. (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges and implications for policy and practice*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Aspinall, E. J., Nambiar, D., Goldberg, D. J., Hickman, M., Weir, A., Van Velzen, E., Palmateer, N., Doyle, J. S., Hellard, M. E., & Hutchinson, S. J. (2014). Are needle and syringe programmes associated with a reduction in HIV transmission among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43(1), 235-248. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt243>
- Bastin, C. (2022, 24 februari). Criminoloog Tom Decorte: ‘Repressie en stoere taal zijn geen antwoord voor problematisch drugsgebruik’. *Mondiaal Nieuws*. Geraadpleegd op 24 maart 2023, van <https://www.mo.be/interview/tom-decorte-drugsbeleid-repressie-war-on-drugs-decriminalisering>
- Bailey, J. (2008). First steps in qualitative data analysis: transcribing. *Family Practice*, 25(2), 127-131. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmn003>
- Beelen, S., De Maeyer, J., Dewaele, C., Grymonprez, H., & Matthijssen, C. (2014). *Reach out! Praktijkboek voor outreachend werken*. Leuven: Lannoo Campus.
- Blouin, K., Leclerc, P., Morissette, C., Roy, É., Blanchette, C., Parent, R., Serhir, B., & Alary, M. (2016). Sex Work as an Emerging Risk Factor for Human Immunodeficiency Virus Seroconversion Among People who Inject Drugs in the SurvUDI Network. *Sexually Transmitted Diseases*, 43(10). <https://doi.org/10.1097/olq.0000000000000504>

Claeys, N. (2014). Een inkijk in de wereld van middelenafhankelijke vrouwen. *Exponent - Nieuwsbrief Expertisegroep Ouders onder Invloed*, 6-7. <https://free-clinic.be/wp-content/uploads/2015/02/Een-inkijk-in-de-wereld-van-middelenafhankelijke-vrouwen.pdf.pdf>

Claeys, N. (2012). *Methodiek in praktijk. Genderspecifieke hulpverlening aan drugsverslaafde vrouwen*. Free Clinic vzw. <https://free-clinic.be/wp-content/uploads/2012/12/Genderspecifieke-hulpverlening-aan-drugsverslaafde-vrouwen2.pdf>

Colledge-Frisby, S., Ottaviano, S., Webb, P., Grebely, J., Wheeler, A., Cunningham, E. B., Hajarizadeh, B., Leung, J., Peacock, A., Vickerman, P., Farrell, M., Dore, G., Hickman, M., & Degenhardt, L. (2023). Global coverage of interventions to prevent and manage drug-related harms among people who inject drugs: a systematic review. *The Lancet Global Health*, 11, 673-683. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(23\)00058-x](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(23)00058-x)

Decorte, T., & Zaitch, D. (2016). *Kwalitatieve methoden en technieken in de criminologie* (3de editie). Acco.

Decruynaere, E. (2021). *Beleidsnota Outreachend Werken*. Stad Gent. <https://stad.gent/sites/default/files/media/documents/Beleidsnota%20Outreachend%20Werken.pdf>

De Decker, K. (2016, 4 januari). *Sputenruil Oost-Vlaanderen*. Geraadpleegd op 24 maart 2023, van <https://prezi.com/duyiwgbkldqd/sputenruil-o-vl/>

De Decker, K., & Vandendriessche, K. (2022). *Voorkomen en beperken van gezondheidsschade bij injecterende druggebruikers. Eindrapport terreinorganisatie*. GIG Provincie Oost-Vlaanderen.

- Degenhardt, L., Peacock, A., Colledge, S., Leung, J., Grebely, J., Vickerman, P., Stone, J., Cunningham, E. B., Trickey, A., Dumchev, K., Lynskey, M., Griffiths, P., Mattick, R. P., Hickman, M., & Larney, S. (2017). Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. *The Lancet Global Health*, 5(12), 1192-1207. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(17\)30375-3](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(17)30375-3)
- Degenhardt, L., Webb, P., Colledge-Frisby, S., Ireland, J., Wheeler, A., Ottaviano, S., Willing, A., Kairouz, A., Cunningham, E. B., Hajarizadeh, B., Leung, J., Tran, L. T., Price, O., Peacock, A., Vickerman, P., Farrell, M., Dore, G. J., Hickman, M., & Grebely, J. (2023). Epidemiology of injecting drug use, prevalence of injecting related harm, and exposure to behavioural and environmental risks among people who inject drugs: a systematic review. *The Lancet Global Health*, 11(5), 659-672. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00057-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00057-8)
- EMCDDA. (2022). *Europees Drugsrapport 2022: Trends en ontwikkelingen*. Bureau voor publicaties van de Europese Unie.
- EMCDDA. (2022b). *Women and drugs: health and social responses*. Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving. Geraadpleegd op 11 april 2023, van https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/women-and-drugs-health-and-social-responses_en#section1
- Falk, M., Strömdahl, S., Ekström, A. M., Kåberg, M., Karlsson, N., Dahlborn, H., & Hammarberg, A. (2020). A qualitative study of facilitators and barriers to participate in a needle exchange program for women who inject drugs. *Harm Reduction Journal*, 17(84). <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00425-9>
- Favril, L., Vander Laenen, F., & Decorte, T. (2015). *Schadebeperkende maatregelen voor de stad Gent. Een onderzoek naar de lokale noden en prioriteiten*. Maklu.

- Fernandes, R. M., Cary, M., Duarte, G., Jesus, G., Alarçao, J., Torre, C., Costa, S., Costa, J., & Vaz Carneiro, A. (2017). Effectiveness of needle and syringe programmes in people who inject drugs – An overview of systematic reviews. *BMC Public Health*, 17(309). <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4210-2>.
- Free Clinic vzw. (2014, mei). *Jaarverslag 2013 Free Clinic vzw*.
- GIG Vlaanderen. (2022). *Verslaggeving doelstellingen en acties gezondheidsbevordering bij injecterend gebruik*. Free Clinic vzw.
- Harm Reduction International. (2018). *Women and harm reduction: Global State of Harm Reduction 2018 briefing*. HRI Global. https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/hri-women-harm-reduction-2018_1.pdf
- Hedrich, D., & Hartnoll, R. (2015). Harm Reduction Interventions. In *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives* (pp. 1291-1313). Springer. https://doi.org/10.1007/978-88-470-5322-9_133
- Hoogesteyn, K., Meijer, E., & Vrij, A. (2020). Examining witness interviewing environments. *Journal of Investigative Psychology and Offender Profiling*, 17(3), 238-249. <https://doi.org/10.1002/jip.1549>
- Ida vzw. (2023, 27 februari). Straffen van mensen die drugs gebruiken is geen effectieve maatregel. *VAD*. https://www.vad.be/assets/ida_standpunt_over_boetes_en_verplichte_ontwenning?fbclid=IwAR0UbjEsIMzuV-wi8AfIBYXkRQq1cKsKcwZK4to5-BqUMWuWa51Mdq1AiB0
- International AIDS Society. (2019). Women who inject drugs: overlooked, yet visible. In *National Institute on Drug Abuse*.

I.P.S. (2018, 6 juli). Hulpverlening aan drugsverslaafden vereist meer vrouwelijke aanpak.

Mondiaal Nieuws. Geraadpleegd op 29 maart 2023, van

<https://www.mo.be/analyse/hulpverlening-aan-drugsverslaafden-vereist-meer-vrouwelijke-aanpak>

Islam, M. M., & Conigrave, K. M. (2007). Assessing the role of syringe dispensing machines and mobile van outlets in reaching hard-to-reach and high-risk groups of injecting drug users (IDUs): a review. *Harm Reduction Journal*, 4(14).

<https://doi.org/10.1186/1477-7517-4-14>

Jin, H., Huriaux, E., Loughran, E., Packer, T., & Raymond, H. F. (2014). Differences in HIV risk behaviors among people who inject drugs by gender and sexual orientation, San Francisco, 2012. *Drug and Alcohol Dependence*, 145, 180-184.

<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.10.015>

Klein, A. (2007). *Sticking Points: Barriers to Access to Needle and Syringe Programs in Canada*. Canadian HIV/AIDS Legal Network. <https://sagecollection.ca/wp-content/uploads/2014/08/barriersnsp-eng.pdf>

MacArthur, G. J., Van Velzen, E., Palmateer, N., Kimber, J., Pharris, A., Hope, V., Taylor, A., Roy, K., Aspinall, E., Goldberg, D., Rhodes, T., Hedrich, D., Salminen, M., Hickman, M., & Hutchinson, S. J. (2014). Interventions to prevent HIV and Hepatitis C in people who inject drugs: A review of reviews to assess evidence of effectiveness. *International Journal of Drug Policy*, 25(1), 34-52.

<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.07.001>

Marlatt, G. A., & Witkiewitz, K. (2010). Update on Harm-Reduction Policy and Intervention Research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 591-606.

<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131438>

- Nolf, E. (2016). Drugs in je wijk? *Sociaal.Net*. <https://sociaal.net/achtergrond/drugs-in-je-wijk/>
- Olszewski, D., Giraudon, I., Hedrich, D., & Montanari, L. (2009). *Women's voices. Experiences and perceptions of women who face drug-related problems in Europe*. Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving.
- Palmateer, N., Kimber, J., Hickman, M., Hutchinson, S., Rhodes, T., & Goldberg, D. (2010). Evidence for the effectiveness of sterile injecting equipment provision in preventing hepatitis C and human immunodeficiency virus transmission among injecting drug users: a review of reviews. *Addiction*, *105*, 844-859. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02888.x>
- Palmateer, N., Hamill, V., Bergenstrom, A., Bloomfield, H., Gordon, L., Stone, J. A., Fraser, H., Seyler, T., Duan, Y., Tran, R., Trayner, K., Biggam, C., Smith, S., Vickerman, P., Hickman, M., & Hutchinson, S. J. (2022). Interventions to prevent HIV and Hepatitis C among people who inject drugs: Latest evidence of effectiveness from a systematic review (2011 to 2020). *International Journal of Drug Policy*, *109*. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103872>
- Pinkham, S., & Malinowska-Sempruch, K. (2008). Women, Harm Reduction and HIV. *Reproductive Health Matters*, *16*(31), 168-181. [https://doi.org/10.1016/s0968-8080\(08\)31345-7](https://doi.org/10.1016/s0968-8080(08)31345-7)
- Rhodes, T., & Hedrich, D. (2010). *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/media/publications/documents/555/EMD-DA-monograph10-harm_reduction_final_205049.pdf

- Roberts, A., Mathers, B., & Degenhardt, L. (2010). *Women who inject drugs: A review of their risks, experiences and needs*. UNODC. Geraadpleegd op 30 maart 2023, van https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Women_who_inject_drugs.pdf
- Sawangjit, R., Khan, T. M., & Chaiyakunapruk, N. (2017). Effectiveness of pharmacy-based needle/syringe exchange programme for people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 112(2), 236-247. <https://doi.org/10.1111/add.13593>
- Sciensano. (2019). *Belgium Country Drug Report 2019*. Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving.
- Segaert, D., Lasseel, R., Bruynooghe, P., Van Bouchaute, J., Owel, M., Bosschaerts, W., & Windelinckx, T. (2013). *Sputtenruil via de apotheek: een keuze*. Free Clinic vzw.
- Shirley-Beavan, S., Roig, A., Burke-Shyne, N., Daniels, C., & Csak, R. (2020). Women and barriers to harm reduction services: a literature review and initial findings from a qualitative study in Barcelona, Spain. *Harm Reduction Journal*, 17(78). <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00429-5>
- Sillis, M. (2022). 'Zonder OpStap zou ik thuis voor tv hangen'. *Sociaal.Net*. <https://sociaal.net/verhaal/opstap-gent-reportage/>
- Stad Gent. (2019, 19 maart). Ontwerpbesluit betreffende de goedkeuring van de Samenwerkingsovereenkomst gezondheids promotie bij injecterende druggebruikers (GIG).
- Stad Gent. (2020). *Drugsbeleidsplan 2020 - 2025*. <https://stad.gent/sites/default/files/media/documents/Drugsbeleidsplan%202020-2025.pdf>
- Stad Gent. (2022). *Jaarverslag 2021 Dienst Outreachend Werken Stad Gent*. Dienst Outreachend Werken.

- The Global Coalition on Women and AIDS (GCWA). (2011). *Women who use drugs, harm reduction and HIV*. <https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/women-who-use-drugs-harm-reduction-hiv.pdf>
- Thomas, T. A. (2021). *Exploring service provider perspectives on facilitators and barriers to needle exchange program participation by females who inject drugs* [PhD-proefschrift]. University of Louisville. <https://doi.org/10.18297/etd/3741>
- UNODC. (2016). *Addressing the specific needs of women who inject drugs: Practical guide for service providers on gender-responsive HIV services*. United Nations Office on Drugs and Crime. Geraadpleegd op 6 april 2023, van https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2016/Addressing_the_specific_needs_of_women_who_inject_drugs_Practical_guide_for_service_providers_on_gender-responsive_HIV_services.pdf
- UNODC. (2006). *HIV/AIDS prevention and care for female injecting drug users*. United Nations Office on Drugs and Crime. Geraadpleegd op 13 april 2023, van https://www.unodc.org/pdf/HIV-AIDS_femaleIDUs_Aug06.pdf
- UNODC. (2014). *Women who inject drugs and HIV: Addressing specific needs*. (Policy brief). United Nations Office on Drugs and Crime. Geraadpleegd op 21 april 2023, van https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/WOMEN_POLICY_BRIEF2014.pdf
- UNODC. (2022). *World Drug Report 2022*. United Nations publication.
- Valencia, J., Álvaro-Meca, A., Troya, J., Gutiérrez, J., Ramón, C., Rodríguez, A., Vázquez-Morón, S., Resino, S., Moreno, S., & Ryan, P. (2020). Gender-based vulnerability in women who inject drugs in a harm reduction setting. *PLOS ONE*, 15(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230886>

- Vander Laenen, F., & Favril, L. (2015). Drugbeleid in Gent. Onderzoek legt lokale prioriteiten vast. *Sociaal.Net*. <https://sociaal.net/achtergrond/drugbeleid-in-gent/>
- Vereniging voor Alcohol- en Andere Drugproblemen. (2016, 5 februari). *Hulpverleningslandschap*. VAD. Geraadpleegd op 18 februari 2023, van <https://www.vad.be/artikels/detail/hulpverleningslandschap>
- Wakeman, S. E. (2019). Harm Reduction Approaches for Opioid Use Disorder. *Current Clinical Psychiatry*, 169-180. https://doi.org/10.1007/978-3-030-16257-3_8
- WHO. (2007). *Guide to starting and managing needle and syringe programmes*. WHO, Geneva.
- Windelinckx, T. (2014). *Dossier harm reduction*. Vereniging voor Alcohol- en Andere Drugproblemen. <https://www.vad.be/assets/dossier-harm-reduction>
- Windelinckx, T. (2012). *Rapport Evaluatie Onderzoek Spuitenruil Vlaanderen 2012*. Free Clinic vzw.
- Windelinckx, T. (2022). *Rapport Evaluatie Onderzoek Spuitenruil Vlaanderen 2022*. Free Clinic vzw.
- Windelinckx, T., & Vander Laenen, F. (2021). Twintig jaar Spuitenruil Vlaanderen. *Verslaving & Herstel*, 1(2), 16-18.
- Wodak, A., & Cooney, A. (2005). Effectiveness of sterile needle and syringe programmes. *International Journal of Drug Policy*, 16(1), 31-44. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2005.02.004>

Webpagina's

Free Clinic vzw. (z.d.-a). *Sputenruil Vlaanderen*. Free Clinic vzw. Geraadpleegd op 7 april 2023, van <https://free-clinic.be/free-clinic/sputenruil/sputenruil-vlaanderen/>

Free Clinic vzw. (z.d.). *De Nomaad - Sputenpatrouille*. Free Clinic vzw. Geraadpleegd op 7 april 2023, van <https://free-clinic.be/free-clinic/nomaad/spat-sputenpatrouille/>

MSOC Gent. (z.d.). *Medisch Sociaal Opvangcentrum (MSOC) Gent*. Stad Gent.

Geraadpleegd op 7 april 2023, van https://stad.gent/nl/samenleven-welzijn-gezondheid/samenleven-welzijn-gezondheid/medisch-sociaal-opvangcentrum-msoc-gent#Project_sputenruil

WHO. (2022, 29 juli). *Global HIV, Hepatitis and STIs Programmes. People who inject drugs*.

Geraadpleegd op 13 april 2023, van <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/populations/people-who-inject-drugs>

Wetgeving

5 juni 2000. Koninklijk Besluit tot uitvoering van artikel 4, § 2, 6° van het Koninklijk Besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. *BS*, 7 juli 2000.

15 december 2000. Besluit van de Vlaamse regering houdende de subsidiëring van de organisatie van een sputenverdeling/-ruil in Vlaanderen.

Perstekst

Verschijnen binnenkort spuitenruilautomaten in het straatbeeld?

Welke bijzondere noden ervaren vrouwen die drugs injecteren en waarom zetten ze minder (snel) de stap naar spuitenruil? Dit is de insteek van het kwalitatieve onderzoek, dat in het voorjaar van 2023 aan de Universiteit van Gent werd uitgevoerd. Aan de hand van diepte-interviews werden professionelen uit het Vlaams spuitenruillandschap en Gentse vrouwen die drugs injecteren aan het woord gelaten. Hieruit bleek, dat stigmatisering en het gebrek aan flexibele openingsuren enkele van de drempels zijn die van spuitenruil vandaag de dag hoofdzakelijk een ‘mannenwereld’ maken.

Sinds 5 juni 2000 is een wettelijk kader gecreëerd dat toelaat om steriel injectiemateriaal, zoals naalden of spuiten, kosteloos te verdelen aan personen die drugs injecteren, in ruil voor gebruikt injectiemateriaal. Dit is één van de schadebeperkende initiatieven in België, waarbij de focus niet ligt op het reduceren van druggebruik op zich, maar wel op het verminderen van de sociale- en gezondheidsschade ten gevolge van druggebruik.

‘Mannenwereld’

Meer mannen dan vrouwen gebruiken drugs, waardoor er soms gesproken wordt van een ‘mannenwereld’. In Vlaanderen maken vrouwen slechts één vierde uit van de personen die naar een spuitenruilpunt komen. Uit het onderzoek aan de Gentse Universiteit blijkt, dat niet alleen het grotere aantal mannen dat drugs injecteert hiervan aan de oorzaak ligt, maar dat ook stigmatisering ten opzichte van vrouwen die drugs injecteren een grote rol speelt.

Spuitenruil is anoniem, maar toch schamen vrouwen zich ervoor om uit te komen voor hun druggebruik en potentieel te worden geïdentificeerd als een vrouw die drugs injecteert. Dit kan ertoe leiden dat deze vrouwen omwille van schaamtegevoelens de weg niet vinden naar steriel injectiemateriaal, wat grote risico's voor zichzelf én voor de omgeving met zich meebrengt. Zo loopt men door het delen of hergebruiken van naalden het risico om besmet te worden met hepatitis of hiv. De omgeving kan dan weer geconfronteerd worden met zwerfspuiten en prikongevallen.

Het idee dat ook spuitenruil meer een ‘mannenwereld’ is, werd bevestigd door zowel de professionelen uit het spuitenruillandschap als de vrouwen zelf. Zo is er sprake van een jaloerse mannelijke partner die een vrouw verhindert alleen naar de spuitenruil te laten komen, en zien medewerkers vaker de mannelijke partner in plaats van de vrouw om steriel injectiemateriaal komen.

Dropboxen versus spuitenuilautomaten

In het onderzoek werd door de respondenten aangegeven, dat het kosteloos verkrijgen van steriel injectiemateriaal tijdens het weekend bijna onmogelijk is. Daarnaast geven vrouwen er de voorkeur aan, om bij spuitenruil het liefst met zo weinig mogelijk mensen in contact te hoeven komen.

Vandaag bestaan er reeds dropboxen, welke effectief blijken te zijn om gebruikt injectiemateriaal in te deponeren en zo de de gezondheidsrisico's en de publieke overlast die zwerfspuiten met zich meebrengen, te reduceren. Bovendien is er geen menselijke interactie vereist en zijn deze boxen 24/24u en 7 dagen op 7 beschikbaar. Het enige cruciale minpunt: men krijgt geen steriele spuiten in de plaats.

Dit is waar de spuitenuilautomaten in beeld komen. Dit zijn automaten waar in ruil voor gebruikte spuiten, steriel injectiemateriaal in de plaats kan worden verkregen. In Vlaanderen bestaan deze nog niet. Eerder wetenschappelijk onderzoek heeft bewezen, dat de automaten een meerwaarde bieden in het aantrekken en bereiken van verborgen en hoogrisicopopulaties binnen de personen die drugs injecteren in de samenleving. Ook hier is echter een nadeel aan verbonden. Zonder de noodzakelijke menselijke interactie, kan er namelijk niet in dialoog worden gegaan met de persoon die drugs injecteert. Gebruiksaanwijzingen en preventieboodschappen zullen met andere woorden via een andere weg tot bij de gebruiker van de automaat moeten geraken.

Toekomstplannen

Spuitenuilautomaten zal u dus nog niet meteen in het straatbeeld zien verschijnen, hoewel het naar de toekomst toe zeker niet is uitgesloten. Een afweging zal moeten worden gemaakt tussen de voor- en nadelen. Het Gentse onderzoek toont hoe dan ook aan, dat nog heel wat verder onderzoek moet plaatsvinden, waarin de noden van de vrouw niet uit het oog mogen worden verloren.

Bijlagen

Bijlage 1 – Data Management Plan

Bijlage 2 – Informed consent

Bijlage 3 – Interviewerschema

Bijlage 1. Data Management Plan

Kwalitatieve studie naar de genderspecifieke noden van vrouwelijke
druggebruikers aangaande spuitenruil

A Data Management Plan created using DMPonline.be

Creator: Helena Haegeman

Affiliation: Ghent University (UGent - UZ Gent)

Template: Faculty of Law & Criminology DMP +

ID: 194901

Last modified: 20-03-2023

Law & Criminology DMP +

[Administrative Data](#)

Date of first version

13/02/2023

Date of last update

20/03/2023

1. Data Collection

1.1 What data will you collect or create?

Het onderzoek in het kader van de masterproef criminologische wetenschappen zal betrekking hebben op het verzamelen van informatie omtrent de genderspecifieke noden die vrouwelijke druggebruikers ervaren in het kader van spuitenruil.

De data die zal worden verzameld, zal deels via een dossierstudie worden verkregen. Dit zal hoofdzakelijk online gebeuren en via raadpleging van beschikbare boeken of tijdschriften in de bibliotheek.

Daarnaast worden ook interviews afgenomen, namelijk van van coördinatoren (beleidsmakers), sociaal werkers, hulpverleners en eventueel ook van vrouwelijke cliënten zelf. De interviews worden via een audioapparaat opgenomen en nadien getranscribeerd in een Word-document.

1.2 How will the data be collected or created?

De bijdragen die via de dossierstudie worden verkregen, zullen hoofdzakelijk online via Google Scholar en databanken zoals HeinOnline en Sage Journals gezocht en geraadpleegd worden. Voorbeelden van bronnen die zullen worden geraadpleegd zijn wetenschappelijke tijdschriftartikelen, webpagina's, boeken en verzamelwerken. Daarnaast zal ook literatuur geraadpleegd worden die te vinden is in de Universiteitsbibliotheek, met name de faculteitsbibliotheek Recht & Criminologie.

De onbewerkte data die via de interviews wordt verkregen, wordt opgenomen via een audioapparaat en nadien getranscribeerd in een Word-document dat op de persoonlijke online cloudopslag (OneDrive) van de onderzoeker wordt bewaard.

2. Data Documentation and Metadata

2.1 How will you document the data?

Om de data te bewaren en te documenteren wordt gebruik gemaakt van de persoonlijke opslagplaats van de onderzoeker op OneDrive. Er zal hierbij gewerkt worden met verschillende mappen om de data gestructureerd te kunnen raadplegen.

3. Ethics, Legal Issues and Confidentiality

3.1 How will you manage ethics? Choose one of the options from the dropdown menu and briefly motivate your choice in the 'Comment' box below.

- Approval by the Ethical Committee of the Faculty is neither required nor desirable

Door de beperkte omvang en het informele karakter van het onderzoek is een adviesvraag voor de Facultaire Ethische Commissie niet vereist, noch wenselijk. Dit is enkel vereist in zeer uitzonderlijke gevallen, wanneer de data gevoelige of vertrouwelijke informatie bevat. In dit onderzoek is dit niet het geval.

3.2 How will you manage any confidentiality issues?

Bij de interviews wordt de anonimiteit van de respondent verzekerd. De respondenten ondertekenen voorafgaand aan de interviews een informed consent met een beschrijving van het onderzoek. Respondenten worden ervan op de hoogte gebracht dat ze steeds het interview kunnen stopzetten of bepaalde vragen niet wensen te beantwoorden.

3.3 How will you manage intellectual property rights issues?

De bronverwijzing gebeurt overeenkomstig de APA-stijl (American Psychological Association APA-7).

4. Data Storage and Backup during Research

4.1 How will you store and backup data during research?

Data wordt bewaard via een persoonlijke online cloudopslag van de onderzoeker, namelijk OneDrive.

4.2 How will you ensure that stored data are secure?

De persoonlijke online cloudopslag is niet te bereiken zonder het invoeren van logingegevens.

Persoonlijke gegevens van respondenten worden geanonimiseerd.

5. Data Selection and Preservation after Research

5.1 Which data should be retained for preservation and/or sharing?

Volgens het UGent beleidskader rond Research Data Management moeten relevante onderzoeksdata en bijhorende documentatie minimum vijf jaar bewaard worden na afloop van het onderzoeksproject of de projectfinanciering, of na publicatie van de op de data gebaseerde conclusies.

De verzamelde data verkregen via de interviews zullen niet langer bewaard worden dan nodig voor het onderzoek.

5.2 What is the long-term preservation plan for the selected datasets?

Wanneer de data geselecteerd zijn voor bewaring, worden ze gearhiveerd in een daartoe geschikte opslagplaats en op een daartoe geschikte manier om veilige bewaring en raadpleegbaarheid (met passende toegangsrechten) op langere termijn te garanderen. Bij voorkeur wordt de data gedeponereerd in een betrouwbaar archief opgenomen in re3data.org, het internationale register van research data repositories.

6. Data Sharing

6.1 Are any restrictions on data sharing required?

De data die voortvloeit uit de interviews zal in principe niet gedeeld worden, tenzij hiervoor de voorafgaande geïnformeerde toestemming werd gevraagd en verkregen van de betrokken respondenten.

6.2 How will you share data selected for sharing?

Niet van toepassing.

7. Responsibilities and Resources

7.1 Who will be responsible for data management?

De onderzoeker en auteur van de masterproef, die onder supervisie staat van een promotor (prof. dr. Louis Favril): Helena Haegeman.

7.2 Will you need additional resources to implement your DMP?

Neen.

Bijlage 2. Informed consent

INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER

Doelpubliek: volwassenen vrijwilligers
Rechtsgrond: toestemming
Taal: Nederlands

LUIK 1 – Informatiebrief deelnemers onderzoek

Titel van de studie: Kwalitatieve studie naar de genderspecifieke noden van vrouwelijke druggebruikers aangaande spuitenruil

Dit is een onderzoek dat wordt uitgevoerd door de Universiteit Gent. De verantwoordelijke onderzoekers zijn:

Helena Haegeman
Master Criminologische Wetenschappen
Universiteit Gent
E-mail: helena.haegeman@ugent.be
Tel. nr.: +32 476 04 91 68

Promotor: prof. dr. Louis Favril
Universiteit Gent
E-mail: louis.favril@ugent.be
Tel. nr.: +32 9 264 84 61

A. Informatie over de studie

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie van de Universiteit Gent. Neem voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen voor u beslist deel te nemen aan deze studie. Aarzel niet om vragen te stellen aan de onderzoeker als er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Zorg ervoor dat u alles begrijpt. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan deze bundel te ondertekenen.

Wat is het doel van het onderzoek?

Dit onderzoek vindt plaats in het kader van de masterproef van Helena Haegeman die wordt neergelegd tot behalen van de graad van master in de criminologische wetenschappen aan de Universiteit van Gent. De studie in het kader van deze masterproef betreft de genderspecifieke noden van vrouwelijke injecterende druggebruikers aangaande spuitenruilprogramma's.

Wegens gendergerelateerde karakteristieken die eigen zijn aan de vrouwelijke druggebruiker, ervaren vrouwen een moeilijkere toegang tot of andere noden tijdens een spuitenruilprogramma. De doelstelling van dit onderzoek is om deze specifieke drempels en noden in kaart te brengen, op zoek te gaan naar hoe op vandaag aan deze drempels/noden wordt tegemoetgekomen in het Vlaams spuitenruillandschap en hoe in de toekomst (beter) kan tegemoetgekomen worden aan de genderspecifieke noden.

Ethische goedkeuring

De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen uit het Ethisch Protocol voor Wetenschappelijk Onderzoek van de faculteit recht en criminologie⁹. De onderzoekers voeren dit onderzoek uit in overeenstemming met de geaccepteerde maatstaven voor wetenschappelijk en ethisch gedrag. Hierbij hanteren ze goede onderzoekspraktijken en houden zij zich aan de principes van onderzoeksethiek zoals beschreven in "Ethics in Social Science and Humanities" (EU, 2018)¹⁰.

B. Informatie m.b.t. deelname

Wat houdt deelnemen aan dit onderzoek in?

Het onderzoek vindt plaats door middel van een interview dat ongeveer een uur zal duren. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een audio-opname om het interview achteraf te kunnen transcriberen en om de resultaten te kunnen verwerken en te rapporteren.

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig en er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. U kunt weigeren om deel te nemen aan de studie en u kunt zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven.

Als u dit wenst, kan u een samenvatting van de onderzoeksbevindingen krijgen nadat de studie is afgerond en de resultaten bekend zijn. Om een samenvatting te krijgen kan u dit aanvragen bij de onderzoeker waarmee u contact hebt.

Wat zijn de risico's en voordelen bij deelname aan dit onderzoek?

Aan dit onderzoek is geen enkel bekend blijvend risico verbonden.

C. Informatie m.b.t. Privacy en Persoonsgegevens

Het wettelijk kader voor de verwerking van persoonsgegevens en vertrouwelijke informatie in het kader van dit onderzoek wordt bepaald door:

- De Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming 2016/679 van 27 april 2016, die van kracht is sinds 25 mei 2018 (dit is de AVG of GDPR);
- De Belgische Wet betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens van 30 juli 2018

De onderzoekers dienen zich te houden aan de generieke gedragscode voor de verwerking van persoonsgegevens van de UGent¹¹.

⁹ <https://www.ugent.be/re/nl/voor-medewerkers/onderzoeksportaal/facultaire-onderzoeksondersteuning/fec-protocol.pdf>

¹⁰ https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/other/hi/h2020_ethics-soc-science-humanities_en.pdf

¹¹ <https://www.ugent.be/nl/univgent/privacy/gedragscode-persoonsgegevens.htm>

Welke persoonsgegevens worden verzameld?

De volgende persoonsgegevens zullen worden verwerkt:

- Naam en voornaam, leeftijd, beroep, e-mailadres

De persoonsgegevens zullen verzameld worden met behulp van audio-opnames van interviews.

Waarom worden deze persoonsgegevens verzameld?

Uit praktische overwegingen worden uw naam, beroep en e-mailadres verzameld, opdat de onderzoeker u in het kader van dit onderzoek kan contacteren.

Op basis van welke rechtsgrond worden de gegevens verwerkt?

Voor het verwerken van uw persoonsgegevens zal uw expliciete toestemming gevraagd worden. Dit gebeurt via het ondertekenen van een ‘toestemmingsformulier’. Deze toestemming kan ten alle tijden worden ingetrokken door dit te melden aan de hoofdonderzoeker, Helena Haegeman.

Wie heeft toegang tot mijn (persoons)gegevens?

Enkel de hoofdonderzoeker, Helena Haegeman heeft toegang tot de data in het kader van het doel van dit onderzoek en niet langer dan nodig voor de duur van dit onderzoek.

Om de vertrouwelijkheid van de persoonsgegevens te garanderen, zal de informatie die wordt verworven anoniem worden verwerkt en bewaard en onherkenbaar in de publicatie worden opgenomen.

Welke rechten heeft u als deelnemer met betrekking tot uw persoonsgegevens?

In overeenstemming met de Europese en Belgische privacywetgeving¹² wordt uw persoonlijke levenssfeer gerespecteerd. Zoals reeds aangegeven, kan u op elk gegeven moment uw toestemming intrekken en dit zonder opgave van reden. Dit betekent dat uw gegevens niet verder verwerkt zullen worden vanaf het moment van intrekking.

U heeft het recht op inzage van de gegevens die over u verzameld werden en u kan eveneens een kopie vragen, voor zover dit geen afbreuk doet aan de rechten en vrijheden van anderen, waaronder die van de Universiteit Gent. Elk onjuist gegeven over u kan op uw verzoek verbeterd worden. Bovendien heeft u recht op vergetelheid: dit betekent dat u, na het intrekken van uw toestemming, kan vragen om uw persoonsgegevens te laten verwijderen.

Om een van bovenstaande rechten uit te oefenen, kan u contact opnemen met de betrokken onderzoekers via helena.haegeman@ugent.be.

¹² Dit zijn: de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming 2016/679 van 27 april 2016, die van kracht is sinds 25 mei 2018 (dit is de AVG of GDPR); de Belgische Wet betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens van 30 juli 2018; de Belgische wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

Heeft u een klacht?

Als u een klacht wil indienen over de manier waarop uw persoonsgegevens worden behandeld of als u vragen heeft met betrekking tot uw persoonsgegevens in het kader van dit onderzoek, dan kan u contact opnemen met de functionaris voor gegevensbescherming van de Universiteit Gent via privacy@ugent.be of T 09 264 95 17.

U kan ook een klacht indienen bij de Gegevensbeschermingsautoriteit, Drukpersstraat 35, 1000 Brussel (e-mail: contact@apd-gba.be) en/of de Vlaamse Toezichtcommissie (e-mail: contact@toezichtscommissie.be)

LUIK 2 – Toestemmingsformulier

A. Toestemming m.b.t. deelname aan de studie

Gelieve het juiste bolletje aan te kruisen	Ja	Nee
Ik neem vrijwillig deel aan deze wetenschappelijke studie.		
Ik weet dat ik me op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op mijn verdere relatie met de onderzoeker.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik heb het informatieformulier gelezen en heb voldoende uitleg gekregen over de aard, het doel, de duur, en de voorziene effecten van de studie. Ik kreeg de gelegenheid om vragen te stellen en ik heb op al mijn vragen een bevredigend antwoord gekregen.		

B. Toestemming m.b.t. de verwerking van persoonsgegevens

Gelieve het juiste vakje aan te kruisen	Ja	Nee
Ik weet dat ik rechten heb om mijn privacy te vrijwaren (o.a. inzage, verbetering, verwijdering) en tot wie ik me moet richten om deze rechten uit te oefenen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik geef toestemming aan de onderzoekers om voor de doelstellingen van deze studie (persoons)gegevens van mij te verzamelen, verwerken, bewaren, analyseren en erover te rapporteren.		

Naam deelnemer	Naam onderzoeker
Datum:	Datum:
Handtekening	Handtekening

Bijlage 3. Interviewerschema

Vrouwen die drugs injecteren

INFORMED CONSENT

ALGEMENE INFO

1. Wat is je leeftijd?
2. Welke drugs gebruik je hoofdzakelijk?
3. Wanneer ben je ongeveer gestart met het injecteren van drugs?

TOEGANKELIJKHEID SPUITENRUIL

1. Hoe ben je bij spuitenruil terechtgekomen?
2. Hoeveel tijd zat ertussen je eerste injectie en het moment dat je naar een spuitenruilpunt bent gekomen?
3. Wat ging er door je heen toen je overwoog om naar een spuitenruilpunt te komen?
4. Hoe heb je de toegankelijkheid tot spuitenruil ervaren?
5. Zijn er bepaalde zaken die de toegang tot spuitenruil voor jou moeilijker maken? Zo ja, welke?
6. Zijn er bepaalde zaken die de toegang tot spuitenruil gemakkelijker voor je maken? Zo ja, welke?

BEREIKBAARHEID SPUITENRUIL

1. Hoe ervaar je de bereikbaarheid tot spuitenruil?
2. Zijn er bepaalde zaken die op dit vlak beter kunnen? Zo ja, welke?

OMSTANDIGHEDEN SPUITENRUIL

1. Ga je altijd alleen naar een spuitenruilpunt? Waarom wel/niet?
2. Angsten
3. Veiligheid
4. Vertrouwelijkheid, anonimiteit

VROUWELIJKE NODEN

1. Mening over 'women only' spuitenruilpunten?
2. Mening over aparte openingsuren?
3. Mening over automaten?
4. Apotheken

RUIMTE VOOR AANVULLINGEN

1. Als dit nodig zou zijn: Heb je zelf nog ideeën, voorstellen om spuitenruil toegankelijker te maken voor vrouwelijke druggebruikers?

Beleidsmedewerkers

INFORMED CONSENT

ALGEMENE INFO

1. Wat houdt uw rol als (Oost-)Vlaams spuitenruilcoördinator precies in?
2. Hoeveel personen maken ongeveer gebruik van de spuitenruilpunten in Vlaanderen?
3. Hoe verloopt de spuitenruilwerking hier?
 - a. Dagelijks?
 - b. Op welke plekken in de buurt nog allemaal?
 - c. Waarom voor deze plek gekozen?
 - d. Mannen en vrouwen samen?
4. Samenwerking andere spuitenruilpunten?
5. Hoe vaak komen personen gemiddeld naar een spuitenruilpunt?
6. Zit er een maximum op het aantal spuiten of ander materiaal dat ze meekrijgen?
7. Geven jullie ook vormingen?
 - a. Aan de gebruikers?
 - b. Aan andere mensen/organisaties?
 - c. Zo ja, welke thema's hebben deze vormingen?
8. Welke drugs worden hoofdzakelijk gebruikt door personen die deelnemen aan jullie programma's?
 - a. Zijn er verschillen waar te nemen in de soorten drugs die mannen versus vrouwen rapporteren te gebruiken?
 - b. Heeft dit een invloed op de spuitenruilwerking?

OMSTANDIGHEDEN SPUITENRUIL

1. Aantal mannen/vrouwen: verschil?
 - a. Verhouding?
 - b. Heeft u een idee waarom deze verschillen er zijn?
2. Noden mannen/vrouwen: verschil?
3. Komen vrouwen vaker alleen? Met partner?

TOEGANKELIJKHEID SPUITENRUIL

1. Worden er door jullie bij vrouwen die drugs injecteren specifieke noden waargenomen met betrekking tot de toegang tot spuitenruil?
2. Zijn er specifieke maatregelen die jullie nemen om ook vrouwen die drugs injecteren aan te trekken?
 - a. Aparte openingsuren? Aparte inloop?
3. Zijn er specifieke maatregelen die jullie nemen om de drempel tot spuitenruil te verlagen en te vermijden dat vrouwelijke druggebruikers worden geconfronteerd met stigmatisering?
4. Heeft u weet van vrouwen die (nog) niet naar een spuitenruilpunt gaan omdat ze bepaalde twijfels of angsten hebben?

KINDEREN/ZWANGERSCHAP

1. Komt het voor dat vrouwen die toegang tot spuitenruil wensen, zwanger zijn en/of kinderen hebben?
2. Komen er ook vrouwen met kinderen naar het spuitenruilpunt?
 - a. Welkom?
 - b. Faciliteiten?

COMBINATIE

1. Is er op dezelfde locatie waar de spuitenruil plaatsvindt, ook een mogelijkheid tot begeleiding m.b.t. seksuele gezondheid, partnergeweld, rechtsbijstand, etc.?

BELEID/TOEKOMST/AANVULLINGEN

1. Wordt er vandaag de dag rekening gehouden met specifieke noden van vrouwelijke druggebruikers bij het uitwerken van het beleid rond spuitenruil?
2. Zijn er zaken die nodig zijn om het spuitenruilprogramma te optimaliseren, maar die op dit moment niet of moeilijker kunnen plaatsvinden omwille van de huidige beleidscontext of wettelijke context?
3. Zijn er nog zaken die u zou willen gerealiseerd zien?

Maatschappelijk werkers

INFORMED CONSENT

ALGEMENE INFO

1. Wat is het doel van de organisatie? Werking?
2. Hoe verloopt de spuitenruilwerking hier?
 - c. Dagelijks?
 - d. Op welke plekken in de buurt nog allemaal?
 - e. Waarom voor deze plek gekozen?
 - f. Mannen en vrouwen samen?
3. Samenwerking andere spuitenruilpunten?
4. Hoe vaak komen personen gemiddeld naar een spuitenruilpunt?
5. Zit er een maximum op het aantal spuiten of ander materiaal dat ze meekrijgen?
6. Geven jullie ook vormingen?
 - a. Aan de gebruikers?
 - b. Aan andere mensen/organisaties?
 - c. Zo ja, welke thema's hebben deze vormingen?
7. Welke drugs worden hoofdzakelijk gebruikt door personen die deelnemen aan jullie programma's?
 - a. Zijn er verschillen waar te nemen in de soorten drugs die mannen versus vrouwen rapporteren te gebruiken?
 - b. Heeft dit een invloed op de spuitenruilwerking?

OMSTANDIGHEDEN SPUITENRUIL

1. Aantal mannen/vrouwen: verschil?
 - a. Verhouding?
 - b. Heeft u een idee waarom deze verschillen er zijn?
2. Noden mannen/vrouwen: verschil?
3. Komen vrouwen vaker alleen? Met partner?

TOEGANKELIJKHEID SPUITENRUIL

1. Worden er door jullie bij vrouwen die drugs injecteren specifieke noden waargenomen met betrekking tot de toegang tot spuitenruil?
2. Zijn er specifieke maatregelen die jullie nemen om ook vrouwen die drugs injecteren aan te trekken?
 - a. Aparte openingsuren? Aparte inloop?
3. Zijn er specifieke maatregelen die jullie nemen om de drempel tot spuitenruil te verlagen en te vermijden dat vrouwelijke druggebruikers worden geconfronteerd met stigmatisering?

4. Heeft u weet van vrouwen die (nog) niet naar een spuitenuilpunt gaan omdat ze bepaalde twijfels of angsten hebben?

KINDEREN/ZWANGERSCHAP

1. Komt het voor dat vrouwen die toegang tot spuitenuil wensen, zwanger zijn en/of kinderen hebben?
2. Komen er ook vrouwen met kinderen naar het spuitenuilpunt?
 - c. Welkom?
 - d. Faciliteiten?

COMBINATIE

1. Is er op dezelfde locatie waar de spuitenuil plaatsvindt, ook een mogelijkheid tot begeleiding m.b.t. seksuele gezondheid, partnergeweld, rechtsbijstand, etc.?

BELEID/TOEKOMST/AANVULLINGEN

1. Kan u met suggesties terecht bij beleidsmakers?
2. Welke zaken zou u nog graag verwezenlijkt zien?