

Vergaderjaar 2003–2004

29 660

Zorg voor verslaafden

Nr. 2

RAPPORT

Inhoud

	Samenvatting	5	6	Samenwerking	31
			6.1	Uitgangspunten	31
1	Inleiding	11	6.2	Beleidsmatige samenwerking	31
1.1	Zorg voor verslaafden met meervoudige problematiek	11	6.3	Samenwerking rond individuele cliënten	31
1.2	Onderzoek Algemene Rekenkamer	12	6.4	Conclusies	33
1.3	Soorten zorg en financiering	13	7	Regie door gemeenten en zorgkantoren	34
1.4	Beleid minister van VWS	13	7.1	Uitgangspunten	34
1.5	Aanpalende beleidsterreinen	14	7.2	Kennis van vraag en aanbod	34
1.6	Leeswijzer	14	7.3	Regierol centrumgemeenten	35
			7.4	Overleg met omliggende gemeenten	36
2	Omvang verslavingsproblematiek	15	7.5	Samenwerking gemeente en zorgkantoor	36
2.1	Aantal verslaafden	15	7.6	Transparantie financiering ambulante en poliklinische verslavingszorg	39
2.2	Bereik verslavingszorg	15		Conclusies	40
2.3	Conclusies	16	7.7		
3	Signalering	17	8	Conclusies en aanbevelingen	41
3.1	Uitgangspunten	17	8.1	Conclusies	41
3.2	Signaleerders	17	8.2	Aanbevelingen	43
3.3	Meldpunten	19			
3.4	Vindplaatsen	19	9	Reactie minister van VWS en nawoord Algemene Rekenkamer	45
3.5	Conclusies	21	9.1	Reactie minister van VWS	45
			9.2	Nawoord Algemene Rekenkamer	48
4	Behandeling en zorg	22			
4.1	Uitgangspunten	22	Bijlage 1	Onderzoeksopzet	51
4.2	Start behandeling en zorg	22	Bijlage 2	Wet- en regelgeving	53
4.3	Outreaching werken	23	Bijlage 3	Relevante studies en rapporten	55
4.4	Casemanagement	23	Bijlage 4	Privacy wet- en regelgeving	59
4.5	Voorzieningen voor chronisch verslaafden	24	Bijlage 5	Samenvattend overzicht met conclusies, aanbevelingen, reactie minister van VWS en nawoord Algemene Rekenkamer	62
4.6	Conclusies	25		Lijst van gebruikte afkortingen	66
5	Financiën, wonen en dagbesteding	26			
5.1	Uitgangspunten	26	Bijlage 6		
5.2	Financiën	26			
5.3	Wonen	27			
5.4	Reintegratie en dagbesteding	29			
5.5	Conclusies	30			

SAMENVATTING

Mensen met een verslaving (zoals alcohol en opiaten) hebben vaak ook problemen op andere gebieden: wonen, financiën, gezondheid en relaties. Voor deze groep verslaafden (we noemen ze «verslaafden met meervoudige problematiek») moet hulpverlening niet beperkt blijven tot de zorg en behandeling van een verslavingszorginstelling, maar zich verder uitstrekken naar hulp op verschillende leefgebieden door verschillende organisaties. Verslaafden met meervoudige problematiek hebben baat bij een verslavingszorgnetwerk, waarin deze organisaties nauw samenwerken.

Het verslavingszorgbeleid van de minister van VWS is erop gericht voorwaarden te creëren voor een kwalitatief goed en toegankelijk aanbod van verslavingszorg, dat aansluit op de zorgvraag. Daarbij staan zowel de vraag van het individu als de vraag van de samenleving voorop. De minister streeft tevens naar het vergroten van de maatschappelijke (re)integratie van verslaafden. De minister van VWS is systeemverantwoordelijk voor de verslavingszorg. De uitvoering van het verslavingszorgbeleid is op afstand geplaatst en ligt in handen van instellingen voor verslavingszorg, centrumgemeenten en zorgkantoren. De financiering van de verslavingszorg vindt voor een belangrijk deel plaats via de AWBZ en de specifieke uitkering maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid.

De Algemene Rekenkamer heeft in de periode maart-augustus 2003 in vijf regio's onderzocht op welke wijze de hulpverlening aan verslaafden is vormgegeven. Het onderzoek in het veld heeft conclusies opgeleverd over een aantal knelpunten en heeft daarnaast factoren opgeleverd, die bij kunnen dragen aan het succes van de hulpverlening aan verslaafden.

Hoofdconclusie

Uit het onderzoek blijkt dat de betrokken organisaties er niet voldoende in slagen om de behandeling en zorg voor verslaafden met meervoudige problematiek goed te combineren met hulpverlening op het gebied van wonen, financiën en werk of dagbesteding. Op lokaal en regionaal niveau worden wel initiatieven genomen en ook uitgevoerd om de aansluiting te verbeteren, maar zowel bij de verschillende organisaties zelf als in de samenwerking tussen die organisaties bestaan knelpunten. Uit het onderzoek blijkt een aantal knelpunten die het totstandkomen van een sluitend zorg- en hulpverleningsaanbod in de weg staan.

Omvang zorgvraag

Over de omvang van de zorgvraag van verslaafden is niet zoveel bekend, exacte cijfers over de omvang van de verslavingsproblematiek in Nederland ontbreken. Een complicerende factor is ook dat de doelgroep van de verslavingszorg vaak geen gerichte zorgvraag heeft. De twee registratiesystemen voor cliënten van de verslavingszorg, het Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem (LADIS) en het Zorginformatiesysteem (Zorgis) zijn niet volledig.

Regie gemeenten en zorgkantoren

De regierol binnen een verslavingsnetwerk zou vervuld moeten worden door de centrumgemeenten in samenwerking met de zorgkantoren. Uit het onderzoek blijkt echter dat de centrumgemeenten hun regierol nog onvoldoende vervullen. Centrumgemeenten en zorgkantoren hebben onvoldoende kennis van de potentiële zorgvraag én van hun eigen en

elkaars zorgaanbod. Samenwerking tussen centrumgemeenten en zorgkantoren is nog niet in alle regio's vanzelfsprekend. Met name waar verzorgings- en werkgebieden niet samenvallen – globaal in de helft van het land – is dit een probleem.

Samenwerking

Er bestaat nauwelijks beleidsmatige samenwerking tussen verslavingszorginstellingen, centrumgemeenten en zorgkantoren. In een enkele regio wordt onder regie van de centrumgemeente gewerkt aan een betere overlegstructuur.

Samenwerking rond individuele cliënten is er wel, via casusoverleg en/of bemoeizorgoverleg. Deze overleggen zijn in sommige regio's structureel, maar in de meeste incidenteel. De overleggen zijn wisselend van samenstelling: in het algemeen zijn de GGD-en en de maatschappelijke opvang betrokken, en op ad hoc basis de verslavingszorg, de sociale dienst, de woningcorporatie en de politie. De huisartsen ontbreken in deze overleggen.

Organisaties die hun diensten aanbieden op het gebied van financiën, wonen en reïntegratie hebben meestal geen deskundigheid in huis om met verslaafden om te gaan. Daarom is begeleiding door de verslavingszorg bij het organiseren van deze hulp erg belangrijk. Er zijn goede ervaringen opgedaan met casemanagers, die het zorgtraject van een cliënt coördineren, bewaken en begeleiden.

Niet alle verslavingszorginstellingen werken met casemanagers en de financiering van casemanagement is niet eenduidig.

Privacy-wetgeving

Voor goede samenwerking is gegevensuitwisseling over de cliënten tussen de betrokken organisaties essentieel. De wetgeving rond privacy wordt vaak als een belemmering gezien in de samenwerking. Verschillende organisaties zijn bezig een manier te vinden om op rechtmatige wijze gegevens uit te wisselen. De praktijk heeft echter nog onvoldoende kennis van de (on)mogelijkheden van de privacy-wetgeving.

Financiering

De gemeentelijk gefinancierde ambulante verslavingszorgproducten en de AWBZ gefinancierde poliklinische verslavingszorgproducten lijken sterk op elkaar. Uit het onderzoek blijkt dat iedere verslavingszorginstelling op haar eigen manier (al dan niet in overleg met gemeenten en/of zorgkantoor) deze producten declareert bij de centrumgemeenten of de zorgkantoren. Dit komt de transparantie niet ten goede en het risico bestaat dat dezelfde zorg zowel bij de centrumgemeenten als bij de zorgkantoren wordt gedeclareerd.

Functioneren onderdelen verslavingszorgnetwerken

Voor het succes van een verslavingszorgnetwerk is het van belang dat de verschillende onderdelen van dat netwerk goed functioneren. De Algemene Rekenkamer heeft onderzocht welke factoren van belang zijn voor het goed functioneren van de verschillende stappen in de hulpverlening aan verslaafden met meervoudige problematiek: signalering, behandeling en zorg en hulp bij wonen, financiën en dagbesteding.

Signalering

Het is belangrijk dat een verslaving zo vroeg mogelijk gesignaleerd wordt

en dat verwezen wordt naar de verslavingszorg. Voor een goede signalering zijn van belang:

- kennis en methoden om verslaving te herkennen bij mogelijke signaleerders;
- meldpunten waar signaleerders en mensen uit de omgeving van de verslaafde terecht kunnen met een verzoek om hulp;
- laagdrempelige voorzieningen waar verslaafden zelf op af komen, waardoor ze gesignaleerd kunnen worden.

Om de signalering van verslaafden te verbeteren moet de kennis bij met name huisartsen en GGD-en verbeterd worden. Het Ministerie van VWS stimuleert de oprichting van meld- en adviespunten bemoeizorg, waardoor deze in veel gemeenten zijn opgericht. Bij een meldpunt bemoeizorg kunnen signaleerders terecht als zij hulp willen voor mensen met meervoudige problematiek die zelf zorg mijden. De (centrum)gemeenten hebben ook een belangrijke rol bij het creëren van meldpunten en vindplaatsen.

Behandeling en zorg

Om te voorkomen dat verslaafden afhaken voor of tijdens de behandeling zijn de volgende punten van belang:

- de snelheid waarmee de behandeling/zorg kan beginnen na de aanmelding;
- de mate van outreachend werken, dat wil zeggen: het actief opsporen van verslaafden die zelf niet (meer) in staat of gemotiveerd zijn de benodigde zorg in te schakelen;
- begeleiding door casemanagers;
- de aanwezigheid van voorzieningen voor chronisch verslaafden.

Uit het onderzoek blijkt dat er soms behoorlijke wachttijden zijn. Ruim een kwart van de aangemelde verslaafden haakt af voordat de behandeling is gestart. Het merendeel van de verslavingszorginstellingen werkt (enigszins) outreachend, maar dit zou uitgebreid moeten worden. Niet alle verslavingszorginstellingen werken met casemanagers en het ontbreken van het juiste behandel- en zorgaanbod wordt als belangrijke reden voor uitval genoemd.

Financiën, wonen en dagbesteding

Voor het maatschappelijk herstel van verslaafden met meervoudige problematiek is vroegtijdig hulp nodig op primaire leefgebieden als financiën, wonen en reïntegratie en dagbesteding.

Uit het onderzoek blijkt dat de bestaande voorzieningen op het gebied van financiën, zoals schuldhelpverlening en budgetbeheer, vaak niet geschikt zijn voor (ex-)verslaafden, vanwege onder andere de aard van hun schulden en de discipline die deze voorzieningen vragen. Bovendien zijn er vaak lange wachttijden.

Er is over de hele linie een tekort aan geschikte huisvesting voor (ex)verslaafden en aan woonbegeleiding. Doorstromen naar volledig zelfstandig wonen gebeurt weinig. Uit begeleid-wonenprojecten blijkt dat de begeleiding door de verslavingszorg essentieel is en dat het een langdurig traject is. Er is een groeiende behoefte aan onzelfstandige woonruimte.

Reïntegratiebedrijven, sociale diensten, verslavingszorginstellingen en CAD's organiseren arbeids(gewennings)trajecten. De kennis van verslavingen blijkt een groot voordeel bij het opzetten van deze trajecten.

Aanbevelingen

De Algemene Rekenkamer beveelt de minister van VWS aan, in lijn met de VBTB-gedachte, specifiek te maken wat hij nastreeft met het systeem van verslavingszorg en welke prestaties en resultaten hij verwacht van de organisaties op decentraal niveau. De Algemene Rekenkamer is van mening dat de minister van VWS zich moet kunnen verantwoorden omtrent het adequaat functioneren van het systeem. De minister moet daarom informatie hebben over het functioneren en de resultaten die bereikt zijn. Als de resultaten onvoldoende zijn moet de minister overwegen het systeem aan te passen. Tevens moet de minister duidelijk maken welke verantwoordelijkheden actoren op rijks-, regionaal en lokaal niveau hebben, zodat zij daarop aangesproken kunnen worden. De minister van VWS dient verder te regelen dat decentrale actoren die informatie leveren die hij nodig heeft om na te gaan of het systeem werkt en resultaten boekt. Specifiek voor de beoordeling van de kwaliteit van het aanbod van de zorginstellingen zou hij gebruik kunnen maken van informatie die de Inspectie voor de Gezondheidszorg hierover verzamelt.

Ten aanzien van de financiering van de verslavingszorg beveelt de Algemene Rekenkamer aan, in het kader van de (toekomstige) wijzigingen in het zorgstelsel, de huidige financiering van de verslavingszorg kritisch te bekijken.

Verder beveelt de Algemene Rekenkamer de minister van VWS aan een visie uit te werken op verslavingszorg, waarin hij aandacht kan besteden aan onderwerpen die behoren tot zijn systeemverantwoordelijkheid. Het belang van de verslavingszorg als eerst verantwoordelijke voor de zorg en het benadrukken van het belang van samenwerking en coördinatie tussen de lokale actoren kunnen onderdeel zijn van deze visie.

Meer specifiek beveelt de Algemene Rekenkamer onder meer aan:

- het verzamelen en verspreiden van informatie over de aard en omvang van de verslavingsproblematiek te verbeteren;
- nader uit te werken welke taken de centrumgemeenten in het kader van hun regierol moeten uitvoeren, na te gaan of zij daarvoor voldoende instrumenten hebben en de wijze waarop de centrumgemeenten hun regierol invullen te monitoren;
- te zorgen voor eenduidige financiering van casemanagers;
- de praktijk voor te lichten over de (on)mogelijkheden van de privacy-wetgeving en te monitoren of dit knelpunt in de praktijk wordt opgelost;
- Te onderzoeken of en in hoeverre het mogelijk is regio-indelingen te stroomlijnen en hierop aansluitend de zorgkantoren aan te sporen productie-afspraken te maken voor de eigen regio.

Reactie minister VWS

De minister van VWS schrijft in zijn reactie dat een deel van de in het Rekenkamerrapport genoemde knelpunten wordt opgepakt in het kader van het Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) maatschappelijke opvang: betere doorstroom, verbetering van de informatievoorziening, bevorderen van permanente woonvoorzieningen, een heldere afbakening tussen de domeinen van de Welzijnswet en de AWBZ en het versterken van de regierol van gemeenten.

De minister ziet geen reden om een aparte visie voor de verslavingszorg te ontwikkelen, omdat de voorgenomen Wet maatschappelijke ondersteuning, waarover op 23 april 2004 een brief naar de Tweede Kamer is gestuurd, voorziet in een lokaal stelsel van maatschappelijke ondersteuning en de verantwoordelijkheden daarvoor ook duidelijk regelt. De verslavingszorg maakt volgens de minister deel uit van deze ontwikkeling.

Binnenkort stuurt het Kabinet een plan van aanpak van verloedering en overlast naar de Tweede Kamer. De doelgroep van die aanpak zijn verslaafden en psychiatrische patiënten met meervoudige problemen. In dit plan van aanpak wordt volgens de minister een aantal concrete voorstellen gedaan om de regie op lokaal niveau te versterken. Ook staan er voorstellen in om de gegevensuitwisseling over cliënten te verbeteren door de wettelijke belemmeringen te inventariseren en een landelijk protocol privacy en een landelijk protocol cliëntvolgsysteem op te stellen.

Om de gemeentelijk gefinancierde taken in de verslavingszorg en de AWBZ-gefinancierde verslavingszorg duidelijker te onderscheiden, zal de minister zich in het kader van de overheveling van de GGZ en de verslavingszorg naar de Zorgverzekeringswet beraden op de positie van de ambulante verslavingszorg.

Wanneer casemanagement in de toekomst onder de Zorgverzekeringswet valt, zullen via de DBC-systematiek afspraken over de financiering gemaakt worden.

Volgens de minister zijn de gegevens over de ambulante verslavingszorg volledig en accuraat. De huidige informatie over de klinische verslavingszorg is inderdaad onvoldoende. Naar verwachting zal vanaf 2005 sprake zijn van een geïntegreerd informatiesysteem voor de hele verslavingszorg.

Over de stroomlijning van regio-indelingen schrijft de minister dat hij geen signalen heeft ontvangen dat de huidige indeling niet werkt. Meestal maakt één zorgkantoor de productieafspraken met verslavingszorginstellingen waarvan het werkgebied groter is dan één zorgkantorregio.

Nawoord Algemene Rekenkamer

De Algemene Rekenkamer waardeert de voornemens van de minister van VWS waar het gaat om de versterking van de regierol van de gemeenten, de financiering van de ambulante verslavingszorg, de financiering van casemanagement en de uitwisseling van cliëntgegevens.

Waar het gaat om regio-indelingen die niet samenvallen met de werksfeer van zorgkantoren, merkt zij op dat juist de door de minister genoemde pragmatische afspraak, dat één zorgkantoor de productieafspraken voor de hele verslavingszorginstelling maakt, volgens het onderzoek van de Algemene Rekenkamer in een aantal regio's leidt tot gebrekkige afstemming. De Algemene Rekenkamer pleit ervoor dat conform de algemene beleidslijn ieder zorgkantoor de productieafspraken maakt binnen zijn eigen regio.

De Algemene Rekenkamer hoopt dat, bijvoorbeeld in het aangekondigde plan van aanpak van verloedering en overlast, de minister de komende tijd ook aandacht zal besteden aan punten waarop hij in zijn reactie weinig of niet ingaat, zoals:

- De verantwoordelijkheid van de minister VWS.
De realisatie van het in de VWS-begroting opgenomen beleidsdoel «vergroten van maatschappelijke reïntegratie van mensen met een

verslavingsprobleem» kan niet louter binnen zijn systeemverantwoordelijkheid voor de verslavingszorg tot stand komen. Het zou daarom aanbeveling verdienen dat de minister van VWS zijn mede-bewindspersonen uitnodigt en motiveert tot het nemen van gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het realiseren van het genoemde beleidsdoel.

- De versterking van de signaleringsfunctie binnen zorgnetwerken. Voor deze doelgroep met een goeddeels latente zorgvraag dient actieve signalering een dubbel doel: verbetering van het inzicht in de reële zorgvraag én door vroegtijdige en adequate hulpverlening betere kansen op herstel en reïntegratie van de cliënt.
- De verbetering van de informatie over de aard en omvang van de verslavingsproblematiek (potentiële zorgvraag). Deze informatie is van groot belang voor het goed functioneren van de signaleringsfunctie binnen een zorgnetwerk.

1 INLEIDING

1.1 Zorg voor verslaafden met meervoudige problematiek

Problemen op verschillende leefgebieden: het plastic tasje

Op jonge leeftijd leert Johan zijn vrouw kennen. Na enige jaren blijkt zijn vrouw een geheime relatie te hebben. Johan's wereld stort in en hij vertrekt. Hij voelt zich ontredderd en bedrogen, alcohol geeft enige troost en verlicht de ellende. Zijn werk interesseert Johan niet meer en ontslag volgt. Rekeningen worden niet betaald en de huurachterstand loopt op. Huisuitzetting dreigt en volgt. Johan gaat zwerven en raakt aan nog lager wal. Om het rotgevoel te dempen gaat hij naast alcohol ook drugs gebruiken. Hij pleegt (veelal) winkeldiefstallen om zijn middelengebruik te bekostigen.

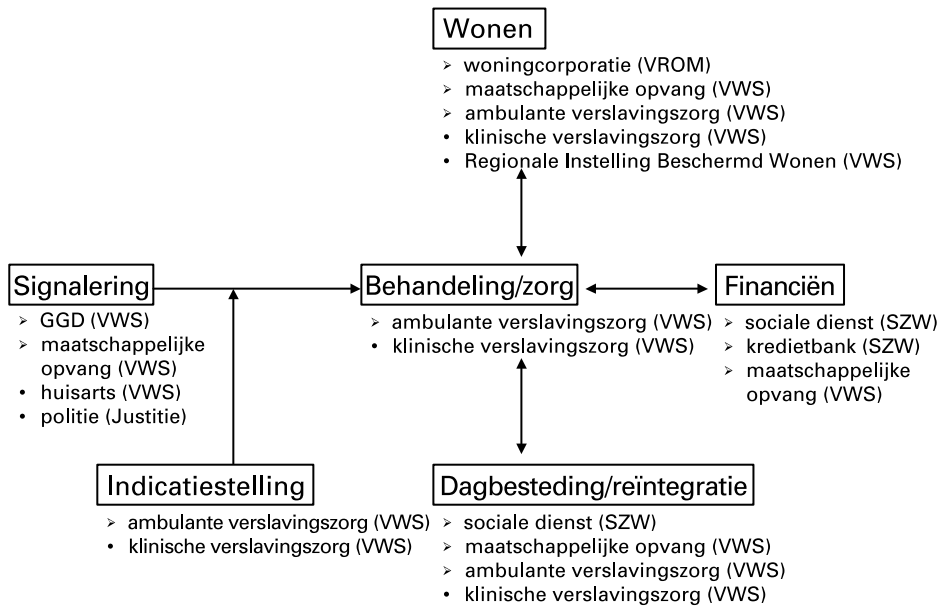
Johan wordt voor de zoveelste keer aangehouden. Het delict is niet ernstig genoeg voor preventieve hechtenis en hij wordt met een dagvaarding heengezonden. Voor die tijd meldt een trajectbegeleider vanuit de verslavingszorg zich op het politiebureau en Johan is bereid mee naar het kantoor van de trajectbegeleider te gaan om even wat zaken op een rijtje te zetten. Uit zijn fouillering wordt een plastic tas meegegeven, zijn hele hebben en houden. Op kantoor blijkt de inhoud van die plastic tas voornamelijk te bestaan uit een chaotische stapel papieren, vooral (ongeopende) enveloppen van velerlei aard, de meest recente dagvaarding bovenop. Als na het regelen van een overnachtingsplaats voor de komende paar nachten in de eerste behoefte is voorzien, stelt de trajectbegeleider voor het achterstallig postbestand eens met hem door te nemen. Het plastic tasje is symbolisch voor de problemen die Johan heeft op verschillende leefgebieden. Een kleine greep uit de inhoud:

Inhoud van het tasje	Corresponderend leefgebied
• schorsing sleep-in/rekeningen van energiebedrijf over reeds lang vergeten woning/aanmaningen huurachterstand twee oude adressen	opvang en wonen
• twee lege methadoncupjes/pasje gebruiksruimte	middelengebruik
• brieven van een deurwaarder/verlopen oproep sociale dienst	inkomen/schulden
• aanmaning en uitschrijving ziekenfonds/oproep depotpoli psychiatrie	lichamelijke en psychische gezondheid
• werkbriefje bureau dagloon/straatkrant	dagbesteding/arbeid & opleiding
• diverse boetes/één dagvaarding voor de politierechter en drie voor het kantongerecht	politie/justitie
• een oude foto van de kinderen toen ze nog jong waren	familie en sociaal netwerk

Gefingeerde casus gebaseerd op: Jaarverslag 2001 De Wending, Brochure Support Noord Enschede en presentatie K. Duijvenbooden tijdens conferentie Trimbos-instituut in het kader van het rapport «Van later zorg?» (2003)

Het voorbeeld laat zien dat hulpverlening aan verslaafden met meervoudige problematiek niet beperkt moet zijn tot de zorg en behandeling binnen een verslavingszorg-instelling, maar zich verder moet uitstrekken naar hulp op verschillende leefgebieden door verschillende organisaties. De behandeling van een verslaafde met meervoudige problematiek heeft een grotere kans van slagen als tegelijkertijd basisvoorzieningen zoals financiën, wonen en werk geregeld worden. Het regelen van basisvoorzieningen komt, na signalering en indicatiestelling, tijdens de behandeling aan de orde. Verslaafden met meervoudige problematiek hebben baat bij een verslavingszorgnetwerk, zoals hieronder in beeld gebracht.

Figuur 1 Verslavingszorgnetwerk



In bovenstaand figuur staat het teken > bij actoren die te maken hebben met beleid dat onder de verantwoordelijkheid valt van (centrum)gemeenten.

1.2 Onderzoek Algemene Rekenkamer

De Algemene Rekenkamer heeft in de periode maart-augustus 2003 in vijf centrumgemeente-regio's onderzocht op welke wijze de hulpverlening aan verslaafden is vormgegeven. Het onderzoek in het veld heeft conclusies opgeleverd over een aantal knelpunten en heeft daarnaast factoren opgeleverd, die bij kunnen dragen aan het succes van de hulpverlening aan verslaafden.

De Algemene Rekenkamer heeft in het kader van haar onderzoek gesproken met 18 instellingen voor verslavingszorg en met vijf centrumgemeenten en vijf zorgkantoren. Verder is in de regio's van vijf centrumgemeenten gesproken met:

- organisaties betrokken bij de behandeling van verslaafden, zoals instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ);
- organisaties die een rol kunnen spelen bij de signalering van verslaafden, zoals Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en) en huisartsen;
- organisaties die een rol spelen bij de zorg ten aanzien van voorzieningen op het terrein van de primaire leefgebieden, zoals sociale diensten en woningcorporaties.

In bijlage 1 wordt de opzet van het onderzoek beschreven.

1.3 Soorten zorg en financiering

Tabel 1 Soorten zorg en financiering

Soort zorg	Ambulante verslavingszorg	Klinische verslavingszorg	
		Semi-muraal	Intramuraal
Financiering*			
Welzijnswet 1994, specifieke uitkering maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid aan 43 centrumgemeenten	<ul style="list-style-type: none"> - Ingrijpen bij acute intoxicatie - Hulp bij afkicken - Voorkomen van terugval - Voorkomen verdere gezondheidsschade - Outreachende hulpverlening - Preventie 		
AWBZ (naast behandeling ook ondersteunende en activerende begeleiding)		<ul style="list-style-type: none"> - Poliklinische behandeling - Deeltijdbehandeling - Dag- en nacht-opvang 	<ul style="list-style-type: none"> - Crisisopvang - Lichamelijke ontwenning - Voorbereiding terugkeer maatschappij
Financieel belang	€ 227,9 mln. in 2003, waarvan bijna 50% besteed aan verslavingszorg	circa € 140,1 mln. in 2003	

* Zie ook bijlage 2

De financiering van de verslavingszorg vindt voor een belangrijk deel plaats via de AWBZ en de specifieke uitkering maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid (totaal 2003: circa € 254 mln). Dat betekent dat op decentraal niveau zowel beleidsmatig als financieel de zorgkantoren en de centrumgemeenten een belangrijke rol spelen. Sinds per 1 april 2003 de AWBZ is veranderd en sprake is van functionele zorgaanspraken, is het mogelijk gemeentelijk gefinancierde (ambulante) zorg via de AWBZ te bekostigen. (Welzijns)instellingen kunnen daartoe een AWBZ-erkenning aanvragen voor bijvoorbeeld behandeling en activerende en ondersteunende begeleiding.

1.4 Beleid minister van VWS

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is systeemverantwoordelijk voor de verslavingszorg en coördinerend minister voor het alcohol- en drugbeleid. Hij is wat betreft het alcohol- en drugbeleid verantwoordelijk voor preventie (voorlichting en wetgeving) en voor zorg en hulpverlening. De systeemverantwoordelijkheid van de minister betekent volgens de minister van VWS, dat hij randvoorwaarden (wettelijke kaders en financiële ondersteuning) creëert, innovatie stimuleert en samenwerking op landelijk niveau tussen betrokken (koepel)organisaties bevordert.

Het verslavingszorgbeleid van de minister van VWS is erop gericht voorwaarden te scheppen om een kwalitatief goed en toegankelijk aanbod van verslavingszorg te realiseren dat aansluit op de zorgvraag. Daarbij staan zowel de vraag van het individu als de vraag van de samenleving voorop. (Verslavings)zorg is gericht op duurzaam en vrijwillig afzien van middelengebruik. Indien onthouding niet mogelijk blijkt te zijn, richt de zorg zich op het stabiliseren en beperken van gezondheidsrisico's met als doel volwaardige deelneming aan de samenleving. Dit streven is gerealiseerd als mensen zich kunnen handhaven in de maatschappij en niet meer terugvallen in hun oude leefsituatie. De minister van VWS probeert dit onder andere te bewerkstelligen door het vergroten van de maatschappelijke (re)integratie van verslaafden.

De daadwerkelijke uitvoering van de verslavingszorg ligt in handen van verslavingszorginstellingen en gemeenten. De minister van VWS stimuleert gemeenten onder andere via het vermaatschappelijkingsbeleid om zogenaamde steunsystemen te organiseren. Een steunsysteem bestaat uit dagbesteding, werk, vrijetijdsbesteding en maaltijdvoorziening. Verder probeert de minister van VWS gemeenten aan te moedigen hun regieverantwoordelijkheid te nemen een hulpverleningsaanbod te creëren voor zogenaamde zorgwekkende zorgmijders waarbij de samenwerking tussen hulpverleningsorganisaties, politie, GGD en andere partijen vastgelegd wordt in een OGGZ-convenant¹. OGGZ staat voor Openbare Geestelijke Gezondheidszorg.

Op het terrein van de verslavingszorg is een aantal studies en adviezen aan de minister van VWS uitgekomen dat van belang is in het kader van dit onderzoek. Bijlage 3 geeft een overzicht van recente rapporten.

1.5 Aanpalende beleidsterreinen

In het kader van de zorg aan verslaafden met meervoudige problematiek is het beleid van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) van belang als het gaat om sociale uitkeringen, schuldhulpverlening (minnelijk traject) en arbeidsmarkttoeleiding (SZW)². Wat betreft huisvestingsvoorzieningen raakt de zorg voor (ex)verslaafden het beleid van de minister van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu (VROM). Sinds het verschijnen van de nota van VROM, «Mensen, Wensen, Wonen»³ waarin expliciet is ingegaan op de sociale aspecten van het woonbeleid, bestaat in het woonbeleid ook meer aandacht voor sociaal kwetsbare mensen. De uitvoering van de wet- en regelgeving op het terrein van SZW en VROM is gedecentraliseerd naar de gemeenten en woningcorporaties.

De minister van Justitie is verantwoordelijk voor de strafrechtelijke handhaving⁴. In dit onderzoek is alleen de rol van de politie als signaleerder van verslaafden betrokken. De minister van Justitie financiert in het kader van het overlastbeleid één drangtraject en dwangtrajecten voor criminele verslaafden, waaronder de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV). Tenslotte financiert de minister van Justitie de verslavingsreclassering. Het drangtraject, de dwangtrajecten en de verslavingsreclassering vallen buiten de scope van het onderzoek.

1.6 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 gaat over de beschikbaarheid van gegevens over de omvang van de verslavingsproblematiek in Nederland en het bereik van de verslavingszorg. In de hoofdstukken 3 tot en met 5 wordt ingegaan op de wijze waarop in de praktijk de zorg en hulpverlening worden vormgegeven aan verslaafden met meervoudige problematiek. Hoofdstuk 6 behandelt de wijze waarop verschillende organisaties betrokken zijn bij de zorg en hulpverlening. Hoofdstuk 7 beschrijft de rol van de centrumgemeenten en de zorgkantoren. Hoofdstuk 8 gaat in op de conclusies en aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer. In hoofdstuk 9 zijn de reactie van de minister van VWS en het nawoord van de Algemene Rekenkamer opgenomen.

¹ Zorgnota 2003.

² Met de inwerkingtreding van de nieuwe Wet werk en bijstand (Wwb) per 1 januari 2004 hebben gemeenten meer instrumenten gekregen voor de doelgroepen van de maatschappelijke opvang, met name met de mogelijkheden van bijstand in natura en budgetbeheer (art 57 Wwb). De informatie uit de interviews die de Algemene Rekenkamer heeft gevoerd in de vijf centrumgemeente-regio's is gebaseerd op de Algemene bijstandswet die tot die datum van kracht was.

³ Tweede Kamer, 2000–2001, 27 559, nr. 2.

⁴ De minister van VWS is verantwoordelijk voor de handhaving van de Drink- en Horecawet. De handhaving wordt uitgevoerd door de Keuringsdienst van Waren.

2 OMVANG VERSLAVINGSPROBLEMATIEK

2.1 Aantal verslaafden

Exacte cijfers over de omvang van de verslavingsproblematiek in Nederland ontbreken. Het Trimbos-instituut geeft sinds 1999, in opdracht van het Ministerie van VWS, jaarlijks de Nationale Drugmonitor (NDM) uit. De cijfers in de NDM zijn schattingen van de omvang van de verslavingsproblematiek in Nederland op basis van gegevens van onder andere het Trimbos-instituut zelf, het Centraal Bureau voor de Statistiek en het Centrum voor Drugsonderzoek van de Universiteit van Amsterdam.

Tabel 2 Schatting aantal verslaafden

Primaire problematiek	Aantal problematische gebruikers	Schatting uit
Alcohol	circa 820 000	1996
Opiaten (heroïne/methadon)	26 000–30 000	1999
Cocaine	55 000	2001

Bron: Nationale Drugmonitor (Jaarbericht 2003).

2.2 Bereik verslavingszorg

Er zijn twee registratiesystemen voor cliënten van de verslavingszorg, het Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem (LADIS) en het Zorginformatiesysteem (Zorgis).

Het LADIS bevat gegevens over alle ambulante hulpverlening en preventie-activiteiten voor alcohol-, drugs-, medicijn- en gokverslaving in Nederland. Instellingen voor verslavingszorg die op basis van de specifieke uitkering maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid financiële middelen van gemeenten ontvangen, dienen de gegevens geanonimiseerd aan te leveren bij de Stichting Informatievoorziening Verslavingszorg (IVZ) in Houten. De gegevenslevering is wettelijk verplicht sinds de inwerkingtreding van de Registratieregeling Verslavingsbeleid in 1998. Het IVZ publiceert jaarlijks een rapport «Kerncijfers Verslavingszorg».

Het Zorgis is een informatiesysteem waarin gegevens staan van cliënten die opgenomen zijn in intramurale instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, waaronder verslavingsklinieken. Zorgis wordt beheerd door Prismant, een advies- en onderzoeksbureau voor de Nederlandse gezondheidszorg. De gegevensaanlevering is echter nog niet volledig⁵. Dit betekent dat de gegevens van ontbrekende GGZ-instellingen bijgeschat moeten worden om tot landelijke cijfers te kunnen komen. De aanlevering van de gegevens door de verslavingszorginstellingen is echter nog onvoldoende om tot betrouwbare landelijk schattingen te komen⁶. De verwachting is dat het nog een aantal jaren duurt voordat Zorgis betrouwbare landelijke cijfers over de (poli)klinische verslavingszorg kan leveren.

De aparte registratie van ambulante en (poli)klinische zorg en de tot nu toe onvolledige registratie van de (poli)klinische zorg maakt het moeilijk een volledig beeld te schetsen van het aantal personen dat gebruik maakt van de verslavingszorg. Personen die zowel ambulante als (poli)klinische zorg ontvangen kunnen in beide registraties voorkomen. Momenteel is men bezig LADIS te integreren met Zorgis.

⁵ GGZ Nederland, «Kerncijfers uit de GGZ 2000–2002».

⁶ De gegevensaanlevering van verslavingszorginstellingen bedroeg in 2002 8%, in 2000 en 2001 was dit 33%.

Uitgaande van de gegevens uit de NDM berekent het IVZ het bereik van de ambulante verslavingszorg. Tabel 3 geeft per type verslavend middel een overzicht van het bereik van de ambulante verslavingszorg.

Tabel 3 Bereik ambulante verslavingszorg

	Aantal hulpvragers		% hulpvragers in 2002
	2001	2002	
Alcohol	22 107	23 849	3%
Opiaten (heroïne/methadon)	17 066	16 043	53–62%
Cocaine	6 485	7 774	14%
<i>Totaal</i>	<i>45 658</i>	<i>47 888</i>	

Bron: Stichting Informatievoorziening Verslavingszorg (Kerncijfers Verslavingszorg 2001 en 2002).

Uit de tabel blijkt dat zich in 2002 bijna 48 000 hulpvragers hebben gemeld. Het IVZ geeft daarbij in haar rapport aan dat bijna 9 500 personen zich voor de eerste keer meldden. Het aantal personen dat zich vaker heeft gemeld is dus 80%, wat een indicatie geeft voor de terugval of recidive. Opvallend is dat het overgrote deel van de problematisch alcoholgebruikers buiten het zicht blijft van de (ambulante) verslavingszorg met slechts 3% bereik. Ook problematisch cocainegebruikers komen minder vaak terecht bij de verslavingszorg⁷, maar sinds 1994 is het aantal ambulante cliënten volgens het IVZ wel verdrievoudigd.

Informatie over het aantal verslaafden met meervoudige problematiek bestaat niet. Verslavingszorginstellingen schatten dat bij bijna 85% van de opgenomen verslaafden sprake is van meervoudige problematiek. De Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden (CCBH) schat dat de groep langdurig heroïneverslaafden die beperkt maatschappelijk geïntegreerd is én de extreem problematische groep heroïneverslaafden uit bijna 10 000 mensen bestaat⁸. Volgens het Trimbos-instituut ontbreekt voor deze twee groepen in veel gevallen passende en samenhangende zorg⁹.

2.3 Conclusie

Cijfers over de omvang van de verslavingsproblematiek in Nederland zijn niet exact bekend en gegevens over het bereik van de verslavingszorg zijn (nog) onvolledig. Schattingen geven wel aan dat er grote, onzichtbare groepen alcohol- en cocaineverslaafden bestaan die geen zorgvraag uiten.

⁷ In het Rekenkameronderzoek gaf een huisarts hiervoor de volgende verklaring: «Het is voor hulpverleners makkelijker in contact te komen met mensen die verslaafd zijn aan heroïne, omdat men een alternatief kan bieden, namelijk methadon. Bij cocaine is dat niet het geval. Mensen die verslaafd zijn aan cocaine zijn daarom moeilijker te benaderen.»

⁸ Alcoholverslaafden met meervoudige problematiek zijn niet in deze schatting meegenomen.

⁹ Presentatie K. Duijvenbooden tijdens conferentie Trimbos-instituut in het kader van het rapport «Van later zorg?» (2003).

3 SIGNALERING

3.1 Uitgangspunten

Het is belangrijk dat een verslaving zo vroeg mogelijk wordt gesignaleerd en dat verwezen wordt naar de verslavingszorg. Het duurt geruime tijd voordat iemand die verslaafd is voor zichzelf en voor anderen toegeeft dat hij verslaafd is. Hierdoor komen verslaafden vaak pas bij de verslavingszorg terecht als zich meervoudige problematiek ontwikkeld heeft. Volgens het Nationaal Kompas Volksgezondheid¹⁰ van het RIVM wordt alcoholproblematiek slecht en laat herkend, zowel door de omgeving als door professionals. Gemiddeld signaleren huisartsen maar 10% tot 30% van de patiënten met een alcoholprobleem. Het duurt gemiddeld zeven jaar voordat een alcoholverslaafde met zorg in aanraking komt. Volgens verslavingszorginstellingen zou er veel minder meervoudige problematiek zijn als de behandeling van alcoholverslaafden gemiddeld twee jaar eerder zou beginnen. Drugsgebruikers moeten het liefst binnen een half jaar behandeld worden om de kans op abstinentie zo groot mogelijk te maken.

De Algemene Rekenkamer gaat er op basis van haar onderzoek in de praktijk van uit dat voor een zo goed mogelijke signalering van belang zijn:

1. kennis en methoden om verslaving te herkennen;
2. meldpunten waar signaleerders en mensen uit de omgeving van de verslaafde terecht kunnen met een verzoek om hulp;
3. laagdrempelige voorzieningen waar verslaafden zelf op af komen, waardoor ze gevonden kunnen worden.

3.2 Signaleerders

Herkennen verslavingsproblematiek

Het vroegtijdig signaleren van verslavingsproblematiek blijkt moeilijk te zijn. Met name alcoholproblematiek wordt vaak (te) laat gesignaleerd. Het herkennen van verslavingsproblematiek vereist dan ook specifieke kennis en vaardigheden die mogelijke signaleerders niet altijd bezitten. Vaak is men ook niet goed op de hoogte van de aard en omvang van de verslavingsproblematiek in de eigen regio.

Belang kennis van omvang verslavingsproblematiek

Een District Huisartsen Vereniging: Om huisartsen te mobiliseren zou het goed zijn als zij weten hoeveel procent van de bevolking in hun regio verslavingsproblemen heeft.

Eventueel zou dit geschat kunnen worden op basis van landelijke gegevens. Vervolgens zou met een eenvoudig rekensommetje te bepalen moeten zijn hoeveel verslaafden een huisarts dan *zou kunnen hebben* in de eigen praktijk. Toen bijvoorbeeld bekend werd dat een bepaald percentage van de bevolking suikerziekte heeft, hebben huisartsen actiever gezocht naar signalen van suikerziekte bij hun patiënten en ze ook gevonden.

Het zijn met name de huisartsen en de GGD'en die met mensen in aanraking komen vanwege gezondheidsproblemen en in het kader daarvan gericht aandacht zouden kunnen besteden aan mogelijke verslavingsproblemen. De bezochte huisartsen blijken geen inzicht te hebben in de aard en omvang van de verslavingsproblematiek in hun regio. De GGD'en hebben wel informatie uit diverse bronnen maar weten dat de gegevens vaak niet volledig en soms niet actueel zijn.

¹⁰ <http://www.rivm.nl/vtv/data/sitekompas/>.

De huisartsen en GGD'en signaleren op basis van professionele inschatting maar achten de eigen kennis daarvoor niet altijd voldoende. Volgens de verslavingszorginstellingen signaleren huisartsen alcoholproblematiek onvoldoende. Dankzij de alcoholgelden¹¹ van het ministerie van VWS zijn zij begonnen met nascholing aan huisartsen.

Herkennen van verslavingsproblemen

Een gemeente verwees naar een onderzoek waaruit het gebrek aan herkenning van de verslaving bleek bij de psychiaters van de GGZ die ingeschakeld worden bij inbewaringstelling (in het kader van de Wet BOPZ). De psychiater constateerde bij 2 van de 79 personen dat ze verslaafd waren, terwijl bijna de helft het was. De Algemene Rekenkamer heeft ook gesproken met de betreffende GGZ-instelling. Deze bevestigde dat de signalering van verslavingsproblematiek nog onvoldoende onderdeel is van een intake. Deze GGZ-instelling geeft aan nog niet te beschikken over een instrument om verslavingsproblematiek te kunnen diagnosticeren.

De maatschappelijke opvang is in alle vijf regio's van mening over voldoende kennis te beschikken om verslaving te herkennen. De politie signaleert op grond van de zichtbare symptomen van verslaving op straat. Hun kennis is gebaseerd op jarenlange ervaring met «gebruikers».

Doorverwijzing naar de verslavingszorg

Als gesignaleerde verslaafden worden doorverwezen, dan gebeurt dat in de regel passief waarbij men het initiatief om zich aan te melden bij de verslavingszorg bij de verslaafden laat. Met name de huisartsen vinden dat zij een weinig actieve rol kunnen en moeten spelen. Zij wijzen op het belang van de vertrouwensband en de eigen verantwoordelijkheid van patiënten om al dan niet iets aan het probleem te doen.

Voorbeelden contacten signaleerders – verslavingszorg

In één regio houdt een zogenaamde zorgmakelaar die verbonden is aan de verslavingszorginstelling spreekuur bij de politie. Deze zorgmakelaar maakt een inschatting van de hulpverlening die iemand nodig heeft en regelt dat vervolgens. In een andere regio zorgt de coördinator drugsoverlast dat, als hulpverlening nodig is, iemand van de verslavingszorginstelling naar het bureau komt om het eerste contact met de verslaafde te leggen.

De politie zegt regelmatig of altijd door te verwijzen naar de verslavingszorg. Ook woningcorporaties, sociale diensten en kredietbanken komen in aanraking met cliënten die verslavingsproblemen hebben. Woningcorporaties reageren meestal op klachten van omwonenden. In twee regio's schakelt de corporatie het bemoeizorgteam van de GGD in. In de andere regio's wordt de wijkagent of de huisarts ingeschakeld of volstaat men met het doorverwijzen naar de hulpverlening.

Als medewerkers van de sociale dienst verslaving herkennen, dan hangt het af van de mate van zelfstandigheid van de cliënt of zij actief danwel passief doorverwijzen.

Probleem bij de doorverwijzing kan zijn dat sommige verslavingszorginstellingen verlangen dat cliënten gemotiveerd zijn om daadwerkelijk geholpen te willen worden, hetgeen moet blijken uit het feit dat zij al geen alcohol of drugs meer gebruiken. Ook voor de maatschappelijke opvang is behandeling vaak een voorwaarde voor het verblijf in de opvang.

¹¹ Dit zijn, via de AWBZ, geormerkte gelden voor laagdrempelige alcoholzorg.

Monitoren opname en voortgang behandeling

Het is vaak niet bekend bij de signaleerders of de verslaafde die is doorverwezen zich daadwerkelijk heeft aangemeld en hoe lang het duurt voordat iemand in zorg wordt genomen.

Dit varieert van 1 week tot 2 à 3 maanden. In de periode die overbrugd moet worden, proberen GGD'en en maatschappelijke opvang cliënten «vast te houden» tot alles geregeld is. Als er lokale zorgnetwerken functioneren, blijven de daarbij betrokken signaleerders op de hoogte van de behandeling. De overige hebben alleen contact met de verslavingszorg als er zich opnieuw met een cliënt problemen voordoen.

3.3 Meldpunten

Waar kunnen signaleerders en omstanders terecht als zij hulp willen voor mensen met meervoudige problematiek, die zelf de zorg mijden? In veel gemeenten is een meld- en adviespunt «bemoiezorg» in het leven geroepen. De OGGZ-beleidsbrief van de minister van VWS uit 1997 en het landelijk OGGZ-convenant tussen het Ministerie van VWS, VNG, GGD-Nederland, GGZ-Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en de Federatie Opvang uit oktober 1999 hebben hier een belangrijke impuls aan gegeven. Het OGGZ-beleid wordt vanuit de gemeenten gevoerd. De meld- en adviespunten zijn vaak bij de GGD'en ondergebracht. Achter de meldpunten zitten interdisciplinaire teams van hulpverleners uit diverse organisaties die een samenhangend zorgaanbod kunnen samenstellen. De meldpunten zijn bedoeld voor iedereen die beroepshalve bij de doelgroep betrokken is, maar uit evaluaties blijkt dat het algemene publiek ze ook weet te vinden. De teamleden achter de meld- en adviespunten bemoiezorg zijn afkomstig uit de diverse deelnemende organisaties. Veelal zijn ze nog in dienst bij deze organisaties, die zo in natura bijdragen aan het meldpunt. De meldpunten zijn vaak opgestart met een projectsubsidie.

Evaluaties meldpunten

Van twee meldpunten zijn evaluaties beschikbaar van de opstartfase (van circa twee jaar).

Uit deze evaluaties blijkt dat circa 10 cliënten per maand werden gemeld. Van deze cliënten had circa 25% (ook) een verslavingsprobleem.

Een relatief groot deel van de meldingen komt van woningcorporaties. Verder melden hulpverlenende en dienstverlenende instellingen, de politie en particulieren. In beide evaluaties werd melding gemaakt van opvallend weinig meldingen door huisartsen. De aanmelders hebben positieve ervaringen met de meldpunten en hebben er veel vertrouwen in. De aanpak wordt als snel en praktisch aangeduid. Door de acties van de meldpunten worden onder andere huisuitzettingen voorkomen en de situatie voor betrokkene en diens omgeving verbeterd. Woningcorporaties zijn hier met name erg tevreden over. Zij besparen kosten en worden op hun beurt gevraagd om bij te dragen in de financiering van de meldpunten.

3.4 Vindplaatsen

Sommige ernstig verslaafden worden door de traditionele verslavingszorg nauwelijks bereikt. Zij zijn echter wel te vinden in laagdrempelige voorzieningen, waar ze zonder afspraak en op het moment dat ze daar behoefte aan hebben, gebruik van maken. Die laagdrempelige vindplaatsen kunnen zowel binnen als buiten de verslavingszorg gecreëerd worden. Het gaat om inloopposten, «huiskamers», dag- en/of nachtopvang en ruimtes waar ze kunnen gebruiken. De bestaande opvang is niet exclusief voor verslaafden. Vaak is het gebruik van alcohol en drugs er niet toegestaan vanwege

de onvoorspelbaarheid van het gedrag dat ermee gepaard gaat en ter bescherming van niet- en ex-verslaafden.

Op zoek naar een verblijfplaats

Uit onderzoek onder verslaafden met multiproblematiek in een stad bleek dat bij het dakloze deel van de doelgroep het vinden van een plaats om te slapen en een plaats om te gebruiken hoog op de behoeftenhiërarchie staan. Een groot deel van de dag staat in het teken van het vinden van die plaats(en). Het aanbod van de nachtopvang voldoet niet aan de wensen van de verslaafden zelf: er zijn namelijk kosten aan verbonden, de capaciteit is beperkt waardoor reserveren noodzakelijk is, de openingstijden zijn te beperkt en sluiten niet aan op het leefritme van de verslaafden en de huisregels zijn streng. De slaappleaats wordt daarom gevonden op straat, in een kraakpand, bij «vrienden» of bij familie.

Verblijfplaatsen

De centrumgemeenten hebben een belangrijke rol bij het creëren van laagdrempelige opvang. Het grootste tekort is er over de hele linie aan 24-uurs voorzieningen. Veelal zijn dag- en nachtopvang gescheiden. De nachtopvang moet per nacht geregeld worden en is per persoon gelimiteerd tot een aantal nachten per week of per maand.

Een groot deel van de verslavingszorginstellingen (80%) heeft sinds enkele jaren zogenoemde Intramurale Motivatiecentra (IMC) waar drugs-verslaafden voor zo'n drie maanden (soms oplopend tot een jaar) tot rust kunnen komen, concrete activiteiten aangeboden krijgen en over de toekomst kunnen nadenken. Die tijd wordt door de verslavingszorginstelling gebruikt om de zorgbehoefte te onderzoeken en een zorgplan op te stellen. De voorziening is laagdrempelig maar de wachtlijst is groot omdat de capaciteit beperkt is.

In een aantal regio's wordt in overleg met het zorgkantoor de ambulante verslavingszorg overgeheveld naar de AWBZ, om met het geld van de specifieke uitkering meer laagdrempelige opvang te creëren. De hoop is dat met de toename van de kosten op korte termijn, de kosten van de verslavingszorg op de lange termijn zullen dalen. In andere regio's zijn de gemeenten echter juist aan het bezuinigen op de inloopposten of werken de zorgkantoren niet mee met de overheveling van de ambulante verslavingszorg naar de AWBZ.

Gebruiksruimten

Gebruiksruimten (en methadonverstrekking¹²) zijn eveneens laagdrempelige voorzieningen, waarvan de toegang wel gereguleerd wordt door middel van een pasjessysteem of indicatie. Sinds eind jaren negentig zijn door gemeenten gefinancierde gebruiksruimten tot stand gekomen om overlast op straat te verminderen. Een ander beoogd effect was het beperken van gezondheidsschade, zoals infectiegevaar of overdosering. De Aanwijzing Opiumwet van december 2000¹³ heeft de gebruiksruimten een wettelijk kader gegeven. In mei 2002 heeft de minister van VWS zijn standpunt op gebruiksruimten aan de Tweede Kamer gezonden¹⁴. De minister hoopt dat een deel van de verslaafden alsnog de toeleiding tot zorg krijgt, die ze voorheen vermeden of niet wisten te vinden.

Het is overigens aan de gemeente of er een formele gebruiksruimte komt en welke functies die heeft. Eén van de centrumgemeenten in het Rekenkameronderzoek heeft al sinds 1990 gebruiksruimten en een andere is in 2003 pas bezig met het opzetten van de eerste. Vrijwel alle gebruiksruim-

¹² Uit onderzoek is bekend dat door methadonverstrekking 90% van de heroïneverslaafden bekend was bij de hulpverlening.

¹³ Staatscourant 2000, 250.

¹⁴ Ministerie van VWS, GVM/2275590.

ten zijn voor drugsverslaafden. Recentelijk komen her en der verplaatsbare gebruiksruimten voor alcoholverslaafden.

Evaluatie gebruiksruimten

Uit een plaatselijke evaluatie van gebruiksruimten, blijkt dat het moeilijk is om de effecten op de drie doelstellingen (verminderen overlast, gezondheidsbevordering, doorverwijzing hulpverlening) te onderzoeken, omdat de mate waarin de effecten moeten optreden en hoe die zijn te meten niet van tevoren worden bepaald. Alle gebruiksruimten waren ontstaan als reactie op drugsoverlast. Als de beslissing om te starten eenmaal genomen is, wordt meestal een (verslavings)zorginstelling beheerder en wordt gezondheidsbevordering onderdeel van de uitvoering en zelfs belangrijk(st)e bestaansgrond. De gebruiksruimten hanteren regels waaraan de gebruikers zich moeten houden. Ook zijn er vaak (tegen betaling) voorzieningen als douches, wasmachine, eten en drinken. Bij allemaal is er breed aanbod zoals spuitenomruil en het verstrekken van attributen. Daarentegen werd geen voorlichting gegeven, gebeurde doorverwijzing alleen op initiatief van de bezoeker en waren er pas recent initiatieven voor geneeskundige verzorging.

3.5 Conclusies

Verslaafden die al zoveel problemen hebben dat ze in de maatschappelijke opvang komen of in aanraking met de politie komen worden meestal wel herkend en doorverwezen. Het (vroegtijdig) signaleren van met name alcoholverslaafden blijkt echter moeilijker te zijn. Om dit te verbeteren moet bij met name huisartsen en GGD'en de kennis verbeterd worden. Het gaat om kennis over de omvang van de problematiek en hoe verslaafden te herkennen en gemotiveerd te krijgen. Ook zouden zij verslaafden meer actief kunnen doorverwijzen.

Voor zowel signaleerders als omstanders van zorgmijdende verslaafden met meervoudige problematiek zijn meldpunten nodig die multidisciplinair zijn samengesteld en snel en actief reageren op meldingen. Het Ministerie van VWS stimuleert de oprichting van meld- en adviespunten, waardoor deze in veel gemeenten zijn opgericht. De aanmelders hebben positieve ervaringen met deze meldpunten en hebben vertrouwen in deze aanpak.

De verslaafden zelf hebben behoefte aan betere verblijfs- en gebruiksruimten. Voor de hulpverlening dienen deze ruimten als «vindplaatsen» om deze mensen zorg en hulpverlening te bieden en toe te leiden naar zorg. De (centrum)gemeenten hebben een belangrijke rol bij het realiseren van meldpunten en vindplaatsen.

4 BEHANDELING EN ZORG

4.1 Uitgangspunten

Verslavingszorginstelling zouden door hun organisatie en manier van werken moeten bijdragen aan het in zorg krijgen en in zorg houden (voor de duur van de behandeling/zorg) van verslaafden. Een groot deel van de verslaafden haakt echter (meermalen) tussentijds af.

De verslavingszorginstellingen geven de volgende redenen voor uitval uit de behandeling of terugval na de behandeling:

- terugval in de verslaving (85% van de instellingen gaf deze reden aan);
- te laat gestart met de behandeling (79%);
- niet het juiste behandel- of zorgaanbod in huis (62%);
- problemen met voorzieningen op de primaire leefgebieden wonen, financiën en dagbesteding (77%).

De Algemene Rekenkamer gaat er op basis van haar onderzoek in de praktijk van uit dat voor het in zorg krijgen en houden vier aspecten van belang zijn:

1. de snelheid waarmee de behandeling/zorg kan beginnen na de aanmelding;
2. de mate van outreachend werken, dat wil zeggen: het actief opsporen van verslaafden die zelf niet (meer) in staat of gemotiveerd zijn om de benodigde zorg in te schakelen;
3. begeleiding door casemanagers;
4. de aanwezigheid van voorzieningen voor chronisch verslaafden.

4.2 Start behandeling en zorg

Het is van belang dat de wachttijden voor de intake en indicatiestelling, en tussen indicatiestelling en start van de behandeling zo kort mogelijk zijn, zodat de motivatie van de verslaafde niet verloren gaat.

Aanmelding, intake en indicatiestelling

Verslaafden moeten een afspraak maken of aangemeld worden voor een intake die leidt tot een indicatiestelling door de verslavingszorginstelling. Hiervoor kunnen zij in alle gevallen tijdens kantooruren terecht; 3 van de 16 instellingen zijn ook in de avonden te bereiken. Ruim de helft van deze instellingen heeft een crisisdienst die 24 uur per dag bereikbaar is. In geval van crisis wordt de verslaafde direct in zorg genomen en vindt de intake en indicatiestelling achteraf plaats.

Gemiddeld duurt het 2 weken voordat een verslaafde na de aanmelding wordt uitgenodigd voor een intake. De kortste wachttijd is 1 dag, de langste wachttijd 1 maand. Met behulp van de zogenaamde Europ-asi vragenlijst, wordt de problematiek van een cliënt op verschillende (leef-)gebieden, waaronder middelengebruik, vastgesteld. Volgens de helft van de instellingen kan de indicatiestelling verbeteren door het vergroten van de psychiatrische kennis bij de intake.

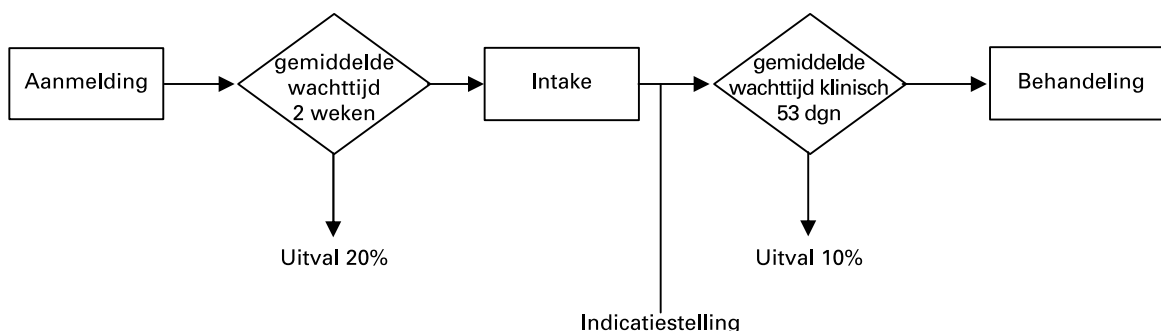
Ongeveer 20% van de verslaafden die aangemeld zijn bij een verslavingszorginstelling verschijnt niet op de afspraak voor de intake. Bij één instelling daalde dit percentage drastisch naar 5% na het toepassen van bemoeizorg. Een andere instelling bereikte verbetering door de intake te verschuiven van de ochtend naar de middag.

Start behandeling

Voor een ambulante behandeling is de wachttijd gemiddeld 42 dagen (variërend van 2 dagen tot 3 maanden), voor klinische behandeling 53 dagen¹⁵ (2 dagen tot 5 maanden) en voor de IMC's zelfs 61 dagen (2 dagen tot 9 maanden).

Ongeveer 10% van de verslaafden komt niet opdagen bij de start van de behandeling. De helft van de verslavingszorginstellingen biedt wachtlijstzorg aan in de vorm van groepsbijeenkomsten om de verslaafden gemotiveerd te houden. Deze instellingen hebben echter geen lager uitvalsperscentage dan de anderen. Volgens de verslavingszorginstellingen is uitbreiding van de capaciteit en verbetering van de diagnosestelling nodig om de stap van indicatiestelling naar behandeling te optimaliseren.

Figuur 2 Proces van aanmelding tot en met start behandeling



4.3 Outreachend werken

Outreachend werken is het actief traceren van verslaafden die zelf niet (meer) in staat of gemotiveerd zijn om de benodigde zorg in te schakelen. Hulpverleners gaan naar de verslaafde toe, bijvoorbeeld in de vindplaatsen, en proberen door het vertrouwen van verslaafden te winnen hen over te halen tot verdere zorg en behandeling. Deze manier van werken betekent een ommakeer in het denken van de reguliere (verslavings)zorgverlening. Soms zijn meerdere bezoeken nodig voordat de cliënt een hulpverlener vertrouwt en openstaat voor hulpverlening. Outreachend werken is een vorm van bemoeizorg en wordt over het algemeen gemeentelijk gefinancierd.

Driekwart van de regionaal werkende instellingen werkt outreachend bijvoorbeeld in de vorm van veldwerk, straathoekwerk of de aanwezigheid van een medewerker van de verslavingszorg bij de politie of maatschappelijke opvang. Minstens 60% van de instellingen neemt deel aan een OGGZ-bemoeizorgteam. Toch kunnen, volgens de instellingen, outreachend werken en het creëren van vindplaatsen verbeterd worden, omdat ze belangrijk zijn voor het in zorg krijgen van verslaafden.

4.4 Casemanagement

Casemanagement is het coördineren, bewaken en begeleiden van het zorgtraject van een cliënt. Het zorgtraject voor verslaafden met meervoudige problematiek omvat niet alleen het zorgaanbod van de verslavingszorg, maar ook het (zorg)aanbod van andere instanties (zie ook hoofdstuk

¹⁵ Dit gemiddelde is exclusief de drie landelijke instellingen, waar de wachttijd groter is (3 maanden tot 1 jaar). Ook het uitvalsperscentage is daar hoger (gemiddeld 20%).

5). Casemanagement wordt soms gemeentelijk en soms via de AWBZ gefinancierd.

Ruim de helft van de verslavingszorginstellingen biedt casemanagement aan in de vorm van trajectbegeleiding of zorgmentoraat. Drie van de instellingen bieden casemanagement aan dat lijkt op Assertive Community Treatment (ACT). ACT is een geprotocolleerde vorm van casemanagement waarbij behandeling, ondersteuning en rehabilitatie door een multidisciplinair team worden geboden. Het team werkt outreachend met als doel zorgmijders (waaronder verslaafden) met meervoudige problematiek in de hulpverlening te krijgen en te houden en een crisis te voorkomen.

4.5 Voorzieningen voor chronisch verslaafden

Visie op verslaving

In de verslavingszorg wordt verslaving van oudsher gezien als een gedragsstoornis. Het behandelaanbod gebaseerd op deze visie, vereist in eerste instantie motivatie om het ongewenste gedrag af te leren. Voor chronisch verslaafden is dit gedragsgerichte behandelaanbod moeilijk bereikbaar, omdat deze motivatie veelal ontbreekt. Langzamerhand ontstaat in de verslavingszorg een andere visie (paradigmawijziging) waarin verslaving steeds meer als een psychiatrische ziekte wordt gezien. Dit heeft gevolgen voor het behandelaanbod en de behandeldoelen. Overigens geeft een instelling voor maatschappelijke opvang aan dat de in gang gezette paradigmawijziging weerstand oproept bij medewerkers en cliënten. Zij staan achter het gedragsmodel van de verslavingszorg.

Dubbel diagnose problematiek

Veel van met name de chronisch verslaafden hebben naast hun verslaving psychiatrische problemen. De verslavingszorg wordt zich er steeds meer van bewust dat psychiatrische kennis nodig is binnen het bestaande verslavingszorgaanbod. Deze bewustwording uit zich onder andere in het benoemen van een speciale doelgroep van de verslavingszorg, de dubbel diagnose cliënten (dd-cliënten). Een van de doelen van het ministerie van VWS is spreiding van aanbod van voorzieningen voor de dd-cliënten¹⁶.

Eénderde van de instellingen acht de capaciteit voor de dd-cliënten onvoldoende. Ook vinden zij het eigen zorgaanbod voor deze doelgroep niet optimaal. Zowel tijdens de indicatiestelling als de behandeling ontbreekt voldoende psychiatrische kennis bij de diagnostiek. De helft van de instellingen neemt deel aan projecten of overlegsituaties met een GGZ-instelling over de dubbele diagnose problematiek. Voor een aantal instellingen is de toename van deze problematiek aanleiding om te fuseren met een GGZ-instelling. Zodoende kan de medisch psychiatrische zorg worden versterkt en ontstaan er meer behandelmogelijkheden voor dd-cliënten.

Ook de maatschappelijke opvang wordt geconfronteerd met het gebrek aan voorzieningen voor dubbel diagnose cliënten. Soms nemen zij zelf initiatief om dergelijke voorzieningen te creëren.

Sociale verslavingszorg

In 1998 is het project Resultaten Scoren in de verslavingszorgsector gestart. Het doel is de kwaliteit en effectiviteit van de verslavingszorg te verbeteren. Dit wil men realiseren via experimenten, het ontwikkelen van protocollen en wetenschappelijk onderzoek (evidence based). Binnen

¹⁶ Rijksbegroting VWS 2004 inclusief zorgbeleid, Tweede Kamer, 2003–2004, 29 200, XVI, nr. 2.

Resultaten Scoren werken de verslavingszorginstellingen samen met onderzoeksinstituten zoals het Trimbos-instituut en universiteiten in drie zogenaamde ontwikkelcentra: «Kwaliteit en innovatie van zorg», «Preventie» en «Sociale verslavingszorg».

Sociale verslavingszorg richt zich niet op de behandeling, maar op de gevolgen van verslaving op het functioneren van de verslaafde. Hierbij is het hebben van een verslaving een gegeven en wordt abstinentie niet nagestreefd. De (oorspronkelijke) duur van het project Resultaten Scoren was vijf jaar, van 1998 tot 2003. Besloten is het project te verlengen met twee jaar, tot en met 2005.

Medische heroïneverstrekking

Tenslotte biedt de minister van VWS een beperkte groep ernstig zieke, chronische heroïneverslaafden die geen baat hebben bij behandeling, in zes steden in het kader van onderzoek, de mogelijkheid van behandeling met heroïne op medisch voorschrift onder strenge medische begeleiding. Doel is verdere gezondheidsschade te voorkomen en de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de patiënt te verbeteren. Verder is het verbeteren van het sociaal en maatschappelijk functioneren een doelstelling, waardoor criminaliteit en overlast zal afnemen. Voor medische heroïneverstrekking bestaan strenge indicatiecriteria¹⁷.

4.6 Conclusies

Voor het in zorg krijgen van verslaafden is het belangrijk dat na signalering de behandeling snel kan beginnen en dat de verslavingszorginstelling actief verslaafden traceert en ze weet te motiveren tot accepteren van zorg. Op beide punten zijn verbeteringen mogelijk. Er zijn soms behoorlijke wachttijden en ruim een kwart van de aangemelde verslaafden haakt af voordat de behandeling is gestart. Het merendeel van de verslavingszorginstellingen werkt wel (enigszins) outreachend, maar dit zou uitgebreid moeten worden. Ook het creëren van vindplaatsen is belangrijk voor het in zorg krijgen van verslaafden.

Voor het in zorg houden van verslaafden is begeleiding door casemanagers en het juiste behandel aanbod belangrijk. Niet alle verslavingszorginstellingen werken met casemanagers en de financiering ervan is niet eenduidig. Het ontbreken van het juiste behandel- en zorgaanbod wordt als belangrijke reden voor uitval genoemd. In het project Resultaten Scoren is de sector bezig het aanbod te verbeteren. Ook bestaat er steeds meer aandacht voor dubbel diagnose (dd) problematiek en de noodzaak van psychiatrische kennis voor diagnosestelling en de behandeling. Voor dd-cliënten is het zorgaanbod echter nog niet optimaal en is de capaciteit nog onvoldoende.

¹⁷ De Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden (CCBH) heeft in 2002 in het rapport «Heroïne op medisch voorschrift» geconcludeerd dat medische heroïneverstrekking een beduidende verbetering van de gezondheid en sociaal functioneren laat zien, maar ook een opzienbarende daling van het aantal dagen dat chronisch verslaafden zich bezig houden met illegale activiteiten.

5 FINANCIËN, WONEN EN DAGBESTEDING

5.1 Uitgangspunten

Voor het maatschappelijk herstel van verslaafden met meervoudige problematiek is vroegtijdig hulp nodig op primaire leefgebieden als financiën, wonen en reïntegratie en dagbesteding.

Organisaties die op deze gebieden hun diensten aanbieden, hebben geen deskundigheid in huis om met verslaafden om te gaan. Daarom willen zij vaak dat de verslaafde eerst van zijn verslaving afgeholpen wordt, voordat zij hulp verlenen. Het is echter voor de effectiviteit van de verslavingszorg van belang dat met de aanpak van de overige problemen zo snel mogelijk gestart kan worden, omdat perspectief op een beter leven motiveert om van het middelengebruik af te zien. Dit dilemma kan alleen in goede samenwerking opgelost worden. Begeleiding door de verslavingszorg speelt daarom een belangrijke rol bij het organiseren van de benodigde hulp op de leefgebieden financiën, wonen en reïntegratie.

5.2 Financiën

Mogelijke voorzieningen op financieel gebied zijn:

- schuldhulpverlening;
- budgetbeheer;
- uitkering sociale dienst.

Schuldhulpverlening

Verslaafden hebben door hun leefstijl en de kosten van de verslavende middelen vaak hoge schulden opgebouwd, ontstaan door boetes, leningen en openstaande rekeningen, onder andere bij dealers. Tot de onbetaalde rekeningen kan ook de nominale premie voor het ziektefonds behoren. Met name het dakloze deel van de verslaafden is – met alleen postadressen – voor verzekeraars moeilijk te bereiken. Als de nominale premie niet te innen is, wordt de verzekering stopgezet en is de verslaafde niet meer verzekerd voor medische zorg.

Officieel is het hebben van een verslaving een contra-indicatie voor het verkrijgen van schuldhulpverlening door een kredietbank. Bij een succesvolle behandeling of begeleiding van een verslavingszorginstelling, kan een kredietbank toch besluiten schuldhulpverlening te starten. De capaciteit van de schuldhulpverlening bij kredietbanken blijkt niet altijd voldoende te zijn, waardoor lange wachttijden ontstaan (9 maanden tot 1 jaar).

Problemen die kunnen ontstaan bij schuldhulpverlening zijn:

- Justitie werkt niet mee aan sanering van boetes¹⁸, waardoor andere schuldeisers ook afhaken;
- illegale schulden, zoals bij een dealer, zijn niet te saneren;
- het traject is dusdanig zwaar dat velen voortijdig afhaken.

Twee verslavingszorginstellingen organiseren zelf schuldhulpverlening voor hun cliënten die vanwege de wachtlijst of de contra-indicatie niet bij de kredietbank terecht kunnen. In contrast daarmee leidt bij één verslavingszorginstelling gebrek aan schuldhulpverlening tot het stoppen van het zorgprogramma met als gevolg dat de verslaafde weer dakloos wordt.

¹⁸ Een uitzondering geldt voor de SOV, waarbij de executie van geldboetes wordt opgeschort om de schuldsanering mogelijk te maken.

Budgetbeheer

Kredietbanken bieden budget- of inkomensbeheer aan ter ondersteuning van de schuldhulpverlening of ter voorkoming van schulden. Hierbij

betaalt de kredietbank uit de inkomsten van de cliënt de vaste lasten en keert wekelijks of maandelijks leefgeld uit aan de cliënt. Ook de maatschappelijke opvang biedt cliënten budgetbeheer aan.

Uitkering

De sociale dienst van de gemeente waar een verslaafde verblijft kent een uitkering toe onder de voorwaarden dat de verslaafde een postadres heeft en ingeschreven is bij het Centrum voor Werk en Inkomen (CWI). Wel worden problemen gemeld rond detentieperioden, die voor verslaafden niet ongebruikelijk zijn. Tijdens detentie wordt de uitkering stopgezet. Als de straf erop zit, moet dus opnieuw een uitkering aangevraagd worden, wat vaak betekent dat de verslaafde enige tijd zonder inkomen zit.

5.3 Wonen

Voor het leefgebied «wonen» zijn van belang:

- woningtoewijzing door woningcorporaties;
- woonbegeleiding;
- permanentere woon-zorgvoorzieningen.

Woningtoewijzing door woningcorporaties

Op basis van de Woningwet en het Besluit beheer sociale huursector (BBSH) is het de taak van woningcorporaties de doelgroep van de volkshuisvesting te huisvesten. In 2001 is aan het BBSH het «zesde prestatieveld» toegevoegd, bedoeld om initiatieven van corporaties op het terrein van wonen en zorg te stimuleren voor ouderen, gehandicapten en personen die zorg of begeleiding behoeven¹⁹. Hoewel woningcorporaties vaak al vóór 2001 betrokken waren bij woon-zorgarrangementen voor (ex)verslaafden, is over de hele linie een tekort aan huisvesting voor (ex)verslaafden. Dit is het gevolg van een tekort aan geschikte huisvesting, een tekort aan woonbegeleiding en een gebrek aan doorstroom naar volledig zelfstandig wonen.

Verslaafden met meervoudige problematiek vormen een risico voor woningcorporaties vanwege potentiële overlast of wanbetaling. Dit dilemma wordt opgelost door het sluiten van overeenkomsten tussen woningcorporaties en hulpverlenende instellingen over begeleid wonen of door de woningen niet aan de (ex)verslaafde te verhuren maar aan een verslavingszorginstelling of aan de sociale dienst. Met verhuur via de verslavingszorginstelling of de sociale dienst is het beter mogelijk om overlastgevend gedrag aan te pakken. Immers de (ex)verslaafde heeft een zorgcontract en geen huurcontract met de woningcorporatie en dus ook geen huurbescherming. Bij bepaalde overlast (met name bij «dealen») volgt onherroepelijk huisuitzetting, maar meestal wordt de huurder nog een laatste kans geboden, mits hij zich niet aan de begeleiding onttrekt.

Voor de woningtoewijzing is het van belang zicht te hebben op de gedragsproblemen die verslaving met zich mee brengt. Deze kennis is aanwezig bij de verslavingszorginstelling (of bij vorige verhuurders) maar mag niet uitgewisseld worden. Dit probleem wordt in alle vijf regio's gemeld. Voor dit probleem zijn de volgende oplossingen genoemd:

- de verslavingszorginstelling verzorgt de woningtoewijzing;
- de woningcorporatie maakt deel uit van een indicatiecommissie voor begeleid wonen;
- de woningcorporatie neemt af en toe deel aan een zorgoverleg over een cliënt.

¹⁹ Staatsblad 2001, 280.

De wachttijd voor passende woonruimte varieert van circa drie maanden tot een jaar. Speciale doelgroepen komen meestal wel sneller aan woonruimte dan de reguliere huurders, maar niet onmiddellijk als ze er aan toe zijn.

Voorbeeld van een woonproject

Eén van de centrumgemeenten heeft in 2000 een project gestart om uiteindelijk 500 dakloze verslaafden te huisvesten en te begeleiden. In het eerste jaar hebben de corporaties enigszins de kat uit de boom gekeken: hoe zou de begeleiding gaan verlopen? Na een jaar woonden er 147 cliënten in 84 woningen. In totaal hadden 201 mensen deelgenomen, waarvan er 54 (27%) zijn uitgevallen.

De verslavingszorginstellingen zijn niet ontevreden over het gerealiseerde slagingspercentage. Het begeleiden van deze moeilijke groep lijkt beter te gaan dan van tevoren was verwacht. In de startfase is intensieve begeleiding nodig. De begeleiding richt zich op basale woonvaardigheden (schoonmaken, koken, financiën) en op het samenwonen. De woonbegeleiders lukt het om crises te voorkomen, getuige het feit dat er heel weinig overlastmeldingen waren (bij overlast volgt uitzetting). Overigens viel het de woonbegeleiders niet mee om de zorg rondom de cliënten te organiseren. Hoewel de hulpverlenende instellingen de intentie hebben samen te werken is dat in praktijk een hele opgave en is verslaving toch vaak een contra-indicatie. Tenslotte bleek dat naast de financiële kant één van de meest nijpende problemen het gebrek aan dagbesteding is. Dagbesteding geeft structuur en zorgt voor vermindering van het gebruik en van overlast. Dagbesteding is dan ook een voorwaarde voor succesvol wonen.

Woonbegeleiding

Het begeleiden bij wonen door verslavingszorginstellingen kan ruwweg onderscheiden worden in de producten Begeleid Zelfstandig Wonen (BZW) en (ambulante) woonbegeleiding. Het onderscheid is terug te voeren op de financiering. BZW wordt gefinancierd via de AWBZ en (ambulante) woonbegeleiding via de gemeente. De begeleiding kan in verschillende woonsituaties gegeven worden en de begeleidingsduur varieert. Uit de beschikbare gegevens van de verslavingszorginstellingen blijkt dat de capaciteit voor begeleiden bij wonen ten tijde van het onderzoek 431 plaatsen en/of bedden was. Of hiermee aan de vraag voldaan kan worden is niet vast te stellen. Drie verslavingszorginstellingen bieden (nog) geen woonbegeleiding aan²⁰.

Ook de maatschappelijke opvang biedt begeleiding bij wonen aan. De vijf bezochte instellingen voor maatschappelijke opvang hadden samen 54 sociale pension plaatsen (voor verslaafden), 121 woonbegeleiding of ondersteuningplaatsen en 120 plaatsen in een 24-uurs woonvorm. Volgens één maatschappelijke opvang neemt de vraag naar woonbegeleiding toe. Gemeenten en woningcorporaties zien dat woonbegeleiding woonproblemen en huisuitzettingen kan voorkomen.

Doorstroming naar zelfstandig wonen

Begeleid-wonen projecten zijn bedoeld om de cliënten toe te leiden naar volledig zelfstandig wonen. Dit wordt niet overal bereikt. Het meest succesvol is het zogenaamde «huren op proef» in twee regio's. In zeven jaar tijd is 90% van de woningen op naam van (ex)verslaafden gekomen na een begeleidingsperiode van één à anderhalf jaar. Voorwaarde voor deelname was dat de verslaafde «clean» was of dat daar een reële kans op was. De uitstroom uit speciale woonvoorzieningen die gehuurd worden door de verslavingszorginstellingen, is daarentegen gering. Woningcorporaties die verhuren met een aanhangsel aan het huurcontract voor de begeleiding, zijn wisselend tevreden. Bij de een wordt een

²⁰ In hun werkgebied zijn wel andere aanbieders: CAD, RIBW of maatschappelijke opvang.

hoog slagingspercentage gemeld, bij de ander ligt het rond de vijftig procent. In het laatste geval is de corporatie van mening dat de begeleiding niet strikt genoeg was.

Permanenter woon-zorg voorzieningen

Een meerderheid van de verslavingszorginstellingen mist RIBW-achtige voorzieningen voor (met name de dubbel-diagnose) verslaafden die vrijwel permanente aandacht nodig hebben. RIBW staat voor Regionale Instelling Beschermd Wonen en is er voor mensen met langdurige psychiatrische en/of ernstige psychosociale problemen, die (nog) niet geheel zelfstandig kunnen wonen en leven binnen de samenleving. In de reguliere RIBW's is verslaving een contra-indicatie vanwege het afwijkend gedrag van verslaafden. De eerste ervaringen van een RIBW, die op verzoek van de gemeente toch een eenheid voor verslaafden had ingericht, waren niet gunstig²¹. Het project kon een herstart maken toen begeleiding werd ingekocht bij de verslavingszorg. Vanwege de hogere kosten van deze speciale RIBW, is met het zorgkantoor afgesproken dat vijf bedden gefinancierd worden voor vier werkelijke plaatsen. Het project loopt nu goed, voorziet in een behoefte, maar de speciale RIBW is nog op zoek naar structurele financiering.

5.4 Reïntegratie en dagbesteding

Structuur en een dag- en nachtritme ontbreken over het algemeen in het leven van een verslaafde met meervoudige problematiek. Met zinvolle dagbesteding zou structuur in hun leven aangebracht kunnen worden.

Inkoop reïntegratietrajecten door sociale diensten

Als werkzoekende moet een verslaafde zich inschrijven bij het CWI. Het CWI bemiddelt alleen voor mensen die geen afstand tot de arbeidsmarkt hebben, de overige (waaronder verslaafden met meervoudige problematiek) worden overgedragen aan de gemeente (sociale dienst). Die is verantwoordelijk voor het aanbieden van een passend en individueel traject. Voor de uitvoering koopt de sociale dienst reïntegratietrajecten in bij reïntegratiebedrijven. Twee van de bezochte sociale diensten kopen trajecten voor (ex)verslaafden in bij reguliere reïntegratiebedrijven; twee doen dat bij de verslavingszorginstelling of CAD en de laatste is, op initiatief van het CAD, in overleg over de financiering van een traject door het CAD, waarin verslaafden 1 à 2 dagen per week zwerfvuil ophalen.

Reïntegratieprojecten van sociale diensten

Sommige sociale diensten hebben ook eigen trajecten voor reïntegratie van kwetsbare groepen. Eén sociale dienst heeft een specifiek Kansen-traject in twee fasen: de eerste is gericht op rehabilitatie en reïntegratie en de tweede is gericht op werk. Het traject duurt maximaal drie jaar. Als na drie jaar niets bereikt is, komt de cliënt op een zogenaamd «rustplan». Hierbij ontvangt de cliënt wel een uitkering, maar wordt verder met rust gelaten. Het rustplan wordt jaarlijks geëvalueerd. Een andere sociale dienst biedt een arbeidstraject in de groenvoorziening aan en geeft een speciale brochure uit voor (verslaafde) dak- en thuislozen met alle werken en activeringstrajecten in de betreffende stad. Een derde sociale dienst heeft het voornemen zich specifiek te richten op het aanbieden van trajecten voor deze groeiende groep, met nadruk op sociale activering, sociale zelfredzaamheid en zorg en waar mogelijk uitstroom naar arbeid.

²¹ Met name het omgaan met voedingsgeld (niet besteed aan voeding) en met de inventaris van het huis (verkocht) was een probleem en leidde tot financiële problemen.

Reïntegratieprojecten van verslavingszorginstellingen

Verslavingszorginstellingen en CAD's kunnen met activerings- en

arbeids(toeleidings)trajecten als reïntegratiebedrijf dienen voor verslaafden. Hun verslavingskennis is daarbij een groot voordeel. Twee CAD's en tien verslavingszorginstellingen bieden dergelijke trajecten aan, onder de naam maatschappelijk herstel, maatschappelijke rehabilitatie, nazorg of maatschappelijke integratie. Bij de landelijk werkende verslavingszorginstellingen maakt arbeid structureel onderdeel uit van de behandeling.

5.5 Conclusies

De voorzieningen op het gebied van financiën, zoals schuldhelpverlening en budgetbeheer, zijn vaak niet geschikt voor (ex)verslaafden, vanwege onder andere de aard van hun schulden (illegale schulden bij dealers), de voorwaarden aan de (ex)verslaafde (behandeling succesvol doorlopen, stabiele woon- en inkomenssituatie) en de discipline die deze voorzieningen vragen. Bovendien zijn er vaak lange wachttijden.

Er is over de hele linie een tekort aan geschikte huisvesting voor (ex)verslaafden, een tekort aan woonbegeleiding en een gebrek aan doorstroom naar volledig zelfstandig wonen. Uit alle begeleid-wonenprojecten blijkt dat de begeleiding door de verslavingszorginstelling essentieel is, maar ook dat het een langdurig traject is. De meeste projecten zijn gestart met een tijdelijke projectsubsidie en zijn nu op zoek naar structurele financiering.

Vanwege de geringe doorstroom zal de capaciteit voor huisvesting én voor woonbegeleiding uitgebreid moeten worden. Tot slot zullen de consequenties voor het type woonruimte in beeld gebracht moeten worden. Er lijkt een groeiende behoefte te zijn aan onzelfstandige woonruimte²².

Om te voorzien in reguliere dagbesteding worden er arbeidsgewennings-trajecten verzorgd door reïntegratiebedrijven, sociale diensten, verslavingszorginstellingen en CAD's. De kennis van verslavingen blijkt een groot voordeel bij het opzetten van deze trajecten.

²² Deze constatering wordt ook gedaan in «Het souterrain, de bijzondere doelgroep en de taken van het Rijk»; een essay geschreven in opdracht van VROM (2002).

6 SAMENWERKING

6.1 Uitgangspunten

Tussen verschillende zorg- en dienstverlenende organisaties die betrokken zijn bij de zorg voor verslaafden met meervoudige problematiek is samenwerking essentieel. Door structurele samenwerkingsrelaties aan te gaan en gezamenlijk overleg te voeren over de cliënt, worden de betrokken instellingen mede verantwoordelijk voor het uitgestippelde traject. De samenwerking tussen de instellingen heeft in het ideale geval de vorm van een (lokaal) zorgnetwerk, want dat biedt de beste mogelijkheden om de meervoudige problematiek aan te pakken met een gebundelde inzet. Ook als er (nog) geen zorgnetwerk functioneert is het belangrijk dat instellingen zowel op beleidsniveau als rond individuele cliënten met elkaar samenwerken.

6.2 Beleidsmatige samenwerking

De verslavingszorginstellingen voeren overleg over beleid en financiering met de zorgkantoren en de centrumgemeenten. Met de zorgkantoren ligt de nadruk op productieafspraken en verantwoording daarover. Met de centrumgemeenten wordt ook over beleid gesproken. Deze overleggen worden niet met zorgkantoren en centrumgemeenten gezamenlijk gevoerd maar bilateraal. In enkele regio's zitten de centrumgemeenten wel tegelijk aan tafel.

Verslavingszorginstellingen nemen verder deel aan verschillende vormen van overleg in regiegroepen, stuurgroepen, platforms en overleggen rondom verschillende doelgroepen. Ook overleggen alle instellingen regelmatig met elkaar binnen GGZ-Nederland-verband over beleid en andere ontwikkelingen. In vier van de vijf onderzochte regio's is er beleidsmatige samenwerking tussen verslavingszorginstellingen en andere partijen, maar meestal nog niet naar volle tevredenheid van de deelnemers. In het algemeen hebben de verslavingszorginstellingen een rol in het beleidsmatig overleg, maar in sommige regio's zijn andere lokale actoren, zoals de maatschappelijke opvang of de GGD, belangrijker. In een enkele regio wordt onder regie van de gemeente gewerkt aan een betere overlegstructuur om de overlap eruit te halen en het overleg efficiënter te maken.

6.3 Samenwerking rond individuele cliënten

Casusoverleg

Casusoverleg over individuele cliënten varieert per regio van incidenteel overleg tot in sommige gevallen structureel overleg. In één regio vindt geen overleg plaats, alleen rond een kleine groep verslaafden met meervoudige problematiek, die bijzonder intensieve zorg nodig heeft.

De actoren die betrokken zijn bij het casusoverleg verschillen per regio. Zo is de verslavingszorg niet altijd betrokken, zijn GGD'en en de maatschappelijke opvang daarentegen wel altijd betrokken en zijn de sociale dienst en de woningcorporatie vaak betrokken in het kader van specifieke problemen. De politie is alleen partner in de regio's waar casusoverleg structureel plaatsvindt. De huisartsen zijn nooit bij overleg betrokken. In drie van de vijf regio's wordt aangegeven dat de samenwerking met de verslavingszorginstellingen problematisch verloopt vanwege gebrekkige gegevensuitwisseling, waarbij de verslavingszorginstellingen zich (volgens de andere organisaties teveel) beroepen op de privacy-wetgeving.

In het algemeen is men wel tevreden over het casuoverleg, met name als het via een zorgcoördinatieteam loopt. Wel kunnen personeelwisselingen grote invloed hebben op de samenwerking (zowel positief als negatief) en kost het opbouwen van de samenwerking meer tijd dan aanvankelijk gedacht.

Samenwerking rond cliënten met meervoudige problematiek

Het OGGZ-beleid heeft een belangrijke impuls gegeven aan de samenwerking rond cliënten met meervoudige problematiek. Samenwerking tussen onder andere hulpverleningsorganisaties, politie en GGD krijgt gestalte via de meld- en adviespunten bemoeizorg (zie § 3.3) en via bemoeizorgoverleg dat plaatsvindt na een melding.

Bemoeizorgoverleg

Iedere melding bij een meldpunt bemoeizorg wordt, na informatie-inwinning, besproken in een bemoeizorgoverleg. De samenstelling van het zorgoverleg is ofwel vrij constant met naar behoefte uitbreiding (bijvoorbeeld met een woningcorporatie), ofwel variërend afhankelijk van de casus.

Na de zorgtoewijzing neemt één instelling de zorgcoördinatie (casemanagement) op zich. Uit een evaluatie bleek dat dit bij voorkeur een deelnemer aan het overleg is, omdat dan de informatie-uitwisseling en het hulpverleningsproces geen vertraging oplopen en de deskundigheidsbevordering van de deelnemers optimaal is. Het verloop van de zorg wordt regelmatig in het zorgoverleg besproken. Over het algemeen komen de zorgoverleggen wekelijks bijeen. Een belangrijke neventaak is het opsporen van hiaten in de zorgverlening. Uit de registraties van de meldpunt- en adviespunten bemoeizorg was echter de voortgang in de zorg niet goed af te leiden.

De verslavingszorginstellingen die geen gemeentelijk gefinancierde ambulante verslavingszorg hebben zijn nauwelijks betrokken bij de uitvoering van het OGGZ-beleid en dus het zorgoverleg. De overige melden in één of meerdere (deel)gemeenten bij OGGZ-projecten betrokken te zijn. Ondanks de OGGZ-convenanten melden enkele instellingen dat de afspraken nog te vrijblijvend zijn. In andere zorgnetwerken hebben de deelnemende organisaties zich vastgelegd de hulp te zullen leveren. De cliënten van de bemoeizorg hebben dan voorrang op andere (nieuwe) cliënten. Toch zijn er ook daar nog her en der wachttijden. Zolang een cliënt niet in de reguliere zorg is ondergebracht, blijft het bemoeizorgteam contact onderhouden. Als een snelle doorstroom naar de reguliere zorg niet gerealiseerd wordt, bestaat het risico dat het bemoeizorgteam dichtslibt.

De deelnemende instellingen en de melders zijn erg positief over de (bemoei)zorgnetwerken, doordat men snel reageert op meldingen en «ongevraagde» dienstverlening biedt.

Privacy-vraagstukken

Tijdens het onderzoek gaven verschillende organisaties aan dat zij bij de uitvoering van hun taken worden gehinderd door de privacy-wetgeving. Zo zouden verzamelde gegevens van cliënten niet over de grenzen van de verslavingszorginstellingen verspreid mogen worden. Ook zou eventuele informatie van de politie niet kunnen worden benut.

Bemoeizorg en wet bescherming persoonsgegevens (WBP)

De Wet bescherming persoonsgegevens staat in veel gevallen niet toe gegevens over cliënten uit te wisselen. Het is echter voor de toeleiding naar de zorg van belang een totaalbeeld te hebben van de probleemsituaties die rond een cliënt spelen. Daarnaast moet men weten welke afspraken er al lopen, zodat er geen acties dubbel ondernomen worden. De bemoeizorger kan genoodzaakt zijn om dit te doen buiten de cliënt om. De cliëntgegevens zijn overigens alleen toegankelijk voor de bemoeizorgers ten behoeve van continuïteit en procesbewaking. De samenwerkingspartners hebben geen inzage in de cliëntgegevens verzameld door de bemoeizorg. Dit roept soms vragen op omdat de bemoeizorgers het wel van de partners vragen.

Informatie-uitwisseling is extra complex als het gaat om samenwerking tussen zorginstellingen en andere instanties zoals de politie en de gemeente. Het ontbreken van toestemming van de betrokkene is veelal de bottleneck, zowel bij de «behandelingswetgeving» (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst en de Wet BOPZ) als de privacy-wetgeving (WBP). Ook de politie wordt – vanuit de Wet politieregisters met belemmeringen geconfronteerd.

Aangezien voor de groep verslaafden met meervoudige problematiek samenwerking en dus ook uitwisseling van persoonsgegevens essentieel is, zijn in vrijwel alle regio's organisaties bezig met juridische deskundigheid en het College bescherming persoonsgegevens (CBP) een manier te vinden om de rechtmatigheid ervan uit te zoeken en te waarborgen. Ook de landelijke koepels (GGZ, GGD) zijn met het Ministerie van VWS in overleg. De wetgeving is dan ook zeer complex (zie bijlage 4).

6.4 Conclusies

Beleidsmatige samenwerking tussen verslavingszorginstellingen, zorgkantoren en centrumgemeenten vindt nauwelijks plaats. Er worden wel productieafspraken gemaakt, maar dit gebeurt meestal bilateraal. Over het algemeen wordt in de meeste regio's veel overlegd. Sommige verslavingszorginstellingen hebben daar een rol in, maar soms zijn andere lokale actoren, zoals de GGD of de maatschappelijke opvang, belangrijker. Niet iedereen is tevreden over het overleg. In een enkele regio wordt onder regie van de gemeente gewerkt aan een betere overlegstructuur.

Samenwerking rond individuele cliënten gebeurt via casusoverleg en/of bemoeizorgoverleg. Casusoverleg varieert per regio van incidenteel overleg tot in sommige gevallen structureel overleg. De actoren die betrokken zijn bij het casusoverleg verschillen per regio. De verslavingszorg is hierbij niet altijd betrokken. Bemoeizorgoverleg is multidisciplinair, maar ook weer per regio wisselend samengesteld. Verslavingszorginstellingen die geen ambulante verslavingszorg bieden zijn nauwelijks betrokken. Over het algemeen zijn de organisaties die deelnemen aan zorgoverleg positief over de samenwerking, hoewel afspraken soms nog te vrijblijvend zijn. Verder kampt men soms met wachtlijsten waardoor een snelle doorstroming naar reguliere zorg niet altijd gerealiseerd kan worden.

Privacy-wetgeving wordt vaak als een complicatie gezien in de samenwerking. Verschillende organisaties in de regio's zijn bezig de (on)mogelijkheden van de privacy-wetgeving te analyseren, omdat in de praktijk veel onduidelijkheden bestaan over de toepassing ervan.

7 REGIE DOOR GEMEENTEN EN ZOR GKANTOREN

7.1 Uitgangspunten

Centrumgemeenten worden volgens de Welzijnswet 1994 geacht een op de behoefte afgestemd geheel van voorzieningen voor opvang en ambulante verslavingszorg in stand te houden dan wel tot stand te brengen, dat bovendien is afgestemd op het beleid en de voorzieningen in aanpalende sectoren (regierol). Gemeenten hebben op dit punt een aanzienlijke mate van beleidsvrijheid. Voor de (poli)klinische verslavingszorg (AWBZ) moeten de zorgkantoren de zorg contracteren, zodanig dat die tegemoet komt aan de zorgbehoefte.

Centrumgemeenten moeten volgens de Welzijnswet 1994 overleg plegen met de omliggende gemeenten die tot het verzorgingsgebied behoren. Aangezien het aanbod van gemeentelijk gefinancierde voorzieningen op het gebied van wonen, zorg en welzijn invloed heeft op de vraag naar AWBZ-zorg en vice versa is het van belang dat zorgkantoren en gemeenten informatie hebben over elkaars voorzieningen.

De Algemene Rekenkamer gaat er op basis van haar onderzoek in de praktijk van uit dat voor de totstandkoming van een optimaal aanbod van voorzieningen voor (ex)verslaafden de volgende aspecten van belang zijn:

1. de aanwezigheid van kennis van vraag en aanbod bij zowel gemeenten als zorgkantoren;
2. het vervullen van de regierol door centrum-gemeenten inclusief het voeren van overleg tussen centrumgemeenten en omliggende gemeenten;
3. het tot stand brengen van samenwerking tussen gemeenten en zorgkantoren;
4. zorgen voor transparantie in de financiering van ambulante en poliklinische zorg.

7.2 Kennis van vraag en aanbod

De kennis van de potentiële vraag (aantal verslaafden in de eigen (zorg)-regio) is zowel bij de gemeenten als bij de zorgkantoren niet aanwezig. Wel hebben sommige centrumgemeenten onderzoek laten doen en beschikken over meer gegevens (schattingen) van de omvang van de problematiek in de regio. Er is soms ook inzicht in het aantal verslaafden dat bij de hulpverlening bekend is.

De vijf zorgkantoren kennen slechts de capaciteit van de (poli)klinische verslavingszorg en wachtlijstmetingen. De capaciteit is uitgedrukt in bekostigingsgrootheden (bijvoorbeeld aantal bedden en verpleegdagen). Het is echter ook bij de zorgkantoren niet bekend hoeveel (unieke) cliënten daar jaarlijks gebruik van maken. Drie van de vijf zorgkantoren zijn ontevreden over de registratie door de verslavingszorginstellingen. Zij hopen dat de AWBZ-brede zorgregistratie hierin verbetering zal brengen.

De producten van de ambulante en de poliklinische verslavingszorg lijken sterk op elkaar en kunnen zowel bij de gemeente als het zorgkantoor gedeclareerd worden. De budgethouders zouden dus van elkaar moeten weten welke producten ze bij de instellingen inkopen. De gemeenten geven aan redelijk zicht te hebben op het AWBZ-aanbod aan verslavingszorg. Bij de zorgkantoren is het aanbod van gemeentelijke voorzieningen echter niet volledig bekend.

Veel gemeenten steunen de verslavingszorginstellingen om ambulante hulp AWBZ-gefinancierd te krijgen en in een aantal gemeenten is dat met het zorgkantoor overeengekomen. In de meeste gemeenten wordt zodoende meer geld vrijgemaakt voor preventie, laagdrempelige opvang of kwaliteitsverbetering. Sommige zorgkantoren zijn niet positief over deze verschuiving, omdat zij een (verdere) toename van de AWBZ-kosten van verslavingszorg voorzien. Andere zorgkantoren, die overeenstemming met de gemeenten hebben over de verschuiving, hopen dat meer en betere preventie-activiteiten op de langere termijn zullen leiden tot een afname van de AWBZ-kosten.

7.3 Regierol centrumgemeenten

Verbetering regierol

De vijf bezochte centrumgemeenten zijn zich er allemaal van bewust dat zij een regierol hebben. Uit documenten van de gemeenten blijkt dat het gebrek aan samenwerking een hardnekkig probleem is en dat de regie verbetering behoeft. Het merendeel van de gemeenten streeft naar zorgnetwerken op lokaal of wijkniveau (niet alleen voor verslaafden maar voor alle kwetsbare mensen met complexe problemen). In onderstaand schema staan de verschillende ideeën van de gemeenten om de regie te verbeteren.

Tabel 4 Plannen gemeenten voor verbetering regie

Gemeente 1: Op stedelijk en wijkniveau moeten voorzieningen met elkaar verbonden worden. Voorzieningen moeten eerst zelf op orde, daarna ook de samenwerking. Via subsidie-relatie faciliteren en zonodig corrigeren. Regiefunctie moet nog beschreven worden.

Gemeente 2: Veel van de beschikbare tijd gestoken in samenwerken ambulant en kliniek, hetgeen desondanks niet gelukt is. Regiefunctie niet expliciet beschreven. Gemeente heeft overigens korte lijnen met instellingen.

Gemeente 3: Ontwikkeling naar breder integraal verslavingsbeleid op lokaal niveau. Instrumenten: 1) vormen zorgnetwerken; 2) aanstellen procesmanagers en casemanagers; 3) beter registreren van klanten en voortgang.

Gemeente 4: Ontwerp voor een nieuwe (efficiëntere) overlegstructuur om de overgangen tussen functies in de keten te optimaliseren. Doel: gezamenlijk komen tot verbeteringen in zorg en afstemmen zorg individuele cliënt. Het zorgnetwerk werkt goed.

Gemeente 5: Om te komen tot gecoördineerde set interventies moet er een goed functionerende intake-organisatie komen, met goed diagnostisch instrumentarium. Deze moet de zorg toewijzen en de voortgang op alle gebieden bewaken. Plus uitbreiden lokale zorgnetwerken in alle stadsdelen.

Financiële regie

Sinds 2001 zijn de specifieke uitkering voor maatschappelijke opvang en de specifieke uitkering voor verslavingsbeleid samengevoegd tot één specifieke uitkering, zodat de centrumgemeenten meer integraal beleid kunnen voeren. De bezochte gemeenten geven echter aan dat het heel moeilijk is om de verdeling over maatschappelijke opvang (MO) en verslavingsbeleid (VB) te veranderen, al zouden ze dat willen. Alle vijf gemeenten verdelen de uitkering zoals die historisch gegroeid is, alleen verhoging van de uitkering heeft geleid tot herverdeling, in alle gevallen ten gunste van het verslavingsbeleid (zie tabel 5)²³. Alle gemeenten besteden ook geld uit eigen middelen aan dit beleidsterrein. Dit varieert van 3,5% tot 50% van het totale bedrag dat aan de maatschappelijke opvang en aan de verslavingszorg besteed wordt. Onderstaande tabel geeft een overzicht voor de bezochte gemeenten (NB de eventuele

²³ Het SGB0, Onderzoeks- en Adviesbureau van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, concludeerde in 2002 in haar rapport «Besteding extra rijksmiddelen maatschappelijke opvang door centrumgemeenten» dat in 2001 de extra middelen voor een belangrijk deel zijn besteed aan de maatschappelijke opvang.

verschuiving vanwege de verandering van de AWBZ, was in de begrotingen voor 2003 nog niet tot uitdrukking gebracht).

Tabel 5 Verdeling specifieke uitkering maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid – begroting 2003 –

	Oorspronkelijke verdeling van VWS 2001 (%)		Verdeling in begroting 2003 gemeenten (%)		Waarvan eigen middelen (%)
	MO	VB	MO	VB	
Gemeente 1	43,3	56,7	33,4	66,6	3,5
Gemeente 2	47,5	52,5	41,9	58,1	18,2
Gemeente 3	56,0	44,0	54,5	45,5	18,4
Gemeente 4	68,9	31,1	62,1	37,9	10,1
Gemeente 5	46,6	53,4	*	*	50
Gemiddeld excl. Gemeente 5	56,1	43,9	50,2	49,8	12,2

* Van Gemeente 5 wordt het deel voor verslavingsbeleid besteed door de GGD en het deel voor maatschappelijke opvang door Sociale Zaken. De GGD heeft cijfers over 2004 gegeven en van de maatschappelijke opvang zijn cijfers over 2002 bekend. Hierdoor zijn geen percentages te berekenen voor de besteding in 2003.

7.4 Overleg met omliggende gemeenten

Centrumgemeenten hebben op grond van de Welzijnswet 1994 de verplichting met omliggende gemeenten te overleggen over de besteding van de specifieke uitkering maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid. Vier van de vijf centrumgemeenten overleggen met alle omliggende gemeenten over de besteding van de middelen. De vijfde centrumgemeente overlegt met de grotere steden in de regio en stuurt de overige gemeenten een verslag.

Onderzoek van Fleurke e.a. (2002, zie bijlage 3) concludeert dat de *inhoudelijke* rol van omliggende gemeenten in de beleidsvorming zeer beperkt is. Het overheersende beeld laat zelfstandig opererende centrumgemeenten zien die geen substantieel overleg initiëren en buurgemeenten die daar ook niet op aandringen. Deze conclusie wordt bevestigd door dit onderzoek. De Algemene Rekenkamer vindt dat de omliggende gemeenten meer betrokken moeten worden. Weliswaar concentreren problemen rond drugsgebruik zich in de centrumgemeenten (en andere grote steden), maar de alcoholproblematiek doet zich, volgens een aantal verslavingszorginstellingen, zeker zo sterk voor op het platteland.

Twee van de bezochte centrumgemeenten zijn wel nadrukkelijk bezig om alle gemeenten in de regio te betrekken bij de beleidsvorming. In één regio heeft dat geresulteerd in een gezamenlijke beleidsvisie op de ambulante verslavingszorg en in de andere regio is een gemeenschappelijke regeling in de maak om alle gemeenten op één lijn te krijgen. Een andere centrumgemeente voorziet echter dat de samenwerking met de omliggende gemeenten steeds moeizamer zal verlopen op het gebied van huisvesting en voorzieningen voor verslaafden.

7.5 Samenwerking gemeente en zorgkantoor

Nederland is opgedeeld in 43 centrumgemeente-regio's en in 32 zorgkantoorregio's. Alleen die zorgkantoren waar de AWBZ-gefinancierde verslavingszorginstellingen statutair gevestigd zijn, contracteren de (poli)klinische zorg (in naam van alle zorgkantoren in het verzorgings-

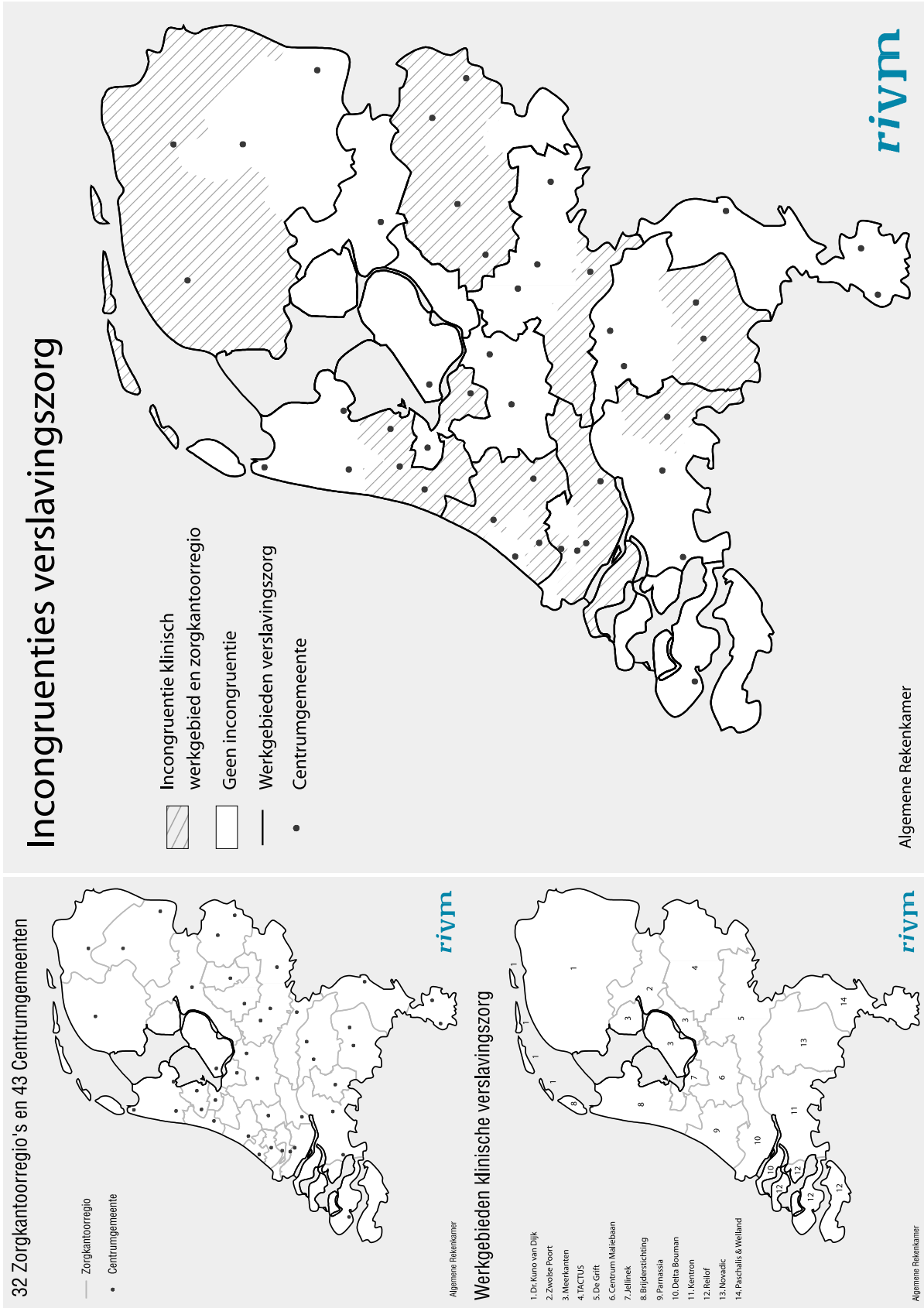
gebied van de instelling). De verzorgingsgebieden van de klinische verslavingszorginstellingen in Nederland zijn vaak niet congruent met de werkgebieden van de zorgkantoren. Ook dienen de verslavingszorginstellingen vaak met meer dan één centrumgemeente te overleggen. Dit kan tot gevolg hebben dat de regiefunctie van de centrumgemeente niet goed uit de verf kan komen of dat overleg tussen centrumgemeenten en zorgkantoren stroef verloopt door gebrek aan kennis over elkaars werkgebieden en over elkaars productafbakening (zie ook § 7.6).

In twee regio's die in het onderzoek bezocht zijn, kwam de centrumgemeente-regio overeen met de zorgkantoorregio en met het verzorgingsgebied van de verslavingszorginstelling en daar verliep het overleg goed. In de ene regio voerden gemeente en zorgkantoor regelmatig budgethoudersoverleg in het kader van Verslavingszorg Herijkt (zie bijlage 3). Deze gemeente én het zorgkantoor²⁴ zijn door dit project overtuigd geraakt van nut en noodzaak van het overleg. Ook in de andere regio overleggen gemeente en zorgkantoor over doelstellingen en financiering en proberen zij de afbakening van de producten in het «grijze gebied» helder te krijgen.

Figuur 3 geeft voor heel Nederland aan waar sprake is van incongruenties – globaal in de helft van het land – op het gebied van de verslavingszorg.

²⁴ Financieel gezien is de verslavingszorg voor de zorgkantoren maar een klein deel van de veel grotere GGZ-sector.

Figuur 3 Incongruenties verslavingszorg



7.6 Transparantie financiering ambulante en poliklinische verslavingszorg

De gemeentelijk gefinancierde ambulante hulp en de AWBZ gefinancierde poliklinische hulp lijken sterk op elkaar. Iedere (gefuseerde) verslavingszorg-instelling rekent (al dan niet in overleg met gemeenten en/of zorgkantoor) op zijn eigen wijze ambulante en poliklinische producten toe aan beide financieringsbronnen:

- een aantal instellingen declareert de betreffende producten naar verhouding van de productieafspraken bij gemeenten en zorgkantoor;
- een aantal instellingen declareert de betreffende producten bij de gemeenten tot het gemeentelijk budget op is en de rest bij het zorgkantoor;
- een aantal instellingen declareert de betreffende producten – sinds het loslaten van het budgetplafond in de AWBZ zoveel mogelijk bij het zorgkantoor zodat het geld van de gemeenten aan andere soorten producten binnen het verslavingsbeleid (preventie, laagdrempelige opvang) besteed kan worden;
- een aantal instellingen maakt niet duidelijk hoe ze het verdelen maar geeft toe dat er te schuiven is met het geld en met de productiecijfers.

Eén van de gevolgen van deze variatie is dat de productiecijfers voor de ambulante en de poliklinische verslavingszorg tamelijk willekeurig zijn. Tevens bestaat het risico dat dezelfde zorg zowel bij de centrumgemeenten als bij de zorgkantoren wordt gedeclareerd. De planning en control-cyclus, verantwoordingseisen en registratiesystemen voor beide vergelijkbare soorten zorg verschillen sterk van elkaar. De instellingen klagen dat ze (dezelfde) cliënten in de beide systemen op verschillende manieren moeten registreren. De administratieve lasten zijn hoog en complex. De kosten die hiermee gemoeid zijn, kunnen niet aan de directe zorg besteed worden.

Voorbeeld administratieve lasten

Eén instelling gaf aan 1 fte administratieve functie meer nodig te hebben na het verkrijgen van een AWBZ-erkenning. Een andere instelling gaf aan dat de complexe administratie zeker 1 fte administratieve functie meer kost dan nodig zou zijn als het meer gestroomlijnd was. Bovendien moet steeds meer geld besteed worden aan accountantscontroles.

Desgevraagd geven de centrumgemeenten in meerderheid aan dat zij voorstander zijn van de volgende taakverdeling:

- zorgkantoor: financiering van de op behandeling en zorg aan individuele verslaafden gerichte producten;
- gemeente: financiering van preventie, opvang-, vangnet/toeleiding- en nazorgvoorzieningen.

Vanwege het maatschappelijk belang zouden gemeenten graag hebben dat het zorgkantoor zich wat actiever zou bemoeien met de verslavingszorg. Andersom geven de zorgkantoren aan dat de gemeenten teveel nadruk leggen op de overlastproblematiek die met de verslaving gepaard gaat en te weinig aandacht hebben voor de zorg voor verslaafden.

7.7 Conclusies

Centrumgemeenten en zorgkantoren beschikken over onvoldoende kennis van de potentiële zorgvraag én van het aanbod van ambulante en (poli-)klinische zorg. Verder hebben beide een gebrekkig zicht op het zorgaanbod dat de ander financiert.

De centrumgemeenten vervullen nog onvoldoende de regionale regierol, maar erkennen wel dat het gebrek aan samenwerking tussen de organisaties die betrokken zijn bij de zorg en hulpverlening aan verslaafden met meervoudige problematiek, een hardnekkig probleem is en dat de regierol die zij daarin hebben verbetering behoeft.

Als centrumgemeenten overleg voeren met omliggende gemeenten over de besteding van de specifieke uitkering maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid, dan is de inhoudelijke bijdrage van de omliggende gemeenten zeer beperkt. De besteding blijkt voor een belangrijk deel plaats te vinden op historisch gronden. Ook bestaan er tussen centrumgemeenten grote verschillen in de mate waarin zij eigen middelen besteden aan dit beleidsterrein.

Samenwerking tussen centrumgemeenten en zorgkantoren is nog niet in alle regio's vanzelfsprekend. Met name waar verzorgings- en werkgebieden incongruent zijn is dit een probleem. Er bestaat geen duidelijke afbakening tussen ambulante (gemeentelijk gefinancierde) producten en poliklinische (AWBZ-gefinancierde) producten. Dit heeft tot gevolg dat productiecijfers van beide producten tamelijk willekeurig zijn en dat voor dezelfde type producten verschillende registratiesystemen, verantwoordingsvereisten etcetera bestaan.

8 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

8.1 Conclusies

Het verslavingszorgbeleid van de minister van VWS is erop gericht voorwaarden te creëren voor een kwalitatief goed en toegankelijk aanbod van verslavingszorg, dat aansluit op de (zorg)vraag van individu en samenleving. De minister van VWS is systeemverantwoordelijk voor de verslavingszorg. Dit betekent dat hij bovenstaand doel wil bereiken door het creëren van randvoorwaarden (wettelijke kaders en financiering), innovatie te stimuleren en samenwerking op landelijk niveau tussen betrokken (koepel)organisaties te bevorderen.

De Algemene Rekenkamer is van mening dat de minister van VWS zich omtrent het adequaat functioneren van het systeem moet kunnen verantwoorden. De minister moet daarom informatie hebben over het functioneren ervan en over de resultaten die bereikt zijn. Als de resultaten onvoldoende zijn moet de minister overwegen het systeem aan te passen.

Op basis van haar onderzoek concludeert de Algemene Rekenkamer dat de actoren die betrokken zijn bij de zorg en hulpverlening aan verslaafden met meervoudige problematiek er niet volledig in slagen een sluitend netwerk van verslavingszorg en hulpverlening op de primaire leefgebieden tot stand te brengen. Aanbod dat aansluit op de vraag van individu en samenleving wordt nog onvoldoende gerealiseerd. Op lokaal en regionaal niveau worden wel initiatieven genomen en ook uitgevoerd om deze aansluiting te verbeteren, maar zowel bij de verschillende organisaties zelf als in de samenwerking tussen die organisaties bestaan knelpunten.

Het vraaggestuurde systeem dat de minister van VWS voorstaat voor de gezondheidszorg sluit niet geheel aan op de realiteit van verslavingsproblematiek, aangezien het uitgaat van het bestaan van een zorgvraag. Een bijzonder kenmerk van personen met verslavingsproblemen is dat de zorgvraag in veel gevallen niet geuit of (te) laat geformuleerd wordt. Vroegtijdige signalering van verslavingsproblemen, met name van alcoholverslaving, is van belang maar blijkt in de praktijk moeilijk te zijn, vooral als signaleerders niet de beschikking hebben over specifieke kennis en methoden. Doorverwijzing van verslaafden zou ook actiever kunnen plaatsvinden.

Meldpunten, zoals de meld- en adviespunten bemoeizorg, en vindplaatsen, zoals gebruiksruimten, leveren een goede bijdrage, vooral voor het signaleren van verslaafden die overlast geven. De verslavingszorg die moet reageren op (aan)meldingen en vindplaatsen moet bezoeken, werkt echter nog niet altijd voldoende outreachend.

Het bestaan van wachttijden voor de verslavingszorg werkt extra belemmerend voor het in zorg krijgen van verslaafden, omdat de motivatie bij hen afneemt. Casemanagement is van belang voor het in zorg houden van verslaafden en voor het realiseren van de benodigde voorzieningen op de primaire leefgebieden. Het wordt echter nog niet door alle verslavingszorginstellingen aangeboden. De financiering van casemanagers is niet eenduidig, soms worden zij via gemeenten en soms via zorgkantoren gefinancierd. Ook ontbreekt het aan specifieke voorzieningen voor verslaafden met meervoudige problematiek zoals dubbel diagnose-klinieken en Regionale Instellingen Beschermd Wonen speciaal voor verslaafden. Het Ministerie van VWS heeft onderkend dat er onvoldoende dubbel

diagnose-klinieken zijn. Er zijn mogelijkheden gecreëerd om deze klinieken op te richten, ze komen echter nog onvoldoende van de grond.

Binnen de sector bestaan verschillende opvattingen over de oorzaken van verslaving en daaruit voortvloeiend, de behandeling van verslaafden. Er vindt hierover een professionele discussie plaats. De sector besteedt, met behulp van subsidies van het Ministerie van VWS, veel aandacht aan (nieuwe) behandelmethoden, maar deze zijn nog onvoldoende «evidence based». Het bestaan van verschillende opvattingen kan samenwerking in de weg staan en het onvoldoende evidence based zijn van behandelmethoden kan een risico vormen voor de kwaliteit van de zorg.

Zorgnetwerken komen niet altijd goed van de grond. De samenwerking tussen instellingen en organisaties die daarvoor nodig is, wordt onder andere belemmerd doordat in de praktijk onvoldoende kennis bestaat van de (on)mogelijkheden van de privacy-wetgeving. Voor de centrumgemeenten die een regierol hebben in het verslavingsbeleid is het moeilijk de samenwerking te bevorderen. Centrumgemeenten kunnen namelijk niet alle betrokken organisaties direct aansturen. Dit komt omdat de verschillende organisaties, zoals bijvoorbeeld de (klinische) verslavingszorg en woningcorporaties, niet alleen verschillende belangen hebben, maar ook aangestuurd worden vanuit verschillende wettelijke kaders.

Er bestaat nauwelijks samenwerking tussen centrumgemeenten en zorgkantoren. Voor de individuele zorgkantoren is het financieel belang van de verslavingszorg niet groot en het maatschappelijk belang ervan wordt vaak onvoldoende onderkend. Het bestaan van verschillende regio-indelingen vormt ook een belemmering in de samenwerking. Zo moeten verslavingszorginstellingen overleggen met meerdere centrumgemeenten én met zorgkantoren waarvan de werkgebieden vaak niet volledig overeenkomen met de zorggebieden van de instellingen²⁵. Partijen komen vaak niet bij elkaar, terwijl voor het slagen van het verslavingszorgbeleid onderlinge afstemming op regionaal niveau cruciaal is. Centrumgemeenten en zorgkantoren weten onvoldoende van elkaar welk zorgaanbod zij financieren. Ook stellen zij verschillende verantwoordings-eisen aan de verslavingszorginstellingen. Een deel van de verslavingszorgproducten dat zowel door de centrumgemeenten als de zorgkantoren gefinancierd wordt, lijkt sterk op elkaar. Het declareren van ambulante zorg (gemeentelijk) en poliklinische zorg (AWBZ) door instellingen is als gevolg daarvan niet transparant. Het risico bestaat dat dezelfde zorg zowel bij de centrumgemeenten als bij de zorgkantoren wordt gedeclareerd.

Op lokaal niveau ontbreekt goede informatie over de omvang van de verslavingsproblematiek die nodig is als hulpmiddel voor signaleerders bij het gericht zoeken naar verslavingsproblemen. Ook op regionaal niveau is sprake van gebrekkige informatie. Voor centrumgemeenten en zorgkantoren is inzicht in zorgvraag en -aanbod noodzakelijk om hun taak «een op de zorgbehoefte afgestemd geheel van voorzieningen voor opvang en verslavingszorg in stand houden dan wel tot stand brengen» goed te kunnen uitvoeren. Op rijksniveau beschikt de minister van VWS niet over voldoende beleidsinformatie om te kunnen beoordelen of het systeem dat hij inzet om zijn beleid te realiseren door middel van decentrale uitvoering, bevredigend werkt. Er is sprake van onvolledige informatie over de geleverde zorg, over de prestaties die de lokale en regionale partijen leveren en over de knelpunten die bestaan binnen de verslavingszorg en ten aanzien van de voorzieningen op de primaire leefgebieden.

²⁵ Zie voor een landelijk beeld figuur 3 op pagina 38.

8.2 Aanbevelingen

De Algemene Rekenkamer beveelt de minister van VWS, in lijn met de VBTB-gedachte, aan zijn systeemverantwoordelijkheid voor de verslavingszorg nader te duiden door specifiek te maken wat hij nastreeft met het systeem en welke prestaties hij verwacht van de betrokken actoren en tot welke resultaten dit zou moeten leiden. Lokale en regionale actoren kunnen zich dan richten naar het rijksbeleid, met behoud van hun eigen verantwoordelijkheid. De Algemene Rekenkamer is van mening dat de minister van VWS zich moet kunnen verantwoorden omtrent het adequaat functioneren van het systeem en de resultaten die bereikt worden. De minister moet daarom informatie hebben over het functioneren ervan en over de resultaten die bereikt zijn. Als de resultaten onvoldoende zijn moet de minister overwegen het systeem aan te passen. De minister dient dus duidelijk te maken welke verantwoordelijkheden actoren hebben op rijks-, regionaal en lokaal niveau, zodat zij daarop ook aangesproken kunnen worden. De minister van VWS moet verder regelen dat decentrale actoren die informatie leveren die hij nodig heeft om na te gaan of het systeem werkt, zodat een kwalitatief goed en toegankelijk aanbod afgestemd op de (potentiële) vraag, inclusief de maatschappelijke (re)integratie van (ex)verslaafden gerealiseerd wordt. Specifiek voor de beoordeling van de kwaliteit van het aanbod van de zorginstellingen zou hij gebruik kunnen maken van informatie die de Inspectie voor de Gezondheidszorg hierover verzamelt.

Op basis van geconstateerde knelpunten in de uitvoeringspraktijk beveelt de Algemene Rekenkamer de minister van VWS aan:

- Nader uit te werken welke taken de centrumgemeenten in het kader van hun regierol moeten uitvoeren, na te gaan of zij daarvoor voldoende instrumenten hebben en de wijze waarop de centrumgemeenten hun regierol invullen te monitoren.
- Te onderzoeken of en in hoeverre het mogelijk is regio-indelingen te stroomlijnen.
- Zorgkantoren te wijzen op hun verantwoordelijkheid en hun maatschappelijk ondernemerschap en alle zorgkantoren aan te sporen hun taak op dit terrein uit te voeren en productieafspraken voor de eigen zorgregio te maken.
- Het verzamelen en verspreiden van informatie over de aard en omvang van de verslavingsproblematiek te verbeteren, bijvoorbeeld met behulp van het Trimbos-instituut.
- Te zorgen dat de systemen die ontwikkeld worden voor de gehele GGZ (zoals Zorgis en de AWBZ-brede zorgregistratie) aansluiten bij de praktijk en de verschillende producten van de verslavingszorg.
- Actiever op te treden, bijvoorbeeld via gerichte voorlichting, als het veld geen gebruik maakt van bestaande mogelijkheden om nieuw aanbod te creëren.
- De praktijk voor te lichten over de (on)mogelijkheden van de privacywetgeving en te monitoren of dit knelpunt in de praktijk wordt opgelost.

Ten aanzien van de financiering van de verslavingszorg beveelt de Algemene Rekenkamer de minister van VWS aan in het kader van de herziening van het verzekeringsstelsel, de toekomstige wijzigingen in de AWBZ en de voorbereiding van de Wet maatschappelijke ondersteuning de huidige financiering van de verslavingszorg kritisch te bekijken. Met een eenduidige wijze van financieren kan onder meer een eind worden gemaakt aan problemen zoals de ondoorzichtige afbakening van ambu-

lante en poliklinische zorg en het bestaan van verschillende verantwoordings-eisen. Ook kan dan worden bezien op welke wijze eenduidigheid gerealiseerd kan worden in de financiering van casemanagers die een belangrijke rol kunnen spelen bij de realisatie van een sluitend verslavingszorgnetwerk. Tevens beveelt de Algemene Rekenkamer de minister van VWS aan op de hoogte te blijven van nieuwe producten, zodat de financiering ervan op tijd geregeld wordt en de continuïteit in de zorg gewaarborgd kan worden.

De Algemene Rekenkamer beveelt verder aan dat de minister van VWS de bedoelingen van zijn verslavingszorgbeleid duidelijk maakt aan de decentrale actoren door middel van een visie op de verslavingszorg. De minister heeft reeds een visie ten aanzien van de GGZ geformuleerd. De bijzondere aard van de doelgroep van de verslavingszorg, die vaak geen gerichte zorgvraag heeft, vraagt volgens de Algemene Rekenkamer echter om een nadere uitwerking van deze GGZ-visie. In de visie kan aandacht worden besteed aan onderwerpen die behoren tot de systeemverantwoordelijkheid van de minister van VWS, maar ook aan:

- De beleidsmatige en individuele samenwerking op lokaal en regionaal niveau en de wijze waarop die verbeterd kan worden, bijvoorbeeld via gerichte projecten naar het voorbeeld van het OGGZ-beleid.
- Het belang van de verslavingszorg als eerst verantwoordelijke voor de zorg en hulpverlening op de leefgebieden, vanwege haar expertise op het terrein van verslavingsproblematiek.
- (Verbeteringen in) de signalering van verslaafden en het belang van outreachende zorg, bemoeizorg en de ontwikkeling van nieuwe voorzieningen of methoden.
- De (verdere ontwikkeling) van de kwaliteit en innovatie van de verslavingszorg en de verschillende paradigma's die binnen de verslavingszorg bestaan.

9 REACTIE MINISTER VAN VWS EN NAWOORD ALGEMENE REKENKAMER

9.1 Reactie minister van VWS

De Algemene Rekenkamer vroeg de minister van VWS te reageren op het conceptrapport. De minister reageerde op 17 mei 2004. Deze reactie wordt hieronder integraal weergegeven.

Uw rapport, *Zorg voor verslaafden*, gaat uitvoerig in op het zorgnetwerk rondom verslaafden met meervoudige problemen. U stelt dat de zorg voor deze groep niet beperkt moet blijven tot zorg en behandeling door de verslavingszorg, maar dat ook hulp geboden moet worden op verschillende leefgebieden zoals wonen en werk.

De hoofdconclusie uit uw onderzoek is dat het netwerk van zorg voor verslaafden met meervoudige problemen nog niet sluitend is. Het gaat met name om de aansluiting van verslavingsbehandeling op ondersteuning op het gebied van wonen, werk, financiën en dagbesteding. De regierol binnen het verslavingsnetwerk zou vervuld moeten worden door de centrumgemeente, in samenwerking met het zorgkantoor. U concludeert dat deze partijen onvoldoende kennis hebben van de potentiële zorgvraag en van hun eigen en elkaars aanbod. De samenwerking tussen de verschillende partners in het netwerk is mede daardoor niet optimaal. Andere geconstateerde knelpunten voor die sluitende samenwerking zijn de financiering en de privacywetgeving. De financiering van de ambulante verslavingszorg is niet eenduidig geregeld. Over de privacywetgeving concludeert u dat er in het veld onvoldoende kennis is en dat dit de gegevensuitwisseling, die nodig is voor goede samenwerking, in de weg staat.

Ik wil graag een korte algemene reactie geven op uw conclusies. Vervolgens ga ik in op de afzonderlijke aanbevelingen.

VWS is systeemverantwoordelijk voor de verslavingszorg. Huisvesting, arbeidstoeleiding en zaken als schuldhulpverlening en uitkeringen (beheer) vallen niet onder de beleidsverantwoordelijkheid van VWS. Het zijn echter wel zaken die voor deze doelgroep van belang zijn en waartoe zij soms slecht toegang krijgt. Dat is de reden dat veel verslavingszorginstellingen deze taken zelf hebben opgepakt.

Op sommige plaatsen in Nederland wordt dergelijke hulp en ondersteuning zowel door de verslavingszorginstellingen als de centrumgemeente goed opgepakt. Op sommige plaatsen verwijzen partijen echter naar elkaar, waardoor een «moeilijke» doelgroep als (ex)verslaafden onvoldoende hulp krijgt.

In het algemeen zie ik veel overeenkomsten tussen uw conclusies en de conclusies en aanbevelingen van het IBO-rapport over Maatschappelijke Opvang *De opvang verstoort*. Verslaafden met meervoudige problemen zijn immers ook een doelgroep van de maatschappelijke opvang. Een deel van de in uw rapport genoemde knelpunten wordt daarom al in dat kader opgepakt: betere doorstroom, verbetering van de informatievoorziening, bevorderen van permanente woonvoorzieningen, een heldere afbakening tussen de domeinen van de Welzijnswet en de AWBZ en het versterken van de regierol van gemeenten.

Hieronder ga ik in op de aanbevelingen uit uw rapport.

Aanbeveling

- Duidelijk neerzetten van de visie van de minister van VWS op het systeem van verslavingszorg en daarin aangeven wat de verantwoordelijkheden van de verschillende partijen zijn. Daarbij zou de huidige financiering kritisch moeten worden bekeken.

Op 23 april jl. hebben de Staatssecretaris en ik een brief over de Wet maatschappelijke ondersteuning naar de Tweede Kamer gestuurd, onder de titel «*Op weg naar een bestendig stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning*». Met de afbakening tussen de AWBZ, de toekomstige Zorgverzekeringswet en de WMO wordt de verantwoordelijkheidsverdeling tussen Rijk en gemeenten, en de afbakening tussen gezondheidszorg en ondersteuning duidelijker.

U ziet de verslavingszorg als eerstverantwoordelijke voor de brede zorg aan verslaafden, dus inclusief de praktische hulp en ondersteuning op gebied van wonen, arbeidstoeleiding, dagbesteding e.d. Inderdaad is kennis van deze doelgroep nodig om effectief hulp te kunnen bieden. Gemeenten moeten zorgen voor een goed samenhangend stelsel van ondersteuning voor hun inwoners die niet goed in staat zijn in bepaalde situaties zelf of samen met anderen oplossingen te realiseren. Gemeenten hebben echter in de huidige situatie onvoldoende mogelijkheden om regie te voeren over samenhangende activiteiten van aanbieders van zorg, wonen, welzijn en dienstverlening. Het kabinet beoogt daarom met de WMO een lokaal stelsel van maatschappelijke ondersteuning op te zetten dat beter aansluit bij de behoefte van mensen aan ondersteuning in hun directe omgeving en dat de verantwoordelijkheden daarvoor ook duidelijk regelt. De verslavingszorg maakt deel uit van deze ontwikkeling. Ik zie daarom geen reden om een aparte visie voor de verslavingszorg te ontwikkelen.

Uw aanbeveling over de financiering van de verslavingszorg vat ik op als een aansporing om de gemeentelijk gefinancierde taken in de verslavingszorg en de AWBZ-gefinancierde verslavingszorg duidelijker te scheiden. Ik zal mij daarom in het kader van de overheveling van de GGZ en de verslavingszorg naar de zorgverzekeringswet beraden op de positie van de ambulante verslavingszorg.

Aanbeveling

- Verbeteren van het verzamelen en verspreiden van informatie over de aard en omvang van de verslavingsproblematiek.

Ik ben het slechts ten dele met uw conclusie eens dat over de aard en omvang van de verslavingsproblematiek niet zoveel bekend is. Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem bevat weliswaar alleen de gegevens over de ambulante verslavingszorg, maar is wel volledig en accuraat. Nederland kan als een van de weinige Europese landen altijd voldoen aan de internationale informatieplicht over aard en omvang van verslavingsproblematiek. De huidige informatie over de klinische verslavingszorg is inderdaad onvoldoende. Vanuit VWS en door de veldpartijen wordt echter veel gedaan om de registratie van de ambulante en de klinische verslavingszorg te integreren en aan te sluiten op de GGZ. Daarbij wordt ook gekeken naar de vereisten die de ontwikkeling in de DBC's aan de informatievoorziening stelt. Naar verwachting zal vanaf 2005 sprake zijn van een geïntegreerd informatiesysteem voor de hele verslavingszorg.

Aanbeveling

- Nader uit te werken welke taken de centrumgemeenten in het kader van hun regierol moeten uitvoeren, na te gaan of zij daarvoor voldoende instrumenten hebben en de wijze waarop de centrumgemeenten hun regierol invullen te monitoren.

Deze vragen zijn ten dele al aan de orde geweest in het IBO Maatschappelijke Opvang en het rapport *Selectieve decentralisatie en de zorg voor kwetsbare groepen* van de Vrije Universiteit van Amsterdam.

In de praktijk blijken er, ondanks alle aanbevelingen gedaan in eerdere rapporten, obstakels te bestaan waardoor sluitende samenwerking niet van de grond komt. Binnenkort stuurt het kabinet daarom een plan van aanpak van verloedering en overlast naar de Tweede Kamer. De doelgroep van die aanpak zijn verslaafden en psychiatrische patiënten met meervoudige problemen. In het plan van aanpak wordt een aantal concrete voorstellen gedaan om de regie op lokaal niveau te versterken.

Wat betreft het monitoren: er is al een monitor voor de maatschappelijke opvang en de ambulante verslavingszorg. De wijze waarop monitoring plaatsvindt in de toekomst is afhankelijk van de keuze voor financiering (specifieke uitkering, Brede doeluitkering of deels Zorgverzekeringswet). Het belang van goede monitoring onderschrijf ik in alle gevallen.

Aanbeveling

- Te zorgen voor eenduidige financiering van casemanagers.

Casemanagement is een uitstekend instrument, met name voor deze groep verslaafden. Binnen de verslavingszorg zijn de laatste jaren in vrijwel alle regio's initiatieven gekomen om bemoeizorg, outreachende zorg en casemanagement voor langdurig verslaafden op te zetten. Inhoudelijk wordt dit vanuit Resultaten Scoren, het kwaliteits- en ontwikkelingsprogramma voor de verslavingszorg, gestimuleerd. Probleem lijkt hier vooral de financiering: het bedrag per cliënt per jaar voor het product zorgcoördinatie langdurige zorgafhankelijke cliënten in de CTG-beleidsregel is volgens de instellingen niet voldoende. Casemanagement is een onderdeel van de extramurale GGZ (en verslavingszorg). In de toekomst zal dit product onder de zorgverzekeringswet vallen (alle extramurale GGZ wordt overgeheveld naar de nieuwe Zvw). In dat laatste geval zullen via de DBC-systematiek afspraken over de financiering gemaakt worden. De toekomstige financieringssysteem is duidelijk en transparant en laat bovendien meer aan betrokken partijen over.

Aanbeveling

- De praktijk voor te lichten over de (on)mogelijkheden van de privacywetgeving en te monitoren of dit knelpunt in de praktijk wordt opgelost.

Ik deel uw opvatting dat een optimale gegevensuitwisseling nodig is, evenals de mogelijkheid om samenwerking af te dwingen. De volgende concrete voorstellen worden daartoe aan de Kamer gedaan in het plan van aanpak van verloedering en overlast:

- Inventarisatie van wettelijke belemmeringen om de gegevens van verschillende instanties die zich bezighouden met de aanpak van zorgwekkende zorgmijders in één dossier onder te brengen.
- Om steden te faciliteren in samenwerking met het CBP een landelijk protocol privacy op te stellen dat voldoet aan de voorwaarden die aan gegevensuitwisseling gesteld worden.
- In verlengde van het voorgaande een landelijk protocol cliëntvolgsysteem opstellen.

Aanbeveling

- Te onderzoeken of en in hoeverre het mogelijk is om regio-indelingen te stroomlijnen. Hierop aansluitend: alle zorgkantoren aan te sporen productieafspraken voor de eigen regio te maken.

Deze aanbeveling neem ik niet over: de indeling in zorgkantorregio's is niet alleen in het leven geroepen voor de verslavingszorg. Zorgkantoren maken productieafspraken over de hele AWBZ-zorg. Een andere indeling die beter zou stroken met de regio-indeling voor de verslavingszorg, zou waarschijnlijk bij de GGZ, verpleegsector of gehandicaptensector tot discrepantie leiden. In de praktijk hebben verslavingszorginstellingen waarvan het werkgebied groter is dan één zorgkantorregio, meestal de pragmatische afspraak dat één zorgkantoor de productieafspraken voor de hele verslavingszorginstelling maakt. Ik heb geen signalen ontvangen dat dit systeem niet werkt.

Slot

In deze brief heb ik aangegeven hoe ik uw aanbevelingen oppak. Op een aantal punten is dit al heel concreet en specifiek voor de verslavingszorg uitgewerkt. Op een aantal andere punten loopt de verslavingszorg mee in bredere trajecten. Ik zal daarbij oog houden voor de kwetsbare positie van de verslaafden met meervoudige problemen.

9.2 Nawoord Algemene Rekenkamer

De Algemene Rekenkamer stelt vast dat de minister van VWS het merendeel van de door de Algemene Rekenkamer geconstateerde knelpunten herkent. De minister wijst in zijn reactie op een aantal (voorgenomen) trajecten, zoals de toekomstige Zorgverzekeringswet en de Wet maatschappelijke ondersteuning, die moeten bijdragen aan de oplossing van een aantal door de Algemene Rekenkamer geconstateerde knelpunten. De minister geeft aan bij alle relevante beleidstrajecten oog te blijven houden voor de kwetsbare positie van verslaafden met meervoudige problemen. Hij refereert in zijn reactie onder andere aan een plan van aanpak van verloedering en overlast dat binnenkort door het Kabinet naar de Tweede Kamer zal worden gestuurd. De doelgroep van dit plan zijn verslaafden en psychiatrische patiënten met meervoudige problemen. De concrete inhoud van het plan van aanpak was ten tijde van dit onderzoek nog onderwerp van Kabinetsberaad.

Verantwoordelijkheid van de minister van VWS

De minister onderschrijft in zijn reactie dat zaken als huisvesting, arbeidstoeleiding, schuldhulpverlening en uitkeringen (beheer) voor verslaafden met meervoudige problematiek van belang zijn en dat verslaafden daartoe soms slecht toegang krijgen. De minister beperkt zijn verantwoordelijkheid voor verslaafden met meervoudige problematiek tot systeemverantwoordelijkheid voor de verslavingszorg en stelt dat de overige beleids terreinen niet onder zijn verantwoordelijkheid vallen. De Algemene Rekenkamer merkt op dat de realisering van het in de VWS-begroting opgenomen beleidsdoel «vergroten van maatschappelijke reïntegratie van mensen met een verslavingsprobleem» niet uitsluitend binnen zijn systeemverantwoordelijkheid voor de verslavingszorg tot stand kan komen. Het zou daarom aanbeveling verdienen dat de minister van VWS zijn mede-bewindspersonen uitnodigt en motiveert tot het nemen van gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het realiseren van het genoemde beleidsdoel. De Algemene Rekenkamer spreekt de hoop uit dat het aangekondigde plan van aanpak van verloedering en overlast op dit punt helderheid zal bieden.

Visie op verslavingszorg

De minister geeft in zijn reactie aan dat hij geen reden ziet een aparte visie op de verslavingszorg te ontwikkelen, omdat de verslavingszorg deel uitmaakt van de ontwikkelingen die met de voorgenomen Wet maatschappelijke ondersteuning in gang zijn gezet. De Algemene Rekenkamer tekent hierbij aan dat zij nog niet heeft kunnen vaststellen dat de voorgenomen Wet maatschappelijke ondersteuning voldoende waarborgen zal bieden om de complexe zorg voor verslaafden met meervoudige problematiek binnen een sluitend netwerk te realiseren.

Regie en verantwoordelijkheidsverdeling

De Algemene Rekenkamer waardeert het voornemen van de minister van VWS om te werken aan de versterking van de regierol van de gemeenten. De Algemene Rekenkamer beschouwt het eveneens als een goede ontwikkeling dat gewerkt wordt aan de verduidelijking van de verantwoordelijkheidsverdeling tussen Rijk en gemeenten en in de afbakening tussen gezondheidszorg en ondersteuning. Zij wil in dit kader wel benadrukken dat voor verslaafden met meervoudige problematiek samenwerking op lokaal niveau van groot belang blijft en zal daarom de voortgang van de door de minister genoemde plannen blijven volgen.

Financiering verslavingszorg

De Algemene Rekenkamer neemt met genoeg kennis van de toezegging van de minister van VWS om de huidige financiering van de ambulante verslavingszorg kritisch te bekijken. De Algemene Rekenkamer benadrukt in dit verband nogmaals het belang van het stroomlijnen van de vereisten van de verschillende financieringsbronnen. De Algemene Rekenkamer is tevens verheugd dat óók de minister casemanagement als een uitstekend instrument beschouwt en aangeeft dat, in het kader van de DBC-systematiek, afspraken over de financiering ervan tot stand zullen komen.

Privacy en samenwerking

De Algemene Rekenkamer waardeert het voornemen van de minister van VWS om in het aangekondigde plan van aanpak van verloedering en overlast concrete voorstellen te doen om knelpunten in de afstemming en samenwerking in de praktijk, die een relatie hebben met de privacywetgeving, op te lossen en zal dit traject met belangstelling blijven volgen.

Regio-indeling

De minister stelt dat hij geen signalen heeft ontvangen over problemen ten gevolge van regio-indelingen die niet samenvallen met de werksfeer van zorgkantoren. De Algemene Rekenkamer merkt op dat zij in haar onderzoek wel geconstateerd heeft dat samenwerking op regionaal niveau gehinderd wordt door deze incongruente regio-indelingen. Juist de door de minister genoemde pragmatische afspraak, dat één zorgkantoor de productieafspraken voor een hele verslavingszorginstelling maakt, blijkt volgens het onderzoek van de Algemene Rekenkamer in een aantal regio's te leiden tot gebrekkige afstemming. De Algemene Rekenkamer bepleit geen andere regio-indeling, zoals de minister veronderstelt, maar pleit voor het handhaven van de algemene beleidslijn dat ieder zorgkantoor de productieafspraken maakt binnen zijn eigen regio. Vooral ook om op regionaal niveau een beter inzicht in de vraag en betere afstemming tussen vraag en aanbod tot stand te brengen.

Signaleringsfunctie en vraagsturing

De minister gaat in zijn reactie niet in op de door de Algemene Rekenkamer voorgestane versterking van de signaleringsfunctie binnen zorgnetwerken. De Algemene Rekenkamer vraagt in dit verband nogmaals aandacht voor de bijzondere aard van de doelgroep van de verslavingszorg, waar de zorgvraag vaak slechts latent aanwezig is. Een vraaggestuurd systeem beoogt het voorzieningenaanbod op de vraag af te stemmen. Een onvolledig beeld van de omvang van de zorgvraag leidt tot gebreken in het aanbod. Daarom dient voor deze doelgroep met een goeddeels latente zorgvraag actieve signalering een dubbel doel: verbetering van het inzicht in de reële zorgvraag én door vroegtijdige en adequate hulpverlening betere kansen op herstel en reïntegratie van de cliënt. Daarom beveelt de Algemene Rekenkamer nogmaals aan ook de schakel «vroegtijdige signalering en zorgtoewijzing» in het netwerk rondom verslaafden te versterken.

Aard en omvang verslavingsproblematiek

De Algemene Rekenkamer waardeert het dat de minister van VWS erkent dat de huidige informatie over het aanbod en het bereik van de (klinische) verslavingszorg nog onvoldoende is en dat hij samen met de veldpartijen werkt aan de verbetering hiervan.

De minister gaat helaas niet in op de verbetering van de informatie over de aard en omvang van de verslavingsproblematiek (potentiële zorgvraag). Deze informatie is van groot belang voor het goed functioneren van de signaleringsfunctie binnen een zorgnetwerk; het is een hulpmiddel voor signaleerders bij het gericht zoeken naar mensen met verslavingsproblemen. Voor gemeenten en zorgverzekeraars is deze informatie ook van belang om een op de zorgbehoefte afgestemd geheel van voorzieningen voor opvang en verslavingszorg in stand te houden dan wel tot stand te brengen. Daarnaast is de minister van VWS zonder deze informatie niet in staat te beoordelen of het systeem dat hij heeft ingericht bevredigend werkt en zich daarover te verantwoorden.

De Algemene Rekenkamer heeft in het kader van haar onderzoek gesproken met 67 regionale en/of lokale organisaties die op enigerlei wijze zijn betrokken bij de zorg of hulpverlening aan verslaafden met meervoudige problematiek. De interviews zijn afgenomen aan de hand van gestructureerde vragenlijsten.

Interviews verslavingszorginstellingen

De Algemene Rekenkamer heeft in het kader van haar onderzoek interviews gevoerd met 18 instellingen voor verslavingszorg. Gesproken is met tien regionaal werkende verslavingszorginstellingen, drie landelijke verslavingszorginstellingen, drie verslavingszorgklinieken die onderdeel zijn van reguliere GGZ-instellingen en twee CAD's. De resultaten van de interviews met deze instellingen voor verslavingszorg geven een representatief beeld van de verslavingszorg in Nederland.

Interviews vijf centrumgemeente-regio's

In de regio's van vijf centrumgemeenten heeft de Algemene Rekenkamer interviews gevoerd met verschillende organisaties die op enigerlei wijze betrokken zijn bij de zorg of hulpverlening aan (ex)verslaafden op de verschillende leefgebieden wonen, financiën en reïntegratie en dagbesteding.

In de eerste plaats is gesproken met GGZ-instellingen die net als de verslavingszorginstellingen betrokken zijn bij de behandeling van verslaafden.

In de tweede plaats is gesproken met organisaties die een rol kunnen spelen bij de signalering van verslaafden te weten GGD'en, huisartsen, de politie en instellingen voor maatschappelijke opvang. Naast vragen over de signalering van verslaafden en de doorverwijzing naar hulpverlening, is nagegaan of deze actoren in de praktijk ook nog een rol spelen ten aanzien van de zorg of hulpverlening aan (ex)verslaafden op één van de primaire leefgebieden.

In de derde plaats is gesproken met organisaties die een rol spelen bij de zorg ten aanzien van voorzieningen op het terrein van de primaire leefgebieden, te weten sociale diensten, woningcorporaties en gemeentelijke kredietbanken. Bij deze organisaties is ook nagegaan in hoeverre ze een rol spelen bij de signalering van verslaafden.

In de vierde plaats is in vier regio's gesproken met vertegenwoordigers van regiospecifieke organisaties of projecten, te weten een huiskamerproject, een RIBW voor verslaafden, een deelproject van Verslavingszorg Herijkt en een zorgcoördinatieproject.

Om inzicht te krijgen in het verslavingszorgbeleid op regionaal niveau zijn in de laatste plaats in alle vijf regio's gesprekken gevoerd met één centrumgemeente en het zorgkantoor.

De Algemene Rekenkamer heeft bij al deze organisaties zowel gevraagd naar de eigen praktijk ten aanzien van (ex)verslaafden als naar de samenwerking met andere actoren in het netwerk van zorg en hulpverlening aan verslaafden en de regie. De informatie uit de gesprekken is aangevuld met (beleids)documenten van alle organisaties waarmee gesproken is.

De resultaten uit de interviews in de vijf centrumgemeente-regio's zijn niet representatief voor de overige 37 centrumgemeenten. Deze gegevens moeten eerder als kwalitatief worden beschouwd.

Selectie centrumgemeente-regio's

De vijf centrumgemeente-regio's zijn geselecteerd op basis van een aantal criteria. In de eerste plaats zijn de regio's geselecteerd op basis van het aantal inwoners van de centrumgemeenten (in dit onderzoek variërend van bijna 45 000 tot bijna 600 000 inwoners) in relatie tot de hoogte van de specifieke uitkering maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid in 2002 (in dit onderzoek variërend van € 3,5 mln tot € 17,2 mln). In de tweede plaats is ervoor gezorgd dat er een zodanige spreiding over het land plaatsvond, dat een noordelijke, zuidelijke, oostelijke en westelijke regio in de selectie voorkwamen. In de derde plaats is ervoor gezorgd dat één van de vier grote steden is geselecteerd. Deze criteria leidden tot de selectie van de centrumgemeente-regio's Leeuwarden, Enschede, Venlo, Vlissingen en Rotterdam.

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Welzijnswet 1994 zijn van belang voor de verslavingszorg. Deze wetten regelen onder andere de financiering van de verslavingszorg.

AWBZ

De intramurale verslavingszorg wordt gezien als een categoriaal onderdeel van de intramurale geestelijke gezondheidszorg en wordt gefinancierd uit de AWBZ. De klinieken leveren niet alleen kort- of langdurende intramurale behandeling maar ook poliklinische en deeltijdbehandelingen. De zorgkantoren zijn de uitvoerders van de AWBZ. Het is de taak van de zorgkantoren om voldoende, kwalitatief goede zorg in te kopen en erop toe te zien of de gedeclareerde zorg ook daadwerkelijk geleverd is.

Momenteel zijn er 18 verslavingszorginstellingen, waarvan vier klinieken onderdeel zijn van reguliere GGZ-instellingen en drie instellingen landelijk werken. In 2003 was het financieel belang circa € 140,1 mln.²⁶.

Het thans lopende «Groot Project Modernisering AWBZ» is erop gericht de vraagsturing in de zorg te vergroten. Hiertoe worden verzekeringsaanspraken in functionele termen omschreven²⁷ (in plaats van de op aanbod omschreven zorgaanspraken), wordt de zorgverlening ontschot en wordt de rol van het zorgkantoor bij de inkoop van de zorg versterkt, waardoor meer zorg op maat geleverd kan worden. Het beleid is tevens gericht op de bevordering van (nieuw) zorgaanbod, onder andere door het stimuleren van toetreding van nieuwe zorgaanbieders op de AWBZ-markt.

Met ingang van 1 april 2003 is de nieuwe AWBZ van toepassing. De modernisering van de AWBZ was net begonnen ten tijde van het Rekenkameronderzoek.

Het lijkt erop dat steeds meer (welzijns)instellingen die vóór de modernisering geen AWBZ-erkenning hadden, nu een AWBZ-erkenning aanvragen voor bepaalde functies. Zo zijn instellingen voor maatschappelijke opvang aanvragen aan het voorbereiden voor toelating tot de AWBZ-zorg, met name voor de functies ondersteunende en activerende begeleiding. Daarnaast hebben CAD's een toelating aangevraagd (en gekregen) voor de functies behandeling en activerende en ondersteunende begeleiding, bedoeld voor het aanbieden van methadonprogramma's.

Het Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) maatschappelijke opvang waarschuwt voor een mogelijk financieel risico van de modernisering van AWBZ. Zo zijn er centrumgemeenten die afspraken hebben gemaakt met maatschappelijke opvang instellingen over het indiceren van cliënten voor AWBZ-zorg. Het gevaar bestaat dat bestaande activiteiten niet meer gefinancierd worden door gemeenten, maar via de AWBZ. Het kabinet heeft in haar reactie op het IBO-rapport aangegeven dat het de effecten van de modernisering van de AWBZ voor cliënten in de maatschappelijke opvang zal evalueren.

Met ingang van 1 januari 2006 wordt kortdurende geestelijke gezondheidszorg (< 1 jaar) die momenteel gefinancierd wordt via de AWBZ overgeheveld naar de Ziekenfondswet. Dit geldt zowel voor klinische als ambulante geestelijke gezondheidszorg. Aangezien klinische verslavingszorg onderdeel is van de GGZ, zal ook deze zorg overgeheveld worden naar de Ziekenfondswet²⁸. Het doel van deze overheveling is dat alleen langdurige continue zorg (> 1 jaar) AWBZ-gefinancierd blijft en dat op

²⁶ Zorgnota 2003.

²⁷ In de AWBZ zijn met ingang van 1 april 2003 zeven functies beschreven waarop verzekeren aanspraak kunnen maken: huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf.

²⁸ Dit geldt dus niet voor de ambulante verslavingszorg omdat deze zorg, in tegenstelling tot de ambulante geestelijke gezondheidszorg, gefinancierd wordt via de specifieke uitkering maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid.

genezing gerichte zorg via de Ziekenfondswet (en particuliere verzekeringen) gefinancierd wordt.

Welzijnswet 1994

Sinds 1990 zijn de zogenoemde centrumgemeenten (in eerste instantie tijdelijk) verantwoordelijk voor de ambulante verslavingszorg in hun regio. In 1990 waren het 23 gemeenten. Voordien werden de instellingen (o.a. CAD's) rechtstreeks door het rijk gefinancierd, waarbij de gemeenten wel al een rol hadden. De decentralisatie naar gemeenten is mede op verzoek van de gemeenten geschied.

Sinds 1998 vormt de Welzijnswet 1994 (artikel 10a) de wettelijke basis voor de specifieke uitkering maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid aan centrumgemeenten. In de Welzijnswet zijn centrumgemeenten aangewezen die verantwoordelijk zijn voor de totstandkoming, instandhouding en ontwikkeling van een landelijk dekkend geheel van voorzieningen voor maatschappelijke opvang en verslavingszorg. Het gaat om een op de vraag afgestemd geheel van voorzieningen en om afstemming op het beleid en voorzieningen in aanpalende sectoren. Centrumgemeenten genieten een aanzienlijke mate van beleidsvrijheid. De centrumgemeenten die de uitkering ontvangen dienen te overleggen over de besteding ervan met de omringende gemeenten. Per 1 januari 2001 zijn er 43 centrumgemeenten.

In 2003 bedroeg de specifieke uitkering maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid € 227,9 mln²⁹ (waarvan bijna 50% aan verslavingszorg besteed wordt).

Overige wet- en regelgeving

Naast de AWBZ en de Welzijnswet 1994 spelen binnen het kader van dit onderzoek andere wetten een rol bij hulpverlening aan verslaafden met meervoudige problematiek. Dit zijn de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO), de Wet bescherming persoonsgegevens (WBP) en Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet BOPZ).

²⁹ TK 2003–2004, 29 200, hoofdstuk XVI, nr. 2.

Op het terrein van de verslavingszorg is een aantal studies en adviezen uitgekomen dat van belang is in het kader van dit onderzoek. Belangrijke recente studies en rapporten voor de verslavingszorg zijn:

- Verslavingszorg Herijkt (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg en Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling, 1999);
- IBO maatschappelijke opvang «De opvang verstopt» (2002–2003);
- Evaluatieonderzoek «Selectieve decentralisatie en de zorg voor kwetsbare groepen» (Vrije Universiteit Amsterdam, Fleurke e.a., 2002);
- «Van later zorg? Over de kwaliteit van laagdrempelige zorg voor langdurig verslaafden» (Trimbos-instituut, 2003).

Rapport en project «Verslavingszorg Herijkt»

Op verzoek van de minister van VWS brengen de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) een advies uit over de besturing van de verslavingszorg. De aanleiding voor dit advies is de maatschappelijke discussie over de effectiviteit van de verslavingszorg. Centrale vraag was «Hoe kunnen de condities worden geschapen voor een effectief bestuur van de verslavingszorg, gericht op het bevorderen van kwaliteit, doelmatigheid en effectiviteit?».

In het advies wordt aangegeven dat sprake is van onvoldoende afstemming en regie bij het realiseren van adequate hulp voor verslaafden. De RVZ en de RMO achten het binnen de functionele en territoriale bestuurlijke lijnen niet wenselijk om één van de actoren (zorgkantoor, gemeente, provincie, rijksoverheid) de regie te laten voeren in de verslavingszorg. Zij adviseren daarom de bestaande beleidsverantwoordelijkheden en bekostigungsstromen grotendeels intact te laten, maar op de verschillende sturingsniveaus verbindingen aan te leggen. Op landelijk niveau zou de minister van VWS zorg moeten dragen voor de totstandkoming van een integraal, meerjarig perspectief voor de verslavingszorg, bij voorkeur in de vorm van een convenant tussen budgethouders (zorgkantoor, centrum-gemeente en justitie) en overige belanghebbenden. Een in te stellen Interdepartementale Commissie Verslavingszorg en -beleid zou het convenant voor dienen te bereiden.

Op regionaal niveau achten de RVZ en de RMO twee verbindingen noodzakelijk:

1. Onder regie van de provincie/grote steden zou in de eerste plaats een bestuurlijk platform verslavingszorg opgezet moeten worden voor de beleidsregie. Dit bestuurlijk platform zou een regiovisie moeten formuleren: een meerjarig beleidskader op basis van zowel de specifieke kenmerken van de regio als het landelijk convenant.
2. De operationele regie zou dan komen te liggen bij een overleg van budgethouders.

Reactie van de minister van VWS

De minister van VWS heeft het voorgestelde bestuurlijke bouwwerk om te komen tot een landelijke en (daarvan afgeleide) regionale visie niet overgenomen. Hierbij speelden de volgende aspecten een rol:

- de modernisering AWBZ noopte tot het maken van een pas op de plaats;
- met de herverdeling van de specifieke uitkering maatschappelijke

opvang en verslavingsbeleid beoogde de minister de mogelijkheden voor integraal beleid op gemeentelijk en regionaal niveau te versterken;

- de haaks op elkaar staande reacties op het advies van de zorgaanbieders en de gemeenten sterkte de minister in de keuze voor een behoedzame aanpak.

De in het advies genoemde noodzaak te komen tot verbindingen binnen een regio op zowel bestuurlijk als operationeel niveau heeft de minister wel overgenomen. Naar aanleiding daarvan is het project Verslavingszorg Herijkt gestart.

Project Verslavingszorg Herijkt

De kern van het project wordt gevormd door drie pilots waarbinnen getracht wordt te komen tot een betere bestuurlijke en financiële afstemming van de verslavingszorg. De pilots worden uitgevoerd in:

- Amsterdam, waar de pilot gericht is op de samenwerking en afstemming tussen betrokken actoren bij de begeleiding van de groep extreem problematische personen (het project Support);
- Rotterdam, waar de pilot gericht is op het tot stand brengen van de ketenbenadering;
- Provincie Limburg (Noord- en Zuid-Limburg), waar men door middel van een nieuw besturingsmodel een kwaliteit- en effectiviteitslag wil leveren op het terrein van de verslavingszorg en een samenhangend en integraal verslavingszorgcircuit wil bereiken.

Eind 2003 is het project in opdracht van het Ministerie van VWS geëvalueerd door het bureau Hoeksma, Homans & Menting. Na drie jaar is de eindconclusie dat Verslavingszorg Herijkt in zeer beperkte mate is gerealiseerd. Per pilot zijn de resultaten als volgt:

- In Amsterdam gaat men verder met de invulling van Support, het zorgkantoor neemt niet deel aan het project en maakt geen deel uit van het bestuurlijke platform van Support³⁰.
- In Rotterdam heeft men Verslavingszorg Herijkt achter zich gelaten en is men aangehaakt bij de ontwikkelingen op het gebied van de OGGZ.
- De provincie Limburg komt het dichtst bij de oorspronkelijke bedoeling van het experiment, maar doordat de pilot vertraging heeft opgelopen kunnen er nog geen conclusies aan verbonden worden. De pilot in provincie Limburg wordt met een jaar verlengd.

Uit de drie pilots is duidelijk geworden dat de samenwerking van de financiers van de verslavingszorg op basis van vrijwilligheid, waarbij deels financiële autonomie opgegeven wordt, niet is gelukt. Kern van het probleem is de vrijwilligheid. Hoewel alle deelnemers hebben aangegeven dat samenwerking van groot strategisch belang is, is men zonder dwang niet bereid tot het opgeven van financiële autonomie.

IBO maatschappelijke opvang «De opvang verstopt»

De minister van Financiën heeft in september 2002 onder andere een Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) ingesteld naar de maatschappelijke opvang. Centrale vraag van het onderzoek was «Welke maatregelen op het terrein van wet- en regelgeving, verantwoordelijkheidsverdeling, financiering, sturing en informatievoorziening zijn noodzakelijk om te komen tot een effectief en efficiënt werkende keten van maatschappelijke opvang?».

De belangrijkste conclusies uit het onderzoek zijn dat in de maatschappelijke opvang de informatievoorziening tekort schiet en dat mensen te lang

³⁰ Het evaluatierapport van Hoeksma, Homans & Menting is gepubliceerd in oktober 2003. Inmiddels is het zorgkantoor wel als (mede)financier bij de uitbreiding van Support betrokken.

in de instellingen blijven. Oorzaken hiervoor liggen zowel binnen de maatschappelijke opvang als daarbuiten.

Standpunten die het kabinet ten aanzien van de IBO maatschappelijke opvang heeft ingenomen en die tevens van belang zijn voor de verslavingszorg, zijn:

- Ten aanzien van overlastbeleid en maatschappelijke opvang
Het voorstel over het bezinnen over de wenselijkheid van dwangopnames in de keten van maatschappelijke opvang neemt het kabinet over. Het toepassen van dwang is vanuit het oogpunt van humaniteit en veiligheid voor de doelgroep van de maatschappelijke opvang het nadenken waard, ondanks dat dwang diep ingrijpt in de persoonlijke vrijheid en waardigheid.
- Ten aanzien van instrumenten voor woonruimteverdeling en woningtoewijzing
Het kabinet onderschrijft dat gemeenten als eerste verantwoordelijk zijn voor de aanpak van de huisvestingsproblematiek in de keten van maatschappelijke opvang. Het kabinet zal met het de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) praten om met bestaande gemeentelijke instrumenten de doelgroep van de maatschappelijke opvang te kunnen huisvesten.
- Ten aanzien van schulden
Het kabinet heeft het voorstel om problematische schulden te voorkomen en schulden effectiever te saneren ter hand genomen. Het voorstel voor een centrale registratie van schulden neemt het kabinet niet over.
- Ten aanzien van casemanagement
Het voorstel om door casemanagement de doorstroom in de maatschappelijke opvang te bevorderen voert het kabinet uit. Mensen in de maatschappelijke opvang hebben complexe, vaak meervoudige problemen. Vaak is eerdere hulpverlening onderbroken, waardoor de toegang tot verdere hulpverlening en bemiddeling naar werk bemoeilijkt wordt. Indicatiestelling door het Regionaal Indicatie Orgaan blijkt dan een te hoge drempel te zijn. Persoonsgebonden casemanagement kan de toegang tot geïndiceerde zorg vereenvoudigen.

Rapport «Selectieve decentralisatie en de zorg voor kwetsbare groepen»

Het rapport «Selectieve decentralisatie en de zorg voor kwetsbare groepen» is een bestuurskundig onderzoek naar de werking van het bestuurlijke stelsel op het terrein van de maatschappelijke opvang, het verslavingsbeleid en de vrouwenopvang. In opdracht van het Ministerie van VWS heeft Fleurke e.a. een evaluatieonderzoek in 2002 uitgevoerd naar het bestuurlijke stelsel voor maatschappelijke opvang, verslavingsbeleid en vrouwenopvang. Dit stelsel is sinds 1 januari 1998 van kracht. Centrale vraag van het evaluatieonderzoek was «In hoeverre heeft de gekozen vorm van decentralisatie (selectieve decentralisatie) onder de condities die in het betreffende veld aanwezig zijn, geleid tot de met het stelsel beoogde effecten?». De onderzoekers hebben in de werking van het bestuurlijk stelsel geen aanleiding gevonden het stelsel aan te passen. Wel wordt duidelijk uit het onderzoek dat de meeste gemeenten nog moeten groeien in hun rol beleidsvoerder en opdrachtgever.

Het standpunt van het kabinet ten aanzien van het bestuurlijke stelsel in evaluatieonderzoek is opgenomen in het standpunt op de IBO maatschappelijke opvang.

Ook het IBO maatschappelijke opvang laat zien dat gemeenten nog worstelen met het invullen van hun regierol op het terrein van de maatschappelijke opvang.

Het kabinet voert het voorstel om de gemeentelijke regierol te versterken uit. Dit door meer gemeentelijke bevoegdheden in de Bijstandswet en door gemeenten te ondersteunen om ketens te organiseren, te faciliteren en te regisseren. Met de Wet werk en bijstand wil het kabinet de regierol van de gemeenten versterken. Deze wet geeft gemeenten de bevoegdheid om zonedig budgetbeheer toe te passen of bijstand in natura te verstrekken. De gemeente hoeft voor de verstrekking van de bijstand in natura geen toestemming te vragen aan de betrokkene.

Rapport «Van later zorg?»

Het rapport «Van Later Zorg? Over de kwaliteit van laagdrempelig zorg voor langdurig verslaafden», is in november 2003 door het Trimbos-instituut gepresenteerd. In dit rapport wordt beschreven dat het meest actuele probleem voor langdurig verslaafden het onvoldoende beschikbaar zijn van laagdrempelige opvang is. Met name voor verslaafden die naast hun verslaving ook nog psychische problemen hebben, zogenaamde dubbel diagnose patiënten, zijn er onvoldoende opvang- en crisisplaatsen. Het gevolg hiervan is dat zij op straat verblijven, zodat de politie steeds meer in aanraking komt met verslavings- en/of psychiatrische problematiek.

Verder werken de betrokken instanties niet goed samen en neemt niemand de eindverantwoordelijkheid voor de zorg aan verslaafden of de coördinatie van hun hulpvragen.

Ook komt het maatschappelijke herstel van langdurig verslaafden moeizaam op gang, volgens het Trimbos-instituut.

Uitgangspunten Wet bescherming persoonsgegevens

De regels van de Wet bescherming persoonsgegevens (WBP) stellen grenzen aan de mogelijkheden om persoonsgegevens te verzamelen en te verwerken (waaronder verstrekken). De uitgangspunten van de WBP zijn:

- voor het verzamelen en verder verwerken van gegevens moet een duidelijk omschreven doel vaststaan;
- het verwerken moet rechtmatig plaatsvinden;
- verdere verwerkingen mogen niet onverenigbaar zijn met het doel waarvoor de persoonsgegevens zijn verzameld;
- het proces van het verzamelen en verder verwerken is transparant en inzichtelijk voor degene om wiens gegevens het gaat (de betrokkene);
- binnen dat proces heeft de betrokkene bepaalde rechten;
- er zijn maatregelen, zowel technisch als organisatorisch, om te waarborgen dat het verzamelen en verwerken ook volgens die uitgangspunten verlopen (beveiliging).

Gezondheidsgegevens

In de WBP zijn extra criteria geformuleerd voor de categorie bijzondere gegevens, waaronder die over gezondheid. Het verwerken hiervan is verboden, tenzij de wetgever daarvoor een ontheffing heeft verleend in de artikelen 17 tot en met 23 WBP. Hetzelfde geldt voor strafrechtelijke persoonsgegevens en persoonsgegevens over onrechtmatig of hinderlijk gedrag in verband met een opgelegd verbod naar aanleiding van dat gedrag. *Gezondheidsgegevens* zijn alle gegevens die de lichamelijke of geestelijke gezondheid van een persoon betreffen. Het verbodsregime van de bijzondere gegevens speelt in de reguliere zorg nauwelijks een rol, maar is wel van belang voor de omgeving van de zorg. Gezondheidsgegevens mogen alleen worden verwerkt door personen die uit hoofde van hun beroep tot geheimhouding zijn verplicht (medisch beroepsgeheim: zie hierna).

In artikel 23 WBP is bepaald in welke gevallen ontheffing kan worden verleend van het verwerkingsverbod van bijzondere gegevens. Zo mogen gezondheidsgegevens wel worden verwerkt met uitdrukkelijke toestemming van de betrokkene. Een stilzwijgende of impliciete toestemming is onvoldoende. Ook wordt het verbod opgeheven als de gezondheidsgegevens door de betrokkene duidelijk openbaar zijn gemaakt. Tenslotte kan de verwerking van bijzondere gegevens zijn grondslag vinden in hetzij een bijzondere wet, hetzij een beschikking van het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP). In beide gevallen dient aan twee voorwaarden te zijn voldaan: de verwerking dient noodzakelijk te zijn met het oog op een zwaarwegend algemeen belang en er dienen in het belang van de persoonlijke levenssfeer passende waarborgen te worden gecreëerd. Het CBP kan bij de verlening van ontheffing beperkingen en voorschriften opleggen.

Medisch beroepsgeheim

Verwerking van persoonsgegevens blijft achterwege voor zover een geheimhoudingsplicht uit hoofde van ambt, beroep of wettelijk voorschrift daaraan in de weg staat. Deze geheimhoudingsplicht op het terrein van de gezondheidszorg is in verschillende wettelijke bepalingen neergelegd. De belangrijkste daarvan is de wettelijke regeling van de behandelingsovereenkomst in het Burgerlijk Wetboek, ook wel de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), genoemd. Opzettelijke schending van het medisch beroepsgeheim kan zowel strafrechtelijke als tuchtrech-

telijk vervolgd worden. Op grond van artikel 9, vierde lid, WBP gaan wettelijke bepalingen omtrent het medisch beroepsgeheim vooraf aan de bepalingen van de WBP.

Uit de WGBO blijkt echter dat het medisch beroepsgeheim niet absoluut is. Doorbreking van het geheim kan plaatsvinden op grond van een wettelijk voorschrift/wettelijke ontheffing (bijvoorbeeld in het kader van het algemene belang of voor statistisch/wetenschappelijk onderzoek) of met toestemming van de betrokkene. Ook kan doorbreking van het geheim plaatsvinden op basis van een conflict van plichten zoals is bedoeld in artikel 40 van het Wetboek van Strafrecht, oftewel overmacht. Toestemming van de betrokkene kan stilzwijgend zijn (zoals ingeval de huisarts de patiënt naar een specialist doorverwijst), verondersteld zijn (zoals bij de uitwisseling van medische persoonsgegevens voor intercollegiale toetsing en ten behoeve van de financiële afhandeling van hulpverlening) of noodzakelijkerwijs expliciet en soms schriftelijk zijn. Dit laatste is met name van belang bij verstrekking aan derden voor doeleinden buiten de directe patiëntenzorg.

Zorgnetwerken

In het kader van het thema zorgnetwerk is de achtergrondstudie «Doelbewust volgen» (privacy-aspecten van cliëntvolgsystemen en andere vormen van gegevensuitwisseling) uit 1998 van het CBP interessant. Volgens deze studie dient bij het opzetten van een zorgnetwerk (en een cliëntvolgsysteem) het projectdoel duidelijk omschreven te zijn. Het projectdoel dient als basis voor een samenwerkingsovereenkomst of convenant tussen de betrokken partijen. Hieraan zal tevens een privacy-reglement gekoppeld moeten zijn. De basis voor iedere vorm van netwerkzorg (en de daarmee gepaard gaande gegevensverzameling en -verstrekking) is de erkenning dat er een problematiek is waarmee de betrokken organisaties elk vanuit hun eigen activiteiten worden geconfronteerd en die alleen door samenhangend optreden is aan te pakken. Vanuit die basis moet gezocht worden naar een projectdoel waarin de doeleinden van de deelnemers samenvallen. Alleen voor dat deel van de taken van de deelnemers dat betrekking heeft op het projectdoel mag de gegevensverzameling gebruikt worden.

Wet en Besluit politieregisters

De verstrekking van persoonsgegevens door de politie uit een politieregister is bepaald in de Wet politieregisters en het daarop gebaseerde Besluit politieregisters alsmede het privacyreglement van het betreffende register. Het aanleggen van een politieregister mag slechts plaatsvinden voor een bepaald doel en voor zover dit noodzakelijk is voor een goede uitvoering van de politietaak. Artikel 2 van de Politiewet noemt als taken van de politie het daadwerkelijk handhaven van de rechtsorde en het verlenen van hulp aan hen die deze behoeven. Het register bevat slechts persoonsgegevens die rechtmatig zijn verkregen en die noodzakelijk zijn voor het doel waarvoor het is aangelegd. Registratie van personen op grond van onder andere medische of psychologische kenmerken (zoals verslaving), vindt niet plaats. Het verbod van registratie wegens een gevoelig gegeven, houdt in dat een register van personen uitsluitend op grond van één van deze kenmerken verboden is. Uit de interviews die de Algemene Rekenkamer voerde met de politie bleek dat de politie de populatie drugsverslaafden in de gemeente vrij goed kennen, maar dat de politie deze kennis niet mag vastleggen en verstrekken, ook niet aan de gemeente als die de omvang van de doelgroep (te laag) in kaart brengt.

De Wet politieregisters gaat uit van een gesloten verstrekkingenregime. Dat betekent dat in de wet is voorgeschreven wie, in welke gevallen, welke gegevens uit een politieregister mag ontvangen. Gegevensverstrekking aan bijvoorbeeld instellingen voor verslavingszorg is niet in de wet geregeld. De wetgever biedt in artikel 30 van de Wet politieregisters een mogelijkheid om buiten de kring van «gegevensgerechtigden» relevante politie-informatie te verstrekken. Hiervoor gelden drie voorwaarden:

- Het verstrekken van informatie moet noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de politietaak, zijnde daadwerkelijke handhaving van de openbare orde, handhaving van de rechtsorde en *daadwerkelijke hulpverlening* aan hen die dat behoeven.
- Verstrekking is alleen mogelijk in bijzondere, incidentele gevallen.
- Er moet voldaan zijn aan de eisen van proportionaliteit (niet meer gegevens verstrekken dan strikt noodzakelijk is) en subsidiariteit (het doel van gegevensverstrekking moet niet op een andere, voor de privacy van de betrokkene minder ingrijpende manier, kunnen worden bereikt).

Dit artikel is bedoeld voor verstrekkingen in bijzondere gevallen, maar niet als basis voor systematische informatie-uitwisseling en informatiestromen. Wel is onder omstandigheden verstrekking in zich herhaaldelijk voorkomende en met elkaar vergelijkbare gevallen toegestaan.

SAMENVATTEND OVERZICHT MET CONCLUSIES,
AANBEVELINGEN, REACTIE MINISTER VAN VWS EN NAWOORD
ALGEMENE REKENKAMER

Conclusie	Aanbeveling aan de minister van VWS	Reactie minister van VWS	Nawoord AR
Zorgnetwerken van instellingen die betrokken zijn bij de zorg en hulpverlening aan verslaafden met meervoudige problematiek komen niet altijd goed van de grond.	<p>Een visie op verslavingszorg uitwerken, waarin aandacht wordt besteed aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De beleidsmatige en individuele samenwerking op lokaal en regionaal niveau en de wijze waarop die verbeterd kan worden, bijvoorbeeld via gerichte projecten naar het voorbeeld van het OGGZ-beleid. • Het belang van de verslavingszorg als eerst verantwoordelijke voor de zorg en hulpverlening op de leefgebieden, vanwege haar expertise op het terrein van verslavingsproblematiek. • Verbeteringen in de signalering van verslaafden en het belang van outreachende zorg, bemoeizorg en de ontwikkeling van nieuwe voorzieningen of methoden. • De verdere ontwikkeling van de kwaliteit en innovatie van de verslavingszorg en de verschillende paradigma's die binnen de verslavingszorg bestaan. 	<p>De minister onderschrijft dat zaken als huisvesting, arbeidstoeleiding, schuldhulpverlening en uitkeringen (beheer) zaken zijn die voor de doelgroep van belang zijn en waar zij vaak slecht toegang toe krijgen. De minister geeft aan dat hij systeemverantwoordelijk is voor de verslavingszorg, en dat de overige zaken niet onder zijn beleidsverantwoordelijkheid vallen.</p> <p>Met de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) wordt beoogd een lokaal stelsel van maatschappelijke ondersteuning op te zetten dat beter aansluit bij de behoefte van mensen aan ondersteuning in hun directe omgeving en de verantwoordelijkheden daarvoor zullen duidelijk in deze wet geregeld zijn. Omdat de verslavingszorg deel uitmaakt van deze ontwikkeling ziet de minister geen reden een aparte visie op de verslavingszorg te ontwikkelen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • De minister geeft aan dat met de afbakening tussen de AWBZ, de toekomstige Zorgverzekeringswet en de WMO de verantwoordelijkheidsverdeling tussen Rijk en gemeenten en de afbakening tussen gezondheidszorg en ondersteuning duidelijker worden. Verder geeft de minister aan dat de acties die in het kader van de IBO maatschappelijke opvang worden ondernomen een deel van de knelpunten oppakt, waaronder het versterken van de regierol van gemeenten. • De minister stelt, in aansluiting op de stelling van de Algemene Rekenkamer, dat de verslavingszorg eerstverantwoordelijke voor de brede zorg aan verslaafden zou moeten zijn en dat kennis van de doelgroep inderdaad nodig is om effectief hulp te kunnen bieden. Verder 	<p>De Algemene Rekenkamer merkt bij het door de minister gestelde ten aanzien van zijn systeemverantwoordelijkheid op, dat de realisatie van het in de VWS-begroting opgenomen beleidsdoel «vergroten van maatschappelijke reïntegratie van mensen met een verslavingsprobleem» niet uitsluitend binnen zijn systeemverantwoordelijkheid voor de verslavingszorg tot stand kan komen. Het verdient aanbeveling dat de minister van VWS zijn mede-bewindspersonen uitnodigt en motiveert tot het nemen van gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het realiseren van het genoemde beleidsdoel. De Algemene Rekenkamer spreekt de hoop uit dat het aangekondigde plan van aanpak van verloedering en overlast op dit punt helderheid zal bieden.</p> <p>De Algemene Rekenkamer constateert dat de minister de aanbeveling om een visie op de verslavingszorg te ontwikkelen niet opvolgt, en tekent daarbij aan dat zij nog niet heeft kunnen vaststellen dat de voorgenomen WMO voldoende waarborgen zal bieden om de complexe zorg voor verslaafden met meervoudige problematiek binnen een sluitend netwerk te realiseren.</p> <ul style="list-style-type: none"> • De Algemene Rekenkamer benadrukt, gelet op de verduidelijking van verantwoordelijkheden en afbakening tussen gezondheidszorg en ondersteuning zoals de minister voorstaat, wel dat voor verslaafden met meervoudige problematiek samenwerking op lokaal niveau van groot belang blijft en zal de voortgang van de plannen van de minister blijven volgen. • De Algemene Rekenkamer stelt met genoeg vast dat de minister van VWS de visie de Algemene Rekenkamer ten aanzien van de rol van de verslavingszorg deelt.

Conclusie	Aanbeveling aan de minister van VWS	Reactie minister van VWS	Nawoord AR
De registratiesystemen voor cliënten van verslavingszorg zijn niet volledig, daardoor heeft de minister van VWS geen zicht op de omvang van de zorgvraag.	Het verzamelen en verspreiden van informatie over de aard en omvang van de verslavingsproblematiek verbeteren, bijvoorbeeld met behulp van het Trimbos-instituut. Zorgen dat de registratiesystemen aansluiten bij de praktijk en de verschillende producten van de verslavingszorg.	<p>ziet de minister casemanagement (zoals dat in de laatste jaren binnen de verslavingszorg is opgezet) als een uitstekend instrument voor verslaafden met meervoudige problematiek en als een product van de extramurale GGZ (en de verslavingszorg).</p> <ul style="list-style-type: none"> • De minister geeft aan dat in vrijwel alle regio's initiatieven gekomen zijn om bemoeizorg, outreachende zorg en case-management voor langdurig verslaafden op te zetten. Naar aanleiding van de IBO maatschappelijke opvang wordt onder meer het bevorderen van permanente woonvoorzieningen opgepakt. Op de ontwikkeling van nieuwe methoden gaat de minister niet in. • De minister van VWS gaat niet specifiek in op de verdere ontwikkeling van kwaliteit, innovatie en de verschillende paradigma's in de verslavingszorg, maar haalt wel het project Resultaten Scoren aan, het kwaliteits- en ontwikkelingsprogramma voor de verslavingszorg. 	<ul style="list-style-type: none"> • De Algemene Rekenkamer betreurt het dat in de reactie van de minister geen aandacht is voor de versterking van de signaleringsfunctie, met name omdat in een vraaggestuurd stelsel actieve signalering van belang is om de (latente) zorgvraag van verslaafden met meervoudige problematiek voldoende in beeld te krijgen en zorg adequaat en vroegtijdig te kunnen verlenen zodat er een grotere kans op herstel en reïntegratie mogelijk is.
De minister van VWS is het slechts ten dele eens met de conclusie van de Algemene Rekenkamer dat over de aard en omvang van de verslavingsproblematiek niet zoveel bekend is. De minister verwijst naar LADIS dat volledige en accurate gegevens bevat over de ambulante verslavingszorg en stelt dat Nederland daarmee altijd kan voldoen aan de internationale informatieplicht over de aard en omvang van de verslavingsproblematiek. De minister is het met de Algemene Rekenkamer eens dat de informatie over de klinische verslavingszorg onvoldoende is. VWS en de veldpartijen werken aan de integratie van de registraties van de ambulante en klinische verslavingszorg en aan de aansluiting op de GGZ. De minister verwacht dat vanaf 2005 sprake zal zijn van een geïntegreerd informatiesysteem voor de hele verslavingszorg.	De minister gaat alleen in op informatie over het aanbod en het bereik van de verslavingszorg en niet op de potentiële zorgvraag. De Algemene Rekenkamer vraagt daarom nogmaals aandacht voor het belang van voldoende inzicht in de aard en omvang van de verslavingsproblematiek (potentiële zorgvraag), onder andere vanwege het belang van het functioneren van de signaleringsfunctie binnen een zorgnetwerk, voor het afstemmen van aanbod op de zorgbehoefte en de verantwoording van de minister van VWS over de werking van het stelsel.		

Conclusie	Aanbeveling aan de minister van VWS	Reactie minister van VWS	Nawoord AR
Samenwerking tussen instellingen wordt belemmerd door onvoldoende kennis over de mogelijkheden van de privacy-wetgeving.	Voorlichting geven over de (on)mogelijkheden van de privacy-wetgeving en monitoren of dit knelpunt in de praktijk wordt opgelost.	De minister van VWS deelt de opvatting van de Algemene Rekenkamer dat een optimale gegevensuitwisseling nodig is, evenals de mogelijkheid om samenwerking af te dwingen. De minister wijst in dit verband op concrete voorstellen die aan de Tweede Kamer zullen worden gedaan in het plan van aanpak van verloedering en overlast dat het kabinet binnenkort naar de Tweede Kamer zal sturen.	De Algemene Rekenkamer waardeert het dat de minister in het kader van het aangekondigde plan van aanpak verloedering en overlast concrete voorstellen zal doen om knelpunten in de afstemming en samenwerking, die een relatie hebben met privacy-wetgeving, op te lossen en zal dit traject met belangstelling blijven volgen.
Centrumgemeenten vervullen hun regierol in het verslavingszorgnetwerk onvoldoende.	Nader uitwerken welke taken de centrumgemeenten in het kader van hun regierol moeten uitvoeren, nagaan of zij daarvoor voldoende instrumenten hebben en de wijze waarop de centrumgemeenten hun regierol invullen monitoren.	De minister geeft aan dat ondanks aanbevelingen gedaan in eerdere rapporten, obstakels blijven bestaan waardoor sluitende samenwerking niet van de grond komt. In het aangekondigde plan van aanpak van verloedering en overlast wordt een aantal concrete voorstellen gedaan om de regie op lokaal niveau te versterken. Ook met de WMO beoogt de minister de mogelijkheden voor gemeenten om de regie te voeren te verbeteren. De minister onderschrijft het belang van goede monitoring. De wijze van monitoring in de toekomst hangt af van de financieringskeuze. Verder wijst de minister op de bestaande monitor voor de maatschappelijke opvang en de ambulante verslavingszorg.	De Algemene Rekenkamer waardeert het voornemen van de minister van VWS om te werken aan de versterking van de regierol van de gemeenten. De minister van VWS geeft aan dat het kabinet in het aangekondigde plan van aanpak verloedering en overlast met concrete voorstellen komt om de regierol van de gemeenten te versterken opdat een sluitend sluitend netwerk rondom de zorg voor verslaafden met meervoudige problematiek tot stand komt. De Algemene Rekenkamer benadrukt in dit verband nog het belang van versterking van de signaleringsfunctie en verbetering van inzicht in de aard en omvang van de verslavingsproblematiek, om een goede aansluiting tussen werkelijke zorgvraag en aanbod tot stand te brengen.

Conclusie	Aanbeveling aan de minister van VWS	Reactie minister van VWS	Nawoord AR
<p>Beleidsmatige samenwerking tussen verslavingszorginstellingen, zorgkantoren en centrumgemeenten is er nauwelijks.</p>	<p>Duidelijk maken welke verantwoordelijkheden actoren hebben op rijks-, regionaal en lokaal niveau, zodat zij daarop ook aangesproken kunnen worden. Zorgkantoren wijzen op hun verantwoordelijkheid en hun maatschappelijk ondernemerschap en alle zorgkantoren aansporen productieafspraken met verslavingszorginstellingen en centrumgemeenten te maken. Onderzoeken of en in hoeverre het mogelijk is regio-indelingen te stroomlijnen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De minister geeft aan dat met de afbakening tussen de AWBZ, de toekomstige Zorgverzekeringswet en de Wet maatschappelijke ondersteuning de verantwoordelijkheidsverdeling tussen Rijk en gemeenten en de afbakening tussen gezondheidszorg en ondersteuning duidelijk zal worden. De minister verwijst naar de brief over dit onderwerp aan de Tweede Kamer van 23 april jongstleden. • De minister geeft aan dat verslavingszorginstellingen waarvan het werkgebied groter is dan één zorgkantoorregio, de pragmatische afspraak hebben dat één zorgkantoor de productieafspraken voor de hele verslavingszorginstelling maakt. De minister heeft geen signalen ontvangen dat dit systeem niet werkt. De minister geeft aan de aanbeveling om de regio-indelingen te stroomlijnen, niet op te volgen omdat dit tot discrepanties bij de GGZ, verpleegsector en gehandicaptensector zou leiden. 	<ul style="list-style-type: none"> • De Algemene Rekenkamer waardeert de inspanningen van de minister om de verantwoordelijkheidsverdeling tussen Rijk en gemeenten en de afbakening tussen gezondheidszorg en ondersteuning verder te verduidelijken. In dit kader benadrukt de Algemene Rekenkamer dat voor verslaafden met meervoudige problematiek goede samenwerking op lokaal niveau van groot belang blijft en zal daarom de voortgang van de door de minister genoemde plannen blijven volgen. • De Algemene Rekenkamer pleit niet voor een andere regio-indeling, zoals de minister veronderstelt, maar pleit voor het handhaven van de algemene beleidslijn dat ieder zorgkantoor de productieafspraken maakt binnen zijn eigen regio. Dit acht de Algemene Rekenkamer van belang om met name ook op regionaal niveau een beter inzicht in de vraag en betere afstemming tussen vraag en aanbod tot stand te brengen.
<p>De financiering van de verslavingszorg is op sommige punten onduidelijk voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • casemanagers • ambulante en poliklinische zorg 	<p>De huidige financiering van de verslavingszorg kritisch bekijken en toewerken naar een eenduidige financiering met eenduidige verantwoordingseisen.</p>	<p>De minister vat de aanbeveling over de financiering van de verslavingszorg op als een aansporing om de gemeentelijk gefinancierde taken in de verslavingszorg en de AWBZ-gefinancierde verslavingszorg duidelijker te scheiden. De minister zal zich in het kader van de overheveling van de GGZ en de verslavingszorg naar de Zorgverzekeringswet beraden op de positie van de ambulante verslavingszorg. Casemanagement ziet de minister als een product van de extramurale GGZ (en verslavingszorg) dat in de toekomst onder de Zvw zal vallen. In dat kader zullen afspraken worden gemaakt over de financiering via de DBC-systematiek.</p>	<p>De Algemene Rekenkamer heeft met genoeg kennis genomen van de toezegging van de minister van VWS om de huidige financiering van de ambulante verslavingszorg kritisch te bekijken. In dit verband benadrukt de Algemene Rekenkamer nog het belang van het stroomlijnen van de verantwoordingseisen die aan de verschillende financieringsbronnen gesteld worden. De Algemene Rekenkamer is verheugd dat ook de minister casemanagement als een uitstekend instrument beschouwt en aangeeft dat, in het kader van de DBC-systematiek, afspraken over de financiering tot stand zullen komen.</p>

ACT	Assertive Community Treatment
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BBSH	Besluit beheer sociale huursector
BOPZ	Wet bijzondere opnemng psychiatrische ziekenhuizen
BZW	Begeleid Zelfstandig Wonen
CAD	Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs
CBP	College Bescherming Persoonsgegevens
CCBH	Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden
CTG	College tarieven gezondheidszorg
CWI	Centrum voor Werk en Inkomen
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
dd-cliënten	dubbel diagnose cliënten
Europ-asi	Europese versie van Addiction Severity Index
IBO	Interdepartementaal Beleidsonderzoek
IMC	Intramurale Motivatiecentra
IVZ	Stichting Informatievoorziening Verslavingszorg
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GVM	(beleidsdirectie) Geestelijke Gezondheidszorg, Verslavingszorg en Maatschappelijke Opvang
LADIS	Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem
MO	Maatschappelijke opvang
NDM	Nationale Drugmonitor
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
RIBW	Regionale Instelling Beschermd Wonen
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RMO	Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SGBO	Sociaal-Geografisch en Bestuurskundig Onderzoek
SOV	Strafrechtelijke Opvang Verslaafden
SZW	(Ministerie van) Sociale Zaken en Werkgelegenheid
VB	Verslavingsbeleid
VBTB	Van Beleidsbegroting tot Beleidsverantwoording
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VROM	(Ministerie van) Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu
VWS	(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WBP	Wet bescherming persoonsgegevens
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst
WMO	Wet maatschappelijke opvang
Wwb	Wet werk en bijstand
Zorgis	ZorgInformatiesysteem
Zvw	Zorgverzekeringswet