

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Ons kenmerk
VGP/DV 2643329

Inlichtingen bij

Doorkiesnummer

Den Haag

Onderwerp
Verslavingszorg

Bijlage(n)
1

Uw brief

Hierbij stuur ik u een voortgangsrapportage over de verslavingszorg. Deze rapportage is u toegezegd tijdens het Algemeen Overleg van 17 maart jl.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

H. Hoogervorst

Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG
Telefoon (070) 340 79 11
Fax (070) 340 78 34

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX DEN HAAG

Correspondentie uitsluitend
richten aan het postadres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief

Internetadres:
www.minvws.nl

Voortgangsrapportage verslavingszorg

Inhoudsopgave:

- 1 Inleiding
- 2 Doelstellingen verslavingszorgbeleid
- 3 Zorgaanbod en kwaliteitsverbetering
- 4 Organisatie en financiering in samenhang
- 5 Vrijblijvendheid in de zorg
- 6 Ontwikkeling van nieuwe afkickmethoden (naltrexon)
- 7 Wachttijden

Bijlage 1: overzicht wachttijden

Bijlage 2: schema AWBZ/Wzv/Wmo



1. Inleiding

Tijdens een overleg met de Tweede Kamer in maart van dit jaar¹, hebben enkele Kamerleden mij verzocht om mijn visie op de verslavingszorg te geven en daarin met name stil te staan bij de verantwoordelijkheidsverdeling in de verslavingszorg. Ook is door sommige Kamerleden de wens geuit dat drang en dwang vaker worden ingezet bij de toeleiding van verslaafden naar zorg; de huidige verslavingszorg zou te vrijblijvend zijn. Tenslotte wilde de Kamer weten of en hoe de snelle afkickmethode met behulp van naltrexon in de toekomst vorm krijgt en hoe het met de wachtlijsten in de verslavingszorg staat.

Ik heb aangegeven geen reden te zien voor een aparte visieontwikkeling op de verslavingszorg, de verslavingszorg maakt gewoon deel uit van de gezondheidszorg en de algemene stelselwijzigingen zijn dus ook van toepassing op de verslavingszorg. Wel kan ik me voorstellen dat er behoefte bestaat om de voortgang van de verschillende inhoudelijke en financiële ontwikkelingen in samenhang te bespreken. Daarom zal ik in deze brief aangeven wat de betekenis is van de verschillende stelselwijzigingen voor de verslavingszorg.

Daarna zal ik ingaan op het punt van de vrijblijvendheid in de zorg en de ontwikkeling van nieuwe (afkick)methoden. Tenslotte zal ik u recente informatie over wachtlijsten en -tijden geven.

Ik wil echter toch beginnen met mijn visie te geven op de verslavingszorg. Verslaving is van oudsher een onderwerp dat veel aandacht krijgt en bovendien discussie oproept: in de politiek, in de media en binnen de professie van de verslavingsgeneeskunde. Soms is het in de media geschetste beeld eenzijdig of veel te negatief. Ik wil daarom hier aangeven hoe ik tegen verslaving aankijk en wat ik beoog met mijn beleid voor de verslavingszorg.

2. Doelstellingen beleid verslavingszorg

Verslaving wordt in eerste instantie gezien als een gezondheidsprobleem. Verslaving heeft biologische, psychologische en maatschappelijke oorzaken en consequenties. Een deel van de drugsverslaafden is crimineel of veroorzaakt maatschappelijke overlast. Het Nederlandse beleid gericht op druggebruikers is het streven te voorkomen dat de verslaving leidt tot toenemende gezondheidsproblemen, verloedering, verspreiding van ziekten onder andere via gebruikte naalden en overlast voor de omgeving en criminaliteit. De hulpverlening heeft ook als doel te voorkomen dat verslaafden in het criminele milieu belanden.

Eén van de primaire doelen van het hulpaanbod ten aanzien van verslaafden is abstinentie. Daarnaast richt de hulpverlening zich op beperking van de schade die door een verslaving wordt veroorzaakt. Het zorgaanbod is gedifferentieerd en weet daardoor veel verslaafden te bereiken.

Ontwenning is meestal een kwestie van lange termijn. Daarom is het ook belangrijk te werken aan het stabiliseren van de verslaving als blijkt dat volledige abstinentie (op dat moment nog) niet haalbaar is. De hulpverlening is erop gericht zo veel mogelijk verslaafden te bereiken. Zo heeft naar schatting 70 tot 80 procent van de opiaatverslaafden contact met de verslavingszorg. Hierdoor is er ook inzicht in de omvang van de problematiek, zodat het beleid zo goed mogelijk op de concrete situatie afgestemd kan worden. De laatste jaren is de gemiddelde leeftijd van de opiaatverslaafden die in contact staan met de hulpverlening aanmerkelijk gestegen; inmiddels is deze ruim 35 jaar. Daarmee is ook de behoefte aan zorg toegenomen. Verder blijkt bij deze groep in hoge mate sprake te zijn van psychiatrische comorbiditeit.

¹ AO Drugsbeleid en verslavingszorg, 17 maart 2005



De helft van de cliënten in de (ambulante) verslavingszorg zijn de voornoemde opiaatverslaafden. Daarnaast zijn er ook cliënten met problemen die gerelateerd zijn aan cocaïne, cannabis en/of alcohol in de zorg opgenomen. In 2004 waren er bij benadering 10.000 personen als cocaïnecliënten, 5.500 personen als cannabiscliënten en 29.500 als alcoholcliënten ingeschreven. Van het totaal aantal cliënten in de verslavingszorg is bijna 20 procent van allochtone herkomst.

3. Zorgaanbod en kwaliteitsverbetering

In de verslavingszorg is het beleid in Nederland gericht op het bevorderen van een gedifferentieerd hulpaanbod. In internationaal perspectief heeft Nederland daarmee het meest gedifferentieerde aanbod van zorg voor verslaafden gecreëerd. Het hulpaanbod strekt zich uit van de gedwongen interventies tot de vrijwillige trajecten én daarbinnen kunnen deze interventies gericht worden op enerzijds abstinentie en anderzijds op het beperken van schade aan de gezondheid van de individuele gebruiker. Vastgesteld kan worden dat veel interventies een mengvorm zijn van de hierboven beschreven uitersten. Hieronder treft u een selectie aan:

Klinische behandelcentra variërend van een korte detoxificatieperiode (tot drie weken), kortdurende opnames (tot drie maanden) tot langerdurende opnames (maximaal één jaar) waar intensieve behandelprogramma's worden geboden, therapeutische gemeenschap, zorgboerderijen, intramurale motivatie centra, substitutieprogramma's (binnen en buiten gevangenissen), heroïne/methadon project, resocialisatieprojecten, dagbestedingen, 24-uurs opvang en gebruikruimten, begeleid wonen en woonwerkprojecten en interventies gericht op Aids-preventie (zoals spuitomruil).

Met dit aanbod kan zoveel mogelijk afgestemd worden op de grote verscheidenheid aan hulpvragen. Er bestaat een integraal zorgaanbod: dus niet alleen afkicken of medicamenteuze behandeling, maar ook gericht op herstel van het maatschappelijk functioneren. De meeste behandelingen besteden aandacht aan de biologische, psychologische en sociale factoren van verslaving. Er wordt op gelet dat de zorgprogramma's goed inspelen op de veranderingen in problematiek. Dat betekent onder andere dat er een goed zicht moet zijn op de besmettelijke ziekten (AIDS, TBC, hepatitis) die bij deze doelgroepen vaker voorkomen. De hulpverleningsinstellingen streven naar een integrale aanpak met aandacht voor de gehele leefsituatie van de cliënt. Zo'n hulpaanbod vereist dat er samenwerking bestaat binnen de diverse voorzieningen binnen de verslavingszorg, maar ook tussen verslavingszorg en andere instanties, zoals de algemene gezondheidszorg, politie en justitie.

De Nederlandse regering is zich er terdege van bewust dat ondanks dit zeer gevarieerde aanbod er altijd nog cliënten zijn die (nog) niet op een goede wijze bereikt worden. Het dichten van dergelijke gaten in het zorgaanbod verdient constante aandacht. Hoe pakken wij dit aan? Een voorbeeld: midden jaren negentig werd geconstateerd dat er een bepaalde doelgroep van de hardnekkige zorgmijdende groep van langverslaafde heroïnegebruikers niet werd bereikt door het bestaande hulpaanbod. Dit was het startsein voor het medisch-wetenschappelijke heroïne/methadon experiment dat nu in de reguliere verslavingszorg wordt geïmplementeerd.

Dit wetenschappelijke experiment past ook in het streven naar de verhoging van de kwaliteit van de verslavingszorg. Dit onderwerp krijgt al bijna tien jaar systematische aandacht. In 1996 is de Kwaliteitswet Zorginstellingen in werking getreden. Deze wet schrijft voor dat instellingen 'verantwoorde zorg' moeten aanbieden: zorg die doeltreffend, doelmatig en klantgericht is. Een voorwaarde hiervoor is de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de



dienstverlening. Vanwege de complexiteit van verslaving houdt dit in dat de hulpverlening gebaseerd is op een goede afstemming van de verschillende vormen van zorg. Verder wordt gewerkt aan de verbetering van de cliëntdossiers, standaardregistraties en standaardprotocollen. Deze waarborgen de afstemming en communicatie tussen verschillende afdelingen of instellingen.

Kwaliteitsverbetering wordt ook bereikt door de systematische evaluatie en het wetenschappelijk onderbouwen van behandelprogramma's. Op basis van wetenschappelijke inzichten worden richtlijnen voor behandelprogramma's ontwikkeld. Sinds enige jaren steunt de overheid het programma 'Resultaten scoren' waarin de instellingen voor verslavingszorg werken aan de verbetering van de kwaliteit en innovatie van hun zorgverlening, waaronder ook wordt verstaan de preventie, de sociale zorg voor en opvang van chronische verslaafden met meervoudige problemen.

De Nederlandse overheid besteedt veel aandacht aan onderzoek naar verslaving, de risico's van bepaalde drugs en naar de effectiviteit van behandelvormen. Het wetenschappelijk onderzoek in Nederland naar verslavingsproblematiek staat op een hoog niveau. De programmering van het onderzoek en de financiering daarvan hiervan vindt in belangrijke mate plaats door Zorg Onderzoek Nederland en de Nederlandse organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (ZON/NWO). In 1997 is door deze organisatie het Programma Verslaving gestart voor wetenschappelijk onderzoek en innovatieve projecten op het terrein van verslaving, verslavingspreventie en verslavingszorg. In dit programma stonden de volgende thema's centraal: (a) de individuele gevoeligheid voor de verslavende stof, (b) terugval in het oude verslavingsgedrag en het verbeteren van de effectiviteit en de doelmatigheid van zorg, en (c) preventie en monitoring. Dit programma wordt volgend jaar verlengd.

Daarnaast wordt de internationale samenwerking gestimuleerd. Zo vindt in Nederland longitudinaal onderzoek plaats naar de neurotoxiciteit van XTC in een samenwerkingsverband met Franse, Amerikaanse en Britse (onderzoeks)organisaties. De bedoeling van dit medisch en farmacologisch onderzoek is om de risico's van XTC-gebruik beter in kaart te brengen en daar de voorlichtings- en preventieactiviteiten op af te stemmen. Verder is er een samenwerkingsovereenkomst gesloten tussen het Amerikaanse National Institute on Drug Abuse (NIDA) en ZON/NWO.

Dit alles overziend zal ik blijven streven naar een gedifferentieerd zorgaanbod in de verslavingszorg. In de toekomst zal blijvend worden ingezet om de kwaliteit te verhogen en te blijven zoeken naar aanvullende interventies die leiden tot nog betere resultaten.



4. Organisatie en financiering van de verslavingszorg

De verslavingszorg is de afgelopen jaren steeds meer gaan werken volgens wetenschappelijke protocollen. De effectiviteit is daardoor verbeterd. Maar dit is geen reden tot zelfgenoegzaamheid. Het kan allemaal nog beter en er zijn een paar hardnekkige problemen binnen de structuur van de verslavingszorg die extra inzet vragen.

Recent onderzoek, van onder ander de Algemene Rekenkamer (juni 2004) laat zien waar de knelpunten in de structuur en financiering van de verslavingszorg liggen. Hieruit blijkt dat de diverse sectoren in de verslavingszorg en de diverse financiers nog onvoldoende samenwerken. Daarnaast maakt de huidige organisatie- en financieringsstructuur niet altijd duidelijk welke partij verantwoordelijk is voor welke zorg.

Huidige situatie

De financiering van de verslavingszorg vindt nu plaats via de AWBZ en de specifieke uitkering maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid². Vanuit de AWBZ wordt zowel de kortdurende, op genezing gerichte verslavingsbehandeling betaald, als de langdurige zorg voor chronisch verslaafden en de begeleiding en ondersteuning. Op grond van de Welzijnswet zijn gemeenten verantwoordelijk voor ambulante verslavingszorg, preventie en overlastbestrijding. Zoals de Rekenkamer constateerde, lijken de gemeentelijk gefinancierde ambulante verslavingszorg en de AWBZ gefinancierde poliklinische verslavingszorg, sterk op elkaar. Soms zijn gemeenten actief in bijvoorbeeld woonbegeleiding van verslaafden en schuldhulpverlening. Soms doet de instelling voor verslavingszorg deze taken (vanuit de AWBZ gefinancierd). En soms is er sprake van een afwachtende houding bij beide partijen, waardoor deze zorg en ondersteuning niet tot stand komt.

Nieuwe situatie

De zorginstellingen zijn verantwoordelijk voor de behandeling en worden als deel van de gezondheidszorg gefinancierd, terwijl de gemeenten verantwoordelijk zijn voor de meer welzijnsachtige taken, zoals begeleiding bij wonen, werken en financiën. Gemeenten kennen de lokale situatie het beste en kunnen daarop inspringen bij bijvoorbeeld het organiseren van nachtopvang en overlastbestrijding. De verslavingszorg heeft de kennis over de behandeling van verslaafden.

De bredere stelselwijzigingen in de gezondheidszorg die binnenkort plaatsvinden, hebben natuurlijk ook gevolgen voor de verslavingszorg. De toekomstige financiering en verantwoordelijkheidsverdeling voor de verslavingszorg sluiten aan bij de algemene richting die gekozen is bij de stelselwijziging. Het biedt namelijk geen oplossing om alle organisatie- en financieringsverantwoordelijkheid voor de verslavingszorg onder te brengen bij één van de actoren. Zorg en hulp aan verslaafden past niet in één hokje, constateerden we jaren geleden al: het is niet alleen gezondheidszorg, niet alleen psychiatrie, niet alleen maatschappelijke opvang en begeleiding, niet alleen preventie, niet alleen justitiële zorg. Verslavingszorg behoort tot al deze categorieën.³

Ik kies dan ook primair voor een bredere aanpak. Met de vernieuwing van het zorgstelsel in den brede kunnen wel enkele knelpunten in de organisatie en financiering van de verslavingszorg worden opgelost. Gezamenlijke regie heeft in het verleden namelijk wel geleid tot onduidelijkheden en afschuifgedrag. In het nieuwe systeem wordt helder onderscheiden wie welke verantwoordelijkheid heeft. Gemeenten krijgen in het nieuwe stelsel bovendien meer mogelijkheden voor een integrale aanpak bij de opvang van 'moeilijke' doelgroepen, waaronder verslaafden. Gemeenten zijn verantwoordelijk op het

² Sinds 2005 ontvangen de 27 centrumgemeenten die onder het GSB-beleid vallen de middelen voor maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid via de Brede Doeluitkering Sociaal, Integratie en Veilig.

³ Nota Verslavingsproblematiek, uit 1992 (22 684, nr.1)



terrein van werk, scholing, huisvesting, collectieve preventie, opvangvoorzieningen e.d. Veel (ex)verslaafden hebben problemen op al deze terreinen. Het is daarbij wel cruciaal dat verslaafden (en andere kwetsbare groepen) daadwerkelijk terecht kunnen bij de lokale 'loketten'. Nu wordt veel ondersteuning bij wonen, werken en financiën geboden door de verslavingszorg. Gemeenten worden straks verantwoordelijk voor een goed samenhangend stelsel van ondersteuning voor hun inwoners die niet goed in staat zijn in bepaalde situaties zelf of met hulp van anderen oplossingen te realiseren. De kabinetsnotitie Aanpak verloedering en overlast geeft gemeenten daarom instrumenten waardoor ze hun regierol voor (onder andere) verslaafden beter kunnen vervullen. De overheveling van de OGGZ-middelen van de AWBZ naar gemeenten en het aanpakken van privacyknelpunten zijn hier voorbeelden van.

De verslavingszorg kent straks dus de volgende financieringsstromen: AWBZ, Zorgverzekeringswet, Wmo en Justitie. De verantwoordelijkheden zijn directer gekoppeld aan de financiering. De belangrijkste veranderingen op een rijtje gezet:

- De klinische en poliklinische verslavingszorg gaan per 1 januari 2007 van de AWBZ naar de nieuwe Zorgverzekeringswet. Dat betekent: alle ambulante geneeskundige zorg en het eerste jaar van de klinische geneeskundige zorg. Na het eerste jaar klinische geneeskundige zorg, of als direct duidelijk is dat geen sprake is van geneeskundige zorg, wordt de verslavingszorg gefinancierd op basis van de AWBZ.
- De methadonbehandeling, die in de specifieke uitkering Maatschappelijke Opvang/Verslavingsbeleid voor gemeenten zat, is vanaf 2005 overgeheveld naar de AWBZ en gaat in 2007 mee naar de Zorgverzekeringswet.
- De meer welzijnsachtige taken, zoals opvang, begeleiding en bemiddeling bij wonen en werken, gaan naar de Wmo. (Indien de Kamer het wetsontwerp aanvaardt, bestaat de Welzijnswet straks niet meer.) De Wmo zal gemeenten, meer dan nu het geval is, in staat stellen het hulpaanbod af te stemmen op de lokale omstandigheden. Onder de Welzijnswet valt nu nog een klein deel ambulante verslavingszorg (de methadonbehandeling is al onder de AWBZ gebracht). Alle individuele ambulante verslavingszorg valt straks onder de Zorgverzekeringswet. Het grijze gebied tussen AWBZ en Welzijnswet wordt hiermee opgeheven.
- Vanwege de samenhang met maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid is besloten om de wettelijke basis voor de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) over te brengen van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid naar de Wmo. Verder is besloten de AWBZ-middelen voor de OGGZ over te hevelen naar gemeenten, om op deze manier de zeggenschap van de gemeenten over de GGZ te vergroten en daarmee de gemeentelijke regierol te versterken⁴. Over de totale omvang van het over te hevelen bedrag wordt de Tweede Kamer apart geïnformeerd.
- Over de financiering van de forensische verslavingszorg, dus verslavingszorg voor mensen met een justitiële titel, zal de Kamer besluiten bij het behandelen van de brief over de uitvoering van de motie Van de Beeten. Dan wordt ook bepaald wie verantwoordelijk wordt voor het budget voor de justitiële verslavingszorg.⁵ Forensische zorg past slecht in de nieuwe zorgverzekeringswet. Deze zorg wordt opgelegd door een rechter en zorgverzekeraars hebben dus geen controle op de toegang tot de zorg. De Minister van Justitie en ik stellen daarom voor om de justitiële verslavingszorg, in lijn

⁴ Kamerstukken II, 2004 – 2005, 29 325 2 en Kamerstukken II, 2004 – 2005, 29 325, nr. 5. Zie verder de aan de Kamer toegestuurde stukken over de Wmo.

⁵ De vaste commissie voor Justitie heeft besloten dat zij pas overgaat tot het behandelen van de brief over de uitvoering van de motie Van de Beeten nadat de tijdelijke commissie die onderzoek gaat doen naar het tbs-stelsel de Kamer over haar bevindingen zal hebben gerapporteerd. De tijdelijke commissie zal de brief bij haar onderzoek betrekken. De verwachting is dat het eindrapport voor het zomerreces 2006 wordt afgerond.



met de justitiële ggz, buiten de Zorgverzekeringswet te houden en onder regie van Justitie te brengen.

Voor een schematisch overzicht van de afbakening tussen AWBZ, Zvw en Wmo verwijst ik u naar bijlage 1.

Gevolgen van de Zorgverzekeringswet voor de toegankelijkheid van de zorg voor verslaafden

Verzekeraars hebben een acceptatieplicht voor het basispakket van de Zorgverzekeringswet. De geneeskundige GGZ (inclusief verslavingszorg) is per 1 januari 2007 onderdeel van dat verplichte basispakket. De klinische geneeskundige GGZ na het eerste jaar en de niet-geneeskundige GGZ blijven in de AWBZ. Bij sommigen bestaat desondanks de angst dat verslaafden lang niet allemaal verzekerd zullen zijn en dat zij in de toekomst misschien alleen nog terecht kunnen aan de poort van de gemeenten.⁶ Het uitgangspunt van de Zorgverzekeringswet is eenzelfde basisverzekering voor iedereen. Ik ben me ervan bewust dat een aantal groepen, waaronder dak- en thuislozen en verslaafden, vaak moeilijk bereikbaar zijn en bovendien kwetsbaar. Iedereen die op dit moment verzekerd is, krijgt van de eigen zorgverzekeraar een aanbod. Als iemand niet reageert op dit aanbod, blijft diegene verzekerd bij de eigen zorgverzekeraar in 2006. Mensen die nu onverzekerd zijn, krijgen dit aanbod niet automatisch. Onverzekerdheid komt hoogstwaarschijnlijk vaak voor bij de groep dak- en thuislozen en verslaafden. Met behulp van specifieke voorlichting aan intermediairen probeer ik ook deze groep verzekerd te krijgen. Naast deze specifieke voorlichting doet VWS een onderzoek naar de moeilijk bereikbare doelgroepen bij de invoering van de Zorgverzekeringswet. Ook het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, het College voor zorgverzekeringen en Zorgverzekeraars Nederland zijn hierbij betrokken. Het eindrapport, *Zorg verzekerd is* inmiddels naar de Kamer gezonden. Hierin worden concrete oplossingen uitgewerkt voor het probleem van de onverzekerden.

5. Vrijblijvendheid in de verslavingszorg

Vanuit de grote steden komt herhaaldelijk het signaal dat bewoners zich onveilig voelen en overlast ervaren. Verslaafden, en met name dakloze verslaafden met psychische problemen, vormen een groot deel van de overlastgevende zorgmijders. Maar zij zijn zeker niet de enige veroorzakers van overlast of gevoelens van onveiligheid. De problemen van deze verslaafden, en daarmee de overlast die zijn veroorzaken, zijn echter wel hardnekkig. De discussie ontstaat of het respect voor de autonomie niet te ver is doorgesloten. Vanuit de G4 komt dan ook steeds vaker de wens om zwaar verslaafden eerder gedwongen te kunnen opnemen. In het *Plan van aanpak verloedering en overlast* erkent het kabinet dat de groep overlastgevende zorgmijders in veel steden een probleem vormt.

Het gaat in de meeste gevallen niet om echt crimineel gedrag. Ze zijn vaak 'te licht' om via de strafrechtelijke weg gedwongen op te nemen in een inrichting voor stelselmatige daders. Het strafrecht is niet het geschikte middel om overlast te bestrijden.

De Inrichting Stelselmatige Daders en daarbinnen de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden zijn bestemd voor criminele verslaafden. Een rechter kan een strafrechtelijke maatregel opleggen van twee jaar voor

⁶ Gerrit-Jan Vos, *De toekomst van de verslavingszorg* in *Verslaving*, nr 1 2005.



(verslaafde) veelplegers. Wanneer dit betekent dat een verslaafde, vaak met psychiatrische stoornissen, twee jaar wordt opgesloten in een detentieregime zonder behandeling, zal de verslaafde er na die twee jaar alleen maar slechter aan toe zijn. Wanneer de strafrechtelijke maatregel gebruikt wordt om iemand twee jaar in zorg te krijgen (met de maatregel als 'stok achter de deur'), maakt dat gespecialiseerde langdurige verslavingsbehandeling mogelijk. Ik ben daarover in overleg met Justitie.

Gedwongen opname op grond van de wet Bopz is bedoeld voor mensen die door hun psychiatrische aandoening een gevaar voor zichzelf of hun omgeving vormen. Het achterliggende doel van de wet Bopz is bescherming, geen sanctie.

Verslaafden, die weliswaar op straat leven, maar geen gevaar vormen voor zichzelf of hun omgeving, en geen strafbare feiten plegen, kunnen niet langdurig gedwongen worden opgenomen in een voorziening. Een dergelijk gedwongen verblijf zou elke juridische grondslag missen en schiet bovendien zijn doel voorbij. Een dergelijke benadering kan namelijk veel verslaafden die nu door de laagdrempeligheid van de verslavingszorg wél in behandeling komen, weer weggagen. Dat betekent niet dat ik me neerleg bij het feit dat een groep verslaafden op straat leeft en zichzelf extreem verwaarloost. Beter benutten van de instrumenten van de wet Bopz en het ontwikkelen van een passend aanbod aan verblijfsvoorzieningen kunnen ervoor zorgen dat verslaafden die nu op straat verloederen, op een zinnige manier worden geholpen.

In het *plan van aanpak verloedering en overlast* stelt het kabinet dat de zorg voor deze groep minder vrijblijvend moet worden, door beter inzetten van bemoeizorg, sluitende samenwerking tussen zorginstellingen en strakker handhaven van de openbare orde door de gemeente. Als uiterste stap resteert dan de optie van dwangopname en –behandeling, wanneer iemands verslaving zo ernstig is, dat daardoor bijvoorbeeld verloedering of "maatschappelijke teloorgang" dreigt. De wet Bopz is dus niet het eerste instrument dat moet worden ingezet, maar kan in de verslavingszorg wel eerder en beter worden ingezet dan nu vaak het geval is.

Het kabinet blijft met de grote steden in gesprek over (onder andere) het domein van veiligheid, overlast, verloedering en opvang. Verslavingszorg blijft daarbinnen een belangrijk onderwerp.

Op 5 september jl. was er een bestuurlijke conferentie tussen het kabinet en de G4. Daar is besloten tot het instellen van een taakgroep, waarbinnen diverse voorstellen concreet worden uitgewerkt. Eén daarvan is een voorziening voor duurzaam verblijf voor verslaafden met psychiatrische stoornissen. Deze voorziening is bedoeld voor zwaar verslaafden, die in aanmerking komen voor een Bopz-opname, maar die in de bestaande voorzieningen niet te handhaven zijn en daardoor ondanks de rechterlijke machtiging, toch vaak weer op straat belanden. Het andere verschil met het huidige aanbod voor 'dubbeldiagnose patiënten' is dat deze voorziening toegerust zal zijn voor langdurig verblijf, met eventueel de mogelijkheid van beschermd wonen op het terrein van de instelling. De betrokken steden en zorginstellingen werken het plan uit tot een concrete aanvraag bij VWS. VWS heeft toegezegd dat deze voorziening gerealiseerd kan worden binnen de geldende kaders en is betrokken bij de ontwikkeling ervan.

Daarnaast zouden meer dakloze verslaafden op vrijwillige basis moeten worden opgevangen, door een groter aanbod aan woonvoorzieningen. Er is een tekort aan zowel sociale pensions als beschermende woonvormen, waar deze groep terecht kan. Veel oudere, chronisch verslaafden hebben behoefte aan een vorm van onderdak in een beschermde omgeving en ook aan medische zorg, zonder dat er druk op hen wordt uitgeoefend om af te kicken. Deze voorzieningen zullen in de toekomst alleen nog maar belangrijker worden, door de groeiende groep oude verslaafden met een slechte lichamelijke gezondheid, die zelf het leven op straat niet langer wensen of aankunnen.



6. Ontwikkeling van nieuwe afkickmethoden

VWS stimuleert door het laten doen van onderzoek de wetenschappelijke verantwoorde vernieuwing van behandeling van verslaafden. Voorbeelden zijn drie onderzoeken naar de medicamenteuze behandeling van opiaatverslaafden: behandeling met hoge doses methadon, de heroïnebehandeling en het onderzoek naar het versneld afkicken met behulp van het geneesmiddel naltrexon en Community Reinforcement Approach (EDOCRA).

De Tweede Kamer spoorde destijds VWS aan om wetenschappelijk onderzoek te beginnen naar effectieve afkickmethoden van opiaten. Uit het EDOCRA-onderzoek bleek dat de methode waarbij cliënten gedurende een kortdurende klinische opname het geneesmiddel naltrexon (een opiaatantagonist) toegediend krijgen, effectief is voor een bepaalde groep cliënten. Voorwaarde is wel dat zo'n cliënt gemotiveerd is, geen polydrugverslaving heeft en tenminste één stabiel niet-verslaafd persoon in zijn omgeving heeft. Na afloop van de klinische opname krijgt de cliënt gedurende een periode van 10 maanden een ambulante vervolgbehandeling, waarbij de patiënt naast naltrexonbehandeling via een Community Reinforcement Approach weer leert om in de maatschappij te functioneren.

De uitkomsten van het onderzoek tonen aan dat alle patiënten drugsvrij zijn na de behandeling met naltrexon tijdens opname. Een bevredigend aantal patiënten blijft clean na 1, 10 en 16 maanden. De uitkomsten steken gunstig af tegen de bestaande afkickprogramma's.

De Kamer heeft herhaaldelijk aangegeven niet alleen te willen investeren in medische heroïneverstrekking voor chronisch verslaafden, maar vooral ook in betere methoden om verslaafden te laten afkicken. Naar schatting komt 20% van de 4500 personen die jaarlijks willen afkicken in aanmerking voor deze snelle afkickmethode, dus 900 patiënten op jaarbasis.

Ik heb besloten tot invoering van de behandeling. De eerste fase van deze behandeling is wat duurder dan de reguliere detox-programma's, maar omdat de behandeling ook effectiever is, zal er sprake zijn van een 'terugverdieneffect'.⁷

Versneld afkicken met naltrexon is geneeskundige zorg en maakt straks dus onderdeel uit van de zorgaanpak van het basispakket van de Zvw. Het is de bedoeling dat vanaf 2007 de bekostiging van de geneeskundige verslavingszorg plaats gaat vinden via DBC's. Een DBC voor de naltrexon/C.R.A. is er waarschijnlijk in 2008. Om de invoering van deze veelbelovende nieuwe behandeling niet op te houden totdat de vergoedingsystematiek geregeld is, kan de branchevereniging nu een tariefverzoek doen bij het CTG voor de meerkosten van de naltrexon/EDOCRA-behandeling.

7. Wachlijsten

Uit een peiling van september van dit jaar blijkt onder andere dat de totale gemiddelde wachttijd in de verslavingszorg varieert van 106 dagen (voor deeltijdbehandeling) tot 125 dagen (voor klinische behandeling). Het gaat dan om de totale wachttijd tot de start van de behandeling. De aanmelding en indicatiestelling is dan al gedaan.

⁷ Bij een 4-persoonsunit zijn de meerkosten per patiënt ongeveer € 1.800,-. In 2006 en 2007 zullen nog geen 900 cliënten worden geholpen. Rekening houdend met capaciteitsopbouw en training van personeel, is 150 patiënten in 2006 en 300 patiënten in 2007, reëel.



Er vindt in de gezondheidszorg geen jaarlijkse inventarisatie van de wachttijden meer plaats. Het is daardoor moeilijk de gegevens uit deze recente peiling te vergelijken met bijvoorbeeld de ggz of met eerdere peilingen in de verslavingszorg zelf.

De laatste landelijke rapportage *Inventarisatie wachtlijstgegevens* was uit januari 2003. Deze inventarisatie is destijds gedaan voor de ggz en de verslavingszorg gezamenlijk. Hieruit blijkt dat in 2003 in de ggz en de verslavingszorg de totale gemiddelde wachttijd tot de start van behandeling 238 dagen was. Hierin zat ook de wachttijd voor beschermd wonen. Wanneer deze zorgsoort buiten beschouwing wordt gelaten, was de totale gemiddelde wachttijd tot behandeling 217 dagen.

De wachttijden in de verslavingszorg zijn in 2005 in ieder geval een stuk lager dan voor de ggz en verslavingszorg in 2003. De wachttijden vallen grotendeels binnen de Treeknormen, maar zijn nog niet verdwenen.

Uit de peiling van september van dit jaar springen twee zaken eruit: de relatief lange wachttijd voor klinische zorg en het grote aantal verslaafden dat wacht op een plaats in een beschermde woonvorm. Omdat er weinig doorstroom is in beschermde woonvormen, moeten verslaafden vaak heel lang wachten. Wat doet VWS hieraan?

Ik geef voldoende mogelijkheden voor capaciteitsuitbreiding van de klinische verslavingszorg. Er is geen financieel 'plafond' op de capaciteitsuitbreiding voor klinische zorg. Instellingen die geconfronteerd worden met lange wachtlijsten voor bepaalde zorg, of instellingen die een nieuwe klinische voorziening willen opzetten om zorg te realiseren die tot nu toe ontbreekt, kunnen daartoe een aanvraag indienen. Deze aanvraag moet natuurlijk inhoudelijk goed onderbouwd zijn en de behoefte moet aannemelijk worden gemaakt. Sommige vormen van zorg kwamen vanuit het veld onvoldoende snel tot stand. Een voorbeeld daarvan is de zorg voor verslaafden met psychiatrische stoornissen, de zogenaamde dubbeldiagnose cliënten. Ik heb verschillende keren met zorginstellingen overleg gevoerd om te stimuleren dat deze voorzieningen tot stand kwamen. Inmiddels zijn gelukkig in bijna alle regio's voorzieningen voor dubbele diagnosecliënten gerealiseerd.

Wat betreft de beschermende woonvormen voor verslaafden: in paragraaf 5 heb ik al aangegeven dat hieraan een tekort is. Bij veel bestaande RIBW'en, kunnen (ex)verslaafden moeilijk terecht. Voor een deel is dat zeker verklaarbaar: het samenwonen in één voorziening van ggz-cliënten en verslaafden geeft af en toe problemen. Vandaar dat soms ook RIBW'en worden opgezet specifiek voor verslaafden. Instellingen voor verslavingszorg zijn hier nog onvoldoende op ingesprongen. Ik zal daarover met het veld in overleg treden.

In bijlage 2 vindt u het totale overzicht met informatie over wachtlijsten en -tijden in de verslavingszorg.

Bijlage 1

Overzicht financiering verslavingszorg nu en in de toekomst

Wijze van financiering	Huidige vergoedingenstructuur	Vergoedingenstructuur na stelselwijzigingen
AWBZ	- Alle klinische, poliklinische en semi-murale behandeling en begeleiding (incl. methadon) - Alle GGZ behandelingen	- Intramurale geneeskundige verslavingszorg langer dan een jaar - Intramurale niet-geneeskundige zorg
Zorgverzekeringwet	-	Alle extramurale geneeskundige zorg (inclusief methadon) en intramurale geneeskundige zorg tot één jaar
Welzijnswet (specifieke uitkering)	Preventie, overlastbestrijding en ambulante verslavingszorg, zoals gebruiksruidten en inloopcentra	
WMO	-	Vanuit Welzijnswet - Preventie, overlastbestrijding en maatschappelijke zorg voor verslaafden, zoals gebruiksruidten en inloopcentra Vanuit AWBZ - OGGZ middelen
Justitie	verslavingsreclassering	verslavingsreclassering *

* De Tweede Kamer zal nog besluiten over de verantwoordelijkheid voor het budget voor de justitiële verslavingszorg (zie paragraaf 4 over motie Van de Beeten).

Bijlage 2 Wachtlijstinformatie

Peildatum 1 september 2005
Respons: 100%

Aantal wachtenden op peildatum 01-09-2005

	Sum
totaal aantal wachtenden W1	1.689
totaal aantal wachtenden W2	2.192
totaal aantal wachtenden W3 ambulant	2.230
totaal aantal wachtenden W3 deeltijd	152
totaal aantal wachtenden W3 klinisch	1.422

W 1 is het aantal wachtenden in de wachtfase tussen datum aanmelding en datum eerste gesprek.
W 2 is het aantal wachtenden in de wachtfase tussen datum eerste gesprek en datum indicatiestelling.
W 3 is het aantal wachtenden in de wachtfase tussen datum indicatiestelling en datum start zorg
(uitgesplitst naar ambulant, deeltijd en klinisch).

Wachttijden op peildatum 01-09-2005 (in dagen)

	Sum
gemiddelde wachttijd W1	28
gemiddelde wachttijd W2	37
gemiddelde wachttijd W3 ambulant	53
gemiddelde wachttijd W3 deeltijd	41
gemiddelde wachttijd W3 klinisch	60

Hier geldt dezelfde fasering in drie 'wachttijden' als bij de bovenstaande tabel.

Aantal wachtenden op een RIBW-plaats op 01-09-2005

	Sum
totaal aantal wachtenden RIBW	404