

Aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
de heer drs. J.F. Hoogervorst  
Postbus 20350  
2500 EJ DEN HAAG

Datum  
**26 april 2006**  
Contactpersoon

Bijlage(n)  
**1**  
Doorkiesnummer

Ons kenmerk  
**Zn/jkde/rall/94852/2006**  
Onderwerp  
**Verslavingszorg**

Uw kenmerk  
**VGP/ADT 2660946**

Geachte heer Hoogervorst,

In het AO van 1 februari jl. heeft de Tweede Kamer onder meer vragen gesteld over de wachtlijsten in de verslavingszorg en over het drugsgebruik in ggz-instellingen. In uw brief van 16 februari jl. verzoekt u GGZ Nederland om over beide onderwerpen nadere informatie te verstrekken. Wij gaan graag op dit verzoek in. Een afschrift van deze brief wordt gestuurd naar de leden van de Vaste Commissie voor VWS van de Tweede Kamer der Staten Generaal.

GGZ Nederland maakt van de gelegenheid gebruik om haar zorgen kenbaar te maken over het toenemend alcoholgebruik van (zeer) jeugdigen. De gespecialiseerde verslavingszorg onderneemt weliswaar diverse activiteiten op het gebied van preventie en wil die de komende jaren zelfs intensiveren, maar constateert tegelijkertijd dat hierbij op onvoldoende steun vanuit 'politiek Den Haag' gerekend kan worden. Wij komen hierop aan het einde van deze brief terug.

#### *Wachtlijsten*

Ten behoeve van de voortgangsrapportage verslavingszorg, die is besproken in het AO van 1 februari jl., heeft GGZ Nederland gegevens aangeleverd over de wachttijden in de verslavingszorg per 1 september 2005. De wachttijden werden, zoals gebruikelijk bij landelijke rapportages, uitgedrukt in gemiddelden voor de hele sector. Zodoende kon onder andere worden vastgesteld, dat de wachttijden in de verslavingszorg binnen de afgesproken Treeknorm vielen. U noemde de wachtlijsten in de verslavingszorg tijdens het AO dan ook 'aanvaardbaar'.

In uw brief van 16 februari jongstleden geeft u aan de Tweede Kamer desgevraagd nader te willen informeren over de variatie in wachttijden en over de wachttijden voor in het bijzonder jongeren. U verzoekt ons na te gaan of deze informatie betrokken kan worden uit de wachtlijstgegevens, die wij al in september vorig jaar verzamelden.

Volgens ons is een nadere differentiatie in de algemene wachtlijstgegevens wel mogelijk, maar lenen de bestaande gegevens zich niet voor een verbijzondering naar jongeren. In overleg met de directie VGP van uw ministerie is daarom besloten om de omvang van de hulpbehoefte van jongeren met verslavingsproblemen op een andere manier in kaart te brengen. Wij lichten dat hieronder toe.

#### *Variatie in wachttijden*

In uw voortgangsrapportage van 1 februari jl. zijn in bijlage 2 op peildatum 1 september 2005 de gemiddelde wachttijden voor de verslavingszorg en het aantal wachtenden vermeld (zie volgende twee tabellen):

	Som
Gemiddelde wachttijd W1 <sup>1</sup>	28 dagen
Gemiddelde wachttijd W2 <sup>2</sup>	37 dagen
Gemiddelde wachttijd W3 <sup>3</sup> ambulant	53 dagen
Gemiddelde wachttijd W3 deeltijd	41 dagen
Gemiddelde wachttijd W3 klinisch	60 dagen

	Som
Totaal aantal wachtenden W1	1689 personen
Totaal aantal wachtenden W2	2192 personen
Totaal aantal wachtenden W3 (ambulant)	2230 personen
Totaal aantal wachtenden W3 (deeltijd)	152 personen
Totaal aantal wachtenden W3 (klinisch)	1422 personen

De 1689 personen, die zich bij de verslavingszorg aanmeldden voor een eerste gesprek, moesten gemiddeld 28 dagen wachten.

Op uw verzoek heeft GGZ Nederland een nadere differentiatie in de gemiddelde wachttijden aangebracht (zie onderstaande tabel).

Uit de tabel blijkt bijvoorbeeld, dat 24% van 1689 personen, die zich aanmeldden bij de verslavingszorg minder dan 14 dagen op een eerste gesprek moest wachten. De helft moest tussen de 15 en 30 dagen wachten en nog eens een kwart langer dan 30 dagen. In de bijlage worden voor elk van de drie wachtfasen apart de cijfers nog eens toegelicht.

Dagen	W1	W2	W3	W3	W3
0 - 14 dagen	24%	33%	8%	20%	1%
15 - 30 dagen	52%	24%	18%	15%	34%
31 -	24%	43%	74%	65%	65%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%

#### *Wachttijden voor jongeren*

Van de achttien specialistische verslavingszorginstellingen beschikken er drie over een specifiek behandel aanbod voor jongeren. De andere vijftien instellingen hebben geen hulpaanbod voor jongeren en houden derhalve voor deze doelgroep geen wachtlijsten

<sup>1</sup> W1: wachtfase tussen datum aanmelding en datum eerste gesprek.

<sup>2</sup> W2: wachtfase tussen datum eerste gesprek en datum indicatiestelling.

<sup>3</sup> W3: wachtfase tussen datum indicatiestelling en datum start zorg.

bij. Maar ook de drie instellingen (dat zijn: Mistral onderdeel van Psycho-medisch centrum Parnassia, de Jellinek en Het Bauhuus onderdeel van Verslavingszorg Noord Nederland), waar jongeren met verslavingsproblemen wel terecht kunnen, houden geen wachtlijsten bij. Jongeren doen weliswaar veelvuldig een beroep op deze drie instellingen, maar kunnen vanwege de beperkte capaciteit vaak niet geplaatst worden. Deze jongeren op een wachtlijst zetten heeft dus geen zin. Omdat ze wel zo snel mogelijk geholpen moeten worden, acht men het beter, om hen een alternatief (maar minder) hulpaanbod te doen.

Uit het veld komen duidelijke signalen over (een toenemende) behoefte aan behandelplaatsen voor jongeren met verslavingsproblemen. Dit kan mede verklaard worden, doordat vroegsignalering en vroeginterventies bij jongeren met een problematisch middelengebruik zijn geïntensiveerd. Zoals gezegd, kan de omvang van de toenemende behoefte niet worden afgeleid uit wachtlijsten. In overleg met de directie VGP van uw ministerie heeft GGZ Nederland daarom het initiatief genomen om bij de achttien gespecialiseerde verslavingszorginstellingen de behoefte aan behandelcapaciteit voor deze doelgroep te inventariseren (respons van 95%).

De drie instellingen met een specifiek hulpaanbod voor jongeren met verslavingsproblemen beschikken momenteel gezamenlijk over 25 plaatsen. Ze beogen voor deze doelgroep een uitbreiding met in totaal circa 70 plaatsen en een extra inzet van ruim 5000 ambulante contacten.

De andere vijftien instellingen schatten in, dat ze met een uitbreiding van circa 240 plaatsen en van ruim 25.000 ambulante contacten de komende jaren kunnen voldoen aan de (toenemende) hulpvragen van jongeren met verslavingsproblemen.

De totale klinische capaciteit voor jongeren in de verslavingszorg zou daarmee moeten komen op ruim 300 plaatsen. De instellingen zullen vaart zetten achter de realisatie van deze plaatsen, in de wetenschap dat er geen financieel plafond is op capaciteitsuitbreiding voor klinische zorg en geholpen door de voorlichting vanuit uw ministerie over de procedures rond de WTZi. Wij gaan er vanuit, dat de verslavingszorg voor haar plannen om de ambulante zorg uit te breiden op uw steun kan rekenen.

### *Drugsgebruik in de ggz*

In het AO van 1 februari is uitvoering aandacht besteed aan het daags daarvoor in de Volkskrant verschenen pleidooi van drie directeuren van instellingen voor ggz en verslavingszorg, om onder voorwaarden drugs op recept voor te schrijven. Zoals u weet, heeft deze stellingname ook binnen de ggz/verslavingszorg aanleiding gegeven tot allerlei reacties. Vanuit de Kamer zijn vervolgens aanvullende schriftelijke vragen gesteld. Voor u was een en ander aanleiding om GGZ Nederland per brief van 16 februari te verzoeken:

- een inventarisatie te doen naar de aard en omvang van het middelengebruik in de ggz;
- te bezien wat er in het veld al aan praktische oplossingen is gevonden voor het beheersprobleem en op basis hiervan een richtlijn voor de ggz en verslavingszorg op te stellen;
- binnen de sector van de ggz en verslavingszorg de discussie aan te gaan over de voor- en nadelen van het voorschrijven van cocaïne, en daarbij de beroepsgroepen te betrekken.

Uit interne discussies, die sinds februari over dit probleem zijn gevoerd, blijkt, dat hierover in het veld grosso modo twee opvattingen leven. Men beschouwt het óf als

een 'beheersprobleem', óf als een 'behandelprobleem'. In het eerste geval zal men meer de neiging hebben om naar middelen te grijpen als videocamera's, beveiliging, meer verlichting en controle. In het tweede geval zal men per individuele cliënt afspraken willen maken over het gebruik van drugs en hem/haar leren omgaan met de verleiding van drugs. Deze laatste opvatting valt vaak samen met een opvatting, dat de hekken rond het ziekenhuisterrein sinds de jaren tachtig niet voor niets gesloopt zijn, omdat de psychiatrie wilde 'vermaatschappelijken'.

Bovenstaande visies zijn in uitersten neergezet. Wanneer het gaat om het vinden van oplossingen, zal vermoedelijk een combinatie van maatregelen gehanteerd worden. In dit verband vinden wij het belangrijk om ook kennis te nemen van de ervaringen die in het bijzonder de forensische psychiatrie op dit gebied heeft opgedaan. Het is immers bekend, dat ook bij patiënten in deze sector het middelengebruik en verslaving een aanzienlijk probleem vormen. De forensische psychiatrie zullen wij dus ook bij het project betrekken.

GGZ Nederland heeft inmiddels het organisatieadviesbureau Zorgconsult Nederland in de arm genomen om ons te ondersteunen in het beantwoorden van uw vragen. Begin mei a.s. zal het project 'Drugsoverlast in de ggz' van start gaan, de afronding is voorzien rond oktober a.s. Om de aard en omvang van het probleem in kaart te brengen wordt een schriftelijke enquête onder de leden van GGZ Nederland uitgezet, gevolgd door mondelinge interviews bij een beperkt aantal instellingen. Deze fase wordt in juni a.s. afgerond met een tussenrapportage. Deze zal u t.z.t. worden toegezonden. De tussenrapportage zal gebruikt worden voor een interne discussie met de sector. De uitkomsten van discussie zullen genoeg materiaal moeten opleveren om richtlijnen te kunnen ontwikkelen voor het hanteren van drugsoverlast in de ggz.

#### *Bezorgdheid alcoholgebruik jongeren*

De meeste instellingen voor verslavingszorg hebben 'jeugd' als een speerpunt van hun preventieaanpak. Gegeven de trend in de laatste jaren tot een toename van alcoholgebruik onder met name jongeren, zal de verslavingszorg de omvang van preventieactiviteiten de komende jaren nog verhogen. Dit gaat gepaard met een accentverschuiving in de interventies van algemene voorlichtings- en publiekscampagnes naar geïndiceerde preventieve interventies gericht op specifieke risicogroepen.

Het middelengebruik van jongeren wordt integraal aangepakt via de drie leefgebieden: thuis, onderwijs en vrijetijdsbesteding. Goede samenwerking met de ketenpartners, zoals onderwijs, politie en GGD, is een belangrijke voorwaarde om succes te boeken in het terugdringen van overmatig alcoholgebruik van jongeren.

In dit verband onderschrijft de verslavingszorg de noodzaak, dat tegelijkertijd maatregelen worden getroffen om de beschikbaarheid van alcohol voor jongeren te beperken en erop toe te (laten) zien dat deze beperkingen ook worden gehandhaafd.

Gebeurt dat niet, dan dreigt preventie van problematisch alcoholgebruik van jongeren neer te komen op dweilen met de kraan open. Wij vinden het daarom schokkend, dat de Tweede Kamer uw voorstel begin dit jaar niet heeft gesteund om de verkoop van alcohol aan jongeren onder de achttien jaar te verbieden.

In de verwachting u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

Met Hoogachting,

J.F. de Beer,  
Directeur.

cc.: Leden van de Vaste Commissie voor VWS  
van de Tweede kamer der Staten Generaal

***Aanmeldingswachtfase***

In de aanmeldingswachtfase wacht de cliënt na aanmelding op het eerste gesprek met een hulpverlener. Tabel 1 laat zien dat een kwart (24%) van de cliënten binnen 14 dagen na aanmelding een gesprek heeft met een hulpverlener. De helft (52%) wacht hier tussen de 15 en 30 dagen op, bij het laatste kwart van de cliënten vindt het eerste gesprek plaats na een maand.

**Tabel 1:**

<i>dagen</i>	<i>% cliënten</i>
0-14	24%
15-30	52%
31-	24%
totaal	100%

***Beoordelingswachtfase***

Gedurende de beoordelingswachtfase wordt de cliënt geïndiceerd. Er is bemoeienis met de cliënt, om deze reden is de term wachtfase dan ook enigszins oneigenlijk. Eénderde van de cliënten wordt binnen 14 dagen geïndiceerd, bij een kwart duurt dit 15 tot 30 dagen. Bij de overige cliënten (43%) neemt deze fase meer dan een maand in beslag.

**Tabel 2:**

<i>dagen</i>	<i>% cliënten</i>
0-14	33%
15-30	24%
31-	43%
totaal	100%

***Behandelingswachtfase***

Nadat de indicatie is afgerond, wacht de cliënt in de behandelingswachtfase op de start van de behandeling. In tabel 3 wordt onderscheid gemaakt naar de vorm van de behandeling waarop de cliënt wacht: ambulante, deeltijd en klinisch.

Tweederde van de cliënten wacht langer dan een maand voor een deeltijd- (65%) of klinische behandeling (65%). Bij een ambulante behandeling wacht driekwart (74%) langer dan een maand.

**Tabel 3:**

<i>dagen</i>	<b>ambulant</b>	<b>deeltijd</b>	<b>klinisch</b>
	<i>% cliënten</i>	<i>% cliënten</i>	<i>% cliënten</i>
0-14	8%	20%	1%
15-30	18%	15%	34%
31-	74%	65%	65%
totaal	100%	100%	100%