



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

Ons kenmerk VGP/ADT 2749513	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Den Haag
Onderwerp Schriftelijke vragenronde over brief drugsoverlast in ggz-instellingen		Bijlage(n) 1	Uw brief 9 februari 2007

Hierbij ontvangt u de antwoorden op de vragen uit de schriftelijke vragenronde over de brief 'drugsoverlast in ggz-instellingen'.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

dr. A. Klink

Vragen CDA-fractie

1

Het is zeer zorgelijk dat bijna 30 procent van de patiënten die in ggz-instellingen verblijven tevens verslaafd zijn aan alcohol en/of drugs dan wel deze middelen ernstig misbruiken. Er vanuit gaande dat dit getal uit het onderzoek van GGZ-Nederland klopt, willen deze leden graag weten of er sprake is van een toename van de verslavingsproblematiek. Is het voor de eerste keer dat hier onderzoek naar is gedaan, of zijn er ook gegevens bekend van hoe de getallen er tientallen jaren geleden uitzagen? Kan er duidelijkheid worden gegeven over bij hoeveel patiënten er sprake is van verslaving en/of misbruik van respectievelijk alcohol, cannabis, cocaïne en heroïne?

1

De informatie van GGZ Nederland is verkregen door een eerste inventarisatie. Er is bij het verzamelen van de gegevens geen expliciet onderscheid gemaakt tussen alcohol, cannabis, cocaïne of heroïne. Wel is duidelijk dat het meeste drugsgebruik, softdrugs betreft. Er zijn geen gegevens bekend van tientallen jaren geleden.

2

Kunt u inzicht geven in het ontstaan van deze verslavingsproblematiek bij psychiatrische patiënten? Was van de verslaving of het misbruik van middelen al sprake voordat de psychiatrische patiënt de kliniek betrad, of is het misbruik en/of de verslaving ontstaan tijdens de opname?

2

Een groot deel van de ggz-cliënten had al verslavingsproblemen bij de opname in de kliniek. De diagnostische kennis over verslaving is in de ggz soms nog onvoldoende. Daardoor kan het gebeuren dat verslavingsproblemen bij de opname in de ggz niet worden onderkend. Om de diagnostiek te verbeteren heeft GGZ Nederland in opdracht van VWS richtlijnen voor de screening op en het diagnosticeren van dubbele diagnose laten ontwikkelen. Deze 'dubbele diagnose-richtlijn' wordt nu in opdracht van VWS ingevoerd, als onderdeel van het kwaliteitsprogramma van Zonmw (ggz en verslaving).

Daarnaast speelt verveling en het gebrek aan goede dagbesteding waarschijnlijk ook een rol in het gebruik van (soft)drugs en overigens ook van tabak.

3

Het onderzoek van GGZ-Nederland kan worden gezien als een eerste verkenning. Het is noodzakelijk dat onafhankelijk, representatief, valide en betrouwbaar vervolgonderzoek naar deze problematiek wordt gedaan. In het vervolgonderzoek zou ook helderheid moeten ontstaan over de omvang van de verslavingsproblematiek bij psychiatrische patiënten die ambulante worden behandeld. Ook is het noodzakelijk dat onderscheid wordt gemaakt naar volwassenen en jongeren. Zo bereiken de Kamer signalen dat de behandeling in de jeugdpsychiatrie ernstig wordt bemoeilijkt door drugsoverlast op het terrein. Ook worden signalen van ouders ontvangen dat hun kinderen met een psychiatrische aandoening tijdens de behandeling verslaafd zijn geworden. Bent u bereid te bevorderen dat nader wetenschappelijk onderzoek naar deze zaken plaatsvindt?

3

Uit de inventarisatie blijkt al wel dat het drugsgebruik en de drugsoverlast in de ggz een ernstig probleem is. Hoewel het zeker zinnig is om hier nader onderzoek naar te doen, ben ik bang dat het instellen van een wetenschappelijk onderzoek ertoe leidt dat de sector de uitkomsten daarvan zal afwachten alvorens te handelen. Terwijl uit de inventarisatie al voldoende aanknopingspunten komen om actie te ondernemen. Vandaar dat ik GGZ Nederland heb verzocht om de uitwisseling van goede praktijkvoorbeelden te ondersteunen en vooral verder te investeren in een goede screening, diagnostiek en behandeling van mensen met verslavings- en psychiatrische problemen.

Om de behandeling van jongeren verder te verbeteren, zie ik meer in samenwerkingsprojecten als Open en Alert (een samenwerkingsproject tussen de verslavingszorg en de residentiële jeugdzorg) en de goede samenwerking tussen ggz, verslavingszorg en jeugdzorg die in de praktijk in een aantal regio's (Den Haag, Utrecht) al van de grond komt.

4

Uit het onderzoek van GGZ-Nederland komt onvoldoende naar voren waar de drugsoverlast vandaan komt. Deze leden herkennen in de rapportage geheel niet de "uitgebalanceerde aanpak van zorg en veiligheid" waarvoor GGZ-Nederland zegt te staan. Het accent ligt alleen op zorg, het aspect van veiligheid komt nauwelijks aan bod. De rapportage lijkt er vanuit te gaan dat overlastgevend gedrag wordt veroorzaakt door de psychiatrische patiënten zelf. Het rapport veronderstelt dat een betere behandeling ertoe zal leiden dat deze patiënten minder zullen dealen, intimideren en gebruiken. Kunt u toelichten waar deze veronderstelling op is gebaseerd? Blijkt uit wetenschappelijk evaluatieonderzoek dat door psychiatrische behandeling ook de verslavingsproblematiek afneemt? Zijn er al onderzoeksresultaten bekend over het effect van de behandeling in de dubbele diagnoseklinieken?

4

Uw opvatting dat het veiligheidsaspect nauwelijks aan bod komt, deel ik niet. Evenmin gaan de ggz-instellingen ervan uit dat drugsoverlast (alleen) wordt veroorzaakt door de psychiatrische patiënten zelf. Op dit moment doet iets minder dan de helft van de ggz-instellingen aan beveiliging en bewaking van het terrein, met het doel dealen en drugsoverlast tegen te gaan. Dit is juist ook gericht op het tegenhouden van dealers van buiten. Ik heb met GGZ Nederland afgesproken dat zij de komende maanden zal zorgen voor een uitwisseling van goede praktijkvoorbeelden op het terrein van beveiliging en bewaking. Het percentage instellingen dat aan beveiliging doet, moet worden verhoogd. Naast een beter veiligheidsbeleid vraagt het drugsprobleem in de ggz om een geïntegreerde behandeling van zowel psychiatrische als verslavingsproblemen. Dat begint met het stellen van een goede en volledige diagnose. De richtlijn dubbele diagnose (zie antwoord op vraag 2), is gebaseerd op het beschikbare wetenschappelijk onderzoek. Een betere, geïntegreerde behandeling leidt tot stoppen dan wel verminderen van middelengebruik.

5

Deze leden hechten zeer aan de behandeling van dubbele diagnoses maar maken zich tegelijkertijd zorgen over het nog experimentele karakter van de behandeling. Wordt de behandeling van de dubbele diagnoses begeleid door wetenschappelijk onderzoek en zo nee, wanneer gaat dat gebeuren?

5

Dat gebeurt al: de invoering van de brede richtlijn dubbele-diagnose vindt op dit moment plaats door het Trimbos-instituut, onder begeleiding van Zonmw. Het is een onderdeel van het kwaliteitsprogramma voor de ggz en verslavingszorg. Verder worden in het kader van Resultaten Scoren (het kwaliteits- en ontwikkelingsprogramma voor de verslavingszorg) dit jaar nog de volgende specifieke richtlijnen afgerond: richtlijn ACT bij dubbele diagnostiek ggz en verslaving; behandelrichtlijn dubbele diagnose verslaving en depressie; behandelrichtlijn dubbele diagnose verslaving en borderline persoonlijkheidsstoornis; protocol voor verpleegkundigen voor dubbele diagnose verslaving en schizofrenie. Ook deze richtlijnen per deelonderwerp zijn gebaseerd op de laatste stand van zaken in het wetenschappelijk onderzoek en goede praktijkervaringen.

6

Deze leden vinden dat in het onderzoek van GGZ-Nederland de opvatting overheerst dat het alcoholgebruik en drugsgebruik wordt geaccepteerd of op de koop toe wordt genomen om de psychiatrische patiënt maar in behandeling te kunnen houden. Het zogenaamde laagdrempelige karakter van de hulpverlening staat centraal. Dat is merkwaardig, genoemde leden verwachten dat deze opvatting ervoor zorgt dat de drugsoverlast toeneemt. Hoe pakt maatwerk per patiënt uit? Met name voor kwetsbare psychiatrische patiënten is het niet eenvoudig weerstand te blijven bieden tegen overmatig middelengebruik wanneer zij te maken hebben groepsgenoten die wel openlijk mogen gebruiken. Hoewel veel waarde wordt gehecht aan het professionele oordeel, kunt u toelichten waar dit professionele oordeel op is gestoeld en of het wetenschappelijk is gefundeerd?

6

De in de inventarisatie beschreven drugsoverlast speelt vooral op de langdurig verblijfsafdelingen in de ggz. Ik ben het met u eens dat kwetsbare psychiatrische patiënten die niet gebruiken cq. niet willen gebruiken, niet mogen worden geconfronteerd met overmatig middelengebruik of –handel. De ggz zal, op basis van goede diagnostiek, beter dan nu moeten bepalen of afbouw of verminderen van drugsgebruik mogelijk is. In het plaatsen van patiënten op de diverse ggz-afdelingen zal vervolgens rekening moeten worden gehouden met al dan niet aanwezige verslavingsproblematiek.

7

Het is een zeer bijzondere situatie dat hoewel drugsgebruik formeel niet is toegestaan dit, volgens het onderzoek van GGZ-Nederland, het in de praktijk “om gezondheidsredenen noodzakelijk kan zijn”. Dat is een gekke redenering. Bestaat hierover op internationaal niveau wetenschappelijke en professionele consensus? In dit verband wordt ook graag gewezen op de praktijk van mythes en leugens rond drugs zoals de psychiater Dalrymple die beschrijft. Is de psychiater Dalrymple op dit punt een enkele roepende in de woestijn?

7

De publicatie van de heer Dalrymple ging alleen over heroïneverslaafden in Engeland. Daar is sprake van een groeiende en zeer jonge populatie heroïneverslaafden, veelal in de sociaal-economische onderklasse. In een gesprek met Dalrymple dat wij met hem afgelopen jaar hadden, gaf hij aan de Nederlandse situatie helemaal niet te kennen. Desgevraagd gaf hij aan dat hij het op medische gronden voorschrijven van methadon en heroïne aan oudere, zeer langdurige verslaafden een ‘verstandige optie’ vond.

In de richtlijn dubbele diagnose wordt aangegeven bij welke combinatie van psychiatrische en verslavingsklachten direct moet worden begonnen met de afbouw van middelen en waar beter eerst aan stabilisatie of behandeling van de psychiatrische klachten gewerkt kan worden. Dubbele diagnose is feitelijk een verzamelbegrip; de combinatie van depressie en alcoholverslaving geeft een heel ander ziektebeeld dan bijvoorbeeld schizofrenie en heroïneverslaving. Hoewel het wetenschappelijke onderzoek en ontwikkeling in de praktijk nog verder ontwikkeld moet worden, is de huidige richtlijn gebaseerd op de internationale wetenschappelijke onderzoeken en professionele standaarden.

8

Deze leden zijn zeer benieuwd hoe in de praktijk van de psychiatrie in andere landen met middelengebruik wordt omgegaan. Kunt u daarover meer informatie verstrekken?

8

Uit gegevens van het EMCDDA in Lissabon blijkt dat bij circa 30 tot 50% van de psychiatrische patiënten in Europa sprake is van comorbiditeit. Dat wil zeggen dat er naast een psychiatrische ziekte ook sprake is van middelenafhankelijkheid. Het gaat dan met name om alcohol, kalmerende middelen en cannabis. Het behandelend personeel is vaak niet opgeleid voor het werken met deze groep patiënten, waardoor ook in andere Europese landen de drugsproblemen van psychiatrische patiënten onvoldoende worden onderkend.

9

Deze leden hebben ernstige bezwaren tegen het verstrekken van drugs op recept. Zij verzetten zich tegen de opvatting die in het onderzoek van GGZ-Nederland op lijkt te gaan dat drugsoverlast rond ggz-instellingen mogelijk is aan te pakken door drugs op recept te verstrekken aan psychiatrische patiënten. Daarmee kiezen de ggz-instellingen voor een schijnoplossing en houden zij bovendien de verslaving van de psychiatrische patiënten in stand. Bovendien nodigen zij dealers uit om zoveel mogelijk slachtoffers te maken waarna de instelling de verstrekking voortzet. Waarom wil de minister dat er eerst consensus bestaat binnen GGZ-Nederland voordat uzelf een standpunt formuleert. Wordt de uitkomst dan het resultaat van de machtsstrijd tussen de voor- en tegenstanders binnen de ggz-gelederen? Het zou de instellingen juist sieren wanneer zij aangeven dat zij soms machteloos staan tegenover de verslavingsproblematiek en vanuit die invalshoek naar oplossingen zoeken in plaats van het verstrekken van drugs op recept als de oplossing voor de drugsoverlast te zien.

9

Er is nog vrijwel geen inhoudelijk debat gevoerd door de betrokken beroepsgroepen over het voorschrijven van drugs op recept. Het gaat niet om een machtsstrijd tussen voor- en tegenstanders in de ggz, maar om een weging van inhoudelijke argumenten door de betrokken geneeskundigen in de ggz en verslavingszorg. Ik ben het met u eens dat het voorschrijven van drugs op recept nooit mag gebeuren om een beheersprobleem op te lossen. De huidige heroïnebehandeling heeft bijvoorbeeld ook alleen indicatiecriteria gebaseerd op medische en individuele gronden.

10

Deze leden missen in de rapportage van GGZ-Nederland de aandacht voor veiligheid in en rond de instelling. Dit aspect is nauwelijks uitgewerkt. GGZ-Nederland geeft aan dat de samenwerking met politie en justitie beter kan als het gaat om opsporing en vervolging van dealers. Op dit punt mag GGZ-Nederland de hand in eigen boezem steken. Bij welke instellingen vindt veel drugsoverlast plaats en bij welke instellingen weinig en hoe verhoudt zich dat tot het actieve veiligheidsbeleid van de instelling? Ook valt daarbij te denken aan de gehanteerde huisregels en de samenwerking met de politie als een drugsdealer wordt gesignaleerd.

10

Er is bij deze inventarisatie nadrukkelijk voor gekozen om de instellingen niet bij naam te noemen. Zoals ik hierboven al aangaf (zie vraag 4) heb ik GGZ Nederland gevraagd een actieve rol te spelen in het versterken van een actief veiligheidsbeleid bij meer ggz-instellingen. GGZ Nederland heeft dit toegezegd.

11

Een vergelijkbare problematiek doet zich voor rondom scholen. In het project "De school en genotmiddelen" wordt ook aangegeven hoe gemeenten en scholen op dit gebied kunnen samenwerken. Ook in andere sectoren en bij andere instellingen doen vergelijkbare problemen zich voor. Deze leden willen dat dit veiligheidsaspect nader wordt uitgewerkt zodat vervolgens een geïntegreerde zorg- en veiligheidsaanpak van drugsoverlast bij ggz-instellingen en andere instellingen is te ontwikkelen. Deze leden zien daarbij een actieve rol voor de regering weggelegd. Dit kan niet alleen aan het veld en zeker niet alleen aan GGZ-Nederland worden overgelaten. Wat is uw oordeel?

11

Ik vind de doelstelling en de context van het project Gezonde School en genotmiddelen niet vergelijkbaar met het probleem van drugsgebruik en drugsoverlast in de ggz. Wel ben ik het met u eens dat waar nodig meer samenwerking tussen verschillende sectoren moet komen om een geïntegreerde aanpak te ontwikkelen. Ik stimuleer daarom de samenwerking tussen de ggz en de verslavingszorg en de samenwerking tussen bijvoorbeeld de jeugdzorg, jeugd-ggz en verslavingszorg voor jongeren (project Open en Alert).

Vragen PvdA-fractie

12

Deze leden hebben met belangstelling kennis genomen van de brieven van zowel de minister als GGZ-Nederland over de drugsproblematiek in en rondom ggz-instellingen. Met tevredenheid is gelezen dat deze problematiek nu ronduit erkend wordt, onder ogen wordt gezien en er zal worden gewerkt aan oplossingen om overlast terug te brengen. Een veilige omgeving is voor het belang van zowel patiënten, werknemers in de zorg en familie en omwonenden. Echter er zijn nog de volgende vragen. Hoe representatief acht u het onderzoek van GGZ-Nederland dat ten grondslag ligt aan de voorliggende brieven?

12

Met een respons van 71% geeft het onderzoek een representatief beeld van de ggz en verslavingszorg omtrent drugsoverlast.

13

Er wordt naar de mening van deze leden geen differentiatie in problematiek aangebracht naar instelling, soort verslaving, ernst van de verslaving, achtergrond patiënt etc. Gerichtte oplossingen blijven als logisch gevolg hiervan dan ook achterwege. Deelt u de mening dat het beleid van de instellingen teveel is gericht op de zware verslaafden met dubbele diagnose?

13

Nee. Hoewel er de laatste jaren veel is verbeterd, is de screening, diagnostiek en behandeling van zware verslaafden met psychiatrische problemen nog steeds niet in alle instellingen goed geregeld. Deze mensen kampen met een zware ziektelast en veroorzaken bovendien veel overlast voor hun omgeving. Het is daarom terecht dat instellingen hun beleid mede richten op deze groep.

14

Bent u van mening dat er eerst een duidelijkere probleemdefiniëring met onderscheid naar de vorm van verslaving in combinatie met het soort patiënt moet komen voordat er effectieve aanpak kan worden gekozen?

14

In de eerder genoemde richtlijn voor dubbele diagnose wordt al geprobeerd dit onderscheid te maken (zie ook antwoord op de vragen 5 en 7).

15

Welke mogelijkheden ziet u om de problematiek specifiek in kaart te brengen, zodat gerichte instrumenten kunnen worden ingezet?

15

Zie het antwoord op vraag 7.

16

Er is ook overlast die niet gepaard gaan met zichtbare incidenten, zoals overlast tussen bewoners onderling. Bijvoorbeeld een labiele patiënt die wordt gestimuleerd te gebruiken door een zwaar verslaafde medebewoner. Is er inzicht in de "onzichtbare" overlast van drugs- en alcoholgebruik in ggz-instellingen?

16

GGZ Nederland geeft aan dat er overlast is voor medepatiënten, personeel en omwonenden. Bij de inventarisatie zijn enkele signalen van overlast voor kwetsbare cliënten naar boven gekomen, maar er is geen volledig beeld. Het gebouwelijk gescheiden plaatsen van verslaafde cliënten en labiele, kwetsbare cliënten zou deze onzichtbare overlast wel doen afnemen (zie ook het antwoord op vraag 6, 17 en 18).

17

Op basis van welke gegevens wordt een patiënt in een instelling geplaatst? Vindt er, mede op basis van de drugs- en alcoholproblematiek, differentiatie in behuizing plaats? Differentiatie in plaatsing, waarbij rekening wordt gehouden met de ernst verslaving, psychische aandoening, diagnose van medebewoners etc.

17

Zie het antwoord op vraag 6. Differentiatie vindt overigens ook steeds meer plaats in de beschermende woonvormen: er komen meer beschermende woonvormen specifiek voor verslaafden.

18

Ziet u mogelijkheden tot verbetering indien per doelgroep behandelbeleid gemaakt en uitgevoerd zal worden? Ziet u die mogelijkheden ook door binnen de instelling segmentering door te voeren in behandeling en plaatsing van patiënten?

18

Ja, zie ook het antwoord op vraag 6. De patiënten met de ernstigste verslavings- en psychiatrische stoornissen, worden opgenomen op de gespecialiseerde afdelingen voor dubbeldiagnose die nu in vrijwel elke regio zijn opgezet door de ggz en verslavingszorg gezamenlijk. Maar daarnaast zijn er ook veel patiënten in de ggz, met name op de langdurig verblijfsafdelingen, die kampen met verslavingsproblemen. Dit wordt nu nog onvoldoende onderkend.

Onderscheid naar doelgroep zal overigens gebeuren op basis van de ernst van de verslaving en de psychiatrische problemen. Onderscheid naar middel is minder relevant, mede door het vele combi-gebruik.

19

De keuze van behandeling en het nemen van bepaalde maatregelen wordt in eerste instantie bepaald door de visie van de instelling op verslaving. Ruim 74 procent ziet verslaving als een behandelprobleem en 33 procent ziet een verslaving als een veiligheidsprobleem. Hoe komt de visie per instelling tot stand, wie bepaalt dit voor een instelling en speelt de visie een rol bij plaatsing van de patiënt?

19

De vraag was of de instellingen verslaving *primair* als een behandelprobleem zien of *primair* als een veiligheidsprobleem. In de praktijk maakt de ruime meerderheid afspraken over drugsgebruik in het behandelplan (83%), dus ook de instellingen die verslaving primair als een veiligheidsprobleem zien. De visies die in de rapportage beschreven worden, zijn vooral de visies van de directies van de instellingen en veel minder die van de eerstverantwoordelijke geneeskundigen. Deze visies spelen geen rol bij de plaatsing van patiënten. Plaatsing gebeurt op basis van indicatiestelling en diagnostiek.

20

Heeft u inzicht in de effectiviteit van behandelingen? Ziet u nog grote kansen liggen in het gericht diagnosticeren, en het leggen van een meer directie relatie tussen de behandeling en patiënten met een psychiatrisch, verslaving en/of dubbel diagnose problematiek?

20

Zie het antwoord op de vragen 6, 7 en 18.

21

In de brief van GGZ-Nederland ligt de nadruk op het verbeteren van de behandelsfeer als maatregel om overlast gevend gedrag te voorkomen. Waarom is er weinig aandacht voor de beveiligingssfeer?

21

Zie het antwoord op vraag 4.

22

Patiënten die in een instelling verblijven verkeren in een kwetsbare positie. Het is daarom moeilijk om afspraken te maken over gereguleerd gebruik en de controle hierop. Met sommige patiënten die wel hulp nodig hebben, zijn überhaupt geen afspraken te maken, terwijl ze wel overlast kunnen veroorzaken. Deelt u de mening dat dit een spanningveld kan opleveren voor een professional? Op welke manier worden professionals hierin ondersteund?

22

De meeste ggz-patiënten zijn wel degelijk (op bepaalde momenten) goed aanspreekbaar. De Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst bepaalt dat elke patiënt een behandelplan moet hebben, waarover hij geïnformeerd is en waar hij mee instemt. Dat geldt natuurlijk net zo goed voor ggz-patiënten. Afspraken over regulering van en controle op gebruik horen thuis in het behandelplan. De meeste instellingen voor verslavingszorg hebben hierover wel afspraken opgenomen in individuele behandelplannen en bovendien een aantal algemene afspraken in huisregels vastgelegd. Dit biedt ondersteuning aan professionals.

23

Hoe ziet u de mogelijkheden van een verscherpte controle op bezit en inname van drugs en alcohol in verhouding tot bovengenoemd spanningsveld?

23

Het is in de verslavingszorg al gebruikelijk dat bijvoorbeeld kamers worden gecontroleerd op alcohol of drugs. Ook vinden aangekondigde en onaangekondigde urinecontroles plaats. Vaak is deze aanpak opgenomen in het behandelplan en bovendien onderdeel van de huisregels. In de ggz is dit nog niet gebruikelijk. Ik kan me voorstellen dat ook de ggz deze aanpak zal kiezen.

24

Hoe wilt u ruimte scheppen voor extra inzet van deskundig personeel, preventie en repressie?

24

Het omgaan met drugsgebruik hoort een regulier onderdeel te zijn van het behandelplan. Dat is het in de verslavingszorg ook. Deskundigheidsbevordering bij ggz-personeel op dit punt is waarschijnlijk wel nodig. De invoering van de richtlijn dubbele diagnose dit jaar door het

Trimbos-instituut is gericht op verspreiding van kennis en betere samenwerking tussen de ggz en verslavingszorg.

Verbeteren van beveiliging en bewaking ten slotte, is een manier om een deel van de drugsproblemen in de ggz-instellingen te voorkomen.

25

Indien er nog geen landelijke richtlijn komt, wat wilt u dan wel echt aanpakken? Hoe zien uw plannen er op korte en lange termijn uit om de overlast te doen afnemen?

25

Er zijn landelijke richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van dubbele diagnose, deels nog in ontwikkeling (zie de antwoorden op vraag 5 en 7). Maar GGZ Nederland is van mening dat de omstandigheden binnen de instellingen nu zo verschillend zijn, dat er nog geen landelijke richtlijn voor het tegengaan van drugsoverlast mogelijk is. Het gaat dan niet om behandelinhoudelijke richtlijnen, die zijn er dus wel, maar om een richtlijn op het gebied van beveiliging en bewaking. Ik heb met GGZ Nederland wel afgesproken dat zij goede praktijkvoorbeelden op dit gebied zal verzamelen en verspreiden onder de instellingen en als vervolg daarop een onderzoek start om wel tot één landelijke richtlijn voor de bestrijding van drugsoverlast te komen.

Vragen SP-fractie

26

Kunt u inzicht verschaffen over de doelgroep? Om hoeveel mensen met een dubbele diagnose gaat het in absolute zin? Kan daarbij een differentiatie worden gemaakt naar de aard van de verslaving, dat wil zeggen cocaïne, heroïne, alcohol of cannabis?

26

Bijna 30% van de patiënten in ggz-instellingen is ook verslaafd aan alcohol en/of drugs of misbruikt deze middelen. Het drugsgebruik betreft hoofdzakelijk cannabisgebruik. Er is geen nader onderscheid gemaakt naar middelen.

27

Zijn er op dit moment reeds experimenten in gang gezet met medicinale cocaïnevertrekking? Zo ja, zijn daarover al resultaten bekend? Zo neen, bent u bereid experimenten in te zetten?

27

Er vinden op dit moment geen experimenten plaats met medicinale cocaïneverstrekking. Zoals ik ook aangaf in mijn brief van 20 december 2006, sta ik zeer kritisch tegenover deze experimenten. In wetenschappelijke kring wordt dit idee niet ondersteund. Door de heftige en kortdurende werking van cocaïne zal het voorschrijven van dit middel niet leiden tot een verbetering van het functioneren van een verslaafde, in medisch of sociaal opzicht.

28

Waarop baseerde u de, tijdens het algemeen overleg van 1 februari 2006 (24 077, nr. 180), gedane uitspraak dat de samenwerking tussen ggz-instellingen en de verslavingszorg bij een dubbele diagnose goed is? Kunt u toelichten wat er sindsdien is veranderd aan de situatie, waardoor u nu stelt dat er nog veel winst te behalen valt in de samenwerking?

28

Tijdens het algemeen overleg van 1 februari 2006 is aangegeven dat nu in bijna alle regio's speciale behandelafdelingen voor verslaafden met psychiatrische stoornissen zijn opgezet, vanuit de ggz en verslavingszorg gezamenlijk. Dat is een zeer goede ontwikkeling. Dat wil nog niet zeggen dat de samenwerking in den brede (dus ook buiten deze speciale afdelingen) altijd goed is. Ook de kennis van verslaving in de algemene ggz is vaak nog onvoldoende, waardoor soms een onvolledige diagnose wordt gesteld. De samenwerking tussen de jeugdhulpverlening en de jeugd-ggz en verslavingszorg komt pas recent in een aantal regio's op gang.

29

Wat is de stand van zaken rondom het onderzoek naar medicijnen die craving, de zucht naar drugs, beheersen?

29

Dat is per middel verschillend: voor heroïne- en alcoholverslaafden bestaan al jaren medicijnen die craving tegengaan en helpen terugval te voorkomen. Voor cocaïne bestaat een dergelijk middel nog niet. Met name in de Verenigde Staten wordt hier wel onderzoek gedaan. Ook zijn er voorzichtige aanwijzingen dat methadon, dat nu wordt gebruikt bij heroïneverslaafden, ook de craving naar cocaïne enigszins tegengaat.

30

Waarom kan bij cocaïneverslaafden niet worden beweerd dat het gaat om een groep chronische verslaafden waarbij alle andere behandelingen niet hebben gewerkt?

30

Ten eerste omdat binnen deze groep meestal geen sprake is van een zeer langdurige verslaving. (Onder de heroïneverslaafden ligt de gemiddelde verslavingsduur tussen de 15 en 20 jaar!) Ten tweede omdat we relatief kort geleden zijn begonnen met het behandelen van cocaïneverslaving. Niet beweerd kan worden, dat voor deze cliënten alle andere mogelijkheden al geprobeerd zijn. Ten derde bestaat er nog geen vervangende medicatie zoals methadon bij heroïne. Bij heroïnebehandeling wordt altijd een combinatie van methadon en heroïne gegeven. Heroïne alleen wordt nooit verstrekt, onder ander vanwege het risico op overdoses en het wegvallen van het stabiliserend effect dat de combinatie met methadon wel geeft.

31

Bent u bereid de samenwerking met politie en justitie te verbeteren met betrekking tot de overlastproblematiek, teneinde een veilige omgeving te creëren voor personeel en patiënten?

31

Zie het antwoord op vraag 33.

Vragen VVD-fractie

32

Op welke manier gaat de sector momenteel om met overlast? Hebben de instellingen goede contacten met de politie? Zo ja, waar blijkt dat uit? Zo neen, waarom niet? Worden er onderlinge afspraken gemaakt over wat te doen als patiënten overlast veroorzaken?

32

De instellingen hebben wel contacten met de politie. Er wordt bijvoorbeeld contact opgenomen wanneer een dealer op het instellingsterrein wordt gesignaleerd. Het punt is dat de politie deze dealers niet goed langdurig van het instellingsterrein kan verwijderen: vaak is nog geen strafbaar feit gepleegd en veel ggz-terreinen zijn tegenwoordig open, om juist de (vrijwillig opgenomen) patiënten niet af te sluiten van de maatschappij. Het veroorzaken van overlast door psychiatrische patiënten in de ggz-instellingen betreft geen strafbaar feit en is daarmee geen zaak voor de politie.

33

De ggz (geestelijke gezondheidszorg) ziet haar eigen verantwoordelijkheid als het gaat om beveiliging, maar vindt ook dat de samenwerking met politie en justitie beter kan. Op welke wijze wordt de te verbeteren samenwerking vormgegeven? Wie neemt hiertoe het initiatief?

33

Uit de inventarisatie van GGZ Nederland komt nog geen volledig overzicht van de (knelpunten in) de samenwerking met de politie. Veel instellingen hebben wel afspraken met de politie, maar lopen tegen de grens aan van wat eigen beveiligingspersoneel kan doen en wat de politie zou kunnen doen.

Ik zal deze signalen bespreken in mijn overleg met de departementen van Justitie en Binnenlandse Zaken, om te bezien of hierover op landelijk niveau afspraken gemaakt moeten worden.

34

Drugs- en drankgebruik van patiënten en de hiermee samenhangende problematiek leidt bij 78 procent van de ggz-instellingen in meer of mindere mate tot overlast. Heeft volgens u de minister van Justitie een rol bij de aanpak van de overlastproblematiek in ggz-instellingen? Zo ja, welke rol? Zo neen, waarom niet?

34

Zie het antwoord op vraag 33. Wanneer het gaat om de rol van de politie bij de aanpak van drugsoverlast op ggz-terreinen, heeft ook de minister van BZK een rol.

35

Er valt volgens u nog veel winst te behalen bij een intensievere samenwerking tussen de ggz en de verslavingszorg. Hoe wordt deze intensievere samenwerking vormgegeven? Wie neemt hiertoe het initiatief? Hoeveel winst valt hier te behalen?

35

Intensievere samenwerking krijgt vorm door het gezamenlijk opzetten van een afdeling voor dubbele diagnose en het invoeren van de richtlijn dubbele diagnose (waarbij de ggz en verslavingszorg bijvoorbeeld samen de diagnostiek moeten doen). Ook worden in sommige regio's projecten opgezet waarbij scholen, gemeentelijke gezondheidsdiensten, ggz, jeugdzorg en verslavingszorg samenwerken.
Zie ook het antwoord op vraag 28.

36

Omtrent het voorschrijven van drugs op recept bestaat nog geen eenduidige opvatting binnen de ggz-sector. Er zijn twijfels of het voorschrijven van drugs wel tot medisch handelen kan worden gerekend. De sector gaat de komende periode verschillende beroepsgroepen over dit onderwerp consulteren. Uit gegevens van de Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden (CCBH) blijkt dat de heroïneverstrekkingsexperimenten een gunstige invloed hebben op de lichamelijke en psychische gezondheidstoestand van de verslaafde. Tevens blijkt dat deze verslaafden veel minder overlast veroorzaken. Wordt deze commissie ook door de sector geconsulteerd? Worden de ervaringen van gemeenten met betrekking tot medicinale heroïneverstrekking betrokken bij dit "onderzoek" van de sector? Zo ja, op welke wijze? Zo neen, waarom niet?

36

De CCBH is herhaaldelijk geconsulteerd bij de discussie over het voorschrijven van drugs op recept. De medische behandeling met heroïne en methadon is inmiddels geen experiment meer. Het onderzoek van de CCBH heeft de veiligheid en effectiviteit van deze behandeling aangetoond. De heroïnebehandeling zal daarom worden voortgezet, als een laatste behandelmogelijkheid in de gespecialiseerde verslavingszorg, bestemd voor een kleine groep problematische en langdurig heroïneverslaafden voor wie methadonbehandeling alleen niet werkt.

De discussie richt zich nu vooral op het voorschrijven van cocaïne op recept. Daarvoor heeft de CCBH juist altijd gewaarschuwd. Cocaïne heeft een hele andere werking dan heroïne en voorschrijven zal waarschijnlijk juist een ongunstige invloed hebben op de lichamelijke en psychische gezondheid van verslaafden.

Zie ook het antwoord op de vragen 27 en 30.