

Vergaderjaar 2007–2008

**24 077**

**Drugbeleid**

**Nr. 224**

## **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 16 juli 2008

### **Inleiding**

Tijdens het Algemeen Overleg verslavingszorg van 12 december 2007 (24 077, nr. 209) heb ik toegezegd uw Kamer nader schriftelijk te informeren over een aantal onderwerpen, waaronder «nieuwe» verslavingen, de ketenzorg voor verslaafde jongeren en de vergoeding voor anonieme internethulp (motie Van Velzen). In deze voortgangsbrief wil ik daarom nader ingaan op een aantal belangrijke ontwikkelingen in de verslavingszorg. GGZ Nederland heeft inhoudelijk bijgedragen aan deze rapportage, door het aanleveren van veel relevante recente informatie. Met deze brief wordt ook toezegging 2131 afgedaan<sup>1</sup>. Deze brief zend ik mede namens de Minister voor Jeugd en Gezin voor die onderwerpen die ook zijn portefeuille betreffen of raken.

### **Verslavingszorg: cure en care**

Verslavingszorg is in de eerste plaats een onderdeel van de gezondheidszorg. Verslaving heeft biologische, psychologische en maatschappelijke oorzaken en consequenties.

Verslaving wordt in het veld tegenwoordig vooral gezien als een ziekte die bovendien neigt naar chroniciteit. Die benadering van verslaving als ziekte, betekent dat de verslavingszorg zich vooral richt op behandeling. Behandeling betekent overigens niet altijd genezing: terugvalpreventie is niet voor niets een standaard onderdeel van de behandeling.

Deze ontwikkeling, vanuit het welzijnswerk naar de gezondheidszorg, is terug te zien in cijfers: uit de productiegegevens (verantwoording over 2006) van de instellingen voor verslavingszorg blijkt dat ruim 80% cure betreft en 20% care.

Hoewel ik onderschrijf dat verslaving in de eerste plaats een gezondheidsprobleem is en het belang onderstreep van wetenschappelijk onderzoek naar genetische factoren bij verslaving (zoals in het programma Risicogedrag en afhankelijkheid van Zonmw), is het belangrijk ook de andere

<sup>1</sup> Minister houdt effectiviteit van de diverse behandelingen in de gaten en zal, wanneer hierin meer inzicht gegeven kan worden, de Kamer hierover t.z.t. rapporteren.

aspecten van verslaving te blijven zien. Verslaving is misschien te typeren als een (hersens)ziekte, maar bijna geen andere ziekte heeft zoveel sociale, maatschappelijke en juridische consequenties. Een verslaving komt zelden alleen: veel verslaafden hebben psychiatrische stoornissen, schulden, problemen met justitie en met huisvesting. Daarom zal naast behandeling ook laagdrempelige opvang belangrijk blijven, zoals de inloopruimtes, de nachtopvang, de gebruiksruidtes e.d. Gemeenten zijn hiervoor verantwoordelijk in het kader van de WMO.

De kracht van de sector verslavingszorg zit juist in de bundeling van behandeling en van opvang, dus zowel cure als care.

### **Professionalisering**

Resultaten Scoren is het kwaliteits- en innovatieproject voor de hele verslavingszorg en wordt al bijna 10 jaar door VWS gesubsidieerd. In de afgelopen jaren zijn in nauwe samenwerking tussen veld, beleid en wetenschap protocollen, richtlijnen en handleidingen ontwikkeld die in belangrijke mate hebben bijgedragen aan de professionalisering van de verslavingszorg<sup>1</sup>. Ik heb de subsidie aan Resultaten Scoren verlengd zodat een goede invoering kan plaatsvinden van de ontwikkelde protocollen. Daarnaast wordt nog een aantal nieuwe producten ontwikkeld, met name voor de jeugd. Resultaten Scoren Jeugd zal zich richten op: het opstellen van een landelijk advies voor de behandeling van jongeren met alcohol- en drugsproblemen, het aanpassen van de ontwikkelde protocollen voor volwassenen naar de doelgroep jongeren en de ontwikkeling van een protocol voor de behandeling van dubbele diagnose bij jongeren.

Resultaten Scoren gaat dit jaar een nieuwe fase in, waarin de bestaande projectstructuur wordt geborgd en de verdere professionalisering door de sector zelf gedragen gaat worden. Over die borging, professionalisering en het opzetten van een «Resultaten Scoren-keurmerk» voert de sector onder andere overleg met de zorgverzekeraars.

Onderzoeken naar de resultaten van implementatie in 2003 en 2005 tonen aan dat veel Resultaten Scoren-producten een «absorptiegraad» kennen van tussen de 60 en 85%. Als vervolgstap vindt nu het benchmarkonderzoek plaats, waarbij instellingen uitkomstresultaten van nieuwe richtlijnen en interventies meten en vergelijken. Deze ontwikkeling juich ik toe, dit vergroot de transparantie over kwaliteit voor cliënten en verzekeraars.

Naast de inhoudelijke ontwikkeling van de zorg in de vorm van protocollen en richtlijnen, heeft de sector de afgelopen jaren ingezet op beroepsontwikkeling via de landelijke Raad voor Bekwaamheidsontwikkeling (RvBO). Deze is nu onderdeel van Resultaten Scoren.

Op het terrein van opleiding en nascholing is het volgende gerealiseerd: er zijn bij zes hogescholen minoren (verslavingsmodules) in uitvoering, waarbij verpleegkundigen en uitstromende studenten Sociaal Pedagogische Hulpverlening/Maatschappelijk Werk en Dienstverlening adequaat worden voorbereid op het werken met verslaafden. Ook verslavingsartsen en -psychologen werken vanuit hun beroepsverenigingen aan speciale differentiaties door middel van 1 à 2-jarige masteropleidingen.

De RvBO heeft voor initiële opleiding en onderwijsdoeleinden de Canon Verslaving gepubliceerd (een digitale, interactieve versie is in voorbereiding). Ook heeft de RvBO een accreditatiefunctie ontwikkeld voor de nascholing van zittende medewerkers in de verslavingszorg. Eén belangrijk voorbeeld van nascholing is de cursus die de Hogeschool Windesheim dit najaar start over verslaving bij lichtverstandelijk gehandicapten.

---

<sup>1</sup> Resultaten Scoren heeft vele protocollen en richtlijnen opgeleverd, onder andere voor indicatiestelling, detox, kortdurende ambulante hulp, bemoeizorg, nazorg, casemanagers, dubbele diagnose, gebruiksruidtes, aansluiting met zelfhulp en voor hulp aan kinderen van verslaafde ouders. In totaal ruim 40 protocollen, richtlijnen en kennisdocumenten.

## Zorg voor kwetsbare groepen

Tijdens het Algemeen Overleg is een aantal keren gesproken over bijzondere doelgroepen voor de verslavingszorg en de noodzaak tot meer differentiatie. Sommige groepen zijn extra kwetsbaar en hebben zorg nodig die op hun specifieke behoeften is afgestemd. Een belangrijk voorbeeld vormen de lichtverstandelijk gehandicapte (LVG) jongeren: Het gebruik van verslavende middelen door LVG-jongeren is des te riskanter, omdat ze door hun verstandelijke beperkingen niet goed in staat zijn om maat te houden en de consequenties van hun handelen te overzien.

Het Trimbos-instituut heeft daarom op mijn verzoek een inventarisatie gedaan naar de aard en omvang van middelengebruik bij lichtverstandelijk gehandicapte jongeren: de gemiddelde leeftijd waarop lvg-jongeren met alcohol en drugs beginnen is vergelijkbaar met die van jongeren in het algemeen. De frequentie en de omvang van het alcoholgebruik van lvg-jongeren ligt iets lager dan in deze leeftijdsgroep in het algemeen. De frequentie en omvang van drugsgebruik is vergelijkbaar met die van andere jongeren. Het gaat daarbij met name om cannabis. Rond de 16% van de drugsgebruikende jongeren in de lvg-groep is te kenmerken als zware gebruikers (van met name cannabis).

In het veld wordt door LVG-instellingen en door de verslavingszorg al wel gewerkt aan deskundigheidsbevordering. En hier en daar worden interventies ontwikkeld voor preventie en behandeling. Er is echter nog weinig samenhang of standaardisatie. Ook is er nog geen onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de ontwikkelde interventies. Ik zal dit jaar een tweejarig traject starten: een studie naar de werkbaarheid en effectiviteit van de huidige interventies en de ontwikkeling van een «best practice» voor preventie en behandeling van verslavingsproblemen bij deze doelgroep.

## Privé-initiatieven

Differentiatie in de verslavingszorg betekent niet alleen een aangepast aanbod voor bijzondere doelgroepen, het betekent ook dat de zorg beter inspeelt op de vraag van verschillende patiënten. Sinds de invoering van de Modernisering AWBZ in 2003 en de inwerkingtreding van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) in 2006 zijn er meer zorgaanbieders op de markt gekomen. Het was ook één van de doelstellingen van de WMG om competitie te bevorderen door nieuwe toetreders toe te laten. Echte *privéklinieken* zijn overigens niet toegestaan: commerciële initiatieven mogen alleen ambulante verslavingszorg en ggz bieden. In de praktijk vinden cliënten onderdak in een nabijgelegen hotel, of in een hotel dat de organisatie zelf heeft opgezet. Ook voor deze commerciële initiatieven gelden wettelijke regels: zo is de Kwaliteitswet Zorginstellingen van kracht en mogen aanbieders geen eigen bijdrage vragen voor de ggz of verslavingszorg. Wel mag een betaling worden gevraagd voor de kosten van het verblijf in het hotel.

Behandeling van verslavingsproblemen moet voor iedereen bereikbaar zijn. In iedere regio is daarom een publiek gefinancierde «reguliere» instelling voor verslavingszorg waar mensen zonder bijbetaling terecht kunnen. Het gaat immers om verzekerde zorg.

Particuliere initiatieven worden opgezet omdat een aantal mensen zich niet prettig voelt in de reguliere verslavingszorg. Bijvoorbeeld omdat men, gezien de maatschappelijke positie of bekendheid, discretie of een luxe omgeving belangrijk vindt. Er is geen tekort aan behandelplaatsen in de reguliere zorg. Wel zou er meer differentiatie moeten komen: de reguliere zorg heeft zich de laatste jaren vooral gericht op de meest problematische groep, vaak langdurig (heroïne)verslaafden. Deze patiënten hebben een slechte gezondheid en veroorzaken vaak overlast. De nadruk op overlast vanuit de politiek en de maatschappij heeft ervoor gezorgd dat de versla-

vingszorg zich vooral heeft ingezet voor deze groep. Dit heeft mogelijk wel veroorzaakt dat andere groepen zich nu onvoldoende aangesproken voelen door (het imago van) de huidige verslavingszorg.

Recent begint ook de reguliere verslavingszorg kortdurende, lichtere intramurale behandelprogramma's op te zetten, bestemd voor mensen die weliswaar ernstige problemen hebben met middelengebruik, maar nog een sociaal netwerk, huisvesting, baan enz. hebben. Voor dit type behandelingszorg zijn patiënten dus niet meer alleen afhankelijk van de commerciële verslavingszorg.

De kwaliteit van de commerciële verslavingszorg is overigens erg wisselend. Ik heb daarom de Inspectie verzocht om deze nieuwe aanbieders mee te nemen in het kwaliteitstoezicht. De Inspectie heeft toegezegd nog dit jaar een aantal privé-aanbieders van verslavingszorg te zullen bezoeken.

Tot slot is het van belang om op basis van registratie van gegevens, onder meer via Ladis, te monitoren of zich veranderingen voordoen in de cliëntenstromen van de reguliere zorg.

### **«Nieuwe» verslavingen**

Tijdens het AO van december 2007 heb ik u toegezegd, op enige manier, een overzicht te geven van «nieuwe» vormen van verslaving. Seksverslaving, internetverslaving waaronder gameverslaving werden daarbij met name genoemd. Ik wil hierbij wel opmerken dat ik voorzichtig ben in het benoemen van overmatig internetgebruik of dwangmatig gedrag als verslaving. Een stoornis als seksverslaving is bovendien niet nieuw en beter te typeren als een gedragsstoornis. In mijn ogen hoort deze stoornis dan ook niet in dit rijtje van nieuwe verslavingen thuis.

Inmiddels kan ik u mededelen dat ik een onderzoek door het IVO, Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving, zal subsidiëren naar de hulpvraag en het aanbod bij verslavingsproblemen waarvan nu nog geen goed overzicht bestaat: internet/gameverslaving, koopverslaving, maar bijvoorbeeld ook medicijnverslaving. De huidige registraties geven geen beeld van wat de ggz of verslavingszorg op dit gebied doet: de verslavingszorg registreert alle hulpvragen die niet primair alcohol, drugs of gokken betreffen gezien de geringe aantallen onder de categorie «overig». Het IVO onderzoek zal vooral inventariserend van aard zijn en ingaan op de aard en omvang van de hulpvraag bij de genoemde verslavingsproblemen of compulsief gedrag en op hoe de ggz en verslavingszorg hierop inspeelt. De uitkomsten verwacht ik eind van dit jaar.

### **Jeugdverslavingszorg**

Tot nu toe is maar op twee plaatsen in Nederland klinische behandeling voor verslaafde jongeren aanwezig (in Den Haag en bij Verslavingszorg Noord Nederland). Sinds 2007 zijn vrijwel alle instellingen voor verslavingszorg bezig om speciale behandelprogramma's voor jongeren op te zetten (klinisch, ambulante en deeltijd). Dit najaar start in Amsterdam een klinische voorziening voor verslaafde jongeren. Enkele instellingen die nieuwbouw moeten realiseren, starten begin 2009 met de klinische behandeling voor jongeren. In totaal zullen er binnenkort twaalf klinische behandelafdelingen zijn, waarvan een aantal specifiek voor verslaafde jongeren met psychiatrische problemen. De totale klinische capaciteitsuitbreiding bedraagt dan circa 300 bedden.

Tijdens het AO werd de vraag gesteld hoe de ketenzorg voor verslaafde jongeren is geregeld: alle klinische voorzieningen zullen onderdeel uitmaken van een totale zorgketen waarvan ook ambulante behandeling en nazorg deel uitmaken. De instellingen voor verslavingszorg zijn voor deze voorzieningen de samenwerking aangegaan met de jeugd ggz, orthopsychiatrie, jeugdzorg en scholen.

Voor de behandeling van deze jongeren worden zoveel mogelijk evidence based interventies ingezet. Waar nodig worden de volwassenen-interventies aangepast voor de jeugd via Resultaten Scoren (zie paragraaf Professionalisering).

Als leidraad geldt dat verslavingsproblemen zo vroeg mogelijk moeten worden onderkend en zo mogelijk voorkomen. Daarom wordt ook geïnvesteerd in nieuwe preventiemethoden voor jongeren.

De verslavingszorg heeft zich met voorlichtingsactiviteiten de afgelopen jaren gericht op alle opgroeiende jongeren. Kennisoverdracht alleen is niet altijd genoeg om te voorkomen dat jongeren verslaafd raken. De verslavingszorg gaat zich daarom de komende jaren richten op jongeren die een hoog risico lopen om verslaafd te raken met schoolgerichte interventies en opvoedingsondersteuning. Enkele hoogrisicogroepen zijn kinderen van verslaafde ouders, hangjongeren, jongeren die in de residentiële jeugdzorg verblijven en jongeren in JJI's.

Een veelbelovende effectieve methode die door de verslavingszorg wordt uitgevoerd, is «Gezin aan bod», een gezinsgerichte interventie van 14 weken om ouders met een verslaving te versterken in hun opvoedingsvaardigheden. Ouders leren duidelijke regels te stellen en daarover te communiceren met hun kinderen. De kinderen leren beter om te gaan met de moeilijke situatie thuis en met de verleidingen van genotmiddelen door training van sociale vaardigheden en communicatievaardigheden en versterking van hun zelfvertrouwen. De omgang tussen ouders en kinderen verbetert evenals de veerkracht van het gezin.

### **Wachtlijsten in de verslavingszorg**

Er is, zoals gezegd, geen sprake van een algemeen capaciteitstekort in de verslavingszorg. Wel is er extra behoefte aan bepaalde vormen van zorg, omdat die tot voor kort niet of nauwelijks beschikbaar was. Zo is de capaciteit voor beschermde woonvormen uitgebreid van 176 in 2006 naar 413 in 2008. Bovendien is een aantal aanvragen nog in voorbereiding.

Voor de gehele gezondheidszorg zijn, samen met het veld, de zogenaamde Treeknormen opgesteld. De wachttijden in de verslavingszorg vallen grotendeels binnen die normen. Alleen de wachttijd tussen de indicatiestelling en de daadwerkelijke start van de behandeling is vaak te lang. In die periode onderhoudt een patiënt vaak wel contact met de zorginstelling. Deze wachttijd hoeft overigens niet te duiden op een capaciteitstekort, het kan ook een gebrek zijn aan goede stroomlijning van het zorgproces.

Omdat bij verslaafden de motivatie tot behandeling vaak sterk wisselend is, is in de Kamer geopperd dat voor deze sector misschien scherpere normen voor wachttijden gehanteerd zouden moeten worden. Enige wachttijd is echter niet uit te sluiten, tenzij de capaciteit dusdanig wordt uitgebreid zodat iedereen altijd meteen terecht kan. Dit zou echter ook tot leegstand van bedden leiden, wat de kosten van de zorg aanzienlijk zou doen stijgen. Dit is in het huidige klimaat van kostenbesparing geen reële optie.

Het is echter nu wel al mogelijk om de capaciteit in de verslavingszorg uit te breiden, zodanig dat op een goede manier wordt voldaan aan de vraag. Zorgverzekeraars hebben onder de Zvw de plicht om voldoende verslavingszorg in te kopen voor hun patiënten. Dat nog niet overal een adequaat en toegankelijk aanbod voor alle vormen van verslavingszorg geboden wordt, heeft niet te maken met wachtlijstproblemen, maar met de tijd die het kost om bijvoorbeeld de samenwerking tussen de ggz en verslavingszorg goed op orde te krijgen, deskundigheid te ontwikkelen voor bijzondere doelgroepen als jongeren en licht-verstandelijk gehandicapten e.d.

Waar patiënten altijd bij gebaat zijn, is betere wachtlijst-informatie. Op dit moment worden de wachtlijstgegevens niet apart geregistreerd voor de verslavingszorg (vallen onder de ggz). Ik onderzoek de mogelijkheid om, liefst al volgend jaar, de wachtlijst-informatie voor vier aparte (ggz)circuits te laten registreren: jeugd, volwassenen, ouderen en verslaving. Via bijvoorbeeld de website van Kiesbeter kan een patiënt dan een actueel overzicht krijgen van de wachttijden voor verslavingszorg in zijn of haar regio. Wachttijden verschillen per regio, per instelling en per maand. Goede, actuele informatie kan een cliënt daarom helpen zijn keuze te bepalen.

### **Internethulp en vergoeding anonieme e-consulten**

De verslavingszorg en de ggz zijn voorlopers op het gebied van e-health. E mental health beslaat een breed terrein van informatieverstrekking, zelfhulp tot behandeling via internet.

Vanuit de verslavingszorg zijn verschillende effectieve modules ontwikkeld om jongeren en volwassenen te begeleiden en behandelen die teveel drinken of problemen ondervinden door gebruik van cannabis of partydrugs.

De zelfhulpmodule [www.minderdrinken.nl](http://www.minderdrinken.nl) is bijvoorbeeld een programma voor volwassenen die zelfstandig hun alcoholgebruik willen minderen of willen stoppen met drinken. Onderzoek wijst uit dat [minderdrinken.nl](http://minderdrinken.nl) effectief is: deelnemers drinken significant minder glazen alcohol per week en houden zich vaker aan de richtlijn voor verantwoord drinken. De website [www.alcoholdebaas.nl](http://www.alcoholdebaas.nl) biedt publieksinformatie over alcoholgebruik en bevat een behandelmodule. Cliënt en hulpverlener gaan via internet een persoonlijk contact aan voor 12 tot 16 weken op basis van cognitieve gedragstherapie. Mensen die in de problemen komen door (wat begon als) recreatief gebruik van partydrugs als XTC en GHB, kunnen sinds kort terecht op [www.drugsondercontrole.nl](http://www.drugsondercontrole.nl). Deze laatste online behandeling gebeurt niet anoniem: cliënten worden op naam geregistreerd. Deze behandeling past daardoor binnen de DBC-financieringsystematiek.

Kenmerkend voor de meeste van deze interventies is dat er geen kosten aan verbonden zijn voor de deelnemer en dat deelnemers anoniem gebruik kunnen maken van de hulp. Dit is voor bepaalde groepen deelnemers aantrekkelijk, zij maken wel van deze hulpvorm gebruik maar niet van de ambulante verslavingszorg. Het gaat bijvoorbeeld om hoogopgeleide vrouwen van middelbare leeftijd. Voor instellingen kleeft hier echter een nadeel aan. Omdat dit aanbod niet past in de bestaande bekostigingsmodellen is het moeilijk om structurele financiering te realiseren en daarmee de menskracht aan te trekken om aan de vraag tegemoet te komen.

Tijdens het VAO verslavingszorg van december vorig jaar is de motie Van Velzen aangenomen, die de regering verzocht de knelpunten rondom anonieme internethulp te inventariseren en te bezien of een richtlijn anonimiteit mogelijk is. Ook werd de regering verzocht in overleg met de sector te bezien hoe het aanbod van internettherapie gewaarborgd kan blijven in 2008.

U heeft op 11 april al een brief ontvangen waarin ik aangaf dat ten aanzien van dit laatste punt geen probleem bestaat: ik heb de Nza al verzocht de beleidsregel dienstverlening te behouden. Hiermee zijn de dienstverleningsmiddelen en de daarmee gefinancierde anonieme internetbehandelingen in de ggz en verslavingszorg voor het jaar 2008 gewaarborgd.

Ik ben in overleg met de veldpartijen om een structurele oplossing te vinden voor de financiering van anonieme internethulp. Daarbij is het

uitgangspunt dat anonieme internetconsulten zoveel mogelijk aansluiten bij verzekerde zorg. De voorliggende financieringsoplossing wordt gezocht binnen de DBC-systematiek.

### **Methadonbehandeling**

Tijdens het VAO heb ik aangegeven mij maximaal te zullen inspannen om bij de begrotingsvoorbereiding voor 2009 extra geld beschikbaar te stellen voor de noodzakelijke verbetering van de zorg aan methadonpatiënten. Inmiddels kan ik u mededelen dat voor deze zorgverlening nog dit jaar structureel extra geld beschikbaar komt: € 7,5 mln voor 2008. Bij de begrotingsvoorbereiding voor 2009 zal ik proberen dit bedrag te verhogen naar € 15 mln. per jaar structureel. Met dit geld kan de verslavingszorg extra medisch personeel aantrekken zodat de meest zorgbehoevende methadonpatiënten de benodigde zorg kunnen krijgen. Het gaat immers om een groep ernstig verslaafden met veel lichamelijke en geestelijke gezondheidsklachten.

Aan het beschikbaar stellen van deze middelen stel ik wel de voorwaarde dat de instellingen voor verslavingszorg nog dit jaar de Landelijke Centrale Middelenregistratie invoeren. De LCMR is een registratiesysteem waarin de betrokken artsen precies kunnen zien hoeveel methadon (en soms ook andere medicatie) een patiënt krijgt. Ook de artsen in penitentiaire inrichtingen hebben toegang tot dit systeem. Het is dus een belangrijk instrument om de veiligheid, de kwaliteit en de continuïteit van de medische zorg aan verslaafden te verbeteren. Het systeem gaat dubbele verstrekkingen en overdoseringen tegen en zal daarmee ook een belangrijke bijdrage leveren aan het tegengaan van illegale doorverkoop van opiumwetmiddelen.

Tot slot nog verwijs ik kort naar enkele toezeggingen die inmiddels zijn afgedaan:

- in de brief aan de Kamer over visie op de eerstelijnszorg van 25 januari 2008 is een passage opgenomen over de integratie en de samenwerking van de ggz en verslavingszorg met de huisartsen en gezondheidscentra.
- De handreiking «overlast van drugsvoorzieningen» van het Centrum Criminaliteitspreventie en Veiligheid zal deze zomer klaar zijn en via de CCV website verspreid worden. De handreiking van het Ministerie van VROM over vestigingproblematiek van moeilijke doelgroepen is klaar en wordt verspreid.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
A. Klink