

Vergaderjaar 2003–2004

29 660

Zorg voor verslaafden

Nr. 3

¹ Samenstelling:

Leden: Duivesteijn (PvdA), Giskes (D66),
Ondervoorzitter, Crone (PvdA), Rouvoet (CU),
De Vries (VVD), Voorzitter, de Haan (CDA),
Atsma (CDA), Vendrik (GL), Halsema (GL),
Kant (SP), Blok (VVD), Ten Hoopen (CDA),
Balemans (VVD), De Pater-van der Meer
(CDA), Van As (LPF), Rambocus (CDA),
Gerkens (SP), Van Vroonhoven-Kok (CDA),
Varela (LPF), De Nerée tot Babberich (CDA),
Aptroot (VVD), Blom (PvdA), Douma (PvdA),
Stuurman (PvdA), Heemskerk (PvdA), Van
Dam (PvdA) en Schippers (VVD).
Plv. leden: Noorman-den Uyl (PvdA), Bakker
(D66), Fierens (PvdA), Van der Vlies (SGP), Van
Egerschot (VVD), Mosterd (CDA), Kortenhorst
(CDA), Van Gent (GL), Duyvendak (GL), De
Ruiter (SP), Dezentjé Hamming (VVD),
Schreijer-Pierik (CDA), Hofstra (VVD), Ferrier
(CDA), Eerdmans (LPF), Vacature (CDA),
Vergeer (SP), De Vries (CDA), Hermans (LPF),
Mastwijk (CDA), De Krom (VVD), Smeets
(PvdA), Van Heemst (PvdA), Smits (PvdA),
Boelhouwer (PvdA), Kalsbeek (PvdA) en Van
Beek (VVD).

² Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kalsbeek (PvdA),
Rijpstra (VVD), Lambrechts (D66), Buijs (CDA),
Atsma (CDA), Arib (PvdA), Halsema (GL), Kant
(SP), Blok (VVD), Voorzitter, Smits (PvdA),
Örgü (VVD), Verbeet (PvdA), Van Oerle-van der
Horst (CDA), Ondervoorzitter, Vergeer (SP),
Vietsch (CDA), Tonkens (GL), Joldersma (CDA),
Van Heteren (PvdA), Smilde (CDA), Nawijn
(LPF), Van Dijken (PvdA), Timmer (PvdA), Van
Miltenburg (VVD), Hermans (LPF), Schippers
(VVD), Omtzigt (CDA).
Plv. leden: Rouvoet (CU), Verdaas (PvdA),
Griffith (VVD), Bakker (D66), Ferrier (CDA),
Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Vendrik (GL),
Gerkens (SP), Veenendaal (VVD), Van
Nieuwenhoven (PvdA), Weekers (VVD), Tjon-
A-Ten (PvdA), Aasted Madsen-van Stiphout
(CDA), De Ruiter (SP), Ormel (CDA), Van Gent
(GL), Koomen (CDA), Waalkens (PvdA),
Mosterd (CDA), Varela (LPF), Bussemaker
(PvdA), Heemskerk (PvdA), Oplaat (VVD),
Kraneveldt (LPF), Hirsi Ali (VVD) en Eski (CDA).

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 20 augustus 2004

De commissie voor de Rijksuitgaven¹ en de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport² hebben een aantal vragen aan de Algemene Rekenkamer voorgelegd over het rapport «Zorg voor verslaafden» (kamerstuk 29 660, nrs. 1–2).

De Algemene Rekenkamer heeft deze vragen beantwoord bij brief van 20 augustus 2004.

Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie voor de Rijksuitgaven,
B. M. de Vries

De Voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Blok

Adjunct-griffier van de commissie voor de Rijksuitgaven,
Fernandez Garcia

1

Waarop is de vooronderstelling gebaseerd dat verslaafden met meervoudige problematiek baat hebben bij een verslavingszorgnetwerk? Wordt deze opvatting gedeeld door alle 18 verslavingsinstellingen?

De Algemene Rekenkamer heeft voorafgaand aan haar onderzoek een vooronderzoek uitgevoerd om het veld te verkennen. In het kader van dit vooronderzoek zijn beleidsstukken bestudeerd, zijn twee verslavingszorginstellingen enkele malen bezocht en is gesproken met de secretaris van de commissie Verslavingsbeleid van GGZ-Nederland en met het Ministerie van VWS.

Uit de gesprekken bleek onder andere dat verslaafden met meervoudige problematiek niet alleen gebaat zijn bij een behandeling door een verslavingszorginstelling, maar ook door naast de behandeling hulpverlening op het gebied van wonen, financiën en werk of dagbesteding te krijgen. Uit de interviews die in het kader van het onderzoek gevoerd zijn met de 18 verslavingszorginstellingen, bleek dat deze opvatting gedeeld wordt door alle instellingen. Zij merkten regelmatig op dat het voor het slagen van de behandeling cruciaal is dat de hulpverlening op de leefgebieden al start tijdens de behandeling.

2

Waarom wordt de andere helft van het budget voor ambulante verslavingszorg besteed (tabel 1)?

Ambulante verslavingszorg wordt gefinancierd via de specifieke uitkering maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid. In 2003 bedroeg deze uitkering € 227,9 miljoen. Bijna 50% van de specifieke uitkering maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid wordt besteed aan verslavingsbeleid en iets meer dan 50% wordt besteed aan maatschappelijke opvang.

3

Waarom is de verslavingsreclassering buiten het bereik van het onderzoek gehouden, terwijl juist hier het accent ligt op hulp op primaire leefgebieden?

De Algemene Rekenkamer had tijdens de uitvoering van het verzoekonderzoek Opvang zwerfjongeren¹ signalen gekregen over problemen binnen de verslavingszorg. Deze signalen waren aanleiding voor een vooronderzoek (zie ook het antwoord op vraag 1). Daarin werden met name knelpunten gesignaleerd in de reguliere verslavingszorg. Verslavingsreclassering vormt net als preventie een onderdeel van het totale takenpakket van de verslavingszorg. Om het onderzoek af te bakenen en overzichtelijk te houden is ervoor gekozen deze onderwerpen niet mee te nemen.

De Algemene Rekenkamer deelt de mening dat hulp op de primaire leefgebieden, evenals bij de reguliere verslavingszorg, van belang is in het kader van de verslavingsreclassering. Zij merkt daarbij op dat het tijdig signaleren en het in (reguliere) zorg krijgen en houden van verslaafden, inclusief de hulpverlening op de primaire leefgebieden, kan voorkómen dat verslaafden met justitie in aanraking komen.

4

Bestaan er ook schattingen van andere groepen van verslaafden, zoals alcohol en cocaïneverslaafden met meervoudige problematiek, naast de heroïneverslaafden?

Nee, schattingen van alcohol- en cocaïneverslaafden met meervoudige problematiek zijn de Algemene Rekenkamer niet bekend. Uit de interviews die zijn gevoerd met de verslavingszorginstellingen komt wel naar voren

¹ Tweede Kamer, 2001–2002, 28 265, nrs. 1–2

dat de instellingen schatten dat bij 85% van de opgenomen verslaafden sprake is van meervoudige problematiek. Deze schatting heeft betrekking op alle opgenomen cliënten, dus ook op alcohol- en cocaïneverslaafden.

5

Zijn er verschillen per regio in het bereik van ernstig verslaafden? Zo ja, wat is hiervan de oorzaak?

Het is de Algemene Rekenkamer niet bekend of er regionale verschillen zijn in het bereik van ernstig verslaafden.

6

Zijn er gegevens over de behoefte van alcoholverslaafden voor eigen gebruikersruimten?

Nee, hierover zijn geen exacte gegevens bekend. Uit onze gesprekken met het veld kwam naar voren dat alcoholverslaafden moeilijk gelijktijdig opgevangen kunnen worden met drugsverslaafden. Alcoholverslaafden blijken laag «in rang» te staan in de verslaafdenwereld. Daarnaast geeft alcoholgebruik op straat veel overlast (openbare dronkenschap) en is het niet toegestaan. Een enkele gemeente heeft geprobeerd deze overlast te verminderen door een verplaatsbare gebruikersruimte voor alcoholverslaafden te creëren. Een container die tweewekelijks rouleert naar een andere plek in de stad. Deze gebruikersruimte biedt comfort in de vorm van rust en gedogen van alcoholgebruik. Daarnaast blijkt de ruimte een plek te zijn waar de (maatschappelijke) hulpverlening in contact komt met verslaafden en waarbij samenwerking met andere instanties zoals politie en verslavingszorginstelling is ontstaan.

7

Zijn de vier door de Algemene Rekenkamer onderscheiden aspecten voor het in zorg krijgen en houden een resultaat van onderzoek of een vooronderstelling? Waarom mag worden verondersteld dat het in de verslavingszorg moet draaien om deze vier aspecten?

De vier aspecten zijn het resultaat van de gesprekken die de Algemene Rekenkamer heeft gevoerd met de verslavingszorginstellingen en de overige organisaties in de vijf centrumgemeenteregio's. Binnen de verslavingszorg is het in huis hebben van het juiste en kwalitatief goed behandel- of zorgaanbod een eerste vereiste. In het kader van het project «Resultaten Scoren» werkt de sector aan de verbetering van de kwaliteit en de effectiviteit daarvan. Maar een goed aanbod leidt bij deze doelgroep nog niet vanzelfsprekend tot de gewenste resultaten. Verslaafden zijn of lijken vaak niet gemotiveerd om in behandeling te gaan en te blijven. Zoals uit ons onderzoek blijkt, haakt een groot deel van de verslaafden (meermalen tussentijds) af. Om een verslaafde te motiveren of gemotiveerd te houden is het van belang met de verslaafde een vertrouwensband op te bouwen en regelmatig contact te hebben. Dit kan door te zorgen dat verslaafden die zich eenmaal bij een verslavingszorginstelling hebben aangemeld ook snel met een behandeling te laten beginnen, door verslaafden in hun eigen omgeving op te zoeken (outreachment) en door begeleiding te bieden door één casemanager voor zowel de zorg binnen een instelling als de hulpverlening daarbuiten. Wanneer de zorg/behandeling niet aanslaat en de verslaafde niet (meer) te motiveren is, is er sprake van chronische verslaving waarvoor aparte voorzieningen getroffen moeten worden. De genoemde aspecten beschouwt de Algemene Rekenkamer dus als een belangrijke aanvulling op het behandelaanbod en niet als de enige aspecten waar het in de verslavingszorg om moet draaien.

Wat is de reden voor instellingen om niet deel te nemen aan een OGGZ-bemoeizorgteam?

Het onderzoek van de Algemene Rekenkamer heeft duidelijk gemaakt dat ruim 60% van de verslavingszorginstellingen deelneemt aan een OGGZ-convenant. Het is de Algemene Rekenkamer niet bekend waarom de resterende 40 % niet deelneemt aan zo'n convenant. Tijdens het onderzoek hebben andere deelnemers aan OGGZ-convenanten in verschillende regio's wel aangegeven dat met name privacyregels hen hinderen in de OGGZ-samenwerking. Zo werken niet alle organisaties mee en is het terugkoppelen van informatie na OGGZ-zorg vanwege de privacy niet mogelijk.

Verder is gebleken dat ook niet-deelnemers aan de OGGZ-convenanten in de samenwerking worden gehinderd door privacyreglementen. De Algemene Rekenkamer heeft de minister daarom aanbevolen de praktijk voor te lichten over de (on)mogelijkheden van de privacy-wetgeving en te monitoren of dit knelpunt in de praktijk wordt opgelost.

Geven de onderzoeksresultaten wel aanleiding om te veronderstellen dat sprake is van een paradigmawijziging in de verslavingssector, of is er juist sprake van een preparadigmatische fase, waarin de actoren er verschillende opvattingen op nahouden over de inhoud van de behandeling, de bijkomende zorg en de nazorg, wat de samenwerking belemmert?

Binnen de sector bestaan verschillende opvattingen over de oorzaken van verslaving en daaruit voortvloeiend, de behandeling van verslaafden. Er vindt hierover een professionele discussie plaats. In die zin is er nog sprake van een preparadigmatische fase. Het bestaan van verschillende opvattingen kan samenwerking in de weg staan en daarmee een risico vormen voor (de kwaliteit) van de zorg en hulpverlening.

Waar ligt het verschil van inzicht in het functioneren van de beleidslijn dat ieder zorgkantoor voor zich productieafspraken maakt met verslavingszorginstellingen, waarvan het werkgebied groter is dan één zorgkantoorregio?

Zorgkantoren kopen zorg in bij instellingen en maken daarover productieafspraken. Zorg, zoals (poli)klinische verslavingszorg, wordt gefinancierd op basis van de AWBZ. Een zorgkantoor voert zijn inkoopfunctie uit binnen een aangewezen regio. Nederland kent 32 van deze zogenaamde zorgkantoorregio's en 14 werkgebieden van de klinische verslavingszorginstellingen. Deze zorgkantoorregio's komen vaak niet overeen met de werkgebieden van de verslavingszorginstellingen.

Op het terrein van de verslavingszorg bestaat de afspraak tussen zorgkantoren en instellingen dat in de regio waar een instelling statutair gevestigd is, het aanwezige zorgkantoor de (poli)klinische verslavingszorg inkoopt in naam van alle andere zorgkantoren in het verzorgingsgebied van een instelling. Uit het onderzoek van de Algemene Rekenkamer blijkt dat de zorgkantoren met die inkoopfunctie onvoldoende of geen kennis hebben van de (omvang en inhoud van de) zorgvraag in de andere zorgkantoorregio's. Hierdoor kunnen zij de toegewezen inkoopfunctie niet goed vervullen. Dit is, naar de mening van de Algemene Rekenkamer, één van de oorzaken dat de samenwerking op regionaal niveau niet goed verloopt. De minister van VWS verschilt daarover van inzicht met de Algemene Rekenkamer. In zijn reactie op het Rekenkamerrapport zegt hij geen signalen te hebben ontvangen over problemen als gevolg van regio-indelingen die niet samenvallen met de werkgebieden van zorgkantoren.

Welke elementen wil de Algemene Rekenkamer in een visie op de verslavingszorg terugzien?

In § 8.2 *Aanbevelingen* (pag. 44 e.v.) geeft de Algemene Rekenkamer aan dat de minister van VWS in een visie aandacht kan besteden aan onderwerpen die behoren tot zijn systeemverantwoordelijkheid. Onderwerpen die daaronder vallen zijn:

- De doelen die hij nastreeft met het systeem, de prestaties die hij verwacht van de betrokken actoren en de te bereiken resultaten.
- De verantwoordelijkheden van actoren op rijks-, regionaal en lokaal niveau, zodat zij daarop ook aangesproken kunnen worden.
- De informatie die hij nodig heeft om na te gaan of het systeem werkt, zodat een kwalitatief goed en toegankelijk aanbod afgestemd op de (potentiële) vraag, inclusief de maatschappelijke (re)integratie van (ex)verslaafden gerealiseerd wordt.
- De financiering van de verslavingszorg en van de hulpverlening op de verschillende leefgebieden.

Verder geeft de Algemene Rekenkamer aan dat de minister in de visie aandacht zou kunnen besteden aan meer specifieke onderwerpen zoals:

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

Waren de interviews voorgestructureerd? Kunnen de resultaten als betrouwbaar en valide worden geacht? Met wie hebben de interviews bij de 18 instellingen voor verslavingszorg plaatsgevonden (uitvoerende medewerkers en/of Raad van Bestuur)?

In bijlage 1 van het rapport «Zorg voor Verslaafden» is de onderzoeksopzet beschreven. De Algemene Rekenkamer heeft in het kader van haar onderzoek gesproken met 67 regionale en/of lokale organisaties die op enigerlei wijze betrokken zijn bij de zorg of hulpverlening aan verslaafden met meervoudige problematiek. Er is zowel gesproken met uitvoerende medewerkers als met leden van Raden van Bestuur. Alle interviews zijn afgenomen aan de hand van gestructureerde vragenlijsten om de antwoorden van de organisaties onderling te kunnen vergelijken (zowel binnen als tussen regio's). Om de gevonden resultaten verder aan te vullen en te ondersteunen, is gebruik gemaakt van verschillende (beleids-)documenten van alle geïnterviewde organisaties.¹

De resultaten van de interviews met de 18 verslavingszorginstellingen geven een representatief beeld van de verslavingszorg in Nederland. De resultaten van de interviews met de overige organisaties in de vijf centrumgemeente-regio's zijn niet representatief voor de overige 37 centrumgemeenten. Deze gegevens moeten eerder als kwalitatief

¹ Het gebruik van verschillende informatie- of databronnen wordt in de methodologie ook wel triangulatie genoemd en vergroot de interne validiteit.