

Vergaderjaar 2003–2004

**29 660**

**Zorg voor verslaafden**

**Nr. 4**

## **LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN**

Vastgesteld 1 september 2004

De commissie voor de Rijksuitgaven<sup>1</sup> en de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>2</sup> 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 1 september 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

<sup>1</sup> 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).

<sup>2</sup> 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) en 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).

**Antwoorden op kamervragen van de commissie voor de Rijksuitgaven en de vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het rapport van de Algemene Rekenkamer Zorg voor verslaafden (29 660)**

1

*Waarom is het overleg met veldpartijen over de uitwerking van de aanbevelingen uit de verschillende rapporten, waaronder het rapport «Verslavingszorg herijkt» uit 1999 niet eerder gestart?*

Eén van de pilots van Verslavingszorg Herijkt, in Limburg, is pas onlangs afgerond. Voorts was bij het gereed komen van het rapport Verslavingszorg Herijkt al bekend dat de Algemene Rekenkamer met het onderzoek naar de zorg voor verslaafden bezig was. De onderwerpen zijn zozeer verwant, dat is besloten na het uitkomen van het AR-rapport een gezamenlijk congres voor het veld te organiseren, om de aanbevelingen uit beide rapporten over te dragen.

2

*Betekent het feit, dat de gemeentelijk gefinancierde verslavingsproducten sterk lijken op de AWBZ gefinancierde verslavingsproducten, dat de indicatiestelling voor de AWBZ niet scherp genoeg is?*

De meeste gemeentelijke activiteiten rondom verslavingszorg liggen op het terrein van opvang, overlastbestrijding en preventie. Daarnaast zijn gemeenten verantwoordelijk voor woon- en werkbegeleiding voor kwetsbare groepen, waaronder verslaafden. Dit zijn en blijven duidelijk gemeentelijke taken. Een relatief klein deel van de gemeentelijke zorg bestaat uit behandeling. Het gaat dan met name om de methadonbehandeling. Deze zal per 2005 worden overgeheveld naar de AWBZ, omdat het hier gaat om een individuele, medische behandeling die eigenlijk niet goed (meer) past binnen de gemeentelijke taken.

3

*Omvat de regietaak van de centrumgemeenten alleen de gemeentelijk gefinancierde verslavingszorg of zou deze ook de AWBZ-gefinancierde verslavingszorg moeten betreffen?*

VWS is verantwoordelijk voor de AWBZ-gefinancierde verslavingszorg. Omdat zowel de regionale zorginstellingen als de gemeenten verantwoordelijk zijn voor de zorg voor verslaafden (ieder voor een ander deel), is afstemming tussen zorgkantoor en gemeente belangrijk. Daarom zijn de pilots Verslavingszorg Herijkt destijds gestart. In deze pilots is gezocht naar wegen om die afstemming te verbeteren en minder vrijblijvend te maken. Daarnaast onderzoekt VWS op verzoek van de G4 of er mogelijkheden zijn om de steden invloed te geven op de AWBZ-gefinancierde ggz- en verslavingszorg. Het gaat dan met name om de OGGZ, bemoeizorg, casemanagement e.d.

4 en 5

*Waarom is er volgens de minister geen aparte visie voor verslavingszorg nodig?*

*Is een heldere visie niet hard nodig, om de signalering en het bereik te vergroten en aldus de verslaafden te helpen?*

De kernpunten in het onderzoek van de Algemene Rekenkamer zijn een betere afstemming en een heldere verantwoordelijkheidsverdeling tussen de taken van het Rijk op het gebied van de zorg en de taken van de gemeente. In de brief aan de Kamer over de WMO van 23 april jl. wordt die visie gegeven<sup>1</sup>. Het vergroten van de signalering en het bereik van de

---

<sup>1</sup> Op weg naar een bestendig stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning.

zorg kan worden bereikt door een inhoudelijke kwaliteitsslag, met name via het ondersteunen van de eerstelijns en een meer outreachende werkwijze van de verslavingszorg.

6 en 7

*Wanneer zal een plan van aanpak van verloedering en overlast naar de Kamer worden gestuurd?*

*Is de minister in het plan van aanpak voornemens in te gaan op de onderdelen die de Algemene Rekenkamer opsomt in het nawoord? Zo neen, waarom niet?*

Het plan van aanpak verloedering en overlast zal eind november naar de Kamer worden gestuurd. In mijn reactie op het rapport van de AR heb ik al aangegeven dat in ieder geval op twee onderdelen zal worden ingegaan: privacyaspecten en de regierol van gemeenten.

8

*Wat vindt de minister van de aanbeveling van de Algemene Rekenkamer om ieder zorgkantoor zijn eigen productieafspraken te laten maken?*

In mijn reactie (ingevoegd in het AR-rapport) heb ik al aangegeven dat de indeling in zorgkantoorregio's niet alleen in het leven is geroepen voor de verslavingszorg. Zorgkantoren maken productieafspraken voor de hele AWBZ-zorg. Een andere indeling die beter zou stroken met de regio-indeling voor de verslavingszorg, zou waarschijnlijk bij de GGZ, de verpleegsector of de gehandicaptensector tot discrepantie leiden. In de praktijk hebben verslavingszorginstellingen waarvan het werkgebied groter is dan één zorgkantoorregio, meestal de pragmatische afspraak dat één zorgkantoor de productieafspraken maakt voor de hele verslavingszorginstelling. Dit heeft niets te maken met een voorkeur van VWS, maar met de pragmatische afweging van veldpartijen. Overigens is dit punt per 2006 minder relevant, omdat de verslavingszorg dan overgaat naar de nieuwe zorgverzekeringswet en aanbieders dan met verschillende verzekeraars te maken kunnen krijgen.

9

*Is de minister voornemens verandering aan te brengen in het beleid van doorverwijzing, zodanig dat ook sprake zal kunnen zijn van een gedwongen doorverwijzing naar verslavingszorginstellingen? Zo nee, waarom niet? Zo ja, op welke wijze en op welke termijn?*

Nee. De meeste huisartsen en andere eerstelijns hulpverleners zijn juist terughoudend in het behandelen van verslaafden en sturen hen snel door naar de gespecialiseerde verslavingszorg. Ook bij bijvoorbeeld de jeugdzorg of de ggz geldt, dat bij verslavingsproblemen snel de verslavingszorg wordt ingeschakeld of dat er wordt doorverwezen.

10

*Op welke wijze zal de financiering van de verslavingszorg vorm krijgen? Zal de zorg grotendeels binnen de AWBZ blijven? Wordt overwogen gebruik te maken van andere dekkingsbronnen? Welke aandeel ziet de minister nu voor de centrumgemeenten en andere instanties qua financiering van de verslavingszorg en hoe wil de minister dit in de toekomst vormgeven?*

Voor de ggz en de verslavingszorg geldt dat alle ambulante hulpverlening en de klinische behandeling korter dan 1 jaar, per 2006 worden overgeheveld naar de nieuwe zorgverzekeringswet. De preventie, overlastbestrijding en de opvang van verslaafden blijven bij de centrumgemeenten, deels als onderdeel van het Brede Doeluitkering Sociaal,

Integratie en Veiligheid in het kader van het Grotestedenbeleid en deels in de «oude» specifieke uitkering Maatschappelijke Opvang en Verslavingsbeleid voor die centrumgemeenten die niet onder het Grotestedenbeleid vallen.

11

*Waarom wordt het aanbod van zorg en hulpverlening niet op wonen, financiën en werk afgestemd? Welke maatregelen zijn nodig om die samenhang wel te bereiken?*

Dat gebeurt heel vaak wel, omdat verslavingszorginstellingen daarin zelf actief zijn. Het punt van de Algemene Rekenkamer is dat centrumgemeenten niet altijd goed de regierol (kunnen) vervullen. In het plan van aanpak verloedering en overlast dat eind november naar de Kamer zal worden gestuurd, zal onder andere nader worden ingegaan op het ondersteunen van die regierol van gemeenten.

12

*Hoe ziet de minister een verreгаande samenwerking tussen de verschillende ministeries bij de verslavingszorg?*

Bij de uitwerking van de aanbevelingen van het IBO Maatschappelijke Opvang wordt samengewerkt met onder andere VROM, SZW en BZK. Op het terrein van de forensische zorg en de verslavingszorg wordt bovendien nauw samengewerkt met het ministerie van Justitie. Het hele terrein van de justitiële verslavingszorg is buiten het onderzoek van de Rekenkamer gebleven. Justitie is met name voor de zorg voor de groep ernstig verslaafden die overlast veroorzaakt en delicten pleegt, een belangrijke partner. In antwoord op de motie van het lid Beeten c.s. (nr. 28 979) over afstemming tussen justitie en zorg voor verslaafden en psychiatrisch patiënten, komt binnenkort een gezamenlijke notitie van Justitie en VWS.

Zie verder ook het antwoord op vraag 20.

13

*Is voor het ontwikkelen van een zorgnetwerk een beleidsmatige samenwerking tussen de betreffende organisaties nodig of kan worden volstaan met samenwerking rond individuele cliënten?*

Instellingsoverstijgende samenwerking is niet voor alle verslaafden even hard nodig. Het gaat vooral om bepaalde groepen cliënten: zwaar verslaafden met ernstige problemen op verschillende terreinen, zoals huisvesting, werk of dagbesteding. Voor deze groep is instellingsoverstijgende samenwerking relevant. Hiertoe is bijvoorbeeld in het kader van Verslavingszorg Herijkt in Amsterdam met subsidie van VWS een cliëntvolgsysteem ontwikkeld. In oktober wordt een congres voor het veld georganiseerd met als doel de overdracht van succesvolle instrumenten en methoden voor instellingsoverstijgende samenwerking. In verschillende regio's is overigens rondom deze groep cliënten al een zorgnetwerk ontstaan.

14

*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?*

Zie het antwoord op vraag 8.

15

*Mag uit tabel 5 de conclusie worden getrokken dat de centrumgemeenten relatief meer geld in het verslavingsbeleid zijn gaan steken en relatief minder geld in de maatschappelijke opvang?*

Nee: het SGBO, het onderzoeks- en adviesbureau van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, concludeerde in 2002 in haar rapport *Besteding extra rijksmiddelen maatschappelijke opvang door centrumgemeenten*, juist dat in 2001 de extra middelen voor een belangrijk deel zijn besteed aan de maatschappelijke opvang. VWS heeft de Rekenkamer gewezen op dit punt.

16

*Meent de minister dat meer ingezet dient te worden op kleinschalige lokale projecten in de verslavingszorg? Hoe kan het dat centrumgemeenten de regierol onvoldoende vervullen?*

Zie het antwoord op vraag 11 en 17.

17

*Op welke wijze zal de afbakening tussen de AWBZ, de toekomstige Zorgverzekeringswet en de WMO de verantwoordelijkheidsverdeling tussen Rijk, gemeenten en zorgkantoren specifiek voor de verslavingszorg verbeteren ten opzichte van de huidige situatie?*

Door een heldere verantwoordelijkheidsverdeling tussen rijk en gemeenten en een duidelijke afbakening tussen gezondheidszorg en ondersteuning. Juist vanuit die duidelijker onderscheiden verantwoordelijkheidsverdeling is samenwerking beter mogelijk. Nu is dat op het gebied van de verslavingszorg niet altijd duidelijk. Dat kan leiden tot afschuifgedrag, veel partijen die verantwoordelijk zijn waardoor niemand zich verantwoordelijk voelt enz.

18

*Welke knelpunten ziet de minister bij de afbakening tussen de AWBZ, de toekomstige Zorgverzekeringswet en de WMO voor de verslavingszorg?*

Vanaf 2006 zal alle behandeling in de verslavingszorg vallen onder de Zorgverzekeringswet. (Behalve de klinische behandeling langer dan 1 jaar, die blijft in de AWBZ, maar dit komt in de verslavingszorg zeer weinig voor). Van de AWBZ-functies gaat alleen de groepsgebonden activerende en ondersteunende begeleiding zoals gegevens in dagactiviteitencentra over naar de WMO. De gemeenten zijn en blijven verantwoordelijk voor opvang, ondersteuning, woon/werkbegeleiding, overlastbestrijding en preventie. In de toekomst wordt de afbakening dus juist verhelderd.

Zie ook het antwoord op vraag 2, 10 en 17.

19

*Is ook binnen de WMO een visie op verslavingszorg niet noodzakelijk? Zal bij de uitwerking van de WMO specifieke aandacht worden besteed aan de verslavingszorg? Zo neen, waarom niet?*

Zie het antwoord op vraag 4 en 5.

20

*Zal in het komende plan van aanpak van verloedering en overlast aandacht worden besteed aan de gezamenlijke verantwoordelijkheid van de verschillende bewindspersonen op het gebied van meervoudige problematiek van verslaafden? Zo neen, waarom niet?*

Ja: het plan van aanpak betreft kabinetsbeleid. Verslaafden met meervoudige problematiek zijn overigens een belangrijke «doelgroep» van dat plan van aanpak, maar niet de enige.

21

*Hoe luidt de reactie van de minister op de aanbeveling van de Algemene Rekenkamer om de schakel «vroegtijdige signalering en zorgtoewijzing» in het netwerk rondom verslaafden te versterken en daarbij expliciet aandacht te besteden aan de rol van huisartsen hierin?*

Wat betreft de drugshulpverlening is het bereik van de verslavingszorg juist groot. Wat betreft de alcoholhulpverlening moeten de signaleringsfunctie en het bereik inderdaad verbeterd worden. Vandaar dat sinds 2002 extra geld (€ 7,7 mln. jaarlijks) wordt ingezet om de signalering en het bereik van de hulpverlening te verbeteren. Er zijn sinds 2002 ongeveer 80 projecten gestart, gericht op bijvoorbeeld het versterken van de eerstelijns en deskundigheidsbevordering bij huisartsen.

22

*Hoe luidt de reactie van de minister op de aanbeveling om de informatie over de aard en omvang van de verslavingsproblematiek te verbeteren?*

In mijn reactie op het AR-rapport van 17 mei jl. ben ik hier al op ingegaan. Deze reactie is ingevoegd in het AR-rapport zelf (hoofdstuk 9).