

Vergaderjaar 2008–2009

24 077

Drugbeleid

Nr. 227

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 4 november 2008

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹, bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 16 juli 2008 inzake de verslavingszorg (Kamerstuk 24 077, nr. 224).

De op 26 september 2008 toegezonden vragen zijn met de door de minister bij brief van 4 november 2008 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), De Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Heerts (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU), Sap (GL) en Vacature (SP).

Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppéus (VVD), Atsma (CDA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gill'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), Arib (PvdA), Kamp (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Tichelaar (PvdA), Ortega-Martijn (CU), Halsema (GL) en De Wit (SP).

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II. Reactie van de minister	6

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

– Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie waarderen het dat de minister probeert een integrale omschrijving te geven van verslaving, en de ontwikkeling kenschetst van welzijn naar gezondheidszorg waar ook plaats is voor onderzoek naar genetische factoren. Toch merken deze leden in de praktijk dat het veld van verslavingszorg nog heel versnipperd is en er nog steeds heel verschillende opvattingen leven over wat een goede behandeling en een goede benadering van verslaafden is. Deze grote diversiteit in het veld draagt niet altijd bij aan de effectiviteit; zij werken elkaar soms tegen in plaats van dat zij elkaar aanvullen. Dit klemt des te meer bij jonge verslaafden, zeker als er ook nog sprake is van een psychiatrische aandoening. Daarom hebben genoemde leden destijds een breed gesteunde motie ingediend om te bevorderen dat er effectieve behandelprogramma's en een adequate behandelketen ontstaan voor verslaafde jongeren en jongeren met een dubbele diagnose. Graag ontvangen deze leden meer gedetailleerde informatie hoe de totale zorgketen vorm krijgt en waar ouders met een verslaafd kind geacht worden heen te gaan zonder dat zij van het kastje naar de muur worden gestuurd.

De leden van de CDA-fractie waarderen het dat de minister onderzoek laat doen naar nieuwe verslavingen. Kan de minister uiteenzetten welke bemoeienis de verslavingszorg momenteel heeft met gokverslaving, internetverslaving en seksverslaving of dit tot het reguliere takenpakket hoort of zou kunnen horen?

Genoemde leden vragen of in de integrale aanpak van verslaving het onderscheid tussen «cure» en «care» wel zo behulpzaam is. Ook bij chronisch verslaafden zal behandeling nodig zijn en blijven. Onderdeel van de chroniciteit van de verslaving is dat «onderhoud» of nazorg nodig blijft voor mensen die zijn behandeld en hebben leren omgaan met hun verslaving. De zelfhulpgroepen kunnen daar een belangrijke rol in vervullen door terugval te voorkomen. Zelfhulp bevordert de zelfredzaamheid en is bovendien een relatief goedkope vorm van «care». Ziet de minister mogelijkheden de inzet van zelfhulpgroepen in de zorg voor verslaafden en de samenwerking van de verslavingszorg met deze zelfhulpgroepen te bevorderen?

In het algemeen overleg van 12 december 2007 hebben deze leden aandacht gevraagd voor zowel de behandeling van de verslaving als het tegengaan van drugsoverlast. Na het verkennend onderzoek naar drugsoverlast in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de eerste reactie van de minister hierop heeft de Kamer van de kant van de minister hierover niets meer vernomen. Tegelijkertijd is het deze leden uit de vakliteratuur gebleken dat het verkennend onderzoek naar drugsoverlast in de GGZ wel een vervolg heeft gekregen. Graag ontvangen zij het vervolgonderzoek en de reactie van de minister daarop. Daarbij willen deze leden de minister wijzen op de parallel met drugs en andere verslavingsmiddelen in de TBS. Het IVO-onderzoek naar drugsmiddelen in de TBS maakt een helder onderscheid tussen behandelvisie en beheersvisie rond drugs en andere verslavende middelen. Op welke wijze gaat de minister een behandelvisie en beheersvisie rond drugs en andere verslavende middelen in de GGZ bevorderen en welke samenhang ziet u daartussen?

- Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport met nadere schriftelijke informatie over een aantal onderwerpen aangaande verslavingszorg. Hoewel niet iedereen hetzelfde is en met verschillende achtergronden met verschillende problematiek te maken heeft, is volgens deze leden het aanbod verslavingszorg nog teveel een eenheidsworst, er wordt nog te weinig doelgroepgericht gewerkt. Genoemde leden willen er op wijzen dat het feit alleen dat het aanbod voor verslavingzorg er is, niet voldoende is. Zij krijgen regelmatig signalen dat mensen onbekend zijn met het feit of er aanbod is, of dat er wel bekendheid is met het aanbod maar dat de drempel te hoog is om er gebruik van te gaan maken. Hoe komt het dat het aanbod onbekend is en wat gaat de minister doen om te zorgen dat de aangeboden verslavingszorg beter bereikbaar en toegankelijker is voor iedereen die er gebruik van wil gaan maken?

De samenwerking tussen de (jeugd) GGZ en de verslavingszorg kwam op gang in bepaalde regio's maar werd problematisch genoemd. Wat is de huidige stand van zaken op het gebied van deze samenwerking en welke rol spelen huisartsen hierbij? De minister heeft in eerder overleg aangegeven dat op het gebied van preventie de samenwerking in het veld met onder andere de verslavingszorg aandacht behoeft als gevolg van de nieuwe verkaveling van het veld. Zijn de knelpunten momenteel opgelost? Naar de mening van de leden van de PvdA-fractie speelt een huisarts een belangrijke rol in vroegsignalering en verwijzing naar de verslavingszorg. Met name bij jongeren is dit een probleem. De minister zou in deze brief zijn visie op de eerstelijnszorg uiteenzetten hoe de samenwerking tussen huisartsen en verslavingszorg kan verbeteren en hoe gewerkt kan worden aan kennisvergroting bij huisartsen over verslaving. In de brief komt de minister hier echter niet op terug, kan de minister alsnog een concrete visie hieromtrent aan de Kamer zenden?

Een doelgroep die de speciale aandacht van deze leden heeft zijn kinderen met een verslaving. Zij hebben nog enkele vragen over kinderen met verslaving. Wat is de stand van zaken met betrekking tot uitbreiding klinische behandelplekken? Zijn er momenteel wachtlijsten voor klinische opname voor kinderen met een verslaving? Is er bij klinische behandeling sprake van behandeling op maat of is er een standaard behandelprogramma? Is er bij de uitbreiding van klinische behandelplekken sprake van regionale spreiding en zo ja, welke norm wordt hierbij gehanteerd? De minister heeft in eerder overleg aangegeven dat preventieve hulp en ondersteuning voor kinderen van verslaafde ouders prioriteit heeft. Waar blijkt dit uit? Is deze begeleiding momenteel voor elk kind, dichtbij huis beschikbaar?

De andere doelgroep die de speciale aandacht heeft zijn de licht verstandelijk gehandicapten (Ivg). De leden van de PvdA-fractie zijn verheugd dat er meer aandacht gekomen is voor het herkennen, verwijzen en behandelen van licht verstandelijk gehandicapten die genotsmiddelen gebruiken. De minister schrijft dat medewerkers geschoold worden, maar momenteel is de enige plek waar dat gebeurt de Hogeschool Windesheim. Wanneer moeten alle medewerkers geschoold zijn in het herkennen, verwijzen en behandelen en hoe gaat de minister controleren dat deze professionalisering inderdaad voor alle medewerkers plaats heeft gevonden?

Op verzoek van genoemde leden schrijft de minister in zijn laatste brief aan de Kamer dat hij het IVO-onderzoek laat verrichten naar de hulpvraag en het aanbod bij verslavingsproblemen waarvan nu nog geen goed overzicht bestaat: internetverslaving, gameverslaving, koopverslaving, medicijnverslaving. De leden van de PvdA-fractie willen graag een onderzoek naar nieuwe verslavingen in de breedste zin van het woord, dus een onderzoek naar meer dan bovengenoemde verslavingen. IVO gaat onder-

zoek doen, dit verheugd deze leden, zij willen dan ook in dit onderzoek aard, omvang en doelgroep en dit afgezet tegen het huidige aanbod. Nu noemt de minister de doelgroep niet en zij willen weten waar de knelpunten zich precies voordoen.

Uit de cijfers van het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) augustus 2007, blijkt dat 70% van de mensen die hulp hebben gehad bij verslavingszorg terugvalt. Op welke manier gaat de minister de effectiviteit van verslavingszorg verhogen, met welke percentage en hoe gaat u dit meten? Uit dezelfde cijfers blijkt dat de vraag naar hulpvraag bij verslavingszorg met 10% is toegenomen. Op elke manier stijgt het budget mee? Er is een richtlijn door GGZ Nederland geïmplementeerd om drugs-overlast in en rondom GGZ-instellingen te voorkomen. Wat zijn tot nog de resultaten van de invoering? De minister heeft aangegeven dat er meer met de politie moet worden samengewerkt om de overlast door aanbieders van drugs rondom instellingen tegen te gaan. Zijn er afspraken en wat is het resultaat tot nog toe? GGZ Nederland en de minister hebben aangegeven dat het moeilijk is om afdelingen met name bij langdurig verblijf, bijvoorbeeld bij ribw-woningen, drugsvrij te houden. Is er inmiddels ook een richtlijn over de manier waarop intern met deze problematiek wordt omgegaan?

Deze leden vinden het positief dat de minister in de brief aangeeft te gaan investeren in kennisvergroting van het personeel, maar zij hebben inmiddels ook schriftelijke Kamervragen gesteld over het personeelstekort en het tekort aan psychiaters in de GGZ. Naast een tekort aan kennis is er ook een tekort aan personeel. In aanvulling op deze vragen willen zij graag weten hoe groot het personeelsprobleem is, wat de oorzaken zijn en wat de minister hier aan gaat doen? Ook met betrekking tot de private klinieken hebben de leden van de PvdA-fractie inmiddels schriftelijke Kamervragen gesteld. De minister schrijft in de brief dat er gescheiden financieringsstromen zijn, hoe kan dit inzichtelijk gemaakt worden? De minister onderzoekt of er een uitsplitsing kan komen in wachtlijst informatie tussen jeugd, volwassenen, ouderen en verslaving. Wanneer geeft de minister uitsluitel of hij dit daadwerkelijk gaat doen en is de minister bereid de Kamer hier schriftelijk over te informeren? Wat gaat de minister doen aan de, door hemzelf geconstateerde, te lange wachttijd tussen indicatie en daadwerkelijke behandeling? Voor hoeveel mensen is deze tijd te lang en wat is de actie op welke termijn, met welk beoogd resultaat? De minister spreekt in zijn brief niet van tekort, maar gebrek aan differentiatie (pagina 4). Dat kan betekenen dat er macro voldoende aanbod is en juist als je het zo vergelijkt kunnen er in regio's grote problemen zijn.

- Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie maken zich zorgen over de situatie in de geestelijke gezondheidszorg, en daarin ook de verslavingszorg. Door de overheveling van de geneeskundige en ambulante geestelijke gezondheidszorg naar de zorgverzekeringswet ontvangen deze leden steeds vaker signalen dat de preventieve verslavingszorg en de ambulante zorg in de verdrukking komt. Ook krijgen zij signalen dat de Assertive Community Treatment-teams onder druk staan en in sommige gevallen opgedoekt worden. Graag ontvangen deze leden een reactie van de minister op deze signalering.

In hoeverre worden privéklinieken voor verslavingszorg geregistreerd bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), vergelijkbaar met de registratieplicht voor privéklinieken voor cosmetische chirurgie? Op welke wijze houdt de IGZ hier toezicht op? Kan de IGZ binnen twee weken na de eventuele registratie op bezoek bij de bewuste instelling?

In hoeverre pakken gemeenten hun verantwoordelijkheid bij verslavingszorg op in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)?

Op welke wijze zijn er door de wachtlijsten bij de jeugd-ggz ook wachtlijsten voor de jeugd verslavingszorg? Op welke wijze kan de wachttijd tussen indicatiestelling en behandeling worden verkort? Juist bij verslaafden is het van groot belang dat wanneer ze gemotiveerd zijn ze ook meteen behandeld worden. Welke maatregelen is de minister van plan te nemen? Op welke wijze gaat de minister de zorgverzekeraars op hun zorgplicht wijzen? Erkent de minister dat het heffen van een eigen risico in het kader van de zorgverzekeringswet niet gewenst is bij verslavingszorg? Erkent de minister dat op dit punt eigenlijk geen drempel in de zorgverlening opgeworpen mag worden?

- Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie zijn de minister erkentelijk voor zijn nadere brief naar aanleiding van het algemeen overleg verslavingszorg van 12 december 2007. De brief heeft bij deze leden nog enige vragen opgeroepen. De Hogeschool Windesheim start dit najaar een bijscholing over verslaving bij lichtverstandelijk gehandicapten (lvg). Voor wie is deze bijscholing specifiek bedoeld? Is het de bedoeling van de minister dat het volgen van deze bijscholing voor mensen die met de zorg voor lvg-jongeren te maken hebben, in de toekomst een kwaliteitsindicator voor de IGZ moet worden? Zo ja, op welke termijn is dit denkbaar en zo nee, waarom niet?

Waarom zijn privéklinieken voor verslavingszorg verboden? Is het de minister bekend dat verslaafden nog al eens uitwijken naar het buitenland voor opname aldaar in een privékliniek voor verslavingszorg? Is het waar dat deze verslaafden voor vergoeding van deze zorg een beroep kunnen doen op hun zorgverzekering, dit terwijl privé zorg in ons eigen land verboden is? Zo ja, hoe kan dit?

In de brief erkent de minister dat er groepen verslaafden zijn die zich onvoldoende aangesproken voelen door het imago van de huidige verslavingszorg. Wat vindt de minister van dit door hemzelf vastgestelde feit? Deelt de minister de mening dat dit imago probleem leidt tot een te hoge drempel voor sommige verslaafden om geholpen te worden? Wat is in de ogen van de minister nodig om dit probleem op te lossen?

De verslavingszorg gaat zich de komende jaren richten op risicogroepen. Op welk onderzoek is gebaseerd dat de vier door de minister genoemde risicogroepen kunnen worden onderscheiden? Het schokt deze leden zeer dat van de vier groepen risicojongeren de minister twee groepen benoemt die rechtstreeks onder de verantwoordelijkheid vallen van de overheid. Het betreft hier jongeren in de residentiële jeugdzorg en jongeren in justitiële jeugdinrichtingen. De overheid slaagt er blijkbaar niet in om in deze instellingen een veilige leefomgeving voor jongeren te creëren. Kan de minister uiteenzetten waarom dat niet lukt en wat de omvang is van het verslavingsprobleem in deze instellingen? Hoe heeft dit beeld zich in de laatste jaren ontwikkeld? Is het creëren van drugsvrije instellingen een topprioriteit? Zo ja, waaruit blijkt dat en zo nee, waarom niet? Welke stappen worden er concreet genomen om een positieve verandering te bewerkstelligen? Kan de minister de Kamer zo snel mogelijk laten weten hoe de problemen rond drugsgebruik en drugsproblemen in jeugdinrichtingen worden aangepakt?

- Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de minister van VWS inzake verslavingszorg en maken zich zorgen over het beeld van de verslavingszorg als groei-industrie dat daaruit opdoemt. Is het wel zo verstandig om, door het aanboren van nieuwe doelgroepen, het formuleren van nieuwe verslavingsvormen en het aanbieden van laagdrempelige behandelingen, zoals anonieme internetconsulten, meer

mensen in de sfeer van de verslavingszorg te brengen? Het is immers onduidelijk wat die verslavingszorg nu precies weet te bereiken, terwijl het plakken van een medisch stempel op destructief gedrag ondertussen wel een legitimering van dat gedrag kan vormen, «Ik ben ziek, ik kan het niet helpen». Welk belang wordt hiermee gediend, dat van de «verslaafden» of dat van de verslavingsindustrie? In hoeverre bestaat er eigenlijk zicht op de resultaten van de verschillende preventieprogramma's en op de effectiviteit van behandelmethodes in de verslavingszorg? Zijn er bijvoorbeeld harde cijfers over zaken als terugvalgedrag?

Er gaat structureel meer geld besteed worden aan «methadonpatiënten». Is het niet eerlijker om gewoon te spreken over methadonverslaafden? In hoeverre bestaat nog de intentie om deze mensen van hun drugsverslaving af te helpen en ze tot een productief en menswaardig bestaan te brengen? Is hier overigens sprake van een uitstervend ras van vooral oudere ex-heroïneverslaafden, zoals veel mensen aannemen, of is er instroom van nieuwe methadongebruikers? Zo ja, wat zijn de ontwikkelingen in de omvang van die instroom?

II. Reactie van de minister

CDA-fractie

In de verslavingszorg wordt al zoveel mogelijk gebruik gemaakt van zogenaamde «evidence based» behandelprogramma's en best practices. Het beeld van een versnipperd veld van verslavingszorg met zeer verschillende opvattingen over goede behandeling herken ik niet echt (meer). Wel is het waar dat het voor jongeren vaak nog ontbreekt aan «evidence based» behandelprogramma's. Dit is door de verslavingszorg onderkend. Het project Resultaten Scoren, waarin verslavingszorginstellingen in samenwerking met wetenschappelijke instellingen en het Trimbos-instituut nieuwe behandelprogramma's ontwikkelen, richt zich op dit moment op het aanpassen van behandelprogramma's om deze in de **jeugdverslavingszorg** te kunnen toepassen. Ook wordt er een protocol ontwikkeld ten behoeve van behandeling van verslaafde jongeren met psychiatrische problemen.

De zorgketen voor verslaafde jongeren bestaat uit verschillende onderdelen. Binnenkort zijn er twaalf landelijk gespreide klinische behandelafdelingen gerealiseerd, waarvan enkele specifiek gericht zijn op verslaafde jongeren met psychiatrische problemen. De totale capaciteit bestaat uit 300 bedden. Onderdeel van de zorgketen is ambulante behandeling en nazorg, waarvoor verslavingszorginstellingen samenwerking zijn aangegaan met de jeugd ggz, orthopsychiatrie, jeugdzorg en scholen. Bovendien wordt geïnvesteerd in nieuwe preventiemethoden voor jongeren en E-mental health interventies voor jongeren.

Tenslotte kan ik nog melden dat de Inspectie in 2009 in haar toezichtsactiviteiten bijzondere aandacht besteden aan kinderen en jeugdigen met een dubbeldiagnose-problematiek.

Op dit moment kan ik over **nieuwe vormen van verslaving** en de bemoeienis van de verslavingszorginstellingen geen andere mededeling doen dan neergelegd in de brief van 16 juli 2008. Wel kan ik aangeven dat jaarlijks ruim 2500 mensen zich met een hulpvraag tot de verslavingszorg wenden in verband met een verslavingsprobleem anders dan alcohol, drugs of gokken. Ik verwacht dat de uitkomsten van het IVO-onderzoek begin 2009 uitsluitsel zullen geven. Voor wat betreft gokverslaving is overigens bekend dat ongeveer 2750 mensen per jaar een beroep doen op de verslavingszorg.

Zelfhulpgroepen bieden een vorm van nazorg en vervullen inderdaad een belangrijke rol in het voorkomen van terugval. Ik onderken de waarde

van zelfhulpgroepen en ondersteun hen al een aantal jaren in hun inzet. Binnen Resultaten Scoren is bijvoorbeeld een handleiding ontwikkeld voor de aansluiting tussen verslavingszorg en zelfhulpgroepen. Bij het Trimbos-instituut is het landelijk Informatie- en Ontwikkelcentrum Zelfhulpgroepen en Verslavingen ondergebracht. Dit centrum is met subsidie van VWS in 2003 opgericht om de aansluiting tussen zelfhulpgroepen en professionele hulpverlening te verbeteren en om de bekendheid van zelfhulpgroepen te vergroten. Vanaf 2009 zal het Trimbos-instituut dit centrum zelf in stand houden, samen met partnerorganisaties. Tenslotte heb ik in oktober vorig jaar De Dag van de Verslaving gesubsidieerd, een congres waar de samenwerking tussen zelfhulporganisaties en de professionele verslavingszorg centraal stond.

De CDA-fractie vraagt wat de stand van zaken is bij de aanpak van **drugs-overlast** in en rondom ggz-instellingen. Acht ggz-instellingen werken sinds kort samen bij de aanpak van drugsoverlast op hun terreinen. De instellingen worden een half jaar lang ondersteund door Zorg Consult Nederland, dat onder andere een praktische «toolkit» heeft samengesteld waarmee een instelling veiligheidsbeleid op maat kan maken.

Daarnaast is het belangrijk de verslavingsproblemen van veel (chronische) ggz-patiënten beter te onderkennen en behandelen. Dit heb ik in gang gezet via het doorbraakproject Dubbele Diagnose van het Trimbos-instituut, waarbij in zeven regio's de richtlijn Dubbele Diagnose is geïmplementeerd. Daarbij is ook aandacht besteed aan de borging en verspreiding van deze behandelwijze. Alle deelnemende instellingen zijn nu bezig met het integreren van de dubbele diagnose behandeling in het bestaande behandelprogramma.

Ook werkt het landelijk implementatiecentrum dubbele diagnose van het Trimbos-instituut aan landelijke verspreiding van kennis (met middelen van het Fonds Psychische Gezondheid en ZonMw). Overigens gaat de vergelijking met een TBS-inrichting niet goed op. Het cruciale verschil is juist dat een TBS-inrichting per definitie (af)gesloten is, terwijl de meerderheid van de ggz-patiënten vrijwillig in een open inrichting verblijft. Dit heeft natuurlijk consequenties voor de mate waarin een terrein is af te schermen en te beveiligen. Ik deel uw opvatting dat behandelvisie en beheersvisie samen moeten gaan, vandaar dat GGZ Nederland op mijn verzoek een voorstel heeft gemaakt voor een integrale aanpak, waarin beide onderdelen samengaan.

PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie menen dat het aanbod in de verslavingszorg nog teveel een «eenheidsworst» is. In mijn brief van 16 juli 2008 ben ik uitgebreid ingegaan op de stappen die worden gezet om te zorgen dat meer **doelgroepgericht** gewerkt wordt in de verslavingszorg: onder andere door een specifiek aanbod voor jongeren, voor lichtverstandelijk gehandicapten, een kortdurend aanbod voor mensen met weliswaar een verslavingsprobleem, maar nog wel een baan, sociaal netwerk enz. De verslavingszorg zou meer bekendheid kunnen geven aan wat ze te bieden heeft voor verschillende groepen.

Ik heb hierover gesproken met de sector en de verslavingszorg heeft aangegeven deze «PR-rol» beter te zullen vervullen. Ook andere initiatieven dragen eraan bij dat de verslavingszorg **bereikbaarder** en **toegankelijker** wordt: bijvoorbeeld door internetbehandeling en het bieden van alcoholconsultatie vanuit de verslavingszorg in de huisartsenpraktijk. Overigens was en is de toegankelijkheid en bereikbaarheid van de Nederlandse verslavingszorg internationaal gezien erg goed: zowel wat betreft regionale spreiding als vanwege het feit dat verslavingszorg onder de basisverzekering van de Zvw valt.

De **samenwerking tussen de ggz en de verslavingszorg** verbeterd. Het doorbraakproject Dubbele Diagnose van het Trimbos-instituut heeft hier onder andere aan bijgedragen.

De huisarts speelt op zich geen rol in de verbetering van de samenwerking tussen ggz en verslavingszorg. De huisarts heeft wel een belangrijke rol in de verwijzing en de eventuele nazorg.

Er is geen sprake van verkaveling van het veld wanneer het gaat om **preventie** en verslavingszorg. Waar wellicht op bedoeld wordt is het feit dat regionale, veelbelovende preventie-initiatieven niet altijd landelijk worden opgepakt. Ik heb tijdens het AO van 12 december 2007 aangegeven dat ik wil bevorderen dat goede regionale initiatieven breder worden verspreid. Dit gebeurt nu onder andere met een interactief digitaal lespakket ontwikkeld door Tactus verslavingszorg over alcohol, gericht op de bovenbouw van de basisschool. Ook heb ik via ZonMw geld beschikbaar gesteld om goede regionale preventie-initiatieven op het gebied van drugs, roken en overgewicht, overdraagbaar te maken en landelijk te verspreiden.

Ik heb toegezegd om in de brief met de visie op de eerstelijnszorg aandacht te besteden aan de rol van onder andere **huisartsen** bij vroegsignalering en verwijzing.

Dit is gebeurd: in de visie op de eerstelijnszorg die op 25 januari 2008 naar de Kamer is gegaan, is een passage opgenomen over de integratie en de samenwerking van de ggz en de verslavingszorg met de huisartsen en de gezondheidscentra.

De toelatingen voor de capaciteitsuitbreiding van klinische **behandelplaatsen voor verslaafde jongeren** zijn inmiddels allemaal verleend. Er is een goede regionale spreiding. Het behandelaanbod bevat zowel onderdelen groepsbehandeling als individuele behandeling op maat. Enkele afdelingen richten zich specifiek op jongeren met zowel psychische als verslavingsproblemen. Zoals ik aangaf in mijn brief van 16 juli worden de evidence based protocollen vanuit Resultaten Scoren waar nodig aangepast voor jongeren. De instellingen voor verslavingszorg met een afdeling voor jongeren hebben geen wachtlijstgegevens bijgehouden. Zoals ik tijdens het AO van 12 december al aangaf, heb ik GGZ Nederland verzocht bij het veld te inventariseren wat de ingeschatte behoefte is aan klinische behandelplaatsen voor jongeren. Dat bleek in totaal 300 plaatsen te zijn. De benodigde capaciteitsuitbreiding heb ik inmiddels gehonoreerd. Ik verwacht daarom, in ieder geval in de nabije toekomst, geen wachtlijstproblemen.

Het merendeel van de preventieafdelingen van ggz- en verslavingszorginstellingen in Nederland voert een of meerdere interventies uit het KOPP/KVO (kinderen van ouders met psychische problemen of **kinderen van verslaafde ouders**) programma uit. Bijvoorbeeld groepsaanbod voor kinderen van verschillende leeftijdsgroepen, de Gezinsinterventie en de Moeder-baby interventie.

De PvdA-fractie vraagt naar de scholing van hulpverleners op het gebied van **verslavingsproblemen bij lichtverstandelijk gehandicapten**. De bijscholing van Hogeschool Windesheim maakt onderdeel uit van de beroepsontwikkeling en professionalisering in de verslavingszorg, waar de Raad voor Bekwaamheidsontwikkeling op mijn verzoek aan werkt. Deze bijscholing is vooral bedoeld voor hulpverleners in de LVG-sector en is gericht op het verwerven van basiskennis en -vaardigheden in de begeleiding van LVG-cliënten met een verslavingsprobleem. Dit zie ik als een belangrijke (eerste) stap om de kennis onder hulpverleners te vergroten. Zoals ik in mijn brief van 16 juli 2008 al aangaf, heb ik het Trimbos-instituut subsidie gegeven voor een tweejarig project voor de ontwikkeling en de proefuitvoering van een gestandaardiseerd interventieprogramma voor de aanpak van middelengebruik door LVG-jongeren. Dit programma zal eind 2009 opleveren:

- aangepast voorlichtingsmateriaal
- een protocol voor een educatieve bijeenkomst voor ouders
- deskundigheidsbevordering van groepsleiders in de LVG-jeugdzorg
- deskundigheidsbevordering van hulpverleners in de verslavingszorg
- een kortdurende hulpinterventie voor LVG-jongeren met problematisch middelengebruik.

Dit project sluit aan bij de behoeften in de praktijk en betreft de instellingen die al een begin hebben gemaakt met preventie en hulpverlening voor LVG-jongeren met problematisch middelengebruik. Ik denk dat met dit project en met de genoemde bijscholing de deskundigheidsbevordering systematisch wordt opgepakt.

Het IVO-onderzoek naar nieuwe verslavingen is een inventarisatie naar «alle» verslavingen die niet vallen onder alcohol, drugs of gokken. Dus de 1% cliënten in de verslavingszorg die nu in de categorie «overig» vallen. De inventarisatie is niet beperkt tot bepaalde «nieuwe» verslavingen zoals internetverslaving.

Een terugvalpercentage van 70% is een gegeven dat we helaas ook in andere landen terugzien. Behandeling van verslaving gaat meestal gepaard met vallen en opstaan en terugvalpreventie is een standaard onderdeel van de behandeling.

Een terugval moet overigens niet te snel als een «mislukking» getypeerd worden: behandelaren en cliënten geven aan bij een tweede of derde behandeling eerder en betere resultaten te boeken. Er is bij die eerste behandeling dus toch een stap gemaakt.

De verslavingszorg maakt dank zij Resultaten Scoren gebruik van ruim veertig protocollen en richtlijnen. Deze worden in zeer hoge mate ook daadwerkelijk gebruikt in de behandelkamer. De **effectiviteit van de verslavingszorg** is daardoor sterk verbeterd. Ook zorgverzekeraars zijn geïnteresseerd om verslavingszorg in te kopen die volgens Resultaten Scoren protocollen wordt verleend. Tenslotte draagt het in de brief van 16 juli genoemde benchmarkonderzoek bij aan het verbeteren van de effectiviteit. Ik ga geen streefcijfers hanteren voor de stijging van de effectiviteit. Ik vind de bovenomschreven benadering realistischer en geloof dat die voldoende opbrengt.

Verslavingszorg maakt onderdeel uit van het verzekerde pakket, als onderdeel van de basisverzekering van de Zorgverzekeringswet. Patiënten hebben dus een aanspraak op de zorg. Het **budget en de capaciteit in de verslavingszorg** is de afgelopen jaren meegegroeid met de vraag. Uit Nza gegevens blijkt bijvoorbeeld dat de klinische capaciteit bijna 7% is gestegen (daar zijn de recente uitbreidingen voor jeugdverslavingszorg nog niet in verwerkt). De ggz-uitgaven namen over de gehele linie (inclusief de verslavingszorg) de afgelopen jaren toe met 10,1% (branche-rapporten VWS).

De PvdA-fractie vraagt wat de stand van zaken is bij de aanpak van **drugs-overlast** in en rondom ggz-instellingen. Acht ggz-instellingen werken sinds kort samen bij de aanpak van drugsoverlast op hun terreinen. De instellingen worden een half jaar lang ondersteund door Zorg Consult Nederland, dat onder andere een praktische «toolkit» heeft samengesteld waarmee een instelling veiligheidsbeleid op maat kan maken. Onderdeel van de toolkit is bijvoorbeeld een model-samenwerkingsovereenkomst met politie en justitie. Daarnaast is het belangrijk de verslavingsproblemen van veel (chronische) ggz-patiënten beter te onderkennen en behandelen. Dit heb ik in gang gezet via het doorbraakproject Dubbele Diagnose van het Trimbos-instituut, waarbij in zeven regio's de richtlijn Dubbele Diagnose is geïmplementeerd. Daarbij is ook aandacht besteed aan de borging en verspreiding van deze behandelwijze.

Wat betreft het **personeelstekort in de verslavingszorg** verwijs ik naar de antwoorden op de Kamervragen over personeelstekorten in de ggz en verslavingszorg van 13 oktober jl. In de arbeidsmarktbrief 2008 die de

Staatssecretaris en ik uw Kamer later dit jaar sturen zoals wij aankondigden in onze brief van 24 september 2008 over arbeidsmarktbeleid in de zorg, zullen wij de meest recente inzicht geven in de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in de zorg (inclusief de GGZ en verslavingszorg).

Wat betreft de gescheiden financieringsstromen en de **private initiatieven voor verslavingszorg**: binnenkort ontvangt u de antwoorden op de Kamervragen over de vijfsterren Jellinek kliniek.

Met de veldpartijen worden op dit moment afspraken gemaakt over het apart registreren van wachtlijsten in de verslavingszorg. Er komt dus een «vierde circuit» in de ggz-**wachtlijstregistratie**: naast jeugd, ouderen en volwassenen ook de verslavingszorg. Waarschijnlijk kan dit worden ingevoerd in de loop van 2009.

Zorginstellingen zijn in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor hun interne organisatie, waaronder de stroomlijning van het zorgproces. Ook zorgverzekeraars zullen hierop aandringen, zij zijn immers verantwoordelijk voor het voldoende en tijdig inkopen van de zorg die hun cliënten nodig hebben. Ik heb geen signaal ontvangen dat de capaciteit of het type aanbod in bepaalde regio's minder voldoet dan in andere. De geconstateerde tekorten lagen met name in het aanbod voor verslaafde jongeren en op beschermende woonvormen. De capaciteit voor beide doelgroepen is sterk uitgebreid.

SP-fractie

De leden van de SP-fractie maken zich zorgen dat door de **overheveling naar de Zorgverzekeringswet** de preventieve verslavingszorg en de ambulante zorg in de verdrukking komt. De overheveling betekent dat individuele medische zorg voor verslaafden onder de Zvw valt (alleen klinische zorg langer dan een jaar valt onder de AWBZ). Ook de individuele ambulante behandeling die voorheen onder de Welzijnswet de verantwoordelijkheid van de centrumgemeenten was. Het belangrijkste voorbeeld is de methadonbehandeling. Daarvan geven instellingen voor verslavingszorg juist aan dat het door de overheveling naar de verzekerde zorg veel beter mogelijk is geworden om zorgafspraken te maken voor de overige zorg die deze patiënten nodig hebben, terwijl de gemeenten vaak alleen de kale methadonverstrekking betaalden. Ook preventieve verslavingszorg valt in een aantal gevallen onder de Zvw: daar waar het gaat om individuele geïndiceerde preventie.

Vanuit VWS wordt samen met het veld gekeken naar de organisatie en financiering van de zorg bij de overgang van Zvw naar de langdurige zorg. Eén van de onderwerpen die in het «transitieproject langdurige zorg» aan de orde komen, is de financiering van de **ACT-teams**.

Er is geen sprake van systematische registratie bij de Inspectie van private zorgaanbieders in de verslavingszorg. Wel doet de Inspectie dit jaar op mijn verzoek een inventariserend onderzoek: **toezicht op de commerciële verslavingszorg**. Ik heb hiertoe verzocht, ten eerste omdat ik overzicht wilde hebben van de commerciële aanbieders van verslavingszorg en ten tweede vanwege signalen over de wisselende kwaliteit van de zorg van een aantal van deze aanbieders. De IGZ is begonnen met een brede inventarisatie, zodat alle commerciële aanbieders zoveel mogelijk bekend zijn, inclusief het type zorg dat geleverd wordt. Op dit moment wordt een aantal Inspectiebezoeken afgelegd. Het hele project Toezicht op de commerciële verslavingszorg is eind van dit jaar afgerond. Op basis van de resultaten daarvan beziet de Inspectie of een meer frequent en systematisch toezicht nodig is. Overigens vallen ook commerciële aanbieders van verslavingszorg onder de Kwaliteitswet en kan de Inspectie altijd, aangekondigd of onaangekondigd, op inspectiebezoek bij deze instellingen.

In aansluiting op behandeling door de verslavingszorg wordt door gemeenten min of meer praktische ondersteuning geboden, zoals bijvoorbeeld op het gebied van huisvesting, inkomen, werk en schuldhulpverlening. Gemeenten die een uitkering Maatschappelijke Opvang en Verslavingsbeleid ontvangen, hebben met VWS afspraken gemaakt via zogenaamde prestatielijsten. Daarin is opgenomen dat de inspanningen van de gemeenten op de maatschappelijke zorg voor verslaafden minimaal op gelijk niveau moet blijven als voor de invoering van de WMO. Ook hebben gemeenten in de in het kader van de **WMO** opgestelde plannen van aanpak de maatregelen geconcretiseerd die ingezet worden ter ondersteuning en begeleiding van de reïntegratie van (ex-)verslaafden.

Ik heb al eerder aangegeven, onder andere in mijn brief van 16 juli, dat enige **wachttijd** onvermijdelijk is. Dat betekent dat niet iedere verslaafde op elk moment dat hij of zij gemotiveerd is, direct in behandeling kan komen. Wel dat goede zorg binnen een redelijke termijn moet worden geboden. Zorgverzekeraars hebben een wettelijke zorgplicht. Mensen met «meerjarige, onvermijdbare zorgkosten» ontvangen een gedeeltelijke financiële compensatie voor het **verplichte eigen risico**. Het gaat dan om langdurig medicijngebruik bij een bepaald aantal chronische ziekten. Het is inderdaad belangrijk dat de verslavingszorg laagdrempelig blijft. Maar het volledig vrijstellen van een hele sector in de gezondheidszorg bij het hanteren van het verplichte eigen risico, ondergraaft het draagvlak van de maatregel en doet geen recht aan het feit dat de meeste mensen met problematisch middelengebruik slechts incidenteel hun eigen risico moeten «aanspreken» vanwege behandeling door de verslavingszorg.

VVD-fractie

De VVD-fractie vraagt voor wie de bijscholing over **verslaving bij licht-verstandelijk gehandicapten** bedoeld is. De bijscholing maakt onderdeel uit van de beroepsontwikkeling en professionalisering in de verslavingszorg, waar de Raad voor Bekwaamheidsontwikkeling op mijn verzoek aan werkt. Deze bijscholing is vooral bedoeld voor hulpverleners in de LVG-sector en is gericht op het verwerven van basiskennis en -vaardigheden in de begeleiding van LVG-cliënten met een verslavingsprobleem. Dit zie ik als een belangrijke (eerste) stap op de kennis onder hulpverleners te vergroten.

Zoals ik in mijn brief van 16 juli 2008 al aangaf, heb ik het Trimbos-instituut subsidie gegeven voor een tweejarig project voor de ontwikkeling en de proefuitvoering van een gestandaardiseerd interventieprogramma voor de aanpak van middelengebruik door LVG-jongeren. Dit programma zal eind 2009 opleveren:

- aangepast voorlichtingsmateriaal over alcohol en cannabis en nieuw te ontwikkelen voorlichtingsmateriaal over cocaïne en XTC
- een protocol voor een educatieve bijeenkomst voor ouders/opvoeders
- training/deskundigheidsbevordering van groepsleiders in de LVG-jeugdzorg
- training/deskundigheidsbevordering van hulpverleners in de verslavingszorg
- een kortdurende hulpinterventie of training voor LVG-jongeren met problematisch middelengebruik.

Dit project sluit aan bij de behoeften in de praktijk en betreft de instellingen die al een begin hebben gemaakt met preventie en hulpverlening voor LVG-jongeren met problematisch middelengebruik. Ik denk dat met dit project en met de genoemde bijscholing de deskundigheidsbevordering systematisch wordt opgepakt.

Ik vind het nu nog te vroeg om te bepalen of het volgen van de bijscholing

zoals door Hogeschool Windesheim een kwaliteitsindicator voor de IGZ moet worden, maar sluit het zeker niet uit.

De Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) staat geen **privéklinieken** toe. Dit geldt overigens niet alleen voor de verslavingszorg. De huidige situatie biedt, gezien de snelle groei van het aantal commerciële aanbieders van (ambulante) verslavingszorg, evengoed mogelijkheden. Sommige mensen met verslavingsproblemen kiezen voor een behandeling in het buitenland, vaak omdat men niet wil dat het verslavingsprobleem bekend wordt in de eigen omgeving. Of omdat men een luxe verblijf wil tijdens de behandeling. Voor die laatste reden hoeven patiënten overigens niet meer naar het buitenland: er is inmiddels een aantal commerciële aanbieders van verslavingszorg dat bij de behandeling een verblijf een in resort-achtige omgeving aanbiedt. De Zorgverzekeringswet vergoedt de kosten van de behandeling, tot het maximum tarief, ook in het buitenland. De Zvw kent immers werelddekking. De reiskosten en het verblijf in het hotel moeten patiënten zelf betalen. Zorgaanbieders in Nederland mogen voor de behandeling niet meer vragen dan het maximumtarief.

Het gaat immers om verzekerde zorg waarop patiënten een aanspraak hebben. De prijs voor het verblijf in het hotel mogen aanbieders zelf bepalen, dit valt buiten de WMG of Zvw.

Het «**imagoprobleem**» is de verslavingszorg niet te verwijten: het is immers vooral vanwege de wens van de landelijke en lokale overheid dat deze sector zich vooral gericht heeft op de meest problematische patiënten, mede vanwege de overlast. Inmiddels hebben alle instellingen voor verslavingszorg ook een aanbod ontwikkeld voor andere groepen cliënten. De verslavingszorg zou meer kunnen laten zien wat ze te bieden heeft. Ik heb hierover gesproken met de sector zelf en deze heeft besloten actiever uit te dragen dat zij ook een hulpaanbod heeft voor andere groepen cliënten dan problematisch drugsverslaafden en ook bij zogenaamd «nieuwe» verslavingen als internet-, medicijn- of gokverslaving. Daarnaast worden allerlei stappen gezet om de drempel naar de verslavingszorg juist te verlagen: zoals het aanbieden van internetbehandeling en door alcoholhulpverlening in een eerstelijnslocatie onder te brengen (een alcoholconsulent in een huisartsenpraktijk bijvoorbeeld).

Ik heb aangegeven dat er meer differentiatie in de verslavingszorg nodig is. Sommige groepen en met name jongeren zijn extra kwetsbaar. Ook sluit het huidige aanbod niet goed aan. Ik heb een aantal voorbeelden gegeven van **risicogroepen** zoals die door het veld worden gesignaleerd, zonder daarbij volledig te hebben willen zijn. Met name naar de risico's voor kinderen van verslaafde ouders is wel onderzoek gedaan. Vooral bij alcohol blijkt een verhoogd risico, vanwege de combinatie van genetische kwetsbaarheid en de slechtere sociale omstandigheden en gezinssituatie. Bij jongeren in de residentiële jeugdzorg en JJI's was al sprake van veel problemen (vandaar de opname). Als deze jongeren gaan experimenteren met gebruik van middelen, is de kans op misbruik en afhankelijkheid groter dan bij andere jongeren. Het middelengebruik wordt al snel de manier om problemen te ontvluchten. Wanneer het gaat om open instellingen, geldt dat een volledig drugsvrije omgeving, net als in de samenleving zelf, niet haalbaar is.

Er wordt gelukkig op een aantal plaatsen al met de verslavingszorg samengewerkt aan alcohol- en drugspreventie in de residentiële jeugdzorg. Daarnaast heeft het Trimbos-instituut het project Open en Alert, om jeugdzorginstellingen te helpen hun beleid op drank- en drugsgebruik in hun instelling te bepalen en om jeugdhulpverleners te trainen in kennis en vaardigheden op gebied van (aanpak van) middelengebruik.

Vragen PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie maken zich zorgen om het beeld van de verslavingszorg als «groei-industrie». Het gaat echter niet om het «aanboren» van nieuwe doelgroepen, maar om het bieden van een antwoord op een bestaand probleem. Bijvoorbeeld bij het problematisch gebruik van alcohol en drugs door lichtverstandelijk gehandicapte jongeren, zijn verslavingszorginstellingen en LVG-instellingen echt samen op zoek naar een goede behandeling en begeleiding voor jongeren die met problemen door middelengebruik bij hen aankloppen. Internet-behandeling leidt ertoe, vooral bij alcoholmisbruik, dat mensen eerder behandeling krijgen. Nu lopen mensen vaak jaren met alcoholproblemen rond voordat ze naar de zorg gaan. Als deze mensen in een eerder stadium door internetbehandeling bereikt worden, lukt het beter om echt van de verslaving af te komen en bovendien is de gezondheids- en maatschappelijke schade dan nog niet zo groot.

Het gaat niet om het plakken van een **medisch stempel op destructief gedrag** en al helemaal niet om een legitimering van dat gedrag. Verslaving wordt als een ziekte beschouwd, die neigt naar chroniciteit en die tot een destructieve leefstijl kan leiden.

Zoals ik in mijn brief van 16 juli al aangaf, heeft verslaving naast medisch-biologische, ook psychologische en maatschappelijke oorzaken en consequenties. Het erkennen van verslaving als ziekte neemt de verantwoordelijkheid van het betrokken individu niet weg. Het geeft wel aan dat verslaving veel meer is dan het maken van de verkeerde keuzes.

Voorkomen is beter dan genezen. Vandaar dat geïnvesteerd wordt in **preventieprogramma's**. Vele verschillende variabelen spelen een rol in het gebruik van middelen, het risico op en de ernst van verslaving daaraan. Toch is er wel wetenschappelijk onderzoek mogelijk naar de effectiviteit van preventie. Uit Amerikaans onderzoek kwam bijvoorbeeld naar voren dat een gezinsgerichte preventieve interventie, *Strengthening Families*, bewezen effectief is. Deze aanpak is nu vertaald naar de Nederlandse situatie en wordt uitgetest onder de naam Gezin aan Bod. Omdat verslavingszorg als een betrekkelijk nieuw onderdeel van de GGZ kan worden beschouwd is de afgelopen jaren geïnvesteerd in wetenschappelijke onderzoekprogramma's om de kennis over verslaving, preventie en verslavingszorg te vergroten. Onder andere via het project Resultaten Scoren en het ZonMw programma Verslaving en het huidige programma Risicogedrag en Afhankelijkheid.

Methadonpatiënten zijn vaak langdurig aangewezen op een methadon-onderhoudsprogramma. Methadon is inderdaad verslavend. Dat neemt niet weg dat juist door de methadonbehandeling de rust en stabiliteit bereikt wordt die nodig is om een menswaardig bestaan op te bouwen. Overigens gaat het met ongeveer een kwart van deze patiënten vrij goed: zij hebben een baan, zelfstandige huisvesting enz.

Het uitsluitend verstrekken van methadon is voor de overige patiënten echter ontoereikend, zo is door de Inspectie Gezondheidszorg vastgesteld. In de door het project Resultaten Scoren ontwikkelde Richtlijn Opiaat-onderhoudsbehandeling (RIOB) is aangegeven dat harddrugverslaafde patiënten baat hebben bij een integraal zorgaanbod, waarbij naast het verstrekken van medicatie aandacht wordt besteed aan medische en psychosociale begeleiding. De structurele inzet van de extra € 15 mln. is bedoeld voor de implementatie van deze richtlijn. De verslavingszorginstellingen zijn daar dit jaar mee begonnen.

Het aantal heroïneverslaafden is ongeveer 32 000, terwijl de groep van heroïneverslaafden als zodanig steeds ouder wordt. De gemiddelde leeftijd wordt nu op ongeveer 42 jaar geschat. Er zijn ongeveer 12 000

harddrugsverslaafde patiënten die deelnemen aan een opiaatonderhouds-
behandeling. Dit aantal is de laatste jaren stabiel.