

## **Verslavingszorg herijkt**

Advies over een besturingsmodel voor verslavingszorg en verslavingsbeleid

Zoetermeer/Den Haag, juli 1999

Verslavingszorg herijkt

**1**



## Colofon

Verslavingszorg herijkt is een gezamenlijk advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg en de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling.

### **Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)**

Plein van de Verenigde Naties 21  
Postbus 7100  
2701 AC Zoetermeer  
Tel. 079 - 268 73 11  
Fax. 079 - 362 14 87  
E-mail mail@rvz.net

### **Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO)**

Parnassusplein 5  
Postbus 16139  
2500 BC Den Haag  
Tel. 070 - 340 52 94  
Fax. 070 - 340 54 46  
E-mail rmo@minvws.nl

Het advies Verslavingszorg herijkt is te bestellen door overmaking van *f* 25,- op gironummer 132937 ten name van de RVZ te Zoetermeer onder vermelding van publicatienummer 99/02.

ISBN: 90 - 5732 - 046 - 0

Auteursrecht voorbehouden

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Zoetermeer, 1999

© Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling, Den Haag, 1999

Niets in deze uitgave mag openbaar gemaakt of verveelvoudigd, opgeslagen in een dataverwerkend systeem of uitgezonden in enige vorm door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke wijze dan ook zonder toestemming van de RVZ en de RMO.

## Voorwoord

Op verzoek van de minister van VWS adviseren de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) gezamenlijk over de besturing van de verslavingszorg. Conform de adviesopdracht aan beide Raden ligt de nadruk in dit advies op de ontwikkeling van een besturingsmodel. Een model, dat recht doet aan het feit dat bij de hulp aan verslaafden verschillende budgethouders (zorgkantoor AWBZ, centrumgemeente, justitie) en belanghebbenden (woningcorporatie, CWI, jeugdzorg enz.) betrokken zijn. De kern van het besturingsmodel betreft een onderscheid tussen regionale regie op beleidsniveau en op operationeel niveau, waarmee effectieve verbindingen worden gelegd tussen de verschillende domeinen.

De RVZ heeft bij het schrijven van het advies het voortouw genomen. Het voorliggende advies is in goede samenwerking tussen beide Raden tot stand gekomen. De RMO stelt zich achter het advies, gegeven de beperkingen die de adviesvraag heeft, namelijk een specifiek bestuurlijke invalshoek.

Bij de voorbereiding van het advies zijn veel deskundigen binnen en buiten de verslavingszorg geconsulteerd, hetzij in individuele gesprekken, hetzij tijdens werkbezoeken en regionale bijeenkomsten. De RVZ en de RMO bedanken langs deze weg iedereen voor hun bijdragen aan dit voorbereidingsproces.

Prof. drs. J. van Londen  
Voorzitter Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Drs. H.J. Kaiser  
Vice-voorzitter Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling





# Inhoud

Samenvatting		7
1	Inleiding	14
1.1	Waarom een advies over verslavingszorg?	14
1.2	Functie van het advies in het beleidsproces	15
1.3	Beleidsvragen en leeswijzer	15
1.4	Begripsomschrijvingen en domeinafbakening	16
1.5	Werkwijze	18
2	Verslaving en verslavingszorg	20
2.1	Inleiding	20
2.2	Oorzaken en gevolgen verslaving	21
2.3	Maatschappelijke positie van verslaafden	21
2.4	Behoeften vraag en aanbod	22
2.5	Zorgfuncties en prioriteiten	24
2.6	Financiering, planning en bekostiging	24
2.7	Oordeel betrokkenen over huidige situatie	25
2.8	Ontwikkelingen en toekomstperspectief	27
2.9	Conclusie	28
3	Uitgangspunten	30
3.1	Inleiding	30
3.2	Uitgangspunten visie op verslaving	30
3.3	Uitgangspunten hulp aan verslaafden	32
3.4	Uitgangspunten sturing en besturing	37
4	Probleemanalyse	40
4.1	Inleiding	40
4.2	Onvoldoende herkenning	40
4.3	Onvoldoende kwaliteit en effectiviteit	42
4.4	Onvoldoende afstemming en regie	42
4.5	Conclusie	45
5	Besturingsmodellen	48
5.1	Inleiding	48
5.2	Beoordelingscriteria	49
5.3	Model 1: regie door het zorgkantoor	50
5.4	Model 2: regie door de gemeente	50
5.5	Model 3: regie door de provincie	51
5.6	Model 4: regie door de rijksoverheid	52



5.7	Beoordeling	52
5.8	Naar een nieuw besturingsmodel	53
5.9	Conclusie	54
6	Advies	56
6.1	Inleiding	56
6.2	Strategische beleidsdoelen	56
6.3	Herijking besturing categoriale verslavingszorg	58
6.4	Herijking kwaliteit en effectiviteit	66
6.5	Herijking organisatie van de hulpverlening	67
6.6	Implementatie	70
Bijlagen		72
1	Relevante delen uit de werkprogramma's van RVZ en RMO	73
2	Samenstelling RVZ en RMO	81
3	Adviesvoorbereiding	83
4	Samenvatting onderzoek AEF	87
5	Toelichting beoordeling besturingsmodellen	91
6	Begripsomschrijvingen en gebruikte afkortingen	105
7	Literatuur	109

# Samenvatting

## Hoofdstuk 1: Inleiding

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) brengen op verzoek van de minister van VWS advies uit over de besturing van de verslavingszorg. Aanleiding voor het advies is de maatschappelijke discussie over de effectiviteit van de verslavingszorg. De besturing van de verslavingszorg zou erop gericht moeten zijn deze effectiviteit te vergroten.

Bij de hulp aan verslaafden zijn tal van voorzieningen betrokken: niet alleen de gezondheidszorg, maar ook de gemeente, politie en justitie. Iedere voorziening reageert vanuit het eigen domein en elk domein heeft weer een eigen doelstelling en specifieke instrumenten op het terrein van planning en bekostiging. Deze situatie leidt tot afstemmingsproblemen. Het ontbreekt aan voldoende afstemming en regie op verschillende niveaus, zowel op het niveau van de individuele hulpverlening als op het niveau van organisatie, planning en financiering.

De centrale vraag in dit advies is: Hoe kunnen de condities worden geschapen voor een effectief bestuur van de verslavingszorg, gericht op het bevorderen van kwaliteit, doelmatigheid en effectiviteit (incl. preventie)? Meer specifiek gaan de RVZ en de RMO in op de vraag welk besturingsmodel geschikt is voor de categoriale verslavingszorg en welke sturingsmechanismen daarbij nodig zijn. Uiteraard dient bij de beantwoording van deze vraag over de muren van de categoriale zorg heen gekeken te worden. Het gaat om een strategisch beleidsadvies, opgebouwd vanuit de kenmerken van verslaafden en verslaving en vanuit de praktijk van de verslavingszorg.

In dit advies heeft 'verslaving' vooral betrekking op alcohol en drugs. Met 'verslavingszorg' wordt in dit advies bedoeld op de hulp aan verslaafden, zowel vanuit algemene als vanuit categoriale voorzieningen.

## Hoofdstuk 2: Verslaving en verslavingszorg

In dit hoofdstuk gaan de Raden kort in op het verschijnsel verslaving, de maatschappelijke positie van de verslaafde en op de verslavingszorg. In het Dossier verslaving en verslavingszorg (achtergrondstudie bij dit advies) wordt uitgebreider op deze onderwerpen ingegaan.

Verslaving kan vele, onderling samenhangende oorzaken en gevolgen hebben. Dat betekent dat eenzijdige benaderingen en preventiestrategieën niet afdoende zullen zijn. Eenduidige causale relaties tussen oorzaken (bijvoorbeeld psychische stoornis; slechte maatschappelijke positie) en gevolgen (bijvoorbeeld probleemgebruik of verslaving) ontbreken immers. Verslavingszorg is - mede daarom - breed en veelzijdig. Verschillende domeinen (gezondheidszorg, gemeente, justitie) zijn betrokken bij verslaafden en verslavingszorg.

Alles overziende, overheerst het beeld van complexiteit en veelzijdigheid: bij het verslavingsproces zelf, bij de behoeften van de verschillende actoren die betrokken zijn bij verslaafden en bij de bekostiging van de verslavingszorg. De ontwikkelingen in de verslavingszorg leiden ertoe dat in Nederland in de toekomst naar verwachting nog slechts tien à vijftien grote, transmurale centra voor verslavingszorg zullen zijn.

### **Hoofdstuk 3: Uitgangspunten**

Verslaving is een proces dat geleidelijk ontstaat en dat ernstige gevolgen heeft voor zowel de gezondheid als het maatschappelijk functioneren van de verslaafde. De hulpverlening moet niet alleen gericht zijn op verslaafden. Uit het oogpunt van preventie en tijdige signalering dienen ook probleemgebruikers aandacht te krijgen. Een gedifferentieerd en breed aanbod binnen en buiten de verslavingszorg is dus noodzakelijk, niet alleen voor de groep chronisch verslaafden met meervoudige problemen, maar ook voor de groep potentiële verslaafden.

De organisatie van de hulp aan verslaafden zou in de visie van de RVZ en RMO gebaseerd moeten zijn op de kenmerken van het verslavingsproces, het verslavingsgedrag en de hulpbehoefte van de verslaafde. Dat uitgangspunt vereist niet alleen verticale integratie: afstemming binnen de verslavingszorg zelf (bijvoorbeeld tussen ambulante en klinische zorg). Ook horizontale integratie is noodzakelijk, namelijk de afstemming tussen verslavingszorg en andere maatschappelijke voorzieningen. Bij deze integratie wordt voortdurend een ander uitgangspunt in het oog gehouden, namelijk dat het aanbod aan verslaafden in principe verzorgd wordt vanuit algemene voorzieningen, tenzij er redenen zijn om daarvan af te wijken. Ankerpunt voor de verslavingszorg is de gezondheidszorg in brede zin.

Uitgangspunten op het terrein van besturing zijn: integraal beleid; eenduidige koppeling tussen beleidsdoelstelling en bekostigingsstroom; synergie van beleidsdoelstellingen.



## Hoofdstuk 4: Probleemanalyse

In dit hoofdstuk analyseren RVZ en RMO de huidige situatie in de Nederlandse verslavingszorg, aan de hand van de beschrijving in hoofdstuk 2 en de uitgangspunten zoals geformuleerd in hoofdstuk 3. Problemen hebben betrekking op drie onderwerpen:

1. de *herkenning* van verslavingsproblematiek (m.n. alcoholverslaving) in de eerste lijn is onvoldoende. Van de naar schatting 350.000 alcoholverslaafden in Nederland komt slechts 5% in contact met de hulpverlening. Vaak gaat daar een jarenlange periode van zwaar alcoholgebruik aan vooraf;
2. in de verslavingszorg is sprake van een gebrekkige *kwaliteit* en *effectiviteit*. Er wordt nog te weinig gewerkt volgens algemeen aanvaarde richtlijnen en protocollen;
3. op verschillende niveaus is sprake van onvoldoende *afstemming* en *regie*. Dit laatste probleem staat in dit advies centraal. Op cliënt-niveau komt de afstemming van het aanbod op de vaak meervoudige hulpbehoefte nog onvoldoende tot stand. Op instellingsniveau komen programma's die de grenzen van de instelling of het domein overschrijden nog onvoldoende tot stand. Op dit niveau is sprake van afwentelingsgedrag en uitsluiting: de minst aantrekkelijke groepen verslaafden (chronisch; co-morbiditeit) krijgen onvoldoende toegang tot (algemene) voorzieningen. Op landelijk niveau ontbreekt een heldere koppeling tussen beleidsdoelstelling en bekostigingsstroom. Bovendien worden de verschillende beleidsdoelstellingen onvoldoende in onderling verband geplaatst. Tot slot ontbreekt op het bekostigingsniveau afstemming tussen de verschillende budgethouders.

Het gevolg van de geschetste problemen is dat de doelen van de verslavingszorg niet bereikt worden. Een herijking van de verslavingszorg, in de vorm van een strategische bezinning op de toekomst, is daarom geboden.

## Hoofdstuk 5: Besturingsmodellen

In dit hoofdstuk gaat het om de vraag welk besturingsmodel het meest adequaat is voor de verslavingszorg. Oplossingen voor de overige problemen (bereik, kwaliteit en effectiviteit van de verslavingszorg) worden in hoofdstuk 6 gepresenteerd.

In het hoofdstuk worden verschillende modellen voor de afstemming en regie in de verslavingszorg globaal geschetst en beoordeeld. De RVZ en RMO concluderen dat het binnen de huidige functionele en territoriale bestuurlijke lijnen niet wenselijk is om één van de actoren (zorgkantoor, gemeente,

provincie, rijksoverheid) de regie te laten voeren in de verslavingszorg. Geen van de vier besproken besturingsmodellen voldoet aan de bestuurlijke uitgangspunten zoals geformuleerd in hoofdstuk 3. De RVZ en RMO stellen op grond van deze bevindingen en op basis van de uitgangspunten voor om het zwaartepunt van de regie in de verslavingszorg en het verslavingsbeleid (binnen een landelijk kader) op regionaal niveau te leggen, aansluitend bij en voortbouwend op de huidige ontwikkelingen in de AWBZ. Democratische verankering van de besturing vindt plaats via de provincies/grote steden. Het nieuwe besturingsmodel kenmerkt zich op regionaal niveau door twee vormen van regie: beleidsregie (regiovisie) en operationele regie (overleg budgethouders).

## Hoofdstuk 6: Advies

Het antwoord op de centrale vraag in dit advies luidt dat condities voor een effectief bestuur van de verslavingszorg geschapen moeten worden op verschillende besturingsniveaus, met de inzet van verschillende sturingsinstrumenten. De condities hebben vooral betrekking op het leggen van verbindingen.

### Herijking besturing verslavingszorg

#### *Landelijk niveau*

De verbinding op landelijk niveau bestaat uit een integraal, meerjarig perspectief voor de verslavingszorg in de vorm van een convenant tussen budgethouders en overige belanghebbenden. De minister van VWS is op dit niveau de regisseur. Ter voorbereiding van het convenant dient het kabinet een interdepartementale commissie verslavingszorg in te stellen.

#### *Regionaal niveau*

Op regionaal niveau zijn twee verbindingen noodzakelijk: beleidsregie en operationele regie. Onder regie van de provincie wordt een bestuurlijk platform verslavingszorg opgezet, waarin naast de budgethouders (zorgkantoor AWBZ, centrumgemeente, justitie) ook belanghebbende partijen vertegenwoordigd zijn (cliënt; zorgaanbieders; woningcorporatie; CWI, politie, jeugdzorg enz). De taak van dit platform is om een regiovisie te formuleren: een meerjarig beleidskader op basis van zowel de specifieke kenmerken van de regio als het landelijke convenant.

De operationele regie komt op regionaal niveau te liggen bij een overleg van budgethouders (zorgkantoor, centrumgemeente en justitie), op geleide van de regiovisie. Het overleg leidt tot afspraken over de programmatische inzet van de beschikbare middelen voor de verslavingszorg. De beschikbare middelen voor de categoriale verslavingszorg zijn afkomstig uit drie bekostigingsstromen en vormen op regionaal niveau een rekenkundig kader. Op basis

van de afspraken sluit het zorgkantoor contracten af met de regionale instelling voor verslavingszorg over de uit te voeren programma's. Het winstpunt van de hier geschetste uitvoeringsconstructie is dat er in de toekomst één operationeel regisseur is in de verslavingszorg, die op basis van een breed gedragen visie (meerjaren)afspraken maakt met één regionale instelling voor verslavingszorg, en die daarbij middelen kan inzetten die afkomstig zijn uit drie bekostigingsstromen.

De omvang van 'de regio' is afhankelijk van een aantal factoren, zoals het werkgebied van de regionale instelling voor verslavingszorg en bestaande bestuurlijke verhoudingen. In de praktijk zal het neerkomen op de stapeling van één of meer gezondheidszorgregio's c.q. WGR-regio's.

#### *Lokaal niveau*

De gemeente heeft op dit niveau - als lokaal regisseur van het algemene sociale beleid - een belangrijke rol, bijvoorbeeld bij de prestatie-afspraken met woningcorporaties.

#### *Bekostigingsniveau*

De drie bekostigingsstromen in de verslavingszorg kunnen gehandhaafd worden. De overheid moet echter wel voorwaarden scheppen voor een zo doelmatig mogelijke bekostiging. Zo dient de overheid op termijn te zorgen voor een heldere koppeling tussen beleidsdoelstelling en bekostigingsstroom. Verder moet in wet- en regelgeving worden vastgelegd dat de drie bekostigingsstromen op operationeel niveau samenkomen. In het advies wordt dit verder concreet uitgewerkt (zie paragraaf 6.3).

### **Herijking kwaliteit en effectiviteit**

Er dient een sluitend geheel van producten in de de verslavingszorg (ongeacht de bekostigingsstroom) tot stand te komen. Op basis van de productsystematiek komt in de toekomst een programmatisch aanbod tot stand. De resultaten van deze programma's moeten zichtbaar gemaakt kunnen worden in relatie tot de aard van de problematiek en de gepleegde interventies.

### **Herijking organisatie van de hulpverlening**

Behandeling van enkelvoudige verslavingsproblematiek (c.q. probleemgebruik) dient meer in de eerste lijn plaats te vinden. Voor de categoriale verslavingszorg dient de prioriteit te liggen bij meervoudige problematiek en verslavingsproblemen waarvoor gespecialiseerde behandeling nodig is.

De grote groep alcoholverslaafden zal beter en eerder bereikt moeten worden. Zowel huisarts, specialist als bedrijfsarts hebben hierbij een taak, waarbij



adequate ondersteuning vanuit de categoriale verslavingszorg tot stand moet komen.



# 1 Inleiding

## 1.1 Waarom een advies over verslavingszorg?

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) schrijven dit advies op verzoek van de minister van VWS. In bijlage 1 zijn de relevante passages uit de werkprogramma's 1999 van RVZ en RMO opgenomen.

De behoefte aan een advies over de besturing van de verslavingszorg vloeit voort uit twee ontwikkelingen. Ten eerste zijn er vragen in de samenleving over de hulp aan verslaafden. In de Tweede Kamer is bijvoorbeeld de vraag gesteld wat de effectiviteit is van de verslavingszorg in relatie tot de ingezette (publieke) middelen. Verder zijn er vragen over het bereik van de verslavingszorg: het merendeel van de probleemdrinkers in Nederland krijgt geen of pas heel laat hulp.

In de tweede plaats zijn er problemen die een adequate besturing van de verslavingszorg bemoeilijken. Problemen, die hun oorsprong vinden in de veelvormigheid van verslavingsgedrag en de reacties van de samenleving op dat gedrag. Ook die reacties zijn veelvormig en hebben ertoe geleid dat bij de hulpverlening aan verslaafden tal van actoren betrokken zijn: niet alleen de gezondheidszorg, maar ook de gemeente, politie en justitie. Deze actoren reageren vanuit hun eigen domein, en elk domein heeft weer een eigen doelstelling, een eigen besturingsparadigma en specifieke instrumenten op het terrein van planning en bekostiging. Deze situatie leidt tot afstemmingsproblemen. Het ontbreekt aan voldoende afstemming en regie op verschillende niveaus, zowel op het niveau van de individuele hulpverlening als op het niveau van organisatie, planning en financiering.

Het feit dat de minister zowel aan de RVZ als aan de RMO advies vraagt, wijst er op dat sprake is van een brede en complexe problematiek.

De minister van VWS heeft behoefte aan een *strategisch beleidsadvies*: een advies over de besturing van de verslavingszorg en de daarbijbehorende sturingsmechanismen. 'Besturing' heeft hier betrekking op actoren, verantwoordelijkheden, bevoegdheden, regie. 'Sturing' verwijst naar instrumenten en middelen (wet- en regelgeving, bekostiging e.d.).

## 1.2 Functie van het advies in het beleidsproces

Na vijftien jaar discussie over de planning en de financiering - lees: over de beleidsverantwoordelijkheid - is behoefte aan een strategische bezinning op de toekomst. Hoe kan men de verslavingszorg stimuleren verder te gaan op de ingeslagen weg? En in hoeverre kan men dit binnen de bestaande beleidskaders doen? Het advies bevat een handelingsscenario waarmee antwoord op deze vragen wordt gegeven.

Een korte blik op het actuele beleidsproces leert hoe het voorliggende advies van de RVZ en de RMO in dat proces past. In juni 1998 heeft de minister van VWS aan de Tweede Kamer laten weten wat de inzet van het beleid is. De toegankelijkheid, kwaliteit en effectiviteit van de verslavingszorg moeten verbeteren. Verder wil de minister nagaan of op het gebied van planning en financiering aanpassingen nodig zijn. Op initiatief van de minister van VWS zijn op verschillende gebieden tal van actoren actief. Het gaat daarbij onder meer om:

- medisch-wetenschappelijk: Gezondheidsraad, ZON/NWO; RGO, IVO;
- bevordering van kwaliteit en deskundigheid: Trimbosinstituut, ZON/NWO;
- bekostiging: advies van de Raad voor de financiële verhoudingen over een verdeelsleutel voor de middelen in het kader van de Welzijnswet (verschenen eind 1998);
- besturing verslavingszorg: de minister vraagt advies aan de RVZ en de RMO.

In september 1999 zal de minister van VWS een Voortgangsrapportage Drugbeleid uitbrengen aan de Tweede Kamer. In die rapportage zal de minister reageren op het voorliggende advies van RVZ en RMO.

## 1.3 Beleidsvragen en leeswijzer

De centrale vraag in dit advies luidt:

*Hoe kunnen de condities worden geschapen voor een effectief bestuur van de verslavingszorg, gericht op het bevorderen van kwaliteit, doelmatigheid en effectiviteit (inclusief preventie)?*

Om deze vraag uiteindelijk te kunnen beantwoorden is in de werkprogramma's van RVZ en RMO een aantal deelvragen geformuleerd. In het volgende schema staan in de linkerkolom de deelvragen. In de rechterkolom staat aangegeven waar in dit advies de antwoorden op de vragen te vinden zijn.

Vragen:	Antwoorden in:
<i>Feiten</i>	
1) Wat zijn oorzaken en gevolgen van verslaving?	2.2; Dossier
2) Welke maatschappelijke positie hebben verslaafden?	2.3; Dossier
3) Welke behoeften ten aanzien van vraag en aanbod leven bij de verschillende betrokkenen?	2.4; Dossier
4) Welke zorgfuncties worden op dit moment vervuld, in welke vorm (dat wil zeggen hoe gedifferentieerd) en mate, en hoe worden de prioriteiten gesteld?	2.5; Dossier
5) Hoe verlopen op dit moment de beslissingen over financiering, planning en bekostiging en hoe de uitvoering van deze beslissingen in het veld?	2.6; Dossier
6) Hoe beoordelen betrokkenen de huidige situatie?	2.7; Dossier
<i>Uitgangspunten</i>	
7) Welke uitgangspunten hanteren RVZ en RMO bij het formuleren van het advies?	3.2 t/m 3.4
<i>Analyse en oordeel</i>	
8) Hoe luidt het oordeel van de RVZ en RMO over de huidige situatie in de verslavingszorg, in het bijzonder ten aanzien van de besturing?	4.2 t/m 4.5
9) Welke criteria hanteren RVZ en RMO bij het beoordelen van besturingsmodellen voor de verslavingszorg?	5.2; bijlage 5
10) Welke modellen komen volgens RVZ en RMO voor de besturing van de verslavingszorg in aanmerking en hoe luidt het oordeel over elk model?	5.3 t/m 5.7
11) Welk besturingsmodel is in de opvatting van RVZ en RMO het meest adequaat?	5.8
<i>Advies</i>	
11) Hoe moet de verdeling van verantwoordelijkheden en taken er uit zien (besturing)?	6.2 en 6.3
12) Welke beleidsinstrumenten moet de minister van VWS de komende jaren moeten inzetten (sturing)?	6.3 t/m 6.5
13) Hoe dient de implementatie te geschieden?	6.6

#### 1.4 Begripsomschrijvingen en domeinafbakening

De RVZ en RMO gaan uit van de volgende begripsomschrijvingen en domeinafbakening.

##### *Verslaving*

In dit advies wordt onder verslaving verstaan: aan een psychoactief middel gebonden stoornis met een chronisch of intermitterend karakter, conform de



criteria van de DSM-IV (zie bijlage 6). Verslavingsgedrag leidt zowel tot gezondheidsschade als tot beperkingen in het maatschappelijk functioneren.

Meestal wordt verslaving beschouwd als een intense afhankelijkheid, waarbij lichamelijke en/of psychische schade is ontstaan door het gebruik van een psychoactieve stof en waarbij het gedrag van de gebruiker in hoge mate wordt bepaald door het verkrijgen en het zich toedienen van de stof. Kenmerkend voor verslaving is de psychische en lichamelijke afhankelijkheid en de tolerantie.

*"Het werkelijke beeld van de groep verslaafden en het beeld daarvan in de publieke opinie verschillen. De samenleving herkent slechts de onverzorgde, stinkende, overlastveroorzakende drugs- en alcoholverslaafden, maar daarmee is het beeld lang niet compleet. Zij moet meer bewust worden van de zeer geleidelijke, sluipende manier waarop verslaving zich ontwikkelt."*

(Uit: brief van het Platform Vrijwilligersorganisaties Alcohol- en Drugspreventie, januari 1999)

Wanneer iemand regelmatig een psychoactief middel gebruikt, wil dat nog niet zeggen dat sprake is van verslaving. Niet elk gebruik leidt tot overmatig gebruik of misbruik; niet elk misbruik hoeft te leiden tot afhankelijkheid. Er dient sprake te zijn van een *stoornis* in het gebruik of ten gevolge van het gebruik. Die stoornis leidt tot gezondheidsschade (lichamelijk en/of psychisch) en - mede afhankelijk van de context waarin het middel wordt gebruikt - tot beperkingen in het maatschappelijk functioneren.

In de praktijk en de literatuur heeft 'verslaving' vaak betrekking op alcohol, drugs, medicijnen en gokken. In dit advies ligt het accent op alcohol en drugs. Juist bij deze typen van verslaving en bij poly-gebruik doen zich afstemmings- en regievraagstukken voor. Medicijnverslaving komt in het advies slechts zijdelings aan de orde. Er is hier sprake van een bijzondere situatie, gelet op het feit dat medicijnen worden voorgeschreven door huisarts of specialist. Het chronisch gebruik van medicijnen wordt door de patiënt en door de arts zelden als 'verslaving' beschouwd. Bij gokken staat de gezondheidsschade niet op de voorgrond. Nicotineverslaving blijft in dit advies buiten beschouwing, omdat bij die verslaving beperkingen in maatschappelijk functioneren in het algemeen niet direct aan de orde zijn.

#### *Verslavingszorg*

Verslavingszorg betekent in dit advies hulpverlening aan verslaafden. De hulp kan zowel vanuit algemene als categoriale voorzieningen geboden worden. Is van het laatste sprake dan gebruiken we de term 'categoriale verslavingszorg'.

### *Verslavingsbeleid*

Verslavingsbeleid is beleid van de overheid, gericht op het bevorderen van adequaat gebruik en voorkomen van misbruik van middelen (bijvoorbeeld public health beleid) en de maatschappelijke context daarvan (bijv. verkeersveiligheidsbeleid, overlastbeleid). Verslavingsbeleid richt zich op het gebruik van alle potentieel verslavende middelen, niet alleen de illegale middelen.

De overheid voert zowel beleid gericht op de verslavingszorg als verslavingsbeleid. Deze beleidsinspanningen dienen in onderlinge samenhang bezien te worden. Een belangrijke reden hiervoor is dat het gebruik van verslavende middelen tot afhankelijkheid kan leiden.

### *Waar het advies wel en niet over gaat*

Dit advies gaat over de vraag welk besturingsmodel geschikt is voor de categoriale verslavingszorg en welke sturingsmechanismen daarbij nodig zijn. Uiteraard dient bij de beantwoording van deze vraag over de muren van de categoriale zorg heen gekeken te worden. Het gaat om een strategisch beleidsadvies, opgebouwd vanuit de kenmerken van verslaafden en verslaving en vanuit de praktijk van de verslavingszorg.

Het advies is geen wetenschappelijke verhandeling over verslaving noch een dekkende beschrijving van de praktijk van de verslavingszorg in Nederland. De RVZ en RMO gaan in dit advies verder niet (uitgebreid) in op deskundigheidsbevordering, op medisch-wetenschappelijke aspecten, op de financiële verdeelsleutel en op de regio-indeling.

## **1.5 Werkwijze**

Het advies is voorbereid vanuit de RVZ door de raadsleden prof. dr. P.A.H. van Lieshout en mw. M.J.M. le Grand-van den Bogaard. Vanuit de RMO is drs. H.J. Kaiser het eerstverantwoordelijke raadslid.

Voor de advisering is een klankbordgroep ingesteld onder voorzitterschap van prof. van Lieshout. Door beide raden is tijdens de voorbereiding van het advies veel geïnvesteerd in de communicatie met de instellingen en overige betrokkenen bij de verslavingszorg (zie bijlage 3 voor een overzicht van activiteiten).

Ter voorbereiding van het advies zijn door het secretariaat van de RVZ deelprojecten uitgevoerd op het terrein van vraag en aanbod, bekostiging en beleid. In een later stadium zijn vanuit het secretariaat van de RMO hierop aanvullingen gekomen over, met name over de maatschappelijke positie van

verslaafden. De rapportages over de deelprojecten zijn gebundeld in een separate achtergrondstudie bij dit advies, onder de titel Dossier verslaving en verslavingszorg.

De RVZ en de Raad voor de financiële verhoudingen (Rfv) hebben aan het bureau Andersson Elffers Felix (AEF) de opdracht gegeven een studie uit te voeren naar sturingsmechanismen in vier beleidsdomeinen die vergelijkbaar zijn met de verslavingszorg. Het onderzoeksrapport verschijnt als separate achtergrondstudie bij dit advies. Een samenvatting van het onderzoek is opgenomen in bijlage 4. De resultaten van het onderzoek zijn gebruikt bij het opstellen van dit advies, met name bij de keuze van instrumenten in hoofdstuk 6.

Verder hebben de RVZ en de RMO aan dr. J.C. van der Stel opdracht gegeven voor een onderzoek naar de voor- en nadelen van het legaliseren van drugs. Het onderzoek is relevant, omdat de maatschappelijke en juridische context waarin verslavende middelen worden gebruikt, mede van invloed is op de positie van de gebruiker en de organisatie van de zorg. De resultaten van dit onderzoek worden separaat gepubliceerd in het najaar van 1999.



## 2 Verslaving en verslavingszorg

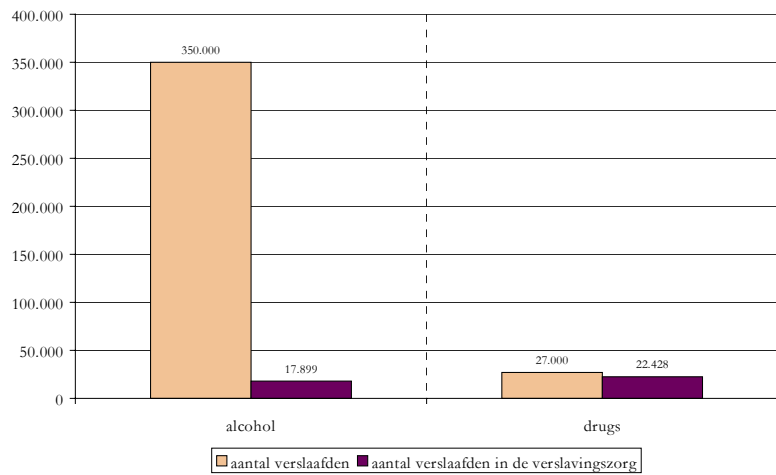
### 2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan RVZ en RMO kort in op het verschijnsel verslaving. Vervolgens komt de verslavingszorg aan de orde, waarbij ingegaan wordt op feiten, oordelen en ontwikkelingen. Daarmee worden de beleidsvragen 1 tot en met 6 (zie paragraaf 1.3) beantwoord.

Een uitgebreide beschrijving van feiten en ontwikkelingen is te vinden in het Dossier verslaving en verslavingszorg.

Eerst een paar kerncijfers over verslaving en verslavingszorg.

**Figuur 2.1** Totaal aantal verslaafden en verslaafden in categoriale verslavingszorg (in 1996)



Bron: De Zwart en Van Wamel (1998); Van Gageldonk (1997)

Overigens zijn de cijfers in de linkerkolommen gebaseerd op schattingen.

Opvallend bij de cijfers is het bereik van de categoriale verslavingszorg (rechterkolom): verslaafden aan alcohol (5,1 %) komen nauwelijks met de hulpverlening in contact, in tegenstelling tot drugsverslaafden (83,1 %). Relevant is hierbij dat alcoholverslaafden er gemiddeld tien jaar over doen voordat ze met

de hulpverlening in contact komen, terwijl drugsgebruikers gemiddeld na een à twee jaar al contact hebben met de verslavingszorg.  
Ter vergelijking: gokverslaafden (9 %) en medicijnverslaafden (0,1 %) komen ook nauwelijks in contact met de categoriale verslavingszorg.

## 2.2 Oorzaken en gevolgen verslaving

### *Oorzaken*

Er is niet een eenduidige oorzaak voor verslaving aan te geven. Verschillende factoren spelen een rol bij het ontstaan van verslaving:

- de stof;
- biologische factoren;
- psychische factoren;
- sociaal-maatschappelijke factoren.

Vaak hangen de genoemde factoren onderling samen.

### *Gevolgen*

Verslaving kan gevolgen hebben op verschillende terreinen:

- gezondheidsschade, zowel lichamelijk als psychisch;
- beperkingen in het maatschappelijk functioneren: relatie, werk, scholing, wonen enz.;
- maatschappelijke schade en overlast: verkeersongelukken, arbeidsverzuim, overlast, crimineel gedrag enz.

De maatschappelijke kosten van alcohol- worden geschat op jaarlijks zes miljard ; de kosten van drugsverslaving op drie miljard gulden (Jellinek, 1996). Het gaat hier zowel om directe kosten (gezondheidszorg) als om indirecte kosten (productiviteitsverlies; uitkeringen; e.d.).

Dat er bij verslaving sprake kan zijn van verschillende oorzaken, uiteenlopende gevolgen en mogelijke interactie tussen oorzaken en gevolgen, noopt tot een brede benadering in hulp en beleid.

## 2.3 Maatschappelijke positie van verslaafden

In de definitie van verslaving die de RVZ en de RMO hanteren zit een maatschappelijke component (zie bijlage 6). Verslaafd zijn aan psychoactieve middelen heeft niet alleen gevolgen voor de gezondheid van verslaafden, maar ook voor de positie waarin zij komen te verkeren en de mate waarin zij in de samenleving kunnen blijven functioneren. Dit kan geïllustreerd worden aan de hand van dimensies waarin mensen maatschappelijk geïntegreerd zijn (zie Dossier, paragraaf 3 voor een beschrijving van deze dimensies).

Het is niet altijd duidelijk of de maatschappelijke positie een gevolg is van verslaving, of juist een mogelijke oorzaak. Sterk generaliserend is te zeggen dat verslaafden meer dan gemiddeld een lage opleiding hebben en (daardoor) laag betaald werk of een uitkering. Vergeleken met bijvoorbeeld de mogelijkheden van de drankindustrie om alcohol te promoten, de huisarts om medicijnen voor te schrijven en zorginstellingen om behandelingen te bepalen, zijn de mogelijkheden van verslaafden om hun eigen belang te vertegenwoordigen en hun positie te verbeteren gering. Soms is dat ook hun eigen wens, aangezien zij na afloop van hun verslaving niet meer als verslaafde bekend willen staan.

De meeste verslaafden beschikken wel in enige mate over een sociaal netwerk, hoewel daarvan bij drugsverslaafden minder sprake is dan bij van andere middelen afhankelijke verslaafden. Bij veel drugsverslaafden hangt hun netwerk samen met andere drugsgebruikers. Buiten de *scene* is hun netwerk gering.

Afhankelijkheid van een middel verkleint per definitie de zelfredzaamheid: zonder middel kan men niet functioneren. De meeste verslaafden hebben een interventie van de gezondheidszorg nodig om van hun verslaving af te komen. De vaak slechte maatschappelijke positie waarin de verslaafde verkeert, is niet direct een reden om een beroep te doen op de hulpverlening. Alcoholverslaafden wachten bijvoorbeeld gemiddeld zes jaar voordat zij hulp vragen. Vaak zijn meerdere interventies nodig voordat de verslaafde voorgoed van zijn verslaving af is.

## 2.4 Behoeften vraag en aanbod

### *Verslaafde*

De behoefte van verslaafden loopt uiteen: soms willen zij blijven gebruiken, maar zo min mogelijk schadelijke gevolgen ondervinden; soms willen zij afkicken en soms willen zij niets anders dan 'bed, bad en brood'.

Andere wensen zijn:

- betere toegankelijkheid, met name voor allochtone verslaafden, verslaafde vrouwen en verslaafde gedetineerden;
- adequaat aanbod voor verslaafden met psychische stoornissen en voor jongeren met verslavingsproblematiek;
- snellere hulp (wachlijstproblematiek).

### *Directe omgeving verslaafde*

De directe omgeving (gezin, familie, buurt) heeft de volgende behoeften:

- men wil dat verslaafde afkickt;
- men zoekt herkenning en ondersteuning;
- men wil zo min mogelijk overlast van het verslavingsgedrag;

- buurtbewoners (met name bij drugsoverlast) willen een aanspreekpunt in de wijk en iemand die de samenwerking tussen justitie, politie en hulpverlening coördineert.

#### *Zorgaanbieder*

Zorgaanbieders hebben de volgende behoeften:

- kwaliteitsverbetering; innovatie; herontwerp van zorgprocessen op basis van bewezen effectiviteit;
- meer aandacht voor preventie;
- meer mogelijkheden en ondersteuning vanuit aanpalende domeinen, met name wanneer eerst basale levensbehoeften bevredigd moeten worden, vóórdat hulpverlening aan de orde is (sociaal verslavingsbeleid);
- meer begrip voor de opvatting dat abstinentie niet altijd een haalbaar doel is;
- betere afstemming tussen financiers en bekostigingscondities.

#### *Politie/justitie*

Politie en justitie hebben de volgende behoeften:

- meer outreachende opstelling van de hulpverlening.
- politie: wil dat justitie snel handelt.
- justitie: wil dat politie verslavingsproblematiek eerder en beter onderkent; wil meer samenwerking met verslavingszorg in het kader van de strafrechtelijke opvang verslaafden (SOV).

#### *Gemeente*

De gemeente heeft met name behoefte aan het verminderen van overlast op straat (meer opvangvoorzieningen). Overlast wordt vooral veroorzaakt door een relatief kleine groep drugsverslaafden.

#### *Werkgever*

De werkgever heeft belang bij vroegtijdige onderkenning van verslavingsproblematiek en snelle, kortdurende hulp.

#### *Maatschappelijke instanties: huisvesting, arbeid, onderwijs*

Voor zover deze instanties voorzieningen aanbieden aan verslaafden hebben zij vaak behoefte aan ondersteuning vanuit de categoriale verslavingszorg.

#### *Rijksoverheid*

De behoeften van 'de rijksoverheid' met betrekking tot vraag en aanbod zijn tegenstrijdig te noemen. Vanuit volksgezondheidsoptiek is de behoefte helder geformuleerd:

- bevorderen van het ontstaan van regionale, categoriale en multifunctionele instellingen voor verslavingszorg, waarbij alle bestaande voorzieningen zich aansluiten;

- verbetering van toegankelijkheid, kwaliteit, effectiviteit en doelmatigheid. Deze doelstellingen houden ook verband met behoeften op het terrein van werkgelegenheid, arbeidsverzuim en uitkeringen. Indien de hulp aan verslaafden vroegtijdig, doelmatig en effectief wordt georganiseerd, zullen ook positieve sociale effecten te verwachten zijn. De overheid is echter vanuit economisch perspectief ook als 'barkeeper' te beschouwen (inkomsten uit accijnzen, werkgelegenheid horeca e.d.).

## **2.5 Zorgfuncties en prioriteiten**

De categoriale verslavingszorg vervult een groot aantal zorgfuncties, resulterend in zeer gevarieerd aanbod. Blijkens een eigen inventarisatie van de sector (Resultaten scoren, 1998) richten instellingen zich onder meer op: preventieve activiteiten; behandeling van individuen, groepen en cliëntsystemen bij problemen op het gebied van alcohol, drugs en gokken; begeleiding en bieden van opvang van chronisch verslaafden; case-management gericht op maatschappelijk herstel; crisisinterventie; verslavingsreclassering; signaleren van trends in gebruik; adviseren en consulteren van organisaties; het ondersteunen van onderzoek.

Het is echter moeilijk om een beeld te krijgen van wat er met welke hulpvraag in de verslavingszorg gebeurt en wat de resultaten van de hulpverlening zijn. De aansluiting tussen verschillende registratiesystemen is onvoldoende en het ontbreekt aan cliëntvolgsystemen (Van Gageldonk e.a., 1997). De prioriteitstelling in de verslavingszorg gebeurt door verslavingszorg zelf en wordt deels ook bepaald door de gemeente (nadruk op overlastbestrijding).

## **2.6 Financiering, planning en bekostiging**

De Raden hebben de huidige financiering en bekostiging van de categoriale verslavingszorg in kaart gebracht, en het resultaat daarvan staat in figuur 2.2 op de volgende bladzijde. Zie voor details het dossier Verslaving en verslavingszorg.

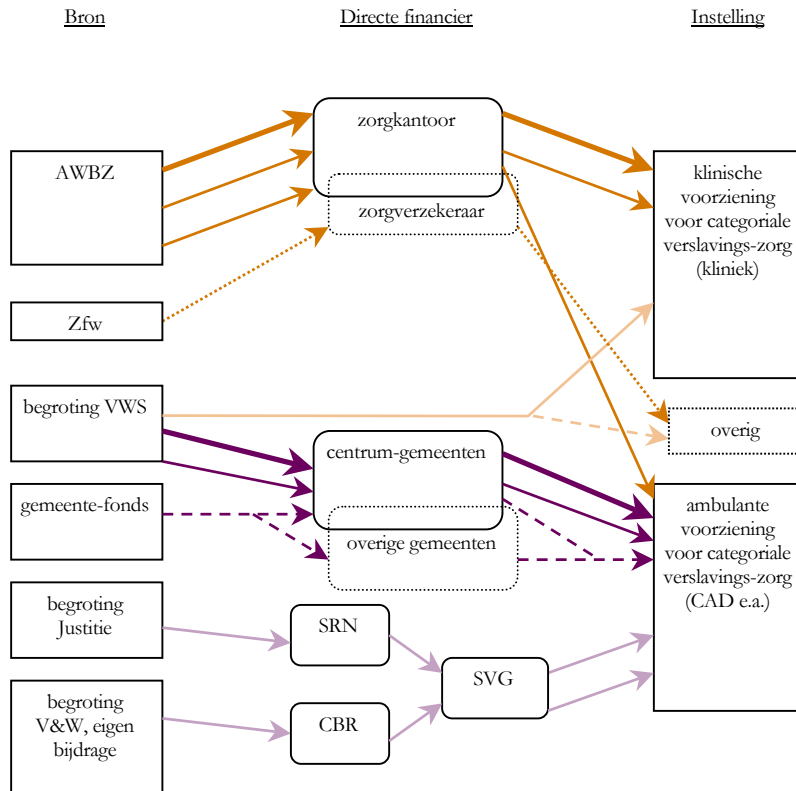
Uit het schema blijkt dat de verslavingszorg wordt bekostigd vanuit verschillende financieringsbronnen. Deze bekostiging gaat gepaard met verschillen in systematiek en verantwoording.

De belangrijkste bekostigingsbronnen in de verslavingszorg zijn: de AWBZ (ongeveer 60%), de gemeentelijke doeluitkering verslavingsbeleid in het kader van de Welzijnswet (ongeveer 30%) en reclasseringsgelden van Justitie (ongeveer 10%).



veer 10%). In totaal gaat ongeveer 300 miljoen op jaarbasis naar de verslavingszorg.

**Figuur 2.2 Huidige financieringsstromen in de verslavingszorg**



Bron: RVZ

## 2.7 Oordeel betrokkenen over huidige situatie

Bij het oordeel over de huidige situatie in de verslavingszorg onderscheiden we de volgende betrokkenen:

- cliënten en hun directe omgeving;

- zorgaanbieders;
- financiers (zorgverzekeraar; gemeente; justitie);
- politiek.

#### *Clënten en hun directe omgeving*

Over het oordeel van cliënten en hun directe omgeving hebben RVZ en RMO een gemengd beeld gekregen. Enerzijds blijkt uit de werkbezoeken en de literatuur (zie o.a. Dekker, 1998; Jongerius, 1994) dat er kritiek is op de verslavingszorg, onder andere op het ontbreken van een behandelplan en mogelijkheden voor dagbesteding, op het geringe overleg met de patiënt, de wachttijden en op de bejegening. Dat vanuit de sector verslavingszorg zelf ook kritisch gekeken wordt naar het eigen functioneren en de resultaten daarvan is in dit kader uiteraard ook relevant (zie nota Resultaten scores, 1998). Anderzijds blijkt uit satisfactieonderzoek dat cliënten over het algemeen tevreden zijn over de hulp die zij krijgen vanuit ambulante en klinische voorzieningen (Jongerius, 1994).

Niet bekend is wat het oordeel is van verslaafden die niet met de verslavingszorg in contact komen. Signalen uit werkbezoeken wijzen erop dat jonge, allochtone cocaïneverslaafden een grote weerzin koesteren tegen de verslavingszorg.

#### *Zorgaanbieders*

De sector zelf meent dat het zeer gevarieerde aanbod ertoe leidt dat het zicht op de kerncompetenties verloren gaat. Verder vinden de zorgaanbieders dat er nog veel moet verbeteren op het terrein van kwaliteit van zorg, (kosten)effectiviteit, registratie en monitoring. De huidige diversiteit in planning en financiering belemmert de noodzakelijke samenhang, aldus de zorgaanbieders.

De zorgaanbieders vinden dat er de komende jaren een flinke slag gemaakt moet worden in het verbeteren van het aanbod. De sector zelf is aan zet, maar ook de infrastructuur die de instellingen moet ondersteunen (wetenschappelijke ondersteuning; plannings- en financieringcondities), moet aangepast worden.

#### *Financiers*

Een eenduidig oordeel van 'de gemeente' over de huidige situatie in de verslavingszorg is niet voorhanden. Evenmin is dit het geval als het om het oordeel van het 'zorgkantoor' gaat.

Het oordeel van de minister van VWS - de coördinerend bewindspersoon voor het verslavingsbeleid - is wel duidelijk. De minister van VWS meent dat er stappen gezet moeten worden om de toegankelijkheid, kwaliteit en

effectiviteit van de verslavingszorg te verbeteren. Het ontwikkelingsplan Resultaten scoren (1998) wordt tot inzet van het beleid gemaakt. Verder wil de minister nagaan of op het gebied van de planning en financiering aanpassingen nodig zijn.

#### *Politiek*

In de Tweede Kamer wordt geconstateerd dat er meer aandacht nodig is voor de kwaliteit en de effectiviteit van de verslavingszorg, dat er meer samenhang in beleid moet komen en dat de financierings- en organisatiestructuur aangepast moet worden. Verder is meer aandacht nodig voor de alcoholproblematiek (zie ook Dossier).

## **2.8 Ontwikkelingen en toekomstperspectief**

De RVZ en RMO signaleren drie belangrijke ontwikkelingen die relevant zijn voor de besturing van de verslavingszorg:

- transmurale ketenvorming;
- professionalisering;
- sociaal verslavingsbeleid.

#### *Transmurale ketenvorming*

De categoriale verslavingszorg is in de afgelopen jaren sterk veranderd. In de jaren tachtig waren er nog meer dan honderd instellingen. Per juni 1999 zijn er in Nederland nog drieëndertig instellingen die zich bezighouden met één of meerdere vormen van categoriale verslavingszorg (zie Dossier). In hoog tempo ontstaan transmurale zorgketens, waarbij ambulante, klinische en justitiële zorg in onderlinge samenhang georganiseerd wordt. De verwachting is dat deze concentratie- en integratietendens zich in de komende jaren nog verder zal voortzetten, zodat er uiteindelijk in Nederland tien à vijftien grote regionale centra voor verslavingszorg zullen zijn.

#### *Professionalisering*

Parallel aan de vorige ontwikkeling constateren RVZ en RMO dat de sector verslavingszorg professionaliseert, zowel op de werkvloer als op management-niveau. Steeds duidelijker wordt vanuit de sector zelf aangegeven dat er meer *evidence-based* gewerkt zal moeten worden. Kwaliteit en innovatie staan centraal, getuige ook de kritische nota Resultaten scoren, die door de sector zelf is opgesteld. De schaalvergroting brengt met zich mee dat management en professionals meer mogelijkheden krijgen voor verdere professionalisering.

#### *Sociaal verslavingsbeleid*

De sector gaat zich sterker richten op de groep chronisch verslaafden met meervoudige problemen. Juist voor die groepen is een sociaal verslavingsbe-



leid noodzakelijk. Dit beleid is erop gericht dat voorzien wordt in de basale levensvoorwaarden (huisvesting, inkomen, dagbesteding e.d.), omdat deze materiële context vaak een voorwaarde is om effectief zorg te kunnen aanbieden. Omgekeerd wil de verslavingszorg een bijdrage leveren aan de leefbaarheid in buurten en wijken. Op die manier kunnen overlastbestrijding en gezondheidszorg elkaar versterken.

## 2.9 Conclusie

Kijken we naar de feiten, oordelen en ontwikkelingen in dit hoofdstuk, dan overheerst het beeld van veelzijdigheid en complexiteit. Eén blik op het schema van de huidige financiering van de verslavingszorg illustreert deze constatering.

Verslaving kan vele, onderling samenhangende oorzaken en gevolgen hebben. Dat betekent dat eenzijdige benaderingen en preventiestrategieën niet afdoende zullen zijn. Eenduidige causale relaties tussen oorzaken (bijvoorbeeld psychische stoornis; slechte maatschappelijke positie) en gevolgen (bijvoorbeeld probleemgebruik of verslaving) ontbreken immers. Verslavingszorg is - mede daarom - breed en veelzijdig. Verschillende domeinen (gezondheidszorg, gemeente, justitie) zijn betrokken bij verslaafden en verslavingszorg.

Verder roepen de gepresenteerde cijfers over de aantallen verslaafden en het bereik van de verslavingszorg vragen op. De aandacht voor met name alcoholverslaving en medicijnverslaving blijft ver achter bij de aandacht die naar drugsverslaving uitgaat.

In hoofdstuk 4 gaan de RVZ en RMO nader in op de huidige situatie in de verslavingszorg. Allereerst presenteren de beide Raden in het volgende hoofdstuk een aantal uitgangspunten.



## 3 Uitgangspunten

### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de uitgangspunten beschreven waarop de RVZ en de RMO zich bij de advisering hebben gebaseerd. Deze uitgangspunten zijn in de volgende drie clusters ondergebracht:

- visie op het verschijnsel verslaving;
- visie op de hulp aan verslaafden;
- visie op de sturing en besturing van de hulp aan verslaafden.

### 3.2 Uitgangspunten visie op verslaving

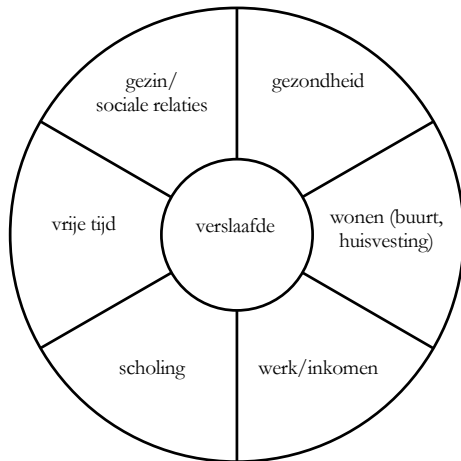
#### *Biopsychosociale benadering*

Verslaving is een stoornis, vergelijkbaar met een chronische ziekte. De grondslag voor die stoornis is een samenspel van biologische factoren (zoals gebruik van een bepaald middel, erfelijkheid en aanleg), psychologische kenmerken (zoals persoonlijkheid en conditionering) en sociaal-culturele omstandigheden (zoals beschikbaarheid van het middel, gezins- of relatieproblemen, sociaal-economische achterstand, cultureel bepaalde verwachtingspatronen).

Die grondslag maakt duidelijk dat een brede, biopsychosociale benadering van het fenomeen verslaving noodzakelijk is. Er dient dan ook nadrukkelijk aandacht te zijn voor de maatschappelijke oorzaken en gevolgen van verslaving(sgedrag). RVZ en RMO vatten 'maatschappelijk' breed op, namelijk in termen van de genoemde levensterreinen: gezondheid, relaties (persoonlijke en sociale netwerken), wonen, werk, enz. Problemen op deze terreinen kunnen elkaar versterken en vormen een bedreiging voor de maatschappelijke integratie van verslaafden. Het is daarom vanzelfsprekend dat actoren en voorzieningen vanuit die verschillende levensterreinen bij de hulpverlening aan verslaafden betrokken zijn.

Figuur 3.1 laat zien dat verslavingsgedrag kan leiden tot problemen op allerlei levensterreinen.

**Figuur 3.1** Verslavingsgedrag: problemen op verschillende levensterreinen



Bron: RVZ

Wat betekent dit uitgangspunt? Een biopsychosociale benadering van verslaving betekent dat alle relevante aspecten in beschouwing moeten worden genomen, zowel op het niveau van de uitvoering van de hulpverlening als op het niveau van beleid en bestuur. Noodzakelijkerwijs zijn hiermee verschillende domeinen, doelen en actoren in het geding, hetgeen afstemming en regie vereist.

#### *Gebruiker - middel - omgeving*

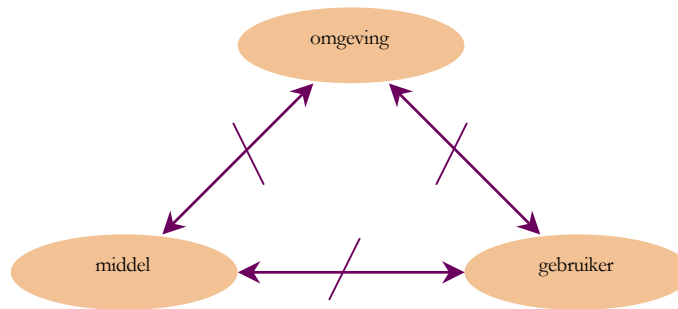
Interventies ten aanzien van verslaafden en verslavingsgedrag zijn pas aan de orde wanneer er sprake is van verstoorde relaties tussen gebruiker en middel enerzijds en de omgeving anderzijds. Van der Stel (1998) heeft die relaties in een schema weergegeven, dat hier is opgenomen als figuur 3.2.

Drie onderling samenhangende factoren bepalen of het gebruik van psychoactieve stoffen door een gebruiker, door een groep mensen in hun omgeving of door buitenstaanders als problematisch wordt gezien:

- De mate waarin de relatie tussen gebruiker en middel is verstoord.
- Dit uit zich onder andere in lichamelijke schade, psychische afhankelijkheid, gedragsstoornissen, materiële schade en negatieve juridische gevolgen. Verslavingsgedrag kan uitdrukking van zo'n verstoorde relatie zijn;

- de mate waarin de relatie tussen omgeving en middel is verstoord.
- Door de omgeving wordt het middel in een kwaad daglicht gesteld. Uitdrukkingsvormen zijn onder andere strenge wetten en de bereidheid om deze te handhaven;
- De mate waarin de relatie tussen omgeving en gebruiker is verstoord.
- De gebruiker of gebruikersgroep loopt het risico daardoor in een maatschappelijk isolement te raken en daar niet meer uit te komen. Dit laatste kan de binding met het middel versterken.

**Figuur 3.2** Model van mogelijke verstoorde relaties



Bron: Van der Stel, in: Handboek Verslaving (1998)

De aard van deze relaties en de mogelijke verstoringen daarin zijn sterk bepalend voor de aard van de hulpvraag, de frequentie waarin en wijze waarop zij wordt gesteld en voor de aard van de reactie (medisch; maatschappelijke opvang; justitieel) op verslaving en verslavingsgedrag (Van der Stel 1995; 1998).

### 3.3 Uitgangspunten hulp aan verslaafden

*'De verslaafde' bestaat niet*

Het gaat om een heterogene doelgroep: er zijn verschillen in aard, duur en stadium van de verslaving, in de levensfase en maatschappelijke omstandigheden waarin de verslaafde verkeert, in de schadelijke gevolgen van de verslaving en in de individuele mogelijkheden van de verslaafde.

De heterogeniteit van de doelgroep onderstreept de noodzaak van een individueel hulpaanbod op maat. Het aanbod moet zowel gericht zijn op de potentiële verslaafde als op de al jarenlang verslaafde persoon.



Het hulpaanbod kan niet altijd vrijwillig zijn. Soms is dwang en drang nodig. Naast bescherming van de verslaafde is ook bescherming van de samenleving een legitiem doel. Wanneer de verslaving ook schade oplevert voor anderen of de maatschappelijke veiligheid bedreigt, staan interventies meer in het teken van drang en dwang. Bepalende factoren hierbij zijn: ernst van de gezondheidstoestand van de verslaafde; oordeelsvermogen; de mate van controleverlies over het gebruik; de gezondheidsrisico's bij niet ingrijpen en de veiligheid van anderen.

#### *Kenmerken verslaving bepalen het aanbod*

RVZ en RMO nemen de hulpbehoefte van de verslaafde - in termen van kenmerken van de verslaving en het verslavingsgedrag - als uitgangspunt voor de organisatie van het aanbod. In het volgende schema formuleren de Raden op grond van die kenmerken uitgangspunten voor het hulpaanbod aan verslaafden.

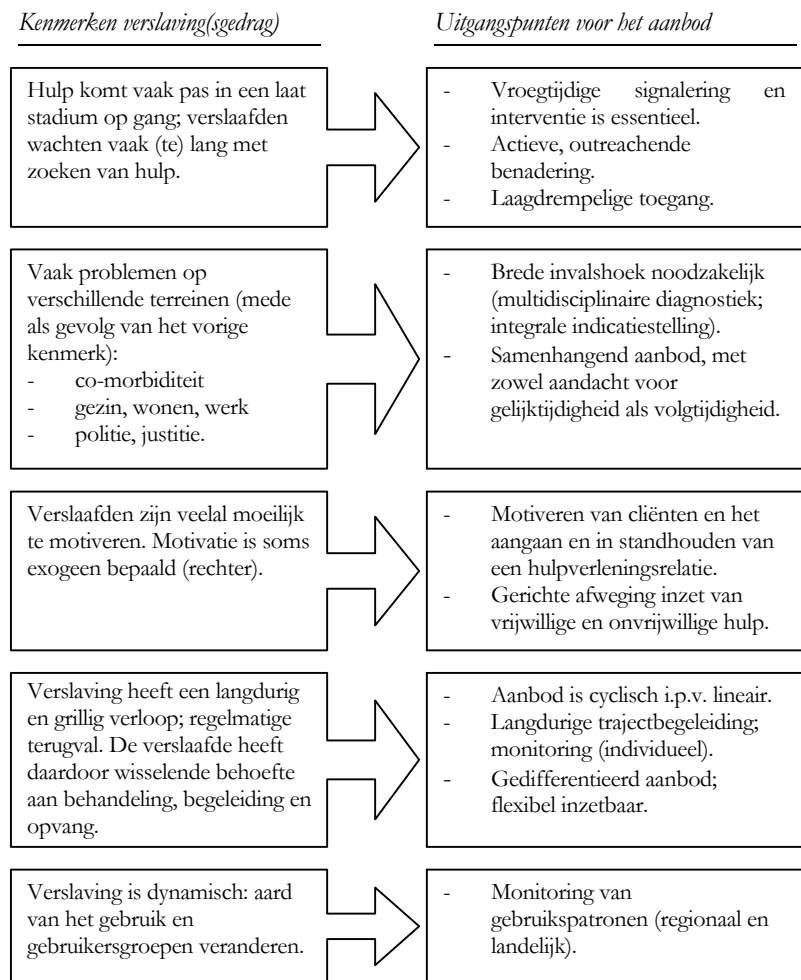
De organisatie van de verslavingszorg dient gebaseerd te zijn op de uitgangspunten zoals in figuur 3.3 geformuleerd. Dit vereist:

- verticale integratie: de verslavingszorg vormt een *transmurale keten*, met vloeiende overgangen tussen outreachend, ambulantly, dagbehandeling en klinische opname;
- horizontale afstemming: tussen verslavingszorg en andere sectoren.

De RVZ en de RMO zien de volgende trefwoorden als typerend voor de hulp aan verslaafden: vroegtijdige signalering; gedifferentieerd aanbod; hulp op maat; continuïteit van de hulp; ketenbenadering; specifiek aanbod voor specifieke groepen (onder andere voor jonge allochtone verslaafden).

Verder kan de hulpverlening aan verslaafden zich niet uitsluitend richten op de behandeling van verslaafden. De hulp zal ook gericht moeten zijn op het beperken van de maatschappelijke schade die als gevolg van het gebruik of het verslavingsgedrag optreedt. Sterker nog: bij sommige groepen verslaafden (chronici) is het één niet los te zien van het ander en is een sociaal verslavingsbeleid aangewezen (zie ook 2.8).

**Figuur 3.3**      **Uitgangspunten voor de organisatie van de verslavingszorg**



Bron: RVZ

Op basis van de kenmerken van verslaving en verslavingsgedrag zien RVZ en RMO de volgende hoofdstromen in het algemene en categoriale hulpaanbod:

- Preventieve interventies.  
Doel: bevorderen van gezondheid; voorkomen van (verdere) gezondheidsschade c.q. beperkingen in het maatschappelijk functioneren.

- Kortdurende interventies; ambuland, al dan niet met korte klinische opnames (detox).  
Doel: herstel.
- Langerdurende interventies; ambuland en klinisch.  
Doel: herstel.
- Langdurende interventies; ambuland en klinisch.  
Doel: draaglijk maken (beheerst gebruik; *social support*; intensieve woonbegeleiding).

*Algemeen als het kan, categoriaal indien nodig*

Het aanbod aan verslaafden (gezondheidszorg, dienstverlening, huisvesting enz.) wordt in principe verzorgd vanuit algemene voorzieningen, tenzij er redenen zijn om daarvan af te wijken.

Dit betekent een drieslag. In de eerste plaats dienen gebruikers en verslaafden zoveel mogelijk in de algemene (geestelijke) gezondheidszorg geholpen te worden. De huisarts heeft (evenals de specialist) met name een belangrijke rol bij het signaleren van problematisch alcoholgebruik, bij patiënten die een herhaalrecept voor benzodiazepinen en antidepressiva halen en bij het motiveren tot gedragsverandering. In de toekomst zullen huisartsen meer in samenwerkingsverbanden gaan functioneren. Daardoor kunnen zij een grotere rol gaan spelen in de verslavingszorg, mits er samenwerkingsvormen zijn tussen huisartsenpraktijken (HOED, HAGRO, gezondheidscentra). Verder zijn transmurale, d.w.z. interdisciplinaire verbindingen nodig tussen de huisartsenpraktijk, gezondheidszorgpsycholoog, AMW, thuiszorg (i.v.m. signaleringsfunctie) en categoriale verslavingszorg (consultatie, deskundigheidsbevordering).

In de tweede plaats: indien hulp binnen algemene kaders niet (meer) geboden kan worden, biedt de categoriale verslavingszorg hulp aan. Indicatiestelling is dus een cruciaal element. Ook indien de categoriale verslavingszorg hulp biedt, blijft het noodzakelijk dat de verslaafde toegang heeft tot algemene, reguliere voorzieningen (gezondheidszorg, arbeid, scholing, dagbesteding, huisvesting, inkomen/uitkering, justitie/politie). Sociaal verslavingsbeleid betekent niet dat de categoriale verslavingszorg verantwoordelijkheden en taken van reguliere, algemene voorzieningen gaat overnemen. Vanuit de verslavingszorg worden bruggen geslagen naar de overige domeinen, zodanig dat een samengesteld aanbod tot stand komt. Omgekeerd moeten ook vanuit andere domeinen bruggen geslagen worden naar de verslavingszorg, wanneer er in die domeinen behoefte is aan de expertise van de verslavingszorg. Ieder domein houdt echter zijn eigen verantwoordelijkheid.

Ten derde: wanneer het onmogelijk of nadrukkelijk ongewenst is dat verslaafden een beroep doen op een samengesteld aanbod, moet de categoriale verslavingszorg de mogelijkheid hebben (onder expliciete voorwaarden) om een integraal aanbod te verzorgen. Dit is in principe een tijdelijke oplossing, die er op gericht moet zijn een situatie te bereiken waarbij de verslaafde weer toegang krijgt tot algemene voorzieningen.

*Ankerpunt = gezondheidszorg in brede zin*

Ankerpunt voor de categoriale verslavingszorg is het brede domein van de gezondheidszorg, met als doelen: bevorderen, herstel en draaglijk maken. De categoriale verslavingszorg is een gespecialiseerde vorm van geestelijke gezondheidszorg.

De hulp aan verslaafden is zowel gericht op het gebruik van het middel als op de gevolgen van het gebruik, zoals aangegeven in het volgende schema.

Doelen gericht op het gebruik	Doelen gericht op gevolgen van het gebruik
- detoxificatie	- beperking gezondheidsschade
- abstinentie of vermindering van gebruik	- bevorderen of het in standhouden maatschappelijk functioneren
- regulering of onderhoud	- beperking schade voor naaste omgeving en maatschappij
- preventie van terugval	

De categoriale verslavingszorg heeft weliswaar een ankerpunt in de gezondheidszorg, maar heeft daarnaast ook met andere domeinen te maken. Dat vloeit logisch voort uit de kenmerken van verslaving(sgedrag) en de maatschappelijke positie van de verslaafde. Voor de Raden is het dan ook een vanzelfsprekend uitgangspunt dat de categoriale verslavingszorg ook te maken heeft met het gemeentelijke domein (doelen: vermindering overlast; maatschappelijke integratie) en het justitiële domein (doel: voorkomen recidive). Deze twee domeinen komen met name bij de zwaarste groepen verslaafden in beeld. De categoriale verslavingszorg kent hiermee een domein dat breder is dan dat van de gezondheidszorg.

Uiteraard zijn er in de uitvoering van de hulp aan verslaafden nog meer domeinen betrokken, zoals bijvoorbeeld huisvesting, werk en inkomen, jeugdzorg enz. Zij zijn geen budgethouder in de categoriale verslavingszorg, maar beter te typeren als belanghebbende. Vanuit die positie dienen ook deze domeinen een rol te spelen bij de formulering van het beleid voor de hulp aan verslaafden.

### 3.4 Uitgangspunten sturing en besturing

#### *Integraal beleid*

*"Is the person who walks in the clinic a patient, a user, a client or an addict?"*

(Stern, 1996; geciteerd bij Noorlander, 1997, p. 1)

Zicht op het totale verslavingsproces (incidenteel en experimenteel gebruik; regelmatig gebruik, problematisch gebruik) en de maatschappelijke context ervan is onontbeerlijk voor effectieve interventies. De overheid dient daarom een integraal en samenhangend beleid te voeren, gericht op:

- 'de gebruiker': preventief beleid, gericht op vroegtijdige signalering en herkenning;
- 'de verslaafde': medische zorg, resocialisatie, maatschappelijke opvang e.d.:
- 'de crimineel': vroeghulp; drangprojecten e.d. en op
- de maatschappelijke context van het gebruik: aandacht voor de beschikbaarheid van middelen; risicogroepen en risicofactoren; sociaal beleid e.d.

De uitvoering van alle interventies ligt niet exclusief bij de categoriale verslavingszorg en vergt een integraal beleidskader.

#### *Eenduidige koppeling beleidsdoelstelling - bekostigingsstroom*

Eigenstandige beleidsdoelstellingen zijn helder gekoppeld aan afzonderlijke bekostigingsstromen. Gezondheidszorg is niet hetzelfde als overlastbestrijding. Deze eenduidige koppeling is noodzakelijk omdat alleen dan gericht beleid gevoerd kan worden: hoeveel middelen worden met welke doelstelling ingezet? Vervolgens kunnen aanbieders verantwoording afleggen over de inzet van de middelen en de bereikte resultaten in relatie tot de geformuleerde eigenstandige doelstellingen.

#### *Synergie van beleidsdoelstellingen*

Tegelijkertijd is echter ook synergie van beleidsdoelstellingen noodzakelijk, met name bij interventies voor de groep chronisch verslaafden. Dat synergie noodzakelijk is, wordt meer en meer onderkend; zie bijvoorbeeld het volgende citaat van de minister van Justitie:

*"Oplossing van een individuele (verslavings)problematiek en resocialisatie en terugdringen van recidive hangen zozeer met elkaar samen dat het gerechtvaardigd is om beide doelstellingen naast elkaar tot uitdrukking te brengen. Het terugdringen van ernstige overlast en het aanbieden van zorgvoorzieningen om de verslavingsproblematiek op te lossen en voorwaarden te scheppen voor maatschappelijke integratie."*

(Uit: Nota strafrechtelijke opvang verslaafden, Tweede Kamer, 1999, blz 9)

De categoriale verslavingszorg kan aan het bereiken van de beleidsdoelen uit het gemeentelijk domein en het justitiële domein een bijdrage leveren, mits er een verbinding ligt met de gezondheidszorgdoelen. Doelen dienen complementair en niet tegengesteld te zijn, dat wil zeggen wederzijds aanvullend en versterkend. Voor specifieke groepen verslaafden geldt dat alleen sprake kan zijn van effectieve verslavingszorg wanneer de doelen in onderlinge samenhang worden gebracht. Voor die groepen moet gestreefd worden naar synergie van beleidsdoelen. Op de verschillende sturingsniveaus moeten daartoe voorwaarden geschapen worden.

*Decentraal als het kan, centraal indien nodig*

Om te komen tot hulp aan verslaafden die voldoet aan de bovenstaande bestuurlijke uitgangspunten dient afstemming plaats te vinden op de verschillende niveaus: landelijk, regionaal, lokaal en op het niveau van de individuele verslaafde.

Sturing moet plaatsvinden op het meest geëigende niveau. De RVZ en de RMO hanteren hierbij als uitgangspunt: decentraal als het kan; centraal indien nodig. Dit uitgangspunt is houdbaar mits de instrumentering op beide niveaus adequaat is. Op decentraal niveau zullen er voldoende mogelijkheden moeten zijn om flexibel in te spelen op de specifieke, regionale en lokale situatie. Op centraal niveau zullen er voldoende garanties moeten zijn voor handhaafbaarheid, controleerbaarheid, rechtmatigheid e.d.



## 4 Probleemanalyse

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk analyseren RVZ en RMO de huidige situatie in de Nederlandse verslavingszorg, aan de hand van de beschrijving in hoofdstuk 2 en de uitgangspunten zoals geformuleerd in hoofdstuk 3.

De problemen hebben betrekking op drie onderwerpen:

1. De *herkenning* van verslavingsproblematiek in de eerste lijn is onvoldoende (zie 4.2);
2. In de verslavingszorg is sprake van een gebrekkige *kwaliteit* en *effectiviteit* (zie 4.3);
3. Op verschillende niveaus is sprake van onvoldoende *afstemming* en *regie*. Dit laatste probleem staat in dit advies centraal (zie 4.4).

Natuurlijk is er sprake van enige samenhang en interactie tussen de genoemde problemen. Voor de helderheid van de analyse worden de verschillende onderwerpen echter apart behandeld.

### 4.2 Onvoldoende herkenning

De Raden moeten constateren dat op dit moment geen sprake is van een adequaat functionerende eerstelijns verslaafdenzorg. In hoofdstuk 2 spreken de cijfers voor zich. De categoriale verslavingszorg heeft een zeer eenzijdig bereik: alcoholverslaafden komen nauwelijks in aanraking met de categoriale hulpverlening. Bij drugsverslaafden is dat juist wel het geval, maar zij komen veelal niet via de algemene eerste lijnsvoorzieningen in de categoriale zorg.

Het probleem is dus dat de poortwachtersfunctie niet wordt vervuld. Verslavingsproblemen of -gedrag worden niet als zodanig gesignaleerd en benoemd. Zo herkennen huisartsen slechts één op de zeven gevallen van problematisch alcoholgebruik, ondanks het feit dat er een NHG-standaard Problematisch alcoholgebruik ontwikkeld is. Er worden weinig patiënten gericht doorverwezen naar de categoriale zorg met verslavingsdiagnoses. Patiënten die zich in de categoriale verslavingszorg bevinden, zijn daar niet via de eerste lijn terechtgekomen.

De conclusie is dat er geen transmurale verslaafdenzorg is en dat er geen sprake is van *disease management* in de moderne zin van het woord. De vroegtijdige signalering ontbreekt grotendeels in de zorgketen. Verwijzing vindt plaats zonder poortwachtersfunctie en is dus meestal ongericht en toevallig: soms de



RIAGG, soms een APZ, soms een verslavingskliniek, soms een zelfhulpgroep en soms de medisch specialist. In de patiëntenstromen is geen patroon te herkennen.

Er zijn verschillende oorzaken voor het probleem van de onvoldoende herkenning van met name de alcoholverslaving en het daarmee gepaard gaande eenzijdige bereik van de categoriale verslavingszorg. Een belangrijke oorzaak is de eenzijdige nadruk in het beleid op het voorkomen van maatschappelijke overlast en recidive, ten koste van individuele gezondheidsdoelstellingen (zie ook het Dossier voor een overzicht van het beleid in de periode 1994 - 1999). Overlast en crimineel gedrag worden voornamelijk veroorzaakt door een relatief kleine groep drugsverslaafden (ongeveer 5.000 verslaafden in Nederland). Door hun gedrag komen zij eerder in aanraking met politie en justitie, hetgeen vaak - mede door de drang- en dwangbenadering - een startpunt betekent voor hulpverlening.

Een tweede oorzaak is de rol van verslaafden zelf. Zij vragen geen hulp voor hun probleem bij de huisarts, bedrijfsarts of specialist. Het probleemgebruik of de verslaving wordt ontkend of gebagatelliseerd.

Een derde reden is dat zowel in de algemene GGZ als in de categoriale verslaafdenzorg het (tweedelijns) hulpaanbod vrij toegankelijk is via RIAGG en CAD. Dat is niet bevorderlijk voor een effectieve poortwachtersfunctie.

Een vierde reden betreft de kennis en vaardigheden bij huisartsen t.a.v. verslavingsproblemen en -gedrag. De zorg voor verslaafden (zie de 'kenmerken' eerder in dit advies) is moeilijk te organiseren in de huisartsenpraktijk. Ongetwijfeld zullen ook negatieve verwachtingen over herstelkansen een rol spelen. Bovendien is de huisarts overbelast. De laatste jaren heeft deze er immers veel nieuwe taken bijgekregen.

Ook buiten het gezondheidszorgcircuit wordt alcoholverslaving moeilijk herkend en is het voor bijvoorbeeld werkgevers of onderwijsgevendenden moeilijk om verslaafden op hun gedrag aan te spreken. Herkenning leidt niet automatisch tot hulp, mede omdat er geen directe lijn is met de verslavingszorg.

In het beleid wordt weliswaar meer en meer onderkend dat er te weinig aandacht uitgaat naar het alcoholprobleem (zie o.a. de Beleidsvisie GGZ), maar de instrumentering ontbreekt vooralsnog. Het huidige beleid kan niet goed geëvalueerd worden, omdat de overheid geen onderzoek heeft laten uitvoeren naar de kosten en baten van alcoholgebruik. Niet duidelijk is welke maatregelen effectief kunnen zijn bij het verminderen van de alcoholproblematiek, zowel in termen van primaire als secundaire preventie.

Het gevolg van de huidige situatie is dat de maatschappelijke opdracht van de verslavingszorg onduidelijk wordt: gaat nu primair om gezondheidszorg of om bestrijding van overlast?

### **4.3 Onvoldoende kwaliteit en effectiviteit**

De effectiviteit en kwaliteit van de categoriale verslavingszorg kunnen nog sterk verbeteren. Dit blijkt zowel uit wetenschappelijk onderzoek (Van Gageldonk, 1997; Jongerius, 1994), de bevindingen van de Inspectie van de Gezondheidszorg (1997) als uit de opvattingen in de sector verslavingszorg zelf (zie met name het kritische rapport Resultaten scoren, 1998). Er is onvoldoende inzicht in de effectiviteit van interventies en daarmee op de resultaten van de verslavingszorg. Indicatoren voor effectiviteit zijn nog nauwelijks ontwikkeld. Maar ook als er wel inzicht is in wat effectief is en wat niet, wordt dat inzicht niet altijd consequent toegepast.

Verder zijn er te weinig richtlijnen en protocollen voor interventies. De sector mist adequate ondersteuning vanuit de wetenschap. Harde gegevens over resultaten ontbreken, mede omdat nog maar weinig instellingen beschikken over een goed werkend kwaliteitssysteem. Soms is sprake van overbehandeling, soms van onderbehandeling. Er is onvoldoende medisch-psychiatrische kennis operationeel beschikbaar.

In het beleid van de minister van VWS voor de sector verslavingszorg is kwaliteit één van de speerpunten. De bedoeling is om te komen tot een beperkt aantal expertisecentra, die zich zullen richten op kennisontwikkeling en kennistransfer.

### **4.4 Onvoldoende afstemming en regie**

De behoefte aan afstemming en regie - zowel op uitvoerend niveau als op beleidsniveau - is met name evident bij het realiseren van adequate hulp voor de groep verslaafden met problemen op verschillende levensterreinen. Het gaat hier meestal om langdurig, vaak chronisch verslaafden. Daarnaast is ook afstemming tussen domeinen nodig om verslavingsproblemen vroegtijdig te kunnen signaleren en hulpverlening op gang te brengen.

Het afstemmings- en regieprobleem speelt op verschillende niveaus.

#### *Clïënt-niveau*

Doel op cliëntniveau is dat het aanbod afgestemd wordt op de individuele hulpbehoefte. Daarbij doen zich echter de volgende problemen voor:

- individueel, samenhangend aanbod komt niet vanzelfsprekend tot stand, omdat inbreng vanuit verschillende domeinen op elkaar afgestemd moet worden (gelijktijdigheid). Integrale indicatiestelling en bindende zorgtoewijzing staan nog in de kinderschoenen;
- individuele trajectbegeleiding is niet altijd geregeld (volgtijdelijkheid). De verschillende onderdelen van het aanbod sluiten in de tijd gezien niet goed op elkaar aan.

#### *Instellingsniveau (lokaal en regionaal)*

Doel op instellingsniveau is dat het aanbod wordt afgestemd op de hulpbehoefte van groepen cliënten, waarbij samenwerking tussen instellingen vaak van groot belang is. Daarbij doen zich echter de volgende problemen voor:

- programma's waarbij inbreng van verschillende instellingen/domeinen nodig is, komen niet vanzelfsprekend tot stand. Zo is de samenwerking tussen de verslavingszorg enerzijds en het gevangeniswezen anderzijds nog onvoldoende, waardoor verslaafde gedetineerden niet altijd de zorg krijgen die zij nodig hebben. Soortgelijke problemen doen zich voor bij de samenwerking met de GGZ en de jeugdzorg;
- afwentelingsgedrag binnen de gezondheidszorg, met name bij ernstige vormen van verslaving in combinatie met een chronisch psychiatrische stoornis (co-morbiditeit). Geïntegreerde behandeling vanuit de verslavingszorg en de psychiatrie is effectief, maar in de praktijk moeilijk te realiseren. Oorzaken zijn onder andere de bekostigingssystematiek, het ontbreken van programma's met heldere verantwoordelijkheidsverdeling en regiefunctie;
- afwentelingsgedrag tussen instellingen uit verschillende domeinen. Verslaving geldt vaak als een contra-indicatie voor toegang tot algemene voorzieningen op het terrein van huisvesting, arbeid, onderwijs e.d.

De verslavingszorg onderkent deze problemen en zit momenteel midden in een proces van regionale, transmurale ketenvorming, vaak resulterend in fusies van ambulante en klinische voorzieningen. Dit proces moet leiden tot regionale verslavingszorgcircuits met werkgebieden van een à twee miljoen inwoners (zie ook paragraaf 2.8). Bij deze circuitvorming doen zich echter de volgende knelpunten voor:

- het beleid van de overheid is gericht op de totstandkoming van circuits voor verslavingszorg. Het gaat om regionale, categoriale en multifunctionele instellingen, waar alle bestaande voorzieningen zich bij aansluiten. In sommige regio's lukt het echter nog niet om tot een samenhangend zorgcircuit te komen. Het gaat dan met name om de koppeling van klinische voorzieningen uit de GGZ aan de overige voorzieningen voor verslavingszorg. Zowel inhoudelijke als strategische overwegingen liggen hieraan ten grondslag. Ook in de GGZ is sprake van circuitvorming,

waardoor verslavingsklinieken die nu nog deel uitmaken van een APZ, niet meer zo snel geneigd zijn op te gaan in een verslavingszorgcircuit. Het uitblijven van circuits voor verslavingszorg heeft nadelige gevolgen voor de verslaafde (dubbele intake e.d.);

- de plannings-condities werken belemmerend. Regionale instellingen voor verslavingszorg hebben te maken met verschillende regio-indelingen, die niet eenduidig op elkaar aansluiten: gezondheidsregio's (WZV), bestuurlijke regio's (WGR, provincie) en arrondissementen;
- de bekostigingscondities in de drie bekostigingssystemen werken belemmerend (zie onder Bekostigingsniveau).

#### *Landelijk niveau*

Op landelijk niveau is afstemming tussen verschillende domeinen en verschillende beleidsdebatten nodig. Daarbij doen zich echter de volgende problemen voor:

- Niet het feit dat er verschillende beleidsdoelstellingen zijn voor de verslavingszorg is een probleem. Wel is het een probleem dat de verschillende beleidsdoelen onvoldoende helder gekoppeld zijn aan onderscheiden bekostigingsstromen. Bijvoorbeeld Welzijnswet-middelen zijn bestemd voor ambulante verslavingszorg, terwijl de ambulante verslavingszorg voor een groot deel taken uitvoert die niet te onderscheiden zijn van de taken van een polikliniek (= AWBZ). Dit is merkwaardig, omdat overeenkomstige activiteiten ook overeenkomstig bekostigd zouden moeten worden. De huidige situatie leidt bijvoorbeeld tot het probleem dat medicijnen, voorgeschreven door een arts in de ambulante verslavingszorg niet worden vergoed binnen het ziektekostenstelsel, terwijl vergoeding wel plaatsvindt indien een arts werkzaam in de polikliniek het voorschrift levert. Pikant detail hierbij is dat beide artsen in dienst kunnen zijn van één integraal centrum voor verslavingszorg. Het is overigens de vraag of het wel zinvol is om *ambulante* taken apart te bekostigen, gegeven de transmurale ontwikkelingen in de verslavingszorg. Tot slot: het ontbreken van een heldere koppeling tussen bekostigingsstroom en beleidsdoelstelling leidt tot een verantwoordingsprobleem. De commissie-Van Thijn heeft in het advies Borg voor zorg (1995) al op de hier geschetste problematiek gewezen. De RVZ en RMO constateren dat het genoemde advies onvoldoende politieke aandacht heeft gekregen;
- De verschillende beleidsdoelen worden verder onvoldoende in onderling verband geplaatst. Bijvoorbeeld het creëren van een opvangvoorziening kan zowel nuttig zijn in het kader van de overlastbestrijding (= doelstelling gemeente) als in het kader van het op gang brengen van hulp (= doelstelling gezondheidszorg). Er is nog te weinig synergie van beleidsdoelstellingen. Zo bestaat er geen integraal meerjarig perspectief voor de zorg aan verslaafden.

### *Bekostigingsniveau*

Op het niveau van bekostiging is afstemming nodig tussen verschillende financiers onderling (regionaal en landelijk). Daarbij doen zich echter de volgende problemen voor:

- Niet het feit dat er verschillende bekostigingsstromen zijn, is een probleem. Wel is het een probleem dat met de stromen verschillende systemen gepaard gaan, die onvoldoende op elkaar zijn afgestemd. Het gaat om systemen van bekostiging (wel/geen productsystematiek), van verantwoording (geen/nauwelijks/heel gedetailleerd) en van toezicht. Tegelijkertijd heeft het veld van de verslavingszorg een ander aanzien gekregen, namelijk dat van de regionaal opererende, transmurale instelling. Bij de poort van de instelling komen de verschillende bekostigingsstromen samen. Het gevolg van het gebrek aan afstemming tussen de verschillende systematieken is dat de instelling veel tijd kwijt is aan administratie. Sommige instellingen spreken zelfs over het in stand houden van 'administratieve schijnwerelden', op grond waarvan het overleg met financiers wordt gevoerd. Dit leidt tot verspilling van energie. Bovendien ontstaat op deze manier een onwenselijke situatie: het overleg met de financier wordt gevoerd over een virtuele werkelijkheid, in plaats van over de realiteit van de zorgverlening;
- het gebrek aan afstemming tussen de verschillende bekostigingsstromen leidt er toe dat in de praktijk feitelijk dezelfde zorg wordt geleverd, maar dat die verschillend wordt bekostigd;
- de huidige bekostigingssituatie leidt op sommige plaatsen tot wantrouwen tussen de financiers. Zij vragen zich af of er met 'hun' geld geen activiteiten worden bekostigd die eigenlijk voor rekening van een collega-financier zouden moeten komen. Dit kan weer leiden tot nog strengere en specifieke afspraken en verantwoordingsregels, in plaats van tot een discussie met collega-financiers over de synergie van een geïntegreerde aanpak;
- er zijn geen bindende meerjarenafspraken op regionaal niveau tussen de verschillende financiers, de instellingen en anderen die direct betrokken zijn bij de verslavingszorg (politie, justitie, woningcorporaties, gemeentelijke sociale diensten enz.).

## **4.5 Conclusie**

De RVZ en de RMO concluderen dat er in de huidige verslavingszorg ernstige problemen bestaan. Die problemen vormen een belemmering voor het realiseren van hulp volgens de uitgangspunten genoemd in hoofdstuk 3. De noodzakelijke verticale en horizontale integratie komt nog onvoldoende tot stand. Met name op het vlak van de afstemming tussen de verschillende domeinen (gezondheidszorg, gemeente en justitie) en regievoering liggen er



grote problemen. De uitgangspunten, zoals geformuleerd in hoofdstuk 3, vereisen nu juist afstemming en regie, zeker wanneer het erom gaat tot een sociaal verslavingsbeleid te komen.

Het gevolg van deze situatie is dat de doelen (preventie, herstel, draaglijk maken, maatschappelijke integratie, voorkomen van recidive) onvoldoende bereikt worden. Een herijking van de verslavingszorg, in de vorm van een strategische bezinning op de toekomst, is daarom geboden. Voor een kwalitatief hoogstaande verslavingszorg, die uitgaat van *evidence based practice*, is daarbij een sterke verankering in de gezondheidszorg noodzakelijk (zie ook paragraaf 3.3).

RVZ en RMO concluderen verder dat er in de verslavingszorg voldoende draagvlak is om te komen tot een samenhangend aanbod. Zo heeft de fusiegolf van de afgelopen jaren geresulteerd in een meer overzichtelijk veld van grote instellingen. Deze instellingen kunnen in toenemende mate transmuraal werken en kunnen zo een goede basis bieden voor verdere verbetering van effectiviteit en efficiency van de zorg. Zeker voor de groep verslaafden met ernstige problemen in het maatschappelijk functioneren is deze ontwikkeling noodzakelijk. De ontwikkelingen op bestuurlijk niveau blijven echter hierbij achter.

*"Zonder een overlegstructuur, waarin de verantwoordelijke partijen periodiek met elkaar het beleid afstemmen inzake de verslavingszorg als geheel, kunnen allerlei onwenselijke ontwikkelingen ontstaan, waarbij de ene partij bijvoorbeeld zijn problemen probeert af te wentelen op een andere. De patiënt wordt daar uiteindelijk de dupe van."*

(Nota Onder Anderen, 1993, p. 25)

De RVZ en RMO concluderen dat gestructureerd overleg tussen budgethouders - zorgverzekeraars, gemeenten en justitie - zorgaanbieders en overige belanghebbenden nog niet tot stand is gekomen. Waarom niet? Een belangrijke oorzaak is dat iedere budgethouder te veel oog heeft gehad voor de eigen doelstelling. Verder voelde geen van de budgethouders zich in de afgelopen jaren geroepen om het noodzakelijke overleg op de beleidsagenda te zetten.

Het gevolg van deze situatie is dat er onvoldoende debat tussen financiers is ontstaan over de te bereiken doelen van verslavingszorg en de prioriteiten die op grond daarvan gesteld moeten worden. Dit leidt tot spanningen en fricties in de uitvoering van de zorg en tot politieke discussie over de doelmatigheid van de verslavingszorg.

Gegeven de betrokkenheid van verschillende beleidsdomeinen en de daaraan gekoppelde financieringsstromen is er behoefte aan afstemming en aan regie. In het volgende hoofdstuk gaan RVZ en RMO daarom nader in op mogelijke besturingsmodellen, waarmee in die behoefte kan worden voorzien.

Wat de overige twee problemen in dit hoofdstuk betreft - onvoldoende herkenning van verslavingsproblematiek en onvoldoende kwaliteit en effectiviteit - concluderen RVZ en RMO het volgende. Het bereik van drugsverslaafden is hoog. Het drugbeleid in Nederland van de afgelopen jaren is dan ook succesvol te noemen. Het bereik van de hulp aan alcohol- en medicijnverslaafden zal echter drastisch moeten verbeteren. In hoofdstuk 6 gaan de Raden hier nog kort op in.

## 5 Besturingsmodellen

### 5.1 Inleiding

Kijkend naar de verslavingszorg in Nederland (hoofdstuk 2), de uitgangspunten van RVZ en RMO (hoofdstuk 3) en de beleidsproblemen die spelen (hoofdstuk 4) gaat het in dit hoofdstuk om de vraag welk besturingsmodel het meest adequaat is voor de verslavingszorg. Oplossingen voor de overige problemen (bereik, kwaliteit en effectiviteit van de verslavingszorg) worden in hoofdstuk 6 gepresenteerd.

Natuurlijk is het zoeken naar een geschikt besturingsmodel voor de verslavingszorg geen doel op zich, maar een middel. Uiteindelijk gaat het om datgene wat met afstemming en regie beoogd wordt: een adequaat antwoord op verslavingsproblematiek.

In dit hoofdstuk worden verschillende oplossingen voor de afstemming en regie in de verslavingszorg globaal geschetst en beoordeeld. Allereerst worden de beoordelingscriteria genoemd (zie paragraaf 5.2; uitwerking in bijlage 5). Vervolgens wordt gekeken naar de mogelijkheden om de regie in handen te leggen van één van de actoren binnen de huidige functionele en territoriale bestuurlijke lijnen. Het gaat dan om de volgende besturingsmodellen:

1. regie in handen van het zorgkantoor (paragraaf 5.3);
2. regie in handen van de gemeente (paragraaf 5.4);
3. regie in handen van de provincie (paragraaf 5.5);
4. regie in handen van de rijksoverheid (paragraaf 5.6).

In paragraaf 5.7 worden deze modellen beoordeeld. Omdat geen van de modellen voldoet, concluderen RVZ en RMO dat een ander besturingsmodel voor de verslavingszorg noodzakelijk is. In paragraaf 5.8 schetsen de Raden de contouren van dit model. In bijlage 5 is een uitgebreidere beoordeling van alle modellen opgenomen. Tot slot trekken de RVZ en RMO in paragraaf 5.9 conclusies.

Bij de besturingsmodellen gaan de RVZ en de RMO uit van de toekomstige situatie in de categoriale verslavingszorg: er zijn in Nederland tien à vijftien grote, regionale instellingen voor verslavingszorg, met werkgebieden van een à twee miljoen inwoners. Dit is geen blauwdruk, maar een uitgangspunt gebaseerd op de ontwikkelingen in de verslavingszorg (zie paragraaf 2.8).



## 5.2 Beoordelingscriteria

De criteria die de Raden hebben gehanteerd bij de beoordeling van de verschillende onderzochte besturingsmodellen zijn in drie categorieën te verdelen:

- A. de mate waarin het model voldoet aan de uitgangspunten bij de visie op de sturing en besturing van de hulp aan verslaafden (zie paragraaf 3.4). De Raden achten dit het belangrijkste beoordelingscriterium;
- B. de mate waarin het model voldoet aan een aantal algemeen geldende beoordelingscriteria (de sterke en zwakke punten van het besturingsmodel);
- C. de kansen en risico's die aan het model verbonden zijn.

Opgemerkt moet worden dat de verschillende criteria onderling soms enigszins overlappen, met name de criteria onder A en B.

### A Uitgangspunten sturing en besturing

De mate waarin een besturingsmodel voldoet aan de vier uitgangspunten die de Raden aan de sturing en besturing gesteld hebben (zie paragraaf 3.4), vormt de eerste set beoordelingscriteria. De criteria zijn:

- A.1 integraliteit van het beleid;
- A.2 eenduidige koppeling doelstelling - bekostiging;
- A.3 synergie van doelstellingen;
- A.4 decentraal als het kan, centraal indien nodig.

Bij de beoordeling aan de hand van deze bestuurlijke criteria nemen de RVZ en RMO tevens het uitgangspunt mee dat de verslavingszorg een duidelijke verankering in de gezondheidszorg dient te hebben. Met het oog op de noodzakelijke kwaliteitsverbetering in de verslavingszorg is dit een belangrijk punt van afweging (zie ook par. 3.3 en 4.5).

### B Sterke en zwakke punten

Bij de beoordeling van beleidsvoorstellen in het algemeen hanteren de RVZ en de RMO een drietal sets criteria:

- B.1 haalbaarheid: politiek en financieel;
- B.2 flexibiliteit: de mate waarin flexibel ingespeeld kan worden op regionale omstandigheden;
- B.3 doelmatigheid: kosteneffectiviteit en bestuurlijke slagvaardigheid.

Deze drie algemeen geldende sets beoordelingscriteria moeten per specifiek beleidsprobleem geconcretiseerd worden, willen zij ook bruikbaar en onderscheidend zijn. Dat gebeurt in bijlage 5.

## **C Kansen en risico's**

Het is moeilijk om in te schatten wat de mogelijke neveneffecten zijn bij de verschillende bestuurlijke modellen. Desondanks kunnen deze neveneffecten van groot belang zijn bij de uiteindelijke keuze van het bestuurlijke model. Daarom hebben de Raden ervoor gekozen om als derde set beoordelingscriteria op te nemen de inschatting van:

- C.1 de kansen (de mogelijke wenselijke neveneffecten) en
- C.2 de risico's (de mogelijk ongewenste neveneffecten).

## **5.3 Model 1: regie door het zorgkantoor**

### *Beschrijving*

In dit model heeft het zorgkantoor de zeggenschap over de AWBZ-middelen, de gemeente-middelen en de justitie-middelen. Het krijgt vooraf globale richtlijnen mee vanuit de drie financieringsstelsels en legt achteraf verantwoording af aan de betrokken financiers. Naast de AWBZ besteden ook de gemeenten en de reclassering taken uit aan het zorgkantoor, dat zich als een maatschappelijk ondernemer opstelt.

Deze keuze voor het zorgkantoor ligt op grond van de inbreng van middelen voor de hand: de budgetten voor de instellingen voor verslavingszorg bestaan voor 60% uit AWBZ-middelen, voor 30% uit gemeentelijke middelen en voor 10% uit justitiemiddelen.

### *Globale beoordeling*

Het fenomeen zorgkantoor is nog volop in ontwikkeling. In principe voldoet het zorgkantoor als besturings- en regie-orgaan, maar omdat het eenzijdig op de gezondheidszorg georiënteerd is, wordt niet voldaan aan de eisen van synergie van doelstellingen (betrokkenheid uit de overige beleidsdomeinen). Daar staat tegenover dat het zorgkantoor ook voor andere AWBZ-sectoren betrokken is bij andere beleidsdomeinen als volkshuisvesting en gemeentelijk welzijnsbeleid. Echter, per saldo is dit voor de sturing in de verslavingszorg onvoldoende, te meer omdat daarvoor een directe betrokkenheid van het openbaar bestuur een belangrijke vereiste is.

## **5.4 Model 2: regie door de gemeente**

### *Omschrijving*

In feite zijn hier nog twee submodellen:

- individuele gemeenten (ruim 550) als regisseur;

- centrumgemeenten als regisseur.

De optie dat de regie wordt toebedeeld aan alle gemeenten valt af. De instellingen voor verslavingszorg moeten in die optie met te veel individuele gemeenten afspraken maken. Daarbij is de kans groot dat kleine gemeenten hiervoor te weinig deskundigheid hebben. Daarom werken we hier het model uit waarin de 33 centrumgemeenten de regie hebben.

Alle middelen uit de drie bekostigingsstromen komen in dit model onder beheer van centrumgemeenten, die daarmee de regierol krijgen. Concreet betekent dit:

- AWBZ-middelen: centrumgemeente krijgt daarmee voor de verslavingszorg de functie van zorgkantoor AWBZ;
- Welzijnswetmiddelen: geen verandering. Wel moeten gemeenten meer kijken naar substitutie-mogelijkheden tussen verschillende specifieke uitkeringen (verslavingszorg en maatschappelijke opvang);
- Justitiemiddelen: centrumgemeente krijgt tot taak het reclasseringsbeleid uit te voeren.

#### *Globale beoordeling*

Er zitten voordelen aan een bestuursmodel waarin de centrumgemeente de regie in de verslavingszorg gaat voeren. De verankering met het overige gemeentelijke beleid, de ervaring van gemeenten om in complexe situaties een integraal en samenhangend beleid te voeren en de ervaring om bij de uitvoering van beleid concrete afspraken met uitvoerende instanties te maken en hen daarop af te rekenen, zijn drie van de belangrijkste potentiële voordelen.

Hoewel de gemeente wel een rol speelt bij de basisgezondheidszorg (GGD), heeft zij geen uitvoerende rol in de gezondheidszorg, terwijl dit (zeker vanuit het aandeel in de bekostiging) de belangrijkste sector in de verslavingszorg is. Verder leert de ervaring tot nu toe dat de gemeenten in hun beleid voor de verslavingszorg de nadruk leggen op het bestrijden van overlast veroorzaakt door drugsverslaafden. Tot slot sluit de schaal van centrumgemeenten niet goed aan bij de schaal waarop de zorg is georganiseerd.

## **5.5 Model 3: regie door de provincie**

### *Omschrijving*

In dit model krijgen de provincies en de vier grote steden de zeggenschap over de middelen voor verslavingszorg, met verantwoording achteraf naar de AWBZ (ZFR of VWS) en justitie.



### *Globale beoordeling*

De provincie is vooral een plannende overheidslaag en heeft weinig uitvoerende beleidstaken. Daarnaast heeft de provincie tot alle drie de domeinen een relatief grote afstand. Dit alles maakt de provincie in de huidige bestuursrechtelijke constellatie ongeschikt als allesbepalende regisseur in de verslavingszorg. In dit kader kan ook gewezen worden op de ervaringen die tot nu toe zijn opgedaan met de provincie als regisseur in de intersectorale jeugdzorg. Anderzijds krijgt de provincie wel initiërende taken toebedeeld op het terrein van de regiovisie in het kader van de AWBZ. Verder sluit het schaalniveau van provincie/grote stad aan bij het schaalniveau van de categoriale verslavingszorg.

## **5.6 Model 4: regie door de rijksoverheid**

### *Beschrijving*

In dit model is er geen middenniveau van besturing meer. De rijksoverheid komt op landelijk niveau tot overeenstemming over doelen en middelen en stelt een uitvoeringsorgaan in dat rechtstreeks met de instellingen productieafspraken maakt en erop toeziet dat deze ook worden gerealiseerd.

### *Globale beoordeling*

Dit bestuurlijke model voldoet niet aan de uitgangspunten op het terrein van sturing en besturing. Met name het uitgangspunt 'decentraal als het kan', wordt in dit model geweld aangedaan. Daarnaast leert de praktijk dat interdepartementale afstemming moeilijk te bereiken valt.

Deze tekortkomingen werken ook door bij de beoordeling van de praktische uitwerking: de sterke en zwakke punten. Een centralistische benadering van de verslavingszorg zal de effectiviteit en doelmatigheid ervan sterk nadelig beïnvloeden.

## **5.7 Beoordeling**

Alle hiervoor behandelde besturingsmodellen scoren negatief op het belangrijkste beoordelingscriterium, namelijk de mate waarin het model voldoet aan de bestuurlijke uitgangspunten zoals genoemd in paragraaf 3.4. De vier modellen voldoen met name niet aan het uitgangspunt dat er synergie moet kunnen ontstaan, zowel op het niveau van beleidsdoelstellingen als in de mogelijkheden tot effectuering daarvan. In bijlage 5 is een verantwoording van de beoordeling opgenomen.

De RVZ en RMO concluderen dat voor de verslavingszorg een aangepast besturingsmodel nodig is. Een model dat recht doet aan de bestuurlijke uitgangspunten, haalbaar is (aansluit bij huidige bestuurlijke ontwikkelingen), voldoende flexibel en doelmatig. In de volgende paragraaf schetsen de Raden de contouren van zo'n model.

## 5.8 Naar een nieuw besturingsmodel

### Gevraagd: afstemming en regie

Centraal in dit advies staat de noodzaak om te komen tot afstemming en regie in de verslavingszorg. Zoals eerder betoogd (zie hoofdstukken 3 en 4) is afstemming en regie nodig op verschillende niveaus:

- landelijk niveau: (meerjaren)afspraken over doelstellingen, middelen, toezicht, informaticarchitectuur;
- regionaal niveau: meerjarig beleidskader; niet-vrijblijvend overleg tussen budgethouders; prestatie-afspraken tussen budgethouders en instelling voor verslavingszorg;
- lokaal niveau: afstemming aanbod op de individuele hulpvraag.

Het besturingsmodel moet de hier genoemde vormen van afstemming faciliteren. In de opvatting van de RVZ en de RMO kan dit alleen indien het model voldoende recht doet aan de publiek-private samenwerking, die kenmerkend is voor de verslavingszorg. Voorwaarden daartoe zijn:

- de verantwoordelijke budgethouders en belanghebbenden ontwikkelen gezamenlijk een beleidskader op het meest adequate niveau. In de meeste gevallen is dit het niveau van een (grote) regio;
- de budgethouders komen binnen het genoemde beleidskader gezamenlijk tot operationele afstemming over de inzet van middelen.

Er is met andere woorden *beleidsregie* en *operationele regie* nodig.

### Beleidsregie: bestuurlijk platform

Aansluitend bij de schaal waarop de instellingen voor categoriale verslavingszorg zich organiseren is op regionaal niveau beleidsregie nodig. De RVZ en RMO menen dat deze beleidsregie gerealiseerd kan worden door aan te sluiten bij de beleidsvoornemens op het terrein van de AWBZ inzake de regiovisie (zie de recente kabinetsnota Zicht op zorg). Concreet betekent dit dat de provincie (c.q. samenwerkende provincies) het voortouw neemt om een bestuurlijk platform verslavingszorg te creëren. Deelnemers aan dit platform zijn zowel de budgethouders in de verslavingszorg (zorgkantoor, centrumgemeenten, justitie) als belanghebbenden (cliënten, zorgaanbieders, politie, woningcorporaties, jeugdzorg, onderwijs enz). Taak van het platform is

om een regiovisie (meerjarig beleidskader) te formuleren, uitgaande van de regionale situatie en gegeven een landelijk kader.

Gelet op de ontwikkelingen in de verslavingszorg, waardoor er in de toekomst nog tien à vijftien grote instellingen voor verslavingszorg zullen zijn, kan het initiatief het beste gelegd worden bij de (samenwerkende) provincies en grote steden. Daarmee is de democratische legitimatie van het besturingsmodel verankerd. Bovendien wordt hiermee aangesloten bij de huidige ontwikkelingen in de AWBZ (sterkere regionale beleidsbepaling) en in de jeugdzorg (samenwerking GGZ, jeugdhulpverlening, justitie en gemeente met de provincie als regisseur).

Binnen het kader van de regiovisie hebben gemeenten de verantwoordelijkheid voor de lokale regie van het integratiebeleid (arbeid, wonen e.d.).

### **Operationele regie: overleg budgethouders**

Voor de operationele aansturing van de categoriale instellingen voor verslavingszorg dient op regionaal niveau een overleg van budgethouders ingesteld te worden. De regie betreft hier uitsluitend de bekostiging en heeft dus een minder brede scope dan de beleidsregie. Het overleg wordt gevoerd binnen de kaders van de regiovisie. Het overleg moet leiden tot contractafspraken met de instelling voor verslavingszorg, waarbij de beschikbare middelen voor verslavingszorg uit de drie bekostigingsstromen op herkenbare wijze worden ingezet.

Het belang van een gezamenlijk, niet-vrijblijvend overleg van budgethouders is tweeledig:

1. alleen door een effectieve verbinding te leggen tussen het beleidsniveau en het bekostigingsniveau kan daadwerkelijk integraal beleid en synergie van beleidsdoelstellingen ontstaan;
2. door de afstemming tussen budgethouders ontstaat op regionaal niveau een sterke *countervailing power* tegenover de categoriale instelling voor verslavingszorg.

## **5.9 Conclusie**

De RVZ en RMO concluderen dat het binnen de huidige functionele en territoriale bestuurlijke lijnen niet wenselijk is om één van de actoren (zorgkantoor, gemeente, provincie, rijksoverheid) de regie te laten voeren in de verslavingszorg. Geen van de vier besproken besturingsmodellen voldoet aan de bestuurlijke uitgangspunten zoals geformuleerd in paragraaf 3.4.

De RVZ en RMO stellen op grond van deze bevindingen en op basis van de uitgangspunten (zie hoofdstuk 3) voor om het zwaartepunt van de regie in de verslavingszorg op regionaal niveau te leggen. Democratische verankering van de besturing vindt plaats via de provincies/grote steden. Naast beleidsregie (regiovisie) is operationele regie noodzakelijk (overleg budgethouders).

De RZV en RMO menen dat met dit alternatieve besturingsmodel in sterke mate voldaan wordt aan de bestuurlijke uitgangspunten en aan de overige in paragraaf 5.2 genoemde beoordelingscriteria. In bijlage 5 onderbouwen de Raden deze beoordeling. In het volgende hoofdstuk werken de RVZ en de RMO het gekozen besturingsmodel nader uit.

## 6 Advies

### 6.1 Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken hebben RVZ en RMO de huidige situatie in de verslavingszorg beschreven, geanalyseerd en beoordeeld. Ook hebben de raden een keuze gemaakt voor een bestuurlijk model (zie hoofdstuk 5). Op basis van de uitgangspunten, analyses en keuze voor een regionaal besturingsmodel formuleren de RVZ en RMO in dit hoofdstuk aanbevelingen.<sup>1</sup>

De aanbevelingen hebben vooral betrekking op de vraag hoe het besturingsmodel eruit moet zien. Het ontwerpen van zo'n model is echter geen doel op zich. Het besturingsmodel moet het bereiken van de gewenste doelen faciliteren. Daarom gaan de Raden in de volgende paragraaf eerst in op de te bereiken doelen (zie paragraaf 6.2). Na de uitwerking van het besturingsmodel (paragraaf 6.3) formuleren de RVZ en RMO in dit hoofdstuk aanbevelingen over kwaliteit en effectiviteit en over de organisatie van de hulpverlening (zie paragrafen 6.4 en 6.5). Het advies besluit met een implementatieparagraaf (6.6).

### 6.2 Strategische beleidsdoelen

#### Ligt er een taak voor de overheid?

Mensen gebruiken verslavende middelen. Bekend is dat bepaalde middelen en bepaalde vormen van gebruik schadelijke gevolgen kunnen hebben: voor de individuele gezondheid, voor het maatschappelijk functioneren van de gebruiker en voor de omgeving en samenleving.

De vraag is of het hier om een aangelegenheid van de individuele burger gaat (vrije keuze) of dat de overheid (ook) een taak heeft. Relevant bij het beantwoorden van de vraag zijn de volgende overwegingen:

- de overheid heeft grondwettelijke taken met betrekking tot de gezondheidstoestand van de bevolking, dat wil zeggen het afwenden van risico's;
- de overheid heeft ook taken met betrekking tot de bescherming van de burger (veiligheid; eigendommen), de handhaving van de openbare orde en de verkeersveiligheid;

---

<sup>1</sup> Eén lid van de RMO, mw. Y. Koster-Dreese, concludeert op basis van de uitgevoerde analyse dat de bestaande verhoudingen in de verslavingszorg zich met het voorgestelde model nog onvoldoende zullen wijzigen. Dat is wel nodig om de verslavingszorg daadwerkelijk te verbeteren. Om die reden kan zij zich niet in de aanbevelingen vinden.



- verslavingsgedrag leidt tot hoge maatschappelijke kosten.

De conclusie kan niet anders zijn dan dat er een legitieme taak ligt voor de overheid

### **Wat moet de overheid dan doen?**

De overheid dient zoveel mogelijk te voorkomen dat burgers gezondheidschade oplopen of maatschappelijke overlast veroorzaken. De overheid geeft deze opdracht vorm door een gedifferentieerd en samenhangend beleid te voeren, gericht op alle aspecten van het probleem. Het beleid moet in algemene zin gericht zijn op:

- het voorkomen van ongewenst gebruik c.q. het bevorderen van gewenst gebruik;
- het scheppen van voorwaarden voor de totstandkoming van voldoende en effectieve hulp aan verslaafden;
- het scheppen van voorwaarden voor vermindering van maatschappelijke overlast.

### **Strategische beleidsdoelen**

Alles overziende adviseren RVZ en RMO dat de overheid haar beleid voor de verslavingszorg herijkt en richt op de volgende *strategische beleidsdoelen*:

1. *Herijking besturing*
  - Ontwikkelen van een integraal verslavingsbeleid.
  - Afstemmen van doelstellingen tussen budgethouders, zowel landelijk als regionaal. De budgethouders vullen de regiovisie in op basis van prestatie-afspraken.
  - Herijken bekostiging: eenduidige koppeling tussen bekostiging en beleidsdoelstelling; zorgen voor meer uniformiteit in bekostigingssystematiek.
  - Bevorderen van het maatschappelijk ondernemerschap in de verslavingszorg (meer verantwoording achteraf).
  - Versterken van de hulp aan verslaafden in algemene kaders (zowel binnen als buiten de gezondheidszorg).
2. *Herijking kwaliteit en effectiviteit*
  - Scheppen van voorwaarden voor het bevorderen van de kwaliteit van hulpverlening.
3. *Herijking organisatie van de hulpverlening*
  - Vergroten van het bereik van alcohol- en medicijnverslaafden.
  - Bevorderen van de totstandkoming van tien à vijftien regionale, transmurale zorgcircuits in Nederland.

- Realiseren van een goede balans tussen individuele, professionele en collectieve verantwoordelijkheden.

De RVZ en RMO achten deze strategische beleidsdoelen richtinggevend bij de verdere uitwerking van het gekozen besturingsmodel en de daarbij behorende sturingsmechanismen.

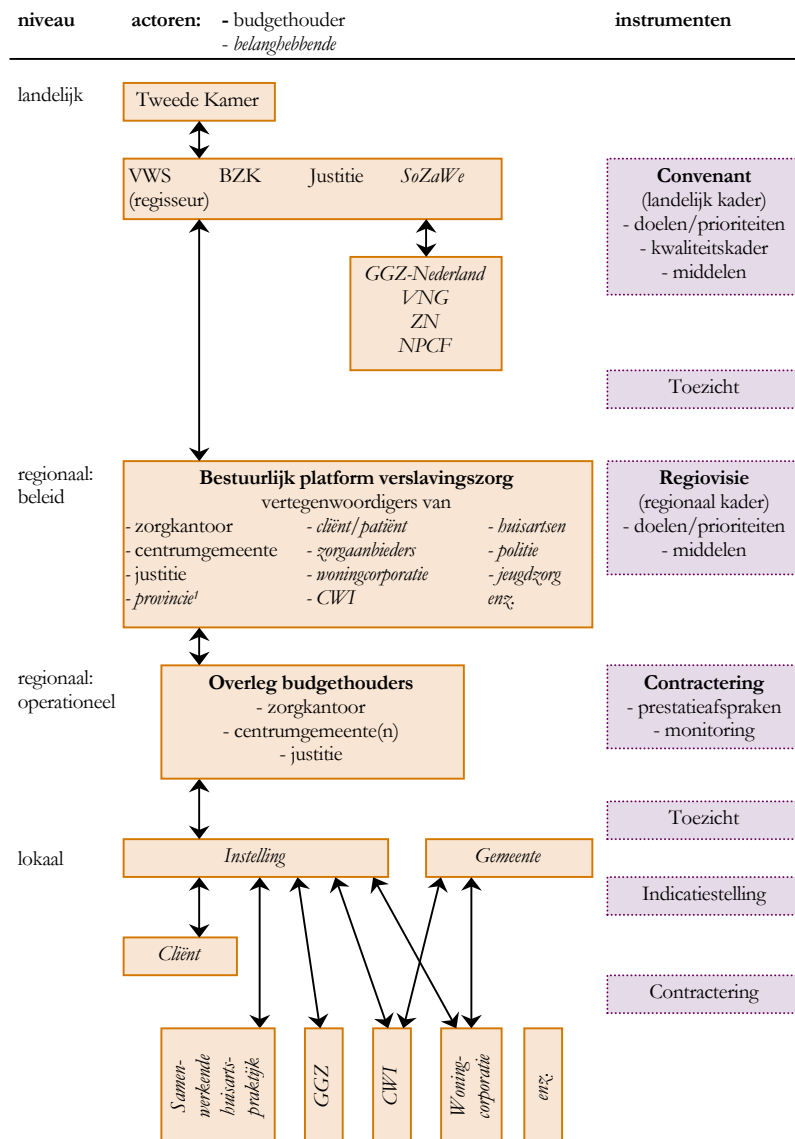
### 6.3 Herijking besturing categoriale verslavingszorg

In hoofdstuk 5 hebben de RVZ en de RMO verschillende besturingsmodellen beoordeeld en uiteindelijk gekozen voor een regionaal model. De belangrijkste argumenten voor dit model zijn:

- het model maakt de ontwikkeling van een brede beleidsvisie op regionaal niveau mogelijk, op basis waarvan financiële afspraken gemaakt kunnen worden;
- gelet op de onderlinge samenhang en interactie van doelstellingen is een gezamenlijke aanpak op regionaal niveau noodzakelijk, waarbij gelijkwaardige inbreng vanuit de verschillende domeinen gewaarborgd is. Daarmee ontstaat een win-winsituatie voor betrokken partijen. Iedere financier krijgt invloed op aanpalende domeinen (de centrum-gemeente gaat bijvoorbeeld meebepalen welke groepen bij voorrang in de kliniek moeten worden opgenomen), waardoor ook gezamenlijke prioriteiten gesteld kunnen worden. Omgekeerd heeft de instelling op operationeel niveau nog maar met één regisseur te maken, waarmee afspraken gemaakt moeten worden;
- het beoogde model voldoet het beste aan de inhoudelijke en bestuurlijke uitgangspunten (zie hoofdstuk 3);
- gelet op het ontstaan van grote, regionale zorgketens in de verslavingszorg is er behoefte aan een sterke *countervailing* power op regionaal niveau. Het is ineffectief en ondoelmatig om het regionale centrum voor verslavingszorg te laten onderhandelen met verschillende regisseurs, die vaak alleen oog hebben voor hun eigen belangen;
- een lichte vorm van coördinatie op regionaal niveau is onvoldoende, omdat partijen dan het risico lopen dat afspraken een te vrijblijvend karakter krijgen.

Het nieuwe besturingsmodel voor de verslavingszorg is weergegeven in figuur 6.1.

**Figuur 6.1 Besturingsmodel en sturingsinstrumenten categoriale verslavingszorg**



<sup>1</sup> coördinator regiovisie en vertegenwoordiger van overige gemeenten

Bron: RVZ



Het besturingsmodel is primair gebaseerd op de noodzaak om tot afstemming te komen tussen verschillende domeinen. De behoefte aan afstemming speelt vooral bij de groep chronisch verslaafden, waarbij de problemen zich vaak op verschillende levensterreinen tegelijk afspelen. Toch heeft het gekozen besturingsmodel een bredere scope: het richt zich op de hulp aan *alle* verslaafden c.q. probleemgebruikers in een omschreven regio. De besturing moet erop gericht zijn dat programma's tot stand komen voor verschillende groepen hulpvragen of doelgroepen, zodanig dat van een dekkend hulpaanbod sprake is.

Het nieuwe besturingsmodel voorziet in drie sturingsniveaus: landelijk, regionaal en lokaal. De kern van het model is dat de bestaande beleidsverantwoordelijkheden en bekostigingsstromen grotendeels intact blijven, maar dat op de verschillende sturingsniveaus *verbindingen* gelegd worden. In de volgende aanbevelingen wordt nader uitgewerkt welke verbindingen noodzakelijk zijn.

### **Aanbevelingen landelijk niveau**

Bij de verslavingszorg zijn drie domeinen betrokken (gezondheidszorg, gemeenten, justitie), met elk een eigen besturingssystematiek en met elk legitieme doelstellingen. Gegeven deze situatie zijn verbindingen of *interfaces* noodzakelijk. De RVZ en de RMO adviseren om de volgende verbinding te leggen (zie figuur 6.1).

Op landelijk niveau dient de minister van VWS zorg te dragen voor de totstandkoming van een integraal, meerjarig perspectief voor de verslavingszorg. Opties voor zo'n landelijk kader zijn:

1. covenant tussen betrokken partijen;
2. aansluiten bij de AWBZ en de WZV (of de opvolger daarvan);
3. eigenstandige kaderwet verslavingszorg.
4. combinatie van 2 en 3.

De voorkeur van de RVZ en RMO gaat vooralsnog uit naar een verbinding in de vorm van een covenant tussen budgethouders en overige belanghebbers, waarin opgenomen worden: doelen, prioriteiten; actoren en hun verantwoordelijkheden op de verschillende sturingsniveaus; middelen; landelijk kwaliteitskader, bepalingen voor verantwoording, toezicht, registratie. In het covenant moeten ook de algemene beleidsuitgangspunten (zie hoofdstuk 3) en prioriteiten worden geformuleerd en meerjarenafspraken worden gemaakt met andere departementen en koepelorganisaties. Deze afspraken betreffen bijvoorbeeld de problemen van specifieke doelgroepen of de afweging tussen preventief en repressief beleid. De RVZ en de RMO achten het met name wenselijk dat er in de landelijke conventanten speciaal aandacht wordt gevraagd

voor de problematiek van allochtone verslaafden. De Raden achten een hoge prioriteit voor deze groep verslaafden van het grootste belang.

Als blijkt dat partijen elkaar niet kunnen vinden op basis van wederzijdse belangen, dan dient de rijksoverheid alsnog een wettelijke regeling op te stellen voor de verslavingszorg.

Ter voorbereiding van het convenant stelt het kabinet een Interdepartementale Commissie Verslavingszorg en -beleid (ICV) in, onder leiding van de minister van VWS. Leden van de commissie zijn de volgende budgethouders en belanghebbenden: VWS (voorzitter), BZK, Justitie, SoZaWe, GGZ Nederland, VNG, ZN en NPCF.

### **Aanbevelingen regionaal niveau**

Het beleid van de overheid dient erop gericht te zijn dat er in Nederland binnen tien jaar tien à vijftien grote, regionale instellingen voor verslavingszorg zijn. Daarmee legt de overheid geen blauwdruk op aan het veld, maar volgt zij de natuurlijke ontwikkeling in het veld. Hieraan gekoppeld bevordert de overheid de totstandkoming van een regionaal besturingsmodel voor de categoriale verslavingszorg, waarbij zo veel mogelijk wordt aangesloten bij al bestaande structuren en verhoudingen.

Ook op regionaal niveau zijn verbindingen tussen domeinen en partijen noodzakelijk. De RVZ en de RMO achten op regionaal niveau twee *interfaces* noodzakelijk: beleidsregie en operationele regie (zie figuur 6.1).

De *beleidsregie* sluit aan bij de huidige ontwikkelingen in de AWBZ, waarbij een centrale rol voor de regiovisie als meerjarig beleidskader is weggelegd (zie de recente nota Zicht op zorg van het kabinet). De RVZ en RMO bevelen aan het initiatief om tot een regiovisie te komen en de uiteindelijke vaststelling ervan bij de provincie (c.q. samenwerkende provincies c.q. grote stad) te leggen. De provincie agendeert, nodigt uit, stimuleert en coördineert. De visie zelf wordt opgesteld door een in te stellen platform verslavingszorg. Omdat bij de verslavingszorg verschillende domeinen betrokken zijn en gelet op het belang van horizontale integratie, dient het platform verslavingszorg breed samengesteld te zijn. Vertegenwoordigd zijn - naast de budgethouders (zorgkantoor, centrumgemeente, justitie) - belanghebbende partijen in de verslavingszorg: cliënten, zorgaanbieders (categoriale verslavingszorg, GGZ, jeugdzorg, huisartsen, OGZ, ziekenhuizen), politie, maatschappelijke opvang, woningcorporaties, CWI enz.

De RZV en de RMO wijzen wat de regiovisie verslavingszorg betreft op het volgende. Gelet op de ontwikkelingen in de gezondheidszorg (waar voor de AWBZ de regiovisie een centrale rol krijgt toebedeeld) en in de jeugdzorg



(waar net als in de verslavingszorg sprake is van intersectorale samenwerking), zouden in de toekomst drie soorten regiovisies ontstaan. De provincie heeft hierbij steeds een initiërende rol. De RVZ en RMO bevelen aan dat de landelijke overheid een al dan niet wettelijk verankerd referentiekader schept voor deze verschillende regiovisies, zodat in de praktijk harmonisatie kan ontstaan.

De RVZ en RMO bevelen verder aan om de *operationele regie* op regionaal niveau te leggen bij een overleg van budgethouders: zorgkantoor, centrum-gemeente(n), justitie. Voor het overleg tussen budgethouders geldt de regiovisie als richtinggevend kader. Het overleg leidt tot afspraken over de programmatische inzet van de beschikbare middelen voor de verslavingszorg. De beschikbare middelen voor de categoriale verslavingszorg zijn afkomstig uit drie bekostigingsstromen en vormen op regionaal niveau een rekenkundig kader. Op basis van de afspraken sluit het zorgkantoor contracten af met de regionale instelling voor verslavingszorg over de uit te voeren programma's.

Deze uitvoerende rol van het zorgkantoor heeft een aantal voordelen. Allereerst wordt hiermee aangesloten bij het bestaande systeem van productieafspraken en terugkoppeling in de gezondheidszorg. Dit is een stabiel systeem, dat landelijk geldend is en tegelijkertijd voldoende flexibel is voor regionale afspraken. Nieuw is dat de inhoud van de contractafspraken breder is dan voorheen (immers ook afspraken namens gemeenten en justitie). In de tweede plaats is het zorgkantoor in de uitvoering van de AWBZ gericht op de gehele populatie verslaafden (niet alleen op de groep chronisch verslaafden die overlast veroorzaken). Het overzicht dat het zorgkantoor over de gehele gezondheidszorg heeft (inclusief huisarts, ziekenhuis, PAAZ, verpleeghuis enz), bevordert een integrale aanpak van de totale verslavingsproblematiek in een regio. Relevant bij de uitvoerende rol van het zorgkantoor is verder dat ook het zorgkantoor zelf regionaal bestuurd wordt door een bestuur waarin gemeenten vertegenwoordigd zijn. Op die manier ligt er een extra verbinding tussen beide domeinen.

Het winstpunt van de hier geschetste uitvoeringsconstructie is dat er in de toekomst één operationeel regisseur is in de verslavingszorg, die op basis van een breed gedragen visie (meerjaren)afspraken maakt met één regionale instelling voor verslavingszorg, en die daarbij middelen kan inzetten die afkomstig zijn uit drie bekostigingsstromen. De RVZ en RMO bevelen aan dat de budgethouders gezamenlijk jaarlijks rapporteren over de contractafspraken aan het platform verslavingszorg.

De omvang van 'de regio' is afhankelijk van een aantal factoren, zoals het werkgebied van de regionale instelling voor verslavingszorg en bestaande be-

stuurlijke verhoudingen. In de praktijk zal het neerkomen op de stapeling van één of meer gezondheidszorgregio's c.q. WGR-regio's.

Tot slot: de Raden realiseren zich dat de bestuurlijke verhoudingen kunnen veranderen. Wanneer in de toekomst gemeenten of zorgkantoren een bredere verantwoordelijkheid krijgen, doet zich een nieuwe situatie voor, waarbij de besturing van de verslavingszorg opnieuw bekeken dient te worden.

### **Aanbevelingen lokaal niveau**

De overheid dient te bevorderen dat de regionale instelling voor verslavingszorg zich op lokaal niveau kan manifesteren als maatschappelijk ondernemer. Dit wordt gefaciliteerd doordat de instelling nog maar met één regisseur te maken heeft met wie prestatie-afspraken gemaakt worden en waarover de instelling achteraf verantwoording aflegt.

De RVZ en de RMO menen dat het 'uitsluitingsmechanisme' in de algemene voorzieningen, waarbij verslaving als contra-indicatie geldt voor toegang tot die algemene voorzieningen, zo veel mogelijk gedemonteerd moet worden. Dit geldt in ieder geval voor die voorzieningen waarbij verslaafden tot de reguliere doelgroep behoren, zoals de woningcorporatie en het centrum voor werk en inkomen. De gemeente dient - als lokaal regisseur van het welzijnsbeleid - hierbij een belangrijke rol te vervullen. De gemeente kan prestatie-afspraken maken met bijvoorbeeld woningcorporaties en het CWI over 'moeilijk plaatsbare groepen' (waaronder verslaafden).

De RVZ en RMO bevelen verder aan financiële prikkels te introduceren om de werking van het uitsluitingsmechanisme te ontkrachten. Hierbij kan gewezen worden op ervaringen opgedaan in het buitenland, waarbij een klein deel van het budget van gesubsidieerde voorzieningen wordt afgezonderd. De afgezonderde middelen komen in een regionaal fonds. Instellingen kunnen vervolgens middelen claimen, wanneer zij kunnen aantonen dat ze resultaten behalen met de moeilijk plaatsbare groepen. Nagegaan zou kunnen worden of zo'n model ook in Nederland op experimentele basis ingevoerd kan worden, waarbij tevens de volumegroei in het kader van het JOZ ingezet zou kunnen worden voor de vulling van een dergelijk fonds.

Verder dient de signalerende functie van algemene voorzieningen versterkt te worden. Daartoe zijn verbindingen met de categoriale verslavingszorg nodig, gericht op deskundigheidsbevordering, voorlichting, consultatie e.d. Naar aanleiding van de regiovisie (zie paragraaf 6.3) maken betrokken partijen daarover afspraken.

## Aanbevelingen bekostiging

De verslavingszorg heeft te maken met drie bekostigingsstromen. Dat is op zichzelf verdedigbaar. De overheid dient wel nadere voorwaarden te scheppen voor een zo doelmatig mogelijke bekostiging van de verslavingszorg. Die voorwaarden hebben betrekking op de volgende onderwerpen.

### *Koppeling tussen beleidsdoelstelling en bekostigingsstroom*

Die koppeling moet helder zijn, wil men kunnen afrekenen op resultaten. Bovendien moeten de problemen zoals genoemd in paragraaf 4.4 opgelost worden. Dit betekent een herijking van de financieringstromen:

- a. overheveling van Welzijnswet-middelen naar de AWBZ, voor zover deze middelen worden ingezet voor gezondheidszorgdoelen;
- b. overheveling van reclasseringsmiddelen naar de AWBZ, voor zover deze middelen worden ingezet voor gezondheidszorgdoelen.

De herijking, zoals hier voorgesteld, vloeit op zich logisch voort uit het uitgangspunt dat verschillende beleidsdoelstellingen eenduidig gekoppeld dienen te zijn aan verschillende bekostigingsstromen. De RVZ en RMO beseffen echter dat de uitvoering van zo'n herijking veel voeten in de aarde heeft. Alhoewel de commissie van Thijn in het rapport Borg voor zorg (1995) meent dat een uitzuivering van bekostigingsstromen technisch mogelijk is, is verder onderzoek noodzakelijk. In de fasering van de implementatie van alle aanbevelingen in dit advies is zo'n vooronderzoek ook wenselijk. Het gaat immers in eerste instantie om het realiseren van een nieuwe vorm van regie op beleidsniveau en operationeel niveau. Vervolgens is in een latere fase de uitvoering van de herijking aan de orde.

In dit kader moet ook de al eerder door de RVZ geadviseerde herijking van de AWBZ zelf genoemd worden, waarbij de functies huisvesting en dienstverlening in de toekomst aangeboden worden vanuit respectievelijk het domein van volkshuisvesting en het domein van de gemeente (zie RVZ-adviezen De toekomst van de AWBZ en Met zorg wonen).

### *Bevorderen synergie*

De rijksoverheid dient synergie tussen beleidsdoelstellingen c.q. bekostigingsstromen te bevorderen. Het landelijk kader en de regie op regionaal niveau (beleid en operationeel) dienen dit te faciliteren. In de wet- en regelgeving wordt vastgelegd dat de drie bekostigingsstromen op operationeel niveau samenkomen:

- a. AWBZ/zorgkantoor: de minister van VWS geeft een aanwijzing aan het College voor Zorgvoorzieningen, waarin het College de taak krijgt om de zorgkantoren te instrueren over de inzet van AWBZ-middelen voor verslavingszorg. De instructie houdt in dat de middelen ingezet dienen te worden in goed overleg met de collega-financiers in de verslavingszorg (centrumgemeente; justitie);



- b. Welzijnswet/centrumgemeente: de minister van VWS neemt in de Welzijnswet een bepaling op dat de centrumgemeente de doeluitkering verslavingsbeleid dient in te zetten in goed overleg met de collega-financiers in de verslavingszorg (zorgkantoor; justitie);
- c. Reclassering/justitie: in het kader van artikel 40 van de Reclasseringsregeling 1995 stelt de minister van Justitie een uitvoeringsregeling op, waarin wordt bepaald dat de middelen voor verslavingsreclassering ingezet worden in goed overleg met de collega-financiers in de verslavingszorg (zorgkantoor; centrumgemeente).

Het overleg van budgethouders (zorgkantoor, centrumgemeente, justitie) beschikt op regionaal niveau over een gezamenlijk budget als rekenkundig kader. Binnen het kader van de regiovisie maken de budgethouders vervolgens afspraken over de besteding van het budget. Voorwaarden hierbij zijn:

- de instelling voor verslavingszorg is in staat om op basis van de regiovisie een offerte uit te brengen in de vorm van programma's. Bij elk programma is geëxpliciteerd in welke mate het programma bijdraagt aan de onderscheiden beleidsdoelstellingen en wat de verwachte effecten en resultaten zijn. Dit laatste is van belang in verband met de verantwoording over de besteding van publieke middelen;
- een meer uniforme bekostigingssystematiek in de verslavingszorg. Er dient op termijn een landelijke, transmurale productsystematiek te ontstaan (zie ook paragraaf 6.4), op basis van de initiatieven die nu al op dit terrein zijn ontwikkeld;
- verantwoording op basis van resultaten en effecten in plaats van throughput-factoren; meer uniformiteit in registratie. De bekostigingssystematiek is zodanig dat een onafhankelijke instantie (bijvoorbeeld het College voor Zorgvoorzieningen of de Algemene Rekenkamer) achteraf jaarlijks op hoofdlijnen kan controleren met welk doelen en welke resultaten de middelen uit de verschillende bekostigingsstromen zijn ingezet. Het overleg van budgethouders brengt jaarlijks verslag uit aan het platform verslavingszorg over de besteding van de middelen;
- bij het uitblijven van overeenstemming tussen budgethouders fungeert de provincie als arbitrage-instantie.

Het zorgkantoor voert de afspraken uit die in het overleg van budgethouders zijn gemaakt. Wat de feitelijke contractering en de reguliere contacten met de instelling betreft, wordt hiermee dus aangesloten bij de huidige uitvoeringspraktijk in de gezondheidszorg.

## 6.4 Herijking kwaliteit en effectiviteit

Hoe kunnen kwaliteit en effectiviteit van de interventies in de verslavingszorg verbeterd worden? De RVZ en RMO gaan in dit advies niet uitgebreid op deze vraag in, omdat het accent in dit advies ligt op de besturing van de verslavingszorg. Verwezen kan worden naar het ontwikkelingsplan Resultaten scoren (1998), dat door de minister van VWS is overgenomen als uitgangspunt voor het beleid.

Kernpunten uit dit plan zijn:

- kwaliteitsverbetering en innovatie van zorg waarbij wordt ingezet op *evidence based*, resultaatgerichte interventies;
- kwaliteitsverbetering en innovatie van preventie;
- formulering van een sociaal verslavingsbeleid.

Bij de uitwerking van het plan nemen expertisecentra een centrale plaats in. Inmiddels is besloten tot de oprichting van drie expertisecentra. Dit zijn samenwerkingsverbanden van instellingen voor verslavingszorg, wetenschappelijke instituten en andere betrokken partijen. De expertisecentra krijgen ieder eigen doelstellingen en een eigen programma. Gemeenschappelijk is dat ze allen gericht zijn op het ontwikkelen en uitdragen van kennis en deskundigheid, op de onderbouwing van methoden en op de ontwikkeling van protocollen en standaarden.

De beide Raden onderschrijven de noodzaak van het ontwikkelingstraject zoals geschetst in Resultaten scoren en voegen hieraan nog de volgende punten toe.

Gestreefd moet worden naar een sluitend geheel van producten in de verslavingszorg (ongeacht de bekostigingsstroom). De omschrijving van de producten is zodanig dat de eenheden relevant zijn voor indicatiestelling en bekostiging. Op basis van de productsystematiek ontwikkelt de categoriale verslavingszorg in de toekomst een programmatisch aanbod. Programma's worden met name geordend op basis van het doel van de interventies (bijvoorbeeld 'kortdurende interventies gericht op herstel') en kenmerken van doelgroepen (onder andere leeftijd, sekse, etnische groepering; type middel staat niet centraal). Voor de dubbele diagnosegroepen worden specifieke programma's ontwikkeld; afspraken met aanpalende voorzieningen (onder andere GGZ, justitie) moeten voorkomen dat deze verslaafden tussen wal en schip vallen. De bekostigingssystematiek stimuleert deze ontwikkeling met positieve prikkels.

Voorts moeten de resultaten van de programma's zichtbaar gemaakt kunnen worden, in relatie tot de aard van de problematiek en ingezette interventies.

Belangrijke voorwaarde daartoe is dat op landelijk niveau afspraken gemaakt worden over registratie en dossiervoering.

## 6.5 Herijking organisatie van de hulpverlening

Hoe kan de organisatie van de hulpverlening zodanig verbeterd worden dat verslavingsproblematiek vroegtijdig wordt gesignaleerd, dat behandeling op een eerder moment in de verslavingscarrière start en dat zo nodig tijdig wordt doorverwezen?

De RZV en RMO vinden - mede gezien het uitgangspunt 'algemeen als het kan, bijzonder indien nodig' - dat behandeling van enkelvoudige verslavingsproblematiek (c.q. probleemgebruik) meer in de eerste lijn dient plaats te vinden. Voor de categoriale verslavingszorg dient de prioriteit te liggen bij meer-  
voudige problematiek en verslavingsproblemen waarvoor gespecialiseerde behandeling nodig is.

Allereerst is het hier van belang onderscheid te maken tussen verschillende groepen (potentiële) verslaafden:

- alcohol: de grote groep probleemdrinkers zal beter bereikt moeten worden. Huisarts en specialist hebben hierbij een verantwoordelijkheid, met name op het vlak van signalering, voorlichting, diagnostiek, indicatiestelling, verwijzing en zo mogelijk zelf behandelen van enkelvoudige problematiek, met ondersteuning vanuit de categoriale verslavingszorg;
- medicijnen: huisarts en specialist hebben hier een verantwoordelijkheid, met name bij het voorkómen van medicijnverslaving;
- drugs: de huisarts komt weinig in aanraking met de groep chronisch harddrugverslaafden. Vaak hebben deze verslaafden niet eens een huisarts. Deze opmerkingen zijn van belang, wanneer in deze paragraaf gesproken wordt over 'verslaafden'.

De Raden zoeken de oplossingen voor de in hoofdstuk 4 gesignaleerde problemen (zie paragraaf 4.2) in vier richtingen:

- in de huisartsenpraktijk en -geneeskunde;
- in de eerste lijn;
- in de samenwerking tussen eerste lijn en categoriale verslavingszorg;
- in de afstemming tussen sectoren.

### *Huisartsenpraktijk en -geneeskunde*

In de opleiding en d.m.v. bij- en nascholing moeten de kennis en de vaardigheden van de huisarts vergroot worden (specifieke nascholingsprogramma's). Centraal moet hierbij staan de herkenning van verslavingsgedrag door



de arts én de motivering van de patiënt voor verwijzing naar specifieke hulpverlening.

Verder zullen er landelijke richtlijnen/protocollen moeten ontstaan in de huisartsgeneeskunde. Men kan dan in eerste instantie denken aan de methadonverstreking. In dit kader kan ook gewezen worden op het KNMG drugsproject. Verder dient de NHG-standaard Problematisch alcoholgebruik aangepast te worden tot een multidisciplinair protocol voor de behandeling van verslavingsproblemen. In het multidisciplinaire protocol dienen farmacotherapeutische interventies geïntegreerd te worden met motivatieversterkende technieken en gedragstherapeutische principes, waarbij tevens de onderscheiden taken van arts, psycholoog en maatschappelijk werker uitgewerkt worden.

Op langere termijn - wanneer er meer sprake zal zijn van samenwerkende huisartsenpraktijken - zijn er ook mogelijkheden voor taakdifferentiatie, waarbij een huisarts de rol van verslavingsconsulent krijgt. Naast deskundigheidsbevordering van de huisarts is ondersteuning nodig door het maatschappelijk werk, de gezondheidszorgpsycholoog en de categoriale verslavingszorg. Deze samenwerking dient in transmuraal verband plaats te vinden.

Tenslotte kan bij het contracteren van samenwerkende huisartsenpraktijken bekeken worden of extra middelen ter beschikking worden gesteld voor de verslaafdenzorg in de eerste lijn. De financier kan hiermee rekening houden in zijn contracteringsbeleid, 'gestuurd' vanuit de regiovisie.

#### *Eerste lijn*

De belangrijkste maatregel binnen de eerste lijn is een landelijk protocol voor samenwerking tussen huisarts en gezondheidszorgpsycholoog. Voor de GGZ in de eerste lijn wordt al aan een dergelijk protocol gewerkt door de drie beroepsverenigingen. Daarbij kan worden aangesloten. Dit protocol zal een vertaling moeten krijgen in de bekostiging van de verslaafdenzorg. De kern van het protocol betreft de verwijfsafspraken tussen de drie eerstelijns disciplines. De huisarts zou niet de belangrijkste behandelaar moeten zijn. De behandeling en begeleiding zijn vooral taken van gezondheidszorgpsycholoog en AMW.

#### *Samenwerking tussen eerste en categoriale verslavingszorg*

Essentieel voor het ontstaan van een adequate eerstelijns verslaafdenzorg is een op moderne leest geschoede transmurale zorgketen. Deze bestaat uit generalistische en specialistische elementen. De zorgketen moet worden opgebouwd volgens het principe van het *disease management*. Het is dus een ziektegerichte zorgketen zoals die in de diabeteszorg. In principe heeft de zorgketen een wijkgerichte grondslag. Per gebied werken de samenwerkende huisartsenpraktijk, de daaraan gelieerde gezondheidszorg psychologen en

AMW-instellingen én de regionale verslavingszorginstelling samen in de vorm van vaste teams.

De transmurale zorgketen heeft als primair doel de eerste lijn te versterken. Kernpunten hierin zijn:

- consultatieve gesprekken van medewerkers van de regionale verslavingsinstelling in de eerste lijn. Het verdient aanbeveling hierin een combinatie te maken met de te ontwikkelen GGZ-sprekken in de eerste lijn. De minister van VWS heeft hiervoor onlangs f6 miljoen op jaarbasis beschikbaar gesteld;
- rapportages vanuit de categoriale zorg naar de eerste lijn over verwezen patiënten;
- feedback door de categoriale verslavingszorg op de indicatiestelling in de eerste lijn;
- een professionele band tussen gezondheidszorgpsycholoog en AMW met de instelling voor verslaafdenzorg;
- binnen deze instelling is een aparte afdeling voor het contact met de eerste lijn; aandacht gaat met name uit naar het opbouwen van persoonlijke verwijsrelaties;
- periodieke evaluatieve bijeenkomsten van eerste lijn en categoriale verslavingszorg gewijd aan de zojuist genoemde kernpunten;
- in het regionale Farmacotherapeutische Transmurale Overleg (FTTO) moet het onderwerp medicijnverslaving systematisch geagendeerd worden.

#### *Afstemming tussen sectoren*

Om te bevorderen dat verslavingsproblematiek tijdig onderkend en behandeld wordt en om te voorkomen dat patiënten tussen wal en schip vallen is een betere afstemming tussen verschillende sectoren noodzakelijk. De RVZ en RMO wijzen hier in het bijzonder op de afstemming tussen enerzijds de categoriale verslavingszorg en anderzijds:

- de ARBO-zorg. De ARBO-arts zou bij het vermoeden van verslaving mogelijkheden moeten hebben om eerder contact op te kunnen nemen met de huisarts van de betreffende werknemer;
- de GGZ. Voor verslaafden met psychiatrische stoornissen worden specifieke voorzieningen in het leven geroepen (zie o.a. CvZ, 1999). De RVZ en RMO menen dat gewaakt moet worden voor het ontstaan van steeds meer nieuwe voorzieningen, daar waar bestaande voorzieningen hun activiteiten onvoldoende op elkaar afstemmen. Kern van de zaak is dat de GGZ en verslavingszorg meer adequate samenwerkingsverbanden zullen moeten aangaan. In de regiovisie (zie paragraaf 6.3) zal dit opgenomen moeten worden.

### *Aanbevelingen*

Om de oplossingen zoals hiervoor genoemd te kunnen realiseren, moet aan de volgende voorwaarden zijn voldaan; de Raden formuleren deze als aanbevelingen.

1. In de eerste lijn moet sprake zijn van vergroting van de organisatiegraad en de schaal waarop de patiëntenzorg wordt verleend.
2. De gezondheidszorgpsycholoog moet een duidelijker plaats krijgen in het financieringssysteem van zorgsector.
3. Verzekeraars moeten op dit punt een actief contracteringsbeleid voeren. Hierbinnen zal geld vrijgemaakt moeten worden voor het stimuleren van eerstelijns verslaafdenzorg.
4. De gespecialiseerde verslaafdenzorg, ook de ambulante, is in de toekomst niet meer, zoals nu, vrij toegankelijk, maar alleen op verwijzing van de huisarts. Uitzondering moet worden gemaakt voor de groep chronisch verslaafden.
5. Binnen de samenwerkende huisartsenpraktijken én binnen de instellingen voor verslaafdenzorg zijn hulpverleners aangewezen als contactpersoon.
6. In de bekostiging en in de produktomschrijvingen van de regionale instelling voor verslaafdenzorg wordt rekening gehouden met het stimuleren van transmurale zorgketens. Hiertoe worden incentives ingebouwd. Vernieuwende ideeën op dit vlak worden bekostigd uit een stimuleringsfonds verslaafdenzorg.
7. Samenwerkende huisartsenpraktijken, categoriale verslavingszorg en algemene GGZ ontwikkelen een elektronisch patiëntendossier (in combinatie met een regionaal caseregister, met behoud van privacy-waarborgen).
8. De samenwerking tussen bedrijfsarts en huisarts dient geïntensiveerd te worden met het oog op tijdige signalering en onderkenning van problematisch middelengebruik.

## **6.6 Implementatie**

Voor de implementatie van de aanbevelingen zijn de volgende stappen relevant.

1. De minister van VWS brengt conform de wettelijke termijn binnen drie maanden na het verschijnen van het advies een kabinetstandpunt uit over het advies van de RVZ en de RMO.
2. Het kabinet stelt - na bespreking van het standpunt in de Tweede Kamer - een Interdepartementale Commissie Verslavingszorg (ICV) in onder leiding van de minister van VWS. De taken van de ICV betreffen het ontwikkelen en coördineren van intersectoraal beleid op het terrein van verslaving en verslavingszorg. De eerste taak van de

ICV is het opstellen van een convenant tussen budgethouders in de verslavingszorg en overige belanghebbenden, waarin opgenomen worden: doelen, prioriteiten; actoren en hun verantwoordelijkheden op de verschillende sturingsniveaus; middelen; landelijk kwaliteitskader, bepalingen voor verantwoording, toezicht, registratie. Leden van de commissie zijn de volgende budgethouders en belanghebbenden: VWS (voorzitter), BZK, Justitie, SoZaWe, GGZ Nederland, VNG, ZN en NPCF.

3. Ter voorbereiding op het convenant bereiden de verantwoordelijke departementen (VWS en Justitie) de noodzakelijke wijzigingen in de wet- en regelgeving voor. Zie paragraaf 6.3 bij Aanbevelingen bekostiging.
4. In het kader van het beleid inzake de AWBZ en de regiovisie legt de minister van VWS de verantwoordelijkheid voor het opstellen van een regiovisie verslavingszorg bij de provincie.
5. De minister van VWS bevordert de totstandkoming van een landelijke productsystematiek voor de verslavingszorg. De onlangs gevormde expertisecentra in de verslavingszorg kunnen hierbij een uitvoerende rol spelen.

## **Bijlagen**





## **Bijlage 1**

### **Relevante delen uit de werkprogramma's RVZ en RMO**

#### **Relevant gedeelte uit het door de minister van VWS vastgestelde werkprogramma RVZ 1999**

## **2 Verslavingszorg herijkt**

### **2.1 Het beleidskader**

De RVZ zal in 1999 met de RMO adviseren over de verslavingszorg. Hierover maken beide Raden nadere afspraken. Dit kan leiden tot een wat andere aanpak. Zij zullen tot een thematische taakverdeling komen.

Vanuit het perspectief van de RVZ, kan hierover het volgende worden gezegd.

De Nederlandse verslavingszorg is constant in beweging. Dat heeft te maken met de vrijwel permanente commotie rond het nationale verslavingsbeleid die van invloed is op de verslavingszorg. Het heeft ook te maken met een aanhoudende discussie over de kwaliteit, de doelmatigheid en de effectiviteit van de verslavingszorg.

En tenslotte is de veelvormigheid van deze zorgsector oorzaak van permanente spanning. Verslavingszorg bestaat nu eenmaal uit een aantal elementen met verschillende doelstellingen: het individuele zorgaspect, de collectieve preventie, de openbare orde en de maatschappelijke opvang en participatie. Verslavingszorg heeft dan ook te maken met de gezondheidszorg, met de gemeentelijke zorgtaken, met wonen en werken en met justitie en politie. Deze veelvormigheid vloeit voort uit de waardering van verslavingsgedrag in de samenleving.

Uiteraard heeft dit consequenties voor de beleidsverantwoordelijkheid. De planning en de financiering van de verslavingszorg vertonen van oudsher een versnipperde aanblik. Men treft verschillende sturingsparadigma's aan: territoriale naast functionele decentralisatie, centrale naast decentrale verantwoordelijkheden. De hierbij behorende plannings-, financierings- en bekostigingsinstrumenten verschillen ook. De rijksoverheid heeft hiervoor, in overleg met de andere beleidsverantwoordelijken, bewust gekozen en deze beleidslijn tot op de dag van vandaag vastgehouden.

Min of meer in reactie op deze beleidslijn en ook als een gevolg van een al meer dan tien jaar durende discussie in het veld over planning en financiering, ziet men nu overal in Nederland fusieprocessen in de verslavingszorg. De verschillende onderdelen van deze zorg gaan, ongeacht hun financiering, op in organisatorische, multifunctionele eenheden met veelal een regionale markt. Dit proces zal ongetwijfeld van invloed zijn op het beleid van de rijksoverheid.

De minister van VWS heeft in de afgelopen regeerperiode regelmatig met de Tweede Kamer over de verslavingszorg gepraat, mede naar aanleiding van beleidsstandpunten. In juni 1998 is een brief aan de Kamer gestuurd over een ontwikkelingsplan voor deze zorg naar aanleiding van de nota "Resultaten scoren" van GGZ Nederland.

Het beleid van VWS kan als volgt worden getypeerd:

- bevorderen van regionale, categoriale en multifunctionele instellingen voor verslavingszorg, waarbij alle bestaande voorzieningen zich aansluiten;
- over de gebiedsindeling volgt later besluitvorming;
- de Welzijnswet blijft het kader voor de ambulante zorg en de maatschappelijke opvang door middel van een doeluitkering aan gemeenten;
- het overlastbeleid ev. na 1-1-1999 definitief naar de gemeenten;
- een herijking van de bestuurlijke structuur (planning en financiering) is gewenst;
- veel aandacht voor kwaliteit, effectiviteit en doelmatigheid, onder meer tot uiting komend in activiteiten die ZON en NWO op dit terrein ondernemen (zie brief VWS aan Tweede Kamer d.d. 12 november 1997);
- in het Regeerakkoord staat onder meer dat het evenwicht van volksgezondheidsbelang, overlastbestrijding en internationale samenwerking hoge prioriteit moet hebben; verder wordt gewezen op het belang rekening te houden met lokale omstandigheden; de hoofdlijnen van het drugsbeleid blijven ongewijzigd.

Regeerakkoord en het VWS-beleid inzake "resultaten scoren" vormen voor de Raad het vertrekpunt van advisering.

## 2.2 Probleemstelling

Uit de in 2.1 beschreven ontwikkelingen kan men de probleemstelling afleiden.

Verslavingszorg heeft twee kenmerken:

- de noodzaak de zorgverlening continuïteit te geven en haar integraal te laten plaatsvinden;



- de realiteit van het rekening moeten houden met uiteenlopende maatschappelijke doeleinden (public health, herstel, rehabilitatie, openbare orde en veiligheid, internationale samenwerking).

Het eerste kenmerk vereist eenheid van bedrijfsvoering, territorium en budget. Het tweede kenmerk impliceert een hybride beleidsverantwoordelijkheid. Dit veroorzaakt een inherente spanning. Deze zou in principe gereguleerd moeten kunnen worden; dit verloopt blijkbaar niet in alle opzichten bevredigend.

De instellingen voor verslavingszorg ervaren deze spanning als contraproductief. Bovendien bestaat de indruk dat de energie die het reguleren van de spanning vereist ten koste gaat van kwaliteitsverbetering en prioriteitenstelling. Tegelijkertijd lijken de beleidsverantwoordelijken (VWS, Justitie, gemeenten) gekozen te hebben voor de status quo als het gaat om de financiering. Voor een structurele verandering van de verdeling van financiële verantwoordelijkheid lijkt geen politiek draagvlak te bestaan, ondanks de aandrang uit het veld.

Deze patstelling heeft twee negatieve gevolgen. In de eerste plaats biedt deze situatie onvoldoende stimulans voor het proces van samenwerking, regionalisatie, maatschappelijk ondernemerschap en kwaliteitsverbetering in de zorg.

In de tweede plaats komt de onduidelijkheid over de sturing niet ten goede aan een uit volkgezondheidsoogpunt adequate prioriteitenstelling en doelformulering.

De opdracht aan de Raad is deze. Er is verslavingsgedrag. Dit is veelvormig, het heeft verschillende aspecten (biologisch, sociaal-psychologisch, juridisch etc.). De reactie van de samenleving op dit gedrag is ook veelvormig: medisch, maatschappelijk, preventief, justitieel. Hierbij behoort een complex aanbod van voorzieningen, deels collectief gefinancierd. In de praktijk van het besturen en beheren impliceert dit een complexe verantwoordelijkheidsstructuur, waarbinnen een aantal beleidsactoren een gelegitimeerde rol speelt. Hoe kunnen nu in deze hybride werkelijkheid de condities worden geschapen voor een effectief bestuur, gericht op het bevorderen van kwaliteit, doelmatigheid en effectiviteit?

### **2.3 Beleidsvragen en adviesdomein**

Gegeven deze probleemstelling, zal het advies van de Raad zich moeten concentreren op het bestuurlijk en strategisch niveau van de verslavingszorg. In de brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer van 19 juni 1998 is in dit verband sprake van "inhoud, structuur, planning en financiering".

De adviesaanvraag (zie bijlage 1) heeft betrekking op de sturing - door middel van planning en financiering - van de verslavingszorg. Het sturingsmechanisme zou de positieve ontwikkelingen in het veld moeten stimuleren,

positieve incentives moeten bevatten voor maatschappelijk ondernemerschap etc.. En het sturingsmechanisme zou de in 2.2. genoemde, deels strijdige kenmerken van de verslavingszorg moeten kunnen verenigen, kort en goed: zorg- en maatschappelijke belangen aaneensmeden.

Dit leidt tot de volgende beleidsvragen voor het advies.

1. *Feiten*

- Welke behoeften ten aanzien van vraag en aanbod leven bij de verschillende betrokkenen?
- Hoe verlopen op dit moment de beslissingen over financiering, planning en bekostiging en hoe de uitvoering van deze beslissingen in het veld?
- Welke zorgfuncties worden op dit moment vervuld, in welke vorm (dat wil zeggen hoe gedifferentieerd) en mate en hoe worden de prioriteiten gesteld?
- Hoe beoordelen betrokkenen de huidige situatie?

2. *Analyse*

- Hoe luidt het oordeel van de Raad over de huidige situatie in de verslavingszorg, in het bijzonder ten aanzien van de planning en de financiering?
- Welke beleidsstrategieën vloeien voort uit deze analyse?

3. *Advies*

- Welke beleidsinstrumenten en welk sturingsmechanisme zal de minister van VWS de komende jaren moeten inzetten?
- Hoe ziet de verdeling van verantwoordelijkheden en taken er uit (het rollenspel)?
- Hoe dient de implementatie te geschieden?

Deze vragen zullen gefaseerd worden beantwoord. In een voorfase wordt onderbouwend onderzoek gedaan naar financierings- en bekostigingsstromen, naar de bedrijfsvoering en de fusieprocessen, naar de vervulde zorgfuncties en naar de aansturing, beleidsbepaling en prioriteitenstelling. Hierbij zal ook worden gekeken naar de differentiatie binnen het zorgaanbod met betrekking tot verschillende vormen van verslavingszorg. Dit leidt tot een achtergrondstudie die in de tweede fase voorgelegd kan worden aan alle betrokkenen, binnen en buiten het terrein van VWS, bijvoorbeeld in de vorm van een invitational conference.

Deze vormt een onderdeel van de advisering (draagvlak, implementatie). In een derde fase kan tenslotte op basis van de twee eerdere fasen een beleidsadvies worden geschreven over de planning en de financiering.



Het adviesdomein wordt beperkt tot de verslavingszorg, die conform de opstelling van het veld, als kerncompetentie heeft: "het verlenen van zorg aan mensen met verslavingsproblematiek" (brief VWS aan Tweede Kamer d.d. 19 juni 1998). De Raad gaat in zijn advies in op alle vormen van verslavingszorg. Het adviesdomein kan verder worden beperkt door in samenwerking met andere instanties tot een taakverdeling te komen. Het gaat dan om: de IGZ, het Trimbosinstituut, het IVO, de RGO, de RMO en de Raad voor de financiële verhoudingen. De RVZ zal zich in zijn advisering niet richten op deskundigheidsbevordering, op medisch-wetenschappelijke aspecten, op de financiële verdeelsleutel en op de regio-indeling.

De brief van de minister van VWS biedt een kader voor de samenwerking tussen deze instanties. VWS en RVZ maken hierover nadere afspraken.

## **2.4 Functie advies**

De titel van het advies "Verslavingszorg herijkt" geeft al aan wat de functie zou kunnen zijn. Na 15 jaar discussie over de planning en de financiering - lees: over de beleidsverantwoordelijkheid - is behoefte aan een strategische bezinning op de toekomst.

Hoe kan men, met behoud van het hybride karakter, de verslavingszorg stimuleren verder te gaan op de ingeslagen weg? En in hoeverre kan men dit binnen de bestaande beleidskaders doen?

Het advies zou een handelingsscenario moeten bevatten waarmee alle betrokkenen uit de voeten kunnen en dat de samenwerking tussen de beleidsactoren bevordert. De missie is dus een bestuurlijke.

Het advies kan ook dienst doen als grondslag voor een eventueel meerjarig convenant tussen VWS en veld over de toekomst voor de verslavingszorg.

## **2.5 Programmering**

Uit de brief van VWS aan de Tweede Kamer van 19 juni 1998 blijkt dat een veelomvattend ontwikkelingsplan is gestart. Het advies van de Raad vormt daarvan een onderdeel. Uit deze brief en uit signalen uit het veld blijkt ook dat er veel bereidheid bestaat zaken te verbeteren en gegroeide verhoudingen tegen het licht te houden.

Najaar 1998 verschijnt het advies van de Raad voor de financiële verhoudingen. Voorjaar 1999 zal mogelijkwerwijs een standpunt van VWS in de Tweede Kamer worden besproken.

Het is belangrijk van deze gelegenheid gebruik te maken en het advies enerzijds niet te lang op zich te laten wachten, maar het anderzijds goed te onderbouwen en te bespreken met betrokkenen.

Mede gelet op te nemen beleidsbeslissingen in 1999 en het bestaande veranderingsmoment, zal de Raad zijn advies uitbrengen in de periode juni - juli 1999. In de periode maart - april zullen een of meer invitational conferences worden georganiseerd. In april - mei stuurt de Raad een tussenrapportage aan het departement, waarin onder meer de resultaten van de eerste twee fasen zullen worden gepresenteerd.

Naar aanleiding van het regeringsstandpunt over het advies, kan in het najaar van 1999 een parlementair debat over de verslavingszorg plaatsvinden.

## **2.6 Relevante andere publikaties en instanties**

De adviesopdracht van VWS en de brief van VWS aan de Tweede Kamer van 19 juni 1998 bieden het kader voor de samenwerking met andere instanties. In de eerste plaats met de RMO. De samenwerking RVZ-RMO zal in een projectplan nader worden uitgewerkt op basis van een heldere taakverdeling. Daarnaast zal met de Raad voor de financiële verhoudingen contact worden gezocht.

Ook met ZON zal worden samengewerkt. ZON werkt aan een programma rond verslavingsproblematiek. Daarin ligt de nadruk op preventie en zorgvernieuwing. ZON werkt samen met MW-NWO die zich richt op het fundamenteel-wetenschappelijk onderzoek.

Eind 1998 verschijnt een in opdracht van VWS geschreven rapport over het overlastbeleid dat de Raad zal kunnen gebruiken. Relevant is verder het scenario-rapport van de STG. Ook de studies die in opdracht van VWS worden verricht naar het functioneren van de gemeentelijke zorgtaken, zijn van belang voor de Raad.

Relevante andere adviezen van de RVZ zijn:

- GGZ in de 21e eeuw (1998) en
- Openbare gezondheidszorg en curatieve zorg (verschijnt in 1998).



## Relevant gedeelte uit het door de staatssecretaris van VWS vastgestelde werkprogramma RMO 1999

### 3.7 Verslavingszorg herijkt

De Raad wil aandacht schenken aan maatschappelijke gevolgen van verslavingsziekten. De nadruk komt meer te liggen op vormen van overlast die ontstaan ten gevolge van verslavingen, en minder op de zorg voor de verslaafde zelf. Het gaat niet alleen om verslaving aan verschillende soorten drugs, maar ook om die aan alcohol en aan gokken. Naast 'traditionele' verslavingen, zoals aan heroïne, komen ook moderne verslavingen aan de orde, zoals aan XTC en andere chemische stoffen.

Op basis van beschouwingen over de relatie tussen deze deelonderwerpen zal de Raad adviseren over mogelijkheden om de maatschappelijke gevolgen van verslavingsziekten tegen te gaan.

In de tweede plaats zal de Raad ingaan op de maatschappelijke positie van verslaafden. Niet alleen de verslaving zelf, maar ook de maatschappelijke achtergrond van de verslaafden kan van belang zijn voor initiatieven gericht op de verbetering van hun positie in de samenleving. Een belangrijke vraag hierbij is de wijze waarop de participatie van de betrokkenen kan worden bevorderd.

Een derde invalshoek komt voort uit het feit dat de Nederlandse verslavingszorg op onderdelen afwijkt van de verslavingszorg in andere Europese landen. Hier staat de verslavingszorg voorop; in andere landen het drugsbeleid als zodanig, waarbij eerder een repressieve benadering en een justitiële aanpak worden gevolgd. In Nederland wordt de nadruk vooral gelegd op het voorkomen van verslavingsziekten en op het beheersen van de problematiek binnen grenzen die voor alle betrokken partijen acceptabel zijn. Daarbij zijn vooral instellingen voor gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening betrokken.

Om een afgewogen oordeel te kunnen vormen over de inhoud en structuur van de verslavingszorg in Nederland, acht de Raad het zinvol om van deze verschillen kennis te nemen.

Het advies zal worden afgestemd met het advies van de RVZ over het gelijknamige onderwerp. De RVZ en de RMO zullen ervoor zorgdragen dat hun overwegingen en aanbevelingen in elkaars verlengde liggen en dat de teksten als een geheel te lezen zijn. De adviezen zullen gelijktijdig worden aangeboden.





## **Bijlage 2**

### **Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)**

**Voorzitter:**

Prof. drs. J. van Londen

**Leden:**

Mw. prof. dr. I.D. de Beaufort

Drs. J.C. Blankert

Mw. M.J.M. le Grand-van den Bogaard

Prof. dr. T.E.D. van der Grinten

Prof. dr. P.A.H. van Lieshout

Mw. prof. dr. B. Meyboom-de Jong

Mw. prof. dr. S.P. Verloove-Vanhorick

**Algemeen secretaris:**

Drs. P. Vos

### **Samenstelling Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO)**

**Voorzitter:**

Mw. M.J.H. den Ouden-Dekkers

**Leden:**

Prof. dr. H.P.M. Adriaansens

Drs. H.J. Kaiser

Mw. Y. Koster-Dreese

Dr. A.P.N. Nauta

Mw. prof. dr. J. de Savornin Lohman

Mw. drs. N. Schoemaker

Mw. drs. E.M. Vermeulen

Prof. dr. W. van Voorden

**Algemeen secretaris:**

Drs. F. Vos



## Bijlage 3

### Adviesvoorbereiding

- 1 Betrokken RVZ-raadsleden**  
Prof. dr. P.A.H. van Lieshout  
Mw. M.J.M. Le Grand-van den Bogaard  
  
**Betrokken RMO-raadsleden**  
Drs. H.J. Kaiser
- 2 Ambtelijke projectgroep**  
Drs. J.M.H. van der Velden, projectleider RVZ  
Drs. F. Vos, projectleider RMO  
Drs. P.J.G.M. de Bekker, projectmedewerker  
Mw. drs. R. van den Bergh, projectmedewerker  
(tot 19-3-1999)  
Mw. drs. I. Dijkstal, projectmedewerker (tot 1-4-1999)  
Drs. J.J.G.M. van den Hoek, projectmedewerker  
Mw. drs. M.S. Prins, projectmedewerker (RMO)  
Mw. M.F.S. Martinez, projectsecretaresse
- 3 Samenstelling klankbordgroep**  
Prof. dr. P.A.H. van Lieshout, voorzitter  
Drs. E.C.J.E. Czyzewski, algemeen directeur Boumanhuis  
Rotterdam  
Prof. dr. J.W. van der Dussen, emeritus hoogleraar Openbare  
financiën  
W. Ety, Venoot Anderson Elffers Felix  
Prof. dr. H.E.L. Garretsen, hoogleraar Verslavingsziekten, Instituut  
voor Verslavingsonderzoek Rotterdam  
P.J. Geerlings, psychiater Jelinekkliniek  
Mw. M.J.M. Le Grand-van den Bogaard  
Mr. J.H.A.M. Grijpink, raadsadviseur Ministerie van Justitie  
Drs. H.J. Kaiser, burgemeester Roermond  
Drs. A.F.W. Kok, hoofdinspectie gezondheidszorg  
Mw. drs. E.M. Vermeulen, wethouder Onderwijs, welzijn en sport,  
stadsdeel Amsterdam Oud-Zuid  
Mr. P. Vogelzang, korpschef politie Utrecht

De klankbordgroep is drie maal bijeen geweest om te praten over inhoudelijke notities en rapporten.

#### 4 **Werkbezoeken**

In het kader van de adviesvoorbereiding zijn in totaal zes werkbezoeken afgelegd:

- Boumanhuis, Rotterdam
- Parnassia, Den Haag
- De Regenboog, Amsterdam
- Jellinek, Amsterdam
- Gelders Centrum Verslavingszorg, Arnhem
- CAD Limburg, Maastricht.

#### 5 **Regionale bijeenkomst**

De drie noordelijke provincies hebben zich op 1 april in Eelde gepresenteerd in het kader van een regionale bijeenkomst Verslavingszorg onder voorzitterschap van prof. Van Lieshout. Bijzonder aan deze bijeenkomst was de deelname van een groot aantal betrokkenen werkzaam buiten de categoriale verslavingszorg. Deelnemers aan de bijeenkomst waren:

- dhr. A. Alblas, GGD Groningen
- dhr. T. de Boer, Ambulante Verslavingszorg Groningen
- dhr. J. Boéré, Raad van Bestuur Kuno van Dijk Stichting
- mw. C. Eeltink, Psychiater APZ Drenthe
- dhr. P. van der Eng, Dubbele Diagnose Project
- mw. A. Garos, Openbaar Ministerie Drenthe
- mw. H. de Haan-Laagland, Wethouder Gemeente Leeuwarden
- dhr. B. Haarsma, Kuno van Dijk Stichting
- hr. A. van der Heide, Directeur RIBW Drenthe
- dhr. J. van Hese, Directeur Leger des Heils
- dhr. R. Hoek, Stichting Werkprojecten Groningen - 12e huis
- dhr. K. Hofman, CAD Drenthe
- mw. M. de Jonge, cliëntdeskundige
- dhr. S van der Lande, Stichting Huis voor Thuis- en Daklozen
- dhr. van der Leur, Politie Groningen
- dhr. R. Lolkema, Kuno van Dijk Stichting
- dhr. H. Morssink, Ambulante Verslavingszorg Groningen
- mw. T. van Schie, Dienst OCSW - Gemeente Groningen
- dhr. M. Stollenga, CAD Drenthe
- mw. C. Terhell, CBB Drenthe
- dhr. H. Vos, psychiater Kuno van Dijk Stichting
- mw. C. Westerling, Parketsecretaris Openbaar Ministerie Groningen
- dhr. W. Willemse, GGD Groningen
- mw. M. Zomer, Raad van Bestuur Kuno van Dijk Stichting



## **6 Invitational conference**

De RVZ en de RMO hebben het concept-advies op 25 mei 1999 tijdens een invitational conference voorgelegd aan betrokken partijen. Deelnemers aan de conferentie waren:

P.A.H. van Lieshout, RVZ  
Mw M.J.M. Le grand-van den Bogaard, RVZ  
P.H. Tijsterman, Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg  
E.L. Huberts, Federatie Opvang  
E.C.J.E. Czyzewski, GGZ Nederland, Bestuurscommissie Verslavingszorg;  
bestuur Verslavingsreclassering  
M.J. Hoekstra, GGZ Nederland, Bestuurscommissie Verslavingszorg  
B.F.M. Kuijf, GGZ Nederland, Bestuurscommissie Verslavingszorg  
E. Sietsma, Landelijke Huisartsen Vereniging  
J.M.L. Fransman, Landelijke Vereniging GGDen  
J.M.H.P. Timmermans, Nederlands Instituut van Psychologen  
Mw. M. Donker, Trimbos Instituut  
G. Goedhart, Vereniging van Nederlandse Gemeenten  
R. ter Haar, Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland  
Mw D. Smit, Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland  
E.M.P. Holman, Zorgverzekeraars Nederland  
F. Vos, Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling

## **7 Geconsulteerde deskundigen**

### *Boumanhuis Rotterdam*

- S. Czyzewski, algemeen directeur
- B. van der Post, projectleider zorgvernieuwing
- G. Eindhoven, financieel directeur
- Mw. J. Verveen, projectleider heroïne-experiment
- Mw. M. van Twist, projectleider Wonen en werken
- U. Sap, hoofd resocialisatiekliniek
- Marcel, cliënt
- W. Lustenbrouwer, unithoofd Pieter Posthuis
- A. Nolten, stafmedewerker
- Anneliese, cliënte

### *Jellinek, Amsterdam*

- J. Walburg, directeur
- P.J. Geerlings, psychiater
- Mw. A van Dijk, hoofd Kwaliteit en innovatie
- Mw. W. de Wildt, medewerker Kwaliteit en innovatie
- W. van den Brink, directeur AIAR
- G. Schippers, stafadviseur onderzoek AIAR

- H. Ticken, adjunct directeur

*De Regenboog, Amsterdam*

- J. Groen, directeur
- F. Aalderinks, voorlichter

*Parnassia, Den Haag*

- C. van der Meer, directeur Zorg
- W. Plom, bedrijfsvoering; interim manager
- F. Brouwers, sectormanager justitiële verslavingszorg
- Mw. J. Verweij, beleidsbehandelaar sector drugs
- Mw. I. de Bruin, sector alcohol
- N. Boersen, productmanager Dienst Maatschappelijke integratie/Specifieke behandeling

*Gelders Centrum voor Verslavingszorg, Arnhem*

- B. Kuijf, voorzitter Raad van Bestuur
- D. Olthof, lid Raad van Bestuur
- Mw. R. Wijsen, zorgcoördinator regio Nijmegen
- J. Bouwens, plv. hoofd centrale afdeling preventie

*GGZ Nederland*

- F. Leenders, algemeen directeur
- M. Hoekstra, directeur verslavingszorg
- K. in 't Veld, directeur Novadic
- L. van Ruth, directeur Brijder Stichting
- J. van der Haar, Stichting Arta

## 8 Projectbrief

In het kader van de communicatie met het veld heeft de RVZ een zogenaamde projectbrief ontwikkeld. Deze nieuwsbrief is gedurende de voorbereiding van het advies driemaal verschenen. Het doel was om het veld van de verslavingszorg en overige geïnteresseerden te informeren over de voorbereiding van het advies. De projectbrief verscheen in een oplage van 500 exemplaren.



## Bijlage 4

### Samenvatting onderzoek AEF

De verslavingszorg is een complex domein waarin meerdere maatschappelijke doelstellingen bij elkaar komen. Gemeenten, zorginstellingen en justitie hebben op decentraal niveau ieder hun verantwoordelijkheid voor het aanpakken van verslavingszorgproblemen. Dit levert zowel op centraal (rijk) als decentraal niveau knelpunten op in de aansturing en in de koppeling tussen de verschillende sectoren.

Andersson Elffers Felix (AEF) heeft in opdracht van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en de Raad voor de Financiële Verhoudingen (Rfv) een vergelijkende sectorstudie gemaakt naar koppelings- en sturingsmechanismen. Dit is een deelstudie voor het advies dat de RVZ en de RMO in 1999 zullen uitbrengen over de herijking van de verslavingszorg. Doel van deze deelstudie is te bezien in hoeverre lessen te trekken zijn uit andere sectoren en in hoeverre koppelings- en sturingsmechanismen uit andere sectoren ook toepasbaar zijn in de verslavingszorg. De deelstudie zelf verschijnt als achtergrondstudie bij het advies.

In dit onderzoek zijn vier sectoren/domeinen bestudeerd:

- sociale zekerheid en arbeidsvoorziening
- integraal gemeentelijk veiligheidsbeleid
- woningcorporaties
- sociale werkvoorziening

Deze zijn nader uitgewerkt in hoofdstukken 2 tot en met 5 in de achtergrondstudie.

Kenmerk van deze sectoren is dat er sprake is van:

- landelijk systeem van regels
- sterke mate van decentralisatie
- samenhangend produkt
- sterke mate van complexiteit
- verschillende financieringsstromen

#### **Toetsingskader: probleemvelden verslavingszorg**

Om tot een nader toetsing te komen zijn allereerst de belangrijkste probleemvelden binnen de verslavingszorg op het gebied van koppeling en sturing in kaart gebracht. Deze vormen gezamenlijk het toetsingskader (zie hoofdstuk 1).



Daarbij zijn de volgende probleemvelden onderscheiden:

1. Heldere domeinafbakening
2. Meetbare doelen
3. Effectiviteit van zorg- en behandelvormen
4. Verantwoordelijkheidsverdeling/regierol
5. Bekostigingssystematiek/prikkels
6. Werkprocessen (afstemming)
7. Regionalisering/schaalgrootte (fusies)
8. Toezicht

### **Koppelings- en sturingsmechanismen**

In de vergelijkingsstudie komen in totaal 15 koppelings- en sturingsmechanismen naar voren.

#### **1. Wettelijk kader**

*Voordelen:* integratie van macrodoelen, mits deze ook vanuit de verschillende domeinen helder gedefinieerd zijn; vastleggen van verantwoordelijkheden (macro- en mesoniveau) en de positionering van het domein verslavingszorg.  
*Nadelen/risico's:* starheid en verhullen van departementale belangentegenstellingen.

#### **2. Landelijk beleidskader/convenant**

*Voordelen:* flexibel (o.a. deelname departementen, landelijke partijen) en actuele doelen.

*Nadelen/risico's:* vrijblijvendheid en mogelijk onvoldoende vertaling naar decentraal niveau.

#### **3. Zelfregulerings/marktwerking**

*Voordelen:* efficiëncyprikkel en innovatieprikkel.

*Nadelen/risico's:* ongewenste neveneffecten en onmaatschappelijk gedrag uitvoerders.

#### **4. Doelformulering (decentraal, integraal)**

*Voordelen:* prioriteitsstelling (ook financieel), investeringskader, sturende werking richting uitvoerende organisaties en koppeling van domein op regionaal niveau.

*Risico:* doelen worden onvoldoende geoperationaliseerd en meetbaar gemaakt.

#### **5. Contractering**

*Voordelen:* sturing op resultaat, flexibel, heldere scheiding in verantwoordelijkheden (beleidsvorming en uitvoering) en inkopen van de juiste deskundigheid.

*Risico:* onvoldoende transparantie in de markt.



## **6. Decentrale regie**

*Voordelen:* regie dicht bij de feitelijke problemen en dicht bij de uitvoerders.  
*Risico:* teveel afstand van landelijke doelen.

## **7. Prestatie-afspraken**

*Voordelen:* meetbaarheid, vergelijkbaarheid, transparantie en resultaatgerichtheid.

*Risico:* uitwerking en draagvlak voor prestatie- en resultaatindicatoren.

## **8. Monitoring**

*Voordelen:* beter inzicht, onderbouwing aanpassing behandelproces, tijdige herindicatie en interventie, beleidsinformatie.

*Nadelen/risico's:* verzamelen en 'non'-informatie, bureaucratie.

## **9. 1 Loket**

*Voordelen:* fysiek integratiepunt, herkenbaarheid en minder drempels voor client.

*Nadelen/risico's:* Verantwoordelijkheden raken vertroebeld, bureaucratie, inflexibiliteit en een afnemende signaleringsfunctie huisartsen.

## **10. Indicatiestelling**

*Voordelen:* onafhankelijke beoordeling, integratie weging, uitgangspunt voor behandelplan, normen en criteria ('eenheidstaal') voor beleidsmakers en uitvoerders en een basis voor financiering.

*Nadelen/risico's:* bureaucratie, extra 'laag'

## **11. ICT**

*Voordelen:* stimuleren van samenwerking tussen uitvoerders, sturing en monitoring op cliëntniveau.

*Nadelen/risico's:* kosten, uitvoersproblemen, bureaucratie en privacy.

## **12. Bestuurlijke medeverantwoordelijkheid**

*Voordelen:* gezamenlijke betrokkenheid van partijen, verantwoordelijkheid bij 'risicohouders' zelf.

*Nadelen/risico's:* onduidelijke verantwoordelijkheidsverdeling op en tussen micro-, meso- en macroniveau.

## **13. Financiële prikkels**

*Voordelen:* stimuleren van hulp aan zware gevallen.

*Nadelen/risico's:* vergaande aanpassing financieringssysteem, controle.

## **14. Bundeling van geldstromen**

*Voordelen:* stimuleren en integrale aanpak, flexibele, doelgerichte inzet van middelen.

*Nadelen/risico's:* onvoldoende transparantie.

### 15. Toezicht

*Voordelen:* controle en legitimatie/verantwoording, beleidsinformatie,

*Nadelen/risico's:* meerdere toezichthouders tegelijk.

### Conclusie

Als de verschillende instrumenten worden gewogen kan ten aanzien aan de geschiktheid voor de verslavingszorg de volgende conclusie worden getrokken:

Geschikt	Lokale doelformulering Decentrale regie Prestatieafspraken Indicatiestelling Monitoring Contractering Bundeling van geldstromen Toezicht
Te overwegen	Wettelijk kader ICT Bestuurlijke medeverantwoordelijkheid Financiële prikkels
Niet geschikt	Landelijk beleidskader/convenant Marktwerking 1 Loket

## Bijlage 5

### Toelichting beoordeling besturingsmodellen

#### Beoordelingscriteria

De criteria die de Raden hebben gehanteerd bij de beoordeling van de verschillende onderzochte besturingsmodellen (zie hoofdstuk 5 in het advies) zijn in drie categorieën te verdelen:

- A. de mate waarin het model voldoet aan de uitgangspunten bij de visie op de sturing en besturing van de hulp aan verslaafden (zie par. 3.4);
- B. de mate waarin het model voldoet aan een aantal algemeen geldende beoordelingscriteria (de sterke en zwakke punten van het besturingsmodel);
- C. de kansen en risico's die aan het model verbonden zijn. Dit betreft sterker dan de meer feitelijke constatering onder punt B, inschattingen van de beide Raden.

Opgemerkt moet worden dat de verschillende criteria onderling soms enigszins overlappen, met name de criteria onder A en B.

#### **A     Uitgangspunten sturing en besturing**

De mate waarin een besturingsmodel voldoet aan de vier uitgangspunten die de Raden aan de sturing en besturing gesteld hebben, vormt de eerste set beoordelingscriteria. Dit zijn:

- A.1     integraliteit van het beleid;
- A.2     eenduidige koppeling doelstelling - bekostiging;
- A.3     synergie van doelstellingen;
- A.4     decentraal als het kan, centraal indien nodig.

Bij de beoordeling aan de hand van deze bestuurlijke criteria nemen de RVZ en RMO tevens het uitgangspunt mee dat de verslavingszorg een duidelijke verankering in de gezondheidszorg dient te hebben (zie par. 3.3 en 4.5).

#### **B     Sterke en zwakke punten**

Bij de beoordeling van beleidsvoorstellen in het algemeen hanteren de RVZ en de RMO een drietal sets criteria:

- B.1 haalbaarheid;
- B.2 flexibiliteit;
- B.3 doelmatigheid.

Deze drie algemeen geldende sets beoordelingscriteria moeten per specifiek beleidsprobleem geconcretiseerd worden, willen zij ook bruikbaar en onderscheidend zijn. Dat gebeurt hierna.

### **B.1 Haalbaarheid**

De Raden onderscheiden een drietal aspecten aan het begrip haalbaarheid, te weten:

#### **B.1.a Politieke haalbaarheid**

In het kader van verslavingszorg houdt dit op de eerste plaats in de mate van betrokkenheid van het openbaar bestuur bij de regie in de hulp aan verslaafden. De problemen die samenhangen met verslavingsgedrag overstijgen het individuele niveau: ze hebben ook betrekking op de openbare orde en de veiligheid, waarvoor het openbaar bestuur direct verantwoordelijk is.

Daarnaast is bij de beoordeling van de politieke haalbaarheid van belang of het gekozen bestuurlijke model aansluit bij bestaande bestuurlijke verhoudingen en bestaande stelsels. Naarmate het model meer van het bestaande afwijkt zal de noodzaak daarvan sterker moeten worden aangetoond.

#### **B.1.b en c Financiële haalbaarheid: structureel en incidenteel**

Bij de financiële haalbaarheid wordt onderscheid gemaakt tussen de structurele financiële haalbaarheid (de kostenontwikkeling op langere termijn) en de incidentele financiële haalbaarheid (de kosten die noodzakelijk zijn om het bestuurlijke model te ontwikkelen en de faciliteren).

Naar mate met het gekozen model extra kosten gemoeid zijn, zal in principe de haalbaarheid afnemen. In het bijzonder een toename van de noodzakelijke bureaucratiekosten (kosten in verband met het besturingssysteem zelf) beïnvloeden de financiële haalbaarheid negatief. Deze lagere haalbaarheid kan worden gecompenseerd door een toename van effectiviteit en doelmatigheid.

Daarnaast leiden (afgezien van het netto totaaleffect) grote verschuivingen in de bestaande financieringsstromen tot een vermindering van de financiële haalbaarheid, in het bijzonder wanneer het verschuivingen tussen verschillende domeinen of stelsels betreft.

### **B.2 Flexibiliteit**

De flexibiliteit van het gekozen model bepaalt samen met de mate van bestuurlijke integratie (betrokkenheid vanuit de drie kerndomeinen) de



effectiviteit van het bestuurlijke model. Aangezien de bestuurlijke integratie al beoordeeld wordt onder categorie A (synergie van beleidsdoelstellingen), wordt hier alleen ingegaan op het aspect flexibiliteit.

Het gekozen bestuursmodel moet in staat zijn dat voor specifieke oplossingen wordt gekozen, die het best aansluiten bij concrete problemen in het desbetreffende geografische gebied.

### **B.3 Doelmatigheid**

Een derde cluster betreft de doelmatigheid. Het gaat om twee aspecten.

#### **B.3.a Voorwaarden voor kosteneffectiviteit**

Naarmate in een bestuurlijk model duidelijker kan worden aangetoond wat de realisatie van de drie sets doelstellingen (gerelateerd aan elk van de drie kerndomeinen) kost en meer nog dat deze kosten per bereikte doelstelling laag ligt, is er sprake van een hoge doelmatigheid, hetgeen gunstig uitpakt op de beoordeling van het bestuurlijke model. Met name dit laatste aspect: de feitelijke doelmatigheid, kan moeilijk direct gerelateerd worden aan het bestuurlijke model. Daarom zal bij de beoordeling vooral worden gelet op de mogelijkheden om vanuit elk van de drie kerndomeinen heldere doelstellingen te kunnen formuleren.

#### **B.3.b De bestuurlijke slagvaardigheid**

Naarmate het bestuursmodel meer mogelijkheden kent om snel en adequaat op nieuwe situaties in te spelen, zullen verspillingen voorkomen kunnen worden. Zeker wanneer dit gepaard gaat met een evenwichtige inbreng vanuit de drie genoemde kerndomeinen, zal dit positief uitwerken op de voorkeur voor een dergelijk model.

## **C Kansen en risico's**

Het is moeilijk om in te schatten wat de mogelijke neveneffecten zijn bij de verschillende bestuurlijke modellen. Desondanks kunnen deze neveneffecten van groot belang zijn bij de uiteindelijke keuze van het bestuurlijke model. Daarom hebben de Raden ervoor gekozen om als derde set beoordelingscriteria op te nemen de inschatting van:

- C.1 de kansen (de mogelijke wenselijke neveneffecten) en
- C.2 de risico's (de mogelijk ongewenste neveneffecten).

### **De gehanteerde beoordelingmethodiek**

De Raden hebben aan de hand van de hierboven geschetste 3 sets beoordelingscriteria de bestuursmodellen kwalitatief beoordeeld. In de schema's in de volgende paragrafen worden globaal per beoordelingscriterium

de overwegingen en de kwalitatieve beoordeling op een vijfpuntsschaal (++, +, +/-, - en --) gegeven.

Om tot een totaalbeoordeling te komen zijn de scores per categorie opgeteld in een sub totaal, waarna de drie subtotalen opgeteld resulteren in een totaalscore.

RVZ en RMO benadrukken dat het hier om een kwalitatieve inschatting en beoordeling gaat. Hierbij is ook de relatieve weging van de beoordelingscriteria ten opzichte van elkaar van belang. Wanneer een model slechts in zeer geringe mate voldoet aan de uitgangspunten sturing en besturing (A.1 t/m 4) weegt dit in het eindoordeel sterk mee.

### **Model 1: regie door het zorgkantoor**

In dit model heeft het zorgkantoor de zeggenschap over de AWBZ-middelen, de gemeentelijke middelen en de justitiemiddelen. Het krijgt vooraf globale richtlijnen mee vanuit de drie financieringsstelsels en legt achteraf verantwoording af aan de betrokken financiers. Naast de AWBZ besteden ook de gemeenten en de reclassering taken uit aan het zorgkantoor, dat zich als een maatschappelijk ondernemer opstelt.

Deze keuze voor het zorgkantoor ligt op grond van de inbreng van middelen voor de hand: de budgetten voor de instellingen voor verslavingszorg bestaan voor 60% uit AWBZ-middelen, voor 30% uit gemeentelijke middelen en voor 10% uit justitiemiddelen.

**Tabel 1 Regie door het zorgkantoor**

<i>A Uitgangspunten sturing en besturing</i>	<i>Score</i>
<i>A.1 Integraal beleid</i> Het zorgkantoor is eenzijdig gericht op de gezondheidszorg	-
<i>A.2 Eenduidige koppeling doelstelling – bekostiging</i> Zorgkantoor is eenzijdig gericht op de gezondheidszorg, risico dat doelen buiten gezondheidszorg onvoldoende aandacht krijgen	-
<i>A.3 Synergie beleidsdoelstellingen</i> Gebrek aan betrokkenheid openbaar bestuur/gemeenten en politie/justitie	-
<i>A.4 Decentraal als het kan, centraal indien nodig</i> Zorgkantoorconstructie garandeert een zekere mate van geografische	+/-



decentralisatie, maar voor regio-overstijgende problemen en lokale problemen niet ideaal

Subtotaal

-3

---

<b>B Sterke en zwakke punten</b>	<b>Score</b>
<i>B.1.a Politieke haalbaarheid</i>	-
Vanwege de associatie met de gezondheidszorg en de (zeer) geringe betrokkenheid van het openbaar bestuur bij het zorgkantoor. Functie zorgkantoor nog volop in ontwikkeling, wordt in dit model na al extra belast met een extra bijzondere functie in het kader van de verslavingszorg. Een apart besturingsmodel voor de verslavingszorg, los van het openbaar bestuur	
<i>B.1.b Financiële haalbaarheid (structureel)</i>	+
Schaalgrootte voordeel, regie in een hand: kansen op kostenbesparing, zorgkantoren hebben ervaring met terugkoppeling van resultaten naar nieuwe productie-afspraken	
<i>B.1.c Financiële haalbaarheid (incidenteel)</i>	+/-
De opbouw van expertise bij zorgkantoren mbt. overlastbestrijding en criminaliteitspreventie zal de nodige inspanningen vergen, er bestaat al wel ervaring met terugkoppeling in de gezondheidszorg	
<i>B.2 Bestuurlijke flexibiliteit</i>	+/-
Schaalgrootte: voordeel; gebrek aan betrokkenheid gemeenten en justitie/politie: nadeel	
<i>B.3.a Voorwaarden voor kosteneffectiviteit</i>	-
Onvoldoende betrokkenheid openbaar bestuur/gemeenten en politie/justitie	
<i>B.3.b Bestuurlijke slagvaardigheid</i>	+
Regie in één hand vergroot de bestuurlijke slagvaardigheid	
Subtotaal	+/-

---

---

<b>C Kansen en risico's</b>	<b>Score</b>
<i>C.1 Kansen</i>	+
Uitbreiding van de invloedssfeer van het zorgkantoor op het terrein van de verslavingszorg zou bij succes, een oplossing kunnen zijn voor	

---



bestuurlijke problemen in andere domeinen (ouderenzorg, gehandicaptenzorg)

*C.2 Risico's*

-

Zorgkantoor wordt machtig, onafhankelijk, oncontroleerbaar  
bureaucratisch bolwerk

Subtotaal

+/-

---

**Totaalscore model 1**

**-3**

---

## Model 2: regie door de gemeente

In feite zijn hier nog twee submodellen:

- individuele gemeenten (ruim 550) als regisseur;
- centrumgemeenten als regisseur.

De optie dat de regie wordt toebedeeld aan alle gemeenten valt af. De instellingen voor verslavingszorg moeten in die optie met te veel individuele gemeenten afspraken maken. Daarbij is de kans groot dat kleine gemeenten hiervoor te weinig deskundigheid hebben. Daarom werken we hier het model uit waarin de 33 centrumgemeenten de regie hebben.

Alle middelen uit de drie bekostigingsstromen komen in dit model onder beheer van centrumgemeenten, die daarmee de regierol krijgen.

- AWBZ-middelen: centrumgemeente krijgt daarmee voor de verslavingszorg de functie van zorgkantoor AWBZ.
- Welzijnswet-middelen: geen verandering. Wel moeten gemeenten meer kijken naar substitutiemogelijkheden tussen verschillende specifieke uitkeringen (verslavingszorg, maatschappelijke opvang, vrouwenopvang). En: sterkere profilering van gemeente als regisseur!
- Justitie-middelen: centrumgemeente wordt buitendienst van Justitie/reclassering.

**Tabel 2 Regie door de centrumgemeenten (momenteel 33)**

<i>A Uitgangspunten sturing en besturing</i>	<i>Score</i>
<i>A.1 Integraal beleid</i>	+/-
Gemeente is weliswaar een van de drie betrokken partijen, maar heeft wel ervaring met het ontwikkelen van integraal samenhangend beleid	
<i>A.2 Eenduidige koppeling doelstelling – bekostiging</i>	+/-
Zie omschrijving bij integraal beleid	



<i>A.3 Synergie beleidsdoelstellingen</i>	-
Weinig invloed van gezondheidszorg en politie/justitie	
<i>A.4 Decentraal als het kan, centraal indien nodig</i>	+/-
Sterke decentralisatie (risico voor gebrek aan centrale ontwikkelingen)	
Subtotaal	-1

<b>B Sterke en zwakke punten</b>	<b>Score</b>
<i>B.1.a Politieke haalbaarheid</i>	+
Grote betrokkenheid van het openbaar bestuur (de gemeente)	
<i>B.1.b Financiële haalbaarheid (structureel)</i>	+
Regie in een hand, grote ervaring bij beleidsuitvoering bij grote/middelgrote gemeenten	
<i>B.1.c Financiële haalbaarheid (incidenteel)</i>	+/-
De gemeenten moeten expertise opbouwen met betrekking tot de gezondheidszorguitvoering, hebben wel ervaring het hanteren van doelmatigheidscriteria in de beleidsuitvoering	
<i>B.2 Bestuurlijke flexibiliteit</i>	+/-
Regie in een hand, maar te weinig invloed vanuit gezondheidszorg en politie/justitie, risico van hindermacht	
<i>B.3.a Voorwaarden voor kosteneffectiviteit</i>	+/-
Weinig invloed van gezondheidszorg en politie/justitie, maar wel met uitvoering integraal beleid	
<i>B.3.b Bestuurlijke slagvaardigheid</i>	+/-
Directe politieke controle/democratische legitimiteit Voordeel, nadeel het korte termijn denken, gevoeligheid voor onlustgevoelens van burgers	
Subtotaal	+2

<b>C Kansen en risico's</b>	<b>Score</b>
<i>C.1 Kansen</i>	+
De centrumgemeente krijgt ook tot taak het AWBZ-zorgkantoor, kan een oplossing zijn voor andere sectoren. Integrale regiobudgetten worden dan op bredere schaal mogelijk	
<i>C.2 Risico's</i>	-

Gemeenten moeten ook gezondheidszorgtaken en justitietaken gaan uitvoeren. Dit kan spanningen geven met de autonome democratische positie van gemeenten waardoor de gezondheidszorg/VWS en Justitie onvoldoende invloed op het beleid kunnen uitoefenen

Subtotaal +/-

---

**Totaalscore model 2** +1

---

### Model 3: regie door de provincie

In dit model krijgt de provincie de zeggenschap over de middelen voor verslavingszorg, met verantwoording achteraf naar de AWBZ (ZFR of VWS) en justitie.

NB: met 'provincie' wordt hier zowel bedoeld op de 12 provincies als de vier grote steden.

**Tabel 3 Regie door de provincie**

<i>A Uitgangspunten sturing en besturing</i>	<i>Score</i>
<i>A.1 Integraal beleid</i>	+/-
Provincie staat boven de drie domeinen, heeft ervaring met ontwikkeling samenhangend integraal (plannings)beleid, maar niet met integraal uitvoeringsbeleid	
<i>A.2 Eenduidige koppeling doelstelling – bekostiging</i>	+/-
Provincie heeft weinig uitvoerende taken, maar wel ervaring met ontwikkeling integraal (plannings)beleid	
<i>A.3 Synergie beleidsdoelstellingen</i>	--
Slechte betrokkenheid gemeenten, gezondheidszorg en justitie/politie	
<i>A.4 Decentraal als het kan, centraal indien nodig</i>	+/-
Schaalgroote verslavingszorginstellingen (meestal) gelijk of kleiner dan provincie, maar mogelijk is dit niveau al weer te groot om op gemeentelijke wensen te kunnen inspelen	
Subtotaal	-2

<b>B Sterke en zwakke punten</b>	<b>Score</b>
<i>B.1.a Politieke haalbaarheid</i>	--
Provincie heeft weinig affiniteit met de uitvoering van beleid, verslavingszorg zou een uitzondering zijn/Gemeenten zijn niet geneigd naar provincies bevoegdheden af te staan De toekenning van deze taak naar de provincie haalt veel overhoop, zonder dat er op voorhand duidelijke winstpunten zijn.	
<i>B.1.b Financiële haalbaarheid (structureel)</i>	+
Regie in een hand, sterke toename schaalgrootte, grote overlap met de werkgebieden van de integrale verslavingszorginstellingen	
<i>B.1.c Financiële haalbaarheid (incidenteel)</i>	+
Regie in een hand, sterke toename schaalgrootte, grote overlap met de werkgebieden van de integrale verslavingszorginstellingen	
<i>B.2 Bestuurlijke flexibiliteit</i>	-
Weinig expertise mbt beleidsuitvoering, inclusief het hanteren van doelmatigheidscriteria in de beleidsuitvoering; deze expertise zal opgebouwd moeten worden	
<i>B.3.a Voorwaarden voor kosteneffectiviteit</i>	+/-
Regie in een hand/slechte betrokkenheid gemeenten, gezondheidszorg en justitie/politie	
<i>B.3.b Bestuurlijke slagvaardigheid</i>	+
Regie in een hand	
Subtotaal	+/-
<b>C Kansen en risico's</b>	<b>Score</b>
<i>C.1 Kansen</i>	+
Er zijn meer terreinen, die gemeentelijke schaal overstijgen. Uitbreiding provinciale taken zou hiervoor een oplossing kunnen bieden	
<i>C.2 Risico's</i>	+/-
Provincies moeten ook gezondheidszorgtaken en justitietaken gaan uitvoeren. Dit kan spanningen geven met de autonome democratische positie van gemeenten waardoor de gezondheidszorg/VWS en Justitie onvoldoende invloed op het beleid kunnen uitoefenen	
Subtotaal	+1
<b>Totaalscore model 3</b>	<b>-1</b>

## Model 4: regie door de rijksoverheid

In dit model is er geen middenniveau van besturing meer. De rijksoverheid komt op landelijk niveau tot overeenstemming over doelen en middelen en stelt een uitvoeringsorgaan in dat rechtstreeks met de instellingen productieafspraken maakt en erop toeziet dat deze ook worden gerealiseerd.

Tabel 4 Regie door de rijksoverheid

<i>A Uitgangspunten sturing en besturing</i>	<i>Score</i>
<i>A.1 Integraal beleid</i>	-
Integraal rijksbeleid betekent interdepartementale afstemming, dit is in de praktijk vaak een probleem	
<i>A.2 Eenduidige koppeling doelstelling – bekostiging</i>	-
Zie omschrijving bij integraal beleid	
<i>A.3 Synergie beleidsdoelstellingen</i>	+/-
In principe kan op rijksniveau de betrokkenheid van openbaar bestuur/gezondheidszorg en politie/justitie worden bewerkstelligd; in de praktijk weerbarstig	
<i>A.4 Decentraal als het kan, centraal indien nodig</i>	-
Vertrekpunt is centralisatie; de decentrale beleidsuitvoering komt in het gedrang	
Subtotaal	-3

<i>B Sterke en zwakke punten</i>	<i>Score</i>
<i>B.1.a Politieke haalbaarheid</i>	-
Beleidsuitvoering is geen kerntaak rijksoverheid	
<i>B.1.b Financiële haalbaarheid (structureel)</i>	-
Grote afstand tussen rijk en uitvoering in de praktijk, centralisatie leidt gemakkelijk tot bureaucratietoename	
<i>B.1.c Financiële haalbaarheid (incidenteel)</i>	-
De expertise mbt. toezicht en aansturing van verslavingsbeleid zal (nagenoeg) volledig moeten worden opgebouwd	
<i>B.2 Bestuurlijke flexibiliteit</i>	-
Te grote afstand tussen regie-niveau en de problemen in de werkelijkheid	



<i>B.3.a Voorwaarden voor kosteneffectiviteit</i>	-
De afstand tot de praktijk is groot; de ervaring leert dat in die situaties kosteneffectiviteit moeilijk te realiseren is	
<i>B.3.b Bestuurlijke slagvaardigheid</i>	+/-
In principe kan op rijksniveau de betrokkenheid van openbaar bestuur/gezondheidszorg en politie/justitie worden bewerkstelligd, in de praktijk weerbarstig	
Subtotaal	-5
<hr/>	
<b>C Kansen en risico's</b>	<b>Score</b>
<i>C.1 Kansen</i>	-
Geen, tendens is eerder decentralisatie	
<i>C.2 Risico's</i>	-
Te grote afstand tussen centraal niveau/decentraal niveau	
Subtotaal	-2
<hr/>	
<b>Totaalscore model 4</b>	<b>-10</b>

### Model 5: Regionaal model

#### *Omschrijving*

In dit model wordt de beleidsregie gelegd bij een bestuurlijk platform verslavingszorg op regionaal niveau.

De provincie (c.q. samenwerkende provincies) krijgt de taak een dergelijk platform te creëren. Deelnemers aan dit platform zijn zowel de budgethouders in de verslavingszorg (zorgkantoor, centrumgemeenten, justitie) als belanghebbenden (cliënten, zorgaanbieders, politie, woningcorporaties, jeugdzorg, onderwijs enz). Taak van het platform is om een regiovisie (meerjarig beleidskader) te formuleren, uitgaande van de regionale situatie en gegeven een landelijk kader.

Op operationeel niveau is er een overleg van budgethouders: zorgkantoor, centrumgemeente(n), justitie. Vanuit dit overleg wordt het zorgkantoor gemandateerd om te onderhandelen met de instelling voor verslavingszorg over de te bereiken doelen en doelgroepen, de inzet van middelen, de wijze

van verantwoording enz. Dit alles op basis van zowel een landelijk kader met uitgangspunten als op grond van de regiovisie.

#### *Globale beoordeling*

Dit bestuursmodel is specifiek ontwikkeld om de problemen in de verslavingszorg aan te pakken. Uit de probleemanalyse komt duidelijk naar voren dat de drie direct betrokken domeinen ieder hun eigen doelstellingen hebben, waarvan de behartiging niet zo maar aan een van de andere domeinen gedelegeerd kan worden.

De beleidsregie op regionaal niveau voorziet in de behoefte aan verticale en horizontale integratie.

Essentieel in het model is dat op operationeel niveau de huidige financiers eigen bevoegdheden inleveren, maar in ruil daarvoor een bredere bevoegdheid terugkrijgen. Zo krijgt de gemeente bijvoorbeeld invloed op wat er in de kliniek gebeurt.

**Tabel 5** Regie door een regionaal bestuurlijk platform verslavingszorg

<i>A Uitgangspunten sturing en besturing</i>	<i>Score</i>
<i>A.1 Integraal beleid</i>	+
Het platform is hier specifiek voor in het leven geroepen	
<i>A.2 Eenduidige koppeling doelstelling – bekostiging</i>	+
Het platform is hier specifiek voor in het leven geroepen	
<i>A.3 Synergie beleidsdoelstellingen</i>	+
De specifieke regionale oplossing is bedoeld om een evenwichtige bestuurlijke inbreng te realiseren	
<i>A.4 Decentraal als het kan, centraal indien nodig</i>	+/-
De regiogrootte is juist gekozen om de ideale mix te bereiken, maar er zullen voorzieningen voor centrale oplossingen gevonden moeten worden	
Subtotaal	+3
<i>B Sterke en zwakke punten</i>	<i>Score</i>
<i>B.1.a Politieke haalbaarheid</i>	+/-
Deze specifieke regionale oplossing moet juist recht doen aan de	



betrokkenheid van de drie domeinen, maar het vereist wel een nieuwe specifieke regeling	
<i>B.1.b Financiële haalbaarheid (structureel)</i>	+
De ontwikkeling van zo'n volledig nieuwe oplossing zal zeker aanloop- en ontwikkelkosten met zich brengen, maar biedt in potentie mogelijkheden voor kostenbesparingen	
<i>B.1.c Financiële haalbaarheid (incidenteel)</i>	-
De ontwikkeling van zo'n volledig nieuwe oplossing zal zeker aanloop- en ontwikkelkosten met zich brengen	
<i>B.2 Bestuurlijke flexibiliteit</i>	+
De specifieke regionale oplossing is bedoeld om de bestuurlijke slagvaardigheid te optimaliseren	
<i>B.3.a Voorwaarden voor kosteneffectiviteit</i>	+
De specifieke oplossing biedt hiertoe in principe de mogelijkheid	
<i>B.3.b Bestuurlijke slagvaardigheid</i>	+/-
Beleidsniveau: de betrokkenheid vanuit veel domeinen kan een belemmering zijn voor bestuurlijke slagvaardigheid, maar alle belangen zijn wel vertegenwoordigd	
Subtotaal	+2
<hr/>	
<b><i>C Kansen en risico's</i></b>	<b><i>Score</i></b>
<i>C.1 Kansen</i>	+
Een dergelijke specifieke oplossing kan ook voor andere beleidsterreinen waarop verschillende partijen en bestuurslagen actief zijn, een oplossing zijn.	
<i>C.2 Risico's</i>	-
Zo'n uitzonderlijke specifieke bestuurlijke oplossing kan ook leiden tot een zeker bestuurlijk isolement	
Subtotaal	+/-
<hr/>	
<b><i>Totaalscore model 5</i></b>	<b>+5</b>



## Overzicht beoordelingen

De beoordeling van de vijf verschillende bestuursmodellen kan als volgt worden samengevat.

**Tabel 7.1** De beoordelingen samengevat

bestuursmodel	uitgangspunten	sterkte / zwakte	kansen / risico's	totaal	rang
Zorgkantoor	-3	+/-	+/-	-3	4
Gemeente	-1	+2	+/-	+1	2
Provincie	-2	+/-	+1	-1	3
Rijksoverheid	-3	-5	-2	-10	5
Regionaal platform	+3	+2	+/-	+5	1

## Bijlage 6

### Begripsomschrijvingen en gebruikte afkortingen

#### 1 Begripsomschrijvingen

*Verslaving:*

aan een psychoactief middel gebonden stoornis, conform de criteria uit de DSM-IV (zie punt 3 van deze bijlage).

*Verslavingszorg:*

hulpverlening aan verslaafden. De hulp kan zowel vanuit algemene als categoriale voorzieningen geboden worden. Is van het laatste sprake dan gebruiken we de term 'categoriale verslavingszorg'.

*Verslavingsbeleid:*

beleid van de overheid, gericht op het gebruik en misbruik van middelen (bijv. public health beleid) en de maatschappelijke context daarvan (bijv. verkeersveiligheidsbeleid, overlastbeleid). Verslavingsbeleid richt zich op het gebruik van alle potentieel verslavende middelen, niet alleen de illegale middelen.

*Besturing:*

heeft betrekking op actoren, verantwoordelijkheden, bevoegdheden, regie.

*Sturing:*

verwijst naar instrumenten en middelen (wet- en regelgeving, bekostiging e.d.).

#### 2 Gebruikte afkortingen

AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BZK	Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
CWI	Centrum voor Werk en Inkomen
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICT	Informatie- en communicatietechnologie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IVO	Instituut voor Verslavingsonderzoek
JOZ	Jaaroverzicht Zorg
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HAGRO	Huisartsengroep

HOED	Huisartsen onder één dak
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NPCF	Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie
NWO	Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
OGZ	Openbare gezondheidszorg
PAAZ	Psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis
Rfv	Raad voor de Financiële verhoudingen
RGO	Raad voor Gezondheidszorg onderzoek
RMO	Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SOV	Strafrechtelijke Opvang Verslaafden
SoZaWe	Sociale Zaken en Werkgelegenheid
STG	Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg
SVO	Stuurgroep Vermindering Overlast
TBS	Terbeschikkingstelling (van de regering)
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZON	ZorgOnderzoek Nederland

### 3 Diagnostische criteria DSM-IV voor aan een middel gebonden stoornissen

#### *Afhankelijkheid van een middel*

Een patroon van onaangepast gebruik van een middel dat leidt tot significante beperkingen of lijden zoals blijkt uit drie (of meer) van de volgende die zich op een willekeurig moment in dezelfde periode van twaalf maanden voordoen:

1. Tolerantie, zoals gedefinieerd door ten minste één van de volgende:
  - a. een behoefte aan duidelijk toenemende hoeveelheden van het middel om een intoxicatie of de gewenste werking te bereiken;
  - b. een duidelijk verminderd effect bij voortgezet gebruik van dezelfde hoeveelheid van het middel.
  
2. Onthouding, zoals blijkt uit ten minste één van de volgende:
  - a. het voor het middel karakteristieke onthoudingssyndroom (verwijs naar criteria A en B van de criteria voor onthouding van een specifiek middel);



- b. hetzelfde (of een nauw hiermee verwant) middel wordt gebruikt om onthoudingsverschijnselen te verlichten of te vermijden.
3. Het middel wordt vaak in grotere hoeveelheden of gedurende een langere tijd gebruikt dan het plan was.
4. Er bestaat de aanhoudende wens of er zijn weinig succesvolle pogingen om het gebruik van het middel te verminderen of in de hand te houden.
5. Een groot deel van de tijd gaat op aan activiteiten, nodig om aan het middel te komen (bijvoorbeeld verschillende artsen bezoeken of grote afstanden afleggen), het gebruik van het middel (bijvoorbeeld kettingroken), of aan het herstel van de effecten ervan.
6. Belangrijke sociale of beroepsmatige bezigheden of vrijetijdsbesteding worden opgegeven of verminderd vanwege van het gebruik van het middel.
7. Het gebruik van het middel wordt gecontinueerd ondanks de wetenschap dat er een hardnekkig of terugkerend sociaal, psychisch of lichamelijk probleem is dat waarschijnlijk veroorzaakt of verergerd wordt door het middel (bijvoorbeeld actueel cocaïne veroorzaakt wordt of doorgaan met het drinken van alcohol ondanks het beseft dat een maagzweer verergerde door het alcoholgebruik.

*Misbruik van een middel*

- A. Een patroon van het onaangepast gebruik van een middel dat leidt tot significante beperkingen of lijden, zoals in een periode van twaalf maanden blijkt uit ten minste een (of meer) van de volgende:
  1. herhaaldelijk gebruik van het middel met als gevolg dat het niet meer lukt om in belangrijke mate te voldoen aan verplichtingen op het werk, school of thuis (bijvoorbeeld herhaaldelijk absent of slecht werk afleveren in samenhang met het gebruik van het middel; met het middel samenhangende absentie, schorsing of verwijdering van school; verwaarlozing van kinderen of het huishouden);
  2. herhaaldelijk gebruik van het middel in situaties waarin het fysiek gevaarlijk is (bijvoorbeeld autorijden of bedienen van een machine als men onder invloed van het middel is;
  3. herhaaldelijk, in samenhang met het middel, in aanraking komen met juiste (bijvoorbeeld aanhouding wegens

- verstoring van de openbare orde in samenhang met het middel);
4. voortdurend gebruik van het middel ondanks aanhoudende of terugkerende problemen op sociaal of intermenselijk terrein veroorzaakt of verergert door de effecten van het middel (bijvoorbeeld ruzie met de echtgenoot over de gevolgen van de intoxicatie, vechtpartijen).
- B. De verschijnselen hebben nooit voldaan aan de criteria van afhankelijkheid van een middel uit deze groep middelen.

### **Stoornissen door een middel teweeggebracht**

#### *Intoxicatie door een middel*

- A. Het ontstaan van een reversibel middel-specifiek syndroom als gevolg van recent gebruik van (of blootstelling aan) een middel  
**N.B.:** Verschillende middelen kunnen vergelijkbare of identieke syndromen veroorzaken.
- B. Gedrags- of psychische veranderingen die het gevolg zijn van het effect van het middel op het centraal zenuwstelsel (bijvoorbeeld ruziemaken, stemmingslabiliteit, cognitieve beperkingen, oordeelsstoornis, slecht sociaal of beroepsmatig functioneren) die in significante mate onaangepast zijn en die tijdens of kort na het gebruik van het middel ontstaan.
- C. De symptomen zijn niet het gevolg van een somatische aandoening en zijn niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis.

#### *Onthouding van een middel*

- A. De ontwikkeling van een middel-specifiek syndroom als gevolg van het staken (of verminderen) van het gebruik van het middel dat daarvoor aanzienlijk en van lange duur is geweest.
- B. Het middel-specifiek syndroom veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op belangrijke andere terreinen.
- C. De verschijnselen zijn niet het gevolg van een somatische aandoening en zijn niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis.

## **Bijlage 7**



## Literatuur<sup>2</sup>

Adviescommissie Verslavingszorg (Commissie Van Thijn), Borg voor zorg, Amsterdam, 1995.

Brief VWS aan Tweede Kamer d.d. 12 november 1997 over het PEO-programma volksgezondheid en zorg 1998.

Brief VWS aan de Tweede Kamer d.d. 17 februari 1998 over een programma verslaving.

Brief VWS aan Tweede Kamer d.d. 19 juni 1998 over een ontwikkelingsplan verslavingszorg.

CvZ. Advies inzake voorzieningen voor verslaafden met psychiatrische stoornissen. Utrecht, 1999.

Dekker, E. Het beleid beleefd: vraaggerichtheid van de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Utrecht: Trimbos-instituut, 1998.

Gageldonk, A. van, et al. De Nederlandse verslavingszorg: overzicht van de kennis over aanbod, vraag en effect. Utrecht: Trimbos-instituut, 1997.

GGZ Nederland. Resultaten scoren. Utrecht: GGZ Nederland, 1998.

Inspectie van de Gezondheidszorg. Een rapportage over kwaliteit en toegankelijkheid. Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1997.

Jellinek. Grenzeloos verslaafd: jaarverslag 1995. Amsterdam: Jellinek, 1996.

Jongerius, J., Hull, H. en Derks, J. Hoe scoort de verslavingszorg? Kwaliteitsbeoordeling door cliënten: een landelijk onderzoek. Utrecht: NcGv, 1994.

Medische Wetenschappen-NWO. Programma-Overzicht. 's-Gravenhage: MW-NWO, 1998.

Ministerie van WVC. Nota Onder Anderen. Geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg in maatschappelijk perspectief. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1993.

---

<sup>2</sup> In deze literatuurlijst zijn uitsluitend de referenties uit de adviestekst opgenomen. Voor een volledige literatuurlijst zie de achtergrondstudie Dossier verslaving en verslavingszorg.

Noorlander, E. Botsende culturen. In: Weeghel, J. van, Elling, A. en Marck, J. van der. Dubbele diagnose. Dwalen tussen psychiatrie en verslavingszorg. Utrecht: Trimbos-instituut, 1997.

SCP. Sociale en Culturele Verkenningen 1998. Rijswijk: SCP, 1998.

Stel, J.C. van der. Leren van het verleden - lessen voor later? In: Handboek verslaving, april 1998.

Stel, J.C. van der. Een visie op de preventie van verslavingsproblemen. In: Handboek verslaving, december 1995.

STG. Verkenning drugsbeleid in Nederland. Feiten, opinies en scenario's. Zoetermeer: STG, 1998.

Trimbos-instituut. Alcohol en samenleving. Utrecht: Trimbos-Instituut, 1998.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Sectorale zorgvisie ggz: brief van de minister van VWS d.d. 24 juni 1997. Den Haag: SDU, vergaderjaar 1997-1998, No. 25 424-1.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Wijziging van het Wetboek van Strafrecht, het Wetboek van Strafvordering, de Wet op de rechterlijke organisatie en het voorstel voor een Penitentiaire beginselenwet (strafrechtelijke opvang verslaafden) Den Haag: SDU, vergaderjaar 1997-1998. No. 26023-1,2,3,5

Tweede Kamer der Staten Generaal. Beleidsvisie geestelijke gezondheidszorg. Den Haag, SDU, vergaderjaar 1998-1999, No. 25424.

ZorgOnderzoek Nederland. Programma Verslaving. 's-Gravenhage: ZON, 1998.

Zwart, W.M. de en A.L. Wamel van. Jaarboek verslaving 1997. Over gebruik en zorg in cijfers. Houten/Diemem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1998 (I).

