

RESULTATEN SCOREN

**Kwaliteit en innovatie
in de
verslavingszorg**

april 1998

Utrecht, 17 april 1998
Kenmerk: zb/gvf/fas/981478

GGZ NEDERLAND

GGZ Nederland is de landelijke koepelorganisatie van instellingen in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Aangesloten zijn circa 300 instellingen, waaronder: RIAGGs en landelijk werkende ambulante GGZ instellingen, instellingen voor therapeutische gezinsverpleging, algemene en categorale psychiatrische ziekenhuizen, instituten voor psychiatrische deeltijdbehandeling, herstellingsoorden, instellingen voor TBS-patiënten, medische kindertehuizen, medische kleuterdagverblijven, regionale instellingen voor beschermd wonen, psychiatrische woonvoorzieningen, dagactiviteitencentra en arbeidsprojecten, en instellingen voor verslavingszorg.

GGZ Nederland behartigt de zorginhoudelijke, sociaal-economische en strategische belangen van haar leden door het ontwikkelen van beleid, het optreden als spreekbuis voor de geestelijke gezondheidszorg, het verstrekken van informatie en adviezen, het vertegenwoordigen van de sector in diverse colleges, en het bevorderen van een goede samenwerking tussen de leden.

GGZ Nederland is aangesloten bij de Nederlandse Zorgfederatie (NZf).

Uitgever: GGZ Nederland
Postbus 8400
3503 RK Utrecht
tel. 030 - 287 3333
fax 030 - 289 4870
e info@ggz nederland.nl

De nota is opgesteld door een werkgroep, waarin zitting hadden:

- J.A. Walburg, De Jellinek, Amsterdam
- E.C.J.E. Czyzewski, Boumanhuis, Rotterdam
- L.E.F. van Ruth, Brijderstichting Noord-Holland
- B.F.M. Kuijff, Gelders Centrum voor Verslavingszorg
- R. Rutten, Instituut Verslavingszorg Oost Nederland
- M. Stollenga, CAD Drenthe

Omslag: Ontwerpbureau Taluut, Utrecht

Drukwerk: Drukkerij NZf-Faciliteiten, Utrecht

**Publicatie-
nummer:** GGZN 98-23

Prijs: f 12,50

Bestellingen: door overmaking van f 12,50 (inclusief verzendkosten) per exemplaar op gironummer 3531353, t.n.v. GGZ Nederland, Postbus 8400, 3503 RK Utrecht, o.v.v. publicatienummer en aantal.

Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan mits de bron duidelijk wordt vermeld.

SAMENVATTING	3
INLEIDING EN VERANTWOORDING	5
DEEL I DIAGNOSE	7
1. Infrastructurele condities	7
1.1 Planning en financiering	7
1.2 Domein	8
1.3 Wetenschappelijke en inhoudelijke ondersteuning	10
2. Kwaliteit van zorg	11
DEEL II KOERSBEPALING	13
1. Trends	13
2. Visie	14
DEEL III TOEKOMSTVISIE	15
Speerpunt I Kwaliteit en innovatie van zorg	15
Speerpunt II Kwaliteit en innovatie van preventie	18
Speerpunt III Sociaal verslavingsbeleid	20
FLANKERENDE THEMA'S	23
Monitoring	23
Wetenschappelijk onderzoek	23
Deskundigheid	24
Infrastructuur en communicatie	24
Financiering en planning	24

SAMENVATTING

In Nederland staat de hulpverlening voor mensen met verslavingsproblemen op een hoog peil. Dat is plezierig om te kunnen constateren maar niet voldoende in een sector waarin zeer veel aan verandering onderhevig is. De veranderingen hebben te maken met de prevalentie van verslavingsproblemen, met de eisen die vanuit de maatschappelijke omgeving aan de sector gesteld worden en niet in de laatste plaats met de ambitie van de sector zelf.

De verslavingsinstellingen willen de komende jaren een flinke slag maken in het aanpassen en verbeteren van hun aanbod voor cliënten. Om dat te bereiken is een verbetering nodig van de infrastructuur die de instellingen ondersteunt en daartoe is het ook nodig dat de sector zelf de verbetering ter hand neemt. Deze nota geeft aan hoe de sector dat denkt te realiseren.

De nota Resultaten Scoren bestaat uit drie delen.

Deel I omvat een diagnose van de huidige situatie. Daarin wordt vastgesteld dat de diversiteit in planning en financiering de samenhang in de verslavingszorg belemmert. Die samenhang is van belang omdat de verslavingszorg zich uitstrekt over veel gebieden zoals maatschappelijke dienstverlening, preventie, behandeling en zorg en reclasering.

In de uitoefening van het werk ontbeert de verslavingszorg een stevige ondersteuning vanuit de wetenschap en door het gebrek aan systematische kennisoverdracht worden veel medewerkers niet goed op hun veeleisend werk voorbereid.

Tenslotte constateert de nota in dit deel dat de verslavingszorg met kracht moet werken aan het zichtbaar maken van resultaten en aan kwaliteitsverbetering.

Deel II beschrijft de epidemiologische trends rond drug- en alcoholgebruik in zijn consequenties voor de zorgsector. Men verwacht een groter beroep op de verslavingszorg vanuit de zeker wordende groep traditionele heroïnegebruikers, vanuit het toenemende recreatieve alcohol- en druggebruik, vanuit het toegenomen bewustzijn van de maatschappelijke kosten van alcoholproblematiek en vanuit de algemene zorgsectoren die steeds meer met middelengebruik geconfronteerd worden.

Deel II sluit af met een formulering van een visie vanuit de verslavingszorg die gekenmerkt wordt door doelmatige zorg en preventie van hoge kwaliteit, geboden in een breed spectrum van dienstverlening met behulp van een multidisciplinaire aanpak in samenwerking met andere instellingen.

Deel III beschrijft de hoofdlijnen van een actieplan in drie speerpunten en vijf thema's van flankerend beleid.

De speerpunten zijn: 1. kwaliteitsverbetering en innovatie van zorg waarbij wordt ingezet op evidence based, resultaatgerichte interventievormen, ook voor de nieuwe doelgroepen,

2. kwaliteitsverbetering en innovatie van preventie waarin aangegeven is hoe de sector de nieuwe gebruikers denkt te kunnen bereiken en 3. de formulering van een sociaal verslavingsbeleid waarin aangegeven is hoe de sector door beleidsbeïnvloeding en consultatie de algemene (gezondheids)zorg zinvol kan beïnvloeden.

De vijf thema's die een functie hebben om de sector beter te ondersteunen vormen het slot van de nota. Die thema's zijn: het ontwikkelen van regionale monitoring

systemen om op de hoogte te blijven van de ontwikkelingen in het middelengebruik, uitbreiding van het wetenschappelijke verslavingsonderzoek, uitbouw van de opleidingsmogelijkheden, verbetering van de informatisering en verbetering in de samenhang rond planning en financiering van de sector.

In de uitwerking van deze speerpunten en thema's spelen expertisecentra rond kwaliteit en innovatie van zorg en van preventie, rond monitoring en rond wetenschappelijk onderzoek en deskundigheidsbevordering een centrale rol.

Via die expertisecentra denkt de sector snel en doelgericht de gewenste ontwikkelingen te kunnen realiseren.

INLEIDING EN VERANTWOORDING

De verslavingszorg is bepaald geen werkterrein dat qua inhoud en aanpak zodanig is uitgekristalliseerd, dat ontwikkelingen zich langs voor iedereen heldere en acceptabele lijnen kunnen voltrekken. Of het nu gaat om het aanbod van middelen, de hulpvraag van cliënten, de samenstelling van (potentiële) cliëntenpopulaties, maatschappelijke opvattingen over verslaving en verslaafden: ontwikkelingen voltrekken zich in hoog tempo, worden van verschillende kanten tegelijk beïnvloed en vragen steeds vaker een andere inzet van de verslavingszorg. Voeg daaraan toe het sterker geworden besef dat verslaving weliswaar bij heel wat mensen als apart fenomeen te behandelen is, maar bij zeer velen verweven is met andere problemen (psychiatrische, sociale, etc.), dat de behandelmogelijkheden niet voor iedereen dezelfde c.q. niet even gunstig zijn en het zal duidelijk zijn dat er volop redenen zijn voor **bezinning** en het opnieuw definiëren van **perspectieven**.

Daarbij moet het gaan om de effecten van bestaande interventies, de noodzaak van het ontwikkelen van nieuwe en de verbetering van de afstemming en samenwerking met andere GGZ-instellingen en sociale instituties. Er moet meer gemeenschappelijke zorg uitgaan naar de mensen die die het hardst nodig hebben. De moeilijkste groepen die nu nog zo vaak tussen instellingen heen en weer gaan, zo ze daar al aankomen.

Kortom: het is hoog tijd voor een forse investering in **kwaliteit en innovatie van de verslavingszorg**. Het op een hoger niveau brengen van waardevol gebleken methoden en technieken en het banen van nieuwe paden, zonodig onorthodoxe.

Tussen verschillende partijen wordt hier al enige tijd over gesproken. Formeel en informeel. De onderhavige nota is het resultaat van een samenvoeging van afzonderlijke initiatieven (van VWS en GGZ Nederland en van enkele instellingen voor verslavingszorg) en is mede bedoeld als bijdrage voor verder overleg met het Rijk, lokale overheden, cliëntenorganisaties, zorgverzekeraars en andere GGZ-instellingen om te komen tot een consistente meerjarenaanpak voor de ontwikkeling van de verslavingszorg. Het doen convergeren van de beleidsstrategieën van de afzonderlijke partners is hierbij conditioneel.

Van de kant van de instellingen voor verslavingszorg zijn inmiddels stappen gezet naar onderlinge afstemming en bundeling van krachten. De afgelopen maanden hebben de directeurs van de instellingen voor verslavingszorg in twee landelijke bijeenkomsten zich beraden en hun medewerking uitgesproken aan een fundamenteel ontwikkeltraject. Dat traject is vastgelegd in deze nota, die uiteindelijk is vastgesteld door de Bestuurscommissie Verslavingszorg van GGZ Nederland. De in de nota genoemde initiatieven worden in samenspraak met andere partners uitgewerkt tot een actie agenda. De verslavingszorg staat een ambitieuze agenda voor ogen. Een die het mes aan twee kanten doet snijden: betere zorg voor de individuele cliënt en een substantiële bijdrage aan het bevorderen van het leefklimaat in buurten en wijken. Voor de coördinatie en ondersteuning van de op touw te zetten projecten zal het nodig zijn om onder auspiciën van de Bestuurscommissie Verslavingszorg een aparte werkorganisatie op te zetten.



DEEL I DIAGNOSE

De verslavingszorg in Nederland heeft een voorbeeldfunctie voor veel Europese landen.

Het aanbod van een breed en samenhangend pakket van preventie, zorg en behandeling, reclassering en resocialisatie zorgt ervoor dat de verslavingsproblematiek in Nederland redelijk hanteerbaar blijft. De sector verslavingszorg heeft een sterk maatschappelijke oriëntatie en heeft vandaar uit veel nieuwe initiatieven ontwikkeld.

In een diagnose ligt de nadruk per definitie op de problematische aspecten. Die nadruk leggen we om een verdere ontwikkeling van de verslavingszorg mogelijk te maken zodanig dat die zorg steeds beter past bij de behoeften van de cliënten en dat die zorg transparant wordt verleend.

1. Infrastructurele condities

De verslavingszorg is aan allerlei structurele condities gebonden. Bij de verdere ontwikkeling van deze sector moet rekening gehouden worden met de huidige planning en financiering, het domein van de sector, en met de wetenschappelijke en inhoudelijke ondersteuning van de zorgverlening.

1.1 Planning en financiering

Mensen met verslavingsproblemen kampen vaak ook met allerlei andere problemen, die direct of indirect met hun verslaving te maken hebben. Daarbij kan het gaan om lichamelijke, psychologische en psychiatrische problemen, maar ook om problemen op maatschappelijk of justitieel vlak.

Hierdoor heeft de verslavingszorg te maken met invloeden op het terrein van gezondheidszorg, welzijn en justitie. Al deze sectoren oefenen vanuit een eigen verwachtingspatroon invloed uit op de verslavingszorg.

Zorgverzekeraars verwachten allereerst gezondheidswinst bij de patiënt, gemeenten letten in eerste instantie op de afname van overlast, terwijl men bij justitie gespitst is op een vermindering van vormen van criminaliteit die direct met verslaving in verband kunnen worden gebracht.

Ook op financieel terrein heeft de verslavingszorg met diverse instanties te maken. De sector is aangewezen op drie separate geldstromen vanuit de AWBZ, de gemeenten en het ministerie van Justitie.

De klinische verslavingszorg wordt gefinancierd via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Deze financiering is geborgd in een duidelijke systematiek. Problemen zitten in de capaciteit (loopt fors achter op de vraag in de markt) en het te strakke keurslijf van landelijk voorgeschreven producten, die het noodzakelijke maatwerk frustreren.

De financiering van de verslavingsreclassering loopt via de Stichting Reclassering Nederland en een afgescheiden rechtspersoon binnen GGZ Nederland. Ook deze financieringsstroom is genormeerd. Daarnaast beschikken 26 centrumgemeenten over ontwikkelingsgelden in het kader van 'Vermindering Overlast'. Er is echter geen garantie voor de continuïteit van deze vorm van financiering.

Tenslotte is de financiering van de ambulante zorg en preventie sinds januari 1998 geregeld door de Welzijnswet (en de gemeenten). De ambulante zorg en preventie zijn inhoudelijk en financieel niet genormeerd.

Conclusie: *De plannings- en financieringscondities waarmee de verslavingszorg te maken heeft, zijn niet bevorderlijk voor de samenhang en coördinatie. De drie afzonderlijke geldstromen, de uiteenlopende verwachtingen en eisen van alle betrokken instanties, en de afwezigheid van gemeentelijke productnormen leiden tot schotten tussen de klinische en ambulante zorg en behandeling, terwijl continuïteit juist van groot belang is.*

1.2 Domein

Als reactie op de uiteenlopende verwachtingen en eisen van alle financiers, heeft de verslavingszorg in de loop der jaren een breed takenpakket ontwikkeld. Instellingen in deze sector richten zich ondermeer op:

- het verlenen van hulp aan individuen, groepen en cliëntsystemen op het gebied alcohol, drugs en gokken;
- het begeleiden van chronisch verslaafden;
- het opvangen van chronisch verslaafden, ondermeer door het aanbieden van dagbesteding en verblijfsruimten;
- het aanbieden van case- of trajectmanagement om het maatschappelijk herstel van cliënten te bevorderen;
- het bevorderen en bewaken van veilig gebruik door middel van het testen van middelen, het verstrekken van veilige middelen en het bieden van eerste hulp;
- het voorlichten van gebruikers en het geven van leefstijladviezen;
- het bieden van preventie om het gebruik van gevaarlijke middelen en riskant gedrag te voorkomen;
- het aanbieden van preventie en hulp aan allerlei doelgroepen, zoals jongeren, allochtonen, prostituees, (forensisch) psychiatrische patiënten, dak- en thuislozen, etc.
- het vergroten van de leefbaarheid van bepaalde stadswijken;
- het bieden van crisisinterventie;
- het bieden van verslavingsreclassering;
- het signaleren van lokale, regionale of landelijke trends in gebruik;
- het adviseren en consulteren van organisaties;
- het ondersteunen van (effectiviteits)onderzoek e.d.

In het volgende schema staan al deze activiteiten in hun onderlinge samenhang en in hun samenhang met de algemene zorg weergegeven. (Bron: W. Lange, Integrale zorg in beeld, Overlastpost, oktober 1996, p. 4-5)

Uit dit brede takenpakket blijkt hoezeer verslavingszorginstellingen hebben ingespeeld op uiteenlopende maatschappelijke behoeften. Deze marktgerichte oriëntatie heeft echter ook een keerzijde.

Door de veelheid van activiteiten dreigt het zicht op de kerncompetenties van deze sector langzamerhand te vervagen. Daardoor ontstaan er tal van vragen. Waar zijn verslavingszorginstellingen echt goed in? In welke kennis en vaardigheden moet de sector verder investeren? En welke resultaten zijn redelijkerwijs te verwachten van alle inspanningen binnen de verslavingszorg?

De belangrijkste vraag is of instellingen wel kunnen blijven voldoen aan de uiteenlopende -en hooggespannen- maatschappelijke verwachtingen, zolang ze zich in de volle breedte blijven richten op alle aspecten van verslaving. Het risico bestaat dat de aanwezige expertise zo teveel verdunt, waardoor het zicht op de specifieke toegevoegde waarde van de verslavingszorg afneemt.

Conclusie: *Het aanbod van verslavingszorginstellingen is zeer gevarieerd, omdat de sector aan uiteenlopende maatschappelijke verwachtingen tracht te voldoen. Bovendien heeft elke verslavingszorginstelling te maken met lokale verschillen in verslavingsproblematiek en met een zekere beleidsmatige willekeur op lokaal niveau.*

Hierdoor bestaat het risico dat het zicht op de specifieke toegevoegde waarde van de verslavingszorg vervaagt. Bovendien is het niet denkbeeldig dat de verslavingszorg zo afdwaalt van zijn kerncompetenties.

Die kerncompetenties van de verslavingszorg bestaan uit:

- kennis van middelen, middelengebruik en kansspelen;
- kennis van verslavingsgedrag;
- kennis van de samenhang tussen verslavingsproblemen en andere problemen;
- ervaring in het omgaan met verslaafden;
- vaardigheden om verslavingsproblemen (en daaraan gerelateerde problemen) methodisch te behandelen;
- vaardigheden om mensen te motiveren hun middelengebruik te veranderen;
- kennis van de sociale kaart van voorzieningen die relevant zijn voor verslaafden.

1.3 Wetenschappelijke en inhoudelijke ondersteuning

De directe en indirecte maatschappelijke kosten van verslaving zijn enorm. Daarom is het verbaazingwekkend dat de wetenschappelijke belangstelling voor verslaving zo beperkt is.

Op enkele Nederlandse universiteiten vindt epidemiologisch onderzoek plaats naar verslavingsgedrag (veelal gericht op drugsproblematiek), zoals aan de Erasmus Universiteit, de Universiteit van Maastricht, de Vrije Universiteit Amsterdam en de Rijksuniversiteit Utrecht.

Daarnaast wordt aan de Katholieke Universiteit Nijmegen en aan de Universiteit van Amsterdam ook klinisch onderzoek verricht in het kader van NWO en ZON. Deze onderzoeken zijn echter nog te beperkt van aard om de sector doeltreffend te ondersteunen.

De sector heeft vooral behoefte aan meer inzicht in de effectiviteit van bepaalde interventies, gericht op specifieke doelgroepen. Op basis van interventies waarvan wetenschappelijk bewezen is dat ze effectief zijn, kunnen namelijk richtlijnen voor de zorg en behandeling worden ontwikkeld.

Daarnaast is er een behoefte aan deskundigheidsbevordering van medewerkers en aan een wetenschappelijk instrumentarium ten behoeve van permanente programma-evaluaties.

Ook in reguliere opleidingen voor werkers in de gezondheidszorg bestaat niet of nauwelijks aandacht voor verslavingsproblematiek. Hetzelfde geldt voor het post-academisch onderwijs. Wel beschouwd is er geen infrastructuur beschikbaar om kennis en ervaring over verslaving over te dragen. Hierdoor zijn verslavingszorg instellingen genoodzaakt zelf een ad hoc opleidingenbeleid te ontwikkelen en opleidingen in eigen beheer te verzorgen.

Conclusie: *Ondanks de ernst en omvang van de verslavingsproblematiek, mist de sector adequate ondersteuning vanuit de wetenschap. Het gebrek aan systematische kennisoverdracht leidt ertoe dat werkers in de verslavingszorg niet adequaat kunnen worden voorbereid op hun veeleisende werk.*

2. Kwaliteit van zorg

In de sector vinden veel verbeteringen en vernieuwingen plaats. Driekwart van de cliënten is 'redelijk tot zeer tevreden' met de geboden zorg volgens een NcGv-onderzoek. Toch valt er vanuit het oogpunt van kwaliteit nog veel te verbeteren in de verslavingszorg. Het aantal instellingen dat over een functionerend kwaliteitssysteem beschikt, is gering. Hiervoor zijn verschillende oorzaken aan te wijzen, zoals de noodgedwongen improvisaties om voorzieningen en programma's te ontwikkelen voor verschillende financiers, het niet participeren aan de Leidschendam-conferenties, en het gebrek aan systematische ondersteuning van de sector.

Doordat er nog nauwelijks instellingen zijn met een goed werkend kwaliteitssysteem, zijn er in de verslavingszorg vooralsnog geen harde gegevens beschikbaar over resultaten. Bovendien zijn er te weinig richtlijnen en protocollen voor interventies.

Samengevat bestaat er in de verslavingszorg:

- onvoldoende inzicht in regionale ontwikkelingen in het (overmatig) gebruik van verslavende middelen;
- onvoldoende overzicht over interventies, waarvan wetenschappelijk is bewezen dat ze effectief zijn;
- te weinig zicht op de behaalde resultaten van de zorgverlening;
- te weinig inzicht in de kosten van de zorgverlening, met name in relatie met de behaalde resultaten;
- te weinig overeenstemming over de doelstellingen in de zorg;
- onvoldoende medisch-psychiatrische knowhow;
- onvoldoende inzicht in de regionale ontwikkelingen onder gebruikers.

Conclusie: *Er zijn nog te weinig instellingen die systematisch en structureel aan kwaliteitsverbeteringen werken. Daardoor is er niet of nauwelijks zicht op behaalde resultaten. De komende jaren ligt de prioriteit dan ook bij het inzichtelijk maken van resultaten en het verbeteren van interventies. Dat kan alleen wanneer instellingen met kwaliteitssystemen gaan werken.*

DEEL II KOERSBEPALING

De voorliggende diagnose is mede bepalend voor de verdere ontwikkeling van de verslavingszorg. Daarnaast zal bij het bepalen van de koers gelet moeten worden op de trends in de zorg, de visie op zorg, en op de mogelijkheden van de sector. In het tweede deel van deze nota volgen daarom een analyse van de belangrijkste trends en een visie op verslavingszorg.

1. Trends

Het gebruik van verslavende middelen is sterk onderhevig aan trends.

Het traditionele gebruik van heroïne lijkt een aflopende zaak te zijn. De meeste gebruikers zijn rond de 40 jaar, een groot deel van hen neemt na 2000 deel aan heroïne-verstrekkingsprogramma's. De laatste tijd neemt in bepaalde doelgroepen de belangstelling voor heroïne echter weer toe.

Het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine en designer drugs is sterk toegenomen, en in het verlengde daarvan de problematiek rondom deze middelen.

Er is echter tegelijk een toenemende maatschappelijke belangstelling te constateren voor de schadelijke gevolgen van alcohol (agressie/zinloos geweld) en tabak (kosten). Nieuwe middelen zoals cannabis en designer drugs zullen op termijn waarschijnlijk worden gedoogd en misschien zelfs worden geaccepteerd. Tenslotte is er een groeiende farmaceutische belangstelling te bespeuren voor de aanpak van verslaving.

De verslavingszorg richt zich vooral op de traditionele heroïne-verslaafden. Deze groep is echter sterk aan het 'vergrijzen' en wordt in zorgtechnische zin afgebouwd in behandelprogramma's en verstrekkingsprogramma's.

Deze focus op heroïne-gebruikers is jarenlang gestimuleerd door het gemeentelijke- en rijksoverheidsbeleid. Door de overlast en de afnemende maatschappelijke tolerantie is er altijd veel meer aandacht geweest voor heroïne-problematiek dan voor de alcoholproblematiek, terwijl de laatste problematiek maatschappelijk gezien veel groter is.

De verslavingszorg kan hierdoor onvoldoende reageren op de nieuwe drugsproblemen van nieuwe risicogroepen. Bovendien is de hulpverlening aan mensen met alcoholproblemen onvoldoende ontwikkeld. De hulpverlening aan nicotineverslaafden is zelfs geheel blijven liggen.

Conclusie: *In de komende jaren zal de groep zware heroïne-verslaafden - die steeds ouder en zieker wordt - meer gebruik gaan maken van de verslavingszorg. Daarnaast zal er een groeiend beroep op de sector worden gedaan om vanuit de eigen expertise een bijdrage te leveren aan het oplossen van problemen die zich bij bepaalde doelgroepen voordoen rond het gebruik van nieuwe middelen. Bovendien zal het toenemend besef van de maatschappelijke kosten van problematisch alcoholgebruik waarschijnlijk leiden tot een grotere vraag naar preventie, consultatie en behandelingen. Tenslotte vereist het recreatieve alcohol- en druggebruik onder jongeren nieuwe deskundigheid op het gebied van preventie en jeugdcommunicatie.*

2. Visie

De visie van de verslavingszorginstellingen op de zorg omvat drie hoofdelementen.

- De verslavingszorg richt zich op kwalitatief hoogstaande, marktgerichte, innovatieve en doelmatige vormen van preventie en zorg aan mensen die problemen hebben of dreigen te krijgen met het gebruik van verslavende middelen.
- De verslavingszorg biedt een breed spectrum van preventie, zorg en maatschappelijke begeleiding als aanvulling op de zorg die algemene gezondheidszorginstellingen bieden.
- De verslavingszorg kenmerkt zich door een multidisciplinaire aanpak binnen regionale netwerken met andere instellingen.

Deze visie geeft richting aan de koers die de sector de komende jaren wil uitzetten. Daarbij realiseert de sector zich dat onderlinge samenwerking en samenwerking in de zorg binnen het kader van GGZ-Nederland van belang zijn.

DEEL III TOEKOMSTVISIE

De verslavingszorg staat voor de opgave op vele gebieden vernieuwingen en verbeteringen te realiseren.

Er zullen allereerst kwaliteitsverbeteringen moeten worden doorgevoerd om de effectiviteit en efficiency van de zorgverlening te verhogen.

Er zal in preventiebeleid moeten worden geïnvesteerd.

En er dient een 'sociaal verslavingsbeleid' te worden ontwikkeld, waarmee bedoeld wordt de inbedding van bepaalde vormen van verslavingszorg in een op specifieke groepen afgestemd sociaal beleid.

Deze drie speerpunten staan centraal in de verdere beleidsmatige ontwikkeling van de verslavingszorg. Daarmee is niet gezegd dat er niet meer te doen is, maar door de speerpunten uit te werken ontstaat een actieplan dat tot een aanzienlijke verbetering kan leiden.

Elk speerpunt zal hieronder nader worden uitgewerkt. Vervolgens zal aangegeven worden welke infrastructurele condities er nodig zijn om de beoogde kwaliteitsverbeteringen en innovaties tot stand te brengen. Dat gebeurt in een uitwerking van vijf flankerende thema's: monitoring, wetenschappelijk onderzoek, deskundigheidsbevordering en coördinatie en tenslotte financiering en planning.

Speerpunt I Kwaliteit en innovatie van zorg

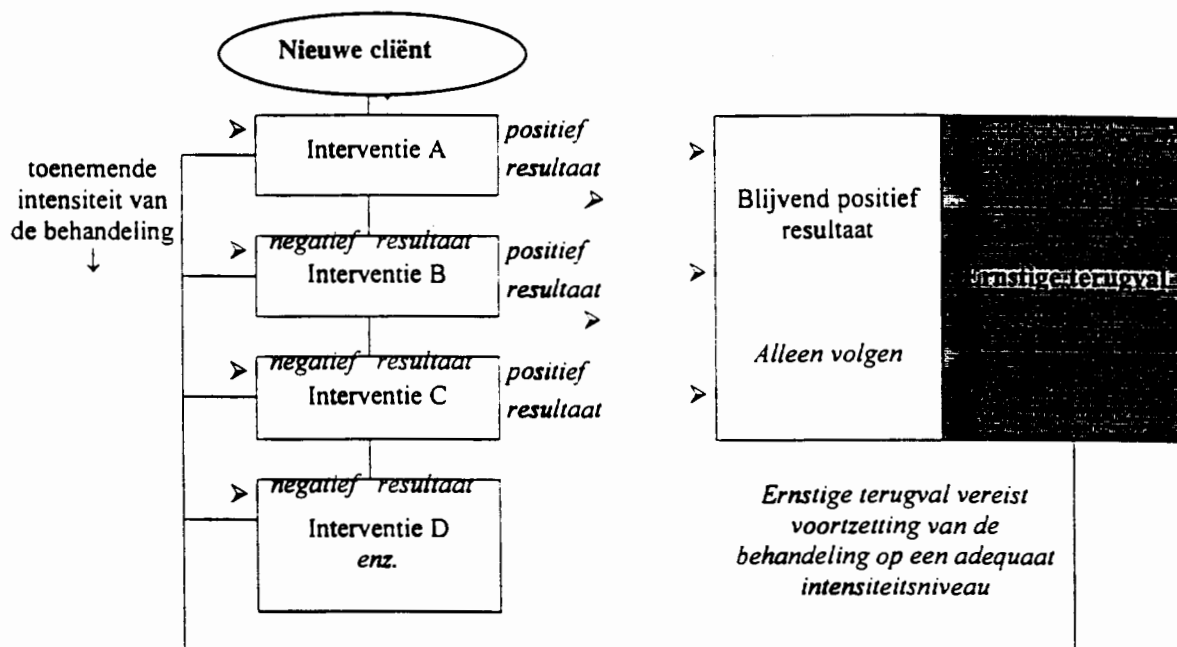
In de verslavingszorg ziet men de absolute noodzaak in van een ambitieus vernieuwingsprogramma dat zich richt op:

- het ontwerpen van nieuwe, kwalitatief hoogstaande vormen van zorg en behandeling voor 'nieuwe' doelgroepen;
- het herontwerpen van bestaande vormen van hulpverlening op basis van wetenschappelijk bewezen effectiviteit (evidence based);
- het verbeteren van de kwaliteit van bestaande programma's, op basis van behaalde resultaten in preventie, zorg en behandeling.

Dit vernieuwingsprogramma omvat verschillende elementen die onderling met elkaar samenhangen.

1. De behandelings- en zorgprogramma's in een regio moeten worden gebaseerd op zorgvuldig marktonderzoek met behulp van regionale monitoringssystemen.
2. Per regio moet de intake en behandelregiefunctie worden gecentraliseerd en voorzien van protocollen. Na de intake vindt volgens protocol een verwijzing plaats naar een behandel- of zorgmodule die gericht is op de verslaving en de daaraan gerelateerde problematiek. Het kan ook voorkomen dat een cliënt vervolgens wordt doorverwezen naar een andere gezondheidszorginstelling.
Na de interventie gaat men na welke effecten de interventie heeft gehad en of er andere interventies nodig zijn. Indien een behandeling zich uitstrekt over meerdere modulen of instellingen, vindt de regie plaats op basis van de principes die gehanteerd worden bij trajectmanagement.

3. Bij de toewijzing van interventies wordt het principe 'stepped care' gehanteerd. Dat wil zeggen dat een cliënt in eerste instantie de meest beperkte interventie krijgt aangereikt die gewenst is met het oog op zijn problematiek. Blijkt zo'n interventie te licht te zijn, dan volgt een zwaardere behandelvorm. Op deze manier wordt zoveel mogelijk het gezonde deel van een cliënt gemobiliseerd. Bovendien kan zo 'verstopping' van de hulpverlening worden voorkomen.



4. Elke interventie is zoveel mogelijk gebaseerd op behandelvormen, waarvan wetenschappelijk is bewezen dat ze het meest (kosten)effectief zijn. Daarbij gaat het met name om behandelvormen die sterk gedragsgericht zijn. Bovendien wordt in deze behandelvormen veel geïnvesteerd in de bestendiging van de resultaten door aandacht te besteden aan de maatschappelijke omgeving van de cliënt.

In dergelijke behandelingen zijn ondermeer elementen terug te vinden als farmaco-therapie voor terugvalpreventie, nadruk op therapietrouw en motivatie, partner/relatie begeleiding, maatschappelijke ondersteuning rond werken en wonen en trainingen in sociale vaardigheden, trainingen in alcohol- en drugsvrije tijdsbesteding.

5. De interventies die worden ontworpen, herontworpen of verbeterd, voldoen aan een aantal voorwaarden. Ze zijn:
- **marktgericht**. Het proces moet namelijk gericht zijn op een bepaalde groep mensen met afhankelijkheids- of verslavingsproblemen;
 - **bewezen effectief** (evidence based). Het proces moet of wetenschappelijk bewezen effectief zijn, of aansluiten op consensus binnen de professie, of plaatsvinden in een experimentele context;

- **cliëntgericht.** Het proces moet aansluiten bij de verwachtingen van de cliënt wat betreft de fysieke omgeving, de informatievoorziening, de bejegening, etc. Bovendien wordt de cliënt actief betrokken bij de activiteiten;
 - **gericht op andere betrokkenen.** In het proces wordt tevens rekening gehouden met verwachtingen die leven bij familieleden, verwijzers, financiers en verzekeraars;
 - **ketengericht.** In het ontwerp wordt rekening gehouden met andere hulpverleningsinstanties die bij het behandelproces betrokken zijn;
 - **kosten-effectief.** Het proces is doelmatig in die zin dat er een positieve balans is tussen de inspanning en de verwachte resultaten;
 - **ethisch te verantwoorden.** Het proces is ethisch verantwoord: de cliënt dient altijd te beschikken over keuzevrijheid en het proces voldoet aan principes van rechtvaardigheid;
 - **resultaatgericht.** Het proces is zodanig ingericht dat de resultaten van de hulpverlening kunnen worden gemeten met behulp van een vastgestelde norm;
 - **medewerkersgericht.** In het proces wordt rekening gehouden met de belasting, kennis en vaardigheden van de medewerkers die het proces uitvoeren.
6. Alle interventievormen worden in protocollen vastgelegd in de vorm van *clinical pathways* of integrale kwaliteitstrajecten.
 7. Te ontwikkelen nieuwe interventiemodulen zijn allereerst minimale interventiestrategieën bestemd voor cliënten met niet al te intensieve verslavingsproblematiek. Chronisch verslaafden met een ongunstige behandelingsprognose kunnen rekenen op vormen van minimale, maar langdurige ondersteuning. Voor de middengroep gaat de verslavingszorg het uiterste doen om de behaalde resultaten vast te houden, ondermeer door het bieden van poliklinische nazorg.
 8. Alle interventievormen worden geëvalueerd in termen van effecten. Welk effect heeft de interventie gehad op het probleemgedrag, op de kwaliteit van leven, op de waardering van de cliënt en op de kosten? De resultaten worden vervolgens gebruikt om de processen verder te verbeteren.
 9. De resultaten van de geprotocoliseerde modules en programma's worden beheerd in een centrale database, ten behoeve van vertrouwelijke en vrijwillige benchmarking.

Uitvoeringsplan kwaliteit en doelmatigheid in zorg

Er wordt een wetenschappelijk centrum aangewezen waar onderzoek gedaan kan worden naar het verhogen van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorgverlening. Dit centrum dient over de nodige ervaring en expertise in de verslavingszorg te beschikken. Tevens dient het centrum samenwerkingsrelaties te onderhouden met verslavingszorginstellingen.

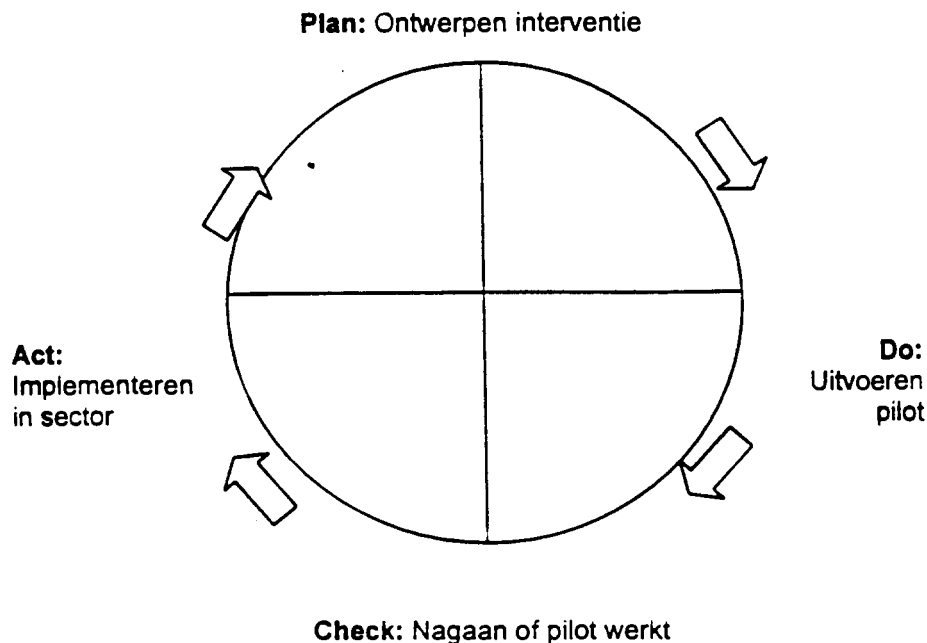
Enkele instellingen kunnen dienen als proeftuin. Daar kan gewerkt worden aan het herontwerpen en verbeteren van processen, aan het opbouwen van kwaliteitssystemen conform de kwaliteitswet, en aan het ontwikkelen van indicatoren waarmee de effectiviteit van de geboden zorg gemeten kan worden. De instellingen die in aanmerking willen komen als proeftuin, zullen in elk geval ervaring moeten hebben met het werken aan kwaliteitsverbeteringen.

Het wetenschappelijk centrum en de instellingen waar experimenten plaatsvinden, vormen tezamen een nieuw expertisecentrum voor zorgverlening. De interventies die door dit expertisecentrum worden ontwikkeld, kunnen vervolgens worden geïmplementeerd bij andere instellingen. Tijdens de implementatie kan het expertisecentrum de nodige ondersteuning bieden.

Het expertisecentrum zal als initiatiefnemer en 'trekker' van kwaliteitsontwikkelingen samenwerkingsrelaties dienen te onderhouden met academische kennispartners als het CBO, het Imta, het Trimbos-instituut en met andere academische kennispartners. De kennis die op deze instituten aanwezig is, kan worden gebruikt bij het ontwikkelen en implementeren van richtlijnen en protocollen. De regie van al deze activiteiten ligt bij het expertisecentrum.

Het expertisecentrum kan worden begeleid door een werkgroep van deskundigen uit verslavingszorginstellingen. Daarnaast kan er een platform worden geformeerd met vertegenwoordigers van instanties die nauw bij deze sector zijn betrokken.

Vernieuwingen en verbeteringen van interventies kunnen tot stand worden gebracht door het doorlopen van de plan-do-check-act cyclus.



Na de lokale aanpassing en implementatie van nieuwe interventies kan elke instelling zelf aan verdere verbeteringen werken. Elke interventievorm is namelijk voorzien van een aantal resultaat-indicatoren. Daarmee kan worden gemeten hoe de verslavingsproblemen zich hebben ontwikkeld, hoe de kwaliteit van leven is veranderd, hoe tevreden een cliënt is over de verleende zorg, en wat de kosten zijn van de interventie. Vervolgens kan aan de hand van deze resultaten ook een benchmarking worden uitgevoerd.

Speerpunt II Kwaliteit en innovatie van preventie

Gezien de ontwikkelingen in het gebruik van nieuwe middelen en het ontstaan van nieuwe gebruikersgroepen, is het noodzakelijk ook op het terrein van preventie op zoek te gaan naar verbeteringen.

Het gebruik van opiaten komt steeds minder voor onder jongeren. Op dit moment zijn met name cannabis en XTC populair onder jongeren. Deze middelen lenen zich goed voor recreatief gebruik. Bovendien hebben ze een 'lage verslavingspotentie'.

Allereerst is er een toenemend aantal jongeren die vanuit psychiatrische, sociale of adolescentie problemen tot risicovol middelengebruik overgaan.

Niettemin kleven er bepaalde risico's aan het gebruik van deze drugs, die op een heldere en eigentijdse manier onder de aandacht moet worden gebracht van (potentiële) gebruikers(groepen). Daarbij zijn de stijl, toon en methodiek van doorslaggevend belang, zeker bij jongeren. Bovendien zal in het preventiewerk rekening gehouden moeten worden met de leefstijlen die bepaalde groepen jongeren erop nahouden.

Jongeren vragen niet om gemoraliseer, maar om eerlijke en volledige informatie, zodat zij zelf keuzen kunnen maken in wat ze wel of niet gebruiken.

Jongeren die kiezen voor gebruik, zullen verschillende gebruikerspatronen en gebruikerscarrières gaan ontwikkelen. Matig gebruik zal worden afgewisseld met perioden van riskant gebruik en soms met grote 'korte termijn' risico's. Bij deze gebruikers is de preventie vooral gericht op het versterken van het risico-bewustzijn en het zelfregulerend vermogen.

In het verleden werden jongeren vaak door hulpverleners, docenten en andere intermediairs geïnformeerd en aangesproken. Op dit moment vindt er een verschuiving plaats naar een directe benadering van jongeren. Steeds meer preventiewerk vindt plaats tijdens feesten en evenementen. Daarbij wordt gewerkt met nieuwe media en eigentijdse methoden, zoals peer-support en gebruikers-/groepnormering. Verder kan het testen van middelen een middel zijn om met jongeren in contact te treden.

De expertise op het gebied van consultatie en voorlichting zal in de komende tijd verder gedecentraliseerd en gedecategoriseerd moeten worden, ondermeer door meer eerstelijns instellingen en jeugdwelzijnsorganisaties in te schakelen. Bovendien is er een breed monitoring-systeem nodig om de snelle ontwikkelingen en trends in het middelengebruik goed te kunnen blijven volgen. Daarbij gaat het niet alleen om het gebruik van illegale drugs, maar ook om het gebruik van alcohol en het gebruik van meerdere middelen tegelijk.

Uitvoeringsplan kwaliteit en innovatie van preventie

De huidige preventie-afdelingen van verslavingszorginstellingen dienen zich stapsgewijs te ontwikkelen tot centra die het preventiewerk op een flexibele, deskundige en marktgerichte manier gestalte geven. Instellingen die nu al aantoonbaar vernieuwend werken, kunnen in eerste instantie worden aangewezen als proeftuinen of expertise centra (met de daarvoor noodzakelijke financiële randvoorwaarden). Net als het expertisecentrum voor zorgverlening, zullen ook deze expertisecentra nauw moeten gaan samenwerken, met universitaire instituten en met het landelijk steunpunt preventie.

De monitoringsystemen - waarmee jaarlijks op regionaal en lokaal niveau de stand van zaken op het gebied van middelengebruik in kaart wordt gebracht - vormen de basis van het toekomstige preventiewerk. De resultaten van deze monitoring-onderzoeken bepalen globaal welke preventie-activiteiten er jaarlijks zullen worden ontplooid. Vervolgens vloeien daar concrete projecten uit voort, die met effectief gebleken methoden worden uitgevoerd. De projecten zullen voorzien zijn van 'ingebouwde' proces- en effectmetingen om zicht te hebben op de resultaten.

Verder zal preventie een 24-uurs informatiepunt moeten ontwikkelen, waar een groot publiek terecht kan met vragen. Daarbij kan gebruik gemaakt worden van moderne communicatietechnologie, variërend van 06-lijnen en lokale web-sites, tot elektronisch toegankelijke zelfcontrole-modules.

Tenslotte behoort het ontwikkelen van netwerken en allerlei vormen van externe communicatie tot de centrale taken van het preventiewerk. Voor alle preventie-activiteiten is marketing namelijk onontbeerlijk. Tegelijk zal preventie als 'makelaar' moeten fungeren, voor en tussen gezondheids-, welzijns-, en jongerenorganisaties en de media.

Het ontwikkelen van preventiecentra nieuwe stijl kan niet zonder randvoorwaarden op landelijk niveau. Daarbij gaat het ondermeer om training, informatievoorziening, methodiekontwikkeling, communicatieplannen, kwaliteitscriteria en evaluatiestandaarden.

Verder dient er een 4-jarig 'masterplan preventie' te worden ontwikkeld. Het is belangrijk dat daarin -naast de lokale prioriteiten - 5 prioriteiten worden vastgelegd, waar tenminste 50% van alle preventieve capaciteit voor zal worden ingezet. Vervolgens sluiten de preventie-organisaties convenanten met elkaar om de preventie-activiteiten naar vorm, taken en inhoud op elkaar af te stemmen.

Speerpunt III Sociaal verslavingsbeleid

Een sociaal beleid dat helpt te voorzien in basale levensvoorwaarden (huisvesting, inkomen, werken of anderszins participeren) is voor de zorg aan bepaalde groepen verslaafden van doorslaggevende betekenis gebleken. De materiële context en/of sociale structuur is vaak een randvoorwaarde voor goede verslavingszorg en kan er zelfs een instrument van zijn. Omgekeerd kan de verslavingszorg een belangrijke bijdrage leveren aan sociaal beleid in het algemeen en daarmee het leefklimaat in buurten en wijken mede bevorderen. Indien de individuele positie van de (ex-)verslaafde wordt meegewogen, kunnen gezondheidszorg en overlastbestrijding elkaar namelijk versterken.

Het behouden of herwinnen van een sociale structuur is voor de meeste cliënten van levensbelang tijdens hun hersteltraject. De verslavingszorg zal daarom regelmatig hulp moeten bieden bij het opnieuw ordenen van (delen van) het bestaan van een cliënt. Omgekeerd kan de verslavingszorg ook een belangrijke bijdrage leveren aan de leefbaarheid van bepaalde wijken en buurten. Naarmate een (ex-)verslaafde het beter maakt, kunnen gezondheidszorg en overlastbestrijding elkaar namelijk versterken.

Voor veel cliënten is een combinatie van sociaal beleid en verslavingszorg noodzakelijk om weer enig perspectief te kunnen ontwikkelen. Dit geldt zeker voor cliënten bij wie de verslavingsproblematiek sterk is verweven met allerlei andere problematiek. Bij deze kwetsbare groep cliënten kunnen tegenslagen in de materiële of sociale sfeer makkelijk leiden tot terugval of een versterking van problematisch gedrag.

Uit verschillende experimenten is inmiddels gebleken dat waar de 'traditionele' verslavingszorg faalt, er soms wel verbeteringen tot stand kunnen worden gebracht wanneer er nadrukkelijk aandacht is voor de materiële context van cliënten.

Het inbedden van de verslavingszorg in een specifiek sociaal beleid dient ertoe om cliënten te bewegen (weer) op een behoorlijke manier deel te nemen aan de samenleving. Op deze wijze krijgen zij de mogelijkheid de regie over hun eigen bestaan te hernemen, of te gaan deelnemen aan permanente vormen van begeleiding en/of zorg.

Het is echter niet de bedoeling om in de verslavingszorg een apart sociaal beleid te gaan ontwikkelen. Integendeel. Er dient zoveel mogelijk gebruik gemaakt te worden van bestaande voorzieningen. Het is wel zaak om allerlei obstakels weg te nemen, verslaving is immers voor veel instanties een contra-indicatie. Alleen in uitzonderingsgevallen zouden specifieke faciliteiten moeten worden gecreëerd, bijvoorbeeld voor verslaafde psychiatrische patiënten, dakloze verslaafden en justitiabelen. Deze groepen hebben hierbij prioriteit.

De verslavingszorg kan bij het opzetten van specifieke faciliteiten - al dan niet in samenwerking met derden - een ontwikkelfunctie vervullen. Naast het vernieuwen van programma's vergt dit alles allereerst beleidsafstemming op velerlei terrein.

Uitvoeringsplan sociaal verslavingsbeleid

Om een uitvoeringsplan te kunnen maken is nader overleg vereist met gemeenten, de ministeries van VWS, Binnenlandse Zaken en Justitie, instellingen voor MO, GGZ-instellingen en diverse sociale instanties. In dit overleg moet worden bekeken welke samenwerkingsvormen er nodig zijn om op het snijpunt van verslavingszorg en andere disciplines doelmatige zorg te kunnen bieden aan een cliënt.

De verslavingszorg voorziet in:

- de verdere ontwikkeling en protocollisering van specifieke methoden en technieken van verslavingszorg, die zijn ingebed in aspecten van sociaal beleid;
- consultatiefuncties;
- criteria en/of protocollen voor case-management en trajectbegeleiding;
- evaluaties van de experimenten;
- een steunfunctie voor de opzet van nieuwe programma's.



FLANKERENDE THEMA'S

In het laatste deel van deze nota komen nog vijf thema's aan de orde, die het ingezette beleid direct kunnen ondersteunen. Hierbij gaat het om monitoring, om wetenschappelijk onderzoek, om deskundigheidsbevordering, om financiering en planning en om infrastructuur en communicatie.

Monitoring

Het is voor de verslavingszorg van groot belang dat er in elke regio gegevens beschikbaar zijn over gebruikspatronen. Deze gegevens vormen immers de basis voor het voeren van een gericht regionaal preventiebeleid.

Het preventiebeleid moet in de nabije toekomst gebruik kunnen maken van actuele gegevens over de laatste ontwikkelingen en trends in (overmatig) middelengebruik. Daardoor zal eerder en gericht kunnen worden ingesprongen op specifieke behoeften van bepaalde gebruikersgroepen. De ervaring met het Amsterdamse monitorsysteem 'Antenne' dat sinds 1993 operationeel is, laat zien dat een regionale monitor voor alle betrokken partijen relevante informatie oplevert.

Het is van groot belang dat er een kennis- en expertisecentrum wordt opgebouwd dat zich toelegt op monitoringsonderzoek. Het Rotterdamse IVO heeft samen met de Universiteit van Maastricht al de nodige deskundigheid ontwikkeld op het terrein van regionale epidemiologische studies.

De kennisontwikkeling op dit terrein kan worden versneld als deze instellingen gaan samenwerken met zorginstellingen die al over een regionale monitor beschikken of in ontwikkeling hebben. Er zou dan vooral onderzoek kunnen worden verricht naar de validiteit en betrouwbaarheid van de gegevens.

Tevens is het van groot belang dat de gehanteerde methoden worden afgestemd op elkaar en op monitors die in Europees verband worden gebruikt door het Europese Monitoring Center, het EMCDDA. Uiteindelijk kunnen de regionale monitors zo ook een belangrijke bijdrage leveren aan een nationale monitor en aan Europees monitoring-onderzoek.

Wetenschappelijk onderzoek

Het is voor de sector van essentieel belang dat er meer wetenschappelijk onderzoek komt, dat de verslavingszorg kan ondersteunen. De zorgsector kijkt uit naar de verdere uitwerking van het ZON-programma, omdat dit programma aansluit bij de ervaren tekorten in deskundigheid en kennis.

Verder is er een op de zorgsector gerichte overdracht van wetenschappelijke kennis nodig. Op dit moment is er in Nederland geen instituut dat zich hiermee bezig houdt. De expertisecentra die eerder in deze nota werden genoemd, moeten in deze lacune gaan voorzien.

Deskundigheid

In deze nota werd al eerder geconstateerd dat er in deze sector een grote behoefte bestaat aan adequate opleidingen en deskundigheidsbevordering. Om aan deze vraag uit het werkveld tegemoet te komen, moeten de volgende acties worden ondernomen:

- het opnemen van kennis en vaardigheden rond verslaving in de opleidingscurricula van beroepsgroepen;
- het opstellen van een basispakket van kennis en vaardigheden voor de verschillende beroepsgroepen in de verslavingszorg. Alle nieuwe medewerkers kunnen worden geschoold met dit basispakket;
- het opzetten van een basisinfrastructuur voor het verzamelen en verspreiden van aanvullende en specifieke kennis en vaardigheden;
- het opzetten van een infrastructuur om kennis en vaardigheden te verspreiden, die nodig zijn om de voorgestelde kwaliteitsslag te maken. Dit zal moeten gebeuren in combinatie met het implementeren van het kwaliteitsbeleid;
- het aanpassen van de beloningsstructuur, zodat het volgen van de basisopleiding en de aanvullende opleiding leidt tot een hogere inschaling.

Ook op dit vlak kan een expertisecentrum goede diensten bewijzen.

Infrastructuur en communicatie

De infrastructuur en de coördinatie van de verslavingszorg dienen sterk verbeterd te worden. Er zal daarom worden gewerkt aan:

- het analyseren van knelpunten in de financieringssystemen;
- het doen van voorstellen voor meer doelmatige overleg- en planningsvormen met gemeenten, ziektekostenverzekeraars en justitie;
- het doen van voorstellen, voortbouwend op een onderzoek van de Stichting O en S ter zake, over ambulante productvormen die aansluiten bij de intramurale verslavingszorg;
- het doen van voorstellen voor een sectorspecifiek personeelsbeleid dat de realisering van de speerpunten mogelijk moet maken en
- het totstandbrengen van een informatiseringsbeleid dat de verschillende informatiebehoeften rond sturing, transparant maken, benchmarking, en monitoring integreert.

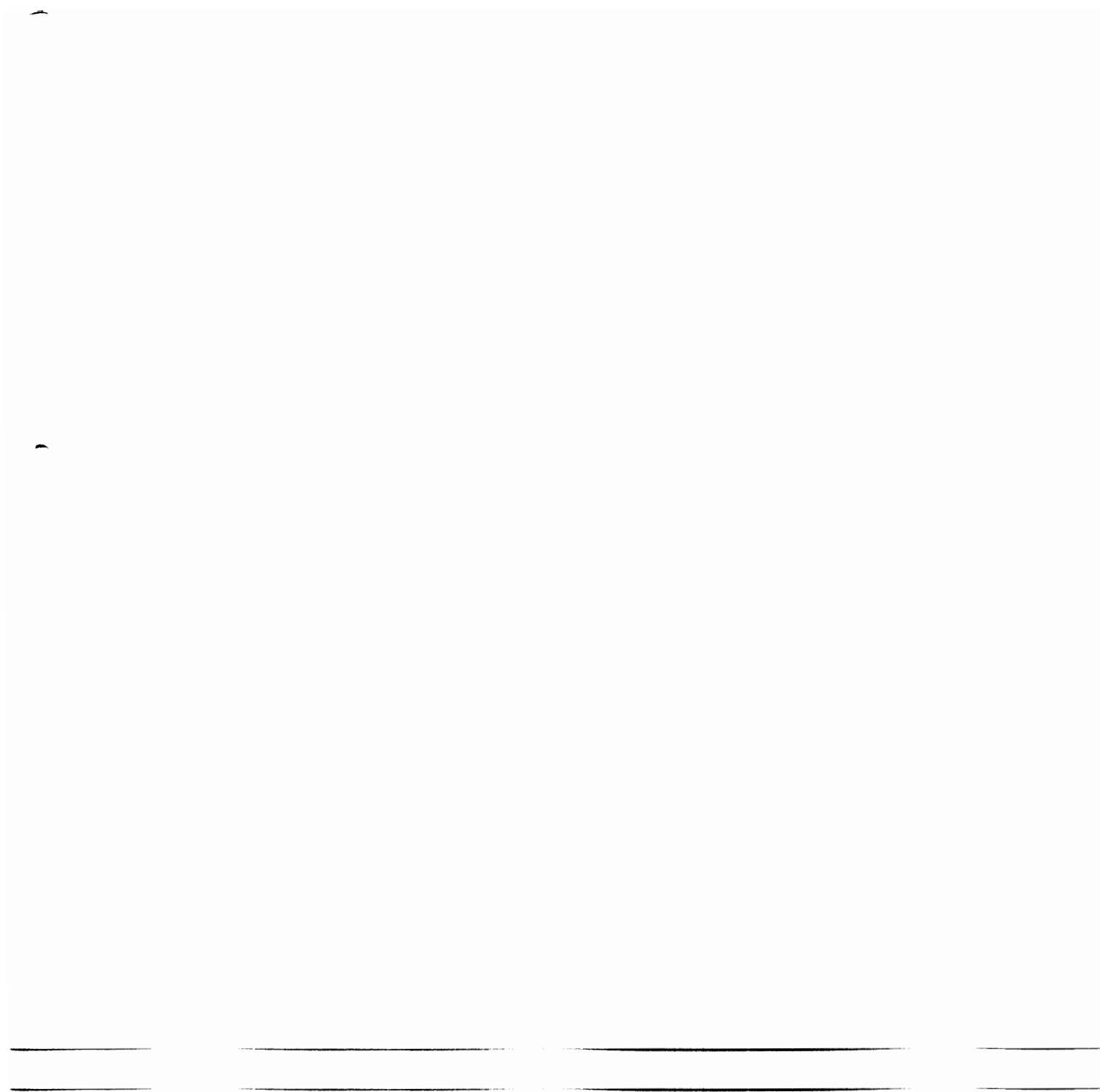
Financiering en planning

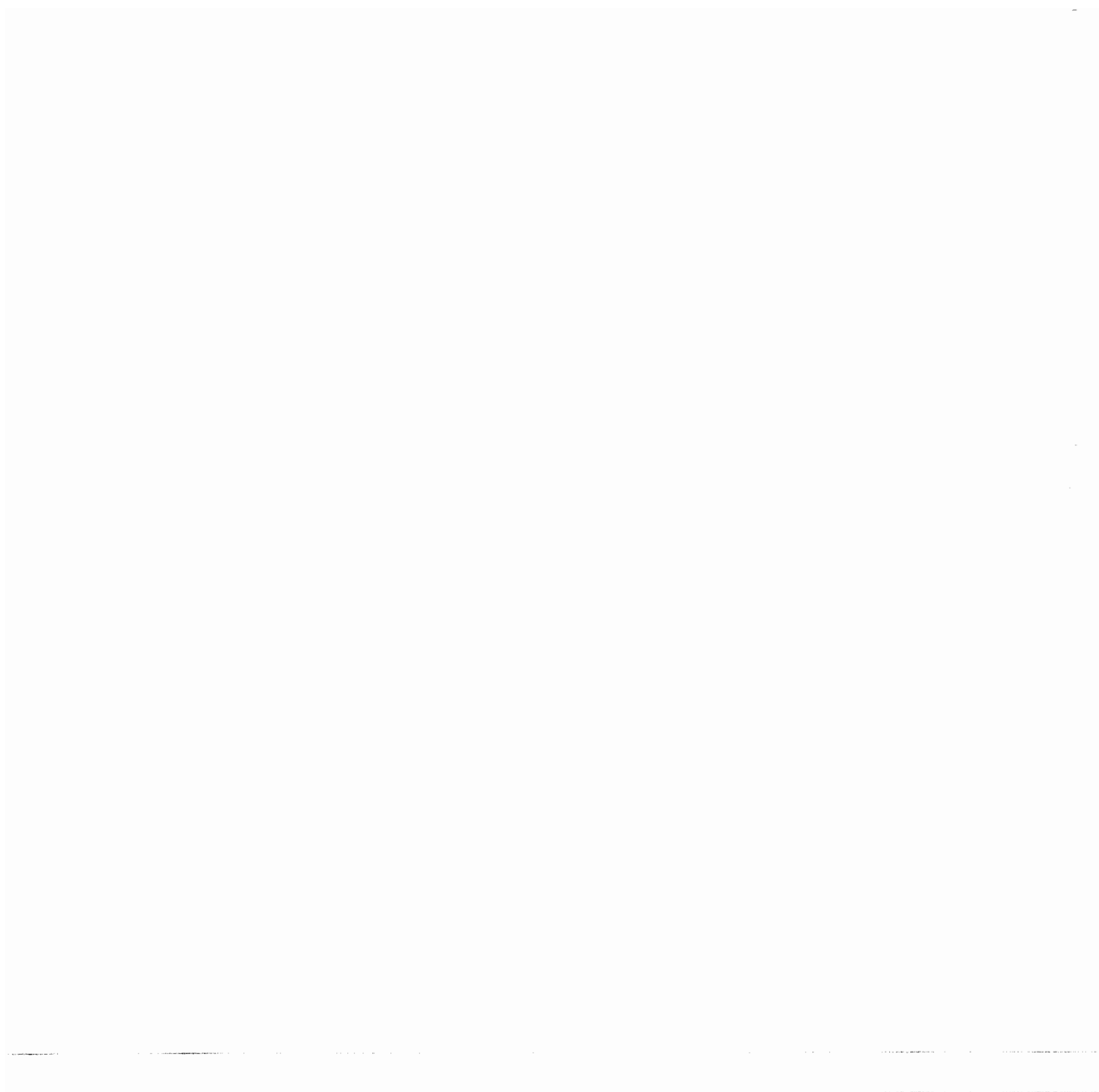
Nodig is dat de huidige financiers zich committeren aan de hierboven geschetste processen en de financiële gevolgen van het nodige onderzoek en protocollen aanvaarden.

Onderhoud van kennis en vaardigheden behoren tot de normale exploitatie en zal uit de lopende budgetten van de instellingen moeten worden bekostigd. De bekostiging van het ontwikkelen van nieuw instrumentarium mag deels ten laste worden gebracht van externe financiers.

Budgettaire continuïteit is nodig om de voorgenomen ingewikkelde veranderingsprocessen in relatieve rust te kunnen implementeren, naast de extra financiële ruimte om nieuwe beleidsinzichten in te kunnen passen.

Om dit te realiseren zullen op redelijk korte termijn enkele werkconferenties worden georganiseerd waaraan deelnemen de financiers, de verzekeraars, de gemeenten, het ministerie van justitie en de rijksoverheid teneinde met hen tot overeenstemming te komen over een meerjarenprogramma, de financiering daarvan en de financiële gevolgen van de vernieuwde zorg.





Aan de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport
mevrouw dr E. Borst-Eilers
Postbus 5406
2280 HK RIJSWIJK



Utrecht, 8 april 1998
Kenmerk: zb/mha/ark/981436
Betreft: **kwaliteit en innovatie in de verslavingszorg**

Geachte Mevrouw Borst,

In vervolg op onze brief van 22 december 1997 (kenmerk 971425) hebben we het genoegen u hierbij de nota over zorgvernieuwing in de verslavingszorg te doen toekomen. In deze nota schetst de verslavingszorg, zoals verenigd in GGZ Nederland, hoe zij zich de komende jaren wil ontwikkelen. Innovatie en verdere verbetering van de kwaliteit staan hierbij voorop.

Deze nota van GGZ Nederland is tot stand gekomen dankzij de inzet van een groep van zes directeuren van instellingen voor verslavingszorg. Tijdens dit proces is verschillende malen teruggekoppeld naar het beraad van directies in de verslavingszorg. Daarbij bleek dat de gekozen benadering op brede steun in de sector kan rekenen.

De bestuurlijke verantwoordelijkheid berust bij de Bestuurscommissie Verslavingszorg, hiertoe gemandateerd door het bestuur van GGZ Nederland. Wij hebben het zeer op prijs gesteld dat medewerkers van uw ministerie de opstellers met adviezen van dienst zijn geweest.

Wat betreft de verdere procedure stellen wij ons voor samen met u het overleg te openen met onder meer de financiers van de verslavingszorg over de aangegeven koers, de implementatie, bekostiging en andere randvoorwaarden. Wat ons betreft gaat de externe consultatieronde zo spoedig mogelijk van start. Wij zullen voor de uitwerking van de in de nota vervatte plannen een projectgroep in het leven roepen waarin onder meer de initiatiefnemers zitting hebben.

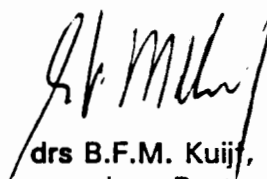
De nota is het resultaat van het project 'Zorgvernieuwing verslavingszorg' waarvoor wij bij brief van 19 augustus 1996 een subsidietoezegging ontvingen (uw kenmerk GVM/Vz/961800; financieel administratienummer VWS-64-4516-283248-221550.96; bij brief van 16 maart 1998, kenmerk GVM/Vz/981198 is de toezegging met gesloten beurzen verlengd).

Wij zien gaarne uw reactie tegemoet.

Met de meeste hoogachting,



dr F.H.R. Leenders,
directeur.



drs B.F.M. Kuijf,
voorzitter Bestuurscommissie
Verslavingszorg.

i.a.a.: de heer mr A.D.J. Keizer, hoofd van de afdeling verslavingszorg GVM