

**Gemeente Den Haag
Uitvoeringsprogramma WMO
Prestatieveld 9**

RIS153416a_18-MRT-2008

VERSLAVING: EEN ZORG VOOR ALLE HAGENAARS

**Verslavingszorgbeleid 2008-2010
Gemeente Den Haag**

Maart 2008

Verslaving: een zorg voor alle Hagenaars

Nota verslavingszorg 2008-2010

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1

Inleiding

1.1 Leeswijzer

Hoofdstuk 2

Het Haagse verslavingsbeleid

2.1 Zorg, opvang, handhaving en de rol van de gemeente

2.2 Haagse zorg en opvang

2.3 Nieuwe accenten

Hoofdstuk 3

Probleemgebruik en werkzame interventies

3.1 Maatwerk in de aanpak

3.2 Meer dan behandeling

3.3 Om wie gaat het?

3.4 Middelen, middelgebruik en zorg

3.5 Uitgangspunten voor aanpak

Hoofdstuk 4

Wat gaan we doen

4.1 Matig gebruik van alcohol

4.2 Preventie van problematisch cannabisgebruik

4.3 Probleemgebruik sneller signaleren en aanpakken

4.4 Een gelijktijdige aanpak op alle leefgebieden

4.5 Participatie van (ex-)gebruikers en hun naasten

4.6 Opvang en zorg voor alle probleemgebruikers

Hoofdstuk 5

Drang of dwang waar nodig

Bijlagen:

Bijlage 1 Financiën

Bijlage 2 Actiepunten

Bijlage 3 Voorzieningen overzicht

Bijlage 4 Haagse en landelijke zorgvraag

1 Inleiding

In Den Haag is de afgelopen jaren met de partners in de stad een aantal belangrijke nieuwe voorzieningen gerealiseerd waaronder de medische verstrekking van heroïne en twee gebruikersruimten. Daarbij hebben vooral zorg voor- en opvang van harddrugverslaafden centraal gestaan. De komende periode bouwen we voort op deze basis. Daarbij stellen we de aanpak bij op basis van de actuele ontwikkelingen in de visie op het fenomeen verslaving, trends in middelgebruik en het gemeentelijke en landelijke beleid.

Bij de discussie rond 'Knokken voor Kwetsbaren' zijn de laatste inzichten over de complexiteit van verslaving en proces van beginnend gebruik naar afhankelijkheid duidelijk onder de aandacht gekomen. Uit de monitorgegevens blijkt dat de omvang en ernst van de problemen per middel verschilt, we zien groei en soms ook daling van problematiek. De risico's komen daarbij steeds meer in beeld.

De nieuwe beleidsontwikkelingen rond zorg en ondersteuning betreffen vooral de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Deze nota is de uitwerking van prestatieveld negen uit het meerjarenbeleidsplan WMO; 'Aandacht voor elkaar' (RIS 149752) dat in november 2007 is vastgesteld.

Het plan van aanpak 'Den Haag Onder Dak' omvat de afspraken met de andere drie grote steden en het Rijk over de aanpak van de maatschappelijke opvang en openbare geestelijke gezondheidszorg (MO/OGGZ). Het 'Actieprogramma Jeugd' geeft de kaders voor de brede doelgroep van jongeren.

De komende periode leggen we op grond hiervan een aantal nieuwe accenten. Ten eerste willen we ingrijpen in het verslavingsproces, voordat er sprake is van verslaving. Dus voordat het probleemgebruik zo ver is ontwikkeld dat afhankelijkheid het leven domineert en er sprake is van frequent chronisch gebruik. We richten ons hier op middelengebruik en gokken¹.

De focus op harddrugs en specifiek heroïne, wordt verbreed naar probleemgebruik van *alle* middelen waarvan het gebruik afhankelijkheidsproblemen kan veroorzaken, zoals alcohol, cannabis en ook gokken.

De complexiteit en duurzaamheid van de afhankelijkheid maakt dat we daarbij meer moeten kijken naar de problemen op andere leefgebieden. Naast zorg en opvang is het nodig om bijvoorbeeld mogelijkheden voor werk, dagbesteding en schuldhulpverlening te creëren. Deze ondersteuning moeten we niet onthouden aan degenen die (nog) niet gestopt zijn met probleemgebruik. De doelen van participatie en deelname aan de samenleving zoals geformuleerd in WMO gelden ook voor hen en hun naaste omgeving.

Gerichte preventie, het tijdig signaleren van ontwikkelende problematiek, en de aanpak van alcohol en cannabis krijgen in de komende periode extra aandacht.

Als gemeente kunnen we dat niet alleen. Om de ambities vorm te geven is het belangrijk de goede samenwerking in de stad voort te zetten. Het gaat daarbij om de ketenpartners in zorg, opvang en ondersteuning, maar vooral ook om de burgers van de stad.

Verslavingsproblematiek en de aanpak daarvan zijn een zaak van alle Hagenaars.

¹ Andere vormen van afhankelijkheid en obsessief gedrag rond bijvoorbeeld Internet, voedsel en sex blijven hier buiten beschouwing. De aanpak van roken is opgenomen in de nota volksgezondheid.

1.1 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 gaat in op het huidige Haagse beleid en de relatie met andere beleidsvelden. In hoofdstuk 3 komt de ingewikkelde aard van verslaving aan de orde, de Haagse visie op verslaving en de daaraan verbonden handvatten voor preventie, zorg en opvang. Het hoofdstuk sluit af met de uitgangspunten voor de aanpak in de komende periode. Hoofdstuk 4 beschrijft de problemen die we gaan aanpakken, de doelen die we willen bereiken en de acties die we daarvoor inzetten. Hoofdstuk 6 geeft ten slotte een beknopt financieel overzicht.

In de bijlagen vind u een overzicht van de actiepunten, financiën en de Haagse voorzieningen.

2 Het Haagse verslavingsbeleid

2.1 Zorg, opvang, handhaving en de rol van de gemeente

Hagenaars die hun eigen probleemgebruik willen aanpakken, kunnen in principe zelf kiezen voor een bepaalde behandeling en waar deze wordt uitgevoerd. Dat kan, afhankelijk van de zorgverzekeraar, bij een instelling in de eigen gemeente zijn, maar ook elders in Nederland, of in het buitenland. De uitvoering van de behandeling en de behandelingsmethodieken zijn de verantwoordelijkheid van deze instellingen.

Gemeentelijke taken betreffen dát deel van verslavingsproblematiek waarin de cliënt (nog) geen duidelijk geformuleerde zorgvraag heeft. Daarnaast betreft het preventie, signalering en ondersteuning van mensen met beginnende problematiek en daarnaast om de opvang en re-integratie van mensen die al in meer of mindere mate maatschappelijk zijn afgedegen, zoals dak- en thuislozen.

De wettelijke kaders worden vooral gevormd door de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en de 'Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid' (WCPV). Voor zorg en preventie wordt gebruikgemaakt van uitvoering door de GGD. Voorbeelden zijn de laagdrempelige huisartsensprekken en voorlichting op scholen. Daarnaast worden via de subsidieregelingen afspraken gemaakt over het uitvoeren van de verslavingspreventie in de stad. Met de ketenpartners op het gebied van opvang, justitie, verslavingszorg en geestelijke gezondheidszorg worden projecten geïnitieerd en afgestemd.

De gezondheidsnota 2007-2011 'Natuurlijk gezond!' biedt het kader voor de aanpak van de gezondheidsproblematiek van sociaal kwetsbare Hagenaars, waaronder verslaafden. Voor de komende periode zetten we in op een sluitend netwerk van spreekuren medische basiszorg en op het realiseren van voldoende opvangplaatsen voor tbc-nazorg in de voorzieningen voor maatschappelijke opvang.

Het meerjaren beleidsplan 'WMO; Aandacht voor elkaar!' biedt het overkoepelende kader voor het ondersteunen van de burgers die niet in staat zijn zelf invulling te geven aan zelfredzaamheid of participatie. Ambulante verslavingszorg is hierin, naast maatschappelijke opvang en openbare geestelijke gezondheidszorg, opgenomen als één van de negen prestatievelden.

De opvang en re-integratie van dak- en thuislozen en groepen die het risico lopen dit te worden, staat centraal in 'Den Haag Onder Dak'² en het daaraan verbonden 'Stedelijk Plan'. Het is de Haagse uitwerking van het plan van aanpak dat rijk en de vier grote steden hebben afgesloten. Over de uitvoering zijn intersectorale afspraken gemaakt (bestuursdienst, sociale zaken, de dienst stedelijke ontwikkeling) en met de ketenpartners (Zorgkantoor, corporaties, zorg- en opvanginstellingen). Met het Zorgkantoor voeren we de regie voor wat betreft inzet van AWBZ-middelen voor de doelgroep dak- en thuislozen. Centraal staat een persoonsgebonden aanpak op alle relevante leefgebieden. Onderdeel is de realisatie van acht nieuwe voorzieningen voor deze doelgroep.

Jongeren en hun ouders kunnen bij opvoeding en zorg met complexe problemen te maken krijgen, waaronder verslavingsproblematiek. Het 'Actieprogramma Jeugd 2007-2010' verwoordt het gehele beleid ten aanzien van kwetsbare jeugd. Een belangrijk doel is het realiseren van een sluitende zorgstructuur voor de doelgroep van 0-23 jaar. Vroegsignalering en het realiseren van een sluitend hulpaanbod, ook voor wat betreft middelenproblematiek, zijn daarbij belangrijke instrumenten³.

Drugsoverlast is een van de prioriteiten in het Haagse Veiligheidsbeleid 2006-2010⁴. Bij de aanpak van criminele drugsgebruikers neemt de succesvolle Haagse veelplegersaanpak een belangrijke plaats in. Politie, gemeente, Openbaar Ministerie, reclassering, zorg en opvang werken hierbij samen in een aanpak die repressie en zorg combineert. Het beleid ten aanzien van cannabis is verwoord in het coffeeshopbeleid en de maatregelen ten aanzien van growshops en hennepkwekerijen⁵.

² zie het via www.denhaag.nl toegankelijke gemeentelijke Raadsinformatiesysteem (RIS) onder nummer 140698

³ Collegevoorstel Actieprogramma Jeugd 2007-2010 (RIS 140614)

⁴Een veilig Den Haag (2): een opdracht aan alle Hagenaars'

⁵ Reactie op VVD Cannabisnotitie: Harde feiten over softdrugs (RIS 143607)

2.2 De Haagse voorzieningen

Sinds de eerste nota 'Aanpak Drugproblematiek' (1996) is met de ketenpartners in de stad een pakket aan zorg en opvangvoorzieningen rond harddruggebruik tot stand gebracht. Hieraan is door het combineren van zorg, opvang en de aanpak van overlast een specifiek Haagse invulling gegeven. Zo zijn er twee opvangvoorzieningen voor harddruggebruikers gerealiseerd, waarbij specifiek gekozen is voor een invulling met een sterke zorgcomponent. Voor goede zorgverlening aan chronische verslaafden neemt Den Haag al vanaf de start deel aan de verstrekking van heroïne op medische gronden. De unit heeft nu een capaciteit van 75 cliënten. Het succes van ondermeer de Haagse unit heeft geleid tot een landelijke uitbreiding van deze aanpak. De gunstige effecten voor de deelnemers en de samenleving als geheel zijn duidelijk aangetoond. Heroïne (diacetylmorfine) is inmiddels geregistreerd als geneesmiddel, zoals methadon al eerder. De verstrekking van methadon vindt decentraal plaats en is verbreed naar de grotendeels AWBZ-gefinancierde medisch sociale opiaatbehandeling (MSO). Daarmee is verstrekking onderdeel van een pakket met verpleegkundige en maatschappelijk ondersteuning, waarvan gemiddeld 500 personen gebruik maken. De mobiele verstrekkingen (methadonbus) zijn hiermee beëindigd. Ook zien we de totale groep afnemen. Met de gebruiksruidten is in de stad een nieuw laagdrempelig aanbod tot stand gebracht. In de evaluatie is geconstateerd dat beide naar verwachting functioneren⁶. De voorziene capaciteit is voldoende gebleken en de zorgverlening wordt voortgezet. Uit de praktijkervaring met bezoekfrequentie en verblijfsduur blijkt dat de maximale capaciteit met het huidige aantal pasjeshouders nog niet is bereikt. Uitbreiding met een derde gebruiksruidte wordt op dit moment niet overwogen.

Door gemeente en ketenpartners is in de stad een stevig aanbod van repressie en zorg tot stand gebracht. Met de succesvolle veelplegersaanpak is in Den Haag duidelijk gekozen voor een vorm waarin zorg en re-integratie een belangrijke plaats hebben naast repressie.

Door actieve inzet vanuit de zorginstelling, is in Den Haag onder meer één van de twee landelijke voorzieningen gerealiseerd voor het ontgiften van jongeren in de leeftijd van 12-18 jaar (Mistral). Met het plan van aanpak 'Den Haag Onder Dak' geven we vorm aan de prestatie afspraken die we 2006 met het rijk hebben gemaakt over de inzet voor de doelgroep van maatschappelijke opvang en openbare geestelijke gezondheidszorg MO/OGGZ. Daarmee zetten we de komende jaren in op persoonsgebonden aanpak. Het omvat ondermeer capaciteitsuitbreidingen in zorg, opvang, schuldhulpverlening en dagbesteding. Met de dagloonprojecten voor de doelgroep zijn ruim achtduizend mandagen werk gecreëerd waarvan enkele honderden mensen gebruik maken. Voorlichting en preventie activiteiten vinden plaats met de reguliere programma's zoals via de aanpak 'Gezonde School en genotmiddelen' en specifieke projecten. Hierbij wordt ondermeer aangehaakt bij landelijke projecten van ondermeer het Trimbos-Instituut (zie bijlage 3 voor een overzicht).

2.3 Nieuwe accenten

Het beeld van verslaving wordt ten onrechte gedomineerd door het gebruik van harddrugs bij dak- en thuislozen en door ernstige incidenten waarbij specifieke middelen betrokken zijn, zoals hallucinogene paddenstoelen. De afhankelijkheid van middelen wordt daarbij wel versimpeld tot een mentale kwestie, waarin alleen de (on)wil tot stoppen een rol speelt.

De Haagse aanpak voor de komende jaren is gebaseerd op de visie dat het verslavingsproces bestaat uit een wisselwerking tussen biologische, psychische en sociale problemen. De combinatie van deze factoren bepaalt de beste aanpak van het probleem. Het risico op verslavingsproblemen, is in deze visie juist niet beperkt tot gemarginaliseerde groepen en harddruggebruik. Niemand is bij voorbaat immuun, iedereen kan direct of indirect met verslaving te maken krijgen.

Het gaat daarbij niet alleen om harddrugs. Op basis van de gecombineerde criteria fysieke schade, afhankelijkheid en schade voor de maatschappij, scoren alcohol en cannabis zelfs negatiever dan

⁶ Evaluatie gebruiksruidten (RIS 142004)

middelen die als veel schadelijker worden beschouwd⁷. Herijkte verslavingzorg gaat dus ook over probleemgebruik van meer geaccepteerde middelen en gokken.

Tussen sociaal, recreatief, overmatig, schadelijk en verslaafd gebruik is geen duidelijke scheidslijn te trekken. Iedere vorm van gebruik kan risico's opleveren. Op specifieke middelen, vooral alcohol en cannabis en bij jongeren zien we ontwikkelingen die zorgen baren. Dit geldt zowel voor de omvang als de wijze van gebruik. Het aantal zorgvragers dat zich bij de verslavingszorg meldt vertoont bovendien al enkele jaren een duidelijke groei.

In Den Haag willen we probleemgebruik van alle middelen voorkómen; harddrugs, softdrugs, alcohol en ook gokken. Beginnend probleemgebruik pakken we aan in een vroeg stadium. Waar sprake is van ernstige verslaving, zetten we in op een aansluitende keten van voorzieningen. Binnen deze keten zijn opvang, zorg en re-integratie op elkaar afgestemd. De nadruk ligt daarbij op zorg. Goede zorg en opvang resulteren in een vermindering van gerelateerde overlast.

Preventie, zorg, opvang en duurzame re-integratie vereisen een samenhangende aanpak waarbij met alle persoonsgebonden en maatschappelijke factoren en leefgebieden rekening wordt gehouden.

Het gaat, tot slot, om de gebruiker en de samenleving als geheel, maar ook om de partners, ouders, kinderen vrienden en andere verwanten. Tot dusverre is hun rol bij het signaleren, opvangen van probleemgebruik en bijvoorbeeld mantelzorg rond probleemgebruikers onderbelicht gebleven. Aan participatie en zelfredzaamheid van deze groepen, willen we de komende jaren extra aandacht geven.

⁷ Informatie VWS naar aanleiding van Kamervragen D66 23-05-07

3 Probleemgebruik en werkzame interventies

3.1 Maatwerk in de aanpak

Verslaving is een chronische aandoening waarin genetische en neurobiologische vatbaarheid, lichamelijke gewenning, psychische problemen, hersenveranderingen, type middel en sociale conflicten op een ingewikkelde manier samenhangen⁸. Er is dus geen simpel oorzaak-gevolg verband tussen middelgebruik en problemen op andere leefgebieden. De relatie tussen biologische, psychische en sociale factoren en omstandigheden, is bij ieder individu verschillend. Middelgebruik veroorzaakt veranderingen in de hersenen, die weer tot bepaald gedrag kunnen leiden. Het stoppen met middelgebruik betekent dan ook niet dat de problemen vervolgens eenvoudig op te lossen zijn. Omgekeerd kunnen stabiele zorg, vast onderdak en de aanpak van psychische problemen leiden tot een sterke vermindering van middelgebruik.

Bij zowel preventie als opvang, zorg, behandeling en re-integratie moet rekening gehouden worden met de individuele complexiteit en het veelal chronische karakter van het verslavingsproces. Een specifieke combinatie van zorg, methode en farmacologische ingrepen (met of zonder dwang) kan voor de ene gebruiker goed werken. Bij anderen of andere middelen is dezelfde aanpak onwerkzaam of heeft zelfs negatieve effecten. Aanpak van verslaving is medisch maatwerk en het vereist langdurige inzet om duurzaam resultaat te hebben. Hoewel er regelmatig nieuwe middelen, behandelingen en methoden worden ontwikkeld (Rimonabant, Buprenorfine, afkicken onder narcose), is er helaas geen benadering die bij iedereen van iedere herkomst en voor alle soorten verslavingen en middelen ook op langere termijn werkt.

Kwetsbaarheid voor blootstelling aan het middel is bovendien blijvend en tussentijdse terugval komt regelmatig voor. Veel probleemgebruikers zijn al meerdere keren succesvol 'afgekickt' en toch weer begonnen. Goede zorg beperkt zich niet tot 'afkicken' en korte termijn succes. Hoofddoel is *duurzaam* te stoppen met probleemgebruik.

3.2 Meer dan behandeling

Het is niet voldoende om alleen het middelgebruik te behandelen. Ook de problemen op andere gebieden zoals psychiatrie, inkomen en onderdak moeten in samenhang aangepakt worden. Daarvoor is een omvangrijke en langdurige inspanning op verschillende terreinen nodig. De kans op succes van een behandeling is namelijk erg klein als vast onderdak, hulp bij psychische problemen en dagbesteding of werk ontbreken. Ook schuldhelpverlening en een betaalde zorgverzekering moeten geregeld worden om terugval zoveel mogelijk te voorkomen. Met de aanpak op deze andere leefgebieden moeten we bovendien zo snel mogelijk kunnen beginnen. De zekerheid van onderdak en opvang heeft al een stabiliserend effect op het middelgebruik. Omgekeerd kunnen stabiele zorg, vast onderdak en de aanpak van psychische problemen leiden tot een sterke vermindering van middelgebruik.

Abstinentie, of 'afgekickt zijn' opleggen als voorwaarde om toegang te kunnen krijgen tot noodzakelijk zorg- en hulpverlening, is contraproductief. Dat geldt bij de start van zorg, maar het is vooral ook van belang dat men zorg en opvang niet direct kwijtraakt als er na een tijd lang 'clean' geweest te zijn een tijdelijke terugval optreedt.

Actieve persoonsgebonden ondersteuning op alle leefgebieden is juist dan nodig om te voorkómen dat de terugval in actief gebruik blijvend is.

3.3 Om wie gaat het?

De meeste Hagenaars lopen gelukkig een relatief gering risico om verslaafd te raken aan gokken of middelengebruik. Op hen zijn de algemene preventie inspanningen gericht, waarbij onder meer wordt aangehaakt bij landelijke publiekspreventieprogramma's. De nadruk ligt hierbij op voorlichting met als doel het voorkomen van het ontstaan van risicogebruik en het beperken van risico's.

⁸ Initiatiefvoorstel GroenLinks Knokken voor kwetsbaren (RIS101884), 'Hulp bij probleemgebruik van drugs'. Wetenschappelijk bewijs voor werkzaamheid of effectiviteit van interventies in de verslavingszorg: Trimbos Instituut 2004.

Een deel van de Hagenaars loopt grotere risico's. Ze hebben vanuit hun situatie een grotere kans om verslaafd te raken en/of ondervinden verhoudingsgewijs meer schade. Zij moeten zo vroeg mogelijk in het verslavingsproces worden benaderd met een hulpaanbod zodat het risicogebruik wordt beëindigd. Het gaat vooral om jongeren omdat gebruik op jonge leeftijd extra risico's oplevert, zowel voor wat betreft directe schade, als voor hun ontwikkeling in de toekomst.

Een derde groep bestaat uit degenen waarbij gebruik zich heeft ontwikkeld tot problematisch gebruik en tot afhankelijkheid van het middel. Een deel weet zelf alsnog de weg te vinden naar zorg. Een deel is door langdurig probleemgebruik (en bijkomende problematiek) afgegleden naar een marginaal bestaan. Dit wordt ook wel de MO/OGGZ- doelgroep (Maatschappelijke Opvang en Openbare Geestelijke gezondheidszorg) genoemd. Van de naar schatting tweeduizend Haagse dak- en thuislozen kampt een meerderheid met verslavingsproblemen.

3.4 Middelen, middelgebruik en zorg.

Landelijk en ook stedelijk zien we sinds 1997 een duidelijke groei in het aantal cliënten dat voor zorg aanklopt bij de verslavingszorg. Deze groei lijkt zich sinds 2004 te stabiliseren. In de bijlage is een gedetailleerd beeld opgenomen. In Den Haag zijn in 3.708 personen aangemeld bij de verslavingszorg (CMS: gegevens 2006). De meesten; 39 procent (1.340) hebben alcohol als hoofdprobleem, heroïne is voor 28 procent van de cliënten het hoofdprobleem (964), gevolgd door cocaïne met 16 procent (541). Vervolgens zijn cannabis 9 procent (320), gokken 4 procent (140) en medicijnen 1 procent (29) de meest voorkomende hoofdproblemen. Voor de totale regio (Den Haag, Wassenaar, Leidschendam-Voorburg, Rijswijk en Zoetermeer) liggen de verhoudingen iets anders. Het relatieve belang van alcohol neemt dan ondermeer toe naar 45% van het totale aantal cliënten. In totaal gaat het voor de regio om 4.378 zorgvragers (Ladis jaarcijfers 2006).

De bovenstaande gegevens betreffen degenen die de stap naar behandeling al hebben gemaakt. Gebruikers zijn zich in de beginfase niet bewust van het problematische karakter van het gebruik of ontkennen het. De stap naar zorg wordt dan (nog) niet gemaakt. Daarnaast duurt het bij meer geaccepteerde middelen langer voordat men de stap naar behandeling neemt. We zien dan ook duidelijke verschillen tussen bijvoorbeeld alcohol en harddrugs. Van de landelijke groep probleemdrinkers⁹ is naar schatting circa drie procent bekend bij de zorg (Nationale Drugsmonitor 2006), bij opiaatgebruikers gaat het om vijftig procent en meer.

Het Haagse gebruik volgen we via de Gezondheidsmonitor, het Haags uitgaansonderzoek voor wat betreft het uitgaanspubliek, de peilstationonderzoeken van het Trimbos Instituut onder scholieren van primair en voortgezet onderwijs, cliënt monitoringsystemen (CMS en Ladis) en de unieke koppelingsonderzoeken in het kader van de onderzoekswerkgroep Monitoring en Registratie¹⁰, waarbij bestanden van zorg, reclassering en politie worden gecombineerd. Op basis hiervan zien we het volgende.

- Alcohol

Problematisch alcohol gebruik vindt plaats door vijftien procent van de Haagse mannen en vier procent van de Haagse vrouwen (Gezondheidsmonitor 2006). Van 1999 tot 2006 is het aandeel van de nieuwe cliënten met alcohol als hoofdprobleem gegroeid van 37 naar meer dan 50 procent. De totale groep zorgvragers is in lijn met de landelijke ontwikkeling gegroeid naar 1340 personen in 2006 (CMS).

Ook onder jongeren is alcohol met afstand het meest gebruikte genotmiddel, al dan niet in combinatie met andere middelen zoals cannabis. Men begint bovendien al jong. Driekwart van de scholieren in het voortgezet onderwijs (75%) heeft wel eens alcohol gedronken en bijna de helft heeft recent alcohol gedronken (48%). Dat is minder dan het landelijk gemiddelde, maar hoger dan in het Haags onderzoek uit 1999 (respectievelijk 63% en 42%) (Peilstation 2005). Het probleemgebruik van alcohol is kortom te hoog.

⁹ Gezondheidsraad: per dag 3 glazen of meer voor mannen, voor vrouwen 2 glazen of meer.

¹⁰ Deelnemers: Politie, Parnassia, Epidemiologie GGD, Bestuursdienst en dienst OCW

- Cannabis

Het gebruik onder Haagse jongeren is vergelijkbaar met het gebruik van jongeren in Utrecht en iets lager dan het gebruik van jongeren in Rotterdam en Amsterdam. Hoewel het cannabisgebruik al geruime tijd stabiel is, zien we landelijk en ook in Den Haag een sterke toename van het aantal cliënten bij de verslavingszorg, van 163 cliënten in 2000 naar 320 in 2006. Het aandeel van cannabis als hoofdprobleem van nieuwe cliënten groeit in dezelfde periode van bijna 10 naar 16 procent. Van de Haagse leerlingen van het voortgezet onderwijs heeft 78 procent nog nooit cannabis gebruikt, één op de tien heeft het recentelijk gebruikt. Bijzondere aandacht verdient echter de twee procent van de scholieren die problematisch cannabisgebruiker is. Daarbij spelen vaak ook problemen op andere gebieden en het gebruik van andere middelen mee (Peilstationonderzoek 2005).

- Harddrugs

In Den Haag zijn tussen de twee en drieduizend probleemgebruikers van harddrugs, voornamelijk opiaten en cocaïne. De opiaatgebruikers (heroïne, morfine, opium) zijn een verouderende groep, de gemiddelde leeftijd ligt inmiddels boven de veertig. Nieuwe aanwas vindt in Den Haag en daarbuiten, nauwelijks nog plaats. Door druggebruik en jarenlang straatleven hebben ze in toenemende last van lichamelijke klachten die normaal gesproken alleen voorkomen bij mensen met een veel hogere leeftijd. De problematiek van deze doelgroep verdient extra aandacht.

Cocaïneproblematiek is landelijk en ook stedelijk sterk in omvang toegenomen. Inmiddels lijkt een stabilisatie te zijn ingetreden. In 2006 zijn er 94 nieuwe cliënten in de verslavingszorg ingestroomd met cocaïne als primair probleem en 84 met cocaïne als bijprobleem. Onder probleemgebruikers zijn crack en base-coke¹¹ de belangrijkste gebruiksvormen. Effectieve interventies zijn in ontwikkeling. Nadruk ligt nu op stabilisatie van gebruik, het beperken van verdere schade ('harmreduction') en aanpak van overlast. Een deel van de groep met polydruggebruik van ondermeer cocaïne, is zeer vaak in contact met de politie en komt in aanmerking voor de veelplegersaanpak¹².

- Gokverslaving

Gokken neemt een aparte plaats in naast problematisch middelgebruik. Meer dan 80% van de Nederlanders boven de 16 jaar gokt wel eens (WODC 2006). Het aantal Hageenaars dat nieuw in zorg komt met gokken als primair probleem, is in de periode 2000-2006 gedaald van 81 naar 39. Dit komt overeen met het landelijke beeld. We zien echter wel een groei van het totale aantal gokkers in zorg (140 in 2006). Hierbinnen zien we verschillen; internetgokken lijkt minder populair te worden, maar poker is in opkomst. Bij pokeren speelt een rol dat deelnemers het zelf meer als een behendigheids- dan als een kansspel beschouwen. Gevallen van pokerverslaving zijn nog zeldzaam¹³, maar er zijn aanwijzingen dat het aantal in de toekomst zal gaan stijgen.

- Uitgaanswereld

Het middelgebruik in de uitgaanswereld kan een voorloper zijn voor gebruik in de samenleving als geheel. Alcohol is hier verreweg het meest gebruikte middel. Daarnaast zien we in de Haagse Uitgaansonderzoeken een brede acceptatie van XTC. Ook het gecombineerd gebruik van verschillende middelen wordt steeds meer geaccepteerd. Gebrek aan kennis over de werking van middelen levert extra risico's op bij dit zogeheten combigebruik omdat afzonderlijke middelen elkaars werking beïnvloeden. Goede praktische informatie over de risico's van gebruik via de Haagse infosite Drugsweb¹⁴ blijft dan ook nodig.

¹¹ Cocaïne wordt veelal gesnoven. Base-coke wordt gemaakt door het verhitten ('koken') van een oplossing van cocaïnepoeder en een basisch middel. Crack is onzuivere base-coke.

¹² een persoon van 18 jaar of ouder die vanaf die leeftijd meer dan 10 processen verbaal tegen zich zag opgemaakt, waarvan ten minste 1 in het peiljaar.

¹³ 'Het gezicht van poker': College toezicht kansspelen 2007.

¹⁴ Op www.drugsweb.nl is informatie te vinden over de risico's van gebruik daarnaast kunnen vragen gesteld worden die door deskundigen worden beantwoord

3.5 Uitgangspunten voor aanpak

De komende periode zetten we in op het optimaliseren van de mogelijkheden waarmee men de eigen problemen zelf tijdig kan aanpakken. Waar nodig geven we hen en hun naaste omgeving daarbij een steun in de rug, zodat iedereen (weer) optimaal in de Haagse samenleving kan participeren.

Rekeninghoudend met de nieuwe inzichten en de bovenstaande gebruikstrends, staan daarbij de volgende hoofdlijnen centraal.

- Schadelijke effecten van middelgebruik, zijn niet beperkt tot het gebruik van illegale harddrugs. De omvang en ernst van de problemen verbonden aan cannabis en met name alcoholgebruik vereisen extra aandacht.
- De meest directe manier om problemen aan te pakken, is het voorkomen van probleemgebruik. Preventie en vroegtijdige aanpak staan daarbij centraal.
- De complexe relatie tussen biologische-psychische en sociale aspecten, vereist een aanpak waarin individueel maatwerk en een aanpak op alle relevante leefgebieden gecombineerd worden.
- Probleemgebruikers zijn onderdeel van de Haagse samenleving. (Ex-)gebruikers, hun partners, ouders en verwanten en alle andere Hagenaars kunnen een rol spelen bij het voorkómen en signaleren van probleemgebruik, bij zorg en opvang en bij het opnieuw opnemen van (ex)gebruikers in de Haagse buurten en wijken.

In het volgende hoofdstuk worden deze punten verder toegelicht en omgezet in concrete actiepunten.

4 Wat gaan we doen

4.1 Matig gebruik van alcohol

Alcohol is verreweg het meest gebruikte genotmiddel. Het gebruik ervan is bovendien breed geaccepteerd.

Problematisch alcoholgebruik, vooral het gebruik door jongeren, heeft te lang onvoldoende aandacht gekregen. Daarom is in het coalitieakkoord 2006-2010 de ontwikkeling van het intersectoraal alcohol preventieprogramma aangekondigd. Voor dit programma zijn extra middelen vrijgemaakt. Naast jongeren gaat het daarbij ook om volwassenen en ouderen. Hoewel problematisch drankgebruik dus niet slechts onder jongeren speelt, vormen zij wel de belangrijkste doelgroep. Gebruik van alcohol op jonge leeftijd wordt afgeraden vanwege het risico op hersenschade.

De landelijke preventie boodschap is gericht op jongeren tot de leeftijd van 16 jaar, omdat dit de wettelijke minimumleeftijd is voor alcoholgebruik. Wij vinden deze leeftijdsgrens te laag, omdat de ontwikkeling van de hersenen pas stopt tussen de 20 en de 25 jaar. Daarom willen we de preventieboodschap en de voorlichting er op richten dat jongeren niet voor hun 18e jaar beginnen met alcohol.

Extra risico's zijn verbonden aan specifieke vormen van gebruik zoals het innemen van grote hoeveelheden alcohol tegelijk, het zogeheten 'binge' drinken (coma zuipen). Wij willen het problematisch alcoholgebruik aanpakken daar waar de risico's het grootst zijn, te weten de settings onderwijs, uitgaan en sport en de doelgroepen jeugd en ouderen. De aanpak maakt gebruik van een mix van voorlichting, gerichte preventie, handhaving en regelgeving. De uitbreiding van het gemeentelijke instrumentarium in de nieuwe 'Drank en Horecawet' is een belangrijke ontwikkeling waarvan Den Haag graag gebruik wil maken. Het gaat dan ondermeer om regelgeving (minimum leeftijden) en de handhaving. Deze actie is opgenomen in de Nota Volksgezondheid 2007-2011 Natuurlijk: gezond! De uitvoering vindt plaats in samenhang met de aanpak van het probleemgebruik van andere middelen.

Doel

In 2011 zijn er minder Hagenaars die problematisch alcohol gebruiken.

Actiepunt

- *Begin 2008 verschijnt het stedelijk intersectoraal alcoholpreventieprogramma met een mix van maatregelen op diverse terreinen. Naast voorlichting, interventies en preventiemethoden om houding en gedrag te beïnvloeden, wordt ook aandacht besteed aan regelgeving rond beschikbaarheid van alcohol, handhaving en alcoholontmoedigingsbeleid.*

4.2 Preventie van problematisch cannabisgebruik

Intensief cannabisgebruik¹⁵ vergroot bij een deel van de gebruikers de kans op latere psychotische stoornissen. Daarnaast gaat (zeer) frequent "blowen" door jongeren samen met gedragsproblemen en spijbelen. Het cannabisgebruik kan daarbij een symptoom zijn van even grote of zelfs grotere problemen op andere leefgebieden.

Hoewel het gebruik van cannabis de laatste jaren stabiel blijft, vormen problematische cannabisgebruikers een groeiende groep binnen de verslavingszorg (Nationale Drugsmonitor 2006). Een duidelijke verklaring hiervoor ontbreekt. Mogelijk speelt het groeiende besef van de schadelijke effecten een rol bij aanmelden van cliënten bij verslavingszorg.

Bij de Haagse verslavingszorg is het aantal cliënten met cannabis als primair middel sinds 2000 verdubbeld (CMS 2007).

In Den Haag gaat het in totaal om 320 cliënten, een derde daarvan bestaat uit nieuwe cliënten. Meestal is er bij hen sprake van dagelijks gebruik. Daarbinnen neemt de groep onder de 24 jaar toe in omvang. Deze omvat nu bijna een derde van de doelgroep. Naast cannabis zien we vooral alcohol als bijkomende problematiek. Daarnaast komt gebruik van opiaten en cocaïne voor als extra problematiek.

¹⁵ Omvat hasj en marihuana (wiet), werkzame stof is THC. De stijging in THC-gehalte lijkt zich op een iets lager niveau te stabiliseren. Het effect van hogere THC-gehalten wordt in een komend landelijk onderzoek nader onderzocht.

Omgekeerd zien we dat cannabisgebruik bij circa 15% van de harddrug cliënten als secundair probleem optreedt. Voor het problematische gebruik van cannabis, in het bijzonder onder jongeren, is extra aandacht nodig.

Voor behandeling van cannabisgebruik zijn effectieve interventies beschikbaar. Bij jongeren is in het bijzonder de interventie ‘meervoudige gezinstherapie’ effectief gebleken bij het matigen van gebruik¹⁶. Om beter zicht te krijgen op het proces van probleemgebruik en de achtergronden van de Haagse cannabisverslaafden is in 2007 een onderzoek gestart naar de probleemgebruikers die in de periode van 1999 tot en met 2006 in zorg zijn gekomen (CMS 2008). Daarnaast start het Trimbos Instituut in 2008 het vierjaarlijkse onderzoek onder het gebruik van scholieren waaraan een Haagse verdiepingsslag is toegevoegd (Peilstationonderzoek). De resultaten gebruiken we voor het intensiveren en aanscherpen van de preventieve inzet door de GGD en de ketenpartners in de stad. Het gaat om het gezamenlijk versterken van inzet zoals die nu al plaatsvindt op scholen via de aanpak ‘Gezonde School en genotmiddelen’, via de puberouder-cursussen, voorlichtingen aan intermediairs van welzijnsorganisaties en in de uitgaanswereld via projecten als ‘Eerste Hulp Bij Drugsongevallen’ (EHBD). De handavingsaspecten zijn geborgd in het coffeeshop beleid.

Doel

Voorkómen van risicogebruik van cannabis en het daaraan verbonden gedrag, door snellere signalering en aanpak.

Actiepunten

- *Intensiveren van preventie en voorlichting over de risico’s van cannabisgebruik op school, thuis en uitgaanswereld*
- *Door gemeente en schoolbesturen wordt een convenant over schoolveiligheidsplannen voorbereid. In die plannen nemen de schoolbesturen regels op over het alcohol- en drugs beleid op school.*
- *Onderzoek naar de kenmerken van probleemgebruikers van cannabis in zorg, gericht op het ontwikkelen van handvatten voor het aanscherpen van preventie voor risicogroepen ten behoeve van het vroegtijdig onderbreken van het afhankelijkheidsproces*
- *Met verslavingspreventie en coffeeshophouders wordt gezamenlijk zorgoverleg opgezet met als doel gerichte preventie in coffeeshops op basis van door het Trimbos Instituut ontwikkelde methoden. Hierdoor zijn bezoekers en personeel alert op de signalen van - ontwikkelend- probleemgebruik.*

4.3 Probleemgebruik sneller signaleren en aanpakken

Voorkómen dat iemand begint met gebruiken is de meest directe manier om problemen in de toekomst te beperken. Veel ongezond en risicogedrag ontwikkelt zich tussen het elfde en zestiende levensjaar en soms zelfs eerder. Preventie is in deze fase van groot belang. De huidige inspanningen bestaan uit brede voorlichting en specifieke projecten gericht op thuissituatie (opvoedingsondersteuning, oudercursussen), vrije tijd (welzijn, horeca, voorlichting door leeftijdsgenoten) en onderwijs (‘Gezonde school en genotmiddelen’). Het gaat daarbij om het informeren over de risico’s van gebruik, het signaleren en beëindigen van beginnend probleemgebruik. Niet alleen de jongeren zelf en hun ouders worden hiermee benaderd maar ook, intermediairs zoals jongerenwerkers, leerkrachten, professionals van andere instellingen en bijvoorbeeld horecapersoneel. Onderdelen zijn algehele weerbaarheid, herkennen van signalen en bijvoorbeeld het ingrijpen bij acute problemen (eerste hulp bij drugsongevallen).

De basis voor het vormgeven van de aanpak en het bepalen van prioriteiten wordt gevormd door Gezondheidsmonitor, de Peilstation-onderzoeken van het Trimbos Instituut onder scholieren, het Haags Uitgaansonderzoek, gegevens vanuit de instellingen en specifiek onderzoeksprojecten.

¹⁶ zie: ‘Hulp bij probleemgebruik van drugs’. Wetenschappelijk bewijs voor werkzaamheid of effectiviteit van interventies in de verslavingszorg: Trimbos 2004 en 2006 (RIS144034)

De relatie tussen onderzoek, preventie bij risicogroepen en de inzet van interventies moet worden versterkt en moet meer gericht op het tijdig ingrijpen in het verslavingsproces. Daarbij gaan we meer nadruk leggen op signalering en snelle interventies bij risicogroepen. Dit betekent een accentverschuiving van algemene publieksvoorlichting en de ontmoediging van alle gebruik naar een meer gerichte, selectieve vorm van preventie.

Deze verschuiving omvat a) het scherper in beeld krijgen en houden van (nieuwe) risicogroepen, b) het ontwikkelen en het beschikbaar maken van kennis en methoden om probleemgebruik te herkennen en c) het inzetten van interventies die effectief zijn voor die specifieke situatie. Hiervoor is met de betrokken partijen nauwer contact nodig specifiek op dit terrein. Het gaat dan om het bijeenbrengen van ervaringen en contacten rond specifieke risicogroepen (zwerfjongeren, jongeren met een verstandelijke handicap) en risicovolle nieuwe gebruiksvormen zoals 'indrinken' en 'insnuiven'. Daarnaast betreft het bevorderen van de deskundigheid over de inzet van concrete interventievormen en zonedig het ontwikkelen van methodieken specifiek voor de Haagse situatie. De alertheid op verslavingsproblemen kan zo meer worden ingebed in de aanpak van alle instellingen die hiermee in aanraking kunnen komen. Daarnaast kan een dergelijk platform adviseren over de inzet van preventie. Omdat probleemgebruik onderdeel is van bredere problematiek, staat goede aansluiting op de aanpak van de totale jeugdproblematiek centraal. Het 'Actieprogramma Jeugd 2007-2010' geeft hiervoor de kaders. Hierin wordt de sluitende zorgstructuur vormgegeven, voor de groep tot 23 jaar. De dienstverlening vanuit de Jeugdgezondheidszorg vervult hierbinnen een belangrijke rol. Het vroegtijdig herkennen van problematisch middelengebruik en snelle beschikbaarheid van een zorgaanbod vinden hierin een plaats naast andere complexe jeugd en opvoedingsproblematiek.

Om zo vroeg mogelijk in het verslavingsproces te kunnen ingrijpen, moet gerichte preventie worden gecombineerd met een snel beschikbaar, laagdrempelig hulpaanbod. Bij omgeving en probleemgebruikers zelf is er in dit stadium nog geen hulpvraag. Het gebruik wordt ontkend of gebagatelliseerd of men denkt het probleem nog zelf op te kunnen lossen. De stap naar de verslavingszorg is dan nog te groot. Er is een aanbod nodig tussen een indringende preventie boodschap en de intake voor verslavingszorghulp. Dit is het snijvlak tussen zorg, een verantwoordelijkheid van zorginstellingen en preventie. De ontwikkeling van internethulp door zorgaanbieders richt zich op de laagdrempelige toegang.

Aanvullend is er behoefte aan een actief hulpaanbod, waarin indringende voorlichting over risico's, signalering, toeleiding, motiverende gesprekstechnieken, leefstijltrainingen en een laagdrempelige toegang naar de tweedelijns zorg zijn gecombineerd. Deze methodiek is gericht op het verkleinen van de stap naar hulp. Primaire doelgroepen zijn jongeren met beginnende problematiek, hun ouders en intermediairs. Toeleiding kan ondermeer plaatsvinden vanuit de zorgstructuren rond jeugd.

Gokken neemt naast middelgebruik een aparte plaats in, net als bijvoorbeeld obsessief game-gedrag. Het aantal mensen dat in zorg is voor gokverslaving is de afgelopen tien jaar afgenomen. Kansspelverslaving wordt echter pas na vijf tot zeven jaar zichtbaar. De groeiende populariteit van pokeren kan in de toekomst een probleem gaan vormen, daarom dient nu extra aandacht aan preventie te worden besteed.

Doel

In 2010 is de verslavingspreventie en hulpaanbod meer toegespitst op het signaleren en ondervangen van beginnend probleemgebruik.

Actiepunten

- *Opzet van een coördinatiegroep 'Preventie en signalering van probleemgebruik', onder regie van de gemeente. Hierin worden ervaring en deskundigheid rond middelgebruik en gokken bijeengebracht. Doel is advisering en het verder uitwerken en toepassen van methoden voor signalering en snelle gerichte aanpak. De nadruk ligt op partijen die hiermee in uitvoering direct te maken hebben zoals de GGD, verslavingszorginstelling en GGZ.*
- *Opzet en uitvoering van een pilotproject 'preventie en zorg' met als doel het verlagen van de drempel naar verslavingszorg voor jeugdige probleemgebruikers,*

- *Faciliteren en stimuleren van de beschikbaarheid van specifieke verslavingskennis en ervaring over risico's en interventies door het bijeen brengen van Haagse partijen die te maken hebben met probleemgebruik(ers).*
- *Intensiveren van de voorlichting over de risico's van kansspelverslaving in het bijzonder pokeren, ondermeer via internet .*

4.4 Een gelijktijdige aanpak op alle leefgebieden

Door langdurig probleemgebruik kunnen gebruikers afglijden naar een marginale situatie waarin goed onderdak, een sociaal netwerk, dagbesteding of werk en inkomen ontbreken. Voor het verbeteren van deze situatie is een integrale aanpak nodig, in aanvulling op zorg en behandeling van de verslaving. Het Rijk en de vier grote steden hebben afgesproken dat in 2010 het grootste deel van de dak- en thuislozen van straat is, voorzien van een trajectplan en passende huisvesting. Deze afspraken zijn uitgewerkt in het plan van aanpak 'Den Haag Onder Dak'. Hierin wordt samen met het Zorgkantoor en de ketenpartners de regie genomen voor de doelgroep MO/OGGZ.

De aanpak omvat afstemming van financiering (gemeentelijk en AWBZ), samenwerking tussen de ketenpartners (verslavingszorg, maatschappelijke opvang, corporaties, reclassering, justitie, schuldhulpverlening), monitoring (wie maakt er gebruik van welke voorziening) en de feitelijke regie op cliëntniveau. Hiervoor wordt een structuur ontwikkeld waarin voor iedere cliënt een persoonsgebonden trajectplan wordt opgesteld met afgestemde zorgplannen op alle relevante leefgebieden. De uitvoering van het trajectplan vindt plaats onder gemeentelijke veldregie in het Centraal Coördinatiepunt (CCP).

Goede toegankelijke medische basiszorg voor deze doelgroep, is een van de aandachtspunten in de nota Volksgezondheid 2007-2011 'Natuurlijk: gezond!'.

Verslaafden vormen een bijzondere doelgroep door het chronische karakter van hun verslaving. Dubbele-diagnose problematiek (gelijktijdig optreden van verslaving en psychiatrische problemen) vormt een bijkomende belemmering. In het proces naar stabilisering en beëindiging van problematisch gebruik, komt tijdelijke terugval in actief gebruik vaak voor. De trajecten moeten voldoende flexibel en creatief zijn om hiermee om te kunnen gaan. Een belangrijke stap in het proces van actief gebruik op straat naar zorg en opvang is de deelname aan dagbestedingsprojecten. Een voorbeeld is High Clean, waarin gebruikers tegen een dagloon straten schoonhouden. De toegang tot dergelijke projecten kan verbeterd worden door vraag en aanbod meer bijeen te brengen.

Doel

Realiseren van een toegankelijk afgestemd aanbod van zorg, opvang en re-integratie voor probleemgebruikers.

Actiepunten

- *Het dagbestedingsaanbod voor probleemgebruikers uitbreiden met nieuw te ontwikkelen laagdrempelige projecten waarin dagloon, dagbesteding, werktoeleiding en maatschappelijk effect gecombineerd worden*
- *Uitwerken van de opzet van een digitale databank werk- en dagbesteding*
- *Inbouw van specifieke verslavingskennis en voorzieningen in de integrale persoonsgebonden aanpak van 'Den Haag Onder Dak' op basis van ondermeer de pilot 'huisvesting voor actieve gebruikers', zodat uitsluiting van zorg op basis van terugval wordt voorkomen.*

4.5 Participatie van (ex) gebruikers en hun naasten

Probleemgebruikers zijn zelf als eerste verantwoordelijk voor hun gebruik en voor de aanpak daarvan. Het ondersteunen van de gebruikers bij de aanpak van hun probleemgebruik staat vanouds centraal. Veel probleemgebruikers hebben vooral in de eerste fasen van afhankelijkheid echter nog een sociaal netwerk van partners, kinderen, ouders, broers/zussen en andere verwanten. Van de cliënten van verslavingszorg woont bijvoorbeeld 40% nog samen met ouders, partner en/of kinderen (CMS).

De naaste omgeving heeft dus direct te maken met de verslaving van hun kind, partner, broer/zus of vader/moeder. Ze vormen vaak nog het enige sociale netwerk en ze verkeren daarbij regelmatig in de positie van mantelzorger. Tot dusverre komen ze in deze rol nog niet voldoende aan bod. Bovendien verdienen ze zelf meer steun.

Zelfhulpgroepen, verwantenorganisaties en lotgenotencontacten kunnen vanuit hun directe contact en ervaringsdeskundigheid een rol spelen bij het vroegtijdig signaleren en het stimuleren van aanmelding bij zorg. Aanvullend op de professionele verslavingszorg kunnen ze een steun vormen tijdens behandeling van en bij uitval uit behandelprogramma's. De uitdaging is het vinden van een vorm waarin optimaal gebruik wordt gemaakt van de sterke kanten van formele zorg en preventie instellingen zodat de grote betrokkenheid en het specifieke laagdrempelige karakter behouden blijven. De gemeente neemt hierin een regierol, ondersteund door de geluiden vanuit de organisaties zelf. In de voorbereiding van de nota hebben we daartoe twee expertmeetings gehouden met een aantal van deze organisaties.

Participatie van de mensen die direct betrokken zijn is in het bijzonder van groot belang voor het kritisch volgen van de aanpak vanuit het perspectief van de cliënt. Dit geldt vooral bij trajecten waar drang en dwang een rol spelen. Deze betrokkenheid wordt vormgegeven via belangenbehartiging door onder meer de cliëntenraden, Drugpunt, Straatpastoraat, 'De Achterban', klankbordgroep prostitutie en het Platform Cliëntenorganisaties in de GGZ. .

Adviezen, vragen en behoeften van deze betrokkenen verdienen kortom meer aandacht. Het gaat dan om een versterking van de plaats van belangenbehartiging en een goed netwerk, waarin de partijen elkaar weten te vinden.

Doel

De positie van (ex-)verslaafden en hun naaste omgeving bij de aanpak van verslavingsproblematiek, wordt versterkt door het realiseren van structurele participatie en ondersteunen van mantelzorg en zelfhulp.

Actiepunten

- *Ontwikkelen en uitvoeren van een ondersteuningsaanbod specifiek voor mantelzorgers van probleemgebruikers*
- *We organiseren jaarlijks minstens twee bijeenkomsten tussen professionele zorg en organisaties voor lotgenotencontact en zelfhulp, (ex) gebruikers en hun verwanten, met als doel het uitwerken van nieuwe initiatieven voor wederzijdse versterking.*
- *Met de belangorganisaties ontwikkelen we structurele vormen van cliëntvertegenwoordiging.*
- *Verslavingszelfhulpgroepen ondersteunen door de opzet van een systeem van opstartsubsidies.*

4.6 Opvang en zorg voor alle probleemgebruikers

De optimale combinatie van zorg, behandelmethode, farmacologische ingrepen (met of zonder dwang) is gebaseerd op een medische beoordeling van de situatie van de individuele cliënt. Een hulpvrager heeft de vrijheid om zelf te bepalen bij welke verslavingszorginstelling binnen of buiten Nederland hij/zij zich wil laten behandelen.

De effectiviteit van interventies verschilt per middel, toedieningsvorm, leeftijd en ernst van de verslaving. Daarom moet er een gedifferentieerd aanbod van behandeling, opvang en zorg in de stad beschikbaar te zijn. We zetten in op een toegankelijk en samenhangend aanbod. Daarbij hoort hulpverlening die beschikbaar is voor degenen die op dat moment (nog) gebruiken.

In Den Haag is door ketenpartners en gemeente een omvangrijk voorzieningenaanbod tot stand gebracht. We sturen op dit aanbod via de uitvoering door de GGD en door (co) financiering van voorzieningen zoals de gebruiksruidten en de verstrekking van heroïne op medische gronden. De vestiging, exploitatie en financiering van klinische voorzieningen speelt zich af buiten de directe gemeentelijke invloedssfeer. Gezamenlijk met zorginstelling en zorgkantoor spelen we hierin een actieve regierol. Door de partners aan te spreken op de wenselijkheid van stedelijke beschikbaarheid

van voorzieningen én door het ondersteunen van aanvragen voor de opzet van nieuwe zorgvoorzieningen richting landelijke organisaties zoals het College Bouw Zorgvoorzieningen.

Op het gebied van zorg en opvang ontbreekt in Den Haag tot dusverre een aanbod voor oudere chronisch opiaat zich verslaafden. Het gaat om een verouderende groep die zich niet langer zelfstandig op straat kan handhaven. Duurzaam afkicken is voor deze groep geen reëel perspectief. Dat betekent dat een combinatie van intensieve zorg en opvang nodig is, waar gebruik is toegestaan. Dergelijke AWBZ-gefinancierde 'hostels' die in andere grote steden al enkele jaren functioneren, ontbreken tot nog toe in Den Haag.

Een deel van de problematische gebruikers leeft blijvend op straat en maakt op eigen initiatief onvoldoende gebruik van beschikbare zorg. Voor hen moet een actief zorgaanbod beschikbaar zijn dat is gericht op toeleiding naar zorg en opvang en dat al kan beginnen als men nog op straat leeft. Verdere uitwerking van de bestaande aanpak is wenselijk. In de nota 'Natuurlijk Gezond!' is hiertoe de realisatie van spreekuren bij de maatschappelijke opvang als actiepunten opgenomen.

Doel

Voor oudere en zorgmijdende harddruggebruikers wordt het aanbod van opvang en zorg uitgebreid.

Actiepunten

- *Inzet op de realisatie van AWBZ-woonvoorzieningen met zorg voor oudere chronische gebruiker in overleg met Zorgkantoor en zorginstellingen. De opzet hiervan is reeds opgenomen in de uitbreiding van voorzieningen het plan van aanpak maatschappelijke opvang en Openbare geestelijke gezondheidszorg; 'Den Haag Onder Dak'.*
- *Intensiveren van actieve zorgtoeleiding vanaf de straat met persoonsgebonden laagdrempelige outreachende aanpak en bemoeizorg methodieken. Pilotproject met samenhangende inzet vanuit het Centraal Coördinatiepunt (Parnassia, GGD en Kessler) het 'Haags Straatteam' is gestart.*

5.0 Drang of dwang waar nodig

Verslaving is primair een gezondheidsvraagstuk. Daarom staat zorg centraal bij de aanpak. De inzet op zorg is een efficiënte manier om overlast te verminderen. Voor de heroïneverstrekking is in evaluaties aangetoond dat het ook kosteneffectief is¹⁷, hetzelfde geldt voor programma's als Triple-Ex. Repressie in de vorm van bijvoorbeeld gevangenisstraf zonder behandeling blijkt bovendien weinig zinvol te zijn.

We zetten daarom in op een effectieve en evenwichtige combinatie van preventie, opvang en bestrijding van overlast. Zorg, het bieden van nieuw toekomstperspectief en deelname aan de samenleving staan naast repressie. De zorg aan probleemgebruikers is daarmee niet vrijblijvend. Persoonsgerichte zorg wordt gecombineerd met handhaving, vormen van bemoeizorg en indien nodig drang en dwang arrangementen.

In het bestaande zorgaanbod wordt gebruik gemaakt van behandelmethodieken, vormen van begeleiding, motivatie en overreding waarbij in meer of mindere mate sprake is van drang om zorg te accepteren en aan behandeling te blijven deelnemen.

Ten aanzien van veelplegers is in samenwerking tussen politie, Openbaar Ministerie, Parnassia/Palier, Penitentiaire Inrichting Haaglanden, Reclassering Nederland, Leger des Heils en gemeente ingezet op programma's die maximaal gebruik maken van de mogelijkheden van repressie in combinatie met zorg en maatschappelijke opvang. Doel is het voorkomen van recidive.

Een groot deel van de veelplegers kampt met een verslaving aan harddrugs. Het aanbod voor deze doelgroep bestaat uit a) vrijwillige trajecten, b) drang in de vorm van door de rechter opgelegde bijzondere voorwaarden en c) dwang in de vorm van een opgelegde ISD-maatregel (inrichting voor stelselmatige daders). Dit is een vorm van welhaast gedwongen behandeling gericht op duurzame rehabilitatie. Het aanbod is opeenvolgend. Dit betekent dat veelplegers pas in aanmerking komen voor

¹⁷ Doelmatigheid van heroïneverstrekking op medisch voorschrift; CCBH 2004

traject c, als ze de eerste twee al hebben doorlopen, maar daarna zijn gerecidiveerd. De specifieke Haagse aanpak waarin repressie en zorg gecombineerd zijn is in 2007 positief geëvalueerd¹⁸.

Samen met de ketenpartners zet Den Haag in op verdere uitbreiding van het aanbod. Een belangrijke aandachtsgroep zijn de zogeheten ‘zorgmijders’. Zij leven veelal op straat met een combinatie van ernstige psychische problemen en verslaving. Inzicht in hun ziektebeeld en verantwoordelijkheid nemen voor het eigen gedrag zijn (tijdelijk) beperkt en een zorgvraag ontbreekt. Daarnaast veroorzaken ze gevoelens van overlast en onveiligheid in hun omgeving. Dit vereist een zorgvuldige afweging van persoonlijke keuzevrijheid en het recht op goede zorg. Voor deze Hagenaars kunnen drang en dwang nodig zijn voor stabilisatie of als eerste fase van behandeling

Een bijzondere aanpak is nodig voor de langdurig (chronische) verslaafden met een ernstige problematiek op psychiatrisch, sociaal en lichamelijk gebied, die niet (meer) te handhaven zijn in bestaande voorzieningen.

Het gaat om ‘draaideurcliënten’ die telkens opnieuw op straat belanden en veel overlast voor de omgeving opleveren. Deze groep is ermee gebaat om (langdurig) van de straat te worden gehouden. Vanwege hun gedrag/problematiek kunnen ze echter niet ‘gemengd’ worden met andere (BOPZ) cliënten. Een voorziening om deze doelgroep duurzaam op te nemen ontbreekt in de stad. In Drenthe zijn ervaringen opgedaan met een dergelijke vorm van opvang voor cliënten uit Amsterdam en Rotterdam. In Den Haag is bewust gekozen voor een geïntegreerde aanpak binnen de Haagse keten. Chronisch overlast veroorzakende verslaafden moeten kunnen worden opgevangen in een Haagse voorziening specifiek voor deze doelgroep.

Binnen het plan van aanpak Den Haag Onder Dak hebben we daarom ingezet op het realiseren van een AWBZ-gefinancierde instelling voor ‘Duurzaam Beschermd Verblijf’ op basis van de BOPZ. Met Zorgkantoor en zorginstelling zijn hierover afspraken gemaakt.

¹⁸ Prestaties aanpak veelplegers 2006 & evaluatie bureau Beke (RIS 145183)

Bijlage 1: financiën

Met het Bestedingsoverzicht 2008 (ris 149108a) is voor verslavingszorg 2008 €8.029.001,- beschikbaar gesteld (exclusief het trendbedrag). Voor het Alcoholactieplan 2008-2009, zijn in het Collegeprogramma Meedoen! extra middelen uitgetrokken. Voor de totale looptijd 2007-2010 is daarmee €900.000,- beschikbaar.

De verstrekking van heroïne op medische gronden wordt grotendeels gefinancierd uit geoordeelde rijksmiddelen. Deze financiering bestaat uit een structureel deel (45 plaatsen) en een tijdelijke regeling voor 30 plaatsen. De minister heeft bij de Tweede Kamer aangegeven dat de tijdelijke financiering door een structurele regeling wordt vervangen.

De GGD is via onder meer 'Gezondheidsbevordering' direct betrokken bij uitvoering van activiteiten waarvan ondermeer verslaafden gebruik maken. Het gaat vooral om voorzieningen voor de totale groep van sociaal kwetsbaren (ondermeer preventie, artsensprekuren, hygiënische probleemsituaties). De hiermee gemoeide bedragen zijn niet apart opgenomen.

Inzet van middelen ten behoeve van de doelgroep dak en thuisloze verslaafden is onderdeel van het plan van aanpak 'Den Haag Onder Dak'. Dat betekent dat een deel van de verslavingszorgmiddelen ingezet wordt in dit plan.

Het bovenstaande beleid wordt grotendeels gerealiseerd door verschuivingen binnen het beschikbare budget. Voor het proefproject geïndiceerde preventie, wordt binnen de post verslavingszorg 2008 een vooralsnog, eenmalig bedrag gereserveerd voor twee jaar. Hetzelfde geldt voor het project mantelzorg. Afhankelijk van de resultaten wordt besloten over voortzetting.

Financiering van het stimuleren van de participatie vanuit zelfhulp en verwantenorganisaties wordt eveneens gezocht binnen de bestaande middelen. Vorm en omvang van opstartsubsidies en faciliteiten worden komend jaar vormgegeven in samenspraak met de ketenpartners.

Actie	Jaar	Bedrag	Dekking
Preventie, SHOP, MORE reguliere projecten, gemeentelijk deel heroïne	2008-2010	€6.056.092,- pj	Verslavingszorg Bestedingsprogramma Welzijnsmiddelen Inclusief reguliere rijksmiddelen heroïneverstrekking
Dagbesteding, High clean, Haagse Zaak, clean river regulier	2008-2010	€788.000,- pj	Verslavingszorg Bestedingsprogramma Welzijnsmiddelen
Belangenbehartiging, zelfhulp regulier	2008-2010	€275.534,- pj	Verslavingszorg Bestedingsprogramma Welzijnsmiddelen
Verslavingszorg en MO/OGGZ doelgroep	2008-2010	€709.278,-pj	Verslavingszorg Bestedingsprogramma Welzijnsmiddelen
Pilotproject 'preventie en zorg' (2 jarige pilot)	2008-2009	€95.577,- vooralsnog eenmalig	Verslavingszorg Bestedingsprogramma Welzijnsmiddelen
Ontwikkeling van nieuwe dagbestedings projecten	2008-2010	€50.000,-pj	Verslavingszorg Bestedingsprogramma Welzijnsmiddelen
Stimuleren van participatie van zelfhulp	2008-2010	€20.000,- pj	Verslavingszorg Bestedingsprogramma Welzijnsmiddelen
Pilot ondersteuning mantelzorg voor partners	2008-2009	€34.520,- vooralsnog	Gemeentelijke deel (50% co-financiering door

van verslaafden		eenmalig	provincie). Verslavingszorg Bestedingsprogramma Welzijnsmiddelen
	2008	€8.029.001,-	

Heroïneverstrekking zorg	2008	€495.000,-*pj	Aangekondigde rijksmiddelen heroïne verstrekking (nog in begroting op te nemen)
--------------------------	------	---------------	---

Alcohol actieplan	2007/2010	€900.000,- totale looptijd	Zie nota Volks- gezondheid: "Gezonde Stad": Minder alcohol drinken. (nog in begroting op te nemen)
-------------------	-----------	-------------------------------	--

Bijlage 2: Actiepunten

1. Begin 2008 verschijnt het stedelijk intersectoraal alcoholpreventieprogramma met een mix van maatregelen op diverse terreinen. Naast voorlichting, interventies en preventiemethoden om houding en gedrag te beïnvloeden, wordt ook aandacht besteed aan regelgeving rond beschikbaarheid van alcohol, handhaving en alcoholontmoedigingsbeleid. Deze actie is opgenomen in de nota Volksgezondheid 2007-2011 Natuurlijk: gezond!
2. Intensiveren van preventie en voorlichting over de risico's van cannabisgebruik op school, thuis en uitgaanswereld
3. Door gemeente en schoolbesturen wordt een convenant over schoolveiligheidsplannen voorbereid. In die plannen nemen de schoolbesturen regels op over het alcohol- en drugs beleid op school.
4. Onderzoek naar de kenmerken van probleemgebruikers van cannabis in zorg, gericht op het ontwikkelen van handvatten voor het aanscherpen van preventie voor risicogroepen ten behoeve van het vroegtijdig onderbreken van het afhankelijkheidsproces
5. Met verslavingspreventie en coffeeshophouders wordt gezamenlijk zorgoverleg opgezet met als doel gerichte preventie in coffeeshops op basis van door het Trimbos Instituut ontwikkelde methoden. Hierdoor zijn bezoekers en personeel alert op de signalen van - ontwikkelend-probleemgebruik.
6. Opzet van een coördinatiegroep 'Preventie en signalering van probleemgebruik', onder regie van de gemeente. Hierin worden ervaring en deskundigheid rond middelgebruik en gokken bijeengebracht. Doel is advisering en het verder uitwerken en toepassen van methoden voor signalering en snelle gerichte aanpak. De nadruk ligt op partijen die hiermee in uitvoering direct te maken hebben zoals de GGD, verslavingszorginstelling en GGZ.
7. Opzet en uitvoering van een pilotproject 'preventie en zorg' met als doel het verlagen van de drempel naar verslavingszorg voor jeugdige probleemgebruikers,
8. Faciliteren en stimuleren van de beschikbaarheid van specifieke verslavingskennis en ervaring over risico's en interventies door het bijeen brengen van Haagse partijen die te maken hebben met probleemgebruik(ers).
9. Intensiveren van de voorlichting over de risico's van kansspelverslaving in het bijzonder pokeren, ondermeer via internet .
10. Het dagbestedingsaanbod voor probleemgebruikers uitbreiden met nieuw te ontwikkelen laagdrempelige projecten waarin dagloon, dagbesteding, werktoeleiding en maatschappelijk effect gecombineerd worden
11. Uitwerken van de opzet van een digitale databank werk- en dagbesteding
12. Inbouw van specifieke verslavingskennis en voorzieningen in de integrale persoonsgebonden aanpak van 'Den Haag Onder Dak' op basis van ondermeer de pilot 'huisvesting voor actieve gebruikers', zodat uitsluiting van zorg op basis van terugval wordt voorkomen.
13. Ontwikkelen en uitvoeren van een ondersteuningsaanbod specifiek voor mantelzorgers van probleemgebruikers
14. We organiseren jaarlijks minstens twee bijeenkomsten tussen professionele zorg en organisaties voor lotgenotencontact en zelfhulp, (ex) gebruikers en hun verwanten, met als doel het uitwerken van nieuwe initiatieven voor wederzijdse versterking.
15. Met de belangorganisaties ontwikkelen we structurele vormen van cliëntvertegenwoordiging.
16. Verslavingszelfhulpgroepen ondersteunen door de opzet van een systeem van opstartsubsidies
17. Inzet op de realisatie van AWBZ-woonvoorzieningen met zorg voor oudere chronische gebruiker in overleg met Zorgkantoor en zorginstellingen. De opzet hiervan is reeds opgenomen in de uitbreiding van voorzieningen het plan van aanpak maatschappelijke opvang en Openbare geestelijke gezondheidszorg; 'Den Haag Onder Dak'.
18. Intensiveren van actieve zorgtoeleiding vanaf de straat met persoonsgebonden laagdrempelige outreachende aanpak en bemoeizorg methodieken. Pilotproject met samenhangende inzet vanuit het Centraal Coördinatiepunt (Parnassia, GGD en Kessler) het 'Haags Straatteam' is gestart.

Bijlage 3: voorzieningenoverzicht verslavingszorg

De onderstaande lijst geeft een overzicht van de huidige voorzieningen en activiteiten die in Den Haag beschikbaar zijn voor personen die kampen met probleemgebruik of daarop een risico lopen. Het is geen uitputtende lijst. Naast de opgenomen voorzieningen, zijn er nog andere voorzieningen en instellingen die ook bijdragen aan preventie, ondersteuning en zorg, maar waarbij verslavingsproblematiek niet het primaire aandachtsveld is. Het gaat daarbij ondermeer om de voorzieningen voor opvang en dagbesteding voor de brede groep van Maatschappelijke opvang en openbare geestelijke gezondheidszorg (zie hiervoor Den Haag Onder Dak). Daarnaast zijn er de instellingen die zich richten op het totale veld van advies en opvang rond opvoeding en gezondheidsproblematiek van met name jongeren.

De financiering van de onderstaande voorzieningen vindt plaats vanuit verschillende bronnen. Het betreft middelen van zorgverzekeraars, algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ), gemeentelijke middelen en rijksmiddelen. Het aandeel van verschil per voorziening.

1. Voorzieningen GGD

Hieronder zijn de activiteiten genoemd waarbij ondermeer verslavingsproblematiek aan de orde komt (zie de nota volksgezondheid voor een compleet overzicht).

- Onderzoek en monitoring; Gezondheidsmonitor, Haags uitgaansonderzoek
- Gezond gedrag en gezonde leefstijl; project 'Gezonde school en genotmiddelen', opvoedingsondersteuning
- Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ); centraal coördinatiepunt MO/OGGZ
- Jeugdgezondheidszorg: voorlichting, contact en screening, in het maatwerkdeel ondermeer cursus 'Opvoeden: Zo!' en puber-oudercursussen..

2. Verslavingpreventie

- Programma maatschappelijke dienstverlening en gezondheidszorg. Kennisbevordering en vroegsignalering van risicovol gebruik bij de doelgroepen: eerste lijn gezondheidszorg, medewerkers verzorgingshuizen, studenten aan paramedische opleidingen, politie en mantelzorg.
- Programma sociaal cultureel werk. Doel bevorderen dat jongeren gezonde keuzes maken wanneer het gaat om het gebruik van alcohol, drugs of gokken. Einddoelgroep jongeren (10-18 jaar), en specifieke aandacht voor experimenterende en gebruikende jongeren (12-25 jaar). Interventies: oa Instructie Verantwoord Alcoholgebruik en Cursus "Programmeren van verslavingpreventie in het jongerenwerk en de Blowcampagne.
- Programma onderwijs. Doelgroep: leerlingen uit groep 7 en 8 van het basisonderwijs, docenten uit het basisonderwijs, leerlingen uit de klassen 1, 2 en 3 van het voortgezet onderwijs, docenten uit het voortgezet onderwijs, studenten uit het hoger onderwijs en ouders. Interventies: oa 'De gezonde school en genotmiddelen', en Puber-oudercursus, 'Uw kind, alcohol en drugs' en 'Hellup- mijn kind kan niet zonder' en de oudercampagne Alcohol en opvoeding.
- Programma consumentgerichte preventie. Omvat ondermeer Uitgaan en Drugs, Jongerencampagnes oa 'De Kater Komt Later'. Andere onderdelen zijn de pillentest, cannabisproject, het geven cursussen eerste hulp bij drugsongevallen (EHBD) en het project 'Barcode'.
- Programma jeugdhulpverlening: einddoelgroepen zijn jongeren die bekend zijn bij jeugdhulpverleningsinstellingen en hun ouders. Interventies: oa cursussen, consultatie, studiebijeenkomsten voorlichting. Omvat ondermeer pillentest.
- Programma risicjongeren: gericht op intermediairs van betrokken instellingen en risicjongeren: jongeren in trajectbegeleiding, justitiabele jongeren en jongeren met delinquent gedrag.
- Interventies: oa consultatie en themabijeenkomsten basis cursus verslavende middelen, cursus motiverende gesprekstechnieken.

- Programma tbv Hagenaars met een niet-westerse achtergrond: omvat ondermeer specifieke interventies voor deze doelgroep zoals de home parties, waarbij ouders uitgenodigd worden voor een voorlichtingsbijeenkomst bij een gastouder thuis, om informatie te ontvangen en ervaringen uit te wisselen over alcohol, drugs en opvoeding.
- Service en Publieksvoorlichting: omvat ondermeer advies en informatie spreekuren voor breed publiek

3. Opvang en specifieke zorgvoorzieningen

Hier is een aantal activiteiten uitgelicht, gericht op het voorkómen en/of beperken van problematisch middelengebruik en opvang en hulpverlening. Deze activiteiten worden geheel of grotendeels gemeentelijk gefinancierd. Een uitzondering is het heroïneproject, dat vrijwel geheel uit rijksmiddelen wordt gefinancierd. Onderstaand de programma's met een korte omschrijving.

- Dagbesteding en werk toeleiding waaronder Haagse Zaak, veegprojecten High Clean en Clean River
- Ondersteuning van Zelfhulpgroepen en ondersteuning van cliëntenorganisaties en hulpverlening; ondermeer Straat Pastoraat, Drugpunt.
- Heroïneverstrekking MSC: behandeling van maximaal 75 ernstig chronische opiaatverslaafden.
- Haags straatteam toeleiding vanaf straat
- Opvang voorziening voor harddruggebruikers (OVHG); twee gebruikersruimten
- Programma 4, ouders en kind; hulpaanbod voor kinderen van ouders met psychiatrische en/of verslavingsproblemen (onderdeel van verslavingspreventie)
- MSO-Methadon verstrekking in 5 decentrale units in de stad aan gemiddeld circa 500 personen
- www.Drugsweb.nl: informatie en advies via internet

4. Klinische en ambulante voorzieningen op het terrein van verslavingszorg.

Dit betreft voornamelijk voorzieningen van Brijder Verslavingszorg gericht op zorg en behandeling. Het gaat om voorzieningen in belangrijke mate gefinancierd vanuit AWBZ en/of zorgverzekering. Heroïne en methadonzorgverlening zijn onder 3 al genoemd

- MSC
- Methadonverstrekking en Medisch Sociale Opiaatbehandeling Opvangvoorzieningen
- Ambulante teams voor Alcohol en Drugsgelateerde problematiek
- Kliniek Alcohol oa cliënten met Korsakov
- Kliniek Drugs
- Intramuraal Motivatiecentrum: klinisch programma voor chronische gebruikers die verslaving combineren met ander psychische en maatschappelijke problemen
- Mirage Minnesota Kliniek: abstinentie gericht programma volgens 12-stappen model
- Intensieve Klinische Begeleiding Dubbele Problematiek
- Therapeutische Gemeenschap Emiliehoeve
- Resocialisatie Dubbele Problematiek
- Mistral DTOX: ontgiftings programma voor jongeren van 12-20 jaar die problemen hebben met het gebruik van alcohol, drugs of gokken en de gevolgen daarvan.
- Bureau 24-uurszorg Parnassia

5. Klinische en ambulante voorzieningen op het terrein van forensische zorg

Het verlenen van zorg en opvang in directe samenhang met justitiële aanpak speelt een belangrijke rol in de Haagse keten. Dit geldt met name voor de veelplegersaanpak waarin Parnassia/Palier, Openbaar Ministerie, politie, Reclassering Nederland, Leger des Heils, Penitentiare Inrichting Haaglanden en gemeente al enkele jaren intensief samenwerken.

De zorg en behandeling van probleemgebruikers met een justitieel kader ('justitiabele verslaafden') vindt plaats in de volgende voorzieningen en programma's van Palier. Deze hebben deels een landelijke en/of supraregionale functie:

- Triple-Ex: re-integratieprogramma voor verslaafden met een justitiële achtergrond
- Forensische Polikliniek: behandeling, begeleiding bij resocialisatie alsmede outreachende zorg
- Remise: woonbegeleiding van veelplegers in de laatste fase van hun justitiële traject
- GGZ Reclassering: reclassering voor cliënten met verslavings- of andere GGZ problematiek,

Ook andere programma's van Palier zijn relevant ter reductie van overlast en criminaliteit in relatie tot verslavingsproblematiek:

- Centrum voor dubbele problematiek: behandeling en begeleiding (veelal in BOPZ kader) van patiënten met een combinatie van ernstige verslaving en psychotische stoornissen en/of persoonlijkheidsstoornissen
- Forensisch Psychiatrische Afdeling: behandeling en begeleiding van patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen (vaak met middelengebruik) binnen kader van een strafrechtelijke maatregel
- Centrum voor Intensieve Behandeling: intensieve aanpak van ernstige psychiatrische problematiek met ontwrichte behandelrelaties
- Materieel Juridische Dienstverlening: gericht op ondersteuning bij alle financiële (en daaraan gerelateerde) problematiek van GGZ patiënten, verslaafden en detentieverlaters.

Bijlage 4: Haagse en landelijke zorgvraag

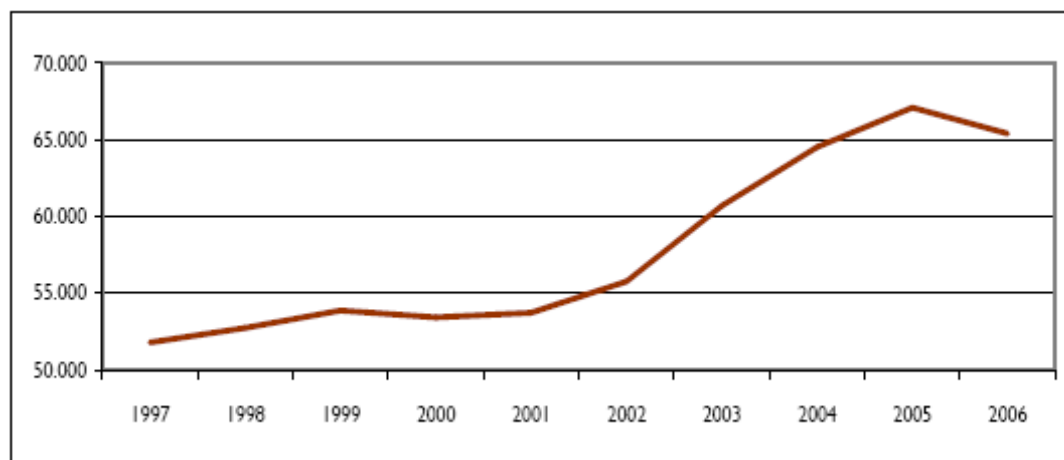
1) Haagse cliënten van de Verslavingszorg 2000-2006 naar primair probleemmiddel

De onderstaande tabel betreft alle cliënten die in een bepaald jaar bij Brijder Verslavingszorg in zorg zijn geweest en die in Den Haag woonachtig waren of in Den Haag verbleven. Daarnaast is, eveneens per jaar, het aantal nieuwe cliënten¹ vermeld. Voor beide is aangegeven wat het primaire probleem was ten tijde van de intake.

Jaartal	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006															
	In zorg		Nieuw in zorg		In zorg		Nieuw in zorg		In zorg		Nieuw in zorg		In zorg		Nieuw in zorg													
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%												
Alcohol	949	34,7	410	39,2	950	35,6	290	39,1	1154	38,9	398	43,6	1208	38,4	399	42,3	1349	38,4	337	45,1	1367	37,9	352	50,6	1340	38,9	361	50,3
Heroïne	982	35,9	217	20,8	985	36,9	150	20,2	914	30,8	140	15,4	897	28,5	111	11,8	975	27,8	75	10,0	997	27,7	61	8,8	964	28,0	81	11,3
Morfine/overige opiaten	26	1,0	4	0,4	21	0,8	6	0,8	22	0,7	5	0,5	11	0,3	2	0,2	20	0,6	4	0,5	25	0,7	5	0,7	26	0,8	6	0,8
Methadon	33	1,2	6	0,6	28	1,0	1	0,1	30	1,0	8	0,9	28	0,9	3	0,3	29	0,8	2	0,3	39	1,1	6	0,9	40	1,2	8	1,1
Cocaïne	388	14,2	192	18,4	400	15,0	166	22,4	490	16,5	202	22,1	589	18,7	216	22,9	586	16,7	139	18,6	617	17,1	105	15,1	541	15,7	94	13,1
Amfetamine/xtc/lsd/overig	49	1,8	26	2,5	31	1,2	16	2,2	34	1,1	14	1,5	42	1,3	29	3,1	41	1,2	13	1,7	43	1,2	12	1,7	42	1,2	8	1,1
Benzodiazepine/overige medicijnen	19	0,7	7	0,7	21	0,8	11	1,5	31	1,0	14	1,5	29	0,9	6	0,6	36	1,0	5	0,7	31	0,9	9	1,3	29	0,8	6	0,8
Cannabis	163	6,0	102	9,8	130	4,9	56	7,6	169	5,7	80	8,8	218	6,9	116	12,3	302	8,6	113	15,1	305	8,5	95	13,6	320	9,3	114	15,9
Gokken	125	4,6	81	7,8	106	4,0	45	6,1	125	4,2	51	5,6	122	3,9	61	6,5	173	4,4	60	8,0	180	5,0	51	7,3	140	4,1	39	5,4
Onbekend	224	0	75	0	257	0	96	0	308	0	120	0	405	0	132	0	413	0	175	0	327	0	120	0	266	0	98	0
Totaal	2958	100	1120	100	2929	100	837	100	3277	100	1032	100	3594	100	1075	100	3924	100	923	100	3931	100	816	100	3708	100	815	100

¹ Onder patiënten die "nieuw in zorg komen" worden alle patiënten gerekend die via de Centrale Intake een nieuw behandeltraject startten en die daaraan voorafgaand ten minste zes maanden niet in zorg waren geweest.

2) Ontwikkeling landelijke verslavingszorgvraag 1997-2006 (Ladis Kerncijfers verslavingszorg: IVZ 2006).



3) Volume en ontwikkeling van landelijke hulpvraag (Ladis Kerncijfers verslavingszorg: IVZ 2006).

Primaire problematiek	Aantal personen in 2005	Aantal personen in 2006	Verandering t.o.v. 2005	Aandeel in 2006
Alcohol	31073	30210	-3%	46%
Opiaten	14176	13180	-7%	20%
Cocaïne	9824	9599	-2%	15%
Amfetamine	1118	1215	9%	2%
Cannabis	6100	6544	7%	10%
Gokken	3019	2646	-12%	4%
Overig	1785	1999	12%	3%
Totaal	67095	65393	-3%	100%

Bron: LADIS 2006, IVZ, Houten