

HEROVERWEGING **1986**

Drug- en alcoholbeleid

Deelrapport nr. 85



<u>Inhoudsopgave</u>	<u>Herooverweging drug- en alcoholbeleid</u>	<u>pag.</u>
 <u>Hoofdstuk 1</u>		
Inleiding		1
 <u>Hoofdstuk 2</u>		
<u>Beleidsbeschrijving</u>		
2.1.	Inleiding	2
2.2.	Centrale doelstelling en maatschappelijke context	2
2.3.	IJkpunt en maatschappelijke kosten	3
2.4.	Historische schets	4
2.5.	Probleembeschrijving	5
2.5.1.	Alcohol	5
2.5.2.	Drugs	6
2.6.	Doelstellingen, instrumenten en financiering	7
2.6.1.	Algemeen	7
2.6.2.	Doelstellingen van het preventie- en hulpverleningsbeleid	7
2.6.3.	Instrumenten	8
2.6.4.	Spreiding en Samenhang	9
2.6.5.	Beleidsvoornemens	11
 <u>Hoofdstuk 3</u>		
<u>Evaluatie van het beleid</u>		12
3.1.	Inleiding	12
3.2.	Effectiviteit, gebruik en problemen	13
3.3.	Beïnvloedende factoren	16
3.4.	Doelmatigheid, kosten en voorzieningen	16
3.5.	Een vergelijking met het buitenland	20
 <u>Hoofdstuk 4</u>		
<u>Varianten en aanbevelingen</u>		21
4.1.	Inleiding, conclusies evaluatie	21
4.2.	Inventarisatie varianten	22
4.3.	Varianten en aanbevelingen	23
4.3.1.	Variant a. Organisatorische aanpassingen	23
4.3.2.	Variant b. Decategorisering verslavingszorg	24
4.3.3.	Variant c. Afschaffing rijkssubsidie aan landelijke hulpverleningsvoorzieningen	24
4.3.4.	Variant d. Verlaging voorzieningenniveau (20% variant)	25
4.3.5.	Variant e. Toepassing profijtbeginself	25
4.3.6.	Aanbeveling 1. Beïnvloeding van de vraag	26
4.3.7.	Aanbeveling 2. Vergroting van de effectiviteit	27
4.4.	Effecten van de varianten en aanbevelingen	27
 <u>Bijlagen</u>		31
<u>Samenvatting en conclusies</u>		

Hoofdstuk 1

Inleiding

De Ministerraad heeft in de zomer van 1985 een aantal heroverwegingsonderwerpen vastgesteld waaronder het drug- en alcoholbeleid. In november 1985 is de interdepartementale heroverwegingswerkgroep drug- en alcoholbeleid* van start gegaan. De taakopdracht** van de werkgroep is een fundamenteel beleidsonderzoek uit te voeren gericht op het ontwerpen van beleidsvarianten die leiden tot besparingen, waaronder een alternatief dat leidt tot een besparing van tenminste 20% ten opzichte van de in de begroting 1986 opgenomen meerjarencijfers voor uitgaven het terrein van drug- en alcoholgebruik in 1990. Dit meerjarencijfer (205,6 miljoen) is het ijkpunt. Conform de door de Ambtelijke Commissie Heroverweging vastgestelde onderzoeksopzet omvat dit ijkpunt alleen uitgaven voor voorzieningen die primair betrekking hebben op de hulpverlening op het terrein van drug- en alcoholgebruik. Kosten voortvloeiende uit gezondheidsaandoeningen en maatschappelijke problemen, die direct danwel indirect het gevolg zijn van drug- en alcoholgebruik en die worden afgewenteld op de collectieve en particuliere sector vallen buiten het ijkpunt. Het betreft vooral kosten op het terrein van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, het justitieel apparaat, de verkeersveiligheid en de sociale verzekeringen. Deze op zich nauw met de problematiek samenhangende beleids-terreinen zijn slechts kwalitatief in het onderzoek betrokken, o.a. vanwege kwantificeringsproblemen, en vormen geen onderdeel van het ijkpunt.

Voor de indeling van het rapport is aansluiting gezocht met de traditionele indeling van heroverwegingsrapporten.

Hoofdstuk 2 bevat de beleidsbeschrijving. Na eerst in te gaan op de centrale doelstellingen van het drug- en alcoholbeleid en het ijkpunt te hebben bepaald, wordt vervolgens kort een historische schets gegeven van het beleidsterrein en de problematiek. Afsluitend komen de doelstellingen, instrumenten en de financiering aan de orde.

Hoofdstuk 3 is de beleidsevaluatie. Conform haar taakopdracht heeft de werkgroep de doelstellingen en instrumenten met betrekking tot het drug- en alcoholbeleid nader geëvalueerd. Vooraf worden een aantal kanttekeningen geplaatst bij de evaluatie. Aan de hand van een overzichtstabel is vervolgens ingegaan op de effectiviteit, gebruik en problemen; beïnvloedende factoren en de doelmatigheid en kosten van voorzieningen. De evaluatie wordt afgesloten met een vergelijking met het buitenland.

Zowel de beleidsbeschrijving als de evaluatie zijn beknopt gehouden. Meer gedetailleerde beschouwingen zijn opgenomen in bijlagen.

In hoofdstuk 4 zijn beleidsvarianten en aanbevelingen en tevens de maatschappelijke gevolgen en effecten beschreven. Veelal is dit een kwalitatieve beschrijving omdat de gevolgen grotendeels niet kunnen worden gemeten of op geld kunnen worden gewaardeerd.

Afsluitend zijn de samenvatting en conclusies opgenomen.

* Deelnemende departementen WVC, Financiën, AZ, BiZa, SZW, Justitie (voor deelnemers zie bijlage 2).

** Voor de Algemene taakopdracht bijlage 1.

Hoofdstuk 2 Beleidsbeschrijving

2.1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving van het beleid gegeven. Paragraaf 2.2. behandelt de centrale doelstelling van het alcohol- en drugbeleid in relatie met de maatschappelijke context. Paragraaf 2.3. bespreekt het ijkpunt en de maatschappelijke kosten. Paragraaf 2.4. geeft een historische schets van het alcohol- en drugbeleid. Paragraaf 2.5. is de probleembeschrijving. Paragraaf 2.6. handelt over doelstellingen, instrumenten en financiering.

Bij dit hoofdstuk horen de volgende bijlagen:

- Bijlage 3: Raming maatschappelijke kosten in de USA;
4: Historische schets;
5: Consequenties van het alcoholgebruik voor het justitieel apparaat;
6: Consequenties van het illegale druggebruik voor het justitiële apparaat;
7: Toelichting op enkele beleidsuitgangspunten;
8: Overzicht van de voorzieningen;
9: Overzicht recente beleidsnota's en beleidsvoornemens;

2.2. Centrale doelstelling en maatschappelijke context

De hoofddoelstelling van het alcohol- en drugbeleid is het leveren van een bijdrage aan de preventie en opvang van de risico's die voortvloeien uit het gebruik van alcohol en drugs, zowel voor het individu als zijn onmiddellijke omgeving en de maatschappij. Daartoe worden twee soorten specifieke instrumenten gebruikt:

- aanbodbeïnvloeding (Opiumwet, Drank- en Horecawet),
- maatregelen gericht op de vraag (preventie en hulpverlening).

Naast de risico's die voortvloeien uit het gebruik van alcohol en drugs zijn bij het drugbeleid een aantal risico's het gevolg van het illegale karakter van de markt (hoge prijzen, criminaliteit, prostitutie, besmetting, verontreinigde spuiten en middelen, sociale uitstoting e.d.). Het hulpverleningsbeleid is er voor een deel op gericht de nadelige gevolgen van het aanbodbeperkende overheidsoptreden (internationale wetgeving en handhaving) op te vangen. Bij het alcoholbeleid is een aantal risico's het gevolg van het vrijwel ontbreken van aanbodbeperkende maatregelen en poogt de overheid deze risico's anderszins (preventie, hulpverlening) op te vangen.

De maatschappelijke context waarin alcohol en drugs worden gebruikt is mede van invloed bij het bepalen van de effectiviteit en doelmatigheid. Deze maatschappelijke context van het alcohol- en druggebruik wordt gekenmerkt door het aanbod van alcohol en drugs en door algemeen maatschappelijke omstandigheden.

De algemeen maatschappelijke omstandigheden hebben betrekking op bijvoorbeeld de (jeugd)werkloosheid, het toenemend aantal echtscheidingen,

de criminaliteit, de individualisering, de positie van minderheden e.d.* Deze omstandigheden moeten, evenals de aanbodsfactoren, voor het alcohol- en drugbeleid beschouwd worden als autonome factoren die de consumptie beïnvloeden. Binnen de bestaande maatschappelijke - en wettelijke kaders is het niet aannemelijk dat het aanbod van drugs en alcohol verder kan worden beperkt. Naar schatting wordt 5-10% van het drugsaanbod door de politie in beslag genomen. Een verdergaande indaming van het drugsaanbod lijkt niet goed mogelijk zonder buitenproportionele inspanningen van het strafrechtelijke systeem, zonder een aanzienlijke beperking van het vrije verkeer van personen en goederen en zonder aantasting van de beginselen van rechtsbescherming. Bovendien vormt de positie van de handel en industrie in alcoholhoudende dranken een beperkende factor.

2.3. Ijkpunt en maatschappelijke kosten

Het ijkpunt van deze herooverwegingsoperatie heeft betrekking op de begrotings- en premiegefinancierde uitgaven voor voorzieningen voor verslavingszorg.

Uitgaven in het kader van het alcohol- en drugbeleid (1990)

A. onderzoeken en experimenten	f 2,4 mln.
B. landelijke organisatie (FZA, SWOAD, Volksbond, NCA)	1,9 mln.
C. consultatiebureaus voor alcohol en drugs	65,4 mln.
D. ambulante voorzieningen voor maatschappelijke hulp- en dienstverlening	34 mln.
E. gemeentelijke methadonprogramma's	6,2 mln.
F. intramurale en semiresidentiële voorzieningen:	
- maatschappelijke opvang (begroting)	14,6 mln.
- verslavingsbedden in categorale- en algemene psychiatrische ziekenhuizen (premie gefinancierd)	81,4 mln.**
	205,6 mln.

De uitgaven ad C. worden voor 19,7 miljoen door het Ministerie van Justitie gedaan waar het de reclasseringsactiviteiten van de CAD's betreft.

De kosten die voortvloeien uit het gebruik van alcohol en drugs hebben betrekking op een veel breder terrein. In de collectieve sector betreft het vooral kosten op het terrein van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, het justitieel apparaat en de sociale verzekeringen. Ook is er een negatieve beïnvloeding van de arbeidssituatie. Deze beleidsterreinen vormen geen onderdeel van het ijkpunt. Overigens heeft het gebruik van alcohol en drugs ook bedoelde en onbedoelde positieve effecten op het gebied van de accijnzen, omzetbelasting, economische ontwikkeling en werkgelegenheid. Ook deze effecten vormen geen onderdeel van het ijkpunt.

* zie o.a.: - H.F.L. Garretsen & R.A. Knibbe. Landelijk eindrapport Alcohol Prevalentie Onderzoek, Rotterdam/Limburg 1983
- R. Feringa en W. Geerts, Drug- en alcoholgebruik en criminaliteit, 1983
- diverse regeringsnota's:
- Samenleving en criminaliteit (Tweede Kamer 1984-1985, 18995 nr .2)
- Nota minderhedenbeleid
- Interimrapport van de Commissie Kleine Criminaliteit (1984).

**bron: NCGV (Ned. Centr. Geestelijke Volksgez.)
g.g.z. in getallen 1983.

De beschikbare gegevens zijn te onvolledig om enigszins nauwkeurige schattingen te doen van de totale maatschappelijke kosten en baten van het alcohol- en druggebruik. In de Verenigde Staten zijn kostenramingen verricht, maar deze kunnen niet zonder meer worden gebruikt voor Nederland (zie bijlage 3*). Er zijn immers verschillen in aard en omvang van de alcohol- en drugproblematiek en van de overheidsinspanningen. In de ontwerpnota 'Alcohol en Samenleving' (1985) wordt aandacht besteed aan enkele maatschappelijke kosten. Daaruit blijkt bijv. het relatief zeer grote (en toenemende) beslag dat alcoholgerelateerde problemen leggen op de capaciteit van algemene volksgezondheids- en maatschappelijke dienstverleningsvoorzieningen. Ook wordt geconstateerd (pag. 18) dat het productieverlies wegens alcoholgebruik qua omvang wellicht één van de belangrijkste kostencategorieën is van de alcoholproblematiek. In bijlagen 5 en 6 van deze nota wordt inzicht geboden in het relatief zeer grote (en wederom toenemende) beslag dat de alcohol- en drugproblematiek op de capaciteit van de justitiële voorzieningen legt. In de nota 'Samenleving en Criminaliteit' (1985) wordt ingegaan op het sterke verband tussen alcohol- en drugproblematiek en criminaliteit. Deze opsomming van maatschappelijke kosten kan nog verder worden aangevuld.

Er is geen kwantitatief model om het ijkpunt met de maatschappelijke kosten te relateren. Dat de middelen in het ijkpunt de maatschappelijke kosten beïnvloeden is op basis van kwalitatieve argumenten te onderbouwen. In het hoofdstuk over de varianten zal hier nader op worden ingegaan.

2.4. Historische schets

In bijlage 4 wordt een historische schets gegeven van het alcohol- en drugbeleid. Wat opvalt is dat het alcohol- en druggebruik in eerste instantie door middel van regelgeving is beïnvloed (bijv. Drankwet van 1881, Opiumwet van 1919). De intensieve bemoeienis van de overheid met de preventie van verslavingsproblematiek en de hulpverlening aan verslaafden is van betrekkelijk recente datum: organisaties voor 'preventieve drankbestrijding' worden al tientallen jaren gesubsidieerd, de 'sociaal-medische consultatiebureaus voor alcoholisme' (vanaf 1979 'consultatiebureaus voor alcohol en drugs') kennen een subsidieregeling vanaf 1961 en voor gemeenten is er t.b.v. instellingen op het terrein van drugpreventie en -hulpverlening vanaf 1977 de rijksbijdrageregeling maatschappelijke hulp- en dienstverlening aan jongeren en jongvolwassenen. Vóór de totstandkoming van deze financieringsregelingen werden instellingen op beperkte schaal door subsidiebeschikkingen gefinancierd en deels indirect uit de ABW gefinancierd.

Vanaf 1977 heeft de regering in beleidsnota's regelmatig over ontwikkelingen in de drughulpverlening gerapporteerd. In de ontwerpnota 'Alcohol en Samenleving' wordt voor het eerst een samenhangend alcoholmatigingsbeleid ontwikkeld.

*

Indien genoemde Amerikaanse gegevens zouden worden toegepast op de Nederlands situatie (berekend naar rato van de bevolkingsomvang) dan zouden de jaarlijkse kosten van het druggebruik ca 2 mld. en voor het alcoholgebruik ca 6-11 mld. bedragen.

2.5. Probleembeschrijving

2.5.1. Alcohol

In de ontwerpnota "alcohol en samenleving" van het kabinet (1985) wordt uitgebreid ingegaan op de ontwikkelingen in de alcoholproblematiek in de afgelopen jaren. Met een verdrievoudiging van het alcoholgebruik in de laatste 25 jaar is het aantal probleemdrinkers eveneens toegenomen. De 10% zwaarste drinkers blijken bijna de helft van alle alcohol te consumeren. In de gezondheidszorg en op justitieel terrein zijn de alcoholgerelateerde problemen sterk toegenomen. (Binnen een totaal aantal probleemdrinkers van ca. 800.000 wordt het aantal alcoholverslaafden thans geschat op 300.000. Jaarlijks overlijden ongeveer 2.000 personen aan directe gevolgen van alcoholmisbruik).

De sterke toename van het alcoholgebruik wordt toegeschreven aan een combinatie van factoren: de relatieve daling van de alcoholprijzen, de toegenomen beschikbaarheid van alcohol, de uitbreiding van het aantal drinkmilieu's, de stijging van de netto-bestedbare inkomens en de commercialisering van de vrije tijdsactiviteiten. Een toenemend aantal echtscheidingen en de toegenomen werkloosheid blijken eveneens belangrijke factoren te zijn. Vooral het alcoholgebruik onder jongeren baart zorgen.

De productie en distributie leiden nauwelijks tot problemen in de justitiële sfeer. Op het gebied van het wegverkeer bestaat er een specifieke relatie tussen alcohol en criminaliteit. Daarnaast bestaat er een complexe relatie tussen alcoholgebruik en geweldscriminaliteit.

Bij de verkeersdelicten komt overtreding van artikel 26 Wegenverkeerswet (rijden onder invloed) relatief het meest voor. De verkeersdelicten leggen met name een relatief zwaar beslag op de capaciteit van het Openbaar Ministerie en de rechtbank. Overtredingen van artikel 26 WWV maken ca 4% uit van het totaal ter kennis van de politie gekomen misdrijven, ze vormen echter 30% van het totaal voor de rechtbank gebrachte zaken. Door wijziging in 1983 van het vervolgings- en strafvoordecriteria t.a.v. artikel 26 WWV is er de afgelopen jaren een zekere relatieve daling geweest van het aantal gevangenisstraffen. 'Doorrijden na ongeval' (art. 30 WWV) en 'het veroorzaken van (dodelijk) letsel door schuld' (art. 36 WWV) zijn delicten waarbij in belangrijke mate alcohol een rol speelt.

De relatie tussen alcohol en gewelds- en openbare orde-delicten is complex. Hoewel alcohol bij deze delicten een grote rol speelt, is er geen (primaire) causale relatie. De gegevens zijn te onvolledig om kwantitatieve relaties te leggen. Voor nadere informatie en toelichting wordt verwezen naar bijlage 5.

2.5.2. Drugs

De drugproblematiek heeft vooral betrekking op heroïneverslaving. In de jaren '70 is het gebruik van heroïne sterk gestegen. Thans lijkt het aantal verslaafden aan heroïne niet meer toe te nemen. Het gebruik van cocaïne lijkt echter aan populariteit te winnen. (Het aantal heroïneverslaafden wordt geschat op 20.000. Jaarlijks zijn er naar schatting 150 drugsgerelateerde overlijdensgevallen). De drugproblematiek kan worden onderscheiden in problemen die het gevolg zijn van het gebruik van drugs (primaire problemen) en problemen die het gevolg zijn van de sociale context waarin drugs worden gebruikt (secundaire problemen). Primaire drugproblemen zijn bijvoorbeeld: afhankelijkheid, ontweningsverschijnselen, overdoseringen, dempen van impulsen e.d.

Secundaire drugproblemen worden voor een deel veroorzaakt door de wereldwijde illegaliteit waarin de handel in en het gebruik van drugs plaatsvindt. Voorbeelden van secundaire drugproblemen zijn: verontreinigde heroïne, infectieziekten, criminaliteit en prostitutie als inkomstenverwerving. Een deel van de secundaire drugproblemen wordt derhalve veroorzaakt door het drugbeleid zelf.

Andere factoren die het drugprobleem vormgeven zijn: de ontwikkeling van een infra-structuur van belanghebbenden bij de heroïnehandel en het bestaan van afwijkende jongerensubculturen. In het rapport "Drugbeleid in beweging" (1985) van de Interdepartementale Stuurgroep Alcohol- en Drugbeleid wordt hierop verder ingegaan.

Drugdelicten leggen op alle niveaus van het strafrechtelijk apparaat een relatief zeer groot beslag. Zo blijkt uit een scriptie van de Groningse Universiteit dat 19% van de processen-verbaal met bekende daders betrekking heeft op 'verslaafden' (met een tendens tot stijging), heeft in Amsterdam ongeveer driekwart van alle voorgeleidingen voor de Officier van Justitie betrekking op druggerelateerde criminaliteit, is rond 35% van de populatie van Huizen van Bewaring en gevangenen verslaafd, met een tendens tot stijging (Amsterdam en Rotterdam liggen ver boven dit gemiddelde). Het aantal gevangenisstraffen voor drugdelicten vormt ca 13,5% van de Wetboek van Strafrecht delicten, de totale strafduur van drugdelicten vormt ca 30% van de totale strafduur van de WVS delicten. Voorts blijkt dat druggebruikers relatief zeer vaak recidiveren. Ze plegen overwegend vermogensdelicten, relatief plegen zij zeer weinig agressiedelicten.

Een laatste opmerking die gemaakt kan worden is dat de zorgbehoefte en daarmee het beslag op de (personele) capaciteit van verslaafden in detentie-instellingen relatief groot is.

Voor nader informatie en toelichting wordt verwezen naar bijlage 6.

2.6. Doelstellingen, instrumenten en financiering

2.6.1. Algemeen

Op het niveau van de rijksoverheid zijn het vooral de ministeries van WVC en Justitie die verantwoordelijk zijn voor het beleid dat specifiek gericht is op alcohol- en drugproblemen. Dit beleid richt zich zowel op het aanbod van alcohol en drugs als op de vraag naar deze middelen. Het aanbod wordt beïnvloed door regelgeving, in casu de Drank- en Horecawet en de Opiumwet.

Naast het opsporings- en vervolgingsbeleid is het Ministerie van Justitie verantwoordelijk voor de straftoepassing op degenen die de Opiumwet en Wegenverkeerswet overtreden en op verslaafden die mede als gevolg van de illegale markt (m.n. drugs) delicten hebben gepleegd. In de delinkwentenzorg is derhalve specifieke aandacht ontstaan voor alcohol- en drugproblemen (bijvoorbeeld in de sfeer van het detentie-regiem, reclassering).

De vraag naar alcohol en drugs wordt beïnvloed door preventieve en hulpverleningsmaatregelen met betrekking tot verslaving (en ook door de accijnswetgeving alhoewel deze daartoe niet strekt). Voor het preventie- en hulpverleningsbeleid is het Ministerie van WVC verantwoordelijk. De verschillende doelstellingen en instrumenten op dit terrein vormen onderwerp van de heroverweging en zullen in de volgende paragrafen uitgebreider worden beschreven.

2.6.2. Doelstellingen van het preventie- en hulpverleningsbeleid

De centrale doelstelling van het alcohol- en drugbeleid is het leveren van een bijdrage aan preventie en opvang van de risico's, die voortvloeien uit het gebruik van alcohol of drugs, voor het individu, zijn onmiddellijke omgeving en de maatschappij.

De centrale doelstelling van het alcohol- en drugbeleid is voor de preventie en hulpverlening geoperationaliseerd aan de hand van een zestel vanaf 1977 door de regering ontwikkelde beleidsuitgangspunten voor verslavingszorg en preventiebeleid.

In 1977 verschijnt de eerste beleidsnota van de regering over de hulpverlening aan drugverslaafden. In de daarop volgende periode heeft de regering beleidsuitgangspunten ontwikkeld, waarvan de belangrijkste zijn:

- a. op lokaal (of regionaal) niveau dient een multifunctioneel netwerk van medische en sociale voorzieningen te worden opgebouwd om die vormen van hulp te kunnen bieden die passen bij de aard van de problematiek;
- b. de toegankelijkheid van de hulpverlening moet worden vergroot;
- c. het maatschappelijk herstel van drugverslaafden én ex-drugverslaafden dient te worden bevorderd;
- d. de mogelijkheden die niet-specialistische voorzieningen bieden (de primaire zorg zoals huisartsen, de jeugdwelzijnsvoorzieningen) moeten meer en efficiënter worden benut voor de hulp aan verslaafden;
- e. de samenhang van de voorzieningen dient te worden verbeterd;
- f. preventie omvat meer dan voorlichting, de rol van voorlichting dient daarom niet te worden overschat; geen specifieke drugs- maar algemene gezondheidsvoorlichting waar 'drugs' een onderdeel van is.

De werkgroep heeft op basis van deze beleidsuitgangspunten een vijftal subdoelstellingen geformuleerd. De eerste drie zijn eerste orde doelstellingen; algemeen en moeilijk kwantificeerbaar.

1. voorkomen van alcohol- en drugproblemen;
2. verbeteren van het lichamelijk en maatschappelijk functioneren van de verslaafde, eventueel zonder dat deze zijn verslaving heeft beëindigd;
3. beëindigen van de verslaving;

De laatste twee doelstellingen, van een lagere orde, geven het streven van de overheid meer concreet inhoud en zijn meetbaar. Het betreft hier de randvoorwaarden noodzakelijk om de eerste orde doelstellingen te kunnen realiseren.

Het bereiken van doelstellingen is overwegend een taak van het particulier initiatief. De overheid schept de voorwaarden waaronder deze taken kunnen worden uitgevoerd.

4. het creëren van een gedifferentieerd en samenhangend netwerk van voorzieningen;
5. het vergroten van de bereikbaarheid, doelmatigheid en effectiviteit van de voorzieningen.

In bijlage 7 worden enkele beleidsuitgangspunten nader toegelicht.

2.6.3. Instrumenten

De rijksoverheid hanteert de volgende specifieke instrumenten om de bovengenoemde 5 doelstellingen te bereiken:

- ad 1. - voorlichting over verslavingsproblemen (CAD's, nationale organisaties),
 - deskundigheidsbevordering gericht op vroegtijdige interventie door algemene voorzieningen (CAD's en anderen),
- ad 2. - methadononderhoudsprogramma's (CAD's, GG en GD'en),
 - maatschappelijke hulp- en dienstverlening (straathoekwerk, opvangcentra, woon-, werk- en scholingsprojecten),
- ad 3. intra- en extramurale behandelvoorzieningen (klinieken, CAD'S),
- ad 4. - decentralisatie: de gemeente heeft tot taak samenhang in de voorzieningen te brengen,
 - financiering en planning van verschillende soorten voorzieningen (rijkssubsidieregeling, Rijksbijdrageregeling, ad hoc financiering),
 - planning van klinische voorzieningen
- ad 5. - nadruk op financiering van "laagdrempelige" en gedifferentieerde voorzieningen,
 - decategorisering van de zorg (accentverschuiving van specialistisch naar algemeen, door bijvoorbeeld financieren van experimenten en functionarissen die vanuit de categorale zorg de werkzaamheden van algemene voorzieningen op dit gebied bevorderen),
 - Staatstoezicht (Geneeskundige en geneesmiddelen-inspectie)
 - financieren van onderzoek, registratie, management etc.
 - Regelgeving (regelingen in de gezondheidszorgwetgeving alsook in de sfeer van de delinquentenzorg).

Financiering en planning zijn de belangrijkste instrumenten van het preventie- en hulpverleningsbeleid.

Financiering en planning vinden plaats door middel van de volgende regelingen:

- a. Rijksregeling subsidiëring consultatiebureaus voor alcohol en drugs (WVC/Volksgezondheid, Justitie)
- b. Rijksbijdrageregeling maatschappelijke hulp- en dienstverlening aan de jongeren en jongvolwassenen (WVC/Welzijn)
- c. Financieringsregeling welzijnsovereenkomst 4 grote gemeenten (WVC/Welzijn)
- d. Wet Ziekenhuisvoorzieningen, in samenhang met de ziektekostenverzekeringswetgeving (WVC/Volksgezondheid). (Financiering krachtens AWBZ en ZFW)
- e. Het besluit proefgemeenten (WVC/Welzijn).

Voorts worden voorzieningen gesubsidieerd zonder dat daaraan een specifieke regeling ten grondslag ligt (methadonverstrekking GG en GD en de landelijke organisaties).

Tussen WVC en gemeenten vindt regelmatig overleg plaats waarin informatie wordt verschaft over ervaringen in de hulpverlening en waar wordt gepleit voor het stimuleren van bepaalde vormen van hulpverlening. Naast planning en financiering is informatieverzanding een instrument om bovengenoemde doelstellingen te bereiken.

In bijlage 8 wordt een overzicht gegeven van de voorzieningen voor hulpverlening en preventie die krachtens bovengenoemde regelingen in stand worden gehouden.

Het wetenschappelijk onderzoek is een in belang toenemend instrument. WVC financiert veel onderzoek zelf, of is hierbij anderszins betrokken. Het onderzoek is gericht op evaluatie van de hulpverlening en preventie, op het verkrijgen van inzicht in de aard en omvang van de problematiek en op de kwaliteitsverbetering van de zorg.

Het Staatstoezicht op de volksgezondheid is een ander overheidsinstrument waarmee de kwaliteit van de verslavingszorg kan worden bevorderd.

Tot slot dienen de 5 landelijke organisaties te worden genoemd die een rol spelen in de beleidsontwikkeling, hulpverlening, preventie en onderzoek.

2.6.4. Spreiding en samenhang

De Rijksregeling subsidiëring CAD's en de Wet Ziekenhuisvoorzieningen waarborgen een gelijkmatige spreiding van de CAD's en de verslavingsklinieken over het land.

De systematiek van de rijksbijdrageregeling leidt er toe dat het bestaan van voorzieningen afhankelijk is van het bestaan van drugproblemen in een bepaalde omvang en van de bereidheid van een gemeentebeheer om dergelijke voorzieningen op te richten of in stand te houden. De rol van de gemeenten is door de circulaire van 27 juli 1979 over de afstemming van rijksbijdrageregelingen op de financiering van CAD's uitgebreid. De vier regelingen die in 2.6.3. zijn genoemd kennen elk een eigen bestuurlijke constructie.

-De CAD's worden formeel zonder tussenkomst van de gemeente door WVC gefinancierd, nadat WVC en Justitie de personeelsformatie hebben goedgekeurd. De laatste jaren heeft WVC slechts subsidie verleend voor uitbreidingen, wanneer de gemeente daarmee instemde.

Sinds 1982 kunnen de vier grote gemeenten hun mening over de CAD-begroting kenbaar maken aan WVC, voordat WVC de begroting vaststelt. Sinds

1984 biedt de Financieringsregeling welzijnsovereenkomst vier grote gemeenten deze gemeenten de mogelijkheid om, vooruitlopend op de invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, voorstellen aan WVC te doen tot reallocatie van gelden uit de subsidieregeling naar de Financieringsregeling en vice versa. Het reclasseringswerk - als justitiële activiteit - is hiervan uitgezonderd, zowel in de welzijnsovereenkomst als in de WVG.

- Krachtens de rijksbijdrageregeling worden thans in ca. 60 gemeenten instellingen voor maatschappelijke hulp- en dienstverlening gesubsidieerd. De gemeenten krijgen 90% van de kosten van WVC, voorzover WVC instemt met de gemeentelijke plannen terzake. Volgens de rijksbijdrageregeling vindt financiering plaats op grond van een vierjarenplan en een jaarprogramma.

De rijksbijdrageregeling is niet meer van toepassing op de vier grote gemeenten.

Voor hen geldt de Financieringsregeling welzijnsovereenkomst vier grote gemeenten, krachtens welke WVC de gemeenten een brede doeluitkering verschaft, waarvan de drughulpverlening deel uitmaakt. Instemming van WVC met de besteding van deze middelen aan de drughulpverlening is geen financieringsvoorwaarde meer. Wel dient de drughulpverlening een apart hoofdstuk te vormen in het vierjarenplan en de jaarprogramma's.

- Voor methadonprogramma's, die uitgevoerd worden door de GG en GD, wordt op voorstel van de gemeente een 100% subsidie verleend aan de gemeente, voorzover WVC met het gemeentelijk voorstel instemt.
- Bij de planning en financiering van verslavingsklinieken zijn de gemeenten formeel niet betrokken. De Wet Ziekenhuis Voorzieningen vraagt van de provincies een plan voor de ziekenhuisvoorzieningen, dat door WVC dient te worden vastgesteld. Indien een plan ontbreekt dient WVC op verzoek van de (aanstaande) kliniek een verklaring van behoefte af te geven. De ISAD is een van de adviesorganen die worden geraadpleegd voordat WVC de beslissing neemt. Op haar beurt vraagt de ISAD zo nodig advies aan een gemeentebestuur, in verband met de samenhang met de begrotingsgefinancierde verslavingszorg.

De samenhang in de regelingen is als volgt bevorderd.

In alle tot nu toe verschenen regeringsnota's over de hulpverlening aan drugverslaafden wordt in de eerste plaats aan de gemeente de verantwoordelijkheid toebedeeld voor het bevorderen van de totstandkoming van plaatselijke netwerken van hulpverleningsinstellingen. In 1979 is een overlegprocedure tussen rijk en gemeenten vastgesteld en neergelegd in een circulaire van het rijk (VenM, CRM en Justitie) aan de gemeenten en aan de CAD's (de reclasseringsfunctie van de CAD's is hiervan uitgezonderd). De procedure houdt in dat WVC beslissingen omtrent de planning en financiering van bovenbedoelde voorzieningen neemt mede op grond van een gemeentelijk beleidsplan voor de verslavingszorg. Het beleidsplan heeft daarmee niet alleen meer betrekking op de maatschappelijke hulp- en dienstverlening. Hierboven is reeds aangegeven dat financieringsbeslissingen ten aanzien van CAD's niet genomen worden dan nadat de gemeente van haar gevoelens ter zake blijk heeft gegeven. De CAD's zijn volgens die circulaire gehouden - ten behoeve van de gemeentelijke

planvorming - met de gemeenten in overleg te treden en de gemeenten van de nodige informatie te voorzien, teneinde een oriëntatie op het gemeentebestuur mogelijk te maken. Van de gemeentelijke bemoeienissen met de CAD-financiering en planning is de reclasseringsfunctie van de CAD's uitgezonderd. De reclassering is als onderdeel van de strafrechttoepassing een exclusieve verantwoordelijkheid van Justitie. Plannings- en financieringsbeslissingen over de begrotingsgefinancierde voorzieningen worden onder auspiciën van de Interdepartementale Stuurgroep Alcohol- en Drugbeleid voorbereid in de Werkgroep Bestedingenbeleid Hulpverlening. In dit kader worden ook de adviezen aan WVC verstrekt in verband met de planning van verslavingsklinieken.

2.6.5. Beleidsvoornemens

Uit dit rapport mag blijken dat de ontwikkeling van het beleid inzake de verslavingsproblematiek voortdurend gepaard gegaan is met een evaluatie van het bestaande beleid en de bereidheid dit beleid - soms fundamenteel - aan te passen. Een en ander heeft zich onder meer geuit in verschillende beleidsnota's aan de Tweede Kamer, waarin de wenselijke beleidsvoornemens werden aangegeven en onderbouwd. Hierdoor is voor de (lagere) overheid en het betrokken particulier initiatief een perspectief ontstaan op toekomstige beleidsontwikkelingen. In bijlage 9 is een overzicht opgenomen van recente beleidsnota's en beleidsvoornemens. Sommige beleidsvoornemens worden uitgevoerd, andere (nog) niet of in onvoldoende mate.

HOOFDSTUK 3

EVALUATIE VAN HET BELEID

3.1. Inleiding

Conform haar taakopdracht heeft de werkgroep de doelstellingen en instrumenten voor het beleid met betrekking tot het drug- en alcohol-beleid nader geëvalueerd. De vraag ligt voor of de door de werkgroep geformuleerde doelstellingen optimaal worden gerealiseerd via het genoemde instrumentarium. In dit verband is door de werkgroep nagegaan in hoeverre het bestaande instrumentarium effectief en doelmatig functioneert en is gekeken naar de samenhang tussen de verschillende voorzieningen en de afstemming op elkaar. Hierbij dienen een viertal kanttekeningen te worden gemaakt.

Ten eerste blijkt uit de formulering van de centrale doelstelling van het alcohol- en drugbeleid - het voorkomen en opvangen van de risico's die voortvloeien uit het gebruik van alcohol of drugs voor het individu, zijn onmiddellijke omgeving en de maatschappij - dat deze vraag niet eenduidig kan worden beantwoord. Het is van belang bij uitspraken over het beleid een onderscheid te maken in effecten van het beleid op individueel of maatschappelijk niveau.

Als tweede kanttekening kan worden opgemerkt dat door het ontbreken van gekwantificeerde doelstellingen de mate van doelbereiking hooguit in relatieve termen is uit te drukken.

Een derde kanttekening heeft betrekking op het vaststellen van een causale relatie tussen interventie en resultaat. Deze relatie wordt verstoord door het aanbod van alcohol en drugs, alsmede de maatschappelijke omstandigheden die de consumptie beïnvloeden waardoor moeilijk is vast te stellen of een doelstelling wordt bereikt dankzij de inzet van instrumenten omdat onbekend is in hoeverre doelstellingen ook zouden zijn bereikt zonder het gevoerde beleid (een referentiekader ontbreekt).

Daarnaast beïnvloeden de verschillende hulpverleningsdoelstellingen de effectiviteit van de verschillende hulpverleningsvormen. Het verbeteren van het lichamelijk en sociaal functioneren van de verslaafde, eventueel zonder dat deze zijn verslaving heeft beëindigd beïnvloedt als 'laagdrempelige doelstelling' de effectiviteit van beëindigen van verslaving als 'hoogdrempelige doelstelling'.

Een vierde (wellicht belangrijkste) kanttekening bij de beleidsevaluatie betreft het slechts fragmentarisch beschikbaar zijn van gegevens. Zoals uit het onderstaande zal blijken zijn veel gegevens die van belang zijn voor de evaluatie onvolledig of niet beschikbaar. Desondanks heeft de werkgroep getracht aanknopingspunten te vinden voor een evaluatie van het beleid, door middel van het verzamelen en ordenen van relevante informatie, die een indicatie kan geven voor de mate waarin de overheid erin geslaagd is haar beleidsdoelstellingen efficiënt te realiseren.

Gekozen is voor een presentatie van gegevens in een overzichtstabel. In onderdelen A en B worden ontwikkelingen gesignaleerd op grond waarvan inzicht kan worden verkregen over het al dan niet dichterbij brengen van de doelstellingen (effectiviteit). Onderdeel C draagt informatie aan voor de beantwoording van de vraag of er misschien nadere verklaringen dan het beleid voor de ontwikkelingen bij A zijn te geven. Onderdeel D betreft de kosten van het beleid voor de overheid (doelmatigheid).

Tenslotte zij opgemerkt dat zowel de overzichtstabel als de tekst van dit hoofdstuk een samenvatting zijn van meer gedetailleerde beschouwingen. Deze zijn als bijlagen bij het rapport gevoegd (bijlage 10 en 11).

Overzichtstabel I

relevante ontwikkelingen op het terrein van alcohol en druggebruik

	'70	'75	'76	'77	'78	'79	'80	'81	'82	'83	'84	'85
A gebruik en functioneren												
1. Aantal verslaafden												
- alcohol 15 cl. per dag ¹⁾	176.800	320.300	292.200	322.500	331.600	353.600	327.700	329.300	320.000	336.900	320.700	-
- heroïne	1200/1500	1000/2000					+15.000					20.000/
												25.000
B. problemen												
2. misdrijven ter kennis van politie												
- drugsgerelateerde pv's ²⁾		13%	15%	17%	26%	17%	24%	-	-	-	-	-
- art. 26 WW (rijden onder invloed)	9.195	21.204	25.853	30.099	32.917	33.238	35.067	36.067	37.761	38.904	37.657	-
- Opiumwet	-	3.030	3.968	3.840	4.612	8.020	5.646	8.902	8.648	6.818	6.779	-
(in % van totaal aantal op dit niveau)									(0,9)	(0,7)		
- onv. gevangenisstraf									1.295	1.377		
(in % van totaal aantal op dit niveau)									(7,6)	(8,4)		
3. verslaafden bij hulpverlening												
aantal opnames in:												
- algemene ziekenhuizen												
wegens enkele aandoe-												
nningen a.g.v. alcohol-												
misbruik per 100.000												
mannen en vrouwen	12,1	25,4	27,1	28,6	29,9	29,8	23,6 ³⁾	22,5	23,8	22,0		
- categoriaal												
psychiatrische zie-												
kenhuizen												
alcohol en drugs	1.551	1.880					3.694			5.122		
- alg. psych. zieken-												
huizen												
alcohol en drugs	1.107	2.614	2.659	2.360	2.230	2.181	2.557	2.646	2.757	3.051		
- CAD ⁴⁾												
alcohol	10.963	12.386	14.009	14.064	15.318	16.578	14.398	11.826	10.500	13.073	16.346	
drugs	1.417	4.198	5.511	5.983	5.734	5.904	6.575	6.786	7.188	8.302	11.545	
- MHD												
. residentiele opvang							250				610	
. ambulante hulp en							8.000				10.143	
semi-residentieel												
. maatschappelijk											1.500	
herstel												
4. aantal kilo's verstrekte methadon				15	23	27	36	55	59	68	75	
5. aantal aan verslaving												
gerelateerde overlijdens												
- alcohol ⁵⁾	607	863	987	887	905	740	833	942	896	926	958	-
- drugs ⁶⁾	9	18	23	21	39	22	27	19	30	33	35	
C. beïnvloedende factoren												
- werkloosheid		259.900	277.600	270.800	272.700	280.500	325.400	479.800	654.600	800.600	822.400	761.000
w.v. jeugdwerkloosheid		20.093	20.889	21.483	22.257	23.748	25.735	28.509	30.877	32.589	34.068	
(tot 23 jaar)	10.317											
- echtscheidingen		68.600	77.000	77.100	81.700	86.800	102.200	157.700	212.500	248.200	241.900	223.400
D. kosten voorzieningen												
- exploitatiekosten												
- CAD (x 1 mln.)		5,2	16,0	19,6	23,8	29,0	34,2	44,5	53,5	62,4	66,7	65,4
alcohol ⁷⁾		4,1	9,6					23,8				26,9
drugs		1,1	6,4					21,2				38,5
per cliënt/opname	f 400	f 965	-	-	-	-	f 2.119	-	-	-	f 2.352	
alcohol	f 378	f 774	-	-	-	-	f 1.618	-	-	-	f 1.652	
drugs	f 752	f 1.525	-	-	-	-	f 3.210	-	-	-	f 3.352	
- CPZ (x 1 mln)		9,0	14,0					37,0				48
per cliënt/opname	f 5.800	f 7.445	-	-	-	-	f10.015				f 9.370	
- MHD (x 1 mln.)			14,0					27,0				49
per cliënt/opname												
. residentiele opvang							f10.800					f16.890
. ambulante hulp en semi-												
residentieel							f 3.050					f 2.864
. maatschappelijk herstel												f 4.875

- 1) Schatting met behulp van Ledermann-formule
 2) Gegevens ontleend aan scriptie Groningen Universiteit
 3) Na 1979 zijn de ongewenste gevolgen van alcohol door tevens gebruik van medicijnen niet meer meegenomen
 4) Aantallen ingeschreven cliënten per 31/12

- 5) Sterfte a.g.v. levercirrose, alcoholpsychose of alcoholisme (primaire doodsoorzaak)
 6) Drugverslaving als primaire- en secundaire doodsoorzaak
 7) Verondersteld is dat aan drugverslaafde cliënten 2x zoveel tijd wordt besteed

3.2. Effectiviteit, gebruik en problemen

Het alcoholgebruik per hoofd van de bevolking van 15 jaar en ouder is de afgelopen 15 jaar met ca. 37% gestegen. Uit de overzichtstabel is af te lezen dat het aantal verslaafden (meer dan 15 cl. alcohol per dag) in deze periode met ongeveer 87% gestegen is.

Een toename in het gebruik heeft derhalve een meer dan proportionele toename van het aantal verslaafden tot gevolg. Andere indicaties voor de stijging van de problematiek sinds 1970 zijn een toename van het aantal ter kennis de politie gekomen gevallen van rijden onder invloed (ruim 300%), een toename van het aantal aan alcoholverslaving gerelateerde overlijdens en een toename van het aantal opnames bij hulpverleningsinstellingen.

De ontwikkeling van het gebruik van heroïne kan niet anders worden weergegeven dan op basis van grove schattingen, ontleend aan indrukken van hulpverleningsinstellingen, politiediensten en gemeentebesturen. De problematiek is sinds 1970 enorm toegenomen. Dit blijkt uit het beslag dat drugverslaafden leggen op de hulpverlening en justitievoorzieningen.

De werkgroep heeft een vijftal beleidsdoelstellingen onderscheiden.

1. De doelstelling "voorkomen van alcohol- of drugproblemen" heeft in de afgelopen jaren relatief weinig aandacht gehad. De belangrijkste verklaring hiervoor is dat de noodzaak en wenselijkheid om actuele en dringende verslavingsproblemen d.m.v. hulpverlening tegen te gaan zwaarder heeft gewogen dan het voorkomen van nog niet als zodanig onderkende problemen. De bestaande preventieve instrumenten (voorlichting, vroegtijdig intenverbiëren, handhaving van wetgeving) zijn ontoereikend voor het terugdringen van de verslavingsproblematiek.

2. De doelstelling "verbeteren van het lichamelijk en sociaal functioneren van de verslaafde" is vooral gericht op druggebruikers. Deze doelstelling heeft de laatste jaren een sterker accent gekregen en leidde tot een koerswijziging in de hulpverlening. De hulpverlening was te sterk gericht op het beëindigen van verslaving, zonder dat er voldoende rekening werd gehouden met de achtergronden en beweegredenen die tot de verslaving hadden geleid. Door financiering van zgn. laagdrempelige voorzieningen is getracht deze doelstelling te bereiken (methadonprogramma's, straathoekwerk e.d.).

Kwantitatieve gegevens werden slechts gevonden over methadon-onderhoudsprogramma's. Onderhoudsprogramma's blijken er in te slagen het heroïnegebruik aanzienlijk te reduceren. Hierdoor vermindert de noodzaak door middel van bijvoorbeeld criminaliteit en prostitutie inkomsten te verwerven en kan het lichamelijk en sociaal functioneren worden verbeterd. Dat in een aantal programma's ca 20% van de cliënten heroïne- en methadonvrij is geworden lijkt aan te geven dat in resultaten in termen van ontwenning weinig verschil bestaat met ambulante ontwenningprogramma's, hoewel bij de vergelijking rekening moet worden gehouden met mogelijk verschillende populaties. Onderhoudsprogramma's duren langer, maar hebben een groter bereik.

Programma's van instellingen voor maatschappelijke hulp- en dienst-

verlening voorzien in belangrijke mate in een vangnetfunctie voor die druggebruikers, die niet voor overige hulpverlening bereikbaar zijn. Ambulante instellingen 'regelen' veel acute materiële en immateriële noden. Residentiële en rehabilitatieprogramma's vervullen een belangrijke rol bij de voorbereiding op het zelfstandig wonen en het zich handhaven in de maatschappij.

3. Over de doelstelling 'beëindiging van de verslaving' zijn uitsluitend gegevens beschikbaar over aantallen cliënten die een bepaald programma al dan niet afmaken. Gegevens over terugval ontbreken. De ambulante ontwenningprogramma's worden grotendeels uitgevoerd door de CAD's. Dergelijke programma's duren gemiddeld 1½ maand. De ervaring leert dat de terugval groot is en slechts een betrekkelijk kleine groep verslaafden wordt bereikt. Vaak worden meer ontwenningprogramma's achter elkaar gevolgd.

Evaluatie-onderzoek naar de ambulante behandeling van alcoholisten is niet beschikbaar.

Een meer intensieve behandeling wordt gegeven in de verslavingsklinieken. Hierbij is sprake van een gevarieerd beeld waarbij het accent ligt op crisisopvang (2-4 dagen) en detoxificatie (1 maand). Een gering percentage verslaafden (7%) blijft langer dan 6 maanden in een kliniek.

Er zijn onvoldoende gegevens beschikbaar om uitspraken te doen over de effectiviteit van ontwenninggerichte voorzieningen.

Op grond van de beschikbare gegevens zou het aannemelijk zijn dat na een inschrijvingsduur van gemiddeld 18 maanden in een CAD, waarin vaak meer dan één behandelprogramma wordt gevolgd, ongeveer 20 tot 40% van de cliënten geen drugs meer gebruikt. Indien wordt uitgegaan van de resultaten van één bepaalde verslavingskliniek blijkt dat ongeveer 16% van de ingeschreven drugverslaafden drugvrij is gebleven. Bij alcoholverslaafden lijkt dat percentage enigszins hoger te liggen.

Op basis van het voorgaande kunnen geen uitspraken worden gedaan over het verschil in effectiviteit tussen behandeling in een verslavingskliniek en ambulante behandeling. De aard van de verslavingsproblematiek bij personen die worden opgenomen in een kliniek kan immers sterk verschillen met die van cliënten van ambulante programma's, hetgeen het resultaat van de interventie beïnvloedt.

De door de werkgroep geformuleerde doelstellingen zijn nog steeds actueel. Hiervoor is al opgemerkt dat de laatste jaren wel een accentverschuiving heeft plaatsgevonden in het gewicht dat door de overheid aan de verschillende doelstellingen is toegekend. Het accent is daarbij verschoven van beëindiging van de verslaving naar verbeteren van het lichamelijk en sociaal functioneren van de verslaafde. Aan het voorkomen van verslaving is in het verleden beleidsmatig relatief weinig gedaan. Ook deze doelstelling lijkt recent meer aandacht te krijgen.

Tenslotte valt op te merken dat het beleid t.a.v. de hulpverlening zich voornamelijk heeft gericht op de drugverslaafden.

4. T.a.v. het voorwaarde scheppend overheidsbeleid - "het creëren van een gedifferentieerd en samenhangend netwerk van voorzieningen" - is sprake van een toegenomen omvang en differentiatie van voorzieningen. In de afgelopen 15 jaar is het hulpaanbod van alle typen voorzieningen geografisch gezien vergroot. Een differentiatie in werkwijze heeft ook bij deze instellingen plaatsgevonden. De

grootste mate van verscheidenheid heeft echter in geografische en in werk-inhoudelijke zin plaatsgevonden bij de instellingen voor MHD aan druggebruikers (zie tabel 8, bijlage 10). Op deze wijze is getracht het hulpaanbod zoveel mogelijk te laten aansluiten op een gedifferentieerde hulpvraag. De capaciteit voor de hulpverlening aan alcoholverslaafden lijkt enigszins te zijn teruggelopen.

De spreiding van ambulante alcoholhulpverlening is, conform de spreiding van de problematiek, gelijkmatig over het land. Wat de ambulante drughulpverlening betreft is Amsterdam relatief onderbedeeld. De intramurale crisisopvang voorzieningen voor alcohol een drugverslaafden zijn zeer ongelijkmatig gespreid over het land. (Tabel 9 in bijlage 10 geeft een overzicht van de spreiding van de voorzieningen).

De noodzaak om de samenhang van de voorzieningen te bevorderen werd sterker naarmate de differentiatie toenam. Een aantal zaken vallen op:

- Het CAD speelt in toenemende mate een centrale rol bij de verwijzing naar en door verslavingsklinieken en algemeen psychiatrische ziekenhuizen;
- De verwijzingspatronen bij alcoholverslaafden verschillen met die van drugverslaafden. Drugverslaafden worden vaker op eigen verzoek (zonder verwijzing) in een kliniek opgenomen en zonder verwijzing ontslagen;
- De 1e lijnszorg en de RIAGG's spelen een betrekkelijk geringe rol in relatie tot de intramurale hulpverlening. Hetzelfde geldt voor de MHD;
- Vooral bij alcoholverslaafden verwijzen huisartsen veelal rechtstreeks naar een kliniek en niet naar de ambulante hulpverlening (hetgeen logischer zou zijn gezien de voorkeur voor lichte interventies);
- De RIAGG's spelen in de verwijzingen naar Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen een aanmerkelijk belangrijker rol dan in de verwijzing naar een verslavingskliniek;
- Bij de CAD's komt ongeveer 1/3 van de cliënten op eigen initiatief 1/3 door middel van een verwijzing en 1/3 op verzoek van Justitie. Ook hier gelden verschillen tussen drug- en alcoholverslaafden (respectievelijk minder en meer verwijzingen). Tevens zijn er regionale verschillen;
- Typerend voor contacten van straathoekwerk en laagdrempelige ambulante opvang is, dat deze cliënten gewoonlijk bereiken zonder voorliggende voorzieningen.

Naast verwijzingspatronen biedt het gemeentelijk drugbeleidsplan een aangrijpingspunt waarmee vooral MHD instellingen in één samenhangend netwerk van voorzieningen kunnen worden gebracht. Voor verwijzingen naar en door instellingen voor MHD kan slechts een beeld worden gevormd op basis van de beschikbare jaarverslagen. In 1985 hadden 58 gemeenten een beleidsplan voor de drughulpverlening. 54 gemeenten betrokken daarbij het CAD en 7 gemeenten een verslavingskliniek.

Door een toenemende aandacht van gemeentebesturen voor voorzieningen in de drughulpverlening waarover zij geen formele zeggenschap

hebben (CAD's, klinieken) wordt op lokaal niveau vaker de voorwaarde geschapen voor een grotere samenhang van voorzieningen (zie par. 3.4.). De besluitvormingsprocedures op nationaal niveau dragen daaraan bij.

5. Het tweede element in het voorwaardenscheppend beleid, "het vergroten van de bereikbaarheid, doelmatigheid en effectiviteit van voorzieningen", heeft vooral na de koerswijziging in het begin van de 80-er jaren (de vergroting van de bereikbaarheid van de hulpverlening en het bevorderen van het maatschappelijk herstel) grote aandacht gekregen. De bereikbaarheid werd vooral vergroot door het financieren van methadonprogramma's, straathoekwerk en andere laagdrempelige voorzieningen. Het maatschappelijk herstel via het financieren van voorzieningen die zich richten op woon-, werk- en scholingssituaties.

De verstrekking van methadon in de hulpverlening is derhalve steeds belangrijker geworden. De bereikbaarheid van hulp is groter geworden maar is voor drugverslaafden vele malen groter dan voor alcoholverslaafden.

3.3.

Beïnvloedende factoren

Door de werkgroep is ook gezocht naar factoren die mede van belang kunnen zijn bij de beantwoording van de effectiviteitsvraag. Naast het beleid kunnen ook andere, exogene factoren, van invloed zijn op de geschetste ontwikkeling. De slechts fragmentarische beschikbaarheid van gegevens maakt het verzamelen van gedetailleerde exogene factoren weinig zinvol. De werkgroep heeft zich beperkt tot twee belangrijke sociaal en economisch relevante factoren. De werkloosheidsontwikkeling (nader gedifferentieerd naar jeugdwerkloosheid in relatie tot het drugprobleem) en het aantal echtscheidingen.

Zowel de (jeugd) werkloosheid als het aantal echtscheidingen zijn in de periode '75-'85 sterk toegenomen.

Uitgaande van de veronderstelling dat er een positief verband bestaat tussen deze factoren en de drug- en alcoholgebruik, kan hooguit worden geconcludeerd dat zij waarschijnlijk de verslavingsproblematiek versterken. Op basis van deze ontwikkelingen kan geen conclusie worden getrokken over de effectiviteit van het beleid.

Daarnaast beïnvloedt het aanbod van alcohol en drugs de aanwezigheid van problemen met het gebruik van deze stoffen. Bij alcohol is de afgelopen decennia de consumentenprijs gedaald ten opzichte van andere consumptiegoederen, terwijl de beschikbaarheid (verkooppunten) sterk is toegenomen. De illegaliteit van het drugsaanbod heeft een aantal onwenselijke neveneffecten tot gevolg, die het functioneren van de verslavingszorg beïnvloeden.

De evaluatie van het beleid met betrekking tot het aanbod van alcohol en drugs behoort echter niet tot de taakopdracht van de werkgroep. Niettemin dienen conclusies over het functioneren van de verslavingszorg te worden gezien tegen de achtergrond van bovengenoemde beïnvloedende factoren.

3.4.

Doelmatigheid, kosten en voorzieningen

De vraag naar doelmatigheid heeft betrekking op de optimale inzet van middelen en dient gerelateerd te worden aan de effectiviteit. Uit

paragraaf 3.2. bleek dat het moeilijk is vast te stellen wanneer sprake is van een effectief functionerend type voorziening. Dit maakt de bepaling van de doelmatigheid moeilijk. Niettemin zijn de gegevens beschikbaar die aangeven of in de loop der tijd de doelmatigheid is verbeterd. Uit de overzichtstabel blijkt dat in de afgelopen 15 jaar de kosten in de hulpverlening sterk zijn gestegen. Tussen 1980 en 1984 is een stabilisering van de kosten ingetreden.

Registratiegegevens van MHD-instellingen zijn alleen beschikbaar voor 1980 en 1985. Het is opvallend dat de intramurale MHD-instellingen per opname duurder zijn dan als de verslavingsklinieken (CPZ). De semi-murale en ambulante MHD-instellingen blijken per drugverslaafde cliënt iets goedkoper te zijn dan de CAD's.

Onderstaande tabel laat zien dat in de laatste 5 jaar het aantal cliënten per hulpverlener toeneemt.

Cliënten per functionaris

	CAD's*			CPZ	MHD ¹⁾		
	alcohol	drugs	alc.+drugs	alc.+drugs	drugs		
					intra	semi/extra	maatsch. herstel
1970	-	-	-	6,2	-	-	-
1975	53	27	43	6,6	-	-	-
1980	40	20	31	8,8	6,2	21	-
1983/85	51	25	36	9,2	5,4	32	19

1) in 1985 inclusief gemiddeld 11,6% overhead.

Uit de tabel is af te leiden dat in de verslavingsklinieken meer cliënten per functionaris aanwezig zijn dan in de intramurale MHD-instellingen. De semi-murale en ambulante MHD-voorzieningen hebben meer drugverslaafde cliënten per functionaris dan de CAD's.

Voor de kostenontwikkeling (zie onderstaande tabel overgenomen uit de overzichtstabel) in de afgelopen 15 jaar en de verschillende kosten per cliënt bij de drie typen voorzieningen zijn verschillende verklaringen.

Kosten per cliënt/opname

	CAD's*			CPZ	MHD ¹⁾		
	alcohol	drugs	alc.+drugs	alc.+drugs	drugs		
					intra	semi/extra	maatsch. herstel
1970	f 378,-	752,-	400,-	f 5.800,-		-	-
1975	f 774,-	1.525,-	965,-	f 7.445,-		-	-
1980	f1.618,-	3.210,-	2.119,-	f 10.015,-	f10.800,-	f 3.050,-	-
85/83/85	f1.652,-	3.345,-	2.352,-	f 9.370,-	f16.890,-	f.2.864,-	f 4.875,-

1) getallen 1985 inclusief gemiddeld 11,6% overhead

* De getallen voor alcohol en drugs zijn gebaseerd op veronderstellingen die zijn terug te vinden op blz. 10 van bijlage 10.

Ongeveer de helft van de kostenontwikkeling in de ambulante sector wordt verklaard door de stijging van de loonkosten, die sinds 1970 ongeveer 125% bedroeg (loonkostenindex 1970= 100, 1983= 225).

Een tweede verklaring voor de kostenstijging in de ambulante sector is de overgang van het CAD van reclasseringsinstelling tot overwegend een instelling voor gezondheidszorg, waardoor het accent meer is komen te liggen op de meer arbeidsintensieve hulpverlening. Deze overgang vond in de tweede helft van de jaren '70 plaats, in de tijd waarin de grootste kostenstijging plaats had. Onderstaande tabel laat de toename in arbeidspaatsen zien in de periode 75-85 bij met name CAD's maar ook bij de andere hulpverleningsvoorzieningen.

Tabel Arbeidsplaatsen

	CAD's	CPZ	MHD
1970	-	+ 250	-
1975	388	286	+ 200
1980	681	421	423
1983/85	780	554	+ 540

Een derde verklaring is de toename van het aantal drugverslaafde cliënten, aan wie meer tijd moet worden besteed en de toename van het aantal methadonverstrekkingen op onderhoudsbasis.

Ten vierde zouden de kleiner wordende verschillen in de kosten voor ambulante en intramurale voorzieningen er op kunnen duiden dat de ambulante voorzieningen er in geslaagd zijn een deel van de populatie, die anders naar de kliniek zou gaan, zelf te behandelen. Dit zou de behandeling per cliënt intensiever en dus kostbaarder maken.

In de verslavingsklinieken blijft de kostenstijging per cliënt achter bij de ontwikkeling van de loonkosten (62% tegen 125%). De verslavingsklinieken zijn derhalve relatief goedkoper gaan werken. Verklaringen - hiervoor kunnen zijn de groter wordende doorstroming van de cliënten, een toename van het aantal crisisopnamen en een afname van de duur van de behandelprogramma's.

De doelmatigheidsvraag kan ook beantwoord worden door te bezien of er op regionaal niveau voorzieningen bestaan die elkaar in doelstelling e cliëntenkring overlappen. Uit de verwijzingscijfers zou kunnen worden n afgeleid dat van dergelijke overlappingsen nauwelijks sprake is.

De werkgroep heeft zich ook beziggehouden met de vraag aan de hand van welke criteria besluiten zijn en worden genomen over de financiering van nieuwe voorzieningen uit de rijksbegroting (CAD, MHD), planning van nieuwe voorzieningen door middel van de WZV (CPZ) en financiering van n bestaande voorzieningen.

Beslissingen op verzoeken om nieuwe of uitbreiding van bestaande voorzieningen worden voorbereid in de werkgroep bestedingenbeleid van de ISAD. Met name eind jaren '70 en begin jaren '80 bestond, vanwege de politieke prioriteit voor de drugproblematiek, de mogelijkheid met extra financiële middelen tot nieuwe voorzieningen of uitbreiding van bestaande voorzieningen te komen.

Exacte normeringen waren en zijn daarbij niet voorhanden. De ISAD werkgroep hanteerde een eigen toetsingskader waarbij politiek vastgelegde prioriteiten zwaar meewogen.

Thans moet worden geconstateerd dat bestaande regelgeving en juridische en politieke belemmeringen nauwelijks ruimte laten voor reductie van de financiering van voorzieningen, om zodoende eventueel tot een beschikking van middelen te komen.

Een factor die de ondoelmatigheid in de hulpverlening kan bevorderen, betreft de verschillende financieringsstromen en planningsvormen.

De verschillende financieringssystematiek van de rijksregeling subsidiëring CAD's en de rijksbijdrage regeling MHD heeft de volgende effecten: op de eerste plaats zijn er gemeenten die in hun beleidsplan de voorkeur geven aan MHD-voorzieningen boven het CAD, mede omdat die gemeenten daardoor meer zeggenschap hebben over het functioneren van de voorziening. Het CAD wordt immers rechtstreeks door WVC gefinancierd. Op de tweede plaats zijn er gemeenten die juist allerlei "typische MHD-taken" (zoals straathoekwerk, huiskameropvang) toeschuiven naar het CAD, zodat de gemeente niet de financiële lasten (een eigen bijdrage van 10%) hoeft te dragen. Hoewel WVC een dergelijke vermenging van CAD en MHD-functies niet bevordert, heeft zulks in enkele gemeenten wel plaatsgevonden. In het afgelopen jaar is deze situatie zoveel mogelijk gecorrigeerd.

Een belangrijker kostenverplaatsend effect ontstaat door het bestaan van de begrotingsgefinancierde en premiegefinancierde sector naast elkaar en soms voor gelijksoortige voorzieningen. In de begrotingsgefinancierde sector bestaat voor een aantal voorzieningen al enkele jaren geen groei meer (bijvoorbeeld de intramurale voorzieningen en de ambulante alcoholhulpverlening). Hierdoor kan een afwentelingseffect ontstaan op de intramurale en poliklinische zorg van de verslavingsklinieken. De hogere kwaliteitsnormen die voor (poli)klinische voorzieningen worden gebruikt leiden er ook toe dat een aantal voorzieningen van de begrotingssector naar de premiesector wil. Op deze wijze ontstaat enig uitzicht op verhoging van de omvang en kwaliteit van het personeel. In deze gevallen zou de doelmatigheid in het voorzieningen-netwerk niet worden bevorderd omdat er dan twee typen voorzieningen in plaats van één type voorziening ontstaan met dezelfde functie.

Een derde kostenverplaatsende factor blijkt uit de groeiende betrokkenheid van Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen bij de verslavingszorg. Volumebeperkingen in de categorale sector beïnvloeden de druk op de algemene sector vice versa.

Bovengenoemde financiële verschuivingen kunnen niet worden gekwantificeerd.

In de meeste regio's biedt de planningsnorm voor verslavingsklinieken (0,07% bed per inwoner) voldoende ruimte voor uitbreiding. In de grote steden is de ruimte te krap. Omdat WVC tot dusver de beslissingen over planning van verslavingsklinieken zelf neemt is de afwenteling op de klinische sector beperkt gebleven.

Tot slot moet worden gewezen op de volgende ontwikkelingen die de doelmatigheid en effectiviteit van de hulpverlening kunnen vergroten. Door de invoering van een landelijk registratiesysteem (in 1986 voor de CAD's, later voor de MHD) zal het mogelijk zijn zowel op landelijk als op lokaal niveau de informatie te vergaren over het functioneren van instellingen, waaraan het thans ontbreekt. Op basis van die gegevens zal een permanente evaluatie van het voorzieningenbeleid kunnen plaatsvinden.

Een tweede ontwikkeling is de toenemende stimulering van wetenschappelijk evaluatie-onderzoek door WVC. In de afgelopen jaren is een begin gemaakt met de financiering van tal van onderzoeksprojecten die in de komende tijd zullen worden afgerond. Het voornemen is voor de komende jaren extra middelen vrij te maken voor programma-evaluatie, thans ontbreken hiertoe de middelen.

Ook de gemeenten tonen een toenemende belangstelling voor evaluatie van de voorzieningen. Vermoedelijk zal op korte termijn de plicht voor registratie en verslaglegging voor de MHD-sector weer worden ingevoerd, nadat deze onder druk van de gemeenten in 1980 was ingetrokken. Deze ontwikkelingen zullen tot gevolg hebben dat WVC in de komende jaren beter in staat zal zijn het beleid te toetsen op effectiviteit en doelmatigheid.

Afsluitend kan worden geconcludeerd dat de doelmatigheid in het functioneren van de verslavingzorg de laatste jaren verbeterd. Een belangrijke factor die de ondoelmatigheid van de hulpverlening kan bevorderen bestaat uit de afwenteling van begrotingsfinanciering op premie-financiering van gelijksoortige voorzieningen (ambulante, c.q. poliklinische behandeling).

3.5. Een vergelijking met het buitenland

De ontwikkelingen van de alcohol- en drugproblematiek en het overheidsbeleid in Nederland worden beïnvloed door het buitenland. Het is daarom van belang in dit rapport enkele vergelijkingen met de situatie in het buitenland te maken.

In de bijlage bij dit rapport wordt op dit onderwerp ingegaan (bijlage 11).

De volgende conclusies kunnen worden getrokken.

Het is aannemelijk dat het gebruik van alcohol en drugs in Europa de komende jaren verder zal stijgen. De consumptie van alcohol en - vermoedelijk - de mate van verslaving ligt in Nederland nog steeds (hoewel steeds minder) onder het gemiddelde Europese niveau. Het aantal drugverslaafden is in Nederland vermoedelijk relatief hoog, maar de gezondheidsproblematiek betrekkelijk gering. Er komen steeds meer nieuwe drugs op de markt.

Het alcoholbeleid is in Nederland relatief tolerant.

Het (hard)drugbeleid lijkt slechts ten opzichte van de gebruikers van drugs toleranter te zijn dan in andere Europese landen, hetgeen zich uit in de ruime toepassing van een betrekkelijk minder hooggestemde hulpverleningsdoelstelling.

De effectiviteit van de hulpverlening aan alcohol- en drugverslaafden, zo blijkt uit Amerikaanse onderzoek, wordt niet zozeer bepaald door de soort interventie, maar veeleer door de duur van de interventie.

Hoofdstuk 4

Varianten en aanbevelingen

4.1. Inleiding, conclusies en evaluatie

Bij de beoordeling van de varianten dient rekening te worden gehouden met de beleidsevaluatie, de ontwikkelingen van de problematiek, de beschikbaarheid van alcohol en drugs en beleidsontwikkelingen.

Op grond van de beleidsevaluatie kunnen de volgende conclusies worden getrokken die van belang zijn voor het formuleren van varianten en aanbevelingen:

- in het algemeen bestaat te weinig inzicht in het functioneren van de hulpverlening om uitspraken te doen over de (verschillen in) effectiviteit en doelmatigheid van de te onderscheiden hulpverleningsmethodieken;
- uit buitenlands wetenschappelijk onderzoek blijkt dat naarmate de interventie langer duurt de effectiviteit groter is. Minder van belang is het type interventie;
- de bestaande preventieve instrumenten (voorlichting, vroegtijdig interveniëren, handhaving van wetgeving) zijn tot op heden ontoereikend gebleken voor het terugdringen van de verslavingsproblematiek;
- het gezondheidspeil van drugverslaafden ligt in Nederland op een hoger niveau dan in het buitenland, hetgeen samenhangt met een relatief hoge toegankelijkheid van de hulpverlening;
- ondanks een toename van de alcoholcliënten blijkt de hulpverlening aan alcoholverslaafden bij de CAD's te zijn verminderd;
- er bestaan enkele (theoretische) overlappingsen in het functioneren van de verschillende onderzochte typen voorzieningen. Dit is echter meer een theoretische overlap dan een praktische, omdat de praktijk laat zien dat de bezetting van de categorale intramurale voorzieningen hoog is (vaak 100%!); evenals de "caseload" van ambulante voorzieningen;
- de spreiding van verslavingsklinieken (vooral crisisopvang en detoxificatie) in het land is niet evenwichtig; dit geldt ook voor het hulpverleningsapparaat buiten de grote steden;
- de samenhang tussen enerzijds CAD's en verslavingsklinieken en anderzijds CAD's en instellingen voor maatschappelijke dienstverlening met een ambulante zorgfunctie is voldoende. Verbeteringen hoeven echter niet te worden uitgesloten;
- op basis van vergelijkingen met het buitenland wordt verwacht dat de alcohol en drugproblematiek de komende jaren zal toenemen;
- de effectiviteit van de verslavingszorg wordt in hoge mate beïnvloed door de beschikbaarheid van alcohol en drugs in de maatschappij.

Daarnaast zijn er de afgelopen jaren aan de Tweede Kamer diverse beleidsvoornemens gepresenteerd, waarvan de uitvoeringsmaatregelen nog nader uitgewerkt moeten worden. De belangrijkste beleidsontwikkelingen betreffen:

- . het uitbrengen van de ontwerp nota Alcohol & Samenleving;
- . vergroting bereikbaarheid en kwaliteit van de hulpverlening;
- . intensiveren preventieve activiteiten.

4.2. Inventarisatie varianten

Conform de taakopdracht heeft de werkgroep een aantal varianten onderzocht, die moeten leiden tot een besparing van de uitgaven. Daarbij is nagegaan in hoeverre het alcohol- en drugbeleid, voorzover dat betrekking heeft op het ijkpunt, beïnvloed kan worden door privatisering, deregulering, decentralisatie, toepassing van het profijtbegin-sel, vergroting van de effectiviteit en doelmatigheid en een verlaging van de realisatiegraad van de doelstellingen.

- privatisering, deregulering en decentralisatie

De hulpverlening aan alcohol- en drugverslaafden wordt in de meeste gevallen verricht door het particulier initiatief, grosso modo gefinancierd met collectieve middelen. In de besluitvorming over de invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg c.q. de Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening komen deregule-ring en decentralisatie aan de orde. In dit rapport zullen deze onderwerpen slechts in beperkte zin bij de overwegingen worden betrokken.

- toepassing profijtbegin-sel

In variant e wordt hieraan expliciet aandacht besteed.

- vergroting van effectiviteit en doelmatigheid

Het beleid van WVC is erop gericht om de effectiviteit te verhogen door middel van de volgende activiteiten:

- het bevorderen van doelmatiger structuren in de verslavingszorg (experimenten met hulpverleningsmethoden, samenwerkingsverbanden);
- wetenschappelijk onderzoek (evaluatie van typen interventies)
- deskundigheidsbevordering;
- invoeren registratiesysteem.

De versterking van deze activiteiten heeft grote prioriteit, maar zal bij gelijkblijvend voorzieningenniveau met kostenverhogingen gepaard gaan.

Bovenstaande onderwerpen zullen bij de beleidsvarianten en aanbeve-lingen worden betrokken.

- verlaging van de realisatiegraad van de doelstellingen

Over een verdere verlaging van de realisatiegraad van de doelstel-lingen, zoals deze in het hoofdstuk beleidsbeschrijving zijn ge-formuleerd, kan het volgende worden opgemerkt:

- aan de doelstelling "voorkomen van alcohol- en drugproblemen" wordt relatief weinig aandacht besteed. Voorkomen is beter en goedkoper dan genezen;
- bij de hulpverleningsdoelstellingen heeft al een aanzienlijke verlaging van het aspiratieniveau plaatsgevonden. Omdat "beëin-diging van de verslaving" zonder bovenproportionele inspanningen (op financieel, hulpverlenings- en justitieel terrein) voor de meeste verslaafden niet haalbaar bleek, is enkele jaren geleden het accent gelegd op het "verbeteren van het lichamelijk en sociaal functioneren zonder dat de verslaving is beëindigd". Er is sinds deze beleidswijziging een toename geweest van voorzieningen,

maar dit zijn goedkopere voorzieningen dan het geval zou zijn bij toepassing van eerstgenoemde doelstelling;

- de andere beleidsdoelstellingen zijn gericht op vergroting van differentiatie, samenhang, bereikbaarheid, doelmatigheid en effectiviteit van de voorzieningen. Zij komen voor een belangrijk deel overeen met het doel van de heroverwegingsoperatie.

4.3. Varianten en aanbevelingen

Op grond van voorgaande conclusies uit de evaluatie constateert de werkgroep dat er op dit moment onvoldoende inzicht bestaat in de effectiviteit en efficiëntie van de hulpverleningsmethodieken om op beleidsmatige overwegingen tot substantiële besparingen te komen. Wel constateert de werkgroep dat de totale kosten tussen '80 en '84 zijn gestabiliseerd bij een toename van het aantal cliënten.

Volgens de taakopdracht dient de werkgroep echter een besparing van 20% ten opzichte van het ijkpunt uit te werken. Naast de 20%-variant zijn andere varianten onderzocht die de doelmatigheid en effectiviteit van het alcohol- en drugbeleid kunnen verhogen.

Tevens doet de werkgroep een aantal aanbevelingen. De effecten van varianten en aanbevelingen zijn samengevat in par. 4.4.

Varianten

- a. het vergroten van doelmatigheid door organisatorische aanpassingen;
- b. decategorisering van de verslavingszorg;
- c. afschaffing rijkssubsidie landelijke hulpverleningsvoorzieningen;
- d. een verlaging van het voorzieningenniveau (20%-variant);
- e. toepassing profijtbeginsel.

Aanbevelingen

1. beïnvloeding van de vraag;
2. vergroting van de effectiviteit.

Variant a en b kunnen technisch niet naast elkaar worden toegepast.

1.3.1. Variant a Organisatorische aanpassingen

In de verslavingszorg werken ca. 1900 mensen in ca. 104 zelfstandige organisaties (17 CAD's, 7 verslavingsklinieken die geen afdeling zijn van een groter ziekenhuis en ca. 80 instellingen voor maatschappelijke drughulpverlening)

Uit doelmatigheidsoverwegingen kan worden overwogen tot een zekere schaalvergroting over te gaan, waarmee het aantal zelfstandige organisaties (meestal stichtingen) kan worden verkleind en een besparing o.a. op de overhead kan worden bereikt. Gezien de omvang en spreiding van de problematiek en de voorzieningen, alsmede de bestaande en toekomstige planningswetgeving (WVG respectievelijk WGM), wordt een aantal vereenvoudigde plannings- en financieringsstructuren voorgesteld waarbij de provinciale overheden en de vier grote steden een belangrijke rol zouden spelen. In beginsel kunnen de volgende alternatieven voor organisatorische veranderingen worden onderscheiden, die nadere bestudering vergen:

- a.1. per provincie en voor elk van de vier grote steden de gehele categorale verslavingszorg onderbrengen in één organisatie (CAD+CPZ+MHD);

- a.2. per provincie en voor elk van de vier grote steden de ambulante verslavingszorg onderbrengen in een organisatie (CAD+MHD);
- a.3. per provincie en voor elk van de vier grote steden een koppeling aanbrengen tussen de ambulante behandel functies van het CAD en de poliklinische functies van een verslavingskliniek (CAD + deel CPZ).

Deze drie varianten kunnen niet tegelijk worden uitgevoerd.

In dit verband dient te worden opgemerkt dat thans de MHD-sector op gemeentelijk niveau wordt gepland (WVC financiert 90%), de CPZ-sector al op provinciaal niveau wordt gepland en de CAD-sector op rijks-niveau. Variant a.1. en a.2. impliceren derhalve belangrijke veranderingen in bestuurlijke verantwoordelijkheden.

4.3.2. Variant b Decategorisering verslavingszorg

Decategorisering van de verslavingszorg betekent dat de verslavingszorg zich beperkt tot het uitoefenen van werkzaamheden die niet door andere, algemene voorzieningen kunnen worden verricht. Een voorwaarde voor een decategoriseringsbeleid is dat de algemene voorzieningen in staat zijn bepaalde aspecten van de verslavingsproblematiek op te vangen.

Omdat ook de algemene voorzieningen de afgelopen jaren gedwongen zijn om doelmatiger te gaan werken en om prioriteiten te stellen, zullen deze voorzieningen niet in staat zijn binnen hun huidige capaciteiten de problematische cliëntenkring van de verslaafden op te vangen. Decategorisering zal derhalve moeten leiden tot verschuiving van functies en capaciteiten van de categorale voorzieningen naar de algemene voorzieningen. Voorts zal decategorisering, zeker in de beginfase, gepaard moeten gaan met deskundigheidsbevordering van algemene voorzieningen. Besparingen zouden dan worden gerealiseerd op de overhead. Indien de verschuiving niet onder deze voorwaarden plaatsvindt, dan heeft decategorisering de gevolgen die onder variant d zijn aangegeven.

De volgende alternatieven zijn denkbaar:

- b.1. verschuiven reclasseringsfunctie van het CAD naar algemene reclasseringsinstellingen;
- b.2. verschuiven crisisdetoxificatie-functie van het CPZ naar het APZ;
- b.3. verschuiven speciale projecten voor minderheden naar algemene voorzieningen voor drughulpverlening;
- b.4. verschuiven van de volgende welzijnswerksoorten naar algemene voorzieningen;
 - straathoekwerk;
 - maatschappelijk herstel.

4.3.3. Variant c Afschaffing rijkssubsidie aan landelijke hulpverleningsvoorzieningen

Er zijn verschillende landelijke voorzieningen die zich bezighouden met de verslavingsproblematiek en die van WVC subsidie krijgen. Hierbij kan een onderscheid gemaakt worden in voorzieningen waarin hulp wordt verleend en voorzieningen die zich richten op preventie, wetenschappelijk onderzoek, meningsvorming e.d. Naarmate de decentralisatie van het hulpverleningsbeleid vordert, neemt de regionalisering van de hulpverlening toe. Aan landelijk werkzame voorzieningen zou daarom steeds minder behoefte ontstaan. Landelijk werkzame hulpverleningsvoorzieningen worden niet gesubsidieerd, tenzij er sprake is van een voorziening die werkt vanuit een specifieke levensbeschouwing of met een kleine doelgroep. Het gaan in alle gevallen om intramurale voorzieningen.

Hierbij dient te worden opgemerkt dat in de praktijk een belangrijk deel van de voorzieningen op levensbeschouwelijke grondslag gefinancierd wordt uit andere fondsen dan WVC-subsidies.

4.3.4. Variant d Verlaging van het voorzieningenniveau (20%-variant)

Uit de beleidsevaluatie kunnen geen duidelijke argumenten ontleend worden voor het toepassen van meer of minder besparingen bij bepaalde categorieën voorzieningen (CAD, MHD, CPZ), daar er onvoldoende zicht bestaat op de effectiviteit en doelmatigheid van de voorzieningen. In toenemende mate wordt capaciteit van algemene psychiatrische ziekenhuizen gebruikt voor de behandeling van verslavingsproblemen. Een besparing van f 40 miljoen (=20% van het ijkpunt) bij de verslavingsklinieken zou deze tendens alleen maar versterken. Onlangs is de discussie gestart of de planningsnorm voor verslavingsklinieken niet moet worden verruimd ten koste van de planningsnorm voor algemeen psychiatrische ziekenhuizen. De toepassing van 20%-variant uitsluitend bij de verslavingsklinieken staat op gespannen voet met deze ontwikkeling. De toename van de verslavingsproblematiek stelt juist hogere eisen aan de benodigde specifieke deskundigheid. De algemeen psychiatrische capaciteit wordt daar tegelijkertijd mee ontlast. Het beleid van WVC is erop gericht om een verschuiving te bevorderen van intramurale naar extramurale voorzieningen. Ook in de verslavingszorg vindt dit plaats, dit effect is meegewogen in de voorgenomen verruiming van de planningsnorm voor categoriaal psychiatrische ziekenhuizen. Dat wil zeggen dat zonder dit beleid de verruiming van de norm beleidsmatig hoger zou moeten zijn. Voorts is het mogelijk een keuze te maken tussen besparingen in de alcoholhulpverlening en in de drughulpverlening. De omvang en de verwachte ontwikkelingen van de alcoholproblematiek en de relatief beperkte bereikbaarheid van de alcoholhulpverlening zou tot de conclusie moeten leiden dat de alcoholhulpverlening zou moeten worden ontzien. Dit zou echter een zeer zware bezuiniging bij de drughulpverlening inhouden (f 40 miljoen op naar schatting f 110 miljoen).

Om bovenstaande redenen heeft de werkgroep gekozen voor een gelijkelijke verdeling van de 20%-variant over het ijkpunt. Deze variant leidt per definitie op termijn enerzijds tot een bruto besparing van f 24 miljoen in de begrotingssector en f 16 miljoen in de premiesector.

4.3.5. Variant e Toepassing profijtbeginself

De verplichting om een eigen bijdrage te leveren bestaat thans uitsluitend voor bepaalde verstrekkingen in sommige intramurale en residentiële voorzieningen. Het is denkbaar voor andere functies in de verslavingszorg eveneens een eigen bijdrage te vragen, bijvoorbeeld voor de ambulante behandeling van CAD's, bepaalde ambulante en dagprogramma's in de MHD-sfeer, alsmede voor methadonprogramma's. Ter illustratie heeft de werkgroep een aantal mogelijkheden doorgerekend, waarbij de eerste berekening (kolom 1) voor CAD en methadonverstrekking zoveel mogelijk aansluit bij analoge regelingen (eigen bijdrage RIAGG en medicijnen) en de overige berekeningen technische exercities betreffen. De berekeningen leiden tot de volgende bruto-opbrensten*:

eigen bijdrage: per consult:	f 5	f 25	f 50
CAD	350.000	1.600.000	3.250.000
eigen bijdrage per jaar:	f 75	f 150	f 300
MHD	180.000	300.000	720.000
eigen bijdrage per jaar:	f 125	f 500	f 1.000
Methadon	400.000	1.600.000	3.300.000

* (Bij de berekeningen is uitgegaan van een oninbaarheid van 40%, geen rekening is gehouden met perceptiekosten en vraaguitval).

Bedacht moet echter worden dat de financiële positie van de meeste verslaatsen slecht is. De mogelijkheid bestaat dat zij (meer) op illegale wijze hun inkomsten gaan vergroten. Voorts zal het vragen van een eigen bijdrage de toegankelijkheid van de hulpverlening verminderen, met alle negatieve maatschappelijke consequenties van dien. Implementatie van deze variant wordt door de werkgroep problematisch geacht gelet op de met deze variant samenhangende perceptiekosten.

In de ontwerpnota Alcohol en Samenleving wordt gesteld dat de belangrijkste factor voor de hoogte van de alcoholconsumptie de consumptieprijs is in relatie tot het netto-besteedbaar inkomen. Tevens wordt geconcludeerd dat de alcoholproblematiek het meest effectief kan worden tegengegaan door een verlaging van het algemene consumptieniveau. Uit de beleidsanalyse blijkt dat toepassing van de bestaande preventieve instrumenten, tot op heden ontoereikend is gebleken voor een vermindering van de verslavingsproblematiek. Hieruit volgt dat naar andere mogelijkheden moet worden gezocht voor vergroting van de effectiviteit van het beleid.

In de Nota Selectieve indirecte belastingen is nagegaan of en in hoeverre het aanbeveling verdient bij het nastreven van niet-fiscale doeleinden mede het fiscale instrument te hanteren. In dat verband is ook aandacht besteed aan het selectiever hanteren van het accijnsinstrument, gericht op verbruiksvermindering van alcoholhoudende dranken. Bij een dergelijke beïnvloeding van de consumptie vanuit specifieke beleidsoverwegingen dient echter voorop te staan, dat het beoogde doel langs die weg kan worden bereikt en dat geen onaanvaardbare neveneffecten zullen optreden. Daarom zal steeds moeten worden onderzocht of andere, met name fysiek regulerende maatregelen niet de voorkeur verdienen.

Het effect van een accijnsverhoging - indien althans geen afwenteling op de winstmargin plaatsvindt - is uiteraard afhankelijk van de prijselasticiteit. Als mogelijke neveneffecten van een accijnsverhoging kunnen worden genoemd werkgelegenheidseffecten in de sector van alcoholproductie en - distributie, en een toename van het illegaal stoken. Wijzigingen in de accijnsstarieven op grond van andere dan budgettaire overwegingen kunnen ook gevolgen hebben voor de totale accijnsinkomsten. Deze zijn afhankelijk van enerzijds de hoogte van de prijselasticiteit en anderzijds de hoogte van de belastingmaatregel en kunnen zowel positief als negatief zijn. Daarbij dient te worden opgemerkt dat accijnzen tot de algemene dekingsmiddelen behoren en geen bestemmingsheffingen zijn. Tot slot constateert de werkgroep dat de technische mogelijkheid voor Nederland om zelfstandig een accijnsverhoging door te voeren begrensd is. Met betrekking tot de wijnaaccijns zou daarvoor een wijziging noodzakelijk zijn van het Benelux Accijnsverdrag van 1950, waartoe met name Luxemburg niet bereid is. Met betrekking tot bier en gedistilleerd wordt in EG-verband gestreefd naar harmonisatie van de accijnzen. Bij verhoging van deze laatste accijnzen kunnen substitutieeffecten in de richting van wijnverbruik optreden, zodanig dat de totale alcoholconsumptie niet substantieel verandert.

Tabel 4.1. effecten/gevolgen varianten/beleidsaanbevelingen

effecten varianten/beleids- aanbevelingen	juridisch	bestuurlijk	politiek	maatschap- pelijk	werkgelegenheid verlies arbeids- plaatsen in 1990	zorginhou- delijk	bruto besparing in mln. in 1990	wijze van realisatie	weglek
A. Organisatorische aanpassingen	wijziging finan- cieringsregeling	gemeente - provincie +	-	0	A1: 59 A2: 12 A3: 0	+/-	A1: ca 3,5 A2: ca 0,2 A3: 0,0	verlaging budgetten	nihil
B. Decategorisering	wijziging finan- cieringsregeling	-	-	-	B1: 10 B2: 6 B3: 6 B4: 4 à 5	-	B1: ca 0,6 B2: ca 0,4 B3: ca 0,4 B4: ca 0,4	1,8 verlaging/ verschuiving budgetten	nihil
C. Afschaffing rijks- subsidie aan lan- delijke hulpver- leningsvoorzie- ningen	0	0	- (m.n. con- fessionele kring)	-/+	44	-	3,0	verlaging budget	max. 3 mln.*
D. Verlaging van het voorzieningen- niveau (20% variant)	wijziging finan- cieringsregeling	-	-	-	CAD: 233 MHD: 167 CPZ: 267	-	ca 24,0 begroting ca 16,0 premie	verlaging budget en verlaging norm cat psych. ziekenhuis van 0,07 in 0,056 promille en bed- denreductie	volksgezondheid - premie max.fl 65 min* - begroting ca fl 2,4 welzijn maximaal fl 10 mln justitie ca fl 4 mln overige publieke uit- gaven p.m. maatschappelijk kosten p.m.
E. Profijtbeginssel	wijziging finan- cieringsregeling	-	-	-	0	-	FM		
Beleidsaanbevelingen									
1. beïnvloeding vraag	aanpassing wetgeving	+	-/+	-/+	-	+	FM		
2. Vergroting effectiviteit	0	-/+	-/+	+	0	+	FM		

Symbolen: 0 neutraal effect
+ positief effect
- negatief effect

* Indien deze overschrij-
ding optreedt wordt dit
binnen de FOQM-systematiek
gecompenseerd (zie voor
een toelichting blz. 29)

4.3.7. Beleidsaanbeveling 2, vergroting van de effectiviteit

Uit de beleidsevaluatie volgt dat veel gegevens over het functioneren van de verslavingszorg ontbreken, omdat er een onvoldoende registratiesysteem is noch voldoende adequaat wetenschappelijk en evaluatie onderzoek. Voorts blijkt dat WVC door middel van bijvoorbeeld incidentele experimenten de effectiviteit en doelmatigheid van de hulpverlening tracht te verbeteren. Bovendien moet het functioneren van de hulpverlening gezien worden in samenhang met ander overheidsbeleid ten aanzien van alcohol en drugs, zoals in de inleiding van dit hoofdstuk is uiteengezet.

Om de effectiviteit te bevorderen zijn derhalve nodig:

- registratie van hulpverleningsactiviteiten;
- experimenten in de hulpverlening;
- wetenschappelijk (en evaluatie) onderzoek;
- deskundigheidsbevordering;
- beperken van de beschikbaarheid.

De recente ontwikkeling van de verslavingsproblematiek (met name drugproblemen) heeft er toe geleid dat de problematiek zich in mindere mate gaat concentreren in de grote steden en zich verspreidt naar andere regio's in het land.

Het effect van deze beleidsaanbeveling kan op langere termijn besparingen op publieke en particuliere uitgaven (met name buiten het ijkpunt) opleveren.

- WVC
Op de langere termijn zal de zorgverlening voor mensen met verslavings-gerelateerde problemen doelmatiger plaatsvinden;
- Justitie
Alcohol- en drugsdelicten leggen een groot beslag op de justitiële capaciteit. Een doelmatigere hulpverlening kan effecten hebben op de uitgaven;
- Overige publieke uitgaven
Vermindering van de zorgbehoefte en vermindering van het arbeidsverzuim zal effect hebben op de uitgaven ten laste van de sociale verzekeringen;
- Maatschappelijk kosten
Vermindering van bijvoorbeeld de kleine criminaliteit zal een direct effect hebben op de particuliere uitgaven. Daarnaast zijn er vele andere effecten te verwachten op particuliere uitgaven, bijvoorbeeld als gevolg van een daling van het aantal verslavingsgerelateerde ongelukken, vermindering van spanningen binnen gezinnen etc.

4.4. Effecten van de varianten en beleidsaanbevelingen

De werkgroep heeft voor alle opgenomen varianten en beleidsaanbevelingen de effecten/gevolgen van de voorgestelde maatregelen zo concreet mogelijk uitgewerkt.

Hieronder zijn de effecten/gevolgen op juridisch-, bestuurlijk-, politiek-, maatschappelijk-, werkgelegenheids-, zorginhoudelijk- en financieel economisch terrein beschreven.

Tevens is aangegeven welke handelingen verricht moeten worden indien

tot implementatie van een van de varianten wordt overgegaan. Tabel 4.1. geeft een totaal overzicht. Voor een uitgewerkt overzicht van de effecten en gevolgen van de varianten wordt verwezen naar bijlage 12.

Hieronder wordt de tabel nader toegelicht.

Juridisch

Met uitzondering van variant C en zal bij implementatie van elk van de varianten de bestaande financieringsregeling(en) resp. wetgeving aanpassing dan wel gewijziging behoeven.

Bestuurlijk

De bestuurlijke gevolgen worden door de werkgroep in het algemeen negatief beoordeeld. In het bijzonder de gemeentelijke betrokkenheid bij het drug- en alcoholbeleid wordt in een aantal varianten beperkt (varianten A, B en D). Variant A en B houden bovendien een aantasting in van de gemeentelijke beleidsvrijheid (autonomie). T.a.v variant E (toepassing profijtbeginself) wijst de werkgroep op de perceptiekosten.

Politiek

Voor vrijwel alle varianten geldt dat er sterke oppositie zal komen van de zijde van de gemeentebesturen en de instellingen. De beleidsaanbeveling betreffende de beïnvloeding van de vraag naar alcohol zal politiek en maatschappelijk vermoedelijk met gemengde gevoelens worden ontvangen.

Volledigheidshalve wijst de werkgroep erop dat variant A op gespannen voet staat met de in de algemene taakopdracht opgenomen suggestie om mogelijkheden tot decentralisatie te onderzoeken.

Maatschappelijk

De maatschappelijke effecten van de beschreven varianten worden grotendeels negatief beoordeeld. Waar besparingen worden gerealiseerd via decategorisering en afbouw van voorzieningen zal een groep verslaafden niet meer terecht kunnen bij de op verslaving gerichte hulpverlening. Het onthouden van opvang aan een groep verslaafden kan een negatieve uitwerking hebben op andere beleidsterreinen (justitie, welzijn en volksgezondheid) mede als gevolg van een toename van de criminaliteit en handel in drugs. Naar verwachting zal bij de 20%-variant een verschuiving c.q. afwenteling plaatsvinden naar c.q. op algemene voorzieningen van gezondheidszorg, welzijn en reclassering.

Werkgelegenheid

De gevolgen voor de werkgelegenheid zijn in tabel 4.1 aangegeven. Bij de berekening van de werkgelegenheidseffecten is uitgegaan van de volgende veronderstellingen. De loongevoelige component in de totale kosten is ca. 75%; voor de middelsom per formatieplaats is uitgegaan van f 60.000,- en de verhouding uitvoerend personeel: centrale overhead is gesteld op 1:12. Het aantal arbeidsplaatsen bij het CAD bedraagt 829, bij de CPZ 554 en bij de MHD 515. Totaal ca. 1900 arbeidsplaatsen.

Indien relevant is bij de berekening van het verlies aan arbeidsplaatsen rekening gehouden met overhead in een nieuwe situatie. Het ge-

raamde verlies aan arbeidsplaatsen is derhalve het saldo van het verlies aan arbeidsplaatsen door afbouw en decategorisering van bestaande voorzieningen en te creëren nieuwe arbeidsplaatsen als gevolg van organisatorische wijzigingen.

Zorginhoudelijk

Zorginhoudelijk zijn er positieve en negatieve effecten. De negatieve effecten betreffen de verkleining van de samenhang tussen de categorale en algemene voorzieningen in variant A.

Uitvoering van de varianten B, C en D leiden tot verminderde bereikbaarheid van de hulpverlening en een toenemende druk op algemene voorzieningen (reclassering, algemeen psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen, RIAGG en GG en GD's). Bovendien zullen minder verslaafden in scholings- en woon en werkprojecten kunnen worden opgenomen. Het vragen van eigen bijdragen heeft ook negatieve gevolgen voor de toegankelijkheid. Positieve effecten vloeien voort uit de versterking van de samenhang in de (ambulante) verslavingszorg in variant A en de positieve effecten die verwacht worden van maatregelen gericht op het beïnvloeden van de vraag naar met name alcohol.

Financieel-economisch

In tabel 4.1 zijn de bruto besparingen opgenomen. De werkgroep sluit hiermee aan bij de in heroverwegingsonderzoeken toegepaste methodiek voor het beoordelen van indirecte effecten (wachtgeld) van budgettaire maatregelen.

Er is vanuit gegaan dat indirecte effecten van maatregelen de uitkomst zijn van een wederzijdse beïnvloeding van (macro-)economische factoren en budgettaire factoren. Het effect van bruto-besparingen op het (resulterende) tekort en collectieve lastendruk wordt pas zichtbaar na doorrekening van een totaal ombuigingspakket met behulp van het CPB-model.

Implementatie van variant d leidt tot een druk op de uitgaven in de begrotingssector (justitie, welzijn, wachtgeld) en in de premiesector (gezondheidszorg, sociale zekerheid). Een besparing heeft voorts onmiddellijke negatieve effecten op de werkgelegenheid omdat het grootste deel van de uitgaven (ca. 75%) betrekking heeft op personeelskosten. Een belangrijk aspect bij deze variant zijn de eventuele weglek effecten naar volksgezondheidsvoorzieningen buiten het ijkpunt. Het gaat hierbij met name om intramurale voorzieningen waarbij de bezettingsgraad minder dan 100% is en in het bijzonder om algemene psychiatrische inrichtingen. De daar bestaande overcapaciteit is echter tijdelijk omdat het beleid er op gericht is om de overcapaciteit te verminderen (nieuwe nota Geestelijke Volksgezondheid). Bij de planning wordt hiermee rekening gehouden. Indien er daarnaast nog weglek resteert dient bestudeerd te worden op welke wijze dit bestreden kan worden.

Financieel worden eventuele overschrijdingen door budgetaanpassingen in verband met toename opnames psychiatrische inrichtingen in de volksgezondheid gecompenseerd binnen de gehele sector volksgezondheid door de afspraak dat het financieel kader voor de totale sector taakstellend is. Hiervan uitgaande betekent enigerlei weglek negatieve volume-effecten in de sector Volksgezondheid.

De weglek naar begrotingsgefinancierde voorzieningen is macro-economisch te voorkomen door bestaande capaciteiten niet te vergroten. De werkgroep sluit (geringe) besparingen in de materiële sfeer niet uit. Deze besparingen laten zich ex-ante echter nauwelijks kwantificeren.

Tenslotte wijst de werkgroep op een (mogelijke) afwenteling van bezuinigingen op gemeenten. Deze afwenteling staat op gespannen voet met het door het kabinet ingenomen standpunt in de evenredigheidsnota*.

Wijze van realisatie

Afsluitend de wijze van realisatie. Besparingen kunnen worden gerealiseerd via verlaging van de budgetten voor begroting en premiegefinancierde voorzieningen. Bij de -20%-variant is het nodig m.b.t. de categoriaal psychiatrische ziekenhuizen (verslavingsklinieken) de norm van 0,07 naar 0,056 promille te verlagen en beddenreductie.

* Tweede Kamer '83-'84 nr. 18328 nr. 2 t.a.p. blz. 13.

BIJLAGEN

Hoofdstuk 1 Inleiding	1. Taakopdracht 2. Lijst 'deelnemers'
Hoofdstuk 2 Beleidsbeschrijving	3. Kostenraming USA 4. Historische schets 5. Justitie alcohol 6. Justitie drugs 7. Toelichting beleidsuitgangspunten 8. Overzicht voorzieningen 9. Overzicht beleidsvoornemens
Hoofdstuk 3 Evaluatie	10. Onderbouwing evaluatie 11. Vergelijking buitenland
Hoofdstuk 4 Varianten	12. Consequenties varianten

ALGEMENE TAAKOPDRACHT HEROVERWEGING 1985-1986

1. Inleiding

Deze heroverweging is conform de besluiten van de Ministerraad van 4-5 juli 1985 met name gericht op de kabinetsformatie 1986.

De rapporten zullen fundamentele beleidsopties dienen te bevatten waarover tijdens de kabinetsformatie kan worden beslist.

Gezien deze opdracht en de korte tijdsperiode die ter beschikking staat is de algemene taakopdracht zoals deze gebruikelijk was aangepast. Hierbij is nu ook getracht te bereiken dat de lengte van de rapportage wordt beperkt.

2. Kenmerken van de procedure*

De heroverwegingsprocedure gaat uit van een fundamentele ("zero-base")heroverweging van bestaand beleid. Daarbij wordt geabstraheerd van bestaande wetgeving, politieke afspraken, het regeerakkoord en bestaande organisatiestructuren. De heroverwegingswerkgroepen brengen in principe een openbaar rapport uit, waarin uiteenlopende opvattingen vermeld kunnen worden.

Binnen de werkgroep bestaat geen vetorecht tegen het inbrengen van beschouwingen of beleidsvarianten.

Er is een gedeelde procedurele verantwoordelijkheid van het vakdepartement en het departement van Financiën, tot uiting komend in het feit dat het voorzitterschap van de heroverwegingswerkgroepen bekleed wordt door een vertegenwoordiger van het vakdepartement en dat een vertegenwoordiger van het Ministerie van Financiën als secretaris eveneens toeziet op de uitvoering van de heroverwegingsprocedure.

* Zie bijlage 1.4 van de Miljoenennota 1986.

De samenstelling van heroverwegingswerkgroepen is zodanig dat daarvan ook minder direct belanghebbenden c.q. potentiële verschaffers van "countervailing information" deel uitmaken; dit wordt bewerkstelligd door een zodanige omschrijving van heroverwegingsonderwerpen dat verschillende departementen, naast Financiën, daarbij betrokken zijn, alsmede doordat het departement van Algemene Zaken in de werkgroepen vertegenwoordigd is; ook kunnen externe deskundigen in de werkgroepen worden opgenomen.

Er is een centrale sturing en procesbewaking die verzorgd wordt door de Ministeriële Commissie Heroverweging en haar ambtelijk voorportaal.

3. Te beantwoorden vragen

A. Beleidschrijving

3. 1. Beschrijf het bestaande beleid, zo beknopt mogelijk in termen van doelstellingen en instrumenten, met een kwantificering van volume, prestaties etc.

Dit dient zo beknopt mogelijk te worden gehouden.

3. 2. Welke collectieve uitgaven zijn met het bestaande beleid gemoeid, inclusief de uitvoeringskosten (de begrote uitgaven voor 1986). Geef hierbij tevens globaal aan of deze uitgaven sinds 1976 aanmerkelijk (meer dan 10%) zijn gestegen. In voorkomende gevallen dienen eveneens de collectieve uitgaven te worden vermeld die niet voorkomen op de Rijksbegroting.

3. 3. Welke collectieve uitgaven gemoeid met het beleid zijn voorzien in 1990 (meerjarenraming 1990). Dit vormt het financieel ijkpunt ten opzichte waarvan de besparingsvarianten dienen te worden ontwikkeld.

B. Variantontwikkeling

3. 4. Ontwerp een reeks varianten (tenminste 3 à 4), die leiden tot besparingen ten opzichte van het ijkpunt. Aan potentiële besparingen is in principe geen grens gesteld. Eén alternatief dient een besparing van tenminste 20% ten opzichte van het ijkpunt te bevatten.
Bij de varianten dient ook aandacht te worden besteed aan relevante alternatieven die in het buitenland worden toegepast.
3. 5. Bezie in ieder geval de volgende onderwerpen:
 - a. de mogelijkheden voor privatisering, deregulering en decentralisatie;
 - b. de mogelijkheden voor (versterkte) toepassing van het profijtbeginzel;
 - c. de mogelijkheden voor vergroting van de effectiviteit/doelmatigheid van beleid en uitvoering;
 - d. de mogelijkheden voor verlaging van (de realiseringsgraad van) de doelstellingen.
3. 6. De varianten dienen zo concreet mogelijk te worden uitgewerkt m.b.t. de te maken keuzen, de voorgestelde maatregelen en de consequenties.
 - de beschrijving van het beleid na invoering van de variant (de nieuwe situatie);
 - de concreet te nemen maatregelen (wetswijzigingen e.d.);
 - invoeringstermijnen;
 - de kwantificering van de besparingen in termen van het ijkpunt, en de termijnen waarop deze kunnen worden gerealiseerd.
 - maatschappelijke effecten van de variant (bijv. werkgelegenheid, inkomenseffecten etc.);

4. Tijdsplanning van de onderzoeken

Met het oog op de de bruikbaarheid voor de kabinetsformatie is een strakke tijdsplanning noodzakelijk.

a. Onderzoeksopzet

De werkgroepen dienen uiterlijk binnen een maand na de start van de werkgroep aan de Ambtelijke Commissie Heroverweging te rapporteren over de opzet van het onderzoek en het tijdschema bij de uitvoering daarvan. In deze onderzoeksopzet dient zo concreet mogelijk de nadere afbakening van het onderzoeksonderwerp te worden aangegeven (eventueel uitgesplitst in deelonderwerpen) alsmede een voorlopige berekening van het "ijkpunt" in de zin van vraag 3.3. Er dient ook een indicatie te worden gegeven van de te ontwikkelen varianten. De onderzoeksopzetten worden zo spoedig mogelijk door de Ambtelijke Commissie Heroverweging met de afzonderlijke werkgroepvoorzitters en -secretarissen besproken en vastgelegd. De (eventueel op basis van deze bespreking aangepaste) onderzoeksopzet vormt de grondslag van het verdere onderzoek.

b. Eindrapportage

De feitelijke onderzoeksduur hoeft niet uniform te zijn en wordt bepaald aan de hand van het per onderzoek in de onderzoeksopzet vastgestelde tijdschema. De onderzoeken dienen echter in ieder geval op 1 mei 1986 te zijn afgerond. Op uiterlijk dat tijdstip dienen de werkgroepen de onderzoeksrapporten, alsmede een samenvatting daarvan, voor te leggen aan de Ambtelijke Commissie Heroverweging. De omvang van de eindrapportage dient beperkt te blijven tot 30 bladzijden en die van de samenvatting tot 5 bladzijden (A4-formaat).

Eventuele subgroeprapporten, verslagen van deelonderzoeken etc. kunnen als bijlagen aan het eindrapport worden toegevoegd. De Ambtelijke Commissie Heroverweging draagt, na bespreking van de rapporten met de werkgroepvoorzitters en -secretarissen en na toetsing aan de Algemene Taakopdracht en de onderzoeksopzet, zorg voor spoedige doorgeleiding van de rapporten naar de Ministeriële Commissie Heroverweging.

5. Overige opmerkingen

De voorzitters en secretarissen dragen, tezamen, zorg voor de uitvoering van de taakopdracht.

Hetgeen in de werkgroepen schriftelijk dan wel mondeling wordt behandeld wordt in beginsel niet openbaar gemaakt. De Ministerraad beslist over publicatie van (gedeelten uit) de rapporten. Om deze beslissing te vergemakkelijken kan de werkgroep bij de indiening van het onderzoeksrapport en de daarbij behorende samenvatting bij de Ambtelijke Commissie Heroverweging aangeven - met motivering op grond van de Wet Openbaarheid van Bestuur - welke passages zich naar haar oordeel niet lenen voor publicatie.

In overleg tussen voorzitter en secretaris van de werkgroep kunnen externe deskundigen (instituten, bureaus, personen) aan de activiteiten van de herooverwegingswerkgroep deelnemen. Voorzover hieraan kosten zijn verbonden worden deze in beginsel gedragen door het voorzittende departement en het departement van Financiën gezamenlijk. In dat geval dient vooraf instemming te worden verkregen van de Ambtelijke Commissie Heroverweging.

Er zij in dit verband op gewezen dat de werkgroepen geacht worden via de departementale participatie met name bij het voorzittende departement in de werkgroepen over de benodigde personele en materiële middelen te beschikken om de herooverwegingsopdracht uit te voeren. Eventuele uitbesteding van werkzaamheden aan derden - anders dan ter aanvulling op c.q. ter toetsing van de op de departementen aanwezige deskundigheid - dient dan ook geheel door de voor de desbetreffende taak verantwoordelijke departementen te worden opgevangen.

Teneinde eventuele voorstellen voor de inschakeling van externe deskundigen tijdig en adequaat te kunnen behandelen, dienen de werkgroepen deze gelijktijdig met de onderzoeksopzet aan de Ambtelijke Commissie Heroverweging voor te leggen, met opgave van de daaraan naar verwachting verbonden kosten.

.-.-.-.-.-

Bylage 2

Leden heroverwegingswerkgroep drug- en alcoholbeleid

Voorzitter: Drs. R.J. Samsom
Directoraat-Generaal voor de Volksgezondheid
Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

Secretaris: Drs. J.A. Jacobs
Inspectie der Rijksfinanciën
Ministerie van Financiën

Adj. secretaris: Drs. C. Vermeer
Directie FEZ
Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

Leden: Drs. H. Koning
Inspectie der Rijksfinanciën
Ministerie van Financiën

Drs. J.H. Vries
Inspectie der Rijksfinanciën
Ministerie van Financiën

Mr. P.A.M. Daalmans
Directie Algemene Fiscale Politiek
Ministerie van Financiën

Drs. J. Wijnhoud
Kabinet van de Minister-President
Ministerie van Algemene Zaken

Mr. B.A. van der Goorbergh
Hoofd Dir. Ter beschikkingstelling en reclassering
Ministerie van Justitie

Drs. T.J.A. Hagendoorn
Directie Coördinatie
Bestuursbeleid van het DG. BB
Ministerie van Binnenlandse Zaken

Drs. E.L. Engelsman
Directoraat Generaal Volksgezondheid
Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

Drs. E. den Hartog (tot 1 maart)
Drs. A.H.C. Annink (vanaf 1 maart)
Directeur FEZ
Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

Mr. J.N.M. Richelle
Directoraat-Gen. Welzijn
Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

Mr. S.Th. Steenweg
Directoraat-Gen. van de Arbeid
Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

Drs. J.K. Vollers
Directoraat Generaal Welzijn
Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

Mr. L.J.S. Wever
Directoraat Generaal Volksgezondheid
Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur

Maatschappelijke kosten alcohol- en druggebruik

In de Verenigde Staten zijn verschillende studies uitgevoerd naar de kosten voor de maatschappij van het alcohol- en druggebruik.

1. Het Research Triangle Institutel) berekende dat de kosten van het druggebruik in 1975 ongeveer 10,3 miljard dollar bedroegen. De kosten van het alcoholgebruik zouden in dat jaar ongeveer 32 miljard dollar hebben bedragen²⁾.

De kosten van het druggebruik waren als volgt verdeeld:

<u>Directe kosten</u> (bij 500.000 drugverslaafden):			\$ 4,9 mld.
hulpverlening	\$ 494	mln.	
opsporing	1.342	mln.	
vervolging en veroordeling	296	mln.	
straftoepassing	294	mln.	
druggerelateerde kriminaliteit	1.334	mln.	
verkeerscontrole drugs	93	mln.	
drugpreventie	995	mln.	
verlies woningvoorraad	84	mln.	

<u>Indirecte kosten:</u>			\$ 5,4 mld.
werkloosheid	\$ 2.478	mln.	
eerste hulp	0,4	mln.	
ziekenhuisopname	20	mln.	
opname psychiatrie	8	mln.	
druggerelateerde dood	12,5	mln.	
absentie	1.594	mln.	
gevangeniswezen	1.205	mln.	
behandelkosten	88	mln.	

De kosten van het alcoholgebruik waren als volgt verdeeld:

produktieverlies	\$ 11,98	mld.
gezondheidszorg	10,34	mld.
verkeersongevallen	8,25	mld.
alcoholprogramma's + onderzoek	0,82	mld.
strafrechtelijk systeem	0,65	mld.
	<u>\$ 32,04</u>	<u>mld.</u>

2. De World Health Organization gebruikte in de publicatie "Public Health Implications of alcoholproduction and trade (1985)" het volgende overzicht van alcohol-gerelateerde kosten in de VS in 1979³⁾

totaal		\$ 113,4 mld.
produktieverlies	\$ 77,5	mld.
gezondheidszorg	20,5	mld.
verkeersongevallen	6,8	mld.
brandschade	0,6	mld.
geweldsmisdrijven	4,5	mld.
"social response"	3,5	mld.

Noten

1. B.L. Rufener et al (Research Triangle Institute), Management effectiveness measures for NIDA drug abuse treatment programs, volume II. Washington DC, 1977
2. R. Berry et al, The economic cost of alcohol abuse and alcoholism. Boston 1974 (geciteerd en gemodificeerd in Rufener)
3. L.G. Schiffrin, Societal costs of alcohol abuse in the United States: an updating. In: M. Grant et al. Economics and alcohol: consumption and controls. Londen 1983.

Historische schets alcohol- en drugbeleid

Het alcohol- en druggebruik is in eerste instantie door middel van regelgeving beïnvloed.

Het drankmisbruik aan het eind van de vorige eeuw en de daarmee gepaard gaande omvang van het aantal verkooppunten was aanleiding voor de Drankwet 1881. Deze wet had tot doel het aantal verkooppunten, alsmede de openbare dronkenschap te verminderen en is daarin geslaagd. Het wettelijk stelsel, waarbij het aantal verkoopgelegenheden aan een maximum werd gebonden, had niettemin zodanige nadelen dat in 1963 tot een andere wettelijke regeling is overgegaan: de huidige Drank- en Horecawet. Deze wet bevat een aantal verbodsbepalingen en onder meer eisen aan de ondernemer op het gebied van handelskennis, vakbekwaamheid en kredietwaardigheid en vervolgens een aantal eisen aan bedrijfsleiders, beheerders en inrichtingen (horeca, slijters) van sociaal-hygiënische aard. Inmiddels heeft de regering besloten een wetsvoorstel in te dienen waarmee de Drank- en Horecawet grondig wordt gewijzigd en wordt aangepast aan de toename van de alcoholproblematiek in de laatste 20 jaar. In de ontwerpnota "Alcohol en samenleving" worden enkele voorstellen besproken.

De Opiumwet van 1919 heeft haar bestaan vooral te danken aan internationale overeenkomsten. De wet had tot doel uitvoering te geven aan een aantal verdragen op dit gebied hoewel er in Nederland in die tijd geen sprake was van een drugprobleem (wel in de koloniën). Aan het eind van de jaren '60 nam het gebruik van drugs toe en daarmee de strafrechtelijke interventies die volgden uit de uitvoering van de Opiumwet. De zorg om de toenemende illegale drugshandel en de twijfels over de zin van strafrechtelijk ingrijpen jegens gebruikers leidde tot een wetswijziging in 1976. De huidige Opiumwet maakt een onderscheid in strafrechtelijke interventies tussen soorten drugs (drugs met onaanvaardbare risico's zoals heroïne en cocaïne respectievelijk traditionele cannabisprodukten) en tussen (internationale) handel en bezit (voor eigen gebruik).

De bewegingsvrijheid van Nederland op het gebied van regelgeving ten aanzien van alcohol en drugs wordt beperkt door internationale overeenkomsten. De belangrijkste daarvan zijn het Benelux accijnsverdrag (1950) - voorzover het betreft de prijsbeïnvloeding door middel van accijnzen -, het Verdrag tot oprichting van de Europese Economische Gemeenschap (1957) en het Enkelvoudig Verdrag inzake verdoovende middelen (1961).

De intensieve bemoeienis van de rijksoverheid met de preventie van verslavingsproblemen en de hulpverlening aan verslaafden is van betrekkelijk recente datum.

Organisaties voor "preventieve drankbestrijding" worden al tientallen jaren lang gesubsidieerd. De "sociaal-medische consultatiebureaus voor alcoholisme" kenden een subsidieregeling vanaf 1961 tot en met 1978.

De verslaafdenzorg is sinds het eind van de jaren '70 aanzienlijk gegroeid als gevolg van de toegenomen drugproblematiek. Naast de traditionele medisch-georiënteerde hulpverlening die zich vooral had gericht op alcoholproblemen en zich vanuit die oriëntatie bezig moest houden met druggebruikers, ontstond de zogeheten "alternatieve" hulpverlening. Deze nieuwe hulpverlening sloot beter aan bij de behoeften van de jeugdige druggebruikers en voorzag derhalve in een lacune.

Omdat de regering het strafrechtelijk ingrijpen jegens druggebruikers zoveel mogelijk wilde laten plaatsmaken voor andere vormen van interventie werd aan de "alternatieve" hulpverlening en aan de "traditione-

le" consultatiebureaus een krachtige impuls gegeven door het treffen van twee nieuwe financieringsregelingen: de Rijksbijdrageregeling maatschappelijke hulp- en dienstverlening aan jongeren en jongvolwassenen (CRM: 1977) en de Rijksregeling subsidiëring consultatiebureaus voor alcohol en drugs (Volksgezondheid en Justitie: 1979). Het volksgezondheidsaspect bij de hulpverlening aan verslaafden nam mettertijd toe en om daaraan recht te kunnen doen werd bij de laatstgenoemde regeling (1979) de financieringsrelatie Justitie/WVC t.a.v. de CAD's daarop aangepast: het financieringsaandeel van WVC werd verhoogd van 25% naar 60%. De consultatiebureaus bleven hun reclasseringsfunctie wel behouden.

De constatering in het begin van de jaren '80 dat de hulpverlening te weinig toegankelijk was voor drugverslaafden en te weinig aansloot bij de maatschappelijke omstandigheden waarin (ex-)drugverslaafden verkeren, leidde tot twee belangrijke beleidswijzigingen. Ten eerste worden voorzieningen gefinancierd die door hun hulpverleningsmethoden (bijvoorbeeld straathoekwerk, methadonverstrekking) een groot aantal verslaafden kunnen bereiken. Ten tweede worden projecten gefinancierd die zich richten op het maatschappelijk herstel van (ex-)verslaafden. Het gaat om woon-, werk-, en scholingsprojecten.

Gemeentebesturen kregen een rol bij de opbouw van netwerken van drughulpverlening. Tot het begin van de jaren '70 richtte de betrokkenheid van de gemeenten bij alcohol- en drugproblemen zich vooral op het openbare orde aspect. Daarna is een ontwikkeling te constateren van een meer brede benadering van deze problematiek.

De rijksbijdrageregeling had mede tot doel de betrokkenheid van de gemeentebesturen te ondersteunen. De samenhang met de centraal gesubsidieerde consultatiebureaus voor alcohol en drugs (CAD's) werd beoogd door een circulaire van de rijksoverheid uit 1979 die de gemeente tot taak gaf een samenhangend beleidsplan voor de gehele sector, dus niet alleen de "CRM-voorzieningen" op te stellen.

Op nationaal niveau zou door de Interdepartementale Stuurgroep Drugbeleid het beleid van de drie betrokken ministeries worden gecoördineerd.

Vanaf 1977 heeft de regering in beleidsnota's regelmatig over ontwikkelingen in de drughulpverlening gerapporteerd.

In de ontwerpnota "Alcohol en samenleving" (1985) wordt voor het eerst een samenhangend alcoholmatigingsbeleid ontwikkeld.

De consequenties van het alcoholgebruik voor het justitiële apparaatInleiding

Blijkens de onderzoeksopzet Herooverweging drug- en alcoholbeleid* staat voor ogen het onderwerpelijke onderzoeksterrein - in casu het gedifferentieerde hulpverleningsapparaat op het terrein van het alcohol- en drugsbeleid - af te bakenen van op zich daarmee samenhangende beleids-terreinen, waaronder juist het justitieel apparaat.

Met betrekking tot het justitieel apparaat wordt daarbij meer concreet gedacht aan het aanzienlijke beslag dat door de aan alcohol- en druggebruik gerelateerde criminaliteit wordt gelegd op de capaciteit van politie, 'justitie' en gevangeniswezen.

Dusdoende kan de in de studie op te nemen beschrijving van het momentane alcohol- en drugbeleid geschieden tegen de achtergrond van o.m. dit maatschappelijk kader, terwijl bij de ontwikkeling van beleidsvarianten de effecten op het justitiële capaciteitsbeslag indien mogelijk enigermate quantitatief kunnen worden geduïd. In bijlage 6 is getracht het gevraagde zicht te bieden op het beslag dat in verband met het illegaal druggebruik wordt gelegd op het justitiële apparaat, in het onderstaande is een poging gedaan ditzelfde te doen in verband met het alcoholgebruik.

1. Enige algemene opmerkingen

Anders dan bij illegale drugs kan bij alcohol slechts in zeer beperkte mate worden gesproken van een specifiek justitieel probleem. De productie, distributie en het gebruik van alcohol zijn in principe legaal en worden voor het allergrootste gedeelte buiten-strafrechtelijk gereguleerd. Dit betekent in de eerste plaats dat er per definitie geen primaire alcoholdelinquentie bestaat.

Een niet minder belangrijk verschil met illegaal druggebruik, dat voortvloeit uit de legaliteit en de historisch bepaalde maatschappelijke integratie van alcoholgebruik, is dat er bij alcohol geen sprake is van een noemenswaardige zwarte markt nog van deviante subcultuurvorming en de daarbij behorende processen van maatschappelijke uitstoting en marginalisering. De belangrijkste justitiële consequentie van de normaliteit en legaliteit van alcohol is dat het type druggerelateerde criminaliteit (verwervingscriminaliteit) dat bijv. bij heroïne zo'n belangrijke rol speelt, bij alcohol waarschijnlijk niet voorkomt.

* Als door de voorzitter van deze herooverwegingswerkgroep bij schrijven van 28-11-85 aangeboden aan de Directeur-Generaal van de Rijksbegroting.

2. De betekenis van de relatie tussen alcohol en criminaliteit

Alleen op het gebied van het wegverkeer bestaat er een specifieke relatie tussen alcohol en criminaliteit en daarmee dus met justitiële activiteit*. Om deze reden zullen we de justitiële aspecten van alcohol en verkeer in een apart hoofdstukje aan de orde stellen. Daarnaast bestaat er nog een globale en complexe relatie tussen alcoholgebruik en geweldscriminaliteit. Deze zal hieronder worden aangeduid, maar is hier niet als specifiek justitieel alcoholprobleem te beschouwen.

Merkwaardig genoeg wordt er bij illegale drugs eigenlijk zelden een relatie verondersteld tussen de farmacologische/psychologische uitwerking van het middel en de (neiging tot) criminaliteit. Bij alcoholgebruik is dit anders.

Veel gevallen van vandalisme, mishandeling, aanranding en verkrachting zijn vooraf gegaan door meer of minder alcoholgebruik.**

Bij geweld tegen personen wordt aangenomen dat bij veel gevallen voorafgaand alcoholgebruik een bepaalde rol speelt. Bij collectieve misdragingen zoals bijv. voetbalvandalisme wordt de coincidentie met alcoholgebruik vaak als spreekwoordelijk beschouwd.

De vraag is echter in hoeverre er bij deze justitieel relevante gebeurtenissen kan worden gesproken van een specifieke alcoholconsequentie. Algemeen wordt aangenomen dat er in elk geval geen causale relatie bestaat tussen alcoholgebruik (of misbruik) en het delinquente gedrag. Er is op zich niets in (de uitwerking van) alcohol dat mensen drijft tot crimineel gedrag.

Meest aannemelijk is dat in onze maatschappij er van alcohol bij geweldsdelicten een zekere ontremmende werking kan uitgaan. Deze functie van alcohol is sterk cultureel bepaald en hangt samen met de in onze maatschappij bestaande verwachtingen en betekenissen rond alcoholgebruik. De ontremmende functie van alcoholgebruik bij geweldsdelicten kan waarschijnlijk worden herleid tot de mogelijkheid om onder verwijzing naar aan alcohol toegeschreven effecten het delinquente gedrag, voor, tijdens en na het delinquente handelen, te excuseren. Zo is bijv. bekend dat bij mishandeling binnen relaties het onder invloed zijn van alcohol vaak functioneel wordt aangewend door de geweldpleger. Deze kan door te drinken een bepaalde geestesgesteldheid produceren, waardoor de geweldpleging achteraf beter de excuseren valt. Deze functie is sterk afhankelijk van cultureel bepaalde verwachtingspatronen.

* Een op de drie veroordelingen wegens het plegen van een misdrijf betreft artikel 26 Wegenverkeerswet; bij 40% van de dodelijke verkeersongevallen is overmatig gebruik van alcohol een oorzakelijke of bijdragelijke factor (Beleidsplan Samenleving en criminaliteit, mei 1985).

** 20% van alle misdrijven gepleegd door mannen (excl. rijden onder invloed) worden onder invloed van alcohol gepleegd. Dit geldt in het bijzonder voor de delicten als vernieling, wederspanning, bedreiging, mishandeling en poging tot doodslag en moord (Beleidsplan Samenleving en criminaliteit).

Alcoholgebruik kan echter allerm minst worden beschouwd als een noodzakelijke voorwaarde voor welk geweldsdelict dan ook. De functie van alcohol bij geweldsmisdrijven kan door tal van andere voorwaarden worden vervuld. Wat daar verder ook van zij, de aan alcohol gerelateerde criminaliteit legt in onze huidige samenleving een aanzienlijk beslag op de capaciteit van politie, justitie en gevangeniswezen.

3. Alcohol en wegverkeer

De belangrijkste justitiële consequentie van alcohol vloeit ongetwijfeld voort uit de combinatie van alcoholgebruik en het (met name gemonitoriseerde) wegverkeer. Op dit gebied bestaat zeker een specifieke consequentie van alcohol, die in belangrijke mate leidt tot een beslag op het justitiële systeem.

Alcoholgebruik en het besturen van motorvoertuigen zijn beide massale verschijnselen in onze maatschappij, de combinatie van beide is dit ook.

De massaliteit van het verschijnsel impliceert enerzijds een enorm dark number bij alcohol-gerelateerde verkeersovertredingen en misdrijven, anderzijds impliceert het de noodzaak van een betrekkelijk intensief en actief justitieel (met name politieel) optreden. Deze noodzaak vloeit voort uit het feit dat alcohol-gerelateerde verkeersdelicten het kenmerk van 'folk-crime' hebben: massaal aanwezig binnen alle geledingen van de maatschappij, slechts zeer ten dele moreel afgekeurd en mede daarom weinig als criminaliteit door de burgerij bij de politie aangegeven. Dit betekent dat het justitiële apparaat er relatief veel werk in moet steken om de strafrechtelijke norm met betrekking tot alcohol en wegverkeer te handhaven. Dit wordt onder andere gerealiseerd door stelselmatige en arbeidsintensieve politieke controle-acties.

3.1. Artikel 26 Wegenverkeerswet

De meest ondubbelzinnige gegevens over alcohol-gerelateerde verkeersdelicten worden geregistreerd als overtredingen van de artikelen 26 en 33a van de WWV, namelijk 'rijden onder invloed' en 'weigeren van de bloedproef'. Hieronder presenteren we de ontwikkeling van een aantal belangrijke gegevens over de jaren '70-'84 met betrekking tot ter kennis van de politie gekomen overtredingen van art. 26 WWV.

	1970	1975	1980	1982	1983	1984
absoluut	8938	20596	34032	36698	37810	36571
per 1.000.000 mln. inwoners van 12-79 jaar	91	195	300	316	322	309
% van totaal aantal ter kennis v. pol. delicten	3.4	4.6	4.9	4.0	3.9	3.4

De sterke stijging van het aantal overtredingen van artikel 26 WWV tussen '70 en '75 wordt ongetwijfeld mede bepaald door de 'bloedalcohol'-norm die in 1974 van kracht werd. Globaal genomen houdt de toename van het aantal overtredingen ex art. 26 WWV gelijke tred met de toename van totaal aan ter kennis van de politie gekomen misdrijven in de periode van '75 tot '84. Vanaf 1980 kan hier jaarlijks nog bij worden opgeteld de aantallen 'weigeringen medewerking bloedproef'. Dit betreft tussen de 3000 en 4000 gevallen per jaar. Over de jaren '82 en '83 kan ook worden gezien in welke mate overtredingen van art. 26 WWV tot afhandeling voor de rechtbank kan leiden. In '82 wordt 75% van de ter kennis van de politie gekomen misdrijven met bekend geworden dader voor de rechtbank gebracht. Hieruit kan dus worden afgeleid dat dit verkeersdelict een relatief sterk beslag legt op de capaciteit van OM en rechtbank. Dit komt ook tot uiting in het feit dat waar in de jaren '82 en '83 overtredingen van art. 26 WWV ca 4% uitmaken van het totaal aantal ter kennis van de politie gekomen misdrijven, deze verkeersdelicten bijna 30% vormen van het totaal aantal voor de rechtbank gebrachte zaken in deze jaren. Tenslotte is de vraag van belang in hoeverre de overtredingen van art. 26 WWV leiden tot (gedeeltelijk) onvoorwaardelijke gevangenisstraf. In '81 en '82 wordt dit in ca 3300 gevallen uitgesproken, in '83 in ca 2300 gevallen. In deze jaren daalt daarmee het percentage uitgesproken onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen voor dit delict van 13.6% in 1981 tot 9.9% in 1983. Uitgedrukt in percentages van het totaal aantal misdrijven uitgesproken gevangenisstraffen betekent dit dat in '81 en '82 ca 20% van het totaal aantal gevangenisstraffen voor dit verkeersdelict werd opgelegd. In '83 was dit gedaald tot ruim 14%.

Deze daling van het (relatieve) aantal opgelegde gevangenisstraffen hangt waarschijnlijk samen met de in 1983 van kracht geworden Richtlijnen voor het OM met betrekking tot art. 26 WWV. Deze behelsden zowel vervolgings- als strafvorderingscriteria die onder meer waren gekoppeld aan bloedalcoholpercentages. Het effect van deze Richtlijnen is geweest dat a) minder gevallen werden vervolgd in verband met de per 1-5-'83 van kracht geworden mogelijkheid van transactie voor (verkeers) misdrijven en b) vervolging minder heeft geleid tot veroordeling tot gevangenisstraf.

Het relatief grote aantal rechtszaken voor dit delict leidt tot een naar verhouding veel geringer beslag op de detentiecapaciteit. Dit wordt vooral veroorzaakt door het feit dat voor WWV-delicten doorgaans korte vrijheidsstraffen worden opgelegd: gemiddeld 17 dagen voor WWV-delicten versus 115 dagen voor de overige delicten in de periode '70-'81.

3.2. Overige alcohol-gerelateerde verkeersdelicten

Rijden onder invloed en weigeren van de bloedproef zijn verkeersdelicten waarbij het meest ondubbelzinning alcohol een rol speelt. Daarnaast speelt alcoholgebruik een evidente, maar niet exact te kwantificeren rol bij een aantal andere verkeersdelicten. De belangrijkste hiervan zijn: 'doorrijden na ongeval' (art. 30 WWV) en 'veroorzaken van dood of zwaar lichamelijk letsel door schuld' (art. 36 WWV). Ook het besturen na de ontzegging van de rijbevoegdheid (art. 32 WWV) zal voor een belangrijk deel betrekking hebben op eerder gepleegde alcohol-gerelateerde verkeerscriminaliteit. Van dit laatste delict kwamen in de jaren '83 en '84 ca 1600 gevallen ter kennis van de politie, dit is rond 2% van het totale aantal verkeersdelicten.

Belangrijker zijn de gegevens over de overtredingen van de artikelen 30 en 36 WWV. We presenteren eerst de ontwikkeling van de (relatieve) aantallen geregistreerde delicten vanaf 1970 en gaan daarna in op de vraag in hoeverre er aanwijzingen zijn dat bij deze delicten alcohol een rol heeft gespeeld.

Doorrijden na ongeval (artikel 30 WWV)

	1970	1975	1980	1982	1983	1984
absoluut	8545	11443	24557	25904	27693	30547
per 1.000.000 mln. inwoners van 12-79 jaar	87	108	217	223	236	258
% van totaal aantal ter kennis v. pol. delicten	3.3	2.6	3.5	2.8	2.8	2.9

Veroorzaken dood of zwaar lichamelijk letsel (art. 36 WWV)

	1970	1975	1980	1982	1983	1984
absoluut	5357	3640	3351	2800	2673	2491
per 1.000.000 mln. inwoners van 12-79 jaar	54	34	30	24	23	21
% van totaal aantal ter kennis v. pol. delicten	2.0	0.8	0.5	0.3	0.3	0.2

Voor het delict 'doorrijden na ongeval' geldt een in absolute zin zeer sterke toename in de betreffende tijdsperiode. Deze toename blijkt echter niet groter te zijn dan de totale toename van de aantallen ter kennis van de politie gekomen delicten. Cozijn komt op basis van slachtoffer-enquetes tot de schatting dat er bij dit delict een dark number bestaat van ongeveer 80% a 90% (WODC: Doorrijden na ongeval). De genoemde aantallen moeten dus met een factor 5 à 10 worden vermenigvuldigd om een indicatie te hebben van de 'werkelijke' aantallen doorrijden na ongeval. De in absolute zin hoge aantallen bij dit delict worden verklaard door het feit dat onder dit delict ook de zgn. 'passieve' aanrijdingen vallen (parkeerschades). In het genoemde rapport wordt een aantal op dossier-onderzoek gebaseerde resultaten vermeld, waaruit blijkt dat dit delict waarschijnlijk in sterke mate alcohol-gerelateerd is. Eén van de genoemde onderzoeken resulteert in een schatting van meer dan 60% gevallen van doorrijden na ongeval waarbij alcohol in het spel is (blz. 26). In een Duits onderzoek werd doorrijden na ongeval gekenmerkt als 'ein typisches Alkoholdelikt' (blz. 32). Het delict 'veroorzaken dood of zwaar lichamelijk letsel door schuld' vertoont in de betreffende tijdsperiode een duidelijke afname, zowel in absolute als in relatieve zin. Ongetwijfeld is dit een aspect van een algemeen toenemende verkeersveiligheid in deze periode, om redenen die hier niet terzake doen.

Een indicatie van de rol die alcohol mogelijkwijze bij dit delict speelt kan worden afgeleid uit gegevens met betrekking tot geregistreerde verkeersongevallen met letsel of dodelijke afloop. (Dit is uiteraard een veel ruimere categorie van bovenstaande verkeersdelict.). Uit een publicatie van de SWOAD: 'Alcohol, tabak en drugs, een statistisch rapport' blijkt een geleidelijke afname van het aantal van dergelijke ongevallen in de tijdsperiode vanaf 1965. Bij verkeersongevallen met letsel stijgt het percentage waarbij alcohol in het spel is van minder dan 6% in 1965 tot ruim 9% in 1984. Bij ongevallen met dodelijke afloop neemt het percentage alcohol-gerelateerde incidenten niet toe, maar blijft het in de genoemde periode fluctueren tussen ongeveer 11% en 15%.

Tenslotte nog een aantal gegevens over de afhandeling van overtredingen van de artikelen 30 en 36 WWV op de hogere justitiële niveau's. We zullen daartoe de gegevens van beide delicten bij elkaar optellen.

	1982	1983
bij parket binnengekomen zaken	12270	11729
gedagvaard	6109 (49.8%)	4747 (40.5%)
onvoorwaardelijke vrijheidsstraf	336 (5.5%)	345 (7.3%)

Samenvattend kan worden gesteld dat 'doorrijden na ongeval' en 'het veroorzaken van (dodelijk letsel door schuld' delicten zijn waarbij in belangrijke mate alcohol een rol speelt. Dit geldt waarschijnlijk vooral voor het eerstgenoemde delict. Gezien bovenstaande gegevens kunnen we tevens concluderen dat deze verkeersdelicten relatief weinig consequenties hebben voor het detentie-apparaat.

4. Overige justitiële activiteiten in verband met alcohol

Tot dusver hebben we het gehad over een categorie specifieke alcohol-gerelateerde verkeersmisdrijven en een categorie WvS-delicten in de sfeer van geweld tegen personen waarbij alcohol een onduidelijke rol speelt. Voor de eerstgenoemde categorie zijn ook de consequenties van deze misdrijven in termen van capaciteitsbeslag op het justitiële systeem globaal aan de orde gesteld.

Naast bemoeienis van het justitiële apparaat met deze soorten misdrijven is er ook nog sprake van justitiële activiteiten ten aanzien van alcoholproblematiek in de sfeer van de ordehandhaving en in de sfeer van (het toezicht op) de wettelijke regulering van de productie en distributie van alcohol. We zullen deze aspecten van justitiële bemoeienis met alcohol alleen pro memorie opvoeren. Kwalificeerbare gegevens over deze soorten activiteiten zijn over het algemeen niet of slechts zeer partieel beschikbaar. Kwantitatieve schattingen lijken daarom weinig zinvol.

4.1. Alcohol en ordehandhaving

Veel preventieve en repressieve ordehandhavende activiteiten van gemeente- en rijkspolitie zullen in een niet nader te kwantificeren mate samenhangen met alcoholgebruik. Sociale ontwikkelingen en ontwikkelingen in het consumptiepatroon van alcohol hebben ertoe geleid dat 'openbare dronkenschap', het prototype van dit soort overtredingen in deze tijd niet meer zo'n belangrijke rol speelt.

Dit is vergelijkbaar met bijv. het verschijnsel 'landloperij'. In 1984 werden er voor de overtredingen ex art. 426 en 453 WvS ('ordeverstoring in dronkenschap' en 'openbare dronkenschap') in totaal 3883 processen-verbaal en transacties geregistreerd. Dit is ruim 1 promille van het totaal aantal overtredingen en transacties. Veel belangrijker is ongetwijfeld de niet-geregistreerde ordehandhavende activiteit van de politie die verband houdt met alcoholgebruik. Het lijkt aannemelijk dat er veel periodiek terugkerende incidenten zullen zijn waarvoor de politie ter assistentie-verlening wordt opgeroepen, waarbij (overmatig) alcoholgebruik een belangrijke rol speelt. Dergelijke incidenten zullen vaak sterk situatie- en tijdgebonden zijn. Gedacht kan bijv. worden aan cafébezoek in het weekend, 'volksfeestachtige' gebeurtenissen zoals bijv. kermissen en soortgelijke festiviteiten, massale sportbijeenkomsten (voetbalwedstrijden, TT-Assen etc.). De politie zal bij al dit soort gelegenheden periodiek (preventief) optreden. Strafrechtelijk mondt dit soort gebeurtenissen vaak uit in: openbare geweldpleging, mishandeling, ordeverstoring en vernieling. Veelal hebben dergelijke gebeurtenissen een sterk collectief karakter, wat betekent dat indien politie-assistentie noodzakelijk is dit vaak een meerkoppig of zelfs massaal karakter zal hebben.

4.2. Het justitiële apparaat en de wettelijke regulering van alcohol

De legaliteit van alcohol die het justitieel systeem, in scherpe tegenstelling tot de situatie bij illegale drugs, vrijwaart van veel van de denkbare primaire en secundaire alcoholproblematiek, brengt anderzijds een zekere belasting met zich mee wat betreft de uitvoering van en het toezicht op de wettelijke regulering van productie en distributie van alcohol.

De productie van en de handel in alcoholhoudende dranken is gebonden aan tal van vergunningen, voorschriften, beperkingen en fiscale bepalingen die in verschillende soorten wettelijke stelsels zijn vastgelegd. Verschillende opsporingsdiensten zijn belast met de handhaving van deze bepalingen zoals bijv. FIOD en Keuringsdienst van Waren. Zodanige opsporings- en inspectiediensten ressorteren over het algemeen niet onder het Ministerie van Justitie en zijn daarom in dit kader minder van belang. De rijks- en gemeentepolitie heeft ten aanzien van deze overtredingen een algemene opsporingsbevoegdheid.

Bovendien kan de politie door de andere opsporingsdiensten ter assistentieverlening worden ingeschakeld. De kwantificering van al dit soort activiteiten lijkt niet wel mogelijk noch zinvol.

Overtredingen van het alcoholregiem leiden uiteraard tot administratieve of gerechtelijke afdoening. Consequenties voor het detentie-apparaat hebben zodanige overtredingen slechts zeer zelden.

Samenvatting

Door de legaliteit en de maatschappelijke integratie heeft het alcoholgebruik in mindere mate dan het gebruik van illegale drugs specifieke consequenties voor het justitiële apparaat.

Niettemin legt de aan alcoholgebruik gerelateerde criminaliteit een aanzienlijk beslag op de capaciteit van justitie*.

*

Voor wat betreft het beslag van alcoholproblematiek op de reclassering zij verwezen naar de eerder notitie door justitie aangeleverd in het kader van deze heroverwegingsstudie (Justitie/februari 1986; HO/AD nr. 14).

Als specifieke justitiële alcoholproblematiek kan daarbij worden aange-
merkt de verkeersdelinquentie.

Niet specifiek, maar daarom niet minder betekenisvol, is de rol van
overmatig alcoholgebruik bij agressieve delicten als vernieling, weder-
spannigheid, bedreiging, mishandeling en poging tot doodslag of moord.

De consequenties van het illegale druggebruik voor het justitiële apparaat.

1. Inleiding

In het onderstaande is getracht inzicht te bieden in het beslag dat door het illegaal druggebruik wordt gelegd op het justitiële apparaat.

Vooraf zij er nog nadrukkelijk op gewezen dat men bij de beoordeling van het effect van eventueel terugdringen van druggebruik niet mag stellen dat een dergelijk terugdringen een evenredig effect zal hebben op het capaciteitsbeslag als in deze notitie weergegeven. Uit veel sociaal-wetenschappelijk onderzoek (zie o.m. Jansen en Swierstra, 1982) blijkt duidelijk dat in veel gevallen zowel druggebruik als criminaliteit het gevolg zijn van (een keuze voor) een bepaalde levensstijl, met andere woorden ook zonder verslaving zou een deel van de thans verslaafden op enigerlei wijze beslag hebben gelegd op het justitiële apparaat.

2. Consequenties

De bemoeienis van het justitiële systeem met een bepaalde strafrechtelijke problematiek wordt globaal bepaald door twee soorten van gegevens. In de eerste plaats door de mate waarin deze specifieke vorm van criminaliteit in de samenleving voorkomt en in de tweede plaats door de aandacht die in het justitiële apparaat aan deze vorm van criminaliteit wordt besteed. Het justitiële systeem is een geleed verwerkingssysteem met een uiteraard beperkte capaciteit. Dat betekent dat wanneer het aanbod groter wordt dan het kan verwerken, de opname capaciteit van het systeem moeten worden aangescherpt, over de hele linie en/of selectief.

Het vergrote aanbod leidt er in elk geval toe dat het systeem in een aantal opzichten onder druk komt te staan: de soepelheid en de mogelijkheid om op korte-termijn-fluctuaties te reageren verminderen. Het systeem kan minder voldoen aan de maatschappelijke verwachtingen en aan de eigen doelstellingen met als mogelijk effect een vermindering van de legitimiteit.

Specifieke logistieke consequenties van een groot (drugs)aanbod hangen samen met de gelede verwerkingsstructuur van het justitiële systeem. Deze brengt met zich mee dat een groot aanbod in een eerdere fase van het systeem doorwerkt in een grotere druk in de volgende fase. Terwijl omgekeerd een stagnatie in latere fasen de capaciteit en de selectiemechanismen in eerdere fasen beïnvloedt.

Een ander algemeen punt bij de vraag naar het capaciteitsbeslag is de regionale spreiding van drugsproblematiek. Zoals bekend is drugsproblematiek sterk geconcentreerd in enkele grote-stads agglomeraties. Dit zal vooral in de eerste fasen van het justitiële systeem een belangrijke rol spelen. De politie, maar ook het parket en ten dele ook de penitentiaire inrichtingen in het arrondissement Amsterdam zijn ongetwijfeld veel sterker met drugsproblematiek belast dan het geval is in bijvoorbeeld het arrondissement Middelburg.

3. Primaire drugdelicten en het justitiële apparaat

Bij drugproblematiek moet een onderscheid worden gemaakt tussen primaire en secundaire drugdelicten, gepleegd door delinquenten met illegaal druggebruik als persoonskenmerk. In het laatste geval gaat het met name om vermogensdelicten, gepleegd om in de kosten van het illegale druggebruik te voorzien. In de praktijk zullen beide typen van drugcriminaliteit slechts in relatief weinig gevallen onafhankelijk van elkaar voorkomen. Dit is het gevolg van het feit dat op straatniveau drughandel, druggebruik en commune criminaliteit sterk met elkaar verweven zijn. (Bijna) elke gebruiker treedt bij gelegenheid ook op als kleinhandelaar en (bijna) elke kleinhandelaar is zelf ook gebruiker en beoefent ook andere vormen van criminaliteit om in zijn levensonderhoud te voorzien.

Van "pure" primaire drugdelinquentie zal in onze strafrechtspraktijk alleen sprake zijn op de hogere niveau's van de handel in illegale drugs. De grotere handelaren die fungeren als importeur, koerier of tussenhandel zijn vaak zelf niet "verslaafden". Het is waarschijnlijk dat deze handel vaak sterk internationaal, professioneel, projectmatig en georganiseerd is. Dat wil dus zeggen dat deze handel over het algemeen zeer weerbaar is tegenover politie en justitie. Omdat overtreding van de opiumwet als zodanig wordt geregistreerd is het mogelijk om een redelijk inzicht te krijgen in het beslag van primaire drugdelicten op het justitiële apparaat.

Belangrijker, maar helaas moeilijker te achterhalen is het aandeel van secundaire drugcriminaliteit. Om hierover op zijn minst enig statistisch inzicht te krijgen zou het noodzakelijk zijn dat het persoonskenmerk "harddruggebruik" in het justitiële apparaat systematisch zou worden geregistreerd. Hiervan is echter op het niveau van politie, parket en rechtbank geen sprake. Slechts over de populatie van de detentie-inrichtingen zijn dergelijke gegevens in principe beschikbaar. Hierover later meer.

Op basis van de CBS-gegevens kan een beeld worden geschetst van de opiumwet-delicten op de verschillende niveau's van het justitiële systeem. We geven een overzicht van de geregistreeerde gegevens over de jaren '82 en '83.

Overtredingen Opiumwet

(Percentages hebben betrekking op het totaal aantal gevallen op het desbetreffende niveau)

	1982	1983
ter kennis van de politie gekomen	8.271 (0.9%)	6.479 (0.7%)
afgedaan door het O.M.	5.832 (5.4%)	5.247 (4.0%)
voor de rechter gebracht	2.513 (2.8%)	2.532 (3.0%)
onvoorwaardelijke gevangenisstraf	1.295 (7.6%)	1.377 (8.4%)

Uit deze gegevens blijkt dat vooral op de hogere niveau's van het strafrechtelijk apparaat de opiumwetdelicten een relatief belangrijke rol spelen. Vergeleken met de meeste andere delicten worden op de lagere niveau's relatief grotere aantallen geselecteerd voor behandeling op de hogere niveau's. Dit belangrijke gegeven komt duidelijk tot

uiting in het feit dat in de jaren '82 en '83 minder dan 6% van de totale aantallen opgehelderde vermogensdelicten uiteindelijk tot onvoorwaardelijke gevangenisstraf leidden tegenover 15% tot 20% van de opiumwetdelicten. Voor het capaciteitsbeslag van deze delicten op de detentieinstellingen is uiteraard ook van belang dat voor opiumwetdelicten relatief lange gevangenisstraffen worden gegeven. Uit bovenstaande gegevens kan ook worden afgeleid dat de politie in 1983 gemiddeld zwaardere gevallen heeft geselecteerd dan in 1982, die dan ook meer leiden tot afhandeling op hogere niveau's. Wellicht is hier al sprake van een reactie van het justitiële apparaat op (dreigende) overbelasting door deze categorie van delicten.

4. Capaciteitsbeslag van drugproblematiek op de verschillende niveau's van het justitiële apparaat

4.1. Politie*)

De politie is als leverancier van de gevallen voor de rest van het systeem en als de eerst aangewezen instantie voor rechts- en ordehandhaving ongetwijfeld de belangrijkste schakel in de vraag naar het capaciteitsbeslag. Juist op dit niveau zijn er echter het minste gegevens bekend en is de vraagstelling ook het moeilijkst onderzoekbaar.

Algemeen wordt aangenomen dat waar veel druggebruik plaatsvindt dit voor de politie zeer veel werk met zich meebrengt, zowel op het gebied van ordehandhaving als op de gebieden van preventie en opsporing van delicten. Zo is bijvoorbeeld bekend dat recentelijk een belangrijk deel van de politiecapaciteit in (het centrum van) Amsterdam gereserveerd is voor het zogenaamde 'ontmoedigingsbeleid' van harddruggebruik- en handel. Dit is onder andere gerealiseerd door permanente surveillance in het Amsterdamse drugcentrum de Zeedijk.

Drugcriminaliteit zal in sterke mate 'dark number' criminaliteit zijn en voor zover het wordt aangegeven betrekking hebben op onbekende daders. Juist voor de delicten waarin druggebruikers gespecialiseerd zijn (zoals bijvoorbeeld winkeldiefstal, autokraken etc.) bestaat over het algemeen een zeer lage opsporingskans. Aangegeven drugrelated delicten van onbekende daders impliceren een op dit moment nauwelijks te kwantificeren mate van administratieve- en opsporingsactiviteiten van de politie. Zoals gezegd is ook van de bekende daders op dit moment niet te achterhalen of het kenmerk druggebruik een rol speelt. De politie registreert van alle bekende daders op de zogenaamde 'Verificatie- en Informatie' formulieren een aantal persoonsgegevens. Op dit formu

* De totale uitgaven t.b.v. de Gemeente- en de Rijkspolitie beliepen in 1984 circa fl. 3,3 mld. Bij de politie vinden ongeveer 38.500 mensen, inclusief burgers en aspiranten, een baan.

lier wordt gevraagd of de verdachte ten tijde van het delict onder invloed was van alcohol of drugs. Dit gegeven is als zodanig volstrekt ongeschikt als aanduiding van het aantal druggebruikers bij delicten met bekende daders.

Voor een goed inzicht in de materie zou het zeer wenselijk zijn als genoemde vraag op het V. en I. formulier zou worden vervangen door de vraag of de verdachte bekend is als (regelmatige) gebruiker van hard-drug.

Op basis van een dergelijk gegeven zou een redelijke schatting kunnen worden gemaakt van de bemoeienis van het justitiële systeem met druggebruikers op de verschillende niveau's.

Een belangrijke vraag waarover op dit moment ook geen gegevens bestaan is het capaciteitsbeslag van drugproblematiek op gespecialiseerde politiediensten. We kunnen hierbij vooral denken aan de vraag in hoeverre de recherchecapaciteit in beslag wordt opgenomen door de bestrijding van de drughandel.

Tenslotte nog iets op basis van de schaarse gegevens die wel beschikbaar zijn. Deze zijn met name afkomstig uit de per arrondissement door de reclasseringsraad georganiseerde vroeghulp. Hierbij wordt in principe elke in bewaring gestelde verdachte geregistreerd. In een aantal arrondissementen wordt hierbij een onderscheid gemaakt tussen 'verslaafde' en 'niet-verslaafde' verdachten, in verband met toewijzing van de vroeghulp-cliënt aan het CAD of aan de commune reclassering.

Telefonische navraag leverde bruikbare gegevens op uit de arrondissement Amsterdam en Utrecht:

	aantal (bezochte) in verzekering gestelden	% verslaafd
Utrecht	2.079	10.1%
Amsterdam	10.739	34.9%

Bij deze gegevens moet worden aangetekend dat niet bekend is in hoeverre het kenmerk 'verslaving' betrekking heeft op alcohol- of drugsproblematiek. Volgens de ingewonnen informatie zou er echter in verreweg de meeste gevallen sprake zijn van drugverslaving.

Met enige standaardisering van de registratie zou het vroeghulpkanaal een zeer geschikte bron van informatie kunnen zijn over het capaciteitsbeslag van druggebruikers in een relatief vroege fase van het justitiële apparaat.

De enige andere bekende politiegegevens zijn afkomstig uit een scriptie van de Groningse Universiteit.

De voor ons doel belangrijkste tabel uit dit onderzoek nemen wij hierbij over.

	1975	1976	1977	1978	1979	1980	totaal
aantal pv's	209	236	234	221	238	288	1.426
druggebruikers	28	35	39	57	40	69	268

Gemiddeld hebben ca. 19% van de pv's met bekende daders betrekking op 'verslaafden', met een tendens tot stijging in de latere jaren. In dit onderzoek wordt overigens ook bevestigd dat de druggebruikers relatief zeer vaak recidiveren en sterk gespecialiseerd zijn in het plegen van vermogensdelicten. Relatief plegen zij zeer weinig agressiedelicten. (R. Fesing en W. Geerts: Drug- en alcoholgebruik en criminaliteit, 1983).

4.2. Parket en rechtbank*)

Hierover kunnen we zeer kort zijn. Over dit deel van het justitiële apparaat zijn, afgezien van de opiumwetdelicten, geen geregistreeerde noch onderzoekgegevens bekend.

Alleen een indirecte, maar op zich veel zeggende indicatie is beschikbaar uit het arrondissement Amsterdam. Uit onderzoek op basis van circa 40% van alle in verzekering stellingen wordt geconcludeerd dat ongeveer drie kwart van alle voorgeleidingen voor de Officier van Justitie in Amsterdam betrekking heeft op primaire of secundaire drugdelingquenten (Proces december 1985).

Het zou ook hier veel aanbeveling verdienen en ook zeer wel mogelijk zijn om deze gegevens (anoniem) op het parket en de rechtbank te doen registreren. Onderzoek naar vertegenwoordiging van druggebruikers op deze niveau's en de justitiële reacties in deze gevallen is waarschijnlijk heel goed mogelijk op basis van de dossiers van parket en rechtbank.

4.3. Huizen van Bewaring en Gevangenis

Het is niet verwonderlijk dat over dit onderdeel van het justitiële systeem het meeste bekend is over het capaciteitsbeslag door druggebruikers. Gegevens over deze in meerdere opzichten 'captive population', mogen ook geacht worden relatief betrouwbaar te zijn. Het gegeven of een gedetineerde een regelmatige harddruggebruiker is (was), is over het algemeen bekend bij de medische dienst van de detentie-instelling.

Op basis van deze gegevens kan niet zonder meer geëxtrapoleerd worden naar andere (lagere) niveau's van het justitiële apparaat. Hiervoor zou op zijn minst een (kwantitatieve) vergelijking moeten kunnen worden gemaakt van de selectiemechanismen bij harddruggebruikers en niet-gebruikers bij de gang door het justitiële systeem. Een kwantitatieve vergelijking zou in principe eenvoudig zijn wanneer het kenmerk harddruggebruik van bekend geworden verdachten zou worden geregistreerd.

Uit recente gegevens van een postenquête van de 'Werkgroep Drugvrije Afdelingen' blijkt rond 35% van de populatie van zowel HvB's als de gesloten gevangenis volgens de medische diensten 'verslaafd' te zijn. Hetzelfde percentage geldt voor de vrouwelijke gedetineerden. Er zijn (ook op basis van WODC-onderzoek: 'Regiem in ontwikkeling' WODC, nr. 55) aanwijzingen dat enkele HvB's in Amsterdam en Rotterdam ver boven die gemiddelde uitgaan. Bovendien blijkt er de laatste jaren een duidelijke toename van het percentage harddruggebruikers in de detentie-instellingen. Een in 1981 en 1982 door Rook (WODC) uitgevoerd on-

* De totale uitgaven t.b.v. de rechtspleging beliepen in 1984 fl 665 mln.

derzoek in inrichtingen voor langgestraften leverde een percentage van 25 tot 30% op. Meyboom constateert in de jaren '80-'81 ruim 23% harddruggebruikers in het Rotterdamse HvB, het genoemde WODC-rapport no. 65 registreert in 1983 ca. 40% en in 1984 circa 45% harddruggebruikers in hetzelfde HvB. Uit een nadere analyse van deze gegevens uit het Rotterdamse HvB 1984 komt Grapendaal (WODC) tot de schatting dat 90% van de harddruggebruikers reeds voor de detentie gebruikte.

Het beslag op de detentiecapaciteit (4900 plaatsen, eind 1985) wordt uiteraard niet alleen bepaald door de aantallen primaire en secundaire drugdelinquenten die gedetineerd worden, maar ook door de gemiddelde detentietijd van deze groepen delinquenten. Op basis van de beschikbare gegevens is op dit moment geen enkele uitspraak te doen over de gemiddelde strafduur bij secundaire drugdelicten. Dit is echter wel mogelijk voor de opiumwetdelicten. Uit het rapport: De capaciteitsbehoefte van het gevangeniswezen (MvJ, Jan. '84) blijkt dat de gemiddelde strafduur voor opiumwetdelicten ruim twee maal zo hoog is als voor WvS delicten: 232 versus 104 dagen. Uit de CBS gegevens van het zelfde jaar (1981) blijkt dat er voor opiumwetdelicten 1202 onvoorwaardelijke gevangenisstraffen zijn uitgesproken en voor WvS delicten in totaal 8955. Dit betekent 55% van het totaal aantal uitgesproken gevangenisstraffen voor WvS-delicten en 7,5% voor opiumwetdelicten. Wanneer de gegevens voor de gemiddelde strafduur worden verdisconteerd, dan blijkt er in totaal 2.551 jaar gevangenisstraf te zijn opgelegd voor WvS-delicten en 764 jaar voor opiumwetdelicten. Uit deze gegevens kan worden berekend dat waar opiumwetdelicten ca. 13,5% vormen van de WvS-delicten, de totale strafduur van opiumwetdelicten ca. 30% van de totale strafduur van de WvS-delicten vormt. Tenslotte is nog van belang hierbij in aanmerking te nemen dat een onbekend, maar waarschijnlijk niet gering gedeelte van het aantal opiumwetdelinquenten niet verslaafd is en daarom dus niet is verdisconteerd in de gegevens over de aantallen druggebruikers in de detentiestellingen*.

Het beslag van drugsproblematiek op de detentie-instellingen wordt uiteraard niet alleen bepaald door het op zichzelf hoog te noemen aandeel van harddruggebruikers in de gedetineerde populatie. Hiervoor speelt ook de intensiteit van de zorg voor deze groep druggebruikers een rol. Ook over dit aspect kan alleen door nader onderzoek meer inzicht worden verkregen. De veronderstelling ligt voor de hand dat, nog afgezien van een aantal reeds bestaande extra voorzieningen voor verslaafde gedetineerden, deze groep over het algemeen relatief meer beslag zal leggen op de (personeels)capaciteit van de detentie-instellingen. Een speciale rol speelt hierbij ook de noodzaak van beveiliging tegen de invoer van contrabande.

5. Conclusie

De beschikbare gegevens zijn fragmentarisch en waarschijnlijk ook niet altijd even betrouwbaar. Om in de toekomst een beter inzicht omtrent het onderhavige probleem te kunnen krijgen zou het aanbeveling verdienen om op het laagst mogelijke strafrechtelijke niveau het persoonsgegeven "regelmatige gebruiker van harddrugs" te registreren.

De gegevens die beschikbaar zijn leveren desalniettemin een redelijk consistent beeld op, dat in elk geval de conclusie wettigt dat deze specifieke criminaliteitsproblematiek een relatief zeer groot beslag legt op alle niveau's van het strafrechtelijk apparaat.

* De totale kosten van het Nederlandse gevangeniswezen beliepen in 1984 circa fl 370 mln.

Beleidsuitgangspunten verslavingszorg en preventiebeleid

In 1977 verschijnt de eerste beleidsnota van de regering over de hulpverlening aan drugverslaafden. In de daarop volgende periode heeft de regering beleidsuitgangspunten ontwikkeld, waarvan de belangrijkste zijn:

- a. op lokaal (of regionaal) niveau dient een multifunctioneel netwerk van medische en sociale voorzieningen te worden opgebouwd om die vormen van hulp te kunnen bieden die passen bij de aard van de problematiek;
- b. de toegankelijkheid van de hulpverlening moet worden vergroot;
- c. het maatschappelijk herstel van drugverslaafden en ex-drugverslaafden dient te worden bevorderd;
- d. de mogelijkheden die niet-specialistische voorzieningen bieden (de primaire zorg zoals huisartsen, de jeugdwelzijnsvoorzieningen) moeten meer en efficiënter worden benut voor de hulp aan verslaafden;
- e. de samenhang van de voorzieningen dient te worden verbeterd;
- f. preventie omvat meer dan voorlichting, de rol van voorlichting dient daarom niet te worden overschat; geen specifieke drugs- maar algemene gezondheidsvoorlichting waar 'drugs' een onderdeel van is.

ad a: multifunctioneel netwerk

De opbouw van hulpverleningsnetwerken wordt op lokaal niveau door gemeentebesturen bepaald en kan van stad tot stad verschillen (indien nodig op regionaal niveau door samenwerking tussen gemeenten). De meeste lokale netwerken beschikken over een gedifferentieerd patroon van voorzieningen, zoals:

- ambulante hulpverlening (veldwerk, maatschappelijke begeleiding, therapeutische behandeling, methadonverstrekking, reclassering);
- semi-residentiële hulpverlening (dag- of nachtopvang, dagbehandeling, arbeids- en recreatieve projecten);
- residentiële hulpverlening (instituten voor crisisopvang en lichamelijke ontwenning, verslavingsklinieken, (drug-vrije) therapeutische gemeenschappen).

ad b: vergroting toegankelijkheid hulpverlening

Lange tijd was de hulpverlening te zeer gericht op het beëindigen van de verslaving en het verslavingsgedrag. Maar dit sloot te weinig aan op de behoeften van verslaafden en op hun kansen om zoveel mogelijk maatschappelijk te functioneren. Een gevolg hiervan was dat verslaafden die niet (in de eerste plaats) behoefte hadden aan een ontwenning van drugs, of daartoe niet in staat waren, buiten het bereik van de hulpverlening bleven. Dit kan leiden tot een verdere maatschappelijke isolering en verloedering. Het bekend worden van deze problematiek heeft er toe geleid dat in toenemende mate ruimte is ontstaan voor vormen van hulpverlening die niet primair gericht zijn op het doorbreken van de verslaving als zodanig, maar op het verbeteren van het lichamenlijk en maatschappelijk functioneren van de verslaafden. Het niet kunnen opgeven van druggebruik wordt hierbij vooralsnog als een gegeven geaccepteerd.

Deze vorm van hulpverlening kan bestaan uit veldwerk, eerste opvang, de verstrekking van vervangende middelen, materiële ondersteuning en het bieden van mogelijkheden voor het maatschappelijk herstel. Bijzondere aandacht wordt hierbij geschonken aan de toegankelijkheid van de hulpverlening aan etnische minderheden.

Dat de regering ook hulpverlening aan verslaafden die - voorlopig - geen kans zien een drugvrij bestaan op te bouwen wil bevorderen, betekent dat het beleid gekenmerkt wordt door realisme en dat verslaafden niet worden opgegeven. Het achterwege laten van deze meer op ondersteuning gerichte hulpverlening zou eerder een slechter alternatief zijn. De risico's van het gebruik voor het individu en voor de samenleving zouden alleen maar toenemen.

Wel zal er ook bij deze benadering gestreefd worden naar een levenswijze zonder druggebruik op lange termijn.

De Nederlandse regering wijst elke vorm van dwangbehandeling af.

ad c: bevordering maatschappelijk herstel

Het bevorderen van het maatschappelijk herstel van verslaafden en ex-verslaafden is van belang omdat het hen, tijdens en ook na een behandeling, vaak aan reële maatschappelijke perspectieven ontbreekt. Hier wordt gedoeld op het hebben van werk of een andere zinvolle tijdsbesteding, scholing en huisvesting.

Daarom dient aan het ontwikkelen van reële maatschappelijke alternatieven voor verslaafden in een zo vroeg mogelijk stadium de nodige aandacht geschonken te worden. Dit betekent dat onder andere (begeleide) huisvesting, (vak-)scholing en (aangepaste) arbeid, arbeidstraining of -bemiddeling, niet slechts in de nazorg-fase van belang zijn, maar een onlosmakelijk onderdeel van de hulpverlening vormen, dat vanaf het begin moet worden ingebouwd. Pas dan kan een verslaafde voldoende perspectief zien om aan een hulpverleningsprogramma deel te nemen.

ad d: meer en efficiënter gebruik van de primaire zorg

Tot nu toe heeft de hulpverlening vooral plaatsgevonden in speciale, op verslaafden gerichte, voorzieningen.

Hiermee is enkele jaren ervaring opgedaan. In de afgelopen jaren is de overtuiging ontstaan dat deze gespecialiseerde hulpverlening aan verslaafden tot het noodzakelijke moet worden beperkt om 'drempelverhogende' en stigmatiserende neveneffecten (dat wil zeggen effecten die het verslaafd-zijn bevestigen) te voorkomen. Om de maatschappelijke integratie van verslaafden te behouden of te herstellen zijn in

Nederland in de afgelopen jaren projecten opgezet die bevorderen dat (ex-)verslaafden gebruik kunnen maken van algemene, voor iedere burger toegankelijke, voorzieningen op het gebied van gezondheidszorg, maatschappelijke dienstverlening, jeugdwelzijn, huisvesting etc.

ad e: verbetering samenhang tussen voorzieningen

De aanpak bij de verschillende vormen van hulpverlening is zeer uiteenlopend. Het is daarom noodzakelijk om de voorwaarden te scheppen waardoor tussen deze voorzieningen meer samenhang kan ontstaan. De voorzieningen worden namelijk op verschillende wijzen gepland en/of gefinancierd. Opdat de gewenste hulpverlening zo veel mogelijk kan aansluiten bij de lokale of regionale situatie, hebben de gemeenten vanaf 1978 de eerste verantwoordelijkheid toebedeeld gekregen voor de opbouw van een samenhangend netwerk van voorzieningen. Men noemt dit de decentralisatie van bestuursbevoegdheden. De gemeenten maken beleidsplannen en kunnen die bij de rijksoverheid (de Interdepartementale Stuurgroep Alcohol- en Drugbeleid) ter financiering indienen.

Op het niveau van de rijksoverheid is vooral in het kader van de ISAD geprobeerd meer samenhang tussen de verschillende planningssystemen en financieringsstromen tot stand te brengen.

Het streven naar een grotere samenhang zal een wettelijke basis krijgen wanneer de Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening van kracht wordt (zie ook FS 4)

ad f: preventie

Uitgangspunt is dat voorlichting over drugs en voorlichting over alcohol niet van elkaar gescheiden moeten worden. De Nederlandse regering is van mening dat algemene voorlichting over risicodragende stoffen het best geïntegreerd kan worden in het leermateriaal voor het basisonderwijs in het vak 'bevorderen van gezond gedrag'. Ook binnen het voortgezet onderwijs wordt de verantwoordelijkheid voor het eigen gedrag gestimuleerd.

De betekenis van voorlichting als onderdeel van preventie van drugs- (en alcohol-)problematiek moet echter niet worden overschat. Uit diverse onderzoeken is gebleken dat het niet een effectief middel is om (probleematisch) druggebruik te voorkomen. Voor vormen van waarschuwend, angstaanjagend en sensationeel voorlichting die gericht zijn op de schadelijkheid van het middel geldt dit in het bijzonder. Het heeft het risico van eenzijdigheid in zich en wordt daarom door de Nederlandse overheid verworpen. Deze methodiek van voorlichting kan zelfs tot gevolg hebben dat het gebruik gestimuleerd wordt.

Gebleken is dat het zogeheten 'voorbeeld-gedrag' van ouders of verzorgers thuis van groter belang is.

Recent onderzoek over de leefstijlen van heroïneverslaafden in Nederland heeft nieuwe gezichtspunten voor de preventie opgeleverd. Uit dit onderzoek bleek dat, gezien vanuit de positie en het vaak negatieve perspectief van verslaafden, het druggebruik een bepaalde functionele betekenis voor de verslaafde heeft. 'Functioneel' houdt in dat de leefstijl van de verslaafden hen in staat stelt tot op zekere hoogte het hoofd te bieden aan moeilijkheden, conflicten, tegenstrijdigheden, onmogelijkheden etc. waarmee men in de samenleving wordt geconfronteerd. Daardoor werd het inzicht vergroot in de redenen waarom verslaafden drugs gaan gebruiken hetgeen de mogelijkheden van de preventie heeft gerelati-

veerd. Ook is gebleken dat beginnen met druggebruik niet automatisch en direct tot verslaving leidt. Het aantal 'experimenteerders' dat na verloop van tijd stopt is een aantal malen groter dan het aantal uiteindelijke verslaafden.

Maatregelen om te voorkomen dat beginners 'afglijden' naar verslaving zijn daarom van groot belang. Dientengevolge kan het voorkomen van problemen meer accent krijgen dan het voorkomen van het druggebruik.

De Nederlandse regering is derhalve van mening dat het druggebruik moet worden ontdaan van zijn sensationele, emotionele taboesfeer, en het beeld van de junkie moet worden ont-mythologiseerd, dat wil zeggen tot zijn werkelijke proporties worden teruggebracht. Druggebruikers dienen zoveel mogelijk bejegend te worden als 'normale' mensen, waaraan we 'normale' eisen stellen en die we 'normale' kansen bieden. Dit betekent dat druggebruikers of zelfs verslaafden noch in de eerste plaats gezien moeten worden als misdadigers, noch als afhankelijke, onvrije patiënten. Druggebruikers hebben ook verantwoordelijkheden. De huidige leefstijlen van vele druggebruikers maken duidelijk dat hun leefstijl gezien kan worden als een tot op zekere hoogte gekozen leefstijl. Het fenomeen van het druggebruik en vooral de problemen die hiermee samenhangen, moeten beter bespreekbaar worden gemaakt.

De aard en de omvang van de alcoholproblematiek leidt er toe dat voor de alcoholhulpverlening niet altijd dezelfde beleidsuitgangspunten kunnen worden gehanteerd. Zo is beleidsuitgangspunt c. in het algemeen minder relevant voor problematische drinkers, terwijl d. voor de alcoholproblematiek van groter belang is dan voor de drugproblematiek. Ten aanzien van beleidsuitgangspunt f. geldt dat door het wijdverbreide gebruik van alcohol specifieke alcoholvoorlichting zeker niet moet worden uitgesloten.

In de nota Alcohol en samenleving staan de volgende beleidsvoornemens:

Beleidsuitgangspunten gezondheidszorg

Hiervoor is gebleken dat van de werkelijke aard en omvang van de alcoholproblematiek in de gezondheidszorg slechts een deel zichtbaar is. Dit vloeit voort uit het onvoldoende onderkennen van alcoholproblemen door hulpverleners, verpleegkundigen en medici. Vooral het verhullend gedrag van de problematische drinker is hiervan de oorzaak, maar dit moet in het algemeen als een gegeven worden beschouwd. Verder rust er nog steeds een taboe op het openlijk uitkomen voor drinkproblemen. Dikwijls probeert men dan ook eerst in eigen kring het drinkprobleem op te lossen. Als gevolg van deze situatie komen problematische drinkers meestal pas in een vergevorderd stadium van de verslaving in aanraking met de hulpverlening. Intramurale behandeling is dan veelal aangewezen.

Het beleid zal derhalve gericht moeten worden op het (vroegtijdiger) onderkennen van alcoholproblemen door de algemene hulpverlening. Langs die weg wordt bijgedragen aan de algemene uitgangspunten van het volksgezondheidsbeleid, te weten:

- het verschuiven van intramurale naar ambulante behandeling;
- het decategoriseren van de hulpverlening;
- het versterken van de eerste lijn;
- het verkorten van de opnameduur.

Aan het vroegtijdiger onderkennen van alcoholproblemen door werkers in de gezondheidszorg zijn twee belangrijke voordelen verbonden. Ten eerste zal de drinker in kwestie, zolang deze nog over een werkkring en huisvesting beschikt en een partner heeft, eerder gemotiveerd en ook beter in staat zijn om het drinkgedrag te corrigeren. Dit is in beginsel ook de sterke kant van de ambulante hulpverlening: de cliënt kan tijdens de behandeling in de eigen woon- en werksituatie blijven. In de tweede plaats zal bij vroegtijdiger ingrijpen de totale gezondheids- en maatschappelijke schade kunnen worden beperkt.

Hoe kan het vroegtijdiger onderkennen van alcoholproblemen door de gezondheidszorg worden bevorderd?

In de eerste plaats dient aan het integreren van onderwijs over verslaving in de medische opleiding een hoge prioriteit te worden toegekend. Een dergelijke benadering zal vooral op langere termijn effect kunnen sorteren.

Ook in de opleidingen of cursussen voor andere beroepsbeoefenaren zal aandacht worden besteed aan alcohol. Hierbij wordt onder meer gedacht aan (wijk)verpleegkundigen en gezinsverzorgenden.

Voor wat betreft de eerste lijn dienen de huidige huisartsen en de overige werkers in de eerste lijn te worden voorgelicht, bijvoorbeeld in de vorm van korte nascholingscursussen. Door de CAD-preventiewerkers kan consultatieve voorlichting worden gegeven.

In Rotterdam, Limburg en Groningen zullen eerstelijns-experimenten worden uitgevoerd. Doel hiervan is na te gaan in hoeverre de eerste lijn kan worden ingeschakeld bij de preventie van alcoholproblemen en de hulpverlening aan problematische drinkers.

In de praktijk zal blijken dat samenwerkingsrelaties van de CAD's met enerzijds de eerste lijn en met anderzijds de intramurale voorzieningen van groot belang zijn. De CAD's zullen bij de ontwikkeling van de eerstelijns hulpverlening aan verslaafden ondersteuning moeten bieden in de vorm van deskundigheidsbevordering en consultatie. Gelet op de beoogde verschuiving van intramurale naar ambulante en van langdurende naar kortdurende behandeling zullen de CAD's een belangrijke taak krijgen bij de begeleiding en nazorg van problematische drinkers. Bovendien zal de behandelingsfunctie van de CAD's efficiënter moeten worden uitgevoerd, zodat verslaafden zoveel mogelijk in het eigen milieu kunnen worden behandeld.

Bij de RIAGG's zal het signaleren van alcoholproblemen moeten worden bevorderd. Over de registratie van alcoholproblemen door de RIAGG's zal overleg gevoerd worden met de NVAGG.

Een betere en vroegtijdiger signalering van alcoholproblemen in de algemene ziekenhuizen is van het grootste belang. Dit geldt niet alleen voor de intramurale maar vooral ook voor de poliklinische patiënten. Uit buitenlands onderzoek is bekend dat fracturen en andere letsels dikwijls samenhangen met alcoholmisbruik.

Het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur zal een registratieproject laten uitvoeren met als doel het bepalen van de mate waarin alcoholmisbruik een rol speelt bij de hulpvraag in een algemeen ziekenhuis.

Momenteel vindt een experimenteel samenwerkingsverband plaats tussen de afdeling Heesteroord van het psychiatrisch ziekenhuis Veldwijk en het CAD Zwolle. In dit experiment wordt door middel van wetenschappelijk onderzoek nagegaan welke hulpverlenings- en kostenaspecten zijn verbonden aan een kortdurende intramurale behandeling met daarna een intensieve ambulante begeleiding.

Beleidsuitgangspunten maatschappelijke dienstverlening

De welzijnsvoorzieningen spelen een belangrijke rol in de totale eerstelijnszorg of staan daarmee in een nauw verband. Derhalve geldt, hetgeen hiervoor is opgemerkt over de eerstelijns voorzieningen in de gezondheidszorg, mutatis mutandis ook voor de betrokken instellingen voor maatschappelijke dienstverlening. Kortom: een versterking van de eerste lijn als geheel; meer samenhang tussen de verschillende disciplines in de eerste lijn en een betere samenwerking met verwante ambulante en intramurale voorzieningen. Doelmatiger samenwerken tussen de verschillende voorzieningen kan er immers toe leiden dat de meest aangewezen vorm van hulp op een eerder tijdstip wordt verleend. Daarnaast kan tevens de toegankelijkheid van de hulpverlening toenemen. Het realiseren van de voorgenomen 7 x 24-uurs bereikbaarheid van het algemeen maatschappelijk werk kan hieraan een belangrijke bijdrage leveren.

Gelijk voor de algemene gezondheidszorgvoorzieningen geldt ook voor de werkers in de maatschappelijke dienstverlening dat het (vroegtijdig) onderkennen van alcoholproblemen bevorderd dient te worden. Ten dele kan dit worden verwezenlijkt door consultatieve voorlichting en deskundigheidsbevordering vanuit de categorale sfeer. Anderzijds zal het project Alcoholvoorlichtingsplan hieraan een bijdrage kunnen leveren.

Daarnaast is van groot belang dat meer inzicht ontstaat omtrent de aard en omvang van alcoholproblemen bij de maatschappelijke dienstverlening. Registratie-onderzoek is daartoe het middel. Verder staat onderzoek naar de rol van alcohol bij vrouwenmishandeling op stapel.

Tot slot zullen de instellingen voor maatschappelijke dienstverlening een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan het maatschappelijk herstel van ex-alcoholverslaafden. Vooral het algemeen maatschappelijk werk kan de benodigde integratie van de ex-verslaafde in de samenleving bevorderen. Bovendien is de psycho-sociale opvang en maatschappelijke begeleiding van belang voor diegenen, die het nog ontbreekt aan de motivatie die voor een CAD-behandeling of A.A.-groep vereist is.

Bijlage 8

Voorzieningen, organisaties en hun financieringsbronnen

1) medisch-sociale hulpverlening: de Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs

De Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs (CAD's) zijn particuliere instellingen die voor 100% (rechtstreeks) door de rijksoverheid worden gefinancierd. Het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur draagt 70% van de kosten bij en het ministerie van Justitie 30%, aangezien de CAD's ook een reclasseringsfunctie hebben. De CAD's richten zich op alcohol- (70% van de cliënten) en drugverslaafden (30% van de cliënten). Gezien de aard van de problematiek zijn alcohol- en drughulpverlening moeilijk te scheiden. Hoewel de CAD's in de eerste plaats instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg zijn, heeft het hulpaanbod ook een maatschappelijk werk-karakter, doordat het overgrote deel van het personeel (900 in totaal) maatschappelijk werker is. De hulpverleningsdoelstellingen van de CAD's kunnen nogal uiteenlopen. De doelstelling kan variëren van het beëindigen van de verslaving door behandeling, tot het stabiliseren van de toestand van de verslaafden door het verstrekken van methadon op 'onderhoudsbasis'. 'Onderhoudsbasis' wil zeggen dat de dosis methadon niet geleidelijk naar nul wordt teruggebracht, zoals bij 'reductiebasis' het geval is. Het stabiliseren van de toestand noemt men begeleiding. De gehanteerde methodieken zijn eveneens velerlei: psychotherapie, groepstherapie, materiële hulpverlening, gezinstherapie, 'counseling', begeleiding van oudergroepen etc. Een steeds belangrijker taak is het adviseren van leraren en van hulpverleners in de algemene gezondheids- en welzijnszorg, zoals huisartsen, jongerenwerkers (zie I ad d.), opdat deze zelf voorlichting kunnen geven.

Ze verrichten verder de eerste opvang van verslaafden op de politiebureaus en begeleiden verslaafden tijdens en na een verblijf in de penitentiaire inrichtingen.

De laatste jaren is de preventiefunctie sterk ontwikkeld. De CAD's verzorgen zelf sporadisch voorlichtingsprogramma's. De CAD's vormen een over geheel Nederland verspreid netwerk van 17 hoofdvestigingen, 44 dependances en 45 spreekuuradressen. Het totale budget in 1985: f 70 miljoen.

2) gemeentelijke methadonprogramma's

In aanvulling op de verstrekking van methadon door de CAD's en enkele instellingen van maatschappelijke hulp- en dienstverlening aan jongeren, hebben enkele gemeenten zelf methadonprogramma's opgezet, vaak vanuit een Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst (GG en GD) of een Districts-Gezondheidsdienst (DGD) (budget ± f 6 miljoen). Deze methadonprogramma's vinden plaats op reductiebasis, waarbij de dosis methadon geleidelijk verminderd wordt, of op een (stabiele) onderhoudsbasis.

In vrijwel elke gemeente waar de drugproblematiek manifest is, wordt door een CAD of door een gemeentelijk gezondheidsdienst methadon verstrekt (thans in ca. 50 gemeenten).

3) maatschappelijke hulp- en dienstverlening (projecten voor jongeren)

De projecten voor jongeren maken deel uit van uiteenlopende voorzieningen van maatschappelijke welzijnszorg, die mede of specifiek voor druggebruikers zijn bedoeld. Vanuit deze optiek wordt vooral gekozen voor een brede benadering van op preventie gerichte activiteiten. Vaak is er sprake van meervoudige risicogroepen: werklozen, culturele minderheden, randgroepjongeren en verslaafden, voor wie een gebundelde aanpak vereist is. Deze kan het beste op lokaal niveau plaatsvinden. De hieronder genoemde projecten hebben een eigen identiteit die aansluit op het specifieke jongerenmilieu en grote toegankelijkheid, dat wil zeggen er zijn weinig toelatingsvoorwaarden:

- a. 16 projecten richten zich op het voorkomen van maatschappelijke isolering van verslaafden (preventie);
- b. 29 projecten stellen zich tot doel contact te leggen met verslaafden en hen te verwijzen naar algemene instanties en specifieke hulpinstellingen;
- c. 31 projecten voorzien in maatschappelijke hulpverlening en crisisopvang;
- d. 13 projecten zijn dagcentra en nachtcentra waar psycho-sociale hulpverlening wordt geboden;
- e. 18 projecten richten zich op het maatschappelijk herstel van (ex-)verslaafden en omvatten deelprojecten als begeleid wonen, vorming, scholing, arbeidsgewinning, soms in de vorm van nazorg van voorafgaande ambulante of residentiële behandeling.

Tenslotte benadert een aantal landelijke voorzieningen de problematiek vanuit een levensbeschouwelijke grondslag of de etnisch-culturele identiteit van de doelgroep.

Het totale budget voor het jaar 1985 bedroeg ca. f 50 miljoen voor 107 projecten in 45 gemeenten. Ongeveer de helft van het totale drughulpverleningsbudget gaat naar de vier grote steden: Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht. Een derde wordt besteed aan hulpverlening voor verslaafden van voormalige overzeese gebiedsdelen: Met name de Molukse en Surinaamse drughulpverlening heeft een grote vlucht genomen. In alle voorzieningen tezamen werken ca. 500 mensen.

4) residentiële voorzieningen (verslavingsklinieken)

Over heel Nederland verspreid zijn er voorzieningen voor residentiële behandeling van verslaafden, waarbij de bedden voor drugverslaafden en voor alcoholverslaafden niet overal strikt gescheiden zijn. In totaal zijn er ruim 900 bedden voor verslaafden beschikbaar.

De voorzieningen functioneren als zelfstandige klinieken of als speciale afdeling voor verslaafden van algemeen psychiatrische ziekenhuizen.

Verskillende behandelingen zijn mogelijk:

crisisopvang en lichamelijke ontwenning, voor de duur van twee dagen tot drie weken;

klinische behandeling variërend van drie tot twaalf maanden en gericht op beëindiging van de verslaving.

De voorzieningen waarvan de kosten in 1985 ca. f 81 miljoen bedroegen worden gedurende het eerste jaar gefinancierd uit de premies voor de ziektekostenverzekering en na 1 jaar krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

5) de Federatie van Instellingen voor Alcohol en Drugs (FZA)

De FZA (vroeger 'Federatie voor de Zorg van Alcoholisten' geheten) is in 1953 opgericht en is ontstaan uit de behoefte aan landelijke samenwerking tussen instellingen, die hulp boden bij verslavingsproblemen. De FZA heeft een coördinerende en beleidsondersteunende functie voor de ledeninstellingen. De ledeninstellingen zijn CAD's en speciale klinieken voor alcohol- en drugverslaafden. In toenemende mate treden ook instellingen op het gebied van de maatschappelijke dienstverlening toe.

Het FZA-bureau heeft een belangrijke landelijke taak op het gebied van voorlichting en deskundigheidsbevordering.

6) voorlichtingsorganisaties

Ook wordt subsidie verleend aan een aantal (lang bestaande) landelijke organisaties op het gebied van de alcoholmatiging die zich steeds meer op het totale verslavingsgedrag toeleggen. Door middel van publicaties, het organiseren van bijeenkomsten en andere voorlichtingsactiviteiten waarbij vele vrijwilligers zijn betrokken, wordt een bijdrage geleverd aan de preventie van verslavingsproblemen. Gezamenlijk hebben deze organisaties met de FZA de Coördinatie Commissie Informatiepakketten (KKI) gevormd. Op hun centrale adres kan gebundeld (nederlandstalig) voorlichtingsmateriaal worden besteld.

7) Stichting voor Wetenschappelijk Onderzoek van Alcohol- en Druggebruik (SWOAD)

De SWOAD is een wetenschappelijk instituut dat zich ten doel stelt het verrichten en doen verrichten van onderzoek en het verzorgen van documentatie op het gebied van alcohol- en druggebruik. In 1986 zal de SWOAD worden samengevoegd met de FZA.

Overzicht recente beleidsnota's en beleidsvoornemens:

- a. Brief d.d. 15 april 1983 aan de Tweede Kamer over het drugbeleid (17867, nr. 1):
- toenemende ruimte voor vormen van hulpverlening die niet primair zijn gericht op het doorbreken van verslaving als zodanig, maar op het verbeteren van het maatschappelijk en lichamelijk functioneren van verslaafden;
 - vanaf de start van de hulpverlening aandacht schenken aan het proces van maatschappelijk herstel;
 - deskundigheidsbevordering en andere ondersteuning van algemene voorzieningen voor welzijn en gezondheidszorg vanuit de categorale voorzieningen;
 - plan voor de spreiding en differentiatie van functies van verslavingsklinieken;
 - bevorderen van methodiekontwikkeling in de hulpverlening;
 - invoeren registratiesysteem bij de hulpverlening;
 - integreren van voorlichting over alcohol en drugs in het leermateriaal voor het vormingsgebied "bevordering van gezond gedrag" in het basisonderwijs.
- b. Nota volksgezondheid bij beperkte middelen (1983-1984, 18198 nr. 2):
- door middel van voorlichting dient het fenomeen verslaving uit de taboesfeer te worden gehaald;
 - het betrekken van de algemene voorzieningen, met name de eerste lijnszorg, bij de hulp aan verslaafden, door ondersteuning vanuit de verslavingszorg;
 - het bevorderen van een samenhangend netwerk van categorale voorzieningen en het afstemmen van dit netwerk op de algemene voorzieningen;
 - het realiseren van een accentverschuiving in hulpverleningsdoelstellingen, alsmede in hulpverleningsmethoden (nadruk op kortdurende en dagbehandeling).
- c. Nota Jeugdbeleid (1983-1984, 18545, nr. 2):
- ontwikkelen van specifieke voorlichtingsmethoden voor bijzondere risicogroepen;
 - hogere prioriteit van (mede)financiering van voorzieningen die nadruk leggen op preventieve en ambulante werkwijzen;
 - ondersteuning algemene (jeugd)voorzieningen door drughulpverlening om participatie verslaafden te bevorderen;
 - bevorderen samenwerking drughulpverlening en gezins- en kinderszorg in verband met de opvang van kinderen van drugverslaafde ouders;
 - gespecialiseerde hulp en meer samenhang in de hulp voor jonge minderjarige verslaafden;
 - mogelijkheden onderzoeken voor woon-werkprojecten voor (ex-)verslaafde jongeren;
 - opzetten experimenten in eerstelijnszorg voor vroegtijdige onderkenning van verslavingsproblemen.
- d. Nota Alcohol en samenleving, ontwerp-nota inzake een samenhangend alcoholmatigingsbeleid (voor zover betrekking hebbend op preventie en hulpverlening) (1985-1986, 19243, nr. 1 + bijlage):
- opstellen meerjarenplan om tot een doelmatiger en meer systematische aanpak van voorlichtingsactiviteiten te komen;
 - hogere prioriteit aan de benadering van gedragsalternatieven door middel van preventieprojecten, mede in het kader van het jeugdbeleid;
 - vroegtijdig onderkennen van alcoholproblemen in de werksituatie;
 - project alcoholvoorlichtingsplan;
 - een meer evenwichtige verdeling van middelen voor de hulpverlening aan alcoholvoorlichtingsplan;
 - een meer evenwichtige verdeling van middelen voor de hulpverlening aan alcohol- en drugsverslaafden;

- verschuiving van intramurale naar ambulante hulpverlening;
- decategoriseren van de hulpverlening (inschakelen algemene voorzieningen);
- versterken en ondersteunen van de eerste lijn;
- verkorten van de opnameduur;
- integreren van onderwijs over verslaving in medische opleiding;
- nascholing en consultatieve voorlichting vanuit CAD (bij le lijn, Riaggs, maatschappelijke dienstverlening);
- eerstelijnsexperimenten;
- efficiënter uitvoeren van behandelingsfunctie CAD's.

e. Invoering Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG).

De WVG is een middel om de kwaliteit van de verslavingszorg te bevorderen en de samenhang van de voorzieningen te vergroten.

De WVG is in de invoeringsgebieden van toepassing verklaard op de gehele verslavingszorg. Thans worden plannings- en financiële richtlijnen, alsmede kwaliteitseisen opgesteld. Het opstellen van verantwoorde kwaliteitseisen aan de ambulante behandelingsfunctie (CAD's) voor het gehele land zou leiden tot extra kosten van ca f 17 miljoen. Daarnaast is in de planningsnormen van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen, die door de WVG wordt vervangen, een invulling van de capaciteit van verslavingsklinieken voorzien tot 7 bedden per 100.000 inwoners (=1008 bedden, + 70 meer dan er nu zijn, inclusief de verslavingsafdelingen in algemeen psychiatrische ziekenhuizen).

Ontwikkelingen van de problematiek

Tot dusver is de groei van de drugproblematiek gepaard gegaan met een groei van de hulpverleningscapaciteit. De groei van de alcoholhulpverlening is achtergebleven bij de groei van de alcoholproblematiek.

In de ontwerp-'Nota 2000 - uitgangspunten voor de ontwikkeling van het beleid met betrekking tot de volksgezondheid' wordt een prognose van de verslavingsproblematiek in de komende 15 jaar gegeven. Wat de alcoholproblematiek betreft wordt, mede op grond van demografische ontwikkelingen, rekening gehouden met een stijging van het aantal verslaafden dat gebruik maakt van gezondheidszorgvoorzieningen. Zelfs een verdergaande stabilisering van de consumptie zal voornamelijk gepaard gaan met een toenemende druk op de voorzieningen. Dit gegeven wordt bevestigd door een vergelijking met de situatie in het buitenland waaruit blijkt dat er in Nederland geen sprake kan zijn van een verzadigde markt van alcoholhoudende drank.

De ontwikkelingen van de drugproblematiek tot het jaar 2000 zijn moeilijker te voorspellen (zo had niemand in 1970 een beeld van de hedendaagse drugproblematiek). Tot dusver vindt het grootste deel van het druggebruik onder de jongeren plaats. Zij vormen als het ware de toegangspoort van de markt voor de drughandel.

Demografische ontwikkelingen duiden op een verkleining van de groep 15-25 jarigen. Niettemin zijn er in binnen- en buitenland sterke aanwijzingen dat de toename in de variatie van het aanbod een groei van de vraag onder de oudere leeftijdscategorieën tot gevolg heeft.

Bovendien zullen enkele maatschappelijke ontwikkelingen kunnen leiden tot een toename van de verslavingsproblematiek. Gedacht wordt aan onder andere de toenemende individualisering en de toename van het aantal echtscheidingen, waardoor de sociale cohesie en daarmee de sociale controle op riskant gedrag kan afnemen (bij ouders en kinderen). Tevens speelt de vrouwenemancipatie een rol: mannen drinken meer dan vrouwen, zodat met een inhaal-effect moet worden rekening gehouden.

Voorts is er sprake van een toenemende vrije tijd, ook bij werkenden, waardoor er meer tijd is voor riskant gedrag. Tot slot dient gewezen te worden op de toenemende sociale achterstand van verschillende bevolkingsgroepen, als gevolg van de sociaal-economische ontwikkelingen. Een sociaal-economische onzekere positie hangt samen met het ondervinden van verschillende gezondheidsproblemen. Geconcludeerd kan worden dat voornamelijk rekening moet worden gehouden met een vergroting van de verslavingsproblematiek.

Heroverwegingsrapport alcohol- en drugbeleid

Evaluatie van het beleid

1. Inleiding

Bij de evaluatie van het alcohol- en drugbeleid komt de vraag aan de orde of de doelstellingen van het beleid worden bereikt en of dat het gevolg is van een optimale inzet van de beleidsinstrumenten. Hierbij dienen enkele kanttekeningen te worden gemaakt.

Ten eerste blijkt uit de formulering van de centrale doelstelling van het alcohol- en drugbeleid -het voorkomen en opvangen van de risico's die voortvloeien uit het gebruik van alcohol of drugs voor het individu, zijn onmiddellijke omgeving en de maatschappij- dat deze vraag niet eenduidig kan worden beantwoord. Het is van belang een onderscheid te maken in effecten van het beleid op individueel niveau en in effecten op maatschappelijk niveau. Zo is hulpverlening een instrument dat effecten heeft op individuele cliënten, maar veel minder op een maatschappelijk fenomeen (vgl. de hulp bij botbreuken, huwelijksmoeilijkheden, verslaafden, delinquenten). De effectiviteit van de hulpverlening kan dus niet worden afgeleid aan de ontwikkeling van maatschappelijke verschijnselen.

Als tweede kanttekening kan worden opgemerkt dat moeilijk kan worden vastgesteld wanneer het beleid wel of niet effectief of doelmatig is. Het is bijvoorbeeld niet duidelijk of een doelstelling als "beëindiging van de verslaving" optimaal gerealiseerd wordt bij een succespercentage van 10, 20, 30, etc. Hooguit kan de relatieve effectiviteit gemeten worden; bijvoorbeeld: verslavingsklinieken in land X hebben meer succes dan in land Y, of: ambulante hulpverlening is X% minder effectief dan intramurale hulp, maar behandelt Y% meer personen.

Een derde kanttekening heeft betrekking op het vaststellen van een causale relatie tussen interventie en resultaat. Niet alleen wordt deze relatie verstoord door het aanbod van alcohol en drugs, alsmede de maatschappelijke omstandigheden die de consumptie beïnvloeden, zoals in paragraaf 1.1 is uiteengezet. Ook is het vaak moeilijk resultaten te interpreteren in termen van effectiviteit en doelmatigheid. Zo kan niet worden vastgesteld of de doelstelling "voorkomen van alcohol- en drugproblemen" wordt bereikt dankzij preventieve interventies, omdat het onbekend is of de betrokkenen zonder deze interventies wel problemen zouden ondervinden. Over het mislukken van preventieve interventies kan, met inachtneming van andere gedragsbeïnvloedende factoren, wel informatie vergaard worden. Het is betrekkelijk eenvoudig vast te stellen of de betrokkenen verslavingsproblemen ondervinden, ondanks preventieve interventies.

Dezelfde problemen bestaan bij het bepalen van de effectiviteit en doelmatigheid van de hulpverlening. Men kan niet met zekerheid stellen

dat iemand die zijn verslaving heeft weten te beëindigen dit niet had kunnen doen zonder hulpverlening. Het is zelfs moeilijk te bepalen dat interventies die op korte termijn mislukt lijken, bijvoorbeeld omdat de cliënt eenzijdig het contact verbreekt, op langere termijn gezien ook werkelijk mislukt zijn. De ervaring leert immers dat een aantal "mislukte" hulpverleningscontacten vaak de basis vormen voor succes op langere termijn.

Daarnaast beïnvloeden de verschillende hulpverleningsdoelstellingen de effectiviteit van de verschillende hulpverleningsvormen. Zo zal het bestaan van weinig-eisende methadononderhoudsprogramma's het moment uitstellen waarop verslaafden besluiten af te kicken in een kliniek. Anderzijds zal het stellen van eisen omtrent de beëindiging van de verslaving van invloed zijn op de toegankelijkheid van de hulp en daarmee op de mate waarin het lichamelijk en maatschappelijk functioneren van verslaafden kan worden verbeterd.

Een vierde kanttekening bij de beleidsevaluatie betreft het ontbreken van volledige en representatieve gegevens. Zoals uit het onderstaande zal blijken zijn veel gegevens die van belang zijn voor een evaluatie niet beschikbaar. In de korte tijd die voor deze heroverwegingsoperatie beschikbaar is, is getracht een beeld te geven van de effectiviteit en doelmatigheid van het alcohol- en drugbeleid, voorzover dit betrekking heeft op preventie en hulpverlening. De methodologische problemen en de gebrekkige data dienen echter tot uiterste voorzichtigheid te leiden bij het trekken van conclusies.

2 Effectiviteit

2.1. Ontwikkelingen verslavingsproblematiek

Ontwikkelingen in de verslavingsproblematiek of vergelijkingen met het buitenland kunnen een indicatie geven voor de mate waarin de overheid er in geslaagd is de problemen op maatschappelijk niveau te beperken.

Onderstaande tabellen laten zien dat in de afgelopen 15 jaar het alcoholgebruik per hoofd van de bevolking van 15 jaar of ouder met ca. 37% is toegenomen. Het aantal zware drinkers (meer dan 8 standaardglazen alcoholhoudende drank per dag) is waarschijnlijk met ongeveer 87% toegenomen.

TABEL 1 Alcoholgebruik

	per hfd. bev. 15 jr. of ouder	totaal	% drinkers
1970	7,6 lt. ad 100%	721 (x 1000 hl.	84
1975	11,5 lt.	1.176 ad 100%)	86
1980	11,0 lt.	1.213	84
1984	10,4 lt.	1.240	83

bron: 1, 5, 6

TABEL 2 Geschat aantal drinkers van meer dan 8, 12 en 16 standaardglazen alcoholhoudende drank per dag

	meer dan 10 cl/dag (8 standaardglazen)		meer dan 15 cl/dag (12 standaardglazen)		meer dan 20 cl/dag (16 standaardglazen)	
	% van alle drinkers (15 jr. en ouder)	absoluut x 1000	% van alle drinkers	absoluut x 1000	% van alle drinkers	absoluut x 1000
1970	4,4	349,6	2,2	176,8	1,3	103,5
1975	7,4	653,7	3,6	320,3	2,1	180,8
1980	7,2	668,4	3,5	327,7	2,0	185,6
1984	6,8	652,9	3,3	320,7	1,9	181,9

bron: 1

noot: - patiënten in verslavingsklinieken hebben minimaal 15 cl/dag en gemiddeld 25 cl/dag gedronken.
- de schatting is gemaakt op basis van de Ledermann-formule.

Andere indicaties voor een stijging van de alcoholproblematiek sinds 1970 zijn: een toename van het aantal ter kennis van de politie gekomen gevallen van rijden onder invloed van 308%, een toename van het aantal verkeersongevallen met letsel waarbij alcoholgebruik werd geconstateerd met 12% (maar een toename van het aandeel van deze ongevallen in het totaal aantal verkeersongevallen met 42%) en een toename in de sterfte als gevolg van alcoholproblemen met 94% (primaire doodsoorzaak). Een andere indicatie is het aantal opnamen in algemeen psychiatrische ziekenhuizen met als diagnose het Korsakow-syndroom (niet omkeerbare eindfase alcoholverslaving): van 1970 tot en met 1982 een toename van 1430%. In de algemeen psychiatrische ziekenhuizen steeg het aantal opnamen met als eerste diagnose alcoholverslaving sinds 1970 met 141%, in de algemene ziekenhuizen was de stijging van opnames wegens alcohol- of druggebruik (hoofddiagnose) tussen 1975 en 1981: 36% (de stijging met als nevendiagnose alcohol- of druggebruik was 212%).

(bron: 5, 22, 25)

De ontwikkeling van het problematisch druggebruik kan niet anders worden weergegeven dan door de opsomming van grove schattingen, gebaseerd op indrukken van hulpverleningsinstellingen, politiediensten en gemeentebesturen. Hieruit blijkt een toename van de problematiek van ca. 2000%.

TABEL 3 Drugmisbruik

	aantal problematische druggebruikers
1970	1.200 - 1.500
1975	1.000 - 2.000
1980	± 15.000
1985	20.000 - 25.000

bron: 1, 7, 8, 9, 23

De ontwikkeling van het aantal cliënten van hulpverleningsvoorzieningen geeft niet alleen een toe- of afname van de problematiek weer, maar ook een weerspiegeling van wijzigingen in de capaciteit. Dit laatste geldt vooral voor verslavingsklinieken. Bij de CAD's kan sinds 1970 een toename worden geconstateerd van 48% van de cliënten met alcoholproblemen en van 721% van drugverslaafde cliënten.

TABEL 4 Aantallen cliënten van consultatiebureaus voor alcohol en drugs (CAD), verslavingsklinieken (CPZ), algemeen psychiatrische ziekenhuizen (APZ) en instellingen voor maatschappelijke hulp- en dienstverlening aan druggebruikers (MHD)

	CAD's		CPZ ¹⁾		APZ ⁴⁾		MHD		
	alcohol	drugs	alcohol + drugs		alcohol	drugs	intra	semi/ extra	maatsch. herstel
1970	11.000	1.400	304 (1551) ²⁾		... (790)	... (317)			
1975	12.400	4.200	347 (1880)		... (1970)	... (644)			
1980	14.400	6.600	521 (3694)		842 (1878)	137 (679)	250	8.000	...
1985	16.300 ³⁾	11.500 ³⁾	619 (5122) ³⁾		916 (2027) ³⁾	182 (1024) ³⁾	610	10.100	1500

1) 1e kolom: aantal cliënten per 31/12

2e kolom: aantal opnamen in een jaar

2) getallen 1972

3) kolom CAD: getallen 1984; kolom CPZ/APZ: getallen 1983

4) opnamen wegens andere alcohol of drugsgerelateerde stoornissen, zonder dat van verslaving sprake is, zijn niet meegeteld

bron: 1, 2, 3, 10

Hieruit blijkt dat de druk op de voorzieningen sinds 1970 aanzienlijk is toegenomen. Een stijging van 124% van de cliënten van de CAD's, een stijging van 230% van het aantal opnamen in verslavingsklinieken en van 176% van het aantal opnamen in algemeen psychiatrische ziekenhuizen.

Conclusie

Uit bovenstaande gegevens kunnen geen conclusies worden getrokken over de effectiviteit van overheidsbeleid met betrekking tot de hulpverlening en preventie op het maatschappelijke fenomeen verslaving. Wel kan worden geconcludeerd dat de noodzaak om actief beleid te voeren aangetoond wordt door de groei van de verslavingsproblematiek. De groei van deze problematiek legt een groter wordend beslag op de hulpverlening.

2.2. Doelstellingen preventie en hulpverlening

- voorkomen van alcohol- of drugproblemen

Zoals in de inleiding (1.6.1.) reeds is opgemerkt kan niet worden vastgesteld in hoeverre hulpverlening en preventie een bijdrage leveren aan het verminderen van het fenomeen verslaving op maatschappelijk niveau.

Evenmin kan worden bepaald in hoeverre preventieve interventies op individueel niveau tot minder of geen verslavingsproblemen leiden. Wel kan worden gesteld dat de doelstelling "voorkomen van alcohol- en drugproblemen" in de afgelopen jaren betrekkelijk weinig aandacht heeft gehad, waardoor zich weinig personen met preventieve werkzaamheden hebben beziggehouden. Zo is bij de CAD's de verhouding tussen preventie en hulpverleningsfunctionarissen ongeveer 35 : 470 (= 1 : 14). De belangrijkste verklaring hiervoor is dat de noodzaak en wenselijkheid om actuele en dringende verslavingsproblemen door middel van hulpverlening tegen te gaan zwaarder heeft gewogen dan het voorkomen van (nog) niet bestaande problemen.

Er is wel onderzoek beschikbaar waaruit verschillen blijken in effectiviteit van preventiemethoden. Ook goede voorlichtingsprogramma's blijken er niet of nauwelijks in te slagen het gebruik van alcohol of drugs te veranderen. Dergelijke programma's hebben in het algemeen een toename van de feitenkennis en een meer genuanceerde meningsvorming tot gevolg (30, 34, 38).

Belangrijker is de vraag of het overheidsbeleid op het gebied van preventie er in geslaagd is alcohol- en drugproblemen te voorkomen. Het feit dat de verslavingsproblematiek sterk is toegenomen en dat aan preventie relatief weinig aandacht wordt besteed leidt tot de conclusie dat de instrumenten (preventieve interventies) ontoereikend zijn voor het behalen van de doelstelling.

- beëindigen van de verslaving

Over de effecten van hulpverlening zijn enkele relevante gegevens beschikbaar.

De doelstelling "beëindiging van de verslaving" kan worden bereikt door middel van ambulante ontwenningprogramma's (bij drugverslaafden vaak door methadonreduktie-kuren) of verslavingsklinieken.

Er zijn uitsluitend gegevens beschikbaar over aantallen cliënten die een bepaald programma al dan niet afmaken. Follow-up gegevens over bijvoorbeeld terugval in de verslaving, hetgeen regelmatig voorkomt, ontbreken veelal.

Een overzicht van Nederlandse evaluatiegegevens levert het volgende beeld op.

Ambulante ontwenningprogramma's worden meestal uitgevoerd door de CAD's. In de behandeling van drugverslaafden duurt zo'n programma meestal 1 à 2 maanden. Het blijkt dat tussen de 25% en 54% van de drugverslaafde cliënten het programma afmaakt en dan geen methadon of heroïne meer gebruikt (11, 29). De ervaring leert echter dat de terugval groot is en dat deze vorm van hulpverlening slechts voor een betrekkelijk kleine groep drugverslaafden geschikt is. Vaak wordt meer dan één behandelprogramma doorlopen. Uit een evaluatie-onderzoek van een CAD in de randstad bleek dat na 2¹/₂ - 3 jaar na de inschrijving van de cliënten 70% niet meer in behandeling was en dat 58% geen hard drugs meer gebruikte. 34% hiervan zei dat deze situatie dankzij het CAD was bereikt en 31% had dit op eigen kracht bereikt (12).

Een veelbelovende ontwikkeling is de gezinstherapie bij drugproblemen. Thans wordt door WVC evaluatie-onderzoek naar deze vorm van hulpverlening gefinancierd. De eerste gegevens duiden op een relatief laag uitvalpercentage en verbeteringen op het gebied van gebruik van drugs, sociaal functioneren en sfeer in het gezin (36). Ook hier geldt dat deze vorm van hulpverlening voor betrekkelijk weinig cliënten geschikt is. Bovendien zullen de kosten per cliënt hoog uitvallen.

Evaluatie-onderzoek naar de ambulante behandeling van alcoholisten is niet beschikbaar. Het is evenwel een ervaringsfeit dat een succesvolle ontwenningsskuur voor relatief weinig cliënten bereikt kan worden. De terugval is groot. Vaak worden meerdere programma's doorlopen.

Een meer intensieve behandeling wordt gegeven in de verslavingsklinieken. De klinieken vormen qua behandel doelstelling en behandel methode een gevarieerd beeld. Vergelijkbare gegevens zijn er niet. In grote lijnen kan het volgende onderscheid gemaakt worden:

- crisisopvang (2-4 dagen)
- ontwenning (lichamelijke detoxificatie) (±1 maand)
- kortdurende behandeling (tot ±6 maanden)
- langdurende behandeling (6-12 maanden)

In de landelijke registratie van patiëntengegevens wordt geen onderscheid gemaakt in deze behandel functies. De beschikbare informatie geeft aan dat verreweg de meeste opnamen betrekking hebben op crisis-

opvang en detoxificatie. In één kliniek werden bijvoorbeeld 299 verslaafden opgenomen: 45% voor crisisopvang en 55% voor detoxificatie. Na de detoxificatie volgde voor 22% een voortgezette behandeling (is 13% van het totaal aantal opnamen: 87% verlaat binnen 1 maand de kliniek) (37).

Deze cijfers komen overeen met het landelijk beeld.

49% van alle verslaafden (alcohol en drugs, n=3492 in 1982) verlaat binnen 2 weken de verslavingskliniek. Deze groep bezet 0,94% van de capaciteit. 93% verlaat binnen 6 maanden de kliniek. Ongeveer 7% van alle opgenomen verslaafden blijft dus 6 maanden of langer in een kliniek, 3,2% 9 maanden of langer en 1,3% 1 jaar of langer. Van de groep verslaafden die meer dan twee weken blijven is het percentage dat 6 maanden of langer blijft ± 13% (gegevens uit 1982 over 50% van de klinische capaciteit. Vergeleken met 1980 en 1981 zijn er weinig veranderingen) (15).

Naar de resultaten van de kort- en langdurende behandelprogramma's is bij enkele klinieken onderzoek gedaan. Zo bleek bij een kliniek 21% (n=82) van degenen die met het programma begonnen de zeer langdurende behandeling na gemiddeld 31 maanden regulier te beëindigen. 76% van de drugverslaafden uit deze groep gebruikte geen hard drugs meer sinds het ontslag (14).

Uit onderzoek naar alcoholverslavingsklinieken blijkt dat ongeveer de helft van de opgenomen personen na het beëindigen van de behandeling gestopt is met alcohol of er matig gebruik van maakt (32, 33).

Conclusie

Er zijn onvoldoende gegevens beschikbaar over de effectiviteit van ontwenningssgerichte voorzieningen.

Op grond van de beschikbare gegevens zou het aannemelijk zijn dat na een inschrijvingsduur van gemiddeld 18 maanden in een CAD, waarin vaak meer dan één behandelprogramma wordt gevolgd, ongeveer 20 tot 40% van de cliënten geen drugs meer gebruikt. Indien wordt uitgegaan van de resultaten van één bepaalde verslavingskliniek blijkt dat ongeveer 16% van de ingeschreven drugverslaafden drugvrij is gebleven. Bij alcoholverslaafden lijkt dat percentage enigszins hoger te liggen.

Uit deze gegevens kunnen geen conclusies worden getrokken over verschillen in effectiviteit tussen de behandeling in een verslavingskliniek en een ambulante behandeling. De aard van de verslavingsproblematiek bij personen die worden opgenomen in een kliniek kan immers sterk verschillen met die van cliënten van ambulante programma's, hetgeen het resultaat van de interventie beïnvloedt.

- verbeteren van het lichamelijk en sociaal functioneren

Deze doelstelling is vooral gericht op druggebruikers en kan worden bereikt door methadononderhoudsprogramma's (CAD's, GGenGD'en) en instellingen voor maatschappelijke hulp- en dienstverlening aan druggebruikers.

Deze doelstelling heeft de laatste jaren een sterker accent gekregen toen bleek dat de ontwenningprogramma's slechts voor een betrekkelijk klein aantal drugverslaafden succesvol waren. Ook voor deze vormen van hulpverlening zijn slechts fragmentarische gegevens beschikbaar.

Het meeste onderzoek is gedaan naar methadonprogramma's. Door methadon-onderhoudsprogramma's loopt het bijgebruik van heroïne gemiddeld met 86% terug (16). 73% van de cliënten staakt het bijgebruik (13). Dit heeft tot gevolg dat de noodzaak om op illegale wijze inkomsten te verwerven navenant afneemt. Hierdoor kan de levenswijze in gunstige zin worden veranderd, hetgeen zich uit in een verbeterde gezondheid en het onderhouden van sociale contacten buiten de drugswereld (31).

Ambulante methadon-onderhoudsprogramma's hebben een langere duur dan ambulante ontwenningprogramma's. Niettemin is het bereik van onderhoudsprogramma's groter omdat zij minder eisen stellen aan de cliënten. Opmerkelijk is dat onderhoudsprogramma's de aanzet kunnen geven tot een drugvrij leven, evenals de ontwenningprogramma's die hierboven zijn besproken. Zo blijkt uit onderzoek dat ongeveer 20% van de cliënten stopt met het gebruik van methadon en heroïne (18, 28, 31).

Uit voorhanden jaarverslagen van instellingen voor maatschappelijke hulp- en dienstverlening aan druggebruikers valt over het bereiken van de doelstelling het volgende op te maken.

De druggebruikers die een beroep op deze instellingen doen, doen dit veelal pas in een stadium dat zij zich niet (meer) zelfstandig kunnen redden. Zij ervaren tekorten in de primaire levensbehoeften zoals vaste huisvesting en een doorlopende uitkering en velen hebben psychische of relatieproblemen. Zodra met het druggebruik, de elementaire levenscondities sterk achteruit gaan, wordt een beroep op deze vorm van hulpverlening gedaan om gelijktijdig een veelheid van materiële en immateriële zaken recht te trekken en de betrokkenen zo goed mogelijk weerbaar te maken.

De intensiteit van de zorgverlening is uiteraard verschillend naar gelang volstaan kan worden met ambulante begeleiding of een procesachtige hulpverlening in een intramurale setting noodzakelijk wordt bevonden.

De vangnetfunctie van straathoekwerk en ambulante opvang blijkt volgens diverse jaarverslagen uit het brede aanbod van diensten die worden verleend: De 4 meest genoemde instanties waarmee contact werd gezocht betreffen GG & GD/methadonpost, rechtshulp, GAB en huisvestingsbemiddeling.

Met behulp van de residentiële opvang kan in belangrijke mate de opstap worden gemaakt naar zelfstandig functioneren.

Uit jaarverslagen van 4 maatschappelijk herstel- en nazorgprojecten blijkt dat ongeveer 1/3 -ontwend- op eigen benen is komen te staan, veelal met werk of opleiding en een eigen huisvesting.

Conclusie

Kwantitatieve gegevens werden slechts gevonden over methadon-onderhoudsprogramma's. Onderhoudsprogramma's lijken er in te slagen het heroïnegebruik aanzienlijk te reduceren. Hierdoor vermindert de noodzaak door middel van bijvoorbeeld criminaliteit en prostitutie inkomsten te verwerven en kan het lichamelijk en sociaal functioneren worden verbeterd. Dat in een aantal programma's ca. 20% heroïne- en methadonvrij is geworden lijkt aan te geven dat in resultaten in termen van ontwenning weinig verschil bestaat met ambulante ontwenningprogramma's, hoewel ook met deze vergelijking rekening moet worden gehouden met mogelijk verschillende populaties. Onderhoudsprogramma's duren langer, maar hebben een groter bereik.

Programma's van instellingen voor maatschappelijke hulp- en dienstverlening voorzien in belangrijke mate in een vangnetfunctie voor die druggebruikers, die niet voor overige hulpverlening bereikbaar zijn. Ambulante instellingen "regelen" veel acute materiële en immateriële noden. Residentiële en rehabilitatieprogramma's vervullen een belangrijke rol bij de voorbereiding op het zelfstandig wonen en het zich handhaven in de maatschappij.

2.3. Doelstellingen voorwaardenscheppend overheidsbeleid - gedifferentieerd en samenhangend netwerk van voorzieningen

a. differentiatie

De differentiatie van voorzieningen is sterk toegenomen. In de afgelopen 15 jaar hebben de CAD's en de verslavingsklinieken voor een constant hulpaanbod gezorgd. Dit hulpaanbod is geografisch gezien vergroot door een toename van het aantal spreekuur-adressen van de CAD's en een toename van het aantal klinieken. Een differentiatie in werkwijze heeft ook bij deze instellingen plaatsgevonden (meer verschillende behandelprogramma's). De grootste mate van verscheidenheid heeft echter in geografische en in werk-inhoudelijke zin plaats gevonden bij de instellingen voor maatschappelijke hulp- en dienstverlening aan druggebruikers. Op deze wijze is getracht het hulpaanbod zoveel mogelijk te laten aansluiten op de gedifferentieerde hulpvraag. Onderstaande tabellen lichten een en ander toe.

TABEL 6 Exploitatiekosten (in mln. guldens)

	CAD's	CPZ ³⁾	MHD ²⁾	
1970	5	9 ¹⁾	-	
1975	16	14	14	
1980	44	37	27	10,5 intramuraal
1984	65	48	49	29,6 ambulant/semi-muraal
				7,4 maatschappelijk herstel

1) getallen 1972

2) voor 1977 inclusief financiering krachtens de Algemene Bijstandswet, MHD=Maatschappelijke Hulp- en Dienstverlening aan druggebruikers

3) CPZ=Categoriaal Psychiatrisch Ziekenhuis (ofwel: verslavingskliniek)

bron: 1, 3, 4

Uit deze gegevens blijkt een forse stijging van het budget van de verslavingszorg: sinds 1975 voor de CAD's 306%, voor de verslavingsklinieken 243% en voor de maatschappelijke hulp- en dienstverlening 250%.

Om een vergelijking in de kostenontwikkeling van de CAD's en de MHD-instellingen mogelijk te maken is een uitsplitsing nodig van de kostentoerekening aan alcohol- en aan drugscliënten. De MHD-instellingen werken namelijk uitsluitend voor drugverslaafden. Uit de beschikbare informatie kan de veronderstelling worden afgeleid dat in de heden-daagse ambulante hulpverlening aan een drugverslaafde ongeveer 2 maal zoveel tijd wordt besteed dan aan een alcoholverslaafde (11). Verondersteld dat deze verhouding in 1970, 1975 en 1980 dezelfde is, zou de kostenontwikkeling van de CAD's als volgt kunnen worden onderscheiden:

TABEL 6A Kosten CAD's (mln. guldens)

	alcohol	drugs	totaal
1970	4,1	1,1	5,2
1975	9,6	6,4	16,0
1980	23,3	21,2	44,5
1985	26,9	38,5	65,4

Let wel: tabel 6A suggereert in de kolommen alcohol en drugs ten onrechte een exactheid en is gebaseerd op een niet meer te verifiëren aanname.

Uit deze tabel zou volgen dat de kostengroei van de CAD's voor wat betreft de drughulpverlening sinds 1975 ongeveer 500% zou moeten zijn, terwijl de kostengroei van de MHD-drughulpverlening sinds 1975 ongeveer 250% is.

TABEL 7 Arbeidsplaatsen

	CAD's	CPZ	MHD	
1970	-	±250	-	
1975	388	286	±200	40 intra
1980	681	421	423	383 semi/extra
1983/85	829	554	515	intra semi/extra maatschappelijk herstel

bron: o.a. 1, 10, 3

Bovengenoemde veronderstellingen bij de verdeling van werktijd ten behoeve van alcohol- en drugscliënten bij de CAD's leidt tot de volgende uitsplitsing van tabel 7:

TABEL 7A Arbeidsplaatsen CAD's

	alcohol	drugs	totaal
1975	233	155	388
1980	357	324	681
1985	341	488	829

Indien de veronderstellingen juist zijn, betekent dit dat de aandacht van de CAD's, uitgedrukt in personeelsomvang, voor de alcoholproblematiek sinds 1980 enigszins (5%) zou zijn afgenomen. Indien de tijdsbesteding aan drugscliënten méér dan 2 maal zo groot is als de tijdsbesteding aan alcoholcliënten, dan is de aandacht van de CAD's voor de alcoholproblematiek met méér dan 5% teruggelopen.

De toename in verscheidenheid van voorzieningen voor maatschappelijke hulp- en dienstverlening blijkt uit tabel 8.

TABEL 8 Projecten maatschappelijke hulp- en dienstverlening

	1977	1980	1985
- preventie	2	6	9
- straathoekwerk	2	12	21
- maatschappelijke begeleiding en ambulante opvang	3	23	39
- residentiële opvang	7	13	14
- maatschappelijk herstel	2	9	19
- landelijk ontwenningcentra op levensbeschouwelijke of etnisch-culturele grondslag		4	5

b. spreiding

De geografische spreiding van voorzieningen is eveneens sterk toegenomen. De alcoholproblematiek is gelijkmatig over het land verspreid, terwijl de drugproblematiek zich concentreert in grotere steden. Daar ambulante hulpverlening en intramurale crisisopvang voor de cliënten goed bereikbaar moeten zijn is het van belang te bezien of de spreiding van deze typen voorzieningen overeenkomt met de spreiding van de problematiek. Uit tabel 9 kunnen de volgende conclusies worden getrokken:

- Ongeveer 12% van de alcoholproblematiek en 51% van de drugproblematiek bevindt zich in de drie grootste steden. Het totale hulpaanbod (alcohol en drugs) is in die regio's 41%. Amsterdam is relatief onderbedeeld.
- In de provincies Groningen, Friesland en Drente is de omvang van de alcohol- en drugproblematiek ongeveer 11% respectievelijk 7% van het land, terwijl het voorzieningenaanbod 12% bedraagt. Deze regio's zijn derhalve overbedeeld (met name de CAD- en MHD-drughulpverlening in Groningen).
- De intramurale crisisopvang is zeer ongelijkmatig verdeeld over het land. Dit geldt ook voor de intramurale behandelvoorzieningen, hoewel dit uit een oogpunt van bereikbaarheid minder bezwaarlijk kan worden geacht.

TABEL 9 Geografische spreiding voorzieningen 1985¹⁾

provincie	bevolking ²⁾	alcoholver- slaafden ³⁾	drugver- slaafden ⁴⁾	CAD's + GGenGD'en ⁵⁾	MHD ⁶⁾	APZ + CPZ ⁷⁾		TOTAAL ⁸⁾
						crisis/detox	anders	
- Noord-Holland (waarvan A'dam)	16% (5)	16% (5)	41% (33)	27% (18)	30% (23)	16% (16)	28% (16)	27% (18)
- Zuid-Holland (waarvan R'dam) (waarvan D-Haag)	22 (4) (3)	22 (4) (3)	23 (12) (6)	19 (11) (8)	28 (16) (7)	47 (10) (37)	31 (14) (8)	27 (13) (10)
- Utrecht (waarvan stad)	6 (2)	6 (2)	5 (4)	4	6 (6)	0	0	3
- Groningen	4	4	2	5	6	6	0	4
- Friesland	4	4	2	4	1	0	0	2
- Drenthe	3	3	3	3	1	0	13	6
- Overijssel	7	7	4	7	3	0	0	3
- Flevoland	1	1	0			0	0	
- Gelderland	12	12	8	9	10	18	12	11
- Limburg	8	8	5	8	6	8	4	6
- Noord-Brabant	15	15	6	10	8	6	13	10
- Zeeland	2	2	1	3	1	0	1	2
TOTAAL	100 n=14,4 mln.	100 n=0,32 mln.	100 n=18.030	101 n=f 73.2 mln.	101 n=f 44,5 mln.	101 n=145 bedden (= ca. f 75 mln.)	100 n=738 bedden	101 n=f 192,7 mln.

- 1) alle gegevens zijn in procenten weergegeven.
- 2) CBS-Bevolking der gemeenten van Nederland op 1 januari 1985.
- 3) er wordt uitgegaan van 321.000 alcoholverslaafden (zij die dagelijks 15 cl alcohol (12 standaardglazen) drinken, zie tabel 2) en van een evenredige spreiding van alcoholverslaafden over het land.
- 4) gebaseerd op schattingen van gemeentebesturen.
- 5) CAD's zijn arrondissementaal ingedeeld. In deze tabel is het CAD Deventer (arrondissement Zutphen) aan de provincie Gelderland toegerekend. Indexering op basis van de subsidie voorschotten 1984. Tevens is de geografische verdeling van de GG en GD-methadonprogramma's in deze kolom opgenomen (CAD: 65,6 mln; gemeentelijke plannen: 7,6 mln.). Uitsplitsing naar arrondissement Amsterdam, Rotterdam en 's-Gravenhage.
- 6) indexering op basis van rijksbijdragen aan gemeenten in 1985 (inclusief proefgebieden, exclusief landelijke voorzieningen).
- 7) indexering op basis van aantallen "verslavings-bedden".
- 8) op grond van geschatte totaaluitgaven. Uitgaven CPZ en APZ in deze tabel begroot op ca. f 75 miljoen.

bron: 39, 40, 41.

c. verwijzingen klinieken

De noodzaak om de samenhang van de voorzieningen te bevorderen werd sterker naarmate de differentiatie toenam. Door middel van verwijzingscijfers kan bezien worden of een "theoretische" samenwerking bijvoorbeeld tussen straathoekwerk dat doorverwijst naar een ambulante hulpinstelling, of tussen een verslavingskliniek en de ambulante hulpverlening (nazorg) daadwerkelijk wordt toegepast.

De verslavingsklinieken registreren verwijzingen. De instelling die het meest naar een kliniek verwijst is het CAD: 46% van de opgenomen mannen en 36% van de opgenomen vrouwen is door het CAD verwezen.

TABEL 10 Verwijzing naar verslavingskliniek 1982

verwezen door:	alcohol		drugs		alcohol en drugs		Totaal
	M	V	M	V	M	V	
huisarts	13%	16%	2%	0%	10%	11%	10%
eigen verzoek	13	13	37	45	19	23	20
Riagg (SPD)	12	13	0	0	9	9	9
CAD	48	38	41	32	46	36	44
anders	15	20	20	22	16	21	17
totaal	101%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	(n=1920)	(n=475)	(n=619)	(n=214)	(n=2549)	(n=689)	(n=3228)*

* In dit totaalcijfer zijn niet begrepen de 264 opnamen met een andere diagnose dan alcohol- of drugverslaving respectievelijk -psychose.

bron: 15 (bewerkt)

De CAD's spelen in de verwijzingen van alcohol- en drugverslaafden naar de algemeen psychiatrische ziekenhuizen een minder centrale rol. Voor alcoholverslaafden is de huisarts de belangrijkste verwijzer (27%), voor drugverslaafden het CAD (29%).

TABEL 10A De 4 meest genoemde verwijzingen van verslaafden naar algemeen psychiatrische ziekenhuizen

verwezen door:	alcohol	drugs
huisarts	27%	
SPD (Riagg)	22	13
CAD	15	29
anders		10
eigen verzoek	9	20

bron: 24

Het CAD is ook de instelling naar wie de verslavingsklinieken het meest verwijzen, hetzij voor de nazorg, hetzij in een situatie waarin een intramurale behandeling niet lukt.

TABEL 11 Verwijzing door de verslavingskliniek 1982 (n=3492)

verwezen naar:	alcohol		drugs		totaal*	
	M	V	M	V	M	V
CAD	57%	49%	8%	9%	42%	34%
onbekend	25	23	81	79	40	44
huisarts	3	7	-	-	4	5
polikliniek CPZ	4	8	1	2	3	6
geen	5	5	3	2	4	4
anders	6	8	7	8	7	8
totaal	100%	100%	100%	100%	100%	101%
	(n=1907)	(n=474)	(n=633)	(n=209)	(n=2742)	(n=750)

* Het absolute totaal cijfer is bij de mannen 202 en bij de vrouwen 67 hoger dan de som van de kolommen alcohol en drugs omdat een aantal opnamediagnosen niet meer zijn terug te voeren tot het gebruik van alcohol of drugs.

bron: 15 (bewerkt)

De verwijzigingen van alcohol- en drugverslaafden door algemeen psychiatrische ziekenhuizen laten een enigszins anders verwijzingspatroon zien, hoewel ook hier het CAD de meest gebruikte instantie is.

TABEL 11A De 4 meest genoemde verwijzingen van verslaafden door algemeen psychiatrische ziekenhuizen

verwezen naar:	alcohol	drugs
huisarts	20%	
SPD (Riagg)	11	
eigen polikliniek	12	
CAD	23	18%
anders		8
onbekend		32
geen		11
bron: 24		

Een aantal zaken vallen op:

- Het CAD is de instelling die bij de verwijzingen naar en door verslavingsklinieken en algemeen psychiatrische ziekenhuizen de meest centrale rol speelt.
- De verwijzingspatronen bij alcoholverslaafden verschillen met die van drugverslaafden. Drugverslaafden worden relatief vaak op eigen verzoek (zonder verwijzing) in een verslavingskliniek opgenomen en zonder verwijzing ontslagen. Dit zou kunnen betekenen dat de samenhang van voorzieningen in de hulpverlening aan drugverslaafden minder sterk is dan in de hulpverlening aan alcoholverslaafden.
- De eerstelijnszorg en de Riagg's spelen een betrekkelijk geringe rol in relatie tot de intramurale hulpverlening. Hetzelfde geldt voor de instellingen voor maatschappelijke hulp- en dienstverlening aan drugverslaafden die zelf niet of nauwelijks verwijzen en naar wie niet of nauwelijks wordt verwezen.
- Het is opvallend dat de huisarts vooral alcoholverslaafden rechtstreeks verwijst naar een kliniek en kennelijk niet eerst naar de ambulante hulpverlening, hetgeen een logischer stap is gezien de voorkeur voor zo licht mogelijke interventies. Een reden hiervoor zou kunnen zijn dat de huisarts in crisissituaties uitsluitend is aangewezen op de intramurale zorg bij gebrek aan ambulante alternatieven.
- De Riagg speelt in de verwijzingen naar een algemeen psychiatrisch ziekenhuis een aanmerkelijk belangrijkere rol dan in de verwijzing naar een verslavingskliniek. Het CAD oriënteert zich meestal op een verslavingskliniek. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat het verwijzingsgedrag van Riaggs in het algemeen georiënteerd is op algemeen psychiatrische ziekenhuizen.

Uit een vergelijking tussen 1980 en 1982 blijkt dat voor de nazorg minder verwijzingen plaatsvinden naar huisartsen. De druk op de CAD's blijft procentueel gelijk, maar neemt in absolute zin toe. Het aantal cliënten dat met onbekende bestemming uit de kliniek is ontslagen, is sterk toegenomen.

TABEL 12 Verwezen door verslavingskliniek

naar:	1980 (n=2677)		1982 (n=3492)	
	m	v	m	v
CAD	41%	31%	42%	34%
huisarts	24	28	4	5
overige	7	11	10	13
geen	4	6	4	4
onbekend	23	23	40	44

bron: 15

d. verwijzingen CAD's

Bij de CAD's en de instellingen voor maatschappelijke hulp- en dienstverlening wordt geen systematische registratie van verwijzingen bijgehouden. Enkele gegevens van een aantal CAD's zijn:

TABEL 13 Verwijzingen naar CAD's (excl. randstad)

	1981			1984		
	alcohol	drugs	totaal	alcohol	drugs	totaal
eigen initiatief	29%	43%	31%	25%	53%	37%
verwijzing (waarvan door huisarts)	36%	35%	30%	37%	25%	32%
	(13%)	(6%)	(12%)	(14%)	(7%)	(12%)
justitie	35%	39%	33%	38%	22%	31%
totaal	100%	98%	94%	100%	100%	100%

- noot: - tabel 1981 uit jaarverslagen van 6 CAD's buiten de randstad (n=5197 cliënten). Kolom alcohol en kolom drugs uit 3 van deze CAD's (n=1616)
- tabel 1984 uit jaarverslagen van 4 CAD's buiten de randstad (n=5637). Kolom alcohol en kolom drugs uit 3 van deze CAD's (n= 4861).
- van de CAD's in de randstad is geen materiaal voor een vergelijking tussen 1984 en 1981 aanwezig.

bron: 11

Uit deze tabel blijkt dat ongeveer $\frac{1}{3}$ van de cliënten bij het CAD terecht komt op eigen initiatief, $\frac{1}{3}$ door middel van een verwijzing van een andere hulpverleningsinstelling en $\frac{1}{3}$ op verzoek van justitie. Tussen 1981 en 1984 zijn in dit patroon geen grote veranderingen zichtbaar.

De verdeling van cliënten is in de randstad per stad anders. In Rotterdam kwam in 1981 en 1982 ca. 35% van de alcohol- en drugscliënten op eigen initiatief, 27% via een andere hulpverlenende instantie (verwijzing) en 37% via justitie. Opmerkelijk is dat bijna de helft van de drugscliënten via justitie binnenkwam (11).

In Den Haag was de situatie anders: tussen 1978 en 1982 kwam ongeveer de helft van de alcoholcliënten op eigen initiatief bij het CAD, de heroïneverslaafden komen in een ruime meerderheid op eigen initiatief (in 1981: 54% en in 1982: 71%). Verwijzingen naar het CAD vinden plaats bij ongeveer $\frac{1}{3}$ van de alcoholcliënten in 1981 en ongeveer $\frac{1}{4}$ van de drugscliënten. Justitie speelt een betrekkelijk geringe rol: 5% van de alcoholcliënten en 21% van de drugscliënten komt via justitie bij het CAD (19).

e. verwijzingen MHD

Voor verwijzingen naar en door instellingen voor maatschappelijke hulp- en dienstverlening kan slechts een beeld worden gevormd op basis van de voorhanden jaarverslagen.

Typerend voor contacten van straathoekwerk en laagdrempelige ambulante opvang is, dat deze de cliënten gewoonlijk bereiken zonder voorliggende voorziening. Er bestaan werkcontacten met eerstelijnszorg, jongerencentra, reclassering en CAD's. Het verwijzingspatroon naar residentiële voorzieningen is meer divers; die dag- en nachtcentra die (in een regio) een unieke plaats innemen, doordat ze direct openstaan -zonder indicatie vooraf-, kennen rechtstreekse meldingen en aanmeldingen via ambulant werk.

Andere krijgen verwijzingen via verschillende circuits.

Verwijzingen door de ambulante hulpverlening blijken instanties van velerlei aard te omvatten: medische en uitkeringsinstanties, gevangene-

nis, scholings- en werkprojecten, sporttraining, rechtshulp, huisvestingsbureaus. Voorts kan het contact dat vrijwillig is aangegaan ook (voortijdig) worden afgebroken of (tijdelijk) verloren gaan.

Residentiële projecten bereiden doorgaans voor dat betrokkenen zich zelfstandig kunnen handhaven (eigen woning, werk).

Cliënten die op grond van indicaties daarvoor in aanmerking komen worden doorverwezen, bijvoorbeeld naar (psychiatrische) ziekenhuizen.

f. beleidsplannen

Met een gemeentelijk drugbeleidsplan wordt een bestuurlijk instrument gecreëerd waarmee vooral MHD-instellingen in één samenhangend netwerk van voorzieningen kunnen worden ondergebracht. Het aantal gemeentelijke beleidsplannen bedroeg in de periode 1975-1979: 25, en in de periode 1980-1985: 58. In 1985 hadden 54 gemeenten in hun beleidsplan nadrukkelijk het CAD en 7 gemeenten een verslavingskliniek in hun beleid betrokken.

Op landelijk niveau bestaat enige jaren de gedragslijn dat uitbreidingen van de centraal gesubsidieerde CAD's -voorzover het niet om reclasseringsfuncties gaat- niet anders dan na gemeentelijke instemming worden toegestaan. Voorts worden belanghebbende gemeenten geraadpleegd indien aan WVC toestemming voor de oprichting of uitbreiding van een verslavingskliniek wordt gevraagd.

g. overige indicaties

Niet alleen verwijzingspatronen of het bestaan van lokale beleidsplannen, ook de meningen van de verschillende voorzieningen over elkaar geven een indicatie voor de mate van samenhang. Onderzoek naar de meningen van huisartsen, ambulante, semi-murale en intramurale voorzieningen voor de hulpverlening aan alcoholverslaafden is in de regio Nijmegen gedaan. Uit dat onderzoek bleek dat de meeste onvrede bestond over de intramurale voorzieningen: onvoldoende plaatsen, lange wachttijden en het ontbreken van een goede crisisopvang. De tevredenheid was het grootst over de ambulante voorzieningen, hoewel men in het algemeen van mening was dat de kwaliteit van de zorg kon worden verbeterd. De semi-murale hulpverlening schoot in kwantitatief en kwalitatief opzicht tekort (35).

Conclusie

Uit bovenstaande gegevens blijkt dat de omvang, verscheidenheid en geografische spreiding van de voorzieningen in de afgelopen jaren is toegenomen, met name op het gebied van de drughulpverlening. Ondanks de groei van de alcoholproblematiek is de capaciteit van de ambulante alcoholhulpverlening in de afgelopen jaren vermoedelijk enigszins teruggelopen, hetgeen verklaard wordt door een toenemende aandacht voor

drugproblemen. Gelet op de verschillen in omvang van de verslavingsproblematiek is Amsterdam relatief onderbedeeld en Groningen relatief overbedeeld. De geografische spreiding van intramurale crisis-detoxificatie voorzieningen komt niet overeen met de spreiding van de problematiek.

Opnamen van verslaafden in een verslavingskliniek of een algemeen psychiatrisch ziekenhuis vinden plaats in samenhang met andere voorzieningen. Die samenhang is sterker in de hulpverlening aan alcoholverslaafden dan in de hulpverlening aan drugverslaafden. Het CAD speelt in deze verwijzingen de meest centrale rol. Over de MHD-instellingen zijn geen kwantitatieve gegevens beschikbaar.

Door een toenemende aandacht van gemeentebesturen voor voorzieningen in de drughulpverlening waarover zij geen formele zeggenschap hebben (CAD's, klinieken) wordt op lokaal niveau vaker de voorwaarde geschapen voor een grotere samenhang van voorzieningen. De besluitvormingsprocedures op nationaal niveau dragen daaraan bij.

- het vergroten van de bereikbaarheid, doelmatigheid en effectiviteit van de voorzieningen

Tot het begin van de 80-er jaren is de drughulpverlening tezeer gericht geweest op een beperkte groep verslaafden die bereid waren te stoppen met druggebruik. De grootste groep bleef zodoende buiten het bereik van de hulpverlening. Daarnaast ontstond in die tijd steeds meer het besef dat de hulpverlening aan drugverslaafden rekening moest houden met hun maatschappelijke positie. Immers zonder adequate scholing, behuizing of zonder het hebben van werk zal de kans op terugval in het verslavingsgedrag groter zijn. In het drugbeleid hebben de vergroting van de bereikbaarheid van de hulpverlening en het bevorderen van het maatschappelijk herstel sinds 1981 grote aandacht gehad. De bereikbaarheid van de hulp werd vooral vergroot door het financieren van methadonprogramma's, straathoekwerk en gemakkelijk toegankelijke opvangcentra. Het maatschappelijk herstel werd bevorderd door het financieren van voorzieningen die zich richten op verbetering van de woon-, werk- en scholingssituatie van (ex-)verslaafden. Het zal duidelijk zijn dat in een tijd van economische recessie de toegang tot de arbeidsmarkt en de motivatie tot extra scholing bemoeilijkt is.

De toename van de methadonprogramma's blijkt duidelijk uit onderstaande tabel:

TABEL 14 Aantal kilo's verstrekte methadon*

jaar	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
kilo's	15	23	27	36	55	59	68	75

* inclusief gebruik voor pijnbestrijding, wetenschappelijke en veterinaire doeleinden

bron: 26, 27

Indien de toename van de methadonverstrekking sinds 1980 (108%) wordt afgezet tegen de geschatte toename van het aantal drugverslaafden sinds 1980 (33-66%) dan blijkt dat de verstrekking van methadon in de hulpverlening een steeds belangrijkere rol is gaan spelen.

Uit onderzoeksgegevens uit enkele steden blijkt dat de toegankelijkheid van de hulpverlening daadwerkelijk is toegenomen. Zo blijkt de gemiddelde verslavingsduur van cliënten voordat zij contact opnamen met een bepaald CAD tussen 1978 en 1982 te zijn afgenomen. In 1978 was 0% van de cliënten korter dan 1 jaar verslaafd, in 1982 was dat getal 16%. Dit verschijnsel was overigens ook te zien bij alcoholcliënten. In 1978 was 10% korter dan 4 jaar verslaafd voordat contact werd gezocht met het CAD, in 1982 was het percentage 32. (19)

Een tweede voorbeeld is een onderzoek naar ziekenhuisopnamen van drugverslaafden, waaruit bleek dat in 1981 53% van de opgenomen drugverslaafden bekend was bij de drughulpverlening, terwijl in 1980 dit percentage 24 was (20).

Niettemin zijn de verschillen in toegankelijkheid van de hulpverlening voor alcohol- en drugverslaafden enorm. Uit voorgaande gegevens (tabel 4) blijkt bijvoorbeeld dat het aantal drugverslaafden dat door de ambulante voorzieningen wordt bereikt minimaal 11.500 is (CAD's). Dat wil zeggen dat de CAD's alleen al contact hebben met ongeveer de helft van het geschat aantal drugverslaafden. Bovendien worden door de instellingen voor maatschappelijke hulp- en dienstverlening ongeveer 12.000 personen bereikt. Voor een (onbekend) deel is dat een groep die niet bij het CAD terecht komt. Het bereik van de drughulpverlening is dus groter dan 50%. Indien het aantal alcoholverslaafden geschat wordt op 300.000 dan blijkt het bereik van de CAD's onder deze groep veel lager te zijn, namelijk 16.300 ofwel 5%.

Getracht is de effectiviteit en de doelmatigheid van de hulpverlening te vergroten door het vergroten van de verscheidenheid in hulpverleningsvormen en het bevorderen van de samenhang. Deze aspecten zijn hierboven reeds behandeld. Op de doelmatigheid wordt in de volgende paragraaf ingegaan. Vermeldenswaard is nog dat WVC door middel van experimenten nagaat onder welke voorwaarden het mogelijk is de eerstelijnszorg bij de hulpverlening aan verslaafden te betrekken en of door middel van samenwerkingsverbanden tussen ambulante en intramurale programma's de (goedkopere) ambulante hulpverlening kan worden bevorderd. Resultaten hiervan zijn nog niet bekend.

Tot slot is het interessant om te bezien of de verslavingszorg beter bereikbaar is dan de andere voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg. Een indicatie van een relatief grote bereikbaarheid van het

CAD kan worden verkregen uit onderzoek in een grote stad. Zo bleek het CAD het meest bekend van de voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg (68% van de bevolking kende het CAD, tegen 37% een Medisch Opvoedkundig Bureau (op één na het bekendst) en 21% de Riagg). Dit is opvallend omdat slechts 1% zelf contact heeft gehad met een CAD, tegen 3% bij het MOB en 2% bij de Riagg (21).

Conclusie

Uit de beschikbare gegevens kan worden afgeleid dat de bereikbaarheid van de voorzieningen sterk is toegenomen. Op deze wijze is een voorwaarde geschapen voor een grotere effectiviteit en doelmatigheid van de hulpverlening. De bereikbaarheid van de hulp is voor drugverslaafden vele malen groter dan voor alcoholverslaafden.

1.6.3. Doelmatigheid

a. kostenontwikkelingen

De vraag naar doelmatigheid heeft betrekking op de optimale inzet van middelen en dient gerelateerd te worden aan de effectiviteitscriteria. Uit paragraaf 1.6.2. bleek dat het moeilijk is vast te stellen wanneer sprake is van een effectief functionerend type voorziening. Dit maakt de bepaling van de doelmatigheid moeilijk. Niettemin zijn de gegevens beschikbaar die aanwijzingen kunnen geven of in de loop der tijd de doelmatigheid is verbeterd. Uit tabel 15 blijkt dat in de afgelopen 15 jaar de kosten in de hulpverlening per cliënt sterk zijn gestegen. Tussen 1980 en 1984 is een stabilisering van deze kosten ingetreden, met uitzondering van de residentiële voorzieningen in de MHD-sector.

TABEL 15 Kosten per cliënt/opname

	CAD's			CPZ alc. + drugs	MHD ¹⁾		
	alcohol	drugs	alc.+ drugs		drugs		
					intra	semi/extra	maatsch.herst.
1970	f 378,-	752,-	400,-	f 5.800,-			
1975	f 774,-	1.525,-	965,-	f 7.445,-			
1980	f 1.618,-	3.210,-	2.119,-	f 10.015,-	f 10.800,-	f 3.050,-	
84/83/85	f 1.652,-	3.345,-	2.352,-	f 9.370,-	f 16.890,-	f 2.864,-	f 4.875,-

(uit tabel 6, 6A en 4)

1) getallen 1985 inclusief gemiddeld 11,6% overhead

Registratiegegevens van MHD-instellingen ontbreken vòòr 1980, aangezien de voor deze instellingen ingediende rijksbijdrageregeling pas in 1977 in werking trad, terwijl overigens een nauwkeurig landelijk in-

zicht wordt bemoeilijkt door de tot voor kort geldende ontheffing van een registratieplicht. De gegevens zijn berekend aan de hand van de verdeling van formatieplaatsen over de uitgeoefende functies en door gemeenten aan WVC verstrekte opgaven van aantallen cliënten.

Tabel 16 laat zien dat in de laatste 5 jaar het aantal cliënten per hulpverlener toeneemt.

TABEL 16 Cliënten per functionaris

	CAD's			CPZ alc. + drugs	MHD ¹⁾ drugs		
	alcohol	drugs	alc.+ drugs		intra	semi/extra	maatsch.herstel
1970	-	-	-	6,2	-	-	-
1975	53	27	43	6,6	-	-	-
1980	40	20	31	8,8	6,2	21	-
84/83/85	48	24	34	9,2	5,4	32	19

(uit tabel 7, 7A en 4)

1) in 1985 inclusief gemiddeld 11,6% overhead

Uit tabel 15 en 16 volgt dat in de verslavingsklinieken meer cliënten per functionaris aanwezig zijn (en dat zij per cliënt goedkoper zijn) dan in de intramurale MHD-instellingen. De semi-murale en ambulante MHD-voorzieningen hebben meer drugverslaafde cliënten per functionaris dan de CAD's en zijn daarmee ook goedkopere voorzieningen.

Wat kan een verklaring zijn voor de kostenontwikkeling in de afgelopen 15 jaar en de verschillende kosten per cliënt bij de drie typen voorzieningen?

Ongeveer de helft van de kostenontwikkeling in de ambulante sector wordt verklaard door de looninflatie, die sinds 1970 ongeveer 125% bedroeg (loonkostenindex 1970=100, 1983=225).

Een tweede verklaring voor de kostenstijging in de ambulante sector is de overgang van het CAD van reclasseringsinstelling tot overwegend een instelling voor gezondheidszorg, waardoor het accent meer is komen te liggen op hulpverlening. Deze overgang vond in de tweede helft van de jaren '70 plaats, in de tijd waarin de grootste kostenstijging plaats had.

Een derde verklaring is de toename van het aantal drugverslaafde cliënten, aan wie meer tijd moet worden besteed en de toename van het aantal methadonverstrekkingen op onderhoudsbasis.

Ten vierde zouden de kleiner wordende verschillen in de kosten voor ambulante en intramurale voorzieningen, althans in de gezondheidszorg, er op kunnen duiden dat de ambulante voorzieningen er in geslaagd zijn een deel van de populatie, die anders naar de kliniek zou gaan, zelf te behandelen. Dit zou de behandeling per cliënt intensiever en dus kostbaarder maken.

In de verslavingsklinieken blijft de kostenstijging per cliënt achter bij de ontwikkeling van de inflatie (62% tegen 125%). De verslavingsklinieken zijn derhalve relatief goedkoper gaan werken. Verklaringen hiervoor kunnen zijn de groter wordende doorstroming van de cliënten, een toename van het aantal crisisopnamen en een afname van de duur van de behandelprogramma's.

b. overlapping voorzieningen

De doelmatigheidsvraag kan ook beantwoord worden door te bezien of er op regionaal niveau voorzieningen bestaan die elkaar in doelstelling en cliëntenkring overlappen. Uit de verwijzingscijfers in de vorige paragraaf zou kunnen worden afgeleid dat van dergelijke overlappingen nauwelijks sprake is. Immers verwijzingen tussen enerzijds CAD's en CPZ'en en anderzijds MHD-instellingen vinden nauwelijks plaats. Overigens blijkt hieruit niet of de cliënten van meer soorten voorzieningen gebruik maken, zonder dat daaraan een verwijzing ten grondslag ligt. Wanneer dat zo is dan hoeft dit niet als ondoelmatig gezien te worden. Een wenselijke gang van zaken zou bijvoorbeeld zijn dat een cliënt door het straathoekwerk (MHD) contact krijgt met de ambulante hulpverlening van een CAD en vervolgens wordt doorverwezen naar een kliniek (CPZ). In zo'n geval heeft de cliënt contact met drie verschillende instellingen, die echter elk een eigen functie hebben en elkaar aanvullen.

c. besluitvorming rijksoverheid

Met betrekking tot de vraag of de financiering van de verslavingszorg doelmatig geschiedt, dient een onderscheid gemaakt te worden tussen de volgende besluitvormingsprocessen:

- financiering van nieuwe voorzieningen uit de rijksbegroting (CAD, MHD)
- planning van nieuwe voorzieningen door middel van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (CPZ)
- financiering van bestaande voorzieningen.

Eind jaren '70 en begin jaren '80 bestond de mogelijkheid met extra financiële middelen tot nieuwe voorzieningen of uitbreiding bij bestaande voorzieningen te komen. De meest betrokken ministeries (CRM, VenM en Justitie) werkten samen in de werkgroep bestedingenbeleid hulpverlening van de ISAD. De werkgroep nam voornamelijk financieringsverzoeken in behandeling die voortvloeiden uit een gemeentelijk

beleidsplan of die door gemeentebesturen op een andere wijze waren onderbouwd.

Aan de hand van de volgende toetsingspunten werden besluiten genomen over de financiering:

- kwaliteit van het beleidsplan (kwantitatieve en kwalitatieve probleemanalyse, bestaande en benodigde voorzieningen, tijdsfasering e.d.)
- aard en omvang van de problematiek
- de geografische lokatie van de gemeente in verband met de spreiding van voorzieningen
- het bestaan van andere financieringskaders of voorzieningen die voor de doelgroep kunnen worden ingezet
- de kosten van de voorzieningen
- het belang voor nieuwe inzichten in de hulpverlening en preventie.

Op grond van politiek vastgestelde prioriteiten, die zijn vastgelegd in verschillende regeringsnota's, werden vooral die voorzieningen gefinancierd die gericht waren op:

- vergroting van de bereikbaarheid van de hulpverlening
- etnische minderheden
- het maatschappelijk herstel van (ex-)drugverslaafden
- de betrokkenheid van de eerstelijnszorg en ambulante hulp teneinde de intramurale hulp te ontlasten
- de vier grote gemeenten.

Daarnaast zijn voor de CAD's financieringsbeslissingen genomen die leiden tot een versterking van management, preventiewerk en de kwaliteit van de hulpverlening. Dit vloeide voort uit centraal beleid. Ook werden, zonder bemoeienis van de gemeenten, financiële middelen beschikbaar gesteld om aantoonbare personele knelpunten, die voortvloeiden uit de toenemende druk op de CAD's op te lossen.

Exacte normeringen van de benodigde personeelsomvang zijn tot dusver niet vastgesteld. De ongelijkmatige spreiding van de drugproblematiek en het vaak experimentele karakter van de hulpverlening zijn daar debet aan. Voor de opbouw van de organisatie bestaan wel normen (bijvoorbeeld wat betreft management, preventiewerk, huisvesting).

Voor de premie-gefinancierde voorzieningen (verslavingsklinieken) bestaan wettelijk vastgelegde besluitvormingsprocedures. In het kader van de Wet Ziekenhuis Voorzieningen zijn richtlijnen opgesteld voor de planning van deze voorzieningen. Deze richtlijnen onderscheiden een aantal functies in de verslavingszorg waarvoor de wet van toepassing is. De planningsruimte is 0,07 bed per 1000 inwoners, zodat in sommige regio's nog steeds sprake is van groeimogelijkheden (zie tabel 9). In andere regio's is een -deels historische gegroeide- overcapaciteit, althans volgens deze norm. Wat betreft de planning beziet WVC de aangetoonde behoefte aan de voorziening, de samenhang met andere voorzie-

ningen en de functies. Prioriteit ligt bij crisisdetoxvoorzieningen, kortdurende en deeltijdbehandeling. In regio's waar de 0,07%.-norm is overschreden kan extra capaciteit in beginsel slechts door herschikking van bedden gecreëerd te worden, soms door herschikking uit de algemene psychiatrische ziekenhuizen.

Wanneer eenmaal tot financiering is overgegaan (rijksbegroting of premiefinanciering), dan is het met de bestaande regelgeving juridisch en politiek zeer moeilijk om tot een reductie van de financiering van een voorziening over te gaan, anders dan door algemene bezuinigingsrondes. Wat de begrotingsgefinancierde voorzieningen betreft wordt voor WVC een flexibeler financiering bemoeilijkt door de financieringsregelingen en de rechtspositie van het gesubsidieerde personeel. In de praktijk blijkt dat slechts bij ernstig disfunctioneren of frauduleuze activiteiten tot stopzetting van financiering (en herschikking) kan worden overgegaan.

d. financieringsstromen

Er moet echter gewezen worden op een factor die de ondoelmatigheid in de hulpverlening kan bevorderen, namelijk de verschillende financieringsstromen en planningsnormen.

De verschillende financieringssystematiek van de rijksregeling subsidiëring CAD's en de rijksbijdrageregeling MHD heeft de volgende effecten: op de eerste plaats zijn er gemeenten die in hun beleidsplan de voorkeur geven aan MHD-voorzieningen boven het CAD, mede omdat die gemeenten daardoor meer zeggenschap hebben over het functioneren van de voorziening. Het CAD wordt immers rechtstreeks door WVC gefinancierd. Op de tweede plaats zijn er gemeenten die juist allerlei "typische MHD-taken" (zoals straathoekwerk, huiskameropvang) toeschuiven naar het CAD, zodat de gemeente niet de financiële lasten (een eigen bijdrage van 10%) hoeft te dragen. Hoewel WVC een dergelijke vermenging van CAD en MHD-functies niet bevordert, heeft zulks in enkele gemeenten wel plaatsgevonden. In het afgelopen jaar is deze situatie zoveel mogelijk gecorrigeerd.

Een belangrijker kostenverplaatsend effect ontstaat door het bestaan van de begrotingsgefinancierde en premiegefinancierde sector naast elkaar en soms voor gelijksoortige voorzieningen. In de begrotingsgefinancierde sector bestaat voor een aantal voorzieningen al enkele jaren geen groei meer (bijvoorbeeld de intramurale voorzieningen en de ambulante alcoholhulpverlening). Hierdoor kan een afwentelingseffect ontstaan op de intramurale en poliklinische zorg van de verslavingsklinieken. De hogere kwaliteitsnormen die voor (poli)klinische voorzieningen worden gebruikt leiden er ook toe dat een aantal voorzieningen van de begrotingssector naar de premiesector wil. Op deze wijze ontstaat enig uitzicht op verhoging van de omvang en kwaliteit van het

personeel. In deze gevallen zou de doelmatigheid in het voorzieningen-netwerk niet worden bevorderd omdat er dan twee typen voorzieningen in plaats van één type voorziening ontstaan met dezelfde functie.

Een derde kostenverplaatsende factor blijkt uit de groeiende betrokkenheid van algemeen psychiatrische ziekenhuizen bij de verslavingszorg. Volumebeperkingen in de categorale sector beïnvloeden de druk op de algemene sector vice versa.

Bovengenoemde financiële verschuivingen kunnen niet worden gekwantificeerd.

In de meeste regio's biedt de planningsnorm voor verslavingsklinieken (0,07°/‰ bed per inwoner) voldoende ruimte voor uitbreiding. In de grote steden is de norm te krap. Omdat WVC tot dusver beslissingen over de planning van verslavingsklinieken zelf neemt is de afwenteling op de klinische sector beperkt gebleven.

e. registratie en onderzoek

Tot slot moet worden gewezen op de volgende ontwikkelingen die de doelmatigheid en effectiviteit van de hulpverlening kunnen vergroten. Door de invoering van een landelijk registratiesysteem (in 1986 voor de CAD's, later voor de MHD) zal het mogelijk zijn zowel op landelijk als op lokaal niveau de informatie te vergaren over het functioneren van instellingen, waaraan het thans ontbreekt. Op basis van die gegevens zal een permanente evaluatie van het voorzieningenbeleid kunnen plaatsvinden.

Een tweede ontwikkeling is de toenemende stimulering van wetenschappelijk evaluatie-onderzoek door WVC. In de afgelopen jaren is een begin gemaakt met de financiering van tal van onderzoeksprojecten die in de komende tijd zullen worden afgerond. Voor de komende jaren zijn extra middelen beschikbaar gesteld voor programma-evaluatie.

Ook de gemeenten tonen een toenemende belangstelling voor evaluatie van de voorzieningen. Vermoedelijk zal op korte termijn de plicht voor registratie en verslaglegging voor de MHD-sector weer worden ingevoerd, nadat deze onder druk van de gemeenten in 1980 was ingetrokken. Deze ontwikkelingen zullen tot gevolg hebben dat WVC in de komende jaren beter in staat zal zijn het beleid te toetsen op effectiviteit en doelmatigheid.

Conclusie

De doelmatigheid in het functioneren van de CAD's en GPZ'en lijkt in de laatste jaren te zijn toegenomen.

De verantwoordelijkheid voor de doelmatigheid van MHD-voorzieningen berust primair bij de gemeentebesturen, die mede door hun 10%-medefinanciering een rechtstreeks belang hierbij hebben. Op de plicht van gemeenten om de registratie en verslaglegging aan de gesubsidieerde instellingen aan het departement op gestandaardiseerde wijze te over-

leggen was, met het oog op verdergaande decentralisatie, algemene ontheffing verleend.

Met de huidige regelgeving is het voor de rijksoverheid moeilijk om op doelmatigheidsgronden tot een herschikking van middelen te komen.

Een belangrijke factor die de ondoelmatigheid van de hulpverlening kan bevorderen bestaat uit de afwenteling van begrotingsfinanciering op premiefinanciering van gelijksoortige voorzieningen (ambulante c.q. poliklinische behandeling).

Bronnen:

1. W.M. de Zwart - Alcohol, Tabak en Drugs - een statistisch rapport - Amsterdam, SWOAD 1985.
2. FZA Kwartaalberichten, november 1985, Bilthoven.
3. F. de Haen en P. van Lieshout - GGZ in getallen 1983 - Utrecht NcGv 1985.
4. Nota uitgangspunten voor een beleid inzake de hulpverlening aan drugverslaafden (TK 1976-1977, 14417 nr. 2).
5. Nota Alcohol en samenleving, ontwerp-nota over een samenhangend alcoholmatigingsbeleid. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij 1985.
6. Produktschap voor Gedistilleerde Dranken - Hoeveel alcoholhoudende dranken worden er in de wereld gedronken - Schiedam 1985.
7. Werkgroep Verdovende Middelen - Achtergronden en risico's van druggebruik - 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij 1972.
8. Nota inzake de situatie van zwaar verslaafden (TK 1977-1978, 14417 nr. 6).
9. Nota Jeugdbeleid (TK 1984-1985, 18545 nr. 2).
10. Drugbeleid. Lijst van antwoorden (TK 1982-1983, 17867 nr. 3).
11. Jaarverslagen CAD' en verslavingsklinieken
12. J.E. Hovens - Het methadonprogramma in Leiden, een onderzoeksverslag. CAD Leiden 1983.
13. W.R. Buisman - Methadonverstrekking in Nederland. FZA Kwartaalberichten, mei 1983. Bilthoven.
14. M. Kooyman - Follow-up study of the first 82 ex-residents of the re-entry programme of the Emiliehoeve Therapeutic Community (paper 22-9-1983, Jellinekcentrum Amsterdam).
15. Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid - Verslavingsklinieken, gegevens uit de Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (PIGG) 1980-'81-'82. WVC Leidschendam 1985.
16. J.C. Hoekstra - De illegale heroïne markt - Economisch Statistische Berichten 19/26-12-1984.

17. N. Brinkman - Over dood en dosis. Utrecht, McGv 1985.
18. K. Neeteson - De cliëntenpopulatie van het huiskamerproject in Vlissingen. Vlissingen, Stichting HKPD 1982.
19. W.M. de Zwart - Registratie-onderzoek naar risicogroepen en -factoren onder cliënten van het consultatiebureau voor alcohol en drugs, 's-Gravenhage, 1978-1982. Amsterdam, SWOAD 1984.
20. A.J. de Roij-Motshagen - Begeleiding van drugsverslaafden bij opnamen in algemene ziekenhuizen in Amsterdam 1977-1982. Amsterdam GG en GD 1983.
21. Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst Rotterdam - Een lokale gezondheidsenquête, wenselijkheid en mogelijkheden. Rotterdam, GG en GD 1984.
22. Interne informatie Geneeskundige Hoofdinspectie Geestelijke Volksgezondheid (nota 10-6-1983).
23. A.F.W. Kok - Protocol or guideline for preparation of the country report WHO methadoneproject, 1983.
24. A.F.W. Kok - Enige aspecten van de toegankelijkheid van de hulpverlening voor verslaafden. T.alc.drugs 1984 (10) nr. 3.
25. A.F.W. Kok - De hulpverlening aan Korsakow-patiënten in enige intramurale (geestelijke) gezondheidszorgvoorzieningen. T.alc.drugs 1985 (11), nr. 3.
26. H. van Epen et al - Inleiding themanummer verstrekking van opiaten en tranquillizers. T.alc.drugs 1984 (10) nr. 4.
27. International Narcotics Control Board - Statistics on Narcotic Drugs 1981; 1983; 1984. United Nations E/INCB/1982/3; E/INCB/1984/3; E/INCB/1985/3.
28. L.M. Verhoog, E.H. Versluis - Methadon in het perspectief van ambulante hulpverlening aan heroïneverslaafden. Instituut voor ontwikkelingspsychologie Rijks Universiteit van Utrecht 1985.
29. P.R. van Dalen - Ambulante detoxificatie van heroïneverslaafden. T.alc.drugs 1982 (8) nr. 1.
30. W.R. Buisman en G.J. Kok - Alcohol- en drugsvoorlichting: een zwak middel? T.alc.drugs 1983 (9) nr. 4.
31. R.J. van der Feen, et al - Opvang in de eigen wijk: een evaluatie van een kleinschalig project voor heroïneverslaafden. T.alc.drugs 1983 (9) nr. 4.

32. W.M. de Zwart - Alcoholisme bij vrouwen, onderzoek in een kliniek voor vrouwelijke alcoholisten. T.alc.drugs 1984 (10) nr. 1.
33. W. Gerritsen van der Hoop - Patiënten van de kliniek voor alcoholisten "Zeestraat". Centrum Verslavingszorg Zeestraat Den Haag 1981.
34. R. Bovens en E. Lambregts - De werking van een Alcohol Verkeer Projekt voor verkeersdelinquenten. T.alc.drugs 1984 (10) nr. 2.
35. C. Hilderink et al - Alcoholhulpverlening in de gezondheidsregio Nijmegen: een inventarisatie-onderzoek onder hulpverleners. T.alc.drugs 1985 (11) nr. 1 en 1985 (11) nr. 2.
36. C. Romijn et al - Projekt Evaluatie Gezinstherapie Jeugdige Drugverslaafden (onderzoeksverslag 3) niet gepubliceerd.
37. Evaluatie 1984 afdeling Heesteroord - Psychiatrisch Centrum Veldwijk z.j.
38. W.F.M. de Haes - Gedragswetenschappelijk onderzoek ten dienste van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO). Lisse 1983.
39. CBS - Bevolking der gemeenten van Nederland op 1 januari 1985.
40. Federatie van Instellingen voor alcohol en drugs - Gids voor de Alcohol en Drugszorg.
41. interne informatie WVC/Planning en Bouw.
42. inventarisatie gemeentebesturen, februari 1986.

Een vergelijking met het buitenland

De ontwikkelingen van de alcohol- en drugproblematiek en het overheidsbeleid in Nederland worden beïnvloed door het buitenland. Het is daarom van belang in dit rapport enkele vergelijkingen met de situatie in het buitenland te maken.

1. Ontwikkelingen in de alcohol- en drugproblematiek-alcohol

In de meeste West-Europese landen zijn in de afgelopen decennia het gebruik van alcoholhoudende dranken en de alcoholproblemen toegenomen. Het huidige consumptieniveau van alcohol in Nederland is, vergeleken met de andere EG-landen vrij laag. De mate van alcoholproblemen, zoals deze kan worden afgeleid door de sterkte als gevolg van levercirrose, is in Nederland eveneens relatief gering. Alleen in Groot-Brittannië zijn de consumptie- en sterftecijfers lager dan in Nederland (1,2). (Volledige gegevens over Griekenland ontbreken). Hieruit volgt dat er in Nederland wat de alcoholconsumptie betreft nog geen sprake is van een verzadigde markt. Het gegeven dat alcohol een relatief (ten opzichte van andere consumptiegoederen) steeds goedkoper produkt is geworden, de toenemende beschikbaarheid van met name wijn uit EG-landen en het - vermoedelijk - weer groter worden van de koopkracht, geven aan dat rekening moet worden gehouden met een stijging van de consumptie in Nederland en in verband hiermee een toename van de verslavingsproblematiek (3).

Vanaf 1970 is de consumptie van alcohol in Nederland sterker gestegen dan in andere EG-landen¹⁾. Veranderingen in de consumptiegewoonten in Nederland kunnen zich dus in korte tijd voltrekken. Er zijn geen redenen om aan te nemen dat deze omstandigheid is veranderd.

-drugs

Het gebruik van drugs en de problemen die hiermee samengaan zijn eveneens toegenomen in de West-Europese landen. De sterke stijging gedurende de jaren '70 lijkt in al deze landen enigszins te zijn afgevlakt (4), hoewel overal nog sprake is van een stijgende consumptie met name van andere drugs dan heroïne (5). Vergelijkende gegevens over het aantal drugsverslaafden zijn veelal gebaseerd op grove schattingen in de onderscheiden landen. Het aantal drugverslaafden ligt in Nederland waarschijnlijk op een relatief hoog niveau (6).

Uit het aantal "drugsdoden" kan worden afgeleid wat de algemene gezondheidstoestand is van de verslaafden. Dan valt het op dat, ondanks het relatief grote aantal verslaafden in Nederland, het aantal drugsdoden per 100.000 inwoners in het buitenland ongeveer twee maal zo hoog is als het aantal Nederlandse drugsdoden (7).

Het aanbod van drugs neemt vooralsnog in Europa niet af. Integendeel, de internationale ontwikkelingen wijzen op een groeiend illegaal aanbod van cocaïne (5), terwijl er in toenemende mate zogeheten "designer

drugs" worden geproduceerd. (Designer drugs zijn bewustzijnsveranderende middelen die op zodanig wijze worden samengesteld dat hun moleculaire structuur enigszins afwijkt van die van de middelen die onder wettelijke controle staan.)

In een situatie waarin de omstandigheden aan de vraagzijde van de markt niet veel veranderen, zal het toenemende en gevarieerder worden- de aanbod kunnen leiden tot een betere afstemming van aanbod op vraag en derhalve tot een toename van het gebruik.

2. Beleidsontwikkelingen

-alcohol

In de EEG is Nederland een land met relatief weinig beleidsmaatregelen op het gebied van alcoholmatiging. In Italië en Luxemburg is nog minder gedaan aan een restrictief beleid (althans volgens de "Alcohol Control Policy Scale" (1)). In het algemeen blijkt het zo te zijn dat een lage mate van restrictief overheidsbeleid samengaat met een relatief hoge consumptie en met een relatief hoge sterfte door levercirrose. Uitzonderingen hierop zijn Frankrijk ("veel" beleid, maar hoge consumptie en hoge sterfte) en Nederland ("weinig" beleid, maar gemiddelde consumptie en lager sterfte) (1).

Het EEG-Verdrag en het Benelux-accijnsverdrag bemoeilijken het eenzijdig nemen van restrictieve maatregelen.

Over de omvang van de hulpverlening zijn geen vergelijkbare gegevens bekend.

Amerikaans wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van verschillende typen hulpverlening (bijvoorbeeld extramuraal versus intramuraal, abstinentie-gericht versus gericht op gecontroleerd drinken) leidt tot de conclusie dat niet zozeer de hulpverleningsvorm, als wel de hulpverleningsintensiteit de belangrijkste factor is voor het succes van de hulpverlening. Naarmate iemand langere tijd hulpverlening heeft gekregen, is de kans op verbetering groter; de aard van de hulpverlening doet nauwelijks terzake. Zowel abstinentie als beperkt drinken kunnen resultaat (en doel) van de hulpverlening zijn, afhankelijk van de individuele problematiek (8,9).

-drugs

Krachtens het Enkelvoudig Verdrag inzake Verdovende Middelen is het bezit van drugs, anders dan voor medische of wetenschappelijke doeleinden, in alle West-Europese landen strafbaar. Er bestaan verschillen in de praktijk van het strafrechtelijk beleid met betrekking tot gebruikers van "hard drugs" (heroïne, cocaïne e.d.). Deze verschillen lijken in beperkte mate grensoverschrijdende effecten te hebben, hetgeen bijvoorbeeld tot uiting komt in de aanwezigheid van buitenlandse (Duitse) drugverslaafden in Nederland.

Amerikaans onderzoek naar de effecten van extra inspanning op strafrechtelijk terrein geeft aan dat zelfs een aanzienlijke toename van deze inspanningen waarschijnlijk niet zal leiden tot een verminderd druggebruik (11). Europees onderzoek hierover is niet bekend. Het hulpverleningsbeleid laat in de West-Europese landen een groter verschil zien. De indruk bestaat dat in Nederland relatief veel aandacht besteed wordt aan de doelstelling "verbeteren van het lichamelijk en sociaal functioneren, zonder de verslaving te beëindigen". Zo wordt

van alle West-Europese landen in Nederland in absolute zin de meeste methadon gebruikt. Overigens wordt in Nederland relatief weinig of geen gebruik gemaakt van andere vervangende middelen zoals pethidine (10).

Wetenschappelijk onderzoek naar de verschillen in effectiviteit van diverse typen hulpverlening is vooral in de Verenigde Staten verricht. Enkele algemene conclusies zijn de contactduur met de hulpverlening het meest bepalend is voor de resultaten: hoe langer, hoe beter. Indien de hulpverlening wordt onderscheiden in ambulante ontwenningprogramma's, verslavingsklinieken en methadon-onderhoudsprogramma's, dan blijkt dat klinieken en onderhoudsprogramma's het meest effectief zijn. Verschillen in effectiviteit tussen klinieken en onderhoudsprogramma's zijn slechts afhankelijk van de aard van de cliëntengroepen: jongeren boeken betere resultaten in klinieken, oudere in onderhoudsprogramma's. Onderhoudsprogramma's zijn aanzienlijk goedkoper (12). Soortgelijk (vergelijkend) wetenschappelijk onderzoek in Europa is nog niet verricht (13).

3. Internationale organisaties

De verslavingsproblematiek staat ook internationaal sterk in de aandacht. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft een aantal beleidsdoelstellingen geformuleerd die moeten leiden tot een vermindering van de problematiek. Nederland heeft deze strategie onderschreven.

Door de VN wordt veel aandacht besteed aan het verminderen van de drugsproblematiek. De International Narcotics Control Board houdt het drugbeleid in de betrokken landen nauwlettend in het oog en vindt voor haar activiteiten belangrijke politieke weerklank. Op internationaal niveau is de afgelopen jaren steeds meer belangstelling ontstaan voor preventieve en hulpverleningsmaatregelen, naast de strafrechtelijke interventies.

4. Conclusies

Het is aannemelijk dat het gebruik van alcohol en drugs in Europa de komende jaren verder zal stijgen. De consumptie van alcohol en - vermoedelijk - de mate van verslaving ligt in Nederland nog steeds (hoewel steeds minder) onder het gemiddelde Europese niveau. Het aantal drugverslaafden is in Nederland vermoedelijk relatief hoog, maar de gezondheidsproblematiek betrekkelijk gering. Er komen steeds meer nieuwe drugs op de markt.

Het alcoholbeleid is in Nederland relatief tolerant.

Het (hard)drugbeleid lijkt slechts ten opzichte van de gebruikers van drugs toleranter te zijn dan in andere Europese landen, hetgeen zich uit in de ruime toepassing van een betrekkelijk minder hooggestemde hulpverleningsdoelstelling.

De effectiviteit van de hulpverlening aan alcohol- en drugverslaafden wordt niet zozeer bepaald door de soort interventie, maar veeleer door de duur van de interventie.

Bronnen:

1. Ph. Davies & D. Welsh - Alcohol problems and alcohol control in Europe - London 1983.
2. Produktschap voor Gedistilleerde Dranken - Hoeveel alcoholhoudende dranken worden er in de wereld gedronken? - Schiedam 1985.
3. Nota Alcohol en samenleving, ontwerp-nota over een samenhangend alcoholmatigingsbeleid. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij 1985.
4. World Health Organization - Action Programme European Region, Health for all in the year 2000. Kopenhagen 1984.
5. UN-International Narcotic Control Board - Report of the INCB for 1985. Vienna 1985 (E/INCB/1985/1).
6. Pompidou Group - Review and synthesis of city reports from Amsterdam, Dublin, Hamburg, London, Paris, Rome and Stockholm. Strasbourg 1985 (P-PG/Epid (85) 3 rev.).
7. N. Brinkman - Over dood en dosis. Utrecht, NCGV 1985.
8. G.M. Schipper - Rand report 2: alcoholhulpverlening na vier jaar. T. alc. drugs 1982 (8) nr. 1.
9. J.M. Polich et al. - The course of alcoholism. Four years after treatment. New York 1981.
10. UN-International Narcotics Control Board - Statistics on Narcotic Drugs 1984. United Nations E/INCB/1985/3.
11. J.M. Polich et al. - Strategies for controlling adolescent drug use. Sante Monica (Cal.) 1984.
12. National Institute on Drug Abuse - Research on the treatment of narcotic addiction; state of the art. Washington DC 1983.
13. A. Uchtenhagen - Drug abuse treatment and program evaluation in Europe. (unpublished paper 1983).

CONSEQUENTIES VARIANT A

1. Juridisch

- Wijziging financieringsregelingen.

Huidige regelingen

- Wijziging richtlijnen ex artikel 3 Wet Ziekenhuis Voorzieningen (A1, A3).
- Samenvoegen rijksbijdrageregelingen MHD en rijkssubsidieregeling CAD's (A1, A2, A3).
- Wijziging Financieringsregelingen welzijnsovereenkomst 4 grote gemeenten en Besluit Proefgemeenten (A1, A2).

Toekomstige regelingen

- Richtlijnen voor de planning ex Wet Voorzieningen Gezondheidszorg c.q. Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening (A1, A2, A3).
- Wijziging financieringsregelingen ex AWBZ (A1, A3).

2. Bestuurlijk

- Wijzigen betrokkenheid gemeentebesturen bij de drugproblematiek.
- Een beperking van de beleidsvrijheid van de vier grote steden door de van rijkszijde opgelegde eis dat de (ambulante) verslavingszorg in één organisatie moet worden ondergebracht.
- Een vergroting van provinciale bevoegdheden voor de (ambulante) verslavingszorg.
- Een andere positie en financiering van de reclasseringsfunctie van het CAD.

3. Politiek

- Een sterke oppositie van de kant van de gemeentebesturen, inclusief de vier grote steden door centralisatie van MHD-voorzieningen. Het CAD wordt gedecentraliseerd. De positie van de intramurale voorzieningen blijft hetzelfde.
- Sterke oppositie van de kant van de instellingen.

4. Maatschappelijk

- Beperkt.

5. Werkgelegenheid

- Bij variant A1 verdwijnen ca. 59 arbeidsplaatsen, bij variant A2 ca. 3 en bij variant A3 ca. 0 (groei aantal arbeidsplaatsen is mogelijk).

6. Zorginhoudelijk

- Een versterking van de samenhang in de (ambulante) verslavingszorg.
- Een verkleining van de samenhang met enerzijds het algemeen jeugd-beleid (MHD-sector) en anderzijds de algemene geestelijke gezondheidszorg.

7. Financieel-economisch

- De bruto besparingen in 1990 zijn:
 - A1 fl. 3,5 mln.
 - A2 fl. 0,2 mln.
 - A3 fl. 0,0 of negatief.
- Daarbij moet rekening worden gehouden met wachtgeldverplichtingen.
- Daarnaast kan verhoging van de doelmatigheid leiden tot besparingen in de materiële sfeer.

8. Wijze van realisatie
- Wijziging financieringsregelingen.
- Verlaging van budgetten (premie en begroting).

CONSEQUENTIES VARIANT B

1. Juridisch
- Wijziging CAD-regeling en RBRjo/jo, alsmede wijziging van het Besluit proefgemeenten en Financieringsregeling welzijnsovereenkomst vier grote gemeenten.
- Wijziging van de richtlijnen ex artikel 3 van de Wet Ziekenhuis Voorzieningen.
2. Bestuurlijk
- Beperking van de beleidsvrijheid van lagere overheden (zij zouden de 'verslavingsgelden' nog slechts aan zeer specifieke functies in de verslavingszorg kunnen toedelen).
3. Politiek
- Sterke oppositie van de kant van de lagere overheden.
- Sterke oppositie van de kant van de instellingen.
4. Maatschappelijk
- Er blijken thans binnen categorale instellingen al spanningen te bestaan tussen alcohol- en drugverslaafden. Beide groepen hebben veelal een andere leefstijl. Decategorisering zal binnen de algemene voorzieningen tot spanningen gaan leiden tussen enerzijds de verslaafden onderling en anderzijds, en dan in aanzienlijkere mate, tussen verslaafden en andere cliënten.
- Eventuele beperkingen van functies en capaciteiten zullen ertoe leiden dat bepaalde (groepen van) verslaafden niet meer bereikt worden. Dit zal onder andere leiden tot een groter beslag op het Justitie-apparaat, toeneming van maatschappelijke schade, groeiend gevoel van onveiligheid (o.a. door toenemende kleine criminaliteit) etc..
5. Werkgelegenheid
- Bij variant B1 verdwijnen ca. 10 arbeidsplaatsen, bij variant B2 ca 6, bij variant B3 ca 6 en bij variant B4 ca. 5.
6. Zorginhoudelijk
- Vermindering van de bereikbaarheid van de hulpverlening (zie de gevolgen die bij variant D zijn aangegeven).
- Toenemende druk op algemene voorzieningen (reclassering, algemene en psychiatrische ziekenhuizen, RIAGG's GG en GD's).
- Vermindering effectiviteit van drughulpverlening, omdat in de praktijk (ex)verslaafden in mindere mate in gewone scholings-, woon-en werkprojecten zullen worden opgenomen.
7. Financieel-economisch
- De bruto besparingen in 1990 zijn:
B1 fl. 0,6 mln.
B2 fl. 0,4 mln.
B3 fl. 0,4 mln.
B4 fl. 0,4 mln.
Daarbij moet rekening worden gehouden met wachtgeldverplichtingen.

8. Wijze van realisatie
- Wijziging financieringsregelingen (zie punt 1).
- Verhoging van budgetten algemene voorzieningen (premie en begroting).
- Verlaging van budgetten categorale voorzieningen (premie en begroting).

CONSEQUENTIES VARIANT C

1. Juridisch
- Neutraal.
2. Bestuurlijk
- Beperkt.
3. Politiek
- Sterke oppositie vanuit met name confessionele kringen.
4. Maatschappelijk
- Sterke oppositie vanuit met name confessionele kringen.
5. Werkgelegenheid
- Er zullen ca. 44 arbeidsplaatsen verdwijnen.
6. Zorginhoudelijk
- Een verhoging van de druk op verslavingsklinieken.
7. Financieel-economisch
De brutobesparing in 1990 is fl. 3 mln. Daarbij moet rekening worden gehouden met wachtgeldverplichtingen en weglek naar premiegefinancierde intramurale voorzieningen (zie variant d).

CONSEQUENTIES VARIANT d.

1. Juridisch
- mogelijkserwijs wijzigen van financieringsregelingen.
2. Bestuurlijk
- een drastische vermindering van de mogelijkheden om overheden en instellingen aan hulpverlening en preventie te laten doen.
3. Politiek
- sterke oppositie van de kant van de lagere overheden
- sterke oppositie van de kant van de instellingen
4. Maatschappelijk
In het algemeen leidt de uitvoering van deze variant tot een aantal onwenselijke maatschappelijke gevolgen en afwentelingseffecten op andere voorzieningen:
- omdat door de besparing minder alcohol- of drugverslaafden bij de hulpverlening terecht kunnen zal het aantal verslaafden (aan wie geen hulp wordt verleend) toenemen;
- deze toename heeft negatieve gevolgen voor de kleine criminaliteit (diefstallen, agressie), verkeersongevallen, het sociale leed in gezinnen, e.d.;

- de drughandel en de daarmee gepaard gaande openbare orde problemen zullen toenemen;
- de afwenteling op algemene voorzieningen van gezondheidszorg, welzijn en reclassering zal toenemen, alsmede de afwenteling op andere justitiële voorzieningen (door verminderde mogelijkheid voor alternatieven, toename criminaliteit);
- sterke stijging van publieke uitgaven buiten het ijkpunt (voorzieningen van gezondheidszorg, welzijns, justitie en reclassering; uitgaven sociale zekerheid zowel ten behoeve van de verslaafden als degene die door verslaafden letsel opliepen etc. etc.);
- stijging van schade die particulieren oplopen (bijvoorbeeld door kleine criminaliteit).

5. Werkgelegenheid

- grote negatieve effecten op de werkgelegenheid (er zullen ca. 660 arbeidsplaatsen verdwijnen, niet rekening houdend met de weglek).

6. Zorginhoudelijk

- van zorg zal weinig meer overblijven.
- de verslavingszorg wordt slechter bereikbaar en de druk op de (overblijvende) verslavingszorg groter;

7. Financieel-economisch

Bruto zal deze besparing per definitie de 20%, zijnde f 40 mln opleveren (in de personele sfeer). Mogelijke besparingen in de materiële sfeer zijn ex-ante niet te kwantificeren.

De weglekeffecten worden als volgt geraamd:

1. Volksgezondheid

a. Premie

Zie opmerkingen op pag. 29 van het rapport.

b. Begroting

Een bezuiniging op de methadonverstrekking bij CAD's van 20% tot een verschuiving van maximaal fl. 2,4 mln naar de GG en GD's en huisartsen leiden.

2. Welzijn

Niet uitgesloten is dat gemeenten onder politieke en maatschappelijke druk gedwongen worden de bezuinigingen (gedeeltelijk) op te vangen.

3. Justitie (reclassering)

De rechterlijke macht heeft het recht om reclasseringsrapporten te vragen. De betreffende werkzaamheden bij de CAD's zijn qua volume en prijs reeds gebudgetteerd.

Een gezuiniging van 20% op de betreffende uitgaven van de CAD's (totaal f 19,7 mln) lek dus voor maximaal ca f 4 mln weg naar de begroting van Justitie.

4. Overige publieke uitgaven

In guldens niet te ramen, maar naar verwachting aanzienlijk.

5. Maatschappelijke kosten

In guldens niet te ramen, maar naar verwachting aanzienlijk.

8. Wijze van realisatie

- verlaging van het begrotingsartikel verslavingszorg met f 24 miljoen.
- verlaging norm van categoriaal psychiatrische ziekenhuizen (verslavingsklinieken) van 0,07 promille naar 0,056 promille (opbrengst ca f 16 miljoen).

CONSEQUENTIE VARIANT e

1. Juridisch

- wijziging financieringsregelingen

2. Bestuurlijk

- de onzekere financiële gevolgen van de eigen bijdragen kunnen leiden tot begrotingstekorten bij instellingen en overheden. Het maken van meerjarenramingen wordt bemoeilijkt;
- de innning van eigen bijdragen verhoogt de bestuurskosten.

3. Politiek

- de lagere overheden zullen garanties willen zien voor tegenvallende inkomsten uit de eigen bijdragen;
- eigen bijdragen beperken de toegankelijkheid van de hulpverlening, hetgeen in strijd is met het huidige beleid.

4. Maatschappelijk

- door het vragen van eigen bijdragen zal de toegankelijkheid van de hulpverlening verminderen, met mogelijke negatieve maatschappelijke consequenties;
- alcohol- en drugsverslaafden hebben vaak al aanzienlijk financiële problemen. De mogelijkheid bestaat dat zij (meer) op illegale wijze hun inkomsten gaan vergroten, wanneer betaald moet worden voor de hulpverlening.

5. Werkgelegenheid

- het invoeren van eigen bijdragen zal naar verwachting geen of nauwelijks invloed hebben op de werkgelegenheid.

6. Zorginhoudelijk

- de inning van eigen bijdragen zal een zwaar beslag op de hulpverleners leggen;
- de toegankelijkheid van de hulpverlening zal bij het vragen van een eigen bijdrage verminderen, met alle effecten van dien op verslaafden en de maatschappij.

7. Financieel-economisch

- eigen bijdragen zullen in veel gevallen door de gemeentelijke sociale diensten moeten worden gefinancierd.
- indien eigen bijdragen niet kunnen worden geïnd, zal de financierende overheid (rijk of gemeenten) moeten voorzien in het compenseren van begrotingstekorten;
- uit berekeningen naar analogie van bestaande regelingen (eigen bijdragen RIAGG, medicijnen) blijkt dat het risico groot is dat de perceptiekosten de baten overtreffen.

SAMENVATTING EN CONCLUSIES

1. Inleiding

In de ministerraadsvergadering van 6 september 1985 is besloten het onderwerp alcohol en drugs te bestuderen in de 6e ronde heroverweging. De toelichting op dit onderwerp in het ministerraadsstuk luidt:

"De afgelopen jaren is een omvangrijk en gedifferentieerd hulpverleningsapparaat op het terrein van drug- en alcoholbeleid tot stand gebracht. Het gaat hierbij om verschillende voorzieningen op het gebied van het volksgezondheids, welzijns en reclasseringsbeleid. De verantwoordelijkheid voor de diverse voorzieningen ligt zowel bij de rijksoverheid als bij de lagere overheden. Het heroverwegingsonderzoek dient zich primair te richten op de effectiviteit en doelmatigheid van de bestaande voorzieningen. Belangrijk daarbij is de samenhang tussen de verschillende voorzieningen en de afstemming op elkaar. Dit betekent dat zowel het beleid van de rijksoverheid als dat van de lagere overheden aan de orde dienen te komen".

2. Onderzoeksterrein

Het zwaartepunt van het onderzoek ligt op die voorzieningen die zich primair bezighouden met hulpverlening op het terrein van drug- en alcoholgebruik (het zorgaspect wordt centraal gesteld). De totale uitgaven die hiermee samenhangen (het zogenaamde ijkpunt) bedragen, op basis van de meerjarenraming 1990, 205,6 miljoen.

De volgende voorzieningen maken deel uit van het ijkpunt:

- consultatiebureaus voor alcohol en drugs (65,1 miljoen);
- gemeentelijke voorzieningen, gefinancierd krachtens Rijksbijdrage-regelingen (34,0 miljoen);
- methadonprogramma's, voorzover door WVC begrotings gefinancierd (6,2 miljoen);
- intramurale, extramurale en semi-residentiële voorzieningen (begroting 14,6 miljoen: premie 81,4 miljoen).
- onderzoek en experimenten (2,4 miljoen).

In het ijkpunt zijn de directe kosten van het alcohol- en drugbeleid, voorzover betrekking hebben op hulpverlening en preventie, opgenomen. Daarnaast zijn er kosten die direct danwel indirect het gevolg zijn van drug- en alcoholgebruik en die worden afgewenteld op de collectieve respectievelijk de particuliere sector. In de collectieve sector betreft het vooral kosten op het terrein van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, het justitieel apparaat, de verkeersveiligheid en de sociale verzekeringen. Ook een mogelijk negatieve beïnvloeding van de arbeidsproductiviteit moet niet worden uitgesloten. Deze op zich nauw met de problematiek samenhangende beleidsterreinen zijn slechts kwalitatief in het onderzoek betrokken, onder andere vanwege kwantificeringsproblemen. Ze vormen geen onderdeel van het ijkpunt.

3. Evaluatie van het gevoerde beleid

De centrale doelstelling van het drug- en alcoholbeleid is het leveren van een bijdrage aan preventie en opvang van de risico's die voortvloeien uit het gebruik van drugs of alcohol, voor het individu, zijn onmiddellijke omgeving en de maatschappij.

Op basis hiervan heeft de werkgroep een vijftal subdoelstellingen geformuleerd, waarvan de laatste twee als randvoorwaarden moeten worden opgevat:

- voorkomen van alcohol en drugproblemen;
- verbeteren van het lichamelijk en maatschappelijk functioneren van de verslaafde;
- beëindiging van de verslaving;
- het creëren van een gedifferentieerd en samenhangend netwerk van voorzieningen;
- het vergroten van de bereikbaarheid en effectiviteit van de voorzieningen.

Op basis van de evaluatie van het gevoerde beleid, kunnen als belangrijkste conclusies worden geformuleerd:

- in het algemeen bestaat te weinig inzicht in het functioneren van de hulpverlening om uitspraken te doen over (de verschillen) in effectiviteit en doelmatigheid van de onderscheiden hulpverleningsmethodieken. Wel zijn de totale kosten tussen 1980 en 1984 gestabiliseerd, bij een toename van het aantal cliënten;
- uit buitenlands wetenschappelijk onderzoek blijkt dat naarmate de interventie langer duurt, de effectiviteit groter is. Minder van belang is het type interventie;
- de bestaande preventieve instrumenten zijn tot op heden ontoereikend gebleken voor het terugdringen van de verslavingsproblematiek;
- de effectiviteit van de verslavingszorg kan niet los worden gezien van de beschikbaarheid van alcohol en drugs in de maatschappij.

Uit vergelijking met het buitenland blijkt dat rekening gehouden moet worden met een toename van de alcohol- en drugproblematiek in de komende jaren.

4. Varianten

Op grond van de beleidsevaluatie kan geconcludeerd worden dat er op dit moment te weinig inzicht bestaat in de effectiviteit en doelmatigheid van de hulpverleningsmethodieken, om op beleidsmatige overwegingen tot substantiële besparingen te komen.

Conform de taakopdracht zijn toch een aantal varianten ontwikkeld, die moeten leiden tot een besparing van de uitgaven (ten opzichte van het ijkpunt).

De volgende mogelijkheden zijn onderscheiden:

- | | |
|--|--------------------|
| - organisatorische aanpassingen | (max. 3.5 miljoen) |
| - decategorisering van de verslavingszorg | (1.8 miljoen) |
| - afschaffen rijkssubsidie voor landelijk
hulpverleningsvoorzieningen | (3.0 miljoen) |
| - toepassing profijtbeginself | p.m. |
| - verlaging voorzieningenniveau (20% variant) | (40.0 miljoen) |

Conform de taakopdracht heeft de werkgroep de effecten van de varianten zo concreet mogelijk uitgewerkt (zie par. 4.4. en tabel 4.1.).

4. Beleidsaanbevelingen

Naar aanleiding van het geconstateerde bij de beleidsevaluatie en de variantenontwikkeling komt de werkgroep tot de volgende aanbevelingen:

1. Constaterende dat op dit moment te weinig inzicht bestaat in effectiviteit en doelmatigheid van de te onderscheiden hulpverleningsmethodieken is de werkgroep van mening dat hierin op de volgende wijze verandering kan worden gebracht:
 - a. registratie van hulpverleningsactiviteiten;
 - b. experimenten in de hulpverlening;
 - c. wetenschappelijk (en evaluatie-)onderzoek;
 - d. deskundigheidsbevordering.
2. Nadere studie te verrichten naar de effecten van accijnsverhogingen op alcohol gebruik.
3. Alvorens besloten wordt tot implementatie van één van de varianten of aanbevelingen, dient aangegeven te worden wat de exacte (financiële) consequenties hiervan zijn en hoe deze, indien zij kostenverhogend werken, gecompenseerd worden.