

N A A R  
VERSLAVINGS-  
CENTRA

# Naar verslavingscentra

# Nederlandse Vereniging CAD's

Organisatie van  
Consultatiebureau's voor  
Alcohol en drugs

Postbus 1532  
3500 BM Utrecht  
Telefoon (030) 34 13 00

## Colofon

Tekstbewerking: Tekstburo Interlinie/Jos van der Lans, Amsterdam  
Ontwerp en omslag: Wrik, Utrecht  
Zetwerk/lay-out: Mediæval, Nijmegen  
2e druk juli 1988

# Inhoudsopgave

1. Inleiding	5
2. Huidig situatie en probleemstelling	6
3. Overheidsimpulsen voor herstructurering	9
4. Provinciale/grootstedelijke verslavingscentra	10
5. Model verslavingscentra	11
6. Financiering verslavingscentra	16
7. Voordelen van verslavingscentra	17
8. Concretisering	18
Bijlage 1. Kengetallen capaciteit verslavingszorg	20
Lijst met afkortingen	20

# Inleiding

Nederland is in het bezit van een redelijk ontwikkelde infrastructuur van verschillende verslavingsvoorzieningen. De afgelopen twintig jaar was een creatieve periode, waarin allerlei soorten voorzieningen werden opgebouwd. In het kielzog voltrok zich een proces van professionalisering, dat zich vooral kenmerkte door een meer methodische aanpak.

De laatste jaren echter stuit men steeds meer op de grenzen van wat binnen de huidige constellatie van vele kleine en middelgrote instellingen nog aan kwaliteitsontwikkeling mogelijk is. De verslavingszorg is op dit moment te versnipperd, en daardoor te weinig doelmatig en samenhangend, om verdere kwaliteitsontwikkeling mogelijk te maken. Verdere kwaliteitsontwikkeling vraagt om:

- **meer differentiatie**, zowel in de voorwaardenscheppende sfeer (registratie, onderzoek) als in de uitvoering (specialistische vormen van behandeling). Kwaliteitsbewaking en ontwikkeling nemen binnen de verslavingszorg een steeds belangrijker plaats in. Vooral registratie en onderzoek krijgen de laatste tijd veel aandacht. De middelen ontbreken echter om deze zaken grondig uit te bouwen. Wat de uitvoering betreft, het is de laatste jaren steeds duidelijker geworden dat dé oplossing, en dus dé aanpak van de verslavingsproblematiek, niet bestaat. Hulpverlening is maatwerk, waarbij moet worden uitgegaan van de mogelijkheden en de problematiek van de cliënt op dat moment. Het is dan ook zaak om te kunnen beschikken over alle soorten van behandeling. Dit vraagt om differentiatie, zowel in de breedte als in de diepte. We moeten constateren, dat op het ogenblik specialistische vormen van behandeling onvoldoende aangeboden kunnen worden doordat daarvoor de financiële middelen ontbreken.
- **vergroting van flexibiliteit**. De verslavingszorg werkt zowel aan al lang bekende (alcohol- en drugs-) problemen als aan nieuwe (gokverslaving, AIDS). Dat vereist verschillende deskundigheden. Daarnaast zijn er taakverschuivingen nodig, onder andere ten gunste van consultatie en preventie. Op dit moment is daar nauwelijks ruimte voor, gezien het specifieke karakter van de vele kleine Jo-Jo instellingen en de krappe capaciteit bij de CAD's.
- **een meer functioneel geïntegreerde aanpak**. Continuïteit in behandeling is gezien het grillige verloop van de verslavingscarrière van vitaal belang. Doorbreking van de verslavingsspiraal is een zaak van vallen en opstaan. Om op de verschillende momenten met een adequaat aanbod te kunnen reageren en continuïteit in de hulpverlening te houden, zijn een functionele samenhang en een naadloze aansluiting van de verschillende voorzieningen noodzakelijke voorwaarden. Dit vraagt om integratie van de verschillende justitiële, welzijns, algemene gezondheids- en geestelijke

gezondheidsfuncties. Deze gedachte sluit aan bij het door de overheid voorgestane facetbeleid, zoals geformuleerd in de nota 2000. Het facetbeleid gaat uit van een geïntegreerde aanpak van gezondheidsproblemen.

De CAD's zijn er echter van overtuigd, dat verdere differentiatie, vergroting van de flexibiliteit, en functionele integratie met de huidige beperkte financiële middelen bereikt kan worden, en wel door **bundeling van de huidige verslavingsvoorzieningen in provinciale/grootstedelijke verslavingscentra**. Verslavingsvoorzieningen zijn de Verslavingsklinieken, de Consultatiebureau's voor Alcohol en Drugs (CAD's) en de Drugshulpverleningsinstellingen vanuit de Maatschappelijke Dienstverlening (de zgn. Jo-Jo instellingen).

Bundeling in provinciale/grootstedelijke verslavingscentra levert doelmatiger organisaties op. Op het ogenblik besteden de vele instellingen relatief te veel aan overhead, apparaatskosten en overlap in de werkzaamheden. Door vergroting van het organisatorische draagvlak, kan aanzienlijk worden bespaard. Met het vrijkomende geld kan de benodigde differentiatie gefinancierd worden, en de gewenste flexibiliteit bereikt.

Daarnaast levert bundeling in provinciale/grootstedelijke verslavingscentra organisaties op, waarin een grotere functionele samenhang en naadloze aansluiting van voorzieningen tot stand kan komen. Samenwerkingsverbanden en verslavingcircuits zijn in het verleden nooit goed van de grond gekomen, wegens (vermeende) belangentegenstellingen.

Kortom, de CAD's zijn er van overtuigd dat met de huidige beperkte middelen een betere verslavingszorg mogelijk is.

Op zich is er niets nieuws onder de zon. Op veel plaatsen is reeds een aanvang gemaakt met de vergroting van het draagvlak, door combinaties van instellingen (verslavingsklinieken, CAD's en Jo-Jo instellingen). De CAD's beogen met deze discussienota deze ontwikkeling een krachtige impuls te geven.

De CAD's beseffen dat ze met hun pleidooi voor provinciale/grootstedelijke verslavingscentra kiezen voor het opgaan in een groter organisatorisch verband. De kwaliteit en doelmatigheid van de verslavingszorg hoort echter voorop te staan. De ernst van de problematiek vraagt om een effectief georganiseerd en een continu en kwalitatief toegesneden aanbod.

# Huidige situatie en probleemstelling

De verslavingszorg wordt vaak verweten dat ze te versnipperd is, uit te veel adressen bestaat en dat de cliënt door de bomen het bos niet meer kan zien. Dat verwijt is terecht, maar de simpele constatering zegt als zodanig nog niets over de oorzaak. Die moet gezocht worden in de diversiteit van financieringsstromen binnen de verslavingszorg. De financiering is verre van eenduidig en plaatst barrières tussen de voorzieningen

De verslavingszorg kent momenteel vijf geldstromen in drie groepen onderverdeeld:

## A. De Rijksregeling Subsidiëring CAD's en de Reclaseringsregeling 1986.

Met deze subsidieregeling betaalt het ministerie van WVC het merendeel van de kosten van de CAD's. De subsidie-regeling is per 1 januari 1988 ingevoerd. De regeling wordt beheerd door de Hoofdafdeling Alcohol-, Drugs- en Tabakbeleid (HADT) van het Ministerie van WVC, Directoraat Volksgezondheid.

Voor hun reclaseringsstaken krijgen de CAD's subsidie van het Ministerie van Justitie, via de arrondissementale Reclaseringsstichtingen.

## B. De Rijksbijdrageregeling voor Maatschappelijke Dienstverlening van Jongeren en Jong volwassenen (de Jo-Jo-regeling).

Uit deze subsidieregeling van het ministerie van WVC worden veel lokale drugshulpverleningsprojecten betaald. Tot voor kort werd deze geldstroom beheerd door een welzijnsafdeling van WVC. Met ingang van 1 april 1988 werd de regeling bij dezelfde afdeling ondergebracht waaronder de CAD's ressorteren: de Hoofdafdeling Alcohol-, Drugs- en Tabaksbeleid.

## C. De Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

De verslavingsklinieken maken deel uit van de intramurale geestelijke gezondheidszorg en worden als zodanig gepland en gefinancierd via de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV), Ziekenfondswet (ZFW) en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De uitvoering van deze wettelijke regelingen valt onder de Ziekenfondsen.

Daarnaast zijn er nog een aantal kleinere financieringsstromen, die vooral via de Gemeenten lopen (besluit proefgemeenten, welzijnsconvenanten tussen rijk en de vier grote gemeenten, rijksfinanciering spuitomruil). In de praktijk lopen deze vormen van financiering overal door elkaar. Zodoende zijn er zeven soorten verslavingszorginstellingen ontstaan (zie ook kaartje)

1. Afzonderlijke CAD's (6)
2. Afzonderlijke Jo-Jo instellingen (ca. 60)
3. Afzonderlijke verslavingsklinieken (13)
4. Combinatie van CAD en Jo-Jo instelling (6)
5. Combinatie van CAD en verslavingskliniek (2)
6. Combinatie van CAD met zowel Jo-Jo instelling als kliniek (2)
7. Combinatie van verslavingskliniek en Jo-Jo instelling (1)

Wanneer we de kaart van Nederland bekijken, waarop de zeven soorten verslavingszorginstellingen staan aangegeven, vallen twee dingen op:

- de veelvormigheid van de verslavingsinstellingen
  - de onevenwichtige spreiding van de voorzieningen
- Wanneer men bedenkt, dat de meeste Jo-Jo instellingen drugsinstellingen zijn, ligt de nadruk onevenredig sterk op de drugsvoorzieningen.
- Wanneer we bovendien ook nog bedenken, dat de instellingen nog al in grootte variëren (veel Jo-Jo instellingen hebben maar enkele formatieplaatsen), dan rijst het beeld op van een versnipperde verslavingszorg. De conclusie kan geen andere zijn dan dat de uiteenlopende aard van financiering en de daaruit voortvloeiende verschillende beleidsregimes organisatorische versnippering in de hand werken.

De versnipperde verslavingszorg heeft een aantal **consequenties voor de continuïteit en kwaliteit van de zorg:**

- voor de **buitenwereld is onduidelijk** waar men voor welk aanbod terecht kan.
- **ondoelmatige besteding van financiële middelen** door 'overlap' in de werkzaamheden, relatief veel overhead (iedere instelling heeft b.v. een directeur/coördinator nodig) en apparaatskosten (huisvesting, administratie etc.).
- **te geringe samenhang/functionele integratie.** De verslavingscarrière van de cliënten kent een grillig verloop. Terugval komt regelmatig voor. Dit betekent dat vaak snel overgeschakeld moet kunnen worden naar op dat moment geëigende vormen van begeleiding en hulpverlening. Want continuïteit in de zorg is van vitaal belang. Wanneer de draad verbroken wordt kan dit een terugslag voor jaren betekenen. De huidige schotten tussen de instellingen verhinderen de continuïteit. Weliswaar zijn er via samenwerkingsverbanden en verslavingszorgcircuits pogingen ondernomen om meer samenhang tot stand te brengen, maar het succes daarvan is gering te noemen. Door een al te grote vrijblijvendheid en door vele (vaak vermeende) tegenstrijdige belangen tussen de participerende instellingen raken de onderlinge verhoudingen al snel geblokkeerd. Daar komt nog bij dat de kleine instellingen, die zijn opgericht voor de aanpak van een



**BESTAANDE INSTELLINGSSITUATIE VERSLAVINGSZORG**

**verklaring**

- = verslavingskliniek (categoriaal psychiatrisch ziekenhuis of als onderdeel van algemeen psychiatrisch ziekenhuis)
- △ = consultatiebureau voor alcohol en drugs (CAD)
- = Jo-Jo instelling
- ⊕ = combinatie verslavingskliniek/CAD
- ⊙ = combinatie verslavingskliniek/Jo-Jo
- ⊗ = combinatie CAD/Jo-Jo
- ⊕⊙ = combinatie verslavingskliniek/CAD/Jo-Jo

bronnen: NZR, NIAD, NVC

**Opmerkingen**

1. Alleen de instellingen/rechtspersonen zijn geteld. Een instelling/rechtspersoon kan bestaan uit meerdere projecten/instellingen.
2. De niet erkende instellingen zijn buiten de telling gelaten (veelal evangelisch geïnspireerd).
3. Jo-Jo instellingen variëren enorm van karakter: van straathoekwerk tot klinieken.
4. Sommige CAD's en verslavingsklinieken zijn in meerdere provincies actief, en komen meerdere keren op de kaart voor.
5. Het gaat hier om een benadering van de bestaande situatie. Uit de bestaande lijsten met Jo-Jo projecten is niet altijd duidelijk of de projecten onder één instelling/rechtspersoon vallen en in combinatie met CAD's en/of klinieken voorkomen. De werkelijke situatie kan dan ook van het bovengeschetste afwijken.

deelprobleem (bijvoorbeeld dagcentrum voor Surinamers, laagdrempelig inloopcentrum voor drugverslaafden, fitnesscentrum), de neiging hebben om cliënten vast te houden om het hoofd boven water te houden. Vrijwel nergens is langs de weg van samenwerkingsverbanden en verslavingscircuits de coördinatie van de hulpverlening rond de cliënt van de grond gekomen (bijvoorbeeld via gemeenschappelijk intake-overleg).

- **te geringe flexibiliteit.** Kleinere instellingen zijn nauwelijks in staat in te spelen op verschuivingen in de aard van de problematiek. Ze zijn als het ware uitgesproken specialisten in een specifieke aanpak. Het handjevol medewerkers kan niet op een flexibele wijze worden ingezet. Toch zijn er geregeld verschuivingen nodig: het accent kan bijvoorbeeld verschuiven van drugs naar alcohol of naar gokken, van heroïne naar cocaïne, van begeleiden naar behandelen, van hulpverlening naar preventie en consultatie, van extramurale reclassering naar penitentiair reclasseringswerk. Daarnaast zijn verschuivingen ten gunste van geheel nieuwe taken nodig, zoals gokverslaving en aidspreventie.

Ook in grotere instellingen levert een prioriteit en taakverandering op korte termijn de nodige problemen op. Maar op een middellange termijn zijn er door het natuurlijke verloop van het personeel en door een bijscholing van het personeel meer mogelijkheden.

- **stremming van differentiatie.** Verdergaande differentiatie, zowel in de voorwaardenscheppende voorzieningen als in de uitvoerende voorzieningen is van groot belang.

Meer differentiatie in de voorwaardenscheppende voorzieningen is nodig voor de verdere ontwikkeling van kwaliteitsbewaking en ontwikkeling. Met name gaat het om registratie en onderzoek. Tot op heden is er nauwelijks mankracht beschikbaar om dit grondig aan te pakken.

Meer differentiatie in de uitvoerende voorzieningen is nodig om de hulpverlening te kunnen laten aansluiten bij de mogelijkheden en problemen van de cliënten. Steeds meer dringt het besef door dat de enige effectieve aanpak 'maatwerk' is. Dit betekent, dat de verslavingszorg in voldoende mate gespecialiseerde vormen van behandeling moet kunnen bieden. Dat is op dit moment zeker niet het geval.

Verbetering van de kwaliteit van de dienstverlening vereist een voldoende capaciteitstechnisch en organisatorisch draagvlak. De CAD's, zo blijkt uit het eindrapport 'Verkenning CAD 1987 van het organisatiebureau Verheul Tijdelijk Management (april 1988), hebben ondanks de financiële druk hun zaakjes redelijk voor elkaar. Maar tegelijkertijd constateert het rapport min of meer dat de rek uit de verbetering is. Voor een adequate aanpak van nieuwe problemen en de ontwikkeling van nieuwe hulpverle-

ningsmethodieken en voorzieningen zijn de CAD's door de bank genomen op een te kleine schaal actief. Daarvoor zou de capaciteit en het organisatorische draagvlak van de verslavingszorg vergroot moeten worden. Dat geldt in sterkere mate voor de kleinere Jo-Jo instellingen.

#### FINANCIERING VERSLAVINGSZORG in 1988 (in miljoenen gulden)

<b>1. CAD's</b>			
Subsidie WVC/ADT		51,6	
Subsidie Justitie		20,3	
Totaal CAD's			71,9
<b>2. Overige ambulante verslavingszorg</b>			
Subsidie WVC		14,0	
Proefgemeenten, convenanten en gemeentelijke projecten		36,8	
Totaal overig			50,8
Laboratorium Amsterdam			1,3
Totaal extramurale verslavingszorg			<b>124,0</b>
<b>3. Intramurale verslavingszorg</b>			
Categoriale klinieken voor verslaafden	59,7		
Verslavingsbedden in APZ'en, poliklinieken en deeltijdbehandeling	19,6		
Totaal intramurale verslavingszorg			<b>79,3</b>
<b>TOTAAL VERSLAVINGSZORG NEDERLAND</b>			<b>203,3</b>

1. Bron ministerie van WVC. De justitiegelden worden via de arrondissementsstichtingen voor reclassering verdeeld op productiecontractbasis.
2. Bron ministerie van WVC. Uitsluitend die Jo-Jo-gelden zijn opgenomen die aan verslavingszorg worden besteed.
3. Bron Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg en ministerie van WVC. Het APZ deel is een aanname op basis van de totale kosten naar rato van algemene en specifieke bedden. De 1400 opnamen met verslavingsproblematiek in de PAAZ afdelingen (Psychiatrische Afdelingen Algemene Ziekenhuizen) zijn buiten beschouwing gelaten.



# Overheidsimpulsen voor herstructurering

De rijksoverheid en de ziekenfondsen stellen een goede en doelmatige uitvoering van functies voorop. In de toekomst zal dan ook eerder sprake zijn van een **functiefinanciering** dan van de huidige instellingsfinanciering. De opgave voor de toekomst is dus om een organisatorische schaal te vinden, waarin én de noodzakelijke diversiteit van functies tot zijn recht komt én de noodzakelijke samenhang mogelijk is, en wel op doelmatige wijze georganiseerd.

De overheid heeft deze weg in haar nota's al eerder ingeslagen. In de nota Heroverweging drug- en alcoholbeleid van het Ministerie van Financiën (1986) wordt uit doelmatigheidsoverwegingen een zekere schaalvergroting aanbevolen. De vraag was alleen wat voor soort schaalvergroting. De nota noemt daarvoor drie alternatieven, die nadere bestudering vergen:

1. per provincie en voor elk van de vier grote steden de gehele categoriale verslavingszorg onderbrengen in één organisatie (Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs + Categorieel psychiatrisch Ziekenhuis + Maatschappelijk Herstel en Dienstverlening);
2. per provincie en voor elk van de vier grote steden de ambulante verslavingszorg onderbrengen in één organisatie (CAD+MHD);
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).

De ministerraad heeft op basis van dit rapport besloten dat deze schaalvergrotingsvarianten nader zouden moeten worden uitgewerkt. Daarover heeft de hoofdafdeling Alcohol-, Drugs- en Tabakbeleid van WVC gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van de verslavingszorg, waaronder de Nederlandse Vereniging van CAD's. Het resultaat daarvan heeft WVC onlangs vastgelegd in de nota: 'Hulpverlening bij en preventie van verslavingsproblemen'. Deze geeft een beschrijving van functies voor zowel de ambulante als de klinische verslavingszorg, met als uitgangspunt: uitvoering in onderlinge samenhang. Daarbij werd gedacht aan financiering via de AWBZ. Het gaat daarbij om de volgende functies:

## ■ de preventie;

### ■ de ambulante zorg, met als deelfuncties

- veldwerk
- maatschappelijk medische opvang
- semi residentiële opvang
- begeleiding
- behandeling
- nazorg
- consultatie

### ■ de klinische zorg, met als deelfuncties

- crisisopvang en detoxificatie
- polikliniek
- deeltijdbehandeling
- kortdurende klinische behandeling
- langdurende klinische behandeling
- resocialisatie

### ■ maatschappelijk herstel

- vorming en opleiding
- arbeid
- wonen
- vrijetijdsbesteding

De nota vermeldt uiteraard ook de **reclasseringsfunctie** van de CAD's maar deze, door het Ministerie van Justitie betaalde en bestuurde functie, wordt niet verder uitgewerkt.

In de nota blijven uitspraken over de meest wenselijke organisatievorm voor de verslavingszorg achterwege. Ze biedt daarmee geen uitwerking voor de organisatorische varianten, waar de ministerraad naar heeft gevraagd. Dat is jammer, omdat er sprake is van een toenemende politieke druk om binnen de verslavingszorg tot een grotere doelmatigheid en meer samenhang te komen. De Bijzondere Kamercommissie voor Alcohol en Samenleving heeft daar nadrukkelijk op gewezen tijdens de behandeling van de nota 'Alcohol en Samenleving' en onlangs is deze politieke wens nog eens herhaald tijdens de bespreking van de nota 'Dwang en drang in de hulpverlening'.

In dit klimaat is het zaak om met initiatieven te komen. De instellingen voor verslavingszorg staan met de overheid voor de taak nieuwe organisatievormen te ontwikkelen, waarbij grotere doelmatigheid en kwaliteit door centrale sturing samengaat met lokale oriëntatie, medezeggenschap en toegankelijkheid.

# Provinciale/grootstedelijke verslavingscentra

De versnippering van de huidige verslavingszorg heeft ingrijpende gevolgen voor de kwaliteit van het aanbod, werd in het tweede hoofdstuk geconstateerd. Een kwalitatief hoogstaande verslavingszorg kenmerkt zich door continuïteit en een adequaat aanbod, passend bij de specifieke mogelijkheden en problematiek van de cliënten. Daarvoor is nodig: een grotere doelmatigheid, een verdere differentiatie van voorzieningen, een grotere flexibiliteit en functionele integratie.

Om dit te realiseren is vergroting van het capaciteitstechnisch en organisatorisch draagvlak nodig, zo constateren overheid en het organisatiebureau Verheul Tijdelijk Management. De CAD's delen deze conclusie. Verdere differentiatie van voorzieningen in de voorwaardenschepende sfeer en naar specialistische vormen van behandeling is relatief te duur, zeker in het licht van de huidige beperkte middelen, voor kleine(re) instellingen. Flexibiliteit in de zin van taakverschuivingen is alleen mogelijk in grotere organisaties. Dan is ook een integrale aanpak van de verslavingsproblematiek mogelijk.

De CAD's zijn van mening dat dit draagvlak slechts door bundeling van de huidige verslavingsvoorzieningen op provinciaal/grootstedelijk niveau gerealiseerd kan worden. Dat betekent een vergroting van de huidige schaal van de verslavingszorg.

Kortom, alleen door nauwe samenwerking tussen de voorzieningen binnen de verslavingszorg is bij beperkte middelen continuïteit en kwaliteit van zorg te waarborgen en te organiseren. **In dit licht kiezen de CAD's voor bundeling van de huidige verslavingsvoorzieningen in provinciale/grootstedelijke verslavingscentra.**

## Meer productie door minder overhead

Dat bundeling van de huidige voorzieningen een doelmatiger verslavingszorg oplevert, en verdere differentiatie mogelijk maakt, blijkt uit onderstaande globale berekening. Het gaat hierbij alleen nog maar om de besparing op de overhead in de ambulante sfeer. Minstens 10% kan worden bespaard en aangewend ten gunste van verdere differentiatie in het uitvoerend werk.

Indien we ook de overhead van de klinieken bij de berekening zouden betrekken, evenals de apparaatskosten en overlap van werkzaamheden in zowel de ambulante als de klinische zorg, dan komt het plaatje er nog gunstiger uit te zien.

- Bij de CAD's wordt op het ogenblik 31,5% van de formatieplaatsen aan overhead besteed. Bij de kleinere CAD's ligt dit hoger, dan bij de grotere (variërend van 43,6% tot 23,5%). Hoe het met de overhead bij de Jo-Jo instellingen zit is onbekend. Gezien de gemiddeld geringe omvang is een hoog percentage waarschijnlijk.
- Het huidige landelijk budget voor de ambulante verslavingszorg bedraagt 124 miljoen gulden.
- Indien dit wordt aangewend voor b.v. 15 provinciale/grootstedelijke verslavingscentra, dan is daarvoor gemiddeld 8,6 miljoen beschikbaar.
- Volgens de huidige praktijk zijn hiermee 87 formatieplaatsen (fte) te bezetten.
- Een gemiddeld centrum met b.v. 5 regionale en 3 functionele teams moet over de volgende overhead functies beschikken:
  - 1 directeur
  - 1 administrateur
  - 3 stafmedewerkers (hulpverlening, preventie en consultatie, registratie en onderzoek)
  - 8 teamcoördinatoren
  - 9 secretariaatsmedewerkers
 Totaal 22 fte's van de 87 fte = ca. 25%
- Deze 25% stellen we tegenover het huidige CAD gemiddelde van 31,5% en de waarschijnlijke meer dan 40% voor de gehele ambulante verslavingszorg.

# Model verslavingscentra

Hoe zou een provinciaal/grootstedelijk verslavingscentrum er nu uit zien? Hoe groot zijn de werkgebieden? Wat is het dienstenpakket? In dit hoofdstuk wordt een poging ondernomen in grove trekken een ideaal-typisch model van zo'n verslavingscentrum te schetsen. Uiteraard kan dit, al naar gelang de praktische situatie in de verschillende provincies en grote gemeenten, verschillend worden uitgewerkt.

## ■ Werkgebieden

In principe wordt gekozen voor een provinciaal/grootstedelijk niveau. Dit biedt echter in een paar provincies, waar de verslavingsproblematiek minder urgent is, nog steeds een te beperkt draagvlak. Samenvoegingen of oprichting van bovenprovinciale service bureau's, kunnen in die gevallen overwogen worden.

In de drie grote stedelijke agglomeraties (Amsterdam en het Gooi, Rotterdam en Den Haag) zijn vanwege de omvang van de aanwezige problematiek in feite al grootschalige voorzieningsstructuren ontstaan. Het spreekt voor zich dat deze kunnen blijven voortbestaan. In Utrecht is de schaal te klein voor een gemeentelijke organisatie naast een provinciaal centrum. In de overige provincies kan volstaan worden met een provinciaal centrum.

## ■ Samenhangend dienstenpakket

De centra voor verslavingen worden bundelingen van de

huidige CAD's, de verslavingsklinieken en een deel van de maatschappelijke dienstverlening (voorzover daar specifieke verslavingszorg plaatsvindt). Het zijn multifunctionele instellingen, waar in principe alle soorten programma's, die voor verslaafden en probleemgebruikers relevant zijn, worden aangeboden.

Het hulpverleningsaanbod beperkt zich niet tot de bekende geestelijke gezondheidszorg functies. Ook de justitiële hulpverlening en preventie (reclasseringstaken en de alcohol verkeer-projecten bijvoorbeeld) krijgen een duidelijk plaats in de nieuwe centra.

De nieuwe verslavingscentra vervullen alle volksgezondheid en maatschappelijke dienstverleningsfuncties die in de WVC nota 'Hulpverlening bij en preventie van verslavingsproblemen' zijn aangegeven. Daarnaast zullen zij ook de huidige CAD reclasseringsfunctie blijven uitvoeren. Globaal zal het dienstenpakket van de centra er dan als volgt uitzien:



NAGESTREEFDE INSTELLINGSSITUATIE VERSLAVINGSZORG

verklaring

□ = verslavingscentrum

### Preventie en consultatie

De verslavingscentra vervullen de preventie- en voorlichtingstaken die nu door de CAD's worden uitgevoerd. De preventiewerkzaamheden richten zich met name op de deskundigheidsbevordering van eerstelijnsinstellingen. Daarvoor worden cursussen georganiseerd (bijvoorbeeld in vroegsignalering, motivationele gespreksvoering, begeleidingsmethodieken). Tevens richt men zich op de beroepsopleidingen van eerstelijns werkers. Daarbij moet de eerstelijns breed worden opgevat. Het gaat uiteraard om de eerstelijnsgezondheidszorg, maar ook om welzijns- en onderwijsinstellingen. Juist door een brede aanpak is het mogelijk om de preventie doelstellingen te bereiken: het voorkomen van verslavingsproblemen door de bevordering van vroegtijdige interventies.

In het verlengde hiervan liggen de consultatiewerkzaamheden: het met raad en daad ondersteunen van eerstelijnsinstellingen in de omgang met verslavingsproblemen.

### Ambulante hulpverlening

De ambulante hulpverleningsvoorzieningen van de provinciale/grootstedelijke centra hebben zowel een eerstelijns als tweedelijnsfunctie. De aard van de eerstelijns werkzaamheden binnen verslavingszorgcentra is divers. Veldwerk, vroeghulp, maar ook de eerste opvang na aanmelding op eigen initiatief kunnen hieronder begrepen worden. De centra zijn echter ook een tweedelijnsvoorziening, aangezien zij cliënten behandelen en begeleiden.

De cliënt die zich bij één van de ambulante voorzieningen aanmeldt krijgt via (een) intakegesprek(ken) zo snel mogelijk een hulpaanbod dat tegemoet komt aan de ernst van de situatie. Daarbij zijn er twee mogelijkheden:

1. **Basale opvang.** Dat is een laagdrempelige, out reaching en weinig eisende aanpak. Dit werk vormt een soort vangnet voor mensen met verslavingsproblemen. Het gaat daarbij om taken als: algemene zorg, reclasseringsbegeleiding, medisch-maatschappelijke begeleiding, semi residentiële begeleiding (bijvoorbeeld aanloopcentra en dagprogramma's), eventueel aangevuld met methadonverstrekking.

Mensen komen voor deze basisopvang in aanmerking als (1) ze, gesteund door hun omgeving, zelf nog behoorlijk in staat zijn om de eindjes aan elkaar te knopen, (2) ze de kat uit de boom willen kijken, (3) ze nog niet rijp zijn voor gespecialiseerde vormen van behandeling.

2. **Gespecialiseerde begeleiding/behandeling.** In principe moeten de verslavingscentra alle gespecialiseerde vormen van ambulante therapeutische behandeling kunnen aanbieden. Het gaat hier om individuele behandelingen, groepsbehandelingen en systeembehandelingen.

Voor deze vormen van ambulante behandeling komen cliënten in aanmerking die zo ernstig in de problemen zijn gekomen, dat deze niet met eenvoudige vormen van begeleiding zijn te doorbreken.

Zowel begeleiding als gespecialiseerde behandeling kunnen gecombineerd worden met een aanpak die gericht is op maatschappelijk herstel (dat wil zeggen begeleiding gericht op vorming, wonen en arbeid). Dagprogramma's zijn daar voorbeelden van. Het doel van deze activiteiten is het stimuleren van een nieuwe levensstijl, onder andere door het vergroten van de weerbaarheid en het aanleren van vaardigheden, waarmee men zich in de maatschappij beter kan handhaven.

Als de ambulante of klinische behandeling afgelopen is, dienen de centra ook de nazorg te verzorgen. Behandeling is vaak een dergelijk ingrijpend proces, dat dit niet in een keer afgebroken kan worden. De centra zijn uiteraard ook verantwoordelijk voor de afbouwfunctie.

### Detoxificatie

Detoxificatie betekent ontgiftiging. Als een cliënt dermate zwaar verslaafd is aan de alcohol of aan de drugs, en een ambulante detoxificatie niet haalbaar is, is ontgiftiging in een klinische setting over het algemeen de enige oplossing. Detoxificatie is over het algemeen een voorwaarde om tot behandeling over te gaan. Dat geldt zowel voor ambulante behandeling als voor behandeling in een kliniek. In crisisgevallen is het van belang om snel te kunnen doorverwijzen.

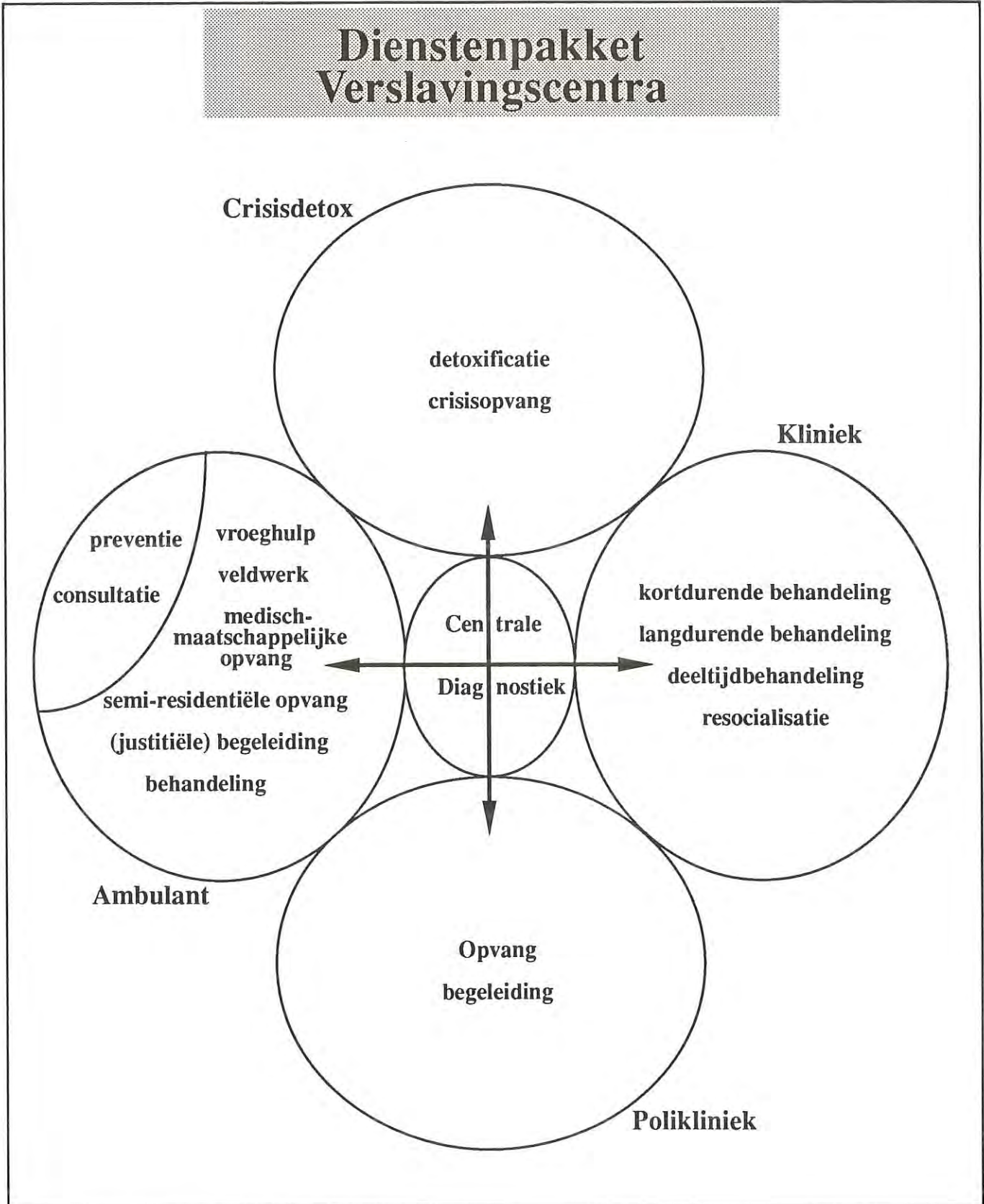
### Polikliniek

Een polikliniek heeft twee hoofdtaken: opvang en begeleiding. Indien bij de intake of tijdens de ambulante behandeling blijkt dat een klinische opname vereist is, kan het zijn dat alle bedden bezet zijn, of dat de betreffende cliënt zelf nog niet aan een klinische opname toe is. Een poliklinische behandeling biedt dan een uitkomst. In de praktijk gaat het vooral om cliënten waarvan het verslavingsgedrag sterk is verweven met psychiatrische problemen.

### Kliniek

Klinieken bieden specialistische vormen van therapeutische behandelingen, gecombineerd met een maatschappelijk herstel aanpak. De behandeling kan zowel kort als langdurig zijn. Bovendien kan de behandeling zowel op deeltijd basis (overdag) als op full-time basis (dag en nacht) plaatsvinden. Een klinische behandeling heeft tot doel de cliënt door tijdelijke intensivering van de behandeling zodanig in levensstijl te beïnvloeden dat een ambulante vorm van behandeling of begeleiding weer mogelijk wordt. Het streven is dat de opname zo kort mogelijk moet zijn. Feit is echter dat de problematiek van veel cliënten alleen door een langdurige opname (bijvoorbeeld in therapeutische gemeenschappen) kan worden aangepakt.

# Dienstenpakket Verslavingscentra



### Centrale diagnostiek

Wanneer de verschillende eenheden van verslavingscentra naar elkaar verwijzen is het van belang dat dit volgens duidelijke criteria, neergelegd in protocollen, plaatsvindt. Het is uiteraard van groot belang dat de diagnostiek die daar aan ten grondslag ligt zorgvuldig bewaakt wordt. Twijfelgevallen en cliënten met een ernstige problematiek worden in een centraal team gediagnostiseerd. Alleen op deze wijze kan willekeur en toeval voorkomen worden en krijgt de cliënt het meest adequate hulpverleningsaanbod.

### ■ Kwaliteitsbewaking

Er wordt in de verslavingszorg momenteel hard gewerkt aan raamnota's over de kwaliteitsverhoging van preventie en hulpverlening. Daarbij gaat het om zaken als:

- protocollen voor intake en case management;
- verbeterde diagnostiek, registratie en evaluatiesystemen;
- procedures voor systematisch prevalentie onderzoek.

Daarvoor moeten de staffuncties voor begeleiding/behandeling, preventie, onderzoek, registratie en administratie en de onderzoeksfunctie meer inhoud krijgen. Voor een goede kwaliteitsbewaking is de wisselwerking tussen uitvoeringspraktijk en management (via goed functionerende registratiesystemen op instellingsniveau) van groot belang. De CAD's hebben reeds een geautomatiseerd registratiesysteem, zowel op instellingsniveau (CADIS) als ook op landelijk niveau (LADIS), dat zo verbreed kan worden tot de gehele ambulante verslavingszorg. Daarnaast beschikken de verslavingsklinieken en de CAD's binnenkort ook over eigen informatiemodellen (PIM= Psychiatrisch Informatie Model; en AGGIM= Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg Informatie Model).

### ■ Organisatie

De centra zijn particuliere organisaties. De rechtspersoon is een stichtingsvorm met 'toezichthoudende' besturen die als een soort 'raad van commissarissen' functioneren. De relatie met de provincie en de verschillende gemeenten komt tot stand via overlegstructuren, en eventueel via erkenning, planning en financieringsregelingen. Hetzelfde geldt voor de ziekenfondsen en particuliere verzekeraars. Aangezien de uitvoering van hulpverlening en preventie zoveel mogelijk decentraal georganiseerd wordt (zie verderop), betekent dit dat zowel grotere als kleinere gemeenten actief bij het beleid zullen worden betrokken. Verschillende constructies zijn denkbaar: bestuurscommissies, zetels voor regio vertegenwoordigers in de besturen, etc.

De adviserende inbreng van (ex)cliënten kan tot stand komen via cliëntenraden.

Een verslavingscentrum bestaat in de regel uit minimaal

80 personeelsleden. Het organisatie-model van de verslavingscentra kenmerkt zich door een lijn-stafstructuur. De hiërarchie omvat een zo gering mogelijk aantal lagen. Directie, ondernemingsraad (OR), staf, de klinische en gespecialiseerde ambulante hulpverlening zijn centraal georganiseerd. De eerste en ambulante basale opvang is op regionale leest geschoeid.

### Centraal niveau

Op het centrale niveau van het verslavingscentrum komen de volgende verantwoordelijkheden en taken tot stand:

- De **directie** is uiteindelijk verantwoordelijk.
- Iedere instelling in de gezondheidszorgsector met meer dan 35 werknemers dient een **ondernemingsraad** te hebben. De verslavingscentra zullen dit aantal overtreffen.
- In de **centrale administratie** is zowel het directiesecretariaat als de financieel economische administratie ondergebracht.
- De **centrale staffuncties** betreffen in ieder geval: behandeling en begeleiding, preventie en consultatie, onderzoek, registratie en personeelszaken.
- De **preventietaak** wordt bij voorkeur door een centraal team uitgeoefend met inschakeling van de regionale teams.
- In het **centraal diagnostisch team** vindt bewaking plaats van de diagnostische kwaliteit van de regionale teams.
- Er zijn **gespecialiseerde teams** en **semi residentiële voorzieningen** voor zaken als gespecialiseerde therapieën, dagprogramma's voor maatschappelijk herstel, deelproblemen (aids bijvoorbeeld) en voor bepaalde cliëntengroepen (bijvoorbeeld minderheden).
- Ook de **klinische voorzieningen** behoren tot het centrale niveau: detoxificatiekliniek, polikliniek en verslavingskliniek.  
Het minimumpakket voor een verslavingscentrum dient te omvatten: ambulante voorzieningen en een detoxificatiekliniek.

### Regionaal niveau

De **aanmelding/intake, medische/maatschappelijke begeleiding, consultatie** en **regionale preventie** worden georganiseerd in regionale ambulante teams. De gespecialiseerde therapieën kunnen daarnaast provinciaal worden uitgevoerd. De begeleiding van de cliënten wordt bewaakt via case management.

Deze teams zijn in een centrumgemeente van een regio gevestigd en houden in andere gemeenten speciale spreekuren om gemakkelijk bereikbaar te zijn.

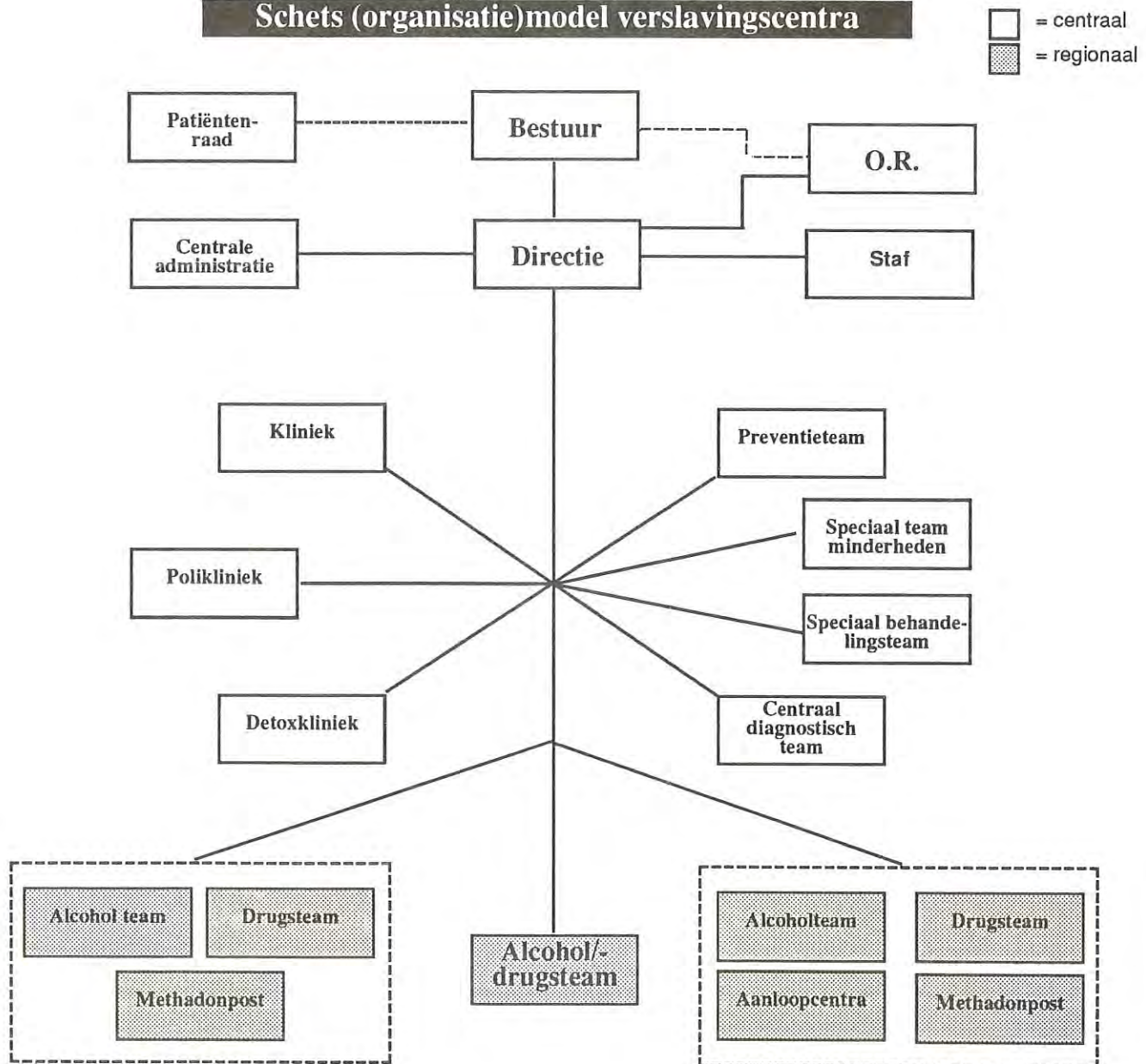
De teams bestaan in de regel uit zo'n 10 medewerkers, waardoor de kwetsbaarheid door plotselinge uitval minimaal is.

De regio's kunnen erg verschillen in de soort problematiek (alcohol of drugs) en in omvang (grote en kleine gemeenten). Wat voor teams er dan samengesteld worden is afhankelijk van de omstandigheden die in dat gebied gelden. Het ene uiterste is bijvoorbeeld een regio met een grote stad met omvangrijke alcohol en drugsproblemen. Dit vraagt om verschillende ambulante voorzieningen: alcoholteam, drugsteam, methadonpost met afbouw en onderhoudsprogramma's en eventueel een aanloopcentrum. Het andere uiterste is een dun bevolkte regio, waar de drugsproblematiek nauwelijks een rol speelt. Hier volstaat een gecombineerd alcohol/drugsteam met de nadruk op alcoholproblematiek.

### ■ Samenwerking

Door concentratie van de verslavingszorg in centra kan een systematischer beleid ontwikkeld worden in de samenwerking met de eerstelijns en de andere algemene zorg. Dit gebeurt zoveel mogelijk cliëntgericht. Bijvoorbeeld trainingen in huisartspraktijken, in plaats van periodiek overleg. Er worden protocollen opgesteld voor dergelijke programma's en contracten met productieafspraken. Op deze wijze moet ook de samenwerking met de Reclasserings stichtingen worden voortgezet. Met tweedelijnsvoorzieningen, zoals bijvoorbeeld de RIAGG's, moeten gespecialiseerde therapeutische programma's worden opgezet.

### Schets (organisatie)model verslavingscentra



# Financiering verslavingscentra

Een verslavingscentrum, waarin een geïntegreerd functiepakket wordt georganiseerd, vergt een passende financieringsvorm. Uiteraard dient deze financieringsvorm **beleidsplanning op provinciaal/grootstedelijk niveau** mogelijk te maken.

In de ogen van de CAD's zijn er drie mogelijkheden:

- de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)
  - de AWBZ voor de klinische functies en een rijkssubsidieregeling voor de ambulante functies
  - de AWBZ voor de klinische functies en een rijksbijdrageregeling op provinciaal/grootstedelijk niveau (analoog aan de rijksbijdrageregeling voor de bejaardenoorden)
- Dit naast de bestaande Reclaseringsregeling 1986.

In deze opsomming ontbreekt de mogelijkheid, waarvoor Minister Brinkman in een accoord met de VNG voorlopig heeft gekozen: de rijksbijdrageregeling, waarbij de financiering via de gemeenten loopt. De reden daarvoor is eenvoudig. Provinciale/grootstedelijke verslavingscentra moeten als geheel gefinancierd en gepland kunnen worden. Voor continuïteit van hulpverlening en preventie dient de financiering redelijk stabiel te zijn en zoveel mogelijk uit één bron te komen. Provinciale planning via de Gemeenten is onnodig gecompliceerd en lijkt onwerkbaar.

De CAD's hebben al jarenlang hun voorkeur voor financiering van de gehele verslavingszorg via de AWBZ uitgesproken:

1. de AWBZ biedt een grote mate van flexibiliteit. De AWBZ gaat uit van het recht op de geëigende behandeling. Verschuivingen in prioriteiten (b.v. van drugs naar alcoholproblematiek, van behandeling naar preventie en consultatie) kunnen zonder problemen plaatsvinden via de bestaande beleidskaders (o.a. Ziekenfondsraad en Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg).
2. de AWBZ biedt één beleidskader voor de ambulante en klinische zorg. De functionele samenhang kan op deze wijze optimaal worden bewaakt en substitutie is waar mogelijk in te voeren. Enkele onderdelen van de verslavingszorg (klinieken) worden al uit de sociale ziektekostenverzekeringen betaald. De CAD's weten zich in hun streven naar de AWBZ financiering gesteund door de Nationale Ziekenhuis Raad (NZR).



# Voordelen van verslavingscentra

Voor wie leveren de provinciale/grootstedelijke verslavingscentra nu concreet voordelen op. In de eerste plaats voor de cliënten, maar ook voor de medewerkers van de huidige verslavingsinstellingen, én de verschillende overheden, die verantwoordelijk zijn voor de volksgezondheid en rechtshandhaving.

## ■ Voordelen voor cliënten

Het zijn, zoals het hoort, vooral de cliënten die profiteren van de nieuwe verslavingscentra. Door een grotere differentiatie in de voorzieningen is het veel beter mogelijk om het hulpverleningsaanbod aan te sluiten bij de individuele problemen en mogelijkheden van de cliënten. De ene cliënt zal eerder baat hebben bij begeleiding, de ander bij een groepstherapie, de volgende bij een echtpaartherapie of een gezinstherapie, en weer een andere bij een individuele gedragstherapie of een combinatie van behandelingen. Daarnaast wordt de continuïteit in de behandeling verbeterd. Dit is nodig omdat de verslavingscarrières van de meeste cliënten een grillig verloop hebben, en daarmee ook de behoefte aan begeleiding/behandeling op dat moment.

De cliënten zullen er voor het overige doorgaans weinig van merken of de instelling formeel zelfstandig is dan wel deel uit maakt van een groter geheel. De ervaring nu leert dat waar Jo-Jo instellingen deel uitmaken van een CAD dat geen problemen oplevert. Het grootste verschil met de huidige situatie zal zijn dat er een centrale intake is. Bepalend is de kwaliteit van de hulpverlening in de eenheid waar de cliënt mee te maken heeft. De cliënten zullen er van profiteren, dat een aantal zaken beter en duidelijker geregeld zijn en dat er binnen de totale instelling meer mogelijkheden zijn om hulp te krijgen.

De verslavingscentra hebben echter meer 'klanten' dan alleen cliënten. Ook de huisartsen, de maatschappelijk werkers, directies van scholen, onderwijzers, etcetera zijn klanten van de centra. Zij maken gebruik van de deskundigheid van de centra. De schaalvergroting van de centra betekent dat preventie en consultatiewerkzaamheden kunnen steunen op meer deskundigheden, waardoor het ondersteunen van deze klanten beter op maat kan worden gesneden.

Door een evenwichtiger spreiding van de verschillende voorzieningen over het verzorgingsgebied zijn deze, tenslotte, ook beter bereikbaar. Dat betekent dat de drempel om naar de onderdelen van de verslavingscentra te gaan lager zal worden.

## ■ Voordelen voor medewerkers

Zowel voor de medewerkers van de klinieken, de CAD's als de Jo-Jo instellingen zal er in de nieuwe opzet waarschijnlijk veel veranderen. Dit geldt in sterkere mate voor de Jo-Jo instellingen dan voor de CAD's. Van een klein, zelfstandig team met een relatief vaste groep cliënten naar een onderdeel van een provinciaal centrum met zo'n 50 tot 100 medewerkers, is een grote stap. Maar die stap heeft ontegenzeggelijk voordelen.

Voor de nieuwe centra is interne differentiatie en cliëntgerichtheid een centraal uitgangspunt. Dat betekent dat een centrum zal bestaan uit een aantal relatief zelfstandige teams en afdelingen. Deze hebben een eigen aan de doelgroepen en aard van werkzaamheden aangepaste sfeer.

De gecoördineerde intake bevordert dat een team de cliënten krijgt waar men wat mee kan. Dat betekent dat het effect van het werk groter kan worden. Het management wordt weliswaar gecentraliseerd, maar het teamhoofd heeft een eigen, duidelijk vastgelegde verantwoordelijkheid. Voor ondersteuning van het werk heeft het centrum zelf gespecialiseerde medewerkers beschikbaar: dat kan variëren van werkbegeleiding, bijscholing, deskundigheidsbevordering, documentatie, evaluatie onderzoek tot hulp bij registratie en computer gebruik.

In de nieuwe opzet zijn de rechtszekerheid en mogelijkheden met betrekking tot het personeelsbeleid veel groter. Voor een opheffing van de instelling hoeft niet bij voortdurende gespreesd te worden. Bij beëindiging van een functie is er aanspraak op een andere vergelijkbare functie binnen de organisatie. Er zijn mogelijkheden voor carrièreplanning en job rotation.

## ■ Voordelen voor overheden

Ogenschijnlijk lijkt het een nadeel als instellingen verder van het decentrale, gemeentelijke niveau zijn georganiseerd. Hoe dichterbij de cliënt hoe beter, zo luidt het motto immers. Voor de verslavingszorg gaat dat maar ten dele op. Het opzetten van categoriale voorzieningen voor de grillige problematiek van alcohol, drugs en andere verslavingen is een zaak waar deskundigheid en ervaring van het grootste belang zijn. Op enkele grote gemeenten na is in Nederland het gemeentelijke draagvlak te klein om een behoorlijke organisatie op te zetten, met een voldoende diversiteit aan kennis en de mogelijkheid om gespecialiseerde medewerkers op verschillende terreinen in te zetten. Kleine gemeentelijke instellingen leiden eerder tot starheid, terwijl de aard van de verslavingsproblematiek juist een flexibele aanpak vereist. In een provinciaal centrum is de kennis gepoold op een manier die op een kleinere schaal niet te bereiken is domweg omdat dat te duur zou zijn. Daar komt bij dat een bovengemeentelijke schaal de overhead kan beperken, waardoor de middelen optimaal voor zorgtaken kunnen worden ingezet. De gemeentelijke inbreng is op meerdere manieren te waarborgen: door betrokkenheid en inspraak bij het opstellen van instellingsplannen, door lokale advies- en werkgroepen, door regelmatige bestuurlijke en ambtelijke contacten en door een structurele inbreng in de besturen van de verslavingscentra door gemeentebestuurders.

Zowel voor de provincies als voor de rijksoverheid is het via provinciale centra makkelijker om tot een beleid te komen op bijvoorbeeld het gebied van de alcoholpreventie. Voor de overheid is het nu eenmaal effectiever om met een 12 à 15 verslavingscentra afspraken te maken dan met een paar honderd gemeenten. Tenslotte zijn op het provinciale niveau adequate sturingsmogelijkheden te creëren voor afstemming met voorzieningen die provinciaal gepland worden (ziekenhuizen, RIAGG's, en alle andere onderdelen van de geestelijke gezondheidszorg).

## Concretisering

In de landelijke politiek wordt beslist over de financieringsvorm. Het is van groot belang, dat het Parlement als hoogste orgaan in onze democratie bij de Minister en Staatssecretaris aandringt op een deugdelijke financiële regeling voor provinciale/grootstedelijke verslavingscentra, indien de fracties iets in dit concept zien. De CAD's gaan er van uit, dat de voorkeur van de huidige verslavingsinstellingen daarbij een rol zal spelen.

Daarnaast is het zaak, dat de huidige verslavingsinstellingen het gesprek aangaan over de formering van provinciale/grootstedelijke verslavingscentra, voor zover bundeling nog niet heeft plaatsgevonden.

Herstructureren is geen eenvoudig proces dat van vandaag op morgen tot stand kan komen. Het lijkt de NVC om die reden verstandig om volgens een groeimodel te werk te gaan. Hoe zo'n geleidelijke opbouw er concreet uit komt te zien hangt af van :

– de reeds gerealiseerde bundeling van de verschillende verslavingsinstellingen.

- de fusie bereidheid van de participanten. In het ene geval zal de bereidheid bij Jo-Jo instellingen groter zijn dan bij verslavingsklinieken, in het andere geval andersom.
- de organisatorische context waarin de verslavingsklinieken zich bevinden. De meeste verslavingsklinieken die nog niet met de CAD's in één organisatorisch verband staan, maken deel uit van een Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ). In die gevallen kan men voorlopig denken aan een federatief verband van ambulante en klinische zorg.

# Bijlage 1

## KENGETALLEN CAPACITEIT VERSLAVINGSZORG

### 1. CAD's

- 17 instellingen
- ca. 90 vestigingen
- 925 full time equivalenten arbeidsplaatsen
- 39.000 cliënten in een jaar in behandeling
- 250.000 contacten in het kader van hulpverlening
- 350.000 contacten in het kader van methadonverstrekkingen

### 2. Klinieken

- 9 Categorieale Psychiatrische Ziekenhuizen voor verslaafden
- 10 Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen met verslavingskliniek
- 1 Deeltijdinstituut
- 667 bedden CPZ
- 196 bedden APZ
- 20 plaatsen Deeltijdbehandeling
- 216.442 opnamedagen CPZ
- 72.467 opnamedagen APZ
- 8.750 verrichtingen in poliklinieken

### 3. Overige verslavingszorg

- ca. 60 instellingen, waarvan systematische gegevens ontbreken

1. Bron ministerie van WVC/LADIS 1987
2. Bron Centraal Orgaan tarieven Gezondheidszorg en ministerie van WVC over 1987
3. Deze doorgaans gemeentelijk gefinancierde instellingen (via de Jo-Jo regeling) kennen geen uniforme landelijke registratie van cliënten en activiteiten.

## LIJST MET AFKORTINGEN

<b>AGGIM</b>	Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg Informatie Model
<b>APZ</b>	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
<b>AWBZ</b>	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
<b>CAD</b>	Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs
<b>CADIS</b>	Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs Informatie Systeem
<b>CPZ-V</b>	Categoriaal Psychiatrisch Ziekenhuis voor verslaafden
<b>HADT</b>	Hoofdafdeling Alcohol Drugs en Tabakbeleid van het Ministerie van WVC
<b>Jo-Jo Instelling</b>	Instelling voor Maatschappelijk Dienstverlening en Herstel aan Jongeren en Jong volwassenen
<b>NIAD</b>	Nederlands Instituut voor Alcohol en Drugs
<b>LADIS</b>	Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem
<b>MDH</b>	Maatschappelijke Dienstverlening en Herstel
<b>NZR</b>	Nationale Ziekenhuis Raad
<b>PAAZ</b>	Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
<b>PIM</b>	Psychiatrisch Informatie Model
<b>RIAGG</b>	Regionale Instelling voor de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
<b>WVC</b>	Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
<b>WZV</b>	Wet Ziekenhuis Voorzieningen
<b>ZFW</b>	Ziekenfondswet

