

Iedereen telt

Beleidsvisie Verslavingszorg &
Maatschappelijke opvang 2006-2009
Zuid-Holland Noord

Gemeente Leiden,
dienst Cultuur en Educatie



Leiden



Colofon

'Iedereen telt' is een uitgave van de gemeente Leiden,
dienst Cultuur en Educatie, afdeling Zorg, Welzijn en Sport

Fotografie: Laura Nollkaemper (p.18) en Hielco Kuipers

Vormgeving: Creja ontwerpen, Leiderdorp

Druk: Stadsdrukkerij gemeente Leiden

Foto cover: De Veegploeg

Iedereen telt

**Beleidsvisie Verslavingszorg &
Maatschappelijke opvang 2006-2009
Zuid-Holland Noord**

**Gemeente Leiden,
dienst Cultuur en Educatie**

Inhoudsopgave

VOORWOORD	3
SAMENVATTING	9
1 INLEIDING	
1.1 Aanleiding	15
1.2 Reikwijdte en samenhang verslavingszorg en maatschappelijke opvang	16
2 TRENDRAPPORTAGE EN LANDELIJKE KADERS	
2.1 Trends middelengebruik: alcohol en drugs	19
2.2 Extramuralisering / vermaatschappelijking van de zorg	20
2.3 Toenemende complexiteit en individualisering van de samenleving	20
2.4 Afnemende tolerantie en verharding van de samenleving	20
2.5 Strenger asielbeleid	21
2.6 Vergrijzing	21
2.7 Economische achteruitgang en toename schuldproblematiek	22
2.8 Groei doelgroep maatschappelijke opvang in aantal en in omvang problemen	22
2.9 Emancipatie doelgroep	23
3 LANDELIJKE KADERS EN ONTWIKKELINGEN IN DE WET- EN REGELGEVING	
3.1 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), het rapport "Zorg voor velen" en de GGZ visie "De krachten gebundeld"	25
3.2 Inkomen en werk	27
3.3 Veiligheidsbeleid	27
3.4 OGGZ-convenant	28
3.5 Nieuwe doelgroepen voor beleid: veelplegers en zwerfjongeren	28
3.6 Landelijk onderzoek van de Algemene Rekenkamer "Zorg voor verslaafden en standpunt VWS"	30
3.7 Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Bopz)	30
3.8 Landelijk onderzoek naar de doelgroep, werkwijze en effecten van de maatschappelijke opvang: het IBO rapport, een interdepartementaal beleidsonderzoek naar de maatschappelijke opvang	31
3.9 Landelijke GSB kaders	32
3.10 Conclusie landelijke kaders en regelgeving	32
4 RESULTATEN VAN BELEID OVER DE AFGELOPEN JAREN	
4.1 Belangrijkste beleidsuitgangspunten en maatregelen van de afgelopen periode	35
4.2 Resultaten op basis van monitor en evaluatie	35
4.3 Conclusie	39
5 HOOFDLIJNEN VAN BELEID REGIO ZHN 2005 - 2009	
5.1 Algemene doelstellingen	43
5.2 Handhaven bestaand beleid	44
5.3 Nieuw beleid	46
5.4 Conclusie	48

BIJLAGEN

1	Tendrapportage	51
2	Landelijke kaders en ontwikkelingen in wet- en regelgeving	59



Voorwoord

Gemeenten hebben een zorgplicht voor de mensen die in hun gemeente verblijven. Dit geldt in het bijzonder voor de mensen die minder goed toegerust zijn om zich staande te houden. Bijvoorbeeld omdat ze over minder verstandelijke vermogens beschikken, omdat ze kampen met gezondheidsproblemen, verslaving, sociaal- emotionele spanningen, psychiatrische aandoeningen, een (te) beperkt sociaal netwerk, een andere culturele achtergrond hebben of te maken hebben gehad met detentie. Mensen met dit soort problemen lopen meer risico om dakloos, thuisloos of verslaafd te raken dan anderen die meer geluk hebben in hun leven.

Als centrumgemeente voor de maatschappelijke opvang en de verslavingszorg moet Leiden zorgen voor een goede infrastructuur aan voorzieningen voor mensen die te maken hebben met verslavingsproblematiek of dakloosheid.

Wij zijn ons ervan bewust dat de aanwezigheid van mensen met ernstige gedrags- en verslavingsproblematiek op sommige momenten en plaatsen een zware wissel kan trekken op de leefbaarheid in straten en buurten. Maar ook deze mensen hebben recht op een plaats in de samenleving. Ik denk dat de leefbaarheid in de samenleving beter gediend is door de zorgketen voor deze mensen te verbeteren, dan door (alleen) repressie toe te passen. Een voor alle partijen aanvaardbare inbedding van voorzieningen voor deze doelgroep in de samenleving is daarbij van groot belang. Dit kan door deze inbedding te laten vergezellen van een, in overleg met omwonenden, doelgroep, politie, Milieu en Beheer en andere relevante partijen, vastgesteld pakket aan maatregelen gericht op bestendiging, en waar nodig, verhoging van het woongenot.

Deze visie Verslavingszorg en Maatschappelijke opvang is tot stand gekomen dankzij de inbreng van een groot aantal interne en externe partners. Allereerst natuurlijk de belangrijkste uitvoerende instellingen: De Binnenvest, Parnassia en de GGD. Daarnaast de vertegenwoordigers van de doelgroep, Rivierduinen (voorheen Rijngest Groep), de regio-gemeenten, maatschappelijk werk en vele anderen. Binnen de gemeente hebben, naast Cultuur & Educatie, vooral de diensten Sociale Zaken, BOWO en Milieu en Beheer bijgedragen.

Zij hebben hun aandeel geleverd via het platform OGGZ, in gesprekken, in schriftelijke rondes en in een op 24 november 2004 georganiseerde conferentie over de toekomst van de verslavingszorg en de maatschappelijke opvang.

Daarvoor wil ik hen hier nogmaals hartelijk danken.

Veranderingen in wet- en regelgeving, zoals de Wet maatschappelijke ondersteuning, bieden kansen, maar brengen ook risico's met zich mee. Juist voor mensen die zelf niet om zorg (kunnen) vragen, maar deze zo dringend nodig hebben. Daarom vind ik het belangrijk dat - ondanks het verlangen naar een grotere individuele verantwoordelijkheid, meer marktwerking, efficiency en effectiviteit - zorgaanbieders en financiers uitspreken dat zij de zorg en opvang voor deze mensen willen blijven waarborgen en waar nodig verbeteren.

*Hans Buijning,
Wethouder Zorg*

Deze nota is vastgesteld door de Leidse gemeenteraad op 31 januari 2006



Foto: Open venster

Samenvatting

Aanleiding, doel en bereik beleidsvisie verslavingsbeleid en maatschappelijke opvang in de regio Zuid-Holland Noord

Zoals in elke regio zijn er ook in Zuid-Holland Noord mensen die zich minder goed staande kunnen houden in de samenleving. In een aantal gevallen leidt dit uiteindelijk tot ernstige verslavingsproblemen en dakloosheid. Leiden is als centrumgemeente voor de maatschappelijke opvang en de ambulante verslavingszorg in de regio Zuid-Holland Noord verantwoordelijk voor een goede aanpak van deze problematiek. Hiervoor ontvangt Leiden een doeluitkering van het Rijk.

In deze nieuwe visie willen wij, op basis van een evaluatie van het beleid over de afgelopen periode en een analyse van relevante ontwikkelingen en trends, de kaders vastleggen voor het beleid voor de komende vier jaar. De visie zal richtinggevend zijn voor de afspraken met de uitvoerende partners.

Vanwege de samenhang tussen de maatschappelijke opvang en de verslavingszorg hebben wij besloten tot een gezamenlijk beleidskader.

Trends

Landelijk signaleren wij enkele tendensen die zich ook in de regio Zuid-Holland Noord manifesteren.

De belangrijkste daarvan zijn:

- toenemend alcoholgebruik onder jongeren, op steeds jongere leeftijd;
- extramuralisering met mede als gevolg daarvan een stijgende vraag naar woningen én naar andersoortige woonvormen;
- afnemende tolerantie in de samenleving voor mensen met een afwijkende leefstijl;
- een complexere en sterk geïndividualiseerde samenleving;
- een stringenter asielbeleid dat heeft geleid tot een toename van illegalen in de samenleving (en in de daklozenopvang);
- een toenemende vergrijzing die zich ook bij dak- en thuislozen vertaalt in een zwaardere zorgvraag;
- economische recessie met als gevolg meer mensen met financiële problemen;
- groeibende emancipatie van de doelgroep dak- en thuislozen en ernstig verslaafden onder meer blijkend uit de opkomst van landelijke en lokale belangenorganisaties en cliëntenraden.

Op basis van een aantal van bovengenoemde tendensen verwachten wij dat het aantal daklozen en verslaafden zal toenemen en dat hun problematiek zwaarder zal worden.

Landelijke kaders

Met de komst van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) zullen mensen veel sterker worden aangesproken op hun eigen verantwoordelijkheid. Daarnaast krijgen de gemeenten een grotere rol in het zorgaanbod door overheveling van middelen uit de AWBZ. De introductie van meer eigen verantwoordelijkheid in de Wmo brengt de nodige

risico's mee voor de doelgroep van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg. Dit zijn de dak- en thuislozen, de ernstig verslaafden, de mensen met een zware psychiatrische handicap, etcetera. Kortom: mensen die dringend zorg en hulp nodig hebben, maar daar zelf vaak niet om (kunnen) vragen. Nodig zijn een goede regie en nauwe samenwerking tussen de betrokken instellingen om het aanbod voor deze doelgroep te kunnen waarborgen. Gelukkig is daar in deze regio de basis voor aanwezig.

Ook onder het regime van de Wmo blijven de centrumgemeenten verantwoordelijk voor de besteding van de doeluitkering voor de maatschappelijke opvang en de verslavingszorg in de regio.

Wij zullen meer dan voorheen rekenschap van de effecten van ons beleid moeten afleggen in monitors en via zorgvuldige registratie van de instellingen. Ook vraagt het Rijk om beleidsmatig, nog sterker dan voorheen, het adagium te hanteren: "opvang waar nodig en preventie en herstel waar mogelijk" o.a. door aan te dringen op verkorting van de verblijfsduur in de maatschappelijke opvang.

Dit laat overigens onverlet dat er voor mensen, voor wie uitstroom naar min of meer zelfstandige woonruimte (nog) geen optie is, goede zorg en opvang aanwezig moet zijn.

De nieuwe regelgeving rond arbeid en inkomen vraagt om extra creativiteit en inzet om de sociale activering van daklozen in stand te houden.

Beleidsmatig wordt van rijkswege ook verzocht om sterkere accenten op veiligheid en overlastbestrijding. Bezuinigingen op de reclassering betekenen dat gemeenten een grotere rol zullen moeten gaan spelen in de reïntegratie van (ex-)gedetineerden, waaronder de zogenaamde veelplegers.

Bovengenoemde ontwikkelingen betekenen dat nieuwe of sterkere samenwerkingsrelaties nodig zijn, zowel binnen als buiten de zorg. De woningcorporaties zullen een belangrijke rol moeten spelen in de doorstroming vanuit de maatschappelijke opvang. Met het Zorgkantoor is intensief overleg nodig over de afstemming tussen het AWBZ-gefinancierde zorgaanbod en dat van de gemeente. Politie, Justitie en gemeenten zullen moeten samenwerken in een integrale aanpak van veelplegers. De ontschotting tussen de Geestelijke Gezondheids Zorg en de somatische zorg vraagt om meer afstemming tussen deze twee sectoren.

Resultaten van beleid over de afgelopen jaren

Het beleid voor de maatschappelijke opvang en de verslavingszorg over de afgelopen periode lag vast in een drietal nota's, te weten de nota *Beleidsvisie Maatschappelijke opvang in de Leidse regio 1999-2002* (en de "Aanvulling"), de "Regionale visie Verslavingszorg" en de nota "Naar een sluitende 24 uurszorgstructuur".

De belangrijkste doelstelling van ons beleid was het verbeteren van de leefomstandigheden van mensen die in de marges van de samenleving terecht zijn gekomen (of daarin dreigen terecht te komen), met als neven doelstelling het verminderen van de overlast die sommigen onder hen veroorzaken.

Onder het motto dat voorkomen ook hier beter is dan genezen, hebben wij daarbij voorgesteld om zwaar in te zetten op preventieve maatregelen. Deze maatregelen moeten enerzijds voorkomen dat mensen überhaupt in de problemen komen en zijn dus gericht op een brede doelgroep (vooral de verslavingspreventie). Anderzijds moeten deze maatregelen ervoor zorgen dat mensen die al problemen hebben, niet verder verkommeren. De nadruk op preventie (en herstel) had tot gevolg moeten hebben dat het aantal opvangplaatsen stabiel kon blijven in deze regio en ernstige verslavingsproblematiek, waar mogelijk voorkomen, of minimaal hanteerbaar, werd.

Voor de mensen voor wie dit enigszins een optie is moesten er voldoende mogelijkheden zijn voor maatschappelijk herstel.

Om bovengenoemde doelstellingen te realiseren hadden wij voor de periode 2002-2006 de volgende prioriteiten en actiepunten vastgesteld:

Versterking en vergroten van het bereik van het aanbod aan preventie;
Vergroten inzicht in omvang en inhoud van de vraag van de doelgroep;
Verbeteren afstemming en samenwerking tussen alle bij de verslavingszorg en maatschappelijke opvang betrokken partijen;
Vergroten van het bereik van de zorg;
Versterken aanbod maatschappelijk herstel;
Verbeteren afstemming zorgaanbod op de zorgvraag.

Uit evaluatie en monitor blijkt in algemene zin dat de maatschappelijke opvang en de verslavingszorg in deze regio de laatste vier jaar is verbeterd. De samenwerking loopt goed en de instellingen doen hun uiterste best om, met behulp van de beschikbare middelen, aan de behoefte van de doelgroep tegemoet te komen.

De grote aandacht voor preventie heeft ertoe geleid dat meer intermediairs, scholen en ouders en jongeren op de hoogte zijn geraakt van de risico's van drugs- en alcoholmisbruik. Hoewel het drugsgebruik zich enigszins lijkt te stabiliseren, zien we een toename van het alcoholgebruik onder jongeren.

De uitbreiding van het aanbod met o.a. een Slaaphuis, een Dagbestedingsproject en een Veegploeg heeft ongetwijfeld de levensomstandigheden van een aantal mensen uit de doelgroep in brede zin verbeterd.

De beoogde stabilisatie van het aantal dak- en thuislozen en de mensen, die hiertoe een risico lopen, door zwaar in te zetten op preventie en herstel is echter doorkruist door de groei van de totale doelgroep en de hardnekkigheid van de problematiek. Van invloed hierop zijn waarschijnlijk ook een aantal, door ons moeilijk te beïnvloeden ontwikkelingen, zoals de extramuralisering binnen de gezondheidszorg, de economische recessie (toenemende schuldenproblematiek) en de toenemende complexiteit van de samenleving. Dit beeld is congruent met het landelijke beeld.

Ondanks toename van de doelgroep in omvang (en in zwaarte van de problematiek) en het langer dan gepland uitblijven van een tweede dagopvang en alcoholgedoogplek, zien we slechts een lichte toename van de klachten over overlast.

Door groei van de problematiek nemen wachtlijsten (sociaal pension, begeleid wonen) en wachttijden (schuldhulpverlening/ budgetbeheer, ambulante verslavingszorg) toe, evenals de druk op de dag- en nachtopvang en de behoefte aan bemoeizorg en outreachende zorg.

Hoofdpijnen van beleid regio Zuid Holland Noord voor de komende periode: 2005-2009

Hoewel preventie en maatschappelijk herstel uiteraard de meest lonende onderdelen in de aanpak zijn, gebiedt de realiteit ons te zeggen dat ook de komende periode gedomineerd zal worden door de vraag hoe en waar wij kwalitatief goede opvang kunnen realiseren en tegelijkertijd de overlast die sommigen onder de ernstig verslaafden en daklozen in stad en regio veroorzaken, kunnen beperken.

Deze realiteit, gevoegd bij de wens te komen tot meer preventie en herstel, leidt tot de volgende prioriteiten:

een grondige kwalitatieve en kwantitatieve analyse van de doelgroep;
verdere implementatie (en eventueel herijking) van de maatregelen, voorgesteld in de nota " Naar een sluitende 24 uurszorgstructuur" en handhaven en verbeteren van het huidige zorg & opvangaanbod;
een goede inbedding van de opvangvoorzieningen in de buurten waarin zij gevestigd zijn (of zullen worden) door deze vergezeld te laten gaan van een, in overleg met omwonenden, de doelgroep, Milieu en Beheer, politie, etc aanvullend pakket aan maatregelen gericht op vergroting van de leefbaarheid;
continueren en stimuleren van activiteiten die een bijdrage leveren aan het maatschappelijk herstel van de doelgroep en tegelijkertijd het imago van de doelgroep verbeteren. Waarmee wij tevens het draagvlak voor voorzieningen voor deze doelgroep in de samenleving hopen te versterken;
versterken van de samenwerking en afstemming met het Zorgkantoor, de woningcorporaties, penitentiaire instellingen, politie en de instanties die zich met inkomen (sociale zaken) bezighouden om de instroom (waaronder die

van veelplegers) in de maatschappelijke opvang zoveel mogelijk te voorkomen en de uitstroom te vergroten door een heldere taakverdeling.

realisering van opvang en zorg voor de mensen waarvoor uitstroom (nog) geen optie is. Succesvolle reïntegratie is niet voor iedereen haalbaar is. Vooral voor mensen die jarenlang op straat geleefd hebben en/of die al heel lang verslaafd zijn zal er permanent zorg nodig zijn. Deze opvang en zorg moet zowel oog hebben voor de geestelijke (psychiatrische-, verslavingszorg) problematiek, als de voor de lichamelijke noden van deze doelgroep; optimale benutting van de instrumenten en de financieringsmogelijkheden van de betrokken instellingen en instanties (gemeenten, Rijk, Zorgkantoor, GGZ, woningcorporaties) om in tijden van versoering maximale zorg aan de doelgroep van deze nota te kunnen (blijven) garanderen.

Met deze activiteiten en uitgangspunten beogen wij:

dakloosheid en ernstige verslavingsproblemen zoveel mogelijk te voorkomen;
ervoor te zorgen dat mensen die op dit moment dakloos of ernstig verslaafd zijn goed opgevangen worden;
waar en voor wie dit enigszins mogelijk is de weg vrij te maken naar maatschappelijk herstel;
de overlast, die een aantal van deze mensen voor hun omgeving veroorzaakt, te beperken en daarmee tevens bij te dragen aan de vergroting van de leefbaarheid in de stad.



Foto: De veegploeg

Inleiding

1 INLEIDING

1.1 Aanleiding

Dak- en thuislozen en verslaafden, maar ook ouderen die vereenzamen, jongeren die op het punt staan om voor het eerst in aanraking te komen met alcohol en drugs, kinderen van mensen met psychiatrische problemen en verslavingsproblemen en de omgeving waarin deze mensen verblijven: Allen behoren tot de doelgroep van deze nieuwe nota over de verslavingszorg en de maatschappelijke opvang in Zuid Holland Noord waarvoor Leiden een speciale verantwoordelijkheid heeft.

Verslavingszorg moet voorkomen dat mensen verslaafd raken en door hun verslaving in de problemen komen. Maatschappelijke opvang is een verzamelnaam voor diverse vormen van opvang, variërend van het bieden van een bed, bad en brood, tot intensievere vormen van hulpverlening zoals de Crisisopvang, het Sociaal Pension en de woonbegeleiding.

Als centrumgemeente moet Leiden een regionale visie op de aanpak van de gesignaleerde regionale problemen formuleren en zorgen voor een toereikend voorzieningenniveau. Hiervoor ontvangt zij een doeluitkering van het Rijk. Tot slot moet Leiden ook de aanpalende sectoren aanspreken op hun verantwoordelijkheden.

Het huidige beleid voor Zuid Holland Noord is vastgelegd in een tweetal regionale visies¹. Het verstrijken van de looptijd van de visies vormt de aanleiding voor deze herbezinning op de destijds geformuleerde doelstellingen van beleid.

Doel integrale beleidsvisie

In deze nota willen wij, op basis van een evaluatie van bovengenoemde visies en een analyse van relevante ontwikkelingen, de kaders vastleggen voor de komende vier jaar. Deze visie zal richtinggevend zijn voor de afspraken met de uitvoerende partners. Vanwege de samenhang tussen de maatschappelijke opvang en de verslavingszorg is besloten tot een gezamenlijk beleidskader. Bij de evaluatie van ons beleid over de afgelopen periode hebben wij ook de Leidse nota "Naar een sluitende 24 uurszorgstructuur?"² betrokken. Deze nota borduurt grotendeels voort op het beleid voor de maatschappelijke opvang en de verslavingszorg.

¹ Het betreft de "Nota Beleidsvisie Maatschappelijke Opvang in de Leidse regio 1999-2002 inclusief de eind 2000 vastgestelde "Aanvulling op deze beleidsvisie en de "Regionale visie Ambulante verslavingszorg 2001-2004".

² Met deze nota heeft Leiden gevolg gegeven aan de opdracht van het Rijk aan de Grote Steden om door betere zorg en opvang de politie te ontlasten van overlastplegers met verslaving- en/ of psychiatrische problemen.

Leeswijzer

De doelstellingen en bijbehorende actiepunten voor de komende periode staan in hoofdstuk 5, het belangrijkste hoofdstuk in deze visie. Deze doelstellingen en speerpunten baseren wij op de in hoofdstuk 2 gesignaleerde trends, de in hoofdstuk 3 geschetste wettelijke kaders en de in hoofdstuk 4 vermelde resultaten van ons beleid over de afgelopen jaren.³

Financieel kader

De vorige visies werden ontwikkeld in een periode waarin de doeluitkering voor het verslavingsbeleid en de maatschappelijke opvang fors toenam. Naar aanleiding van een Interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO)⁴ heeft het kabinet besloten extra middelen, oplopend van 1,2 miljoen in 2004 tot 4 miljoen in 2007, toe te voegen aan de doeluitkering. Dit geld is bedoeld voor het verbeteren van de doorstroom in de maatschappelijke opvangvoorzieningen. Versleuteling over de centrumgemeenten heeft tot gevolg dat de doeluitkering voor Leiden in 2007 uiteindelijk € 89.200,-- hoger ligt.

De financiële vertaling van de in deze visie verwoorde acties zal plaatsvinden bij de uitwerking van de actiepunten in de komende jaren in overleg met de partners.

1.2 Reikwijdte en samenhang verslavingszorg en maatschappelijke opvang

Zoals hierboven al gemeld kent de verslavingszorg, naast een curatieve component en zorgcomponent, ook een belangrijke preventieve component en daardoor een brede doelgroep: jongeren in het algemeen (vanaf 10 jaar), met bijzondere aandacht voor experimenterende en gebruikende jongeren, jongeren en volwassenen die (al) teveel gebruiken en mensen bij wie overmatig gebruik van alcohol en drugs tot ernstige problemen heeft geleid. De jongeren worden bereikt via de scholen, het jongerenwerk of via het uitgaanscircuit. Daarbij richten de voorlichtingsactiviteiten van de verslavingspreventie zich ook op professionals die met jongeren werken en op de ouders of verzorgers. Daar waar mensen ernstig in de problemen komen door hun middelengebruik, vaak in combinatie met andere problemen, overlapt de doelgroep van de verslavingszorg met die van de maatschappelijke opvang.

De doelgroep van de maatschappelijke opvang bestaat uit mensen die dak- en thuisloos zijn of daartoe een risico lopen. Vaak is sprake van lichamelijk en geestelijke verwaarlozing, verslaving, psychiatrische problematiek, verstandelijke beperkingen, een gebrekkig sociaal netwerk en schulden. In een aantal gevallen veroorzaken deze mensen overlast. De opvang en begeleiding is primair gericht op het verbeteren van de levensomstandigheden van deze mensen. Wij verwachten als neveneffect dat de overlast die deze groep veroorzaakt daardoor ook substantieel vermindert omdat zij minder aangewezen zijn op de openbare ruimte.

Het huidige beleid voor de maatschappelijke opvang is erop gericht opvang te bieden waar nodig, en preventie en maatschappelijk herstel, waar mogelijk. De maatschappelijke opvang fungeert daarmee niet alleen als (tijdelijk) vangnet voor mensen die nergens anders terecht kunnen, maar heeft ook tot doel dakloosheid te voorkomen en de zelfredzaamheid van mensen te vergroten.

De doelgroep van de nota "Naar een sluitende 24 uurszorgstructuur" bestaat uit (Leidse) mensen, die overlast veroorzaken of om andere redenen met de politie in aanraking komen. Zij zijn vaak dakloos of marginaal gehuisvest, veelal verslaafd aan alcohol en drugs, al dan niet in combinatie met psychiatrische problemen. Ten tijde van het opstellen van deze nota (2001) werd deze doelgroep in Leiden op zo'n 200 personen geschat.

³ De trends en wettelijke kaders zijn in hoofdstuk 2 en 3 kort samengevat. Wie hier meer over wil lezen verwijzen naar bijlage 1 en 2 van deze nota.

⁴ Paragraaf 3.7. geeft een overzicht van de belangrijkste conclusies van dit onderzoek en het standpunt van VWS.



Foto: Leidse jongeren

Trendrapportage en landelijke kaders

2 TRENDRAPPORTAGE EN LANDELIJKE KADERS¹

2.1 Trends middelengebruik: alcohol en drugs

Meer en eerder aan de alcohol

Alcohol wordt op steeds jongere leeftijd gedronken. In tien jaar tijd is in Zuid-Holland Noord het percentage leerlingen dat op de basisschool het eerste glas alcohol drinkt meer dan verdubbeld. Ook zien wij een toename van het absolute aantal cliënten met een primair alcoholprobleem in de verslavingszorg. Dit is in Zuid-Holland Noord in de periode 1999-2003 met 17% gegroeid van 602 naar 707 cliënten.

Stijging aantal opnames vanwege alcoholmisbruik

Dat het drinken van alcohol op jonge leeftijd niet zonder risico is, valt op te maken uit de toename van spoedopnames in ziekenhuizen. Onderzoek door het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) en drie Haagse ziekenhuizen toont tussen 1999 en 2001 een toename van 19 tot 51 opnames per jaar van jongeren onder de 18 jaar met alcoholvergiftiging²

Drugs

Het aantal cliënten met drugsproblemen vormt na de alcoholcliënten de grootste groep verslaafden in de verslavingszorg. Het aantal heroïnegebruikers neemt af en veroudert. Daar staat tegenover dat het cocaïnegebruik een stijging laat zien.

In 2002 was ruim de helft (52%) van de dak- en thuislozen in 20 Nederlandse gemeenten een cannabisgebruiker, 40% gebruikte heroïne, 47% cocaïne (basecoke)³. In Zuid-Holland Noord schat men het aandeel verslaafden (inclusief alcohol) onder dakloze psychiatrische patiënten op de helft⁴.

¹ Zie bijlage 1 voor een uitgebreidere beschrijving van enkele van de hier signaleerde trends.

² Wilsterman, M.E.F., Dors, N., Sprij A.J., Wit J.M. (juli 2004). Kliniek en beleid bij jongeren met alcoholintoxicatie op de afdelingen voor spoedeisende hulp in de regio Den Haag, 1999-2000. In: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 148, nr. 30.

³ De Bruin, D., Meijerman, C., Verbraeck, H. (2003). Zwerven in de 21ste eeuw: een exploratief onderzoek naar geestelijke gezondheidsproblematiek en overlast van dak- en thuislozen in Nederland. Utrecht: Centrum voor Verslavingsonderzoek.

⁴ OSPM (2004), Monitor Maatschappelijke Opvang en Verslavingszorg Regio Zuid-Holland Noord 2004.

2.2 Extramuralisering/ vermaatschappelijking van de zorg

Het rijksbeleid van de afgelopen jaren (en veranderingen in de visie op de behandeling en begeleiding van mensen met een handicap) heeft tot gevolg gehad dat meer mensen, die voorheen in een instelling of ziekenhuis verbleven, in de lokale maatschappij zijn blijven of komen wonen.

Ook in Zuid-Holland Noord is de afgelopen jaren een groot aantal bedden afgebouwd. Een deel hiervan had te maken met het feit dat deze regio een overcapaciteit aan psychiatriebedden kende. De verwachting lijkt overigens gerechtvaardigd dat de vraag naar bedden de komende tijd zal toenemen⁵.

Wonen, zorg en welzijn in Leiden en in de regio Zuid-Holland Noord: een antwoord op de extramuralisering?

Met de nota Wonen, Zorg en Welzijn wil de gemeente Leiden een antwoord geven op de roep om een samenhangende benadering van genoemde beleidsterreinen. Deze roep komt o.a. voort uit de extramuralisering. De nota onderscheidt grofweg twee belangrijke aandachtsgroepen: mensen die voornamelijk te maken hebben met lichamelijke of verstandelijke functiebeperkingen (ouderen en lichamelijk of geestelijk gehandicapten) en in verband daarmee specifieke eisen aan hun woning en woonvorm moeten stellen en mensen die voornamelijk met gedragsproblemen of psychische/ psychiatrische handicaps te maken hebben.

Tijdens het proces van de totstandkoming van deze nota bleek er veel minder bekend over de woon- en zorgwensen van laatstgenoemde groep, die in feite een heterogene verzameling van probleemgroepen is. Dit vormde aanleiding tot de opdracht voor een onderzoeksopdracht (Quick Scan)⁶ naar de huisvesting van de zogenaamde "kwetsbare groepen". Onder kwetsbare groepen verstaan wij hier verslaafden, dak- en thuislozen, (ex-)gedetineerden, mensen met een verstandelijke beperking en langdurig zorgafhankelijke psychiatrische cliënten.

2.3 Toenemende complexiteit en individualisering van de samenleving

Terwijl door de extramuralisering er steeds meer mensen in de samenleving verblijven, die wat minder goed toegerust zijn om zich daar zonder hulp te redden, zien we tegelijkertijd dat die samenleving zelf veel complexer wordt. Een belangrijke factor daarin is de steeds grotere verantwoordelijkheid die het Rijk bij het individu legt. De verzorgingstaat, waarin de staat een aantal risico's collectief afdekt, maakt plaats voor een samenleving waar meer risico's bij het individu komen te liggen. De veranderingen in de AWBZ en de uitgangspunten van de Wet maatschappelijke ondersteuning, waar wij in hoofdstuk drie van deze visie wat dieper op in zullen gaan, zijn daar goede voorbeelden van. Mensen die behoren tot de doelgroep van de maatschappelijke opvang en de verslavingszorg zijn niet altijd goed in staat deze risico's te overzien, laat staan deze het hoofd te bieden.

2.4 Afnemende tolerantie en verharding van de samenleving

De bereidheid om mensen met een afwijkende leefstijl tegemoet te komen is niet altijd en overal even groot. Dit maakt de reïntegratie van de zogenaamde kwetsbare doelgroepen in de samenleving (mensen met een psychiatrische handicap, ex-gedetineerden, (ex-) verslaafden, daklozen, etc) extra moeilijk. De meeste mensen willen voorzieningen voor deze doelgroep zoveel mogelijk uit hun directe omgeving weren vanwege de overlast die zij vrezen.

Uit de Leidse stadsenquête blijkt een (zij het lichte) toename in de ergernis die mensen in de binnenstad ondervinden

⁵ Zie hiervoor ook het in paragraaf 3.1. besproken rapport "Zorg voor velen".

⁶ "Over huisvesting van kwetsbare groepen in Leiden, een quick scan", Bind, maart 2004. Zie voor de bevindingen van de Quick Scan ook hoofdstuk 3

door overlast als gevolg van alcoholgebruik en psychiatrische problematiek. Alphen geeft in een stadspeiling aan het meeste last te hebben van jongeren en van onveiligheid en criminaliteit.

Bij de vestiging van het Exodusproject (reïntegratie ex-gedetineerden) en bij de zoektocht naar onderdak voor de uitbreiding van de dagopvang en herhuisvesting van het Slaaphuis (nachttopvang daklozen) heeft de gemeente Leiden aan den lijve ondervonden hoeveel verzet de komst van een voorziening voor mensen die tot de doelgroep van de maatschappelijke opvang behoren kan oproepen. Ook de gemeente Alphen stuitte op heftig verzet van de buurtbewoners bij haar poging een nieuw onderkomen te realiseren voor het Open Venster (door vrijwilligers gerunde dagopvang voor sociaal zwakkeren in Alphen aan de Rijn).

Daar staat gelukkig tegenover dat er ook altijd mensen zijn die zich in woord en in daad het lot van hun minder be-deelde medeburgers aantrekken. Een voorbeeld hiervan is het vrijwilligersinitiatief de Schuilplaats (waarover meer in Hoofdstuk 4 van deze nota) en de positieve (naast de voor het merendeel afwijzende) reacties van een aantal mensen op ons voornemen voor (her)huisvesting van een opvangvoorziening voor daklozen in hun buurt.

2.5 Strenger asielbeleid

De verharding van de samenleving komt ook naar voren in het strengere asielbeleid van het Rijk waardoor minder vluchtelingen een verblijfsvergunning krijgen. Uitgeprocedeerde vluchtelingen mogen niet langer gebruik maken van Nederlandse voorzieningen en zijn zelf verantwoordelijk voor hun terugkeer. Jaarlijks verlaten duizenden de asielopvang met onbekende bestemming. Het vermoeden bestaat dat een deel hiervan zich vroeg of laat meldt bij de maatschappelijke opvang. Wettelijk gezien mogen deze mensen geen aanspraak op opvang maken. Humanitaire overwegingen kunnen tot een andere conclusie leiden.

Behalve een toestroom van illegalen heeft de vrijheid van verkeer van mensen en goederen binnen de Europese Unie ook een toestroom van Oost-Europeanen in de maatschappelijke opvang tot gevolg gehad. Ook in Zuid-Holland Noord zien we een toename van illegalen en Oost-Europeanen op straat. Een aantal van hen meldt zich bij de maatschappelijke opvang en bij de verslavingszorg.

2.6 Vergrijzing

Ook mensen uit de kwetsbare groepen - zoals verslaafden, mensen met een psychiatrische handicap, dak- en thuislozen - worden gemiddeld ouder. Door hun leefstijl (het leven op straat, een slechte lichamelijke verzorging, verslavingsproblemen) manifesteren ouderdomsverschijnselen zich bij deze doelgroep meestal in een eerder stadium. Daarentegen is het vaak lastig voor deze mensen adequate zorg te organiseren binnen de bestaande voorzieningen in de verpleging en verzorging. Een belangrijke belemmering vormt hun onaangepaste levenswijze, waardoor het voor verpleeg- en verzorgingshuizen moeilijk is om hen te integreren in het bestaande aanbod. Aan de andere kant overstijgt hun (intensieve) zorgvraag de mogelijkheden van de maatschappelijke opvang, die geen verpleegkundigen of verzorgenden in dienst heeft. De verwachting lijkt gerechtvaardigd dat het aantal daklozen en verslaafden met een intensievere zorgvraag zal toenemen.

Ook in deze regio zien we een toename van dak- en thuislozen met ouderdoms- en gezondheidsproblemen. Voor een aantal mensen in de maatschappelijke opvang is stichting De Binnenvest in overleg met de Verpleging en Verzorging over de wijze waarop kan worden voorzien in de verzorgingsbehoefte. Het betreft daklozen waarvan de zorgvraag de mogelijkheden van de opvang overstijgt. De Binnenvest verwacht dat de komende jaren meer dak- en thuislozen en verslaafden hiervoor in aanmerking zullen komen.

2.7 Economische achteruitgang en toename schuldenproblematiek

Door de economische recessie zullen er meer mensen in de problemen komen. Vermindering van inkomen door werkloosheid, schulden, bezuinigingen en een verschraving van het collectieve voorzieningenniveau zijn daar belangrijke factoren in.

Uit de gezondheidsenquêtes van de GGD in 2003 blijkt dat in Leiden meer mensen moeite hebben met rondkomen dan in de overige gemeenten, ook als de studenten buiten beschouwing worden gelaten. Er is geen verschil tussen mannen en vrouwen. Ook blijkt dat 8% van de 12- tot 17-jarigen in Zuid-Holland Noord schulden heeft en 24% van de 18- tot 26-jarigen (studieschulden zijn buiten beschouwing gelaten).

De stichting Maatschappelijke Dienstverlening Midden Holland signaleert in haar jaarverslag in deze regio een stijgende vraag naar schuldhulpverlening en toenemende huisvestingsproblematiek. Dit laatste komt tot uitdrukking in het grote aantal verzoeken aan het maatschappelijk werk om ondersteuning bij een urgentieaanvraag voor woonruimte. Ook de Stadsbank ziet de vraag naar schuldhulpverlening stijgen.

In Alphen is de vraag naar schuldhulpverlening van het jaar 2002 naar 2003 behoorlijk gestegen, deze stijging heeft zich echter niet verder doorgezet.

2.8 Groei doelgroep maatschappelijke opvang in aantal en in omvang problemen

Hoewel exacte cijfers niet voorhanden zijn bestaat de stellige indruk dat de doelgroep van de maatschappelijke opvang groeit: er lijken meer mensen op straat te leven, de vraag naar opvang neemt toe en de problemen waarmee men kampt blijken complexer en zwaarder.

Landelijke schattingen⁷ leren dat Nederland tussen de 25.000 en 35.000 daklozen telt (ongeveer 2 promille van de totale bevolking). Betrouwbare cijfers ontbreken echter.

Een onderzoek van het NIZW getiteld "De maatschappelijke opvang in beweging" signaleert een grotere diversiteit in de doelgroep: naast de traditionele oudere mannelijke daklozen is steeds vaker sprake van jongeren, vrouwen (hoewel hun aandeel op het totaal laag blijft: 15%), harddrugsverslaafden, uitgeprocedeerde asielzoekers en daklozen met psychiatrische problemen. Hun problemen spelen zich op vrijwel alle levensgebieden af. Voor een effectieve aanpak van hun problemen zijn zij daardoor afhankelijk van een groot aantal zorg- en hulpverleners en andere instanties. Ongeveer eenderde van de daklozen heeft zowel ernstige verslavings- als psychiatrische problemen. Het merendeel heeft problematische schulden. Hun gezondheidssituatie is relatief slecht en zij hebben veel vaker dan de gemiddelde burger te maken gehad met detentie.

De opvanginstellingen geven aan dat zij vaker te maken hebben met geweld binnen de opvanginstelling. Ook melden zij steeds vaker geconfronteerd te worden met hele gezinnen, die als gevolg van schulden op straat gezet zijn.

De landelijke Monitor Maatschappelijke Opvang laat tussen 1998-2002 een toename van de vraag naar hulp en opvang zien van 52 %.⁸

De hier gepresenteerde cijfers hebben overigens slechts betrekking op 62% van de totale capaciteit van de bij de Federatie Opvang, de landelijke koepel voor de maatschappelijke opvang, aangesloten instellingen en zijn daarmee dus niet representatief, hoogstens indicatief.

Ook in Zuid-Holland Noord hebben wij de indruk dat de doelgroep van de verslavingszorg en de maatschappelijk opvang zich uitbreidt en de problematiek complexer wordt. Dit baseren wij op de toenemende behoefte aan outreachende zorg en woonbegeleiding in de regio voor mensen met verslavingsproblemen. Andere signalen zijn het stijgende aantal bezoekers van het Slaaphuis en het dienstencentrum (dagopvang dak- en thuislozen). Tot slot noemen

⁷ zie hiervoor o.a. het IBO Rapport 2003 en de notitie "De maatschappelijke opvang in beweging" van het NIZW

⁸ Zie hiervoor Monitor Maatschappelijke Opvang, jaarbericht 2003

wij in dit verband de groeiende wachtlijst voor het Sociaal Pension en het toenemend aantal mensen op straat met verslavings- en gedragsproblemen. De resultaten van de monitor en de evaluatie zullen daar in hoofdstuk 4 meer informatie over bieden. Rond het centraal station in Leiden, onder perron 1, is een nieuwe hangplek ontstaan voor drugsverslaafden. Mede hierdoor wordt de roep om een harddruggebruikersruimte in het Leidse steeds sterker. Een gebruikersruimte zou moeten leiden tot betere zorg voor de verslaafden (een rustige ruimte om te gebruiken, verpleegkundige zorg, schoon materiaal) en zou tegelijkertijd de overlast rond het station tegen moeten gaan. In Katwijk is recent een werkgroep "Dak- en thuislozen Katwijk" opgericht omdat men het idee heeft dat ook hier sprake is van een groei van het aantal mensen zonder vaste woon- of verblijfplaats. Deze werkgroep constateert dat er in Katwijk ongeveer tussen de tien en de vijftien mensen problemen met onderdak hebben, voor kortere of voor langere tijd en vraagt aandacht voor de noodzaak van hulp en begeleiding voor deze groep.

De toename van de doelgroep in Alphen, zowel in aantal als in complexiteit van de problemen, heeft aanleiding gegeven tot professionalisering van het inloophuis Het Open Venster. In 2005 zal het Open Venster beschikken over nieuwe huisvesting. Deze herhuisvesting zal gepaard gaan met een uitbreiding van het voorzieningenaanbod.

2.9 Emancipatieproces doelgroep

Zowel landelijk als lokaal zijn dak- en thuislozen en verslaafden zich de laatste jaren meer en meer gaan organiseren o.a. in belangenverenigingen en in cliëntenraden.

In deze regio heeft de Binnenvest een goed functionerende cliëntenraad.

De korting op de uitkeringen van daklozen in Leiden heeft in 2004 geleid tot de oprichting van het Leidse daklozenooschap met hun eigen orgaan De Vagebond .



Foto: De Brug

Landelijke kaders en ontwikkelingen in de wet- en regelgeving

3 LANDELIJKE KADERS EN ONTWIKKELINGEN IN DE WET- EN REGELGEVING¹

3.1 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), het rapport "Zorg voor velen" en de GGZ visie "De krachten gebundeld"

Modernisering en versmalling van de AWBZ

Met de modernisering van de AWBZ staat de vraag en niet langer de instelling centraal. Hierdoor kunnen ook instellingen voor maatschappelijke opvang in aanmerking komen voor AWBZ-financiering. Met aanvullende AWBZ middelen kunnen deze instellingen meer zorg bieden aan de mensen die voor de reguliere Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) moeilijk te bereiken zijn, maar die vaak wel de maatschappelijke opvang bevolken, de zogenaamde zorgmijders. De voorgenomen versmalling van de AWBZ zou de ontwikkeling dat er meer aandacht uit moet gaan naar de meest kwetsbare groepen in de samenleving echter wel eens in gevaar kunnen brengen. Het Rijk is van mening dat de stijging van de collectieve lasten voor de zorg de draagkracht van de Nederlandse bevolking te boven dreigt te gaan. Dit is één van de belangrijkste redenen waarom zij het beroep op de AWBZ wil verminderen. Dit wil zij doen door enerzijds meer diensten en verstrekkingen in het reguliere ziektekostenverzekeringstelsel (kortdurende op genezing gerichte zorg) te plaatsen. Anderzijds beoogt zij een aantal ondersteunende (meer op langdurige zorg gerichte) voorzieningen, zoals de ondersteunende en activerende begeleiding, dagbesteding, huishoudelijke verzorging, etc. bij de lokale overheid onder te brengen. De filosofie achter deze ingreep is dat de burger in eerste instantie zelf verantwoordelijk zou moeten zijn voor zorg en ondersteuning van zichzelf en zijn of haar directe omgeving. Pas in tweede instantie kan een beroep op extra voorzieningen en diensten worden gedaan. Gemeenten kunnen als eerste aanspreekpunt voor de burgers volgens deze zienswijze het beste bepalen wat er nodig is aan lokale voorzieningen.

Een slecht functionerend sociaal netwerk, gebrek aan ziekte-inzicht, een andere perceptie van risico's en gevolgen, etc. maken het voor de doelgroep van de maatschappelijke opvang en de verslavingszorg zeer moeilijk om invulling te geven aan de verlangde eigen verantwoordelijkheid.

Een vermindering van de mogelijkheden voor AWBZ financiering zal daarmee vooral diegenen treffen die zelf geen voorzieningen zullen (kunnen) treffen voor het geval de nood aan de mens komt. Daarnaast komt de zorg aan cliënten met ernstige GGZ-problematiek in gevaar doordat sinds kort weer een budgetplafond AWBZ geldt. De kans bestaat dat met name de kostbaardere hulpverlening in het kader van de OGGZ hier de wrange vruchten van plukt.

¹ Zie bijlage 2 voor een uitgebreidere beschrijving van enkele van de hier geschetste landelijke kaders

Een voordeel van de overheveling van delen van de AWBZ naar de gemeenten is dat deze op lokaal niveau meer samenhang zouden kunnen aanbrengen tussen het zorgbeleid en het beleid op het terrein van wonen, werken, welzijn en veiligheid. Voorwaarde daarvoor is dat de gemeenten over voldoende budget en over voldoende sturingsmogelijkheden kunnen beschikken om een toereikend voorzieningenniveau tot stand te kunnen brengen.

Wet maatschappelijke ondersteuning

Behalve delen van de AWBZ, zullen ook de huidige welzijnswet en de WVG (Wet Voorzieningen Gehandicapten) opgaan in de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De Wmo onderscheidt verschillende prestatievelden. Maatschappelijke opvang en verslavingszorg, die voorheen onder het regime van de welzijnswet vielen, zullen (i.t.t. eerdere plannen) twee afzonderlijke prestatievelden vormen. Naar verwachting zal onder de Wmo het huidige systeem van doeluitkeringen aan centrumgemeenten gehandhaafd blijven.

Hoewel de "contouren" van de Wmo steeds meer zichtbaar worden, bestaat er nu (medio 2005) nog een aantal onduidelijkheden. De omvang van de bijbehorende budgetten en de precieze plaats waar de knip in de financiering (AWBZ, zorgverzekering gemeente) zal komen, is nog niet vastgesteld en punt van discussie tussen VNG en VWS².

Risico's

De GGZ wordt in het nieuwe zorgstelsel verdeeld over drie financieringsstromen:

de AWBZ, de Zorgverzekeringwet en de Wet maatschappelijke ondersteuning.

Ambulante hulpverlening en klinische behandeling die minder dan een jaar in beslag nemen, worden per 2006 overgeheveld naar de nieuwe Zorgverzekeringwet. Bij verscherpte indicatiestelling voor de AWBZ is er een risico dat de druk op de ZVW en Wmo toeneemt en dat chronische patiënten met een wisselend ziektebeeld heen en weer geschoven worden tussen verschillende regelingen. Voor dak- en thuislozen en ernstig verslaafden is een bijkomend probleem dat zij veelal niet verzekerd zijn terwijl de zorgverzekeringwet ervan uit gaat dat dat met iedereen wel het geval is.

Ontwikkelingen binnen de Geestelijke Gezondheidszorg: het rapport "Zorg voor velen" en het visiedocument "De krachten gebundeld"

Zorg voor velen

Naar aanleiding van een gesignaleerde groeiende vraag naar Geestelijke Gezondheidszorg heeft VWS de door haar ingestelde landelijke commissie Geestelijke Volksgezondheid gevraagd om een advies uit te brengen over mogelijke verbeteringen in de geestelijke gezondheidszorg. De belangrijkste conclusies van het advies dat als het rapport "Zorg voor velen" in 2002 het licht zag, zijn: De stijgende vraag naar ambulante geestelijke gezondheidszorg is vooral het gevolg van de vermaatschappelijking en van de toename van de behandelmogelijkheden. De zorg die wordt aangeboden zou effectiever kunnen zijn als deze meer rekening hield met de omgeving waarin de hulpvraag tot stand komt: gezinsomstandigheden, werksituatie, etc. Dit betekent op individueel niveau dat de context (gezin, school en werk) bij de behandeling moet worden betrokken en op macroniveau dat de geestelijke gezondheidszorg meer moet gaan samenwerken met andere zorgsectoren en welzijnsorganisaties. Het overhevelen van een deel van de AWBZ (ondersteunende en activerende begeleiding GGZ) naar de gemeenten biedt kansen voor meer aansluiting en afstemming met de lokaal ingebedde welzijns- en zorginstellingen.

De krachten gebundeld

In "De krachten gebundeld" formuleert GGZ Nederland haar ambities op vier te onderscheiden domeinen van de GGZ, te weten: preventie, genezing, vermaatschappelijking en bemoeizorg.

Door meer te investeren in preventie (verdubbeling van het aanbod) beoogt de GGZ de gesignaleerde toenemende vraag naar GGZ te doen verminderen. Met een gestandaardiseerd aanbod voor veelvoorkomende klachten en aparte organisaties voor specialistische vragen wil de GGZ inspelen op de vergroting van de keuzemogelijkheden van de patiënten en de grotere concurrentie tussen aanbieders in de op genezing gerichte psychiatrie. De GGZ wil vervolgens

² Zie bijlage 2 voor de diverse standpunten over de WMO.

het zorg- en ondersteuningsaanbod voor mensen met een psychische handicap versterken zodat zij zo min mogelijk belemmeringen ondervinden om volwaardig in de samenleving te participeren. Dit betekent ook dat de GGZ zal investeren om bekendheid van de samenleving met psychiatrische ziektebeelden (en de acceptatie daarvan) te vergroten. Tot slot, en voor de lokale overheden van groot belang, spreekt de GGZ uit dat zij zich zal inspannen zorgmijdende mensen met ernstige psychiatrische problematiek in zorg te krijgen en te houden. GGZ Nederland draagt de GGZ instellingen daartoe op wederzijds verplichtende afspraken te maken met de lokale partijen.

3.2 Inkomen en werk

De nieuwe Wet Werk en Bijstand (WBB) legt (nog) meer nadruk op reïntegratie en de rol en (financiële) verantwoordelijkheid van de gemeente hierin.

Voor het merendeel van de doelgroep van de maatschappelijke opvang en de verslavingszorg is betaald werk op korte of lange termijn niet haalbaar. In de nieuwe Leidse reïntegratieverordening is wel vastgelegd dat ook bij klanten voor wie er geen perspectief op werk is, gekeken zal worden naar de mogelijkheden op het vlak van de zorg en participatie. Deze doelgroep is sterk gebaat bij een combinatie van zorg, opvang, dagbesteding en andere vormen van participatie. Innovatie van bestaande projecten voor dagbesteding en bevordering van de maatschappelijke participatie van de doelgroep dak- en thuislozen is nodig om deze groep niet in de knel te laten komen met sommige bepalingen van deze wet en andere (toekomstige) regelgeving (waaronder de Wmo). De afschaffing van de categorale ontheffing van de arbeidsplicht via de WBB maakt projecten voor op dagbesteding of maatschappelijke participatie van daklozen (zoals De Zaak/ straatkrant/ veegploeg) niet onmogelijk, maar vraagt wel om aanpassingen.

Schuldhelpverlening speelt een belangrijke rol in het voorkomen van dak- en thuisloosheid én in het maatschappelijk herstel van kwetsbare groepen. Diverse instanties en organisaties in deze regio houden zich op dit moment met schuldhelpverlening en inkomensbeheer bezig. Op dit moment beperkt de samenwerking zich nog vooral tot klantniveau en ontbreken structurele samenwerkingsafspraken tussen de diverse instellingen. De mogelijkheden en expertise die alle betrokkenen in huis hebben, kunnen nog veel optimaler benut worden.

Het huidige aanbod is versnipperd en naar alle waarschijnlijkheid niet altijd even doorzichtig voor mensen die in de problematische schulden zitten of dreigen te raken. Dit heeft mogelijk ook zijn weerslag op de toegankelijkheid van het aanbod.

Daarnaast blijken de doelgroepen van de maatschappelijke opvang (verslaafden, dak- en thuislozen) niet altijd geholpen te kunnen worden via de gangbare kanalen.

Begin 2005 is een pilot met een nieuwe integrale aanpak van schulden gestart. Hierin werken de bij de schuldhelpverlening betrokken kernpartijen samen om de toegankelijkheid en de effectiviteit van de schuldhelpverlening te verbeteren. Als gevolg daarvan moeten meer cliënten succesvol kunnen worden geholpen.

De gemeenteraad van Leiden heeft in juni 2004 besloten de toeslag op de bijstandsnorm (vaak "woonkostentoeslag genoemd) van circa €230,- voor daklozen te laten vervallen. Deze maatregel betekent dat daklozen in deze regio aanzienlijk minder te besteden hebben dan voorheen. Het risico bestaat dat verwervingscriminaliteit zal toenemen. Daarnaast is het hierdoor voor daklozen nauwelijks meer mogelijk om aflossingsregelingen te treffen bij schulden.

3.3 Veiligheidsbeleid

Het Rijk heeft de grote steden opdracht gegeven te zorgen voor een sluitende opvangstructuur voor overlastgevende alcohol- en drugsverslaafden en mensen met psychiatrische problemen.

Aanleiding hiervoor waren herhaalde signalen van de politie dat zij steeds vaker geconfronteerd worden met mensen met ernstige verslavings- en psychiatrische problematiek die veel overlast geven. Omdat achter deze overlast in feite een dringende zorg- en opvangvraag schuilgaat zou een betere zorg- en opvangstructuur hier uitkomst moeten bieden.

De wijze waarop Leiden deze opdracht heeft ingevuld is verwoord in de nota "Naar een sluitende 24 uurzorgstructuur". Deze nota borduurt voor een groot deel voort op het eerder ingezette beleid in de regionale beleidsvisie voor de ambulante verslavingszorg en de maatschappelijke opvang. De genoemde maatregelen moeten een bijdrage leveren aan de vermindering van overlast door mensen met ernstige verslavings- en psychische problemen. Het betreft overlast in en om de woonomgeving als ook in de openbare ruimte. De maatregelen zijn zowel gericht op een vermindering van overlast door verbeterde zorg, als door meer expliciete overlastmaatregelen. Voorbeelden van bestaande maatregelen en voorzieningen zijn het Slaaphuis, het werk van het Meldpunt Vangnet en Advies (voorheen meldpunt overlast) en de 'bemoeizorg' die door enkele instellingen wordt gedaan. Nieuwe maatregelen betreffen de instelling van zogenaamde politie- of crisisbedden bij het Slaaphuis en het voorstel tot uitbreiding van het aantal uren dagopvang, met daarbij een alcoholgedoogruimte. Grootste probleem hierbij is het vinden van een geschikte locatie. Deze zal naar verwachting in 2005 gerealiseerd zijn.

Samenwerking tussen politie, buurtbewoners en zorg- en opvanginstellingen is hierbij van belang. Deze vindt o.a. plaats in de werkgroep "Veilige Buitenruimte" dat tot doel heeft de overlast rond opvangvoorzieningen zoveel mogelijk te voorkomen.

3.4 OGGZ-convenant

Het realiseren van een basisaanbod voor de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ), - zorg voor mensen die daar zelf niet om (kunnen) vragen maar waarvan de samenleving vindt dat zij deze dringend nodig hebben - is een andere opdracht van het Rijk aan (in dit geval alle) gemeenten. Hiertoe zouden de gemeenten een convenant moeten afsluiten met alle betrokken partijen. Omdat veel van de betrokken instellingen en instanties op regionaal niveau opereren ligt een regionale aanpak hierbij voor de hand.

In de regio Zuid-Holland Noord is voortvarend gevolg gegeven aan deze oproep. Dit heeft geleid tot de oprichting van het OGGZ platform Zuid-Holland Noord.

Uit de evaluatie over de periode 2002-2004 bleek dat het platform aan zijn doel beantwoordt en een impuls heeft gegeven aan de samenwerking tussen de verschillende partners. De betrokkenheid bij de OGGZ problematiek is groot en men weet elkaar goed te vinden. De afgelopen periode heeft het platform zich vooral gericht op het verbeteren van preventie en zorg door afstemming en samenwerking. De komende periode zullen vooral ook zaken rond inkomen (schulden!) en wonen de aandacht krijgen. Het platform is daartoe uitgebreid met een vertegenwoordiging van de woningcorporaties en van sociale zaken.

3.5 Nieuwe doelgroepen voor beleid: veelplegers en zwerfjongeren

De laatste jaren zijn er twee belangrijke doelgroepen bijgekomen waarvoor het Rijk expliciet aandacht vraagt en taken neerlegt bij de gemeenten:

Veelplegers

Onder veelplegers verstaan wij mensen die herhaaldelijk delicten plegen en met enige regelmaat in detentie raken. De bezuinigingen op reclassering hebben het probleem van de reïntegratie van ex-gedetineerden extra groot gemaakt, omdat minder aandacht mogelijk is voor de reclassering in het strafrechterlijke traject zelf. Daar komt nog bij dat de vaste lasten van mensen die in detentie raken, niet langer worden doorbetaald, met alle problemen (verlies onderdak!) van dien. Gebrek aan huisvesting is, samen met het ontbreken van werk en inkomen, een belangrijke criminogene factor.³ Een niet te onderschatten factor is het feit dat een aanzienlijk aantal veelplegers een chronische verslaving heeft en daardoor noodgedwongen op het criminele pad blijft. Dwangtrajecten (straf in combinatie met een verplicht afkickprogramma) en medische heroïneverstrekking kunnen wellicht deze groep doen verminderen. Een integrale

³ Zie hiervoor ook de reactie van de VNG op het IBO rapport van 20 november 2003.

aanpak, waarvan, naast de aanpak van de verslaving en van de schulden, een traject naar scholing en werk en het bieden van woonruimte een essentieel onderdeel van uitmaken, is nodig om de vicieuze cirkel van criminaliteit, detentie, criminaliteit te doorbreken. Door het terugtreden van het Rijk krijgt de lokale overheid hierin een veel sterkere verantwoordelijkheid.

Ook deze regio kent veelplegers. Het gaat hier om een groep van ongeveer 90 personen, waarvan het merendeel (ongeveer 70) in Leiden, die zich regelmatig te buiten gaat aan diefstal en autokraken. Zij zijn vaak verslaafd en beschikken veelal niet over een woonadres. Een oplossing voor dit probleem vraagt om een goede samenwerking tussen politie, justitie, sociale zaken, maatschappelijke opvang, (verslavings-)reclassering en de woningcorporaties omdat vooral het ontbreken van huisvesting en inkomen belangrijke criminogene factoren zijn.

Zwerfjongeren

Landelijk is er de laatste jaren veel aandacht geweest voor het fenomeen van de zwerfjongeren. Er zijn verschillende definities van zwerfjongeren in omloop. Die van VWS luidt: "Thuisloze jongeren tot 23 jaar, die gedurende drie maanden geen vaste verblijfplaats hebben. De Rekenkamer hanteert een bovengrens van 25.

Een onderzoek van de Landelijke Rekenkamer naar de problematiek rond zwerfjongeren heeft geleid tot de toevoeging van een (relatief beperkt) extra geoormerkt budget voor zwerfjongeren aan de doeluitkering.

Het rapport "Hulpverlening aan zwerfjongeren" van het Trimbos Instituut, o.a. in opdracht van VWS opgesteld, meldt dat er een redelijke consensus bestaat over het bestaan van ongeveer 3500 zwerfjongeren in Nederland. Signalen uit de praktijk lijken erop te wijzen dat "hun aantal toeneemt, dat zij jonger worden, vaker allochtoon zijn, meer psychische problemen hebben, voor een niet onaanzienlijk deel (licht) zwakbegaafd (ongeveer een kwart) zijn, meer gedragsproblemen hebben, vaker (soft-) drugs gebruiken en meer en hogere schulden hebben".⁴ Uit datzelfde rapport blijkt dat het merendeel van de zwerfjongeren man (70%) is en tussen de 16 en de 21 jaar (58%). Eenderde is allochtoon. Bijna 40% van deze jongeren komt regelmatig met de politie in aanraking vanwege kleine criminaliteit of overlastgevend gedrag.

In deze regio proberen we door tijdige signalering te voorkomen dat lichte problematieken verder kunnen gaan woekeren. Dit gebeurt o.a. via de wijksignaleringsnetwerken (WSN). Partners zijn politie, jongerenwerk, Regionaal Bureau Leerplicht en Bureau Jeugdzorg. In de tweede ring zijn instellingen als GGD, parnassia en Maatschappelijk Werk raadpleegbaar. Via Bureau Jeugdzorg zijn preventiemedewerkers ingezet die jongeren met problemen ook daadwerkelijk kunnen begeleiden. Huisvesting kan hierbij een facet zijn. In de praktijk blijkt het moeilijk voor dergelijke jongeren een plek te vinden.

Een Quick Scan van de provincie Zuid-Holland naar de omvang en positie van zwerfjongeren in deze regio in 2003 leverde op dat er niet zozeer sprake zou zijn van echte dakloze jongeren, maar wel van een groeiende groep marginaal gehuisveste jongeren met complexe problemen. Bij het Dienstencentrum van de Binnenvest stonden in 2003 gemiddeld rond de 90 jongeren (tussen de 18 en 27 jaar) ingeschreven zonder vaste woon- en verblijfplaats. Volgens De Binnenvest is hier eerder sprake van marginaal gehuisveste jongeren dan van echte dakloze jongeren. Speciale aandacht lijkt in ieder geval nodig voor Marokkaanse en Antilliaanse jongeren. Vaak is sprake van alcohol of drugsverslaving, inkomens- en schuldenproblematiek en criminaliteit. Er blijkt in ieder geval een tekort aan geschikte (alternatieve) woonvormen en woningen.

Het zorgkantoor signaleert een groeiende wachtlijst bij de AWBZ instellingen voor jongeren met een psychiatrische en licht verstandelijke handicap. Door hun gedragsproblemen en doordat er voor hen geen plaats is in de jeugdzorg komen deze jongeren nogal eens in de criminaliteit terecht. Hierdoor verblijven ze vaak ook onterecht of te lang in de gevangenis.

⁴ "Hulpverlening aan zwerfjongeren", Trimbos instituut, mei 2003

De Binnenvest is gevraagd potentiële zwerfjongeren op te sporen en deze op basis van de gesignaleerde behoeften en noden op het gebied van bijvoorbeeld wonen, werk, inkomen en opleiding toe te leiden naar de voorliggende vormen van hulp en zorg. In dit zwerfjongerenproject werkt de Binnenvest samen met Cardea, een instelling voor jeugdhulpverlening in deze regio. Cardea stelt woonruimte ter beschikking in de vorm van zeven huizen. Vindplaatsen zijn o.a. de jeugdhulpverleningsinstelling Cardea (jongeren die moeten uitstromen, maar risico lopen op dakloosheid) en de voorzieningen van de Binnenvest (bijvoorbeeld jongeren ingeschreven bij het dienstencentrum, waaronder veelplegers). Het voordeel van deze gezamenlijke aanpak is de bundeling van de bij beide organisaties aanwezige specifieke deskundigheid (t.a.v. jongeren en dakloosheid) en dat er in een aantal gevallen (tijdelijk) onderdak kan worden geboden aan de betrokkenen.

De Rijngeest Groep (door de fusie met de Robert Fleury stichting inmiddels opgegaan in Rivierduinen) exploiteert in samenwerking met Curium een Training- en Activiteiten Centrum voor jongeren van 12 tot 18 jaar met psychiatrische problemen die niet in staat zijn school te volgen of te werken. Zij worden toegeleid naar school of werk. Het thuismilieu wordt ontlast en voorkomen wordt dat de jongeren gaan zwerven en afglijden naar criminaliteit en drugsgebruik. Daarnaast onderzoekt Rivierduinen de mogelijkheden om op korte termijn een beschermd wonen voorziening voor deze jongeren te starten.

3.6 Landelijk Onderzoek van de Algemene Rekenkamer "Zorg voor verslaafden en standpunt VWS⁵

De Algemene Rekenkamer heeft in 2003 in vijf centrumgemeenten onderzocht op welke wijze de hulpverlening aan verslaafden is vormgegeven.

De belangrijkste bevinding is dat het voorzieningenniveau en de manier waarop dit georganiseerd is niet toereikend is voor een adequate aanpak van de verslavingsproblematiek

De Rekenkamer beveelt VWS daarom onder andere aan nader aan te geven welke taken de centrumgemeenten hebben, na te gaan of zij daarvoor over voldoende instrumenten beschikken en de informatievoorziening over de omvang van de verslavingsproblematiek verbeteren.

VWS ziet de rol van de centrumgemeenten vooral liggen op het terrein van de preventie, de overlastbestrijding en de opvang. Met de Wmo uitgebreid met ondersteuning en woon- en werkbegeleiding. VWS wil onderzoeken of er mogelijkheden zijn de steden invloed te geven op de AWBZ gefinancierde GGZ- en verslavingszorg (OGGZ, bemoeizorg en casemanagement).

3.7 De wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Bopz)

Met behulp van de Bopz kunnen mensen, die een gevaar voor zichzelf en hun omgeving vormen, gedwongen worden opgenomen in een psychiatrische inrichting. Jaarlijks zijn er rond de 24.000 mensen met ernstige psychiatrische problematiek die geen hulp ontvangen. Dit leidt tot ernstige gezondheidsrisico's voor de mensen zelf en vaak tot overlast voor de omgeving.

Door de strenge criteria of door te strikte interpretatie vallen een aantal mensen zoals verslaafden met (lichtere) psychiatrische problematiek, heroïneprostituees, etcetera, buiten de mazen van de Bopz, terwijl zij vaak wel dringend (psychiatrische) zorg nodig hebben en veelal behoorlijk wat problemen voor hun omgeving veroorzaken. Inmiddels wordt de criteria reeds minder strak gehanteerd. Om ernstig (geestes-)zieke mensen, die geen hulp kunnen of willen vragen, beter te kunnen helpen ligt er een vraag bij het kabinet om, naast gedwongen opnamen, de mogelijkheden voor gedwongen behandeling te verruimen zodat heropname in de samenleving mogelijk is.

⁵ Zie ook bijlage 2.

3.8 Landelijk onderzoek naar de doelgroep, werkwijze en effecten van de maatschappelijke opvang: het IBO rapport, een interdepartementaal beleidsonderzoek naar de maatschappelijke opvang

Conclusies rapport

In 2003 heeft het Rijk een interdepartementale werkgroep opdracht gegeven te komen met voorstellen om de keten van maatschappelijke opvang effectiever en efficiënter te laten functioneren. Dit heeft eind 2003 geleid tot een buitengewoon lijvig rapport.

Belangrijkste conclusies daaruit zijn dat de maatschappelijke opvang verstopt is en dat er aanvullende maatregelen nodig zijn om de doorstroming vanuit de bed-, bad- en broodvoorzieningen te bevorderen.

Daarnaast is een belangrijke conclusie dat het ontbreekt aan voldoende informatie over de benodigde capaciteit en de effectiviteit van de maatschappelijke opvang.

Het rapport onderscheidt de volgende factoren die van invloed zijn op een groeiende instroom in de maatschappelijke opvang en een stagnerende uitstroom:

- Een tekort aan goedkope woningen;
- Belemmeringen om adequate hulp te zoeken voor de doelgroep;
- Het feit dat veel ex- gedetineerden te maken hebben met verlies van woonruimte omdat zij de huurlasten niet (kunnen) doorbetalen;
- Instroom uit Oost-Europese landen;
- Strenger asielbeleid.

Aanbevelingen

Op basis van deze analyse neemt het Rijk de volgende aanbevelingen uit bovengenoemd rapport over:

- De asiel functie van de Maatschappelijke opvang is per definitie tijdelijk en moet dat blijven.
- Een duidelijke afbakening is nodig voor welke groepen de maatschappelijke opvang bedoeld is en welke groepen in andere zorgvoorzieningen thuishoren.
- Voor mensen die langdurig in de maatschappelijke opvang zitten en langdurig begeleiding nodig hebben dient permanente huisvesting gecreëerd te worden.
- De capaciteit voor crisissituaties moet uitgebreid worden.
- Casemanagement is nodig om de doorstroming te bevorderen.
- Er dient een betere registratie van vraag en aanbod te komen.
- De gemeente moet haar regierol versterken.

Ook in de regio Zuid-Holland Noord is sprake van een tekort aan goedkope woningen zo blijkt uit de al eerder genoemde Quick Scan. Daarnaast is er vooral ook behoefte aan meer variatie in het woningenbestand. Het tekort aan woningen is één van de belangrijkste oorzaken voor de stagnatie in de uitstroom uit de Crisisopvang.

In feite is er op huisvestingsgebied bij de zogeheten "kwetsbare groepen" sprake van een drievoudige problematiek:

1. Te langzame start

Voor een aantal groepen is het kunnen maken van een start op de woningmarkt cruciaal. Het hebben van eigen huisvesting is een basisvoorwaarde voor het verwerven en behouden van opleiding, werk en inkomen. Voor sommigen, denk hierbij o.a. aan jongeren met een detentie- of jeugdzorgachtergrond, is dat nog belangrijker dan het voor de reguliere starters al is. Maar de wachttijden voor het krijgen van woonruimte zijn vooral voor starters tegenwoordig extreem lang. Deze omstandigheid vormt een struikelblok op de weg naar maatschappelijk herstel.

2. Wonen in de marge

Er is altijd wel een klein aantal mensen die in de huidige reguliere woonomgevingen niet duurzaam te handhaven zijn, doordat hun sterk afwijkende leefstijl hen voortdurend in conflict brengt met hun woonomgeving. Uiteindelijk gaan zij op straat leven en worden klant van het Slaaphuis of zij benutten gemarginaliseerde vormen van huisvesting, d.w.z. ruimten die niet voor (permanente) bewoning geschikt zijn, zoals tuinhuisjes, boten, schuurtjes, garageboxen en caravans. Voor hen is een duurzame woonsituatie nodig die aan minimumeisen van bewoonbaarheid voldoet en voldoende 'perifeer' is om conflicten met de omgeving te voorkomen.

3. Doorstroming uit de opvang stagneert

Er is een groep van mensen die, mede als gevolg van veroudering en jarenlang ongezond straatleven, duurzaam een zwaardere somatische en psychiatrische zorg nodig hebben dan de maatschappelijke opvang kan bieden. Een deel van deze groep verblijft op straat en gebruikt het Slaaphuis, een deel verblijft in het Sociaal Pension. Doordat geen geschikte woonvorm voorhanden is, stagneert de uitstroom uit het Sociaal Pension en daarmee ook de instroom.

3.9 Landelijke GSB kaders

De maatschappelijke opvang en het verslavingsbeleid van de gemeenten maken integraal onderdeel uit van het Grotestedenbeleid dat tot doel heeft meer samenhang aan te brengen in de aanpak van de grotestadsproblematiek. Hierbij gaat het vooral om criminaliteit, integratieproblematiek, armoede, overlast, achterstandwijken, werkloosheid, etc. In een convenant met het rijk dat steeds voor vier jaar wordt vastgesteld leggen de gemeenten zich vast op een aantal doelstellingen.

Voor de GSB periode 2005-2009 zijn dat voor de maatschappelijke opvang en de verslavingszorg:

- verminderen van overlast op straat door creëren van meer opvang en hulpverlening;
- verbeteren van de doorstroming in de maatschappelijke opvang en daarmee verlagen van de verblijfsduur;
- verbeteren van de aansluiting tussen verslavingszorg en wonen en werken: meer (ex-)verslaafden vinden werk en woning.

Dit betekent dat wij bij de vernieuwing van de visies rekening moeten houden met bovengenoemde landelijk vastgestelde beleidsdoelstellingen. Het staat de GSB-gemeenten overigens vrij daarnaast en daarbinnen eigen prioriteiten te stellen.

Om de effecten van het beleid beter te kunnen meten vraagt het Rijk daarnaast meer aandacht voor registratie, monitoren en benchmarking.

Leiden heeft de bovengenoemde speerpunten van het Rijk overgenomen en daar, afhankelijk van de beschikbare middelen, meer of minder ambitieuze doelstellingen voor geformuleerd. De GSB speerpunten komen zowel in het beleid voor de kwetsbare groepen terug als in het veiligheidsbeleid.

3.10 Conclusie landelijke kaders en regelgeving

Met de komst van de Wmo zullen mensen meer worden aangesproken op hun eigen verantwoordelijkheid. Het risico bestaat dat het voorzieningenniveau afneemt omdat het nog maar de vraag is of gemeenten voldoende gefaciliteerd

zullen worden, in middelen (de verwachting is dat de zorgvraag toe zal nemen bij gelijkblijvende budgetten) en in sturingsinstrumenten. Het Kabinet beoogt immers een beheersing van het kostenniveau met deze wet.

De introductie van deze eigen verantwoordelijkheid en de vergroting van de concurrentie tussen de instellingen brengen de nodige risico's mee voor de doelgroep van de OGGZ. Dit vraagt om een goede regie en nauwe samenwerking tussen de betrokken instellingen in deze regio om het aanbod voor deze doelgroep te kunnen waarborgen. Gelukkig is daar in deze regio de basis voor aanwezig.

We zullen meer dan voorheen rekenschap van de effecten van ons beleid moeten afleggen in monitors en via zorgvuldige registratie van de instellingen.

De groei van de vraag naar maatschappelijke opvang en verslavingszorg in relatie tot een gelijkblijvend budget betekent dat wij beleidsmatig nog sterker dan voorheen het adagium moeten hanteren: "opvang en zorg waar nodig en preventie en herstel waar mogelijk om tegemoet te kunnen komen aan de noodzaak en landelijke, (zie het IBO-rapport en GSB) en regionale/ lokale vraag naar verkorting van de verblijfsduur in de maatschappelijke opvang door te sturen op meer uitstroom en doorstroom. De nieuwe regelgeving rond arbeid en inkomen vraagt om extra creativiteit en inzet om de sociale activering van daklozen in stand te houden.

Beleidsmatig wordt ook gevraagd om sterkere accenten op veiligheid en overlastbestrijding. Bezuinigingen op de reclassering betekenen dat gemeenten een grotere rol zullen moeten gaan spelen in de reïntegratie van (ex-) gedetineerden, waaronder de zogenaamde veelplegers.

Bovengenoemde ontwikkelingen betekenen dat nieuwe of sterkere samenwerkingsrelaties nodig zijn, zowel binnen als buiten de zorg.

De woningcorporaties zullen een belangrijke rol moeten spelen in de doorstroming vanuit de maatschappelijke opvang. Met het Zorgkantoor is intensief overleg nodig over de afstemming tussen het AWBZ- gefinancierde zorgaanbod en dat van de gemeente. Politie, Justitie, (verslavings-)reclassering en gemeenten zullen moeten afstemmen over een integrale aanpak van veelplegers. De ontschotting tussen GGZ en somatische zorg vraagt om meer afstemming tussen deze twee sectoren.



Foto: Open venster

Resultaten van beleid over de afgelopen jaren

4 RESULTATEN VAN BELEID OVER DE AFGELOPEN JAREN

4.1 Belangrijkste beleidsuitgangspunten en maatregelen van de afgelopen periode

Hieronder memoreren wij kort de belangrijkste doelstellingen en actiepunten. Zoals eerder gemeld lag het beleid voor de maatschappelijke opvang en de verslavingszorg over de afgelopen periode vast in een drietal nota's te weten de nota 'Beleidsvisie Maatschappelijke opvang in de Leidse regio 1999-2002' en de aanvulling hierop, de 'Regionale visie Verslavingszorg' en de nota 'Naar een sluitende 24-uurszorgstructuur'.

Belangrijkste doelstelling van ons beleid was het verbeteren van de leefomstandigheden van mensen die in de marges van de samenleving terecht zijn gekomen (of daarin dreigen terecht te komen) met als neven doelstelling het verminderen van de overlast die sommigen onder hen veroorzaken.

Onder het motto dat voorkomen ook hier beter is dan genezen, hebben wij daarbij voorgesteld om zwaar in te zetten op preventieve maatregelen. Deze maatregelen moeten enerzijds voorkomen dat mensen überhaupt in de problemen komen en zijn dus gericht op een brede doelgroep (vooral de verslavingspreventie). Anderzijds moeten deze maatregelen ervoor zorgen dat mensen die al problemen hebben, niet verder verkommeren. De nadruk op preventie en herstel zou tot gevolg moeten hebben dat het aantal opvangplaatsen stabiel kon blijven in deze regio en ernstige verslavingsproblematiek, waar mogelijk voorkomen, of minimaal hanteerbaar wordt. Voor de mensen voor wie dit enigszins een optie is moeten er voldoende mogelijkheden zijn voor maatschappelijk herstel.

Met dit doel hadden wij de volgende prioriteiten en actiepunten vastgesteld:

- Versterking en vergroten van het bereik van het aanbod aan preventie;
- Versterken inzicht in omvang en inhoud van de vraag van de doelgroep;
- Verbeteren afstemming en samenwerking tussen alle bij de verslavingszorg en maatschappelijke opvang betrokken partijen;
- Vergroten van het bereik van de zorg;
- Versterken aanbod maatschappelijk herstel;
- Verbeteren afstemming zorgaanbod op de zorgvraag.

4.2 Resultaten op basis van monitor en evaluatie

Voor de evaluatie hebben wij ons voor een groot deel gebaseerd op de uitkomsten van de Monitor Maatschappelijke Opvang en Verslavingszorg waartoe wij onderzoeksbureau OSPM en de GGD opdracht hebben gegeven.

Ook is de evaluatie van het beleid uitgebreid aan de orde geweest in het beleidsvoorbereidende platform OGGZ en in een bijeenkomst van alle gemeenten over verslavingspreventie. Tot slot is gesproken met mensen uit doelgroep dak- en thuislozen en verslaafden.

Versterking en vergroten van het bereik van het aanbod aan preventie

De medio 2003 verschenen 'Voortgangsrapportage Verslavingszorg en Maatschappelijke opvang' geeft een overzicht van de uitbreiding van het aanbod aan preventie. In aanvulling hierop is het aanbod recent uitgebreid met outreachend werk onder hangjongeren in Katwijk door de Brug.

Dankzij uitbreiding van het aanbod aan preventieve activiteiten in de verslavingszorg in de hele regio Zuid Holland Noord is het bereik onder de doelgroep (scholen, uitgaande jeugd, ouders en opvoeders) enorm vergroot, met als resultaat dat de kennis over verantwoord genotmiddelengebruik toegenomen is en het onderwerp meer aandacht heeft. Voor een effectief preventiebeleid blijkt blijvende aandacht voor alledrie de domeinen: school, vrije tijd en thuis van groot belang.

Scholen blijken de voorkeur te geven aan gastlessen boven het werken met intermediairs (docenten).

De vraag vanuit het speciaal onderwijs (waarvoor nu geen aanbod is) stijgt. Meer aandacht is nodig voor de rol die ouders en opvoeders kunnen spelen en voor speciale groepen, zoals kinderen van verslaafde of psychiatrisch gehandicapte ouders en allochtone jongeren.

Binnen het platform Openbare Geestelijke Gezondheidszorg is aandacht gevraagd voor het problematische middelengebruik onder ouderen, een doelgroep die in de preventieactiviteiten totnogtoe onderbelicht is gebleven omdat de prioriteit bij de jeugd lag.

Afgelopen periode waren er een aantal bijeenkomsten in de regio met als thema de relatie tussen preventie en overig gemeentelijk beleid. Het ging hier vooral om de relatie tussen preventie van middelenmisbruik en lokaal horeca-, gezondheids- of sportbeleid. De inbedding van preventie in het lokale beleid blijkt in de praktijk echter weerbarstiger dan aanvankelijk werd aangenomen. De benodigde capaciteit ontbreekt hiervoor vaak bij de gemeenten.

De monitor bevestigt het beeld dat ook landelijk uit de regionale peiling van het Trimbosinstituut naar voren komt, namelijk dat het alcoholgebruik onder jongeren stijgt, terwijl de leeftijdsgrens waarop voor het eerst alcohol genuttigd wordt, daalt.

Met 'Bever' en 'Uit de Wir War' (september 2004 officieel van start gegaan), is het preventieaanbod voor mensen, die met huisuitzetting bedreigd worden of waarvan vermoed wordt dat zij mogelijk in de problemen kunnen komen, uitgebreid. Ook is er extra woonbegeleiding gerealiseerd voor mensen met ernstige verslavingsproblematiek.

Een belangrijke nieuwe loot aan de preventiestam in de afgelopen periode was het project Basiszorgcoördinatie Kwetsbare Kinderen (BKK). BKK is een samenwerkingsverband van de GGD, JSO, Rivierduinen (voorheen de Rijngeest Groep) en Parnassia. Het project biedt zorgcoördinatie aan gezinnen waarvan de ouders kampen met psychiatrische of verslavingsproblemen. Doel hiervan is te voorkomen dat de kinderen in deze gezinnen (ernstige) problemen ontwikkelen.

Er blijkt een enorme behoefte aan deze vorm van hulpverlening in deze regio waardoor er een wachtlijst is ontstaan. Eind 2004 waren er zo'n 50 gezinnen in behandeling en stonden er ongeveer 26 op de wachtlijst. Daarnaast blijkt het werken met deze gezinnen zeer arbeidsintensief. De problemen zijn vaak veel groter en liggen op veel meer terreinen dan aanvankelijk, bij de start van het project, werd aangenomen. Naast psychiatrische en verslavingsproblematiek zijn er vaak ook problemen met huisvesting, financiën, geweld, etcetera.

Versterken inzicht in omvang en inhoud van de vraag van de doelgroep;

Het inzicht in de omvang van de doelgroep en hun zorgbehoefte is verbeterd dankzij een verbeterde registratie bij de diverse instellingen.

Een globale schatting leert dat deze regio ongeveer 90 echte daklozen kent, waarvan 50 in Leiden en 20 in zowel Alphen als Katwijk. In 2003 maakten 145 unieke personen gebruik van het Slaaphuis. Een harde kern van ongeveer 10 tot 12 personen bezoekt vrijwel dagelijks het Slaaphuis.

Daarnaast kent deze regio een aantal van ongeveer 500 marginaal gehuisvesten en thuislozen, waarvan 450 in Leiden. Het aantal zeer ernstig verslaafden ligt rond de 270, waarvan 200 in Leiden, 10 in Alphen en 60 in Katwijk.

Hierbij is vaak sprake van dubbele problematiek (combinatie met psychiatrische handicaps).

Er is sprake van een groeiend aantal oudere verslaafden en dak- en thuislozen met somatische klachten. Stichting De Binnenvest schat medio 2004 in dat zij tussen de 25 en de 30 personen in huis hebben (Dienstencentrum, Slaaphuis en Sociaal Pension) die ernstige somatische en psychogeriatrische problemen hebben, zoals verwaarloosde suikerziekte, open wonden, dementie, incontinentie) zonder dat zij passende zorg geboden krijgen.

Het stopzetten van de uitkering tijdens detentie heeft een toename van de groep problematische ex-gedetineerden tot gevolg, waarvan een deel zich vervolgens meldt bij de maatschappelijke opvang. Het aandeel vrouwen in de maatschappelijke opvang is gering, maar vertoont wel een stijgende tendens. Ook wordt de maatschappelijke opvang vaker dan voorheen met (ontregelde) gezinnen geconfronteerd.

Uit de monitor komt ook naar voren dat er nauwelijks sprake is van uitstroom: het merendeel van de doelgroep bestaat uit een harde kern waar zo nu en dan mensen bijkomen, maar waar weinig mensen afdalen. De mensen die uitstromen zijn vaak de mensen die het meest recent zijn ingestroomd.

De Binnenvest constateert dat de problematiek waarmee de cliënten worstelen zwaarder en complexer wordt. Er is vaker sprake van een combinatie van ernstige verslavings- en psychiatrische problemen.

Een klinische voorziening voor cliënten met een dubbele diagnose wordt dan ook niet gemist in deze regio. In het verlengde hiervan is ook een extra inzet in de ambulante hulpverlening op deze co-morbiditeitsproblematiek van belang.

Verbeteren afstemming en samenwerking tussen alle bij de verslavingszorg en maatschappelijke opvang betrokken partijen

Alle bij het beleid betrokken partners oordelen eensgezind zeer positief over de samenwerking tussen de verschillende partners. De betrokkenheid bij de problematiek is groot, de lijnen zijn kort en men weet elkaar steeds beter te vinden. Dit speelt zowel op beleidsniveau in het platform OGGZ, als op uitvoerend niveau zoals o.a. in het Breed Bemoeizorg Project, het platform verslavingszorg in Katwijk (vanaf oktober 2004 ook actief in Rijnsburg en Valkenburg) en het (subregionaal) OGGZ platform in de Rijnstreek/Alphen.

Dit geldt in het bijzonder voor de instellingen en organisaties, die het meest rechtstreeks bij de maatschappelijke opvang en de verslavingszorg zijn betrokken.

Wel bestaat er een duidelijke behoefte aan het betrekken van nieuwe partners bij beleid en uitvoering zoals de huisartsen, de woningcorporaties, sociale diensten en Stadsbank.

Een centraal coördinerend punt wordt niet gemist. Dit geldt overigens niet voor de protocollen, waar minder gebruik van gemaakt wordt dan was voorzien, omdat de aard van de huidige samenwerking in de meeste gevallen volstaat.

Binnen het OGGZ platform is overigens aandacht gevraagd voor het risico dat deze samenwerking, door de bezinning van veel organisaties in dit klimaat van bezuinigingen op de kerntaken, weer enigszins onder druk zou kunnen komen te staan.

Vergroten van het bereik van de zorg

Uit de monitor blijkt dat er de afgelopen jaren meer cliënten in zorg en in de opvang zijn gekomen, zowel bij Parnassia als bij de Binnenvest. Dit is deels het gevolg van de uitbreiding van het outreachende werk (mobiel team, breed bemoeizorg project, Tandem, etc) en deels van het feit dat de doelgroep in omvang lijkt toegenomen. Hierdoor is ook de vraag naar een slaapplek toegenomen en is er een groeiende wachlijst voor het Sociaal Pension.

Het aantal bezoekers van het Open Venster in Alphen aan de Rijn is in 2003 gegroeid naar ongeveer honderd. Vooral het aantal deelnemers aan de maaltijdvoorziening is toegenomen.

Het platform verslavingszorg in Katwijk heeft zich sterk gericht op het bereiken van jongeren en timmert aan de weg met haar alcoholmatigingsactiviteiten. Daarnaast is zij actief in het tegengaan van XTC gebruik. Oktober 2004 heeft het platform haar activiteiten uitgebreid naar Rijnsburg en Valkenburg.

Bij de Rijngeest Groep/Rivierduinen wordt reeds enkele jaren gewerkt volgens de 'bemoeizorg methodiek. Hier worden goede resultaten geboekt. Sinds kort wordt ook de methodiek van het Assertive Community Treatment toegepast. Deze methodiek blijkt zeer effectief bij sterk ontregelde cliënten veelal met psychiatrische en verslavingsproblematiek.

De Rijngeest Groep/ Rivierduinen heeft in Oegstgeest inmiddels ook behandel- en begeleidingsmogelijkheden ingericht voor hulpverlening aan cliënten met een (langdurende) psychiatrische handicap en verslavingsproblematiek. Naast casemanagement en het genoemde ACT team maakt een gesloten kliniek deel uit van het aanbod.

Versterking aanbod Maatschappelijk herstel

Na een moeizame start blijkt het Dagbestedingsproject De Zaak in een grote behoefte te voorzien. Het aantal geboden activiteiten is de afgelopen periode sterk uitgebreid en steeds meer verslaafden en daklozen weten hun weg naar De Zaak te vinden. Het aantal actieve bezoekers stond in 2003 op 85.

Helaas blijkt het voor de doelgroep in de regio (met name de Rijnstreek) moeilijker om de reis naar Leiden te maken. Voor (ex-) gedetineerden is het aanbod uitgebreid met een Exodusproject dat tot doel heeft ex-gedetineerden of gedetineerden in de laatste fase van detentie begeleiding en ondersteuning te bieden op een viertal terreinen namelijk wonen, het aangaan van relaties en sociale contacten, werk en scholing en vrijetijdsbesteding/zingeving.

In het Exodusproject zijn op jaarbasis 12 plaatsen beschikbaar.

Het aanbod is verder aangevuld met een samenwerkingsproject tussen Cardea (instelling voor jeugdzorg) en Stichting De Binnenvest gericht op (terug-)leiding van marginaal gehuisveste jongeren of jongeren die behoren tot de risico groep naar huisvesting, werk, scholing en andere noodzakelijk geachte vormen van zorg en hulp.

De in 2003 gestarte Veegploeg van dak- en thuislozen blijkt een enorm succes. De doelgroep is erg enthousiast omdat zij hierdoor zowel de beschikking over wat extra geld krijgt in de vorm van een vrijwilligersvergoeding, alsook het gevoel heeft nuttig bezig te zijn. Winkeliers en andere binnenstadbewoners zijn blij met de extra aandacht voor het schoonhouden van de omgeving waarmee dit project ook in niet onbelangrijke mate een bijdrage levert aan een positievere imago van de dak- en thuisloze.

In Alphen heeft de pilot "Project Aan de Bak" gedraaid. In samenwerking met de PI Alphen en een reïntegratiebedrijf werden (ex)gedetineerden naar scholing en werk toegeleid. Helaas is het project, o.a. door financieringsproblemen recent beëindigd.

In Katwijk is in 2003 gestart met het begeleiden van verslaafde ex-gedetineerden naar reïntegratie. Dit project blijkt na een moeizame start zeer succesvol. Vele vrijwilligers zijn actief als mentor voor ex-gedetineerden om hen te helpen hun weg in de samenleving te vinden.

Vermindering overlast en verlichting taken politie

Uit de monitor blijkt dat de overlast, zoals bij de politie en/of het meldpunt Vangnet en Advies gemeld, na een lichte daling weer enigszins toeneemt. Dit beeld wordt bevestigd door de stadsenquête in Leiden. Het betreft hier vooral de binnenstad. De zogenaamd crisisbedden die op verzoek van de politie in het leven geroepen zijn in het Slaaphuis, blijken in de praktijk nauwelijks aangesproken te worden. Nader onderzoek en overleg moet uitwijzen wat hiervoor de reden is. De politie geeft aan dat zij sterke behoefte heeft aan voorzieningen waar zij overlastgevende drugs- en alcoholverslaafden naar toe kan verwijzen.

Verbeteren afstemming zorgaanbod op de zorgvraag/behoefte

Door de uitbreiding van activiteiten in de afgelopen vier jaar is er in de regio op het hele terrein van opvang/zorg, preventie en herstel aanbod beschikbaar.

Het aanbod aan opvangvoorzieningen is vooral geconcentreerd in Leiden. Als de temperaturen sterk dalen breidt De Binnenvest via enkele noodmaatregelen het aantal bedden in het Slaaphuis uit en dicht zij de gaten tussen de nacht- en dagopvang door de openingstijden van beide voorzieningen op elkaar af te stemmen.

De uitbreiding van de opvang in Alphen is nog steeds niet volledig gerealiseerd als gevolg van de huisvestingsproblematiek. Dit geldt overigens ook voor de voorgenomen tweede dagopvang en alcoholgedoogplek in Leiden. Daardoor is het de afgelopen periode nog niet gelukt de gaten in de 24uurszorgstructuur verder te sluiten.

Het aanbod aan verslavingszorg is uitgebreid met methadonverstrekking in Katwijk, en een open spreekuur in Lisse. Dit heeft mede tot een groter bereik bijgedragen.

In algemene zin is het aanbod aan outreachende activiteiten sterk toegenomen (Breed Bemoeizorg Project, mobiel team, Tandem, Zwerfjongeren, etcetera) waardoor het bereik onder de doelgroep verbeterd is.

Nieuwe (vrijwilligers-) initiatieven

Een door de doelgroep zeer gewaardeerde aanvulling op het bestaande aanbod voor daklozen vormt de "Schuilplaats". Dit vrijwilligersinitiatief opende op kerstavond 2004 haar deuren. Het biedt sindsdien minimaal eenmaal per week gedurende enkele uren onderdak, een gratis maaltijd en medische zorg aan mensen die zich in de marges van de samenleving bevinden. Inmiddels weten wekelijks ongeveer 60 tot 70 mensen de weg naar de schuilplaats te vinden.

Aanvullende wensen en behoeften

Gemist wordt een klinische voorziening voor dubbele diagnose cliënten (combinatie van verslavingsproblemen met een psychiatrisch ziektebeeld) en in het verlengde daarvan een toereikend ambulante zorgaanbod voor deze groep.

Uit de monitor komt een behoefte aan verdere decentralisering (van praktische dienstverlening en activering/ dagbesteding) en aan uitbreiding van de voorzieningen in kwantitatieve zin tevoorschijn.

In de regiogemeenten bestaat vooral behoefte aan de mogelijkheid om praktische zaken zoals uitkeringen en budgetbeheer in de nabije omgeving van de dak- en thuislozen te kunnen regelen.

Naast een uitbreiding van het aanbod in kwantitatieve zin constateren wij ook een behoefte aan uitbreiding van opvang- en woonvormen in kwalitatieve zin voor mensen die niet de intensieve begeleiding van een Sociaal Pension nodig hebben, maar ook niet in een van de bestaande woonvormen passen, zoals dit ook uit de Quick Scan¹ naar voren kwam.

De doelgroep benadrukt vooral het belang van een sluitende opvang en een 24-uursvoorziening voor oudere (verslaafde) daklozen.

Ook pleiten zij voor een gebruikersvoorziening en medische heroïne versterking voor mensen voor wie er geen perspectief is op genezing van hun verslaving.

De toenemende schuldenproblematiek doet de (latente en manifeste) vraag naar schuldhulpverlening en budgetbeheer, - een belangrijke preventieve voorziening -, toenemen. Overigens stelt de monitor ook vragen bij de effectiviteit van de bestaande schuldhulpverlening.

4.3 Conclusie

De monitor constateert in algemene zin dat de maatschappelijke opvang en de verslavingszorg in deze regio de laatste vier jaar is verbeterd. De samenwerking loopt goed en de instellingen doen hun uiterste best om met behulp van de beschikbare middelen aan de behoefte van de doelgroep tegemoet te komen.

Er is veel aandacht voor preventie wat ertoe geleid heeft dat meer intermediairs, scholen en ouders en jongeren op de hoogte zijn geraakt van de risico's van drugs- en alcoholmisbruik. Hoewel het drugsgebruik zich enigszins lijkt te stabiliseren, zien we een toename van het alcoholgebruik onder jongeren.

De uitbreiding van het aanbod met o.a. een Slaaphuis, een Dagbestedingsproject en een Veegploeg heeft ongetwijfeld de levensomstandigheden van de doelgroep in brede zin verbeterd.

Daarnaast vormt het vrijwilligersinitiatief "De Schuilplaats" een welkome aanvulling op het aanbod voor daklozen en verslaafden in deze regio.

De beoogde stabilisatie van het aantal dak- en thuislozen en de mensen, die hiertoe een risico lopen, door zwaar in te

¹ "Over huisvesting van kwetsbare groepen in Leiden, een quick scan", Bind, maart 2004

zetten op preventie en herstel is echter doorkruist door de groei van de totale doelgroep en de hardnekkigheid van de problematiek.

Van invloed hierop zijn waarschijnlijk ook een aantal, door ons moeilijk te beïnvloeden ontwikkelingen, zoals de extramuralisering binnen de gezondheidszorg, de economische recessie (toenemende schuldenproblematiek) en de toenemende complexiteit van de samenleving.

Dit beeld is congruent met het landelijke beeld.

Ondanks toename van de doelgroep in omvang (en in zwaarte van de problematiek) en het langer dan gepland uitblijven van de uitbreiding van de dagopvang en alcoholgedoogplek, zien we slechts een lichte toename van de klachten over overlast. Maar op dit moment, medio 2005, kunnen we dus nog geen uitspraken doen over de effecten van de beoogde uitbreiding van de dagopvang.

Door groei van de problematiek nemen wachtlijsten (sociaal pension, begeleid wonen) en wachttijden (schuldhulpverlening/budgetbeheer, ambulante verslavingszorg) toe, evenals de druk op de dag- en nachtopvang en de behoefte aan bemoeizorg en outreachende zorg.

Bovengenoemde ontwikkelingen vragen om een herijking van de omvang en aard van het benodigde zorg & opvangaanbod voor deze regio.

Een verheugende ontwikkeling is dat de doelgroep dak- en thuislozen steeds meer van zich laat horen.



Foto: De Brug

Hoofdlijnen van beleid regio ZHN

5 HOOFDLIJNEN VAN BELEID REGIO ZHN 2005 2009

5.1 Algemene doelstellingen

Zoals hierboven uiteengezet, is de afgelopen periode een aantal maatregelen en acties in gang gezet die hun waarde in het voorkomen van (ernstiger vormen van) marginalisering en het verbeteren van de levensomstandigheden van daklozen en verslaafden hebben bewezen.

Nieuwe trends, ontwikkelingen en veranderende wettelijke kaders geven ons vooralsnog geen aanleiding om de uitgangspunten die aan deze maatregelen ten grondslag hebben gelegen drastisch te herzien. Wij blijven van mening dat het doel van het verslavingsbeleid moet zijn verslaving en misbruik van verslavende middelen zoveel mogelijk te voorkomen of te genezen. Bij verslaafde mensen voor wie er (nog) geen perspectief op genezing is, is het streven de negatieve gevolgen van de verslaving zoveel mogelijk teniet te doen of minimaal hanteerbaar te maken, zodat zij kunnen (blijven) deelnemen aan de samenleving

Maatschappelijke opvang blijven wij beschouwen als een vangnet voor mensen, die door de mazen van de voorliggende voorzieningen zijn gevallen. Dit betekent dat wij maatschappelijke opvang het liefst zien als een tijdelijke voorziening en mensen zo snel mogelijk weg, richting een vorm van min of meer zelfstandige huisvesting, willen zien vertrekken. Wij realiseren ons echter dat dat voor sommige mensen (degenen met ernstige psychische en verslavingsproblemen en een jarenlange carrière op straat achter de rug) geen reële optie is. Voor hen moet er structureel hulp, zorg en opvang beschikbaar zijn.

Nieuwe doelgroepen van beleid (zwerfjongeren, oudere daklozen met ernstigere zorgvragen, veelplegers) vragen om nieuwe aanvullende coalities en acties.

De groei van de problematiek maakt een verhevigde inzet op preventie en herstel noodzakelijk om te voorkomen dat het aantal mensen in de opvang of op straat toeneemt.

Hoewel wij ons ervan bewust zijn dat de aanwezigheid van mensen met gedrags- en verslavingsproblematiek, op sommige momenten en op sommige plaatsen, een (meer of minder) zware wissel kan trekken op de leefbaarheid in straten en buurten, blijven wij van mening dat ook deze mensen recht hebben op een plaats in de samenleving. Wij vinden dat zorg het uitgangspunt moet zijn, ook bij het bestrijden van de overlast die deze mensen, rondom of los van de voorzieningen, die er voor hen zijn, veroorzaken. Deze overlast willen wij op de volgende wijze bestrijden:

- door een goede en sluitende opvangstructuur te realiseren voor mensen die op de straat aangewezen zijn;
- door de inbedding van de voorzieningen vergezeld te doen gaan van een pakket aan flankerende maatregelen in

overleg met de directe omgeving opgesteld om eventuele overlast en klachten te voorkomen of tegen te gaan; door sluitende afspraken te (laten) maken met, en tussen, opvanginstellingen en politie over de aanpak van overlast en klachten elders in de stad; door creatief te kijken naar mogelijkheden voor imagoverbetering van de doelgroep (de Veegploeg is hier een goed voorbeeld van).

De voortschrijdende extramuralisering, de verregaande versoberingen van ons collectieve voorzieningenniveau en het gewicht dat daarin aan de eigen verantwoordelijkheid van het individu wordt toegekend, vragen om een pro-actief beleid. Dit beleid dient erop gericht te zijn door middel van vroegsignalering en het bieden van extra begeleiding problemen bij kwetsbare mensen zoveel mogelijk te voorkomen. Als centrumgemeente zien wij een belangrijke rol voor ons weggelegd in het bijeenbrengen van alle betrokken partijen op regionaal niveau, in het ontwikkelen van een gezamenlijke aanpak en in het subsidiëren van de op basis van deze visie noodzakelijk geachte activiteiten en voorzieningen.

Op lokaal niveau kunnen de gemeenten via hun eigen subsidiebeleid (bijvoorbeeld meer psychosociale begeleiding gericht op het voorkomen van schulden), alcoholmatigingsbeleid (in sportkantines/ club- en buurthuizen), opzetten van zorgnetwerken en huisvestingsbeleid (afspraken met woningcorporaties) een belangrijke bijdrage leveren aan preventie en aan maatschappelijk herstel van daklozen en verslaafden.

Belangrijk is dat, ondanks het verlangen naar een grotere individuele verantwoordelijkheid, meer marktwerking, efficiency en effectiviteit, zorgaanbieders en financiers uitspreken dat zij de zorg & opvangketen voor deze mensen willen blijven waarborgen en waar nodig verbeteren.

Actie:

Opstellen convenant waarin gemeenten, zorgaanbieders en financiers uitspreken dat zij de zorg- en opvangketen voor de meest kwetsbaren in de samenleving willen handhaven en waar mogelijk verbeteren.

Bovenstaande doelstellingen willen wij de komende periode bereiken door het huidige beleid, waar dit succesvol bleek, te continueren en te verbeteren. Daarbij en daarnaast stellen wij hieronder een aantal nieuwe beleidsvoorstellen en acties voor.

Om te kunnen beoordelen of ons beleid succesvol is, hebben wij meer zicht nodig op de omvang en aard van de doelgroep. Monitoring en verbeterde registratie zijn daarbij van groot belang. Wij zullen daarom ook de komende jaren (laten) bijhouden hoe de doelgroep zich in aard en omvang ontwikkelt en welke mensen, door welke activiteiten en met welke resultaten bereikt worden.

Actie:

Verder ontwikkelen en bijhouden monitor maatschappelijke opvang en verslavingszorg

Bij de verdere uitwerking van de actiepunten zullen wij de doelgroep zoveel mogelijk betrekken, via het Zorgvragersoverleg Zuid-Holland Noord, via de cliëntenraden, via het Daklozengenootschap en door middel van gesprekken met de bezoekers van de verschillende voorzieningen voor daklozen en verslaafden in deze regio.

5.2 Handhaven en intensiveren bestaand beleid

Wij stellen op basis van het bovenstaande voor de volgende beleidsuitgangspunten te handhaven in deze regio:

Blijvende inzet op preventie

Voorkomen blijft nog altijd beter dan genezen. Door de vele aandacht die er is voor de, vaak ernstig verslaafde en psychisch gehandicapte, dak- en thuislozen, dreigt het belang van preventie (waarvan de resultaten vaak moeilijk zichtbaar en hard te maken zijn) nogal eens van het netvlies te verdwijnen.

Consolidatie en waar mogelijk uitbreiding van het preventieve aanbod achten wij, gezien de huidige ontwikkelingen en de resultaten totnogtoe van groot belang.

Wij wijzen daarbij op het toenemende alcoholgebruik onder jongeren, de prevalentie hiervan op steeds jongere leeftijd, het gebruik van nieuwe drugs, veranderde gebruikerspatronen, het groeiende aantal mensen met schulden, met psychosociale problemen, etc.

Belangrijk daarbij is dat bij primaire en secundaire preventie met relatief kleine inspanningen in veel gevallen heel veel erger voorkomen kan worden.

Concreet willen wij ons hierbij in ieder geval nog meer op (het voorkomen van) alcoholmisbruik (naast aandacht voor de gevaren van andere genotsmiddelen) gaan richten. Jongeren zijn daarbij een belangrijke doelgroep. De sociale acceptatie van alcoholgebruik is een niet te onderschatten factor bij het ontstaan van problematisch gebruik.

Uit onderzoek blijkt dat de voorbeeldfunctie van ouders/ opvoeders van invloed is op het genotmiddelengebruik van de jongeren. Daarnaast geven ouders/ opvoeders aan het steeds moeilijker te vinden om genotmiddelengebruik en de gevaren hiervan te bespreken in het gezin.

Extra aandacht willen wij geven aan kinderen van verslaafde/ psychiatrisch gehandicapte ouders.

Ook zullen wij de komende periode in onze voorlichtingsactiviteiten het accent wat verschuiven richting het speciaal onderwijs.

Voor een goed bereik van alle doelgroepen zullen de (verslavings-) preventieactiviteiten zich richten op de domeinen thuis, school en vrije tijd (waaronder het uitgaanscircuit).

Het versterken van de outreachende werkwijze en de signaleringsmogelijkheden zouden moeten leiden tot nog betere resultaten op het gebied van de secundaire preventie.

Tot slot pleiten wij voor een zware inzet op het voorkomen van schulden en van uithuiszettingen door versterkte samenwerking tussen woningcorporaties, hulpverlening, stadsbank en maatschappelijke opvang met als doel verbeterde signalering en uitbreiding van de interventiemogelijkheden in een zo vroeg mogelijk stadium.

Blijvende aandacht voor verbetering leefomstandigheden door verdere implementatie van de 24-uurszorgstructuur en een herbezinning op de benodigde omvang en aard van het zorg & opvangaanbod

Hoewel het beleid van de afgelopen jaren erop was gericht de instroom in de maatschappelijke opvang te beperken door zwaar in te zetten op preventie en maatschappelijk herstel, blijkt ook in deze regio sprake van het, in het IBO rapport (zie hoofdstuk 3.2.1) gesignaleerde, dichtslibben van de opvang. Dit kwam enerzijds doordat wij er lange tijd niet in slaagden deze opvang op het vastgestelde niveau te brengen (realisatie uitbreiding van de dagopvang). Anderzijds zijn wij de afgelopen periode geconfronteerd met een behoorlijke groei van de doelgroep en zijn we er ook steeds beter in geslaagd de "zorgwekkende zorgmijder" te bereiken. Dit betekent dat we onverminderd aandacht moeten besteden aan het op peil brengen van de opvang en zorg voor mensen die geen dak boven hun hoofd hebben en zij die met verslavingsproblemen kampen. In de eerste plaats ter verbetering van hun levensomstandigheden en gezondheid en in de tweede plaats om daarmee de overlast die deze mensen kunnen geven voor hun omgeving te verminderen.

Dit betekent dat wij onvervaard werk zullen maken van de realisatie van de uitbreiding van de dagopvang en de geplande alcoholgedoogruimte. Daarnaast willen wij ons bezinnen op de vraag of het zorg- en opvangaanbod zoals wij dat in de verschillende nota's hebben vastgesteld, nog toereikend geacht kan worden. Daarbij gaat het niet alleen om de omvang van het aanbod maar ook om de vraag of er aanvullende voorzieningen nodig zijn zoals medische heroïneverstrekking en een gebruikersruimte.

In de gemeente Alphen zal het bestaande opvangaanbod zoals gepland verder ingevuld worden. Zodra de herhuisvesting van het Open Venster een feit is, zal er o.a. gelegenheid kunnen worden geboden aan de bezoekers om zich te douchen en hun kleding te wassen. Daarnaast zal de maaltijdverstrekking worden uitgebreid.

Wij willen het ambulante verslavingszorgaanbod in deze regio minimaal op het huidige niveau en met de huidige spreiding handhaven.

Actie:

Vaststellen en realiseren van een sluitende keten aan opvang en zorg voor daklozen en verslaafden in overleg met de zorgaanbieders en de cliëntenorganisaties/ vertegenwoordigers van de doelgroep. Nader onderzoek moet daarbij uitwijzen of het aanbod moet worden uitgebreid in kwantitatieve of in kwalitatieve zin (o.a. de vraag of een gebruikersruimte voor drugsverslaafden en een heroïne-behandeleenheid ook onderdeel moeten uitmaken van het zorgaanbod).

Actie:

Op basis van de gewenste aard en omvang van het zorgaanbod voor de doelgroep van de verslavingszorg en de maatschappelijke opvang komen gemeenten en zorgkantoor tot afstemming over de financiering hiervan

5.3 Nieuw beleid

Nieuwe ontwikkelingen en landelijke kaders brengen ons niet tot fundamentele beleidswijzigingen, maar vragen hier en daar wel om accentverschuivingen en nieuw aanvullend beleid.

In de vorige periode lag het accent vooral op het versterken van de samenwerking tussen en met de hulp/zorg- en opvanginstellingen. Voor de komende periode willen wij ook de banden met en tussen de instellingen en instanties die zich met wonen en inkomen, zoals de corporaties, de Stadsbank en de sociale diensten, bezighouden verstevigen. Hiermee hopen wij de instroom in de opvang te voorkomen en de uitstroom te versnellen.

Versterken infrastructuur sociaal kwetsbare groepen door een maatschappelijk steunsysteem

De vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg betekent dat mensen met een psychische handicap gebruik moeten kunnen maken van de verschillende voorzieningen op het gebied van wonen, werken, leren, onderhouden van sociale contacten, dagbesteding en financiering. Niet alle mensen van deze doelgroep zijn daar zonder meer toe in staat. Sociale barrières, stigmatisering, ontoegankelijke instanties, ondoorzichtige regelingen en een gebrek aan sociale steun kunnen een flinke hindernis vormen voor een succesvolle participatie aan de samenleving. Extra inzet is nodig van de diverse maatschappelijke- en hulpverlenende instellingen om de integratie van mensen met langdurig psychiatrische problemen in de maatschappij te doen slagen. Een Maatschappelijk Steunsysteem (MSS) is daar een goed instrument voor.

Een MSS is een gecoördineerd netwerk van personen, diensten en voorzieningen, waarvan mensen met een ernstige psychische problemen zelf deel uitmaken en dat hen op vele manieren ondersteunt in de participatie aan de samenleving.

De Stichting Zorgvragersoverleg Zuid-Holland Noord, Rivierduinen en de GGD Zuid-Holland Noord hebben gezamenlijk een projectplan opgesteld dat moet leiden tot de invoering van een Maatschappelijk Steunsysteem in Leiden. Dit systeem kan dan vervolgens als blauwdruk dienen voor de regiogemeenten.

Actie:

Ontwikkeling en invoering van een maatschappelijk steunsysteem

Uitbreiden huisvestingsmogelijkheden voor kwetsbare groepen

Om dakloosheid te voorkomen en de gemiddelde verblijfsduur (het Meerjaren Ontwikkelingsprogramma 2005-2009 voor het GSB Leiden noemt een percentage van 5%) is een uitbreiding van het bestaande woningaanbod in zowel kwantitatieve als in kwalitatieve zin nodig. Hiervoor is een nauwe samenwerking met de woningcorporaties en het Zorgkantoor onontbeerlijk. Nieuwe onorthodoxe woonvormen moeten mensen, die ook met een maximum aan extra begeleiding niet in te passen zijn in de gangbare wooneenheden, onderdak bieden zodat zij kunnen uitstromen uit de dag- en nachtopvang. De toename van thuis- en dakloze jongeren dient gekeerd te worden door creatief te zoeken naar laagdrempelige en goedkope woon- en opvangvoorzieningen voor deze groep onder gelijktijdige terugleiding naar scholing en werk en zinvolle relaties.

Dergelijke basale opvangwoningen kunnen dienen als opmaat naar min of meer zelfstandige huisvesting voor mensen

die een residentiele inrichting (jeugdzorg, gevangenis, anders) verlaten, maar nog niet over reguliere huisvesting beschikken. De krapte op de woningmarkt en het draagvlak in de samenleving maken een regionale aanpak noodzakelijk.

Acties:

De gemeenten, zorgvragers/ cliënten maatschappelijke opvang, verslavingszorg en zorgaanbieders ontwikkelen nieuwe onorthodoxe, betaalbare en laagdrempelige woonvormen voor mensen die zich niet thuis voelen in de bestaande woonvormen of voor wie het huidige woonaanbod te duur is. Hierbij valt te denken aan mobile homes, (gedeelde) kamerbewoning, éénkamerwoningen, sociale campings, etc;

De gemeenten stellen, o.a. op basis van het bovenstaande, het benodigde volume aan wooneenheden in kwalitatieve en kwantitatieve zin vast en maken over de realisatie hiervan bindende afspraken met de verschillende woningcorporaties;

De gemeente Leiden maakt een totaalanalyse en stelt het volume aan wooneenheden vast en maakt op basis van deze analyse een verdelingsvoorstel over de deelnemende gemeenten;

De regiogemeenten stellen de benodigde inzet aan begeleiding om huurachterstanden en overlast in de woning te voorkomen en maken over de levering hiervan afspraken met de zorgaanbieders en financiers.

Bij opname in een 24-uursvoorziening (kliniek, gevangenis, etcetera) worden er maatregelen getroffen om te voorkomen dat de betreffende persoon na afloop van de opname of detentie dakloos is.

Bijzondere aandacht is nodig voor speciale risicogroepen zoals (ex-) gedetineerden en jongeren die een instelling voor jeugdzorg verlaten

Voor speciale risicogroepen (ex-gedetineerden, veelplegers, zwerfjongeren, etcetera) dient een meld- en coördinatiefunctie gerealiseerd te worden van waaruit, op basis van een nadere diagnose, verdere hulp- en dienstverlening georganiseerd kan worden (toeleiding naar huisvesting, inkomen/ werk, schuldhulpverlening, zorg, etcetera). De bezuinigingen op de reclassering en de erkenning dat dakloosheid en verslaving belangrijke criminogene factoren zijn, vragen om een integrale aanpak door penitentiaire inrichtingen, politie, en de woon- en zorginstellingen. Naast het terugdringen van overlast en recidive door een strikt strafrechtelijke aanpak in samenwerking tussen politie, Openbaar Ministerie en verslavingsreclassering, is daarbij een resocialisatietraject nodig waarin o.a. sociale zaken, Stadsbank, woningcorporaties, stichting de Binnenvest en Exodus participeren.

Acties:

Realisatie van een Meld- en Coördinatiefunctie voor speciale risicogroepen zoals ex- gedetineerden, zwerfjongeren en jongeren die een instelling voor jeugdzorg verlaten.

Realiseren van een integrale aanpak door de penitentiaire inrichtingen, de verslavingsreclassering, de politie, sociale zaken, de woningcorporaties, de Stadsbank en de maatschappelijke opvang om de spiraal van criminaliteit-detentie, - gebrek aan werk, onderdak, inkomen-, criminaliteit en detentie te doorbreken.

Versterking samenwerking organisaties en instanties die zich met inkomen bezighouden: sociale zaken, stadsbank en maatschappelijk werk

Schulden zijn een belangrijke factor in het veroorzaken van dakloosheid en vormen vaak een grote barrière voor maatschappelijk herstel. Psychosociale begeleiding en budgetbeheer kunnen voorkomen dat schulden ontstaan.

Vroegtijdige signalering en anticipatie op mogelijke problemen is daarbij van groot belang. Voor mensen die al omvangrijke schulden hebben moet er een laagdrempelig en effectief aanbod bestaan. Hiervoor is een betere stroomlijning en afstemming nodig tussen de verschillende organisaties die zich met schuldhulpverlening en budgetbeheer bezig houden. Contra-indicaties moeten vermeden worden. Gezien het (zie monitor) geringe succes van de bestaande interventies is bezinning op een andere, succesvollere aanpak noodzakelijk.

Huurschulden zouden prioriteit moeten krijgen boven andere schulden om dakloosheid en daarmee cumulatie van de problemen te voorkomen.

5.4 Conclusie

Samenvattend willen wij de komende periode, gegeven de verwachting dat de beschikbare budgetten niet zullen toenemen, prioriteit leggen bij:

continuering en uitbreiding van de activiteiten die hebben bewezen een belangrijke rol te spelen in het bereiken van onze doelstellingen (preventieactiviteiten, verdere implementatie en eventueel herijking van de maatregelen 24-uurszorgstructuur, etc);

continueren en stimuleren van activiteiten die gericht zijn op reïntegratie en imagoverbetering en daarmee bijdragen aan het draagvlak in de samenleving;

versterken van de samenwerking en afstemming met Zorgkantoor, woningcorporaties, penitentiaire instellingen, politie en de instanties die zich met inkomen (sociale zaken) bezighouden om de instroom (o.a. van veelplegers) in de maatschappelijke opvang zoveel mogelijk te voorkomen en de uitstroom te vergroten door een heldere taakverdeling;

voor de mensen waarvoor uitstroom (nog) geen optie is moet er opvang en zorg zijn met oog voor zowel de geestelijke (psychiatrische-, verslavingszorg) als de lichamelijke noden van deze doelgroep;

optimale benutting van de instrumenten en de financieringsmogelijkheden van de betrokken instellingen en instanties (gemeenten, Rijk, Zorgkantoor, GGZ, woningcorporaties) om in tijden van versobering, verhevigde concurrentie en grotere individuele verantwoordelijkheid maximale zorg aan de doelgroep van deze nota te kunnen (blijven) garanderen.

Met deze activiteiten en uitgangspunten beogen wij:

dakloosheid en ernstige verslavingsproblemen zoveel mogelijk te voorkomen;

te zorgen voor goede opvang van mensen die dakloos of ernstig verslaafd zijn ;

waar en voor wie dit enigszins mogelijk is de weg vrij te maken naar maatschappelijk herstel;

de overlast die sommige van deze mensen voor hun omgeving veroorzaken te beperken en daarmee de leefbaarheid in de stad te vergroten.



Foto: Maaltijdvoorziening
De Schuilplaats

Bijlage 1

Trendrapportage

BIJLAGE 1 TRENDRAPPORTAGE

Trends middelengebruik: alcohol en drugs

Alcoholgebruik op steeds jongere leeftijd

Alcohol wordt op steeds jongere leeftijd gedronken. In tien jaar tijd is in Zuid-Holland Noord het percentage leerlingen dat op de basisschool het eerste glas alcohol drinkt meer dan verdubbeld. In 1992 had een kwart van de leerlingen in groep zeven en acht ooit wel eens alcohol gedronken. In 2003 heeft 60% van de basisschoolleerlingen wel eens alcohol gedronken. De toename is ook duidelijk onder 12-14 jarige leerlingen in het voortgezet onderwijs. Tot vijf jaar geleden begonnen jongens op jongere leeftijd dan meisjes met alcohol drinken. In 2003 is dit verschil tussen jongens en meisjes verdwenen¹. De toename geldt vooral het drinken van zoete mixdrankjes. Bij de ouders is de laatste vijf jaar de houding ten opzichte van het alcoholgebruik van hun kinderen versoepeld. Het percentage basisschoolleerlingen dat geen alcohol mag drinken van hun ouders is gedaald van de helft in 1996 tot een kwart in 2003.

De toename van alcoholgebruik op jonge leeftijd is niet uniek voor Zuid-Holland Noord. Het is ook een landelijke trend. Wel wordt in Zuid-Holland Noord in 2003 in basis- en voortgezet onderwijs door meer leerlingen alcohol gedronken dan gemiddeld in Nederland.

Het aantal personen dat alcohol drinkt is ook op volwassen leeftijd de afgelopen vijf jaar in Nederland toegenomen.

Het aantal glazen alcohol dat per persoon wordt gedronken is in deze periode stabiel. Gemiddeld wordt in Nederland 8,1 liter pure alcohol per persoon per jaar gedronken². De helft hiervan is bier. In 2005 wordt door de GGD de gezondheidspeiling met vragen over alcoholgebruik onder volwassenen in Zuid-Holland Noord herhaald.

Bij De Brug (stichting voor christelijke verslavingszorg in Katwijk, Rijnsburg en Valkenburg) steeg het aantal alcoholcliënten van 15 naar 27³.

Een kwart van de alcoholcliënten in Zuid-Holland Noord is vrouw. Dit is gelijk aan het landelijke beeld.

Eenderde van de dak- en thuislozen in 20 Nederlandse gemeenten was in 2002 een risicodrinker, hier gedefinieerd als meer dan 25 glazen alcohol per week⁴.

¹ GGD Zuid-Holland Noord (2004), Scholierenpeiling genotmiddelengebruik en gokken 2003

² Nationale Drugsmonitor, Jaarbericht 2003

³ OSPM (2004), Monitor Maatschappelijke Opvang en Verslavingszorg Regio Zuid-Holland Noord 2004

⁴ De Bruin, D., Meijerman, C., Verbraeck, H. (2003). Zwerven in de 21ste eeuw: een exploratief onderzoek naar geestelijke gezondheidsproblematiek en overlast van dak- en thuislozen in Nederland. Utrecht: Centrum voor Verslavingsonderzoek.

Meer alcoholcliënten in de verslavingszorg

Het absolute aantal cliënten met een primair alcoholprobleem in de verslavingszorg is in Zuid-Holland Noord in de periode 1999-2003 met 17% gegroeid van 602 naar 707 cliënten.

Bij De Brug (stichting voor christelijke verslavingszorg in Katwijk, Rijnsburg en Valkenburg) steeg het aantal alcoholcliënten van 15 naar 27⁵.

In Nederland was het aantal in 2001 en 2002 stabiel. Binnen deze groep werd het aandeel vrouwen groter, ook in Zuid-Holland Noord. Een kwart van de alcoholcliënten in Zuid-Holland Noord is vrouw. Dit is gelijk aan het landelijke beeld.

Eenderde van de dak- en thuislozen in 20 Nederlandse gemeenten was in 2002 een risicodrinker, hier gedefinieerd als meer dan 25 glazen alcohol per week⁶.

Ziekte en sterfte door alcoholgerelateerde aandoeningen⁷ stijgen

Dat het drinken van alcohol op jonge leeftijd niet zonder risico is, valt op te maken uit de toename van spoedopnames in ziekenhuizen. Onderzoek door het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) en drie Haagse ziekenhuizen toont tussen 1999 en 2001 een toename van 19 tot 51 opnames per jaar van jongeren onder de 18 jaar met alcoholvergiftiging⁸.

Het aantal opnames in Nederland in algemene ziekenhuizen met als hoofddiagnose een alcoholgerelateerde aandoening is tussen 1994 en 2002 met 25% gestegen (van ruim 3378 naar ruim 4254). De groep met een alcoholgerelateerde aandoening als nevendiaagnose is ongeveer tweemaal zo groot en in dezelfde periode gestegen met 30%.

Landelijk stijgt het aantal sterfgevallen aan alcoholgerelateerde aandoeningen gestaag sinds 1994. Van 641 in 1994 naar 892 in 2001. Een stijging van 39%.

Cannabis- en harddruggebruik licht dalend

Het gebruik van cannabis, xtc, cocaïne en amfetamine onder leerlingen in het voortgezet onderwijs vertoont een piek rond 1996. Daarvoor werd een stijging gemeten, daarna is het percentage gebruikers weer gedaald. Deze trend wordt zowel landelijk als in Zuid-Holland Noord waargenomen, met uitzondering van de Duin- en Bollenstreek, waar het drugsgebruik sinds 1996 stabiel is gebleven. In 2003 gebruikt in Zuid-Holland Noord 20% van de 15-17 jarige jongens en 10% van de meisjes cannabis. Harddrugs⁹ wordt gebruikt door 6% van de 15-17 jarige jongens en 3% van de meisjes.¹⁰ Cannabisgebruik wordt vooral privé gebruikt, xtc- en cocaïnegebruik is gerelateerd aan het uitgaan. In ongeveer dezelfde periode (tussen 1997 en 2001) is het cannabisgebruik onder 20-24 jarigen landelijk toegenomen. In Zuid-Holland Noord is het cannabisgebruik in deze leeftijdsgroep stabiel gebleven¹¹.

Toename cannabis- en cocaïnecliënten in verslavingszorg

Landelijk steeg het aantal cannabisgebruikers en vooral cocaïneverslaafden in de verslavingszorg. In Zuid-Holland Noord is het aantal cannabiscliënten toegenomen van 26 in 1999 naar 95 in 2003. Voor cocaïneverslaafden zijn deze aantallen 65 en 130. Ook bij De Brug in Katwijk is het aantal cocaïneverslaafden toegenomen van 15 naar 27. Het aantal cannabisgebruikers bij De Brug schommelt rond de 26.

⁵ OSPM (2004), Monitor Maatschappelijke Opvang en Verslavingszorg Regio Zuid-Holland Noord 2004

⁶ De Bruin, D., Meijerman, C., Verbraeck, H. (2003). Zwerven in de 21ste eeuw: een exploratief onderzoek naar geestelijke gezondheidsproblematiek en overlast van dak- en thuislozen in Nederland. Utrecht: Centrum voor Verslavingsonderzoek.

⁷ Leverziekte, alcoholmisbruik, alcoholafhankelijkheid, toxische gevolgen van alcohol, alcoholpsychose

⁸ Wilsterman, M.E.F., Dors, N., Sprij A.J., Wit J.M. (juli 2004). Kliniek en beleid bij jongeren met alcoholintoxicatie op de afdelingen voor spoedeisende hulp in de regio Den Haag, 1999-2000. In: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 148, nr. 30.

⁹ Harddrugs = amfetamine, cocaïne, xtc of heroïne

¹⁰ GGD Zuid-Holland Noord (2004), Scholierenpeiling genotmiddelengebruik en gokken 2003

¹¹ GGD Zuid-Holland Noord (2003), Factsheet 5 Tabak, cannabis en harddrugs

Het aantal aan heroïne en overige opiaten verslaafde cliënten in de verslavingszorg in Zuid-Holland Noord is tussen 1999 en 2003 gedaald van 353 naar 304. Het aantal cliënten neemt af en verouderd. Dit is ook de landelijke trend. Toch vormen zij na de alcoholcliënten de grootste groep verslaafden in de verslavingszorg. Ook bij De Brug in Katwijk is het aantal aan heroïne verslaafde cliënten afgenomen van 55 naar 24¹².

In 2002 was ruim de helft (52%) van de dak- en thuislozen in 20 Nederlandse gemeenten een cannabisgebruiker, 40% gebruikte heroïne, 47% cocaïne (basecoke)¹³. In Zuid-Holland Noord schatte een hulpverlener het aandeel verslaafden (inclusief alcohol) onder dakloze psychiatrische patiënten op de helft.¹⁴

Ziekte en sterfte vanwege cocaïne is klein maar neemt toe

Het aantal opnamen in algemene ziekenhuizen in Nederland met als diagnose cannabisgebruik, hoewel sprake is van een lichte groei, is klein (21 in 1994, 33 in 2002). De afgelopen tien jaar registreerde het Centraal Bureau voor de Statistiek geen enkel geval van directe sterfte door inname van cannabis.

Ook voor cocaïne geldt dat het aantal opnames in algemene ziekenhuizen toeneemt. In 2002 werden 84 personen direct vanwege cocaïnegebruik opgenomen en 550 personen met cocaïnegebruik als nevendiagnose. Dit zijn cijfers voor heel Nederland.

Opnamen in algemene ziekenhuizen vanwege heroïnegebruik als hoofd- of nevendiagnose komt in 2002 ongeveer even vaak voor als vanwege cocaïne.

In Nederland is sterfte aan overdosering van heroïne (en overige opiaten) klein en vrij stabiel. Ongeveer 64 doden per jaar. Toch neemt de sterfte aan overdosering van drugs sinds 1996 toe. Voor een deel is dit toe te schrijven aan cocaïne. Om welke overige middelen of combinatie van middelen het verder gaat, is niet bekend.

Extramuralisering/ vermaatschappelijking van de zorg

Het rijksbeleid van de afgelopen jaren en veranderingen in de visie op behandeling en begeleiding van mensen met een handicap heeft tot gevolg gehad dat er veel meer mensen, die voorheen in een instelling of ziekenhuis verbleven, in de lokale maatschappij zijn blijven of komen wonen. Voor veel mensen heeft deze extramuralisering, -transformatie van klinische zorg (bedden) in ambulante zorg en deeltijdbehandeling-, een positief effect gehad. Zij blijken zich met meer of minder ondersteuning behoorlijk te kunnen redden. Voor sommigen blijken de bestaande "protheses" (om in de termen van de Taskforce extramuralisering te spreken¹⁵) niet voldoende. Landelijke cijfers (zie hiervoor ook paragraaf 2.9 van dit hoofdstuk) laten een toename van mensen met een psychiatrische handicap (vaak in combinatie met verslavingsproblemen) zien in de maatschappelijke opvang. De indruk bestaat dat deze toename een relatie heeft met de extramuralisering van de geestelijke gezondheidszorg naast autonome groei van het aantal cliënten met multiple problematiek. Ook de individualisering geldt als reden waarom het aantal 'uitvallers' toeneemt.

In Zuid-Holland Noord is de afgelopen jaren een groot aantal bedden afgebouwd. Een deel hiervan had te maken met het feit dat deze regio een overcapaciteit aan psychiatriebedden kende. Deze overcapaciteit ontstond doordat deze regio over drie grote psychiatrische ziekenhuizen beschikte, die deels mensen opnamen van buiten de regio, terwijl er sinds 1980 een regionale norm gehanteerd werd bij de afrekening van de bedden. De beddenafbouw in bovenge-

¹² OSPM (2004), Monitor Maatschappelijke Opvang en Verslavingszorg Regio Zuid-Holland Noord 2004

¹³ De Bruin, D., Meijerman, C., Verbraeck, H. (2003). Zwerven in de 21ste eeuw: een exploratief onderzoek naar geestelijke gezondheidsproblematiek en overlast van dak- en thuislozen in Nederland. Utrecht: Centrum voor Verslavingsonderzoek.

¹⁴ OSPM (2004), Monitor Maatschappelijke Opvang en Verslavingszorg Regio Zuid-Holland Noord 2004

¹⁵ 1. Het rijk heeft in 2001 een Taskforce Vermaatschappelijking in het leven geroepen om te adviseren over de gevolgen van de extramuralisering voor de doelgroep. Deze taskforce kwam o.a. met het advies bij mensen met een psychiatrische aandoening te spreken over een psychische of psychiatrische handicap om duidelijk te maken dat er aanvullend maatregelen nodig zijn net zoals bij lichamelijk zieken om volwaardig te kunnen functioneren in de samenleving

noemde twee ziekenhuizen heeft daarom nauwelijks gevolgen gehad voor deze regio in de zin dat sprake was van te weinig ziekenhuiscapaciteit in de regio.

Zo werden bijvoorbeeld van de 984 bedden die deze regio telde, er in 2002 slechts 608 structureel ingezet voor de regio Zuid-Holland Noord. Op dat moment waren er al 206 bedden gesubstitueerd in ambulante zorg en in deeltijdplaatsen. Tussen 2002 en 2004 is vooral sprake geweest van buitenregionale beddenreductie en nauwelijks van omzetting van bedden in ambulante of deeltijdzorg. Voor de komende periode tot 2012 wordt uitgegaan van een totaal van 644 psychiatriebedden voor deze regio. De beddenscapaciteit zal de komende tijd vrijwel gelijk blijven maar benut worden voor andersoortige doelgroepen. Mensen met lichtere problematiek zullen waar mogelijk via ambulante zorg en beschermende woonvormen begeleid worden. De bedden komen beschikbaar voor cliënten met ernstige gedragsproblematiek, specifieke doelgroepen als autisme of cliënten met een verstandelijke handicap en psychiatrische stoornis of cliënten met verslavingsproblemen en een psychiatrische handicap. De verwachting lijkt overigens gerechtvaardigd dat de vraag naar bedden zal toenemen¹⁶.

De **Quick Scan** naar de woonwensen/ problemen onder kwetsbare groepen leverde als belangrijk inzicht op, dat er sprake is van zowel een kwantitatieve als een kwalitatieve mismatch tussen vraag en aanbod aan woonruimte. Niet alleen zijn er meer woningen nodig, maar er zou ook gezocht moeten worden naar meer variatie in het woningbestand. Er zijn nu eenmaal mensen wier leefstijl hen niet geschikt maakt om in een reguliere woonomgeving een huishouden te voeren of in een groepswooning te wonen. Voor deze groep zou actief en creatief gezocht moeten worden naar andere verblijfs- en woonvormen om ze van de straat te kunnen halen. Hierbij is een regionale aanpak wenselijk. Naast interventies gericht op de aanbodzijde (van woningen), zijn er ook interventies gericht op de vraagzijde noodzakelijk. Goede voorbeelden hiervan zijn het Beverproject, gericht op mensen die uit huis gezet (dreigen te) worden en het project "Uit de Wir War", waarin drie woningcorporaties, stichting De Binnenvest, Stadsbank en GGD (meldpunt Vangnet en Advies) hun krachten bundelen om mensen in situaties van huurschuld en/ of overlast, in een veel eerder stadium te helpen.

Ook in Alphen zijn gemeente, woningcorporatie wonenCentraal, maatschappelijke opvang en GGD met elkaar in overleg om huurachterstanden en woonoverlast zoveel mogelijk te voorkomen.

Economische achteruitgang en toename schuldenproblematiek

Door de economische recessie zullen er meer mensen in de problemen komen. Vermindering van inkomen door werkloosheid, schulden, bezuinigingen en een verschraving van het collectieve voorzieningenniveau zijn daar belangrijke factoren in.

Schulden

Landelijk zien we een forse toename van de schuldenproblematiek en van huurachterstanden. In het onderzoeksrapport 'Schulden: een (on)draaglijke last?'¹⁷ in opdracht van het ministerie Sociale Zaken en Werkgelegenheid staat dat tussen de 1,7 en 3,9% van de gezinnen met een inkomen van maximaal 150% van het netto-sociaal minimum, een problematische schuldenlast heeft¹⁸. Ongeveer 34% van alle gezinnen hebben een inkomen van maximaal 150% van het netto-sociaal minimum.

¹⁶ Zie hiervoor ook het in paragraaf 3.1. besproken rapport "Zorg voor velen".

¹⁷ T. Serail (2004), Schulden: een (on)draaglijke last? Problematische schulden bij huishoudens tot 150% van het netto-sociaalminimum in 2003, Tilburg, IVA onderzoek en advies

¹⁸ Er is sprake van een problematische schuld als de maandelijkse betalingsverplichtingen (rente en aflossingen) voor lopende niet-hypothecaire leningen gelijk of hoger zijn dan de maandelijkse aflossingscapaciteit van het gezin en tegelijkertijd er een achterstand van 6 maanden of meer bestaat bij de betalingsverplichtingen voor woonlasten (huur- of hypotheekbetalingen), lopende leningen en/of voor de kosten van energie en water, ziekenfonds- of ziektekostenverzekering, gemeentelijke en andere belastingen, telefoonrekeningen en schoolgeld.

Extrapolatie van deze cijfers naar Zuid-Holland Noord levert het volgende beeld op:

2003	Aantal gezinnen
Totaal aantal gezinnen in Zuid-Holland Noord	143.450
34% met maximaal 150% netto-sociaal minimum	48.773
waarvan 2,7% met problematische schuld	830
1,7% = ondergrens	1.900
3,9% = bovengrens	

Het werkelijke aantal gezinnen met schulden ligt hoger, omdat het onderzoeksrapport zich beperkte tot gezinnen en tot de lagere inkomens. Gezinnen met hogere inkomens en alleenstaanden zijn niet meegeteld.

Uit bovenstaand rapport blijkt dat gezinnen met een problematische schuld geen doorsnee vormen van alle gezinnen met een lager inkomen. Gezinnen met een problematische schuld:

- zijn vaker eenoudergezin;
- hebben vaker twee of meer kinderen;
- hebben vaker een vrouw als hoofdkostwinner;
- zijn vaker niet van Nederlandse herkomst;
- zijn relatief jong;
- hebben vaker geen inkomen uit huidige arbeid;
- hebben vaker een inkomen tot maximaal 100% van het netto-sociaalminimum.

Uit de gezondheidsenquête van de GGD in 2003 blijkt dat 8% van de 12-17 jarigen in Zuid-Holland Noord schulden heeft en 24% van de 18-26 jarigen¹⁹. Hier valt studieschuld niet onder. Bij jongeren onder de 18 worden de schulden vooral veroorzaakt door uitgaan, kleding en mobiele telefoon. Bij de 18-26 jarigen gaat het vaker om huurschuld of gas-, water- en lichtrekening of 'rood staan'. Er is geen verschil tussen jongens en meisjes.

Uit de gezondheidsenquête onder 18-64 jarigen in Zuid-Holland Noord in 2000 blijkt dat 17% van deze groep moeite heeft met rondkomen (14 % enige moeite en 3% veel moeite). In Leiden hebben meer mensen moeite met rondkomen dan in de overige gemeenten, ook als de studenten buiten beschouwing worden gelaten. Er is geen verschil tussen mannen en vrouwen.

Uit de gezondheidsenquêtes van de GGD in 2003 blijkt dat in Leiden meer mensen moeite hebben met rondkomen dan in de overige gemeenten, ook als de studenten buiten beschouwing worden gelaten. Er is geen verschil tussen mannen en vrouwen. Ook blijkt dat 8% van de 12-17 jarigen in Zuid-Holland Noord schulden heeft en 24% van de 18-26 jarigen (studieschulden zijn buiten beschouwing gelaten)

De stichting Maatschappelijke Dienstverlening Midden Holland signaleert in haar jaarverslag in deze regio een stijgende vraag naar schuldhulpverlening en toenemende huisvestingsproblematiek. Dit laatste komt tot uitdrukking in het grote aantal verzoeken aan het maatschappelijk werk om ondersteuning bij een urgentieaanvraag voor woonruimte. Ook de Stadsbank ziet de vraag naar schuldhulpverlening stijgen.

In Alphen is de vraag naar schuldhulpverlening van het jaar 2002 naar 2003 behoorlijk gestegen, deze stijging heeft zich echter niet verder doorgezet.

Deze algemene tendens van toename van de schuldenproblematiek en huurachterstanden heeft overigens volgens Aedes landelijk (landelijke koepel van woningcorporaties) vooralsnog niet geleid tot een stijging van het aantal huissuitzettingen. Het aantal huissuitzettingen vanwege huurachterstand vertoont zelfs, zoals hieronder zichtbaar is, een lichte daling in tegenstelling tot het aantal huissuitzettingen wegens overlast. Aedes schrijft de afname van uitzettingen

¹⁹ GGD Zuid-Holland Noord (2004), Factsheet Werk en Geld van de Jongerenpeiling 2003

wegens wanbetaling toe aan het succes van het preventieve incassobeleid van de woningcorporaties waardoor veel eerder wordt ingegrepen bij dreigende huurachterstanden.

Huisuitzetting vanwege huurachterstand

2001	2002	2003
5.600	5.300	5.000

(bron: www.aedes.nl)

Huisuitzettingen vanwege overlast

2001	2002	2003
244	429	470

(bron: www.aedes.nl)

Vormen van overlast

Gedrags- en psychische problemen huurder	59,0%
Lawaai	57,8%
Hennepkwekerij	49,4%

(bron: www.aedes.nl)

In Alphen geeft wonenCentraal aan dat het aantal huisuitzettingen als gevolg van huurschuld wel degelijk is gestegen de afgelopen twee jaar, ondanks een preventief incassobeleid.

Ook in de regio Zuid-Holland Noord zien we een (lichte) daling in het aantal huisuitzettingen:

2001	2002	2003
75	63	61

(bron: ROW Leiden)

Vergrijzing binnen de opvangvoorzieningen

Onderstaande tabel geeft een beeld van de groei van het aandeel ouderen in de maatschappelijke opvang.

Dak- en thuislozen, leeftijdsgroep 51-64 jaar (landelijk):

2000	2002	2003
16.2%	23%	Stijgende lijn zal doorgaan

(bron: Federatie Opvang)



Foto: De Zaak

Bijlage 2

Landelijke kaders en ontwikkelingen in wet- en regelgeving

BIJLAGE 2 LANDELIJKE KADERS EN ONTWIKKELINGEN IN WET- EN REGELGEVING

Standpunten over de Wmo

Standpunt VNG

De VNG is van mening dat de gemeenten veel beter gefaciliteerd moeten worden wat betreft middelen en wat betreft sturingsinstrumenten om de benodigde afstemming en samenwerking op lokaal niveau met de partners (GGZ, Verpleging & Verzorging, Zorgkantoor, etc) tot stand te kunnen brengen.

Standpunt GGZ

GGZ Nederland is van mening dat de aard van de ziekte van psychiatrische patiënten vraagt om GGZ-specifieke steunsystemen, waarbij de patiënten verzekerd zijn van zorg en niet afhankelijk zijn van een voorziening. De GGZ meent daarbij dat de gemeenten vanwege een gebrek aan psychiatrische kennis niet goed in staat zullen zijn de juiste zorg te bieden.

GGZ Nederland scherpt in een "Position Paper" medio maart 2004, haar reactie op de voornemens van het kabinet verder aan. Zij is voorstander van het versterken van de gemeentelijke regie bij de afstemming tussen wonen, zorg en welzijn, maar acht overheveling van verzekerde GGZ- zorg hiervoor niet het juiste instrument. Inherent aan de aard van hun ziekte zijn GGZ- cliënten niet gebaat bij een knip in de (keten-) zorg. Een dergelijke knip vraagt immers om meer afstemming en meer initiatief, waartoe juist mensen met een psychiatrische handicap vaak niet in staat zijn. Bovendien vreest de GGZ dat de gemeente, doordat zij onvoldoende psychiatrische kennis heeft, mensen met een psychiatrische handicap niet of nauwelijks zal herkennen. Tot slot betwijfelt de GGZ of deze doelgroep op dit moment voldoende in staat is om haar belangen bij de lokale overheid te behartigen.

Standpunt cliënten

De cliëntenorganisaties zien kansen in deze nieuwe wetgeving in het versterken van de integratie en emancipatie van GGZ cliënten. De GGZ was altijd een wereld op zich: behalve psychische en psychiatrische hulp en zorg, had de GGZ haar eigen huisvesting, welzijnsactiviteiten, dagbesteding, somatische zorg, begeleiding, etc, etc. Vermaatschappelijking betekent echter dat de samenleving zo ingericht is dat alle mensen ongeacht psychiatrische, psychische of lichamelijke beperkingen, volwaardig kunnen participeren. Dit vraagt van de maatschappij dat zij zich moet herbezinnen op de toegankelijkheid van haar voorzieningen in brede zin. Welzijnswerk, huisvesting, dagbesteding, zorg, etc, moeten mogelijkheden bieden aan iedereen om elkaar te ontmoeten, te wonen, te recreëren etc, etc. De gemeenten kunnen een cruciale rol spelen in het uit de weg ruimen van eventuele barrières voor volwaardige deelname van mensen met een psychische handicap waardoor met recht sprake kan zijn van vermaatschappelijking in plaats van slechts van extramuralisering.

Minder gunstig is dat de gemeenten nauwelijks ervaring hebben met deze doelgroep. Ook wijst men in deze kringen op het risico dat er verschillen zullen ontstaan in het niveau van de voorzieningen tussen de verschillende gemeenten. De (GGZ-) doelgroep is relatief nieuw voor gemeenten en wordt door burgers nogal eens als (potentieel) overlastgevend gezien. Het gevaar bestaat dat gemeenten deze doelgroep ook en uitsluitend vanuit deze optiek benaderen. Op basis van "Zorg voor velen meent VWS dat het totaalpakket dat de GGZ- sector nu biedt, ten koste is gegaan van de inbedding van deze zorg in een netwerk met enerzijds de somatische gezondheidszorg en anderzijds de verwante zorg- en welzijnsectoren. Een dergelijk inbedding is nodig omdat er vaak sprake is van complexe zorg- en hulpvragen van de cliënten in de GGZ. Ontschotting van de GGZ en de somatische zorg en de Wet maatschappelijke ondersteuning (waarin ook een deel van de AWBZ wordt ondergebracht) zouden meer kansen bieden voor deze nodig geachte wederzijds bevruchting, samenwerking en inbedding. In het verlengde hiervan overweegt VWS ook de verantwoordelijkheid voor de collectieve GGZ preventie bij de gemeenten onder te brengen zodat zij deze in samenhang met het lokaal gezondheidsbeleid kunnen plannen.

De beschermende woonvormen voor mensen voor wie zelfstandige woonruimte geen optie is, blijven onder de AWBZ vallen. Deze kunnen, met de modernisering van de AWBZ overigens ook door andere dan de traditionele GGZ- instellingen (bv door de maatschappelijke opvang) worden geboden.

De VNG heeft VWS, vanwege de vele raakvlakken, geadviseerd een besluit over de voorgestelde wijzigingen in samenhang met de Wmo te nemen. Daarnaast bepleit zij een gemeenschappelijk opdrachtgeverschap voor de planning van de toekomstige AWBZ om GGZ- zorg en maatschappelijke opvang beter op elkaar te kunnen afstemmen. Tot slot dringt de VNG aan op uitbreiding van de middelen voor preventie GGZ en OGGZ.

Stand van zaken Wmo april 2005

In de behandeling van de contouren van de Wmo in de kamercommissie is in principe groen licht gegeven voor de verdere uitwerking van deze contouren in een wet onder een aantal voorwaarden. Deze voorwaarden betreffen het uitbreiden van de zorgplicht voor gemeenten, de handhaving van de mogelijkheid tot een persoonsgebonden budget en een gefaseerde invoering van onderdelen van de Wmo (nadat hiermee experimenteel is gewerkt). Het kabinet heeft half februari 2005 een concepttekst aangeboden aan de Tweede Kamer.

Landelijk Onderzoek van de Algemene Rekenkamer "Zorg voor verslaafden en standpunt VWS

De Algemene Rekenkamer heeft in 2003 in 5 centrumgemeenten onderzocht op welke wijze de hulpverlening aan verslaafden is vormgegeven.

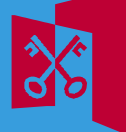
De belangrijkste bevindingen hiervan luiden als volgt:

- De actoren die betrokken zijn bij de zorg- en hulpverlening aan verslaafden slagen er niet volledig in een sluitend netwerk van verslavingszorg en hulpverlening op de primaire leefgebieden te realiseren;
- Het vraaggestuurde systeem dat VWS voorstaat sluit niet aan bij de realiteit van de verslavingsproblematiek. Een belangrijk kenmerk van veel personen met verslavingsproblemen is namelijk dat personen zelf geen zorgvraag (kunnen) formuleren;
- De verslavingszorg werkt nog niet voldoende outreachend;
- Het bestaan van wachttijden in de verslavingszorg werkt belemmerend omdat dit leidt tot motivatieverlies bij de verslaafden;
- Het ontbreekt aan speciale voorzieningen voor verslaafden met meervoudige problematiek zoals dubbel diagnoseklinieken en beschermde woonvoorzieningen voor verslaafden;
- Voor de centrumgemeenten is het moeilijk de samenwerking tussen alle relevante instanties te bevorderen omdat er verschillende belangen spelen en omdat er sprake is van aansturing vanuit verschillende wettelijke kaders.

De Rekenkamer beveelt VWS daarom onder andere aan nader aan te geven welke taken de centrumgemeenten hebben en na te gaan of zij daarvoor over voldoende instrumenten beschikken. Ook adviseert zij de informatievoorziening over de omvang van de verslavingsproblematiek verbeteren.

VWS ziet de rol van de centrumgemeenten vooral liggen op het terrein van de preventie, de overlastbestrijding en de

opvang. Met de Wmo uitgebreid met ondersteuning en woon/ werkbegeleiding. VWS zal voorts onderzoeken of er mogelijkheden zijn de steden invloed te geven op de AWBZ gefinancierde GGZ- en verslavingszorg (OGGZ, bemoei-zorg en casemanagement).



Leiden