

Evaluatie verslavingspreventie en verslavingszorg

1. Inleiding en leeswijzer

Aanleiding

In de commissie Jeugd Welzijn Cultuur en Sport op 15 juni 2023 over de situatie Lucasbolwerk en de bijbehorende APV-wijziging, is toegezegd de raad te informeren over de evaluatie van de totale aanpak drugsgebruik (zorg, preventie, gebruikersruimten), waarin opgenomen is wat er nu is en wat er mogelijk nog nodig is aan maatregelen.

Scoop

De totale aanpak drugsgebruik heeft betrekking op een heel breed speelveld van preventie tot intensieve zorg, waarin verschillende partners domein overstijgend samenwerken gericht op verschillende doelgroepen. Daarbij is ook samenwerking met het veiligheidsdomein.

In deze evaluatie gaan we in op verslavingspreventie en verslavingszorg (in het bijzonder veldwerk). De evaluatie van de gebruikersruimten (De Stek) komt in een aparte bijlage aan de orde.

De focus van de evaluatie ligt op de activiteiten die de gemeente financiert. Verslavingszorg omvat echter meer. Een groot deel van verslavingszorg gaat over behandeling en wordt gefinancierd uit de Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg. In deze evaluatie kijken wij dus naar de plaats die de gemeentelijk gefinancierde activiteiten in de keten van verslavingspreventie en in de keten van verslavingszorg innemen en hoe deze in de keten(s) aansluiten.

Werkwijze

In dit document is de opbrengst van twee afzonderlijke evaluatieprocessen samengevoegd, namelijk de evaluatie op verslavingspreventie en de evaluatie op verslavingszorg. Deze beleidsevaluaties zijn uitgevoerd door de afdeling Volksgezondheid van de gemeente Utrecht.

De evaluaties zijn voor verslavingspreventie en verslavingszorg op dezelfde manier opgezet, om zo antwoord te kunnen geven op de door de raad gestelde vragen *“wat er nu is en wat er mogelijk nog nodig is aan maatregelen”*.

We hebben ten behoeve van deze evaluaties gesproken met ketenpartners die nauw betrokken zijn bij de activiteiten als uitvoerende partij, samenwerkende partij en belangenbehartigende partij. We hebben onze partners drie vragen voorgelegd:

1. Wat gaat goed?
2. Wat kan beter?
3. Wat ontbreekt er?

We hebben voor deze beleidsevaluaties ook gebruik gemaakt van recente gesprekken en onderzoeken over verslavingspreventie en verslavingszorg.

Leeswijzer

Hieronder gaan we eerst in op de algemene uitgangspunten van beleid en bieden een overzicht van de trends in (midden)gebruik. Vervolgens gaan we apart in op de evaluaties verslavingspreventie en verslavingszorg. Eerst zetten we onze bevindingen op een rijtje, gevolgd door conclusies en aanbevelingen. Bij de aanbevelingen hebben we een onderscheid gemaakt tussen aanbevelingen, die binnen bestaand beleid en met bestaande middelen (2024) in uitvoering kunnen worden gebracht en overige aanbevelingen die gezien de huidige financiële situatie niet opgevolgd kunnen worden.

2. Uitgangspunten verslavingsbeleid algemeen

In het [gemeentelijk verslavingsbeleid](#) combineren wij preventie en informatie, zorg en het aanpakken van ondermijnende criminaliteit. In de voorlichting richten wij ons daarbij op alcohol, roken -inclusief vapes en snus-, drugs en gokken. *Bij middelengebruik is de bottom line: het beste is niet gebruiken, maar doe je het toch, wees je bewust van de risico's.* Tevens zoeken wij naar mogelijkheden voor experimenten ten behoeve van een progressief en realistisch drugsbeleid.

De pijlers van het verslavingsbeleid zijn:

1. Preventie
2. Zorg en ondersteuning
3. Veiligheid (en overlast, openbare orde)
4. Tegengaan ontwrichtende effecten van drugs(gerelateerde) criminaliteit (Grenzen stellen perspectief bieden, OOV)

Doelgroepen

De activiteiten binnen dit brede speelveld zijn gericht op veel verschillende doelgroepen in verschillende settings (bijvoorbeeld, thuis, op school, op openbare plekken, etc.):

Vanuit preventie richten we ons op inwoners (i.h.b. jeugd en jongvolwassenen) in algemene zin om middelengebruik te voorkomen (bijvoorbeeld informatie en advies op scholen voor leerlingen, ouders en personeel) maar ook op risicogroepen (bijvoorbeeld d.m.v. trainingen voor kinderen met ouders met een verslaving) en individuen met riskant gebruik (bijvoorbeeld jongeren met risicovol gebruik d.m.v. veldwerk preventie en gesprekken).

De verslavingszorg en specialistische zorg (evenals maatschappelijke opvang en gebruiksruidten) is gericht op een kleine groep mensen met meervoudige verslavingsproblematiek en veelal ook andere multiproblematiek (en dak- en thuisloosheid).

De doelgroepen waar verslavingspreventie zich op richt, zijn andere dan de doelgroepen van de verslavingszorg. Veldwerk preventie richt zich op een andere (lichtere) doelgroep dan veldwerk volwassenen. Bij de doelgroep van verslavingspreventie kan wel sprake zijn van risicovol gebruik, maar niet zodanig dat intensieve verslavingszorg nodig is. De doelgroep van verslavingszorg is veelal ouder, de problematiek is zwaarder en er is vaker sprake van dakloosheid. Er is een kleine overlap in de groep jongvolwassenen, waar sprake is van ernstige zorgmijding en multiproblematiek.

3. Trends in gebruik (stad Utrecht, vanaf 2022)

Er vindt lokaal en landelijk veel monitoring plaats over druggebruik. Een belangrijke (kwantitatieve) bron voor data over gebruik in Utrecht is de GU [volksgezondheidsmonitor](#). In de aanpak is het onderscheid tussen (incidenteel) gebruik en problematisch gebruik relevant. Daarnaast zijn kwalitatieve onderzoeken relevant, omdat drugsgebruik (middelen) vaak ook in specifieke (kleinere) groepen en settings plaatsvindt. Bovendien zijn er steeds nieuwe trends en middelen.

Een aantal highlights

- Cannabis en xtc zijn in Utrecht meest gebruikte drugs (vergelijkbaar met andere grote studentensteden). Als je kijkt naar ooit-gebruik heeft 68% van de jongvolwassenen wel eens drugs gebruikt (61% cannabis, 46% harddrugs). Als het gaat om regelmatig gebruik, of om problematisch gebruik dan liggen die percentages veel lager. De meeste jongvolwassenen hebben aangegeven de laatste 4 weken géén harddrugs gebruikt te hebben (inclusief lachgas). Drugs worden door specifieke (kleinere) groepen en in specifieke settings wel vaker gebruikt (dansfeesten, studenten).
- Overmatig alcoholgebruik nam onder volwassenen sinds 2006 licht af, maar minder snel dan gewenst. In 2022 (na corona) was sprake van een lichte stijging. Het gebruik van alcohol onder jongeren is ongeveer gelijk gebleven.

- De meest recente [cijfers over 2023](#) laten bij Utrechtse jongeren een verontrustende toename van roken en vaperen zien. Vaperen is in Nederland de laatste twee jaar opgekomen als brede trend onder tieners en jongvolwassenen.
- Gebruik van snus en lachgas door specifieke groep tieners en (nieuw) door (kwetsbare) meiden is zichtbaar in wijken, zoals Overvecht en Kanaleneiland, maar wordt ook in andere wijken gesignaleerd (zoals Leidsche Rijn). Het aantal lachgasgebruikers is gedaald maar er is een kleine harde kern van problematische gebruikers met multiproblematiek. Dit komt overeen met de landelijke trend.
- Trend in grote steden, waaronder Utrecht: Er is een grotere groep mensen met een verslaving, die in het straatbeeld steeds meer opvallen. Vaak speelt daar multi-problematiek. Het beleid en de uitvoering op het gebied van verslavingszorg verschilt per gemeente. Uit de landelijke statistieken blijkt echter dat het aantal incidenten door overlast en drugs al jaren toeneemt (2013: 25.163 – 2022: 55.971¹). Daarnaast blijkt uit diverse landelijke onderzoeken en berichtgevingen dat het aantal daklozen stijgt, dat de wachtlijsten in de GGZ langer worden en dat voor mensen met complexe (multi)problematiek beperkt passende zorg beschikbaar is.

4. Evaluatie verslavingspreventie

4.1. Opzet

We hebben voor de uitwerking van deze evaluatie de volgende bronnen benut:

- Bijeenkomst partners over herijking verslavingspreventiebeleid (oktober 2022)
- Rapport Trimbos Herijking Verslavingspreventie (2023)
- Nieuwe nadere regel Verslavingspreventie (2023)
- Rapportages subsidie Jellinek, Krachtwijken (2023)
- Bijeenkomsten met ketenpartners over Lachgas (Kanaleneiland/Overvecht) (2023)

We hebben begin 2024 gesproken met:

- Stichting Krachtwijken (perspectief van jongerencoaches en management)
- Arkin/Jellinek (perspectief van veldwerkers preventie, andere preventie medewerkers en management)
- Coördinator verslavingspreventie JoU (perspectief jongerenwerk)
- Collega's verslavingspreventie, verslavingszorg, jeugdgezondheidszorg, onderzoek (epidemiologen) en veiligheid
- G-4
- Ook maken we gebruik van de opbrengsten uit eerdere, recente gesprekken met partijen in de stad over verslavingspreventie (zoals studentenorganisaties)

We benutten deze evaluatie ook als “foto” in opmaat naar een te ontwikkelen uitvoeringsplan verslavingspreventie.

4.2. Aanpak verslavingspreventie

Doel van het verslavingspreventiebeleid is het bevorderen van positieve gezondheid. Met onze inzet streven we ernaar om gezondheidsschade te voorkomen ten gevolge van middelengebruik (alcohol, nicotine, drugs) en gokken.

We hebben ook oog voor de relatie tussen middelengebruik (en gokken) en het maatschappelijk functioneren. We werken vanuit een erkende en effectieve aanpak waarbij middelen, gebruiker en setting in onderlinge samenhang worden benaderd. Dit kan een schoolomgeving zijn, maar ook bijvoorbeeld een studentenvereniging of een jongerenontmoetingsplek. We subsidiëren verschillende partijen die voor ons interventies uitvoeren (zoals Jellinek, Stichting Krachtwijken, studentenorganisaties).

¹ Nationale Drugs Monitor, Trimbos Instituut.

Een effectieve aanpak bestaat uit een mix maatregelen en interventies gericht op: Bewustwording en informatieverstrekking, (vroeg)signalering, advies en ondersteuning, fysieke en sociale omgeving en regelgeving en handhaving. We spelen steeds flexibel in op de snel veranderende markt voor verslavende middelen. Interdisciplinair samenspel en kennisdeling (onder meer tussen verslavingspreventie, verslavingszorg en veiligheid) zijn daarbij gebruikelijk. We kijken ook naar achterliggende factoren, zoals bestaansonzekerheid en mentale gezondheid. We hebben oog voor gezondheidsverschillen en werken cultuursensitief. Daarbij maken we gebruik van sleutelpersonen en ervaringsdeskundigheid.

In het kader van de beleidsnota gezondheid wordt een integraal uitvoeringsprogramma verslavingspreventie ontwikkeld, rond roken (inclusief vapes en snus), alcohol, drugs en gokken.

De gemeente financiert activiteiten verslavingspreventie via subsidie en opdrachten.

De nadere regel verslavingspreventie 2024 kent drie subsidiabele activiteiten:

1. Verslavingspreventie algemeen (€ 1.340.000) (verleend aan Jellinek). Op basis hiervan is er 2,8 fte veldwerk preventie voor de wijken Overvecht, Kanaleneiland (ZuidWest), Zuid, Vleuten-de Meern en Leidsche Rijn.

2. Verslavingspreventie ongelijk investeren, focus Overvecht & Kanaleneiland (€ 200.000) (verleend aan stichting Krachtwijken). Op basis hiervan is er 0,8 fte jongerencoaching voor Overvecht en Kanaleneiland.

3. Activiteiten voor KOPP/KOV kinderen (€ 215.000) (verleend aan Jellinek).

Doel van al deze activiteiten is het voorkomen van gezondheidsschade ten gevolge van middelengebruik (nicotine, alcohol, drugs) en gokken bij jongeren onder de 18 jaar, jongvolwassenen (18-25 jaar), risicogroepen en hun sociale omgeving (w.o. ouders).

Verder heeft de gemeente in 2024 twee opdrachten uitgezet voor voorlichting over middelengebruik in het voortgezet (beroeps)onderwijs. Ook participeert de gemeente in verschillende projecten en initiatieven in de wijken.

Er is inmiddels een nieuwe [nadere regel subsidie verslavingspreventie 2025-2026](#) vastgesteld, waarbij een begrotingsvoorbehoud is gemaakt in verband met de voorgenomen bezuiniging van 257.000 op het budget verslavingspreventie per 2026.

Het subsidieplafond van deze subsidie voor het jaar 2025 is € 1.603.000 waarvan € 200.000 incidenteel (exclusief de voorgestelde bezuiniging). Uitgaande van het (vanaf 2027) nog structureel beschikbare bedrag van 1.400.000 betekent een bezuiniging van 257.000 een korting van circa 18% op het totale budget voor subsidies verslavingspreventie.

4.3. Bevindingen evaluatie Verslavingspreventie

Wat gaat goed?

- Toenemende samenwerking op verslavingspreventie + criminaliteitspreventie; In de wijken weet men elkaar op dit thema steeds beter te vinden (vroegsignalering, toeleiding). Zo zijn er in ZuidWest en Overvecht interdisciplinaire signaleringsoverleggen waar preventie, zorg en veiligheid samenkomen.
- Toenemende alertheid professionals (ook in de sociale basis) op middelen gebruik.
- Toenemende bewustwording verschillende groepen inwoners (bijv. ouders, studentenorganisaties) over risico's drugsgebruik en ook de bereidheid om zich hierop te organiseren.
- Ook scholen hebben meer aandacht voor combinatie middelengebruik en ondermijnende criminaliteit. Er is de werkvloer grotere bewustwording over de samenhang daartussen. De Gezonde School Aanpak gaat hier nog meer kansen bieden.

Wat kan beter?

- De problematiek die veldwerkers preventie aantreffen wordt steeds zwaarder. Ze moeten vaker kiezen waar ze inzet plegen. Een specifieke groep jongvolwassenen met multi-problematiek is gebaat bij een vorm van outreachende zorg, die in een tijdig stadium ingezet kan worden (ook als de persoon in kwestie nog geen vraag heeft weten te formuleren). Tussen dit soort inzet en zware zorg zit nog een gat.
- De focus ligt nu op Overvecht en Kanaleneiland, zorgen over andere wijken (waterbedeffect).
- Er is veel verloop van personeel. Dat vormt een uitdaging voor onderlinge (keten)samenwerking.
- Er zijn veel partijen in de stad / wijk die een deelopdracht hebben i.r.t. (verslavings)preventie. Dat leidt tot versnippering van aandacht en onduidelijkheid over rol en expertise van partners.
- Er is behoefte aan meer integrale sturing en focus (keuzes): meer samenhang in de preventie-aanpak (integrale levensloopaanpak) over leefgebieden heen.
- Verkrijgbaarheid alcohol, drugs, snus, vapes is eenvoudig. En tegelijkertijd is steeds vaker zichtbaar dat wettelijke voorschriften worden ontboden (vape etc.) + gezondheidsschade. Het is voor de gemeente niet mogelijk daar effectief op te sturen omdat de gemeente geen bevoegdheden heeft op grond van de Tabakswet en afhankelijk is van landelijk beleid en regelgeving.
- Snel veranderende markt en kanalen, zoals online verkoop (ook via sociale media). Dit is ongrijpbaar (verandert snel) en risico van ronselen jongeren en kwetsbare jongvolwassenen.
- Handelingsverlegenheid / onbekwaamheid ouders i.r.t. gesprek met kinderen over drugs.
- Sleutelpersonen zien veel mensen aan de rafelranden (zware casuïstiek), maar er zijn nog geen adequate handvatten om sleutelpersonen goed hierbij te helpen.

Wat ontbreekt in het huidige aanbod van verslavingspreventie in Utrecht?

Als veldwerkers preventie jongeren en jongvolwassenen weten te motiveren om iets aan hun verslaving te doen, is er vaak een breed palet aan zorg en ondersteuning op verschillende leefgebieden nodig. Vaak spelen er namelijk ook achterliggende oorzaken, zoals mentale problemen, bestaansonzekerheid etc. Juist omdat de motivatie onstabiel is, is het van belang meteen door te kunnen pakken. Veldwerkers preventie zien mensen die zorgmijden ook weer in andere wijken opduiken. Daarbij is versterking van de interdisciplinaire samenwerking nodig (preventie, ondersteuning en veiligheid) vanuit een stedelijke aanpak in alle wijken. Niet alles is mogelijk en effectief. Het is belangrijk dat partners samen gericht kiezen waar ze wel en niet op inzetten om de meeste impact te maken.

Partners geven daarbij de volgende aandachtspunten aan:

- Meer doorlopend inzicht is nodig in de snel veranderende markt (online) en veranderend gebruik.
- Aandacht collectieve preventie gaat nu veel uit naar middelen harddrugs (coke etc.), terwijl cannabis en alcohol meer aandacht verdienen (vooral i.r.t. kwetsbare jongeren) gezien aantallen en impact.
- Meer samenhangende aanpak op verschillende leefgebieden (levensloop): Kijk daarbij naar de samenhang tussen gebruik - gebruiker-setting-grondoorzaken (zoals bestaanszekerheid, psychische problematiek, etc.).
- Het is belangrijk dat veldwerk preventie weer preventiever kan werken (beweging naar de voorkant) en dat bij multi-problematiek in een tijdig stadium snel passende ondersteuning ingezet kan worden (m.n. jongvolwassenen met kwetsbaarheid op verschillende leefgebieden). NB! Ook hier gaat het meestal nog steeds over een andere doelgroep dan die bij veldwerk volwassenen (verslavingszorg).
- Meer integraal sturen op opdrachten verslavingspreventie + criminaliteitspreventie. Zo voorkom je overlap, krijg je een duidelijker taakverdeling en creëer je meer gezamenlijke verantwoordelijkheid/samenwerking van partijen in de uitvoering. Kies voor impact maken en wees selectief in de keuze van interventies (bijv. losse voorlichtingsactiviteiten op school zijn minder effectief dan duurzame samenwerking tussen docenten – ouders – leerlingen).

- Ouders nog meer ondersteunen om het gesprek met kinderen aan te gaan.
- Bereik van specifieke kwetsbare personen en gesloten gemeenschappen verhogen (eropaf, maatwerk, ongelijk investeren in de wijken).
- Vroegsignalering zorg & veiligheid versterken:
 - Uitbreiden naar alle wijken (niet alleen ZW en Overvecht, anders waterbedeffect)
 - Nog meer verwijzers betrekken (1^e lijn, buurtteams)
 - Koppelen aan school als vindplaats. Scholen daarbij ondersteunen vanuit Gezonde School Aanpak.

4.4. Conclusies

- Er is meer doorlopend inzicht nodig in de snel veranderende markt (online) en veranderend gebruik.
- Er is toegenomen alertheid en bewustwording op risico's i.r.t. nieuwe trends (zoals lachgas, snus, vape) bij professionals en publiek. Ook scholen hebben meer aandacht voor combinatie middelengebruik en ondermijnende criminaliteit (kansen bij de Gezonde School Aanpak). Bij ouders is tegelijkertijd nog veel handelingsverlegenheid.
- In Utrecht is een brede inzet van partijen om te voorkomen dat de situatie van inwoners in een kwetsbare positie verder verslechtert.
- Keerzijde is dat er zoveel partijen zijn die een deelopdracht hebben in het domein van (verslavings)preventie dat er het risico bestaat dat er overlap is type activiteit of te bereiken doelgroepen.
- Er is ook veel verloop van personeel. Dat is een uitdaging voor onderlinge (keten)samenwerking.
- De focus van outreachend werken (veldwerk preventie) ligt nu op Overvecht en Kanaleneiland: Inzet in alle wijken is nodig om een waterbedeffect te voorkomen.
- De problematiek die veldwerkers preventie aantreffen wordt steeds zwaarder. Ze moeten vaker kiezen waar ze inzet plegen. Deze doelgroep is gebaat bij outreachende ondersteuning (juist als er nog geen concrete vraag is), die al in een vroeg stadium ingezet kan worden. Het gaat hier om een outreachende ondersteuning die lichter is dan bemoeizorg, maar waarmee wel snel en praktisch een aantal belemmerende factoren worden aangepakt (bijvoorbeeld op het gebied van inkomen, wonen, etc.).
- Er is behoefte aan meer samenhang in de preventie-aanpak (integrale levensloopaanpak), over leefgebieden heen. Kies voor impact maken en wees selectief in de keuze van interventies.

Binnen de huidige afspraken met partijen is al veel aandacht voor beter samenspel in de keten. Ook is de afstemming tussen interventies op het gebied van verslavingspreventie en criminaliteitspreventie in gang gezet.

4.5. Aanbevelingen

Binnen de bestaande begroting en beleidskaders worden onderstaande aanbevelingen met betrokken partijen gedeeld en uitgewerkt.

1. Samen met partijen in de keten werken aan praktische verbeteringen in het werkproces om de onderlinge samenwerking te versterken. Voorbeeld: Stedelijke aanpak lachgasgebruik met partners jongerenwerk, verslavingspreventie (en behandeling), politie en gemeente (veiligheid en handhaving) .
2. De ontwikkeling van de Gezonde School benutten om (o.m. i.s.m. criminaliteitspreventie) te sturen op meer samenhang in de interventies op scholen, die aansluiten bij de vraag van de scholen en bij de problematiek van de populatie met aandacht voor vergroten handelingsperspectief voor onderwijspersoneel, leerlingen en ouders.
3. Bij overige interventies verslavingspreventie scherper sturen op samenhang met en in onderlinge samenwerking tussen volksgezondheid, veiligheid, sociale basis en basiszorg met aandacht voor ongelijk investeren.

De nu volgende aanbevelingen kunnen binnen de bestaande kaders en middelen niet uitgevoerd worden. Afhankelijk van de keuzes die we gaan maken in het kader van de voorgenomen bezuinigingen van circa 18% op het budget van verslavingspreventie vanaf 2026, zullen we bezien of en zo ja hoe we hier uitvoering aan kunnen geven. Dit vergt scherpe keuzes en het verbinden van agenda's (minder categoriaal) om impact te vergroten. We nemen de uitkomsten mee in het uitvoeringsprogramma verslavingspreventie 2025-2027.

4. Komen tot beter en sneller gezamenlijk inzicht in de snel veranderende drugsmarkt;
5. Een bredere stedelijke aanpak van veldwerk preventie, om zo waterbedeffecten te voorkomen in wijken die nu minder aandacht krijgen;
6. Meer outreachende (cultuursensitieve) ondersteuning voor risicovolle gebruikers, die nog niet in de verslavingszorg zitten en problemen op meerdere levensgebieden hebben;
7. De beweging naar voren blijven maken, ondanks druk op totale keten preventie – zorg.

5. Evaluatie verslavingszorg

5.1. Aanpak verslavingszorg

De gemeente financiert activiteiten op het gebied van verslavingszorg via subsidie en inkoop. De nadere regel subsidie verslavingszorg kent onderstaande subsidiabele activiteiten. Deze evaluatie gaat over toeleiding naar passende zorg (veldwerk verslavingszorg) en het Verslavings Interventie Team. De heroïnekliniek maakt geen onderdeel uit van deze evaluatie omdat de gemeente geen beleidsvrijheid heeft in de opzet en uitvoering hiervan. De uitvoering is strikt medisch geprotocolleerd. De middelen hiervoor zijn rechtstreeks afkomstig van het ministerie van VWS en mogen niet voor andere activiteiten ingezet worden.

1. In de openbare ruimte contact leggen met en toeleiden naar passende zorg van dak- en thuisloze volwassenen die zich in een kwetsbare positie bevinden en vaak met verslavingsproblematiek te maken hebben. Dit gebeurt door outreachend werken (verder genoemd: "veldwerk verslavingszorg"). Ook het aanbieden van spuitomruil valt hieronder.
2. Het bieden van behandeling aan ongeveer 45 mensen met een therapieresistente opiaatverslaving conform de Regeling heroïnebehandeling van het ministerie van VWS en conform het Uitvoeringsprotocol Opiaatonderhoudsbehandeling bij heroïneverslaving met medische heroïne, methadon en buprenorfine (verder genoemd: "de heroïnekliniek").
3. Een derde activiteit binnen de verslavingszorg² is het Verslaving Interventie Team (VIT). Het VIT is een kennis en adviesorgaan dat beschikbaar is om zorgprofessionals te ondersteunen in crisissituaties rondom patiënten met middelengebruik die niet voor dit gebruik in zorg zijn binnen Jellinek.

Financiering

Voor veldwerk verslavingszorg volwassenen is inclusief een klein bedrag voor spuitomruil structureel €395.000 (exclusief indexering, peildatum 2024) beschikbaar. De subsidie is verleend aan Jellinek. Aanvullend wordt dit vooralsnog voor ongeveer 2 fte aangevuld uit incidentele middelen tot en met 2025, zodat jaarlijks ongeveer 4 fte aan veldwerk inzetbaar is in de stad.

Voor het verslaving interventie team is structureel € 244.636,- (peildatum 2024) beschikbaar. De subsidie is verleend aan Jellinek. De VIT-verpleegkundige is het eerste aanspreekpunt voor de zorgverleners. Huisartsen en/of crisisdienst kunnen het VIT consulteren. Per dag is er een VIT-verpleegkundige (8u per dag) en een VIT-arts (4u per dag) beschikbaar. De zorg kan outreachend vanuit Jellinek zijn als zij niet naar Jellinek kunnen komen. Door tijdig in te grijpen komen cliënten ook tijdig in zorg. De kans op het ontstaan van zwaardere chronische problematiek neemt daardoor af. Binnen Jellinek verslavingszorg hebben veldwerk, VIT het FACT-team korte lijnen.

² In 2024 is VIT opgenomen in de nadere regel subsidie verslavingspreventie. Inhoudelijk gaat het om een vorm van verslavingszorg. Daarom wordt VIT na 2024 overgeheveld naar verslavingszorg.

Bij een middelen-gerelateerde hulpvraag vanuit zorgverleners vraagt de VIT-verpleegkundige de situatie telefonisch uit. Zij schat in of er sprake is van een middelen-gerelateerde crisis. In dat geval wordt de VIT-arts geconsulteerd om te achterhalen of een VIT-inschatting geïndiceerd is. Als er sprake is van een middelen-gerelateerde crisis zet de VIT-verpleegkundige een aanmeldproces in gang voor een bed op de detoxificatieafdeling van Jellinek. Verder wordt het VIT-team regelmatig gebeld met vragen waarbij de vraag naar de juiste hulp bij verslavingsproblematiek centraal staat, maar een detoxificatietraject of een middelen-gerelateerde crisis nog niet aan de orde is.

Uitgelicht: veldwerk verslavingszorg en het Erop af-team

Veldwerk verslavingszorg moet niet verward worden met het Erop af-team. Veldwerk verslavingszorg wordt sinds jaren structureel ingezet in de stad. Het Erop af-team is medio 2023 opgericht onder regie van de gemeente. Aanleiding was aanhoudende overlast in de binnenstad, doel is de veiligheidssituatie voor omwonenden van het Hieronymusplantsoen en Lucasbolwerk te verbeteren en voor individuen uit deze groep zorg en duurzaam perspectief te bieden. In dit team werken verschillende zorg- en veiligheidspartners samen, ieder met hun eigen expertise. Mensen worden actief opgezocht op de overlastlocaties om hen zo goed als mogelijk toe te kunnen leiden naar zorg of het behouden van de al gerealiseerde zorg.

De laatste subsidietender vond plaats in 2023. De [nadere regel subsidie Verslavingszorg gemeente Utrecht](#) is opgesteld op basis van een consultatie van veldpartijen en belangenbehartiging in Utrecht. De geconsulteerde partijen waren eensgezind over de volgende subsidiabele activiteiten waaruit veldwerk zou moeten bestaan:

- a. Het uitvoeren van veldwerk in de openbare ruimte door contact te leggen met dak- en thuisloze volwassenen in een (zeer) kwetsbare positie.
- b. Nagaan of de persoon waarmee contact gelegd is al in zorg is (geweest).
- c. Het motiveren van deze doelgroep om (weer) zorg te accepteren.
- d. Het toeleiden naar de onder b en c genoemde zorg.
- e. Het bieden van de mogelijkheid om spuiten om te ruilen.

Het college van B en W heeft de nadere regel subsidie vastgesteld in september 2023.

5.2. Bevindingen Verslavingszorg

Zoals in de inleiding aangegeven hebben we in het eerste kwartaal van 2024 aan alle geconsulteerde partijen dezelfde hoofdvragen voorgelegd: wat gaat goed, wat ontbreekt, wat kan beter?

Er is gesproken met vertegenwoordigers van:

- Arkin Jellinek (perspectief van veldwerkers, management en behandelszaken op veldwerk en bemoeizorg);
- Altrecht (perspectief op bemoeizorg en veldwerk in de keten van zorg aan (verslaafde) dak- en thuislozen.
- Sociaal Medische Zorg van Volksgezondheid
- Stichting GOUD: belangenbehartiging van dak- en thuislozen
- Gemeente Amsterdam
- Leger des Heils
- De Tussenvoorziening (Belle en De Stek)

Vooraf: kern van veldwerk verslavingszorg

Uit de verschillende gesprekken blijkt dat er diverse ideeën zijn over de invulling van veldwerk en wat eronder wordt verstaan. Dat kan leiden tot spraakverwarring, omdat er meerdere partijen zijn die zich met veldwerk bezighouden. Wij hebben het in deze evaluatie over veldwerk verslavingszorg. Dit houdt het volgende in: contact leggen met dak- en thuisloze mensen op straat, aansluiten bij de persoon, diens situatie, wensen en behoeften en (waar nodig) motiveren om stappen te zetten naar passende

hulp. Veldwerk verslavingszorg functioneert als een deel van het Utrechtse sociale vangnet in een complexe maatschappij. Het is een vorm van outreachend werken. Er zijn meerdere partijen die outreachend werken op straat, maar niet met de expertise van verslavingszorg. Veldwerk verslavingszorg opereert in een complexe omgeving: veel en soms onduidelijke regelgeving, een ingewikkeld zorglandschap, wachtlijsten in de zorg en mensen die niet altijd zorg accepteren. De evaluatie van veldwerk verslavingszorg is dus niet 1-op-1 gelijk te stellen met een succesvolle toeleiding.

Wat gaat goed?

- Geconsulteerde partijen zijn unaniem positief over de deskundigheid, inzet en samenwerkingsgerichtheid van de veldwerkers verslavingszorg. Ook worden de warme toeleiding naar (afspraken met) organisaties en de meerwaarde van veldwerk verslavingszorg in het Erop af-team genoemd.
- Enkele partijen geven aan dat vier fte veldwerk nodig is voor een goede inzet in de stad. Eén partij gaf aan wel aan te zien dat de focus vooral op de binnenstad ligt. Kanttekening is dat deze evaluatie heeft plaatsgevonden toen het Erop af-team operationeel was. Dit kan bij partners ook een vertekend beeld geven, omdat er tijdens de evaluatie meer inzet van veldwerk Jellinek was dan de gebruikelijke vier fte.
- Veel partijen waarderen daarnaast de werkwijze van het Erop af-team: het maakt onderlinge lijnen korter waardoor de samenwerking verbetert en iedere organisatie is vertegenwoordigd. Iedere partij brengt zijn eigen kennis/specialisme in.
- Het VIT-team wordt goed 'gevonden' door met name huisartsen die vragen hebben over patiënten met verslavingsproblematiek.

Wat kan beter?

- Inzet van veldwerk heeft alleen zin als er toeleidingsmogelijkheden zijn. Als er geen mogelijkheden voor toeleiding zijn door wachtlijsten of omdat iemand geen recht heeft op zorg, dan blijft het bij het onderhouden van contact en 'pleisters plakken'. Er zijn signalen dat er niet altijd voldoende opvangplekken zijn voor vrouwen terwijl hun aantal op straat toeneemt. Het is in veel gevallen belangrijk dat vrouwen en mannen apart opgevangen kunnen worden.
- Niet iedereen heeft dezelfde rechten op zorg. De aanwezigheid van bijvoorbeeld Midden- en Oost-Europeanen brengt met zich mee dat toeleidingsmogelijkheden naar zorg beperkter zijn. Het verdient aanbeveling om na te gaan of een andere (praktische) toerusting van veldwerkers kan bijdragen aan verlichting van het leven op straat van deze verschillende groepen. Dit is geen oplossing van de problematiek maar kan wel leiden tot 'harm reduction'³.
- Soms geven partijen aan hoge drempels te ervaren in de toeleiding naar verslavingszorg. Een voorbeeld hiervan is toegang tot een detoxificatietraject en de behandeling daarna: dit zou alleen beschikbaar zijn voor mensen die dit traject 'succesvol' kunnen doorlopen. Een nuancering hiervan is dat de betreffende cliënt ook gemotiveerd moet zijn. Toeleiding naar een detoxificatie heeft meestal alleen duurzaam effect als de betreffende persoon gemotiveerd is (een eigen hulpvraag/wens) en daarna meteen kan doorstromen naar stabiele huisvesting: 'Housing First'. Dit blijkt in de praktijk moeilijk te realiseren, waardoor de persoon weer op straat belandt. Leven op straat werkt terugval in gebruik vaak snel in de hand. Deze bevinding is niet nieuw. Een ander voorbeeld is dat men de indruk heeft dat de drempel om in een hostel te mogen wonen hoger is dan in het verleden. Daar waar het hostel vroeger een plek was waar men kon werken aan stabilisatie, lijkt deze stabiliteit nu de nieuwe norm voor toelating. Er zou minder tolerantie zijn voor onaangepast gedrag.

³ *Harm reduction* betekent letterlijk: schade beperken. Het gaat bij deze Engelse term specifiek over het verkleinen van de kans op (gezondheids-)schade die bij het gebruik van drugs kan voorkomen, zonder het gebruik zelf te stoppen. In eerste instantie gaat het over risico's voor de gebruiker zelf. Maar het principe kan ook gelden voor de omgeving en de samenleving als geheel. Het doel is om het welzijn en de gezondheid van mensen te beschermen, zelfs als ze niet (willen of kunnen) stoppen met risicovol gedrag (Bron: Trimbos Instituut).

- Sommige partijen concluderen zelf dat zij specialistische kennis van doelgroepen actiever kunnen delen met veldwerkers ter bevordering van succesvolle toeleiding. Naast toeleiding naar bijvoorbeeld een bed voor de nacht, kan hierdoor gerichtere verwijzing voor het vervolg plaatsvinden (denk aan doelgroepen zoals EU-onderdanen en sekswerkers).
- Het is voor organisaties moeilijk om personeel te vinden en te behouden. Subsidieverstrekking en inkoopopdrachten met een langere looptijd zijn wenselijk: dit stelt organisaties in staat om personeel meer zekerheid te bieden, kennis te behouden en stevige samenwerkingsrelaties op te bouwen.

Wat ontbreekt?

- Er is behoefte aan een centraal overzicht van de beschikbare opvangplekken inclusief de voorwaarden voor opvang in de verschillende organisaties. Zeker in het geval van crisissituaties is het belangrijk om te weten in welke situatie iemand wel of geen toegang heeft tot een voorziening. Dit inzicht is er nu niet; het kost tijd om dit te achterhalen.
- Veldwerk verslavingszorg ontvangt vanuit de subsidie geen middelen om samen met bemoeizorgers van Altrecht op te trekken en zo een client 'achter de voordeur' sneller naar de juiste zorg toe te leiden. Ketenpartners doen wél een beroep op veldwerk. Toelichting: Bemoeizorg maakt geen onderdeel uit van het huidige veldwerk verslavingszorg. Veldwerkers (verslavingszorg) werken op straat, bemoeizorgers (GGZ) proberen contact te leggen 'achter de voordeur' met mensen die nog over een woning beschikken. Deze mensen stellen zelf geen hulpvraag, maar betrokkenen in hun omgeving maken zich (ernstige) zorgen. Het inzetten van bemoeizorg kan preventief werken tegen dakloosheid. De gemeente subsidieert bemoeizorg GGZ. Momenteel voert Altrecht dit uit. Als er sprake is van verslavingsproblematiek kunnen korte lijnen tussen bemoeizorg en veldwerk verslavingszorg helpend zijn om de cliënt sneller naar de juiste zorg toe te leiden.
- Bij de ouder wordende personen met een verslaving die op straat verblijven, gaat somatische problematiek een steeds grotere rol spelen. Somatische zorg wordt nu bijvoorbeeld geleverd via de wekelijkse SMZ-sprekuren (sociaal medische zorg). De inzet van verslavingsartsen wordt belangrijker.

5.3. Conclusie

- De inzet van veldwerk verslavingszorg en VIT heeft meerwaarde.
- De huidige inzet van 4 fte veldwerk verslavingszorg blijft nodig.
- Toeleiding van mensen achter de voordeur kan versneld worden door de inzet van de expertise van veldwerk verslavingszorg.
- Extra meerwaarde heeft de samenwerking van verschillende disciplines zoals nu in het Erop af-team gebeurt: kortere lijnen, waardoor men elkaar beter kan vinden. Dit komt de toeleiding ten goede. Voorwaarde voor succesvolle toeleiding is dat er passend zorgaanbod beschikbaar is. Dat is er niet altijd voor iedereen (denk aan: niet-rechthebbenden, zie onder).
- Niet iedereen wil of kan (zie punt hiervoor) geholpen worden. Soms is 'harm reduction' het hoogst haalbare. Dit vraagt soms om investering en/of bewustwording bij de gemeente en partijen in het veld.
- Voor een goede en snelle toeleiding naar passende zorg is een centraal overzicht van beschikbare zorg- en Time Out-plaatsen bevorderlijk.
- Toekomstbestendige zorg vraagt om aandacht voor de somatische problematiek onder de ouder wordende groep mensen die met verslavingsproblematiek op straat verblijft.

5.4. Aanbevelingen⁴

⁴ Deze aanbevelingen zijn geformuleerd op basis van de actuele situatie en organisatie van het veld.

Binnen de bestaande begroting en beleidskaders worden onderstaande aanbevelingen met betrokken partijen gedeeld en uitgewerkt.

1. Veldwerk in algemene zin wordt door veel verschillende partijen uitgevoerd. De werkwijze en de expertise van specifiek veldwerk verslavingszorg wordt breed gewaardeerd. Het Eropaf team was geen onderdeel van deze evaluatie, maar het bleek dat geconsulteerde partijen eveneens positief zijn over de verschillende disciplines binnen het Eropaf team en de korte lijnen die dit oplevert tussen die disciplines en met de achterliggende organisaties. Het verdient daarom aanbeveling om deze twee constatering: de werkwijze van veldwerk verslavingszorg en het belang van verslavingsexpertise onder veldwerkers mee te geven aan de trekkers van het Actieprogramma 'Samen Eropaf'
2. Toeleiding kan worden versneld door veldwerkpartijen onderling regelmatig actief (specialistische) kennis te laten delen over doelgroepen zoals sekswerkers. Dit wordt geagendeerd in de stuurgroep veldwerk.
3. In subsidie- en inkooporders op het gebied van veldwerk verslavingszorg kan aandacht voor 'harm reduction' worden geborgd voor mensen die geen (andere) hulp willen of kunnen accepteren, of voor wie geen andere hulp beschikbaar is.

Overige aanbevelingen

De evaluatie levert ook aanbevelingen op die wel financiële consequenties hebben. Gezien de huidige financiële situatie kunnen deze niet opgevolgd worden:

4. De huidige inzet van veldwerk verslavingszorg (4 fte) en VIT heeft een meerwaarde. Voort VIT is structurele dekking, veldwerk verslavingszorg wordt gefinancierd uit structurele middelen (2 fte) en incidentele middelen (bijna 2 fte) tot en met 2025. Procesvoorstel: het organisatieonderdeel dat verantwoordelijk is voor de inzet van veldwerk verslavingszorg, levert bij de volgende Voorjaarsnota een onderbouwing aan voor structurele dekking van de benodigde 4 fte met ingang van 2026.
5. In een volgende subsidietender de financiële ruimte te verkennen om subsidiabele activiteiten op te nemen die de inzet van expertise van veldwerk verslavingszorg achter de voordeur mogelijk maakt.

Er blijft tot slot een categorie over van bevindingen die bekend zijn en landelijk en lokaal reeds op verschillende niveaus geadresseerd worden: het tekort aan (inzicht in) opvangplaatsen en de problematiek van doelgroepen die op straat verblijven maar geen rechten hebben op voorzieningen of voor wie nog geen passende voorzieningen zijn. Deze bevindingen niet vermelden in deze evaluatie doet geen recht aan de situatie, echter, er valt qua aanbevelingen niets nieuws toe te voegen.