

GHB-problematiek in de regio Holland Rijnland





GHB-problematiek in de regio Holland Rijnland

Colofon

Projectteam

Anneke van Wamel (contactpersoon en projectleider)

Desirée Spronk

Roos Capel

Aukje Sannen

Auteurs:

Anneke van Wamel

Desirée Spronk

Met dank aan de trekkers van de GHB-aanpakken in de gemeente Weert en Heerde (in beide gemeenten is deze aanpak inmiddels verbreed naar ander complex middelengebruik)

Vormgeving

The Creative Hub | Canon

Beeld

Gabriel Crismariu - Unsplash

© 2025, TRI-65-048, Trimbos-instituut, Utrecht.

Inhoudsopgave

1	Aanleiding	5
2	Onderzoeksmethoden en onderzoeksvragen	6
2.1	De Scanner	6
2.2	Onderzoeksvragen	6
2.3	Documentonderzoek	7
2.4	Interviews	7
3	Documentonderzoek	9
4	Omvang en aard van het GHB-gebruik	13
4.1	Schattingen van de omvang en groepen personen met GHB-problematiek	13
4.2	Waarom Leiden en omliggende gemeenten?	16
4.3	Netwerk of losse contacten	16
4.4	Kenmerken van mensen die GHB gebruiken	17
4.5	Gevolgen van gebruik	18
5	Hulpaanbod	20
5.1	Wat gaat goed?	21
5.2	Knelpunten in de zorg voor mensen met GHB-problematiek	21
6	Conclusies en aanbevelingen	26
6.1	Conclusies	26
6.2	Aanbevelingen	27
6.3	Inschatting kosten van de GHB-aanpak	34
	Bijlage 1 Topiclist Stakeholders	36
	Bijlage 2 Topiclist cliëntinterview	39
	Bijlage 3 Voorbeeld kostenberekening aanpak	41

1 Aanleiding



In 2021 trokken verschillende zorg- en veiligheidspartijen in de regio Holland Rijnland aan de bel. Men maakte zich grote zorgen over een groeiende groep mensen die kampen met GHB-problematiek. Mensen met GHB-problematiek kwamen rond 2020 voor het eerst in beeld. In de daaropvolgende jaren zag men deze groep groeien. Partijen constateerden een toename in overlast en extremer gedrag dat moeilijk te doorbreken is. Het GHB-team van de Brijder kreeg steeds meer meldingen, al dan niet met golfbewegingen.

Vanwege de toenemende zorgen over deze groep volgden verschillende bijeenkomsten met betrokken partijen, gericht op het uitwisselen van signalen en het zoeken naar een oplossing. Een van de bijeenkomsten was op 18 april 2024, waarbij ook het Trimbos-instituut was uitgenodigd. Ondanks de bijeenkomsten kwam er onvoldoende zicht op de huidige stand van zaken. Uit de bijeenkomsten volgde dat er behoefte is aan een aanpak, maar het werd niet duidelijk hoe deze eruit kan komen te zien en wat daarvoor nodig is.

Vanwege de ervaringen van het Trimbos-instituut met het in kaart brengen van lokale problematiek rondom alcohol- en drugsgebruik en de gemeentelijke GHB-aanpak, gaven de gemeenten Holland Rijnland het Trimbos-instituut opdracht om de aard en omvang van de GHB-problematiek in kaart te brengen en advies uit te brengen over een eventuele aanpak. In het rapport dat voor u ligt leest u hier de uitkomsten van.

2 Onderzoeksmethoden en onderzoeksvragen



2.1 De Scanner

De Scanner is een beproefde onderzoeksmethodiek om binnen een relatief kort tijdsbestek de lokale situatie rondom middelengebruik (inclusief verslavingen) en oplossingsrichtingen in kaart te brengen. Het instrument is gebaseerd op de wetenschappelijk onderbouwde *Rapid Assessment and Response* methode van de Wereldgezondheidsorganisatie. In de Scanner voor de gemeenten Holland Rijnland is gebruik gemaakt van documentonderzoek (zie 2.3) en interviews met diverse stakeholders zoals gemeente en samenwerkingspartners alsmede met cliënten met een persoonlijke geschiedenis van GHB-gebruik (zie 2.4).

De regio Holland Rijnland bestaat uit de volgende gemeenten: Alphen aan den Rijn, Hillegom, Kaag en Braassem, Katwijk, Leiden, Leiderdorp, Lisse, Nieuwkoop, Noordwijk, Oegstgeest, Teylingen, Voorschoten en Zoeterwoude. In het vervolg spreken we over: de gemeenten regio Holland Rijnland.

2.2 Onderzoeksvragen

We hanteren de volgende onderzoeksvragen:

- 1. Wat is de aard en de omvang van het GHB gebruik in de gemeenten regio Holland Rijnland en welke groepen gebruikers zijn te onderscheiden?**
 - Welke informatie over het GHB-gebruik in de gemeenten regio Holland Rijnland is er beschikbaar in bestaande onderzoeksrapporten, registraties en beleidsnota's?
 - Welke kennis hebben (lokale) ketenpartners over het GHB-gebruik in de diverse gemeenten?
 - Wat is er te zeggen over de ernst van de GHB-problematiek in gemeenten regio Holland Rijnland vergeleken met andere gemeenten in Nederland?
- 2. Hoe ziet het huidige ondersteunings- en hulpaanbod voor gebruikers van GHB in de gemeenten regio Holland Rijnland er momenteel uit?**
 - Wat is het aanbod voor gebruikers van GHB?
 - Welke resultaten worden er geboekt? En waar zitten er knelpunten in het huidige ondersteunings- en hulpaanbod?
- 3. Welke oplossings- en verbeterrichtingen zijn er wat betreft de aanpak van GHB-gebruik in de gemeenten regio Holland Rijnland?**
 - Hoe zou een aanpak gericht op de aan de GHB-gerelateerde problematiek er uit kunnen zien?
 - Wat zijn de eerste inschattingen van de kosten van een aanpak en welke kaders kunnen hiervoor gegeven worden?

2.3 Documentonderzoek

Documentonderzoek heeft als doel om de beschikbare informatie over het GHB-gebruik en aanpak in al bestaande cijfermatige data, rapporten en beleidsplannen in kaart te brengen. Dit geeft een eerste beeld van de huidige situatie van het GHB-gebruik in de regio Holland Rijnland. Voor het documentonderzoek wordt gebruik gemaakt van een tweetal soorten gegevens:

1. Cijfermatige data: er is in beperkte mate bestaande cijfermatige data gevonden over GHB in de regio. In het algemeen wordt er weinig systematisch geregistreerd aangaande de omvang van en ontwikkelingen binnen de diverse groepen gebruikers van GHB. Daar waar cijfers beschikbaar waren, zijn deze verwerkt in hoofdstuk 4 bij de beschrijving van de doelgroepen.
2. Beleidsdocumenten: de volgende beleidsdocumenten zijn verkregen en/of gevonden en bestudeerd. Hoofdstuk 3 rapporteert beknopt over de meest relevante (**dikgedrukte**) documenten:

Bron 1: De Binnenvest 22 augustus 2022

Bron 2: Werkproces Regionale Opvang (Nieuwe Energie) 18 juli 2023

Bron 3: GHB-gebruik binnen de Specialistische Regionale Maatschappelijke Opvang van De Nieuwe Energie 28 augustus 2024

Bron 4: GHB info 2020 De Nieuwe Energie

Bron 5: Protocol GHB in de dag- en nachtopvang versie 9 maart 2020

Bron 6: Motie PvdA aanpak GHB

Bron 7: Beleidsakkoord Gemeente Leiden 2022-2026 (GroenLinks, D66, PvdA en CDA)

Bron 8: Leids Preventieakkoord 2021-2023

Bron 9: Integraal Veiligheidsplan Leiden 2023-2026

Bron 10: Uitvoeringsplan 2024: Veiligheidsagenda Katwijk 2024-2027

Bron 11: Integraal veiligheidsbeleid 2023-2026 Gemeente Alphen aan den Rijn

Bron 12: Gezond en Actief Leven Akkoord 2023 Alphen aan de Rijn

Bron 13: Programmabegroting Beleidsterrein 9D Kwetsbare groepen gemeente Leiden

Bron 13: Programmabegroting Beleidsterrein Veiligheid gemeente Leiden

Bron 14: Ethos-telling van dak- en thuisloosheid Regio Holland Rijnland 9 oktober 2024

2.4 Interviews

We namen in de periode 30 september tot en met 5 december 2024 in totaal 23 interviews af, waarvan 15 interviews met professionals en 8 met mensen die vanuit een persoonlijke ervaring te maken hebben of hadden met GHB-gebruik (hierna: cliënten). In sommige interviews spraken we meerdere personen tegelijk. Daarnaast legden we een aantal professionals schriftelijke vragen voor of kregen we een schriftelijke reactie (zie Tabel 1).

Tabel 1: Overzicht van gesprekspartners: organisatie/beroepsfuncties, aantal interviews, de wijze waarop de informatie verkregen werd en de gemeente(n) waarover de geïnterviewde uitspraken kon doen

Organisatie / Functie	Aantal interviews	Wijze	Zicht op regio
Gemeente Leiden	1	Face-to-face	Leiden
GGD Hollands Midden, Meldpunt zorg en overlast	2	Face-to-face	Leiden
Spoeisende Hulp	1	Telefonisch	Hele regio
Psychiatrische eerste hulp (PEG)	1	Schriftelijk	Hele regio
Wijkteams GGZ Rivierduinen	4	Schriftelijke reactie	Leidschendam/Wassenaar; Leiden Zuid & Centrum; Katwijk
Brijder Verslavingszorg	3	Face-to-face	Hele regio
Veiligheidshuis/maatwerkfunctionaris	1	Face-to-face	Duin & Bollenstreek
Woningbouwvereniging	1	Schriftelijk	Duin & Bollenstreek
Team Veiligheid	1	Face-to-face	Leiden
Toegang/kwaliteitsmedewerker	1	Online	Leiden
Wijkagent (niet in functie)	1	Face-to-face	Leiden
Wijkboa's	2	Face-to-face	Leiden
Rivierduinen, Binnenvest Rijnland, woningbouw, Tom in de buurt, politie	1	Schriftelijke reactie	Rijnstreek
Binnenvest	3 1	Face-to-face Online	Leiden Rijnstreek
Toegang BW regionaal	1	Face-to-face	Alphen
Politie, operationeel specialist zorg en veiligheid	1	Online	Hillegom, Lisse en Teylingen
Politie, operationeel specialist zorg en veiligheid	1	Online	Katwijk-Noordwijk
Client Nieuwe Energie	5	Face-to-face	
Client Brijder	1	Face-to-face	
Client Brijder	2	Telefonisch	

Bij al deze partijen namen we een semigestructureerd interview af. We vroegen hen naar hun visie op de aard en omvang van de GHB-problematiek in de regio. Daarnaast vroegen we naar het bestaande hulp- en ondersteuningsaanbod, bestaande knelpunten en samenwerkingen met andere partijen. Ten slotte vroegen we naar oplossingsrichtingen en behoeften voor een aanpak.

3 Documentonderzoek



In het kader van het onderzoek zijn diverse documenten bestudeerd (zie hoofdstuk 2.3). Niet alle documenten bleken even relevant. Daarom beschrijven we hieronder een selectie van de documenten die voldeden aan minstens een van deze twee criteria: 1) referentie naar (beleid) omtrent GHB-problematiek of verslaving, 2) beleid omtrent kwetsbare personen in de breedte.

Bron 1: De Binnenvest 22 augustus 2022

Doel document: beschrijving van ontwikkelingen in beleid en GHB-gebruik in organisaties voor maatschappelijke opvang (MO) in de regio.

De belangrijkste ontwikkelingen zijn:

- *Brede Centrale Toegang (Haarlem-Kennemerland)*, ziet incidenteel GHB-gebruik, maar relatief weinig in vergelijking met andere drugs. Brede Centrale Toegang zegt gebruikers van GHB toe te laten zolang het gedrag binnen de perken is. Brede Centrale Toegang werkt samen met Brijder en heeft een gebruikersruimte waar GHB gebruikt wordt. GHB wordt ook buiten gebruikt. Behandeling van verslaving is op vrijwillige basis.
- *Tussenvoorziening (Utrecht)* ziet GHB-gebruik op een incidenteel niveau, gebruikers zijn in het algemeen ouder dan 30 jaar. Tussenvoorziening bekijkt toegang in overleg met verslavingszorg. Gebruikers moeten niet psychotisch zijn. De Tussenvoorziening heeft een gebruikersruimte en zet per persoon een specifiek team in om de persoon die GHB gebruikt te begeleiden naar verslavingsbehandeling bij Jellinek.
- *Leger des Heils (Gouda)* ziet geen toename in het aantal GHB-gebruikers in de laagdrempelige opvang. In de nachtopvang ziet men geen gebruikers. Leger des Heils tolereert in principe geen drugsgebruik in de laagdrempelige opvang. Behandeling van verslaving is op vrijwillige basis en in overleg met de persoonlijk begeleider.
- *Stichting Kessler (Den Haag)* ziet geen toename in GHB-gebruik, maar had het voorgaande jaar wel een periode waarin veel GHB binnen de MO werd gebruikt met name onder mensen jongeren dan 30. Stichting Kessler bekijkt toelating in overleg met verslavingszorg. Stichting Kessler werkt samen met verslavingszorg en benadrukt de waarde van goed overleg met ketenpartners.
- *HVO-Querido (Haarlem)* herkent het beeld van de Binnenvest en ziet ook een significante toename in GHB-gebruik, HVO-Querido noemt de toelating van GHB-gebruikers een 'grijs gebied'. In het algemeen wordt iemand toegelaten maar er worden strikte afspraken gemaakt in de intake. Volledig onaanspreekbare cliënten riskeren uitzetting/weigering van toegang. HVO Querido werkt samen met Brijder.

Bron 2: Werkproces Regionale Opvang (Nieuwe Energie) 18 juli 2023

Doel document: beschrijven van werkprocessen.

In het document staan de volgende punten die betrekking hebben op cliënten met GHB-problematiek:

- De Nieuwe Energie verleent opvang aan cliënten met GHB-verslaving zolang er geen structurele voorziening of detox voorhanden is. Rond begeleiding van deze cliënten is er samenwerking

met GGZ Rivierduinen en Brijder. Opvallend is dat de samenwerking met GGZ Rivierduinen momenteel geen concrete vorm lijkt te hebben.

- In het document worden drie processen uitgewerkt: 1) verdeling clientgroepen in de Regionale opvang, 2) aanmelding logees en passanten, 3) aanmelding cliënt in traject (met of zonder GHB-verslaving).

Bron 3: GHB-gebruik binnen de Specialistische Regionale Maatschappelijke Opvang van De Nieuwe Energie 28 augustus 2024

Doel document: beschrijving van de problemen aangaande mensen met problematisch GHB-gebruik in de Nieuwe Energie plus denkrichtingen voor oplossingen.

Belangrijke punten uit het document zijn:

- Er is een groeiend aantal mensen met een GHB-verslaving die voor onevenredig veel overlast zorgen. Bovendien leidt het er toe dat andere cliënten door hen in aanraking komen met GHB waardoor de gebruikersgroep groeit. De wens is om een volledige segregatie van GHB-gebruikers te realiseren door een aparte locatie voor hen in te richten. Ook zou er dan een gebiedsverbod voor de Nieuwe Energie en Papegaaisbolwerk moeten komen voor mensen die GHB gebruiken.. In afwachting van het advies van het Trimbos-instituut worden mensen in de tussentijd wel in de Nieuwe Energie opgevangen, met een maximum van 10 al bekende casussen.
- Hulpverlening vanuit de verslavingszorgpartner sluit onvoldoende aan bij de opvang. Hierdoor worden mensen met GHB-verslaving niet (of heel laat) geholpen. Ze komen bijvoorbeeld niet naar het spreekuur dat twee keer per week aangeboden wordt. Er is behoefte aan outreachende ondersteuning en nabijheid van een hulpverlener om mensen actief toe te leiden naar verslavingszorg en hen bij te staan op weg naar stabilisatie. Concreet is er behoefte aan budget om een outreachend werker aan te nemen.

Bron 4: GHB info 2020 De Nieuwe Energie

Doel document: beschrijving van de werking en dosering van GHB, onthoudingsverschijnselen, hoe te handelen bij overdosering.

Bron 5: Binnenvest Protocol GHB-gebruik versie 9 maart 2020

Doel document: Dit protocol beschrijft de wijze waarop wordt gehandeld bij de opvang van cliënten met GHB gebruik in een opvang, zoals de dag en nachtopvang.

Het protocol betreft de volgende onderwerpen:

- Algemene regels voor mensen die GHB gebruiken
- Voorwaarden proces van aanmelding ten aanzien van GHB-gebruik
- Wanneer er een wens is om te stoppen kan er een behandelplan in samenwerking met de verslavingsarts opgesteld worden
- Wenselijkheid om iemand met GHB-verslaving een eigen kamer te laten hebben
- GHB in bewaring brengen van de opvang: Gebruik onder toezicht, eigen verantwoordelijkheid van de client, afspraken komen in deelplan van de opvang

Opvallend: onduidelijk is of dit protocol geïmplementeerd is.

Bron 6: Motie PvdA aanpak GHB (RV 24.0065)

Doel document: motie PvdA, CDA en CU, oproep aan de gemeente met betrekking tot de aanpak van GHB-problematiek.

De motie bevat de volgende oproepen:

- Breng in kaart hoe groot de GHB-problematiek is in Leiden (en met name bij de Binnenvest)
- Breng de mogelijkheden in kaart om GHB-problematiek aan te pakken, en neem hierbij de aanpak van het Trimbos-instituut mee
- Werk samen in Holland Rijnland-verband
- Maak bij de begroting eind 2024 inzichtelijk welke mogelijkheden er zijn om de GHB-problematiek aan te pakken en wat de kosten hiervan zijn

Bron 9: Integraal Veiligheidsplan Leiden 2023-2026

Doel document: uitwerking van de doelstellingen van het Beleidsakkoord, beleidskader voor het veiligheidsbeleid van de gemeente Leiden.

Relevant in dit verband zijn de afspraken over woonoverlast door mensen die GHB gebruiken:

- Er is een Aanpak Woonoverlast en een Handelingskader Woonoverlast. Hierin staan afspraken over welke partner op welk moment de regie voert. Interventies worden door zowel zorg- als veiligheidsdomein opgepakt. Het Zorg- en Veiligheidshuis heeft een rol in het samenbrengen van partners uit het veiligheids- en zorgdomein, met name wanneer er sprake is van psychische problematiek. De inzet van (gedwongen) zorg kan een uitkomst bieden om de overlast situatie op te lossen.

Bron 10: Uitvoeringsplan 2024: Veiligheidsagenda Katwijk 2024-2027

Doel document: beschrijving van de activiteiten behorend bij het meerjarig veiligheidsbeleid van de gemeente Katwijk.

Een van de beschreven activiteiten kan betrekking hebben op mensen die GHB gebruiken:

- Personen met onbegrepen gedrag krijgen een goede ondersteuning, indien nodig worden zij doorgeleid naar de juiste zorgpartner en zorgen voor minder overlast in hun woonomgeving. Er wordt hierbij samengewerkt met ketenpartners en indien nodig zet men de Wet Woonoverlast in.

Bron 13: Programmabegroting - Beleidsterrein Kwetsbare groepen gemeente Leiden

Doel: beschrijving van doelen en prestaties voor het beleidsterrein Kwetsbare groepen.

Diverse doelen zijn gericht op preventie en herstel van verslaving en dak- en thuisloosheid:

- Stabiele leefsituatie [creëren] voor kwetsbare groepen
- Uitvoering geven aan preventie en herstel t.a.v. verslaving en dak- en thuisloosheid.

Een van de voornemens betreft het onderhavige onderzoek: "In 2024 heeft het Trimbos-instituut voor de regio Holland Rijnland een scan uitgevoerd op het gebied van GHB gebruik en genomen maatregelen. Op basis van de uitkomsten van het onderzoek wordt zo nodig een start gemaakt met een nieuwe of aangepaste GHB-aanpak".

Bron 13: Programmabegroting - Beleidsterrein Veiligheid gemeente Leiden

Doel: beschrijving van doelen en prestaties voor het beleidsterrein Veiligheid.

Een van de doelen is gericht op het beperken van overlast van personen met verward gedrag:

- Aangegeven wordt dat politicijfers een hoog aantal personen met verward/onbegrepen gedrag laten zien. Het gaat om mensen met complexe aandoeningen in combinatie met andere problemen zoals schulden, dakloosheid, werkloosheid, verslaving, illegaliteit. De problematiek is zichtbaar de openbare ruimte en wordt ook waargenomen in casuïstiek met betrekking

tot woonoverlast. Het handelingskader woonoverlast biedt instrumenten om met complexe problematiek om te gaan.

- Er is een subsidieaanvraag bij ZonMw in voorbereiding. Als de subsidie wordt toegekend, wordt deze onder andere ingezet om te bezien hoe er een 24/7 beschikbare plek voor hulp en opvang kan komen voor mensen die een ander type voorziening nodig hebben dan de Psychiatrische Eerste Hulp (PEH) of de Spoedeisende Eerste Hulp (SEH). Het betreft onder andere mensen die onder invloed zijn en/of met onbegrepen gedrag niet anders omschreven (niet-duidelijk psychiatrie en/of overlastgevend gedrag).

Bron 14: Ethos-telling van dak- en thuisloosheid Regio Holland Rijnland 9 oktober 2024

Doel document: beschrijving van de aard en omvang van mensen zonder dak of thuis in de regio Holland-Rijnland.

Een aantal cijfers betreft mogelijk deels mensen met GHB-verslaving:

- Bij 33% van de getelde mensen is er een vermoeden van verslavingsproblematiek
- Bij 43% van de getelde mensen is er sprake van psychische of psychiatrische problematiek
- In 14% van de gevallen is verslaving de reden waarom mensen hun woning zijn verloren. Verslaving is daarmee een van de meest voorkomende aanleidingen voor het verlies van woonzekerheid.

4 Omvang en aard van het GHB-gebruik



In dit hoofdstuk beschrijven we wat we op basis van de interviews kunnen zeggen over de omvang van het GHB-gebruik in de regio Holland Rijnland. Ook vatten we samen welke informatie professionals en cliënten hebben over de aard van het gebruik en de gebruikers.

4.1 Schattingen van de omvang en groepen personen met GHB-problematiek

Uit de interviews met de stakeholders blijkt dat er weinig cijfermatige data is over de inzet van zorg en diensten voor mensen met GHB-problematiek. In sommige gevallen zijn die er wel, maar zijn ze niet geschikt om ter beschikking te stellen ten behoeve van dit onderzoek (bijv. intern bestand met overlast meldingen van politie: en persoonlijke lijstjes met contacten).

De Spoedeisende hulp (SEH) registreert op 'intoxicaties GHB'. De Psychiatrische Eerste Hulp (PEH) doet dat niet. De politie geeft aan dat incidenten met GHB onder een algemene classificatie weggeschreven worden, bijvoorbeeld op 'overlast in verband met alcohol en drugs', 'overlast persoon', of 'overlast verward persoon'. De Brijder heeft registraties van mensen met een GHB-verslaving die bij hen in zorg zijn. In 2023 waren er in Leiden 54 cliënten met een GHB-verslaving in zorg, en in Alphen a/d Rijn 11 cliënten.

Aan alle geïnterviewde stakeholders en de cliënten vroegen we hoeveel personen met GHB-problematiek bij hen in beeld zijn en hoe deze groep is samengesteld. Het bleek voor de geïnterviewden moeilijk om exacte aantallen te noemen. Schattingen die zij gaven lopen nogal uiteen. Op basis van de interviews is echter wel een beeld ontstaan dat mensen die GHB gebruiken in verschillende groepen zijn te verdelen, met daarbij een ruwe schatting van het aantal personen. We onderscheiden vier groepen, die deels met elkaar overlappen. De mensen binnen zo'n groep of categorie kennen elkaar in meer of mindere mate.

1. Gebruikers en recente ex-gebruikers die in beeld van verslavingszorg zijn

Het GHB-team van Brijder Verslavingszorg heeft het meest complete zicht op de populatie GHB-gebruikers in de hele regio, zij schatten deze groep op 50 tot 75 personen. Zij zien zowel mensen die al bekend zijn bij de hulpverlening, als mensen die voor het eerst in beeld komen.

*De kraan staat bij ons (Brijder verslavingszorg) open,
er komen nog steeds mensen bij.¹*

¹ Citaten van professionals staan cursief in de tekst, citaten van cliënten staan in kaders.

2. Gebruikers die gebruik maken van de voorziening Nieuwe Energie

Het aantal gebruikers dat op de Nieuwe Energie verblijft bestond ten tijde van het onderzoek uit vijf personen. Dat waren er eerder meer (circa tien). Door schorsingen en een stop op mensen met GHB-gebruik is deze groep afgenomen. De groep veroorzaakt veel overlast op de Nieuwe Energie en er wordt gezegd dat zij bijdragen aan een verdere verspreiding van GHB-gebruik onder cliënten. Mensen uit deze groep worden niet of nauwelijks door het team van de verslavingszorg gezien omdat zij niet (opnieuw) in behandeling komen.

3. Overlastgevende gebruikers die veel politie-inzet vragen

De gebruikers die zich rond de Nieuwe Energie, het Papegaaibolwerk en de omgeving daarvan ophouden worden in de interviews veel genoemd (door Meldpunt Zorg en Overlast, politie en handhaving, SEH, veiligheidshuis en maatwerkfunctionarissen). De groep wordt omschreven als fors gebruikend, als 'zware gevallen' en ze zijn bekend bij politie en handhaving. Er is overlap met de groep die gebruikt maakt van de Nieuwe Energie, hoewel niet alle personen dakloos lijken te zijn. De geschatte omvang van deze groep varieert tussen de zes tot twintig mensen (schattingen zijn afhankelijk van de geïnterviewde en diens taken). In september 2024 had het Meldpunt Zorg & Overlast twee casussen afgesloten, één overgedragen en twee lopend. Bij het Veiligheidshuis waren twee dossiers afgesloten en liepen er nog acht casussen.

4. Thuis-gebruikers die niet in beeld en/of zorg zijn

Meerdere geïnterviewden vermoeden dat er een groep van mensen is die thuis GHB gebruiken, maar waar geen zicht op is. Ook uit de gesprekken met enkele cliënten blijkt dat zij mensen in hun netwerk kennen die thuis-gebruiken en redelijk functioneren maar waarbij er wel degelijk een problematisch patroon van GHB-gebruik speelt. Er is geen schatting van de omvang te geven.

Uit een interview met een cliënt:

"Niet alles is hoe op tv wordt geschetst, daar zie je de extreme gevallen. Het kan ook zomaar je buurvrouw zijn, het is niet per se dat je het gelijk ziet. Er zijn mensen die er goed op functioneren... Ook mensen waarvan je denkt van: huh, dat wist ik niet. Het komt meer voor dan je denkt, je ziet het niet. Mensen gebruiken het en hebben onder controle. Die gebruiken om zich oké te voelen. Kunnen het lang volhouden".

5. Mogelijke nieuwe doelgroep: arbeidsmigranten

Na afronding van de interviews in het kader van deze scanner kregen we eind januari een signaal dat er mogelijk een nieuwe doelgroep is. Met de start van de winter en de openstelling van de winteropvang in een bijgebouw van de Nieuwe Energie eind 2024 zijn er dakloze arbeidsmigranten afkomstig uit EU-landen in beeld gekomen die GHB gebruiken. In de interviews werden zij wel genoemd, maar vooral in relatie tot overmatige alcoholconsumptie. Er is bekend dat zij op campings verblijven en problemen onderling proberen op te lossen. Er leeft onder veel hulpverleners het idee dat zij niet in aanmerking komen voor voorzieningen of bemoeizorg, terwijl dakloze arbeidsmigranten uit de EU in veel gevallen recht hebben op gelijke behandeling (zie ook [checklist gelijke behandeling EU-burgers](#)).

Aanvulling op basis van interviews met cliënten:

We spraken met acht mensen met een persoonlijke geschiedenis van problematisch GHB-gebruik over hun persoonlijke situatie en de hulp die zij kregen. Een aantal dingen valt op.

Geen verhaal is hetzelfde

Ten eerste zijn het acht zeer individuele verhalen. De persoonlijke situaties van de mensen die we spraken liepen erg uiteen in ernst van gebruik, controle daarover, leefomstandigheden, hoop voor de toekomst en ervaringen met hulpverlening. Zo hoorden we onder meer over de volgende situaties:

- totaal ongecontroleerd gebruik, zonder echte hoop op verandering,
- gebruik afbouwend en bezig zijn met de toekomst,
- in en uit hulpverleningstrajecten, enige mate van gecontroleerd gebruik maar ook dealend,
- clean en in behandeling, met een jong kind,
- clean en opnieuw in behandeling na een aantal eerdere trajecten.

Deze persoonlijke verhalen illustreren de grote variatie binnen de groep mensen met GHB-problematiek. Daarnaast maken ze duidelijk dat het proces van herstel van een GHB-verslaving een grillig en langdurig verloop kent.

Hulpaanbod vraagt teveel in het beginstadium

Ten tweede zijn sommige mensen die GHB gebruiken niet in staat om van het bestaande hulpaanbod gebruik te maken. Om in aanmerking te komen en er baat bij te hebben, is namelijk een mate van controle van het GHB-gebruik nodig, alsmede enige sociale- en planningsvaardigheden. Mensen met een GHB-verslaving kunnen hier vaak niet aan voldoen. Als er eenmaal stappen gezet worden in het herstelproces werkt dat als een vlieg wiel, dan komt er meer en meer hulp beschikbaar. Lukt dat echter niet, dan is de situatie vrij uitzichtloos en is het gebruik het enige lichtpuntje.

Onderliggend trauma

Bijna alle cliënten noemen trauma's als bijkomend en/of onderliggend probleem. Met name vrouwen zijn kwetsbaar, omdat ze door hun gebruik ook traumatische gebeurtenissen kunnen meemaken. Cliënten weten dat zij bijkomende psychische problemen hebben, maar vertellen niet over hulp die zij daarbij krijgen.

GHB gebruikers zien zichzelf als anders (m.n. cliënten van de Nieuwe Energie):

Het hebben van een verslaving aan GHB heeft in beleid en huisregels een uitzonderingspositie. Dat zien we terug in het beeld dat de gesproken cliënten van zichzelf hebben. Ze zien zichzelf als anders: bepaalde regels in de Nieuwe Energie gelden voor hen bijvoorbeeld niet omdat ze om de twee uur moeten gebruiken.

Ondanks alle overlast die het gebruik met zich meebrengt, vertellen zij over zichzelf als een groep die zich beter weet te gedragen dan bijv. de crackcoke gebruikers. Gebruikers van GHB zouden minder stelen, elkaar helpen, socialer zijn en daarom naar elkaar toe trekken.

4.2 Waarom Leiden en omliggende gemeenten?

We vroegen professionals naar hun ideeën over waar de GHB vandaan komt en waarom het probleem veel in Leiden en omstreken speelt. Als het gaat over de verspreiding en handel van GHB wordt vooral naar de cliënten van Nieuwe Energie gewezen. Een aantal mensen staan daar bekend als verkoper van GHB. Bovendien heeft de aanwezigheid van GHB daar meerdere malen geleid tot gebruik door bewoners die voorheen geen GHB gebruikten. Buiten Leiden zijn er enkele mensen die het zelf maken, maar niet veel. Zelf GHB produceren vraagt om een goed organisatievermogen, wat bij mensen met problematisch gebruik ontbreekt. Er zijn vermoedens dat er een klein aantal GHB-dealers/producenten in de regio Holland Rijnland werkzaam is:

Het lijkt alsof er 1 iemand is die grote hoeveelheden produceert en op een bepaald de manier verspreid. Ik heb niet het idee dat er meerdere personen zijn die het maken, ook niet het idee dat mensen in eigen keukens dingen aan het maken zijn.

Uit een interview met een cliënt:

“Het enige middel wat je wel mee mag nemen in de slaapzak de nacht in, dat is GHB. Dat is niet te reguleren in gebruikersruimtes. Als jij daar ligt en jouw buurman neemt een dopje, dan denk je: doe mij ook maar een beetje’.

4.3 Netwerk of losse contacten

Is er sprake van een netwerk van GHB-gebruikers in de gemeenten regio Holland Rijnland? Verschillende geïnterviewden geven aan dat de gebruikers in deze regio elkaar over het algemeen kennen. Er lopen lijnen tussen de gemeenten. Het is echter niet zo dat mensen elkaar opzoeken om te gebruiken.

De GHB-gebruikers die zijn een bizar netwerk. Iedereen is iemands partners, zus, ex, kennis etc. Bijna iedereen kent elkaar of is bevriend geweest.

Uit een interview met een cliënt:

Zijn er netwerken van gebruikers?

“Er zijn veel mensen waarvan je het niet weet. Door iemand die G gebruikt leer je weer iemand anders kennen”.

“Ik zie het aan iemands motoriek, hoe iemand loopt. Ik zie zo heel veel mensen. Als je het weet, dan zie je het. Je herkent het uit duizenden.”

Over de reden waarom GHB-gebruik in deze regio meer lijkt voor te komen dan in andere gemeenten in Nederland leven verschillende ideeën. Enkele professionals suggereren dat er mogelijk (voor de stop op het toelaten van mensen met GHB-problematiek) een regionale of zelfs landelijke aantrekkingskracht was om naar de Nieuwe Energie te komen.

*In veel instellingen worden GHB-gebruikers geweerd wegens gevaar.
Maar Leiden hield nog steeds de maatschappelijk opvang voor hen open.*

De politie meldt dat zij de effecten van bezuinigingen op de GGZ en andere hulpverlening op straat terugzien. Daarnaast heeft GHB, meer dan andere drugs, het imago van 'elkaar aansteken'.

Hotspots

Er zijn geen specifieke gebruiksplekken of hotspots in Leiden of andere gemeenten genoemd. De uitzondering hierop is de Nieuwe Energie, locatie van de Binnenvest. Meerdere professionals zien of weten dat gebruik zich vooral in of rondom de locatie afspeelt. Ook worden station Leiden Centraal en de straten rondom het station genoemd. Qua regio worden Nieuwkoop en Hazerswoude-Rijndijk als plekken met veel gebruikers genoemd.

Uit de interviews met cliënten:

Het bij elkaar plaatsen van mensen die allemaal problemen hebben en veelal drugs gebruiken om daar mee om te gaan heeft gevolgen. De Nieuwe Energie is daardoor geen rustige en veilige plek voor mensen die op straat en in de drugscene verblijven. Veel van de onrust wordt van buiten mee naar binnen genomen. Voorbeeld hiervan zijn schreeuwen, stelen van elkaar, elkaar lastigvallen om geld of aandacht. Daarnaast noemen nieuwere cliënten het feit dat medebewoners hier soms al jaren verblijven erg ontmoedigend.

"Je wordt mentaal helemaal leeggezogen"

4.4 Kenmerken van mensen die GHB gebruiken

Op basis van diverse interviews met professionals die zicht hebben op mensen die GHB gebruiken komt het volgende beeld naar voren:

- Er zijn ongeveer evenveel mannen als vrouwen die GHB gebruiken, mogelijk iets meer mannen. Opvallend is dat bij de Brijder meer mannen dan vrouwen in zorg zijn voor GHB-verslaving (in 2023 was 63% man, tegen 37% vrouw).
- Het gaat bijna uitsluitend om mensen van Nederlandse herkomst.
- Er is in de problematische gebruikersgroep bijna altijd sprake van bijkomende psychische problematiek. Het meest genoemd worden: angst- en depressieve klachten, trauma en PTSS, maar ook psychose, schizofrenie, persoonlijkheidsproblematiek en autisme zijn genoemd. Overigens is het moeilijk om oorzaak en gevolg van psychische problematiek en gebruik in deze groep te achterhalen.

- GHB is zelden het enige middel dat mensen gebruiken. Het gebruik van speed en (snuif) cocaïne wordt veel genoemd, waarschijnlijk om het versuffende effect van GHB op te heffen. Alcohol en tabak worden praktisch altijd bijgebruikt. Minder vaak gaat het om cannabis, benzodiazepines, heroïne, basecoke, MDMA en 3-MMC.
- Qua leeftijd van de frequente gebruikers van GHB lopen de schattingen uiteen. Leeftijden die professionals noemen variëren tussen eind 20 tot 60. GHB-gebruik onder jongeren wordt niet veel gezien, en ook de verslavingszorg ziet weinig nieuwe aanwas onder jongeren. De hulpverleners van de Brijder vermoeden dat er sprake is van een 'cohort van gebruikers' die nu tussen de 30 en 40 jaar zijn. Binnen deze leeftijdsgroep zien zij een toename van gebruikers, of mogelijk een toename van de zichtbaarheid van (bestaand) gebruik.
- De overige kenmerken verschillen per bovengenoemde groep. De groep gebruikers uit de Nieuwe Energie en degenen die op straat leven zijn meestal lager geschoold, werkloos en (uiteeraard) dakloos. In de twee andere groepen hebben mensen regelmatig een huis en werk, en soms zelfs kinderen (bij de Brijder had in 2023 28% van de cliënten een of meerdere kinderen).

4.5 Gevolgen van gebruik

Professionals en gebruikers geven aan dat de negatieve gevolgen van GHB-gebruik aanvankelijk te overzien lijken. Sommige mensen weten dan nog steeds redelijk te functioneren. Voor mensen met een minder sterk netwerk, minder vaardigheden en meer kwetsbaarheden is het bijna altijd de start van een groot pallet aan problemen.

*Als iemand aan GHB verslaafd is, zien we iemand wel sterk afglijden.
Of dat snel gaat verschilt per persoon. Dat zie je wel aan woning, uiterlijke
verzorging. Die zie je hard achteruitgaan.*

Uit de gesprekken komen gevolgen van GHB-gebruik naar voren voor zowel de omgeving als voor het individu. Wat betreft *de omgeving* wordt het gedrag en daarmee samenhangende overlast genoemd. Dit gedrag ontstaat onder invloed van GHB, bij het te veel nemen (overdosering) of juist bij het te laat nemen. Een aantal voorbeelden die we hoorden van de geïnterviewden zijn decompenseren en 'gek' gedrag, naakt of deels ontkleed rondlopen, schreeuwen, in vijvers springen en 'out' gaan. De mensen die het betreft zijn zich hier niet altijd bewust van. Hierdoor ontkennen ze soms ook de overlast die ze veroorzaakt hebben en valt het in hun ogen wel mee. Andere gevolgen die de geïnterviewden noemen zijn zorgen omtrent de leefbaarheid van de stad, criminaliteit en het verslechteren van het veiligheidsgevoel van mensen.

Ontwenningverschijnselen van GHB (bron: [Drugsinfo.nl](https://www.drugsinfo.nl))

- De eerste ontwenningverschijnselen bij een persoon met een lichamelijke GHB-afhankelijkheid ontstaan 1 tot 8 uur na inname van de laatste dosis: trillen, slapeloosheid, zweten, misselijkheid, braken, rusteloosheid, milde angst of onrust.
- Binnen 24 uur kunnen ernstige ontwenningverschijnselen ontstaan: hallucinaties, versnelde hartslag, heftige angst, verhoogde bloeddruk, onrust, plotselinge verwardheid, versterkte spierafbraak en insulten (een 'toeval'). De verschijnselen kunnen enkele weken aanhouden.

Er zijn diverse negatieve gevolgen voor *de persoon zelf*:

- Allereerst de sterke afhankelijkheid van het middel, het om de 2 uur moeten gebruiken en de lichamelijke gevolgen bij zowel onttrekking als het overschrijden van de dosering.
- GHB is een moeilijk middel om vanaf te komen, de terugval na behandeling is hoog. Dat maakt dat mensen in een cyclus van gebruik en niet-gebruik terechtkomen.
- Er ontstaan problemen op allerlei levensgebieden: woonoverlast, huuruitzetting, schulden, relatieproblemen, marginalisering en sociaal isolement.
- Mensen verliezen soms hun woning. Dit komt o.a. door de kosten en overlast die met problematisch GHB-gebruik gepaard gaan. Huurachterstanden in combinatie met klachten van omwonenden kunnen leiden tot huisuitzettingen. Het verlies van een woning is een kantelpunt naar verder afglijden.
- Er zijn zorgen over de (jonge) vrouwen die zich prostitueren om te kunnen gebruiken.
- In de ernstigere gevallen leiden de negatieve gevolgen tot een uitzichtloos leven.

Dit alles leidt in de ernstigere gevallen tot een "(...) uitzichtloos leven. Het gebruik geeft geen kans om gedrag te veranderen, geen motivatie meer en leidt tot uitsluiting van de maatschappij."

Uit een interview met een cliënt:

"Dan gebruik ik een tijd minder en dan komt het in één keer keihard binnen. Wat ben ik aan het doen, waar ben ik mee bezig? Als ik dat te vaak heb 's ochtends, dan ga ik nadenken, wat wil ik nou eigenlijk? Als je GHB gebruikt denk je niet zoveel na over dingen. Dan ga je maar door en alles is goed. Ik verveel me nooit, altijd bezig. En als ik aan tafel zit en ik neem een doppie dan is alles goed, dan denk je niet meer aan niks te doen hebben."

5 Hulpaanbod



Mensen die in de problemen komen door GHB gebruik hebben bijna altijd problemen op allerlei levensgebieden. Om daar samen met hen uit te komen is hulp nodig op het gebied van: verslaving, psychische problemen, wonen, huisvesting, inkomen, lichamelijke gezondheid en justitie/politie. Op het moment van het onderzoek in de regio Holland Rijnland is er al veel hulp aanwezig en zijn verschillende organisaties en instellingen betrokken. Veel daarvan spraken we voor dit onderzoek (zie tabel 1). De meesten daarvan spraken we voor dit onderzoek (zie tabel 1).

Het doel van onderdeel van het dit onderzoek is niet om een compleet beeld van het bestaande hulpaanbod te geven. Het richt zich op wat in de interviews naar voren kwam in relatie tot hulp en voorzieningen voor mensen met GHB-problematiek.

Brijder Verslavingszorg

Brijder heeft een specifiek team opgezet en een aanpak ontwikkeld om mensen met GHB-problematiek te kunnen helpen. Ze bieden klinische detox aan en hebben een ambulant aanbod van zelfhulpgroepen voor mensen na de detox. Het GHB-team bestaat uit artsen, psychologen en verpleegkundigen. Naast het team dat specialistische zorg voor verslaving biedt, is er een preventieteam. Zij hebben expertise op het gebied van deskundigheidsbevordering, preventie en GHB. Ze helpen bij het vinden van safehouses na een traject van detox en klinische behandeling.

Binnenvest locatie Nieuwe Energie en Scheefhuisjes

De Nieuwe Energie is een dag- en nachtopvang voor mensen die dakloos zijn geraakt. Ze biedt geen behandeling maar wel begeleiding, gericht op verslavingen of andere problematiek. Ook biedt ze praktische ondersteuning op allerlei leefgebieden. De Binnenvest heeft enkele zogenaamde Scheefhuisjes voor mensen die niet groepsgeschikt zijn. Ze komen daarvoor in aanmerking wanneer zij zelfstandig kunnen wonen, geen gevaar vormen voor zichzelf of anderen. Daarnaast moeten ze zich begeleidbaar opstellen en meewerken aan budgetbeheer.

Overlegtafels

Uit de interviews blijkt dat er in de regio veel overlegtafels zijn waar mensen met problematisch GHB-gebruik worden besproken en/of waar signalen worden gedeeld:

- Focusoverleg (veiligheidshuis)
- Rondetafeloverleg (meldpunt zorg- en overlast)
- Zorgnetwerkoverleg
- Overleggen met omgeving (Nieuwe Energie)
- Signaleringsoverleg (handhaving en politie)
- Verschillende MDO's
- Overleg Toeleidingsteams
- PGA GHB (zorg- en veiligheidshuis)

5.1 Wat gaat goed?

Urgentiebesef professionals

Uit de interviews wordt duidelijk dat het urgentiebesef onder de professionals erg hoog is. Zonder uitzondering maken ze zich zorgen om de mensen met GHB-problematiek en hebben ze commitment en motivatie om de problematiek aan te pakken. Professionals zijn oprecht bezorgd over het lot en het welzijn van kwetsbare personen en zouden graag meer kunnen betekenen.

Samenwerking tussen professionals

Uit verschillende gesprekken blijkt dat professionals in het algemeen vinden dat de samenwerking goed is. Partijen weten elkaar te vinden en de communicatie is goed. Ook zijn professionals zich ervan bewust dat vanwege de aard van de problematiek een netwerksamenwerking nodig is. Uit een interview blijkt dat er in het verleden verkeerde verwachtingen waren van elkaar, maar dat onder andere door een breed bezocht webinar GHB-ketensamenwerking (georganiseerd door GGD en Veiligheidshuis) hier meer duidelijkheid over is ontstaan.

Uitwisseling signalen

Ondanks gebrek aan registratie op GHB (met uitzondering van Brijder), is er veel uitwisseling van signalen. Er zijn meerdere overlegtafels en casusoverleggen waar professionals casussen bespreken of signalen uitwisselen. In de basis zijn deze overlegtafels een bevorderende factor voor betere hulp aan mensen met problematisch GHB-gebruik. Het stelt mensen in staat om elkaar te vinden (maar zie ook belemmerende factoren).

Beschikbaarheid specialistisch GHB-team

In Leiden is er zoals gezegd vanuit Brijder verslavingszorg een multidisciplinair team bestaande uit een arts, psycholoog en verpleegkundigen die gespecialiseerd zijn om cliënten met GHB-problematiek te helpen. De gesproken professionals geven aan dat hun aanpak voor een deel van de mensen succesvol is. De aanpak is uniek in Nederland en was genomineerd voor de Herstelaward 2024 van Verslavingskunde Nederland (derde prijs).

5.2 Knelpunten in de zorg voor mensen met GHB-problematiek

Ondanks de goede samenwerkingen en het urgentiebesef is duidelijk geworden dat het niet lukt om te komen tot een structurele oplossing voor de vraagstukken rond GHB-problematiek. De groep mensen met problematisch GHB-gebruik is de afgelopen jaren niet afgenomen. Mensen blijven in allerlei overleggen besproken worden zonder dat er passende hulp komt. Uit de interviews komen verschillende belemmerende factoren naar voren die hieraan bijdragen.

Onduidelijkheid in beleid en andere knelpunten rond de Nieuwe Energie

Uit meerdere interviews blijkt de 'spagaat' waar de dag- en nachtopvang in zit. Aan de ene kant krijgen gebruikers van GHB geen toegang vanwege hun gedrag en blijven daardoor op straat. Aan de andere kant krijgen ze soms wel toegang, omdat mensen ook niet altijd de deur kan worden ontzegd, bijvoorbeeld bij het ingaan van de winterregeling. Diverse professionals spreken zich uit over onduidelijkheid in beleid aangaande het wel of niet toelaten van mensen met GHB-gebruik en de frustraties die hierover regelmatig ontstaan.

Het blijven mensen van vlees en bloed. Je kunt ze niet zomaar op straat flikkeren. Je moet iets hebben waar ze wel binnen kunnen zijn, ondanks de GHB.

Een ander knelpunt bij de Nieuwe Energie is dat gebruikers van GHB zich tussen de mensen die geen GHB gebruiken mengen. Dit heeft nieuwe aanwas gevolg. Daarnaast heeft personeel te maken met heftig gedrag en overlast van gebruikers en is er een groot verloop van personeel. Dit laatste is ook onwenselijk omdat daardoor steeds kennis verloren gaat, bijvoorbeeld over eerdere samenwerkingsafspraken.

Daarnaast is de Nieuwe Energie de enige maatschappelijke opvanglocatie in de regio waar 24 uur per dag, 7 dagen per week, toezicht en beveiliging wordt geboden. Daarom worden dakloze mensen met complexe problematiek die deze mate van toezicht nodig hebben in de Nieuwe Energie opgevangen. Voor veel dakloze GHB-gebruikers is dit de enige opvangplek in de regio, er zijn geen alternatieven.

Tenslotte onderstrepen professionals die bij de Nieuwe Energie werken dat er grote uitdagingen zijn waar het personeel mee te maken heeft, met name rond veiligheid.

Niet kunnen voldoen aan de voorwaarden van de Brijder en gebrek aan alternatieve behandelopties

Om in behandeling te komen bij het specialistische GHB-team van de Brijder moeten cliënten akkoord gaan met een strakke behandelovereenkomst met duidelijke voorwaarden. Dit is voor een deel van de verslaafde GHB-gebruikers een belemmering omdat ze dit niet kunnen en soms ook niet willen. De voorwaarden houden onder meer in dat zij naar de spreekuren moeten komen, er motivatie moet zijn om te willen stoppen met het middel, en mensen het afbouwprotocol moeten willen volgen, ook voor andere middelen die bijgebruikt worden. Er zijn weinig alternatieven voor mensen die zich niet kunnen of willen committeren aan deze voorwaarden. Mensen zonder een vaste woon- en verblijfplaats komen niet in aanmerkingen voor zorg vanwege het ontbreken van een stabiele woonplek.

Wanneer mensen wel in het behandeltraject van Brijder komen, zijn er geen doorstroomplekken waar mensen naartoe kunnen na het doorlopen van de behandeling (zie ook wonen). Dit is zorgelijk want het is bekend dat na ambulante behandeling er een kwetsbare periode aanbreekt waarin het gevaar voor terugval in GHB-gebruik hoog is.

Uit een interview met een cliënt:

“(Over nazorg) Daar vind ik dat de zorg daar meer op gefocust moet worden. Het gaat om daarna. Ik zie zoveel mensen terugvallen”

“Als ik op nul stond met GHB, helemaal clean was zeg maar, toen begon het bij mij pas. Ik vond de supermarkt al eng. Vanwege al die mensen die praten en die vermoeidheid. Ik geloof heel erg, dat je als je ervan af bent, dat dan pas de nazorg moet beginnen. En weer langzaam dagelijks leven in gaan.”

Uit beeld raken van mensen

Uit verschillende interviews blijkt dat er mensen met verslavingsproblemen, vooral als zij overlast veroorzaken, meestal op enig moment in beeld komen. Zij raken daarna echter ook vaak weer uit beeld. Zo wordt verteld dat op het moment dat een cliënt met GHB-problemen hulp van het wijkteam afhoudt, de oorspronkelijk verwijzer hier geen signaal over krijgt. Dan zou er gebeld moeten worden zodat zij kunnen kijken wat ze wél kunnen doen, aldus deze professional. De SEH geeft aan een loket te missen waaraan ze kunnen laten weten dat iemand met GHB-intoxicatie is binnengebracht of waar ze cliënten zelf naartoe kunnen sturen. De politie geeft aan graag ingelicht te willen worden door de Nieuwe Energie over schorsingen en redenen daarvoor. Op deze manier zijn ze beter voorbereid bij een eventuele melding over een cliënt met GHB-problematiek.

Er is behoefte aan een persoon die langdurig contact houdt met de client, ook als het weer rustig is.

Ten slotte komt een deel van de GHB gebruikende mensen helemaal niet in beeld, omdat hun gebruik 'achter de voordeur' plaatsvindt en mensen redelijk blijven functioneren en niet uitvallen. Daarbij zijn er ook mensen die de zorg actief afhouden.

Hoe ver moet iemand nog in de put zakken voordat we iets kunnen doen. Als iemand zorg blijft afhouden.

Gebrek aan regie

Uit meerdere interviews blijkt dat het ontbreekt aan regie over mensen met GHB-problematiek en er een ketenaanpak mist. Er zijn diverse overlegstructuren (zie hulpaanbod). Hier komen signalen over (een deel van) de mensen in terug en worden acties uitgezet. Maar wanneer een actie is afgerond en een probleem is 'opgelost', is er nog steeds hulp nodig maar vaak niet beschikbaar.

Als je niet een grote ketenaanpak doet dan laat je het altijd ergens los.

Trajecten zijn langdurig, en met kleine stappen, en soms 2 stappen terug. Het is nodig om de grote lijn in de gaten te houden. Het zijn langdurige casussen die je langdurig moet volgen.

Samenwerking: onduidelijkheid in taken en rollen, ontbreken van samenwerkingspartners, gegevensuitwisseling

Belemmerend in een ketensamenwerking is dat professionals niet altijd weten welke samenwerkingspartners benaderd kunnen worden voor hulp. Soms worden samenwerkingspartners gemist, zoals bijvoorbeeld de GGZ. Bijna elke cliënt heeft GGZ-problematiek, maar iemand met een GHB-verslaving kan niet bij de GGZ terecht. Tussen sommige partners is er in de basis een goede samenwerking, maar ligt er een behoefte om deze te intensiveren. Zo geeft een geïnterviewde van de Nieuwe Energie aan behoefte te hebben om meer af te stemmen rondom cliënten na detox en zouden ze Brijder graag zien aansluiten bij hun focusoverleggen.

Een andere belemmering in de samenwerking is de gegevensuitwisseling. Een geïnterviewde merkt op dat gegevens wel degelijk uitgewisseld mogen worden, mits onderbouwd. Maar dit is niet bij iedereen bekend.

Gebrek aan kennis

Geïnterviewden werkend bij de Binnenvest en politie geven aan medische kennis te missen over hoe te handelen bij gedrag en medische gevolgen van GHB-gebruik. De Binnenvest geeft aan behoefte te hebben aan een medisch professional die kan meedenken en aan een korte lijn met (medische) consultatie bij Brijder. De ervaring met de laatste is dat Brijder hier de capaciteit niet voor heeft. Voor boa's die niet bekend zijn met GHB-problematiek speelt er ook handelingsverlegenheid. Bovendien kan het gedrag van GHB-gebruikers onvoorspelbaar en beangstigend zijn.

Een geïnterviewde noemt dat er weinig kennis is over de onderliggende factoren voor (problematisch) GHB-gebruik. Meer specifieke kennis hierover zou de grote groep problematische gebruikers kunnen helpen terugdringen omdat je meer preventief kunt werken, aldus de professional. Een andere professional geeft aan dat meer kennis over het middel en wat het met mensen doet ook helpt om meer begrip te krijgen voor deze groep en daarmee kan leiden tot betere hulp. Iemand anders geeft aan kennis te missen over hoe je mensen die hun leven op orde hebben kunt helpen om stabiel te blijven in gebruik.

Gebrek aan verschillende woonvoorzieningen

Er is een gebrek aan doorstroomplekken en woningen voor mensen met GHB-problematiek en mensen in herstel. Dit knelpunt kwam in veel van de gesprekken naar voren. De woningmarkt voor lage inkomens zit 'op slot' en er wordt gewerkt met een quotum voor contingent-woningen (ook wel c-woningen dat wil zeggen woningen van een woningcorporatie bedoeld voor speciale doelgroepen).

Daarnaast zijn er wachtlijsten en worden mensen met GHB-problematiek vaak niet geschikt bevonden voor bepaalde woonvoorzieningen. Dit geldt bijvoorbeeld voor het begeleid wonen aanbod van Rivierduinen, waar GHB-gebruik een contra-indicatie is. Ook de c-woningen zijn vaak niet geschikt. Voor een c-woning geldt dat deze maar één keer aangeboden wordt, verliest een cliënt de woning, dan houdt het op. De Nieuwe Energie is de plek waar mensen zonder woning terecht kunnen. Maar ook hier is er een gebrek aan plekken en moeten nieuwe mensen geweigerd worden, omdat de uitstroom is gestagneerd. De Nieuwe Energie is verder de enige aanbieder voor maatschappelijke opvang in de regio, wat bijdraagt aan de druk op deze voorziening.

Daarnaast zijn veel van deze plekken ook niet geschikt voor mensen in herstel van verslavingen. Dit geldt voor de Nieuwe Energie en het sociaal pension van de Binnenvest. Hier komen zware doelgroepen waar veel middelengebruik speelt en er is een gebrek aan ondersteuning. Het cleanhouse van de Binnenvest biedt wel ondersteuning bij herstel, maar hier speelt een ander knelpunt. Cliënten moeten zes weken clean zijn om in aanmerking te komen voor een cleanhouse, terwijl het klinische behandeltraject maximaal drie weken duurt. In de tussenliggende periode vallen cliënten soms alweer terug.

Rol van de Gemeente

De gesproken medewerkers van de gemeenten omschrijven de rol van de gemeente als volgt:

- Het beleid van de gemeente bepaalt of er meer opvangplekken voor GHB-gebruikers komen. Daar wordt ook al hard aan gewerkt samen met de Binnenvest.
- De gemeente kan een signaal afgeven dat zij het belangrijk vindt dat er meer regie genomen wordt bij deze groep, dat mensen langer gemonitord worden en dat partijen integraal samenwerken.
- De gemeente is verantwoordelijk voor het regelen en vlottrekken van problemen met bijvoorbeeld uitkeringen, inschrijvingen etc.

Op de vraag of de regie van trajecten rond gebruikers van GHB bij de gemeente moet komen te liggen zijn de geïnterviewden verdeeld. Wel zien de medewerkers een aantal rollen voor de gemeente weggelegd die hier belangrijk bij zijn. Samengevat komen deze rollen neer op erkennen, faciliteren en financieren.

- De gemeente zal een aanpak moeten aanjagen en faciliteren. Misschien zijn ze ook verantwoordelijk voor een deel van de procesregie, maar dat zou ook de GGD kunnen doen.
- Financiële coördinatie, het organiseren en bij elkaar halen van partijen is aan de gemeente. Net als het garanderen dat gemeentelijke diensten als de Binnenvest hun werk kunnen doen.
- Het is aan de gemeente om de urgentie van de situatie aan te geven en instellingen daarmee te 'dwingen' mee te bewegen.
- Er moet iemand binnen de gemeente zijn die een lans breekt voor uitzonderingen in moeilijke casuïstiek.

*Als een GHB-gebruiker zijn verplichtingen niet nakomt voor woning en uitkering, dan moet de gemeente wel iets kunnen doen, bijvoorbeeld zorgen voor doorlopen van de uitkering zodat je je huur kunt betalen (...)
Dan heb je iemand nodig die binnen de gemeente een lans kan breken voor zulke casuïstiek. Anders ben je verder van huis. Daar zit verantwoordelijkheid van gemeente.*

6 Conclusies en aanbevelingen



6.1 Conclusies

1. Wat is de aard en de omvang van het GHB gebruik in de gemeenten regio Holland Rijnland en welke groepen gebruikers zijn te onderscheiden?

Uit het onderzoek is duidelijk geworden dat de omvang van de populatie gebruikers van GHB hoog is en boven die van andere gemeenten ligt. Bovendien is de aard van het gebruik in een deel van de groep veelal zeer problematisch en is de organisatie van zorg en ondersteuning van deze kwetsbare mensen momenteel niet toereikend.

Op basis van het onderzoek zijn er tenminste vier groepen personen die GHB gebruiken te onderscheiden. Het gaat om de volgende groepen:

1. Gebruikers en ex-gebruikers die in beeld van verslavingszorg zijn
2. Gebruikers die gebruik maakt van de voorziening Nieuwe Energie
3. Overlastgevende gebruikers die veel politie-inzet vragen
4. Thuis-gebruikers die niet in beeld en/of zorg zijn
5. Arbeidsmigranten zijn een mogelijk vijfde nieuwe groep

Personen kunnen in meerdere groepen vallen. Het is moeilijk om een precieze betrouwbare schatting te geven van om hoeveel mensen het gaat. Dit komt door de overlap tussen de groepen, het niet in beeld zijn van sommige groepen, en doordat veel partijen die te maken met GHB-gebruikers hier niet apart op registreren.

Het is moeilijk om een precieze cijfermatige vergelijking te maken tussen het voorkomen van de GHB-gebruik in de gemeenten regio Holland Rijnland en andere gemeenten in Nederland. Dit komt doordat landelijke cijfers op het niveau van gemeenten ontbreken. Er zijn ook geen cijfers over in hoeverre het problematisch gebruik voorkomt.

2. Hoe ziet het huidige ondersteunings- en hulpaanbod voor gebruikers van GHB in de gemeenten regio Holland Rijnland er momenteel uit?

Huidig aanbod

Het huidige ondersteunings- en hulpaanbod bestaat uit het specifieke GHB-team van Brijder Verslavingszorg, het verblijfsaanbod van de Binnenvest en de diverse overlegtafels waar getracht wordt crisissen op te lossen en mensen naar zorg te geleiden. Met name het specialistisch GHB-team is een sterk punt in de regio. Brijder boekt goede resultaten en heeft over de jaren heen veel mensen kunnen helpen. De kennis en expertise die er over GHB is, is een bevorderende factor om GHB-problematiek in de regio aan te pakken.

Knelpunten

Maar er zijn ook verschillende knelpunten waardoor deze behandeling niet bij iedereen ingezet kan worden of voldoende goede resultaten boekt. Ten eerste moeten gebruikers gemotiveerd zijn om een detox-traject in te gaan. Niet alle gebruikers zijn gemotiveerd om ook daadwerkelijk

te stoppen. Bovendien moeten mensen ook gemotiveerd zijn om te stoppen met alle andere middelen die zij gebruiken. We hebben geconstateerd dat gebruikers van GHB bijna allemaal verschillende middelen bijgebruiken. Dit maakt de drempel voor een dergelijk traject extra hoog. Een tweede knelpunt is de beperkte doorstroom naar vervolgbehandeling. Ten derde is het gebrek aan voldoende huisvesting een knelpunt. Wanneer er geen basis is na een behandeltraject, komt iemand weer op straat of in de maatschappelijke opvang. Met name het laatste maakt deze behandeling niet geschikt voor mensen die afhankelijk zijn van de maatschappelijke opvang. Het terugkomen op deze plek leidt met grote waarschijnlijkheid tot terugval in gebruik. Ten slotte is het risico op terugval in gebruik bij een verslaving aan GHB in zijn algemeenheid heel hoog.

Voldoende overlegstructuren

Er bestaan veel overleggen of z.g. overlegtafels waarin mensen met GHB-problematiek besproken en/of aangemeld werden. Op papier zou een behandeling of aanmelding in een overlegtafel moeten kunnen leiden tot acties waarbij iemand geholpen werd.

Knelpunten

Uit alle gesprekken waarin overlegstructuren besproken werden bleek dat er zelden concrete acties uit deze overlegstructuren voortvloeiden. Het ontbreken van eigenaarschap en duidelijke rol- en taakverdelingen blijken knelpunten in de huidige overlegstructuren.

3. Welke oplossings- en verbeterrichtingen zijn er wat betreft de aanpak van GHB-gebruik in de gemeenten regio Holland Rijnland?

Er zijn momenteel diverse belemmeringen in de huidige aanpak van zorg voor mensen met GHB-problematiek. Het oplossen van deze belemmeringen is prioriteit om tot goede zorg te komen en om een halt toe te roepen aan het groeien van de groep. Op basis van suggesties en behoeften van de geïnterviewden en de kennis van het Trimbos-instituut komen we tot onderstaande oplossings- en verbeterrichtingen. Vanwege de urgentie van de situatie is er behoefte om op korte termijn actie te ondernemen. Daarom geven we hieronder op verzoek van de opdrachtgever aan welke oplossingsrichtingen op korte termijn uitgezet kunnen worden en welke meer voor de langere termijn gelden.

6.2 Aanbevelingen

De aanbevelingen staan in willekeurige volgorde. In de werksessie van 4 maart 2025 waarin de resultaten aan de stakeholders gepresenteerd werden, is nagedacht over prioritering, samenhang en eventuele gewenste volgorde.

Korte-termijn aanbevelingen

Deze aanbevelingen voor de korte termijn hangen met elkaar samen en raken elkaar. Het aanstellen van een bemoeizorger (b) is het meest effectief als er ook een casusoverleg (d) is waar deze deel van uitmaakt. Dat betekent echter niet dat er gewacht moet worden op het casusoverleg. Een bemoeizorger kan op hele korte termijn starten met het opbouwen van relaties met zowel de gebruikers als de ketenpartners.

Alvorens er een apart GHB-afdeling ingericht wordt (a) is het echter belangrijk dat er met beleidsontwikkeling in de Nieuwe Energie aan de slag wordt gegaan (c). Het personeel op een dergelijke afdeling heeft duidelijke kader nodig om het te doen slagen.

a. Creëer een aparte GHB-afdeling voor cliënten binnen de locatie van de Nieuwe Energie

Een afdeling voor mensen met GHB-problematiek voorziet in het bieden van een veilige plek en een dak boven het hoofd van deze groep kwetsbare mensen. Een aparte afdeling zorgt ervoor dat de inmenging met andere cliënten van de Nieuwe Energie beperkt wordt. Hierdoor helpt het nieuwe aanwas voorkomen. Ook voorkomt het dat mensen gaan zwerven of de straat op gaan en daarom helpt het bij het in beeld kunnen houden van mensen. Een belangrijke voorwaarde is dat deze afdeling beschikking heeft over een somatische achterwacht (zie ook aanbeveling c over beleid).

De aparte voorziening zoals geschetst in bron 3 van het documentonderzoek (GHB-gebruik binnen de Specialistische Regionale Maatschappelijke Opvang van De Nieuwe Energie 28 augustus 2024) heeft in onze ogen een aantal nadelen. Het biedt geen oplossing voor gedrag dat kan ontstaan als gevolg van GHB-gebruik. Mensen hebben nog meer afstand tot de voorzieningen binnen de Nieuwe Energie. En mensen kunnen zich opgegeven voelen en hun motivatie helemaal verliezen.

b. Stel een bemoeizorger verslavingszorg aan

Een van de belemmeringen is dat mensen niet in beeld blijven bij professionals. Een bemoeizorger die naast de client gaat staan en niet loslaat is een van de succesvolle componenten van de gemeentelijke GHB-aanpak van het Trimbos-instituut (zie ook het onderzoek naar deze aanpak). De bemoeizorger biedt ambulante begeleiding aan cliënten en realiseert daarmee ook gelijk een uitbreiding van de beschikbare vormen van hulp boven op het huidige aanbod van Brijder. Dit sluit ook direct aan bij de behoefte van de Nieuwe Energie aan meer inhoudelijke ondersteuning. Een bemoeizorger zoekt mensen actief op. Dit kan bijvoorbeeld in de eigen thuisomgeving zijn, in de maatschappelijke opvang of op straat. Een bemoeizorger helpt bij het in beeld krijgen en houden van mensen met (beginnende) problematiek die zelf de weg naar hulpverlening niet kunnen of willen maken. Deze persoon kan samen met de cliënt zoeken naar waar verbeteringen in kwaliteit van leven mogelijk zijn en ondersteunen in trajecten van herstel. Een bemoeizorger kan helpen bij het organiseren van praktische voorzieningen zoals het aanvragen van een uitkering of postadres. Ten slotte houdt een bemoeizorger een vinger aan de pols wanneer iemand niets wil of terugvalt in gedrag of gebruik. Een bemoeizorger in dienst van de Brijder verslavingszorg is gezien de link met behandeling en de aard van de problematiek het meest logisch.

Aandachtspunt:

Een vaste outreachend werker (bemoeizorger) van de instelling voor verslavingszorg doet mee aan het casusoverleg. Dit is een randvoorwaarde om een aanpak een kans van slagen te laten hebben. Het mandaat van het overleg maakt dat deze outreachende werker ook daadwerkelijk tot acties kan overgaan. Momenteel is een dergelijke professional nog niet betrokken bij de aanpak van de problematiek (zie ook aanbeveling b). Bij afwezigheid van een vaste bemoeizorger moet gekeken worden of deze rol bij een andere outreachend werker belegd kan worden.

c. Ondersteun beleidsontwikkeling en deskundigheidsbevordering in de Nieuwe Energie

In de Nieuwe Energie lijkt geen eenduidig beleid rond cliënten met een GHB-verslaving te bestaan. Ook lijkt de kennis van de professionals over de specifieke kenmerken van een GHB-verslaving en gerelateerde problematiek niet volledig.

Op korte termijn kan een serie trainingen georganiseerd worden door Brijder, eventueel in samenwerking met een arts van de SEH, voor medewerkers van de Nieuwe Energie. Onderwerpen die in de trainingen moeten terugkomen zijn effecten en risico's van GHB, hoe om te gaan met acute en lange-termijn risico's van gebruik, wanneer naar wie verwijzen bij incidenten of problemen, wat zijn de mogelijkheden voor laagdrempelige harm-reduction voorzieningen en stabilisatie van gebruik binnen de Nieuwe Energie. Stichting Mainline heeft specifiek scholingsaanbod over GHB-gebruik in de maatschappelijke opvang. Het is belangrijk dat de gemeente deze deskundigheidsbevordering financieel faciliteert.

Daarnaast is het nodig om de Nieuwe Energie te ondersteunen bij het maken van en implementeren van een GHB-beleid. Er kan worden voortgebouwd worden op de stukken die er al zijn (bron 2 t/m 5 uit het documentonderzoek). Het is belangrijk dat de bestaande informatie opnieuw bekeken wordt en geactualiseerd wordt. Uitgangspunt moet zijn dat mensen met GHB-verslaving welkom zijn in (een deel van) de maatschappelijke opvang. Het gaat immers om kwetsbare mensen die nergens anders heen kunnen. Betrek bij het tot stand komen van het beleid ook de dagelijks begeleiders/woonbegeleiders die als geen ander weten waar ze in de praktijk tegenaan lopen. Daarnaast is hun betrokkenheid ook belangrijk voor het creëren van draagvlak voor het beleid. De volgende zaken kunnen in het beleid worden belegd.

- Welke persoonlijke afspraken over gebruik moeten er met iemand gemaakt worden? Bijvoorbeeld over doseringen en waar iemand wel/niet mag gebruiken. Wie maakt de afspraken en waar worden die vastgelegd en gemonitord?
- Op basis van welk gedrag gaat er een sanctiebeleid in en kan iemand de toegang ontzegd worden?
- Welke kennis en vaardigheden heeft het personeel nodig en hoe worden ze daarin ingewerkt en geschoold?
- Welke samenwerkingspartners zijn er, wat zijn namen en contactnummers, hoe en wanneer worden die op de hoogte gesteld en naar verwezen?
- In welke situaties mag er van het beleid afgeweken worden en waarom?

We adviseren om met betrekking tot bovenstaande te leren van de ervaringen van andere maatschappelijke opvang organisaties in het land die specifiek ervaring hebben met een GHB-protocol, zoals in Leeuwarden en Den Bosch (*Lees hier meer: [V&VN-SPV SP 132 juni 2020](#)*).

Ook is het belangrijk om te erkennen dat medewerkers van de Nieuwe Energie met een zware doelgroep werken, wat invloed kan hebben op hun mentale gezondheid. Neem daarom in het personeelsbeleid maatregelen op ter preventie van en ondersteuning bij mentale problemen onder medewerkers.

Stel na afronding van het beleidsdocument een communicatiestrategie op zodat alle medewerkers van de Nieuwe Energie, maar ook de samenwerkingspartijen hiervan op de hoogte zijn.

d. Zorg voor een slagvaardig kernteam en structuur in de overlegtafels

Er zijn veel verschillende overlegtafels, maar het ontbreekt aan regie, eigenaarschap en slagkracht waardoor de huidige overlegtafels niet komen tot een aanpak van GHB-problematiek of afspraken rond een cliënt met GHB-problematiek. Het verdient aanbeveling om 1) te zorgen dat er een casusoverleg komt dat slagvaardig kan handelen, 2) de overlegtafels op orde te brengen.

1) Zorg dat er een casusoverleg komt dat slagvaardig kan handelen

Op basis van de gesprekken met professionals werd duidelijk dat er al veel overlegstructuren en overlegtafels zijn en dat men huiverig is om weer 'iets nieuws' op te tuigen. Een aanbeveling is daarom om binnen de huidige overlegstructuren een plek voor de GHB-aanpak te creëren. Het is belangrijk om te onderzoeken of dit mogelijk is, en zo ja, hoe dit eruit zou kunnen zien. Er zou bijvoorbeeld vanuit een bestaand overleg gewerkt kunnen worden met een kleiner GHB-kernteam dat een casusoverleg vormt. Ter inspiratie kan het casusoverleg dienen dat onderdeel is van de gemeentelijke GHB-aanpak van het Trimbos-instituut (zie ook kader 1 voor een beschrijving). We raden aan om het casusoverleg op te zetten vanuit de gemeente Leiden. Een regionaal casusoverleg verliest slagvaardigheid en focus (blijkt uit de ervaring vanuit andere gemeenten).

2) Breng structuur en samenhang in taken van de overlegtafels op het gebied van GHB-problematiek

Er zijn veel overlegtafels in de regio waar GHB-problematiek ter sprake komt. Hun opdracht en mandaat en de onderlinge afstemming vragen verheldering.

Stel hierbij de volgende vragen:

- Welke overlegstructuren zijn er?
- Wat is het doel en mandaat van de overlegstructuur?
- Welke partijen zitten hierbij aangesloten?
- En zijn er partijen die in meerdere overlegstructuren deelnemen?
- In welke overlegtafels komen signalen over gebruikers van GHB ter sprake en waar en hoe worden er afspraken gemaakt?
- En binnen welke overlegtafel kan het GHB-casusoverleg geborgd worden?
- Hoe verloopt de afstemming tussen het kernteam en de overlegtafels en de overlegtafels onderling als het gaat om GHB? Het voordeel van het borgen van een GHB-casusoverleg binnen een huidige overlegstructuur is dat dit op relatief korte-termijn georganiseerd kan worden en er direct stappen gezet kunnen worden in de aanpak.

Kader 1: Gemeentelijke GHB-aanpak Trimbos-instituut (sinds 2024: gemeentelijke aanpak complexe middelenproblematiek)

De gemeentelijke aanpak van het Trimbos-instituut bestaat uit een klein specialistisch casusoverleg rondom een persoon met GHB-problematiek. De leden van het casusoverleg komen wekelijks bij elkaar. Het casusoverleg staat onder regie van een procesmanager van de gemeente en bestaat daarnaast uit een outreachend werker van de instelling voor verslavingszorg en een operationeel expert van de politie. Waar nodig kan ad hoc een bredere schil van professionals worden ingeschakeld zoals medewerkers van het sociaal wijkteam, de woningbouw of de afdeling werk en inkomen van de gemeente.

Signalen over mensen met problematisch GHB-gebruik komen bij het casusoverleg terecht. Het casusoverleg ontwikkelt een *plan van aanpak op maat* voor de cliënt; van eerste contact, tot behandeling en nazorg. Abstinentie is niet per se het doel. In eerste instantie gaat het om stabiliteit en meer kwaliteit van leven.

Het casusoverleg helpt bij 1) de persoon in beeld krijgen en houden, 2) het verbinden professionals en domeinen, 3) een gefocuste inzet van mensen en middelen.

Kenmerkend aan het casusoverleg is dat het klein (ongeveer 3 personen) en slagvaardig is, regelmatig bij elkaar komt (bijvoorbeeld wekelijks), mandaat en budget heeft en dat er korte lijnen zijn tussen de leden van het overleg.

Voor meer informatie zie: [GHB-aanpak gemeenten - Trimbos-instituut](#)

e. Ga aan de slag met Stap 1 t/m 4 uit de gemeentelijke GHB-aanpak

We bevelen aan om met de 7 stappen van de gemeentelijke GHB-aanpak aan de slag te gaan, te beginnen bij Stap 1 t/m 4. Zie tabel 2 voor deze stappen met daarbij een beschrijving van de huidige sterke punten en wat er zeker nog nodig is bij deze stap. Een meer specifiekere invulling van mogelijke acties kan in een werksessie vorm krijgen.

Tabel 2: Overzicht van de eerste vier stappen met daarbij sterke punten en wat er nog nodig is

Stappen	Sterke punten die helpen bij deze stap	Wat er nog nodig is voor deze stap
1. Agendasetting en mobilisering	- De gemeente wil graag de problematiek aanpakken en politiek-bestuurlijk wordt de noodzaak van een aanpak gezien. - De ketenpartners zijn overtuigd van de noodzaak om met de problematiek aan de slag te gaan. - Er is een probleemanalyse die de stand van zaken omtrent de GHB-problematiek in kaart heeft gebracht (deze rapportage).	- Aanstellen van een projectleider bij voorkeur vanuit de gemeente. - Informeren van raad en college over het van start gaan met een casusoverleg.
2. Mensen en middelen vrijspelen voor casusoverleg	- Een behoorlijk aantal partijen zijn al aangesloten in bestaande overlegstructuren. - Partijen kennen elkaar en hebben korte lijnen.	- Bepalen van de leden van het casusoverleg en wie er in de brede schil erom heen moet komen. - Vaststellen van de taakverdelingen van ieder lid van het casusoverleg. - Betrekken en (mogelijk) aanstellen van een outreachend werker van de IVZ. - Reserveren van budget om de personen in het casusoverleg financieren. - Reserveren van budget om een outreachend werker van de instelling voor verslavingszorg te financieren of om deze rol bij een andere partij te beleggen.
3. Inrichten en opstarten van het casusoverleg	Het casusoverleg kan vanuit een bestaand overleg samengesteld worden. De rest van de stakeholders kan als brede schil meedoen.	- Richt een registratiesysteem in om acties en voortgang bij te houden. Zorg dat de bij het casusoverleg betrokken partijen toegang toe hebben (momenteel ontbreekt het hieraan). - Stel criteria op voor het inbrengen van casuïstiek. - Plaats het overleg onder het zorgstructuur-convenant om informatie te kunnen delen.
4. Signaleren van complexe middelen problematiek	- Bij verschillende stakeholders zijn signalen bekend en komen signalen terecht. - Er zijn diverse overlegstructuren omtrent personen met complexe problematiek waar signalen over personen met GHB-problematiek ook terecht komen.	Signalen moeten bij het casusoverleg terechtkomen. Het casusoverleg moet daarom bekend en zichtbaar zijn voor anderen. Leden van het casusoverleg kunnen ook actief signalen verzamelen bijvoorbeeld vanuit overlegtafels of ketenpartners in de bredere zin.

N.B. 1: de punten waar nog mee aan de slag moet worden gegaan zijn niet uitputtend, voor een uitgebreide toelichting op de activiteiten onder de stappen zie: [AF1691-Rapport-Bezieling-en-bereikbaarheid_versie-2024.pdf](#)

N.B. 2: de 7 stappen van de gemeentelijke GHB-aanpak zijn niet volgordelijk, maar stap 1 t/m 3 moeten wel eerst in orde zijn voordat stappen 4 t/m 7 ingezet kunnen worden.

Lange-termijn aanbevelingen

f. Verken mogelijkheden voor stabiele woon- en leefplekken voor mensen met GHB-problematiek

Een stabiele woonplek is cruciaal om een verslaving te kunnen aanpakken, te werken aan herstel en om in beeld te kunnen blijven van hulpverleners. Het is dus belangrijk dat er gezocht wordt naar beschikbare stabiele woon- en leefplekken en/of te kijken in hoeverre het mogelijk is om deze te creëren. Er zijn verschillende woonvormen denkbaar. Houd daar ook rekening mee in de verkenning. Voorbeelden van woonvormen zijn begeleid/beschermd wonen, groepswonen, containerwoningen.

Daarnaast is het belangrijk om plekken te creëren voor mensen die door hun gedrag voor bepaalde woonvormen niet in aanmerking komen. Voorbeelden hiervan zijn scheve huizen en flexwoningen. Een project om te verkennen is de 24/7 plek voor hulp en opvang die mogelijk gerealiseerd wordt in kader van hulp voor mensen met onbegrepen gedrag (zie bron 13).

Holland Rijnland is zeker niet de enige regio waar dit probleem rond huisvesting speelt. Zoek daarom aansluiting met regio's die al verder zijn in hun ontwikkeling, zoals bijv. de aanpak in Haaglanden.

g. Stel een ervaringsdeskundige aan bij de Binnenvest

Een ervaringsdeskundige levert veel op in de zorg voor iemand met een GHB-verslaving. Ervaringsdeskundigen kunnen laten zien dat een ander leven een reële mogelijkheid is. Ook begrijpen zij als geen ander hoe is het om te leven met verslavingsproblematiek en zij kunnen hierdoor op een andere manier dan professionals zonder ervaringskennis aansluiten bij mensen met verslavingen. Zo kan een ervaringsdeskundige een belangrijke schakel zijn in de ketenaanpak. Ze kunnen mensen toeleiden naar bijvoorbeeld een behandeling en signaleren hoe het met iemand gaat. In een van de samenwerkende gemeenten van het Trimbos-instituut werkt een bemoeizorger nauw samen met een ervaringsdeskundige. Hiermee worden goede resultaten geboekt.

Een belangrijk aandachtspunt is dat de ervaringsdeskundige een opleiding tot ervaringskundig professional heeft gevolgd en voldoende afstand heeft van zijn eigen gebruiksverleden. Vanwege de relatief grote groep van gebruikers in de Nieuwe Energie is stationering van een ervaringsdeskundige aldaar wenselijk.

h. Houd mensen met beheersbare GHB-problematiek zo lang mogelijk in de eigen regio gemeente

De Binnenvest en andere organisaties hebben woonvoorzieningen in de regio en het is in het kader van decentralisatie de bedoeling dat mensen zo veel mogelijk in hun eigen regio blijven wonen. Problematiek die als complex wordt ingeschat, zoals GHB-problematiek, wordt opgeschaald van lokaal naar regionaal. Om deze reden komen mensen met problematisch GHB-gebruik vaak in de Nieuwe Energie terecht. Maar met de plaatsing in de Nieuwe Energie wordt de problematiek rondom GHB-gebruik vaak erger en glijden mensen verder af.

Het is zaak om maatregelen te treffen om de instroom van GHB-cliënten in de Nieuwe Energie te beperken. Organiseer daarom de opvang en begeleiding van mensen met GHB-problematiek zoveel mogelijk in de eigen regio gemeente. Dit geldt met name voor jongvolwassenen, mensen

met GHB-gebruik maar nog geen verslaving en mensen met een redelijk niveau van functioneren (netwerk, daginvulling). Het betreft dus mensen die zichzelf nog staande weten te houden, ondanks soms met wel degelijk fors GHB gebruik. Om het moment dat zij beeld komen met een hulp-of zorg vraag, of vanwege overlast wordt gezamenlijk het besluit genomen hen in de eigen gemeente op te vangen. Dit besluit wordt per persoon genomen door betrokken professionals (huisarts, wijkteam handhaving etc.) in overleg met de persoon om wie het gaat. De criteria die gehanteerd worden zullen per persoon verschillen.

Voor de mensen waarbij dit niet mogelijk is, zou de Nieuwe Energie een *tijdelijke* crisisplaatsing moeten zijn en geen plek om langdurig te verblijven. Een cliënt wordt niet overgedragen aan de Nieuwe Energie, maar de verantwoordelijkheid blijft bij het lokale team dat blijft werken aan terugkeer naar een lokale voorziening. Dat kan ook een voorziening of hulpaanbod van een andere organisatie zijn.

De regionale woonbegeleidingsteams moeten hier wel op voorbereid worden. Ze hebben onder meer aanvullende kennis nodig over GHB-gebruik en welke voorzieningen en vormen van ondersteuning er in de regio zijn. Ook moeten er samenwerkingsafspraken gemaakt worden met ketenpartners zoals de Brijder.

6.3 Inschatting kosten van de GHB-aanpak

De gebruikers van GHB wiens gebruik problematisch is, doen een groot beroep op de zorg – en hulp diensten van met name de stad Leiden. Op de SEH komen vier á vijf keer per week mensen met een GHB intoxicatie binnen, vaak dezelfde personen meerdere keren. De ambulance rijdt vaker uit voor meldingen die met GHB te maken hebben, mensen onder invloed worden niet altijd naar het ziekenhuis meegenomen. Ook de politie en handhaving zijn heel regelmatig (bijna dagelijks volgens bestand van de politie) betrokken bij meldingen rond overlast of incidenten door GHB-gebruik.

Een aantal Nederlandse gemeenten werken al langere tijd met de GHB-aanpak. We hebben bij hen nagevraagd wat de jaarlijkse kosten hiervan zijn.

De gemeente Weert heeft in het contract met de lokale IVZ circa 75.000 euro (per jaar) opgenomen. Daarvan worden de uren voor de inzet van de ervaringsdeskundige en de gespecialiseerde thuisbegeleiding betaald. In Weert is de GHB-aanpak inmiddels verbreed naar cliënten met ander middelengebruik, maar het gaat om vergelijkbare complexe problematiek (NB nagevraagd of dit openbaar mag).

In Heerde, een andere gemeenten met brede ervaring met de GHB-aanpak, heeft in 2024 de Doorbraakmethode gebruikt om een onderbouwd kostenoverzicht te maken van, wat daar is gaan heten, de 'Aanpak middelengebruik en verslaving'. De Doorbraakmethode richt zich op het volgen van een of meerdere individuen, hun problematiek en alle hulpverlening eromheen om zo handvatten te krijgen om de situatie te doorbreken. Een onderdeel van methode is om vervolgens (bijv. per kwartaal) de kosten van huidige situatie zo compleet mogelijk in kaart brengen per domein (huisvesting, werk en inkomen, sociaal etc.). Het volledige overzicht is te vinden in bijlage 3.

De inzet en acties van de Aanpak middelengebruik en verslaving waren in het kwartaal van het onderzoek 32.124 euro. Dat zou op jaarbasis 128.496 euro betekenen. De inzet is echter meestal tijdelijk en kan gedurende het jaar al vrij snel afgeschaald worden terwijl tegelijkertijd de maatschappelijke kosten snel dalen.

Deze maatschappelijk kosten voor de cliënt in de casus waren minimaal 100.000 per kwartaal. Dit bedrag is minimaal omdat niet alle kosten in beeld gebracht konden worden (de kosten van detox en intakes bij particuliere instellingen ontbreken bijvoorbeeld). Als er niet ingegrepen wordt, blijven deze kosten oplopen.

Kader 2: Wat zijn de huidige kosten van mensen met problematisch GHB-gebruik?

Het implementeren van het casusoverleg als onderdeel van een gemeentelijke GHB-aanpak, vraagt om een investering. Er moeten mensen en middelen vrijgespeeld worden voor het opzetten en draaien ervan.

Personen met problematisch GHB-gebruik doen momenteel een groot beroep op professionals in verschillende domeinen. Dit gaat samen met hoge kosten. Een inschatting van de huidige kosten per individu kan gemaakt worden door een periode rond een aantal casussen precies bij te houden welke acties er door wie zijn uitgevoerd en tegen welke tarieven. Er is onlangs in Leiden, naar aanleiding van een ernstig incident, een casus uitgewerkt. Hierbij is in kaart gebracht wat en wie er aan hulp diensten en professionals is ingezet. Deze casus zou als startpunt gebruikt kunnen worden. Ga hierbij respectvol te werk, het is niet de bedoeling om deze mensen met veel problemen neer te zetten als 'lastig en duur'.

Ervaringen in andere gemeenten laten zien dat investeren in een aanpak specifiek gericht op deze groep helpt om zorg voor de groep efficiënter te organiseren. Daardoor worden mensen en middelen beter benut. Met andere woorden: door het inzetten op een aanpak worden er ook kosten bespaard.

Een dergelijk overzicht van kosten is in 2019 uitgevoerd voor 2 casussen (verwarde personen met een veiligheidsrisico) door de Veiligheidsregio Noord-Holland Noord. Hoewel de problematiek niet een-op-een vergelijkbaar is, geeft het wel inzicht in de hoogte van de kosten die gemoeid zijn met de personele inzet rond personen die veelvuldig beroep doen op lokale en regionale partijen uit het zorg- en veiligheidsdomein. De kosten rond deze casussen lagen rond de 500.000 euro per casus per jaar.

Bijlage 1 Topiclist Stakeholders



Introductie

In opdracht van de gemeenten regio Holland Rijnland is het Trimbos-instituut gestart met een verkennend onderzoek naar de volgende vragen:

Hoofdvragen

- 1. Wat is de aard en de omvang van het GHB gebruik in de gemeenten regio Holland Rijnland en welke groepen gebruikers zijn te onderscheiden?**
 - a. Welke kennis hebben (lokale) ketenpartners over het GHB-gebruik in de diverse gemeenten?
- 2. Hoe ziet het huidige ondersteunings- en hulpaanbod voor gebruikers van GHB in de gemeenten regio Holland Rijnland er momenteel uit?**
 - a. Wat is het aanbod voor gebruikers van GHB?
 - b. Welke resultaten worden er geboekt? En waar zitten er knelpunten in het huidige ondersteunings- en hulpaanbod?
- 3. Welke oplossings- en verbeterrichtingen zijn er wat betreft de aanpak van GHB-gebruik in de gemeenten regio Holland Rijnland?**
 - a. Hoe zou een aanpak gericht op de aan de GHB-gerelateerde problematiek eruit kunnen zien?

Persoonlijk gegevens

- Organisatie
- Functie
- Hoe komt de geïnterviewde met GHB-problematiek in aanraking?
- SEH/Politie/woningbouw: wordt er een registratie bijgehouden van GHB/drugsgerelateerde meldingen?

GHB-problematiek

- Wat kunt u vertellen over GHB-gebruik in uw gemeente?
- Wat is de omvang van GHB-problematiek in uw gemeente? Vraag naar concrete aantallen!
- Heeft u de groep GHB gebruikers de afgelopen jaren zien veranderen?
- Waar speelt de problematiek in uw gemeente?
 - Stadsbreed of in specifieke wijken? Hotspots?

- Waarom speelt deze problematiek hier volgens geïnterviewde?
- Verschillende groepen gebruikers (o.a. problematisch, jongere gebruikers, verborgen gebruik achter de voordeur, uitgaanders)

Gegevens van gebruikers waar geïnterviewde mee te maken krijgt

- Leeftijd
- Leeftijd waarop voor het eerst gebruikt werd
- Opleidingsniveau
- Schoolgaand of thuiszitter
- Werk of werkeloos
- Woonsituatie (maatschappelijk opvang, op straat, begeleid wonen, thuis bij ouders, zelfstandig, alleen, met gezin, etc.)
- Bijkomende problematiek (psychisch, schulden, LVB etc)
- Wordt GHB in combinatie met andere middelen gebruikt?
 - Zo ja, welke?
 - Zo niet, waarom niet?
- Ervaren gebruikers zelf risico's?
 - Zo ja, welke?
 - Zo niet, waarom niet?

Problemen

- Hoe komen mensen in beeld? (bijv. overlast, zorg, ongelukken)?
- Zijn dit mensen die ook op andere manieren in beeld komen of besproken worden in andere overleggen (bijv. verwarde personen, zorgtafels)?
- Welke problemen hebben GHB-gebruikers?
- Welke overlast wordt er ervaren?
- Welke zorgen zijn er over de GHB gebruikers

Het huidige ondersteunings- en hulpaanbod uw gemeente

- Hoe ziet de huidige ondersteunings- en hulpstructuur voor GHB-gebruikers eruit?
- Op welke manier werkt u zelf aan de aanpak van de problematiek?
- Werkt dat ook, wat zijn resultaten?
- Waar zitten volgens u positieve punten?
- Waar zitten volgens u knelpunten?
- Wat is er volgens u nodig in de aanpak van de problematiek?
- Waar moet volgens u beter op ingezet worden?
- Wat zou volgens u als eerste moeten gebeuren? Drie speerpunten?
- Wat zou de rol van de gemeente moeten zijn? Moeten zij dingen anders doen? Waar moeten ze vooral mee doorgaan?

Samenwerking rond GHB-problematiek

- Hoe ervaart u de samenwerking met de gemeente?
- Wie zijn de belangrijkste samenwerkingspartners rond GHB-gebruikers?
- Hoe ervaart u de samenwerking met andere partijen/ketenpartners?
- Waar zitten volgens u positieve punten?
- Waar zitten volgens u knelpunten?

- Wat heeft u zelf nodig om binnen de aanpak van GHB-problematiek zijn of haar functie goed of beter uit te oefenen?
- Heeft u contact met personen werkzaam in andere gemeenten met deze problematiek? (kennisuitwisseling)
- Voor welke andere partijen ziet u een rol? Welke partijen moeten volgens u betrokken worden bij de oplossing?
- Zijn er al goede samenwerkingen rond problematische drugsgebruikers? Bestaande overlegstructuren of netwerken waarbij kan worden aangehaakt?

Kosten

- Heeft u zicht op waar financiering van een aanpak vanuit betaald zouden kunnen worden?
- Alleen afgaande op de inzet van uw eigen organisatie, hoeveel zou dat kosten (ureninzet etc.)

Opmerkingen/aanvullingen

- Opmerkingen en/of aanvullingen vanuit de geïnterviewde

Bijlage 2 Topiclist cliëntinterview



Inleiding

Wij zijn onderzoekers en werken samen de Brijder en Binnenvest. Wij willen je graag wat vragen stellen over mensen die GHB gebruiken en de hulp die je krijgt.

Jij weet dingen die hulpverleners niet weten. Daarom horen we graag hoe jij dit ziet. Je helpt hiermee de hulp voor mensen die ghb gebruiken beter te maken.

Vind je het goed dat mijn collega de antwoorden meetypt? We gebruiken het voor een samenvatting van alle gesprekken. Jouw naam wordt verder nergens meer genoemd en ook andere dingen die direct aan jou linken komen niet in de samenvatting.

Als je er later geen goed gevoel meer bij hebt of nog vragen hebt, dan kun je dit via je begeleider aan mij laten weten. Wil je later toch niet meer dat we je antwoorden gebruiken, dan gebruiken we ze niet en vernietigen we alle aantekeningen.

Evt: Je kunt nalezen in het formulier, daar staat ook mijn mailadres in.

Als dank krijg je een bon van 10 euro

NB de onderstreepte vragen moeten zeker aan bod komen

Hulp bij problemen

Ons onderzoek gaat over GHB gebruik in de regio leiden en de hulp die mensen krijgen.

We zijn hier bij (de Brijder/maatschappelijke opvang).

- Ben je hier voor het eerst?
- Welke hulp krijg je hier? Doorvragen op nazorg, wonen, dagbesteding etc)
- Wat vind je daar goed of fijn aan?
- Wat vind je niet goed of onprettig?
- Lukt het mensen om met deze hulp/ondersteuning hun leven weer op te pakken?
- Wat mis je nog in de hulp en ondersteuning?

Verschillende GHB-gebruikers

Er zijn wel meer mensen die GHB gebruiken in...(gemeente). Kun je iets vertellen over GHB gebruik in deze stad/regio?

We willen graag weten of er verschillende groepen GHB-gebruikers in... zijn. Kun je daar iets over vertellen?

- Is dat een grote groep / hoeveel mensen zijn dat ongeveer?
- Heb je dat aantal de afgelopen tijd zien veranderen?
- Gebruiken die mensen vaak GHB of af en toe?

- Op welke plekken in de stad zie je ze?
- Tegen welke problemen lopen mensen die GHB gebruiken aan?

De mensen die jij kent die GHB gebruiken, waar komen die vandaan? Is dat vooral uit Leiden, of ook andere gemeenten?

- Komen die naar Leiden toe om GHB te kopen en te gebruiken?

Kennen de mensen die GHB gebruiken elkaar allemaal? Of zijn er verschillende 'losse' groepen?

- Denk je dat er nog meer mensen zijn die GHB gebruiken, maar dan vooral thuis bijvoorbeeld?
- Zie je de laatste tijd ook GHB-gebruikers die je nog niet kent, die jonger zijn bijvoorbeeld?



2024

Canvas Doorbraakmethode Aanpak Middelengebruik en
Verslaving



Gemeente Heerde

1-6-2024

Inhoud

Maatwerkcanvas volgens de Doorbraakmethode (<i>gedurende een periode van 3 maanden</i>).....	2
Stap 1: Situatieschets	2
Stap 2: Toekomstperspectief.....	3
Korte termijn doelen:	3
Lange termijn doelen:.....	3
Stap 3: Overzicht	3
Stap 4: De waardendriehoek	4
Legitimiteit	4
Rendement	5
Kosten kwartaal domein Huisvesting	5
Kosten domein Werk & Inkomen	6
Kosten domein Relationeel gebied.....	6
Kosten domein Veiligheid en Justitie.....	6
Kosten domein Emotioneel Welzijn & Middelengebruik	7
Kosten kwartaal domein-overstijgende partijen	7
Wat gaat het kosten als er niets gebeurt?	8
Wat kost het doorbraakplan?.....	9
Wat is de uitkomst van de som?	10
Betrokkenheid	11
Verwijzingen	13

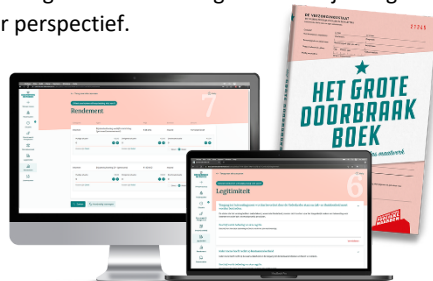
Maatwerkcanvas volgens de Doorbraakmethode

(gedurende een periode van 3 maanden)

Stap 1: Situatieschets

Betrokkene is al meer dan 15 jaar bekend in de gemeente Heerde. Betrokkene is een man van middelbare leeftijd die kampt met forse alcoholproblematiek. Hij is gescheiden van zijn inmiddels ex-partner, met wie hij twee minderjarige kinderen heeft. Tot dan toe hadden beiden samen een koopwoning. Betrokkene heeft vrijwel altijd in loondienst gewerkt. De woning is inmiddels verkocht. Vanuit de overwaarde heeft betrokkene geld op zijn rekening gekregen. Betrokkene heeft gedurende zijn huwelijk meermalen periodes fors alcohol gebruikt. Dit is ook mede de oorzaak van spanningen tussen ouders. De periode waarin besloten is dat moeder de scheiding wilde voortzetten verliep zeer onrustig. Betrokkene is steeds meer alcohol gaan drinken en heeft suïcidale uitspraken gedaan. Betrokkene heeft onder invloed van alcohol ook dreigementen geuit richting de moeder en de kinderen. Er waren zorgen over een mogelijk gezinsdrama. Er zijn meerdere perioden per jaar veel diverse instanties en partijen betrokken geweest bij betrokkene en/of het gezin.

Gedurende de periode december 2023 en februari 2024 verbleef betrokkene wisselend in de daklozenopvang. Hij onderging een detox-opname in de Verslavingszorg en is daarna tijdelijk in een safe house gaan wonen. Dit bekostigde betrokkene zelf vanuit de overwaarde van zijn woning die verkocht was. Nadien is er een verzoek gedaan bij de urgentiecommissie om een huurwoning te kunnen krijgen, omdat betrokkene inmiddels dakloos was en geen goede plek had om zijn kinderen te kunnen zien en de omgang zo niet vormgegeven kon worden. Er werd geen urgentie verleend. Daarnaast vond er gelijk tijdig een familierechtszitting plaats, omdat moeder van de kinderen een verzoek heeft gedaan tot eenhoofdig gezag over de kinderen. De rechtbank heeft besloten om dit niet toe te kennen en heeft betrokkene verzocht om blijvend mee te werken aan jeugdhulpverlening en hulp voor zijn verslavingsproblematiek. Echter werd betrokkene door de urgentiecommissie opnieuw afgewezen voor een woning en had hierdoor vanuit zijn beleving geen perspectief om zijn leven op orde te krijgen voor hem en zijn kinderen. Op dat moment heeft betrokkene een aanbod vanuit de Aanpak Middelen gebruik & Verslaving gekregen. Er is uitleg over deze aanpak gegeven en betrokkene heeft aangegeven zich aan deze aanpak te willen committeren. Vooral het werken vanuit zijn beste hoop en vanuit zijn intrinsieke motivatie is hierbij essentieel. N.a.v. het afwijzen van urgentie vanuit de urgentiecommissie is er vanuit de Aanpak Middelen gebruik & Verslaving o.a. een *doorbraakplan* gemaakt. Hierin is er o.a. aan het College gevraagd om deze toewijzing voor een woning te ondersteunen zodat er wel een woning kan worden toegewezen. Hij kreeg uiteindelijk urgentie en kon daardoor een eengezinswoning huren. Er was weer perspectief.



“Doorbraak plan”

Maar eenmaal in zijn nieuwe woning bleek echter sprake van eenzaamheid, vroeg hij te veel van zichzelf, bleek dat het hem te veel werd dat hij ineens een eigen huishouden moest runnen en veel verantwoordelijkheden kreeg en verviel daardoor terug in alcoholgebruik. Hij meldde zich meermalen ziek op zijn werk en mocht uiteindelijk niet meer bij zijn werkgever terugkeren. In de periode daarna volgde terugval op terugval. Wanneer betrokkene alcohol drinkt zoekt hij veelvuldig contact met diverse verslavingszorginstellingen in het land, veroorzaakt hij overlast in de buurt, doet hij dreigende uitspraken richting zijn ex-partner en uit hij zich suïcidaal. Hij eist vervolgens detox-opnames. De huisarts en de huisartsenpraktijk worden gedurende meerdere dagen elke dag door betrokkene gebeld of hij komt daarlangs. Er vindt een crisisbeoordeling, een crisisopname en nog een detox-opname plaats, maar telkens vervalt betrokkene kort na de opname na thuiskomst weer in alcoholgebruik. Als hij uit de detox komt is hij vol goede moed en houdt hij de hulpverlening buiten de deur, hij is dan zorgmijdend en wordt uitgeschreven bij de verslavingszorginstelling. Wanneer het slecht gaat, doet hij vervolgens weer acuut een beroep op de hulpverlening en diverse herstelgroepen in de omgeving. Hij verschijnt onder invloed van alcohol ook op het schoolplein bij de kinderen, waardoor de angst bij moeder toe neemt en zij aan de bel trekt bij de politie. Er worden hierdoor diverse instanties ingeschakeld en de casus wordt ook opgeschaald naar het Zorg- & Veiligheidshuis (ZVH). Daarnaast wordt hij aangehouden voor rijden onder invloed en moet hiervoor voorkomen in de rechtbank en krijgt reclasseringstoezicht opgelegd. Er vinden gedurende deze periode Multi disciplinaire overleggen (MDO's) plaats zowel lokaal als in het ZVH.

Stap 2: Toekomstperspectief

Betrokkene is het overzicht kwijt. Er zijn veel partijen bij hem betrokken. Aan de ene kant vindt hij het vervelend dat er zoveel partijen bij hem betrokken zijn, aan de andere kant roept hij bij allerlei betrokkenen om hulp. Zijn wens is uiteindelijk om een goede vader voor zijn kinderen te zijn. Vanuit de Aanpak Middelengebruik en Verslaving wordt specifiek gewerkt vanuit het inwonersperspectief. Wat zijn de dromen van de inwoner? Waar wil hij naartoe? Dat is het vertrekpunt waaruit gewerkt wordt. Betrokkene wil rust in zijn hoofd. Een eigen plek om te wonen, waar hij zijn kinderen kan ontvangen. Hij wil zijn woning niet verliezen. Hij wil aan het werk, zodat hij een inkomen heeft en ook leuke dingen kan doen met zijn kinderen.

Hij hoopt daarnaast uiteindelijk de relatie tussen hem en de moeder van zijn kinderen te verbeteren, zodat hij functioneel zelfstandig afspraken met haar kan maken. Betrokkene wil clean worden van alcohol, omdat hij onder invloed van alcohol geen goede vader, geen goede ex-partner en geen goede werknemer kan zijn.

Tot nu toe is de ingezette zorg voornamelijk gericht geweest op het brandjes blussen. Er is geen lange termijn plan opgesteld vanuit de beste hoop van betrokkene. Daarom heeft betrokkene ook geen gevoel perspectief te hebben.

Korte termijn doelen:

- Betrokkene wil weer abstinente worden;
- Betrokkene wil weten wat maakt dat hij telkens terugvalt in middelengebruik.
- Betrokkene wil aan het onderliggende probleem werken;
- Betrokkene wil zijn woning behouden;
- Betrokkene wil duidelijkheid rondom de omgang (en het perspectief daarop) met zijn kinderen;
- Betrokkene wil werk en een inkomen hebben;
- Betrokkene wil zijn rijbewijs terug en niet meer met justitie in aanraking komen.



Lange termijn doelen:

- Betrokkene wil een goede vader voor zijn kinderen zijn;
- Betrokkene wil abstinente blijven;
- Betrokkene wil zijn werk behouden en een stabiel inkomen, zodat hij opnieuw spaargeld opbouwt;
- Betrokkene wil zijn reclasseringstoezicht goed afronden;
- Betrokkene wil een goede functionele relatie opbouwen met de moeder van zijn kinderen, zodat er geen jeugdhulpverlenende instanties meer betrokken hoeven te zijn.

Stap 3: Overzicht

A: Wat kun je zelf doen om het perspectief te bereiken?

Betrokkene neemt voorlopig geen contact op met zijn kinderen en ex-partner, omdat er sprake is van middelengebruik en omdat hij onder invloed van alcohol geen goede vader en ex-partner kan zijn. Betrokkene blijft in contact met de Casemanager Verslaving, omdat zij de regie heeft over zijn hulpverleningstraject en kan ondersteunen en bemiddelen in contact met andere partijen. Betrokkene gaat niet meer eigenhandig contact zoeken met allerlei hulpverlenende instanties met als doel om hulp te vragen. Als betrokkene hulp nodig heeft belt hij de Casemanager Verslaving. Betrokkene is zelf in staat om weer te solliciteren, maar dit wil hij vanaf nu gaan afstemmen met de Casemanager Verslaving, omdat hij anders telkens te hard van stapel wil lopen na een detox-opname en niet gericht eerst bezig gaat met zijn herstel. Voorheen had betrokkene hierdoor telkens kortstondige nieuwe baantjes, maar na een terugval werd hij telkens weer ontslagen. Dit resulteerde erin dat veel werkgevers hem geen nieuwe kans meer willen geven en hij slecht te boek staat bij uitzendbureaus.

B. Waar heb je ondersteuning bij nodig?

Er moet één persoon regie nemen over zijn hulpverleningstraject, omdat hij nu door de bomen het bos niet meer ziet. Er zijn te veel instanties betrokken en hij weet niet meer wie wat voor hem kan doen. Betrokkene wil rust in zijn hoofd creëren en hij wil hulp om weer abstinente te worden van middelen en een toekomstplan opstellen en hieraan werken.

De woningbouwvereniging vraagt van betrokkene om geen overlast te veroorzaken, zijn huur te blijven betalen en hulp te accepteren voor zijn verslavingsproblematiek. De Casemanager Verslaving kan hier de regie in nemen en stelt samen met betrokkene een plan op om weer clean te worden en de periode daarna een nuttige tijdsinvulling te hebben, zodat hij wat te doen heeft, pro-sociale contacten kan opdoen en hij een inkomen heeft, zodat hij geen schulden zal krijgen of zijn woning uitgezet zal worden.

C. Wat moeten we oplossen of behandelen?

Er zal een behandeltraject nodig zijn voor de verslavingsproblematiek. Dit is tevens een voorwaarde door de rechtbank opgelegd in het strafrechtelijk vonnis wegens het rijden onder invloed, maar ook de familierechter heeft aangegeven dat betrokkene aan zijn verslavingsproblematiek moet werken, omdat er anders mogelijk een raadsonderzoek zal moeten volgen. Betrokkene wil daarnaast graag weten hoe het komt dat hij telkens terug valt in middelengebruik en waarom hij zijn eigen glazen ingooit in contact met diverse partijen en hulpverleners. Er is daarom een diagnostiektraject nodig. Het is betrokkene echter door de jaren heen niet gelukt om trajecten vol te houden. Als het mis gaat, mag betrokkene vaak niet terugkomen bij instellingen, omdat ze aangeven niets meer voor hem te kunnen betekenen.

Betrokkene wil graag een vertrouwde persoon hebben op wie hij altijd kan terugvallen en die altijd met hem mee kan denken over hoe hij zijn leven weer op de rit kan krijgen, óók als het wel weer mis gaat. De Casemanager Verslaving werkt via de Aanpak Middelengebruik en Verslaving.

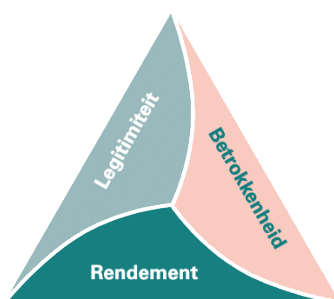
Zij kan de regie nemen, waardoor er niet telkens opnieuw dezelfde stappen gezet worden, doordat betrokkene bij diverse instanties en partijen (landelijk gezien) aan de bel trekt. Hiermee kan hopelijk voorkomen worden dat betrokkene telkens klinieken in- en uitgaat en de partijen langs elkaar heen werken en ieder een eigen plan opstellen om betrokkene te helpen (denk aan diverse verslavingszorginstellingen, de huisarts, private instellingen et cetera).

Stap 4: De waardendriehoek

Legitimititeit

De huidige afspraken tussen zorgaanbieders en de zorgverzekeraar, maar ook vanuit de verslavingsinstellingen én de gemeenten met de WMO-aanbieders, maken dat betrokkene telkens tussen wal en schip raakt. Betrokkene komt in beeld omdat hij een hulpvraag heeft, maar zodra hij na een detox abstinente is geworden, geeft hij aan geen verdere hulp te willen, richt hij zich weer volledig op zijn eigen leven tegen de adviezen in van zijn behandelaars en begeleiders en vervalt vervolgens na enkele dagen of weken opnieuw in oud gedrag. Deze cirkel heeft zich gedurende de laatste jaren telkens herhaalt. Betrokkene krabbelt op na een opname, doet het enige tijd goed en houdt even vol, maar vervalt al snel weer in alcoholgebruik, waarna hij opnieuw een beroep doet op hulpverleners. Omdat betrokkene in tussentijd bij de zorgaanbieder heeft aangegeven geen hulpvraag meer te hebben, is hij inmiddels uitgeschreven, waardoor hij weer lang moet wachten om opnieuw in zorg te kunnen komen. Hierdoor vinden er telkens tussenliggende periodes plaats waarin de overlast toe neemt en veel partijen druk met betrokkene zijn.

Vanuit het beleidskader bijdrageregeling begeleiden van ex-gedetineerden wordt van gemeenten verwacht dat er nazorg wordt geboden aan mensen die met justitie in aanraking komen of zijn gekomen, met als doel een integrale aanpak om de vijf basisvoorwaarden, werk & inkomen, zorg, identiteitsbewijs, schuldhelpverlening en wonen te bevorderen. Gezien de Aanpak Middelengebruik en Verslaving goed aansluit bij deze taak van de gemeente, legitimeert deze wet het blijven aanstellen van de Casemanager Verslaving. De Casemanager Verslaving is gelieerd aan de gemeente en kan niet vervuld worden door bijvoorbeeld begeleiding te bieden vanuit de WMO, omdat deze niet dezelfde mandaat en expertise hebben. Er is sprake van een langer durende specialistische integrale vorm van begeleiden, vanuit de methodiek van de Aanpak. Diverse wetten spelen verder wisselend een rol, waaronder strafrecht (betrokkene komt met justitie in aanraking) en de politiewet, maar ook de gemeentewetgeving en bestuursrecht wegens overlast gevend gedrag en de woningwet en jeugdwet. Betrokkene raakt daarnaast met enige regelmaat zijn werk kwijt, waardoor hij in de ziektewet terecht komt.



“waardendriehoek doorbraakplan”

Rendement

Wat kost de huidige situatie?

De totale kosten in de huidige situatie lopen steeds meer op. Er zijn steeds meer partijen bij betrokkene betrokken. Hieronder een overzicht welke partijen o.a. in beeld zijn geweest gedurende een periode van drie maanden tijd.

Onderstaande een (kwartaal)overzicht per domein van de betrokken instanties gedurende de periode december 2023 - februari 2024:

Huisvesting	Werk & inkomen	Relationeel gebied	Veiligheid & Justitie	Emotioneel welzijn & middelengebruik	Domeinoverstijgende betrokkenen
- Daklozenopvang - Safehouse - Opstapcommissie - Woningbouwvereniging	- Schulddienstverlener Stip - Medewerker UWV i.v.m. ziektewet - Arbeidsarts UWV	- Gezinscoach Stip - Orthopedagoog Stip - Twee medewerkers van Passie voor Jeugd & Gezin - Therapeut kinderen - Directrice school kinderen - Familierechtadvocaten - Onderzoeker Raad voor de Kinderbescherming - Familierechter - Veilig Thuis	- Politieagenten - Officier van Justitie - Parketsecretaris - Reclasseringswerker advies - Politierechter - Griffier - Strafrechtadvocaat - Reclasseringswerker toezicht	- GGZ crisisdienst beoordeling - Tweemaal crisis detox-opname - Regiebehandelaar Tactus - Casemanager/SPV-er Tactus - Verslavingsarts - Psychiater - Private verslavingszorg partij Clarity - Medewerker intake Solutions Verslavingszorg - Medewerker intake Changes GGZ Verslavingszorg - Medewerker intake De Hoop GGZ Verslavingszorg - Medewerker intake Castle Craig GGZ Verslavingszorg - Herstelgroep Tactus Apeldoorn - Herstelacademie Korak - Huisartsassistenten en huisarts huisartsenpraktijk Heerde - Behandelaar forensische polikliniek JusTact	- Procesregisseur Sociaal Domein Stip - Burgemeester - Wethouder - Manager Afdeling SMV - Regievoerder Stip - Sociaal werker multi-probleem Stip - Sociaal werker welzijn- en veiligheid Stip - BOA's - Teamleider BOA's - Procescoördinator Zorg- en Veiligheidshuis NOG 3 vaste reclasseringswerkers ZVHH - nazorgcoördinator ex-gedetineerden Heerde - Procesondersteuner ZVHH - Vaste politiemedewerker ZVHH - wijkagent Heerde - wmo gespreksvoerder

Middels onderstaande tabellen is per domein inzichtelijk gemaakt wat de kosten zijn voor deze specifieke casus en situatieschets. Het betreft een globaal overzicht van de geschatte gemiddelde kosten. Er kan echter gesteld worden dat de daadwerkelijke kosten nog hoger zijn en fluctueren binnen de tijd, daar er gedurende deze periode naast onderstaande kosten ook veelvuldig overleg en consulten hebben plaatsgevonden tussen diverse partners onder andere, omdat betrokkene bij diverse verslavingszorginstellingen in het land en partijen hulp en advies heeft ingewonnen. Zo heeft hij ook meermalen contact gezocht met het juridisch loket in verband met zijn lopende strafzaak en familierechtszaak. Daarnaast heeft hij bij diverse particuliere verslavingszorginstellingen een telefonische en fysieke intake gehad, omdat hij hier in zorg genomen wilde worden. Deze partijen hebben daaropvolgend ook contact gezocht met diverse partijen binnen Heerde, zoals de huisartsenpraktijk en de sociaal werkers binnen de gemeente. Betrokkene heeft daarnaast veelvuldig contact gezocht (zowel fysiek als telefonisch) bij de huisartsenpraktijk en is daar te woord gestaan door diverse huisartsassistenten gedurende meerdere keren per dag.

Kosten kwartaal domein Huisvesting

Prijzen met * komen uit de **Maatschappelijke Prijslijst** (Verwey-Jonkerinstituut, 2017) **zijn onder totale kosten her-berekend met de Inflatiecalculator naar 2024** (Bereken Het, 2024) en **vergeleken met het meest recente onderzoek naar de maatschappelijke prijslijst** (Kwakernaak-Deuten, november 2022) **Uur prijzen met ** zijn intern opgevraagd binnen de gemeente Heerde, maar zijn exclusief bijzondere/aanvullende toeslagen.**

	Tijdsinvestering	Kosten (afgerond naar hele euro's)
Daklozenopvang	Verblijf maatschappelijke opvang inclusief begeleiding €100,- per dag Eén week = €700,-*	€ 994,-
Inzet woonconsulent woningbouwvereniging	Aansluiten MDO's, contact betrokkene, contact gemeente. Ongeveer 5 uur €127,75 uurloon x 1,4 werkgeverskosten = €178,85 maal 5 uur= €894,25 (Maandag, 2024)	€894,-
Tijdelijke opvang Safe House**	64,20 x 2 uur per week x 13 weken = €1.669,20 15 x 12 uur per week x 5 weken = €900,- Eigen bijdrage maandelijks cliënt €1500,-	€ 4.069,-
Totaal		€ 5.957,-

Kosten domein Werk & Inkomen

Prijzen met * komen uit de Maatschappelijke Prijslijst (Verwey-Jonkerinstituut, 2017) zijn onder totale kosten her-berekend met de Inflatiecalculator naar 2024 (Bereken Het, 2024) en vergeleken met het meest recente onderzoek naar de maatschappelijke prijslijst (Kwakernaak-Deuten, november 2022)

	Tijdsinvestering	Kosten (afgerond naar hele euro's)
Schulddienstverlener Stip	€1500,- per jaar/4= €375,-*	€ 506,-
Inzet UWV	€3000,- per jaar /4 = €750,-*	€ 1.011,-
Kosten ziekteverzuim	€230,- per dag maal 90 dagen= €20.700,-*	€ 27.916,-
Totaal		€ 29.433,-

Kosten domein Relationeel gebied

Prijzen met * komen uit de Maatschappelijke Prijslijst (Verwey-Jonkerinstituut, 2017) zijn onder totale kosten her-berekend met de Inflatiecalculator naar 2024 (Bereken Het, 2024) en vergeleken met het meest recente onderzoek naar de maatschappelijke prijslijst (Kwakernaak-Deuten, november 2022)

	Tijdsinvestering	Kosten (afgerond naar hele euro's)
Gezinscoach Stip, Orthopedagoog Stip, inzet begeleide omgang via Passie voor Jeugd & Gezin en therapie voor de kinderen	<u>Gezinscoach</u> Wekelijks contact moeder, vader, kinderen, overige jeugdzorgpartijen en deelname aan diverse MDO's. 4,5 uur per week, 50 x 4,5 x 13 = €2.925 <u>Orthopedagoog</u> Tweewekelijks casuïstiek 30 minuten gedurende 14 weken. Daarnaast tweemaal bijwonen MDO/casusoverleg procesregisseur Sociaal Domein. 1 uur per week, 63 x 13 = €819 <u>PJG</u> Wekelijks contact moeder, vader, kinderen, gezinscoach en deelname aan diverse MDO's. 3 uur per week, 86,95 x 3 x 13= €3391,05 <u>Kind in GGZ</u> Wekelijkse therapiesessies kinderen 2,32 x 60 x 13 = €1809,60	€ 8.945,-
Familierechtadvocaten gezag procedure	Gemiddelde prijs (De Rechtspraak, 2024) voor een gezag procedure via familierechtadvocaat €1650,- maal twee (kosten vader en kosten moeder) Griffierechten familierechtszaak voor zowel vader als moeder: € 320 (op basis van natuurlijke persoon met vermogen) maal twee	€ 3.940,-
Inzet Raad van de Kinderbescherming (gemiddeld)	€3500,- per jaar/gezin /4 = €875,-*	€ 1.180,-
Totaal		€ 14.065,-

Kosten domein Veiligheid en Justitie

Prijzen met * komen uit de Maatschappelijke Prijslijst (Verwey-Jonkerinstituut, 2017) zijn onder totale kosten her-berekend met de Inflatiecalculator naar 2024 (Bereken Het, 2024) en vergeleken met het meest recente onderzoek naar de maatschappelijke prijslijst (Kwakernaak-Deuten, november 2022)

	Tijdsinvestering	Kosten (afgerond naar hele euro's)
Dagvaarding	Per keer €80,-*	€ 108,-
Politie/wijkagent inzet	Uurtarief €45,- maal minimaal één keer per week twee uren i.v.m. MDO's, aanhouding et cetera over 13 weken= €1170,-*	€ 1.578,-

Een overtreding van de wegenverkeerswet	Per delict gemiddelde maatschappelijke kosten €910,-*	€ 1.227,-
Inzet reclassering	€85,93 x 1 uur per 10 weken = €859,30 + 40 procent werkgeverskosten (Reclassering Nederland, 2024)	€ 1.203,-
Reclasseringsadvies	€85,93 x 10 uren gemiddeld voor een rapportage = €859,30 + 40 procent werkgeverskosten (Reclassering Nederland, 2024)	€ 1.203,-
Advocaat	Uurtarief €250,- maal 6 uur voor gemiddelde eenvoudige strafzaak aan werk = €1080,- (Consumentenbond, De, 2024)	€ 1500,-
Totaal		€ 6.796,-

Kosten domein Emotioneel Welzijn & Middelengebruik

Prijzen met * komen uit de Maatschappelijke Prijslijst (Verwey-Jonkerinstituut, 2017) zijn onder totale kosten her-berekend met de Inflatiecalculator naar 2024 (Bereken Het, 2024) en vergeleken met het meest recente onderzoek naar de maatschappelijke prijslijst (Kwakernaak-Deuten, november 2022)

	Tijdsinvestering	Kosten (afgerond naar hele euro's)
Consult huisarts	Per keer €12,21,- gemiddeld 4 consulten per week gedurende 13 weken = €634,91,- (Landelijke Huisartsenvereniging, 2024)	€ 635,-
Inzet psycholoog (eerst reguliere verslavingszorg, daarna forensische zorg)	€85,76,- per uur wekelijks gedurende 13 weken = €1.114,82 (Kostprijzen per FWG Tactus Verslavingszorg, 2024)	€ 1.115,-
Inzet psychiater (eerst reguliere verslavingszorg, daarna forensische zorg)	€119,62,- per uur gemiddeld 6 keer een consult = €717,72,- (Kostprijzen per FWG Tactus Verslavingszorg, 2024)	€ 718,-
Bezoek spoedeisende hulp	€250,- per keer*	€ 337,-
Ambulancerit	€844,77 per keer (PUC, 2023)	€ 845,-
Intramurale (crisis)opname GGZ i.v.m. verslavingsproblematiek	1 maal korte opname €2.365,- 2 maal langere opname (langer dan 5 dagen) €7.710 x 2 = €15.420,- (Nederlandse Zorgautoriteit, 2024)	€ 17.785,-
Totaal		€ 21.435,-

Kosten kwartaal domein-overstijgende partijen

Uurprijzen met ** zijn intern opgevraagd binnen de gemeente Heerde, maar zijn exclusief bijzondere/aanvullende toeslagen.

	Tijdsinvestering	Kosten (afgerond naar hele euro's)
Procesregisseur Sociaal Domein Stip**	Overleg met B&W, afdelingsmanager SMV, regievoerder Stip, team jeugd, overleg zorgverleners die betrokken zijn geweest, zoals huisarts, ervaringsdeskundigen en Clarity, overleg Casemanager Verslaving en casuïstiek binnen Sociaal Werk. Per week gedurende deze periode zo'n 5 uur totaal om de casus te coördineren. 8 uur per week gedurende 3 maanden. 92 x 8 x 13 = €9.568,-	€9.568,-
Burgemeester**	1 x per twee weken 30 minuten Gedurende 3 maanden = 3 uur	€414,-
Wethouder**	1 x per 14 dagen 15 minuten PFO Gedurende 3 maanden = 1,5 uur	€111,-
Manager Afdeling SMV**	Op de hoogte per mails half uur per maand Gedurende 3 maanden = 1,5 uur	€107,-
Regievoerder Stip**	Zowel 18+ en 18-, regievoerders. Per maand 2 uur Gedurende 3 maanden = 6 uur	€378,-
Sociaal werker multiprobleem Stip**	Iedere 4 weken ZVHH uur per maand Gedurende 3 maanden = 3 uur	€150,-

Sociaal werker welzijn- en veiligheid Stip**	Half uur per maand Gedurende 3 maanden = 1,5 uur	€75,-
WMO gespreksvoerder**	Gemiddeld 10 uur gedurende 3 maanden. Toeleiding naar zorg en aanvraag/ondersteuning opstap/urgentiecommissie. €50 x 10= €500,-	€500,-
Inzet van boa's i.v.m. overlast gevend gedrag**	2,5 uur per week Gedurende 3 maanden= 32,5	€844,-
Procescoördinator Zorg- en Veiligheidshuis NOG**	Half uur per week Gedurende 3 maanden= 6,5 uur	€1.032,-
Overige vaste ketenpartners overleg ZVHH - Drie reclasseringswerkers - Procesondersteuner ZVHH - Vaste politiemedewerkers ZVHH - GGNet medewerker - OM medewerker	15 minuten, per persoon per overleg. 3 overleggen is 0,75 uur per persoon voor drie maanden tijd kwijt. Reclassering: 0,25 maal 3= 0,75 uur maal 3 medewerkers Gemiddeld €4.124,50 o.b.v. 36 uur. €85,93,- x 3 = €257,80 (Reclassering Nederland, 2024) + 40% werkgeverskosten = €360,92 Procesondersteuner ZVHH 0,75 uur Gemiddeld €3.156,50 o.b.v. 36 uur. €65,76 (Vacatures Overheid Online, 2024) + 40% werkgeverskosten = €92,06 Politiemedewerker ZVHH 0,75 uur (al meegerekend onder domein Veiligheid en Justitie) GGNet Medewerker ZVHH psychiatrisch verpleegkundige 0,75 uur Gemiddeld €4.200,50 o.b.v. 36 uur. €87,51 (GGNet, 2024) + 40% werkgeverskosten = €122,51 OM medewerker ZVHH senior parketsecretaris 0,75 uur Gemiddeld €4.624,- o.b.v. 36 uur. €96,33 (Werken voor Nederland, 2024) + 40% werkgeverskosten = €134,86	€710,-
Casemanager Verslaving Stip pilot**	10 uur per week Gedurende 3 maanden = 84,5 uur Uur prijs is €85,-	€11.050,-
Totaal		€ 24.939,-

Wat gaat het kosten als er niets gebeurt?

Afgaande op bovenstaande tabellen kan gesteld worden dat de gemiddelde (maatschappelijke) kosten inmiddels oplopen tot minimaal €102.625,- per kwartaal in deze casus.

• Totale kosten domein Huisvesting	€ 05.957,-
• Totale kosten domein Werk & Inkomen	€ 29.433,-
• Totale kosten domein Relatieeel gebied	€ 14.065,-
• Totale kosten domein Veiligheid & Justitie	€ 06.796,-
• Totale kosten domein Emotioneel welzijn & Middelengebruik	€ 21.435,-
• Totale kosten domein-overstijgende partijen	€ 24.939,-
	----- +

Totale geschatte maatschappelijke kosten (gedurende een kwartaal) € 102.625,-

Dit bedrag is nog exclusief de contacten die betrokkene heeft opgezocht met particuliere verslavingszorginstellingen, alwaar hij meerdere intakes heeft gedaan en de dagelijkse telefoontjes gedurende zijn crisisperiode die hij pleegde met de huisartsenpost en huisartsassistenten. De verwachting is dat de daadwerkelijke kosten nog hoger uitvallen. Betrokkene is

reeds jarenlang bekend bij de gemeente Heerde en dit patroon van dakloos raken en klinische opnames, in combinatie met overlast plegen heeft zich de afgelopen tien jaren telkens herhaald.

Doorrekenend zijn de kosten (maal vier) mogelijk gemiddeld jaarlijks ruim €400.000,- euro geweest. Als er niet wordt geïntervenieerd is de verwachting dat dit patroon zich voort zal zetten.

Wat kost het doorbraakplan?

Nu er een lange termijnplan van aanpak opgesteld is, heeft dit betrokkene veel perspectief gegeven vanuit zijn eigen beste hoop. De doorbraak in deze casus was dat we hem vanuit zijn beste hoop iets konden beloven, namelijk onder andere een eigen woning. Hij werd daarvoor telkens afgewezen door de urgentiecommissie en had hierdoor vanuit zijn beleving geen perspectief om zijn leven op orde te krijgen. Inmiddels is er vanuit het doorbraakplan aan het College gevraagd om deze toch te verlenen. Hij kreeg urgentie en kon daardoor een eengezinswoning huren. Betrokkene ging nadat hij de woning heeft gekregen eerst door een periode waar hij alles op het spel dreigde te zetten, omdat hij ineens de volledige verantwoordelijkheid kreeg over een huishouden, hij daarnaast weer fulltime was gaan werken en hij de kinderen weer bij hem thuis kon ontvangen. Dit zorgde voor veel spanning en angst om te falen, vooral als vader. Het lukte hem, in tegenstelling tot vroeger, waar hij dan uit beeld raakte van de hulpverlening, toch om in contact te blijven met de Casemanager Verslaving. Hij kreeg een detox-opname, werd abstinente en gaf vervolgens aan geen verdere hulp nodig te hebben. De Casemanager Verslaving bleef hem echter opzoeken en kon in overleg met Tactus Verslavingszorg afstemmen dat betrokkene zijn dossier ondanks dat hij in eerste instantie weigerde om verder in behandeling te gaan niet werd afgesloten.



Betrokkene viel na een korte periode weer terug in alcoholgebruik en deed vervolgens weer een beroep op allerlei partijen. Er werd door de Casemanager Verslaving Stip afgestemd met de huisarts en andere verslavingszorginstellingen dat er voorlopig geen ander plan volgt, maar dat de regie bij de Casemanager Verslaving Stip ligt. Vanwege oplopende risico's werd de casus opgeschaald naar het Zorg- & Veiligheidshuis en hier werd vanuit het zorg & veiligheids-domein een gezamenlijk plan van aanpak opgesteld. Betrokkene kreeg uiteindelijk nog één keer een detox-opname aangeboden, met als doel dat hij clean zou worden en van daaruit goede diagnostiek gedaan kon worden. Daarbij werd afgestemd met justitie dat er bij lopende strafzaken en nieuwe strafbare feiten toegewerkt wordt naar verplichte behandeling en reclasseringstoezicht, zodat betrokkene een extra stok achter de deur krijgt om gemotiveerd te blijven en zijn behandel- en diagnostiektraject voort te zetten.

Gezien betrokkene voor rijden zonder geldig rijbewijs en rijden onder invloed moest voorkomen, is er een uitgebreide e-mail gestuurd naar de rechtbank waarin geadviseerd is om betrokkene een reclasseringstoezicht en ambulante verslavingsbehandeling op te laten leggen. Deze is vervolgens opgelegd, waardoor betrokkene een extra stok achter de deur kreeg om zijn behandeltraject vol te houden en volledig af te maken.

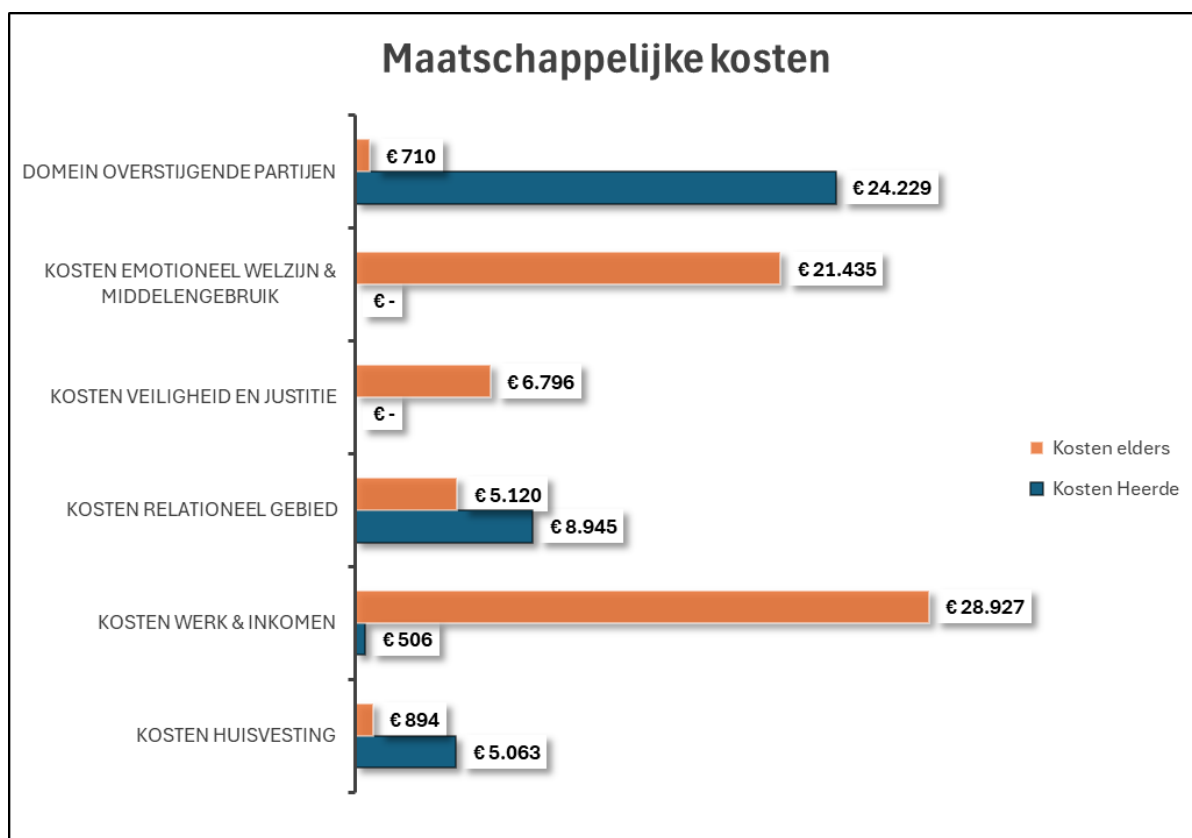
Betrokkene is na zijn detox-opname teruggekeerd in zijn woning en bleef in contact met Tactus Verslavingszorg, de Casemanager Verslaving en de reclassering. Hij is weer gaan re-integreren op de werkvloer, volgt behandeling en er hebben gesprekken plaatsgevonden met de betrokken partijen rondom de omgang met de kinderen. Uiteindelijk is betrokkene inmiddels ruim 10 maanden clean, werkt hij fulltime, waardoor hij weer spaargeld opbouwt en aan zijn betaalverplichtingen kan voldoen, heeft hij zijn rijbewijs weer teruggekregen, omdat hij aan zichzelf is gaan werken en is de omgang met de kinderen dusdanig uitgebreid, dat zij inmiddels zelfs nachttjes bij hem slapen. Betrokkene heeft het gevoel weer een fijne vader te kunnen zijn en er wordt met hem meegekeken in zijn doelen om de omgang nog meer uit te breiden en ook het contact met moeder van de kinderen te verbeteren. De casus kon snel na het opgestelde plan van aanpak ook weer

afgeschaald worden door het Zorg- en Veiligheidshuis. Betrokkene heeft in tussentijd geen beroep meer gedaan op de huisarts, allerlei andere partijen en veroorzaakt geen overlast meer. Het contact met de Casemanager Verslaving Stip blijft doorlopen.

- **Kosten Casemanager Verslaving Stip** € 11.050,-
- **Kosten inzet voor verplaatsen probleemcasus/gezin, urgentieverklaring** € 08.586,-
(Procesregisseur, Burgemeester, Wethouder, woonconsulent en WMO gespreksvoerder)
- **Kosten voor integraal plan van aanpak d.m.v. opschalen Zorg- en Veiligheidshuis** € 01.742,-
- **Kosten voor reclasseringstoezicht en forensische ambulante behandeling** € 10.746,-
(Reclasseringstoezicht, psychiater, psycholoog en een detox-opname)

-----+

Totale kosten maatwerkplan (gedurende dit kwartaal) € 32.124,-



Wat is de uitkomst van de som?

Bij de start van deze aanpak, was er intensieve inzet nodig. De Casemanager Verslaving en procesregisseur hebben wekelijks veel tijd moeten investeren, maar uiteindelijk konden zij afschalen van gemiddeld 10 en 8 uur per week, naar één consult met betrokkene per maand door de casemanager verslaving. De procesregisseur Stip en het Zorg- en Veiligheidshuis hebben ook relatief snel weer kunnen afschalen.

Uiteindelijk kost het door de inzet van deze (veelal tijdelijke) interventies op de langere termijn veel minder geld. Door de inzet van het doorbraakplan (vanuit het klein specialistisch casusoverleg), de rol van de Casemanager Verslaving (met specifieke expertise, out reachende en neutraal affectieve werkhouding en doorzettingsvermogen) en het verlenen van urgentie van een woning zijn na enkele maanden diverse kosten weggefallen, namelijk die van vrijwel alle domein-

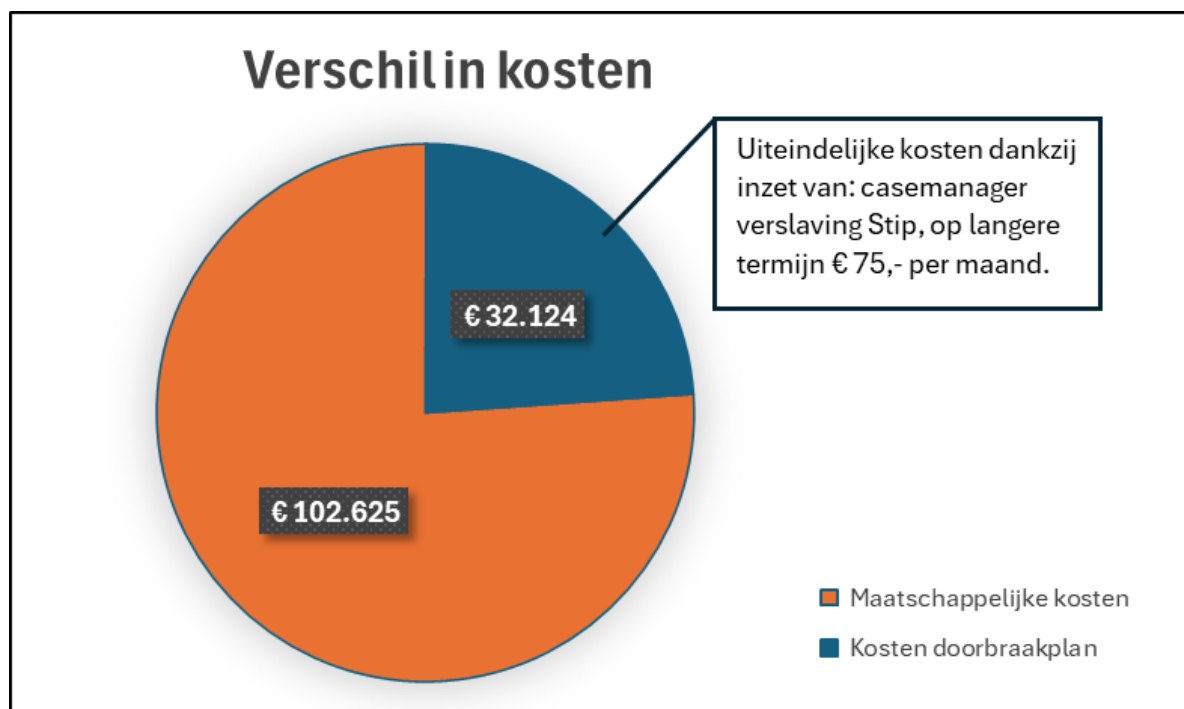
overstijgende partijen, de detox-opnames, diverse verslavingszorginstellingen die jarenlang wisselend betrokken waren, de kosten voor de daklozenopvang en andere opvangkosten (Safe house), de kosten door overlast gevend gedrag en het plegen van strafbare feiten.

Uiteindelijk is de verwachting dat na twee jaar de forensische zorg/reclasseringskosten ook zullen wegvallen en hopelijk uiteindelijk de noodzaak voor ondersteuning vanuit de jeugdhulpverlening bij het gezin.

Daarnaast is het van belang om vooral te benadrukken dat door deze aanpak en inzet de kwaliteit van leven van betrokkene, zijn gezin en het netwerk daar omheen verbeterd is. Betrokkene kan weer vader voor zijn kinderen zijn en voelt zich maatschappelijk gezien nuttig, doordat het hem inmiddels weer lukt volledig mee te draaien in de maatschappij zonder dat zijn verslaving hem de baas is.

Verwachte geschatte kosten op langere termijn per kwartaal na afronding jeugdtraject en reclasseringstraject:

Casemanager Verslaving Stip maandelijks één uur consult	€0.255,-
Ambulante verslavingsbehandeling wekelijks gesprekken psycholoog	€1.114,88
Ambulante verslavingsbehandeling driemaandelijks consult psychiater	€0.120,-
Gezinscoach maandelijks één uur consult per moeder, kinderen en vader	€0.450,-
	-----+
Totaal	€1.939,88



Betrokkenheid

Het lukte de laatste jaren geen enkele professional om daadwerkelijk grip te krijgen op betrokkene en daadwerkelijk betrokken te blijven. Betrokkene blijft echter wel in beeld bij de Casemanager Verslaving, omdat hij vertrouwen in haar heeft en zij hem telkens terug naar de realiteit haalt en hem weet te wijzen op zijn uiteindelijk toekomstdoelen. Daarbij heeft de Casemanager Verslaving mandaat binnen de Aanpak Middelengebruik & Verslaving, waardoor zij makkelijker daad bij haar woord kan voegen, hetgeen vertrouwen geeft aan betrokkene, maar ook bij andere zorgverleners die betrokken zijn.

Aanpak Middelen gebruik & Verslaving Gemeente Heerde.



Van een druppel op een gloeiende plaat, naar
een druppel op een zaadje.

Verwijzingen

- Bereken Het. (2024). *Bereken Het Inflatie*. Opgehaald van <https://www.berekenhet.nl/modules/beleggen/inflatie.html>
- Consumentenbond, De. (2024). *Wat kost een advocaat?* Opgehaald van <https://www.consumentenbond.nl/juridisch-advies/juridische-procedure/wat-kost-een-advocaat>
- De Rechtspraak. (2024). *Griffierecht bij civiele zaken*. Opgehaald van <https://www.rechtspraak.nl/Naar-de-rechter/Kosten-rechtszaak/Griffierecht/Paginas/Griffierecht-civiel.aspx#laaginkomen>
- GGNet. (2024). *Vacature sociaal psychiatrisch verpleegkundige ambulant team*. Opgehaald van Werken bij GGNet: <https://werkenbijggnet.nl/vacatures/sociaal-psychiatrisch-verpleegkundige-ambulant-team>
- Kostprijzen per FWG Gemeente Heerde (2024).
- Kostprijzen per FWG Tactus Verslavingszorg (2024).
- Kwakernaak-Deuten. (november 2022). *Verkenning Maatschappelijke Prijslijst*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Landelijke Huisartsenvereniging. (2024). *Landelijke Huisartsenvereniging*. Opgehaald van <https://www.lhv.nl/nieuws/nza-tarieven-2024-bekend/#:~:text=Het%20inschrijftarief%20tot%2065%20jaar,NZa%2Dtarieven%20vind%20je%20hier.>
- Maandag. (2024). *Vacature woonconsulent*. Opgehaald van <https://www.maandag.nl/overheid/vacatures/woningcorporaties/woonconsulent-vast/108186612/16449778>
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2024). *Dbc-zorgproducten*. Opgehaald van <https://www.opendisdata.nl/msz/zorgproduct?page=2>
- PUC. (2023). *Tariefbeschikking regionale ambulancevoorzieningen*. Opgehaald van https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_625934_22/2/
- Reclassering Nederland. (2024). *Vacature Reclasseringswerker Advies Zwolle*. Opgehaald van <https://werkenbij.reclassering.nl/ad/reclasseringswerker-advies-zwolle/zrb4o1>
- Scheidingsadvocaat, De. (2024). *Vaste prijzen | de kosten van een scheiding*. Opgehaald van <https://www.descheidingsadvocaat.com/vaste-prijzen/>
- Vacatures Overheid Online. (2024). *Vacature Procesondersteuner Zorg en Veiligheidshuis in Zaandam*. Opgehaald van <https://www.vacatures-overheid-online.nl/vacatures/2720437-procesondersteuner-zorg-en-veiligheidshuis-in-zaandam>
- Verwey-Jonkerinstituut. (2017). *Maatschappelijke prijslijst*. Utrecht: Instituut voor Publieke waarden.

Werken voor Nederland. (2024). *Vacature Senior Parketsecretaris* . Opgehaald van Werken voor Nederland: https://www.werkenvoornederland.nl/vacatures/senior-parketsecretaris-criminele-geldstromen-OM-2024-0294?utm_campaign=google_jobs_apply&utm_source=google_jobs_apply&utm_medium=organic

