

Verslavingszorg onder druk

‘Jou moeten we niet’

De zorg voor mensen met een verslaving moet verschuiven van de tweede naar de eerste lijn. Specialistische hulp is te duur. Maar daar zit wel de kennis om de ziekte te behandelen. ‘Ik voel de targets boven mijn hoofd hangen.’

door Sjors van Beek
beeld Rachel Corner



HET TAFEREEL doet denken aan *De aardappelters* van Van Gogh. Vijf verweerde, door het leven getekende koppen rond een tafel. Ze prikken geen aardappelen uit een pan maar roken heroïne door een rietje. Veel tatoeages. Eén man heeft pleisters op de armen van de drugsnaalden. Druk gepraat en naarstig, nerveus inhale- ren in een glazen cabine. Door een loketje wordt telkens een volgende portie heroïne aangereikt.

Dit is de Medicinale Heroïne Unit (MHU) in Den Bosch, waar verslaafden komen voor hun dagelijkse dosis methadon of medicinale heroïne. ‘Afkicken is voor deze mensen een illusie, ze zijn al tientallen jaren verslaafd. Door heroïne te verstrekken, in combinatie met een hulpprogramma voor hun dagelijkse activiteiten, hoeven ze niet meer elke dag te stelen en te schooien. En houden ze energie over om hun leven op andere terreinen op orde te krijgen. Zo kunnen ze toch een heel acceptabel leven leiden’, zegt verpleegkundige Sjoerd van Reusel (51). ‘En dit is goedkoper dan de gevangenis. Degenen die hier komen waren allemaal veelplegers.’

Na een half uur komen de mannen weer naar buiten, aanmerkelijk rustiger dan toen ze binnenkwamen. Op de binnenplaats van de kliniek wil verslaafde John (45) zijn verhaal wel kwijt. Al 28 jaar verslaafd, waarvan achttien jaar aan de heroïne. ‘Je doet bijna alles om aan je drugs te komen: dealen, stelen, helen, mensen oplichten en bespelen, als dit niet lukt probeer je dat. Alleen handtasjesroof en prostitutie deed ik niet.’

Cocaïne. Blowen. Pillen. Speed. Ruim 22 jaar heeft hij geprobeerd van zijn verslavingen af te komen. Vergeefs. ‘Nu, vanwege deze heroïne-uitgifte, heb ik eindelijk wat rust.’ Hij is een keer of zes opgenomen geweest, telkens zonder blijvend resultaat. ‘Er komt zoveel kijken bij clean leven! Je huis en de post bijhouden, koken, allemaal dingen die ik nooit heb geleerd. Dat kun je niet, dat is frustrerend, en dan val je weer terug.’

Hoe het ooit zo gekomen is? John vertelt over verwaarlozing in zijn jeugd, de dood van een goede vriend, een depressie, syndroom van Tourette. Kennissen die gebruikten, experimenteren met drugs, ‘de heroïne nam het pijnlijke gevoel weg. Het was zelfmedicatie. Maar binnen twee maanden was ik *hooked*. Veel mensen denken: dat gebeurt mij niet. Maar voor je het weet is het páf, verslaafd!’

Psychische problemen, drugs als medicijn tegen kwellende gedachten, drugs die waandenkbeelden en mentaal lijden weer verergeren, de vrije val de ellende in en de eindeloze worsteling om er weer uit te komen – het zijn de

‘In de volksmond is een verslaafde een loser of een slapjanus. Maar verslaving is een ziekte’

verhalen die in allerlei varianten weerklinken bij de Brabantse verslavingsinstelling Novadic-Kentron.

Neem de 23-jarige jongen, rode pet en zwart windjack, die rondhangt op de binnenplaats van de kliniek in Den Bosch. Hij heeft net zes dagen ‘detox’ achter de rug, de afdeling waar verslaafden de fysieke ontwenningverschijnselen doorlopen. Als dertienjarige begonnen met coke om het verlies van zijn dierbare grootouders te verwerken, ‘zij waren mijn alles’. Later misbruikt. Schaamte. Vrienden die gebruikten, ‘meegetrokken in de hardcore scene’. Blowen, twintig joints per dag, dat gaf ‘rust in het hoofd’, cocaïne ‘om te ontvluchten’, diazepam ‘om te kalmeren’. Het leverde ‘alleen maar kutsituaties op’. ‘Ik was een lopende tijdbom, nu heb ik eindelijk geen drugs meer nodig om de emoties weg te stoppen.’

De verpleegkundigen van de MHU vertellen tegen kwellende gedachten, drugs die waandenkbeelden en mentaal lijden weer verergeren, de vrije val de ellende in en de eindeloze worsteling om er weer uit te komen – het zijn de

PETER NELISSEN (54) is manager basis-GGZ en preventie. ‘Geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg zijn voor mij één en hetzelfde’, zegt hij. ‘De een wordt depressief, de ander gaat middelen gebruiken. Op verslaving rust echter een groter taboe dan op depressie. In de volksmond is een verslaafde een loser of een slap-

janus. Maar verslaving is een ziekte. Er is echt iets kapot in de hersenen, deels door erfelijke aanleg, deels als gevolg van langdurig gebruik. Dat gebruik is echter vaak een symptoom van een onderliggend psychiatrisch probleem.’ Hij dreunt wat cijfers op: ‘Eén op de negen mensen heeft, ergens in zijn leven, een afhankelijkheidsprobleem. Onder academici is dat één op vier. En zeventig procent van de verslavingen betreft alcohol. De babyboomers vormden een groeiende groep: veel geld, veel vrije tijd, een borrel op de tennisclub’s middags is gauw gepakt.’

Nelissen onderschrijft de plannen om verslaafden in hun eigen omgeving te helpen. Maar hij maakt zich tegelijkertijd ernstig zorgen over de verschuivingen die momenteel gaande zijn van tweede lijn (de specialistische hulp) naar de goedkopere eerste lijn (huisarts en basis-GGZ). ‘De gemiddelde verslaafde komt pas binnen bij de hulpverlening na gemiddeld vier jaar. We moeten ze eigenlijk veel eerder binnenkrijgen, als ze reeds afhankelijk zijn maar nog niet verslaafd. Een jongen bijvoorbeeld die nog wel op school zit maar zich ondertussen suf blout.’

Terwijl het voor de specialisten al moeilijk is om die groep op tijd te bereiken, moet hij in de toekomst al worden opgespoord in de basis-GGZ. ‘Maar de werkelijkheid gaat anders worden’, voorspelt Nelissen: ‘Er is nu een systeem bedacht waarin die mensen in een vroegtijdig stadium zélf hulp moeten vragen.’ De generalistische ‘keukentafelteams’ van gemeenten, met

slechts beperkte kennis van verslaving, gaan die gevallen er niet tijdig uitfilteren, vreest de manager: ‘En huisartsen durven lang niet altijd door te vragen bij hun vaste patiënten.’

Voor deskundige hulp, vóóran in de keten, moet wel tijd en geld zijn, wil hij maar zeggen. Mensen met verstand van verslaving die de alarmsignalen tijdig herkennen. Concreet: de huisartsen als spil in de wijkteams, ondersteund door verslavingsdeskundigen, bijvoorbeeld via Skype in de spreekkamer. Zodat mensen die zelf geen verslavingshulp vragen aan de hand van bepaalde symptomen toch tijdig in de basis-GGZ belanden. ‘Dat vergt tijd en geld, maar die investering verdient zich terug. Een gemiddelde behandeling in de basis-GGZ kost duizend euro. Behandel je niet, dan loopt de vervolgschade voor de samenleving vaak op tot gemiddeld een half miljoen, door ziektekosten, werkloosheid, criminaliteit en scheidingen.’

IN EEN GEBOUWTE van maatschappelijk werk in Uden houdt behandelaar basis-GGZ Henny Bongers (53) spreekuur. Ze schetst de ontwikkelingen van de laatste jaren. ‘Voorheen vergoedde de zorgverzekeraar tot zestien consults basis-GGZ. Dat was laagdrempelig, vrijblijvend, en je had niet meteen een stempel dat je verslaafd was. Dat werd teruggeschoefd naar vijf, met een eigen bijdrage en een verhoogd eigen risico. Gevolg: de aanmeldingen liepen terug, voor veel mensen werd het te duur. Zij beland-

den dus in de tweede lijn, de echte verslaafdenzorg. Maar nu gaat het merendeel weer terug naar de eerste lijn. Een hele uitdaging om op die manier de zorg te verbeteren.’

Haar eerste cliënt is een forse 44-jarige man, vriendelijk gezicht, legerbroek en blauwe trui. ‘Zes tot twaalf flessen bier per dag, maar als de stemming niet goed is worden het er zestien’, vat hij zijn probleem samen. Een alcoholistische vader, een bipolaire stoornis en zijn relatie ‘staat onder druk’. Hij gebruikt veel medicijnen, ‘die maken me vlak, mat’. ‘Als ik drink voel ik me weer iets prettiger’, zegt hij. Zijn doel: ‘Beperkt gebruik, af en toe een biertje, geen krat per dag.’ Als hij is vertrokken zegt Bongers: ‘Een zware cliënt, vroeger te zwaar voor de eerste lijn. Maar nu is het stelsel anders ingericht en komt hij bij mij.’

De tweede cliënt, een 33-jarige vrouw, komt niet opdagen. ‘Ook zij zou een half jaar geleden niet bij mij zijn beland. Een te complexe problematiek voor de eerste lijn oude stijl’, stelt Bongers. Drank, cannabis, cocaïne. Forse schulden, stemmingswisselingen, soms suïcidaal. ‘De GGZ wil haar alleen behandelen als ze eerst stopt met de middelen.’

Nummer drie: de 22-jarige Daan. Tot vijf weken geleden een zware blower. Hij slikt medi-

Boven: Jarno op zijn kamer in de detox-afdeling waar hij verblijft voor zijn drank- en blowprobleem; links: bij de Medicinale Heroïne Unit in Den Bosch rookt John zijn dagelijkse dosis heroïne in een daarvoor bestemde ruimte

cijnen voor ADHD. Daan is op de goede weg, Bongers geeft enkele adviezen voor het blijven weerstaan van de verleiding. ‘Toen ik blowde was ik veel depressiever’, vertelt Daan. Hangen in de garage, nergens over praten, ‘ik zag wel dat mijn leven stilstond.’

Het valt echt op, meekijkend in de verslavingszorg: de verwoestende werking van cannabis – met tegenwoordig THC-gehalten van ruim dertien procent – op vaak jonge levens. De emotionele ontwikkeling van veelblowende pubers staat gewoon stil, vertellen de medewerkers. Henny Bongers vertelt: ‘Sommige van die jongeren komen echt nergens meer toe, ze bouwen tussen hun veertiende en hun twintigste niks op. Als ze twintig zijn hebben ze een achterstand op alle gebieden, emotioneel, intellectueel, relationeel. Ze ontwikkelen hun identiteit niet, hebben alleen contact met andere blowers en compleet verstoorde relaties met hun ouders. Een slecht eetpatroon, nul hobby’s. Ze zijn volkomen passief en vervelen zich rot. Ze kunnen amper met internet omgaan, geen opleiding, geen werk, geen huisvesting, gewoon geen enkele basis’, somt ze op. ‘Cannabis is echt véél heftiger dan wat het voor velen lijkt.’

Alsof de duvel ermee speelt belt een twintigjarige vrouw naar het Advies- en Intakecentrum (A&I) op het hoofdkantoor in Vught waar Bongers een ochtenddienst heeft. A&I is de voordeur van de verslavingszorg, de poort naar de hulp. De jonge vrouw slaapt amper, heeft een posttraumatische stressstoornis, tienduizenden euro’s schuld en openstaande boetes, geen inkomsten. En ze blowde zich suf, ‘niet normaal zoveel als ik rookte, twee, drie gram per dag. Als ik gebruik, hoef ik niet aan mijn geldzorgen te denken. En het helpt tegen de verveling.’

Voordat de vrouw dit ‘inschrijfgesprek’ kon voeren, heeft ze al enkele bureaucratische hobbels moeten nemen. De huisarts moet voorsorteren, specialistische hulp of basis-ggz, en stuurt een verwijfsbrief. Pas als die binnen is, volgt inschrijving bij de verslavingsinstelling. Slechts één op de tien verwijfsbrieven voldoet meteen aan alle voorschriften, alle vakjes en nummertjes en codes ingevuld. De rest gaat één, twee of drie keer op en neer tussen Novadic-Kentron en de huisarts. Een ‘noodgedwongen cliënt-onvriendelijke tussenstap’, vertellen de medewerkers, omdat de zorgverzekeraar behandeling op basis van onvolledige verwijfsbrieven niet meer vergoedt. De A&I-medewerkers bekijken vervolgens wat er aan de hand is en welke hulp moet worden ingezet. Daadwerkelijke intake en koppeling aan een behandelaar volgt pas als er plek is, gemiddeld enkele weken later.

WIE WORDT opgenomen begint met ‘detox’, het ontgiften. Het fysieke ontnuchteren duurt gemiddeld een week, de cliënten krijgen medicijnen om de klap van het ontnuchteren minder hard te laten aankomen. Na drie weken detox volgen gemiddeld zes weken diagnostiek: spitten naar oorzaak en gevolg. Zijn er jeugdtrauma’s, psychiatrische problemen?

‘Wat er echt uitspringt is hoe vaak de mensen hier zijn misbruikt of geestelijk mishandeld in hun jeugd’

In de kliniek (‘afdeling klinische zorg’) in Den Bosch laat senior verpleegkundige Sonja de Leeuw (53) voor het eerst het woord ‘ambulantiseren’ vallen: hulp bieden vanuit de thuis-situatie of via internet, zonder opname. ‘Het werkt slechts in een kwart van de gevallen. Als je een cliënt nuchter terugzet in zijn sociale netwerk en daar verandert niets, blijf je problemen houden.’ In de praktijk, zo zien de medewerkers, zijn het laagopgeleiden en zwakbegaafden die nog worden opgenomen. De hoger opgeleiden kunnen ambulant vaak weer op de weg worden geholpen.

In de verslaafdenzorg wordt gesproken over ‘zucht’: de drang om te drinken of drugs te gebruiken. ‘Die kunnen we niet wegnemen, mensen hebben in feite levenslang. We kunnen hen wel helpen met hoe ze moeten reageren op die zucht’, zegt De Leeuw.

Het leeuwendeel van de behandelingen is voor alcoholverslaving. Blowen komt ook veel voor, en poly-drugsgebruik groeit. Alcohol en cocaïne, alcohol en blowen, blowen en pillen. Maar opnames vinden ook plaats voor gokverslaving, internetverslaving of excessief gamen. Veel voorkomend en lastig zijn de ‘benzo’s’ oftewel benzodiazepinen, de rustgevende en slaappillen als diazepam en oxazepam die door sommige huisartsen nog steeds langdurig worden voorgeschreven zonder dat ze doorvragen naar de onderliggende problemen. En extreem moeilijk is een snel groeiende groep van GHB-verslaafden, hoofdzakelijk jongeren. Het spul is zelf te maken van velgenreiniger en gootsteenontstopper. Het is goedkoop, risicovol, snel verslavend, en afkicken kan alleen met medicinale GHB.

In de huiskamer, ingericht in jaren-zeventigstijl, hangen plukjes cliënten verveeld voor de televisie. De 53-jarige alcoholist Corné heeft het er bijna op zitten, hij mag na negen weken opname weer naar huis. Acht eerdere, kortere opnames hebben hem niet van de drank kunnen helpen. Al 33 jaar is het een probleem, vertelt Corné, ‘achttien tot 36 blikjes per dag’. Deze keer heeft hij er vertrouwen in. ‘Ik heb hier geleerd dat ik ook wel eens trots op mezelf mag zijn en voor mezelf mag opkomen.’

De 39-jarige Jarno van der Pijl is nog niet zo

‘Laatst vroeg iemand van de zorgverzekeraar me: hoeveel uitstroom hebben jullie? Andere vragen stelde hij niet’

ver, hij zit nog in de detox. ‘Twintig jaar drinken en blowen. Twee flessen wijn en twintig euro aan wiet per dag. ‘Het werd te gek’, vat hij de kwestie samen. ‘Ik heb geen jeugd gehad, mijn ouders zeiden: “Jou moeten we niet.”’ Hij ging gebruiken. ‘Om de problemen van vroeger te onderdrukken, eerst één blowtje en één drankje per dag, maar het werd steeds meer, om mezelf te verdoven.’ Nu wordt het tijd ‘om eens trots te zijn op mezelf’.

‘De’ verslaafde bestaat niet, vertellen de verpleegkundigen. ‘Maar wat er echt uitspringt is hoe vaak de mensen hier zijn misbruikt of geestelijk mishandeld in hun jeugd.’

‘VERSLAVING’, zegt teamleidster klinische zorg Diana Hennen (44), ‘poets je niet zomaar weg met een pilletje of een pleister. Ik vind het erg knap als mensen na één opname clean blijven. Het gebeurt in minder dan tien procent van de gevallen. Gemiddeld wordt iemand vijf à zes keer opgenomen.’ De kern van de behandeling is inzicht geven: waarom gebruikt iemand, onder welke omstandigheden, en wat kun je doen om de verleiding te weerstaan of het gebruik te doseren?

Van elke opname leert de verslaafde wel iets, stelt ze. ‘We richten ons ook meer op wat de cliënt en zijn omgeving zelf kunnen doen om te voorkomen dat hij hier over twee maanden wéér is. Vroeger was het wel wat extreem, tig tig tig opnames, lekker makkelijk, even naar een bed in een kliniek.’ Die tijd is voorbij, de hulp is nu vaker ambulant en in de eerste lijn en dat juicht Hennen toe. ‘Al is het wel weer wat doorgeschooten. De zorgverzekeraar bepaalt vooraf nu precies hoeveel minuten je aan een verslaafde mag besteden. Knap hoor...’, zegt ze cynisch.

Als zovelen bij Novadic-Kentron stoort ze zich aan het stigma dat verslaafden hebben in de buitenwereld: ‘Ze zijn vies, ze stinken, ze overvallen oude mensen. Het is hun eigen schuld, niet te veel geld aan spenderen dus. Maar het is een ziekte! En met de huidige budgetten vrees ik dat de samenleving weer heel veel last gaat krijgen van onze doelgroepen.’

Hoe complex het samenspel van factoren rond verslaving kan zijn probeert ook Sandra van Oorschot (28) uit te leggen. Ze is sociaal psychiatrisch verpleegkundige binnen het team FACT (Functional Assertive Community Treatment). Hier komen de ingewikkelde gevallen: de mensen met een psychiatrische diagnose en een verslaving. ‘De hoog-complexe chronische groep.’ Ze krijgen allemaal individuele intensieve begeleiding in hun eigen omgeving. Doel: beddenreductie en voorkomen van (dure) crisis-opnames.

Deze middag heeft ze een gesprek met de 33-jarige Alex, een flamboyant kunstenaarstype, oorringen, een gothic T-shirt en een bonte pet. Hij is vandaag ‘zo goed als nuchter, één wijntje en één lijntje om de moed erin te houden’. Ze vullen samen een ‘ROM-vragenlijst’ (Routine Outcome Measurement) in: een vragenlijst aan begin en eind van de behandeling over midde-



lengebruik, gemoedstoestand en de ‘zucht’ naar middelen.

‘Een van de wurggrepen van de zorgverzekeraars’, typeert Van Oorschot de vragenlijst. Of Alex de afgelopen maand ‘benzo’s’ heeft gebruikt? Dat heeft hij. ‘Xanax, lorazepam, clonazepam, demazepam. En diazepam’, dreunt hij moeiteloos op. En speed. En jointjes. En pijnstillers. En snuifcoke. ‘Maar het grootste probleem blijft toch alcohol.’ Anderhalf tot drie liter wijn per dag. Als hij niet drinkt voelt hij ‘onrust, paniek, angst, stress, depressie, gewoon het gevoel dat ik als persoon niet zo veel voorstel’.

Het FACT-team begeleidt zo’n 250 cliënten als Alex. ‘Mensen die we aan alle kanten moeten stutten en steunen. En déze doelgroep moeten we dus gaan overdragen aan de eerste lijn’, peinst Van Oorschots chef, procesmanager Vincent Neijts (51). ‘We zullen heel hard moeten gaan zoeken aan wie we hen als zijnde stabiel kunnen overdragen. Ik denk dat het misschien bij tien van die 250 gaat lukken.’

Neijts staart even naar buiten. ‘Ik vind het wel zorgelijk. De mensen die over de euro’s gaan zien de werkelijkheid niet. Ze denken alleen in cijfers en de financiën. Laatst vroeg iemand van de zorgverzekeraar me één ding: hoeveel uitstroom hebben jullie? Andere vragen stelde hij niet. Ik voel de targets boven mijn hoofd hangen.’

De basis-ggz, voorspelt ook Neijts, kan niet voldoende hulp bieden. ‘Dus gaan die mensen weer de straat op, veroorzaken criminaliteit en overlast. De kosten daarvan zijn vele malen hoger dan wat de zorg kost die we nu bieden. We hoeven mensen niet langer te pampieren, dat vind ik ook. Maar als het doel wordt: maximaal



twee jaar zorg, of maximaal tien gesprekken, dan houd ik mijn hart vast.’

AAN DE RAND van de Graafsewijk in Den Bosch ligt een spiksplinternieuw gebouw, opgetrokken uit gele en grijze baksteen. Het oogt vriendelijk, meer als een school dan als een gevangenis. Dit is het hostel voor de chronisch verslaafden, de groep waar met ambulante hulp niets meer te winnen valt. ‘De mensen die hier wonen zijn uitbehandeld’, zegt teamleider Emmy Bouwmans (58) onomwonden. ‘Ze kiezen ervoor om te blijven gebruiken maar toch de kwaliteit van hun leven enigszins te verhogen.’ Alle bewoners – drie vrouwen, 27 mannen, de oudste 68 jaar – behoren tot de zogenaamde *double trouble*-doelgroep: verslaafd en psychiatrisch patiënt. ‘Ze gebruiken vaak om de stemmetjes in hun hoofd te onderdrukken. Maar de middelen werken weer psychoses in de hand. Een zware klus om het stabiel te houden’, vertelt psychiatrisch verpleegkundige Michel van Ingen (52).

Dit is echt de onderklasse van de verslaafdenwereld. ‘Maar’, zegt Bouwmans, ‘als ze hier zitten daalt de criminaliteit in de omgeving met tachtig procent. Dit is een overlastproject.’

De hostelbewoners stromen in vanuit de psychiatrie en vanuit de verslaafdenzorg. Van de eerste groep zal vrijwel niemand nog weggaan. Van de tweede groep maakt zo’n tien procent kans op doorstroming naar een zelfstandiger bestaan.

De komst van het hostel stuitte aanvankelijk op heftig verzet van de buurt – een eerste locatie ging zelfs in vlammen op. Via een regulier overleg met wijkbewoners houdt de gemeente de vinger strak aan de pols. De buurt heeft er

In een kamer achter glas rookt Marco zijn dagelijkse dosis heroïne

inmiddels vrede mee, blijkt tijdens een gemoedelijke vergadering van de beheergroep. De notulen van de eerste maanden geven inzicht in de geconstateerde ‘incidenten’. Een enkele winkeldiefstal. En: ‘Bewoner lag te zonnebaden voor een winkel.’

Achter, op de binnenplaats van het hostel, staat een kippenhok, de bewoners oogsten dagelijks verse eitjes. Binnen is het een komen en gaan van nerveuze, soms opgefokte mannen en vrouwen met getekende gezichten, druk pratend, soms in zichzelf. Om de haverklap klopt er iemand aan bij de verplegerspost naast de ingang. Ze wachten op eten, op medicijnen. Op maandag lopen ze op en neer naar de pinautomaat aan de overkant, kijken of het leefgeld al binnen is. Tussendoor roken ze sigaretjes, hangen, kletsen. ‘De doelen die we stellen zijn héél

klein. Bijvoorbeeld één keer per dag zelfstandig de medicijnen bij ons komen ophalen’, vertellen de verplegers. Een bewoner meldt zich. ‘Hoe is het, Danny?’ vraagt het personeel. ‘Kut!’ zegt Danny. ‘Ik heb geen geld, niks te roken, loop alleen maar te schooien.’

VRIJDAGMIDDAG, de kantoortuinen van het hoofdkantoor zijn nagenoeg verlaten. Roel Hermanides (62), lid van de raad van bestuur van Novadic-Kentron, en regiomanager Bernier van Hoof (51) luisteren belangstellend naar de observaties van deze week. De klachten over het snoeien in de vrijetijdsbestedingen van de bewoners. Of over de doorgeschooten bureaucrativering, de protocollen, de ‘stompzinnige rapportages en registraties’, vaak op last van de zorgverzekeraar. ‘Het systeem is ingericht op wantrouwen’, stelt Hermanides. ‘Wij hebben becijferd dat twintig procent van ons budget opgaat aan regeldruk. Daar valt héél veel geld te winnen.’ Hij nuanceert meteen: ‘De zorgverzekeraars zitten óók weer gevangen in achter het bureau bedachte regels die niet werken, bijvoorbeeld van zorgautoriteit NZa.’

Maar vooral gaat het gesprek over dé grote beweging in de verslavingszorg: de overheveling van tweede naar eerste lijn. ‘In de eerste lijn kan veel meer dan tot nu toe gebeurde, maar we moeten domweg nog interventies ontwikkelen. Op zich is de beweging wel goed, want hoe later je een verslaafde bereikt, hoe ernstiger de problemen en hoe duurder de zorg.’

Maar als het aantal cliënten in de eerste lijn groeit, moet er aanvankelijk wel geld bij – en dat komt niet. ‘En daar’, erkennen de zorgmanagers, ‘zit een knelpunt.’ ♦