

Borst-Eilers

dat een beheerder – het helpt natuurlijk als hij duidelijk verbodsborden heeft hangen – dan toch zo'n roker kan aanspreken. Je zit ook niet de hele dag in de bibliotheek; misschien wel als je student bent, maar dan moet je er af en toe maar even uit lopen om te roken.

Het negatieve oordeel van de Handhavingsadviesgroep, waarover de heer Van der Vlies sprak, is mede gebaseerd op het verkeerde uitgangspunt dat je op de ouderwetse manier controleert, waardoor je slechts enkele minuten per jaar per verstrekkingspunt beschikbaar zou kunnen zijn. We gaan toch toe naar een moderner handhavingsstrategie, die trouwens door meer inspecteurs wordt uitgevoerd. De bedoeling is – hoe men zich daarover informeert, laat ik even in het midden – dat men weet waar de hot spots zitten en dat men daar meer selectief naartoe gaat.

Ik heb hier nog een aantekening over de nicotine, maar ik denk dat ik dit eigenlijk wel bekend mag veronderstellen, namelijk dat er door de FDA in Amerika voldoende is aangetoond – de ex-directeur van de FDA, David Kessler, heeft er een prachtig boek over geschreven – dat men bij de tabaksproductie manipuleert met wat men er wel of niet in stopt om het maar zo aantrekkelijk mogelijk te maken. Zelfs is er nog sprake van dat men verslavende stoffen zou toevoegen, maar daar ken ik geen bewijzen van. Er is een heleboel literatuur over.

Het stoppen met roken is een van de doelstellingen van het beleid. Hoe doen wij dat dan: adequate ondersteuning bieden? Het is welbekend dat er vrij effectieve methoden zijn die kunnen leiden tot 30% succes. Dat is heel wat bij een verslaving. Het is wel belangrijk dat men een dubbel traject volgt, namelijk counseling of gesprekstherapie en tegelijkertijd een ondersteunend middel, bijvoorbeeld nicotinepleisters, nicotinekauwgum of de nieuwe stof Zyban. Ik heb het initiatief genomen om een publiek-privaat samenwerkingsproject stoppen met roken te starten met verschillende partijen: de KNMG, de Medische alliantie tegen het roken, het College voor zorgverzekeringen, de farmaceutische industrie, de Vereniging van hartspecialisten en natuurlijk Stivoro. Het is de bedoeling om met elkaar goed uit te werken hoe je dat het meest effectief

kunt doen. Het gaat niet alleen om de vraag wat de beste aanpak is, want daarover is al het nodige bekend, maar ook om de vraag wie het moet doen. Moeten de huisartsen het doen? Zouden wij niet ook de GGD kunnen inschakelen om in een soort groepstherapie mensen de gelegenheid daartoe te bieden en moeten wij dan de GGD ook financieel daartoe in staat stellen?

Wat moeten wij doen met het gegeven dat Zyban en nicotinepleisters en -kauwgum niet in het pakket zitten? Wij hebben de bekende trechter van Dunning met het vierde criterium: het kan voor eigen rekening en verantwoording komen en dan moet het niet in het pakket. Tot dusverre zijn wij daarvan uitgegaan. Het College voor zorgverzekeringen heeft gezegd dat dit een uitgelezen onderwerp is waarbij je dat deel van de trechter van Dunning kunt toepassen: wel voorschrijven op recept door de arts, maar niet vergoeden.

Je kunt ook een andere redenering volgen. Als de overheid het wel vergoedt, wordt daarmee een signaal afgegeven: u bent ziek, het is een geneesmiddel, u heeft er recht op, etc. Financieel is het argument heel helder. Als je erin slaagt om te stoppen met roken met behulp van deze middelen, dan haal je dat er financieel dubbel en dwars uit. Zyban kost per dag minder dan een pakje sigaretten per dag. Ik zou het ook niet zonder meer willen vergoeden. Ik ben bezig te onderzoeken of je een specifieke stoppen met roken-therapie kunt omschrijven en een aantal keren kunt vergoeden, net als de drie cycli bij IVF: vijf pogingen en dan houden wij ermee op. Het gebruik van Zyban zou dan moeten samengaan met een gedrags-ondersteunend programma, zoals de minimale interventiestrategie door de huisarts of een speciale poli voor het stoppen met roken. Dat middel wordt dus niet in het wilde weg voorgeschreven.

Er is gisteren een persbericht uitgebracht door de fabrikant van Zyban, waarin wordt aangekondigd dat de bijsluiter wordt aangepast. Er komen extra waarschuwingen in. Er zijn in Nederland nogal wat bijwerkingen gemeld, net als in het buitenland. In Nederland hebben tot dusverre acht mensen een ernstige epilepsieaanval gehad na het gebruik van dit middel. De fabrikant denkt dat je het middel veilig kunt

voorschrijven, als je de patiënten maar goed screent en mensen met een verhoogd risico uitzondert. De bijsluiter wordt dus aangepast.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

De **voorzitter**: Ik weet dat ik tegen sommige sprekers heb gezegd dat wellicht aan het eind van de termijn van de minister nog een vraag kon worden gesteld. Gezien het tijdstip wil ik daarvan nu afzien. Als daaraan dringende behoefte bestaat, kan dat gebeuren voorafgaande aan de tweede termijn, hoewel dat een gekke procedure is. Ik merk vanavond wel of daaraan behoefte bestaat.

De vergadering wordt van 16.50 uur tot 19.00 uur geschorst.

Aan de orde is de behandeling van:
- **het wetsvoorstel Tijdelijke fiscale stimulering van de aankoop van schone personenauto's en bestelauto's (27660).**

Dit wetsvoorstel wordt zonder beraadslaging en, na goedkeuring van de onderdelen, zonder stemming aangenomen.

Aan de orde is de voortzetting van de behandeling van:
- **het wetsvoorstel Wijziging van de Tabakswet (26472).**

De algemene beraadslaging wordt hervat.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Voorzitter. De minister zei in haar eerste termijn dat het bij deze wetgeving gaat om bescherming van de jeugd tegen het roken, bescherming van de niet-rokers tegen de rokers en om ondersteuning van het stoppen met roken. Ik zal de zaken waarom het gaat in tweede termijn nog eens doornemen. Ik maak daarbij enkele opmerkingen, ook gezien sommige amendementen en hetgeen de minister heeft gezegd. Het gaat om minder reclame, minder verkoopmogelijkheden, minder rookplekken, leeftijdsgrenzen en om een handhavingsregime.