

Vergaderjaar 2004–2005

24 077

Drugbeleid

29 660

Zorg voor verslaafden

Nr. 144

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 12 april 2005

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ en de vaste commissie voor Justitie² hebben op 17 maart 2005 overleg gevoerd met minister Hoogervorst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **brief van de Algemene Rekenkamer d.d. 16 juni 2004 ter aanbieding van het rapport «Zorg voor verslaafden» (29 660, nr. 1);**
- **brief van de ministers van VWS, BZK en Justitie d.d. 18 juni 2004 houdende standpunt op aanvullende evaluatie CCBH-behandeling met heroïne (24 077, nr. 127);**
- **brief van de minister van VWS d.d. 25 juni 2004 ter aanbieding van het rapport «Verslavingszorg herijkt» (VWS-04-875);**
- **brief van de minister van VWS d.d. 11 augustus 2004 inzake beantwoording vragen gesteld tijdens algemeen overleg drugbeleid en verslavingszorg en reactie op moties Albayrak, Joldersma en Joldersma/Nawijn (24 077, nr. 136);**
- **brief van de Algemene Rekenkamer inzake beantwoording commissievragen over het rapport «Zorg voor verslaafden» (29 660, nr. 3);**
- **brief van de minister van VWS d.d. 1 september 2004 inzake beantwoording commissievragen over het rapport van de Algemene Rekenkamer «Zorg voor verslaafden» (29 660, nr. 4);**
- **brief van de minister van VWS d.d. 10 december 2004 inzake medicinale cannabis (24 077, nr. 140), alsmede antwoorden op commissievragen terzake (24 077, nr. 142);**
- **brief van de staatssecretaris van VWS d.d. 17 december 2004 inzake plan van aanpak verloedering en overlast 2005–2007 (29 325, nr. 2);**

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kalsbeek (PvdA), Rijpstra (VVD), Koşer-Kaya (D66), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Halsema (GroenLinks), Kant (SP), Blok (VVD), voorzitter, Smits (PvdA), Örgü (VVD), Verbeet (PvdA), Van Oerle-van der Horst (CDA), ondervoorzitter, Vergeer (SP), Vietsch (CDA), Tonkens (GroenLinks), Joldersma (CDA), Van Heteren (PvdA), Smilde (CDA), Nawijn (LPF), Van Dijken (PvdA), Timmer (PvdA), Van Miltenburg (VVD), Hermans (LPF), Schippers (VVD), Omtzigt (CDA).

Plv. leden: Rouvoet (ChristenUnie), Verdaas (PvdA), Griffith (VVD), Bakker (D66), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Vendrik (GroenLinks), Gerken (SP), Veenendaal (VVD), Weekers (VVD), Tjon-A-Ten (PvdA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), De Ruiter (SP), Ormel (CDA), Van Gent (GroenLinks), Koomen (CDA), Waalkens (PvdA), Mosterd (CDA), Varela (LPF), Bussemaker (PvdA), Heemskerck (PvdA), Oplaat (VVD), Kraneveldt (LPF), Hirsi Ali (VVD), Eski (CDA).

² Samenstelling:

Leden: Van de Camp (CDA), Klaas de Vries (PvdA), Van Heemst (PvdA), Vos (GroenLinks), Rouvoet (ChristenUnie), Adelmund (PvdA), De Wit (SP), Albayrak (PvdA), Luchtenveld (VVD), Wilders (Groep Wilders), Weekers (VVD), De Pater-van der Meer (CDA), voorzitter, Çörüz (CDA), Verbeet (PvdA), ondervoorzitter,

Wolfsen (PvdA), Jan de Vries (CDA), Van Haersma Buma (CDA), Eerdmans (LPF), Van Vroonhoven-Kok (CDA), Van Fessem (CDA), Straub (PvdA), Griffith (VVD), Van der Laan (D66), Visser (VVD), Azough (GroenLinks). Plv. leden: Jonker (CDA), Dijsselbloem (PvdA), Timmer (PvdA), Halsema (GroenLinks), Van der Staaij (SGP), Kalsbeek (PvdA), Van Velzen

(SP), Tjon-A-Ten (PvdA), Van Baalen (VVD), Blok (VVD), Hirsi Ali (VVD), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Jager (CDA), Van Heteren (PvdA), Arib (PvdA), Buijs (CDA), Sterk (CDA), Varela (LPF), Joldersma (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Örgü (VVD), Lambrechts (D66), Rijpstra (VVD), Karimi (GroenLinks), Vergeer (SP), Hermans (LPF).

- **brief van de minister van VWS d.d. 10 januari 2005 inzake antwoorden op vragen naar aanleiding van het algemeen overleg drugsbeleid d.d. 30 juni 2004 (24 077/29 800- XVI, nr. 141).**

Van dit overleg brengen de commissies bijgaand beknopt verslag uit.

Vragen en opmerkingen uit de commissies

Mevrouw **Veenendaal** (VVD) merkt op dat drugsbeleid en verslavingszorg iedereen aangaan. De huidige politieke trend is dat vooral naar justitiële oplossingen wordt gezocht, zoals de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV) en de plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD-maatregel) voor verslaafde veelplegers. De motivatie voor deze maatregelen is dat de zorg heeft gefaald en dat het tijd is voor dwang. Zorg en dwang moeten hand in hand gaan. De probleemanalyse en de uitgangspunten van het Plan van aanpak verloedering en overlast zijn goed. De groep van overlastgevende zorgmijders verdient een betere en structurele aanpak. Die is er nu niet. Het probleem is waarschijnlijk niet helemaal op te lossen, maar een goede aanpak zal leiden tot minder overlastgevers en een betere kwaliteit van leven voor verslaafden die overlast veroorzaken. Het is noodzakelijk om deze groep in kaart te brengen. Er zijn harde cijfers nodig. Kan de minister daaraan bijdragen? Een van de oorzaken van de problemen in de verslavingszorg is de uitvoering en de controle door gemeenten. Lokale politici moeten hier meer aandacht aan besteden. In Amsterdam zijn er bijvoorbeeld ongeveer twintig organisaties die zich zwaar gesubsidieerd met drugsverslaafden bezighouden. Tot vijf jaar geleden mochten deze instellingen zichzelf controleren en ging de gemeente altijd akkoord met de jaarcijfers. Er moet meer resultaatgericht worden gewerkt. Het is opvallend dat er in drugshulpverlening altijd nieuwe projecten worden gestart en zelden dingen worden geschrapt. Er moet beter worden gekeken naar wat echt nodig is en wat echt aan de behoeften voldoet.

Op basis van contracten en verantwoording van de resultaten moet duidelijk worden welke instellingen goed presteren en goed inspelen op het overheidsbeleid. Instellingen die zich onttrekken aan het overheidsbeleid of slecht presteren, zouden hun contract moeten verliezen. Het is van groot belang dat er prestatieafspraken worden gemaakt. Er moet ketenregie voor zorg, wonen, werken en dagbesteding onder verantwoordelijkheid van gemeenten worden opgezet. De gelden die vrijkomen door het schrappen van projecten zouden volledig kunnen worden ingezet voor het leggen van contact tussen de doelgroep en zijn omgeving en voor resocialisatie.

Drugsverslaafden raken verslaafd aan hulp. De gegevensuitwisseling tussen instellingen moet worden verbeterd. Er moet een elektronisch cliëntendossier komen dat toegankelijk is voor alle hulpverleners en de politie. Resocialisatie van verslaafden is een van de doelen van het beleid. Afkicken moet het streven zijn. Iedere cliënt dient te worden begeleid naar zijn of haar eigen persoonlijke maximale niveau van zelfredzaamheid, met een dak boven het hoofd en een dagbesteding. Verslaafden en thuislozen zouden deel moeten nemen aan allerlei praktische, positieve en creatieve activiteiten. De passieve dagopvang van nu is voor niemand goed. De keten rond cliënten moet worden gesloten. Er moet worden gestreefd naar een cliëntgestuurde benadering waarbij politie, verslavingszorg, GG&GD en maatschappelijke opvang op basis van gedeelde kennis een doorstroombeleid vormgeven. Hierdoor krijgen verslaafden en daklozen een reële kans op rehabilitatie. Samenwerking is hiervoor noodzakelijk. Een probleem is dat vaak geen nazorg beschikbaar is. Dat moet onderdeel zijn van de ketenregie. Het is van groot belang dat vrijblijvendheid in het al dan niet accepteren van zorg zo veel mogelijk wordt uitgesloten en de

vastgelegde gedragsregels door de cliënten worden gerespecteerd. Er moeten glasharde garanties zijn dat de nazorgprojecten worden opgezet. Dat is een verantwoordelijkheid van de samenwerkende instellingen en gemeenten. Er moet speciale aandacht zijn voor behandeling van jongeren jonger dan 18 jaar. Voor deze groep is nauwelijks opvang geregeld. Deze kwetsbare mensen moeten indien nodig snel en goed kunnen worden opgenomen in een zorg- en behandeltraject.

Mevrouw **Timmer** (PvdA) zegt dat er nog veel problemen zijn in de zorg voor verslaafden. In de huidige kabinetsplannen wordt de verslavingszorg veel te gefragmenteerd benaderd. Het kabinet gaat voorbij aan de sociale problematiek. De maatregelen zijn te veel gericht op repressie, vastzetting, opvijzeling van het straatbeeld en overlastbestrijding. Deze kortetermijnbenadering leidt ertoe dat het ontbreekt aan een integrale visie van de overheid, laat staan dat een weg wordt ingeslagen naar afstemming van de vele initiatieven in de verslavingszorg. Het project Omnizorg in Apeldoorn is een goed voorbeeld van een integrale benadering. Dak- en thuislozen kunnen op één locatie terecht voor een bed, een kop koffie, een shot, een gesprek, een activiteit en voor bepaalde woonvormen. Het is van belang dat een brede zorgvisie worden opgesteld die van preventie tot een goed nazorgtraject oplossingen biedt voor de huidige problemen. Er moet constructief worden nagedacht over manieren waarop de overheid het beste op uitkomsten kan sturen. Verslavingszorg is een vorm van solidariteit voor mensen die het in de maatschappij niet hebben gered. Er moet een zorgaanbod zijn om deze mensen lichamelijk en psychisch van begin tot eind te kunnen bereiken en begeleiden. Het is belangrijk dat er duidelijkheid komt over de status van verslavingszorg en deze moet zo worden aangestuurd dat er duidelijkheid is voor alle partijen. Er moeten landelijke kaders worden opgesteld, goede initiatieven worden uitgewisseld, duidelijke afspraken worden gemaakt en coördinatie worden opgezet. De financieringsstromen moeten aansluiten bij de behoeften en moeten zo optimaal mogelijk worden ingezet. In het Plan van aanpak verloedering en overlast 2005–2007 staat dat het kabinet voornemens is om gemeenten een grotere regierol te geven. Daarnaast wordt de financiering ondergebracht bij de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) en de Zorgverzekeringswet, waardoor deze hopelijk minder versnipperd wordt. Wat wordt er gedaan als blijkt dat instellingen zich blijven verschuilen achter argumenten als versnipperde financiering, privacywetgeving en verschil in aanpak om niet tot samenwerking over te gaan? Samenwerking moet niet vrijblijvend zijn. Veel gemeenten hebben moeite om de zorg financieel rond te krijgen. De wethouders van de grote steden hebben de noodklok al geluid, net als verschillende instellingen voor verslavingszorg. Het kabinet moet gemeenten kaders verschaffen waarbinnen zij kunnen opereren. Het is teleurstellend dat de minster in reactie op het rapport van de Algemene Rekenkamer heeft geschreven dat hij geen noodzaak ziet om een visie te ontwikkelen over verslavingszorg omdat deze overgaat naar de WMO. Die overgang ontslaat de rijksoverheid niet van de verplichting om kaders te scheppen. De minister zou hierbij veel meer gebruik moeten maken van de kennis en de ervaring van professionals in de verslavingszorg. Welke gevolgen zou het overhevelen van de ambulante hulpverlening en korte klinische behandelingen naar de Zorgverzekeringswet kunnen hebben? Er is toegezegd dat er overleg zou worden gevoerd met de veldpartijen en de Algemene Rekenkamer over de aanbevelingen uit het rapport. Kan daar al iets meer over worden gezegd? De ministers van VWS, Justitie en VROM en zo nodig anderen moeten een visie over een integrale aanpak van de verslavingszorgproblematiek en de financiering hiervan opstellen. Chronisch alcoholmisbruik is een onderschat probleem. Over dit onderwerp moet verder worden gesproken bij de behandeling van de Alcoholnota.

In het rapport over versterking van de zorg binnen de verslavingszorg uit 2002 wordt een aantal aanbevelingen gedaan over professionals binnen de verslavingszorg. Wat is er gedaan met die aanbevelingen, zoals het academiseren van de verslavingsgeneeskunde, het aanwijzen van opleidingsinstituten en het ontwikkelen van een opleiding voor verslavingsgeneeskunde? Heeft hierover al overleg met de minister van OCW plaatsgevonden? Verslavingszorg vraagt om een structurele plaats in de opleiding van medici en andere zorgverleners.

Het is belangrijk dat het experiment met het legaal verstrekken van medicinale cannabis via apotheken en het wetenschappelijk onderzoek naar de werking van cannabis niet mislukt. Met dit experiment kan eindelijk wetenschappelijk bewijs worden geleverd van de therapeutische werkzaamheid van cannabis. Dat was ook een van de doelstellingen. Het legaal verstrekken van medicinale cannabis geeft de mogelijkheid om patiënten goed voor te lichten over de samenstelling en de werking ervan. Daarnaast brengt het gebruik van cannabis uit coffeeshops voor chronisch zieken risico's met zich mee. Het mislukken van dit experiment zou een stap terug betekenen in het normaliseringsproces van softdrugs. Staat de minister achter dit experiment? Wat is de stand van zaken van het wetenschappelijk onderzoek? Kan de minister nog iets meer zeggen over de teler die failliet is gegaan? Zal een besluit over dit experiment worden genomen na evaluatie ervan?

Het is goed dat het project van verstrekking van heroïne op medische gronden is uitgebreid tot duizend plaatsen. Zijn deze plaatsen al bezet? Hoe zit het met de financiën op lokaal niveau? Is er overeenstemming met de minister van Justitie over de structurele middelen voor deze duizend plaatsen?

Mevrouw **Joldersma** (CDA) heeft soms de indruk dat het idee achter de heroïnebehandeling is dat mensen maar heroïne moet worden gegeven omdat daardoor de criminaliteit wordt verminderd. Bij de heroïnebehandeling moet de gezondheid van de verslaafden voorop staan. De effecten op de vermindering van de criminaliteit moeten niet worden overschat. Er is maar een kleine groep voor wie deze behandeling geschikt is. Het kan niet de bedoeling zijn dat heroïne wordt verstrekt om mensen rustig te houden. De criteria moeten niet worden verruimd. De Kamer heeft twee moties aangenomen over het uitbreiden van de doelstellingen van de heroïnebehandeling, namelijk over het stoppen of verminderen van het gebruik en over nazorg. Wanneer worden deze twee aanvullende doelstellingen serieus in de behandeling opgenomen? Kunnen deze doelstellingen worden betrokken bij de volgende evaluatie? Hoe staat het met de bezetting van de duizend beschikbare plaatsen? Zijn er voldoende aanvragen?. Verloopt het toekennen van plaatsen altijd volgens het plan-Paas? Hoe wordt bepaald welke gemeente een behandelklinik krijgt in regio's met verschillende grote steden, zoals Brabant? Is er al gewerkt aan het invoeren van een eigen bijdrage en, zo ja, wat zijn de resultaten? Het is redelijk om een tegenprestatie de vragen van de cliënt. Het beeld dat uit de onderzoeken over de sector verslavingszorg naar voren komt, is verontrustend. De sector wordt niet eenduidig aangestuurd, de samenwerking komt te weinig op gang en er moet nog veel gebeuren aan professionalisering. Het project Resultaten Scoren levert goede resultaten op, maar er is nog veel te verbeteren. Er zijn onvoldoende behandelmogelijkheden voor jonge cannabisgebruikers en cocaïneverslaafden. Een ander probleem is dat de verslavingszorg alleen mensen wil behandelen die gemotiveerd zijn. Er zou in deze sector meer moeten worden gewerkt met rechtelijke machtigingen conform de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet BOPZ). De benadering in de verslavingszorg is soms te vrijblijvend. Er zijn grote verschillen tussen instellingen. De sector is nog in ontwikkeling. Er moet een geneeskundige opleiding komen voor verslavingszorg. De financie-

ring van de casemanagers is onduidelijk. Hier moet meer duidelijkheid over komen. Er moet een overzicht worden gemaakt van alle ontwikkelingen in de sector en de financiële regelingen die hierop van toepassing zijn.

Het blijkt dat patiënten niet tevreden zijn over de medicinale cannabis die wordt verstrekt vanuit de apotheek en dat zij vaak uitwijken naar coffeeshops. Dit experiment moet snel worden geëvalueerd en aan de hand daarvan moet een beslissing worden genomen over de toekomst van ervan. In veel gemeenten worden bewoners door de overheid overvallen met de mededeling dat er een gebruikersruimte of een andere voorziening voor verslaafden in hun wijk zal worden gevestigd. Mensen voelen zich hierdoor niet serieus genomen en zij maken zich zorgen. Er is te weinig geregeld op dit terrein. Kan in overleg met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) worden onderzocht of er gedrags- of omgangsregels kunnen worden opgesteld voor dit soort voorzieningen?

De heer **Van der Ham** (D66) merkt op dat de Algemene Rekenkamer in het rapport «Zorg voor verslaafden» zeer kritisch is over de verslavingszorg. Er wordt geconstateerd dat er bij verslaafden vaak sprake is van meervoudige problematiek en dat de instanties die op die gebieden werkzaam zijn nog niet voldoende met elkaar samenwerken. Hoeveel verslaafden zijn er in Nederland? Zou onderzoek hiernaar kunnen bijdragen aan de mogelijkheden om meer specifiek hulp te bieden? De wachttijden in de verslavingszorg zijn zo lang dat een kwart van de verslaafden afhaakt voordat de behandeling is gestart. Wat wordt daaraan gedaan? Wat doet het kabinet om het aanstellen van casemanagers te stimuleren?

De Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden (CCBH) heeft onderzoeken gedaan naar de heroïnebehandeling en de voortzetting hiervan. De minister gaat in zijn brief van 11 augustus 2004 in op de voortzetting van deze projecten. Het antwoord op de vraag waarom gemeenten niet zelf mogen bepalen hoe veel behandelplaatsen zij krijgen, is nogal vaag. Kan hij hier een uitgebreider antwoord op geven? Het lijkt erop dat er op onvoldoende gebruik wordt gemaakt van de beschikbare voorzieningen. Wat gebeurt er op dit moment met de 6 mln extra die voor heroïneverstrekking beschikbaar zijn gekomen? Zijn er bestaande projecten uitgebreid en zijn er nieuwe projecten gestart? In het amendement werd gevraagd om bij de besteding van de gelden bijzondere aandacht te besteden aan steden die nog een verstrekkingsproject moeten starten. Hoe wordt hieraan gehoor gegeven?

Klopt het dat de duizend plaatsen nog onvoldoende zijn opgevuld en, zo ja, wat is de oorzaak daarvan? Zit er in de eisen die door commissie-Paas zijn opgesteld voldoende marge? Hoe worden de criteria gewogen? Moeten niet de criteria van de commissie-Paas als uitgangspunt worden genomen bij het bepalen van het benodigde aantal plaatsen? Wat is de ratio achter het getal van duizend plaatsen? Voor de voortzetting van de heroïneverstrekking is het nodig dat heroïne wordt geregistreerd als farmaceutisch product. Wordt de deadline van juni 2005 gehaald? Er is zorg over de verslavingszorg in Amsterdam. De stad heeft veel verslaafden en relatief weinig bedden. Het blijkt dat Amsterdam een bedrag van 2 mln dat was toegezegd, toch niet krijgt. Hoe kan de financiering toch rondkomen? Wat gaat de minister doen om de samenwerking en coördinatie in de verslavingszorg te verbeteren?

De stichting Patiëntenbelangen Medische Marihuana uit Rotterdam mag geen marihuana meer verstrekken omdat de marihuana die deze stichting levert niet onder de definitie medische cannabis valt. Dat leidt tot problemen voor hun cliënten. Wat wil de minister doen om deze problemen op te lossen? Er zijn veel minder gebruikers van medicinale cannabis dan bij de start van het experiment was verwacht. Kan een onderzoek worden gedaan naar het gebruik van medicinale cannabis? Hoe

kan de controle op cannabis die via coffeeshops wordt verkocht, worden verhoogd? Hoe kan de voorlichting aan patiënten over de risico's van marihuana uit coffeeshops worden verbeterd? Wat is de reactie van de minister op de uitspraken van burgemeester Leers van Maastricht over het gedogen van cannabisverkoop?

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks) pleit voor het legaliseren van de handel in cannabis. Wat vindt de minister hiervan? In het drugsbeleid is er voortdurend een spanning tussen zorg en dwang of tussen hulpverlening en repressie. Dit kabinet kiest overwegend voor meer dwang. Dwang is soms nodig, maar dat kan alleen op basis van goede zorg en goede hulpverlening. Alleen als er een goede hulpverleningsrelatie is, heeft dwang in de verslavingszorg een effect. Om dwangmaatregelen te kunnen toepassen, moet de hulpverlening dus op orde zijn. De Algemene Rekenkamer is van mening dat dit niet het geval is. Het lukt niet om een sluitend netwerk van zorg, werk, dagbesteding, wonen en relaties tot stand te brengen. Centrumgemeenten slagen er onvoldoende in om hun regio's gestalte te geven. Ook in het rapport «Verslavingszorg herijkt» staat ook dat er een betere samenhang moet komen. De reactie van de minister op deze noodkreten over de hulpverlening was nogal lauw. Er moet een nieuwe visie op de hulpverlening komen. Het uitgangspunt daarbij moet zijn dat niet de gehele verslavingszorg onder de WMO kan vallen. Een deel hoort thuis in de GGZ (geestelijke gezondheidszorg). De taken op het gebied van drugs-hulpverlening moeten niet allemaal op de gemeenten worden afgeschoven.

In de brief van 17 december 2004 over overlastgevende zorgmijders kiest het kabinet nog nadrukkelijker voor dwang. Deze mensen mijden de hulpverlening vaak door slechte ervaringen, zoals dwangopname. Er zijn nu steeds meer vormen van bemoeizorg mogelijk, maar deze vorm van zorg is nog een zwakke schakel. De bemoeizorg moet structureel goed worden georganiseerd. Het kabinet zet in op meer dwang en drang. Dat is vreemd gezien de lacunes die er nog in de hulpverlening zijn. Drang kan uiteraard nuttig zijn, maar is alleen effectief als de hulpverlening op orde is. Een wijziging van de Wet BOPZ zou soelaas kunnen bieden. Gemeenten hebben onvoldoende geld om een fatsoenlijk beleid te kunnen voeren. Er wordt snel gezegd dat er sprake is van overlast als bewoners van een wijk bang zijn voor overlast. Deze gevoelens moeten uiteraard serieus worden genomen, maar niet al deze angsten zijn reëel. Klinieken voor verslavingszorg brengen niet noodzakelijkerwijs overlast met zich mee. Mevrouw Tonkens sluit zich aan bij de vragen die door de heer Van der Ham zijn gesteld over verstrekking van heroïne op medisch voorschrift en bij de vragen van mevrouw Timmer over medicinale cannabis. Zij heeft de indruk dat de minister niet graag wil dat het laatstgenoemde experiment lukt. Als een groep mensen baat heeft bij het gebruik van medicinale cannabis, moet die beschikbaar worden gesteld. De verslavingszorg moet worden geprofessionaliseerd. Wat is de reactie van de minister op de brief van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie waarin ervoor wordt gepleit om vroege interventie bij alcoholverslaving in het basispakket op te nemen?

Mevrouw **Kant** (SP) verbaast zich er al jaren over dat er wachtlijsten te zijn voor afkickklinieken. Het is vreemd dat een verslaafde die eindelijk heeft besloten om af te kicken maanden moet wachten. Een kwart van de mensen die op de wachtlijst staan haakt af voordat zij aan de behandeling zijn begonnen. Dat is onacceptabel. Als iemand gemotiveerd is, moet er onmiddellijk kunnen worden gehandeld. Dat probleem moet worden opgelost.

De indruk bestaat dat er nog steeds problemen zijn met de financiering van het heroïneproject, zelfs voor de 300 plaatsen uit het experiment die zijn voortgezet. Het is voor gemeenten nog steeds onduidelijk of de finan-

ciering hiervan structureel is. De minister zegt dat de heroïnebehandeling een gewone vorm van verslavingszorg wordt. Waarom moet dit dan gebonden blijven aan het plan-Paas? Het uitgangspunt moet zijn wat nodig is. Dat kan meer dan duizend plaatsen zijn, maar ook minder. Wat is de reden ervan dat er nog geen duizend plaatsen zijn gerealiseerd? Heeft dit te maken met financiering?

Mensen moeten aan allerlei criteria voldoen om te kunnen deelnemen aan een project voor verstrekking op medische indicatie. Kan er worden onderzocht of nieuwe groepen hiervoor in aanmerking zouden moeten komen? De criteria hoeven niet daarvoor meteen verruimd te worden. Er zouden projecten kunnen worden opgezet waarvoor ruimtere criteria, die in overleg met deskundigen moeten worden opgesteld, worden toegepast. Heroïneprostituees moeten in aanmerking komen voor deelname aan heroïneprojecten. Het moet niet worden geaccepteerd dat vrouwen die aan de grond zitten hun eigen lijf dag in dag uit moeten prostitueren. Voor deze groep moet een apart traject worden opgezet met heroïneverstrekking, huisvesting en hulp en begeleiding. Veel verslaafde prostituees zitten in een vicieuze cirkel. Die moet worden doorbroken. De toepassing van de Wet BOPZ op verslaafden is een probleem. Op basis van het gevaarscriterium kunnen mensen met een verslaving via de Wet BOPZ verplicht worden opgenomen. In de praktijk blijkt dit problemen op te leveren. In Rotterdam is een project opgezet waarbij men richtlijnen heeft opgesteld voor verbetering van de toepassing. In de regio Rotterdam wordt verslaving in bepaalde gevallen aangemerkt als een storing der geestvermogens in de zin van de Wet BOPZ. Dat gebeurt andere regio's nog veel te weinig. Hoe wil de minister ervoor zorgen dat de Wet BOPZ vaker kan worden toegepast bij ernstige verslavingsproblematiek?

Mevrouw Kant sluit zich aan bij de vragen die al zijn gesteld over het organiseren van de verslavingszorg en het opstellen van een visie. De financiering is een probleem. Er zit nog steeds een plafond in de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ). Er zijn goede initiatieven op het terrein van bemoeizorg, maar er is onvoldoende geld om deze goed te realiseren. Hoe zijn de ervaringen met het geneesmiddel Naltrexon bij afkicken? Wat is de stand van zaken met de toepassing ervan? Mevrouw Kant sluit zich aan bij de vragen die al zijn gesteld over medicinale cannabis. Rotterdam heeft inmiddels de stichting Patiëntenbelangen Medicinale Marihuana erkend als coffeeshop. Daardoor wordt het gedoogd dat deze stichting cannabis verkoopt, maar omdat zij de marihuana medicinaal noemt mag het alsnog niet. De stichting zou ervoor kunnen kiezen om de cannabis niet meer als medicinaal aan te merken. Wat vindt de minister van de opvatting van burgemeester Leers over cannabisverkoop?

De **minister** merkt op dat door de woordvoerders drie hoofdpunten zijn genoemd met betrekking tot de verslavingszorg, namelijk meer samenhang, betere afrekenbaarheid van de sector en verbetering van de nazorg. Er is erkend dat de verslavingszorg in de afgelopen tien jaar een enorme professionaliseringsslag heeft gemaakt. Uit internationale contacten blijkt dat er zeer veel waardering bestaat voor de Nederlandse aanpak. Het uitgangspunt bij de verslavingszorg is altijd de gezondheidszorg geweest en dat krijgt internationaal steeds meer weerklank.

Het is echter wel nodig dat er meer samenhang komt in het geheel. Er is al een aantal beleidswijzigingen geformuleerd waardoor een stap in de goede richting kan worden gezet. De financieringsstructuur en verantwoordelijkheidsstructuur zijn veel te versnipperd. Behandeling en maatschappelijke zorg lopen veel te veel door elkaar en er zijn te veel partijen bij betrokken. Er wordt nu geprobeerd om die stromen te verleggen. De behandeling, waaronder die met methadon, gaat duidelijker onder de gezondheidszorg vallen en de maatschappelijke zorg gaat onder

de verantwoordelijkheid van de gemeenten vallen. De gehele behandeling komt als onderdeel van de overheveling van de GGZ bij de zorgverzekering terecht. De instellingen voor verslavingszorg krijgen dan te maken met risicodragende verzekeraars die meer oog zullen hebben voor resultaatgerichtheid van de sector. Dat is een belangrijke stap. Er is een garantie dat de zorg geleverd blijft worden, omdat het verzekerde zorg betreft. De zorgverzekeraar moet het leveren, maar kan wel eisen stellen aan de zorgaanbieders.

De gemeenten krijgen via de WMO meer armslag om de maatschappelijke zorg op een geïntegreerde manier te verlenen. De gelden voor openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) worden uit de AWBZ gehaald omdat OGGZ meer maatschappelijke begeleiding betreft dan echte zorgverlening. Deze gelden gaan naar de gemeenten via de WMO. Er is dus sprake van een nieuwe verdeling van verantwoordelijkheden: gemeenten zijn verantwoordelijk voor de maatschappelijke begeleiding en de zorgsector voor de behandeling. Met deze operatie wordt goed voldaan aan de aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer. Vanaf 2006 zal er een geïntegreerd registratie- en informatie systeem zijn voor de GGZ en de verslavingszorg. De instellingen kunnen dan de behandelingsgeschiedenis van een patiënt zien. Over de vraag of de politie gebruik kan maken van gegevens van instellingen is advies gevraagd aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Dit onderwerp kan ook aan de orde komen in het algemeen overleg over maatschappelijke opvang.

Er is een redelijke indruk van het aantal verslaafden. Er zijn 30 000 heroïneverslaafden, meer dan 55 000 cocaïneverslaafden en 820 000 alcoholverslaafden. De Kamer spreekt vanmiddag met de staatssecretaris over verloedering en overlast. Het is onterecht dat er wordt gesuggereerd dat er steeds meer wordt ingezet op repressie en dwang. In het verleden is wellicht vrijwel uitsluitend gekeken naar behandelingen zonder dwang. Met name vanuit de grote steden wordt nu gevraagd om meer instrumenten om de problemen te kunnen aanpakken. De gemeentelijke zeggenschap over het aanbod van GGZ-instellingen wordt vergroot doordat de OGGZ-middelen worden overgeheveld naar de gemeenten. De GGZ-sector heeft toegezegd dat 2009 alle zorgmijders in beeld zullen zijn en de helft daarvan behandeling zal zijn. Er zullen afspraken worden gemaakt over welk deel hiervan al in 2007 kan zijn gerealiseerd. Om de druk op de grote steden te verminderen, wil het kabinet bezien of de landelijke toegankelijkheid van opvangvoorzieningen kan worden beperkt tot de crisisopvang. De minister van Justitie maakt afspraken met de gemeenten over een betere aansluiting tussen detentie en nazorg. Deze onderwerpen zullen aan de orde komen in het algemeen overleg over maatschappelijke opvang.

Over de toepassing van de Wet BOPZ bij ernstige verslavingsproblematiek zal volgende week een algemeen overleg plaatsvinden. Er bestaat verschil van mening over de mogelijkheden van toepassing van deze wet. Dat kan ertoe leiden dat er in de praktijk zelfs soms binnen één stad verschillen in aanpak bestaan. Dat is onwenselijk. Verslaving kan niet zondermeer worden aangemerkt als psychiatrische stoornis. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie krijgt een subsidie om weer te geven in welke gevallen de Wet BOPZ voorziet in de mogelijkheid tot dwangopname van onder meer ernstig verslaafden. Er zal een soort beslisboom worden opgesteld die door hulpverleners kan worden gebruikt. Deze zou binnenkort beschikbaar moeten zijn.

Er zijn problemen in het experiment met medicinale cannabis. Artsen willen het niet voorschrijven, want zij geloven er niet in. Er is geen wetenschappelijke onderbouwing voor de werkzaamheid van medicinale cannabis. Er is wel steeds meer bekend over de bijwerkingen ervan, zoals psychoses. Een ander probleem is dat de cannabis uit coffeeshops veel goedkoper is omdat er minder belasting over betaald hoeft te worden en men niet aan strenge kwaliteitseisen hoeft te voldoen. Hierdoor is er een

probleem met de verkoop van legale medicinale cannabis. Patiëntenorganisaties en wetenschappelijke fondsen geven geen prioriteit aan verder onderzoek naar de medicinale werking van cannabis. Het experiment zal binnenkort worden geëvalueerd en na de zomer zal een beslissing worden genomen. Het ziet er echter niet goed uit voor de toekomst van dit project. Uit dit experiment blijkt overigens ook dat het gedogen van de productie van cannabis, zoals burgemeester Leers heeft voorgesteld, niet veel zal opleveren. Door het heffen van belasting en kwaliteitscontrole, zal de prijs hoger worden. De illegale productie zal hierdoor dus niet worden teruggedrongen. De minister betwijfelt of betere voorlichting in coffeeshops zinvol is. De stichting Patiëntenbelangen Medicinale Marihuana is inmiddels aangemerkt als coffeeshop. Zij mag de middelen echter niet verkopen als medicinale cannabis omdat de noodzakelijke kwaliteitscontrole ontbreekt.

Het aantal van duizend plaatsen voor heroïneverstrekking op medische gronden is gebaseerd op een schatting van de commissie-Paas. Het is van belang dat dit proces beheersbaar blijft. Het grootste deel van de verslaafde prostituees kan op basis van de huidige criteria in het project meedoen. Soms worden mensen niet toegelaten op basis van bijvoorbeeld het leeftijdscriterium. Dit criterium is er echter niet voor niets. Er zal worden vastgehouden aan de huidige criteria. Gezien de beschikbare middelen, zullen altijd keuzes moeten worden gemaakt. Er is geen aanvullende evaluatie van het project gepland, maar er wordt wel continu gemonitord. Als uit die monitoring zaken naar voren komen die dringend aandacht behoeven, zullen die worden onderzocht. De minister zal de Kamer een brief sturen met informatie over de positie van verslaafde prostituees in de heroïneprojecten.

Bij verstrekking van heroïne op medische gronden blijft ontwenning een doel. Ongeveer 13% van de cliënten stroomt uit naar verdere behandeling. De resultaten van behandeling met reguliere methodes zijn 25% tot 30%, dus dit resultaat is niet slecht gezien de zwaarte van de verslaving van de deelnemers. Het is niet de bedoeling om mensen rustig te houden. Behandeling blijft centraal staan. Via het amendement van de fracties van D66 en het CDA is geld vrijgemaakt om de behandelcapaciteit uit te breiden. Het probleem is dat deze financiering niet structureel is. Er is nu geen mogelijkheid om dit budget structureel te maken. De mogelijkheid om een eigen bijdrage te vragen aan cliënten van deze projecten, wordt nog onderzocht.

De vestiging van gebruiksruimtes en de informatievoorziening hierover is een kwestie van het lokale bestuur. Dat hoeft niet landelijk te worden geregeld. Er zal altijd verzet zijn tegen vestiging van dit soort voorzieningen in wijken, ook als mensen goed zijn geïnformeerd. De minister zal in het reguliere overleg met de VNG vragen of de indruk bestaat dat er grote verschillen zijn in het beleid van gemeenten en of er gemeenten zijn die hier laks mee omgaan. De minister wacht ook met belangstelling op de informatie die mevrouw Joldersma heeft.

Casemanagers worden soms uit de ABWZ betaald en soms door gemeenten gefinancierd. Door de stelselwijziging zal casemangement vanaf 2006 als onderdeel van de gezondheidszorg vanuit het basispakket zorgverzekeringswet worden gefinancierd.

Er zijn twee voorzieningen in Nederland voor verslaafden jonger dan 18 jaar. Het is goed om deze behandelingen gecentraliseerd vorm te geven. De verslavingszorg ziet zichzelf als onderdeel van de GGZ in het algemeen en heeft daarom ook niet veel behoefte aan ontwikkeling van een aparte visie op verslavingszorg.

Er is onlangs een project bevordering van verslavingsdeskundigheid gestart. De doelen van dit project zijn het opzetten en inbedden van een module verslaving en verslavingszorg in de studie geneeskunde en andere relevante mastersopleidingen en het opzetten en uitvoeren van een bijscholingscurriculum deskundigheidsbevordering op het gebied van

verslaving en wetenschappelijk onderzoek. Het experiment met snelle ontgiftiging met Naltrexon heeft goede resultaten laten zien. Op grond van deze gunstige resultaten, zal worden onderzocht of deze methode in de verslavingszorg een vaste plaats kan krijgen. Behandeling onder narcose blijkt overigens geen toegevoegde waarde hebben.

Nadere gedachtewisseling

Mevrouw **Timmer** (PvdA) is van mening dat er wel behoefte staat aan de ontwikkeling van een visie over verslavingszorg. Het voordeel van een visie is dat er een kader is voor gemeenten waardoor het voor hen makkelijker is om hun regierol te vervullen. Er moet na de evaluatie van het experiment met medicinale cannabis verder worden gesproken over dit onderwerp. Met name in Duitsland wordt onderzoek gedaan naar een wijze waarop de werkzame stof uit de hennepvezel kan worden gehaald zodat deze via inhalatietechnieken kan worden toegediend. Kan hier naar worden gekeken? Het leeftijdscriterium voor de medische behandeling met heroïne wordt te rigide gehanteerd. Op welke termijn komt het IGZ-advies over gegevensuitwisseling beschikbaar? Mevrouw Timmer is niet helemaal tevreden met de manier waarop wordt omgegaan met de aanbevelingen uit het rapport van de Algemene Rekenkamer.

Mevrouw **Joldersma** (CDA) merkt op dat de verslavingszorg een sector in ontwikkeling is die aandacht behoeft. Er hoeft geen visie op de verslavingszorg te worden ontwikkeld, maar het is wel verstandig om een aantal zaken dat hierop betrekking heeft in samenhang te bespreken in de Kamer. Er moet zicht komen op de wijze waarop de stelselherziening zal uitpakken. In deze bespreking kan het project Resultaten Scoren ook worden besproken omdat dat project dit jaar afloopt. Het zou handig zijn als voor de behandeling van de begroting bekend is hoe het ervoor staat met Resultaten Scoren om te bezien of hier een vervolg aan moet worden gegeven.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks) zegt dat uit de problemen die worden aangedragen door gemeenten blijkt dat zij niet verlegen zitten om meer dwang. Het grote probleem is dat de hulpverlening niet goed is geregeld. Als dat het geval is, is toepassing van dwang problematisch. De minister gaat daaraan voorbij. De vraag is of de samenhang wordt bevorderd door wijziging van de financiering. Wat is de relatie tussen financiering en samenhang? Er moet een visie op de verslavingszorg worden opgesteld. Wanneer informeert de minister de Kamer over de positie van verslaafde prostituees binnen de heroïneprojecten?

Mevrouw **Kant** (SP) is blij met de uitspraken van de minister over de beoordeling van verslaving in het kader van de Wet BOPZ. Ontvangt de Kamer voor het algemeen overleg hierover nog een reactie op de werkwijze die in Rotterdam wordt gehanteerd? Het is teleurstellend dat de minister weinig enthousiast was over het voorstel om een apart project op te zetten voor verslaafde prostituees binnen de heroïneprojecten. Het gebrek aan middelen zou geen reden mogen zijn om deze groep geen aparte status te geven. Kan de minister nog iets zeggen over de tekorten bij de bemoeizorg en over de wachtlijsten bij afkickcentra?

De **minister** zegt dat er al op verschillende terreinen, zoals de Wet BOPZ, de heroïnebehandeling en de WMO, visies zijn ontwikkeld. Het is een goede suggestie om aan het eind van het jaar een overzicht te geven van de stand van zaken op de verschillende terreinen. Wellicht kan hierin ook de samenhang duidelijker zichtbaar worden gemaakt. Dit onderwerp komt ook aan de orde in het algemeen overleg over maatschappelijke opvang.

Over medicinale cannabis zal verder worden gesproken naar aanleiding van de evaluatie van het experiment. De minister zal de Kamer informeren over de positie van heroïneprostituees binnen de heroïneprojecten. De Kamer zal worden geïnformeerd over op welke termijn het advies van de IGZ over gegevensuitwisseling beschikbaar is. De staatssecretaris is in overleg met de grote steden over de tekorten in de verslavingszorg. De wachtlijsten voor afkickbehandelingen zijn korter dan die voor de reguliere GGZ. De wachtlijsten kunnen niet van de ene op de andere dag worden opgelost. Overigens krijgen verslaafden die op de wachtlijst staan wel zorg. De verslavingszorg heeft regelmatig contact met hen en zijn er bijeenkomsten. Het is niet verbazend dat een kwart van de mensen in de wachtperiode afhaakt, want ook tijdens de behandeling valt driekwart van de cliënten af. In de toegezegde voortgangsrapportage zal worden ingegaan op de wachttijden en behandeling in de verslavingszorg.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Blok

De voorzitter van de vaste commissie voor Justitie,
De Pater-van der Meer

De adjunct-griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Sjerp