

Vergaderjaar 2007–2008

24 077

Drugbeleid

Nr. 209

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 22 januari 2008

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 12 december 2007 overleg gevoerd met minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van VWS d.d. 16 maart 2007 inzake beantwoording commissievragen over drugsoverlast in de GGZ-instellingen (24 077, nr. 195);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 28 juni 2007 inzake Nationale Drug Monitor (24 077, nr. 196);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 23 juli 2007 inzake reactie op de brief van de GGZ Nederland over snelle invoering van de Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (ROIB) (VWS-07-908).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

Vragen en opmerkingen uit de commissie

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA) vindt het behandelaanbod in de verslavingszorg te eenzijdig. In hoeverre wordt het aanbod proactief afgestemd op nieuwe maatschappelijke ontwikkelingen? Er is geen passend aanbod voor verslavingen aan games, eten, seks en internet. Vindt de minister ook dat er aandacht moet zijn voor deze nieuwe vormen van verslaving? Is de minister van plan om de vraag in kaart te brengen en hier vervolgens een passend aanbod voor te creëren? Gaat hij de GGZ proactief ondersteunen? Ziet de minister het groeiende aantal private klinieken voor behandeling van verslavingen als gezonde concurrentie of als een teken van falende verslavingszorg? Is er sprake van een nieuwe tweedeling in de zorg? Welke preventiemaatregelen zijn voorzien, bijvoorbeeld als het gaat om kinderen van verslaafde ouders?

Er is behandelaanbod nodig voor nieuwe specifieke doelgroepen. In Nederland zijn er 30 behandelplekken voor kinderen die verslaafd zijn aan harddrugs. Wanneer worden de door de vorige minister van VWS toegezegde 300 extra behandelplekken gerealiseerd? Hoe kan de vraag voor deze doelgroep in kaart worden gebracht? Kan de huisarts hierin een rol spelen? Zijn de ambulante behandelprogramma's effectief? Het aantal jongeren dat verslaafd is aan cannabis neemt toe, maar de kwaliteit van de behandeling niet. Wat vindt de minister hiervan?

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Halsema (GroenLinks), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), Jan de Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Ormztigt (CDA), Koşer Kaya (D66), Willemsse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Heerts (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA) en Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie).
Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Vendrik (GroenLinks), Van Velzen (SP), Neppéus (VVD), Vietsch (CDA), Sterk (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming (VVD), Atsma (CDA), Van der Ham (D66), Çörüz (CDA), Gill'ard (PvdA), Jonker (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), Arib (PvdA), Kamp (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Hamer (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie) en De Wit (SP).

De groep licht verstandelijk gehandicapten met een verslaving verdient extra bescherming. De minister heeft naar aanleiding van schriftelijke vragen van de PvdA-fractie toegezegd hiervoor maatregelen te willen nemen. Hoe staat het daarmee?

Wat wil de minister doen aan drugsgebruik in GGZ-instellingen? Wanneer verschijnt de richtlijn drugsgebruik in GGZ-instellingen van GGZ-Nederland? Hoe beoordeelt de minister deze richtlijn?

Mevrouw **Joldersma** (CDA) steunt het pleidooi van de minister om te komen tot een standaardrichtlijn voor drugsoverlast rond GGZ-instellingen ten behoeve van de veiligheid van patiënten, familie, personeel en omwonenden. Goede communicatie met de buurt rondom de GGZ-instelling is van groot belang. Wanneer afspraken geschonden worden, zoals is gebeurd bij de long care-voorziening in Beilen, neemt het gevoel van onveiligheid toe. Daardoor neemt het draagvlak voor een dergelijke voorziening af. De CDA-fractie heeft de staatssecretaris van Justitie in een motie gevraagd te onderzoeken hoe die communicatie kan verbeteren en hoe het ministerie deze kan ondersteunen. Is de minister het ermee eens dat de communicatie met de buurt over dit soort zaken beter moet worden georganiseerd?

Mevrouw Joldersma maakt zich ernstig zorgen over de problematiek van de dubbele diagnose: de vermenging van drugsproblematiek en psychiatrische problemen. Er is te weinig zicht op de oorzaken van deze problematiek. De aanpak van patiënten met een dubbele diagnose verschilt sterk. Waarom wil de minister geen wetenschappelijk onderzoek op dit punt? Hoe wil hij voorkomen dat er steeds meer patiënten met een dubbele diagnose komen? Hoe wil de minister grip krijgen op deze problematiek?

Het verstrekken van drugs op recept is een slechte zaak. Wat is er uit de discussie gekomen die de sector gevoerd heeft over het verstrekken van cocaïne op recept, waar de minister twijfels bij heeft? Wat zijn de consequenties van de erkenning van heroïne als medicijn voor de wijze waarop heroïneverstrekking plaatsvindt? Betekent dat ook dat het onderzoekskarakter van de verstrekking verdwijnt waardoor het eenvoudiger wordt heroïnepatiënten aanvullend te behandelen? GGZ-Nederland heeft aangegeven 55 mln. extra te willen voor de uitvoering van de richtlijn rond methadonverstrekking. Is dat nodig? Voor deze patiënten kan toch een aanvullende diagnose worden gesteld waardoor zij voor aanvullende behandeling in aanmerking komen?

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD) is enthousiast over het Zeeuwse verslavingszorgsysteem, waarbij het Zeeuws Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs (ZCAD) is gefuseerd met het centrum voor geestelijke gezondheidszorg tot een nieuw centrum voor verslavingszorg. Dit centrum biedt hulp aan mensen die door alcohol, drugs, gokken, medicijnen of hieraan verwante risicovolle levensstijlen in de problemen zijn geraakt of dreigen te raken. In Zeeland is vastgesteld dat driekwart van de contacten gaat over alcohol. Zorgwekkend is dat mensen pas in een laat stadium met hun verslaving aankloppen. Dat bemoeilijkt de behandeling. Bij alcoholpreventie moet er naast aandacht voor het voorkomen van misbruik gewerkt worden aan het vergroten van het bewust zijn van de problemen, vooral bij huisartsen, zodat er snel ingegrepen kan worden. Het project in Beilen, de voorziening voor duurzaam verblijf, is succesvoller dan verwacht. Daardoor moeten de ideeën over de opvang bijgesteld worden en wordt zelfs aan resocialisatie gedacht. Is de minister het hiermee eens? Uiteraard is het van belang dat hierover met de buurt goed wordt gecommuniceerd. De gemeente moet hierover goede afspraken maken in het kader van het vestigingsbeleid. Gemeenten moeten zich in dit opzicht actiever opstellen. Volgens de WMO zijn zij hiertoe verplicht.

Mevrouw Van Miltenburg onderschrijft de zorgen over drugsgebruik in GGZ-instellingen. Helaas verloopt de samenwerking met de politie bij de aanpak van drugsoverlast in deze instellingen niet overal goed. Vooral in dunner bevolkte gebieden speelt dit probleem. Wat is de reactie van de minister hierop?

De uitvoering van de Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB), die zich nog in een experimentele fase bevindt, leidt tot positieve resultaten. Wanneer wordt deze richtlijn, die ontwikkeld is op verzoek van VWS, uit de experimentele fase gehaald en ondergebracht in de reguliere financiering?

Mevrouw **Van Velzen** (SP) wijst op het rapport van Novadic-Kentron «Niet met methadon alleen», dat concludeert dat de methadon-behandeling steeds meer een middel is geworden om overlast te bestrijden in plaats van een methode om patiënten te genezen. Het lijkt erop dat drugsproblematiek voornamelijk benaderd wordt uit een visie van overlast. Gestructureerd onderzoek naar de omvang van dubbele diagnose ontbreekt volgens dit rapport. Geconcludeerd wordt dat slechts een derde van de 17 000 bekende heroïneverslaafden die in behandeling zijn stabiliseert, dat een derde verslaafd blijft en dat een derde overlijdt. De oorzaak van dit magere resultaat ligt volgens Novadic-Kentron in de samenhang met het niet behandelen van bijkomende stoornissen. Wat gaat de minister met de onderzoeksresultaten doen? Moet het behandelingsbeleid van klinieken worden aangepast? De GGZ-instellingen vragen 55 mln. voor het opnieuw diagnosticeren van alle patiënten. Klopt het dat de minister in de onderhandelingen heeft gezegd dat er 15 mln. beschikbaar is? Is dat bedrag structureel? Kan de minister toezeggen dat er 55 mln. komt voor het herdiagnosticeren van de patiënten en voor het bieden van de juiste zorg?

De heroïneverstrekkingen moeten herijkt worden. Zij moeten gericht zijn op het afkicken van heroïne. De huidige norm moet worden bijgesteld dat men vijf jaar verslaafd moet zijn en minstens 35 jaar oud. Wat vindt de minister hiervan?

Mevrouw Van Velzen vindt het een slechte zaak dat mensen die willen afkicken volgens de Treeknormen zes weken of langer moeten wachten. Is de minister het ermee eens dat gestreefd moet worden naar wachttijden van twee à drie dagen?

Mevrouw **Agema** (PVV) vindt het een slechte zaak dat verslaafden opgevangen worden in woonwijken. Het landelijk beleid moet zijn dat een verslaafde eenmaal de kans krijgt begeleid af te kicken met behulp van medicijnen op recept. Wanneer dit mislukt, moet de verslaafde uitgesloten worden van het vrije verkeer in de samenleving en te werk worden gesteld in een rijkswerkenrichting voor een langere periode, zonder medicijnverstrekking, totdat de verslaafde bewezen heeft op eigen kracht te kunnen afkicken en in een eigen inkomen te kunnen voorzien. Er moet een zwarte lijst komen van huisartsen en instellingen die te veel medicijnen voorschrijven, wat ertoe leidt dat verslaafden deze doorverkopen aan andere verslaafden. Aan deze verspilling moet zo snel mogelijk een eind worden gemaakt. Wachten op een elektronisch medicatiedossier is geen optie. Kan de minister dit toezeggen?

Bij de inventarisatie van de aard en omvang van drugsoverlast in GGZ-instellingen zijn de instellingen niet bij naam genoemd. Deze informatie moet wel beschikbaar zijn in verband met het bevorderen van de keuzevrijheid van de cliënt.

Mevrouw Agema vindt de stelling van GGZ-Nederland dat drugsgebruik in GGZ-instellingen een niet meer weg te denken verschijnsel is een misvatting. De GGZ-instellingen die zich niet primair richten op de verslavingszorg moeten geschoond worden van drugsdealers die gemakkelijke

slachtoffers zoeken. Desnoods moeten dagelijks drugshonden worden ingezet.

Antwoord van de minister

De **minister** wijst op de goede ontwikkelingen binnen de verslavingszorg. Er wordt met veel toewijding gewerkt en er vindt een professionaliserings-slag plaats. Wetenschappelijk onderzoek naar behandelmethoden neemt toe. De protocollen en richtlijnen worden steeds meer «evidence based». Die professionaliserings-slag is hard nodig.

De diversiteit van de doelgroepen waarop men zich oriënteert dient goed in beeld te worden gebracht. Daarbij moet gedacht worden aan de groep mensen met langdurige problematiek, zoals de dakloze heroïne-verslaafden, de groep jongeren die te intensief alcohol gebruikt, de groep verslaafden die niet overlastgevend is en die maatschappelijk nog redelijk kan functioneren, de groep licht verstandelijk gehandicapten en kinderen met ADHD.

Een volgende uitdaging in het kader van de verslavingszorg betreft de verkaveling van het veld. De WMO is gericht op het sociale en niet-curatieve deel van de verslavingszorg. De curatieve zorg is op genezing gericht. Deze wordt overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. Daarnaast blijft de langdurige zorg, die niet direct op genezing gericht is, binnen de AWBZ. Deze verkaveling van het veld stelt specifieke eisen aan de verschillende instellingen.

Het vraagstuk van de gemeenschappelijke benadering van het verslavingsprobleem is een belangrijk punt van aandacht. Aan de ene kant moet verslaving gezien worden als gezondheidsprobleem en aan de andere kant als een overlastgevend probleem. Het zwaartepunt moet liggen op behandeling en op genezing en niet op het wegnemen van de overlastgevende aspecten van het geheel.

De minister gaat in op de vraag over de nieuwe vormen van verslaving. Voor seksverslaving bestaat al een hulpaanbod in de eerste lijn en in de tweede lijn. In de eerste lijn zijn er de SOA-klinieken, waar de Rutgershuizen in zijn opgegaan. In de tweede lijn zijn er de seksuologen die gespecialiseerde hulpverlening kunnen bieden bij deze vorm van verslaving. Voor gameverslaving is er vaak wel sprake van dwangmatig gedrag, maar niet altijd van persoonlijkheidsstoornissen die zodanig zijn dat men zich zorgen moet maken over de maatschappelijke teloorgang van een persoon. Een aantal instellingen biedt in dit verband zorg aan op ambulante basis. Het is zaak alert te zijn op nieuwe ontwikkelingen, waarbij moet worden aangetekend dat een aantal vormen van verslavingszorg al langere tijd bestaat en dat de indruk dat het om nieuwe verslavingsvormen gaat versterkt wordt doordat de media daar meer aandacht aan besteden, zoals de gokverslaving, gameverslaving, etc. Overigens is het onderwerp van de gokverslaving bij het ministerie van Justitie ondergebracht.

De minister meldt dat in het kader van de Zorgverzekeringswet registratie van de verschillende behandelmethoden plaatsvindt. Vergelijking van de verschillende methoden geeft inzicht in welke methoden wel en welke niet werken. In die vergelijking kunnen ook internettherapieën worden meegenomen. Internettherapieën, bijvoorbeeld bij alcoholverslaving en depressiviteit, zijn laagdrempelig, omdat mensen anoniem kunnen inloggen. De minister is van plan in brede zin te verkennen in hoeverre deze vormen van therapie in de sfeer van de Zorgverzekeringswet een rol kunnen spelen. De methodiek die Tactus heeft ontwikkeld, wordt ook in de vergelijking meegenomen. In de brief over de eerste lijn zal een passage worden opgenomen over de samenwerking van de verslavingszorg met huisartsen en gezondheidscentra.

In de verslavingszorg worden speciale behandelgroepen gestart voor kinderen van verslaafde ouders. Die behandelgroepen zijn er met name

op gericht om deze kinderen weerbaarder te maken ten opzichte van de risico's die aan verslavingen vastzitten. Onder andere bij Tactus worden die goede praktijken ontwikkeld. Ook daar geldt het probleem dat de «evidence based» praktijken vaak geen landelijke verspreiding krijgen. Daarom is het zo belangrijk, inzichtelijk te maken welke vormen van verslavingszorg effectief zijn.

Om beter zicht te krijgen op de problematiek van de licht verstandelijk gehandicapte verslaafden heeft het Trimbos-instituut subsidie gekregen om de aard en omvang van de verslavingsproblematiek van deze groep in kaart te brengen. De resultaten van dit onderzoek komen in het voorjaar van 2008. Er is speciaal materiaal ontwikkeld in opdracht van het ministerie van VWS, gericht op de licht verstandelijk gehandicapten in het kader van de drugspreventie. Er zijn goede initiatieven in het veld ontstaan, in samenwerking met het Kenniscentrum LVG (licht verstandelijk gehandicapten) om invulling te geven aan effectieve methoden om kinderen te weerhouden drugs te gebruiken. Tactus heeft twee voorlichtingscursussen voor die doelgroep ontwikkeld. De ene is gericht op jongeren die experimenteren met drugs en de andere op jongeren die verslavingsgedrag vertonen.

Commerciële initiatieven voor verslavingszorg, de privéklinieken, zijn alleen toegestaan voor het om ambulante zorg gaat. Voor deze instellingen is uitkeerbare winst mogelijk. Hier zijn de wettelijke regels volgens de Kwaliteitswet zorginstellingen van kracht, evenals de financieringsstructuur met maximumtarieven. De Inspectie voor de Volksgezondheid ziet erop toe dat de kwaliteit van deze instellingen toereikend is. Er moet ook een eigen bijdrage betaald worden. De cliënten van deze klinieken komen met name uit de doelgroep van niet-chronisch en langdurig verslaafden die met verslavingsproblematiek te maken hebben maar die nog wel een sociaal netwerk hebben. De toename van deze privéklinieken vindt zijn oorzaak onder andere in het aanbodprobleem vanuit de reguliere verslavingszorg. Ook om die reden is het van belang dat er een diversificatie komt in de behandelingen van de reguliere zorg. Parnassia en de Jellinek-kliniek zijn bezig met het ontwikkelen van behandelmethoden voor deze specifieke doelgroep. Hierbij is het belangrijk, drempelverlagende maatregelen te nemen. De minister kan een overzicht van de wachtlijsten voor de verschillende behandelingen bij de reguliere verslavingszorg slechts schriftelijk aan de Kamer doen toekomen.

De wachtlijstproblematiek, die gerelateerd is aan de Treeknormen, speelt met name bij de klinische behandelingen. Een wachttijd van twee à drie dagen zal in de praktijk niet haalbaar zijn omdat daarmee leegstand wordt gecreëerd. Wel is het zinnig de Treeknormen af te stemmen op de aard van de aandoening. In dat licht wil de minister de Treeknormen opnieuw bezien.

Voor het oplossen van de verslavingsproblematiek bij jongeren is de sector de ruimte geboden om behandelcapaciteit uit te breiden. Er zijn op dit moment 84 behandelplaatsen voor jeugdige verslaafden. Daarnaast heeft een aantal verslavingsinstellingen een aanvraag ingediend voor 300 behandelplaatsen. Bij het toekennen van die behandelplaatsen wordt rekening gehouden met spreiding over het land. In totaal zullen circa 300 behandelplaatsen worden toegewezen voor verslaafde jongeren. Dat aantal komt overeen met de schatting die GGZ-Nederland heeft gemaakt van het aantal benodigde klinische behandelplaatsen. Overigens geldt dat bijna alle verslavingsinstellingen ook ambulante behandelprogramma's hebben.

Er worden verschillende maatregelen genomen om de drugsoverlast binnen de GGZ-instellingen terug te dringen. Er worden separate afdelingen ingesteld voor cliënten die volledig willen afkicken. Daar dient streng op gecontroleerd te worden. Vervolgens zullen de verslavingsproblemen worden opgenomen in het behandelplan. Ook moeten met de cliënten duidelijke afspraken gemaakt worden over de consequenties van

drugsgebruik in het kader van het behandelplan. Voorts zullen controlemaatregelen die in de verslavingszorg soms gebruikelijk zijn breder worden toegepast, zoals urinecontroles, controle van bezoek en onaangekondigde kamerinspecties. Dat controlebeleid dient vastgelegd te zijn in de huisregels van de instelling. Deskundigheidsbevordering is nodig, onder andere door de invoering van de richtlijn dubbele diagnose, zodat er een betere screening plaatsvindt en een betere diagnostiek mogelijk is. Tevens zullen door de start van opleidingen verslavingskunde de hulpverleners de verslavingsproblemen eerder herkennen en daarop kunnen inspelen. Verder zal onderzocht worden welke instellingen de «best practices» op het gebied van integraal veiligheidsbeleid hebben, zodat men daarop kan voortborduren bij de landelijke aanpak. Een en ander zal in de richtlijn van GGZ-Nederland worden meegenomen.

Van groot belang is dat er controlemaatregelen genomen worden op het terrein van de instelling. Sommige instellingen schakelen daar een beveiligingsdienst voor in. De samenwerking met de politie moet in bepaalde situaties verbeteren. Het zal soms nodig zijn de dealer een straatverbod op te leggen.

Het beste werkt een geïntegreerde benadering van psychiatrische en verslavingsproblematiek. Daarbij mag de behandeling echter nooit gericht zijn op het vermijden van drugsoverlast, bijvoorbeeld door drugs op recept te verstrekken om dealers overbodig te maken. De behandeling staat altijd op de eerste plaats. Het bestrijden van overlast is secundair. Er moet een context worden gecreëerd die de instelling veilig maakt, zowel voor de verslaafde patiënt als voor de niet-verslaafde patiënt.

Vrees voor overlast kan leiden tot een afweerreactie van omwonenden van GGZ-instellingen. De vestiging als zodanig is een lokale afweging. Daarbij houdt men rekening met gemeentelijke verordeningen en bestemmingsplannen. Wel is het belangrijk om ook op landelijk niveau de signalen van omwonenden serieus te nemen. Gemeenten moeten daar zorgvuldig in te werk gaan. Tegen die achtergrond is het Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid (CCV) gevraagd «best practices» te verzamelen. Die liggen in het verlengde van de richtlijn van GGZ-Nederland. Die «best practices» zullen via de website van het CCV ter beschikking worden gesteld aan de gemeenten. Ter uitvoering van de aanvaarde motie-Van der Staaij op dit punt wordt door het ministerie van VROM een handreiking voorbereid voor de gemeenten, waarin aandacht besteed wordt aan het omgaan met weerstand in de omgeving en het creëren van draagvlak voor omwonenden met betrekking tot verslavingsproblematiek. Ook komen daarin de vereisten aan bod van behoorlijkheid en zorgvuldigheid waaraan het besluitvormingsproces dient te voldoen binnen de gemeenten en de overwegingen waarmee uit het perspectief van veiligheid rekening gehouden dient te worden. Naar verwachting zal die handreiking in 2008 gereed zijn. Daarmee wordt de communicatieproblematiek ondervangen.

De minister beaamt dat de voorziening voor duurzaam verblijf in Beilen succesvol is. Het is de eerste keer dat het een instelling is gelukt om psychiatrische patiënten met zeer ernstige verslavingsproblematiek passende zorg te bieden. De overlast voor omwonenden waaraan gerefereerd wordt in de media, en door mensen uit de gemeente Beilen, heeft te maken met het feit dat sommige patiënten zijn gaan sporten. Dat gebeurde echter wel onder begeleiding en altijd op het omheinde terrein van GGZ-Drenthe. De berichten dat patiënten binnen de gemeente op pad zijn geweest zonder begeleiding kloppen niet. GGZ-Drenthe heeft aangegeven dat bepaalde patiënten in de toekomst wel het dorp in zouden mogen als zij dat aankunnen. Dat zal altijd onder begeleiding gebeuren. Aan de gemeente is niet toegezegd dat patiënten in de toekomst nooit buiten de instelling mogen komen. Deze vorm van begeleiding en behandeling is erop gericht om mensen een toekomst te bieden. Het doel van verslavingszorg, zowel bij de kortdurende op genezing gerichte als bij de

langdurige zorg, is dat iemand weer zelfstandig kan leven en verantwoordelijkheden op zich kan nemen. Daar hoort de stap bij dat men in eerste instantie onder begeleiding aan het maatschappelijk verkeer kan deelnemen vanuit de instelling. De instelling is verantwoordelijk voor de afspraken die met de gemeente worden gemaakt. De landelijke overheid biedt daartoe de wettelijke kaders. In dit geval gelden de Wet BOPZ (Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen), de WTZi (Wet toelating zorginstellingen) en de Kwaliteitswet zorginstellingen. De minister vindt dat locatiekeuze en inrichting van een unit voor behandeling van heroïneverslaafden moet worden getoetst door de Centrale commissie behandeling heroïneverslaafden (CCBH) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De CCBH beoordeelt of het pand en de locatie geschikt zijn voor het vestigen van een behandelunit. De eisen hiervoor liggen vast in een handboek, waarin veel aandacht is besteed aan veiligheid en beheersingsaspecten. Elke deelnemende gemeente dient in samenwerking met het Openbaar Ministerie en de politie een beheersprotocol op te stellen om te voorkomen dat de behandeling een verstoring effect heeft op de openbare orde en de veiligheid. Verder gelden voor de patiënten een aantal huisregels die vergelijkbaar zijn met de huisregels die gelden bij methadonverstrekking en behandeling. Zij mogen niet rondhangen in de omgeving van de behandelunit en zij mogen geen drugs gebruiken in de omgeving van die behandelunit.

Ter oplossing van de problematiek van de dubbele diagnose zijn belangrijke behandelrichtlijnen tot stand gekomen, onder andere over verslaving en depressie, alcoholgebruik en depressie, cocaïnegebruik en schizofrenie, verslaving en angststoornissen, borderline, en dergelijke. Behandelaars gaan steeds meer conform deze richtlijnen werken. Gaandeweg komt er een betere samenwerking tussen de verslavingszorg en de GGZ tot stand. Over de gehele linie is het bewustzijn toegenomen dat alleen een geïntegreerde aanpak uiteindelijk succesvol is. Een betere screening en diagnostiek zal een duidelijker beeld geven van het aantal gevallen waarin sprake is van dubbele diagnose. Het is zinvol die samenwerking in beeld te brengen en daarover jaarlijks te rapporteren.

De minister zal zich maximaal inspannen om in de loop van 2008 structureel 15 mln. extra voor de hulp aan methadonpatiënten beschikbaar te krijgen. De inzet is om naast methadonverstrekking zorg te bieden via verpleegkundigen. Het is budgettair niet te realiseren om 55 mln. vrij te maken.

De minister is tegen verstrekking van cocaïne op recept. Er zijn geen wetenschappelijke bewijzen dat het een stabiliserend effect heeft en dat het bijdraagt aan de hulp aan verslaafden.

Er wordt onderzoek gedaan naar het belonen met vouchers van mensen die van hun cocaïneverslaving af willen. Ook wordt onderzoek gedaan naar toepassing van de middelen Rimonabant en Modafinil.

De minister is niet van plan om de condities waaronder heroïne verschaft wordt vergaand te versoepelen. Hij is bereid om de leeftijdsgrens van 35 jaar in de huidige norm nader te bezien in overleg met het veld. Verlaging van de leeftijdsgrens kan ertoe leiden dat voor die groep de norm voor de verslavingsduur langer wordt dan vijf jaar. Het zou een slechte zaak zijn als mensen die nog via andere behandelingen geholpen kunnen worden in de heroïneverstrekking terechtkomen. Heroïneverstrekking is een ultimum remedium, maar dat betekent niet dat deze mensen opgegeven zijn. Het behandelplan dient mede gericht te zijn op maatschappelijk functioneren. De behandeling moet altijd gericht zijn op verbetering van de condities waaronder mensen functioneren.

De minister is geen voorstander van het systeem van «one strike your out» en ook niet van het gebruiken van een rijkswerkinstelling om iemand van zijn verslavingsproblematiek af te helpen.

Nadere gedachtewisseling

Mevrouw **Joldersma** (CDA) spreekt waardering uit voor de betrokkenheid van deze minister bij de problematiek van de verslavingszorg. Zij hoopt dat hij zijn toezeggingen over de dubbele diagnose gestand doet. Wanneer zijn de behandelplaatsen voor jongeren gerealiseerd? In hoeverre wordt de ketengedachte daarin meegenomen, zodat er ook aandacht is voor het voortraject en de nazorg?

Mevrouw **Van Velzen** (SP) vraagt de minister om financiële steun voor Tactus. Komt er in dit verband ook ondersteunend wetenschappelijk onderzoek? Wanneer wordt de Kamer hierover schriftelijk geïnformeerd? Het is verheugend dat de minister extra middelen uittrekt voor de methadonverstrekking aan verslaafden. Is het mogelijk die middelen in de Voorjaarsnota te realiseren? Het is een goede zaak dat de minister bereid is, te onderzoeken of de leeftijdsnorm voor heroïneverstrekkingprojecten verlaagd kan worden. Dit moet niet leiden tot verlenging van de verslavingsduur. Het gaat vaak om jonge heroïneprostituees die nog niet zo lang verslaafd zijn, maar daar wel in vastgelopen zijn. Juist deze meisjes kunnen veel baat hebben bij deelname aan het heroïne-verstrekkingproject. Dat abstinentie het einddoel moet zijn bij heroïne-verstrekking is geen duidelijk onderdeel van het project. Kan de minister hierop ingaan?

Mevrouw **Agema** (PVV) vindt het jammer dat de minister op voorhand het systeem van «one strike your out» van de hand wijst. Daarmee worden verslavingen in stand gehouden. Het maakt de overheid medeverantwoordelijk voor het verslavingsprobleem. Huisartsen en instellingen die te veel aan medicatie verstrekken, zodat verslaafden de medicijnen gaan doorverkopen, moeten gestopt worden. Zij herhaalt de vraag naar een zwarte lijst van huisartsen en instellingen die te veel medicatie voorschrijven. Openbaar moet worden gemaakt welke instellingen te maken hebben met drugsoverlast. Wat vindt de minister van het plan van de gemeente Hilversum om midden in een woonwijk tegenover een peuterspeelplaats een opvangplek voor verslaafden te creëren?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA) informeert hoe de minister sturing wil geven aan de kwaliteitsslag in de verslavingszorg. Welk resultaat moet over drie jaar bereikt zijn? Wanneer kan resultaat worden verwacht van de richtlijn drugsgebruik in GGZ-instellingen? Heeft de minister instrumenten om druk uit te oefenen? De hoge drempel tot de verslavingszorg wordt mede veroorzaakt door een gebrek aan kennis bij de huisarts. Hoe wil de minister daar verandering in brengen? Is het mogelijk naast de klassieke verslavingen ook nieuwere verslavingen als gameverslaving, eetverslaving en seksverslaving te monitoren en de vraag in kaart te brengen? Komt de minister terug op de jeugd-detox?

De **minister** zal de Kamer schriftelijk informeren over de ketengedachte als het gaat om behandelplaatsen voor jongeren. De vergunning voor de 300 behandelplaatsen voor jongeren wordt zeer binnenkort afgegeven. Binnen enkele maanden tot een jaar kunnen de plaatsen gerealiseerd zijn en kan begonnen worden met het verlenen van de zorg. Het ministerie van VWS is in overleg met de verzekeraars over vergoeding van anonieme internethulp. De Kamer zal worden geïnformeerd over de resultaten van het overleg.

Wanneer structureel de eventuele extra middelen voor methadon-verstrekking worden vrijgemaakt, wordt in de loop van 2008 bekeken. De minister is bereid de problematiek van de jonge heroïneprostituees te bezien. Een verlaging van de leeftijdsgrens is een optie, maar daarmee

moet niet het signaal gegeven worden dat voor deze jongeren geen hoop meer is.

Er zijn geen signalen van het te veel verstrekken van medicatie aan verslaafden door huisartsen. De minister zal informeren naar de aard en omvang van deze problematiek.

Het plaatsen van een opvangvoorziening in een woonwijk is de verantwoordelijkheid van de gemeente Hilversum.

Er is momenteel één afdeling voor jeugddetox in Nederland. Er zijn wel meerdere jeugdzorgplaatsen waar stabilisatie en diagnostisering plaatsvindt.

Over de nieuwe vormen van verslaving zal de minister de Kamer nader berichten.

Op het gebrek aan kennis bij de huisartsen komt de minister terug in de brief over de eerstelijnszorg.

De minister zal de Kamer een brief sturen waarin hij nader ingaat op zijn toezeggingen over de verslavingszorg.

De voorzitter van de Vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Smeets

De griffier van de Vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen