

Vergaderjaar 2014–2015

24 077

Drugbeleid

Nr. 342

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 11 februari 2015

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 2 december 2014 overleg gevoerd met Staatssecretaris Van Rijn van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Minister Opstelten van Veiligheid en Justitie over:

- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 november 2012 met de reactie op het IGZ-rapport inzake behandeling van opiaatverslaving (Kamerstuk 24 077, nr. 294);**
- **de brief van Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 april 2013 inzake voorlichting op school over middelengebruik: meer ouderbetrokkenheid en voorlichting op maat (33 400-VIII, nr. 137);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 5 november 2013 met het Jaarbericht Nationale Drug Monitor 2012 (Kamerstuk 24 077, nr. 313);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 februari 2014 inzake de Quick Scan naar de risico's van de stof GBL (Kamerstuk 32 793, nr. 136);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 november 2014 met het Jaarbericht 2013/14 van de Nationale Drug Monitor (Kamerstuk 24 077, nr. 334).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

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

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

Voorzitter: Lodders
Griffier: Sjerp

Aanwezig zijn zeven leden der Kamer, te weten: Bergkamp, Berckmoes-Duindam, Bruins Slot, Leijten, Lodders, Rebel en Van der Staaij,

en Staatssecretaris Van Rijn van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Minister Opstelten van Veiligheid en Justitie die vergezeld zijn van enkele ambtenaren van hun ministeries.

Aanvang 16.01 uur.

De **voorzitter**: Goedemiddag. Hartelijk welkom bij het algemeen overleg over verslavingszorg. Ik heet in het bijzonder welkom Staatssecretaris Van Rijn en Minister Opstelten, de Kamerleden, het publiek in de zaal en de mensen die het debat op een andere wijze volgen. Ik hanteer een spreektijd van vier minuten met twee interrupties. Volgens mij komen we daar een heel eind mee.

Mevrouw **Bergkamp** (D66): Voorzitter. Laat ik maar van start gaan met een negatieve opmerking. D66 vindt dat het huidige drugsbeleid verouderd en weinig innovatief is. We krijgen jaarlijks de Nationale Drug Monitor van het Trimbos-instituut. Terwijl de cijfers veranderen, blijven de teksten hetzelfde. Waar is de vertaling in nieuw beleid? D66 vindt dat er meer preventie en voorlichting nodig is, in een modern jasje. De jeugd communiceert nu eenmaal veel meer via social media. Iedere dode als gevolg van drugsgebruik is er een te veel. Gelukkig hebben we van de Minister gehoord dat er een beleidsnotitie komt over veilig uitgaan. Wanneer kan de Kamer deze notitie verwachten?

Ook vind ik het beleid van het kabinet naïef. Feesten moeten drugsvrij zijn, zero tolerance. In de praktijk is dit niet zo. Mensen hebben natuurlijk een eigen verantwoordelijkheid, maar de overheid is verantwoordelijk voor een realistisch beleid om de gezondheidsrisico's zo klein mogelijk te maken. Wanneer komt er vanuit Volksgezondheid een moderne visie op het drugsbeleid? D66 wil geen notitie van Veiligheid en Justitie, met daarin een kleine paragraaf over volksgezondheid. Een aparte notitie lijkt mij niet te veel gevraagd.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Mevrouw Bergkamp vraagt om een visie op drugs vanuit Volksgezondheid. Dat wekt de indruk dat drugs zijn toegestaan, dat het allemaal prima is.

Mevrouw **Bergkamp** (D66): Dat zeg ik in het geheel niet. Ik geef aan dat wij ons zorgen maken over de risico's op het gebied van de volksgezondheid. We weten dat drugs gebruikt worden en we vinden het belangrijk om te kijken hoe we zaken kunnen verbeteren in preventie en voorlichting. Onze invalshoek is om ook vanuit Volksgezondheid te bekijken hoe we zaken kunnen verbeteren, in plaats van alleen maar vanuit Justitie.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Is het dan niet verstandiger om alle aandacht te richten op het afhouden van mensen van drugsgebruik, in plaats van het te faciliteren, zoals D66 het nu doet voorkomen?

Mevrouw **Bergkamp** (D66): Het is belangrijk om een realistische visie te hebben. Het CDA wil alles verbieden en denkt dat drugsgebruik van de aardbodem verdwijnt door te stellen dat het er niet moet zijn. Dat is niet het geval. Wij willen daarom kijken naar de werkelijkheid, met jongeren praten, bekijken hoe je gevaren kunt voorkomen en hoe je een beroep kunt doen op de eigen verantwoordelijkheid. Wij willen preventie en

brede medische voorlichting. Ik zag vanochtend in de krant een mooi artikel van mevrouw Bruins Slot. Als ik dat interpreteer, zie ik dat ook het CDA geïnteresseerd is in de volksgezondheid. Dat doet me deugd. Nu kom ik op iets positiefs. Ik wil de verslavingszorgsector een compliment geven. Uit het onderzoek van Zorginstituut Nederland komen veel positieve dingen naar voren. Meer evidencebased werken, meer transparantie, afname in het aandeel klinische behandelingen en ook een afname van de behandelduur. Er is echt rendement en maatschappelijke meerwaarde. ZonMw zal nader onderzoeken welke behandelingen voor welke doelgroep het meest effectief zijn. Kan daarbij specifiek worden gekeken naar de behandeling van GHB-verslaafden? Ik begrijp dat hierover een verschil van mening is tussen het Zorginstituut en de geestelijke gezondheidszorg-sector (ggz-sector). Graag hoor ik een reactie hierop.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb een overkoepelende vraag aan D66. We hebben het advies van het Zorginstituut, dat naar het veld kijkt. Er zitten wat aanbevelingen in. Er moeten meer richtlijnen worden gemaakt. Er moet bekeken worden of bepaalde interventies en behandelingen effectief zijn, maar tegelijkertijd moeten de zorgverzekeraars gaan sturen met hun inkoop. Is dit de juiste volgorde, dat dit al gebeurt als er nog richtlijnen gemaakt moeten worden?

Mevrouw **Bergkamp** (D66): Dit is een terechte vraag. De volgorde frappeerde mij ook. Op zich hoeft u niet te wachten op het een voordat je het ander doet. De Minister heeft aangekondigd dat zij volgend jaar met een reactie komt. Zij heeft daar meer tijd voor nodig. Toch vond ik het belangrijk om in ieder geval de positieve punten al te melden in dit overleg en te bekijken wat we de Minister kunnen meegeven. Ik snap de vraag.

Mevrouw **Leijten** (SP): Als ik een been breek, dan beslist de traumatoloog welke behandeling ik krijg. Als je psychisch in de knel zit of een verslaving hebt, dan beslist de zorgverzekeraar welke behandeling je krijgt. Dat is vreemd. Ik hoor graag of D66 ook vindt dat diegene die verwijst, de professional die ziet wat de patiënt, de verslaafde, nodig heeft, degene is die zegt waar de behandeling moet plaatsvinden, en niet de zorgverzekeraar. Ik hoop op een ja.

Mevrouw **Bergkamp** (D66): Ik herhaal mezelf. Ik vind het een interessante vraag. Ik kan me de volgorde voorstellen, maar de Minister komt met een uitvoerige reactie. Ze heeft daar meer tijd voor nodig. Ik vraag de bewindspersonen die vandaag aanwezig zijn hierop te reageren. Dan kunnen we in de loop van het debat kijken wat het verder betekent. Ik vervolg mijn betoog. Twee Brabantse burgemeesters deden onlangs een oproep om GHB-gebruikers met acute problemen meteen crisisopvang te geven. Ik ben heel benieuwd wat de Staatssecretaris ervan vindt en hoe we op deze hulpkreet kunnen reageren. Deze mensen zitten hiermee. GHB is sowieso een groot probleem in onder andere Brabant. De burgemeesters geven aan dat afstemming en goede regelgeving ontbreken. Kunnen de bewindspersonen hierop reageren? Het aantal verslaafden aan middelen en alcohol, hoewel alcohol misschien ook een drug is, daalt nauwelijks. Dat blijkt uit de Nationale Drug Monitor. Sinds 2011 neemt het aantal mensen dat hulp zoekt af. Willen de bewindspersonen onderzoeken hoe deze zogenaamde treatment gap kan worden verklaard? Er zijn ongeveer 200.000 verslaafden. 60.000 daarvan komen terecht in de verslavingsklinieken en worden bereikt. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat dit bereik wordt vergroot? Wellicht is er een mogelijkheid om te komen tot meer anonieme eHealth of internetplatforms, waar mensen anoniem hulp kunnen zoeken?

Dat blijkt in de praktijk vrij effectief te zijn. Het is een heel laagdrempelige voorziening. Ik kreeg het signaal dat het voor een anoniem platform erg lastig is om in aanmerking te komen voor de subsidie. Wil de Minister kijken hoe de subsidievoorwaarden kunnen worden vereenvoudigd, zodat er meer ruimte ontstaat voor anonieme eHealth?

Ik heb nog een onderwerp waarover ik duidelijkheid wil. D66 vindt het belangrijk dat consumenten hun drugs kunnen testen, zodat men een betere inschatting van de risico's kan maken en ook de gelegenheid bestaat voor voorlichting. De Minister wil xtc-testen op feesten niet toestaan, omdat een sneltest schijnveiligheid zou creëren. Echter, op de officiële locaties maakt men gebruik van dezelfde testen en vergelijkt men de resultaten aan de hand van een uitgebreide update met de database. Komen ze er niet uit, dan wordt de drug naar een laboratorium gestuurd. Kan de Staatssecretaris helder uitleggen wat het verschil is tussen de test op een feest en die op een kantoor? Zijn er op dit moment voldoende testservices? Zijn die testservices voldoende verspreid over het land?

Mevrouw **Rebel** (PvdA): Voorzitter. Het is goed dat we na lange tijd weer praten over verslaving en verslavingszorg. Het is een groot probleem in onze samenleving. Een groot deel van het probleem wordt veroorzaakt door het feit dat verslaafden de problematiek niet bespreekbaar kunnen maken of de eigen verslaving niet herkennen. Dat maakt interveniëren lastig. Wat mij opvalt, ook in de stukken, is dat er nieuwe verslavingen zijn die nauwelijks aan bod komen. Ik doel op gokverslaving, internetverslaving en verslaving aan nieuwe synthetische drugs. Mijn partij vindt dat we een actiever beleid moeten voeren als we de uitdagingen van de nieuwe verslavingen het hoofd willen bieden.

Ik merk daarbij op dat ik heel blij ben met de visie van VWS op vaatdoekjes, maar dat ik heel graag meer wil op het gebied van een visie voor verslavingszorg. Ik leg deze uitdaging bij de Staatssecretaris. Ik wil graag dat hij met veldpartijen kijkt naar een proactieve en leidende beleidsagenda. We bespreken veel stukken achteraf. Dat zijn monitoren waarbij de nieuwe verslavingen nauwelijks aan bod komen. Ik wil toe naar een verslavingszorg die proactiever is. Hoe gaat de Staatssecretaris ervoor zorgen dat de agenda bijdraagt aan het voorkomen van high impact en nieuwe verslavingen en het terugdringen van het aantal verslaafden? Hoe en door wie moet worden beoordeeld welke verslavingszorg effectief is? Wie zorgt ervoor dat deze zorg toegankelijk is? Daaraan is ook gerefereerd door collega Leijten. Hoe gaat de Staatssecretaris ervoor zorgen dat zorgverzekeraars die behandelingen inkopen die voldoen aan evidence based medicine en in de praktijk meerwaarde hebben, en dus een positief verschil maken?

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb hierover Kamervragen ingediend en tijdens de begrotingsbehandeling vragen gesteld. Helaas heeft het ministerie nog niet kunnen antwoorden. Ik ben benieuwd hoe de Partij van de Arbeid erin zit. Er is een zeer gespecialiseerd gezinscentrum, waar verslaafde ouders worden opgevangen met hun kinderen. Dit biedt een intensief traject aan van twaalf maanden, waarin ouders hun verslaving achter zich laten en weer een gezinsleven en een relatie opbouwen met hun kind. Nu heeft de zorgverzekeraar gezegd dat het ook wel in acht maanden kan. Wat vindt de Partij van de Arbeid daarvan?

Mevrouw **Rebel** (PvdA): We moeten bekijken of dit de meest effectieve hulp is voor deze specifieke groep verslaafden en hun gezinnen. Het is goed om de effectiviteit te beoordelen op meerwaarde voor het gezin en te bekijken welke kosten ermee gemoeid zijn. Is het nodig om twaalf maanden aan te bieden of hebben we aanwijzingen dat het in acht maanden kan? Zijn er alternatieven te bedenken? Daarbij moet vooropstaan dat de verslaafde en het gezin zo effectief mogelijk worden

geholpen, maar we hebben maar één pot met geld. Ik wil zo veel mogelijk verslaafden en hun gezinnen kunnen helpen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Op geen enkele basis of kwaliteitsgrond zegt de zorgverzekeraar dat het traject van twaalf naar acht maanden kan. De zorginstelling heeft geen flauw idee waar het idee vandaan komt. De zorgverzekeraar heeft gezegd dat het moet. Sterker nog, Achmea heeft al vanaf september gezegd dat er voor hen geen nieuwe patiënten opgenomen hoeven te worden, omdat de grens van budget is bereikt. Vindt de Partij van de Arbeid het prettig dat de zorgverzekeraar enkel kijkt naar de kosten, niet in overleg gaat en niet bekijkt wat werkt? Heeft het wel zin om hier te vragen om een actieagenda als de zorgverzekeraar toch doet waar hij zelf zin in heeft?

Mevrouw **Rebel** (PvdA): Kan de Staatssecretaris ervoor zorg dragen dat zorgverzekeraars inkopen op effectiviteit? Het is een taak van de aanbieder om die effectiviteit aan te tonen. De vraag is of dat voldoende is gedaan. Zijn er eventueel alternatieven? Zijn er alternatieven die minder intensief zijn maar dezelfde outcome hebben? Ik deel de zorg van mevrouw Leijten. Er moet niet uitsluitend op basis van kosten worden ingekocht. We moeten vooral sturen op effectiviteit en daarmee op het bereiken van zoveel mogelijk verslaafden en de mensen daaromheen, om hun zorg te kunnen bieden.

Mijn partij maakt zich grote zorgen om de tienduizenden kinderen van wie een of beide ouders kampen met een verslaving. We weten dat 33% van deze kinderen op latere leeftijd zelf verslaafd raakt. Als twee ouders te maken hebben met verslaving is deze kans 50%. Die is deels genetisch bepaald, maar heeft ook vaak met de omgeving te maken. Het is van belang dat deze kinderen worden bereikt met goede preventieve zorg. We willen heel graag een kindcheck in de verslavingszorg, waarbij professionals en instellingen bij de intake bij patiënten vragen naar de aanwezigheid van kinderen. De kinderen moeten naar de meest effectieve preventieve hulp worden geleid. Dat gebeurt nu wel, maar het gebeurt incidenteel en niet gestructureerd. Wij pleiten ook voor meer gezamenlijke interventies in de verslavingszorg voor ouder en kind. Dat is onder andere mogelijk bij de intensieve zorg die door collega Leijten werd genoemd. Het interventieaanbod is nu te eenzijdig, waardoor gezinnen te weinig als totaal geholpen worden.

Mevrouw **Bergkamp** (PvdA): Ik was nogal verbaasd over het artikel in het Algemeen Dagblad (AD) over dit onderwerp. Grote kop: Jeugdzorg komt over de vloer als ouders verslaafd zijn. We hebben net afgesproken dat de kindcheck onderdeel is van organisaties die vallen onder de Kwaliteitswet zorginstellingen. Daaronder vallen ook verslavingsorganisaties. We hebben dit al afgesproken. Is dit iets nieuws of is dit voor de media? Wat bedoelt mevrouw Rebel hiermee? Er is al een kindcheck. Ik merk dat hierover veel ruis is ontstaan en dat vind ik zonde voor zo'n kwetsbaar onderwerp.

Mevrouw **Rebel** (PvdA): Ik ben het met mevrouw Bergkamp eens dat de kop misleidend is. Als ze het artikel heeft gelezen, heeft ze gezien dat vanuit het veld wordt aangegeven dat er aandacht is voor het kind, maar dat de kindcheck voor deze groep nog niet goed is ingebed in de verslavingszorg. Dat is het punt dat ik wil maken: het belang van gerichte aandacht voor het kind in de intake, daar waar we dat nu bij de kindcheck in de zorg proberen. We zijn ermee gestart. Juist deze groep kinderen wil ik onder de aandacht brengen, waarbij bij hulpverleners misschien nog niet altijd het bewustzijn bestaat dat kinderen ook te maken krijgen met problematiek. Hoe kan de Staatssecretaris met het veld zorgen dat het

bewustwordingsniveau stijgt en het gestructureerd navragen van de hulp die nodig is voor een kind wordt ingebed?

Mevrouw **Bergkamp** (D66): Ik heb het artikel geheel gelezen. Het lijkt net alsof de PvdA met iets nieuws komt. Dat vind ik jammer. Er is een kindcheck. We hebben dat afgesproken in een zorgvuldig debat. We moeten de sector de tijd gunnen om dit soort kwetsbare onderwerpen goed te introduceren. Als de PvdA bedoelt dat ze zich zorgen maakt of wat we hebben afgesproken wordt geïmplementeerd, dan vindt ze ook D66 aan haar zijde. Eerlijk gezegd gaf het artikel een andere indruk.

Mevrouw **Rebel** (PvdA): We delen de zorg dat deze kwetsbare groep nu nog onvoldoende wordt bereikt binnen de reguliere verslavingszorg. De signalen die ik heb gekregen uit het veld, vanuit de verslavingszorg, zijn: benoem dit, benoem als bewustwordingsproces wat we nodig hebben, maar zorg dat er afspraken worden gemaakt over de wijze waarop dit bij de intake duidelijk aan de orde komt. De zorg delen we. Het is een bewustwording voor deze groep, waarbij je minder snel denkt aan kindermishandeling, maar waarbij wel sprake is van problemen binnen een gezin. Benoem het belang van aandacht voor het kind.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik ben het geheel met mevrouw Bergkamp en mevrouw Rebel eens dat het heel belangrijk is om oog te hebben voor kinderen van verslaafde ouders. Als je er snel werk van maakt, kun je veel problemen in de toekomst voorkomen. In 2012 hebben we hierover uitgebreid gesproken. De Minister heeft toegezegd dat de meldcode van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) over het omgaan met kinderen wordt gebruikt. De inspectie heeft hierop in 2010 extra toezicht gehouden. Er is een handreiking over kinderen van verslaafde ouders voor gemeenten, zo heeft de Minister toegezegd. Wat wil mevrouw Rebel nog meer ten opzichte van hetgeen in 2012 is ingezet?

Mevrouw **Rebel** (PvdA): Ik zal niet herhalen wat ik al heb gezegd. Juist in de verslavingszorg zien we dat de kindcheck onvoldoende is ingebed. De vraag komt vanuit de verslavingszorg. Zij moeten hier iets mee. We zien in de verslavingszorg bijvoorbeeld dat er groepen zijn voor kinderen van verslaafde ouders. Dat zijn mooie interventies die kunnen helpen om de problematiek van kinderen onder de aandacht te brengen. Ik wil dat de Staatssecretaris met het veld om tafel gaat om te bekijken of het voldoende geregeld is. Dit heb ik hem net gevraagd. Mij bereiken signalen dat dit niet het geval is. We weten het bij de psychiatrie, we weten het bij de curatieve zorg op de Spoedeisende Hulp, maar in de verslavingszorg is het beeld nog niet geheel duidelijk dat daar ook kwetsbare kinderen zijn die specifiek aandacht moeten krijgen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik ben het met mevrouw Rebel eens over het feit dat er continu aandacht voor moet zijn. Op de vragen die toentertijd door mevrouw Bouwmeester zijn gesteld, zijn toezeggingen gedaan over het toezicht van de inspectie, over de meldcode en het daadwerkelijk hanteren daarvan in de praktijk, en over het feit dat er met gemeenten aan de slag is gegaan. Daarover hebben aparte overleggen plaatsgevonden. Wat is dan het oordeel van mevrouw Rebel over alle acties die toen zijn gedaan en mede naar aanleiding van eerdere vragen van de PvdA en het CDA in gang zijn gezet?

Mevrouw **Rebel** (PvdA): Er is veel gecreëerd op het niveau van bewustwording. Verslaving heeft grote consequenties voor een gezin en voor kinderen, denk aan schuldenproblematiek en aandachtstekort. Dit geldt misschien nog wel specifiek voor nieuwe verslavingen als gokverslaving, gameverslaving, al die verslavingen waarvan ik al eerder zei dat

daarvoor een te weinig proactief beleid bestaat. Ik wil dat hier specifiek aandacht voor is. De kindcheck is met name geïmplementeerd in de curatieve zorg, in de psychiatrische zorg. Ik mis daarvoor in de verslavingszorg de specifieke aandacht. Het veld bevestigt dit. Als de Staatssecretaris mij kan aangeven dat daarin stappen worden gezet, dan is dat prima. Het is niet mijn intentie te pleiten voor een nieuwe kindcheck, maar voor bewustwording voor deze specifieke groep met een hoog risico om verslavingsgedrag te ontwikkelen. Voorkomen is beter dan genezen. Dat probeer ik in mijn andere vak ook te doen. Juist hierbij is de bewustwording nodig van huisartsen en mensen in de verslavingszorg. Houd rekening met de consequenties die verslaving kan hebben voor een kind.

De **voorzitter**: Ik verzoek de leden korter en bondiger te antwoorden.

Mevrouw **Berckmoes-Duindam** (VVD): Ik las vanochtend met verbazing het AD, waarin ook de VVD werd genoemd. Ik was me nergens van bewust. We hebben de meldcode. Specifiek bij verslaving geldt de kindcheck. Wat is de toegevoegde waarde van dit plan? Wat wordt er toegevoegd? Wordt er voor verslaafden niet juist een drempel opgeworpen om hulp te zoeken?

Mevrouw **Rebel** (PvdA): Ik moet kort en bondig antwoorden en verwijs dus naar mijn eerdere antwoorden. Mevrouw Berckmoes vraagt specifiek naar een drempel. Ik denk juist dat het ouders kan helpen. Zij maken zich vaak zorgen om de consequenties die hun verslaving heeft voor het gezin. De kindcheck kan helpen bij het regelen van zaken die juist voor de andere gezinsleden aan de orde zijn. Het gaat in samenspraak met degene die hulp zoekt. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling dat degene die hulp zoekt gepasseerd wordt in de zorg die nodig is voor de kinderen.

Mevrouw **Berckmoes-Duindam** (VVD): Ik hoor dat er geen toegevoegde waarde is. Er is al een paar keer antwoord gegeven. Ik herhaal mijn vraag of er echt geen extra drempel wordt opgeworpen, terwijl de extra maatregel niet nodig is.

Mevrouw **Rebel** (PvdA): Laat ik het anders zeggen. Vaak komen verslaafden niet vrijwillig bij de hulpverlening. Op dat moment is het zaak dat wordt gekeken naar eventuele kinderen, die te maken hebben met de verslaving en de problematiek daarbij. Dit is nog onvoldoende duidelijk in de verslavingszorg. Ik vraag de Staatssecretaris daarover in gesprek te gaan met het veld. We hebben de mogelijkheden. Heel vaak begint het met bewustwording, bij het gestructureerd opnemen in de intake. Daarmee kunnen we veel leed voorkomen. De toegevoegde waarde is «voorkomen is beter dan genezen», zeker daar waar we weten dat het verslavingsrisico enorm is voor kinderen van verslaafde ouders. Ik heb nog twee korte punten. Collega Bergkamp refereerde net al aan festivals. Wij hebben eerder vragen gesteld over de rechtwasstraat bij Lowlands, zoals ik hem korthedshalve zal noemen. Wij willen graag weten of de toegang tot een advocaat geborgd wordt bij deze rechtwasstraat. Dit is bij de begrotingsbehandeling ook al aan de orde gekomen. Daarover is veel rumoer geweest. Bij mijn fractie leven vragen over de rechtszekerheid die festivalbezoekers hebben. Daarnaast vraag ik beide bewindspersonen of de voorlichtingscapaciteit op dit moment voldoende is. Wij horen dat voorlichtingsteams als Unity kampen met een tekort. Ik wil in de voorlichting veel meer aandacht te besteden aan de juridische consequenties van het gepakt worden op drugsbezit. Wat vinden de bewindspersonen daarvan? Tot slot zien we dat de verslavingsproblematiek en de effectiviteit van behandelingen samenhangen met de cognitieve vermogens van patiënten. Kan de Minister aangeven in hoeverre we bij de Maatregel

Inrichting Stelselmatige Daders (ISD-maatregel) meer gestructureerd kunnen kijken naar een IQ-test of neuropsychologisch onderzoek voor veelplegers? We weten dat verslaving vaak gepaard gaat met zwakbegeerdheid en dat dit ook in het traject daarna van invloed kan zijn. Als dit onvoldoende of niet structureel wordt toegepast, wil ik hiervoor graag een pilot starten.

Mevrouw **Berckmoes-Duindam** (VVD): Voorzitter. Het vorige algemeen overleg over verslavingszorg dateert van 2007. Het is dus goed dat we er vandaag over spreken. Patiënten met een verslaving zijn gebaat bij goede zorg, dichtbij huis. Hierdoor hebben zij kans om hun verantwoordelijkheden in het normale leven weer op te pakken. De kosten van verslaving komen tot uitdrukking in onder andere een verhoogd ziekteverzuim, maar ook in verkeersongelukken en criminaliteit. Naast de patiënt en zijn of haar naasten is de maatschappij als geheel zeer gebaat bij effectieve verslavingszorg. Het is belangrijk dat de behandelingen effectief zijn en dat er geen zorggeld wordt verspild. Uit de rapporten die vandaag op de agenda staan, concludeer ik dat het goed gaat in de verslavingszorg. Effectieve behandeling zorgt ervoor dat mensen langer leven of een betere kwaliteit van leven hebben gekregen. Er is een verschuiving van klinisch naar ambulans. Er wordt volgens de richtlijnen gewerkt. Er wordt uitkomstgericht gewerkt en ook de cliëntenparticipatie is inmiddels goed georganiseerd. In de ggz zijn de uitgaven verdubbeld, maar de verslavingszorg vormt hierop een uitzondering. Sinds 2009 zijn de kosten niet toe- maar afgenomen, met een gelijk aantal patiënten. Er zijn zaken die aandacht behoeven. Effectieve behandeling is al gauw kosteneffectief. Het ontbreekt echter aan gegevens om te bepalen welke behandelingen het meest kosteneffectief zijn in de verslavingszorg, en hoe de ene behandeling zich verhoudt tot de andere. De VVD heeft tijdens de begrotingsbehandeling veel aandacht besteed aan het belang van meer inzicht in de effectiviteit en kosteneffectiviteit van behandelingen. Middels een amendement is geld vrijgemaakt voor onderzoek. Hoe staat het met het onderzoek naar de effectiviteit van behandelingen in de verslavingszorg en de toekomstige plannen hiervoor? In welke mate zijn alle partijen hierbij betrokken, zoals beroepsverenigingen, zorgverzekeraars en patiënten?

In de uitvoeringspraktijk van de verslavingszorg is sprake van grote variatie in behandelingen. Zorgverzekeraars geven aan dat het moeilijk is om te beoordelen of declaraties rechtmatig zijn. Als gevolg daarvan heeft de zorgverlener veel tijd nodig om de administratie van een patiënt op orde te houden. De vele administratieve eisen in de zorg zijn echter niet door de overheid opgelegd. Ze zijn ontstaan na afspraken tussen zorgverleners, zorgverzekeraars, gemeenten, penitentiaire instellingen (PI's) en verslaafdenreclassering. Herkent de Staatssecretaris dit beeld en ziet hij mogelijkheden om het te verbeteren?

Dan is er nog discussie over het hoofdbehandelaarschap binnen de verslavingszorg. Gisteren is het Trimbos-instituut met een van de onderzoeken naar buiten gekomen, waartoe de Minister opdracht had gegeven. Ik heb enkele vragen over het verdere proces voor het hoofdbehandelaarschap. Welke overige onderzoeken worden gedaan? Wanneer worden de resultaten daarvan verwacht? Wanneer denkt de Staatssecretaris dat er een norm voor het hoofdbehandelaarschap kan worden vastgesteld?

Ten slotte heeft het gevangeniswezen aangegeven dat de zorg aan verslaafde gedetineerden beter kan. Van alle gedetineerden is maar liefst 60% een problematisch middelengebruiker. Nadat deze gedetineerden weer op straat zijn gekomen, is de kans dat ze hulp zoeken voor hun verslaving klein en het risico op recidive groot. De zorg die tijdens detentie wordt verleend, moet daarom aansluiten op zorgtrajecten buiten de instelling.

Mevrouw **Bergkamp** (D66): Ik ben blij om te horen dat de VVD zich ook zorgen maakt over verslaving in de gevangenis. Is mevrouw Berckmoes het met mij eens dat het heel goed zou zijn om te bekijken of bij mensen die wat korter in de gevangenis zitten met behandeling gestart kan worden? Nu is het vaak zo dat pas na een paar maanden wordt gestart, als je wat langer in de gevangenis zit. Bij korte trajecten is dat vaak niet mogelijk. Is de VVD het met D66 eens dat dit moet veranderen?

Mevrouw **Berckmoes-Duindam** (VVD): Ik ben niet goed bekend met het tijdstraject. Ik vind wel dat de zorg goed moet aansluiten. Zorg die iemand krijgt voordat hij in de gevangenis komt, moet aansluiten op de zorg die hij in de instelling krijgt en die moet weer aansluiten op de nazorg die iemand krijgt. De zorg moet continuïteit hebben. Dat is een belangrijk aspect, waarop ik graag de visie van de Minister hoor.

Mevrouw **Bergkamp** (D66): De VVD is een partij die altijd erg kijkt naar effectiviteit. De kans dat iemand terugvalt is kleiner als vrij snel wordt begonnen met een traject. Als iemand kort in de gevangenis zit, start je dus wel. Als dit zo is, is de VVD het dan met D66 eens dat je voor die weg moet kiezen?

Mevrouw **Berckmoes-Duindam** (VVD): Dat is absoluut interessant. Ik wacht even het antwoord van de Minister af. Ik ben bijna aan het einde van mijn betoog. Het gebruikmaken van kennis en diensten van gespecialiseerde verslavingszorginstellingen kan de kwaliteit van de zorg binnen de PI's ten goede komen. Graag hoor ik van de Minister hoe het hiermee staat.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Voorzitter. In de brief van april 2013 lees ik de opmerkelijke en positieve uitkomst dat je bij acties gericht op het voorkomen van gebruik van alcohol, drugs en het voorkomen van gezondheidsschade, betere effecten ziet als de ouders erbij betrokken worden, dan wanneer je die acties alleen op de leerlingen richt. Het is een beetje het spiegelbeeld van het punt van mevrouw Rebel over verslaafde ouders en de aandacht voor kinderen daarbij. Je moet de ouders erbij betrekken als je preventief bezig wilt zijn voor de kinderen. Ik vind dat een mooie en positieve uitkomst. Je ziet dat het lukt om leerlingen in het primaire onderwijs een negatievere houding te laten ontwikkelen ten aanzien van alcohol en roken. Laten we niet te snel zeggen dat het realistisch is om ervan uit te gaan dat alles blijft zoals het is. Er is gelukkig wel degelijk winst te behalen als je inzet op preventie en goede voorlichting geeft over de risico's van alcohol, drugs en tabakgebruik. Laten we dat laatste niet bagatelliseren, ook dat komt in de monitors naar voren. Is er sindsdien al meer gedaan om het beleid verder te ontwikkelen? Is er zicht op de vraag in hoeverre scholen de ouders meer betrekken bij het tegengaan van verslaving?

Mevrouw **Rebel** (PvdA): We zouden haast een kind-oudercheck doen en de oudercheck omdraaien. Er is een initiatief van enkele coffeeshophouders, die ouders uitnodigen in de coffeeshop om kennis te maken met wat ze daar doen. Nu ken ik het standpunt van de SGP daarover, maar juist het feit dat je het aan ouders laat zien, blijkt heel effectief te zijn in het bespreken van middelengebruik, waaronder cannabis. Ik ben benieuwd hoe de heer Van der Staaij hiertegenover staat.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Ik zie ouders liever niet in coffeeshops. Misschien zijn er andere manieren om hiermee de confrontatie en daarmee de discussie aan te gaan. Ik zou het andersom willen aanvliegen. In oktober is mijn motie aangenomen om preventiebeleid ook bij gemeenten uitdrukkelijk onderdeel te laten uitmaken van drugsbeleid. Er

zijn gemeenten die voorlichtingsmateriaal in coffeeshops of cursussen voor personeel van coffeeshops verplicht stellen. Ik ben benieuwd op welke wijze aan de motie invulling wordt gegeven om personeel in coffeeshops meer alert te maken.

Mevrouw **Rebel** (PvdA): Ik denk dat het een en-en is. Je moet gebruikmaken van de mogelijkheden die coffeeshoppers heeft om vroegtijdig probleemgedrag te signaleren. Het mooie hiervan is dat het ouders een reëler beeld geeft van de plek waar kinderen naartoe gaan en ze het beter kunnen bespreken. Ik zit een beetje met de wijze waarop we ouders betrekken. Moeten zij naar voorlichtingsavonden op scholen komen of kan het veel interactiever? Op welke manier kunnen we ouders betrekken bij de voorlichting over en aan jongeren?

De heer **Van der Staaij** (SGP): Ik heb geen zicht op de manier waarop die positieve resultaten behaald zijn. Op welke manier lukte het die ouders er goed bij te betrekken? Dat is mijn vraag aan het kabinet. De resultaten helpen om te zeggen dat we het op meer plaatsen zo moeten doen. Kennelijk is het gelukt de ouderbetrokkenheid vorm te geven met goede resultaten. Hoe is het gelopen en wat kunnen we ervan leren? Ik kom terug op de preventieve rol van de gemeente. Ik zag in de Drug Monitor 2013–2014 dat er gemeenten zijn die gemeentelijke blowverboden hebben ingesteld op speelplekken en -plaatsen, zoals Amsterdam. Andere plaatsen kennen deze verboden ook. Hoe ver is deze doorgevoerd in het gemeentelijk beleid en de handhaving? Dit is een vraag aan de Minister van Veiligheid en Justitie.

Over methadon is ook een brief verschenen. Methadonbehandeling wordt meestal gecombineerd met medicinale heroïne. We zien positieve resultaten in het beïnvloeden en verbeteren van de leefstijl van mensen. In hoeverre is er sprake van een echte gerichtheid op de afbouw van het gebruik van die middelen? Wat ons betreft is de richtlijn dat je mensen niet onnodig afhankelijk houdt van het middelengebruik.

Tot slot kom ik op het aantal incidenten dat heeft plaatsgevonden rond evenementen. Daaruit komt de schokkende informatie naar voren dat tussen 2007 en 2013 de sterkte van xtc-pillen bijna is verdubbeld. We hebben het in de Kamer al eerder gehad over de doden die zijn gevallen bij het dance-event in Amsterdam. De verkoop en productie van xtc-pillen moet krachtig worden aangepakt. Iemand die het leven van anderen op het spel zet, mag zijn straf niet ontlopen. Het zal duidelijk zijn dat de SGP geen voorstander is van het testen van pillen, omdat dit eerder een legitimatie en goedkeuring is. We hebben dit in het betreffende debat aangegeven. Je zou juist meer moeten inzetten op het voorkomen dat dit soort rommel wordt verhandeld en beschikbaar komt. Is er wel voldoende zicht op? Ik zag in de rapporten dat er wat versluierde informatie over is, omdat niet goed wordt geregistreerd hoeveel drugsdoden er vallen in Nederland. Hebben we zicht op de ernstige slachtoffers? We weten wel precies hoeveel verkeersdoden er zijn, of hoeveel er in andere categorieën vallen. Is het voor de preventie niet goed als daar wat meer helderheid over bestaat?

Mevrouw **Rebel** (PvdA): Ik deel dat met name de aanpak van de producenten en de vervuiling van de drugs die op de markt komen prioriteit moet hebben. Wat wel opvalt is dat we dit op incidentbasis bespreken, de drie doden die zijn gevallen. Dat is meteen het risico dat we hier in Den Haag vaker hebben. Het blijkt dat dit vaak onervaren gebruikers zijn, die een aantal middelen gebruiken waarmee ze onbekendheid zijn. Juist de bewustwording over hetgeen in pillen zit, is een van de mogelijkheden die een test biedt. Hieraan besteden de testlocaties die er buiten de festivals zijn en die van te voren testen, ook aandacht. Ik zie daarin niet zozeer het gevaar van het vergoelijken, als wel de mogelijkheid om de bewust-

wording op het moment dat mensen gaan gebruiken, te vergroten. Hoe ziet de heer Van der Staaij dit?

De heer **Van der Staaij** (SGP): Het grote risico van testen is dat het een soort acceptatie is en dat het daarmee drempelverlagend werkt voor het accepteren van het gebruik. Die lijn heb ik in eerdere debatten ook gevolgd. Het is geen kwestie van het reageren op incidenten. In de Monitor Drugsincidenten (MDI) 2013 zie ik een indrukwekkende lijst van allerlei voorbeelden waarbij het in de praktijk is misgegaan. Die rechtvaardigt mijns inziens de bijzondere aandacht hiervoor.

Mevrouw **Rebel** (PvdA): We moeten het aantal incidenten zeker niet onderschatten, maar bij gebruik onder jongeren en onder festivalbezoekers is het naïef om te denken dat mensen door niet te testen zullen stoppen met gebruiken. Er ligt juist een kans voor meer bewustwording over wat je gebruikt en wat de effecten zijn, naast bewustwording over alle juridische consequenties. Het heeft immers consequenties voor je Verklaring Omtrent het Gedrag, voor je strafblad. Als je het testmoment gebruikt voor preventie en voorlichting, kunnen we elkaar wellicht vinden in het niet onderschatten van het aantal gebruikers op een festival. Dat was ook mijn vraag aan de Staatssecretaris.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Ik begrijp de redenering, maar ik blijf bij het standpunt dat het voor een goed preventief beleid belangrijk is om zo veel mogelijk een eenduidige boodschap af te geven. Het grote risico van de testen, maar ook van het coffeeshopbeleid, is dat het uiteindelijk tot een halfslachtige boodschap leidt. Die doet afbreuk aan het zo veel mogelijk ontmoedigen en afhouden.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. «Telkens als de politie langsrijdt, ben ik bang. Dan ben ik bang dat ze komen zeggen dat er iets met Marcel is gebeurd. Ik hoop dan wel dat hij zichzelf iets heeft aangedaan, en niet een ander.» Afgelopen zaterdag had ik een hartverscheurend gesprek met Marcels moeder. Marcel is 24 jaar, verslaafd, agressief, heeft schulden en leidt een zwervend bestaan. Hij is bekend bij zijn begeleider, de gemeente, de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD), de huisarts, de ggz, de politie. Iedereen weet ervan. Hij had een woning, die hij is kwijtgeraakt door vervuiling. Waar hij nu leeft, is onduidelijk. Zijn moeder ligt er wakker van. Waar is hij? Wat doet hij zichzelf of mogelijk een ander aan? Bij het gesprek was ook de moeder van Nick aanwezig. Nick is 19 jaar en verslaafd. Soms wil hij wel hulp, maar als er dan al een verwijzing is van de huisarts voor een crisisplaatsing, dan is er geen plek in Noord-Holland en wordt Nick heengezonden. Hij kan wel mee met zijn ouders. Maar zij houden hem niet thuis. Twee dagen later is hij zoek, zwerft en gebruikt hij weer en is hij onbenaderbaar. De zorgverzekeraar doet niets, de politie doet niets, het OM kijkt weg en al meer dan zeven jaar smeekt zijn moeder om hulp. Het gezin is naar de knoppen.

Wat moet er met Nick en Marcel gebeuren? Moet het enorm misgaan voordat er iets gebeurt? Wat adviseren de bewindspersonen deze moeders? Waar kunnen deze moeders terecht? Waarom worden mensen in crisis heengezonden? Hoeveel mensen worden heengezonden? Waarom zijn de wachtlijstcijfers nog steeds niet beschikbaar? Realiseert de Staatssecretaris zich dat het afbouwen van de bedden in de ggz ook de verslavingszorg raakt, omdat de zorgverzekeraars rücksichtslos zeggen dat er voor de gehele sector minder bedden zijn, dus ook voor de verslavingszorg?

Andere woordvoerders hebben al gezegd dat verslaving heel veel stukmaakt in relaties, vertrouwen en verlies aan menselijke waardigheid. Verslaving brengt heel veel leed met zich mee.

Mevrouw **Berckmoes-Duindam** (VVD): Ik heb net in mijn woordvoering gemeld dat het juist goed ging in de verslavingszorg, onder meer omdat er een verschuiving is van klinisch naar ambulante. Ik kan de rapporten die mevrouw Leijten heeft gelezen niet plaatsen. Wellicht heeft zij andere rapporten gelezen, maar ik herken het beeld dat zij schetst niet.

Mevrouw **Leijten** (SP): Misschien heb ik het niet goed gezegd. Ik had een gesprek met twee moeders. Die moeders hebben twee zonen. Die wonen in Hoorn en in Alkmaar, of wellicht wonen ze op dit moment in Amsterdam. Ze leiden een zwerfend bestaan. We kunnen rapporten lezen, maar de praktijk is weerbarstiger. Met deze jongens of hun omgeving moet iets heel erg gebeuren voordat de machine in werking komt. Dit gebeurt al ontzettend lang. We kunnen rapporten lezen, maar het gaat mij om de praktijk. Ik heb de bewindspersonen gevraagd om een advies aan deze moeders, want ik weet het ook niet meer.

Mevrouw **Berckmoes-Duindam** (VVD): Ik stel vast dat mevrouw Leijten haar woordvoering baseert op een gesprek over twee verslaafden en dat de meeste aanwezigen hier de rapporten hebben gelezen. Daarin staat dat door een verschuiving van klinisch naar ambulante de verslavingszorg enorm vooruit is gegaan.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik ben volksvertegenwoordiger geworden om de realiteit in het parlement te brengen en niet om me blind te staren op rapporten. Ik heb deze moeders beloofd de bewindspersonen om advies te vragen, omdat ik het niet meer weet. Ik had ook met huisartsen kunnen praten, ik had met hulpverleners van de GGD kunnen praten, met Verslavingszorg Noord-Nederland (VNN). Naar aanleiding van een bezoek daar heb ik meer dan 23 vragen aan het kabinet gesteld, die voor dit algemeen overleg nog niet eens beantwoord zijn, wat wel het verzoek was. De vragen gaan over zwangere meisjes die verslaafd zijn en worden weggestuurd, omdat de zorgverzekeraar vindt dat ze geen zorg hoeven te krijgen bij de instelling waarnaar ze doorverwezen zijn. Dat soort dingen staat niet in rapporten, maar het gebeurt wel. Ik breng het graag in in dit parlement. Daarom ben ik volksvertegenwoordiger geworden. Verslaving maakt heel veel stuk. De kosten zijn enorm. Alcoholgebruik en -misbruik leiden alleen al tot maatschappelijke kosten met een omvang van 3,5 miljard. En toch moet er gesteggeld worden over de vraag of verslavingszorg wel efficiënt en kosteneffectief is. Natuurlijk is dat zo, al is het alleen al omdat verslaving gepaard gaat met enorm hoge maatschappelijke kosten. «Van je alcoholverslaving af in 25 minuten», je ziet het in de krant. Afgelopen weekend ook weer, zomaar een advertentie. Dat helpt natuurlijk niet. Verslaving is een serieuze zaak. Het bagatelliseren van verslaving helpt niet. Wat zeggen de bewindspersonen van zo'n advertentie?

Wat ook niet helpt, is het rapport van Zorginstituut Nederland, Verslavingszorg in beeld, waarin op iedere pagina wordt gevraagd of het kosteneffectief en kostenefficiënt is. Welke baten zijn er bij het helpen van verslaafden? Die zijn ontzettend groot. Welke kosten zijn er als we verslaafden niet helpen? Die vraag is voor de Minister van Veiligheid en Justitie. Hoe weegt het op zijn begroting als mensen de deur wordt gewezen bij een ggz- of een verslavingszorginstelling? Kan hij daarin inzicht geven? Dat lijkt me relevant voor de discussie van vandaag. Ik noemde het rapport van Zorginstituut Nederland al. Daarin wordt beschreven dat soms niet de goede behandeling wordt aangeboden. Dat gebeurt door nieuwe toetreders op de markt. Kan de Staatssecretaris overigens aangeven welke positieve dingen hij ziet van die nieuwe toetreders? Ik heb ze niet gevonden in het rapport. Nu worden er richtlijnen ontwikkeld. De sector gaat bespreken hoe hij meer evidence-based kan werken. De zorgverzekeraar knijpt echter al af. Behandelingen

van twaalf maanden moeten naar acht, baby's krijgen geen hulp omdat ze geen hulpvraag kunnen stellen of omdat ambulante begeleiding nog niet beschikbaar is. Als de moeder in een klinische setting zit, is het wel handig als de baby erbij zit. Wat doen we met zorgverzekeraars die op die manier sturen op de markt?

Is in het rapport van Zorginstituut Nederland meegenomen dat de herstelmethode wordt toegepast, dat we af willen van het stigma en dat je daarvoor soms meer tijd nodig hebt, in plaats van gedwongen te knijpen op kosten?

Ik zie de voorzitter vermanend naar haar klok kijken. Ik heb nog één punt: gokverslaving. Het lijkt vandaag een vreemde eend in de bijt, maar het is wel een reëel probleem. Hoe voorkomen we dat een heel zorgcircuit wordt opgetuigd dat niet effectief zal zijn? Het Centrum Verantwoord Spelen vraagt om preventie. Er komt een preventiefonds waarin nieuwe websites met de nieuwe kansspelwet geld storten. Wie gaat dat beheren? Is de aandacht voor verantwoord spelen en goede toeleiding naar zorg in goede handen als je dat bijvoorbeeld bij de huisarts legt, of bij de ggz, of zou het goed zijn om kennis te gebruiken van bijvoorbeeld het Centrum Verantwoord Spelen? Of is er een mogelijkheid om het mee te nemen in het actieplan waarom de Partij van de Arbeid vroeg?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Het aantal xtc-gebruikers dat op de Eerste Hulp of zelfs de Intensive Care terecht komt is de afgelopen periode explosief gestegen. Inmiddels is 22% van de matige of ernstige gezondheidsincidenten op grote evenementen het gevolg van xtc. In 2009 was dat nog maar 7%. Tegelijkertijd behoudt xtc een positief imago in het uitgaansleven. Dat is opvallend. Er vindt een soort normalisering van het gebruik van xtc plaats. Het CDA maakt zich hierover ernstige zorgen. Het testen van pillen op feesten is zinloos. Dat heeft de Minister duidelijk gemaakt. Het biedt een onterecht gevoel van zekerheid. Hoe ziet de Staatssecretaris de normalisering van het gebruik van xtc en het positieve imago ervan? Wat kan hij hieraan doen?

Het Trimbos-instituut en GGZ Nederland bevestigen het beeld dat het gebruik van GHB steeds meer geaccepteerd lijkt te worden onder jongeren en jongvolwassenen. Deze drug wordt gezien als een goedkoop alternatief voor andere drugs. Het aantal cliënten in de verslavingszorg met een GHB-probleem is de afgelopen jaren enorm gestegen. Thuis afkicken van GHB is lastig. De terugval is 70%. Dat is gigantisch. Mensen gaan opnieuw de fout in. GGZ Nederland geeft aan dat die grote hoeveelheid GHB-patiënten die echt moet afkicken in een kliniek, een forse wissel trekt op de afspraken uit het bestuurlijk akkoord om tot minder bedden te komen. Wil de Staatssecretaris met GGZ Nederland in overleg gaan, om tot maatwerk voor GHB-verslaafden te komen? Sinds 2008 hebben gebruikers van GHB, maar ook van xtc, de mogelijkheid om hulp te zoeken bij speciale medische spreekuren van de verslavingszorg in het westen van het land. Dat is een laagdrempelige mogelijkheid om over verslaving te praten en om ervoor te zorgen dat je eraf komt. Het opvallende is dat uit het onderzoek van het Trimbos-instituut blijkt dat GHB juist in zuidoost-Brabant, in Gelderland en rond Enschede heel veel wordt gebruikt. Dat blijkt ook in de praktijk als je met mensen in die regio's praat. Daar is het probleem het grootste, maar daar zijn geen specialistische medische spreekuren. Het CDA zou het logisch vinden dat de medische spreekuren juist in die gebieden in het oosten en het zuiden van het land komen. Kan de Staatssecretaris ervoor zorgen dat dit gebeurt?

De SP zegt dat gokverslaving eigenlijk een beetje een vreemde eend in de bijt lijkt. Ik wil mevrouw Leijten zeggen dat dit absoluut niet het geval is. Kijk maar naar Denemarken. In Denemarken is na de liberalisering van de gokmarkt het aantal gokverslaafden explosief toegenomen. Inmiddels is ruim 1% van de Deense bevolking verslaafd aan gokken. Of dit te maken

heeft met de liberalisering van de gokmarkt is echter moeilijk aan te tonen, omdat er destijds bij de invoering ervan geen nulmeting is gehouden. Zijn de bewindspersonen bereid een nulmeting naar gokverslaving uit te voeren en de komende jaren de ontwikkelingen te blijven volgen? De gegevens die hier nu liggen, zijn alweer een dikke vijf jaar oud. Vorig jaar stonden er grote koppen in de krant over verslaafde artsen. 10 tot 15% van de artsen in Nederland is verslaafd. We hebben zo'n 50.000 artsen. Dat is ernstig. Later bleek dat dit ongefundeerde cijfers waren, maar we weten allemaal dat de problematiek er wel is. Het betrof een Amerikaans onderzoek. Is de Staatssecretaris bereid in Nederland onderzoek te laten uitvoeren naar de omvang van het probleem van verslaafde artsen? De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) pleit voor nieuwe regels, waarbij verslaafde artsen direct op non-actief worden gesteld, zodat ze de mogelijkheid krijgen om af te kicken en vervolgens fit terug te keren. Dat is prima. Wat heeft de Staatssecretaris de afgelopen anderhalf jaar gedaan aan het probleem van de verslaving bij artsen? We hebben hierover in 2012 op mijn verzoek een brief gehad. Daarin stonden veel actiepunten. Daarna is het vreselijk stil gebleven, terwijl het probleem er nog steeds is en wij de omvang van het probleem eigenlijk niet kennen.

De **voorzitter**: Daarmee is een einde gekomen aan de eerste termijn van de zijde van de Kamer.

De vergadering wordt van 16.52 uur tot 17.03 uur geschorst.

De **voorzitter**: We vervolgen dit algemeen overleg. Ik geef als eerste het woord aan Staatssecretaris Van Rijn voor zijn beantwoording in eerste termijn.

Staatssecretaris **Van Rijn**: Voorzitter. Diverse woordvoerders hebben gezegd dat het goed is om weer een keer stil te staan bij de problematiek van verslaving. Ik geloof inderdaad dat het laatste debat over dit onderwerp, althans op deze wijze, in 2007 was.

De **voorzitter**: Ik hoor wat ...

Staatssecretaris **Van Rijn**: ... gemopper.

De **voorzitter**: Zo zou ik het niet willen betitelen, maar ik geef mevrouw Leijten kort het woord. Ik sta twee interrupties per fractie toe tijdens de beantwoording door de bewindspersonen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dit is puur procedureel. Een debat kan een andere titel hebben gehad, maar we hebben sinds 2007 wel degelijk over verslavingszorg gesproken.

De **voorzitter**: Waarvan akte. Ik zie ondersteuning van dit standpunt door andere woordvoerders.

Staatssecretaris **Van Rijn**: Niettemin blijft het goed er ook vandaag over te spreken. Diverse woordvoerders hebben aangegeven dat er sindsdien veel is gebeurd, ook in positieve zin. De professionalisering van de verslavingszorg, de combinatie tussen verslavingszorg en ggz en de intensievere samenwerking die op gang komt, zijn zonder meer positief. Bovendien zijn in steeds meer relevante opleidingen modules verslavingskunde opgenomen. Er is ook een speciale opleiding tot verslavingsarts gekomen. Steeds meer professionals houden zich met het onderwerp verslaving bezig en er is integratie met de medische sector. Dat zijn allemaal punten die ervoor zorgen dat de verslavingszorg een belangrijke

kwaliteitsverbetering heeft veroorzaakt en heeft ondergaan. Het past mij daarvoor complimenten te geven. Door de decentralisaties ontstaan straks nieuwe kansen om een aantal terreinen met elkaar te verbinden. Ik denk bijvoorbeeld aan de jeugdhulp, de ggz en de verslavingszorg, waarbij we waar nodig tot eerdere signaleringen kunnen komen. Mijn conclusie is dat de verslavingszorg zich sindsdien in een goede richting heeft ontwikkeld. Dat neemt niet weg dat er nog een aantal zaken te verbeteren zijn. Dat blijkt ook uit het onderzoek Verslavingszorg in beeld van het Zorginstituut Nederland. De Kamer heeft dit onlangs ontvangen. Het gaat met name in op de effectiviteit van de verslavingszorg en de slagen die daarin gemaakt moeten worden. Wij zullen over niet al te lange tijd een uitgebreide reactie geven op dit rapport. Ik wil daar nu niet op vooruit lopen. Dit rapport verdient een uitgebreide reactie.

Welke cijfers bedoelen we eigenlijk als we het hebben over verslavingszorg? Ongeveer de helft van de hulpvragen binnen de verslavingszorg betreft alcoholproblematiek, ongeveer 40% van de hulpvragen betreft drugsproblematiek, ongeveer 4% heeft betrekking op kansspelverslaving en ongeveer 6% op andere verslavingen. Over het alcoholbeleid hebben we onlangs gesproken. Daarin willen we een verschuiving aanbrengen in termen van voorlichting en preventie en de sociale norm. Er is onlangs een hoorzitting geweest over een specifiek aspect van drugsbeleid, het beleid inzake sterke Cannabis (THC-regel). Collega Opstelten en ik hebben aangegeven dat wij hier graag een reactie op willen geven, omdat er nogal wat vragen over zijn gesteld. Dat willen we heel uitgebreid en serieus behandelen.

Het drugsbeleid in Nederland is van oudsher gebaseerd op vier voor de hand liggende pijlers. Dat zijn het voorkomen van gebruik, het voorkomen van gezondheidsincidenten indien er toch wordt gebruikt, vroegsignalering en kortdurende interventies om te voorkomen dat mensen een verslaving ontwikkelen, zorgen dat er een adequate behandeling is voor mensen die in de problemen komen als gevolg van middelengebruik en het voorkomen van gezondheidsschade ofwel harm reduction.

Hoe kijken we vanuit de gezondheidszorg naar het drugsbeleid? Diverse woordvoerders vroegen daarnaar. Het drugsbeleid zoals dat tot nog toe is ontwikkeld, kent vanuit de gezondheidszorgoptiek een aantal successen. Het drugsgebruik onder jongeren in de algemene bevolking is in ons land in de afgelopen jaren gestabiliseerd. Uit recentelijk gepubliceerd onderzoek blijkt dat het gebruik van cannabis iets boven het Europese gemiddelde ligt, maar het cannabisgebruik onder jongeren is de laatste tien jaar afgenomen. Ook op andere indicatoren als problematisch drugsgebruik of infectieziektes en sterfte die gerelateerd zijn aan drugsgebruik, scoort Nederland in vergelijking met andere landen gunstig. Verder laat het aantal problematische heroïneverslaafden een daling zien. Het neemt niet langer toe en sinds 2012 is het iets gedaald. Het beleid is gericht op voorkomen is beter dan behandelen, behandelen is beter dan harm reduction en harm reduction is beter dan nietsdoen. Dit heeft de afgelopen jaren zijn vruchten afgeworpen. We zien dat de discussie langzaam maar zeker gaat over de vraag of je je preventiebeleid effectiever kunt maken. Hoe kun je scholen, ouders en jeugdgezondheidszorg inschakelen bij vroegsignalering? Hoe kun je kortdurende interventies doen om mensen uit de verslavingszorg te houden? Dat zijn onderwerpen die een beleidsdiscussie waard zijn. Ik ga er zo nader op in, want ondanks de successen kunnen we niet zeggen dat we er al zijn.

We hebben ook in Europees opzicht een aantal goede successen behaald, maar we moeten ons ook zorgen maken over een aantal andere aspecten bij de verslavingszorg. Zo zijn er de nieuwe drugs. Bestaande behandelingen voor verslavingszorg en GHB slagen er nog niet voldoende in om het hoge terugvalpercentage terug te dringen. Daar is extra inzet nodig. Ik ondersteun een project van de instellingen voor verslavingszorg om hiervoor een specifiek behandelprotocol te ontwikkelen. Dit is in de eerste

helft van 2015 klaar. Ook in de implementatie van nazorg en hersteltrajecten binnen de verslavingszorg kunnen verbeterlagen worden gemaakt. De instellingen voor verslavingszorg hebben in hun visiedocument herstel als speerpunt genoemd. Binnen enkele instellingen is het een leidend principe voor de behandeling waarin als het ware de zaak wordt omgedraaid.

Ik maak me op het gebied van preventie zorgen over het middelengebruik, zoals binge drinking en normalisering van xtc-gebruik. Daarbij moeten we ons afvragen of we niet te veel kijken naar de traditionele drugs en te weinig oog hebben voor wat zich aan het ontwikkelen is. Dan wordt natuurlijk verwezen naar de recente incidenten en doden bij het Amsterdam Dance Event. Hierbij zijn twee dingen van belang. Aan de ene kant moeten we bezien of ons beleid, dat gericht is op de traditionele drugs, standhoudt of dat we rekening moeten houden met ontwikkelingen die we misschien nog niet goed genoeg zien, maar die we langzaam maar zeker wel gaan merken. Het is het zeker waard om dat te bezien. Ik ben er een groot voorstander van, om op dat punt veel meer naar de preventiekant te kijken. Aan de andere kant zijn we dingen als normaal gaan zien, die niet normaal zijn. Mevrouw Bruins Slot noemde dat ook. Onlangs keek ik naar een programma over twee jongeren die xtc hadden gebruikt. De een was in coma geraakt en de ander was in het ziekenhuis opgenomen. Eigenlijk was het antwoord, ik parafraseer: ja maar, je moet er ook voldoende water bij drinken. Dat is precies de verkeerde aanpak. We moeten ervoor zorgen dat we veel meer oog krijgen voor ontwikkelingen, ook in de jongerencultuur, die wij onvoldoende zien. Diverse woordvoerders gaven aan dat we opnieuw moeten kijken naar het beleid om te zien of we effectiever in de preventie kunnen zijn. Daarnaast moeten we de discussie voeren of de dingen die we onbewust of bewust normaal zijn gaan vinden, wel normaal zijn. Daarom is het een goed idee om aan de hand van de lopende onderzoeken plus het komende maatschappelijke debat een visie voor de Kamer op te stellen. Ik heb kortgeleden aan het Trimbos-instituut gevraagd te onderzoeken welke kenmerken van de huidige generatie jongeren en de maatschappij waarin zij leven, van invloed zijn op het gebruik van alcohol, uitgaansdrugs en nieuwe verslavingen. Naar aanleiding van dat stuk kunnen we uitgebreid discussiëren. Zo geven we enerzijds een impuls aan het preventiebeleid, om dat beter te richten vanuit het oogpunt van volksgezondheid. Anderzijds hebben we het maatschappelijke debat over wat we normaal zijn gaan vinden, maar dat misschien niet is. Dit zijn twee zijden van dezelfde medaille. Ik neem de handschoen graag op om ervoor te zorgen dat we daarover volgend jaar aan de hand van een notitie van het kabinet het debat kunnen voeren.

Mevrouw **Bergkamp** (D66): Ik ben hier verheugd over. Ik heb tijdens de begrotingsbehandeling in 2013 gevraagd naar de visie op drugs. Toen kreeg ik een notitie met een heel klein paragraafje over volksgezondheid. Dat vond ik zeer teleurstellend. De Staatssecretaris geeft aan dat er verschillende redenen zijn om te komen tot een nieuw en modern beleid. Ik vraag de Staatssecretaris daarbij niet de moraliserende overheid te zijn. «Wat is normaal» is een gevaarlijke vraag. We spreken over evidence-based en over gezondheidsrisico's. Ik hoop dat daar een objectivering in zit. Ik ben blij met de uitnodiging voor een maatschappelijk debat, maar ik vrees ervoor de opdracht bij het Trimbos-instituut te leggen. Ik heb dit instituut nog niet echt kunnen betrappen op innovatie. Die is er wel qua registreren, maar we krijgen jaar in jaar uit dezelfde monitor met hetzelfde verhaal. Ik wil dit belangrijke punt iets breder toelichten. Ik ben net heel kort geweest. Ik vraag de Staatssecretaris hierover een breed maatschappelijk debat te voeren en met verschillende organisaties te praten, ook met jongeren, en niet alleen met de usual suspects en alleen met het

Trimbos-instituut. Ik wil een modern nieuw beleid, dat evidencebased is zodat het werkt en effectief is, en de volksgezondheidsrisico's aanpakt.

Staatssecretaris **Van Rijn**: Als mevrouw Bergkamp het zo formuleert, kan niemand er tegen zijn. Laten we vaststellen wat we op dit punt bereikt hebben. Het Trimbos-instituut kan met dezelfde definities en dezelfde cijfers meerjarig laten zien wat er gebeurt. Ik heb een veel positiever oordeel over het Trimbos-instituut, omdat we trendmatig kunnen volgen wat er gebeurt en Nederland kunnen vergelijken met Europa. We hebben heel goede cijfers. Daarin loopt Nederland voorop. Dat is heel veel waard en dat wil ik behouden. Daarnaast moeten we met het Trimbos-instituut, maar ook met anderen, bekijken welke veranderingen optreden in de jongerencultuur. Misschien moeten we naar andere drugs kijken, naar andere patronen die ons wakker moeten schudden met antwoorden op de vraag of we het preventiebeleid vanuit gezondheidsoptiek moeten veranderen. Daarover zijn we het eens.

Ik bespeurde iets van «pas op met een moraliserende maatschappelijke discussie». Ik weet niet of precies die term viel, maar ik wil daar zeker over waken. De discussie moet wel gevoerd worden. Ik schrik ervan dat we het allemaal erg vinden als drugsgebruik in de jongerencultuur is gesloepen, maar dat we er geen goed zicht op hebben en denken dat nog eens goed waarschuwen volstaat. Dan zijn we vanuit de volksgezondheidsoptiek verkeerd bezig. Preventiebeleid voor nieuwe drugs en nieuwe verslavingen moeten we heel fundamenteel bekijken. Daarbij hoort de discussie over de vraag wat normaal is, en niet zozeer over wat wel en niet hoort. Dat geldt voor alcohol, dat geldt voor drugs en misschien ook wel voor nieuwe verslavingen.

Mevrouw **Bergkamp** (D66): Nog even een nuancering over het Trimbos-instituut. Ik ben blij met het registreren. Dat is prima en heel waardevol. Ik geef alleen aan dat ik geen innovatie en vernieuwing zie in het rapport. Die zou vanuit het ministerie en andere organisaties moeten komen. Ik ben blij dat de Staatssecretaris een breed maatschappelijk debat wil voeren en dat we de vraag of iets normaal is niet nu al beantwoorden, maar jongerenorganisaties de gelegenheid geven voor input. Ik wil breder kijken, zodat die vraag echt open blijft. We kunnen er van alles van vinden, maar misschien zijn sommige dingen normaal en moet je vanuit dat vertrekpunt bekijken wat effectief is, kijkend naar de volksgezondheidsrisico's. Als dat de bedoeling is, is het absoluut winst als de Staatssecretaris de handschoen oppakt en komt met een moderne visie.

Staatssecretaris **Van Rijn**: Ik plaats daar wel een kanttekening bij. Ik wil ook het debat aangaan over de dingen die inmiddels normaal zijn geworden en daarbij de vraag stellen of het normaal is. Ik snap best dat als iets normaal is we ook de consequenties voor het beleid moeten bekijken. Ik wil de discussie aan over het feit dat we iets misschien normaal zijn gaan vinden, wat dat niet is. Een aantal decennia geleden vonden we het heel normaal dat op de verjaardag van je vader of moeder de bierglazen met sigaretten op tafel stonden. Nu hebben we er discussie over dat dit helemaal niet normaal is en hebben we daarop ander beleid. Dat geldt misschien voor meer drugs en verslavingen. Dat debat moeten we aangaan.

Mevrouw **Rebel** (PvdA): Ik ben erg blij met deze proactieve houding van de Staatssecretaris. Die is echt nodig. We hebben de afgelopen jaren een veel te repressieve agenda gehad op dit dossier. Ik dank de Staatssecretaris voor zijn inzet. In het kader van de normalisering wil ik aangeven, ook om de discussie iets anders te voeren, dat het vooral van belang is dat we burgers informeren. Dat is een taak van de overheid. De burger moet ook geïnformeerd worden over drugs en nieuwe verslavingen. Wat

betekent dit? Dat is een van de punten die zeker moet worden meegenomen. Daarbij kun je afstappen van het idee wat normaal is of niet. Weten we voldoende over de reden waarom bepaalde drugs worden gebruikt en bepaalde verslavingen voorkomen? Wil de Staatssecretaris naast monitoren ook het waarom onderzoeken, zodat we burgers kunnen informeren?

Staatssecretaris **Van Rijn**: Dat zullen we zeker doen. Voor het voorlichtingsaspect is het van belang dat je de waaromvraag en de consequenties van gebruik kent. We praten in de gezondheidszorg over de transparantie van kwaliteit. De transparantie over de gevolgen van drugsgebruik en wat dat betekent, kan helpen in een effectiever preventiebeleid.

Het onderzoek naar de jongerencultuur wordt uitgevoerd binnen het dit jaar gestarte programma Veilige en Gezonde Horeca en Evenementen (VGHE), ook door het Trimbos-instituut. Binnen dat programma worden gemeenten ondersteund bij het vormgeven van een gezond en veilig horeca- en evenementenbeleid. Daarin worden trainingen voor professionals in het uitgaanscircuit aangeboden en zit een module over preventie voor het coffeeshoppersoneel. Er vindt overleg plaats met partyorganisatoren over preventie op grote feesten. Ook worden de Spoedeisende Hulp en de EHBO-ers erbij betrokken om te voorkomen dat mensen met een drugsincident in de herhaling gaan en om te werken aan de nieuwe preventie-interventie voor GHB.

We moeten inderdaad niet alleen kijken naar het uitgaansleven, maar ook naar voorlichting en het up-to-date houden daarvan op scholen. De ontwikkelingen binnen het onderwijs zijn vanuit onze kant al eerder ingezet. In vervolg op de evaluatie van het schoolprogramma De gezonde school en genotmiddelen wordt dit programma aangepast. We weten nu beter wat de beste voorlichting op school is, maar we weten ook dat de startleeftijd voor middelengebruik de laatste jaren omhoog is gegaan. Dat alleen al vraagt een aanpassing van de voorlichting. Er komt voor de onderbouw van het voortgezet onderwijs een nieuwe interventie, die is gericht op alcohol, roken en drugs, met een focus op de sociale norm. Daarnaast komt er een specifieke ouderavond-interventie. Voor de bovenbouw van het voortgezet onderwijs wordt een nieuwe interventie ontwikkeld, gericht op zelfcontrole en weerbaarheid. Onze aandacht richten we ook op docenten, om ze te kunnen helpen om op school en aan ouders voorlichting te geven over verslaving.

Mevrouw Bergkamp en mevrouw Bruins Slot vroegen hoe het zit met de GHB-verslaving. Daarvoor was nog geen goede oplossing voorhanden. Er is nu een ontgiftingsprotocol ontwikkeld, waardoor het afkicken zonder gezondheidsrisico's beter kan worden gerealiseerd. Verslavingszorginstellingen ontwikkelen onder wetenschappelijke begeleiding en met onze steun een behandelmethode om de terugval te beperken. Daarbij wordt bekeken of de toepassing van het middel Baclofen helpt. Dat was eerder succesvol bij alcoholverslaving. We zijn er nog niet. Het past in de adviezen om volgens de richtlijnen te werken. Met het onderzoek van ZonMw naar de nieuwe methode kan ook worden gekeken naar de effectiviteit. Dat punt wordt daarin dus meegenomen.

In Brabant zijn we in overleg om daar waar GHB het meest lijkt voor te komen, te bekijken wat de meest effectieve aanpak is. We bekijken of we aansluiting kunnen vinden met wetenschappelijke analyses om de meest effectieve aanpak te kiezen. We bekijken of er een aparte inloopvoorziening nodig is, in overleg met de provincies waar de cijfers het meest verontrustend zijn.

De commissie weet dat in het najaar van 2013 verslag is uitgebracht over het wetsvoorstel dat voorziet in de bekostiging van anonieme eMentalhealth als zorg aan anonieme cliënten. Die wetwijziging behelst een structurele grondslag in de Zorgverzekeringswet, maar ook in de Wet langdurige zorg, om subsidie te verstrekken ten behoeve van deze vormen

van zorg. De Minister zal de Kamer de nota naar aanleiding van het verslag zo spoedig mogelijk doen toekomen. Voor 2015 kan een beroep worden gedaan op de reeds bestaande financiering voor het aanbod van anonieme eMental-health en het beleidskader eMental-health dat inmiddels klaar is.

Mevrouw Bergkamp vroeg naar het testen van xtc. Ik had die vraag verwacht. De Minister heeft in antwoord op Kamervragen al gezegd dat het geen goede en effectieve methode is. Wij vinden dit omdat de testcondities op een feest niet optimaal zijn, omdat er verschillende andere testen beschikbaar zijn en omdat de mensen die naar een feestje gaan niet in de testmodus staan. Er is gevraagd naar de huidige testsituatie. Er is een landelijk coördinatiecentrum met testlocaties verspreid over het land. De meeste zijn verbonden aan instellingen voor verslavingszorg. Bijna alle instellingen doen mee. De spreiding is dus vrij groot. Bij een lokale testservice kunnen potentiële gebruikers hun drugs laten testen. Daar wordt bekeken of zo'n pil op de herkenningslijst voorkomt. Wordt de pil niet herkend, dan wordt deze doorgestuurd naar een laboratorium. De uitslag wordt teruggekoppeld aan de aanleveraar. Vervolgens is er een landelijk alarmsysteem, waardoor bij een groot risico direct alle lokale niveaus worden ingeschakeld. Bij testen op festivals kan gebruik worden gemaakt van de sneltest, om te kijken welke stof aanwezig is in de bewuste pil. Het is veel lastiger vast te stellen of het gaat om een lage dosering of een hoge. Je weet dus niet goed waar je aan toebent. Tegelijkertijd onderschat je het daarmee. Je doet net alsof het goed is. Dat is die schijnzekerheid. Dat brengt echt een heel andere benadering van drugsbeleid met zich mee.

Er is dus een goede spreiding van de testcentra. De vraag is of testen bij festivals een goed idee is, even los van de cultuurrijpheid als men staat te dringen om binnen te komen. De dosering is een probleem. Wat voor signaal geef je af, als je schijnzekerheid biedt over de vraag of de pil goed is? Om deze vier redenen zijn wij uitermate aarzelend over testen. We willen wel bekijken of er aanvullende mogelijkheden zijn voor testen. Ik geloof dat mevrouw Rebel in het recente verleden wel eens de test-app voor xtc heeft genoemd. We bezien of deze een aanvulling kan zijn op de bestaande testcentra.

Mevrouw **Bergkamp** (D66): Ik heb moeite met de term «schijnzekerheid». Dat is niet het juiste verhaal. We hadden net een interruptie over het Trimbos-instituut. Dat zegt dat het testen op locatie technisch goed mogelijk is. Er is een goede database en er zijn testen die ook op locatie uitgevoerd kunnen worden. Niet alles zal ter plaatse een uitslag hebben, maar dat is op kantoor ook niet het geval. Met andere woorden: op feesten en testlocaties worden dezelfde tests gebruikt. Het enige is dat je de drugs moet opsturen naar een laboratorium, als de stof niet in de database staat. Ik vind het onterecht dat elke keer wordt gezegd dat het een schijnzekerheid is, hoewel op de testlocaties dezelfde test wordt gebruikt. Je hebt op de testlocaties op feesten de gelegenheid voor voorlichting. Je kunt mensen laten zien dat het middel niet in de database staat, dus dat het verstandig is de pil niet te nemen omdat het gevaarlijk is. Ik maak er bezwaar tegen dat woord «schijnzekerheid». De Minister gebruikte het ook. Het is geen schijnzekerheid, want dan zouden de testlocaties ook schijnzekerheid bieden.

Staatssecretaris **Van Rijn**: Op een testlocatie kun je de pil bij twijfel doorsturen naar een laboratorium. Dan krijg je zekerheid, die je niet kunt bieden op een festivallocatie. De zekerheid heb je niet meteen, maar daarna wel. Met het doorzetten naar het laboratorium wordt verder gekeken, juist als je onzeker bent over de eerste fase. De vraag is verder of mensen die op een feest komen, openstaan voor de test en de

voorlichting. Ik heb mijn twijfels over de effectiviteit daarvan. Daar kunnen we verschillend over denken.

Mevrouw **Bergkamp** (D66): Mijn collega stelde net een vraag over Unity, jongeren die op feesten doen aan voorlichting. Ik ben benieuwd of dat wel kan op een feest. Ik maak er bezwaar tegen dat nu weer van schijnzekerheid wordt gesproken. Met een testmogelijkheid op een feest kun je een sneltest doen. Er wordt een vergelijking gemaakt met de database en als de pil er niet instaat, wordt men doorverwezen naar een testlocatie om de pil door te laten sturen naar een laboratorium. Dat is dezelfde werkwijze als bij de testlocaties in het land. Als de pil niet in de database staat, verstuurt men deze naar een laboratorium. Het is hetzelfde procedé, dus er wordt ten onrechte gezegd dat het een soort schijnzekerheid biedt. Vertel dan het eerlijke verhaal. Natuurlijk kun je van mening verschillen over de vraag of je het juist vindt. Dat is wat anders.

Staatssecretaris **Van Rijn**: Laten we elkaar niet vangen op het woord. Misschien appreciëren we het verschillend. Als de sneltest niet voldoende zekerheid geeft, kun je zeggen dat iemand de pil niet moet gebruiken, omdat die verder bekeken moet worden. Ik denk dat deze onzekerheid er op een feestlocatie niet toe leidt dat iemand die pil niet neemt. De druk om dat wel te doen, omdat het niet zeker is, is groter dan wanneer je die zekerheid wel hebt. Dat vind ik het voordeel van de andere test, omdat je bij onzekerheid in een laboratorium de dosis kunt laten bepalen. Die test geeft wel zekerheid. Ik zal het woord «zekerheid» of «schijnzekerheid» niet meer gebruiken. Ik wil vermijden dat er ten onrechte zekerheid ontstaat. Wat doen wij aan preventie en voorlichting? Wij financieren diverse websites van het Trimbos-instituut en andere organisaties met betrouwbare informatie over de risico's van middelengebruik. We hebben een Drugs Infolijn. We hebben diverse folders en materiaal over xtc, GHB en cannabis die worden uitgedeeld op party's en festivals. Ik ben het ermee eens dat we in de discussie over onze visie op meer preventie ook naar de vorm van preventie moeten kijken. We moeten nadenken over de vraag of preventie met folders en websites moet, of dat we daarvoor ook andere middelen moeten inschakelen, zoals social media. We moeten effectieve voorlichting geven waarmee jongeren goed worden bereikt. Mevrouw Bergkamp heeft gevraagd naar de treatment gap. Het probleem bij zo'n treatment gap is dat je het inderdaad niet weet. Er is nog steeds een groot taboe op verslaving. Mensen die problemen hebben met het gebruik van alcohol of drugs gaan daar niet snel mee naar de huisarts of een verslavingsgroep. Er is bij problematisch middelengebruik een veelvoud aan mensen dat gebruikt, in verhouding tot het aantal mensen dat daarvoor hulp zoekt. Op zich hebben we in Nederland een vrij laagdrempelig systeem om hulp te krijgen, van binnenlopen tot een gesprek met de huisarts. We hebben extra aandacht voor verslavingsproblematiek in de huisartsenopleiding. Dat is de meest laagdrempelige eerstelijnszorg. Ik kan niet anders dan beamen dat er sprake is en blijft van een treatment gap, die we vooral door goede voorlichting en preventie moeten proberen op te vangen.

Mevrouw Rebel had een aantal specifieke vragen over de kindcheck. Ik ga natuurlijk een poging doen om te zeggen dat alle commissieleden een beetje gelijk hebben. We hebben de Wet verplichte meldcode. Daarin is een kindcheck opgenomen. Die wet zegt dat je moet werken aan een meldcode. Dat geldt ook voor de ggz en de verslavingszorg. We hebben een aantal stappen gezet met de AMvB. Er zijn minimumeisen. Verslaafde ouders of ouders met ernstige psychische aandoeningen zijn daarbij expliciet als aandachtsgroep benoemd. De Augeo Foundation heeft voor de ggz een handleiding gemaakt om te zorgen dat de eisen wordt verspreid in het veld. De informatie is ook beschikbaar op de site die over de kindcheck gaat. Er speelt wel een discussie die we ook met de

huisartsen hebben gehad. Ik dacht dat mevrouw Rebel dat bedoelde. We hebben de kindcheck, maar passen huisartsen die voldoende toe? Daarover zijn we met hen in gesprek. Mevrouw Rebel wil dat ik met de verslavingssector in gesprek ga over de vraag of de kindcheck goed wordt toegepast. Het gaat niet zozeer om de vraag of het is geregeld. Het is geregeld. Het gaat over de implementatie van de kindcheck. Daarover moeten we goed overleggen met de sector. Ik zal in 2015 een quickscan laten uitvoeren naar het gebruik van de meldcode. Zo kunnen we niet alleen volgen of we in formele zin de kindcheck hebben geregeld, maar ook of deze in de praktijk goed wordt toegepast.

De vraag naar effectieve behandelingen raakt ook aan enkele punten van mevrouw Leijten. Daarin hebben we nog een grote slag te maken. De Minister heeft aan het Zorginstituut advies gevraagd over de effectiviteit van de behandelingen in de verslavingszorg. Dat rapport ligt er. Je kunt er verschillend over denken. De Minister heeft beloofd om een uitgebreide beleidsreactie op te stellen. Ik heb begrepen dat deze begin 2015 naar de Kamer wordt gestuurd. Dan kunnen we over de effectiviteit spreken. Als er een duidelijke richtlijn ligt, ondersteund door de professionals, worden zorgverzekeraars gedwongen – dat zeg ik maar even zo – volgens die richtlijn te werken. Dat zie je ook in andere delen van de curatieve zorg. Als er geen of onvoldoende richtlijnen zijn, is er een terrein waarop iedereen voor zich de effectiviteit bepaalt. Het heeft nadelen, maar het is ook de enige manier om te bekijken hoe we een beetje effectiviteit kunnen creëren in het systeem. Het is op zich niet zo gek dat verzekeraars nu een poging doen om vooral te kijken naar de effectiviteit van behandelingen. Het zou onmiskenbaar heel goed zijn als de richtlijnen van de beroepsgroep zo sterk zijn dat iedereen weet wat de effectieve behandelingen zijn. Dan kan op professionele wijze onderscheid in kwaliteit worden gemaakt. Daarin moet nog een grote slag worden gemaakt.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb een probleem met de suggestie dat verslavingszorg niet effectief zou zijn. Dat is ze wel. Niks doen is altijd duurder. Dat hoor ik straks waarschijnlijk van de Minister van Veiligheid en Justitie. Je ziet de problemen dan alleen op andere beleidsterreinen. Dan zie je ze bij Justitie en dan zie je ze op straat bij de gemeente. Het rapport zegt enerzijds dat er betere richtlijnen moeten komen en anderzijds dat de zorgverzekeraars hun goddelijke gang kunnen gaan met de inkoop. Dat is raar. Dat gaat niet samen. Waar staat het kabinet? Moeten er eerst de richtlijnen komen en moet de sector professionaliseren, of moet de tucht van de zorgverzekeraar er zijn? Dan komt er niets van de richtlijnen. Dat kan ik de Staatssecretaris nu al voorspellen. Aan welke kant staat hij, aan de kant van de tucht van de zorgverzekeraars of aan de kant van de professionaliteit van de sector?

Staatssecretaris **Van Rijn**: Ik heb in het rapport van Zorginstituut Nederland nergens gelezen dat verzekeraars hun goddelijke gang mogen gaan. Daarnaast doen zorgverzekeraars in hun inkoopbeleid altijd twee dingen. Zij bekijken wat de richtlijnen van de sector zijn en ze vragen zich af hoe ze kunnen zorgen dat er een goed inkoopbeleid is. Mevrouw Leijten gaf een voorbeeld. Ze vroeg wat ik vind van een advertentie waarin staat dat je in 25 minuten van je alcoholverslaving afkomt. Dat lijkt mij een sterk verhaal, dat niet erg evidencebased is. Het is niet gek dat een verzekeraar die geconfronteerd wordt met dit verhaal dit niet wil inkoop. Hebben we het al goed onderzocht? Vast niet, maar ik vind het heel verstandig dat zorgverzekeraars dit een te zwak verhaal vinden en daarin niet meegaan. Toon eerst maar aan dat het effectief is. Het is nog veel verstandiger als de sector zelf met richtlijnen komt die een zodanige norm in de praktijk zetten, dat duidelijk is die dat de kwaliteit bieden die we allemaal willen. Die richtlijnen zijn dan van invloed op het inkoopbeleid.

Mevrouw **Leijten** (SP): Het lijkt een kip-ei-discussie. Als je de markt vrijgeeft en iedereen erop mag, dan ga je dit soort advertenties zien. Er is geen zorgverzekeraar die zoiets vergoedt, en terecht. Het gaat mij erom dat de zorgverzekeraar tegen een zeer gespecialiseerd oudercentrum voor verslaafde ouders met opvoedproblemen zegt dat de behandeling best in twee derde van de tijd kan, zonder dat de verzekeraar kan aantonen dat dit daadwerkelijk kan. Aan welke kant staat de Staatssecretaris dan, aan de kant van de professional die een behandeling heeft die werkt, of aan de kant van de zorgverzekeraar die de markt tuchtigt met zijn inkoopbeleid, alleen kijkt naar de kosten en zegt: laat maar waaien die richtlijnen?

Staatssecretaris **Van Rijn**: Ik wil aan de kant van de patiënt staan. Dat betekent dat ik noch aan de kant van de zorgaanbieder, noch aan die van de verzekeraar sta. Een patiënt moet effectieve zorg krijgen. Dat betekent dat ik het niet altijd eens ben met een zorgaanbieder. Dat betekent ook dat ik niet zeg dat de zorgverzekeraar alleen op prijs moet inkopen. Het proces van het ontwikkelen van goede richtlijnen heeft een andere kant. Hoe zorg je dat het effectief kan plaatsvinden tegen een prijs die goed is en zo veel mogelijk verslaafden kan helpen? Dat evenwicht moet worden gevonden. Dat evenwicht wordt steeds beter naarmate we met professionele richtlijnen kunnen werken. Zorgverzekeraars kunnen die dan gebruiken. Zolang die er niet of onvoldoende zijn, zul je moeten roeien met de riemen die je hebt. Er zullen dus discussies plaatsvinden over de effectiviteit van methodes. Daar is niets mis mee. Die discussies moeten plaatsvinden en horen bij een goede ontwikkeling van de verslavingszorg. Mevrouw Rebel vroeg hoe we high impact verslavingen kunnen voorkomen. Ik paraphraseer nu. Dit hangt samen met de vraag hoe we tegen preventie nieuwe stijl aankijken, bijvoorbeeld op scholen. Hoe organiseren we preventie over alcohol, drugs en andere verslavingen? We geven voorlichting en informatie geven via websites en peergroups en op festivals. Dat helpt allemaal om te kijken of er we eerder bij kunnen zijn door het veel meer naar de preventieve kant te verschuiven. Daar zijn we het volledig over eens.

De VVD heeft gevraagd naar de normen voor het hoofdbehandelaarschap voor 2016 en daarna. Onderdeel daarvan is een advies van de commissie-Meurs. Dit advies wordt in februari 2015 verwacht. De Minister zal het aan de Kamer toesturen zodra het beschikbaar is. Als er een breed gedragen veldnorm komt, is nadere regelgeving wellicht niet nodig. Als die norm er niet is, zal de Minister op basis van het advies en de standpunten van partijen een eigen standpunt bepalen. Ik ga er voorlopig van uit dat het advies van de commissie-Meurs en de opvattingen van veldpartijen daarover voldoende basis bieden om de discussie over het hoofdbehandelaarschap zoals afgesproken in 2016 te beslechten.

Mevrouw Berckmoes vroeg of er nog meer onderzoeken lopen in het licht van het hoofdbehandelaarschap. Gisteren is het Cliëntperspectief naar de Kamer gestuurd. Er vindt ook een onderzoek plaats naar de declaratiegegevens en het beroep op de tijdsbesteding. Dit zal in het eerste kwartaal van 2015 naar de Kamer worden gestuurd. Dan hebben we het volledige pakket om goed knopen te kunnen doorhakken over het hoofdbehandelaarschap.

Mevrouw Berckmoes heeft gevraagd naar de mogelijkheden voor verbetering in de administratieve lasten. Daarmee heeft ze een punt. Als we onvoldoende richtlijnen hebben die iedereen kan volgen, gaat iedereen voor zich het wiel uitvinden. Ik zeg het nu een beetje simpel, maar het leidt tot veel meer administratieve lasten. In de eerste plaats moeten we ervoor zorgen dat de richtlijnen er komen, zodat in de markt een norm ontstaat en een zekere standaardisatie plaatsvindt. In de tweede plaats zijn wij met de ggz-sector in gesprek over een manier waarop wij de regeldruk kunnen verminderen binnen de ruimte die het bestaande stelsel biedt. De Minister heeft de Kamer daarover in juli geïnformeerd. Zij

zal de Kamer nader informeren over de aanpak van de administratieve lasten, ook in de ggz, in de bredere aanpak Tegengaan verspilling administratieve lasten, die nu bij VWS loopt.

De heer Van der Staij stelde de retorische vraag of ouders een goede rol kunnen spelen bij de drugspreventie. Het antwoord daarop is volmondig ja. Ouders hebben een zeer belangrijke rol. Wij doen ons best om hen voor te lichten over wat ze kunnen doen als er vragen zijn van kinderen, hoe ze daarop moeten reageren en welke informatie beschikbaar is. Het varieert van opvoedtips als je constateert dat je kind blowt tot de vraag hoe je daarover kunt praten met je kind. Wij steunen die initiatieven. We merken dat een gecombineerde aanpak van voorlichting aan ouders en voorlichting op scholen tot de meest effectieve behoort. De impact op kinderen is veel groter, voor zover we nu kunnen meten. Dit is de grondslag voor de aanpassing van het programma voor voorlichting en alcohol, drugs en andere verslavingen op scholen. Wij geloven erg in die aanpak. We blijven ouders betrekken bij de voorlichting, met name op scholen.

De heer Van der Staij vroeg of wij een schatting hebben van het aantal drugsdoden in Nederland. Uit de gegevens van de Nationale Drug Monitor blijkt dat er in 2012 118 personen zijn overleden door een overmatig gebruik van heroïne, cocaïne of andere harddrugs. De kanttekening daarbij is dat dit acute sterfte betreft. Sterfte als gevolg van langdurig gebruik van drugs kunnen we niet apart meten.

Hoe lang krijgen patiënten een methadonbehandeling of medicinale heroïne-behandeling? Jaarlijks wordt getoetst of cliënten voldoende baat hebben bij de behandeling. Afhankelijk van het resultaat wordt de behandeling gecontinueerd. De stabiele situatie brengt ongeveer 15% van de behandelenden ertoe het gebruik van heroïne te stoppen. Dat is een goed resultaat, maar het is nog steeds 85% te laag. Er wordt dus elk jaar bekeken of de behandeling moet worden voortgezet of niet.

Dan kom ik bij de vragen van de SP. Mevrouw Leijten gaf een voorbeeld van enkele moeders, die ongelooflijk veel leed hebben omdat hun kinderen verslaafd zijn. Zij stelde de vraag aan mij, omdat zij het ook niet meer wist. Daarmee raakt ze precies het belangrijke punt, dat het voor ons allemaal heel moeilijk is. Als mensen volwassen zijn, zich onttrekken aan behandeling en tegelijkertijd zichzelf en daarmee gezinnen te gronde richten, gaat dat dwars door je hart. We kunnen van alles verzinnen voor laagdrempelige toegang, zorgen dat er outreachend gewerkt wordt, zorgen dat er altijd toegang is, dat er crisisopvang is. Daaraan onttrekken mensen zich overigens soms ook. Het staat of valt met het besef bij degene die verslaafd is, dat hij of zij er zelf iets aan wenst te doen. Dat blijkt uit de effectiviteit van methodes. We kunnen veel doen, maar als de verslaafde niet wil of het besef niet heeft, is de aanpak niet effectief. Er is geen enkele reden om niet elke dag en elke nacht door te gaan met denken over de vraag of het effectieve methodes zijn en ervoor te zorgen dat het drugsbeleid in Nederland in ieder geval toegankelijk is voor degenen die willen. Er moet altijd opvang zijn. Afgelopen jaren zijn er diverse activiteiten geweest, zoals het project Kwetsbare jongeren. Ook is het Kwaliteitsbureau verslavingszorg ingeschakeld. Interventies voor verslaafde jongeren zijn doorgelicht, vroegsignalering, van alles en nog wat. Ik ben het met mevrouw Leijten eens dat dit soort voorbeelden altijd aanleiding moet zijn om na te gaan of de toegankelijkheid van de verslavingszorg, de laagdrempeligheid ervan, voldoende is en om te zorgen dat deze kwetsbare jongeren kunnen worden opgevangen als dat nodig is.

Mevrouw **Leijten** (SP): Een gesprek met ouders, of moeders in dit geval, die zo geconfronteerd worden met deze weerbarstige problematiek waarbij het hun eigen kind betreft, gaat dwars door je heen. Dat zegt de Staatssecretaris mooi. Er komt echter veel in naar voren. De politie weet

het, het OM kijkt weg, de GGD doet niets. Wat mij het meest trof is het feit dat Nick, die af en toe wel een hulpvraag heeft en behandeld wil worden, het afgelopen halfjaar twee keer is weggestuurd omdat er geen bedden zijn. Ik heb gevraagd of de Staatssecretaris zich realiseert dat het Bestuurlijk Akkoord van de ggz met 30% beddenafbouw direct gevolgen heeft voor crisisbedden en voor de verslavingszorg. Ik heb ook gevraagd naar wachtlijstcijfers. Ik wil graag dat de Staatssecretaris hierop ingaat, of in ieder geval toezegt dat wij de cijfers morgenochtend hebben. Die kunnen we dan betrekken bij het algemeen overleg dat we morgen hebben over de ggz. We kunnen veel mooie woorden gebruiken over hoe het dwars door ons heen gaat, maar als het beleid volledig de andere kant opgaat, is het holle praat.

Staatssecretaris **Van Rijn**: We zijn met de ggz-sector bezig om te komen tot ambulantisering. Die is er niet alleen omdat klinische opvang niet goed is en ambulantisering wel, maar omdat is aangetoond dat ambulantisering werkt in het kader van de verslavingszorg. Het is daarnaast goed om over de wachtlijsten te spreken. De informatie die ik heb, laat zien dat in 2014 de gemiddelde wachttijd voor een aanmelding twee weken is en voor een behandeling circa vijf weken. Deze tijden worden gepubliceerd op de website van de instellingen. Dat zijn doorlooptijden die altijd korter kunnen, maar die niet zodanig zijn dat sprake is van een enorm wachtlijstenprobleem in de verslavingszorg. Ik houd me aanbevolen voor andere cijfers, maar dit zijn de cijfers die gemiddeld over 2014 worden gerapporteerd.

Ter aanvulling heb ik nog een ander punt, waarover we misschien ook van mening verschillen. Vaak gaat het om het maken van een goede aansluiting tussen bijvoorbeeld jeugdzorg en verslavingszorg. De veranderingen op het terrein van de decentralisatie van de jeugdzorg bieden kansen om eerder de verbinding te leggen tussen jeugdzorg, jeugdhulp, verslavingszorg en ggz. We moeten zorgen dat we er eerder bij zijn en eerder deskundigheid kunnen inschakelen, zodat we aan de vroegsignalering kunnen werken en niet achteraf proberen iemand in behandeling te krijgen die het misschien soms wel en soms niet wil.

Mevrouw **Leijten** (SP): Natuurlijk is iedereen voorstander van eerder beginnen, voorkomen dat mensen verslaafd raken en goed ingrijpen als het zover is. Het gaat hier om een situatie waarin dat niet meer het geval is, waarbij iemand met een verwijzing wordt weggestuurd bij de zorginstelling. De Staatssecretaris heeft geen cijfers over de afbouw van bedden en vindt ambulantisering een goed idee voor de gehele sector. In het definitieve rapport Verslavingszorg in beeld zegt Zorginstituut Nederland dat de afspraak tot beddenafbouw van 30% onvoldoende inhoudelijk onderbouwd is om te kunnen vertalen naar de verslavingszorg. Maar het wordt vertaald naar de verslavingszorg, er worden crisisbedden afgebouwd, er wordt behandelingsduur verkort bij de klinische opvang. Bij bijvoorbeeld VNN sprak ik over ouders die worden opgenomen met hun kinderen. Ik vind dat de Staatssecretaris zich hier te gemakkelijk vanaf maakt. Deze tendens raakt direct de levens van mensen die voor een dichte deur staan. Hoe vaak wordt mensen in een crisissituatie de deur gewezen, omdat er geen plek is in de verslavingszorg of de ggz? Die cijfers moeten toch beschikbaar zijn?

Staatssecretaris **Van Rijn**: Ik heb net de gemiddelde cijfers gegeven. De Kamer heeft gisteren de recente marktscan ontvangen van de Nederlandse Zorgautoriteit. Daaruit blijkt niet dat de wachtlijsten oplopen. Ik verzet me tegen het beeld dat de ambulantisering ertoe leidt dat er minder effectieve behandelingen plaatsvinden. Vaak is het tegendeel het geval. Het wil niet zeggen dat die 30% altijd goed onderbouwd is. Ik heb kort geleden met een ggz-instelling gesproken. Die zegt dat 30% een onder-

schatting is en ziet dat de effectiviteit van hun ambulante behandelmethodes zo is dat er sprake is van hogere percentages. Ik ga me daar niet op vastleggen. Ik constateer dat het een ontwikkeling is die ook een inhoudelijke drive heeft. Hoe kun je er eerder bij zijn, dichterbij de mensen zijn, en ze niet alleen in een klinische setting opvangen? Ik herhaal dat ik geen informatie heb over oplopende wachtlijsten. Er kunnen tal van redenen zijn waarom het bij crisisopvang niet goed gaat. Daar moeten we altijd op letten, maar laten we niet doen alsof er een grote wachtlijstproblematiek is.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik maak een inhoudelijke correctie op het antwoord van de Staatssecretaris. Ik vroeg niet naar de gemiddelde wachttijd voor intake en behandeling, maar naar de wachttijd bij crisisopvang. Dat is echt iets anders.

De **voorzitter**: Het punt is gemaakt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Deskundigen geven aan dat bij GHB-verslaving thuis afkicken niet kan. Ze moeten afkicken in een klinische omgeving om ervoor te zorgen dat ze niet terugvallen en omdat het afkickproces heel gevaarlijk is bij GHB. Het gaat op een heel enge manier, om het zo maar te zeggen. Daarbij zorgt de beddenproblematiek, die 30% afbouw, dus voor een groot probleem. Ik heb de Staatssecretaris verzocht om met GGZ Nederland om tafel te gaan om hier een oplossing voor te vinden.

Staatssecretaris **Van Rijn**: Ik kom zo op de vragen van mevrouw Bruins Slot. Daar zit dit ook in. Op het gevaar af dat ik er genuanceerd over ben: het is een zoektocht naar een effectieve methode voor de GHB-verslaving. Er moet nog veel water door de zee. We komen dichterbij. Ik heb een aantal voorbeelden gegeven waaruit blijkt dat het begint te lukken. Laten we voorzichtig zijn met nu te stellen dat we een bepaalde groep klinisch moeten opvangen omdat het anders niet gaat. Dat weet ik nog niet. Als er een klinische setting nodig is, moeten we die pakken. Als er een ambulante setting nodig is, moeten we die pakken. We gaan voor de meest effectieve methode, waarbij we het ei van Columbus nog niet hebben gevonden. Het is hard nodig om daarover ook met experts nader te overleggen. Natuurlijk moeten we met GGZ Nederland praten over de meest effectieve aanpak op dit punt. Daartoe ben ik zeer bereid.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het gaat niet alleen om de meest effectieve aanpak. Het is logisch om te bekijken hoe je het beter kunt doen. Het gaat erom dat er mensen zijn met een GHB-verslaving, die moeten afkicken in een veilige omgeving. Die veilige omgeving is niet thuis. Daarvoor moeten bedden zijn. Daarnaast moeten er voldoende bedden overblijven voor andere verslaafden, die ook in de veilige omgeving van een kliniek moeten zitten. Wil de Staatssecretaris niet alleen iets doen voor de toekomst maar ook voor het nu en een afspraak maken met de instellingen om het probleem te ondervangen?

Staatssecretaris **Van Rijn**: Ik wil zeker overleggen met de sector. Ik verzet me ertegen dat we doen alsof we weten wat de beste manier is om GHB-verslaving te bestrijden, namelijk een klinische setting, terwijl we nog niet weten wat de meest effectieve methode is. Bij GHB-verslaving gaat het niet alleen om een goede afkickmethode, maar ook om het voorkomen van terugval. Dat kan betekenen dat je daarvoor ook in een ambulante setting nog veel meer effectieve methodes moet vinden. Ik ben zeer bereid dit met de sector te bespreken. Wat nodig is, is nodig, maar laten we niet doen alsof we nu al weten wat de beste methode is. Dat doet

onrecht aan de stand van zaken en de zoektocht die we samen doormaken.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik heb een procedureel punt. De Staatssecretaris zegt toe in gesprek te gaan. Wil hij de Kamer voor 1 februari 2015 rapporteren over de inhoud van het gesprek?

Staatssecretaris **Van Rijn**: Dat lijkt mij uitstekend.

Wat zijn de voordelen van nieuwe toetreders? Die kunnen voordelen hebben, maar ook niet. Ik heb daar geen vooropgestelde opvatting over. Als er een nieuwe toetreders is die zegt dat hij je binnen 25 minuten van je verslaving afhelpt, lijkt me dat geen verrijking van het aanbod. Tegelijkertijd is het bestaande aanbod niet alleen maar fantastisch en zullen er mogelijke nieuwe toetreders zijn. We moeten er altijd voor openstaan dat er nieuwe methodes en nieuwe toetreders tot de verslavingszorg denkbaar zijn, juist om te zorgen dat we de beste methode krijgen. Dat is een ander soort debat over zorginkoop.

Voor zover we nog geen gesprekken voeren over ggz en GHB zullen we dat doen. In februari bericht ik zoals toegezegd hierover.

Ik noemde net al het behandelprotocol GHB. Regelmatige gebruikers kunnen binnen korte tijd afhankelijk zijn. Dat betekent dat het gebruik tot gezondheidsproblemen kan leiden. Het belangrijkste is dat de terugval erg hoog is in verband met een daarna voortdurend optredende onweersaanbare drang naar het gebruik van GHB. Ik financier een vervolgtraject voor een adequaat behandelprotocol. Naar verwachting wordt dit protocol in de eerste helft van 2015 opgeleverd. We zijn in gesprek met de sector over de behandeling en de behandelings van de terugval. Ik bericht de Kamer hierover in februari.

Ik zal de medische spreekuren in de probleemgebieden in het regulier overleg bespreken. Wij zijn nu met Brabant in gesprek om te kijken wat een weg kan zijn.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Even procedureel. Het betreft Brabant, Enschede en Gelderland. De Staatssecretaris geeft aan dat hij in gesprek gaat met deze provincies. Kan hij in de brief van 1 februari meenemen of er extra medische inloopsprekuren komen?

Staatssecretaris **Van Rijn**: Ik weet niet zeker of het lukt, omdat ik niet alleen met de provincies maar ook met de instellingen voor verslavingszorg in gesprek ben. Ik moet er even over denken hoe snel het kan. Ik kom daar zo op terug.

Mevrouw Bruins Slot vraagt naar mijn bereidheid om onderzoek te doen naar verslaafde artsen. De KNMG is bezig met een project op dit terrein. Daarover vindt afstemming plaats met VWS. Ik moet de Minister hierover consulteren en zal de Kamer informeren.

Minister **Opstelten**: Voorzitter. Er zijn ook een aantal vragen aan mij gericht. Dank daarvoor. Ik begin bij mevrouw Rebel. Zij vraagt naar de toegang tot de advocatuur bij festivals. Vanzelfsprekend kunnen verdachten als zij dat wensen altijd worden bijgestaan door een advocaat. In algemene zin geldt dat een verdachte wordt gewezen op zijn rechten en in de gelegenheid wordt gesteld een advocaat te spreken als hij dat wenst, ook tijdens festivals. Ik heb hierover laatst in een debat met de Kamer gezegd dat ik bereid ben daarover met het OM te spreken. Ik zal het OM daarbij uiteraard niet voor de voeten lopen. Het OM heeft een eigenstandige positie. Zoals ik eerder heb toegezegd, onder meer in antwoord op schriftelijke vragen, betrek ik de vraag of verdachten zich voldoende bewust zijn van de mogelijke gevolgen van het instemmen met een strafbeschikking en de rol die de advocaat daarbij speelt, bij de evaluatie van de pilots Rechtsbijstand.

Ik ben het eens met hetgeen de Staatssecretaris net heeft gezegd over voorlichting. In het verlengde daarvan kunnen we bezien of het reeds bestaande voorlichtingsmateriaal een aanvulling behoeft met betrekking tot het juridische aspect van drugsbezit. Daartoe ben ik gaarne bereid. Mevrouw Rebel vroeg naar de pilot ISD-maatregel. Indien daartoe aanleiding bestaat, wordt binnen de ISD-maatregel een IQ-test afgenomen. Soms is dit onderdeel van het psychologisch onderzoek, dat bij elke ISD'er plaatsvindt. Er vindt een professionele indicatiestelling door gedragskundigen plaats. Onlangs zijn drie rapporten met beleidsreacties aan de Kamer aangeboden door de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie. Deze zullen worden geagendeerd voor een algemeen overleg Reclassering. Wij bezien wat de noodzaak en mogelijkheden zijn voor een pilot. Ik stel de commissie voor om hierover van gedachten te wisselen met de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie. Daarbij zullen ook de financiële aspecten moeten worden meegenomen.

Mevrouw **Rebel** (PvdA): Ik dank de Minister voor zijn antwoord. Er is een pilot met de ZSM-rechtsgang, bijvoorbeeld met een videoverbinding met een advocaat. Een van de grote problemen waar men op festivals tegenaan liep, is dat de advocaat niet ter plekke was en dat festivalbezoekers hun geplande festivalbezoek moesten annuleren om een advocaat te bezoeken. Dit is een mogelijkheid om te bespreken met het OM. Daarnaast is er de bezwaarperiode. Is het mogelijk om de beslissing te herzien, omdat de inschatting op het moment zelf de volgende ochtend niet juist lijkt, als men zich realiseert wat er is gebeurd?

Minister **Opstelten**: Dat laatste kan niet. We moeten ons aan de wet houden. Bij het eerste punt benadruk ik dat de verantwoordelijkheid ligt bij degene die het festival bezoekt. Het is goed dat men op een festival in verschillende vormen wordt geïnformeerd over zijn rechten en plichten en de consequenties van bezit. Wij moeten als overheid geen kosten maken. Dat is ook niet de bedoeling van mevrouw Rebel. We moeten met het OM overleggen over de vraag of het OM in de situatie waarin de advocaat nog niet is aangetreden, degene waar het om gaat, in dit geval een verdachte, op zijn rechten kan wijzen. Daartoe ben ik bereid. Op welke wijze dat gebeurt, kan in de pilots Rechtsbijstand worden meegenomen. Ik wil geen veranderingen aanbrengen in de verantwoordelijkheden die er zijn in onze rechtsstaat.

Mevrouw **Rebel** (PvdA): Dank. Ik denk dat het goed is om hierover met het Openbaar Ministerie in gesprek te gaan. Daarbij zijn twee aspecten van belang. Op het moment dat mensen ter plekke zijn, kunnen ze een andere beslissing nemen dan als ze van tevoren voldoende op de hoogte waren van de juridische implicaties van het in bezit hebben van. We moeten de moderne mogelijkheden, bijvoorbeeld met een app, koppelen aan voorlichting over de juridische consequenties op de festivals. In de app kunnen ook de juridische consequenties worden opgenomen.

Minister **Opstelten**: De Staatssecretaris en ik zullen de voorlichting combineren en niet gescheiden laten geven. Dat zou onzinnig zijn. De voorlichting moet modern en effectief zijn. Ik kom bij de vragen van de VVD. Mevrouw Berckmoes vraagt naar de stand van zaken in de te maken afspraak tussen de PI's en de gespecialiseerde verslavingsinstellingen, om de verslavingszorg beter op elkaar aan te laten sluiten. Ten behoeve van een verantwoorde terugkeer in de samenleving en het terugdringen van de recidive acht ik het van belang dat de verslaafde gedetineerde en ex-gedeteneerde gedurende en na afloop van hun detentieperiode de noodzakelijke zorg ontvangen. Om de aansluiting tussen de zorg tijdens detentie en in de ggz verder te verbeteren, zullen alle afzonderlijke PI's afspraken maken met de

gespecialiseerde verslavingszorginstellingen in hun regio. De afspraken zullen zoals de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie bij brief van 17 november heeft toegezegd, voor 1 februari 2015 worden gemaakt en worden opgenomen in het plan met de invulling van de maatregelen om de continuïteit van de verslavingszorg te waarborgen. Hierdoor wordt naar verwachting gerealiseerd dat verslavingszorg in de PI's nog beter aansluit bij al lopende of nog op te starten zorgtrajecten in de ggz buiten het gevangeniswezen.

Mevrouw Berckmoes heeft gevraagd of er voldoende gespecialiseerde verslavingszorg in de inrichtingen is. Bij binnenkomst worden alle gedetineerden binnen 24 uur gescreend, mede op verslavingsproblematiek. Daarbij worden gedragsdeskundigen ingeschakeld. Vraaggestuurd wordt voldoende verslavingszorg bij gespecialiseerde instellingen ingekocht. Mevrouw Berckmoes vroeg naar naadloze aansluiting van zorg voor verslaafde veelplegers in de periode voor, tijdens en na de detentie. De Inspectie Veiligheid en Justitie (IVenJ) heeft in 2013 een vervolgonderzoek naar de ISD-maatregel uitgevoerd. De conclusie was dat ten opzichte van 2007 belangrijke verbeteringen zijn gerealiseerd. Mede door de verbeterde inkoop van forensische verslavingszorg krijgt de justitiabele een meer op maat gesneden aanbod. Overigens heeft het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) onlangs een rapport uitgebracht over de effectiviteit van de ISD-maatregel. Hieruit blijkt dat ex-ISD'ers minder recidiveren dan veelplegers met een reguliere vrijheidsstraf.

Mevrouw **Berckmoes-Duindam** (VVD): Ik dank de Minister voor de beantwoording van mijn vragen. Om het heel helder te krijgen: hoe veel tijd zit er tussen het moment dat iemand wordt gescreend en het moment dat de hulp wordt voortgezet? Dat is ook een vraag van mevrouw Bergkamp.

Minister **Opstelten**: Ik moet even goed nadenken. Bij binnenkomst worden alle gedetineerden binnen 24 uur gescreend.

Mevrouw **Berckmoes-Duindam** (VVD): Het gaat erom wanneer ze een behandeling krijgen. Stel, ze zijn verslaafd en ze vertellen dat ze in behandeling zijn bij een bepaalde instelling. Is de bedoeling van de maatregel die nu wordt getroffen met de gespecialiseerde verslavingsinstellingen, dat deze mensen versneld hulp krijgen, sneller dan nu het geval is?

Minister **Opstelten**: Dat is de kern. Vraaggestuurd wordt daarvoor voldoende verslavingszorg bij de gespecialiseerde instellingen ingekocht. Verslaafden krijgen een behandeling op maat. Dat is de informatie die ik nu kan geven. Als het nodig is, zal ik deze in tweede termijn specificeren. De heer Van der Staaij noemde de blowverboden. Per 1 januari 2012 is de Aanwijzing Opiumwet van het OM gewijzigd, zodat strafrechtelijke vervolging mogelijk is bij het aanwezig hebben van een hoeveelheid tot en met 5 gram henneproducten, waar voorheen sprake was van een politiesept. Dit geeft gemeenten de mogelijkheid om op basis van de aanwijzing van de Opiumwet in de lokale driehoek afspraken te maken over de hantering en de handhaving van het blowverbod. De commissie kan zich voorstellen dat ik geen zicht heb op de afwegingen in alle lokale driehoeken in Nederland. Ik heb uiteraard wel veel contact met burgemeesters, die er in het verleden tegenaan liepen dat er geen blowverbod kon worden ingezet. Dat is nu wel het geval. Ik krijg daarover geen klachten meer en ook geen verzoeken om er verder nog iets aan te doen. De heer Van der Staaij vraagt om een krachtige aanpak van drugscriminelen, met name bij synthetische drugs. Het antwoord daarop is natuurlijk ja. Daarover hebben we in eerdere debatten het nodige gezegd. Ik wil dat

graag herhalen. Bestrijding van georganiseerde drugscriminaliteit is en blijft prioriteit van politie en OM. Dat geldt ook voor de synthetische drugs. De inzet is zo veel mogelijk aan de voorkant, zoals het bemoeilijken van het verkrijgen van grondstoffen. Hiervoor is er internationale samenwerking met de Duitsers, Fransen en Belgen. Vooral in het zuiden is drugscriminaliteit hardnekkig. Daarom is een intensivering van 125 fte dedicated capacity van start gegaan, mede gefocust op synthetische drugs. Daar weet de heer Van der Staaij alles van.

De kosten voor de justieketen als bepaalde verslaafden niet worden geholpen, zijn niet aan te geven. Daarom vroeg mevrouw Leijten het. Meestal weet zij alles. Wel hebben verslaafden een relatief groot aandeel in het plegen van vermogensdelicten. Dat weet mevrouw Leijten ook. Daarom is de ISD-maatregel ingevoerd en effectief.

Het CDA vroeg om een nulmeting van gokverslaving. Er is een onderzoek Gokken in kaart. Daarin zijn data opgenomen die als nulmeting kunnen gelden. Volgens ons zijn die gegevens beschikbaar.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Daar ben ik het niet mee eens. Dat zijn gegevens uit 2011. Die zijn veel te oud. De ontwikkelingen op de markt gaan ontzettend snel, vooral bij het internetgokken. Daarom is mijn verzoek aan de Minister om net voor het ingaan van de nieuwe regels een nulmeting te doen, zodat we bij de evaluatie van de uitwerking van die vreselijke wet de gegevens op orde hebben en niet in dezelfde problemen belanden als Denemarken.

Minister **Opstelten**: Op een gegeven moment begin je ergens. Staatssecretaris Teeven voert hier beleid op. De gegevens die ik net noemde, zijn van 2012. In aanvulling daarop hebben we gegevens van het WODC. Wij willen ook zo actueel mogelijke cijfers. Er is afgesproken dat de volgende meting in 2017 zal plaatsvinden. Zo kunnen we het goed volgen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het probleem is juist dat er met de invoering van de liberalisering van de gokwetgeving in Denemarken een enorme gokverslaving is ontstaan. 1% van de Deense bevolking is nu gokverslaafd. Denemarken kampt met het probleem dat het geen duidelijk inzicht heeft. Als we het tempo van de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie aanhouden, hebben we in 2017 al nieuwe wetgeving. Dan zeggen die cijfers helemaal niets. Het enige wat ik de Minister vraag, is zo verstandig te zijn om een nulmeting te doen net voordat de nieuwe wetgeving ingaat. Zo weet je precies waarover je het daarna hebt.

Minister **Opstelten**: Het voorkomen van kansspelverslaving is een van de belangrijkste doelstellingen van het kansspelbeleid van het kabinet. Daarnaast wachten we niet met het wetsvoorstel Kansspelen op afstand. We hebben cijfers van het WODC. 100.000 mensen spelen nu onbeschermd online. We moeten tempo maken, ook met de behandeling van het wetsvoorstel.

De **voorzitter**: Dank u wel. Daarmee is een einde gekomen aan de eerste termijn van de zijde van het kabinet. Ik zie dat er behoefte is aan een tweede termijn. Ik hanteer een spreektijd van anderhalve minuut per fractie.

Mevrouw **Bergkamp** (D66): Voorzitter. Ik dank de bewindspersonen voor hun beantwoording. Het is mooi dat de verslavingssector een compliment krijgt. Ik deel dat. De sector doet belangrijk werk met maatschappelijke meerwaarde. Dat mag gezegd worden. Ik ben erg blij dat er een moderne visie komt op drugs en verslaving. Ik spreek nogmaals mijn hoop uit dat het een brede visie is, met aandacht voor nieuwe verslavingen, die objectief en niet moraliserend is. Ik ken de Staatssecretaris als iemand die

heel pragmatisch is. Er is een probleem en hij lost het op. Ik hoop dat hij met hetzelfde pragmatisme kijkt naar dit onderwerp. Ik hoop echt dat er wordt gesproken met jongeren en innovatieve organisaties om het een breed gedragen stuk te laten worden. Ik ben heel benieuwd wanneer de notitie komt. Ik wil de Staatssecretaris adviseren er echt de tijd voor te nemen en te komen met een goed en breed stuk in plaats van met een snelle notitie.

Ik heb nog een vraag over eHealth. Ik begrijp dat de subsidievoorwaarden erg ingewikkeld zijn. Het moet bijvoorbeeld gaan over geïndiceerde preventie. Het is lastig dat je een soort indicatie moet hebben bij anonieme platforms. Hoe ziet de Staatssecretaris dit?

De Staatssecretaris begon zelf over THC. Er is veel kritiek geweest op de hoorzitting. Er komt een voorstel. Wanneer komt dat voorstel naar de Kamer?

Mevrouw **Rebel** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de beide bewindspersonen voor hun antwoorden, met name voor de inhoudelijke strekking ervan. Ik ben erg blij met de proactieve houding van de Staatssecretaris op dit belangrijke dossier. Het lijkt me goed om zo snel mogelijk in het volgende jaar die visie te hebben. Ik kijk uit naar de zomer. Ik sluit me aan bij de woorden van collega Bergkamp, om niet alleen cijfermatig te kijken maar vooral ook te kijken naar patronen die meespelen, naar redenen voor mensen om bepaalde drugs te gebruiken of verslavingen te ontwikkelen. Daar zit de belangrijkste ingang voor preventie.

Wat de kindcheck betreft, ben ik blij dat we benadrukken dat het geen papieren werkelijkheid moet zijn. We zien in de praktijk dat het nog niet goed is ingebed. Het is goed met het veld te kijken naar de wijze waarop we structureel aandacht voor kinderen van verslaafden kunnen realiseren. Ik ben blij dat de Staatssecretaris de app noemt. De app is geen sluitend veiligheidssysteem, maar wel een bewustwordingsmethodiek. Ik juich dat zeer toe.

Ook ben ik blij met de toezegging van de Minister om met het OM te kijken naar een manier waarop de rechtsbijstand en de rechtszekerheid van bezoekers van festivals gewaarborgd kan worden.

Mevrouw **Berckmoes-Duindam** (VVD): Voorzitter. Dank ook van mijn kant aan beide bewindspersonen voor de beantwoording. Beide bewindslieden zeggen dat goede effectieve zorg voor de patiënt het allerbelangrijkst is. Dat was ook de strekking van mijn verhaal. Ik wil benadrukken dat dit ook moet gelden voor de gedetineerde patiënt, omdat de maatschappelijke lasten zo zwaar en de opbrengsten zo hoog zijn. 60% van de gedetineerden kampt met ernstige verslavingsproblematiek. Daar zit de winst.

De Minister geeft aan dat er screening plaatsvindt binnen een kort tijdsbestek. Daarbij noemde hij de ISD. Wil hij daarmee zeggen dat de screening niet geldt voor andere gedetineerden? Of geldt deze wel voor andere gedetineerden? Wellicht dat hij in tweede termijn kan aangeven hoeveel tijd er zit tussen de screening en de effectieve behandeling. Het zou mooi zijn als we de patiënten kunnen vasthouden. We kennen de problematiek die dit geeft. Daar moeten we hard in zijn. Als iemand een criminele daad heeft gepleegd, moet hij worden gestraft, maar we zijn allemaal gebaat bij heel goede zorg, zeker voor de gedetineerde patiënt. Ik ben blij dat er helderheid is over de kindcheck. De kindcheck is geïmplementeerd. Dat is zeker bij de verslavingszorg van belang. Ik kijk uit naar het onderzoek over de implementatie ervan. Dat is belangrijk.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Voorzitter. Ik dank de bewindslieden voor de beantwoording. We zien uit naar de notitie over het actualiseren van de preventie. Mevrouw Bergkamp hoopte dat deze niet te moraliserend zou zijn. Het valt me op dat dit onderwerp, hoe je er ook over denkt, bomvol

moraal zit. Wat is goed en wat is fout in middelengebruik? Om die discussie kunnen we niet heen. Die moeten we bij dit onderwerp niet vermijden, willen we gezondheidswinst boeken. Bij het bespreken van de notitie komen we er verder op terug.

Voor het brede maatschappelijk debat heb ik een toevoeging die ik net per mail binnenkreeg. Iemand schrijft dat hij het debat volgt en hoort dat de antirookcampagne in het verleden heel nuttig was. Hij vraagt waarom hij in de massamedia zo weinig hoort over ontmoediging van drugsgebruik. Zou een drugspreventiecampagne niet iets zijn? Het lijkt mij passend in het kader van de brede maatschappelijke discussie om deze vraag meteen door te geleiden en een reactie van het kabinet te vragen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Van ouders die klinisch zijn opgenomen om van hun verslaving af te komen, wordt de zorg voor het kind niet vergoed omdat de zorgverzekeraar vindt dat het kind eerst een probleem moet hebben. Dat kind kan het probleem nog niet formuleren. Een zwangere verslaafde vrouw gaat niet naar de gespecialiseerde instelling waarnaar ze is doorverwezen, omdat de zorgverzekeraar dat blokkeert. Een verslavingsinstelling heeft, doordat men bedden moet afbouwen, een budgetplafond waardoor ze vanaf september al een opnamestop heeft voor de grootste verzekeraar van het land. Ja, het kabinet zegt tegen zorgverzekeraars dat ze hun goddelijke gang kunnen gaan in de ggz en dus ook de verslavingszorg. In het rapport van Zorginstituut Nederland staat inderdaad dat zorgverzekeraars meer gebruik moeten maken van een selectieve zorginkoop. Sterker nog, er wordt geadviseerd een voorafgaande toestemming op te nemen in naturapolissen. De patiënt moet dan toestemming vragen of hij wel naar de kliniek mag waarnaar hij is doorverwezen. Dat is «ga uw goddelijke gang maar» voor de zorgverzekeraars. Ik vroeg de Staatssecretaris wat voor hem voorop staat. Ik wil graag horen dat de inhoud voorop staat. Wat is de kern van de zorg? Dat zijn de behandelaar en de patiënt. De zorgverzekeraar moet zich naar hen voegen.

Ik heb geen antwoord gehad op mijn vraag of het Centrum Verantwoord Spelen bij de gokverslaving of het voorkomen van gokverslaving een rol kan spelen, ook bij het doorverwijzen. Ik hoor graag van de Minister van Justitie wat er gebeurt met mensen bij wie de rechterlijke machtiging afloopt en die in een kliniek zitten. Zij worden op straat gezet, want zorgverzekeraars hebben geen continuïteit van zorg geboden. Is dat de integrale visie en de zorg op maat die de Minister van Veiligheid en Justitie net bedoelde?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Ik was zeer te spreken over de toon van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport toen hij zei dat we niet normaal moeten vinden wat als normaal wordt geaccepteerd. Hij benoemt daarmee een krachtig probleem. Het voorbeeld van de sigaretten die vroeger op tafel stonden, herkennen veel mensen. Het testen van drugs op feesten is niet alleen schijnzekerheid. Daarbij komt een heel ander belangrijk aspect naar voren, namelijk dat je het sociaal acceptabel acht dat je drugs gebruikt op feesten. Ik vind het heel goed dat de Staatssecretaris dit aspect in de discussie wil meenemen.

De staatssecretaris heeft het steeds over een jongerencultuur. Xtc-gebruik is echter ook heel sterk in de groep 25 tot 35/40-jarigen. Het zou een gemiste kans zijn om niet ook oudere doelgroepen mee te nemen. Het is teleurstellend dat de Minister van Veiligheid en Justitie niet geïnteresseerd is in de effecten van nieuw beleid. In Denemarken is het aantal compulsieve gokkers in 2014 van 5.200 naar 48.000 gegaan. Het aantal problematische gokkers is van 10.000 naar 84.000 gegaan en het aantal risicogokkers van 70.000 naar 203.000, allemaal na de liberalisering van het gokbeleid. Omdat men vooraf geen goed onderzoek heeft gedaan,

weet men niet of het vanwege het beleid van de overheid is of vanwege de autonome ontwikkelingen op de markt. Ik vraag de Minister nogmaals op het juiste moment een nulmeting te doen, zodat we straks de effecten van het beleid kunnen zien. Anders dien ik een motie in.

Ik heb nog een vraag aan de Staatssecretaris. Ik vond het antwoord over de problematiek van de verslaafde artsen erg mager, zeker omdat er net een arts uit het vak is gezet. Het project ABS-artsen loopt al drie jaar. Ik wil een beter antwoord op mijn vragen, het liefst komende week, zodat ik weet of ik op dat vlak een motie moet indienen om eindelijk onderzoek te laten doen naar de omvang van de problematiek van verslaafde artsen.

De **voorzitter**: Daarmee komt een einde aan de tweede termijn van de zijde van de Kamer. De bewindspersonen geven aan dat we direct door kunnen gaan met de beantwoording. Staatssecretaris Van Rijn voert ook in tweede termijn als eerste het woord.

Staatssecretaris **Van Rijn**: Voorzitter. Dank voor de wederzijdse gedachte om het beleid ten aanzien van preventie en drugs en verslaving nog eens van een vernieuwingsimpuls te voorzien. Ik heb goed begrepen dat diverse Kamerleden erop aandringen pragmatisch te zijn, waar nodig moraliserend, met jongeren te praten en vooral ook met vernieuwende aanbieders. Dat zal ik allemaal doen.

Mevrouw Bergkamp vroeg naar de subsidieregeling voor eHealth. Het is verzekerde zorg. Het is alleen lastig als het anoniem is. Dan kun je het niet als verzekerde zorg declareren, vandaar de subsidieregeling. Als zich daarin knelpunten voordoen, wil ik deze bekijken.

Mevrouw Bergkamp vroeg wanneer we met het verslag van de rondetafel over THC komen, met de antwoorden op de daarbij gestelde vragen. Het waren pittig veel vragen, dus ik hoop dat we een en ander in het eerste kwartaal van het volgende jaar rondkrijgen. Ik ben er niet zeker van, maar ik wil daarvoor graag mijn best doen met mijn collega van Veiligheid en Justitie.

Mevrouw **Bergkamp** (D66): Dat is een heldere deadline. Wanneer komt de moderne brede visie naar de Kamer?

Staatssecretaris **Van Rijn**: De term was net al «zomervisie». Als de commissie mij de ruimte geeft om te bezien of dat voor of na de zomer kan zijn, dan zal ik daar mijn best voor doen.

Mevrouw **Bergkamp** (D66): Dan noteer ik na de zomer.

Staatssecretaris **Van Rijn**: De heer Van der Staaij stelde een vraag van iemand op Twitter. De voordelen van een debat in de moderne tijd zijn dat je ook discussieert met Kamerleden die nog niet zijn gekozen. Waarom geen drugspreventiecampagne? Het is een idee om mee te nemen bij het debat over de modernisering van het drugsbeleid en preventie. Tot nu toe is steeds de afweging geweest waar we goed aan doen. Heeft het een effect op het ontmoedigen of heeft het juist een effect op de nieuwsgierigheid? Dat wil ik nadrukkelijk in de afwegingen betrekken, maar het is zeker iets om aandacht aan te besteden in de visie.

Mevrouw Leijten en ik zijn het niet helemaal eens over de rol van de verzekeraars. Ik doe nog één poging. Er vinden heel veel vernieuwende aanpakken plaats in de verslavingszorg. Verzekeraars worstelen met de vraag hoe ze kunnen beoordelen wat effectieve verslavingszorg is en wat zorg is die minder effectief is. Met name bij het verstrekken van persoonsgebonden budgetten via bemiddelingsbureaus zie je in verslavingszorg dingen, waarvan je je zeer ernstig kunt afvragen of deze in het belang van de patiënt zijn. Het is goed dat verzekeraars de effectiviteitsdiscussie voeren, maar ik ben het zeer met mevrouw Leijten eens dat we die

moeten baseren op professionele richtlijnen. Ik herhaal dat ik achter de patiënt sta.

Mevrouw **Leijten** (SP): We kunnen een heel debat voeren over de vrije toetreding in de verslavingszorg. Ik lees in Verslavingszorg in beeld dat uit de analyse blijkt dat juist de nieuwe aanbieders niet werken volgens de richtlijnen en dat niet duidelijk is of deze richtlijnen effectief zijn. Ik refereer steeds aan een al lang bestaande, gespecialiseerde verslavingszorginstelling die aan alle kanten wordt afgeknepen, waarbij zelfs een verslaafde jonge zwangere vrouw niet de zorg krijgt die behandelaars nodig achten. De Staatssecretaris kan niet ingaan op die pijnlijkheid, omdat hij achter de zorgverzekeraars staat. Dan staat hij dus niet achter de inhoud. Hij verwacht twee discussies. Ik vind het zonde, want ik zou zeggen dat die zwangere vrouw, die verslaafd is en naar een kliniek wil en doorverwezen is, niet geblokkeerd mag worden door haar zorgverzekeraar. Ik vind het schokkend dat de Staatssecretaris niet zegt dat gewoon de doorverwijzing geldt.

Staatssecretaris **Van Rijn**: Net zoals een nieuwe aanbieder niet op voorhand geschikt is – hierover zijn we het eens – is het ook niet zo dat je niet mag discussiëren over een bestaande aanbieder. Ik verzet me tegen het feit dat als ik zeg dat ik achter de patiënt sta, mevrouw Leijten zegt dat dat niet waar is. Ik ben voor effectieve zorg voor de patiënt. Dat wil ik graag zo houden. Er moet voortdurend discussie zijn over de vraag wat die effectieve zorg is voor de patiënt.

Mevrouw Bruins Slot vond mijn antwoord over de verslaafde artsen te mager. Ik heb begrepen dat er morgen een algemeen overleg is over de ggz. Daarin kunnen we dat punt misschien meenemen. Ik zal even met de Minister overleggen over de stand van zaken van het onderzoek van de KNMG. We kunnen morgen misschien een datum geven.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Als de Staatssecretaris kan zekerstellen dat het antwoord morgen komt, wacht ik dat af.

Minister **Opstelten**: Voorzitter. Er zijn nog enkele vragen voor mij. Het nagekomen antwoord voor mevrouw Berckmoes is dat screening en behandeling zo snel mogelijk plaatsvinden. Er is geen bepaalde tijd aan te geven. Het verschilt per geval wanneer de behandeling begint. Er is geen vaste tijdsspanne van een bepaald aantal uur. Het is immers maatwerk. Voor de kortgestraften is de overdracht naar zorgpartners na de insluiting van belang.

De kansspelaanbieders zullen een actieve zorgplicht opgelegd krijgen in het nieuwe kansspelsysteem. Er wordt onderzoek gedaan naar het opzetten van een fonds, in het bijzonder gericht op de financiering van preventie. Nu is nog niet aan te geven welke rol het Centrum Verantwoord Spelen daarin zal vervullen.

Mevrouw Leijten vroeg naar de situatie bij het aflopen van een rechterlijke machtiging. Ten behoeve van de rechterlijke machtiging moet worden voldaan aan het gevaarscriterium van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. Als hieraan wordt voldaan, kan de machtiging worden verlengd. Zo niet, dan kan sprake zijn van zorgbehoefte en dient een warme overdracht plaats te vinden naar de vrijwillige zorg.

De **voorzitter**: Mevrouw Leijten wil weten wanneer de informatie over de rol van het Centrum Verantwoord Spelen naar de Kamer komt.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik wil weten wanneer die rol duidelijk is.

Minister **Opstelten**: Ik verwijs naar het komende debat over het kansspelbeleid met de Staatssecretaris. Dat zeg ik ook tegen mevrouw Bruins Slot. Het debat zal hopelijk niet lang op zich laten wachten. De schriftelijke beantwoording aan de Kamer heeft nog niet plaatsgevonden.

Mevrouw **Leijten** (SP): Het is natuurlijk prima om naar het wetsvoorstel Kansspelen op afstand te verwijzen, maar de vraag ligt nu voor. Wanneer komen de antwoorden? Wanneer wordt helder hoe een en ander wordt gepositioneerd? Het gaat hier terecht ook over verslavingszorg voor mensen die gokverslaafd zijn, en ook over het niet gokverslaafd worden. Preventie is van groot belang.

Minister **Opstelten**: Ik kan mevrouw Leijten toezeggen dat ik deze vraag zal doorgeleiden naar de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie en hem om een precies antwoord zal vragen, inclusief data en tijdsplanning. Ik leg hem ook de vraag van mevrouw Bruins Slot voor. Er is een meting uit 2012. Er zijn aanvullende cijfers van het WODC. De afspraak is om in 2017 opnieuw te meten. Ik zal vragen of de gegevens van Denemarken en een internationale vergelijking daarin zijn meegenomen en hoe daarop wordt ingespeeld. Daarover krijgt de Kamer een brief van de Staatssecretaris.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Daar kijk ik anders tegenaan. Alle gegevens uit Denemarken heb ik al. Als we op tijd een goede meting willen doen, is het van belang daar nu mee aan de slag te gaan. Ik hoor in de woorden van de Minister dat het wetgevingsproces veel haast heeft. Het zal binnen enkele maanden door alle Kamers worden gejaagd. Is de Minister bereid toe te zeggen dat hij een nulmeting doet? Anders weet ik wat mij te doen staat.

Minister **Opstelten**: Ik zeg toe dat ik aan de Staatssecretaris vraag om op een rij te zetten welke gegevens er zijn. Die krijgt de Kamer na het kerstreces, aan het begin van het nieuwe jaar. Dan heeft mevrouw Bruins Slot op een rij wat zij wil hebben.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik heb alle gegevens op een rij en ik dien dan ook graag een motie in.

De **voorzitter**: Dank u wel. We stellen omwille van de tijd alleen nog korte, feitelijke vragen.

Mevrouw **Leijten** (SP): De Minister zegt dat er een warme overdracht naar andere zorg moet zijn als de rechterlijke machtiging afloopt, als die zorgbehoefte er is. Als dit niet gebeurt, waar meldt iemand zich dan? Bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg of bij de IVenJ?

Minister **Opstelten**: Ik ga ervan uit dat er een warme overdracht is. Dat is de verantwoordelijkheid van de instellingen die het hier betreft.

Mevrouw **Berckmoes-Duindam** (VVD): Omdat de Minister de Staatssecretaris wat dingen op een rijtje laat zetten, wil ik graag dat mijn vragen uit tweede termijn worden meegenomen. Het betreft de vraag of het om de ISD'ers gaat of niet en de vraag naar de hoeveelheid tijd tussen screening en hulp.

Minister **Opstelten**: Ik dacht dat ik die al beantwoord had. Het zal niet anders zijn dan zo snel mogelijk. Elke situatie is verschillend, het is maatwerk. Ik kan niet de klok hanteren en voor iedere situatie aangeven hoelang het duurt. Het is maatwerk. Daar kunnen we een brief over schrijven, maar die heb ik bij dezen gedicteerd.

Mevrouw **Bergkamp** (D66): Ik heb een nabrander over het THC-voorstel. We hebben in de procedurevergadering afgesproken dat het binnen drie maanden naar de Kamer zou gaan. Als ik goed tel, komt dit voorstel in januari naar de Kamer. Klopt dat?

Staatssecretaris **Van Rijn**: Dat had ik niet voor ogen toen ik zei «in het eerste kwartaal».

Mevrouw **Bergkamp** (D66): Komt het voor de verkiezingen of na de verkiezingen?

Staatssecretaris **Van Rijn**: Daar heb ik helemaal niet over nagedacht. Het komt in het eerste kwartaal.

De **voorzitter**: De Minister heeft zijn beantwoording afgerond. Ik neem de toezeggingen door die zijn gedaan. Een toezegging is een concrete brief die aan de Kamer is toegezegt. Ik heb de volgende toezeggingen genoteerd:

- Medio zomer volgend jaar ontvangt de Kamer op basis van een breed maatschappelijk debat een nieuw innovatiedocument met betrekking tot drugsverslavingszorg.
- De nota naar aanleiding van het verslag inzake het wetsvoorstel eHealth zal de Kamer spoedig bereiken.
- De Kamer ontvangt medio februari, in het eerste kwartaal, informatie over het hoofdbehandelaarschap, op basis van het advies van de commissie-Meurs.
- De Kamer wordt nader geïnformeerd over de administratieve lasten.
- Voor 1 februari wordt de Kamer bericht over de uitkomst van het gesprek met de sector over de aanpak GHB-verslavingszorg.
- De Kamer wordt nader bericht over het onderzoek naar verslaafde artsen.

Staatssecretaris **Van Rijn**: Die gegevens zijn er morgen.

De **voorzitter**: De commissie wordt op dit punt heel snel op haar wenken bediend. Dat is een half uur eerder, voor de mensen die daar belangstelling voor hebben.

- Voor 1 februari ontvangt de Kamer een brief van Veiligheid en Justitie over de waarborg van de verslavingszorg in detentie en gevangeniswezen.
- Medio eerste kwartaal 2015 ontvangt de Kamer een reactie op het verslag van het rondetafelgesprek over THC.
- De vraag wanneer de beantwoording betreffende de Wet op de kansspelen naar de Kamer wordt gestuurd, wordt doorgeleid naar de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie. Ik neem aan dat de Kamer deze brief spoedig zal ontvangen.

Mevrouw **Rebel** (PvdA): Ik mis de toezegging die door beide bewindspersonen is gedaan op het terrein van de modernisering van de informatievoorziening, zowel over de gezondheidsaspecten als over de juridische implicaties.

De **voorzitter**: Volgens mij heb ik een aantal punten genoemd. Dit zijn echt alleen de toezeggingen van concrete brieven. Er zijn meer toezeggingen gedaan. Die zijn onderdeel van het verslag. Ik constateer dat er een VAO is aangevraagd door mevrouw Bruins Slot.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik heb nog een klein punt. U noemde de GHB-problematiek, maar daarmee bedoelt u toch de beddenproblematiek en de medische inlooppreekuren?

De **voorzitter**: Waarvan akte. De eerste spreker bij het VAO is mevrouw Bruins Slot. De vraag is of zij dit VAO voor het kerstreces gepland wil hebben. Dat is het geval. Wij gaan niet over de planning van de centrale griffie, maar we zullen dit verzoek doorgeleiden.

Ik dank beide bewindspersonen en hun ambtelijke staf voor de inbreng in dit debat. Ik dank de Kamerleden voor hun bijdrage en ik dank uiteraard iedereen die het debat op de publieke tribune gevolgd heeft, maar ook degenen die het debat op een andere manier hebben gevolgd. Dank voor uw aandacht.

Sluiting 18.43 uur.