

Vergaderjaar 2009–2010

24 077

Drugbeleid

Nr. 250

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 4 maart 2010

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹, heeft een aantal vragen voorgelegd aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 17 december 2009 inzake het ZonMw-rapport «Oogst voor de toekomst» (Kamerstuk 24 077, nr. 249).

De minister heeft deze vragen beantwoord bij brief van 2 maart 2010. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

¹ Samenstelling:

Leden: Vlies, B.J. Van der (SGP), Kant, A.C. (SP), Joldersma, F. (CDA), Ferrier, K.G. (CDA), ondervoorzitter, Vries, J.M. De (CDA), Miltenburg, A. Van (VVD), Smeets, P.E. (PvdA), voorzitter, Schippers, E.I. (VVD), Timmer, A.J. (PvdA), Smilde, M.C.A. (CDA), Koşer Kaya, F. (D66), Willemsse-van der Ploeg, A.A.M. (CDA), Schermers, J.P. (CDA), Wolbert, A.G. (PvdA), Bouwmeester, L.T. (PvdA), Gerven, H.P.J. Van (SP), Zijlstra, H. (VVD), Ouwehand, E. (PvdD), Leijten, R.M. (SP), Agema, M. (PVV), Veen, E. Van der (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink, E.E. (CU), Sap, J.C.M. (GL), Roos-Consensmulder, B. De (SP) en Harbers, M.G.J. (VVD).

Plv. leden: Staaij, C.G. Van der (SGP), Velzen, K. Van (SP), Aasted Madsen-van Stiphout, J.D.M.P. (CDA), Atsma, J.J. (CDA), Ormel, H.J. (CDA), Verdonk, M.C.F. (Verdonk), Dijken, M.J. Van (PvdA), Dezentjé Hamming-Bluemink, I. (VVD), Arib, K. (PvdA), Vietsch, C.A. (CDA), Ham, B. Van der (D66), Uitslag, A.S. (CDA), Omtzigt, P.H. (CDA), Vermeij, R. (PvdA), Heerts, A.J.M. (PvdA), Langkamp, M.C. (SP), Krom, P. De (VVD), Thieme, M.L. (PvdD), Luijben, A.P.M. (SP), Mos, R. De (PVV), Yücel, K. (PvdA), Ortega-Martijn, C.A. (CU), Halsema, F. (GL), Wit, J.M.A.M. De (SP) en Neppéus, H. (VVD).

1

De onderzoeksprogramma's Verslaving en Risicogedrag en Afhankelijkheid lopen tot 2010. Is er voorzien in opvolging van de programma's na 2010?

In de tweede helft van 2010 zal een interne en externe evaluatie uitgevoerd worden. Afhankelijk van de uitkomsten en aanbevelingen daarvan zal ik besluiten over voortzetting.

2

Is het noodzakelijk in de toekomst een apart programma voor verslaving te hebben of kan dit worden geïntegreerd in bijvoorbeeld het programma Geestkracht?

Ook op dit punt wacht ik graag de aanbevelingen van de evaluatie af.

3

Hoe komt de keuze voor inhoudelijke thema's in de onderzoeksprogramma's tot stand en hoe wordt gezorgd voor de focus en samenhang in het programma?

Programma's worden inhoudelijk samengesteld in overleg met deskundigen en de opdrachtgevers, in dit geval VWS en NWO. Op deze manier heb ik dus inbreng in de inhoud van het programma. Een programma-commissie ingesteld door ZonMw bewaakt de focus en de samenhang, ook met andere programma's. VWS is met een waarnemer vertegenwoordigd in deze commissie.

4

In hoeverre is er een relatie tussen belangrijke beleidsthema's of maatschappelijke ontwikkelingen (zoals comazuipen jongeren, verslaving en ouderen) en de keuze van onderzoeksprojecten voor het onderzoeksprogramma?

Bij de start van een programma worden de onderzoeksthema's vastgelegd. Binnen de onderzoeksrondes zijn er op beperkte schaal mogelijkheden om actuele onderwerpen aan de orde te stellen. Dat is bijvoorbeeld gebeurd met het onderwerp verslaving van ouderen, waar nu een studie loopt om de bestaande kennis op dit vlak en lacunes in kaart te brengen. Ook in andere programma's kunnen thema's met betrekking tot middelengebruik aan de orde komen. Alcoholproblematiek bij jongeren wordt bijvoorbeeld onderzocht binnen het programma preventie.

5

Indien de minister een bepaald verslavingsonderzoek noodzakelijk vindt voor de verdere ontwikkeling van het verslavingsbeleid en uitgevoerd wil hebben, loopt dit dan via het ZonMw/NWO programma of gaat dat op een andere wijze en acht de minister deze procedure wenselijk?

Dat is sterk afhankelijk van het karakter van de onderzoeksvraag. Gaat het om een specifieke onderzoeksvraag, die niet goed in het programma past, dan kan ik een dergelijke onderzoeksvraag direct uitzetten, bijvoorbeeld via het Trimbos-instituut of het RIVM, of door openbare aanbesteding. Past het wel in het programma, dan kan de procedure van uitzetten en uitvoeren via ZonMw verlopen. Ik vind dit een goede gang van zaken.

6

Hoe verhoudt het onderzoek dat gefinancierd wordt via de onderzoeksprogramma's zich tot het onderzoek van het Trimbos-instituut en is het mogelijk dat Trimbos onderzoek op deze wijze dubbel wordt gefinancierd?

De onderzoeken waarvoor het Trimbos-instituut direct van VWS subsidie ontvangt, betreffen doorgaans de monitoring van diverse ontwikkelingen of peilingen van middelengebruik. Dit type onderzoek wordt niet via het onderzoeksprogramma van ZonMw gefinancierd. Daarnaast kan het Trimbos-instituut besluiten om voor bijvoorbeeld de ontwikkeling van een nieuwe interventie, een onderzoeksvoorstel in te dienen bij ZonMw. Dit wordt dan, tezamen met voorstellen van andere organisaties, beoordeeld. Het is daarbij uitgesloten dat hetzelfde project dubbel wordt gefinancierd.

7

Hoe wordt besloten over welke projecten voor financiering in aanmerking komen en is het toeval dat veel projecten afkomstig zijn uit eenzelfde organisatie?

De besluitvorming over financiering vindt plaats binnen de programma-commissie en verloopt volgens de door ZonMw vastgestelde procedures. Ik denk niet dat het toeval is dat sommige organisaties in staat zijn veel projecten te verwerven. Dat heeft te maken met de wetenschappelijke kwaliteit van die organisaties en/of hun specialismen.

8

Hoeveel projecten zijn de afgelopen jaren afgewezen voor financiering en wat zijn de belangrijkste redenen voor afwijzing?

Binnen dit programma zijn ongeveer drie van de vier ingediende voorstellen afgewezen. Afwijzing volgt uit een combinatie van factoren: een voorstel wordt beoordeeld op mate van relevantie voor de prioriteiten van het programma, kwaliteit, haalbaarheid, verhouding verwachte uitkomsten – budget e.d. Er worden veel meer voorstellen ingediend dan uit het beschikbare budget betaald kan worden, dus selectie is noodzakelijk: de op al de genoemde factoren hoogst gekwalificeerde aanvragen worden gehonoreerd.

9

Kunnen voor het lopende onderzoeksprogramma nog steeds onderzoeksvoorstellen voor 2010 worden ingediend of is de deadline voorbij en wat voor consequenties heeft dat voor de wetenschappelijke ontwikkeling?

Er is geen budget meer voor nieuwe onderzoeksprojecten. Er zijn daarom ook geen gerichte stimulansen meer mogelijk voor de wetenschappelijke ontwikkeling.

10

Is het waar dat er grote verschillen zijn tussen de diverse onderzoeksprojecten, onder andere op het gebied van de aard van het onderzoek en de fase van onderzoeksontwikkeling (beschrijvend/inventariserend, verklarend, fundamenteel of heel praktisch, practice-based, evidence-based) en hoe wordt «rijp» en «groen» van elkaar onderscheiden?

De projecten binnen het programma Risicogedrag en Afhankelijkheid zijn zowel gericht op fundamenteel onderzoek als op verklarend onderzoek. Het gaat met name om innovatief onderzoek, waartoe geen beschrijvingen of inventarisaties gerekend worden. Er is dus geen sprake van rijp en groen, maar van innovatief onderzoek.

11

Acht de minister een betere stroomlijning van het wetenschappelijk verslavingsonderzoek en de vertaling naar de praktijk nodig en zo ja, op welke wijze wil zij dat in de toekomst vorm geven?

De implementatie van de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek naar de praktijk van behandeling is vaak een probleem. Dat geldt voor allerlei terreinen van medische zorg.

ZonMw besteedt daarom structureel al veel aandacht aan de implementatie van projecten.

Specifiek voor de verslavingszorg is het programma Resultaten Scoren opgericht, dat zich bezighoudt met de vertaling van wetenschappelijk onderzoek naar richtlijnen en protocollen voor de behandelpraktijk. Er is een structurele samenwerking tussen het programma Risicogedrag en Afhankelijkheid en Resultaten Scoren. Resultaten Scoren wordt daarbij ondersteund door het programma LAKGGZ, dat wordt uitgevoerd onder auspiciën van ZonMw (zie ook vraag 19).

12

Kunnen de antwoorden op deze vragen voor het Hoofdlijnendebat drugs naar de Kamer worden gestuurd?

Ja.

13

Uit de kerncijfers verslavingszorg 2006 van de Stichting Informatie Voorziening Zorg blijkt dat meer dan 80% van de hulpvragers langere tijd in de verslavingszorg blijft of regelmatig terugkeert. Wat is uw algemene, samenvattende, conclusie van alle onderzoeken in deze bundel voor wat betreft de effectiviteit van beschikbare behandelingen in de verslavingszorg, en wat kunnen de oorzaken zijn voor het hoge terugkeerpercentage in de verslavingszorg?

Van de in deze publicatie genoemde onderzoeken is een aantal afgesloten, andere lopen nog. Wel wil ik concluderen dat het steeds beter mogelijk wordt een specifiek zorgaanbod te doen, rekening houdend met de specifieke problematiek van de cliënt. De behandeling wordt beter, en het zicht op wat cliënten nodig hebben aan zorg en ondersteuning verbetert. Maar we zijn er nog niet: er gaat immers geruime tijd overheen voordat vernieuwingen geïmplementeerd zijn. Bovendien is verslavingsproblematiek steeds in beweging in die zin dat er nieuwe verslavingsvormen bijkomen.

Het hoge terugvalpercentage heeft te maken met het gegeven dat verslaving een chronische ziekte is, waarbij ook vaak sprake is van een psychische stoornis. De meeste verslaafden kampen met een scala aan problemen op het gebied van relaties, werken opleiding, financiën, e.d. Therapie wordt regelmatig onderbroken en/of niet afgerond. Dit alles maakt dat terugval onlosmakelijk verbonden is met behandeling van verslavingsproblematiek.

14

Wordt het aanbod aan verslavingsbehandelingen afgestemd op nieuwe maatschappelijke ontwikkelingen? Zo ja, waar blijkt dit uit, zijn er bijvoorbeeld innovaties en good practices beschikbaar? Zo nee, waarom niet?

Ja, dat gebeurt zeker. Ik noem bijvoorbeeld de opkomst van de internetbehandelingen, die diverse instellingen inmiddels in hun behandelaanbod hebben opgenomen en de ontwikkeling van de behandeling van GHB-verslaafden. De verslavingszorg is met name de laatste jaren veel meer probleemgericht en klantgericht geworden.

15

Welke behandelingen zijn beschikbaar voor nieuwe verslavingen (zoals die aan games, eten, seks en internet) en in welke mate zijn deze behandelingen beschikbaar, voldoet het aanbod aan de vraag?

De meeste instellingen behandelen «nieuwe verslavingen» vanuit het reguliere aanbod van de verslavingszorg. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om cognitieve gedragstherapie en leefstijltraining. Dit blijkt in de praktijk goed te werken. Enkele instellingen hebben een behandelaanbod dat toegespitst is op gameverslaving.

16

Wat trekt de minister aan middelen uit om de inventarisatie van behandelingen beschikbaar te laten zijn voor mensen die ze nodig hebben?

Ik hoef voor een dergelijke inventarisatie geen geld uit te trekken: deze is al beschikbaar.

17

Wat is de inzet van de behandelingen beschreven in het rapport door de zorgverzekeraars?

In het rapport zijn onderzoeken beschreven naar nieuwe behandelingen. Veel van die onderzoeken lopen nog. In de onderzoeksfase is geen rol weggelegd voor de zorgverzekeraar. Dat gebeurt pas als is aangetoond dat de behandelingen positieve effecten hebben. Het CVZ kan dan adviseren over opname van de behandeling in de basiszorgverzekering. Ook al komt een behandeling niet in de basiszorgverzekering, dan nog kunnen zorgverzekeraars besluiten die behandeling te vergoeden vanuit de aanvullende verzekering.

18

Hoe wordt de wetenschappelijke kwaliteit en de maatschappelijke doorwerking gedurende het onderzoekstraject geborgd?

De borging van de wetenschappelijke kwaliteit is in de eerste plaats de taak van het onderzoeksinstituut dat de studie uitvoert. Tussentijds dient aan ZonMw gerapporteerd te worden over de voortgang, ook op het gebied van de maatschappelijke doorwerking. Bij de oplevering van de resultaten dient het onderzoeksinstituut te rapporteren over de mogelijkheden tot implementatie.

19

Op welke wijze wordt gewaarborgd dat de onderzoeksresultaten hun vertaling vinden in Resultaten Scoren?

Er vindt structureel overleg plaats tussen ZonMw en Resultaten Scoren (zie ook vraag 11).

20

Op welke wijze wordt gewaarborgd dat de onderzoeksresultaten hun vertaling vinden naar het verslavingsbeleid? Welke concrete lessen trekt de minister uit deze onderzoeksresultaten voor de uitwerking van de drugsnota?

VWS wordt regelmatig door ZonMw geïnformeerd over de onderzoeksresultaten. Als op basis van die uitkomsten veranderingen in behandeling of preventie aangewezen zijn, dan wordt dat zo mogelijk in gang gezet. Ik wacht hiervoor niet op het uitkomen van de drugsnota.

21

Waarom is het lastig om de meer fundamentele kennis in aanbevelingen voor preventie en behandeling te concretiseren en wat wordt er aan gedaan om dit eenvoudiger te maken?

De in de publicatie genoemde voorbeelden maken mijns inziens duidelijk voor welke vragen onderzoekers komen te staan bij de resultaten van fundamenteel onderzoek. Als bijvoorbeeld blijkt dat mensen met een specifiek gen meer risico lopen op verslaving, kun je niet zomaar een screeningsprogramma hiervoor gaan opzetten. Het vereist creativiteit en soms meer onderzoek om een geschikte interventie te ontwikkelen. Dergelijk onderzoek is een speerpunt binnen het beleid van ZonMw. Bij de indiening van een onderzoeksvoorstel bij ZonMw moeten onderzoekers al standaard beschrijven wat de mogelijke consequenties van de uitkomsten zullen zijn in termen van implementatie. Ik denk dat het niet mogelijk is deze vertaling eenvoudiger te maken. Dit is inherent aan fundamenteel onderzoek.

22

Deelt de minister de mening dat stroomlijning van de verslavingszorg en toetsing van de effectiviteit van toegepaste methoden noodzakelijk is in de vertaalslag van fundamentele wetenschap naar praktijk? Zo ja, waaruit blijkt dat de verslavingszorg verder gestroomlijnd is dan voorheen, zijn de behandelingen getoetst en evidence based?

Ja, ik wil hier graag verwijzen naar de opbrengst van het programma Resultaten Scoren, dat onlangs tien jaar bestond. In die tijd heeft de verslavingszorg op basis van wetenschappelijk onderzoek, waarbij zowel de resultaten van fundamenteel als toegepast onderzoek zijn meegenomen, 23 richtlijnen en protocollen opgesteld. Het merendeel van de instellingen voor verslavingszorg hanteert deze.

23

Wordt er bij toetsing van de effectiviteit van toegepaste methoden ook gemonitord op terugval? Zo ja, wat zijn de uitkomsten en zo nee, waarom niet?

Bij onderzoek naar de effectiviteit van een bepaalde behandelmethode wordt deze vergeleken met de effecten van de gebruikelijke behandeling. De effecten worden op verschillende momenten gemeten: direct na afloop van de behandeling, maar ook enige tijd daarna, bijvoorbeeld een jaar later. Op deze manier wordt de mate van terugval meegenomen bij het vaststellen van de effectiviteit van een nieuwe behandeling. Uitkomsten kan ik u hier niet geven, die zijn bij elk onderzoek verschillend.

24

Wat is er wel bekend als het gaat om verslaving onder mensen met een laag IQ en bij jongeren die het speciaal onderwijs volgen en geregeld in instellingen van de jeugdzorg verblijven, en hoe wordt het aanbod hierop afgestemd?

Bekend is dat deze jongeren extra kwetsbaar zijn voor middelengebruik en daaraan gerelateerde problemen als dealen en criminele activiteiten. Deze jongeren zijn minder goed in staat zich weerbaar op te stellen en impulsen te beheersen. Bovendien zijn ze gemakkelijk beïnvloedbaar. Binnen de onderzoeksprogramma's van ZonMw (zie pag 35–37 van de publicatie), maar ook via projecten van andere organisaties zoals het Trimbos-instituut en het project Resultaten Scoren, wordt gewerkt aan verbetering van preventie en behandeling.

25

Deelt de minister de conclusie dat de Nederlandse verslavingszorg over het algemeen «aanbodgericht» is en dat het beter zou zijn vanuit de vraagbehoefte van cliënten te werken? Zo ja, welke acties onderneemt de minister op dit gebied en zo nee, waarom niet?

Ik acht het een goede ontwikkeling dat binnen de verslavingszorg steeds meer aandacht komt voor de vraagbehoefte van cliënten, zoals door de toepassing van cliëntprofielen en de inzet van een project als «Samen beslissen». Ik stimuleer deze tendens door het beschikbaar stellen van budget voor onderzoek en implementatie (Resultaten Scoren).

26

Welke lessen kunnen er volgens de minister getrokken worden uit het onderzoek «Samen Beslissen», en hoe zet de minister de conclusies om in actie?

Zie antwoord bij vraag 25. ZonMw heeft overleg gepland met Resultaten Scoren om na te gaan hoe de uitkomsten kunnen worden geïmplementeerd in de praktijk.

27

Wat is volgens de minister de achterliggende reden dat een behandeling in de verslavingszorg zelden regulier wordt afgesloten, maar meestal staakt doordat de cliënt gewoon wegblijft? Hoe kan deze uitval worden tegengegaan?

Volgens mijn informatie wordt ongeveer een kwart van de behandelingen eenzijdig door de cliënt verbroken, ongeveer de helft in overleg en de rest door andere omstandigheden (opname in algemeen ziekenhuis, overlijden, verhuizing, detentie e.d.). Het niet afmaken van de behandeling wil niet automatisch zeggen dat er geen vooruitgang is geboekt en de behandeling mislukt is. Deze uitval kan mogelijk worden tegengegaan door betere afstemming van de behandeling op de problematiek en behoefte van de cliënt, zoals uit de onderzoeken naar voren komt.

28

Is het waar dat er vaak wachtlijsten voor een behandeling zijn die meestal drie maanden duren en hebben deze wachtlijsten ook invloed op het succes van de behandeling of terugval in verslaving na de behandeling? Zo ja, kunt worden toegelicht hoeveel wachtlijsten er zijn, hoeveel wachttijd daarmee gemoeid is en of er sprake is van effect op het slagen van de behandeling?

Uit de gegevens die binnen de GGZ in 2008 zijn verzameld met het doel na te gaan of instellingen aan de Treeknormen voldoen is de volgende conclusie te verbinden.

De instellingen voor verslavingszorg voldoen in 90% van de gevallen aan de Treeknorm (maximale wachttijd 7 weken) voor behandeling. Hieruit valt af te leiden dat wachttijden van drie maanden in de verslavingszorg niet vaak voorkomen.

29

Wat vindt de minister van de bevinding uit het onderzoek dat cliënten het telefoontje negen maanden na afloop van de behandeling ervaren als een prettige vorm van nazorg, betekent dit dat telefonische benadering standaard deel moet gaan uitmaken van een behandeling?

Ik vind dit een goede vorm van nazorg, die klantgericht is en relatief weinig kost. Wat mij betreft gaan alle verslavingzorginstellingen dit overnemen.

30

Deelt de minister de mening van de onderzoeker dat het belangrijk is de cursus «Gezin aan Bod» binnen de reguliere jeugdzorg te gaan aanbieden en niet louter voor hen die terecht komen in de gespecialiseerde zorg?

Wordt deze aanbeveling overgenomen?

Het onderzoek naar de effecten van «Gezin aan bod» zal pas in 2011 afgerond zijn. In deze laatste fase gaat het met name om verschil in uitkomsten tussen deze experimentele interventie en de gebruikelijke behandeling en de factoren die een rol spelen bij implementatie. Pas als de eindresultaten beschikbaar zijn zal ik besluiten over beschikbaarstelling van deze interventie.

31

Welke waarborgen met betrekking tot de privacy zijn in acht genomen bij het bewaren van de gegevens van het chatcontact tussen cliënt en therapeut en door wie kunnen deze gegevens worden geanalyseerd?

Voor dit onderzoek is toestemming gevraagd en verkregen bij de Medisch Ethische commissie. Dat betekent dat alle waarborgen die als regel voor dergelijk onderzoek getroffen worden, ook hier van toepassing zijn. Gegevens uit het chat-contact zijn afgeschermd door wachtwoorden en alleen toegankelijk voor de onderzoeker.

32

Hoe lang worden de gegevens van het chatcontact tussen cliënt en therapeut bewaard?

Dit is 10 jaar en daarmee conform de eisen die de Medisch Ethische Commissie stelt.

33

Is er sprake van betere of gedetailleerdere dossiervorming en verslaglegging van de gevoerde gesprekken als er via chatcontact met de therapeut gesproken is in vergelijking met gesprekken in een standaard setting?

Dossiervorming kan gedetailleerder zijn omdat de gesprekken integraal kunnen worden toegevoegd.

34

Wat is de reactie van de minister op de uitkomst van het onderzoek «Nazorg aan verslaafden door de verslavingszorg», namelijk dat het bij instellingen ontbreekt aan een gemeenschappelijke visie op nazorg en dat zelden aan cliënten wordt gevraagd waaraan zij precies behoefte hebben?

Mede gelet op de aard en de chroniciteit van de (verslavings)ziekte is bij het verbeteren van de effectiviteit van behandeling en het voorkomen van terugval mijns inziens het betrekken van de sociale omgeving van cliënten en het structureel aanbieden van nazorg noodzakelijk. Er zijn inmiddels verschillende initiatieven genomen om de nazorg te verbeteren. Cliëntraden en instellingen voor verslavingszorg hebben onlangs een Handvest ondertekend waarin onder andere de afspraak is vastgelegd in een aantal pilots gezamenlijk activiteiten en projecten te ontwikkelen die gericht zijn op (maatschappelijk) herstel. Daarnaast start in maart 2010 een project waarbij de samenwerking tussen zelfhulporganisaties en instellingen voor verslavingszorg structureel geborgd gaat worden.

35

Maakt de minister zich ook zorgen over het feit dat cliënten een gat ervaren in behoefte aan nazorg en de invulling hiervan door de instellingen, gecombineerd met het feit dat therapieën zelden afgemaakt worden (zie blz. 16), en dat mede hierdoor sprake is van een grote terugval in verslaving? Zo ja, wat zijn uw voornemens om de nazorg te verbeteren en zo nee, waarom niet?

Verslaving heeft een chronisch karakter. Vele jaren na een verslavingsbehandeling kan terugval optreden. Ik vind dan ook dat er ter borging van de behandeling meer aandacht besteed zal moeten worden aan nazorg. Zowel de sociale omgeving van cliënten als zelfhulporganisaties kunnen hierbij een nuttige functie vervullen. Ik verwijs hierbij naar de initiatieven genoemd in antwoord 34.

36

Is de training op basis van «motiverende gesprekstechniek» breed beschikbaar voor ouders met kinderen met schizofrenie en wordt deze aan alle ouders die kinderen hebben met deze dubbele diagnose aangeboden?

Het gaat hier om kinderen die én schizofrenie hebben én cannabis gebruiken. De training wordt momenteel op twee locaties geïmplementeerd. Hiervoor zijn o.m. zorgverleners getraind in de methode. Er loopt nog een follow-up studie om de resultaten na een jaar te bekijken. Het is de bedoeling om deze geïntegreerde aanpak vast te leggen in een protocol en aan te bieden aan de overige instellingen.

37

Waarom is het niet bekend hoeveel crackverslaafden er zijn en wat hun problemen en leefomstandigheden zijn?

Veel crackverslaafden staan niet of slechts kort in contact met de verslavingszorg. Daardoor is te weinig bekend over hun problematiek en is evenmin bekend wat hun aantal is. Door onderzoek op straat kan worden bepaald hoeveel verslaafden al of niet contact met de hulpverlening hebben en zo kan hun totale aantal geschat worden. Degenen die systematisch geen contact met de hulpverlening hebben kunnen andere problematiek ervaren dan degenen die wel de verslavingszorg opzoeken.

38

Is het waar dat er feitelijk geen preventieprogramma's zijn die zijn afgestemd op kinderen in het speciaal onderwijs en de residentiële jeugdzorg en welke preventieprogramma's worden dan op dit moment gebruikt voor deze groepen?

Ja, dat klopt. Gebruikte programma's zijn onder meer de Gezonde School en Genotmiddelen. Tactus Preventie & Consultancy heeft een interventie ontwikkeld voor de residentiële jeugdzorg (<http://www.lokelgezondleven.nl/i-database/interventies/v/10481/>). Het project Resultaten Scoren is bezig met het ontwikkelen van specifiek op kwetsbare groepen gerichte behandel- en preventie-interventies.

39

Waarom is gameverslaving momenteel nog geen onderdeel van landelijke voorlichtingsprogramma's en van landelijke metingen naar omvang van verslavingen?

Ouders kunnen terecht bij de Centra voor Jeugd en Gezin voor vragen over dit onderwerp. Ook besteden veel instellingen voor verslavingszorg in het preventie aanbod aandacht aan het onderwerp. Momenteel is dit voldoende. De ontwikkeling van gameverslaving wordt gevolgd binnen de monitor jongeren en internetgebruik van het IVO (Instituut voor Onderzoek van leefwijzen en Verslaving).

40

In hoeverre worden behandelingen voor mensen met een gedragsstoornis beïnvloed, zeker als het gaat om de preventie van behandeling?

Het bedoelde onderzoek naar impulsiviteit heeft al wel een verband tussen impulscontrole en de risico's voor middelengebruik gevonden, maar de richting van de samenhang is nog niet duidelijk. Daarom kan nu nog niet vastgesteld worden in hoeverre middelengebruik (en behandeling daarvan) kan worden beïnvloed.

41

Welke behandelingen zijn er beschikbaar voor de 80% van cannabisrokkende jongeren die een dubbeldiagnose hebben, bijvoorbeeld psychische problemen, negatieve thuissituatie, laag IQ of gedragsproblemen?

Zij kunnen terecht bij de ambulante verslavingszorg. Binnen de behandeling worden zowel middelengebruik als samenhangende problemen aangepakt. Voor jongeren met zwaardere problemen zijn speciale jeugdklinieken beschikbaar. In Parnassia loopt een onderzoek naar de effecten van MDFT (MultiDisciplinaire Familie Therapie). Deze behandeling is specifiek gericht op de meervoudige problematiek van deze jongeren. Eind van dit jaar zullen de resultaten beschikbaar komen.