

Radboud universitair medisch centrum
Psychiatrie

Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen
Huispost 961
Reinier Postlaan 6
Radboudumc ingang oost, route 961
F (024) 363 51 30

Afdelingshoofd
Prof. dr. I. Tendolkar
www.radboudumc.nl

KvK 80262783

961

Datum	Ons kenmerk	Pagina
22 maart 2023	AS/KM23	1 van 6

Onderwerp
Nationaal Rapporteur Verslavingen (NRV)

Geachte leden van de vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Op 29 maart komt u bijeen voor het commissiedebat drugspreventie en verslavingszorg. De staatssecretaris van VWS heeft in zijn brief van 21 maart 2023 u geïnformeerd over de start van mijn werkzaamheden als Nationaal Rapporteur Verslavingen (NRV). Ik hecht eraan uitgebreider in te gaan op de start van het instituut NRV en u ook te informeren over enkele uitgangspunten en overwegingen met betrekking tot mijn werkwijze en de te stellen inhoudelijke prioriteiten.

De afgelopen maanden voerde ik kennismakingsgesprekken met het brede veld van stakeholders uit de verslavingssector. Naast het onder de aandacht brengen van het instituut van de NRV waren deze gesprekken vooral bedoeld om zicht te krijgen op de ideeën die er in het veld leven over de rol en taken van de NRV en op de te stellen inhoudelijke prioriteiten. Ik vind het belangrijk om het veld te betrekken bij mijn werkzaamheden, teneinde mijn adviezen goed te laten aansluiten bij de praktijk en tevens draagvlak te creëren voor mijn adviezen. Het is goed te constateren dat de instelling van het instituut NRV op brede steun in het veld kan rekenen.

Uitgangspunten NRV

Het instellingsbesluit beschrijft vier kerntaken van de NRV: 1) het signaleren en duiden van trends en ontwikkelingen op het gebied van verslavingen, 2) het adviseren over verslavingspreventie, 3) het adviseren over verslavingszorg en 4) het adresseren van kennislacunes.¹ Ik ga hieronder nader in op elk van deze vier taken.

Ik zal mijn adviezen steeds nadrukkelijk baseren op de stand van de wetenschap, aangevuld met ervaringskennis vanuit het professionele- en het ervaringsdeskundige domein. Als verklaringmodel van verslaving ga ik uit van het tegenwoordig breed geaccepteerde

¹ *Staatscourant*, 18 november 2022, nr. 31039.



biopsychosociaal model. Dit model geeft aan dat verslaving zowel biomedische, psychologische als sociale determinanten kent en het weerspiegelt daarmee ook de complexiteit van het fenomeen. Het biopsychosociale model zal als kapstok dienen voor mijn adviezen. Gegeven deze biopsychosociale achtergrond gaat verslavingsbeleid, in lijn met de *health in all policies* benadering, nadrukkelijk niet alleen het departement VWS aan, ook al is het instituut NRV aldaar ondergebracht.

Verslaving wordt in de volksmond gebruikt voor een groot aantal gedragingen. Ik zal als NRV mijn taakopvatting ten aanzien van verslavingen moeten afbakenen, waarbij ik mij in eerste instantie beperk tot de duidelijke gedefinieerde verslavingen aan middelen (tabak, alcohol, drugs) en gokken. Ik ben voornemens vooralsnog alleen aandacht te besteden aan andere gedragsverslavingen indien daartoe gereede aanleiding is.

Na mijn eerste verkenningsronde binnen de verslavingssector selecteer ik een aantal prioriteiten waarover ik in 2023 zal adviseren. Tevens zal ik mijn werkwijze beschrijven en een voorlopige planning voor de komende jaren opstellen.

1) Het signaleren en duiden van ontwikkelingen

Eén van de mij toebedeelde taken is de impact van verslavingen beter in beeld te krijgen onder andere door het signaleren van ontwikkelingen in en de omvang van verslavingsproblematiek. Verslaving heeft een enorme impact op de gezondheid en het maatschappelijk functioneren van de patiënt met een verslaving, maar heeft ook gevolgen voor zijn of haar directe omgeving en de samenleving als geheel. De ziekte- en sterftelast van vooral tabak en alcohol zijn goed bekend. Deze (deels) vermijdbare ziekte- en sterftelast is groter dan die voor hart- en vaatziekten, oncologische ziekten of andere domeinen binnen de geneeskunde. Daarmee dient verslaving te worden beschouwd als een beleidsprioriteit.

De maatschappelijke schade die met middelengebruik en verslaving samenhangt in de vorm van bijvoorbeeld uitgaansgeweld, verkeersongevallen, schuldenproblematiek, arbeidsverzuim, suïcide en seksueel grensoverschrijdend gedrag, is aanzienlijk. Ik neem mij voor in mijn adviezen nadrukkelijk aandacht te besteden aan de individuele en maatschappelijke impact van verslaving.

Het signaleren en duiden van ontwikkelingen vereist kwalitatief en kwantitatief goede en betrouwbare data. Bij het in beeld krijgen van ontwikkelingen in en de omvang van de verslavingsproblematiek kan ik mij baseren op enkele in Nederland goed ontwikkelde monitoringssystemen. Gegevens, veelal van kwantitatieve aard, worden in de Nationale Drug Monitor (NDM) samengebracht. Ik zie het als mijn taak die gegevens van een verdere duiding te voorzien.

Er zijn twee zorgpunten aangaande data waarvoor ik uw aandacht wil vragen.

Het eerste betreft het Landelijk Alcohol en Drug Informatie Systeem (LADIS), waarin gegevens worden verzameld over de ambulante en klinische verslavingszorg en de



verslavingszorgreclassering. U heeft recentelijk een tussenrapportage van het LADIS ontvangen.² De gegevensverwerking van het LADIS heeft ruim zes jaar stilgelegen en is als gevolg van de wijziging van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) sinds kort gelukkig weer gestart. Het zal echter nog enige tijd vergen om te komen tot een compleet en betrouwbaar beeld van de hulpvraag in de verslavingszorg. Een compleet beeld is essentieel voor verdere beleidsontwikkeling van zorg en preventie. Ik adviseer alle verslavingszorginstellingen, in het bijzonder de nieuwe aanbieders, de noodzakelijke stappen te zetten om zo spoedig mogelijk betrouwbare en volledige data aan het LADIS te leveren.

Idealiter zou ook informatie beschikbaar moeten komen over welke behandeling cliënten in de verslavingszorg krijgen en wat de resultaten daarvan zijn. Ik meld hierbij graag dat Verslavingskunde Nederland (VKN) het initiatief heeft genomen om een nieuw Routine Outcome Monitoring instrument te ontwikkelen, ten behoeve van indicatiestelling en opvolgen van behandelresultaten. Ik zal deze ontwikkeling nauwgezet volgen en ben voornemens in mijn advisering nader in te gaan op de mogelijkheden om deze gegevens uit de dagelijkse zorgpraktijk ook voor beleidsdoeleinden beschikbaar te kunnen maken. Hierbij zal ik vanzelfsprekend ook de registratielast/administratieve last voor de medewerkers in de zorg in beschouwing nemen.

De grootste groep mensen die zorg nodig heeft, is echter niet bekend bij de verslavingszorg. (Inter)nationale schattingen spreken van zo'n 90%. Dit wordt de zorgkloof genoemd. Het is van belang om deze groep goed in beeld te krijgen en te onderzoeken waarom deze mensen geen contact met de verslavingszorg hebben. Ik ben voornemens in mijn advisering hier nader op in te gaan.

Het tweede zorgpunt betreft het gebrek aan gegevens over verslaving aan kansspelen. In vrijwel alle kennismakingsgesprekken werden zorgen geuit over de gevolgen van de invoering van de Wet kansspelen op afstand op risicovol online gokken en gokverslaving, in het bijzonder voor jongeren en jongvolwassenen. Helaas is er thans onvoldoende zicht op de incidentie en prevalentie van risicovolle deelname aan online kansspelen en de aard en omvang van problematisch gokken en gokverslaving om de op casuïstiek gebaseerde zorgen te toetsen. Ik constateer dat uw Kamer eveneens zorgen heeft over online kansspelen.³ Ik denk dat deze zorg terecht is.

De uit de wetenschappelijke literatuur bekende sterke samenhang tussen gokverslaving, suïcidaliteit en suïcide, depressie en schuldenproblematiek noodzaakt mijns inziens tot het nemen van maatregelen. Ik ondersteun dan ook de recente voorstellen van de minister voor Rechtsbescherming gericht op het verder inperken van reclame, de aandacht voor verslavingspreventie in het algemeen, en de zorgplicht en speellimieten in het bijzonder.⁴ Meer zicht op de gevolgen van de herziening van het kansspelbeleid, in het bijzonder wat betreft het online gokken door jongeren, is urgent. Dit vereist een goed monitoringssysteem. Het beschikbaar stellen van data van kansspelaanbieders voor het in kaart brengen van (veranderingen in) gokgedrag én het signaleren van problematisch gokken en gokverslaving is aangewezen. Indien dit op korte termijn vanwege aanpassing van de Wet op de kansspelen niet te realiseren is op het

² Kamerbrief Voortgang aanpak drugspreventie van de staatssecretaris van VWS, 21 maart 2023.

³ Kamerbrief van de minister voor Rechtsbescherming, 5 december 2022, vergaderjaar 2022-2023, 24 557, nr. 206.

⁴ Ibidem.



niveau van de individuele gokkers (gepseudonimiseerd), dan adviseer ik de data op geaggregeerd niveau beschikbaar te stellen.

2) Verslavingspreventie

Een tweede kerntaak van de NRV is het adviseren over preventieve maatregelen. Dit is een breed terrein dat naast universele, selectieve en geïndiceerde preventie ook schadebeperking omvat. Het verheugt mij dat er de afgelopen jaren veel beleidsmatige en politieke aandacht is geweest voor de preventie van tabak-, alcohol- en drugsgebruik. Ook de inzet om preventieactiviteiten meer gedifferentieerd toe te passen bij specifieke (risico)groepen beoordeel ik positief. Verslavingskunde Nederland (VKN) heeft onlangs in een brief gewezen op het belang van een structurele aanpak van preventieactiviteiten, zowel in financiële zin als in tijdsduur. Ook wijst VKN op het feit dat er grote regionale verschillen zijn in verslavingspreventie. Ik onderschrijf deze opvatting van VKN.

VKN ontwikkelde een onderbouwd, effectief en gebalanceerd basispakket verslavingspreventie. Dit is belangrijk omdat veel interventies die worden gebruikt niet op effectiviteit zijn onderzocht of een theoretische onderbouwing ontberen. Goed onderzoek naar de effectiviteit van preventie is kostbaar en methodologisch niet eenvoudig, maar is met het oog op mogelijke contraproductieve effecten wel noodzakelijk. Hier is nog veel te verbeteren.

De databank van het Loket Gezond Leven bevat bijvoorbeeld op de thema's alcohol, roken en drugs geen enkele interventie die het hoogste erkenningsniveau "sterke aanwijzingen voor effectiviteit" heeft behaald. De effectiviteit van projectmatige, kortdurende interventies gericht op het voorkómen van gebruik moet dan ook niet worden overschat. Een ordening van de evidentie op het gebied van verslavingspreventie, aangevuld met praktijkkennis, zou input kunnen bieden voor een brede richtlijn verslavingspreventie, die concrete aanbevelingen biedt, teneinde ongewenste praktijkvariatie te reduceren. De *Wat werkt dossiers* van het RIVM en het Trimbos instituut zijn hiervoor een goede aanzet.⁵

De ervaring met het tabaksbeleid laat zien dat een integrale aanpak waarbij preventieve interventies, gecombineerd worden met andere maatregelen (beperking reclame, beperking beschikbaarheid en prijsverhogingen) effectief kan zijn. De stabilisering van de prevalentie van tabaksgebruik toont echter aan dat tabaksontmoediging een zaak van de lange adem is en vraagt om aanvullende maatregelen. Hoe effectief het preventiebeleid ook zal zijn, verslaving zal altijd onze aandacht moeten blijven houden. Dit brengt mij bij de derde kerntaak: de verslavingszorg.

3) Verslavingszorg

De grootste uitdaging van de verslavingszorg is het dichtens van de eerdergenoemde zorgkloof. De verslavingszorg ziet slechts een fractie van de mensen die in Nederland kampen met verslavingsproblematiek. Het gevolg daarvan is dat veel mensen met verslavingsproblemen pas (te) laat met de zorg in aanraking komen. Eerder contact met de verslavingszorg kan erger

⁵ <https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/roken/wat-werkt-dossier-jongeren-en-roken>
<https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/alcohol/wat-werkt-dossier-jongeren-en-alcohol>



voorkomen, de duur van de behandeling verkorten en de kans op herstel vergroten. Verschillende factoren dragen bij aan deze zorgkloof, zoals de beperkte aandacht voor verslaving in de opleiding van zorgprofessionals, waaronder ook medische beroepsopleidingen, bewustwording bij de omgeving van verslaafden, de versnipperde financiering van de zorg etc. Een belangrijke factor in de zorgkloof is de stigmatisering rond verslaving. Het gaat hier zowel om zelfstigma, publiek stigma, structureel stigma, als stigma dat naast van verslaafden ervaren. Patiënten die kampen met verslavingsproblematiek ervaren vaak gevoelens van schuld en schaamte. Het is belangrijk de drempel om hulp te vragen te verlagen en bij het vermoeden van verslavingsproblemen dit op niet-veroordelende wijze bespreekbaar te maken en actief hulp aan te bieden. Het adviseren over maatregelen die dit bevorderen, zie ik als één van mijn belangrijkste taken.

Er bestaan veel misverstanden over de verslavingszorg. Het beeld dat de behandeling in de verslavingszorg minder effectief is dan bijvoorbeeld in de somatische zorg, is niet juist. Die effectiviteit in beide sectoren is vergelijkbaar. Dat betekent niet dat verslaving altijd een eenvoudig te behandelen aandoening is. Terugvalpercentages lopen op tot circa 50% binnen een jaar. Herstel is soms een langdurig proces, waarbij terugval voorkomt en waarbij abstinentie niet altijd haalbaar blijkt. Ik pleit voor een bredere visie op herstel dan het doel abstinentie, waarbij verbetering van de gezondheid, de kwaliteit van leven en het maatschappelijk functioneren voorop staan, ook wanneer abstinentie niet haalbaar is.

Een van de meest hardnekkige problemen in de GGZ en de verslavingszorg is comorbiditeit. Meer dan de helft van de patiënten in de GGZ en de verslavingszorg heeft naast een verslaving ook één of meer psychische aandoeningen. In de afgelopen decennia is enige vooruitgang geboekt met het integraal behandelen van deze problemen. Hier zie ik echter nog veel ruimte voor verbetering. Ik vind dit een belangrijk punt van aandacht.

De verslavingszorgsector is zowel in financiële zin als wat betreft het aantal werknemers een relatief kleine sector. De beleidsmatige en politieke aandacht voor deze sector is, zo blijkt uit de kamerstukken van de afgelopen jaren, gering. Afgezet tegen de maatschappelijke relevantie van de aanpak van de verslavingsproblematiek ben ik van mening dat er meer belangstelling voor de sector moet komen en dat de verslavingszorg hoger op de agenda moet komen te staan.

4) Kennislacunes

Ik heb ZonMw gevraagd een kennissynthese verslaving op te stellen. De kennissynthese brengt de reeds beschikbare kennis samen over de verschillende aspecten van verslavingen aan middelen. De focus ligt op preventie, de aanpak van verslavingsproblematiek (behandeling en herstel) en de sociaal maatschappelijke impact. Daarnaast brengt de synthese de kennishiaten en -behoeften in kaart. Hierbij worden de visies uit zowel de onderzoeks- als de praktijkwereld, en de prioriteiten van patiënten en hun naasten meegenomen.

Ik verwacht de synthese vlak voor de zomer van dit jaar te ontvangen. Op basis van deze kennissynthese bekijk ik nader of verdiepend onderzoek om de gesignaleerde kennishiaten te vullen, aangewezen is. Deze synthese is voor mij het uitgangspunt bij mijn advisering over de kennislacunes in het verslavingsonderzoek.



Tot slot

Ik kijk er naar uit met alle betrokkenen samen te werken om verslaving te voorkómen en om de zorg voor verslaafde patiënten te verbeteren. Zoals gezegd, is de wetenschap bij mijn werkzaamheden een belangrijk vertrekpunt naast de ervaringskennisbronnen op basis van professionals, patiënten en hun naasten. Ik ben mij er van bewust dat er binnen, maar ook buiten de politiek sterk uiteenlopende meningen bestaan over verslaving en het te voeren beleid. Deze discussie, gerelateerd aan inzichten over het zelfbeschikkingsrecht van het individu en de (on)gewenste mate van overheidsingrijpen, behoren niet tot het aan mij verstrekte mandaat. Ik zie het wel als mijn taak om dit debat te voeden met onderbouwde inzichten en zoveel mogelijk te ontdoen van stigmatiserende vooroordelen. Binnen mijn mandaat zie ik voldoende mogelijkheden om stappen vooruit te zetten op het terrein van de verslavingsproblematiek.

Tot slot wil ik nog uw aandacht vragen voor een actuele kwestie aangaande de beschikbaarheid en toegankelijkheid van (farmacologische) verslavingszorg. De (continuïteit van) beschikbaarheid van medicatie is ook binnen de verslavingszorg problematisch. De verslavingssector heeft daarbij specifiek aandacht gevraagd voor de afwijzing om het geneesmiddel Buvidal (buprenorfine depot) in het basispakket op te nemen op grond van een beoordeling van het Zorginstituut Nederland (ZIN) en de overweging om een eigen bijdrage te vragen voor het verstrekken van methadon, hetgeen eveneens bijdraagt aan stigma en een drempel opwerpt in de toegankelijkheid van noodzakelijke en bewezen effectieve zorg.

Uiteraard ben ik graag bereid het bovenstaande nader toe te lichten, bijvoorbeeld in een technische briefing of in een persoonlijk gesprek.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Arnt F.A. Schellekens
Nationaal Rapporteur Verslavingen

