Nationaal Rapporteur Verslavingen
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Aandacht voor verslaving

Jaarverslag 2023



Samen gezond, fit en veerkrachtig

Prof. dr. Arnt F.A. Schellekens
Nationaal Rapporteur Verslavingen
www.rapporteurverslavingen.nl

Februari 2024

Inhoudsopgave

1	**Inleiding**	4
2	**Activiteiten**	5
3	**Brieven en publicaties**	6
4	**Het instituut NRV**	7
5	**Uitgangspunten**	8
6	**Trends en ontwikkelingen**	9
	Online gokken	9
	Toename problematisch cannabisgebruik en achterblijvende hulpvraag	9
	Toename (problematisch) cocaïnegebruik	10
	Gebruik (synthetische) opioïden	10
	Forensische verslavingszorg en -reclassering	10
7	**Preventie**	11
8	**Verslavingszorg**	13
9	**Kennis**	16
10	**Prioriteiten voor 2024**	17
11	**Naar een visie op verslaving**	18
	Financiële verantwoording	19
	Lijst kennismakingsgesprekken	20
	Over de Nationaal Rapporteur Verslavingen	21

1 Inleiding



Dit is het eerste jaarverslag van het Instituut Nationaal Rapporteur Verslavingen (NRV). Het Coalitieakkoord *Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst* van 15 december 2021 bevat de afspraak een NRV in te stellen om beter zicht te krijgen op de impact van verslavingen op de (volks)gezondheid en de maatschappij. Verslaving heeft immers grote gevolgen voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid. Met het instellingsbesluit van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is het Instituut NRV op 1 december 2022 van start gegaan.[1] In dit instellingsbesluit wordt bepaald dat ik als NRV ieder jaar een jaarverslag opstel.

In dit Jaarverslag 2023 wordt een overzicht gegeven van de activiteiten, de vormgeving van het instituut, en de werkwijze. Ik heb vier inhoudelijke kerntaken: 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. Ik zal in dit verslag dieper op deze taken ingaan. Tot slot zal een aantal prioriteiten voor 2024 en verder worden beschreven.

[1] "Besluit van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 11 november 2022, kenmerk 3456138-1038442-VGP houdende instelling van en regels voor de taakuitoefening van de Nationaal Rapporteur Verslavingen (Instellingsbesluit Nationaal Rapporteur Verslavingen)", *Staatscourant*, Nr. 31039, 18 november 2022.

2 Activiteiten

Gedurende de eerste helft van 2023 heb ik een groot aantal kennismakingsgesprekken gevoerd (zie bijlage). Naast het introduceren van het Instituut NRV, stonden tijdens deze gesprekken drie vragen centraal:

1 Welke rol moet de NRV vervullen?
2 Hoe moet de NRV gepositioneerd worden in het verslavingsveld? Met andere woorden, hoe verhoudt de NRV zich tot andere instellingen in het verslavingsveld?
3 Welke inhoudelijke prioriteiten moet de NRV stellen?

In algemene zin wordt de oprichting van het instituut NRV door het verslavingsveld ondersteund. Er bestaat een sterk gevoel - dat breed wordt gedeeld - dat de beleidsmatige en politieke aandacht voor het thema te beperkt is als gekeken wordt naar de gevolgen van verslaving voor volksgezondheid, zowel lichamelijk als geestelijk, en de maatschappij als geheel. Verslaving en middelengebruik kunnen leiden tot (ernstige) lichamelijke complicaties, overdosering en dragen bij aan verschillende chronische aandoeningen zoals hart- vaatziekten, maag-darm-leverziekten, neurologische aandoeningen en verschillende vormen van kanker. Daarnaast is er sterke invloed op mentale gezondheid en risico op depressie, suïcide en psychose. Verslaving en middelengebruik zijn daarnaast verweven met een groot aantal sociaal-maatschappelijke problemen, zoals (huiselijk/seksueel) geweld, verkeersongevallen, arbeidsverzuim en schuldenproblematiek. Soms is verslaving (mede) de oorzaak van sociale problematiek, soms een van de gevolgen en op individueel niveau is er vaak sprake van een situatie waarbij oorzaak en gevolg nog moeilijk te onderscheiden zijn, maar waarbij verslaving en middelengebruik belangrijke factoren zijn. We hebben het dus over een complex fenomeen dat raakt aan vele beleidsterreinen. Van de NRV wordt verwacht dat hij de verslavingsproblematiek hoger op de beleidsmatige en politieke agenda weet te zetten.

Er is een groot aantal organisaties dat actief is op één of meerdere kerntaken van de NRV. Het is zeker niet de bedoeling de activiteiten van deze organisaties te dubbelen. Overlap en duplicatie moeten vanzelfsprekend worden voorkomen. De NRV is een onafhankelijk adviseur van het Kabinet en het staat hem vrij om ook andere overheidsorganisaties en veldpartijen te adviseren. De positionering van de NRV is veeleer tussen de verschillende partijen, waarbij wensen, behoeften en perspectieven afgewogen en samengebracht worden. Draagvlak voor de adviezen is noodzakelijk. Het is ook mijn rol om samenwerking te bevorderen door partijen bij elkaar te brengen (*convening power*) en dialoog te faciliteren. Met veel stakeholders, zoals het Trimbos Instituut, VKN, VVGN en de NVvP is afgesproken periodiek overleg te hebben. Tevens is overlegd met de ministeries van VWS en Justitie en Veiligheid.

Gesprekspartners hebben een groot aantal prioriteiten voor de NRV benoemd. Deze prioriteiten worden in de paragrafen 6 tot en met 9 verder uitgediept.

3 Brieven en publicaties

Afgelopen jaar heb ik een drietal brieven gestuurd aan de Tweede Kamer en de verkiezingsprogrammacommissies van de politieke partijen. Deze brieven zijn vanaf de website van de NRV te downloaden (www.rapporteurverslavingen.nl). Daarnaast heb ik een rapport uitgebracht over de wet kansspelen op afstand: "Gokken met gezondheid".

In mijn eerste brief aan de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer ten behoeve van het Commissiedebat Drugspreventie en verslavingszorg op 29 maart jl. heb ik de Kamer geïnformeerd over de start van het rapporteurschap en heb ik een overzicht gegeven van mijn vier kerntaken. Tevens heb ik in deze brief een aantal van de grootste problemen in de verslavingssector benoemd, zoals de zorgkloof, comorbiditeit en stigma. Deze thema's zullen regelmatig terugkomen in mijn adviezen. Het is verheugend te constateren dat in het debat op 29 maart het thema verslaving, in tegenstelling tot in de debatten van de afgelopen jaren, uitgebreid aan de orde werd gesteld.

Op 16 mei heb ik een tweede brief aan de Tweede Kamer gestuurd over het initiatiefwetsvoorstel tot wijziging van de Drank- en Horecawet (inmiddels Alcoholwet) en enkele andere wetten in verband met verruiming van de mogelijkheid tot het inzetten van mengformules (Wet regulering mengformules). Het toepassen van mengformules wordt ook wel "blurring" genoemd. Kern van mijn betoog was dat "blurring" een toename van het aantal verstrekkingspunten van alcohol veroorzaakt, dat leidt tot:

- een toename van de alcoholconsumptie;
- normalisatie van alcoholgebruik;
- negatieve effecten op de volksgezondheid;
- negatieve effecten op de verkeersveiligheid.

Vanwege deze effecten staat dit wetsvoorstel op gespannen voet met de afspraken in het Nationaal Preventieakkoord (NPA). Met de brief heb ik dan ook mijn zorgen uitgesproken over dit initiatiefwetsvoorstel.

In de derde brief van 7 augustus aan de verkiezingsprogrammacommissies van verschillende politieke partijen heb ik het belang van een verslavingsbeleid benadrukt en heb ik een aantal suggesties voor het beleid voor de komende jaren gedaan. Ik heb geconstateerd dat meer inzet nodig is om de in 2018 gestelde doelen van het NPA voor 2040 te behalen. Dit geldt zowel voor de doelstellingen voor het tabaks- als het alcoholbeleid. Tevens heb ik een lans gebroken voor een meer integrale benadering van preventie van middelengebruik. Ten aanzien van de verslavingszorg heb ik de al eerdergenoemde thema's zorgkloof, comorbiditeit en stigma bediscussieerd.

Op 29 september werd mijn eerste rapport *"Gokken met Gezondheid, advies online kansspelen"* gepubliceerd. Het bevat 22 adviezen met maatregelen die het kabinet en anderen kunnen nemen om de schade van het online gokken te voorkomen en te beperken. Dit pakket aan maatregelen zet onder andere in op betere informatievoorziening over gokspellen voor de gebruiker, het verder inperken van reclames voor gokken, bescherming van de gebruiker wanneer er signalen zijn van problematisch gokken en verbetering van het zorgaanbod voor mensen die met gokken in de problemen gekomen zijn.

Eind december heb ik de staatssecretaris van VWS het rapport *Kennissynthese Verslaving aan middelen* aangebonden. Ik heb ZonMw gevraagd een overzicht te laten opstellen van de kennis over verslaving aan middelen, waarbij ook de belangrijkste kennishiaten geïdentificeerd moesten worden. Op basis van deze hiaten kon een prioritering van onderzoeksvragen gemaakt worden. Deze studie is uitgevoerd door het Instituut voor Verslavingsonderzoek (IVO) en de Amsterdam Medische Centra (Amsterdam UMC). Op grond van dit rapport heb ik het advies gegeven een ZonMw programma Verslavingsonderzoek mogelijk te maken (zie ook paragraaf 9).

4 Het instituut NRV

De NRV en het bureau vormen samen het Instituut Nationaal Rapporteur Verslavingen. De rapporteur wordt bijgestaan door het bureau. Het bureau van de NRV (thans 1 fte in omvang) is beheersmatig ondergebracht bij de directie Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie van het ministerie van VWS. VWS heeft echter geen invloed op de manier waarop het instituut NRV zijn taak uitvoert. De medewerker van het bureau legt voor zijn werkzaamheden uitsluitend verantwoording af aan de rapporteur.

In 2023 is voor het bureau NRV een secretaris geworven, zijn er praktische en organisatorische stappen gezet om de verhouding tussen het ministerie en de NRV te expliciteren en sinds augustus is er een website (www.rapporteurverslavingen.nl) in de lucht die voldoet aan de eisen van de Rijksoverheid.

In het eerste kwartaal van 2025 vindt een eerste evaluatie plaats van de start van het instituut NRV. Bij de evaluatie is volgens het instellingsbesluit aandacht voor de *checks and balances* bij de benoemingsprocedure en de taakopdracht van de NRV. Na 2025 zal elke vier jaar aan de hand van een evaluatie van het instituut NRV worden bezien of een wijziging van de taken gewenst is. De evaluaties worden door een onafhankelijke instantie uitgevoerd.

In januari 2024 is de Adviesraad NRV voor het eerst bijeen geweest. De Adviesraad zal onder andere adviseren over de inhoudelijke taken van de NRV, over de te stellen prioriteiten, over de ontwikkeling van het bureau en het instituut NRV, over het creëren van draagvlak voor het instituut NRV, en over het signaleren van ontwikkelingen en trends. De leden van de Adviesraad zijn gevraagd op grond van hun professionele en ervaringskennis van de wetenschap, de zorg, het bestuur, het beleid en de politiek. De leden van de Adviesraad zijn:

Drs. M.C. Beens
Voormalig Directeur-Generaal (DG), ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit en (plv.) DG, ministerie van VWS

Prof. dr. W. van den Brink
Emeritus hoogleraar psychiatrie en verslaving Universiteit van Amsterdam

V. Brinkman-Koopal
Ervaringsdeskundige en Gemeenteraadslid Baarn

Drs. G.R. Peetoom
Voorzitter Nederlandse GGZ

Dr. R.J.T. Rutten
Voormalig voorzitter Raad van Bestuur Tactus verslavingszorg



5 Uitgangspunten

In mijn brief aan de vaste commissie voor VWS van de Tweede Kamer ten behoeve van het Commissiedebat Drugspreventie en verslavingszorg op 29 maart jl., heb ik een aantal uitgangspunten geformuleerd. Ik heb aangegeven dat ik mijn adviezen nadrukkelijk zal baseren op de stand van de wetenschap, aangevuld met ervaringskennis vanuit het professionele- en het ervaringsdeskundige domein. Als verklaringsmodel van verslaving ga ik uit van het tegenwoordig breed geaccepteerde 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.

Aanvaarding van het biopsychosociale verklaringsmodel als uitgangspunt, heeft gevolgen voor mijn advisering én voor het beleid. Het impliceert bijvoorbeeld dat andere, vaak ééndimensionale verklaringsmodellen, zoals die verslaving als een gebrek wilskracht of een moreel defect betitelen, verworpen worden.

Herstel is de afgelopen 15 jaar een kernbegrip in de verslavingszorg geworden. Het verwijst vooral naar het individuele proces dat nodig is om het leven weer vorm te geven en betekenisvol in de maatschappij te kunnen functioneren. Herstel geeft inhoud aan het gegeven dat verslaving soms een chronische aandoening blijkt te zijn en abstinentie niet altijd haalbaar is. Het herstelproces gaat niet zelden gepaard met terugval. Terugvalpercentages lopen op tot circa 50% binnen een jaar. Ik pleit voor een brede visie op herstel, waarbij verbetering van de gezondheid, de kwaliteit van leven en het maatschappelijk functioneren voorop staan, ook wanneer abstinentie niet haalbaar is.

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 duidelijk gedefinieerde verslavingen aan middelen (tabak, alcohol, drugs) en gokken. Ik ben voornemens vooralsnog alleen aandacht te besteden aan andere gedragsverslavingen indien daartoe gerede aanleiding is.



6 Trends en ontwikkelingen

Trends en ontwikkelingen worden door het Trimbos Instituut in de Nationale Drug Monitor (NDM) bijgehouden. Deze kwalitatief en kwantitatief hoogstaande monitor geeft een uitstekend beeld van de ontwikkelingen in het gebruik van alcohol, tabak en drugs. Ik heb geadviseerd ook het gokken aan de NDM toe te voegen.

In deze paragraaf wordt in aanvulling op de NDM een aantal trends en ontwikkelingen besproken dat ook in 2024 aandacht moet krijgen. Ik zal deze ontwikkelingen blijven volgen en waar nodig zal ik hierover nader advies uitbrengen.

Online gokken

De toename van het aantal (jonge) online gokkers is één van de meest in het oog springende ontwikkelingen van de afgelopen jaren. Alle beschikbare indicatoren, zoals het aantal accounts, de toename van het brutospelresutaat, de uitgaven aan reclame en de verschillende prevalentiestudies wijzen op een toenemende populariteit van het online gokken. Het is duidelijk dat de opening van de markt in 2021 deze stijging ten minste voor een belangrijk deel heeft veroorzaakt. Of een toename van het aantal gokkers ook leidt tot een toename van problemen en verslaving, is (nog) niet met zekerheid te zeggen Een goed monitoringsysteem ontbreekt, toegang tot de data in de data controle bank van de kansspelaanbieders is lastig te realiseren en het duurt vaak jaren voordat gokkers zich melden bij de verslavingszorg. Desondanks is het aannemelijk dat de toename in online gokkers gepaard gaat met een toename in het aantal hoog-risico gokkers. De groei van het aantal gokkers leidt daarmee tot gezondheidsschade (depressie, suïcidaliteit), schulden, werkuitval en criminaliteit en schade aan de naasten van de gokkers, naast een toename van het aantal mensen met een gokverslaving.

Om de schade van het online gokken te beperken en te voorkomen heb ik 22 adviezen geformuleerd die gericht zijn op de gehele keten; van universele preventie tot selectieve en geïndiceerde preventie, vroegsignalering en toeleiding tot en toegankelijkheid van hulp en zorg en de ontwikkeling van kwalitatief goede zorg. Maar ook adviezen met maatregelen die de risico's van de producten reduceren, reclame en marketing, interventies die gericht zijn op het individu en hun naasten, alsmede maatregelen om persoonlijke en maatschappelijke schade te beperken.

De minister voor Rechtsbescherming en de staatssecretaris van VWS hebben inmiddels een beleidsreactie op het adviesrapport naar de Tweede Kamer gestuurd.[2] De uitvoering van een aantal adviezen is (deels) ter hand genomen.[3] Een fors aantal adviezen kan pas opgepakt worden na de evaluatie van de Wet kansspelen op afstand in 2024. Na deze evaluatie zal bekeken worden in hoeverre beleidsaanpassingen en in het bijzonder wetswijzigingen gewenst of noodzakelijk zijn. Voor een aantal van mijn adviezen is een wetswijziging nodig. De discussie over het online gokken zal ook de komende jaren worden gevoerd. Ook moet erkend worden dat de markt voor het online gokken nog volop in beweging is. Met het publiceren van het rapport *Gokken met Gezondheid, advies online kansspelen* is mijn taak als NRV nog niet afgerond. In 2024 staan gesprekken met verschillende stakeholders gepland. Mijn doel zal zijn om het opvolgen van mijn adviezen te stimuleren. Ik zal deze dynamische markt blijven volgen en ik zal mij ervoor blijven inzetten om gokschade te voorkomen én de zorg voor degenen die door het gokken in de problemen zijn gekomen, te verbeteren.

Toename problematisch cannabisgebruik en achterblijvende hulpvraag

Uit gegevens van de Nationale Drug Monitor (NDM) blijkt dat het percentage mensen met een cannabisstoornis de afgelopen jaren fors is gestegen, maar dat de hulpvraag bij de verslavingszorg niet is toegenomen.

In 2022 had naar schatting 1,3% van de volwassenen een cannabisstoornis in de afgelopen 12 maanden. Dat komt neer op 159.600 volwassenen. Slechts een zeer gering aantal van deze mensen (9.000 -10.000) komt in de zorg. De zorgkloof is aanzienlijk en de afgelopen jaren ook groter geworden. Overigens is er ook sprake van natuurlijk herstel bij een deel van de mensen met verslavingsproblematiek.

[2] Beleidsreactie op rapport 'Gokken met Gezondheid, advies online kansspelen' van de minister voor Rechtsbescherming en de staatssecretaris van VWS, 27 oktober 2023.

[3] Voortgangsbrief kansspelen op afstand december 2023 van de minister voor Rechtsbescherming, 21 december 2023.

Niet alle personen met een cannabisstoornis hebben dan ook professionele hulp nodig. Om meer zicht te krijgen op de achtergronden van deze ontwikkeling en om eventueel maatregelen te adviseren om de zorgkloof te verkleinen, zal ik begin 2024 met de NDM van het Trimbos Instituut een duidingssessie met deskundigen organiseren. Over de resultaten zal worden gerapporteerd en mogelijk zal dit leiden tot een NRV-advies.

Toename (problematisch) cocaïnegebruik

Uit de NDM blijkt dat de prevalentie van cocaïnegebruik de afgelopen jaren is gestegen. Het aantal hulpvragen voor cocaïne in de verslavingszorg is echter niet noemenswaardig toegenomen. Er zijn ook 'signalen' van een toename van cocaïnegebruik op lokaal niveau (via rioolwateranalyses) en onder groepen studenten, maar trendcijfers ontbreken. Voorts zijn er signalen van opvallende lokale verschillen (hoge prevalenties in Groningen en Amsterdam). Daarnaast zijn er verschillende berichten in de media verschenen over de 'normalisering' van cocaïnegebruik. De beschikbaarheid en betaalbaarheid van cocaïne lijken hoog: de prijzen zijn stabiel terwijl de zuiverheid op recordhoogte is. Het is van belang om na te gaan hoe deze signalen moeten worden geduid en zich tot elkaar verhouden. Hiertoe zal medio 2024, net bij het cannabisgebruik, een duidingssessie met deskundigen worden georganiseerd. Ook over deze sessie zal worden gerapporteerd en zal mogelijk leiden tot een advies.

Gebruik (synthetische) opioïden

In de Verenigde Staten is het gebruik van synthetische opioiden sinds het begin van deze eeuw sterk opgekomen. De eerste verslavingsgolf aan deze opioïden kan toegeschreven worden aan het onverantwoord voorschrijven door artsen. De laatste jaren is er in Noord-Amerika echter ook een illegale markt voor synthetische opioïden ontstaan. Het gebruik in Noord-Amerika is inmiddels uitgegroeid tot epidemische proporties. In 2022 stierven bijvoorbeeld 75.000 Amerikanen aan een overdoses synthetische opiaten. Canada telde in de eerste 3 maanden van 2023 al 1060 sterfgevallen aan het opiaat fentanyl. Ter vergelijking; in Europa stierven in 2022 ongeveer 200 personen aan een overdoses fentanyl.

In Nederland is er sinds 2008 een verdubbeling van het gebruik van medisch voorgeschreven synthetische opiaten en was er een stijging in de hulpvraag wegens problemen met dit (legale) gebruik en een toename van de sterfte. Deze stijging heeft echter niet geleid tot een epidemie zoals in Noord-Amerika het geval is. In het overgrote deel van de gevallen ging het om kortdurend gebruik, hetgeen past bij adequate pijnbestrijding. Het is echter wel van belang een vinger aan de pols te houden. Er zijn de afgelopen jaren verschillende studies verricht naar het medisch gebruik van synthetische opiaten en om gepast gebruik van deze middelen te bevorderen. Het ministerie van VWS is voornemens een actualisatie van deze studies uit te voeren. Afhankelijk van de uitkomst van deze studies zal ik mogelijk nader adviseren.

Een toename van het niet-medisch gebruik van synthetische opiaten en het ontstaan van een illegale markt voor synthetische opiaten, zoals in Noord Amerika heeft plaatsgevonden, zou zeer ernstige consequenties kunnen hebben. Vooralsnog lijkt dit in Europa en ook in Nederland nog niet op substantiële schaal plaats te vinden. In Nederland worden incidenteel personen gezien die bijvoorbeeld illegaal verkregen fentanyl gebruiken en in de Baltische staten is een fentanyl laboratorium ontmanteld. In het VK lijkt er sprake van een stijging van het gebruik van nitazenes, opiaten die nog sterker werken dan het al zeer sterk werkende fentanyl.

De afgelopen jaren is het heroïnegebruik, mede als gevolg van het gevoerde beleid, teruggelopen. Op dit moment lijkt er in Nederland dan ook geen grote markt te zijn voor illegale synthetische opiaten. Het valt echter zeker niet uit te sluiten dat dit in de toekomst verandert. Drugsmarkten zijn bijzonder dynamisch. Een verminderde aanvoer van heroïne kan bijvoorbeeld tot een toename van het aanbod van illegale synthetische opiaten leiden. Het verdient aanbeveling deze markten nauwgezet te volgen.

Forensische verslavingszorg en -reclassering

Ik zal mij in 2024 oriënteren op de forensische verslavingszorg en de verslavingsreclassering. Er is een daling van de instroom in de forensische verslavingszorg geconstateerd, maar die lijkt niet te kunnen worden toegeschreven aan minder verslavingsproblematiek onder justitiabelen. Aanpalend hieraan is de problematiek rond middelengebruik en verkeer. De afgelopen jaren is het aantal boetes voor het rijden onder invloed fors toegenomen. Ook het aantal ongelukken waarbij alcohol in het spel was steeg. Hoe dit komt, is nog niet duidelijk. De risico's van middelengebruik in het verkeer zijn echter aanzienlijk. Er komen circa 75 tot 140 mensen per jaar in het verkeer om vanwege alcohol- of drugsgebruik.

7 Preventie

Het Nationaal Preventieakkoord (NPA) is de afgelopen jaren richtinggevend geweest voor het tabaksontmoedigingsbeleid en het terugdringen van problematisch alcoholgebruik. Ik concludeer op basis van de voortgangsrapportages over het NPA dat meer inzet nodig is om de in 2018 gestelde doelen voor 2040 te behalen.[4] Ook indien voortzetting van het NPA in een nieuwe Kabinetsperiode onverhoopt niet mogelijk blijkt, adviseer ik de politiek zich hard te maken voor de implementatie van bewezen effectieve preventieve maatregelen. De drie, door de WHO geadviseerde, meest effectieve preventieve maatregelen om middelengebruik en de daaruit voortkomende problemen te voorkómen en te beperken ("best buys") zijn het verhogen van de prijs, het verminderen van de beschikbaarheid en het beperken/verbieden van reclame en marketing. Overigens zijn er recentelijk vraagtekens gezet bij de evidentie van het beperken van reclame en marketing om alcoholgebruik te verminderen.[5]

Er is maatschappelijk breed draagvlak voor verdere ontmoediging van het gebruik van tabak langs de lijnen van deze "best buys".[6] De ervaring met het tabaksbeleid over de afgelopen jaren laat zien dat een integrale aanpak effectief is. Het aantal rokers blijft echter steken op zo'n 20% van de volwassen bevolking. Aanvullende maatregelen zijn nodig om dit aantal verder omlaag te brengen. Dit kan (deels) middels versnelde invoering van reeds voorgenomen maatregelen. Gedacht kan worden aan een verdere accijnsverhoging en een versnelde reductie van het aantal verkooppunten. Daarnaast kan overwogen worden de minimumleeftijd voor de aanschaf van tabak te verhogen, bijvoorbeeld naar 21 jaar. Verhogen van de minimumleeftijd voor vapes is eveneens te overwegen.

De toegenomen populariteit van het vapen onder jongeren zal vrijwel zeker leiden tot een toename van nicotineverslaving onder jongeren.[7] Overigens is meer aandacht voor de inzet van vapen bij stoppogingen van therapieresistente rokers aangewezen.

Het (problematisch) alcoholgebruik is in Nederland al enkele jaren stabiel. Ik signaleer dat de individuele en de maatschappelijke schade van alcoholgebruik echter dusdanig hoog zijn[8], dat een beleidsintensivering gericht op vermindering van alcohol gerelateerde schade gerechtvaardigd is. In lijn met de WHO-adviezen kan gedacht worden aan een accijnsverhoging en de verkoop van wijnen en speciaalbieren uitsluitend in slijterijen toe te staan. Met name de maatregel om de verkoop van dranken met meer dan 6% alcohol uitsluitend in slijterijen toe te staan, is zeer effectief. Deze maatregel kan bovendien op veel draagvlak onder de bevolking rekenen. Een overzicht van mogelijke maatregelen, de effectiviteit en het draagvlak wordt gegeven in de studies van het RIVM en SEO.[9] Ik adviseer een intensivering van het alcoholbeleid om de doelen van het NPA te behalen.

Ik wil benadrukken dat een integrale preventie aanpak het meest effectief is, waarbij de genoemde "best buys" versterkt worden door universele, selectieve en geïndiceerde preventieve interventies. Daarbij kan gedacht worden aan interventies die gericht zijn op individuele gedragsverandering, zoals campagnes en lessenpakketten op scholen. Als losstaande interventies zijn dergelijke benaderingen niet erg effectief, maar als onderdeel van een integrale aanpak zijn deze ondersteunend. Tenslotte zijn initiatieven van belang

4 Jolanda Boer e.a., *Voortgangsrapportage Nationaal Preventieakkoord 2021* (RIVM)

5 Jakob Manthey, Britta Jacobsen, Sinja Klinger, Bernd Schulte, Jürgen Rehm, "Restricting alcohol marketing to reduce alcohol consumption: A systematic review of the empirical evidence for one of the 'best buys'", https://doi.org/10.1111/add.16411

6 Nienke W. Boderie, Asiyah Sheikh, Erika Lo, Aziz Sheikh, Alex Burdorf, Frank J. van Lenthe et al., "Public support for smoke-free policies in outdoor areas and (semi-)private places: a systematic review and meta-analysis" EClinical Medicine, Vol. 59 (2023). Lucy Kok, Lennart Kroon, Gert-Jan Meerkerk, Gera Nagelhout, Tom Smits, Marc Willemsen, *Beperken van het aantal verkooppunten tabak Verkenning beleidsopties* (2020).

7 Volgens het Trimbos instituut vapen bijna net zoveel jongeren als roken. 21,7 procent van de Nederlandse jongeren en jongvolwassenen (12 tot en met 25 jaar) heeft in het afgelopen jaar een e-sigaret gebruikt. Bijna een derde (27,4 procent) heeft sigaretten gerookt. En 69,1% van de jongeren die maandelijks een e-sigaret gebruiken, roken óók maandelijks sigaretten. *Jongerenmonitor Tabaks- en Nicotineproducten* (2023).

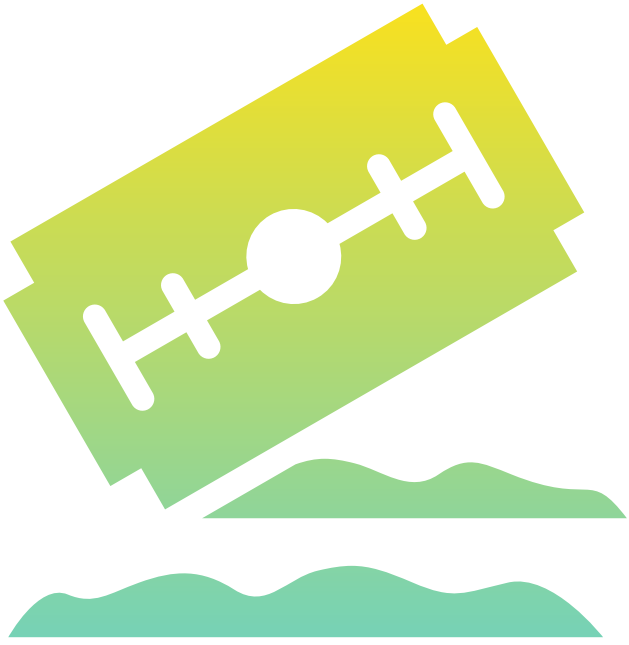
8 In 2013 ongeveer 2,3 tot 4,2 miljard euro per jaar. Als we ook private kosten meenemen in de berekening, zoals de kosten van voortijdige sterfte en verlies aan kwaliteit van leven, dan waren de kosten in 2013 4,2 tot 6,1 miljard euro. Zie: https://www.rivm.nl/publicaties/maatschappelijke-kosten-baten-analyse-van-beleidsmaatregelen-om-alcoholgebruik-te

9 A. van Giessen (e.a.), *Inventarisatie aanvullende maatregelen Nationaal Preventieakkoord. Mogelijke vervolgstappen richting de ambities voor 2040*. RIVM (Bilthoven 2021); RIVM, *Impactvolle determinanten: problematisch alcoholgebruik,* (Bilthoven, z.j.); SEO Economisch Onderzoek, *Beschikbaarheid van alcohol; nulmeting en verkenning van beleidsopties* (Amsterdam 2020).

die normstellend zijn. Tabak, alcohol en drugs zijn risicovolle middelen. Een duidelijke normstellende aanpak, zoals rookverboden op school- en sportterreinen, kan de effectiviteit van andere maatregelen versterken.

Preventie is een complexe aangelegenheid en bovenal een zaak van de lange adem. Te vaak worden kortlopende preventieprojecten uitgerold die weliswaar goed bedoeld zijn, maar waarvan de effectiviteit niet of onvoldoende is onderbouwd. Soms zijn deze projecten zelfs contraproductief. Het is weliswaar bij sommige interventies lastig om goed onderzoek te doen, maar waar mogelijk moet er meer aandacht komen voor (onderzoek naar) de effectiviteit van preventie. De implementatie van kortlopende projecten wordt verder versterkt door de financieringsstructuren, zoals GALA, die onderlinge concurrentie en kortdurende interventies stimuleren, daar waar juist duurzame samenwerking nodig is. Het gevolg is dat preventie sterk is versnipperd en er een grote ongewenste praktijkvariatie bestaat, terwijl juist een integrale aanpak met bewezen effectieve interventies noodzakelijk is. Ik adviseer daarom een aanpak die organisatorisch structureel is ingebed en voor langere tijd is gefinancierd (minstens voor een periode van 10 jaar). Dit geldt voor zowel tabak en alcohol, als voor drugs- en gedragsverslavingen, zoals gokken.

Kijkend naar de determinanten van de verschillende verslavingen is de conclusie dat er nagenoeg geen verschil is tussen de verschillende legale en illegale middelen en gedragsverslavingen. Vanuit het oogpunt van efficiëntie en effectiviteit is een integratie van de preventie-activiteiten voor de verschillende middelen en gedragingen, zowel inhoudelijk als organisatorisch, aangewezen. Ik ben met een kleine groep van deskundigen in gesprek hoe we een integratie van preventie-activiteiten kunnen bevorderen en daarmee een duurzame preventie-infrastructuur dichterbij kunnen brengen. Ik heb het initiatief genomen om in 2024 te starten met het opstellen van een integrale richtlijn verslavingspreventie. Vanuit het budget van de NRV zal het opstellen van deze richtlijn deels gefinancierd worden.



8 Verslavingszorg

De verslavingszorg is een relatief kleine sector, maar gezien de maatschappelijke relevantie van de aanpak van de verslavingsproblematiek ben ik van mening dat er meer belangstelling voor deze sector moet komen en dat de verslavingszorg hoger op de beleidsagenda moet komen te staan. Er bestaan helaas ook veel misverstanden over de verslavingszorg.
De verslavingszorg is gebaat bij een realistischer beeld van wat verslaving is en wat met de zorg kan worden bereikt. Het idee dat de behandeling in de verslavingszorg bijvoorbeeld minder effectief is dan bijvoorbeeld in de somatische zorg, is niet juist. Die effectiviteit in beide sectoren is vergelijkbaar. Maar we moeten ons ook realiseren dat verslaving niet altijd een eenvoudig te behandelen aandoening is. Terugvalpercentages lopen op tot circa 50% binnen een jaar. Het herstel is vaak een langdurig proces. Om de maatschappelijke relevantie van en de verwachtingen over de verslavingszorg beter voor het voetlicht te brengen oriënteer ik mij op mogelijkheden van een maatschappelijke kosten en baten analyse (MKBA).

Ik wil vijf thema's onder de aandacht brengen.

Recentelijk zijn door de Stichting Informatievoorziening Verslavingszorg (IVZ) de kerncijfers van het Landelijke Alcohol en Drugs Informatiesysteem (LADIS) over de jaren 2017-2022 gepubliceerd. Op grond van deze cijfers kom ik tot de conclusie dat er meer inzicht moet komen in de praktijkvariatie in de Nederlandse verslavingszorg. Vanzelfsprekend gaat het dan niet om de gepaste en wenselijke praktijkvariatie vanuit het oogpunt van gepersonaliseerde en gedifferentieerde zorg. Er zijn echter signalen uit de praktijk dat er aanzienlijke kwaliteitsverschillen zijn tussen instellingen. Een voorbeeld daarvan is dat door sommige instellingen zwaardere patienten geëxcludeerd worden (*cherry picking*) en/of dat er te weinig aandacht besteed wordt aan nazorg. Dit is een vorm van ongepaste en onwenselijke praktijkvariatie. Er is dan mogelijk ruimte voor een kwaliteitsverbeteringsslag. Wellicht is de kwaliteit van zorg in het geding. We hebben daar nu onvoldoende zicht op. Het is van belang dat dit nader wordt onderzocht.

In het LADIS rapport wordt gesproken over trends in de hulpvraag. Dit is echter geen juiste omschrijving van wat LADIS in kaart brengt. De LADIS cijfers betreffen inschrijvingen in de Nederlandse verslavingszorg en geven daarmee inzicht in het zorggebruik en niet in de bestaande hulpvraag in Nederland of over het voorkomen (prevalentie/incidentie) van bepaalde verslavingen in Nederland. Opvallend is dat er over de jaren weinig fluctuaties zijn en dat de totale hulpvraag verrassend constant is. Uit de NDM blijken echter wel aanzienlijke fluctuaties in middelengebruik. Deze fluctuaties zijn niet terug te zien in de LADIS-cijfers. In samenwerking met het Trimbos Instituut kijk ik in 2024 naar mogelijke verklaringen wat betreft het cannabis- en cocaïnegebruik. Het feit dat de totale hulpvraag al jaren nauwelijks fluctueert, kan ook betekenen dat het plafond in de capaciteit van de verslavingszorg is bereikt en dat de zorgkloof daardoor toeneemt. Dit wordt verder ondersteund door de bestaande wachtlijsten in de GGZ. Indien verzekeraars niet meer zorg inkopen, terwijl het aantal mensen met een verslavingsaandoening wel toeneemt is er een toenemend aantal mensen dat niet in zorg komt terwijl ze die wel nodig hebben. Hierdoor nemen de ernst van de problematiek en het risico op complicaties mogelijk toe, waardoor de zorgkosten stijgen en de wachtlijsten langer worden. Er kunnen ook andere zaken spelen, bijvoorbeeld bij aanbieders voor verslavingszorg die niet aan LADIS aanleveren, of zorg die geboden wordt binnen andere aanbieders voor geestelijke gezondheidszorg die niet bij LADIS in beeld zijn (bijvoorbeeld PAAZ-en en FACT teams binnen de algemene GGZ). In algemene zin kan men stellen dat de relatie tussen de epidemiologische prevalentie, de behoefte aan zorg, de noodzaak tot zorg en deelname aan de zorg complex is. Nadere studie is aangewezen.

Idealiter zou ook informatie beschikbaar moeten komen over welke behandeling cliënten in de verslavingszorg krijgen (type, duur en intensiteit) en wat de resultaten daarvan zijn. De Stichting IVZ werkt met Verslavingskunde Nederland (VKN) samen aan een pilot om een beperkt aantal instellingen met elkaar te vergelijken. VKN heeft ook het initiatief genomen om een nieuw Routine Outcome Monitoring (ROM) instrument te ontwikkelen, ten behoeve van indicatiestelling en opvolging van behandeleffecten. 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 en wetenschappelijk onderzoek beschikbaar te kunnen maken. Hierbij zal ik vanzelfsprekend ook de registratielast/administratieve last voor de medewerkers in de zorg in beschouwing nemen.

De jeugdverslavingszorg wordt door gemeenten gefinancierd. Mede vanwege deze financieringsvorm staat deze zorg bij veel verslavingszorginstellingen onder druk. Ik vraag hier meer aandacht voor.

Het tweede thema is de zorgkloof. De grootste groep mensen met een verslaving, is niet bekend bij de verslavingszorg. 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 voorkomen, de duur van de behandeling verkorten en de kans op herstel vergroten. Overigens komt, zoals reeds aangegeven, natuurlijk herstel ook voor. Er is geen panacee voorhanden om de zorgkloof eenvoudig te dichten. Meer (politieke) aandacht voor de toegankelijkheid en kwaliteit van de verslavingszorg zou een eerste, goede stap zijn. Ik noem enkele denkrichtingen teneinde de bestaande zorgkloof en kwaliteit van zorg te verbeteren:

- Er is bijvoorbeeld een grote variëteit aan instellingen (groot/klein, categoraal/ingebed in GGZ etc.) die verslavingszorg aanbieden, maar we hebben weinig zicht op de kwaliteit van de geleverde zorg en de overeenkomsten en verschillen tussen de aanbieders. Het is gewenst dat betrokken organisaties als zorgverzekeraars en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) hier beter naar kijken.
- Vroegsignalering en vroeg interventie zijn belangrijke instrumenten om de zorgkloof te verkleinen. Met het Samenwerkingsverband Vroegsignalering Alchol-problematiek (SVA) zijn stappen gezet om de kloof te verkleinen, bijvoorbeeld door handreikingen en toolkits voor vroegsingalering en interventie voor de eerste en tweede lijn te maken[10] Het verdient aanbeveling om ook bij andere verslavingen te leren van de ervaringen met het SVA.
- Een andere belangrijke factor die bijdraagt aan de zorgkloof is de stigmatisering rond verslaving. Het gaat hier zowel om zelfstigma, publiek stigma, structureel stigma, als stigma dat naasten 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. Hierbij, wil ik het belang van een onafhankelijke patiëntenvereniging benadrukken. Het Zwarte Gat, de koepel van cliëntenraden in de verslavingszorg, vervult thans deze rol.
- Tenslotte wil ik wijzen op het belang van de inzet van zelfhulp om de zorgkloof te verkleinen. Er is de afgelopen jaren toenemend bewijs voor de effectiviteit van zelfhulp bij verslaving voor een deel van de patiënten. Laagdrempelige zelfhulp, in de vorm van zelfhulpgroepen of bijvoorbeeld eHealth interventies, kan daarbij voorkomen dat mensen (te) laat in zorg komen en herstel bevorderen.

Het derde thema betreft één van de meest hardnekkige problemen in de GGZ en de verslavingszorg: comorbiditeit. Meer dan de helft van de patiënten in de GGZ en de verslavingszorg heeft naast een verslaving ook één of meer andere psychische aandoeningen. In de afgelopen decennia is enige vooruitgang geboekt met het integraal behandelen van deze problemen, maar er is nog veel ruimte voor verbetering. In het Integraal Zorgakkoord (IZA) wordt de verslavingszorg niet expliciet genoemd en is verslavingszorg aan veel regiotafels onvoldoende in beeld. Ik ben van mening dat de activiteiten onder het IZA bij uitstek geschikt zijn om het probleem van comorbiditeit in de keten te adresseren. Hiervoor is het noodzakelijk dat de verslavingszorg beter aangehaakt wordt bij het IZA.

De behandeling van tabaksverslaving, het vierde thema, heeft jarenlang ten onrechte weinig aandacht gekregen. In het tabaksontmoedigingsbeleid moeten we niet alleen inzetten op het voorkómen van roken, maar ook op het stoppen met roken. 33% van de rokers doet jaarlijks een stoppoging. De kans dat men daadwerkelijk met roken stopt, neemt substantieel toe als dit onder begeleiding gebeurt. Over het algemeen worden patiënten met een tabaksverslaving behandeld binnen de eerstelijn. Pogingen om te stoppen met roken onder begeleiding van een erkende coach, worden in het kader van de Zorgverzekeringswet éénmaal per jaar vergoed. Een gemiddelde roker heeft echter 5-10 stoppogingen nodig om tot duurzame abstinentie te komen. Om het doel in het NPA van 50% stoppers te halen, zullen rokers vaker goed begeleide stoppogingen moeten doen. In dit kader adviseer ik de vergoeding voor het stoppen met roken uit te breiden tot twee- of driemaal per jaar. Een kleine groep patiënten met een ernstige tabaksverslaving heeft echter specialistische verslavingszorg nodig. Ik adviseer voor deze groep behandeling van tabaksverslaving binnen de verslavingszorg mogelijk te maken.

Thema vijf. De eerste stap in het verslavingsbeleid is preventie. Preventie kan echter maar tot beperkte hoogte verslaving

[10] Zie voor een overzicht www.herkenalcoholproblematiek.nl.

voorkómen. Daarom is een goede toegankelijkheid tot en kwaliteit van verslavingszorg de tweede prioriteit. Echter, volledige abstinentie en duurzaam herstel is niet voor alle patiënten die kampen met verslaving haalbaar. Voor diegenen bij wie verslaving zich heeft ontwikkeld tot een chronische aandoening zijn schadebeperkende interventies (harm reduction) aangewezen om de ziekte- en sterftelast te minimaliseren. In Nederland hebben we daar met bijvoorbeeld de methadononderhoudsbehandeling en de medische heroïneverstrekking veel succes mee gehad, zoals blijkt uit de in vergelijking met andere landen lage opioïde-gerelateerde sterfte. Ook is het gebruik van heroïne afgenomen. Hierdoor staat de continuïteit van deze voorzieningen echter onder druk. Ik pleit voor blijvende aandacht voor schadebeperking; niet alleen bij opiaatgebruik, maar ook bij het gebruik van andere middelen, zoals alcohol, amfetaminen, GHB en cocaïne. Bij patiënten met een alcoholverslaving kan dit substitutiebehandeling met baclofen of het verstrekken van alcohol betekenen en bij patiënten met een afhankelijkheid van stimulantia (cocaïne of amfetaminen) behandeling met langwerkende dexamfetamine. Bij een GHB verslaving kan gedacht worden aan substitutiebehandeling met baclofen of de verstrekking van farmaceutische GHB. Ook noem ik hier graag het ontbreken van vergoeding voor het bewezen effectieve substitutie depot preparaat buprenorfine. Voor deze schadebeperkende maatregelen is een departementale visie en gelijkaardige benadering van verschillende middelen noodzakelijk. Mogelijk is het raadzaam de Gezondheidsraad advies te laten uitbrengen over de uitbreiding van substitutiebehandeling. Ik zal in 2024 bekijken hoe ik dit op de agenda kan zetten.



9 Kennis

Om meer zicht te krijgen op de kennislacunes over verslaving heb ik ZonMw gevraagd een overzicht te laten opstellen van de kennis over verslaving aan middelen, waarbij ook de belangrijkste kennishiaten geïdentificeerd moesten worden. Deze studie is uitgevoerd door het Instituut voor Verslavingsonderzoek (IVO) en de Amsterdam Medische Centra (Amsterdam UMC). Het rapport *Kennissynthese Verslaving aan middelen* heb ik recentelijk aangeboden aan de staatssecretaris van VWS.

De onderzoekers werden ondersteund door een projectgroep met vertegenwoordigers uit onderzoek, praktijk en ervaringsdeskundigen. Tevens werd een consortium van verslavingsonderzoekers geraadpleegd. Het onderzoek beperkt zich tot de kennis van verslaving aan de meest gebruikte middelen: alcohol, tabak, cannabis, cocaïne, opiaten en amfetaminen. Een kennissynthese over gokverslaving is al eerder gepubliceerd.[11]

De inventarisatie van de bestaande kennis is door literatuurstudie van wetenschappelijke reviews en meta-analyses uitgevoerd. Vervolgens is middels de zogeheten Delphimethode een prioritering gemaakt van de belangrijkste onderzoeksvragen op zes deelgebieden; 1. prevalentie, 2. impact, 3. ontstaan, beloop en risicofactoren, 4. preventie, 5. behandeling, 6. zorg en herstel. De kennissynthese biedt goede mogelijkheden om tot de formulering van een onderzoeksprogramma te komen. Ik ben wel van mening dat er nog een verdere afbakening gewenst is. Het is bijvoorbeeld zinvol om te kijken welke onderzoeksvragen (beter) in internationaal verband kunnen worden onderzocht en voor welke vragen primair een nationaal onderzoeksprogramma nodig is. Een recente ontwikkeling met nieuwe mogelijkheden is het gebruik van psychedelica bij mensen die kampen met een therapieresistente verslaving, waarbij vaak sprake is van polydrugverslaving en psychiatrische comorbiditeit. Het lijkt erop dat psychedelica met name voor deze complexe groep veelbelovend is. Onderzoek daarnaar zou gestimuleerd moeten worden.

De afgelopen 10 jaar zijn de mogelijkheden om verslavingsonderzoek gefinancierd te krijgen fors teruggelopen. De mogelijkheden om wetenschappelijk onderzoek naar verslaving te financieren zijn vergeleken met andere psychische aandoeningen, zoals depressie, en zeker somatische ziekten als kanker en hartaandoeningen echter zeer gering. Via bredere ZonMW programma's worden incidenteel verslavingsgerelateerde projecten gefinancierd, maar dat staat in geen verhouding tot de periode vóór 2014 toen er twee ZonMw programma's verslaving liepen Ook komt het voor dat er op deelonderwerpen programma's worden opgezet, zoals het deelprogramma alcoholpreventie. Het risico bestaat dat de tot 2014 opgebouwde capaciteit en expertise de komende jaren sterk terug zullen lopen. Dit wordt niet alleen veroorzaakt doordat er minder financiële middelen beschikbaar zijn. Door de versnipperde financiering is er ook minder ruimte voor multidisciplinair onderzoek. Juist de samenwerking tussen onderzoekers vanuit verschillende disciplines en de praktijk van de verslavingszorg en -preventie is noodzakelijk om de schadelijke impact van verslaving te beperken en te voorkomen.

De auteurs van de kennissynthese concluderen dat gezien de vele kennishiaten op vrijwel alle deelgebieden en de behoefte aan nieuwe kennis duidelijk maken dat het onderzoek naar verslaving een sterke en blijvende impuls nodig heeft. Ik deel deze mening. Ik heb de staatssecretaris van VWS geadviseerd om vanuit de publieke middelen een nieuw, meerjarig ZonMw onderzoeksprogramma verslaving mogelijk te maken.

De looptijd van ZonMw programma's is meestal beperkt tot enkele jaren. De auteurs van de kennissynthese pleiten voor een structurele financiering, zoals in Duitsland, Frankrijk en de VS het geval is, door oprichting van een Nationaal Fonds Verslaving (NFV). Ik heb de staatssecretaris van VWS geadviseerd de haalbaarheid van een NFV te onderzoeken.

[11] Antonius J. van Rooij , Anouk Tuijnman, Marloes Kleinjan, *Kansspelverslaving, gokgerelateerde schade en gokproblematiek. Kennissynthese en onderzoeksagenda* (Utrecht 2021).

10 Prioriteiten voor 2024

Uit voorgaande kan een aantal prioriteiten voor 2024 worden afgeleid. Ik wil benadrukken dat de prioriteiten in onderstaande tabel aan verandering onderhevig kunnen zijn. Ik wil flexibiliteit behouden om urgente, actuele thema's te kunnen oppakken. Uit de tabel blijkt ook dat de operationalisering van een aantal prioriteiten nog onvoldoende is uitgekristalliseerd.

Prioriteit	Omschrijving	Planning	NRV financiering
Trends en ontwikkelingen			
Online gokken	Follow up van advies "Gokken met Gezondheid".	Doorlopend	n.v.t.
Cannabisgebruik	Toename problematisch cannabisgebruik en geen stijging hulpvraag. Duidingssessie i.s.m. de NDM	Eerste helft 2024	ja
Cocaïnegebruik	Toename problematisch cocaïnegebruik en geen stijging hulpvraag. Duidingssessie i.s.m. de NDM	Tweede helft 2024	ja
Opioïden	Mogelijke advisering na actualisatie onderzoek TAPTOE	Tweede kwartaal 2024	nee
Preventie			
Richtlijn verslavingspreventie	Initiëren opstellen integrale richtlijn verslavingspreventie	Samenstellen commissie en werkgroep tweede kwartaal 2024, literatuur-onderzoek tweede helft 2024	Ja (gedeeltelijk)
NPA	Bevorderen intensivering NPA	n.n.b.	nee
Verslavingszorg			
Maatschappelijke kosten en baten analyse (MKBA).	Oriëntatie op mogelijkheden uitvoeren MKBA	Eerste helft 2024	Ja
Meer (politieke) aandacht voor de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg	Het tegengaan van ongewenste praktijkvariatie en ontwikkeling MOVIN instrument	2024	n.v.t.
Comorbiditeit	n.t.b.	2024	n.t.b.
Schadebeperking verbreden buiten opioïden	n.t.b.	2024	n.t.b.
Richtlijn behandeling gedragsverslaving	Bevorderen totstandkoming	2024	nee
Forensische zorg en reclassering	Oriënteren	2024	nee
Kennis			
Onderzoeksprogramma Verslaving	Bevorderen totstandkoming onderzoeksprogramma	2024	nee

11 Naar een visie op verslaving

Tijdens het eerste jaar van mijn aanstelling als NRV ben ik regelmatig gewezen op de moeilijkheden die stakeholders uit het verslavingsveld ondervinden om het thema verslaving onder de aandacht te brengen. Ik herken dit; in de Kamerdebatten is verslaving de afgelopen jaren nauwelijks aan de orde geweest. Een uitzondering hierop was het commissiedebat Drugsbeleid en verslavingszorg van 29 maart jl. Ik ben van mening dat verslaving hoger op de beleidsmatige en politieke agenda moet komen te staan. We hebben immers, zoals hierboven al aangegeven, te maken met één van de meest voorkomende psychische aandoeningen met enorme schadelijke gevolgen voor mens en maatschappij. Vrijwel iedereen wordt op enigerlei moment direct of indirect geraakt door (de gevolgen van) verslaving. Een belangrijk obstakel is naar mijn mening dat de (beleidsmatige) aandacht voor verslaving in sterke mate gefragmenteerd is. Dit beperkt een effectieve respons. Ik wil hier een aantal voorbeelden van geven.

Hoe de maatschappij met risicovolle producten als alcohol, tabak, drugs, medicijnen en kansspelen omgaat, loopt enorm uiteen. Er zijn veel historische, sociale en culturele oorzaken aan te wijzen voor de grote diversiteit in omgang met verslavende middelen. Als we echter kijken naar de determinanten en mechanismen van alcohol-, drugs-, tabaks-, medicijn-, of gokverslaving zijn er opmerkelijk genoeg nauwelijks verschillen. Dat betekent onder meer dat we kunnen leren van hoe we met de verschillende middelen of gedragingen omgaan. Dit gebeurt te weinig. Het online gokbeleid had er vermoedelijk anders uitgezien als het meer was gestoeld op de ervaringen met het alcohol-, tabaks- of cannabisbeleid. Dit pleit voor een meer geïntegreerd verslavingsbeleid dat middel- en domeinoverstijgend wordt vormgegeven.

Tabaksverslaving is verantwoordelijk voor de grootste mortaliteit en morbiditeit. Rokers worden – een enkele pilot uitgezonderd - echter niet behandeld in de verslavingszorg. Stoppen met roken wordt echter wel laagdrempelig ondersteund en vergoed vanuit de basisverzekering. Het verdient aanbeveling om te onderzoeken of de strikte scheiding, zowel financieel als organisatorisch, tussen behandeling van tabaksverslaving en andere verslavingen zinvol 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 algemene zin is het nodig dat GGZ en verslavingszorg minder versnipperd en veel meer geïntegreerd, domeinoverstijgend werken.

Het Nationaal Preventie Akkoord (NPA) bevat afspraken rond tabaksontmoediging en het terugdringen van problematisch alcoholgebruik. Andere verslavende middelen en de gedragsverslavingen vallen buiten het bereik van het NPA. Binnen het NPA is er nauwelijks sprake van enige integratie van tabaks- en alcoholpreventie. Het resultaat is dat verslavingspreventie zowel beleidsmatig, als financieel en het niveau van implementatie in sterke mate is versnipperd. Dit beperkt de effectiviteit.

Gezien deze voorbeelden verdient het aanbeveling om te streven naar een meer integrale benadering van verslaving aan middelen en gedragingen, zowel vanuit het perspectief van wetenschappelijk onderzoek en monitoring, preventie en zorg. Een duidelijke visie op verslaving is daarbij noodzakelijk.

Ik adviseer het ministerie van VWS een beleidsvisie verslaving op te stellen. Idealiter zou een dergelijke visie een interdepartementale reikwijdte moeten hebben. Een beleidsvisie verslaving van het ministerie van VWS zou een goede eerste aanzet zijn. Deze visie moet zowel alcohol, tabak, drugs, medicijnen als verslavende gedragingen omvatten. Daarnaast is het van belang dat de visie het gehele continuüm van beginnend/experimenteel gebruik tot en met zorg en schadebeperking bestrijkt. Uit voorgaande volgt dat een domeinoverstijgende aanpak noodzakelijk is.

Financiële verantwoording

Op de begroting van het ministerie van VWS is jaarlijks € 500.000 gereserveerd voor het Instituut NRV. Om de onafhankelijkheid van de rapporteur ook in financiële zin te borgen is een ondervolmachtregeling opgesteld.[12] Uitgaven werden tot 1 januari 2024 geaccordeerd door het ministerie van VWS. Met de ondervolmacht heeft de NRV onder bepaalde voorwaarden zonder voorafgaande toestemming van VWS beheer over het budget.

Van de € 500.000 zijn de salariskosten van de rapporteur (in 2023 € 35.226) en de secretaris (in 2023 € 122.172) bekostigd. VWS heeft aan departementale apparaatskosten € 74.200 van het NRV budget geclaimd voor de aanstelling van een VWS ambtenaar als accounthouder NRV. Hierdoor bleef er in 2023 circa € 268.402 vrije ruimte over.

Uit onderstaande blijkt dat er in 2023 een aanzienlijke onderuitputting was. De verwachting is dat dit in 2024 niet het geval zal zijn.

Uitgaven 2022	
Personeelskosten	€ 2.935
Opdracht ZonMW kennissynthese	€ 255.000
Totaal	**€ 257.935**

Uitgaven 2023	
Personeelskosten	
- De NRV	*€ 35.226*
- Secretaris Bureau	*€ 122.172*
- Apparaatskosten VWS	*€ 74.200*
Opdracht ZonMW kennissynthese	€ 28.000
Mediatraining NRV	€ 4.000
Totaal	**€ 236.598**

[12] Staatscourant 2024, 167 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen (officielebekendmakingen.nl)

Lijst kennismakingsgesprekken

- 113 suïcide preventie
- Amsterdamse Hogeschool (Ton Nabben)
- Centrum Gezond Leven, RIVM
- Erasmus Universiteit Rotterdam (Marilisa Boffo)
- Expertise Centrum voor Forensische Psychiatrie
- Gezondheidsfondsen voor Rookvrij
- GGD/GHOR (Willem Jan Lieve, Selinda Rouwenhorst)
- Het Zwarte Gat
- Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)
- Instituut voor Verslavingsonderzoek
- Jellinek
- Kamerleden van D66
- Kamerleden van de Christen Unie
- Kansspelautoriteit
- LEF
- Loket Kansspel
- Ministerie van Justitie en Veiligheid Directie Sanctie- en Slachtofferbeleid
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, diverse beleidsdirecties/medewerkers
- Moedige Moeders
- Nationaal Rapporteur Mensenhandel
- Nederlands Instituut van Psychologen
- Nederlandse GGZ
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA)
- Pas op Gamen en Gokken
- Rijksuniversiteit Utrecht (Gert-Jan Meerkerk)
- Samenwerkende Gezondheidsfondsen
- SLICKS
- Staatscommissie MDMA
- Stichting Alcohol Preventie (STAP)
- Stichting Informatievoorziening Verslavingszorg
- Stichting Mainline
- Stichting Rookpreventie Jeugd
- Stichting Verslavingsreclassering Nederland
- TRANZO, Universiteit van Tilburg (Dike van de Mheen, Rob Bovens)
- Trimbos instituut, diverse afdelingen/medewerkers
- Universiteit van Amsterdam (Dirk Korf)
- Vereniging van Verslavingsgeneeskundigen Nederland (VVGN)
- Verslavingskunde Nederland
- ZonMw

Over de Nationaal Rapporteur Verslavingen

Het kabinet “Rutte IV” heeft een Nationaal Rapporteur Verslavingen (NRV) ingesteld om beter zicht te krijgen op de (maatschappelijke) impact van verslavingen. Prof. dr. Arnt F.A. Schellekens is per 1 december 2022 voor vier jaar aangesteld als NRV. Arnt Schellekens is hoogleraar psychiatrie en verslaving aan het Radboudumc in Nijmegen.

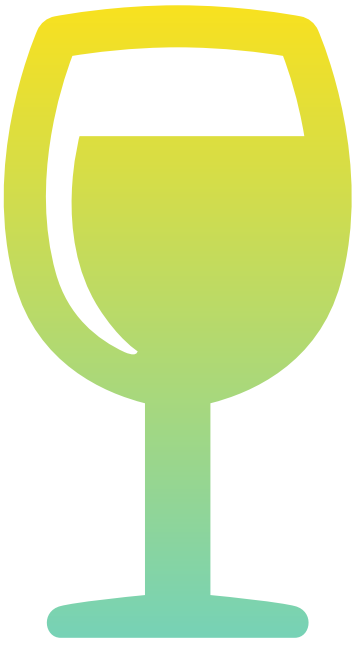
De NRV rapporteert periodiek over de omvang en de ontwikkeling van de verslavingsproblematiek.

De NRV heeft vier taken:

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.

De NRV adviseert niet alleen de regering, maar kan ook gemeenten, verslavingszorginstellingen, kennisinstituten en alle andere organisaties die zich met verslaving bezighouden advies geven.

Voor meer informatie zie: www.rapporteurverslavingen.nl
De NRV is onafhankelijk.



Dit is een uitgave van
de Nationaal Rapporteur Verslavingen
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Bezoekadres
Parnassusplein 5 | 2511 vx Den Haag

Postadres
Postbus 20350 | 2500 ej Den Haag
Telefoon 070 340 7911

rapporteurverslavingen.nl

Februari 2024