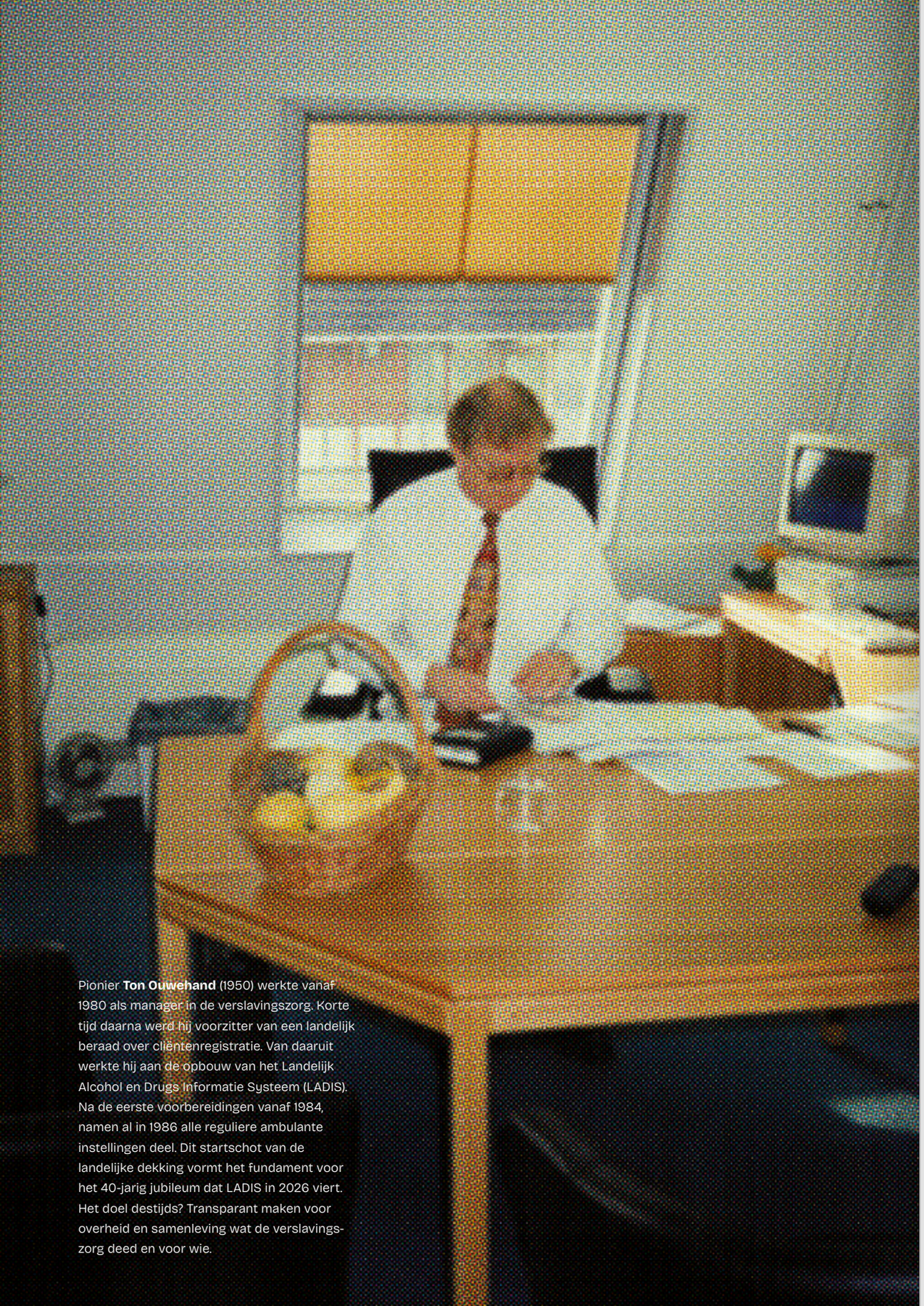
40 jaar LADIS
15 experts reflecteren op het verleden, heden en de toekomst van de verslavingszorg in Nederland

40 jaar LADIS
Samen stil staan bij een sector in beweging

40 jaar LADIS
Samen stil staan bij een sector in beweging



Pionier **Ton Ouwehand** (1950) werkte vanaf 1980 als manager in de verslavingszorg. Korte tijd daarna werd hij voorzitter van een landelijk beraad over cliëntenregistratie. Van daaruit werkte hij aan de opbouw van het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS). Na de eerste voorbereidingen vanaf 1984, namen al in 1986 alle reguliere ambulante instellingen deel. Dit startschot van de landelijke dekking vormt het fundament voor het 40-jarig jubileum dat LADIS in 2026 viert. Het doel destijds? Transparant maken voor overheid en samenleving wat de verslavingszorg deed en voor wie.

Voorwoord Ruud Rutten (RvT) 4
Voorwoord Jan Kerssies (bestuur IVZ) 5
Inleiding: 40 jaar informatie, inzichten en impact 6
40 jaar LADIS in mijlpalen 10

Kennis als fundament

1. De meetbare werkelijkheid van de straat 17
1.1 Vincent Hendriks 18
1.2 Margriet van Laar 21
Middelengebruik versus het aantal mensen in behandeling 24

Beleid als raamwerk

2. Tussen Den Haag en de werkelijkheid 26
2.1 Sander Baljé 28
2.2 Arnt Schellekens 31
Wat cijfers laten zien over decennia verslavingszorg 35

3. De Nederlandse pioniersgeest 27
3.1 Linda Montanari en Kateřina Škařupová 38

Praktijk als kern

4. Verslavingszorg: van klaslokaal tot herstel 44
4.1 Gerard Niemeijer 46
4.2 Michael de Munnik 49
Drugsgebruik altijd een stedelijk probleem? Nee! 52

5. Het perspectief van de cliënt 45
5.1 Marcel Mooij 54
Nieuwe middelen, nieuwe druk op de zorg 57

Mens als motor

6. Vormgevers van een veranderend vak 58
6.1 Peter Greeven 60
6.2 Dick van Etten 64

7. Opleiden voor een complexe praktijk 59
7.1 Mary Janssen van Raay 67

Transformatie als toekomst

8. De lessen van veertig jaar en een blik vooruit 71
8.1 Dike van de Mheen 72
8.2 Jitske Hoogervorst 75
Column Thomas Martinelli: Elk tijdperk zijn eigen pleister 78

Dankwoord 82
Colofon 83

Voorwoord

Meningen lijken vaak belangrijker dan feiten. In mijn lange carrière, zowel als hulpverlener, manager/bestuurder als wetenschapper, heb ik steevast gezien dat als er echt even zorgvuldig wordt gekeken en geteld, de uitkomst altijd weer verraste. De feiten doen er altijd toe. Hoewel feiten meningen niet altijd vervangen, begrenzen ze deze wel en geven ze richting aan ons handelen.
In de wereld van de verslavingszorg domineerden lang de opvattingen. Veertig jaar geleden ontstond er in Nederland echter een sterke, nuchtere stroming die pleitte voor een pragmatische aanpak op basis van feiten. De emotionele en moralistische kijk van voorheen leidde immers tot veel debat, maar tot weinig concrete oplossingen. Dit leidde onder meer, ook op Europees niveau, tot het jaarlijks verzamelen van kerngegevens over de verslavingszorg: LADIS.
In deze jubileumuitgave staan de persoonlijke perspectieven van betrokken deskundigen centraal. Vanuit hun eigen rol blikken zij terug op hoe de Nederlandse verslavingszorg zich ontwikkelde van een kleine, wat onderbelichte sector, naar een volwaardig specialisme met een breed aanbod aan preventie en behandeling. Zij beschrijven waar we nu staan en werpen een blik op de toekomst van ons vakgebied.
Toch is er ook nog veel te doen. Er zijn steeds weer nieuwe verslavingen, terwijl de oude hardnekkig zijn. Er zijn nieuwe risicogroepen, terwijl de oude nooit risicovrij zijn. De mens is in staat verslaafd te raken en de maatschappelijke ontwikkelingen brengen steeds weer nieuwe risico's mee. Soms tegen beter weten in, zoals de toename van online gokken. Soms toch ook weer onverwacht, zoals het overmatig en compulsieve gebruik van sociale-media.
In die ontwikkelingen is monitoring door het LADIS een constante factor. Steeds waren en zijn er de feiten, de getallen, die beleid spiegelen, voortstuwen en controleren.
Dat het nodig is te beschikken over dergelijk zorgdata is inmiddels *common sense*. Tegelijkertijd blijkt het in de praktijk allesbehalve eenvoudig om gegevens over langere tijd en organisatie-overstijgend te verzamelen. Dat een landelijke registratie als LADIS al veertig jaar bestaat en wordt gedragen door zoveel organisaties, is daarom allesbehalve vanzelfsprekend. Het laat zien wat langdurige samenwerking kan opleveren. In deze publicatie kijken we terug op de succesfactoren en op de uitdagingen die nog voor ons liggen.
Dank aan allen, nu en in het verleden, bij IVZ, in de verslavingszorg en bij VWS die dit mogelijk maken en aan zij die vanuit hun eigen expertise hebben bijgedragen aan deze jubileumuitgave.

Ruud Rutten, voorzitter
Raad van Toezicht IVZ



Voorwoord

Als je de zorg wilt verbeteren, dan is het nodig data te verzamelen en te delen. Dat doe je niet met techniek (en wettelijke kaders) alleen, maar berust ook op samenwerken en vertrouwen.
Dat vertrouwen is misschien wel de belangrijkste verklaring voor het feit dat het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) al veertig jaar bestaat. Veertig jaar waarin duizenden professionals, bestuurders, onderzoekers, beleidsmakers, softwareleveranciers en medewerkers iedere dag opnieuw hebben gekozen voor samenwerking. Niet omdat registratie een doel op zich is, maar omdat betrouwbare informatie onmisbaar is voor goede zorg, verstandig beleid en nieuwe inzichten.
Bij het 25-jarig bestaan van LADIS werd in een jubileummagazine stilgestaan bij de bijzondere betekenis van deze landelijke registratie. Ook toen werd benadrukt dat de kracht van LADIS niet alleen schuilt in de cijfers zelf, maar vooral in de gezamenlijke inspanning die nodig is om die cijfers betekenis te geven. Vijftien jaar later is die gedachte actueler dan ooit.
De afgelopen decennia hebben laten zien dat een voorziening als LADIS niet vanzelfsprekend is. Er zijn perioden geweest waarin het verzamelen en publiceren van gegevens onder druk stond. Er was aanvullende wetgeving nodig om de gegevensuitvraag aan instellingen ook voor de toekomst te kunnen waarborgen. Juist in die jaren bleek hoe groot het draagvlak voor LADIS is. Wij zijn het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zeer erkentelijk voor de blijvende steun en betrokkenheid. Mede daarom was het mogelijk om deze unieke informatievoorziening te behouden en verder te ontwikkelen. Die dank geldt evenzeer voor de verslavingszorginstellingen die hun gegevens beschikbaar stellen, de softwareleveranciers die de gegevensuitwisseling ondersteunen, de beleidsmakers en onderzoekers die de informatie benutten, de leden van de inhoudscommissie die waken over kwaliteit en relevantie en – niet in de laatste plaats – de medewerkers van IVZ. Met grote deskundigheid en toewijding zetten zij zich al jarenlang in voor betrouwbare Kerncijfers en voor de vele onderzoeken en analyses die daarop voortbouwen.
Dankzij die gezamenlijke inzet heeft LADIS niet alleen nationaal betekenis gekregen, maar ook internationaal. Een belangrijke (wettelijke) taak is het voorzien van gegevens en inzichten aan het European Union Drugs Agency (EUDA). Daarmee draagt de samenwerking binnen Nederland ook bij aan een beter begrip van verslavingsproblematiek in Europa.
We laten verschillende mensen aan het woord, ieder vanuit hun eigen ervaring en deskundigheid. Samen laten zij zien hoe het vakgebied zich heeft ontwikkeld, welke uitdagingen zijn overwonnen en welke vragen ons in de toekomst bezighouden. Dat maakt deze uitgave uiteindelijk ook tot een eerbetoon. Aan veertig jaar samenwerking. Aan het vertrouwen dat daarvoor nodig was. En aan alle mensen die, vaak buiten beeld, hebben bijgedragen aan kennis die de zorg helpt verbeteren.

Jan Kerssies,
Bestuurder IVZ



40 jaar informatie, inzichten en impact

Achter de schermen van de Nederlandse verslavingszorg tikt al veertig jaar een digitale metronoom: LADIS. Wat in 1986 begon als een nuchter initiatief om de hulpvraag in kaart te brengen, is uitgegroeid tot een database van een indrukwekkende omvang. De cijfers vertellen niet alleen het verhaal van middelen en methoden, maar vormen bovenal de collectieve herinnering aan de tienduizenden mensen die jaarlijks de weg naar de zorg vinden.

Een half miljoen levens in beeld

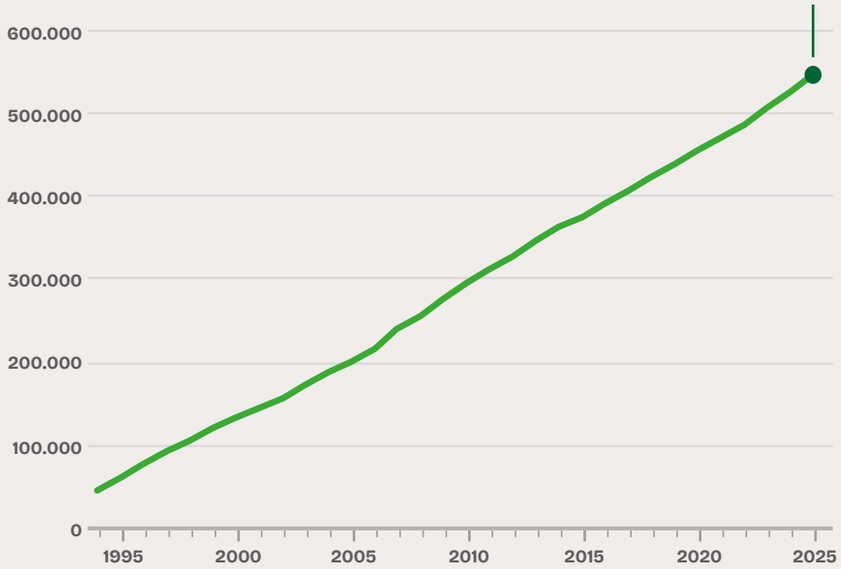
De omvang van de database is inmiddels aanzienlijk. Sinds 1995 heeft LADIS de gegevens van maar liefst 546.541 unieke cliënten geregistreerd. Jaarlijks melden zich tussen de 10.000 en 20.000 nieuwe unieke cliënten bij de verslavingszorg, met een recente piek van bijna 20.000 in 2025. Deze cumulatieve groei laat zien dat LADIS veel meer is dan een momentopname; het is een fundament waarop beleid en wetenschap al decennia kunnen bouwen om de zorg structureel te verbeteren.

Aantal nieuwe unieke cliënten per jaar
First treatments in LADIS

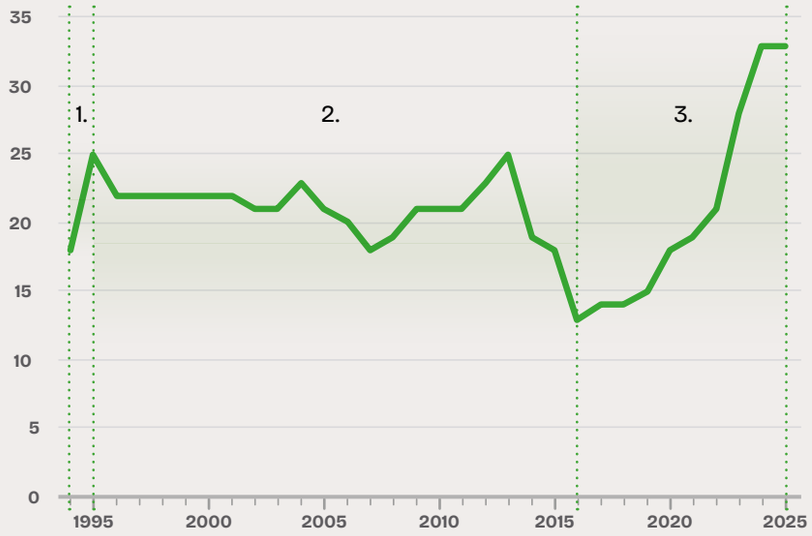


Cumulatief aantal nieuwe unieke cliënten
First treatments in LADIS

546.541
unieke cliënten in 2025



Aantal instellingen in LADIS



De spiegel van de sector: van fusies naar verbreding

De ontwikkeling van het aantal aangesloten instellingen vormt een treffende afspiegeling van de woelige geschiedenis van de Nederlandse zorgsector. In de figuren zien we een specifieke curve die drie duidelijke fasen markeert:

1. **Groei (1994-1995):** In de beginjaren sloot de ene na de andere instelling zich aan bij het pioniersverbond, wat leidde tot een vroege piek van 25 organisaties.

2. **Fusies & Schaalvergroting (1996-2016):** Een lange periode waarin de sector consolideerde. Door grootschalige fusies nam het aantal unieke organisaties af tot een dieptepunt van slechts 13 in 2016. De zorg werd geconcentreerd in grote, regionale spelers.

3. **Verbreding (2016-2025):** De afgelopen tien jaar zien we een opvallende trendbreuk. Het aantal instellingen is weer fors gestegen naar 33 in 2025. Deze groei komt niet door een afname van de schaalvergroting, maar door de komst van nieuwe, gespecialiseerde aanbieders die zich bij het landelijke informatiesysteem hebben gevoegd.

...meer dan getallen

Deze jubileumuitgave kijkt verder dan deze harde grafieken. Hoewel de database de contouren schetst, zijn het de mensen in het veld die de cijfers betekenis geven. In de interviews die volgen, hoort u de stemmen van de pioniers, de critici en de doeners die dagelijks werken binnen de kaders die deze data zichtbaar maken. Want wie de toekomst van de verslavingszorg wil begrijpen, moet de feiten van het verleden durven lezen.

Tijdslijn

40 jaar LADIS in mijlpalen

Legenda

- Instanties & Beleid
- Data & Monitoring
- Diagnose & Instrumenten
- Financiering & Wetgeving

17 ambulante CAD-stichtingen, 7 klinieken en ±75 hulpverleningsinstellingen.

LADIS start als pilot in grote steden.

Stichting IVV wordt opgericht.

Addictis-software wordt ingevoerd. LADIS is officieel gestart.

Eerste Kerncijfers Verslavingszorg.

EMCDDA opgericht.

Fusies CAD's.

TDI-protocol wordt een Europese standaard.

Oprichting NDM.

TDI-versie 2.0 wordt de Europese kernindicator.

1984 **1985** 1986 1987 1988 1989 **1990** 1991 1992 1993 1994 **1995** 1996 1997 1998 1999 **2000** 2001 2002 2003 2004 **2005**

ASI/EuropASI krijgt een gevalideerde toepassing.

DSM-IV.

Het psychosociaal biomedisch model wordt geïntroduceerd.

Wet van Els Borst maakt data-aanlevering verplicht.

Verslaving wordt erkend als chronische hersenziekte.

Einde Addictis.

Stichting ZorgTTP wordt opgericht.

Stichting IVV wordt IVZ.

TDI-versie 3.0.

Aanpassing Wkkgz waardoor LADIS-aanlevering wettelijk werd verankerd.

Oprichting VKN.

LADIS-data-aanlevering wordt bevroren.

EMCDDA wordt EUDA.

Hervatting Kerncijfers.

LADIS 40 jaar.

2006 2007 2008 2009 **2010** 2011 2012 2013 2014 **2015** 2016 2017 2018 2019 **2020** 2021 2022 2023 2024 **2025** 2026

MATE vervangt EuropASI in Nederland.

Zvw en DBC-financiering worden ingevoerd.

Invoering ROM.

Externe ROM-portals.

DSM-5.

Decentralisatie door invoering Wmo en Jeugdwet.

Einde ROM-benchmark.

DBC-systeem stopt; Zorgprestatiemodel start.

Ontwikkeling en pilot van SET-addiction care.

Toelichting op tijdslijn
40 jaar LADIS in mijlpalen

Vier decennia LADIS laten zich niet in één beeld vangen. Deze tijdslijn biedt dan ook een selectie van de belangrijkste gebeurtenissen die van invloed zijn geweest op de ontwikkeling en het bestaan van LADIS en vormt zo een mooi overzicht van onze geschiedenis.

1984

17 ambulante CAD-stichtingen, 7 klinieken en ± 75 hulpverleningsinstellingen: Extreme fragmentatie tussen Consultatiebureaus Alcohol en Drugs (CAD's), klinieken en hulpverleningsinstellingen maakte landelijke monitoring onmogelijk.
LADIS start als pilot in grote steden: Proefproject in grote steden om centraal gegevens te verzamelen; bewees de haalbaarheid van een landelijk systeem.

1986

Stichting IVV wordt opgericht: Stichting Informatievoorziening Verslavingszorg werd opgericht voor het onafhankelijk en professioneel beheer van LADIS, essentieel voor het vertrouwen van instellingen om data te leveren.
Addictis-software wordt ingevoerd, LADIS is officieel gestart: Eerste uniforme software voor digitale registratie, wat de datakwaliteit door harmonisatie en automatische validatie sterk verhoogde.

1987

Eerste Kerncijfers Verslavingszorg: Eerste statistieken over de omvang van verslaving; dit was het eerste grote maatschappelijke en politieke 'bewijs van levering' van LADIS.

1990

ASI/EuropASI krijgt een gevalideerde toepassing: Introductie en wetenschappelijke validatie van dit instrument voor de Nederlandse praktijk om de ernst van verslaving op diverse levensgebieden te meten.

1993

EMCDDA opgericht: Oprichting van het Europees drugsagentschap. Elk land kreeg een 'focal point', het Reitox netwerk, dat was ondergebracht bij het Trimbos instituut. LADIS werd de primaire bron voor informatie van de verslavingszorg in Nederland aan Europa.

1994

Fusies CAD's: CAD's fuseren tot grote regionale instellingen; het netwerk werd overzichtelijker, maar ICT-harmonisatie was complex.
TDI-protocol wordt een Europese standaard: LADIS werkt intensief mee aan de ontwikkeling van de Treatment Demand Indicator (TDI), de eerste van de 5 key-indicators van het EMCDDA met een vastgesteld protocol.
DSM-IV maakt onderscheid tussen misbruik en afhankelijkheid: De vierde editie van het handboek voor psychiatrische diagnostiek, de DSM-IV, splitste verslavingsproblemen strikt op in twee categorieën: 'misbruik' en 'afhankelijkheid'.

1995

Wet Els Borst maakt data aanlevering verplicht: Juridische mijlpaal waarbij aanlevering aan LADIS van gegevens wettelijk verplicht werd.

1997

Psychosociaal biomedisch model wordt geïntroduceerd: Paradigmaverschuiving waarbij de LADIS-elementen factoren zoals wonen, relatie en inkomen en comorbiditeit meer aandacht kregen.

1999

Oprichting NDM: De NDM (Nationale Drug Monitor) werd opgericht om jaarlijks de feiten en cijfers over drugs-, alcohol- en gokgebruik en de bijbehorende zorg in Nederland samen te brengen onder regie van het Trimbos-instituut. LADIS is sinds de oprichting een belangrijke bron voor de NDM.

2000

TDI-versie 2.0 wordt de Europese kernindicator: Update van de Europese kernindicator; LADIS werkte intensief mee en onderging technische aanpassingen voor aangescherpte definities.

2002

Verslaving wordt erkend als chronische hersenziekte: Medische erkenning die het nut van LADIS-data benadrukte voor het in kaart brengen van chronische patronen, recidieven (terugval) en langdurige zorgcarrières.

2006

Einde Addictis: Software stopgezet; LADIS ontwikkelde koppelingen voor data opvraag uit diverse nieuwe Elektronische Patiënten Dossiers.
MATE vervangt EuropASI in Nederland: Nieuwe diagnostische standaard, wat leidde tot een nieuwe informatiebron voor LADIS. Vaak werd dit in aparte (extra) applicaties vastgelegd, wat zorgde voor een complexere data-integratie voor LADIS.

Toelichting op tijdslijn
40 jaar LADIS in mijlpalen

2006

Zvw en DBC-financiering worden ingevoerd: De invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 koppelde de bekostiging aan DBC's (Diagnose Behandel Combinaties). De administratieve last die de invoering van dit systeem met zich meebracht, drukte op de registratie van LADIS-gegevens.

2007

Stichting ZorgTTP wordt opgericht: Voorheen pseudonimiseerde LADIS de cliëntgegevens zelf, door de oprichting van ZorgTTP ontstond er een onafhankelijke partij die zorgde voor een AVG-proof infrastructuur (nog voordat AVG bestond!).
Invoering ROM: ROM (Routine Outcome Monitoring) werd verplicht gesteld om tussentijds en structureel de behandeluitkomsten bij cliënten te meten. Door het verplichtend karakter (gekoppeld aan financiën) en de administratieve last die dit met zich meebracht kwam de LADIS-registratie verder onder druk te staan. LADIS richt zich daarom bij instellingen zich noodgedwongen steeds meer op aanwezige MATE's daar waar geen LADIS-gegevens in het EPD zijn ingevoerd.

2009

Stichting IVV wordt IVZ: Naamswijziging naar Informatievoorziening Zorg. IVZ ging breder opereren en ook kwaliteitsregistraties van medisch specialisten ondersteunen. LADIS bleef echter de belangrijkste kernactiviteit van IVZ.

2012

TDI-versie 3.0: Met TDI versie 3.0 werd het registratieprotocol aangepast om Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS / designerdrugs) nauwkeurig te kunnen registreren bij de behandelvraag.
Externe ROM-portals: Zorginstellingen gingen massaal gebruikmaken van externe ROM-portals voor hun verplichte kwaliteitsmetingen. Om data te kunnen blijven ontvangen, moest LADIS-koppelingen met deze partijen realiseren.

2015

DSM-5 Met de komst van de DSM-5 verviel het oude onderscheid tussen 'misbruik' en 'afhankelijkheid' en werd dit samengevoegd tot de spectrumdiagnose 'stoornis in het gebruik van middelen'.
Decentralisatie door Wmo en Jeugdwet: In 2015 verschoof de verantwoordelijkheid voor maatschappelijke opvang en alle jeugdzorg naar de gemeenten via de Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning) en de Jeugdwet. Als gevolg hiervan ontstonden veel nieuwe zorgaanbieders binnen de verslavingszorg die aangesloten moesten worden bij LADIS.

2017

Oprichting VKN: Oprichting van Verslavingskunde Nederland, het landelijke netwerk voor innovatie en kwaliteitsverbetering van de verslavingszorg. Een belangrijke bondgenoot die LADIS op de bestuurlijke agenda hield.
Einde ROM-benchmark: De Autoriteit Persoonsgegevens (AP) gaf een negatief oordeel over de legitimiteit van de ROM-gegevensverzameling, waardoor deze uiteindelijk is stopgezet.

2018

LADIS-data-aanlevering wordt bevroren: Door de uitspraak van de AP werd op advies van de Nederlandse GGZ tijdelijk de data-aanlevering tijdelijk bevroren. Dit was een zware klap voor LADIS. Gedurende de 'bevriezing' droogde de instroom van actuele data volledig op.

2022

Aanpassing Wkkgz waardoor LADIS wettelijk werd verankerd: Wettelijke verankering van LADIS-aanlevering werd een feit, waarmee de 'bevriezing' eindigde. Ook werd deelname aan LADIS verplicht voor alle gespecialiseerde verslavingszorginstellingen.
DBC-systeem stopt; Zorgprestatiemodel start: Vervanging van DBC's; zorgde voor vertraging in LADIS-aanpassingen omdat prioriteit ging naar aanpassingen die nodig waren om aan het nieuwe financieringsstelsel te kunnen voldoen.

2024

EMCDDA wordt EUDA: Het Europese drugsagentschap werd omgedoopt tot EUDA (European Union Drugs Agency) en kreeg aanzienlijk meer bevoegdheden om lidstaten te ondersteunen en te waarschuwen. De TDI blijft belangrijke pijler voor de EUDA.
Hervatting Kerncijfers Verslavingszorg): Na de bevriezingsperiode werden de Kerncijfers Verslavingszorg met terugwerkende kracht vanaf 2014 weer gepubliceerd.
Ontwikkeling en pilot van SET-addiction care: Ontwikkeling van een modern, gestandaardiseerd meetinstrument als toekomstige basis voor LADIS-aanlevering: de SET (Standardized Evaluation Tool).

2026

LADIS 40 jaar: Mijlpaal van vier decennia systematische dataverzameling binnen een onmisbare en privacy-proof kennisbron.

De meetbare werkelijkheid van de straat

In de verslavingszorg was intuïtie lang een belangrijk kompas. Vincent Hendriks, die zijn carrière begon in een therapeutische gemeenschap en eindigde op een leerstoel, pleit nu voor ‘stout’ onderzoek en om vastgeroeste systemen te doorbreken. Samen met Margriet van Laar, die de razendsnelle veranderende drugsmarkt in beeld probeert te houden, onderzoekt dit hoofdstuk de noodzaak van harde feiten in een veld dat vaak op emotie drijft.

1

Vincent Hendriks
Margriet van Laar

Kennis als fundament

Vincent Hendriks

Vincent Hendriks begon zijn loopbaan in 1984 bij de Emiliehoeve, een commune-achtige verslavingszorginstelling en kwam daarna terecht bij de eerste leerstoel verslavingsziekten bij Prof. Charlie Kaplan op het Erasmus-MC. Vanuit zijn huidige rol als Hoofd Onderzoek Parnassia Addiction Research Centre (PARC) en inmiddels emeritus Hoogleraar Verslaving en Psychiatrische Comorbiditeit blikt hij terug op ruim veertig jaar verslavingszorg en onderzoek.

Van de commune naar de leerstoel

Zijn carrière is, zoals hij het zelf noemt, een “bijzondere carrière”. Als jongeman van begin twintig rolde hij de verslavingszorg binnen in een tijd dat professionaliteit nog een abstract begrip was. De verslavingszorg was destijds weinig professioneel en moest zich in alle facetten nog ontwikkelen. De grote ommekeer voor Hendriks kwam tijdens zijn bezoek als ‘visiting scholar’ aan de Verenigde Staten, waar hij de kans kreeg enkele maanden te werken met de “groten der aarde”, zoals Aaron Beck en Thomas McLellan. In New York, New Jersey en Philadelphia, te midden van de crack- en aidsepidemieën, zag hij hoe wetenschappelijke instrumenten zoals de Addiction Severity Index (ASI) een benchmark konden vormen voor zorg die tot dan toe vooral op intuïtie dreef. Hij nam die methodiek mee naar Nederland. Voor die tijd deed elke instelling in Nederland maar wat; iedereen had zijn eigen vragenlijstje dat op geen enkele manier was afgestemd. De behoefte om informatie te harmoniseren werd zijn missie en legde de basis voor de datagestuurde verslavingszorg van vandaag.

De ontdekking van de psychiatrische patiënt

Een van de meest wezenlijke ontwikkelingen die Hendriks van dichtbij meemaakte, was de verschuiving in het kijken naar verslaving: van een sociologische of antropologische benadering naar een psychiatrisch kader. In de jaren zeventig en tachtig was psychiatrische diagnostiek helemaal niet gebruikelijk in de verslavingszorg. Met de komst van de DSM-III in 1980 kreeg het afhankelijkheidssyndroom voor het eerst een duidelijke plek.
Toch ziet hij hier ook een schaduwzijde, met name in de praktijk. Hoewel de integratie tussen verslavingszorg en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) op papier logisch lijkt, leidt het vaak tot wat hij “handelingsverlegenheid” noemt. Vooral in de kinder- en jeugdpsychiatrie ziet hij dat verslaving vaak onbesproken blijft. Er is een enorme angst om naar middelengebruik te vragen. Jongeren vertellen hem op congressen dat er tijdens hun hele behandeltraject in de psychiatrie nooit is gevraagd naar hun verslaving, terwijl die hun hele prognose negatief beïnvloedt. Het is een systeemfout: “Het complexe zit hem eerder in hoe wij een heel zorgsysteem om de persoon heen zetten, waardoor de patiënt er uiteindelijk niet meer op kan rekenen”.

> “Je moet een beetje stout onderzoek doen, anders komen we geen meter verder.”

De noodzaak van ‘stout onderzoek’

Hendriks pleit voor wat hij “stout onderzoek” noemt: projecten die de randen van de wet en de moraal opzoeken om echt iets te veranderen. Hij doelt daarmee op baanbrekende studies zoals het medisch voorschrijven van heroïne of het belonen van onthouding met *contingency management*. Volgens Hendriks veranderen we de verslavingszorg niet echt zonder doorbraakprojecten die met een lange adem worden opgezet.
Hij heeft moeite met de toenemende bureaucratie in de wetenschap, die hij omschrijft als een “virtual reality”. Voor onderzoek naar langwerkende dexamfetamine bij cocaïneverslaving moet hij patiënten informatieformulieren van maar liefst 36 pagina’s laten lezen. Hij zit dan tegenover een meneer die nauwelijks kan lezen en moet hem een document overhandigen dat puur voor de regels van Good Clinical Practice (GCP) is opgesteld. Bij deze specifieke doelgroep, die vaak geen steunsysteem meer heeft, maakt dergelijke regelgeving onderzoek bijna onmogelijk. Het is pijnlijk dat de eisen voor klinisch onderzoek zich zo slecht verhouden tot de realiteit van de straat.

De wet van de afnemende meeropbrengst

In de behandelkamer ziet Hendriks ook een zorgwekkende trend: behandelingen die eindeloos voortduren zonder resultaat. Hij noemt dit de “wet van de afnemende meeropbrengst”. De grootste hap aan verandering vindt plaats in het begin van de behandeling; daarna wordt de resterende verbetering steeds minder. Als een behandeling na enkele maanden geen effect toont, moet je volgens hem durven stoppen of iets anders gaan doen. Hendriks ziet dat “praatje-pot-behandelingen” geen uitzondering zijn. Therapeut en cliënt praten dan gezellig over de bioscoop of familie, terwijl de behandeling weinig effect meer heeft. Dit maakt het zorgsysteem onhoudbaar en creëert onbedoelde afhankelijkheid. Behandelaren moeten hun vak verstaan en de evidentie serieus nemen. Er is veel te winnen als het ons lukt de richtlijnen beter te implementeren.

Terug naar de pedagogiek

Als we naar de toekomst kijken, ligt de oplossing volgens Hendriks niet alleen in betere psychologische behandelingen of pillen, maar in vroege preventie die verder gaat dan de verslavingszorg alleen. Hij kijkt met bewondering naar Scandinavische landen, waar pedagogen op scholen al bij jonge kinderen kijken naar zelfcontrole en zelfregulatie. Daar heeft men het nog niet over pathologie, maar over verlegen of drukke kindertjes. Door daar al in te grijpen met lichte pedagogische interventies, kun je een waaier van latere pathologie voorkomen.

Het is een boodschap van lange adem die vaak botst met de korte-termijnvisie van de politiek. Toch blijft Hendriks hameren op het belang van expertise. Zelfs in een volledig geïntegreerde GGZ moet de verslavingsspecialist aanwezig blijven om te voorkomen dat het verslavingsthema wordt weggemoffeld. Ondanks zijn emeritaat blijft zijn pleidooi onveranderd: “Behoud de verslavingsexpertise”. Hij blijft de man die de taal van de wetenschap spreekt, maar de lessen van zijn periode in Amerika midden in de crack- en Aidsepidemie nooit is vergeten.

Wat weten mensen vaak niet over Vincent?



Vincent is geboren in de Schilderswijk in Den Haag. In zijn jeugd gebruikte hij zelf flink cannabis, alcohol, sigaretten en soms wat andere middelen en is hij zelfs maandenlang van school gestuurd vanwege wangedrag en blowen. Dit maakte dat hij zich - ook als hoogleraar - meestal makkelijk beweegt in de doelgroep.

Margriet van Laar

Al ruim dertig jaar volgt Margriet van Laar het Nederlandse en Europese drugslandschap op de voet. Als hoofd van de afdeling Drugsmonitoring en -beleid bij het Trimbos-instituut, hoofd van het nationale *focal point* van het Europees drugsagentschap (EUDA) en voorzitter van de risicobeoordelingscommissie van het CAM, ademt zij haar vak.

Een toevallige landing in een multidisciplinair domein

Wie Margriet van Laar vraagt naar haar start in de drugswereld, ontdekt al snel dat haar loopbaan begon met een flinke dosis toeval. “Ik ben mijn carrière totaal ergens anders begonnen,” lacht ze. “Na mijn studie werkte ik ruim vijf jaar met veel plezier bij de Faculteit Farmacie in Utrecht, waar ik uiteindelijk ook promoveerde. In het laboratorium onderzocht ze hoe psychoactieve geneesmiddelen de hersenen beïnvloeden. Het was een periode van zware bezuinigingen bij de universiteit en het werd tijd voor een nieuwe uitdaging.” Gewapend met de Gouden Gids ging Van Laar op zoek naar een nieuwe stap in haar loopbaan. Haar oog viel op het Nederlands Instituut voor Alcohol en Drugs (NIAD), de voorloper van het Trimbos-instituut. “Eerlijk is eerlijk: ik dacht destijds dat ik bij een geitenharen-sokkenclub solliciteerde. Ik kwam rechtstreeks uit het strakke, wittejassenmilieu met strakke protocollen van het laboratorium. Maar ik kreeg de kans om feiten en cijfers over de drugsproblematiek te kaart te brengen en te vertalen voor het beleid. Dat opende een nieuwe wereld voor mij”.

In 1994 was haar eerste werkdag een feit. Vlak daarna, in 1996, fuseerde het NIAD tot het Trimbos-instituut. Tegelijkertijd kreeg ook de Europese samenwerking op drugsgebied steeds meer vorm via het EMCDDA (tegenwoordig EUDA). “Vanuit alle lidstaten moesten mensen “meebouwen” aan die Europese structuur. Ik rolde daarin en ontdekte al snel dat er geen enkel domein zo boeiend en multidisciplinair is als de drugswereld. Ineens zat ik aan tafel met forensisch artsen, toxicologen, sociologen, verslavingszorg, de politie, het Openbaar Ministerie en beleidsmakers. Al mijn fundamentele kennis uit het lab kwam plotseling samen op het snijvlak van wetenschap, beleid en praktijk met als uiteindelijk doel schade voor mensen en de samenleving te beperken”.

Geen eenvoudige antwoorden

Wat Van Laar vandaag de dag nog altijd fascineert, is de complexiteit van het onderwerp. “Hoe meer je je erin verdiept, hoe duidelijker wordt dat er zelden eenvoudige antwoorden zijn. Ontwikkelingen op de drugsmarkt raken de volksgezondheid, de zorg, veiligheid, handhaving en beleid. De kunst is om al die perspectieven met elkaar te verbinden en te begrijpen wat ze betekenen voor mensen. Die zoektocht maakt dit werk nog iedere dag interessant.”

Van trage rapporten naar realtime monitoring

De manier waarop drugsgebruik en drugsproblematiek worden gemonitord, is de afgelopen decennia ingrijpend veranderd. In de beginjaren lag de focus nadrukkelijk op de vijf epidemiologische kernindicatoren, waaronder drugsgebruik, problematisch gebruik, sterfte en natuurlijk de hulpvraag via systemen zoals het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS). “We hebben destijds tientallen jaren met alle Europese lidstaten

> “Ik ontdekte al snel dat er geen enkel domein zo boeiend en multidisciplinair is als de drugswereld.”

vergaderd om al die gegevens wetenschappelijk verantwoord en perfect vergelijkbaar te krijgen,” herinnert ze zich. “Dat zorgde voor een ijzersterk en gedegen fundament, maar het was ook een traag proces. Je deed een survey, was een jaar data aan het verzamelen, nog een jaar aan het analyseren, en pas daarna verscheen er eens een rapport. In de huidige tijdsgeest kan dat niet meer.”
De roep om snelheid is vandaag de dag dominant. Beleidsmakers willen het liefst vandaag nog weten wat er gisteravond op een festival is gebeurd. “De trend is verschoven van ‘perfect en traag’ naar ‘snel en multi-indicator’. Als verschillende snelle indicatoren dezelfde kant op wijzen, dan weten we dat er iets aan de hand is. We zetten nu veel sterker in op innovatieve, snelle methodieken zoals rioolwateranalyses of het realtime monitoren van online gebruikersfora.”

De veranderde drugsmarkt: digitalisering en festivalisering

Die snelheid is hard nodig, want de dynamiek op de drugsmarkten is groot. Heel anders dan in de jaren negentig. Van Laar schetst een transformatie die zowel gedreven is door technologische vooruitgang als door maatschappelijke verschuivingen.
“Kijk naar de opkomst van Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS), de synthetische drugs die de afgelopen decennia in hoog tempo oppopten. Daarnaast hebben we te maken gekregen met een enorme festivalisering van het uitgaansleven, wat de populariteit van stimulerende middelen flink heeft aangejaagd. En vergeet de digitalisering niet. Tegenwoordig hebben mensen via WhatsApp, Telegram of online marktplaatsen binnen een paar klikken toegang tot drugs. De drempel is gigantisch verlaagd en de dynamiek is vele malen groter geworden.”

Het onmisbare perspectief van LADIS

Ondanks de opkomst van flitsende, nieuwe monitoringtools blijft Van Laar het belang benadrukken voor het behoud en de waardering van de traditionele systemen. Systemen zoals LADIS vormen de ruggengraat van het Nederlandse drugsbeleid.
“Ik roep ook in Europa weleens dat we ons blind kunnen staren op de nieuwste designerdrugs of de meest opvallende incidenten, maar dat we context niet uit het oog mogen verliezen. Als je kijkt naar de daadwerkelijke omvang van de problematiek in de zorg, dan zien we nog altijd dat alcohol met stip op één staat, en daarnaast cannabis en opioïden de grootste groepen cliënten vormen. Om die trends in het juiste perspectief te zien en te voorzien van de nodige context, heb je de traditionele indicatoren keihard nodig.
Ook in een tijd van realtime data en nieuwe monitoringstechnieken blijft volgens Van Laar een stevige kennisbasis onmisbaar. Juist de combinatie van snelle signalen en langdurige registratiesystemen zoals LADIS zorgt ervoor dat ontwikkelingen in de juiste context kunnen worden geplaatst. “Maar cijfers en onderzoek zijn nooit een doel op zich. Ze helpen ons te begrijpen wat er speelt en wat mensen nodig hebben. Daar doen we het uiteindelijk voor.”

Wat weten mensen vaak niet over Margriet?

Als Margriet niet bezig is met complexe vraagstukken op haar werk, steekt ze graag de handen uit de mouwen. Door haar passie voor oude woningen is ze inmiddels ervaringsdeskundige op het gebied van lekkende daken, stijgend grondwater, boktor en klapperende ramen. Voor praktisch klusadvies zit je bij haar goed.

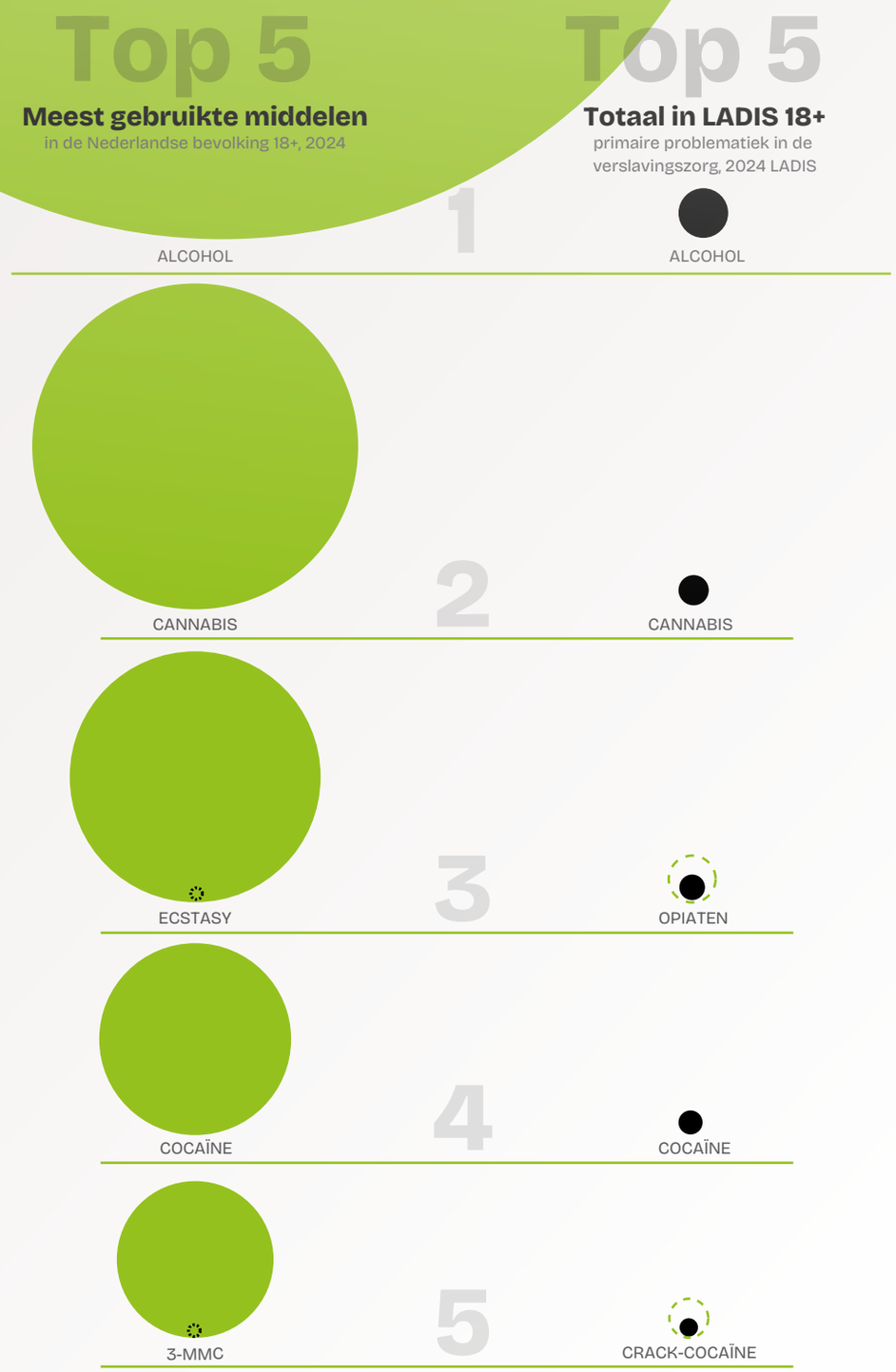


De populairste drugs zorgen niet automatisch voor de grootste hulpvraag

Middelengebruik versus het aantal mensen in behandeling

Deze infographic laat zien dat de cijfers uit LADIS met zorg moeten worden geduid: ze weerspiegelen puur het aantal behandelingen en zeggen niets over hoe wijdverbreid een middel wordt gebruikt in de algemene bevolking (NDM-cijfers).
Twee uitersten illustreren deze noodzaak tot nuance. Ecstasy staat in de top 3 van meest gebruikte middelen in de samenleving, maar het aantal personen dat hiervoor in zorg is, is zo klein dat het middel ontbreekt in de top 5 van LADIS. Bij heroïne (opiaten) is precies het omgekeerde aan de hand: het gebruik in de brede bevolking is zeer laag, maar het vormt wel de op twee na grootste problematiek binnen de verslavingszorg.

De grootte van de cirkels laat zien hoe groot het gebruik in de bevolking, of hoe groot de problematiek binnen LADIS is. De gestippelde cirkels vullen de vergelijking aan voor middelen die niet in beide top 5's voorkomen. De zwarte gestippelde cirkel binnen de groene cirkel laat zien hoe groot de problematiek van dit middel binnen LADIS is. De groene gestippelde cirkel rondom de zwarte cirkel laat zien hoe groot het gebruik van dit middel in de Nederlandse bevolking is.



Beleid als raamwerk

2

Sander Baljé
Arnt Schellekens

Tussen Den Haag en de werkelijkheid

Beleid wordt vaak gedreven door de politieke waan van de dag. Sander Baljé, directeur Mentale Gezondheid & GGZ bij VWS, vertelt hoe hij schotten probeert te doorbreken en dat harde data nodig zijn om de waan van de dag te temperen. Psychiater en Nationaal Rapporteur Verslavingen Arnt Schellekens benadrukt de noodzaak om praktijk, wetenschap en beleid te verbinden. Dit hoofdstuk verkent hoe data de besluitvorming kunnen objectiveren en de weg wijzen naar een zorgstelsel waarin de patiënt weer echt centraal staat.

3

Linda Montanari en Kateřina Škařupová

De Nederlandse pioniersgeest

Nederland was decennialang het laboratorium van de wereld. Terwijl Europa nog met papier werkte, legde LADIS al digitaal de vinger op de zere plek. Linda Montanari en Kateřina Škařupová van het Europees drugsagentschap EUDA schetsen de verschuiving van de overzichtelijke heroïne-crisis naar een grillige, wereldwijde drugsmarkt. Een gesprek over grensoverschrijdend pragmatisme en de noodzaak van een gedeelde Europese taal in data.

Sander Baljé

Sander Baljé trad begin dit jaar aan als de allereerste directeur Mentale Gezondheid & GGZ bij het ministerie van VWS. Vanuit die nieuwe functie probeert hij verbinding te brengen in een stelsel dat volgens hem te vaak langs afzonderlijke kokers is georganiseerd. Vooral voor mensen met complexe problematiek wringt dat. De verslavingszorg laat volgens Baljé goed zien hoe dat kan gebeuren: iedereen doet zijn best, maar het systeem als geheel levert niet altijd wat maatschappelijk wenselijk is.

De bureaucratische doolhof van meer dan tien kapiteins

Het is een publiek geheim dat de GGZ binnen de rijksoverheid jarenlang een versnipperd dossier was. Baljé schetst een bijna surrealistisch beeld: binnen het ministerie van VWS houden wel meer dan tien verschillende directies zich bezig met onderdelen van mentale gezondheid. De problemen van de doelgroep met mentale problemen laat zich echter niet zo makkelijk opsplitsen. Dit leidde ertoe dat dossiers die onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn, zoals preventief gezondheidsbeleid en curatieve zorg, soms langs elkaar heen werden georganiseerd. De oprichting van zijn nieuwe directie was dan ook geen luxe, maar noodzakelijk om “doorbraken” te forceren in een stelsel dat zichzelf in de weg zat.

Een treffend voorbeeld was de positie van de kwaliteitsregistratie LADIS zelf. Tot voor kort viel het account van LADIS onder de directie die verantwoordelijk is voor preventie. “Dat was eigenlijk wel een beetje apart,” geeft Baljé toe, aangezien verslavingszorg natuurlijk een onderdeel is van de curatieve ggz. Door deze kunstmatige schotten werd de synergie tussen verslavingszorg en volwassenen ggz onvoldoende benut. Dit terwijl de praktijk allang weet dat comorbiditeit – het samengaan van verschillende problemen – de regel is en niet de uitzondering. Baljé ziet het nu als zijn taak om die verbindingen eindelijk te borgen. Dat gaat over de overgang van jeugdzorg naar de volwassenenzorg of de doelgroep met complexe problematiek die, nog te vaak “van het kastje naar de muur” wordt gestuurd.

De spiegel van de cijfers en de onzichtbare zorgkloof

Voor een beleidsmaker in Den Haag is data vaak de enige manier om de politieke waan van de dag te temperen. Baljé gebruikt de cijfers van LADIS dan ook als een nuchtere correctie op de publieke opinie. In het maatschappelijk debat lijkt de verslavingszorg vaak synoniem aan drugsproblematiek, maar de data laten een fundamenteler probleem zien: alcohol. “In de media lijkt het vaak alleen over drugs te gaan, terwijl de data laten zien dat 43% procent van de mensen die worden behandeld in de verslavingszorg, daar zijn vanwege alcohol,” stelt hij vast. Zonder deze harde cijfers zouden politiek en beleid veel gevoeliger zijn voor media-incidenten.

Toch erkent Baljé ook de beperking van de data die er nu zijn. Een grote puzzel waar hij de komende tien jaar voor staat, is de zogenaamde ‘zorgkloof’. LADIS registreert immers alleen de mensen die al in behandeling zijn, maar er is een enorme, schimmige groep die wel kampt met problematisch middelengebruik maar de weg naar de zorg niet vindt of niet wil vinden. “We weten niet wat we niet weten,” geeft hij eerlijk toe.

> “In de media lijkt het vaak alleen over drugs te gaan, terwijl de data laten zien dat 43 procent van de gevallen om alcohol gaat; goede data zijn onontbeerlijk om de beeldvorming bij te sturen en het beleid te baseren op de realiteit.”

Verder kijken dan economische prikkels

Als econoom is Baljé gewend om naar vraagstukken te kijken vanuit marktwerking en economische prikkels. In de zorg ziet hij hoe ingewikkeld het wordt wanneer verschillende partijen ieder vanuit hun eigen perspectief logische keuzes maken, maar die keuzes samen niet vanzelf tot de gewenste uitkomst leiden.

“Je kunt niet alles op eigen veerkracht en verantwoordelijkheid schuiven als iemand geen huis of baan heeft,” stelt hij onomwonden. Baljé benadrukt dat de sociale context vaak de doorslaggevende factor is voor het succes van een behandeling. Er is echter geen kant-en-klaar alternatief. “We weten niet genoeg van wat nou het ideale stelsel is.” Juist dat maakt de discussie

ingewikkeld: constateren dat het huidige systeem tekortschiet is gemakkelijker dan bepalen wat ervoor in de plaats moet komen.
Volgens Baljé vraagt dat om een andere manier van beleid maken: niet beginnen bij een wet, regeling of instrument, maar bij de maatschappelijke opgave. “Wat heeft deze doelgroep nou echt nodig?” De weg daarheen is lang, maar de eerste stap is de erkenning dat het oude wiel inderdaad niet meer soepel draait. “En we moeten over de grenzen van de eigen beleidsterreinen heen kijken. Dat vraagt om lef en vastberadenheid in een wereld waarin zaken van oudsher verkokerd zijn geregeld.”

Een opgave voor de komende jaren

Ook in de kwaliteit van de zorg ziet Baljé ruimte voor verdere ontwikkeling. Hij verwijst naar een recent rapport van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, waarin volgens hem nog winst te behalen is in de toepassing van kwaliteitsrichtlijnen en het leren van wat wel en niet werkt. Eerder in het gesprek constateerde hij al dat professionals soms onvoldoende in staat worden gesteld om te doen wat zij zelf het meest wenselijk vinden. Daarmee ontstaat een bredere vraag: zelfs als we weten wat goede zorg is, lukt het dan ook om die zorg binnen het huidige stelsel te organiseren?

Wat mensen vaak niet over jou?

Baljé ontvlucht de Haagse beleidsstukken graag voor de energie van livemuziek. Hij is een fervent bezoeker van gitaarfestivals en meerdaagse evenementen. Vooral punkbands en de rauwe scene rondom Eindhoven Rockcity zijn favoriet.



Arnt Schellekens

Schellekens is psychiater bij het Radboudumc, waar hij werkt met patiënten met verslavingsproblemen en de vaak complexe lichamelijke en psychische gevolgen daarvan. Daarnaast is hij hoogleraar Verslaving en Psychiatrie, wetenschappelijk directeur van onderzoeksconsortium NISPA en nationaal rapporteur verslavingen. In al deze rollen staat voor hem één ding centraal: de verbinding tussen praktijk, wetenschap en beleid.

Verschillende werelden verbinden

Mensen vragen Schellekens regelmatig hoe hij al die rollen combineert. Voor hem zit juist daarin de meerwaarde. Door patiënten te behandelen, onderzoek te doen en betrokken te zijn bij landelijke advisering, krijgt hij inzicht in verschillende perspectieven op hetzelfde vraagstuk. Natuurlijk vraagt dat om transparantie en zorgvuldigheid. Men moet zich bewust zijn van mogelijke belangenconflicten en daar open over zijn. Maar als men dat goed organiseert, ontstaat er juist ruimte om werelden met elkaar te verbinden.
Dat is ook precies wat de verslavingszorg nodig heeft. Verslaving laat zich niet begrijpen vanuit één discipline. Net zoals in de zorg verschillende professionals samenwerken rond een patiënt, moeten ook wetenschap, praktijk en beleid voortdurend met elkaar in gesprek blijven.

Toeval bracht hem in de verslavingszorg

Zijn keuze voor de verslavingszorg was overigens allesbehalve gepland. Eigenlijk is hij er toevallig in terechtgekomen. Tijdens zijn studie geneeskunde kreeg hij de mogelijkheid om onderzoek te doen binnen de psychiatrie. Eén van de projecten ging over alcoholverslaving. Wat hem aansprak was niet zozeer het onderwerp alcoholverslaving, maar veel meer de wetenschappelijke vraag erachter: hoe genetische factoren, omgeving en gedrag elkaar beïnvloeden.

Een sterke sector met een grote uitdaging

Als Schellekens naar de Nederlandse verslavingszorg kijkt, ziet hij allereerst veel om trots op te zijn. We hebben goede richtlijnen, betrokken professionals en relatief toegankelijke zorg. Ook de samenwerking met ervaringsdeskundigen is sterk ontwikkeld.
Tegelijkertijd ziet hij een fundamenteel probleem: slechts een klein deel van de mensen met een verslaving bereikt de gespecialiseerde verslavingszorg. Een deel van hen heeft die zorg ook niet nodig en vindt zelfstandig of met ondersteuning vanuit de omgeving een weg naar herstel. Maar er blijft een grote groep over die wél hulp nodig heeft en die we niet bereiken.
Voor die groep stapelen de problemen zich vaak jarenlang op. Juist het verkleinen van die behandelkloof ziet hij als één van de grootste uitdagingen voor de komende jaren.

Verslaving is meer dan een hersenziekte

Schellekens vindt het idee dat verslaving vooral een chronische hersenziekte is te beperkt. Natuurlijk spelen hersenprocessen een belangrijke rol. We weten dat verslaving samenhangt met veranderingen in hersenfuncties die invloed hebben op denken, voelen en gedrag.
Voor hem blijft het bio-psychosociale model het beste uitgangspunt. Verslaving ontstaat uit een samenspel van biologische, psychologische en sociale factoren. Daarom moet men ook altijd naar al die factoren kijken wanneer men iemand behandelt. Wie alleen naar de hersenen kijkt, mist een belangrijk deel van de werkelijkheid.

Niet te veel medische zorg, maar samenwerking

De vraag is wat Schellekens betreft ook niet of een medische of sociale benadering centraal moet staan. Het gaat erom dat men integraal kijkt naar wat iemand nodig heeft. Voor de ene persoon ligt de nadruk meer op biologische of psychologische behandeling, voor de ander op sociale ondersteuning of herstel van maatschappelijke participatie. Deze balans kan ook gedurende het herstelproces verschuiven. Goede verslavingszorg vraagt om samenwerking tussen al die perspectieven.

Mensen met complexe problematiek vallen nog te vaak buiten beeld

Waar Schellekens zich het meeste zorgen over maakt, zijn mensen met ernstige verslavingsproblemen die nauwelijks of niet in beeld komen. Vaak gaat het om mensen die ook kampen met psychiatrische aandoeningen, schulden, dakloosheid of ernstige lichamelijke problemen.
Daarnaast kunnen we de samenwerking tussen de GGZ en de verslavingszorg verder verbeteren. Nog te vaak worden mensen doorgestuurd van de ene organisatie naar de andere. Ze komen op meerdere wachtlijsten terecht terwijl hun problematiek ondertussen ernstiger wordt.
Voor patiënten met zowel psychiatrische- als verslavingsproblemen moeten we veel vaker gezamenlijk optrekken. Niet de organisatie, maar de patiënt zou centraal moeten staan.

Jongeren verdienen extra aandacht

Een tweede groep waar Schellekens zich zorgen over maakt, zijn jongeren. In de overgang van jeugd naar volwassenheid zien we nog steeds dat mensen tussen wal en schip kunnen raken. Terwijl juist in de adolescentie belangrijke ontwikkelingen plaatsvinden op biologisch, psychologisch en sociaal vlak.
Dat is ook de periode waarin middelengebruik en andere verslavingsgevoelige gedragingen zich kunnen ontwikkelen. Hoe eerder problemen worden gesignaleerd, hoe groter de kans dat ernstige gevolgen later kunnen worden voorkomen. Daar ligt voor de komende jaren nog een belangrijke opgave.

> “We mogen veel trotser zijn op de verslavingszorg”

Verslaving verdient een hogere politieke prioriteit

Als nationaal rapporteur ziet Schellekens dagelijks hoeveel impact verslaving heeft op individuen en de samenleving. Het gaat niet alleen over gezondheid, maar ook over arbeidsdeelname, veiligheid, huiselijk geweld, maatschappelijke kosten en welzijn.
Juist daarom vindt hij dat verslaving onvoldoende politieke aandacht krijgt. Het onderwerp is versnipperd over verschillende ministeries en beleidsterreinen. Daardoor ontbreekt soms de samenhang die nodig is om effectief beleid te maken.
Wat Schellekens betreft zou verslaving veel nadrukkelijker een beleidsprioriteit moeten zijn. Niet vanuit betutteling, maar vanuit de verantwoordelijkheid om gezondheid en maatschappelijke participatie te bevorderen.

Een vakgebied om trots op te zijn

Als Schellekens één boodschap zou mogen meegeven aan iedereen die in of met de verslavingszorg werkt, dan is het deze: wees trots op dit vakgebied.

Verslavingszorg behoort wat hem betreft tot de meest interessante en maatschappelijk relevante onderdelen van de gezondheidszorg. Nergens komen biologie, psychologie, sociale factoren, beleid en wetenschap zo duidelijk samen.
Daarnaast loopt de sector voorop als het gaat om destigmatisering, ervaringsdeskundigheid en samenwerking met cliënten. Dat zijn kwaliteiten waar andere zorgsectoren veel van kunnen leren.
Soms heeft Schellekens het gevoel dat we onszelf tekortdoen. Alsof de verslavingszorg zich nog te vaak moet verdedigen. Dat is niet nodig. Als we kijken naar de kwaliteit van de zorg, de wetenschappelijke basis en de resultaten die worden bereikt, dan mogen we veel nadrukkelijker uitdragen hoe waardevol deze sector is.
We bestrijden stigma bij onze cliënten. Misschien is het tijd om ook het stigma dat soms nog op onze eigen sector rust definitief achter ons te laten.

Wat weten mensen vaak niet over Arnt?



Schellekens is recent gestart met pianolessen. Daar vindt hij zichzelf bepaald geen natuurtalent in, maar juist daarom vindt hij het zo leuk. “Niemand verwacht van mij dat ik na een jaar prachtig piano speel. Ik mag gewoon oefenen, fouten maken en plezier hebben. Dat is eigenlijk best bevrijdend.”

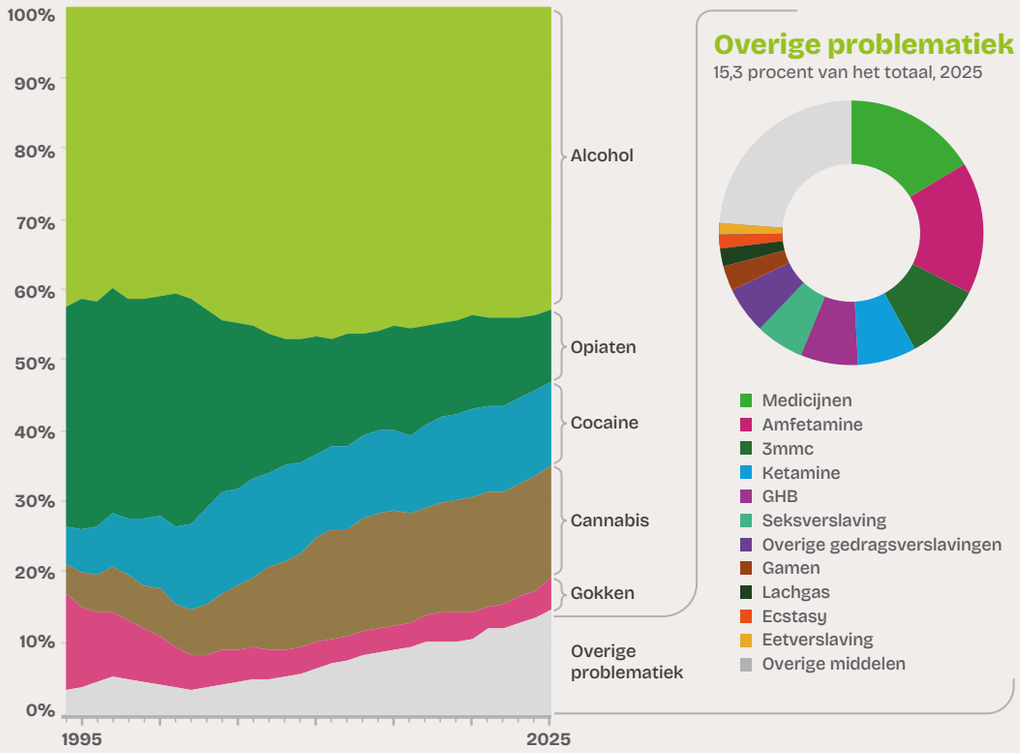
Wat cijfers laten zien over decennia verslavingszorg

Veertig jaar LADIS biedt een uniek inkijkje in de ontwikkeling van de Nederlandse verslavingszorg. De cijfers laten zien welke problematieken in de zorg worden geregistreerd, hoe de verhoudingen tussen problematieken veranderen en hoelang cliënten in beeld blijven.

Voor deze analyse kunnen we terugkijken tot 1995. In de dertig jaar daarna verschuift het beeld van de geregistreerde problematiek. Alcohol blijft een belangrijk onderdeel van de verslavingszorg, maar het aandeel van onder meer cocaïne en opiaten verandert duidelijk. In 2025 vormen alcohol, cannabis, cocaïne, opiaten en gokken samen 84,7 procent van de geregistreerde problematiek.

De vijf grootste problematieken in de verslavingszorg

Verdeling primaire problematiek, naar aandeel van het totaal



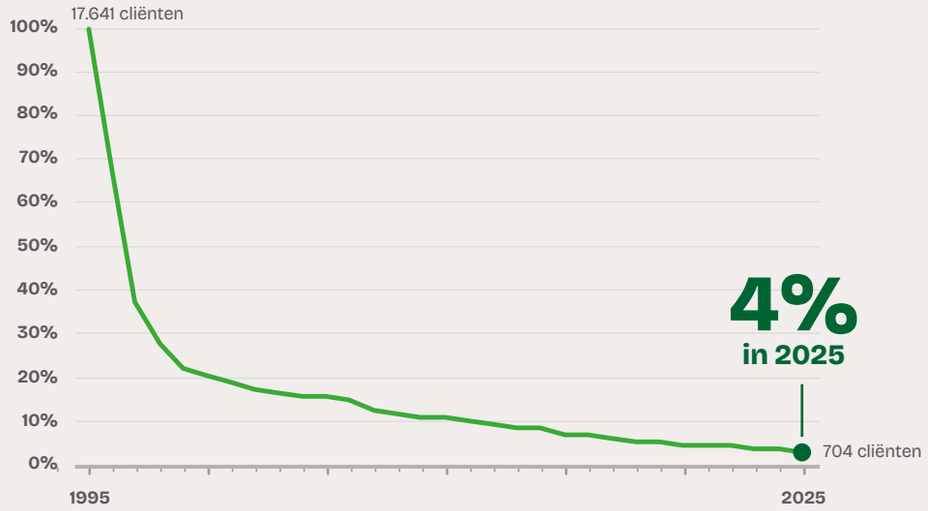
Overige problematiek

15,3 procent van het totaal, 2025

De cijfers op de volgende pagina laten ook zien dat er een cohort al sinds 1995 in beeld is. Van de 17.641 mensen die in 1995 voor het eerst in de verslavings-zorg kwamen, waren er in 2025 nog 704 in behandeling. Bij deze groep zien we bovendien dat de primaire problematiek in de loop van de tijd kan veranderen. Samen geven de cijfers een beeld van een verslavingszorg die voortdurend in beweging is. De problematiek verandert, cliënten stromen in en uit en een kleine groep blijft langdurig in beeld. Juist door die ontwikkelingen over langere tijd naast elkaar te zetten, wordt zichtbaar wat veertig jaar LADIS kan vertellen over de zorg.

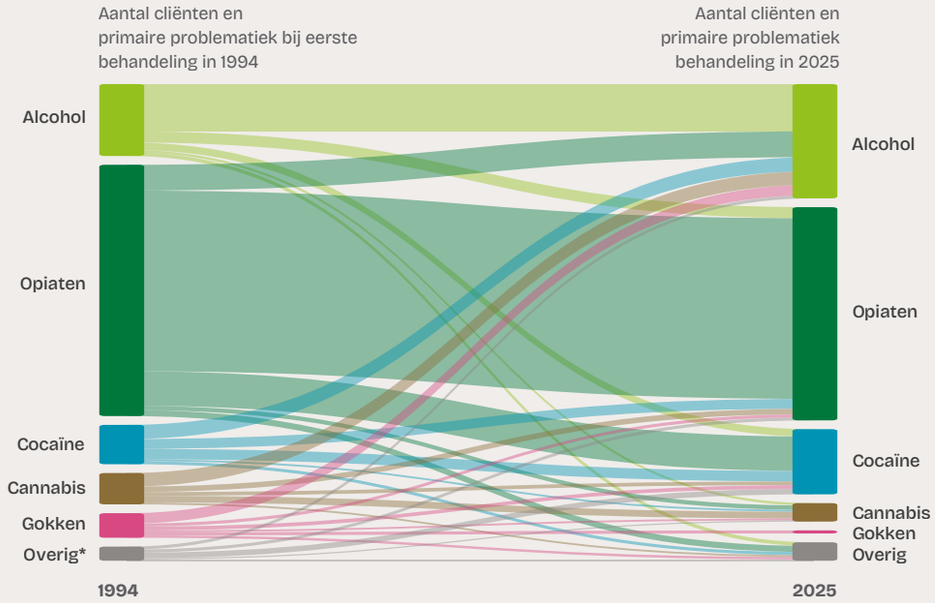
Hoeveel cliënten blijven 30 jaar lang in de zorg?

Percentage van het oorspronkelijke cohort (1995 = 100%)



Primaire problematiek: van eerste behandeling in 1994 naar 2025

Aantal cliënten (LADIS-cohort) = 704



* Overig bundelt de kleinere categorieën — amfetamine, ecstasy, medicijnen, overige middelen en overige gedragsverslavingen — vanwege te kleine aantallen om als eigen band leesbaar te zijn.

Linda Montanari en Kateřina Škařupová

Veertig jaar drugmonitoring is meer dan een optelsom van getallen; het is het verhaal van een voortdurend veranderende samenleving en de systemen die we bouwen om deze te begrijpen. Ter gelegenheid van het jubileum van LADIS blikken we met experts van het European Union Drug Agency (EUDA) terug op de weg die we hebben afgelegd. Linda Montanari (gezondheidssociologe) en Kateřina Škařupová (wetenschappelijk analist) nemen ons mee van de heroïnecrisis in de jaren '90 naar de digitale toekomst van gezondheidsdata en de unieke rol die Nederland daarin speelt.

Achtergrond en expertise binnen Europese drugmonitoring

Linda Montanari: "Als gezondheidssociologe loop ik inmiddels ruim drie decennia mee in dit wereldje. In de jaren 90 begon ik bij de Italiaanse verslavingszorg, waar ik systemen opzette voor behandelmonitoren en het eerste regionale systeem voor behandelresultaten. Sinds 2000 werk ik bij het Europees Waarnemingscentrum (EUDA), waar ik vanaf 2002 vijftien jaar lang de Treatment Demand Indicator (TDI) op Europees niveau mocht coördineren. Tegenwoordig richt mijn werk zich vooral op drugs en gevangenissen, gender en drugs en psychiatrische comorbiditeit. Als ik terugkijk, bestond mijn rol vooral uit het bouwen van bruggen en het opzetten van sterke netwerken tussen professionals in heel Europa. Data verzamelen is namelijk geen puur technische exercitie; het valt of staat met de menselijke relaties en het onderlinge vertrouwen tussen de lidstaten."

Kateřina Škařupová: "Mijn expertise als wetenschappelijk analist ligt vooral bij behandeling, drugchecking en gebruiksruimten. In oktober 2024 heb ik officieel het stokje van Linda overgedragen gekregen als Europees TDI-coördinator. Daarvoor hielp ik via het IPA-project om gezondheidsindicatoren in de Westelijke Balkan op te zetten, wat me een heel brede blik heeft gegeven op hoe verschillend landen met dataregistratie omgaan. Mijn basis in het verslavingsveld begon 25 jaar geleden aan de frontlinie, bij een harm reduction-programma voor spuitenruil. Die praktijkervaring is altijd mijn kompas gebleven, ook tijdens mijn promotieonderzoek naar gedrags- en online verslavingen."

De transformatie van de drugsmarkt en de hulpverlening

Linda Montanari: "De meest fundamentele verandering in het Europese verslavingsveld is de verschuiving van een heel overzichtelijk behandelingslandschap naar een enorm diverse praktijk. Decennia geleden zagen we in de klinieken voornamelijk mensen die puur en alleen heroïne gebruikten. Vandaag de dag hebben we te maken met een dynamische markt waarin cocaïne, Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS) en polymiddelengebruik de norm zijn. Behandelcentra moesten compleet transformeren: de strakke focus op opioïden verschoof naar een breed scala aan verschillende middelen, met veel meer nadruk op harm reduction en online hulpverlening."

Linda: "Decennia geleden zagen we in de klinieken voornamelijk mensen die puur en alleen heroïne gebruikten. Vandaag de dag hebben we te maken met een dynamische markt waarin cocaïne, Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS) en polymiddelengebruik de norm zijn.

Kateřina Škařupová: "De snelheid van alle veranderingen is echt onze grootste moderne uitdaging. Waar traditionele monitoringsystemen vooral retrospectief rapporteerden, moeten we trends nu al proberen te voorspellen voordat ze überhaupt in de statistieken opduiken. Wereldwijde schokken zoals de COVID-19-pandemie hebben gebruikspatronen blijvend veranderd en zorg op afstand versneld. Dit soort ambulante en online zorgvormen is van nature gewoon een stuk lastiger te vangen in traditionele datastromen zoals de TDI, omdat het zorglandschap veel meer versnipperd is geraakt."

Het gelaagde concept van normalisering

Kateřina Škařupová: “Normalisering van druggebruik is een ingewikkeld begrip. Algemene bevolkingsenquêtes laten juist een meer genuanceerd beeld zien. Hoewel het gebruik van bepaalde middelen lokaal stijgt, daalt het alcohol- en tabaksgebruik onder jongeren mogelijk door gezondere leefstijltrends. Normalisering wordt vooral gezien binnen specifieke subculturen, zoals het nachtleven, maar dat mogen we dit niet doortrekken naar de hele samenleving. Om dit beter te begrijpen, gebruikt de EUDA de European Web Survey on Drugs. Die bevat in de laatste onderzoek indicatoren voor ervaren stigma en sociale tolerantie. Het begrijpen van die sociale normen is heel belangrijk; wanneer een gemeenschap bepaald gedrag begrijpt, ontstaan er namelijk ook sneller informele regels rondom verantwoordelijk gedrag.”

Kateřina: “Normalisering wordt vooral gezien binnen specifieke subculturen, zoals het nachtleven, maar dat mogen we dit niet doortrekken naar de hele samenleving.”

Het Nederlandse model en de pioniersrol van LADIS

Kateřina Škařupová: “Het Nederlandse model valt op door pragmatisme en vernieuwing op basis van feiten. Het formele onderscheid tussen soft- en harddrugs legde destijds de basis voor snelle, wetenschappelijk onderbouwde reacties. Nederland liep internationaal voorop bij het invoeren van substitutiebehandelingen (OAT), drugchecking (DIMS) en gebruiksruimten, lang voordat dit elders in Europa politiek bespreekbaar was. Op Europees niveau waarderen we de openheid en nuchterheid van Nederlandse experts enorm; er is een diepgewortelde cultuur van objectief evalueren, puur gericht op de volksgezondheid.”

Linda Montanari: “Nederland is het perfecte voorbeeld van een land waarin de praktische uitvoering van de wet belangrijker is dan een krampachtige interpretatie van de wetteksten. Soortgelijke pragmatische kaders zien we trouwens ook in Portugal en Spanje. Kijken we naar de datasystemen, dan was Nederland met LADIS een absolute pionier. Terwijl de rest van Europa nog met papier werkte, had Nederland al een geavanceerd digitaal registratiesysteem voor de TDI. Nederland deed mee aan de eerste pilots in 1994 en de stuurgroepen die de Europese protocollen vormgaven. Wat LADIS uniek maakt, is dat data direct praktisch wordt gebruikt voor trendanalyses en het in kaart brengen van cliënten, zoals bij de vroege onderzoeken naar crack- en cocaïnepatronen.”

Linda: “Terwijl de rest van Europa nog met papier werkte, had Nederland al een geavanceerd digitaal registratiesysteem voor de TDI.”

De registratie van psychiatrische comorbiditeit

Linda Montanari: “Het beter in kaart brengen van psychiatrische comorbiditeit is momenteel dé belangrijkste uitdaging voor de Europese verslavingszorg. Zorginstellingen zien dat cliënten steeds complexere problemen hebben, waarbij het gebruik van meerdere middelen bijna standaard hand in hand gaat met ernstige psychiatrische klachten. Spanje heeft flinke stappen gezet door ‘dubbele diagnose’-data op te nemen in de standaardrapportages. Het registreren van formele DSM- of ICD-diagnoses bij comorbiditeit is simpelweg nodig om budgetten en capaciteit te verantwoorden richting overheden en zorgverzekeraars. Zonder die harde data sta je met lege handen in de politieke discussie over middelenverdeling.”

Epidemiologische vraagstukken rondom behandelcapaciteit

Kateřina Škařupová: “Iets anders wat opvalt in de TDI-data van de afgelopen jaren is de stabilisatie van bepaalde behandelcurves. De instroom van cocaïnecliënten in Nederland vlakt bijvoorbeeld af, terwijl we in omliggende landen juist een enorme stijging zien. Dit roept een interessante epidemiologische vraag op: weerspiegelt zo’n stabiele lijn dat het gebruik stabiel blijft, of geeft het aan dat de behandelcentra simpelweg vol zitten en er onzichtbare wachtlijsten ontstaan? Daarom moet het monitoren van wachtlijsten en het verzamelen van data buiten traditionele instellingen een aanvulling worden op onze huidige methoden”.

De impact van AI en automatisering op data-extractie

Linda Montanari: “Digitalisering opent de deur naar mooie kansen, maar daagt traditionele methoden ook uit. In de toekomst zullen we waarschijnlijk

minder afhankelijk zijn van handmatige vragenlijsten. We gaan veel meer toe naar het automatisch ophalen van anonieme gegevens uit elektronische patiëntendossiers (EPD's). AI en machine learning kunnen ons helpen om voorspellende software te maken. Dit stelt ons mogelijk in staat om lokale drugsuitbraken of pieken in het aantal overdoses mogelijk al te zien aankomen, weken voordat ze in de officiële sterfte- of behandeldata opduiken. Natuurlijk moeten we de privacy van cliënten nauwlettend bewaken en garanderen dat digitale zorg voor iedereen even toegankelijk blijft."

Kateřina Škařupová: "Een hele belangrijke versneller wordt de komende European Health Data Space (EHDS), die is bedoeld voor de veilige uitwisseling van gezondheidsgegevens tussen Europese landen. Dit is in de eerste plaats bedoeld om grensoverschrijdende zorg effectief en goed geïnformeerd te laten verlopen. Daarnaast maakt het secundair datagebruik voor verschillende doelen mogelijk en kan het helpen bij datatriangulatie. We kunnen behandelgegevens straks direct combineren met rapporten van de spoedeisende hulp en toxicologische data. De overstap naar deze geautomatiseerde systemen vraagt wel om flinke investeringen in systemen, gedeelde technische afspraken en politieke wil in alle lidstaten. Het is een langetermijnproject, maar het gaat ons Europese datalandschap fundamenteel veranderen."

Wat weten mensen vaak niet over Linda?

Hoewel ze bekend staat als een expert in het bouwen van bruggen en netwerken tussen lidstaten, omschrijft Linda zichzelf eigenlijk als een behoorlijk verlegen persoon. Haar kracht om te netwerken is iets waar ze bewust aan heeft gebouwd.



Wat weten mensen vaak niet over Katerina?

Voordat ze zich volledig op de verslavingszorg stortte, was Kateřina hoofdredacteur van een cultuurmagazine in Brno, waar ze reviews schreef over kunstexposities en films. Daarnaast deed ze tijdens haar promotieonderzoek een opvallende zijstap naar onderzoek naar online seksverslaving.



Linda: "We kunnen behandelgegevens straks direct combineren met rapporten van de spoedeisende hulp en toxicologische data."

De toekomstvisie voor een toekomstbestendig monitoringsysteem

Linda Montanari: "Mijn advies aan het Nederlandse team is om dat typische pragmatisme vast te houden, maar nooit te stoppen met vernieuwen. Een monitoringsysteem dat stil blijft staan in een dynamische drugsmarkt wordt heel snel ingehaald door de realiteit. Blijf kijken naar data buiten de traditionele behandelingen om; neem digitale diensten, gegevens uit de gevangenis en acute medische noodsituaties mee om het complete plaatje helder te houden."

Kateřina Škařupová: "De kracht van LADIS zat altijd in het menselijke netwerk en de cultuur van openheid. Data is uiteindelijk pas echt waardevol als er vertrouwen is tussen de behandelaars die het invoeren en de analisten die het verwerken. Blijf die relatie koesteren, bescherm jullie objectieve blik die gericht is op volksgezondheid en blijf samenwerken met het buitenland. Europa heeft de afgelopen 40 jaar ontzettend veel van Nederland geleerd en blijft jullie op de voet volgen voor inspiratie."

Praktijk als kern

4

Gerard Niemeijer
Michael de Munnik

Verslavingszorg: van klaslokaal tot herstel

Verslaving is een sluipend proces dat vaak pas zichtbaar wordt wanneer de schade aan relaties, werk en financiën al diep is ingesleten. VNN-bestuurder Gerard Niemeijer signaleert de verwoestende gevolgen van deze late hulpvraag en pleit voor een brede, domeinoverschrijdende aanpak waarbij de levensomstandigheden van de cliënt centraal staan. Kliniekdirecteur en ervaringsdeskundige Michael de Munnik vult dit aan vanuit de praktijk: echt herstel vraagt om flexibel maatwerk en langdurige verbinding binnen het hele gezinssysteem. In dit hoofdstuk wordt duidelijk waarom de weg naar duurzaam herstel en effectieve preventie al begint in het klaslokaal.

5

Marcel Mooij

Het perspectief van de cliënt

Marcel Mooij stond twintig jaar op straat en is nu twintig jaar clean. Vanbinnen voelt hij zich soms nog het jongetje van twaalf dat stil bleef staan toen de verslaving begon. Als ervaringsdeskundige houdt hij de sector een spiegel voor: waarom dicteert de financiering de duur van de zorg? Zijn ervaring leert dat herstel pas écht begint bij de terugkeer in de maatschappij, op een moment dat de officiële ondersteuning vaak al te vroeg stopt.

Gerard Niemeijer

Wanneer Gerard Niemeijer in 2019 de overstap maakt van het UMC naar de verslavingszorg, stapt hij een wereld binnen die hij totaal niet kent. Wat hij aantreft, is een sector die fundamenteel verschilt van de voor hem relatief overzichtelijke ziekenhuiswereld: een domein waar hulpvragen vaak onlosmakelijk verbonden zijn met schulden, dakloosheid en verbroken of verstoorde relaties.

Het verwoestende karakter van de late melding

Niemeijer, die inmiddels zowel bestuurder bij VNN als voorzitter van Verslavingskunde Nederland is, zag al snel de complexiteit van de doelgroep. In de medische ziekenhuiszorg is een klacht vaak manifest en direct herleidbaar naar het lichaam, maar bij verslaving ligt dat anders. “Het verwoestende karakter van verslaving is groot,” stelt hij vast. Het kan enkele jaren duren voordat problemen zo manifest worden dat iemand daadwerkelijk in behandeling komt.

In die tussenliggende jaren vindt er een sluipende afbraak plaats op alle leefgebieden. Tegen de tijd dat een cliënt zich aanmeldt, is er vaak al sprake van een geschiedenis van verlies: werk, financiële zekerheid, wonen en sociale contacten zijn aangetast. Dit maakt dat verslavingszorg volgens Niemeijer nooit een solistisch kan zijn; het is een tak van zorg die je per definitie samen met anderen in andere zorgdomeinen moet uitvoeren.

De sociale kaart met honderd gezichten

Om die samenwerking in kaart te brengen, deed VNN een jaar geleden een exercitie in de provincie Groningen. Ze probeerden de ‘sociale kaart en samenwerkingsverbanden’ binnen de verslavingszorg vast te leggen: met hoeveel partijen zitten de medewerkers eigenlijk aan tafel? “Bij de honderd zijn we gestopt met tellen,” vertelt Niemeijer. Het gaat niet alleen om formele zorgpartners, maar ook om scholen, de politie, veiligheidsinstanties en organisaties in het sociaal domein. Professionals weten elkaar in de praktijk goed te vinden!

Deze brede verankering is de unieke kracht van de sector. De verslavingszorg staat met de voeten in de klei, dicht bij de mens en haar omgeving.

Die positie is historisch gegroeid vanuit de maatschappelijke opvang, bemoeizorg en de consultatiebureaus voor alcohol en drugs. Het resultaat in 2026 is een systeem waarbij men binnen de verslavingszorg kan op- en afschalen tussen preventie, outreachende zorg, ambulante zorg, klinische zorg, wonen en forensische trajecten. Toch is er nog een wereld te winnen op het gebied van ‘ontschotting’. Volgens Niemeijer moeten de verslavingszorg en de reguliere GGZ-sector veel meer parallel gaan behandelen in plaats van cliënten naar elkaar door te schuiven.

De klem van het medicaliseren

Een van de grootste uitdagingen die Niemeijer signaleert, is de toenemende medicalisering van de zorg. Hoewel protocollen en multidisciplinair werken de kwaliteit waarborgen, schuilt er een gevaar in het willen ‘proppen’ van elk probleem in een DSM-diagnose in combinatie met de discussie over wat bovenliggend is: de verslaving of de psychiatrie.

De werkelijke oplossing ligt vaak ook buiten de behandelkamer. Als iemand nog diep in de schulden zit of geen dak boven het hoofd heeft, is een behandeling minder of niet effectief. Niemeijer pleit daarom voor een benadering vanuit de context van de cliënt en de naasten van cliënt: soms moeten eerst de randvoorwaarden van het leven op orde zijn voordat de verslavingsproblematiek effectief aangepakt kan worden. Behandelingen in de verslavingszorg zijn daarmee ook zeker domein overstijgend van karakter, samen met het sociaal domein en de eerstelijns zorg zoals de huisarts. Dit geldt zeker voor cliënten met zowel een psychiatrische aandoening en problematisch middelen gebruik of verslaving. De huidige praktijk waarbij cliënten tussen instanties worden doorverwezen – omdat ze niet precies in een hokje passen – moet volgens hem worden doorbroken door meer integraal, gelijktijdig en gezamenlijk eigenaarschap.

“Domeinoverstijgend behandelen: laten we er minder over praten, maar meer samen gaan doen”.



Data als spiegel, niet als dictaat

In de zoektocht naar betere zorg speelt data een steeds grotere rol. Niemeijer ziet de cijfers van LADIS als een belangrijke spiegel voor de sector. Ze stellen instellingen in staat om trends te signaleren, zoals de aanhouden-

de impact van alcoholgebruik of de opkomst van nieuwe middelen, hoewel die laatste vaak pas met vertraging in de behandelcijfers opduiken. Binnen Verslavingskunde Nederland wordt hard gewerkt aan dataprojecten om praktijkvariatie terug te dringen. Door te kijken naar de behandelduur en de routes die cliënten door het zorglandschap afleggen, kunnen instellingen van elkaar leren. Niemeijer waarschuwt echter voor blind vertrouwen in 'data-driven' werken. Cijfers zijn geen absolute waarheid in goed of fout, maar een startpunt voor een inhoudelijk gesprek. "Het helpt je om het goede gesprek met elkaar te hebben over de keuzes die in het behandeltraject genomen worden om goede effecten te behalen", zegt hij. In een tijd van AI en snelle zoekopdrachten blijft de betrouwbaarheid van de registratie aan de bron essentieel voor de waarde van de uiteindelijke data.

Investeren in het brein van morgen

Als het over de toekomst gaat, verschuift Niemeijers focus nadrukkelijk naar preventie en de jeugd. Hij signaleert echter een zorgwekkende landelijke trend: de financiering voor preventie vanuit gemeenten en het kabinet loopt terug. "De preventie staat echt onder druk," stelt Niemeijer vast. Hij ziet een systeem dat vooral het behandelen van ziekte beloont, terwijl de winst van preventie pas op de lange termijn zichtbaar wordt en daardoor minder direct rendabel lijkt.
Vooral bij jongeren tot 27 jaar, wiens hersenen nog volop in ontwikkeling zijn, valt volgens hem veel winst te behalen. Het gaat Niemeijer hierbij niet alleen om het voorkomen of minderen van gebruik, maar ook om het vroegtijdig aanleren van gedragsverandering. Hij benadrukt het belang van bewezen interventies zoals 'Helder op school', waarbij niet alleen leerlingen, maar ook ouders en docenten worden betrokken. In plaats van telkens nieuwe, goedbedoelde initiatieven te starten, zou er meer financiering beschikbaar gemaakt moeten worden voor een beperkt aantal methoden waarvan de effectiviteit wetenschappelijk is aangetoond. Door nog meer aan de voorkant van het systeem steviger in te grijpen, kan de verwoestende schade die hij bij volwassen cliënten ziet, in de toekomst meer worden beperkt.

Michael de Munnik

Michael de Munnik, directeur van verslavingskliniek SolutionS-Center, belandde na een carrière in de IT bij toeval in de verslavingszorg. Voor de veertigste verjaardag van LADIS deelt hij zijn visie op behandeling en preventie. Als hersteld alcoholist ziet hij een sector die worstelt met protocollen, terwijl de echte winst zit in langdurige verbinding en het doorbreken van taboes. "Verslaving is geen morele keuze, maar een proces dat het hele systeem raakt."

Wie Michael spreekt, merkt weinig van de rigide hiërarchie die de zorg soms kenmerkt. Hij is een man van de inhoud, maar ook van de menselijke klik. Zijn weg naar de directiestoel van SolutionS was geen vooropgezet plan. In 2012 werd het IT-bedrijf waar hij directeur was overgenomen en met een 'zakje geld' kreeg hij de tijd om na te denken over wat hem echt gelukkig maakte. Via omzwervingen bij Victas en de thuiszorg kwam hij in 2018 bij SolutionS terecht. "Ik was niet specifiek op zoek naar de zorg, maar de dynamiek greep me direct," vertelt hij.

De verrassing van het systeem

Wat hem bij Solutions direct opviel, was de diepe betrokkenheid van de familie van cliënten. "Verslaving wordt vaak een *family disease* genoemd," legt De Munnik uit. "Het systeem rondom een verslaafde houdt de ziekte vaak onbewust in stand, met alle goede bedoelingen van dien. Bij SolutionS zag ik dat er niet alleen over gepraat werd, maar dat die naasten ook echt therapeutisch betrokken werden. Dat was voor mij een openbaring".
Zijn eigen achtergrond als hersteld alcoholist speelt een subtiele, maar belangrijke rol in hoe hij zijn werk benadert. Hoewel hij dit niet altijd aan de grote klok hangt, herkent hij de patronen van zijn cliënten uit duizenden: het 'mooi maken' van de werkelijkheid, het verzwijgen en het ergens omheen draaien. "Ik heb niet bewust voor deze sector gekozen vanwege mijn verleden, maar het heeft me wel geholpen om opener te worden naar mezelf en professioneel meer nabijheid te bieden," reflecteert hij.

Maatwerk versus het protocol

In de huidige discussie over *evidence-based* werken versus maatwerk neemt Michael een duidelijk standpunt in. Hij ziet dat de zorg soms te star is geworden door protocollen. Bij SolutionS heeft hij een transformatie ingezet om de zorg flexibeler te maken. “We boden voorheen vaak een *one-size-fits-all* behandeling aan,” zegt hij. “Nu kijken we veel meer naar wat iemand echt nodig heeft. Soms betekent dat minder individuele uren voor de één, zodat we meer aandacht kunnen geven aan de ander die dat harder nodig heeft”.

Een opvallende wijziging is het verkorten van de klinische opname om de totale zorgduur te kunnen verdubbelen. Michael baseert dit op een pijnlijke kloof tussen wetenschap en praktijk. “Onderzoek toont aan dat het ongeveer vijf jaar duurt voordat iemand die stopt met gebruiken weer dezelfde kans heeft om verslaafd te raken als ieder ander mens,” legt hij uit. “Toch zien we mensen in de zorg vaak maar zes maanden. De overige vierenhalf jaar moeten ze het zelf uitzoeken. In de somatische zorg krijg je na kanker jarenlang check-ups; in de verslavingszorg stopt het vaak abrupt na de acute fase”.

“Niet gebruiken is niet hetzelfde als herstel. Herstel gaat over jezelf accepteren, verantwoordelijkheid dragen voor jezelf en de mensen om je heen, en weer leren leven.”

De blinde vlekken

Michael maakt zich ook zorgen over de groepen die nu tussen wal en schip vallen. Hij wijst op anderstaligen en de queer-gemeenschap. “Als je behandeld wordt volgens het Minnesota-model, is bijna alles in het Nederlands. Er zijn nauwelijks Russische, Spaanse of Turkse groepen,” stelt hij vast. Ook voor mensen uit de queer-gemeenschap kan herstel een eenzame strijd zijn als hun specifieke ervaringen niet worden begrepen door behandelaars. “Herstel gaat over verbinding, en als je die niet kunt maken vanwege je taal of identiteit, sta je al met 1-0 achter”.

De toekomst van preventie

Als hij de sector opnieuw mocht ontwerpen, zou Michael niet investeren in meer klinieken, maar in onderwijs. “Ik zou beginnen met onderricht op scholen,” zegt hij stellig. Voor hem is preventie veel meer dan alleen vertellen hoe slecht drugs zijn. Het gaat over het leren maken van echte connecties. “We moeten kinderen leren om verbinding aan te gaan met elkaar en met hun eigen gevoelens. In deze tijd van enorme prestatiedruk raken jongeren geïsoleerd, en isolatie is de voedingsbodem voor verslaving”.

Zelf vindt hij die broodnodige rust door met zijn handen te werken. In zijn vrije tijd kookt hij graag, maakt hij cryptogrammen of repareert hij kleding. “Overdag zit ik veel in mijn hoofd; ’s avonds moet ik iets tastbaars doen,” lacht hij. Hij is ook pragmatisch over de toekomst, inclusief medische innovaties zoals medicatie die de ‘trek’ kan onderdrukken. “Stel dat er een pil komt die mensen helpt de strijd tegen hun eigen dopamine-huishouding te winnen, wie zijn wij dan om dat af te wijzen? Het is misschien niet het ideaalbeeld van een therapeut, maar als het mensen helpt weer een normaal leven te leiden, is dat pure winst”.

Herstel is meer dan ‘stoppen’

Zijn belangrijkste boodschap in het kader van het veertigjarige LADIS is dat we als maatschappij anders naar herstel moeten kijken. “Niet gebruiken is nog geen herstel,” herhaalt hij. “Je kunt gestopt zijn met drinken, maar nog steeds dingen verbergen of niet onder ogen durven zien”. Voor De Munnik is herstel een actief proces van zelfacceptatie en het dragen van verantwoordelijkheid. “Als we als samenleving meer ‘herstelgericht’ zouden zijn, zoals de *recovery cities* in het buitenland, zouden we mensen die terugkeren uit een proces met open armen ontvangen in plaats van ze te veroordelen,” besluit hij. “Herstel is krachtig, en die kracht moeten we veel meer centraal stellen”.

Wat weten mensen vaak niet over Michael?

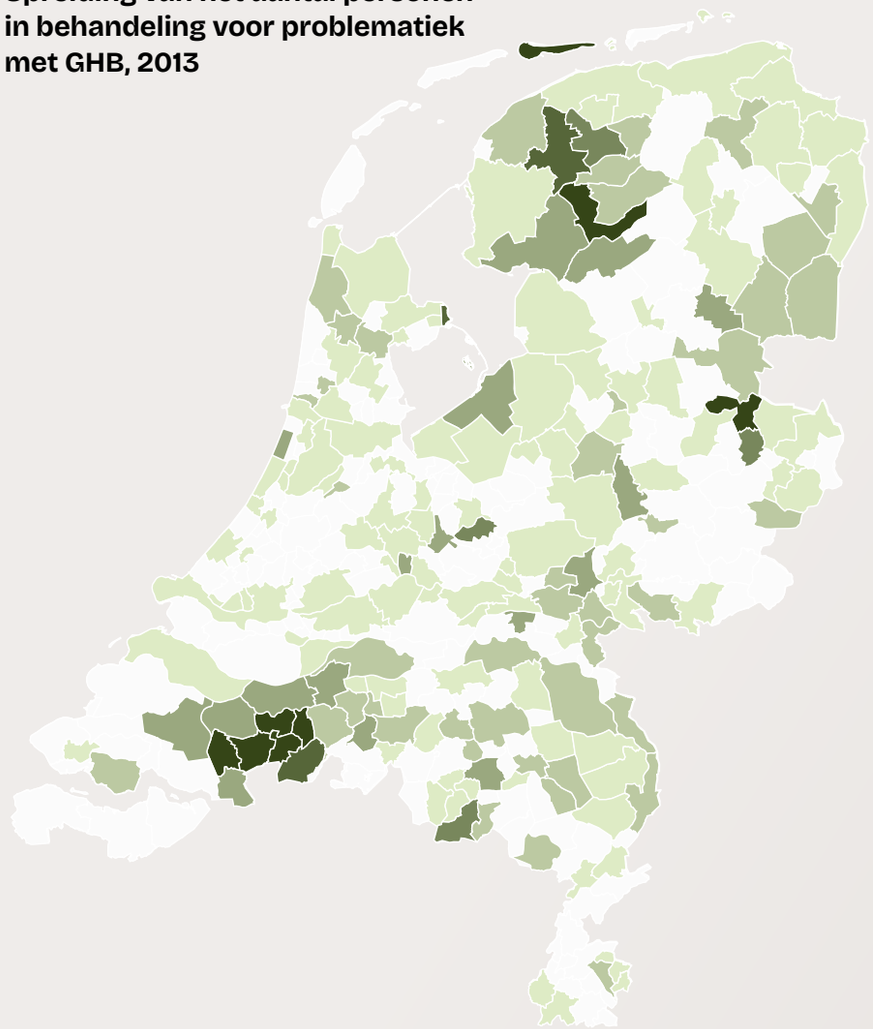
Omdat hij overdag vooral ‘in zijn hoofd’ bezig is met managementtaken, zoekt hij ’s avonds ontspanning in dingen doen met zijn handen. Hij kookt graag, maar heeft ook een verrassende hobby: het repareren van kleding voor zichzelf, zijn kinderen en mensen om hem heen.



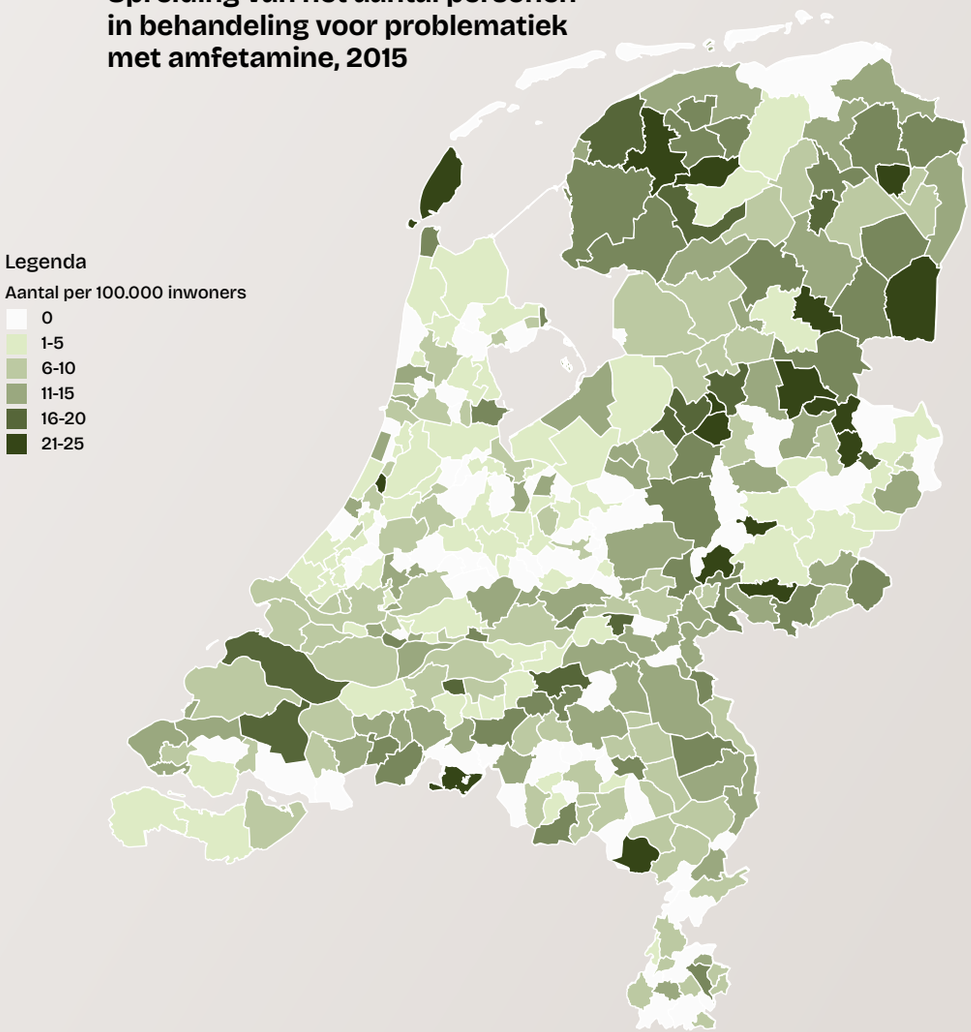
Drugsgebruik altijd een stedelijk probleem? Nee!

Deze kaarten illustreren de meerwaarde van LADIS bij het blootleggen van specifieke regionale trends. Waar landelijke gemiddelden een vertekend beeld kunnen geven, laat de geografische spreiding duidelijke lokale concentraties zien buiten de grote steden. Zo laat de linkerkaart zien dat de zorgvraag voor GHB-problematiek opvallend hoog is in Friesland en Zuidwest-Brabant. De rechterkaart toont voor amfetamine in 2015 dat de zorgvraag eerder buiten, dan binnen de randstad aanwezig is. Deze gedetailleerde inzichten vormden een belangrijke bijdrage aan het onderbouwen van de praktijkervaringen van lokale behandelaren. De publicatie van de LADIS-cijfers hielp om deze problematiek steviger op de agenda van beleidsmakers te krijgen, wat nodig was om gerichte regionale interventies succesvol van de grond te krijgen.

Spreiding van het aantal personen in behandeling voor problematiek met GHB, 2013



Spreiding van het aantal personen in behandeling voor problematiek met amfetamine, 2015



Marcel Mooij

Marcel Mooij weet als geen ander hoe verslaving iemands leven kan ontwrichten. Na twintig jaar op straat en in de wereld van heroïne en cocaïne is hij inmiddels zelf twintig jaar clean. Als ervaringsdeskundige bij Brijder en bestuurslid van Stichting Het Zwarte Gat vertegenwoordigt hij de cliënt en pleit hij voor een eerlijkere verslavingszorg.

Het kind van twaalf dat stil bleef staan

De verslaving van Mooij begon vroeg, op twaalfjarige leeftijd. Wat begon als ‘feest’ met blowen, pillen en speed, ontaardde in een twintig jaar durende strijd met vrijwel elk denkbaar middel. “De eerste vijftien jaar had ik lol, ik had elke dag feest,” vertelt hij over zijn tijd op de straat, nadat hij op zijn zeventiende het ouderlijk huis verliet om ruzies te voorkomen. Maar toen de heroïne zijn intrede deed, verdween de glans; het werd een bittere noodzaak om niet doodziek te worden.

Toen Mooij op zijn 32e eindelijk clean werd, deed hij een confronterende ontdekking over zijn eigen ontwikkeling. Terwijl hij eruitzag als een volwassen man, voelde hij zich vanbinnen nog vaak het jongetje van twaalf dat ooit was begonnen met gebruiken. “In sommige opzichten heb ik twintig jaar stilgestaan,” zegt hij. Hij moest op volwassen leeftijd zijn identiteit volledig opnieuw uitvinden. Het besef dat herstel niet alleen gaat over stoppen met middelen, maar over het inhalen van een heel leven, vormt nu de basis van zijn werk.

De dubbele pet: van werkvloer naar bestuur

Wat Mooij uniek maakt in het huidige zorglandschap, is zijn vermogen om op verschillende niveaus te opereren. Hij begon twintig jaar geleden in de cliëntenraad van Brijder en klom op naar de concerncliëntenraad van de Parnassia Groep. Waar hij jarenlang de belangen behartigde vanuit een management- en directieperspectief, werkt hij sinds drie jaar als gediplomeerd ervaringsdeskundige direct met de mensen op de werkvloer. Parnassia betaalde zijn opleiding nadat hij zelf de stoute schoenen had aangetrokken en de bestuurder belde.

Tegelijkertijd zit hij in het dagelijks bestuur van Stichting Het Zwarte Gat. Daar ziet hij de schaduwzijde van de schaalvergroting in de zorg. Door talloze fusies worden cliëntenraden steeds kleiner en de afstand tot de bestuurder groter. Mooij vecht tegen deze uitholling; hij wil dat de stem van de cliënt niet verwatert in bureaucratie. Hij droomt van een zorgwereld waarin bestuurders weer vaker vanuit de cliënt denken in plaats van vanuit de schotten en de cijfers.

Geen koffiedrinker, maar een spiegel

Mooij is kritisch op de manier waarop ervaringsdeskundigheid soms wordt ingezet. Hij stoort zich eraan dat ervaringsdeskundigen soms nog steeds worden aangenomen om alleen maar ‘een bakje koffie te drinken’ met cliënten in een hoekje. Bij Brijder voelt hij zich gelukkig een volwaardig lid van het team. “Ik ben een collega van mijn collega’s. Zij vragen mij om advies of om bij een gesprek te komen zitten”.

> “De voorzitter van de cliëntenraad waar ik ooit begon zei altijd: Wij zijn geen junkies. ‘Junk’ betekent letterlijk afval, maar een verslaafde is geen afval. Het is een mens die verkeerde keuzes heeft gemaakt, waardoor hij een middel is gaan gebruiken.”

Zijn kracht in de behandelkamer is zijn radicale eerlijkheid, die hij inzet als een vorm van zelfbescherming. “Hoe opener je bent, hoe minder achterdeurtjes je open kunt laten staan,” legt hij uit. Omdat hij elke smoes die een verslaafde kan bedenken zelf al tien keer heeft uitgevonden, prikt hij razendsnel door de façade van cliënten heen. Hij houdt van kaders en structuur; iets waar veel cliënten die jarenlang grenzeloos hebben geleefd, enorme baat bij hebben. “Ik doe dat niet met handschoenen aan,” zegt hij over zijn directe aanpak.

De muren worden alleen maar hoger

Een groot pijnpunt voor Mooij zijn de starre schotten tussen verschillende zorgdisciplines. Hoewel de verslavingszorg nu onder de GGZ valt, ziet hij dat cliënten nog steeds tussen wal en schip vallen omdat de behandeling van trauma en verslaving vaak niet gelijktijdig mag plaatsvinden door financieringsregels. “Als mensen gaan drinken om hun trauma niet te voelen, is het moment dat ze met traumabewerking beginnen juist het grootste risico op terugval. Die dingen moeten naast elkaar lopen”.

Tegelijkertijd signaleert hij een zorgwekkende trend: de cliëntenpopulatie wordt complexer met meer dubbele problematiek, terwijl de behandeltrajecten juist korter worden onder druk van zorgverzekeraars. Waar Mooij vroeger zelf twee jaar de tijd kreeg voor zijn herstel – waarbij het kwartje pas na zeven maanden echt viel – is het maximum nu vaak zes maanden. “Dat de financiële kant het voor het zeggen heeft hoe de zorg in elkaar moet zitten. Dat is natuurlijk van de zotten,” stelt hij resoluut.

Het begint pas als je thuiskomt

Voor cliënten die aan het einde van hun behandeling staan, heeft Mooij een nuchtere boodschap: “Een behandeling is goed, maar het begint pas écht als je thuiskomt”. De veilige setting van een detox is niet de echte wereld waar je weer alleen bent. Hij pleit daarom voor een laagdrempelige vinger aan de pols na de officiële behandeling, soms wel tot twee jaar lang.

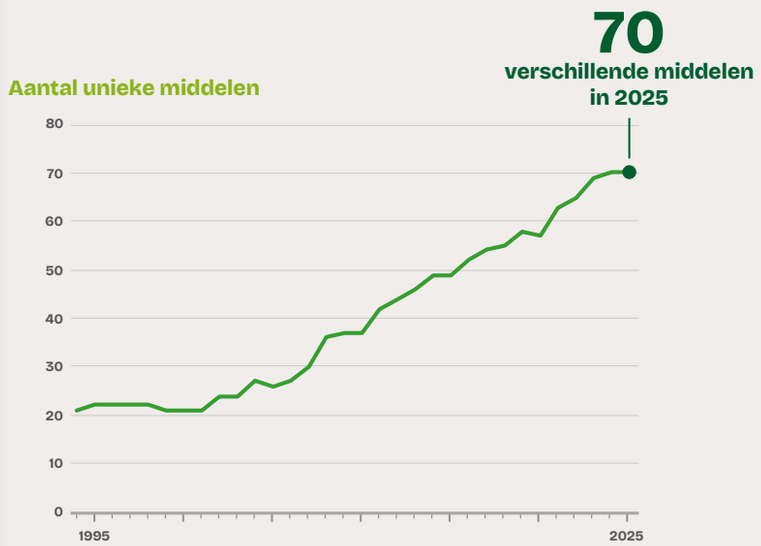
Hij adviseert cliënten om niet direct de ‘ratrace’ van een volledige baan in te stappen, maar rustig te beginnen met vrijwilligerswerk om weer een plek in de samenleving te vinden zonder de verstikkende druk van deadlines. Zelf vindt Mooij zijn ontspanning buiten de zorg als vrijwilliger in een kindertheater. Zijn advies aan nieuwe medewerkers in de verslavingszorg is dan ook gestoeld op bescheidenheid: “Wees niet zo bij de hand dat je denkt dat je alle wijsheid in pacht hebt. Als je iets niet weet, vraag je collega’s om hulp”.

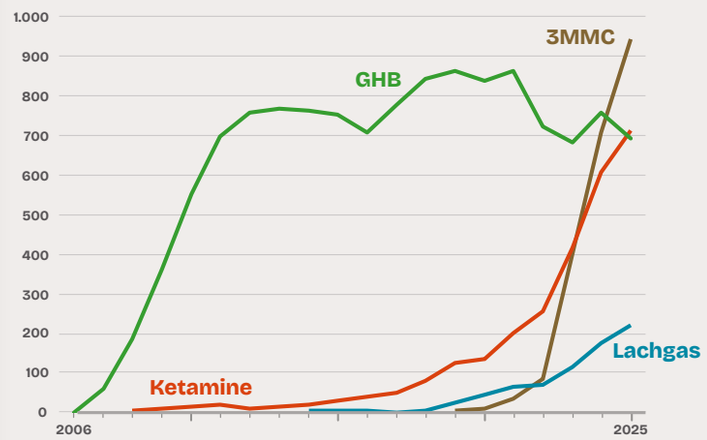
Wat weten mensen vaak niet over Marcel?

Buiten zijn werk om is Marcel, naar eigen zeggen, eigenlijk helemaal geen ‘mensenmens’ en geniet erg van alleen zijn. Zijn passie ligt bij de rauwe energie van death metal, black metal en punk. Hij bezoekt graag concerten van bands als Marduk, waar hij te midden van honderden mensen volledig in zijn eigen wereld kan opgaan.



Nieuwe middelen, nieuwe druk op de zorg





Waar de verslavingszorg vroeger voornamelijk werd gedomineerd door ‘traditionele’ middelen als alcohol, heroïne, cocaïne en later cannabis, is het middelenlandschap steeds diverser geworden. Nieuwe middelen kunnen bovendien in korte tijd opkomen. GHB, ketamine en lachgas kregen in de afgelopen twintig jaar snel een plek in de verslavingszorg; recenter was dat het geval bij 3-MMC.
Die ontwikkelingen stellen de zorg steeds opnieuw voor nieuwe vragen. Door specifieke middelen te registreren, maakt LADIS zichtbaar hoe snel nieuwe problematieken opkomen en hoe groot ze worden. Dat helpt om ontwikkelingen vroegtijdig te signaleren en de verslavingszorg beter voor te bereiden op wat zich aandient.

Mens als motor

6

Peter Greeven
Dick van Etten

Vormgevers van een veranderend vak
Peter Greeven zag de behandelaar evolueren van een moralistische ouder naar een coachende professional die hoop biedt op basis van wetenschappelijke inzichten. Verpleegkundig specialist Dick van Etten benadrukt dat techniek nooit de menselijke ‘klik’ kan vervangen; troosten is een essentieel onderdeel van het vak. In dit hoofdstuk staat het vakmanschap centraal dat nodig is om onvoorwaardelijk naast de patiënt te blijven staan.

7

Mary Janssen van Raay

Opleiden voor een complexe praktijk
Mary Janssen van Raay ziet de verslavingsarts van de toekomst als een netwerkspecialist die verder kijkt dan de medische diagnose alleen. In een sector waar de problematiek verzwaart, pleit zij voor een veilige leeromgeving waarin nieuwsgierigheid belangrijker is dan harde productiecijfers.

Peter Greeven

Vanuit een warm Berlijn reflecteert Peter Greeven op veertig jaar LADIS en zijn eigen jarenlange inzet voor de sector. Hij is op sabbatical, een tijd van noodzakelijke bezinning na een decennialange, indrukwekkende loopbaan. Als directeur behandelzaken bij Novadic-Kentron en klinisch psycholoog zag hij de verslavingszorg transformeren van een moralistisch veld naar een wetenschappelijke discipline.

De omslag naar vakmanschap

De weg van Peter Greeven naar de verslavingszorg liep via een onverwachte route: de forensische psychiatrie. Hij promoveerde in dat veld en zette het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) op, altijd met de focus op *evidence-based practice*. "Ik wilde weten: hoe krijg je wetenschappelijke kennis geaccepteerd en toegepast op de werkvloer?" herinnert hij zich. Twintig jaar geleden maakte hij de overstap naar de verslavingszorg, een wereld die destijds nog sterk leunde op individuele theorieën en het ziekte model.
Greeven zag het als zijn missie om deze wereld verder te professionaliseren. Waar de forensische psychiatrie soms machteloos stond tegenover ernstige recidive, vond hij in de verslavingszorg een vruchtbare bodem voor resultaat. "Met goed en tijdig ingrijpen kun je hier echt het verschil maken," zegt hij. Die drive om de kloof tussen wetenschap en praktijk te dichten, bracht hem ook bij LADIS, waar hij twintig jaar lang in de commissie zat om de grote bewegingen in patiëntenstromen en problematiek in kaart te brengen. Voor hem is de professional niet alleen een vakman, maar ook een wetenschapper in de behandelkamer.

Het einde van de 'bestraffende ouder'

Een van de meest fundamentele veranderingen die Greeven heeft meegemaakt, is de verschuiving in attitude tegenover de patiënt. Dertig jaar geleden was de benadering vaak belerend en moralistisch. "Iemand die verslaafd was, werd gezien als een zwakkeling zonder ruggengraat," legt hij uit. Dankzij de toegenomen kennis over de werking van het brein is dat beeld gekanteld. De moderne professional moet volgens Greeven begrijpen dat middelen het rationele denkvermogen overnemen en neurotransmitters volledig ontregelen.
"De behandelaar is geëvolueerd van een 'bestraffende ouder' naar een coachende professional die hoop biedt," stelt Greeven. Dit vraagt om een fragiel evenwicht: de professional moet compassie hebben en invoelend zijn, maar ook stevig genoeg om de behandeling te sturen en te behandelen vanuit evidentie en niet te zeer vanuit emotie. Het is een multidisciplinaire rol waarbij je tegelijkertijd therapeut, coach en specialist moet zijn. "Als je begrijpt dat het brein van een cocaïnegebruiker na het stoppen een jaar nodig heeft om weer zelf endorfines aan te maken, kijk je anders naar een terugval," aldus de psycholoog. De professional is degene die de hoop bewaart als de patiënt dat zelf niet meer kan.

De professional als schild tegen de markt

Hoewel de zorg inhoudelijk is verbeterd en er ook diverse zorgstandaarden met het veld zijn ontwikkeld waaraan hij heeft bijgedragen, baart de context waarin de professional moet werken Greeven zorgen. De marktwerking in de GGZ heeft geleid tot een scheve verdeling. Particuliere instellingen vissen de 'lichtere' casuïstiek uit de vijver, terwijl de zware, multiproblematische patiënten terechtkomen bij de gespecialiseerde instellingen.
"Wij krijgen steeds vaker te maken met patiënten die niet alleen verslaafd zijn, maar ook ernstige psychiatrische aandoeningen en maatschappelijke problemen hebben," observeert hij.
Deze complexiteit wordt verergerd door de opkomst van designerdrugs zoals 3-MMC en ketamine. De druk op behandelaren is hierdoor fors toegenomen; ze moeten in kortere tijd meer resultaat boeken, terwijl de financiering achterblijft. Voor Greeven is de rol van de directeur behandelzaken hierin cruciaal: hij moet een schild vormen voor zijn professionals.

> "De behandelaar is geëvolueerd van een 'bestraffende ouder' naar een coachende professional die hoop biedt. De professional is degene die de hoop bewaart als de patiënt dat zelf niet meer kan."

"Je moet deze buitenwereld deels bij de behandelaren weghouden om ze ruimte te geven voor hun vakmanschap," zegt hij. De professional moet beschermd worden tegen de doorgeslagen bureaucratie om de passie voor het vak te behouden.

Data als kompas voor de beroepsgroep

In deze turbulente markt is data, zoals die van LADIS, voor Greeven onontbeerlijk om niet blind te varen. Hoewel hij erkent dat behandelaren soms 'registratiemoe' worden van de honderden controlepunten in dossiers, zijn de cijfers volgens hem de basis voor erkenning van het vak. Data helpen de professional om lokale fenomenen te herkennen als landelijke trends. Bij Novadic-Kentron gebruikt men LADIS-data om specifieke zorgpaden te ontwikkelen, zoals een ketaminepoli voor jongeren met blaasproblemen.

"De data helpen ons om met elkaar af te stemmen: kennen jullie dit ook? Wat doen jullie daaraan?" legt hij uit. Toch ligt daar ook een uitdaging voor de toekomst: de kloof tussen de data en de dagelijkse praktijk in de behandelkamer moet kleiner. Cijfers krijgen pas waarde als ze vertaald worden naar deskundigheidsbevordering op de werkvloer, iets waar Greeven zich altijd hard voor heeft gemaakt via interne scholing en het opleiden van professionals. De professional van de toekomst is iemand die data omzet in zorginhoudelijke innovatie.

Wat weten mensen vaak niet over Peter?

Naast zijn werk vindt Peter balans op zijn boerderij in Duitsland. Ook is hij een vaste bezoeker van het Festival Oude Muziek; hij heeft een grote liefde voor Bach en de spirituele meerstemmigheid van William Byrd.



Een cultuur van samen leren

Terwijl de zon over Berlijn schijnt – een stad waar hij nu geniet van de rust na een 'Grand Tour' door Italië en Frankrijk – denkt Greeven na over de leercultuur binnen de beroepsgroep. Zijn advies aan jonge professionals is simpel maar dwingend: "Blijf nieuwsgierig en blijf je bijscholen". Hij waarschuwt voor verstarring; een professional kan niet teren op oude kennis in een veld dat zo razendsnel verandert door maatschappelijke ontwikkelingen en nieuwe psychoactieve stoffen.

Greeven pleit voor een organisatie waarin fouten gemaakt mogen worden. "Als een organisatie alleen bestraffend is naar medewerkers, kun je niet verwachten dat zij belonend zijn naar hun patiënten," stelt hij scherp. Hij heeft de afgelopen jaren ingezet op intervisie, waarbij ervaren behandelaren ook hun twijfels delen. Dat is de essentie van de beroepsgroep: een collectief dat samen leert en groeit, in plaats van een verzameling individuele eilandjes.

Zelf vindt hij vaak inspiratie buiten de kliniek in de oude muziek van Bach en de spirituele meerstemmigheid van William Byrd. "Het is fenomenaal mooi," zegt hij over de muziek van de Tallis Scholars. Het is datzelfde oog voor harmonie, menselijkheid en vakmanschap dat hij altijd heeft gezocht in de vaak harde werkelijkheid van de verslavingszorg. Zijn visie is helder: de professional is de bewaker van de menselijke waardigheid in een systeem dat steeds meer om verantwoording en cijfers lijkt te draaien.

Dick van Etten

In de achtertuin van Dick van Etten in Amersfoort staat de tijd soms heel even stil, terwijl de wereld om hem heen onvermoeibaar doorstoomt. Van Etten, een man die al vanaf zijn vierde door een boswachter werd meegenomen om vogels te ringen, inventariseert tegenwoordig in zijn vrije tijd vogels en vlinders. Maar wie denkt dat deze passie voor data en observatie beperkt blijft tot de natuur, heeft het mis. In de verslavingszorg is Van Etten een monument: een verpleegkundig specialist GGZ die na 43 jaar nog steeds met de bevlogenheid van een leerling spreekt over het 'uitpluizen van de menselijke geest'.

Voor deze jubileumuitgave van LADIS blikken we met hem terug op een carrière die begon in een tijd van witte jassen en overschotten, en eindigt in een wereld van complexe data en filosofische diepgang.

De vliegende start in een crisistijd

Het is 1983 als Dick van Etten de zorgwereld binnenstapt. Het is een tijd die we ons nu nauwelijks meer kunnen voorstellen: er was een overschot aan verpleegkundigen. "Als je toen je diploma kreeg, kreeg je vaak ook direct je ontslag," herinnert hij zich. Hij begon in de toenmalige 'zwakzinnigenzorg' (de Z-verpleging) in Baarn, maar zijn nieuwsgierigheid trok hem al snel richting de psychiatrie. Hij wilde weten hoe dingen in elkaar staken.
Zijn hart bleek uiteindelijk te liggen bij een doelgroep die destijds – en soms nog steeds – tussen wal en schip viel: de oudere met psychiatrische en verslavingsproblematiek. "Ik vond het fascinerend om de somatiek en de psyche te combineren. De levensverhalen van die mensen vond ik razend interessant".

Het gat in de zorg

Rond de eeuwwisseling, werkend in de ambulante ouderenzorg, stuitte Van Etten op een pijnlijk onrecht: de 'oudere, drinkende man'. De verslavingszorg vond deze patiënten vaak te wankel of fysiek te kwetsbaar voor hun programma's, terwijl de reguliere ouderenzorg geen raad wist met de verslaving. "Vanuit mijn onrechtvaardigheidsgevoel dacht ik: dit kan gewoon niet. Deze mensen vallen tussen wal en schip".
Het was het startsein voor een persoonlijke missie. In 2001 begon hij aan de opleiding tot verpleegkundig specialist GGZ. Hij wilde niet alleen 'zorgen', hij wilde veranderen hoe de sector naar deze groep keek. Hij stond aan de wieg van specifieke behandelprogramma's zoals 'Fris Verder', waarbij hij besefte dat je een zestigjarige niet zomaar tussen de twintigers moet zetten. De context van een leven, de geschiedenis, en zelfs de religieuze achtergrond – de 'Biblebelt-kennis' – bleken cruciaal om echt contact te maken.

Een klein protest: De patiënt versus de cliënt

Wie met Van Etten praat, merkt dat hij zorgvuldig zijn woorden kiest. Hij spreekt consequent over 'patiënten', niet over 'cliënten'. "Dat is mijn kleine protest," zegt hij met een glimlach. "Cliënten nemen een product af, maar patiënten zijn mensen die hulp nodig hebben. Het gelaat van de ander doet een appèl op jou".
Deze filosofische inslag is geen abstracte hobby. Het is zijn morele kompas. Hij vertelt over een middag, jaren geleden, toen hij de 'Overpeinzingen' van de Romeinse keizer Marcus Aurelius las in de trein. Aurelius schreef dat je niet moet weglopen voor je verantwoordelijkheid, ook niet bij tijdgebrek. Diezelfde middag, om kwart voor vijf, kreeg Van Etten een moeder aan de lijn wiens zoon in crisis verkeerde. Hoewel zijn dienst bijna voorbij was, bleef hij. "Op dat moment maak je zo'n contact... dat is essentieel om je te verbinden".

> "Geneeskunde is soms genezen, vaak verlichten en altijd troosten."

De macht van de 'klik' en de harde cijfers

Volgens Van Etten wordt 70% van het succes van een behandeling bepaald door de 'klik' tussen behandelaar en patiënt. Maar die menselijke verbinding kan niet zonder een stevig fundament van data en professionalisering. Hij wijst op de oprichting van *Resultaten Scoren* in 1998 als een keerpunt voor de hele Nederlandse verslavingszorg. Het zorgde voor eenheid,

wetenschappelijk onderzoek en een sector die eindelijk serieus werd genomen.
Ook LADIS speelt in zijn werk een rol. “Data geeft body aan de richting die we opgaan,” legt hij uit. Hij gebruikt de cijfers in zijn lessen aan aanstaande verpleegkundig specialisten om de omvang van de problematiek te duiden. Want hoewel hij kritisch is op te statische meetsystemen – “herstel is voor iedereen anders” – weet hij als vogel- en vlinderteller dat je trends pas ziet als je ze zorgvuldig vastlegt.

Troosten als hoogste goed

Als we hem vragen naar de toekomst, wordt Van Etten vurig. Hij droomt van ‘ontschotten’: een zorgwereld waarin de GGZ en de verslavingszorg niet langer naar elkaar wijzen als het ingewikkeld wordt. Vooral bij vermoedens van cognitieve stoornissen zoals Korsakov ziet hij nog te veel mensen buiten de boot vallen.
Zijn leidraad voor de komende jaren? Een citaat van de 16e-eeuwse chirurg Ambroise Paré: “Geneeskunde is soms genezen, vaak verlichten en altijd troosten”. In een sector die soms doorslaat in rendement en snelle uitstroom, pleit Van Etten voor de langzame weg. “Er zijn mensen in mijn caseload die nooit meer zullen stoppen met gebruiken. Maar als ik ze uitschrijf, gaan ze maatschappelijk teloor. Door er simpelweg te zijn, één keer in de twee weken, bewaren we de balans”.
Na 43 jaar is dat misschien wel de belangrijkste les van Dick van Etten: dat de hoogste vorm van zorg soms niet zit in het fixen van een probleem, maar in de moed om naast iemand te blijven staan als het niet meer goed komt. Of zoals hij het zelf zegt: “Sta open voor wie de mens tegenover je is. Durf de vragen te stellen die niet voor de hand liggen. Waar droomt deze persoon van?”.



Wat weten mensen vaak niet over Dick?

Sinds ongeveer een jaar helpt Dick een vriend met het houden van bijen. Hoewel het een drukke bezigheid is, vindt hij het slingeren van eigen honing en de rust die je moet bewaren om de bijen niet onrustig te maken, zeer ontspannend.

Mary Janssen van Raay

De verslavingszorg verandert snel: de problematiek wordt complexer, disciplines werken nauwer samen en nieuwe inzichten volgen elkaar op. Voor Mary Janssen van Raay, verslavingsarts bij Antes en hoofd van de opleiding tot verslavingsarts bij het Radboudumc, is het haar taak om nieuwe professionals daarop voor te bereiden. Een opleiding moet volgens haar blijven meebewegen met het vak.

Leren zit in haar natuur

Janssen van Raay kwam niet bewust de verslavingszorg binnen met het idee ooit opleider te worden. Tijdens haar werk op de spoedeisende hulp onderzocht ze voor haar master Public Health welke patiënten steeds opnieuw terugkeerden. Opvallend veel van hen hadden te maken met verslavingsproblematiek. Toen ze vervolgens een vacature voor de opleiding tot verslavingsarts zag, besloot ze de overstap te maken. “Ik dacht: ik geloof dat ik dat nu moet gaan doen. Dat was eigenlijk de beste keuze ooit. Ik heb ontzettend veel geleerd.”
Dat leren bleef een rode draad in haar loopbaan. Niet alleen voor zichzelf, maar juist ook voor anderen. “Sommige mensen vertalen alles wat ze tegenkomen naar onderzoeksvragen of beleidsvragen. Bij mij is het: hoe leg ik dit nou beter uit? En hoe gaan we hier nou met elkaar beter mee om?”
Die nieuwsgierigheid bracht haar uiteindelijk naar de opleiding. Ze verdiepte zich in Medical Education en werd in 2017 hoofd van de opleiding tot verslavingsarts. “Mijn drive is eigenlijk altijd geweest: beter opleiden, beter lesgeven.”

Een ander vak dan twintig jaar geleden

Volgens Janssen van Raay is de grootste verandering niet zozeer de komst van nieuwe behandelmethoden, maar de verbreding van het vak zelf. “De verslavingsartsen van toen kwamen nog uit een smalle achtergrond. Nu leiden we veel breder opgeleide verslavingsartsen op.”
De praktijk is veel multidisciplinairder geworden. Waar de verslavingsarts

vroeger vooral samenwerkte met een psycholoog en maatschappelijk werker, maken tegenwoordig ook verpleegkundig specialisten, physician assistants en andere professionals deel uit van het behandelteam. Dat vraagt om een andere rol van de arts. “Je ziet patiënten vanuit het biopsychosociale model. Je moet steeds kijken wat bijdraagt aan de problematiek, maar ook wat gaat bijdragen aan het herstel.”
Volgens Janssen van Raay gaat het steeds minder om één behandeling en steeds meer om het kunnen overzien van het geheel. “Je moet veel meer overzicht hebben over de verschillende facetten van behandeling. Je moet weten welke behandeling nodig is en wie die het beste kan uitvoeren.”

“Mijn drive is eigenlijk altijd geweest: beter opleiden, beter lesgeven”

De opleiding verandert mee

Als het vak verandert, moet de opleiding dat ook doen. De basis blijft volgens Janssen van Raay hetzelfde: goede communicatie, medische kennis en motiverende gespreksvoering zijn onmisbaar. Tegelijkertijd verschuift de inhoud mee met de ontwikkelingen in de praktijk.
Een voorbeeld daarvan is de groeiende aandacht voor chronische pijn en palliatieve zorg. “Er zijn patiënten waarbij het herstelperspectief eigenlijk niet meer waarschijnlijk is. Dan moet je wel iets met elkaar.”
Volgens Janssen van Raay vraagt dat om een andere manier van kijken. “We doen onze patiënten regelmatig tekort. We verwachten te veel van ze, maar gaan ook niet altijd in op wat ze nodig hebben.”
Nieuwe ontwikkelingen blijven zich aandienen. Daarom is het volgens haar belangrijk dat opleidingen ruimte houden om nieuwe kennis en behandelmethoden op te nemen wanneer die relevant worden voor de praktijk.

Goed opleiden vraagt een veilige omgeving

Opvallend genoeg ziet Janssen van Raay de grootste uitdaging niet in de inhoud van de opleiding, maar in de manier waarop artsen in opleiding leren. “Ik ben veel meer bezig met zorgen dat de werkvormen interessant blijven, dat mensen ervan leren en dat ze worden opgeleid in een veilige leeromgeving.” Die veilige leeromgeving staat volgens haar onder druk door personeelstekorten, veranderingen binnen de ggz en de toenemende druk op de dagelijkse praktijk. “Artsen in opleiding moeten hun patiënten kunnen zien in een veilige omgeving. Er moeten niet alleen hele harde productiecijfers op staan. Dat is niet behulpzaam.”

De komende jaren wil Janssen van Raay daarom niet alleen met onderwijs bezig zijn, maar ook met onderzoek naar stigma in de leeromgeving van jonge artsen. “Daarmee wil ik bijdragen aan een veilige leeromgeving. Tegelijkertijd blijf ik zelf leren, omdat het onderzoek me dwingt om weer nieuwe vragen te stellen.”

De verslavingsarts als verbinder

Ook de rol van de verslavingsarts zal volgens Janssen van Raay verder veranderen. Door het tekort aan verslavingsartsen wordt de consultatieve functie steeds belangrijker. “We komen nog steeds verslavingsartsen tekort. Dat betekent dat je consultatieve functie groter gaat worden. Je moet veel meer met andere artsen in gesprek.”
Ze noemt de verslavingsarts van de toekomst daarom een netwerkspecialist: iemand die specialistische kennis heeft, maar vooral weet hoe verschillende professionals samen de beste zorg kunnen bieden.

Verder kijken dan de individuele patiënt

Voor Janssen van Raay spelen data daarbij een belangrijke rol. “Ik ben een enorme fan van de Nationale Drug Monitor.” Trendgegevens helpen volgens haar om ontwikkelingen in middelengebruik beter te begrijpen en de dagelijkse praktijk in een bredere context te plaatsen. “Hoe makkelijker het voor mensen wordt om aan middelen te komen, hoe hoger het aantal mensen dat problematisch gebruik gaat ontwikkelen.”
Dat soort inzichten helpt toekomstige verslavingsartsen niet alleen om individuele patiënten beter te begrijpen, maar ook om de maatschappelijke context van verslaving mee te nemen in hun werk. Aan het einde van het gesprek komt Janssen van Raay terug bij dezelfde gedachte. De verslavingszorg zal blijven veranderen. Daarom is goed opleiden volgens haar nooit af. Nieuwsgierig blijven, samenwerken en oog houden voor de mens achter de verslaving zijn minstens zo belangrijk als medische kennis. “Je kunt niet alles zelf doen. Maar je moet wel begrijpen wat er speelt, de juiste vragen stellen en de verbinding leggen.”

Wat weten mensen vaak niet over Mary?

Naast dat Mary graag zingt en pianospeelt, schuilt achter haar een fanatiek gamer. In online werelden als *World of Warcraft* en *PUBG* vindt Mary Janssen van Raay de ultieme ontspanning.



Transformatie als toekomst

8

Dike van de Mheen
Jitske Hoogervorst

De lessen van veertig jaar en een blik vooruit

Hoogleraar Dike van de Mheen reflecteert in dit hoofdstuk op decennia van toenemende professionalisering en de grote maatschappelijke doorbraken op het gebied van preventie. Zij benadrukt dat we kwetsbare jongeren, die opgroeien in een steeds digitalere en soms geïsoleerde wereld, niet uit het oog mogen verliezen. Directieadviseur Jitske Hoogervorst vult dit aan met haar 25 jaar ervaring op de werkvloer: zij schetst de transitie van solistisch ‘kamertjeswerk’ naar datagestuurde dashboards. Daarbij waarschuwt ze voor de toenemende regeldruk en pleit ze voor het behouden van de pragmatische ruimte om de randjes op te zoeken voor het herstel van de cliënt.

Dike van de Mheen

Dike van de Mheen heeft haar hart en ziel al decennialang verpand aan de verslavingszorg en de publieke gezondheid. Als hoogleraar Transformaties in de Zorg bij Tranzo (Tilburg University), voormalig leerstoelhouder op het gebied van verslaving in Rotterdam en Maastricht, én als oud-voorzitter van de Raad van Toezicht van Stichting IVZ, heeft zij de sector ingrijpend zien veranderen.

Een bewuste keuze met een vleugje toeval

Wie naar de indrukwekkende academische loopbaan van Van de Mheen kijkt, ziet een rode draad van maatschappelijke betrokkenheid. Toch was haar landing in de verslavingswereld deels het resultaat van toeval – en deels ook weer niet. “Mijn proefschrift richtte zich op sociaaleconomische verschillen in gezondheid en leefstijlen,” vertelt ze. “Ik wilde me specifiek bezighouden met kwetsbare mensen in lagere sociaaleconomische posities. Als je die focus op leefstijl legt, kom je onvermijdelijk in het verslavingsveld terecht.”

Haar definitieve overstap naar de sector kreeg vorm door een toevallig telefoontje. “Henk Garretsen vertrok destijds naar het IVO (Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving) en zocht nog een coördinator. Hij belde mij op. Aan de ene kant is dat toeval, maar aan de andere kant ook niet. Je investeert in dat veld en bouwt een netwerk op. Het is dus niet verrassend dat je steeds op dat terrein aanslaat en dat mensen je weten te vinden. Als ik Henk niet was tegengekomen, was het waarschijnlijk wel iemand anders geweest.”

Hoewel haar passie overduidelijk bij de gezondheidswetenschappen ligt, had haar leven er ook heel anders uit kunnen zien. “Ik had achteraf bezien ook best graag waterbouw willen studeren,” lacht ze. “Ik ben destijds echt naar de open dagen van de Technische Universiteit geweest. Maar in die tijd was het studentenbestand daar voor slechts drie procent gevuld met meisjes. Ik dacht: ik ga daar niet als een van de weinige vrouwen tussen de mannen zitten. De techniek en het water vind ik nog steeds reuze interessant, maar ik heb er goed aan gedaan om voor de gezondheidszorg te kiezen.”

De nieuwe sprong in professionalisering

Als Van de Mheen terugkijkt op de afgelopen 25 jaar in de Nederlandse verslavingszorg, valt één ontwikkeling direct op: de enorme slag in professionalisering. “De sector heeft echt de handen ineengeslagen om te professionaliseren. Er is keihard gewerkt om duidelijk te maken dat de verslavingszorg een volwaardige sector is met een scherpe, gezamenlijke visie. Die onderlinge samenwerking is echt een heel mooie en cruciale mijlpaal geweest.”

Vanuit haar achtergrond ligt haar expertise en passie vooral bij de preventiekant, en juist daar zijn volgens haar revolutionaire stappen gezet. “De successen van preventie mogen we echt veel vaker vieren,” stelt ze resoluut. “Als je twintig jaar geleden had geroepen dat we de minimumleeftijd voor de verkoop van alcohol zouden ophogen naar 18 jaar, had iedereen je voor volstrekt gek verklaard. Dat zou nooit lukken, dacht men. En kijk nu: inmiddels vindt iedereen het de normaalste zaak van de wereld. Het juiste maatschappelijke moment was daar en we hebben het wél mooi voor elkaar gekregen.”

Hetzelfde geldt voor de tabaksontmoediging. “Wat er de afgelopen dertig jaar op het gebied van roken is bereikt, is werkelijk bizar te noemen. We hebben in drie decennia meer voor elkaar gekregen dan in de tweeduizend jaar daarvoor. Dat laat zien dat je door intensieve samenwerking — niet alleen binnen de verslavingszorg zelf, maar juist ook met de overheid en de GGD’en — structurele maatschappelijke impact kunt maken. De professionalisering van de verslavingszorginstellingen heeft aan dat fundament direct bijgedragen.”

> “Omdat ik van mezelf saai ben, verzamel ik graag kleurrijke en een beetje gekke mensen om me heen. Dat houdt het leven lekker spannend.”

De jeugd niet verliezen

Ondanks de grote stappen voorwaarts, signaleert Van de Mheen ook nieuwe, zorgwekkende trends in de huidige samenleving. Er is een grote groep die volgens haar juist nu extra alertheid verdient. “Als maatschappij hebben we momenteel de gigantische taak om jongeren niet te verliezen. De wereld waarin jongeren vandaag de dag opgroeien, is door de invloed

van social media een heel specifieke en soms geïsoleerde eigen wereld geworden. Kwetsbare jongeren zijn binnen die dynamiek nóg kwetsbaarder dan vroeger."
De grote uitdaging voor de toekomst ligt dan ook in het behouden van de aansluiting met deze generatie via vernieuwende preventie. "We moeten voorkomen dat situaties op het snijvlak van gezondheid, verslaving en criminaliteit volledig uit de hand lopen. De verslavingszorg levert natuurlijk primair curatieve zorg, dus dit is zeker niet de taak van de zorginstellingen alleen. Dit is een brede maatschappelijke verantwoordelijkheid. We moeten met z'n allen voorkomen dat deze jongeren over een aantal jaar massaal de verslavingszorg nodig hebben. Als dat gebeurt, kunnen we de druk simpelweg niet meer aan; daarvoor ontbreken de capaciteit en de financiële middelen."

Een stabiel kompas in een veranderend veld

Om tijdig bij te kunnen sturen en kwetsbare groepen in beeld te houden, zijn betrouwbare cijfers en registratiesystemen onmisbaar. Vanuit haar voormalige voorzitterschap bij de Raad van Toezicht van het IVZ weet Van de Mheen als geen ander hoe belangrijk een databank zoals LADIS is. In een sector waar de visies over de inrichting van de zorg soms flink kunnen contrasteren—tussen hen die verslaving zien als een specialistisch metier en hen die pleiten voor integratie in de bredere GGZ—blijft harde data de stabiele factor.
Van de Mheen omschrijft zichzelf met een knipoog als een 'saai' persoon die in Rotterdam woont met haar partner, twee dochters heeft en graag fietst. Maar die vermeende saaiheid compenseert ze ruimschoots in haar werk en omgeving. "Omdat ik van mezelf saai ben, verzamel ik graag kleurrijke en een beetje gekke mensen om me heen. Dat houdt het leven lekker spannend," glimlacht ze.



Wat weten mensen vaak niet over Dike?

Met een knipoog naar haar vakgebied bekent Van de Mheen een "lichte" passie voor schoenen te hebben: "Een onschuldige verslaving die gelukkig buiten de officiële LADIS-cijfers blijft".

Jitske Hoogervorst

Dit jaar viert Jitske Hoogervorst, adviseur van de directie verslavingszorg bij Brijder, een dubbel feest. Terwijl de Landelijke Alcohol en Drugs Informatie Monitor (LADIS) haar jubileum viert, viert Hoogervorst haar eigen 25-jarige jubileum binnen de organisatie. Een gesprek over de liefde voor het vak, de transitie van de zorg en de kunst van het koplopen.

Een veelzijdige portefeuille

"Als adviseur van de directie verslavingszorg bij Brijder is geen dag hetzelfde," vertelt Hoogervorst. "Mijn portefeuille is enorm breed. Het ene moment houd ik me bezig met de jeugdverslavingszorg in Zuid-Holland, waar we er hard aan trekken om meer groepen te draaien en een duidelijke lijn te creëren. Het andere moment richt ik me op preventie-projecten, zoals de landelijke her-erkenning van de interventie *'Help, mijn kind kan niet zonder'*. Tegelijkertijd maken we binnen de Parnassia Groep momenteel een transitie door met een grootschalig in-, door- en uitstroomproject. Het doel is simpel maar uitdagend: zorgen dat de hardnekkige wachtlijsten afnemen en dat cliënten in een zo kort mogelijke tijd naar een duurzaam herstel worden begeleid."

Een ingewikkelde puzzel genaamd LADIS

"Mijn betrokkenheid bij LADIS is een perfect voorbeeld van hoe projecten op mijn bord belanden. De directie gaf aan dat er een complexe vraag lag rondom de aanlevering van de monitorcijfers. Er moesten administratieve, technische en juridische zaken geregeld worden binnen Parnassia Groep. Niemand wist destijds precies hoe dit moest worden aangepakt.
Dat is typisch een situatie waar ik enorm van aan ga. Waar anderen terugdeinzen voor bureaucratie, zie ik een uitdaging. Ik ben de aanjager geworden van het proces: ik heb uitgezocht wat er nodig was, de juiste afdelingen bij elkaar gebracht en ervoor gezorgd dat de aanlevering op een veilige en betrouwbare manier kon plaatsvinden. Inmiddels ben ik nog steeds contactpersoon voor de LADIS-aanlevering, vertegenwoordig ik Brijder in de LADIS-inhoudscommissie en neem ik deel aan de Programma-

lijn Datamanagement van Verslavingskunde Nederland. Juist het verbinden van inhoud, processen en samenwerking geeft mij energie."

De onweerstaanbare aantrekkingskracht van de verslavingszorg

"Mijn reis begon via een omweg. Vanuit mijn studie pedagogiek, met de specialisatie gezondheidsvoorlichting en preventie, liep ik stage bij de Jellinek. Daar deed ik onderzoek naar het preventie-aanbod voor het jongerenwerk. Dat smaakte naar meer. Toch werkte ik daarna eerst een jaar bij de GGD in Zaandam aan brede gezondheidsprojecten. Dat was interessant, maar ook vrij abstract en beleidsmatig; we huurden destijds Brijder in om de trainingen en voorlichtingen te geven.
Toen er een vacature vrijkwam bij Brijder, twijfelde ik geen moment. De praktijk trok me simpelweg te hard. Dat ik hier inmiddels al een kwarteeuw rondloop, komt doordat ik telkens de kans heb gekregen om mezelf intern opnieuw uit te vinden. Toen ik bij preventie de grens had bereikt van wat ik wilde doen, kon ik pionieren met websites en e-health. Ik heb mezelf binnen de organisatie continu kunnen ontwikkelen door de projecten te kiezen waarvan ik dacht: '*Ja, dit is interessant, hier kan ik het verschil maken.*'"

Doeners die de randjes opzoeken

"Hoewel ik tegenwoordig ook uitstapjes maak naar PsyQ of de bredere GGZ, blijft Brijder mijn thuisbasis. Dat heeft alles te maken met het type mensen dat hier rondloopt. Het zijn stuk voor stuk aanpakkers. De cultuur laat zich het beste omschrijven als: schouders eronder en gaan. Er heerst een pragmatische mentaliteit. We werken hard binnen de kaders, maar we durven ook de randjes op te zoeken als de situatie van een cliënt daarom vraagt. Wat mag er, wat kan er, en wat is er nodig? Die scherpte en die drang om te pionieren houden de sector levendig."

Van kamertjeswerk naar dashboards

"Als ik de balans opmaak van 25 jaar verslavingszorg, is de sector onkenbaar veranderd. De professionalisering heeft een enorme vlucht genomen. Vroeger zat een behandelaar nog wel eens in zijn eigen spreekkamer te doen wat hem of haar het beste leek. Vandaag de dag werken we veel meer geprotocolleerd, doelgericht en evidence-based. Alles wordt beter geëvalueerd.
De keerzijde van deze professionalisering is de schaalgrootte en de regeldruk. Toen Brijder nog zelfstandig en compact was, waren de communicatielijnen kort. Moest de data voor LADIS op orde worden gemaakt? Dan liep je even bij de administratie binnen en was het diezelfde middag geregeld. Nu we onderdeel zijn van een groter geheel, is de verantwoordelijkheid versnipperd over verschillende afdelingen.

Daarnaast is de administratieve last voor behandelaren fors toegenomen. Dit komt deels door strenge eisen van zorgverzekeraars om elke handeling te verantwoorden voor de financiering, en deels door de interne behoefte om via dashboards te sturen op productie. De uitdaging voor de komende jaren is helder: we moeten de registratielast drastisch verminderen, zodat de kostbare tijd weer volledig naar de cliënt en het herstelproces gaat."

Blijf die ruimte opzoeken

"Als ik na 25 jaar één boodschap mag meegeven aan al mijn collega's in de verslavingszorg, dan is het deze: laat je niet ontmoedigen door de regeldruk of de omvang van grote organisaties. Brijder is gebouwd op de kracht van doeners die de schouders eronder zetten. Blijf trouw aan die cultuur. En vooral: durf binnen de kaders die randjes op te zoeken als dat nodig is voor het herstel van je cliënt. Juist in die ruimte, waar we kritisch durven kijken naar wat er écht toe doet, ligt de kracht van ons mooie vak. Laten we die eigenwijsheid en passie nooit verliezen."

> "We werken hard binnen de kaders, maar we durven ook de randjes op te zoeken als de situatie van een cliënt daarom vraagt. Wat mag er, wat kan er, en wat is er nodig"



Wat weten mensen vaak niet over Jitske?

In haar vrije tijd is Jitske een fanatieke wandelaar – geen hardloper – die jaarlijks zo'n 150 boeken verslindt. Om het tempo hoog te houden en omdat het haar anders te saai wordt, luistert ze deze boeken steevast op een hogere afspeelsnelheid.

Column

Elk tijdperk zijn eigen pleister

LADIS wordt veertig. Dat is een leeftijd waarop een mens normaal gesproken een midlifecrisis krijgt, een motorfiets koopt en zich hardop afvraagt of het allemaal wel zin heeft gehad. Ik gun het instituut liever een taart. Maar de vraag die bij zo'n verjaardag hoort, stel ik toch maar meteen: hoe ziet u de volgende veertig jaar tegemoet?
Vorig jaar gaf het kabinet al antwoord op deze vraag. En het is een fraai antwoord. In 2040, zo luidt de belofte, gebruikt geen enkele Nederlandse minderjarige nog cannabis of wat voor drugs dan ook. Nul procent. Geen komma erachter, geen kleine lettertjes. Het drugsgebruik onder volwassenen moet gehalveerd zijn, net als het aantal drugsgerelateerde incidenten. Het is het soort doelstelling waar je stilletjes van gaat glimlachen. Zoals je glimlacht om je buurjongetje dat zegt later astronaut én bakker én koning te willen worden.
Wat zou dit betekenen voor het LADIS? Het instituut dat bijhoudt wie waaraan verslaafd raakt en hoe erg. Stel nu dat het kabinet gelijk krijgt. Heeft het instituut dan nog een hulpvraag te rapporteren? Ik zie de borden al hangen: LADIS, gesloten wegens succes. Maar we hebben alcohol nog, dacht ik. Tot ik las dat de Gezondheidsraad de overheid vraagt om in te grijpen. De borrel gaat de sigaret achterna. Ook die normaal gesproken stabiele grote instroom van mensen met een alcoholverslaving wankelt dus.
Er blijft niets meer over om verslaafd aan te raken, zou je bijna denken.
Ik maak me geen zorgen over het voortbestaan van het LADIS. Niet omdat ik weinig vertrouwen heb in het kabinet, maar omdat het uitbannen van middelen niet hetzelfde is als het uitbannen van de redenen waarom mensen naar deze middelen grijpen. Je kunt alle cocaïne uit de haven vissen, drank uit de supermarkt bannen en elke pil onvindbaar maken. Trauma's blijven gewoon ontstaan. Armoede verhuist niet ineens de grens over. Wie is opgegroeid met te weinig liefde en te veel angst vindt wel een andere deur. Ook als je de bekende deuren dichttimmert.
Met regelmaat zien we weer een nieuwe "zombiedrug" opduiken. Van heroïne naar crack, tot aan de MMC'tjes en slaappillen. Slaat die deur dicht? Dan hebben we onze schermen nog. De app die precies weet wanneer je zwak bent. Altijd binnen handbereik. Dit zal, denk ik, de komende veertig jaar ook niet veranderen.
Problemen in alle soorten en maten blijven gewoon bestaan, net als verslaving. Met of zonder alcohol. Met of zonder drugs.
LADIS-medewerkers hoeven zich dus, vrees ik, voorlopig geen zorgen te maken over werkloosheid. Het mooie van dit lange bestaan is dat ze zelfs onmisbaar worden. Niet als het instituut dat mag melden hoe slecht het met Nederland gaat, maar als het instituut dat precies bijhoudt wat de *coping of choice* van een generatie is. Elk tijdperk kiest zijn eigen pleister. Dankzij al die cijfers weten we tenminste welke dat is.
Wat mij betreft mag de volgende veertig jaar gaan over hoe je die kennis het best gebruikt om mensen te helpen aan minder schadelijke coping. Nederland liep lange tijd voorop als het ging om hulp bij verslaving en gebruik. Een nuchter en pragmatisch gidsland. Maar de laatste twintig jaar staat die vooruitgang akelig stil. We lopen niet meer voorop, maar lopen nog wel. Dat is voor een veertigjarige ook een prestatie. Op naar de volgende veertig, proost!

Thomas Martinelli



Dr. Thomas Martinelli is antropoloog en criminoloog, met een speciale interesse in drugsgerelateerde onderwerpen en kwalitatief onderzoek. Bij het Trimbos-instituut leidt hij Internationale Zaken bij de afdeling Drugsmonitoring en -Beleid en co-organiseert hij het Harm Reduction Netwerk.



Bijeenkomst Nieuwspoort ter gelegenheid van publicatie op basis van LADIS cijfers, 2000

Dankwoord

Met het sluiten van deze jubileumuitgave rest ons een oprecht woord van dank aan degenen die deze publicatie kleur en inhoud hebben gegeven. Waar de statistieken van LADIS de contouren van veertig jaar verslavingszorg schetsen, zijn het de persoonlijke verhalen in dit magazine die de cijfers van een menselijk gezicht hebben voorzien.

Onze bijzondere dank gaat uit naar de veertien experts, denkers en doeners die de tijd namen voor een diepgaand gesprek:
Vincent Hendriks,
Margriet van Laar,
Sander Baljé,
Arnt Schellekens,
Linda Montanari,
Kateřina Škařupová,
Gerard Niemeijer,
Michael de Munnik,
Marcel Mooij,
Peter Greeven,
Dick van Etten,
Mary Janssen van Raay,
Jitske Hoogervorst en
Dike van de Mheen.

Hun bereidheid om openhartig te reflecteren op hun loopbaan, hun vakmanschap en de uitdagingen van de toekomst vormt het hart van dit document.

Dank aan columnist *Thomas Martinelli*, die ons met een scherpe en nuchtere blik herinnerde aan de kern van ons werk: dat zolang er pleisters nodig zijn voor menselijk leed, de feiten van LADIS onmisbaar blijven als kompas.

Redactie jubileumuitgave LADIS 40 jaar

Colofon

Uitgave ’40 jaar LADIS – Samen stil staan bij een sector in beweging.’

Teksten en interviews
Vincent Regtop en Jeroen Wisselink

De interviews in deze uitgave zijn afgenomen met *Vincent Hendriks, Margriet van Laar, Sander Baljé, Arnt Schellekens, Linda Montanari, Kateřina Škařupová, Gerard Niemeijer, Michael de Munnik, Marcel Mooij, Peter Greeven, Dick van Etten, Mary Janssen van Raay, Jitske Hoogervorst en Dike van de Mheen, Thomas Martinelli*

Redactie
Vincent Regtop, Jeroen Wisselink

LADIS-cijfers
De cijfers en trendanalyses in deze uitgave zijn afkomstig uit het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS), en zijn samengesteld door Jolise van der Slink, Jeroen Wisselink, en Vincent Regtop.

Ontwerp
Studio Janneke Hendriks

Drukwerk
Probook

Met dank aan
Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), alle medewerkers van IVZ, de deelnemende verslavingszorginstellingen, en allen die direct of indirect hebben bijgedragen aan deze uitgave.

Contact en informatie
Stichting IVZ (Informatievoorziening Zorg)
Website: *www.sivz.nl / www.ladis.eu*
Mail: info@sivz.nl
Telefoon: 030 – 635 82 45

September 2026

Een uitgave ter gelegenheid van het 40-jarig bestaan van het **Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem** (LADIS)

LADIS
Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem

IVZ
zicht op zorg