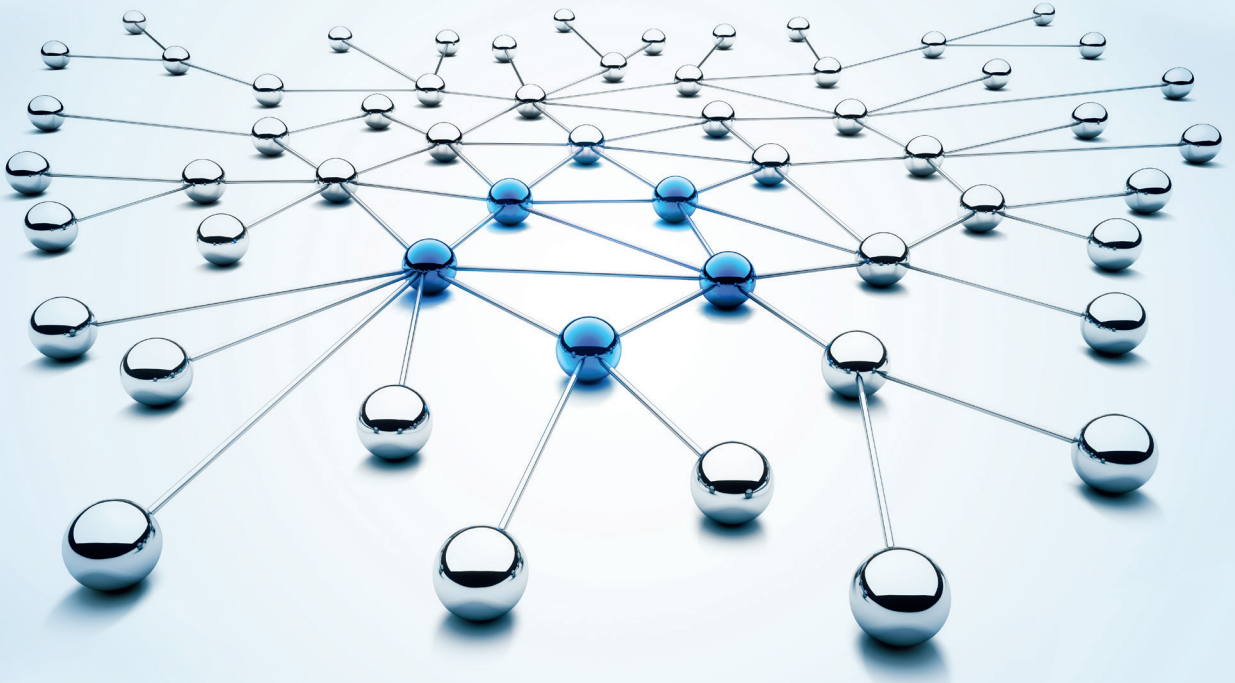




**Hanzehogeschool
Groningen**
University of Applied Sciences



Lectorale rede Verslavingskunde

dr. Eric Blaauw, 11 januari 2017

Samen sta je sterker!

share your talent. **move** the world.

Lectorale rede Verslavingskunde
dr. Eric Blaauw,
11 januari 2017
Samen sta je sterker!



Introductie

Graag heet ik u van harte welkom: Geacht bestuur van de Hanzehogeschool Groningen en Verslavingszorg Noord Nederland, beste deans, lectoren, hoogleraren, collegae, studenten, ervaringsdeskundigen, vrienden en familie.

Op deze bijzondere dag wil ik u graag meenemen in enkele gedachten die ik in de afgelopen jaren heb gehad in mijn werk met moeilijke mensen en mensen in moeilijke situaties. Ik heb veel gewerkt met mensen die te maken hadden gekregen met Justitie en met mensen die kampten met een verslaving. Daarbij heb ik mij heel vaak de vraag gesteld hoe deze mensen het best kunnen worden geholpen en hoe kan worden voorkomen dat deze mensen opnieuw met Justitie in aanraking zouden komen of verder afglijden in hun verslaving. Telkens weer zag ik dat de oplossing tegelijk voor de hand liggend en complex is. Als men daadwerkelijk een nieuw leven zonder Justitiecontacten en zonder verslaving wil beginnen dan kan dat meestal niet op eigen kracht alleen. Men heeft anderen hierbij nodig! Samen sta je sterker!

Impact van verslaving

Vanaf januari 2017 is bij zorginstellingen de DSM-5 in gebruik.¹ Binnen dit classificatiesysteem wordt de ernst van de verslaving gelegd langs een meetlat van 11 kenmerken. Hoe meer kenmerken, hoe ernstiger dan de verslaving. De kenmerken zijn:

Graag wil ik hierbij mijn dank uitspreken naar Hendrik Roozen, Gabriël Anthonio en Margreet van der Meer-Jansma voor het meewerken aan de tekst van deze oratie.

Colofon

Titel: Samen sta je sterker!
Auteur: dr. Eric Blaauw
Layout: Canon Business Services
Drukkerij: Grafische Industrie De Marne

1. Vaker en in grotere hoeveelheden gebruiken dan de bedoeling was.
2. Wens of mislukte pogingen om te minderen of te stoppen.
3. Gebruik en herstel van gebruik kosten veel tijd.
4. Hunkering: Sterk verlangen om te gebruiken
5. Door gebruik tekortschieten op het werk, school of thuis.
6. Blijven gebruiken ondanks hieruit resulterende problemen in het relationele vlak
7. Door gebruik opgeven van hobby's, sociale activiteiten of werk
8. Voortdurend gebruik in situaties die fysiek gevaar opleveren
9. Voortdurend gebruik ondanks weet hebben dat het gebruik lichamelijke of psychische problemen met zich meebrengt of verergert.
10. Tolerantie: Grotere hoeveelheden nodig voor hetzelfde effect.
11. Het optreden van onthoudingsverschijnselen

Wanneer men deze kenmerken bekijkt dan ziet men dat mensen met tenminste twee of drie van deze kenmerken al behoorlijk veel problemen hebben. Binnen de DSM5 classificatie wordt dit aangemerkt als een licht ernstige stoornis. Bij deze mensen is hulp gewenst, omdat een verslaving kan verergeren en de verslaving op termijn gepaard kan gaan met tal van ernstige ziekten en een verhoogde kans op sterfte.² Ook is hulp gewenst om te voorkomen dat mensen onverantwoordelijke en gevaarlijke dingen blijven doen. Weet daarbij dat rijden onder invloed de belangrijkste oorzaak is van verkeersongevallen.³ Verder is hulp gewenst om minder agressie en criminaliteit in de samenleving te hebben. Weet daarbij dat er een duidelijke maar complexe relatie bestaat tussen verslaving en agressie en criminaliteit.⁴ Het belang van hulp komt ook naar voren als alle kosten en baten van alcohol en drugs in geld worden uitgedrukt: We zien dat de kosten jaarlijks enkele miljarden euro voor de Nederlandse economie bedragen.⁵ Ook weten we inmiddels dat iedere geïnvesteerde euro in de verslavingszorg ongeveer zes euro oplevert.⁶



Bij verslaving heeft niet alleen de persoon zelf een probleem, maar heeft ook de omgeving vaak een probleem. De meeste mensen in de omgeving worden door een verslaving geraakt als iemand met een verslaving tekortschiet op het werk, school of thuis. Wanneer verslaafde mensen blijven gebruiken ondanks problemen in het relationele vlak, dan is dat vaak confronterend, frustrerend en ziekmakend voor deze relaties. Nederlands onderzoek⁷ laat zien dat partners van verslaafde mensen last hebben van psychische klachten, lichamelijke klachten en verminderde kwaliteit van leven. Daarbij zijn de partners vaak minder positief gestemd over de kwaliteit van de relatie dan hun verslaafde partners en onderscheiden zij meer mensen die ook nog last hebben van de verslaving van hun partner. In een Amerikaans onderzoek⁸ werd gevonden dat alle partners van verslaafde personen last hadden van emotionele problemen en relatieproblemen en dat bijna iedere partner last had van financiële problemen en familieproblemen. Ook had meer dan de helft van de partners last van gezondheidsproblemen en van geweld van hun partner. Ongeveer één op de zes partners meldde daarbij nog problemen met Justitie. Verslaving is dus niet alleen problematisch voor de persoon zelf, maar ook voor diens directe omgeving. Vanuit de wetenschap is bekend dat bij iedere verslaafde persoon naar schatting vijf mensen in de omgeving negatieve consequenties ondervinden van de verslaving van een nabije persoon.⁹ Een nog belangrijker gegeven is wellicht dat kinderen van verslaafde ouders een sterk verhoogde kans om zelf ook een verslaving te ontwikkelen.¹⁰ Aandacht voor verslaving is dus vereist vanuit de wens om negatieve consequenties te voorkomen voor de verslaafde, diens partner en kinderen en andere personen in de omgeving, en de maatschappij.

Vanuit de meervoudige impact van verslaving is aandacht vereist. Het Lectoraat Verslavingskunde richt zich op de verslaafde persoon en diens omgeving.

Visie op verslaving

Waarop moet de aandacht van de verslavingszorg zich richten en welke vorm van hulp moet worden geboden? Deze vraag is niet gemakkelijk en eenduidig te beantwoorden. Verslaving is een complex begrip en in de afgelopen decennia heen is er steeds anders naar verslaving gekeken.¹¹ Oorspronkelijk werd verslaving bekeken als iets waarmee alleen karakterzwakke of moreel zwakke mensen te maken krijgen (moreel model). De wetenschap heeft deze visie al lang losgelaten,

maar in de maatschappij leeft deze visie nog volop. Vaak wordt daarom in de publieke opinie geroepen dat verslaafde mensen moeten worden opgesloten of weggestopt en dat verslaafde personen verplicht moeten afkicken. Met het “eigen schuld dikke bult” worden mensen met een verslaving gestigmatiseerd en daarmee ook gemarginaliseerd. Ook is verslaving lang opgevat als een logisch gevolg van het verslavende middel en werd de “schuld” voor de verslaving dus bij het middel neergelegd (farmacologisch model). Vanuit deze visie was het wenselijk om mensen niet in aanraking te laten komen met de verslavende middelen. De vroegere drooglegging in Amerika en de hedendaagse *war on drugs* zijn hiervan voorbeelden, maar misschien ook wel de hedendaagse lijst van verboden middelen die nog steeds wordt gehanteerd door Justitie.

In de jaren 60 van de vorige eeuw kwam het ziektemodel sterk op. Binnen dit model bestaan er twee groepen mensen, namelijk gezonde mensen zonder een vatbaarheid voor verslaving en zieke mensen met ongecontroleerd gebruik en lichamelijke afhankelijkheid. Een bekende voorstander van deze visie was Elvin Morton Jellinek. Tegenwoordig vinden we nog veel van deze visie terug bij de Anonieme Alcoholisten en de 12-stappenbenadering die volledige abstinentie propageren. In de decennia daarna werd herkend dat er veel genuanceerder naar verslaving moet worden gekeken en dat er niet een absoluut verschil is tussen verslaafde mensen en niet-verslaafde mensen.

In de afgelopen jaren is vooral het hersenziektemodel van verslaving leidend geworden binnen de wetenschap. Dit komt vooral ook door een artikel in 1997 in het toonaangevende tijdschrift *Nature* van Alan Leshner, de toenmalige directeur van het toonaangevende Amerikaanse National Institute on Drug Abuse (NIDA). Leshner beschreef verslaving als een chronische recidiverende hersenziekte die wordt gekarakteriseerd door dwangmatig zoeken naar drugs en gebruik van drugs. De verslaafde persoon werd hierbij een chronisch zieke.¹² Leshner constateerde dat alle drugs in enige mate samen lijken te hangen met activatie van het beloningssysteem in de hersenen. Ook lijkt chronisch gebruik van drugs veranderingen op te leveren op moleculair, cellulair, structureel en functioneel niveau van de hersenen. Talloze onderzoeken laten dit soort effecten keer op keer zien. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de verslavingszorg sterk een medische benadering heeft gekozen en dat veel onderzoeksgeld in de afgelopen jaren is gegaan naar hersenonderzoeken.

Het hersenziektemodel biedt echter niet op alle vragen en problemen een antwoord. In de afgelopen jaren zijn weliswaar nieuwe inzichten in verslaving verkregen door genetisch onderzoek en onderzoek met beeldvormings-technieken, maar zijn geen grote stappen gemaakt in de behandeling van verslaving.¹³ Bovendien lijkt het hersenziektemodel met de nadruk op chroniciteit vooral van toepassing te zijn op de ernstige vormen van verslaving en kan het labelen als een

chronische recidiverende hersenziekte belemmerend zijn.¹⁴ Leshner waarschuwde hier denk ik al wat voor toen hij constateerde dat verslaving niet zo maar een hersenziekte is, maar dat het vooral ook van essentieel belang is te letten op de sociale context waarin deze hersenziekte zich ontwikkelde en naar voren kwam.

Een interessant onderzoek van Robins, Davis en Nurco¹⁵ heeft laten zien dat veel Amerikaanse soldaten in Vietnam heroïne en andere drugs gebruikten (43%) en dat veel van hen hieraan verslaafd waren geraakt (20%). We kunnen ons allemaal vast wel iets hierbij voorstellen als we ons realiseren hoe spanningsvol en traumatiserend die tijd voor deze soldaten moet zijn geweest zo ver weg van hun geliefden en met een voortdurende dreiging van de dood. Bij terugkeer in Amerika was 95 procent van de groep verslaafde militairen niet meer verslaafd. Naar mijn mening en die van vele anderen een belangwekkend resultaat, omdat het laat zien dat de context waarin iemand zich bevindt van groot belang is voor het ontstaan en aanblijven van verslaving.

Een ander interessant onderzoek is het dierexperimenteel onderzoek dat in de jaren 70 werd uitgevoerd door Bruce Alexander en anderen.¹⁶ Jarenlang had onderzoek laten zien dat ratten verslaafd raken aan drugs als zij eenzaam worden opgesloten in kooien en de mogelijkheid krijgen om zichzelf drugs toe te dienen. Bruce Alexander maakte toen met anderen een *Rat park*, dat bestond uit een ruimte waarin ratten contact hadden met andere ratten en waarin zij met dingen konden spelen en babyratten om zich heen hadden. En wat bleek? Waar de ratten in eenzame opsluiting bijna allemaal verslaafd raakten en stierven aan een overdosis



eenzaamheid en drugs, namen de ratten in het rat park bijna geen morfine. Bij ratten lijkt de context dus van belang voor het ontstaan en aanblijven van verslaving.

De net genoemde onderzoeken vormden onderdeel van de biopsychosociale visie op verslavingszorg. Binnen deze visie komt verslaving tot stand en blijft deze bestaan door een samenspel van biologische kwetsbaarheidsfactoren, persoonlijke psychologische ontwikkelingsfactoren en sociale omstandigheden. Binnen deze visie is verslaving niet een kwestie van wel of niet verslaafd, maar is er meer sprake van een continuüm van gebruik naar verslaving. Er ligt een gedeelde focus op de sociale context en de persoonlijke context, oftewel op de relatie tussen sociale omgevingsfactoren enerzijds en persoonlijke biologische en ontwikkelingsfactoren anderzijds. Het lectoraat Verslavingskunde gaat uit van het biopsychosociale model van verslaving en richt zich sterk op de sociale context.

Het lectoraat Verslavingskunde richt zich daarbij tevens op de waarde van het vinden van zingeving in het dagelijks bestaan voor het verminderen van verslavingsproblematiek. De psychiater en holocaust overlevende Frankl¹⁷ komt op basis van zijn levenservaring en onderzoek tot de conclusie dat de mens een wil heeft tot zingeving. Net zoals de mens biologische-, psychische- en sociale behoeften heeft, heeft ieder mens behoefte aan een leven dat betekenis heeft, aldus Frankl.¹⁸ Opvallend in de behandelpraktijk is dat cliënten zich kunnen optrekken of vasthouden aan zaken die voor hen grote betekenis hebben. Dit kan een kettinkje van hun geliefde zijn, een tattoo met de namen van de kinderen of iets anders. Zingeving lijkt dus een belangrijke toevoeging te zijn aan het biopsychosociale model.

Gedrag komt voort uit de interactie van een persoon met diens omgeving. Het Lectoraat Verslavingskunde werkt vanuit het biopsychosociale model van verslaving met oog voor zingeving.

Verslaving en verslavingszorg

Uit het Nemesis-onderzoek van het Trimbosinstituut¹⁹ weten we dat meer dan een kwart van alle mannen en meer dan 10 procent van alle vrouwen ooit te maken krijgt met een middelenstoornis. Wanneer we deze gegevens koppelen aan Ladis-gegevens²⁰ dan zien we dat slechts één op de tien mensen met een



verslavingsprobleem in zorg komt bij een verslavingszorginstelling. Negen op de tien mensen met een middelenstoornis komen kennelijk dus niet in zorg.

Veel mensen met een verslaving melden zich niet aan bij de verslavingszorg omdat zij vinden dat zij geen professionele hulp nodig hebben. Sommigen vinden de zorg te duur. Anderen willen niet worden gestigmatiseerd als een verslaafde. Weer anderen willen niet stoppen met het gebruik van middelen en menen dat dit het doel is van de verslavingszorg. Ook zijn er mensen die wel gebruiken, maar vinden dat zij geen probleem hebben. Velen hebben daarin ongetwijfeld gelijk omdat verslaving kan variëren van nauwelijks een probleem tot een ernstig probleem. Is het dan niet problematisch dat ongeveer 9 op de 10 mensen met een verslavingsprobleem zich niet melden bij een verslavingszorginstelling? Ik denk van wel, omdat verslaving de grootste behandelkloof (*therapy gap*) kent van alle psychiatrische stoornissen²¹ en dit grote verschil gepaard gaat met veel leed en hoge economische kosten.

Maar waarom komen mensen dan uiteindelijk wel in zorg? In alle jaren die ik als psycholoog werk in de verslavingszorg ben ik nog bijna niemand tegengekomen die zegt dat hij teveel drinkt, slikt, rookt, snuift of spuit. Bijna iedere cliënt komt in zorg vanwege een stimulans vanuit de omgeving. Dit kan een partner zijn die dreigt met een scheiding of kinderen die onder toezicht dreigen te worden gesteld. Ook kan het een werkgever zijn die de grens trekt of Justitie die behandeling vanuit een voorwaardelijke straf oplegt. In overeenstemming met het biopsychosociale model van verslaving speelt de omgeving dus een zeer belangrijke rol bij het in zorg komen van een verslaafde persoon. Vanuit deze kennis is het de vraag hoe de omgeving kan worden ondersteund bij het in zorg krijgen van mensen met een verslaving. Deze vraag wordt geadresseerd in het Lectoraat Verslavingskunde.

Veel personen met een vergevorderde verslaving beschikken helaas niet meer over een netwerk dat hen kan motiveren om in zorg te gaan. Ook komt een verslaving relatief vaak voor onder mensen die geen werk hebben en alleenstaand zijn,²²

waardoor problemen soms minder opvallen. Bij deze mensen kan de natuurlijke omgeving niet of nauwelijks worden ingeschakeld en speelt de vraag wat wel kan worden gedaan om hen in zorg te krijgen. Ook op deze vraag wordt ingegaan in het Lectoraat Verslavingskunde.

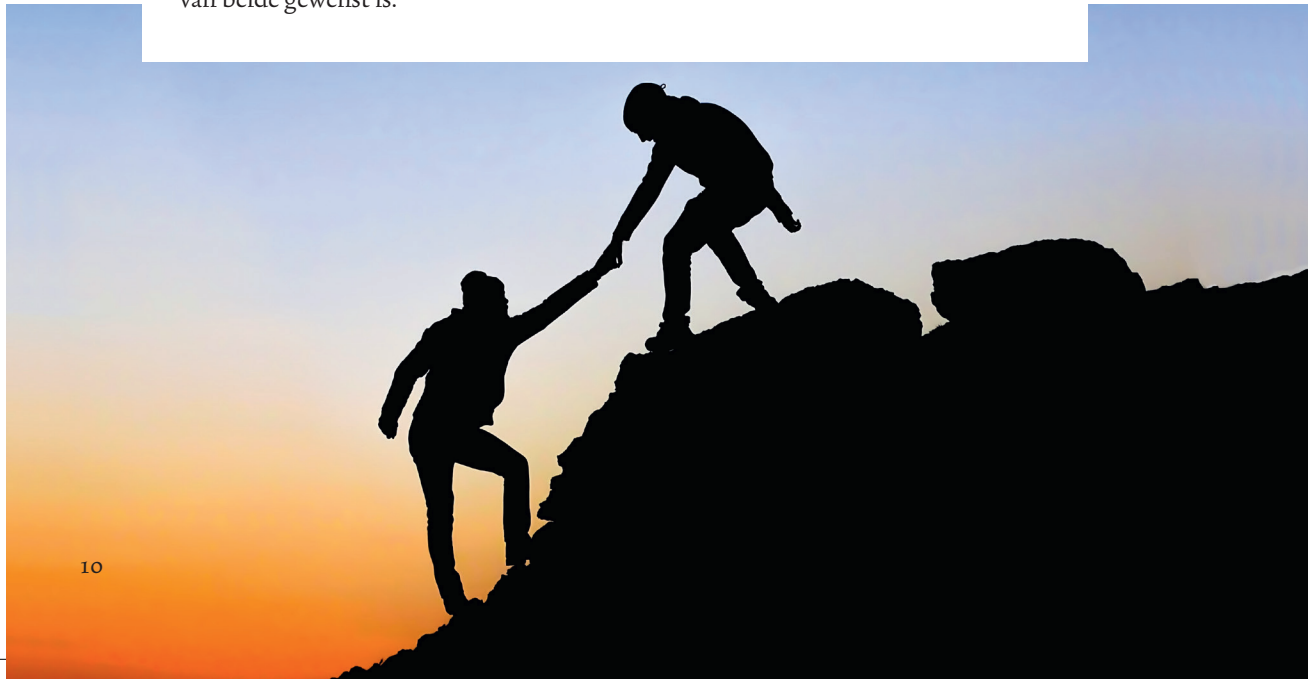
Vanuit het biopsychosociale model is af te leiden dat veel mensen met een verslaving wellicht geen formele hulp behoeven van de hulpverlening omdat zij zelfredzaam zijn of kunnen volstaan met hulp uit hun natuurlijke omgeving. Wanneer de sociale omgeving immers een rol speelt in het ontstaan en handhaven van de verslaving, dan kan de sociale omgeving waarschijnlijk ook een rol spelen in het verminderen van de verslaving.²³ Misschien is het zelfs wel beter om de verslaving aan te pakken binnen de sociale omgeving. Deze gedachtenlijn verder volgend is het misschien juist goed dat negen van de tien mensen met een verslaving niet in beeld komen van de verslavingszorg. Passend hierbij is de bevinding dat meer dan driekwart van de mensen met een alcoholprobleem hun probleem oplossen zonder hulp van een zorginstelling.²⁴ Dit betekent echter niet dat hulp zou hebben misstaan, vooral ook omdat een middelenprobleem jarenlang kan groeien en dus jarenlang kan zorgen voor last bij de persoon en diens omgeving. Vaak wordt iemand aangemeld bij de verslavingszorg als het sociale systeem overbelast raakt en professionele hulp dringend gewenst is. Dit is bijvoorbeeld het geval bij crisis, overlast of geweld of wanneer de persoon kampt met ernstige verslavingsproblematiek, psychiatrische problematiek of persoonlijkheidsproblematiek die gepaard gaat met verwaarlozing van belonende activiteiten (zoals vrijetijdsbesteding, werk en opleiding) en contacten met anderen. Voor een betere prognose en een eerdere ontlasting van het sociale systeem zou dan soms eerder professionele hulp wenselijk zijn geweest. Het Lectoraat Verslavingskunde richt zich op de vraag wanneer professionele hulp wenselijk is, wanneer vooral de sociale omgeving aan bod moet zijn en wanneer een combinatie van beide gewenst is.

Een belangrijke vraag is waarop hulp van professionals en de omgeving zich moet richten. Antwoorden hierop komen wellicht vanuit de gedragseconomie, die zich bezighoudt met beloningssystemen en onderwerpen als uitgestelde beloning. Onderzoek binnen de gedragseconomie laat zien dat mensen minder middelen gebruiken naarmate zij meer niet-druggerelateerde activiteiten ondernemen.²⁵ Het is dus vanuit de gedragseconomie van belang dat verslaafde mensen meer plezierige activiteiten gaan ondernemen die niets met drugs te maken hebben, omdat het ondernemen van plezierige activiteiten gepaard gaat met vermindering van drugsgebruik. Binnen de Community Reinforcement Approach (CRA) wordt al meer dan 40 jaar gebruik gemaakt van dit gegeven en wordt vooral benadrukt dat het van belang is alternatieve beloners te vinden in iemands gezin, werk, woonomgeving en (vrije-)tijdsbesteding.²⁶ Vanuit de CRA, en in overeenstemming met het biopsychosociale model, is het van belang dat mensen zich kunnen richten op al deze levensgebieden en is een brede aanpak van de verslaving van belang. Het Lectoraat Verslavingskunde richt zich verder op de inzichten vanuit de gedragseconomie en de werkzame bestanddelen en effecten van de CRA. Het zwaartepunt ligt daarbij bij de verslaafde persoon in interactie met diens natuurlijke omgeving en synthetische omgeving in de vorm van mantelzorgers en hulpverleners. De hulpverlener richt zich daarbij niet alleen op de cliënt, maar ook op diens omgeving om de krachten om tot verandering te komen te bundelen. Men heeft de ander hierbij nodig. Samen sta je sterker!

Het lectoraat Verslavingskunde werkt vanuit het uitgangspunt dat het zwaartepunt van de zorg soms moet liggen bij de verslaafde persoon en soms meer bij diens omgeving.

Kenmerken van verslavingszorg

In de afgelopen jaren zijn zorginstellingen zich meer en meer gaan richten op geprotocolleerde behandelingen met therapeutische gesprekken en is minder aandacht komen te liggen bij ondersteuning bij het vinden en onderhouden van een woning, werk, financiën en sociale omgeving. Omdat we uit intakegegevens weten dat veel cliënten ernstige beperkingen hebben met betrekking tot woonruimte (9%), werk of opleiding (29%), verkrijgen van voedsel eten of drinken (11%) of bescherming tegen gezondheidsrisico's (6%), lijkt dit niet een



goede keus van de zorginstellingen. Waarschijnlijk is vooral een gedifferentieerde of gepersonaliseerde behandeling effectiever.²⁷

Hoewel verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat het betrekken van een belangrijk persoon bij de behandeling leidt tot betere uitkomsten,²⁸ wordt in de zorginstellingen doorgaans weinig aandacht besteed aan de omgeving van de verslaafde persoon. Een omgevingsgerichte methode zoals de Community Reinforcement Approach (CRA) is niet doorgevoerd in alle verslavingszorginstellingen en zou beter benut kunnen worden door systematisch gebruik te maken van de omgeving van verslaafde personen. In toenemende mate zijn verslavingszorginstellingen overgegaan tot het instellen van (F)ACT teams waarin mensen in de thuissituatie worden bezocht. Desalniettemin maken deze teams echter (nog) niet optimaal gebruik van het sociale netwerk van verslaafde personen. Ook in klinieken is de zorg regelmatig ingericht zonder een duidelijke visie omtrent de natuurlijke omgeving van de cliënt, waardoor vaak ook hier suboptimaal gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheden van interventies gericht op de verandering van de omgeving. Een belangrijke vraag voor het Lectoraat Verslavingskunde is dan ook: Hoe kunnen bestaande zorgmethodieken worden geoptimaliseerd, zodat de omgeving van de verslaafde cliënt goed kan worden ingezet bij de zorg aan verslaafde cliënten?

Gelukkig richten de meeste verslavingszorginstellingen zich ook op de omgeving van verslaafde personen, maar dit blijft beperkt en kan naar mijn idee beter en systematischer. In verslavingszorginstellingen werken professionals die zich speciaal richten op de gezinssystemen van de verslaafde cliënten. Dit zijn systeemtherapeuten, die hiervoor doorgaans een speciale opleiding hebben gevolgd. De meeste zorginstellingen hebben echter maar weinig van deze professionals in dienst – zo heeft Verslavingszorg Noord Nederland 17 van deze mensen in dienst op een totaal van meer dan 1000 medewerkers –, zodat een systeembenadering zeker geen standaardbehandeling is bij verslaafde cliënten. Een belangrijke vraag voor het Lectoraat Verslavingskunde is dan ook: Hoe kunnen gezinssystemen van verslaafde cliënten beter worden bereikt, zodat aan deze systemen zorg kan worden besteed?



De meeste verslavingszorginstellingen beschikken over een speciale aanpak voor kinderen van verslaafde ouders of hebben een speciale zorgmodule hiervoor, de zogeheten Kinderen van Verslaafde Ouders (KVO). Verslavingszorg Noord Nederland heeft daarbij een speciale doe-praatgroep voor kinderen van 8 tot 12 jaar, een pubergroep voor kinderen van 12 tot 15 jaar en een jongerengroep voor jongeren van 16 jaar en ouder. In deze groepen kunnen kinderen praten met andere kinderen die een ouder hebben met een drank-, drugs- of psychisch probleem. Verder heeft Verslavingszorg Noord Nederland een module die zich richt op de ouders van verslaafde kinderen en een module die zich richt op de partners van de verslaafde personen. Een probleem bij al deze groepen is dat veel kinderen, partners of ouders van verslaafde ouders niet op de hoogte zijn van het bestaan van deze cursussen en dus de cursussen ook niet bereiken. De belangrijkste reden hiervoor is dat de cursussen zijn ingericht vanuit preventie en dat zorgprofessionals zich nog te weinig richten op de directe omgeving van hun verslaafde cliënten, mede omdat zij niet goed weten hoe zij het best vragen kunnen stellen over deze omgeving. Met andere woorden: Er is soms nog sprake van handelingsverlegenheid bij deze zorgverleners. Een belangrijke vraag voor het Lectoraat Verslavingskunde is dan ook: Hoe kunnen ouders, partners en kinderen van verslaafde personen worden bereikt, zodat aan hen zorg kan worden besteed en zij tevens positief geactiveerd worden bij het herstel proces?

Het gebruik van een ander zat?

CURSUS

Voor mensen die worstelen met het gebruik van een naaste. Deze cursus bestaat uit 6 bijeenkomsten. Er starten regelmatig nieuwe groepen. Deelname is gratis.

Meer informatie over de cursus, locaties, standata en aamelden is te vinden op www.vnn.nl/hetgebruikvaneenanderzat

Tim:
"IN DE GROEP LEERDE IK HOE IK OM KAN GAAN MET RUZIE EN SPANNING BIJ ONS THUIS"

**16 jaar en ouder
DOE-PRAATGROEP**

Heeft je vader of moeder een drank-, drugs- of psychisch probleem?
En wil je hierover praten met andere jongeren?
Meld je dan aan voor de jongerengroep, via vnn.nl/jongerengroep

informatie of advies over alcohol, drugs, gokken of gamen? Bel naar Voorlichting & Preventie of kijk op www.vnn.nl/jongeren

Koan:
"HEY IS BIJ MIJ THUIS ANDERS DAN BIJ MIJN VRIENDJES"

**8 - 12 jaar
DOE-PRAATGROEP**

Heeft je vader of moeder een drank-, drugs- of psychisch probleem?
En wil je hierover praten met andere kinderen?
Meld je dan aan voor de doe-praatgroep, via vnn.nl/doepraatgroep

informatie of advies over alcohol, drugs, gokken of gamen? Bel naar Voorlichting & Preventie of kijk op www.vnn.nl/jongeren

Irene:
"IN DE GROEP BESEFTE IK DAT IK NIET DE ENIGE BEN MET EEN ZIEKE OUDER"

**12-15 jaar
PUBERGROEP**

Heeft je vader of moeder een drank-, drugs- of psychisch probleem?
En wil je hierover praten met andere jongeren?
Meld je dan aan voor de pubergroep, via vnn.nl/pubergroep

informatie of advies over alcohol, drugs, gokken of gamen? Bel naar Voorlichting & Preventie of kijk op www.vnn.nl/jongeren

Anna:
"MIJN DOCHTER WORDT ENORM BENVLOED DOOR HAAR VRIENDEN"

**HELP!
MIJN KIND GEBRUIKT**

CURSUS VOOR OUDERS EN OPVOEDERS

- Heeft u een of meerdere kinderen waarbij problemen ontstaan door alcohol, drugs, gokken of gamen?
- Maak u zich zorgen hierover?
- Wil u deze onderwerpen in het gezin bespreken?
- Wil u weten wat voor regels en grenzen je kunt stellen?

Geef is op of kijk voor meer informatie op vnn.nl/ouderscursus Of bel met Voorlichting & Preventie 088 234 34 34

Deelname is gratis!

informatie of advies over alcohol, drugs, gokken of gamen? Kijk op www.vnn.nl

Training (CRAFT). In de afgelopen decennia heeft onderzoek hiernaar laten zien dat kortdurende interventies gericht op enkel familieleden van verslaafde personen enorm kunnen bijdragen aan het welzijn van deze familieleden maar ook een belangrijke aanjager kunnen zijn om mensen -die aanvankelijk aangaven geen formele hulp willen- toch in behandeling te krijgen.²⁹ CRAFT leert vrienden en familie van verslaafde personen effectieve strategieën aan om hun geliefde te helpen veranderen en leert hen ook aan om zichzelf beter te voelen. Een belangrijke vraag voor het Lectoraat Verslavingskunde is hoe effectief is CRAFT voor verslaafde personen en hun gezinnen en welke bestanddelen zijn vooral werkzaam?

Voor het optimaal inrichten van de zorg is een intensieve samenwerking gewenst van onderzoekers, hulpverleners, opleidingen en natuurlijk de verslaafde personen en mensen uit hun omgeving. Mogelijkheden voor verbetering van de zorg moeten worden onderzocht en vervolgens geïmplementeerd. Veel nadruk moet worden gelegd bij hulpverleners voor het benaderen en inschakelen van de omgeving van de verslaafde personen. Opleidingen kunnen hierin ondersteunend zijn in het aanleren en verder ontwikkelen van de juiste vaardigheden, attitudes en kennis bij de hulpverleners. De meeste inzet zal echter worden verlangd van de verslaafde personen en mensen uit hun omgeving, omdat daar de veranderingen moeten optreden. Hierin kunnen we elkaar helpen. Samen sta je sterker!

Binnen veel zorginstellingen zijn de basisvoorwaarden voor het bieden van goede zorg aan personen en hun omgeving aanwezig, maar kan de zorg beter en effectiever worden ingezet door een sterkere benadering van de omgeving.

Veranderingen in de (verslavings-)zorg

De zorg voor mensen met psychische problemen, waaronder verslavingsproblemen, is sinds enkele jaren onderhevig aan belangrijke veranderingen en ook in de toekomst zijn verdere veranderingen te verwachten. De budgetten van zorgverzekeraars voor zorginstellingen zijn bevroren of ingekrompen en met gelijkblijvende hoeveelheden financiële middelen moeten steeds meer mensen

worden behandeld. Vanuit afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars³⁰ spraken verslavingszorgaanbieders af om zoveel mogelijk passende zorg op de juiste plek te verlenen en een omslag te maken van klinisch naar ambulante, van tweede lijn naar eerste lijn, van eerste lijn naar huisarts en van huisarts naar meer zelfmanagement. Concreet werd afgesproken om de bedden capaciteit tot 2020 met een derde af te bouwen en ten minste 20 procent van de cliënten hulp in de generalistische basis ggz en huisartsenzorg met ondersteuning aan te bieden in plaats van in de gespecialiseerde ggz. Deze veranderingen roepen in verslavingszorginstellingen onder meer de vraag op welke cliënten moeten worden opgenomen en bij welke cliënten primair moet worden ingezet op een ambulante behandeling. Ook wordt de vraag opgeroepen hoe lang een klinische behandeling moet zijn om voldoende verandering te bewerkstelligen zodat een verslaafde persoon daarna kan volstaan met een lichtere vorm van behandeling. Dit zijn vragen die mooi passen bij de eerder gememoreerde vragen en zijn dus ook vragen die belicht gaan worden in het Lectoraat Verslavingskunde.

Een zeer belangrijke verandering voor (verslavings-)zorginstellingen is dat gemeenten drie transities doormaken. Vanaf 1 januari 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk gesteld voor uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Jeugdwet en de Participatiewet. Mensen die voorheen aanspraak maakten op de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vanwege benodigde ondersteuning en hulp in het dagelijks leven en de huishouding, moeten nu aankloppen bij de gemeenten. Ook beschermd wonen en extramurale dagbesteding valt hieronder. Hieronder bevinden zich veel mensen met problemen in middelengebruik. Immers bij veel chronisch verslaafde mensen is hulp in het dagelijks leven noodzakelijk en veel kwetsbare verslaafde mensen moeten worden beschermd tegen vele prikkels die op hen afkomen vanuit het dagelijkse leven, omdat zij daartegen niet (meer) bestand zijn.



Vanuit de Jeugdwet zijn gemeenten verantwoordelijk geworden voor alle vormen van hulp aan kinderen en jongeren tot 18 jaar, wat kan doorlopen tot maximaal het 23^e jaar. Dit omvat behandeling met of zonder verblijf, begeleiding, ondersteuning, persoonlijke verzorging en persoonlijke verpleging van jongeren met een psychische stoornis, aandoening of beperking, zoals een verstandelijke beperking. Daarbij zijn de gemeenten ook verantwoordelijk geworden voor de gesloten jeugdzorg, de kindbescherming en de jeugdreclassering. Ook de verantwoordelijkheid voor de zorg voor jongeren met problemen in middelengebruik is dus terecht gekomen bij de gemeenten. Dit geldt ook voor de bescherming van jongeren, al dan niet met problemen met middelengebruik, en voor toezicht op jongeren die met politie en justitie in aanraking zijn gekomen, mogelijk omdat zij problemen met middelen hebben.

De Participatiewet heeft tot doel om zoveel mogelijk mensen te laten deelnemen aan de arbeidsmarkt. Binnen de Participatiewet zijn drie regelingen samengevoegd tot één regeling en zijn de gemeenten verantwoordelijk voor de uitvoering van deze wet. De eerste regeling is de Wet werk en bijstand (WWB) voor mensen die weinig of geen inkomen hebben. De tweede is de Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten (Wajong), voor jonggehandicapten met een psychische, lichamelijke of verstandelijke beperking. De derde regeling is de Wet Sociale Werkvoorziening (WSW) die het voor jonggehandicapten mogelijk maakt onder aangepaste omstandigheden werk te verrichten op een reguliere werkplek zijn of op een speciaal aangepaste werkplek. Voorheen stroomden deze mensen in op een plek in een zogeheten sociale werkplaats. Bij deze drie regelingen zijn de gemeenten verantwoordelijk voor hulp en ondersteuning bij het vinden van werk. Aannemelijk is dat veel mensen met verslavingsproblematiek te maken hebben of krijgen met de Participatiewet.

Binnen de bovengenoemde drie transitie naar de gemeenten is de nadruk komen te liggen op eigen verantwoordelijkheid van burgers, op meedoen in de samenleving en op gebruik maken van sociale netwerken. Deze nadruk past prachtig bij het uitgangspunt van het Lectoraat Verslavingskunde, namelijk dat het zwaartepunt van de zorg dient te liggen bij de verslaafde persoon in interactie met diens natuurlijke omgeving, met soms meer nadruk op de inzet van de verslaafde persoon en soms meer nadruk op de inzet van diens omgeving. Omdat ondersteuning en participatie dicht bij de burger moet liggen, richten gemeenten zich op wijkteams en zoeken gemeenten naar samenwerkingsverbanden met sociale instellingen en zorginstellingen. Vragen die hierbij aan de orde komen zijn vooral afstemmingsvragen en regievragen. Verslavingszorginstellingen en gemeenten zijn voor een goede regie op de zorg op elkaar aangewezen. Dit vormt een belangrijke uitdaging, omdat meer nadruk wordt gelegd op instellingsoverstijgende interdisciplinaire samenwerking met nadruk op versterking van de zelfredzaamheid van cliënten en steun van de sociale omgeving van cliënten

die voorheen meer werden behandeld of begeleid binnen een enkele instelling (met veelal minder nadruk op inzet van het sociale netwerk). Vanuit het Lectoraat Verslavingskunde geven we hierin graag ondersteuning vanuit het uitgangspunt: Samen sta je sterker.

Veranderingen in de organisatie en financiering van de zorg bieden prachtige mogelijkheden en aanknopingspunten voor het beter leggen van de nadruk van de zorg bij de persoon in interactie met diens omgeving.

Lectoraat Verslavingskunde

Als toehoorder of lezer heeft u mij horen vertellen (of gelezen) dat mensen met een verslaving veel problemen kunnen hebben en dat hulp vaak gewenst is omdat verslaving kan verergeren, veel impact op anderen kan hebben en de maatschappij veel geld kost. Ook de directe omgeving heeft veel last van een verslaving.

Ik heb weergegeven dat de visie op verslaving is veranderd en dat verslaving momenteel vooral wordt beschouwd als een chronisch recidiverende hersenziekte. Dit mag misschien opgaan voor een klinische populatie met veel problemen, maar geldt waarschijnlijk veel minder voor andere populaties. Waarschijnlijk is voor de meeste mensen het biopsychosociale model meer passend en moet worden ingezet op de interactie van een persoon met diens omgeving. Het Lectoraat Verslavingskunde gaat uit van het biopsychosociale model. Vanuit het biopsychosociale model en vanuit beginsels uit de gedragseconomie moet het zwaartepunt van de zorg liggen op beloning uit de natuurlijke omgeving. Dit betekent dat de nadruk soms ligt bij de verslaafde persoon en soms meer bij diens omgeving. Verslavingszorginstellingen zijn hierop al redelijk goed ingericht, maar kunnen hun zorg sterker richten op de inzet van de omgeving en op de omgeving zelf. Veranderingen in de organisatie en financiering van de zorg die dienen hierbij prachtige mogelijkheden.

Als toehoorder of lezer heeft u waarschijnlijk ook bemerkt dat ik veel vragen heb opgeworpen voor het Lectoraat Verslavingskunde. De allerbelangrijkste vraag hierbij is hoe de omgeving het best kan worden ingeschakeld voor het bieden van hulp aan verslaafde personen en voor zichzelf. Vragen die hierbij aan de orde komen zijn:



- Hoe kan de omgeving worden ondersteund bij het in zorg krijgen van mensen met een verslaving?
- Wat kan worden gedaan bij het bieden van zorg aan mensen met een verslaving als er geen natuurlijk netwerk (meer) aanwezig is?
- Wanneer is professionele hulp wenselijk en wanneer moet vooral de sociale omgeving aan bod zijn?
- Welke inzichten vanuit de gedragseconomie kunnen worden gebruikt voor het optimaliseren van de verslavingszorg?
- Welke inzichten met betrekking tot zingeving zijn in aanvulling op het biopsychosociale model te gebruiken binnen de verslavingszorg?
- Hoe kunnen bestaande zorgmethodieken worden geoptimaliseerd, zodat de omgeving van de verslaafde cliënt goed kan worden ingezet bij de zorg aan verslaafde cliënten?
- Hoe kunnen gezinssystemen van verslaafde cliënten beter worden bereikt, zodat aan deze systemen zorg kan worden besteed?
- Hoe kunnen ouders, partners en kinderen van verslaafde personen worden bereikt, zodat aan hen zorg kan worden besteed?
- Hoe effectief is de CRA voor de behandeling van verslaving en welke bestanddelen zijn hierin vooral werkzaam?
- Hoe effectief is CRAFT voor verslaafde personen en hun gezinnen en welke bestanddelen zijn vooral werkzaam?
- Bij welk cliënten is een klinische behandeling geïndiceerd en bij welke cliënten moet primair worden ingezet op een ambulante behandeling?
- Hoe lang moet een klinische behandeling zijn om voldoende verandering te kunnen bewerkstelligen?
- Hoe kan de regiefunctie het best worden belegd bij de instelling-overstijgende samenwerking die steeds meer de dagelijkse praktijk vormt?

Dit zijn veel vragen voor het Lectoraat. Ongetwijfeld zijn deze vragen niet in vier jaar volledig te beantwoorden. En al helemaal niet als ik dat alleen zou moeten doen. Gelukkig hoeft dat ook niet, omdat het Lectoraat Verslavingskunde niet alleen uit mij bestaat. Naast mij staat Margreet

van der Meer. Zij zal in de komende vier jaren een belangrijke rol spelen en zal zich vanuit haar promotieonderzoek vooral bezighouden met het doorbreken van de transgenerationale overdracht van verslaving. Ook wordt het Lectoraat Verslavingskunde in de komende jaren ondersteund door de studierichtingen maatschappelijk werk en dienstverlening, toegepaste psychologie en verpleegkunde van de Hanzehogeschool Groningen in de vorm van drie docenten onderzoek. Verder ondersteunt Verslavingszorg Noord Nederland het lectoraat met mijn aanstelling, maar ook met de inzet van zes medewerkers in de kennissenkring. Dit zijn twee leden van het managementteam, een gepromoveerde onderzoeker, twee promovendi en een beleidsmedewerker. Tenslotte is prof. dr. Hendrik Roozen van de University of New Mexico verbonden aan het lectoraat. Ik ben erg blij met deze steun, want samen sta je sterker.

Vanuit het lectoraat Verslavingskunde sluiten wij graag aan bij mensen en organisaties die al veel goed werk hebben verricht op het terrein van het Lectoraat Verslavingskunde. Hierbij denk ik aan Lies Korevaar van het Lectoraat Rehabilitatie en Wolter Paans van het Lectoraat Verpleegkundige Diagnostiek aan de Hanzehogeschool Groningen. Ook sluiten wij graag aan bij Gedrags- en Maatschappij Wetenschappen (GMW) van de Rijksuniversiteit Groningen en bij het Lectoraat van Marinus Spreen aan de Stenden Hogeschool Leeuwarden, waar veel wordt gedaan op het gebied van netwerken en netwerkanalyses, waaronder de forensisch sociale netwerkanalyse. Tevens sluiten wij graag aan bij mensen die zich richten op de gedragseconomie en op de CRA, zoals Hendrik Roozen die is verbonden aan de University of New Mexico. Verder sluiten wij graag aan bij het Lectoraat Verslaving van Rob Bovens bij de Hogeschool Windesheim, die zich richt op de kwaliteit van verslavingszorg. Tenslotte sluiten wij graag aan bij andere lectoren, hoogleraren en onderzoekers bij het NISPA, AIAR, PARC, IVO, Trimbos en andere onderzoeksinstituten die zich tevens bezighouden met de interactie tussen verslaafde personen en hun omgeving. Wanneer wij onze krachten kunnen bundelen, staan we sterker.

Vanuit de samenwerking met anderen is tevens samenwerking gewenst met het netwerk verslavingszorg, het forensisch netwerk, gemeenten, andere zorginstellingen en subsidieverstrekkingen. Samen kunnen we immers zorgen voor een optimale situatie waarin we onderzoek, onderwijs, innovaties en de behandeling op een hoger niveau kunnen brengen. Samen sta je sterker, en daar wil ik me maximaal voor inzetten.

Zo gezegd, zo gedaan

Referenties

- 1 American Psychiatric Association (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen*. Amsterdam: Boom.
- 2 Nutt, D.J., King, L.A. & Phillips, L.D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet*, **376**, 1558–1565.
- 3 Houwing, S., Bijleveld, F.D., Commandeur, J.J.F. & Vissers, L. (2014). *Het werkelijk aandeel verkeersdoden als gevolg van alcohol Aanpassing schattingsmethodiek. R-2014-32*. Den Haag: SWOV.
- 4 Popma, A., Blaauw, E., & Bijlsma, E. (2012). Psychiatrische comorbiditeit van verslaving in relatie tot criminaliteit. In Blaauw, E., & Roozen, H. (Red.), *Handboek Forensische Verslavingszorg* (pp. 21-40). Utrecht: Bohn, Stafleu en van Loghem.
- 5 Voor een berekening van de kosten van alcohol, zie: RIVM (2016). *Maatschappelijke kosten baten analyse alcoholgebruik*. RIVM Report 2016-0133.
- 6 RIVM (2016). *Maatschappelijke kosten-baten analyse van cognitieve gedragstherapie voor alcohol- en cannabisverslaving*. RIVM rapport 2016-1093.
- 7 Hussaarts, P., Roozen, H. G., Meyers, R. J., van de Wetering, B. M., & McCrady, B. S. (2012). Problem areas reported by substance abusing individuals and their concerned significant others. *The American Journal On Addictions*, **21(1)**, 38-46.
- 8 Benishek, L. A., Kirby, K. C., & Dugosh, K. L. (2011). Prevalence and frequency of problems of concerned family members with a substance-using loved one. *The American Journal Of Drug And Alcohol Abuse*, **37(2)**, 82-88.
- 9 Daley, D. C., & Raskin, M. S. (1991). *Treating the chemically dependent and their families*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- 10 Anthonio, G.G., Willems, I., Jansen, D. & vander Meer-Jansma, M. (2016). Verslaafde ouder is risico voor kind. *Medisch Contact*, 27 september.
- 11 van den Brink, W. (2009). Geschiedenis en classificatie. In I. Franken en W. van den Brink (Red.), *Handboek verslaving* (pp. 13-25). Utrecht: De tijdstroom. Van den Brink, W., & Schippers, G.M. (2008). Verslaving en verslavingszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, **50 (jubileumnummer 1959-2008)**, 91-97.
- 12 Leshner, A.I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, **278**, 45-47. Zie ook van den Brink, W. (2005). Verslaving, een chronisch recidiverende hersenziekte. *Verslaving*, **1(2)**, 47-53.
- 13 Hall, W., Carter, A. and Forlini, C. 2015. The brain disease model of addiction: is it supported by the evidence and has it delivered on its promises? *The Lancet Psychiatry* **2(1)**, pp. 105–110.
- 14 Zie ook Cunningham, J. A., & McCambridge, J. (2012). Is alcohol dependence best viewed as a chronic relapsing disorder? *Addiction*, **107(1)**, 6-12.
- 15 Robins, L. N., Davis, D. H., & Nurco, D. N. (1974). How permanent was Vietnam drug addiction? *American Journal of Public Health*, **64(12 Suppl)**, 38–43.
- 16 Alexander, B.K., Coombs, R.B. & Hadaway, P.F. (1978). "The effect of housing and gender on morphine self-administration in rats," *Psychopharmacology*, **58**, 175–179.
- 17 Frankl, V.E. (2011). *De Zin van het bestaan*. Rotterdam: Ad Donker b.v.
- 18 Hierop aansluitend is ook de contextuele therapie van Nagy. Zie bijvoorbeeld Boszormenyi-Nagy, I. & Krasner, B.R. (1994) *Tussen geven en nemen. Over contextuele therapie*. Haarlem: De Toorts.
- 19 Graaf R de, Have M ten, & Dorsselaer S van. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 20 Wisselink, D.J., Kuijpers, W.G.T, & Mol, A. (2016). *Kerncijfers verslavingszorg 2015*. Houten: Stichting Informatievoorziening Zorg.
- 21 Kohn, R., Saxena, S., Levav, I. & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, **82**, 858–866.
- 22 Graaf R de, Have M ten, & Dorsselaer S van. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 23 Hunt, G.M., & Azrin, N.H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research And Therapy*, **11(1)**, 91-104.
- 24 Bruyn, C. de (2005). *The craving withdrawal model for alcoholism*. Amsterdam: Benecke. Cunningham, J. A., & McCambridge, J. (2012). Is alcohol dependence best viewed as a chronic relapsing disorder? *Addiction*, **107(1)**, 6-12. Tuithof, M. (2015). *Drinking Distilled: Onset, course and treatment of alcohol use disorders in the general population*. Amsterdam: UvA-DARE.
- 25 Correia, C. J., Benson, T. A., & Carey, K. B. (2005). Decreased substance use following increases in alternative behaviors: A preliminary investigation. *Addictive Behaviors*, **30(1)**, 19-27.
- 26 Meyers, R.J. & Smith, J.E. (2008). *Handboek voor de behandeling van alcoholverslaving: de Community Reinforcement Approach*. Nederlandse bewerking door P. Greeven, L. De Fuentes-Merillas, & H. Roozen. Utrecht: Bohn Stafleu & van Loghum
- 27 Zie ook Oslin, D. (2011). Personalized addiction treatment. How close are we? *Alcohol and Acoholism*, **46(3)**, 231-232.
- 28 Zie bijvoorbeeld Azrin, N.H., Sisson, R.W., Meyers, R. & Godley, M. (1982). Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy. *Journal of Behavioural Therapy and Experimental Psychiatry*, **13(2)**, 105–112.
- 29 Roozen, H.G., Meyers, R.J. & Smith J.E (2015). *Community Reinforcement and Family Training (CRAFT): Klinische procedures voor het trainen van familieleden van problematisch alcohol- en druggebruikers*. Utrecht: Bohn Stafleu & van Loghum.
- 30 *Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014*. d.d. 18 juni 2012.



Bij verslaving hebben mensen vaak het contact met andere mensen verloren. Plezierige activiteiten worden niet meer gedeeld met anderen; de focus ligt op het verslavende middel. Binnen de verslavingszorg wordt geprobeerd om dit te herstellen met het bieden van zorg aan verslaafde personen, maar er wordt momenteel nog te weinig aandacht besteed aan de mogelijkheden om de omgeving van de verslaafde persoon te betrekken in de zorg. De zorg richt zich daardoor weinig op de partner, kinderen, ouders of andere mensen in de omgeving van de verslaafde persoon. Het lectoraat Verslavingskunde gaat zich op deze 'missing link' richten.

Het unieke aan het lectoraat Verslavingszorg is dat deze zich vooral richt op de mogelijkheden om de omgeving in te schakelen bij de zorg voor verslaafde personen. Het lectoraat is verbonden aan het Centre of Expertise Healthy Ageing, bevindt zich in de Academie voor Sociale Studies, is geplaatst onder het Lectoraat Rehabilitatie en wordt medegefinancierd door Verslavingszorg Noord-Nederland.