



Nationaal Rapporteur Verslavingen
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Aan mevrouw J.Z.C.M. Tielen
Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

**Directoraat Generaal
Volksgezondheid**
Voeding Gezondheidsbesch.
en Preventie

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
Postbus 20350
2500EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

Datum 29 juli 2025
Betreft Duidingssessies cannabis en cocaïne

Kenmerk
250729

Uw brief

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Geachte mevrouw Tielen,

Hierbij bied ik u twee fact sheets aan:

1. *Duidingssessie ontwikkelingen in problematisch cannabisgebruik en hulpvraag: kernbevindingen en aanbevelingen;*
2. *Duidingssessie ontwikkelingen in problematisch cocaïnegebruik en hulpvraag: kernbevindingen en aanbevelingen.*

Ik heb de Nationale Drug Monitor (NDM) van het Trimbos Instituut de opdracht gegeven deze twee duidingssessies te organiseren om meer inzicht te krijgen in de tegenstrijdige trends van toenemend (riskant) gebruik van deze middelen tegen een licht dalende hulpvraag binnen de verslavingszorg.¹ De belangrijkste vraag daarbij is of hier sprake is van een toenemende zorgkloof voor mensen met verslaving aan deze middelen.

In beide fact sheets wordt een overzicht gegeven van ontwikkelingen in het gebruik van cannabis en cocaïne, wordt gekeken naar de verschillende gebruikersgroepen en wat we weten van riskant gebruik en verslaving binnen en buiten de verslavingszorg. Op basis van de resultaten van de duidingssessies worden conclusies en aanbevelingen geformuleerd voor het preventie- en zorgbeleid. In deze brief vat ik eerst deze fact sheets samen en bespreek ik vervolgens de belangrijkste aanbevelingen.

Cannabis

Ontwikkelingen in cannabisgebruik

In 2023 had 7,6% van de volwassenen in het laatste jaar cannabis gebruikt. Dat komt neer op 1,1 miljoen volwassenen.² Tweederde daarvan gebruikte cannabis in de laatste maand voor het onderzoek. Vergeleken met de eerste meting in 2015

¹ De cijfers over 2024 laten zowel voor cannabis als cocaïne een daling van het aantal inschrijvingen zien.

² In 2024 werd een lager percentage voor ooit-gebruik gemeten; 6,9%.

waren het laatste-jaar-, laatste-maand- en (bijna) dagelijks cannabisgebruik onder volwassenen in 2023 ongeveer gelijk. Van de scholieren in het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) had in 2023 7,0% in het afgelopen jaar cannabis gebruikt, waarvan tweederde ook in de laatste maand. Ook onder scholieren was het cannabisgebruik in 2023 ongeveer gelijk aan vorige metingen in 2019 en 2021. De conclusie is dat de prevalentie van cannabisgebruik in het algemeen de afgelopen jaren redelijk stabiel is gebleven

Wanneer we echter kijken naar het aantal mensen met een verhoogd risico op een cannabisverslaving, zien wij dat dit is toegenomen. Voor volwassenen is dit toegenomen van 1,3% in 2020 naar 1,7% in 2022. Dat komt neer op ongeveer 240.000 Nederlanders. Het aantal scholieren (12-16 jaar) met een verhoogd risico op een cannabisverslaving is toegenomen van 4,3% in 2015 naar 5,1% in 2019. Bovendien is het aantal volwassenen met een cannabisverslaving tussen 2007-2009 en 2019-2022 verdubbeld, naar in totaal ongeveer 159.600 volwassenen. Tegelijkertijd is het aantal mensen in zorg primair voor een cannabisverslaving tussen 2015 en 2025 ongeveer gelijk gebleven rond de 11.000 personen.

Om een antwoord te vinden op de vraag hoe het komt dat bij een min of meer gelijkblijvend aantal gebruikers de prevalentie van gebruikers met een verhoogde kans op een stoornis of met een stoornis stijgt, terwijl de zorgconsumptie in de verslavingszorg eveneens stabiel is gebleven, is het van belang specifieke risicogroepen beter in beeld te krijgen. Hier is in de duidingssessie veel aandacht aan besteed.

Risicogroepen cannabis gebruikers

Cannabisgebruik komt vooral voor onder jongvolwassenen (18-29 jaar) en onder kwetsbare jongeren. Het gebruik ligt het hoogst onder de groep 20-24 jarigen. Cannabis is de meest voorkomende problematiek onder jongeren (<25 jaar) in de verslavingszorg. Vooral onder groepen kwetsbare jongeren worden hoge gebruikscijfers gemeten. Zo is het cannabisgebruik hoger onder jongeren in de residentiële jeugdzorg, jongeren in justitiële jeugdinrichtingen en jongeren met psychische stoornissen en gedragsproblemen in het speciaal onderwijs dan onder leeftijdsgenoten in het regulier (voortgezet) onderwijs.

Uit de duidingssessie, ondersteund door wetenschappelijke literatuur³, komt naar voren dat coping motieven een belangrijke voorspeller zijn voor de ontwikkeling van een cannabisverslaving. Cannabisgebruik als zelfmedicatie, bijvoorbeeld bij slapeloosheid of onrust (bijvoorbeeld bij ADHD), komt volgens de deelnemers aan de duidingssessies ook geregeld voor. Uit onderzoek en uit signalen van professionals blijkt dat tijdens de coronaperiode frequente cannabisgebruikers meer zijn gaan gebruiken, meestal uit verveling.

De professionals die aan de duidingssessies deelnamen noemden op de vraag welke specifieke subgroepen van riskante cannabisgebruikers zij zagen, een groot aantal verschillende groepen. Vrijwel alle risicogroepen hebben als gemeenschappelijk kenmerk dat het gaat om kwetsbare, veelal jonge mensen in een gemarginaliseerde positie en met meervoudige problematiek. Denk hierbij bijvoorbeeld aan jongeren die dreigen af te glijden naar de criminaliteit, jongeren in residentiële jeugdzorg of andere verblijfsvoorzieningen zoals begeleid wonen

³ P. van der Pol et al, "Predicting the transition from frequent cannabis use to cannabis dependence: a three-year prospective study", *Drug Alcohol Depend*, 2013: 133:352-9.

of maatschappelijke opvang, geïsoleerde jongeren, jongeren met een internet- of gameverslaving, jongeren met een licht verstandelijke beperking, kinderen van ouders met verslavings- en psychische problemen of statushouders. Studenten vormen hierop een uitzondering, waarbij de meeste studenten na afronding van hun studie het cannabisgebruik fors verminderen.

Cocaïne

Ontwikkelingen in cocaïnegebruik

Vergeleken met de eerste meting in 2015 is het laatste-jaar-gebruik van cocaïne onder volwassenen gestegen van 1,6% naar 2,2% in 2024, een toename van 230.000 naar 310.000 volwassenen. Ruim eenderde daarvan gebruikte cocaïne ook in de laatste maand voor het onderzoek. Het gaat bij deze cijfers over het gebruik van zowel snuifcocaïne als crackcocaïne, waarbij de meeste laatste-jaar-gebruikers snuifcocaïne gebruiken. Het percentage scholieren (12-16-jaar) dat ervaring heeft met cocaïne is eveneens gestegen van 1,4% in 2003 naar 2,0% in 2023.

Ook uit rioolwateronderzoek blijkt een toename van het cocaïnegebruik in het afgelopen decennium in een aantal steden in Nederland. In de drie deelnemende steden waarvan lange termijn gegevens beschikbaar zijn, Amsterdam, Utrecht en Eindhoven, verdubbelde de hoeveelheid cocaïne die in 2023 in het rioolwater werd aangetroffen ten opzichte van 2011. Deze stijging kan komen door een toename in het aantal gebruikers, maar ook door een toename in de frequentie of hoeveelheid van het gebruik van cocaïne onder mensen die reeds cocaïne gebruikten.

We hebben geen betrouwbare schattingen van het aantal mensen dat op een riskante manier snuifcocaïne gebruikt of een cocaïneverslaving heeft. In een recente studie, die op korte termijn wordt gepubliceerd, wordt een schatting van het aantal hoogrisicogebruikers van crack gemaakt. Ook is onderzocht wat het bereik van de verslavingszorg onder deze groep is.⁴

Risicogroepen cocaïnegebruikers

Cocaïnegebruik heeft deels een andere functie dan het gebruik van cannabis, waardoor gebruikersgroepen ook deels verschillen van cannabisgebruikers. In de duidingssessie werden grofweg drie hoofdcategorieën onderscheiden: 1) jongeren en jongvolwassenen die cocaïne gebruiken in de context van het uitgaansleven, 2) volwassenen die cocaïne gebruiken binnen een werkomgeving in een poging om prestaties te bevorderen, en 3) een groep meer kwetsbare mensen die cocaïne gebruiken als coping bij psychische aandoeningen en/of thuis- en dakloosheid. Crackgebruikers vallen veelal onder de laatste groep. Het moge duidelijk zijn dat het hier heel uiteenlopende groepen betreft die ook een differentiële benadering behoeven.

Sinds corona is er veel aandacht voor het drugsgebruik – vooral cocaïne – onder studenten en in het bijzonder studenten die in studentenhuizen wonen. Hun gebruik ligt fors hoger dan onder thuiswonende studenten. Dit geeft aanleiding aandacht te besteden aan het cocaïnegebruik onder studenten, waarbij onderkend

⁴ Lisa Strada et al, *Population size estimate of people with high-risk opioid use and an exploration of people with high-risk use of crack cocaine and other drugs in the Netherlands* (Utrecht 2025)

moet worden dat de meeste studenten beschermende factoren hebben die hen minder kwetsbaar maken voor problematisch gebruik en verslaving dan meer kwetsbare groepen. Er zijn signalen uit de verslavingszorg dat daar relatief weinig studenten of hoog opgeleiden voor cocaïneverslaving in behandeling zijn, hoewel deze mogelijk vaker behandeld worden in privéklinieken (in het buitenland) die niet aanleveren aan LADIS.

Er zijn signalen dat mensen die cocaïne gebruiken met als doel prestatie te verhogen binnen een praktijkgerichte werkomgeving, zoals de horeca, visserij en de bouw, vaker gezien worden in de verslavingszorg dan mensen in een theoretisch gerichte werkomgeving, zoals advocaten, artsen en consultants. Ook hier is de vraag in hoeverre deze laatste groep minder problemen ervaart dan de eerste groep, waardoor weinig worden gezien in de traditionele verslavingszorg, of dat zij vanwege andere redenen minder binnen de reguliere zorg worden gezien (hogere drempel tot zorg of bijvoorbeeld behandeling binnen privéklinieken). Nader onderzoek naar de impact van de sociaal-economische achtergrond van cocaïnegebruikers is voor preventie en zorg aangewezen.

Normalisering

Deelnemers aan de duidingssessies signaleerden dat zowel een groot deel van de mensen met riskant cannabisgebruik als mensen met cocaïnegebruik een lage risicoperceptie van deze drugs hadden. De afgelopen jaren is vaak gewezen op het normaliseren van het druggebruik, waardoor de drempel tot het nemen van drugs verlaagd zou worden. Als we echter kijken naar de gebruikscijfers, dan lijkt er geen sprake van een normalisering van drugsgebruik onder de algemene bevolking en onder scholieren. De overgrote meerderheid van de volwassenen en scholieren gebruikt immers niet.

In het Monitor Regioproject SKIP in Oost Brabant is men uitgegaan van een bredere definitie van normalisering en is het begrip opgedeeld in vijf indicatoren voor normalisering. Naast de prevalentie van gebruik keek men ook naar toegankelijkheid en beschikbaarheid drugs, sociale en culturele accommodatie. Men concludeert dat cannabisgebruik onder jongvolwassenen genormaliseerd is, maar cocaïnegebruik niet. De mate van normalisering van drugsgebruik verschilt echter enorm tussen de verschillende (gebruikers)groepen en tussen regio's in Nederland. Juist voor een doelgericht preventiebeleid is het van belang meer inzicht te krijgen in welke regio's en onder welke groepen sprake is van normalisering van gebruik.

De zorgkloof

Zowel voor cannabis als cocaïne kan uit de fact sheets de conclusie getrokken worden dat er een groep mensen is die deze drugs overmatig gebruikt en zorg nodig heeft, maar die de zorg niet - of niet tijdig - krijgt. Voor cannabis hebben we redelijk goed onderbouwde schattingen van het aantal mensen dat het middel riskant gebruikt of een verslaving heeft. De cijfers van de hulpvraag geven geen volledig beeld van mensen die op enigerlei wijze zorg krijgen voor een cannabisverslaving, maar suggereren een zorgkloof van tussen de 90-95%. Dit percentage komt aardig overeen met schattingen van de zorgkloof voor verslaving uit (inter)nationaal onderzoek.

De daadwerkelijke zorgkloof is lastig in te schatten. Enerzijds kan er sprake zijn van een overschatting, omdat de registratie van gegevens binnen de verslavingszorg (nog) onvolledig is of omdat niet alle verslavingszorginstellingen (kwalitatief goede) data aanleveren. Ook kunnen mensen (passende) zorg krijgen buiten de verslavingszorg, bijvoorbeeld binnen de algemene GGZ, bij de praktijkondersteuner GGZ in de eerstelijns, online, binnen zelfhulpgroepen of bijvoorbeeld de interventie Moti-4 die op scholen wordt aangeboden. Ook weten we niet hoeveel mensen in behandeling zouden willen, hoeveel mensen precies op de wachtlijst staan en hoeveel mensen zonder professionele hulp van hun cannabisverslaving afkomen.

Voor de groep cocaïnegebruikers is het eveneens lastig te bepalen hoe groot de zorgkloof is. We zien de afgelopen jaren een toename van het gebruik, maar de prevalentie van cocaïneverslaving is niet bekend. Het aantal inschrijvingen in de verslavingszorg voor cocaïne is al jaren redelijk stabiel. De kanttekeningen die bij cannabis zijn gemaakt in relatie tot de inschrijvingen in de verslavingszorg, gelden ook voor cocaïne; de registratie van gegevens is (nog) onvolledig door het ontbreken van instellingen; gebruikers zoeken online hulp, bij zelfhulpgroepen, kicken af in het buitenland of stoppen zonder professionele hulp. Alleen voor de groep mensen met risicovol crackgebruik hebben wij enig zicht op de omvang van de zorgkloof. Dit betreft doorgaans personen in een zeer kwetsbare, gemarginaliseerde maatschappelijke positie met ernstige problemen op velerlei terreinen. Het is van groot belang dat die zorgkloof wordt verkleind.

Op basis van wat we weten uit onderzoek en monitoring en de informatie die bij de twee duidingssessies is opgehaald, kunnen we stellen dat we weliswaar niet precies weten hoe groot de zorgkloof is, maar dat deze waarschijnlijk aanzienlijk is en er specifieke risicogroepen zijn die niet zelfstandig hun probleem kunnen oplossen en die door de zorg onvoldoende worden bereikt. Het is zinvol om deze groepen nader te bekijken en te proberen in zorg te krijgen.

Conclusie en adviezen

De belangrijkste conclusie die getrokken kan worden is dat riskant cannabis- en cocaïnegebruik met name plaatsvindt onder kwetsbare groepen; mensen die veelal niet zelfstandig hun problemen kunnen oplossen. Dit moet richtinggevend zijn voor het preventie- en zorgbeleid. Hiervoor geef ik voor een aantal risicogroepen suggesties:

Cannabis

- Jongvolwassenen (18-29 jaar), in het bijzonder de groep 20-24 jarigen. Gezien de relatief hoge prevalentie van (risicovol) cannabisgebruik onder specifieke populaties ligt het voor de hand de nadruk te leggen op selectieve preventie. De recentelijk gepubliceerde Samenhangende Preventiestrategie bevat echter vooral universele preventieve interventies. Juist voor de groep jongvolwassenen adviseer ik gerichtere interventies. Cannabisgebruik lijkt onder bepaalde groepen jongvolwassenen in sommige regio's genormaliseerd. Voor een doelgerichte aanpak is het van belang beter zicht te krijgen bij welke groepen in welke regio's dit het geval is en hierop een gerichte aanpak te ontwikkelen die bij hen aansluit (bijvoorbeeld via social media,

influencers, e.d.). Dit lijkt mij ook relevant in het kader van het experiment gesloten coffeeshopketen.

- Kwetsbare jongeren.

Hoog op de prioriteitenlijst van het preventiebeleid moeten de kwetsbare jongeren komen te staan (jongeren die dreigen af te glijden naar de criminaliteit, jongeren in residentiële jeugdzorg of andere verblijfsvoorzieningen zoals begeleid wonen of maatschappelijke opvang, geïsoleerde jongeren, jongeren met een internet- of gameverslaving, jongeren met een licht verstandelijke beperking, kinderen van ouders met verslavings- en psychische problemen of statushouders). De afgelopen jaren zijn er voor veel van deze groepen specifieke interventies ontwikkeld.⁵ Ik heb de indruk dat deze interventies nog onvoldoende worden gebruikt. Een verdere uitrol daarvan is aangewezen.

- Studenten.

In de Samenhangende Preventiestrategie is er relatief veel aandacht voor de groep studenten. De belangrijkste preventieve interventies voor deze groep ondersteun ik. De meeste studenten beperken hun gebruik na afronding van hun studie. Naar mijn mening hoeven er voor het cannabisgebruik onder studenten geen extra middelen uit het preventiebudget ingezet te worden. Dit geldt ook voor het gebruik van cocaïne door studenten.

Cocaïne

- Jongeren en jongvolwassenen in het uitgaansleven die cocaïne gebruiken.

Uit onderzoek blijkt dat meer dan een derde (34,7%) van de uitgaande jongeren en jongvolwassenen die het afgelopen jaar cocaïne gebruikten eigenlijk zou willen minderen met het gebruik, iets minder dan een derde (30,8%) zou willen stoppen. Dit biedt aanknopingspunten voor selectieve en geïndiceerde preventie. Ik adviseer specifiek voor de groep uitgaanders interventies gericht op het minderen of stoppen met cocaïnegebruik.⁶

- Volwassenen die cocaïne gebruiken binnen een werkomgeving.

Het gaat hier om vermeend functioneel gebruik van cocaïne om de arbeidsprestaties te verbeteren. Dit levert specifieke risico's op, zoals dagelijks gebruik gedurende langere perioden en een grotere kans op ongelukken op het werk. Er is hier nog te weinig aandacht voor. Dit vraagt om een gecoördineerde aanpak vanuit de ministeries van VWS en Sociale Zaken en Werkgelegenheid, de werkgevers, bedrijfsartsen en de vakbonden. Programma's zoals ABS voor hulpverleners die kampen met verslaving kunnen daarbij als voorbeeld dienen.⁷

- Personen in een zeer kwetsbare, gemarginaliseerde positie met ernstige problemen op velerlei terreinen die vooral crack gebruiken.

Het is van groot belang dat deze mensen beter in beeld bij de verslavingszorg komen, dat het zorgaanbod voor deze groep gebruikers wordt uitgebreid en wordt afgestemd op de specifieke behoeften. Gedacht kan worden aan huisvesting, drugstesten, gebruikersvoorzieningen (gebruikersruimten), en maatschappelijke opvang (inloopvoorzieningen).

⁵ Zie bijvoorbeeld de programma's Open en Alert, KOPPSupport, Opgroeien in een Kansrijke Omgeving van het Trimbos Instituut, en de Richtlijn Middelengebruik Jeugdhulp en Jeugdbescherming.

⁶ In het programma Uitgaan en Drugs van het Trimbos Instituut is er aandacht voor het stoppen of minderen met drugs. Er is reden om specifiek op het minderen of stoppen met cocaïne in te gaan.

⁷ Zie: [ABS-zorgprofessionals](#) - [ABS-zorgprofessionals](#)

Ook moet de mogelijkheid voor agonisten behandeling voor niet-opioïde verslavende stoffen verder worden onderzocht. Verder moet de samenwerking tussen het veiligheids- en medische domein en de maatschappelijke opvang worden verbeterd.⁸ Bij een eventuele komst van synthetische opioïden (zoals nitazenen) op de Nederlandse illegale drugsmarkt zal juist deze groep van mensen die crack gebruiken bijzonder kwetsbaar zijn. Ik verwijs voor adviezen gericht op een potentiële opioïden crisis naar het rapport van het Trimbos Instituut.⁹

Directoraat Generaal
Volksgezondheid

De startvraag van de duidingssessies, inzicht verkrijgen in tegenstrijdige trends van gebruik en zorgvraag met betrekking tot cannabis en cocaïnegebruik, en de daaraan gerelateerde zorgkloof, kan niet volledig worden beantwoord. Vanuit deze duidingssessies hebben we echter wel redelijk tot goed zicht verkregen op de prevalentie van gebruik, de prevalentie van risicovol cannabisgebruik, de specifieke risicogroepen van zowel cannabis als cocaïne gebruik en de inschrijvingen in de verslavingszorg. Deze informatie geeft goede aanknopingspunten voor preventie- en zorgbeleid.

Graag ga ik in het kennismakingsgesprek met u op 21 augustus nader in op eventuele vragen en opmerkingen.

Met vriendelijke groet,



Prof. dr. Arnt F.A. Schellekens

Nationaal Rapporteur Verslavingen

⁸ Zie ook: Stichting Mainline, *Alpha Quick Scan - een zoektocht naar Flakka; de feiten, perspectieven en oplossingen* (Amsterdam 2025), Aanbiedingsbrief aan Staatssecretaris voor Jeugd, Preventie en Sport, 12-2-2025, te vinden op www.rapporteurverslavingen.nl

⁹ John-Peter Kools, Caroline Schaap, Emma Spoor, *Voorbereid op Verandering; Preparedness Scan Synthetische Opioiden: situatie, scenario's en handelingsperspectief* (Utrecht 2025)