Gespreksnotitie tbv bijeenkomst van de vaste commissie voor VWS van de Tweede Kamer der Staten Generaal over crackgebruik in Nederland op 18 november 2026.

Wim vanden Brink, MD PhD
Emeritis Hoogleraar Verslavigszorg UvA/Amsterdam UMC

Inleiding

Allereerst wil ik aangeven dat mijn notitie niet gaat over crackgebruik in Nederland maar over problematische crackgebruikers in Nederland. Sinds het OPAAK rapport van het Trimbos instituut en Mainline weten we dat er in Nederland op dit moment meer “high risk” (problematische) crackgebruikers zijn dan “high risk” (problematische) opiaatgebruikers, respectievelijk 27.900 en 13.300 (Strada e.e. 2025). Uit dit Nederlanse onderzoek en een ander recent onderzoek onder 148 crackgebruikers in Amsterdam (Mücke e.a., 2026) komt naar voren het daarbij gaat om verschillende groepen problematische gebruikers: de gemiddelde leeftijd is ongeveer 50 jaar met een range van 20 tot 75 jaar, een aanzienlijk deel (35-45%) is dakloos, men gebruikt gmiddeld al 20 jaar crack maar ook het variaart van 6 maanden tot 50 jaar. Van alle problematische gebruikers is ongeveer drie-kwart werkloos of arbeidsongeschikt. In het Amsterdamse onderzoek had 70% de Nederlandse nationaliteit, maar in het landelijke OPAAK onderzoek was dat slechts bij 36% het geval en zaten er veel arbeidmigranten uit Oost-Europa in deze groep crackveralaafden. Tenslotte was in beide onderzoeken slechts 25-35% in contact met de hulpverlening.
Kortom, het gaat om een zeer heterogene groep met grote verschillen in leeftijd, duur van het crackgebruik, huisvesting, nationaliteit en vrijwel zeker ook grote verschillen in bijkomende mentale problemen, zoals PTSS, ADHD en in een aantal gevallen ook (chrnische) psychose. Het gaat in onze discussie van vandaag dus niet over “crackgebruik” maar over “problematische crackgebruikers”, dus niet om één stof maar om een zeer heterogene groep problematische gebruikers met verschillende redenen voor hun gebruik en verschillende redenen voor de bijkomende problemen die soms wel en soms niet direct samenhangen met hun (ongecontroleerde) crackgebruik. Er is dus ook niet één oplossing voor al deze mensen en vaak heeft één persoon meerder problemen en moeten er voor die persoon tegelijkertijd of opeenvolgend verschillende dingen gedaan worden. Desondanks is het goed om de verschillende mogelijkheden voor de groep als geheel op een rijtje te zetten en prioriteiten en acties aan te geven op basis van haalbaarheid op korte termijn en de omvang van de te verwachten effecten.

Mogelijke (deel)oplossingen

In Amsterdam heeft de GGD in april van dit jaar al een dergelijke inventarisatie gemaakt met als resulaat 26 mogelijke maatregelen: 4 voor ‘preventie’, 5 voor ‘handhaving’, 8 voor ‘zorg en behandeling’, 5 voor ‘onderdak’, en 4 in het kader van ‘harm reduction’ (Fassaert e.a., 2026). Het staat buiten kijf dat veel interventies zonder een betere huisvesting (onderdak) en zonder toegang tot een zinvolle dagbesteding weinig kans van slagen hebben. Gezien mijn deskundigheid en op basis van een inschatting van haalbaarheid en effectiviteit wil ik het hier vooral hebben over de volgende zaken:
1. gebruiksruimtes met aanwezigheid van GGZ/VZ-medewerkers voor behandeling en doorverwijzing van gebruikers met ernstige en behandelbare mentale problemen;
2. via de gebruiksruimtes het aanbiden van direkte hulp bij het minderen of stoppen van het gebruik middels het aanbieden van lisdexamfetamine en/of contingentiemanagement;

3. bemoeizorg voor zorgmijders met – naast een crackverslaving - ernstige psychiatrische problematiek met als doel gedwongen opname/behandeling via de Wet Verplichte GGZ;
4. voortzetting en zonodig aanpassing van de drugtestservice voor gemarginaliseerde gebruikers.
Hieronder ga ik kort in op deze 4 prioriteiten (naast huisvesting en dagbesteding).

Veelbelovende medisch-psychiatrische interventies

Gebruiksruimtes 2.0

Het nut van gebruiksruimtes voor gemarginaliseerde en vaak problematisch druggebuikers is voldoende aangetoond: minder gebruik van drugs op straat; minder openbare overlast; betere toegang tot medische en sociale hulpverlening; veiliger en hygiënischer gebruik; en meer mogelijkheden om gezondheidsproblemen vroegtijdig te signaleren (EUDA, 2018). Het nut van de huidige gebruiksruimtes kan verder versterkt worden door bij deze gebruiks-ruimtes regelmatig ook medewerkers van deGGZ en de VZ aanwezig te laten zijn om adviezen te geven en eventueel toe te geleiden naar hulp voor psychiatrische of verslavings-problemen. Bij dat laatste moet ook gedacht worden aan het off-label voorschrijven van lisdexamfetamine en het gebruik van contingentiemanagemen (CM). Er moeten natuurlijk wel afspraken gemaakt worden tussen de verschillende organisaties en er moet meer dan nu vaak het geval is “outreachend” gewerkt worden, maar het is niet heel erg complex, waarschijnlijk niet heel erg duur en kan snel worden geimplementeerd.

Lisdexamfetamine en Contingentiemanagement (CM)

Het gaat hier om twee - verschillende - interventies die in een recente overzichtsstudie werden genoemd als de enige interventies - naast gebruiksruimtes - waarvoor op dit moment voldoende evidentie bestaat (Samartino e.e., 2026).

Lisdexamfetamine

Lisdexamfetamine is een langwerkend dexamfetamine met vertraagde afgifte nadat de pil is ingenomen. Het middel hoeft maar 1 keer per dag te worden ingenomen en neemt gedurende 18-24 uur (een deel van) de craving naar stimulantia (zoals crack) weg en voorkomt het optreden van onthoudingsverschijnselen. Het is vergelijkbaar met het voorschrijven methadon bij heroineverslaving. Voor bepaalde gebruikers zal de afwezigheid van de euforie een probleem zijn, maar er zal zeker een aanzienlijk aantal problematische crackgebruikers gebruik van dit aanbod willen maken om langs die weg hun crackgebruik te minderen of te stoppen. Bovendien heeft zeker 30% van de doelgroep ook ADHD en die groep zou wel eens bijzonder veel baat kunnen hebben bij een dergelijk aanbod aangezien lisdexamfetamine geregistreerd is voor de behandeling van ADHD. Deze off-label interventie kan snel worden ingezet en worden uitgevoerd door reeds bestaande medewerkers van de GGD, VZ en GGZ aangezien een dergelijke behandeling uitdrukkelijk wordt aanbevolen in de Richtlijn Drugs (niet opioiden) (AKWA, 2018).

Contingentiemanagement

CM is een bewezen-effectieve behandeling bij mensen met een drugsverslaving, inclusief mensen met een crackverslaving, zoals enkele jaren geleden ook nog werd aangetoond in een Nederlands onderzoek dat werd gepubliceerd in het prestigieuze tijdschrift The Lancet (Nuijten e.a., 2016). Bij CM worden verslaafden incrementeel en contigent (financieel) beloond voor goed gedrag. Het kan daarbij gaan om “schone plasjes” (geen gebruik van crack) of om het innemen van de medicatie (bijvoorbeeld lisdexamfetamine) afhankelijk van het doel dat wordt nagestreeft. De logistiek van een dergelijke behandeling is beschikbaar in de Nederlands VZ en de zorgverzekeraars hebben zich

eerder al bereid verklaard de kosten die met een dergelijke behandeling gepaard gaan voor hun rekening te nemen.

Bemoeizorg

Een deel van de problematische crackgebruikers is van zichzelf of door het druggebruik dermate in de war (niet zelden psychotisch) dat alle bovengenoemde interventies niet zomaar op hen pas van toepassing zijn. Dat lukt meestal alleen maar nadat ze voor de onderliggende (vaak psychotische) problematiek afdoende behandeld zijn. In veel gevallen zullen zij geen zorgvraag hebben en vaal vermijden zij zorg en is bemoeizorg, soms in de vorm van een gedwongen opname en eventieel gedwongen behandeling, de enige mogelijke stap in de richting van een oplossing. Daarvoor zal binnen de GGZ en de VZ (zonder aarzeling) ruimte gemaakt moeten worden.

Voortzetting drugtestservice bij de gemarginaliseerde groep

De (geoptimaliseerde) gebruiksruimtes zijn een goede vindplaats voor het testen van veel gebruikte drugs door gemarginaliseerde gebruikers. Voortzetting van deze service voor gebruikers en als monitor van de drugsmarkt is van belang voor het voorkomen van ziekten en/of fatale incidenten door vervuilde of nieuwe drugs in een steeds veranderende drugsmarkt.

Referenties

- Akwa, 2018: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_1a4360ce-f280-4d18-87eb-a31b8340c931_stoornissen-in-het-gebruik
- EUDA, 2018: https://www.euda.europa.eu/publications/pods/drug-consumption-rooms_en
- Mücke, BA, Bakke I, Cornelissen H, Colenbrander T, Koffy F, Piek E, Lahey D, Buster M, Hendriks V, Wiers RW, van den Brink W. User perspectives on a plan for supervised freebase cocaine prescription in Amsterdam: A cross-sectional survey. Int J Drug Policy (submitted).
- Nuijten M, Blanken P, van de Wetering B, Nuijen B, van den Brink W, Hendriks VM. Sustained-release dexamfetamine in the treatment of chronic cocaine-dependent patients on heroin-assisted treatment: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet. 2016 May 28;387(10034):2226-34.
- Fassaert T, Hooglans P, Snijders H, de Wit M . Rapportage quickscan basecoke. Opbrengsten vn interviews met uitvoerende professionals. GGD Amsterdam, 2026.
- Flory Samartino JM, Aboulafia-Brakha T, Penzenstadler L, Thorens G, Zullino D. Comparison of the Treatments in Crack Use Disorder: A Systematic Review. Eur Addict Res. 2026; 32(2):120-132.
- Strada, L., Martinelli, T., Van der Gouwe, D., Korteling, S., Cruts, G., Groothuizen, M., Bakker, I., Busz, M., & Van Laar, M. (2025). Hoog-risicogebruik van crack en opioïden in Nederland: Omvang, kenmerken en zorgbehoeften [Factsheet OPAAK-onderzoek, rapportnummer TRI-41-021]. Trimbos-instituut.