



> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Aan: de leden van de vaste Kamercommissie voor
Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
Per e-mail: cie.vws@tweedekamer.nl

**Directoraat Generaal
Volksgezondheid**
Voeding
Gezondheidsbescherming en
Preventie

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

Inlichtingen bij
M.J.W.R. Smeets
Secretaris Nationaal
Rapporteur Verslavingen
M 06 15 43 71 36
mj.smeets@minvws.nl

Kenmerk
260409

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

Datum 9 april 2026
Betreft Brieft Nationaal Rapporteur Verslavingen t.b.v.
Commissiedebat leefstijlpreventie 14 april

Geachte leden van de vaste Kamercommissie voor VWS,

Aanstaande 14 april staat het Commissiedebat leefstijlpreventie gepland. Als Nationaal Rapporteur Verslavingen (hierna: NRV) wil ik u middels deze brief graag een aantal suggesties voor het preventie- en verslavingsbeleid voor de komende jaren ter overweging meegeven. In deze brief beperk ik mij tot middelenverslavingen. Eerder heeft de NRV al uitgebreid advies gegeven over (online) gokken. Naar aanleiding daarvan werkt de NRV samen met het ministerie van Justitie en Veiligheid (hierna: JenV), de Kansspelautoriteit en andere partijen om de schade door gokken te beperken.

In 2022 heeft het kabinet een NRV ingesteld om te adviseren over verslavingsbeleid. De NRV heeft vier taken: 1) het signaleren en duiden van trends en ontwikkelingen op het gebied van verslavingen, 2) het adviseren over verslavingspreventie, 3) het adviseren over verslavingszorg en 4) het adresseren van kennislacunes. De NRV is onafhankelijk van VWS.

Verslaving is één van de meest voorkomende psychische aandoeningen in Nederland. Het heeft een enorme impact op de gezondheid en het functioneren van de persoon die het betreft, maar ook grote gevolgen voor diens directe omgeving en de samenleving. In Nederland hebben ongeveer 1 miljoen mensen een verslaving aan een middel.¹ De ziekte- en sterflast van verslaving zijn hoog, denk bijvoorbeeld aan zo'n 20.000 sterfgevallen per jaar door tabaksgebruik en tenminste 2.700 door alcoholgebruik.² Niet alleen om de gezondheid van deze mensen te verbeteren, maar ook om de zorguitgaven terug te dringen zou verslaving prioriteit voor het volksgezondheidsbeleid moeten zijn.

Vanwege de grote reikwijdte van de impact van verslavingen, is dit thema relevant voor meerdere beleidsterreinen en daarmee ook verschillende

¹ [Hoeveel mensen in Nederland zijn verslaafd en hoeveel zijn er in behandeling? | Jellinek](#)

² Zie bijv. <https://www.nationaledrugmonitor.nl/tabak-ziekte-en-sterfte/> en <https://www.nationaledrugmonitor.nl/alcohol-ziekte-en-sterfte/>.

³ Deze cijfers kunnen gezien worden als een minimum. Het RIVM berekent sterfte door roken o.b.v. 16 aandoeningen en sterfte door alcohol o.b.v. 13 aandoeningen. In de realiteit zijn er meer aandoeningen die meegenomen kunnen worden. Internationaal variëren cijfers voor sterfte door alcohol bijvoorbeeld tussen de 3.000 en 9.000.

ministeries. Effectief beleid op dit maatschappelijk relevante thema vereist een samenhangende, domein overstijgende beleidsvisie. Aandacht voor verschillende aspecten van verslaving is echter beledigd bij verschillende ministeries, waaronder VWS en JenV. De beleidsmatige versnippering hindert een effectieve aanpak van verslavingen, van preventie tot zorg; van maatschappelijke opvang tot ziekteverzuim en huiselijk geweld. Als we kijken naar de determinanten van verschillende verslavingen is er weinig verschil tussen alcohol, drugs, tabak en gokken. Daarom had men bijvoorbeeld bij het formuleren van het gokbeleid veel kunnen leren van alcohol- en tabaksbeleid. Dit pleit voor een goede afstemming binnen en tussen ministeries.

Preventie

Effectieve preventie van middelengebruik en verslaving is een zaak van de lange adem en voor de continuïteit zijn lange termijn investeringen cruciaal. Een goed voorbeeld is het Samenwerkingsverband Vroegsignalering Alcoholproblematiek, dat met middelen uit het Nationaal Preventieakkoord is opgezet en alleen met structurele middelen in staat is om (zorg)professionals én algemeen publiek te blijven ondersteunen bij het (h)erkennen en aanpakken van alcoholproblematiek.

In mijn brief aan uw Kamercommissie van 8 oktober 2025 met kenmerk 251008 heb ik mijn reactie gegeven op de Samenhangende Preventiestrategie (hierna: SPS). Samenvattend is de SPS gericht op de jeugd, en dan vooral op het voorkómen dat jongeren verslavende middelen gaan gebruiken. In de SPS is het aantal thema's sterk uitgebreid vergeleken met het Nationaal Preventieakkoord, zo is er bijvoorbeeld ook aandacht voor drugsgebruik, vaccinaties, schermgebruik en zonbescherming. De SPS werkt vanuit zeven leefomgevingen⁴. Deze nieuwe insteek vind ik positief, omdat hiermee wordt gekeken naar de maatschappelijke context als determinerende factor en niet alleen naar de individuele verantwoordelijkheid.

Gezien de grotere reikwijdte en hoge ambities van de SPS is het van belang dat er meer financiële middelen beschikbaar komen. In de praktijk werd door het vorige kabinet echter vooral bezuinigd op preventie. Om de huidige dalende trends op het gebied van alcoholgebruik voort te zetten en gebruik van nicotine en andere verslavende middelen verder te reduceren zijn meerjarige structurele investeringen in preventie noodzakelijk.

Een beperking van de SPS, en eigenlijk het preventiebeleid in het algemeen, is dat deze vooral gericht is op universele preventie (gericht op de hele bevolking). Selectieve preventie (gericht op groepen met een hoog risico) en geïndiceerde preventie (gericht op individuen die al klachten hebben) krijgen – ten onrechte – veel minder aandacht. Het is mijns inziens van belang om de aandacht voor groepen mensen die het grootste risico lopen op schade van middelengebruik en verslaving te prioriteren. Er zijn bijvoorbeeld veel initiatieven om het alcohol-, drugs- en tabaksgebruik onder studenten terug te dringen. Hoewel het gebruik onder deze groep hoog kan zijn, betreft dit in het algemeen een groep met weinig risico- en veel beschermende factoren. Hoger risico op schade hebben spijbelaars, vroegtijdige schoolverlaters, dak- en thuisloze jongeren, jongeren in speciaal onderwijs en jeugdinstituten. Ook de risico's voor jongeren in het vmbo en mbo zijn groter dan voor hbo en universitaire studenten. Hoog-risico jongeren krijgen

⁴ Namelijk: 1) thuisomgeving, 2) kinderopvang en schoolomgeving, 3) supermarkten, verkoop en marketing, 4) zorgomgeving, 5) online leefomgeving, 6) vrije tijdsomgeving, 7) werkomgeving.

echter de minste aandacht. Daarom is het van belang om in preventiebeleid meer aandacht te besteden aan selectieve en geïndiceerde preventie, gericht op deze specifieke risicogroepen.

In het kader van selectieve preventie is het belangrijk om bijvoorbeeld aandacht te besteden aan vroegsignalering en vroege interventies in ziekenhuizen. Zo bestaat er bijvoorbeeld de handreiking implementatie (vroeg)signalering alcoholproblematiek in ziekenhuizen, waarmee zorgprofessionals een handvat hebben voor case-finding, screening, kortdurende interventie en (toeleiding naar) behandeling. Ook initiatieven als Fit4Surgery focussen op het verbeteren van de leefstijl van patiënten, zodat iemand beter bestand is tegen een operatie en risico op complicaties kleiner wordt. Dergelijke initiatieven dragen uiteindelijk ook bij aan het reduceren van zorgkosten.

Ik adviseer ook om leefstijlinterventies structureel aan te bieden binnen de verslavingszorg en ggz. Dit is een vorm van geïndiceerde preventie bij mensen die reeds klachten hebben. Mensen die zorg krijgen binnen de verslavingszorg en algemene ggz hebben vaker een ongezonde leefstijl, waardoor zij ook meer somatische zorg consumeren en hun levensverwachting tot 15-20 jaar korter is dan mensen zonder psychische problemen. Leefstijlinterventies kunnen in deze groep aantoonbaar bijdragen aan (duurzaam) herstel, fysieke gezondheid en het verminderen van terugvalrisico's. Er zijn in Nederland al initiatieven zoals de Zorgstandaard leefstijl (ggz standaarden, 2024), maar die zijn nog beperkt geïmplementeerd.

Verder adviseer ik u om in te zetten op de implementatie van bewezen effectieve maatregelen, waarbij de *'Three Best Buys'* van de Wereldgezondheidsorganisatie het meest effectief en efficiënt zijn om het legale middelengebruik terug te dringen. Dit zijn: het verhogen van de prijs, het verminderen van de beschikbaarheid en het beperken/verbieden van reclame en marketing.

Concreet kunt u zich bijvoorbeeld inzetten voor het implementeren van de volgende maatregelen:

- Het instellen van een preventieafdracht (fonds), waarmee de industrie financieel aansprakelijk gesteld wordt voor de landelijke (rijksoverheid) en lokale (gemeentelijk niveau) kosten van bijvoorbeeld tabaks- en nicotinepreventie;
- Het uitvoeren van het Actieplan tegen vaperen;
- Het verhogen van de minimumleeftijd voor de aanschaf van tabak, e-sigaretten én alcohol naar 21 jaar;
- Het verhogen van de accijns op alcohol;
- De verkoop van alcohol uitsluitend toestaan in slijterijen;
- Het invoeren van een reclameverbod op alcohol;

Verslavingszorg

De verslavingszorg is een relatief kleine sector in vergelijking met de algemene ggz, maar gezien de maatschappelijke relevantie en impact van verslavingen ben ik van mening dat de verslavingszorg hoger op de beleidsagenda moet staan. Er is een aantal specifieke thema's waar uw focus als Kamerlid gewenst op is.

Allereerst de zorgkloof: de grootste groep mensen met een verslaving die zorg nodig heeft is namelijk niet in beeld bij de verslavingszorg. Meer (politieke) aandacht voor de toegankelijkheid en kwaliteit van de verslavingszorg is een belangrijke stap. Op dit moment komt een heel groot deel (>90%) van de mensen

met verslavingsproblematiek niet in zorg. Dit komt onder andere door beperkte toegankelijkheid van zorg en stigma gerelateerd aan verslavingen en verslavingsbehandeling. Deze behandelkloof is vele malen groter dan bij andere (psychische) aandoeningen. Het is onacceptabel dat mensen met ernstige verslavingsproblematiek verstoken blijven van zorg. Dit leidt ook tot hogere zorgkosten als gevolg van de lichamelijke en psychische complicaties van de verslaving.

Ik ontvang regelmatig signalen dat de kwaliteit van geleverde zorg door de vele verschillende in Nederland geregistreerde instellingen voor verslavingszorg niet inzichtelijk genoeg is. Ik ontvang zorgelijke signalen over behandelingen in het buitenland waarvan de kwaliteit onduidelijk is, een gebrek aan medische expertise in behandelteams of exclusie van mensen met complexere problematiek (waaronder psychiatrische comorbiditeit). De Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd heeft afgelopen jaar onderzoek gedaan naar de kwaliteit van zorg bij kleine en middelgrote verslavingszorginstellingen en zal binnenkort haar bevindingen rapporteren.

Een tweede zorgelijk signaal is dat mensen met relatief lichte vormen van verslaving te veel, en mensen met een ernstige verslaving te weinig zorg krijgen. Dit pleit voor een benadering waarbij prioriteit wordt gegeven aan het beperken van schade door preventie en zorg bij mensen die het grootste risico lopen. Dit zijn bijvoorbeeld mensen waarbij meerdere diagnoses (zowel psychiatrisch als somatisch; comorbiditeit) zijn vastgesteld en/of sprake is van sociaal-maatschappelijke kwetsbaarheid. Meer dan de helft van de patiënten met een verslaving heeft namelijk ook één of meer andere psychische aandoeningen. Meer aandacht voor mensen met verward of onbegrepen gedrag hoort hier ook bij. Het is belangrijk om integrale behandeling van deze problemen te verbeteren. Tekenend is dat in het Aanvullend Zorg en Welzijn Akkoord (AZWA) én in het Integraal Zorgakkoord (IZA) de verslavingszorg niet expliciet is benoemd. De verslavingszorg moet bij deze initiatieven voor geïntegreerde en passende zorg veel beter aangehaakt worden.

Ten derde vraag ik uw aandacht voor de groep mensen voor wie volledige onthouding en duurzaam herstel niet haalbaar is. Hier is preventie van verdere schade vaak wel goed mogelijk. Dit betreft een groep mensen bij wie verslaving zich heeft ontwikkeld tot een chronische aandoening en waar schadebeperkende interventies (*harm reduction*) noodzakelijk zijn om de ziekte- en sterftelast te minimaliseren. Een succesvol voorbeeld hiervan is de medische heroïneverstrekking. Ik ben voorstander om de discussie rondom schadebeperking uit te breiden naar de (medische) verstrekking van andere middelen, zoals alcohol, amfetaminen, GHB en cocaïne. Denk hierbij aan de recente aankondiging van het vooronderzoek in Amsterdam naar het verstrekken van crack-cocaïne voor de specifieke groep mensen voor wie abstinentie niet haalbaar is. Momenteel werk ik samen met Verslavingskunde Nederland aan een initiatief om schadebeperking beter om de agenda te krijgen.

Als laatste vraag ik u om aandacht te houden voor ontwikkelingen in andere landen en voorbereid te zijn op de impact die dat kan hebben op Nederland. In de Verenigde Staten is er een epidemie in het gebruik van synthetische opioïden en inmiddels wordt een aantal Europese landen ook geconfronteerd met verschillende vormen van gebruik van deze middelen. Het is van belang dat Nederland maatregelen neemt om voorbereid te zijn op de komst van synthetische opioïden,

het Trimbos-instituut geeft hiertoe een aantal aanbevelingen in de '*Preparedness Scan Synthetische Opioiden*'.⁵

**Directoraat Generaal
Volksgezondheid**
Voeding
Gezondheidsbescherming en
Preventie

Op korte termijn is het mijns inziens van belang om de beschikbaarheid van naloxon, het beste middel om sterfte door overdosering van opiaten tegen te gaan, te verbeteren. Nederland is één van de weinige Europese landen waar naloxon (neusspray) niet beschikbaar is in niet-medische situaties.⁶ Daarnaast is het belangrijk dat lokale/regionale netwerken opgezet worden om incidenten goed en snel te signaleren en dat er een landelijk aanspreek-, informatie- en meldingspunt komt voor alle beroepsgroepen, als informatieknoppunt en schakel tussen landelijk en lokaal. Het ligt daarbij voor de hand om aan te sluiten bij bestaande structuren.

Concreet kunt u zich inzetten voor de volgende maatregelen:

- Meer aandacht voor de toegankelijkheid en kwaliteit van de verslavingszorg;
- Meer aandacht voor harm reduction in beleid, bijvoorbeeld door de discussie rondom schadebeperking uit te breiden naar de (medische) verstrekking van andere middelen, zoals alcohol, amfetaminen, GHB en cocaïne;
- Agendeer de herziening van het naloxon-protocol: het gaat daarbij om het op peil houden van de voorraad, het uitbreiden van de beschikbaarheid van injecties naar ook neusspray en het uitbreiden van toediening door niet-medici, zoals hulpverleners in de maatschappelijke opvang, gebruiksruimtes en politie. Hiermee kan snel gehandeld worden in het geval van overdosis en sterfte worden voorkomen.

Vanzelfsprekend ben ik bereid om nader kennis met u te maken en mijn suggesties nader toe te lichten, bijvoorbeeld in een persoonlijk gesprek of via een technische briefing.

Met vriendelijke groet,



Prof. Dr. Arnt F.A. Schellekens
Nationaal Rapporteur Verslavingen

⁵ Kamerstukken II, 2024/25, 29 477, nr. 950

⁶ European Union Drugs Agency – EUDA (2025), European Drug Report 2025, Harm reduction – the current situation in Europe.