

A blurred, motion-captured photograph of a crowd of people walking, likely in a public space like a train station or airport. The image is used as a background for the title text.

Preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik onder volwassenen

Preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik onder volwassenen

**Carola Schrijvers
Anke Snoek
Debby van den Ende**

oktober 2010



Colofon

Preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik onder volwassenen

Auteurs:

Dr. ir. Carola Schrijvers (IVO)

Drs. Anke Snoek (IVO)

Drs. Debby van den Ende (IVO)

Met medewerking van:

prof. dr. Dike van de Mheen (IVO)

drs. Anneke Risselada (IVO)

Met dank aan de externe referenten:

prof. dr. Ronald Knibbe (Universiteit Maastricht)

drs. Roel Kerssemakers (Jellinek, Amsterdam)

Een aantal teksten uit dit rapport komt overeen met teksten uit het rapport Preventie van Schadelijk Alcoholgebruik en Drugsgebruik onder jongeren van het Trimbos-instituut. Deze teksten zijn soms geschreven door bovenstaande medewerkers van het IVO, soms door de auteurs van het Trimbos-instituut.

Dit onderzoek is mogelijk gemaakt door financiering van ZonMw en het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Het werd begeleid door Corna van Tol (ZonMw) en Christa Pronk (Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties).



ZonMw



Ministerie van Binnenlandse Zaken en
Koninkrijksrelaties

Rotterdam, oktober 2010

IVO Addiction Research Institute

Heemraadssingel 194

3021 DM Rotterdam

T +31 10 425 33 66

F +31 10 276 39 88

E secretariaat@ivo.nl

W www.ivo.nl

Inhoud

1.	Inleiding	5
1.1	Aanleiding voor dit rapport.....	5
1.2	Afbakening en consequenties voor de inhoud van het rapport	5
1.3	Doelstellingen van de kennissynthese	6
1.4	Leeswijzer voor dit rapport	6
2.	Methoden.....	9
2.1	Literatuurstudie	9
2.2	Expertmeeting	10
3.	Alcoholgebruik onder volwassenen	11
3.1	Hoeveel volwassenen gebruiken alcohol?	11
3.2	Wat zijn de gevolgen van schadelijk alcoholgebruik onder volwassenen?	13
3.3	Wat zijn risicofactoren van alcoholgebruik onder volwassenen?	15
3.4	Wat zijn hoogrisicogroepen voor schadelijk alcoholgebruik?	17
3.5	Samenvatting hoofdstuk 3.....	19
4.	Preventie van schadelijk alcoholgebruik onder volwassenen	21
4.1	Waar is het Nederlandse alcoholbeleid op gericht?	21
4.2	Welke partijen zijn betrokken bij de preventie van schadelijk alcoholgebruik onder volwassenen? ..	22
4.3	Welke beleidsmaatregelen zijn effectief in de preventie van schadelijk alcoholgebruik?	26
4.3.1	Effectieve beleidsmaatregelen.....	26
4.3.2	Vermoedelijk effectieve beleidsmaatregelen	27
4.3.3	Niet effectieve beleidsmaatregelen	28
4.4	Welke interventies zijn effectief in de aanpak van schadelijk alcoholgebruik onder volwassenen? ..	28
4.4.1	Inleiding	28
4.4.2	Alcoholpreventie en het gezin	29
4.4.3	Alcoholpreventie op de werkplek.....	30
4.4.4	Alcoholpreventie in de eerstelijnszorg	32
4.4.5	Alcoholpreventie en verkeer	35
4.4.6	Alcoholpreventie vanuit overige settings	37
4.5	Samenvatting hoofdstuk 4.....	39
5.	Drugsgebruik onder volwassenen.....	43
5.1	Hoeveel volwassenen gebruiken drugs?.....	43
5.2	Wat zijn de schadelijke gevolgen van drugsgebruik onder volwassenen?	46
5.3	Wat zijn risicofactoren van drugsgebruik onder volwassenen?	48
5.4	Wat zijn hoogrisicogroepen voor drugsgebruik?	50
5.5	Samenvatting hoofdstuk 5.....	53
6.	Preventie van drugsgebruik onder volwassenen	55
6.1	Waar is het Nederlandse drugsbeleid op gericht?	55
6.2	Welke partijen zijn betrokken bij de preventie van drugsgebruik onder volwassenen?	56
6.3	Welke beleidsmaatregelen werken in de aanpak van drugsgebruik onder volwassenen?	58
6.4	Wat is er bekend over de preventie van drugsgebruik onder volwassenen?	59
6.4.1	Drugspreventie: algemene uitgangspunten.....	59
6.4.2	Drugspreventie: interventies in verschillende settings	60
6.5	Samenvatting hoofdstuk 6	63
7.	Lacunes en implementatievragen.....	65
7.1	Preventie van schadelijk alcoholgebruik: effectiviteit, lacunes en implementatievragen	65
7.1.1	Beleidsmaatregelen	66
7.1.2	Gezinsinterventies	67
7.1.3	Alcoholpreventie op de werkplek.....	67

7.1.4	Alcoholpreventie in de eerstelijnszorg	69
7.1.5	Alcoholpreventie in het verkeer	70
7.1.6	Overige settings en aanbevelingen over de preventie van schadelijk alcoholgebruik	71
7.2	Preventie van drugsgebruik: effectiviteit, lacunes en implementatievragen	72
7.2.1	Beleidsmaatregelen	72
7.2.2	Interventies gericht op de preventie van drugsgebruik	73
7.2.3	Overige aanbevelingen over de preventie van drugsgebruik	74
7.3	Algemene implementatievraagstukken	75
7.4	Prioritering van aanbevelingen en implementatievraagstukken	76
Literatuur		77
Bijlage 1 Deelnemers expertmeeting		85

1. Inleiding

1.1 Aanleiding voor dit rapport

Om effectief beleid te kunnen voeren ten aanzien van de preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik, is kennis nodig over de effectiviteit van bestaande maatregelen en interventies. Daarnaast is het belangrijk om aan te geven welke kennis er nu (nog) ontbreekt als het gaat om (1) de effectiviteit van interventies en maatregelen en (2) de implementatie van effectieve dan wel veelbelovende interventies en maatregelen.

ZonMw heeft het IVO en het Trimbos-instituut gevraagd een zogenaamde kennissynthese uit te voeren over de preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik. Deze kennissynthese bestaat uit twee delen: één deel over alcohol- en drugsgebruik bij jongeren (uitgevoerd door het Trimbos-instituut) (van Hasselt, 2010) en één deel over alcohol- en drugsgebruik bij volwassenen (uitgevoerd door het IVO). Dit rapport gaat over de preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik bij volwassenen.

1.2 Afbakening en consequenties voor de inhoud van het rapport

Definitie jongeren en volwassenen

Dit deelrapport over volwassenen richt zich op de leeftijdsgroep van 18 jaar en ouder. In overleg met de opdrachtgever is besloten om 'jongeren' te definiëren als iedereen in de leeftijdsgroep tot en met 23 jaar. Er is dus sprake van enige overlap in de leeftijdsgroep die in beide rapporten centraal staat.

Onderwerpen en studies kunnen zowel relevant zijn voor het rapport over volwassenen als voor het rapport over jongeren en worden dan ook in beide rapporten besproken. Voorbeelden zijn 'alcohol in het verkeer' en 'middelengebruik in het uitgaanscircuit', waarbij juist de groep van 18 tot 23 jaar een kwetsbare groep is.

Preventie van het gebruik zelf én van de gevolgen van het gebruik

In dit rapport geven we een overzicht van effectieve beleidsmaatregelen en interventies gericht op de preventie van schadelijk alcoholgebruik. Dit betekent dat we maatregelen en interventies includeren die gericht zijn op het voorkomen en verminderen van alcoholgebruik. Daarnaast beschrijven we maatregelen en interventies die, via het verminderen van alcoholgebruik, leiden tot een vermindering van schadelijke gevolgen van alcoholgebruik.

Bij drugs gaat het om beleidsmaatregelen en interventies gericht op het voorkomen van drugsgebruik en maatregelen en interventies gericht op het beperken van de risico's, voor gebruikers zelf en hun omgeving.

De studie richt zich op alcohol, cannabis en harddrugs

In deze studie richten we ons op de volgende middelen: alcohol, cannabis en harddrugs (ecstasy, amfetamine, GHB, cocaïne en heroïne). Studies die zich op combinaties van deze middelen richten zijn ook meegenomen. Studies naar effectieve preventieve interventies voor roken vallen buiten het bereik van deze kennissynthese.

1.3 Doelstellingen van de kennissynthese

Doelstellingen van deze kennissynthese zijn:

1. Het schetsen van de problematiek ten aanzien van alcoholgebruik en drugsgebruik: prevalentie; risicofactoren; gevolgen voor het individu, de directe sociale omgeving en de maatschappij.
2. Het geven van een overzicht van effectieve interventies en beleidsmaatregelen gericht op de preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik, op basis van resultaten van nationale en internationale studies (reviews en meta-analyses).
3. Het beschrijven van de belangrijkste partijen die betrokken zijn bij (1) de beleidsvorming rondom de preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik en (2) de ontwikkeling en implementatie van interventies en maatregelen ter preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik.
4. Aangeven welke lacunes er zijn in bewezen effectieve interventies en maatregelen en welke implementatievragen er nog niet beantwoord zijn als het gaat om preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik.
5. Het komen tot een prioritering van onderzoeksvragen en implementatie-mogelijkheden van interventies en maatregelen ter preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik.

1.4 Leeswijzer voor dit rapport

In hoofdstuk twee beschrijven we de gebruikte methoden bij het uitvoeren van deze kennissynthese. Vervolgens schetsen we in hoofdstuk 3 de problematiek ten aanzien van alcoholgebruik onder volwassenen. We beschrijven het aantal volwassenen dat alcohol gebruikt (3.1), de schadelijke gevolgen van alcoholgebruik (3.2), de risicofactoren van alcoholgebruik (3.3) en hoogrisicogroepen voor schadelijk alcoholgebruik (3.4).

Hoofdstuk 4 gaat over de preventie van schadelijk alcoholgebruik onder volwassenen. Hierin beschrijven we het huidige Nederlandse alcoholbeleid (4.1) en geven we aan welke partijen betrokken zijn bij de preventie van schadelijk alcoholgebruik (4.2). Vervolgens beschrijven we wat er bekend is over de effectiviteit van beleidsmaatregelen (4.3) en interventies (4.4) gericht op de preventie van schadelijk alcoholgebruik.

In hoofdstuk 5 schetsen we de problematiek ten aanzien van drugsgebruik onder volwassenen. We beschrijven het aantal volwassenen dat drugs gebruikt (5.1), de schadelijke gevolgen van drugsgebruik (5.2), de risicofactoren van drugsgebruik (5.3) en hoogrisicogroepen voor drugsgebruik (5.4).

Hoofdstuk 6 gaat over de preventie van drugsgebruik onder volwassenen. Hierin beschrijven we het huidige Nederlandse drugsbeleid (6.1), gevolgd door een beschrijving van de partijen die betrokken zijn bij de preventie van drugsgebruik (6.2). Vervolgens geven we aan wat er bekend is over de effectiviteit van beleidsmaatregelen (6.3) en interventies (6.4) gericht op de preventie van drugsgebruik.

De hoofdstukken 3 tot en met 6 worden afgesloten met een samenvatting (3.5, 4.5, 5.5 en 6.5).

In hoofdstuk 7 bespreken we welke lacunes er zijn ten aanzien van beleidsmaatregelen en bewezen effectieve interventies gericht op de preventie van schadelijk alcoholgebruik (7.1) en drugsgebruik (7.2) onder volwassenen en welke implementatievragen er nog beantwoord moeten worden als het gaat om de preventie van schadelijk alcoholgebruik (7.1) en drugsgebruik (7.2). Vervolgens bespreken we een aantal algemene vraagstukken rondom de implementatie van interventies en beleid gericht op de preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik (7.3) en we sluiten af met een prioritering van de aanbevelingen en implementatievraagstukken die uit dit rapport voortkomen (7.4).

2. Methoden

Om de doelstellingen van deze kennissynthese te bereiken zijn verschillende methoden ingezet. De basis van dit rapport bestaat uit een literatuurstudie (zie hieronder). Verder zijn experts geraadpleegd met de vraag of zij aanvullende bronnen/informatie hadden en hebben twee experts een conceptversie van het rapport van commentaar voorzien. Een ander belangrijk onderdeel van de kennissynthese betreft een expertmeeting, die hieronder ook wordt toegelicht.

2.1 Literatuurstudie

Binnen en buitenlandse wetenschappelijke literatuur is verzameld en bestudeerd om te komen tot een beschrijving van de problematiek ten aanzien van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik in Nederland (doelstelling 1); een overzicht van effectieve interventies en beleidsmaatregelen gericht op de preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik (doelstelling 2) en een overzicht van de partijen die betrokken zijn bij de preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik (doelstelling 3).

Er is literatuur gezocht via Pubmed, Psychlit en Google. Ook zijn recent verschenen handboeken over verslaving geraadpleegd (Franken & Van den Brink, 2009; Rutten et al., 2009; Kerssemakers et al., 2008) en is een aantal experts benaderd, met de vraag of zij relevante literatuur konden aandragen.

Daarnaast is informatie gezocht via de website van diverse (kennis-) instituten op het gebied van alcohol- en drugspreventie zoals het Amerikaanse National Institute on Drug Abuse (NIDA), European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). In Nederland waren dit het RIVM (met specifiek ook de database van het Centrum Gezond Leven), het Trimbos-instituut, NISPA, AIAR, CVO, IVO, GGD'en en verslavingszorginstellingen.

Voor (overzichts-) studies naar de effectiviteit van interventies en beleidsmaatregelen zijn we teruggegaan tot het publicatiejaar 2000, tenzij experts aangaven dat juist voor het jaar 2000 hele belangrijke studies zijn verschenen.

Ook is gebruik gemaakt van een aantal interventiedatabases:

- Interventiedatabase van het loket gezond leven (RIVM): <http://www.loketgezondleven.nl/i-database/>
- De best-practice database van het EMCDDA: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples>
- NIDA, National Institute on Drug Abuse, Examples of Research-Based Drug Abuse Prevention Programs: <http://www.drugabuse.gov/prevention/examples.html>

Een combinatie van de volgende trefwoorden is gebruikt bij het zoeken naar literatuur: prevention, substance (abuse, misuse), alcohol, drugs, adults / preventie, middelengebruik, verslaving, alcohol, drugs, volwassenen.

2.2 Expertmeeting

Begin juni 2010 zijn negen experts (zie bijlage 1) uit wetenschap, beleid en praktijk bij elkaar gekomen om te komen tot een verdere uitwerking van de overige doelstellingen van de kennissynthese. Deze zijn: aangeven welke lacunes er zijn in bewezen effectieve interventies en maatregelen en welke implementatievragen er nog niet beantwoord zijn als het gaat om preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik (doelstelling 4) en het komen tot een prioritering van onderzoeksvragen en implementatie-mogelijkheden van interventies en maatregelen ter preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik (doelstelling 5).

Ter voorbereiding op de expertmeeting ontvingen de deelnemers een samenvatting van de bevindingen tot dan toe: een overzicht van effectieve Nederlandse interventies en beleidsmaatregelen en een beschrijving van de door de onderzoekers geconstateerde lacunes. Tijdens de expertmeeting stonden de volgende vragen centraal:

- Is het overzicht van effectieve Nederlandse interventies en beleidsmaatregelen, voor zover bekend bij experts, compleet? Zo nee, welke interventies en beleidsmaatregelen missen?
- Welke interventies en beleidsmaatregelen uit het buitenland worden door experts gezien als belangrijke aanvullingen op het aanbod van Nederlandse interventies?
- Voor welke belangrijke problemen bieden noch Nederlandse noch internationale interventies of beleidsmaatregelen een oplossing, terwijl experts in theorie wel mogelijkheden zien?
- Welke implementatievraagstukken spelen een rol bij de implementatie van bestaande en mogelijk te ontwikkelen Nederlandse interventies en bij beleidsmaatregelen?

Na het beantwoorden van bovenstaande vragen brachten de experts een prioritering aan in de openstaande onderzoeksvragen en implementatie mogelijkheden op het terrein van schadelijk alcoholgebruik en/of drugsgebruik.

Van de expertmeeting is een verslag gemaakt; dit is voorgelegd aan de deelnemers. De resultaten van de expertmeeting zijn verwerkt in dit rapport.

3. Alcoholgebruik onder volwassenen

In dit hoofdstuk beschrijven we wat er bekend is over het alcoholgebruik van Nederlandse volwassenen (3.1). In paragraaf 3.2 beschrijven we wat de schadelijke gevolgen van alcoholgebruik zijn, gevolgd door een beschrijving van risicofactoren van schadelijk alcoholgebruik (3.3) en de hoogrisicogroepen voor schadelijk alcoholgebruik onder volwassenen (3.4). We sluiten af met een samenvatting van dit hoofdstuk (3.5).

3.1 Hoeveel volwassenen gebruiken alcohol?

Percentage drinkers al jaren vrij stabiel

Alcohol is het middel dat door het hoogste percentage Nederlanders wordt gebruikt.

Een groot deel van de Nederlanders drinkt wel eens alcohol, namelijk 81% van de bevolking van 12 jaar en ouder (cijfers over 2008). Onder vrouwen komen meer niet-drinkers voor (25%) dan onder mannen (13%). Het percentage drinkers is in Nederland al jaren vrij stabiel (CBS, 2009a).

Het percentage Nederlanders dat in de afgelopen maand had gedronken bedroeg 78 in 2005 (86% onder mannen en 70% onder vrouwen). De maandprevalentie laat over de jaren heen een stabiel beeld zien (Rodenburg et al., 2007).

Van binge drinken is sprake wanneer iemand in het afgelopen half jaar wel eens zes of meer glazen op één dag heeft gedronken. Het percentage binge drinkers daalde van 40% in 2001 naar 35% in 2005 (Rodenburg et al., 2007).

Jongeren en jongvolwassenen begonnen op jonge leeftijd met het drinken van alcohol

De leeftijd waarop iemand voor het eerst alcohol heeft gebruikt, verschilt per leeftijdsgroep. Dit is onderzocht onder recente gebruikers van alcohol. De gemiddelde startleeftijd is 16,5 jaar onder 15 tot 64 jarigen. Jongeren in de leeftijd van 15 tot en met 24 jaar begonnen bijna twee jaar eerder met drinken, namelijk gemiddeld op de leeftijd van 14,6 jaar (Rodenburg et al., 2007).

Paragraaf 2.1 van het rapport deel over jongeren geeft een beschrijving van alcoholgebruik onder jongeren (van Hasselt, 2010).

Omvang alcoholproblematiek afhankelijk van definitie

De omvang van de alcoholproblematiek hangt af van de gehanteerde definitie. In onderzoek wordt gebruik gemaakt van de definities zwaar drinken, probleemdrinken en misbruik of afhankelijkheid van alcohol.

Mannen en jong volwassenen zijn relatief vaak zware drinkers

Van *zwaar drinken* is sprake wanneer iemand op minstens één dag per week 6 standaardglazen¹ of meer drinkt. De cijfers in deze alinea betreffen het jaar 2008.

In 2008 was 10% van de bevolking van 12 jaar en ouder een zware drinker. In 2001 was dit nog 14%.

Deze daling betrof alle leeftijdsgroepen tot 65 jaar en zowel mannen als vrouwen.

Zwaar drinken kwam veel vaker voor bij mannen (16,9%) dan bij vrouwen (3,5%).

Onder 18 tot 24 jarigen kwam zwaar drinken in verhouding het meest voor, namelijk bij 24%. Ook in deze leeftijdsgroep scoren mannen met 37% veel hoger dan vrouwen (12%) (CBS, 2009b).

Tien procent van de Nederlandse bevolking is probleemdrukker

Van *probleemdrukker* is sprake wanneer iemand boven een bepaalde drempelwaarde drinkt én problemen ondervindt van zijn/haar alcoholgebruik (Van Dijck & Knibbe, 2005). De drempelwaarde waaraan een probleemdrukker moet voldoen ligt voor mannen en vrouwen op een consumptie van 4 of 5 standaardglazen alcohol op minimaal 21 dagen per maand en/of minimaal 1 keer per week 6 of meer glazen. Voorbeelden van problemen die deze drinkers ervaren zijn problemen met de omgeving (bijvoorbeeld met familie, op het werk, met politie en justitie, rond agressie of met geld), psychologische afhankelijkheid, gezondheidsproblemen en alcoholgerelateerde ongelukken.

Probleemdrukker kwam in 2003 voor bij 10% van de Nederlandse bevolking van 16 tot en met 69 jaar.

Ook probleemdrukker komt veel vaker voor bij mannen (17%) dan bij vrouwen (4%) (Van Dijck & Knibbe, 2005).

Probleemdrukker komt het meest voor in de leeftijdsgroep 16-24 jaar, namelijk bij 34% van de mannen en bij 9% van de vrouwen (Van Dijck & Knibbe, 2005).

Bijna de helft van de probleemdrukkers uit 2003 (46%) bleek een jaar later nog steeds een probleemdrukker te zijn. Dat betekent dat 54% ruim een jaar later niet meer aan de criteria van probleemdrukker voldeed. De kans om wel probleemdrukker te blijven nam toe naarmate mensen ernstigere problemen ondervinden van hun alcoholgebruik en de kans was groter onder jonge mensen en onder mannen (Van Dijck & Knibbe, 2005). Onder de mensen die in 2003 geen probleemdrukker waren, bleek 2% in 2004 probleemdrukker te zijn geworden (Van Dijck & Knibbe, 2005).

Alcoholmisbruik komt vaker voor bij mannen dan bij vrouwen

Bij *alcoholmisbruik* is er sprake van problematisch gebruik, maar er is (nog) geen sprake van afhankelijkheid. Kenmerken van misbruik zijn: verplichtingen thuis, op school of op het werk niet nakomen, gebruik in gevaarlijke situaties (bijvoorbeeld autorijden onder invloed), in aanraking komen met justitie en doorgaan met het gebruik ondanks de problemen die daardoor ontstaan.

¹ Een standaardglas bevat 10 gram pure alcohol; zowel een standaard wijn-, bier- of borrelglas met daarin wijn, bier of sterke drank, bevatten 10 gram pure alcohol

Uit het Nemesis-2 onderzoek over de periode 2007-2009 blijkt dat naar schatting 2,9 tot 4,5 procent van de respondenten van 18 tot en met 64 jaar voldeed aan de diagnose alcoholmisbruik. Alcoholmisbruik komt vaker voor onder mannen (schatting 4,2 tot 6,9 procent) dan onder vrouwen (schatting 1,1 tot 2,6 procent) (De Graaf et al., 2010).

Ook alcoholafhankelijkheid komt vaker voor bij mannen dan bij vrouwen

Er is sprake van *alcoholafhankelijkheid* wanneer iemand de controle over het middel is verloren of wanneer er sprake is van tolerantie of onthoudingsverschijnselen. Bij afhankelijkheid (verslaving) kan er op termijn lichamelijke schade (bijvoorbeeld neurologische stoornissen, leveraandoeningen) of geestelijke schade (bijvoorbeeld depressies of angststoornissen) ontstaan. De leefstijl van de verslaafde bepaalt in welke mate er schade en beperkingen optreden.

Uit het Nemesis-2 onderzoek over de periode 2007-2009 komt een schatting van de prevalentie van alcoholafhankelijkheid van 0,7% (range: 0,3-1,2). Ook hier is de schatting voor mannen (1%) hoger dan voor vrouwen (0,5%) (De Graaf et al., 2010).

3.2 Wat zijn de gevolgen van schadelijk alcoholgebruik onder volwassenen?

Alcoholgebruik verhoogt het risico op allerlei aandoeningen

Alcoholgebruik heeft invloed op bijna alle organen in het lichaam en hangt samen met ongeveer zestig verschillende aandoeningen. Hieronder vallen zowel chronische aandoeningen (zoals hart- en vaatziekten en verschillende vormen van kanker) als acute aandoeningen (zoals acute ademhalingsproblemen en infecties) en verwondingen (zoals (verkeers-)ongevallen en suïcide). Voor de meeste aandoeningen geldt dat het risico toeneemt naarmate men meer alcohol drinkt (Anderson & Baumberg, 2006; Room et al., 2005; WHO, 2009).

Alcohol heeft een sterker effect op ziekte en verwondingen dan op sterfte (zie ook de volgende sectie). In 2004 kon 4,6% van alle ziekten en verwondingen wereldwijd toegeschreven worden aan het gebruik van alcohol; meer onder mannen (7,6%) dan vrouwen (1,4%). Jongeren en jong-volwassenen in de leeftijd van 15-29 jaar zijn voor het grootste deel verantwoordelijk voor het effect van (overmatig) alcoholgebruik op ziekte en verwondingen (1,4%) (Rehm et al., 2009).

Risico op gezondheidsschade door alcohol hangt ook samen met het drinkpatroon

Het risico op gezondheidsschade door alcohol hangt zowel af van het totale alcoholgebruik van de drinker, als van het drinkpatroon dat iemand heeft. Het drinkpatroon houdt onder andere in hoeveel alcohol iemand per keer drinkt en hoe vaak. In het algemeen geldt: (1) hoe hoger de totale consumptie van alcohol, hoe groter het risico op schade; (2) hoe meer alcohol per keer wordt gedronken, des te ernstiger de schade (de aandoening of verwonding). Dit geldt zowel voor acute verwondingen als voor

het risico op chronische aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten (Anderson & Baumberg, 2006; Rehm et al., 2009; WHO, 2009).

Bijna 4 procent van alle sterfte wereldwijd veroorzaakt door alcoholgebruik

Internationale cijfers uit 2004 laten zien dat 3,8% van alle sterfte wereldwijd veroorzaakt werd door alcoholgebruik (Rehm et al., 2009). Positieve effecten van alcohol, waaronder een verlaging van het risico op hart- en vaatziekten, zijn in deze percentages meegenomen. De hogere alcoholconsumptie onder mannen is terug te zien in deze sterftecijfers (6,3% onder mannen en 1,1% onder vrouwen). De meeste sterfte gerelateerd aan alcoholgebruik ontstaat door verwondingen, kanker, hart- en vaatziekten en levercirrose (Rehm et al., 2009).

Overigens wordt de bijdrage van alcoholgebruik aan sterfte niet altijd herkend en daarom onderschatten bovengenoemde cijfers veelal de mate waarin alcoholgebruik tot nadelige gevolgen leidt (Verdurmen et al., 2004).

Alcoholsterfte in Nederland het hoogst bij 55-59 jarigen

In 2008 stierven in Nederland totaal 1724 mensen door oorzaken waarbij alcohol expliciet werd genoemd. In 44% van de gevallen ging het om alcohol als primaire doodsoorzaak en in 56% van de gevallen was alcoholgebruik de secundaire doodsoorzaak. Afhankelijkheid en andere psychische stoornissen door gebruik van alcohol vormden de belangrijkste doodsoorzaak (61%) binnen de alcoholgerelateerde sterfte, gevolgd door alcoholische leverziekten (34%).

Alcoholsterfte kwam het meest voor in de leeftijdsgroep van 55 tot en met 59 jaar en 75% van de overledenen was man (CBS, 2010).

Maatschappelijke en sociale schade door alcoholgebruik aanzienlijk

De maatschappelijke en sociale schade door overmatig alcoholgebruik varieert van geluidsoverlast en vandalisme tot arbeidsverzuim, (uitgaans-) geweld, huiselijk geweld/kindermishandeling en criminaliteit. Overmatig alcoholgebruik kost de Nederlandse samenleving naar schatting 2,5 miljard euro per jaar. Kosten hebben betrekking op werk (productiviteitsverlies door werkverzuim, ziekte, slechtere prestaties), misdrijven en overtredingen (vernielingen, verkeersongevallen en justitiële kosten van politie, rechtspraak), verslavingszorg en gezondheidszorg (KPMG, 2001; Lemmers & Riper, 2007). Een grote kostenpost van overmatig alcoholgebruik, waarbij bovendien veel leed wordt veroorzaakt, is alcoholgebruik in het verkeer (Keizer en Ter Braak, 2009).

Daling van het aantal doden en gewonden door rijden onder invloed

In 2007 waren er naar schatting 2300 doden en ziekenhuisgewonden in het verkeer door alcoholgebruik (Ministerie van Verkeer en Waterstaat, 2008). Het totale aantal alcoholgerelateerde ziekenhuisgewonden en doden in het verkeer is sinds 1998 gedaald. Ook is er sprake van een daling in het percentage alcoholgerelateerde verkeersdoden en ziekenhuisgewonden ten opzichte van het totaal aantal

verkeersdoden en ziekenhuisgewonden: in 1996 was 19% van de verkeersdoden en ziekenhuisgewonden alcohol gerelateerd, in 2007 was dit 12%.

Schadelijk alcoholgebruik is een belangrijke risicofactor voor huiselijk geweld

Uit internationaal onderzoek blijkt dat middelengebruik en –misbruik, waaronder alcohol, één van de belangrijkste voorspellers zijn van partnergeweld. In 32 tot 55% van de gevallen van partnergeweld bleek sprake te zijn van alcoholgebruik (Ganpat, 2007; Stuart et al., 2009; Temple et al., 2009). Misbruik van middelen komt veel voor bij personen die hulp zoeken voor partnergeweld (zowel dader als slachtoffer). Omgekeerd wordt partnergeweld ook vaak gerapporteerd door mensen die aankloppen bij de hulpverlening voor middelenproblematiek (Stuart et al., 2009; Temple et al., 2009). Het drinkpatroon is een belangrijke voorspeller van toekomstig partnergeweld. Zwaar drinken, binge drinken en frequent drinken hangen het meest samen met partnergeweld (Ganpat, 2007).

Alcoholgebruik tijdens de zwangerschap heeft schadelijke gevolgen voor het kind

Alcoholgebruik tijdens de zwangerschap door de moeder kan schadelijke gevolgen hebben voor haar kind. Dit geldt zowel voor zwaar drinken als voor matig drinken. Het gaat bijvoorbeeld om negatieve effecten op de mentale ontwikkeling van het kind (geheugen, intelligentie en rekenvaardigheden) en om een verhoogd risico dat het kind op latere leeftijd zelf alcoholgerelateerde problemen ontwikkelt (Kerssemakers et al., 2008). Bij een hoge dosering alcohol is er sprake van een verhoogd risico bij het kind op het Foetaal Alcohol Syndroom (FAS): een patroon van lichamelijke en neurologische beschadigingen, zoals een relatief geringe lichaamslengte en een laag IQ (STAP, 2005). De Gezondheidsraad (2005) adviseert zwangere vrouwen geen alcohol te gebruiken, omdat er geen veilige ondergrens is vast te stellen voor het gebruik van alcohol tijdens de zwangerschap.

3.3 Wat zijn risicofactoren van alcoholgebruik onder volwassenen?

Omgevingsfactoren beïnvloeden het alcoholgebruik

Risicofactoren voor alcoholgebruik zijn in te delen als omgevingsfactoren en persoonsgebonden factoren (Kuunders & Van Laar, 2009).

De *omgevingsfactoren* die alcoholgebruik beïnvloeden zijn:

- financiële factoren: de betaalbaarheid van alcoholconsumptie

Het verminderen van de betaalbaarheid van alcohol leidt tot vermindering van alcoholgebruik, vooral bij jongere en zwaardere drinkers (Rabinovich et al., 2009; Anderson et al., 2009).

- sociale factoren: de status van alcohol in de sociale en culturele omgeving

Het alcoholgebruik van een individu wordt beïnvloed door hoe in de omgeving wordt omgegaan met alcohol. Tot de omgeving behoren het gezin en vrienden, maar ook media, cultuur en religie (Anderson & Baumberg, 2006).

- fysieke factoren: de verkrijgbaarheid van alcohol

Over het algemeen geldt dat hoe gemakkelijker alcohol verkrijgbaar is, hoe meer er wordt gedronken. De verkrijgbaarheid hangt onder meer samen met het aantal verkooppunten in de buurt (winkels en horeca) en met de openingstijden van deze verkooppunten (Anderson et al., 2009).

Ook persoonsgebonden factoren beïnvloeden het alcoholgebruik

Tot de persoonsgebonden factoren die het alcoholgebruik beïnvloeden behoren:

- erfelijke factoren

Verschillende soorten genen spelen een rol in de erfelijkheid van schadelijk alcoholgebruik. Erfelijkheid bepaalt naar schatting tussen de 50% en 60% van het risico op alcoholafhankelijkheid (Anderson & Baumberg, 2006). De interactie tussen genetische factoren en omgevingsfactoren maakt verslaving tot een complexe aandoening. De verhouding tussen genetische en omgevingsfactoren in de kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van verslaving is per individu verschillend (Schellekens, 2009).

- vroege beginleeftijd

Hoe jonger kinderen en jongvolwassenen beginnen met alcohol drinken, hoe groter het risico op het ontwikkelen van probleemgebruik en alcoholafhankelijkheid op latere leeftijd (Carpenter-Hyland & Chandler, 2007).

- alcoholgebruik van de moeder tijdens de zwangerschap

Als de moeder tijdens de zwangerschap drinkt kan dit ertoe leiden dat het kind gevoeliger is voor risicovol drinkgedrag in de tienertijd (Baer et al., 2003).

- het gebruik van andere middelen dan alcohol

Uit verschillende studies is bekend dat bepaalde ongezonde gedragingen relatief vaak in samenhang voorkomen. Zo blijkt dat ongeveer 20% van de volwassen Nederlanders minimaal drie vormen van ongezond gedrag combineert (roken, weinig groente en fruit, excessief alcoholgebruik, gebrek aan lichaamsbeweging). De sterkste samenhang werd gevonden voor de combinatie alcohol en roken (Schuit et al., 2002).

- persoonlijkheidskenmerken

Er is een relatie tussen diverse persoonlijkheidskenmerken en alcoholgebruik bij jongeren. Snoek et al. (2010) onderscheidt op basis van de literatuur de volgende persoonlijkheidskenmerken die als risicofactor worden beschouwd voor problematisch middelengebruik: angstgevoeligheid; gevoelens van hopeloosheid; negatief denken; sensatie zoeken; nieuwsgierigheid naar nieuwe dingen, vooral als dat samengaat met een lage score op 'vermijden van schade'; impulsiviteit; lage eigenwaarde (alleen voor jongens) en hoge sensitiviteit voor genot.

- het hebben van een psychische stoornis

Mensen met depressie en stemmingsstoornissen hebben een hoger risico om alcoholafhankelijkheid te ontwikkelen, en andersom (Anderson & Baumberg, 2006).

3.4 Wat zijn hoogrisicogroepen voor schadelijk alcoholgebruik?

In deze paragraaf presenteren we een aantal zogenaamde hoogrisicogroepen voor schadelijk alcoholgebruik. Het gaat daarbij vooral om bevolkingsgroepen met een relatief hoge prevalentie van schadelijk alcoholgebruik, zoals jongvolwassenen en mensen met een lage opleiding. Daarnaast noemen we zwangeren en ouderen als hoogrisicogroep, omdat zij een verhoogde kwetsbaarheid hebben als het gaat om de gevolgen van drankgebruik.

(Risicovol) alcoholgebruik hoger onder mannen

Zoals hiervoor beschreven, zijn zowel de prevalentie van alcoholgebruik in het algemeen, als van risicovol alcoholgebruik in het bijzonder, hoger onder Nederlandse mannen dan onder Nederlandse vrouwen (zie paragraaf 3.1).

Risicovol alcoholgebruik is het hoogst onder 16-24 jarigen

Onder 18-24 jarigen komt zwaar drinken in verhouding het meest voor; in 2008 was het percentage zware drinkers onder jonge mannen 37 en onder jonge vrouwen 12 (CBS, 2007). Eén derde van de 16-24 jarige mannen voldoet aan de criteria voor probleem drinken (Van Dijck & Knibbe, 2005).

Bij onderzoek onder studenten bleek dat ze gemiddeld meer drinken dan hun leeftijdsgenoten die niet studeren (16 versus 10 glazen per week in 1999). Vooral studenten die lid zijn van een studentenvereniging drinken veel (23 glazen per week) (Maalsté, 2000).

Zwaar drinken en alcoholafhankelijkheid komen vaker voor onder laagopgeleiden

Onder hoogopgeleide Nederlanders is het percentage mensen dat alcohol drinkt groter dan onder laagopgeleide Nederlanders. Van de mensen met een lage opleiding (lagere school) geeft 70% aan alcohol te drinken en van de hoogopgeleiden (HBO of universiteit) is dat 92%. Voor zowel mannen als vrouwen en in alle leeftijdsgroepen zien we dat alcoholgebruik vaker voorkomt onder hoogopgeleiden (CBS, 2007).

Onder laagopgeleide Nederlanders is het percentage met zwaar alcoholgebruik juist hoger dan onder hoogopgeleide Nederlanders. Van de mensen uit de laagste opleidingscategorie is 13,5% een zware drinker en van de hoogopgeleiden is dat 9,6%. Een soortgelijk patroon zien we ook bij mannen, terwijl het percentage vrouwen met zwaar alcoholgebruik nauwelijks verschilt naar opleidingsniveau (CBS, 2007).

Ook alcoholafhankelijkheid, ooit in het leven, komt vaker voor onder laagopgeleiden dan onder hoogopgeleiden. Bij mensen met alleen lager onderwijs gaat het om 4,5% en bij mensen met een HBO/universitaire opleiding is het 1,3% (De Graaf et al., 2010).

Meer drinkers onder autochtonen dan onder Marokkanen en Turken

Uit onderzoeken in de grote steden komt naar voren dat Marokkanen en Turken minder vaak alcohol drinken dan autochtonen. Onder Marokkaanse mannen ligt het percentage drinkers tussen 6 en de 12 en onder Turkse mannen tussen de 23 en de 28. Voor autochtone mannen in de steden ligt dit tussen de 82% en 88%. Bij Marokkaanse en Turkse vrouwen ligt het percentage drinkers respectievelijk onder de 2 en tussen de 2 en 11. Bij autochtone vrouwen is dit ongeveer 70% (Dotinga, 2005; Gemeente Den Haag, 2002; Dijkshoorn, 2002).

Alcoholverslaving komt zeer veel voor bij dak- en thuislozen

Van de dak- en thuislozen heeft 30-40% een alcoholverslaving. Alcoholverslaving komt in alle leeftijdsgroepen van thuislozen voor, maar het meest onder 30-55 jarigen (Van Laar, 2007).

Personeel in bepaalde beroepsgroepen vormt een risicogroep voor schadelijk alcoholgebruik

Uit Nederlands onderzoek blijkt dat in totaal 4% van de drinkende werkende beroepsbevolking wel eens alcohol drinkt vlak vóór of tijdens het werk (Schutten et al., 2003). Beide drinkpatronen kunnen problematisch zijn. Alcohol blijft vaak langere tijd in het bloed, waardoor stevige alcoholconsumptie in de avond invloed kan hebben op de werkprestaties de volgende dag (Van der Maas, 2006).

Zo'n 21% van de gehele werkende beroepsbevolking (inclusief geheelonthouders) drinkt excessief², terwijl zo'n 5% van deze groep probleemdrinker is. In de algemene bevolking drinkt circa 10% excessief (CBS, 2010; Verdurmen et al., 2003).

In bepaalde beroepsgroepen komt (overmatig) alcoholgebruik (zowel op het werk als in de vrije tijd) relatief vaak voor. Het gaat om beroepsgroepen met een werkcultuur die positief tegenover alcoholgebruik staat, lage sociale controle, veel werkgerelateerde stress en een goede beschikbaarheid van alcohol (Cook, 2003). In Nederland gaat het vooral om medewerkers van de amusements- en alcoholindustrie, productiemedewerkers, duikers, militairen, luchtvaartpersoneel, zeelieden, havenwerkers, vissers, managers, advocaten, artsen, journalisten, vertegenwoordigers, chauffeurs en werknemers in de bouw (vooral kraandrijvers) (Arendshorst, 2001; Schutten et al., 2003; Van der Maas, 2006).

² Excessief drinken werd hierbij voor mannen gedefinieerd als het drinken van minstens 20 glazen per week of minstens eens per week zes of meer glazen, en minstens 14 glazen per week of minstens eens per week vier of meer glazen voor vrouwen (Schutten, Van den Eijnden & Knibbe, 2003).

Aanzienlijk deel van zwangere vrouwen drinkt alcohol

De schadelijke effecten van alcoholgebruik tijdens de zwangerschap zijn beschreven in paragraaf 3.2. Het advies luidt dan ook om helemaal geen alcohol te drinken tijdens de zwangerschap. Uit kleinschalig onderzoek blijkt dat 46% van de zwangere vrouwen wel eens gedronken heeft tijdens de zwangerschap, terwijl 32% bewust alcohol is blijven drinken (Kuunders, 2009).

Ouderen vormen risicogroep voor schadelijk alcoholgebruik

Volgens cijfers van het CBS dronk in 2007 75% van de 65-plussers wel eens alcohol, een stijging van 13% in vergelijking met 1990. Ouderen zijn een risicogroep voor riskant en schadelijk alcoholgebruik. Door een afname van lichaamsvocht met de jaren, een relatieve toename van vet en verminderde werking van lever en nieren, leidt dezelfde hoeveelheid alcohol bij ouderen tot hogere bloedspiegels, lagere tolerantie en snellere intoxicatie en orgaanschade (American Geriatrics Society, 2003; Dufour & Fuller, 1995). Daarnaast hebben ouderen gemiddeld meer en langduriger gezondheidsproblemen dan volwassenen op jongere leeftijd. Als gevolg van deze gezondheidsproblemen gebruiken 65-plussers driemaal zoveel geneesmiddelen als de gemiddelde Nederlander. Bij 75-plussers is dit zelfs viermaal zo veel (Griens et al., 2007). Van veel medicijnen is bekend dat ze niet goed samengaan met alcoholconsumptie, wat in sterkere mate geldt voor combinaties van medicijnen.

Tussen 1998 en 2007 is de hulpvraag van mensen met alcoholproblematiek aan verslavingszorg-instellingen met 37% gestegen (Weingart, 2009). Onder ouderen boven de 55 jaar was de toename in het aantal hulpvragen in de ambulante verslavingszorg in deze periode zelfs 130%. De toename in hulpvraag van 55-plussers kan voor een deel worden toegeschreven aan de vergrijzing van de Nederlandse bevolking. Als hiervoor gecorrigeerd wordt, blijft een autonome groei over van 89% (Weingart, 2009).

Hoog percentage problematisch alcoholgebruik onder justitiabelen

Uit onderzoek uit 2007 blijkt dat er bij 30 procent van de gedetineerden in Nederland sprake was van problematisch gebruik van alcohol in het jaar voorafgaand aan hun detentie (Oliemeulen et al., 2009). Verslaving kan leiden tot crimineel gedrag, dit gedrag versterken en/of in stand houden. Vooral bij zogenaamde veelplegers speelt verslaving vaak een belangrijke rol bij het instandhouden van het crimineel gedrag.

3.5 Samenvatting hoofdstuk 3

Alcohol is het middel dat door het hoogste percentage Nederlanders wordt gebruikt. Ruim 80% van de Nederlanders van 12 jaar en ouder drinkt wel eens alcohol en dat percentage is al jaren vrij stabiel.

De omvang van alcoholproblematiek hangt af van de gehanteerde definitie. Veel gebruikte definities zijn: zwaar drinken, probleemdrinken en misbruik of afhankelijkheid van alcohol.

Zwaar drinken komt voor bij 10% van de bevolking en komt relatief vaak voor bij mannen en jongvolwassenen (18 tot 24 jaar). Tien procent van de bevolking is probleemdrinker en ook dit komt veel vaker voor bij mannen dan bij vrouwen. Alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid komen ook vaker voor bij mannen dan bij vrouwen.

Alcoholgebruik verhoogt het risico op zowel chronische aandoeningen, acute aandoeningen als op verwondingen. Hoe hoger de totale consumptie van alcohol, hoe groter het risico op schade en hoe meer alcohol per keer wordt gedronken, des te ernstiger de aandoening of verwonding. Bijna 4% van alle sterfte wereldwijd wordt veroorzaakt door alcoholgebruik. De meeste sterfte gerelateerd aan alcoholgebruik ontstaat door verwondingen, kanker, hart- en vaatziekten en levercirrose. Overmatig alcoholgebruik veroorzaakt, naast ziekte en sterfte, ook maatschappelijke en sociale schade, variërend van geluidsoverlast en vandalisme tot arbeidsverzuim, (uitgaans-) geweld, huiselijk geweld/ kindermishandeling en criminaliteit.

Risicofactoren voor alcoholgebruik zijn in te delen in omgevingsfactoren en persoonsgebonden factoren. Tot de omgevingsfactoren behoren financiële factoren, sociale factoren en fysieke factoren. Tot de persoonsgebonden factoren behoren erfelijke factoren, een vroege beginleeftijd, alcoholgebruik van de moeder tijdens de zwangerschap, het gebruik van andere middelen dan alcohol, persoonlijkheidskenmerken en het hebben van een psychische stoornis.

Er zijn behoorlijk wat hoogrisicogroepen voor schadelijk alcoholgebruik. Zwangere vrouwen en ouderen zijn hoogrisicogroep vanwege de verhoogde kwetsbaarheid voor de gevolgen van alcoholgebruik. Bij een aantal hoogrisicogroepen is sprake van een relatief hoge prevalentie van schadelijk alcoholgebruik: mannen; 16-24 jarigen; laagopgeleiden; autochtonen; dak- en thuislozen; bepaalde beroepsgroepen en justitiabelen.

4. Preventie van schadelijk alcoholgebruik onder volwassenen

In dit hoofdstuk beschrijven we allereerst waar het Nederlandse alcoholbeleid op gericht is (4.1). In paragraaf 4.2 beschrijven we welke partijen er betrokken zijn bij de preventie van schadelijk alcoholgebruik onder volwassenen, gevolgd door een beschrijving van de effectiviteit van beleidsmaatregelen in de aanpak van schadelijk alcoholgebruik onder volwassenen (4.3). In paragraaf 4.4 geven we weer wat er bekend is over de effectiviteit van interventies in de aanpak van schadelijk alcoholgebruik onder volwassenen. Paragraaf 4.5 bevat een samenvatting van dit hoofdstuk.

4.1 Waar is het Nederlandse alcoholbeleid op gericht?

Nederlands beleid is gericht op het voorkómen van schadelijk alcoholgebruik

Het algemene doel van het Nederlands alcoholbeleid is het voorkómen van schadelijk alcoholgebruik door middel van preventie, hulpverlening en regelgeving over de productie en de verkoop van alcohol. De regelgeving is vastgelegd in de Drank- en Horecawet (Kerssemakers et al., 2008).

De uitwerking van het beleid gericht op het voorkomen van schadelijk alcoholgebruik is vastgelegd in de Hoofdlijnenbrief Alcoholbeleid (Ministerie van VWS, 2007). Daarbij ligt een sterke focus op het alcoholgebruik door jongeren.

Uiteindelijk is het doel van het alcoholbeleid dat kinderen niet voor hun 16^e jaar beginnen met drinken, jongeren minder gaan drinken, minder mensen alcoholafhankelijk worden en dat de schadelijke gevolgen van overmatig alcoholgebruik in bijzondere situaties (zoals bij uitgaan, werk, in het verkeer en in het gezin) worden verminderd.

Voor 2011 zijn concrete streefcijfers geformuleerd voor twee doelstellingen:

- Het percentage kinderen van 12 tot en met 15 jaar dat alcohol gebruikt moet in 2011 teruggebracht zijn tot 62% (in 2003: 82%);
- Het percentage volwassen probleemdrinkers moet in 2011 teruggebracht zijn naar 8% (in 2004: 9,3%).

Overheid zet zowel landelijk als lokaal in op integrale aanpak bij alcoholpreventie

Het uitgangspunt van de overheid is dat alleen een samenhangende integrale aanpak doeltreffend kan zijn in het tegengaan van alcoholmisbruik en -verslaving (Busch et al., 2010). Het kabinet verwacht dat het meeste effect wordt bereikt als verschillende beleidsinstrumenten samenhangend worden ingezet: voorlichting en preventie, wetgeving en zelfregulering (en handhaving daarvan), accijnsheffing, zorg- en hulpverlening, criminaliteitspreventie, beleid ten aanzien van rijden onder invloed en internationale beleidsontwikkeling (Tweede Kamer, 2009).

Er komt steeds meer bewijs dat gecombineerde interventies effectiever zijn dan losstaande interventies in het terugdringen van middelenmisbruik (Cuijpers, 2009; WHO, 2009), zoals combinaties van beleidsmaatregelen, massamediale campagnes en preventiemaatregelen.

Op lokaal niveau worden gemeenten door het kabinet geadviseerd over alcoholpreventie aan de hand van de 'Handleiding lokaal alcoholbeleid' (VWA, 2007). In deze handleiding wordt informatie gegeven over bestaande en nieuwe campagnes, projecten en modelverordeningen als steun bij de integrale lokale aanpak van (het voorkomen van) alcoholgebruik (Ministerie van VWS, 2006).

In het najaar van 2010 verschijnt de handleiding 'Gezonde Gemeente' als opvolger van de huidige handleidingen lokaal gezondheidsbeleid. Deze nieuwe handleiding bestaat uit een algemeen deel en themaspecifieke verdiepingen, die ingaan op alcohol, roken, depressie, overgewicht en seksualiteit (Loketgezondleven.nl, 2010).

Alcoholbeleid is ook gericht op het terugdringen van criminaliteit en overlast

Om de criminaliteit en overlast in Nederland terug te dringen heeft het kabinet het project 'Veiligheid begint bij Voorkomen' in het leven geroepen. De algemene doelstelling is het reduceren van de criminaliteit en overlast met 25 procent in 2011 ten opzichte van het peiljaar 2002 (Ministerie van Justitie & Ministerie van BZK, 2007). In de tweede voortgangsrapportage van het project (Tweede Kamer, 2010) kondigt het kabinet maatregelen aan om het alcoholgebruik (voornamelijk onder jongeren) terug te dringen en verstoringen van de openbare orde als gevolg van alcoholgebruik zo veel mogelijk te voorkomen. Deze maatregelen hebben hun beslag gekregen in een voorstel tot wijziging van de Drank- en Horecawet. Het wetsvoorstel wordt momenteel door het parlement behandeld. Tevens pleit het kabinet voor gericht registratie van alcoholgebruik bij geweldsdelicten. Daarnaast worden er gerichte interventies ingezet om alcoholgebruik bij geweldplegers te minimaliseren (zie 4.4.6).

4.2 Welke partijen zijn betrokken bij de preventie van schadelijk alcoholgebruik onder volwassenen?

Verschillende partijen zijn betrokken bij de preventie van schadelijk alcoholgebruik onder volwassenen, zowel op landelijk niveau als op regionaal en lokaal niveau. Allereerst zijn er partijen die zich op landelijk niveau bezighouden met wetgeving rondom alcoholbeleid en op de handhaving van die wetgeving. Bij de uitvoering van het alcoholbeleid op zowel regionaal als lokaal niveau zijn meerdere partijen betrokken, evenals bij de uitvoering van preventie en voorlichting. Tot slot is de alcoholbranche een belangrijke partij in dit veld.

Partijen verantwoordelijk voor wetgeving en handhaving op landelijk niveau

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

Verantwoordelijk voor het alcohol(matigings)beleid via wet- en regelgeving, voornamelijk beschreven in de Drank- en Horecawet (DHW). Het gaat hierbij vooral om verantwoorde distributie van alcohol. In juli 2009 is een wijzigingsvoorstel van de Drank- en Horecawet bij de Tweede Kamer ingediend (Ministerie van VWS, 2009b), waarin een aantal voornemens uit de Hoofdlijnenbrief Alcoholbeleid (Ministerie van VWS, 2007) verder is uitgewerkt. Het merendeel van de maatregelen is gericht op het terugdringen van alcoholgebruik onder jongeren, maar een aantal wijzigingen hebben invloed op de totale drinkende populatie. Deze wijzigingen zijn: het overdragen van het toezicht op de naleving van de DHW naar gemeenten; gemeenten toestaan om happy hours en prijsacties te beperken; de regulering van alcoholverstreking in sportkantine door gemeenten bij verordening en het vergunningstelsel rondom alcoholverkoop wordt vereenvoudigd (Ministerie van VWS, 2009b).

Het ministerie van VWS stelt onderzoeksgelden beschikbaar voor onafhankelijk onderzoek via ZonMw en via Resultaten Scoren en heeft via het Centrum Gezond Leven (RIVM) een erkenningscommissie voor preventieve interventies ingesteld. Onderdeel van deze erkenningscommissie is het beoordelen van interventies gericht op de preventie van schadelijk alcoholgebruik op effectiviteit.

Ministerie van Justitie

Verantwoordelijk voor het alcohol(matigings)beleid via wet- en regelgeving, voornamelijk beschreven in de Drank- en Horecawet (DHW). Het gaat hierbij vooral om verantwoorde distributie van alcohol. Ook dit ministerie heeft een erkenningcommissie ingesteld, die gedragsinterventies gericht op de vermindering of preventie van recidive op effectiviteit beoordeelt (zie 4.4.6).

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK)

Verantwoordelijk voor aangelegenheden op het gebied van lokaal bestuur en politie. Het ministerie van BZK heeft, in samenwerking met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het ministerie voor Jeugd en Gezin, een handleiding ketenbeleid ontwikkeld (Ministerie van BZK, 2010). Hokken en keten vormen een belangrijk aandachtspunt in het alcoholbeleid van het kabinet. Gemeenten hebben het beste zicht op de lokale problematiek en hebben daarom de regie bij de aanpak van hokken en keten. De handleiding helpt gemeenten bij het formuleren, implementeren en handhaven van hun beleid.

Ministerie van Verkeer en Waterstaat

Verantwoordelijk voor beleid en wet- en regelgeving op het gebied van alcohol en verkeer. Maatregelen die door dit Ministerie worden genomen om rijden onder invloed van alcohol tegen te gaan, zijn onder andere het innen van een geldboete, het inleveren van het rijbewijs, gedwongen een cursus volgen of een gevangenisstraf. Andere maatregelen zijn nog in ontwikkeling, zoals invoering van het alcoholslot. Er wordt naar gestreefd om deze maatregel begin 2011 in te voeren (Ministerie van V&W, 2010).

Ministerie van Financiën

Verantwoordelijk voor de accijnsheffing op alcoholhoudende dranken. Accijnstarieven op zwak alcoholische drank (< 15% alcohol) worden uitgedrukt in euro's per hectoliter. De tarieven voor bier zijn in januari 2009 verhoogd en liggen tussen de 5 en 40 euro per hectoliter. De tarieven van wijn zijn in februari 2010 ook verhoogd en variëren van 35 tot 240 euro per hectoliter. De tarieven op sterke drank (≥ 15% alcohol) worden niet per hectoliter maar per procent alcohol berekend. Hoe sterker de drank, hoe hoger het accijnstarief. De tarieven op sterke drank zijn in maart 2006 verlaagd naar 15 euro per procent alcohol (Belastingdienst/Douane, 2010).

Voedsel en Warenautoriteit (VWA)

De VWA is belast met de toezichthouding op en handhaving van de Drank- en Horecawet. Zij kan bij overtreding door ondernemingen bestuurlijke boetes uitdelen. Begin 2010 zijn de resultaten beschikbaar gekomen van een proef waarbij de toezichthoudende en handhavende functie van de VWA is overgedragen aan gemeenten (Ministerie van VWS, 2010). Hieruit blijkt dat deelnemende gemeenten enthousiast zijn over de decentrale uitvoering van het toezicht op de Drank- en Horecawet. Deze gemeenten nemen in 2010 deel aan het vervolg van de pilot, waarbij het accent zal liggen op regionale samenwerking (Ministerie van VWS, 2010).

Partijen die zorgen voor uitvoering van het landelijk alcohol beleid op lokaal en regionaal niveau *Gemeenten*

Het beleid wordt in de praktijk vormgegeven door gemeenten. Zij zijn verantwoordelijk voor de verlening van vergunningen aan horecagelegenheden en slijterijen. Ook kunnen zij door middel van de Algemene Plaatselijke Verordening (APV) lokaal extra regels opstellen in het kader van de Drank- en Horecawet.

Centrum Gezond Leven (CGL)

Het CGL is door het ministerie van VWS ingesteld om te werken aan meer samenhang in lokale gezondheidsbevordering. Dit gebeurt door het bevorderen van het gebruik van de best passende leefstijlinterventies, bijvoorbeeld door bestaande interventies inzichtelijk te presenteren en te beoordelen op kwaliteit en samenhang.

Organisaties die zich bezighouden met preventie van schadelijk alcoholgebruik

GGD-en en regionale instellingen voor verslavingszorg

Regionale instellingen voor verslavingszorg en regionale GGD-en zijn verantwoordelijk voor het al dan niet gezamenlijk uitvoeren van preventieve activiteiten om schadelijk alcoholgebruik (vooral onder jongeren) tegen te gaan. Meestal gebeurt dit in opdracht van de gemeente, in samenwerking met jongerencentra, scholen en politie.

Trimbos-instituut

Het Trimbos-instituut is gericht op het ontwikkelen van kennis en het ontwikkelen en implementeren van interventies die gericht zijn op de preventie van alcoholgebruik/verslaving. Het Trimbos-instituut is verantwoordelijk voor de landelijke alcoholmatigingscampagnes (voor ouders en jongeren). Op lokaal niveau is er samenwerking met diverse partijen gericht op de lokale implementatie van landelijke programma's en campagnes. Tevens biedt zij ondersteuning aan de lokale overheden bij het opstellen en implementeren van lokaal alcoholmatigingsbeleid en voorlichting en ondersteuning bij activiteiten op het gebied van alcohol en werk.

Partnership Vroegsignalering Alcohol (PVA)

Samenwerkingsverband tussen organisaties en beroepsverenigingen uit de preventie- en zorgsector. Het is gericht op het geven van hulp aan mensen met beginnende alcoholproblematiek. Het Ministerie van VWS is financier van het PVA en het Trimbos-instituut is hier nauw bij betrokken

Veilig Verkeer Nederland (VVN)

Het ontwikkelen van voorlichtingsmateriaal over alcohol en verkeer (bijvoorbeeld Bob-campagne). Er wordt samengewerkt met politie, Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen, ministeries en branche-organisaties.

Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid (STAP)

Het promoten van effectief alcoholbeleid van de lokale en landelijke overheid en het creëren van maatschappelijke bewustwording van de risico's van het gebruik van alcohol, zeker voor jongeren. STAP doet dit door middel van het geven van informatie aan het algemene publiek, beleidsmakers en professionals via internet en projecten. Ook advisering, signalering en initiatie van onderzoek.

Zorgaanbieders in de eerstelijnszorg

Bijvoorbeeld huisartsen, praktijkassistenten en verloskundigen. Zij zijn verantwoordelijk voor vroegsignalering en het geven van voorlichting over het gebruik van alcohol en schadelijke gevolgen hiervan. Door verloskundigen wordt standaard voorlichting over alcoholgebruik gegeven aan zwangere vrouwen.

Resultaten Scoren (GGZ Nederland)

Het nationale project Resultaten Scoren coördineert en ondersteunt activiteiten en deelprojecten op het gebied van verslavingszorg, zorgt dat de publicaties met nieuwe inzichten worden verspreid onder professionals in de zorg en organiseert periodiek scholingsbijeenkomsten als er nieuwe richtlijnen zijn. Resultaten scoren is ondergebracht bij GGZ Nederland.

Partijen vanuit de alcoholbranche

Stichting Verantwoord Alcoholgebruik (STIVA)

Opgericht door de alcoholbranche om verantwoord gebruik van alcohol te bevorderen en schadelijk alcoholgebruik te reduceren. Zo ondersteunen zij wetenschappelijk onderzoek en hebben zij een informatieve website die ouders ondersteunt bij het op de juiste manier het gesprek aangaan met hun kinderen over alcoholgebruik (www.pratenoveralcohol.nl).

Centraal Bureau Levensmiddelenhandel (CBL)

Vereniging van supermarkten die actief betrokken is bij het informeren en instrueren van supermarktpersoneel om geen alcohol te verkopen aan jongeren onder de 16 jaar.

4.3 Welke beleidsmaatregelen zijn effectief in de preventie van schadelijk alcoholgebruik?

In deze paragraaf vatten we samen wat er bekend is over de effectiviteit van beleidsmaatregelen gericht op de preventie van schadelijk alcoholgebruik bij volwassenen. We baseren ons daarbij voornamelijk op een overzichtsstudie van de World Health Organisation (WHO) (2009), waarin onderscheid wordt gemaakt in effectieve beleidsmaatregelen (4.3.1) en vermoedelijk effectieve beleidsmaatregelen (4.3.2). Eén belangrijke effectieve beleidsmaatregel, namelijk het aanscherpen van leeftijdsgrenzen, heeft betrekking op jongeren en wordt daarom niet in dit rapport besproken (zie paragraaf 3.3 van het rapport over jongeren (Van Hasselt, 2010)). We sluiten deze paragraaf af met het benoemen van een aantal beleidsmaatregelen waarvan bekend is dat ze niet effectief zijn voor de preventie van schadelijk alcoholgebruik (4.3.3). Maatregelen die betrekking hebben op rijden onder invloed van alcohol worden besproken in paragraaf 4.4.5).

4.3.1 Effectieve beleidsmaatregelen

Het beperken van de betaalbaarheid van alcohol

Sinds 1996 is alcohol in de meeste Europese landen steeds betaalbaarder geworden. Dit is voor 84% toe te schrijven aan stijgende inkomens, en voor 16% aan de verlaging van de alcoholprijzen. Er is een positieve relatie tussen de betaalbaarheid van alcohol en de consumptie van alcohol; 1% meer betaalbaarheid leidt tot 0,32% meer consumptie (Rabinovich et al, 2009).

Beleidsmaatregelen gericht op het verminderen van de betaalbaarheid van alcohol zijn effectief in het terugdringen van alcohol gerelateerde schade. Gedacht kan worden aan:

- verhogingen van de accijnzen op alcohol
- een verlaging van de toegestane persoonlijke import

- controle van promotionele verkoop en controle van verkoop onder de kostprijs.

Het is van belang om bij het ontwikkelen van prijsmaatregelen, er rekening mee te houden dat de effecten van deze maatregelen verschillen voor verschillende subgroepen in de bevolking (Meier, Purshouse & Brennan, 2010). Zo blijkt het stellen van minimum prijzen effectiever voor zware drinkers dan voor middelmatige drinkers en worden jongvolwassenen (18-24 jaar) vooral beïnvloed door prijsstijgingen van consumpties in cafés (Anderson et al., 2009; Purshouse et al., 2010).

Het beperken van het aantal verkooppunten en van openingstijden van verkooppunten

Hoe minder verkooppunten, hoe minder alcoholconsumptie en alcoholgerelateerde schade (Anderson & Baumberg, 2006; Campbell et al., 2009). Een hogere dichtheid van verkooppunten (meer verkooppunten) wordt geassocieerd met een toenemende mate van alcoholconsumptie onder jongeren, toenemend aantal gevallen van geweld, moord, kindermisbruik, verwaarlozing en (met minder consistent bewijs) auto-ongelukken (Anderson & Baumberg, 2006). Openingstijden van winkels en de horeca hangen samen met alcoholgerelateerde delicten en de tijdstippen waarop deze plaatsvinden. Uit onderzoek blijkt dat het aantal gewelddadige incidenten toeneemt bij verruiming van de openingstijden van avondwinkels waar alcohol verkocht wordt (Anderson & Baumberg, 2006). Internationale studies laten zien dat een verruiming van de openingstijden van de horeca tot meer alcoholgerelateerde problemen leidt. Andersom heeft het beperken van openingstijden een gunstige invloed op het aantal incidenten waarbij alcohol een rol speelt (STAP, 2008).

4.3.2 Vermoedelijk effectieve beleidsmaatregelen

Het beperken van reclames over alcohol

Ook alcoholreclame hangt samen met alcoholgebruik; dit geldt vooral voor jongeren. Er is een relatie tussen de blootstelling aan alcoholreclame en de startleeftijd van alcoholgebruik (jonger bij meer blootstelling) en de hoeveelheid alcohol (meer bij meer blootstelling) die wordt gedronken door jongeren (Anderson et al., 2009). Naar het verklarende mechanisme achter deze relatie wordt volop onderzoek gedaan (Engels et al., 2009). Eén van de hypothesen is dat alcoholreclame de positieve verwachtingen ten aanzien van alcoholgebruik verhoogt, en daarmee het alcoholgebruik zelf. Omgekeerd leidt dan het beperken van alcoholreclame tot minder positieve verwachtingen ten aanzien van alcoholgebruik en tot minder alcoholconsumptie.

Een andere hypothese is dat de relatie tussen alcoholreclame en alcoholconsumptie verloopt via de imitatie van gedrag. Wanneer jongeren *onbekende* personen in zowel films als in reclames zien drinken, leidt dit tot directe imitatie van dit gedrag. Het zien van *bekende* drinkende personages in films, soaps of reclames ('voorbeeldfiguren'), waar jongeren zich aan willen spiegelen, leidt mogelijk nog sneller tot imitatiegedrag (Engels et al., 2009).

Het beperken van de verkoop van alcohol aan mensen onder invloed

Er is enig bewijs dat een beperking van de verkoop van alcohol aan mensen onder invloed effect heeft op het terugdringen van alcoholgerelateerde schade. Echter, beperking van verkoop aan mensen onder invloed is als losstaande maatregel niet voldoende effectief in het terugdringen van alcoholgerelateerde schade (Anderson et al., 2009).

Het verhogen van de minimumprijs per gram alcohol

Het verhogen van de minimumprijs per gram alcohol is vermoedelijk effectief in het verminderen van alcoholconsumptie, vooral bij zware drinkers (Anderson et al., 2009).

4.3.3 Niet effectieve beleidsmaatregelen

Er bestaat ook bewijs dat een aantal beleidsmaatregelen geen effect heeft op het verminderen van alcoholgerelateerde schade. Het gaat om de volgende maatregelen: het verlagen van accijnzen op alcohol om grensoverschrijdende handel onder controle te houden; anti-reclame en waarschuwingslabels op verpakkingen.

Massamediale campagnes hebben over het algemeen geen of een gering effect op het gebruik van genotmiddelen, maar wel op kennis en houding hierover (WHO, 2009; Cuijpers et al., 2006). Uit internationale literatuur blijkt dat campagnes waar radio-uitzendingen een onderdeel van zijn en campagnes bestaande uit een serie van boodschappen mogelijk effectiever zijn in het terugdringen van schadelijk alcoholgebruik dan andere campagnes (Cuijpers et al., 2006). Er zijn aanwijzingen dat massamediale campagnes effecten van projecten binnen andere settings kunnen versterken (bijvoorbeeld een community interventie in combinatie met een massamediale campagne is effectiever dan een community interventie alleen) (Cuijpers, 2003).

Massamediale campagnes zijn waarschijnlijk effectief in het versterken van het beleid gericht op het voorkomen van rijden onder invloed (Anderson et al., 2009) (zie 4.4.5).

4.4 Welke interventies zijn effectief in de aanpak van schadelijk alcoholgebruik onder volwassenen?

4.4.1 Inleiding

In deze paragraaf beschrijven we wat er bekend is over de effectiviteit van interventies gericht op de preventie van schadelijk alcoholgebruik. De interventies zijn ingedeeld naar de setting *waarin* ze worden aangeboden: gezin (4.4.2), werkplek (4.4.3), zorg (4.4.4) en verkeer (4.4.5). Bij de setting verkeer worden

alleen beleidsmaatregelen besproken. Ze worden toch in deze paragraaf besproken en niet in paragraaf 4.3 over beleidsmaatregelen, omdat ze betrekking hebben op een specifieke setting. In paragraaf 4.4.6 bespreken we alcoholpreventie met als insteek een aantal settings van *waaruit* ze worden aangeboden, namelijk internet; vanuit justitie en de verslavingsreclassering; via de spoedeisende hulp afdeling van een ziekenhuis; vanuit sportclubs en in het uitgaanscircuit.

4.4.2 Alcoholpreventie en het gezin

Gezinsinterventies meestal gericht op middelengebruik van kinderen

Overmatig alcoholgebruik van de ouders is een risicofactor voor het ontwikkelen van alcoholproblematiek bij de kinderen. Het alcoholgebruik van ouders beïnvloedt zowel de normen ten aanzien van alcoholgebruik binnen het gezin als het alcoholgebruik van de kinderen. Verschillende gezinsinterventies richten zich op de preventie van deze problematiek, waarbij de uitkomstmaten meestal gericht zijn op het alcoholgebruik en ander probleemgedrag van kinderen en niet op het alcoholgebruik van de ouders. Toch laten gezinsinterventies ook vaak een gunstig effect zien op het middelengebruik van de ouders (Cuijpers, 2009).

Interventies gericht op alcohol en huiselijk geweld nog weinig toegepast

Alcoholgebruik van volwassenen kan schadelijke gevolgen hebben voor het gezin, bijvoorbeeld in de vorm van huiselijk geweld (zie paragraaf 3.2).

Interventies gericht op alcoholpreventie in relatie tot huiselijk geweld worden nog weinig toegepast en onderzocht. Dit geldt vooral voor universele³ en selectieve⁴ preventieve interventies. Wat betreft geïndiceerde preventie⁵, blijkt uit verschillende studies dat gedragsgerichte relatietherapie in combinatie met behandeling voor middelenproblematiek leidt tot zowel een afname van middelenproblematiek als een afname van partnergeweld (Temple et al., 2009).

Afname kindermishandeling en verwaarlozing: effecten van een Amerikaanse interventie

In verschillende gerandomiseerde studies is aangetoond dat de Amerikaanse interventie Nurse Family Partnership Program leidt tot een afname van kindermishandeling en verwaarlozing tijdens de eerste twee levensjaren en meerdere positieve effecten heeft op de langere termijn, zoals de afname van antisociaal gedrag op 15-jarige leeftijd (van der Duin, 2006; Sweet & Appelbaum, 2004; Olds et al., 2001; Guterman, 1999).

³ Universele preventie betreft interventies die zich richten op gehele bevolkingsgroepen, ongeacht hun risicostatus (bijvoorbeeld gezondheidsbevordering en overheidsmaatregelen)

⁴ Selectieve preventie betreft interventies die zich richten op specifieke bevolkingsgroepen waarvan bekend is dat ze een verhoogd risico hebben op een stoornis (bijvoorbeeld een interventie gericht op kinderen met verslaafde ouders)

⁵ Geïndiceerde preventie betreft interventies die zich richten op personen die al enkele symptomen van de betreffende stoornis hebben, maar nog niet voldoen aan de diagnostische criteria voor de volledige stoornis (bijvoorbeeld een interventie gericht op volwassenen met eerste symptomen van alcoholverslaving)

Nederlandse situatie: VoorZorg is veelbelovende interventie

Het Amerikaanse Nurse Family Partnership Program wordt in Nederland via de jeugdgezondheidszorg geïmplementeerd onder de naam 'VoorZorg' (zie: www.voorzorg.info). VoorZorg is bestemd voor vrouwen die jonger zijn dan 25 jaar, maximaal 28 weken zwanger, laagopgeleid met diverse psychosociale problemen. De interventie richt zich op risicogedrag tijdens de zwangerschap, waaronder alcohol- en middelengebruik.

De aanstaande moeders ontvangen verpleegkundige ondersteuning gedurende hun zwangerschap en bij de verzorging en opvoeding van hun kind. De effectiviteit van dit programma wordt in Nederland onderzocht in een randomised controlled trial, uitgevoerd door onderzoekers van het VUmc. In totaal doen elf JGZ-instellingen mee met twintig gemeenten.

Gezin aan bod gericht op ouders met verslavingsproblemen en hun kinderen

Ouders met verslavingsproblemen en hun kinderen (jongeren) nemen samen deel aan een intensieve cursus 'Gezin aan bod', waarin communicatie en opvoeding centraal staan. Het gaat om een vertaling en proefuitvoering van het Amerikaanse 'Strengthening Families Program'.

De cursus wordt in verschillende regio's in Nederland georganiseerd door de regionale GGZ-instellingen en werd onderzocht op effectiviteit door het Trimbos-instituut. Het onderzoek werd echter onlangs stopgezet gezien de moeizame werving van hoogrisico gezinnen.

4.4.3 Alcoholpreventie op de werkplek

Zoals vermeld in paragraaf 3.4 zijn er meerdere beroepsgroepen die hoogrisicogroep zijn voor schadelijk alcoholgebruik.

Alcoholgebruik in werkomgeving verminderen door aanpak algemene en werkgebonden risicofactoren

Algemene sociale en persoonlijke factoren hangen sterker samen met alcoholgebruik dan werkgebonden factoren. Vooral positieve verwachtingen ten aanzien van alcoholgebruik en een positieve attitude ten opzichte van alcohol zijn belangrijk ter verklaring van alcoholgebruik aansluitend op werktijd, alcoholgebruik in het algemeen, excessief drinken en probleemdrinken. Wat betreft werkgebonden factoren hangen vooral ervaren onveiligheid op de werkplek en een positieve houding van collega's en leiding ten aanzien van alcoholgebruik samen met alcoholgebruik, excessief drinken en probleemdrinken (Schutten et al., 2003).

Drie type interventies beschikbaar voor preventie middelenproblematiek op de werkplek

Er zijn drie typen programma's gericht op de preventie van middelenproblematiek op de werkplek (Cook, 2003):

1. Gezondheidsbevorderende programma's;

2. Werknemerondersteuning programma's (screening en motiverende gespreksvoering);
3. Het testen van werknemers op middelengebruik.

Deze worden in de navolgende alinea's uitgebreider besproken.

Effecten van gezondheidsbevorderende programma's op alcoholgebruik onvoldoende onderzocht

Gezondheidsbevordering op de werkplek betekent dat er activiteiten worden aangeboden die tot doel hebben de gezondheid van werknemers te bevorderen. Deze activiteiten onderscheiden zich van activiteiten die voortkomen uit Arbobeleid en van wetgeving die betrekking heeft op arbeidsomstandigheden.

Uit buitenlandse studies komt naar voren dat gezondheidsbevorderende programma's vermoedelijk effectief zijn in het veranderen van alcoholgebruik. Er zijn twee typen binnen deze programma's:

1) programma's gericht op het veranderen van andere leefstijlfactoren, zoals gezonder eten, meer bewegen en beter omgaan met stress. Deze programma's leiden indirect ook tot een vermindering van alcoholgebruik. In Nederland zijn deze programma's geïmplementeerd, maar er is nog weinig effect gevonden.

2) programma's direct gericht op het verminderen van alcoholproblematiek middels technieken voor gecontroleerd drinken, het afwijzen van alcohol en het beter omgaan met stress. Deze programma's hebben een positief effect op het verminderen van alcoholgebruik (Cook, 2003).

Voor alcohol wordt specifiek 'alcohol en werk' aangeboden, een combinatie van massamediale voorlichting, bedrijfsgerichte procesbegeleiding en individuele voorlichting (Verweij & Ledema, 2006a). Dit programma is echter niet onderzocht op effectiviteit.

In 2004 bleek dat 75% van de grote bedrijven maatregelen genomen heeft om een gezonde leefwijze van werknemers te bevorderen (Verweij & Ledema, 2006b).

Werknemerondersteuning programma's zijn beperkt effectief voor preventie van alcoholgebruik

Bij werknemerondersteuning programma's worden verschillende modules (screening, evaluatie, doorverwijzing en follow-up) aangeboden aan werknemers met alcohol- en/of drugsproblemen of andersoortige problemen.

Werknemerondersteuningsprogramma's zijn mogelijk effectief wanneer kortdurende interventies worden gebruikt, interventies bij gezondheid- en leefstijl check-ups, sociale vaardigheidstraining en sociale controle of doorverwijzing door peers (Webb, Shakeshaft, Sanson-Fisher & Havard, 2009). Proper en collega's (2005) pleiten voor het inzetten van motiverende gespreksvoering op de werkplek, omdat dit effectief gebleken is en makkelijk te implementeren is.

Drugs- en alcoholcontroles op de werkplek zijn nog onvoldoende onderzocht

Drugs- en alcoholcontroles op de werkplek kunnen een aantal vormen aannemen: het voortesten van sollicitanten; het testen van werknemers indien hier een reden toe is (bijvoorbeeld na een ongeval op de werkvloer) en het willekeurig testen van werknemers.

Hoewel deze interventies veelbelovend lijken als voornamelijk afschrikkende techniek, zijn naar de effecten van deze interventie nog onvoldoende goede studies uitgevoerd (Cook, 2003).

In Nederland mogen dergelijke testen slechts onder bepaalde voorwaarden worden toegepast. Een alcoholtest is namelijk een directe inbreuk op de persoonlijke levenssfeer en is te beschouwen als een medische ingreep. Hierdoor is er vrijwillige en geïnformeerde toestemming van de werknemer nodig. Daarnaast is het testen op alcohol alleen toegestaan als de werkgever en de ondernemingsraad dit noodzakelijk achten. Testen moet bovendien onderdeel uitmaken van een totaal alcoholbeleid dat past in het bestaande gezondheids- en veiligheidsbeleid van een werkgever (Proper et al., 2005).

4.4.4 Alcoholpreventie in de eerstelijnszorg

Eerstelijnszorg is geschikte setting voor screening op alcoholproblematiek

Mensen met aan alcoholgerelateerde klachten (ongelukken, ziekteverzuim) komen in veel gevallen als eerste bij de huisarts terecht. In de eerstelijnszorg is dan ook veel winst te behalen door het screenen van risicovolle drinkers, gevolgd door een kortdurende interventie (WHO, 2009).

Het is belangrijk screenen te onderscheiden van het stellen van een diagnose. Het doel van screening is om mensen met mogelijke alcoholproblemen of mensen met een verhoogd risico op het ontwikkelen van deze problemen te selecteren. Een screening kan over het algemeen in korte tijd worden uitgevoerd door mensen met een beperkte kennis van alcoholproblemen (Fleming, 2003).

De multidisciplinaire richtlijn 'Stoornissen in het gebruik van alcohol' bevat aanbevelingen voor opsporing en behandeling van mensen met risicovol en schadelijk alcoholgebruik (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen, 2009). Deze richtlijn raadt aan alle patiënten met problematisch alcoholgebruik in de eerstelijnszorg een kortdurende interventie aan te bieden (Geurtsen & Van de Glind, 2009). In verschillende reviews en meta-analyses is de effectiviteit van kortdurende interventies in de eerstelijnszorg op het verminderen van het alcoholgebruik aangetoond, zowel bij patiënten die niet uit zichzelf hulp zochten als bij patiënten met een gerichte hulpvraag voor hun drinkgedrag (Geurtsen & Van de Glind, 2009; Kaner et al., 2009; Moyer et al., 2002). Voor mannen is het effect met overtuigender bewijs gevonden dan voor vrouwen (Kaner et al., 2009).

Alcohol screening in combinatie met kortdurende interventie is effectief

Vaak wordt een alcohol screening in de eerstelijnszorg gekoppeld aan een kortdurende interventie.

Huisartsen kunnen patiënten screenen op excessief alcoholgebruik en ze vervolgens een korte interventie aanbieden. Dergelijke interventies bestaan uit feedback over het alcoholgebruik, het bespreken van de keuze om minder te drinken, de mogelijkheden tot verandering van het alcoholgebruik en het bespreken van hoogrisicosituaties en gedragsalternatieven.

Uit onderzoek van Fleming et al. (2002) komt naar voren dat de combinatie van screening en kortdurende interventies, in de vorm van twee bezoeken aan de huisarts gevolgd door twee telefonische gesprekken met een verpleegkundige, resulteren in een significante afname van alcoholgebruik.

Kortdurende interventies in eerstelijnsgezondheidszorg effectief in terugdringen alcoholgebruik

Kortdurende interventies in de eerstelijnszorg zijn effectief in het terugdringen van alcoholgebruik onder volwassenen die overmatig drinken. In vergelijking met de controlegroep neemt het alcoholgebruik op de korte termijn (na één maand) in de interventiegroep met gemiddeld 10 tot 16% af. Vooral bij beginnende alcoholproblematiek lijken kortdurende interventies uiterst effectief te zijn (WHO, 2009; Bien et al., 1993; Cuijpers et al., 2006; Kaner et al., 2007; Kaner et al., 2009; WHO, 2009). Het *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches* (Hester & Miller, 2003) noemt kortdurende interventies zelf als de meest effectieve interventies. Daarnaast zijn kortdurende interventies in de eerstelijnszorg ook kosteneffectief (WHO, 2009).

Twee systematische reviews en meta-analyses van de effectiviteit van kortdurende interventies in de eerstelijnszorg gericht op risicovol en schadelijk alcoholgebruik vonden positieve effecten op alcoholconsumptie, alcoholgerelateerde verwondingen en gebruik van gezondheidszorg. De resultaten werden voor mannen tot een jaar na de interventie gevonden; voor vrouwen bleek er onvoldoende bewijs voor een effect te zijn. Een langere duur van de interventie had geen toegevoegde waarde op de effecten (Kaner et al., 2007; Kaner et al., 2009).

Ouderen (vanaf 55 jaar) belangrijke doelgroep van interventies in de eerstelijnszorg

Ouderen zijn een belangrijke risicogroep voor riskant en schadelijk alcoholgebruik (zie paragraaf 3.4). Ouderen komen met gezondheidsproblemen in veel gevallen als eerste bij de huisarts terecht, waardoor huisartsen meer de mogelijkheid hebben om riskant en schadelijk alcoholgebruik van ouderen te signaleren en aan te pakken dan andere professionals in de gezondheidszorg (Risselada et al., 2010; Sim, 2004).

Ook ouderen lijken goed te reageren op kortdurende interventies. Uit verschillende studies is gebleken dat ouderen hun risicovolle of schadelijke alcoholconsumptie significant verlagen als zij persoonlijke informatie en voorlichting over hun drinkgedrag en gezondheid krijgen van de huisarts (Fink et al., 2005; Mundt et al., 2005).

Kortdurende interventies gericht op probleemdrinkers zijn effectief maar hebben een laag bereik

Individuele preventie gericht op probleemdrinkers is effectief, maar heeft een laag bereik (10-30%) (Meijer et al., 2006), waardoor de totale effecten gering zijn. Een actiever beleid met betrekking tot vroege opsporing in de eerstelijnszorg zal het aanbod en gebruik van deze interventies vergroten. Hierdoor kan een groter deel van de alcoholgerelateerde schade aan gezondheid en maatschappij voorkómen worden. Duidelijkheid over de financiële vergoeding van individuele preventie zal (mogelijk) leiden tot een toename van het bereik van kortdurende interventies (Van den Berg & Schoemaker, 2010).

Implementatie moet samengaan met training en ondersteuning van artsen

Screenen en het aanbieden van een kortdurende interventie vraagt om samenwerking tussen medewerkers in de eerstelijnszorg, verpleegkundigen en verslavingszorginstellingen. Bovendien vraagt het een extra tijdsinvestering van professionals. Dit belemmert in sommige gevallen de implementatie van deze programma's. Koppeling van de implementatie van screening en kortdurende interventies aan een training en ondersteuningsprogramma voor gezondheidswerkers in de eerstelijnszorg (artsen, praktijkondersteuners somatiek en GGZ, assistenten), verhoogt de implementatiegraad ervan onder deze professionals en daarmee de identificatie van risicovolle drinkers in de eerstelijnszorg (Nilsen, Aalto, Bendtsen & Seppa, 2006).

Uit een systematische review van twaalf studies blijkt dat een combinatie van een leerprogramma en een programma gericht op ondersteuning op het werk resulteerde in een toename van screening en het geven van advies door huisartsen aan patiënten over risicovol en schadelijk alcoholgebruik (van 32% naar 45%) (Anderson et al., 2004).

Nederlandse situatie: verschillende programma's geïmplementeerd, resultaten onderzoek binnenkort verwacht

In Nederland wordt door huisartsen sinds 2005 gebruik gemaakt van de NHG-Standaard Problematisch Alcoholgebruik als het gaat om (vroeg)signalering, behandeling en verwijzing van patiënten met problematisch alcoholgebruik. Op dit moment lopen diverse pilots voor het bevorderen van het vroegsignaleren van problematisch alcoholgebruik voor patiënten in de eerstelijnszorg (Partnership Vroegsignalering Alcohol, 2009).

In een onlangs afgeronde pilot werd (vroeg) signalering, behandeling en verwijzing van probleemdrinken in zeven Rotterdamse huisartspraktijken gestimuleerd via scholing van huisartsen en de mogelijkheid gebruik te maken van een verslavingsconsulent. Na de pilot gaven de deelnemende huisartsen aan meer kennis te hebben over probleemdrinken, zich meer bewust te zijn geworden van de problematiek en dat hun vaardigheden in de omgang met problematisch alcoholgebruik bij patiënten waren verbeterd. Wel gaven de artsen aan een regelmatige herinnering nodig te hebben ten behoeve van de continuïteit van het vroegsignaleren. Ook verliep de inzet van de verslavingsconsulent niet optimaal (Risselada & Schoenmakers, 2010).

Uit een follow-up onderzoek (na 2 weken en na 4 weken) naar de implementatie van een vroegsignalerings interventie in de huisartsenpraktijk gericht op alcoholproblematiek bij ouderen, bleek dat de deelnemende huisartsen zich meer bewust waren geworden van de problematiek en het signaleergedrag in positieve zin hadden veranderd (na 2 weken), maar dat dit effect op iets langere termijn (na 4 weken) licht afnam (Risselada et al., 2010).

Via het Partnership Vroegsignalering Alcohol wordt getracht om de screening en kortdurende interventies in veel meer velden van de gezondheidszorg in te voeren, zoals de ziekenhuiszorg, spoedeisende hulp, thuiszorg en geestelijke gezondheidszorg.

4.4.5 Alcoholpreventie en verkeer

Diverse beleidsmaatregelen (vermoedelijk) effectief in verminderen alcoholgerelateerde auto-ongevallen

Alcoholgebruik voorafgaand aan deelname aan het verkeer kan leiden tot verkeersongevallen. In deze paragraaf bespreken we wat er bekend is over de effecten van beleidsmaatregelen gericht op het reduceren van deze schadelijke gevolgen van alcoholgebruik.

De volgende maatregelen zijn effectief voor het verminderen van alcoholgerelateerde auto-ongevallen en dodelijke ongevallen (WHO, 2009):

Effectieve maatregelen zijn:

- De verlaging van het wettelijke toegestane alcoholpromillage bij deelname aan het verkeer

In Nederland is het toegestane alcoholpromillage voor deelname aan het verkeer 0,5 en voor beginnende verkeersdeelnemers 0,2. Het instellen van een lager toegestaan alcoholpromillage bij deelname aan het verkeer, en een strenge controle hierop, leidt tot een afname van het aantal (dodelijke) ongelukken in het verkeer⁶.

- Het willekeurig afnemen van ademanalyses

Deze maatregel houdt in dat politieagenten zonder aanwijsbare reden een automobilist van de weg kunnen halen voor een ademtest om te controleren op alcoholgebruik. Deze maatregel is effectief in het terugdringen van alcoholgerelateerde ongelukken in het verkeer (Anderson et al., 2009).

Vermoedelijk effectieve maatregelen zijn (WHO, 2009):

- Verlaging van de toegestane hoeveelheid alcohol bij *beginnende bestuurders*
- Schorsing van het rijbewijs bij overtreding van het toegestane alcoholpromillage bij deelname aan het verkeer

Indien deze maatregel losstaand toegepast wordt, zonder enige vorm van voorlichting of behandeling, is deze niet effectief in het verminderen van alcoholgerelateerde auto-ongelukken. Wanneer de dader ingesloten zit, is deze maatregel slecht op korte termijn effectief (Anderson et al., 2009).

- Verplicht volgen van behandeling
- Het gebruik van alcoholsloten.

Bij het gebruik van alcoholsloten in auto's wordt door middel van een ademtest gecontroleerd of de automobilist alcohol gedronken heeft. Indien de alcoholconcentratie in de uitgeademde lucht hoger is dan de wettelijk toegestane hoeveelheid, start de auto niet. Om te voorkomen dat iemand die niet gedronken heeft in dit apparaat blaast, wordt tijdens het rijden herhaaldelijk gevraagd om een ademtest. Onderzoek naar de effectiviteit van deze methode richtte zich vooral op automobilisten die eerder onder invloed van alcohol reden en daarbij gepakt zijn door de politie en betreft Canada en de VS. Buiten die landen is nog geen onderzoek gedaan dat de effectiviteit kan aantonen (Anderson et al., 2009; Babor et al., 2003).

⁶ Bij een alcoholpromillage van 0,2 en 0,1 neemt de kans op een ongeval met 3% toe vergeleken met een promillage van 0. Bij een promillage van 0,5 neemt de kans op een ongeval toe met 38% (Blomberg et al., 2005)

Massamediale campagnes kunnen ondersteunend zijn bij het uitvoeren van beleidsmaatregelen gericht op het verminderen van alcoholgerelateerde auto-ongevallen en dodelijke ongevallen (WHO, 2009).

Terugdringen alcoholgerelateerde verkeersongevallen bij frequente overtredders is mogelijk

Verschillende interventies zijn effectief bij het terugdringen van alcoholgerelateerde verkeersongevallen onder frequente overtredders van het verbod van rijden onder invloed van alcohol. Ten eerste is inbeslagname van het voertuig effectief. Ook het verplicht stellen van een ontbrandingsvergrendeling bij verlenging van het rijbewijs, zodat de auto niet start wanneer de bestuurder gedronken heeft, zou effectief zijn (mogelijk ook bij mensen met een eerste overtreding). Verder zijn gevangenisstraffen bij frequente overtreding en intensieve controle van veroordeelden (door middel van intensieve begeleiding door de reclassering of het gebruik van elektronische controle (enkelband)) effectieve maatregelen. De meeste mensen worden echter niet gepakt door de politie terwijl zij onder invloed van alcohol achter het stuur zitten. Om die reden is het raadzaam algemene preventie toe te passen in de vorm van eenvoudige controleposten gecombineerd met algemene informatie en publiciteitscampagnes over de straffen (Williams et al., 2007).

Nederlandse situatie: diverse beleidsmaatregelen geïmplementeerd

De prevalentie van rijden onder invloed van alcohol daalt al decennia lang in Nederland; dit heeft vooral te maken met een steeds verdere intensivering van politietoezicht (Mathijssen & Houwing, 2005).

In Nederland zijn de volgende beleidsmaatregelen gericht op het terugdringen van alcoholgerelateerde ongevallen geïmplementeerd:

- Verkoopverbod (beperking aantal verkooppunten en openingstijden). In tankstations en winkels bij restaurants langs de snelweg mag geen alcohol verkocht worden.
- Campagne 'Bob jij of Bob ik?'. De effectiviteit van deze campagne is nog niet bekend.
- Willekeurige ademtest analyses.
- Opschorten van rijbewijzen.
- Alcoholsloten in auto's. In de loop van 2010 zal in Nederland een alcoholslotprogramma worden gestart.
- Verlaging van de toegestane hoeveelheid alcohol bij beginnende bestuurders (0,2 promille in plaats van 0,5). Deze limiet geldt de eerste vijf jaar na het behalen van het rijbewijs. Dit geldt ook voor rijden op de fiets en scooter.
- Bij een promillage tussen de 1,3 en 1,8 moet de bestuurder de zogenaamde Educatieve Maatregel Alcohol (EMA) volgen. Dit is een driedaagse cursus over de risico's van alcoholgebruik in het verkeer, met als doel herhaling van alcoholgebruik in het verkeer in de toekomst te voorkomen. De Lichte Educatieve Maatregel Alcohol (LEMA) is uitsluitend bedoeld voor de beginnende bestuurder bij wie een bloed- of adem- alcoholgehalte is geconstateerd tussen 0,5‰ en 0,8‰).

Het lijkt erop dat het totale pakket aan maatregelen effectief is met betrekking tot rijden onder invloed. Effectiviteit van de afzonderlijke maatregelen is echter niet aangetoond.

4.4.6 Alcoholpreventie vanuit overige settings

In deze paragraaf bespreken we alcoholpreventie vanuit een aantal settings die van belang zijn als het gaat om de preventie van schadelijk alcoholgebruik. Het gaat om interventies die worden aangeboden via internet; vanuit justitie en de verslavingsreclassering; via de spoedeisende hulp afdeling van een ziekenhuis; vanuit sportclubs en in het uitgaanscircuit.

Internetinterventies: relatief hoog bereik, maar vooral tijdelijke effecten

Internetinterventies (advies-op-maat via internet of e-mail) worden als veelbelovend gezien als het gaat om het terugdringen van alcoholgebruik onder mensen die al overmatig alcohol drinken (Van den Berg & Schoemakers, 2010). Met internetinterventies kunnen mogelijk meer probleemdrinkers worden bereikt, omdat mensen een lagere drempel ervaren om hulp te zoeken via een anonieme internetinterventie. De internetinterventies waarvan de effecten zijn onderzocht zijn effectief, maar de effecten zijn beperkt en alleen zichtbaar op de korte termijn (Riper et al., 2009a).

Twee in Nederland toegepaste internetinterventies zijn onderzocht op effectiviteit. Voor zowel 'drinktest.nl' als 'minderdrinken.nl' waren korte termijn effecten zichtbaar (uitkomstmaten waren: het percentage overmatig alcoholgebruik bij drinktest.nl en het aantal probleemdrinkers bij minderdrinken.nl), maar op de langere termijn waren de effecten niet meer statistisch significant (Huiberts & Boon, 2003; Riper et al., 2008; 2009b; Boon et al, in druk).

Interventies voor verslaafde justitiabelen gericht op voorkomen recidive

Verslaving kan leiden tot crimineel gedrag, dit gedrag versterken en/of in stand houden. Vooral bij zogenaamde veelplegers speelt verslaving vaak een belangrijke rol bij het instandhouden van het crimineel gedrag. Door middel van effectieve interventies kan het verslavingsgedrag beïnvloed worden, ter voorkoming van verdere recidive.

De kwaliteit van gedragsinterventies wordt in Nederland getoetst door de Erkeningscommissie Gedragsinterventies Justitie: van zogenaamde goedgekeurde interventies mag verwacht worden dat zij recidive verminderen of voorkomen. Vanuit Justitie en de verslavingsreclassering wordt een aantal interventies aangeboden. Zo zijn er leefstijltrainingen, gericht op het terugdringen van criminele recidive door verandering van het problematisch middelengebruik en/of gokgedrag. Deze trainingen zijn erkend door de Erkeningscommissie; Kadden et al. (1992) toonden de effectiviteit van leefstijltrainingen aan. Er zijn ook interventies in ontwikkeling, zoals de leerstraf Alcohol en Geweld, waarvan landelijke implementatie in 2011 wordt verwacht (Leger des Heils, SVG Verslavingsreclassering en Reclassering Nederland (2010).

Wisselende resultaten kortdurende interventies aangeboden via de spoedeisende hulp afdeling van een ziekenhuis

Er worden wisselende resultaten gevonden met betrekking tot de effectiviteit van kortdurende interventies gericht op het verminderen van problematisch alcoholgebruik bij patiënten op de spoedeisende hulp afdeling van een ziekenhuis. Positieve effecten van kortdurende interventies, eventueel in combinatie met een booster sessie, worden onder andere gerapporteerd door Crawford en collega's (2004) en Longabaugh en collega's (2001). Andere studies rapporteren geen afname in alcoholgebruik na het toepassen van kortdurende interventies bij patiënten op de spoedeisende hulp, maar wel een afname van alcoholgerelateerde verwondingen en gebruik van de gezondheidszorg (Daepfen et al., 2007; Havard et al., 2008). Ook voor andere afdelingen van algemene ziekenhuizen zijn de effecten van kortdurende interventies op alcoholgebruik onduidelijk (McQueen et al., 2009). Desondanks worden, op basis van positieve resultaten uit verschillende reviews en meta-analyses, kortdurende interventies in de multidisciplinaire richtlijn 'Stoornissen in het gebruik van alcohol' voor zowel de eerste als de tweede lijn aanbevolen voor patiënten met problematisch alcoholgebruik (Geurtsen & Van de Glind, 2009).

Sportclubs hebben te maken met wettelijke bepalingen alcoholverstrekking

Sportclubs zijn verplicht zich te houden aan wettelijke bepalingen ten aanzien van alcoholverstrekking (geen verkoop van sterke drank onder de 18 jaar, geen verkoop van drank onder de 16 jaar, geen verstrekking van alcohol indien dit leidt tot verstoring van de openbare orde, veiligheid of zedelijkheid en geen alcohol verstrekken aan mensen die dronken zijn of onder invloed van psychotrope stoffen verkeren) en aan sociaal hygienische bepalingen. Dit laatste houdt in dat in de sportkantine altijd iemand aanwezig moet zijn die in bezit is van de verklaring Sociale Hygiene ofwel een barvrijwilliger die een verplichte instructie verantwoord alcoholgebruik (IVA) heeft gevolgd. Tevens moeten per sportvereniging minimaal twee leidinggevendenden beschikken over de verklaring Sociale Hygiene. Zij staan als zodanig op de vergunning vermeld (NOC*NSF Breedtesport, 2001).

Uit onderzoek onder zeven sportverenigingen in Vlaardingen, Schiedam en Maassluis bleek dat de meeste verenigingen de noodzaak van een alcoholbeleid inzien, maar dat de uitvoering van een dergelijk beleid nog veel te wensen overlaat. Slechts één van de zeven verenigingen had een alcoholbeleid en kan dit op aanvraag ook overleggen (Risselada et al., 2008).

Binnen de gemeente Den Haag is in samenwerking met Parnassia Bavo Groep het keurmerk 'Frisse Sportclub' geïntroduceerd om bewust en verantwoord alcoholgebruik te promoten. Dit houdt in dat een geldprijs uitgekeerd wordt aan sportclubs die voldoen aan de wettelijke eisen rond alcoholgebruik, zich actief inzetten om verantwoord alcoholgebruik te stimuleren en geen alcohol schenken aan jongeren onder de 18 jaar (Gemeente Den Haag, 2010).

Uitgaans setting: effecten trainingen barpersoneel wisselend

In de uitgaans setting worden trainingen voor (bar) personeel over agressie en schenkgedrag aangeboden. Deze zouden leiden tot een vermindering van consumptie van alcohol en risicogebruik van

alcohol. Daarnaast zouden deze cursussen agressie en geweld in kroegen verminderen (Babor et al., 2003).

Andere studies stellen dat cursussen voor barkeepers geen effect hebben op de mate van alcoholconsumptie en het alcoholgerelateerde probleemgedrag (WHO, 2009). Ker & Chinnock (2008) vonden bijvoorbeeld dat cursussen voor barkeepers niet werken, omdat men zich niet aan het geleerde houdt (zoals niet schenken aan dronken klanten en niet schenken aan minderjarigen). Room et al (2005) en Van de Luitgaarden & Knibbe (2002) vonden daarentegen dat trainingen van barpersoneel effectief waren in het terugdringen van alcoholgebruik door jongeren onder de 16. Wallin et al (2003) en Graham et al (2004) vonden effecten op het terugdringen van agressie en Holder en Wagenaar (1994) op het terugdringen van verkeersongevallen.

Volgens Anderson (2009) hebben bartrainingen alleen effect hebben op de alcoholconsumptie als de barkeepers door hun management worden ondersteund in de uitvoering van wat ze geleerd hebben. Daarnaast is handhaving door bijvoorbeeld politie essentieel.

Er zijn in Nederland twee interventies die gericht zijn op barpersoneel. *Bar Veilig* beoogt agressie te voorkomen en besteedt beperkt aandacht aan alcoholgebruik. De interventie maakt gebruik van dezelfde elementen als de effectief bewezen Canadese interventie Safer Bars (Graham & Homel, 2008). *Barcode* is gericht op alcohol- en/of drugspreventie in de horeca. Het effect van deze interventie, in combinatie met handhaving, wordt in de komende jaren onderzocht door het Trimbos-instituut en de Universiteit Utrecht.

4.5 Samenvatting hoofdstuk 4

Het algemene doel van het Nederlands alcoholbeleid is het voorkómen van schadelijk alcoholgebruik door middel van preventie, hulpverlening en regelgeving over de productie en de verkoop van alcohol. Het uitgangspunt van de overheid is dat alleen een samenhangende integrale aanpak doeltreffend kan zijn in het tegengaan van alcoholmisbruik en -verslaving. Dit betekent dat verschillende beleidsinstrumenten samenhangend worden ingezet: voorlichting en preventie, wetgeving en zelfregulering (en handhaving daarvan), accijnsheffing, zorg- en hulpverlening, criminaliteitspreventie, beleid ten aanzien van rijden onder invloed en internationale beleidsontwikkeling.

Verschillende partijen zijn betrokken bij de preventie van schadelijk alcoholgebruik onder volwassenen, zowel op landelijk, regionaal als lokaal niveau. Het gaat om partijen die zich op landelijk niveau bezighouden met wetgeving rondom alcoholbeleid en op de handhaving van die wetgeving (diverse ministeries en de Voedsel en Waren Autoriteit); partijen die zorgen voor de uitvoering van het landelijk alcoholbeleid op lokaal en regionaal niveau (gemeenten, het Centrum Gezond Leven); partijen die zich bezighouden met de preventie van schadelijk alcoholgebruik (GGD-en en regionale instellingen voor

verslavingszorg, het Trimbos-instituut, Partnership Vroegsignalering Alcohol, Veilig Verkeer Nederland, Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid, zorgaanbieders in de eerstelijnszorg) en de alcoholbranche (Stichting Verantwoord Alcoholgebruik en Centraal Bureau Levensmiddelenhandel).

Uit internationaal onderzoek komt kennis over de effectiviteit van verschillende beleidsmaatregelen ten aanzien van de preventie van schadelijk alcoholgebruik.

Effectieve beleidsmaatregelen zijn:

- Het beperken van de betaalbaarheid van alcohol, bijvoorbeeld door: verhoging van de accijnzen op alcohol, een verlaging van de toegestane persoonlijke import, controle van promotionele verkoop en controle van verkoop onder de kostprijs.
- Het beperken van het aantal verkooppunten en van openingstijden van verkooppunten.
- Het aanscherpen van leeftijdsgrenzen (betreft jongeren).

Vermoedelijk effectieve beleidsmaatregelen zijn:

- Het beperken van reclames over alcohol (betreft vooral jongeren).
- Het beperken van de verkoop van alcohol aan mensen onder invloed.

Niet-effectieve beleidsmaatregelen zijn:

- Het verlagen van accijnzen op alcohol om grensoverschrijdende handel onder controle te houden.
- Anti-reclame en waarschuwingslabels op verpakkingen.

Massamediale campagnes; er zijn wel aanwijzingen dat deze de effecten van projecten binnen andere settings kunnen versterken.

Alcoholpreventie en het gezin

Overmatig alcoholgebruik van de ouders is een risicofactor voor het ontwikkelen van alcoholproblematiek bij de kinderen. Verschillende gezinsinterventies zijn gericht op het verminderen van middelengebruik en ander probleemgedrag bij kinderen, maar laten vaak ook een gunstig effect zien op het middelengebruik van de ouders.

Alcoholgebruik van ouders kan ook leiden tot huiselijk geweld. In Nederland wordt een in het buitenland bewezen effectieve interventie (effecten op het terugdringen van kindermishandeling en verwaarlozing) geïmplementeerd onder de naam 'Voorzorg' en onderzocht op effectiviteit. Het effectonderzoek in Nederland van een andere in het buitenland effectief gebleken interventie ('Gezin aan bod') werd stopgezet vanwege de moeizame werving van hoogrisicogezinnen.

Alcoholpreventie op de werkplek

In bepaalde beroepsgroepen komt (overmatig) alcoholgebruik (zowel op het werk als in de vrije tijd) relatief vaak voor. In Nederland gaat het vooral om medewerkers van de amusements- en alcoholindustrie, productiemedewerkers, duikers, militairen, luchtvaartpersoneel, zeelieden,

havenwerkers, vissers, managers, advocaten, artsen, journalisten, vertegenwoordigers, chauffeurs, werknemers in de bouw (vooral kraandrijvers).

Eén van de manieren om alcoholgebruik van de hierboven genoemde beroepsgroepen te verminderen, is het reduceren of voorkomen van risicofactoren gerelateerd aan het werk, zoals een werkcultuur waarin mensen positief staan tegenover middelengebruik, het ontbreken van sociale controle, weinig binding hebben met het werk, werkgerelateerde stress en beschikbaarheid van alcohol of drugs op het werk.

Er zijn drie typen programma's gericht op de preventie van middelenproblematiek op de werkplek:

(1) gezondheidsbevorderende programma's: deze zijn volgens buitenlandse studies vermoedelijk effectief in het veranderen van alcoholgebruik. In Nederland zijn deze programma's geïmplementeerd, maar is nog weinig effect gevonden.

(2) werknemerondersteuning programma's (bestaande uit screening, evaluatie, doorverwijzing en follow-up). Deze zijn beperkt effectief voor de *preventie* van schadelijk alcoholgebruik, ze zijn wel effectief voor *toeleiding* naar zorg voor mensen met beginnende alcoholproblemen.

(3) alcoholcontroles op de werkvloer. Deze hebben vooral een afschrikwekkend effect, maar zijn nog onvoldoende onderzocht op effectiviteit.

Alcoholpreventie in de eerstelijnszorg

De eerstelijnszorg is een geschikte setting voor screening op alcoholproblematiek. Mensen met aan alcoholgerelateerde klachten (ongelukken, ziekteverzuim) komen in veel gevallen als eerste bij de huisarts terecht. Vaak wordt een alcoholscreening in de eerstelijnszorg gekoppeld aan een kortdurende interventie. Kortdurende interventies in de eerstelijnszorg zijn effectief in het terugdringen van alcoholgebruik onder volwassenen die overmatig drinken. Dergelijke interventies zijn ook effectief, specifiek bij ouderen.

De effecten van kortdurende interventies op populatie niveau zijn vooralsnog beperkt, omdat ze een laag bereik hebben. Een actiever beleid met betrekking tot vroege opsporing in de eerstelijnszorg zal het aanbod en gebruik van deze interventies vergroten. Op dit moment lopen diverse pilots gericht op het bevorderen van het vroegsignaleren van problematisch alcoholgebruik voor patiënten in de eerstelijnszorg.

Alcoholpreventie en verkeer

Alcoholgebruik voorafgaand aan deelname aan het verkeer kan leiden tot verkeersongevallen. De volgende maatregelen zijn effectief voor het verminderen van alcoholgerelateerde auto-ongevallen en dodelijke ongevallen.

Effectief (algemeen):

- De verlaging van het wettelijke toegestane alcoholpromillage bij deelname aan het verkeer.
- Het willekeurig afnemen van ademanalyses.

Effectief (voor *frequente overtreders* van het wettelijke toegestane alcoholpromillage bij deelname aan het verkeer)

- Inbeslagname van het voertuig.
- Het verplicht stellen van een ontbrandingsvergrendeling bij verlenging van het rijbewijs.
- Gevangenisstraf bij frequente overtreding.
- Intensieve controle van veroordeelden.

Vermoedelijk effectief:

- Verlaging van de toegestane hoeveelheid alcohol bij *beginnende bestuurders*.
- Schorsing van het rijbewijs bij overtreding van het toegestane alcoholpromillage bij deelname aan het verkeer.
- Verplicht volgen van behandeling.
- Het gebruik van alcoholsloten.

Massamediale campagnes kunnen ondersteunend zijn bij het uitvoeren van beleidsmaatregelen gericht op het verminderen van alcoholgerelateerde auto-ongevallen en dodelijke ongevallen.

Alcoholpreventie vanuit overige settings

- *Internetinterventies* (advies-op-maat via internet of via e-mail): deze zijn gericht op probleemdrinkers en hebben een potentieel hoog bereik van deze groep. In Nederland zijn 'drinktest.nl' en 'minderdrinken.nl' onderzocht op effectiviteit: er zijn alleen korte termijn effecten gevonden.
- *Interventies voor verslaafde justitiabelen*: deze zijn gericht op het verminderen van het verslavingsgedrag om recidive van crimineel gedrag te voorkomen. In Nederland zijn leefstijltrainingen geïmplementeerd, waarvan de effectiviteit is aangetoond.
- *Interventies via de spoedeisende hulp afdeling van een ziekenhuis*: de effecten van kortdurende interventies gericht op het verminderen van problematisch alcoholgebruik bij patiënten op een spoedeisende hulp afdeling van een ziekenhuis zijn niet eenduidig. Er zijn zowel positieve effecten gevonden (afname van alcoholgebruik), beperkte effecten, als geen effecten. De multidisciplinaire richtlijn 'Stoornissen in het gebruik van alcohol' beveelt kortdurende interventies wel aan voor patiënten met problematisch alcoholgebruik in de eerste en tweede lijn.
- *Preventie binnen sportclubs*: het gaat binnen deze setting vooral om het naleven van wettelijke bepalingen ten aanzien van alcoholverstrekking en om sociaal hygiënische bepalingen. Daarnaast kunnen sportclubs zich actief inzetten om verantwoord alcoholgebruik te stimuleren.
- *Preventie binnen de uitgaanssetting*: het gaat om trainingen voor (bar) personeel over agressie en schenkgedrag. Effectstudies (met uitkomstmaten: alcoholconsumptie, risicogebruik, agressie en geweld in kroegen) laten wisselende resultaten zien.

5. Drugsgebruik onder volwassenen

In dit hoofdstuk beschrijven we wat er bekend is over het drugsgebruik van Nederlandse volwassenen (5.1). In paragraaf 5.2 beschrijven we wat de schadelijke gevolgen van drugsgebruik zijn, gevolgd door een beschrijving van risicofactoren van drugsgebruik (5.3) en de hoogrisicogroepen voor drugsgebruik onder volwassenen (5.4). We sluiten af met een samenvatting van dit hoofdstuk (5.5).

5.1 Hoeveel volwassenen gebruiken drugs?

In deze paragraaf presenteren we op een aantal plaatsen gegevens over middelengebruik die afkomstig zijn uit het Nationaal Prevalentie Onderzoek Middelengebruik (Rodenburg et al., 2007). In dit type onderzoek (bevolkingsonderzoek) zijn probleemgebruikers van harddrugs ondervertegenwoordigd. Hierdoor is het aannemelijk dat de meeste cijfers met betrekking tot middelengebruik in de Nederlandse bevolking die we presenteren een onderschatting zijn van het werkelijk aantal gebruikers.

Cannabis is de meest gebruikte drug

Van alle illegale drugs wordt cannabis het meest gebruikt in Nederland. Het gaat hierbij om hasj en wiet in diverse preparaten. Meestal wordt cannabis gerookt in sigaretten, al dan niet in combinatie met tabak. Uit cijfers over het jaar 2005 blijkt dat ongeveer één op de vijf Nederlanders in de leeftijdsgroep 15-64 jaar ooit cannabis heeft gebruikt. Het percentage mannen (29,1%) dat ooit cannabis heeft gebruikt is ruim anderhalf keer hoger dan het percentage vrouwen (16,1%) dat ooit cannabis heeft gebruikt. Eén op de twintig Nederlanders had in het afgelopen jaar (recent gebruik) cannabis gebruikt. Er is sprake van 363.000 actuele gebruikers; dit zijn mensen die in de afgelopen maand cannabis gebruikten.

In 2005 was het percentage ooit- en recente cannabisgebruikers ongeveer drie keer zo groot in sterk stedelijke dan niet-stedelijke gebieden.

Sinds 1997 is de gemiddelde leeftijd van recente cannabisgebruikers toegenomen van 27 naar bijna 31 jaar. Van 1997 tot 2001 bleef het percentage mensen in de bevolking van 15 tot en met 64 jaar dat ooit cannabis had gebruikt stabiel. Tussen 2001 en 2005 nam het percentage ooit gebruikers toe. Het totale percentage recente en actuele gebruikers bleef in alle drie de peilingen (1997, 2001, 2005) op hetzelfde niveau (Rodenburg et al., 2007).

Zes procent van Nederlanders heeft ooit harddrugs gebruikt

Uit cijfers over het jaar 2005 blijkt dat 6,1% van de Nederlandse bevolking tussen 15 en 65 jaar ooit harddrugs heeft gebruikt. Het kan hierbij gaan om één of meer van de middelen ecstasy, cocaïne, amfetamine, LSD en heroïne. Het percentage recente gebruikers (gebruik in het afgelopen jaar) was 1,6

en het percentage actuele gebruikers (in de afgelopen maand) was 0,7. Mannen gebruiken vaker harddrugs dan vrouwen: 9,1% van de mannen heeft ooit harddrugs gebruikt, tegenover 3,1% van de vrouwen. De leeftijd van hard drugsgebruikers ligt hoger dan van cannabisgebruikers: de meeste gebruikers zijn te vinden in de leeftijdsgroep van 25 tot 44 jaar. In zeer sterk verstedelijkte gebieden is het aantal personen dat ooit harddrugs gebruikt heeft het hoogst (12,6%). Naarmate de urbanisatiegraad afneemt, neemt ook het aantal mensen dat ooit harddrugs gebruikt heeft af, in niet verstedelijkte gebieden ligt dit percentage op 2,2% (Rodenburg et al., 2007).

Cocaïnegebruik komt meer voor in stedelijke gebieden

Tussen 2001 en 2005 was sprake van een lichte stijging van het aantal Nederlanders van 15 tot en met 64 jaar dat ervaring heeft met gebruik van cocaïne. 3,4% van de Nederlandse bevolking tussen 15 en 65 jaar heeft ooit cocaïne gebruikt. Deze stijging is significant ten opzichte van 2001, de stijging tussen 1997 en 2001 was niet significant. Het aantal recente gebruikers is al jaren stabiel en ligt rond de 0,7%. In 2005 lag het geschatte aantal actuele gebruikers van cocaïne op 32.000. Het percentage mensen dat voor het eerst cocaïne heeft gebruikt was 0,1 in 2005; dit is een daling ten opzichte van voorgaande jaren. De gemiddelde leeftijd van recente gebruikers is 31,9 jaar, een stijging ten opzichte van voorgaande jaren. Meer mannen dan vrouwen hebben ooit cocaïne gebruikt (5,2% versus 1,6%). Net als bij cannabis speelt de mate van verstedelijking een rol bij het ooit gebruik van cocaïne: 7,6% van de bevolking in sterk verstedelijkte gebieden heeft ooit cocaïne gebruikt, tegen 0,7% van de bevolking in niet stedelijke gebieden (Rodenburg et al., 2007).

Het aantal probleemgebruikers van opiaten daalt al jaren

Opiaten zijn middelen als heroïne of vervangers hiervan zoals methadon, buprenorfine, morfine en codeïne. In Nederland komt heroïnegebruik weinig voor: in 2005 gaf 0,6% van de Nederlanders in de leeftijd van 15 tot en met 64 jaar aan ervaring met heroïnegebruik te hebben. Dit is een toename ten opzichte van 1997 en 2001. Het aantal probleemgebruikers van opiaten is echter in de afgelopen tien jaar gedaald en ligt volgens schattingen in 2008 op 17.700 (Cruts & Van Laar, 2010; Buster et al., 2009; Biesma et al., 2009; Schoenmakers et al., 2009a; Schoenmakers et al., 2009b; Ouwehand et al., 2010). Het aantal recente en actuele gebruikers was in 2005 kleiner dan 0,1%. Weinig opiaatcliënten zijn jonger dan 30 jaar, er is sprake van veroudering van de populatie heroïnegebruikers. De gemiddelde leeftijd van methadoncliënten is gestegen van 32 jaar in 1989 naar 48 jaar in 2008 en 80% van de primaire opiaatcliënten van de verslavingszorg was man in 2008.

Cijfers van opiaatcliënten van de verslavingszorg laten zien dat in 2008 9% opiaten injecteerde, 75% rookte en het overige deel gebruikte op een andere manier (Ouwehand et al., 2009).

Gebruik van ecstasy en amfetamine hoger onder mannen en in stedelijke gebieden

In 2005 hadden respectievelijk 4,3% en 2,1% van de Nederlandse bevolking in de leeftijd van 15 tot en met 64 jaar ooit ecstasy of amfetamine gebruikt. Tussen 2001 en 2005 is het ooit gebruik van ecstasy

toegenomen, terwijl het ooit gebruik van amfetamine redelijk stabiel is gebleven. Het percentage recente gebruikers (in het afgelopen jaar) van ecstasy ligt op 1,2%; 0,3% is recente gebruiker van amfetamine. Het actuele gebruik (in de afgelopen maand) van ecstasy ligt op 0,4% (40.000 mensen) en voor amfetamine is dit 0,2% (21.000 mensen). Het ooit gebruik van ecstasy of amfetamine is drie keer zo hoog onder mannen dan onder vrouwen. Het gebruik van ecstasy komt het meest voor in sterk stedelijke gebieden (9,6%) en het minst in niet-stedelijke gebieden (2,0%). Voor amfetamine is dit verschil minder groot (4,1% versus 1,3%). De gemiddelde leeftijd van recente gebruikers van ecstasy is 28,1 jaar, van gebruikers van amfetamine is dit 25,9 jaar. Ten opzichte van 1997 is de gemiddelde leeftijd van ecstasygebruikers gestegen, bij amfetaminegebruikers is deze ongeveer gelijk gebleven (Rodenburg et al., 2007).

Het gebruik van methamfetamine is in Nederland niet populair (het is moeilijk verkrijgbaar en duur). Er is wel sprake van licht toegenomen belangstelling voor dit middel in de homoscene in Amsterdam en onder psychonauten (mensen die veelal experimenteren met hallucinogene middelen en andere drugs) (Benschop et al., 2009).

Ecstasycliënten in verslavingszorg zijn relatief jong en vaker vrouw dan andere drugscliënten

In 2008 bestond het aandeel primaire ecstasycliënten in de verslavingszorg voor 73% uit mannen. Procentueel gezien is het aandeel vrouwen (27%) dus groter dan bij cannabis, cocaïne en opiaten (18-21%). De gemiddelde leeftijd van de cliënten in de verslavingszorg was 27 jaar. Hiermee vormen zij gemiddeld gezien de jongste groep onder de drugscliënten die in de verslavingszorg terecht komen. In 2008 was 76% van de primaire amfetaminecliënten man. Het aandeel vrouwen is sinds 2000 gestegen van 21% naar 24% in 2008. De gemiddelde leeftijd was 29 jaar (IVZ, 2009).

Gebruik van GHB lijkt in opkomst in Nederland, vooral onder jongeren

Het gebruik van GHB lijkt onder de algemene bevolking weinig voor te komen, maar exacte aantallen zijn niet bekend (Meerkerk et al., 2009). De hulpvraag vanwege verslaving aan GHB bij zorginstellingen is de afgelopen jaren toegenomen (Trimbos-instituut, 2009). Ook het aantal slachtoffers van GHB bij eerste hulpdiensten is tussen 2004 en 2009 sterk toegenomen (Valkenberg, 2009; Consument & Veiligheid, 2010). Het gebruik van GHB lijkt zich de laatste jaren verlegd te hebben van uitgaande jongeren en jongvolwassenen in de Randstad naar een grotere groep jongeren uit de provincie, die het middel ook buiten de context van het uitgaansleven gebruiken (De Jong et al., 2009).

5.2 Wat zijn de schadelijke gevolgen van drugsgebruik onder volwassenen?

Drugsgebruik kan leiden tot afhankelijkheid en beïnvloeding van gedrag en cognitie

Drugsgebruik kan leiden tot afhankelijkheid. Er is sprake van afhankelijkheid van een middel, wanneer iemand de controle over het gebruik van het middel heeft verloren of wanneer er sprake is van tolerantie of onthoudingsverschijnselen. Dit kan zich uiten in meer gebruik dan dat de betrokkene had voorgenomen, dan wel het falen om te stoppen of te minderen. Ook kan er sprake zijn van beïnvloeding van gedrag en cognitie door het gebruikte middel (Van Laar, 2002). Voor sommige harddrugs is er sprake van zowel lichamelijke als geestelijke verslaving (zoals heroïne) en andere zijn voornamelijk geestelijk verslavend (zoals cocaïne). De verslavingsrisico's van ecstasy zijn vermoedelijk relatief gering, maar er zijn aanwijzingen dat ecstasy schadelijk kan zijn voor de hersenen (Van Laar, 2006).

Drugsgebruik geeft vooral verhoogd risico op infectieziekten en longaandoeningen

Zoals bij het gebruik van cannabis is ook bij harddrugsgebruik sprake van een verhoogd risico op aandoeningen die weer samenhangen met de wijze van drugsgebruik, de kwaliteit van de drug (zoals bij ecstasy) en de leefstijl van de gebruiker. Zo kunnen gebruikers in geval van intraveneus toedienen van drugs een besmetting met virussen (hepatitis B/C en of hiv) of een bloedvergiftiging oplopen (Van Veen, 2009; Koedijk et al., 2009) en kunnen er abscessen ontstaan door het gebruik van niet-steriele spuiten. Daarnaast bestaat er een verhoogd risico op het krijgen van longaandoeningen als gevolg van het roken van een rookbare vorm van cocaïne ('crack' of 'basecoke'). Verder kan excessief gebruik van harddrugs resulteren in vergiftiging en het gelijktijdig met de drugverslaving optreden van psychische stoornissen. Kortdurend of eenmalig gebruik van ecstasy leidt waarschijnlijk niet tot ernstige schade of vermindering van hersenfuncties op langere termijn (De Win et al., 2005).

Heroïne en crack zijn de meest schadelijke typen drugs

Heroïne en crack-cocaïne zijn de meest schadelijke typen drugs (Van Amsterdam et al., 2009). Dit blijkt uit een rangschikking van typen drugs, op basis van de schadelijkheid op drie verschillende gebieden. Ten eerste de giftigheid van het middel (op korte en lange termijn), ten tweede de verslavende werking van het middel en ten slotte de maatschappelijke schade. Bij het laatste gaat het bijvoorbeeld om verkeersveiligheid, arbeidsverzuim en agressie. De gebruikte methode houdt rekening met schadelijke effecten van een middel op zowel individueel niveau als maatschappelijk niveau. Dit is belangrijk omdat de schadelijkheid van een middel toeneemt naarmate het meer gebruikt wordt in de samenleving. Laag op deze lijst staan paddo's, LSD en khat (stof met amfetamine-achtige eigenschappen). Cannabis en ecstasy vallen op individueel niveau in de middencategorie, maar vanwege de omvang van het gebruik op samenlevingsniveau scoren zij hoger op schadelijkheid.

Cannabisgebruik vergroot het risico op psychotische stoornissen

Cannabisgebruik kan in hoge doses leiden tot angst, paniek en psychotische symptomen. Er is sprake van toenemend bewijs dat cannabisgebruik het risico op een latere psychotische stoornis vergroot, zeker indien er sprake is van frequent gebruik (Henquet et al., 2005; Smit et al., 2003; Van Os et al., 2002). Dit risico is hoger bij mensen die een voorgeschiedenis van psychotische symptomen hebben. Mogelijk spelen genetische factoren hierbij een rol: mensen met een bepaalde variant van het COMT-gen zouden extra kwetsbaar zijn voor een psychose, met name als zij op jonge leeftijd begonnen zijn met cannabisgebruik (Caspi et al., 2005).

Chronisch en zwaar gebruik wordt ook in verband gebracht met andere gezondheidsrisico's, zoals het risico op luchtwegklachten en, in beperkte mate, op longkanker. Mogelijk heeft extreem zwaar en langdurig cannabisgebruik nadelige effecten op de hersenen. Mensen die een hart- of vaatziekte hebben en chronisch zwaar cannabisgebruik vertonen, vormen een risicogroep als het gaat om het krijgen van een hartinfarct kort na het roken van cannabis (RIVM, 2008). Cannabisgebruik vermindert het reactie- en concentratievermogen en het korte termijn geheugen. Het cognitief functioneren gaat achteruit na langdurig en intensief gebruik, hetgeen zich wel binnen een aantal dagen tot weken na stopzetting van het cannabisgebruik kan herstellen (Van Laar, 2006). Problematisch gebruik van cannabis gaat vaak samen met gebruik van andere verslavende middelen en een afwijkende leefstijl (drop-out, vandalisme) (Van Laar, 2004).

Cocaïne kan lichamelijke en psychische klachten veroorzaken

Er kunnen verschillende gezondheidsproblemen als gevolg van cocaïnegebruik optreden, vooral door het frequent roken van crack. Voorbeelden zijn longcomplicaties, hartaanvallen, hersenbloedingen, nierinfarcten, epileptische aanvallen, beschadiging van het neustussenschot, uitputting en/of structurele vermoeidheid, weerstandsvermindering, rusteloosheid, geïrriteerdheid, neerslachtigheid, depressies, angsten, psychose en paranoia (Korf et al., 2004). Zware gebruikers hebben vaker moeite hun agressie onder controle te houden en zijn minder gevoelig voor pijn (CIV, 2009).

Opiaatgebruikers lopen risico op infectieziekten

Doordat bij opiaten sprake kan zijn van injecteren vormt het ruilen van spuiten onder gebruikers een verhoogd risico op besmetting met ziekten als hiv en hepatitis B en C. Er is al jaren sprake van een laag aantal nieuwe en gemelde gevallen van hiv en hepatitis B en C onder injecterende gebruikers. Toch is het aantal bestaande besmettingen (voornamelijk met hepatitis C) hoog in steden die daar gegevens over hebben (De Boer et al., 2006).

Ecstasy, amfetamine en verwante stoffen kunnen psychische klachten veroorzaken

De verslavende werking van ecstasy is vermoedelijk gering. Amfetamine en ecstasy kunnen wel leiden tot afhankelijkheid bij frequent gebruik, zeker indien sprake is van methamfetamine (Nabben et al., 2008). Ecstasygebruikers die hulp zoeken bij verslavingszorginstellingen melden vooral klachten als

depressiviteit, gevoelens van derealisatie, angst, afgenomen concentratie, vermoeidheid, gevoel van schokken in het hoofd, tintelingen, spiertrekkingen, zichtproblemen en duizelingen (Van Laar et al., 2010). Ecstasygebruik (of gebruik in het verleden) kan mogelijk leiden tot (langdurige) verstoring van de hersenfuncties (vooral geheugen, concentratievermogen en stemming). Het is niet bekend of herstel hiervan op kan treden (Pennings et al., 2004). Hersenschade kan waarschijnlijk optreden door oververhitting na gebruik van grotere hoeveelheden ecstasy in een warme omgeving (> 18-20 °C). Gecombineerd gebruik van ecstasy en andere middelen kan risico's met zich meebrengen als toename van de hartslag en het langer duren van de verhoging van de lichaamstemperatuur.

GHB kan psychische klachten en coma's veroorzaken

Mogelijke effecten van regulier recreatief gebruik van GHB zijn: vermoeidheid, vergeetachtigheid, misselijkheid, overgeven en stuip trekkingen. Bij overdosering kan de gebruiker in comateuze toestand raken (Benschop et al., 2009). Dosering van dit middel is vaak lastig omdat het verschil tussen 'recreatieve' dosering en overdosering vaak klein is (Moser & Purssell, 2000). Bij ontwaking uit de coma voelt de persoon zich vaak wakker en alert, maar soms ook gedesoriënteerd of agressief. Bij langdurig en intensief gebruik kan afhankelijkheid optreden. Tolerantie na frequent gebruik kan resulteren in steeds meer consumptie om hetzelfde effect te bereiken. Er komen dan vaker symptomen voor zoals misselijkheid, braken, agressie, duizeligheid, bradycardie (vertraagde werking van het hart) en hypothermie (onderkoeling van het lichaam) (Van Sassenbroeck et al., 2007). Abrupt stoppen met GHB leidt tot een onthoudingssyndroom met symptomen als overvloedig zweten, plotselinge angstaanvallen en hartkloppingen (Van Noorden et al., 2009).

5.3 Wat zijn risicofactoren van drugsgebruik onder volwassenen?

Er is weinig bekend over risicofactoren van drugsgebruik onder volwassenen. Onderzoek over risicofactoren richt zich voornamelijk op adolescenten. Hierbij worden risicofactoren opgesplitst in omgevingsfactoren en persoonsgebonden factoren.

Omgevingsfactoren beïnvloeden drugsgebruik

Waar het bij jongeren voornamelijk gaat om factoren met betrekking tot de sociale omgeving en familie, lijken factoren die voor volwassenen een risicofactor kunnen vormen voornamelijk te liggen in de maatschappelijke context van de beschikbaarheid van drugs en wat de percepties van de directe omgeving (vrienden, collega's) over drugs zijn. Dit heeft volgens Lemmens en Knibbe (2009) te maken met informele sociale controle gebaseerd op statusrollen (met name ten aanzien van geslachtsverschillen) en positierollen en structuur van het dagelijks leven. Zij omschrijven statusrollen als de sociale verwachtingen gebaseerd op die kenmerken van een individu die hij of zij moeilijk of niet kan

veranderen, bijvoorbeeld het verwachtingspatroon betreffende drank- en drugsgebruik door mannen ten opzichte van vrouwen.

Werk, partner en kinderen hebben zijn positierollen die voor een groot deel van de volwassen bevolking het dagelijks leven structureren en inhoud geven. De verplichtingen die voortvloeien uit werk, partnerschap en ouderschap hebben meestal prioriteit boven de rollen waarin iemand zijn eigen behoeften vervult, zoals genot uit middelengebruik. Hoe minder structuur er is in iemand dagelijks leven, hoe meer gelegenheid er is tot middelengebruik (Gelooven, 1990). Het stoppen of minderen van drugsgebruik komt vaak tot stand onder invloed van mensen in het persoonlijk netwerk, de buurt, (voormalige) collega's en werkgevers, politie, justitie, sociale dienst en medische diensten (Coumans, 2005).

Ook persoonsgebonden factoren beïnvloeden drugsgebruik

Het op jonge leeftijd beginnen is specifiek voor cannabisgebruik een belangrijke voorspeller voor het actuele gebruik en voor het gebruik in de toekomst. Hoe deze relatie precies in zijn werk gaat, is echter niet bekend. Mogelijk spelen genetische factoren hierbij een rol (Rigter, Van Laar & Rigter, 2003). Snoek et al. (2010) onderscheiden op basis van de literatuur de volgende persoonlijkheidskenmerken die als risicofactor worden beschouwd voor problematisch middelengebruik onder jongeren: angstgevoeligheid, gevoelens van hopeloosheid, negatief denken, sensatie zoeken, nieuwsgierigheid naar nieuwe dingen, vooral als dat samengaat met een lage score op 'vermijden van schade'; impulsiviteit; lage eigenwaarde (alleen voor jongens) en hoge sensitiviteit voor genot.

Verder is er nog weinig bekend over de factoren die drugsgebruik in het algemeen beïnvloeden. Het ontstaan van verslaving aan drugs hangt samen met biologische, psychologische en sociaal-culturele factoren. Het kan gaan om erfelijkheid en aanleg, persoonlijkheid, conditionering, de verwachting over - en waardering van - de effecten van een middel, stress (Sinha, 2001) en 'early life events', gezinsproblemen en sociaaleconomische achterstand (Gezondheidsraad, 1995; Van de Brink, 1999).

Erfelijke factoren spelen een rol bij verslaving

Erfelijkheid speelt een rol bij verslaving aan vrijwel alle middelen. Waarschijnlijk zijn er meerdere genen betrokken bij het ontstaan van verslaving. Uit erfelijkheidsonderzoek blijkt dat erfelijke factoren voor gemiddeld 40-60% bijdragen aan het risico op verslaving aan middelen. De interactie tussen genetische factoren en omgevingsfactoren maakt verslaving tot een complexe aandoening. De verhouding tussen genetische en omgevingsfactoren in de kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van verslaving is per individu verschillend (Schellekens, 2009).

5.4 Wat zijn hoogrisicogroepen voor drugsgebruik?

In deze paragraaf presenteren we een aantal zogenaamde hoogrisicogroepen voor drugsgebruik. Het gaat daarbij vooral om bevolkingsgroepen met een relatief hoge prevalentie van gebruik van (bepaalde typen) drugs, zoals justitiabelen en uitgaanders.

Algemeen: het ooitgebruik van drugs is hoger in sterk stedelijke gebieden

Softdrugs worden veel vaker gebruikt door mensen in de leeftijdsgroepen 15 tot 24 jaar (11,4%) en 25 tot 44 jaar (6,4%) dan door mensen in de leeftijdsgroep van 45 tot 65 jaar (1,5%). Bij harddrugs ligt de gemiddelde leeftijd van gebruikers hoger: de grootste groep wordt gevormd door de 25 tot 44-jarigen (7,1%, ten opzichte van 5,1% bij de 15 tot 24-jarigen en 0,9% bij de 45 tot 64-jarigen). Naarmate de urbanisatiegraad hoger is, is het aantal personen dat ooit drugs (zowel soft- als harddrugs) gebruikt heeft hoger. In 2005 waren zowel het ooit gebruik als het recent gebruik van cannabis ongeveer drie keer zo hoog in sterk stedelijke dan in niet-stedelijke gebieden (Rodenburg et al., 2007).

Hoogrisicogroepen onder volwassenen verschillen per drug

Van Laar en Van Ooyen-Houben (2009) geven een overzicht van groepen van volwassenen, jongeren en jongvolwassenen in Nederland met hogere percentages gebruik van cannabis, cocaïne, opiaten, ecstasy en amfetamine en GHB. Vraag is in sommige gevallen (bijvoorbeeld bij justitiabelen en dak- en thuislozen) of middelengebruik vooraf ging aan detentie of dakloosheid, of er door veroorzaakt werd. We bespreken hieronder de bevindingen, aangevuld met gegevens uit andere bronnen.

Cannabisgebruik relatief hoog onder mannen, mensen met stemmings-, angst- en alcoholstoornissen en dak- en thuislozen

Bij mannen is in vergelijking met vrouwen vaker sprake van cannabisafhankelijkheid (0,4% tegen 0,1%) of cannabismisbruik (0,6% tegen 0,2%) (De Graaf et al., 2010).

Ook komt cannabisgebruik veel voor onder mensen met stemmings-, angst- en alcoholstoornissen en onder dak- en thuislozen (Van Laar en Van Ooyen-Houben, 2009).

Hoog percentage problematisch drugsgebruik onder justitiabelen

Uit onderzoek uit 2007 blijkt dat er bij 38 procent van de gedetineerden in Nederland sprake was van problematisch gebruik van drugs in het jaar voorafgaand aan hun detentie.

Eénderde van hen is risicogebruiker van cannabis, 19 procent is problematisch cocaïnegebruiker en 12 procent is problematisch opiaatgebruiker. Ook het gebruik van kalmerende middelen (niet op recept) bleek vaak problematisch (bij 15 procent) (Oliemeulen et al., 2009).

Verslaving kan leiden tot crimineel gedrag, dit gedrag versterken en/of in stand houden. Vooral bij zogenaamde veelplegers speelt verslaving vaak een belangrijke rol bij het instandhouden van het crimineel gedrag.

Licht verstandelijke gehandicapten gebruiken relatief vaak softdrugs en harddrugs

De indicatie LVG (licht verstandelijke beperking) verwijst naar mensen met een IQ tussen de 50 en 85, een beperkt sociaal aanpassingsvermogen en een blijvende behoefte aan ondersteuning.

Deze groep vormt een kwetsbare groep als het gaat om middelengebruik. De verstandelijke beperking, de bijkomende psychische- en gedragsproblemen en eventueel medicijngebruik worden negatief beïnvloed door het gebruik van alcohol en drugs. Bovendien leidt middelengebruik bij mensen met LVG eerder tot afhankelijkheid (Trimbos-instituut, 2010).

Uit onderzoek onder zwakbegaafde en licht verstandelijk beperkte cliënten van gehandicapteninstellingen in Nederland kwam naar voren dat deze groepen vaker softdrugs en harddrugs gebruiken dan de algemene Nederlandse bevolking. Onder beide groepen cliënten gebruikt 50% softdrugs. Zwakbegaafde cliënten gebruiken vaker harddrugs (22%) dan cliënten met een licht verstandelijke beperking (6%) (Krooshof, Kiewik & van der Nagel, 2009).

Voor zover wij konden achterhalen zijn er in Nederland geen concrete interventies gericht op middelengebruik bij mensen met een Licht Verstandelijke Beperking (LVG). Bij het Trimbos Instituut loopt een project gericht op LVG en middelengebruik bij volwassenen. Doel van het project is een indicatie krijgen van de samenstelling van de groep volwassenen met LVG, de kenmerken van hun middelengebruik en een passende aanpak voor preventie en vroeginterventie te ontwikkelen. Het project loopt door tot eind 2010.

Cocaïnegebruik komt het meest voor in de leeftijdsgroep 25-29 jaar

Het gebruik van cocaïne is relatief populair onder uitgaanspubliek, zeker bij bezoekers van party's en festivals (Benschop et al., 2009; Van der Poel et al., 2010). In de leeftijdsgroep 25 tot 29 jaar komt cocaïne gebruik het meest voor (Van der Poel et al., 2010). De populariteit van cocaïne is gestabiliseerd, maar onder (werkende) plattelandsjongeren, studenten, voetbalsupporters en horecapersoneel zou sprake zijn van stijgende populariteit (Nabben et al., 2007; Grund et al., 2007).

Opiatenafhankelijkheid komt vaker voor onder oudere mannen

In 2008 was 80% van de primaire opiaatcliënten in de verslavingszorg man. De gemiddelde leeftijd was 44 jaar, 70% is ouder dan 39 jaar (IVZ, 2009).

Gebruik van ecstasy, amfetamine en verwante stoffen hoog in het uitgaanscircuit

Ecstasy is, na cannabis, de meest gebruikte illegale drug in het uitgaanscircuit: één op de vier bezoekers van party's en festivals heeft aangegeven een actuele gebruiker te zijn. In de leeftijdsgroep 30-35 jaar

wordt ecstasy in verhouding het meest gebruikt. De frequentie van gebruik is wel afgenomen sinds de jaren '90. Minderen van gebruik of stoppen van gebruik lijkt vooral samen te hangen met omgevingsfactoren zoals het krijgen van een baan of relatie of afnemende interesse in het middel (Peters et al., 2008). Amfetaminegebruik komt relatief vaak voor in de alternatieve uitgaansscene (punk, electro, trance, underground, rock en techno) en op hardcore feesten (Van der Poel et al., 2010).

GHB gebruik komt vaak voor in het uitgaanscircuit

Cijfers van Verslavingszorg Noord Nederland laten zien dat iets meer dan de helft van de cliënten met GHB problematiek man is met een gemiddelde leeftijd van 27 jaar (Quo Fadis, 2009). In de regio Gelderland wordt voornamelijk gesproken over GHB-verslaving bij jongeren in de leeftijd tussen 16 en 24 jaar (De Jong et al., 2009). Mogelijk is het gebruik van GHB relatief hoog onder het uitgaanspubliek. Dit blijkt uit de stijging van het aantal behandelingen bij spoedeisende hulp afdelingen van ongevallen na GHB gebruik in de periode 2003-2008. De behandelingen hadden voor 65% plaats in het weekend, wat kan duiden op een verband met uitgaan (Valkenberg, 2009).

Mannen die seks hebben met mannen vertonen vaker onveilig seksueel gedrag na gebruik van middelen

Er is een subscene van (jongere) mannen (onder de 29 jaar) die seks hebben met mannen waarbinnen relatief vaak middelengebruik plaatsvindt, en waar een link bestaat tussen middelengebruik en onveilig seksueel gedrag. In het uitgaanscircuit van deze mannen zijn met name ecstasy, cocaïne en GHB populaire middelen; deze worden vaak gecombineerd. Naast deze middelen wordt vaak alcohol genuttigd en soms ook Viagra of Kamagra geslikt. Er is weinig kennis over de gezondheidsrisico's van dit combigebruik op lange termijn. De interventies voor deze doelgroep zijn vooral gericht op seksueel risicogedrag en in mindere mate op middelengebruik (Baas et al., 2010).

Hoog drugsgebruik onder voetbalhooligans

Onderzoek naar profielen van verdachten van voetbal gerelateerd geweld laat zien dat middelengebruik bij deze groep veel voorkomt: 25 procent had drugs gebruikt voor de wedstrijd (Bogaerts et al., 2003). Drugsgebruik onder voetbalhooligans die verdacht worden van een geweldsmisdrijf is hoog: zestig procent gebruikt (ook buiten het voetbal) drugs. Daarbij gaat het vooral om cannabis, cocaïne of ecstasy. Uit interviews met voetbalcoördinatoren komt naar voren dat bij wedstrijden cocaïne bewust door supporters wordt gebruikt om zich op te peppen voor een rel (Van Leiden, Arts & Ferwerda, 2009).

5.5 Samenvatting hoofdstuk 5

Van alle illegale drugs wordt cannabis het meest gebruikt in Nederland. Eén op de twintig Nederlanders had in het jaar 2005 (recent gebruik) cannabis gebruikt en er zijn 363.000 mensen die cannabis in de afgelopen maand gebruikten. Het aantal recente en actuele gebruikers blijft al jaren op hetzelfde niveau. Het gebruik van harddrugs komt aanzienlijk minder voor: 6% van de Nederlanders van 15-65 jaar heeft ooit harddrugs gebruikt (ecstasy, cocaïne, amfetamine of heroïne). Het percentage recente gebruikers (gebruik in het afgelopen jaar) was 1,6 en het percentage actuele gebruikers (in de afgelopen maand) was 0,7.

Ecstasy is met 4,3% de harddrug met het hoogste percentage ooit gebruikers onder de Nederlanders van 15-64 jaar (cijfers over 2005), gevolgd door cocaïne (3,4%), amfetamine (2,1%) en heroïne (0,6%).

Voor al deze middelen geldt dat het ooit gebruik hoger is onder mannen dan vrouwen. Ook geldt dat het ooit-gebruik van deze middelen het hoogst is in zeer sterk verstedelijkte gebieden en afneemt naarmate de urbanisatiegraad afneemt.

Een middel waarvan het gebruik in opkomst lijkt in Nederland is GHB, vooral onder jongeren, maar preciese aantallen gebruikers zijn niet bekend.

Drugsgebruik heeft een aantal mogelijk schadelijke gevolgen; deze zijn afhankelijk van de mate van giftigheid van het middel, de verslavende werking van het middel en de maatschappelijke schade die veroorzaakt wordt door het middel (verkeersveiligheid, arbeidsverzuim en agressie). Op basis van deze drie criteria blijken heroïne en crack (de rookbare vorm van cocaïne, ook wel basecoké genoemd) de meest schadelijke typen drugs te zijn, terwijl cannabis en ecstasy minder schadelijk zijn. Aan het gebruik van verschillende middelen zijn verder specifieke risico's verbonden, die worden besproken in dit hoofdstuk.

Er is relatief weinig bekend over de risicofactoren van drugsgebruik onder volwassenen. Risicofactoren zijn in te delen in omgevingsfactoren en persoonsgebonden factoren. Tot de omgevingsfactoren behoren de maatschappelijke context van de beschikbaarheid van drugs en de percepties van de directe omgeving (vrienden, collega's) over drugs. Tot de persoonsgebonden factoren behoren erfelijkheid en aanleg, persoonlijkheid, conditionering, de verwachting over - en waardering van - de effecten van een middel, stress en 'early life events', en sociaaleconomische achterstand.

Er zijn behoorlijk wat hoogerisicogroepen die een relatief hoog gebruik kennen van cannabis, cocaïne, opiaten, ecstasy en amfetamine of GHB. Het gaat om: justitiabelen, dak- en thuislozen, mensen met stemmings-, angst- en alcoholstoornissen, mensen met een licht verstandelijke beperking, een subgroep van mannen die seks hebben met mannen, uitgaanders en voetbalsupporters.

6. Preventie van drugsgebruik onder volwassenen

In dit hoofdstuk beschrijven we allereerst waar het Nederlandse drugsbeleid op gericht is (6.1). In paragraaf 6.2 beschrijven we welke partijen er betrokken zijn bij de preventie van drugsgebruik onder volwassenen, gevolgd door een beschrijving van de effectiviteit van beleidsmaatregelen in de aanpak van drugsgebruik onder volwassenen (6.3). In paragraaf 6.4 geven we weer wat er bekend is over de effectiviteit van interventies in de aanpak van drugsgebruik onder volwassenen. Paragraaf 6.5 bevat een samenvatting van dit hoofdstuk.

6.1 Waar is het Nederlandse drugsbeleid op gericht?

Nederlands beleid is gericht op voorkomen van drugsgebruik en beperken risico's van drugsgebruik

De context waarin het Nederlandse drugsbeleid van de laatste jaren zich heeft ontwikkeld, is een toename van overlast door problematisch drugsgebruik, snelle verspreiding van hiv onder drugsgebruikers, snel toenemende populariteit van partydrugs zoals ecstasy, een stijging van het THC gehalte en toename van de hulpvraag onder cannabisgebruikers (Croes & Van Gageldonk, 2009).

In de hoofdlijnenbrief drugsbeleid (Ministerie van VWS, 2009) formuleert het kabinet de nieuwe hoofdlijnen voor het drugsbeleid. De algemene doelstelling van het drugsbeleid wordt als volgt geformuleerd: “Het Nederlandse drugsbeleid richt zich op het tegengaan en reduceren van drugsgebruik, zeker voor zover leidend tot gezondheids- en sociale schade, en eveneens op het voorkomen en verminderen van de schade die aan het gebruik van, de productie van en de handel in drugs is verbonden.”

De hoofdlijnenbrief gaat in op de aanbevelingen in het rapport “Geen deuren maar daden” van de Adviescommissie Drugsbeleid (2009). Het kabinet neemt op hoofdlijnen het advies over de toekomst van het drugsbeleid over van de commissie om een aantal onderwerpen met voorrang aan te pakken: aandacht voor jongeren, coffeeshops terug naar waar ze voor bedoeld waren: verkooppunten voor de lokale gebruikers, versterking en verbreding van de strijd tegen de georganiseerde drugsmisdaad en permanente monitoring en systematischer handhaving en evaluatie. Hiernaast blijven de voor het Nederlandse drugsbeleid kenmerkende onderwerpen als behandeling, harmreduction en de internationale dimensie permanente politieke en bestuurlijke aandacht krijgen.

Aanpak in kader Nederlands drugsbeleid zowel algemeen als toegespitst op specifieke middelen

- Het Nederlandse drugsbeleid bestaat uit de volgende aanpak (Croes & Van Gageldonk, 2009):
Algemeen: breed pakket activiteiten, zoals voorlichtingscampagnes, telefonische informatielijn, voorlichting in het onderwijs, voorlichting in uitgaansgelegenheden en coffeeshops.
- Met betrekking tot ecstasy: voorlichting gericht op koeriers, intensivering van voorlichting voor gebruikers, intensivering van het monitoren van de gebruikersmarkt, verbeteren van het monitoren van het marktaanbod, preventie van ongelukken door voorlichting, toename van het gebruik van producten uit het project Uitgaan, Alcohol en Drugs, peerpreventie, toename gebruik internet voor voorlichting, kwantitatief onderzoek naar gebruikersmarkt, monitoring gezondheidsincidenten.
- Met betrekking tot cannabis: continuering van voorlichtingscampagnes, intensivering preventie voor risicogroepen, minder vrijblijvende voorlichting in coffeeshops.
- Realisatie van een Landelijke Steunfunctie preventie.
- Andere onderdelen van preventie: coffeeshopbeleid, bestuurlijke en justitiële maatregelen, monitoractiviteiten, onderzoek.

6.2 Welke partijen zijn betrokken bij de preventie van drugsgebruik onder volwassenen?

Verschillende partijen zijn betrokken bij de preventie van drugsgebruik onder volwassenen, zowel op landelijk niveau als op regionaal en lokaal niveau. Allereerst zijn er partijen die zich op landelijk niveau bezighouden met wetgeving rondom drugsbeleid en op de handhaving van die wetgeving. Bij de uitvoering van het drugsbeleid op zowel regionaal als lokaal niveau zijn meerdere partijen betrokken, evenals bij de uitvoering van preventie en voorlichting.

Partijen verantwoordelijk voor wetgeving en handhaving op landelijk niveau

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

Coördineert het drugsbeleid en is verantwoordelijk voor preventie en hulpverlening. Het ministerie van VWS stelt onderzoeksgelden beschikbaar voor onafhankelijk onderzoek via ZonMw en via Resultaten Scoren en heeft via het Centrum Gezond Leven (RIVM) een erkenningscommissie voor preventieve interventies ingesteld. Onderdeel van deze erkenningscommissie is het beoordelen van interventies gericht op de preventie van drugsgebruik op effectiviteit. In 2009 is de Hoofdlijnenbrief Drugsbeleid opgesteld. Hierin staan de kernpunten van de nieuwe visie op het drugsbeleid beschreven, waaronder de doelstelling om de overlast en criminaliteit rondom coffeeshops te verminderen, en coffeeshops voor de gedoogde verkoop van hasj en wiet kleinschalig te maken door verkoop alleen voor lokale gebruikers toe te staan (Ministerie van VWS, 2009a).

Ministerie van Justitie

Verantwoordelijk voor de strafrechtelijke handhaving van het beleid op basis van de Opiumwet. Daarnaast doet dit ministerie via het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum (WODC) onderzoek naar coffeeshops, drugswetcriminaliteit en criminaliteit gepleegd door drugsgebruikers. Ook dit ministerie heeft een erkenningcommissie ingesteld die gedragsinterventies, gericht op de vermindering of preventie van recidive, op effectiviteit beoordeelt.

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK)

Verantwoordelijk voor aangelegenheden op het gebied van lokaal bestuur en politie. In 2009 is de Hoofdlijnenbrief Drugsbeleid opgesteld. Hierin staan de kernpunten van de nieuwe visie op het drugsbeleid beschreven, waaronder de doelstelling om de overlast en criminaliteit rondom coffeeshops te verminderen, en coffeeshops voor de gedoogde verkoop van hasj en wiet kleinschalig te maken door verkoop alleen voor lokale gebruikers toe te staan (Ministerie van VWS, 2009a).

Partijen die zorgen voor uitvoering van het landelijk drugsbeleid op lokaal en regionaal niveau

Gemeenten

Gemeenten hebben mogelijkheden om het beleid vorm te geven via het vergunningenstelsel. Zij kunnen op deze manier invloed uitoefenen op de beschikbaarheid van drugs (bijvoorbeeld via lokaal coffeeshopbeleid). Ook kunnen zij in hun nota lokaal gezondheidsbeleid aangeven welke acties zij ondernemen voor preventie van drugsgebruik onder hun inwoners. Via de Algemene Plaatselijke Verordening (APV) kunnen gemeenten een blowverbod instellen.

GGD-en en regionale instellingen voor verslavingszorg

Regionale instellingen voor verslavingszorg en regionale GGD-en zijn verantwoordelijk voor het al dan niet gezamenlijk uitvoeren van preventieve activiteiten om drugsgebruik (vooral onder jongeren) tegen te gaan. Meestal gebeurt dit in opdracht van de gemeente, in samenwerking met jongerencentra, scholen en politie.

Centrum Gezond Leven (CGL)

Het CGL is door het ministerie van VWS ingesteld om te werken aan meer samenhang in lokale gezondheidsbevordering. Dit gebeurt door het bevorderen van het gebruik van de best passende leefstijlinterventies, bijvoorbeeld door bestaande interventies inzichtelijk te presenteren en te beoordelen op kwaliteit en samenhang.

Organisaties die zich bezighouden met preventie van drugsgebruik

Trimbos-instituut

Gezondheidsbevorderend Instituut op het terrein van drugs. Gericht op het ontwikkelen en coördineren van de uitgifte van voorlichtingsmateriaal en –activiteiten; het uitvoeren van massamediale campagnes;

het ondersteunen van professionals; beheer van een telefonische informatielijn en een website waar mensen voor informatie terecht kunnen.

'Druginfo.nl' is een informatieve site over drugs waar tevens via de drugsinfolijn informatie en advies gegeven kan worden over drugsgebruik.

Zorgaanbieders in de eerstelijnszorg

Bijvoorbeeld huisartsen, praktijkassistentes en verloskundigen. Zij zijn verantwoordelijk voor vroegsignalering en het geven van voorlichting over het gebruik van drugs en schadelijke gevolgen hiervan.

6.3 Welke beleidsmaatregelen werken in de aanpak van drugsgebruik onder volwassenen?

Geen overzicht effectieve beleidsmaatregelen beschikbaar

Er zijn geen reviews gevonden over effectieve beleidsmaatregelen betreffende het voorkómen van drugsgebruik en/of het beperken van de risico's van drugsgebruik onder volwassenen.

Waarschijnlijk hangt dit gebrek aan evidence-based inzichten samen met het feit dat verschillen in maatschappelijke context met andere landen internationale vergelijkingen moeilijk maken. Verder maken de vele variabelen die het drugsgebruik beïnvloeden het lastig om veranderingen daadwerkelijk toe te schrijven aan het drugsbeleid, waardoor de effectiviteit lastig te meten is (Van Laar & Van Ooyen-Houben, 2009). Er is noch in Nederland, noch elders in de wereld voldoende wetenschappelijk bewijs dat het drugsbeleid via preventieve maatregelen in staat is het aantal drugsgebruikers of het aantal drugsverslaafden te reduceren. Het Nederlandse drugsbeleid is dankzij een uitgebreid harm reduction aanbod wel succesvol in het terugdringen van de schadelijke gevolgen van het drugsgebruik (Croes & Van Gageldonk, 2009).

Wel evaluatie van Nederlands drugsbeleid

Uit een recente evaluatie van het Nederlands drugsbeleid (Van Laar & Van Ooyen-Houben, 2009) over de periode 1995-2009 komen de volgende conclusies naar voren:

- De aanpak die wordt beoogd in het Nederlandse drugsbeleid, namelijk een combinatie van maatregelen gericht op demand, harm en supply reduction, is globaal in de praktijk toegepast.
- Ondanks het beleid is het drugsgebruik vanaf eind jaren tachtig tot midden jaren negentig toegenomen, ook onder jongeren. Toch is het drugsgebruik in de algemene bevolking vergeleken met andere Europese landen en de Verenigde Staten gemiddeld tot laag te noemen, met uitzondering van ecstasy. Globaal genomen is er vanaf midden jaren negentig een positieve

kentering waarneembaar: het gebruik van de meest prevalentie drugs in de algemene bevolking stabiliseert of vertoont een dalende trend (zie ook paragraaf 5.1).

- In de beheersing van de individuele (gezondheids)risico's lijkt het beleid redelijk geslaagd. Wel komt risicogebruik vaker voor onder groepen kwetsbare jongeren. Ook is er een toename van de hulpvraag voor cannabisproblemen in de verslavingszorg, maar onbekend is of dit duidt op een toename van het probleemgebruik.
- Wat betreft criminele activiteiten, was er een daling in de vermogensdelicten gepleegd door langdurig problematische harddruggebruikers, die (deels) voortkomt uit afname van de criminaliteit van opiaatverslaafden. Er was echter een stijging van het aantal door druggebruikers gepleegde geweldsdelicten.
- Er was sprake van een succesvolle aanpak van de productie en export van ecstasy, de grootschalige hennepcultuur en de invoer van cocaïne door bolletjesslikkers en bodypackers via Schiphol.
- In sommige grensgemeenten zorgen coffeeshoptoeristen voor serieuze overlastproblemen.

De eindconclusie is dat het Nederlandse drugsbeleid ook in de huidige samenleving tot een redelijk doelbereik komt, al moet steeds opnieuw worden ingespeeld op problemen (Van Laar & Van Ooyen-Houben, 2009). Hoewel dit onderzoek dus veel inzichten oplevert over de uitvoering en effecten van het Nederlandse drugsbeleid, geeft het geen overzicht van evidence-based beleidsmaatregelen.

6.4 Wat is er bekend over de preventie van drugsgebruik onder volwassenen?

6.4.1 Drugspreventie: algemene uitgangspunten

Preventie van drugsgebruik is gericht op het voorkomen van gebruik, het uitstellen van het eerste gebruik, het verminderen van gebruik en het voorkomen van problematisch gebruik en de daarmee samenhangende risico's. Volwassen doelgroepen voor preventie zijn: bezoekers van coffeeshops, gebruikers van uitgaansdrugs en verslaafde druggebruikers (harm reduction).

Het preventiebeleid bestaat in hoofdlijnen uit de volgende onderdelen: repressie, harmreduction en interventies in verschillende settings. De eerste twee onderdelen van het preventiebeleid worden in deze paragraaf besproken. Interventies in verschillende settings komen aan bod in paragraaf 6.4.2.

Repressie: maatregelen gericht op het beperken van de beschikbaarheid van drugs

De beschikbaarheid van drugs is van invloed op het gebruik. Om de beschikbaarheid te beperken is een aantal maatregelen van toepassing, zoals de aanpak van de productie van drugs en de handel in drugs. De handel in ecstasy wordt aangepakt door middel van speciale ecstasy-teams van de politie en de Unit

Synthetische Drugs. Deze Unit is een samenwerkingsverband tussen verschillende partners op het gebied van drugsbestrijding, zoals de douane, politie en de Belastingdienst (Kerssemakers et al., 2008). De laatste jaren is een groot aantal coffeeshops gesloten (Van Laar & van Ooyen-Houben, 2009).

Harmreduction: gericht op het beperken van de risico's van drugsgebruik

'Harm reduction' is een belangrijk uitgangspunt van het Nederlandse drugsbeleid. Dit houdt in dat er veel nadruk ligt op het beperken van de risico's en de schade die drugs teweegbrengen. Dit zowel voor drugsgebruikers zelf als voor hun omgeving.

Zorggerichte preventie gericht op drugsgebruikers bestaat bijvoorbeeld uit spuitruilvoorzieningen, gebruiksruimten, lotgenotencontact en allerlei gezondheidsprogramma's voor veel voorkomende infectieziekten bij drugsgebruikers (Kerssemakers et al., 2008).

6.4.2 Drugspreventie: interventies in verschillende settings

Voorlichtingsprogramma's veranderen kennis en houding, maar niet gedrag

De meeste voorlichtingsprogramma's gericht op de preventie van drugsgebruik hebben wel effect op het niveau van kennis, maar dit effect leidt niet tot gedragsverandering. Als er al sprake is van een effect op het middelengebruik van deze programma's dan is dat gering en kortdurend (Croes & Van Gageldonk, 2009). De Gezondheidsraad kwam eveneens tot de conclusie dat het effect van gezondheidsbevorderende campagnes op gedrag bescheiden is en benadrukte het belang van toegevoegde andere activiteiten, zoals het in gunstige zin beïnvloeden van de omgeving (Gezondheidsraad, 2006).

Er zijn aanwijzingen dat massamediale campagnes effecten van projecten binnen andere settings kunnen versterken (bijvoorbeeld een community interventie in combinatie met een massamediale campagne is effectiever dan een community interventie alleen (Cuijpers, 2003).

Drugs en verkeer: onderzoek naar controle door middel van speekseltesten

Verkeersdeelnemers onder invloed van drugs hebben een relatief groot ongevalsrisico (Mathijssen & Houwing (2005). Gebruikers van diverse soorten drugs hebben 25 maal zoveel kans op letsel dan nuchtere bestuurders. Indien zij alcoholgebruik combineren met drugs of medicijnen heeft dit tot gevolg dat het letselrisico ongeveer 50 keer groter is dan bij een nuchtere bestuurder (Amelink, 2005).

In 2008 is een pilot gestart om drugsgebruik bij bestuurders snel aan te kunnen tonen met behulp van speekseltesten. De ministeries van Verkeer en Waterstaat en Justitie willen hiermee nagaan of met de inzet van speekseltesten een bijdrage kan worden geleverd aan het terugdringen van het aantal verkeersdeelnemers dat onder invloed is van drugs en daarmee aan het verbeteren van de verkeersveiligheid. De pilot resulteerde in een positieve aanbeveling over het gebruik van speekseltesten (Kuijten, 2009) en het kabinet werkt aan een aanpassing van wetgeving voor het gebruik van speekseltesten bij het bestrijden van drugs in het verkeer. Onbekend is echter hoe lang sporen van drugs

in het speeksel achterblijven. Daarnaast is de hoeveelheid gebruikte drugs lastig te meten. De betrouwbaarheid van speekseltesten is tot op heden dan ook nog niet duidelijk wetenschappelijk aangetoond, evenals de effectiviteit van deze interventie ten aanzien van het bestrijden van verkeersdeelname onder invloed van drugs. Resultaten over de betrouwbaarheid van speekseltesten uit het buitenland zijn echter wel veelbelovend (Drummer, 2006).

Sinds 2006 loopt er een Europees project, getiteld DRUID (Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines), dat inzicht moet geven in de tolerantiegrenzen voor drugs en psychoactieve geneesmiddelen en de effecten van middelengebruik op de verkeersveiligheid. De evaluatie van speekseltesten maakt deel uit van dit project; vanuit Nederland is de Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV) deelnemer aan dit project (Druid, 2010).

Cannabispreventie in coffeeshops: voorlichting aan en via de verkopers

Gemeenten kunnen in een Algemene Plaatselijke Verordening aanvullende voorwaarden vastleggen waaraan een coffeeshop moet voldoen om een vergunning te krijgen (Openbaar Ministerie, 2010).

Wat betreft voorlichting in coffeeshops gaat het om de volgende voorwaarden:

- Voorlichting bij de verkoop van cannabis, bijvoorbeeld door het verstrekken van een folder van de lokale instelling voor verslavingszorg of door op een zichtbare plaats voorlichtingsmateriaal over het gebruik van cannabis te plaatsen.
- De leidinggevende van een coffeeshop moet kunnen aantonen dat hij/zij beschikt over een bewijs van kennis en inzicht in verslaving. Een dergelijk bewijs kan behaald worden door het volgen van een cursus.

Het Trimbos-instituut heeft, in opdracht van het Ministerie van VWS, het project Cannabispreventie uitgevoerd. Het project is onderdeel van het Actieplan Ontmoediging Cannabis met als doel verbetering van de voorlichting in coffeeshops (Croes & van Gageldonk, 2009). Er is een landelijke folder voor coffeeshopbezoekers ontwikkeld, met daarin gebruiksaanwijzingen en er is een cursus voor coffeeshopmedewerkers ontwikkeld ('Goed gastheerschap coffeeshop-personeel'). De cursus wordt gegeven door een professional van de lokale verslavingszorginstelling of van de GGD en gaat over: leren herkennen van problematisch cannabisgebruik, het voorkomen van incidenten, communicatie over risicosituaties, de veiligheid verhogen en het bedrijfsimago verhogen.

Vooralsnog is onbekend hoeveel personeel van coffeeshops de cursus Goed gastheerschap coffeeshoppersoneel heeft gevolgd, of nog gaat volgen (RIVM, 2008). Er is nog geen effectonderzoek uitgevoerd naar de voorlichting door coffeeshop personeel op het cannabisgebruik van coffeeshop bezoekers.

Drugspreventie in uitgaansgelegenheden heeft wisselende effecten

Peerprojecten voor uitgaanders vinden plaats in de uitgaansomgeving (bijvoorbeeld op dance-evenementen). Resultaten van peereducatieprojecten zijn wisselend. Meestal worden alleen effecten gevonden op kennis en gedragsintentie. Een recente Australische studie toonde echter aan dat het verspreiden van een nieuw harmreductie advies (namelijk water drinken om uitdroging en het serotoninesyndroom te voorkomen) bij bijna de helft van de respondenten leidde tot het toepassen van dit advies en bij een kleiner deel leidde tot minder gebruik van XTC (Bleeker et al., 2009).

In Nederland zijn diverse interventies in de omgeving waar drugs worden gebruikt beschikbaar, maar deze zijn niet onderzocht op effectiviteit. Het project *Unity* richt zich rechtstreeks op uitgaanders via peervoorlichting. Dit project wordt in de meeste regio's ingezet en heeft een groot bereik onder jongeren die grootschalige dance evenementen bezoeken. *Barcode* is gericht op alcohol- en/of drugspreventie in de horeca. Het effect van deze interventie (in combinatie met handhaving) op alcoholgebruik, zal komende jaren worden onderzocht door het Trimbos-instituut en de Universiteit Utrecht.

E-health lijkt een succesvolle methode voor geïndiceerde preventie

E- Health betreft interventies die worden aangeboden via internet. Deze interventies worden ontwikkeld door de verslavingszorg en de GGZ. Veel interventies zijn gebaseerd op principes uit de cognitieve gedragstherapie en/of motivationele interventies. Daarnaast wordt veel gebruik gemaakt van zelftesten, gepersonaliseerde feedback (vertellen hoe iemand het doet op bepaalde maten) en normatieve feedback (vergelijking met wat normaal gebruik is). De effectiviteit van deze interventies is nog onvoldoende onderzocht.

E-health leent zich goed voor geïndiceerde preventie door de laagdrempeligheid van dit aanbod.

Voordeel van e-health is dat hiermee groepen worden bereikt die normaliter uit de gezondheidszorg wegblijven. Daarbij gaat het vooral om jongeren, hoger opgeleiden en vrouwen. Een belangrijk nadeel is dat de uitval veelal relatief hoog is.

Interventies voor verslaafde justitiabelen gericht op voorkomen recidive

Verslaving kan leiden tot crimineel gedrag, dit gedrag versterken en/of in stand houden. Vooral bij zogenaamde veelplegers speelt verslaving vaak een belangrijke rol bij het instandhouden van het crimineel gedrag. Door middel van effectieve interventies kan het verslavingsgedrag beïnvloed worden, ter voorkoming van verdere recidive.

De kwaliteit van gedragsinterventies wordt in Nederland getoetst door de Erkeningscommissie Gedragsinterventies Justitie: van zogenaamde goedgekeurde interventies mag verwacht worden dat zij recidive verminderen of voorkomen. Vanuit Justitie en de verslavingsreclassering wordt een aantal interventies aangeboden. Zo zijn er leefstijltrainingen, gericht op het terugdringen van criminele recidive door verandering van het problematisch middelengebruik en/of gokgedrag. Deze trainingen zijn erkend door de Erkeningscommissie; Kadden et al. (1992) toonden de effectiviteit van leefstijltrainingen aan.

Er zijn ook interventies in ontwikkeling, zoals de leerstraf Alcohol en Geweld, waarvan landelijke implementatie in 2011 wordt verwacht (Leger des Heils, SVG Verslavingsreclassering en Reclassering Nederland (2010).

6.5 Samenvatting hoofdstuk 6

Preventie van drugsgebruik in Nederland is gericht op het voorkomen van gebruik, het uitstellen van het eerste gebruik, het verminderen van gebruik en het voorkomen van problematisch gebruik en de daarmee samenhangende risico's. De preventieactiviteiten in Nederland richten zich vooral op repressie, harmreduction en interventies in verschillende settings.

Verschiedende partijen zijn betrokken bij de preventie van drugsgebruik onder volwassenen, zowel op landelijk, regionaal als lokaal niveau. Het gaat om partijen die zich op landelijk niveau bezighouden met wetgeving rondom drugsbeleid en op de handhaving van die wetgeving (diverse ministeries, partijen die zorgen voor de uitvoering van het drugsbeleid op zowel regionaal als lokaal niveau (gemeenten, GGD-en, regionale instellingen voor verslavingszorg, Centrum Gezond Leven) en partijen die zich bezighouden met de preventie van drugsgebruik (zorgaanbieders in de eerstelijns zorg en het Trimbos-instituut).

Er zijn geen reviews gevonden over effectieve beleidsmaatregelen betreffende het voorkómen van drugsgebruik en/of het beperken van de risico's van drugsgebruik onder volwassenen.

Er is onvoldoende wetenschappelijk bewijs dat het drugsbeleid via preventieve maatregelen in staat is het aantal drugsgebruikers of het aantal drugsverslaafden te reduceren. Het Nederlandse drugsbeleid is dankzij een uitgebreid harm reduction aanbod wel succesvol in het terugdringen van de schadelijke gevolgen van het drugsgebruik.

Drugspreventie wordt zowel universeel (voorlichtingsprogramma's) als in specifieke settings, al dan niet gericht op specifieke doelgroepen, aangeboden:

Voorlichtingsprogramma's: deze hebben wel effect op de kennis ten aanzien van drugs, maar leiden niet tot gedragsverandering. Massamediale campagnes kunnen mogelijk wel het effect van projecten binnen andere settings versterken.

Speekseltesten om drugsgebruik bij bestuurders aan te tonen: de methode is gericht op het terugdringen van het aantal verkeersdeelnemers dat onder invloed is van drugs en daarmee op het verbeteren van de verkeersveiligheid. Hoewel de betrouwbaarheid van deze testen tot op heden nog niet duidelijk wetenschappelijk is aangetoond, is de methode wel veelbelovend.

Cannabispreventie in coffeeshop: coffeeshops zijn verplicht om voorlichting te geven bij de verkoop van cannabis en de leidinggevende van een coffeeshop moet kennis en inzicht in verslaving kunnen

aantonen. Er is nog geen effectonderzoek uitgevoerd naar de voorlichting door coffeeshop personeel op het cannabisgebruik van coffeeshop bezoekers.

Drugspreventie in uitgaansgelegenheden: peereducatieprojecten voor uitgaanders vinden plaats in de uitgaansomgeving en laten wisselende resultaten zien. Meestal worden alleen effecten gevonden op kennis en gedragsintentie. In Nederland zijn meerdere interventies in de uitgaanssetting beschikbaar, maar ze zijn nog niet onderzocht op effectiviteit.

E-health: het gaat om interventies die worden aangeboden via internet. Deze lenen zich goed voor geïndiceerde preventie door de laagdrempeligheid van het aanbod. De methode is veelbelovend omdat groepen worden bereikt die normaliter uit de gezondheidszorg wegblijven. Er is echter nog weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van deze interventies en een nadeel is dat de uitval relatief hoog is.

Interventies voor verslaafde justitiabelen: deze zijn gericht op het verminderen van het verslavingsgedrag om recidive van crimineel gedrag te voorkomen. In Nederland zijn leefstijltrainingen geïmplementeerd, waarvan de effectiviteit is aangetoond.

7. Lacunes en implementatievragen

In dit hoofdstuk bespreken we welke lacunes er zijn ten aanzien van bewezen effectieve interventies en maatregelen gericht op de preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik onder volwassenen en welke implementatievragen er nog beantwoord moeten worden als het gaat om de preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik.

De in paragraaf 7.1 en 7.2 beschreven lacunes en implementatievragen zijn naar voren gekomen uit onze analyse van wat er bekend is over (de implementatie van) bewezen effectieve interventies en maatregelen ter preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik. Daarnaast is een aantal ‘overige aanbevelingen’ geformuleerd die niet direct voortkomen uit de resultaten van deze kennissynthese. Dit heeft onder andere geresulteerd in een aantal algemene implementatievraagstukken rondom interventies en beleid gericht op de preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik (7.3).

Alle hierna beschreven lacunes, implementatievragen en aanbevelingen zijn tijdens een expertmeeting voorgelegd aan negen experts die werkzaam zijn in onderzoek, beleid of praktijk op het terrein van de preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik in Nederland (zie bijlage 1). Deze experts hebben het overzicht op een aantal punten aangevuld en hebben aangegeven aan welke lacunes, implementatievragen en aanbevelingen prioriteit moet worden gegeven in de komende jaren in Nederland (7.4).

7.1 Preventie van schadelijk alcoholgebruik: effectiviteit, lacunes en implementatievragen

In deze paragraaf vatten we kort samen wat er bekend is over de effectiviteit ten aanzien van de preventie van schadelijk alcoholgebruik. Vervolgens bespreken we welke lacunes er zijn ten aanzien van bewezen effectieve interventies en maatregelen ter preventie van schadelijk alcoholgebruik en welke implementatievragen er nog beantwoord moeten worden als het gaat om de preventie van schadelijk alcoholgebruik. We bespreken deze punten allereerst voor *beleidsmaatregelen* gericht op de preventie van schadelijk alcoholgebruik (7.1.1) en vervolgens voor *preventieve activiteiten* in de settings gezin (7.1.2), werkplek (7.1.3), eerstelijnszorg (7.1.4), verkeer (7.1.5) en vanuit overige settings (7.1.6). In deze laatste paragraaf staan ook overige aanbevelingen over de preventie van schadelijk alcoholgebruik (7.1.6).

7.1.1 Beleidsmaatregelen

Wat is er bekend over de effectiviteit van beleidsmaatregelen?

Uit internationaal onderzoek komt kennis over de effectiviteit van verschillende beleidsmaatregelen ten aanzien van de preventie van schadelijk alcoholgebruik.

Effectieve beleidsmaatregelen zijn:

- Het beperken van de betaalbaarheid van alcohol, bijvoorbeeld door: verhoging van de accijnzen op alcohol, een verlaging van de toegestane persoonlijke import, controle van promotionele verkoop en controle van verkoop onder de kostprijs.
- Het beperken van het aantal verkooppunten en van openingstijden van verkooppunten.
- Het aanscherpen van leeftijdsgrenzen (betreft jongeren).

Vermoedelijk effectieve beleidsmaatregelen zijn:

- Het beperken van reclames over alcohol (betreft vooral jongeren).
- Het beperken van de verkoop van alcohol aan mensen onder invloed.

Niet-effectieve beleidsmaatregelen zijn:

- Het verlagen van accijnzen op alcohol om grensoverschrijdende handel onder controle te houden.
- Anti-reclame en waarschuwingslabels op verpakkingen.

Massamediale campagnes; er zijn wel aanwijzingen dat deze de effecten van projecten binnen andere settings kunnen versterken.

Wat zijn lacunes ten aanzien van beleidsmaatregelen?

- In het Nederlandse alcoholbeleid worden alle in dit rapport beschreven effectieve, vermoedelijk effectieve en beperkt effectieve beleidsmaatregelen op de een of andere manier toegepast. Echter, de meeste van deze maatregelen zouden aangescherpt moeten worden om een effectiever beleid ten aanzien van de preventie van schadelijk alcoholgebruik te realiseren. Zo valt er nog winst te behalen met het aanscherpen van maatregelen gericht op de beschikbaarheid en verkrijgbaarheid van alcohol, zoals het terugdringen van het aantal verkooppunten en het aanscherpen van openingstijden. Ook kan meer worden ingezet op het verminderen van de betaalbaarheid van alcohol via het verhogen van accijnzen en het verbeteren van de controle op verkoop onder de kostprijs. Ook liggen er kansen om meer (gezondheids-) winst te behalen bij het verder aanscherpen van het reclameverbod voor alcohol.
- Er is meer onderzoek nodig naar de effectiviteit van beleidsmaatregelen in de Nederlandse context.

Implementatievragen rondom beleidsmaatregelen

- Indien de hierboven genoemde beleidsmaatregelen aangescherpt zouden worden, moet ook de handhaving van de aangescherpte regelgeving gewaardborgd worden. De vraag is op welke manier(en) dat het beste kan gebeuren.

7.1.2 Gezinsinterventies

Wat is er bekend over de effectiviteit van gezinsinterventies?

Overmatig alcoholgebruik van de ouders is een risicofactor voor het ontwikkelen van alcoholproblematiek bij de kinderen. Verschillende gezinsinterventies zijn gericht op het verminderen van middelengebruik en ander probleemgedrag bij kinderen, maar laten vaak ook een gunstig effect zien op het middelengebruik van de ouders.

Alcoholgebruik van ouders kan ook leiden tot huiselijk geweld. In Nederland wordt een in het buitenland bewezen effectieve interventie (effecten op het terugdringen van kindermishandeling en verwaarlozing) geïmplementeerd onder de naam 'Voorzorg' en onderzocht op effectiviteit. Het effectonderzoek in Nederland van een andere in het buitenland effectief gebleken interventie ('Gezin aan bod') werd stopgezet vanwege de moeizame werving van hoogrisicogezinnen.

Wat zijn lacunes ten aanzien van gezinsinterventies?

- Een aantal in het buitenland effectief gebleken interventies gericht op probleemgezinnen in algemene zin, zoals 'Voorzorg' en 'Gezin aan bod' is geïmplementeerd in Nederland, maar nog niet op effectiviteit getest.
- Bij het meten van de effecten van gezinsinterventies kan het alcoholgebruik van ouders explicieter als uitkomstmaat meegenomen worden.
- Er is onvoldoende aanbod voor de doelgroep 'jonge ouders'.
- Er is onvoldoende aanbod voor gezinnen met een lage sociaaleconomische status.

Wat zijn implementatievragen rondom gezinsinterventies?

- De implementatie van gezinsinterventies is nog zeer beperkt in Nederland. Omdat er zo weinig cursussen van 'Gezin aan Bod' worden uitgevoerd is het lastig om onderzoek te doen naar de effectiviteit van deze interventie.

7.1.3 Alcoholpreventie op de werkplek

Wat is er bekend over de effectiviteit van interventies gericht op alcoholpreventie op de werkplek?

In bepaalde beroepsgroepen komt (overmatig) alcoholgebruik (zowel op het werk als in de vrije tijd) relatief vaak voor. In Nederland gaat het vooral om medewerkers van de amusements- en alcoholindustrie, productiemedewerkers, duikers, militairen, luchtvaartpersoneel, zeelieden,

havenwerkers, vissers, managers, advocaten, artsen, journalisten, vertegenwoordigers, chauffeurs, werknemers in de bouw (vooral kraandrijvers).

Eén van de manieren om alcoholgebruik van de hierboven genoemde beroepsgroepen te verminderen, is het reduceren of voorkomen van risicofactoren gerelateerd aan het werk, zoals een werkcultuur waarin mensen positief staan tegenover middelengebruik, het ontbreken van sociale controle, weinig binding hebben met het werk, werkgerelateerde stress en beschikbaarheid van alcohol of drugs op het werk.

Er zijn drie typen programma's gericht op de preventie van middelenproblematiek op de werkplek:

(1) gezondheidsbevorderende programma's. Deze zijn volgens buitenlandse studies vermoedelijk effectief in het veranderen van alcoholgebruik. In Nederland zijn deze programma's geïmplementeerd, maar is nog weinig effect gevonden.

(2) werknemer-ondersteuning programma's (bestaande uit screening, evaluatie, doorverwijzing en follow-up). Deze zijn beperkt effectief voor de *preventie* van schadelijk alcoholgebruik, ze zijn wel effectief voor *toeleiding* naar zorg voor mensen met beginnende alcoholproblemen (geïndiceerde preventie).

(3) alcoholcontroles op de werkvloer. Deze hebben vooral een afschrikwekkend effect, maar zijn nog onvoldoende onderzocht op effectiviteit.

Wat zijn lacunes ten aanzien van alcoholpreventie op de werkplek?

- Wat betreft interventies op de werkplek is in Nederland het gezondheidsbevorderende programma 'Alcohol en werk' beschikbaar. Dit is echter niet onderzocht op effectiviteit. Ook zouden andere gezondheidsbevorderende programma's op de werkplek getest kunnen worden op hun invloed op alcoholgebruik.
- Wat betreft geïndiceerde preventie zou er meer onderzoek gedaan kunnen worden naar de mogelijkheid van screening en kortdurende interventie gebonden aan de werkplek (door de bedrijfsarts), hoewel de implementatie hiervan wel gevoeliger ligt dan in bijvoorbeeld een eerstelijnssetting.
- Zoals in dit rapport beschreven zijn er behoorlijk wat beroepsgroepen waarin alcoholgebruik relatief hoog is. Voor zover bekend is er echter in Nederland alleen voor medewerkers van luchtvaartmaatschappijen en militairen een alcoholbeleid ingevoerd en dan betreft het vooral de bescherming van derden. De vraag is of een alcoholbeleid ook voor andere kwetsbare beroepsgroepen nodig is, zoals voor medewerkers in de bouw, visserij en scheepvaart en onder welke voorwaarden.
- Bij alcoholpreventie op de werkplek is onvoldoende aandacht voor de volgende doelgroepen: probleemdrinkers, laag opgeleide werknemers, mensen met een licht verstandelijke handicap, jongeren met een Wajong uitkering en mensen die werken in sociale werkvoorzieningen.
- Een risicoberoepsgroep waarvoor het preventie aanbod te gering is wordt gevormd door vrachtwagenchauffeurs.

- Bij de doelgroep oudere werknemers is er in het bijzonder aandacht nodig voor de combinatie van het gebruik van alcohol, drugs en medicijnen.

Wat zijn implementatievragen rondom alcoholpreventie op de werkplek?

- Een belangrijke belemmering voor de implementatie van alcoholpreventie op de werkplek is dat het gaat om een gevoelig onderwerp, waarover mensen niet graag praten met hun werkgever uit angst voor negatieve consequenties voor hun baan. Een belangrijke vraag is, hoe er ondanks deze belemmering toch alcoholpreventie op de werkplek kan worden toegepast.
- Kortdurende interventies en sociale vaardigheidstrainingen worden wel aangeboden door de verslavingszorg, maar dit aanbod is meer gericht op mensen die al een hulpvraag hebben, en minder op preventie in de setting van de werkvloer. Vraag is of dit laatste nodig is, of dat een doorverwijzing van een bedrijfsarts naar de ambulante verslavingszorg voor vroeginterventie voldoende is.

7.1.4 Alcoholpreventie in de eerstelijnszorg

Wat is er bekend over de effectiviteit van interventies gericht op alcoholpreventie in de eerstelijnszorg?

De eerstelijnszorg is een geschikte setting voor screening op alcoholproblematiek. Mensen met aan alcoholgerelateerde klachten (ongelukken, ziekteverzuim) komen in veel gevallen als eerste bij de huisarts terecht. Vaak wordt een alcohol screening in de eerstelijnszorg gekoppeld aan een kortdurende interventie. Kortdurende interventies in de eerstelijnszorg zijn effectief in het terugdringen van alcoholgebruik onder volwassenen die overmatig drinken. Dergelijke interventies zijn ook effectief specifiek bij ouderen.

De effecten van kortdurende interventies op populatie niveau zijn vooralsnog beperkt, omdat ze een laag bereik hebben. Een actiever beleid met betrekking tot vroege opsporing in de eerstelijnszorg zal het bereik van deze interventies vergroten. Op dit moment lopen diverse pilots gericht op het bevorderen van het vroegsignaleren van problematisch alcoholgebruik van patiënten in de eerstelijnszorg.

Wat zijn lacunes ten aanzien van alcoholpreventie in de eerstelijnszorg?

- Er is weinig bekend over de effectiviteit van screening in de eerstelijnszorg van alcoholgebruik bij zwangere vrouwen.
- Zwangeren vormen daarnaast een belangrijke doelgroep voor pre-conceptie adviezen in de eerstelijnszorg waarvoor nu onvoldoende aanbod is.
- Er is meer aandacht nodig voor harm reduction gericht op probleemdrinkers, bijvoorbeeld door het verstrekken van vitamine B supplementen door de huisarts.

- Alcoholpreventie gericht op mensen met een lage sociaaleconomische status in de eerstelijnszorg is onvoldoende ontwikkeld. Het is de vraag in welke mate motivational interviewen werkt bij deze groep. Over wat wel zou kunnen werken kan geleerd worden van de ervaringen bij rookinterventies in Nederland en in het buitenland.
- Er is binnen de eerstelijnszorg meer aandacht nodig voor schadelijk alcoholgebruik van ouderen.

Wat zijn implementatievragen rondom alcoholpreventie in de eerstelijnszorg?

- Er zou geïnvesteerd kunnen worden in grootschaliger implementatie van alcoholscreening en kortdurende interventies in de eerstelijnszorg.
- Hieraan gekoppeld zou meer onderzoek gedaan moeten worden naar de bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie van deze interventies.

7.1.5 Alcoholpreventie in het verkeer

Wat is er bekend over de effectiviteit van beleidsmaatregelen gericht op alcoholpreventie in het verkeer?

Alcoholgebruik voorafgaand aan deelname aan het verkeer kan leiden tot verkeersongevallen. De volgende maatregelen zijn effectief voor het verminderen van alcoholgerelateerde auto-ongevallen en dodelijke ongevallen.

Effectief (algemeen):

- De verlaging van het wettelijke toegestane alcoholpromillage bij deelname aan het verkeer.
- Het willekeurig afnemen van ademanalyses.

Effectief (voor *frequente overtreders* van het wettelijke toegestane alcoholpromillage bij deelname aan het verkeer)

- Inbeslagname van het voertuig.
- Het verplicht stellen van een ontbrandingsvergrendeling bij verlenging van het rijbewijs.
- Gevangenisstraf bij frequente overtreding.
- Intensieve controle van veroordeelden.

Vermoedelijk effectief:

- Verlaging van de toegestane hoeveelheid alcohol bij *beginnende bestuurders*.
- Schorsing van het rijbewijs bij overtreding van het toegestane alcoholpromillage bij deelname aan het verkeer.
- Verplicht volgen van behandeling.
- Het gebruik van alcoholsloten.

Massamediale campagnes kunnen ondersteunend zijn bij het uitvoeren van beleidsmaatregelen gericht op het verminderen van alcoholgerelateerde auto-ongevallen en dodelijke ongevallen.

Wat zijn lacunes ten aanzien van alcoholpreventie in het verkeer?

- De in het rapport beschreven effectieve maatregelen met betrekking tot alcohol en verkeer zijn in Nederland ingevoerd. Naar de invoering van het alcoholslot wordt op dit moment onderzoek uitgevoerd. Er is dus geen hiaat op dit gebied.

Wat zijn implementatievragen rondom preventie gericht op het reduceren van verkeersongevallen?

- Uit onze studie kwamen geen belangrijke implementatievragen op dit gebied naar voren. Het ontbreken van belangrijke implementatievragen werd bevestigd tijdens de expertmeeting.

7.1.6 Overige settings en aanbevelingen over de preventie van schadelijk alcoholgebruik

Wat is er bekend over de effectiviteit van interventies gericht op de preventie van schadelijk alcoholgebruik vanuit overige settings?

- Internetinterventies (advies-op-maat via internet of via e-mail): deze zijn gericht op probleemdrinkers en hebben een potentieel hoog bereik onder deze groep. In Nederland zijn 'drinktest.nl' en 'minderdrinken.nl' onderzocht op effectiviteit: er zijn alleen korte termijn effecten van deze interventies gevonden.
- Interventies voor verslaafde justitiabelen: deze zijn gericht op het verminderen van het verslavingsgedrag om recidive van crimineel gedrag te voorkomen. In Nederland zijn leefstijltrainingen geïmplementeerd, waarvan de effectiviteit is aangetoond.
- Interventies via de spoedeisende hulp afdeling van een ziekenhuis: de effecten van kortdurende interventies gericht op het verminderen van problematisch alcoholgebruik bij patiënten op een spoedeisende hulp afdeling van een ziekenhuis zijn niet eenduidig. Er zijn zowel positieve effecten gevonden (afname van alcoholgebruik), beperkte effecten, als geen effecten. De multidisciplinaire richtlijn 'Stoornissen in het gebruik van alcohol' beveelt kortdurende interventies wel aan voor patiënten met problematisch alcoholgebruik in de eerste en tweede lijn.
- Preventie binnen sportclubs: het gaat binnen deze setting vooral om het naleven van wettelijke bepalingen ten aanzien van alcoholverstrekking en om sociaal hygiënische bepalingen. Daarnaast kunnen sportclubs zich actief inzetten om verantwoord alcoholgebruik te stimuleren.
- Preventie binnen de uitgaanssetting: het gaat om trainingen voor (bar) personeel over agressie en schenkgedrag. Effectstudies (met uitkomstmaten: alcoholconsumptie, risicogebruik, agressie en geweld in kroegen) laten wisselende resultaten zien.

Overige aanbevelingen over de preventie van schadelijk alcoholgebruik

- Preventie moet zich niet alleen richten op schadelijk middelengebruik, maar op bredere problematiek. Deze verbreding zou zich in eerste plaats kunnen richten op comorbiditeit met

psychische stoornissen. Een belangrijke doelgroep bestaat uit mensen die zowel een alcoholprobleem hebben als een depressie en/of angststoornis.

- Er is meer onderzoek nodig naar de mogelijkheden van preventie via internet.
- Er moet meer nadruk liggen op het meten van de effectiviteit van in Nederland toegepaste interventies.
- Er is een hiaat in het aanbod voor lage SES-groepen, ouderen, zwangere vrouwen, allochtonen en justitiabelen. Hoewel een groot deel van de preventieafdelingen van de verslavingszorg zegt hiervoor een aanbod te hebben, is dit vaak niet *specifiek* voor deze doelgroepen, en is de effectiviteit niet bekend.

7.2 Preventie van drugsgebruik: effectiviteit, lacunes en implementatievragen

In deze paragraaf bespreken we welke lacunes er zijn in bewezen effectieve interventies en maatregelen ter preventie van drugsgebruik en welke implementatievragen er nog beantwoord moeten worden als het gaat om de preventie van drugsgebruik. We bespreken deze punten allereerst voor *beleidsmaatregelen* gericht op de preventie van drugsgebruik (7.2.1) en vervolgens voor *preventieve drugsinterventies* in verschillende settings (7.2.2). We sluiten af met overige aanbevelingen over de preventie van drugsgebruik (7.2.3).

7.2.1 Beleidsmaatregelen

Wat is er bekend over de effectiviteit van beleidsmaatregelen?

Er zijn geen reviews gevonden over effectieve beleidsmaatregelen betreffende het voorkómen van drugsgebruik en/of het beperken van de risico's van drugsgebruik onder volwassenen.

Er is onvoldoende wetenschappelijk bewijs dat het drugsbeleid via preventieve maatregelen in staat is het aantal drugsgebruikers of het aantal drugsverslaafden te reduceren. Het Nederlandse drugsbeleid is dankzij een uitgebreid harm reduction aanbod wel succesvol in het terugdringen van de schadelijke gevolgen van het drugsgebruik.

Wat zijn lacunes ten aanzien van beleidsmaatregelen?

- Er is in Nederland meer onderzoek nodig naar de effectiviteit van beleidsmaatregelen op het gebied van de preventie van drugsgebruik.
- Daarnaast kan het onderzoek over wetgeving en uitvoering van het drugsbeleid in de praktijk uitgebreider.

Wat zijn implementatievragen rondom beleidsmaatregelen?

- Het veranderen van beleid brengt vooral implementatievraagstukken met zich mee wat betreft internationale (Europese) afstemming. Daarnaast moeten beleidsmaatregelen gericht op de preventie van drugsgebruik ook landelijk worden afgestemd. Er is maatwerk nodig op lokaal niveau, dat binnen landelijke kaders moet plaatsvinden.

7.2.2 Interventies gericht op de preventie van drugsgebruik

Wat is er bekend over de effectiviteit van interventies gericht op de preventie van drugsgebruik in verschillende settings?

Voorlichtingsprogramma's: deze hebben wel effect op de kennis ten aanzien van drugs, maar leiden niet tot gedragsverandering. Massamediale campagnes kunnen mogelijk wel het effect van projecten binnen andere settings versterken.

Speekseltesten om drugsgebruik bij bestuurders aan te tonen: de methode is gericht op het terugdringen van het aantal verkeersdeelnemers dat onder invloed is van drugs en daarmee op het verbeteren van de verkeersveiligheid. Hoewel de betrouwbaarheid van deze testen tot op heden nog niet duidelijk wetenschappelijk is aangetoond, is de methode wel veelbelovend.

Cannabispreventie in coffeeshop: coffeshops zijn verplicht om voorlichting te geven bij de verkoop van cannabis en de leidinggevende van een coffeshop moet kennis en inzicht in verslaving kunnen aantonen. Er is nog geen effectonderzoek uitgevoerd naar de voorlichting door coffeshop personeel op het cannabisgebruik van coffeshop bezoekers.

Drugspreventie in uitgaansgelegenheden: peereducatieprojecten voor uitgaanders vinden plaats in de uitgaansomgeving en laten wisselende resultaten zien. Meestal worden alleen effecten gevonden op kennis en gedragsintentie. In Nederland zijn meerdere interventies in de uitgaanssetting beschikbaar, maar ze zijn nog niet onderzocht op effectiviteit.

E-health: het gaat om interventies die worden aangeboden via internet en die zich goed lenen voor geïndiceerde preventie door de laagdrempeligheid van het aanbod. De methode is veelbelovend omdat groepen worden bereikt die normaliter uit de gezondheidszorg wegblijven. Een nadeel is dat de uitval relatief hoog is. De effectiviteit van deze interventies is nog onvoldoende onderzocht.

Interventies voor verslaafde justitiabelen: deze zijn gericht op het verminderen van het verslavingsgedrag om recidive van crimineel gedrag te voorkomen. In Nederland zijn leefstijltrainingen geïmplementeerd, waarvan de effectiviteit is aangetoond.

Wat zijn lacunes ten aanzien van de preventie van drugsgebruik in verschillende settings?

- De betrouwbaarheid van speekseltesten, waarmee kan worden aangetoond of mensen onder invloed van alcohol aan het verkeer deelnemen, is nog onvoldoende. De ministeries van Verkeer en Waterstaat en Justitie zijn bezig met het ontwikkelen van speekseltesten.

- Er is te weinig kennis over de effectiviteit van interventies gericht op de preventie van drugsgebruik vanuit coffeeshops, in uitgaansgelegenheden en interventies die worden aangeboden via internet.

Wat zijn implementatievragen rondom de preventie van drugsgebruik in verschillende settings?

- Een belangrijke belemmering voor de implementatie van drugspreventie op de werkplek is dat het gaat om een gevoelig onderwerp, waarover mensen niet graag praten met hun werkgever uit angst voor negatieve consequenties voor hun baan. Een belangrijke vraag is, of er ondanks deze belemmering toch drugspreventie op de werkplek kan worden toegepast.
- Een implementatievraagstuk dat samenhangt met het invoeren van beleidsmaatregelen gericht op het voorkomen van deelname aan het verkeer onder invloed van middelen is dat aanpassing van beleid samen moet gaan met handhaving van de nieuwe regels.

7.2.3 Overige aanbevelingen over de preventie van drugsgebruik

- Er is behoefte aan een goede methode voor het meten van de effecten van drugsbeleid.
- Er is in algemene zin meer kennis nodig over effectieve interventies gericht op het voorkomen van drugsgebruik.
- Een mogelijke aandachtsgroep voor drugsgebruik zijn jonge werknemers. Mogelijk zouden voor hen interventies op de werkvloer (screening en motiverende gespreksvoering en e-health interventies) ontwikkeld en geïmplementeerd kunnen worden. Screening op de werkvloer kan echter pas plaatsvinden als er een goed instrument ontwikkeld is. Hiervoor kunnen de ontwikkelingen met speekseltesten in het verkeer afgewacht worden, maar het is ook denkbaar dat er een korte screeningslijst wordt ontwikkeld en ingezet.
- Er zijn geen interventies bekend specifiek voor studenten, voetbalsupporters en een subgroep van mannen die seks hebben met mannen. De omvang van deze doelgroepen is echter beperkt.
- Interventies op de werkvloer (zoals screening en motiverende gespreksvoering) voor kwetsbare beroepsgroepen (zoals artsen, horecapersoneel, mensen in de bouw, visserij en zeevaart) kunnen ontwikkeld worden.
- Er is onderzoek nodig of screening in de eerstelijnszorg ook mogelijk is voor drugsgebruik.
- Er is meer onderzoek nodig naar de mogelijkheden van preventie van drugsgebruik via internet.
- Er is meer onderzoek nodig naar de effectiviteit van bestaande interventies die toegepast worden voor allochtone groepen.
- Er is meer effectonderzoek nodig naar Nederlandse preventieve interventies gericht op frequente uitgaanders.
- Er is meer effectonderzoek nodig naar Nederlandse preventieve interventies gericht op coffeeshops.

- Er is meer effectonderzoek nodig naar het Nederlandse aanbod van preventieve interventies voor mensen met een lage SES.

7.3 Algemene implementatievraagstukken

In deze paragraaf bespreken we een aantal algemene vraagstukken rondom de implementatie van interventies en beleid gericht op de preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik die tijdens de expertmeeting naar voren werden gebracht.

Gebrek aan maatschappelijk draagvlak voor aanpak alcoholprobleem

- Politici hebben mogelijk weinig interesse in het op de agenda zetten van het onderwerp ‘alcoholgebruik’, aangezien alcoholgebruik een maatschappelijk geaccepteerd verschijnsel is, dus ook bij henzelf. Mede hierdoor is er weinig maatschappelijk draagvlak voor het onderwerp.

Afstemming van beleid op landelijk en gemeentelijk niveau kan beter

- De rijksoverheid wil vaak een globaal landelijk beleid en daarbinnen gemeenten de vrijheid geven op lokaal niveau extra maatregelen te nemen, terwijl gemeenten het juist andersom willen, namelijk strenge landelijke verboden met voor gemeenten ontheffingsmogelijkheden.
- De landelijke overheid delegeert het beleid naar gemeenten, maar levert niet altijd budget daarbij.
- Ook regionale afstemming van beleid is een probleem, vooral in grensgebieden waar ook nog een internationale afstemming van belang is.

Gemeenten kunnen zich pro-actiever en professioneler opstellen

- Er bestaat soms een kloof tussen gemeenten en instellingen, omdat gemeenten niet altijd goed in beeld hebben wat er zich bij de instellingen afspeelt.
- Bij gemeenten kan de bestaande kennis op het terrein van de preventie van alcoholgebruik en drugsgebruik beter worden benut, zowel kennis binnen de gemeenten als daarbuiten, bijvoorbeeld op het terrein van effectieve interventies.

Er zijn meerdere implementatieproblemen in de eerstelijnszorg

- In de eerstelijnszorg loopt het soms spaak op verwijzing, dat wil zeggen dat er niet altijd aansluiting is vanuit de eerste lijn naar ondersteuning in de praktijk.
- Niet iedereen in de eerstelijnszorg is bevoegd om een diagnose te stellen op het gebied van alcoholmisbruik. Dit geldt bijvoorbeeld voor thuiszorgmedewerkers; ze kunnen echter wel getraind worden om te alcoholproblemen te signaleren.

Het imago van de verslavingszorg kan beter

Aan de marketing van de verslavingszorg ontbreekt het een en ander. Het imago van verslavingszorginstellingen is niet zo goed bij de algemene bevolking; de verslavingszorg kan zichzelf beter verkopen.

7.4 Prioritering van aanbevelingen en implementatievraagstukken

Bovenstaand overzicht van lacunes, implementatievraagstukken en aanbevelingen is tijdens de expertmeeting opgesteld en voorgelegd aan de deelnemers. Na een uitgebreide bespreking van deze punten gaf elke deelnemer aan, welke twee vraagstukken prioriteit moeten krijgen in de komende jaren. Hieruit kwamen zowel prioriteiten op het terrein van bepaalde settings als doelgroepen naar voren, evenals randvoorwaarden voor preventie.

Prioriteiten binnen bepaalde settings

- Implementatie van vroegsignalering in de eerstelijnszorg⁷
Bij voorkeur in samenwerking met GGZ preventie en niet alleen gericht op alcohol of drugs⁸
- Inzetten op de setting werk: effectieve interventies ontwikkelen en testen

Prioriteiten gericht op bepaalde doelgroepen

- Aandacht voor senioren in alle settings (werk, verkeer, eerstelijnszorg)
- Aandacht voor de groep die werkzaam is in sociale werkvoorzieningen en die veel middelen gebruikt
- Meer inzetten op aandacht voor LVG binnen de verslavingszorg en op verslaving binnen de zorg voor LVG-ers

Prioriteiten gericht op randvoorwaarden voor preventie

- Zorgen dat de verschillende onderdelen van de preventieketen goed op elkaar aansluiten
- Meer aandacht voor betere handhaving van beleidsmaatregelen

Overige prioriteiten

- Extra prijsmaatregelen inzetten voor alcohol (bijvoorbeeld minimumprijs verhogen en evenementenbier schenken)

⁷ Deze prioriteit werd door zes van de negen deelnemers genoemd; de overige prioriteiten, werden door één of twee deelnemers genoemd

⁸ Deze toevoeging werd door één deelnemer genoemd

Literatuur

- Adviescommissie Drugsbeleid (2009). *Geen deuren maar daden*.
- Amelink, M. (2005). *Volksgesondheid en verkeersveiligheid. Een omgevingsverkenning*. Leidschendam: SWOV.
- American Geriatrics Society (2003). Clinical guidelines for alcohol use disorders in older adults. <http://www.americangeriatrics.org/products/positionpapers/alcohol.shtml>
- Anderson, P., & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe: a public health perspective*. London: Institute of Alcohol Studies.
- Anderson, P., Chisholm, D., & Fuhr, D. C. (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*, 373(9682), 2234-2246.
- Anderson, P., Laurant, M., Kaner, E., Wensing, M., & Grol, R. (2004). Engaging general practitioners in the management of hazardous and harmful alcohol consumption. Results of a meta-analysis. *J Stud Alcohol*, 65(2), 191-199.
- Arendshorst, D. (2001). *Het stappenplan sterke drank, zwak werk* Woerden: Centrum GBW.
- Baas, I., Bakker, B., & Knoops, L. (2010). *Onderzoeksrapport MSM. Middelengebruik en risicogedrag*. Amsterdam: Mainline/Schorer.
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., et al. (2003). *Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy* Oxford: Oxford University Press.
- Baer, J. S., Sampson, P. D., Barr, H. M., Connor, P. D., & Streissguth, A. P. (2003). A 21-year longitudinal analysis of the effects of prenatal alcohol exposure on young adult drinking. *Archives of general psychiatry*, 60(4), 377-385.
- Belastingdienst/Douane (2010). Tarievenlijst accijns en verbruiksbelastingen Retrieved 15 juli 2010, from http://download.belastingdienst.nl/douane/docs/tarievenlijst_acc0552z51pl.pdf
- Benschop, A., Nabben, T., & Korf, D. (2009). *Antenne 2008: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
- Bien, T., Miller, W., & Tonigan, J. (1993). Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*, 90(8), 1118-1121.
- Biesma, S., Beelen, A., Hofman, M., Nijkamp, R., Schaap, F., & Bieleman, B. (2009). *Inventarisatie problematische harddruggebruikers: Eindhoven, Enschede, Groningen, Heerlen en Utrecht*. Groningen-Rotterdam: Intraval.
- Bleeker, A., Sillins, E., Dillon, P., Simpson, M., Copeland, J., & Hickey, K. (2009). *The feasibility of peer-led interventions to deliver health information to ecstasy and related drug (ERDs) users*. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales.
- Blomberg, R. D., Peck, R. C., Moskowitz, H., Burns, M., & Fiorentino, D. (2005). *Crash risk of alcohol involved driving: A case-control study*. Stamford: Dunlap and Associates, Inc.
- Bogaerts, S., Spapens, A. C., & Bruinsma, M. Y. (2003). *De bal of de man? Profielen van verdachten van voetbal gerelateerde geweldscriminaliteit*. Tilburg: IVA.
- Boon, B., Risselada, A., Huiberts, A., & Smit, F. (In druk). Reduced alcohol consumption in male adults due to a one time computer tailored advice: a randomized controlled trial. *Addiction*.
- Busch, M., Kuunders, M., & Schoemaker, C. G. (2010). Wat wordt beoogd met preventie gericht op alcoholgebruik? Bilthoven: RIVM. *Volksgesondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl/preventie/gericht-op-gezondheidsdeterminanten/preventie-gericht-op-leefstijl/alcohol/doel/> Retrieved 19 juni, 2006
- Buster, M., Witteveen, E., & Tang, M. J. (2009). *Schatting problematische druggebruikers in Amsterdam*. Amsterdam: GGD Amsterdam.
- Campbell, C. A., Hahn, R. A., Elder, R., Brewer, R., Chattopadhyay, S., Fielding, J., et al. (2009). The effectiveness of limiting alcohol outlet density as a means of reducing excessive alcohol consumption and alcohol-related harms. *Am J Prev Med*, 37(6), 556-569.
- Carpenter-Hyland, E. P., & Chandler, L. J. (2007). Adaptive plasticity of NMDA receptors and dendritic spines: implications for enhanced vulnerability of the adolescent brain to alcohol addiction. *Pharmacol Biochem Behav*, 86(2), 200-208.
- Caspi, A., Moffitt, T. E., Cannon, M., McClay, J., Murray, R., Harrington, H., et al. (2005). Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in

- the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene X environment interaction. *Biol Psychiatry*, 57(10), 1117-1127.
- CBS (2007). *Permanent Onderzoek Leefsituatie, gezondheid en welzijn, 2007 (POLS)*. Voorburg/Heerlen: CBS.
- CBS (2009a). *Statline: gezondheid en welzijn: zelfgerapporteerde leefstijl: gebruik alcoholhoudende dranken (12+): drinkt nooit alcohol*. Voorburg/Heerlen: CBS.
- CBS (2009b). *Statline: gezondheid en welzijn: zelfgerapporteerde leefstijl: gebruik alcoholhoudende dranken (12+): zware drinker*. Voorburg/Heerlen: CBS.
- CBS (2010). *Statline: Doodsoorzakenstatistiek*. Voorburg/Heerlen: CBS.
<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=7233&HD=100416-1412&HDR=T&STB=G1,G2,G3> (retrieved on 16 april 2010).
- CIV (2009). *Jaarverslag 2007-2008*. Utrecht: CIV.
- Consument & Veiligheid (2010). *Letsel Informatie Systeem (LIS)*.
- Cook, R. F. (2003). Drug Abuse Prevention in the Workplace. In Z. Sloboda & W. J. Bukoski (Eds.), *Handbook of Drug Abuse Prevention: Theory, Science, and Practice*. New York: Kluwer Academic Publishers.
- Coumans, A. M. (2005). *Survival on the fringes of society. Marginalisation of and hardening among chronic heroin users*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Crawford, M. J., Patton, R., Touquet, R., Drummond, C., Byford, S., Barrett, B., et al. (2004). Screening and referral for brief intervention of alcohol-misusing patients in an emergency department: a pragmatic randomised controlled trial. *Lancet*, 364(9442), 1334-1339.
- Croes, E., & Van Gageldonk, A. (2009). Preventie en harm reduction. In M. Van Laar & M. Van Ooyen-Houben (Eds.), *Evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid*. Utrecht/Den Haag: Trimbos-instituut/WODC.
- Cruts, A. A. N., & Van Laar, M. W. (2010). *Aantal problematische harddruggebruikers in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Cuijpers, P. (2003). Three decades of drug prevention research. *Drugs: education, prevention & policy*, 10(1), 7-20.
- Cuijpers, P. (2009). Preventie. In I. Franken & W. Van den Brink (Eds.), *Handboek Verslaving*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Cuijpers, P., Scholten, M., & Conijn, B. (2006). *Verslavingspreventie. Een overzichtsstudie*. Den Haag: ZonMW.
- Daepfen, J. B., Gaume, J., Bady, P., Yersin, B., Calmes, J. M., Givel, J. C., et al. (2007). Brief alcohol intervention and alcohol assessment do not influence alcohol use in injured patients treated in the emergency department: a randomized controlled clinical trial. *Addiction*, 102(8), 1224-1233.
- De Boer, I. M., Op de Coul, E., Koedijk, F. D. H., Van Veen, M. G., & Van de Laar, M. J. W. (2006). *HIV and sexually transmitted infections in the Netherlands in 2005*. Bilthoven: RIVM.
- De Graaf, R., Ten Have, M., & Van Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: Nemesis-2: opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- De Jong, C., Dam, I., & De Haan, H. (2009). De verslaafde dokter. *Medisch contact*, 64(7), 284-287.
- De Jong, M., Poelmans, I., Diemers, J., & Ernst, M. (2009). *Tendens 2009: alcohol- en drugsgebruik bij jongeren en jongvolwassenen in Gelderland*. Arnhem: IrisZorg.
- De Win, M. M. L., Reneman, L., Vlieger, E. J. P., Olabarriaga, S. D., Lavini, C., Jager, G., et al. (2005). *A prospective cohort study on sustained effects of low-dose ecstasy use on the brain in new ecstasy users*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Dijkshoorn, H. (2002). *Ongezonde leefgewoonten in Amsterdam*. Amsterdam: GG&GD/EDG.
- Dotinga, A. (2005). *Drinking in a dry culture. Alcohol use among second-generation Turks and Moroccans: Measurements and results*. Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam.
- DRUID (2010). http://www.druid-project.eu/clin_007/nn_107544/Druid/EN/work-packages/3-enforcement/enforcement-node.html?nnn=true Retrieved 1 juli 2010
- Drummer, O. H. (2006). Drug Testing in Oral Fluid. *The Clinical Biochemist Reviews*, 27(3), 147-159.
- Dufour, M., & Fuller, R. K. (1995). Alcohol in the elderly. *Annu Rev Med*, 46, 123-132.
- Engels, R. C., Hermans, R., van Baaren, R. B., Hollenstein, T., & Bot, S. M. (2009). Alcohol portrayal on television affects actual drinking behaviour. *Alcohol Alcohol*, 44(3), 244-249.

- Fink, A., Elliott, M. N., Tsai, M., & Beck, J. C. (2005). An evaluation of an intervention to assist primary care physicians in screening and educating older patients who use alcohol. *J Am Geriatr Soc*, 53(11), 1937-1943.
- Fleming, M. F., Mundt, M.P., French, M.T., Manwell, L.B., Stauffacher, E.A., & Barry, K.L. (2002). Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 26(1), 36-43.
- Fleming, M. F. (2003). Screening for at-risk, problem and dependent alcohol use. In R. K. Hester, Miller, W. R. (Ed.), *Handbook of alcoholism treatment approaches* (pp. 301). Boston: Pearson Education.
- Franken, I., & Van den Brink, W. (2009). *Handboek verslaving*. Zoetermeer: De Tijdstroom.
- Ganpat, S. (2007). Huiselijk geweld en middelengebruik. *Verslaving*, 3(1), 34-35.
- Gelooven, R. M. W. (1990). *Drinksituaties en drinkgedrag: Alcoholgebruik in het dagelijks leven*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Gemeente Den Haag (2002). *Gezondheidsmonitor 2002*. Den Haag: Gemeente Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn.
- Gemeente Den Haag (2010). <http://www.frisseblikopalcohol.nl/home/deelcampagne-sport> Retrieved 11 juli 2010
- Geurtsen, M., & Van de Glind, G. (2009). *Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van Alcohol*. Utrecht: Trimbos-instituut/CBO.
- Gezondheidsraad (1995). *Het voorschrijven van heroïne aan verslaafden aan heroïne*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Gezondheidsraad (2005). *Risico's van alcoholgebruik bij conceptie, zwangerschap en borstvoeding*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Gezondheidsraad (2006). *Plan de campagne. Bevordering van gezond gedrag door massamediale voorlichting*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Graham, K., & Homel, R. (2008). *Raising the bar: preventing aggression in and around bars, pubs and clubs*. Collompton: Willan Publishing.
- Graham, K., Osgood, D. W., Zibrowski, E., Purcell, J., Gliksman, L., Leonard, K., et al. (2004). The effect of the Safer Bars programme on physical aggression in bars: results of a randomized controlled trial. *Drug & Alcohol Review*, 23(1), 31-41.
- Griens, A. M. G. F., Tinke, J. L., & Van der Vaart, R. J. (2007). *Data en feiten 2007*. Den Haag: Stichting Farmaceutische Kengetallen.
- Grund, J. P., Reinerie, P., Smits, M., & Albert, G. (2007). Uitgaan en genotmiddelengebruik in Den Haag: gegevens over 2006-2007 uit de panelstudie. *Epidemiologisch Bulletin*, 42(4), 2-10.
- Guterman, N. B. (1999). Enrollment strategies in early home visitation to prevent physical child abuse and neglect and the "universal versus targeted" debate: a meta-analysis of population-based and screening-based programs. *Child Abuse Negl*, 23(9), 863-890.
- Havard, A., Shakeshaft, A., & Sanson-Fisher, R. (2008). Systematic review and meta-analyses of strategies targeting alcohol problems in emergency departments: interventions reduce alcohol-related injuries. *Addiction*, 103(3), 368-376.
- Henquet, C., Krabbendam, L., Spauwen, J., Kaplan, C., Lieb, R., Wittchen, H. U., et al. (2005). Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people. *Bmj*, 330(7481), 11.
- Hester, R. K., Miller, W. R. (2003). *Handbook of alcoholism treatment approaches*. Boston: Pearson education.
- Holder, H. D., & Wagenaar, A. C. (1994). Mandated server training and reduced alcohol-involved traffic crashes: A time series analysis of the Oregon experience. *Accident Analysis & Prevention*, 26, 89-97.
- Huiberts, A., & Boon, B. (2003). Wat u drinkt, test u zelf. Eén jaar alcoholadvies-op-maat via internet. *Vakblad voor Gezondheid en Maatschappij*, 6, 28-29.
- IVZ (2009). *LADIS nieuwsflits kerncijfers 2008: hulpvraag in Nederland*. Houten: Stichting IVZ.
- Kadden, R., Carroll, K., Donovan, D., Cooney, N., Monti, P., & Abrams, D. (1992). *Cognitive behavioral copings skills therapy manual (Project MATCH Monograph Series No. 3)*. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

- Kaner, E., Beyer, F., Dickinson, H., Pienaar, E., Campbell, F., Schlesinger, C., et al. (2007). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, DC004148(2).
- Kaner, E. F., Dickinson, H. O., Beyer, F., Pienaar, E., Schlesinger, C., Campbell, F., et al. (2009). The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: A systematic review. *Drug Alcohol Rev*, 28(3), 301-323.
- Keizer, H., & Ter Braak, L. (2009). Preventie. In R. Rutten, C. Loth & A. Hulshoff (Eds.), *Verslaving. Handboek voor zorg, begeleiding en preventie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Ker, K., & Chinnock, P. (2006). Interventions in the alcohol server settings for preventing injuries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 19(2), CD005244.
- Kerssemakers, R., Meersten, R. van, Noorlander, E., & Vervaeke, H. (2008). *Drugs en Alcohol. Gebruik, misbruik en verslaving*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Koedijk, F. D. H., Vriend, H. J., Van Veen, M. G., Op de Coul, E. L. M., Van den Broek, I. V. F., Van Sighem, A. I., et al. (2009). *Sexually transmitted infections, including HIV, in the Netherlands in 2008*. Bilthoven: RIVM.
- Korf, D. J., Nabben, T., & Benschop, A. (2004). *Antenne 2003: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
- KPMG (2001). *Kosten en baten van alcoholzorg en -preventie*. Hoofddorp: KPMG.
- Krooshof, T., Kiewik, M., & Van der Nagel, J. E. L. (2009). *Middelenproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking. Een inventarisatie in Nederland*. Enschede: Universiteit Twente.
- Kuijten, C. (2009). *Evaluatie Pilot drugs en verkeer 24-10-2008 - 23-01-2009*.
- Kuunders, M. (2009). Vormen van schadelijk alcoholgebruik en hoeveel het voorkomt. Bilthoven: RIVM. *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. <http://www.nationaalkompas.nl> Factoren die van invloed zijn op de gezondheid\leefstijl\alcoholgebruik Retrieved 14 augustus, 2009
- Kuunders, M., & Van Laar, M. (2009). Wat zijn de mogelijke oorzaken van alcoholgebruik? Bilthoven: RIVM. *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. <http://www.nationaalkompas.nl> Gezondheidsdeterminanten\ Leefstijl\ Alcoholgebruik Retrieved 30 maart, 2009
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen (2009). *Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Trimbos-instituut.
- Leger des Heils & SVG Verslavingsreclassering & Reclassering Nederland (2010). *Menukaart Gedragstrainingen 2010*.
- Lemmens, P., & Knibbe, R. (2009). De rol van de maatschappij. In I. Franken & W. Van den Brink (Eds.), *Handboek verslaving*. Zoetermeer: De Tijdstroom.
- Lemmers, L., & Riper, H. (2007). *Probleemdrinken aangepakt! Actieplan van het Partnership Vroegsignalering Alcohol*. Utrecht: Partnership Vroegsignalering Alcohol.
- Loketgezondleven.nl (2010). Nieuwe handleiding Gezonde Gemeente Retrieved 30 juni 2010, from <http://www.loketgezondleven.nl/centrum-gezond-leven/monitoren-vraag-en-aanbod/handleiding/>
- Longabaugh, R., Woolard, R. E., Nirenberg, T. D., Minugh, A. P., Becker, B., Clifford, P. R., et al. (2001). Evaluating the effects of a brief motivational intervention for injured drinkers in the emergency department. *J Stud Alcohol*, 62(6), 806-816.
- Maalsté, N. (2000). *Ad Fundum! Een blik in de gevarieerde drinkcultuur van het Nederlandse studentenleven*. Utrecht: CVO.
- Mathijssen, R., & Houwing, S. (2005). *The prevalence and relative risk of drink and drug driving in the Netherlands: a case-control study in the Tilburg police district*. Leidschendam: SWOV.
- McQueen, J., Howe, T. E., Allan, L., & Mains, D. (2009). Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. *Cochrane Database Syst Rev*(3), CD005191.
- Meerkerk, G.-J., Van Rooij, A., Amadmoestar, S. S., & Schoenmakers, T. (2009). *Nieuwe verslavingen in zicht Een inventariserend onderzoek naar aard en omvang van 'nieuwe verslavingen' in Nederland*. Rotterdam: IVO.
- Meier, P., Purshouse, R. C., & Brennan, A. (2010). Policy options for alcohol price regulation: the importance of modelling population heterogeneity. *Addiction*, 105(3), 383-393.
- Meijer, S. A., Smit, F., Schoemaker, C. G., & Cuijpers, P. (2006). *Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen*. Bilthoven: RIVM.

- Ministerie van BZK (2010). *Handleiding ketenbeleid*. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.
- Ministerie van Justitie & Ministerie van BZK (2007). *Veiligheid begint bij voorkomen. Voortbouwen aan een veiliger samenleving*. Den Haag: Ministerie van Justitie/Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.
- Ministerie van Verkeer en Waterstaat (2008). *Rijden onder invloed in Nederland in 1999-2007: Ontwikkeling van alcoholgebruik van automobilisten in weekendnachten*. Delft: Ministerie van Verkeer en Waterstaat.
- Ministerie van VWS (2006). *Preventienota Kiezen voor gezond leven 2007-2010*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ministerie van VWS (2007). *Hoofdpijnenbrief Alcoholbeleid*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ministerie van VWS (2009a). *Hoofdpijnenbrief Drugsbeleid*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ministerie van VWS (2009b). *Wijziging Drank- en Horecawet. Memorie van toelichting*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ministerie van V&W (2010). *Maatregelen rijden onder invloed* Retrieved 15 juli 2010, from <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/rijden-onder-invloed-van-alcohol-en-drugs/maatregelen-rijden-onder-invl>
- Ministerie van VWS (2010). *Resultaten pilot decentralisatie toezicht Drank- en Horecawet*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Moser, M. S., & Purssell, R. A. (2000). Gamma-hydroxybutyrate overdose and coma: a case report. *Cjem*, 2(3), 203-205.
- Moyer, A., Finney, J. W., Swearingen, C. E., & Vergun, P. (2002). Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*, 97(3), 279-292.
- Mundt, M. P., French, M. T., Roebuck, M. C., Manwell, L. B., & Barry, K. L. (2005). Brief physician advice for problem drinking among older adults: an economic analysis of costs and benefits. *J Stud Alcohol*, 66(3), 389-394.
- Nabben, T., Koet, S., & Korf, D. J. (2007). *NL. Trendwatch: gebruikersmarkt uitgaansdrugs in Nederland, 2006-2007*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
- Nabben, T., Koet, S., & Korf, D. J. (2008). *Antenne 2007: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
- Nilsen, P., Aalto, M., Bendtsen, P., & Seppa, K. (2006). Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary healthcare. A systematic review. *Scand J Prim Health Care*, 24(1), 5-15.
- NOC*NSF (2001). *Model bestuursreglement 'alcohol in sportkantines'*. Dieren: Drukkerij De Rijn.
- Olds, D., Hill, P. L., Mihalic, S. F., & O'Brien, R. (2001). *Nurse-Family Partnership*. Boulder: Institute of Behavioral Science, Regents University of Colorado.
- Oliemeulen, L., Van den Eijnden, R., Van Ooyen-Houben, M. M. J., & Van de Mheen, D. (2009). Problematisch middelengebruik onder Nederlandse gedetineerden. *Verslaving. Tijdschrift over verslavingsproblematiek*, 5(2), 3-18.
- Openbaar Ministerie (2010). http://www.om.nl/organisatie/beleidsregels/overzicht/drugs/@151408/aanwijzing_opiumwet/ Retrieved 16 juli 2010
- Ouwehand, A. W., Kuijpers, W. G. T., Mol, A., Wisselink, D. J., & Van Delden, E. B. (2010). *Gegevensverstrekking uit LADIS 2008 aan het Trimbos-instituut voor de actualisering van de schatting van het aantal problematische harddruggebruikers (interne publicatie)*. Houten: IVZ.
- Ouwehand, A. W., Kuijpers, W. G. T., Wisselink, D. J., & Van Delden, E. B. (2009). *Kerncijfers Verslavingszorg 2007: tabellenboek: Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS)*. Houten: IVZ.
- Partnership Vroegsignalering Alcohol (2009). *Activiteiten Werkgroep Eerste Lijn* Available from <http://www.vroegsignaleringalcohol.nl/werkgroepen/werkgroep-eerste-lijn/activiteiten>
- Pennings, E. J. M., Eilering, J. B. G., & De Wolff, F. A. (2004). *Langetermijneffecten van XTC*. Leiden: LUMC.

- Peters, G. J., Kok, G., & Schaalma, H. P. (2008). Careers in ecstasy use: do ecstasy users cease of their own accord? Implications for intervention development. *BMC Public Health*, 8, 376.
- Proper, K. I., Bakker, I., Van Overbeek, K., Bergstra, B., Verheijden, M. W., Hopman-Rock, M., et al. (2005). *Naar een gericht BRAVO beleid door bedrijfsartsen*. Amsterdam: Body@Work / TNO / Vumc.
- Purshouse, R. C., Meier, P., Brennan, A., Taylor, K. B., & Rafia, R. (2010). Estimated effect on alcohol pricing policies on health and health economic outcomes in England: an epidemiological model. *Lancet*, 375(9723), 1355-1364.
- Quo Fadis (2009). Stand van zaken genotmiddelengebruik in Fryslân samengesteld door Quo Fadis (Qua uitvoering Onderzoeksmatig Fries Alcohol en Drugs Informatie Systeem). *Feitenblad genotmiddelen*, 11, 1-4.
- Rabinovich, L., Brutscher, P.-B., De Vries, H., Tiessen, J., Clift, J., & Reding, A. (2009). *The affordability of alcoholic beverages in the European Union. Understanding the link between alcohol affordability, consumption and harms*. Santa Monica: RAND Corporation.
- Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y., & Patra, J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*, 373(9682), 2223-2233.
- Rigter, H., Van Laar, M., & Rigter, S. (2003). *Cannabis: feiten en cijfers 2003: achtergrondstudie Nationale Drugmonitor NDM*. Utrecht: Bureau NDM.
- Riper, H., Kramer, J., Conijn, B., Smit, F., Schippers, G., & Cuijpers, P. (2009b). Translating effective web-based self-help for problem drinking into the real world. *Alcohol Clin Exp Res*, 33(8), 1401-1408.
- Riper, H., Kramer, J., Smit, F., Conijn, B., Schippers, G., & Cuijpers, P. (2008). Web-based self-help for problem drinkers: a pragmatic randomized trial. *Addiction*, 103(2), 218-227.
- Riper, H., van Straten, A., Keuken, M., Smit, F., Schippers, G., & Cuijpers, P. (2009a). Curbing problem drinking with personalized-feedback interventions: a meta-analysis. *Am J Prev Med*, 36(3), 247-255.
- Risselada, A., Kleinjan, M., & Van de Mheen, D. (2010). Veilig drinken op leeftijd. Lesmodule voor huisartsen gericht op signalering, behandeling en doorverwijzing van alcoholproblematiek bij ouderen. *Verslaving. Tijdschrift over verslavingsproblematiek*, 6, 15-30.
- Risselada, A., & Schoenmakers, T. (2010). *Vroegsignalering, behandeling en verwijzing van problematische drinkers in de Rotterdamse huisartspraktijk. Evaluatie van een pilotproject*. Rotterdam: IVO.
- Risselada, A., Schoenmakers, T., & Wits, E. (2008). *De derde helft? Alcoholgebruik van jongeren op sportverenigingen*. Rotterdam: IVO.
- RIVM (2008). *Risicoschatting cannabis 2008*. Bilthoven: RIVM.
- Rodenburg, G., Spijkerman, R., Van den Eijnden, R., & Van de Mheen, D. (2007). *Nationaal Prevalentie Onderzoek Middelengebruik 2005*. Rotterdam: IVO.
- Room, R., Babor, T., & Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *Lancet*, 365(9458), 519-530.
- Rutten, R., Loth, C., & Hulshoff, A. (2009). *Verslaving. Handboek voor zorg, begeleiding en preventie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Schellekens, A. (2009). Genetica. In I. Franken & W. Van den Brink (Eds.), *Handboek Verslaving*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Schoenmakers, T. M., Baars, J., & Van de Mheen, D. (2009a). *Schatting van het aantal problematisch harddruggebruikers in Rotterdam voor 2008*. Rotterdam: IVO.
- Schoenmakers, T. M., Baars, J., & Van de Mheen, D. (2009b). *Schatting van het aantal problematisch harddruggebruikers in Den Haag voor 2008*. Rotterdam: IVO.
- Schuit, J., Van Loon, J. M., Tijhuis, M., & Ocké, M. C. (2002). Clustering of Lifestyle Risk Factors in a General Adult Population *Preventive Medicine*, 35(3), 219-224.
- Schutten, M., Van den Eijnden, R., & Knibbe, R. A. (2003). *Alcohol en werk. Een onderzoek naar alcoholgebruik onder de werkende beroepsbevolking*. Rotterdam/ Den Haag: IVO/ Ministerie van VWS en Ministerie van SoZaWe.
- Sim, M. G., Hulse, G., & Khong, E. (2004). Alcohol and other drug use in later life. *Australian Family Physician*, 33(10), 820-824.
- Sinha, R. (2001). How does stress increase risk of drug abuse and relapse? *Psychopharmacology (Berl)*, 158(4), 343-359.

- Smit, F., Bolier, L., & Cuijpers, P. (2003). Cannabisgebruik waarschijnlijk oorzakelijke factor bij het ontstaan van latere schizofrenie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 147(44), 2178-2183.
- Snoek, A., Wits, E., & Van der Stel, J. (2010). *Kwetsbare groepen jeugdigen en (problematisch) middelengebruik: visie en interventiematrix*. Rotterdam: IVO.
- STAP (2005). *Factsheet Alcohol & Zwangerschap. Samenvatting van recente literatuur over de gevolgen van alcoholgebruik bij zwangerschap en borstvoeding*. Utrecht: STAP.
- STAP (2008). *Factsheet Sluitingstijdenbeleid*. Utrecht: STAP.
- Stuart, G. L., O'Farrell, T. J., & Temple, J. R. (2009). Review of the association between treatment for substance misuse and reductions in intimate partner violence. *Subst Use Misuse*, 44(9-10), 1298-1317.
- Sweet, M. A., & Appelbaum, M. I. (2004). Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Dev*, 75(5), 1435-1456.
- Temple, J. R., Stuart, G. L., & O'Farrell, T. J. (2009). Prevention of intimate partner violence in substance-using populations. *Subst Use Misuse*, 44(9-10), 1318-1328.
- Trimbos-instituut (2009). *Factsheet GHB*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Trimbos-instituut (2010). LVG volwassenen en middelengebruik Retrieved 30 juni 2010, from <http://www.trimbos.nl/projecten-en-onderzoek/projecten/61/9/61-905-lvg-volwassenen-en-middelengebruik>
- Tweede Kamer (2009). *Kamerstukken, vergaderjaar 2008-2009, 32 022, nr 3*.
- Tweede Kamer (2010). *Kamerstukken II, 2009-2010, 28684, nr 253*.
- Valkenberg, H. (2009). *Ongevallen waar alcohol of drugs bij betrokken zijn*. Amsterdam: Stichting Consument en Veiligheid.
- Van Amsterdam, J. G. C., Opperhuizen, A., Koeter, M. W. J., Aerts, L. A. G. J. M., & Van den Brink, W. (2009). *Ranking van drugs. Een vergelijking van de schadelijkheid van drugs*. Bilthoven: RIVM.
- Van de Luitgaarden, J., & Knibbe, R. (2002). Schenker-trainingen: toepassing en effectiviteit. *Tijdschrift Alcohol, Drugs en Psychotrope Stoffen*, 25, 27-28.
- Van den Berg, M., & Schoemaker, C. G. (2010). *Effecten van preventie. Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter*. Bilthoven: RIVM.
- Van den Brink, W. (1999). Verslavingen. In A. d. Jong (Ed.), *Handboek psychiatrische epidemiologie* (pp. 214-258). Maarssen: Elsevier/de Tijdstroom.
- Van der Duin, L. (2006). *Databank Effectieve Jeugdinterventies. Beschrijving 'Voorzorg'*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- Van der Maas, E. (2006). *Factsheet alcohol en werk*. Woerden: NIGZ.
- Van der Poel, A., Doekhie, J., Verdurmen, J., Wouters, M., Korf, D., & Van Laar, M. (2010). *Feestmeter 2008-2009. Uitgaan en middelengebruik onder bezoekers van party's en festivals*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Van Dijck, D., & Knibbe, R. A. (2005). *De prevalentie van probleemdrinken in Nederland. Een algemeen bevolkingsonderzoek*. Maastricht: Universiteit van Maastricht.
- Van Hasselt, N. (2010). *Preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik onder jongeren*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Van Laar, M. (2007). Zijn er sociaal-demografische verschillen? Bilthoven: RIVM. *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. [http://www.nationaalkompas.nl/Gezondheid en ziekte\ Ziekten en aandoeningen\ Psychische stoornissen\ Afhankelijkheid van alcohol, drugs of andere middelen\ Afhankelijkheid van alcohol](http://www.nationaalkompas.nl/Gezondheid%20en%20ziekten/Ziekten%20en%20aandoeningen/Psychische%20stoornissen/Afhankelijkheid%20van%20alcohol,%20drugs%20of%20andere%20middelen/Afhankelijkheid%20van%20alcohol) Retrieved 11 december, 2007
- Van Laar, M., & Van Ooyen-Houben, M. (2009). *Evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid*. Utrecht/Den Haag: Trimbos-instituut/WODC.
- Van Laar, M. W. (2002). Wat is afhankelijkheid van drugs of andere middelen? . Bilthoven: RIVM, Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid.
- Van Laar, M. W. (2004). Wat is het beloop van afhankelijkheid? . Bilthoven: RIVM, Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid.
- Van Laar, M. W. (2006). Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van druggebruik? Bilthoven: RIVM, Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid.
- Van Laar, M. W., Cruts, A. A. N., Van Ooyen-Houben, M. M. J., Meijer, R. F., & Brunt, T. (2010). *Nationale Drugs Monitor Jaarbericht 2009*. Utrecht: Trimbos Instituut.

- Van Leiden, I., Arts, N., & Ferwerda, H. (2009). *Rellen om te rellen. Een studie naar grootschalige openbare-ordeverstoringen en notoire orde-verstoorders* (Vol. 25): P&W, Apeldoorn/Reed Business.
- Van Noorden, M. S., Van Dongen, L. C., Zitman, F. G., & Vergouwen, T. A. (2009). Gamma-hydroxybutyrate withdrawal syndrome: dangerous but not well-known. *General hospital psychiatry*, 31(4), 394-396.
- van Os, J., Bak, M., Hanssen, M., Bijl, R. V., De Graaf, R., & Verdoux, H. (2002). Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study. *Am J Epidemiol*, 156(4), 319-327.
- Van Sassenbroeck, D. K., De Neve, N., De Paepe, P., Belpaire, F. M., Verstraete, A. G., Calle, P. A., et al. (2007). Abrupt awakening phenomenon associated with gamma-hydroxybutyrate use: a case series. *Clin Toxicol (Phila)*, 45(5), 533-538.
- Van Veen, M. (2009). *Reguliere screening infectieziekten in de verslavingszorg: rapportage*. Bilthoven: RIVM.
- Verdurmen, J., Monshouwer, K., & Van Dorsselaer, S. (2003). *Bovenmatig drinken in Nederland: uitkomsten van de 'Netherlands mental health survey and incidence study' [Nemesis]*. Utrecht: Bureau NDM.
- Verdurmen, J., Van der Meulen, A., & Van Laar, M. (2004). Ontwikkelingen in alcoholgerelateerde sterfte in Nederland. *Bevolkingstrends*, 52, 32-39.
- Verweij, A., & Ledema, P. (2006a). Preventie op de werkplek. Wat is het aanbod? Bilthoven: RIVM. *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl/preventie/gericht-op-gezondheidsdeterminanten/preventie-gericht-op-leefstijl/alcohol/doel/> Retrieved 23 juni, 2006
- Verweij, A., & Ledema, P. (2006b). Preventie op de werkplek. Wat is het bereik? Bilthoven: RIVM. *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl/preventie/in-verschillende-settings/werkplek/wat-is-het-aanbod/> Retrieved 25 maart, 2006
- VWA (2007). *Handleiding lokaal alcoholbeleid*.
- Wallin, E., Norström, T., & Andreasson, S. (2003). Alcohol prevention targeting licensed premises: A study of effects on violence. *Journal of studies on alcohol*, 64, 270-277.
- Webb, G., Shakeshaft, A., Sanson-Fisher, R., & Havard, A. (2009). A systematic review of work-place interventions for alcohol-related problems. *Addiction*, 104(3), 365-377.
- Weingart, S. (2009). *Alcohol en ouderen in de verslavingszorg in Nederland (1998-2007)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Williams, A. F., McCartt, A.T., & Ferguson, S.A. (2007). Hardcore drinking drivers and other contributors to the alcohol-impaired driving problem: need for a comprehensive approach. *Traffic Injury Prevention*, 8(1), 1-10.
- World Health Organization Regional Office for Europe (2009). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Bijlage 1 Deelnemers expertmeeting

Expertmeeting kennissynthese preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik bij volwassenen, Utrecht, 8 juni 2010

mr.dr. Rob Bovens	Trimbos-instituut Hogeschool Windesheim	Senior wetenschappelijk medewerker implementatie & consultancy Lector verslavingspreventie
dr. Ton Drenthen	Nationaal Huisartsen Genootschap	Teamleider NHG-sectie Preventie & Patiëntenvoorlichting
drs. Debby van den Ende	IVO, Notulist	Onderzoeker IVO
drs. Sandra van Ginneken	Ministerie van VWS	Senior beleidsmedewerker
prof.dr. Ien van de Goor	Tranzo	hoogleraar effectiviteit individuele preventie
dr. Margriet van Laar	Trimbos-instituut	Programmahoofd Drug monitoring
dhr. Ben Lebesque	VNN	Hoofd afdeling Voorlichting & Preventie
prof.dr. Dike van de Mheen	IVO, Voorzitter	Wetenschappelijk directeur IVO
drs. Aafke van Rijn	GGD Hollands Midden	Beleidsadviseur gezondheidsbevordering
dr.ir. Carola Schrijvers	IVO, Projectleider	Onderzoekscoördinator IVO
drs. Anke Snoek	IVO, Uitvoerend onderzoeker	Onderzoeker IVO
drs. Corna van Tol	ZonMW, Opdrachtgever	Secretaris Programma Preventie
drs. Willemien Willems	Context, onderdeel Parnassia Bavo groep	Manager Zorg verslavingspreventie (en GGZ preventie)
drs. Wil de Zwart	Ministerie van VWS	Senior beleidsmedewerker

'Preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik onder volwassenen' biedt een toegankelijk overzicht van de stand van de kennis op het gebied van:

- de aard en omvang van alcohol- en drugsgebruik onder volwassenen, evenals de gevolgen, risicofactoren en hoogrisicogroepen voor schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik;
- de partijen die een rol spelen op het gebied van alcohol- en drugspreventie;
- de meest relevante (effectieve) beleidsmaatregelen en interventies gericht op de preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik.

Op basis van literatuuronderzoek en een expertmeeting geven de auteurs aanbevelingen voor preventieve aanpakken en beleid ten aanzien van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik onder volwassenen.



IVO
Heemraadssingel 194
3021 DM Rotterdam
T 010 425 33 66
F 010 276 39 88
secretariaat@ivo.nl
www.ivo.nl

