



Alcoholmanifest

Nieuwe kansen voor Nederlandse alcoholbeleid!

De Nederlandse regering heeft de afgelopen jaren een aantal stappen gezet om de schade die alcoholgebruik bij jongeren en jongvolwassenen teweegbrengt, te beperken. De invoering van de alcoholleeftijdsgrens van 18 jaar is daarvan het beste voorbeeld. Als gevolg daarvan is er gezondheidswinst behaald bij jongeren tot en met 16 jaar. Daar staat tegenover dat alcoholproblemen bij jongeren van 17 jaar, bij jongvolwassenen en bij ouderen nog volop aanwezig zijn. Voor deze groepen is nog veel gezondheidswinst te behalen. Ook de maatschappelijke impact van overmatig alcoholgebruik is nog groot, wat leidt tot onveilige situaties zoals huiselijk geweld en tot schade als gevolg van overlast en vernielingen.

De huidige wetenschappelijk kennis over effectieve beleidsmaatregelen bewijst dat er meer mogelijkheden zijn voor het Nederlandse alcoholbeleid. Met dit Manifest vragen de ondertekenaars in het bijzonder aan de landelijke overheid, maar ook aan gemeenten, om de adviezen van het Wereld Economisch Forum (WEF) en de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) serieus te nemen en in beleidsdaden om te zetten. Deze twee organen adviseren hun lidstaten nadrukkelijk om bij de aanpak van de alcoholproblematiek prioriteit te geven aan de 'Three Best Buys'; dat zijn beleidsmaatregelen die betaalbaar, uitvoerbaar en kosteneffectief zijn¹. Uit een recent verschenen studie onder leiding van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) bleek ook dat deze drie beleidsmaatregelen inderdaad veel potentie hebben². Uit het onderzoek bleek bovendien dat alcoholgebruik de Nederlandse samenleving jaarlijks zo'n 2,6 miljard euro kost. Dit bedrag is een onderschatting (zie pagina 5 van het manifest).

De 'Best Buys' zijn: verhoog de prijs van alcohol (1), beperk de beschikbaarheid van alcohol (2) en verbied alcoholreclame (3). Idealiter worden deze drie maatregelen gezamenlijk uitgevoerd. We pleiten ervoor deze maatregelen in Nederland krachtig in te zetten. Het effect van deze maatregelen zal nog groter zijn indien deze ondersteund worden door publieke bewustwordingscampagnes.

Ook voor een vierde effectieve maatregel wordt in dit Alcoholmanifest gepleit, namelijk het op grotere schaal toepassen van screening en vroeg-signalering van beginnende alcoholproblemen bij overmatige drinkers van alle leeftijden.

Samenvattend: Dit manifest is opgesteld om de aandacht van de overheid en de politiek te vragen voor het benutten van kansen die kunnen leiden tot aanzienlijke gezondheidswinst voor zowel de

individuele burger als voor de samenleving als geheel. Een effectief alcoholbeleid voorkomt menselijk leed en bespaart tal van maatschappelijke kosten. De doelgroepen van het beleid zijn jongeren, jongvolwassenen en nadrukkelijk ook ouderen.

Zie voor de tekst van het Alcoholmanifest ook www.alcoholmanifest.nl

1 november 2016

Auteurs van dit manifest

Floor van Bakkum MSc

Mr. Dr. Rob Bovens

Ir. Wim van Dalen

Dr. Hans Dupont

Drs. Andrée van Emst

Sandra van Ginneken

Dr. Corrie Hermann

Drs. Roel Kerssemakers

Prof. Dr. Ronald Knibbe

Anja Koornstra MPH

Martijn Planken MSc

Drs. Jaap Toet

Dr. Esther van den Wildenberg

Het manifest wordt ondersteund door:

FAS Stichting Nederland, GGD GHOR Nederland, Iriszorg, Jellinek Amsterdam, Lectoraat Verslaving Hogeschool Windesheim, Mondriaan Centrum voor Geestelijke Gezondheid Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid STAP, Nederlandse Vereniging van Drank- en Horecawet Inspecteurs (NVDI), Novadic-Kentron, Verslavingspreventie Nederland, Victas Centrum voor Verslavingszorg.

De beleidsaanbevelingen in hoofdlijnen:

1. Introduceer een minimum consumentenprijs per eenheid alcohol.
2. Beperk de beschikbaarheid van alcohol.
3. Kopieer het succes van het tabaksbeleid en verbied alcoholreclame en –sponsoring.

Ter ondersteuning en uitwerking van bovengenoemde aanbevelingen adviseren wij het volgende:

4. Laat publieke bewustwordingscampagnes een structureel onderdeel blijven van het nationale alcoholbeleid.
5. Besteed extra aandacht aan kwetsbare jongeren en ouderen met alcoholproblemen.
6. Onderzoek de ernst en omvang van de schade die drinkers anderen aandoen ('lastdrinken').
7. Ontwikkel landelijke richtlijnen voor de toezichts- en handhavingstaak van gemeenten.
8. Pas de Drank- en Horecawet zo aan dat de beschikbaarheid wordt beperkt en de handhaving wordt verbeterd.
9. Geef budget voor en stimuleer de beschikbaarheid van positieve alternatieven voor alcoholgebruik.
10. Formuleer een nieuw nationaal alcoholbeleidsplan.

Beleidsaanbevelingen voor een effectief alcoholbeleid in Nederland

1. Introduceer een minimum consumentenprijs per eenheid alcohol

Te goedkope alcohol stimuleert het bingedrinken bij jongeren en maakt het probleemdrinkers extra gemakkelijk dagelijks veel te drinken. Supermarkten 'bedienen' deze risicogroepen door middel van het structureel aanbieden van bepaalde biermerken als Pitt, Holger en AH Basic tegen zeer lage prijzen. Met een doelgericht wettelijk vastgelegde minimumprijs voorkomt de overheid dat dergelijke goedkope dranken worden aangeboden. Een dergelijk beleid treft niet de matige drinker, die koopt andere merken drank. De minimumprijs is dus een krachtig instrument dat de overheid in handen heeft om schadelijk alcoholgebruik terug te dringen. Het bespaart hoge gezondheidskosten en spaart levens. Een minimum consumentenprijs is geen alternatief voor accijnsverhoging, maar wordt idealiter ernaast ingezet.

We adviseren de landelijke overheid om in navolging van o.m. Schotland en Canada een minimumprijs voor alcohol in te stellen.

2. Beperk de beschikbaarheid van alcohol

Hoe gemakkelijker alcohol beschikbaar is, des te meer er geconsumeerd wordt en des te omvangrijker de schadelijke gevolgen. Maar ook andersom: een vermindering van de verkoopconcentratie leidt tot vermindering van zowel de consumptie als de schade³. Recent onderzoek van het RIVM geeft aan dat een minder wijdverspreide verkrijgbaarheid van alcohol in Nederland positieve maatschappelijke baten zal hebben⁴. Nederland telt nu, inclusief de verkoop via internet, zo'n 70.000 verkooppunten van alcohol. De Drank- en Horecawet kan als wettelijke instrument gehanteerd worden om te bereiken dat het aantal verkooppunten verder toe- of afneemt. Adequate handhaving van de leeftijdsgrens van 18 jaar en een beperkt openingstijdenregime voor de commerciële en paracommerciële horeca (sportkantines) dragen eveneens bij tot de noodzakelijke beperking van de beschikbaarheid van alcohol.

We doen een dringend beroep op de landelijke en lokale overheid en de politiek om zich in te spannen voor minder alcoholverkooppunten, een verbod op de verkoop van alcohol via internet, adequate handhaving van de alcoholleeftijdsgrens en beperking van de horeca-openingstijden.

3. Kopieer het succes van het tabaksbeleid en verbied alcoholreclame en -sponsoring

Alcoholproducenten hebben in Nederland een enorme vrijheid om hun producten op een aantrekkelijke wijze via alle beschikbare media te promoten. Tal van studies hebben aangetoond dat het drinkgedrag van vooral jongeren wordt gestimuleerd door alcoholreclame via radio, tv en internet en via sponsoring van sport- en culturele evenementen. De bestaande wettelijke regelgeving en de zelfregulering van de branche beschermen jongeren onvoldoende. Volgens de eerder genoemde RIVM-studie zal een reclameverbod in de media leiden tot een daling van het alcoholgebruik met naar schatting 4%⁵. Daarnaast mag op basis van tal van wetenschappelijke studies worden verwacht dat een reclameverbod ertoe leidt dat jongeren op latere leeftijd beginnen met alcoholgebruik. Het verbod op sponsoring door tabaksfabrikanten heeft geleerd dat door de tabaksbranche gesponsorde evenementen daarna nieuwe sponsors hebben weten te vinden.

We adviseren de landelijke overheid om alcoholreclame en -sponsoring te verbieden. Artikel 2 van de Drank- en Horecawet kan voor wat betreft de reclame daarvoor de grondslag bieden.

Extra noot: Het Holland Huis dient bij de Olympische Spelen in 2020 te Tokio niet meer gefaciliteerd te worden door Heineken.

Ter ondersteuning en uitwerking van bovengenoemde aanbevelingen adviseren wij het volgende:

4. Laat publieke bewustwordingscampagnes een structureel onderdeel blijven van het nationale alcoholbeleid

Het is belangrijk dat de hierboven genoemde kosteneffectieve maatregelen worden begeleid door publiekscampagnes om het draagvlak voor deze maatregelen te versterken. Publiekscampagnes kunnen ook de normen met betrekking tot alcoholgebruik in de huiselijke kring positief beïnvloeden. Campagnes zoals 'DRANK maakt meer kapot dan je lief is', 'Voorkom alcohol schade bij uw opgroeiende kind' en 'NIX18', zijn daarvan voorbeelden; ze bereiken een groot publiek en vergroten tevens de kennis over alcohol en gezondheid.

Uit onderzoek weten we dat veel volwassenen meer drinken dan de Gezondheidsraad aanbeveelt. Mogelijk komt dat deels omdat mensen - onterecht – denken dat matig alcoholgebruik deel uitmaakt van een gezonde leefstijl. Ook om die reden zijn publiekscampagnes over alcohol noodzakelijk.

Landelijke en regionale bewustwordingscampagnes over alcohol dienen te worden gecontinueerd.

5. Besteed extra aandacht aan kwetsbare jongeren en ouderen met alcoholproblemen

Bingedrinken onder kwetsbare groepen kan op individueel niveau in diverse settings aangepakt worden via vroegsignalering en doorverwijzing. Hoewel er goede initiatieven zijn is hier nog een wereld te winnen. Bovendien staat het onderzoek naar effectieve individuele interventies nog in de kinderschoenen. Het bieden van kortdurende (zelfhulp)interventies is in elk geval een bewezen effectieve vorm van alcoholpreventie die in de zorg voor kwetsbare jongeren en voor de groeiende groep oudere probleemdrinkers ingezet kan worden. De verslavingszorg dient te worden gefaciliteerd om screening, vroeg-signalering en doorverwijzing ten behoeve van deze doelgroepen te kunnen intensiveren. Ook dient onderzoek naar effectiviteit van individuele interventies bevorderd te worden. In navolging van België verdient het aanbeveling een landelijke en regionale campagne voor de doelgroep oudere probleemdrinkers op te zetten. Dergelijke campagnes moeten als doel hebben om schadelijk alcoholgebruik bij 55-plussers in een zo vroeg mogelijk stadium te signaleren, bespreekbaar te maken en de doelgroep de weg te wijzen naar (zelf)hulp.

Faciliteer de verslavingszorg en de jeugdgezondheidszorg zodat er meer aandacht komt voor alcoholproblemen bij kwetsbare jongeren en 55-plussers.

6. Onderzoek de ernst en omvang van de schade die drinkers anderen aandoen ('lastdrinken')

Onderzoek naar de nadelige gevolgen van alcoholgebruik houdt dikwijls geen rekening met de nadelige gevolgen voor de omgeving van de drinker: beschadiging van de foetus van zwangere vrouwen die blijven drinken, kinderen en partners van drinkers die de dupe zijn van huiselijk geweld, uitgaanders die slachtoffer worden van alcoholgerelateerd geweld op straat, bedrijven die schade ondervinden van werknemers met alcoholproblemen en onschuldige slachtoffers van rijden onder invloed. Uit Australisch onderzoek naar 'Alcohol's harm to others'⁶ bleek dat de kosten van de schade

die drinkers anderen aandoen niet minder te zijn dan de kosten voor de samenleving die de drinker zelf veroorzaakt.

De conclusie is dat de sociaal-maatschappelijke overlast en daarmee samenhangende kosten die alcoholgebruik veroorzaakt dikwijls worden onderschat. Opmerkelijk is bijvoorbeeld dat in de reeds vermelde recente kosten- en batenanalyse van het RIVM⁷ wel de economische waarde van het geluksgevoel van de drinker becijferd is (het zogenaamde 'consumentensurplus'), maar niet het ongeluksgevoel van de omgeving van de drinker en evenmin het ongeluksgevoel van de probleemdrinker. Uit het onderzoek bleek dat alcoholgebruik de Nederlandse samenleving jaarlijks zo'n 2,6 miljard euro kost. Dit bedrag is aanmerkelijk lager dan de totaalsom van maatschappelijke schade die op ca. 8 miljard euro wordt geschat, omdat de onderzoekers hierop het profijt van de maatschappij (consumentensurplus, accijnzen, werkgelegenheid) in mindering hebben gebracht. Daar staat echter tegenover dat de onderzoekers een aantal kostenposten als sociale ontwrichting, negatieve invloed op studieprestaties en kosten die nodig zijn om beleid te maken niet hebben meegenomen, omdat zij deze niet kunnen berekenen. Met name een kostenpost als 'sociale ontwrichting' zal naar onze mening niet veel onderdoen voor de opbrengstpost 'consumentensurplus'.

Er dient onderzoek plaats te vinden naar de gevolgen van het alcoholgebruik in Nederland voor de omgeving van de drinker.

7. Ontwikkel landelijke richtlijnen voor de toezichts- en handhavingstaak van gemeenten

Er zijn (te) grote verschillen ontstaan met betrekking tot de wijze waarop gemeenten hun wettelijke taken in het kader van de Drank- en Horecawet uitvoeren. Van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) mag worden verlangd dat zij gemeenten actief ondersteunt bij de kwaliteitsontwikkeling van deze taken en het ontwikkelen van landelijke richtlijnen en protocollen stimuleert. Het ministerie van VWS dient aanvullende juridische know-how over de Drank- en Horecawet op een centrale plaats te bundelen en beschikbaar te maken voor gemeenten. In geval gemeenten de uitvoering van het medebewind onvoldoende serieus nemen moet het ministerie bereid zijn bestuurlijk in te grijpen, conform de regels van de Wet Revitalisering Generiek Toezicht.

Thans is actueel dat er een landelijk protocol komt voor het inzetten van jonge testkopers bij de handhaving. Nu wordt hiermee door een toenemend aantal gemeenten geëxperimenteerd zonder dat er sprake is van landelijke afstemming.

Het verdient aanbeveling het toezicht en de handhaving (met uitzondering van de grote gemeenten) standaard regionaal in te richten. De onafhankelijkheid van het toezicht is dan beter geborgd. Ook voorkomt het dat toezichthouders bij de uitvoering van hun taak te gemakkelijk herkend worden en bevordert regionalisering de kwaliteit van het toezicht.

Het landelijke en lokale alcoholbeleid kunnen niet los van elkaar worden gezien. Het ministerie van VWS wordt gevraagd in samenwerking met gemeenten en met de Nederlandse Vereniging van Drank- en Horecawet Inspecteurs (NVDI) duidelijke richtlijnen op te stellen voor het toezichts- en handhavingsbeleid met betrekking tot de Drank- en Horecawet.

8. Pas de Drank- en Horecawet zo aan dat de beschikbaarheid wordt beperkt en de handhaving wordt verbeterd

De Drank- en Horecawet wordt op dit moment door het ministerie van VWS geëvalueerd. Verwacht mag worden dat het ministerie eind 2016 of begin 2017 met nieuwe voorstellen komt.

De ondertekenaars van dit manifest wensen dat de volgende adviezen daarbij in acht worden genomen, naast de adviezen die bovenstaand reeds zijn genoemd.

- *Handhaaf de wettelijke leeftijdsgrens van 18 jaar en de verplichte ID-check.**
- *Geen alcoholverkoop meer in de supermarkt en de levensmiddelenwinkel. Alcoholverkoop voor thuisgebruik dient uitsluitend mogelijk te zijn in de slijterij.**
- *Handhaaf in de wet dat er met een evenementenontheffing alleen zwak-alcoholhoudende drank geschonken mag worden.**
- *Terug naar één type horecaverunning. Dus niet zoals nu commerciële horeca en para-commerciële horeca en al helemaal geen winkelhoreca zoals in de blurring-gemeenten.**
- *Stel aan alle alcoholverstrekkers dezelfde eisen. Tijdens openingstijden dient er altijd een gescreende, goed opgeleide leidinggevende aanwezig te zijn.**
- *In de publieke ruimte moet het worden verboden dat alcohol door 18-plussers wordt aangeboden aan 18-minners (verbod op wederverstrekking).**
- *Het toezicht op de naleving en de handhaving van de Drank- en Horecawet dient (behalve in de grote gemeenten) op regionaal niveau georganiseerd te worden.**

9. Geef budget voor en stimuleer de beschikbaarheid van positieve alternatieven voor alcoholgebruik

Positieve alternatieven van alcoholgebruik zoals het IkPas-programma, zijn interventies met een potentieel groot bereik. IkPas wordt op dit moment niet structureel gefinancierd, in tegenstelling tot bijv. Stoptober dat zich richt op tijdelijk stoppen met roken. Ook kan de overheid de beschikbaarheid van interessante alcoholvrije alternatieven stimuleren.

Voor onderzoek naar de effectiviteit en de promotie van alternatieven voor alcoholgebruik dienen extra overheidsbudgetten beschikbaar te komen.

10. Formuleer een nieuw nationaal alcoholbeleidsplan

Het laatste nationale alcoholbeleidsplan van destijds de ministers Klink, Rouvoet en Ter Horst (Hoofdlijnenbrief alcoholbeleid) dateert van 2007. Inmiddels zijn er tal van nieuwe rapporten en data beschikbaar gekomen, zijn er vele nieuwe initiatieven ontplooid en zijn veel mensen, zoals de ondertekenaars van dit manifest, gemotiveerd om hun bijdrage aan de ontwikkeling van nieuw alcoholbeleid te leveren.

Formuleer voor de komende 4 jaar een nieuw nationaal alcoholbeleidsplan op basis van overvloedig beschikbare data en wetenschappelijke kennis.

Bijlagen

Bijlage 1. De feiten over alcoholgebruik in Nederland

1. Alcohol is een populair genotmiddel.
2. Pluspunt: minder jonge jongeren drinken alcohol.
3. Minpunt: bingedrinken onder jongeren blijft een hardnekkig en schadelijk fenomeen.
4. Veel volwassenen overschrijden de alcoholrichtlijn van de Gezondheidsraad.
5. Alcohol schaadt de gezondheid.
6. Alcohol is een verslavend genotmiddel.
7. Wat de drinker anderen aandoet.
8. In Europa is het drankgebruik hoger dan in enig ander werelddeel.

Bijlage 2. Trends in het huidige alcoholbeleid in Nederland

1. Het landelijke alcoholbeleid is onvoldoende gericht op de volksgezondheid.
2. Goedkope alcohol leidt tot bingedrinken, met name bij kwetsbare groepen.
3. De vergrijzing vraagt om een nieuw beleid gericht op alcohol en ouderen.
4. Er zijn grote verschillen ontstaan tussen de gemeenten voor wat betreft de uitvoering van toezicht en handhaving.
5. Blurring leidt tot ongewenste normalisatie van alcoholgebruik.
6. Succesvolle lokale alcoholprojecten lopen af en er is onduidelijkheid over hun toekomst.
7. Positieve alternatieven voor alcoholgebruik worden nog onvoldoende benut.

Bijlage 3. Literatuur

Bijlage 1: De feiten over alcoholgebruik in Nederland

1.1 Alcohol is een populair genotmiddel

Alcohol is het meest gebruikte genotmiddel in ons land. Het gebruik is sociaal en economisch diep in onze samenleving geworteld.

Alcoholgebruik in cijfers:

In Nederland worden dagelijks zo'n 25 miljoen glazen bier, wijn en gedistilleerde drank gedronken⁸. Ruim 80 % van de volwassen Nederlanders drinkt, bijna 20% drinkt dus niet of niet meer⁹.

Het gebruik per hoofd van de bevolking (vanaf 15 jaar) is tussen 1960 en 1980 met maar liefst ongeveer 300% gestegen¹⁰. Inmiddels ligt dat niveau lager. In 2015 ging het om zo'n 8 liter pure alcohol per hoofd van de bevolking (vanaf 15 jaar)¹¹.

1.2 Pluspunt: minder jonge jongeren drinken alcohol

De afgelopen 15 jaar is er veel aandacht geweest voor het verontrustende hoge alcoholgebruik onder jongeren. Als reactie daarop zijn er zowel op regionaal als op landelijk niveau tal van projecten opgezet en campagnes uitgevoerd. Dit heeft geresulteerd in een aantal positieve ontwikkelingen.

Wat het **alcoholgebruik** betreft is het aantal scholieren dat begint met drinken significant afgenomen¹². Wat het **alcoholbeleid** betreft is bereikt dat vanaf 1 januari 2014 aan jongeren onder de 18 jaar geen alcohol meer mag worden verstrekt¹³.

Alcohol en jongeren in cijfers:

Het percentage scholieren van 12 t/m 16 jaar van het voortgezet onderwijs dat ooit alcohol heeft gedronken is tussen 2003 en 2015 spectaculair gedaald van 83,7% naar 45,4%. Het maandelijks drinken is gedaald van 56,2% naar 25,5%¹⁴. In juni 2016 zei nog slechts 41% van de 13-17-jarigen te drinken (online enquête)¹⁵.

***Startleeftijd:** De gemiddelde leeftijd waarop scholieren gaan drinken was in 2003 12,0 jaar en in 2015 13,2 jaar¹⁶.*

1.3 Minpunt: bingedrinken onder jongeren blijft een hardnekkig en schadelijk fenomeen

Bingedrinken is veel drinken in een korte tijd. Het is een voor de gezondheid zeer schadelijke vorm van drinken. Alhoewel minder jongeren alcohol drinken, neemt het percentage drinkende jongeren dat binge drinkt toe.

Bingedrinken in cijfers:

***12 t/m 16 jaar:** Het percentage drinkende scholieren van 12 t/m 16 jaar van het voortgezet onderwijs dat zegt de laatste maand bij minstens één gelegenheid 5 glazen drank of meer gedronken te hebben is hoog en is sinds 2003 toegenomen. Dat was in 2003 64,1% en in 2015 69,5%¹⁷.*

***17-jarigen:** 17 jarige HBO-ers hebben de afgelopen maand vaker gedronken (80%) dan hun leeftijdsgenoten op het voortgezet onderwijs (65%) en op het MBO (61%). Ruim een kwart van alle ondervraagde drinkende 17-jarigen drinkt meer dan 10 glazen in het weekend¹⁸.*

***Comadrinken:** Zo'n 3.500 mensen onder de 25 jaar zijn in 2015 behandeld op de spoedeisende hulp in verband met een alcoholintoxicatie. In ongeveer 1.600 gevallen betrof het minderjarigen¹⁹.*

ESPAD studie: Als Nederlandse jongeren drinken, drinken ze vaak en veel

Uit de recente vierjaarlijkse ESPAD studie²⁰ (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) naar o.a. het alcoholgebruik onder 15- en 16 jarige scholieren in 35 Europese landen blijkt dat Nederlandse jongeren wat ouder zijn als ze beginnen met drinken dan hun Europese leeftijdsgenoten. Echter als ze drinken, drinken ze vaak en veel. Van de Nederlandse 15-16 jarige scholieren heeft 26% voor hun 14e jaar al eens gedronken, terwijl het ESPAD gemiddelde 47% is. Het ooit gebruik is in Nederland met 7% ook lager dan het ESPAD gemiddelde van 80%, terwijl het gebruik in de afgelopen maand ongeveer gelijk is.

Samen met Liechtenstein, Cyprus, Vlaanderen en Malta behoren we echter tot de hoogst scorende landen voor wat betreft het aantal keren alcohol gedronken in de afgelopen maand. Dat geldt ook voor de hoeveelheid alcohol gedronken op de laatste drink-dag. We staan op plaats 6 met boven ons Denemarken (hoogste frequentie), Estland, Zweden, Finland en Ierland.

1.4 Veel volwassenen overschrijden de alcoholrichtlijn van de Gezondheidsraad

De Gezondheidsraad heeft in november 2015 de nieuwe Richtlijnen Goede Voeding uitgebracht. Op basis van de beschikbare wetenschappelijke literatuur geeft de Gezondheidsraad voor wat betreft alcoholgebruik voor mannen en vrouwen nu als advies: "Drink geen alcohol of in ieder geval niet meer dan één glas per dag"²¹. De Gezondheidsraad raadt daarnaast jongeren onder de 18 jaar en vrouwen die zwanger willen worden, zwanger zijn of borstvoeding geven aan om helemaal geen alcohol te gebruiken.

Meer drinken dan de alcoholrichtlijn in cijfers:

18-plussers: Volgens de Leefstijlmonitor drinkt 45,5% van de mannen en 22,7% van de vrouwen van 18 jaar en ouder boven de Richtlijn Alcoholhoudende Dranken van de Gezondheidsraad, dus meer dan 1 glas alcohol per dag²². **Zestigers:** Kijken we alleen naar de zestigers dan zien we dat ruim 41% meer drinkt dan de Gezondheidsraad aanbeveelt²³.

1.5 Alcohol schaadt de gezondheid

De WHO geeft aan dat te veel en te vaak drinken van alcohol een risicofactor is voor ongeveer 60 verschillende ziekten waaronder kanker, hart- en vaatziekten, long- en leverziekten²⁴. Ook de hersenen en het zenuwstelsel lijden onder aanhoudend misbruik. Dit kan leiden tot diverse alcoholpsychosen, zoals het Wernicke/Korsakov-syndroom. Aangetoond is ook dat regelmatig bingedrinken door pubers schadelijk is voor de neurocognitieve ontwikkeling van de hersenen²⁵.

Alcohol schaadt de gezondheid in cijfers:

Ziektebelasting: Volgens de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014 is 2,8% van de totale ziektebelasting in Nederland uitgedrukt in disability-adjusted life years (DALY's) toe te schrijven aan alcohol²⁶.

Korsakov: De schatting van de prevalentie van het syndroom van Wernicke/Korsakov ligt tussen de 8.000 en 10.000 patiënten²⁷.

SEH-behandelingen: In 2015 waren er 24.000 SEH-behandeling voor alcoholvergiftigingen, ongevallen, geweld en zelfbeschadiging waarbij alcohol betrokken was²⁸.

Hoofddiagnose: In 2012 vonden er 6.362 ziekenhuisopnames plaats met een alcoholaandoening als hoofddiagnose²⁹.

Nevendiagnose: Alcoholproblematiek wordt ook vaak als nevediagnose gesteld. In 2012 stonden er 16.899 alcoholgerelateerde nevediagnoses geregistreerd³⁰.

Kanker: Volgens TNO veroorzaakt alcohol jaarlijks 2.900 nieuwe gevallen van kanker³¹. Volgens het Wereld Kanker Onderzoek Fonds zou het weleens om 5.000 gevallen kunnen gaan³². TNO geeft aan dat ongeveer één derde van de nieuwe gevallen van alcoholgerelateerde kanker borstkanker betreft³³.

Kosten: In 2013 bedroegen de zorgkosten in verband met alcoholgebruik 1,3 miljard euro³⁴.

1.6 Alcohol is een verslavend genotmiddel

Alcohol beïnvloedt direct het bewustzijn en het gedrag en leidt tot lichamelijk en geestelijke afhankelijkheid (verslaving). Volgens het RIVM is alcohol verslavender dan illegale drugs als cocaïne en amfetamine³⁵. Het regelmatig drinken op te jonge leeftijd betekent een 4 keer grotere kans om later afhankelijk te raken van alcohol³⁶.

Alcoholverslaving in cijfers:

Overmatige drinkers: 9,5% van de Nederlanders van 18 jaar en ouder is een overmatige drinker, zij drinken volgens het CBS meer dan 21 glazen alcohol per week (mannen) of meer dan 14 glazen (vrouwen)³⁷.

SES: de groep mensen met een lage SES (Sociaal Economische Status) kent minder drinkers dan de groep met een hoge SES (resp. 67,5% en 85,9% alcoholgebruikers), maar degenen binnen de lage SES die drinken, drinken vaker grotere hoeveelheden alcohol per keer dan de hoge SES (resp. 15,7% en 11,2%)³⁸.

65-plussers: Van de drinkers 65+, drinken vooral de hoogopgeleiden overmatig³⁹.

Verslavingszorg: Bijna de helft van alle mensen die in behandeling zijn bij een verslavingszorginstelling geeft aan dat alcohol de primaire problematiek is. In 2015 betrof dat circa 30.000 personen⁴⁰. In 2005 is 20% van de cliënten in de verslavingszorg met primaire alcoholproblematiek een 55-plusser. In 2015 is dat 28% (ruim 8.000 personen).

1.7 Wat de drinker anderen aandoet

Alcohol scoort in de RIVM 'Ranking van Drugs'⁴¹ een eerste plek wat betreft 'sociale schade voor de bevolking'. De schade die overmatige drinkers anderen aandoen, ook wel lastdrinken genoemd, komt onder meer tot uiting in het gezin, op het werk, in het verkeer en tijdens het uitgaan.

Wat de drinker anderen aandoet in cijfers:

Geweld: Uit een pilot in opdracht van het ministerie van Justitie bleek dat bij 27% van de geweldsdelicten één of meer verdachten alcohol had gebruikt⁴². In 2015 zijn naar schatting 15.200 personen behandeld op de spoedeisende hulp naar aanleiding van een ongeval of geweldpleging waarbij alcohol betrokken was⁴³.

Huiselijk geweld: Geschat wordt dat bij 16% van de gevallen van huiselijk geweld, het alcoholgebruik van de dader een oorzakelijke rol speelt⁴⁴.

Seksueel geweld: 22% van de meisjes en 19% van de jongens (15-25 jaar) heeft ongewenste seksuele ervaringen, waarbij sprake was van overmatig alcoholgebruik⁴⁵.

Verkeer: In 2015 waren naar schatting 12%-23% van de verkeersdoden, of wel 75-140 verkeersdoden, het gevolg van alcohol⁴⁶.

Zwangerschap: 9% van de zwangere vrouwen drinkt tijdens de zwangerschap alcohol⁴⁷; elk jaar worden er in Nederland naar schatting ongeveer 500 kinderen met Foetaal Alcohol Syndroom geboren⁴⁸.

1.8 In Europa is het drankgebruik hoger dan in enig ander werelddeel

Alcohol is niet alleen in Nederland, maar in heel de wereld een belangrijk volksgezondheids- en maatschappelijk vraagstuk. Van alle werelddelen is het alcoholgebruik het hoogst in Europa⁴⁹.

Alcoholproblemen wereldwijd:

Wereld: Alcoholgebruik heeft in 2012 wereldwijd aan meer dan 3,3 miljoen mensen het leven gekost. Het betreft 5,9% van alle doden in de wereld⁵⁰. Zij stierven bijvoorbeeld aan alcoholverslaving, kanker, leverziekten en geweld. Ook veroorzaakt alcohol 5,1% van alle ziektebelasting in de wereld.

Europa: In de EU is alcohol verantwoordelijk voor meer dan 15% van alle gezondheidsproblemen en vroegtijdige sterfgevallen bij mannen en circa 4% bij vrouwen⁵¹. Schadelijk en riskant alcoholgebruik is ook (mede)verantwoordelijk voor een aanzienlijk aantal alcoholgerelateerde verkeersdoden op de Europese wegen en voor andere maatschappelijke gevolgen, zoals geweld, voetbalvandalisme, misdaad, gezinsproblemen en sociale uitsluiting, evenals lage arbeidsproductiviteit.

In de EU wordt 12,5 liter pure alcohol per 15-plusser per jaar gedronken⁵². Dit is twee keer zoveel als de gemiddelde alcoholconsumptie wereldwijd (=6,3 liter)⁵³.

Bijlage 2: Trends in het huidige alcoholbeleid in Nederland

2.1. Het landelijk alcoholbeleid is onvoldoende gericht op de volksgezondheid

De visie van de ondertekenaars van dit manifest is dat de Nederlandse overheid bij de invulling van haar alcoholbeleid economische belangen te zeer boven de belangen van de volksgezondheid stelt. Het gevolg daarvan is dat er onvoldoende sprake is van een resultaatgericht en daarmee effectief alcoholbeleid. De overtuiging bestaat ook dat de landelijke overheid te veel de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het alcoholbeleid bij de gemeenten heeft gelegd, met onder meer als gevolg dat het volksgezondheidsbelang nog meer in de knel komt. Het ministerie van VWS omarmt het belang van handhaving van de nieuwe leeftijdsgrens van 18 jaar, maar laat de uitvoering daarvan geheel over aan de gemeenten, waarbij landelijke aansturing en bestuurlijk toezicht tot dusverre achterwege blijft.

Toelichting:

Dat de overheid in het kader van het landelijke alcoholbeleid de economische belangen meer laat prevaleren dan de volksgezondheidsbelangen, blijkt vooral uit het feit dat zij aan noodzakelijke maatregelen die ongunstig uitpakken voor commerciële stakeholders onvoldoende prioriteit stelt. Zo wordt het wetenschappelijk onderbouwde advies van het WEF en de WHO om bij de aanpak van het alcoholprobleem aan drie beleidsmaatregelen (de zogenaamde 3 Best Buys⁵⁴) voorrang te geven goeddeels in de wind geslagen.

De WEF en de WHO adviseren om:

**te voorkomen dat alcohol te goedkoop wordt; een goed prijsbeleid betekent enorme gezondheidswinst en heeft vooral impact op jongeren en probleemdrinkers;*

**te voorkomen dat alcohol te gemakkelijk beschikbaar is; met andere woorden: streef naar minder verkooppunten en naar optimale naleving van leeftijdsgrenzen;*

**alcoholreclame en alcohol sponsoring te beperken; het drastisch beperken van alcoholreclame leidt ertoe dat jongeren later beginnen met drinken en minder drinken per gelegenheid en dus ook bingedrinken tegengaat⁵⁵.*

Het in 2009 ingestelde verbod op radio- en tv-reclame tussen 6.00 en 21.00 uur blijkt in de praktijk onvoldoende effectief⁵⁶. Uit een recente Europese studie blijkt dat ook Nederlandse jongeren zeer gevoelig zijn voor alcoholreclame⁵⁷.

2.2. Goedkope alcohol leidt tot bingedrinken, met name bij kwetsbare groepen

Uit diverse studies blijkt dat in een aantal Europese landen, waaronder Nederland, alcohol de afgelopen jaren betaalbaarder is geworden. Dit komt grotendeels door de gestegen lonen en door het dalen of het gelijk blijven van de prijs⁵⁸. Algemene prijsverhogingen op alcohol leiden tot een relatief grote daling van de alcoholconsumptie⁵⁹. Met een doelgericht prijsbeleid heeft de overheid een krachtig instrument in handen om schadelijk alcoholgebruik terug te dringen. Het WEF en de WHO adviseren daarom overheden om de prijs van alcohol in te zetten als beleidsinstrument⁶⁰.

Er zijn verschillende manieren om de prijs van alcoholhoudende dranken te beïnvloeden. Eén van de manieren om de prijs van alcoholhoudende drank te beïnvloeden is een verbod op prijsacties. Verder bestaat natuurlijk van oudsher voor de rijksoverheid de mogelijkheid om accijns te heffen. Verhoging van de accijnzen heeft effect, zoals blijkt ook uit een onlangs verschenen studie van het RIVM⁶¹. Eén van de voorwaarden om een accijnsverhoging te doen slagen is echter dat de producent de accijnsverhoging doorberekent aan de consument. Dat gebeurt evenwel om marketingredenen niet altijd. Producenten die verschillende merken op de markt brengen kiezen er na een accijnsverhoging soms voor één van de merken extra duur te maken en een ander merk goedkoop te houden. Daarom

is het wenselijk naast accijnsverhoging óók een minimumprijs voor alcohol in te voeren. Het staat inmiddels vast dat het invoeren van een minimumprijs enerzijds gunstig is voor het beïnvloeden van het drinkgedrag van kwetsbare groepen, als jongeren, bingedrinkers en verslaafden (minder ziekenhuisopnames, alcoholdoden en alcoholgerelateerd geweld) en anderzijds meer inkomsten oplevert voor de producenten en retailers⁶².

Toelichting:

-Nederland heeft het in 2013 via de Drank- en Horecawet mogelijk gemaakt dat op basis van een gemeentelijke verordening kortdurende extreme prijsacties in de supermarkt en bij de slijter worden beperkt (maximaal 30% korting is toegestaan)⁶³. Korte horeca-kortingsacties boven de 40% kunnen ook verboden worden.

Gebleken is dat 16,5% van de gemeenten gebruik heeft gemaakt van de mogelijkheid de extreme detailhandelsacties te beperken. Een lokaal verbod op kortdurende horeca-kortingsacties (happy hours) is door meer gemeenten ingesteld⁶⁴. Er lijkt overigens weer een trend om die lokale verboden te schrappen.

-De Nederlandse landelijke overheid heft accijns op alcoholhoudende dranken, vooral om de schatkist te spekken. Volksgezondheidsargumenten wegen onvoldoende mee. Alcohol is ook erg goedkoop in Nederland. Volgens het CBS is de gemiddelde prijs van een 30 cl flesje bier in de supermarkt € 0,44⁶⁵. Uit een recente monitoring blijkt dat er al flesjes pils te koop zijn voor €0,20⁶⁶.

-In Schotland is in 2012 besloten om een minimumprijs voor alcohol in te voeren. De alcoholindustrie heeft vervolgens een zaak aangespannen, waarna de kwestie is doorverwezen naar het Europese Hof van Justitie. De conclusie van het Hof was dat Schotland met haar beleid mocht doorgaan als ze kon aantonen dat een minimumprijs een effectieve gezondheidsmaatregel is, effectiever dan een accijnsverhoging⁶⁷. Op 21 oktober 2016 heeft de Court of Session in Edinburgh daaromtrent uitsluitel gegeven: de Schotse minimumprijs kan nu doorgaan.

-Uit onderzoek is gebleken dat een minimumprijs van 40 pence per unit alcohol (oftewel 45 eurocent) in Schotland gaat leiden tot een afname van 5,4% van de alcoholconsumptie, 6.300 minder ziekenhuisopnames, een afname van 21 miljoen pond per jaar aan ziektekosten, uitsparing van 113 miljoen pond per jaar aan voorkomen van sterfte, 3.200 minder gevallen van criminaliteit/misdaad en 29.000 minder verzuimdagen op het werk⁶⁸. Deze gezondheidswinst is ook zeer positief voor zorgverzekeraars.

Een minimumprijs voor alcohol is ook ingevoerd in delen van Canada. Rusland heeft ervaring met een minimumprijs voor wodka. Ierland is bezig met wetgeving, Zwitserland doet er onderzoek naar.

2.3 De vergrijzing vraagt om een nieuw beleid gericht op alcohol en ouderen

Al jaren wordt in de media, maar ook in de Tweede Kamer⁶⁹, aandacht gevraagd voor de toenemende alcoholproblematiek onder ouderen. Dit heeft wel geleid tot extra onderzoek⁷⁰, maar nog niet tot concreet beleid gericht op alcohol en ouderen.

De WHO spreekt van toenemende gezondheidslast als gevolg van alcoholgebruik in veel landen vanwege snelle vergrijzing van de bevolking⁷¹.

Toelichting:

-Ouderen lopen grotere gezondheidsrisico's bij alcoholgebruik. Het oudere lichaam verdraagt alcohol slechter, de lever en de nieren functioneren minder goed en er is niet zelden sprake van een schadelijke combinatie met medicijngebruik⁷².

-Alcoholgebruik onder ouderen leidt tot tal van ongevallen in de thuissituatie⁷³. In 2015 zijn 4.700 55-plussers op de spoedeisende hulp behandeld n.a.v. ongevallen en geweld waarbij alcohol betrokken was⁷⁴.

-De toenemende alcoholproblematiek onder ouderen heeft in België geleid tot de start van een speciale campagne gericht op ouderen⁷⁵.

2.4 Er zijn grote verschillen ontstaan tussen de gemeenten voor wat betreft de uitvoering van toezicht en handhaving

Sinds 1 januari 2013 is het toezicht op en de handhaving van de Drank- en Horecawet de taak van de gemeenten⁷⁶. Daarnaast is de verordenende bevoegdheid van de gemeenten uitgebreid. Het doel van de decentralisatie is om gemeenten in staat te stellen lokaal maatwerk te bieden, binnen de kaders van de Drank- en Horecawet.

Er zijn grote verschillen in de wijze waarop toezicht en handhaving worden uitgevoerd. De inzet die gemeenten besteden aan c.q. beschikbaar hebben voor het houden van toezicht varieert van nul tot twaalf fte. 33 gemeenten hebben geen fte's beschikbaar⁷⁷.

Dit betekent in de praktijk dat in de ene gemeente een alcoholverstrekker slechts zelden wordt gecontroleerd en in een andere gemeente meer keren per jaar. Een gevolg daarvan kan zijn dat in de ene gemeente alcohol erg gemakkelijk verkrijgbaar is voor jongeren en in de andere gemeente niet. Vooral 's avonds en in de nachtelijke uren hebben alcoholverstrekkers en jongeren onder de 18 die drank bij zich hebben nauwelijks iets te duchten van toezichthouders.

De meeste gemeenten hebben inmiddels een wettelijk verplicht Preventie- en Handhavingsplan vastgesteld. Gemeenten zijn van mening dat dit plan in beperkte mate bijdraagt aan het voorkomen van gezondheidsschade als gevolg van alcoholgebruik bij jongeren⁷⁸.

Uit onderzoek blijkt verder dat als er een overtreding van de Drank- en Horecawet wordt geconstateerd de meeste gemeenten de voorkeur geven aan een bestuurlijke waarschuwing. Strengere maatregelen zoals een boete of het intrekken van vergunningen worden sinds 1 januari 2013 slechts beperkt opgelegd⁷⁹.

Relatief veel toezichthouders zijn ontevreden over de steun die zij bij de uitvoering van hun taken ervaren van hun eigen bestuur. Uit een anonieme enquête onder 157 gemeentelijke toezichthouders blijkt dat ruim 1 op de 3 (55) zich bij de uitvoering van hun werk onvoldoende gesteund weet door de burgemeester⁸⁰.

De handhaving van de leeftijdsgrens van 18 jaar bij online verkoop van alcohol is voor de gemeenten een vrijwel onmogelijke taak. Positief is dat steeds meer gemeenten jonge testkopers inzetten om de effectiviteit van de handhaving te verbeteren.

Toelichting:

Onderzoek 1: onder 176 gemeenten, medio 2014 (Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid STAP in opdracht van het ministerie van VWS)⁸¹:

-Sinds 1 januari 2013 zijn in totaal 1.573 DHW maatregelen geregistreerd (gemiddeld 9 maatregelen per gemeente in anderhalf jaar). Het ging om 999 bestuurlijke waarschuwingen, 98 lasten onder dwangsom en 61 bestuurlijke boetes. In 6 gevallen was een vergunning geschorst en 9 keer was een vergunning ingetrokken.

-Aan geen enkele supermarkt was sinds 1 januari 2013 een zogenaamde three strikes out maatregel opgelegd.

-Een groot aantal gemeenten gaf aan de voorkeur te geven aan voorlichting; handhaving zou later kunnen volgen.

Onderzoek 2: onder 138 gemeenten, begin 2016 (Bureau Horeca Bijzondere Wetten)⁸²:

- 71% van de gemeenten heeft nog geen enkele boete uitgedeeld aan ondernemers voor overtredingen m.b.t. de alcoholverkoop.

- Het sanctiepakket is zeer breed: 12% van de gemeenten schorst vergunningen na overtreding, 17% trekt vergunning in; 12% heeft de 'Three strikes out maatregel' binnen het sanctiepakket; 18% legt een dwangsom op en 17% een bestuurlijke boete (17%); 8% van de gemeenten kent ook strafrechtelijke vervolging.

Onderzoek 3: betreft de boetes in 2015 opgelegd aan 18-minners voor alcohol aanwezig hebben op voor publiek toegankelijke plaatsen (LocalFocus)⁸³:

-Minder dan de helft van de gemeenten heeft hiervoor boetes opgelegd aan 18-minners.

-Het totaal aantal boetes was 1.104. Vooral 16- en 17-jarigen kregen een bon.

Onderzoek 4: anonieme enquête onder 157 gemeentelijke toezichthouders, 2016 (Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid)⁸⁴:

Dit onderzoek is door ruim een kwart van alle toezichthouders ingevuld.

-Zij geven aan gemiddeld 28,8 uur per week beschikbaar te hebben voor toezicht op en handhaving van de DHW waarvan 8 uur plaatsvindt in de avond/nacht.

-Ruim 55 van de 157 toezichthouders geven aan zich niet of 'slechts soms' gesteund te voelen door de burgemeester, meestal omdat de belangen in de betreffende gemeenten ergens anders liggen. Samenwerking met toezichthouders uit andere gemeenten vindt in ongeveer de helft van de gevallen plaats.

-De decentralisatie van de Drank- en Horecawet wordt slechts door een kwart van de toezichthouders als positief ervaren. In bijna de helft van de gemeenten worden testkopers ingezet bij de handhaving van de Drank- en Horecawet.

Onderzoek 5: onder 371 gemeenten, voorjaar 2016 (Onderzoeksbureau IntraVal)⁸⁵:

-89,7% van alle gemeenten heeft een handhavingplan vastgesteld.

-De inzet die gemeenten besteden aan c.q. beschikbaar hebben voor het houden van toezicht varieert van nul tot twaalf fte. 33 gemeenten hebben geen fte's beschikbaar.

- Bij een geconstateerde overtreding van de Drank- en Horecawet geven de meeste gemeenten geen boete maar een bestuurlijke waarschuwing. Dit is in de periode 2013 tot en met april 2016 5.232 keer gedaan. De 'Three strikes out maatregel' is in dezelfde periode slechts zes keer toegepast. Sinds 1 januari 2013 zijn 494 boetes opgelegd aan de verschillende soorten verstrekkers (m.a.w: ruim 10 boetes per maand in geheel Nederland), terwijl 114 keer een vergunning is ingetrokken en 39 keer een vergunning is geschorst. Het opleggen van een last onder dwangsom is 381 keer toegepast.

-Een groot deel (290; 82,4%) van de gemeenten vindt dat zij over voldoende (adequate) instrumenten beschikt om de naleving van de Drank- en Horecawet te handhaven. Volgens de 60 gemeenten die zeggen niet over voldoende instrumenten te beschikken komt dat met name door het gebrek aan middelen.

-De meest genoemde knelpunten: weinig tijd (89; 46,8%); weinig financiële middelen (88; 46,3%); (te) weinig BOA's (62; 32,6%); en (te) weinig BOA's met de juiste bevoegdheden en competenties (50; 26,3%).

2.5 Blurring leidt tot ongewenste normalisatie van alcoholgebruik

Aangestuurd door de VNG zijn tientallen gemeenten in 2016 gestart met 'blurring', waarbij, in strijd met de Drank- en Horecawet wordt geëxperimenteerd met mengvormen van winkel en horeca.

Hierdoor neemt het aantal alcoholverstrekkingspunten sterk toe. Kledingzaken en kappers zijn alcohol gaan schenken, boekhandels en supermarkten laten hun klanten alcohol proeven⁸⁶. Alcohol krijgt daardoor meer en meer het imago van een normaal dagelijks te gebruiken consumptieartikel. Deze trend staat lijnrecht tegenover zowel het advies van de WHO dat een beperking van de beschikbaarheid beoogt⁸⁷ als tegenover de richtlijn van de Gezondheidsraad⁸⁸ die aangeeft dat niet-drinken de meest gezonde keuze is en drinkers adviseert zich te beperken tot één glas per dag.

Het normaliseren van alcoholgebruik door blurring heeft ook als gevolg dat kinderen en jongeren volwassenen steeds vaker zien drinken en dat terwijl onderzoek leert dat voorbeeldgedrag van ouders sterk medebepalend is voor het alcoholgebruik onder jongeren⁸⁹.

Toelichting:

-De lokale blurring-experimenten leiden tot een toename van het aantal plaatsen waar alcohol wordt verkocht en/of geschonken. Alcohol wordt voor iedereen meer beschikbaar. Onderzoek laat zien dat juist een verruiming van de beschikbaarheid van alcohol de consumptie, en daarmee de gezondheidsschade, vergroot⁹⁰. Het probleem in Nederlandse steden is niet dat alcohol moeilijk verkrijgbaar is of dat er te weinig horeca is. Overal zijn supermarkten, avondwinkels en cafetaria's waar je alcohol kunt kopen.

-Het recent in opdracht van ZonMw door Ecorys geschreven rapport over blurring benadrukt de ongewenste gevolgen van blurring: ' De literatuur is duidelijk over de effecten van grotere alcoholbeschikbaarheid op de volksgezondheid en de openbare orde. Een hogere alcoholconsumptie leidt tot meer gezondheidsklachten op de lange termijn wat kan resulteren bijvoorbeeld in een positieve relatie tussen alcoholconsumptie en hogere sterfte- en ziektecijfers. Ook de relatie tussen de hoeveelheid horecagelegenheden, de openingstijden van deze gelegenheden en alcohol- gerelateerde incidenten op het gebied van gezondheid, openbare orde en drankgedrag onder jongeren op de korte termijn is in de wetenschappelijke literatuur aangetoond.'⁹¹

-Dat de Nederlander niet zit te wachten op een biertje in de winkel of bij de kapper bleek ook wel toen De Telegraaf haar lezers vroeg wat zij van blurring vinden: 70% gaf aan daartegen te zijn⁹². Blurring is ook voorgelegd aan de deelnemers van het EénVandaag Opiniepanel: toen bleek zelfs 77% van de ondervraagden tegenstander⁹³.

2.6 Succesvolle lokale alcoholprojecten lopen af en er is onduidelijkheid over hun toekomst

Zo'n 10 jaar geleden zijn in veel regio's alcoholpreventie-projecten opgezet. De meeste projecten richten zich op het voorkomen van alcoholgebruik bij jongeren door middel van voorlichting aan ouders en jongeren. Diverse lokale projecten lopen af en het is de vraag of ze gecontinueerd gaan worden.

Het zou onverstandig zijn deze projecten niet te continueren. Het alcoholgebruik onder jongeren en vooral het bingedrinken is immers nog steeds een zeer ernstig probleem. Ook het aantal alcoholintoxicaties onder jongeren en jongvolwassenen neemt nog steeds toe. Vooral de voorlichtingsprogramma's voor ouders zouden de dupe zijn van het wegvallen van de regionale projecten. Dit terwijl ouders worden gezien als sleutelfiguren bij alcoholpreventie en volgens deskundigen een belangrijke doelgroep zijn van het lokale alcoholbeleid.

Een ander belangrijk probleem voor gemeenten is dat de naleving van de leeftijdsgrens van 18 jaar nog fors onder de maat is. Zoals eerder toegelicht dient er een flinke kwaliteitsslag gemaakt te worden met betrekking de handhaving. De praktijk heeft aangetoond dat daar waar regionale preventieprojecten goed zijn opgezet, er sprake is van effectieve samenwerking tussen preventiedeskundigen en toezichthouders⁹⁴. Als de gemeentelijke investering in het lokale alcoholbeleid wegvalt, komt dat de naleving en de handhaving van de leeftijdsgrens niet ten goede.

Toelichting:

-Uit diverse studies is gebleken dat geïsoleerde alcoholvoorlichting aan jongeren via het onderwijs in weinig of geen effect heeft⁹⁵. Een minimale voorwaarde voor effectiviteit is dat ouders bij deze programma's actief worden betrokken⁹⁶. Bij het ontberen van goed gefinancierde lokale alcoholpreventie-projecten lijkt de vrees gerechtvaardigd dat de bestaande programma's voor ouders zullen verdwijnen. Ook de persoonsgerichte alcoholvoorlichting aan ouders van risicjongeren door jeugdverpleegkundigen en –artsen komt dan onder druk te staan.

-Sinds 1 januari 2013 hebben de gemeenten de taak gekregen toe te zien op de naleving van de Drank- en Horecawet. Daarvoor was het de taak van de Nederlandse Voedsel- en Waren Autoriteit. Het doel van de wetswijziging was vooral beter toezicht op de naleving van de alcoholleeftijdsgrens. Uit tal van mysteryshop-onderzoeken blijkt echter dat het in het algemeen nog steeds slecht gesteld is met de naleving. Uit het meest recente landelijke onderzoek blijkt dat bij gemiddeld slechts 35,8% van de aankoopogingen van alcohol de leeftijdsgrens van 18 jaar door alcoholverstrekkers wordt gerespecteerd. Vooral sportkantines (16,7%) scoren slecht⁹⁷.

2.7 Positieve alternatieven voor alcoholgebruik worden nog onvoldoende benut

Wettelijke regelgeving en goede naleving daarvan zijn fundamentele beleidsinstrumenten om het alcoholgebruik en daarmee de schade van alcoholgebruik te beperken. Dat doet echter niets af aan de keuze van iedere burger om verantwoord om te gaan met zijn gezondheid. Bepaalde voorzieningen of programma's kunnen de keuze om niet te drinken of om matig te drinken faciliteren. Deze programma's en projecten verdienen meer aandacht. Een breed assortiment aan gezonde alcoholvrije dranken dient op meer plaatsen beschikbaar te zijn.

Toelichting:

-IkPas is een programma voor mensen die zich afvragen of hun alcoholgebruik nadelig is geworden voor hun gezondheid (www.ikpas.nl). Het programma is gestart in 2015 en wordt jaarlijks in het voorjaar georganiseerd. Het houdt in dat mensen 30 of 40 dagen geheel stoppen met alcoholgebruik. In 2015 en 2016 lieten resp. 4.595 en 7.239 deelnemers zich registreren, het werkelijk aantal deelnemers ligt waarschijnlijk aanzienlijk hoger. Uit de eerste studies naar deelnemers aan dit programma blijkt dat zij na afloop van het programma minder blijven drinken⁹⁸.

-Alcoholvrij:

Het is van belang dat er meer alcoholvrije alternatieven op de markt komen in het bijzonder ten behoeve van de uitgaanssector. Reclame en marketing in de horeca zijn nu bijna volledig gericht op alcoholhoudende dranken en te weinig op alcoholvrije alternatieven. Het is eveneens van belang dat horecaondernemers bij het samenstellen van hun aanbod zich minder afhankelijk opstellen van bierproducenten.

Bijlage 3: Literatuur

-
- ¹Global status report on noncommunicable diseases. Geneva, World Health Organization, 2010.
- ²G.A. de Wit et al Maatschappelijke kosten-baten analyse van beleidsmaatregelen om alcoholgebruik te verminderen RIVM Rapport 2016-0133. Bilthoven, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2016.
- ³R. Purshouse, A. Brennan, N. Latimer, Y. Meng, R. Rafia, R. Jackson and P. Meier Modelling to assess the effectiveness and cost-effectiveness of public health related strategies and interventions to reduce alcohol attributable harm in England using the Sheffield Alcohol Policy Model version 2.0. Sheffield, University of Sheffield, 2009.
- ⁴G.A. de Wit et al Maatschappelijke kosten-baten analyse van beleidsmaatregelen om alcoholgebruik te verminderen RIVM Rapport 2016-0133. Bilthoven, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2016.
- ⁵G.A. de Wit et al Maatschappelijke kosten-baten analyse van beleidsmaatregelen om alcoholgebruik te verminderen RIVM Rapport 2016-0133. Bilthoven, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2016.
- ⁶<http://fare.org.au/2015/02/the-hidden-harm-alcohols-impact-on-children-and-families/>
- ⁷G.A. de Wit et al Maatschappelijke kosten-baten analyse van beleidsmaatregelen om alcoholgebruik te verminderen RIVM Rapport 2016-0133. Bilthoven, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2016.
- ⁸<http://www.stap.nl/nl/home/feiten-en-cijfers.html#Alcoholconsumptie>
- ⁹ <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=83021NED&D1=14-16&D2=16&D3=0&D4=I&HDR=T&STB=G1,G2,G3&VW=T>
- ¹⁰R. A. Knibbe, M. J. Drop, J. van Reek and G. Saenger. The Development of Alcohol Consumption in the Netherlands: 1958-1981. British Journal of Addiction 80 (1985), 411-491.
- ¹¹<http://www.stap.nl/nl/home/feiten-en-cijfers.html#Alcoholconsumptie>
- ¹²S. van Dorsselaer, M. Tuithof, J. Verdurmen, M. Spit, M. van Laar en K. Monshouwer. Jeugd en riskant gedrag 2015; kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren. Utrecht, Trimbos-instituut, 2016.
- ¹³Stb. 2013, 380
- ¹⁴S. van Dorsselaer, M. Tuithof, J. Verdurmen, M. Spit, M. van Laar en K. Monshouwer. Jeugd en riskant gedrag 2015; kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren. Utrecht, Trimbos-instituut, 2016.
- ¹⁵Onderzoek drinkgedrag jongeren. Amsterdam, Youngworks, 2016.
- ¹⁶S. van Dorsselaer, M. Tuithof, J. Verdurmen, M. Spit, M. van Laar en K. Monshouwer. Jeugd en riskant gedrag 2015; kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren. Utrecht, Trimbos-instituut, 2016.
- ¹⁷S. van Dorsselaer, M. Tuithof, J. Verdurmen, M. Spit, M. van Laar en K. Monshouwer. Jeugd en riskant gedrag 2015; kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren. Utrecht, Trimbos-instituut, 2016.
- ¹⁸Factsheet Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2015. Utrecht, Trimbos-instituut, 2016.
- ¹⁹S. Nijman en H. Valkenberg. Alcoholvergiftigingen en ongevallen met alcohol. Amsterdam, VeiligheidNL, 2016.
- ²⁰ESPAD Report 2015 Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Portugal, European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, 2016.
- ²¹Richtlijnen goede voeding 2015. Den Haag, Gezondheidsraad, 2015.

²²<http://www.rivm.nl/dsresource?type=pdf&disposition=inline&objectid=rivmp:320199&versionid=&subjectname>

²³<http://www.rivm.nl/dsresource?type=pdf&disposition=inline&objectid=rivmp:320199&versionid=&subjectname>

²⁴Harmful use of alcohol. Geneva, World Health Organization, 2009.

²⁵Puberhersenen en alcohol. Den Haag, Hersenstichting, 2016.

²⁶http://www.eengezondernederland.nl/Een_gezonder_Nederland

²⁷<http://www.korsakovkenniscentrum.nl/syndroom-van-korsakov>

²⁸S. Nijman en H. Valkenberg. Alcoholvergiftigingen en ongevallen met alcohol. Amsterdam, VeiligheidNL, 2016.

²⁹M.W. van Laar en M.M.J. van Ooyen-Houben. Nationale drug monitor; jaarbericht 2015. Utrecht, Trimbos-instituut e.a., 2015.

³⁰M.W. van Laar en M.M.J. van Ooyen-Houben. Nationale drug monitor; jaarbericht 2015. Utrecht, Trimbos-instituut e.a., 2015.

³¹C. Lanting, E. de Vroome, Sj. Elias en S. Bausch-Goldbohm. De bijdrage van leefstijlfactoren aan de incidentie van en de sterfte aan kanker in Nederland. Leiden, TNO, 2014.

³²<http://www.wkof.nl/nl/kanker-voorkomen/professionals/eerdere-edities-kankerpreventienieuws/het-verband-tussen-alcohol-0>

³³C. Lanting, E. de Vroome, Sj. Elias en S. Bausch-Goldbohm. De bijdrage van leefstijlfactoren aan de incidentie van en de sterfte aan kanker in Nederland. Leiden, TNO, 2014.

³⁴G.A. de Wit et al Maatschappelijke kosten-baten analyse van beleidsmaatregelen om alcoholgebruik te verminderen RIVM Rapport 2016-0133. Bilthoven, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2016.

³⁵J.G.C. van Amsterdam, A. Opperhuizen, M.W.J. Koeter, K.A.G.J.M. Aerts en W. van den Brink. Ranking van drugs; een vergelijking van de schadelijkheid van drugs. Bilthoven, RIVM, 2009.

³⁶B.F. Grant and D.A. Dawson. Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: Results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Substance Abuse* 9 (1997) 103–110.

³⁷<http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=83021NED&D1=14,18&D2=16&D3=0&D4=I&VW=T>

³⁸<http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=83021NED&D1=14,17&D2=43,47&D3=0&D4=I&HDR=T&STB=G1,G2,G3&VW=T>

³⁹ <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/33/alcoholgebruik-onder-65-plussers-stijgt-met-opleiding>

⁴⁰Kerncijfers verslavingszorg 2015. Houten, Stichting IVZ, 2016.

⁴¹J.G.C. van Amsterdam, A. Opperhuizen, M.W.J. Koeter, K.A.G.J.M. Aerts en W. van den Brink. Ranking van drugs; een vergelijking van de schadelijkheid van drugs. Bilthoven, RIVM, 2009.

⁴²M.Y. Bruinsma, L.D. Balogh en J.A. de Muijnck. Geweld onder invloed. Tilburg, IVA e.a., 2009.

⁴³S. Nijman en H. Valkenberg. Alcoholvergiftigingen en ongevallen met alcohol. Amsterdam, VeiligheidNL, 2016.

⁴⁴Huiselijk geweld in Nederland; overkoepelend syntheserapport van het vangst-hervangst-, slachtoffer- en daderonderzoek 2007-2010. Meppel, Boom e.a., 2010.

⁴⁵L. Kuyper, J. de Wit, P. Adam, L. Woertman en W. van Berlo. Grensoverschrijdende seksuele ervaringen en gedragingen onder jongeren De belangrijkste resultaten uit het onderzoek 'Laat je nu horen!'. Tijdschrift voor Seksuologie 34 (2010) 2, 90-103

⁴⁶Rijden onder invloed van alcohol in 2002-2015; ontwikkeling van het alcoholgebruik van automobilisten in weekendnachten. Den Haag, Ministerie van Infrastructuur en Milieu, 2016.

⁴⁷C. I. Lanting, J.P. van Wouwe, P. van Dommelen en K.M. van der Pal-de Bruin. Alcoholgebruik tijdens zwangerschap en borstvoeding. Leiden, TNO e.a., 2016.

⁴⁸http://www.vnn.nl/fileadmin/user_upload/VNN/PDF/Meer_weten_over/FAS/Feiten_en_cijfers_over_Foetaal_Alcohol_Syndroom.pdf

⁴⁹Global status report on alcohol and health. Geneva, World Health Organization, 2014.

⁵⁰Global status report on alcohol and health. Geneva, World Health Organization, 2014.

⁵¹P. Anderson en B. Baumberg. Alcohol in Europe; a public health perspective. London, Institute of Alcohol Studies, 2006

⁵²P. Anderson, L. Møller and G. Galea . Alcohol in the European Union; consumption, harm and policy approaches. Copenhagen, World Health Organization, 2012.

⁵³<http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-5-viz?lang=en>

⁵⁴Global status report on noncommunicable diseases. Geneva, World Health Organization, 2010

⁵⁵Does marketing communication impact on the volume and patterns of consumption of alcoholic beverages, especially by young people? A review of longitudinal studies. Brussels, Science Group of the European Alcohol and Health Forum, 2009.

⁵⁶E. van den Wildenberg. Evaluatie van de alcoholreclamebeperking op radio en televisie in 2009 en 2010. Utrecht, STAP, 2011.

⁵⁷A. de Bruijn, J. Tanghe, R. de Leeuw, R. Engels, P. Anderson, F. Beccaria, M. Bujalski, C. Celata, J. Gosselt, D. Schreckenbergh, L. Słodownik, J. Wothge en W. van Dalen. European longitudinal study on the relationship between adolescents' alcohol marketing exposure and alcohol use. *Addiction* (2016) 111: doi: 10.1111/add.13455

⁵⁸L. Rabinovich, Ph.-B. Brutscher, H. de Vries, J. Tiessen, J. Clift and A. Reding. The affordability of alcoholic beverages in the European Union; understanding the link between alcohol, affordability, consumption and harms. Cambridge, RAND, 2009.

⁵⁹P.S. Meier. The independent review of the effects of alcohol pricing and promotion; summary of evidence to accompany report on phase 1: systematic reviews. Sheffield, University of Sheffield, 2008.

⁶⁰European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. Copenhagen, World Health Organization, 2012.

⁶¹G.A. de Wit et al Maatschappelijke kosten-baten analyse van beleidsmaatregelen om alcoholgebruik te verminderen RIVM Rapport 2016-0133. Bilthoven, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2016.

⁶²P.S. Meier, J. Holmes, C. Angus, A.K. Ally, Y. Meng and A. Brennan. Estimated effects of different alcohol taxation and price policies on health inequalities: a mathematical modelling study. *PLoS Med* (2016) 13(2):e1001963.doi:10.1371/journal.pmed.1001963

⁶³Stb. 2012, 237

⁶⁴Monitor Evaluatie Drank- en Horecawet 2016 resultaten & conclusies. Heesch, Bureau Horeca Bijzondere Wetten, 2016.

⁶⁵<http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=80346NED&D1=11&D2=I&VW=T>

⁶⁶Duurdere drank spaart levens; overzicht van onderzoek naar effectieve prijsmaatregelen om alcoholproblematiek terug te dringen. Utrecht, Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid STAP, 2016.

⁶⁷<http://www.stap.nl/nl/nieuws/laatste-nieuws.html/3454/4547/schotse-minimum-alcoholprijs-alln-als-die-aantoonbaar-effectiever-is-dan-accijns#p3454>

⁶⁸P.S. Meier et al. Model-based appraisal of alcohol minimum pricing and off-licensed trade discount bans in Scotland. A Scottish adaptation of the Sheffield Alcohol Policy Model version 2. Sheffield, University of Sheffield, 2009.

⁶⁹https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/plenaire_verslagen/kamer_in_het_kort/vws-begroting-besproken

⁷⁰<http://www.stap.nl/nl/nieuws/laatste-nieuws.html/3454/4091/nader-onderzoek-naar-ouderen-en-alcohol#p3454>

⁷¹Global health and aging. Geneva, World Health Organization e.o., 2011.

⁷²Alcohol en ouderen. Woerden, NIGZ, 2005.

⁷³A.C. Grundstrom, C.E. Guse and P.M. Layde. Risk factors for falls and fall-related injuries in adults 85 years of age and older. Archives of Gerontology and Geriatric 54 (2012) 2, 421-428.

⁷⁴S. Nijman en H. Valkenberg. Alcoholvergiftigingen en ongevallen met alcohol. Amsterdam, VeiligheidNL, 2016.

⁷⁵<https://www.alcoholhulp.be/ouderen-en-alcohol>

⁷⁶Stb. 2012, 237.

⁷⁷A. Kruize, I. Schoonbeek en B. Bieleman. Zicht op toezicht; onderzoek stand van zaken lokaal toezicht naleving DHW voorjaar 2016. Groningen, Onderzoeksbureau Intraval, 2016.

⁷⁸A. Kruize, I. Schoonbeek en B. Bieleman. Zicht op toezicht; onderzoek stand van zaken lokaal toezicht naleving DHW voorjaar 2016. Groningen, Onderzoeksbureau Intraval, 2016.

⁷⁹A. Kruize, I. Schoonbeek en B. Bieleman. Zicht op toezicht; onderzoek stand van zaken lokaal toezicht naleving DHW voorjaar 2016. Groningen, Onderzoeksbureau Intraval, 2016.

⁸⁰Resultaten enquête toezichthouders Drank- en Horecawet. Utrecht, Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid, 2016.

⁸¹Gemeentelijke uitvoering van de Drank- en Horecawet; analyse stand van zaken 2014; Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid STAP, uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Utrecht 2014.

⁸²Monitor Evaluatie Drank- en Horecawet 2016 resultaten & conclusies. Heesch, Bureau Horeca Bijzondere Wetten, 2016.

⁸³<http://www.nu.nl/binnenland/4274493/in-veel-gemeenten-geen-boetes-minderjarige-drinkers.html>

⁸⁴Resultaten enquête toezichthouders Drank- en Horecawet. Utrecht, Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid, 2016.

⁸⁵A. Kruize, I. Schoonbeek en B. Bieleman. Zicht op toezicht; onderzoek stand van zaken lokaal toezicht naleving DHW voorjaar 2016. Groningen, Onderzoeksbureau Intraval, 2016.

⁸⁶<https://vng.nl/onderwerpenindex/veiligheid/drank-en-horecawet/nieuws/vng-start-pilot-mengvormen-winkelhoreca>

⁸⁷Th.F. Babor, R. Caetano, S. Casswell, G. Edwards, N. Giesbrecht and K. Graham. Alcohol; no ordinary commodity; research and public policy. Oxford, Oxford University Press, 2010 (2nd edition).

⁸⁸Richtlijnen goede voeding 2015. Den Haag, Gezondheidsraad, 2015.

⁸⁹R.C.M.E. Engels, M. Kleinjan en R. Otten. De rol van ouders bij alcoholgebruik van adolescenten: stand van zaken. Utrecht, Trimbos-instituut, 2013.

⁹⁰E.A. Richardson, S.E. Hill, R. Mitchell, J. Pearce and N.K. Shortt. Is local outlet density related to alcohol-related morbidity and mortality in Scottish cities? Health and Place 33 (2015), 172-180.

⁹¹Effecten van scenario's met betrekking tot blurring alcoholverkoop en alcoholverbruik; verkennende studie. Rotterdam, Ecorys, 2016.

⁹²<http://www.stap.nl/nl/nieuws/laatste-nieuws.html/3454/4676/telegraaflezers-zijn-tegen-alcohol-schenken-in-winkels#p3454>

⁹³http://www.npo.nl/eenvandaag/07-06-2016/AT_2055038

⁹⁴M.C.M. de Goeij. Regionaal en lokaal integraal alcoholbeleid effectief in het terugdringen van drankgebruik bij jongeren onder de 16 jaar in Noord-Brabant. Amsterdam, AMC, 2015.

⁹⁵Th.F. Babor, R. Caetano, S. Casswell, G. Edwards, N. Giesbrecht and K. Graham. Alcohol; no ordinary commodity; research and public policy. Oxford, Oxford University Press, 2010 (2nd edition).

⁹⁶I.M. Koning, P. Lugtig and W.A.M. Vollebergh. [Differential effects of baseline drinking status; effects of an alcohol prevention program targeting students and/or parents \(PAS\) among weekly drinking students](#). Journal of substance abuse treatment, 46 (2014) 4, 522-527.

⁹⁷R. Roodbeen en K. Schelleman-Offermans. Alcohol & tabaksverkoop aan jongeren 2016. Nijmegen, Nuchter Kenniscentrum Leeftijdsgrenzen, 2016.

⁹⁸Publicatie D. van Benthem en R. Bovens in voorbereiding. Zie ook: R. Bovens, A. Schuitema, J. Leenen en M. Planken. IKpas 2015: de resultaten; factsheet. Zwolle, Windesheim, 2015.