Lex Lemmers, Joost Mulder, Simone Onrust, Jacqueline Verdurmen,
Ninette van Hasselt

Trimbos instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Preventie van schadelijk alcoholgebruik

Een update van de kennissynthese uit 2010 en een Roadmap voor STAD-Nederland

Lex Lemmers
Joost Mulder
Simone Onrust
Jacqueline Verdurmen
Ninette van Hasselt

Preventie van schadelijk alcoholgebruik

Een update van de kennissynthese uit 2010 en een Roadmap voor STAD-Nederland

Trimbos-instituut, Utrecht, juli 2016

Trimbos instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Colofon

Projectleiding
Lex Lemmers

Redactie
Lex Lemmers, Joost Mulder, Simone Onrust, Jacqueline Verdurmen & Ninette van Hasselt

Omslagontwerp
Canon Nederland N.V.

Beeld
Trimbos-instituut

Artikelnummer **AF1478**

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: 030-297 11 00
F: 030-297 11 11

© 2016, Trimbos-instituut, Utrecht.
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Inhoud

	Inhoud	**3**
1	**Inleiding**	**5**
2	**Werkwijze**	**9**
3	**Afbakening en gebruikte databases**	**10**
4	**Alcoholpreventie in de schoolsetting**	**13**
4.1	Nederlandse situatie: alcoholpreventieprogramma's	19
4.2	Conclusies alcoholpreventie in de schoolsetting	22
4.3	Kennislacunes alcoholpreventie in de schoolsetting	23
5	**Alcoholpreventie in de zorg**	**25**
5.1	Interventies in de zorg gericht op jongeren	25
5.2	Interventies in de zorg gericht op volwassenen	31
5.3	Online interventies	36
5.4	Nederlandse situatie	38
5.5	Conclusies alcoholpreventie in de zorg	40
5.6	Kennislacunes alcoholpreventie in de zorg	41
6	**Alcoholpreventie in de wijk**	**43**
6.1	Nederlandse situatie community-interventies	45
6.2	Nederlandse situatie interventies drinkomgeving	47
6.3	Alcoholpreventie op buurtniveau en wijkteams	47
6.4	Conclusies Community-interventies en kennishiaten	50
7	**Alcoholpreventie gericht op ouderen**	**51**
7.1	Conclusie en kennislacunes	56
8	**Roadmap STAD-Nederland**	**57**
8.1	Culturele en maatschappelijke verschillen tussen Zweden en Nederland	59
8.2	Beschrijving van de kernelementen van de STAD-methodiek	62
8.3	Ervaringen met STAD in Finland en Noorwegen	66
8.4	Roadmap STAD naar Nederland	69
8.5	Bespreking van de Roadmap met de klankbordgroep	74
8.6	Kennishiaten STAD	76
8.7	Aanbevelingen STAD	77
9	**Conclusies en kennislacunes**	**79**
9.1	Conclusies met betrekking tot wetenschappelijke ontwikkelingen	79
9.2	Kennislacunes	82
9.3	STAD: cultuur, effectieve elementen, kennislacunes en aanbevelingen	84
9.4	Aanbevelingen en prioriteiten van alcoholexperts	86
10	**Literatuur**	**89**
11	**Bijlage 1: overzicht van Nederlandse proefschriften die betrekking hebben op alcoholpreventie (2010 – 2015).**	**99**
12	**Bijlage 2. Deelnemers invitational conference 13 juli 2016**	**104**

1 Inleiding

Op verzoek van het ministerie van VWS voert ZonMw het vijfde Programma Preventie (PP5) uit. Het doel van dit programma is om met kennis bij te dragen aan de verbetering van de preventiepraktijk binnen de domeinen school, wijk, werk, zorg en vroege opsporing (zie: www.zonmw.nl/PP5). Dit in aansluiting op de speerpunten van het VWS-beleid en op de doelen, doelgroepen en domeinen die centraal staan binnen het Nationaal Programma Preventie (zie: www.allesisgezondheid.nl).
De preventie van schadelijk alcoholgebruik is één van de onderwerpen die binnen PP5 aan de orde kan komen. Het is daarom relevant om te inventariseren wat we weten en wat we nog niet weten over de effectiviteit en implementatie van effectieve maatregelen, interventies en werkzame elementen, zodat onderzoek gericht in kan gaan op de kennishiaten en kennisvragen van professionals die zich bezig houden met de uitvoering van preventieactiviteiten.
In 2010 hebben het IVO en het Trimbos-instituut in opdracht van ZonMw een kennissynthese uitgevoerd waarbij de wetenschappelijke kennis is verzameld over schadelijk alcohol- en drugsgebruik bij jongeren (van Hasselt et al., 2010) en volwassenen (Schrijvers, et al., 2010). De studies bieden een overzicht van de stand van de kennis op het gebied van:

- de aard en omvang van alcohol- en drugsgebruik onder jongeren van 10-24 jaar, volwassen en ouderen;
- de partijen die een rol spelen op het gebied van verslavingspreventie;
- de meest relevante (effectieve) beleidsmaatregelen en interventies gericht op de preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik.

Deze kennissynthese uit 2010 is aan een update toe en ZonMw heeft het Trimbos-instituut gevraagd om deze update voor schadelijk alcoholgebruik uit te voeren. Tevens heeft ZonMw het Trimbos-instituut gevraagd om uit te werken hoe de succesvolle STAD-aanpak naar de Nederlandse context vertaald kan worden. STAD is een kosteneffectieve community-aanpak die ontwikkeld is in Stockholm om alcoholgerelateerde problemen in het uitgaansleven tegen te gaan en waarvoor Nederlandse gemeenten veel belangstelling hebben vanwege de positieve resultaten. Voordat een implementatie in Nederland kan plaatsvinden is het nodig om inzicht te krijgen in de culturele en maatschappelijke verschillen tussen Zweden en Nederland en de effectieve componenten van STAD.

De onderhavige studie richt zich dus enerzijds op het updaten van de kennissynthese uit 2010 die betrekking heeft op schadelijk alcoholgebruik en de effectiviteit van interventies die ingezet kunnen worden voor lokaal alcoholpreventiebeleid en in de zorg en anderzijds op het ontwikkelen van een 'Roadmap' voor STAD naar Nederland.
Naast deze update loopt er ook een onderzoek naar *Blurring* en wordt er een *Maatschappelijke-Kosten-Baten-Analyse (MKBA)* uitgevoerd gericht op beleidsmaatregelen om schadelijk alcoholgebruik tegen te gaan. Het doel van de MKBA is om enerzijds een beschrijving te geven van de maatschappelijke kosten en baten van alcoholgebruik in Nederland bij voortzetting van het huidig beleid, en anderzijds om de impact te berekenen van een gewijzigd beleid op de kosten en baten bij de onderscheiden stakeholders en voor de welvaart van Nederland.

De MKBA richt zich vooral op het effect van een drietal landelijke beleidsmaatregelen:

(1) prijsmaatregelen zoals een minimumprijs en verhoogde accijns,
(2) vermindering van verkoop door minder verkooppunten en regelgeving ten aanzien van de openingstijden en
(3) het beperken van reclame voor alcohol.

De resultaten van de onderhavige studie zullen aan het ministerie van VWS worden aangeboden.

Relevantie

Schadelijk alcoholgebruik behoort wereldwijd tot de belangrijkste risicofactoren voor ziekte en sterfte en kent in Nederland een relatief hoge prevalentie. Schadelijk gebruik van alcohol verhoogt het risico op acute en chronische schade van alcohol zoals alcohol gerelateerde ziekten, verslaving, vandalisme en agressie (zowel in het uitgaansleven als huiselijk geweld), alcoholvergiftigingen, vroeg sterfte, (verkeers-)ongevallen, onveilig seksueel gedrag, uitval uit onderwijs, verminderde arbeidsproductiviteit door verzuim en verminderde efficiëntie op het werk.
Schadelijk alcoholgebruik kan op verschillende manieren geoperationaliseerd worden. Het CBS gebruikt als indicatoren voor schadelijke alcoholgebruik zwaar drinken en overmatig drinken. Van zwaar drinken is sprake als er minstens éénmaal per week 6 of meer glazen op één dag wordt gedronken (mannen) of 4 glazen of meer op een dag (vrouwen). Voor mannen is er sprake van overmatig drinken als ze meer dan 21 glazen per week drinken en voor vrouwen een gemiddelde consumptie van meer dan 14 glazen per week. Uit de meest recente cijfers van het CBS (Gezondheidsenquête 2014) blijkt dat zo'n 12,0% van de Nederlanders die alcohol drinken een overmatige drinker is en 11,5% van de drinkers

is te omschrijven als een zware drinker. Zware drinkers worden vooral gevonden bij jongeren en jong volwassenen en overmatige drinkers bij ouderen. Het is de ambitie van het NPP om deze trend van schadelijk alcoholgebruik naar beneden om te buigen.
Voor sommige groepen, zoals jongeren onder de 18 jaar, zwangere vrouwen, verkeersdeelnemers is iedere vorm van alcoholgebruik schadelijk. Samenvattend verstaan we in deze studie onder schadelijk alcoholgebruik:

- Iedere vorm van alcoholconsumptie (jongeren onder de 18 jaar, verkeer, zwangerschap)
- Regelmatig overmatig drinken/zwaar drinken
- Binge drinken (tijdens een gelegenheid overmatig drinken)

Nieuwe Drank- en Horecawet

Een centraal element in het alcoholpreventiebeleid van VWS is de Drank- en Horecawet (DHW). De DHW werd in 2013 en 2014 sterk gewijzigd. In 2013 kregen de gemeenten meer taken en bevoegdheden rondom alcoholpreventie. Een van de belangrijkste wijzigingen was de verschuiving van het toezicht op de DHW van de Nederlandse Voedsel en Waren Autoriteit (NVWA) naar de gemeenten. In 2014 is de leeftijd voor de verkoop van zwak alcoholhoudende dranken verhoogd van 16 naar 18 jaar (sterk was al 18 jaar) en zijn jongeren onder de 18 strafbaar als ze alcohol in bezit hebben in openbare ruimten. Gemeenten leggen de plaatselijke regels rondom alcoholgebruik vast in verordeningen en moeten periodiek een preventie- en handhavingsplan opstellen. Door de veranderingen in de DHW is alcoholpreventie voor een belangrijk deel gedecentraliseerd en nog meer een taak geworden van de lokale overheid. De landelijk overheid levert via algemene beleidsmaatregelen (b.v. via prijsmaatregelen, beperken beschikbaarheid, labeling en regulering van de reclame) en agendasetting (o.a. de campagne NIX18) een bijdrage aan alcoholpreventie.

Doel en onderzoeksvragen

Het doel van deze studie is tweeledig. Het eerste doel is om een update te maken van de kennissynthese over de preventie van schadelijk alcoholgebruik die door het Trimbos-instituut en het IVO in 2010 is uitgevoerd. Het tweede doel is om aanbevelingen te formuleren voor de vertaling van de STAD-aanpak naar Nederland.

Deze studie zal zich concentreren op de onderstaande onderzoeksvragen:

(1) Wat zijn de belangrijkste wetenschappelijke ontwikkelingen (vanaf 2010) met betrekking tot de preventie van schadelijk alcoholgebruik, uitgesplitst naar de verschillende domeinen: school, zorg, wijk, werk en ouderen?

(2) Wat zijn de belangrijkste kennislacunes met betrekking tot de preventie van schadelijk alcoholgebruik?
(3) Wat zijn de belangrijkste culturele en maatschappelijk verschillen tussen Zweden en Nederland die relevant zijn voor de implementatie van STAD in Nederland?
(4) Wat zijn de belangrijkste effectieve componenten van STAD en hoe kunnen die in Nederland worden geïmplementeerd in gemeentelijk alcoholbeleid?
(5) Wat zijn de belangrijkste kennislacunes voor een implementatie van STAD in Nederland.

2 Werkwijze

Als basis voor de update nemen we de hoofdstukken uit de rapporten van van Hasselt (2010) en Schrijvers et al. (2010) die handelen over effectieve alcoholpreventie voor jongeren en volwassenen. Per alinea wordt de nieuwe literatuur geanalyseerd en op basis van de nieuwe bevindingen wordt gekeken in hoeverre de conclusies aangepast moeten worden. ZonMw heeft de volgende aanwijzingen gegeven voor de update:

- Update met nadruk op basis van Nederlands onderzoek
- Aanvullend onderzoek naar effectieve buitenlandse effectieve interventies
- Afstemming met Nederlandse experts

De Nederlandse promotieonderzoeken van de afgelopen 5 jaar worden verzameld en gescand op relevantie. Daarnaast worden de erkende interventies van CGL databank die betrekking hebben op schadelijk alcoholgebruik geselecteerd. Gezien het tijdsbestek van de update kunnen we niet alle afzonderlijke wetenschappelijke studies uit de buitenlandse literatuur verzamelen, maar we zullen een search uitvoeren van meta-analyses en reviews, vanaf 2010, op het gebied van alcoholpreventie in brede zin in (school, zorg, wijk, werk en ouderen). Om een zo compleet mogelijk beeld van de ontwikkelingen te krijgen zullen we aanvullende informatie over effectieve alcoholpreventie verzamelen via de databases van de NIAAA uit de Verenigde Staten en Eurocare. Beide organisaties hebben een uitgebreide database van effectieve interventies met betrekking tot schadelijk alcoholgebruik.

Invitational conference

Een conceptversie van het rapport is besproken met vertegenwoordigers van het Ministerie van VWS en via een *invitational conference* met een groep Nederlandse alcoholexperts uit de wetenschap en de praktijk. Bijlage 2 geeft een overzicht van de deelnemers. Op basis van de opmerkingen van de beleidsambtenaren en de experts zijn de conclusies en aanbevelingen aangescherpt en waar nodig de analyse aangevuld met nieuwe informatie.

3 Afbakening en gebruikte databases

Afbakening

In de internationale literatuur over de effectiviteit van alcoholpreventie is er een vrij duidelijke consensus over de effectiviteit van beleid en interventies. Prijs en beleidsmaatregelen die de beschikbaarheid van alcohol beperken worden als de meest effectieve vormen van alcoholpreventie gezien (Anderson & Baumberg, 2006). Random verkeerscontroles gecombineerd met campagnes kunnen het aantal alcohol gerelateerde verkeersslachtoffers terugbrengen. Screening en kortdurende interventies worden als de meest effectieve interventie mogelijkheden gezien gericht op het individu. Deze algemene conclusies blijven ook in de literatuur van na 2010 overeind en onder preventiespecialisten bestaat consensus dat effectieve alcoholpreventie integraal van karakter moet zijn en zich zowel op de omgeving als op het individu moet richten. Voorlichting en educatie zijn belangrijk in het agenderen van de problematiek en vormen daarom onderdeel van een integraal beleid (Handreiking gezonde gemeente). Handhaving van wet- en regelgeving is een essentieel onderdeel van een beleid gericht op de beperking van beschikbaarheid en het voorkomen van dronkenschap in 'licensed premises'.

In Nederland zijn er de afgelopen 5 jaar een aantal veranderingen geweest die relevant zijn voor alcoholpreventie. De meest relevante zijn:

- *Decentralisatie van alcoholbeleid en alcoholpreventie naar gemeenten*. In 2013 is de nieuwe Drank- en Horecawet van kracht geworden waardoor meer bevoegdheden voor het inrichten van lokaal alcoholbeleid bij de burgemeester zijn neergelegd en de handhaving van de wetgeving door BOA's (Buitengewoon Opsporingsambtenaren) op gemeentelijk niveau wordt uitgevoerd.
- *Leeftijdsverhoging naar 18 jaar verkoop alcohol*. In 2014 is de leeftijd voor de verkoop van alcohol verhoogd naar 18 jaar. Ook is de strafbaarstelling van jongeren die in bezit zijn van alcohol in de openbare ruimte ingevoerd. Jongeren kunnen een boete krijgen als ze in het bezit zijn van alcohol. Boetes kunnen worden opgelegd door BOA's en politie.
- *Verschuiving naar wijkgerichte gezondheidsbevordering*. Wijkgerichte gezondheidsbevordering, ook wel Gezonde Wijkaanpak of communitybenadering genoemd, richt zich op het versterken van gezondheid en welzijn van bewoners in

een wijk, buurt of dorp. Het is een structurele, integrale en gebiedsgerichte aanpak, die aansluit bij de gezondheidssituatie en -beleving van bewoners in een bepaald gebied en heeft veelal tot doel om sociaal-economische gezondheidsverschillen aan te pakken (Loket gezond leven).

- Het Nationaal programma *Alles is gezondheid* is gestart in 2014 en heeft als inzet dat gezond leven door mensen zelf wordt gedaan: op de plek waar ze wonen, werken en naar school gaan. Door middel van 'pledges' wordt samenwerking rondom gezondheid met maatschappelijke partners gestimuleerd.
- Vergrijzing. Volgens het CBS is het aantal ouderen sinds 2013 versneld aan het toenemen. Volgens de CBS Bevolkingsprognose zal het aantal 65-plussers toenemen van 2,7 miljoen in 2012 tot een hoogtepunt van 4,7 miljoen in 2041. Tot 2060 blijft het aantal schommelen rond 4,7 miljoen.

Deze veranderingen hebben gevolgen voor de inrichting van alcoholpreventie op lokaal niveau en in de zorg. De vraag is hoe kan alcoholpreventie aansluiten op bovenstaande ontwikkelingen. In onze verkenning hebben we niet de hele wetenschappelijke literatuur gescreend maar hebben we de focus gelegd op onderzoek naar effectieve alcoholpreventie in settings waar het Nationaal programma *Alles is gezondheid* zich op richt. Daarnaast hebben we speciale aandacht gehad voor alcoholpreventie gericht op ouderen. In onze analyse richten we ons op de volgende domeinen:

- Alcoholpreventie in de schoolsetting
- Alcoholpreventie in de zorg
- Alcoholpreventie in de wijk
- Alcoholpreventie voor ouderen

Per domein beschrijven we wat we mogen concluderen over effectieve alcoholpreventie op basis van wetenschappelijk onderzoek en geven we een beeld van de preventieontwikkelingen in de Nederland op het betreffende domein. Daarnaast gaan we in op implementatie en kosten- effectiviteit van interventies. De rapportage is in de stijl van de kennissynthese uit 2010, dat wil zeggen een beknopte rapportage. We geven geen uitgebreide beschrijving van de literatuur maar we beschrijven per alinea de belangrijkste bevindingen en ontwikkelingen die uit de literatuur naar voren komen, met verwijzing naar de relevante literatuur. In het bovenstaande overzicht ontbreekt alcoholpreventie op het werk. Hiertoe is besloten omdat we nauwelijks overzichtsstudies konden vinden op dit terrein. De gevonden literatuur over de setting werk zullen we bespreken bij het hoofdstuk over alcoholpreventie in de zorg.

Geraadpleegde databases

NARCIS

Via NARCIS (National Academic Research and Collaborations Information System) hebben we de Nederlandse proefschriften van de afgelopen 5 jaar verzameld die een link hadden met alcoholpreventie. In totaal hebben we 23 proefschriften gevonden die relevant waren voor alcoholpreventie, zie bijlage 1. Niet alle onderzoeken kwamen tot duidelijke conclusies en aanbevelingen of waren niet specifiek genoeg voor alcoholpreventie en we hebben daarom alleen die onderzoeken in de analyse meegenomen die tot duidelijke conclusies en aanbevelingen voor alcoholpreventie kwamen.

PubMed en PsycINFO

Via PubMed en PsycINFO hebben we gezocht naar review studies en meta-analyses naar effectieve interventies voor schadelijk alcoholgebruik. De onderzoekers hebben de reviews en meta-analyses van de afgelopen 5 jaar geselecteerd die betrekking hadden op school, zorg, wijk/community-interventies en ouderen.

Loket gezond leven

De erkende interventies voor preventie van schadelijk alcoholgebruik zijn gebruikt om een overzicht te geven van situatie in Nederland.

Database van NIAAA en Eurocare

Via deze databases hebben we publicaties gezocht die buitenlandse best practices op het gebied van de preventie van schadelijk alcoholgebruik onderbouwen.

4 Alcoholpreventie in de schoolsetting

Uit het promotieonderzoek van Monique Malmberg (2014) en Suzanne Mares (2014) komt naar voren dat het meest gebruikte alcoholpreventieprogramma in Nederland, *De gezonde school en genotmiddelen (DGSG)* niet tot de gewenste uitkomsten leidt. Dit geldt voor het DGSG programma in het Primair Onderwijs en het Voortgezet Onderwijs. Uit het promotieonderzoek naar de PAS-interventie van Ina Koning (2011) kwam naar voren dat effectieve alcoholpreventie in het onderwijs een combinatie moet zijn van voorlichting aan ouders in combinatie met lessen voor adolescenten. Deze resultaten van de promotieonderzoeken hebben er toe geleid dat DGSG de aanpak voor het onderwijs is aangepast. Voor het Primair Onderwijs wordt DGSG niet meer aangeboden en voor het Voortgezet Onderwijs wordt nog nadrukkelijker dan voorheen ingezet op implementatie van voorlichting aan ouders in combinatie met lessen over genotmiddelen en middelenbeleid op school. Daarnaast heeft DGSG een meta-analyse laten uitvoeren (Onrust, Otten, Lammers & Smit, 2016) met als onderzoekvraag op welke manier DGSG zich de komende jaren kan vernieuwen en waar innovatie nodig is. In de onderstaande tekst zijn aanbevelingen uit de review van Onrust en anderen, samen met de conclusies uit andere recente reviews, verwerkt. Een van de belangrijkste uitkomsten uit de reviews is, dat bij alcoholpreventie in het onderwijs het beste onderscheid gemaakt kan worden tussen vroege-, midden en late adolescentie, en de preventie daarop aan te laten sluiten. Ook hoeft alcoholpreventie niet over alcohol te gaan. De ontwikkeling van sociaal-emotionele vaardigheden is een basiselement van effectieve alcoholpreventie in het onderwijs.

Relatief lage kosten voor groot bereik, effectiviteit wisselend

Het aanbieden van universele interventieprogramma's via scholen maakt het mogelijk om veel jongeren tegelijk te bereiken, tegen relatief lage kosten (Schrijvers & Schoenmaker, 2008). Er is veel onderzoek gedaan naar de effecten van schoolinterventies. Hieruit blijkt dat de effectiviteit van schoolinterventies zeer kan verschillen. Er zijn verscheidene studies beschikbaar die geen effect aantonen, terwijl andere studies positieve resultaten rapporteren (Foxcroft & Tsertsvadze, 2011a; Onrust, Otten, Lammers & Smit, in press). Schoolinterventies met positieve effecten zijn waarschijnlijk ook kosten-effectief, gelet op de hoge kosten die gepaard gaan met schadelijk alcoholgebruik (NICE, 2007).

Schoolinterventies hebben het meeste effect op dronkenschap en binge drinken

In het onderzoek naar het effect van schoolinterventies op het alcoholgebruik van leerlingen wordt gebruik gemaakt van verschillende uitkomsten. Universele schoolprogramma's hebben het meest effect op dronkenschap en binge drinken (Foxcroft & Tsertsvadze, 2011a).

Effectieve schoolinterventies zijn gebaseerd op combinatie van theorieën

Effectieve schoolprogramma's zijn meestal gebaseerd op een combinatie van psychologische theorieën. In de meeste gevallen betreft dit de *Sociaal Cognitieve Theorie*, de *Theorie van Gepland Gedrag* en de *Sociale Norm Theorie* (Faggiano, Molinar, Allara & Coppo, 2014). Volgens de *Sociaal Cognitieve Theorie* (Bandura, 1986) wordt gedrag verklaard door verschillende verwachtingen. In de eerste plaats spelen verwachtingen over de consequenties van het gedrag een rol (*uitkomstverwachtingen*). In de tweede plaats is bepalend of iemand zich in staat acht om bepaald gedrag te vertonen (*eigen-effectiviteitsverwachting*). Volgens de *Theorie van Gepland Gedrag* (Ajzen, 1991) kan gedrag het best worden voorspeld door de intentie om bepaald gedrag te vertonen. Deze gedragsintentie wordt vervolgens bepaald door de eigen opvattingen (*attituden*), de opvattingen van anderen (*subjectieve normen*) en de inschatting van eigen mogelijkheden om dit gedrag te vertonen (*waargenomen controle*). Deze laatste determinant is vergelijkbaar met eigen-effectiviteitsverwachting uit de Sociaal Cognitieve Theorie. Volgens de *Sociale Norm Theorie* (Perkins & Berkowitz, 1986) wordt gedrag beïnvloed door mispercepties van de verwachtingen en het gedrag van anderen.

Schoolinterventie met algemene vaardigheidscomponent effectiever

Schoolinterventies waarin (ook) aandacht wordt besteed aan de ontwikkeling van algemene vaardigheden als sociale vaardigheden, probleemoplossende vaardigheden of zelfcontrole hebben vaker een positief effect op alcoholgebruik dan programma's die uitsluitend ingaan op de risico's van alcoholgebruik (Buhler & Thrul, 2015; Faggiano, Molinar, Allara & Coppo, 2014; Foxcroft & Tsertsvadze, 2011a; Lemstra e.a., 2010; Onrust, Otten, Lammers & Smit, in press). Lemstra en anderen (2010) hebben in een systematische review schoolprogramma's met een algemene vaardigheidscomponent vergeleken met schoolprogramma's gericht op kennisoverdracht. Schoolprogramma's met algemene vaardigheidscomponent leidden tot een grotere afname in het aantal dagen waarop alcohol wordt gedronken dan schoolprogramma's gericht op kennisoverdracht (Lemstra e.a., 2010). Uit een eerdere overzichtstudie van de World Health Organization (WHO) kwam

naar voren dat schoolprogramma's gericht op kennisoverdracht meer effect hebben naarmate er meer gebruik wordt gemaakt van interactieve werkvormen (Stewart-Brown, 2006). Ook uit deze verkenning bleek echter dat schoolprogramma's met een algemene vaardigheidscomponent effectiever zijn dan kennisoverdracht alleen (Stewart-Brown, 2006).

Schoolinterventies effectiever door betrekken van ouders

Interventies die zijn opgebouwd uit verschillende componenten, zoals een educatieve interventie voor leerlingen gecombineerd met een interventie voor ouders, kunnen het alcoholgebruik van kinderen en jongeren zowel op de korte als de middenlange termijn verminderen (Foxcroft & Tsertsvadze, 2011b). Uit verschillende studies blijkt dat schoolinterventies waarbij de ouders actief betrokken worden, effectiever zijn dan schoolinterventies die zich uitsluitend richten op leerlingen (Buhler & Thrul, 2015; Foxcroft & Tsertsvadze, 2011b; Onrust, Otten, Lammers & Smit, in press). Dergelijke interventies stimuleren ouders om duidelijke regels te stellen omtrent alcoholgebruik. Daarnaast wordt meestal aandacht besteed aan de communicatie tussen ouder en kind en het belang van ouderlijk toezicht (Buhler & Thrul, 2015). Er is inmiddels veel onderzoek beschikbaar waaruit blijkt dat ouders een belangrijke rol spelen in de preventie van alcoholgebruik. Jongeren drinken minder vaak alcohol wanneer hun ouders strenge regels stellen en op een constructieve manier met hun kind over alcohol praten (Vermeulen-Smit, 2014).

Maatregelen in de schoolomgeving kunnen alcoholgebruik van leerlingen verminderen

Er zijn aanwijzingen dat maatregelen in de schoolomgeving, zoals de invoering van een alcoholbeleid en zorgstructuur, effect kunnen hebben op het alcoholgebruik door de leerlingen (Buhler & Thrul, 2015).

Werkzaamheid preventiestrategieën verschilt per leeftijdscategorie

Kinderen en jongeren van verschillende leeftijden hebben verschillende behoeften. De ontwikkeling van kinderen is globaal onder te verdelen in verschillende fasen. Elke fase wordt gekenmerkt door belangrijke veranderingen in cognitieve en sociaal-emotionele competenties. Bovendien brengt iedere fase nieuwe uitdagingen met zich mee (Forehand & Wierson, 1994). Hoewel er wordt aanbevolen om aan te sluiten bij de verschillende ontwikkelbehoeften van kinderen en jongeren (NICE, 2007), houden preventieprogramma's hier lang niet altijd rekening mee. Uit onderzoek blijkt echter dat de werkzaamheid van verschillende preventiestrategieën verschillend is voor kinderen en jongeren van verschillende leeftijden (Onrust, Otten, Lammers & Smit, 2016).

Alcoholpreventie in het basisonderwijs hoeft niet over alcohol te gaan

Effectieve schoolprogramma's in het basisonderwijs richten zich niet op alcohol. Uit onderzoek blijkt dat alcoholpreventieprogramma's in het basisonderwijs niet effectief zijn (De Leeuw e.a., 2014; Mares, 2014; Onrust, Otten, Lammers & Smit, 2016). De meeste leerlingen in het basisonderwijs hebben nog geen alcohol gedronken (De Looze, 2014) en de attitude ten opzichte van alcoholgebruik is overwegend negatief (Masten, Faden, Zucker & Spear, 2008). Het versterken van algemene vaardigheden zoals zelfcontrole en probleemoplossende vaardigheden heeft wel een preventief effect op het (toekomstig) alcoholgebruik van de leerlingen (Onrust, Otten, Lammers & Smit, 2016). Het geven van voorlichting over alcohol en het toepassen van andere veelgebruikte alcoholpreventiestrategieën zoals het weerbaar maken tegen groepsdruk, kan zelfs een averechts effect hebben op leerlingen met een verhoogd risico (Onrust, Otten, Lammers & Smit, 2016).

Rol van ouders in de vroege adolescentie heel belangrijk

Ouders spelen in de vroege adolescentie een belangrijke rol. In deze leeftijdsfase zijn schoolprogramma's effectief waarbij de ouders actief worden betrokken en worden gestimuleerd om duidelijke regels te stellen over alcoholgebruik (Koning, 2011; Onrust, Otten, Lammers & Smit, 2016). Daarnaast heeft ook het versterken van algemene vaardigheden zoals zelfcontrole en probleemoplossende vaardigheden een preventief effect op het (toekomstig) alcoholgebruik van de leerlingen (Onrust, Otten, Lammers & Smit, 2016). Leerlingen weerbaar maken tegen groepsdruk is minder zinvol in deze leeftijdsfase (Onrust, Otten, Lammers & Smit, 2016). In de vroege adolescentie worden relaties met leeftijdsgenoten steeds belangrijker. Adolescenten hebben een sterke behoefte om erbij te horen en zijn extra gevoelig voor acceptatie en afwijzing. Jongeren proberen er dan ook alles aan te doen om geaccepteerd te worden door hun leeftijdsgenoten en willen zich niet afwijkend gedragen van de groep (Crone, 2012).

Midden adolescentie lastige periode voor alcoholpreventie

In de midden adolescentie gaan de meeste jongeren zich steeds meer afzetten tegen hun ouders. In deze leeftijdsfase worden normen en waarden voornamelijk beïnvloed door leeftijdsgenoten (Forehand & Wierson, 1994). Jongeren durven bovendien meer risico's te nemen in het bijzijn van hun vrienden. Dit komt omdat er tijdens de ontwikkeling van de hersenen in het midden van de adolescentieperiode een grotere gevoeligheid voor druk van de omgeving ontstaat (Crone, 2012). In deze periode zijn jongeren bovendien extra gevoelig voor beloningen, waardoor zij meer op zoek gaan naar nieuwe en spannende

ervaringen (Bava & Tapert, 2010). Experimenteren met alcohol komt in de midden adolescentie steeds vaker voor (De Looze, 2014). Universele preventie is in deze periode weinig succesvol (Malmberg, 2014; Onrust, Otten, Lammers & Smit, 2016). Leerlingen weerbaar maken tegen groepsdruk blijkt ook in deze leeftijdsfase contraproductief (Onrust, Otten, Lammers & Smit, 2016).

Sociale invloed benadering effectief in late adolescentie

Voorheen werd aangenomen dat, om alcoholgebruik door jongeren tegen te gaan, jongeren bewust gemaakt moeten worden van de sociale invloeden die aanzetten tot het gebruik van alcohol zodat zij zich tegen deze invloeden kunnen wapenen (*Sociale invloed benadering*) (Cuijpers, 2002). Deze aanpak lijkt echter vooral effectief in de late adolescentie (Onrust, Otten, Lammers & Smit, 2016). In de late adolescentie zijn jongeren minder gevoelig voor groepsdruk. Eigenheid en persoonlijke identiteit worden in deze leeftijdsfase steeds belangrijker en afwijkende opvattingen en gedragingen worden meer geaccepteerd (Westenberg & Gjerde, 1999).

Ouders ook belangrijk in de late adolescentie

In de late adolescentie verbetert de relatie met ouders doorgaans weer. Late adolescenten lijken weer meer open te staan voor de opvattingen van ouders (Schulenberg & Maggs, 2002). In deze leeftijdsfase blijkt het betrekken van ouders bij de preventie van alcoholgebruik opnieuw effectief (Onrust, Otten, Lammers & Smit, 2016; Vermeulen-Smit, 2014). Dit geldt zowel voor universele preventie als voor preventie gericht op risicogroepen (Onrust, Otten, Lammers & Smit, 2016).

Het versterken van zelfcontrole effectief in late adolescentie

In de late adolescentie worden jongeren minder gevoelig voor beloningen (Steinberg, 2010). Bovendien ontwikkelen de hersengebieden die verantwoordelijk zijn voor zelfregulatie en cognitieve controle zich steeds verder, waardoor late adolescenten steeds beter in staat zijn vooruit te denken en impulsen te onderdrukken (Steinberg, 2010). Schoolprogramma's die verdere ontwikkeling van deze vaardigheden stimuleren lijken effectief in het verminderen van schadelijk alcoholgebruik (Buhler & Thrul, 2015; Onrust, Otten, Lammers & Smit, 2016).

Motiverende gespreksvoering effectief bij late adolescenten met verhoogd risico

Motiverende gespreksvoering is een effectieve methodiek om problematisch alcoholgebruik door late adolescenten te reduceren (Buhler & Thrul, 2015; Onrust, Otten, Lammers &

Smit, 2016). Motiverende gespreksvoering is een verzameling van verschillende gesprekstechnieken gericht op het versterken van de motivatie om te veranderen door het onderzoeken van ambivalente gevoelens (Miller & Rollnick, 2002).

Late adolescenten hebben baat bij normatieve feedback

Jongeren die veel alcohol drinken hebben de neiging om het alcoholgebruik van hun leeftijdsgenoten te overschatten (Boman, Young, Baldwin & Meldrum, 2014; Henry, Kobus & Schoeny, 2011). Uit onderzoek blijkt dat interventies gericht op het corrigeren van deze mispercepties (*normatieve feedback*) of het afzetten van het eigen alcoholgebruik tegen het alcoholgebruik van anderen (*gepersonaliseerde normatieve feedback*) effectief kunnen zijn in het verminderen van het alcoholgebruik van late adolescenten (Buhler & Thrul, 2015; Onrust, Otten, Lammers & Smit, 2016). Deze (gepersonaliseerde) normatieve feedback kan zowel face-to-face als via de computer worden aangeboden. In beide gevallen worden kleine positieve effecten gevonden op de korte en middenlange termijn (Buhler & Thrul, 2015). Schriftelijke feedback lijkt geen effect te hebben (Buhler & Truhl, 2015).

Innovatie in de schoolsetting

Er zijn afgelopen jaren diverse promotie-onderzoeken uitgevoerd die laten zien dat er meer mogelijk is de schoolsetting dan de traditionele preventie-aanpakken. Meriam Janssen (2015) deed onderzoek naar de mogelijkheden van *social marketing* bij het ontwikkelen van alcoholpreventie voor jongeren. Ze pleit voor meer doelgroepsegmentatie waarbij de insteek is om de verschillende doelgroepen te steunen in het maken van hun eigen keuze. Voor verschillende doelgroepen dienen dan verschillende aanpakken te worden ontwikkeld (zie ook Mathijssen et al, in press). Janssen voerde geen effectonderzoek uit maar onderzocht de implemteerbaarheid van een kwisvorm (de 'Smartquiz') en een spelvorm (Cool Choice – be a hero, go zero). Deze varianten zijn goed implementeerbaar in de schoolsetting gebleken.

Lonneke van Leeuwen (2015) deed onderzoek naar de effecten van een aantal afleveringen van de televisieserie Roes (ontwikkeld door het Trimbos-instituut en de VPRO). Roes toont via verhaallijnen/drama aan jongeren wat de effecten van alcohol en drugs kunnen zijn op je gedrag en voor je leven. Deze vorm van preventie wordt Entertainment- Education genoemd. Uit haar onderzoek blijkt dat de Entertainment-Education verhalen, alcoholgebruik kunnen ontmoedigden. De mate waarin kijkers aandacht hadden voor het verhaal hing samen met deze impact. Ook de mate waarin kijkers zich emotioneel betrokken voelden bij het verhaal en de karakters, en het gevoel hadden "in" de wereld van het verhaal te zitten, droegen daar aan bij. Afleveringen van Roes kunnen goed in een klassikale setting worden bekeken en input vormen voor een klassengesprek.

Simon Zebregs (2016) vond in zijn promotie-onderzoek dat verschillende presentatie-formats tot kennisvermeerdering over schadelijk alcoholgebruik kunnen leiden. Hij onderzocht feitelijke formats en narratieve formats (testimonials). Beide formats leiden tot meer kennis en hij vond aanwijzingen dat het narratieve format wellicht beter werkt bij leerlingen met een lagere opleiding. Herhaling van de boodschap is belangrijk om het effect te laten beklijven. Aangezien verschillende formats werken kunnen deze afgewisseld worden en zo herhaling creëren zonder dat de voorlichting eentonig en saai wordt.

Vragenlijsten verklaren mogelijk effecten van lesmateriaal op attitude en intentie
Zebregs (2016) deed in zijn promotieonderzoek meerdere studies naar de effecten van 'presentatie-formats' van lesmaterialen op kennis, attitude en gedragsintentie ten aanzien van het gebruik van alcohol. In zijn onderzoek constateerde hij dat de vragenlijsten die hij gebruikte bij de voormeting al een mogelijk effect hadden op de attitude en dat daarom ten onrechte de conclusie getrokken kon worden dat deze aan de lesmaterialen zijn toe te schrijven. Volgens Zebregs kan de voormeting de aandacht voor het onderwerp al activeren en daardoor kan het onderwerp toegankelijker worden in het geheugen. Hij heeft een apart experiment opgezet om het 'vragenlijsteffect' te onderzoeken, waarbij twee experimentele groepen een verschillend presentatie-formats kregen (informatieve teksten zonder testimonials en informatieve teksten met testimonials) en een controlegroep waarin geen lesmaterialen werden aangeboden. Zijn onderzoek liet zien dat in alle condities een verandering waarneembaar was op zowel de cognitieve als de affectieve attitude. Deze effecten lijken dus vragenlijsteffecten. De experimentele condities lieten wel een duidelijk effect op kennis zien (die werd aangeboden in de lesmaterialen). Het 'vragenlijst-effect' zou meer onderzoeksaandacht moeten krijgen omdat het voor een deel de geringe effecten van veel preventieprogramma's in het onderwijs kan verklaren.

4.1 Nederlandse situatie: alcoholpreventieprogramma's

In de databank Effectieve Jeugdinterventies en het loketgezondleven.nl zijn verschillende schoolprogramma's opgenomen die in Nederland worden toepast ter preventie van alcoholgebruik door kinderen en jongeren.

Op Tijd Voorbereid is een lesprogramma voor leerlingen van groep 8. Het programma bestaat uit een e-learning over roken en alcohol, een aantal klassikale groepsopdrachten gericht op afhankelijkheid en groepsdruk en een informatieavond en site voor ouders. Op Tijd Voorbereid is door de erkenningscommisssie erkend als Theoretisch Goed Onderbouwd.

Preventie Alcoholgebruik Scholieren (PAS) maakt onderdeel uit van De Gezonde School en Genotmiddelen voor het voortgezet onderwijs. De interventie bestaat uit een ouderinterventie en een interventie voor leerlingen. In de ouderinterventie wordt tijdens de 1e ouderavond van leerjaar 1, 2 en 3 van de middelbare school een korte presentatie (20 minuten) gegeven over de risico's van vroegtijdig alcoholgebruik en de rol van ouders hierin. Tevens krijgen ouders de mogelijkheid om afspraken te maken met andere ouders van kinderen uit dezelfde klas rondom het alcoholgebruik van hun kind. De leerlinginterventie bestaat uit 4 digitale lessen over alcohol. PAS is door de erkenningscommisssie erkend als Effectief volgens goede aanwijzingen.

De Gezonde School en Genotmiddelen voor het MBO bestaat uit een korte klassikale introductie door de docent, een e-learning interventie (interactieve website) met een leerlingendeel, een docentendeel en een afsluitende opdracht. De interventie wordt op school uitgevoerd, bijvoorbeeld tijdens lessen van het vak Leren, Loopbaan, Burgerschap. De Gezonde School en Genotmiddelen voor het MBO is door de erkenningscommisssie erkend als Theoretisch Goed Onderbouwd.

In opdracht van ZonMw heeft het Trimbos-instituut onderzoek gedaan naar de effectiviteit van het selectieve preventieprogramma *PREVENTURE*. In Canada en het Verenigd Koninkrijk is deze aanpak effectief gebleken in het voorkomen van binge drinken. Door middel van screening worden 4 risicogroepen geselecteerd: (1) sensatiezoekers, (2) jongeren met lage impulscontrole, (3) jongeren die gevoelig zijn voor angst en (4) jongeren die negatief denken en daardoor neigen naar depressiviteit. De hoog risicojongeren (behorend tot een risicogroep en afgelopen jaar alcohol gedronken) krijgen een interventie op maat. Er zijn vier verschillende kortdurende interventieprogramma's die bestaan uit twee sessies onder leiding van een getrainde psycholoog en waarbij elementen van motiverende gespreksvoering met technieken uit de cognitieve gedragstherapie worden gebruikt. Jeroen Lammers is bezig met promotieonderzoek naar PREVENTURE en de eerste resultaten van zijn onderzoek laten zien dat *PREVETURE* ook in Nederland effecten heeft op het verminderen van binge drinken.

Moti-4 is een geïndiceerd preventieprogramma voor jongeren van 14-24 jaar met beginnend problematisch middelengebruik. De interventie bestaat uit vier individuele gesprekken met een medewerker van een instelling voor Verslavingszorg. In deze gesprekken wordt gebruik gemaakt van motiverende gesprekstechnieken. Moti-4 is door de erkenningscommissie erkend als Theoretisch Goed Onderbouwd.

Nederlandse situatie: generieke programma's

In de databank Effectieve Jeugdinterventies en het loketgezondleven.nl zijn ook enkele generieke programma's opgenomen waarvan in (inter)nationaal onderzoek preventieve effecten zijn gevonden op alcoholgebruik.

Taakspel is een universeel preventieprogramma. Het bestaat uit een groepsgerichte aanpak voor leerlingen van groep 4 tot en met 8 van het basisonderwijs, waarbij leerlingen middels een spel leren zich beter aan klassenregels te houden. Taakspel is door de erkenningscommisssie erkend als Effectief volgens sterke aanwijzingen.

Leefstijl is een lesprogramma gericht op het stimuleren van algemene sociale vaardigheden van leerlingen in het basisonderwijs en voortgezet onderwijs. Het programma kent een doorlopende leerlijn. Leefstijl is door de erkenningscommissie erkend als Theoretisch Goed Onderbouwd.

NIX18 De NIX18-campagne is een initiatief van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en een groot aantal partners (Koninklijke Horeca Nederland, KWF kankerbestrijding, Longfonds, Trimbos-instituut, NOC*NSF, supermarkten verenigd in het Centraal Bureau Levensmiddelenhandel, GGD Nederland, GGD'en, Thuiswinkel.org, de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit en de ministeries van Veiligheid en Justitie). Doel van de campagne is het versterken van de sociale norm 'niet drinken en roken tot je 18e'. De campagne richt zich op de hele samenleving, meer in het bijzonder de omgeving van jongeren. Iedereen zou het normaal moeten gaan vinden als jongeren voor hun 18e niet roken of drinken. Er zijn speciale materialen ontwikkeld voor ouders die ook in de schoolsetting kunnen worden gebruikt (zie www.nix18.nl en www.naar18jaar.nl).

Overige programma's

De gemeente Rotterdam heeft Het *ROC aanvalsplan: Aanpak Drugs en Alcoholgebruik op ROC's* ontwikkeld. Het is een integrale aanpak met aandacht voor normsetting, samenwerking met politie en justitie, voorlichting en vroegsignalering. Het doel van het programma is het voorkomen of verminderen van middelengebruik bij studenten op ROC's. Waarbij naar verwachting ook onderpresteren, schooluitval en alcohol- en drugsgerelateerd geweld wordt teruggedrongen en de gezondheid van studenten verbetert.

Een ander interessant programma dat door de gemeente Rotterdam is ontwikkeld is de aanpak *Samen Slagen* voor het VSO Cluster 4 onderwijs. *Samen Slagen* biedt concrete mogelijkheden waarmee scholen direct aan de slag kunnen met leerlingen en ouders om

het alcohol- en drugsgebruik van de leerlingen te verminderen. Het omvat zowel regelgeving, beleid en zorgstructuur, alsook lesmateriaal, het ontwikkelen van gezamenlijke autoriteit met ouders en externe partijen en training voor schoolmedewerkers.
Op basis van het promotieonderzoek van Meriam Janssen heeft de GGD Hart van Brabant de interventie *'Cool Choice – be a hero, go zero'* aangepast en in het najaar van 2016 wordt hier een verdere impuls aan gegeven.

4.2 Conclusies alcoholpreventie in de schoolsetting

Alcoholpreventie in de schoolsetting wint aan effectiviteit door te segmenteren op basis van ontwikkelingsstadium van jongeren, nl: vroege-, midden en late adolescentie. Nieuwe programma's zouden hierop afgestemd moeten worden. In de vroege adolescentie is het versterken van algemene vaardigheden zoals zelfcontrole, probleemoplossende vaardigheden en sociale vaardigheden een effectieve aanpak om alcoholgebruik te voorkomen. Het betrekken van ouders in deze fase is essentieel voor een effectieve alcoholpreventieaanpak. Ook zijn er aanwijzingen dat door middel van selectieve preventie binge drinken voorkomen of beperkt kan worden.
De midden adolescentie is een lastige periode voor alcoholpreventie. In deze fase lijken er weinig effectieve aanpakken te bestaan als deze zich richten op het de jongeren zelf. In deze ontwikkelingsfase zijn jongeren minder voor rede vatbaar en heeft de emotie de overhand. Omgevingsgerichte interventies kunnen in de deze fase echter wel degelijk een beschermend en preventief effect hebben (de omgeving moet als het ware het 'denken' van de emotionele adolescent overnemen). In de late adolescentie zijn er weer meer mogelijkheden voor preventie. Ook in deze fase is het betrekken van ouders belangrijk. Effectieve componenten van interventies in deze levensfase zijn: normsetting, versterken van zelfcontrole en gebruik maken van motiverende gespreksvoering.
Uit de analyse van de literatuur en de Nederlandse situatie blijkt dat er veel aandacht is voor preventieprogramma's gericht op de grote groep leerlingen met de minste problemen en dat er veel minder aandacht is voor kwetsbare groepen en het speciaal onderwijs waar meer problemen met middelengebruik spelen. Dit is op zich begrijpelijk omdat alle jongeren in aanraking komen met alcohol en daarom universele preventie gerechtvaardigd is. Het team van DGSG krijgt echter ook veel vragen uit het speciaal onderwijs omdat daar veel problemen spelen met alcohol en de universele methodieken hier niet aansluiten op de competenties en leervermogens van de leerlingen. Er zijn diverse initiatieven gestart voor speciaal onderwijs maar onderzoek hiernaar is schaars.

4.3 Kennislacunes alcoholpreventie in de schoolsetting

Hieronder beschrijven we de kennislacunes die uit onze analyse van alcoholpreventie in de schoolsetting het sterkst naar voren komen.

Meer onderzoek nodig naar preventie gericht op oudere adolescenten

Uit de meta-analyse die door Onrust en collega's (2016) is uitgevoerd, zien we dat er veel onderzoek is gedaan naar programma's in de vroege- en midden adolescentie en minder naar programma's en interventies in de late adolescentie. De literatuur laat zien dat het mogelijk is om voor deze doelgroep interventies te ontwikkelen en we hebben in Nederland ook een start meegemaakt met de ontwikkeling van interventies voor oudere adolescenten maar deze worden nog te weinig met onderzoek ondersteund. In potentie is er voor deze groep veel mogelijk maar onderzoek naar de effectiviteit is gewenst.

Hoe bereiken we ouders?

Er is inmiddels een sterke evidentie voor het betrekken van ouders in alcoholpreventie en de ouderbetrokkenheid is ook uitgewerkt in effectieve interventies zoals PAS. In de praktijk blijkt het echter een groot probleem om ouders te bereiken. Lang niet alle ouders komen bijvoorbeeld naar ouderavonden over alcoholgebruik. In de PAS-methodiek wordt hierop ingespeeld door aandacht te vragen voor alcohol tijdens de algemene ouderavonden aan het begin van het jaar waar nog wel veel ouders komen. De uitvoerende GGD'en zitten hier echter met een capaciteitsprobleem en kunnen niet op alle ouderavonden aan het begin van het schooljaar aanwezig zijn. Ook het bereiken van ouders van oudere adolescenten (zeker op het MBO) is een probleem. Kortom er is meer kennis nodig over het optimaal bereiken van ouders zodat ze meer betrokken kunnen worden bij effectieve preventiemethodieken. Onderzoek zou zich kunnen richten op de inzet van online communicatie, Education Entertainment-technieken of theater als vormen om het bereik naar ouders te verhogen.

Hoe behouden we het preventieve effect van interventies in real life situaties?

Veel van het preventieonderzoek gebeurt onder gecontroleerde omstandigheden en in een 'ideale' situatie. Op het moment dat de programma's worden onderzocht in de praktijk blijken effecten vaak 'te verdampen', zoals ook bij DGSG het geval bleek te zijn (Malmberg, 2014). Dit kan allerlei oorzaken hebben, zoals het niet volledig uitvoeren van het programma, docenten die eigen keuzen maken etc. Er is onderzoek nodig naar de implementatiestrategieën die er voor zorgen dat het programma effectief uitgevoerd kan blijven worden in de praktijk.

Weinig programma's voor kwetsbare groepen en het speciaal onderwijs

We constateren dat er veel universele preventieprogramma's zijn voor de brede groep jongeren en relatief weinig voor kwetsbare groepen, zoals leerlingen van het speciaal onderwijs. Hier is vanuit de praktijk wel sterk vraag naar. Er is vraag vanuit het speciaal onderwijs, jeugdzorg (o.a. voor LVB-jongeren) en uit residentiële jeugdzorginstellingen.

Meer onderzoek naar beïnvloeding van sociale normen jongeren

Sociale normen zijn krachtige beïnvloeders van gedrag en de literatuur laat ook zien dat een sociale normbenadering effectief kan zijn. De NIX18-campagne is een sociale normcampagne gericht op ouders en andere stakeholders uit de omgeving van jongeren (zoals verstrekkers van alcohol, sportkantines, horeca, supermarkten). We constateren dat er geen normcampagne is die zicht richt op jongeren. Een effectieve normcampagne gericht op jongeren, die enerzijds aansluit op preventieactiviteiten in de schoolsetting en anderzijds op de NIX18 campagne zou versterkend kunnen werken. In een dergelijke aanpak zou er aandacht moeten zijn voor normen van jongeren die betrekking hebben op alcoholgebruik en binge drinken en normen die betrekking op alcoholvrij uitgaan en alcoholvrije alternatieven.

Moti-4 inbedden in schoolsetting

Uit het promotieonderzoek van Hans Dupont (2015) blijkt dat Moti-4 een effectieve interventie is om gedrag/alcoholgebruik van risicojongeren te veranderen. Verslavingspreventie Nederland (VPN) heeft Moti-4 opgenomen in hun standaardaanbod waardoor Moti-4 overal in Nederland uitvoerbaar is. Onderzocht zou moeten worden hoe Moti-4 ingebed zou kunnen worden in de onderwijssetting zodat het goed aansluit op de preventieactiviteiten van het Voortgezet Onderwijs en het Middelbaar Beroepsonderwijs (MBO). Hierdoor kan een keten op scholen ontstaan van universele preventie, via geïndiceerde preventie naar zorg.

5 Alcoholpreventie in de zorg

De meest gebruikte preventieve interventies in de zorg die gericht zijn op schadelijk alcoholgebruik zijn de zogenaamde Brief Interventions (BI). Deze variëren van een het geven van feedback en advies (via folder, gesprek of internet) tot een kortdurende interventie met meerdere contactmomenten. Het opsporen van cliënten met schadelijk alcoholgebruik wordt screening genoemd. De combinatie van screening met kortdurende interventies wordt aangeduid als SBI: Screening and Brief Interventions. Brief Interventions maken gebruik van Motivational Interviewing (MI) technieken en bevatten veelal elementen uit de Cognitieve GedragsTherapie (CGT). Hieronder bespreken we eerst de literatuur die betrekking heeft op jongeren die aanraking komen met de zorg en daarna de literatuur die betrekking heeft op volwassenen die teveel drinken. Tot slot gaan we in op de effectiviteit van online interventies.

5.1 Interventies in de zorg gericht op jongeren

Signaleren van schadelijk alcohol gebruik en motiveren tot verandering belangrijkste aangrijpingspunten voor jongeren in de zorg

De meeste interventies via de gezondheidszorg en welzijnswerk gericht op jongeren die schadelijk alcohol gebruiken, berusten op twee pijlers. De een is het signaleren van de alcoholproblemen van deze jongeren, de ander het vergroten van hun motivatie om iets te doen aan dit schadelijk alcoholgebruik middels een kortdurende interventie (motiverende gespreksvoering). Dergelijke interventies bestaan uit feedback over het alcoholgebruik, het bespreken van de keuze om minder te drinken, van de mogelijkheden tot verandering van het alcoholgebruik en van hoog risicosituaties en gedragsalternatieven. Indien nodig betreft de interventie tevens het motiveren voor een doorverwijzing naar de hulpverlening.

De aanpak is vooral geschikt voor jongeren die te veel drinken, maar nog niet afhankelijk (verslaafd) zijn. Hun probleembesef is vaak gering en ze zijn weinig gemotiveerd tot het zoeken van hulp. Deze jongeren kunnen opgespoord worden door actieve screening en signalering via gezondheidszorg en welzijnswerk, maar bijvoorbeeld ook via scholen.

Kort screeningsinstrument heeft voorkeur op eerste hulp

Newton et al. (2011) onderzochten verschillende screeningsinstrumenten die gebruikt kunnen worden voor het identificeren van overmatig alcoholgebruik bij jongeren (21 jaar of jonger) die op de eerste hulp belanden. Er werden slechts zes relevante studies gevonden.

Hierin werden 11 instrumenten beschreven die gebruikt kunnen worden voor universele of doelgroep specifieke screening van alcoholmisbruik. Geconcludeerd werd dat ze effectief waren in het identificeren van alcoholmisbruik en afhankelijkheid bij deze jongeren. Op basis van deze studie werd door de auteurs geadviseerd om een instrument met 2 vragen uit de DSM-IV te gebruiken ter identificatie van alcoholmisbruik onder jongeren. De twee vragen hebben betrekking op het onder invloed zijn van alcohol in mogelijk gevaarlijke situaties en hoe vaak de persoon veel meer dronk dan hij/zij eigenlijk van plan was. De auteurs geven aan dat meer onderzoek naar deze instrumenten nodig is voordat ze gebruikt worden voor universele of specifieke screening in de eerste hulp.

Screening heeft mogelijk al beschermend effect voor jongeren

Yuma-Gurerrero et al. (2012) onderzochten de effectiviteit van de SBIRT procedure (screening, brief intervention en referral for treatment) ter preventie van negatieve alcoholgerelateerde uitkomsten bij patiënten in de eerste hulp en in trauma centra. Zeven studies werden geïncludeerd, waarvan er 6 gebaseerd waren op motivationeel interviewen. Vier studies lieten een significant effect zien op het alcoholgebruik van jongeren. Opvallend was dat een aantal studies na de SBIRT procedure positieve uitkomsten lieten zien op alcoholgebruik in alle condities, dus ook in de controle conditie. Dit zou kunnen betekenen dat de screening op zichzelf al een beschermend effect heeft. Geconcludeerd wordt dat er meer onderzoek nodig is alvorens vastgesteld kan worden of deze procedure effectief is in het verminderen van alcoholgebruik bij deze patiënten.

Effectiviteit van interventies via spoedeisende hulp gericht op jongeren niet eenduidig

Resultaten van diverse studies laten zien dat kortdurende interventies in de spoedeisende hulp effectief kunnen zijn. Dit betreft over het algemeen interventies voor jongeren tussen de 12 en 25 jaar die op de eerste hulp belanden als gevolg van overmatig alcoholgebruik. Een recente review van Diestelkamp et al (2016) onderzocht het effect van kortdurende interventies bij jongeren die in de eerste hulp belanden als gevolg van hun alcoholgebruik. De review was gebaseerd op gerandomiseerde studies. In zes van de zeven geïncludeerde studies werd een vermindering van het alcoholgebruik vastgesteld. Daarnaast werd in vier RCT's een effect gevonden op alcohol gerelateerd risicogedrag of doorverwijzing naar behandeling. Helaas was door de verschillende studie designs en uitkomstmaten de bewijskracht van de studie beperkt. De auteurs geven echter wel aan dat het grote aantal van dergelijke projecten in de praktijk laat zien dat er een behoefte is om deze populatie te bedienen.

De effectiviteit van kortdurende interventies bij alcohol drinkende jongeren op de eerste hulp werd ook al in een eerdere studie van Newton et al. (2013) onderzocht. Door de variëteit in uitkomstmaten en de matige kwaliteit van de studies konden op dat moment echter geen betrouwbare conclusies over effectiviteit van de geïncludeerde interventies worden getrokken.

Kohler & Hoffmann (2015) onderzochten de effecten van een op motivationeel interviewen (MI) gebaseerde interventie bij jongeren op de eerste hulp die positief scoorden op een screening van alcoholgebruik. MI bleek nooit minder effectief dan de controle interventies. In twee van de zes studies werd een grotere reductie in alcoholconsumptie gevonden vergeleken met de controlegroep. Ook de frequentie van drinken nam significant af na de interventie. Geconcludeerd wordt dat motivationeel interviewen minstens zo effectief of mogelijk effectiever is dan andere in de eerste hulp gebruikte interventies. Dit lijkt een verbetering ten aanzien van de bevindingen uit oudere reviews.

Wachtel & Staniford (2010) onderzochten de effectiviteit van kortdurende interventies voor alcoholmisbruik door adolescenten en verkenden of deze interventies geschikt waren voor gebruik door verpleegsters in een klinische setting. Veertien studies werden geïncludeerd. Dit waren allen gerandomiseerde studies uit de afgelopen 10 jaar. De variatie in type interventie, setting, leeftijd (12-25 jaar) van deelnemers en uitkomstmaten beperkten echter de generaliseerbaarheid naar de populatie. Motivationeel interviewen was gedeeltelijk succesvol met de beste resultaten op het gebied van 'harm minimisation'. Lange termijn uitkomsten lieten een significante vermindering van alcoholgebruik en schadelijke effecten zien, maar dit kan deels toegewezen worden aan een normale trend naar een reductie in alcoholgebruik door jongeren. Geconcludeerd wordt dat op dit moment geen enkele interventie geadviseerd kon worden. Wel wordt aangegeven dat succesvolle elementen van de interventies nader onderzoek behoeven. Hierbij moet gedacht worden aan face-to-face, een enkele sessie, motivationeel interviewen, een focus op harm minimilisation en een lange follow-up.

Newton en collega's (2013) vonden in hun review weinig effecten (2013) van kortdurende interventies voor alcoholgebruik op de eerste hulp. Dit had mogelijk te maken met het gebruik van verschillende uitkomstmaten en de matige kwaliteit van de studies. De auteurs concluderen dan ook dat de bewijzen voor effecten van deze studies momenteel nog onduidelijk zijn, mede door de variatie in uitkomstmaten en de matige kwaliteit van de uitgevoerde studies.

Kortdurende interventies op SEH veelbelovend voor studenten

Taggart et al. (2013) onderzochten de effectiviteit van kortdurende interventies op de eerste hulp voor studenten. Zeven studies werden geïncludeerd. Deze vonden allemaal een vermindering in alcoholgebruik of alcohol gerelateerde schade in de interventie groep vergeleken met de controlegroep. Niet alle verschillen waren echter significant. De auteurs concluderen dat het gebruik van kortdurende interventies op de SEH veelbelovend is, maar dat ze niet allemaal succesvol waren. Aangegeven wordt dat er meer onderzoek nodig is om de effectiviteit van deze interventies vast te stellen, met name in hoog-risico minderjarige studenten. Aangegeven wordt dat kortdurende interventies op de EH een goede manier kunnen zijn om hoog risico jongeren te bereiken op een moment waarop ze vatbaar zijn voor het deelnemen aan een interventie.

Motiverend advies in de eerste lijn mogelijk ook voor jongeren effectief

Patton et al., 2013 onderzochten middels een review van reviews (2003-2013) en een systematische review van recentere studies, het bewijs voor de effectiviteit van alcohol screening en kortdurende interventies gebaseerd op persoonlijke feedback bij adolescenten (10-21 jaar). Voor de screening van alcoholgebruik door adolescenten in de eerste lijn werden de CRAFFT en de AUDIT geadviseerd. Recente reviews van interventies via internet, computer en mobiele telefoon (e-BI) laten slechts beperkt bewijs zien voor de effectiviteit van deze interventies vergeleken met een minimale interventie of een controlegroep zonder interventie. Geconcludeerd wordt dat motivationele interventies van één of meer sessies in de gezondheidszorg of het onderwijs mogelijk effectief kunnen zijn in het verminderen van alcoholgebruik en de schadelijke gevolgen ervan. Er werden grotere effecten gevonden wanneer aspecten als ‘decisional balance’, praktische kosten en strategieën om risicovol gedrag te vermijden, waren opgenomen in de interventie. Daarnaast is het van belang dat met name het gebruik van screeningtools en interventies via internet en mobiele telefoon gestimuleerd wordt.

Meer onderzoek nodig naar inzet van mentoren

Een systematische review van Thomas et al. (2013) naar de effecten van mentoring bij de preventie van alcoholgebruik door adolescenten liet zien dat de vier studies afzonderlijk geen significant effect hadden. Na samenvoeging van de twee van de vier studies werd echter wel significant minder alcoholgebruik gevonden in de mentorgroep vergeleken met de controlegroep. De onderzoekers concluderen dat er maar weinig goede studies zijn naar het effect van mentoring op alcoholgebruik door jongeren.

Interventies via het internet hebben hoog bereik, klein effect maar kunnen tot minder alcoholgebruik van jongeren leiden.

Kortdurende interventies via internet hebben de mogelijkheid om een grote doelgroep te bereiken, vanwege het gemak voor de gebruiker en aanbieder. Onder kortdurende interventies via internet verstaan we online feedback, online advies-op-maat, zelfhulprogramma's via internet en blended hulp, waarin zelfhulp via internet wordt gecombineerd met contactmomenten met een hulpverlener. Voor specifieke groepen (zoals ouderen) kunnen deze interventies echter minder geschikt zijn. Leeman et al. (2015) voerden een review uit naar zeer korte internet interventies voor het verminderen van alcoholgebruik onder studenten. 15 RCT's werden geïncludeerd waarin de invloed van persoonlijke feedback op de alcoholconsumptie van de studenten werd onderzocht.

- Er werd enig bewijs gevonden voor de effectiviteit van zeer korte internet interventies bij studenten op het verminderen van alcoholgebruik.
- Verschillende studies lieten echter geen effect zien. Dit had mogelijk te maken met de gebruikte onderzoeksmethoden.
- De studie liet ook geen effect zien op het verminderen van alcoholgerelateerde problemen bij studenten.
- De sterkste bewijskracht werd gevonden voor twee soorten interventies, namelijk 1) interventies gericht op persoonlijke feedback waarin misvattingen ten aanzien van het alcoholgebruik van peers werden aangekaart, en 2) interventies die bestonden uit meerdere onderdelen.

De auteurs concluderen dat er enig bewijs is voor de effectiviteit van zeer korte internet interventies in het verminderen van alcoholgebruik (maar niet alcoholproblemen) bij studenten.

Een eerdere review (Miller et al,, 2013) liet zien welke elementen van persoonlijke feedback van belang waren in het verminderen van het alcoholgebruik onder studenten. Het bepalen van een drinkprofiel en het maken van een normatieve vergelijking met anderen zijn in alle beschreven interventies opgenomen. Daarnaast kunnen inclusie van een 'decisional balance' (voor- en nadelen van het huidige alcoholgebruik en veranderingen in alcoholgebruik), evaluatie van de praktische kosten en gebruik van strategieën om risico's te verminderen de effectiviteit van de interventies verhogen.

Online interventie Watdrinkjij.nl effectief voor hoger opgeleiden die zwaar drinken

Uit het promotieonderzoek van Carmen Voogt (2014) blijkt dat de online interventie watdrinkjij.nl een preventief effect heeft op jonge, zwaar drinkende studenten van het HBO en de universiteit. De interventie heeft bij ROC studenten geen effect. *Watdrinkjij.nl* is een

advies-op-maat voor jongeren die alcohol drinken. Op basis van de gegeven antwoorden selecteert de computer passende adviesteksten. Jongeren krijgen persoonlijke feedback over hun alcoholgebruik en wat voor consequenties dit heeft voor hun gezondheid én hun financiën. Daarnaast geeft de test informatie over het alcoholgebruik van de leeftijdsgroep in zijn geheel (normatieve feedback). Vaak overschatten jongeren hoeveel leeftijdsgenoten drinken. Door de daadwerkelijke feiten krijgen jongeren een realistischer beeld van het drinken door hun leeftijdsgenoten en zien ze dat veel drinken niet voor alle jongeren de norm is. Jongeren die gemotiveerd zijn om hun drinkgedrag te veranderen worden hierna geholpen bij het omzetten van hun voornemens in concrete plannen en acties om het alcoholgebruik te minderen.

Zoals opgemerkt is *watdrinkjij.nl* niet effectief voor zwaar drinkende jongeren met een middelbare of lagere opleiding. ZonMw heeft dit jaar een subsidie beschikbaar gesteld aan TNO-preventie en het Trimbos-instituut om *watdrinkjij.nl* aan te passen voor ROC-leerlingen zodat hij ook bij deze groep tot minder drinken leidt. Bij gebleken effectiviteit kan *watdrinkjij.nl* dan toegevoegd worden aan testjeleefstijl.nl, een online gezondheidsportal voor ROC-leerlingen.

Conclusies jongeren

Eerste hulp

- Kortdurende interventies op de eerste hulp zijn mogelijk effectief.
- Motivationeel interviewen is even of meer effectief dan andere interventies.
- Diverse screeningsinstrumenten zijn effectief in het identificeren van misbruik en afhankelijkheid bij deze doelgroep. Als advies wordt gegeven gebruik van 2 vragen uit de DSM-IV ten aanzien van onder invloed zijn in gevaarlijke situaties en meer drinken dan gepland.
- Screening heeft mogelijk op zichzelf al een effect.
- Niet alle Eerste hulp interventies zijn effectief (b.v. niet bij hoog risico minderjarige studenten)

Eerste lijn (screening en kortdurende interventie via huisarts en internet)

- Motivationele interventies van één of meer sessies in de gezondheidszorg of het onderwijs zijn mogelijk effectief.
- CRAFFT en AUDIT worden als screeningsinstrumenten geadviseerd
- Reviews van interventies via internet, computer of mobiele telefoon laten momenteel nog slechts beperkt bewijs zien, maar zijn veelbelovend.

5.2 Interventies in de zorg gericht op volwassenen

Screening en kortdurende interventies schadelijk alcoholgebruik voor volwassenen kosten-effectief in de eerstelijn

Mensen met aan alcoholgerelateerde klachten (ongelukken, ziekteverzuim) komen in veel gevallen als eerste bij de huisarts terecht. Uit eerdere reviews bleek al overtuigend dat in de eerstelijnszorg veel gezondheidswinst te behalen is door het screenen van risicovolle drinkers, gevolgd door een kortdurende interventie (WHO, 2009; IVO, 2010). Reviews op dit thema van de afgelopen 5 jaar ondersteunen deze conclusie.

Angus et al. (2014) onderzochten de kosteneffectiviteit van screening en kortdurende interventie (SBI) ten aanzien van excessief alcoholgebruik in de eerste lijn. Op basis van eerdere reviews wordt geconcludeerd dat er aanzienlijk bewijs is voor de effectiviteit van SBI programma's in de eerste lijn. Belangrijke vragen over de kosteneffectiviteit van belangrijke beleidsbeslissingen zoals welk personeel de kortdurende interventies gaat uitvoeren zijn momenteel echter nog niet beantwoord.

De auteurs includeerden studies waarin gerapporteerd werd over zowel de kosten als een uitkomstmaat op het gebied van gezondheid van kortdurende interventies in de eerste lijn. Hoewel er sprake was van een heterogeniteit tussen de studies wat betreft methode en uitkomstmaten, rapporteerden bijna alle SBI's dat ze kosteneffectief waren. Er was geen duidelijk bewijs dat de duur of de functie van degene die de interventie uitvoerde een effect had op de uitkomst. De resultaten van deze review laten sterk bewijs zien voor kosteneffectiviteit van SBI programma's ten aanzien van alcoholmisbruik in de eerstelijn.

Effectiviteit van SBI in de eerstelijn cross-cultureel valide

Elzerbi et al. (2015) vergelijken de effectiviteit van screening en kortdurende interventies in het verminderen van schadelijk alcoholgebruik tussen Europese en niet-Europese landen. In deze studie werd de effectiviteit van kortdurende interventies (BI) in de eerstelijn (huisarts en eerste hulp) vastgesteld na 6 en 12 maanden. Uitkomstmaat was de afname in grammen alcohol die per week gedronken werd. Geconcludeerd werd dat kortdurende interventies in de eerstelijn op beide momenten (6 en 12 maanden) een effect liet zien op het alcoholgebruik bij schadelijke drinkers. Of ze in Europese of niet-Europese landen woonden maakte hierbij geen verschil. De auteurs stellen dan ook dat de effectiviteit van kortdurende interventies geldt voor een diversiteit aan landen, drinkculturen en gezondheidssystemen. Van belang is dat er een grotere standaardisatie komt ten aanzien van kortdurende interventies.

SBI in de eerstelijn mogelijk effectiever met meerdere contactmomenten

Jonas et al. (2012) onderzochten behavioral counseling na screening voor alcoholmisbruik in de eerste lijn. 23 studies werden geïncludeerd met een duur van tenminste 6 maanden. Kortdurende interventies (10 tot 15 minuten) met meerdere malen contact hadden de grootste bewijskracht. Bij volwassenen die gedragsinterventies volgden verminderde de consumptie van alcohol met 3,6 glazen per week. Daarnaast werd bij 12% minder zwaar drinken vastgesteld en bij 11% minder drinken dan de geadviseerde hoeveelheid. De bewijskracht bij volwassenen is het hoogst voor kortdurende interventies (10-15 minuten) met meerdere contactmomenten. Kortdurende interventies (5-15 minuten) op eenmalige basis zijn minder of niet effectief.

Combinatie van implementatiestrategieën gericht op professional en cliënt geeft het beste resultaat in de eerstelijn.

Keurhorst et al. (2015) onderzochten implementatiestrategieën ten aanzien van screening en brief intervention (SBI) voor het verminderen van alcoholgebruik in de eerstelijn. In eerdere studies is al aangetoond dat deze interventies kosten-effectief zijn.

Studies werden geïncludeerd waarin ingegaan werd op implementatiestrategieën die zich richten op het uitvoeren van SBI en waarin het effect op zwaar drinken en kosten in de eerstelijn wordt opgenomen. Geconcludeerd werd dat implementatiestrategieën geen effect hadden op de gerapporteerde alcoholconsumptie, ondanks het verbeteren van de screening en uitvoering van de interventies. Met betrekking tot SBI wordt aangegeven dat een combinatie van implementatie strategieën gericht op de professional en de patiënt het beste resultaat oplevert. Het betrekken van personeel naast de arts bleek de screening te verbeteren. Geconcludeerd wordt dat om de uitvoering van de SBI te vergroten en de alcoholconsumptie te verminderen een combinatie van implementatiestrategieën ingezet dient te worden.

Laag intensieve vormen van behandeling in de eerstelijn voor drinkers met milde klachten

Marloes Tuithof heeft door middel van haar promotie-onderzoek onderzocht wie in de algemene bevolking een alcoholstoornis ontwikkelt, waarom de één herstelt en de ander niet, en wie er met deze problemen in de zorg belandt. Tuithof constateert dat een stoornis in het gebruik van alcohol voor de meeste mensen vanzelf voorbij gaat. Zo'n 70% herstelt binnen drie jaar en slechts 12% van de personen met een alcoholgerelateerde diagnose recidiveert. Tuithof pleit ervoor om efficiënt om te gaan met intensieve behandeling van de stoornis en deze vooral in te zetten op die mensen die een vergroot risico hebben op

een ernstige en/of chronische stoornis: dat wil zeggen degenen met een hoog drinkniveau, veel alcoholsymptomen en comorbide psychopathologie, met name angststoornissen. Slechts 10% van de mensen met een alcoholstoornis zoekt hulp voor deze problemen. Volgens Tuithof is de 'behandelkloof' een minder groot probleem dan vaak wordt verondersteld. De mensen die wel hulp zochten voor hun alcoholproblemen hadden meestal een chronisch verlopende aandoening, terwijl degenen die geen hulp ontvingen juist een gunstig beloop hadden. Tuithof pleit voor een stepped care aanpak waarbij screening in de huisartsenpraktijk centraal staat. De huisarts kan de minder ernstige stoornissen behandelen en de ernstige stoornissen kunnen tijdig naar de specialistische zorg worden verwezen.

Implicaties en aanbevelingen:

- De huisarts en de POH-GGZ krijgen in toenemende mate een cruciale rol in de herkenning van alcoholstoornissen.
- Het meten van ernstniveaus van de alcoholstoornis en van drinkpatronen is van belang om de kleine groep met een ernstig beloop te herkennen.
- Een 'stepped care' aanpak voor behandeling is gewenst, waarbij de ernst van de alcoholproblematiek (hoeveel alcohol, aantal symptomen) en de intensiteit van de behandeling goed op elkaar kunnen worden afgestemd.
- Het grote aantal mensen met een milde alcoholstoornis in de algemene bevolking heeft in veel gevallen voldoende baat bij interventies met een (relatief) lage intensiteit (bijvoorbeeld e-health interventies of korte motiverende gespreksvoering met of zonder medicamenteuze ondersteuning) verleend in de huisartsenpraktijk.
- Daarentegen lijkt tijdige verwijzing van groot belang voor de kleine groep met een ernstige en/of chronische alcoholstoornis.

SBI op de Eerste Hulp (EH) gericht op volwassenen klein effect en van korte duur

Landy et al (2015) onderzochten de effectiviteit van kortdurende interventies voor alcoholmisbruik bij volwassenen in de eerste hulp. Alle onderzochte studies rapporteerden een significante vermindering van alcoholgebruik 3 maanden na de interventie. Sommige studies vonden verschillen tussen de interventie en controlegroep en andere studies vonden significante dalingen in beide condities, maar geen verschillen tussen de condities. Na 6 en 12 maanden werden er bij de meeste studies geen verschillen meer gevonden tussen de interventie- en controlegroep wat betreft vermindering van alcoholconsumptie.

Naast het effect van het bezoeken aan de eerste hulp op zichzelf, lijken kortdurende interventies op langere termijn niet effectief te zijn in het verminderen van alcoholgebruik of in het verminderen van vervolgopnames. Wel lijkt er een effect te zijn op het verminderen van sommige negatieve gevolgen van het alcoholgebruik, zoals een daling van het aantal

alcohol gerelateerde verwondingen. De auteurs geven aan dat toekomstige studies zich moeten richten op welke kortdurende interventies het meest effectief zijn voor de EH. Daarnaast is van belang dat vastgesteld wordt welke mechanismen in deze interventies leiden tot vermindering van alcoholgebruik en negatieve gevolgen van het alcoholgebruik. Genoemd wordt dat het invoeren van boostersessies mogelijk kan helpen bij het behouden van de effecten van de interventie op de langere termijn.

Wojnar et al. (2014) beschrijven in een narratieve review de effecten van kortdurende interventies voor zwaar alcoholgebruik bij patiënten die bij de eerste hulp komen.

Het beschikbare onderzoek laat zien dat kortdurende interventies een waardevol instrument zijn voor het aanpakken van alcohol gerelateerde problemen in deze groep.

Verschillende studies laten positieve resultaten zien op diverse alcohol gerelateerde uitkomstmaten, zoals de hoeveelheid alcohol, het aantal drinkdagen, aantal glazen alcohol bij een gelegenheid en negatieve gevolgen van drinken (Nilsen et al., 2008; Cherpitel et al. 2010). Onderzoek ten aanzien van de effectiviteit van BI op de eerste hulp laat verder zien dat deze op de korte termijn (tot 12 maanden) effectief zijn. Alcoholmisbruik komt vaak voor, al dan niet in relatie tot de verwondingen. De auteurs concluderen dan ook dat kortdurende interventies een goed instrument zijn om op de eerste hulp te gebruiken.

Kort advies over alcoholgebruik aan volwassenen op EH het best implementeerbaar

Middels een systematische review onderzochten Simoni et al. (2015) de effectiviteit het volgen van behandelingen bij mensen met de diagnose alcoholmisbruik op de eerste hulp. Er werden 7 studies geïncludeerd. Kort advies op de eerste hulp bleek effectief ten opzichte van een controle groep waarbij geen actieve interventie werd uitgevoerd. Er werd echter geen extra effect gevonden bij vergelijking met een andere actieve interventie. Doorverwijzing naar een interventie na ontslag uit de EH was eveneens niet effectief. Dit geldt zowel wanneer de interventie stand alone aangeboden werd als wanneer deze gecombineerd werd met een kort advies op de EH. Er is wel enig bewijs dat een meer intensieve interventie, zoals doorverwijzen naar langer durende interventies op de EH of daarbuiten, mogelijk effectief is.

De auteurs concluderen op basis van het huidige bewijs dat een kortdurende interventie op de EH middels het uitdelen van folders de minimale interventie is, aangezien hiermee informatie gegeven kan worden die past binnen de korte tijd die hiervoor op de EH beschikbaar is. Tevens wordt aangegeven dat er gezien het beperkte aantal studies en de beperkte kwaliteit ervan meer studies nodig zijn om deze resultaten te bevestigen en na te gaan of meer intensieve interventies in dit kader bruikbaar kunnen zijn.

SBI op EH in potentie ook effectief voor jong volwassen

Merz et al. (2015) onderzochten de effectiviteit van kortdurende interventies ter preventie van schadelijk alcoholgebruik bij jong volwassenen (18-24 jaar) die op de eerste hulp komen ten gevolge van hun alcoholgebruik.

Vier gecontroleerde studies werden geïncludeerd in de review waarin de effecten van kortdurend motivationeel interviewen werden vergeleken met business as usual, gepersonaliseerde feedback of een folder. Motivationeel interviewen bleek in twee studies effectief in het reduceren van alcoholgebruik. In de twee andere studies werd echter geen effect gevonden. De effectieve interventies werden enkele dagen na het bezoek aan de EH gegeven of maakten gebruik van boostersessies. De resultaten waren na 12 maanden nog behouden. De auteurs geven aan dat het bewijs niet eenduidig is, maar dat in de meest effectieve interventies ook nog na enkele dagen contact is met de patiënt. Van belang hierbij is aandacht te besteden aan hoe de jong volwassenen gemotiveerd kunnen worden om op langere termijn terug te komen naar de EH.

SBI effectief in ziekenhuis voor patiënten die zwaar drinken maar met andere problematiek zijn opgenomen

McQueen et al. (2011) onderzochten of kortdurende interventies de alcoholconsumptie en andere gevolgen van alcoholgebruik verminderen bij patiënten die opgenomen waren voor een andere reden dan alcoholgebruik. Patiënten (voornamelijk mannen) die een kortdurende interventie kregen (1 tot 3 sessies, variërend van kort advies tot drie sessies van motivationeel interviewen of skills based counseling) hadden na 6 maanden en 9 maanden een grotere vermindering in alcoholconsumptie dan de controle groep. Na een jaar worden er echter geen verschillen meer gevonden. De review betrof 14 RCT's. Geconcludeerd wordt dat er positieve effecten zijn van het geven van een kortdurende interventie aan zware alcoholgebruikers die in het ziekenhuis liggen.

Buiten de eerste lijn zijn SBI moeilijker te implementeren

Gaume et al. (2014) onderzochten de effectiviteit van interventies in andere settingen dan de eerstelijns gezondheidszorg. De effectiviteit van zowel de interventies op zich in deze settingen als de effectiviteit na implementatie op grotere schaal blijkt gering. Dit heeft mogelijk te maken met de verschillende componenten of mechanismen van de interventies. Op basis van de review wordt het volgende geconcludeerd:

(1) gepersonaliseerde feedback is mogelijk een effectieve component;
(2) een 'decisional balance' laat tegenstrijdige resultaten zien, wat betekent dat er mogelijk een negatief effect kan zijn;

(3) een direct advies om alcoholgebruik te verminderen of om te stoppen met drinken is niet empirisch onderzocht; het aanbieden van alternatieve verander opties en het gebruik van diverse strategieën om alcoholgebruik te verminderen zijn veelbelovend, maar vergen nader onderzoek;
(4) het uitvoeren van een veranderplan om het alcoholgebruik te reduceren is veelbelovend en heeft nader onderzoek nodig, als een interventie op zichzelf en in relatie tot MI vaardigheden;
(5) verandertaal bij cliënten is een potentiële mediator van effecten van BMI;
(6) veranderingen in de perceptie van normen ten aanzien van alcoholgebruik en het in kaart brengen van de discrepantie tussen het alcoholgebruik en andere levensdoelen tonen enig bewijs.

Self-disclosure een barrière voor SBI in werksettings

Schulte, et al. (2014) hebben de implementatie van SBI onderzocht in werksettings en justitiële settings. Ze komen tot de conclusies dat de werkzaamheid en implementatie van SBI buiten medische settings wordt bemoeilijkt door een scala aan implementatie-barrières. De heterogeniteit van *non-medical settings* maakt het moeilijk om SBI goed te implementeren. Volgens de auteurs is in werksettings de lage bereidheid tot self-disclosure de belangrijkste barrière voor de implementatie van SBI.

5.3 Online interventies

Kleine effecten van online alcohol advies

Dedert et al. (2015) onderzochten de effectiviteit van e-interventies voor alcoholmisbruik en alcoholstoornissen met als veronderstelling dat gebruik van e-interventies de behandeling van alcoholmisbruik kan verbeteren. Uitkomstmaten waren vermindering van alcoholgebruik en alcohol gerelateerde beperkingen in volwassen en studenten. 28 studies werden geïncludeerd. De meest voorkomende interventie was kortdurende feedback ten aanzien van alcoholconsumptie. De resultaten van de interventie laten zien dat er bij zowel volwassenen als studenten na 6 maanden een kleine afname is in de alcoholconsumptie van 1 drankje per week. Na 12 maanden is dit effect echter verdwenen. Andere effecten zijn niet gevonden.

De auteurs concluderen dat in overeenstemming met eerdere studies, laag-intensieve internetinterventies slechts een kleine vermindering van het alcoholgebruik na 6 maanden bewerkstellingen. Daarnaast is er weinig bewijs voor effectiviteit op de langere termijn. De auteurs stellen verder voor dat toekomstige e-interventies meer intensieve behandeling

dienen te bevatten met daarnaast mogelijk menselijke steun om de geadviseerde alcoholrichtlijnen te kunnen behalen.
Deze resultaten verschillen van een review ten aanzien van persoonlijk screenen in combinatie met en kortdurende interventie, waarin werd geconcludeerd dat 'behavioral counseling' de alcoholconsumptie met 3 tot 4 glazen per week verminderde en dat na 12 maanden 11% meer personen zich hadden gehouden aan de geadviseerde alcoholrichtlijn.

Conclusies volwassenen

Eerste lijn

- Screening en kortdurende interventie effectief en kosteneffectief in de eerste lijn (huisarts)
- Standaardisatie van kortdurende interventies is nodig.
- Een combinatie van implementatiestrategieën gericht op de professional en de patiënt levert het beste resultaat.

Eerste hulp

- Effecten slechts voor de korte termijn (na 12 maanden of al eerder effect verdwenen)
- Kortdurende interventies op de Eerste Hulp lijken effectief
- Motivationeel interviewen na bezoek aan de Eerste Hulp laat tegenstrijdig bewijs zien (2 studies wel effectief, 2 niet effectief)

Conclusie: effecten momenteel alleen aangetoond op de korte termijn.

E-health

- Er worden kleine effecten gevonden na 6 maanden (1 consumptie per week minder)
- Geen effect meer gevonden na 12 maanden
- E-interventies dienen intensiever gemaakt te worden met daarbij meer ondersteuning

Componenten

- Er is meer onderzoek nodig naar effectieve componenten van interventies. Tot op heden zijn hiervoor geen duidelijke bewijzen.

5.4 Nederlandse situatie

Jongeren

Protocol voor Signalering, Screening en Kortdurende Interventie van Risicovol Alcoholgebruik bij Jongeren. In opdracht van het Partnership Vroegsignalering Alcohol heeft het IVO het Protocol voor Signalering, Screening en Kortdurende Interventie van Risicovol Alcoholgebruik bij Jongeren ontwikkeld (Risselade & Schoenmakers, 2010). In dit protocol wordt de werkwijze van (vroeg)signalering, kortdurende interventie en doorverwijzing van jongeren met een verhoogd risico op alcoholproblematiek beschreven. Het protocol is bedoeld voor beroepskrachten die de jongeren op school of tijdens de vrijetijdsbesteding begeleiden. Het helpt hen ook het alcoholgebruik van jongeren bespreekbaar te maken en maakt duidelijk hoe bij misbruik kan worden doorverwezen.

Richtlijn vroegsignalering middelenmisbruik of –afhankelijkheid bij jongeren. In het kader van het project Resultaten Scoren van GGZ Nederland (GGZ-N) is een richtlijn ontwikkeld voor het vroeg signaleren van middelenproblematiek bij jongeren, om hen vervolgens te motiveren voor en toe te leiden naar zorg. De richtlijn is ontwikkeld door het IVO (Snoek, Wits & van de Mheen, 2010).

Moti-4. Moti-4 is een geïndiceerd preventieaanbod bestaande uit vier gesprekken dat wordt uitgevoerd door een verslavingspreventie-medewerker met jongeren individueel. Na signalering van problematisch middelengebruik van jongeren wordt deze geadviseerd om het Moti-4 traject te volgen. Het uiteindelijke doel van Moti-4 is om het verder ontwikkelen van problematisch gebruik te voorkomen en waar mogelijk terug te dringen. Het aanbod is ontwikkeld naar aanleiding van de behoefte aan een laagdrempelig vroegtijdig interventieaanbod bij middelengebruik door jongeren. Loketgezondleven heeft Moti-4 de kwalificatie goed onderbouwd gegeven. Hans Dupont (2015) is gepromoveerd op effectonderzoek naar Moti-4 en Moti-4 wordt door de preventieafdelingen van de verslavingszorg instellingen in Nederland, verenigd in Verslavingspreventie Nederland (VPN), als een basisproduct voor preventie gezien richting leerlingen in het ROC en kwetsbare jongeren.

Poliklinieken voor Jeugd en Alcohol. Kinderarts Nico van der Lely en kinderpsycholoog Mireille de Visser hebben in 2006 het initiatief genomen tot het opstarten van speciale

alcoholpoli's voor jongeren die met alcoholvergiftigingen in het ziekenhuis worden opgenomen. De eerste alcoholpoli werd gestart in het Reinier de Graaf Gasthuis in Delft. De afgelopen 5 jaar heeft zich, geïnspireerd door Van der Lely en de Visser, een landelijk netwerk ontwikkeld van poliklinieken voor Jeugd en Alcohol. De aangesloten ziekenhuizen volgen het protocol 'voorkom alcoholschade bij jongeren'. Hierin staat behandeling en nazorg via ouders centraal. De Delftse polikliniek voor Jeugd en Alcohol is uitgegroeid tot expertisecentrum, waar de andere poliklinieken nauw mee samenwerken. In diverse regio's is er ook samenwerking tot stand gekomen tussen het lokale ziekenhuis en de regionale verslavingszorg die het nazorgtraject met ouders uitvoert.

Watdrinkjij.nl. Speciaal voor jong volwassenen is watdrinkjij.nl ontwikkeld. Watdrinkjij is een advies-op-maat speciaal ontwikkeld voor jongeren. Het maakt gebruik van normatieve feedback en feedback over gezondheid en uitgavenpatronen. Dit advies-op-maat is effectief gebleken voor hoger opgeleiden jongeren die een riskante alcoholconsumptie hebben (Binge drinken of zwaar drinken).

Volwassenen

NHG-Standaard Problematisch Alcoholgebruik. 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. In 2014 is deze door het NHG vernieuwd.

Zorgpad Problematisch Alcoholgebruik (2014). In samenwerking met het ROS-netwerk heeft het Trimbos-instituut het zorgpad Problematisch Alcoholgebruik herzien. Een zorgpad geeft antwoord op de vraag wie-doet-wat-wanneer-en-waarom in reactie op de zorgvraag van de patiënt. Zorgprofessionals, samenwerkingsverbanden en zorggroepen kunnen de beschrijvingen gebruiken voor de optimalisatie van het zorgproces, en voor afstemming van de zorg tussen de huisartsenzorg, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ.

Partnership Vroegsignalering Alcohol (PVA) beëindigd. In 2014 hield het PVA op te bestaan. Het PVA was in Nederland het belangrijkste implementatienetwerk voor screening en brief interventions voor problematisch alcoholgebruik. Vanuit het PVA werden protocollen ontwikkeld en werd de implementatie van SBI gestimuleerd in de eerstelijn en andere settings waarin SBI ingezet konden worden zoals ziekenhuizen, out-reachende verslavingszorg, scholen en spoedeisende hulp. Door het wegevallen van het

PVA is een centraal netwerk voor de implementatie van SBI gericht op problematisch alcoholgebruik weggevallen.

In Nederland is er mooi aanbod van online zelfhulp interventies die ook erkend zijn als goed onderbouwd. De interventies vormen de bouwstenen van een *online stepped preventie/care aanpak*.
Drinktest.nl is een alcohol-advies-op-maat en motiveert overmatige drinkers tot een laag risico consumptie. Via drinktest.nl wordt verwezen naar Minderdrinken.nl indien een respondent aangeeft gebruik te willen maken van online zelfhulp.
Minderdrinken.nl is een online zelfhulpprogramma dat gebruikt maakt van motivational interviewing technieken en elementen uit de Cognitieve Gedragtherapie. Respondenten wordt aangemoedigd om een veranderplan te maken en dit uit te voeren. Indien de het de deelnemer niet lukt om zelf het gebruik aan te passen dan wordt er doorverwezen naar blended vormen van hulp.
Blended hulp. Diverse instellingen voor verslavingszorg bieden zogenaamde blended hulp aan voor drinkers die hun gebruik willen veranderen. Blended hulp is online zelfhulp onder begeleiding van een coach/hulpverlener.

Om drinkgewoonten te doorbreken is het initiatief *IkPas* ontstaan. Het is een initiatief van diverse gemeenten, GGD-en, Instellingen voor Verslavingszorg, het Trimbos-instituut en het lectoraat verslavingspreventie van de hogeschool Windesheim met als doel zoveel mogelijk Nederlanders uit te dagen om een periode geen alcohol te drinken. Voor zware drinkers is de Ikpas-periode een aanleiding om het alcoholgebruik te matigen en drinkgewoonten te doorbreken. Ikpas is als klein initiatief ontstaan en is inmiddels uitgegroeid tot een landelijk initiatief waar steeds meer partners op aansluiten.

5.5 Conclusies alcoholpreventie in de zorg

Screening en kortdurende interventies zijn effectieve vormen van alcoholpreventie die in de zorg voor volwassen met een schadelijk alcoholgebruik ingezet kunnen worden. De effectiviteit in de eerstelijnszorg is overtuigend aangetoond maar buiten de eerste lijn is het lastiger om dit type interventies te implementeren. Op de spoedeisende hulp lijken SBI echter ook effectief maar er wordt in veel gevallen een korte termijn effect gevonden en de lange termijneffecten zijn niet overtuigend aangetoond. E-health interventies zijn ook voor volwassenen effectief gebleken, alhoewel de effecten hier ook klein zijn en van korte duur.

Voor jongeren zijn SBI die gebruik maken van *motivational interviewing* technieken en normatieve feedback mogelijk effectief. Er zijn aanwijzingen dat de screener alleen al effect kan hebben op het alcoholgebruik. Met betrekking tot SBI gericht op jongeren via het internet kunnen we concluderen dat ze een hoog bereik en klein effect hebben, maar bij grote groepen zwaar drinkende jongeren kunnen leiden tot minder alcoholgebruik. De effectiviteit van SBI in de werksetting is niet overtuigend aangetoond en disclosure barrières lijken hierin mee te spelen. Het overmatig drinken van alcohol is informatie die moeilijk wordt gedeeld met de bedrijfsarts omdat de angst bestaat dat deze gevoelige informatie bij de werkgever terecht komt.

5.6 Kennislacunes alcoholpreventie in de zorg

Als eerste kunnen we constateren dat door het beëindigen van het Partnership Vroegsignalering Alcohol (PVA) een belangrijk implementatienetwerk is weggevallen. De opgedane kennis over de implementatie van screening en kortdurende interventies voor probleemdrinkers is helaas niet meer toegankelijk en ook samenwerking tussen verschillende groepen professionals is verminderd. Het PVA wordt in de praktijk sterk gemist. Hieronder beschrijven we de andere kennislacunes die uit onze analyse van alcoholpreventie in de zorg het sterkst naar voren komen.

Alcoholpreventie voor studenten in het hoger en universitair onderwijs onderbelicht

Onze analyse van preventie in de schoolsetting en preventie in de zorg laat zien dat er in Nederland nauwelijks aandacht is voor studenten van het HBO en WO als doelgroep voor alcoholpreventie. De internationale literatuur (zie ook Sannen et al, 2015) en onderzoek van bijvoorbeeld Carmen Voogt (20..) laat zien dat er veel preventiemogelijkheden zijn voor deze doelgroep. Preventie gericht op HBO en WO studenten is vanuit de epidemiologie ook gewenst aangezien het de groep jong volwassenen is met het hoogste schadelijke alcoholgebruik in Nederland (zie Van Dijck en Knibbe, 2005). Er zijn voldoende effectieve alcoholpreventie interventies beschikbaar (via e-health, huisarts en studentenartsen) maar zowel het onderwijs, de preventie als de zorg geeft weinig prioriteit aan deze doelgroep. Onderzocht zou kunnen worden hoe het hoger en universitair onderwijs en de zorgstructuur gericht op studenten de effectieve interventies om schadelijk alcoholgebruik te verminderen beter kunnen inbedden.

Onderzoek naar het effect van de screener

Een van de opvallendste onderzoeksbevindingen uit onze analyse is dat de screener al een potentieel preventief effect kan hebben bij verschillende doelgroepen. Simon Zebregs (2015) vond een vergelijkbaar effect van de vragenlijst op determinanten van alcoholgebruik. Onderzoek en screening zijn blijkbaar methoden die een bewustwordingsproces op gang kunnen brengen dat kan leiden tot verandering van de determinanten van alcoholgebruik en zelfs tot vermindering van alcoholgebruik. Het zou interessant zijn om uit te zoeken hoe dit proces werkt via screening en ook door het invullen van vragenlijsten. Bij welke doelgroepen leidt onderzoek tot een verandering van drinkgedrag. Dergelijk onderzoek kan leiden tot het inzetten van screening als een zeer kosteneffectieve vorm van alcoholpreventie.

Online stepped alcoholpreventie

In Nederland is afgelopen jaren veel geïnvesteerd in de ontwikkeling van online alcoholpreventie. Uit diverse onderzoeken blijkt dat dit ook schadelijk alcoholgebruik kan verminderen. Om optimaal gebruik te maken van de online interventies zou een implementatiemodel van *online stepped alcoholpreventie* in de zorg (eerstelijns zorg, ziekenhuiszorg, ouderenzorg) ontwikkeld kunnen worden waardoor het bereik van de online interventies vergroot kan worden en ook toeleiding naar zorg vergroot kan worden.

Spoedeisende hulp

De spoedeisende hulp is bij uitstek een setting waar personen met schadelijk alcoholgebruik gesignaleerd kunnen worden maar waar ook veel implementatiebarrières zijn, blijkt uit onze analyse. Gebrek aan tijd, geen financiële vergoedingen voor preventie maar ook het onder invloed zijn van de hulpzoekende maken het lastig om SBI te implementeren. Onderzocht zou moeten worden of deze barrières verkleind kunnen worden zodat bredere implementatie mogelijk is.

Werksetting

Hoewel de effectiviteit van alcoholpreventie in de werksetting niet is aangetoond, is het wel een setting waar drinkers met een schadelijk alcoholgebruik gesignaleerd kunnen worden. Onderzocht zou kunnen worden of het mogelijk is om (bijvoorbeeld) via online interventies werknemers met een schadelijk alcoholgebruik te bereiken zodat ze meer gebruik maken van online zelfhulp of makkelijker hulp zoeken via de huisarts. Ook zou onderzocht kunnen worden wat bedrijven kunnen doen om schadelijk alcoholgebruik meer bespreekbaar te maken en een veilige omgeving te creëren voor werknemers om hulp te zoeken.

6 Alcoholpreventie in de wijk

We bespreken hieronder de literatuur die betrekking heeft op community-interventies, veranderen van de drinkomgeving en we zullen vervolgens meer specifiek ingaan op een wijkgerichte benadering die kan bijdragen aan de verkleining van sociaal-economische gezondheidsverschillen. De belangrijkste conclusies uit de review van Van Hasselt et al. (2010) zijn nog steeds van toepassing en ze zijn slechts op een aantal punten aangepast op basis van recente reviews.

Community-interventies zijn multi-componenten programma's.

Het drinken van alcohol is een *multi-causaal* bepaald gedrag, dat wil zeggen er is een scala aan determinanten die van invloed zijn op het starten met drinken van alcohol en het overmatig drinken van alcohol. Deze factoren liggen op het niveau van het individu, de familie, de sociale omgeving en peergroep, maatschappelijke normen, economische factoren en de fysieke omgeving (Wagenaar & Perry, 1995). Wil alcoholpreventie effectief zijn dan zal op meerdere domeinen geïntervenieerd moeten worden. Holder (1999) spreekt van een systeembenadering en ziet verandering van het systeem en de drinkomgeving als belangrijkste doelen. Door het systeem en de drinkomgeving te veranderen verandert de beschikbaarheid van alcohol in het systeem (retail en sociale beschikbaarheid) en kunnen als gevolg van de systeemverandering ook de individuele motivatie, het drinkgedrag en maatschappelijke en groepsnormen rondom alcoholgebruik veranderen. Multi-componenten interventies zijn programma's die zich richten op 2 of meer domeinen zoals het individu, het gezin, de school, de wijk/omgeving, de werkplek, of massamediale campagnes. Wanneer een dergelijke interventie zich specifiek richt op een wijk of gemeenschap, spreken we van een wijkgerichte of community-interventie. Een community-interventie staat dichter bij een individu dan een vanuit de landelijke overheid geïnitieerd preventieprogramma en zou daardoor meer en een meer positieve invloed hebben op het gedrag van een lid van de community (Bühler & Thrul 2013). Community mobilization en media advocacy zijn basiselementen om een community-interventie van de grond te krijgen (Treno & Holder, 1997).

Family Check up effectieve multi-componenten interventie

De 'Family Check up' is een voorbeeld van een effectieve multi-componenten interventie. Deze interventie bestaat niet alleen uit verschillende componenten, maar richt zich ook op verschillende vormen van preventie (universeel, selectief en geïndiceerde preventie). De interventie bestaat uit 1) een universeel lesprogramma op school, 2) een (selectieve)

family check up en 3) een (geïndiceerde) gezinsbehandeling. In vergelijking met een controlegroep bleek de toename in alcoholgebruik lager bij de interventiegroep (Velleman, 2009).

Meestal onduidelijk welke component meeste effect heeft

Het is meestal onduidelijk welke component van de interventie het (meeste) effect veroorzaakt. Een uitzondering hierop is Project Northland[1], een veel onderzochte multi-componenten interventie in Australië. Uit onderzoek naar dit uitvoerige programma bleek de oudercomponent het meest effectieve onderdeel te zijn in het verminderen van alcoholmisbruik (Spoth et al., 2008).

Community-interventies lijken effectief in verminderen alcoholgebruik

Van Hasselt et al. concludeerden in 2010 dat er weinig goed onderzoek is naar de effectiviteit van community-interventies. De studies die ze vonden wezen wel op effecten in het verminderen van alcoholgebruik en alcoholgerelateerde schade. Bühler & Thrul (2013) concluderen in hun review van de literatuur dat meerdere studies aantonen dat community-interventies die worden uitgevoerd door een coalitie uit een community, het alcoholgebruik en misbruik van jongeren kunnen beïnvloeden. Om effectief te zijn moeten dan zoveel mogelijk effectief gebleken interventiemaatregelen worden ingezet. Ze concluderen tevens dat universele schoolpreventie onderdeel moet zijn wil men preventieve effecten bewerkstellingen op het alcoholgebruik van minderjarigen en binge drinken van jongeren. Deze conclusie is in lijn met de bevindingen rondom de PAS-interventie (Koning, 2009): het effect wordt bereikt doordat de interventie zich zowel op ouders als op scholieren richt.

Lokaal beleid onderdeel van community-interventies

Op basis van een zestal studies concluderen Bühler & Thrul (2013) dat lokale beleidsmaatregelen bijdragen aan het effect van community-interventies. Onder deze beleidsmaatregelen vallen: regulatie van de beschikbaarheid tot alcohol, de beschikbaarheid van alcohol, het handhaven en het bestraffen van overtredingen van de wetgeving en de implementatie van een lokale campagne. In deze studies waren de uitkomstmaten het alcoholgebruik en de negatieve consequenties van gebruik zoals rijden onder invloed, alcoholgerelateerde ongelukken en alcoholgerelateerd geweld. Alle zes studies lieten effecten zien op een negatieve consequentie van alcoholgebruik en twee ook op het alcoholgebruik van jongeren.

[1] **Project Northland** is een Australische schoolinterventie die zich richt op het uitstellen van alcoholgebruik onder jongeren die nog niet drinken en het verminderen van alcoholgebruik onder jongeren die wel drinken. De interventie bestaat uit lesmateriaal voor kinderen van 11 tot 15 jaar en betrekt docenten, ouders, peers en de gemeenschap.

De auteurs concluderen dat veranderingen in lokale beleidsmaatregelen alcoholgebruik en de alcoholgerelateerde schade kunnen beperken voor jongeren en jong volwassenen. De inzet van meerdere beleidsmaatregelen lijkt belangrijk voor de effectiviteit.

6.1 Nederlandse situatie community-interventies

In Nederland is geen multi-componenten interventie beschikbaar zoals de succesvolle Amerikaanse combinatie van de *Family Check Up & Life Skills Training*. Wel is de interventie *Preventie Alcoholgebruik Scholieren* (PAS) beschikbaar. Deze interventie - een combinatie van een ouderavond en een schoolprogramma - leidt tot minder alcoholgebruik (Koning et al., 2009).
Er worden in veel regio's community-projecten rond alcoholpreventie opgezet en uitgevoerd. Effectonderzoek naar deze projecten is over het algemeen beperkt. De meeste van deze projecten zijn daarom niet beschreven in de literatuur of opgenomen in de databank van het Centrum voor Gezond Leven (CGL). Recent onderzoek naar intersectorale alcoholpreventie laat zien dat regionale alcoholmatigingsprojecten een preventief effect kunnen hebben op het drinken van adolescenten (de Goeij et al, 2016).

Interventies in de drinkomgeving

Interventies in de drinkomgeving betreffen met name de uitgaanssetting. De meeste interventies zijn niet gericht op een specifieke doelgroep maar op de omgeving.

Multi-componentenaanpak leidt tot minder alcoholgerelateerde schade in de drinkomgeving

Onder drinkomgevingen in de uitgaanssetting verstaan we: cafés, bars, clubs en hun omgeving. In en rondom deze drinklokaliteiten is vaak een hoger percentage van alcoholgerelateerde schade te vinden. Door middel van een systematische review onderzochten Jones, Hughes, Atkinson & Bellis (2011) effectieve strategieën om de drinkomgeving te veranderen zo de schade van alcoholgebruik te beperken. Zoals in de meeste reviews, konden slecht weinig goede studies worden opgenomen in de analyse. Op basis van het beperkt aantal studies komen de auteurs tot de volgende conclusie. Een effectieve aanpak bestaat volgens hen uit (1) community mobilization, (2) RBS (Responsible Beverage Service) training, (3) huisregels en (4) strikte handhaving op de wettelijk vastgelegde vergunningsvoorwaarden. Een dergelijke aanpak kan leiden tot minder agressie, minder verkeersongevallen en minder verkoop van alcohol aan minderjarigen.

Interventies barpersoneel moet worden ingezet in combinatie met andere componenten

Het trainen van barpersoneel is een cruciaal element in een aanpak gericht op de drinkomgeving. Zoals uit de review van Jones et al. (2011) blijkt moet dat dan wel gebeuren in combinatie met andere maatregelen/acties. Er is weinig evidentie voor op zichzelf staande bartrainingen (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). De inbeddingen van RBS-training in een bredere aanpak kan dus goed werken. Goed getraind personeel kan zo een bijdrage leveren aan het terugdringen van alcoholgebruik van minderjarigen, zie Room et al. (2005) en Van de Luitgaarden & Knibbe (2000), het terugdringen van agressie, zie Wallin et al. (2003) en Graham et al. (2004) en in het terugdringen van verkeersongevallen, zie Holder & Wagenaar (1994).

Handhaving en motivatie management essentieel voor slagen training barpersoneel

Essentieel lijkt de motivatie van het management (Lang et al., 1998). Graham et al. (2004) wijzen tevens op de afname van effecten als er een hoog verloop van personeel en/of management is. Anderson et al. (2009a) veronderstellen dat 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 (Anderson et al., 2009a).

Multi-componenten interventies in drinkomgeving: kosten-effectief in Zweden

Er is bewijs dat multi-componenten programma's die zowel de gemeenschap en de barkeepers als de politie binnen een community betrekken, kunnen leiden tot vermindering van alcoholgebruik, agressie en alcoholgerelateerde verkeersongelukken. De effecten op lange termijn zijn nog onduidelijk (WHO, 2009).

Een voorbeeld van een zeer geslaagde multi-componenten programma is de 'restaurant intervention'[1], Deze interventie (waarbij met 'restaurant' wordt gedoeld op alle horeca) is een onderdeel van het grotere STAD- project (Stockholm prevents Alcohol And Drugs problems). De interventie leidde tot een reductie van 29% in geweld (lastig vallen, bedreigen,

[1] **De restaurant (ofwel horeca) interventie van STAD** bestaat uit drie hoofdonderdelen: 1. Het bewustmaken van de samenleving van alcohol gerelateerde problemen; 2. een tweedaagse verantwoord alcoholschenk training (deze behandelt onder andere alcohol wetgeving, medische gevolgen en conflict hantering) voor tappers, portiers en restauranteigenaren; 3. Versterkte naleving van alcoholwetgeving.

aanvallen, binnen en buiten de kroeg) en was daarmee buitengewoon kosten-effectief: de kosten-opbrengsten ratio was 1:39. Kostenbesparing werd vooral gerealiseerd binnen politie en justitie (Mansdotter et al., 2007).

Betrekken van de buurt positieve effecten op agressie

Het betrekken van de buurtbewoners bij bepaalde maatregelen, bijvoorbeeld bij het verstrekken van licenties, lijkt effectief te zijn (BMA, 2008). Op korte termijn heeft dit in elk geval positieve effecten op het verminderen van agressie en andere problemen als gevolg van drinken in bars (Babor et al., 2003).

6.2 Nederlandse situatie interventies drinkomgeving

In Nederland zijn diverse interventies in de drinkomgeving beschikbaar, waarvan er geen is onderzocht op effectiviteit. Het project *Unity* richt zich rechtstreeks op uitgaanders via peervoorlichting. Dit project gaat over alcohol en uitgaansdrugs, wordt in de meeste regio's ingezet en heeft een groot bereik onder jongeren die grootschalige dance-evenementen bezoeken. Twee andere interventies richten zich op het 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. Er is geen effectonderzoek naar de interventies gedaan.

Diverse gemeenten experimenteren in het uitgaanscircuit met de STAD-aanpak die in Stockholm is ontwikkeld. Hoofdstuk 8 gaat volledig over deze STAD-aanpak, waarbij de belangrijkste vraag is: hoe kunnen we het model dat in Stockholm is ontwikkeld in de Nederlandse context uitrollen?

6.3 Alcoholpreventie op buurtniveau en wijkteams

Gebruik massamediale campagnes om bewustwording te creëren

Het eenzijdig inzetten van massamediale campagnes om gezondheidsgedrag te veranderen heeft in het verleden veel kritiek gekregen van gezondheidsexperts. Een te simpele, eenzijdige en passieve manier om bijvoorbeeld tabaks- en alcoholgebruik te ontmoedigen. Moeten we daarom stoppen met het uitvoeren van massamediale campagnes om gezondheidsgedrag te stimuleren? Het antwoord daarop is nee. Massamediale campagnes zijn volgens Wakefield, Loken en Hornik (2011) juist bijzonder nuttig in een brede

aanpak om gezond gedrag te stimuleren. Mits goed ingezet kunnen massamediale campagnes grote groepen bereiken, positieve veranderingen in gezondheid creëren en negatieve trends keren. De bijdrage van massamediale campagnes aan gezond gedrag neemt toe naarmate de campagne wordt gekoppeld aan de betere beschikbaarheid van gezonde alternatieven en diensten, ingebed is in community-programma's en als agendasetter voor gezondheidsbeleid wordt ingezet. In zo'n campagnematige aanpak moet volgens Wakemfield en collega's voor langere tijd worden geïnvesteerd zodat de doelgroepen goed en met herhaling worden bereikt door de media-boodschappen.

Verkleinen van sociaal-economische gezondheidsverschillen door alcoholpreventie is mogelijk

Onderzoekers van de Erasmus-unversiteit Rotterdam hebben onderzoek gedaan naar het type interventie dat het best ingezet kan worden om de sociaal-economische gezondheidsverschillen te verkleinen. In hun review (Beenackers, Nusselder, Oude Groeniger & van Lenthe, 2015) is ook de preventie van schadelijk alcoholgebruik meegenomen. De onderzoekers concluderen dat interventies gericht op het tegengaan van sociaaleconomische verschillen in zwaar alcoholgebruik, met name bij jongeren een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan het tegengaan van gezondheidsachterstanden, het verbeteren van de volksgezondheid en het terugdringen van maatschappelijke kosten gerelateerd aan alcoholgebruik.

Conclusies en aanbevelingen Beenackers, Nusselder, Oude Groeniger & van Lenthe, 2015, pag 53.

Concrete aanbevelingen voor interventies gericht op het terugdringen van gezondheidsachterstanden ten gevolge van overmatig alcoholgebruik zijn:

- Beleidsmaatregelen zoals leeftijdsverhoging en minimale prijzen zijn effectiever in lagere sociaaleconomische groepen en kunnen dus gezondheidsachterstanden terugdringen. Op lokaal niveau kan mogelijk effect worden bereikt door strenger te handhaven.
- Buurtinterventies in armere wijken, met een sterke handhavingstak, kunnen effectief zijn in het terugdringen van negatieve gevolgen van overmatig alcoholgebruik.
- Schoolinterventies doen er goed aan ouders te betrekken in de interventie. Ouderbetrokkenheid moet laagdrempelig zijn en bij voorkeur gecombineerd worden met activiteiten waarbij al een grote ouderopkomst wordt gerealiseerd.

Vooral deelname van ouders van achterstandsgroepen dient gewaarborgd te worden.

- Korte persoonlijke feedback interventies kunnen effectief zijn maar het advies dient persoonlijk te worden geleverd via face-to-face contact, bijvoorbeeld via de eerstelijnszorg (huisarts, verloskundige).
- Korte persoonlijke feedback interventies kunnen effectief zijn als ze voldoende bereik en deelname hebben binnen de lagere sociaaleconomische groepen.
- Zorgvuldigheid is nodig bij het toepassen van korte persoonlijke feedbackinterventies waarbij het advies via internet of sms wordt gegeven aangezien deze interventies gezondheidsachterstanden kunnen vergroten wanneer ze in de algehele populatie worden geïmplementeerd.
- Uitgebreide begeleiding ten aanzien van alcohol tijdens de zwangerschap en de eerste jaren na de geboorte kan bijdragen aan de gezondheid van zowel moeder als kind.

Inzet van maatschappelijk werk voor alcoholpreventie in de wijk

Een van de instanties die een rol kunnen spelen in wijkgerichte alcoholpreventie is het maatschappelijk of sociaal werk. Wells, Kristman-Valente, Peavy & Jackson (2013) beschrijven op basis van de basiskwaliteiten van de sociaal werker welke lichte vormen van psycho-sociale behandeling sociaal werkers kunnen verzorgen voor moeilijk bereikbare en kwetsbare groepen. Daarnaast is het sociaal werk bij uitstek geschikt om vroege problemen te signaleren en ook een toeleiding naar gespecialiseerde verslavingszorg te maken.

Kansen voor verslavingspreventie via sociale wijkteams

Het sociale wijkteam is in korte tijd opgekomen in Nederland. Als gevolg van stelselwijzigingen in de zorg is een belangrijk deel van de verantwoordelijkheid voor gezondheid naar gemeenten overgeheveld. Gemeenten hebben geconstateerd dat hulp voor zorgbehoevenden en zogenoemde multiprobleemgezinnen te gefragmenteerd is geworden en zoeken daarom naar nieuwe vormen zoals het sociale wijkteam. De wijkteams bestaan uit een kern van meerdere professionals met verschillende achtergronden zoals maatschappelijk werk, Stichting MEE, WMO-loket, Dienst Werk en Inkomen en Jeugdzorg (Collard & Bransen, 2015). Het kernteam wordt in de meeste gemeenten bijgestaan door zogeheten schilvoorzieningen. Afhankelijk van de doelgroep of taakopdracht van het

wijkteam gaat het om gespecialiseerde zorgaanbieders zoals GGZ en verslavingszorg, onderwijs, politie, woningcorporaties en welzijnsinstellingen. De sociale wijkteams hebben een poortwachtersfunctie naar tweedelijnszorg.
Collard en Bransen (2015) hebben onderzocht in hoeverre een deel van verslavingspreventie door sociale wijkteams uitgevoerd zou kunnen worden. Ze komen tot de conclusie dat sociale wijkteams een veelbelovende setting is voor verslavingspreventie. Tegelijkertijd constateren ze dat verslavingspreventie door sociale wijkteams nog onvoldoende ontwikkeld is. Volgens de auteurs is er een substantieel tekort aan kennis en vaardigheden rondom problematisch gebruik en verslaving. De auteurs geven een tweetal aanbevelingen: zoek samenwerking met de verslavingszorg en vergroot de kennis en vaardigheden van sociale wijkteams op het gebied van signaleren van (problematisch) middelengebruik.

6.4 Conclusies Community-interventies en kennishiaten

Er zijn in Nederland geen gerandomiseerde effectonderzoeken uitgevoerd naar community-interventies. Er zijn wel veel regionale alcoholmatigingsprojecten uitgevoerd met een community-insteek die positief zijn geëvalueerd maar doordat echt effectonderzoek ontbreekt kunnen we weinig zeggen over de effecten van deze projecten op schadelijk alcoholgebruik. In hoofdstuk acht gaan we dieper in op de STAD-aanpak die kosteneffectief is in het voorkomen van alcoholgerelateerde problemen en hoe deze in de Nederlandse praktijk geïmplementeerd zou kunnen worden.
Een zeer recente ontwikkeling is de verschuiving van zorgtaken naar gemeenten en in het bijzonder het ontstaan van sociale wijkteams. Deze sociale wijkteams hebben tot doel om de stap naar zorg van met name kwetsbare groepen te verkleinen. Binnen de sociale wijkteams wordt in samenwerking met de verslavingszorg gezocht naar methoden om de vroegsignalering van schadelijk alcoholgebruik te versterken. Voor alle betrokkenen is het pionieren en het is wenselijk om de experimenten die in verschillende steden/wijken ontstaan met onderzoek te begeleiden.

7 Alcoholpreventie gericht op ouderen

Ouderen zijn een sterk onderbelichte groep voor alcoholpreventie. Het belangrijkste deel van de onderzoeksliteratuur gaat over preventie gericht op jongeren, daarna volgen volwassen en op grote afstand ouderen vanaf 65 jaar. We zien dit ook terug in interventies die ontwikkeld worden. Het accent ligt op interventies voor jongeren/ouders en SBI voor volwassenen in de zorg. Betekent dit dat ouderen niet relevant zijn voor preventie omdat ze geen risico op alcoholgerelateerde schade lopen? Dit is duidelijk niet het geval. Hieronder beschrijven we waarom volgens ons alcoholpreventie zich in de toekomst veel meer op ouderen zou moeten richten.

Over welke groepen hebben we het?

We worden in Nederland steeds ouder en we hebben ook steeds meer gezonde levensjaren. Waar leggen we de grens en hoe definiëren we ouderen? Anderson, Scafato & Galluzo (2012) maken onderscheid tussen twee groepen ouderen. De groep die tegen het pensioen aanzit, 65- 74 jaar en de groep van 75+. De eerste groep is nog redelijk vitaal en de tweede groep begint al meer gezondheidsklachten te krijgen. Daarnaast is voor preventie de groep senioren relevant. Er zijn verschillende definities om deze groep senioren te definiëren, maar in de meeste gevallen betreft het de leeftijdsgroep tussen de 55 en 65 jaar. Deze groep staat nog volop in het leven maar is voor screening zeer relevant.

Waarom zijn ouderen een belangrijke doelgroep voor alcoholpreventie?

Hieronder beschrijven we de belangrijkste redenen waarom ouderen relevant zijn voor alcoholpreventie.

Vergrijzing. Volgens het CBS is het aantal ouderen sinds 2013 versneld aan het toenemen. Volgens de CBS Bevolkingsprognose zal het aantal 65-plussers toenemen van 2,7 miljoen in 2012 tot een hoogtepunt van 4,7 miljoen in 2041. Tot 2060 blijft het aantal schommelen rond 4,7 miljoen. Er is hier sprake van een wereldwijde trend. Het Census Bureau-NIA (2009) in de Verenigde Staten berekende dat in 30 jaar tijd de proportie 65+'ers wereldwijd zal verdubbelen van 7% naar 14%. Dit betekent dat voor het eerst in de wereldgeschiedenis er meer 65+'ers zullen zijn dan kinderen onder de 5 jaar en Europa is het 'oudste' continent.

Baby-boom cohort gaat met pensioen. Sinds de jaren 60 van de vorige eeuw is het alcoholgebruik in Nederland meer dan verdriedubbeld, dit geldt in Nederland maar dit fenomeen gaat in de meeste West-Europese landen op (WHO, 2014). Europa is het continent met de hoogste alcoholconsumptie in de wereld. De Baby-boom generatie van na de tweede wereldoorlog is opgegroeid in een toenemende welvaart en deze generatie is voor een belangrijk deel verantwoordelijk voor de toegenomen alcoholconsumptie. In de cijfers zien we zelfs terug dat deze generatie meer drinkt dan de generatie jongeren op dit moment (CBS, 2015). In verschillende landen in Europa wordt geconstateerd dat Baby-boomers meer drinken dan jongeren (Engeland, Belgie, Nederland). We kunnen constateren dat ouderen van nu en de toekomst een lange geschiedenis van alcoholconsumptie hebben en een generatie van stevige drinkers vormt.

Verslaving én gezondheid. In de verslavingszorg wordt geconstateerd dat ouderen al enige jaren de sterkst groeiende groep cliënten is waarbij met name alcoholproblematiek speelt. Het aantal 55-plussers in de verslavingszorg is de laatste 10 jaar gestegen van bijna 4.500 naar omstreeks 12.000, waarbij het aantal nieuwe alcoholcliënten overheerst. Daar is sprake van een stijging van bijna 3.800 tot ruim 8.700, dat is meer dan twee keer zo veel (Bovens, Weingart & van Etten, 2013). Maar niet alleen verslaving is van belang. Onderzoek naar de relatie tussen alcoholgebruik en kanker wijzen steeds meer uit dat alcohol en acetaldehyde, een van de giftige afbraakproducten van alcohol, een causale relatie hebben met verschillende vormen van kanker. De ontwikkeling van kanker manifesteert zich voornamelijk op latere leeftijd en de gezondheidsschade van schadelijk alcoholgebruik mag daarom ook bij ouderen verwacht worden.

Wellicht gezondheidsbevorderend effect van alcohol voor ouderen. Er zijn aanwijzingen dat een kleine hoeveelheid alcohol voor ouderen een gezondheidsbevorderend effect kan hebben (Anderson, Scafato & Galluzo, 2012). We moeten daarom een onderscheid maken tussen gezonde ouderen met een gezonde leefstijl, ouderen met een ongezonde leefstijl en ouderen met gezondheidsklachten. Het is in ieder geval niet zo dat alle ouderen geadviseerd moet worden om te stoppen met het drinken van alcohol of te minderen met alcohol.

Biologische veranderingen/sensitiever voor de effecten van alcohol. Het lichaam van ouderen verandert, waardoor ouderen sensitiever worden voor de effecten van alcohol en de tolerantie voor alcohol afneemt (Anderson, Scafato & Galluzo, 2012). Een zelfde hoeveelheid alcohol heeft een sterker effect op ouderen, waardoor ze bijvoorbeeld meer kans lopen

op ongevallen en valincidenten. De verwachting is dat de meeste ouderen tot op late leeftijd zelfstandig blijven wonen, waardoor ze extra kwetsbaar worden voor vallen.

Combinatie met medicijngebruik. Ouderen zijn de grootste consumenten van medicijnen. Alcohol kan de werking van werking van bepaalde medicijnen tegengaan en de combinatie met alcohol wordt daarom voor specifieke medicatie ontraden. Maar ook voor andere medicatie kan alcohol de werking beïnvloeden. Doordat alcohol een gif is voor het lichaam geeft de lever prioriteit aan het afbreken van alcohol. Hierdoor komen medicijnen die door de lever verwerkt moeten worden in de 'wachtrij' en wordt de werking onvoorspelbaar. Alleen al vanwege hun hoge medicijnconsumptie zou meer preventie gericht op ouderen wenselijk zijn.

Project VINTAGE

Om meer kennis op te bouwen over alcohol en ouderen is in opdracht van de Europese Commissie (The Second Programme of Community Action in the Field of Health 2008-2013) het project VINTAGE geïnitieerd (http://www.epicentro.iss.it/vintage/). De doelstellingen van VINTAGE zijn:

- Kennis verzamelen en reviewen over de impact van alcohol op de gezondheid en het welzijn van ouderen en de mogelijkheden van preventie voor de groep inventariseren en hiermee een kennisbase opbouwen.
- Het verzamelen van Europese voorbeelden van best practices, beleid en infrastructuren voor het ontwikkelen van preventie
- Het verspreiden van deze kennis naar beleidsmakers in Europa.

Als onderdeel van het VINTAGE project is een sytematische review-studie uitgevoerd (Anderson, Scafato & Galluzzo, 2012) naar de gezondheidseffecten van alcohol voor ouderen en de preventiemogelijkheden voor ouderen. Op basis van deze review kunnen de volgende conclusies getrokken worden:

- Er moet meer onderzoek gedaan naar het effect van alcohol op de gezondheid van ouderen. Het door Anderson et al. (2012) gereviewde onderzoek laat voor de generieke groep ouderen geen duidelijk verband zien tussen alcoholconsumptie en gezondheidsschade bij ouderen. Ze vinden geen aanwijzingen dat het drinken van alcohol door ouderen veel meer schade zou veroorzaken dan bij volwassenen. Sommige onderzoeken laten zien dat eenzelfde hoeveelheid alcohol tot hogere BAC's (Bloed Alcohol Concentratie) leidt bij ouderen, maar met die data kan ver-

volgens geen verband worden gelegd met alcoholgerelateerde gezondheidsuitkomsten. In een systematische review van Reid et al (2002) van 84 studies naar gezondheidseffecten van alcohol op ouderen werd gevonden dat 20 procent van de studies een negatieve relatie lieten zien, 70% geen relatie en 10 procent van de studies rapporteerden positieve effecten voor de gezondheid. Als ouderen hun consumptie beperken tot zeer lage hoeveelheden alcohol kan dit zelf een positief effect hebben op de kwaliteit van leven en wordt een lagere mortaliteit geconstateerd dan bij ouderen die helemaal geen alcohol drinken.

- Volgens Anderson et al, reageren ouderen op dezelfde manier op alcoholbeleid en op SBI die voor volwassenen worden ingezet. Dit betekent dat voor *risicogroepen* binnen de groep ouderen het bestaande beleid en de bestaande 'evidence-based' interventies sterker ingezet kunnen worden.

- Alcoholbeleid en interventies richting ouderen zouden zich volgens Anderson en collega's op de 'middle aged' groep (50 – 65 jaar) moeten richten. De meeste alcoholgerelateerde doden vallen in deze groep en dit is ook de groep met de hoogste alcoholconsumptie. Alcoholbeleid kan door zich op deze groep ouderen te richten een direct effect hebben op alcoholgerelateerde sterfte en problemen en verslaving voorkomen. De auteurs pleiten voor intensivering van SBI gericht op ouderen in de eerstelijns zorg en deskundigheidsbevordering op dit thema voor gezondheidswerkers in de eerste lijn. Daarnaast moet het thema alcoholgebruik meer ingebed worden in 'healthy ageing' programma's.

Adviesrapport Ouderen en Verslaving

In opdracht van Resultaten Scoren heeft het Lectoraat Verslavingspreventie van de Hogeschool Windesheim in samenwerking met Victas en het Trimbos-instituut een adviesrapport geschreven over alcohol en ouderen (Bovens, Weingart en van Etten, 2013). Hieronder geven we een samenvatting van de adviezen die betrekking hebben op preventie.

In het adviesrapport wordt geconstateerd dat in Nederland nog onvoldoende aandacht bestaat voor de groeiende verslavingsproblematiek onder ouderen en met name de alcoholproblematiek. Omdat bij alcoholverslaving sprake is van nieuwe aanwas in de cliëntenpopulatie is de inzet van preventieve interventies extra belangrijk.
De auteurs pleiten voor een integrale aanpak gericht op riskant drinkende ouderen met aandacht voor beschikbaarheidsbeperking (door middel van regelgeving en handhaving),

het creëren van draagvlak voor beleid, bewustwording van de gezondheidsrisico's en verhoogde inzet van vroegsignalering en kortdurende interventies.

Concreet bevelen de auteurs aan:

1. Meer agendasetting. Aandacht voor de problematiek kan door:
    a. regelmatige publicatie van prevalentiecijfers, zoals de LADIS-gegevens
    b. campagnes, zoals '40 dagen zonder alcohol' of Ikpas (tevens een preventieve interventie, gericht op het doorbreken van gewoontegedrag)
2. Vroegsignalering in 0e, 1e en 2e lijn. Standaard dient een anamnese plaats te vinden in deze settingen bij alcoholgerelateerde aandoeningen
3. Alcoholbeleid bevorderen in zorgcentra
4. Uitvoeren Multidisciplinaire Richtlijn door geïndiceerd structureel inzetten thiamine-toediening als preventief middel in 1e en 2e lijn voor alcoholverslaafden die slecht eten.

Actievere screening van ouderen gewenst in de eerstelijns zorg

De conclusies van de kennissynthe uit 2010 met betrekking tot alcoholpreventie in de eerstelijnszorg voor ouderen blijven onverminderd actueel en daarom vermelden we ze nogmaals in de deze update. In Nederland komen ouderen 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. Zoals uit de studies van Anderson blijkt, lijken ouderen 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 (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.

Anderson pleit voor een actievere screening die al begint bij volwassenen vanaf 50 jaar. De rationale is dat deze groep nog fit en vitaal is en ook nog makkelijk in staat is om ongezond gewoontegedrag te doorbreken. Een andere groep die aandacht behoeft is de babyboom generatie die in hun pensioenfase aan het groeien zijn. Deze groep heeft door de welvaartsgroei in de jaren 60 van de vorige eeuw een stevige alcoholgewoonte opgebouwd. Door deze groep op schadelijk alcoholgebruik te screenen kan voorkomen worden

dat ze een alcoholverslaving ontwikkelen die kan doorbreken als de structuur van het werk wegvalt.

Stimuleer samenwerking in de eerstelijns zorg met betrekking tot ouderen

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).

7.1 Conclusie en kennislacunes

Er is in de alcoholpreventie en de zorg nog nauwelijks aandacht voor het alcoholgebruik van ouderen. Deze aandacht is gerechtvaardigd door demografische ontwikkelingen zoals de vergrijzing, het medicatiegebruik van ouderen, de veranderende fysiologie van ouderen en de opgebouwde alcoholgewoonte van veel ouderen. Het lijkt erop dat interventies die voor volwassenen effectief zijn ook effectief zijn voor ouderen. Vanuit een preventief oogpunt moet de screening en de preventieve actie plaatsvinden voordat het daadwerkelijke verslavingsgedrag zich ontwikkelt. De pensionering is een kritieke levensfase waarin een verslaving zich kan ontwikkelen en preventie moet dus voor die fase plaatsvinden. Onderzoek is gewenst naar de mogelijkheden van SBI voor volwassenen en ouderen in de zorg. Ook hier zou gekeken kunnen worden in hoeverre de werksetting een rol kan spelen.

In Nederland sluiten steeds meer gezondheidszorgorganisaties en bedrijven zich aan bij de IkPas actie: 30 of 40 dagen zonder alcohol. Dit is een laagdrempelige actie om de gewoonte die het drinken van alcohol voor veel mensen is geworden, te doorbreken. Ikpas zou als campagne gekoppeld kunnen worden aan preventie activiteiten richting ouderen om schadelijk alcoholgebruik te verminderen. Onderzoek zou moeten uitwijzen of ikpas de bewustwording voor de risico´s van schadelijk alcoholgebruik kan vergroten en de alcoholgewoonte van ouderen kan doorbreken.

8 Roadmap STAD-Nederland

Inleiding

Sinds een aantal jaren is er in Nederland veel belangstelling voor de aanpak die in Stockholm is ontwikkeld ter preventie van de alcohol gerelateerde problematiek in het uitgaansleven. De aanpak staat bekend als STAD: Stockholm Prevents Alcohol and Drug Problems. In de kennissynthese van van Hasselt (2010) werd STAD genoemd als een van de meest veelbelovende aanpakken. De afgelopen vijf jaar zijn er concrete stappen genomen om de aanpak naar Nederland te halen.

STAD is niet alleen de benaming voor de aanpak in het uitgaansleven van Stockholm maar is ook de benaming van de kleine organisatie in Stockholm die is opgericht in 1995. Aanleiding voor de oprichting van STAD was de toetreding van Zweden tot de EU, waardoor het Zweedse alcoholbeleid noodgedwongen 'liberaler' werd. Sinds 1997 zijn de openingstijden in het uitgaansleven van Stockholm verruimd (van 03.00 naar 05.00 uur voor bepaalde clubs), is het aantal 'licensed premises' gestegen van 400 naar 2100 en waren er stevige incidenten in het uitgaansleven van Stockholm (waarbij 3 personen overleden). Door deze ontwikkelingen vreesde men voor een toename van de alcoholproblematiek in Stockholm en werd gezocht naar een antwoord hierop.

Het antwoord op deze veranderingen in het Stockholmse nachtleven werd gevonden in het ontwikkelen van community-aanpak op lokaal niveau. Het bureau STAD werd in eerste instantie opgericht als 10-jarig project, maar is inmiddels een gevestigde organisatie, gefinancierd door Stockholm stad en het Karolinska-instituut. Officieel heet het nu het *Center for knowledge and prevention of alcohol and other drugs*. Momenteel werken er 10 mensen. Zoals eerder gezegd is de ontwikkelde 'STAD-aanpak' een uitwerking van een community-aanpak waarin de gemeente, politie en horeca samenwerken. De opzet van aanpak is gebaseerd op de systeembenadering van Holder (1999) en is ontworpen door een team onder leiding van professor Sven Andréasson (Andréasson et al. 1999).

STAD heeft de aandacht getrokken van diverse Nederlandse gemeenten die op zoek zijn naar oplossingen voor hun eigen specifieke problemen in het uitgaansleven. Het Trimbos-instituut heeft daarom in 2014 en 2015 twee studiereizen georganiseerd naar Stockholm om de STAD-aanpak beter te leren kennen. Aan deze studiereizen namen onder andere vertegenwoordigers van de volgende gemeenten deel: Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Breda, Eindhoven, Haarlem, Steenwijkerland, Dinkelland-Tubbergen, Valkenburg aan de Geul en Zuidhorn. Ook waren vertegenwoordigers van het ministerie van VWS, het ministerie van Veiligheid en Justitie en ZonMw aanwezig.

Tijdens deze studiereizen is er veel enthousiasme ontstaan voor de aanpak in Stockholm. Veel van de problemen zijn herkenbaar voor Nederlandse gemeenten en Stockholm lijkt in een aantal opzichten veel op andere Europese steden. Aan de andere kant werd ook duidelijk dat er verschillen zijn tussen Nederland en Zweden waardoor de STAD-aanpak niet zomaar *een-op-een* vertaald kan worden naar de Nederlandse situatie. ZonMw heeft daarom het Trimbos-instituut gevraagd om een *Roadmap* te ontwikkelen voor vertaling naar de Nederlandse situatie en deze op te nemen in het onderhavige rapport over preventie van schadelijk alcoholgebruik.

Om deze culturele vertaalslag te maken hebben we de volgende acties uitgevoerd:

- Verkenning van de culturele en maatschappelijk verschillen tussen Zweden en Nederland
- Beschrijving van de kernelementen van de STAD-aanpak
- Bestudering van het implementatieproces in Noorwegen en Finland waar de STAD-aanpak inmiddels ook wordt toegepast
- Het beschrijven de stappen die nodig zijn om tot een effectieve aanpak in Nederland te komen.
- Bespreking van een concept roadmap met een klankbordgroep bestaande uit vertegenwoordigers van diverse Nederlandse gemeenten die aan de studiereizen hebben deelgenomen.

Werkwijze

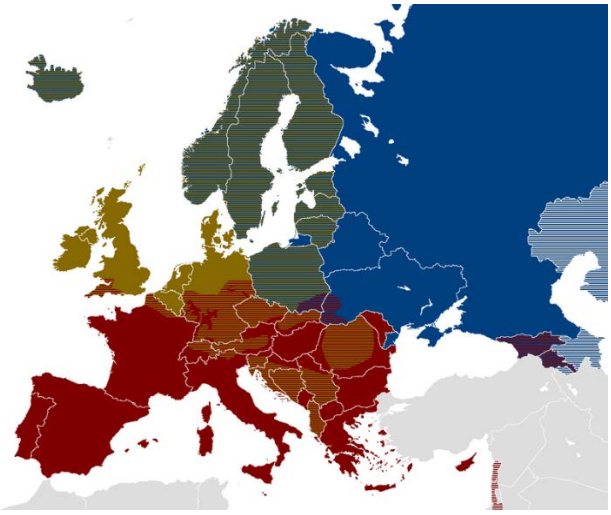
We hebben bij STAD alle relevante documenten opgevraagd die ten grondslag liggen aan de ontwikkeling van de aanpak. Dit betreft wetenschappelijke publicaties maar ook trainingsmanuels en contracten en convenanten. Daarnaast hebben we uitgebreide gesprekken gevoerd met Johanna Gripenberg, directeur van STAD en Daniel Muller, projectleider geweldspreventie. Deze gesprekken vonden plaats tijdens de tweede studiereis (oktober 2015), via e-mail en skype en op 16 maart 2016 toen Johanna en Daniel in Nederland waren voor een presentatie op het Nationaal congres Alcohol en Drugs 2016. Tijdens beide studiereizen hebben we uitgebreid gesproken met Prof. Dr. Lars Trägardh over de overeenkomsten en verschillen tussen Zweden en Nederland. Om de overeenkomsten en verschillen te benoemen hebben we gebruik gemaakt van zijn lezing tijdens de studiereis van oktober 2015 en een publicatie van hem over dit onderwerp (Berggren & Trägardh, 2010).

In Finland (PAKKA) hebben we contact gehad met prof. Marja Holmilla van THL (National Institute for Health and Welfare). In Noorwegen hebben we gesproken met Erlend Bo (senior adviseur) van het Helsedirektoratet (Norwegian Directorate of Health). Met Noorwegen en Finland heeft de informatie-uitwisseling vooral via e-mail plaatsgevonden. Op het moment van rapportage hebben we helaas nog niet alle informatie uit Noorwegen ontvangen maar we hopen dat later nog aan het rapport te kunnen toevoegen.

8.1 Culturele en maatschappelijke verschillen tussen Zweden en Nederland

Tijdens de twee studiereizen naar Stockholm heeft Prof. Lars Trägardh een introductie gegeven op de Zweedse samenleving en is ingegaan op de overeenkomsten en verschillen met Nederland. Prof. Trägardh is historicus en verbonden aan het Ersta Sköndal University College in Stockholm. Onderhavig hoofdstuk geeft een samenvatting van zijn presentatie. Volgens Trägardh lijken Nederland en Zweden in een aantal opzichten sterk op elkaar maar, op een aantal punten verschillen ze wezenlijk. De paradox van de Zweedse samenleving is dat deze enerzijds te kenmerken is als progressief en tolerant (net als Nederland) maar tegelijkertijd ook repressief en gericht op strenge sociale controle (Berggren & Trägardh, 2010). Dit zien we ook in de houding van de Zweden ten opzichte van alcohol. Zweden behoort traditioneel bij de wodka-landen (Vodka belt), zoals ook Rusland, Finland, Noorwegen en een aantal Oost Europese landen). In deze landen wordt traditioneel vooral sterke drank geconsumeerd. Nederland wordt, met Duitsland, België en Engeland gerekend tot de bierdrinkende culturen en in Zuid Europa de wijn.

Figuur 1. De wodka-, bier en wijn ‘belts’ van Europa



Kenmerkend van de 'Vodka-belt' landen is de cultuur van drinken-om-dronken-te-worden. Ook al wordt in Zweden tegenwoordig nog maar weinig wodka gedronken, in essentie is die drinkcultuur niet veranderd: door de week, voor de gezelligheid en bij de maaltijd wordt er (anders dan in de 'wine belt') relatief weinig alcohol gebruikt. Maar in het weekend des te meer, met de neiging om dan helemaal door te slaan. Het is dan ook niet verwonderlijk dat er in Zweden, als reactie op drinkexcessen, vaak ook een sterke geheelonthoudersbeweging (temperance movement) actief is. Die kan ook worden verklaard door de Zweedse cultuur die sterk is gevormd door christelijke en socialistische waarden en het ideaal van de 'the wholesome worker' (Bildung als ideaal). Overmatig middelengebruik past niet in deze waarden. Je bent pas vrij als je een autonome persoon bent, jezelf bent, dus ook niet afhankelijk van drank of drugs.

Er was begin vorige eeuw veel zorg m.b.t. alcoholgebruik onder de arbeiders. In de jaren '20 leidden die zorgen zelfs bijna tot een totaalverbod op alcohol. Na verwerping van de voorstelwet (met 1% meerderheid) op totale drooglegging kwam er een rantsoensysteem, dat werd gevolgd door de Systembolaget, de staatsalcoholwinkel. Inmiddels zijn er in Zweden circa 400 van deze winkels.

Nederland kende in de 20e eeuw ook een sterke geheelonthoudersbeweging maar door de mix van calvinisme, katholicisme en socialisme is deze nooit zo sterk ontwikkeld als in Zweden.

De Systembolagets zijn uniek voor Zweden. Het zijn staatswinkels voor off-premise alcoholconsumptie (thuisconsumptie). Door dit systeem van systembolagets is het aantal verkooppunten voor off-premise alcoholverkoop veel beperkter (en de controle beter) dan in Nederland waar alcohol voor thuisgebruik veel makkelijker te koop is via supermarkten en andere verkooppunten. De on-premise (ter plekke) alcoholverkoop is in Zweden gekoppeld aan een menukaart. In Zweden spreekt men daarom van de 'restaurantsector'. Als er alcohol verkocht wordt dan moet er een volledige menukaart aanwezig zijn zodat iemand die drinkt ook de mogelijkheid heeft om te kunnen eten. De combinatie van eten en drinken zorgt voor het minder snel onder invloed raken en heeft invloed op het drinktempo. Het aantal on-premise verkooppunten is de afgelopen jaren sterk gestegen in Zweden. In Stockholm alleen al steeg het aantal 'licensed premises' van 400 naar 2100. Ook zijn de openingstijden in het uitgaansgebied verruimd en worden er meer nachtvergunningen gegeven. We kunnen concluderen dat het aantal verkooppunten voor off-premise verkoop in

Zweden veel lager ligt dan in Nederland maar dat alcoholverkoop in de uitgaansgebieden veel overeenkomsten laat zien (behalve de koppeling met een menukaart).
Zweden kent in tegenstelling tot Nederland geen paracommerciële horeca en het is ook niet toegestaan om in sportkantines alcohol te schenken. Bij grote sportevenementen zijn er wel commerciële verstrekkers actief. De horeca mag geen banden hebben met alcoholproducenten en de ondernemer is volledig vrij in de keuze van het alcoholhoudende assortiment.

In Zweden bestaat groot draagvlak voor een streng alcoholbeleid, sterke controle en het staatsmonopolie via de Systembolaget. Zweden heeft ook een sterke traditie van 'social engineering', en het idee van sociale maakbaarheid leeft sterk in de samenleving. Daarbinnen is het echte sociale contract gericht op de rol van de staat ten opzichte van de kinderen, de goede zorg voor 'the next generation'. De Zweden zijn in vergelijking tot andere culturen extreem individualistisch (ze scoren hoog op zelfexpressie waarden én seculiere rationele waarden). Nederlanders scoren ook hoog op zelfexpressie waarden maar scoren lager qua rationaliteit. In de Nederlandse samenleving leeft minder sterk het gevoel dat de staat voor je moet zorgen maar is meer verbondenheid met elkaar (via familie en het maatschappelijk middenveld) en wordt er meer accent gelegd op zorg voor elkaar.

Sinds de Zweedse toetreding tot de EU, in 1995, is er op alcoholgebied veel versoepeld en heeft dit geleid tot bijvoorbeeld de volgende aanpassingen:

- Sinds 2003 mag er in de dagbladen worden geadverteerd voor alcoholmerken
- Sinds 2004 mogen reizigers aanzienlijk meer alcohol meenemen uit het buitenland
- De laatste jaren neemt bovendien de inkoop van alcohol via internet toe

Door de versoepeling van de alcoholwetgeving heeft er een verschuiving plaatsgevonden naar lokaal alcoholbeleid, waarvan STAD de belangrijkste uitwerking is.

Overeenkomsten Zweden – Nederland

- Liberaal progressieve samenleving
- Individualistische waarden
- Beide landen vallen onder wetgeving van de EU
- Verschuiving van landelijk alcoholbeleid naar lokaal alcoholbeleid
- Veel alcoholverkoop in het uitgaansgebied
- De neiging van jongeren tot binge drinken

Verschillen Zweden – Nederland

Zweden	Nederland
Vodka-belt; traditie van het drinken van sterke drank.	Beer-belt: traditie van het drinken van bier.
Sterke geheelonthoudersbeweging.	Geheelonthoudersbeweging speelt nauwelijks een rol.
Staat zorgt voor burgers.	Problemen worden meer opgelost door het maatschappelijke middenveld: 'polderen' en zorg voor elkaar.
Alcohol en sport zijn sterk gescheiden.	Alcohol en sport zijn meer met elkaar verweven.
Sterk draagvlaak voor restrictief alcoholbeleid.	Minder draagvlak voor restrictief alcoholbeleid.
Sterke acceptatie van formele controle.	Minder acceptatie van formele controle.
Beperkt aantal off-premise verkooppunten door staatsmonopolie via Systembolaget.	Meer off-premise verkooppunten en geen staatsmonopolie.
On-premise alcoholverkoop alleen als er ook een menukaart is (eten en drinken): restaurantsector.	Horeca in Nederland maakt onderscheid tussen restaurant en café. Meer horecagelegenheden die gericht zijn op het drinken van alcohol (cafés en bars).
Verplichte eisen aan 'servers' (o.a. nachtzaken).	Geen verplichte eisen aan 'servers'. Wettelijke eisen voor leidinggevende en instructie voor schenkers volstaat.
Servers en eigenaars kunnen worden beboet.	Alleen eigenaar/vergunninghouder kan worden beboet.
Politie controleert in het uitgaansleven.	Controle door BOA's en politie in het uitgaansleven.

8.2 Beschrijving van de kernelementen van de STAD-methodiek

Volgens Johanna en Daniel bestaat de STAD-methodiek uit drie kernpijlers die alle drie even belangrijk zijn en die in combinatie moeten worden benaderd. De drie pijlers zijn:

1. *Community mobilization*: bewustwording creëren binnen de community door middel van communicatie, waardoor draagvlak ontstaat voor de aanpak.

2. *RBS training Responsible Beverage Service*: uitgebreide training om de kwaliteit van het personeel te verhogen en naleving van de wet te verhogen.
3. *Efficiënte handhaving en sancties*: sterke formele controle van de vergunningsvoorwaarden, controle op dronkenschap en leeftijdsgrenzen en de mogelijkheid tot sanctioneren.

Naast deze drie kernpijlers omvat de aanpak nog meer cruciale elementen, zo blijkt uit de gesprekken met de diverse betrokkenen. Het is eigenlijk een breed programma gericht op de professionalisering van het uitgaansleven. We identificeren op basis van de beschrijving van het programma 7 pijlers.

1. Samenwerking. Hieronder vallen het beschikbaar stellen van onderzoek en informatie en het bij elkaar brengen van de stakeholders. Het STAD project wordt geleid door een stuurgroep waarin alle betrokken stakeholders zitting hebben. De stuurgroep heeft een heldere taak, namelijk het uitgaansgeweld/problematiek tegengaan middels de aanpak van STAD. Ze beperkt zich tot deze kerntaak en ze beslist niet over andere relevante zaken in het nachtleven zoals sluitingstijden van de horeca. Men beseft zich terdege dat horeca, politie en gemeente zich moeten beperken tot de gezamenlijk doelstellingen om optimale samenwerking te krijgen. Kortom men werkt samen waar men elkaar ook echt kan vinden in gedeelde belangen.

2. Trainingen. Centraal staat de training voor barpersoneel, de zogenaamde RBS training (Responsible Beverage Service) die door bareigenaren en -personeel gevolgd moet worden. De training is behoorlijk intensief (2 dagen) en wordt afgesloten met een diploma. De kosten zijn € 250,- per deelnemer. Nachtzaken zijn verplicht om de training te volgen en andere horeca wordt sterk geadviseerd om dit te doen. Inmiddels zijn er al zo'n 8000 barmedewerkers met een diploma (500 per jaar komen er bij). Het diploma staat goed op het CV van een barmedewerker en helpt bij het solliciteren en overstappen naar een andere zaak. De RBS-training wordt door de horeca gebruikt om zichzelf te afficheren met goed getraind personeel. De politie spreekt horecaeigenaren aan om het personeel op cursus te sturen als het niet goed loopt. Op dit moment is men bezig met een audit voor barpersoneel rondom het eigen alcoholgebruik.

Naast de schenkers krijgt ook de politie die werkzaam is in het nachtleven een uitgebreide training. Er werken in Stockholm 13 gespecialiseerde inspecteurs, die per jaar zo'n 3.500 inspecties in uitgaansgelegenheden uitvoeren. Men scoort de refusal rates aan de bar en het aantal gasten onder invloed in een bar. Het aantal geweldsdelicten in Stockholm is sinds de invoering van STAD met 29% gedaald.

3. Naleving. Deze wordt uitgevoerd door de gemeente in samenwerking met de politie. De gemeentelijk inspecteurs controleren de vergunningsvoorwaarden en de focus van de politie ligt op het handhaven van de leeftijdsgrenzen en op het voorkomen van alcoholgerelateerd geweld. Zowel een gemeentelijke inspecteur als een politiefunctionaris spreekt het barpersoneel aan en niet het publiek. Het publiek wordt door het barpersoneel aangesproken. Portiers spelen een belangrijke rol in de preventie van uitgaansgeweld. Zij werken met een vergunning die ze direct van de politie krijgen, maar worden betaald door de uitbater. Door deze constructie zijn ze een belangrijke partner van de politie bij het preventief optreden.

4. Communicatie. Voor iedereen in het nachtleven moet duidelijk zijn wat de spelregels zijn. Door de communicatie over de regels ontstaat meer draagvlak voor het beleid. De communicatie over de successen van STAD heeft bijgedragen aan de collectieve trots die betrokkenen voelen bij dit project. Rolmodellen binnen de horeca hebben in Zweden een belangrijke rol gespeeld.

5. Richtlijnen en verplichtingen. Barpersoneel moet letten op dronkenschap en zoveel mogelijk proberen om dit te voorkomen. Tijdens de RBS-training wordt hier uitgebreid op ingegaan en zodoende is er duidelijke consensus ontstaan bij politie, inspecteurs en horecapersoneel wanneer sprake is van dronkenschap.

6. Vervolgaanbod voor overtreders en bij intoxicaties. Voor zowel alcohol- als voor drugsgerelateerde incidenten volgt een follow up na het ziekenhuisbezoek waarbij op de gezondheidsschade van het alcohol en/of drugsmisbruik wordt gewezen. Bij jongeren onder de 18 neemt men altijd contact op met ouders. Het hele alcohol- en drugsbeleid in Stockholm (en ook Zweden) is in wezen gericht op het bevorderen van de gezondheid en niet op het criminaliseren van gebruik en gebruikers.

7. Monitoring. Het STAD-kantoor helpt regio's die werken met de STAD-aanpak zoveel mogelijk door het geven van feedback en het helpen opzetten van een monitoringssyteem.

Politie en naleving

Volgens de gegevens van de politie in Stockholm is 80% van de geweldplegers dronken. De focus ligt nu meer op preventie, ook binnen de nalevingsactiviteiten. Preventie van geweld onder invloed loont meer dan andere vormen van criminaliteitsbestrijding, zo is het uitgangspunt bij de politie. De ervaring leert dat je vaak te laat komt als je pas in actie

komt als er iets aan de hand is en je geroepen wordt. De werkwijze van de politie omvat de volgende punten:

- Politie gaat horecagelegenheden binnen – zowel in burger als in uniform.
- Ze geloven sterk in inspecties ter plaatse en dan vooral preventief; gezien worden, kijken wat er opvalt, kijken hoe ze alcohol schenken (vooral qua leeftijd en doorschenken) en niet alleen wachten tot er een overtreding is begaan.
- Preventieve barinspecties en ook aan het eind van de avond evalueren. Politie loopt dan regelmatig samen met de bareigenaar rond. Kijkt naar het publiek wat de zaak binnenkomt en gaat het gesprek aan met de eigenaar over wat hij acceptabel vindt en wat niet.
- Er is een actieve samenwerking met portiers. De portiers zijn duidelijk herkenbaar en ze zijn ook getraind in het signaleren en onderscheppen van drugs.

Wat dronkenschap is, leidt, ondanks de RBS-training nog wel eens tot discussies. De Zweedse politie heeft hiervoor een handig kaartje dat aan het barpersoneel gegeven kan worden en waarop staat beschreven hoe dronkenschap wordt omschreven.

Kosten-effectiviteit STAD

Er is uitgebreid onderzoek gedaan naar de effectiviteit en de kosteneffectiviteit van STAD. Wallin, Norström en Andréasson (2003a, 2003b, 2005) hebben in het centrum van Stockholm een experimentele studie uitgevoerd. Het uitgaansgebied van Stockholm werd verdeeld in een experimenteel- en controledeel. Uit de studie bleek dat minderjarigen in het experimentele deel moeilijker aan alcohol konden komen en dat in de experimentele zone minder sprake was van 'overserving'. De onderzoekers stelden zelfs een significante afname van uitgaansgeweld vast van 29%. Mansdotter et al, (2007) berekende dat iedere geïnvesteerde euro tot 39 euro aan besparingen leidde. Het succes van STAD wordt toegeschreven aan de lange termijn aanpak, het opzetten van effectieve partnerships, continue aandacht in de media voor de alcoholproblematiek en de continue monitoring en evaluatie van de aanpak.

De belangrijkste lessen volgens Johanna Gripenberg en Daniel Muller

Ze onderstrepen het belang van alle drie de kernpijlers. Als een van de pijlers ontbreekt zal de aanpak niet werken. De kracht van STAD zit volgens Johanna en Daniel daarnaast vooral in de goede samenwerking tussen horeca, politie en de gemeente. Stakeholders moeten gezamenlijk 'eigenaar' zijn en de urgentie en noodzaak voor een strikte aanpak in het nachtleven onderschrijven. Het gezamenlijk belang is het creëren van een veilig en gezond uitgaansleven met zo min mogelijk incidenten. De gezamenlijke aanpak is niet

vrijblijvend en sterke handhaving, controle en sancties horen daarbij. Voor het succes van de aanpak is het ook belangrijk dat de horeca zelf investeert in de training. Hierdoor krijgt de training meer status. De RBS-training is in wezen de spil in de hele aanpak. Een stevige en intensieve training zorgt voor kwalitatief goed opgeleid horecapersoneel maar tijdens de training ontstaan ook de samenwerkingsrelaties tussen de schenkers, de politie en de gemeente. Dit kan nog meer versterkt worden door politie en gemeente een rol te geven bij de uitvoering van de training. Contact in het uitgaanslevens wordt makkelijker als men elkaar al kent van de training. Het was Daniel en Johanna opgevallen dat tijdens de studiereizen er geen vertegenwoordigers van de horeca aanwezig waren. Het opbouwen van de relaties met de horeca werd door hen sterk aanbevolen.

8.3 Ervaringen met STAD in Finland en Noorwegen

STAD is als aanpak uitgerold in de meeste gemeenten in Zweden maar ook buurlanden Finland en Noorwegen hebben de STAD-aanpak overgenomen. Hieronder beschrijven we kort op welke manier deze implementatie heeft plaats gevonden en wat de belangrijkste leerpunten waren in Finland en Noorwegen.

PAKKA project - Finland

In Finland is STAD uitgewerkt in het PAKKA-project. We hebben contact gehad met prof. Marja Holmilla van THL (National Institute for Health and Welfare). Het doel van het PAKKA project (acroniem voor lokaal alcohol beleid) is het veranderen van de sociale context waarin alcohol wordt gekocht en geconsumeerd. Subdoelen hierbij waren:

- Lokale structuren creëren voor alcoholpreventie
- De attitudes en normen ten aanzien van handhaving op community niveau veranderen
- Drinken en de beschikbaarheid van alcohol onder minderjarigen verminderen
- Intoxicaties en andere alcoholgerelateerde schade tegengaan

Alcoholverkopers zijn net als in Zweden de belangrijkste doelgroep in de Finse aanpak. Door een liberalisatie van de vergunningafgifte is het aantal verkooppunten voor gebruik ter plaatse in een aantal jaar sterk gestegen in Finland . Uit literatuur is bekend dat meer verkooppunten voor alcoholverkoop gerelateerd is aan meer alcoholgerelateerde problemen Op basis van het werk van STAD en de systeembenadering van Harold Holder (1999) is PAKKA ontworpen. PAKKA heeft nadrukkelijk gekozen voor een systeembenadering waarbij het accent van de aanpak op de omgeving van de drinker ligt en niet op de drinker zelf. Anders dan bij STAD was niet direct bij de start duidelijk hoe het plan eruit zou komen

te zien. Men wilde het plan echt samen met de lokale stakeholders maken. Pas in het derde jaar had men het model helder in beeld.

Pilotonderzoek PAKKA

PAKKA is tussen 2004-2007 begonnen met pilots in twee regio's in Finland (Hämeenlinna en Jyväskylä). Voor het begeleidende onderzoek zijn twee vergelijkbare controle gebieden gekozen. De projectleiding bestond uit: 2 lokale (full-time) coördinatoren, 2 wetenschappers en 2 preventiespecialisten . In de interventieregio's zijn drie actiegroepen ingericht. Een multifunctioneel team als leiderschapsgroep, een beschikbaarheidsgroep met alcoholverkopers en actiegroep voor het publiek (consumenten).

De PAKKA-aanpak is uitgewerkt in vier onderdelen. Net als STAD ligt de focus op de verkooppunten van alcohol. Om te beginnen is de handhavingsintensiteit verdubbeld. Een vrijwillige training voor barpersoneel van een halve dag is ontworpen. Als derde component is een mediaoffensief ingezet om de publieke drinknormen te veranderen (waaronder theatervoorstellingen voor ouders, alcoholvrije evenementen). Net als STAD is de vierde component van de PAKKA aanpak 'community mobilization'.

Over de resultaten van PAKKA zijn diverse wetenschappelijke publicaties verschenen. PAKKA heeft duidelijk effect gehad maar de resultaten lijken minder overtuigend dan die van STAD in Stockholm. De beschikbaarheid van alcohol voor minderjarigen en dronken klanten is afgenomen. Met name de naleving van de leeftijdsgrens en het weigeren van dronken klanten is verhoogd . Opvallend genoeg nam de naleving veel sterker toe in het controlegebied dan in de interventieregio. De onderzoekers verklaren dit door het feit dat de interventie doorsijpelde naar het controlegebied. Het aantal minderjarigen dat drinkt is ook afgenomen. Alcoholgerelateerde ongevallen en geweld zijn niet significant gedaald. De tegenvallende resultaten worden voor een deel toegeschreven aan beperkingen in het onderzoek waardoor de experimentele en controle niet meer zuiver waren. Het was lastig om de interventie binnen de grenzen van de experimentele conditie te houden. Momenteel wordt PAKKA uitgevoerd in ongeveer een derde van Finland. En is er een landelijke ondersteuningsstructuur voor de lokale projectgroepen.

Belemmerende en bevorderende factoren

Aan de Finse onderzoekers - betrokken bij de evaluatie van PAKKA - is gevraagd welke factoren de implementatie van STAD in Finland hebben bevorderd of geremd.

Belemmerende factoren

- De vrijwillige RBS-training (een van de drie componenten van STAD) is maar door de helft van de horecagelegenheden gevolgd. De onderzoekers trekken de conclusie dat de impact van de RBS-training beperkt is en dat het schenkgedrag in de nachtclubs niet veranderd is. Als gevolg was er geen verschil te merken in nachtelijk geweld en ongevallen.
- Een andere belemmerende factor is de korte looptijd van het project (3 jaar). De drinknormen zijn niet echt veranderd in deze periode.
- De informatie over het experiment in de experimentele regio lekte naar de controle regio. Dit zorgde voor problemen bij het onderzoek naar de effecten van de interventie PAKKA.

Bevorderende factoren

- Om de verschillende stakeholders, en met name de alcoholverstrekkers betrokken te houden bij het project heeft de lokale coördinator enorm veel werk verzet (extensive footwork).
- De lokale politie werkte makkelijk mee omdat de minister van Binnenlandse zaken sterke prioriteit heeft gelegd bij de aanpak van uitgaansgeweld.
- De combinatie van handhaving, campagnes en community mobilization stimuleerde verkopers om op een meer verantwoorde manier alcohol te schenken. Dit ondanks dat de daadwerkelijke sanctiekans laag bleef.

AAH project – Noorwegen

Om meer zicht te krijgen op de uitwerking in Noorwegen hebben we contact gehad met Erlend Bo (senior adviseur) van het Helsedirektoratet (Norwegian Directorate of Health). Het initiatief in Noorwegen kwam vooral vanuit gemeenten zelf en het was geen landelijk gecoördineerd initiatief. Een aantal gemeenten heeft STAD geadopteerd onder de naam AAH (acroniem voor Ansvarlig Alkoholhantering) wat vertaald kan worden als *Verantwoord alcohol schenken.* Per gemeente is de uitwerking anders en gemeenten stellen hun eigen doelen. De noordelijke provincie Nord-Trøndelag heeft de bijvoorbeeld de volgende doelen:

- Een betere volksgezondheid
- Veiliger nachtleven
- Minder overlast, geweld en verwondingen
- Voorspelbare voorwaarden voor de horeca
- Meer aandacht voor/naleving van schenkregels

Implementatie in Noorwegen

Omdat er geen landelijk sturing werd gegeven aan AAH koos elke gemeente zijn eigen projectstructuur in Noorwegen. Elke gemeente heeft in ieder geval een stuurgroep waarin zowel de politie als de politiechef vertegenwoordigd is. Net als in Finland is AAH ook vooral in minder grote steden toegepast.

AAH bestaat in het algemeen uit drie onderdelen:

- *Samenwerking*. Een belangrijke aspect van de Noorse opzet is de dialoog tussen de lokale overheid en de branche partijen.
- *Handhaving*. Net als bij STAD is daarbij de veranderende rol van de politie cruciaal. De politie komt uit de auto's en begeeft zich veel meer in de bars op preventieve wijze. De Noorse politie is daarin ook getraind door de Zweedse politie.
- *Deskundigheidbevordering en training*. In de AAH aanpak werkt men met een RBS-training.

Nog weinig zicht op de resultaten in Noorwegen

Groot verschil met de Zweedse en Finse projecten is dat de aanpak in Noorwegen nog nauwelijks is onderzocht. Recent is er een eerste landelijke evaluatie uitgevoerd naar de implementatie van AAH, maar deze is nog niet openbaar. Er is daarom ook weinig te zeggen over de belemmerende en bevorderende factoren in het implementatieproces. Wat het Noorse Helsedirektoratet wel aan geeft is dat de samenwerking met de horeca erg goed verloopt. En dat dit ook te maken heeft met de wijze waarop gemeenten zich proberen te verplaatsen in ondernemers en hun behoefte om winst te maken. Daarbij wordt ook gekeken naar wat een gemeente ondernemers te bieden heeft om hun business succesvoller te maken. Vanuit dit vertrekpunt is de samenwerking met de horeca goed tot stand gekomen.

De Noren hebben ook ervaren hoe belangrijk de aandacht is voor alle drie de componenten van de AAH-aanpak. Als de focus verslapt dan is dat een risico voor het succes van het beleid. Daarbij is de belasting van de coördinator wel een aandachtspunt. Als het project teveel afhankelijk wordt van een iemand die de verschillende onderdelen draaiende houdt dan noemt men dat een risico voor het succes van het AAH project.

8.4 Roadmap STAD naar Nederland

De implementatie van STAD heeft heel wat kennis opgeleverd. Niet alleen over de effectiviteit van preventiebeleid maar ook over de procesmatige factoren die de implementatie hebben bevorderd of geremd. Dat STAD niet alleen in Stockholm implementeerbaar is,

blijkt uit de ervaringen in Finland en Noorwegen die het STAD project hebben vertaald naar hun eigen context. Dit blijft echter een Scandinavische context waar alcohol in de samenleving, maar vooral ook in het beleid een andere plek heeft dan in Nederland. De aanwezigheid van staatswinkels voor de verkoop van alcohol is een van de voorbeelden die duidelijk maakt dat het systeem in de Scandinavische landen anders is.

Op basis van de bovenstaande informatie schetsen we hieronder de meest cruciale factoren die volgens ons nodig zijn om STAD überhaupt te kunnen implementeren in Nederland. De lessen van de drie Scandinavische landen zijn daarbij bij elkaar gevoegd en geïnterpreteerd naar de Nederlandse situatie. Bij de beschrijving van de factoren maken we gebruik van de 4 fasen van de beleidscyclus (plan-do-check-act). Het gaat om:

- Het creëren van de juiste randvoorwaarden
- De organisatiestructuur ontwerpen en opzetten
- Uitvoering van de interventies
- Evaluatie en borging

De factoren die genoemd worden zijn niet de enige die van belang zijn voor een goede uitvoering van STAD, maar wel degene die expliciet naar voren zijn gekomen in dit onderzoek.

1. Creëren van de juiste randvoorwaarden

Lange looptijd

De looptijd van STAD (10 jaar) is buitengewoon lang voor een preventieproject. Ook in Zweden. Het belang van een lange looptijd is groot. STAD is een preventieproject dat het systeem rondom de drinker probeert te veranderen. Dat kost tijd. Met name omdat in de systeemverandering lokale ondernemers maar ook beleidsuitvoerders als de politie hun bedrijfsvoering moeten aanpassen. En dat proces vergt tijd. De Finse ervaring leert dat pas na drie jaar de gemeenschappelijke aanpak überhaupt helder was. Wil de systemische aanpak van STAD kans hebben in Nederland dan zal lange termijn beleid en financiering noodzakelijk zijn.

Onderzoeksdesign en -budget

Een van de unieke aspecten van STAD is de sterke onderzoeksmatige begeleiding die parallel aan de hele opzet van het project liep. Nationale en internationale wetenschappers zijn hierbij betrokken geweest. STAD heeft op diverse uitkomstmaten geëvalueerd (nale-

ving, consumptie, geweldsregistraties, intoxicaties, maatschappelijke kosten) en het samenwerkingsproces (procesevaluatie). Ook in het Finse PAKKA project en de aanpak in Noorwegen ziet men die sterke rol van onderzoek terug. Met als resultaat dat met name de Zweedse en Finse aanpak internationale voorbeelden zijn geworden en behoren tot de best onderzochte lokale alcoholprojecten ter wereld.
Ook voor de lokale partijen is het onderzoek van grote waarde geweest. De politie in Stockholm, die aarzelde over hun extra inzet bij het begin van STAD, was direct overtuigd na het zien van de eerste klinkende resultaten. En ook voor andere stakeholders waren de cijfers dusdanig overtuigend dat niemand twijfelde aan zijn deelname aan het project. Het gaf het lokale bestuur de overtuiging dat na de 10-jarige projectperiode de aanpak geborgd diende te worden in regulier beleid. En het model van STAD werd daarna het model van werken voor de rest van de Zweedse gemeenten. Net als PAKKA dat werd voor veel Finse gemeenten.
Gemeenten hebben beperkt budget voor de uitvoering van beleid rondom middelen, onderzoek is daarbij vaak een sluitpost. Voor een integrale effectanalyse van een aanpak als STAD – zoals uitgevoerd in Stockholm – zal cofinanciering nodig zijn. Als de aanpak van STAD in Nederland geflankeerd wordt door goed onderzoek dan heeft ze net als in Zweden de potentie om als een olievlek te verspreiden. Dit vraagt om een nationaal onderzoekbudget voor een kansrijke pilot.

2. De organisatiestructuur ontwerpen en opzetten

Coördinator

Voor een integraal project als STAD, waarbij op meerdere aspecten het lokale preventiesysteem wordt veranderd en diverse stakeholders betrokken zijn, is coördinatie nodig. Met name in de beginfase waar verschillende partijen met de neuzen dezelfde kant op staan is veel ‘ voetwerk’ nodig. De Zweden geven aan dat de neutraliteit van de coördinator belangrijk is. Met name de alcoholverstrekkers hebben vaak moeite met de gemeente. Een situatie die herkenbaar is vanuit Nederland. Een coördinator die werkt voor de gemeente is dan niet de beste mediator voor het project. Om die reden heeft Stockholm gekozen voor een onafhankelijke partij in de vorm van het projectbureau STAD. Een organisatie die letterlijk tussen alle partijen instaat.

Mobilization

Mobilization is een van de drie interventiepijlers van STAD en deze begint al direct in de ontwerpfase. De belangrijkste stakeholders in het STAD project zijn de alcoholverkopers en zij moeten vanaf het begin betrokken worden. Zonder commitment van de horeca kan STAD nooit slagen. Al in het ontwerpproces is de horeca daarom betrokken in Zweden.

Men is gestart om de 'opinion leaders' uit de horeca te betrekken. Ondernemers die koploper zijn, aanzien hebben en die ook verder wilden gaan met preventie dan de gemiddelde ondernemer. Doormiddel van een overeenkomst is uiteindelijk de samenwerking tussen de stakeholders beklonken. En nu bijna 20 jaar na de start van STAD is er nog steeds een (inmiddels aangepaste) overeenkomst die recent weer ondertekend is. In deze overeenkomst staat onder andere beschreven hoe vaak de RBS-training per jaar wordt aangeboden, dat politieagenten opgeleid worden in de STAD-aanpak en dat de lokale horecavereniging zich inzet om haar leden te laten trainen. Het is de visie van STAD om zoveel mogelijk aan te sluiten bij lopende ontwikkelingen om te voorkomen dat stakeholders het gevoel krijgen dat er weer iets nieuws van ze wordt verwacht.

Mandaat

Een mandaat van de top van de betrokken organisaties is nodig wil STAD slagen. Bij STAD zijn talrijke organisaties betrokken: politie, horeca, portiers, RBS-trainers, voorlichters, gemeentelijke beleidsmakers enz. Gezamenlijk geven ze uitvoering aan de voorgenomen systeemverandering rondom alcohol. Dit vergt binnen de meeste betrokken organisatie een aanzienlijke wijziging in de manier van werken. Zo heeft de politie in Stockholm-centrum een speciaal alcoholteam ingericht dat op een proactieve (ipv reactieve) wijze haar toezicht en handhaving uitvoert. We hebben het hier dus niet alleen over een cultuurverandering binnen de politie, maar ook over een organisatieverandering waarbij financiering en uitvoeringsplannen gewijzigd zijn. De betreffende politiechefs die hier aansturing aan hebben gegeven hadden het mandaat nodig van de politietop. Een mandaat dat idealiter al is verankerd in de samenwerkingsovereenkomst.

3. Uitvoeren van de interventies

RBS-training

De schenkertraining (RBS) is een van de drie interventiepijlers van STAD. De RBS is ook een soort smeerolie in het project. Het brengt toezichthouders en alcoholschenkers letterlijk bij elkaar en stimuleert de communicatie tussen beiden. Dat de horeca deelneemt aan de RBS is geen vanzelfsprekendheid, ook niet in Scandinavië. Het heeft STAD erg geholpen dat de gemeente de RBS als vergunningsvoorwaarde opnam voor nachtzaken. Pas na de introductie van de verplichte training werd het effect van STAD op de naleving goed zichtbaar. In Finland werkt men met een vrijwillige RBS en mede hierdoor is de implementatie moeizaam verlopen. Tevens is de impact van de RBS daardoor beperkt geweest. Voor een goede implementatie van de RBS in Nederland is het van belang een constructie te vinden die minder vrijblijvend is dan nu het geval is (schenkertrainingen in de horeca zijn nu niet verplicht). Gemeenten zouden er bij gebaat zijn als de DHW minimum eisen stelt aan de

opleiding van barpersoneel en het management. Of op zijn minst gemeenten de bevoegdheid geeft om gekoppeld aan de DHW-vergunning minimum opleidingseisen te stellen. Daarbij is het advies van de Zweden ook om de training niet gratis aan te bieden (verhoogt de kans op afzeggingen op het laatste moment).

Preventieve handhaving

De andere grote wijziging in het Zweedse systeem qua uitvoering van beleid is de nieuwe rol voor de politie. Van brandjesblusser bij alcoholgerelateerd geweld op straat naar proactieve toezichthouder met een dienstverlenende functie. Een rol waar de politie niet alleen aan moest wennen maar waarbij ook training nodig was. De preventie specialisten van STAD hebben de politie daarbij ondersteunt.

Een verschil tussen Scandinavië en Nederland is dat hier niet de politie maar de BOA de alcoholwet grotendeels handhaaft. Ook in Stockholm speelt een dergelijke BOA een rol maar heeft de politie de toezichthoudende taak in de nachthoreca grotendeels overgenomen. Vraagstuk voor de Nederlandse situatie is of de BOA in staat is een dergelijke functie te vervullen. Of dat dat de politie daar ook bij kan of moet ondersteunen. Wie de rol in Nederland ook oppakt, in ieder geval is het van belang dat de toezichthouder een preventieve bril opzet in zijn functie en ook de skills mee krijgt om in coproductie met de lokale ondernemers te werken aan een beter functionerend alcoholsysteem.

4. Evaluatie en borging

Nationale ondersteuning bij de uitrol

Over de betekenis van onderzoek voor de borging van een project als STAD in de gemeente is ingegaan onder 1. Daarbij is ook aangetekend dat in alle drie de Scandinavische landen waar de STAD aanpak is getest, ook een nationale uitrol heeft plaatsgevonden. Bij die uitrol heeft steeds een centraal kennisinstituut de begeleiding verzorgd (in Zweden het Karolinska Instituut, in Finland was dit het het nationaal instituut voor gezondheid en welzijn (THL). De nationale instituten ondersteunen met samenwerkingmodellen, trainingen, materialen, evaluatie en onderzoeksinstrumentarium. De uitrolgemeenten beschikken niet over een aantal randvoorwaarden die STAD wel had in zijn experimentvorm. Met name de extra middelen voor onderzoek, coördinatie en (internationaal) advies ontbreken. Met een nationale begeleiding kan dit worden ondervangen en is er voor regio's een vraagbaak die vanuit een steeds meer groeiende expertise meedenkt over de do's en dont's van de lokale preventiepraktijk.

Blijven innoveren

De werkwijze van STAD vraagt om blijvende innovatie. STAD is geen project dat op den duur op de automatische piloot gedraaid kan worden. Systemen zijn aan verandering onderhevig en dus zal de aanpak zich moeten aanpassen. Wat ook verandert is de problematiek. Zo is het huidige instituut STAD momenteel bezig met de implementatie in de professionele sportsector, een setting die in Zweden momenteel om aandacht vraagt.
Dit vraagt om continue herontwikkeling en innovatie en dus ook om een organisatie die daartoe in staat is.

8.5 Bespreking van de Roadmap met de klankbordgroep

Op donderdag 24 maart is er op het Trimbos-instituut een bijeenkomst met een klankbordgroep geweest om de Roadmap te bespreken. Aanwezig waren: Bert Nederveen, wethouder gemeente Zuidhorn, Hein Maas, afdeling toezicht van de gemeente Breda, Geert Bruinen, gemeente Rotterdam, Enrique Alonso, gemeente Den Haag en Britt Wilms, Noaberkracht Dinkelland Tubbergen. Daarnaast hebben we nog input gekregen van Miriam Kramer, Mondriaan Zorggroep, Nada Kocic, juridisch beleidsmedewerker gemeente Steenwijkerland en Dieke Frantzen, wethouder gemeente Steenwijkerland.

We vatten hieronder de belangrijkste punten van de klankbordgroep-bijeenkomst samen.

Geïnspireerd door het bezoek aan STAD heeft het ministerie van Veiligheid en Justitie een aantal projecten gefinancierd gericht op innovatieve aanpakken van uitgaansgeweld. Een aantal van de deelnemers aan de STAD-studiereis zijn hierbij betrokken, zoals bijvoorbeeld de gemeenten Rotterdam, Eindhoven en Breda. Zo heeft het ministerie van Veiligheid en Justitie voor 2016 aan de gemeente Breda (en 's-Hertogenbosch) budget beschikbaar gesteld voor de aanpak van alcoholgerelateerd uitgaansgeweld in de vorm van een 'BOA-proeftuin'. Doel van de pilot is de begeleiding van het proces en om te onderzoeken of intensiveren van de handhaving en versterking van de samenwerking effectief kan zijn om alcoholgerelateerd uitgaansgeweld te verminderen. Uitgangspunt is een integrale en innovatieve aanpak. Intensivering van samenwerking tussen BOA's, politie, horecaondernemers, scholen/ sportverenigingen, particuliere beveiligers, taxibedrijven wordt hierin meegenomen. BOA's worden getraind om vanuit een ander perspectief naar problematiek te kijken en daar naar te handelen. Tijdens het project zal aandacht worden besteed aan de stappen die gezet moeten worden om een dergelijke pilot in te richten. De resultaten van het project zullen aan alle Nederlandse gemeenten beschikbaar worden gesteld.

Volgens de klankbordgroep is aanpassing van de in Nederland beschikbare RBS-training hard nodig. Barcode en Barsmart zijn te weinig intensief en hierin wordt ook geen relatie gelegd tussen de betrokken stakeholders op lokaal niveau. De klankbordgroep is groot voorstander van het ontwikkelen van een nieuwe RBS-training die sterk is van inhoud, lokaal ingezet kan worden, die landelijk wordt ondersteund en die een verplichtend karakter zou moeten hebben voor horeca-'hotspots' in een gemeente. Onderzocht of gemeenten een RBS-training als voorwaarde in de DHW-vergunning kan opnemen.

Er zijn na de eerste studiereis in 2014 al veel lokale initiatieven gestart op een STAD-achtige manier en die kunnen niet zomaar genegeerd worden. Het is niet aan te bevelen om een compleet nieuw project te starten naast de bestaande initiatieven. Het is beter om gebruik te maken van de al in gang gezette activiteiten en te proberen om deze verder uit te werken naar een complete aanpak met Mobilization, RBS-training en handhaving. Het voordeel is dat er zich al een netwerk aan het vormen is in diverse gemeenten.

Onderzoek is cruciaal volgens de klankbordgroep, alleen stellen gemeenten hier onvoldoende budgetten voor beschikbaar. Gezocht moet worden naar onderzoeksgeld omdat dit cruciaal is voor de verdere implementatie. Men moet resultaten kunnen laten zien en gedegen onderzoek helpt hierbij.

De relatie met de horeca is in veel gemeenten nog in een opbouwfase. In een aantal gemeenten wordt er al goed samengewerkt met de horeca terwijl in andere gemeenten hier de eerste stappen worden gezet.

Diverse gemeenten leggen niet de prioriteit bij uitgaan en zijn op zoek naar een STAD-achtige preventieaanpak om thuisdrinken of het drinken in hokken en keten aan te pakken. In feite is men op zoek naar een uitwerking van STAD in een andere setting. Op basis van het Prologic model van Holder is dat goed mogelijk. Uitgangspunt is dan niet een structurele verandering van de beschikbaarheid in het uitgaansleven maar een structurele verandering van de beschikbaarheid van alcohol in thuissettings. Het gaat dan om het beperken van 'retail'-beschikbaarheid én sociale beschikbaarheid waarbij ouders en oudere leeftijdsgenoten een sleutelrol vervullen.

Tot slot pleit de klankbordgroep voor een landelijk STAD-steunpunt dat kan adviseren over onderzoek, monitoring, mobilzation, RBS-training en handhaving.

8.6 Kennishiaten STAD

Op basis van onze analyse stellen we de volgende kennishiaten vast.

Draagvlak voor integrale STAD-aanpak

In de Zweedse samenleving is meer draagvlak voor restrictief alcoholbeleid dan in de Nederlandse samenleving. Toch heeft het draagvlak voor STAD op gemeentelijk niveau tijd nodig gehad om te groeien en incidenten op lokaal niveau hebben bijgedragen aan de vergroting van het draagvlak. Uit de gesprekken met lokale beleidsmakers in Nederland, blijkt dat op dit moment op gemeentelijk niveau de 'urgentie' niet zo sterk gevoeld wordt om te investeren in een langlopende integrale aanpak. Kennis ontbreekt hoe het draagvlak bij lokale bestuurders vergroot zou kunnen worden.

Toezicht en handhaving

Inspecteurs van de gemeente controleren in Zweden de vergunningen maar in Zweden heeft de politie vooral de taak om in het uitgaansgebied te controleren. In Nederland is de toezicht- en handhavingstaak vooral neergelegd bij BOA's. Er is een groot verschil in opleiding en bevoegdheden tussen BOA's en politie en de vraag is of BOA's dezelfde rol kunnen spelen met betrekking tot handhaving in het uitgaansgebied. Onderzocht zal moeten worden hoe de toezicht- en handhavingstaak in een Nederlandse STAD-variant het beste kan worden ingevuld. Dit kan door BOA's hiervoor goed op te leiden maar wellicht kan de politie ook een sterkere rol gaan spelen in de STAD-aanpak in Nederland.

Betrekken van horeca bij STAD

Volgens het STAD-team uit Stockholm is betrokkenheid van de horeca cruciaal. In Nederland is de betrokkenheid van de horeca bij gemeentelijk alcoholbeleid nog niet zo sterk ontwikkeld. Er is dan ook meer onderzoek nodig naar hoe de horeca betrokken kan worden bij een STAD-aanpak in Nederland.

Verplichtende karakter training

In Zweden moeten medewerkers uit bepaalde sectoren van de 'restaurant-industry' verplicht de RBS-training volgen. Ondernemers dragen zelf deze kosten. Door deze investering en ook de waarde van het diploma is er een sterke betrokkenheid bij het STAD-project in Stockholm ontstaan. Onderzocht zal moeten worden hoe een RBS-training in Nederland ontwikkeld kan worden waaraan de horeca zelf een bijdrage levert. Vragen zijn:

- wat zijn de mogelijkheden van gemeenten via vergunningsvoorwaarden om eisen aan de training te stellen

- in hoeverre kan landelijke wetgeving gemeenten hierbij ondersteunen?

8.7 Aanbevelingen STAD

Op basis van onze analyse komen we tot de volgende aanbevelingen.

Werk de integrale STAD-aanpak uit in het preventie- en handhavingsplan
Om een effectieve verandering in de beschikbaarheid van alcohol in de uitgaanssetting te creëren is een geïntegreerde aanpak noodzakelijk. Community-mobilzation, RBS-training en handhaving zijn allen even belangrijk. Gemeenten kunnen zich beter niet op een facet concentreren maar als het gaat om alcoholpreventiebeleid gericht op het uitgaansleven een integrale preventie-aanpak formuleren. Gemeenten zijn verplicht om een preventie- en handhavingsplan uit te werken en hierin bevelen we aan om de integrale STAD-visie uit te werken.

Maak gebruik van de opgebouwde netwerken en expertise
Het heeft weinig zin om een nieuwe aanpak te plaatsen naast de initiatieven die al zijn ontplooid in het lokale nachtleven. Maak gebruik van de bestaande structuren en expertise en ga die verder uitwerken, waarbij het uiteindelijke doel een integrale aanpak zou moeten zijn.

Stel een lokale coördinator aan
De mobilisatiefase kost veel tijd en er is een sterke coördinator nodig om betrokkenheid van stakeholders te krijgen. De coördinator dient tijd te krijgen om draagvlak te ontwikkelen en goede relaties met de horeca en de handhavers op te bouwen.

Maak onderzoeksbudget vrij om de effectiviteit op lokaal niveau te onderzoeken.
We adviseren aan gemeenten die aan de slag willen met STAD om een substantieel onderzoeksbudget vrij te maken om de activiteiten te begeleiden, zodat het experiment goed geëvalueerd kan worden. Op basis van onderzoek kan er tussentijdse bijstelling plaats vinden en het maakt de resultaten zichtbaar die nodig zijn om een structurele verandering te kunnen bewerkstelligen. Er is veel animo om te werken volgens de STAD-visie en om de experimenten over een aantal jaar te kunnen beoordelen op werkzaamheid moet eigenlijk direct gestart worden met onderzoek. Het helpt gemeenten als er ook landelijke onderzoeksbudgetten beschikbaar komen om het effect van STAD te onderzoeken. Bij de

eventuele toekenning van onderzoeksbudgetten zou er wel aan een aantal voorwaarden voldaan moeten worden. We noemen:

- Een ruime looptijd van het project
- Een centrale rol voor een sterke en onafhankelijke coördinator
- Commitment van de Horeca en toezichthouders (BOA/politie) voor een andere manier van werken die gedragen wordt door de top en is vastgelegd in een convenant of contract.
- Een minder vrijblijvende invoering van de RBS-training gedurende het project
- De toezichthouders opererend vanuit een preventief perspectief

Gestart zou kunnen worden met onderzoek in een aantal pilotregio's.

Ontwikkel een nieuwe RBS-training

Vrijwel iedereen is het er over eens dat er een nieuwe RBS-training ontwikkeld moet worden en dat het bestaande aanbod niet voldoet. Gemeenten zijn sterk gebaat bij een nieuwe training en het is daarom ook onze aanbeveling om een nieuwe RBS-training te ontwikkelen. De door STAD beschikbaar gestelde trainingsmaterialen kunnen de basis vormen van de Nederlandse variant.

Ontwikkel een landelijk STAD-steunpunt voor gemeenten

Gemeenten hebben behoefte aan onafhankelijke ondersteuning bij de uitwerking van STAD. Dit betreft onder andere advies over onderzoek, het gebruik kunnen maken van gestandaardiseerde materialen voor onderzoek, voorbeeldcontracten, voorbeeldconvenanten en ondersteuning bij de training. Een landelijk steunpunt kan tevens de kennis van de diverse internationale en lokale initiatieven verzamelen en beschikbaar stellen en werken aan de innovatie van STAD in Nederland.

9 Conclusies en kennislacunes

In deze studie stonden de onderstaande onderzoeksvragen centraal:

(1) Wat zijn de belangrijkste wetenschappelijke ontwikkelingen (vanaf 2010) met betrekking tot de preventie van schadelijk alcoholgebruik, uitgesplitst naar de verschillende domeinen: school, zorg, wijk, werk en ouderen?

(2) Wat zijn de belangrijkste kennislacunes met betrekking tot de preventie van schadelijk alcoholgebruik?

(3) Wat zijn de belangrijkste culturele en maatschappelijk verschillen tussen Zweden en Nederland die relevant zijn voor alcoholpreventie?

(4) Wat zijn de belangrijkste effectieve componenten van STAD en hoe kunnen die in Nederland worden geïmplementeerd in gemeentelijk alcoholbeleid?

(5) Wat zijn de belangrijkste kennislacunes voor een implementatie van STAD in Nederland.

Hieronder geven we een samenvatting van de belangrijkste conclusies die betrekking hebben op de onderzoeksvragen.

9.1 Conclusies met betrekking tot wetenschappelijke ontwikkelingen

De update van de kennissynthese heeft zich vooral geconcentreerd op alcoholpreventie in de schoolsetting, de zorg, de wijk en voor ouderen. Door deze focus geeft onderhavige studie geen volledig beeld van de ontwikkelingen in het veld van preventie van schadelijk alcoholgebruik. In tegenstelling tot de kennissynthese uit 2010 geven we *geen* overzicht van de ontwikkelingen in de wetenschap over de schadelijkheid van alcohol (zoals de relatie met kanker), de thema's alcohol en zwangerschap en alcohol en verkeer zijn buiten beeld gebleven en we gaan niet in op de effectiviteit van beleidsmaatregelen (the three best buys: beperken beschikbaarheid, verhogen prijs en beperken van reclame en marketing). Voor het volledig vaststellen van de kennishiaten en de kennisagenda met betrekking tot preventie van schadelijk alcoholgebruik moet deze studie daarom in combinatie met andere onderzoeken worden beschouwd.

Hieronder beschrijven we per setting de belangrijkste conclusies die uit onze analyse naar voren komen.

Schoolsetting

Om de effectiviteit in de schoolsetting te verhogen is een segmentatie-aanpak aan te bevelen. Preventieactiviteiten kunnen worde gesegmenteerd naar ontwikkelingsstadium van jongeren en we onderscheiden hierin de vroege-, midden en late adolescentie. In de vroege adolescentie is het van belang om algemene vaardigheden te versterken zoals zelfcontrole, probleemoplossende vaardigheden en sociale vaardigheden. In de vroege adolescentie is het ook sterk van belang om ouders te betrekken. De midden adolescentie is een lastige periode voor alcoholpreventie. In deze fase lijken er weinig effectieve aanpakken te bestaan als deze zich richten op het de jongeren zelf. In deze de ontwikkelingsfase zijn jongeren minder voor rede vatbaar en heeft de emotie de overhand. Omgevingsgerichte interventies kunnen in de deze fase echter wel degelijk een beschermend en preventief effect hebben (de omgeving moet als het ware het 'denken' van de emotionele adolescent overnemen). In de late adolescentie zijn er weer meer mogelijkheden voor preventie. Ook in deze fase is het betrekken van ouders belangrijk. Effectieve componenten van interventies in deze levensfase zijn: normsetting, versterken van zelfcontrole en gebruik maken van motiverende gespreksvoering.

Selectieve preventie is ook een vorm van segmentatie, alleen wordt hier op risicoprofielen gesegmenteerd. Onderzoek laat effecten op binge drinken zien als een interventiestrategie op maat wordt ingezet voor doelgroepen met een verhoogd risico op alcoholproblemen. PREVENTURE is een voorbeeld van een dergelijk selectief preventieprogramma. Tot slot is het ook mogelijk om op probleemgebruik te segmenteren en hierop te interveniëren. Moti-4 is hier een voorbeeld van.

Zorg

Uit de literatuuranalyse komt naar voren dat screening en kortdurende interventies nog steeds worden gezien als de meest effectieve vorm van preventie om schadelijk alcoholgebruik van zowel volwassenen als jongeren te voorkomen of te beperken. De effectiviteit in de eerstelijnszorg is overtuigend aangetoond maar buiten de eerste lijn is het lastiger om van kortdurende interventies de effectiviteit aan te tonen, mede omdat ze moeilijker te implementeren zijn buiten de eerstelijn. Op de spoedeisende hulp lijken SBI echter ook effectief maar er wordt in veel gevallen een korte termijn effect gevonden en de lange termijneffecten zijn niet overtuigend aangetoond. E-health interventies zijn ook voor volwassenen en jongeren effectief gebleken, alhoewel de effecten hier ook klein zijn en van korte duur. Voor jongeren zijn SBI die gebruik maken van *motivational interviewing* technieken en normatieve feedback mogelijk meer effectief. Er zijn aanwijzingen dat de screener alleen al effect kan hebben op het alcoholgebruik. Met betrekking tot SBI gericht op jongeren via het internet kunnen we concluderen dat ze een hoog bereik en

klein effect hebben, maar bij grote groepen zwaar drinkende jongeren kunnen leiden tot minder alcoholgebruik.

Werk

De effectiviteit van SBI in de werksetting is niet overtuigend aangetoond en disclosure barrières lijken hierin mee te spelen. Het overmatig drinken van alcohol is informatie die moeilijk wordt gedeeld met de bedrijfsarts omdat de angst bestaat dat deze gevoelige informatie bij de werkgever terecht komt.

Community-interventies (wijk)

Community-interventies kunnen effectief zijn om alcoholgerelateerde schade en schadelijk alcoholgebruik in het uitgaansleven te beperken, zie onder andere STAD. Er zijn de afgelopen 10 jaar in Nederland veel regionale alcoholmatigingsprojecten uitgevoerd die ook positief zijn geëvalueerd. Maar omdat er in Nederland geen echte gerandomiseerde effectonderzoeken zijn uitgevoerd, kunnen we weinig zeggen over de effecten van deze projecten op schadelijk alcoholgebruik.

Een zeer recente ontwikkeling is de verschuiving van zorgtaken naar gemeenten en in het bijzonder het ontstaan van sociale wijkteams. Deze sociale wijkteams hebben tot doel om de stap naar zorg van met name kwetsbare groepen te verkleinen. Binnen de sociale wijkteams wordt in samenwerking met de verslavingszorg gezocht naar methoden om de vroegsignalering van schadelijk alcoholgebruik te versterken. Voor alle betrokkenen is het pionieren en het is wenselijk om de experimenten die in verschillende steden/wijken ontstaan met onderzoek te begeleiden.

Ouderen

Er is in Nederland nog nauwelijks aandacht voor het alcoholgebruik van ouderen. Deze aandacht is echter gerechtvaardigd door demografische ontwikkelingen zoals de vergrijzing, het medicatiegebruik van ouderen, de veranderende fysiologie van ouderen en de opgebouwde alcoholgewoonte van veel ouderen. Het lijkt erop dat interventies die voor volwassenen effectief zijn ook effectief zijn voor ouderen. Vanuit een preventief oogpunt moet de screening en de preventieve actie plaatsvinden voordat het daadwerkelijke verslavingsgedrag zich ontwikkelt. De pensionering is een kritieke levensfase waarin een verslaving zich kan ontwikkelen en preventie moet dus voor die fase plaatsvinden. Onderzoek is gewenst naar de mogelijkheden van SBI voor volwassenen en ouderen in de zorg. Ook hier zou gekeken kunnen worden in hoeverre de werksetting een rol kan spelen.

9.2 Kennislacunes

Ook hier beschrijven we per setting de kennislacunes die we hebben vast gesteld

Schoolsetting

Uit de analyse van de literatuur en de Nederlandse situatie blijkt dat er veel aandacht is voor generieke/universele schoolprogramma's en dat er minder aandacht is voor kwetsbare groepen en het speciaal onderwijs. Kort samengevat kunnen we zeggen dat er veel aandacht en onderzoek is voor de grote groep met de minste problemen en het minst aandacht is voor de kleinere groepen met grotere problemen. Het team van De Gezonde School en Genotmiddelen (DGSG) ontvangt deze signalen ook en krijgt veel vragen uit het speciaal onderwijs en jeugdzorg (o.a. LVB-jongeren). De methodieken voor het regulier onderwijs sluiten slecht aan op de competenties en leervermogens van de leerlingen en zijn daarom moeilijk toepasbaar. Speciale programma's en onderzoek is nodig om alcoholpreventie voor de 'moeilijke' doelgroepen te intensiveren.

Het belang van ouders bij alcoholpreventie in de schoolsetting lijkt inmiddels onomstreden. Ouders worden echter door preventie nog steeds moeilijk bereikt. Er is meer kennis nodig over hoe ouders het beste bereikt kunnen worden.

Er is veel onderzoek gedaan naar alcoholpreventie gericht op jonge adolescenten maar er is veel minder onderzoek naar interventies voor oudere adolescenten. Onderzoek naar effectieve preventiemethodieken voor oudere adolescenten is schaars en zou gestimuleerd kunnen worden. Een interessante ingang voor deze doelgroep is het ontwikkelen van een sociale normaanpak die enerzijds aansluit op preventie in de schoolsetting en anderzijds op de activiteiten van de NIX18-campagne. Zowel jongeren als ouders kunnen dan met zo'n sociale normaanpak bereikt worden.

Er is in Nederland nauwelijks aandacht voor alcoholpreventie gericht op studenten van het hoger en wetenschappelijk onderwijs. De literatuur laat zien dat er veel mogelijk is voor studenten en meer onderzoek is nodig om preventie voor deze doelgroep op te bouwen.

Tot slot stellen we vast dat er meer kennis nodig is om de effectiviteit van preventieprogramma's in *real life* omstandigheden te behouden.

Zorg

Het ontbreekt in Nederland op dit moment aan een sterk implementatieplatform en –netwerk met betrekking tot vroegsignalering en kortdurende interventies voor probleemdrinkers.

Screening en kortdurende interventies in de eerste lijn kunnen schadelijk alcoholgebruik verminderen. De effectiviteit in andere settings zoals de spoedeisende hulp is minder duidelijk. Het ontbreekt aan kennis hoe de effectiviteit van kortdurende interventies in andere settings verhoogd kan worden.

Een van de opvallendste onderzoeksbevindingen uit onze analyse is dat de screener al een potentieel preventief effect kan hebben bij verschillende doelgroepen. De screening kan blijkbaar al een bewustwordingsproces op gang brengen dat kan leiden tot verandering van de determinanten van alcoholgebruik en zelfs tot vermindering van alcoholgebruik. Het zou interessant zijn om uit te zoeken hoe dit proces precies werkt en of het uit te werken is in een interventie (onderzoek als interventie).

In Nederland is afgelopen jaren veel geïnvesteerd in de ontwikkeling van online/eHealth alcoholpreventie. Uit diverse onderzoeken blijkt dat deze interventies ook schadelijk alcoholgebruik kunnen verminderen. Het betreft hier echter kleine en kortdurende effecten en geen effecten op de lange termijn. Er is meer onderzoek nodig om de effectiviteit van eHealth-interventies gericht op preventie van schadelijk alcoholgebruik naar een hoger niveau te brengen en meer onderzoek naar bijvoorbeeld de toepassing via de mobiele telefoon.

De spoedeisende hulp is bij uitstek een setting waar personen met schadelijk alcoholgebruik gesignaleerd kunnen worden maar waar ook veel implementatiebarrières zijn, blijkt uit onze analyse. Gebrek aan tijd, geen financiële vergoedingen voor preventie maar ook het onder invloed zijn van de hulpzoekende maken het lastig om SBI te implementeren. Onderzocht zou moeten worden of deze barrières verkleind kunnen worden zodat bredere implementatie mogelijk is.

Werk

Hoewel de effectiviteit van alcoholpreventie in de werksetting niet is aangetoond, is het wel een setting waar drinkers met een schadelijk alcoholgebruik gesignaleerd kunnen worden. Onderzocht zou kunnen worden of het mogelijk is om (bijvoorbeeld) via online interventies werknemers met een schadelijk alcoholgebruik te bereiken zodat ze meer

gebruik maken van online zelfhulp of makkelijker hulp zoeken via de huisarts. Ook zou onderzocht kunnen worden wat bedrijven kunnen doen om schadelijk alcoholgebruik meer bespreekbaar te maken en een veilige omgeving te creëren voor werknemers om hulp te zoeken.

Community-interventies (wijk)

Het onderzoek naar de effectiviteit van regionale alcoholmatigingsprojecten en onderzoek naar de effectiviteit van gemeentelijk alcoholbeleid is sporadisch. Meer onderzoek is nodig naar de randvoorwaarden en de componenten waaruit een integrale gemeentelijk alcoholpreventieaanpak zou moeten bestaan.

Sociale wijkteams kunnen potentieel een belangrijke rol spelen in de preventie van schadelijk alcoholgebruik. Er ligt een kans om de initiatieven waarbij lokale zorgteams en de verslavingszorg betrokken zijn met onderzoek te begeleiden.

Ouderen

Er is in Nederland nog nauwelijks kennis over het implementeren van interventies gericht op ouderen en er is dus ook geen kennis over de effectiviteit van een dergelijk interventieprogramma.

9.3 STAD: cultuur, effectieve elementen, kennislacunes en aanbevelingen

Culturele en maatschappelijke verschillen en overeenkomsten tussen Zweden en Nederland

Er zijn verschillen in de culturele en maatschappelijke context tussen Zweden en Nederland die relevant zijn voor alcoholpreventie. De belangrijkste zijn:

- In Zweden staat de samenleving positiever tegenover een strikt alcoholbeleid dan in Nederland. In Nederland is men meer geneigd tot het samen oplossen van problemen ('polderen') en in Zweden wordt een duidelijk en strikt beleid meer verwacht van de staat.
- Het aantal off-premise verkooppunten is in Zweden lager dan in Nederland (door Systembolagets).
- In Zweden investeert de ondernemer zelf in de training voor barpersoneel en portiers en de RBS-training heeft een verplichtend karakter.
- Schenkers kunnen in Zweden boetes krijgen bij geconstateerde overtredingen.

- De politie speelt een grotere rol in de handhaving in het uitgaansgebied en werkt nauw samen met portiers.

Er zijn ook overeenkomsten die aanknopingspunten bieden voor implementatie van STAD in Nederland, zoals:

- Beide landen behoren tot de Europese Unie en vallen onder dezelfde centrale Europese wetgeving. Toetreding tot de EU betekende voor Zweden een aanpassing die tot een liberaler landelijk alcoholbeleid heeft geleid. Omdat het landelijke beleid soepeler werd heeft een verschuiving naar lokaal alcoholbeleid plaatsgevonden. In Nederland heeft ook een decentralisatie van alcoholbeleid plaats gevonden met meer bevoegdheden voor lokale overheden.
- Op lokaal niveau is het mogelijk om samenwerking tot stand te brengen tussen gemeente, horeca en toezichthouders.
- De uitgaanssetting in Stockholm komt voor een belangrijk deel overeen met de grotere steden in Nederland.
- Zowel in Zweden als in Nederland bestaat de neiging tot binge drinken tijdens het uitgaan.

Effectieve elementen van STAD

Het centrale doel van STAD is om het voorkomen en/of beperken van binge drinken en alcoholgerelateerde schade, zoals uitgaansgeweld. Dit wordt bereikt door samenwerking tot stand te brengen tussen horeca, politie, handhavers en gemeente. De drie centrale effectieve componenten van de STAD-aanpak zijn:

- community mobilization,
- RBS-training en
- preventieve handhaving.

Kennislacunes STAD in Nederland

Voor ‘culturele’ vertaling van STAD naar Nederland is meer kennis nodig op de volgende domeinen:

- Op lokaal niveau in Nederland wordt niet overal de urgentie gevoeld voor een brede, integrale STAD-aanpak. Kennis ontbreekt hoe het draagvlak bij lokale bestuurders en lokale stakeholders vergroot zou kunnen worden.
- In Nederland is de toezicht- en handhavingstaak vooral neergelegd bij BOA’s. Er is een groot verschil in opleiding en bevoegdheden tussen BOA’s en politie en de vraag is of BOA’s dezelfde rol kunnen spelen met betrekking tot handhaving in het

uitgaansgebied zoals de politie dat doet in Zweden. Onderzocht zal moeten worden hoe de toezicht- en handhavingstaak in een Nederlandse STAD-variant het beste kan worden ingevuld en of de politie hier meer betrokken bij moet worden.

- In Nederland is de betrokkenheid van de horeca bij gemeentelijk alcoholbeleid nog niet zo sterk ontwikkeld. Meer onderzoek is nodig hoe de horeca betrokken kan worden bij een lokale STAD-aanpak in Nederland.
- In Zweden moeten medewerkers uit bepaalde sectoren van de 'restaurantsector' verplicht de RBS-training volgen. Onderzocht zal moeten worden hoe een RBS-training in Nederland ontwikkeld kan worden waaraan de horeca zelf een bijdrage levert. Hierbij moet ook gekeken worden hoe gemeenten via vergunningsvoorwaarden eisen aan de training kunnen stellen en in hoeverre landelijke wetgeving gemeenten hierbij kan ondersteunen.

Aanbevelingen STAD in Nederland

Er zijn het afgelopen jaar al diverse STAD-achtige initiatieven van start gegaan in diverse Nederlandse gemeenten, onder andere met financiering van het Ministerie van Veiligheid en Justitie. Het animo om met STAD te werken lijkt groot, het gevaar is echter dat er veel losse initiatieven ontstaan die onvoldoende worden begeleid door goed onderzoek. Dit zal de structurele implementatie van een integrale aanpak op termijn gaan hinderen. Het is daarom sterk aan te bevelen om een aantal pilotregio's te selecteren waarin 'gebouwd' kan worden aan lokale Nederlandse varianten en kennis opgedaan kan worden met betrekking tot de bovenstaande kennislacunes. We bevelen ook aan om effectonderzoek deel te laten uitmaken van de pilots. Om tot een goede Nederlandse variant van STAD te komen is een nieuwe RBS-training nodig en een STAD-netwerk wenselijk. Een STAD-netwerk zou kunnen bestaan uit een landelijk coördinatiepunt met lokale steunpunten (zoals het DIMS-netwerk is opgezet). Met een dergelijke structuur is het mogelijk om centraal kennis te verzamelen en te verspreiden, gestandaardiseerde onderzoeks- en monitoringmethoden te ontwikkelen, een bestand van voorbeeldcontracten en convenanten op te bouwen en er is een plek om de RBS training onder te brengen. Daarnaast kan vanuit een STAD-netwerk verdere innovatie worden gestimuleerd.

9.4 Aanbevelingen en prioriteiten van alcoholexperts

Een conceptversie van het rapport is tijdens een invitational conference besproken met alcoholexperts uit de wetenschap en de praktijk (zie bijlage 2 voor een overzicht van de deelnemers). Er is gesproken over de resultaten, de kennislacunes, de aanbevelingen en

de prioritering voor de onderzoeksagenda. We vatten hieronder de belangrijkste punten samen:

- In Nederland hebben we uitstekend zicht op het alcoholgebruik van scholieren (tot 16 jaar) maar we weten veel te weinig over het alcoholgebruik en de alcoholproblemen van personen boven de 18 jaar. Ook ontbreken actuele en systematische data die relevant zijn voor alcoholbeleid en alcoholpreventie. Daarnaast werd opgemerkt dat we op schoolniveau niet tot een goede profilering kunnen komen van de problematiek. Er zijn in het onderwijs namelijk grote variaties in de problematiek en er is een 'op-maat' aanpak nodig voor adequate preventie. Het ontbreken van goede epidemiologische gegevens voor 18+-doelgroepen zou ook kunnen verklaren waarom lokale bestuurders weinig urgentie voelen. Hetzelfde geldt voor preventie gericht op ouderen en studenten uit het hoger en universitair onderwijs.
- Experts missen de evaluatiestudies naar de effecten van regionale alcoholmatigingsprojecten die de afgelopen jaren veelvuldig zijn uitgevoerd. De resultaten zijn veelbelovend (zie bijvoorbeeld de Goeij, 2016). Ook vinden de experts het jammer dat onderzoek naar 'the three best buys' (beperken beschikbaarheid, prijs en beperken reclame en marketing) buiten beschouwing is gelaten, zeker omdat dit de preventieve werking van interventies kan versterken.
- De experts kiezen er niet voor om nog meer nieuwe interventies te ontwikkelen maar wel voor onderzoek met als doel om veel gebruikte interventies in Nederland naar een hogere vorm van bewijslast te krijgen. De gezonde school en genotmiddelen wordt hier als voorbeeld genoemd.
- Er ontbreekt nog steeds veel kennis over de implementatie van effectieve strategieën. Onderzoek hiernaar verdient prioriteit.
- Volgens de experts is het belangrijk dat een multi-componentenaanpak wordt uitgewerkt voor de diverse settings. Voor de uitgaanssetting (STAD) is de multi-componentenaanpak goed en duidelijk beschreven. De experts pleiten voor meer onderzoek naar de beschreven kennishiaten en geven aan dat het nodig is om verder onderzoek te doen naar het verhogen van de urgentie bij lokale stakeholders, betrokkenheid van de horeca, de rol van de toezichthouders en het ontwikkelen van een nieuwe RBS-training.
- De experts constateren dat de multi-componentenaanpak nog onvoldoende is uitgewerkt voor de schoolsetting, de wijk, de zorg en voor ouderen. De kennisupdate levert veel informatie over effectieve interventies maar maakt geen keuzes. Voorgesteld wordt om per setting een multi-componentenaanpak te ontwikkelen met betrokken stakeholders (wetenschappers en het alcoholpreventieveld).

- Sociale wijkteams bieden veel mogelijkheden voor alcoholpreventie maar binnen de jeugdzorg, de geestelijke gezondheidszorg en de wijkzorg is er volgens de experts nog onvoldoende bewustzijn voor de alcoholproblematiek. Het bewustzijn bij professionals voor de schadelijkheid van alcohol moet nog veel meer gerealiseerd worden en is een eerste stap voor een wijkgerichte aanpak. Op veel plekken in Nederland krijgen wijkteams momenteel bijscholing met betrekking tot alcoholpreventie, maar we weten te weinig over de kwaliteit en het effect van die bijscholing.
- Goede scholing is de kern van kwalitatief hoogstaande alcoholpreventie en door experts wordt daarom gepleit om het thema alcoholpreventie sterker in het curriculum van beroepsgroepen onder te brengen.
- Tot slot noemen experts de noodzaak om prioriteit bij de alcoholproblematiek van ouderen te leggen.

De conclusie van de experts is dat we veel weten over de effectiviteit van interventies en dat de focus nu zou moeten liggen op het maken van keuzes in de verschillende settings en verdere implementatie van de beste interventies. Keuzes hebben enerzijds betrekking op de interventies die ingezet kunnen worden in een multi-componenten aanpak per setting en anderzijds op keuzes over welke interventies naar een hoger niveau van bewijslast ontwikkeld kunnen worden. De belangrijkste stakeholders op het gebied van alcoholpreventie in Nederland (zoals VerslavingsPreventie Nederland, GGD GHOR Nederland, het RIVM, de G4 en het Trimbos-instituut) moeten hierbij betrokken worden. Steun onder de bevolking en professionals voor alcoholbeleid is essentieel en de experts pleiten er daarom voor om het bewustzijn voor de schadelijkheid van alcohol te verhogen zodat er meer draagvlak komt voor alcoholbeleid en professionals in de zorg scherper oog krijgen om alcoholproblemen te signaleren.

10 Literatuur

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes, 50(2)*, 179-211.

Anderson, P. & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe*. London: Institute of Alcohol Studies.

Anderson, P., Chisholm, D. & Fuhr, D. (2009). Effectiveness and cost–effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*, 373(9682):2234–2246.

Anderson, P., Scafato, E. & Galluzzo, L. (2012). Alcohol and older people from a public health perspective. *Ann Ist Super Sanita*, 48(3), 232-47.

Andréasson, S. et al. (1999). Exploring new roads to prevention of alcohol and other drug problems in Sweden: The STAD project. In: Casswell, S. & Holder, H. & Holmila, M. & Larsson, S. & Midford, R. & Barnes, H.M. & Nygaard, P. & Stewart, L. (eds.): *Fourth Symposium in Community Action Research and the Prevention of Alcohol and Other Drug Problems*. Alcohol & Public Health Research Unit, University of Auckland.

Angus, C., Latimer, N., Preston, L. , Li, J. & Purshouse, R. (2014). What are the implications for policy makers? A systematic review of the cost-effectiveness of screening and brief interventions for alcohol misuse in primary care. *Frontiers in Psychiatry*, doi: 10.3389/fpsyt.2014.00114.

Babor, T. F., 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.

Babor, T e.a. (2010). *Alcohol no ordinary commodity*. New York: Oxford University Press.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall, Inc.

Bava, S., & Tapert, S.F. (2010). Adolescent brain development and the risk for alcohol and other drug problems. *Neuropsychology Review, 20,* 398-413.

Beenackers, M.A., Nusselder, W.J., Oude Groeniger, J. & van Lenthe, F.J. (2015). *Het terugdringen van gezondheidsachterstanden: een systematisch overzicht van kansrijke en effectieve interventies*. Rotterdam: Erasmus MC Universitair Medisch Centrum Rotterdam.

Berggren, H. & Tragardh, L. (2010). Pippi Longstocking: The autonomous child and the moral logic of the Swedish welfare state. In: Mattsson, H. & Wallenstein, S.O. *Swedish modernism, Architecture consumption and the welfare state*. London: Black Dog Publishing limited.

Boman, J. H., Young, J. T., Baldwin, J. M., & Meldrum, R. C. (2014). Specifying the sources of misperceptions of peer deviance: A tale of two levels. *Criminal Justice and Behavior, 41(1),* 91-113.

Bovens, R., Weingart, S. & Etten, D. van (2013). Advies Ouderen en verslaving. Utrecht: Trimbos-instituut/Victas.

Buhler, A., & Thrul, J. (2013). *Prevention of addictive behaviours. Updated and expanded edition of prevention of substance use*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Collard, P.R. & Bransen, E.M. (2015). *Exploration of the execution of addiction prevention by social teams: An analysis of the current situation and opportunities for the future*. Utrecht: Trimbos Instituut.

Crone, E. (2014). *Het sociale brein van de puber.* Prometheus.

Cuijpers, P. (2002). Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A Systematic Review. *Addictive Behavior, 27*, 1009-1023.

Dedert, E.A., McDuffie, J.R., Stein, R., Murray McNeil, J., Kosinski, A.S., Freiermuth, C.E., Hemminger, A. & Williams, J.W. (2015). Electronic interventions for alcohol misuse and alcohol use disorders. A systematic review. *Annals of Internal Medicine*, vol 16 (3) 4 august 2015.

De Goeij, M.C.M., Jacobs, M.A,M., van Nierop, P., van der Veeken-Vlassak, I.G., Van de Mheen, D., Schoenmakers, T.M., Harting, J. & Kunst, A. (2016). Impact of Cross-Sectoral Alcohol Policy on Youth Alcohol Consumption. Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 596- 605.

Diestelkamp, S., Drechsel, M., Baldus, Ch., Wartberg, N.A. & R. Thomasius (2016). Brief in person interventions for adolescents and young adults following alcohol-related events in emergency care: a systematic review and European evidence synthesis. *European Addiction Research*, 22, 17-35.

Elzerbi, C., Donoghue, K. & Drummond, C. (2015). A comparison of the efficacy of brief interventions to reduce hazardous and harmful alcohol consumption between European and non-European countries: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Addiction*, 110, 1082-1091.

Faggiano, F., Molinar, R., Allara, E., & Coppo, A. (2014). Ingredients of effective interventions for prevention of alcohol use and illicit substance use in adolescence. *Addiction and Lifestyles in Contemporary Europe: Reframing Addictions Project (ALICE RAP). Deliverable 18.1.*

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. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 1937–1943.

Forehand, R., & Wierson, M. (1994). The role of developmental factors in planning behavioral interventions for children: Disruptive behavior as an example. *Behavior therapy, 24(1),* 117-141.

Foxcroft, D.R., & Tsertsvadze, A. (2011a). Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Systematic Reviews*, CD009113.

Foxcroft, D. R., & Tsertsvadze, A. (2011b). Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people*. Cochrane database of systematic reviews, 9*.

Gaume, J., McCambridge, J., Bertholet, N. & Daeppen, J-B. (2014). Mechanisms of action of brief alcohol interventions remain largely unknown – a narrative review. *Frontiers in Psychiatry* doi: 10.3389/fpsyt.2014.00108.

Graham, K. & Homel, R. (2008). *Raising the bar: Preventing aggression in and around bars, pubs and clubs*. Cullompton: Willan Publishing.

Henry, D. B., Kobus, K., & Schoeny, M. E. (2011). Accuracy and bias in youths' perceptions of friends' substance use. *Psychology of Addictive Behaviors, 25(1),* 80.

Holder, H. (1999). Alcohol and the Community: A Systems Approach to Prevention. Cambridge: Cambridge University Press.

Holder, H. D. & Wagenaar, A. (1994). Mandated server training and reduced alcohol-involved traffic crashes: A time series analysis of the Oregon experience. *Accident Analysis & Prevention*, 26, 89-97.

Holmila, M. & Warpenius, K. (2012). Community-based prevention of alcohol-related injuries: Possibilities and experiences. IJADR International Journal of Alcohol and Drug Research. *The Official Journal of the Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol.* Vol. 1(1).

Jonas, D.E., Garbutt, J. C., Amick, H. R., Brown, J.M., Brownley, K.A., Council, C.L., Viera, A.J., Wilkins, T.M., Schwartz, C.J., Richmond, E.M., Yeatts, J., Swinson Evans, T., Wood, S.D. & Harris, R.P. (2012). *Annals of Internal Medicine* 157: 645-654.

Jones, L., Hughes, K., Atkinson, A.M. & Bellis, M.A. (2011). Reducing harm in drinking environments: a systematic review of effective approaches. *Health Place*, 17(2):508-518.

Ker, K. & Chinnock, P. (2008) Interventions in the alcohol server settings for preventing injuries. Cochrane Database of Systematic Reviews.

Keurhorst, M., Glind, I. van de, Amaral-Sabadini, M.B., Anderson, P., Kaner, E., Newbury-Birch, D., Braspenning, J., Wensign, M., Heinen, M., Laurant, M. (2015). Implementation strategies to enhance management of heavy alcohol consumption in primary health care: a meta-analysis. *Addiction*, 110, 1877-1900.

Kohler, S. & Hofmann A. (2015). Can motivational interviewing in emergency care reduce alcohol consumption in young people? A systematic review and meta-analysis. *Alcohol and Alcoholism*, 50, issue 2, 107-117.

Koning, H. M. (2011). *Prevention of alcohol use in early adolescents: A joint venture of school and parents.* Academisch proefschrift. Utrecht, Universiteit Utrecht.

Landy, M.SH., Davey, C.J., Quintero, D., Pecora, A. & McShane, K.E. (2015). A systematic review on the effectiveness of brief interventions for alcohol misuse among adults in emergency departments. *Journal of Substance Abuse Treatment* (2015), http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2015.08.004.

Lang, E., Stockwell, T., Rydon, P., & Beel, A. (1998). Can training bar staff in responsible serving practices reduce alcohol-related harm? *Drug & Alcohol Review*, 17, 39-50.

Leeman, R.F., Perez, E., Noguiera, Ch. & DeMartini, K. (2015). Very-brief, web-based interventions for reducing alcohol use and related problems among college students: a review. *Frontiers in Psychiatry* 6:129. doi: 10.3389/fpsyt.2015.00129.

Leeuw, R. N. de, Kleinjan, M., Lammers, J., Lokman, S., & Engels, R. C. (2014). De effectiviteit van De Gezonde School en Genotmiddelen voor het basisonderwijs. *Kind & Adolescent, 35(1),* 2-21.

Lemstra, M., Bennett, N., Nannapaneni, U., Neudorf, C., Warren, L., Kershaw, T., & Scott, C. (2010). A systematic review of school-based marijuana and alcohol prevention programs targeting adolescents aged 10-15. *Addiction Research & Theory, 18(1),* 84-96.

Looze, M. de, Dorsselaer, S. van, Roos, S. de, Verdurmen, J., Stevens, G., Gommans, R., Bon-Martens, M. van, Bogt, T. ter, & Vollebergh, W. (2014). *HBSC 2013. Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland.* Utrecht, Universiteit Utrecht.

Malmberg, M. (2014). *Take it or leave it!: prevention and personality in early adolescent substance use.* Academisch proefschrift. Nijmegen, Radboud Universiteit.

Mansdotter, A.M., Rydberg, M.K., Wallin, E., Lindholm, L.A. & Andreasson, S. (2007). Alcohol Consumption: a cost-effectiveness analysis of alcohol prevention targeting licensed premises. *European Journal of Public Health*, Vol. 17, No. 6, 618–623.

Mares, S. (2014). *A sip off the old block. Empirical and prevention insights into the role of parents in the development of alcohol use in children.* Academisch proefschrift. Nijmegen, Radboud Universiteit.

Masten, A.S., Faden, V.B., Zucker, R.A., & Spear, L.P. (2008). Underage drinking: a developmental framework. *Pediatrics, 121,* 235-251.

Mathijssen, J.J.P., Kuiper, S., Janssen, M. M.: Young adults and alcohol: an explorative audience segmentation analysis. In: Dietrich T, Rundle-Thiele S, Kubacki K (eds) Segmentation in Social Marketing: Process, Methods and Application. Springer, Singapore, in press.

McQueen, J., Howe, T.E., Allan, L., Mains, D. & Hardy, V. (2011). Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2011*, issue 8. Art. No.: CD005191. DOI: 10.1002/14651858.CD005191.pub3.

Meijer, S.A., Smit, F., Schoemaker, C.G, et al. *Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen*. Bilthoven: RIVM, 2006.

Merz, V., Baptista, J. & Hall, D.M. (2015). Brief interventions to prevent recurrence and alcohol-related problems in young adults admitted to the emergency ward following an alcohol-related event: a systematic review. *J. Epidemiol Community Health* 69, 912-917.

Miller, M.B., Leffingwell, Th., Claborn, K. Meier, E., Walters, S. & Neighbors, C. (2013). Personalized feedback interventions for college alcohol misuse: an update of Walters & Neighbors (2005). *Psychology of Addictive Behaviors*, 27, 909-920.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people to change*. New York/London: The Guilford Press.

Mundt, M.P., French, M.T., Roebuck, M.C., Baier Manwell, L. & Lawton Barry, K. (2005). Brief physician advice for problem drinking among older adults: an economic analysis of costs and benefits. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(3), 389–394.

Newton, A.S., Dong, K., Mabood, N., Ata, N., Ali, S. Gokiert, R., Vandermeer, B., Tjosvold, L., Hartling, L. & Wild, T.C. (2013). Brief emergency department interventions for youth

who use alcohol and other drugs: A systematic review. *Pediatric Emergency Care* (29 (5): 673-684.

Newton, A.S., Gokiert, , R., Mabood, N., Ata, N., Dong, K., Ali, S., Vandermeer, B., Tjosvold, L., Harting, L. & Wild, C. (2011). Pediatrics, 128;e180; originally published online June 6, 2011; DOI: 10.1542/peds.2010-3727.

NICE (2007). *School-based interventions on alcohol: Guidance.* Londen, NICE public health guidance (guidance.nice.org.uk/ph7).

Nilsen, P., Aalto, M., Bendtsen, P. &, Seppä, K. (2006). Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary healthcare. A systematic review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24(1), 5-15.

Onrust, S. A.., Otten, R., Lammers, J., & Smit, F. (2016). School-based programmes to reduce and prevent substance use in different age groups: What works for whom? Systematic review and meta-regression analysis. *Clinical Psychology Review*, 44,45-59

Patton, R., Deluca, P., Kaner, E., Newbury-Birch, D., Phillips, Th. & Drummond, C. (2014). Alcohol screening and brief intervention for adolescents: the how, what and where of reducing alcohol consumption and related harm among young people. *Alcohol and Alcoholism*, 49 (2), 207-212.

Perkins, H.W., & Berkowitz, A.D. (1986). Perceiving the Community Norms of Alcohol Use Among Students: Some Research Implications for Campus Alcohol Education Programming. *International Journal of the Addictions, 21,* 961-976.

Reid, M.C., Boutros, N.N., O'Connor, P.G., Cadariu, A. & Concato, J. (2002). The health-related effects of alcohol use in older persons: a systematic review. *Substance Abuse*, 23, 149-164.

Room, R., Babor, T., & Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *Lancet*, 365(9458), 519-530.

Schrijvers, C.T.M. & Schoenmaker, C.G. (2008). *Spelen met gezondheid: leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd*. Bilthoven: RIVM.

Schulenberg, J.E., & Maggs, J.L. (2002). A developmental perspective on alcohol use and heavy drinking during adolescence and the transition to young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement, 14,* 54-70.

Schulte, B., O'Donnell, A.J., Kastner, S., Schmidt, C.S., Schäfer, I. & Reimer, J. (2014). Alcohol screening and brief intervention in workplace settings and social services: a comparison of literature. *Frontiers in Psychiatry*, 5, 1-9.

Simoni, N. Rolland, B., & Cottencin, O. (2015). Interventions for increasing alcohol treatment utilization among patients with alcohol use disorders from emergency departments: a systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 58, 6-15.

Snoek, A., Wits, E., van de Mheen, D. & Wilbers, G. (2010). *Richtlijn vroegsignalering middelenmisbruik of –afhankelijkheid bij jongeren.* Amersfoort: Resultaten Scoren.

Spoth, R., Greenberg, M. & Turrisi, R. (2008). Preventive interventions addressing underage drinking: state of the evidence and steps toward public health impact. *Pediatrics*, 121:S311–S336.

Steinberg, L. (2010). A dual systems model of adolescent risk-taking. *Developmental Psychobiology, 52,* 216-224.

Stewart-Brown S (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf, accessed 01 March 2006).

Taggart, I.H., Ranney, M.L., Howland, J. & Mello, M.J. (2013). A systematic review of emergency department interventions for college drinkers. *The Journal of Emergency Medicine*, 45 (6), 962-968.

Thomas, R.E., Lorenzetti, D.L. & Spragins, W. (2013). Systematic review of mentoring to prevent or reduce alcohol and drug use by adolescents. Academic Pediatrics, 13:292-299.

Treno, A.J., & Holder, H.D. (1997). Community mobilization, organizing, and media advocacy. A discussion of methodological issues. *Evaluation Review*, 21(2), 166-190.

Van de Luitgaarden, J. & Knibbe, R.A. (2000). *Schenker-trainingen: Toepassingen en Effectiviteit.* Maastricht: Universiteit van Maastricht/NIGZ.

Van Hasselt, N. (2010). *Preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik onder jongeren*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Vermeulen-Smit, E. (2014). *The role of parents in preventing adolescent alcohol and cannabis use.* Academisch proefschrift. Universiteit Utrecht.

Velleman, R. (2009). *Alcohol prevention programmes.* A review of the literature for the Joseph Rowntree Foundation.

Wachtel, T. & Staniford, M. (2010). The effectiveness of brief interventions in the clinical setting in reducing alcohol misuse and binge drinking in adolescents: a critical review of the literature. Journal of clinical nursing, (19), 605-620.

Wagenaar A.C., Perry C.L. (1995). Community strategies for the reduction of youth drinking: theory and application. In: Boyd GM (Ed), Howard J (Ed), Zucker RA (Ed). Alcohol problems among adolescents: Current directions in prevention research. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Wakefield, M.A., Loken, B. & Hornik, R.C. (2010). Use of mass media campaigns to change health behaviour. *Lancet*, 376, 1261-71.

Wallin, E., Norstrom, & Andréasson, S. (2003a). Effects of a community action programme on responsible beverage service (RBS*). Nordisk Alkohol & Narkotikatidskrift*, vol. 20 (English supplement), 97 – 100.

Wallin, E., Norstrom, T. & Andreasson, S. (2003b). Alcohol prevention targeting licensed premises: a study of effects on violence. *Journal of Studies on Alcohol* 2003, 64, 270-277.

Wallin, E. & Gripenberg, J. & Andréasson, S (2002). Too drunk for a beer? A study of overserving in Stockholm. *Addiction* 97, 901–907.

Wallin, E., Gripenberg, J., Andreasson, S. (2005). Overserving at licensed premises in Stockholm: Effects of a community action program. *Journal of Studies on Alcohol*, 66, 806-814.

Warpenius, K., Holmila, M. & Mustonen H. (2010). Effects of a community intervention to reduce the serving of alcohol to intoxicated patrons. *Addiction* 105, 1032-1040.
k

Wells, E.A., Kristman-Valente, A.N., Peavy, K.M. & Jackson, T.R. (2013). Social workers and delivery of evidence-based psychosocial treatments for substance use disorders. *Social Work Public Health*, 28(3-4), pp. 279-301.

Westenberg, P.M. & Gjerde, P.F. (1999). Ego Development during the Transition from Adolescence to Young Adulthood: A 9-Year Longitudinal Study. *Journal of Research in Personality, 33,* 233-252.

WHO (2014). *WHO Global status report on alcohol and health 2014*

WHO (2009). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm.* WHO Regional Office for Europe.

Wojnar, M. & Jakubczyk, A. (2014). Brief interventions for hazardous and harmful alcohol consumption in accident and emergency departments. *Frontiers in Psychiatry* doi: 10.3389/fpsyt.2014.00152.

Yuma-Guerrero, P.J., Lawson, K.A., Velasquez, M.M., Sternberg, K. von, Maxson, T. & Garcia, N. (2012). *Pediatrics* 130;115. DOI: 10.1542/peds.2011-1589.

11 Bijlage 1: overzicht van Nederlandse proefschriften die betrekking hebben op alcoholpreventie (2010 – 2015).

1) Reach out and touch? Improving reach and use of an Internet-delivered lifestyle intervention : proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor aan de Universiteit Maastricht.
door Schneider, Francine
Uitgever: Maastricht Universiteit Maastricht 2014 .
Beschrijving: 185 p .
ISBN: 978-90-8891-784-4.
Onderwerp(en): internet | gezondheidsbevordering | preventie | thesissen | onderzoeksrapporten | alcohol | tabak | voeding | Nederland | enquêtes

2) Wishful drinking : the impact of peer norms and drinker prototypes on adolescent alcohol use : proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor aan de Radboud Universiteit Nijmegen.
door Teunissen, Hanneke .
Uitgever: S.l. H.A. Teunissen 2014 .
Beschrijving: 179 p .
Onderwerp(en): alcohol | thesissen | onderzoeksrapporten | etiologie | jongeren | sociale omgeving
Samenvatting: http://www.ru.nl/@931015/pagina/

3) Do we act upon what we see? Effects of media alcohol portrayals on immediate drinking behaviour : een wetenschappelijke proeve op het gebied van de Sociale Wetenschappen : proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor aan de Radboud Universiteit Nijmegen.
door Koordeman, Renske .
Uitgever: S.l. Renske Koordeman 2014 .
Beschrijving: 184 p .
Onderwerp(en): alcohol | media | televisie | onderzoeksrapporten | thesissen | experimenteel onderzoek | gedrag

4) The role of parents in adolescent alcohol and cannabis use : proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor aan de Universiteit Utrecht.
door Vermeulen-Smit, Evelien .
Uitgever: S.l. Evelien Vermeulen-Smit 2014 .
Beschrijving: 234 p .
Onderwerp(en): alcohol | drugs | cannabis | thesissen | onderzoeksrapporten | ouders | opvoeding | gezin | etiologie
https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/bericht/?bericht=1529

5) Prevalence and prevention of substance use in night life : proefschrift ingediend tot het behalen van de academische graad van Doctor in de Pedagogische Wetenschappen
door Van Havere, Tina .
Reeksen: Orthopedagogische reeks Gent 41 .
Uitgever: Gent Universiteit Gent 2012 .

Beschrijving: 185 p .
Onderwerp(en): alcohol | drugs | uitgaansleven | epidemiologie | preventie | thesissen | onderzoeksrapporten | Vlaanderen | media

6) Growing up getting drunk : development and prevention of adolescent alcohol use : proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor aan de Universiteit Maastricht.
door Schelleman-Offermans, Karen .
Uitgever: S.l. Karen Schelleman-Offermans 2012 .
Beschrijving: 101 p .
Onderwerp(en): alcohol | jongeren | etiologie | epidemiologie | preventie | Nederland | onderzoeksrapporten | thesissen
http://digitalarchive.maastrichtuniversity.nl/fedora/get/guid:f1917f01-d13a-4c49-b534-8c2a48a6942f/ASSET1

7) Prevention of alcohol use in early adolescents : a joint venture of school and parents : proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor aan de Universiteit Utrecht.
door Koning, Ina .
Uitgever: Utrecht Ina Koning 2011 .
Beschrijving: 240 p .
ISBN: 978-90-5335-437-7.
Onderwerp(en): alcohol | jongeren | preventie | thesissen | onderzoeksrapporten | onderwijs | ouders | gezin
Samenvatting:
http://www.narcis.nl/publication/RecordID/oai%3Adspace.library.uu.nl%3A1874%2F208988/genre/doctoralthesis/dd_year/2011/uquery/alcohol/id/10/Language/NL

8) M. Tuithof .Drinking Distilled. Onset, course and treatment of alcohol use disorders in the general population.

Amsterdam, Faculty of Medicine (AMC-UvA) 2015

9) Off limits. The effectiveness of age limits in reducing underage sales
Gosselt, Jordi Franciscus
Universiteit Twente, 2011
Samenvatting:
http://www.narcis.nl/publication/RecordID/oai%3Adoc.utwente.nl%3A78732/genre/doctoralthesis/dd_year/2011/uquery/alcohol/id/16/Language/NL

10) Early detection and prevention of adolescent alcohol use: Parenting and psychosocial factors.
Visser, L. 2014. 161 p. University Groningen
http://www.rug.nl/research/portal/publications/early-detection-and-prevention-of-adolescent-alcohol-use(63f7409e-6195-4e42-b28c-2bbdd57e8d51).html

11) M. Janssen
Social marketing in alcohol prevention: Intervention development for adolescents.
Tilburg University, 2014.
Eind 2014 verdedigde Meriam Janssen haar proefschrift: *'Social marketing in alcohol prevention: Intervention development for adolescents'* aan de Tilburg University. Een studie

naar de mogelijkheden van social marketing bij het ontwikkelen van alcoholpreventie bij jongeren. Het leidde tot een uniek inzicht in de houding van jongeren ten opzichte van alcohol, maar vooral ook voor de basis waarop je jongeren kan bewegen tot het kiezen voor nog even geen alcohol.
Wil je het alcoholgebruik van jongeren zo lang mogelijk uitstellen (tot 18 jaar)? Steun ze dan in het maken van hun eigen keuze.
http://www.ggdhartvoorbrabant.nl/Actueel/Persberichten/2015/03/Geen-alcohol-Jongeren-maken-hun-eigen-keuze

12) Praten over alcohol beïnvloedt effect anti-alcoholcampagnes
Mw. H. Hendriks: *Let's Talk about Alcohol: The Role of Interpersonal Communication and Health Campaigns*. Promotor is prof. dr. S.J.H.M. van den Putte. Copromotoren zijn prof. dr. C.H. de Vreese en dr. G. J. de Bruijn.
UVA, 2014.
Download de samenvatting (PDF)

13) The effectiveness of the web-based brief alcohol intervention entitled 'What do you Drink' in reducing alcohol use among heavy drinking adolescents and young adults.
C.V. Voogt
Radboud University, oktober 2014.
http://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/130431/130431.pdf?sequence=1

14) Matching message strategies to personality characteristics: The usability of alternative variables in tailored health communication.
Jongenelen, M.M.
Radboud University, september 2013.
http://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/112922/112922.pdf?sequence=1
(niet specifiek over alcoholpreventie)

15) 'Take it or leave it'
Monique Malmberg
Nijmegen, Radboud University, 2014.
Persoonlijkheid heeft meer invloed op vroeg gebruik van genotsmiddelen dan preventieprogramma's. Dat blijkt uit onderzoek door Monique Malmberg, die 24 februari promoveert aan de Radboud Universiteit.
In haar proefschrift 'Take it or leave it' toont Malmberg aan dat er geen verschil is in middelengebruik tussen middelbare scholieren die het preventieprogramma 'De gezonde school en genotmiddelen' (DSG) volgden en jongeren die deze voorlichting niet kregen.
http://www.nji.nl/nl/Actueel/Nieuws-over-de-jeugdsector/2014/Jongeren-roken-en-drinken-ondanks-preventieprogramma

16) A sip off the old block: Empirical and prevention insights into the role of parents in the development of alcohol use in children.
Suzanne Mares
Nijmegen, Radboud University, 2014.
http://platform.nuchterefries.nl/friksbeheer/wp-content/uploads/2014/04/Mares-Thesis_spreads.pdf

17) Sweet sixteen and never been drunk? Adolescent alcohol use, predictors and consequences.

Joris J. van Hoof
12 November 2010 University Twente
ISBN:978-90-365-3092-7
http://doc.utwente.nl/74366/1/thesis_J_van_Hoof.pdf

18) Barbara Braams - Adolescent Risk Taking.
Universiteit Leiden, november 2015
http://leidenuniv.nl/agenda/item/adolescent-risk-taking1

19) Promoting mental health and healthy behaviors in adolescents.
R. Bannink (Rienke)
Erasmus MC Rotterdam, 2015.
Samenvatting:
http://www.narcis.nl/publication/RecordID/oai%3Arepub.eur.nl%3A78235/genre/doctoralthesis/dd_year/2015/uquery/alcohol/id/14/Language/NL

20) The Utrecht Healthy School Project: Connecting adolescent health behavior, academic achievement and Health Promoting Schools
V. Busch
Utrecht University, 2014
Samenvatting:
http://www.narcis.nl/publication/RecordID/oai%3Adspace.library.uu.nl%3A1874%2F292339/genre/doctoralthesis/dd_year/2014/uquery/alcohol/id/21/Language/NL

21) Searching for similarities: transfer-oriented learning in health education at secondary schools.
L.W.H. Peters
Universiteit van Amsterdam, 2012
Samenvatting:
http://www.narcis.nl/publication/RecordID/oai%3Auva.nl%3A374233/genre/doctoralthesis/dd_year/2012/uquery/alcohol/id/7/Language/NL

22) Improving Exposure to Internet-Delivered Health Behaviour Change Interventions: An exploration of determinants and dissemination strategies.
Wendy Brouwer
Erasmus Universiteit, 2011
Samenvatting:
http://www.narcis.nl/publication/RecordID/oai%3Arepub.eur.nl%3A23378/genre/doctoralthesis/dd_year/2011/uquery/alcohol/id/18/Language/NL

23) I was totally there! Understanding engagement in entertainment-education narratives.
Lonneke van Leeuwen
Wageningen University, 2015

24) Is it how we tell them about alcohol? The role of presentation formats in health education materials for lower educated students.
Simon Zebregs
Universiteit van Amsterdam, 2016

25) Killing Time; Identification of adolescent cannabis users and the development of an early prevention program: Moti-4
Hans Dupont
Maastricht University, 2015

12 Bijlage 2. Deelnemers invitational conference 13 juli 2016

Deelnemers	
Prof. dr. Henk Garretsen	Universiteit Tilburg/Tranzo
Prof. dr. Anton Kunst	AMC Amsterdam
Dr. Gerda Rodenburg	IVO Rotterdam
Marieke Willemsen	ZonMw
Geert Bruinen	Gemeente Rotterdam
Miriam Kramer	Mondriaan verslavingszorg Heerlen
Dr. Meriam Janssen	GGD Hart van Brabant Tilburg
Ir. Wim van Dalen	STAP
Dr. Marloes Tuithof	Trimbos-instituut
Drs. Susanne Weingart	Trimbos-instituut
Drs. Jeroen de Greeff	Trimbos-instituut
Drs. Joost Mulder	Trimbos-instituut
Drs. Ninette van Hasselt	Trimbos-instituut
Dr. Lex Lemmers	Trimbos-instituut

Trimbos instituut