

Alcoholpreventie bij jongeren en jongvolwassenen

Effectieve interventies en andere mogelijkheden
voor preventie van alcoholgebruik bij jongeren en
jongvolwassenen (11-24 jaar)



Alcoholpreventie bij jongeren en jongvolwassenen

Effectieve interventies en andere mogelijkheden
voor preventie van alcoholgebruik bij jongeren en
jongvolwassenen (11-24 jaar)

Colofon

Auteurs

Chella Harreveld
Carmen Voogt
Michel Planije
Lex Lemmers

Adviseurs

Jeroen de Greeff
Simone Onrust

Met dank aan

Met dank aan de gemeenten Brunssum en Den Haag en hun samenwerkingspartners

Financier

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)

Vormgeving en productie

Canon Nederland N.V.

Beeld

gettyimages.nl

Deze uitgave is geschreven in opdracht van het RIVM. Het betreft het achtergronddocument bij het Wat werkt-dossier Alcohol en jongeren op www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente.

De uitgave is te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel. Artikelnummer **AF1670**.

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

© 2018, 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

Inleiding	5
Deel 1 Literatuurverkenning	7
1 Alcoholgebruik onder jongeren en jongvolwassenen	9
1.1 Definities van alcoholgebruik	10
1.2 Hoeveel drinken jongeren?	11
1.2.1 Prevalentie	11
1.2.2 Trends 2003-2017	11
1.3 Waarom drinken jongeren?	13
1.3.1 Persoonsfactoren	13
1.3.2 Sociale omgeving	14
1.3.3 Drinkcontext en beschikbaarheid van alcohol	15
1.4 Gevolgen van alcoholgebruik	17
1.5 Groepen met een verhoogd risico	18
2 Effectieve alcoholpreventie onder jongeren en jongvolwassenen	19
2.1 Alcoholpreventie en ontwikkelingsfasen	19
2.1.1 Vormen van alcoholpreventie	20
2.1.2 Uitsplitsing in ontwikkelingsfasen	20
2.2 Effectieve (beleids)maatregelen	22
2.2.1 Accijnzen	23
2.2.2 Inperken fysieke beschikbaarheid	24
2.2.3 Verbod op alcoholreclame en -sponsoring	24
2.2.4 Voorlichting	25
2.2.5 Massamediale campagnes	25
2.2.6 Random verkeerscontroles	26
2.3 Alcoholpreventie in settings	26
2.3.1 School	26
2.3.2 Wijk	28
2.3.3 Uitgaan	29
2.3.4 Eerstelijnszorg	30
2.3.5 Wat werkt niet en waarvan weten we nog onvoldoende?	31
Deel 2 Aanpak preventie van alcoholgebruik bij jongeren	33
3 Hoe een gemeente aan de slag kan	35
3.1 Stappen voor het op de kaart zetten van het onderwerp	35
3.2 Uitvoering op vier pijlers	37
3.2.1 Wet- en regelgeving, toezicht en handhaving	37

3.2.2 Voorlichting en educatie	40
3.2.3 Fysieke en sociale omgeving: setting gerichte integrale aanpak	42
3.2.4 Signaleren en ondersteuning	44
4 Bronnen	47
Bijlage 1 Afbakening literatuurverkenning	53

Inleiding

Dit is het achtergronddocument bij het 'Wat werkt' dossier over de preventie van (overmatig) alcoholgebruik bij jongeren en jongvolwassenen op de website loketgezondleven.nl.

Deel 1 gaat in op het literatuuronderzoek dat is uitgevoerd in het kader van het dossier. U vindt hierin de laatste stand van zaken rond het alcoholgebruik van jongeren (11-24 jaar), de ontwikkelingen daarin van afgelopen jaren, de oorzaken van hun drankgebruik, hun motieven en de gevolgen ervan.

Deel 2 is een uitgebreidere uitwerking van het 'wat werkt' - gedeelte van het dossier op de website. Dit deel van de literatuurstudie zoomt in op effectieve preventieve aanpakken van alcoholgebruik bij de doelgroep. Wat weten we over bewezen effectieve elementen en wat zijn 'veelbelovende' aanpakken? Er worden voorbeelden gegeven van interventies en programma's die elementen bevatten van effectief gebleken aanpakken, ook al zijn die interventies (nog) niet altijd zelf aan effectonderzoek onderworpen. Het biedt geen uitputtend overzicht van effectieve interventies, daarvoor is onder meer het [Interventieoverzicht](#) van Loketgezondleven.nl te raadplegen.

Deel 3 is een uitgebreidere uitwerking van het 'aan de slag' - gedeelte van het dossier op de website. Hierin is ook meer aandacht voor processtappen die op gemeentelijk niveau genomen kunnen worden om aan de slag te gaan met het aanpakken van de preventie van (overmatig) alcoholgebruik bij jongeren.

Deel 1

Literatuurverkenning

1 Alcoholgebruik onder jongeren en jongvolwassenen

Voor het beschrijven van de prevalentie van alcoholgebruik onder jongeren en jongvolwassenen, gebruiken we onderzoeken die het Trimbos-instituut recent heeft uitgevoerd naar middelengebruik onder scholieren. In 2017 is het Health Behaviour of School-aged Children (HBSC) onderzoek uitgevoerd (Stevens et al., 2018). Dit is een nationaal representatief onderzoek onder jongeren tussen de 12 en 16 jaar, waarin onder andere gevraagd wordt naar hun alcoholgebruik. Daarnaast maken we gebruik van een representatief onderzoek naar middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het Middelbaar Beroepsonderwijs (mbo) en het Hoger Beroepsonderwijs (hbo) in 2017 (Tuithof, Van Dorsselaer & Monshouwer, 2018). Voor de prevalentie van alcoholgebruik bij jongeren in de leeftijd van 18-24 jaar hanteren we cijfers uit de Gezondheidsenquête van het Centraal Bureau voor Statistiek (CBS) (CBS, 2017). Voor het beschrijven van de oorzaken van alcoholgebruik bij jongeren en jongvolwassenen volgen we het *integrated model of alcohol use* (Wagenaar & Perry, 1994).

1.1 Definities van alcoholgebruik

In onderstaand schema worden verschillende stadia van alcoholgebruik bij volwassenen (vanaf 18 jaar) onderscheiden, variërend van abstinentie (geheelonthouding) tot alcoholverslaving. Voor jongeren onder de 18 jaar bestaan geen aparte maatstaven. Bekend is dat jongeren en jongvolwassenen extra kwetsbaar zijn voor de gevolgen van alcoholgebruik (zie §1.4). De genoemde hoeveelheden standaardglazen zijn dan ook niet van toepassing op jongeren.

Stadium	Definitie / omschrijving	Bron
Abstinentie	Het niet (meer) drinken van alcohol, ook wel geheelonthouding genoemd. Het kan hierbij gaan om personen die nog nooit alcohol hebben gedronken en om personen die gestopt zijn met het drinken van alcohol.	WHO, 2018
Matig alcoholgebruik	Het drinken van 8-13 (vrouwen) / 8-20 (mannen) standaardglazen alcohol per week.	Sannen, Heijkants, & Veerbeek, 2018
Overmatig alcoholgebruik	Het drinken van 14 (vrouwen) / 21 (mannen) of meer standaardglazen alcohol per week.	CBS, 2017
Zwaar drinken	Het drinken van 4 (vrouwen) / 6 (mannen) of meer standaardglazen alcohol op 1 dag (hier valt ook binge drinken* onder).	Schulte et al., 2014
<i>Buiten scope van dit rapport:</i>		
Problematisch alcoholgebruik	Een drinkpatroon dat leidt tot lichamelijke klachten en/of psychische of sociale problemen dat verhindert dat bestaande problemen adequaat worden aangepakt. De geconsumeerde hoeveelheid alcohol is niet leidend voor de diagnose.	Boomsma et al., 2014
Alcoholverslaving	Een vorm van problematisch alcoholgebruik waarbij sprake is van afhankelijkheid van alcohol. Criteria voor het vaststellen van alcoholafhankelijkheid zijn opgenomen in diagnostische classificatiesystemen zoals de International Classifications of Diseases en de oudere versies van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Kenmerken van alcoholafhankelijkheid zijn onder andere: meer drinken dan voorgenomen op een dag en tolerantie voor de effecten van alcohol. In de huidige versie van de DSM, de DSM-5, zijn alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid samengevoegd tot één nieuwe term 'stoornis in het gebruik van een middel'.	Sigling, 2016

*Toelichting: Binge drinken is een vorm van alcoholgebruik waarbij in korte tijd grote hoeveelheden alcohol genuttigd worden. In (inter)nationale wetenschappelijke literatuur wordt dit op verschillende

manieren geoperationaliseerd. Het Amerikaanse National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) spreekt van binge drinken als bij alcoholgebruik de alcoholspiegel in het bloed binnen 2 uur stijgt naar 0,08 g/dl (NIAA, 2014). De hoeveelheid alcohol die hiervoor nodig is verschilt naar geslacht, leeftijd en gewicht. In vragenlijstonderzoeken wordt binge drinken vaak geoperationaliseerd als het drinken van 4 (vrouwen) / 6 (mannen) of meer standaardglazen per gelegenheid. Om pragmatische redenen wordt binge drinken ook vaak geoperationaliseerd als het drinken van 5 of meer standaardglazen per gelegenheid, ongeacht het geslacht of de leeftijd.

1.2 Hoeveel drinken jongeren?

1.2.1 Prevalentie

12- tot 16-jarigen

Van alle 12- tot 16-jarige jongeren in het voortgezet onderwijs (vo) heeft 45% ooit alcohol gedronken, jongens vaker dan meisjes. Een kwart (25%) heeft alcohol gedronken in de laatste maand. Tussen het 12e en het 16e levensjaar neemt het percentage jongeren dat ooit alcohol heeft gedronken toe van 20 naar 71%. Deze toenemende trend is ook waarneembaar voor alcoholgebruik gedurende de laatste maand, waarbij de grootste toename zichtbaar is tussen de 14 en 15 jaar. Van alle VO-leerlingen is 16% ooit dronken geweest; op 16-jarige leeftijd is dit 39%. Jongens zijn vaker (17%) ooit dronken geweest dan meisjes (15%) (Stevens et al., 2018).

16- tot 18-jarigen

In een recente studie waarin het middelengebruik onder 16- tot 18-jarige studenten op het mbo en hbo in 2017 wordt beschreven, zien we dat 85% van de 16- tot 18-jarige mbo- en hbo-studenten ooit alcohol heeft gedronken, bijna driekwart heeft dit nog in de afgelopen maand gedaan. Van de studenten die alcohol drinken, drinkt 21% in het weekend meer dan 10 glazen alcohol, jongens vaker dan meisjes (28% versus 14%). Van de 16-jarige mbo-studenten heeft 79% ooit in het leven alcohol gedronken en 63% in de afgelopen maand; dit is hoger dan bij 16-jarige vo-leerlingen (71% en 52%). Bij 17- en 18-jarigen zijn er geen verschillen zichtbaar tussen de schooltypen vo, mbo en hbo (Tuithof et al., 2018).

18- tot 24-jarigen

Wanneer we kijken naar het alcoholgebruik in de leeftijd van 18-24 jaar in 2017, dan zien we dat 85% van de 18- tot 24-jarigen drinkt (18- en 19-jarigen: 82% en 20- tot 24-jarigen: 87%). Van alle leeftijdscategorieën is de prevalentie van overmatig drinken het hoogst onder 18- tot 24-jarigen, namelijk 16% (18- en 19-jarigen: 15% en 20- tot 24-jarigen: 16%). Ook de prevalentie van zwaar drinken is het hoogst onder 18- tot 24-jarigen, namelijk 19% (18- en 19-jarigen: 21% en 20- tot 24-jarigen: 18%) (CBS, 2017).

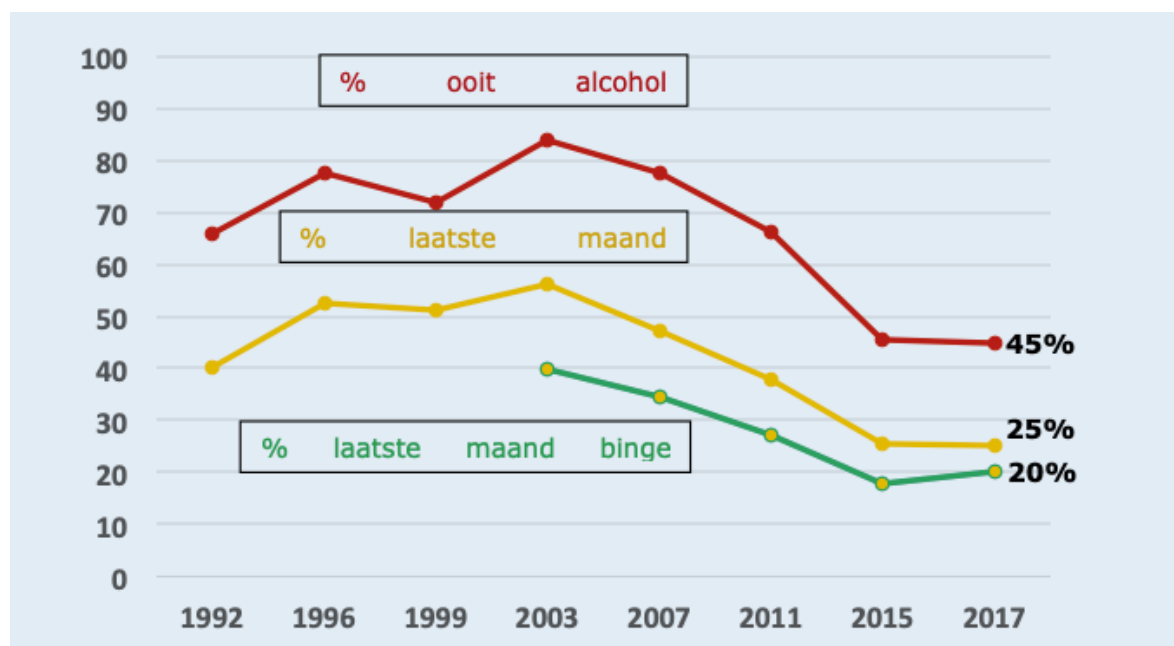
1.2.2 Trends 2003-2017

Tussen 2003 en 2017 is het alcoholgebruik ooit in het leven bij leerlingen van 12-16 jaar in de eerste vier leerjaren van het vo afgenomen van 84 naar 42%. Deze dalende trend geldt ook voor alcoholgebruik gedurende de laatste maand (van 55% in 2003 naar 22% in 2017).

De dalende trends van beide alcohol uitkomstmaten zijn zichtbaar in alle leeftijdscategorieën. In 2003 had 71% van de 12-jarigen ooit alcohol gedronken, in 2017 was dit 20%. Onder 16-jarigen is de daling in het ooit alcohol hebben gedronken minder sterk, namelijk van 90% in 2003 naar 67% in 2017. Onder 16-jarigen is er ook een daling zichtbaar van 74% in 2003 naar 50% in 2017. Met name in de periodes tussen 2003-2005, 2007-2009 en 2011-2013 zijn significante dalingen geweest in het percentage jongeren dat ooit alcohol heeft gedronken. Significante dalingen in het percentage alcoholgebruik gedurende de laatste maand zijn vooral zichtbaar in de periodes 2007-2009 en 2011-2013. De dalende trends voor ooit en laatste maand alcoholgebruik lijkt nu ten einde te zijn, aangezien zich in 2015 en 2017 geen dalingen ten opzichte van twee jaar eerder meer hebben voorgedaan in de verschillende leeftijdsgroepen. Terwijl er in ooit drinken en laatste maand drinken grote dalingen zichtbaar zijn tussen 2003 en 2015, is dat niet het geval voor binge drinken. Jongeren die eenmaal drinken, drinken veel (Stevens et al., 2018). In onderstaande grafiek, gebaseerd op meerdere Nederlandse onderzoeken, zijn de trends voor 'ooit alcohol gedronken', 'laatste maand gedronken' en 'laatste maand binge drinken' weergegeven voor de periode van 1992 tot 2017.

Voor het Ministerie van VWS waren deze cijfers aanleiding om de massa-mediale "NIX18" campagne te starten, die erop is gericht om de sociale norm te versterken dat het normaal is als je voor je 18e niet drinkt of rookt.

Grafiek 1: Trends alcoholgebruik 11- tot 16-jarige scholieren 1992 – 2017¹



Tussen 2015 en 2017 is het alcoholgebruik bij 16- tot 18-jarige mbo'ers en hbo'ers niet significant veranderd. Onder de 16-jarigen die in de afgelopen maand alcohol gedronken

¹ Tabel gebaseerd op Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM (2015) en HBSC-Nederland /Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM (2017).

hebben, is in dezelfde periode wel een stijging te zien in het drinken van meer dan 10 glazen op een weekenddag (Tuithof et al., 2018).

Tussen 2014 en 2017 is ook het alcoholgebruik bij 18- tot 24-jarigen niet significant veranderd. Dit geldt voor het percentage jongvolwassenen dat alcohol drinkt, het percentage dat overmatig drinkt en het percentage dat zwaar drinkt (CBS, 2017).

1.3 Waarom drinken jongeren?

Er is niet één factor aan te wijzen die alcoholgebruik volledig verklaart. Het drinken van alcohol is niet alleen een persoonlijke keuze maar het is ook een kwestie van gewoontegedrag in een sociaal- culturele context. Daarbij wordt alcoholgebruik sterk beïnvloed door aanbod en beschikbaarheid en andere economische factoren (Holder, 1998). Het drinken van alcohol is dus multi-causaal bepaald gedrag en kan alleen verklaard worden door een combinatie van verschillende, elkaar onderling beïnvloedende factoren, waarbij sommige beschermend werken en andere als risicofactoren. De persoonlijke motivatie, opvoedstijl van ouders, invloed van vrienden, normen, drinkcultuur, aanbod en beschikbaarheid van alcohol spelen allen een rol (Wagenaar & Perry, 1994). In de volgende paragrafen lichten we een aantal van de belangrijke persoonsfactoren en sociale –en fysieke omgevingsfactoren nader toe.

1.3.1 Persoonsfactoren

De meest directe determinant voor alcoholgebruik is de intentie of motivatie om alcohol te drinken. Het Motivationale Model (MM) voor alcoholgebruik (Cox & Klinger, 1988) gaat dieper in op de motieven die jongeren en jongvolwassenen kunnen hebben om alcohol te drinken.

Het MM veronderstelt dat de beslissing van personen om wel of niet alcohol te drinken, is gebaseerd op persoonlijke overtuigingen over de effecten van alcohol op iemands fysieke gesteldheid, gedrag, emoties en de sociale acceptatie door vrienden. Het drinken van alcohol is voor jongeren sterk emotioneel of affectief gemotiveerd. Het gaat hier enerzijds om het gevoel/effect dat men van alcohol verwacht te krijgen en anderzijds om het gevoel ergens bij te horen (groep, familie, vrienden). Sociale acceptatie geeft de meeste jongeren een positief gevoel en sociale uitsluiting geeft de meeste jongeren een negatief gevoel. Jongeren die gevoelig zijn voor sociale uitsluiting zijn sterker geneigd zich te committeren aan groeps- of sociale normen. Volgens het MM besluit een persoon om alcohol te drinken als de positieve emotionele consequenties van alcohol drinken zwaarder wegen dan de verwachte negatieve consequenties van het niet drinken van alcohol. In de literatuur worden vier belangrijke drinkmotieven onderscheiden om alcohol te drinken of om daarmee te starten:

Tabel 1: Drinkmotieven

	Verkrijgen positieve emotie	Vermijden negatieve emotie
Vanuit de persoon zelf	Enhancement <i>drinken om positieve gevoelens te benadrukken</i>	Coping <i>drinken om bepaalde negatieve emoties te onderdrukken</i>
Omgevingsfactoren	Social <i>drinken om sociaal te zijn</i>	Conformity <i>drinken om sociale afwijzing te voorkomen</i>

Volgens het MM zijn *social* drinkmotieven vooral gerelateerd aan matig alcoholgebruik, *enhancement* drinkmotieven aan overmatig alcoholgebruik en *coping* drinkmotieven aan zwaar en problematisch alcoholgebruik (Kuntsche, Knibbe, Gmel, & Engels, 2005; Kuntsche, Wiers, Janssen, & Gmel, 2010; Van Damme, 2016).

Drinkmotieven worden door een aantal persoonsgebonden factoren beïnvloed. We bespreken hieronder de biochemische reactie op alcohol en persoonlijkheidskenmerken.

Biochemische reactie op alcohol

De biochemische reactie op alcohol heeft een veelal genetische grondslag en bepaalt bijvoorbeeld of een persoon kwetsbaarder is voor een alcoholverslaving en/of slechter tegen de effecten van alcohol kan (Van Damme, 2016). Vrouwen zijn over het algemeen kleiner en lichter dan mannen. Ook hebben vrouwen minder vocht in hun lichaam per kilogram dan mannen. Door deze fysiologische verschillen hebben vrouwen een hoger alcoholpromillage in het bloed dan mannen na het drinken van dezelfde hoeveelheid alcohol. De biochemische reactie op alcohol is ook groter bij jongeren en jongvolwassenen dan bij volwassenen. Er is grote variatie in de mate waarin iemand de effecten van alcohol ervaart. Naarmate alcohol 'slechter valt' zijn personen minder geneigd om (veel) alcohol te drinken en werkt dit als een beschermende factor. Als alcohol daarentegen sterk belonend werkt en een euforisch gevoel geeft, is dit een belangrijke risicofactor van alcoholgebruik en alcoholproblemen.

Persoonlijkheidskenmerken

Persoonlijkheidskenmerken zijn gerelateerd aan de verschillende stadia van alcoholgebruik bij jongeren en jongvolwassenen, met name aan overmatig alcoholgebruik (Adan, Forero, & Navarro, 2017) en problematisch alcoholgebruik (Ham & Hope, 2003). Er kunnen vier groepen persoonlijkheidskenmerken worden onderscheiden die het risico op problematisch alcoholgebruik vergroten: sensatiezoekers, personen met een lage impulscontrole, personen die gevoelig zijn voor angst en personen die negatief denken. De eerste twee groepen zijn meer extravert en zien minder snel risico's waardoor zij eerder, vaker en meer gaan drinken. Dit geldt vooral onder mannen (Ham & Hope, 2003). De laatste twee groepen zijn meer introvert en sneller geneigd te drinken om zich beter te voelen of problemen op te lossen.

1.3.2 Sociale omgeving

Gezin, vrienden, leeftijdsgenoten en de heersende sociale normen zijn factoren in de sociale omgeving die gerelateerd zijn aan de verschillende stadia van alcoholgebruik bij jongeren en jongvolwassenen (Van Hasselt, 2010).

Gezin

Ouders hebben op verschillende manieren invloed op het alcoholgebruik van hun kinderen. Door het voorbeeld dat ze geven middels hun eigen alcoholgebruik, hebben ze invloed op wat hun kinderen weten over alcohol, hoe zij denken over alcoholgebruik en welke effecten zij verwachten van het gebruik (Smit, Monshouwer & Van Leeuwen, 2017; Voogt et al., 2017). Uit de literatuur komen enkele beschermende –en risicofactoren naar voren met betrekking tot de invloed van de gezinssituatie op het alcoholgebruik van adolescenten.

Beschermende factoren:

- een autoritatie² opvoedstijl (Van Hasselt, 2010);
- het stellen van regels voor alcoholgebruik door ouders (Koning et al., 2009);
- monitoring door ouders (Essau & Hutchingson, 2008);
- en voorbeeldgedrag (Engels, Kleinjan, & Otten, 2013).

Risicofactoren voor eerder en (op latere leeftijd) zwaarder drinken zijn:

- drinkende ouders;
- alcoholgebruik van ouders in het bijzijn van het kind en de zichtbare effecten daarvan;
- alcoholgebruik van broers / zussen (Turrissi & Ray, 2010).
- het proeven van alcohol met toestemming van de ouders in de vroege adolescentie (Colder, Shyhalla & Frndak, 2018);
- een autoritaire, toegeeflijke of verwaarlozende opvoedstijl (Van Hasselt, 2010);
- een goedkeurende houding (Spijkerman, Van Den Eijnden, Overbeek, & Engels, 2007);
- psychische problemen zoals depressie bij ouders (Van der Vorst, Engels, Meeus, Dekovic, & Vermulst, 2006).

Vrienden en leeftijdsgenoten

Hoewel ouders gedurende de gehele adolescentie invloed hebben op het alcoholgebruik van hun kinderen (Koning et al., 2009), neemt de autonomie van jongeren en de invloed van vrienden en leeftijdsgenoten in de adolescentie steeds meer toe. De toenemende invloed van vrienden en leeftijdsgenoten werkt op een aantal manieren:

- via selectie van vrienden en leeftijdsgenoten door de jongere zelf (Borsari & Carey, 2001);
- via sociale processen in de groep in de vorm van directe druk om te drinken (*peer pressure*);
- imitatie (*modeling*);
- en door het effect van sociale normen (Borsari & Carey, 2001).

Vrienden en leeftijdsgenoten kunnen zowel een risico- als een beschermende factor zijn voor de verschillende stadia van alcoholgebruik bij jongeren en jongvolwassenen (Ham & Hope, 2003).

1.3.3 Drinkcontext en beschikbaarheid van alcohol

De beslissing om wel of geen alcohol te drinken of om veel alcohol te drinken wordt ook in sterke mate beïnvloed door het aanbod en de beschikbaarheid van alcohol voor jongeren en jongvolwassenen. Volgens de Amerikaanse wetenschapper Harold Holder is beschikbaarheid van alcohol één van de belangrijkste factoren voor (problematisch) alcoholgebruik (Holder, 1998). Hij maakt daarbij onderscheid tussen 'retail-availability', via commerciële aanbieders (zoals supermarkten, horeca en avondwinkels) en 'social availability', dat werkt via het sociale systeem (familie, school, werk en vrienden).

Beschikbaarheid is gerelateerd aan productie, distributie, prijs, marketing en reclame van producten. Het hele economische systeem is erbij betrokken en er op ingericht. De 'natte' alcoholomgeving bestaat uit makkelijk en vrijwel overal te krijgen alcoholhoudende producten in de voedingsmiddelenwinkels (zoals supermarkten) en een hoge dichtheid van commerciële

2 Een autoritatie opvoedstijl wordt gekenmerkt door betrokkenheid, emotionele steun, het stellen van grenzen en open communicatie.

–en para commerciële horeca (zoals sportkantines en studentenverenigingen) waar ter plekke alcohol gedronken kan worden (Holder, 1998).

Het landelijk gezondheidsbeleid heeft onder andere tot doel om de gezonde(re) keuze de makkelijke te maken. We spreken in dit verband ook wel van ‘nudging’ (een *zetje* in de goede richting geven). Nudging is het beste te omschrijven als een strategie om gedrag bewust of onbewust te sturen in een door de overheid gewenste ‘gezonde(re)’ richting (Thaler & Sunstein, 2008). Belangrijk daarbij is dat de consument wel de keuzevrijheid behoudt. Het gezonde alternatief is de makkelijke optie (default) en voor de ongezondere keuze moet men meer moeite doen.

Fysieke omgeving

In de fysieke omgeving is een aantal factoren van invloed op de keuze van jongeren en jongvolwassenen om wel of geen alcohol te drinken:

- de wettelijke leeftijdsgrens (Burton et al., 2017);
- de prijs van alcohol (Cnossen, 2007);
- het aantal verkooppunten (Babor, Caetano, Casswell, Edwards, & Giesbrecht, 2010);
- en de openingstijden van de horeca (Hahn et al., 2010)

Voor meer informatie, zie §2.2.

Contextuele factoren

Er zijn enkele contextuele factoren te benoemen die samenhangen met de verschillende stadia van alcoholgebruik bij jongeren en jongvolwassenen:

- locatie: bijvoorbeeld binnenshuis of buitenshuis;
- situatie: zoals tv kijken of een feestje
- dag van de week: doordeweeks of weekend
- gezelschap: alleen versus een groep (Ham & Hope, 2003; Van Damme, 2016).

Zo is drinken buitenshuis tijdens een feestje in het weekend met een groep vrienden gerelateerd aan overmatig alcoholgebruik (Van Damme, 2016). Daarnaast zijn lidmaatschap van een studentenvereniging, het meedoen aan drinkspelletjes en faculteitsspecifieke karakteristieken (e.g., ligging, alcoholbeleid) gerelateerd aan overmatig en problematisch alcoholgebruik onder studenten (Ham & Hope, 2003; Maalsté, 2000).

Verleiden tot ongezonde keuzes

De Israëlische psycholoog en Nobelprijswinnaar Daniel Kahneman geeft in zijn boek 'Ons feilbare denken' (2011) een interessante verklaring waarom we ons zo makkelijk laten verleiden door de omgeving. Volgens Kahneman zijn er twee systemen in het brein werkzaam die beiden invloed hebben op keuzes. Systeem 1 is het impulsieve systeem. Dit systeem werkt snel, is intuïtief en automatisch en er is weinig controle over de werking. Systeem 2 daarentegen werkt veel langzamer en is verantwoordelijk voor reflectie, kritisch denken en hier worden weloverwogen, beredeneerde beslissingen genomen.

Veel van de ongezonde keuzes die mensen maken, zijn terug te voeren op de werking van het impulsieve systeem 1. Het reageert makkelijk en snel op prikkels uit de omgeving. In een 'natte' alcoholomgeving wordt systeem 1, via reclame, lage prijs, aanbod en het feit dat alcohol overal aanwezig is, makkelijk geprikkeld. Via systeem 2 moet weerstand geboden worden en moeten de impulsen gereguleerd worden. Dit kost mentale energie. Ook al heeft iemand een sterke wil om zich niet te laten verleiden, die wil is niet oneindig (Baumeister & Tierney, 2012). Bij veel mensen is de wilskracht op een gegeven moment op en geeft men toch toe aan verleidingen. De actie Ikpas (30 dagen zonder alcohol) maakt voor veel mensen duidelijk hoe vaak ze in het dagelijkse leven met alcohol worden geconfronteerd en zich ook moeten verantwoorden als ze (een periode) geen alcohol drinken.

1.4 Gevolgen van alcoholgebruik

Jongeren en jongvolwassenen zijn extra kwetsbaar voor de gevolgen van alcoholgebruik (Gezondheidsraad, 2018; NIAA, 2017). Dit komt doordat 1) een zelfde hoeveelheid alcohol een sterker effect heeft in een kleiner en lichter lichaam; 2) alcohol extra schadelijk is voor ontwikkelend orgaanweefsel en de hersenen tot en met het 24^e levensjaar in ontwikkeling zijn (Ewing, Sakhardande, & Blakemore, 2014; Witteman, 2014); en 3) jongeren onervaren zijn met het drinken van alcohol.

Voor de jongere zelf kan overmatig alcoholgebruik allerlei negatieve gevolgen hebben:

- gezondheidsproblemen op de korte termijn, zoals black-outs, onveilig seksueel gedrag en verkeersongevallen;
- gezondheidsproblemen op de lange termijn, zoals kanker, hart- en vaatziekten, diabetes type-2 (Pal & Ray, 2016; Thune et al., 2018).
- neurologische schade, zowel acuut (e.g., verslechterde motoriek) als veranderingen in de structuur (volume) en het cognitief functioneren van de hersenen. Er zijn aanwijzingen dat alcoholgebruik leidt tot een abnormale en versnelde afname van het volume van de grijze stof in de hersenen. Vooral bij jongeren is nog onvoldoende bekend in hoeverre deze veranderingen blijvend van aard zijn (Gezondheidsraad, 2018);
- er zijn aanwijzingen dat jongeren en jongvolwassenen die op vroege leeftijd drinken een groter risico lopen op het ontwikkelen van problematisch alcoholgebruik op latere leeftijd. Daarbij geldt dat het risico op problematisch alcoholgebruik hoger is indien jongeren vaker

- of op jonge leeftijd beginnen met (regelmatig) drinken (Gezondheidsraad, 2018);
- het kan psychische problemen zoals depressie of angst veroorzaken, verergeren of in stand houden;
- of een adequate aanpak van problemen verhinderen (Angold, Costello, & Erkanli, 1999; Conner, Pinquart, & Gamble, 2009).

Ook **voorde maatschappij** brengt het overmatig alcoholgebruik bij jongeren en jongvolwassenen negatieve gevolgen met zich mee:

- hoge zorgkosten (Hilderink & Verschuuren, 2018);
- het kan leiden tot verkeersongevallen en vroegtijdig overlijden (Gakidou, 2018);
- verminderde schoolprestaties, problemen in sociale relaties en bedoeld of onbedoeld letsel door (seksueel) geweld en rijden onder invloed (Hingson, Zha, & Weitzman, 2009; Komro, Tobler, Maldonado-Molina, & Perry, 2010; Mason et al., 2010; Nelson, Hang Lee, Weitzman, & Wechsler, 2009).

1.5 Groepen met een verhoogd risico

Kenmerken van jongeren en jongvolwassenen die alcohol drinken:

- Zoals eerder beschreven hebben jongens vaker ooit alcohol gedronken in hun leven, drinken zij vaker overmatig en zijn ze vaker zware drinkers dan meisjes (Stevens et al., 2018). Jongvolwassen mannen drinken eveneens vaker overmatig en zwaar dan jongvolwassen vrouwen (CBS, 2017).
- Jongeren van Nederlandse afkomst drinken eerder en hebben een hogere laatste maandprevalentie van alcohol dan jongeren met een niet-Westerse achtergrond. Als jongeren met een niet-Westerse achtergrond eenmaal drinken, drinken ze even vaak alcohol als jongeren van Nederlandse afkomst (Stevens et al., 2018).
- Daarnaast drinken laagopgeleide jongeren (vmbo) vaker en meer dan hoogopgeleide jongeren (havo/vwo), vooral als het gaat om binge drinken (Stevens et al., 2018). Hoogopgeleide jongvolwassenen zijn vaker een overmatige drinker (10%) en zware drinker (10%) dan laagopgeleide jongvolwassenen (respectievelijk 9% en 8%) (CBS, 2017).
- Er zijn aanwijzingen dat jongeren en jongvolwassenen die op vroege leeftijd drinken een hoger risico lopen op het ontwikkelen van problematisch alcoholgebruik op latere leeftijd. Daarbij geldt dat het risico op problematisch alcoholgebruik hoger is indien jongeren vaker of op jonge leeftijd beginnen met (regelmatig) drinken (Gezondheidsraad, 2018; Pitkänen, Lyyra, & Pulkkinen, 2005).
- Verder drinken uitwonende jongvolwassenen vaker en meer alcohol dan thuiswonende jongvolwassenen (Ham & Hope, 2003). Bovendien geldt dat jongeren en jongvolwassenen van drinkende ouderseerder, vaker en meer alcohol drinken dan jongeren en jongvolwassenen van niet-drinkende ouders (Duncan & Duncan, 2006).

Tenslotte zijn jongeren met intergenerationele problematiek (i.e., KOPP: kinderen van ouders met psychische problemen en KVO: kinderen van verslaafde ouders), jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB) en jongeren in het Speciaal Onderwijs (i.e., VSO, Praktijkonderwijs en mbo, niveau 1 en 2) extra kwetsbaar voor het ontwikkelen van (een ernstige vorm van) overmatig alcoholgebruik of problematisch alcoholgebruik.

2 Effectieve alcoholpreventie onder jongeren en jongvolwassenen

Dit hoofdstuk geeft de resultaten weer van een literatuuronderzoek naar effectieve preventie van alcoholgebruik onder 11- tot 24-jarige jongeren en jongvolwassenen, samengevat uit zowel nationale als internationale literatuur. In Bijlage 1 is terug te vinden hoe de literatuurverkenning is afgebakend en welke zoekstrategieën zijn toegepast.

Wat weten we over bewezen effectieve elementen en wat zijn 'veelbelovende' aanpakken? Er worden voorbeelden gegeven van interventies en programma's die elementen bevatten van effectief gebleken aanpakken, ook al zijn die interventies (nog) niet altijd zelf aan effectonderzoek onderworpen. Het biedt geen uitputtend overzicht van effectieve interventies, daarvoor is onder meer het [Interventieoverzicht](#) van Loketgezondleven.nl te raadplegen.

2.1 Alcoholpreventie en ontwikkelingsfasen

Voordat we overgaan op de beschrijving van effectief gebleken maatregelen en interventies, starten we in §2.1.1 met een korte toelichting op de verschillende vormen van alcoholpreventie. In §2.1.2 geven we op basis van recent onderzoek aan waarom het belangrijk is om bij alcoholpreventie rekening te houden met de verschillende ontwikkelingsfasen binnen de doelgroep jongeren van 11 tot 24 jaar.

2.1.1 Vormen van alcoholpreventie

Er zijn vier vormen van alcoholpreventie te onderscheiden, zie kader. We beperken ons in dit rapport tot de eerste drie vormen van alcoholpreventie.

Vormen van alcoholpreventie

1. **Universele alcoholpreventie:** Het voorkomen van gezondheidsschade ten gevolge van alcoholgebruik bij (delen van) de algemene bevolking die niet geïdentificeerd is op basis van een individuele risicofactor. Dit kunnen bijvoorbeeld schoolgerichte alcohol-interventies zijn, waarbij alle leerlingen, ongeacht hun risicostatus, benaderd worden.
2. **Selectieve alcoholpreventie:** Het voorkomen van gezondheidsschade ten gevolge van alcoholgebruik bij individuen of een subgroep van de populatie met een verhoogd risico op (a) problematisch alcoholgebruik en/of (b) ernstige gezondheidsschade ten gevolge van alcoholgebruik door henzelf of door een ander. Bijvoorbeeld schade aan medeweggebruikers door rijden onder invloed.
3. **Geïndiceerde alcoholpreventie:** Het voorkomen van verdere gezondheidsschade ten gevolge van overmatig alcoholgebruik en het tegengaan van een transitie naar een ernstige vorm van overmatig alcoholgebruik of problematisch alcoholgebruik bij individuen die niet voldoen aan de diagnostische criteria voor een stoornis, maar die wel al beperkte symptomen hebben die voorafgaan aan de stoornis. Een voorbeeld van geïndiceerde preventie zijn zelfhulpprogramma's (met professionele begeleiding).
4. **Zorggerelateerde alcoholpreventie:** Het beperken van ziektelast en het voorkomen van verdere problematiek ten gevolge van alcoholverslaving. De behandeling van verslaving valt onder deze vorm van preventie.

2.1.2 Uitsplitsing in ontwikkelingsfasen

De literatuurverkenning richtte zich op alcoholpreventie bij 11- tot 24-jarigen en effectieve preventieve alcoholinterventies bij deze doelgroep. In een recente meta-analyse is vastgesteld dat de effectiviteit van verschillende preventiestrategieën afhankelijk is van de ontwikkelingsfase van jongeren (Onrust, Otten, Lammers, & Smit, 2016). Jongeren doorlopen verschillende ontwikkelingsfasen, te weten:

- vroege adolescentie (11-13 jaar);
- midden adolescentie (14-15 jaar);
- late adolescentie (16 jaar en ouder).

Jongvolwassenen (18-24 jaar), waaronder studenten, vormen nog een aparte doelgroep. Elke ontwikkelingsfase biedt verschillende mogelijkheden voor preventie of interventie en is belangrijk om mee te nemen bij het inrichten van preventieve interventies.

In de tabel op de volgende pagina wordt per fase weergegeven wat de algemene kenmerken zijn van jongeren in deze leeftijdsgroep, wat hun houding ten opzichte van alcohol (en ander middelengebruik) is en welke aanknopingspunten voor preventie naar voren zijn gekomen uit onderzoek.

Tabel 2: Kenmerken ontwikkelingsfasen jongeren en mogelijkheden voor preventie

Ontwikkelingsfase	Kenmerken van ontwikkelingsfase	Houding t.o.v. alcoholgebruik	Mogelijkheden voor preventie
Vroege adolescentie 11-13 jaar	• start van biologische, cognitieve, emotionele en sociale ontwikkelingen • invloed leeftijdsgenoten belangrijker • sterke behoefte om geaccepteerd te worden door leeftijdsgenootjes • toenemende mate van zelfbewustzijn	• houding ten opzichte van middelengebruik is nog overwegend negatief maar wordt positiever • start experimentele fase middelengebruik	• universele preventie meest geschikt • versterken van zelfcontrole en probleemoplossende vaardigheden • aandacht voor gezonde alternatieven • correctie gedrag door ouder / leerkracht • ouderbetrokkenheid • technieken uit cognitieve gedragstherapie <i>Niet effectief:</i> focus op weerbaarheid tegen groepsdruk en peereducatie
Midden adolescentie 14-15 jaar	• riskant gedrag (zoals alcoholgebruik) door snellere ontwikkeling beloningsprocessen t.o.v. zelfregulerende vaardigheden (cognitieve controle) • toename autonomie en invloed leeftijdsgenoten • afwijzing normen van ouders • losmaken van ouders, streven naar onafhankelijkheid	• het afwegen en waarden van voor- en nadelen van middelengebruik verandert. Voordelen op korte termijn worden belangrijker dan nadelen op de langere termijn	• weinig bekend over preventiestrategieën die samenhangen met positieve resultaten • wel positieve effecten gevonden van omgevingsgerichte interventies en alcoholinterventies gericht op leerlingen én ouders • Preventie gericht op risicogroepen is effectiever in deze fase dan universele preventie <i>Niet effectief:</i> focus op weerbaarheid tegen groepsdruk

Ontwikkelingsfase	Kenmerken van ontwikkelingsfase	Houding t.o.v. alcoholgebruik	Mogelijkheden voor preventie
Late adolescentie <i>16 jaar en ouder</i>	• toename hechting aan waarde eigenheid • toename zelfcontrole • afname gevoeligheid groepsdruk • afname gevoeligheid voor beloningen	• hoge prevalentie doordat middelen-gebruik onderdeel is van sociale activiteiten en genormaliseerd raakt	• universele preventie en selectieve preventie gericht op risicogroepen beiden zinvol. Selectieve preventie echter effectiever • versterken van zelfcontrole en probleemoplossende vaardigheden • voorlichting • weerbaar maken tegen groepsdruk • sociale-invloed-benadering • motiverende gespreksvoering • ouderbetrokkenheid
Jongvolwassenen <i>18-24 jaar</i>	• zelfregulatie volgroeid na 20e jaar	• hoge prevalentie doordat middelen-gebruik onderdeel is van sociale activiteiten en genormaliseerd raakt	• Screening and Brief Interventions (zie §2.3.4) • motiverende gespreksvoering (zie §2.3.4) • gepersonaliseerde feedback (Miller et al., 2012) • kortdurende interventies SEH (Taggart et al., 2013)

(Bron: Onrust et. al., 2016, tenzij anders vermeld in tabel)

2.2 Effectieve (beleids)maatregelen

Er zijn verschillende (beleids)maatregelen die het alcoholgebruik bij jongeren en jongvolwassenen kunnen voorkomen en terugdringen. Deze maatregelen hebben een drietal preventieve functies die voor jongeren van belang zijn: 1) het voorkomen van gebruik door minderjarigen, 2) het beperken van alcohol gerelateerde schade en het voorkomen van dronkenschap in het publieke domein en 3) het toeleiden van overmatige/hoog-risico drinkers naar de zorg met als doel om ernstige gezondheidsschade en verslaving te voorkomen. Het Expertisecentrum Alcohol heeft een overzicht gemaakt van de (kosten)effectiviteit van deze maatregelen (zie tabel 3). Veel van de maatregelen die het meest effectief zijn in het terugdringen van alcoholgebruik en gerelateerde problematiek, zijn maatregelen die de fysieke beschikbaarheid

van alcohol beperken: accijnzen, minimum leeftijdsgrens, verkoopverboden, beperken aantal verkoopdagen en –tijden en het beperken van het aantal verkooppunten. Door middel van handhaving kan de naleving van deze regelgeving worden bewaakt, essentieel voor een effectieve aanpak.

Screening en kortdurende interventies (ook wel alcoholadvies aan hoog-risicogroepen genoemd) zijn effectieve interventies die veelal in een zorgcontext worden aangeboden. Via gemeentelijk beleid kan de toeleiding naar dit type interventies worden versterkt en kan een brug worden gecreëerd tussen het publieke gezondheidsbeleid en het zorgaanbod op scholen, in de wijk, op het werk en de eerstelijns gezondheidszorg. Vanuit het gemeentelijke gezondheidsbeleid kan daarnaast via het stimuleren van eHealth worden bijgedragen aan het opzetten van een *stepped care* aanbod voor hoog-risicogroepen.

Hieronder lichten we een aantal maatregelen verder toe.

Tabel 3: Overzicht kosteneffectiviteit (beleids)maatregelen (Babor et al., 2010)

Maatregel	Effectiviteit
Minimum leeftijdsgrens voor verkoop	+++
Alcohol-advies aan hoog-risicodrinkers in de eerstelijns	+++
Uitvoeren blaastesten in het verkeer	+++
Accijnzen	+++
Verkoopverboden	+++
Handhaving van regelgeving bij verkooppunten	++
Beperken aantal dagen en tijden van verkoop	++
Beperken van het aantal verkooppunten van alcohol	++
Wettelijke beperkingen op alcoholreclame	+ / ++
Trainen barpersoneel	0 / +
Voorlichtingslessen op school	0
Vrijwillige barcodes in verkooppunten	0

Legenda: 0 = bewijs wijst op een gebrek aan effectiviteit; + = bewijs voor beperkte effectiviteit; ++ = bewijs voor matige effectiviteit; +++ = bewijs voor een hoge mate van effectiviteit.

2.2.1 Accijnzen

Internationaal onderzoek heeft uitgewezen dat een **prijsverhoging van alcoholhoudende drank** middels het heffen van accijns één van de drie meest kosteneffectieve beleidsmaatregelen is om alcoholgebruik te reduceren (Babor et al., 2010). Deze maatregel kan extra effectief zijn voor jongeren en jongvolwassenen, aangezien zij gevoelig zijn voor de alcoholprijs en een hogere prijs resulteert in lagere consumptie (WHO, 2017).

2.2.2 Inperken fysieke beschikbaarheid

Er zijn in Nederland naar schatting zo'n 67.000 verkooppunten waar alcohol verkocht of verstrekt wordt. Het gaat om 22.000 detailhandelsvestigingen en zo'n 45.000 horecabedrijven (commercieel en para-commercieel). Daarnaast wordt naar schatting op 26.000 publieksevenementen en festivals zwak-alcoholhoudende drank geschonken (STAP, 2009). Internationaal onderzoek heeft uitgewezen dat het beperken van het **aantal verkooppunten van alcoholhoudende drank en openingstijden** één van de drie meest kosteneffectieve beleidsmaatregelen is om het alcoholgebruik te reduceren (Babor et al., 2010).

De *fysieke beschikbaarheid* van alcoholhoudende drank kan gereduceerd worden door een toename van de naleving van de wettelijk vastgestelde **leeftijdsgrens van 18 jaar** voor de verkoop van alcoholhoudende drank door verstrekkers. Momenteel zijn er grote verschillen tussen de verstrekkers wat betreft het percentage dat deze maatregel naleeft: 2% van de thuisbezorgkanalen, 16,7% van de sportkantines, 26,6% binnen de horeca, 63,3% van de levensmiddelenwinkels en 61,8% van de slijterijen. Om het nalevingspercentage te verhogen, is onder meer inzicht nodig in welke factoren het vragen naar het ID en een juiste beoordeling van het ID kunnen faciliteren (Roodbeen & Schelleman-Offermans, 2016).

Naast de fysieke beschikbaarheid is ook de *sociale beschikbaarheid* van alcohol van belang. Onderzoek laat zien dat jongeren hun alcohol voor een groot deel verkrijgen via sociale bronnen zoals ouders, vrienden en leeftijdsgenoten (Schelleman-Offermans, Kruize, Roodbeen & Bieleman, 2015). Uit recent onderzoek blijkt dat zo'n 40 procent van de 12- tot 16-jarige scholieren die alcohol drinken, dit krijgt via vrienden. Bijna 25 procent van deze groep zegt drank meestal te krijgen van ouders en dit geldt met name voor de groep van 12 tot en met 14 jaar (Stevens et al., 2018). Daarom zou ook de sociale beschikbaarheid van alcohol voor jongeren via deze sociale bronnen verlaagd moeten worden.

Ongewenste ontwikkeling: blurring

De Drank- en Horecawet maakt een strikte scheiding tussen wat verkocht mag worden in levensmiddelenwinkels (alleen verkoop van zwak-alcoholhoudende drank), in slijterijen (verkoop van zwak-alcoholhoudende en sterke drank), in de horeca (alleen alcohol schenken voor drinken ter plaatse) en in non-foodverkoop en bij dienstverleners (geen alcoholverkoop). Vanuit diverse Nederlandse gemeenten is de wens kenbaar gemaakt om alcoholverkoop ook toe te staan in de non-foodsector en voor dienstverleners. Hierdoor ontstaat functievermenging, ook wel *blurring* genoemd. Er is consensus onder wetenschappers dat *blurring* tot een vermeerdering van het aantal verkooppunten van alcohol leidt en dat de formele en sociale controle op alcoholverstrekking moeilijker wordt, met als gevolg dat het makkelijker wordt om alcohol te drinken (de Greeff & Lemmers, 2016).

2.2.3 Verbod op alcoholreclame en -sponsoring

Internationaal onderzoek wijst uit dat blootstelling aan **alcoholreclame** leidt tot een vergrote kans dat jongeren starten met het drinken van alcohol en tot het drinken van een grotere hoeveelheid alcohol (Burton et al., 2017). Ook blijkt dat blootstelling aan sportsponsoring

bijdraagt aan de normalisering van de relatie tussen alcohol en sport (Brown, 2016; Rossen et al., 2017) en leidt tot alcoholgebruik bij jongeren en jongvolwassenen (Burton et al., 2017). Momenteel is er onvoldoende onderzoek gedaan naar de relatie tussen blootstelling aan reclame van 0.0% drank en het alcoholgebruik van jongeren en jongvolwassenen. Het kan het alcoholgebruik reduceren, omdat het een aantrekkelijk alternatief voor alcoholhoudende drank promoot, of verhogen, omdat het bijdraagt aan de bekendheid van merken die bekendstaan om hun alcoholhoudende drank.

2.2.4 Voorlichting

Onderzoek laat zien dat een beleid dat alleen inzet op voorlichting niet voldoende is om gedragsverandering te realiseren en alcoholgebruik te beïnvloeden (Anderson & Baumberg, 2006). Dit wil echter niet zeggen dat voorlichting geen aandacht moet krijgen. In een integrale alcoholpreventie-aanpak is voorlichting een essentieel onderdeel en zou zich moeten richten op verschillende doelgroepen zoals jongeren (algemeen en risicogroepen), ouders en professionals. Voorlichting is nodig om kennis te vergroten, bewustzijn voor de problematiek te creëren (agendasetting), draagvlak voor beleid te ontwikkelen of te vergroten, normen te beïnvloeden en mensen te informeren over het bestaande preventie/interventie-aanbod. Voorlichting zal daarom altijd een onderdeel zijn van een effectief lokaal alcoholpreventiebeleid. Het is geschikt om toe te passen in alle settings die in §2.3 uitgebreid aan bod zullen komen: voorlichting op school (in de vorm van bijvoorbeeld lespakketten), in de wijk (waaronder voorlichting gericht op ouders), in het uitgaanscircuit (zoals peervoorlichting) en eerstelijnszorg (o.a. in gesprekken met hulpverleners).

2.2.5 Massamediale campagnes

Om grote groepen mensen te bereiken wordt in preventiebeleid veel gebruikt gemaakt van massamediale campagnes. Het is een vorm van publieksvoorlichting die op zichzelf onvoldoende is om gedrag te veranderen, maar dus wel andere en ondersteunende doelen kan dienen. Over de effecten van massamediale campagnes op alcoholgebruik kunnen geen harde uitspraken gedaan worden, voornamelijk door de grote variatie aan studies en methodologische tekortkomingen (Derzon & Lipsey, 2002). Op basis van een internationale review naar de resultaten van massamedia campagnes gericht op het bevorderen van gezond gedrag in het algemeen, wordt wel geconcludeerd dat dergelijke campagnes positieve veranderingen teweeg kunnen brengen of negatieve veranderingen kunnen voorkomen binnen grote populaties. In de context van alcoholpreventie is er nog een andere belangrijke functie van massamediale campagnes. Ongereguleerde alcoholmarketing kan tot een sterke, positieve 'pro-alcohol' norm leiden. Door middel van massamediale campagnes zoals NIX18 wordt daarom sterk ingezet om de sociale norm *Niet drinken, niet roken onder de 18 jaar* te versterken. Naast het stellen van sociale normen omtrent alcoholgebruik zijn massa-mediale campagnes met name van belang voor de agendasetting en bewustwording, en veelal onderdeel van een bredere strategie (Wakefield, Loken & Hornik, 2010; Anderson & Baumberg, 2006).

2.2.6 Random verkeerscontroles

In de Wegenverkeerswet 1994 (artikel 8) is opgenomen dat ervaren bestuurders die aan het verkeer deelnemen maximaal een bloedalcoholgehalte van 0,5 promille mogen hebben. Voor bestuurders die korter dan 5 jaar hun rijbewijs hebben (beginnende bestuurders) geldt een limiet van 0,2 promille. Rijden onder invloed wordt als een misdrijf gezien en er staan zware straffen op. In artikel 5 en 6 van de Wegenverkeerswet staat dat ook fietsen onder invloed van alcohol verboden is. Daarvoor geldt een maximum promillage van 0,5. Bij overtreding van de wet kunnen fietsers eveneens veroordeeld worden.

De politie en het Openbaar Ministerie zijn samen verantwoordelijk voor de handhaving van de wegenverkeerswet en de alcoholcontroles in het verkeer. Het uitvoeren van verkeerscontroles met blaastesten is een zeer effectieve manier om rijden onder invloed te voorkomen. Het is dan wel belangrijk dat dit willekeurig (random) en onaangekondigd gebeurt.

2.3 Alcoholpreventie in settings

In de volgende paragrafen wordt ingegaan op preventieve alcoholinterventies in verschillende settings, te weten: school, wijk, uitgaan en eerstelijnszorg. Voor elke setting worden de belangrijkste bevindingen van de literatuurstudie samengevat.

2.3.1 School

School is de enige setting waar alle jongeren en jongvolwassenen een groot deel van hun tijd verblijven en is daarmee geschikt voor het aanbieden van preventieve interventies gericht op het voorkomen en verminderen van alcoholgebruik.

Internationaal onderzoek wijst uit dat alcoholinterventies in de schoolsetting effectief kunnen zijn in het voorkomen of verminderen van alcoholgebruik indien er rekening wordt gehouden met de leeftijdsfase (vroeg, midden –en late adolescentie) van de doelgroep (zie §2.1.2). Zo zijn *universele* alcoholinterventies vooral geschikt in de vroege adolescentie (11-13 jaar), maar niet geschikt voor basisschoolleerlingen. De midden-adolescentie (13-15 jaar) is een lastige periode voor alcoholpreventie. Het meest effectief zijn preventiestrategieën die aansluiten bij de ontwikkeling die de jongere doormaakt in een bepaalde leeftijdsfase. De effectiviteit van middelenpreventie op school neemt toe wanneer rekening wordt gehouden met de ontwikkeling van de leerlingen (Onrust et al., 2016). *Selectieve* alcoholinterventies lijken vooral te werken in de late adolescentie (15-18 jaar).

Voorbeeld interventie – De Gezonde School

De Gezonde School en Genotmiddelen (DGSG) is een programma voor (verschillende typen) scholen die aandacht willen schenken aan de preventie van alcohol, drugs en tabak. DGSG bestaat al bijna 30 jaar. Het is breed opgezet; naast voorlichting aan leerlingen is er aandacht voor een goed schoolbeleid, het betrekken van ouders en het signaleren en begeleiden van leerlingen die problematisch alcohol (of drugs) gebruiken. Het programma is er voor het voortgezet onderwijs, het voortgezet speciaal onderwijs, het middelbaar beroepsonderwijs en op indicatie ook voor groep 7 en 8 van het basisonderwijs.

In de **vroege adolescentie (11-13 jaar)** lijken vooral universele alcoholinterventies geschikt. Het is in die periode van belang om vooral zelfcontrole, probleemoplossende -en sociale vaardigheden te versterken en ouders te betrekken. Ook aandacht voor gezonde alternatieven en correctie van gedrag door ouders en leerkrachten lijkt te werken (Onrust et al., 2016). Hoewel het niet expliciet onderzocht is, lijkt het alcoholvrij maken van de schoolomgeving ook een logische, effectieve maatregel te kunnen zijn. Een focus op weerbaarheid tegen groepsdruk en peereducatie blijkt echter *niet effectief* te zijn en zelfs tegenstelde effecten te bereiken (Onrust et al., 2016).

Voorbeeld interventie – Frisse start

Een interventie waarin enkele elementen terugkomen die effectief blijken in de vroege adolescentie, is Frisse Start. Frisse Start is bedoeld voor alle leerlingen in de brugklas en hun ouders. Het bestaat uit vier lessen. In het lesprogramma wordt veel aandacht besteed aan het stellen van een negatieve sociale norm ten opzichte van middelengebruik (duidelijk maken dat in de brugklas de meeste leerlingen niet roken, drinken en blowen en daarnaast benadrukken dat roken, drinken en blowen niet iets is dat erbij hoort, zeker niet als je jonger bent dan 18 jaar, en dat het ook gewoon nog niet mag) en het maken van verstandige keuzes. Voor de ouders is een ouderavond ontwikkeld waarbij de nadruk ligt op opvoeding tijdens de overgangsfase in het voortgezet onderwijs. Uit onderzoek is gebleken dat de interventie effectief is in het bewerkstelligen van een negatievere attitude tegenover middelengebruik bij brugklassers (Zschämis, 2016).

Hoewel de **midden adolescentie (14-15 jaar)** een lastige periode voor alcoholpreventie is, kunnen omgevingsgerichte interventies in deze fase wel een beschermend en preventief effect hebben (Lemmers, Mulder, Onrust, Verdurmen, & Van Hasselt, 2016). Zo is de universele alcoholinterventie 'Preventie Alcohol Scholieren' (PAS) effectief bevonden in het uitstellen van en het verminderen van alcoholgebruik (Koning, Maric, MacKinnon, & Vollebergh, 2015; Koning et al., 2009).

In de **late adolescentie (16 jaar en ouder)** lijken vooral selectieve alcoholinterventies te werken. In deze fase is het van belang dat alcoholinterventies zich richten op sociale normen, het versterken van zelfcontrole, motiverende gespreksvoering en het betrekken van ouders

(Onrust et al., 2016). De interventie Moti-4 is hiervan een goed voorbeeld (zie kader in §2.3.4). Een aparte variant van PREVENTURE (zie onderstaand kader) voor het MBO is momenteel in ontwikkeling.

Naast universele preventie is preventie gericht op **risicogroepen** raadzaam. Het bieden van alcoholpreventie specifiek gericht op subgroepen met een verhoogd risico op zwaar/problematisch alcoholgebruik (bijvoorbeeld: jongens met een lage opleiding en risicovolle persoonlijkheids-kenmerken) blijkt effectief te zijn in het verminderen van binge drinken (Lammers et al., 2015, 2017).

Voorbeeld interventie – PREVENTURE

PREVENTURE is een voorbeeld van een selectief preventieprogramma dat een interventie op maat biedt voor jongeren die behoren tot een risicogroep en het afgelopen jaar alcohol hebben gedronken. De verschillende kortdurende interventieprogramma's bestaan uit twee sessies onder leiding van een getrainde psycholoog waarbij elementen van motiverende gespreksvoering met technieken uit de cognitieve gedragstherapie worden gebruikt.

In Canada en het Verenigd Koninkrijk is deze aanpak effectief gebleken in het voorkomen van binge drinken onder middelbare scholieren. Een Nederlandse RCT studie naar de effectiviteit van de interventie bij 13-15 jarige scholieren toont aan dat PREVENTURE op lange termijn binge drinken kan verminderen (Lammers et al., 2015). De interventie blijkt daarnaast effect te hebben op alcoholgebruik en binge drinken binnen risicogroepen, met name op 'sensatiezoekers' en lager opgeleiden (Lammers et al., 2017).

2.3.2 Wijk

Verschillende omgevingsfactoren zijn van invloed op het starten en overmatig drinken van alcohol. Community of wijkgerichte interventies zijn gericht op het veranderen van de drinkomgeving van jongeren (Lammers et al., 2016). Dit type interventie bestaat uit een gecombineerd 'pakket' van interventies uitgevoerd in een specifieke regio of stad gericht op individuen, organisaties en de gemeenschap in zijn totaliteit.

Zowel nationaal als internationaal onderzoek heeft uitgewezen dat community of wijkgerichte interventies effectief kunnen zijn in het voorkomen of verminderen van alcoholgebruik (Bühler & Thrul, 2013; Dupont, 2015; Jansen et al., 2016). Zo bleek de Nederlandse community interventie 'Alcoholmatiging onder jongeren in de Achterhoek' effectief te zijn op korte –en lange termijn (na 5 jaar) in het verminderen van recent alcoholgebruik en binge drinken onder tweedejaarsleerlingen van de middelbare school (Jansen et al., 2016). Meestal is het echter onduidelijk welke component van de interventie het (meeste) effect veroorzaakt (Lammers et al, 2016).

Wat we wel weten uit internationaal onderzoek is dat met name **ouders** een belangrijke rol spelen in community of wijkgerichte interventies:

- Het effect van **gezinsinterventies** is gemiddeld 2 tot 9 keer groter dan het effect van interventies alleen gericht op kinderen. Preventieprogramma's die zich op beide richten,

zoals de Strengthening Families Program, blijken nog veel effectiever (Kumpfer, Alvarado, Whiteside, 2003). De kortdurende gezinsinterventie de Family Check Up is in Amerikaanse en Zweedse studies effectief bevonden in het verminderen van een breed scala aan problemen onder jongeren, waaronder alcoholgebruik. Deze interventie wordt momenteel in Nederland middels een pilot onderzocht op werkzaamheid.

- De **oudercomponent** van Project Northland, een multi-componenten interventie uit Australië, bleek het meest effectieve onderdeel te zijn in het verminderen van alcoholmisbruik (Spath et al., 2008).
- Een onderzoek naar een veelbelovende community interventie in IJsland (zie kader) toonde aan dat het **versterken van monitoring door ouders** en **deelname van jongeren aan georganiseerde sporten**, bescherming kunnen bieden tegen middelengebruik (Kristjánsson, James, Allegrante, Sigfusdóttir & Helgason, 2010).

Lokale beleidsmaatregelen als onderdeel van community-interventies

Lokale beleidsmaatregelen – zoals regulatie van de beschikbaarheid van alcohol, het handhaven van de wetgeving, bestraffen van overtredingen en de implementatie van een lokale campagne – dragen bij aan het effect van community-interventies. De inzet van meerdere beleidsmaatregelen lijkt belangrijk voor de effectiviteit. Alcoholgebruik en alcoholgerelateerde problemen kunnen hiermee beperkt worden voor jongeren en jongvolwassenen (Bühler & Thrul, 2013).

Voorbeeld interventie – de IJslandse aanpak

Een veelbelovende community interventie gericht op jongeren tussen de 12 en 16 jaar is de IJslandse aanpak. Door de uitvoerige en regelmatige monitoring van beschermende en risicofactoren voor middelengebruik en deze op korte termijn terug te koppelen op lokaal niveau, kan gericht worden ingezet om bijvoorbeeld alcoholgebruik onder jongeren te voorkomen of uit te stellen. Het is geen vast pakket aan maatregelen dat wordt ingezet, maar een op maat gemaakt pakket aan interventies die de lokale beschermende factoren versterkt en de risicofactoren vermindert (Sigfúsdóttir, Thorlindsson, Kristjánsson, Roe, & Allegrante, 2008). Momenteel onderzoekt het Trimbos-instituut samen met het Nederlands Jeugdinstituut hoe de veelbelovende IJslandse aanpak naar de Nederlandse context vertaald kan worden.

2.3.3 Uitgaan

Er zijn weinig effectstudies uitgevoerd naar interventies gericht op de uitgaanssetting. Van de Nederlandse interventies gericht op de drinkomgeving, is er zelfs geen een onderzocht op effectiviteit (Lemmers et al., 2016). Uit buitenlands onderzoek is bekend dat het beperken van alcoholverkoop aan personen onder invloed effect heeft op het verminderen van alcohol gerelateerde schade, maar niet als deze als losstaande maatregel wordt ingezet (Anderson, Christolm & Fuhr, 2009).

Een succesvolle aanpak uit het buitenland die (kosten)effectief is gebleken voor het verminderen van overmatig alcoholgebruik bij jongvolwassenen in de uitgaanssetting, is de STAD-aanpak (zie ook kader). Deze methodiek bestaat uit drie kernpijlers die in combinatie moeten worden ingezet:

1. **Gemeenschapsmobilisatie:** bewustwording creëren binnen de community door middel van communicatie, waardoor draagvlak ontstaat voor de aanpak.
2. **Training verantwoord alcohol schenken:** 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.

Op basis van effectonderzoek wordt het succes van STAD toegeschreven aan de lange termijn aanpak, het opzetten van effectieve samenwerkingen, continue aandacht in de media voor de alcoholproblematiek en de continue monitoring en evaluatie van de aanpak (Lemmers et al., 2016). Een dergelijke aanpak kan daarmee leiden tot minder agressie, minder verkeersongevallen en minder verkoop van alcohol aan minderjarigen (Jones, Hughes, Atkinson & Bellis, 2011).

Voorbeeld interventie – STAD-aanpak in Nederland

De STAD-aanpak (*Stockholm Prevents Alcohol and Drug Problems*) is ontwikkeld ter preventie van alcohol gerelateerde problematiek in het uitgaansleven. De afgelopen jaren zijn concrete stappen genomen om de aanpak naar Nederland te halen en als hulpmiddel is daarvoor een Roadmap ontwikkeld (Lemmers et al., 2016). Momenteel voert het Trimbos-instituut in samenwerking met de gemeente Rotterdam een pilot uit, waarbij wordt geëxperimenteerd met de STAD-aanpak. Begin 2019 worden de resultaten van de aanpak gedeeld via de projectwebsite en het Expertisecentrum Alcohol.

2.3.4 Eerstelijnszorg

Er zijn aanwijzingen dat *Screening and Brief Interventions (SBIs)* (kosten)effectief zijn om (ernstig) overmatig tot problematisch alcoholgebruik bij jongeren en jongvolwassenen in de eerstelijnszorg te verminderen (O'donnell et al., 2013). Screening is het opsporen van personen met schadelijk alcoholgebruik die niet actief op zoek zijn naar hulp. Brief Interventions zijn kortdurende interventies met één of meerdere contactmomenten om personen te motiveren tot gedragsverandering. SBIs maken gebruik van Motivational Interviewing technieken (Miller & Rollnick, 2002) en geven persoonlijke (normatieve) feedback (Onrust et al., 2016) en advies. Dit wordt aangeboden in een gesprek (*face-to-face*), via een folder, of online op een computer (*e-Health*) of mobiele telefoon (*m-Health*).

Hoewel er aanwijzingen zijn voor de effectiviteit van SBI's (Kaner et al., 2018), dienen de resultaten met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden (McCambridge & Saitz, 2017). Er is weinig bekend over de generaliseerbaarheid van de effecten van SBIs. De effectiviteit van SBIs kan verschillend zijn voor bepaalde groepen afhankelijk van persoonsgebonden factoren (e.g., geslacht, etniciteit, sociaal economische status) en omgevingsfactoren (e.g., gezondheidssysteem). Ook is meer onderzoek nodig naar implementatiestrategieën en werkzame elementen van SBIs. Gezien de beperkingen van SBIs dienen zij niet op zichzelf

staand aangeboden te worden, maar onderdeel uit te maken van een integrale aanpak (McCambridge & Saitz, 2017).

Voorbeeld interventie – Moti-4

Moti-4 is een geïndiceerd preventieprogramma voor jongeren van 14-24 jaar met beginnend problematisch middelengebruik (en gokken, gamen). 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 erkenningcommissie erkend als *Effectief volgens goede aanwijzingen*, omdat effectonderzoek positieve resultaten heeft laten zien op cannabisgebruik. Er is echter nog geen effectonderzoek uitgevoerd naar de invloed van de interventie op alcoholgebruik.

2.3.5 Wat werkt niet en waarvan weten we nog onvoldoende?

Uit bovenstaande literatuur is duidelijk geworden welke elementen in preventie van (overmatig) alcoholgebruik van jongeren effectief kunnen of lijken te zijn. We weten echter ook een aantal dingen die *niet* werken:

- Hoewel deze literatuurstudie zich richtte op jongeren vanaf 11 jaar, is bekend dat alcoholpreventieprogramma's in het basisonderwijs niet effectief zijn en zelfs een averechts effect kunnen hebben op leerlingen met een verhoogd risico (Onrust et al., 2016).
- Focussen op weerbaarheid tegen groepsdruk en peereducatie blijkt niet effectief te zijn en zelfs tegengestelde effecten te bereiken in de vroege adolescentie (11-13 jaar).
- Ook in de midden adolescentie (14-15 jaar) is een focus op weerbaarheid tegen groepsdruk niet effectief gebleken.
- In algemene zin kunnen we ook concluderen dat preventie gericht op een enkel aspect in het leven van jongeren – in tegenstelling tot een integrale aanpak gericht op meerdere pijlers – geen tot weinig effect zal hebben.

Op een aantal vlakken weten we nog onvoldoende. Op basis van een analyse van de literatuur en de Nederlandse situatie hebben Lemmers et al. (2016) een aantal kennislacunes vastgesteld. We noemen hier enkele punten die relevant zijn voor jongeren en jongvolwassenen:

- Er is nog weinig aandacht voor kwetsbare groepen en het speciaal onderwijs. Specifieke programma's en onderzoek zijn nodig om alcoholpreventie voor deze doelgroepen te intensiveren.
- Dat de oudercomponent belangrijk is bij alcoholpreventie weten we. Er is echter meer kennis nodig over hoe ouders het beste bereikt kunnen worden voor preventie.
- Onderzoek naar effectieve preventiemethodieken voor oudere adolescenten is beperkt. Een interessante mogelijkheid voor deze doelgroep is het ontwikkelen van een sociale normaanpak die niet alleen aansluit op preventie in de schoolsetting maar ook op de activiteiten van de NIX18-campagne. Zo'n aanpak zou zich kunnen richten op zowel jongeren als ouders.
- Er is kennis nodig over hoe de effectiviteit van kortdurende interventies in settings buiten de eerstelijnszorg verhoogd kan worden.

- 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.

Daarnaast weten we dat er momenteel ook nog onvoldoende onderzoek is gedaan naar de relatie tussen blootstelling aan reclame van 0.0% drank en het alcoholgebruik van jongeren en jongvolwassenen.

Door het Expertisecentrum Alcohol is recent een kennisagenda ontwikkeld, waarin de belangrijkste kennisvragen op het gebied van alcoholpreventie zijn uitgewerkt. Deze kennisagenda zal begin 2019 op de website van het Expertisecentrum Alcohol gepubliceerd worden.

Deel 2

Aanpak preventie van alcoholgebruik bij jongeren

3 Hoe een gemeente aan de slag kan

Uit de literatuurverkenning blijkt dat er bewijs is voor werkzame aanpakken ter preventie van (overmatig) alcoholgebruik onder jongeren. Ook zijn er enkele 'veelbelovende' aanpakken gevonden.

Alcoholpreventie bij jongeren vraagt hoe dan ook om een integrale aanpak; het tegelijkertijd inzetten van maatregelen op meerdere terreinen. Gemeentelijk alcoholbeleid gericht op jongeren heeft de volgende preventiedoelen:

1. Voorkomen van alcoholgebruik door minderjarigen;
2. Beperken van alcohol gerelateerde schade en voorkomen van dronkenschap van jongeren en jongvolwassenen;
3. Voorkomen van ernstige gezondheidsschade en verslaving door overmatig alcoholgebruik bij jongeren en jongvolwassenen.

De adviezen die we in dit deel geven voor een integrale aanpak op gemeentelijk niveau, beschrijven we – in navolging van de Handreiking Gezonde Gemeente – aan de hand van de volgende pijlers:

- 1) wet- en regelgeving, toezicht en handhaving,
- 2) voorlichting en educatie,
- 3) fysieke en sociale omgeving,
- 4) signaleren en ondersteuning.

Voor elk van de 4 pijlers geven we op basis van de literatuurverkenning handvatten hoe de gemeente aan de slag kan. We hebben het advies in enkele gemeenten getoetst met behulp van focusgroepen en deze aanpak bleek aan te sluiten. Aanvullende suggesties, kanttekeningen en voorbeelden die in de focusgroepen werden gegeven, zijn verwerkt in het advies.

In hoofdstuk 3.1 beschrijven we eerst de processtappen voor een gemeente om het onderwerp op de kaart te zetten. In hoofdstuk 3.2 van het advies gaan we in op de 4 genoemde pijlers. Voor het gehele hoofdstuk geldt dat de adviezen dienen om gemeenten bewust te maken op welke punten zij mogelijk al goed op weg zijn en waar zij lokaal gezien nog stappen kunnen maken. Alle adviezen zijn bedoeld om naar eigen inzicht, en in samenwerking met de lokale netwerkpartners, toe te passen.

3.1 Stappen voor het op de kaart zetten van het onderwerp

Wanneer een gemeente de preventie van (overmatig) alcoholgebruik onder jongeren in de leeftijd van 11 tot 24 jaar wil oppakken, dan zal zij – naast het uitvoeren van wettelijke taken – de volgende rollen en taken met betrekking tot lokaal alcoholbeleid op zich moeten nemen:

- Aanjagen en agendasetting, intern en extern
- Afstemming tussen verschillende gemeentelijke afdelingen
- Financiële en beleidsruimte creëren met betrekking tot preventie- en handhaving
- Partijen bij elkaar brengen

- Regiefunctie lokaal alcoholbeleid
- Uitvoering op onderdelen
- Het goede voorbeeld geven door de eigen organisatie zoveel mogelijk alcoholvrij te maken

In de tabel hieronder worden enkele stappen toegelicht die van belang zijn bij het op de kaart zetten van de preventie van (overmatig) alcoholgebruik. Deze informatie is verkregen via de website www.loketgezondleven.nl. In de rechterkolom vindt u verwijzingen naar meer informatie.

Stappen die kunnen helpen	Direct naar
Stel het belang van lokaal beleid vast aan de hand van cijfers en feiten over alcoholgebruik. Weet welke wettelijke en beleidsmatige aanknopingspunten er zijn voor lokaal alcoholbeleid.	Cijfers en feiten Wettelijk en beleidskader
Formuleer aandachtspunten voor beleid door de vorige beleidsperiode te evalueren en de lokale problemen en mogelijkheden voor een integrale aanpak te inventariseren.	Lokale probleemanalyse Een integrale aanpak
Formuleer lokale doelen die haalbaar en meetbaar zijn. Ga na hoe de doelen kunnen bijdragen aan die van andere beleidsterreinen of gemeentelijke ambities.	Beleidsfocus en doelstellingen
Maak voldoende capaciteit en financiering vrij voor de uitvoering en evaluatie.	Uitvoering en samenwerking Evalueren
Kies interventies van goede kwaliteit, die gericht zijn op meerdere pijlers in de integrale aanpak.	Een integrale aanpak Interventieoverzicht
Organiseer de uitvoering in samenwerking met partijen (publiek en privaat) en andere sectoren.	Uitvoering en samenwerking
Monitor en evalueer uw beleid vanaf het begin om tussentijds bij te sturen en nieuw beleid te maken.	Evalueren

In de praktijk blijkt dat binnen gemeenten verschillende, elkaar tegenwerkende belangen kunnen bestaan als het gaat om alcoholbeleid. Economische belangen – zoals de verruiming van openingstijden van winkels en het toestaan van blurring – en gezondheidsbelangen – zoals het beperken van de beschikbaarheid van alcohol voor jongeren – kunnen elkaar tegenwerken. Gemeenten worden daarom sterk geadviseerd om bij de ontwikkeling van lokaal alcoholbeleid te zorgen voor betrokkenheid van de verschillende belanghebbende afdelingen en na te

denken welke argumenten (economische) beleidsmedewerkers en het college/bestuur ervan kunnen overtuigen om bepaalde maatregelen in te zetten.

Leestip – Succes- en faalfactoren van veelbelovende alcoholprojecten

In 2012 hebben het Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid (STAP) en het Trimbos-instituut onderzocht wat de succes- en faalfactoren zijn van veelbelovende alcoholprojecten in Nederland als het gaat om het implementatieproces van hun projectplannen (Mulder, Bovens, Franken & Sannen, 2013). Het rapport 'Proces in uitvoering' is bruikbaar voor gemeenten die met dit onderwerp aan de slag willen en is [hier](#) te downloaden.

3.2 Uitvoering op vier pijlers

3.2.1 Wet- en regelgeving, toezicht en handhaving

Met de invoering van de nieuwe Drank- en Horecawet in 2013 hebben gemeenten een prominentere rol in alcoholpreventie gekregen. Gemeenten hebben hierdoor meer bevoegdheden om zelf invulling te geven aan het alcoholbeleid en zijn verantwoordelijk voor de handhaving van de Drank- en Horecawet. In 2014 is met een aanpassing van de wet bepaald dat de leeftijdsgrens werd opgehoogd naar 18 jaar. Gemeenten zijn toen bovendien verplicht hun lokale alcoholbeleid uit te werken in een preventie- en handhavingplan, waarin ze beschrijven hoe ze de Drank- en Horecawet handhaven. Hieronder volgen, op basis van de literatuurverkenning, concrete adviezen hoe gemeenten aan de slag kunnen met alcoholpreventie binnen deze pijler.

Hoe gaat de gemeente aan de slag

Handhaaf verkoopverboden in de Drank- en Horecawet

De Drank- en Horecawet beperkt de fysieke beschikbaarheid door middel van verkoopverboden voor verschillende type verkooppunten (zoals benzinestations, kledingwinkels, etc.). Deze wettelijke bepalingen zijn [hier](#) te vinden.

- Sta blurring – het mengen van detailhandel en horeca – niet toe, omdat daarmee het aantal verkooppunten enorm stijgt en het handhaving heel lastig maakt. Blurring is op basis van de huidige Drank- en Horecawet verboden.

Handhaaf de leeftijdsgrens van 18 jaar voor de verkoop en het bezit van alcohol

In de Drank- en Horecawet is de leeftijdsgrens voor alcohol vastgelegd in [artikel 20](#). Dit geldt voor alle verkooppunten in een gemeente, van supermarkten tot sportkantines en tijdens evenementen.

- Het is aan gemeenten om verstrekkers te informeren over hun taak, ze te stimuleren om hun personeel te trainen en buitengewoon opsporingsambtenaren in te zetten om toe te zien op de naleving en op te treden bij overtredingen.

- Jongeren onder de 18 jaar zijn strafbaar op het moment dat zij alcohol voorhanden hebben. Aan de gemeente om ouders en jongeren te informeren en toe te zien op de naleving en op te treden bij eventuele overtredingen.

Leestip: Leidraad voor gemeenten over alcohol en drugs bij evenementen

Deze leidraad biedt achtergrondinformatie over maatregelen die ingezet kunnen worden om vigerende wetgeving te handhaven en gezondheid- en veiligheidsrisico's als gevolg van middelengebruik te voorkomen. In hoofdstuk 3.9 is te vinden welke instrumenten voor het controleren van de leeftijd beschikbaar zijn.

Handhaaf het verbod op toelaten van en doorschenken aan dronken klanten

- In de Drank- en Horecawet (DHW) en Wetboek van Strafrecht (WvSr) zijn bepalingen opgenomen om te voorkomen dat personen in kennelijke staat van dronkenschap worden toegelaten tot horecagelegenheden (20 lid 5 DHW) en worden doorgeschonken (252 lid 1 WvSr).
- Aan gemeenten de taak om (i.s.m. politie) verstrekkers te informeren over hun rol, ze te stimuleren om hun personeel te trainen in verantwoorde verstrekking en buitengewoon opsporingsambtenaren/ politieagenten in te zetten om toe te zien op de naleving en op te treden bij overtredingen.

Leestip: Dronkenschap en doorschenken: van intentie naar actie

Dit stappenplan is ontwikkeld om gemeentelijk beleid op te zetten gericht op dronkenschap en doorschenken.

Verbied prijsacties via de Drank- en Horecawet

De Drank- en Horecawet biedt mogelijkheden om prijsacties in de detailhandel en horeca te verbieden (artikel 25d). Gemeenten kunnen dit bij gemeentelijke verordening vastleggen, ondernemers informeren en buitengewoon opsporingsambtenaren inzetten om toe te zien op de naleving en op te treden bij overtredingen.

(NB: de Rijksoverheid wil dit landelijk gaan regelen, dus dit is mogelijk snel gedateerd.)

Praktijkvoorbeeld – Geen aanbiedingsacties

De gemeente Rotterdam heeft in de voorschriften bij de evenementenvergunning opgenomen dat de organisator van een evenement waarbij alcohol wordt geschonken een beleid moet voeren om schadelijk alcoholgebruik tegen te gaan. Eén van de vereisten is 'geen gratis drankverstrekking of specifieke aanbiedingsacties'.

Praktijkvoorbeeld – Verbod op Happy Hours

De gemeente Nuenen heeft in haar preventie- en handhavingsplan de volgende bepaling uit de Algemene plaatselijke verordening beschreven:

'Het is verboden in een horecalokaliteit of op een terras bedrijfsmatig of anders dan om niet-alcoholhoudende drank te verstrekken voor gebruik ter plaatse tegen een prijs die voor een periode van 24 uur of korter lager is dan 60% van de prijs die daar gewoonlijk wordt gevraagd.'

Stel tijdelijke verkoopverboden of –beperkingen in en handhaaf ze

Tijdelijke verkoopverboden of -beperkingen kunnen via de Drank- en Horecawet worden ingesteld en worden opgenomen in de vergunning aan para commerciële horeca. Bijvoorbeeld door het tijdelijk verbieden of beperken van alcoholverkoop voor elders dan ter plaatse (detailhandel) in een bepaald gebied of tijdens evenementen. Maar ook door voorwaarden te stellen zoals laaggradig bier, getraind personeel en voldoende alcoholvrije alternatieven, kan de gemeente invloed uitoefenen op verantwoorde verstrekking.

Ter illustratie: de Gemeente Amsterdam heeft dergelijke verboden ingesteld voor risico evenementen zoals Koningsdag (zie paragraaf 3, artikel 2.17).

Praktijkvoorbeeld – Frisvalley

Gemeenten in de regio Frisvalley hebben van de mogelijkheid binnen de Drank- en Horecawet gebruikgemaakt door in de aanvraag van de ontheffing een alcoholmodule op te nemen. Aan de hand van een aantal vragen worden aanvragers verplicht om te omschrijven hoe ze ervoor zorgdragen dat alcohol op een verantwoorde manier verstrekt wordt tijdens het evenement. Hierdoor kunnen gemeenten in het voortraject advies geven aan de organisator, bijvoorbeeld over hoe ze de leeftijdsgrens voor alcohol kunnen naleven.

Beperk buitenreclame voor alcohol

Gemeenten kunnen buitenreclame beperken door middel van beleidsregels (Awb, art. 4:81). Zo heeft de gemeente Utrecht in lokale beleidsregels vastgelegd dat alcoholreclame op steigerdoeken niet is toegestaan.

Zet verkeerscontroles in

Maak als gemeente samen met de politie en het OM afspraken over de frequentie, het tijdstip en de locaties van de controles, om daarmee alcohol gerelateerde schade in het verkeer terug te dringen.

Praktijkvoorbeeld – De Bob-campagne

Ook met betrekking tot de verkeersveiligheid geldt dat een combinatie van verschillende maatregelen effectief is. De combinatie van verkeerscontroles en massamediale campagnes heeft geleid tot vermindering van het aantal verkeersongevallen onder invloed van alcohol (SWOV, 2019). In Nederland en een aantal andere Europese landen kennen we de Bob-campagne. Dit is een zogenaamde designated driver campaign, waarbij een afspraak wordt gemaakt over wie nuchter blijft om de auto te besturen. Volgens SWOV (2019) heeft de Bob-campagne zeer waarschijnlijk bijgedragen aan de versterking van de sociale norm dat men een Bob-afpraak moet maken als men wil uitgaan en alcohol wil drinken. In diverse regio's en gemeenten zijn daarnaast speciale acties gericht op de Bob in de sportkantine (Sportbob). Een sportvereniging kan een campagnepakket aanvragen, een bezoekje krijgen van een campagneteam en in overleg met de gemeente extra IVA (Instructie Verantwoord Alcoholschenken)-trainingen organiseren.

Communiceer de (beleids)maatregelen aan (horeca)ondernemers, ouders en jongeren

Om de effectiviteit van ingezette (beleids)maatregelen te vergroten en er draagvlak voor te creëren, is het belangrijk om als gemeente de regels duidelijk te communiceren. Tips en materialen voor het communiceren van de norm dat het gewoon is om tot je 18^e niet te drinken en te roken, zijn te vinden op www.nix18.nl en www.nix18voorprofs.nl.

3.2.2 Voorlichting en educatie

Het bieden van voorlichting is een belangrijk onderdeel van beleid gericht op het voorkomen van (overmatig) alcoholgebruik. In een integrale alcoholpreventie-aanpak is voorlichting een essentieel onderdeel om kennis te vergroten, bewustzijn voor de problematiek te creëren (agendasetting), draagvlak voor beleid te ontwikkelen of te vergroten, normen te beïnvloeden en mensen te informeren over het bestaande preventie/interventie-aanbod.

Voorlichting over alcohol, de sociale norm en de risico's van alcoholgebruik kan plaatsvinden via schoolprogramma's, publiekscampagnes of via ouders, artsen en zorgverleners. Houd bij het inzetten van voorlichting aan jongeren rekening met de leeftijdsfase:

- 11-13 jaar: focus op het versterken van zelfcontrole, probleemoplossende -en sociale vaardigheden en het betrekken van ouders. Schenk aandacht aan gezonde alternatieven en correctie van gedrag door ouders en leerkrachten.
- 11-15 jaar: omgevingsgerichte interventies kunnen een preventieve werking hebben. Het veranderen van het gedrag van ouders en het hanteren van strikte regels kan veranderingen bij hun kinderen bewerkstelligen.
- 16-18 jaar: focus op (beïnvloeden van) sociale normen, het versterken van zelfcontrole, motiverende gespreksvoering en het betrekken van ouders.

Hoe gaat de gemeente aan de slag

Zorg voor geschikt voorlichtingsmateriaal

In samenwerking met de regionale GGD stimuleert de gemeente dat geschikt voorlichtingsmateriaal beschikbaar wordt gesteld voor verschillende doelgroepen zoals jongeren (algemeen en risicogroepen), ouders en professionals. Goed voorlichtingsmateriaal is te vinden via bronnen zoals Verslavingskunde Nederland, RIVM en het Trimbos-instituut.

Verspreid voorlichtingsmateriaal via geschikte kanalen

Ook voor het verspreiden van voorlichtingsmateriaal is het goed om als gemeente samen te werken met de regionale GGD en mogelijk ook verslavingszorginstellingen. Maak gebruik van geschikte communicatiekanalen: bijvoorbeeld via sociale media, het verspreiden van folders en flyers bij scholen, uitgaansgelegenheden, supermarkten, sportverenigingen, enz.

Investeer in publiekscampagnes

Dit kan op twee manieren; aanhaken bij een landelijke campagne of als gemeente/regio zelf een campagne voeren. In beide gevallen kan een gemeente activiteiten ontplooiën of stimuleren door middel van het beschikbaar stellen van financiering. Gemeenten kunnen bijvoorbeeld lokaal/regionaal werkende professionals van GGD en verslavingszorg stimuleren om de NIX18 campagne (zie kader) te bevorderen en om de campagne aan te laten sluiten bij lokale/regionale initiatieven. Het zou goed zijn om hierbij extra aandacht aan ouders te besteden, aangezien hun rol van groot belang is bij het voorkomen van (overmatig) alcoholgebruik door hun kinderen.

Praktijkvoorbeeld – NIX18 voor gemeenten

www.nix18voorprofs.nl is een website in het kader van NIX18 voor GGD'en, verslavingszorg preventie en andere professionals die in hun regio willen bijdragen aan de campagne NIX18: het versterken van de norm dat het gewoon is om tot je 18e niet te drinken en te roken. De website biedt een toolkit met materialen, informatie voor ouders, informatie voor verstrekkers, informatie voor onderwijs en sportverenigingen, informatie voor jongeren en feiten en cijfers. Daarnaast zijn er verschillende inspirerende voorbeelden te vinden van gemeenten die aan de slag zijn gegaan met NIX18.

Ondersteun scholen

Gemeenten kunnen scholen niet opleggen preventieve programma's uit te voeren, dat is de eigen verantwoordelijkheid van de onderwijsinstellingen. Wel kan gemeentelijke ondersteuning scholen helpen om die verantwoordelijkheid in te vullen door bij te dragen aan kennisoverdracht en voorlichting. Men kan bijvoorbeeld onderwijsinstellingen stimuleren De Gezonde School en Genotmiddelen en andere erkende interventies in te zetten, en het vignet Gezonde School te behalen.

Praktijkvoorbeeld – Alcoholvrije School

Sinds 1 januari 2014 zijn jongeren onder de 18 jaar strafbaar wanneer zij in het openbaar alcoholhoudende dranken in hun bezit hebben. Hierdoor is het heel logisch om scholen alcoholvrij te maken. Alcoholvrij betekent dat er in het schoolgebouw, op het schoolterrein en tijdens alle schoolactiviteiten geen alcohol wordt geschonken en gebruikt. Op de website alcoholvrijeomgeving.nl is te vinden hoe scholen en gemeenten hieraan mee kunnen doen.

Organiseer voorlichting rond verkeersveiligheid

Vanuit het Regionaal Orgaan Verkeersveiligheid (ROV) worden voorlichtingsactiviteiten op scholen en voor jongeren aangeboden die gericht zijn op de rol van alcohol en drugs in het verkeer (bewustwording). Deze activiteiten kunnen in de gemeente worden aangeboden.

Praktijkvoorbeeld – Alcohol Verkeerscursus (AVC)

Brijder verslavingszorg organiseert in Noord-Holland alcoholverkeerscursussen voor beginnende autobestuurders. Deze cursus wordt aangeboden in de gemeenten Heerhugowaard en Koggenland en is bestemd voor jongeren tussen de 17 en 25 jaar die hun rijbewijs willen halen. Onder invloed van alcohol veroorzaken beginnende bestuurders veel verkeersongevallen. Brijder geeft jongeren tijdens hun rijlesperiode voorlichting over alcohol in het verkeer. Hierdoor zijn toekomstige autobestuurders beter in staat de risico's van alcohol en het verkeer in te schatten en zijn beter voorbereid op situaties die zich op dit gebied voor kunnen doen tijdens het uitgaan. Jongeren die deelnemen aan een verkeerscursus kunnen de leges voor het aanvragen van een rijbewijs bij de gemeente terugkrijgen.

3.2.3 Fysieke en sociale omgeving: setting gerichte integrale aanpak

Vanuit de gemeente kan invloed uitgeoefend worden op het aanbod van alcohol in de fysieke omgeving om zo de beschikbaarheid van alcohol voor jongeren zoveel mogelijk te beperken. Het landelijk gezondheidsbeleid heeft onder andere tot doel om de gezonde(re) keuze de makkelijkste te maken. Wijkgerichte interventies gericht op het veranderen van de fysieke en sociale drinkomgeving van jongeren kunnen effectief zijn, indien het gecombineerd wordt met beleidsmaatregelen zoals regulatie van de beschikbaarheid van alcohol, het handhaven van de wetgeving, bestraffen van overtredingen en de implementatie van een lokale campagne. Essentieel voor het welslagen van wijkgerichte interventies is het betrekken van ouders. Binnen deze pijler komen alle punten van een integrale aanpak samen; houd daarom oog voor deze samenhangende aanpak. Denk aan de openingstijden van horeca, het aanbod aantrekkelijke alcoholvrije alternatieven, prijsbeleid, inrichting en aankleding, beperken van reclamemateriaal voor alcohol, deskundigheid van barpersoneel, aanwezigheid van voorlichtingsmateriaal en deskundigheid van professionals op het gebied van signaleren.

Hoe gaat de gemeente aan de slag

Creëer een alcoholvrije omgeving voor jongeren

Het aanbieden van aantrekkelijke alcoholvrije alternatieven, het inrichten van alcoholvrije bars en het weren van alcoholreclames kunnen bijdragen aan het creëren van een alcoholarme – en liefst alcoholvrije – omgeving. Door op lokaal niveau de beschikbaarheid van alcohol te beperken en de beschikbaarheid van voor jongeren serieuze alcoholvrije alternatieven te vergroten, kan de gemeente bijdragen aan het makkelijker beschikbaar maken van het ‘gezondere’ alternatief.

Denk hierbij aan het stimuleren van:

- scholen om geheel alcoholvrij te worden
- sportverenigingen om de zichtbaarheid van alcoholmarketing en de schenktijden tijdens dagen waarop de jeugd sport, te beperken
- horeca en sportverenigingen om op verantwoorde wijze alcohol te schenken: wijs hen actief op het bestaande trainingsaanbod om de kwaliteit van het personeel te verhogen en naleving van de wet te verhogen
- ouders om thuis het goede voorbeeld te geven en duidelijke regels te stellen

Organiseer alcoholvrije feesten en alternatieve activiteiten

In veel gemeenten heeft de horeca haar deuren gesloten voor jongeren onder de 18 jaar. Om te voorkomen dat minderjarige jongeren ‘ondergronds’ gaan door alcohol en drugs in situaties te gebruiken waar nauwelijks toezicht is, kunnen gemeenten alcoholvrije feesten (laten) organiseren en sportverenigingen stimuleren hun verenigingsfeesten aan te passen (zie voor tips het alcoholprotocol van NOC*NSF). Daarnaast investeren gemeenten meer in vrijetijdsfaciliteiten en activiteiten voor jongeren onder de 18 jaar. Betrek hierbij bijvoorbeeld de lokale jongerencentra. In de praktijk blijken ‘alcoholvrije feesten’ voor jongeren niet altijd aan te slaan; zorg daarom bij voorkeur (ook) voor alternatieve activiteiten die niet gelinkt zijn aan uitgaan en drinken.

Praktijkvoorbeeld – Damn Yo: fris is ook drank

Jongerencentrum Dynamo uit Eindhoven heeft samen met jongeren hun eigen watertje ontwikkeld en hier een campagne aan gekoppeld. Het eigen watermerk heet Damn Yo (anagram van Dynamo). Het water wordt bij alle bars van Dynamo aangeboden en gepromoot. Het logo en de vormgeving is door jongeren van Dynamo zelf ontwikkeld. Het jongerencentrum organiseert daarnaast onder de vlag van Damn Yo diverse activiteiten om jongeren bewust te maken van de risico's van alcohol en drugsgebruik. Maar de belangrijkste boodschap die ze willen uitdragen is dat je geen alcohol of drugs nodig hebt om goed te kunnen feesten.

Beperk de sociale beschikbaarheid van alcohol

Beperk de ‘sociale beschikbaarheid’ van alcohol in de gemeente door het versterken van de norm NIX18: niet roken, niet drinken. Draag deze norm uit naar verstrekkers (horeca, sport en detailhandel) en naar ouders en het onderwijs. Rol actief – samen met de GGD en instelling voor verslavingszorg – de campagne NIX18 in uw gemeente uit en besteed daarbij

ook aandacht aan de campagne 'NIX zonder ID'. Deze campagne heeft tot doel om jongeren tussen de 18 en 25 te motiveren spontaan een ID te tonen bij de aankoop van alcohol. Door middel van de NIX18-campagne kunnen ouders tevens gestimuleerd worden om in de thuissituatie ook geen alcohol te schenken onder de 18 jaar. Materialen om hierbij te helpen, beschikbaar voor verschillende partijen en doelgroepen, zijn te vinden via [deze toolkit](#).

Praktijkvoorbeeld – brochure alcoholmaatregelen bij evenementen

De gemeente Voorst ontwikkelde een [brochure](#) met maatregelen voor alcoholmatiging bij evenementen, met onder meer:

- afspraken over wat gedaan wordt bij dronkenschap van jongeren
- communicatie over het geldende alcoholbeleid bij evenementen
- de inzet van horecapersoneel met voldoende kennis om risico's van alcoholgebruik te kunnen inschatten
- controles op doorschenken bij dronkenschap
- leeftijdschecks

Stimuleer bewustwording

Stimuleer bewustwording binnen de gemeente/wijk/buurt door middel van continue communicatie, waardoor draagvlak ontstaat voor de setting gerichte integrale aanpak.

Voer sterke formele controle uit

Voer sterke formele controle uit op de vergunningsvoorwaarden, controle op dronkenschap en leeftijdsgrenzen en de mogelijkheid tot sanctioneren. Gemeenten kunnen in samenwerking met handhavers en de horeca voorkomen dat mensen in dronken toestand uitgaansgelegenheden binnenkomen en dat bezoekers in uitgaansgelegenheden te sterk onder invloed raken. Voor meer informatie en concrete adviezen hierover, zie § 3.2.1 *Wet- en regelgeving, toezicht en handhaving*.

3.2.4 Signaleren en ondersteuning

Het tijdig signaleren van (problematisch) alcoholgebruik is belangrijk om jongeren en ouders de juiste ondersteuning en adviezen te kunnen geven. Mensen in de omgeving van een jongere, zoals ouders en leerkrachten, spelen een rol bij de signalering. Maar ook andere partijen vervullen hierin een taak, zoals de GGD, maatschappelijk – en welzijnswerk, politie, bureau HALT en verslavingszorg.

Hoe gaat de gemeente aan de slag

Stimuleer een sluitende zorgketen

Gemeenten spelen een belangrijke rol bij het stimuleren van een sluitende zorgketen; van preventie via vroegsignalering en laagdrempelige voorzieningen naar meer gespecialiseerde hulp en behandeling. Inventariseer hiervoor welke professionals en vrijwilligers met jongeren in contact komen en of zij in de positie zijn om (risicofactoren voor) riskant alcoholgebruik te signaleren en aan te kaarten. Denk aan zorgfunctionarissen op scholen, barpersoneel in de horeca, (bar)medewerkers bij sportverenigingen, studentenverenigingen of jongerencentra,

leden van het sociaal wijkteam, GGD, jongerenwerkers, enz.

Maak periodiek overleg tussen de netwerkpartners mogelijk, bekijk samen met de betrokken partijen wat zij nodig hebben om een sluitende zorgketen te realiseren en wat de gemeente daarin voor hen kan betekenen.

Bied trainingen aan in signaleren

Bied professionals, in samenwerking met de lokale / regionale instelling(en) voor verslavingszorg en jeugdgezondheidszorg, trainingen aan in het signaleren en bespreekbaar maken van problemen door alcoholgebruik bij jongeren. Vroegsignalering in het beroepsonderwijs en voor studenten uit het hbo en universitair onderwijs, vraagt om specifieke aandacht. Meer informatie over het opzetten van vroegsignalering en andere preventieactiviteiten voor studenten vindt u op de De Gezonde School en Genotmiddelen.

Praktijkvoorbeeld – Professionals signaleren vroegtijdig

In Rotterdam zijn professionals, zoals jeugd- en jongerenwerkers, getraind in het signaleren van alcohol- en drugsproblematiek en het toepassen van de juiste screeningsinstrumenten. Zij kennen de wet rond alcoholgebruik en verstrekking. Medewerkers van de wijkteams krijgen training in het (tijdens keukentafelgesprekken) signaleren van alcohol- en drugsproblematiek. Ook de mogelijke rol van licht verstandelijke beperkingen en de geestelijke gezondheid komt aan de orde. Indien er sprake is van huiselijk geweld, wordt met het screeningsinstrument Assist bekeken of er sprake is van alcohol- of drugsmisbruik.

Stimuleer het inzetten van effectieve interventies

Stimuleer als gemeente dat effectieve interventies worden ingezet bij risicogroepen, zoals bijvoorbeeld PREVENTURE (zie §2.3.1).

Bij jongeren die als gevolg van alcoholgebruik een beroep (moeten) doen op eerstelijnszorg (huisarts, maatschappelijk werk) of terechtkomen bij bureau HALT of de Spoedeisende Hulp, lijken kortdurende interventies op basis van motiverende gespreksvoering (feedback en advies) effectief in het veranderen van gedrag, zoals de interventie Moti-4 (zie §2.3.4).

Een ander voorbeeld van een interventie met goede aanwijzingen voor effectiviteit is de website MinderDrinken.nl; een gratis online cursus voor (jong)volwassenen vanaf 18 jaar die zelfstandig hun alcoholgebruik willen minderen of helemaal willen stoppen met drinken. Deze interventie is ook beschikbaar als mobiele app; de Maxx App.

Praktijkvoorbeeld – Vroegsignalering

In de gemeente Roosendaal heeft men als interventie een protocol ingevoerd in ziekenhuizen. Kinderartsen verwijzen jongeren onder de 18, die binnenkomen met een alcoholintoxicatie, door voor een nazorggesprek met een preventiewerker. Daarbij vraagt de kinderarts aan de ouders of de contactgegevens van de ouders verstuurd mogen worden naar de instelling voor verslavingszorg (Novadic Kentron). Ouders worden uitgenodigd om samen met het betreffende kind een face-to-face gesprek te hebben met een preventiewerker. Tijdens dat gesprek wordt onderzocht of er zorgen zijn en wordt opvoedondersteuning geboden voor de ouders. Vroegsignalering binnen het onderwijs kan door Novadic-Kentron worden ondersteund.

4 Bronnen

- Adan, A., Forero, D. A., & Navarro, J. F. (2017). Personality traits related to binge drinking: a systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 134., 8, 134.
- Anderson, P., & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe*, a public health perspective. Geraadpleegd op 14 november 2018 van: https://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe_en.pdf
- Anderson, P., Chisholm, D., & Fuhr, D. C. (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*, 373(9682), 2234-2246.
- Andrews, J. A., Hampson, S., & Peterson, M. (2011). Early adolescent cognitions as predictors of heavy alcohol use in high school. *Addictive Behaviors*, 36(5), 448-455. doi:10.1016/j.addbeh.2010.12.011
- Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40(1), 57-87.
- Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., & Giesbrecht, N. (2010). *Alcohol: no ordinary commodity: Research and public policy*. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.
- Baumeister, R. F. & Tierney, J. (2012). *Wilskracht. De herontdekking van de grootste kracht van de mens*. Amsterdam: Uitgever: Nieuwezijds B.V.
- Borsari, B., & Carey, K. B. (2001). Peer influences on college drinking: A review of the research. *Journal of Substance Abuse*, 13(4), 391-424.
- Brown, K. (2016). Association between alcohol sports sponsorship and consumption: A systematic review. *Alcohol and Alcoholism*, 51(6), 747-755.
- Bühler, 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.
- Burton, R., Henn, C., Lavoie, D., O'Connor, R., Perkins, C., Sweeney, K., . . . Sheron, N. (2017). A rapid evidence review of the effectiveness and cost-effectiveness of alcohol control policies: An English perspective. *The Lancet*, 389(10078), 1558-1580.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2017). *Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor*. Den Haag: CBS.
- Colder, C. R., Shyhalla, K. & Frndak, S. E. (2018). Early alcohol use with parental permission: Psychosocial characteristics and drinking in late adolescence. *Addictive Behaviors*, 76, 82-87.
- Cnossen, S. (2007). Alcohol taxation and regulation in the European Union. *International Tax and Public Finance*, 14(6), 699-732.
- Conner, K. R., Piquart, M., & Gamble, S. A. (2009). Meta-analysis of depression and substance use among individuals with alcohol use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(2), 127-137.
- Cox, W. M., & Klinger, E. (1988). A motivational model of alcohol use. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(2), 168-180.

- Derzon, J. H., & Lipsey, M. W. (2002). A meta-analysis of the effectiveness of mass-communication for changing substance-use knowledge, attitudes, and behavior. In W. D. Crano & M. Burgoon (Eds.), *Mass Media and Drug Prevention: Classic and Contemporary Theories and Research* (pp. 231-258). London, United Kingdom: Lawrence Erlbaum Associates.
- Donovan, J. E., Leech, S. L., Zucker, R. A., Loveland-Cherry, C. J., Jester, J. M., Fitzgerald, H. E., . . . Looman, W. S. (2004). Really underage drinkers: Alcohol use among elementary students. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28(2), 341-349.
- Dorsselaer, S. van, Tuithof, M., Verdurmen, J., Spit, M., Laar, M. van, & Monshouwer, K. (2016). *Jeugd en riskant gedrag 2015. Kerntegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Duncan, S. C., & Duncan, T. E. S., L. A. (2006). Alcohol use from ages 9 to 16: A cohort-sequential latent growth model. *Drug and Alcohol Dependence*, 81, 71-81.
- Dupont, H. B. (2015). *Killing time: identification of adolescent cannabis users and the development of an early prevention program: Moti-4*. Maastricht, the Netherlands.
- Engels, R. C. M. E., Kleinjan, M., & Otten, R. (2013). *De rol van ouders bij alcoholgebruik van adolescenten: Stand van zaken*. Geraadpleegd op 12 december 2018 van: <https://docplayer.nl/2934146-De-rol-van-ouders-bij-alcoholgebruik-van-adolescenten-stand-van-zaken.html>
- Essau, C. A., & Hutchingson, D. E. L. Y. S. E. (2008). Alcohol use, abuse and dependence. *Adolescent Addiction: Epidemiology, Assessment and Treatment*, 61, 61-115.
- Ewing, S. W. F., Sakhardande, A., & Blakemore, S. J. (2014). The effect of alcohol consumption on the adolescent brain: A systematic review of MRI and fMRI studies of alcohol-using youth. *NeuroImage: Clinical*, 5, 420-437.
- Gakidou, E. (2018). Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 392, 1015-1035. doi:10.1016/S0140-6736(18)31310-2
- Gezondheidsraad (2018). *Alcohol en hersenontwikkeling bij jongeren*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Greeff, J. de, & Lemmers, L. (2016). *Blurring nader bekeken. Een Europese vergelijking van wettelijke restricties, verkooppunten en beschikbaarheid*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hahn, R. A., Kuzara, J. L., Elder, R., Brewer, R., Chattopadhyay, S., Fielding, J., . . . Lawrence, B. (2010). Effectiveness of policies restricting hours of alcohol sales in preventing excessive alcohol consumption and related harms. *American Journal of Preventative Medicine*, 39(6), 590-604.
- Ham, L. S., & Hope, D. A. (2003). College students and problematic drinking: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 23(5), 719-759. doi:10.1016/S0272-7358(03)00071-0
- Hilderink, H. B. M., & Verschuuren, M. (2018). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht. Synthese*. Geraadpleegd op 11 december 2018 van: <https://www.rivm.nl/publicaties/volksgezondheid-toekomst-verkenning-2018-gezond-vooruitzicht-synthese>
- Hingson, R. W., Zha, W., & Weitzman, E. R. (2009). Magnitude of and trends in alcohol-related mortality and morbidity among U.S. college students ages 18-24, 1998-2005. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* (Supplement 16), 12-20.

- Holder, H. D. (1998). *International research monographs in the addictions. Alcohol and the community: A systems approach to prevention*. New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Jansen, S. C., Haveman-Nies, A., Bos-Oude Groeniger, I., Izeboud, C., De Rover, C. & Van 't Veer, P. (2016). Effectiveness of a Dutch community-based alcohol intervention: Changes in alcohol use of adolescents after 1 and 5 years. *Drug and Alcohol Dependence*, 159, 125-132.
- 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.
- Kahneman, D. (2011). *Ons feilbare denken*. Amsterdam: Uitgeverij Business Contact.
- Kaner, E. F., Beyer, F. R., Muirhead, C., Campbell, F., Pienaar, E. D., Bertholet, N., . . . Burnand, B. (2018). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2).
- Komro, K. A., Tobler, A. L., Maldonado-Molina, M. M., & Perry, C. L. (2010). Effects of alcohol use initiation patterns on high-risk behaviors among urban, low-income, young adolescents. *Prevention Science*, 11, 14-23.
- Koning, I. M., Maric, M., MacKinnon, D., & Vollebergh, W. A. (2015). Effects of a combined parent–student alcohol prevention program on intermediate factors and adolescents' drinking behavior: A sequential mediation model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 719-727.
- Koning, I. M., Vollebergh, W. A., Smit, F., Verdurmen, J. E., Van den Eijnden, R. J., Ter Bogt, T. F., . . . Engels, R. C. M. E. (2009). Preventing heavy alcohol use in adolescents (PAS): Cluster randomized trial of a parent and student intervention offered separately and simultaneously. *Addiction*, 104(10), 1669-1678.
- Kristjansson, A. L., James, J. E., Allegrante, J. P., Sigfusdottir, I. D. & Helgason, A. R. (2010). Adolescent substance use, parental monitoring, and leisure-time activities: 12-year outcomes of primary prevention in Iceland. *Preventive Medicine* 51, 168–171.
- Kumpfer, K. L., Alvarado R. & Whiteside, H. O. (2003). Family-Based interventions for substance use and misuse prevention. *Substance Use & Misuse*, 38, 1759-1787.
- Kuntsche, E., Knibbe, R. A., Gmel, G., & Engels, R. C. M. E. (2005). Why do young people drink? A review of drinking motives. *Clinical Psychology Review*, 25(7), 841-861. doi:10.1016/j.cpr.2005.06.002
- Kuntsche, E., Knibbe, R. A., Gmel, G., & Engels, R. C. M. E. (2007). Drinking motives as mediators of the link between alcohol expectancies and alcohol use among adolescents. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68(1), 76-85.
- Kuntsche, E., Wiers, R. W., Janssen, T., & Gmel, G. (2010). Same wording, distinct concepts? Testing differences between expectancies and motives in a mediation model of alcohol outcomes. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 18(5), 436-444. doi:10.1037/a0019724
- Lammers, J., Goossens, F., Conrod, P., Engels, R. C. M. E., Wiers, R. W., & Kleinjan, M. (2015). Effectiveness of a selective intervention program targeting personality risk factors for alcohol misuse among young adolescents: Results of a cluster randomized controlled trial. *Addiction*, 110(7), 1101-1109.

- Lammers, J., Goossens, F., Conrod, P., Engels, R. C. M. E., Wiers, R. W., & Kleinjan, M. (2017). Effectiveness of a selective alcohol prevention program targeting personality risk factors: Results of interaction analyses. *Addictive Behaviors*, 71, 82-88.
- Lemmers, L., Mulder, J., Onrust, S., Verdurmen, J., & Van Hasselt, N. (2016). *Preventie van schadelijk alcoholgebruik. Een update van de kennissynthese uit 2010 en een Roadmap voor STAD-Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Maalsté, N. (2000). *Ad Fundum! Een blik in de gevarieerde drinkcultuur van het Nederlandse studentenleven*. Utrecht: Centrum Verslavings Onderzoek (CVO).
- Mason, W. A., Hitch, J. E., Kosterman, R., MacCarty, C. A., Herrenkohl, T. I., & Hawkins, J. D. (2010). Growth in adolescent delinquency and alcohol use in relation to young adult crime, alcohol use disorders, and risky sex: A comparison of youth from low- versus middle-income backgrounds. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 1377-1385.
- McCambridge, J., & Saitz, R. (2017). Rethinking brief interventions for alcohol in general practice. *BMJ*, 356. doi:10.1136/bmj.j116
- Miller, M. B., Leffingwell, T., Claborn, K., Meier, E., Walters, S., & Neighbors, C. (2012). Personalized feedback interventions for college alcohol misuse: an update of Walters & Neighbors (2005). *Psychology of addictive behaviors: journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 27(4), 909-20.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Mulder, J., Bovens, R., Franken, F., & Sannen, A. (2013). *Proces in Uitvoering; Een zoektocht naar de operationalisatie van cruciale procesfactoren in de uitvoering van regionale alcoholprojecten*. Utrecht: STAP.
- Nelson, T. F., Hang Lee, Z. X., Weitzman, E. R., & Wechsler, H. (2009). Persistence of heavy drinking and ensuing consequences at heavy drinking colleges. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70, 726-734.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2014). Drinking levels defined. Geraadpleegd op 4 december 2018 van: <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/moderate-binge-drinking>
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2017). *Fact Sheet Underage Drinking*. Geraadpleegd op 4 december 2018 van: https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/UnderageDrinking/Underage_Fact.pdf
- O'donnell, A., Anderson, P., Newbury-Birch, D., Schulte, B., Schmidt, C., Reimer, J., & Kaner, E. F. (2013). The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol and Alcoholism*, 49(1), 66-78.
- 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.
- Pal, P., & Ray, S. (2016). Alcoholic liver disease: A comprehensive review. *European Medical Journal*, 1(2), 85-92.
- Roodbeen, R., & Schelleman-Offermans, K. (2016). *Alcohol- & tabaksverkoop aan jongeren 2016: Landelijke naleving van de leeftijdsgrens van 18 jaar voor de Drank-en Horecawet en Tabakswet*. Geraadpleegd op 3 december 2018 van: https://www.stap.nl/content/bestanden/alcohol-en-tabaksverkoop-aan-jongeren---2016_1.pdf

- Rossen, I., Pettigrew, S., Jongenelis, M., Stafford, J., Wakefield, M., & Chikritzhs, T. (2017). *Evidence on the nature and extent of alcohol promotion and the consequences for young people's alcohol consumption*. Geraadpleegd op 3 december 2018 van: <https://mcaay.org.au/assets/publications/reports/evidence-on-the-nature-and-extent-of-alcohol-promotion-and-the-consequences-for-young-people%27s-alcohol-consumption.pdf>
- Sandler, I., Wolchik, S. A., Cruden, G., Mahrer, N. E., Ahn, S., Brincks, A., & Brown, C. H. (2014). Overview of meta-analyses of the prevention of mental health, substance use, and conduct problems. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 243-273.
- Sannen, A., Heijkants, C., & Veerbeek, M. (2018). *Alcohol en ouderen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Schelleman-Offermans, K., Kruize, A., Roodbeen, R., Bieleman, B. (2015). *Kopen en verkrijgen van alcohol door jongeren*. Utrecht: Stichting IntraVal.
- 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, 131.
- Sigfúsdóttir, I. D., Thorlindsson, T., Kristjánsson, Á. L., Roe, K. M., & Allegrante, J. P. (2008). Substance use prevention for adolescents: The Icelandic model. *Health Promotion International*, 24(1), 16-25.
- Sigling, H. (2016). Van DSM IV-TR naar DSM-5: middelengebruik en gedragsverslavingen. *Verslaving; Tijdschrift over verslavingsproblematiek*, 12(4), 228-239.
- Smit, K., Monshouwer, K., & Van Leeuwen, L. (2017). *Zien drinken doet drinken?* Utrecht: Trimbos-instituut.
- Spijkerman, R., Van Den Eijnden, R. J. J. M., Overbeek, G. J., & Engels, R. C. M. E. (2007). The impact of peer and parental norms and behaviour on adolescent drinking: The mediating role of drinker prototypes. *Psychology and Health*, 22, 7-29.
- Spoth, R., Greenberg, M. & Turrissi, R. (2008). Preventive interventions addressing underage drinking: state of the evidence and steps toward public health impact. *Pediatrics*, 121:S311–S336.
- STAP (2009). Feiten en cijfers - Verkoopplaatsen en -kanalen alcohol. Geraadpleegd op 15 december 2018 van: <https://www.stap.nl/nl/home/feiten-en-cijfers.html#Verkoopkanalen>
- Stevens, G., Van Dorsselaer, S., Boer, M., De Roos, S., Duinhof, E., Ter Bogt, T., . . . De Looze, M. (2018). *HBSC 2017. Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (2019). *Factsheet rijden onder invloed*. Geraadpleegd op 1 februari 2019 van: <https://www.swov.nl/feiten-cijfers/factsheet/rijden-onder-invloed-van-alcohol>
- 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.
- Thaler, R.H. & Sunstein, C.R. (2008). *Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth, and Happiness*. Yale: Yale University Press.
- Thune, I., Allen, K., Thompson, R. L., Wiseman, M. J., Mitrou, P., & McGinley-Gieser, D. (2018). *Abstract P3-10-06: What is the latest evidence on diet, nutrition, physical activity and cancer—key findings from the WCRF/AICR continuous update project*. Retrieved from London, United Kingdom: 0020.

- Tuithof, M., Van Dorsselaer, S., Monshouwer, K. (2018). *Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2017*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Turrisi, R., & Ray, A. E. (2010). Sustained parenting and college drinking in first-year students. *Developmental Psychobiology*, 52, 286-294.
- Van Damme, J. (2016). *Determinants of alcohol use among students in higher education*. Ghent: Ghent University.
- Van der Vorst, H., Engels, R. C. M. E., Meeus, W., Dekovic, M., & Vermulst, A. (2006). Parental attachment, parental control and early development of alcohol use: A longitudinal study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20, 107-116.
- Van Hasselt, N. (2010). *Preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik onder Nederlandse jongeren*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Voogt, C., Beusink, M., Kleinjan, M., Otten, R., Engels, R. C. M. E., Smit, K., & Kuntsche, E. (2017). Alcohol-related cognitions in children (aged 2-10) and how they are shaped by parental alcohol use: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 177, 277-290.
- Wagenaar, A.C. & Perry, C.L. (1994). Community Strategies for the Reduction of Youth Drinking: Theory and Application. *Journal of Research on Adolescence*, 4(2), 319-345.
- Wakefield, M. A., Loken, B., Hornik, R. C. (2010). Use of mass media campaigns to change health behaviour. *The Lancet*, 376(9748), 1261-1271.
- WHO (2016). *Fact Sheet Alcohol use in adolescents*. Geraadpleegd op 14 november 2018 van: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/303470/HBSC-No.7-factsheet_Alcohol.pdf?ua=1
- Witteman, J. (2014). *De invloed van binge drinken op de hersenen van jongeren*. Utrecht: STAP.
- Zschämisch, A. (2016). *Effectonderzoek 'Frisse Start': het uitstellen van middelengebruik bij brugklassers* (masterthesis). Geraadpleegd op 21 december 2018, van: <https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/335331/Zschamisch,%20A.pdf?sequence=2>

Bijlage 1 Afbakening literatuurverkenning

Afbakening literatuurverkenning 'effectieve elementen'

In de literatuurverkenning is de focus gelegd op effectieve (beleids)maatregelen, interventies en implementatiestrategieën. Daar is op gezocht in (inter)nationale literatuur om zo aanpakken te kunnen beschrijven die veelbelovend lijken.

Een aantal thema's behoort niet tot de scope van dit rapport:

- Behandeling van alcoholverslaving
- Jongeren die verblijven in een intramurale setting (bijvoorbeeld jeugdzorg, jeugddetentie)
- De internationale context van alcoholbeleid
 - Bijvoorbeeld: vrijemarkt werking, belasting afspraken.

Zoekstrategie

Deze zoektocht richtte zich op effectieve alcoholpreventie onder jongeren en jongvolwassenen (11-24 jaar). In de verkenning van effectieve alcoholpreventie onder jongeren en jongvolwassenen is gebruik gemaakt van (internationale) databanken, (wetenschappelijke) artikelen en rapporten.

Databanken

In eerste instantie is in onderstaande databanken gezocht op interventies gericht op jongeren en jongvolwassenen:

- [Overzicht van databanken met \(effectieve\) interventies van het RIVM](#)
- [Interventieoverzicht Alcohol van het RIVM](#)
- [Interventieoverzicht 'Alcohol, drugs, roken' van het NJI](#)
- [Database Eurocare, European Alcohol Policy Alliance](#)
- [Good Practice Platform, Reducing Alcohol Related Harm \(RARHA\)](#)
- [Programs and campaigns of Substance Abuse and Mental Health Services Administration \(SAMHSA\)](#)

Artikelen en rapporten

Daarnaast is in de wetenschappelijke en grijze literatuur gezocht naar artikelen en rapporten over effectieve alcoholpreventie onder jongeren en jongvolwassenen en informatie over elementen die daarbij van belang zijn. Er is gezocht in een tijdsperiode van 2000-2018 in PubMed, Narcis en GoogleScholar. Gevonden artikelen zijn gescand op titel en abstract. Relevante artikelen zijn vervolgens bestudeerd. Referenties uit relevante literatuur zijn gebruikt om de zoektocht door te zetten (sneeuwbaaleffect) en ook zijn doorgestuurde stukken van experts bestudeerd.

De volgende zoektermen zijn gehanteerd:

Doelgroep:

- Youth, adolescents, young adults, students
- Jeugd, adolescenten, jongvolwassenen, studenten

Alcohol:

- Alcohol, alcohol use, alcohol initiation, moderate drinking, heavy drinking, hazardous drinking, binge drinking, harmful drinking, alcohol dependence
- Alcohol, alcoholgebruik, matig alcoholgebruik, overmatig alcoholgebruik, zwaar drinken, binge drinken, problematisch alcoholgebruik, alcoholverslaving

Interventies:

- Prevention, intervention, program, implementation, plan, screening, brief intervention, policy, face-to-face intervention, web based intervention
- Preventie, maatregel, voorzorg, voorzorgsmaatregel
- Effectiveness, effect
- Kracht, resultaat, effect, uitwerking, impact
- Prevent, reduce, lessen, decrease, less, decline, diminish
- Voorkomen, minderen, matigen, reduceren

