

Het Nederlandse alcoholpreventiebeleid Theorie en praktijk

**Henk Garretsen, Ien van de Goor, Hans van Oers
en Inge Bongers**

De gemiddelde alcoholconsumptie in Nederland is vandaag de dag drie keer zo hoog als dertig jaar geleden. Het percentage probleemdrinkers is evenredig toegenomen. Hoe wordt hier in het Nederlands alcoholpreventiebeleid op gereageerd? In onderstaande bijdrage worden de primaire en secundaire preventie-activiteiten binnen het Nederlandse beleid besproken en van commentaar voorzien. De belangrijkste sociaal-psychologische modellen omtrent middelengebruik dienen daarbij als theoretisch kader.

In dit artikel wordt aandacht besteed aan het Nederlandse (overheids)beleid op het gebied van alcoholpreventie. Om dit beleid beter te kunnen plaatsen wordt eerst ingegaan op de plaats van alcohol in onze samenleving: op de maatschappelijke aanvaardbaarheid ervan en de prevalentie van (problematisch) alcoholgebruik. In het overheidsbeleid is vooral de primaire preventie van belang: het voorkómen van excessief en/of problematisch alcoholgebruik. Daarbinnen is een terugdringen van de gemiddelde alcoholconsumptie punt van aandacht. Binnen een dergelijk beleid blijven ook (andere) mogelijkheden tot gedragsverandering van belang. Enkele sociaal-psychologische modellen die daarvoor relevant zijn, worden besproken.

Temeer daar Nederland veel excessieve drinkers kent, is naast de primaire preventie ook de secundaire preventie essentieel: het vroegtijdig herkennen en vroegtijdig interveniëren. Hierbij dienen eerstelijnsverkeers, in het bijzonder huisartsen, een belangrijke rol te spelen. De overheid zelf is op dit gebied niet erg actief. Het artikel wordt afgesloten met een korte beschouwing over enkele wenselijk geachte ontwikkelingen.

Alcohol in de Nederlandse samenleving

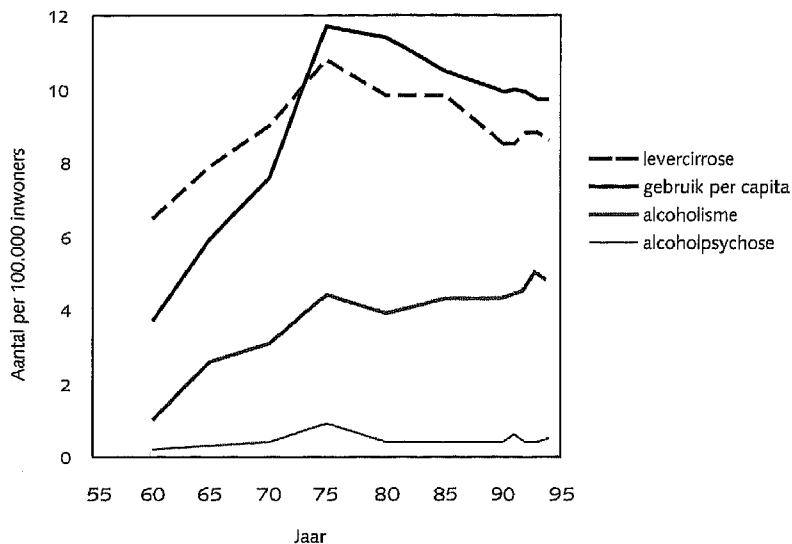
In Nederland is alcohol reeds lang een algemeen geaccepteerd genotmiddel. Het soort genotmiddel dat geaccepteerd wordt, verschilt per samenleving en binnen een samenleving verschilt het in de tijd. Afhankelijk van de maatschappelijke aanvaarding en van het overheidsbeleid, is het ene of het andere middel legaal en meer beschikbaar. Opmerkelijk hierbij is dat de gezondheidsrisico's van middelen geen overheersende rol spelen – genotmiddelen met grote gezondheidsrisico's zijn soms legaal en genotmiddelen met veel minder risico's zijn soms verboden (Garretsen, 1993). Zo kan het algemeen geaccepteerde middel alcohol gezien worden als een middel met relatief grote gezondheidsrisico's. Excessief alcoholgebruik is immers geassocieerd met vele ziekten, zoals chronische ziekten als levercirrose, hart-

en vaatziekten en kanker in het hoofd-halsgebied (Smit et al., 1993). Daarnaast kunnen er sociale problemen optreden, zoals problemen op het werk, met politie/justitie, met partners, et cetera. Ten slotte kan de gebruiker lichamelijk en geestelijk afhankelijk worden van de alcohol. Matig drinken hoeft overigens niet schadelijk te zijn, integendeel, matig gebruik lijkt zelfs een beschermend effect te hebben op het ontstaan van coronaire hartziekten.

Vanaf de tweede helft van de achttiende eeuw werd alcohol in Nederland voor iedereen betaalbaar en vanaf het begin van de negentiende eeuw werd het een algemeen consumptieartikel (Posma, 1993; Ellard, 1991). Doordat alcohol op grote schaal legaal beschikbaar is, wordt het ook veel gebruikt. Tachtig tot negentig procent van de mannen, en zestig tot tachtig procent van de vrouwen drinkt wel eens alcohol (Smit et al., 1993). In de periode 1960-1975 heeft in de consumptie een grote stijging plaatsgevonden. In 1960 was het alcoholgebruik per hoofd van de bevolking 2.6 liter pure alcohol, in 1975 8.7 liter. De laatste jaren is het gebruik gestabiliseerd op ruim 8 liter per hoofd van de bevolking. De toename in het alcoholgebruik vanaf 1960 is gepaard gegaan met een toename in alcoholproblemen. Figuur 1 laat de sterfte aan enkele alcoholgerelateerde aandoeningen zien.

In 1981 zijn in Nederland (in Rotterdam en in Limburg) voor het eerst grote onderzoeken naar probleemdrinken verricht. Probleemdrinken kan worden gedefinieerd als excessief alcoholgebruik dat gepaard gaat met lichamelijke, geestelijke of sociale problemen voor de drinkers zelf of voor anderen (Garretsen, 1983). In Rotterdam gaf ruim zeven procent van de bevolking van zestien tot zeventig jaar zelf aan problemen rond drinken te ervaren – zowel problemen met de gezondheid en ongevallen als sociale problemen en dergelijke – en excessief te drinken. In Limburg lag dit percentage op bijna elf.

Onlangs is het onderzoek in Rotterdam herhaald. Ditmaal bleek bijna negen procent van de Rotterdamse bevolking probleemdrinker te zijn. Ondanks de stabilisatie van



Figuur 1. Alcoholsterfte vanaf 15 jaar (bron: Spruit & De Zwart, 1994)

de gemiddelde alcoholconsumptie lijkt de zelfgerapporteerde alcoholproblematiek dus iets te zijn gestegen (Bongers et al., in druk)

Alcohol heeft positieve en negatieve kanten, niet alleen voor de gebruiker, maar ook voor de samenleving als geheel. Positief voor de Nederlandse staat zijn bijvoorbeeld de accijnsinkomsten en de bijdrage aan de werkgelegenheid. Negatieve kanten zijn bijvoorbeeld de financiering van de zorg en zaken als productieverlies en ziekteverzuim.

Een en ander leidt tot een ambivalente houding: 'drinken' mag/is goed, en 'drinken met problemen' mag niet/moet worden bestreden (Garretsen, 1983; 1993). Het Nederlandse overheidsbeleid is dan ook niet gericht op een drooglegging maar op het tegengaan van de negatieve consequenties. Het beleid kan als een matigingsbeleid worden gekarakteriseerd, met als cruciale vraag hoe een preventiebeleid kan worden gevoerd. In het volgende wordt allereerst ingegaan op de primaire preventie, het voorkómen van excessief en/of problematisch drankgebruik.

Primaire preventie

Alcoholpreventie richt zich op het voorkómen van (excessief) alcoholgebruik of op het voorkómen van een of meer soorten nadelige gevolgen van alcoholgebruik. Kennis over de oorzaken van excessief gebruik en over het ontstaan van allerlei nadelige gevolgen is een noodzakelijke voorwaarde om tot alcoholpreventie te komen.

Mogelijke oorzaken van problematisch alcoholgebruik kunnen op diverse niveaus worden aangetroffen:

- het microniveau: de persoon en zijn of haar individuele kenmerken;
- het mesoniveau: de leefomgeving van individuele personen zoals de werk- of gezinssituatie, schoolomgeving;
- het macroniveau: de samenleving waarvan het individu deel uit maakt.

Zo kunnen op het persoonlijke niveau specifieke karaktereigenschappen, attituden en normen een rol spelen. Maar ook

het gezin kan van invloed zijn op iemands alcoholgebruik, direct (veel drinkgelegenheden en een hoge beschikbaarheid van alcohol) dan wel indirect (probleemsituaties). Ten slotte is ook de samenleving van belang door haar houding ten aanzien van alcohol (reclame, beschikbaarheid, normen en waarden).

Modellen voor alcoholpreventie geven op één of meer van bovengenoemde niveaus aan welke factoren in een samenhangend geheel het ontstaan van problemen van alcoholgebruik kunnen verklaren. Vanuit dergelijke alcoholpreventiemodellen kan vervolgens worden aangegeven waarop de preventiestrategie moet zijn gericht (Knibbe & Van de Goor, 1988; Garretsen, 1983).

Voor het huidige Nederlandse overheidsbeleid, gericht op alcoholpreventie op het niveau van de gehele samenleving, is terugdringen van de gemiddelde alcoholconsumptie een belangrijk uitgangspunt. Hieronder wordt eerst ingegaan op enkele modellen op meso- en microniveau die hiervoor een kader bieden. Vervolgens worden enkele sociaal-psychologische modellen besproken die van belang zijn voor mogelijke gedragsverandering.

Terugdringen van de gemiddelde alcoholconsumptie

Een voor de Nederlandse overheid belangrijk model is het zogenaamde 'Ledermannmodel' of 'single distribution model'. Volgens Ledermann kan de verdeling van alcoholconsumptie in een homogene populatie het best worden omschreven met een één-parameter log-normale verdeling (Lemmens, 1991).

Op basis van een dergelijk model kunnen hypothesen worden geformuleerd over de verdeling van alcoholconsumptie in een samenleving. Een hypothese die belangrijk is voor preventie, is dat veranderingen in het gemiddeld consumptieniveau leiden tot nog sterkere veranderingen in het percentage excessieve drinkers. Volgens deze hypothese zou het stabiliseren of verlagen van de gemiddelde consumptie in een samenleving een effectieve manier zijn om excessief drinken tegen te gaan (Lemmens, 1991).

Er zijn alternatieve modellen geformuleerd. Zo legt het zogenaamde 'sociaal-cultureel model' de nadruk op begrippen als normatieve structuur, geïntegreerd drinken en socialisatie (Blane, 1976). Problematisch drinken kan volgens dit model beter worden tegengegaan door verandering van normen; door het aanmoedigen van geïntegreerd drinken (bijvoorbeeld tijdens de maaltijd of een feest) en het ontmoedigen van alcoholgebruik in situaties waar dit gebruik zelf centraal staat. Een derde model, het 'welzijnsmodel' (of mental health model) gaat uit van de gedachte dat personen die spanningen ondervinden, eerder zullen drinken (Plaut, 1972). Sociale of psychologische deprivatie zou tot excessief drinken leiden. Alcoholpreventie wordt dan gezien als onderdeel van een algemeen preventieprogramma dat gericht is op het verhogen van het algemeen niveau van de geestelijke volksgezondheid. Knibbe en Van de Goor (1988) vermoeden echter dat een aanpak volgens het welzijnsmodel op zijn best slechts een beperkte categorie drinkers zal

weerhouden van excessief drankgebruik.

De verschillende modellen kunnen tot aanbevelingen leiden die met elkaar in strijd zijn. Het 'sociaal-cultureel model' impliceert onder andere de wenselijkheid van maatregelen gericht op integratie van drankgebruik, dus bijvoorbeeld een aanmoedigen van drinken in huiselijke kring. Dit strookt niet met de filosofie van het Ledermannmodel, omdat het creëren van meer drinksituaties leidt tot meer consumptie.

Het Ledermannmodel of 'single distribution model' wordt vrij algemeen als uitgangspunt van (overheids)beleid genomen omdat er sterke aanwijzingen zijn voor de juistheid van de veronderstelling dat een lagere gemiddelde consumptie ook tot minder excessief (en problematisch) drinken leidt. Op basis van het Ledermannmodel is een aantal interventies denkbaar (Garretsen, 1983, Knibbe & Van de Goor, 1988), bijvoorbeeld:

Prijspolitiek Hoe hoger de prijs van alcohol, des te lager de consumptie (Lau, 1985; Skog, 1986).

Leeftijdsgrenzen Verlaging van een leeftijdsgrens (waarboven alcohol gekocht mag worden) leidt tot meer drankgebruik en -problemen in de betreffende leeftijdsgroep; verhoging leidt tot het omgekeerde (Hingson et al., 1984; Wagenaar, 1981).

Beperkingen verkooppunten en -tijden Indien alcohol minder (makkelijk) beschikbaar is leidt dit tot een lagere consumptie (Cnossen, 1979).

Meer interventies zijn denkbaar, zoals reclamebeperking en 'serversinterventies', dat wil zeggen interventies gericht op de 'schenkers' van alcohol (barkeepers en dergelijken).

De invloed van sommige interventies is ondubbelzinnig aangetoond (bijvoorbeeld prijspolitiek en leeftijdsgrenzen); bij andere (bijvoorbeeld beperking verkooppunten) is geen eenduidig effect gevonden (Bruun et al., 1975; Popham et al., 1976).

Terugdringen van de gemiddelde alcoholconsumptie in een samenleving leidt dus ook tot minder excessief drinken en is zo een belangrijk preventiemiddel. Daarnaast blijven activiteiten van belang die gericht zijn op gedragsverandering. In dit kader dienen met name enkele sociaal-psychologische modellen welke gericht zijn op het individu en zijn leefomgeving te worden besproken.

Sociaal-psychologische modellen

Alcoholpreventie kan zich ook richten op het voorkómen dat groepen en individuen (excessief) gaan gebruiken. Kennis over de oorzaken van beginnend (excessief) gebruik is een noodzakelijke voorwaarde om tot alcoholpreventie te komen. De laatste twintig jaar hebben sociale wetenschappers geprobeerd de vraag te beantwoorden waarom sommige jongeren wel en andere niet beginnen met het gebruik van middelen. Het resultaat van deze inspanningen is een veelheid van factoren die een bijdrage leveren aan het al dan niet beginnen met drinken, roken en gebruiken van marihuana. Een goed overzicht waarin al deze constructen op een logisch samenhangende manier zijn geïntegreerd, ontbreekt echter nog.

In een recente overzichtsstudie onderscheiden Petraitis, Flay en Miller (1995) vijf hoofdcategorieën van theorieën over middelengebruik door adolescenten (waaronder alco-

hol en marihuana):

1. cognitief-affectieve theorieën: theorieën over de wijze waarop 'beliefs' (overtuigingen) over de gevolgen van middelengebruik bijdragen aan het wel of niet gaan gebruiken;
2. sociale-leertheorieën; theorieën over de invloed van de directe omgeving, met name rolmodellen om middelen te gaan gebruiken (door imitatie en selectieve bekrachtiging);
3. conventionele-commitmenttheorieën en sociale-hechtingstheorieën; theorieën die ingaan op factoren die ont-hechting binnen gezin en maatschappij, en hechting aan druggebruikende leeftijdgenoten kunnen bevorderen;
4. theorieën waarin het belang van intrapersoonlijke kenmerken zoals schoolprestaties, mate van opstandigheid, agressie en andere persoonlijkheidskenmerken in relatie tot middelengebruik centraal staat;
5. theorieën die constructen integreren uit de vier andere categorieën.

De belangrijkste modellen die een of meer van bovengenoemde theorieën toepassen op middelengebruik, worden hieronder kort behandeld. Er wordt achtereenvolgens ingegaan op de 'theory of reasoned action' en op de 'theory of planned behaviour', op sociale-leertheorieën, en op de 'problem behaviour theory'. Daarna wordt ingegaan op de vraag welke theorie in de Nederlandse voorlichtingspraktijk het meest wordt gevolgd.

Theory of Reasoned Action en de Theory of Planned Behavior

Het eerste model is het gedragsmodel van Ajzen en Fishbein: Theory of Reasoned Action. Centraal in dit model staat de veronderstelling dat gedrag wordt vooraf gegaan door een intentie tot dit gedrag. Ook alcoholgebruik wordt verklaard als een gevolg van de intentie tot drinken. Deze intentie wordt op haar beurt bepaald door twee cognitieve determinanten: iemands attitude en de sociale norm die geldt in iemands omgeving ten opzichte van dit gedrag. Overtuigingen (*beliefs*) spelen een belangrijke rol bij de attitude; opvattingen over het gedrag van belangrijke anderen, zoals ouders, vrienden of leraren, zijn van invloed op de sociale norm. Een positieve of negatieve attitude is het resultaat van het geheel van positieve of negatieve gevolgen dat een individu aan bepaald gedrag koppelt (de *beliefs*). Behalve door de opvattingen van belangrijke anderen, wordt de sociale norm mede bepaald door de individuele geneigdheid om zich te conformeren aan de meningen van die anderen.

Het model zou volgens de ontwerpers ervan betere resultaten opleveren naarmate de gedragingen die ermee worden verklaard, specifiek zijn. Zo is de relatie tussen de hoeveelheid die wordt gedronken en de attitude ten opzichte van drankgebruik in het algemeen zwakker dan die tussen consumptie van bier, wijn of sterke drank en de attitudes die men heeft over respectievelijk het drinken van bier, wijn of sterke drank (Ajzen, 1985; 1988).

Aan de Theory of Planned Behavior is een derde cognitieve factor toegevoegd, self-efficacy, die naast de twee eerder genoemde factoren direct van invloed is op iemands intentie tot een specifiek gedrag. Self-efficacy representeert de individuele overtuiging dat een bepaald gedrag makke-

lijk of moeilijk door de persoon kan worden uitgevoerd. Twee specifieke vormen van self-efficacy worden onderscheiden: 'use self-efficacy', de mate waarin iemand gelooft in staat te zijn om met succes bepaalde middelen te bemachtigen en te gebruiken, en 'refusal self-efficacy', de mate waarin iemand gelooft in staat te zijn sociale druk om met middelen te gebruiken te weerstaan.

De sleutel van de toepassing van de Theory of Reasoned Action en de Theory of Planned Behavior bij preventie is gelegen in het formuleren van preventieve boodschappen die de beliefs omtrent specifieke middelen direct beïnvloeden. De nadelen van middelengebruik kunnen meer onder de aandacht worden gebracht, de (veronderstelde) voordelen afgezwakt. Het sociale, normatieve klimaat waarin middelengebruik met name bij jongeren plaatsvindt, kan worden benadrukt. Ten slotte kan preventie direct ingaan op het leren van vaardigheden om sociale druk om middelen te gebruiken te weerstaan (Petraitis, Flay & Miller, 1995).

De mate van persoonlijke effectiviteit blijkt vooral ook een rol te spelen bij terugval door chronische drinkers die zijn gestopt (Wilson, 1987). Onderzoek naar rookgedrag bij jongeren door De Vries (1989) toonde aan dat persoonlijke effectiviteit ook direct het rookgedrag van de jongeren beïnvloedde. Het lijkt aannemelijk dat iets soortgelijks voor het drinken van alcohol (door jongeren) van toepassing is.

Sociale-leertheorieën In de categorie van sociale en cognitieve leertheorieën is de sociale-leertheorie concreet toegepast op middelengebruik door jongeren door Akers en Cochran (1985). Anders dan in het Theory of Reasoned Action van Fishbein en Ajzen, wordt dieper ingegaan op de processen waarlangs overtuigingen, attitudes en gedragingen uit de omgeving worden overgenomen of geleerd. Uitgangspunt is dat middelengebruik het resultaat is van drie opeenvolgende processen. Eerst vindt er observatie en imitatie plaats van gedragingen die gerelateerd zijn aan middelengebruik. Dan volgt sociale reinforcement (aanmoediging en bevestiging) van dergelijk gedrag. Dit leidt ten slotte bij de adolescent tot een positief verwachtingspatroon ten aanzien van sociale en fysiologische effecten van de betreffende gedragingen, c.q. middelengebruik.

In tegenstelling tot de cognitief-affectieve theorieën waarin de beliefs als direct relevante factoren bij beginnend middelengebruik worden benadrukt, wordt in de sociale-leertheorieën de sleutel tot preventie bij de rolmodellen gelegd. Vooral door de invloed van 'niet-gebruikende' modellen te sterker te maken en die van 'gebruikende modellen' te laten afnemen, kan de vorming van voor middelengebruik positieve beliefs (en daarmee uiteindelijk het middelengebruik zelf) worden tegengegaan. Aanknopingspunten voor preventie zijn daarom vooral ook gericht aan het adres van belangrijke anderen in de sociale omgeving van jongeren, zoals ouders, leerkrachten, sporttrainers en jongerenwerkers. Zij dienen er zich bewust van te zijn dat hun eigen (voorbeeld)gedrag en ook hun opvattingen over drinken, het drinkgedrag van de jongeren vormen.

Redenerend vanuit de sociale-leertheorieën is een belangrijk probleem voor preventie vervat in de vraag: waarom gaan sommige jongeren graag om met modellen die

middelengebruik goedkeuren of bevestigen, terwijl anderen dat niet doen? Een interessante vraag die in het verlengde hiervan ligt, is in hoeverre de invloed van beste vrienden een resultaat is van selectie of adaptatie. Met andere woorden: worden juist die vrienden gekozen die in opvattingen over drinkgedrag het beste aansluiten bij de opvattingen van de adolescent zelf (=selectie), of worden iemands opvattingen aangepast aan die van de beste vrienden (=adaptatie)? Hoewel beide processen zich voordoen, lijkt adaptatie belangrijker te zijn (Alexander & Campbell, 1967; Kandel, 1985). Of adaptatie of selectie optreedt, is mogelijk afhankelijk van de mate waarin zich al een eigen drinkpatroon heeft gevormd. Dus in de fase van zowel het beginnen met drinken als het beginnen met probleemdrinken zal adaptatie waarschijnlijk een grotere rol spelen, terwijl bij het doorzetten van een bepaald drinkpatroon selectie van 'soortgenoten' een belangrijker proces wordt.

Problem Behavior Theory Het derde model dat hier tot slot kort wordt besproken, is tevens het model dat het meest uitgaat van drankgebruik als deviant gedrag. Het gaat hier om de Problem Behavior Theory (Jessor & Jessor, 1975) waarin getracht wordt een verklaring te geven voor probleemgedrag van jongeren. Dit model wordt door Petraitis et al. (1995) ingedeeld in de categorie integratie-modellen. In de Problem Behavior Theory zijn aspecten van de sociale-controletheorie (categorie 3) vertegenwoordigd en aspecten van theorieën waarin intrapersoonlijke factoren een hoofdrol spelen (categorie 4).

Overmatig alcoholgebruik of alcoholgebruik dat op extreem jonge leeftijd begint, wordt als deviant gedrag gedefinieerd. Omdat diverse probleemgedragingen sterk samenhangen en vaak in combinatie voorkomen, wordt in het model een verklaring gezocht voor de mate van probleemgeneigdheid die vervolgens bij de ene adolescent in meer probleemgedrag resulteert dan bij de andere. In het model staan drie groepen van verklarende kenmerken centraal: intrapersoonlijke kenmerken, de waargenomen sociale omgeving en het gedragssysteem. In het geval van alcoholgebruik blijkt de factor sociale controle, die bij de Problem Behavior Theory bij de kenmerken van de ervaren sociale omgeving is aan te treffen, duidelijk in verband te staan met excessief drinken door jongeren. Uit diverse onderzoeken blijkt dat adolescenten op feestjes of bij vrienden in afwezigheid van ouders meer drinken dan thuis in het gezelschap van hun ouders (Harford & Grant, 1987).

Volgens de Problem Behavior Theory zijn er verschillende persoonsgebonden kenmerken die samenhangen met de mate waarin jongeren meer of minder de neiging hebben probleemgedrag te ontwikkelen, namelijk: weinig conventionele waarden aanhangen, een hoge deviantietolerantie, opstandigheid en een lage zelfwaardering. Ten slotte omvat het gedragssysteem een aantal onderling samenhangende gedragingen die verband houden met de mate van probleemgeneigdheid. Dit zijn deviante gedragingen als excessief drinken, hasj roken, vroeg seksueel actief, spijbelen, niet meer naar school gaan, slecht presteren op school en algemeen deviant gedrag (criminaliteit, vandalisme, en dergelijke). Volgens de Problem Behavior Theory gaat elke afzonderlijke vorm van afwijkend gedrag samen met andere

vormen en doordat elk afwijkend gedrag de mate van probleemgenueidheid doet toenemen, stimuleert het op die manier ook het optreden van de andere vormen van deviant gedrag.

Vanuit het oogpunt van preventie bezien is in de Problem Behavior Theory van Jessor en Jessor essentieel dat het excessief alcoholgebruik bij jongeren wordt beschouwd als onderdeel van een geheel van problematisch of afwijkend gedrag. Bij adolescenten gaat het excessief alcoholgebruik vaak samen met (sport)vandalisme, vroegtijdig schoolverlaten of veelvuldig spijbelen, soms ook met gokken of gebruik van illegale drugs. In dergelijke situaties lijkt een preventie-aanpak die alleen gericht is op het alcoholgebruik, weinig zinvol. Tegelijkertijd biedt de theorie echter weinig aanknopingspunten voor het aanpakken van de oorzaak van deze grotere mate van probleemgenueidheid bij sommige adolescenten en evenmin enig inzicht in hoe de problemen kunnen worden voorkómen. Bovendien zijn er in onze cultuur situaties waarin excessief drinken voor jongeren eerder als norm wordt beschouwd en zeker niet als afwijkend gedrag. Zwaar drinken gaat in dit geval helemaal niet samen met ander afwijkend gedrag of onconventionele normen, slechte schoolprestaties of geringe aspiratieniveaus (bijvoorbeeld het drinkgedrag van studenten).

Wanneer wij de Nederlandse voorlichtingspraktijk over alcoholgebruik onder de loep nemen, blijkt dat er hoofdzakelijk aandacht is voor het beïnvloeden van cognities (beliefs, attitudes en daardoor ook intenties) ten aanzien van drinken en de gevolgen daarvan. Dit betekent dat de theoretische invalshoek die in Nederland – en in veel andere Europese landen – ten grondslag ligt aan de alcoholvoorlichting, het meest overeenkomt met het model van Fishbein en Ajzen: de Theory of Reasoned Action (Van der Stel, 1988). Recentelijk wordt ook aandacht besteedt aan het beïnvloeden van self-efficacy bij jongeren, maar dit aspect van het beleid verkeert nog in een beginfase. Voorzover ons bekend, worden er in de praktijk nog weinig pogingen ondernomen om het proces van overdracht van beliefs en attitudes door rolmodellen uit de omgeving van jongeren te beïnvloeden. Dit aspect, dat vooral in de sociale-leertheorieën wordt benadrukt, is ook veel moeilijker om te zetten in concrete voorlichtingsactiviteiten.

Secundaire preventie

In tegenstelling tot de primaire preventie is secundaire preventie gericht op individuen en op het vroegtijdig herkennen van en interveniëren bij alcoholproblemen. Een belangrijke rol is dan ook weggelegd voor de eerste lijn, in het bijzonder de huisartsen.

Zoals al in de inleiding is opgemerkt, wordt door veel mensen alcohol gebruikt. Het overgrote deel doet dat met mate, maar grote aantallen in Nederland drinken regelmatig veel. Schattingen (op basis van het Ledermannmodel) geven aan dat ongeveer 660.000 mensen acht glazen of meer per dag drinken en 330.000 mensen twaalf glazen of meer per dag (De Zwart & Mensink, 1993). Het gedurende langere perioden drinken van zulke hoeveelheden alcohol kan tot problemen leiden. Daarom kan het voor een grote groep

mensen van groot belang zijn dat excessief drinken vroegtijdig wordt herkend en dat de aangerichte schade door een vroegtijdige interventie wordt beperkt. Hoe eerder de problemen worden onderkend, des te beter is de prognose voor herstel.

Door zijn centrale plaats binnen de gezondheidszorg is voor de huisarts ook een centrale positie weggelegd bij secundaire preventie. Vaak herkent de huisarts echter slechts een klein gedeelte van alle probleemdrinkers in zijn of haar praktijk en blijft het grootste gedeelte van de problematiek verborgen (Cornel, 1995). Voor een deel komt dat doordat klachten niet alcoholspecifiek zijn, de patiënt soms de problemen ontkent of maskeert omdat hij niet gemotiveerd is er wat aan te doen of bang is te moeten stoppen met drinken. Daarnaast zijn er ook artsgebonden factoren: de huisarts wil zich niet normatief opstellen, wil de relatie met de patiënt niet verstoren of heeft niet voldoende expertise op dit terrein (Hoeksema & Mook, 1993; De Vries & Breteler, 1993).

Voor de vroegtijdige herkenning van alcoholproblemen zijn verschillende instrumenten beschikbaar. Ten eerste zijn er korte vragenlijsten die behulpzaam kunnen zijn bij het vaststellen van excessief alcoholgebruik en daarmee samenhangende problemen. Bekende vragenlijsten zijn de AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) en de 4-item CAGE-test. Ten tweede kan lichamelijk onderzoek de huisarts attenderen op mogelijke alcoholproblematiek. Op de derde plaats zijn er laboratoriumtests (zoals gamma-GT, ASAT, CDT) die gebruikt kunnen worden als indicator voor excessief alcoholgebruik, hoewel de sensitiviteit en specificiteit bij de meeste van deze tests een probleem is. Indien de tests in combinatie met vragenlijsten worden gebruikt, wordt een redelijk betrouwbaar beeld verkregen (Saunders & Conigrave, 1990; Van Limbeek, 1989).

Door het Nederlands Huisartsen Genootschap is een protocol 'vroegsignalering in de huisartspraktijk' ontwikkeld. Dit protocol kent drie stappen: 1) het ontstaan van een vermoeden – door klachten van de patiënt, door specifieke verschijnselen bij de patiënt, of door melding via derden uit de omgeving van de patiënt; 2) het versterken van dat vermoeden – door lichamelijk onderzoek, frequenter spreekuurbezoek, laboratoriumtests; en 3) de verificatie – door een leefstijlanamnese met de CAGE als onderdeel daarvan (Hoeksema & Oltheten, 1990). Toepassing van dit protocol kan de huisarts ondersteunen bij het vroegtijdig signaleren van alcoholproblematiek.

Voor vroegtijdige herkenning zijn dus instrumenten en een protocol beschikbaar. Voor een patiënt is echter minstens zo belangrijk dat er na een vroege signalering van de problematiek ook iets aan gedaan wordt. Voor een vroegtijdige interventie zijn inmiddels enkele strategieën ontwikkeld. Zo kan het terugkoppelen van resultaten van lichamelijk onderzoek of laboratoriumtests door de huisarts soms al voldoende zijn om drinkgewoonten te veranderen. Een tweede interventiemogelijkheid is het voeren van gesprekken met de patiënt. In deze gesprekken kan worden ingegaan op de resultaten van lichamelijk en laboratoriumonderzoek, maar kan er ook gesproken worden over te bereiken doelen ten aanzien van het drinken. Een derde mogelijke interventiestrategie is het ter beschikking stellen

van zelfhulp-handleidingen. Deze handleidingen bieden stappenplannen om te stoppen of te minderen met drinken en bevatten daarnaast richtlijnen op andere terreinen (zoals hoe om te gaan met stress). De vierde interventiestrategie is gericht op het bereiken van gedragsverandering bij de patiënt, waarbij het totale proces wordt onderverdeeld in drie fasen: 1) de voorbeschouwing en bewustwording – inzicht verschaffen, bewust laten worden, motiveren; 2) de besluitvorming – afspraken maken, besluit bespreken; en 3) gedragsverandering – evalueren van afspraken, bespreken ervaringen, ondersteunen (Hoeksema & Mook, 1993).

In toenemende mate komen instrumenten en methoden beschikbaar voor vroeghulp bij alcoholproblemen. Vanuit het veld blijkt hieraan ook behoefte te zijn. Toch blijkt uit de praktijk dat vroegtijdige opsporingen en hulpverlening in de eerste lijn maar moeilijk van de grond komt. Deels is dat toe te schrijven aan het ontbreken van motivatie bij de eerste lijn om actief aan vroegopsporing te werken. Daarnaast wordt hulpverlening vaak afgebroken omdat patiënten vroegtijdig afhaken. Het aanvankelijke enthousiasme bij de hulpverlening verdwijnt dan snel. Door te proberen probleemdrinkers juist in een zo vroeg mogelijk stadium te herkennen, wordt de kans op een succesvolle interventie groter.

Epiloog

In dit artikel is ingegaan op de primaire en secundaire preventie van problematisch drinken. In deze epiloog wordt kort ingegaan op enkele wenselijk geachte ontwikkelingen.

Bij de bespreking van de primaire preventie mogelijkheden is nogal eens het woord voorlichting gevallen. Van voorlichting met als doel de houding ten opzichte van drinken te beïnvloeden, mag echter niet te veel worden verwacht. Indien voorlichting wordt ingezet om de gemiddelde alcoholconsumptie terug te dringen dan zal dat in ieder geval op korte termijn weinig effect sorteren. Wellicht dat een steeds herhaalde, continue voorlichting iets meer effect heeft.

De campagneslogan 'Drank maakt meer kapot dan je lief is' wordt door 34% van jongeren tussen 15 en 25 jaar spontaan genoemd, de campagneslogan 'Do you know? Do you care?' door 15%. Belangrijker is echter het effect van dergelijke campagnes. Onderzoek laat zien dat 29% van de jongeren tussen 15 en 25 jaar met anderen gesproken heeft over de campagne of naar aanleiding van de campagne. Voor stevig drinkende jongeren is dat zelfs 37% (AVP, 1995).

Voorlichting met als doel de bekendheid met de hulpverlening te vergroten, lijkt nuttig. Het raakt bekend dat 'drank meer kapot maakt dan je lief is', maar velen weten niet waar ze in dat geval hulp kunnen vragen (Garretsen, 1983; Bongers et al., 1996). Meer aandacht hiervoor lijkt zeer gewenst.

In enkele steden vinden we sinds kort een nieuwe vorm van preventiebeleid. In het kader van het zogenaamde Gezonde Steden Project van de Wereld Gezondheidsorganisatie wordt getracht om een integrale benadering in gezondheidsbevordering te bewerkstelligen. Aandacht voor de gezondheid wordt gevraagd in buurtgerichte, intersectorale activiteiten waarbij betrokkenheid van de bevolking zoveel

mogelijk wordt nagestreefd. De alcoholproblematiek kan in een dergelijke benadering worden geïntegreerd. Gedachtevorming hierover vindt plaats en dient te worden gestimuleerd.

Voor de secundaire preventie zijn ook recente pleidooien voor 'harm reduction' bij alcoholgebruik interessant (Single, 1995). Harm reduction is een geaccepteerde term in het beleid ten aanzien van de illegale drugs. Hiemee worden maatregelen bedoeld, gericht op het verminderen van schade door gebruik, maar niet noodzakelijkerwijs gericht op een vermindering van de consumptie. 'Harm reduction'-maatregelen die genoemd worden in verband met alcohol, zoals de introductie van airbags in auto's, kunnen wel erg een sfeer van symptoombestrijding ademen. Ook meer realistische ideeën, zoals de beschikbaarheid van openbaar vervoer en zogenaamde 'servers-interventies' (trainingen van barkeepers en dergelijke), worden besproken en verdienen de aandacht.

Literatuur

- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall.
- Ajzen, I. (1985). From decisions to actions: a theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), *In action-control: from cognition to behavior* (p. 11-39). New York: Springer.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Homewood, IL: Dorsey Press.
- Akers, R.L. & Cochran, J.K. (1985). Adolescent marijuana use: a test of three theories of deviant behavior. *Deviant Behavior*, 6, 323-346.
- Akers, R.L., Krohn, M.D., Lanza-Kaduce, L. & Radosevich, M. (1979). Social learning and deviant behavior: a specific test of a general theory. *American Sociological Review*, 44, 636-655.
- Alexander, C.N. & Campbell, E.Q. (1967). Peer influences on adolescent drinking. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 28, 444-453.
- AVP (Alcohol Voorlichtingsplan) (1995). *Jongeren en alcohol*. Rijswijk.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. New York: Prentice Hall.
- Blane, H.T. (1976). Education and the prevention of alcoholism. In B. Kissin & H. Begleiter (Eds.), *The biology of alcoholism 4*. New York: Plenum.
- Bongers, I.M.B., Garretsen, H.F.L. & Oers, J.A.M. van (1996). Help-seeking behaviour of problemdrinkers. *Journal of Substance Misuse*, 1, 216-221.
- Bongers, I.M.B., Oers, J.A.M. van, Goor, L.A.M. van de, Garretsen, H.F.L. (in druk). Alcohol use and problem drinking: prevalences in the general Rotterdam population. *Journal of Substance Use and Misuse*.
- Bruun, K., Edwards, G., Lumio, M., Mäkelä, K., Pan, L., Popham, R.E., Room, R., Schmidt, W., Skog, O.J., Sulkunen, P. & Österberg, E. (1975). *Control policies in public health perspective*. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies 25.
- Cnossen, S. (1979). Fiscale bouwstenen voor een alcoholpolitiek. *ESB*, 64, 632-639.
- Cornel, M. (1994). *Detection of problem drinkers in general practice*. Academisch proefschrift Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht.
- Ellard, I. (1991). Drug and alcohol use and abuse: historical and legal aspects. *Medical Journal of Australia*, 155, 117-199.
- Elliott, D.S., Huizinga, D. & Ageton, S.S. (1985). *Explaining delinquency and drug use*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Elliott, D.S., Huizinga, D. & Menard, S. (1989). *Multiple problem youth: delinquency, substance use, and mental health problems*. New York: Springer-Verlag.
- Garretsen, H.F.L. (1983). *Probleem drinken*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Garretsen, H.F.L. (1993). *Van hop tot hennep*. Oratie, Erasmusuniversiteit Rotterdam.
- Hays, R. (1985). An integrated value-expectancy theory of alcohol and other drug use. *Bj Addiction*, 80, 379-384.
- Hingson, R.T., Heeren, D., Kovenock, T., Mangioug, A., Meyers, A., Morelock, S., Smith, R., Ledermann, R. & Scotch, H. (1984). *Effects of Maine's 1981 and*

- Massachusetts' 1982 driving under the influence legislation. Presentation ICAA Alcohol Epidemiology Section, Edinburgh.
- Hoeksema, H.L. & Oltheten, J.M.T. (1990). *Protocol voor de vroegsignalering van probleemdrinkers in de huisartspraktijk*. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, Vakgroep Huisartsgeneeskunde.
- Jessor, R. & Jessor, S.L. (1975). Adolescent development and the onset of drinking: a longitudinal study. *Journal of Studies on Alcohol*, 36, 27-51.
- Kandel, D.B. (1985). On processes of peer influences in adolescent drug use: a developmental perspective. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 4, 139-163.
- Knibbe, R.A. & Goor, L.A.M. van de (1988). Modellen voor alcoholpreventie. J.C. van der Stel & W.R. Buisman (red.), *Alcoholpreventie. Achtergronden, praktijk en beleid* (p. 85-108). Alphen aan den Rijn/Brussel: Samsom.
- Kok, G., Wilke, H.A.M. & Meertens, R.W. (1987). *Voorlichting en verandering*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Lau, H.H. (1985). Costs of alcoholic beverages as a determinant of alcohol consumption in the Netherlands 1958-1981. *Brit. Journal of Addiction*, 80, 411-419.
- Lemmens, P. (1991) *Measurement and distribution of alcoholconsumption*. Academisch proefschrift, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht.
- Petrattis, J., Flay, B.R. & Miller, T.Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bulletin*, 117, 67-86.
- Plaut, T.F.A. (1976). Prevention of alcoholism. In S.E. Golann & C. Eisendorfer (Eds.), *Handbook of community mental health*. New York: Appleton-Century-Crafts.
- Popham, R.E., Schmidt, W. & Lint, J. de (1976). The effects of legal restraint on drinking. In B. Kissin & H. Begleiter (Eds.), *The biology of alcoholism* 4 (p. 579-625). New York: Plenum Publishing Corporation.
- Posma, R. van (1992). *Feiten over alcohol*. Rijswijk: WVC, Projectgroep Alcohol VoorlichtingsPlan.
- Single, E. (1995). Harm reduction and alcohol. *Int J of Drug Policy*, 6, 26-30.
- Skog, O.J. (1986). An analysis of divergent trends in alcoholconsumption and economic development. *Journal of Studies on Alcohol*, 47, 19-25.
- Smit, H.A., Hoeymans, N., Bueno de Mesquita, H.B. & Kromhout, D. (1993). *Alcoholgebruik*. Bilthoven: RIVM Volksgezondheid Toekomstverkenningen.
- Spruit, I.P. & Zwart, W. de (1995). Middelengebruik en kansspelgedrag. In *Jaarboek verslaving 1994*. Utrecht: NIAD.
- Stel, J.C. van der (1988). Alcoholpreventie en de ontwikkeling van gezondheid-beleid. In J.C. van der Stel & W.R. Buisman (red.), *Alcoholpreventie; achtergronden, praktijk en beleid* (p. 15-29). Alphen a/d Rijn/Brussel: Samsom Uitgeverij.
- Vries, H. de (1989). *Smoking prevention in youth adolescents*. Maastricht: Datawyse.
- Wagenaar, A.C. (1981). Effects of an increase in the legal minimum drinking age. *J Public Health Policy*, 1, 206-225.
- Wilson, G.T. (1987a). Cognitive studies in alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 325-331.
- Wilson, G.T. (1987b) Cognitive processes in addiction. *Br J Addiction*, 82, 343-353.

Summary

The present article focusses on the Dutch alcohol control policy and on the usefulness of social and psychological theories on substance use in this respect. The per capita alcohol consumption in the Netherlands has increased dramatically from 2.6 liter in 1960 to 8.7 liter in 1975. Recently it has stabilized on 8 liter pure alcohol per inhabitant. Problem drinking has increased in a similar rate. Since alcohol use is very broadly accepted in Dutch society, the Dutch alcohol control policy is directed on moderation and the reduction of adverse consequences of drinking. What does this mean for the Dutch policy on prevention? Two main directions can be distinguished in the Dutch prevention policy. Firstly primary prevention which is directed at the drinking population as a whole is discussed and in this respect also some theories concerning the early onset of substance use are reviewed. In the second place, early recognition in general practice as main secondary preventive activity is paid attention to.

Prof.dr. H.F.L. Garretsen is directeur van het Instituut voor Verslavingsonderzoek Rotterdam (ivo), bijzonder hoogleraar in Verslavingsziekten aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam, en hoofd van de sector Gezondheidsbevordering van de GGD-Rotterdam e.o. Mw.dr. L.A.M. van de Goor is coördinator cluster alcoholonderzoek van het ivo.

Dr.ing J.A.M. van Oers is coördinator cluster alcoholonderzoek van het ivo en hoofd van de afdeling zorg (sector Gezondheidsbevordering) van de GGD-Rotterdam e.o.

Mw.drs. I.M.B. Bongers is werkzaam als assistent in opleiding bij het ivo. Adres: Instituut voor Verslavingsonderzoek Rotterdam (ivo), Essenlaan 4, 3062 NM Rotterdam.