



Algemene Cel Drugsbeleid
permanente coördinatie

ONTWERP VAN INTERFEDERALE STRATEGIE INZAKE SCHADELIJK GEBRUIK VAN ALCOHOL 2023-2028

VERSIE 23 MAART 2022



1. VOORWOORD

De interfederale strategie dat in dit document wordt beschreven heeft tot doel de schade als gevolg van schadelijk gebruik van alcohol, indien mogelijk, te beperken. Dat kan vanuit verschillende invalshoeken worden bekeken: een afhankelijkheid, een overmatig gebruik dat de vastgestelde grenzen (volgens nationale en internationale kaders) overschrijdt, rijden onder invloed ... Die begrippen zullen later meer in detail aan bod komen.

Deze interfederale strategie richt zich dus niet op het gematigd alcoholgebruik, dat door een meerderheid van de Belgen sociaal wordt aanvaard, en is dan ook niet bedoeld om het alcoholgebruik als dusdanig in een negatief daglicht te stellen. Alcoholgebruik is immers een praktijk die over het algemeen wordt aanvaard in België, zoals ook elders in de wereld, en vaak wordt geassocieerd met feestelijke momenten, ontspanning, enz. Niettemin is alcoholgebruik ook niet zonder risico's voor de gezondheid

2. INLEIDING

De meeste Belgen die alcohol consumeren ervaren hier geen noemenswaardige gevolgen van. Maar alcoholgebruik is niet ongevaarlijk, noch voor de eigen gezondheid, noch voor die van anderen of zelfs van de samenleving. Een bepaald aantal burgers consumeert alcohol immers zonder houvast, zonder zich bewust te zijn van de schadelijkheid en, voor een minderheid van de gevallen, zonder grenzen.

De gevolgen van schadelijk alcoholgebruik kunnen aanzienlijk zijn voor de gebruiker en zijn of haar omgeving, maar ook voor de samenleving. Ze zullen deels afhangen van de consumptiegewoontes, die door tal van factoren worden beïnvloed die bijgevolg moeten worden aangepakt: persoonlijke, samenleving gebonden, culturele, economische en beleidsmatige factoren.

Allereerst kan schadelijk alcoholgebruik ernstige gevolgen hebben op de gezondheid van de gebruiker. De WGO¹ verklaart: « *Alcohol consumption is a causal factor in more than 200 disease and injury conditions. Drinking alcohol is associated with a risk of developing health problems such as mental and behavioural disorders, including alcohol dependence, major noncommunicable diseases such as liver cirrhosis, some cancers and cardiovascular diseases, as well as injuries resulting from violence and road clashes and collisions* ». Schadelijk gebruik van alcohol heeft ook een sterke invloed op het gedrag van de gebruikers met een verhoogd risico op: dronken rijden, gebruik van illegale drugs, onveilige seksuele contacten of seksueel geweld, enz.

Naast de gevolgen voor de gezondheid zien we dat schadelijk alcoholgebruik ook sociale en economische gevolgen kan hebben.

Bijvoorbeeld,

- op het werk: verminderde werkprestaties, een verhoogde kans op werkloosheid, meer arbeidsongeschiktheid, enz. Die elementen kunnen uiteindelijk leiden tot een verhoogde kans op een financieel moeilijke situatie voor de individuen en kunnen een weerslag hebben op de economische prestaties van het land.

¹ <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>



- in het dagelijkse leven: dat kan gaan van eenvoudige overlast tot meer dramatische gevolgen (geweld in al zijn vormen, zowel fysiek als mentaal, intrafamiliaal of buiten de privésfeer, misdaden, moorden² ...). Alcohol kan immers een grote rol spelen in het kader van agressie en andere vormen van criminaliteit, in het bijzonder bij gewelddadige overtredingen³. Lammers et al. (2014) tonen aan dat personen onder invloed van alcohol meer geneigd zijn tot geweld dan wanneer ze onder invloed zijn van andere psychoactieve stoffen. Het schadelijk gebruik van alcohol speelt ook een rol bij de slachtoffers van agressie wanneer ze zelf grote hoeveelheden alcohol innemen (al dan niet tegen hun zin)^{4,5}.

Enkele vaststellingen uit verslagen van nationale en internationale instanties en uit wetenschappelijk onderzoek:

A) Hoewel slechts een derde van de wereldbevolking alcohol consumeert, vormt alcohol een van de vier belangrijkste risicofactoren van niet-overdraagbare ziektes (Rhem, J et al., 2018). Het International Agency for Research on Cancer⁶ van de WGO klasseert alcoholische dranken als kankerverwekkend voor de mens. In Europa was alcohol in 2018⁷ verantwoordelijk voor iets meer dan 4 % van de kankergevallen en 2,2 % van de sterfte door kanker. Het gaat dan vooral om leverkanker, mond- en keelkanker en borstkanker bij vrouwen. De combinatie met roken verhoogt het risico op het ontwikkelen van die vormen van kanker. Zo hebben personen die dagelijks vier eenheden alcohol drinken en 10 sigaretten roken, 10 keer zoveel kans op slokdarmkanker als iemand die niet rookt en slechts één eenheid alcohol⁸ drinkt, waarbij een eenheid alcohol overeenstemt met 10 gram pure alcohol.

B) Volgens het Global Status Report on Alcohol and Health⁹ (2018) van de WGO, is alcohol verantwoordelijk voor bijna 3 miljoen overlijdens per jaar wereldwijd (5,3 % van alle overlijdens). Bij drie kwart van die sterfgevallen gaat het om mannen.

² http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe_fr.pdf Anderson, P. et Baumberg, B.

³ <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274603>

⁴ Uit onderzoek blijkt dat in ongeveer de helft van alle criminele feiten, de dader onder invloed is van alcohol (Beck & Heinz, 2013). Van alle patiënten die op de spoedgevallendiensten van de ziekenhuizen aankomen met verwondingen ten gevolge van gewelddaden, correleert dit - in 63 % van de gevallen - met alcoholconsumptie bij het slachtoffer, de dader van de feiten of beiden (Cherpitel et al., 2012). In ongeveer de helft van de feiten van seksueel geweld die al dan niet werden gerapporteerd, speelde alcoholconsumptie een rol bij de dader van de feiten, bij het slachtoffer of bij beiden (Abbey, 2011; Kraanen & Emmelkamp, 2011).

⁵ Uit onderzoek blijkt dat in ongeveer de helft van alle criminele feiten, de dader onder invloed is van alcohol (Beck & Heinz, 2013). Van alle patiënten die op de spoedgevallendiensten van de ziekenhuizen aankomen met verwondingen ten gevolge van gewelddaden, correleert dit - in 63 % van de gevallen - met alcoholconsumptie bij het slachtoffer, de dader van de feiten of beiden (Cherpitel et al., 2012). In ongeveer de helft van de feiten van seksueel geweld die al dan niet werden gerapporteerd, speelde alcoholconsumptie een rol bij de dader van de feiten, bij het slachtoffer of bij beiden (Abbey, 2011; Kraanen & Emmelkamp, 2011).

⁶ <http://monographs.iarc.fr/FR/Classification/index.php>

⁷ Alcohol and cancer in the WHO European Region: an appeal for better prevention. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark 2020 (Available from:) <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336595/WHO-EURO-2020-1435-41185-56004-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁸ <https://www.cancer.be/les-cancers/risque-d-montr/alcool-et-cancer-boire-avec-mod-ration>

⁹ <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>



In de Europese regio¹⁰ leidt het tot bijna een miljoen overlijdens per jaar¹¹. In 2018 waren ongeveer 180.000 gevallen van kanker, met 92.000 overlijdens die toe te schrijven zijn aan alcohol.

In België, nog steeds volgens het hogergenoemde verslag van de WGO, worden de overlijdens als gevolg van alcohol geraamd op 5,4 % van alle overlijdens. Dat cijfer is wellicht een onderschatting waarin geen rekening wordt gehouden met de overlijdens die rechtstreeks en onrechtstreeks verband houden met schadelijk alcoholgebruik.

Schadelijk alcoholgebruik door adolescenten is in vele landen een grote bezorgdheid. Het is een van de grootste oorzaken van trauma's (waaronder trauma's te wijten aan verkeersongevallen), geweld en vroegtijdige overlijdens¹². Een op vier sterfgevallen bij Europeanen tussen 20 en 24 jaar oud is te wijten aan alcohol, 19 % bij Europeanen tussen 15 en 19 jaar oud¹³.

C) De gezondheidsenquête per interview uit 2018 door Sciensano geeft specifieke informatie over het alcoholgebruik bij de Belgische bevolking¹⁴.

Hieruit blijkt onder meer het volgende:

- Een van de aanbevelingen voor een minder risicovol alcoholgebruik is de consumptie te beperken tot maximum 10 standaard alcoholenheden per week en dagen zonder alcohol in te lassen (Hoge Gezondheidsraad advies nr. 9438, 2018¹⁵). Volgens die studie vormt alcoholgebruik een gevaar voor 14 % van de bevolking dat meer dan 10 alcoholenheden per week consumeert en/of voor de 10 % dat dagelijks alcohol consumeert. Die personen hebben een consumptie die als schadelijk/risicovol wordt gedefinieerd.
- 6 % van de bevolking drinkt overmatig. Die term wordt door de WGO gedefinieerd als de consumptie van meer dan 14 alcoholenheden per week voor vrouwen en meer dan 21 voor mannen.
- Bijna de helft van de bevolking die alcohol drinkt heeft gedurende de afgelopen 30 dagen aan "piekdrinken" gedaan, dat wil zeggen 6 of meer alcoholenheden consumeren tijdens eenzelfde gelegenheid; 8 % "piekdrinkt" elke week;
- "Binge drinking" of occasioneel dronkenschap, dat wil zeggen het consumeren van minstens 4 of 6 alcoholenheden in minder dan 2 uur, al naargelang het om een vrouw of man gaat, is een regelmatige praktijk voor meer dan één persoon op 10 (11 %): 7 % herhaalt dit maandelijks en 4 % wekelijks.
- Wat alcoholgebruik betreft, vertonen mannen vaker een risicoprofiel dan vrouwen, of het nu gaat om dagelijks gebruik (13,5 % M > 6 % V), wekelijks piekdrinken (6+/gelegenheid) (11,5 % M > 4 % V), wekelijks binge drinking (6 % M > 3 % V) of problematisch alcoholgebruik (9,5 % M > 5 % V) gedurende het jaar.

¹⁰ Zie <https://www.euro.who.int/en/home> voor meer uitleg over de landen die in de "Europese regio" zijn opgenomen.

¹¹ <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/news/news/2020/11/new-who-europe-factsheet-policy-action-needed-to-reduce-cancers-attributable-to-alcohol-use>

¹² <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

¹³ https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/386577/fs-alcohol-eng.pdf

¹⁴ L. Gisle, S. Demarest, S. Drieskens. Gezondheidsenquête 2018: Gebruik van alcohol. Brussel, België: Sciensano; Rapportnummer: D/2019/14.440/56. Beschikbaar op: www.gezondheidsenquête.be

¹⁵ Conseil Supérieur de la Santé. Risques liés à la consommation d'alcool. Bruxelles: CSS; 2018. Avis n° 9438.

(https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/css_9438_avis_alcool.pdf)



- Het type consumptie varieert met de leeftijd. Jongeren (15-24 jaar) die drinken, hebben de neiging om hun alcoholconsumptie te concentreren op enkele dagen van de week en drinken binnen een beperkte tijd.
- Tot slot zijn 45 % van de jonge gebruikers tussen 15-24 jaar vroege gebruikers, dat wil zeggen jonger dan 16 jaar.

België verzamelt de Europese indicator "Treatment Demand Indicator" met betrekking tot alle behandelingen die in een behandelingscentrum worden gestart door een persoon voor problemen in verband met zijn/haar drug- of alcoholgebruik. De behandelingsaanvragen voor alcoholgebruik zijn sinds 2017 stabiel gebleven¹⁶.

Bovendien:

- Met 9,15¹⁷ liter pure alcohol/jaar/inwoner, bevindt België zich op de 27^{ste} plaats van het alcoholgebruik wereldwijd¹⁸ en op de 19^{ste} plaats in de Europese regio¹⁹.

D) De totale sociale kost²⁰ van het alcoholgebruik werd in 2017 geraamd tussen 1 % en 3,5 % van het bruto binnenlands product van de Europese landen (Barrio, Pablo, et al., 2017); dat is een raming gaande van 153 miljard euro tot 536,55 miljard op het hoogste punt.

Uit een studie²¹ over de sociale kost van illegale drugs, alcohol, tabak en psychoactieve medicatie in België voor het jaar 2012 blijkt het volgende:

- De directe kosten²² van alcoholgebruik bedragen 1,29 miljard euro.
- De indirecte kosten van alcoholgebruik bedragen 778 miljoen euro.

Naast de directe en indirecte kosten zijn 175.100 gezonde levensjaren verloren gegaan door alcohol, wat overeenstemt met een kost van meer dan 7 miljard euro. De ontvangsten voor de staat (via de btw en de accijnzen), die 1,8 miljard euro bedragen, kunnen dus niet worden vergeleken met de kosten, want die vergelijking houdt geen rekening met de waarde van het verloren leven (of de levenskwaliteit).

E) In 2018 heeft de Hoge Gezondheidsraad in zijn advies nr. 9438 een reeks aanbevelingen geformuleerd voor de algemene bevolking en de gezondheidsbeoefenaars, maar ook voor de bevoegde autoriteiten, voor een

¹⁶ https://workspaces.wiv-isp.be/tdi/SitePages/Pub_FR.aspx

¹⁷ <https://apps.who.int/gho/data/node.main-euro.A1039?lang=en&showonly=GISAH>

¹⁸ De OESO levert andere gegevens, maar vanwege de onzekerheid over de bron en de manier waarop deze gegevens worden verzameld, hebben WHO-gegevens, die regelmatig worden bijgewerkt, de voorkeur als referentie. Voor meer informatie over OESO-gegevens, zie: <https://data.oecd.org/healthrisk/alcohol-consumption.htm>

¹⁹ <https://data.oecd.org/healthrisk/alcohol-consumption.htm>

²⁰ Barrio, Pablo, et al. (2017) Social Costs of Illegal Drugs, Alcohol and Tobacco in the European Union: A Systematic Review. Drug and Alcohol Review, vol. 36, no. 5, , pp. 578–58

²¹ Studie gefinancierd door Federaal Wetenschapsbeleid en uitgevoerd door Prof. Dr. Freya Vander Laenen, Prof. Dr. Lieven Annemans, Prof. Dr. Koen Putman, Prof. Dr. Lieven Pauwels, Prof. Dr. Wim Hardyns, Dr. Delfine Lievens, Dr. Nick Verhaeghe, Nele Schils.

²² De directe kosten omvatten drie luiken: (1) de gezondheidszorg van middelenmisbruik: dit gaat bijvoorbeeld om kosten voor een opname in een ziekenhuis voor behandeling van verslaving, maar ook om kosten voor de behandeling van ziektes die door deze middelen zijn veroorzaakt, bv. longkanker of leverkanker en (2) de aanpak van druggerelateerde criminaliteit: dit gaat bijvoorbeeld om kosten voor het opsporen, vervolgen en berechten van drugbezit of drughandel, en de kosten voor detentie, maar ook om kosten van misdrijven (zoals diefstal en inbraak) gepleegd om illegale drugs te kunnen kopen of misdrijven (zoals slagen en verwondingen) onder invloed van alcohol en illegale drugs; en (3) verkeersongevallen..



minder risicovol alcoholgebruik. In dat advies wordt aangedrongen op het belang om maatregelen te nemen die worden gecombineerd, voortgezet, volgehouden op lange termijn en zich tot de hele bevolking richten. Er wordt dus een coördinatie op interfederaal vlak aanbevolen om de bevolking te bereiken.



Meer weten:

- HOGE GEZONDHEIDSRAAD. RISICO'S VAN ALCOHOLGEBRUIK. BRUSSEL: HGR; 2018. ADVIES NR. 9438
- DE DONDER E. (2020). FACTSHEET ALCOHOL. BRUSSEL. VAD - VLAAMS EXPERTISECENTRUM ALCOHOL EN ANDERE DRUGS
- FACT SHEET ON ALCOHOL CONSUMPTION, ALCOHOL-ATTRIBUTABLE HARM AND ALCOHOL POLICY RESPONSES IN EUROPEAN UNION MEMBER STATES, NORWAY AND SWITZERLAND (2018)
- GISLE, L., DEMAREST, S., DRIESKENS, S. GEZONDHEIDSENQUÊTE 2018: GEBRUIK VAN ALCOHOL. BRUSSEL, BELGIË: SCIENSANO; RAPPORTNUMMER: D/2019/14.440/56. BESCHIKBAAR OP: WWW.GEZONDHEIDSENQUETE.BE
- GLOBAL STATUS REPORT ON ALCOHOL AND HEALTH 2018. GENEVA: WORLD HEALTH ORGANIZATION; 2018 ([HTTP://APPS.WHO.INT/IRIS/BITSTREAM/HANDLE/10665/274603/9789241565639-ENG.PDF?UA=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1)).
- HOPPENBROUWERS, K., GUÉRIN, C., ROELANTS, M., VAN LEEUWEN, K., & DESOETE, A. (2011). ALCOHOLGEBRUIK VOOR EN TIJDENS DE ZWANGERSCHAP EN IN DE PERIODE VAN BORSTVOEDING. LEUVEN: STEUNPUNT WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN.
- RAPPORT DE SITUATION SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL, LES MÉFAITS ET L'ACTION POLITIQUE DANS 30 PAYS EUROPÉENS 2019 [HTTPS://WWW.EURO.WHO.INT/FR/HEALTH-TOPICS/DISEASE-PREVENTION/ALCOHOL-USE/PUBLICATIONS/2019/STATUS-REPORT-ON-ALCOHOL-CONSUMPTION,-HARM-AND-POLICY-RESPONSES-IN-30-EUROPEAN-COUNTRIES-2019](https://www.euro.who.int/fr/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2019/status-report-on-alcohol-consumption,-harm-and-policy-responses-in-30-european-countries-2019)

3. HISTORIEK

In 2008 hebben de Ministers, bevoegd voor Volksgezondheid, een Gemeenschappelijke Verklaring inzake het toekomstige alcoholbeleid ondertekend.

De Ministers hebben zich hierin geëngageerd om:

- alcoholgerelateerde schade te voorkomen en te verminderen;
- onaangepast, buitensporig, problematisch en riskant gebruik van alcohol te bestrijden en niet uitsluitend de afhankelijkheid;
- een beleid te voeren dat gericht is op risicodoelgroepen en risicosituaties.

Deze Verklaring vormde het eerste beleidsdocument in ons land waarin de federale overheid, samen met de Gemeenschappen en Gewesten, een duidelijke en gemeenschappelijke lijn uittekent over alcoholbeleid.

Deze Verklaring heeft aanleiding gegeven tot heel wat beleidsmaatregelen, waaronder de wijziging van de wetgeving over de verkoop en het aanbieden van alcoholische dranken aan minderjarigen.

In juni 2015 heeft de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid gevraagd aan de Algemene Cel Drugsbeleid om een alcoholbeleid te ontwikkelen. "*De doelstelling is om interministerieel overleg te voeren teneinde een gemeenschappelijke en overlegde strategie uit te werken tegen het schadelijk gebruik van alcohol en daarbij de verschillende determinanten van de problematiek zoals gedefinieerd door de WHO te specificeren.*" Aangezien in 2017 geen consensus kon worden bereikt, hebben de verschillende ministers die bevoegd zijn voor het alcoholbeleid een hele reeks initiatieven genomen die zowel betrekking hebben op het aanbod als op de vraag.

In 2021 heeft de Thematische Vergadering Drugs van het IMC Volksgezondheid de opdracht om een interfederale strategie inzake het schadelijk gebruik van alcohol uit te werken opnieuw toevertrouwd aan de Algemene Cel Drugsbeleid.

4. VISIE, MISSIE EN STRATEGIE

4.1. De VISIE van deze interfederale strategie inzake het schadelijk gebruik van alcohol is gebaseerd op de driehoek "product, individu, omgeving" en omvat een hele reeks waarden.

4.1.1. Rechten en vrijheden van het individu

De individuele vrijheden van ieder mens eindigen daar waar die van de anderen beginnen. Individuen hebben het recht om in goede gezondheid te leven, met een kwalitatieve gezondheidszorg, en correcte, adequate en toegankelijke informatie. In die zin vormt een alcoholbeleid in de eerste plaats een uitdaging op het vlak van volksgezondheid.

Wij zijn ons er echter van bewust dat alcohol een plaats heeft in onze maatschappij. Bijgevolg heeft deze interfederale strategie tot doel om de schade betreffende het schadelijk gebruik van alcohol te beperken. Het niet-schadelijk gebruik van alcohol maakt geen deel uit van deze strategie. Ook al stellen we vast dat steeds meer mensen ervoor kiezen om hun consumptie te verminderen of zich ervan te onthouden, toch blijft de globale consumptie hoog, vooral bij sommige doelgroepen of binnen bepaalde contexten (zie hierboven, "vaststellingen").

Er dient te worden opgemerkt dat het schadelijk gebruik van alcohol wordt beïnvloed door een reeks, onder andere sociale en economische, determinanten die soms de vrijheid belemmeren en de keuze van de consument beperken.

4.1.2. Rechten van minderjarigen

Binnen deze interfederale strategie zal er specifieke aandacht worden besteed aan minderjarigen. We herinneren aan bepaalde rechten uit het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind ²³ dat België heeft ondertekend, zoals *het recht om beschermd te worden tegen geweld, mishandeling en elke vorm van misbruik en uitbuiting, of het recht om te worden verzorgd, beschermd tegen ziekten, om te beschikken over voldoende en evenwichtig voedsel.*

Het is dus de bedoeling om minderjarigen tegen de kwalijke gevolgen van alcohol te beschermen. Deze interfederale strategie zal zich wijden aan het voorkomen van de eerste consumptie van alcohol of om op zijn minst de leeftijd waarop die eerste consumptie plaatsvindt, uit te stellen. Kinderen moeten opgroeien in een gezonde omgeving, en daarom moeten ze worden beschermd tegen de gevaren die voortvloeien uit de schadelijke consumptie van alcohol (of het nu gaat om hun eigen consumptie of die van hun ouders en omgeving): neurologische gevolgen en gevolgen op het vlak van gezondheid, risico's in verband met

²³ <https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/crc.aspx>



dronkenschap, risico's inzake vroegtijdige afhankelijkheid, verwaarlozing, mishandeling, geweld, risico op schadelijke alcoholconsumptie in de toekomst, overnemen van het gedrag van de ouders,...

4.1.3. Gendergevoeligheid

Zoals werd aangetoond in de Gezondheidsenquête van 2018 (Sciensano) worden mannen vaker getroffen door schadelijke alcoholconsumptie dan vrouwen. Vrouwen consumeren echter ook op een schadelijke manier. Genderstereotypen, schaamte en schuldgevoelens over alcoholconsumptie die op vrouwen wegen, en nog meer op moeders, betekenen dat vrouwen de neiging hebben hun consumptie te verbergen. Als gevolg van deze stereotypen en ouderlijke verplichtingen doen zij ook minder vaak een beroep op zorg- en ondersteuningsdiensten (Schamp, J., et al. (2018). Bovendien zijn vrouwen vaker het slachtoffer van geweld dat wordt uitgelokt door de schadelijke alcoholconsumptie van hun partner, familieleden, vrienden of onbekenden, hoewel ook mannen door dit verschijnsel worden getroffen. Dit geweld kan zowel achter gesloten deuren als bij feestelijke gelegenheden plaatsvinden. In een²⁴ door de Europese Commissie gefinancierde studie werd vastgesteld dat ongeveer 90 % van de slachtoffers van alcoholgerelateerd huiselijk geweld vrouwen zijn.

De strategie zal bijzondere aandacht besteden aan al deze ongelijkheden tussen mannen en vrouwen in verband met de alcoholproblematiek.

4.2. De MISSIE van de interfederale strategie 2023-2028 is het verminderen van het schadelijk gebruik van alcohol in België en de directe of indirecte gevolgen ervan (zoals hierboven vermeld).

Onder schadelijk gebruik van alcohol wordt verstaan:

1. De overconsumptie van alcohol (maximum 10 eenheden alcohol per week en niet alle dagen, zowel voor vrouwen als voor mannen);
2. Het vroegtijdig gebruik van alcohol (vanuit medisch en wetenschappelijk oogpunt²⁵, vóór de leeftijd van 18 jaar)²⁶;
3. Heavy episodic drinking (minstens maandelijks drinken van zes of meer eenheden alcohol tijdens eenzelfde gelegenheid, in de afgelopen twaalf maanden);
4. Binge drinking (minstens één keer drinken van zes eenheden alcohol in een tijdsspanne van twee uur, in de afgelopen twaalf maanden);
5. Alcoholgebruik net voor (zowel bij mannen: verminderde vruchtbaarheid, als bij vrouwen: risico op miskraam, verminderde vruchtbaarheid, foetaal alcoholyndroom, ...), en tijdens de zwangerschap, en tijdens de borstvoedingsperiode;
6. Alcoholverslaving zoals bepaald in de ICD-11;
7. Het besturen van een voertuig onder invloed van alcohol;
8. Alcoholconsumptie in geval van geneesmiddelengebruik.

²⁴ https://ec.europa.eu/justice/grants/results/daphne-toolkit/sites/default/files/projects/documents/ift_nord_fr_la_violence_familiale_et_lalcool.pdf

²⁵ Zie meer bepaald <https://aide-alcool.be/>, <https://www.vad.be/artikels/detail/alcohol-en-jongeren>

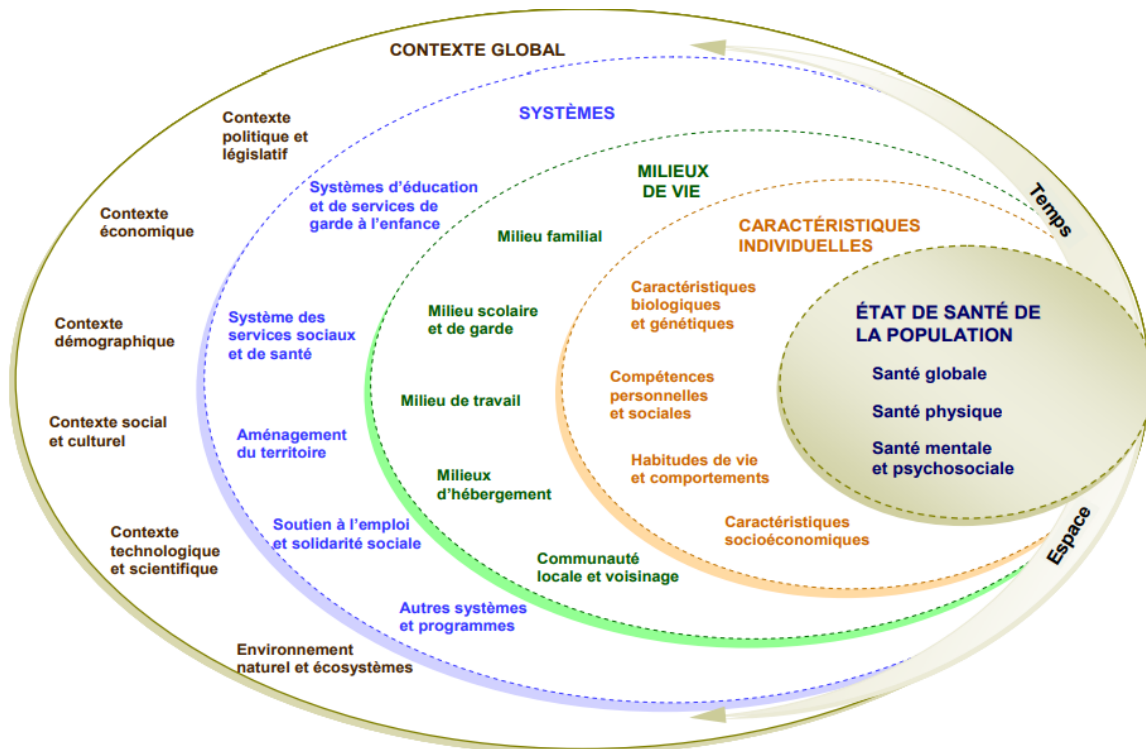
²⁶ De Belgische wetgeving verbiedt de verkoop van alcohol aan -16-jarigen. De verkoop van wijn en bier is toegestaan vanaf 16 jaar en van sterkedrank vanaf 18 jaar.



4.2.1. Gezondheidsbevorderende aanpak

Waarom zou een "gezondheidsbevorderende" aanpak een transversaal element moeten zijn in het interfederaal strategie ter beperking van schadelijk alcoholgebruik?

1. Gezondheid als een complex proces onder invloed van verschillende determinanten:



Conceptueel kader van gezondheid en haar determinanten (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2010)²⁷.

Het terugdringen van alcoholmisbruik vereist een gecoördineerde actie ten aanzien van verschillende determinanten. Deze **holistische visie**, die met name geïnspireerd is door de verklaring van Alma-Ata van 1978 en het handvest van Ottawa van 1981, heeft in 2013 geleid tot de verklaring van Helsinki: "**health in all policies**" (8th Global Conference on Health Promotion). Gezondheidsbevordering biedt een corpus van

²⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants - résultat d'une réflexion commune*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. <https://www.inspq.qc.ca>



waarden en strategieën om te zorgen voor een samenwerkingslogica die gunstig is voor de gezondheid van bevolkingsgroepen.

2. Verder gaan dan het voorschrijven van gezonde levensstijlen en gedragingen aan de bevolking.

Een volksgezondheidsbeleid dat uitsluitend berust op het vaststellen van gedragsnormen en het verticaal opleggen daarvan aan de burgers, kent tal van valkuilen.

Daar zijn verschillende redenen voor:

- De heterogeniteit van consumptiepraktijken en -benaderingen.
- De heterogeniteit van socioculturele omgevingen.
- Het wantrouwen in de samenleving tegenover de overheid en instellingen.
- Het wantrouwen tegenover stigmatiserende en angstwekkende discours.
- ...

De door gezondheidsbevordering voorgestelde alternatieven:

- **Geletterdheid:** versterking van de kennis, motivatie en vaardigheden van mensen om toegang te krijgen tot relevante informatie over alcoholconsumptie en deze te begrijpen, te evalueren en toe te passen, teneinde hen in staat te stellen "gezonde" oordelen te vellen en beslissingen te nemen over alcoholconsumptie.²⁸
- **Empowerment:** (vertaling) "*Empowerment is een proces of een aanpak die erop gericht is individuen, gemeenschappen en organisaties meer macht te geven om te handelen en te beslissen, meer invloed te geven op hun omgeving en hun leven.*"²⁹
- **Evenredig universalisme:** Dit is de combinatie van de gerichte en de universele aanpak. Het maakt het mogelijk rekening te houden met de specifieke kenmerken van de socioculturele context en tegelijkertijd stigmatisering te vermijden. Het onderliggende beginsel is ook dat van de billijkheid (verschillend van gelijkheid).
- **Een strategie gebaseerd op leefomgevingen** (gemeenschapsaanpak, gezondheidsbevordering op het werk, ecologische aanpak, ...):

4.3. De STRATEGIE om deze missie te verwezenlijken, bestaat in het definiëren van doelstellingen, acties en indicatoren, gebaseerd op wetenschappelijk bewijs en aangepast aan de kenmerken van *het product, de consumenten, de consumptie en de context* waarin alcohol wordt geconsumeerd.

Het beleid inzake alcoholgebruik heeft onder meer betrekking op de domeinen gezondheid, werkgelegenheid, verkeer, intrafamiliaal geweld, geweld tegen vrouwen en minderjarigen, maatschappelijke overlast, prijszetting van consumptiegoederen, reclame en wetenschappelijk onderzoek. De te nemen maatregelen kunnen dus een impact hebben op zeer verschillende sectoren, zowel op het vlak van de vraag

²⁸ Sorensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015;25(6):1053-8.

²⁹ Culture et santé (asbl), *L'empowerment-Dossier thématique n°13* (Novembre 2009 et mise à jour en mai 2014)



naar als op het vlak van het aanbod van alcohol. Grondige kennisverwerving over de determinanten en effecten van schadelijk alcoholgebruik en over de wijze waarmee deze kunnen worden verminderd, is dus permanent noodzakelijk. Het is ook van essentieel belang dat de genomen maatregelen de ontwikkeling van de gezondheidsvaardigheden van de burgers, met name van kwetsbare groepen, bevorderen en dat daarbij rekening wordt gehouden met de verschillende leeftijden en leefomgevingen.

Er dient meer bepaald bijzondere aandacht uit te gaan naar de complexe relatie tussen het schadelijk alcoholgebruik en de sociale en gezondheidsongelijkheden³⁰, en aan het effect van dit gebruik op kwetsbare groepen zoals jongeren, zwangere vrouwen, daklozen, ouderen, personen met een dubbele diagnose, ...

De aanbevelingen van de experts op het terrein en van het advies van de Hoge Gezondheidsraad betreffende de risico's inzake alcoholconsumptie zijn bronnen van inspiratie voor deze strategie. Bovendien integreert deze strategie de doelstellingen, de basisprincipes en de tien actiedomeinen die door de WGO werden vastgelegd in haar *'Global strategy to reduce the harmful use of alcohol'* (2010) en het *'Global alcohol action plan 2022-2030 to strengthen implementation of the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol'*. De tien hierboven vermelde actiedomeinen zijn de volgende:

- Leadership, awareness en commitment;
- Health services' response;
- Community action;
- Drink-driving policies and countermeasures;
- Availability of alcohol;
- Marketing of alcoholic beverages;
- Pricing policies;
- Reducing the negative consequences of drinking and alcohol intoxication;
- Reducing the public health impact of illicit alcohol and informally produced alcohol;
- Monitoring and surveillance.

Deze strategie berust ook op een zorgcontinuüm³¹ dat onder andere gezondheidspromotie en -educatie omvat, alsook preventie, screening, diagnose, behandeling en beheer van ziekten, revalidatie, emotionele en psychologische ondersteuning, nazorg en palliatieve zorg.

Voor de implementatie van deze strategie is het aanduiden van de verantwoordelijke overheden voor de uitvoering van de geplande maatregelen essentieel. De strategie zal een overzicht moeten geven van de doelstellingen, acties, rollen, timing, indicatoren en de bronnen die zullen worden gebruikt. Het moet ook telkens het WGO-actiepunt vermelden waarnaar de doelstellingen verwijzen. Een monitoring en een evaluatie van de resultaten zijn eveneens belangrijk om de efficiëntie van elke actie te kunnen inschatten. Daarom moeten

³⁰ Gezondheidsindicatoren laten vaak een 'sociale gradiënt' zien. De sociaal-economische status van een persoon bepaalt nauw hun gezondheid. In termen van indicatoren van mortaliteit, morbiditeit, geestelijke gezondheid, toegang tot zorg en preventie of in termen van gezondheidsgedrag, zien we voortdurend dat de zwakste sociale categorieën slechtere scores suggereren dan de meer sociale categorieën. Kwetsbare mensen vertonen meer schadelijk gedrag dan de middenklasse, die op hun beurt meer schadelijk gedrag vertonen dan rijkere mensen. Dit fenomeen wordt wereldwijd erkend (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf).

³¹ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25144015/>



voor elke doelstelling indicatoren bepaald worden. De meerwaarde van het beleid kan slechts worden beoordeeld door de combinatie van alle relevante kwantitatieve en kwalitatieve indicatoren.

Elke bevoegde overheid is verantwoordelijk voor de implementatie en rapportering over de acties en indicatoren van haar bevoegdheidsdomein.

Deze strategie vormt een aanvulling op de bestaande initiatieven en beleidsstrategieën inzake alcohol van de verschillende regeringen in België.

De Algemene Cel Drugsbeleid zal in 2025 een tussentijds overzicht opstellen van de implementatie van deze strategie. Op basis hiervan kan het beleid worden bijgestuurd.

BRONNEN

ABBAY A. ALCOHOL'S ROLE IN SEXUAL VIOLENCE PERPETRATION: THEORETICAL EXPLANATIONS, EXISTING EVIDENCE AND FUTURE DIRECTIONS. *DRUG ALCOHOL REV* 2011;30(5):481-9.

BAGNARDI, V. ET AL., Light alcohol drinking and cancer: a meta-analysis. *Annals of Oncology* [online], August 2012

BARRIO, PABLO, ET AL. (2017) *Social Costs of Illegal Drugs, Alcohol and Tobacco in the European Union: A Systematic Review*. *Drug and Alcohol Review*, vol. 36, no. 5, , pp. 578–58

BECK A, HEINZ A. Alcohol-related aggression-social and neurobiological factors. *Dtsch Arztebl Int* 2013;110(42):711-5.

CAO Y, WILLETT WC, RIMM EB, ET AL. Light to moderate intake of alcohol, drinking patterns, and risk of cancer: results from two prospective US cohort studies. *BMJ*. Published online August 18 2015

CHERPITEL CJ, YE Y, BOND J, ROOM R, BORGES G. Attribution of alcohol to violence- related injury: self and other's drinking in the event. *J Stud Alcohol Drugs* 2012;73(2):277-84.

HOGGE GEZONDHEIDSRAAD. RISICO'S VAN ALCOHOLGEBRUIK. BRUSSEL: HGR; 2018. ADVIES NR. 9438.

LAMMERS SM, SOE-AGNIE SE, DE HAAN HA, BAKKUM GAM, POMP ER, NIJMAN HJM. Middelengebruik en criminaliteit: een overzicht. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2014;56(1):32-9.

GISLE. L., DEMAREST, S., DRIESKENS, S. . Gezondheidsenquête 2018: Gebruik van alcohol. Brussel, België: Sciensano; Rapportnummer: D/2019/14.440/56. Beschikbaar op: www.gezondheidsenquête.be

LA VIGNERA, S., CONDORELLI, R. A., BALERCIA, G., VICARI, E., & CALOGERO, A. E. (2013). Does alcohol have any effect on male reproductive function? A review of literature. *Asian Journal of Andrology*, 15(2), 221-225.

WGO (2010), *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*, 2010, Zwitserland

WGO (2011), *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020*, Kopenhagen



WGO (2014), Global status report on alcohol and health, Zwitserland.

OMS (2020) Alcohol pricing in the WHO European Region: update report on the evidence and recommended policy actions.

OMS (2021) Global alcohol action plan 2022-2030 to strengthen implementation of the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol'

REHM, J., HASAN, O.S.M., IMTIAZ, S. ET AL. ALCOHOL AND NONCOMMUNICABLE DISEASE RISK. CURR ADDICT REP 5, 72–85

(2018). [HTTPS://DOI.ORG/10.1007/s40429-018-0189-8](https://doi.org/10.1007/s40429-018-0189-8)LIM, S. ET. AL. (2012), *A comparative risk assesment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factors clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010, Lancet, 380, p. 2224-60.*

REHM, J. ET.AL. (2012), *Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe : potential gains from effective interventions for alcohol dependence, Center for Addiction and Mental Health. Canada*

REHM, J., SHIELD, K.D., GMEL, G., REHM, M.X., FRICK, U. (2013), *Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union, European Neuropsychopharmacology, 23, 89-97.*

SCHAMP, J., SIMONIS, S., VAN HAVERE, T., GREMEAUX, L., ROETS, G., WILLEMS, S., & VANDERPLASSCHEN, W. (2018). *Towards gender-sensitive prevention and treatment for female substance users in Belgium. Final Report.* Brussels: Belgian Science Policy

SHIELD, K.D., KEHOE, T., GMEL, G., REHM, M.X., & REHM, J. (2012). *Societal burden of alcohol. In: Anderson, P., Møller, L. & Galea, G. (Eds.), 'Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches' (pp. 10-28).* Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe.

http://www.aicr.org/research/research_science_expert_report.html

5. ALGEMENE MISSIE, ALGEMENE EN SPECIFIEKE DOELSTELLINGEN

De ALGEMENE MISSIE is het verminderen van het schadelijk gebruik van alcohol in België en de directe of indirecte gevolgen ervan.

ALGEMENE DOELSTELLINGEN

1. Vermindering van overconsumptie van alcohol;
2. Vermindering van het vroegtijdig gebruik van alcohol;
3. Vermindering van heavy episodic drinking;
4. Vermindering van binge drinking;
5. Daling van alcoholverslavingen;
6. Vermindering van het rijden onder invloed van alcohol;
7. Vermindering van de alcoholconsumptie voor, tijdens en na de zwangerschap;
8. Vermindering van schadelijke alcoholconsumptie bij kwetsbare doelgroepen;
9. Vermindering van misdrijven en maatschappelijke overlast als gevolg van alcohol.



SPECIFIEKE DOELSTELLINGEN

1. Verbetering van de dataverzameling en -analyse;
2. Verhoging van de efficiëntie van de restrictieve en beperkende regels en van hun implementatie aangaande reclame en verkoop van alcohol, ook via het internet;
3. Intensifiëring van preventie en gezondheidspromotie (waaronder geletterdheid inzake gezondheid), inclusief schadebeperking op het vlak van de gezondheid;
4. Verbetering van de screening en vroegtijdige tenlasteneming van risicogebruikers;
5. Verbetering van de toegang tot en de kwaliteit van de zorg en nazorg;
6. Vermindering van het aantal doden en zwaargewonden op de weg als gevolg van alcohol;
7. Reflectie over een prijsbeleid, gevolgd door voorstellen van alternatieven waarmee de schadelijke alcoholconsumptie kan worden verminderd;
8. Stimulering van een preventiebeleid op de werkvloer in samenwerking met de sociale partners;
9. Daling van het aantal slachtoffers omwille van schadelijke alcoholconsumptie (ten gevolge van hun eigen consumptie of de consumptie door een derde)³².
10. Verbetering van de voorlichting van alcoholgebruikers.

³² Specifieke aandacht zal worden besteed aan minderjarigen en aan gender.



6. Methodologie

Stap 1: Validatie van beleidsdoelstellingen, hoofdlijnen en prioritaire domeinen

Een basisnota met de doelstellingen, de grote lijnen en prioritaire domeinen zal worden voorgelegd aan de Thematische Vergadering Drugs van de IMC Volksgezondheid op 23 maart 2022. Deze achtergrondnota zal ook de methodologie omvatten zoals hieronder beschreven.

Timing : 23 maart 2022

Stap 2 : Hoorzitting van deskundigen gericht op de implementatie van de basistekst

De door de werkgroep aangewezen experts zullen worden bevroegd, nadat zij de basistekst hebben ontvangen. Deze experts kunnen afkomstig zijn uit de academische wereld of uit het werkveld. Zij worden geselecteerd op basis van hun expertise met betrekking tot de uitvoering van het plan en worden gevalideerd door de leden van de werkgroep.

Om de standpunten van zowel de Franstalige als Nederlandstalige experts te horen zullen er twee vergaderingen worden georganiseerd. Het uiteindelijke doel van deze hoorzitting is om de acties af te bakenen die noodzakelijk zijn om de algemene en specifieke doelstellingen te bereiken.

De experts (door de WG gevalideerd) die niet de mogelijkheid krijgen om tijdens een vergadering hun standpunt te delen zullen hun standpunten en actievoorstellen elektronisch kunnen doorgeven.

Het secretariaat stelt een gecoördineerde versie van de verschillende acties voor aan de werkgroep. Dit voorstel van interfederale strategie zal, na validatie door de werkgroep, ook worden voorgelegd aan een Algemene Cel Drugsbeleid.

Timing : de vergaderingen met de experts vinden plaats in april. Het secretariaat zal in mei een gecoördineerde versie voorleggen aan de werkgroep. Aan de leden zal worden gevraagd om het budgettaire gedeelte in te vullen.

In 16 mei wordt een vergadering van de Algemene cel Drugsbeleid georganiseerd.

Stap 3 : Elektronische bevraging van de federaties en koepelorganisaties van de betrokken sectoren

De leden van de werkgroep zullen hun netwerk activeren door hen een exemplaar door te sturen van het voorstel van interfederale alcoholstrategie met concrete (en gebudgetteerde) maatregelen. Dit overleg vindt uitsluitend per e-mail plaats. Personen die willen reageren op de strategie zullen worden uitgenodigd om een online vragenlijst in te vullen en zullen hun identiteit of de organisatie die zij vertegenwoordigen moeten kenbaar maken. Er wordt een specifiek e-mailadres aangemaakt.



Methodologie voor het raadplegen van federaties en koepelorganisaties

De consultatie wordt georganiseerd door middel van een elektronische (semigestructureerde) vragenlijst. De vragenlijst zal peilen naar een inschatting van de relevantie, doeltreffendheid en haalbaarheid van elke actie (tevredenheid van 0 tot 5) met de mogelijkheid om in een open veld een vrije reactie mee te geven.

Tekstuele opmerkingen worden toegevoegd om de tekst beter te begrijpen.

Indien relevant en haalbaar in het kader van de interfederale alcoholstrategie zullen de inhoudelijke opmerkingen worden toegevoegd aan de interfederale strategie. Deze opmerkingen moeten stroken met de algemene en specifieke doelstellingen zoals die beleidsmatig en wetenschappelijk zijn goedgekeurd.

De voorstellen die uit deze consultatie naar voor komen moeten door de betrokken werkgroepen of betrokken entiteiten op hun haalbaarheid worden getoetst. Als deze voorstellen onmiddellijk uitvoerbaar zijn, worden zij aan het plan toegevoegd. Indien de voorgestelde maatregelen op korte termijn niet uitvoerbaar zijn, zullen zij worden toegevoegd aan de interfederale strategie bij de herevaluatie in 2025.

De voorstellen zullen worden afgewogen t.o.v. de andere voorstellen, waarbij voorrang wordt gegeven aan de voorstellen die de basistekst en de wetenschappelijke aanbevelingen respecteren. Dit geldt voor alle voorstellen, ook die van de economische actoren. Deze laatsten worden bij voorkeur betrokken bij het verder concretiseren van de acties.

Alleen de federaties en overkoepelende organisaties zullen worden geraadpleegd. Burgers (particulieren) worden niet op een directe manier geraadpleegd (maar hun mening kan wel worden verzameld via de koepelorganisaties). Het grote publiek zal over het plan worden geïnformeerd tijdens communicatiemomenten.

Timing : De raadpleging duurt 3 weken (juni 2022). Het secretariaat levert eind juni/begin juli een gecoördineerde versie af.

Stap 4: Bespreking van de interfederale alcoholstrategie

De leden van de werkgroep evalueren de gecoördineerde versie van de interfederale strategie.

Timing : september-oktober 2022

Stap 5 : Validering van de interfederale strategie door de Algemene Cel Drugsbeleid en door de Thematische Vergadering Drugs van de IMC Volksgezondheid

De interfederale alcoholstrategie wordt in november 2022 voorgelegd aan de Algemene Cel Drugsbeleid. Als ze wordt goedgekeurd, zal ze onmiddellijk op de agenda van de Thematische Vergadering Drugs van de IMC Volksgezondheid worden geplaatst. Indien er opmerkingen zijn, zal de werkgroep in november bijeenkomen en in december 2022 een aangepaste versie voorleggen aan de bevoegde ministers.



Timing : november-december 2022