
Alcohol in Europa

Een volksgezondheidsperspectief

Een rapport voor de Europese Commissie

Samenvatting

Peter Anderson en Ben Baumberg

Institute of Alcohol Studies,

Verenigd Koninkrijk
Juni 2006

Nederlandse vertaling uitgegeven door STAP (Stichting Alcoholpreventie),
Nederland en VAD (Vereniging voor Alcohol- en andere Drugsproblemen),
België.

Samenvatting

Achtergrond van het rapport

De Europese Commissie is bezig met het ontwikkelen van haar eigen strategie met betrekking tot het alcoholbeleid. Alle activiteiten die in dat verband in Europa plaatsvinden wil zij daarbij betrekken. Naar aanleiding daarvan verzocht de Commissie een analyse te maken van de invloed van alcohol op de gezondheid en van de sociale en economische aspecten van alcoholgebruik in Europa. Dit rapport is het antwoord op dat verzoek. Het is een samenvoeging van enerzijds eerder gepubliceerde reviewstudies, meta-analyses en op zichzelf staande artikelen en anderzijds van aanwezige data afkomstig van de Europese Commissie en de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Het rapport definieert alcoholbeleid als *“het dienen van de volksgezondheidsbelangen en de sociaal-maatschappelijke belangen uitgaande van de kennis van de invloed van alcohol op de gezondheid en op de samenleving als geheel”*. De doelen van het alcoholbeleid zijn, volgens deze definitie, geënt op de belangen van volksgezondheid. Het beleid is erop gericht om *“lokale, nationale en internationale hulpbronnen te mobiliseren om de voorwaarden voor een gezond leven te kunnen scheppen”*. Er wordt in dit rapport uitgegaan van een gestandaardiseerde terminologie, gebaseerd op de terminologie van de WHO, een orgaan van de Verenigde Naties op het gebied van volksgezondheid.

Alcohol en Europa

Alcohol wordt in Europa al duizenden jaren geproduceerd en gedronken. Oorspronkelijk werd het hoofdzakelijk gebrouwen uit producten die lokaal beschikbaar waren. Alcoholische drank werd ook vaak als medicijn gebruikt. Deze gewoonten hielden stand tot het begin van de 20^e eeuw in samenhang met de ontwikkeling van de moderne geneeskunde. Er bestonden toen al enkele wetten over alcohol, maar die hadden uitsluitend betrekking op de openbare orde of op marktregulatie en niet op volksgezondheid. Deze situatie veranderde ten tijde van het vroeg-moderne Europa onder invloed van industrialisatie, verbeterde communicatiemiddelen en de ontdekking van de sterkere gedestilleerde dranken. Omvangrijke ‘matigingsbewegingen’ verspreidden zich over Europa in de 19^e en vroeg 20^e eeuw, gedreven door zorgen over sterke drank, zonder zich daarbij af te zetten tegen het gebruik van elke soort alcoholische drank. In de meeste landen is de ‘matigingsbeweging’ op de achtergrond geraakt en aan het eind van de 20^e eeuw speelde zij geen rol van betekenis meer.

Het beeld van ‘alcoholisme’ als ziekte ontwikkelde zich tijdens de 19^e eeuw, toen in veel Europese landen opvanghuizen werden opgericht om verslaafden te behandelen. De laatste jaren zijn de opvattingen over volksgezondheid en verslaving dusdanig veranderd, dat er niet alleen meer aandacht is voor alcoholverslaving in engere zin maar ook voor tal van andere aspecten die aan alcoholproblematiek gerelateerd zijn. In het huidige Europa kent het gebruik van alcohol een grote variëteit aan situaties en functies, uiteenlopend van een drankje tijdens de maaltijd tot een belangrijk onderdeel van (godsdienstige) plechtigheden. Het drinken van alcohol wordt vaak gebruikt om het formele

karakter van een bepaalde gebeurtenis te onderstrepen of om het onderscheid tussen werk en vrije tijd te benadrukken. Dronkenschap heeft eveneens een symbolische betekenis, waarbij de manier waarop men zich onder invloed van alcohol gedraagt, varieert in de verschillende landen in Europa.

Alcohol en de Europese economie

Europa speelt een centrale rol in de wereldwijde alcoholmarkt. Een kwart van de wereldwijd geconsumeerde alcohol is afkomstig uit Europa; meer dan de helft van de wijnproductie vindt plaats in Europa. Ook de handel in alcohol is geconcentreerd in Europa: 70% van de alcoholexport en net iets minder dan de helft van de wereldwijde import vindt plaats binnen de Europese Unie. Hoewel de meerderheid van deze handel plaatsvindt tussen Europese landen onderling, bedraagt de omvang van de handel op EU niveau als geheel ongeveer 9 miljard euro.

Het is moeilijk in te schatten hoeveel alcohol wordt **gesmokkeld** binnen de EU, hoewel de Europese 'High Level Group on Fraud' in 1996 schatte dat € 1,5 miljard verloren ging aan alcoholfraude. Prijsverschillen spelen een grote rol bij de omvang van de goedkoop ingevoerde **alcohol uit het buitenland**. Tenminste 1 op 6 toeristen neemt alcohol mee uit het buitenland. In verschillende landen betreft het gemiddeld meer dan 2 liter pure alcohol per persoon.

De **economische betekenis van de alcoholindustrie** is aanzienlijk in veel Europese landen. Alcoholaccijnzen in de EU15¹ liepen op tot € 25 miljard in 2001, verkoop- en andere vormen van belasting niet meegerekend (hoewel € 1,5 miljard terugkomt in de productieketen als gevolg van het Europese landbouwbeleid). Vanwege de relatief in-elasticiteit van de vraag naar alcohol, zijn de gemiddelde belastingwaardes een betere voorspeller van de belastinginkomsten van een nationale overheid, dan de geconsumeerde hoeveelheid in het betreffende land.

Alcohol betekent ook **werkverschaffing**. Alleen al de drankproductie (voornamelijk wijn) levert meer dan drie kwart miljoen banen op. Andere banen zijn te vinden op andere plaatsen in de bevoorradingsketen, zoals in cafés of winkels. De omvang van de alcoholindustrie is niet per definitie een goede indicator voor het economische belang van de factor alcohol. Trends in alcoholconsumptie tonen geen duidelijke correlatie met trends in het aantal banen in sectoren zoals hotels, restaurants en cafés. Dit suggereert dat het effect van verandering in de consumptie naar verhouding klein is. Een afname in de uitgaven aan alcohol zou volgens de verwachting leiden tot een toename in de uitgaven op andere gebieden, waarbij de economische impact afhangt van de precieze aard van de nieuw gekozen bestedingen.

Uitgebreider onderzoek naar dit aspect moet nog gedaan worden, maar de huidige cijfers suggereren dat een afname in alcoholconsumptie niet noodzakelijk leidt tot banenverlies in de economie als geheel.

¹ De 15 landen die voor mei 2004 de EU vormden: België, Denemarken, Duitsland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Ierland, Italië, Luxemburg, Nederland, Oostenrijk, Portugal, Spanje, het Verenigd Koninkrijk en Zweden.

Uitgaande van een analyse van bestaand onderzoek kan gesteld worden dat de **totale materiële kosten** van alcohol voor de EU in 2003 geschat werden op € 125 miljard (van € 79 miljard tot € 220 miljard), gelijk aan 1,3 % BBP². Dit is ongeveer even hoog als recent is vastgesteld voor tabak. De **immateriële kosten** hebben betrekking op de geestelijke en lichamelijke schade samenhangend met alcoholgerelateerde criminaliteit, sociale gevolgen en gezondheidsproblemen veroorzaakt door alcohol. In 2003 werden deze immateriële kosten geschat op € 270 miljard. Andere schattingen van deze kosten leverden bedragen op tussen de € 150 en € 760 miljard. Hoewel deze data een groot aantal aspecten van het menselijk leven bestrijken zijn er ook verschillende aspecten waarover geen schattingen zijn gemaakt, omdat het onmogelijk was hier data over te verkrijgen. Evenzo geldt dat, als bij de schattingen wel rekening wordt gehouden met de voordelen van alcohol voor de gezondheid, er geen onderzoek is dat de andere voordelen van alcohol in kaart kan brengen.

Het gebruik van alcohol in Europa

In de EU wordt het **meest gedronken** van de hele wereld, hoewel de huidige consumptie van 11 liter pure alcohol per volwassene per jaar al minder is dan de piek van 15 liter per persoon in het midden van de jaren 70. De laatste 40 jaar is er een harmonisatie van het consumptieniveau in de EU15 te zien geweest, waarbij een toename in Midden- en Noord-Europa tussen 1960 en 1980 gepaard ging met een consistente afname in Zuid-Europa. De gemiddelde consumptie in de EU10³ lidstaten ligt dichterbij de EU15 dan ooit, hoewel er nog steeds substantiële verschillen tussen de lidstaten bestaan. De meeste Europeanen drinken alcohol; 55 miljoen volwassenen (15%) zijn niet-drinker. Rekent men dit gegeven en de niet-geregistreerde consumptie mee, dan ligt de gemiddelde consumptie op 15 liter pure alcohol per drinkende Europeaan per jaar.

Net iets minder dan de helft van de alcohol wordt geconsumeerd in de vorm van bier (44%), met de rest verdeeld over wijn (34%) en gedistilleerde drank (23%). Binnen de EU15 drinkt het noorden en het midden voornamelijk bier, terwijl men in het zuiden vooral wijn drinkt (hoewel Spanje hierop mogelijk een uitzondering is). Dit is een relatief nieuw fenomeen met zichtbare harmonisatie over de laatste 40 jaar in de EU15. Rond 40% van de drinkmomenten in de meeste van de EU15 vindt plaats tijdens het namiddag- of avondeten. Hoewel de mensen in Zuid-Europa vaker tijdens de lunch zullen drinken dan anderen. Terwijl het patroon van dagelijks drinken geleidelijk oploopt van Noord- naar Zuid-Europa, lijkt niet-dagelijks frequent alcoholgebruik (bijvoorbeeld meerdere dagen per week, maar niet iedere dag drinken) vaker voor te komen in Midden-Europa. Ook hier is sprake van aantoonbare harmonisatie binnen de EU15.

De mate waarin **dronkenschap** voorkomt, varieert in Europa, waarbij de Zuid-Europeanen minder vaak aangeven elke maand dronken te zijn dan anderen. Dit patroon vervaagt wanneer men 'binge drinking' in het onderzoek betreft. 'Binge drinking' is het drinken van een groot aantal consumpties bij één gelegenheid.

² BBP= Bruto Binnenlands Produkt

³ De 10 landen die sinds mei 2004 tot de EU behoren: Cyprus, Estland, Hongarije, Letland, Litouwen, Malta, Polen, Slowakije, Slovenië en Tsjechië.

Problematisch bij deze maat zijn de systematische verschillen in de bereidheid van mensen om aan te geven dat ze dronken zijn, of om aan te geven hoe lang een drinkgelegenheid duurt. Het onderzoek naar binge-drinken laat afwijkingen zien van het noord-zuid patroon. Zo suggereert dit onderzoek dat Zweden de laagste mate van binge-drinken in Europa heeft. Nemen we de EU15 als geheel, dan rapporteren volwassenen dat ze gemiddeld vijf keer per jaar dronken zijn en 17 keer per jaar binge-drinken (meer dan 5 drankjes bij 1 gelegenheid). Dit betekent dat 40 miljoen burgers uit de EU15 eens per maand 'te veel' drinken, en dat 100 miljoen burgers (1 op 3) tenminste eens per maand binge-drinken. Er zijn veel minder data beschikbaar uit de 10 nieuwe lidstaten, maar de beschikbare cijfers veronderstellen dat een deel van de wijn die daar werd gedronken, is vervangen door sterke drank. Er is sprake van een lagere drinkfrequentie (men drinkt minder vaak), maar de frequentie van binge-drinken ligt hoger dan in de EU15 landen (men drinkt meer per keer).

In Europa drinken 266 miljoen volwassenen 20 gram⁴ alcohol (vrouwen) tot 40 gram (mannen) alcohol per dag; meer dan 58 miljoen volwassenen (15%) drinkt meer. Van deze groep drinkt 20 miljoen (6%) meer dan 40 gram (vrouwen) of meer dan 60 gram (mannen) alcohol per dag. Kijken we naar alcoholafhankelijkheid en niet naar de hoeveelheid geconsumeerde alcohol, dan blijkt uit een schatting dat op jaarbasis ongeveer 23 miljoen Europeanen (5% van de mannen, 1% van de vrouwen) **afhankelijk van alcohol** zijn.

In elke onderzochte cultuur **zijn mannen vaker drinker** en drinken ze dan ook meer alcohol dan vrouwen; bovendien is het verschil tussen mannen en vrouwen met betrekking tot risicovol gedrag in het algemeen nog groter. Hoewel veel vrouwen stoppen met drinken wanneer ze zwanger zijn, blijft een significant deel van hen (25% tot 50%) toch drinken, sommigen blijven zelfs op schadelijk niveau drinken. Patronen in drinkgedrag zijn ook gerelateerd aan de **sociaal-economische status** (SES), waarbij mensen met een lage SES minder vaak alcohol drinken. Ondanks het complexe beeld voor sommige aspecten van drinkgedrag (sommige metingen laten tegengestelde trends voor mannen en vrouwen zien), blijken mensen met een lage SES die wél alcohol drinken vaker dronken te worden en vaker afhankelijk te raken dan mensen met een hoge SES. Bijna alle **15 tot 16 jarige scholieren** (>90%) hebben al eens alcohol gedronken, waarbij de meesten hun eerste drankje dronken toen ze gemiddeld 12,5 jaar waren en voor het eerst dronken werden toen ze 14 waren. De gemiddelde hoeveelheid die door 15 en 16 jarigen wordt gedronken per gelegenheid is meer dan 60 gram alcohol. In Zuid-Europa gaat het om bijna 40 gram per keer. Meer dan 1 op de 8 (13%) van de 15-16 jarigen is meer dan 20 keer dronken geweest en meer dan 1 op de 6 (18%) heeft de afgelopen maand (meer dan) drie keer binge-gedronken (5 of meer drankjes tijdens één gelegenheid).

Hoewel in twee landen bij enkele metingen meisjes vaker dronken waren dan jongens (voor het eerst in 2003), drinken jongens in het algemeen meer en worden ze vaker dronken dan meisjes. Toch neemt de kloof tussen de sekses langzaam af. In de meeste landen zijn de jongens meer gaan binge-drinken tussen 1995, 1999 en 2003, en in bijna alle landen is deze stijging ook voor

⁴ Eén standaard glas wijn, bier of sterke drank in Nederland en België bevat gemiddeld 10 gram alcohol. In de praktijk wordt weinig rekening meer gehouden met absolute standaardglazen.

meisjes aangetoond (dezelfde resultaten werden gevonden voor niet-ESPAD⁵ landen). Dit is toe te schrijven aan een algehele toename in binge-drinken en dronkenschap in de meeste EU landen tussen 1995 en 1999, gevolgd door een meer ambivalente trend tussen 1999 en 2003.

De invloed van alcohol op het individu

Hoewel het gebruik van alcohol aangenaam kan zijn, vergroot alcohol ook het risico op een groot aantal vormen van **sociale schade**, meestal afhankelijk van de geconsumeerde hoeveelheid: hoe groter de consumptie, des te groter het risico. De schade die men oploopt door **het drinken van iemand anders**, varieert van sociale overlast zoals het uit je slaap gehouden worden, tot meer ernstige consequenties zoals echtelijke problemen, kindermisbruik, criminaliteit, geweld en moord. In het algemeen geldt: hoe meer alcohol er is geconsumeerd, des te ernstiger de criminaliteit of de toegebrachte schade. De omvang van de alcoholconsumptie, de frequentie waarmee gedronken wordt en de frequentie en het volume van periodiek zwaar drinken, hebben allen onafhankelijk van elkaar invloed op het geweldsrisico. Vaak, maar niet altijd, is periodiek zwaar drinken een medebepalende factor voor de omvang van de alcoholgerelateerde schade.

Los van het feit dat alcohol een verslavende stof is, is alcohol ook de oorzaak van 60 verschillende soorten ziektes en aandoeningen, zoals verwondingen, geestelijke stoornissen, gedragsafwijkingen, maag- darmaandoeningen, verschillende vormen van kanker, cardiovasculaire ziektes, immunologische afwijkingen, longziektes, bot- en spierziektes, afwijkingen in de voortplanting en prenatale schade zoals een groter risico op vroeggeboorte en laag geboortegewicht. Voor de meeste aandoeningen geldt dat het risico toeneemt naarmate men meer alcohol drinkt. Voor sommige aandoeningen, zoals cardiomyopathie, ernstige acute ademhalingsproblemen en spierbeschadigingen lijkt de schade alleen veroorzaakt te worden door een langdurig hoog niveau van alcoholconsumptie. Maar zelfs bij een hoog consumptieniveau verhoogt alcohol het risico en de ernst van deze aandoeningen op een dosis-gerelateerde manier. De frequentie en de omvang van periodiek zwaar drinken spelen een grote rol bij de toename van het risico op aandoeningen en bepaalde cardiovasculaire ziektes (hartinfarct en beroerte).

Een lage dosis alcohol verlaagt het risico op **hart- en vaatziekten**, hoewel de exacte afname van dit risico en de hoeveelheid alcohol waarbij de grootste afname van het risico plaatsvindt, nog ter discussie staan. Kwalitatief betere studies waarbij rekening werd gehouden met andere beïnvloedende factoren, tonen een lagere afname van het risico op hart- en vaatziekten door alcohol aan dan kwalitatief mindere studies. De sterkste afname in risico wordt bereikt bij een consumptie van 10 gram alcohol (één standaardglas) per twee dagen. Bij een consumptie van meer dan 20 gram alcohol (twee standaardglazen) per dag, neemt het risico op hart- en vaatziekten al weer toe. Op hoge leeftijd is de risicoreductie door alcohol lager. Niet een specifieke soort alcoholhoudende drank, maar de stof alcohol sec heeft een reducerende werking op het risico op hart- en vaatziekten. Onderzoek toont aan dat alcohol in lage hoeveelheden het

⁵ . De ESPAD-enquête is Europese studie naar de consumptie van alcohol en andere drugs op school.

risico op vasculair veroorzaakte dementie, galstenen en diabetes zou kunnen verlagen, hoewel deze bevindingen niet in alle studies consistent zijn.

Het **risico op overlijden** en op ziektes en aandoeningen dat toeneemt als gevolg van alcoholgebruik kan afgezet worden tegen het risico op hartziekten (voornamelijk voorkomend op hoge leeftijd) dat, bij zeer kleine hoeveelheden, juist afneemt door alcoholgebruik. Deze vergelijking toont aan dat (in het Verenigd Koninkrijk) bij vrouwen jonger dan 65 jaar het laagste risico om te overlijden aan alcohol bereikt wordt als men helemaal niet of zeer weinig drinkt. Voor vrouwen die ouder zijn dan 65 jaar geldt dat het laagste risico bereikt wordt als men minder dan 5 gram alcohol per dag drinkt (een half standaardglas). Voor mannen is de hoeveelheid alcohol met het laagste overlijdensrisico nul voor mannen onder de 35 jaar, ongeveer 5 gram alcohol per dag voor mannen op middelbare leeftijd en minder dan 10 gram per dag voor mannen van 65 jaar en ouder (en waarschijnlijk weer daalt richting nul voor mannen op nog hogere leeftijd).

De gezondheid van de zware drinker gaat vooruit als deze minder gaat drinken of stopt met drinken. Zelfs bij chronische ziektes, zoals levercirrose en depressie, levert minderen of stoppen met drinken een snelle gezondheidsverbetering op.

Alcohol als schadepost in Europa

Alcohol vormt een aantoonbare last voor verschillende aspecten van het menselijk leven in Europa. We spreken dan vooral over gezondheidschade en sociale schade. Zeven miljoen volwassenen geven aan in het afgelopen jaar met **agressie** te maken hebben gehad nadat zij gedronken hadden. De totale economische schade voor de EU van alcoholgerelateerde criminaliteit wordt, gebaseerd op een overzicht van een beperkt aantal nationale studies, geschat op € 33 miljard in 2003.

Deze kosten bestaan uit kosten voor politie, rechtszaken en detentie (€ 15 miljard), criminaliteitspreventie en verzekeringen (€ 12 miljard) en schade aan persoonlijke eigendommen (€ 6 miljard). Materiële schade ten gevolge van rijden onder invloed wordt geschat op € 10 miljard. De immateriële schade als gevolg van rijden onder invloed (psychisch en fysiek) wordt geschat op € 9 tot € 37 miljard.

Naar schatting zijn op jaarbasis ongeveer 23 miljoen Europeanen afhankelijk van alcohol. De omvang van de immateriële schade als gevolg hiervan voor familieleden wordt geschat op € 68 miljard. Schattingen van de schade op de werkvloer zijn lastiger te maken. Van alle drinkende mannen en vrouwen in de EU15 geeft respectievelijk bijna 5% en 2% aan dat hun drinkgedrag hun werk of studie negatief beïnvloed. De verloren productiviteit door alcoholgerelateerd verzuim en werkloosheid wordt, gebaseerd op een overzicht van nationale kostenstudies geschat op respectievelijk € 9 tot € 19 miljard en € 6 tot € 23 miljard.

Vanuit **volksgezondheidsperspectief** bezien veroorzaakt alcoholgebruik in de EU ongeveer 195.000 doden per jaar, hoewel naar schatting 160.000 mensen op latere leeftijd overlijden vanwege het beschermende effect tegen hart- en vaatziekten. Dit effect geldt vooral voor vrouwen die sterven nadat zij de leeftijd

van 70 jaar bereikt hebben (echter, vanwege methodologische beperkingen is dit cijfer waarschijnlijk een overschatting van het werkelijke aantal). Een meer nauwkeurige schatting is waarschijnlijk 115.000 netto sterfgevallen, veroorzaakt onder mensen tot 70, waarbij het grootste deel van de overschatting van het preventieve effect van alcohol vermeden wordt.

Deze cijfers zijn echter relatief ten opzichte van een situatie waarin geen alcohol gebruikt zou worden. Het gunstige effect op de sterftcijfers zou veel groter zijn als er sprake zou zijn van een omvang van alcoholgebruik dat gepaard gaat met het minste gezondheidsrisico.

Als de invloed van alcohol wordt berekend op basis van het aantal DALY's (Disability Adjusted Life Years⁶) dat verloren gaat, dan is het beeld betrouwbaarder. Alcohol is bij mannen verantwoordelijk voor 12% van het totale verlies aan ziekte- en levensjaren (als gevolg van vroegtijdig overlijden) en bij vrouwen gaat het om een aandeel van 2%. Hierbij wordt de gezondheidswinst van alcohol in acht genomen.

Alcohol wordt hiermee de op twee na hoogste van 26 risicofactoren voor slechte gezondheid in de EU, nog vóór zwaarlijvigheid en obesitas. Alleen tabak en hoge bloeddruk staan hoger op de ranglijst.

De invloed van alcohol op de gezondheid moet worden beoordeeld in de context van een grote variëteit aan gevolgen, zoals de 17.000 verkeersslachtoffers per jaar (1 op de 3 doden in het verkeer wordt veroorzaakt door alcohol), 27.000 incidentele dodelijke ongevallen, 2.000 moorden (4 op de 10 gevallen van moord en doodslag), 10.000 zelfmoorden (1 op de 6 van alle gevallen van zelfmoord), 45.000 doden door levercirrose, 50.000 doden door kanker, waarvan 11.000 vrouwelijke doden door borstkanker, 17.000 doden door neuro-psychiatrische aandoeningen en 200.000 gevallen van depressie (bijdragend aan 2,5 miljoen DALYs). De kosten van behandeling van al deze ziektebeelden worden geschat op € 17 miljard, waarbij nog eens € 5 miljard wordt uitgegeven aan behandeling en preventie van schadelijk alcoholgebruik en alcoholafhankelijkheid. Het verlies aan levens kan zowel worden uitgedrukt als verloren productief potentieel (€ 36 miljard, gezondheidsvoordelen van alcohol buiten beschouwing gelaten), als in termen van immateriële schade (€ 145 tot € 712 miljard, gezondheidsvoordelen meegerekend).

Jongeren dragen een disproportioneel deel van deze last. Bij vrouwen wordt meer dan 10% van de sterfgevallen op jonge leeftijd en bij mannen meer dan 25% van de sterfgevallen veroorzaakt door alcohol.

Er is weinig bekend over de omvang van de maatschappelijke schade bij jonge mensen, hoewel 6% van de 15 tot 16 jarige scholieren in de EU aangeeft met agressie te maken heeft gehad nadat zij alcohol had gedronken. Van hen (15-16 jarigen) gaf 4% aan dat zij onbeschermd seks heeft gehad na gebruik van alcohol.

Als **landen met elkaar vergeleken** worden speelt alcohol in de 10 nieuwe EU landen, vergeleken met de levensverwachting in de 15 oudere lidstaten van de EU. Het verschil tussen deze landen in het aantal doden dat is toe te schrijven

⁶ Een DALY staat voor 1 levensjaar dat iemand als gevolg van een minder goede gezondheid verliest. Dat kan zijn omdat iemand door een ziekte niet goed functioneert (uitgedrukt in ziektejaar-equivalenten), of omdat hij of zij eerder is overleden als gevolg van deze ziekte (uitgedrukt in verloren levensjaren)

aan alcohol bedraagt 90 voor mannen en 60 voor vrouwen op een populatie van 100.000.

Binnen landen zijn veel aandoeningen, die de verschillen in gezondheid verklaren, toe te schrijven aan alcohol. De aandoeningen variëren overigens sterk (zoals levercirrose in Frankrijk en dood door geweld in Finland). Slechte gezondheid in achtergestelde gebieden blijkt ook aan alcohol gerelateerd te zijn. Onderzoek wijst erop dat sterfte die direct aan alcohol is toe te schrijven in achtergebleven gebieden groter is, dan dat uit verschillen op individueel niveau verklaard kan worden.

Veel van de schade veroorzaakt door alcohol heeft betrekking op **andere personen dan de drinker zelf**. Denk bijvoorbeeld aan de 60.000 gevallen van ondergewicht bij de geboorte, 16% van de gevallen van kindermishandeling en verwaarlozing en aan de 5 tot 9 miljoen kinderen die opgroeien in gezinnen waar een alcoholprobleem speelt. Alcohol heeft ook effect op andere volwassenen dan de drinker zelf. Er vallen naar schatting 10.000 doden onder medeweggebruikers of passagiers bij verkeersongevallen veroorzaakt door iemand die onder invloed heeft gereden. Ook bij alcoholgerelateerde criminaliteit zijn er veel mensen die worden benadeeld terwijl ze zelf daarvan niet de oorzaak zijn. Een deel van de door alcohol veroorzaakte economische schade wordt gedragen door derden en niet door de drinker zelf. Het betreft een deel van de eerder genoemde geschatte kosten van € 33 miljard voor criminaliteit, € 17 miljard voor gezondheidszorg en € 9 tot € 19 miljard door werkverzuim.

Experimenten en longitudinale studies tonen aan dat de gezondheidslast van alcohol samenhangt met **veranderingen in consumptie**. Zware drinkers dragen voor een groter deel bij aan veranderingen in consumptie dan lichte drinkers (10% van de drinkers in de meeste landen is verantwoordelijk voor eenderde tot de helft van de totale consumptie). Deze gegevens zeggen ook iets over het effect van het collectief aanpassen van het drinkgedrag van een bepaalde populatie. Als een totale populatie als uitgangspunt wordt genomen blijkt dat het effect van een verschil van één liter in landen van de 15 lidstaten met lage consumptiecijfers (Noord-Europa) hoger te zijn dan in landen met een hogere consumptie.

Toch is het effect van minder of meer drinken ook nog significant voor de omvang van levercirrose, moord (alleen voor mannen), ongevallen en algemene sterfte (alleen voor mannen) in Zuid-Europa. Hoewel sommigen beweren dat de grote veranderingen in Noord-Europa een weerslag zijn van de 'explosieve' drinkcultuur, zou het ook proportioneel groot effect kunnen zijn van het feit dat men in deze landen (met een traditiegetrouw laag alcoholgebruik) één liter per capita meer is gaan drinken (een relatief kleine verandering in consumptie kan een proportioneel groot effect hebben).

Over het algemeen wordt geschat dat een afname van één liter (pure alcohol per capita) in alcoholconsumptie de totale sterfte bij mannen doet dalen met 1% in Zuid- en Midden- Europa en met 3% in Noord-Europa.

Alcoholbeleidsmaatregelen nader beschouwd

De meest effectieve beleidsmaatregelen op het gebied van **alcohol en verkeer** zijn at random uitgevoerde ademanalyses, een lager wettelijk toegestaan bloedalcoholgehalte, inbeslagname van het rijbewijs en een verlaagd wettelijk bloedalcoholgehalte voor jonge verkeersdeelnemers. De beperkt beschikbare data tonen geen bewijs voor de werking van trainingsprogramma's voor veroordeelde rijders onder invloed en van campagnes gericht op de preventie van rijden onder invloed. Een alcoholslot kan effectief zijn als preventiemaatregel, maar werkt alleen als een maatregel voor overtreders zolang het aan een voertuig bevestigd is. De WHO heeft het effect en de kosten van het ongelimiteerd uitvoeren de ademanalyses vergeleken met een situatie waarin geen controles plaatsvinden. Het blijkt dat de blaastesten zo'n 111.000 DALY's winst opleveren (minder ziektejaren jaren en lagere sterfte) met een geschatte opbrengst van € 233 miljoen per jaar.

De invloed van beleidsmaatregelen die **educatie, communicatie, training en maatschappelijk bewustzijn** ondersteunen, is laag. Hoewel het bereik van educatieve programma's op scholen hoog is (er zijn veel dankbare toehoorders), is het effect ervan op de populatie in zijn geheel erg klein. Er zijn overigens wel aanbevelingen voor verbetering van de effectiviteit van voorlichtingsprogramma's op school. Anderzijds kan gesteld worden dat massamediale voorlichtingsprogramma's ook als doel kunnen hebben om het maatschappelijk bewustzijn met betrekking tot de alcoholproblematiek te vergroten en een draagvlak te creëren voor specifieke maatregelen.

Er is zeer sterk bewijs voor dat beleidsmaatregelen die **de alcoholmarkt reguleren** effectief zijn om de omvang van de alcoholproblematiek terug te dringen. Vooral accijnzen zijn van belang voor een beleid dat erop gericht is om de alcoholproblematiek bij jongeren te beperken. Als accijnzen gebruikt zouden worden om de alcoholprijs in de EU15 met 10% te verhogen dan zou tot leiden tot een afname van meer dan 9.000 doden in een volgend jaar. Bovendien zouden de inkomsten door accijnzen bij benadering met € 13 miljard toenemen. Onderzoek toont aan dat wanneer de openingstijden voor de verkoop van alcohol verruimd zouden worden, er meer schade door geweld plaatsvindt. Volgens een model van de WHO zou een beperking van de openingstijden voor de verkoop van alcohol met 24 uur per week leiden tot een jaarlijkse afname van ziekte en vroegtijdige sterfte met 123.000 jaar, terwijl de geschatte implementatiekosten van deze maatregel zo'n € 98 miljoen per jaar bedragen.

Het beperken van de omvang en de inhoud van **commerciële communicatie** (reclame en marketingcommunicatie) met betrekking tot alcoholische drank reduceert waarschijnlijk de schade die alcohol veroorzaakt. Reclames dragen vooral bij tot een positievere attitude ten aanzien van drinken onder jonge mensen. Zelfregulering van alcoholreclame door de drankindustrie heeft niet de naam erg effectief te zijn. De WHO heeft een model opgesteld voor het effect van een mogelijk verbod op alcoholreclame. Toepassing van dit model op de EU levert naar schatting 202.000 vermeden ziektejaren en jaren van vroegtijdige sterfte, met geschatte implementatiekosten van € 95 miljoen per jaar.

Er is groeiend bewijs voor de invloed van strategieën die de **drinkomgeving beïnvloeden** op het verminderen van alcoholgerelateerde schade. Echter deze strategieën zijn vooral toepasbaar in cafés en restaurants en hun effectiviteit hangt af van adequate handhaving. Het instellen van een minimumleeftijd voor alcoholconsumptie heeft bijvoorbeeld weinig effect als de maatregel niet ondersteund wordt door de reële dreiging voor verkopers om hun vergunning te verliezen ingeval zij herhaaldelijk alcohol verkopen aan minderjarigen. Dergelijke strategieën zijn ook effectiever wanneer ze vertrekken vanuit de principes van 'community' gerichte preventie programma's.

Er is toename in bewijs voor het positieve effect op reductie van schadelijke alcoholconsumptie van **kortdurende hulp** ('Brief advice'), voornamelijk in eerste lijnsgezondheidszorg. De WHO simuleerde in een model de impact en de kosten van de toepassing van kortdurende hulp via de eerstelijnsgezondheidszorg bij 25% van de risicogroep. Een toepassing van dit model op het EU-niveau levert naar schatting een besparing op van 408.000 ziektejaren en jaren van vroegtijdig overlijden met geschatte kosten van € 740 miljoen per jaar.

Uitgaande van de WHO beleidsmodellen worden de kosten voor de Europese landen van invoering van een **uitvoerig EU-breed pakket** aan effectieve maatregelen (bestaande uit aselect uitgevoerde ademanalyse, accijns, beperkte beschikbaarheid van alcohol, een reclameverbod en een kortdurend advies van de huisarts), vergeleken met een situatie zonder enige vorm van beleid, geschat op € 1,3 miljard (dat is ongeveer 1% van de totale materiële kosten van alcohol voor de samenleving en slechts 10% van de geschatte opbrengst van een stijging van 10% van de alcoholaccijns in de EU15). Bovendien kan door een dergelijk pakket naar schatting 1,4 miljoen jaar van ziekte en vroegtijdige sterfte op deze manier per jaar voorkomen worden. Dat is bij benadering gelijk aan 2% van al het verlies aan ziektejaren en jaren van vroegtijdige sterfte in de gehele Europese Unie.

Europees en wereldwijd alcoholbeleid

De belangrijkste **internationale handelsverdragen** waar het Europese alcoholbeleid mee te maken heeft zijn de 'General Agreement on Tariffs and Trade (GATT), een overeenkomst inzake handel in goederen en de 'General Agreement on Trade in Services (GATS), een verdrag over handel in diensten. De ervaring heeft geleerd dat de Wereld Handels Organisatie (WTO) in sommige gevallen prioriteit geeft aan gezondheidsbelangen boven handelsbelangen (bijvoorbeeld inzake het verbod op de import van asbest bevattende goederen), hoewel beleidsmaatregelen aan een groot aantal strikte voorwaarden moeten voldoen voordat ze kunnen worden goedgekeurd.

De sterkste invloed ondervindt echter het alcoholbeleid in de lidstaten van **Europese handelsovereenkomsten** en in mindere mate van wereldwijde handelsovereenkomsten. De meeste voorbeelden hebben betrekking op regelgeving inzake accijnzen. Europese regelgeving verbiedt dat lidstaten (direct of indirect) discrimineren tussen nationale producten en producten uit een andere lidstaat wat de hoogte van de accijns betreft. Ook voor landen die omwille van gezondheidsredenen van deze regel willen afwijken wordt geen

uitzondering gemaakt. Dit laatste kan landen beperken bij het ontwikkelen en uitvoeren van hun accijnsbeleid. Het steeds invloedrijkere **Europees Hof van Justitie** (European Court of Justice, ECJ) heeft daarentegen ondubbelzinnig steun betuigd aan de reclameverboden in Catalonië en Frankrijk. In haar uitspraken stelt zij dat "alcoholreclame onbetwistbaar alcoholconsumptie aanmoedigt".

De EU wil graag gestandaardiseerde accijnstarieven invoeren om verstoringen in de markt terug te dringen. Grote verschillen in de accijnstarieven tussen aangrenzende landen leiden tot grootschalige particuliere inkoop over de grens. Dit resulteert in lagere inkomsten voor die overheden die hogere tarieven hanteren en tot een druk op deze overheden om het belastingtarief te verlagen, zoals gebeurd is in enkele noordelijke landen. De wijnproducenten ontvangen jaarlijks € 1,5 miljard aan Europese steun op basis van het **gemeenschappelijke landbouwbeleid van de EU** (Common Agricultural Policy, CAP). Het economische en politieke belang van deze subsidies en de huidige problemen van de wijnproducenten om het hoofd boven water te houden maken het vanuit een gezondheidsperspectief erg moeilijk om vooruitgang te boeken.

Het internationaal meest actieve orgaan op het gebied van alcohol is de **Wereldgezondheidsorganisatie** (WHO). De Europese afdeling van de WHO heeft diverse initiatieven genomen met als doel bij te dragen aan het terugdringen van de alcoholproblematiek in de 25 EU lidstaten. Voorbeelden daarvan zijn het 'Raamwerk voor Alcoholbeleid', het Europese Handvest voor Alcohol en twee ministeriële conferenties waar het belang van de ontwikkeling van alcoholbeleid (en volksgezondheidsbeleid in het algemeen) zonder de inmenging van commerciële of economische belangen werd benadrukt.

Hoewel de EU zelf geen wetten kan indienen gericht op de bescherming van de gezondheid (lidstaten hebben deze macht niet toegekend aan Europese instellingen, kunnen sommige beleidsmaatregelen voor de interne (handels)markt wel elementen bevatten die met gezondheid te maken hebben. Een voorbeeld hiervan is het onderdeel over alcohol reclame van de **Europese Richtlijn 'Televisie Zonder Grenzen'**. Europese actie op het gebied van alcohol kan wel via zogenaamde 'zachte wetgeving', in de vorm van niet-bindende resoluties en richtlijnen die bij lidstaten aandringen om zich op een bepaalde manier te gedragen.

Alcoholbeleid van de lidstaten

Elk land in de Europese Unie heeft een aantal wetten en reguleringen waarin alcohol als bijzonder product wordt onderscheiden van andere handelsproducten. De argumenten hiervoor zijn meestal gebaseerd op gezondheidsbelangen. Ondanks de alomtegenwoordigheid van alcoholbeleidsmaatregelen heeft iets minder dan de helft van de EU landen géén **actieplan of coördinerend orgaan voor alcohol**. De meeste landen hebben wel een programma voor een enkel aspect van het alcoholbeleid, waarvan **educatieve voorlichtingprogramma's op scholen** het meeste voorkomen. Alle EU landen hebben een bepaalde vorm van beleid met betrekking tot **alcohol en verkeer**. Behalve in het Verenigd Koninkrijk, Ierland en Luxemburg, geldt voor alle landen een maximaal

toegestaan bloedalcoholgehalte van 0,5 promille zoals is voorgeschreven door de Europese Commissie. Toch geloven veel Europese automobilisten dat de kans om gepakt te worden klein is. Eén derde van hen denkt nooit te hoeven blazen; dit aantal is lager in landen waar aselecte blaastesten plaatsvinden.

De **verkoop van alcohol** is in de meeste EU landen over het algemeen gebonden aan beperkingen. In sommige landen bestaan er verkoopmonopolies (de verkoop voor thuisgebruik van alcohol vindt alleen plaats in staatswinkels), maar vaker is de verkoop gebonden aan vergunningen en is er sprake van een beperking van het aantal verkooppunten. Meer dan een derde van de landen (en sommige deelstaten) kent een beperking van de **verkooptijden**, terwijl beperking van de dagen waarop alcohol verkocht mag worden, of een norm voor de dichtheid van het aantal verkooppunten slechts in een beperkt aantal landen bestaan. Alle landen verbieden de **verkoop van alcohol aan jongeren** onder een bepaalde leeftijd in bars en cafés, hoewel vier landen geen beleid hebben m.b.t. de verkoop van alcohol aan kinderen in winkels. De leeftijdsgrenzen variëren in Europa. In Noord-Europa ligt de grens meestal op 18 jaar, in Zuid-Europa op 16.

Alcoholmarketing wordt in verschillende mate gereguleerd, afhankelijk van wijze waarop marketing plaatsvindt. In meer dan de helft van de Europese landen is bierreclame op televisie gebonden aan wettelijke beperkingen; deze beperkingen hebben niet alleen betrekking op de inhoud van de reclame. In vijf landen is bierreclame op televisie verboden. Reclame voor sterke drank is verboden in 14 Europese landen. Reclame op billboards en printreclame zijn veel minder vaak gebonden aan reguleringen. Eén op de drie Europese landen (voornamelijk de 10 nieuwe lidstaten) kent helemaal geen beperkingen op dit gebied. **Sport sponsoring** is aan de minste regels gebonden. Slechts zeven Europese landen hebben een enkele vorm van wettelijke beperkingen op dit gebied.

De **belasting** op alcoholhoudende drank is een ander consistent beleidselement in Europese landen, hoewel de hoogte van de tarieven tussen de landen erg uiteen loopt. Dit geldt vooral voor wijn, waarop in bijna de helft van de landen geen enkele belasting wordt geheven; maar één op de vijf landen hanteert een tarief dat hoger is dan € 1.000 (aangepast aan de koopkracht). Over het algemeen is het gemiddelde effectieve belastingtarief het hoogst in Noord-Europa en het laagst in Zuid- Europa en delen van Centraal- en Oost-Europa. Vier landen hebben een apart **belastingtarief voor alcoholhoudende mixdranken** geïntroduceerd in 2004, hetgeen een beperkend effect op de consumptie blijkt te hebben.

Wanneer men de verschillende beleidsgebieden samen **op een schaal** plaatst, blijkt de striktheid van alcoholbeleid te variëren van 5,5 (Griekenland) tot 17,7 (Noorwegen) bij een potentieel maximum van 20 en een gemiddelde van 10,8. Het minst strenge beleid wordt gehanteerd in Zuid-Europa en in delen van Centraal- en Oost-Europa; het strengste beleid vindt men in Noord-Europa. De scores lopen toch niet helemaal geleidelijk af van noord naar zuid, zoals blijkt uit de hoge score van Frankrijk. Het huidige beeld van alcoholbeleid in Europa verschilt erg van het beeld van 50 jaar geleden. De mate waarin alcohol gereguleerd is in de verschillende landen, ligt nu veel dichter bij elkaar. Dit is

vooral te wijten aan de toename van het aantal reguleringen in veel landen, met name op het gebied van alcohol en verkeer: alle landen hebben een wettelijke limiet. Wetgeving met betrekking tot marketing, de minimumleeftijd om alcohol te kopen en de aanwezigheid van een beleidskader voor de realisatie van een nationaal alcoholbeleid zijn in 2005 veel gebruikelijker dan in 1950.

Conclusies

Alcohol en de Europese economie

Conclusie 1

De handel in alcohol draagt voor ongeveer € 9 miljard bij aan het saldo van de handelsbalans voor de Europese Unie als geheel. Deze handel wordt niet noodzakelijk beïnvloed door Europees en nationaal beleid dat er op is gericht om alcoholgerelateerde schade te reduceren.

Conclusie 2

De belastingopbrengsten van alcohol, een belangrijke inkomstenbron van de overheid (€ 25 miljard in 2001 in de EU15 landen) zijn meer gerelateerd aan de hoogte van het accijnzen dan aan de omvang van de consumptie.

Conclusie 3

Afnemende alcoholconsumptie leidt niet noodzakelijk tot banenverlies voor de economie als geheel en zal geen grote veranderingen in werkgelegenheid teweeg brengen in sommige sectoren die gerelateerd zijn aan alcohol, zoals restaurants en cafés.

De sociale kosten van alcohol

Conclusie 4

De materiële kosten van de schade ten gevolge van alcoholgebruik in de Europese Unie worden geschat op € 125 miljard in 2003, inclusief € 59 miljard aan verloren productiviteit door verzuim, werkloosheid en verloren productieve jaren door vroegtijdige sterfte.

Conclusie 5

De immateriële kosten van alcohol (de waarde die mensen toekennen aan leed en verlies) voor de Europese Unie worden geschat op € 270 miljard in 2003.

Het gebruik van alcohol in Europa

Conclusie 6

Hoewel de omvang van de alcoholconsumptie en de drinkpatronen tussen de Europese landen nog steeds uiteenlopen, zijn de verschillen kleiner dan 40 jaar geleden. Er zijn meer kenmerken van alcoholgebruik die overeenkomen dan over het algemeen wordt aangenomen. Binge-drinken door adolescenten is toegenomen in de meeste landen in de jaren 90, gevolgd door wisselende trends in de laatste jaren.

Conclusie 7

Dronkenschap is een belangrijke oorzaak van verwondingen (inclusief gewelddadige verwondingen) in heel Europa, ook in de Zuid-Europese landen.

Conclusie 8

De woonplaats van een burger in Europa blijft een belangrijke determinant voor de schade die hem of haar wordt toegebracht door alcohol.

Alcohol en gezondheid

Conclusie 9

Alcohol is als gezondheidsdeterminant verantwoordelijk voor 7,4% van het verlies in ziektejaren en het verlies in jaren vanwege vroegtijdige sterfte in de Europese Unie.

Conclusie 10

Alcohol veroorzaakt ook schade aan anderen dan aan de drinker zelf. Tot deze groep behoren in de EU jaarlijks 60.000 baby's die geboren worden met een te laag geboortegewicht, 5 tot 9 miljoen kinderen die opgroeien in gezinnen waar een alcoholprobleem aanwezig is en 10.000 verkeersslachtoffers (anders dan de dader) in de Europese Unie.

Conclusie 11

Alcohol veroorzaakt ongelijkheden in gezondheid, zowel tussen lidstaten als binnen de lidstaten, hetgeen naar schatting 90 extra doden per 100.000 mannen en 60 extra doden per 100.000 vrouwen veroorzaakt in de nieuwe EU10 landen, vergeleken met de EU15 landen.

Alcohol en overheidsbeleid

Conclusie 12

Overheden hebben de verantwoordelijkheid om in te grijpen in de markt en daar hun voordeel uit te halen. Bijvoorbeeld: als de prijs van alcohol met 10% toeneemt, levert dat in de EU15 landen een geschatte meeopbrengst op aan alcoholaccijns van ongeveer € 13 miljard in het eerste jaar.

Conclusie 13

Educatieve interventies leveren een beperkte bijdrage aan het terugdringen van alcoholgerelateerde schade. Deze interventies zijn geen alternatief voor marktregulerende maatregelen, die de grootste invloed hebben op het beperken van de door alcohol veroorzaakte schade. Dat geldt ook voor schade veroorzaakt door zware drinkers en door jonge drinkers.

Alcohol en Europees beleid

Conclusie 14

Structurele verschillen tussen het alcoholbeleid van de Europese lidstaten, zoals met betrekking tot accijnstarieven, beperken de mogelijkheden van landen om effectief beleid te implementeren.

Conclusie 15

Vanwege het belang van de volksgezondheid kunnen verschillen in beleid tussen lidstaten wettelijk zijn gelegitimeerd. Een voorbeeld betreft het besluit van het Europese Hof om in 2004 de Franse wetgeving met betrekking tot alcoholreclame goed te keuren.

Aanbevelingen

I. Definitie van alcoholhoudende drank

Definitie van alcoholhoudende drank	Relevante actoren
I.1 In de gehele Europese Unie dient een alcoholhoudende drank op dezelfde wijze te zijn gedefinieerd. Daarbij kan het laagst gehanteerde alcoholpercentage voor heffing van accijns als uitgangspunt gelden (0,5% alcoholvolume).	(I) Eur. Inst. ⁷

II. Toewerken naar een 'evidence based' beleid.

Aanbevelingen voor onderzoek	Relevante actoren
II.1 Er moet een Europese infrastructuur komen voor de uitvoering en de financiering van vergelijkend landenonderzoek met betrekking tot alcohol.	(I) Eur. Inst. (II) LS/regio. ⁸
II.2 De opzet en financiering van een Europese infrastructuur voor analyse en verspreiden van alle belangrijke onderzoeksgegevens over alcoholbeleid is noodzakelijk. Denk daarbij aan registratiesystemen en databanken. De resultaten van onderzoek moeten omgezet worden in een begrijpbaar beleid en praktijk door middel van praktische draaiboeken en richtlijnen.	(I) Eur. Inst. (II) LS/regio.
II.3 Longitudinale alcoholonderzoeksprogramma's moeten worden opgezet en gefinancierd	(I) Eur. Inst. (II) LS/regio.
II.4 De deskundigheid voor het uitvoeren van onderzoek in het kader van alcoholbeleid moet worden ontwikkeld door middel van adequate opleidingsprogramma's.	(I) Eur. Inst. (II) LS/regio.
Aanbevelingen met betrekking tot informatievoorziening	Relevante actoren
II.5 Er dient een Europees Alcohol Monitoring Centrum (EAMC) te worden opgericht met inbreng vanuit alle lidstaten.	(I) Eur. Inst. (II) LS/regio.
II.6 In de EU Werkgroep voor Gezondheidsindicatoren moet prioriteit gegeven worden aan het opnemen van alcoholgerelateerde indicatoren voor alcoholconsumptie, alcoholgerelateerde schade,	(I) Eur. Inst.

⁷ Europese instellingen

⁸ EU Lidstaten en regio's binnen lidstaten

alcoholbeleid en interventies in de shortlist van gezondheidsindicatoren.	
II.7 Alle onderzoeksprogramma's in de lidstaten moeten zodanig worden opgezet dat de data op Europees niveau vergelijkbaar zijn.	(I) Eur. Inst. (II) LS/regio.
II.8 Er dient een Europese databank te worden opgezet en te worden onderhouden van wetten, regels, effectieve maatregelen en interventies voor toepassing op Europees, lidstaat- en gemeentelijk niveau.	(I) Eur. Inst. (II) LS/regio. (III) Gemeenten

III. Voorbereiding en implementatie van strategieën en plannen

Aanbevelingen voor strategieën en actieplannen	Relevante actoren
III.1 Er dient op Europees niveau binnen de Europese Commissie een specifieke beleidsafdeling (focal point) te worden opgericht, met adequate staf en financiële middelen om de ontwikkeling van een Europees alcoholbeleid en de implementatie ervan te kunnen bewaken.	(I) Eur. Inst.
III.2 Er dienen coördinatie- en actiecentra (focal points) voor alcoholbeleid te worden opgericht of verder ondersteund op alle actieniveaus en adequaat gefinancierd te worden.	(I) Eur. Inst. (II) LS/regio. (III) Gemeenten
III.3 Er dienen alcoholactieplannen met duidelijke doelstellingen en strategieën te worden geformuleerd en geïmplementeerd.	(I) Eur. Inst. (II) LS/regio. (III) Gemeenten
III.4 Een dient een inzichtelijk financieringsstelsel te komen voor organisaties, programma's en mensen die worden ingezet met als doel bij te dragen aan het terugdringen van alcoholgerelateerde schade. Nagegaan moet worden of het mogelijk is om een deel van de opbrengst van alcoholaccijnzen aan te wenden voor dit financieringsstelsel.	(I) Eur. Inst. (II) LS/regio. (III) Gemeenten
III.5 Het draagvlak voor alcoholbeleidsmaatregelen bij zowel publieksgroepen als bij de politiek moet worden versterkt d.m.v. bewustwordingscampagnes en vergelijkbare initiatieven	(I) Eur. Inst. (II) LS/regio (III) Gemeenten
III.6 Cijfers over gebruik en gevolgen van alcoholgebruik moeten toegankelijk worden gemaakt en regelmatig worden gecommuniceerd naar een breed publiek.	(I) Eur. Inst. (II) LS/regio (III) Gemeenten

IV. Ander beleid, activiteiten en steun over de grens

Aanbevelingen voor het kunnen vaststellen van de gevolgen van alcoholgebruik en voor het opzetten van collectief beleid	Relevante actoren
IV.1 Beleidsmedewerkers volksgezondheid moeten in staat worden gesteld om de risico's te kunnen onderzoeken als gevolg van de liberalisering van de handelsmarkt. Zij dienen ervoor te zorgen dat gezondheidsbelangen worden ingebracht bij onderhandelingen over liberalisering van de handelsovereenkomsten op wereld- en Europees niveau.	(I) Eur. Inst. (II) LS/region.
IV.2 Er dient een haalbaarheidsonderzoek te worden uitgevoerd met als doel vast te stellen wanneer een gezamenlijke beleidsaanpak op Europees en wereld niveau is gewenst. Nagegaan moet worden hoe de betrokkenheid van lidstaten bij dit proces kan worden versterkt.	(I) Eur. Inst. (II) LS/regio.
IV.3 Er dienen meer financiële middelen beschikbaar te komen om grondig te kunnen onderzoeken wat de invloed is van het beleid en van de activiteiten (inclusief het landbouwbeleid) van de Europese Unie op de schade en kosten in verband met alcoholgebruik.	(I) Eur. Inst.

V. Alcohol in het verkeer

Aanbevelingen voor alcohol in het verkeer	Relevante actoren
V.1 Een bloedalcoholgehalte van 0,5 promille zou als wettelijke limiet in geheel Europa moeten worden ingevoerd. Landen met een lagere limiet zouden deze niet moeten verhogen.	(I) Eur. Inst. (II) LS/regio.
V.2 Een limiet van 0,2 promille zou geïntroduceerd moeten worden voor jonge bestuurders en chauffeurs in het openbaar vervoer en van zwaar transport. Landen met een lagere limiet zouden deze niet moeten verhogen.	(I) Eur. Inst. (II) LS/regio.
V.3 Blaastesten moeten in heel Europa worden toegepast, daarbij gebruik makend van gelijke en gestandaardiseerde materialen.	(I) Eur. Inst. (II) LS/regio.
V.4 Dezelfde, eenduidige en snel uitvoerbare straffen zouden in heel Europa ingevoerd moeten worden, waarbij de hoogte van de straf afhankelijk moet zijn van bloedalcoholgehalte.	(I) Eur. Inst. (II) LS/regio.

V.5 In geheel Europa dienen de Educatieve Maatregel Alcohol en Verkeer (EMA), rehabilitatie en behandelingsplannen, gelinkt aan straffen, in de vorm van uniform overeengekomen evidence based richtlijnen en protocollen te worden ingevoerd.	(I) Eur. Inst. (II) LS/regio.
V.6 Op Europese schaal dient een programma te worden ontwikkeld -om acties tegen rijden onder invloed te ondersteunen.	(I) Eur. Inst.
V.7 Bestaande alcohol en verkeer campagnes zouden moeten worden getoetst op basis van hun bijdrage aan de afname van het aantal verkeersongevallen en verkeersslachtoffers veroorzaakt door rijden onder invloed, voordat er nieuwe campagnes worden gefinancierd en geïmplementeerd.	(I) Eur. Inst. (II) LS/regio.
V.8 Een effectieve training op maat dient voor alle professionele verstrekkers van alcohol te worden geïmplementeerd om bij te dragen tot het terugdringen van rijden onder invloed.	(III) Gemeenten
V.9 Op basis van de principes van 'community preventie' dienen er educatieve sensibiliserende programma's te worden opgezet om rijden onder invloed te voorkomen. De activiteiten moeten ook op stedelijk niveau kunnen worden uitgevoerd waarbij stadplanning en alternatief vervoer aandachtspunt is.	(III) Gemeenten

VI. Ondersteuning van educatie, communicatie, training en maatschappelijk bewustzijn

Aanbevelingen voor educatie en maatschappelijk bewustzijn	Relevante actoren
VI.1 Educatieve preventieprogramma's moeten niet los van beleidsmaatregelen worden uitgevoerd. De programma's moeten niet- direct gericht zijn op tegengaan van alcoholproblemen maar ze dienen het accent te leggen op vergroting van de maatschappelijke bewustwording van de alcoholproblematiek en op het versterken van het draagvlak voor specifieke interventies en beleidsmaatregelen.	(II) LS/regio. (III) Gemeenten
VI.2 Onderzoek naar de inhoud en het effect van veelbelovende educatieve programma's gericht op het individu zouden financieel ondersteund moeten worden.	(II) LS/regio. (III) Gemeenten
VI.3 Brede educatieve programma's, beginnend op zeer jonge leeftijd zouden geïmplementeerd moeten worden om jonge mensen te informeren over de gevolgen van	(II) LS/regio. (III) Gemeenten

alcohol voor de gezondheid, het gezin en de maatschappij en over de effectieve maatregelen die genomen kunnen worden om schade te voorkomen of te beperken.	
VI.4 Educatieve programma's die overgenomen zijn uit andere landen of culturen zouden eerst geëvalueerd moeten worden in de nieuwe setting, voordat ze op grote schaal geïmplementeerd worden.	(II) LS/regio. (III) Gemeenten
VI.5 Media campagnes zouden ingezet moeten worden om de kennis en het bewustzijn van burgers over de invoering van beleidsmaatregelen te vergroten.	(I) Eur. Inst. (II) LS/regio. (III) Gemeenten

VII. Labelen en etiketteren

Aanbevelingen voor etikettering	Relevante actoren
VII.1 Verpakkingen van alcoholhoudende producten zouden waarschuwingen en/of andere relevante boodschappen, over de gevaren van alcohol in het verkeer, bij het bedienen van apparatuur en bij zwangerschap, moeten bevatten, opgesteld door gezondheidsinstellingen.	(I) Eur. Inst. (II) LS/regio.
VII.2 De verpakking en de etikettering van alcoholhoudende producten mogen geen onjuiste of misleidende suggesties bevatten over de eigenschappen van alcohol en de effecten van alcohol op de gezondheid. Ook mogen minderjarigen niet door de verpakking of de etikettering op een directe of indirecte manier worden aangesproken.	(I) Eur. Inst. (II) LS/regio.

VIII. Beleid om de alcoholmarkt te reguleren

Aanbevelingen voor belasting, grensoverschrijdende aankoop en smokkel	Relevante actoren
VIII.1 De hoogte van minimum accijnstarieven voor alle alcoholische dranken moet gekoppeld worden aan de inflatie. De hoogte van de accijns moet worden gerelateerd aan de hoogte van het alcoholpercentage en de opbrengst van de accijns zouden de externe kosten van alcoholgebruik (vastgesteld op basis van een gestandaardiseerde methode) moeten dekken.	(I) Eur. Inst. (II) LS/regio.
VIII.2 Lidstaten moeten in staat worden gesteld om de	(II) LS/regio.

hoogte van de accijnstarieven te kunnen aanpassen om problemen die door specifieke alcoholische dranken worden veroorzaakt –zoals de drankjes die aantrekkelijk blijken voor jongeren- aan te kunnen pakken.	
VIII.3 Alcoholhoudende producten zouden moeten worden geregistreerd om hun herkomst te kunnen vaststellen. Op deze manier kunnen schattingen worden gemaakt van de hoeveelheid alcohol naar en binnen de EU gesmokkeld wordt.	(I) Eur. Inst. (II) LS/regio.
VIII.4 Lidstaten zouden de flexibiliteit moeten hebben om individuele grensoverschrijdende aankopen te beperken, om op die manier te voorkomen dat het effect van het geldende accijnsbeleid wordt beperkt.	(1) Eur. Inst. (II) LS/regio.
Aanbevelingen voor minimum aankooleeftijd en beschikbaarheid	Relevante actoren
VIII.5 Een minimaal systeem van vergunningen voor de verkoop van alcoholhoudende producten zou in heel Europa geïmplementeerd moeten worden. Reeds bestaande vergunningsystemen die strenger zijn, zouden daarbij in stand gehouden moeten worden.	(I) Eur. Inst. (II) LS/regio. (III) Gemeenten
VIII.6 De verkoop van alcoholhoudende producten aan personen onder de minimumleeftijd zoals vastgelegd in lokale nationale wetten, of aan personen jonger dan 18 jaar (uitgaande van de hoogste grens), zou verboden moeten worden. Dit verbod dient goed nageleefd en gehandhaafd te worden.	(II) LS/regio.
VIII.7 Autoriteiten die bevoegd zijn om het aantal en de dichtheid van alcoholverkooppunten te bepalen evenals de verkooppunten en de openingstijden en –dagen zouden de bestaande regels niet mogen afzwakken. Daar waar deze regels niet bestaan of zeer beperkt zijn moet worden nagegaan wat de invloed kan zijn van de introductie van striktere regelgeving.	(II) LS/regio. (III) Gemeenten
VIII.8 Een diversiteit aan strenge straffen voor verkopers en distributeurs, zoals het intrekken van de vergunning, of tijdelijke of permanente sluiting van de vestiging, zouden geïmplementeerd moeten worden met als doel de naleving van beleidsmaatregelen te garanderen.	(III) Gemeenten
Aanbevelingen voor commerciële communicatie	Relevante actoren
VIII.9 Er dient een overkoepelend alcoholmarketingbeleid voor geheel Europa te worden ingevoerd, uitgaande van bestaande reguleringen in lidstaten en met als lange termijn doelstelling geen alcoholreclame op televisie en in de bioscoop, geen	(I) Eur. Inst. (II) LS/regio

sponsoring en een beperking van de reclameboodschap tot diegene die alleen verwijzen naar de kwaliteit van het product.	
VIII.10 Artikel 15 van de Europese Richtlijn Televisie Zonder Grenzen zou versterkt moeten worden in termen van inhoud en volume. Er dient te worden onderzocht hoe het staat met de naleving in de lidstaten van artikel 15 van deze richtlijn.	(I) Eur. Inst. (II) LS/regio
VIII.11 Waar sprake is van zelfregulering door de alcoholindustrie of door de marketingindustrie, zou monitoring en arbitrage moeten plaatsvinden door een orgaan dat onafhankelijk is van alcohol- en marketingindustrie.	(I) Eur. Inst. (II) LS/regio

IX. Het reduceren van de schade op de drinklocatie en omgeving

Aanbevelingen voor drinklocatie en omgeving	Relevante actoren
IX.1 Stedenplanning, dorps- en buurtbeleid, vergunningenstelsels, transportbeleid en gemeentelijk beleid m.b.t. drinklocaties zouden moeten worden benut om de negatieve effecten van excessief drinkgedrag (dronkenschap), met name voor de lokale bevolking, te minimaliseren.	(III) Gemeenten
IX.2 Effectieve training op maat zou geïmplementeerd moeten worden voor horeca (hospitality industry) en alle alcoholverstrekkers om de schadelijke gevolgen van dronkenschap en van schadelijke drinkpatronen te reduceren.	Alcoholverstrekkers
IX.3 Adequaar toezicht en handhaving van de wet- en regelgeving m.b.t. alcoholverstrekking zou in het bijzonder moeten worden uitgevoerd bij horecaondernemingen waar aanwijzingen zijn voor een relatief hoog alcoholgebruik bij bezoekers.	(III) Gemeenten
IX.4 Goed gefinancierde sensibiliserende en interventie projecten waar verschillende partners en sectoren bij betrokken worden, zouden geïmplementeerd moeten worden met als doel om een veilige drinkomgeving te creëren en om de nadelige gevolgen van alcoholgebruik te beperken.	(III) Gemeenten

X. Hulp bij risicovolle en schadelijke alcoholconsumptie en alcoholafhankelijkheid.

Aanbevelingen voor interventies	Relevante actoren
X.1 Geïntegreerde, op onderzoek gebaseerde richtlijnen voor kortdurende hulp bij risicovol en schadelijk alcoholgebruik zou ontwikkeld en geïmplementeerd moeten worden in verschillende settings om de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg te bevorderen.	(II) LS/regio. (III) Gemeenten
X.2 Trainings- en ondersteuningsprogramma's voor kortdurende hulp gericht op het voorkomen en tegengaan van risicovol alcoholgebruik zouden ontwikkeld en geïmplementeerd moeten worden in verschillende settings met als doel om de deskundigheid van eerste lijnshulpverleners te vergroten.	(II) LS/regio. (III) Gemeenten
X.3 Er dienen financiële middelen beschikbaar gesteld te worden met als doel een ruime beschikbaarheid en toegankelijkheid van signalerings- en interventieprogramma's gericht op het voorkomen en tegengaan van risicovol alcoholgebruik en alcoholafhankelijkheid, te garanderen.	(II) LS/regio. (III) Gemeenten