

VISIE



Alcohol

Alcohol: visie en strategie

1. Inleiding

Alcohol is een toxische stof, die door de Wereldgezondheidsorganisatie in verband wordt gebracht met meer dan 200 ziektes en aandoeningen. Naast de individuele gevolgen op korte en lange termijn berokkent overmatig alcoholgebruik ook schade aan de omgeving van de persoon die alcohol drinkt.

Steeds meer wetenschappelijke evidentie laat zien dat er geen veilige ondergrens voor alcoholconsumptie bestaat. Desalniettemin is alcohol alomtegenwoordig in onze samenleving. Een grote meerderheid van de Vlaamse bevolking heeft al eens alcohol gedronken.

Hoewel alcohol voor de meeste mensen nog altijd onlosmakelijk hoort bij tal van kleine en grote momenten in het leven, is er een evolutie zichtbaar. Het wordt steeds meer aanvaard om geen alcohol te drinken. Wél alcohol drinken is steeds vaker een bewuste keuze in plaats van een vanzelfsprekendheid. Bij specifieke maatschappelijke groepen, veelal bij jonge generaties, vormen een gezonde levensstijl en aandacht voor mentaal welbevinden een vruchtbare grond voor alcoholpreventie.

Het doel en het opzet van de visietekst is om, vertrekkende van de situatie van vandaag, vooruit te kijken naar de plaats die wij voor alcohol in de samenleving van de toekomst zien. We formuleren strategieën om stappen in die richting te zetten.

2. Alcohol in de samenleving van vandaag

2.1. Trends in alcoholgebruik: cijfers

Hoewel het alcoholgebruik in Vlaanderen hoog ligt, zagen we de meeste parameters de voorbije jaren dalen. Zorgwekkend is dat bingedrinken en dronkenschap bij jongeren niet daalden en dat bij volwassenen de groep die problematisch alcohol gebruikt toeneemt.

In het **secundair onderwijs** merken we een algemene daling van jongeren die het voorbije jaar alcohol dronken: van 58,3% (2013-2014) naar 48,6% (2021-2022). Sinds het schooljaar 2010-2011 steeg de gemiddelde leeftijd waarop jongeren starten met hun eerste glas alcohol van 13,6 jaar naar 14,6 jaar (2021-2022). Risicovolle drinkpatronen zoals bingedrinken of dronkenschap namen echter niet mee af.¹

Ook in het **hoger onderwijs** deed zich in het algemeen een dalende tendens in het alcoholgebruik voor. Dat de studentenbevraging werd afgenomen tijdens de tweede lockdown kan bij deze daling wel een rol gespeeld hebben. Tussen 2017 en 2021 waren er minder studenten die het voorbije jaar alcohol dronken (daling 93,9% naar 84,9%) en werd er gemiddeld minder alcohol per week gedronken (van 13 naar 9 glazen). Een kwart van de studenten vertoont echter een riskant alcoholgebruik, met een gemiddelde consumptie van 28,5 glazen alcohol per week in 2021. Bij 35% was er sprake van een verhoogd risico op probleemgebruik van alcohol (score van 4+ of 5+ op de AUDIT-C).²

Het aandeel **volwassenen van 18-64 jaar** dat het laatste jaar alcohol dronk daalde tussen 2013 en 2018: van 87,6% naar 81,5%. Ook het percentage volwassenen dat meer dronk dan 10 glazen per week daalde in deze periode, van 18,4% naar 15,1%.³ Tien glazen per week is het maximum aantal volgens de preventieve alcoholrichtlijn van VAD en de Hoge Gezondheidsraad. In 2022 zagen we in ander onderzoek dat het aantal volwassenen dat het laatste jaar alcohol dronk 82,6% bedroeg. 9,8% dronk toen meer

¹ Consumptie van alcohol wordt als problematisch beschouwd als de persoon minstens 2 van de 4 vragen in de CAGE-vragenlijst positief heeft beantwoord.

dan de richtlijn van maximum 10 glazen per week.⁴ Een zorgwekkende evolutie was dat bij de volwassenen die het laatste jaar alcohol dronken het aandeel met een problematisch alcoholgebruik (volgens score op CAGE-vragenlijst⁹) sterk toenam, van 10,7% in 2013 naar 15,3% in 2018. Het gebruik van alcohol hangt samen met de socio-economische status. Personen met een hogere opleiding drinken meer en frequenter alcohol.⁵

De dalende tendens in alcoholgebruik zagen we in mindere mate bij **personen van 65 jaar en ouder**. Tussen 2013 en 2018 daalde het aantal personen van 65+ dat het voorbije jaar alcohol dronk slechts licht, van 72,8% naar 69,6%. In deze leeftijdsgroep bleef het percentage dat meer dronk dan de 10-glazen-richtlijn stabiel tussen 2013 (12,3%) en 2018 (12,2%).⁶ In 2022 zagen we in ander onderzoek dat 79,2% van de volwassenen van 65 jaar en ouder het laatste jaar alcohol dronk. 11,3% dronk toen meer dan 10 glazen per week.⁷ Verder doet zich bij de 65-plussers die het laatste jaar alcohol dronken een zorgwekkende evolutie voor: bij deze groep nam het problematisch alcoholgebruik toe van 6,8% in 2013 naar 9,4% in 2018 (volgens score op CAGE-vragenlijst).⁸

Bij 10% van alle slachtoffers van letselongevallen in het **verkeer**, was er minstens één bestuurder betrokken die onder invloed was van alcohol. Hoewel dit percentage de afgelopen tien jaar stabiel bleef, nam het aantal slachtoffers tussen 2012 (5.893) en 2022 (4.727) met 20% af.⁹

Van de Belgische werknemers die alcohol drinken ervaart 12% negatieve effecten op het **werk** door het eigen alcoholgebruik. Denk bijvoorbeeld aan onregelmatig presteren, te laat komen of afwezig zijn op het werk, conflicten met collega's, sancties van de werkgever of een ongeval op het werk of tijdens het woon-werkverkeer.¹⁰

2.2. Alcoholgebruik is in Vlaanderen nog altijd de norm

Normen¹¹ zijn invloeden vanuit de sociale omgeving die ons gedrag bepalen. Het kan daarbij gaan om formele regels (bv. geboden of verboden), maar ook om ongeschreven regels (bv. gewoontes of gebruiken). Hoewel initiatieven zoals Tournée Minérale zorgden voor een positieve verschuiving in de alcoholnorm, blijft onze cultuur doordrongen van alcohol. Bij veel sociale gelegenheden in Vlaanderen geldt er een dwingende alcoholnorm: uit alles blijkt dat men ervan uitgaat dat je alcohol drinkt. Geen alcohol drinken roept vragen op (sober shaming).

Bijna automatisch nemen we alcohol als cadeau mee, en iemand onthalen met een glaasje alcohol geldt als een blijk van gastvrijheid. Op recepties, privé of professioneel, en zelfs voor, tijdens of na sportevenementen hoort alcohol erbij. We klinken 'op de gezondheid' met een glas alcohol, nochtans een contradictorische uitspraak. Alcohol hoort ook stevast bij overgangsrituelen zoals de eerste communie, studentendopen, enz. We dragen deze cultuur van alcoholgebruik ook massaal mee uit, via onze foto's op socialemediakanalen. Op tal van manieren wordt bier als toeristische troef uitgespeeld. En zelfs op plaatsen waar je het niet onmiddellijk verwacht, zoals in ziekenhuizen, wordt alcohol verkocht en geconsumeerd. De Belgische biercultuur werd overigens door de UNESCO als immaterieel cultureel erfgoed opgenomen.

We drinken bovendien niet enkel alcohol uit gezelligheid (sociale redenen) of omwille van de smaak (enhancement redenen), maar ook om problemen te vergeten of om ons moed in te drinken (coping). Alcohol is voor sommige mensen een manier om met moeilijke situaties om te gaan. Voor anderen is het een middel om met de dagelijkse sleur of met bepaalde levensfasen om te gaan (bv. jonge ouders). Alcohol wordt ook gedronken om te conformeren aan anderen. Voor jongeren bijvoorbeeld kan de angst voor de sociale gevolgen als ze geen alcohol drinken zwaarder doorwegen dan de negatieve gevolgen van het alcoholgebruik.

Bijkomend is de beeldvorming over alcoholgebruik voornamelijk positief. Dat gebruik ook risico's inhoudt, wordt in veel mindere mate belicht.

2.3. Problemen door gebruik van alcohol worden onvoldoende erkend

In de algemene bevolking

De norm 'alcohol drinken is de standaard', houdt de positieve beeldvorming rond alcohol in stand en bemoeilijkt het (h)erkennen van problemen die door alcoholgebruik worden veroorzaakt. Problemen door alcoholgebruik kunnen zich op diverse momenten en in verschillende gradaties voordoen.

Schade door alcoholgebruik wordt vooral gelinkt aan chronisch overmatig drinken. Zo is het verslavende aspect van alcohol bij de algemene bevolking gekend. Daartegenover staat dat de negatieve gevolgen van occasioneel overmatig drinken te veel genormaliseerd en daardoor gerelativeerd worden. Zo lokt een kater eerder geamuseerde reacties uit, dan bezorgdheid. En de gevolgen van overmatig alcoholgebruik dragen bij aan storytelling – achteraf vertellen mensen stoere of grappige verhalen over hun overmatig alcoholgebruik. Deze verhalen vormen een bindmiddel in groepen, en hebben zo een sociale functie op zichzelf.

Hierdoor is er ook sprake van een zekere normalisering van dronkenschap. Het overheersende idee is dat men iemand onder invloed van alcohol (bv. dronken personen op straat) met rust moet laten, terwijl in dergelijke situaties handelen net belangrijk kan zijn. Er is onder meer risico op bewustzijnsverlies, verstikking door slikproblemen en ernstige niet-gedetecteerde valletsels.

Wat betreft verslaving kunnen we spreken van een tegenovergestelde reactie. Waar alcohol algemeen eerder voor verbinding lijkt te zorgen, valt alle verbondenheid weg zodra het gebruik problematisch wordt. Hier weegt culpabilisering zwaar door en overheerst een eenzijdig en stigmatiserend beeld. Iemand met een alcoholverslaving wordt aanzien als gemarginaliseerd, alle aansluiting verloren met de samenleving.

De norm over alcoholgebruik in het verkeer ten slotte, evolueert in de positieve richting. Ook al scoort België niet goed inzake rijden onder invloed, jongere generaties tonen zich hiertegenover minder tolerant dan oudere. Zo komt rijden onder invloed van alcohol het minst voor bij 18-25- jarigen.¹³

Maar ook bij hulpverleners

In de hulpverlening worden medische en psychische problemen nog te weinig gelinkt aan alcoholgebruik. Eerder heel ernstige signalen (zoals leverproblemen) worden aan alcohol gelinkt, de bredere symptomen in veel mindere mate. Er is een tekort aan aandacht voor alcoholproblemen wanneer deze nog niet voldoende zichtbaar zijn. Dit zorgt voor gemiste kansen op het vlak van vroeginterventie. Er bestaan nochtans waardevolle screeningsinstrumenten^b die kunnen helpen om riskant gebruik, schadelijk gebruik en mogelijke stoornissen in het gebruik van alcohol te detecteren.

Daarnaast is er meer aandacht nodig voor het gevaar van een alcoholintoxicatie. De algemene teneur is nog te veel dat mensen hun roes moeten uitslapen, terwijl dergelijke intoxicaties een onvoorspelbaar verloop kunnen hebben. Ook de risico's van een ontwenning bij opname worden onderschat.

Het is een aandachtspunt om bij toekomstige intermediairs de deskundigheid te vergroten over omgaan met alle stadia van gebruik tot problematisch gebruik. Bijvoorbeeld in de opleidingen van psychologen, artsen, enz.

2.4. Stigma op problemen door gebruik van alcohol

In de algemene bevolking en bij de persoon zelf

Dat alcoholgebruik zo genormaliseerd is en zo zeer geassocieerd wordt met gezelligheid en plezier, versterkt het taboe op alcoholgerelateerde problemen. Personen die problemen ondervinden met het gebruik van alcohol worden herleid tot een selecte groep die niet verantwoord omgaat met alcohol. Het taboe op alcoholproblemen gaat samen met stigma.

Het stigma op alcoholproblemen onderscheidt zich door drie typische kenmerken:

- Een alcoholprobleem wordt nog vaak gezien als een 'eigen keuze' of 'eigen schuld'.
- De chronische aard van een alcoholverslaving wordt vaak ten onrechte weggezet als onveranderlijk, waardoor men voorbij gaat aan het potentieel tot herstel.
- Het stigma is nog hardnekkiger dan de verslaving: het risico bestaat dat men voor de buitenwereld levenslang geassocieerd blijft met het probleem, zelfs wanneer men al jaren stabiel in herstel is.

Bijkomend is het eigen aan stigma dat het beeld over iemand verengd wordt tot één bepaalde negatieve eigenschap, zoals 'alcoholisten' (maar ook druggebruikers, junkies, gokkers, ...).

Bij de persoon die gestigmatiseerd wordt, leidt het stigma tot schaamte. Het haalt het zelfbeeld onderuit en kan het geloof in oplossingen ondermijnen. Stigma maakt dat iemand geen hulp zoekt of te laat hulp zoekt. Daardoor heeft het een negatieve impact op iemands welzijn en gezondheid.

Stigmatisering treft mensen uit kansarme milieus, daklozen en lager opgeleiden het zwaarst.¹⁴ In economisch sterkere milieus, waar alcoholgebruik vaker voorkomt, worden alcoholproblemen eerder positief herkadert: iemand leidt bijvoorbeeld een bourgondische levensstijl, is een sociale drinker of een levensgenieter. Dat kan de drempel naar hulp nog verhogen. Ook in deze milieus is het stigma op verslaving groot.

Zelfs wanneer iemand de stap naar probleeminzicht en hulp gezet heeft, blijft de omgeving vastzitten in het stigma. Er is geen maatschappelijk draagvlak, geen ondersteuning, om te werken aan herstel. Wie stopt met alcohol drinken krijgt daar opmerkingen over als: 'Komaan, eentje kan toch geen kwaad.'

Tot slot kunnen ook gezins- en familieleden, vrienden en andere naastbetrokkenen onder allerlei negatieve associaties lijden (associatief stigma). De sterk afkeurende houding van de buitenwereld zorgt dat ook zij het moeilijk vinden zich te laten horen of voor zichzelf op te komen. Dit uit angst voor onbegrip of vrees om beoordeeld te worden.

Maar ook bij hulpverleners

Dit stigma sluipt ook binnen in de hulpverlening en kan de kwaliteit beïnvloeden van de zorg die geboden wordt. Het stigma labelt mensen en sluit ze uit.

^b Zie <https://www.me-assist.com/> voor verschillende internationaal goed gevalideerde screeningsinstrumenten (bv. AUDIT).

Nog te veel heerst bij hulpverleners het idee dat er bij mensen met een alcoholverslaving weinig ruimte is voor verbetering. Men berust erin dat er geen oplossing mogelijk is. Het beeld van verslaving als niet te genezen aandoening zit ook hier de kansen tot herstel in de weg.

Ook in de hulpverlening wordt verslaving nog te veel als een motivatieprobleem gezien. De cliënten krijgen de stempel van hopeloos tot ondankbaar. Hoezeer de verslaving zelf - als autonome aandoening - het herstel bemoeilijkt, wordt daarbij onderschat.

Een aparte vaststelling is dat hulpverleners zich in dit hele spectrum van probleemsituaties door alcoholgebruik vaak niet voldoende deskundig voelen. De idee leeft dat alcoholgerelateerde problemen door specialisten moeten behandeld worden, terwijl eerstelijnszorgverleners net een belangrijke rol hebben in signalering en vroegdetectie.

2.5. Integraal alcoholbeleid komt moeilijk tot stand

Het overwegend positieve imago van alcohol wordt actief in stand gehouden door de vele vormen van marketing. De strategieën van de alcoholindustrie beïnvloeden de manier waarop mensen – jong en oud – over alcohol denken en praten¹⁵. Daardoor vinden preventieboodschappen vanuit een gezondheidsstandpunt moeilijk ingang.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) roept op om een alcoholbeleid enkel te voeren vanuit het perspectief van de volksgezondheid en niet te laten beïnvloeden door de alcoholindustrie en commerciële belangen.¹⁶ Vanuit gezondheidsperspectief hanteren we de regel 'hoe minder alcohol hoe beter'. Deze doelstelling staat echter lijnrecht tegenover de doelstellingen van de alcoholindustrie, namelijk de productie en de afzetmarkt vergroten^c.

Er is dus sprake van een fundamenteel belangenconflict: de alcoholindustrie beoogt een grotere omzet. Die omzet wordt, ondanks het bredere aanbod aan alcoholvrije alternatieven, vooral door de alcoholhoudende producten gerealiseerd. Inzetten op preventie dient in deze context louter om het imago van de alcoholindustrie op te poetsen en is dus weinig geloofwaardig.

De alcoholindustrie wil bovendien voorkomen dat de overheid effectieve beleidsmaatregelen neemt. Net als de tabaks- en gokindustrie verzet ze zich daar dus tegen door actief beleidsmakers te beïnvloeden. Aan de alcoholindustrie worden echter zeer weinig beperkingen opgelegd, bijvoorbeeld op gebied van alcoholmarketing of etikettering. Dit vormt een groot contrast met sectoren zoals de tabaksindustrie, waar de regelgeving veel strikter is.

^c Zie ook het standpunt van VAD: https://www.vad.be/assets/waaromvadnietsamenwerktmetdealcoholindustrie_2021-1

3. Waar wil VAD naartoe?

3.1. Een nieuwe culturele norm: alcohol drinken is niet de standaard

Inzetten op een norm- of cultuurwijziging is onze eerste ambitie. Een gewijzigde culturele norm vormt een katalysator voor andere veranderingen. Preventiecampagnes zoals Tournée Minerale hebben al aangetoond dat verandering mogelijk is. Al sinds 2017 neemt elk jaar ongeveer één op de vijf volwassen Vlamingen deel aan de maand zonder alcohol. Ook het aanbod aan alcoholvrije alternatieven is de laatste jaren sterk toegenomen en gediversifieerd, een evolutie die we met Tournée Minerale zeker versneld hebben.

“We willen evolueren naar een nieuwe norm waarbij alcohol drinken in geen enkele situatie de standaard is.”

Alcoholgebruik zou nooit automatisch de gangbare praktijk moeten zijn. Daarom moeten we actief inzetten op een wijziging van het dominante en door de industrie gesteunde discours.

Meerdere preventieve strategieën zijn nodig

Een positieve aanpak werkt

We zetten in op het ingang doen vinden en versterken van de nieuwe norm. Dat doen we in de eerste plaats door het positieve van geen alcohol drinken te benadrukken. We stimuleren mensen om de huidige norm in vraag te stellen door te wijzen op gezondheidswinst in plaats van op gezondheidsschade.

Zo benadrukken we dat de positieve effecten van geen alcohol drinken al op korte termijn voelbaar zijn: een betere slaap, geen kater en meer energie de dag nadien. We zetten in de verf dat alcohol geen essentiële voorwaarde is om je te amuseren of het gezellig te maken.

Tegelijkertijd weerleggen we het positieve imago van alcohol

Als tweede strategie blijven we inzetten op objectieve info over het toxische effect van alcohol. Veel mensen zien alcohol namelijk niet als toxisch. Informatie over negatieve effecten van alcoholgebruik zorgt niet rechtstreeks voor gedragsverandering, maar is nodig vanuit het recht op informatie en om geïnformeerde keuzes te kunnen maken.

We benadrukken dat alcohol in verband gebracht wordt met meer dan 200 ziektes en aandoeningen. Zeer zwaar weegt daarbij het verband tussen alcohol en kanker, waarbij er voor 7 verschillende kankers al een oorzakelijk verband werd aangetoond. Alcohol vergroot ook de kans op overgewicht, want het bevat veel calorieën. Daarnaast heeft alcohol een negatieve impact op spierherstel en uithouding. Sporters weten goed dat alcohol te mijden is voor wie in goede conditie wil zijn.

Naast toxische effecten op het individu, belichten we ook de maatschappelijke schade door alcohol. Heel wat mensen zijn slachtoffer van het alcoholgebruik van anderen.

Ook eenmalig of occasioneel alcohol drinken, heeft een onmiddellijke invloed op het gedrag en de sociale interacties. Die invloed kan negatief zijn. Zo neemt het risico toe om in ruzies verzeild te raken. Daarnaast is alcohol een belangrijke oorzakelijke factor bij seksueel grensoverschrijdend gedrag en intrafamiliaal geweld. We beklemtonen

ook de impact op de psychologische en sociale ontwikkeling van kinderen en jongeren die opgroeien bij een ouder met een alcoholafhankelijkheid. Ten slotte hebben de veiligheidsrisico's door alcoholgebruik, in het verkeer en op het werk, een bijzonder zware maatschappelijke impact.

We blijven de preventieve richtlijn van maximum 10 glazen per week hanteren om de risico's van alcohol te beperken.

Mensen kritisch doen nadenken over de functies van alcoholgebruik

We doen mensen niet enkel over hun eigen gedrag nadenken, maar ook over de rol van de omgeving. Alcohol heeft namelijk heel wat sociale functies.

Zo is alcohol vaak een voorwaarde om erbij te horen of een graadmeter van een goede avond. Een argument dat voor jongeren erg belangrijk is, maar dat ook voor andere doelgroepen telt. We willen bereiken dat niemand zich, ongeacht de context, nog moet verantwoorden voor het feit dat hij geen alcohol drinkt.

Alcohol is routine, het is in veel sociale situaties de gemakkelijkste en snelste keuze. Denk aan de standaard schuimwijn in het drankenaanbod op recepties - waar de meeste mensen met de auto zijn. Of aan het assortiment lokale biertjes als attentie voor een spreker - waarbij men zich niet afvraagt of deze wel alcohol drinkt. Ook de fles wijn die in de kleuterklas versierd wordt voor Vaderdag komt in beeld. We stellen deze evidenties in vraag en brengen andere opties in beeld.

We streven ernaar dat mensen een bewuste en geïnformeerde keuze kunnen maken wanneer ze alcohol drinken. Mensen moeten er autonoom voor kunnen kiezen om minder en minder vaak alcohol te drinken en om risicobeperkende drinkstrategieën toe te passen. Denk bijvoorbeeld aan zebra drinken, het afwisselend drinken van een alcoholische en een niet-alcoholische drank.

Inzetten op het verband tussen alcohol en geestelijke gezondheid

Alcohol wordt soms gebruikt als een vorm van 'zelfmedicatie' bij klachten zoals stress, angst, depressieve gevoelens of relatieproblemen. Dit wordt ook wel coping genoemd. Op korte termijn kan het verlichting geven, maar op lange termijn verergert het de problemen net en is er een risico op verslaving.

Alcohol kan psychische problemen veroorzaken, verergeren of in stand houden. Ook kan alcohol interacteren met de medicatie die patiënten gebruiken tegen psychische klachten. Mensen zijn zich vaak onvoldoende bewust van de risico's van psychoactieve medicatie met alcohol combineren. Verdere bewustwording hierrond is noodzakelijk. In vroeginterventie-initiatieven, zeker naar jongeren, moet er meer aandacht voor zijn.

Minderen of stoppen met alcohol drinken zorgt dus niet enkel voor gezondheidswinst op fysiek of sociaal vlak. Het heeft ook een positieve impact op onze geestelijke gezondheid. In de huidige tijdsgeest is geestelijke gezondheid meer bespreekbaar en wordt het belang ervan breder erkend. Daarmee heeft alcoholpreventie dus een extra troef in handen.

Concreet en contextgericht inzetten op denormalisering van alcohol

In een aantal contexten is geen alcohol drinken steeds meer de norm, bijvoorbeeld tijdens de werkuren, in het verkeer of tijdens de zwangerschap. Geen alcohol drinken zou ook de norm moeten zijn in ziekenhuizen, want een ziekenhuis is dé plaats bij uitstek waar gezondheid voorop staat. Deze setting schuiven we dan ook systematisch naar voren als het gaat over denormalisering. Verder is een nultolerantie in het verkeer noodzakelijk.

Daarom vragen we ook een verbod op de verkoop van alcohol in tankstations.

Verder is een richtinggevend principe dat alcohol niet de norm mag zijn in contexten met minderjarigen. Eerst en vooral dringen we dan ook aan op een verhoging van de minimumleeftijd voor alcohol naar 18 jaar. Daarnaast zetten we in op voorbeeldgedrag, want 'zien drinken doet drinken'. De verantwoordelijkheidszin tegenover kinderen en jongeren moet dan ook vooropstaan. Naast de schoolomgeving, de jeugdbeweging en de sportsector, komt daarbij de thuissituatie in beeld. Ook in huiselijke kring zetten we in op de voorbeeldrol van ouders rond alcohol drinken.

De invloed van voorbeeldgedrag is nog onvoldoende gekend, en roept weerstand op. Bij ouders en grootouders, maar ook bij intermediairs die met jongeren werken. We streven ernaar dat het belang van voorbeeldgedrag breed aanvaard raakt en dat men daarnaar handelt. Activiteiten zoals een schoolfeest met een cavabar voor de ouders, zijn niet zo onschuldig.

Daarnaast willen we de discussie voeren om in andere contexten het gebruik, het aanbod en de verkoop van alcohol te denormaliseren. We denken hier aan andere zorginstellingen, overheidsdiensten, openbaar vervoer (trein, bus, metro), werkgerelateerde evenementen, recepties na studiedagen ...

Voor contexten waar alcohol drinken nu een wezenlijk deel uitmaakt van de beleving (de uitgaanssetting, de meeste horeca, de meeste studentenkringen, heel wat privéfeesten ...) is een andere boodschap aangewezen. Hier geven we mee dat gezelligheid en plezier ook kunnen zonder alcohol. Zoals eerder aangegeven, dient alcohol in geen enkele situatie de standaard te zijn.

Inzetten op het beperken van beschikbaarheid¹⁷

Omgevingsgerichte interventies zijn een belangrijke hefboom om de algemene cultuur, waarin alcohol sterk genormaliseerd is, te wijzigen. Omgevingsgerichte preventie betekent dat je een omgeving zo inricht dat de gezonde keuze de makkelijkste keuze wordt. Je gebruikt de omgeving om op een indirecte manier je doelstelling te bereiken.

Omgevingsgerichte interventies kunnen in drie categorieën worden ingedeeld: regelgevende maatregelen (bv. minimumleeftijd moet worden verhoogd naar 18 jaar, festival moet gratis water voorzien om vergunning te krijgen), fysieke maatregelen (bv. voorzien gratis vervoer, inrichting bars, ontwerp glas, ruim aanbod alcoholvrije dranken) en economische maatregelen (bv. minimumeenheidsprijzen, alcohol duurder maken dan non-alcoholische dranken).

Een aantrekkelijk en divers alcoholvrij aanbod zou in alle contexten de norm moeten zijn. Dit aanbod moet ondersteund worden door een aangepast prijzenbeleid, dat mensen bijkomend stimuleert om alcohol te laten staan. Complementair zetten we in op alcoholvrije omgevingen (zie hierboven).

Er is dringend nood aan impactvolle maatregelen die een tegengewicht vormen voor o.a. de overvloed aan marketing en productplacement vanuit de alcoholindustrie. Via het actiepakket 'SAFER' promoot de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) vijf strategieën met een grote impact. Deze strategieën kunnen helpen om de schade door alcoholgebruik met 10% te verminderen voor het einde van 2025. Onder meer het verhogen van de prijs van alcohol, het beperken van de beschikbaarheid van alcohol en een verbod op alcoholreclame, behoren tot de aanbevelingen van de WHO.¹⁸ Het is belangrijk om blijvend in te zetten op evidencebased maatregelen.

Normering in taalgebruik bijsturen

Last but not least: taalgebruik is zeer bepalend. Taal creëert namelijk de realiteit. Zo letten we erop om 'drinken' niet gelijk te stellen met 'alcohol drinken'. In de taal willen we de norm opnieuw leggen bij drinken in zijn brede, oorspronkelijke betekenis.

Taalgebruik versterkt bovendien vooroordelen, stigma en discriminatie. Niet alleen de media hebben daarin een belangrijke rol. Ook beleidsmakers en professionals in preventie, zorg of hulpverlening gebruiken soms taal die bijdraagt tot negatieve beeldvorming of stigma. Net als familieleden van iemand met een alcoholprobleem.

Een ruime maatschappelijke bewustwording is dus nodig. Daarbij moet men alert zijn voor de (beeld-)taal die men gebruikt. Er zijn verschillende aandachtspunten die helpen om op een respectvolle manier met de betrokkenen om te gaan. Zo is het een goed idee om 'Person-First Language (PFL)' gebruiken (bv. 'persoon die een alcoholprobleem' heeft i.p.v. 'drinker'). Ook focussen op de wetenschappelijke, medische aard van alcoholproblemen en hun behandeling is helpend. Daarnaast is het belangrijk de nadruk te leggen op het potentieel van herstel.

3.2. Geen tweedelingen meer die schadelijk gebruik tegenover niet-schadelijk gebruik zetten

Hierboven wezen we al op de impact van enkele glazen alcohol op gedrag, sociale relaties en veiligheid. Ook wie in beperkte mate alcohol consumeert, loopt gezondheidsrisico's. Het idee dat er naast schadelijk gebruik ook veilig of niet-schadelijk gebruik mogelijk is, klopt dus niet.

Deze tweedeling tussen schadelijk en onschadelijk gebruik is echter allesbehalve onschuldig. De alcoholindustrie speelt hierop in en houdt dit beeld in stand. Ze schetst het beeld dat het overgrote deel van de mensen geen schade ondervindt van alcohol, en slechts een kleine groep wel. Vervolgens argumenteert de alcoholindustrie dat we die meerderheid van verantwoorde drinkers hun plezier toch niet kunnen ontnemen, omwille van een kleine groep die de controle over zijn drankgebruik verloren heeft.

Deze tweedelingen zijn dus niet alleen in strijd met de waarheid, ze vertolken ook de stem van de alcoholindustrie en houden zo een effectief alcoholbeleid tegen. Daarnaast stigmatiseren dit soort tweedelingen de groep mensen die worstelt met een alcoholverslaving.

VAD streeft ernaar om zoveel mogelijk gebruik te maken van termen die duidelijk worden omschreven (bv. in classificatiesystemen zoals DSM) en deze in de juiste context toe te passen. [Lees meer over de richtlijnen die VAD hanteert rond taalgebruik in het addendum met begrippenkader.](#)

3.3. Destigmatisering van alcoholproblemen

In het verlengde daarvan gaan we stigmatisering tegen van mensen die problemen ervaren door alcohol. Doorslaggevend hierbij is dat we de maatschappelijke verantwoordelijkheid zichtbaar maken, en wegblijven van het individuele schuldmodel. We zetten ook in op de rol van alcohol zélf, op de eigenheid van alcohol en hoe deze stof werkt.

Daarbij is het essentieel te verduidelijken dat het telkens om een complex samenspel van drie factoren gaat: het middel (alcohol), maar ook de mens (de persoon met al zijn unieke kenmerken) en het milieu (zowel de onmiddellijke omgeving als de ruimere maatschappelijke context). Dit wordt ook het MMM-model (Mens-Middel-Milieu) genoemd. Zulke informatie kan helpen om onwetendheid, publieke misvattingen en vooroordelen bij te sturen.

Tegelijk willen we mensen ervan bewustmaken dat de alcoholproblematiek en herstel zich op een continuüm situeren. Mensen kunnen opschuiven op dit continuüm: van occasioneel naar riskant gebruik, maar evengoed van verslaving naar herstel. Riskant gebruik en verslaving zijn dus niet statisch. Door zaken die je overkomen kan je verschuiven op het continuüm, bijvoorbeeld door een scheiding of een groot verlies. Alcoholproblemen zijn bovendien allerminst beperkt tot mensen met een lagere sociale status of opleidingsniveau.

Ook herstel is een dynamisch traject. We geven erkenning aan de inspanningen die mensen doen om aan hun probleem te werken. We weerleggen het beeld dat herstel gelijkstaat aan abstinentie. Een uitschuiver is geen herval, maar een leermoment dat deel uitmaakt van het herstel. Tegelijk maken we ook de mechanismen zichtbaar die alcoholmisbruik relativeren: 'eentje kan geen kwaad', 'ik drink ook al eens te veel' ... Dit soort relativeringen bemoeilijkt het werken aan herstel.

Naast het verhaal van verslaving als chronische kwetsbaarheid zetten we het verhaal van herstel. We zien herstel als een kracht, als een positieve nieuwe identiteit. Het verhaal omvat meer dan 'ik mag niet meer drinken'. Door het herstel nemen mensen een nieuwe rol op in hun directe sociale omgeving, en ook in de samenleving als geheel.

Ervaringsdeskundigen nemen hierin een waardevolle positie in. Zowel voor mensen met een verslaving als voor hun omgeving. Personen met een maatschappelijke voorbeeldfunctie die open over verslavingsproblemen praten, kunnen het stigma verminderen.

3.4. Deskundige hulpverleners en hulpverleningsteams

Inzetten op deskundigheidsbevordering van hulpverleners is essentieel. Zowel in de somatische geneeskunde en de eerste lijn als in de brede geestelijke gezondheidszorg. Het doel is niet alleen een betere probleemschatting, maar ook het geloof in herstel bij hulpverleners versterken. Daar waar ze nu vaak onwil en een gebrek aan motivatie zien, willen we hen kansen tot herstel doen zien.

We denken aan psycho-educatie over verslaving en middelengebruik, screening en vroeginterventie. Ook omtrent de wisselwerking tussen verslaving en andere psychische klachten heersen nog veel misvattingen.

We ontcrachten foute denkbeelden die gepaste zorg hypothekeren. Zo worden de motivatie van cliënten en de inspanningen die zij doen in hun strijd tegen de verslaving dikwijls onvoldoende erkend. Bovendien staat het idee van abstinentie gepaste hulpverlening vaak in de weg. In veel gevallen is de cliënt niet gemotiveerd om volledig te stoppen, het idee is ontmoedigend en werkt weerstand op. Op een andere manier omgaan met alcohol kan een evenwaardig doel zijn, met grotere motivatie en slaagkans.

Verslaving blijft ook bij herstel vaak een chronische kwetsbaarheid, daarbij verschilt het niet van andere geestelijke gezondheidsproblemen. Bij verslaving lijkt hier echter minder

begrip voor te zijn dan bij andere psychische problemen.

Maar er is meer nodig dan deskundigheidsbevordering van individuele hulpverleners: systemen aanpassen is even relevant. We zetten ook in op het deskundiger maken van teams en samenwerkingsverbanden, waarin meerdere rollen samenwerken. Daarbij is het belangrijk om de expertise van de alcohol- en drughulpverlening te erkennen en van daaruit op een verbindende manier samen te werken.

In de hulpverlening is er ook nood aan goed uitgeschreven protocollen om met intoxicatie om te gaan. Naar de erkenning van alcoholproblematieken is het belangrijk om intoxicatie en verslaving uit elkaar te halen.

Ten slotte is ook het inzetten op ervaringsdeskundigheid en diversiteit in de hulpverlening belangrijk. Ervaringsdeskundigheid is voor cliënten én hun omgeving heel helpend en kan vooroordelen wegnemen. Cliënten kunnen steun vinden in het contact met lotgenoten. Ervaringsdeskundigen vormen zo een brug tussen patiënten en professionele zorgverleners.

4. Bronnen

- ¹ VAD (2023). Syntheserapport VAD-leerlingenbevraging Schooljaar 2021-2022 Bijlage. VAD. <https://www.vad.be/assets/5255>
- ² Van Damme, J., Thienpondt, A., Rosiers, J., De Bruyn, S., Soyez, V., Sisk, M., Van Hal, G., & Deforche, B. (2018). In hogere sferen? Volume 4. Een onderzoek naar het middelengebruik bij Vlaamse studenten. VAD. Van Damme, J., Thienpondt, A., Rosiers, J., Tholen, R., Soyez, V., Sisk, M., Van Hal, G., & Deforche, B. (2022). In hogere sferen? Volume 5. Een onderzoek naar het middelengebruik bij Vlaamse studenten. VAD. https://www.vad.be/assets/In_hogere_sferen_Vol_5_rapport.
- ³ Drieskens, S., Charafeddine, R., Demarest, S., Gisle, L., Tafforeau, J. & Van der Heyden, J. (2019). HIS gezondheidsenquête 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013 -2018: Health Interview Survey Interactive Analysis. Sciensano. <https://www.sciensano.be/nl/projecten/gezondheidsenquete-0/>
- ⁴ Braekman, E. & Fiers., S. (2022). Preventiebarometer: alcohol. Sciensano. <https://www.sciensano.be/nl/biblio/preventiebarometer-alcohol>
- ⁵ Drieskens, S., Charafeddine, R., Demarest, S., Gisle, L., Tafforeau, J. & Van der Heyden, J. (2019). HIS gezondheidsenquête 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013 -2018: Health Interview Survey Interactive Analysis. Sciensano. <https://www.sciensano.be/nl/projecten/gezondheidsenquete-0/>
- ⁶ Drieskens, S., Charafeddine, R., Demarest, S., Gisle, L., Tafforeau, J. & Van der Heyden, J. (2019). HIS gezondheidsenquête 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013 -2018: Health Interview Survey Interactive Analysis. Sciensano. <https://www.sciensano.be/nl/projecten/gezondheidsenquete-0/>
- ⁷ Braekman, E. & Fiers., S. (2022). Preventiebarometer: alcohol. Sciensano. <https://www.sciensano.be/nl/biblio/preventiebarometer-alcohol>
- ⁸ Drieskens, S., Charafeddine, R., Demarest, S., Gisle, L., Tafforeau, J. & Van der Heyden, J. (2019). HIS gezondheidsenquête 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013 -2018: Health Interview Survey Interactive Analysis. Sciensano. <https://www.sciensano.be/nl/projecten/gezondheidsenquete-0/>
- ⁹ Statbel (2021). Aantal slachtoffers betrokken bij een verkeersongeval waarbij minstens één bestuurder is getest en positief is bevonden voor alcoholgebruik. Statbel. Data op verzoek.
- ¹⁰ Lambrechts, M. & Godderis, L. (2017). Alcohol- en druggebruik bij werknemers: een kwestie van alcohol, mannen en gevolgen op het werk. <https://www.vad.be/artikels/detail/alcohol--en-druggebruik-bij-werknemers-een-kwestie-van-alcohol-mannen-en-gevolgen-op-het-werk>
- ¹¹ Movendi International (2022). Special Feature: Deconstructing the Alcohol Norm. Movendi International. <https://movendi.ngo/news/2022/07/22/special-feature-deconstructing-the-alcohol-norm/>
- ¹² Müller, C. P., Schumann, G., Rehm, J., Kornhuber, J., & Lenz, B. (2023). Self-management with alcohol over lifespan: psychological mechanisms, neurobiological underpinnings, and risk assessment. *Molecular Psychiatry*, 1-14. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10615763/>
- VAD (2023). VAD-leerlingenbevraging in het kader van een drugbeleid op school. Syntheserapport schooljaar 2021-2022. VAD. <https://www.vad.be/assets/4786>.
- Van Damme, J., Thienpondt, A., Rosiers, J., Tholen, R., Soyez, V., Sisk, M., Van Hal, G., & Deforche, B. (2022). In hogere sferen? Volume 5. Een onderzoek naar het middelengebruik bij Vlaamse studenten. VAD. https://www.vad.be/assets/In_hogere_sferen_Vol_5_rapport.
- ¹³ Boets, S., Wardenier, N., De Vos, N. & Bouwen, L. (2023). Nationale gedragsmeting "Rijden onder invloed van alcohol" 2021 - Drinken en rijden in België. Vias institute. https://www.vias.be/publications/Nationale%20gedragsmeting%20%E2%80%9CRijden%20onder%20invloed%20van%20alcohol%E2%80%9D%202021/Nationale_gedragsmeting_Rijden_onder_invloed_van_alcohol_2021.pdf
- ¹⁴ Morris, J., & Schomerus, G. (2023). Why stigma matters in addressing alcohol harm. *Drug and Alcohol Review*. 42 (5), 1264-1268. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/dar.13660>
- ¹⁵ EUCAM (2022). De zeven kernboodschappen van de alcoholindustrie De politieke lobby van de alcoholindustrie onder het vergrootglas. EUCAM. <https://www.stap.nl/nl/publicaties/rapporten.html/3455/9078/de-zeven-kernboodschappen-van-de-alcoholindustrie#p3455>

Dit rapport geeft inzicht in de verschillende strategieën en wat de industrie daarmee wil bereiken. Er wordt op wetenschappelijke basis uitgelegd waarom deze boodschappen van de alcoholindustrie niet kloppen. <https://www.vad.be/artikels/detail/de-zeven-kernboodschappen-van-de-alcoholindustrie>

¹⁶ WHO (2019). The SAFER technical package: five areas of intervention at national and subnational levels. World Health Organization. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/the-safer-technical-package>.

¹⁷ Inzicht uit Movendi International (2022). Special Feature: Deconstructing the Alcohol Norm. Movendi International. <https://movendi.ngo/news/2022/07/22/special-feature-deconstructing-the-alcohol-norm/>: "showing that people's real preferences are much more diverse than only using or not using alcohol"

¹⁸ Deze strategieën worden beschreven in het SAFER-initiatief van de WHO. WHO (2019). The SAFER technical package: five areas of intervention at national and subnational levels. World Health Organization. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/the-safer-technical-package>.

Colofon

Deze tekst kwam tot stand in de werkgroep 'visietraject alcohol', met vertegenwoordigers uit de Vlaamse alcohol- en drugsector en de VAD-staf. Deze tekst weerspiegelt de visie van VAD als expertisecentrum en als ledenorganisatie.

Redactie & lay-out: VAD

Foto: iStock

V.U.: H.Peuskens, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel

© 2024

VAD, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel

T 02 423 03 33 | vad@vad.be | www.vad.be

Ondernemingsnummer: 0424.327.587 | RPR Brussel



VLAAMS EXPERTISECENTRUM
ALCOHOL EN ANDERE DRUGS