

Tilburg University

De spiegel van onvrede, verslaving aan alcohol en andere stoffen

van Oers, J.A.M.; Garretsen, H.F.L.

Published in:
Medicus en maatschappij

Publication date:
1995

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):
van Oers, J. A. M., & Garretsen, H. F. L. (1995). De spiegel van onvrede, verslaving aan alcohol en andere stoffen. In M. H. R. Nuy, & E. H. van de Lisdonk (Eds.), *Medicus en maatschappij: Leerboek complexe maatschappelijke problematiek ten behoeve van geneeskundigen in opleiding* (pp. 121-136). SWP.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

1

De spiegel van onvrede Verslaving aan alcohol en andere stoffen



J.A.M. van Oers en H.F.L. Garretsen

1. INLEIDING

Bij verslaving kan aan veel zaken gedacht worden. In het algemeen kan onder het begrip verslaving worden verstaan dat er 'sprake is van een gewoonte die niet zonder moeite kan worden gestaakt' (van Ree en Esseveld, 1985). Niet alleen kan er met verslaving bedoeld worden een afhankelijkheid van een middel (alcohol, heroïne, cocaïne), maar men kan ook afhankelijk zijn van een bepaald gedragspatroon (gokverslaving, werkverslaving).

Een centraal punt bij verslaving of afhankelijkheid is dat een zekere mate van controleverlies over het eigen gedrag optreedt. In het algemeen kan worden gezegd dat bij verslaving of afhankelijkheid de onderstaande kenmerken naar voren treden:

- een sterk verlangen naar het middel;
- het optreden van tolerantie (voor hetzelfde effect moet steeds meer gebruikt worden);
- het gebruik van het middel wordt overheersend in het leefpatroon;
- het lichaam stelt zich zodanig in op de stof, dat staken van het gebruik tot onthoudingsverschijnselen leidt.

Verslaving en daarmee samenhangende begrippen kunnen vanuit verschillende wetenschappelijke perspectieven worden benaderd. Afhankelijk van de gehanteerde invalshoek staat een andersoortige problematiek centraal. Door Derks (1992) wordt een indeling in de volgende wetenschappelijke perspectieven gehanteerd: (1) biologisch en biomedisch, (2) sociologisch en sociaal-cultureel, (3) psychologisch en medisch-psychiatrisch. Ook anderen komen tot een dergelijke benaderingswijze waarbij sprake is van het medische, het sociologische en het psychiatrische model. Afhankelijk van de benaderingswijze staan respectievelijk de verslaving, problemen rondom het gebruik of het afhankelijkheidssyndroom centraal (Garretsen, 1993).

Het gebruik van bepaalde middelen is sterk cultuur-gebonden en zal geografisch en in de tijd grote verschillen te zien geven. In elke samenleving zijn legale, algemeen aanvaarde genotmiddelen, en illegale genotmiddelen welke alleen in bepaalde subculturen worden gebruikt. Afhankelijk van de maatschappelijke aanvaarding en van het gevoerde overheidsbeleid zullen andere middelen legaal zijn, daardoor meer beschikbaar zijn en meer gebruikt worden. In Nederland (en de meeste overige westerse landen) zijn veel gebruikte legale middelen: tabak, alcohol en slaap- en kalmerende middelen; illegale middelen in deze landen zijn bijvoorbeeld cannabis, opiaten en cocaïne. Met het gebruik van deze mid-

delen kunnen verschillende soorten problemen optreden, onder te verdelen in problemen rond het gebruik zelf, gezondheidsproblemen en sociale problemen (Garretsen, 1993). In dit hoofdstuk wordt in hoofdzaak gesproken over de afhankelijkheid van alcohol en daarmee samenhangende problematiek. Het zal duidelijk zijn dat alcohol zeker niet het enige middel is dat kan leiden tot afhankelijkheid, maar het gebruik van alcohol onder de Nederlandse bevolking is zeer algemeen, en de kans dat een (huis)arts met aan alcohol gerelateerde problematiek wordt geconfronteerd is dan ook groot. Verslaving aan alcohol dient in dit hoofdstuk als illustratie van verslaving in het algemeen: bij afhankelijkheid van andere middelen zullen veelal dezelfde aspecten als bij alcohol een rol spelen.

In paragraaf 2 zal aandacht worden besteed aan de epidemiologie van alcohol: het gebruik en problematisch gebruik van middelen, ontwikkelingen in de tijd, met (excessief) alcoholgebruik samenhangende problemen, en risicofactoren die een rol spelen bij het ontstaan van problematisch alcoholgebruik. Daarna zullen in paragraaf 3 het preventiebeleid en de rol van de overheid aan de orde komen. Verder wordt in deze paragraaf ingegaan op preventiemodellen en hulpverlening bij alcoholproblematiek. In paragraaf 4 ten slotte wordt uitgebreid ingegaan op de rol van de medicus rond excessief alcoholgebruik en op de aan alcohol gerelateerde problematiek.

2. ALCOHOLGEBRUIK EN ALCOHOLPROBLEMATIEK

GEHANTEERDE BEGRIPPEN EN METHODOLOGISCHE ASPECTEN

Definities

Zoals reeds is aangegeven in de inleiding, is verslaving vanuit diverse wetenschappelijke gezichtspunten te benaderen. Dit heeft tot gevolg dat eenduidige definities op het terrein van alcoholproblematiek voor een deel ontbreken. Een aantal, elkaar deels overlappende begrippen wordt gebruikt. Alcoholafhankelijkheid, excessief alcoholgebruik en probleemdrinken zijn de meest gebruikte begrippen, die hieronder kort zullen worden toegelicht.

De DSM-III definitie van alcoholafhankelijkheid (DSM-III-R, 1987) is gebaseerd op symptomen en consequenties van langdurig overmatig alcoholgebruik. Er is sprake van alcoholafhankelijkheid indien:

- de gevolgen van het gebruik tenminste één maand duren of gedurende langere tijd geregeld voorkomen;
- ten minste drie van de volgende criteria een rol spelen:
 - . vaak in grotere hoeveelheden of gedurende een langere tijd drinken dan voorgenomen;
 - . een hardnekkige wens of één of meer weinig succesvolle pogingen om te stoppen of het gebruik in de hand te houden;
 - . veel tijd en energie spenderen om aan alcohol te komen, te gebruiken, of te herstellen van de gevolgen van het gebruik;
 - . frequente intoxicatie of zodanige onthoudingsverschijnselen dat ze leiden tot ver-

- waarlozing van belangrijke verplichtingen op het werk, op school of thuis;
- het staken of beperken van belangrijke sociale of beroepsmatige bezigheden of vrijetijdsbesteding als gevolg van het gebruik van het middel;
- voortgezet gebruik, ondanks kennis van de negatieve consequenties;
- optredende tolerantie;
- karakteristieke onthoudingsverschijnselen;
- gebruik om onthoudingsverschijnselen te verlichten of te vermijden.

De DSM-III-R definitie is vooral een instrument om mensen met alcoholgebruik te classificeren, maar biedt echter geen inzicht in het alcoholgebruik. Juist voor de opzet en uitvoering van preventieve activiteiten kan dergelijke informatie van belang zijn.

Op basis van surveys kan wel inzicht worden gekregen in de gemiddelde consumptie van de respondenten. Tevens kan onderscheid gemaakt worden in verschillende categorieën drinkers: geheelonthouders, lichte, matige en excessieve of zware drinkers. Er wordt gesproken van excessief alcoholgebruik bij het regelmatig drinken van een bepaalde hoeveelheid alcohol, in het algemeen meer dan vier tot acht glazen per dag. Zwaar drankgebruik wordt wel gedefinieerd als de consumptie van 22 glazen of meer per week. Het vaststellen van de grens waarbij sprake is van zwaar of excessief drinken, is tamelijk arbitrair; deze is onder andere afhankelijk van geslacht, leeftijd, lichaamsgewicht. Bovendien speelt de vraag voor welke soort schade een grens wordt vastgesteld een rol: lichamelijke, psychische of sociale schade.

De hierboven genoemde maten geven een redelijk inzicht in het alcoholgebruik van de populatie, maar geven geen inzicht in verschillen in drinkpatronen. De indeling die in het onderzoek van Garretsen en Knibbe (1983) werd gehanteerd, houdt hier wel rekening mee, namelijk door de hoeveelheid en frequentie van drankgebruik te combineren, zoals is weergegeven in tabel 1.

Tabel 1. Categorieën drinkers naar drinkpatronen

aantal dagen gemiddeld per maand	aantal glazen gemiddeld per dag			
	≥ 6	4 of 5	2 of 3	>0 of 1
28 of meer	zeer excessief	excessief	matig	licht
21 t/m 27	zeer excessief	excessief	matig	licht
15 t/m 20	excessief	matig	matig	licht
9 t/m 14	excessief	matig	licht	licht
3 t/m 8	matig	licht	licht	licht
>0 t/m 2	licht	licht	licht	licht

Een veel gehanteerd begrip dat de laatste jaren steeds meer ingang vindt, is probleemdrinken. Dit begrip bevat aspecten van excessief drinken en tevens moet het excessief drinken gepaard gaan met problemen op één of meer van de volgende vijf probleemgebieden: psychologische afhankelijkheid, symptomatisch drinken, problemen met de omgeving, problemen met de gezondheid en regelmatig dronken of een kater (Garretsen en Knibbe, 1983).

METHODEN VOOR HET SCHATTEN VAN ALCOHOLGEBRUIK IN DE BEVOLKING

Voor het vaststellen van het alcoholgebruik in de bevolking en het bepalen van de prevalentie van excessief drinken en probleemdrinken is een aantal methoden voorhanden. Deze zijn te verdelen in indirecte en directe schattingsmethoden.

Indirecte schattingsmethoden zijn gebaseerd op reeds voorhanden zijnde statistische gegevens. Een veel gehanteerde methode om het aantal excessieve drinkers in een populatie te schatten is met behulp van het 'Ledermann-model' of 'single distribution model'. Hierbij wordt het aantal (excessieve) drinkers in de populatie geschat aan de hand van de gemiddelde jaarlijkse consumptie aan alcohol per hoofd van de drinkende bevolking. Een belangrijk methodologisch bezwaar is dat het Ledermann-model uitgaat van een 'drinkende bevolking' die ten aanzien van de drinkgewoonten homogeen is samengesteld. Het gebruik van het Ledermann-model leidt bovendien tot een overschatting van het aantal excessieve drinkers in Nederland (Lemmens, 1991). Andere indirecte methoden voor het schatten van de omvang van alcoholproblematiek zijn gebaseerd op sterftcijfers met betrekking tot alcohol (alcoholisme, zelfdoding en levercirrose), behandelcijfers (ziekenhuisopname, ambulante hulpverlening) of andere statistieken (veroordelingen wegens openbare dronkenschap, rijden onder invloed, verkeersongevallen met alcoholgebruik en dergelijke). Een probleem hierbij is dat deze schattingen afhankelijk zijn van de nauwkeurigheid van de gehanteerde registratie. Statistieken worden op verschillende plaatsen op verschillende wijzen bijgehouden, hebben niet altijd betrekking op de gehele bevolking of beschrijven slechts een extreme situatie (bijvoorbeeld sterftcijfers). Daarnaast is bij deze methode de validiteit een groot probleem. Veranderingen die in de loop van de tijd in deze registraties optreden, kunnen namelijk duiden op daadwerkelijke veranderingen in de alcoholproblematiek, maar ook op een veranderde attitude in de samenleving ten aanzien van de geregistreerde problematiek.

Bij een directe methode voor het schatten van de omvang van de alcoholproblematiek wordt gebruik gemaakt van gegevens die verkregen zijn uit surveyonderzoek. Het grote voordeel van surveyonderzoek ten opzichte van indirecte schattingsmethoden, is dat niet alleen informatie verkregen kan worden over de hoeveelheid gebruikte alcohol maar ook over de frequentie van alcoholgebruik. Het is mogelijk categorieën alcoholgebruikers te onderscheiden naar drinkpatroon (geheelonthouders, lichte drinkers, matige drinkers, excessieve en zeer excessieve drinkers; zie tabel 1) en alcoholgebruik te meten in verschillende subpopulaties. Daarnaast kan in surveyonderzoek informatie verkregen worden over factoren die samenhangen met alcoholgebruik. Twee belangrijke problemen bij surveyonderzoek zijn de (mogelijk selectieve) non-respons en het feit dat door respondenten het alcoholgebruik bewust of onbewust wordt ondergerapporteerd (Garretsen, 1983). Uit onderzoek is inmiddels gebleken, dat de non-respons onder excessieve drinkers niet hoger is dan bij andere categorieën drinkers en dat ook de onderrapportage bij zwaardere drinkers niet hoger is (Lemmens, 1991).

Prevalentie en ontwikkelingen in de tijd

In Nederland was de alcoholconsumptie in 1992 zo'n 8.1 liter pure alcohol per hoofd van de bevolking. In 1960 was het alcoholgebruik per hoofd van de bevolking 2.6 liter pure alcohol, maar verdrievoudigde in de periode 1960-1975 tot 8.7 liter. Daarna stabiliseerde het gebruik zich op dit niveau, en vanaf 1981 daalt het gebruik licht (de Zwart en Mensink, 1993). Als rekening wordt gehouden met het feit dat de groep beneden de 16 jaar vrijwel niet drinkt (1% van de totale consumptie (Lemmens, 1991), en dat het percentage geheelonthouders geschat wordt op 20% (van de bevolking van 16 jaar en ouder), dan is in 1992 de feitelijke consumptie 12.4 liter pure alcohol per drinker.

In totaal wordt het aantal drinkers in Nederland in 1992 geschat op ruim 9.9 miljoen. Het merendeel doet dat met mate, maar grote aantallen mensen drinken veel tot zeer veel. Op basis van het Ledermann-model wordt het aantal mensen dat acht of meer glazen per dag drinkt, geschat op 660.000, het aantal mensen dat twaalf glazen of meer per dag drinkt, wordt geschat op 330.000.

Ook door middel van surveyonderzoek kan het alcoholgebruik worden vastgesteld. In Nederland is de afgelopen jaren een aantal landelijke en regionale surveys rond alcoholgebruik uitgevoerd. Zoals eerder al werd opgemerkt, is onderrapportage van de alcoholconsumptie één van de problemen bij surveyonderzoek. Het hierbovengenoemde consumptiecijfer van 12.4 liter is gebaseerd op de verkoopcijfers van alcoholhoudende drank. De gemiddelde consumptie, zoals die op basis van surveyonderzoek wordt vastgesteld, is ongeveer de helft hiervan. Dit houdt in, dat in surveyonderzoek sprake is van een onderrapportage van ongeveer 50%.

In 1958 vond Gadourek (1963) 18% geheelonthouders en ook Garretsen en Knibbe (1983) vonden in hun prevalentieonderzoek in 1981 in Rotterdam/Limburg ongeveer gelijke percentages (19.5% in Rotterdam en 16.5% in Limburg). In 1989 werd in de landelijke gezondheidsenquête van het CBS 20.5% geheelonthouders gevonden (Knibbe en Swinkels, 1992). Het percentage geheelonthouders is in de afgelopen jaren dus redelijk stabiel gebleven. Wel is het percentage geheelonthouders bij de vrouwen veel hoger dan bij de mannen (in de gezondheidsenquête 1989 was 28.1% van de vrouwen en 12.4% van de mannen geheelonthouder).

Uit gegevens van de landelijke gezondheidsenquête van het CBS blijkt, dat in 1989 de gemiddelde consumptie van mannen 11.4 glazen per week is; bij de vrouwen is de gemiddelde consumptie 4.9 glazen per week. Het gemiddelde consumptieniveau van zowel de mannen als de vrouwen is het hoogst in de leeftijdscategorie van 35-54 jaar. Mannen drinken dan gemiddeld 13.5 glazen per week, vrouwen drinken dan gemiddeld 6.8 glazen per week. Verschillen in de verhouding tussen mannen en vrouwen zijn in de jaren 1958-1989 niet veranderd; mannen drinken gemiddeld ongeveer twee tot tweeënhalf maal zoveel als vrouwen. In absolute aantallen glazen is het verschil wel groter geworden: in 1958 was het verschil 1.7 glazen per week, in 1989 was dat 6.6 glazen per week.

Ten aanzien van overmatig drinken werd in de gezondheidsenquête van het CBS gevonden dat 14.4% van de mannen en 3.2% van de vrouwen onder te brengen is in de catego-

rie 'zwaarder drinken', gedefinieerd als een consumptie van 22 of meer glazen alcohol per week. De prevalentie van zwaar drinken is voor mannen en vrouwen het hoogst in de leeftijdscategorie 45-54 jaar (respectievelijk 19.4% en 6.5%). Ook onder werkloze mannen en vrouwen is de prevalentie van zwaarder drinken hoger (21.4% bij de mannen en 8.7% bij de vrouwen; Knibbe en Swinkels, 1992).

Ongeveer 50% van de totale consumptie aan alcoholhoudende drank is bier. De afgelopen 20 jaar is de hoeveelheid wijn sterk toegenomen, namelijk tot ongeveer 25% van de totale alcoholconsumptie in 1992; in dezelfde periode is het aandeel van gedestilleerd sterk teruggelopen (de Zwart en Mensink, 1993). Aan alcoholhoudende drank wordt nu jaarlijks 9.8 miljard gulden uitgegeven; het aandeel van de horeca hierin is 4.3 miljard. Omgerekend naar het alcoholvolume wordt ruim 75% geconsumeerd in de thuissituatie, maar dit varieert per soort drank. Ook de inkomsten voor de staat zijn omvangrijk: in totaal bedroeg in 1992 de opbrengst aan alcoholaccijns bijna 1.8 miljard gulden.

Alcohol gerelateerde problematiek

Samenhangend met de toename in het alcoholgebruik vanaf 1960 is ook sprake van een toename van een aantal alcoholgerelateerde problemen. De toename van deze problemen vond vooral plaats in de periode van 1960 tot het begin van de tachtiger jaren, daarna stabiliseert de omvang van de problematiek.

Mensen met alcoholgerelateerde gezondheidsproblemen komen meestal in eerste instantie bij hun huisarts, hoewel in lang niet alle gevallen direct een relatie wordt gelegd tussen alcoholgebruik en gezondheidsprobleem. We komen hier straks nader op terug.

In algemene ziekenhuizen vonden in 1992 ruim 11.000 opnames plaats voor een aan alcohol gerelateerde diagnose: 3793 opnames waarbij de primaire diagnose aan alcohol gerelateerd was en 6537 opnames met een aan alcohol gerelateerde secundaire diagnose. In tabel 2 wordt hiervan een overzicht gegeven. Het aantal opnames neemt de laatste jaren wel af. In 1986 vonden nog bijna 4800 opnames plaats met een aan alcohol gerelateerde primaire diagnose. Bij deze cijfers dient bedacht te worden dat het aantal aan alcohol gerelateerde opnames in werkelijkheid hoger zal liggen. Vaak zal bij een ziekenhuisopname niet duidelijk zijn dat alcoholgebruik een rol heeft gespeeld, zoals bijvoorbeeld bij opnames vanwege letsel door vechtpartijen, ongelukken in en rond het huis en verkeersongevallen. Het is gebleken dat opnames als gevolg van dergelijke ongevallen meer vóórkomen bij mensen die regelmatig drinken.

Naast opnames in algemene ziekenhuizen werden in 1992 bijna 2000 mensen in psychiatrische ziekenhuizen en bijna 4000 mensen in verslavingsklinieken opgenomen met als eerste diagnose verslaving aan alcohol. Bij de Consultatiebureau's voor Alcohol en Drugs (CAD) stonden in 1992 14.255 mensen ingeschreven ter behandeling van hun problematisch alcoholgebruik (de Zwart en Mensink, 1983).

126 In 1992 overleden in totaal 1683 mensen met als primaire of secundaire doodsoorzaak levercirrose, alcoholpsychose of alcoholisme (zie tabel 3). Dit aantal is de laatste tien jaar redelijk stabiel, maar de periode daarvoor werd gekenmerkt door een snelle stijging.

Naast gezondheidsproblemen kan rond (excessief) alcoholgebruik ook een aantal maatschappelijke problemen optreden. Hierbij moet dan gedacht worden aan rijden onder

invloed, vandalisme, mishandeling, financiële problemen, relatieproblemen en dergelijke. Ook ten aanzien van deze problematiek geldt in grote lijnen dat er sprake is geweest van een toename in de periode 1960 tot 1980 en dat daarna een zekere stabilisering of lichte daling is opgetreden.

Het aantal veroordelingen voor rijden onder invloed is toegenomen van 5900 in 1960 tot 28.900 in 1992, met een absolute piek van 38.900 veroordelingen in 1983. In 1992 waren 2992 gewonden (6.2% van het totaal aantal gewonden) en 99 overledenen (8.2% van het totaal aantal overledenen) slachtoffer van een verkeersongeval waarbij alcoholgebruik geconstateerd werd. Deze aantallen lopen al begin zeventiger jaren terug (de Zwart en Mensink, 1993).

Betrouwbare gegevens over met alcoholgebruik samenhangende problematiek, zoals vandalisme, mishandeling en relatieproblematiek, ontbreken goeddeels.

Tabel 2. Aantal opnames in algemene ziekenhuizen in 1992
(totaal aantal opnames 1.565.000)

<i>diagnose</i>	<i>opnames primair</i>	<i>opnames secundair</i>
<i>alcoholische psychose</i>	417	682
<i>alcoholisme</i>	1057	2570
<i>toxisch effect</i>	296	636
<i>alcoholmisbruik zonder verslaving</i>	674	2594
<i>syndroom van Korsakow</i>	178	355
<i>levercirrose</i>	1181	-

Bron: W.M. de Zwart en C. Mensink, 1993

Tabel 3. Sterfte aan levercirrose, alcoholpsychose en alcoholisme in 1992
(totale sterfte 129.887)

<i>doodsoorzaak</i>	<i>primair</i>	<i>secundair</i>
<i>levercirrose</i>	778	302
<i>alcoholpsychose</i>	20	32
<i>alcoholisme</i>	121	431

Bron: W.M. de Zwart en C. Mensink, 1993

Probleemdrinken

Probleemdrinkers zijn diegenen die zowel regelmatig als veel drinken, waarbij dit drinken gepaard gaat met problemen op één of meer van de eerder genoemde gebieden. Uit een in 1981 gehouden onderzoek in Rotterdam/Maastricht onder de bevolking van 16 tot 70 jaar bleek dat in Rotterdam ruim 7% en in Limburg bijna 11% tot de categorie probleemdrinker behoort (Garretsen en Knibbe, 1983). Voor probleemdrinken geldt hetzelfde als voor excessief of voor zwaar drinken: probleemdrinkers komen in elke subpopulatie voor, maar

in sommige relatief meer. Er zijn meer probleemdrinkers onder de mannen dan onder de vrouwen. Ook burgerlijke staat speelt een rol: in de Rotterdamse populatie bleek één op de drie gescheiden mannen een probleemdrinker; in de Limburgse populatie was een hoger percentage van de jonge ongehuwden dan gehuwden een probleemdrinker. Bij werklozen komt probleemdrinken eveneens vaker voor dan bij niet werklozen: in Rotterdam bij 22%, in Limburg bij 24% van de respondenten.

3. PREVENTIE EN HULPVERLENING

Belangrijk is de primaire preventie (het voorkómen van alcohol- en andere verslavingsproblemen), de secundaire preventie (vroegtijdige herkenning en vroege interventie) en de curatieve hulpverlening. De rol van de (huis)arts is vooral van belang in de vroegtijdige herkenning en vroege interventie. Daar wordt in de volgende paragraaf op ingegaan. In deze paragraaf komt de primaire preventie en de hulpverlening aan bod.

Eerst wordt ingegaan op de doelstelling van een preventiebeleid en de rol van de (rijks)overheid. Vervolgens komen verschillende preventiemodellen en de daaruit voortvloeiende maatregelen aan bod. Ten slotte wordt in het kort aandacht besteed aan de hulpverlening.

DOELSTELLING PREVENTIEBELEID EN ROL VAN DE OVERHEID

Het gebruik van alcohol in onze samenleving is sociaal geaccepteerd. Alcoholgebruik heeft positieve kanten voor de gebruiker en voor onze samenleving. Voor de gebruiker is bijvoorbeeld positief dat het kan bijdragen aan gezelligheid en dat het het leggen van contacten kan vergemakkelijken. Voor de samenleving is positief dat een grote bijdrage wordt geleverd aan werkgelegenheid en aan de accijnsinkomsten van het rijk. Voor gebruikers en samenleving zijn ook negatieve kanten te onderscheiden. Gezondheidsproblemen, problemen met politie/justitie en/of de naaste omgeving zijn zaken die kunnen spelen voor de gebruiker. Op het niveau van de samenleving kan gedacht worden aan onderwerpen als produktieverlies en ziekteverzuim en een te financieren hulpverlening. De positieve en negatieve aspecten leiden tot een ambivalente houding ten opzichte van alcoholgebruik: enerzijds wordt drinken getolereerd en anderzijds dient drinken met problemen (bijvoorbeeld frequente dronkenschap of rijden onder invloed) bestreden te worden (Garretsen, 1993). De doelstelling van het overheidsbeleid ten aanzien van alcohol is hier een afgeleide van. Men wil de positieve functies van het gebruik behouden en de negatieve zoveel mogelijk beperken. Dit lijkt haast onverenigbaar, maar alternatieven, zoals bijvoorbeeld een drooglegging, lijken niet mogelijk en niet wenselijk; een draagvlak hiervoor ontbreekt. Het huidige overheidsbeleid ten aanzien van alcohol kan als een matigingsbeleid worden gekarakteriseerd. Het alcoholprobleem wordt gezien als een breed maatschappelijk verschijnsel dat de volksgezondheid bedreigt en dat op een breed maatschappelijk niveau om maatregelen vraagt.

De centrale vraagstellingen bij de vormgeving van een alcoholbeleid zijn: hoe kan problematisch gebruik van alcohol en andere middelen worden voorkomen, en hoe kan een preventiebeleid eruit zien?

Gehanteerde beleidsinstrumenten zijn voorlichting en andere preventieve activiteiten, het in stand houden van een hulpverleningsapparaat, regels met betrekking tot distributie en reclame en het accijnsinstrument.

Over het algemeen is het huidige beleid van de rijksoverheid ten aanzien van alcoholproblemen niet te karakteriseren als een erg actief beleid, zeker niet in vergelijking met het beleid ten aanzien van illegale drugs als heroïne. Verschillende redenen kunnen hierbij een rol spelen. Grote sociaal-economische en financiële belangen zijn aan de orde (werkgelegenheid, inkomsten uit accijnzen en export en dergelijke). Daarnaast is de samenleving ten aanzien van het gebruik van alcohol minder negatief dan ten aanzien van het gebruik van heroïne, zodat het politiek ook minder lonend is om een erg stringent alcoholbeleid te voeren. Een derde reden is dat het moeilijk is een goed preventief beleid te ontwikkelen. Vele voorstelbare maatregelen hebben vaak ook onwenselijk geachte neveneffecten, zoals verderop zal blijken.

Naast de rijksoverheid is de lokale overheid van belang. Dit enerzijds vanwege de decentralisatie van beleid, welke plaatsvindt van centrale naar lokale overheid, maar anderzijds heeft de lokale overheid al langer eigen mogelijkheden om een alcoholbeleid te voeren. De lokale overheid kan de verkoop en/of het gebruik van alcohol verbieden voor bepaalde tijden, gelegenheden en/of stadsdelen. Te denken valt aan maatregelen in bepaalde voorzieningen zoals sportkantines of voetbalstadions of aan maatregelen in bepaalde straten. Andere mogelijkheden van de lokale overheid zijn het werken met 'zwarte lijsten', een reclameverbod of -beperking, voorlichting en de eigen voorbeeldfunctie (alcoholvrije receptie en dergelijke) (Garretsen, 1986; Van Iwaarden en Van Os, 1988).

PREVENTIEMODELLEN EN MOGELIJKE MAATREGELEN

Een gedegen aanpak om alcoholproblemen te voorkómen vraagt om kennis over mogelijke oorzaken. In dit verband zijn verschillende preventiemodellen te onderscheiden (Garretsen 1983; Knibbe en Van de Goor, 1988).

Een belangrijk en veel gehanteerd uitgangspunt is gebaseerd op het reeds vermelde 'Ledermann' of 'single distribution model'. Kort gezegd is uit dit model af te leiden, dat veranderingen in de gemiddelde consumptie in een samenleving ook leiden tot veranderingen in het percentage excessieve drinkers. Dus verlaging van de gemiddelde consumptie zal leiden tot minder excessief drankgebruik. Een consumptieverlaging kan bereikt worden door verschillende instrumenten: prijspolitiek, het beperken van verkooptijden en -plaatsen enzovoorts. Een ander model, het sociaal-culturele model, legt de nadruk op de maatschappelijke normering en waardering van drankgebruik en gaat meer uit van kernwoorden als integratie. Preventiemaatregelen in dit kader moedigen het drankgebruik in geïntegreerde situaties aan (bijvoorbeeld een glas wijn bij de avondmaaltijd) en ontmoedigen het 'drinken om het drinken'.

Een derde model is het zogenaamde welzijnsmodel, dat kiest voor de veronderstelling dat sociale of psychologische deprivatie leidt tot excessief drankgebruik (Knibbe en Van de Goor, 1988).

Gezien de sterke aanwijzingen voor de juistheid van de stelling dat een verlaging van de

gemiddelde alcoholconsumptie leidt tot een verlaging van de omvang van excessief drinken, zijn veel maatregelen hierop gebaseerd.

Mogelijke maatregelen

De mogelijke preventieve maatregelen die de overheid zou kunnen nemen, hebben enerzijds betrekking op de beperking van de beschikbaarheid van alcohol en anderzijds op de beïnvloeding van de vraag. De volgende maatregelen kunnen onderscheiden worden (Garetsen, 1983b):

- *prijspolitiek*: het lijkt aannemelijk dat een prijsverhoging van alcohol leidt tot een vermindering van de gemiddelde consumptie, vrijwel al het onderzoek op dit terrein wijst hierop; een ongewenst neveneffect is een toename van smokkel en clandestien stoken;
- *beperking van verkoopplaatsen en -tijden*: het beperken van het aantal verkoopplaatsen leidt volgens onderzoeken niet tot een lagere consumptie, bovendien is de maatschappelijke aanvaardbaarheid van een dergelijke maatregel klein; een belangrijk ongewenst neveneffect is dat door de beperking van verkooptijden tegen sluitingstijd in een korte periode meer gedronken wordt;
- *beperking van drinkmilieus*: nieuwe drinkmilieus (sportkantine, werk) komen niet in plaats van bestaande milieus (gezin, café), maar daarnaast, en leiden zo tot een hogere gemiddelde consumptie; aangenomen wordt dat een beperking van drinkmilieus leidt tot een verlaging van de gemiddelde consumptie;
- *leeftijdsgrenzen*: uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat verhogen van de leeftijdsgrenzen leidt tot een vermindering van de consumptie; verhoging van de huidige leeftijdsgrenzen (16 jaar voor zwak-alcoholisch, 18 jaar voor sterke drank) wordt echter niet realistisch genoemd;
- *reclame*: een reclameverbod of -beperking alléén heeft waarschijnlijk niet zoveel effect, alhoewel een verbod een potentieel effect onmogelijk maakt; wat wel voor een reclameverbod of -beperking pleit, is dat een ontmoedigingsbeleid geloofwaardiger wordt en een hogere acceptatie zal hebben;
- *voorlichting*: voorlichting kan onder andere tot doel hebben het beïnvloeden van normen ten aanzien van alcoholgebruik, het acceptabel maken van een overheids-ontmoedigingsbeleid of het vergroten van kennis over de hulpverlening.

HULPVERLENING

De hulp bij problemen rond alcohol of andere drugs kan worden gegeven door de gespecialiseerde verslavingszorg of door de niet-gespecialiseerde algemene zorg, zoals bijvoorbeeld huisartsen. Daarnaast speelt de zelfhulp een belangrijke rol.

Verslavingszorg

130

De gespecialiseerde verslavingszorg bestond in 1993 uit 16 Consultatiebureau's voor Alcohol en Drugs (CAD) op 100 verschillende lokaties, 20 verslavingsklinieken (inclusief verslavingsafdelingen van algemeen psychiatrische ziekenhuizen), 40 instellingen voor maatschappelijk georiënteerde drugshulpverlening en vier methadonprogramma's bij GGD'en (Hoekstra en Derks, 1993).

De CAD's verlenen ambulante hulp en voeren taken uit op het gebied van preventie, behandeling en begeleiding. Zij hebben tevens een reclasseringstaak. In 1992 bedroeg het totaal aantal geregistreerde cliënten ± 55.000. Bijna de helft van de cliënten had alcoholproblemen, 40% had problemen met het gebruik van (overige) drugs en 10% had gokproblemen.

Naast de CAD's is een aantal instellingen voor maatschappelijk georiënteerde drugshulpverlening werkzaam, vaak voor specifieke problemen en cliëntengroepen. Uitgevoerde functies zijn onder andere methadonverstrekking, straathoekwerk, dag- en aanloopcentra en dergelijke.

De intramurale zorg wordt verleend door aparte verslavingsklinieken of door speciale afdelingen van algemeen psychiatrische ziekenhuizen. De behandeling bestaat uit detoxificatie, opname en poliklinische- en deeltijdbehandeling. Veel langdurige opnamen vinden plaats in zogenaamde drugsvrije therapeutische gemeenschappen.

In vergelijking met andere landen steekt Nederland redelijk gunstig af met hetgeen aan hulpverleningspotentieel wordt ingezet. Toch zijn er punten voor zorg. Zo wordt in verhouding veel aandacht aan drugs en weinig aandacht aan alcohol gegeven en dient meer aandacht te worden besteed aan de ontwikkeling en evaluatie van protocollen voor hulpverlening, therapie, motivering, begeleiding, consultatie, etcetera (Schippers, 1991).

Zeker in het geval van alcohol is duidelijk dat de hulpverlening slechts een fractie van het aantal mensen met problemen bereikt. Hiervoor zijn verschillende redenen aan te wijzen. Voordat iemand met alcoholproblemen hulp zoekt, is vaak sterke aandring van anderen nodig (zie ook de hierna volgende paragraaf).

De laatste jaren treden twee belangrijke ontwikkelingen met betrekking tot de hulpverlening duidelijk naar voren (Hoekstra en Derks, 1993). Er is een sterke tendens naar samenwerking en integratie in de zorg voor verslaafden enerzijds en anderzijds is een verregaande decentralisatie van het beleid met betrekking tot de zorg gaande. De centrale overheid treedt terug ten gunste van lokale en regionale overheden.

Zelfhulp

De meest bekende zelfhulporganisatie in de zorg voor verslaafden is de AA, de Anonieme Alcoholisten. Ook ten aanzien van andere verslavingsvormen bestaan zelfhulpgroepen, zoals bijvoorbeeld de AGOG - Anonieme Gokkers Omgeving Gokkers - welke recent is opgericht. Ook bestaan er groepen voor familieleden, zoals de partners van alcoholisten of in het geval van (andere) drugs de Landelijke Stichting Ouders van Drugsverslaafden (LSOVD).

Er bestaan veel goede contacten tussen zelfhulpgroepen en de professionele hulpverlening. Zo is in 1992 op initiatief van de LSOVD een protocol voor samenwerking tussen zelfhulpgroepen en de instellingen voor verslavingszorg tot stand gekomen (Hoekstra en Derks, 1992).

Op basis van een overzichtsstudie met betrekking tot onderzoeken naar de effectiviteit van groepen voor Anonieme Alcoholisten is geconcludeerd dat effecten veelbelovend lijken, alsmede vergelijkbaar met die van professionele behandelingsmethoden. De aantrekkingskracht van de AA op potentiële leden lijkt selectief te zijn, in die zin dat AA-leden bijvoor-

beeld ernstiger en chronischer alcoholproblemen hebben, een groter schuldgevoel over vroeger gedrag, maar bijvoorbeeld ook vaker een hogere opleiding hebben en vrouw zijn (Geelen, 1987).

Niet gespecialiseerde zorg

Van belang is de openbare gezondheidszorg (met name GGD) en daarnaast vooral de eerste lijn. In enkele gemeenten, zoals Amsterdam, speelt de GGD een rol in de uitvoerende zorg aan verslaafden, bijvoorbeeld door het verstrekken van methadon. Veelal is de rol van de openbare gezondheidszorg beperkt tot de 'collectieve preventieve zorg', gericht op de groep, niet het individu, met als doel preventie. Een ander deel van de rol van de GGD is de epidemiologische taak: ten aanzien van verslaving kan die het vaststellen van de omvang van het excessief gebruik van middelen en van problemen rond gebruik inhouden. Ook onderzoek ten aanzien van de zorg is van belang, zoals onderzoek naar de omvang, spreiding en toegankelijkheid van de zorg, het gebruik, de kwaliteit, de effectiviteit en de efficiëntie (Garretsen e.a., 1991).

De eerstelijnszorg (zoals huisartsen, algemeen maatschappelijk werk, kruiswerk, gezinszorg, enzovoorts) heeft als taken het geven van voorlichting, preventie, herkenning en signalering van problemen, crisisinterventie, begeleiding en behandeling, verwijzing en nazorg. Binnen de eerste lijn heeft de huisarts een centrale rol. Huisartsen besteden in verhouding meer tijd aan problemen rond het gebruik van legale drugs (alcohol, medicijnen) dan aan problemen rond illegaal druggebruik (Spruit, 1991). Op de belangrijke rol van de huisarts ten aanzien van vroegtijdige onderkenning, van bijvoorbeeld alcoholproblematiek, en ten aanzien van interventiemogelijkheden wordt in de nu volgende paragraaf ingegaan. De samenwerking tussen eerste lijn en gespecialiseerde verslavingszorg laat nogal eens te wensen over (Lange, 1990).

4. DE MEDICUS EN ALCOHOLPROBLEMATIEK

Zoals al is opgemerkt, wordt door veel mensen in Nederland regelmatig veel gedronken: schattingen geven aan dat ongeveer 660.000 mensen acht glazen of meer per dag en 330.000 twaalf glazen of meer per dag drinken. Het drinken van dergelijke hoeveelheden alcohol gedurende langere perioden kan uiteindelijk tot problemen leiden. Ten aanzien van veel problemen kan in principe gesteld worden dat de prognose goed is als het gebruik blijvend wordt gestaakt. In een aantal gevallen kan echter sprake zijn van een irreversibele aandoening, bijvoorbeeld bij gevorderde alcoholische levercirrose. Het is moeilijk om een grens vast te stellen waarboven een toegenomen risico voor hepatitis en cirrose optreedt. Voor een verhoogd risico op hepatitis wordt melding gemaakt van de consumptie van tenminste 80 gram alcohol (ongeveer zeven glazen) per dag gedurende een aantal jaren. Ten aanzien van een verhoogd risico op levercirrose wordt gesproken bij de consumptie van 100 tot 160 gram alcohol per dag gedurende tien tot twintig jaar.

Gezien de aantallen excessieve drinkers is secundaire preventie van alcoholproblematiek zeer van belang. De vroegtijdige herkenning van excessief drinken en het minimaliseren van schade door vroegtijdige interventie zijn hierbij de twee uitgangspunten. Hoe eerder

de problemen onderkend worden, des te beter is de prognose. Secundaire preventie is gericht op individuen. De eerste lijn in het algemeen en de huisarts in het bijzonder kunnen hier een centrale rol vervullen, maar ook hulp/zorgverleners, zoals ziekenhuispersoneel, kan hierbij betrokken worden.

VROEGTIJDIGE HERKENNING

Het is belangrijk te onderkennen dat personen problemen rond het gebruik vaak ontkennen en ook geen behandeling willen. Uit surveyonderzoek is gebleken, dat twee derde van de geïnterviewden stelt dat mensen met alcoholproblemen hulp nodig hebben, en drie vijfde deel stelt dat men bij alcoholproblemen 'direct hulp moet zoeken'. In hetzelfde onderzoek geven de geïnterviewden echter aan eerst alle mogelijke andere dingen te proberen voordat men de professionele hulpverlening zoekt. De categoriale hulpverlening is ook niet erg bekend (Garretsen, 1983).

Veelal wordt in de huisartsenpraktijk slechts het topje van de ijsberg van alcoholproblematiek gezien; het grootste gedeelte van de problematiek blijft verborgen. Immers, de patiënt zal zijn of haar alcoholproblemen vaak ontkennen of maskeren. Bovendien is de patiënt lang niet altijd gemotiveerd om wat aan de alcoholproblemen te doen. Daarnaast geldt dat veel klachten niet alcoholspecifiek zijn en dat de huisarts zelf niet voldoende gemotiveerd is of zich niet normatief wil opstellen als er geen klachten zijn (Erckens en Vastbinder, 1984; Van Limbeek, 1989). Het is van essentieel belang dat de huisarts voldoende expertise heeft op het terrein van de vroegtijdige herkenning, maar deze is in lang niet alle gevallen aanwezig. Dit vraagt om expliciete aandacht voor verslaving in de opleiding enerzijds en mogelijkheden tot nascholing anderzijds (Hoeksema en Mook, 1993; de Vries en Breteker, 1993).

Er zijn verschillende instrumenten welke de vroegtijdige herkenning van alcoholproblemen kunnen vergemakkelijken. Door onder andere Saunders en Conigrave (1990) en van Limbeek en Walburg (1987) worden de volgende diagnostische hulpmiddelen onderscheiden:

- checklists, welke indicatoren bevatten met betrekking tot symptomen rond drinken, zoals indicatoren van symptomatisch drinken (overslaan van maaltijden) en fysieke symptomen (bijv. terugkerende diarree);
- vragenlijsten voor 'casefinding', zoals de MAST (Michigan Alcoholism Screening Test), de AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) en de vier-item CAGE-test;
- klinisch onderzoek kan vooral de huisarts attenderen op mogelijke alcoholproblematiek, en kan feitelijk bewijs leveren bij ontkenning van alcoholproblemen;
- laboratoriumtests, die gebruikt kunnen worden als indicator voor excessief alcoholgebruik; specificiteit en sensitiviteit vormen bij de meeste van deze tests een probleem, maar nieuwe ontwikkelingen op dit terrein zijn hoopgevend. Gebruik van deze tests samen met vragenlijsten kan wel veel twijfel wegnemen.

133

VROEGTIJDIGE INTERVENTIE BIJ ALCOHOLPROBLEMATIEK

Vroegtijdige herkenning van alcoholproblematiek is dus mogelijk, maar nadat bij een patiënt deze problematiek is geconstateerd, is het van belang dat iets gedaan wordt met betrekking tot het excessieve drinken. Voor vroegtijdige interventie bij alcoholproblema-

tiek zijn verschillende korte strategieën ontwikkeld (Skinner, 1990; Babor, 1990). Ten eerste kan het geven van 'feedback' op basis van laboratoriumtests en klinische diagnose in een aantal gevallen reeds voldoende zijn om veranderingen in drinkgewoonten te bewerkstelligen. Het woord van de huisarts kan in deze gevallen van doorslaggevende betekenis zijn. Ook is interventie mogelijk door middel van het voeren van korte gesprekken met de patiënt. In deze gesprekken zou aandacht dienen te worden geschonken aan de klinische diagnose en aan de resultaten van laboratoriumtests, maar ook aan het vaststellen van bepaalde te bereiken doelen. Tevens dient de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt voor het werken aan die doelen benadrukt te worden. Een derde mogelijkheid is het aanbieden van zelfhulpstrategieën. Dit zijn handleidingen waarin stapsgewijs wordt beschreven hoe het alcoholgebruik verminderd of gestopt kan worden; deze handleidingen geven ook aanwijzingen op andere terreinen, bijvoorbeeld hoe om kan worden gegaan met stress. De vierde mogelijke korte interventiestrategie bestaat uit het aanbieden van programma's gericht op gedragsverandering. Diverse strategieën zijn ontwikkeld om bij patiënten gedragsveranderingen te bewerkstelligen en de motivatie te doen toenemen, bijvoorbeeld door de drinkgewoonte te vergelijken met die van gemiddelde drinkers, of door onderhandeling bepaalde concrete doelen af te spreken.

PROBLEMEN EN NIEUWE ONTWIKKELINGEN

Over vroegtijdige herkenning en vroegtijdige interventie van alcoholproblematiek door huisartsen is veel onderzoek gepubliceerd. Gesteld kan worden dat in toenemende mate bruikbare methoden beschikbaar komen en daadwerkelijk worden toegepast. Bij huisartsen blijkt ook een zekere behoefte te bestaan aan nascholing op het gebied van alcoholproblematiek, mits deze nascholing niet te veel tijd kost. Daar staat echter het ervaringsgegeven tegenover, dat hulpverlening in de eerstelijns vaak vroegtijdig gestaakt wordt. Na een goede start neemt het enthousiasme nogal eens af, doordat patiënten afhaken en interventies niet succesvol kunnen worden afgesloten (van Nahuys, 1989). De vraag 'Waarom zou ik het nog proberen?' wordt dan vervolgens gesteld door de hulpverlener. Vanuit een ethisch oogpunt is hier een duidelijk antwoord op te geven: het is niet 'goed' een patiënt op te geven. Elke poging een patiënt te helpen is beter dan geen enkele poging.

Het is goed te wijzen op enkele hoopgevende nieuwe ontwikkelingen. Australische en Britse onderzoekers ontwikkelen momenteel een zogenaamd 'stages of change'-model. Aan de hand van dit model wordt getracht cliënten te identificeren in verschillende fasen van veranderingsbereidheid. Er is een relatief korte vragenlijst (twaalf items) ontwikkeld welke de veranderingsbereidheid meet aan de hand van items als 'ik drink te veel', 'minder gaan drinken is nutteloos voor mij', 'ik drink niet' en dergelijke. De achterliggende gedachte is, dat het mogelijk moet zijn het gebruik van verschillende interventiestrategieën af te stemmen op de verschillende fasen waarin patiënten zich bevinden (Rollnick et al, 1992). Aansluitend op deze ontwikkelingen is door Heather et al (1993) onderzoek gedaan naar de predictieve validiteit van deze vragenlijst. Geconcludeerd werd dat de veranderingsfase een significante voorspeller is van de beoogde verandering in alcoholconsumptie.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association, Committee on Nomenclature and Statistics, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3RD revised ed. Washington DC, American Psychiatric Association 1987.
- Babor, T.F., Brief intervention strategies for harmful drinkers: new directions for medical education, *Canadian Medical Association Journal*, 143 (1990), p. 1070-1076.
- Derks, J.T.M., Theorieën over druggebruik, drugsverslaving en -behandeling, in: W.R. Buisman, J.C. van der Stel (red.), *Drugspreventie*, Houten 1992.
- Erckens, E.C.G., R.C.M. Vastbinder, Probleemdrinken en de rol van de huisarts, *Huisarts en Wetenschap*, 27 (1984), p. 16-19.
- Godourek, I., *Risikante gewoonten en zorg om eigen welzijn*, Groningen 1963.
- Garretsen, H.F.L., *Probleemdrinken*, Lisse 1983.
- Garretsen, H.F.L., R.A. Knibbe, *Alcohol prevalentie onderzoek in Rotterdam/Limburg*, Leidschendam 1983.
- Garretsen, H.F.L., Mogelijkheden voor een gemeentelijk alcohol preventiebeleid, *Tijdschrift Alcohol en Drugs*, 12 (1986) p. 17-21.
- Garretsen, H.F.L., H. Raat, J. Toet, De epidemiologische taak van de gezondheidszorg ten aanzien van verslaving, in: J.T.M. Derks, M.J. Hoekstra (red.), *Verslavingszorg, een apart vak*, Utrecht 1991.
- Garretsen, H.F.L., *Van Hop tot Hennep*. Oratie, Rotterdam 1993.
- Geelen, K., De effectiviteit van AA-groepen: een overzichtsstudie, *Tijdschrift Alcohol en Drugs*, 13 (1987) p. 187-193.
- Heather, N., S. Rollnick, A. Bell, Predictive validity of the "Readiness tot Change" questionnaire. *Addiction*, 88 (1993) p. 1667-1677.
- Hoeksema, H.L., J.H.A. Mook, De herkenning en behandeling van problematisch alcoholgebruik door de huisarts, in: *Handboek Verslaving*, Houten 1993.
- Hoekstra, M.J., J.T.M. Derks, Verslaving en verslavingszorg in Nederland, in: *Handboek Verslaving*, Houten 1993.
- Iwaarden, M.J. van, G.J. van Os, Alcohol en de overheid, in: J. C. van der Stel, W.R. Buisman (red.), *Alcoholpreventie*, Alphen aan den Rijn 1988.
- Knibbe, R.A., L.A.M. van de Goor, Modellen voor alcoholpreventie, in: J.C. van der Stel, W.R. Buisman (red.), *Alcoholpreventie*, Alphen aan den Rijn 1988.
- Knibbe, R.A., H. Swinkels, Alcoholgebruik in Nederland; een analyse van gegevens uit de CBS-gezondheidsenquête 1989, *Tijdschrift Alcohol en Drugs*, 18, (1992) p. 124-138.
- Lange, W.M., Hulpverlening aan verslaafden in de eerste lijn, *Tijdschrift Alcohol en Drugs*, 16 (1990) p. 43-48.
- Lemmens, P.H.H.M., *Measurement and distribution of alcoholconsumption*, Dissertatie, Rijksuniversiteit Limburg 1991.
- Limbeek, J. van, J.A. Walburg, *De vroege signalering van alcoholproblematiek*, Lisse 1987.
- Limbeek, J. van, Alcoholproblemen en de arts, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 133, (1989) p. 281-284.
- Nahuys, C.A. van, *Eerstelijns Alcoholproject Rotterdam*, GGD Rotterdam Rapport no 105, 1989.
- Rce, F. van, P. Esseveld, *Drugs*, Utrecht 1985.
- Rollnick, S., N. Heather, R. Gold, W. Hall, Development of a short "Readiness tot Change" questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers, *Addiction*, 87 (1992) p. 743-754.
- Saunders, J.B., V.M. Conigrave, Early identification of alcoholproblems, *Canadian Medical Association Journal*, 143 (1990) p. 1060-1066.
- Schippers, G.M., Klinische en ambulante verslavingszorg: de state of the heart, in: J.T.M. Derks, M.J. Hoekstra (red.), *Verslavingszorg, een apart vak*, Utrecht 1991.

- Skinner, H.A., Spectrum of drinkers and intervention opportunities, *Canadian Medical Association Journal*, 143 (1990) p. 1054-1059.
- Spruit, I.P., Verslaving in de eerste lijn, in: J.T.M. Derks, M.J. Hoekstra (red.), *Verslavingszorg, een apart vak*, Utrecht 1991.
- Vries, W.J. de, M.H.M. Breteler, *Preventie van riskant alcoholgebruik in de huisartsenpraktijk*, Nijmegen 1993.
- Zwart, W.M.D. de, C. Mensink, *Alcohol, tabak, drugs en gokken in cijfers*, Utrecht 1993.