

Rapport

Preventie van problematisch alcoholgebruik

Op 29 juni 2009 uitgebracht aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Publicatienummer

Uitgave

College voor zorgverzekeringen
Postbus 320
1110 AH Diemen
Fax (020) 797 85 00
E-mail info@cvz.nl
Internet www.cvz.nl

Volgnummer

28012202

Afdeling

PAK

Auteur

mw. drs. T.J. Duine en mr. G.J. Bos

Doorkiesnummer

Tel. (020) 797 85 53

Bestellingen

Extra exemplaren kunt u bestellen via onze website (www.cvz.nl) of telefonisch bij de servicedesk onder nummer (020) 797 88 88.

Inhoud

<i>pag.</i>	
	Samenvatting
1	1. Inleiding
3	2. Wat is problematisch alcoholgebruik?
3	2.a. Definitie
6	2.b. Hoog risico
9	3. Overheidsbeleid ten aanzien van alcohol
9	3.a. Kaderbrief 2007-2011 Visie op gezondheid en preventie
9	3.b. Hoe is de alcoholzorg in Nederland geregeld?
13	4. Welke interventies zijn te verzekeren prestaties?
13	4.a. Wet- en regelgeving
14	4.b. Interventies
16	4.c. Duiding
16	4.c.1. stand van de wetenschap en praktijk
18	4.c.2. plegen te bieden
19	4.c.3. Overige wettelijke bepalingen
19	4.c.4. Conclusie duiding
21	5. Kostenconsequenties
25	6. Slotbeschouwing
25	6.a. Plaatsbepaling
25	6.b. Alcoholzorg betreft de gehele keten
26	6.c. Anonieme internetbehandeling
26	6.d. Bedrijfsarts
27	7. Geraadpleegde literatuur

Bijlage(n)

1. Kostenconsequentieraming
2. Achtergrondrapportage "Preventie van problematisch alcoholgebruik"

Samenvatting

Speerpunt van overheidsbeleid

Alcoholmisbruik is een bron van veel persoonlijk en maatschappelijk leed, dat ook nog eens veel kosten met zich meebrengt in de vorm van vermindering van arbeidsproductiviteit, zorgkosten en (verkeers)ongevallen. Vandaar dat de overheid het terugdringen van onverantwoord alcoholgebruik in haar laatste preventienota als een van de speerpunten heeft benoemd.

Welke preventie is te verzekeren zorg?

In dit rapport maakt het CVZ duidelijk welke interventies ter preventie van stoornissen in alcoholgebruik behoren tot de te verzekeren prestaties binnen de Zorgverzekeringswet. Het CVZ richt zich daarbij uitsluitend op de preventie van stoornissen in alcoholgebruik zoals gedefinieerd in de DSM-IV, en dus niet op de preventie van aandoeningen die het *gevolg* kunnen zijn van alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid, zoals hart- en vaatziekten, kanker, leveraandoeningen etc.

Groeiend aanbod

Er is een groeiend aanbod op het gebied van preventie en behandeling. De beroepsgroepen (artsen, psychologen, verloskundigen) zetten zich in om door middel van richtlijnontwikkeling, wetenschappelijk onderzoek en deskundigheidsbevordering tot een adequaat aanbod te komen.

Vormen van preventie

Dit rapport gaat in op het grensgebied van selectieve en geïndiceerde preventie. Selectieve preventie is programmatisch georganiseerde zorg gericht op risicogroepen in de bevolking. Geïndiceerde preventieve zorg daarentegen richt zich op de individuele verzekerde met een geconstateerd hoog risico op een bepaalde ziekte of aandoening. In tegenstelling tot selectieve preventie kan geïndiceerde preventie behoren tot de te verzekeren zorg in het kader van de Zvw.

Bepaling hoogerisicogroep

Tot de hoogerisicogroep behoren verzekerden die meer drinken dan verantwoord is, die weliswaar (nog) niet voldoen aan de diagnostische criteria van de DSM-IV voor alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid, maar wel een hoge kans hebben aan de criteria te gaan voldoen. Deze groep komt in aanmerking voor vergoeding van geïndiceerde preventieve zorg.

Diagnostiek

De zorgverlener kan in samenspraak met de cliënt het risico bepalen dat iemand loopt door zijn of haar alcoholgebruik en ook of de cliënt baat kan hebben bij een preventieve interventie. Een diagnostische test als de AUDIT-C kan hierbij behulpzaam zijn.

<i>Wat is te verzekeren zorg?</i>	<p>Het CVZ stelt vast</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dat kortdurende preventieve interventies die zijn gebaseerd op de therapeutische principes motiverende gespreksvoering en/of bewezen effectieve vormen van cognitieve gedragstherapie te verzekeren zorg zijn voor de hoogrisicogroep. • Dat er een groeiend aanbod is van specifieke, op de preventie (en behandeling) van alcoholproblematiek gerichte interventies, waarvan vooralsnog alleen de programma's <i>Minder drinken</i> en <i>De Drinktest</i> bewezen effectief en dus te verzekeren zorg zijn. Overige programma's zullen worden beoordeeld wanneer voldoende evidence beschikbaar is.
<i>Anonieme zorg</i>	<p>Anonieme behandeling via internet is effectief, maar komt vanwege zijn anonieme karakter niet in aanmerking voor vergoeding op grond van de Zvw. De financiering van deze zorg is dus niet structureel geregeld.</p>
<i>Kinderen van verslaafde ouders</i>	<p>Het preventieaanbod voor kinderen van verslaafde ouders behoort niet tot de te verzekeren zorg. Binnen de kaders van de Zorgverzekeringswet is het louter hebben van een kwetsbaarheidsfactor voor het ontwikkelen van alcoholproblematiek echter onvoldoende om te spreken van geïndiceerde preventie. Zorg voor dergelijke risicogroepen behoort tot de selectieve preventie, en valt daarmee onder de openbare geestelijke gezondheidszorg.</p>
<i>Kostenconsequentieraming</i>	<p>Bij een deelnamepercentage van 5% van de hoogrisicogroep raamt het CVZ de kosten in de lage variant (minimale begeleiding) op ongeveer € 3,7 miljoen en in de hoge variant (intensieve begeleiding) op € 21,3 miljoen. Naast deze kosten zijn ook opbrengsten te verwachten in de vorm van gezondheidswinst, lagere zorgkosten samenhangend met alcoholmisbruik of -afhankelijkheid, minder verlies van arbeidsproductiviteit en minder verkeersongelukken en criminaliteit die direct of indirect te wijten zijn aan het gebruik van alcohol.</p>
<i>Positionering in de eerste lijn</i>	<p>Geïndiceerde preventieve zorg en vroegsignalering worden zowel in de eerste als in de tweede lijn aangeboden. De voordelen van laagdrempeligheid, betaalbaarheid en toegankelijkheid zouden naar de mening van het CVZ in de eerste lijn beter kunnen worden benut dan nu het geval is.</p>

1. Inleiding

Omvang van het probleem

Meer dan een miljoen Nederlanders tussen 16 en 69 jaar drinkt veel alcohol en ondervindt daar problemen van. Van de totale ziektelast in Nederland kan 5,2% worden toegeschreven aan alcohol¹. De totale jaarlijkse maatschappelijke kosten (zorg, ongevallen, werk) van overmatig alcoholgebruik worden geschat op 2,58 miljard euro. Slechts een klein deel van hen doet een beroep op hulpverlening². Eén van de speerpunten die de overheid in haar laatste preventienota³ heeft benoemd is daarom het terugdringen van problematisch alcoholgebruik. De minister van VWS heeft speciaal aandacht gevraagd voor preventieve interventies in het basispakket. Het CVZ geeft daarom in vijf rapporten aan welke mogelijkheden de Zorgverzekeringswet biedt voor het verzekeren van preventieve interventies met als doel ziekte te voorkomen. Dit rapport is daar één van en heeft als onderwerp preventie van stoornissen in alcoholgebruik.

Aandacht voor preventieve interventies

Van preventie verzekerd

Het CVZ heeft in 2007 in het rapport *Van preventie verzekerd*⁴ zijn visie gepresenteerd op preventie in de verzekerde zorg. Dit rapport onderscheidt de volgende vormen van preventie:

- *Universele preventie* richt zich op de algemene bevolking die niet gekenmerkt wordt door het bestaan van verhoogd risico op ziekte. Universele preventie heeft tot doel de kans op het ontstaan van ziekte of risicofactoren te verminderen
- *Selectieve preventie* richt zich (ongevraagd) op (hoog)risicogroepen in de bevolking. Selectieve preventie heeft tot doel de gezondheid van specifieke risicogroepen te bevorderen door het uitvoeren van specifieke lokale, regionale of landelijke preventieprogramma's
- *Geïndiceerde preventie* richt zich op individuen die veelal nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel risicofactoren of symptomen. Geïndiceerde preventie heeft tot doel het ontstaan van ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen door een interventie/ behandeling
- *Zorggerelateerde preventie* richt zich op individuen met een ziekte of een of meerdere gezondheidsproblemen. Deze preventie heeft tot doel het individu te ondersteunen bij zelfredzaamheid, ziektelast te reduceren en 'erger' te voorkomen

¹ Nationaal Kompas: http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1672n18840.html

² Stichting Alcoholpreventie, 2006

³ Kiezen voor Gezond Leven. Preventienota 2006. Den Haag: Ministerie van VWS, 2006.

⁴ Van preventie verzekerd, CVZ 2007

Werkwijze

Geïndiceerde preventie én zorggerelateerde preventie behoren tot het domein van de zorgverzekering. Alle vormen van collectieve preventie (universele en selectieve preventie) vallen buiten het “te verzekeren risico” van de Zorgverzekeringswet. Deze preventie activiteiten blijven hier verder buiten beschouwing, zij vallen onder de collectieve preventie zoals geregeld in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid. Het CVZ verduidelijkt in dit rapport *Preventie van problematisch alcoholgebruik* welke preventieve interventies ten aanzien van problematisch alcoholgebruik onder de te verzekeren prestaties van de zorgverzekering vallen (duiding). Het CVZ richt zich daarbij uitsluitend op de preventie van stoornissen in alcoholgebruik zoals gedefinieerd in de DSM-IV, en dus niet op de preventie van aandoeningen die het gevolg kunnen zijn van alcoholmisbruik en alscoholafhankelijkheid, zoals hart- en vaatziekten, kanker, leveraandoeningen etc. Onderdeel van dit verduidelijken is de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk op dit terrein. Hierover is een afzonderlijke achtergrondrapportage verschenen.⁵

Het CVZ wil met dit rapport een bijdrage leveren aan een samenhangend zorgaanbod. Door aan te geven welke preventieve interventies tot het domein van de Zvw behoren, en waar de verantwoordelijkheid van andere domeinen, bijvoorbeeld van de Wet publieke gezondheid begint, kunnen partijen tot een heldere afbakening en een goede onderlinge afstemming komen.

Bij de totstandkoming van dit rapport heeft het CVZ een klankbordbijeenkomst georganiseerd. Hier konden deskundigen op het gebied van alcoholproblematiek aangeven welke aspecten van belang zijn bij geïndiceerde preventie. Een conceptversie van het rapport is later voor commentaar voorgelegd aan deze groep.

Opbouw rapport

De opbouw van het rapport is als volgt. In hoofdstuk 2 gaan we nader in op de definiëring van problematisch alcoholgebruik, de (maatschappelijke) gevolgen en de bepaling van de hoogrisicogroep. Hoofdstuk 3 beschrijft het overheidsbeleid ten opzichte van alcohol en de preventie van stoornissen op dit gebied. Ook (de financiering van) het huidige zorg- en hulpverleningsaanbod komt in dit hoofdstuk aan de orde.

Hoofdstuk 4 bevat een duiding van de beschikbare interventies op het gebied van geïndiceerde preventie.

In hoofdstuk 5 gaan we in op de kostenconsequenties.

Hoofdstuk 6 tenslotte bevat enkele overwegingen over de plaats die geïndiceerde preventie van alcoholstoornissen inneemt in het totale zorgaanbod op dit gebied.

⁵ Achtergrondrapportage beoordeling stand van wetenschap en praktijk “Preventie van stoornissen in alcoholgebruik”, CVZ 2009

2. Wat is problematisch alcoholgebruik?

2.a. Definitie

Veelheid van definities

Er is een veelheid van definities die te maken hebben met problematisch alcoholgebruik. Er zijn ook verschillende indelingen die de aard van het drinkgedrag in kaart brengen. Hierbij hoort doorgaans ook een grenswaarde die aangeeft tot welk niveau nog sprake is van verantwoord drinken. In de wetenschappelijke literatuur worden termen als alcoholverslaving en alcoholisme nauwelijks meer gebruikt. Er wordt meestal gesproken over overmatig of excessief alcoholgebruik of over alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid.

DSM-IV

De definitie "stoornissen in alcoholgebruik" wordt gebruikt als overkoepelende term voor alcoholmisbruik en -afhankelijkheid zoals gedefinieerd in de 4^e editie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). Het CVZ volgt deze definitie.

Richtlijnen

De recente *Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol*⁶ (hierna: de Richtlijn) van het CBO en het Trimbos instituut, hanteert ook deze definities uit DSM-IV, omdat dit systeem de basis vormt voor het meeste empirische onderzoek naar diagnostiek en behandeling van alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid. Een ander belangrijk voordeel is dat dit classificatiesysteem ook bruikbaar is voor het gebruik in de eerste lijn.

Ook in de NHG-standaard *Problematisch alcoholgebruik* uit 2005⁷ is voor een ruime begripsomschrijving gekozen, gezien het belang van vroegtijdige herkenning van problematisch alcoholgebruik. Deze standaard vertoont qua inhoud veel gelijkenis met bovengenoemde Richtlijn, maar is expliciet op de huisartsenpraktijk gericht.

Rapporten

Verder heeft het CVZ gebruik gemaakt van de overzichtsstudie *Verslavingspreventie van NWO/ZonMw (2006)*⁸. Deze studie biedt een overzicht van de wetenschappelijke stand van zaken op het gebied van verslavingspreventie.

Specifiek over de *preventieve* aanpak van psychische stoornissen (waaronder ook alcoholproblematiek wordt gerekend) gaat de nota *Gezond Verstand*⁹. Het CVZ sluit in dit rapport aan bij de begrippen die in deze nota worden gehanteerd.

⁶ Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol. CBO/Trimbos 2009

⁷ Nederlands Huisartsengenootschap. *Problematisch alcoholgebruik. Standaard*, 2005.

⁸ Cuijpers et.al. *Verslavingspreventie. Een overzichtsstudie*. Den Haag, NWO/ZonMw 2006.

⁹ Meijer et.al., *Gezond Verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen*. RIVM/Trimbos, 2006

Conceptueel model: biopsychosociaal Aan het denken over verslaving ligt een conceptueel model ten grondslag dat op dit moment de meeste empirische ondersteuning krijgt: het biopsychosociale model. Volgens dit model bestaan er slechts relatieve verschillen tussen verslaafden en niet-verslaafden en zijn er vloeiende overgangen tussen gebruik, overmatig gebruik, excessief gebruik, misbruik en verslaving. Zowel het ontstaan als de beëindiging van de verslaving worden gezien als het resultaat van de continue interactie tussen aangeboren kwetsbaarheid (biologisch), persoonlijke ontwikkeling (psychologisch) en omstandigheden (sociaal). Op grond van dit model zijn multimodale interventies populair geworden, dat wil zeggen interventies waarbij op een geïntegreerde manier zowel medicamenteuze, psychotherapeutische als sociale interventies worden aangeboden. Deze multimodale interventie wordt vooral gebruikt als een enkelvoudige interventie niet tot het gewenste resultaat leidt.

In de meest recente publicaties wordt veel aandacht besteed aan de neurobiologische mechanismen die van invloed zijn op middelengebruik en -misbruik. Via hersenonderzoek probeert men bijvoorbeeld te achterhalen waarom adolescenten extra kwetsbaar zijn voor de werking van bepaalde middelen, en wat de (neurobiologische) relatie is tussen verslavingsproblematiek en andere psychische stoornissen¹⁰.

Zoals gezegd hebben de begrippen alcoholafhankelijkheid en alcoholmisbruik uit de DSM-IV de term 'verslaving' verdrongen.

Van alcoholafhankelijkheid wordt gesproken als de persoon aan minstens drie van de volgende criteria voldoet:

Alcohol-afhankelijkheid

- Tolerantie: gewenningsverschijnselen
- Onthoudingsverschijnselen bij plotseling stoppen met alcoholinname: trillen, slapeloosheid, misselijkheid, angst en soms hallucinaties of insulten;
- Onvrede met het eigen drinkgedrag
- Tevergeefs willen stoppen of minderen met drinken
- Veel tijd nodig voor het herstel van de alcohol effecten
- Opgeven of verminderen van sociale en beroepsmatige activiteiten vanwege alcoholgebruik
- Doorgaan met drinken ondanks de wetenschap dat lichamelijke of psychische problemen ontstaan of verergeren door het alcoholgebruik

Misbruik

Bij DSM-IV Misbruik is sprake van één of meer van onderstaande criteria:

- Falen om belangrijke taken die bij de eigen rol horen uit te voeren
- Herhaald gebruik in gevaarlijke situaties
- Herhaalde problemen met justitie

¹⁰ EMCDDA Thematic papers: Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents, 2009.

- Doorgaand gebruik ondanks sociale of persoonlijke schade

Hoeveelheid en problematiek niet hetzelfde

De hoeveelheid alcohol die men drinkt is niet zonder meer bepalend voor de problematiek die met alcoholgebruik gepaard gaat. Deze wordt ook bepaald door de hoeveelheid per keer, de frequentie, persoonlijke kenmerken en omgevingsfactoren. In richtlijnen is zo'n individuele afweging niet te maken. Daarom gaan richtlijnen en indelingen in alcoholgebruik vaak uit van hoeveelheden en (in mindere mate) frequenties. De mate van ernst van alcoholgebruik wordt in de eerder genoemde multidisciplinaire Richtlijn¹¹ uitgedrukt in vier categorieën:

Indeling drinkgedrag

- gematigd drinken: vrouwen die maximaal 14 en mannen die maximaal 21 glazen alcohol per week drinken zonder dat er sprake is van twee of meer opeenvolgende dagen dat vrouwen meer dan 5 en mannen meer dan 6 glazen alcohol per dag drinken;
- overmatig drinken: vrouwen die 15-35 en mannen die 22-50 glazen per week drinken;
- excessief drinken: vrouwen die meer dan 35 en mannen die meer dan 50 glazen per week drinken;
- episodisch excessief drinken: vrouwen die op twee of meer dagen per week 5 of meer glazen drinken en mannen die 2 of meer dagen per week 6 of meer glazen drinken.

Binge-drinken

De NHG-standaard *Problematisch alcoholgebruik* vraagt daarnaast ook aandacht voor Binge-drinken, het drinken van zeer veel alcohol in korte tijd afgewisseld met dagen zonder alcoholgebruik. Deze definitie komt (nog) niet voor in de DSM-IV, maar wordt wel als "episodisch excessief drinken" beschreven in de *Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in alcoholgebruik*.

Norm voor 'verantwoord' alcoholgebruik?

Tot voor kort was het gebruikelijk om de grens tussen verantwoord en riskant drankgebruik uit te drukken in een norm of richtlijn. Een veel genoemde norm is een bovengrens van gemiddeld 2 glazen per dag voor vrouwen en 3 voor mannen. Na adviezen van de Gezondheidsraad¹² en op initiatief van het Trimbos instituut hebben experts geoordeeld dat er eigenlijk geen algemeen geldende veilige norm is te communiceren voor 'verantwoord alcoholgebruik'. Er zijn teveel risicogroepen voor wie zo'n norm te hoog is: jongeren, (zwangere) vrouwen, vrouwen met een laag lichaamsgewicht, bepaalde patiëntencategorieën¹³. Hierbij is aangegeven dat hooguit gesproken kan worden van een aanvaardbaar maximum van 1 glas alcohol per dag voor gezonde vrouwen vanaf 18 jaar en 2 glazen voor gezonde mannen vanaf 18 jaar

Aanvaardbaar maximum

¹¹ In aansluiting op de Nationale Drug Monitor (NDM), 2003

¹² Gezondheidsraad, richtlijnen goede voeding. Den Haag: Gezondheidsraad; 2006

¹³ Bron: Trimbos

Drinkpatroon

Het *drinkpatroon* is van belang voor de gevolgen. Zo hangt de totale alcoholinname voornamelijk samen met lange-termijn gevolgen (bijvoorbeeld kanker), terwijl fors alcoholgebruik binnen korte tijd (binge-drinken) vooral gerelateerd is aan korte-termijn gevolgen (zoals alcoholvergiftiging en ongevallen).

Zelftests

Om te bepalen of iemand risicovol drinkgedrag vertoont, zijn er diverse tests beschikbaar om het drinkgedrag in kaart te brengen. Veel zelftestmogelijkheden zijn beschikbaar via internet, zoals 'Minder drinken' of 'De Drinktest'.

2.b. Hoog risico

Vroegtijdige herkenning belangrijk

Gezien de geleidelijke overgang van gematigd via overmatig naar problematisch drinken zijn de grenzen tussen selectieve preventie, geïndiceerde preventie en behandeling niet scherp te trekken. Dit wordt nog versterkt doordat het begrip 'behandeling' meestal niet helder is gedefinieerd. In de praktijk zal het hierbij dus vaker gaan om vroegsignalering en vroegbehandeling dan om 'echte' preventie. Vroegtijdige herkenning van alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid is van belang, omdat behandeling in een vroeg stadium de beste kansen heeft. Alcoholproblemen worden niet altijd herkend. Voordat iemand zijn problemen voor zichzelf en anderen wil erkennen, is men het stadium van preventie doorgaans al ruimschoots gepasseerd. Een uitzondering hierop vormen jongeren en zwangere vrouwen. Bij jongeren is soms al sprake van ontregeling, waardoor hulpverlening vroeg op gang komt. Bij zwangere vrouwen is er het belang van het ongeboren kind dat aanleiding is voor preventieve interventies.

Geïndiceerde preventie

Zoals hierboven aangegeven gaat dit rapport over de geïndiceerde preventie. Bij deze vorm van preventie gaat het om interventies die gericht zijn op personen waarbij nog geen sprake is van ziekte, maar wel van een dermate groot risico op ziekte dat zorg medisch noodzakelijk is.

Hoog risico

Op grond van de adviezen over het aanvaardbaar maximum is de groep die risico loopt door het gebruik van alcohol behoorlijk groot. Voor geïndiceerde preventie komen evenwel alleen personen in aanmerking die een *verhoogd* risico lopen: de hoogrisicogroep.

In Gezond Verstand is de hoog risico groep als volgt gedefinieerd:
Geïndiceerde preventie van alcoholmisbruik en -afhankelijkheid richt zich op personen die *meer drinken dan verantwoord is volgens de gangbare richtlijn zonder daarbij te voldoen aan diagnostische criteria van de DSM-IV voor alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid.*

<i>Geen ‘richtlijn’ meer</i>	Nu er door voortschrijdend inzicht in feite geen sprake is van een algemeen aanvaarde richtlijn (behoudens het zeer globaal aangegeven maximum van 1 danwel 2 glazen per dag), kan hiermee niet de hoogrisicogroep worden bepaald. Het CVZ acht de definitie van Gezond Verstand voor het overige wel bruikbaar, omdat het een onder- en een bovengrens aangeeft. Nu er voor de ondergrens geen concreet afkappunt meer is aan te wijzen sluit het CVZ voor het bepalen van ‘meer drinken dan verantwoord’ aan bij de AUDIT-C. Deze test wordt in de Richtlijn aanbevolen voor het opsporen van alcoholmisbruik en – afhankelijkheid in de eerste lijn. (Zie achtergrondrapportage ¹⁴).
<i>AUDIT-C als ondergrens</i>	Hoog risico heeft niet alleen betrekking op de hoeveelheid alcohol die men drinkt, maar is sterk afhankelijk van bijkomende factoren (psychologisch, maatschappelijk). Het is moeilijk aan de hand van strikte criteria te definiëren of iemand tot de hoogrisicogroep behoort, aangezien dit sterk afhankelijk is van individuele factoren. De professional is in staat om in samenspraak met de cliënt de individuele situatie te beoordelen en in te schatten of de persoon in kwestie in aanmerking komt voor zorg in verband met zijn of haar alcoholgebruik. Een test zoals de AUDIT-C kan helpen om de ernst van de problematiek in kaart te brengen en een keuze voor een interventie te maken.
<i>Bepaling hoog risico</i>	
<i>Doelgroep</i>	De vastgestelde groep met een hoog risico, namelijk personen die meer drinken dan verantwoord, maar die nog geen stoornis op het gebied van alcohol hebben ontwikkeld, komen in aanmerking voor een preventieve interventie.
<i>Binge-drinken ook hoog risico</i>	In de Richtlijn wordt speciaal aandacht gevraagd voor binge-drinkers (episodisch excessief drinken) ¹⁵ . Met de AUDIT-C kan ook deze groep als hoog risico worden geïdentificeerd. Vaak betreft het jongeren die pas zijn begonnen met het drinken van alcohol. Gezien het sterk gestegen alcoholgebruik onder jongeren en het daarmee toegenomen risico op alcoholproblematiek op latere leeftijd biedt de aandacht rondom een bingedrinkincident een aanknopingspunt voor individuele preventie.
<i>Motivatie belangrijk, maar niet noodzakelijk</i>	Mensen met een (beginnend) alcoholprobleem zijn zich hier niet altijd van bewust, of zijn zelfs geneigd te ontkennen dat er sprake is van een probleem. Uit onderzoek en ervaringsdeskundigheid komt steeds naar voren dat het probleem pas kan worden aangepakt als de patiënt het probleem onder ogen ziet en bereid is er iets aan te doen. Dat wil niet zeggen dat geen enkele interventie zinvol is als de patiënt er nog niet aan toe is. Uit de Richtlijn komt naar voren dat motiverende gespreksvoering een effectieve manier is om

¹⁴Boksteijn, J.A., Heijmans, J. “Preventie van problematisch alcoholgebruik”
Achtergrondrapportage: beoordeling stand van de wetenschap en praktijk, CVZ 2009.

¹⁵ Twee of meer dagen per week 5 (vrouwen) danwel 6 (mannen) glazen of meer drinken

mensen bewust te maken van hun drinkgedrag en aan te zetten tot vermindering van hun alcoholconsumptie.

***Afbakening met
selectieve preventie***

Voor selectieve preventie zijn volgens Gezond Verstand twee specifieke doelgroepen van belang:

- mensen met psychische stoornissen.

Deze groep is op basis van zijn psychische stoornis al 'van preventie verzekerd' waar het om alcoholproblematiek als bijkomende factor gaat.

- kinderen van 'verslaafde' ouders.

Onderzoek wijst uit dat deze kinderen een substantieel grotere kans lopen op psychische en verslavingsproblemen, ook als ze nog geen alcoholgebruiker zijn.

Binnen de kaders van de Zvw is het louter hebben van een kwetsbaarheidsfactor voor het ontwikkelen van alcoholproblematiek echter onvoldoende om te spreken van geïndiceerde preventie. Er moet sprake zijn van (dreigende) gezondheidsschade van een individu, dat wil zeggen dat er aanwijzingen zijn dat het kind meer drinkt dan verantwoord is. Preventieve programma's voor de groep "kinderen van verslaafde ouders", los van of er sprake is van genoemde aanwijzingen behoren daarmee niet tot geïndiceerde preventie, maar vallen onder selectieve preventie en liggen dus buiten het bereik van de Zvw.

3. Overheidsbeleid ten aanzien van alcohol

3.a. Kaderbrief 2007-2011 Visie op gezondheid en preventie

Schadelijk alcoholgebruik vormt al geruime tijd een belangrijk aandachtsgebied in het overheidsbeleid. In de landelijke preventienota *Kiezen voor gezond leven*¹⁶ is alcohol samen met depressie een van de speerpunten.

Preventiebeleid

Het huidige kabinet kent veel waarde toe aan preventie en streeft ernaar meer samenhang te creëren tussen gezondheids- en preventiebeleid. In de *Kaderbrief 2007-2011* beschrijft de minister onder andere de volgende beleidslijnen:

1. Koesteren en innoveren. Dit zal gebeuren door het continueren van gezondheidsbescherming en ziektepreventie en het ontwikkelen van nieuw beleid bij voorspellende geneeskunde.
2. Samenhangend en integraal gezondheidsbeleid realiseren. Dit kan door het creëren van gezonde omgevingen en het bevorderen van gezond gedrag met behulp van maatschappelijke instituties en het bedrijfsleven.
3. Verbinden van (alle vormen van) preventie en zorg. Het opnemen van meer preventie in de Zvw en het verbinden van bedrijfsgezondheidszorg en de eerstelijnszorg zullen hieraan een bijdrage leveren.

In de bestuurlijke omgeving: verbinden, samenwerken en vernieuwen. De gemeenten en de GGD moeten zich samen meer richten op gezondheid en preventie

In dit rapport komt vooral het derde punt aan de orde, namelijk door inzicht te geven welke preventie momenteel onder de dekking van de Zvw valt en onder welke voorwaarden mensen hier aanspraak op kunnen maken.

3.b. Hoe is de alcoholzorg in Nederland geregeld?

Er zijn verschillende instanties die zich bezighouden met de preventie of behandeling van alcoholproblematiek.

Onderstaand wordt het werkveld geschetst, en het wettelijk regime waar de verschillende instanties onder vallen.

De huisarts

De huisarts is een sleutelfiguur bij preventie en behandeling van alcoholproblematiek. Hij is vaak de eerste die signaleert dat de patiënt meer drinkt dan verantwoord is, meestal doordat deze op het spreekuur komt met (lichamelijke) klachten die alcoholgerelateerd zijn.

¹⁶ VWS, okt 2006

- De verloskundige*** Een andere eerstelijnszorgverlener die van belang is bij alcoholpreventie is de verloskundige. Nu er steeds meer bekend raakt over de schadelijke effecten van alcohol op het ongeboren kind, neemt de aandacht van de beroepsgroep voor het alcoholgebruik van de zwangere toe. De norm voor verantwoord drinkgedrag is voor zwangere vrouwen inmiddels teruggebracht naar nul glazen alcohol.
- Eerste en tweede lijn GGZ*** In de geneeskundige zorg is er een onderscheid tussen eerste en tweede lijn GGZ. De regelgeving en daarmee de bekostiging tussen beide echelons verschilt. De geneeskundige GGZ onder de Zvw bestaat uit eerstelijns-psychologische zorg en tweedelijns gespecialiseerde/ specialistische GGZ. Omdat met name bij preventie en vroegsignalering de psychologische interventies op de eerste plaats komen ligt in de ggz een belangrijk deel van het hulpverleningsaanbod. Voor de eerstelijnspsychologische zorg geldt overigens een maximum aantal zittingen van acht per kalenderjaar en is een eigen bijdrage per zitting van toepassing. Voor de tweedelijns GGZ is vanaf de datum van overheveling - 1 januari 2008 - geen maximum aantal zittingen voor psychotherapie meer van toepassing en vanaf 1 januari 2009 is de eigen bijdrage voor psychotherapie vervallen (psychotherapie geldt als tweedelijnszorg). Het CVZ heeft op 4 mei 2009 de Minister van VWS een brief gezonden waarin het CVZ aangeeft dat deze ongelijke situatie tussen eerstelijnspsychologische zorg en specialistische GGZ wat betreft het opleggen van een eigen bijdrage onwenselijk is.
- Verslavingszorg*** De bekendste instanties voor mensen met een problematisch alcoholgebruik zijn de instellingen voor verslavingszorg. Financiering van verslavingszorg kan uit verschillende bronnen plaatsvinden, bijvoorbeeld de ziektekostenverzekering, gemeenten, justitie. In de meeste regio's kunnen mensen terecht bij één geïntegreerde GGZ-instelling. De huidige GGZ- en verslavingszorg instellingen bieden doorgaans preventie, eerstelijns-GGZ, ambulante zorg, gespecialiseerde zorg, klinische zorg en langdurig verblijf.
- Historie in de AWBZ*** De gespecialiseerde GGZ, waaronder ook vormen van verslavingszorg, werd tot 2008 gefinancierd uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Vanaf 1 januari 2008 zijn de op genezing gerichte aanspraken van de GGZ overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Bij de overheveling gold het uitgangspunt van pakket- en budgetneutrale overgang. Dit betekent dat delen van het zorgaanbod, die preventieactiviteiten omvatten, in beginsel zijn overgeheveld naar het pakket van de Zvw.

Ziekenhuizen	De curatieve tweedelijnszorg biedt naast behandeling ook preventie van alcoholproblematiek. Afdelingen voor spoedeisende hulp zien vaak patiënten die door hun alcoholgebruik in problemen zijn gekomen. Hier liggen kansen voor hulpverlening bij alcoholproblemen. In 2008 heeft de
Alcoholpoli's	Minister toestemming gegeven voor het opzetten van vier alcoholpoli's, een initiatief dat voor het eerst vanuit het Reinier de Graaf Gasthuis in Delft is opgezet als vervolgtraject voor kinderen die door het drinken van een grote hoeveelheid alcohol zijn opgenomen voor spoedeisende zorg bij soms levensbedreigende situaties. Nadat de acute zorgverlening is afgerond wordt deze kinderen een traject aangeboden van gesprekken met een (klinisch) psycholoog met als oogmerk het alcoholgebruik in de toekomst te verminderen.
Bedrijfsartsen	Ook in andere settings groeit de aandacht voor de gevaren van alcoholgebruik. Bedrijfsartsen en jeugdartsen ontwikkelen expertise ten aanzien van preventie, signalering en behandeling van problematisch alcoholgebruik. Dit kan zowel als behandelaar zijn als verwijzer naar meer gespecialiseerde instanties.
Zelfhulp	Voor verslavingsproblematiek bestaat een langdurige traditie van zelfhulp. Een bekend internationaal opgezet netwerk van zelfhulpgroepen is bijvoorbeeld de AA (Anonieme Alcoholisten) waarin (ex) alcoholverslaafden elkaar ondersteunen bij stoppen of verminderen van drankgebruik. Zelfhulpgroepen werken incidenteel samen met professionele zorgaanbieders. De zelfhulpgroepen geven aan dat meer structurele samenwerking wenselijk zou zijn ¹⁷ .
Internet-behandeling	Een meer recente vorm van zelfhulp vindt plaats op internet. Via (anonieme) internetbehandeling worden nieuwe doelgroepen bereikt. De interventie biedt mogelijkheden om het bereik van probleemdrinkers voor behandeling te verhogen.
Openbare geestelijke gezondheidszorg	Naast bovengenoemde zorg is er ook zorg gericht op hulpbehoeften die niet door betrokkenen zelf worden gesignaleerd (bemoeizorg). De kern van de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) wordt gevormd door preventie en vangnetactiviteiten. Het is een wettelijke taak van de gemeente, verankerd in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De OGGZ richt zich op kwetsbare personen en risicogroepen waar actieve medewerking doorgaans ontbreekt. OGGZ- zorg is te onderscheiden in gericht op het individu, risicogroepen en het collectief:

¹⁷ Mondeling naar voren gebracht tijdens overleg bij CVZ met belanghebbenden over dit onderwerp

1. Directe hulpverlening voor het individu; dat wil zeggen permanent beschikbare hulpverlening;
2. Zorg voor risicogroepen, dat wil zeggen zorg en preventie voor mensen met een verhoogd risico op psychische problemen;
3. Collectieve GGZ, dat wil zeggen preventie, gezondheidsbevorderende en -beschermende activiteiten op het terrein van de geestelijke gezondheid, gericht op niet nader omschreven groepen.

De OGGZ wordt uitgevoerd door verschillende partijen, waaronder GGD'en, instellingen voor GGZ en maatschappelijke opvang. Naast deze organisaties zijn er meer organisaties die hierin verantwoordelijkheden hebben, zoals ziektekostenverzekeraars, zorginstellingen, justitie, scholen etc. Elke organisatie heeft haar eigen belangen en verantwoordelijkheden. Voor de coördinatie en beschikbaarheid zijn de gemeenten verantwoordelijk.

***Partnership
Vroegsignalering
Alcohol (PVA)***

In 2005 is door diverse organisaties het initiatief genomen tot het Partnership Vroegsignalering Alcohol, gefinancierd door het Ministerie van VWS. Het Partnership wil tot een betere afstemming en implementatie komen van vroegsignalering en kortdurende interventies in de gehele zorgketen, en zo een bijdrage leveren aan het terugdringen van problematisch alcoholgebruik.

4. Welke interventies zijn te verzekeren prestaties?

In dit hoofdstuk bespreekt het CVZ onder welke voorwaarden geïndiceerde preventieve interventies tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet (Zvw) behoren.

4.a. Wet- en regelgeving

Om een uitspraak te kunnen doen over de vraag welke interventies bij preventie van stoornissen in het gebruik van alcohol tot de te verzekeren prestaties behoren, toetst het CVZ aan de wet- en regelgeving.

Artikel 10, onder a van de Zvw bepaalt dat het te verzekeren risico de behoefte aan geneeskundige zorg is.

Artikel 11, derde lid Zvw geeft aan dat bij algemene maatregel van bestuur de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties nader kunnen worden geregeld. Deze algemene maatregel van bestuur vindt zijn uitwerking in het Besluit Zorgverzekering (Bzv).

Geneeskundige zorg

Artikel 2.4 Bzv bepaalt dat geneeskundige zorg zorg omvat zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden.

GGZ

Vanaf 2008 omvat de geneeskundige zorg ook de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) zoals huisartsen, medisch specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden (artikel 2.4, eerste lid, Bzv). Op basis van de regelgeving omvat geneeskundige zorg naast de GGZ in de tweede lijn ook de psychologische zorg in de eerste lijn. Het CVZ heeft dit verduidelijkt in het GGZ kompas¹⁸.

Wetenschap en praktijk

Voor alle zorgvormen geldt het gestelde in artikel 2.1, tweede lid Bzv. Daarin is bepaald dat de inhoud en omvang van de zorgvormen mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Beoordeling

In het rapport Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk¹⁹ heeft het CVZ beschreven hoe het beoordeelt of een prestatie voldoet aan dit criterium.

Om te bepalen wat tot de stand van de wetenschap en praktijk gerekend moet worden, volgt het CVZ de principes van evidence-based medicine (EBM). Op basis hiervan neemt het CVZ een standpunt in over de vraag of een prestatie tot de te

¹⁸ GGZ-kompas, CVZ 2008

¹⁹ CVZ, 2007

verzekeren zorg behoort en daarmee een te vergoeden of te verstrekken interventie is.

Functiegerichte omschrijving

‘wat’

In de Zvw en het daarbij behorende Bzv zijn de meeste *te verzekeren prestaties* functiegericht omschreven. Dit betekent dat de wet zich beperkt tot een vrij algemene omschrijving van de te verzekeren prestatie (‘geneeskundige zorg’) met als toevoeging ‘zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden’. Wat deze zorg precies inhoudt, ligt dus niet vast in de wet, maar wordt ingevuld door wat door de beroepsgroep als gebruikelijk wordt gezien.

‘wie’ en ‘waar’

Het is niet noodzakelijk dat de zorg ook daadwerkelijk door genoemde beroepsgroepen dient te worden geboden. Evenmin ligt vast waar de zorg geleverd moet worden. *Wie* de zorg levert en *waar* de zorg geleverd wordt, laat de wet over aan de zorgverzekeraar.

indicatie

De indicatie is in het Bzv geregeld in die zin, dat in artikel 2.1, derde lid, is bepaald dat de verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Wettelijke beperkingen

Naast bovengenoemde toetsingscriteria zijn er krachtens de Zvw wettelijke bepalingen waaruit beperkingen voortvloeien. Zo is de eerstelijnspsychologische zorg (EPZ) beperkt tot maximaal 8 zittingen per jaar. Tevens geldt een eigen bijdrage van € 10,- per zitting.

4.b. Interventies

Multimodale interventies

Voor personen met een stoornis in het gebruik van alcohol, dus voor mensen die al een duidelijk probleem hebben met alcoholgebruik, is er een aantal behandelmethoden beschikbaar.

Op basis van de “Stepped Care” methode wordt meestal begonnen met een interventie die bewezen effectief is. Voor mensen die onvoldoende op enkelvoudige interventies reageren zijn multimodale interventies gebruikelijk. Dit is een methode waarbij interventies op een geïntegreerde manier worden aangeboden.

Therapeutische principes

In het kader van geïndiceerde preventie worden er op dit moment preventieprogramma’s ter voorkoming van stoornissen in alcoholgebruik aangeboden. Meestal zijn zij afgeleid van de interventies die bij behandeling hun waarde hebben bewezen. Zij bevatten vooral motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie.

Motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering is gericht op het expliciteren en verhogen van de motivatie tot gedragsverandering en wordt

als gesprekstijl aangeraden bij alle vormen van problematisch alcoholgebruik, ongeacht de ernst van de afhankelijkheid. Motiverende gespreksvoering wordt ook als nuttig gezien bij mensen die ambivalent of onwillig staan tegenover gedragsverandering.

***Cognitieve
gedragstherapie***

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een mengeling van gedragstherapie met interventies die ontwikkeld zijn vanuit de cognitieve psychologie. Kern is de veronderstelling dat zogenaamde irrationele cognities (gedachten) zorgen voor disfunctioneel gedrag. De technieken die gebruikt worden in de cognitieve gedragstherapie richten zich op het verwijderen van de inhoud van deze irrationele cognities. Daarnaast wordt gewerkt met technieken uit de klassieke gedragstherapie. Deze staan bij CGT ten dienste van het veranderen van cognities. De Richtlijn vermeldt dat elke cognitieve gedragstherapie tenminste de elementen sociale vaardigheidstraining en zelfcontroletraining dient te bevatten.

***Duur van de
interventies***

De interventies kunnen eenmalig, kortdurend of langdurend zijn. Eenmalige en kortdurende interventies bestaan uit één of enkele interventies van 5 - 30 minuten binnen een beperkt aantal maanden waarbij doorgaans gebruik gemaakt wordt van een combinatie van op motiverende gespreksvoering geënte gesprekstechnieken, een advies, en overige beknopte procedures, zoals het geven van feedback over de fysieke conditie van de patiënt.

Aanbiedingsvorm

De aanbiedingsvormen variëren van individueel tot groepsgewijs, in direct contact met een behandelaar of via internet, al dan niet met een behandelaar op afstand. Het aanbod van geïndiceerde preventie van alcoholmisbruik en - afhankelijkheid geschiedt voornamelijk in de vorm van zelfhulp, in boekvorm dan wel via het internet. Het internet biedt mogelijkheden om de preventieve interventies aan te passen aan de ernst van de problemen.

Zelfhulp

***Internet en
anonimiteit***

Via internet wordt niet alleen de mogelijkheid van zelfstudie aangeboden, er zijn ook vormen waarbij contact is met een professional. Voorwaarde voor vergoeding vanuit de Zorgverzekeringswet is dat behandeling niet anoniem is, maar herleidbaar tot een verzekerde. Voor veel internetbehandelingen bestaat op dit moment geen structurele financiering. Het opgeven van anonimiteit is voor veel mensen geen optie. In onderzoek van Alcoholdebaas.nl²⁰ bleek 90% van degenen die zich op een interesselijst hadden aangemeld liever te wachten totdat een anonieme, gratis behandeling mogelijk wordt, dan zich kenbaar te maken. Opgeven van anonimiteit vormt een beperking van de toegankelijkheid.

²⁰ Postel, M. et.al., Alcoholdebaas.nl. In: Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 5, 2009.

4.c. Duiding

Criteria	<p>Om te bepalen of een bepaalde interventie als te verzekeren zorg kan worden aangemerkt, hanteert het CVZ de systematiek van het zogenaamde 'duiden'. Daarbij toetst het CVZ de interventie aan twee belangrijke criteria van de Zorgverzekeringswet, namelijk 'stand van de wetenschap en praktijk' en 'plegen te bieden' (zie 4a). Daarnaast kijkt het CVZ ook of er nog andere wettelijke bepalingen zijn die een belemmering kunnen vormen voor vergoeding krachtens de Zvw.</p>
Werkwijze	<p><i>4.c.1. stand van de wetenschap en praktijk</i></p> <p>Het CVZ heeft onderzocht of interventies ter preventie van problematisch alcoholgebruik voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Hiervoor heeft het CVZ geen nieuwe literatuursearch verricht. Er zijn voldoende (zeer) recente publicaties van uitstekende kwaliteit, met uitgebreide literatuurverantwoording.</p>
Richtlijnen en overzichtsstudies	<p>Als uitgangspunt dienen de <i>Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol</i> (CBO en Trimbosinstituut), het themarapport <i>Gezond Verstand</i> (RIVM en Trimbosinstituut) en de overzichtsstudie <i>Verslaving</i> (NWO en ZonMw).</p>
Welke interventies zijn besproken	<p>In de achtergrondrapportage zijn zowel de specifiek op geïndiceerde preventie gerichte interventies besproken alsook de interventies uit de Richtlijn die zich niet specifiek op preventie richten.</p>
Onderscheid tussen preventie en behandeling moeilijk te maken	<p>Een aandachtspunt is dat het onderscheid tussen preventie en behandeling moeilijk te maken is. Tussen "meer dan verantwoord drinken" en het hebben van een stoornis in alcoholgebruik bestaat nu eenmaal geen harde scheidslijn. Onderzoeksresultaten naar effectiviteit van een behandeling maken dan ook veelal geen onderscheid tussen interventies die als preventief zijn te beschouwen en interventies die te zien zijn als behandeling.</p> <p>Het is aannemelijk dat interventies die zich hebben bewezen voor mensen die al een stoornis op het gebied van alcoholgebruik hebben, ook werkzaam zijn voor mensen die zich (nog) in de hoog risicogroep bevinden. Beide groepen komen in hoge mate overeen. De ernst van afhankelijkheid blijkt geen invloed te hebben op de effectiviteit van de onderzochte behandelingen. Een uitzondering is farmacotherapie, dergelijke interventies zijn uitsluitend onderzocht bij mensen die al een stoornis in het gebruik van alcohol hebben ontwikkeld.</p>

<i>Algemene aanbevolen handelswijze bij alcohol- problematiek</i>	De Richtlijn beveelt aan dat elke persoon met een stoornis in het gebruik van alcohol een interventie wordt aangeboden. Het is essentieel dat er vroeg gediagnosticeerd en behandeld wordt; de grenzen tussen preventie en behandeling zijn niet scherp te trekken.
<i>Motiverende gespreksvoering Cognitieve gedragstherapie</i>	De effectiviteit van therapeutische geprotocolleerde motiverende gespreksvoering en bepaalde vormen van cognitieve gedragstherapie blijkt duidelijk uit wetenschappelijk onderzoek. De Richtlijn maakt geen expliciet onderscheid tussen preventieve interventies enerzijds en interventies bij personen die reeds voldoen aan de DSM IV kwalificatie anderzijds. Er zijn wel aanwijzingen dat veel effectieve interventies voor patiënten met een stoornis ook effectief blijken te zijn bij de hoogerisicogroep. Voor cliënten die zich nog niet bewust zijn van hun probleem wordt aanbevolen om met name motiverende gespreksvoering in te zetten om mensen bewust te maken van hun drinkgedrag.
<i>Medische setting</i>	De genoemde interventies zijn het meest effectief als ze worden uitgevoerd door hoger opgeleiden binnen een medische setting.
<i>Aanbiedingsvormen</i>	Naast therapeutische principes zijn in de Richtlijn en andere onderzoeksrapporten ook concrete interventies beoordeeld op hun effectiviteit in het verminderen van alcoholgebruik. Er zijn korte interventies die deel uitmaken van reguliere (huisartsen)zorg, er zijn wat intensievere behandelingen bij onder andere de (eerstelijns)psycholoog, en er is een groeiend aanbod van specifieke interventies gericht op alcoholpreventie via internet.
<i>Eenmalige en kortdurende interventies</i>	Een in de Richtlijn genoemde interventie is de eenmalige en kortdurende interventie, waarmee goede resultaten worden bereikt. Deze bevat doorgaans het geven van feedback over excessief alcoholgebruik, het geven van advies voor gedragsverandering en het bespreken van risicosituaties en gedragsalternatieven. Vaak zijn het zogenaamde opportunistische interventies in de eerste (en soms tweede) lijn, dus van niet voor alcoholproblemen hulpvragende cliënten.
<i>Beoordeling effectiviteit</i>	Preventieve interventie (programma's) moeten afzonderlijk worden beoordeeld op hun effectiviteit. Uit de literatuur blijkt dat er duidelijke handvaten zijn voor deze beoordeling. Zo komt uit de literatuur naar voren dat interventies die bestaan uit motiverende gespreksvoering en/of bewezen effectieve vormen van cognitieve gedragstherapie (met bijvoorbeeld de elementen sociale vaardigheidstraining en zelfcontroletraining) effectief zijn voor de groep probleemdrinkers. Onder deze groep valt ook de hoogerisicogroep. Daarnaast komt naar voren

dat de bewezen effectieve interventies veelal kortdurende interventies betreffen. Preventieve interventie (programma's) die (ook) andere therapeutische principes of interventies bevatten, dienen in hun geheel te worden beoordeeld op effectiviteit. Van dergelijke programma's blijkt uit de literatuur dat er twee programma's zijn die als bewezen effectief zijn beoordeeld, namelijk De Drinktest en Minder Drinken.

Meer evidence nog in ontwikkeling

Gezien de nog vrij recente focus op preventie en de grote aandacht voor nieuwe programma's, toepassingen en onderzoek op het gebied van preventieve interventies, vallen de komende jaren meer gegevens te verwachten dan nu beschikbaar zijn. Wanneer het opportuun is, zal het CVZ een update geven van de stand van wetenschap en praktijk ten aanzien van alcoholpreventie.

Conclusie 'stand van wetenschap en praktijk'

Samenvattend is op basis van de geraadpleegde literatuur dan ook de conclusie dat kortdurende preventieve interventies binnen een medische setting bij een hoog risico op stoornissen in alcoholgebruik behoren tot de stand van de wetenschap en praktijk.

Daarbij geldt dat deze interventies dan gebaseerd moeten zijn op motiverende gespreksvoering en/of bewezen effectieve vormen van cognitieve gedragstherapie. Andere interventies moeten eerst in hun geheel op waarde worden beoordeeld. In de geraadpleegde literatuur zijn twee programma's als effectief bewezen, namelijk *De Drinktest* en *Minder drinken*

4.c.2. plegen te bieden

Geneeskundige zorg is zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden. Met 'plegen te bieden' wordt bedoeld dat de beroepsgroepen zorg verlenen overeenkomstig de voor hen geldende standaarden.

Preventie maakt deel uit van taak beroepsgroep

Preventie van stoornissen in het gebruik van alcohol behoort tot de zorg die genoemde beroepsgroepen volgens de standaard van hun beroepsgroepen verlenen; het is zorg zoals deze beroepsgroepen die plegen te bieden.

Taakherschikking

Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet geldt een functiegerichte omschrijving van geneeskundige zorg. De in de wet bedoelde zorg is niet exclusief voorbehouden aan de genoemde beroepsgroepen. Middels taakherschikking kunnen ook andere beroepsbeoefenaren zoals gespecialiseerde verpleegkundigen, praktijkondersteuners, bedrijfs- of jeugdartsen zorg leveren. Aandachtspunt is dat de interventies die voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk, namelijk motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie effectiever blijken als ze worden gegeven door een academisch geschoolde professional.

Conclusie 'plegen te bieden' Het CVZ constateert dat preventieve interventies van stoornissen in alcoholgebruik deel uitmaken van de zorg die de in de Zvw genoemde beroepsgroepen plegen te bieden.

4.c.3. Overige wettelijke bepalingen

Beperkt aantal zittingen EPZ geen probleem Het is het CVZ niet gebleken dat de wettelijke beperking van maximaal 8 zittingen per jaar voor de eerstelijns psychologische zorg een belemmering vormt voor een effectieve preventieve interventie. De therapievormen die voor dit doel zijn ontwikkeld (over het algemeen vormen van cognitieve gedragstherapie) zijn doorgaans beperkt tot een aantal zittingen dat dit maximum niet overschrijdt.

Anonimiteit past niet binnen de Zvw Een aandachtspunt bij met name de interventies die via internet worden aangeboden, is het gegeven dat deze vaak plaatsvinden op basis van anonimiteit. Anonieme hulp is niet te herleiden tot een specifieke verzekerde en daarom kan deze zorg niet verzekerd worden. Dit heeft te maken met de individuele werking van de Zorgverzekeringswet.

4.c.4. Conclusie duiding

Voor de duiding geeft het CVZ antwoord op de vraag: zijn interventies ter preventie van stoornissen in het gebruik van alcohol te verzekeren prestaties in het kader van de Zorgverzekeringswet?

Stand van de wetenschap en praktijk

Uit gerandomiseerde studies van hoge kwaliteit blijkt dat kortdurende preventieve interventies zoals die onder andere worden aangeboden in de eerstelijnszorg, behoren tot de stand van wetenschap en praktijk. Daarbij geldt dat deze interventies gebaseerd moeten zijn op motiverende gespreksvoering en/of bewezen effectieve vormen van cognitieve gedragstherapie. Het CVZ acht het aannemelijk dat dit geldt voor zowel de hoog risico-groep als de groep die reeds een stoornis op dit gebied heeft ontwikkeld.

Andere interventieprogramma's moeten eerst in hun geheel op waarde worden beoordeeld. Enkele daarvan voldoen nu al aan de stand van wetenschap en praktijk, ook voor de hoog risicogroep: De Drinktest en Minder Drinken. Overige programma's zijn nog onvoldoende onderzocht en behoren daarmee (nog) niet tot de stand van wetenschap en praktijk.

Plegen te bieden Het CVZ constateert dat de interventies voor preventie van stoornissen in het gebruik van alcohol zorg bevatten zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen en plegen te bieden, indien het om hiervoor geïndiceerde verzekerden gaat (hoog risico).

Overige wettelijke Het CVZ verwacht niet dat het tot 8 gemaximeerde aantal

<i>bepalingen</i>	zittingen in de eerstelijnspsychologische zorg de toegang tot bepaalde vormen van preventie zal belemmeren.
<i>Indicatiegebied</i>	Voor zorg in het kader van de Zvw is vooral het individuele karakter van belang: het moet gaan om een persoon met een hoog risico op stoornissen in alcoholgebruik, waarvan de zorgverlener tot de afweging komt dat deze persoon baat kan hebben bij een interventie op basis van een of beide genoemde therapeutische principes.
<i>Conclusie 'duiden'</i>	<p>Het CVZ komt tot de conclusie dat kortdurende preventieve interventies, gebaseerd op de therapeutische principes motiverende gespreksvoering en/of bewezen effectieve vormen van cognitieve gedragstherapie behoren tot de stand van wetenschap en praktijk. Datzelfde geldt voor een tweetal meer specifiek op alcohol gerichte programma's die via internet worden aangeboden.</p> <p>Het zijn interventies die huisartsen, medisch specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen plegen te bieden.</p> <p>De toegang tot nieuwe mogelijkheden die vooral internetbehandeling biedt wordt ingeperkt doordat anonieme zorg niet past binnen de zorgverzekering. Het gaat hier om therapievormen die effectief zijn. Daarom is het van belang dat evenals bij de vroegtijdige behandeling van depressieve klachten (Mentaal Vitaal) dit onderwerp ook voor de preventie van stoornissen in het gebruik van alcohol op de agenda komt.</p>

5. Kostenconsequenties

In het voorgaande heeft het CVZ aangegeven dat de meest gangbare interventies op het gebied van problematisch alcoholgebruik aangemerkt kunnen worden als te verzekeren prestaties in het kader van de Zvw.

Een inschatting van de kosten die binnen het Budgettair Kader Zorg (BKZ) worden gemaakt voor preventie van stoornissen in alcoholgebruik baseert het CVZ op twee determinanten. De eerste is de omvang van de doelgroep, die eerder in het rapport is gedefinieerd als hoogrisicogroep. De tweede determinant is de gemiddelde prijs per persoon van een interventie ter voorkoming van stoornissen in alcoholgebruik.

Raming kosten preventieve interventies

De kosten die samenhangen met de preventie van stoornissen in alcoholgebruik betreffen kosten die het gevolg zijn van intensivering van het gebruik van wettelijk verzekerde zorg. De totale kosten binnen het netto BKZ (dat is exclusief eigen bijdragen) raamt het CVZ bij een deelnamepercentage van 5% op € 3,7 miljoen als minimumschatting. De maximumschatting bedraagt bij datzelfde deelnamepercentage ruim € 21 miljoen. Afhankelijk van de mate van begeleiding, als de daadwerkelijke deelname aan de preventieve interventie, zullen de kosten hoger of lager uitvallen. Omdat het hier de kosten binnen het netto BKZ betreft, is er in de raming geen rekening gehouden met de eigen bijdrage van € 10,- per zitting in de eerstelijnspsychologische zorg (EPZ).

Zie voor alle kengetallen, achterliggende berekeningen en de verschillende scenario's bijlage 1 'Kostenconsequentieraming'.

Ramingmethodiek hoogrisicogroep

De hoogrisicogroep betreft het aantal personen in Nederland die meer drinken dan verantwoord is volgens de gangbare richtlijn, zonder daarbij te voldoen aan de diagnostische criteria van de DSM-IV voor alcoholmisbruik en -afhankelijkheid. Concrete aantallen over de grootte van deze groep personen zijn echter niet beschikbaar. Het CVZ baseert zich daarom op een tweetal studies, waaruit een benadering van het aantal personen dat in de hoogrisicogroep valt, kan worden afgeleid.

Elke studie is de bron voor één variant. De varianten verschillen in grootte van de hoogrisicogroep. Meijers et al vormt de basis voor de lage variant en concludeert dat de incidentie van alcoholmisbruik en -afhankelijkheid 2,2% bedraagt voor personen van 12 jaar en ouder.²¹ De hoge variant is gebaseerd op prevalentiecijfers van riskante

²¹ Meijers et al. (2006) Voor volwassenen bedraagt de incidentie 2,1%. Het incidentiecijfer onder jongeren ligt hoger. Het incidentiecijfer voor personen van 12 jaar en ouder komt daarmee op 2,2%.

²² Van Dijck & Knibbe (2005)

gebruikers van alcohol en bingedrinkers afkomstig uit Van Dijck & Knibbe.²²

***Omvang
hoogrisicogroep
2009***

De omvang van de hoogrisicogroep van 12 jaar en ouder in Nederland is geraamd voor 2009 op basis van bovengenoemde studies en voorlopige cijfers van de bevolkingsopbouw naar leeftijd en geslacht van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). De omvang bedraagt in de lage variant naar verwachting circa 315.000 personen en bijna 1,8 miljoen personen in de hoge variant.

De lage variant is een onderschatting van de doelgroep, omdat de personen die onder het incidentiecijfer van alcoholmisbruik en -afhankelijkheid vallen, slechts een deel van de hoogrisicogroep vormen. Personen die meer dan verantwoord drinken en nog niet voldoen aan de DSM-IV classificatie vallen buiten het incidentiecijfer en daarmee buiten de raming van de omvang van de hoogrisicogroep. De lage variant geeft aan welke personen in ieder geval geholpen dienen te worden om te voorkomen dat ze een stoornis in alcoholgebruik krijgen.

De omschrijving van riskante gebruikers door Van Dijck & Knibbe komt niet in zijn geheel overeen met de door het CVZ geformuleerde definitie van de hoogrisicogroep. Ondanks dat sluit de hoge variant beter aan bij de definitie van de hoogrisicogroep en is daarmee een nauwkeurigere benadering van de omvang van deze groep.

***Tarieven
eerstelijnszorg***

Zoals in hoofdstuk 6 wordt benoemd, pleit het CVZ voor een versterking van geïndiceerde preventie in de eerste lijn. De bekostiging in de eerste lijn gebeurt aan de hand van een vergoeding per patiëntcontact. Er zijn geen maximumtarieven vastgesteld voor de EPZ. In de raming wordt uitgegaan van een richtprijs van € 82,00 per individueel consult in 2009. Voor huisartsenzorg zijn er wel wettelijk vastgestelde tarieven: een lang consult bedraagt € 18,00 en een kort consult € 9,00.

***Kostenvariatie
o.b.v. intensiteit
van begeleiding***

Preventie interventies ter voorkoming van stoornissen in alcoholgebruik zijn ingedeeld naar de intensiteit van de begeleiding. Deze kan minimaal, gedeeltelijk of intensief zijn. De kosten van de interventies variëren als gevolg van de intensiteit van begeleiding. De kosten van materiaal worden door het CVZ bij alle intensiteiten vastgesteld op € 0,-.

***Minimale
begeleiding***

Bij minimale begeleiding vindt de begeleiding enkel plaats via de huisarts. Er is sprake van twee contacten met de huisarts, eventueel aangevuld met zelfstudie. De kosten van de preventieve interventie bij minimale begeleiding bedragen € 27,-

***Gedeeltelijke
begeleiding***

De preventieve interventie met gedeeltelijke begeleiding bestaat volgens het CVZ uit van een contact met de huisarts en vijf individuele consulten bij een aanbieder uit de EPZ. De

gemiddelde kosten bij gedeeltelijke begeleiding bedragen € 428,-

Intensieve begeleiding

Bij intensieve begeleiding vindt wederom de preventieve interventie voornamelijk plaats bij een aanbieder uit de EPZ. Er is sprake van maximaal 8 contactmomenten, wat gelijk is aan het maximaal aantal zittingen waar men per jaar aanspraak op kan maken onder de Zvw. De consulten aan de EPZ worden vooraf gegaan door een huisartsenbezoek. De gemiddelde kosten bij intensieve begeleiding bedragen € 674,-

Kosten bij 5% deelname

Het CVZ acht een deelname van maximaal 5% van de hoogrisicogroep aan een preventieve interventie reëel (scenario 2). De totale geraamde kosten van preventieve interventies ter voorkoming van stoornissen in alcoholgebruik bedragen dan € 3,7 miljoen in de lage variant en € 21,3 miljoen in de hoge variant.

Deelname aan preventieve interventies

Harde cijfers over de deelname aan preventieve interventies zijn beperkt. Het CVZ verwacht niet dat in de nabije toekomst de totale doelgroep (hoogrisicogroep) zal deelnemen aan een preventieve interventie. Het (gematigd) nuttigen van alcohol is immers een maatschappelijk en sociaal geaccepteerd gebruik. Het ligt niet in de lijn der verwachting dat personen die 3 of 4 glazen per dag drinken massaal een zorgvraag creëren. In die zin kan de lage variant, het aantal mensen dat aan alcohol verslaafd zijn geraakt per jaar, een betrouwbaar beeld geven van de omvang van de kosten die gepaard gaan met preventieve interventies ter voorkoming van stoornissen in alcoholgebruik.

In bijlage 1 zijn verschillende scenario's doorgerekend, waarin gevarieerd is met het deelnamepercentage. Zo geven de scenario's inzicht in het kostenbeeld bij een bepaald deelnamepercentage en de mate van begeleiding. De vijf scenario's en de twee varianten hebben tot gevolg dat er tien kostenconsequenties zijn.

Besparingen

Naast de kosten die preventieve interventies met zich meebrengen, zijn er ook opbrengsten. Dit is de gezondheidswinst die men realiseert door het minderen met het drinken van alcohol. Het drinkpatroon is van belang voor de gevolgen. De totale alcoholinname hangt voornamelijk samen met lange-termijn gevolgen (bijvoorbeeld kanker), terwijl fors alcoholgebruik binnen korte tijd vooral gerelateerd is aan korte-termijn gevolgen (zoals alcoholvergiftiging en ongevallen). Alcoholgebruik kan een schadelijke invloed hebben op bijna alle organen in het lichaam.

De gezondheidswinst kan in een monetaire grootte worden uitgedrukt. In 2003 werd ongeveer € 356 miljoen uitgegeven aan zorgkosten samenhangend met misbruik en

afhankelijkheid van alcohol en drugs.²³ Binnen economische evaluaties is het gebruikelijk om niet alleen de kosten in de gezondheidszorg mee te nemen, maar kosten breder te bezien. In dit bredere perspectief kan worden gedacht aan bijvoorbeeld productiviteitsverliezen. De kosten van ziekteverzuim bij volwassenen door alcoholmisbruik of -afhankelijkheid bedroegen ongeveer € 1 miljard in 2003.²⁴ Bovendien is waarschijnlijk dat personen met alcoholmisbruik of -afhankelijkheid die wel naar hun werk gaan, daar minder productief zijn.

Ten slotte kunnen er maatschappelijke kosten bespaard worden die samenhangen met verkeersongelukken of criminaliteit die direct of indirect te wijten zijn aan het gebruik van alcohol.

²³ Meijers et al. (2006)

²⁴ Meijers et al. (2006)

6. Slotbeschouwing

6.a. Plaatsbepaling

Eerste of tweede lijn

Geïndiceerde preventieve zorg en vroegsignalering horen in principe thuis in de eerstelijnszorg. De specifieke geschiedenis van de zorg voor alcoholproblematiek (vaak deel uitmakend van de GGZ, recent overgeheveld van AWBZ naar Zvw) maakt echter dat veel interventies, ook van eenvoudige of preventieve aard, traditioneel zijn ingebed in wat nu de tweede lijn is geworden. Zelfs activiteiten op het gebied van de collectieve preventie worden vaak geïnitieerd vanuit instellingen voor verslavingszorg.

Versterking eerste lijn nodig

Dat is niet verwonderlijk gezien de expertise waarover deze instellingen beschikken. Het heeft wel tot gevolg dat de mogelijkheden die de eerste lijn van nature heeft voor preventie en vroegsignalering, niet altijd worden benut. Het CVZ pleit dan ook voor een versterking van deze functies in de eerste lijn. Het pleidooi is niet bedoeld om schotten op te werpen of te verplaatsen, maar om de toegankelijkheid en doelmatigheid van het zorgaanbod te verbeteren. Het resultaat moet zijn het bereiken van zoveel mogelijk cliënten met (potentiële) alcoholproblematiek.

Dit resultaat is evenwel niet te behalen zonder een actieve inbreng vanuit allerlei maatschappelijke instellingen, waaronder de eerstelijnsgezondheidszorg. Hier wordt dan ook hard gewerkt om de kennis over een effectieve aanpak van alcoholproblematiek te vergroten, en de zorg zodanig te organiseren dat zoveel mogelijk cliënten bereikt worden. Eén manier is bijvoorbeeld om praktijkondersteuning GGZ binnen de huisartsenpraktijk te versterken.

6.b. Alcoholzorg betreft de gehele keten

Brede maatschappelijke aanpak

Ook buiten de eerstelijnsgezondheidszorg is veel inzet om een aanbod te ontwikkelen op het gebied van preventie en vroegsignalering van alcoholproblematiek, bij voorbeeld bij: scholen, bedrijfsartsen, politie en justitie, maatschappelijk werk. Sommige ziekenhuizen bieden een vervolgtraject aan cliënten die door een alcoholgerelateerd incident op de afdeling spoedeisende hulp zijn beland (bijvoorbeeld in de vorm van een 'alcoholpoli' voor jongeren).

Wal en schip

Het CVZ wijst op het gevaar dat zorgaanbod in de knel komt als financieringsstromen verschuiven door een andere organisatie van het zorgaanbod. Juist vanwege het belang van preventie en vroegbehandeling moet voorkomen worden dat de belangen van verzekerden in de knel komen.

Dit rapport geeft aan waar de grenzen van de Zorgverzekeringswet liggen. Het is niet vanzelfsprekend dat alles buiten die grenzen tot het domein van de gemeente c.q. Wmo behoort. Er zijn ook kansen voor preventie in de jeugdzorg of de bedrijfsgezondheidszorg. De gemeente is wel een belangrijke instantie waar het gaat om de coördinatie van de verschillende onderdelen van preventie en behandeling.

6.c. Anonieme internetbehandeling

Het is van belang dat evenals bij de vroegtijdige behandeling van depressieve klachten (Mentaal Vitaal) het onderwerp van anonieme internet behandelingen ook voor de preventie van stoornissen in het gebruik van alcohol op de agenda komt.

6.d. Bedrijfsarts

In dit rapport heeft het CVZ de zorg geduid die huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen plegen te bieden in het kader van de Zorgverzekeringswet. Het CVZ wijst er op dat de effectieve preventieve interventies ook in het domein van de bedrijfsarts zouden kunnen plaatsvinden. Daarbij geldt dat de bedrijfsarts de mogelijkheid heeft om te verwijzen naar de in dit rapport genoemde zorg.

College voor zorgverzekeringen

Voorzitter Raad van Bestuur

dr. P.C. Hermans

7. Geraadpleegde literatuur

1. Psychiatric Association. DMS-IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, 2000.
2. Anderson P and Baumberg B. Alcohol in Europa: een rapport voor de Europese Commissie. London: Institute of Alcohol Studies, 2006. Samenvatting door STAP.
3. College voor zorgverzekeringen. Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk. Rapport. Diemen, 2007. Publikatienummer 254.
4. College voor zorgverzekeringen. GGZ-kompas. 2008. Te raadplegen via www.cvz.nl.
5. College voor zorgverzekeringen. "Preventie van problematisch alcoholgebruik". Achtergrondrapportage beoordeling stand van wetenschap en praktijk. Diemen, 2009.
6. College voor zorgverzekeringen. Van preventie verzekerd. Rapport. Diemen, 2007. Publikatienummer 250.
7. Cuijpers P, Scholten M, Conijn B. Verslavingspreventie. Een overzichtsstudie. Den Haag: ZonMw, 2006.
8. Dijk D van and Knibbe RA. De prevalentie van probleemdrinken in Nederland. Een algemeen bevolkingsonderzoek. Maastricht: Universiteit van Maastricht, 2005.
9. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents. 2009. Geraadpleegd in April 2009 via http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_69429_EN_EMCDDA-TB-indicated_prevention.pdf.
10. Meijer SA, Smit F, Schoemaker CG, et al. Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen. Bilthoven: RIVM, 2006.
11. Postel M, Ter Huurne E, De Haan H, De Jong C. Alcoholdebaas.nl. Drie jaar online hulpverlening voor probleemdrinkers. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 5, 2009.
12. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol. Utrecht: CBO, 2009.
13. Meerkerk GJ, Aarns T, Dijkstra RH, Weisscher P, Njoo K, Boomsma LJ. NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik (Tweede herziening) Huisarts Wet 2005;48(6);284-85; tevens via www.nhg.org
14. Ministerie van VWS. Kiezen voor gezond leven. Preventienota 2006. Den Haag 2006.
15. Partnerschip Vroegsignalering Alcohol. Probleemdrinken aangepakt! Actieplan van het Partnerschip Vroegsignalering Alcohol. Utrecht, 2007.
16. Riper H. Curbing Problem drinking in the digital galaxy. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2008. [Dissertation].
17. STAP. Alcohol in Nederland. De Feiten. 2006. Geraadpleegd in April 2009 via <http://www.alcoholpreventie.nl/bestand/U200608alcohol-feiten.pdf>.
18. STAP. Nieuwe richtlijnen aanvaardbaar alcoholgebruik. 2008. Geraadpleegd in April 2009 via <http://www.frisseblikopalcohol.nl/client/frisseblikopalcohol/upload/RichtlijnenAanvaardbaarAlcoholgebruik.pdf>.
19. Stichting Zelfhulp Netwerk Zuidoost Brabant. Zelfhulpkrant, ongedateerd.
20. Trimbos Instituut. Nationale Drug Monitor (NDM). Jaarbericht 2003.
21. VWS. Kiezen voor gezond leven. Preventienota. Den Haag, 2006.
22. Wiers R. Slaaf van het onbewuste. Over emotie, bewustzijn en verslaving. Amsterdam: Bakker, 2007.
23. Gezondheidsraad, richtlijnen goede voeding. Den Haag: Gezondheidsraad; 2006

Bijlage 1

Bijlage 1

Kostenconsequentieraming preventieve interventies alcohol

Aantal inwoners in Nederland	Jongeren		Volwassenen	Ouderen	Totaal 12+
	12 - 17 jaar	18 - 64 jaar	65+ jaar	65+ jaar	
op 1 januari 2003	1.180.200	10.378.653	2.220.456		13.779.309
op 1 januari 2007	1.204.964	10.425.188	2.368.352		13.998.504
op 1 januari 2009 (voortopig)	1.191.411	10.487.408	2.471.804		14.150.623

Incidentie alcoholmisbruik en -afhankelijkheid (variant laag)	Jongeren		Volwassenen	Ouderen	Totaal 12+
	12 - 17 jaar	18 - 64 jaar	65+ jaar	65+ jaar	
in 2003 (absoluut)	42.300	219.300	46.100		307.700
in 2003 (%)	3,6%	2,1%	2,1%		2,2%
Prevalentie riskante gebruikers en bingedrinkers (variant hoog)	Jongeren		Volwassenen	Ouderen	Totaal 12+
	12 - 17 jaar	18 - 64 jaar	65+ jaar	65+ jaar	
in 2003 (absoluut)	54.980	1.495.137	147.450		1.697.567
in 2003 (%)	4,7%	14,4%	9,4%		12,3%

BRON / OPMERKING

CBS Statline / Bevolking / Bevolking leeftijd en regio

CBS Statline / Bevolking / Bevolking leeftijd en regio

CBS Statline / Bevolking / Burgelijke staat / geslacht / leeftijd & regio / 1 januari (peildatum 23-03-09)

Meijers et al., Gezond Verstand: evidence based preventie van psychische stoornissen, 2006

Van Dijk & Knibbe, De Prevalentie van Probleemdrinken in Nederland; een algemeen bevolkingsonderzoek, 2005

Prestatielijst eerstelijns psychologische zorg, raming prijspeil 2009 (1 = € 1)			NZA "bijlage 1 bij prestatiebeschrijvingbeschikking 6300-1900-08-2"	
Individueel consult	82,00		1,00	eenheid
Individueel consult kort (i.e. ondersteuning & voortgangcontrole)	41,00		0,50	eenheid van individueel consult
Telefonisch consult	21,00		0,25	eenheid van individueel consult
E-mail consult	21,00		0,25	eenheid van individueel consult
Groepconsult 4-8 personen	21,00		0,25	eenheid van individueel consult
Groepconsult 8-12 personen	17,00		0,20	eenheid van individueel consult
Prestatielijst huisartsenzorg / POH GGZ, NZa-tarieven 2009 (1 = € 1)			NZA "bijlage 1 bij tariefbeschikking 5000-1900-09-02"	
Consult kort	9,00			
Consult lang	18,00			
Telefonisch consult	4,50			
E-mail consult	4,50			
Gemiddelde kosten preventieve interventie per persoon, prijspeil 2009 (1 = € 1)			Totaal	
	EPZ en / of huisarts/POH GGZ	materiaal*		
Minimale begeleiding	27,00	0,00	27,00	
Gedeeltelijke begeleiding	428,00	0,00	428,00	
Intensieve begeleiding	674,00	0,00	674,00	

*Voor alle programma's geldt: geen materiaalkosten

Lang consult huisarts, zelfstudie, terugkomconsult huisarts/POH GGZ kort

Lang consult huisarts, 5 individuele consulten EPZ

Lang consult huisarts, 8 individuele consulten EPZ

Kosten preventie interventie bij 1% deelname	Jongeren		Volwassenen	Ouderen	Totaal 12+
	12 - 17 jaar	18 - 64 jaar		65+ jaar	
Incidentie alcoholmisbruik- en afhankelijkheid (%) (variant laag)	3,6%	2,1%		2,1%	2,2%
Incidentie alcoholmisbruik- en afhankelijkheid (absoluut), prognose 2009	42.702	221.598		51.318	315.618
Kosten bij minimale begeleiding (1 = € 1)	11.529	59.831		13.856	85.217
Kosten bij gedeeltelijke begeleiding (1 = € 1)	182.764	948.439		219.643	1.350.846
Kosten bij intensieve begeleiding (1 = € 1)	287.810	1.493.570		345.886	2.127.266
Prevalentie riskante gebruikers en bingedrinkers (%) (variant hoog)	4,7%	14,4%		9,4%	12,3%
Prevalentie riskante gebruikers en bingedrinkers (absoluut), prognose 2009	55.502	1.510.804		232.058	1.798.363
Kosten bij minimale begeleiding (1 = € 1)	14.985	407.917		62.656	485.558
Kosten bij gedeeltelijke begeleiding (1 = € 1)	237.548	6.466.241		993.206	7.696.995
Kosten bij intensieve begeleiding (1 = € 1)	374.082	10.182.819		1.564.068	12.120.969

Totale kosten preventieve interventie 12+ afhankelijk van deelnamepercentage en mate van begeleiding	Mate van begeleiding			Totaal (1 = € 1)
	Minimaal	Gedeeltelijk	Intensief	
Scenario 1: kosten bij 3% deelname verdeeld als:	1%	1%	1%	
Variant laag	85.217	1.350.846	2.127.266	3.564.000
Variant hoog	485.558	7.696.995	12.120.969	20.304.000
Scenario 2: kosten bij 5% deelname verdeeld als:	3%	1%	1%	
Variant laag	255.651	1.350.846	2.127.266	3.734.000
Variant hoog	1.456.674	7.696.995	12.120.969	21.275.000
Scenario 3: kosten bij 9% deelname verdeeld als:	3%	3%	3%	
Variant laag	255.651	4.052.537	6.381.799	10.690.000
Variant hoog	1.456.674	23.090.986	36.362.908	60.911.000
Scenario 4: kosten bij 9% deelname verdeeld als:	5%	3%	1%	
Variant laag	426.085	4.052.537	2.127.266	6.606.000
Variant hoog	2.127.266	23.090.986	12.120.969	27.339.000
Gemiddelde kosten preventieve interventie per persoon, prijspeil 2009 (1 = € 1)	EPZ en / of huisarts/POH GGZ			Totaal
Minimale begeleiding	596,58	6.754,229	6.381,799	13.733,000
Gedeeltelijke begeleiding	3.398,92	38.484,977	36.362,908	78.242,000
Intensieve begeleiding	674,00		0,00	674,00

*Voor alle programma's geldt: geen materiaalkosten

Lang consult huisarts, zelfstudie, terugkomconsult huisarts/POH GGZ kort

Lang consult huisarts, 5 individuele consulten EPZ

Lang consult huisarts, 8 individuele consulten EPZ

Bijlage 2