



**Hoge
Gezondheidsraad**

**MAATREGELEN OM DE SCHADE
VAN ALCOHOLCONSUMPTIE TE
BEPERKEN: GEZONDHEIDSINFORMATIE,
VERHOGING VAN DE LEEFTIJD VOOR
EERSTE ALCOHOLCONSUMPTIE EN
MINIMUMALCOHOLPRIJS**

**MAART 2024
HGR NR. 9781**



.be

COPYRIGHT

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

Hoge Gezondheidsraad

Galileelaan 5 bus 2
B-1210 Brussel

Tel: 02/524 97 97

E-mail: info.hgr-css@health.fgov.be

Auteursrechten voorbehouden.

U kunt als volgt verwijzen naar deze publicatie:

Hoge Gezondheidsraad. Maatregelen om de schade van alcoholconsumptie te beperken: gezondheidsinformatie, verhoging van de leeftijd voor eerste alcoholconsumptie en minimumalcoholprijs. Brussel: HGR; 2024. Advies nr. 9781.

De integrale versie van dit advies kan gedownload worden van de website: www.hgr-css.be

Deze publicatie mag niet worden verkocht.



ADVIES VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD nr. 9781

Maatregelen om de schade van alcoholconsumptie te beperken: gezondheidsinformatie, verhoging van de leeftijd voor eerste alcoholconsumptie en minimumalcoholprijs

In this scientific advisory report, which offers guidance to public health policy-makers, the Superior Health Council of Belgium provides recommendations (in particular with regard to marketing and pricing) to reduce alcohol-related harm and delay the age of first consumption

Versie gevalideerd op het College van
6 maart 2024¹

SAMENVATTING

Aangaande het interfederaal plan 2023-2025 inzake schadelijk alcoholgebruik werd bijkomend advies aangevraagd bij de Hoge Gezondheidsraad (HGR). Dit document geeft aanbevelingen met betrekking tot specifieke acties van dit plan: gezondheidswaarschuwingen ingeval van marketing, optimalisatie van de leeftijd voor de eerste alcoholconsumptie en de invoering van een minimumalcoholprijs.

Wat betreft welke waarschuwingsboodschappen aan alcoholreclame moeten worden toegevoegd, richten de vragen zich op de impact van dergelijke boodschappen, het verstrekken van goede praktijken op dit gebied en het voorstellen van een reeks gezondheidswaarschuwingen en een roulatiesysteem. De huidige boodschap van de federatie 'Belgische Brouwers' weerspiegelt niet de gevaren van alcoholconsumptie. Alcohol is geen verbruiksproduct zoals andere. De negatieve impact ervan op de gezondheid is op grote schaal aangetoond. **Er bestaat geen veilig niveau van alcoholconsumptie.** Zelfs lichte of matige consumptie verhoogt het risico op ernstige ziekten. Toch blijft het publiek zich grotendeels onbewust van deze risico's. Om weloverwogen beslissingen te kunnen nemen over hun alcoholconsumptie, moeten ze goed geïnformeerd worden over de inhoud van het product dat ze zullen kopen en/of consumeren en over de gezondheidsrisico's die ermee gepaard gaan. Daarom is er dringend behoefte aan betere informatie over dit onderwerp.

De HGR wijst er allereerst op dat de meest effectieve methode om alcoholconsumptie en alcoholgerelateerde schade te beperken is **om alcoholmarketing volledig te verbieden** en herhaalt daarom deze aanbeveling, die al in 2018 is gedaan. Feit is dat het publiek in hoge mate wordt blootgesteld aan alcoholmarketing, zowel bewust als vooral onbewust, wat een grote invloed heeft op de consumptie, met name bij kwetsbare bevolkingsgroepen zoals mensen met een alcoholverslaving en jongeren. Om dit te bereiken moet marketing zeer breed worden opgevat en moet rekening gehouden worden met nieuwe vormen, die nieuwe risico's en uitdagingen met zich meebrengen (met name de moeilijkheid om weerstand te bieden aan

¹ De Raad behoudt zich het recht voor om in dit document op elk moment kleine typografische verbeteringen aan te brengen. Verbeteringen die de betekenis wijzigen, worden echter automatisch in een erratum opgenomen. In dergelijk geval wordt een nieuwe versie van het advies uitgebracht.

geïntegreerde reclame, zoals sponsoring). Als een verbod niet mogelijk is, beveelt de HGR aan om wettelijke beperkingen in te voeren, niet alleen voor de omvang maar ook voor de inhoud van deze nieuwe vormen.

Daarnaast beveelt de HGR aan om een **gezondheidswaarschuwing toe te voegen aan alle marketingmixelementen die nog zijn toegestaan, om het bewustzijn van de risico's van alcoholconsumptie te vergroten**. Na het verzamelen van beste praktijken op dit gebied stelt de HGR verschillende boodschappen voor die met doelgroepen moeten worden getest om te bepalen met welke boodschappen dit doel het best kan worden bereikt, alsook een roulatiesysteem binnen deze boodschappen. Er worden ook voorwaarden vastgesteld om de zichtbaarheid van deze boodschappen te waarborgen.

Daarnaast beveelt de HGR aan om deze **gezondheidsboodschappen ook verplicht te stellen op de etiketten van alcoholproducten**. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) is verplichte etikettering van alcohol een essentiële strategie voor de volksgezondheid. Op deze etiketten moet ook andere informatie duidelijk zichtbaar worden vermeld, zoals het aantal standaardglazen², de voedingswaarde en de energiewaarde, de wettelijke minimumleeftijd om alcohol te drinken (als deze voor alle alcoholhoudende dranken wordt verhoogd tot 18 jaar) en een verwijzing naar een website met allerlei informatie (wetenschappelijke basis, advies over risicovermindering, doorverwijzing naar hulp).

In het advies worden ook regelgevingspraktijken voorgesteld om de leeftijd van eerste consumptie uit te stellen. Het alcoholgebruik onder jongeren neemt aanzienlijk toe tijdens de tienerjaren. Hoewel de algemene prevalentie en frequentie van alcoholgebruik in het afgelopen decennium duidelijk zijn afgenomen, is risicovol drinkgedrag bij Belgische jongeren in de afgelopen jaren toegenomen. De fysiologische veranderingen in het centrale zenuwstelsel maken de adolescentie een neurobiologisch kwetsbaar moment, waarop de hersenen van jongeren bijzonder vatbaar zijn voor de directe effecten van alcohol. Jongeren vormen een kwetsbare groep die moet worden beschermd tegen de potentiële risico's van alcoholgebruik (verstoring van de normale hersenontwikkeling, verslavingsrisico, mentale en fysieke gezondheidsrisico's, negatieve sociale gevolgen, (verkeers)ongevallen, de ontwikkeling van ongezonde gewoonten).

Het advies formuleert regelgevingspraktijken om de leeftijd van de eerste alcoholconsumptie uit te stellen. Vooreerst wordt de eerdere aanbeveling uit 2018 herhaald om **de leeftijdsgrens voor alle alcoholische dranken (inclusief bier en wijn) te verhogen naar 18 jaar**. Het verhogen van de minimumleeftijd voor alcohol heeft duidelijke positieve gezondheidseffecten, zou de bestaande wetgeving afstemmen met die van de meeste landen in de Europese Unie (EU) en zou een duidelijke boodschap geven aan de bevolking. Daarbij is het optimaliseren van handhavingspraktijken cruciaal om de naleving van minimumleeftijdsgrenzen te waarborgen. Handhaving en controle hebben niet alleen een directe invloed op de beschikbaarheid van alcohol voor minderjarigen, maar ook op maatschappelijke normen en overtuigingen over alcohol. We verwijzen naar de Verenigde Staten en IJsland als voorbeeld van innovatieve praktijken om de leeftijd van eerste alcoholconsumptie op te trekken.

Voor effectieve preventie van het alcoholgebruik bij jongeren is het aangewezen een geïntegreerde aanpak te bevorderen, waarbij verschillende belanghebbenden zoals de overheid, zorginstellingen, scholen en sportverenigingen samenwerken. Sensibilisatiecampagnes (bv. Tournée Minérale) zijn van belang en dienen niet alleen gericht te zijn op jongeren, maar ook op volwassenen, ouders, gezinnen en de samenleving als geheel. Ouders spelen ook een sleutelrol bij het vormgeven van de attitudes en normen van hun kinderen met betrekking tot alcohol, waardoor zij een belangrijke partner zijn in het algehele succes van alcoholpreventie-initiatieven. Binnen deze geïntegreerde aanpak pleit de

² Eén standaardglas komt overeen met 10g pure alcohol.

HGR voor een onafhankelijke aanpak door de autoriteiten, los van de industrieën die betrokken zijn bij de productie van alcohol, vanwege duidelijke belangenconflicten.

Een andere effectieve maatregel om alcoholgebruik te verminderen, is de implementatie van een wettelijk opgelegd prijsbeleid. Dit beleid kan bestaan uit het **invoeren van een minimumprijs per alcoholeenheid, het verbieden van gratis of sterk verminderde aanbiedingen van alcoholische dranken en het verhogen van taksen en accijnzen**. De invoering van een minimeenheidsprijs (MUP) zou vooral goedkope alcoholische dranken duurder maken, wat met name invloed zou hebben op mensen die veel alcohol gebruiken en jongeren omwille van hun beperkt budget.

Schotland is een goed bestudeerd voorbeeld waar de invoering van MUP in 2018 tot aanzienlijke gezondheidseffecten heeft geleid, zoals een daling van het alcoholgerelateerde sterftecijfer en ziekenhuisopnames. Kwetsbare groepen, mannen en bewoners van armere regio's ondervonden het meeste voordeel van deze maatregel. Zowel de alcoholindustrie als de horeca kenden geen negatieve gevolgen: de lichte stijging van prijzen ging gepaard met een lichte afname in de verkoop. Vijf jaar na de invoering is er geen bewijs dat Schotten terugkeren naar hun oude drinkgewoonten, wat de verwachting van de effectiviteit op lange termijn ondersteunt. Modelleringsanalyses van Frankrijk en Nederland illustreren eveneens verschillende gezondheidseffecten, vooral voor doelgroepen die veel goedkope alcohol consumeren en wijzen op positieve gevolgen voor onafhankelijke drankproducenten en op geen invloed op de staatsinkomsten. Uitgewerkte voorbeelden voor België, gebaseerd op de Schotse situatie, laten zien dat goedkoop bier en wijn een prijsstijging van 100-190% zouden ervaren, terwijl duurdere dranken nauwelijks worden beïnvloed. Deze aanpak zou grensoverschrijdende aankopen minder aantrekkelijk maken, waardoor de verwachting is dat na invoering van MUP minder Belgen bewust de grens zouden oversteken om alcohol aan te schaffen in vergelijking met een verhoging van taksen en accijnzen, zoals ook in Schotland wordt waargenomen.

Concrete aanbevelingen ter beheersing van schadelijk alcoholgebruik binnen de 3 acties van het interfederaal alcoholplan ondersteunen het belang van effectieve preventie van alcoholgebruik in België. Tot slot beveelt de HGR ook aan om de consumptieaanbevelingen die in 2018 door de HGR zijn uitgebracht te herzien naar aanleiding van de recente ontwikkelingen van verschillende volksgezondheidsautoriteiten waaronder de WGO en om door te gaan met de uitvoering van de andere maatregelen ter vermindering van alcoholgebruik die al in advies 9438 werden beschreven.

De HGR doet de volgende aanbevelingen:

Marketing

- 1) **Verbied volledig alcoholgerelateerde marketing**
- 2) In tussentijd: Strikte beperkingen op alcoholmarketing:
 - Geen zelfregulering
 - Beperk het volume:
 - Beperk geïntegreerde marketing (inclusief sportsponsoring en productplaatsing) en voeg een gezondheidswaarschuwing toe bij gebruik ervan;
 - Controleer het ontwerp van algoritmen en het gebruik van gegevens voor reclamedoeleinden en beperk gepersonaliseerde reclame en geografische targeting.;
 - Leg restricties op aan gebruikersinhoud (user generated content) en aan het stimuleren van engagement door alcoholmerken;
 - Beperk het aanbieden van merchandising en gratis alcoholproducten;
 - Bescherm minderjarigen.
 - Reguleer de inhoud:

- Verbied het gebruik van emotionele strategieën;
 - Geef productinformatie (positieve "witte" lijst van wat er toegestaan is).
- 3) Voeg een **gezondheidswaarschuwing** toe aan alle elementen in de marketingmix die nog zijn toegelaten:
- Geen zelfregulering
 - Formaat: een apart kader dat ten minste 20% van de oppervlakte van de advertentie inneemt, een specifiek lettertype, vetgedrukt en in hoofdletters, met een specifieke kleurencombinatie (contrasterende achtergrond), met een lettergrootte dat zo groot mogelijk is ten opzichte van het oppervlak dat is gereserveerd voor de waarschuwingstekst, horizontaal gelezen.
 - Inhoud:
 - Boodschap: specifieke risico's op korte en lange termijn, fysiek en mentaal (slechts één risico per boodschap), gericht op algemene en specifieke doelgroepen, met duidelijke causale termen, positieve formulering en oproep tot actie (op een persoonlijke manier).
Voorstellen: Vraag, gezondheidsboodschap en oproep tot actie. (bv.: *Leef je graag lang én gezond? Alcohol verhoogt je risico op kanker. Drink zo weinig mogelijk alcohol*)
 - Met een pictogram dat de boodschap samenvat.
 - Verwijzing naar de website via de volledige naam en QR-code.
 - Procedure:
 - Validatie:
 - Welke van de voorgestelde boodschappen maken de consument bewuster dat alcoholgebruik een gezondheidsrisico inhoudt;
 - Of deze boodschappen het meest effectief zijn in combinatie met een introzin en/of een oproep tot actie;
 - Bij welke doelgroep (op basis van socio-demografische gegevens en huidig alcoholgebruik);
 - Pictogrammen.
 - Rotatiesysteem met maximaal 15 behouden boodschappen: 5 boodschappen die om de 6 maanden moeten worden gewijzigd, met telkens 1 gekendere en 4 minder bekende boodschappen.
 - Beoordeel jaarlijks of er een update nodig is.
- 4) Verplichting met betrekking tot de **informatie die op de etiketten moet worden vermeld:**
- Inhoud:
 - Waarschuwingsboodschap: dezelfde als die gebruikt worden voor marketing. Op flesetiketten kan de gezondheidswaarschuwing zonder vraag en oproep tot actie worden gebruikt.
 - Aantal consumptie-eenheden (informatie over portiegrootte), uitgedrukt in standaardglazen en in gram alcohol per consumptie.
 - Nutritionele waarde en de energiewaarde.
 - Wettelijke minimumleeftijd om alcohol te drinken, indien verhoogd naar 18 jaar.
 - Verwijzing naar een website via de volledige naam en QR-code.
 - Vorm:
 - Bepaal de locatie en grootte van het etiket;
 - Duidelijke scheiding van andere informatie op het etiket;
 - Vetgedrukt en in hoofdletters en op contrasterende achtergrond;
 - In de officiële landstalen;
 - Weergave met herkenbare pictogrammen.

- 5) Verwijs naar een aantrekkelijke website die in de drie landtalen beschikbaar is en onmiddellijk doorverwijst naar een bestaande en goed onderhouden website.

Deze website moet het volgende bevatten:

- Informatie over de wetenschappelijke onderbouwing van de gezondheidswaarschuwingen;
 - Informatie over de huidige preventieve 10 glazen-richtlijn:
 - De belangrijkste aanbeveling is om het alcoholgebruik te beperken, want alcoholconsumptie heeft altijd een impact op de gezondheid.
 - Het wordt ook aanbevolen om:
 - Geen alcohol te drinken vóór de leeftijd van 18 jaar;
 - Niet meer dan 10 standaardeenheden alcohol per week te drinken, verspreid over verschillende dagen;
 - Verschillende alcoholvrije dagen per week in te lassen;
 - Geen alcohol te drinken als je zwanger bent, zwanger wilt worden of borstvoeding geeft.
 - Advies over risicovermindering:
 - Elk glas alcohol moet worden gevolgd door een niet-alcoholische drank.
 - Elke vermindering van je consumptie is goed voor je gezondheid.
 - Een specialist raadplegen kan je helpen je alcoholgebruik te verminderen.
 - Langzaam drinken helpt je om je consumptie beter onder controle te houden.
 - Als je van plan bent om te drinken, plan dan om een limiet voor jezelf in, in termen van hoeveelheid en geld.
 - Beperk de totale hoeveelheid alcohol per gelegenheid en vermijd *binge* drinken (meer dan 4 standaardglazen voor vrouwen en 6 standaardglazen voor mannen, in minder dan 2 uur).
 - Drink geen alcohol onder bepaalde omstandigheden.
 - Doorverwijzing naar hulp
- 6) Implementeer een **volksgezondheidscampagne** die mensen breed informeert over de risico's van alcoholgebruik en aanbevelingen voor minder riskant drinken, zodat de waarschuwingen slechts een herinnering zijn aan elders verstrekte informatie.

Leeftijd van eerste gebruik

- 7) Versterk de regelgeving en handhaving met betrekking tot de verkoop aan minderjarigen:
- **Verbied verkoop, schenken en aanbieden van alcohol onder de leeftijd van 18 jaar** en pas de wetgeving hieraan aan;
 - Stel de minimumleeftijd voor alle alcoholische dranken gelijk;
 - Zie toe op de handhaving van alcoholverkoop en -gebruik onder de wettelijk bepaalde minimumleeftijd:
 - Door training van horecamedewerkers, winkelpersoneel, ...
 - Door implementatie van straffen aan verkopers/aanbieders voor overtredingen.

- 8) Pas de fysieke en sociale omgeving aan: Extra beperkingen op de toegang tot alcoholische dranken, in het bijzonder in risicovolle omgevingen, zoals sportclubs.
- 9) Investeer intensief in bewustwording en preventie:
 - Gericht op de risico's van alcoholgebruik en vaardigheden, gericht op jongeren, ouders en de samenleving als geheel.
 - Bevorder de mentale gezondheid van jongeren, inclusief de ontwikkeling van sociale vaardigheden en het omgaan met emoties en stress.
- 10) Vroeginterventie en ondersteuning:
 - Implementeer vroeginterventieprogramma's om alcoholproblematiek bij jongeren snel te identificeren.
 - Versterk de zorg van frequente gebruikers en personen met een alcoholverslaving.
- 11) Jongerenparticipatie: betrek actief jongeren bij de ontwikkeling en implementatie van deze maatregelen.
- 12) Geïntegreerde aanpak: neem gecoördineerde maatregelen op verschillende gebieden (prijsverhogingen, beperking van de beschikbaarheid en verbod of beperking op alcoholmarketing).
- 13) Bijkomende aanbevelingen om de effecten te vergroten:
 - Voorzie de gratis kraanwater in de horeca (zeker als er alcohol wordt besteld).
 - Optimaliseer registratiesystemen om de effecten van preventieve maatregelen te monitoren.
 - Stimuleer een geïntegreerde aanpak voor alcoholpreventie, waarbij overheid, zorginstellingen, scholen en sportverenigingen samenwerken.

Prijs

- 14) **Stel een minimumprijs in per alcoholleenheid die in de detailhandel wordt verkocht** (bv. 75 cent).
- 15) Verbied het aanbieden van gratis alcoholische dranken of aan fel verminderde prijs.
- 16) Pas de minimumprijs niet alleen toe op reguliere verkopen, maar ook op speciale aanbiedingen (*happy hours*, volumeverkoop, enz.) en gratis verstrekkingen (gratis vat, *blurring*, enz.).
- 17) Indexeer de minimumprijs jaarlijks.
- 18) Voer actief voorlichtingscampagnes om bedrijven, met name onafhankelijke detailhandelaren, te informeren en te begeleiden bij de implementatie van de minimumprijsregelgeving (regelgeving faciliteren en naleving bevorderen).
- 19) Verhoog taksen en accijnzen.

Sleutelwoorden en MeSH descriptor terms³

MeSH terms*	Keywords	Sleutelwoorden	Mots clés	Schlüsselwörter
Alcohol consumption/Alcohol drinking	Alcohol consumption, use	Alcoholconsumptie, alcoholgebruik	Consommation d'alcool	Alkoholkonsum
	Alcohol-related risks	Alcoholgerelateerde risico's	Risques liés à l'alcool	Alkoholbedingte Risiken
Prevention	Alcohol prevention	Alcoholpreventie	Prévention de l'alcool	Alkoholprävention
Marketing	Marketing	Marketing	Marketing	Marketing
Advertisement	Alcohol-warning advertisement	Waarschuwingsboodschap, gezondheidswaarschuwing, gezondheidsboodschap	Message d'avertissement, avertissement sanitaire	Alkohol-Warnwerbung
Adolescent/Youth	Adolescents, youth	Adolescenten, jongeren	Adolescents, jeunes	Jugendliche, Jugend
	Minimum drinking age	Minimumleeftijd voor alcohol	Âge minimum de consommation d'alcool	Mindestalter für den Alkoholkonsum
Price	Minimum unit price	Minimumeenheidsprijs	Prix unitaire minimum	Mindesteinheitspreis

MeSH (Medical Subject Headings) is de thesaurus van de NLM (National Library of Medicine) met gecontroleerde trefwoorden die worden gebruikt voor het indexeren van artikelen voor PubMed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>.

³ De Raad wenst te verduidelijken dat de MeSH-termen en sleutelwoorden worden gebruikt voor referentiedoeleinden en een snelle definitie van de scope van het advies. Voor nadere inlichtingen kunt u het hoofdstuk "methodologie" raadplegen.

INHOUDSTAFEL

I.	INLEIDING EN VRAAGSTELLING.....	10
II.	Methodologie	10
III.	UITWERKING EN ARGUMENTATIE	10
1.	Actie 22 : Waarschuingsboodschap	11
1.1.	Introductie en vraag.....	11
1.2.	Marketing	12
1.2.1.	(Nieuwe) vormen van marketing	12
1.2.2.	Impact van marketing op consumptie.....	13
1.2.3.	Marketingbeperkingen (volume en inhoud)	14
1.3.	Gezondheidsinformatie: impact	15
1.3.1.	Inleiding	15
1.3.2.	Waarschuingsboodschap	16
1.3.3.	Voedingsinformatie	18
1.3.4.	Conclusies	19
1.4.	Beste praktijken voor berichten	20
1.5.	Beste praktijken in het buitenland	22
1.6.	Risico's van alcoholgebruik	25
2.	Actie 43 : De leeftijd van eerste alcoholconsumptie	27
2.1.	Introductie en vraag.....	27
2.2.	Jongeren en alcohol: de leeftijd van eerste consumptie.....	28
2.3.	Risico's van alcoholgebruik bij jongeren	29
2.3.1.	Verstoring van de normale hersenontwikkeling	30
2.3.2.	Verslavingsrisico.....	31
2.3.3.	Mentale en fysieke gezondheidsrisico's	31
2.3.4.	Negatieve sociale gevolgen en (verkeers)ongevallen	31
2.3.5.	Ontwikkeling van ongezonde gewoonten	32
2.4.	Beste regelgevingspraktijken om de leeftijd van eerste alcoholconsumptie uit te stellen	32
2.4.1.	Optrekken van de leeftijdsgrens naar 18 jaar voor álle alcoholische dranken.	32
2.4.2.	Handhaving van het verbod	34
2.4.3.	Verbod op alcoholmarketing	35
2.5.	Beste innovatieve praktijken om de leeftijd van eerste alcoholconsumptie op te trekken van 18 naar 25 jaar in landen met vergelijkbare wetgeving	35
2.5.1.	Anticiperen op wetenschappelijke kennis.....	35
2.5.2.	Geleidelijke benadering	37
2.6.	Effectieve preventie	37
2.6.1.	Ouderlijke betrokkenheid en verantwoordelijkheid in alcoholpreventie.....	37

2.6.2. Sensibiliseringscampagnes.....	37
2.6.3. Geïntegreerde aanpak zonder belangenvermenging van de industrie	39
3. Actie 68 : Minimumprijs van alcohol.....	40
3.1. Inleiding en vraag.....	40
3.2. Effecten van een prijswijziging op de toegankelijkheid van alcohol.....	41
3.3. Verwachte gezondheidseffecten van een aangepast prijsbeleid.....	41
3.3.1. Voorbeeld uit Schotland.....	42
3.3.2. Voorbeeld uit Frankrijk.....	43
3.3.3. Voorbeeld uit Nederland	43
3.3.4. Modellerings van de WGO met extrapolatie naar België	44
3.3.5. Duurzaamheid van effecten	45
3.4. Toepassing van een aangepast prijsbeleid in België	45
3.4.1. De Belgisch geografische context.....	45
3.4.2. Concrete voorbeelden.....	46
IV. AANBEVELINGEN.....	47
1. AANBEVELINGEN M.B.T DE WAARSCHUWINGSBOODSCHAP BIJ MARKETING (ACTIE 22)	47
1.1. Verbod op alcoholmarketing.....	47
1.2. Strikte beperking op alcoholmarketing.....	48
1.2.1. Het volume van alcoholreclame verminderen.....	48
1.2.2. Regulering van de inhoud van reclameboodschappen.....	48
1.3. Gezondheidswaarschuwingen.....	49
1.3.1. Boodschap.....	49
1.3.2. Gezondheidsinformatie verplicht toe te voegen aan het etiket	52
1.3.3. Website.....	53
1.3.4. Campagne	54
2. AANBEVELINGEN M.B.T HET UITSTELLEN VAN DE LEEFTIJD VAN EERSTE ALCOHOLCONSUMPTIE (ACTIE 43).....	54
2.1. Versterking van regelgeving en handhaving	54
2.2. Aanpassing van de fysieke en sociale omgeving.....	54
2.3. Intensieve investeringen in bewustwording en preventie	55
2.4. Vroeginterventie en ondersteuning	55
2.5. Participatie van jongeren	55
2.6. Geïntegreerde aanpak.....	55
3. AANBEVELINGEN M.B.T DE MINIMUMPRIJS VAN ALCOHOL (ACTIE 68)	56
V. REFERENTIES.....	57
VI. SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP	67

I. INLEIDING EN VRAAGSTELLING

De heer Frank Vandenbroucke, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, vroeg in juni 2023 met het oog op de uitvoering ervan bijkomend advies aan de Hoge Gezondheidsraad (HGR) aangaande 5 acties van het interfederale plan, dat in maart 2023 werd goedgekeurd ter bestrijding van schadelijk alcoholgebruik voor de periode 2023-2025. Het gaat om de volgende 5 specifieke acties:

1. Het opstellen van gezondheidswaarschuwingen bij alcoholmarketing;
2. De leeftijd van eerste alcoholconsumptie optimaliseren;
3. Goede praktijken om de risico's van schadelijk alcoholgebruik te beperken;
4. Erkenning van de titel alcoholoog;
5. Er zal een werkgroep worden opgericht om de mogelijkheid te analyseren om een minimumprijs in te voeren en/of verschillende scenario's met betrekking tot de prijs van alcohol (belastingen, accijnzen, enz.) voor te leggen aan de federale regering. Dit zou gekoppeld kunnen worden aan de 'Health Shift', waarbij de voordelen via een ander kanaal naar de burger gaan.

Dit advies zal in eerste instantie een antwoord bieden op de vragen die de grootste dringendheid vereisen, met name vraag 1 (actie 22), 2 (actie 43) en 5 (actie 68).

II. METHODOLOGIE

Na analyse van de vraag hebben het College en de voorzitter van de werkgroep de nodige expertises bepaald. Op basis hiervan werd een *ad-hoc* werkgroep opgericht met deskundigen in de volgende disciplines: communicatie, marketing, geneeskunde, voeding, preventie, psychiatrie, psychologie, volksgezondheid en sociologie. De experts van de werkgroep hebben een algemene belangenverklaring en een *ad-hoc* verklaring ingevuld en de Commissie voor Deontologie heeft het potentieel risico op belangenconflicten beoordeeld.

Het advies berust op een overzicht van de wetenschappelijke literatuur, zowel uit wetenschappelijke tijdschriften als uit rapporten van nationale en internationale organisaties die in deze materie bevoegd zijn (*peer-reviewed*), alsook op het oordeel van de experts.

Na goedkeuring van het advies door de werkgroep (en door de permanente werkgroep geestelijke gezondheid) werd het advies tenslotte gevalideerd door het College.

III. UITWERKING EN ARGUMENTATIE

Lijst van afkortingen

DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition</i>
HBSC	<i>Health Behaviour in School-aged Children</i>
HGR	Hoge Gezondheidsraad
EEG	Europese Economische Gemeenschap
EU	Europese Unie
MUP	<i>Minimum unit pricing</i> , minimumeenheidsprijs
RCT	Gerandomiseerde gecontroleerde studie
VAD	Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs
WGO	Wereldgezondheidsorganisatie

1. Actie 22 : Waarschuwingsboodschap

1.1. Introductie en vraag

In het [alcoholplan](#) is vastgesteld dat, wanneer alcoholmarketing is toegestaan, het verplicht is om aan elke boodschap een gezondheidsmededeling toe te voegen. Deze mededeling wordt opgesteld door de FOD Volksgezondheid op basis van bewijs. In dit kader is advies ingewonnen bij de HGR.

Alcohol is, net als tabak, geen consumentenproduct zoals andere. De impact van alcohol op de gezondheid is op grote schaal aangetoond (acute en chronische risico's: zie HGR-advies 9438 "Risico's verbonden aan alcoholgebruik", 2018). Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) is alcoholgebruik verantwoordelijk voor meer dan 200 aandoeningen, waaronder kanker. Een recente studie toonde aan dat ongeveer 4% van alle nieuwe gevallen van kanker in 2020 toe te schrijven was aan alcoholgebruik (Rumgay et al., 2020). Daarnaast heeft alcohol ook aanzienlijke sociale en professionele gevolgen (geweld, ongevallen, werkverlet), waarvan de kosten voor de samenleving hoog zijn (zie HGR-advies 9438, 2018). Bovendien heeft alcoholgebruik een grote impact op de hersenen. Zelfs enkele maanden van hoge consumptie kunnen veranderingen in de hersenfunctie veroorzaken (vooral op een zich nog ontwikkelend jong brein: zie 2.3), wat de kwetsbaarheid voor toekomstige verslavingsontwikkeling in moeilijke levensomstandigheden vergroot (Maurage et al., 2009; Petit et al., 2014; Petit et al., 2013).

In januari 2023 benadrukte de WGO in een persbericht dat het onmogelijk is om te concluderen dat er een ondergrens bestaat waarboven pas kankerverwekkende effecten van alcohol worden geactiveerd. Bovendien spelen individuele factoren, waaronder levensomstandigheden, ook een rol bij het risico op het ontwikkelen van andere aandoeningen gerelateerd aan alcoholgebruik, zoals depressies en verslavingen. **Daarom is er geen niveau van alcoholgebruik vast te stellen dat als veilig voor de gezondheid kan worden beschouwd. Zelfs lichte of matige consumptie verhoogt het risico op ernstige ziekten.**

Desondanks is de bevolking zich nog steeds zeer weinig bewust van de gezondheidsrisico's verbonden aan alcoholgebruik, vooral bij lagere consumptieniveaus. Uit een studie blijkt dat minder dan de helft van de mensen goed op de hoogte is van de relatie tussen alcohol en kanker (Bates et al., 2018; Braekman & Fiers, 2022). Consumenten hebben een onjuist beeld van zowel het niveau als de intensiteit van hun alcoholgebruik en de daaraan gekoppelde risico's (Stockwell et al., 2014; Zhao et al., 2015). Een wijdverbreid voorbeeld hiervan is het ongegronde geloof in de heilzame effecten van wijn op de cardiovasculaire gezondheid (Annunziata et al., 2019; Vecchio et al., 2017; Staub & Siegrist, 2022).

Consumenten moeten weloverwogen beslissingen kunnen nemen over hun alcoholgebruik. Om dit te kunnen doen, is het essentieel dat ze goed worden geïnformeerd over de inhoud van het product dat ze overwegen te kopen en/of consumeren, evenals over eventuele gezondheidsschade die daarmee verbonden is. Deze informatie verschaft hen de vrijheid om te beslissen welk risiconiveau ze bereid zijn (dagelijks) te aanvaarden.

De diepgewortelde culturele percepties over alcoholische dranken in onze samenleving worden versterkt door de intensieve lobby van de alcoholindustrie (zie bv. Miller et al., 2022) die, door het ontbreken van overheidsverplichtingen,

- aanzienlijk investeert in marketingstrategieën om de alcoholconsumptie onder de Belgische bevolking te bevorderen;
- niet communiceert over basisinformatie met betrekking tot hun producten (voedingsinformatie, alcoholeenheden, enz.);

- en nog minder over de risico's van alcohol.

Er is dus dringend behoefte aan een betere voorlichting van de consument en de HGR wenst de gestelde vraag over gezondheidswaarschuwingen uit te breiden en een advies uit te brengen over

- alcoholmarketing;
- boodschappen die niet alleen te vinden zijn in alcoholreclames, maar ook op verpakkingen;
- basisinformatie voor de consument (ingrediënten (inclusief allergenen), voedingswaarden (calorische waarde), aantal standaardglazen, consumptierichtlijnen, leeftijdsinformatie).

1.2. Marketing

1.2.1. (Nieuwe) vormen van marketing

Het doel van marketing is om informatie te verstrekken, te overtuigen en merkassociaties, merkbewustzijn en -kennis te creëren, evenals invloed uit te oefenen op sociale normen, attitudes, koopgedrag en merkentrouw. Mensen verwerken marketing op verschillende manieren: snel, onbewust en automatisch of langzaam, bewust en gecontroleerd (Petty et al., 1986). In een drukke, prikkelende en cognitief beladen omgeving wordt de meeste reclame oppervlakkiger verwerkt, vaak verbonden met affectieve processen. Consumenten worden dan beïnvloed door elementen zoals muziek of de emoties die in deze boodschappen worden overgebracht.

De totale overtuigingskracht van reclameboodschappen hangt af van zowel de totale blootstelling aan die boodschappen als de kracht van elke individuele boodschap (zie bv. WGO, 2022). Omdat mensen de meeste boodschappen niet nauwkeurig verwerken, hebben ze de neiging om de hoeveelheid en collectieve overtuigingskracht van boodschappen die op een meer automatische (d.w.z. onbewuste) manier worden verwerkt, te onderschatten.

Desondanks zijn consumenten in staat om actief weerstand te bieden tegen reclame, door middel van vermijding, versterking van attitudes of tegenargumentatie (Fransen et al., 2015). Dit kan echter alleen plaatsvinden wanneer ze voldoende mentale energie en motivatie hebben om de boodschappen kritisch te analyseren. Voor een kritische beoordeling van reclame is ook reclamegeletterdheid vereist, een vaardigheid die zich gedurende het hele leven ontwikkelt en waarin kinderen en jongeren over het algemeen minder bedreven zijn.

Naast de traditionele marketingformats (reclamespots, banneradvertenties, gesponsorde publicaties, reclameborden/*billboards*) die duidelijk gescheiden zijn van de media-inhoud en kunnen verschijnen op zowel traditionele als digitale en sociale media, ontwikkelen zich momenteel nieuwe formats:

- Geïntegreerde marketing: Deze vorm combineert commerciële boodschappen met andere media-inhoud, zoals productplaatsing en sponsoring. De integratie maakt het moeilijk om de marketingintentie te identificeren, waardoor het vrijwel onmogelijk wordt om dit soort marketing te vermijden.
- Interactieve betrokkenheid bij marketing-inhoud: Dit omvat *in-game* reclame, promotionele spelletjes en wedstrijden waarbij consumenten actief deelnemen aan de marketing-inhoud gedurende langere en intensievere periodes, waardoor ze overtuigender en moeilijker te weerstaan zijn.
- Gerichte marketing: Dankzij technologische vooruitgang in artificiële intelligentie en *machine learning*, gekoppeld aan het digitale surfgedrag van consumenten, is gerichte marketing mogelijk. Gepersonaliseerde reclameboodschappen, zowel online (gepersonaliseerde banners, gesponsorde advertenties) als offline (gepersonaliseerde reclameblokken, buitenreclame, direct mail), geven de indruk van

meer relevante berichten, op voorwaarde dat persoonlijke grenzen worden gerespecteerd.

- Plaatsgebonden marketing: Adverteerders hebben nu meer mogelijkheden en succes in het bereiken van consumenten op de plaats van aankoop, met behulp van digitale advertentieformaten, QR-codes en andere middelen. Dit verkort aanzienlijk de tijd tussen marketing en aankoop, waardoor impulsief koopgedrag wordt aangemoedigd. Marketingtactieken zoals displayreclame, productverpakking en merchandising worden ook in de retailomgeving gebruikt om consumenten aan te moedigen een merk te kopen.

Bovendien concurreren alcoholproducenten met elkaar in creativiteit bij het implementeren van marketingstrategieën die overconsumptie aanmoedigen: acties zoals "2 + 1 gratis", "happy hours", het sluiten van contracten met studentenverenigingen die zeer hoge minimumverkoopvolumes vereisen, het weggeven van een product bij aankoop van een ander product dat er niets mee te maken heeft (bv. een tijdschrift), *all-inclusive* avonden, enz.

1.2.2. Impact van marketing op consumptie

De wetenschappelijke literatuur wijst op een duidelijk verband tussen de mate van blootstelling aan alcoholmarketing en de impact ervan op alcoholgebruik, vooral bij kwetsbare groepen zoals mensen met een alcoholafhankelijkheid (die mogelijk aandachtsbias vertonen als gevolg van neurologische gebreken, waardoor ze gevoeliger worden voor alcoholgerelateerde boodschappen) en jongeren (bij wie de prefrontale cortex, verantwoordelijk voor remming, nog in ontwikkeling is). Deze blootstelling draagt gezamenlijk bij aan een sociaal kader waarin alcoholgebruik genormaliseerd wordt en het praten over alcohol als normaal wordt beschouwd, zelfs onder adolescenten (zie bv. Vanherle et al., 2022). Verscheidene reviews (Jernigan et al., 2017 ; Noel et al., 2020 ; Sargent & Babor, 2020) concluderen dat blootstelling aan alcoholreclame positief gecorreleerd is met drinkgedrag.

Een systematische review van 12 longitudinale onderzoeken, uitgevoerd in zeven verschillende landen, onderzocht de relatie tussen blootstelling aan alcoholreclame en drinkgedrag bij jongeren. Deze review toonde aan dat alcoholreclame bingedrinkgedrag bevordert en verbonden is met het starten van alcoholgebruik (Jernigan et al., 2017). Een andere systematische review, gebaseerd op 25 studies over de impact van blootstelling aan digitale reclame op alcoholconsumptie, suggereert dat actieve betrokkenheid bij digitale reclame leidt tot een toename in alcoholconsumptie (Noel et al., 2020). De bevindingen van de review door Sargent & Babor (2020) suggereren verder dat de relatie tussen blootstelling aan alcoholreclame en alcoholgebruik door minderjarigen causaal is, wat impliceert dat blootstelling aan alcoholreclame daadwerkelijk het drinkgedrag van minderjarigen aanmoedigt.

De systematische review van Jackson en Bartholow (2020) geeft inzicht in de onderliggende mechanismen die de relatie tussen blootstelling aan alcoholmarketing en gedrag verklaren. Wanneer individuen worden blootgesteld aan alcoholmerken, ontstaat er een vertrouwdheid die bij latere ontmoetingen met het merk positieve gevoelens oproept, wat resulteert in een gunstige houding ten opzichte van het merk. Reclame kan merkassociaties ook toegankelijker maken in het geheugen, zonder dat individuen zich daarvan bewust zijn. Deze cognities kunnen vervolgens ten onrechte worden toegeschreven aan eigen gedachten, wat hun gedrag verder kan beïnvloeden.

Daarnaast kan reclame alcoholmerken verbinden met positieve emoties door evaluatieve conditioneringsprocessen. Herhaaldelijke koppeling van alcoholmerken aan omstandigheden, mensen en gebeurtenissen die positieve emoties opwekken, resulteert in een automatische overdracht van deze positieve emoties naar het merk tijdens een volgend contact ermee.

Marketing kan ook sociale normen beïnvloeden door zowel descriptieve normen (het suggereren dat leeftijdsgenoten allemaal alcohol drinken) als injunctieve normen (het suggereren dat leeftijdsgenoten het drinken van alcohol goedkeuren) aan te passen. Individuen integreren deze normen door sociale leerprocessen en gebruiken ze als richtlijnen voor hun gedrag, waarbij het aangeboren verlangen om bij een sociale groep te horen hun vatbaarheid voor groepsnormen vergroot (en in het bijzonder bij adolescenten en jongvolwassenen, wat hen des te kwetsbaarder maakt).

Bovendien kan alcoholmarketing verwachtingen beïnvloeden door te suggereren dat alcohol drinken gewaardeerde effecten oplevert, zoals stressverlichting, beloning na hard werken, populariteit binnen vriendengroepen of het hebben van een gezellige avond. Het observeren van gedrag in reclameboodschappen waarin individuen deze sociaal wenselijke effecten bereiken, kan eenvoudig leiden tot internalisatie van deze boodschap.

1.2.3. Marketingbeperkingen (volume en inhoud)

Vanwege de specifieke aard en eigenschappen van hedendaagse marketingstrategieën vormt de accumulatie van blootstelling aan alcoholreclame een bijzonder probleem. Alcohol heeft immers een schadelijk effect op de gezondheid en het welzijn van individuen en hun omgeving. Bovendien zijn de doelgroepen die worden beoogd bijzonder kwetsbaar (zoals mensen die veelvuldig alcohol consumeren of personen met een afhankelijkheidsprobleem en minderjarigen). Deze marketingstrategieën dragen bij aan de normalisering van alcohol in de samenleving en hebben vooral ernstige gevolgen voor de meest kwetsbare individuen. Het is daarom noodzakelijk dat de autoriteiten maatregelen nemen om consumenten, vooral de meest kwetsbaren, adequaat te beschermen. Marketingwetgeving is één van de meest kosteneffectieve overheidsmaatregelen om alcoholgebruik te beïnvloeden en de daaraan verbonden schade te verminderen. Dergelijke voorschriften zijn bijzonder effectief wanneer ze betrekking hebben op het volledige scala van marketingtechnieken, met inbegrip van vervangingsstrategieën zoals sportsponsoring. Momenteel is alcohol nog steeds het enige psychoactieve middel waarvoor reclame is toegestaan, ondanks substantieel bewijs van schadelijke gevolgen voor de gezondheid en de samenleving.

In België wordt de regulering van alcoholmarketing momenteel beheerd door het "Convenant inzake Reclame voor en Marketing van Alcoholhoudende Dranken", een autonome regelgeving op initiatief van de alcoholproducenten zelf, en in mindere mate door mediadecreten. De bepalingen in dit Convenant omvatten onder andere het verbod op reclame voor alcohol die zich specifiek richt op minderjarigen en het koppelen van alcoholconsumptie aan fysieke prestaties, sociaal of seksueel succes of gezondheidsbevordering. Daarnaast is het verboden om reclame te maken die aanzet tot onverantwoordelijke, overmatige of onwettige alcoholconsumptie.

Het voornaamste probleem is dat het Convenant niet primair is gericht op het beperken van het algehele volume aan alcoholmarketing. Daarnaast bieden de huidige maatregelen veel ruimte voor interpretatie en discussie, omdat ze slechts een opsomming geven van wat niet is toegestaan, zonder deze punten duidelijk te definiëren. Door de snelle veranderingen in het marketinglandschap kunnen dergelijke lijsten snel verouderen en niet langer van toepassing zijn op nieuwe vormen van marketing, zoals bv. sponsoring door *influencers*. Discussies kunnen ontstaan over wanneer commerciële communicatie als gericht op minderjarigen wordt beschouwd en welke formats al dan niet onder de regelgeving vallen (sponsoring, gepersonaliseerde reclame, *cause-related* marketing, enz.).

De ALMOREGAL-studie (Decorte et al., 2019), gefinancierd door BELSPO, belicht alle disfuncties in het Belgische systeem en somt een reeks concrete aanbevelingen op.

In het [alcoholplan](#) van 2023 staan een aantal acties beschreven onder het punt: “verhoging van de efficiëntie van de restrictieve en beperkende regels en van hun implementatie aangaande reclame en verkoop van alcohol, ook via het internet”. Acties 14-22 hebben daarbij betrekking op de uitwerking van een efficiënte regelgeving en controle inzake alcoholreclame. De beperkingen die in acties 15-18 worden opgelegd zijn beperkt tot televisie- en radio-uitzendingen, kranten en tijdschriften, bioscoopfilms en digitale media die zich richten tot minderjarigen. Dit is echter onvoldoende. Om een impact te hebben op het alcoholgebruik van jongeren, is het noodzakelijk om maatregelen op samenlevingsniveau te implementeren. Een algeheel verbod op alcoholmarketing is de meest geschikte aanpak, omdat dit de blootstelling aan alcoholmarketing maximaal beperkt. Dit draagt bij aan de denormalisering van alcoholgebruik, het wegnemen van de associatie tussen alcohol en plezierige momenten en gebeurtenissen, evenals de (impliciete) koppeling tussen alcohol en activiteiten waar het aantoonbaar een negatieve invloed op heeft, zoals bv. sport. Een voorbeeld hiervan is de sponsoring van sportteams, -evenementen of -competities (bv. de nationale voetbalcompetitie, de meest populaire sport in het land). De aanbeveling om alcoholreclame en -sponsoring volledig te verbieden werd reeds door de HGR in 2018 (advies 9438) gedaan en werd ook in 2019 aanbevolen door het ALMOREGAL-onderzoek (inclusief regulering van digitale media en *influencers*) (Decorte et al., 2019).

Een dergelijk verbod bestaat reeds in verschillende landen (Doyle, 2022). Noorwegen voerde al in 1975 een uitgebreid reclameverbod in voor alle media, dat in 1997 werd uitgebreid naar merkenreclame, waardoor het adverteren voor de niet-alcoholische varianten van alcoholmerken ook niet meer is toegestaan. Het werkelijke effect van deze maatregel op het alcoholgebruik is moeilijk te meten, gezien de vele andere factoren die een rol spelen, maar onderzoeken tonen een afname aan in de geregistreerde verkoop van alcohol (Rossow, 2021). Sinds 2018 is er in Litouwen ook een uitgebreid verbod op alcoholmarketing van kracht, waarbij zelfs een volledig verbod op televisie, radio en digitale advertenties geldt. Slechts enkele specifieke elementen mogen worden vermeld, zoals de naam en het type drank, de producent, het handelsmerk (merknaam), het land en de geografische regio van herkomst, het ethanolgehalte, etiketteringsinformatie, verkoops prijs, informatie op de websites van producenten en verkopers en merchandise (Miščikienė et al., 2020). In Frankrijk is alle alcoholreclame verboden, behalve in gevallen die zijn toegestaan door de wet Évin (een beperkte lijst van media en inhoud: objectieve elementen om de consument te informeren over het product en zijn kwaliteiten).

1.3. Gezondheidsinformatie: impact

1.3.1. Inleiding

Volgens de minister weerspiegelt de huidige gezondheidsboodschap van de Belgische brouwers niet de gevaren die gepaard gaan met schadelijke alcoholconsumptie. Het Convenant inzake reclame voor en marketing van alcoholhoudende dranken stelt dat alle advertenties dienen voorzien te worden van de tekst "Ons vakmanschap drink je met verstand", "Bier met liefde gebrouwen, drink je met verstand", of "Bier drink je met verstand". Deze zinnen benadrukken echter niet de schadelijke gevolgen die inherent zijn aan alcoholgebruik. Ze kunnen zelfs worden opgevat als reclameslogans (termen als 'met liefde gebrouwen' en 'ons vakmanschap' wekken eerder een positief beeld van het product en de producent). Over het algemeen leggen de huidige slogans ook de verantwoordelijkheid bij de consument en zijn ze onduidelijk (ze definiëren niet wat matig drinken is en ze houden geen rekening met het feit dat mensen vaak de hoeveelheid alcohol die ze zelf drinken onderschatten).

In het advies van de HGR van 2018 werd al aanbevolen om de vermelding "alcoholmisbruik is gevaarlijk voor de gezondheid" te gebruiken in plaats van bovenstaande slogan. De HGR wil deze aanbeveling echter herzien omdat niet enkel alcoholmisbruik schadelijk is, maar alle vormen van alcoholgebruik (inclusief licht en matig alcoholgebruik).

De minister heeft ook de intentie om verder te gaan en een systeem van gezondheidswaarschuwingen te ontwikkelen, met roterende berichten gericht op specifieke doelgroepen. De wetenschappelijke literatuur suggereert dat gezondheidswaarschuwingen een impact kunnen hebben op schadelijke gewoonten van de bevolking, op voorwaarde dat ze zijn afgestemd op sociaal-demografische kenmerken, consumptiegewoonten, enz. In het voorstel "Global Action to Reduce the Harmful Use of Alcohol 2022-2030", in het kader van haar [EVID Action-project](#) en via een [persbericht](#), bepleit ook de WGO de implementatie van gerichte gezondheidswaarschuwingen.

De vragen die aan de HGR worden gesteld met betrekking tot deze actie zijn de volgende:

- Wat is de impact van een gezondheidsboodschap?
- Is er een verschil in impact tussen een gezondheidsboodschap die niet gericht (alcoholmisbruik is gevaarlijk voor de gezondheid) en die wel gericht is op doelgroepen of alcoholgerelateerde schade?
- Wat zijn de *best practices* in het buitenland op dit gebied?
- Kan de HGR een reeks wetenschappelijk onderbouwde gezondheidswaarschuwingen voorstellen die zijn aangepast aan de Belgische context en een roulatiesysteem uitvinden dat vergelijkbaar is met wat er voor tabak wordt gedaan (een systeem op maat dat wordt toegepast door de FOD Volksgezondheid)?

1.3.2. Waarschuwingboodschap

De adviesvraag heeft specifiek betrekking op marketing, waaronder wordt verstaan: "alle mededelingen, ongeacht de gebruikte plaats, het medium of de gebruikte technieken, die direct of indirect tot doel hebben de verkoop van alcoholhoudende dranken te bevorderen" (reclame op televisie, radio, internet en sociale netwerken, affiches, gedrukte media, ...).

Marketing is echter ook zeer aanwezig op de verpakking van het alcoholproduct zelf. Gezondheidswaarschuwingen kunnen dus worden aangebracht op advertenties, maar ook rechtstreeks op alcoholverpakkingen:

- Etiket: verwijst naar het label, de merknaam, het merkteken, of een afbeelding, evenals ander beschrijvend materiaal. Dit kan geschreven, gedrukt, gestencild, als merkteken aangebracht, in reliëf uitgevoerd of ingeperst zijn op of bevestigd aan een verpakking van levensmiddelen.
- Etikettering: omvat alle vermeldingen, aanwijzingen, fabrieks- of handelsmerken, afbeeldingen of tekens die betrekking hebben op een levensmiddel en die voorkomen op de verpakking, documenten, schriftstukken, etiketten, banden of labels die bij dit levensmiddel zijn gevoegd of daarop betrekking hebben⁴.

Om de effectiviteit van deze boodschappen te evalueren, dienen we rekening te houden met diverse mogelijke doelstellingen: het vergroten van het bewustzijn van consumenten over alcohol en de schadelijke gevolgen ervan, het verhogen van kennis, het veranderen van attitudes en het vergroten van de intentie om minder alcohol te drinken of het daadwerkelijk verminderen van alcoholgebruik.

Wat betreft tabak hebben uitgebreide gezondheidswaarschuwingen op tabaksproducten, etiketteringsstrategieën en verpakkingswijzigingen invloed op sociale normen, vergroten ze gezondheidsvaardigheden en verminderen ze consumptiegedrag (Hammond, 2011; McNeill et al., 2017). Voortbouwend op het succes van tabaksgelateerde waarschuwingen, hebben verschillende landen ook beleid ingevoerd dat het toevoegen van waarschuwingsetiketten op

⁴ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:02011R1169-20180101>

ongezonde voedingsproducten en suikerhoudende dranken verplicht. Studies tonen ook de doeltreffendheid aan van deze gezondheidsboodschappen in reclames voor voedingsmiddelen (INPES, 2007) en op de verpakking van suikerhoudende dranken (Gauthier & Landriault, 2018; Mehlhose & Risius, 2023). Hieruit blijkt dat de effectiviteit wordt vergroot wanneer deze waarschuwingen op verschillende plaatsen verschijnen.

In studies die de effecten van **waarschuwingen** op zowel reclames als verpakkingen hebben beoordeeld, bleek dat er weinig effect was door een gebrek aan zichtbaarheid (Dossou et al., 2017) of dat er wel effect was op de bewustwording van de boodschap, maar weinig op het consumptiegedrag (Wilkinson, 2009). Ondanks enkele bemoedigende resultaten zijn dus tot nu toe geen sterke aanwijzingen dat waarschuwingsboodschappen een impact hebben op het consumptieniveau.

Volgens de WGO (2021) hebben recente studies aangetoond dat het toevoegen van **waarschuwingen op etiketten** van alcoholische dranken invloed kan hebben op de gerapporteerde intenties om het alcoholgebruik te verminderen (Hobin et al., 2020; Zhao et al., 2020; Stafford & Zalm, 2017; Kokole et al., 2021) en op het consumentengedrag (Davies et al., 2022; Zhao et al., 2020). Andere onderzoeken hebben aanvullende gedragingen aan het licht gebracht, zoals het zoeken naar extra informatie, het bezoeken van websites en het praten met anderen over alcoholgerelateerde risico's (Clarke et al., 2020).

In studies geïdentificeerd door de WGO (2021) valt het onderzoekers op dat waarschuwingen doorgaans niet zijn voorzien van relevante ontwerpelementen om hun effectiviteit te verbeteren. Alcoholproducenten laten vaak belangrijke productinformatie weg of presenteren bewijs met betrekking tot de gezondheidsrisico's van alcohol op een misleidende manier (Smit & Voogt, 2021). Op dezelfde manier blijkt de aandacht van consumenten voor waarschuwingsboodschappen duidelijk beïnvloed te worden door verschillende ontwerpfactoren, waaronder grootte, plaats, kleur, illustraties, lengte, gebruik van bewoordingen zoals "waarschuwing" of "gezondheidswaarschuwing" en interactiviteit. Vaak gaan bestaande logo's en waarschuwingsteksten verloren op de productverpakking, door kleine tekst die meestal op de achterkant of zijkant van de verpakking verschijnt en geen visuele elementen bevat.

Onderzoek wijst tevens uit dat gezondheidsinformatie en waarschuwingen die niet direct op het etiket staan (bv. beschikbaar via een QR-code online) minder goed worden onthouden in vergelijking met informatie op het etiket zelf (Coomber et al., 2015)⁵. Dit zorgt namelijk voor een extra hindernis voor consumenten om deze informatie online op te zoeken en te onthouden en bovendien is de aankoop in de meeste gevallen al voltooid voordat de informatie online wordt geraadpleegd (Smit & Voogt, 2022). Er is echter weinig gepubliceerd onderzoek over de frequentie waarmee informatie wordt geraadpleegd. Uit een onderzoek onder 7.950 volwassenen in Europa kwam naar voren dat 47,7% van de consumenten online zocht naar gezondheidsinformatie en waarschuwingen met betrekking tot alcoholgebruik en het risico op leverkanker en cirrose. Bovendien zocht 24,7% van de consumenten online naar ingrediënten en 33,4% naar de voedingswaarde van alcoholische dranken (Tricas-Sauras et al., 2015).

Aangezien er momenteel geen verplichting is in de Europese Unie (EU), noch enige regelgeving met betrekking tot gezondheidswaarschuwingen en het formaat van het etiket (hoe zo'n etiket eruit moet zien qua grootte, ruimte, kleur, wat de gezondheidsboodschap moet zijn, ...), is het moeilijk om enig effect vast te stellen. Het gebrek aan bewijs voor effectiviteit kan worden verklaard door diversiteit in uitvoerings- en evaluatiemodaliteiten, zoals doelstellingen (het bewustzijn van gezondheidsrisico's vergroten of gedrag veranderen),

⁵ Desondanks dringt de alcohollobby hier momenteel sterk op aan bij de Europese autoriteiten, die binnenkort wetgeving willen opstellen met betrekking tot de etikettering van alcohol, via de richtlijn inzake chronische ziekten (rapport van de Subcommissie gezondheid (SANT) over niet-overdraagbare ziekten).

etiketformaat, meetperiode en het verplichte of vrijwillige karakter van etiketteringspraktijken. Belangrijk is dat het **verstrekken van informatie niet als effectief wordt beoordeeld, aangezien deze niet ontworpen is om opgemerkt of begrepen te worden.**

In de provincie Yukon, Canada, is er daarentegen een ervaring waarbij tijdelijke grote geïllustreerde waarschuwingen over het risico op kanker op de voorkant van alcoholverpakkingen werden geplaatst in bepaalde winkels. Deze maatregel resulteerde in een daling van de alcoholverkoop met 6-10% (Stockwell, 2021).

Aan de andere kant, zelfs al is het op dit moment lastig om direct aan te tonen hoe waarschuwingen op zichzelf het gedrag beïnvloeden, kan er een indirecte relatie bestaan tussen gezondheidsinformatie en de vermindering van alcoholgebruik. Dit kan bijvoorbeeld plaatsvinden door de afname van het positieve imago van alcohol (Kokole et al., 2021). Een onderzoek onder jongeren van 18 tot 25 jaar (Stautz, 2017) toont een indirecte impact aan via een toename van de negatieve connotatie tegenover alcoholconsumptie. Bovendien kan dit leiden tot een grotere publieke steun voor beleid dat de aanvaardbaarheid, beschikbaarheid en betaalbaarheid van alcoholgebruik wil verminderen, wat uiteindelijk kan resulteren in een afname van het alcoholgebruik in de loop van de tijd.

1.3.3. Voedingsinformatie

Het verstrekken van informatie over de voedingswaarde en ingrediënten van het product zelf is eveneens van essentieel belang. Momenteel vallen alcoholische dranken niet onder de internationale verdragen die gelden voor andere psychoactieve stoffen. Tegelijkertijd zijn ze ook niet onderworpen aan de verplichtingen die zijn vastgesteld in de Europese regelgeving met betrekking tot de informatie die moet worden verstrekt op levensmiddelen⁶. Er is geen verplichting om gezondheidsinformatie of waarschuwingen op de etiketten te vermelden, noch om productinformatie te verstrekken. Hierdoor vallen alcoholische dranken onder de minst beperkende regelgeving van al deze producten, een situatie die als een anomalie kan worden beschouwd gezien hun specifieke impact op de gezondheid. In afwezigheid van Europese verplichtingen hebben de lidstaten echter de vrijheid om maatregelen te nemen met betrekking tot de etikettering van alcohol. In het advies van de HGR van 2018 werd al aanbevolen om de etikettering van alcoholhoudende dranken aan te passen door voedingswaarde-informatie toe te voegen (minstens het aantal calorieën per 100 ml), alsook het aantal eenheden alcohol per verpakking en een gezondheidsboodschap.

Het plan van de Europese Commissie ter bestrijding van kanker (COM(2021)44, Brussel, 2021) bevatte ook twee voorstellen met betrekking tot de etikettering van alcohol. Hierbij ging het om de verplichte vermelding van de lijst van ingrediënten en voedingswaarden op de etiketten van alcoholische dranken, evenals de invoering van gezondheidswaarschuwingen op deze etiketten. Echter werden de termijnen die in het oorspronkelijke tijdschema waren opgenomen niet gehaald⁷.

⁶ Sinds 8 december 2023 is de mededeling van de lijst van ingrediënten en de voedingswaardedeclaratie van wijnen en gearomatiseerde wijnen verplicht bij Verordening (EU) 2021/2117, gepubliceerd op 2 december 2021. Producenten hebben echter de keuze om te kiezen voor een papieren etiket of een QR-code. Het Europees Parlement heeft onlangs ook de richtlijnen over niet-overdraagbare ziekten (NCD's) van de Subcommissie gezondheid (SANT) aangenomen, die ook aanbevelingen over dit onderwerp doen.

⁷ In mei 2023 stuurden verschillende organisaties een coalitiebrief *met de titel "Civil Society Alliance Calls for Labelling Solutions that Address European Citizens Right to Information"*, waarin de Europese Commissie werd opgeroepen de voorstellen voor het einde van dit mandaat in te dienen. Zie www.eurocare.org/images/Letter_to_President_of_the_European_Commission_-_Alcohol_labelling_May_2023_.pdf.

In 2022 riepen gezondheidsorganisaties ook op tot Europese regelgeving⁸.

Enkele onderzoeken hebben het effect van het vermelden van **voedingswaarden** op alcoholproducten geëvalueerd (Canadian Centre on Substance Use and Addiction, 2022). De resultaten tonen aan dat er onvoldoende bewijs is voor een direct effect op alcoholgebruik en de intentie om alcohol te kopen. Niettemin blijkt dat een dergelijke vermelding:

- maatschappelijk draagvlak heeft;
- consumenten in staat stelt om het caloriegehalte van de alcoholische dranken die zij consumeren beter in te schatten;
- de transparantie vergroot door ervoor te zorgen dat consumenten toegang hebben tot uitgebreide informatie.

Publieke steun voor strengere maatregelen op dit gebied is belangrijk. Uit de preventiebarometer 2022 (Braekman et al., 2023) blijkt ook dat de Vlaamse volwassen bevolking (18 jaar en ouder) verwacht dat de overheid:

- de bevolking informeert over gezonde keuzes door middel van duidelijke etiketten of labels op producten: 94% van de respondenten;
- strengere regels oplegt voor reclame voor ongezonde producten en diensten, zoals ongezonde voeding, alcohol en gokken: 81% van de respondenten.

Uit het evaluatieonderzoek "Tournée Minérale 2023" blijkt ook dat er veel steun is voor verschillende beperkende maatregelen. 57% van de Belgen voorstander is van verplichte vermelding van de risico's van alcohol op de verpakking, dat 65% voorstander is van verplichte vermelding van voedingswaarden en dat 76% voorstander is van een verplichte vermelding van het aantal standaardglazen alcohol op verpakking.

1.3.4. Conclusies

De WGO (2021) beschouwt **verplichte alcoholetikettering als een essentiële volksgezondheidsstrategie om mensen te informeren, bewustzijn te vergroten over de gezondheidsrisico's van alcoholgebruik en gezonder gedrag te bevorderen**. Deze labels stellen **gezondheidsboodschappen** op een brede, kosteneffectieve manier **beschikbaar**, waardoor mensen op het moment van aankoop en consumptie van alcohol **informatie krijgen om weloverwogen beslissingen te nemen**. Het voordeel is dat de gezondheidswaarschuwing zichtbaar is bij elke aankoop en gelegenheid om te drinken.

In het *WGO Alcohol Framework for Action 2022-2025* staat dat het vermelden van gezondheidsinformatie op etiketten van alcoholische dranken een van de *evidence-based* maatregelen is (WGO, 2022). Het plan stelt vijf prioritair te nemen acties voor met betrekking tot gezondheidsinformatie op etiketten van alcoholhoudende producten:

1. Onafhankelijk vaststellen, controleren en handhaven van wat er op alle alcoholetiketten staat, in het belang van de volksgezondheid en consumentenrechten en vrij van beïnvloeding of inmenging door bedrijfsbelangen;
2. Wettelijke etiketteringsvoorschriften op basis van de WGO-richtlijnen, met etiketten die zowel de voedingswaarde als de ingrediënten en gezondheidswaarschuwingen bevatten;
3. Als de lidstaten besluiten zelfregulering toe te staan, zullen zij van alcoholproducenten eisen dat zij aantonen dat zij het advies van onafhankelijke en nationaal erkende volksgezondheidsautoriteiten hebben ingewonnen en opgevolgd;

⁸ <https://www.eurocare.org/press-releases/european-civil-society-makes-first-united-call-to-curb-alcohol-harm?highlight=WyJvc2xvll0=>

4. Onderzoek om inzicht te krijgen in de effecten van gezondheidswaarschuwingen op alcoholproducten, met inbegrip van het meten van de effecten op de kennis, het bewustzijn en de consumptie-intenties van het publiek;
5. Denk aan het principe van een wettelijk "recht om te weten" voor consumenten met betrekking tot de inhoud van alcoholische dranken en de risico's die eraan verbonden zijn.

1.4. Beste praktijken voor berichten

Eén van de vragen die aan de HGR wordt gesteld, is of er een verschil in impact is tussen een algemene gezondheidsboodschap (alcoholmisbruik is gevaarlijk voor de gezondheid) en een boodschap gericht op specifieke doelgroepen of alcoholgerelateerde schade. Zoals hierboven benoemd, kunnen verschillende factoren de potentiële impact van de boodschap beïnvloeden. Om de maximale impact te bereiken, wil de HGR deze vraag verbreden naar alle kenmerken van de boodschap die mogelijk van invloed zijn op de effectiviteit ervan.

Waarschuwingboodschap

Een waarschuwing is effectief wanneer het de perceptie van risico's vergroot en het gedrag van de consument verandert. Hiervoor moeten waarschuwingen opgemerkt en begrepen worden en is het noodzakelijk dat ze geloofwaardig, overtuigend en relevant zijn. Dimova & Mitchell (2022) identificeerden de volgende beïnvloedende factoren op de effectiviteit van waarschuwingsberichten: kenmerken en locatie die de zichtbaarheid verbeteren (bv. kleur, grootte), consumentenkenmerken (bv. leeftijd, alcoholgebruik) en bekendheid met berichten.

Deze auteurs identificeerden ook andere factoren waarmee rekening moet worden gehouden bij de ontwikkeling van **gezondheidswaarschuwingen** :

- **Positieve waarschuwingen bleken geloofwaardiger** dan op angst gebaseerde waarschuwingen en waarschuwingen met numeriek bewijs, maar negatieve berichten lijken effectief te zijn bij probleemgebruikers (wat kan worden verklaard door het feit dat alcohol vaak wordt geassocieerd met positieve effecten);
- Termen als "verhoogt het risico" worden als geloofwaardiger beschouwd dan "kan veroorzaken". Over het algemeen worden **causale termen** als effectiever ervaren dan "kan bijdragen aan" of "zou kunnen leiden tot";
- Het toevoegen van **pictogrammen** aan een tekstwaarschuwing zorgt ervoor dat de waarschuwing beter wordt opgemerkt in vergelijking met een tekstwaarschuwing alleen of helemaal zonder waarschuwing. Pictogrammen worden gebruikt om lacunes in geleterdheid en onderwijs op te vullen;
- Berichten moeten het sterkst beschikbare onderzoek naar de schadelijke effecten van producten weerspiegelen, wat betekent dat ze moeten worden **bijgewerkt** wanneer nieuwe gegevens wijzigingen rechtvaardigen;
- Het is beter om slechts **één risico per bericht** te presenteren;
- De berichten moeten ook **specifieke** en geen algemene **risico's** bevatten (bv. "alcohol verhoogt het risico op kanker" zal een grotere impact hebben dan "alcohol is schadelijk voor de gezondheid") en eerder betrekking hebben op de risico's op de **korte termijn**.

Deze boodschappen dienen heldere informatie te verstrekken over de **risico's van alcoholgebruik** (voor fysieke en mentale gezondheid). De risico's moeten wetenschappelijk onderbouwd zijn, nabij voelen, persoonlijk relevant zijn en duidelijke richtlijnen bieden (bv. niveaus van drinken met een laag risico). De boodschappen moeten ook duidelijk zichtbaar en gemakkelijk te begrijpen zijn.

Giesbrecht et al. (2022) raden aan:

- dat de overheid deze boodschappen verplicht stelt, met handhavingsmechanismen en regelmatig toezicht op de uitvoering;
- om innovatieve ontwerpen te gebruiken, waaronder een combinatie van tekst en afbeeldingen, een groot lettertype, felle kleuren en plaatsing op de voorkant van blikjes en flessen met alcohol;
- dat de boodschappen duidelijk, feitelijk en specifiek zijn en geen vage en verwarrende zinnen zoals "gelieve verantwoord te drinken" bevatten;
- dat de boodschappen verwijzen naar verschillende risico's van alcohol, waaronder bv. verschillende soorten kanker, leveraandoeningen, het risico op verwondingen, alcoholgerelateerd geweld, rijden onder invloed en schade aan de foetus;
- om onoverzichtelijke en kleine lettertjes te vermijden en om de aandacht te vergemakkelijken. Het is een voorkeursoptie om verschillende boodschappen op een reeks alcoholische producten af te wisselen;
- dat etiketten ook informatie bevatten over standaarddranken en een link naar de richtlijnen voor drinken met een laag risico die in de jurisdictie van kracht zijn.

De WGO pleit ook voor de invoering van **gerichte gezondheidswaarschuwingen**. De boodschap moet worden aangepast aan de context, de kenmerken van de consumenten (met inbegrip van sociaal-demografische kenmerken) en de consumptiegewoonten van de doelgroepen. Zo kunnen boodschappen gericht zijn aan specifieke doelgroepen: risico's tijdens zwangerschap of borstvoeding, risico's bij het besturen van een voertuig of het hanteren van machines, risico's bij gelijktijdig gebruik van andere stoffen, gebruik door minderjarigen, enz. Gerichte preventie voor jonge adolescenten is bijzonder nuttig, omdat zij gevoeliger zijn voor kortetermijnrisico's (Newton et al., 2022). Idealiter worden waarschuwingen ook **vooraf getest** en ontwikkeld met de beoogde doelgroep. Gezondheidswaarschuwingen dienen ook te verwijzen naar ondersteuning bij problematisch gebruik (bv. een telefoonnummer of website).

Etiketinformatie

De WGO stelt voor om, vergelijkbaar met tabak, duidelijke en gestandaardiseerde richtlijnen voor **de etiketten van alcoholproducten** in te voeren. Hierdoor wordt gezondheidsinformatie zichtbaar en dienen alle alcoholproducenten, ongeacht het merk, zich aan deze richtlijnen te houden. Er zijn reeds richtlijnen ontwikkeld voor de etikettering van alcohol (WGO, 2017):

1. Vermelding van ingrediënten en voedingswaarde (zoals calorieën) op etiketten van alcoholische dranken;
2. Informatie verstrekken over de effecten van alcoholgebruik op de lichamelijke en geestelijke gezondheid van het individu;
3. Het gebruik van de volgende (visuele) eigenschappen op labels:
 - Het etiket wordt op een standaardplaats op de verpakking aangebracht;
 - De grootte van het etiket wordt bepaald als een minimumpercentage van de verpakkingsgrootte;
 - Roterende boodschappen worden gebruikt (d.w.z. verschillende boodschappen op verschillende verpakkingen) met voldoende dynamiek en kracht om de aandacht van de consument te trekken;
 - De teksten zijn duidelijk gescheiden van andere informatie op het etiket (bv. in lijsten met dikke randen, zie tabaksproducten);
 - Teksten zijn in hoofdletters en vetgedrukt: de grootte van de tekst moet gelijk zijn aan die van de andere informatie op de verpakking;

- Teksten verschijnen op een contrasterende achtergrond (bv. rood op wit);
- De teksten moeten zijn opgesteld in de officiële taal of talen van het land waar het product wordt verkocht;
- De gebruikte afbeeldingen zijn informatief en afkomstig uit lopende campagnes;
- Volksgezondheidsautoriteiten kunnen advies geven over de inhoud van berichten.

Het Trimbos Instituut (Smit & Voogt, 2021) vermeldt ook dat de volgende visuele aspecten van alcoholetikettering belangrijk zijn: zichtbaarheid, duidelijkheid, variatie en afbeeldingen.

In hun overzicht van de literatuur bevelen Dimova & Mitchel (2022) ook aan dat etiketten informatie bevatten over verbruikte eenheden: aantal eenheden (en calorieën per eenheid), met een grafische weergave van het percentage van de aanbevolen wekelijkse hoeveelheid dat een portie vertegenwoordigt. Ook kleurcodes (bv. verkeerslichten) kunnen helpen om de risico's in te schatten.

Het is cruciaal om dezelfde gezondheidsberichten op verschillende plaatsen te verspreiden. **Herhaalde blootstelling aan waarschuwingen** over de risico's van alcoholgebruik in diverse contexten versterkt de overtuiging van de door alcohol veroorzaakte schade.

1.5. Beste praktijken in het buitenland

De vraag aan de HGR heeft ook betrekking op het bestaan van goede praktijken in het buitenland.

Zoals reeds opgemerkt, **is de beste praktijk die momenteel is vastgesteld met betrekking tot marketing een volledig verbod op alcoholmarketing** (Rossow, 2021; Miščikienė et al., 2020).

Met betrekking tot **gezondheidswaarschuwingen**, binnen de EU op dit moment:

- Slechts enkele landen vereisen dat reclameboodschappen een **gezondheidswaarschuwing** bevatten: Frankrijk, Estland, Litouwen, Zweden en Ierland (Doyle, 2022).
- Een (beperkte) gezondheidswaarschuwing op alcoholetiketten is te vinden in Frankrijk, Duitsland, Ierland en Litouwen.

Frankrijk verplicht gezondheidsboodschappen op zowel alcoholadvertenties als verpakkingen. De Evin-wet van 1991 vereist de vermelding "*L'abus d'alcool est dangereux pour la santé*" op advertenties (merk op dat de vermelding "*A consommer avec modération*" is toegevoegd door de alcoholindustrie). De inhoud van de boodschap is vaag, onduidelijk en onvoldoende zichtbaar door sterke integratie in het reclameontwerp. Het richt zich niet op een risico dat gepaard gaat met alle alcoholconsumptie, maar legt alleen de nadruk op alcoholmisbruik. Bovendien zorgt de toevoeging van de boodschap "*A consommer avec modération*" door de alcoholindustrie ervoor dat de algemene boodschap verwarrend en zelfs verbiedend overkomt. Een dergelijke boodschap legt de schuld voor de schade bij de consument en kan hem de indruk geven dat zijn gedrag niet als problematisch wordt beschouwd.

In 2007 werd Frankrijk het eerste EU-land dat de opname van een specifieke gezondheidswaarschuwing tijdens de zwangerschap verplicht stelde. De waarschuwing op de verpakking kan tekst ("*La consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse, même en faible quantité, peut avoir des conséquences graves sur la santé de l'enfant.*") of een pictogram bevatten (wat vaker voorkomt), zonder voorschriften over formaat of grootte. De enige verplichting is dat het bericht zich in hetzelfde gezichtsveld bevindt als de verklaring over het alcoholgehalte. De gezondheidswaarschuwingen die in Frankrijk zijn ingesteld, zijn verouderd (meer dan 30 jaar voor reclame) en studies hebben aangetoond dat ze niet goed zichtbaar zijn en weinig effectief. Vaak bevindt de waarschuwing zich op de achterkant van

de fles en is deze "versmolten" met de verpakking. Bovendien is het pictogram te klein (gemiddeld 0,4 cm in diameter) en niet expliciet genoeg, wat onvoldoende is om reflectie te stimuleren. De boodschappen die in Frankrijk op verpakking en advertenties worden aangebracht, zijn dus niet in overeenstemming met de aanbevelingen op basis van de wetenschappelijke literatuur.

Zweden heeft een rotatiesysteem met verschillende boodschappen voor reclame, voor verschillende doelgroepen. Deze berichten zijn specifiek, duidelijk en gemakkelijk te begrijpen:

1. Alcohol kan schadelijk zijn voor je gezondheid.
2. Alcohol is verslavend.
3. Alcohol kan zenuw- en hersenbeschadiging veroorzaken.
4. Alcohol kan de lever en alvleesklier beschadigen.
5. Alcohol kan beroertes en kanker veroorzaken.
6. Een op de twee bestuurders die overlijden bij een verkeersongeval waarbij één voertuig betrokken is, is onder invloed van alcohol.
7. De helft van de mensen die verdrinken heeft alcohol in het bloed.
8. Alcohol drinken tijdens het werk verhoogt het risico op een ongeval.
9. Alcoholgebruik tijdens de zwangerschap kan schadelijk zijn voor de baby.
10. Kinderen die thuis alcohol drinken, worden vaker dronken dan andere kinderen.
11. Op jonge leeftijd beginnen met drinken verhoogt het risico op alcoholgerelateerde problemen.

De boodschap moet in zwart op een witte achtergrond geschreven staan, gecentreerd in een zwart kader dat 20% van de advertentie beslaat. De tekst moet in het lettertype Helvetica worden geschreven, vetgedrukt en horizontaal worden gelezen.

In **Litouwen** moet de gezondheidsboodschap 20% van het advertentieoppervlak beslaan, in zwart op een witte achtergrond verschijnen en een boodschap van het Ministerie van Gezondheid bevatten waarin staat dat "het drinken van alcohol uw gezondheid, uw gezin, de maatschappij en uw inkomen in gevaar brengt". Deze boodschap moet ook op alle buitenreclame staan. Litouwen legt ook het pictogram "zwangere vrouw" op (identiek aan Frankrijk) en vereist een minimale voorgeschreven diameter, afhankelijk van het volume van de fles (5 of 10 mm).

Ierland is het enige land dat de verplichting heeft ingevoerd om de waarschuwingsboodschap en nutritionele informatie op etiketten te vermelden. In 2018 werd de *Public Health (Alcohol) Act* aangenomen (S.I. No. 24/2018.), die een breed scala aan maatregelen omvat. De wet bepaalt dat reclame gezondheidswaarschuwingen moet bevatten over alcoholgebruik, ook tijdens de zwangerschap en een link naar een website over volksgezondheid (askaboutalcohol.ie) met informatie over alcohol en alcoholgerelateerde schade.

Deze wet bepaalt ook dat de etiketten van alcoholische producten de volgende informatie moeten bevatten :

- een waarschuwing die het publiek informeert over de gevaren van het drinken van alcohol,
- een waarschuwing die het publiek informeert over de gevaren van het drinken van alcohol tijdens de zwangerschap,
- een waarschuwing om het publiek te informeren over het directe verband tussen alcohol en dodelijke kankers,
- de hoeveelheid alcohol in het product, uitgedrukt in gram,
- de energiewaarde uitgedrukt in kilojoules en kilocalorieën,
- contactgegevens voor een website (askaboutalcohol.ie) met informatie over alcoholgebruik voor de volksgezondheid.

Naast het aanbrengen van etiketten op de alcoholische producten zelf, dienen verkopers van alcohol, zowel in cafés als op straat, ook een mededeling te plaatsen met de eerder genoemde

gezondheidswaarschuwingen, de link naar de volksgezondheidwebsite en de verklaring dat het alcohol- en caloriegehalte van de alcoholische producten te vinden is op de producten zelf of voor alle "ingeschonken dranken", geraadpleegd kan worden in een document dat opgehangen moet worden. Er zal een overgangperiode van drie jaar zijn voordat fabrikanten en detailhandelaren van alcoholproducten volledig moeten voldoen aan de etiketteringsvoorschriften (<https://alcoholireland.ie/measures/#>; <https://www.irishstatutebook.ie/eli/2023/si/249/made/en/print>). Het toevoegen van gezondheidswaarschuwingen aan alle verpakkingen van alcoholische dranken is het recentelijk goedgekeurde sluitstuk van deze wet en is in 2023 bekrachtigd (Public Health (Alcohol) (Labelling) Regulations 2023, SI No. 249/2023). Deze regelgeving fungeert als een voorbeeld op EU-niveau, omdat deze met succes het EU-evaluatieproces heeft doorstaan. De Ierse verordening is innovatief doordat deze gedetailleerde specificaties biedt voor de grootte, kleur en andere ontwerpelementen van gezondheidswaarschuwingen, wat de zichtbaarheid van de boodschap waarborgt. De bepalingen van de wet treden op 22 mei 2026 in werking.

In **Duitsland** is het sinds 2002 verplicht om op de etiketten van "alcopops" (gezoete alcoholische dranken met een alcoholgehalte tussen 1,2% en 10%) aan te geven dat de verkoop van alcohol aan jongeren onder de 18 jaar verboden is (Basset al., 2022). Deze vermelding moet op de voorkant van de verpakking verschijnen in hetzelfde lettertype, dezelfde grootte en dezelfde kleur als de merk- of imitatie-naam of, bij afwezigheid daarvan, als verkoopbenaming. In het geval van flessen moet deze vermelding ook op het etiket aan de voorkant staan (zie ook Schaller et al. 2022).

Etikettering van ingrediënten op alcohol-etiketten is verplicht in negen EU-landen, namelijk Bulgarije, Griekenland, Ierland, Kroatië, Litouwen, Oostenrijk, Portugal, Roemenië en Tsjechië.

Elders in de wereld zijn de bestaande waarschuwingpraktijken divers. Er zijn maar weinig landen die een gezondheidswaarschuwing op alcoholreclame of -flessen verplichten. Als ze dat doen verschillen de voorwaarden aanzienlijk op vlak van formaat, inhoud en de aanwezigheid van een pictogram. De verplichte tekst is vaak vaag.

Australië en Nieuw-Zeeland vereisen de etikettering van standardeenheden en het alcoholgehalte van dranken. In 2020 werd een nieuwe wet aangenomen die verplichte waarschuwingen over de risico's van alcoholgebruik tijdens de zwangerschap oplegt aan alle verpakte alcoholische dranken met een alcoholvolume van meer dan 1,15%. Voor producten met een hoger alcoholgehalte gelden aanvullende eisen, waaronder de weergave van een pictogram naast tekstwaarschuwingen. Letterkleur, spatiering en opmaak worden vastgelegd, maar de positie of oriëntatie op de verpakking is momenteel niet wettelijk verplicht. De voorschriften voor etikettering zijn op 1 juli 2020 in werking getreden en alle verpakte gedistilleerde dranken die na 1 augustus 2023 zijn geproduceerd, moeten het juiste waarschuwingsetiket dragen.

In **Turkije** wordt de tekst "Alcohol is not your friend" vergezeld door drie pictogrammen die betrekking hebben op het gebruik van alcohol door minderjarigen, rijden onder invloed van alcohol en het gebruik van alcohol door zwangere vrouwen. Dit bericht moet naast andere verplichte informatie worden geplaatst, op een contrasterende achtergrond, elk bericht moet worden gepresenteerd in een rood kader tussen 1 en 2 mm. De grootte van het bericht varieert afhankelijk van de grootte van de verpakking.

In **Canada** is het verplicht om naast ingrediënten, calorie-inname en gezondheidsadviezen ook het aantal standardeenheden alcohol in een verpakking te vermelden evenals de richtlijnen en het risico. Studies (CCSA, 2022) geven aan dat deze vier soorten informatie elkaar aanvullen en versterken. Hoewel er in de empirische literatuur slechts een klein aantal studies is gepubliceerd over voedingswaarde-etiketten op alcoholverpakkingen, wijzen de

gegevens er consistent op dat het publiek voorstander is van voedingswaarde-informatie-etiketten op alcoholverpakkingen. De resultaten suggereren ook dat dergelijke etiketten het vermogen van consumenten om de calorieën in alcoholische dranken in te schatten kunnen verbeteren en de transparantie kunnen vergroten door ervoor te zorgen dat consumenten toegang hebben tot volledige informatie over de inhoud van de alcoholische producten die ze consumeren. Het effect van voedingswaarde-etiketten op de intentie om alcohol te kopen of te consumeren is inconsistent en er is onvoldoende bewijs om het effect op de daadwerkelijke alcoholconsumptie te bepalen. De implementatie van verbeterde etiketten op alcoholverpakkingen moet gepaard gaan met *real-world* evaluaties van hoge kwaliteit om de normen en het beleid voor de etikettering van alcoholverpakkingen te blijven verbeteren en informeren (CCSA, 2022).

Samenvattend kan worden gesteld dat wat betreft de gezondheidsboodschappen op reclame duidelijk is dat er nog een kleiner aantal goede praktijken bestaan dan voor etikettering. De formaten en inhoud van gezondheidswaarschuwingen, zowel op flessen als in advertenties, zijn over het algemeen ver verwijderd van de aanbevelingen van gezondheidsactoren en de wetenschappelijke literatuur. Hierdoor zijn ze minder doeltreffend dan ze zouden kunnen zijn om consumenten te informeren en te bereiken. Bovendien stellen te weinig landen deze berichten verplicht.

1.6. Risico's van alcoholgebruik

Ten slotte wordt de HGR verzocht om een reeks *evidence-based* gezondheidswaarschuwingen voor te stellen die zijn afgestemd op de Belgische context. Daarnaast wordt gevraagd om een rotatiesysteem voor te stellen dat vergelijkbaar is met het systeem dat wordt toegepast voor tabak, zoals uitgevoerd door de FOD Volksgezondheid.

Om dit te doen, is het allereerst belangrijk om te identificeren welke gezondheidsrisico's gepaard gaan met alcoholgebruik en welke aanbevelingen voor veilig gebruik geschikt zijn om in dergelijke waarschuwingsberichten op te nemen.

Ter herinnering: in advies 9438 (HGR, 2018) werden de volgende gezondheidsrisico's vastgesteld:

Alcohol speelt een rol bij het ontstaan of de progressie van hart- en vaatziekten, cerebrovasculaire aandoeningen, verschillende vormen van kanker, geheugenstoornissen, pancreas- en leveraandoeningen; comazuipen kan langdurige effecten hebben op de hersenen; alcohol vormt een risico op verslaving en risico's voor de geestelijke gezondheid; alcohol heeft invloed op verkeersongevallen, ongevallen thuis en op het werk en diverse gezins- en sociale problemen; mannen lopen een groter risico op acuut en gewelddadig overlijden, terwijl vrouwen kwetsbaarder zijn voor ziekten (leveragesrisico, beroerte, kanker, enz.).

Om de gezondheidsrisico's van alcoholgebruik te **beperken**, adviseerde de HGR in 2018:

- beperk uw alcoholgebruik, want alle alcoholconsumptie heeft een impact op uw gezondheid;
- geen alcohol consumeren vóór de leeftijd van 18 jaar;
- drink niet meer dan 10 standaardeenheden alcohol per week, verspreid over meerdere dagen;
- plan meerdere alcoholvrije dagen in de week;
- voor zwangere vrouwen, vrouwen die zwanger wensen te worden en vrouwen die borstvoeding geven is het aanbevolen om geen alcoholische dranken te drinken.

Sinds deze aanbevelingen werd in juni 2023 door de HGR een nieuw rapport gepubliceerd (HGR 9702) met een bijgewerkte analyse van het risico van alcoholgebruik. Hierdoor kunnen we de balans opmaken van recente literatuur m.b.t. de volwassen bevolking.

In het rapport worden allereerst de bevindingen van een review (Wood et al., 2018) besproken, die gedetailleerd ingaat op de dosis-respons relaties en drempels voor gezondheidsrisico's in relatie tot alcoholconsumptie. Dit wordt gedaan aan de hand van gegevens van bijna 600 000 gewoontedrinkers uit 83 prospectieve onderzoeken. Het gaat om zowel mannen als vrouwen (44%), met een gemiddelde leeftijd van 57 jaar (standaarddeviatie 9 jaar) en woonachtig in welvarende landen. De onderzoeksresultaten betreffen zowel het risico op hart- en vaatziekten als op mortaliteit. Voor de globale mortaliteit wordt een positief lineair verband vastgesteld in functie van het alcoholgebruik, met een minimaal mortaliteitsrisico bij waarden dichtbij of onder 100 g per week. Deze bevinding bevestigt de aanbevelingen van de HGR. Deze drempelwaarde kan echter niet worden bevestigd voor het risico op hart- en vaatziekten. Voor andere aandoeningen dan myocardinfarct konden de auteurs geen duidelijke risicodrempel vaststellen waarbij een lagere alcoholconsumptie niet langer geassocieerd is met een verminderd risico op hart- en vaatziekten. Deze waarneming suggereert dat de grenswaarde voor alcoholconsumptie wellicht op minder dan 100 g per week ligt.

In hetzelfde advies van 2023 (HGR 9702) werd tevens vermeld dat een andere groep onderzoekers, gespecialiseerd in alcoholologie (Griswold et al., 2018), het mogelijke beschermende effect van matige alcoholconsumptie onder bepaalde omstandigheden heeft weerlegd. Door de analyse van gegevens uit 2016 over de totale ziektelast, letsels en risicofactoren in 195 landen en gebieden met zowel mannelijke als vrouwelijke proefpersonen en binnen een leeftijdsbereik van 15 tot 95 jaar, hebben zij de risico's van 23 soorten aandoeningen in verband met alcoholgebruik beoordeeld. Ze hebben geprobeerd de mate van alcoholconsumptie te kwantificeren die het globale gezondheidsrisico minimaliseert. Niet verrassend vonden zij dat het risico op overlijden door welke oorzaak dan ook en het risico op kanker toenamen met alcoholgebruik. Opmerkelijk is dat ze voor het eerst constateerden dat het niveau van alcoholconsumptie dat elk gezondheidsrisico minimaliseert, 0 g alcohol per week is. Met andere woorden, het veiligste niveau van alcoholgebruik is helemaal niet drinken.

In 2021 publiceerden Chinese onderzoekers de resultaten van een tienjarig prospectief onderzoek bij bijna 83.000 Chinese volwassenen. De resultaten wezen uit dat het laagste risico op sterfte, hart- en vaatziekten en kanker werd geassocieerd met een zelfgerapporteerde, zeer matige alcoholinname van 1 tot 25 g per week, in vergelijking met geen inname en een inname van meer dan 26 g per week. Dit geeft aan dat er een beschermend effect is verbonden aan deze uiterst lage consumptie (Zhang et al., 2021).

Ondanks de recente studies die de vastgestelde drempels voor alcoholconsumptie ter discussie stellen, blijven verschillende auteurs en instanties terugkomen op dit onderwerp. In een commentaar in *The Lancet*, wijzen Anderson et al. (2023) op de schadelijke effecten van alcohol, die in 2015 verantwoordelijk waren voor 3 miljoen sterfgevallen en bijdroegen aan 5,1% van de wereldwijde last van ziekten en letsels. Ze stellen de vraag of er een niveau van alcoholconsumptie kan worden gedefinieerd dat gepaard gaat met een nulrisico voor gezondheidsgevolgen. Hoewel een beperkt aantal studies suggereren dat zeer matig alcoholgebruik enigszins beschermend kan zijn tegen bepaalde hart- en vaatziekten en diabetes type 2, benadrukken de auteurs dat er tot nu toe geen gegevens zijn die een dergelijk effect ondersteunen met betrekking tot kanker. Er is geen vastgestelde drempel waarbij alcoholgebruik geen invloed zou hebben op de ontwikkeling van kanker, een feit waar iedereen die alcohol drinkt objectief aan herinnerd zou moeten worden. Op basis van deze bevindingen heeft de WGO op 4 januari 2023 een persbericht uitgebracht met de titel: "*No level of alcohol consumption is safe for our health.*" Het persbericht benadrukt sterk dat het

onmogelijk is om te concluderen dat er een drempel bestaat waarop de carcinogene effecten van alcohol beginnen en zich manifesteren in het menselijk lichaam. Op zeer grafische wijze stelt het persbericht: "*Risks start from the first drop.*" (WGO, 2023).

Het is belangrijk om op dit moment te benadrukken dat de richtlijn van de HGR in 2018, die een maximum van 10 standaarddranken per week adviseerde, voortkwam uit een compromis tussen wetenschappelijk bewijs enerzijds en maatschappelijk draagvlak anderzijds. Zoals eerder vermeld, brengt elke vorm van alcoholconsumptie intrinsiek gezondheidsrisico's met zich mee volgens wetenschappelijk inzicht (Anderson et al., 2023). Hoe meer alcohol men drinkt, hoe hoger het risico (zie bv. Runggay et al., 2021). Er bestaat geen veilige ondergrens voor alcoholgebruik.

De aanbevelingen van de HGR dienen daarom te worden beschouwd als een "sociale norm". Het doel van zo'n norm voor alcoholgebruik is om het gezondheidsrisico zoveel mogelijk te beperken, rekening houdend met het maatschappelijk draagvlak en de huidige gewoonten.

Aangezien deze sociale norm in grote mate rekening houdt met het draagvlak en de gewoonten, is ze niet statisch maar onderhevig aan veranderingen in de samenleving. Aanbevelingen voor alcoholgebruik verschillen bovendien aanzienlijk van land tot land (inclusief de definitie van een "standaardglas") en kunnen soms strenger zijn dan de huidige aanbevelingen van de HGR. In sommige landen wordt alcohol niet aanbevolen en is er geen hoeveelheid die als veilig voor de gezondheid wordt beschouwd.

Volgens [het advies van de Gezondheidsraad van 2015](#) in **Nederland** wordt het aanbevolen om bij voorkeur geen alcohol te drinken of in ieder geval niet meer dan 1 glas per dag (dus maximaal 7 glazen per week – één glas bevat 10 gr). **Canada** heeft onlangs [zijn richtlijnen](#) aangepast (Paradis et al., 2023) en beweegt zich richting één van de strengste normen in de westerse wereld. Het gaat niet langer om een strikte limiet van alcoholconsumptie, maar om een "spectrum" waarbinnen consumenten een (geïnformeerde) keuze kunnen maken en zelf kunnen bepalen welk gezondheidsrisico ze bereid zijn te aanvaarden. Als men geen risico op gezondheidsproblemen wil lopen, wordt geadviseerd helemaal geen alcohol te drinken. Eén tot twee standaarddrankjes per week impliceren een klein gezondheidsrisico, terwijl drie tot zes standaarddrankjes per week als matig risicovol worden beschouwd. Dit risico neemt toe met een hogere consumptie. In Canada bevat een standard glas 13,45 gram pure alcohol (tegenover 10g voor een Belgische standaardeenheid).

Op basis van deze informatie stelt de HGR verschillende berichten voor (zie voor details IV. Aanbevelingen).

2. Actie 43 : De leeftijd van eerste alcoholconsumptie

2.1. Introductie en vraag

Het Interfederaal Plan inzake schadelijk alcoholgebruik voorziet niet in een verbod op bierconsumptie tussen 16 en 18 jaar. Een van de acties van het plan is echter het bestuderen van de mogelijkheden van een regelgevend kader om de leeftijd van eerste consumptie te optimaliseren, met als doel deze zoveel mogelijk uit te stellen.

De deskundigen zijn het er unaniem over eens dat een alcoholverbod voor jongeren onder de 18 de beste optie is, maar wijzen erop dat alcohol schadelijk is voor de zich ontwikkelende hersenen, d.w.z. tot de leeftijd van 25 jaar. Het is daarom nuttig om wetenschappelijk gevalideerde beleidsopties te hebben voor het uitstellen van de leeftijd van eerste consumptie, zelfs na de leeftijd van 18 jaar.

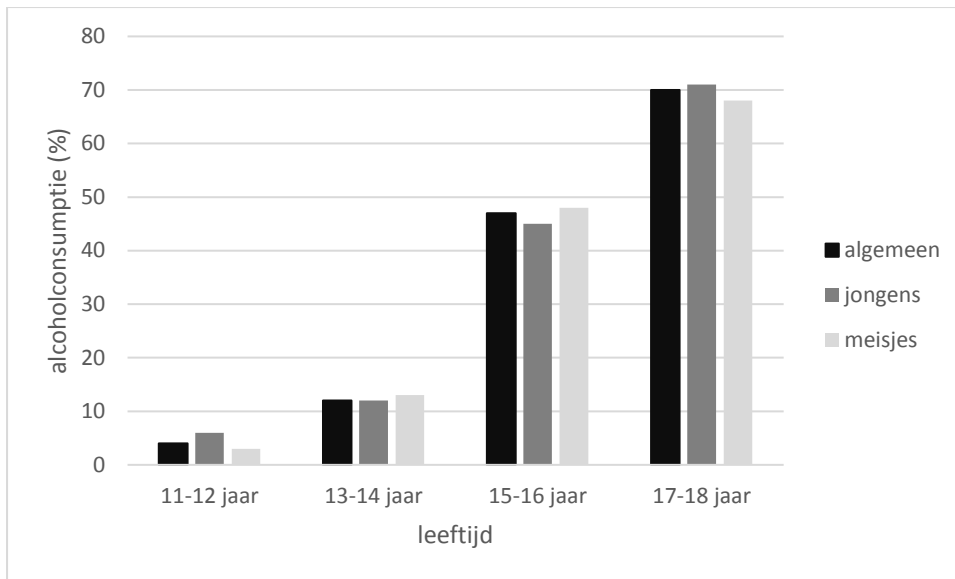
Deze adviesaanvraag heeft daarom betrekking op de evaluatie van creatieve beleidsmaatregelen om jongeren ervan te weerhouden alcohol te gaan drinken. Dit beleid kan betrekking hebben op verschillende gebieden: preventie, bewustmaking, gezondheidsbevordering, bijstand, schadebeperking, maatregelen in de horeca, prijsbeleid, controlebeleid, enz.

De vragen aan de HGR zijn als volgt:

- Wat zijn de beste regelgevingspraktijken om de leeftijd van eerste consumptie uit te stellen zonder alcohol onder de 18 jaar te verbieden?
- Wat zijn in landen met wetgeving die de consumptie van alcohol door jongeren onder de 18 verbiedt, de beste innovatieve praktijken om de leeftijd van eerste consumptie op te trekken tot boven de 25? Hoe zit het met landen met een vergelijkbare wetgeving?
- Wat zijn de aanbevelingen voor het volgende alcoholplan?

2.2. Jongeren en alcohol: de leeftijd van eerste consumptie

Alcoholgebruik bij jongeren stijgt aanzienlijk tijdens de tienerjaren. Uit een recente bevraging door het Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (VAD) van 7.503 Vlaamse leerlingen tussen 12 en 18 jaar blijkt dat 54% ooit alcohol heeft gedronken en 14% minstens 1 keer per week alcohol drinkt (Rosiers, 2023). In 2021 lag de gemiddelde leeftijd waarop men begon met het consumeren van alcohol op 14,6 jaar, wat een latere leeftijd betekent ten opzichte van 13,6 jaar in 2010 (Rosiers, 2023). Bijkomend onderzoek in Vlaanderen, als onderdeel van de internationale *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) studie, toont een stijgende trend in de prevalentiecijfers van alcoholconsumptie (minstens eenmaal in de afgelopen 30 dagen) met de leeftijd van scholieren in de middelbare school. Deze cijfers variëren van 4% bij de 11- tot 12-jarigen tot 70% bij de 17- tot 18-jarigen (Figuur 1, Factsheet HBSC 2021-2022). Ditzelfde onderzoek in Brussel en Wallonië toont gelijkaardige cijfers met een sterke toename van consumptie in de tweede en derde graad van het secundair onderwijs (Enquête HBSC 2022). Hoewel de algemene prevalentie en frequentie van alcoholgebruik het laatste decennium duidelijk gedaald is, is risicovol drinkgedrag (dronkenschap, eens per week dronken zijn) bij Belgische jongeren over de laatste jaren toegenomen. De genderkloof in alcoholgebruik is verkleind, hoewel het regelmatig drinken van alcohol en dronken zijn nog steeds vaker voorkomen bij jongens dan bij meisjes (Factsheet HBSC 2021-2022; Rosiers, 2023).



Figuur 1. Alcoholconsumptie (minstens eenmaal in de afgelopen 30 dagen, %) van Vlaamse jongeren naar leeftijd. Gebaseerd op gegevens uit Factsheet HBSC 2021-2022.

Uit Nederlandse ziekenhuiscijfers bleek een jaarlijkse stijging in het aantal meldingen van opnames van jongeren als gevolg van alcoholintoxicatie over de periode van 2007 tot en met 2011 (Ouweland et al., 2020). Daarna bleven de opnamecijfers redelijk stabiel met ongeveer 700 à 900 ziekenhuisopnames per jaar, vermoedelijk mede door een wettelijke leeftijdsoprekking voor alcohol naar 18 jaar. Tussen 2007 en 2017 steeg de gemiddelde leeftijd van 14,9 tot 15,4 jaar, terwijl het aantal opgenomen 10- tot 14-jarigen daalde. De gemiddelde ethanolspiegel en de duur van bewustzijnsdaling nam echter significant toe en met name jongens vertoonden hogere ethanolspiegels dan meisjes.

In België werden 2.234 bloedafnames voor ethanolspiegels bij jongeren van 12 tot 17 jaar geanalyseerd in 2018, die zich op de spoedeisende hulp meldden met alcoholintoxicatie. Dit komt overeen met 30 gevallen per 10.000 (IMA Atlas). Een retrospectieve multicentrische studie bij jongeren tussen 10 en 17 jaar met acute alcoholintoxicatie in Antwerpen (2015-2021) toonde dat jaarlijks 145 jongeren (31/10.000) werden opgenomen, met een mediane leeftijd van 16,6 jaar (van Roozendaal et al., 2023). Deze kenmerken bleven consistent gedurende de hele onderzoeksperiode. Acute alcoholintoxicatie steeg significant bij 17-jarigen, wat in lijn is met de legale drinkleeftijd van 16 in België. Daarentegen werd in Nederland een leeftijdsstijging van alcoholintoxicatie waargenomen in follow-up studies (van Hoof et al., 2015; Nienhuis et al., 2017), die vermoedelijk verklaard wordt door de optrekking van de legale leeftijd voor drinken in 2014. Deze hoge cijfers wijzen erop dat alcoholgebruik bij jongeren een groot maatschappelijk probleem blijft.

2.3. Risico's van alcoholgebruik bij jongeren

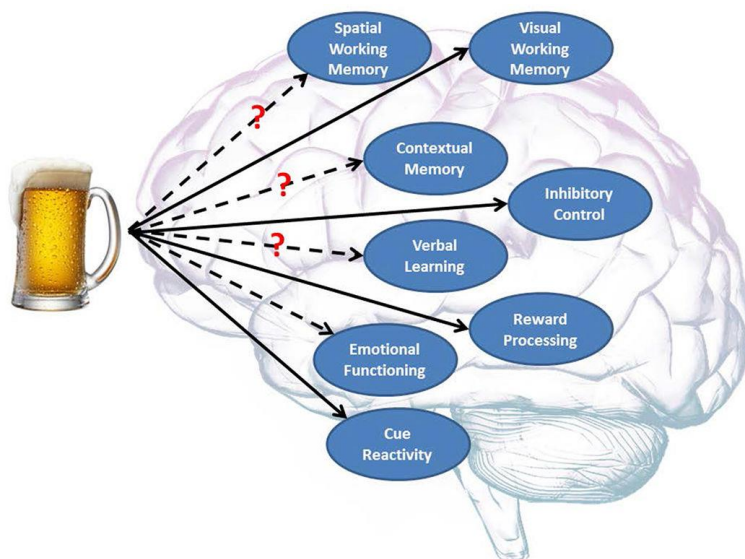
De redenen voor alcoholgebruik en het risico op evolutie naar overmatig gebruik bij jongeren kunnen deels worden verklaard door genetische kwetsbaarheid en fysiologische veranderingen in het centrale zenuwstelsel. Op jonge leeftijd, tijdens de ontwikkeling van het brein, zijn gebieden die betrokken zijn bij besluitvorming, impulsbeheersing en emotionele regulatie nog niet volledig ontwikkeld. Dit maakt de adolescentie een neurobiologisch kwetsbaar moment, waarop de hersenen van jongeren bijzonder vatbaar zijn voor de directe effecten van alcohol (Crews et al., 2007). Daarnaast speelt genetische variatie in alcoholgevoeligheid een rol (variëaties in gevoeligheid voor de negatieve of positieve effecten van alcohol; adolescenten zijn gevoeliger voor positieve effecten, wat hun neiging tot meer drinken kan verklaren - Crews et al., 2007; Arain et al., 2013). De combinatie van deze

neurobiologische processen en variaties in gevoeligheid draagt aanzienlijk bij aan het begrip van alcoholgebruik bij jongeren.

Meisjes komen gemiddeld eerder in de puberteit dan jongens, wat mogelijk verklaart waarom ze op jongere leeftijd experimenteren met alcohol. Dit wordt ondersteund door ziekenhuisopnames in Nederland en onderzoek naar acute alcoholintoxicatie in Antwerpen, waarbij meisjes vanaf 14 jaar meer worden opgenomen dan jongens (Ouwehand et al., 2020; van Roozendaal et al., 2023).

2.3.1. Verstoring van de normale hersenontwikkeling

Het menselijke brein blijft zich ontwikkelen tot ongeveer het 25e levensjaar. Alcoholgebruik op jonge leeftijd kan de normale ontwikkeling van de hersenen verstoren en kan leiden tot blijvende schade aan gebieden die cruciaal zijn voor besluitvorming, impulsbeheersing en emotionele regulatie. Deze verstoringen kunnen resulteren in langdurige cognitieve en emotionele problemen, zoals aangetoond in wetenschappelijk onderzoek dat neurale en cognitieve verschillen heeft vastgesteld bij adolescenten met een geschiedenis van alcoholgebruik (Figuur 2; Courtney et al., 2019). Deze verschillen omvatten veranderingen in aandacht, verbaal leren, visueel-ruimtelijke verwerking, geheugen, evenals gewijzigde ontwikkeling van grijze en witte stofvolumes en verstoorde witte stofintegriteit (Spear, 2018). Neurologische beeldvormingsstudies hebben ook neurobiologische veranderingen in verband gebracht met *binge* drinken en overmatig alcoholgebruik, de meest voorkomende vormen van problematisch alcoholgebruik onder adolescenten (Jones et al., 2018).



Figuur 2. Effecten van alcohol op cognitieve en emotionele functies in het adolescentie brein op basis van functionele beeldvormingsstudies (Courtney et al., 2019).

- = aanwezigheid van bewijs voor alcoholgerelateerde veranderingen van de functie
- - - - - = afwezigheid van dergelijk bewijs
- ? = beperkt onderzoek

2.3.2. Verslavingsrisico

Vroegtijdig experimenteren met alcohol heeft aantoonbare effecten op de hersengebieden die betrokken zijn bij verslavingsgerelateerd gedrag. Onderzoek wijst uit dat herhaalde en chronische blootstelling aan alcohol leidt tot verdere aanpassingen in de hersenen, wat het risico op verslaving verhoogt, afhankelijk van de dosis (Crunelle et al., 2021). Hoewel de wettelijke drinkleeftijd in België 16 jaar is, tonen de bovenstaande cijfers dat een aanzienlijk aantal jongeren eerder in aanraking komt met alcohol. Studies tonen aan dat jongeren die vóór hun 14e beginnen met drinken, het hoogste risico lopen, met percentages tot meer dan 40%, op alcoholafhankelijkheid gedurende hun hele leven en binnen 10 jaar na hun eerste alcoholconsumptie (Grant & Dawsom, 1997). Het risico op levenslange alcoholafhankelijkheid daalt aanzienlijk naarmate de leeftijd van het eerste gebruik van alcohol toeneemt, tot ongeveer 10% bij degenen die op 20-jarige leeftijd of later beginnen (DeWit et al., 2000; Grant & Dawsom, 1997; Hingson et al., 2006).

Daarnaast wijst de literatuur uit dat een latere start in de adolescentie (15-16 jaar) ook vaak gepaard gaat met hogere drinkfrequenties, grotere hoeveelheden alcoholconsumptie en een breder sociaal draagvlak voor alcoholgebruik, wat het risico op een snellere overgang naar afhankelijkheidssymptomen vergroot (Behrendt et al., 2008). Hierdoor worden zowel vroege als late adolescentie, vooral bij meisjes, geassocieerd met een verhoogd risico op problematisch alcoholgebruik, voornamelijk beïnvloed door bewust geconsumeerde hoeveelheden (Dawson et al., 2008).

2.3.3. Mentale en fysieke gezondheidsrisico's

Alcoholgebruik bij jongeren kan schadelijke langetermijneffecten hebben op de mentale gezondheid. Onderzoek toont aan dat jongeren die regelmatig en in grote hoeveelheid alcohol consumeren, vaak te maken krijgen met angst, stemmingswisselingen, depressie en andere mentale gezondheidsproblemen die tot ver in de volwassenheid kunnen voortduren. Deze jongeren hebben ook een verhoogd risico op het ontwikkelen van persoonlijkheidsstoornissen en gedragsproblemen. Een verstoring van de gezonde ontwikkeling van de hersenen ten gevolge van alcoholgebruik, kan de cognitie en het geheugen aantasten en het vermogen om zich te concentreren verminderen (Brook et al., 2002; Newton-Homes et al., 2019; Strandheim et al., 2009).

Alcoholgebruik op jonge leeftijd is significant voorspellend voor de latere ontwikkeling van ernstige depressieve stoornis, alcoholafhankelijkheid en stoornissen in het gebruik van middelen (Brook et al., 2002). Daarnaast toont onderzoek aan dat de leeftijd van de eerste alcoholintoxicatie een statistisch significante voorspeller is van mentale gezondheidsrisico's, waaronder depressie, angststoornissen en afhankelijkheid van nicotine, cannabis en andere illegale drugs (Newton-Homes et al., 2019).

Jongeren die alcohol drinken, kunnen geconfronteerd worden met een reeks fysieke en gezondheidsrisico's, waaronder leverschade, verhoogde bloeddruk, verwondingen als gevolg van ongevallen en zelfs alcoholintoxicatie. Daarnaast kan alcoholgebruik op jonge leeftijd de groei en de lichamelijke ontwikkeling belemmeren.

2.3.4. Negatieve sociale gevolgen en (verkeers)ongevallen

Alcoholgebruik op jonge leeftijd kan sociale gevolgen hebben: het kan leiden tot gedragsproblemen, slechtere schoolprestaties, problemen in relaties, ongewenst seksueel gedrag en juridische kwesties (Hoel et al., 2004). Het kan ook deel uitmaken van een patroon van risicovol gedrag dat jongeren in gevaar brengt.

Een reviewartikel rond de effecten van minimumleeftijd voor legaal alcoholgebruik wijst op een consistente en omgekeerde relatie tussen minimumleeftijd en alcoholconsumptie en verkeersongevallen (Wagenaar & Toomey, 2002). Van de studies die een hogere methodologische kwaliteit hadden, toonde een aanzienlijk percentage een afname van alcoholconsumptie (33%) en verkeersongevallen (58%) bij een hogere minimumleeftijd. Met uitzondering van 1 artikel werden geen tegenovergestelde relaties gevonden. Associaties tussen een hogere minimumleeftijd en een afname van andere alcoholgerelateerde problemen werden eveneens vastgesteld in 35% van de relevante studies; geen van deze studies rapporteerde een toename van dergelijke problemen.

Wetenschappelijk onderzoek duidt op een verband tussen alcoholgebruik bij jongeren en een verhoogd risico op ongewenst seksueel gedrag. Alcohol beïnvloedt oordeelsvaardigheden en remmingen, waardoor jongeren vatbaarder zijn voor risicovol seksueel gedrag, zoals onbeschermde seks en onvrijwillige seksuele ervaringen. Onderzoek suggereert dat de combinatie van alcohol en situaties waarin sociale normen vervagen, zoals feesten, het risico op ongewenst seksueel gedrag verder vergroot (Cho & Yang, 2023).

2.3.5. Ontwikkeling van ongezonde gewoonten

Bovendien kan het ontwikkelen van gezonde gewoonten op jonge leeftijd jongeren helpen beter toegerust te zijn om stress en problemen in het latere leven aan te pakken zonder hun toevlucht te nemen tot alcohol. Het vermijden van alcoholgebruik op jonge leeftijd is belangrijk om de gezondheid en ontwikkeling van jongeren te beschermen en om hen te helpen gezondere keuzes te maken voor de toekomst.

2.4. Beste regelgevingspraktijken om de leeftijd van eerste alcoholconsumptie uit te stellen

De HGR erkent jongeren als een kwetsbare groep die moet beschermd worden tegen de risico's van alcoholgebruik. Advies 8109 van de HGR dat als doel had aanbevelingen over alcoholgebruik bij jongeren te geven stelde in 2006: 'Er is geen wetenschappelijk bewijs voor een veilige limiet voor alcoholconsumptie en in het bijzonder niet voor jongeren en kinderen, die een zeer kwetsbare groep vormen'. In advies 9438 'Risico's van alcoholgebruik' van mei 2018 formuleerde de HGR als hoofdaanbeveling een verbod van alcohol vóór de leeftijd van 18 jaar.

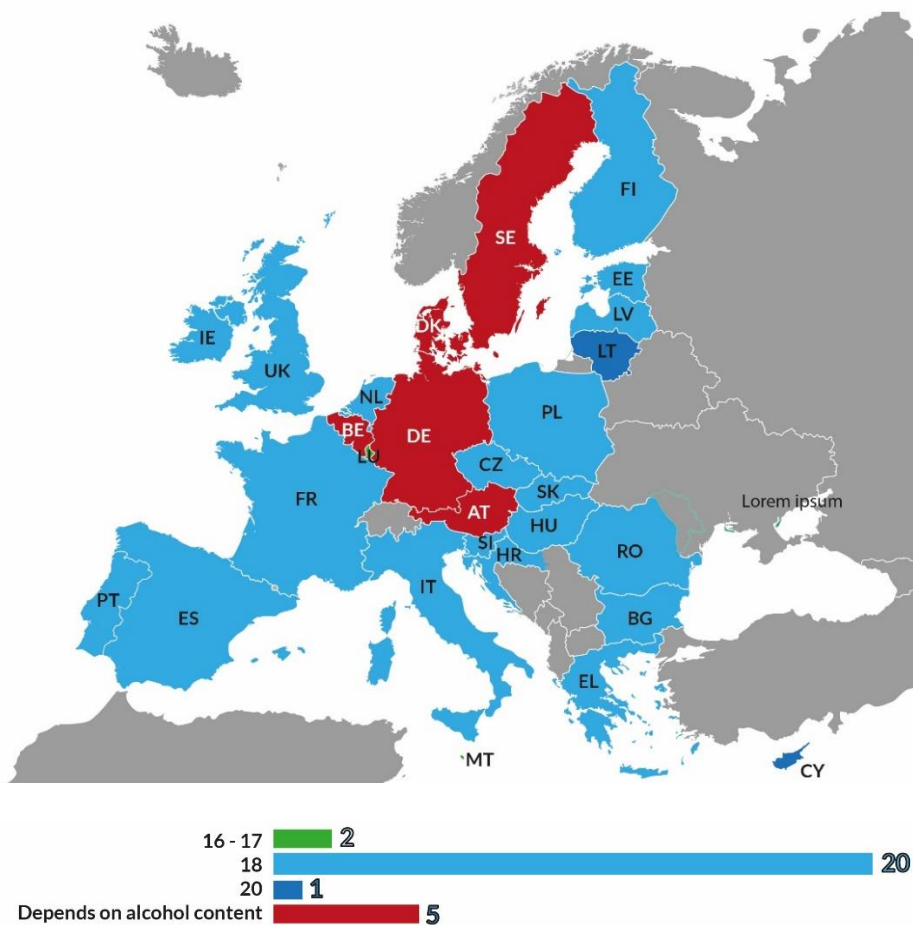
2.4.1. Optrekken van de leeftijds grens naar 18 jaar voor alle alcoholische dranken

Gezien alle risico's van alcoholgebruik is het alleen al vanuit gezondheidsperspectief aan te bevelen minderjarigen te beschermen tegen alcohol. In overeenstemming hiermee houdt de HGR het standpunt aan om alcohol onder de leeftijd van 18 jaar te verbieden.

Het verhogen van de minimumleeftijd voor alcohol heeft duidelijke positieve beoogde gezondheidseffecten, zoals blijkt uit verschillende studies. Een *scoping review* identificeerde daarnaast vijf thema's van onbedoelde ontwikkelingen bij een verhoogde minimumleeftijd, waarmee we een extra verwachting krijgen van wat er kan gebeuren als de minimumleeftijd voor alcohol wordt verhoogd (Roodbeen et al., 2021). Er wordt voorspeld dat niet alleen de beoogde doelgroep positief wordt beïnvloed, maar ook oudere en jongere individuen. Het verhogen van de minimumleeftijd heeft weinig impact op het alcoholgebruik van mensen die problemen ervaren. Er is een laag verwachte kans op een verschuiving naar alternatieve manieren om aan alcohol te komen (vb. aankoop in buurlanden waar de regelgeving gunstiger is). De manier waarop beleidsmaatregelen worden gemaakt (vb. gedifferentieerde aanpak, rekening houdend met verschillende subgroepen) en de samenhang met bestaande alcoholregels kunnen de positieve resultaten beïnvloeden, wat inzicht geeft in de effectiviteit van wetgeving en nieuwe benaderingen voor het verminderen van alcoholgebruik onder de

wettelijke leeftijd en gerelateerde problemen mogelijk maakt (Brachowicz & Vall Castello, 2019; Roodbeen et al., 2021).

Het wettelijk verhogen van de minimumleeftijd naar 18 jaar voor álle alcoholhoudende dranken zou de bestaande wetgeving afstemmen met de meeste EU-landen en een duidelijke boodschap geven aan de bevolking (Figuur 3). Verschillen in leeftijdsgrenzen tussen bier en sterke drank kunnen de indruk wekken dat bepaalde dranken minder schadelijk zijn dan andere, wat verwarrend is voor jongeren. De leeftijdsgrens uniform maken voor alle soorten alcoholische dranken is ook in overeenstemming met de 'best buys' van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO). Uit onderzoek blijkt dat jongeren – zelfs al op jonge leeftijd - de wetgeving over de verkoop, schenken en aanbieden van alcoholische dranken goed kennen (Rosiers, 2023). Maar liefst 96% van de minderjarigen onder de 16 jaar is op de hoogte van de regelgeving met betrekking tot alle alcoholische dranken, terwijl 90% bekend is met de specifieke regels met betrekking tot sterkedrank. In het afgelopen decennium is het wettelijk verbod bovendien aanzienlijk belangrijker geworden als motief om geen alcohol te drinken. In 2010-2011 gaf 37% van de niet-drinkende jongeren dit als reden aan, terwijl dit percentage in 2018-2019 aanzienlijk toenam tot boven de 60% en deze positieve trend heeft zich voortgezet in 2021-2022. Uit de Preventiebarometer Vlaanderen 2022, met focus op de volwassen Vlaamse bevolking (18 jaar en ouder), blijkt dat er ook een breed maatschappelijk draagvlak is voor het verhogen van de minimumleeftijd voor alcohol: 77,5% van de respondenten is van mening dat de minimumleeftijd voor alcohol naar 18 jaar mag worden verhoogd (Braekman & Fiers, 2022). In de Tournée Minérale 2023-enquête steunde 68% van de Franstalige Belgen dit voorstel, terwijl 18% "neutraal was of geen mening had".



Figuur 3. Wettelijke minimumleeftijd voor alcoholaankoop in de EU (Bron: aangepast van FRA, <http://fra.europe.eu>)

Het optrekken van de minimumleeftijd voor alcohol, kan vergeleken worden met de aanpassing van de regulering van tabak. In België werd op 1 november 2019 de leeftijdsgrens voor de verkoop van tabak aan jongeren verhoogd naar 18 jaar. Hoewel de cijfers van subjectieve beschikbaarheid van tabak bij jongeren nog hoog zijn gelet op hun leeftijd (37,4% van de -16jarigen en 73,3% van de +16jarigen zegt makkelijk aan tabak te geraken), is er wel een duidelijke daling ten opzichte van 2018-2019 (40,0% en 80,3% respectievelijk) (VAD leerlingenbevraging 2023). Het benadrukken van deze gelijkschakeling kan de boodschap bovendien versterken. Nederland heeft sinds 1 januari 2014 een wet die de leeftijdsgrens voor het kopen of drinken van alcohol verhoogde van 16 naar 18 jaar. Volgens deze wet is het verboden alcohol te verkopen aan jongeren onder de 18 jaar en jongeren zelf zijn strafbaar als ze alcohol bij zich hebben op publieke plaatsen. Sinds de invoering van de nieuwe alcoholwet op 1 juli 2021 is er ook een verbod op wederverstrekking toegevoegd. Dit betekent dat het nu strafbaar is voor een volwassene om alcoholhoudende drank te kopen, bv. in de horeca, en deze drank door te geven aan een minderjarige (<https://www.khn.nl/kennis/nieuwe-alcoholwet-vanaf-1-juli-2021-de-belangrijkste-wijzigingen>). Gelijktijdig werd de campagne "Nix onder 18" gelanceerd, wat duidelijk is voor jongeren. Deze wettelijke leeftijdsverhoging heeft duidelijk positieve gevolgen. Sinds 2015 is er een aanzienlijke afname in het alcoholgebruik bij 16-jarigen op diverse meetpunten (oorspronkelijk gebruik, gebruik in de afgelopen maand, *binge* drinken, ooit dronken en dronken zijn in de afgelopen maand; Lemmers et al., 2023). Deze afname volgt op de verhoging van de leeftijdsgrens en er zijn geen merkbare verschillen in alcoholgebruik tussen de metingen vóór de wetwijziging, wat wijst op een duidelijke verandering in de trend. Uit cijfers van Nederlandse ziekenhuisopnames van jongeren als gevolg van overmatig alcoholgebruik is het moeilijk te objectiveren hoeveel alcoholintoxicaties hadden plaatsgevonden indien de minimumleeftijd voor het drinken van alcohol niet was verhoogd in 2014, maar het is wel duidelijk dat het aantal niet doorgestegen en gestabiliseerd is (Ouweland et al., 2020). Uit de gegevens blijkt tevens dat de gemiddelde leeftijd bij opname significant is gestegen, van 15,3 naar 15,4 jaar en men constateert relatief meer 15- tot 17-jarigen en minder 10- tot 14-jarigen. Het aantal ouders dat geen toestemming gaf voor alcoholgebruik is toegenomen van 29% naar 54% bij vergelijking tussen de periode voor en na de wetwijziging in 2014 (onderzoekperiode 2007-2017). Daarentegen zijn de ethanolspiegel (1,87‰ vs. 1,99‰) en de duur van het bewustzijnsverlies (2,9uur vs 3,2uur) toegenomen (Flavin et al., 2018; Ouweland et al., 2020). Deze nadelige cijfers wijzen erop dat jongeren die drinken vaker te veel drinken, zoals aangetoond in het Peilstationsonderzoek Scholieren van het Trimbosinstituut (Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2016) en vragen om intensievere preventie, vroeginterventie en ondersteuning.

2.4.2. Handhaving van het verbod

Uit diverse Europese studies blijkt dat de bestaande wetgeving omtrent minimumleeftijd voor alcohol niet goed wordt nageleefd (Erickson et al., 2013; Roodbeen et al., 2020; Van Havere et al., 2017). Daarom wordt het belang van handhaving en controle benadrukt, waarbij niet alleen een invloed op de beschikbaarheid van alcohol voor minderjarigen wordt vastgesteld, maar ook op maatschappelijke normen en overtuigingen over alcohol (Schelleman-Offermans et al., 2017; Institute of Medicine National Research Council, 2004). Het optimaliseren van handhavingspraktijken is aldus cruciaal om de naleving van minimumleeftijdsgrenzen te waarborgen.

De (gepercipieerde) kans om gecontroleerd en gesanctioneerd te worden blijkt als handhavingsbeleid zwaarder door te wegen dan de zwaarte van de sancties (Wagenaar, 2011). Deze bevinding onderstreept het belang van een effectief handhavingsbeleid dat zich richt op de perceptie van de kans op controle en sancties.

In Europa wint *mystery shopping* aan populariteit als zowel evaluatie- als handhavingsinstrument voor wetgeving rond minimumleeftijd voor alcohol. Deze techniek, waarbij een minderjarige of jong uitziende persoon probeert alcohol te verkrijgen, blijkt effectief (NHS Scotland, 2012). In België werd deze aanpak in de zomer van 2023 toegepast door de Inspectiedienst Consumptieproducten van de FOD Volksgezondheid (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2023). Tijdens deze campagne werden 26 minderjarige testkopers, in de leeftijd van 15 tot 17 jaar, ingezet. Deze '*mystery shoppers*' simuleerden realistische situaties, waarbij ze probeerden aankopen te doen zonder daarbij het verbod op uitlokking te overtreden. Een ervaren controleur van de FOD Volksgezondheid observeerde de situatie anoniem. De *mystery shoppers* controleerden voornamelijk supermarkten, superettes, nacht- en dagwinkels, tankstations en horecazaken. Wat betreft de verkoop van alcohol bleek dat het verbod op sterke drank (voor personen jonger dan 18 jaar) in 87,9% van de gevallen niet werd nageleefd. Voor bier en wijn (voor personen jonger dan 16 jaar) lag het inbreukpercentage op 93,4%. Horecazaken en tankstations waren de plekken waar alcohol het vaakst aan minderjarigen werd verkocht, met een inbreukpercentage van meer dan 90%. Opmerkelijk is dat de inbreukcijfers van deze campagne aanzienlijk hoger lagen dan de cijfers van reguliere controles (6,0% voor de verkoop van alle alcoholhoudende dranken aan minderjarigen en 4,3% door horecazaken; gegevens verstrekt door de FOD Volksgezondheid), die plaatsvinden via observatie van horeca- en handelszaken. Deze bevindingen benadrukken de noodzaak van een helder en consistent handhavingsbeleid.

2.4.3. Verbod op alcoholmarketing

Er bestaat een duidelijk verband tussen de mate van blootstelling aan alcoholmarketing en de impact ervan op het alcoholgebruik, vooral bij kwetsbare bevolkingsgroepen zoals mensen met een alcoholafhankelijkheid en jongeren (zie punt 1.2.2 hierboven). Deze verschillende boodschappen dragen gezamenlijk bij aan een maatschappelijk kader waarin alcoholgebruik genormaliseerd wordt. Bovendien kan alcoholmarketing normen en verwachtingen beïnvloeden, zoals het idee onder jongeren dat alcoholconsumptie bijdraagt aan populariteit binnen hun vriendengroep. Zoals hierboven vermeld, handhaaft de HGR om deze redenen zijn aanbevelingen van 2018 voor een algeheel verbod op alcoholgerelateerde marketing als de meest effectieve methode om alcoholgebruik en gerelateerde schade te beperken.

2.5. Beste innovatieve praktijken om de leeftijd van eerste alcoholconsumptie op te trekken van 18 naar 25 jaar in landen met vergelijkbare wetgeving

Hoewel wetenschappelijke literatuur aantoont dat alcohol idealiter niet geconsumeerd wordt voor de leeftijd van 25 jaar vanwege de risico's voor de ontwikkeling van het brein en verslaving, is het belangrijk om realistisch te blijven. Het is onwaarschijnlijk dat er voldoende maatschappelijk draagvlak is voor een drastische verhoging van de leeftijdsgrens.

2.5.1. Anticiperen op wetenschappelijke kennis

Hoewel het weinig haalbaar is om in de huidige maatschappij de leeftijdsgrens naar 25 jaar te verhogen, kan er worden ingezet op effectieve preventiemaatregelen op scholen en in de samenleving en het beter informeren van consumenten over de effecten van alcohol op de ontwikkeling van het brein.

De voordelen van een hogere leeftijdsgrens voor de eerste alcoholconsumptie worden met name beschreven in studies uit de **Verenigde Staten (VS)**, waar de huidige grens van 21 jaar

hoger is dan in andere landen op het westelijk continent (bv. Canada met 18 of 19, afhankelijk van de provincie, en Mexico met 18 jaar) en de meeste Europese landen (typisch 16 of 18 jaar, zie Figuur 2). In 1984 werd in de VS de "*National Minimum Drinking Age Act*" aangenomen, die alle staten dwong om de minimumleeftijd voor de aankoop en openbare consumptie van alcohol te verhogen naar 21 jaar. De voornaamste reden achter deze wetgeving was het verminderen van alcoholgerelateerde verkeersongevallen en het beschermen van de volksgezondheid, vooral onder jonge bestuurders, zoals studies hadden aangetoond. Hoewel de wet zelf zich richt op het reguleren van de leeftijd waarop jongeren alcohol mogen kopen en consumeren, heeft het bredere beleid rond alcoholgebruik ook gevolgen gehad voor voorlichtings- en bewustmakingsinitiatieven. Inspanningen zijn gedaan om de bewustwording te vergroten en voorlichting te bieden over de effecten van alcohol op de ontwikkeling van het brein, met name gericht op jongeren. Scholen en gemeenschappen hebben programma's geïmplementeerd om jongeren te informeren over de gevaren van alcoholgebruik en om een gezonde houding ten opzichte van alcohol te bevorderen. De resultaten van empirisch onderzoek naar de effecten van de wijziging van de wettelijke drinkleeftijd van 18 naar 21 jaar in de VS laten zien dat de deelname aan drinken voor 18- tot 20-jarigen met 6,1% verminderde, het zware episodische drinken met 3,4% en de frequentie van drinken in de afgelopen maand met 17%. Dit had ook invloed op het aantal verkeersongevallen 's nachts onder 18- tot 20-jarigen, dat met 17% verminderde, evenals op het verminderen van suïcidesterfte en op het aantal arrestaties bij uiteenlopende misdrijven, waaronder rijden onder invloed van alcohol, mishandeling en beroving (Carpenter & Dobkin, 2011; 2015).

In **IJsland** werd in de jaren 1990 het "IJslandse model" geïntroduceerd als reactie op zorgen over het alcoholgebruik onder jongeren en de daarmee samenhangende problemen. Dit model omvatte niet alleen het verhogen van de minimumleeftijd voor alcohol naar 20 jaar, maar ook andere interventies gericht op zowel risicovermindering voor middelengebruik (vb. verbod op alcoholmarketing) als versterking van beschermende factoren op verschillende preventieniveaus. Er werd specifiek gefocust op samenwerking met jongeren, ouders, scholen en de gemeenschap. Jaarlijkse cross-sectionele waarnemingen tonen een gestage afname van alcohol- en ander middelengebruik, evenals alcohol-gerelateerde ongevallen van 1997 tot 2007. Tegelijkertijd nam de tijd die adolescenten doorbrachten met hun ouders toe, alsook het bewustzijn van ouders over de activiteiten van hun kinderen. Het succes wordt toegeschreven aan de sterke focus op gezinswaarden (vb. rol van ouderlijke steun, toezicht, ouder-kind interactie, gemeenschapsversterking via oudercontacten), nieuwe sociale activiteiten voor ouders en de algehele betrokkenheid van de gemeenschap (Sigfúsdóttir et al., 2008).

In **Litouwen** heeft de overheid diverse maatregelen genomen om alcoholgebruik te ontmoedigen. In 2014 werd alcoholconsumptie op openbare plaatsen verboden, gevolgd door een verhoging van de minimumleeftijd voor alcoholconsumptie van 18 naar 20 jaar in 2018. Tevens werden beperkingen op alcoholreclame ingevoerd op *billboards*, televisie, radio, gedrukte media en internet. Strengere verkooprestricties, inclusief strikte verkoopuren, traden in 2019 in werking. Accijnzen op alcohol werden verhoogd, wat resulteerde in een prijsstijging van gemiddeld 11,4% tussen 2021 en 2022 en een daling van alcoholgebruik tot gevolg had (Karčiauskas, 2023). Onderzoek van het Departement Drugs-, Tabaks- en Alcoholcontrole toont aan dat een meerderheid van de Litouwse bevolking deze maatregelen steunt, met respectievelijk 67% en 62% die de verhoging van de wettelijke leeftijd en het totale verbod op alcoholreclame ondersteunen. Hoewel herziening overwogen werd, bleek uit populatieonderzoek dat de meerderheid tegen een verlaging van de minimumleeftijd (74,6%) en verlenging van verkoopuren (59,2%) is. Korte-termijneffecten tonen alvast positieve resultaten van deze maatregelen, zoals een toenemend aantal Litouwse jongeren dat geen alcohol drinkt en verminderde alcoholvergiftigingen (<https://movendi.ngo/news/2021/06/03/lithuania-alcohol-policy-success-as-growing-number-of-youth-stays-alcohol-free-longer/>).

2.5.2. Geleidelijke benadering

De wijziging van de minimumleeftijdsgrens voor alcohol en de procedures daarbij verschillen tussen landen en kan direct of via een geleidelijke verhoging ingevoerd worden. Deze keuze hangt af van diverse factoren, zoals de specifieke sociale en culturele context van een land, de historische ontwikkelingen op het gebied van alcoholbeleid en de doelstellingen van het beleid zelf. Landen kunnen opteren voor een directe wijziging wanneer er behoefte is aan onmiddellijke ervaring van de impact van veranderende wetgeving. Aan de andere kant kan een geleidelijke verhoging meer acceptatie en aanpassing mogelijk maken, vooral als er sprake is van sterke sociale tradities of wanneer er behoefte is aan een geleidelijke overgang om maatschappelijke weerstand te verminderen.

In plaats van te pleiten voor een onmiddellijke verhoging naar 25 jaar, kan een meer geleidelijke benadering worden overwogen. Het optrekken van de leeftijdsgrens naar 18 jaar kan politiek haalbaarder zijn en alvast aanzienlijke gezondheidsvoordelen opleveren.

2.6. Effectieve preventie

2.6.1. Ouderlijke betrokkenheid en verantwoordelijkheid in alcoholpreventie

Ouders kunnen een sterke invloed uitoefenen op het alcoholgebruik van hun kinderen door open communicatie en het stellen van duidelijke verwachtingen en alcoholgerelateerde regels (Smit et al., 2022). Een bevraging bij Belgische jongeren bevestigt dat ouderlijk toezicht en controle samenhangen met minder alcoholgebruik, maar dat ouderlijk toezicht en controle afnemen met de leeftijd. Ouders blijken tevens een meer autoritaire stijl te hanteren voor meisjes en een meer toegeeflijke stijl voor jongens (Van Havere et al., 2017). Actieve betrokkenheid bij het leven van hun kinderen stelt ouders in staat om vroegtijdig risicogedrag te identificeren en hierop te reageren.

Het is van essentieel belang dat ouders een gezonde houding ten opzichte van alcohol bevorderen door een gezond voorbeeld te stellen. Onderzoek toont immers dat meer alcoholgebruik binnen het gezin de kans op regelmatig drinken bij jonge adolescenten vergroot (Smit et al., 2022). Daarnaast kunnen ouders regels stellen, afspraken maken, informatie delen over de risico's van alcoholgebruik wanneer jongeren op de leeftijd zijn dat ze beginnen met het drinken van alcohol.

Preventieve maatregelen binnen het gezin moeten gericht zijn op het sensibiliseren van ouders voor de gevolgen van alcoholgebruik, het versterken van de ouder-kindrelatie, het bevorderen van open communicatie en het bieden van de nodige ondersteuning om stress en druk van buitenaf en binnen het gezin te verminderen (Smit et al., 2022; Van Havere et al., 2017). Ouders spelen een sleutelrol bij het vormgeven van de attitudes en normen van hun kinderen met betrekking tot alcohol, waardoor zij een belangrijke partner zijn in het algehele succes van alcoholpreventie-initiatieven.

2.6.2. Sensibiliseringscampagnes

Sensibilisatiecampagnes zijn belangrijk, niet alleen die gericht op jongeren, maar ook op volwassenen, ouders en gezinnen en de samenleving als geheel. Het bewustzijn vergroten over de schadelijke effecten van alcoholgebruik op jonge leeftijd kan helpen bij het veranderen van attitudes. Ook webgebaseerde platforms bieden een toegankelijke manier om voorlichting te geven en mensen te bereiken. Bij de praktische implementatie is het noodzakelijk om rekening te houden met eerder opgebouwde praktische kennis en ervaring, evenals de specifieke kenmerken van de doelgroep en lokale context.

Op basis van praktijkervaring hebben twee campagnes in België en Vlaanderen hun doeltreffendheid aangetoond: 'Tournée Minérale' en 'Zwart op wit bewezen: studenten amuseren zich ook zonder alcohol'.

Tournée Minérale is een campagne, bedacht door de Stichting tegen Kanker in 2017, en nu gecoördineerd door VAD/De Druglijn in Vlaanderen en Univers santé in de Franstalige gemeenschap, gericht op reflectie over alcoholgebruik en -gewoonten, met als voornaamste doelen het verminderen van alcoholconsumptie en bewustmaking over de gezondheidsrisico's van alcohol (<https://www.tourneeminerale.be/>). Mensen worden uitgedaagd om de hele maand februari geen alcohol te drinken. Vanaf de eerste editie was het een enorm succes. Zo'n 1 op de 5 volwassenen nam deel aan de campagne en 122.460 Belgen schreven zich officieel in. In 2023 deed ongeveer 1 op de 4 Vlamingen mee aan Tournée Minérale.

Het succes wordt toegeschreven aan de hype die werd gegenereerd via zowel traditionele als sociale mediakanalen. Verschillende mechanismen worden gebruikt in de campagne, waaronder een sociale mediacampagne met advertenties en viraal materiaal, tv-reclame en lokale acties zoals postercampagnes en mocktail-evenementen. Deelnemers kunnen zich bovendien registreren op de website (Deleener, 2019).

Gedragveranderingen werden geëvalueerd in een grootschalige studie van de UGent gedurende drie meetmomenten: vóór de start van de campagne, 6 weken en 6 maanden na de campagne (Thienpondt et al., 2024a, b). Uit de resultaten blijkt dat de deelname aan Tournée Minérale een duidelijk kort en middellang termijneffect heeft op het wekelijkse aantal gedronken glazen. Dit aantal daalde van gemiddeld $7,22 \pm 2,70$ glazen voor de campagne tot gemiddeld $5,08 \pm 2,48$ glazen direct na de campagne en tot $5,87 \pm 2,58$ glazen zes maanden na de campagne. Daarentegen bleef het gemiddelde aantal gedronken glazen onder degenen die niet deelnamen (de controlegroep) ongeveer gelijk: $4,01 \pm 2,58$ glazen voorafgaand aan de start en respectievelijk $4,72 \pm 2,51$ en $4,79 \pm 2,41$ glazen op de twee postmetingen.

De campagne van VAD en De DrugLijn '**Zwart op wit bewezen: studenten amuseren zich ook zonder alcohol**' werd gelanceerd in 2011 en herbevestigde haar boodschap de afgelopen jaren. Met als doelen het vergroten van bewustzijn over de negatieve gevolgen van alcoholgebruik onder studenten en de verkeerde perceptie aan te pakken dat elke student zwaar drinkt, toont de campagne aan dat studentenfeesten net zo leuk kunnen zijn zonder alcoholgebruik. Uit een grootschalige bevraging van studenten in 2010 bleek dat de meerderheid verantwoord omgaat met alcohol. Echter, er bestaat een misverstand onder studenten, aangezien ze het alcoholgebruik van hun medestudenten veel hoger inschatten dan de werkelijke cijfers aangeven (Deleener, 2019). De campagne fungeert als gespreksstarter met belangrijke stakeholders, waaronder studentenclubs, universiteiten en hogescholen, studentenvoorzieningen en studentenbars en -restaurants. Door virale video's en posters verspreidt de campagne de boodschap dat niet alle studenten overmatig drinken tijdens feesten en moedigt zij verantwoord alcoholgebruik aan.

De internationale wetenschappelijke literatuur spitst zich vooral toe op sensibiliseringsprogramma's en vaardigheidstrainingen in scholen en minder in andere gebieden (gezin, gemeenschap, webgebaseerd). Globaal blijken schoolgebaseerde programma's klinisch relevant en effectief te zijn in het beïnvloeden van attitudes en intenties met betrekking tot alcoholpreventie. Deze programma's zijn succesvol in het verminderen van sociale normen en acceptatie van alcohol, het terugdringen van intoxicatie en het vergroten van percepties met betrekking tot de negatieve gevolgen van drinken (Jiloha, 2017; Sánchez-Puertas et al., 2022).

De langetermijneffecten van alcoholpreventie op school werden onderzocht in een gerandomiseerde gecontroleerde studie (RCT) over een periode van 7 jaar (Newton et al., 2022). Resultaten toonden aan dat interventiegroepen, blootgesteld aan verschillende preventieprogramma's, significant minder risico liepen op alcoholgerelateerde schade (OR = 0,13 — 0,33) en risicovol alcoholgebruik (webgebaseerd universeel programma: OR = 0,04; selectief persoonlijkheidsgericht programma: OR = 0,17) vergeleken met groepen die alleen

standaardgezondheidsvoorlichting kregen. Het webgebaseerde programma verminderde ook de kans op *binge* drinking (OR = 0,12). Gecombineerde interventies toonden geen extra voordeel. Deze bevindingen benadrukken de langdurige effecten van zowel universele als selectieve preventieve schoolprogramma's.

Diverse onderzoeken wijzen op belangrijke thema's binnen preventieprogramma's, waaronder het uitstellen van de leeftijd van eerste alcoholconsumptie, het begrip van vroegtijdig alcoholgebruik en de ontwikkeling van problemen, alsook de aanpak en bijstelling van positieve verwachtingen, sociale normen en risicofactoren zoals tolerantie en verlies van controle (Behrendt et al., 2008; DeWit et al., 2000; Petit et al., 2013).

2.6.3. Geïntegreerde aanpak zonder belangenvermenging van de industrie

Voor een effectieve alcoholpreventie is het aangewezen een geïntegreerde aanpak te stimuleren, waarbij diverse belanghebbenden zoals overheid, zorginstellingen, scholen en sportverenigingen samenwerken. In Nederland werd het 'Nationaal Preventieakkoord' in 2018 geïntroduceerd met als doel overgewicht, roken en problematisch alcoholgebruik terug te dringen. Het akkoord was tot stand gekomen door samenwerking tussen de Nederlandse overheid, 70 maatschappelijke organisaties en zorginstellingen én het bedrijfsleven.

Ondanks inspanningen blijkt uit de situatie in Nederland, zoals gepresenteerd in de cijfers van 2022, dat de beoogde doelen niet zijn bereikt en het aantal drinkers nauwelijks is afgenomen (<https://nos.nl/artikel/2420676-overgewicht-roken-en-drinken-in-drie-jaar-nauwelijks-gedaald>).

De HGR pleit voor een onafhankelijke aanpak, waarbij samenwerking met de industrie wordt vermeden vanwege de voor de hand liggende belangenconflicten. De industrie streeft immers naar hogere omzetten, onder andere door het bevorderen van meer alcoholgebruik. Preventieve maatregelen vanuit de industrie zijn daarom gericht op het verbeteren van hun imago en ondermijnen hun geloofwaardigheid.

Vanuit het gezondheidsperspectief volgt de HGR het WGO-principe 'hoe minder, hoe beter', wat haaks staat op de doelstellingen van de industrie. Dit standpunt wordt versterkt door de stopzetting van het overleg aan de Alcoholtafel in oktober 2022 in Nederland, nadat het niet leidde tot de noodzakelijke aanvullende maatregelen om de doelen van het Nationaal Preventieakkoord te bereiken. Zowel het Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid STAP als de Nederlandse Vereniging voor Drank- en Horeca Inspecteurs hadden eerder al publiekelijk aangekondigd hun deelname aan het overleg op te schorten⁹.

Analoog aan doelstelling 1.1 in het tabaksplan (2022) pleit de HGR eveneens voor het opstellen van Belgische richtsnoeren voor contacten tussen de alcoholindustrie en overheidsdiensten en -instanties met als doel de industrie niet langer te betrekken bij de voorbereiding en uitvoering van het volksgezondheidsbeleid. In dit kader wijzen we op actie 26 van het alcoholplan (2023), waarin wordt bepaald dat er binnen de federale overheid een transversaal transparantie- of lobbyregister zal worden opgezet.

⁹ In 2013 werd in de Nederlandse Drank- en Horecawet de mogelijkheid voor gemeenten opgenomen om *happy hours* en prijsacties (boven de 30%) in de detailhandel te regelen. Hoewel de eerste bevoegdheid regelmatig werd gebruikt, gold dit niet voor de tweede vanwege bezwaren van de supermarktbranche. Een nationale reclameregeling legde de grens bij 50%, terwijl sommige gemeenten lokale regelingen hadden met een grens van 30%. Om de verwarring aan te pakken, kondigde staatssecretaris Paul Blokhuis in 2018 aan dat hij het stunten met alcoholische dranken door detailhandelaren landelijk zou beperken tot maximaal 25%. Deze maatregel werd opgenomen in de Alcoholwet die op 1 juli 2021 van kracht werd. Het doel was het voorkomen van problematisch alcoholgebruik door de prikkel om te kopen te verminderen. Deze maatregel is niet opgenomen in het Nationaal Preventieakkoord, waarin geen wettelijke maatregelen zijn afgesproken vanwege verzet van de alcoholbranche. Het overleg aan de Alcoholtafel werd stopgezet in 2022.

3. Actie 68 : Minimumprijs van alcohol

3.1. Inleiding en vraag

Maatregelen om alcoholgebruik te beperken, zoals een wettelijk prijsbeleid, dragen bij aan de bescherming van de volksgezondheid en het maatschappelijk welzijn. Het gemiddelde alcoholgebruik per persoon in België is tussen 2010 en 2019 met 5,4% gedaald, maar er waren geen veranderingen tussen 2017 en 2019. Sindsdien zijn er meer volwassenen die wekelijks alcohol drinken (48% in 2018 vs 54% in 2023) en minder volwassenen die maandelijks (24% vs 22%) of minder dan maandelijks (15% vs 11%) alcohol drinken (Sciensano, 2023). Het schadelijke drinkgedrag (meer dan 20 g/dag ethanol bij vrouwen, meer dan 40 g/dag ethanol bij mannen) onder adolescenten en jongeren is in de loop der tijd toegenomen (WGO, 2023). Uit het recent cohortonderzoek Belhealth van Sciensano (2023) bleek dat 18% van de volwassen Belgen meer dan 10 glazen alcohol per week dronk (de hoeveelheid uit het HGR advies 9438, 2018).

In advies 9438 'Risico's van alcoholgebruik' van mei 2018 raadde de HGR reeds aan een gediversifieerd prijsbeleid te voeren door

- Een minimumprijs per alcoholeenheid die wordt verkocht in de detailhandel te bepalen,
- Een verbod om alcoholische dranken gratis of aan fel verminderde prijs aan te bieden,
- Taksen en accijnzen te verhogen.

De vraag die aan de HGR wordt gesteld, betreft actie 68 van het interfederaal alcoholplan en is gericht op het achterhalen wat het effect is van het opleggen van een minimumprijs op de toegankelijkheid van alcohol voor bepaalde doelgroepen (onderzoek naar de soorten producten en op welke categorie publiek deze effect zou hebben om de toegevoegde waarde en de geschiktheid van een dergelijke maatregel beter te kunnen inschatten). Dit advies kan een aanvulling vormen op het advies van een *ad-hoc* werkgroep over minimumprijzen (bestaande uit vertegenwoordigers van de FOD Economie, de FOD Financiën en de FOD Volksgezondheid) die ter uitvoering van actie 68 werd opgericht teneinde de mogelijkheid te analyseren om een minimumprijs in te voeren en/of om verschillende scenario's met betrekking tot de alcoholprijs (belastingen, accijnzen, enz.) voor te leggen aan de federale regering. Dit zou gekoppeld kunnen worden aan de 'gezondheidsverschuiving', waarbij de voordelen via een ander kanaal aan de burger toekomen.

Met andere woorden, de vragen die aan de HGR worden gesteld zijn als volgt:

- Wat zouden de gevolgen voor de gezondheid zijn van het opleggen van een minimumprijs voor de toegankelijkheid/consumptie van bepaalde alcoholische producten, afhankelijk van de categorie van de doelgroep?
- Wat is de mening van de HGR over het effect van een verandering in de prijs van bepaalde categorieën alcohol op de toegankelijkheid ervan voor een doelgroep (bv., zou het opleggen van een minimumprijs voor goedkope alcoholische dranken die toegankelijker zijn voor jongeren de toegang tot deze dranken en dus hun consumptie verminderen)?
- Wat is de beste praktijk in het buitenland? Wat zijn de gezondheidseffecten van dit prijsbeleid?
- Zijn dergelijke prijsmaatregelen van toepassing op de Belgische geografische context (mogelijke aankopen aan de grens)?

3.2. Effecten van een prijswijziging op de toegankelijkheid van alcohol

Een verandering in de prijs van alcohol kan een significante impact hebben op de toegankelijkheid ervan, vooral voor jongeren. Het opleggen van een minimeenheidsprijs (MUP) zal in het bijzonder goedkope alcoholische dranken duurder maken en daardoor vooral invloed hebben op veelgebruikers van alcohol die veelal goedkopere alcohol gebruiken. Gezien jongeren veelal een beperkt budget hebben en daardoor goedkopere alcoholische dranken consumeren, wordt verwacht dat de implementatie van MUP het potentieel heeft om de toegang tot deze dranken ook voor jongeren te verminderen en daarmee hun consumptie te beperken. Dit kan gunstig zijn om alcoholgerelateerde problemen en risico's bij jongeren te verminderen.

Uit een bevraging bij jongeren bleek dat het selectief verhogen van de prijzen van alcoholische dranken met een hoog alcoholgehalte via MUP leidde tot een verminderde gebruik van 28% (Chaaban et al., 2022). Jongeren gaven aan slechts een maximumbedrag te willen spenderen aan alcoholische dranken. De vermindering van ethanolname door invoering van een gerichte MUP was groter dan wat bereikt werd met een uniforme MUP toegepast op alle alcoholische dranken ongeacht het ethanolgehalte (5% consumptievermindering) of gerichte belastingmaatregelen (16% consumptievermindering). Deze bevindingen zijn gebaseerd op gegevens verzameld uit een enquête over voorkeuren en consumentengedrag en ze hebben niet dezelfde robuuste basis als analyses gebaseerd op reële marktgegevens, maar dergelijke gegevens specifiek voor jongeren ontbreken in de wetenschappelijke literatuur. Niettemin blijft de invoering van MUP een potentieel waardevolle maatregel die positieve gezondheidseffecten heeft aangetoond (zie voorbeelden hieropvolgend) en wellicht ook positieve effecten bij jongeren bewerkstelligt.

3.3. Verwachte gezondheidseffecten van een aangepast prijsbeleid

Op basis van de bestudering van verschillende simulatiemodellen beschrijft de WGO (2022) de consistente bevinding dat de invoering van een MUP, vooral op goedkopere dranken, aanzienlijke verminderingen in de algehele alcoholconsumptie en gerelateerde schade kan bewerkstelligen. Hogere MUP-niveaus leiden tot grotere voordelen, hoewel de impact minder duidelijk is voor zware drinkers. Socio-economische verschillen tonen een vergelijkbaar patroon, waarbij hogere MUP-niveaus resulteren in algemene verbeteringen in de gezondheid, maar met een kleinere proportie van deze voordelen voor de meest achtergestelde groepen. Modelleringsgegevens suggereren dat MUP zwaardere drinkers meer aanzet tot consumptievermindering, wat levens redt en de kosten van gezondheidszorg, criminaliteit en arbeidsverzuim door alcohol vermindert. Het effect van MUP op gezondheidsongelijkheid lijkt gunstig, vooral bij lagere inkomensgroepen. Over het algemeen wijst modelleringsbewijs erop dat MUP waarschijnlijk grotere resultaten zal behalen dan alleen de verhoging van alcoholbelasting.

Momenteel worden er vormen van Minimum Pricing (waaronder MUP) gehanteerd in Schotland, Wales, Ierland, Canada, Australië, Wit-Rusland, Rusland, Kazachstan, Kirgizië, Oezbekistan, Moldavië, Oekraïne, Armenië en Slovaakse Republiek. Schotland heeft de meest gedocumenteerde informatie over de invoering en effecten van MUP; ook Wales en Canada zijn grondiger bestudeerd in deze context. In vergelijking hiermee is er veel minder bekend over de andere landen. Daarom bespreken we Schotland als het meest uitgewerkte voorbeeld, maar verwijzen we ook naar de modelleringsanalyses van directe buurlanden Frankrijk en Nederland om de (verwachte) gezondheidseffecten te illustreren.

3.3.1. Voorbeeld uit Schotland

In 2018 heeft Schotland een MUP voor alcohol ingevoerd als een maatregel om alcoholgebruik te verminderen. De MUP werd vastgelegd op 50 pence per eenheid pure alcohol (8g; overeenkomend met 58 eurocent), ongeacht het type drank (Public Health Scotland, 2023). Dit leidde tot een gemiddelde directe stijging van 3,5 tot 6 pence per alcoholeenheid, vooral voor alcohol van mindere kwaliteit. Zowel producenten als verkopers hielden zich over het algemeen goed aan deze prijsregelgeving, wat resulteerde in een hoge mate van naleving (hoge compliantie).

De alcoholconsumptie in supermarkten daalde over 3 jaar met 3%, terwijl er in de horeca geen vermindering werd waargenomen. Dit effect was vooral merkbaar bij zware drinkers (meer dan 20 eenheden per week), waar het verbruik bij de 5% zwaarste consumenten tot wel 14,8% afnam (O'Donnell et al., 2019). Er vond ook een gedeeltelijke verschuiving plaats naar dranken met een lager alcoholgehalte. Bij de 70% lichtste drinkers was er geen verschil in consumptie.

Op het gebied van alcoholgerelateerde en sociale problemen waren er positieve resultaten, met een daling van het sterftcijfer (13,4%) en ziekenhuisopnames (4,1%) (Maharaj et al., 2023; Wyper et al., 2023). Hoewel de impact niet significant was voor de gehele bevolking, bracht het aanzienlijke voordelen met zich mee voor diverse kwetsbare groepen, met name bij mannen en in armere regio's.

Zowel de alcoholindustrie als de horeca ondervonden geen negatieve gevolgen van deze prijsregelgeving: de licht stijgende prijzen gingen hand in hand met een lichte afname in de verkoop. Voorspellingen gaven aan dat de totale waarde van de Schotse alcoholmarkt met 0,7% zou stijgen na de invoering van een MUP van 50 pence (Angus et al., 2016). Evaluaties bevestigen deze voorspellingen en laten zien dat de winstgevendheid van zowel detailhandelaren als producenten nauwelijks is beïnvloed. Opmerkelijk is dat er geen bedrijfssluitingen, afname van werkgelegenheid of verminderde investeringen plaatsvonden als gevolg van de MUP (Frontier Economics, 2019). Daarnaast heeft er zich geen verschuiving naar illegaal drugsgebruik voorgedaan en geen toename van verkoop over de landsgrenzen (Public Health Scotland, 2023).

Ondanks deze positieve effecten werd er geen vermindering waargenomen in het aantal alcoholgerelateerde verkeersongevallen of criminaliteit. Ook bleek de prijswijziging geen gezondheidseffect te hebben bij personen met een alcoholverslaving, die juist meer geld besteedden aan de aankoop van alcohol vanwege hun verslavingsgedrag. Dit brengt met name voor deze doelgroep zorgen met zich mee, die moeten worden aangepakt met extra aandacht voor hulpverlening en -aanbod.

Vijf jaar na invoering van MUP voor alcohol en bekendmaking van de resultaten heeft de Schotse overheid eind 2023 een publieke consultatie uitgevoerd over de verderzetting van MUP en een eventuele verdere prijsstijging (Scottish Government, 2023). In afwachting van de resultaten heeft de overheid verschillende scenario's uitgewerkt (voortzetten van MUP, handhaven op de huidige 50 pence per eenheid, verlagen, of verhogen). Vanuit deze scenario's neigt de Schotse overheid naar een verhoging van MUP naar 65 pence per eenheid, waarbij ze erkennen dat dit de schade aanzienlijk kan verminderen, vooral bij achtergestelde bevolkingsgroepen, zonder dat de markt te erg verstoord wordt. Hogere niveaus worden als te ingrijpend voor bedrijven en consumenten beschouwd. De overheid erkent dat elke verhoging gevolgen zal hebben voor bedrijven, maar bewijs suggereert dat MUP over het algemeen geen nadelige invloed heeft gehad op de alcoholindustrie.

Naar het voorbeeld van Schotland volgde Wales in 2020 met de introductie van dezelfde MUP (Anderson et al., 2021). De prijsstijgingen en aankoopdalingen op korte termijn waren vergelijkbaar met Schotland. Het verschil tussen Wales en westelijk Engeland als controle was een prijsstijging van 8,2% en een aankoopdaling van 8,6% per volwassene per huishouden per dag. Voor zowel Schotland als Wales waren de verminderingen in algemene

alcoholaankopen grotendeels beperkt tot huishoudens die de meeste alcohol kochten. Deze voorbeelden tonen dat MUP een effectieve beleidsmaatregel is om de aankopen van alcohol voor (thuis)gebruik te verminderen en positieve (gezondheids)effecten te verwezenlijken.

3.3.2. Voorbeeld uit Frankrijk

Op basis van representatieve aankoopgegevens voor thuisconsumptie in Frankrijk is een diepgaande analyse en modellering uitgevoerd om de gevolgen van verschillende prijshervormingsscenario's op alcohol te kwantificeren (Étilé et al., 2022). De resultaten tonen aan dat een MUP van 50 eurocent per eenheid pure alcohol aanzienlijke voordelen biedt ten opzichte van belastinghervormingen. Een te lage belasting op alcohol zou leiden tot een toename van het alcoholgebruik door huishoudens, vooral met betrekking tot de consumptie van sterke dranken die hierdoor in prijs zouden verlagen.

Het implementeren van een MUP zou resulteren in 15% minder alcoholaankopen door huishoudens, een daling met 17% van de alcoholconsumptie en een vermindering van 22% van het aantal sterfgevallen door kanker als gevolg van alcohol. Dit beleid zou effectiever zijn dan een hoge belasting op alcohol, omdat het de totale hoeveelheid gekochte alcohol zou verminderen, ongeacht het type alcohol. Met name huishoudens die meer dan twee eenheden alcohol per volwassene per dag consumeren, zouden aanzienlijk worden beïnvloed. Deze huishoudens hebben de neiging goedkopere producten te consumeren, die juist het doelwit zijn van een MUP.

Hoewel op korte termijn een MUP een welzijnsverlies van 90 euro per jaar per huishouden dat veel alcohol koopt kan veroorzaken, zou dit verlies op lange termijn verminderen door minder alcoholafhankelijkheid en de verwachte gezondheidswinst. Het geschatte gemiddelde welzijnsverlies voor welvarende huishoudens is 43 euro, tegenover 35 euro voor bescheiden huishoudens. Deze verliezen kunnen worden afgewogen tegen de verwachte daling van de totale maatschappelijke kosten van alcoholgebruik.

Een MUP zou de winsten van kleine wijnproducenten vergroten (+39%), ten koste van industriële producenten en distributeurs (-39%). Het zou de prijsconcurrentie tussen verschillende soorten alcohol stimuleren en een gezondere alcoholconsumptie bevorderen. Door consumenten aan te moedigen bewustere keuzes te maken, kan dit resulteren in een verschuiving naar kwaliteitsdranken, met mogelijke positieve effecten voor de horeca. Er wordt geenszins verwacht dat de horeca negatief wordt beïnvloed door de invoering van MUP.

In essentie toont dit voorbeeld aan dat de invoering van een MUP, zoals ook recentelijk aangemoedigd op beleidsniveau, aanzienlijke voordelen heeft voor de volksgezondheid, mede gunstig is voor vooral onafhankelijke drankproducenten en een vrijwel neutrale impact heeft op de staatsinkomsten (<https://www.euractiv.fr/section/sante/news/un-depute-de-la-majorite-veut-un-prix-minimum-par-unite-dalcool/>).

3.3.3. Voorbeeld uit Nederland

In een maatschappelijke kosten-baten analyse in Nederland werden verschillende vormen van prijsbeleid doorgerekend: accijnsverhoging van 50%, variërende MUPs (30 tot 65 eurocent per eenheid) en combinaties van accijnsverhoging en MUPs (de Wit et al., 2021).

De scenario's met een accijnsverhoging van 50% resulteerden in zowel extra gezondheidsvoordelen als directe kosten voor de samenleving door alcoholprijsstijging. De grootste kosten vallen op alcoholconsumenten, die consumentensurplus verliezen

(het verschil tussen de marktprijs van een product en de waardering ervan door de consument). Consumenten leveren dus welvaart in, al blijft er discussie of de doelgroep van MUP, zware drinkers, welvaart ervaren, gezien er niet meer goed over de consumptiebeslissing wordt nagedacht en niet alle consequenties van consumptie worden overwogen. De grootste kosten worden verwacht bij accijnsverhoging, gevolgd door gelijktijdige invoering van accijnsverhoging en MUP. Enkel een MUP-beleid leidt tot de laagste kosten. Deze lasten stijgen voor alcoholconsumenten bij een intensiever beleid tegen alcoholconsumptie.

Effecten op belasting en accijns zijn positief bij accijnsverhoging, maar negatief bij enkel een MUP, omdat bij lagere alcoholconsumptie minder accijns en BTW geïnd wordt. Accijnsverhoging verhoogt de kosten voor alcoholaanbieders door afnemende consumptie. Een 50% accijnsverhoging met MUP brengt voordelen voor aanbieders door extra marge, maar bij een lage MUP van 45 eurocent wegen deze voordelen nog niet op tegen de kosten door verminderde totale alcoholconsumptie ingevolge prijsstijging. In contrast hiermee brengt enkel de invoering van een MUP, zonder accijnsverhoging, altijd voordelen met zich mee voor aanbieders.

Tegenover de alcoholprijskosten die gedragen worden door consumenten en producenten (alleen bij accijnsverhoging) staan duidelijke baten voor de gehele samenleving, zoals minder verkeersongevallen, minder met alcohol samenhangende misdrijven en geweld en verbetering van de arbeidsproductiviteit. De analyseresultaten tonen ook verminderde kosten, voornamelijk binnen de gezondheidszorg (tussen €1 miljard en €4,6 miljard over 50 jaar), evenals in de domeinen van politie, justitie en onderwijs. Deze kostenbesparingen nemen toe bij meer ingrijpende beleidsscenario's.

Deze Nederlandse kosten-batenanalyse die zowel financiële als niet-financiële effecten meet en het consumentensurplus in rekening brengt, toont aan dat alle scenario's zowel gezondheidswinst opleveren als globaal kostenbesparend zijn. Daar waar alle vormen van prijsbeleid de alcoholconsumptie laten dalen, wordt MUP beschouwd als het meest succesvol voor het bereiken van doelgroepen die veel en goedkope alcohol consumeren. Het zijn vooral lagere inkomensgroepen (mensen met een lagere sociaal-economische status) die vaak goedkopere alcohol kopen, waardoor onder dit beleid de gezondheidseffecten ook vooral bij deze groepen zullen terechtkomen. MUP zou hierdoor mogelijk de sociaal-economische gezondheidsverschillen kunnen verkleinen.

Ondanks deze bevindingen was er echter onvoldoende draagvlak hiervoor bij de bevolking. Als alternatief heeft Nederland ervoor gekozen om de accijnzen op alle alcohol met 8% te verhogen (Douane, 2023). Aanvankelijk was er een voorstel om de accijnzen met 16% te verhogen, maar dit werd gehalveerd via een amendement in de Tweede Kamer (2023).

3.3.4. Modelling van de WGO met extrapolatie naar België

Naast het vaststellen van een wettelijke MUP, kan het verhogen van belastingen op alcoholische producten ook een effectieve maatregel zijn om alcoholgebruik te verminderen. De WGO benadrukt dat alcohol momenteel zeer betaalbaar is in de Europese WGO-regio, waar belastingen vaak beperkte invloed hebben op de retailprijzen. Als één van de 'best buys' om schadelijk alcoholgebruik te verminderen, suggereert de WGO dat belastingen op alcohol aanzienlijk moeten worden verhoogd. Volgens een WGO-studie uit 2022 (Neufeld et al., 2022) is het belastingaandeel over het algemeen laag, vooral voor wijn. Een verhoging tot minimaal 25%, vergelijkbaar met een derde van het aanbevolen belastingaandeel voor sigaretten, kan aanzienlijke gezondheidsvoordelen opleveren (voorkomen van 40.000 sterfgevallen in de Europese WGO-regio, puntschatting 40.033, 95% betrouwbaarheidsinterval: 38.054 – 46.097). De modelleringsstudie schat dat een accijnsaandeel van 15% en het handhaven van een prijs per alcoholeenheid jaarlijks meer dan 130.000 sterfgevallen zou kunnen voorkomen

(puntschatting 132.906, 95% betrouwbaarheidsinterval 124.691 – 151.674). Deze modellering is gebaseerd op een combinatie van verschillende factoren, waaronder aanbevelingen van de WGO, en gegevens uit andere landen en regio's waar vergelijkbare maatregelen effectief zijn gebleken en kan door extrapolatie toegepast worden op België.

Gevoeligheidsanalyses bevestigen de aanzienlijke volksgezondheidsvoordelen van een verhoging van alcoholaccijnzen. De WGO benadrukt dat alcohol, net als tabak, geen gewoon handelsartikel is en bepleit het ontwikkelen van een aanbevolen belastingniveau in de consumentenprijs van alcohol als een belangrijke stap.

3.3.5. Duurzaamheid van effecten

Het is te overwegen dat een plotse prijsstijging onder de vorm van MUP aanvankelijk een schokeffect teweegbrengt, waaraan mensen zich na verloop van tijd aanpassen en aldus het effect op alcoholaankoop en -consumptie tijdelijk lijkt. Er is echter geen duidelijk bewijs dat de algemene bevolking van Schotland de prijsstijging als schokkend ervaarde, aangezien dit beleid globaal geaccepteerd of niet opgemerkt werd (Public Health Scotland, 2023). Noch is er evidentie dat ze terugkeren naar hun oude drinkgewoonten, waardoor MUP ook op lange termijn effectief kan zijn. Schotland en Wales investeren alvast in lopende onderzoeksprogramma's die in de komende jaren aanvullende empirische evidentie zal opleveren. Dergelijke voortdurende inspanningen kunnen niet alleen bijdragen aan het verfijnen van beleidsmaatregelen, maar ook aan het vergroten van het begrip van de duurzaamheid en effectiviteit van MUP op de lange termijn.

3.4. Toepassing van een aangepast prijsbeleid in België

3.4.1. De Belgisch geografische context

Mensen zijn van nature geneigd om producten tegen de laagst mogelijke prijs te verkrijgen met zo min mogelijk tijd- en geldkosten. Doorgaans kopen ze bij de dichtstbijzijnde leverancier, tenzij er aanzienlijke prijsverschillen zijn. Niet alleen economische redenen spelen hierbij een rol, maar ook niet-economische factoren zoals het zoeken naar variatie in dagelijkse activiteiten en winkelen voor het plezier in vrije tijd. Rekening houdend met de geografische context van België is het ook relevant welke factoren invloed hebben op het koopgedrag van mensen bij het aanschaffen van alcohol over de landsgrens.

Het fenomeen van grensoverschrijdend winkelen voor alcohol wordt geïllustreerd in het onderzoek van Bygvrå (2009) onder Denen in Duitsland. Sinds Denemarken in 1973 lid werd van de Europese Economische Gemeenschap (EEG), reizen Denen naar Duitsland om alcoholische dranken te kopen die goedkoper zijn dan in eigen land. Veranderingen in belastingvrije toelagen en prijsverhoudingen hebben geleid tot aanpassingen in het koopgedrag van consumenten. Echter speelt de afstand tot de grens een cruciale rol in het grensoverschrijdend winkelen voor alcohol. Over het algemeen blijkt dat mensen binnen 25 km van de grens significant ander gedrag vertonen dan reizigers op grotere afstanden. Deze afstand blijkt een *cut-off* te zijn voor effectieve aankopen versus recreatief winkelen. Het onderzoek, gebaseerd op *face-to-face* interviews op 8 meetmomenten tussen 1986 en 2003, concludeert dat deze afstand een beslissende rol speelt in het bepalen van het koopgedrag bij het kopen van alcohol over de landsgrens.

De helft van de Belgen woont op minder dan 50 km van een nationale grens, wat uitstapjes voor aankopen in de buurlanden vereenvoudigt. Hoeveel Belgen doelbewust de grens over trekken voor het aanschaffen van alcohol is onduidelijk. Het is hierbij echter belangrijk op te merken dat enkel de prijs van goedkope alcoholische dranken omhoog gaat door de MUP, in tegenstelling tot het doorvoeren van een belastingstijging op alcohol (wat grensoverschrijdende verkopen potentieel stimuleert). Hierdoor worden grensoverschrijdende aankopen minder interessant, zoals ook te zien in het zuiden van Schotland (Public Health

Scotland, 2023). Daar zijn de aankopen over de grens naar Engeland niet veranderd nadat de MUP werd ingevoerd. Dit laat zien dat het specifiek verhogen van de prijzen van goedkope alcoholische dranken ervoor zorgt dat mensen minder geneigd zijn om over de grens te kopen, zelfs in gebieden waar dit fenomeen voorheen relevant was. De invloed van prijsmaatregelen lijkt daarmee een belangrijke factor te zijn in het sturen van het consumentengedrag bij de aankoop van alcohol over de landsgrens, bovenop de eerder genoemde geografische en afstandsgerelateerde overwegingen.

3.4.2. Concrete voorbeelden

Als we het voorbeeld uit Schotland zouden toepassen op België, zou een MUP van 50 Britse pence per eenheid (8g) overeenkomen met 58 eurocent per eenheid (10g), of 65 pence met 75 cent (rekening houdend met de wisselkoers op 5 januari 2024 van 1 Britse pond = 1,16 euro). Aangezien Schotland en België verschillende definities hanteren van een eenheid alcohol, is het essentieel dit mee te nemen bij de extrapolatieoefening. Het Trimbos-instituut hanteert de volgende formule voor de berekening van een standaardeenheid (<https://www.trimbos.nl/kennis/alcohol/alcohol-en-minimum-unit-pricing-mup/wat-is-minimum-unit-pricing-of-mup/>):

Volume drank in centiliters x alcoholpercentage x 0,789 = aantal eenheden per drank

Cara Pils : 50cl en 4,4% alcohol

- Aantal eenheden: $50 \times 0,044 \times 0,789 = 1,74$
- Bij MUP van €0,75/eenheid: minimumprijs = €1,31 per blikje
- Bij MUP van €0,58/eenheid: minimumprijs = €1,00 per blikje
- Huidige winkelprijs (Colruyt 5/1/2024): €0,45 per blikje:
- prijsstijging van 190% (MUP €0,75/eenheid) en 124% (MUP €0,58/eenheid)

Everyday witte wijn BIB : karton van 300cl en 12,5% alcohol

- Aantal eenheden: $300 \times 0,125 \times 0,789 = 29,59$
- Bij MUP van €0,75/eenheid: minimumprijs = €22,2 per karton
- Bij MUP van €0,58/eenheid: minimumprijs = €17,2 per karton
- Huidige winkelprijs (Colruyt 5/1/2024): €8,49
- prijsstijging van 161% (MUP €0,75/eenheid) en 103% (MUP €0,58/eenheid)

Everyday London Dry Gin: 70cl en 38% alcohol

- Aantal eenheden: $70 \times 0,38 \times 0,789 = 21,0$
- Bij MUP van €0,75/eenheid: minimumprijs = €15,8 per fles
- Bij MUP van €0,58/eenheid: minimumprijs = €12,2 per fles
- Huidige winkelprijs (Colruyt 5/1/2024): €10,99
- prijsstijging van 43,8% (MUP €0,75/eenheid) en 11,1% (MUP €0,58/eenheid)

Marie Galante Puerto Galero Rood : 300cl en 19% alcohol

- Aantal eenheden: $300 \times 0,19 \times 0,789 = 46,6$
- Bij MUP van €0,72/eenheid: minimumprijs = €35,0 per karton
- Bij MUP van €0,58/eenheid: minimumprijs = €27,0 per karton
- Huidige winkelprijs (Colruyt 5/1/2024): €13,9
- prijsstijging van 152% (MUP €0,75/eenheid) 94,2% (MUP €0,58/eenheid)

Duvel: 8 x 33cl en 8,5% alcohol

- Aantal eenheden: $33 \times 0,085 \times 0,789 = 2,21$
- Bij MUP van €0,75/eenheid: minimumprijs = €1,66 per flesje
- Bij MUP van €0,58/eenheid: minimumprijs = €1,28 per flesje

- Huidige winkelprijs (Colruyt 26/1/2024): €11,85/8 = €1,44 per flesje:
- prijsstijging van 15,2% (MUP €0,75/eenheid) en -11% (MUP €0,58/eenheid)

Omer: 6 x 33cl en 8,0% alcohol

- Aantal eenheden: $33 \times 0,080 \times 0,789 = 2,08$
- Bij MUP van €0,75/eenheid: minimumprijs = €1,56 per flesje
- Bij MUP van €0,58/eenheid: minimumprijs = €1,21 per flesje
- Huidige winkelprijs (Colruyt 26/1/2024): €8,98/6 = €1,50 per flesje:
- prijsstijging van 4,0% (MUP €0,75/eenheid) en -19,3% (MUP €0,58/eenheid)

MUP heeft geen negatieve gevolgen voor alcoholproducenten, aangezien de prijs van de meeste alcoholische dranken, vooral die van de midden- en hogere klasse, helemaal niet zal worden beïnvloed door deze verhoging, evenals de prijzen in de horeca in het algemeen.

IV. AANBEVELINGEN

1. AANBEVELINGEN M.B.T DE WAARSCHUWINGSBOODSCHAP BIJ MARKETING (ACTIE 22)

1.1. Verbod op alcoholmarketing

Eerst en vooral wil de HGR zijn aanbeveling van 2018 herhalen voor een volledig verbod op alcoholgerelateerde marketing en benadrukken dat dit de meest effectieve methode is om alcoholgebruik en alcoholgerelateerde schade te beperken.

Marketing moet zeer ruim gezien worden. Het is niet enkel de betaalde reclame op radio, tv, geschreven pers en billboards, maar ook nieuwe vormen van marketing (zie punt 1.2.1). Het digitale marketinglandschap brengt ook nieuwe risico's en uitdagingen met zich mee, die uitgebreide regelgeving en beperkingen vereisen om duidelijkheid te scheppen in de communicatie en interpretatie van hun juridische bedoeling. Het is ook essentieel om concrete stappen te ondernemen om deze regelgeving te bewaken en te handhaven in deze steeds veranderende omgeving.

1.2. Strikte beperking op alcoholmarketing

Indien een algemeen verbod onhaalbaar is (wat de HGR zou betreuren), moet er een wettelijk kader komen (**geen zelfregulering!**) voor bepaalde vormen van marketing die specifieke aandacht vragen en waar restricties voor moeten worden voorzien. Het is daarbij belangrijk dat in eerste instantie **het volume** aan alcoholmarketing wordt beperkt en dat daarnaast ook **de inhoud** wordt gereguleerd. Zoals aangegeven in punt 1.2.1 worden we bewust, maar vooral onbewust zeer veel blootgesteld aan alcoholmarketing.

1.2.1. Het volume van alcoholreclame verminderen

Om het volume van alcoholmarketing te beperken beveelt de HGR het volgende aan:

- 1) **Beperk geïntegreerde marketing (waaronder (sport)sponsoring en productplaatsing)**, omdat die onbewust een impact heeft op mensen en positieve associaties met alcoholmerken versterkt. Als dit soort reclame wordt gebruikt, **moet duidelijk worden gemaakt** (op een zichtbare en begrijpelijke manier) dat je wordt blootgesteld aan een marketingboodschap en moet er een gezondheidswaarschuwing worden toegevoegd (zie verder).
- 2) Controleer het **ontwerp van algoritmen en het gebruik van gegevens voor reclamedoeleinden** en beperk gepersonaliseerde reclame en geografische *targeting*. *Targeting* wordt immers vaak gebruikt om zich te richten op kwetsbaardere doelgroepen.
- 3) **Leg restricties op aan gebruikersinhoud (user generated content) en aan het stimuleren van engagement door alcoholmerken.** Het aanmoedigen van mensen om hun eigen alcoholgerelateerde inhoud te produceren op sociale media (door deel te nemen aan wedstrijden, merken te noemen, vrienden te taggen, enz.) kan immers leiden tot de verspreiding van alcoholgerelateerde inhoud die moeilijk te reguleren is en waarschijnlijk drankgebruik bevordert. Sociale media moeten ook betrokken worden bij deze regulering van inhoud, aangezien hun model de normalisering van alcohol aanmoedigt door blootstelling aan de consumptie van anderen te vergemakkelijken, wat gedrag aanmoedigt.
- 4) **Beperk het aanbieden van merchandising en gratis alcoholproducten** (inclusief aanbiedingen zoals "1+1 gratis" wanneer een consument een alcoholisch product koopt), zoals reeds deels beschreven in actie 23 van het huidige alcoholplan. Dit draagt namelijk bij tot de normalisering van alcohol en maakt het moeilijk voor consumenten om weerstand te bieden. Het gratis aanbieden van een product verlaagt de drempel sterk om het te gebruiken, omdat consumenten alleen voordelen lijken te hebben en geen kosten ervaren (zie ook de maatregelen met betrekking tot prijsstelling in punt 3 van de aanbevelingen).
- 5) **Bescherm minderjarigen** extra tegen de nadelige invloed van alcoholmarketing. De huidige maatregelen van het alcoholplan zijn onvoldoende omdat jongeren vaak naar content kijken die initieel bedoeld is voor volwassenen zoals bv. familieprogramma's zoals De Mol dat gesponsord wordt door Duvel.

1.2.2. Regulering van de inhoud van reclameboodschappen

Het gebruik van alcohol in reclame wordt vaak geromantiseerd en voorgesteld als zijnde de norm. Alcoholreclame kan drinken voorstellen als een positief en wenselijk gedrag, wat bijdraagt tot de normalisering van alcoholconsumptie. Daarnaast wordt het afgebeeld als een teken van seksueel en sociaal succes en de manier om geluk te vinden. Dergelijke narratieven dragen bij tot een vertekend beeld van alcohol en een minimalisering van de risico's en schadelijke gevolgen. Daarom **pleit de HGR voor een verbod op het gebruik van dergelijke emotionele strategieën en een focus op het geven van informatie.** Als het bestaat, moet

alcoholmarketing door de industrie dus beperkt worden tot het geven van informatie over het product (met behulp van een positieve “witte” lijst van wat er toegestaan is).

Concluderend wordt aanbevolen om vooral de hoeveelheid maar ook de inhoud van alcoholreclame te beperken.

1.3. Gezondheidswaarschuwingen

1.3.1. Boodschap

Daarnaast pleit de HGR voor het toevoegen van een gezondheidswaarschuwing aan alle elementen in de marketingmix die nog zijn toegelaten. Deze gezondheidswaarschuwingen moeten de risico's van alcoholgebruik onder de aandacht brengen en concrete handvaten bieden om het verbruik van alcohol te beperken. Dit wordt hieronder verder toegelicht.

De gezondheidswaarschuwingen mogen in geen enkel geval door of met inmenging van de alcoholindustrie worden opgesteld (**geen zelfregulering**).

Deze waarschuwingen moeten informatie geven over de mogelijke gezondheidsschade veroorzaakt door alcohol. Ze moeten worden opgenomen in een roterend systeem, duidelijk zichtbaar zijn en gemakkelijk te begrijpen zijn.

Om een coherent geheel te vormen beveelt de HGR aan om de gezondheidsboodschappen die gebruikt zullen worden in reclameboodschappen ook verplicht te vermelden op de etiketten van alcoholische producten (één boodschap per flesje, blikje, ...).

Hoewel de effectiviteit van deze gezondheidsboodschappen voor gezondheidswinst niet onomstotelijk kan worden vastgesteld op basis van de beschikbare wetenschappelijke literatuur (voornamelijk vanwege het gebrek aan experimenten die voldoen aan de kwaliteitscriteria voor de inhoud en zichtbaarheid van de boodschappen), zijn de beperkte beschikbare gegevens (naast die van tabak) bemoedigend in dit opzicht. Dit zou ook in lijn zijn met de aanbevelingen van de WGO en zou vooral het recht van consumenten respecteren om volledig geïnformeerd te worden over de risico's van de producten die ze willen consumeren.

Wat het formaat betreft, moeten boodschappen bij marketing (inclusief etiketten) in een apart kader worden geplaatst dat minstens 20% van de advertentie/etiket inneemt, met een specifiek lettertype (te bepalen, afhankelijk van het formaat van de communicatie), in hoofdletters en vet, met een specifieke kleurencombinatie (contrasterende achtergrond), met een lettergrootte die zo groot mogelijk is ten opzichte van het oppervlak dat is gereserveerd voor de waarschuwingstekst. De tekst moet horizontaal worden gelezen.

Inhoudelijk, moeten ze aan volgende criteria voldoen:

- specifieke fysieke en mentale risico's op korte en lange termijn vermelden,
- slechts één risico per boodschap vermelden,
- gericht op een specifieke doelgroep,
- met duidelijke causale termen ("verhoogt het risico" of "veroorzaakt"),
- de formulering moet positief zijn,
- en oproepen tot actie,
- op een persoonlijke manier, zodat mensen zich meer aangesproken voelen,

De gezondheidsboodschap in advertenties is dus als volgt opgebouwd: vraagstelling, gezondheidsboodschap en oproep tot actie. Wanneer de boodschap op het etiket wordt gebruikt kan de ontwikkelde gezondheidswaarschuwing alleen gebruikt worden.

De HGR dringt er op aan ook bij iedere gezondheidsboodschap een pictogram te tonen die de boodschap samenvat, om het begrijpelijker te maken (vooral voor mensen met weinig opleiding, die analfabeet zijn of een andere taal spreken).

Er moet bij iedere gezondheidsboodschap een verwijzing naar de website via de volledige naam en QR-code komen (zie 2.5)

Te gebruiken boodschappen :

Risico's	Introzinnetje	Gezondheidsboodschap	Call to action
Korte termijn risico's			
Slaap	Liever goed uitgerust?	Alcohol verstoort je slaap.	Drink zo weinig mogelijk alcohol
Geheugenverlies	Denk je graag helder?	Alcohol tast je geheugen aan	Drink zo weinig mogelijk alcohol
Gewicht	Liever een gezond gewicht?	Alcohol verhoogt je risico op overgewicht	Drink zo weinig mogelijk alcohol
Zwangerschap	Kinderwens?	Alcohol is schadelijk voor je ongeboren baby	Drink geen alcohol
Borstvoeding	Geef je borstvoeding?	Alcohol is schadelijk voor je baby.	Drink geen alcohol
Rijvermogen	Veilig de baan op ?	Alcohol vermindert je reactievermogen in het verkeer.	Drink geen alcohol
Agressie	Geen zin in ruzie?	Alcohol verandert je gedrag	Drink zo weinig mogelijk alcohol
Lange termijn risico's			
Dementie	Bang om te vergeten?	Alcohol verhoogt je risico op dementie	Drink zo weinig mogelijk alcohol
Hart- en vaatziekten	Leef je graag lang én gezond?	Alcohol verhoogt je risico op hart- en vaatziekten.	Drink zo weinig mogelijk alcohol
Lever en pancreasschade	Hou je graag je lever gezond?	Alcohol is schadelijk voor je lever	Drink zo weinig

			mogelijk alcohol
Kanker	Leef je graag lang én gezond?	Alcohol verhoogt je risico op kanker	Drink zo weinig mogelijk alcohol
Depressie	Zit je graag goed in je vel?	Alcohol verhoogt je risico op depressie	Drink zo weinig mogelijk alcohol
Verslaving	Behoud je graag de controle?	Alcohol is verslavend	Drink zo weinig mogelijk alcohol
Beroerte	Leef je graag lang én gezond?	Alcohol verhoogt je risico op beroerte	Drink zo weinig mogelijk alcohol
Hersenschade	Begaan met je toekomst?	Alcohol drinken voor je 18de kan je hersenen beschadigen	Drink geen alcohol

Het doel van de gezondheidswaarschuwing is om bij de consument het bewustzijn te verhogen dat het gebruik van alcohol een gezondheidsrisico inhoudt.

Het is de opdracht van de overheid om in **een validatieoefening** uit te zoeken :

- welke waarschuwingen dit effect teweegbrengen,
- of dit in combinatie met introzin en/of CTA best wel of niet gebeurt
- bij welke doelgroep (rekening houdend met sociodemografische gegevens (geslacht, leeftijd, sociaaleconomische situatie) en huidig alcoholgebruik).

Idealiter zou er bij iedere waarschuwing een pictogram voorzien worden dat mee wordt gevalideerd door het testpanel.

Rotatiesysteem :

Er worden **max 15 boodschappen** weerhouden na de validatie oefening.

Sommige waarschuwingen zijn al gekender dan andere (reeds gekende waarschuwingen: zwangerschap, borstvoeding, rijvermogen en leverschade). Minder bekende waarschuwingen zouden vaker moeten verschijnen.

Een set van 5 boodschappen wordt gedurende 6 maanden gebruikt. Daarna wordt er een andere set van 5 boodschappen gebruikt.

Per set wordt telkens 1 gekendere en 4 minder gekende boodschappen gebruikt.

Bovendien moeten boodschappen het meest solide onderzoek weerspiegelen dat beschikbaar is over de schadelijke effecten van alcohol. De HGR beveelt aan om jaarlijks te beoordelen of een **update** nodig is.

1.3.2. Gezondheidsinformatie verplicht toe te voegen aan het etiket

Naast deze gezondheidsboodschappen beveelt de HGR aan om ook een **verplichting in te voeren met betrekking tot de informatie die op de etiketten van alcoholproducten moet worden vermeld:**

- **Aantal eenheden** (informatie over portiegrootte) uitgedrukt in standaardglazen en in gram alcohol per consumptie. Dit omdat het moeilijk is te schatten wat een 'standaardglas' is. Door dit telkens toe te voegen aan de verschillende types dranken en hoeveelheden zullen consumenten beter leren inschatten wat een standaardglas is.
- **De nutritionele waarde en de energiewaarde** moeten worden toegevoegd zodat consumenten beter kunnen inschatten wat de impact is op hun gezondheid (door het duidelijk te presenteren: bv. gelijkwaardigheid in suikerklontjes).
- **De wettelijke minimumleeftijd voor het drinken indien die verhoogd wordt naar 18 jaar** (het is niet aan te raden om aan te geven dat drinken is toegestaan vanaf 16 jaar). Om meer conformiteit te scheppen zou het beter zijn dat de leeftijd voor consumptie van alle alcoholhoudende dranken wordt verhoogd naar 18 jaar (zie advies 9438 en punt 2 hieronder).

De vorm die aan deze informatie wordt gegeven moet aan duidelijke voorwaarden voldoen: **locatie** moet worden bepaald, **grootte** van het etiket is een minimumpercentage van de grootte van de verpakking (20% van het oppervlak), duidelijk **gescheiden** van andere informatie op het etiket, in **hoofdletters** en **vet** geschreven en op **contrasterende** achtergrond in de **officiële talen** van het land en best samen weergegeven met **herkenbare pictogrammen**.

De doelgroep van de on-label informatie zijn **alle consumenten**.

Er moet op het etiket ook verwezen worden naar **een website** via de volledige naam en via QR-code. Deze website moet verschillende informaties bevatten (zie punt 1.3.3.)

Voorstel van wat er op het etiket moet staan

Context: etiket op een zwaar bier met alcoholgehalte van 8% in een fles van 33cl

Vooraan op het flesje :

1. Aantal standaardglazen en richtwaarde ; voedingswaarde

2.1 standaardglazen = 21 gram

Energiewaarde: 240 kcal

Leeftijdslimiet wanneer die verhoogd wordt naar 18 jaar

2. Waarschuwingsbericht (zie voorbeelden hierboven)

3. Pictogram :

FR. Cette bouteille
contient 2,1 verres
standards d'alcool.

NL. Deze fles bevat
2,1 standaardglazen
alcohol.



Achteraan op het flesje :

1.3.3. Website

Er moet verwezen worden naar een aantrekkelijke website die in de drie landstalen beschikbaar is en onmiddellijk doorverwijst naar een bestaande en goed onderhouden website (bv. <https://www.druglijn.be/drugs/alcohol/>) zodat de update van informatie gegarandeerd is.

De volledige naam van de website en de QR-code moeten op al het marketingmateriaal worden vermeld.

De website moet bevatten:

- 1) Informatie over de **wetenschappelijke onderbouwing** van de gezondheidswaarschuwingen,

De wetenschappelijke onderbouwing kan voorzien worden door de HGR eens de beslissing is genomen over welke gezondheidswaarschuwingen men zal gebruiken.

- 2) Informatie over **de huidige preventieve 10 glazen-richtlijn**

Er moet verwezen worden naar de huidige richtlijn maar benadrukt worden dat dit een compromis is die een bepaald risico inhoudt¹⁰:

De belangrijkste aanbeveling is om **het alcoholgebruik te beperken, want alcoholconsumptie heeft altijd een impact op de gezondheid.**

Het wordt ook aanbevolen om

- **geen alcohol te drinken voor de leeftijd van 18 jaar;**
- niet meer dan 10 standaardglazen per week te drinken, te verdelen over verschillende dagen;
- verschillende alcoholvrije dagen per week in te lassen;
- aan vrouwen die zwanger zijn, zwanger willen worden of borstvoeding geven, wordt aangeraden om geen alcoholische dranken te drinken.

- 3) Advies over **risicovermindering**

Voor personen die wel alcohol drinken worden een aantal tips gegeven om minder vaak alcohol te drinken.

- Elk glas alcohol moet worden gevolgd door een niet-alcoholische drank.
- Elke vermindering in je consumptie is goed voor je gezondheid.
- Een specialist raadplegen kan je helpen je alcoholgebruik te verminderen
- Langzaam drinken helpt je om je consumptie beter onder controle te houden
- Als je van plan bent om te drinken, plan dan een limiet voor jezelf in, in termen van hoeveelheid en geld.
- De totale gebruikte hoeveelheid alcohol per gelegenheid te beperken en *binge* drinken (meer dan 4 standaardglazen voor vrouwen en 6 standaardglazen voor mannen in minder dan twee uur), wat gepaard gaat met een verhoogd risico op morbiditeit en

¹⁰De herziening van deze aanbevelingen is niet het onderwerp van dit advies, maar de HGR wil graag deze aanbeveling op regelmatige basis evalueren en aanpassen indien nodig, met name gezien de recente ontwikkelingen die door verschillende volksgezondheidsautoriteiten, waaronder de WGO, zijn gepubliceerd.

alcoholverslaving, ten zeerste af te raden. Het is verkeerd om te denken dat een paar dagen niet drinken je het recht geeft om op één dag veel te drinken.

Behalve het naleven van de wetgeving ter zake raadt de HGR ook aan **om geen alcohol te drinken in de volgende omstandigheden:**

- bij het besturen van een voertuig;
- voor, tijdens en vlak na fysieke en sportieve inspanningen;
- tijdens werk met machines, elektrische apparaten, op een ladder enz.;
- voor en tijdens het werk;
- bij verantwoordelijkheid voor de veiligheid van anderen;
- tijdens bezigheden die oplettendheid en vaardigheden vereisen;
- als remedie tegen bv. stress, depressie, slapeloosheid enz.

4) Verwijzing naar hulp

Er moet verwezen worden naar de volgende websites wanneer men op zoek is naar hulp voor zichzelf of voor anderen :

- Aide-alcool.be en Alcoholhulp.be (informatie, tests en online hulp).
- Infor Drogues en Druglijn (<https://www.druglijn.be/drugs/alcohol/>)
- <https://www.reseualcool.be> (alcohologen – alleen in het frans)

1.3.4. Campagne

Gezondheidsbevorderende interventies mogen niet geïsoleerd plaatsvinden; ze moeten worden gecombineerd op een manier waarbij het gecombineerde effect groter is dan de som van de afzonderlijke delen. Daarom moet de implementatie van gezondheidswaarschuwingen gepaard gaan met een **volksgezondheidscampagne** die mensen informeert over de risico's van alcoholgebruik (met name het concept van standaardglazen) en aanbevelingen voor minder riskant drinken, zodat de waarschuwingen dienen als herinneringen aan elders verstrekte informatie. De HGR raadt aan dat de introductie van gezondheidswaarschuwingen op marketingmateriaal wordt gecommuniceerd via een **campagne** zodat de consument hier ook alerter voor wordt.

2. AANBEVELINGEN M.B.T HET UITSTELLEN VAN DE LEEFTIJD VAN EERSTE ALCOHOLCONSUMPTIE (ACTIE 43)

2.1. Versterking van regelgeving en handhaving

- **Verbied verkoop, schenken en aanbieden van alcohol onder de leeftijd van 18 jaar en pas de wetgeving hieraan aan;**
- **Stel de minimumleeftijdsgrens voor alle alcoholische dranken gelijk;**
- **Zie toe op de handhaving van alcoholverkoop en -gebruik onder de wettelijk bepaalde minimumleeftijd;**
 - o Door training van horecamedewerkers, winkelpersoneel, ...
 - o Door implementatie van straffen aan verkopers/aanbieders voor overtredingen.

2.2. Aanpassing van de fysieke en sociale omgeving

- Extra beperkingen op de toegang tot alcoholische dranken. Bevorder beleidsmaatregelen die **de fysieke beschikbaarheid** van alcohol, in het bijzonder in risicovolle omgevingen, zoals sportclubs, beperken;
- **Verbod op alcoholmarketing** (zie details in punt 1).

2.3. Intensieve investeringen in bewustwording en preventie

- Investeer in programma's die de bewustwording vergroten en voorlichting bieden over de risico's van alcoholgebruik en vaardigheden aanleren, **gericht op zowel jongeren als ouders en ook op de gehele samenleving**, met als doel gedragsverandering te bevorderen. Eenzelfde boodschap die via meerdere kanalen, zoals medische professionals, advertenties en andere media wordt verspreid, is effectiever dan de verspreiding via één kanaal. De genomen maatregelen (waaronder de waarschuwingsboodschappen) moeten worden versterkt door middel van sociale marketing door de overheid en voorlichtingscampagnes met soortgelijke informatie. Het wordt dus aanbevolen om de gezondheidswaarschuwingen ook via andere kanalen (artsen, opinieleiders, journalisten, preventiecampagnes in de media, hulplijn, informatiedagen op middelbare scholen) te verspreiden zodat deze boodschappen deel uitmaken van een meer algemene alcoholstrategie en op die manier de doeltreffendheid en geloofwaardigheid ervan vergroten.
- **Bevorder mentale gezondheid** bij jongeren, inclusief de ontwikkeling van sociale vaardigheden en emoties en stressmanagement, als integraal deel van de preventie-inspanningen, door middel van positieve en motiverende communicatie.

2.4. Vroeginterventie en ondersteuning

- Implementeer vroeginterventieprogramma's om alcoholproblematiek bij jongeren snel te identificeren en bied adequate ondersteuning aan de getroffenenen.
- Voorzie een versterking van de zorg voor personen die veel alcohol drinken en personen met een alcoholverslaving.

2.5. Participatie van jongeren

- Betrek actief jongeren bij de ontwikkeling en implementatie van deze maatregelen. Hun directe betrokkenheid kan waardevolle inzichten verschaffen, ervoor zorgen dat de maatregelen aansluiten bij hun behoeften en de effectiviteit ervan vergroten.

2.6. Geïntegreerde aanpak

Het verhogen van de leeftijd van de eerste alcoholconsumptie gaat hand in hand met een algehele verlaging van het alcoholgebruik in de samenleving. Om dit te bereiken moeten maatregelen op verschillende gebieden op een gecoördineerde manier worden genomen, aangezien ze samen zullen helpen om het alcoholgebruik terug te dringen, volledig in overeenstemming met de drie "*best buys*" van de WGO voor alcohol (prijsverhoging, beperking van beschikbaarheid en verbod of beperking op alcoholmarketing).

Om het effect van deze maatregelen te versterken, beveelt de HGR verder aan (zie ook advies 9438):

- **gratis kraanwater** in de horeca (zeker als er alcohol wordt besteld);
- optimalisatie van registratiesystemen: Investeer in de ontwikkeling en implementatie van een adequaat registratiesysteem in België om **de effecten** van preventieve maatregelen (bv. waarschuwingsboodschappen en prijs) **te monitoren** en conclusies te trekken op basis van verzamelde gegevens rond alcoholintoxicaties;
- stimuleer een **geïntegreerde aanpak** voor alcoholpreventie, waarbij verschillende belanghebbenden zoals de overheid, zorginstellingen, scholen en sportverenigingen samenwerken.

3. AANBEVELINGEN M.B.T DE MINIMUMPRIJS VAN ALCOHOL (ACTIE 68)

Uit de praktijken en simulaties met betrekking tot prijsbeleid op alcohol in het buitenland zijn de gezondheidseffecten duidelijk. MUP wordt met name als meest succesvol beschouwd in het bereiken van consumptievermindering bij doelgroepen met lagere inkomens, die dan ook bijhorend van de grootste gezondheidseffecten zullen genieten.

Met betrekking tot een minimumprijs van alcohol, herhaalt de HGR de volgende aanbevelingen van 2018 en adviseert om:

- Een **minimumprijs per alcoholleenheid** die wordt verkocht in de detailhandel te bepalen (75 cents bijvoorbeeld);
- Een **verbod om alcoholische dranken gratis of aan fel verminderde prijs aan te bieden**;
- **Taksen en accijnzen te verhogen.**

De HGR onderstreept ook volgende strategieën uit het actieplan 2023-2025:

- Verbod op het gratis aanbieden van alcoholhoudende dranken in het kader van een promotiecampagne (uitgezonderd wanneer de consument een alcoholhoudend product aankoopt en in het kader van degustaties) (actie 23)
- Verbod op de verkoop van alcohol
 - o in verkoopautomaten;
 - o in tankstations tussen 22u en 7u aan snelwegen (m.u.v. de wegrestaurants);
 - o in ziekenhuizen: gekoelde alcoholische dranken, (gekoelde of niet) sterke dranken; (m.u.v. de cafetaria).

In aanvulling daarop raadt de HGR aan om:

- De minimumprijs toe te passen niet alleen op de reguliere verkoop maar ook op speciale aanbiedingen (*happy hours*, volumeverkoop enz.) en gratis verstrekkingen (gratis vat, *blurring* enz.);
- Jaarlijks de minimumprijs te indexeren;
- Actief voorlichtingscampagnes te voeren om bedrijven, met speciale aandacht voor kleinere onafhankelijke detailhandelaren, te informeren en te begeleiden bij de implementatie van de minimumprijsregelgeving (regelgeving faciliteren en naleving bevorderen).

Ook is het belangrijk om aandacht te besteden aan het fenomeen van '*blurring*' in de context van alcoholconsumptie. 'Blurring' verwijst naar situaties waarin de grenzen tussen traditionele verkooppunten van alcohol en andere, niet-traditionele plaatsen vervagen. Een concreet voorbeeld hiervan is het aanbieden van een glas cava bij de kapper. Dergelijke praktijken kunnen de gelegenheid bieden om op onverwachte plaatsen alcohol te consumeren, waardoor de toegankelijkheid ervan wordt vergroot.

V. REFERENTIES

ACD – Algemene Cel Drugsbeleid. Interfederale strategie 2022-2028 voor een rookvrije generatie. 2022. Internet: https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/2022_12_14_interfederale_strategie_tabak_en_bijlage_final_nl.pdf

ACD – Algemene Cel Drugsbeleid. Interfederale strategie inzake schadelijk gebruik van alcohol 2023-2028. Actieplan 2023-2025. 2023. Internet: https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/20230329_imcvg_tvd_cimsp_rtd_1_alcoholplan_-_annexe_2.pdf

Alcohol Health Alliance UK. Drinking in the dark: how alcohol labelling is failing consumers. 2020. Internet: <https://ahauk.org/wp-content/uploads/2020/08/DRINKING-IN-THE-DARK.pdf>

Anderson BO, Berdzuli N, Ilbawi A, Kestel D, Kluge HP, Krech R. et al. Health and cancer risks associated with low levels of alcohol consumption. Lancet Public Health 2023;8(1):e6-e7.

Anderson P, O'Donnell A, Kaner E, Llopis EJ, Manthey J, Rehm J. Impact of minimum unit pricing on alcohol purchases in Scotland and Wales: controlled interrupted time series analyses. Lancet Public Health 2021;6:e557-e65.

Angus C, Holmes J, Pryce R, Meier P, Brennan A (2016b). Model-based appraisal of the comparative impact of minimum unit pricing and taxation policies in Scotland: an adaptation of the Sheffield alcohol policy model version 3. Sheffield: The University of Sheffield; 2016. Internet: <https://core.ac.uk/download/pdf/34724945.pdf>

Arain M, Haque M, Johal L, Mathur P, Nel W, Rais A et al. Maturation of the adolescent brain. Neuropsychiatr Dis Treat 2013;9:449-61.

Bachmayer S, Strizek J, Uhl A . Handbuch Alkohol – Österreich. Band 1 – Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2021. Wien: Gesundheit Ös-terreich; 2021.

Basset B, Villemur AL, Gallopel-Morvan K, Rigaud A, Savy M. Avertissements sanitaires : la résistance du lobby de l'alcool. Paris : Association France Addictions (Numéro 52); 2022. Internet : <https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2022/09/Decryptages-N-52-Avertissements-sanitaires.pdf>

Bates S, Holmes J, Gavens L, de Matos EG, Li J, Ward B et al. Awareness of alcohol as a risk factor for cancer is associated with public support for alcohol policies. BMC Public Health 2018; 18;688.

Behrendt S, Wittchen H-U, Höfler M, Lieb R, Chooi Ping Low N, Rehm J et al. Risk and speed of transitions to first alcohol dependence symptoms in adolescents: a 10-year longitudinal community study in Germany. Addiction 2008;103:1638-47.

Bonomo YA, Bowes G, Coffey C, Carlin JB, Patton GC. Teenage drinking and the onset of alcohol dependence: a cohort study over seven years. Addiction 2004;99:1520-8.

Brachowicz N, Vall Castello J. Is changing the minimum legal drinking age an effective policy tool? Health Econ 2019;28(12):1483-90.

Braekman A, Fiers S. Preventiebarometer: alcohol. Brussel, België : Sciensano ; 2022. Internet: https://www.sciensano.be/sites/default/files/preventiebarometer_alcohol.pdf

Braekman E, Hermans L. Preventiebarometer: gezondheidsvaardigheden en verwachtingen rond gezondheidsbevordering en ziektepreventie. Brussel, België: Sciensano; 2023. Rapportnummer: D/2023.14.440/80 . Internet: <https://doi.org/10.25608/v8y6-jd64>

Brook DW, Brook JS, Zhang C, Cohen P, Whiteman M. Drug use and the risk of major depressive disorder, alcohol dependence, and substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:1039-44.

Bygvrå S. Distance and cross-border shopping for alcohol. *NAD – Nord Stud Alcohol Drugs* 2009;26:141-63.

Carpenter C, Dobkin C. The Minimum Legal Drinking Age and Crime. *Rev Econ Stat* 2015;97(2):521-4.

Carpenter C, Dobkin C. The Minimum Legal Drinking Age and Public Health. *J Econ Perspect* 2011;25(2):133-56.

Chaaban J, Haddad J, Ghandour L, Chalak A. Impact of minimum unit pricing on youth alcohol consumption: insights from Lebanon. *Health Policy Plan* 2022;37:760-70.

Cho HS, Yang Y. Relationship Between Alcohol Consumption and Risky Sexual Behaviors Among Adolescents and Young Adults: A Meta-Analysis. *Int J Public Health* 2023;68:1605669.

Clarke N, Pechey E, Kosıte D, König LM, Mantzari E, Blackwell AKM et al. Impact of health warning labels on selection and consumption of food and alcohol products: systematic review with meta-analysis. *Health Psychol Rev* 2021;15(3):430-53.

Collins RL, Ellickson PL, McCaffrey D, Hambarsoomians K. Early adolescent exposure to alcohol advertising and its relationship to underage drinking. *J Adolesc Health* 2007; 40(6):527–34.

Coomber K, Martino F, Barbour IR, Mayshak R, Miller PG. Do consumers ‘Get the facts’? A survey of alcohol warning label recognition in Australia. *BMC Public Health* 2015;15: 816.

Courtney KE, Li I, Tapert SF. The Effect of Alcohol Use on Neuroimaging Correlates of Cognitive and Emotional Processing in Human Adolescence. *Neuropsychol* 2019;33(6):781–794.

Crews F, He J, Hodge C. Adolescent cortical development: a critical period of vulnerability for addiction. *Pharmacol Biochem Behav* 2007;86(2):189-99.

Critchlow N, MacKintosh AM, Thomas C, Hooper L, Vohra J. Awareness of alcohol marketing, ownership of alcohol branded merchandise, and the association with alcohol consumption, higher-risk drinking, and drinking susceptibility in adolescents and young adults: a cross-sectional survey in the UK. *BMJ Open* 2019;9(3):e025297.

Crunelle C. Wat verslaafd zijn zo hardnekkig maakt. *Tijdschrift Verslaving & Herstel* 2021;1(2).

Davies EL, Foxcroft DR, Puljevic C, Ferris JA, Winstock AR. Global comparisons of responses to alcohol health information labels: a cross-sectional study of people who drink alcohol from 29 countries. *Addict Behav* 2022;131:107330.

Dawson DA, Goldstein RB, Chou P, Ruan WJ, Grant BF. Age at first drink and the first incidence of adult-onset DSM-IV alcohol use disorders. *Alcohol Clin Exp Res* 2008;32(12):2149-60.

Decorte T, Kramer R, Vlaemynck M, De Donder E., de Duve M. Assessment of alternative models for regulation of alcohol marketing in Belgium. Final Report. Brussels : Belgian Science Policy 2019 –289 p.

Deleener J. Alcohol campaigns in Flanders – lessons learned. VAD 2019. Internet: <https://euspr.org/wp-content/uploads/2019/07/Jonathan-deleener-EUSPR.pdf>

De Wit A, Visscher K, Over E, van Gelder N, Everaars B, van Gils P et al. Minimum Unit Pricing voor alcohol – Onderzoek naar de haalbaarheid van invoering in Nederland. Bilthoven: RIVM – Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu 2021. rapport 2021–0014. Internet: <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2021-0014.pdf>

DeWit DJ, Adlaf EM, Offord DR, Ogborne AC. Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *Am J Psychiatry* 2000;157:745-50.

Dimova ED, Mitchell D. Rapid review of the literature on the impact of health messages and product information on alcohol labelling. *Drugs: education, prevention and policy* 2022;29:451-63.

Douane Ministerie van Financiën. Tarievenlijst Accijns en verbruikersbelastingen 2023. <https://download.belastingdienst.nl/douane/docs/tarievenlijst-accijns-acc0552z92fd.pdf>

Doyle A. Review of alcohol marketing restrictions in seven European countries. *Drugnet Ireland* 2022;83:13-14. Internet: https://www.drugsandalcohol.ie/37394/1/HRB_Drugnet_Issue_83.pdf

Ellickson PL, Collins RL, Hambarsoomians K, McCaffrey DF. Does alcohol advertising promote adolescent drinking? Results from a longitudinal assessment. *Addiction* 2005;100(2):235– 46.

Erickson DJ, Smolenski DJ, Toomey TL, Carlin BP, Wagenaar AC. Do alcohol compliance checks decrease underage sales at neighboring establishments? *J Stud Alcohol Drugs* 2013;74:852–8.

Étilé F, Bonnet C, Julia C, Lecocq S, Orozco V, Boizot-Szantaï C et al. Rapport de recherche : Effets économiques et épidémiologiques de politiques de prix des boissons alcoolisées. 2022. Internet: <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/288897.pdf>

Fisher LB, Miles IW, Austin SB, Camargo CA Jr, Colditz GA. Predictors of initiation of alcohol use among US adolescents: findings from a prospective cohort study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;161(10):959–96.

FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Resultaten van de zomercampagne ‘mystery shoppers’ van de FOD Volksgezondheid: verbod op verkoop van alcohol en tabak aan minderjarigen wordt slecht nageleefd. 2023. Internet: <https://www.health.belgium.be/nl/news/resultaten-van-de-zomercampagne-mystery-shoppers#article>

Frontier Economics Ltd. Minimum unit alcohol pricing: Evaluating the impacts on the alcoholic drinks industry in Scotland: baseline evidence and initial impacts. 2019. Internet: <https://www.frontier-economics.com/media/uiin0kso/minimum-unit-alcohol-pricing-2019.pdf>

Giesbrecht N, Reisdorfer E, Rios I. Alcohol Health Warning Labels: A Rapid Review with Action Recommendations. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(18):11676.

Gr – Gezondheidsraad Nederland. Richtlijnen goede voeding 2015. Den Haag: Gezondheidsraad 2015; publicatie nr. 2015/24.

Grant BF, Dawson DA. Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the national longitudinal alcohol epidemiologic survey. *J Subst Abuse* 1997;9:103-10.

Griswold MG, Fullman N, Hawley C, Arian N, Zimsen SRM, Tymeson HD et al. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2018;392:1015-35.

Hammond D. Health warning messages on tobacco products: a review. *Tob Control* 2011; 20(5):327-37

HGR - Hoge Gezondheidsraad. Risico's van alcoholgebruik. Brussel: HGR; 2018. Advies nr. 9438.

HGR - Hoge Gezondheidsraad. Alcohol (ethanol) in voedingssupplementen (en andere preparaten met gezondheidseffecten) geconsumeerd door jongeren: overweging van de risicodrempels. Brussel: HGR; 2023. Advies nr. 9702.

Hingson RW, Heeren T, Winter MR. Age at drinking onset and alcohol dependence: age at onset, duration, and severity. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006 ;160(7):739-46.

Hobin E, Jansen R, Vanderlee L, Berenbaum E. Un étiquetage amélioré des contenants de boissons alcoolisées : une revue systématique. Ottawa: Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2022. Internet: <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2022-02/CCSA-Enhanced-Alcohol-Container-Labels-Systematic-Review-Report-fr.pdf>

Hobin E, Schoueri-Mychasiw N, Weerasinghe A, Vallance K, Hammond D, Greenfield TK et al. Effects of strengthening alcohol labels on attention, message processing, and perceived effectiveness: A quasi-experimental study in Yukon, Canada. *Int J Drug Policy* 2020;77:102666.

Hoel S, Eriksen BM, Breidablik HJ, Meland E. Adolescent alcohol use, psychological health, and social integration. *Scand J Public Health* 2004;32(5):361-7.

Jiloha RC. Prevention, early intervention, and harm reduction of substance use in adolescents. *Indian J Psychiatry* 2017; 59(1):111–8.

Jones SA, Lueras JM, Nagel BJ. Effects of binge drinking on the developing brain. *Alcohol Res* 2018;39(1):87-96.

Karčiauskas J. Lithuania social briefing: How Alcohol Consumption Habits are Changing in Lithuania. *China-CEE Institute* 2023;64(3):1-7.

Kokole D, Anderson P, Jané-Llopis E. Nature and potential impact of alcohol health warning labels: a scoping review. *Nutrients*. 2021;13:3065.

Lemmers L, van Dalen W, Voogt C, Monshouwer K, de Jong C. Van de jaren '90 tot nu. Wat heeft 30 jaar alcoholbeleid onze jongeren gebracht? Utrecht: Trimbos Instituut; 2023. Internet: <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2023/03/AF2042-Factsheet-De-effecten-van-30-jaar-alcoholbeleid-en-jongeren-Trimbos-instituut.pdf>

MacGregor A, Sharp C, Mabelis J, Corbett J. An evaluation of the implementation of, and compliance with, the objectives of the Licensing (Scotland) Act 2005. Second Interim Report Summary. NHS Health Scotland; 2012. Internet: <https://committees.aberdeencity.gov.uk/documents/s24367/Evaluation%20of%20the%20Implementation%20of%20the%20Objectives%20of%20the%20Licensing%20Scotland%20Act%202005.pdf>

Maharaj T, Angus C, Fitzgerald N, Allen K, Stewart S, MacHale S et al. Impact of minimum unit pricing on alcohol-related hospital outcomes: systematic review. *BMJ Open* 2023;13(2):e065220.

Maurage P, Pesenti M, Philippot P, Joassin F, Campanella S. Latent deleterious effects of binge drinking over a short period of time revealed only by electrophysiological measures. *J Psychiatry Neurosci* 2009;34(2):111-8.

Maynard O, Blackwell A, Munafò M, Attwood A. Know your limits : labelling interventions to reduce alcohol consumption. *Alcohol Research UK*; 2018. Internet: https://s3.eu-west-2.amazonaws.com/sr-acuk-craft/documents/FinalReport_0150.pdf

Mcneill A, Gravelly S, Hitchman SC, Bauld L, Hammond D, Hartmann-Boyce J. Tobacco packaging design for reducing tobacco use. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 4(4):CD011244.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Nationaal Preventieakkoord: Naar een gezonder Nederland. 2018. Internet: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gezondheid-en-preventie/documenten/convenanten/2018/11/23/nationaal-preventieakkoord>

Miščikienė L, Midttun NG, Galkus L, Belian G, Petkevičienė J, Vaitkevičiūtė J et al. Review of the Lithuanian Alcohol Control Legislation in 1990-2020. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(10):3454.

Neufeld M, Rovira P, Ferreira-Borges C, Kilian C, Sassi F, Veryga A et al. Impact of introducing a minimum alcohol tax share in retail prices on alcohol-attributable mortality in the WHO European Region: a modelling study. *Lancet Reg Health Eur* 2022;15:100325.

Newton NC, Debenham J, Slade T, Smout A, Grummitt L, Sunderland M et al. Effect of Selective Personality-Targeted Alcohol Use Prevention on 7-Year Alcohol-Related Outcomes Among High-risk Adolescents: A Secondary Analysis of a Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open* 2022;5(11):e2242544.

Newton NC, Stapinski LA, Slade T, Sunderland M, Barrett EL, Champion KE et al. The 7-year effectiveness of school-based alcohol use prevention from adolescence to early adulthood: a randomized controlled trial of universal, selective, and combined interventions. *J Am Acad Child Adolesc Psych* 2022;61(4):520-32.

Newton-Homes G, Cook S, Martin G, Foulds JA, Boden JM. Comparison of age of first drink and age of first intoxication as predictors of substance use and mental health problems in adulthood. *Drug Alcohol Depend* 2019;194:238-43.

Nienhuis, K, Van der Lely N, Van Hoof JJ. Ten Years of Alcohol Intoxication in Adolescents and Treatment in Paediatric Departments in Dutch Hospitals. J Addict Res 2017;1.

O'Donnell A, Anderson P, Jané-Llopis E, Manthey J, Kaner E, Rehm J. Immediate impact of minimum unit pricing on alcohol purchases in Scotland: controlled interrupted time series analysis for 2015-18. BMJ 2019;366:l5274.

OMS – Organisation mondiale de la santé - région européenne. Cadre d'action européen sur l'alcool 2022-2025. Tel Aviv: comité régional pour l'Europe (eur/rc72/12); 2022. Internet : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363106/72ds04f-Alcohol-220781.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Paradis C, Butt P, Shield K, Poole N, Wells S, Naimi T et al. Repères canadiens sur l'alcool et la santé : rapport final. Ottawa : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2023. Internet: https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2023-01/CCSA_Canada_Guidance_on_Alcohol_and_Health_Final_Report_fr_0.pdf

Petit G, Kornreich C, Verbanck P, Cimochovska A, Campanella S. Why is adolescence a key period of alcohol initiation and who is prone to develop long-term problem use? A review of current available data. Socioaff Neurosci Psychol 2013;3:21890.

Petit G, Maurage P, Kornreich C, Verbanck P, Campanella, S. Binge drinking in adolescents: a review of neurophysiological and neuroimaging research. Alcohol Alcohol 2014;49(2):198-206.

Petticrew M, Douglas N, Knai C, Durand MA, Eastmure E, Mays N. Health information on alcoholic beverage containers: has the english alcohol industry's commitment to improve labelling been met? Addiction 2016;111(1):51-5.

Public Health Scotland. Evaluating the impact of minimum unit pricing for alcohol in Scotland: final report. A synthesis of the evidence. 2023. Internet: <https://publichealthscotland.scot/media/20366/evaluating-the-impact-of-minimum-unit-pricing-for-alcohol-in-scotland-final-report.pdf>

Roodbeen RTJ, Dijkstra RI, Schelleman-Offermans K, Friele R, van de Mheen D. Examining the Intended and Unintended Impacts of Raising a Minimum Legal Drinking Age on Primary and Secondary Societal Harm and Violence from a Contextual Policy Perspective: A Scoping Review. Int J Environ Res Public Health 2021;18(4):1999.

Roodbeen RTJ, Kruize A, Bieleman B, Friele R, van de Mheen D, Schelleman-Offermans K. The Right Time and Place: A New Approach for Prioritizing Alcohol Enforcement and Prevention Efforts by Combining the Prevalence and the Success Rate for Minors Purchasing Alcohol Themselves. J Stud Alcohol Drugs 2020;81(6):719-24.

Rosiers J. VAD-leerlingenbevraging in het kader van een drugbeleid op school. Syntheserapport schooljaar 2021-2022. Brussel: VAD, Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs; 2023. Internet: <https://www.vad.be/assets/4786>.

Rossow I. The alcohol advertising ban in Norway: Effects on recorded alcohol sales. Drug Alcohol Rev 2021;40(7):1392-5.

Rumgay H, Shield K, Charvat H, Ferrari P, Sornpaisarn B, Obot I et al. Global burden of cancer in 2020 attributable to alcohol consumption: a population-based study. Lancet Oncol 2021;22(8):1071-80.

Sánchez-Puertas R, Vaca-Gallegos S, López-Núñez C, Ruisoto P. Prevention of Alcohol Consumption Programs for Children and Youth: A Narrative and Critical Review of Recent Publications. *Front Psychol* 2022;13:821867.

Schaller K, Kahnert S, Garcia-verdugo R, Treede I, Graen L, Ouedraogo N. *Alkoholatlas Deutschland 2022*. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ); 2022. Internet: https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/Alkoholatlas-Deutschland-2022_dp.pdf

Schelleman-Offermans K, Roodbeen RTJ, Lemmens PHM. Increased minimum legal age for the sale of alcohol in the Netherlands as of 2014: The effect on alcohol sellers' compliance after one and two years. *Int J Drug Policy* 2017;49:8-14.

Sciensano. (2023). Belgische gezondheidsindicatoren. Belgisch Bulletin der Volksgezondheid, 2. Geraadpleegd op 23 februari 2023, van https://www.sciensano.be/sites/default/files/bulletin_2_belhealth_nl.pdf

Scottish Government – Minister for Drugs and Alcohol Policy. Alcohol – minimum unit pricing – continuation and future pricing: consultation. 2023. Internet: <https://www.gov.scot/publications/alcohol-minimum-unit-pricing-mup-continuation-future-pricing-consultation/pages/2/#:~:text=The%20Scottish%20Government%20proposes%20setting,have%20been%20seen%20at%2050ppu>

Sigfúsdóttir ID, Thorlindsson T, Kristjánsson AL, Roe KM, Allegrante JP. Substance use prevention for adolescents: the Icelandic Model. *Health Promot Int* 2009;24(1):16–25.

SIPES – Service d'Information, Promotion, Éducation Santé. Consommation hebdomadaire d'alcool. 2022. Internet: https://www.ulb.be/medias/fichier/hbsc2022-alcool-4_1698235973846-pdf

Smit K, Voogt C. Etikettering van alcoholhoudende dranken. Onderzoek naar de mogelijkheid van verplichte etikettering van alcoholhoudende dranken in Nederland. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021. Internet: <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2021/11/AF1927-Etikettering-van-alcoholhoudende-dranken.pdf>

[Smit K, Zucker RA, Kuntsche E. Exposure to Parental Alcohol Use Is Associated with Adolescent Drinking Even When Accounting for Alcohol Exposure of Best Friend and Peers. *Alcohol Alcohol*. 2022;57\(4\):483-489.](#)

Snyder LB, Milici FF, Slater M, Sun H, Strizhakova Y. Effects of alcohol advertising exposure on drinking among youth. *Arch of Pediatr Adolesc Med* 2006;160:18–24.

Spear LP. Effects of adolescent alcohol consumption on the brain and behaviour. *Nat Rev Neurosci* 2018;19(4):197-214.

Spear LP. Effects of adolescent alcohol consumption on the brain and behaviour. *Nat Rev Neurosci* 2018;19(4):197-214.

Stacy AW, Zogg JB, Unger JB, Dent CW. Exposure to televised alcohol ads and subsequent adolescent alcohol use. *A J Health Behav* 2004;28(6):498–509.

Stafford LD, Salmon J. Alcohol health warnings can influence the speed of consumption. *Z Gesundh Wiss* 2017; 25(2):147-54.

Staub C, Siegrist M. How health warning labels on wine and vodka bottles influence perceived risk, rejection, and acceptance. BMC Public Health 2022; Jan 24;22(1):157.

Stautz K, Frings D, Albery IP, Moss AC, Marteau TM. Impact of alcohol-promoting and alcohol-warning advertisements on alcohol consumption, affect, and implicit cognition in heavy-drinking young adults: A laboratory-based randomized controlled trial. Br J Health Psychol 2017;22(1):128-50.

Stockwell T, Zhao J, Macdonald S. Who under-reports their alcohol consumption in telephone surveys and by how much? An application of the 'yesterday method' in a national Canadian substance use survey. Addiction 2014;109(10):1657-66.

Stockwell T. The Yukon alcohol labelling experiment: Impacts on alcohol sales despite industry interference. In Third WHO Forum on Alcohol, Drugs and Addictive Behaviours (FADAB). Geneva, Switzerland: WHO; 2021.

Strandheim A, Holmen TL, Coombes L, Bentzen N. Alcohol intoxication and mental health among adolescents – a population review of 8983 young people, 13–19 years in North-Trøndelag, Norway: the Young-HUNT Study. Child Adolesc Psychiatry Ment health 2009;3(18).

Thienpondt A, Van Cauwenberg J, Van Damme J, Deforche B. Process evaluation of the Belgian one-month-without alcohol campaign 'Tournée Minérale': a mixed method approach. BMC Public Health 2024a;24:383.

Thienpondt A, Van Cauwenberg J, Van Damme J, Nagelhout, G, Deforche B. Effect evaluation of the one-month-abstinence campaign 'Tournée Minérale' on alcohol consumption in Belgian adults: a nonrandomized control group design. JMIR public health and surveillance 2024b. Under review.

Tricas-Sauras S, Kaczmarek A, San Martin L. RARHA Consumer survey on communication of alcohol associated risks. European Alcohol Policy Alliance; 2015. Internet: <https://www.rarha.eu/Resources/Deliverables/Lists/Work%20Package%205/Attachments/27/WP5%20Consumer%20survey%20on%20communication%20of%20alcohol%20associated%20risks%20FINAL.pdf>
[Tweede Kamer der Staten-Generaal. Vergaderjaar 2023-2024, 26 418, nr.3](#)

Universiteit Gent, Vlaanderen, HBSC. Factsheet Risicogedragingen. Studie jongeren en gezondheid 2021/22. Internet: https://www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be/wordpress/wp-content/uploads/2023/08/8_Factsheet_Risicogedrag.pdf

VAD – Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs. Syntheserapport VAD – leerlingenbevraging. Schooljaar 2021-2022: Bijlage. Internet: <https://www.vad.be/assets/5255>

Van Der Lely N, Hoof JJV, Wolberink I, Nienhuis K. Ten years of alcohol intoxications in adolescents and treatment in paediatric departments in Dutch hospitals. Arch Dis Child 2018;103:A202.2-A202.

Van Havere T. ALCOLAW – The Law of 2009 concerning the selling and serving of alcohol to youths: from state of the art to assessment. Brussels: Belspo – FEDERAL RESEARCH PROGRAM ON DRUGS 2017. Internet: https://www.belspo.be/belspo/fedra/DR/DR71_ALCOLAW%20policy%20recommendations%20overview_en.pdf

van Hoof J, van Zanten E, van der Lely N. Four Years of Reports of Alcohol-Related Harm to Pediatricians in the Netherlands. J Child Adolesc Subst 2015;24:191–7.

Van Laar MW, van Ooyen-Houben MMJ. Nationale Drug Monitor, jaarbericht 2016. Utrecht, Den Haag: Trimbos-instituut 2016. Internet: <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/sites/31/2021/09/af1486-jaarbericht-nationale-drug-monitor-2016.pdf>

van Roozendaal H, Verhulst S, Glazemakers I, De Meulder F, Vander Auwera A, Bael A et al. Characteristics of Adolescents Admitted with Acute Alcohol Intoxication: A Retrospective Multicentre Study in Antwerp, Belgium, in the Period 2015–2021. *Children* 2023;10(8):1378.

Vanherle R, Kurten S, Achterhof R, Myin-Germeys I, Beullens K. Stay Home, Drink at Home? A Daily Diary Study on College Students' Alcohol and Social Media Use During the COVID-19 Pandemic. *Subst Use Misuse* 2022;57 (1):86-95.

Wagenaar AC, Toomey TL. Effects of minimum drinking age laws: review and analyses of the literature from 1960 to 2000. *J Stud Alcohol Suppl* 2002;14:206-25.

Wagenaar AC. Presentation at the first European conference on alcohol law enforcement. Rotterdam: Netherlands; 2011.

WHO - World Health Organization. Food marketing exposure and power and their associations with food-related attitudes, beliefs, and behaviours: a narrative review. Geneva: World Health Organization 2022. Internet: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/351521/9789240041783-eng.pdf?sequence=1>

WHO – World Health Organization. No place for cheap alcohol. The potential value of minimum pricing for protecting lives. 2022. Internet: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058094>

WHO – World Health Organization. Public health review of noncommunicable disease prevention and its determinants: Belgium. 2023. Internet: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058704>

WHO – World Health Organization. Alcohol labelling : A discussion document on policy options. Copenhagen, Denmark: World Health Organization; 2017. Internet: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350744/WHO-EURO-2017-4124-43883-61793-eng.pdf?Sequence=%201&isallowed=y>

WHO – World Health Organization. Health warning labels on alcoholic beverages: opportunities for informed and healthier choices. Geneva: World Health Organization; 2022. Internet: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352519/9789240044449-eng.pdf?sequence=1>

Wood AM, Kaptoge S, Butterworth AS, Willeit P, Warnakula S, Bolton T et al. Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. *Lancet* 2018;391:1513-23.

Wyper GMA, Mackay DF, Fraser C, Lewsey J, Robinson M, Beeston C et al. Evaluating the impact of alcohol minimum unit pricing on deaths and hospitalisations in Scotland: a controlled interrupted time series study. *Lancet* 2023;401(10385):1361-70.

Xuan Z, Naimi TS, Kaplan MS, Bagge CL, Few LR, Maisto S et al. Alcohol policies and suicide: a review of the literature. *Alcohol Clin Exp Res* 2016;40(10):2043-55.

Zhang X, Liu Y, Li S, Lichtenstein AH, Chen S, Na M et al. Alcohol consumption and risk of cardiovascular disease, cancer and mortality: a prospective cohort study. *Nut J* 2021;20:13

Zhao J, Stockwell T, Thomas G. An adaptation of the Yesterday Method to correct for under-reporting of alcohol consumption and estimate compliance with Canadian low-risk drinking guidelines. *Can J Public Health* 2015;106(4):e204-e9.

Zhao J, Stockwell T, Vallance K, Hobin E. The Effects of Alcohol Warning Labels on Population Alcohol Consumption: An Interrupted Time Series Analysis of Alcohol Sales in Yukon, Canada. *J Alcohol Drugs* 2020;81(2):225-37.

VI. SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP

De samenstelling van het Bureau en het College alsook de lijst met de bij KB benoemde experts is beschikbaar op de website van de HGR: [wie zijn we?](#).

Al de experts hebben **op persoonlijke titel** aan de werkgroep deelgenomen. Hun algemene belangenverklaringen alsook die van de leden van het Bureau en het College kunnen worden geraadpleegd op de website van de HGR ([belangenconflicten](#)).

De volgende experts hebben hun medewerking en goedkeuring verleend bij het opstellen van het advies. Het voorzitterschap werd waargenomen door **Frieda MATTHYS** en het wetenschappelijk secretariaat door Sylvie GERARD en Els TOBBACK.

BOGDANOWICZ Emilia	Psychologie, psychotherapie, verslavingen	Le Pélican
BOIY Jelissa	Huisarts	Kompas vzw
BOONEN Huub	Psychologie	Integra Limburg - UCLL
CAMPANELLA Salvatore	Medische psychologie, verslaving	ULB – CHU Brugmann
CRUNELLE Cleo	Psychiatrie	VUB, UZ Brussel
DE DONDER Else	Gezondheidsbevordering, preventie, epidemiologie	VAD
DE DUVE Martin	Alcoholologie, preventie, gezondheidsbevordering, volksgezondheid	Univers Santé, UC Louvain
DEBUSSCHER Eva	Psychiatrie, verslavingszorg	Centrum voor psychiatrie en psychotherapie Pittem
DEVOS Gaëtan	Psychologie	UC Louvain
DOM Geert	Neuropsychologie, psychiatrie	UAntwerpen
FABRY Lauriane	Psychologie	CHU Brugmann
FELTZ Bernard	Filosofie van levens- en milieuwetenschappen, bio-ethiek, biologie	UC Louvain
GABRIELS Suzanne	Preventie	Kom op Tegen Kanker
GEUENS Maggie	Marketing, marketingcommunicatie en consumentengedrag	UGent
GILS Ann	Preventie en vroegopsporing	Kom op Tegen Kanker
HANAK Catherine	Psychiatrie	CHU Brugmann
HUDDERS Liselot	Marketing, communicatie	UGent
KIRKOVE Patricia	Geneeskunde	CH Jean Titeca
KRAMER Ruben	Preventie	VAD
LAMY Dominique	Geneeskunde	UCL
LECLERCQ Stéphane	Psychologie	Féda Bxl
LOBOZ Frédéric	Psychologie	Interstices CHU Saint-Pierre asbl
LORANT Vincent	Sociologie	UC Louvain
MATTHYS Frieda	Psychiatrie	VUB

MAURAGE Pierre	Psychologie	UC Louvain
NEVE Jean	Farmacotherapie en voeding	ULB
NIEMEGEERS Peter	Psychiatrie	ZNA
ORBAN Thomas	Geneeskunde	Resumes ASBL / Alcooletmoi ASBL
PELEMAN Katleen	Preventie	VAD
PEUSKENS Hendrik	Psychiatrie	Psychiatrische Kliniek Alexianen Tienen UPC KULeuven
PINTO Emmanuel	Psychiatrie, verslaving	ULiège
POCHET Sophie	Marketing, communicatie	IHECS
QUERTEMONT Etienne	Psychologie	ULiège
RICHELLE Lou	Huisarts	ULB
SMITS Tim	Marketing, communicatie	KULeuven
STARKEL Peter	Hepato-gastro-enterologie	UC Louvain
VAN DEUN Paul	Klinische psychologie, verslaving	VAD
VAN HAL Guido	Sociale Epidemiologie en Gezondheidsbeleid	UAntwerpen
VERSWEYVELT Anne- Sophie	Recht	Kom op tegen Kanker, KU Leuven
ZEEUWS Dieter	Psychiatrie	VUB - UZ Brussel

De volgende administraties/ministeriële kabinetten werden gehoord:

DE HALLEUX Stéphanie	FOD Volksgezondheid
GALANTE Annick	FOD Volksgezondheid

De permanente werkgroep Geestelijke gezondheid heeft het advies goedgekeurd. Het voorzitterschap van de permanente werkgroep werd waargenomen door Frieda MATTHYS en Olivier LUMINET en het wetenschappelijk secretariaat door Sylvie GERARD et Els TOBBACK. Het advies werd tevens ter beoordeling voorgelegd aan de permanente werkgroep VGVV.

Over de Hoge Gezondheidsraad (HGR)

De Hoge Gezondheidsraad is een federaal adviesorgaan waarvan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu het secretariaat verzekert. Hij werd opgericht in 1849 en geeft wetenschappelijke adviezen i.v.m. de volksgezondheid aan de ministers van Volksgezondheid en van Leefmilieu, aan hun administraties en aan enkele agentschappen. Hij doet dit op vraag of op eigen initiatief. De HGR probeert het beleid inzake volksgezondheid de weg te wijzen op basis van de recentste wetenschappelijke kennis.

Naast een intern secretariaat van een 25-tal medewerkers, doet de Raad beroep op een uitgebreid netwerk van meer dan 500 experts (universiteitsprofessoren, medewerkers van wetenschappelijke instellingen, praktijkbeoefenaars, enz.), waarvan er 300 tot expert van de Raad zijn benoemd bij KB; de experts komen in multidisciplinaire werkgroepen samen om de adviezen uit te werken.

Als officieel orgaan vindt de Hoge Gezondheidsraad het van fundamenteel belang de neutraliteit en onpartijdigheid te garanderen van de wetenschappelijke adviezen die hij aflevert. Daartoe heeft hij zich voorzien van een structuur, regels en procedures die toelaten doeltreffend tegemoet te komen aan deze behoeften bij iedere stap van het tot stand komen van de adviezen. De sleutelmomenten hierin zijn de voorafgaande analyse van de aanvraag, de aanduiding van de deskundigen voor de werkgroepen, het instellen van een systeem van beheer van mogelijke belangenconflicten (gebaseerd op belangenverklaringen, onderzoek van mogelijke belangenconflicten en een Commissie voor Deontologie) en de uiteindelijke validatie van de adviezen door het College (eindbeslissingsorgaan van de HGR, samengesteld uit 30 leden van de *pool* van benoemde experts). Dit coherent geheel moet toelaten adviezen af te leveren die gesteund zijn op de hoogst mogelijke beschikbare wetenschappelijke expertise binnen de grootst mogelijke onpartijdigheid.

Na validatie door het College worden de adviezen overgemaakt aan de aanvrager en aan de minister van Volksgezondheid en worden ze gepubliceerd op de website (www.hgr-css.be). Daarnaast wordt een aantal onder hen gecommuniceerd naar de pers en naar bepaalde doelgroepen (beroepsbeoefenaars in de gezondheidssector, universiteiten, politiek, consumentenorganisaties, enz.).

Indien u op de hoogte wilt blijven van de activiteiten en publicaties van de HGR kunt u een mail sturen naar info.hgr-css@health.belgium.be.

www.hgr-css.be



Deze publicatie mag niet worden verkocht.



Volksgezondheid
Veiligheid van de Voedselketen
Leefmilieu