

Alcohol en gezondheid in brede zin

Aan: de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Nr. 2026/11, Den Haag, 25 juni 2026

Inhoud

Samenvatting		3
1	Inleiding	6
1.1	Aanleiding en adviesvraag	6
1.2	Commissie	6
1.3	Reikwijdte en afbakening	7
1.4	Werkwijze	7
1.5	Leeswijzer	9
2	Alcohol: een introductie	10
2.1	Alcohol in het lichaam	10
2.2	Eerdere Gezondheidsraad-adviezen over alcohol	12
2.3	Alcoholgebruik in Nederland	12
2.4	Beleid en regelgeving in Nederland	14
2.5	Andere alcoholadviezen	14
3	Gevolgen voor ziekte en sterfte	17
3.1	Ziekten	17
3.2	Totale sterfte	21
3.3	Ziektelast	23
4	Bredere gezondheidgerelateerde gevolgen	25
4.1	Afbakening	25
4.2	Ongevallen en letsel	26
4.3	(Psycho)sociale gezondheid	28
4.4	Gezondheidgerelateerd gedrag	30
4.5	Vruchtbaarheid	31
4.6	Economische gevolgen	31
5	Effectiviteit van maatregelen	32
5.1	Vormen van preventie	32
5.2	Bewezen effectief: omgeving aanpassen	32
5.3	Invloed sociaal-maatschappelijke normen	35
5.4	Invloed alcoholindustrie	35
6	Advies	37
Literatuur		40
Commissie en geraadpleegd deskundigen		48

Samenvatting

Het gebruik van alcohol is genormaliseerd in de Nederlandse samenleving en ingebed in allerlei sociale en culturele tradities. Het wordt vaak geassocieerd met zaken die positief beleefd worden. Tegelijkertijd kan alcoholgebruik ongunstige gevolgen hebben voor de gezondheid en de maatschappij. Het huidige alcoholbeleid richt zich op voorkomen dat jongeren alcohol gaan drinken en op het verminderen van de schadelijke gevolgen van alcoholgebruik. Het ministerie van VWS heeft de Gezondheidsraad gevraagd om een advies over de gevolgen van het gebruik van alcohol op de gezondheid in brede zin. Daarmee wordt zowel de fysieke, mentale als sociale gezondheid bedoeld. Ook werd gevraagd wat dat betekent voor het advies uit 2015 van de Gezondheidsraad om geen alcohol te drinken, of in ieder geval niet meer dan 1 glas per dag – een advies dat was gebaseerd op de gevolgen van alcoholgebruik op het risico op ziekte en sterfte, op de gezondheid in enge zin dus. De commissie Alcohol heeft zich gebogen over deze adviesvraag en doet ook suggesties voor aanpassingen in het alcoholbeleid.

Geen veilige ondergrens voor alcoholgebruik

De commissie concludeert dat er geen veilige ondergrens is voor het gebruik van alcohol. Dat betekent dat het drinken van elk glas alcohol gezondheidsrisico's geeft. Er is sterk bewijs dat bij elk innameniveau het

risico op 7 soorten kanker toeneemt. Ook verhoogt alcohol het risico op orgaanschade. Er is volgens de commissie onvoldoende wetenschappelijk bewijs om te stellen dat alcoholgebruik gezondheidswinst oplevert.

De commissie acht het onvoldoende bewezen dat lage innameniveaus samenhangen met een lager risico op hart- en vaatziekten en een lager risico op vroegtijdig overlijden.

Alcoholgebruik verhoogt niet alleen het risico op kanker en orgaanschade, het brengt ook risico's met zich mee voor de gezondheid in brede zin.

Door alcoholgebruik, ook bij 1 glas, neemt het risico op verkeersongevallen toe. Ook verhoogt alcohol het risico op incidenten met agressie en geweld, waardoor het risico op letsel toeneemt. Deze gevolgen beperken zich niet enkel tot degene die alcohol gebruikt, maar treffen ook de directe omgeving zoals familie, vrienden of medeweggebruikers. Alcoholgebruik kan leiden tot een verslaving, zeker bij mensen met een verslavingsgevoeligheid. Daarnaast beïnvloedt alcohol het functioneren van de hersenen. De commissie vond geen wetenschappelijke onderbouwing voor het vaak aangehaalde gunstige effect dat alcoholgebruik de sociale cohesie in de samenleving zou bevorderen. Zelfs als deze gunstige verbanden er wel zijn, wegen ze volgens de commissie niet op tegen de risico's die alcoholgebruik met zich meebrengt.



Alcoholgebruik is een vraagstuk voor de volksgezondheid

Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt duidelijk dat alcohol het risico verhoogt op ziekten en letsel. Op individueel niveau zijn deze risico's relatief klein, maar op het niveau van de hele bevolking vertaalt een klein individueel risico voor een specifieke ziekte zich naar een aanzienlijke ziektelast doordat veel mensen alcohol gebruiken. Maar ook doordat alcohol samenhangt met veel verschillende gezondheidsrisico's.

In Nederland drinkt driekwart van de volwassenen wel eens alcohol, en meer dan de helft drinkt meer dan 1 glas alcohol per dag. Naar schatting is 3,0% van de totale ziektelast en 1,4% van de totale sterfte toe te schrijven aan het gebruik van alcohol. Ook in absolute termen zijn de gevolgen voor de volksgezondheid aanzienlijk. Jaarlijks zijn er naar schatting 2.440 sterfgevallen door alcohol, komen er 65 duizend mensen terecht op de spoedeisende hulp wegens ongevallen waarbij alcohol in het spel was en veroorzaakt alcohol 75 tot 140 verkeersdoden. Ook hebben 30 duizend mensen verslavingszorg met alcohol als primaire problematiek.

De maatschappelijke kosten van alcoholgebruik zijn hoog en worden door de hele samenleving gedragen, zowel binnen als buiten het gezondheidsdomein. De commissie beschouwt alcoholgebruik daarom als een vraagstuk voor de volksgezondheid.



Aanbeveling: alcoholgebruik denormaliseren en ontmoedigen

De commissie concludeert dat alcoholgebruik niet past in een gezonde leefstijl en schadelijk is voor de volksgezondheid en voor de veiligheid van de samenleving. Daarom adviseert zij de overheid om het huidige alcoholbeleid aan te passen en te richten op het denormaliseren en ontmoedigen van alcoholgebruik. Dat betekent:

- Uitdragen dat alcoholgebruik niet als vanzelfsprekend moet worden gezien.
- Alcoholgebruik ontmoedigen, voor alle bevolkingsgroepen en alle leeftijden, niet alleen voor zwangeren en jongeren.
- De fysieke, digitale, sociale en economische omgeving zodanig inrichten dat het normaler wordt om geen of minder alcohol te drinken.
- Laat geen ruimte meer voor het gebruik van alcohol in het verkeer.
- Mensen ondersteunen bij het stoppen of minderen met het drinken van alcohol, ook degenen die in beperkte mate alcohol drinken.
- Alcoholbeleid beschermen tegen de commerciële en gevestigde belangen van de alcoholindustrie.

Aangrijpingspunten voor effectiever alcoholbeleid

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft een aantal maatregelen ter vermindering van alcoholgebruik op basis van literatuur erkend als kosten-effectief. Deze maatregelen kunnen ook in Nederland als aangrijpingspunt dienen voor het denormaliseren en ontmoedigen van alcoholgebruik.



Dit zijn populatiegerichte maatregelen. Dat wil zeggen dat ze op iedereen van toepassing zijn, ongeacht het niveau van alcoholgebruik. De maatregelen richten zich op het verhogen van de prijs en het beperken van de beschikbaarheid en marketing van alcohol. Effectieve communicatiestrategieën en informatiecampagnes die goed zijn ingebed in beleid, kunnen helpen om het drinken van alcohol te denormaliseren en om mensen te ondersteunen in het veranderen van hun gedrag. Bovendien is het cruciaal dat er een scherpe scheiding is tussen de overheid en de alcoholindustrie, omdat de commerciële doelstellingen van de alcoholindustrie haaks staan op de verplichting van de overheid om de volksgezondheid te beschermen.

Uitdagende transitie die langdurige inzet vergt

De commissie realiseert zich dat het gebruik van alcohol genormaliseerd is in de Nederlandse samenleving en dat het advies om het gebruik van alcohol te denormaliseren en te ontmoedigen een verschuiving van de sociaal-maatschappelijke norm vergt. Die transitie is uitdagend, maar niet onmogelijk. De toename van het aantal mensen dat steeds vaker geen alcohol drinkt, laat zien dat er momentum is om toe te werken naar een samenleving waarin alcoholgebruik minder vanzelfsprekend is. Voor deze groep zal deze transitie als steun en stimulans kunnen worden ervaren.

De commissie benadrukt dat iedere (verdere) stap richting het denormaliseren van alcohol en het verminderen van alcoholgebruik

bijdraagt aan een gezondere en veiligere samenleving. Ook 1 glas alcohol brengt gezondheidsrisico's met zich mee en naarmate de innameniveaus toenemen nemen ook de risico's toe. Elke vermindering van het alcoholgebruik kan die risico's verkleinen. Het voeren van effectief ontmoedigingsbeleid voor alcohol vraagt om een langdurige inzet en een brede preventiestrategie. De commissie adviseert om een transdisciplinaire werkgroep in te stellen ter ondersteuning van de transitie naar het denormaliseren en ontmoedigen van alcohol.



1 Inleiding

1.1 Aanleiding en adviesvraag

Het gebruik van alcohol is genormaliseerd in de Nederlandse samenleving en ingebed in allerlei sociale en culturele tradities in Nederland. Het wordt vaak geassocieerd met zaken die positief beleefd worden. Tegelijkertijd heeft alcoholgebruik ook ongunstige gevolgen voor de gezondheid.

De Gezondheidsraad heeft daarover verschillende adviezen uitgebracht. In *Richtlijnen goede voeding 2015* is op basis van de relatie tussen alcohol en het risico op de meest voorkomende chronische ziekten een richtlijn opgesteld voor de algemene bevolking. Het advies was om geen alcohol te drinken, of in ieder geval niet meer dan 1 glas per dag.¹ In 2023 concludeerde de raad dat deze richtlijn ook geldt voor mensen met hart- en vaatziekten door atherosclerose.² In 2018 heeft de raad een advies uitgebracht over alcohol en hersenontwikkeling bij jongeren en in 2021 is alcohol meegenomen in het advies *Voedingsaanbevelingen voor zwangere vrouwen*.^{3,4}

In al deze adviezen lag de focus op de gevolgen van alcoholgebruik op de gezondheid in enge zin: het risico op ziekte en sterfte. Alcoholgebruik heeft ook invloed op de gezondheid in brede zin, zoals bijvoorbeeld het

risico op verkeersongevallen, verslaving, en incidenten met agressie en geweld.

Het huidige alcoholbeleid is gericht op het voorkomen dat jongeren alcohol gaan drinken en op het verminderen van de gevolgen van alcoholgebruik. In het Nationaal Preventieakkoord (2018) en de Samenhangende Preventiestrategie (2025) staan de doelstellingen van de overheid op het gebied van alcoholpreventie beschreven.^{5,6} Jongeren, jongvolwassenen en zwangeren krijgen in overheidsbeleid extra aandacht vanwege een grotere kwetsbaarheid.

Adviesvraag

Het ministerie van VWS heeft de Gezondheidsraad gevraagd om een advies uit te brengen over de gevolgen van het gebruik van alcohol op de gezondheid in brede zin en wat dat betekent voor het advies uit 2015 van de Gezondheidsraad om geen alcohol te drinken, of in ieder geval niet meer dan 1 glas per dag. De adviesvraag staat op de website van de Gezondheidsraad.

1.2 Commissie

Voorheen werden adviezen over alcohol opgesteld door de vaste commissie Voeding van de Gezondheidsraad in het kader van de *Richtlijnen goede voeding*. De raad vindt dat niet meer passend, omdat alcohol niet gezien wordt als onderdeel van een voedingspatroon. Alcohol maakt



daarom niet langer deel uit van voedingsadviezen. Voor de beantwoording van de adviesvraag is de tijdelijke commissie Alcohol ingesteld.

De commissie bestaat uit experts uit gebieden zoals gedragswetenschappen, statistiek en methodologie en medische disciplines. Daarnaast zijn op incidentele basis deskundigen geraadpleegd over specifieke onderwerpen. De samenstelling van de commissie en de geraadpleegd deskundigen staan achter in dit advies.

1.3 Reikwijdte en afbakening

Het ministerie van VWS heeft de Gezondheidsraad gevraagd om te adviseren over alcohol en de gevolgen op de gezondheid in brede zin. De commissie heeft daarvoor gekeken naar zowel de fysieke, mentale als sociale aspecten van gezondheid. De adviesvraag is als volgt vertaald:

1. Wat is de huidige stand van wetenschap over de gevolgen tussen het gebruik van alcohol en gezondheid in enge zin? Dit betreft een actualisatie van het advies uit 2015, waarin werd gekeken naar chronische ziekten en totale sterfte, als ook een verbreding door ook naar andere ziekten te kijken.
2. Wat is de huidige stand van wetenschap over de gevolgen van alcoholgebruik voor de gezondheid in brede zin? Daarbij gaat het om de bredere gezondheidgerelateerde gevolgen voor degene die alcohol gebruikt, voor diens (directe) omgeving en voor de samenleving. Dit betreft een verbreding ten opzichte van het advies uit 2015.
3. Wat betekenen deze bevindingen voor het advies uit 2015 van de

Gezondheidsraad om geen alcohol te drinken, of in ieder geval niet meer dan 1 glas per dag? Ook doet de commissie suggesties voor het alcoholbeleid.

Bij het beantwoorden van de adviesvraag gaat de commissie uit van de algemene volwassen bevolking vanaf 18 jaar. In eerdere adviezen is de Gezondheidsraad specifiek ingegaan op jongeren (2018) en zwangeren (2021).^{3,4}

Het advies is gericht aan de minister van VWS en bedoeld als basis voor het alcoholbeleid van de overheid en eventuele aanpassingen daarin.

1.4 Werkwijze

Bij het in kaart brengen van de gevolgen van alcoholgebruik in de brede zin heeft de commissie als eerste stap gekeken naar de literatuur die is gebruikt voor recent verschenen alcoholadviezen uit Canada (2023), de Scandinavische landen (2023) en de Verenigde Staten (2026).⁷⁻⁹ Deze adviezen zijn gestoeld op een omvangrijke wetenschappelijke kennisbasis. Op basis van de literatuur onderliggend aan deze adviezen is een eerste inventarisatie gemaakt van mogelijke uitkomstmaten. Deze zijn aangevuld met uitkomstmaten die volgens de commissie belangrijk zijn om een meer volledig beeld te vormen van de gevolgen van alcohol in enge en brede zin.



Ten aanzien van de wetenschappelijke onderbouwing van de relatie tussen alcoholgebruik en deze uitkomstmaten is zoveel mogelijk uitgegaan van een gelijke werkwijze, maar moest de commissie ook flexibel zijn omdat niet alle uitkomstmaten op een gelijksoortige manier zijn onderzocht. Gezien de breedte van de uitkomstmaten en de diversiteit van onderzoeksmethodieken is er voor elke uitkomstcategorie gekeken welk onderzoeksdesign passend is. De werkwijze is verder gespecificeerd per uitkomstmaat waar nodig.

De literatuur onderliggend aan de recent verschenen adviezen over alcohol vormde het startpunt van de onderbouwing. Er is zoveel mogelijk uitgegaan van overzichtsstudies waarbij een systematische zoekactie is uitgevoerd en waarbij een schatting wordt gemaakt van de dosis-responsrelatie of het effect van alcohol wordt weergegeven voor meerdere inname-niveaus. Overzichtsstudies die enkel bevindingen rapporteren voor wel of geen alcohol werden buiten beschouwing gelaten, omdat dit geen antwoord geeft op de vraag welke hoeveelheid alcohol is gerelateerd aan eventuele gevolgen. Overzichtsstudies van Mendeliaanse randomisatiestudies werden buiten beschouwing gelaten, omdat het aantal studies wat inzichten geeft in meerdere innameniveaus beperkt is.¹⁰

Systematische reviews van auteurs die worden gelinkt aan de alcoholindustrie rapporteren vaker gunstige verbanden dan reviews van auteurs die deze banden ogenschijnlijk niet hebben.¹¹ De commissie heeft daarom

besloten om voor dit advies overzichtsstudies buiten beschouwing te laten waarbij in de publicatie een belang en/of financiering werd gemeld van de alcoholindustrie. Ook wanneer 1 of meerdere auteurs, voor zover bekend, banden hebben met de alcoholindustrie werd de studie niet meegenomen. De implicaties van deze werkwijze voor de rapporten onderliggend aan de richtlijn uit de Verenigde Staten, wordt in het kader beschreven.

Alcoholadvies Verenigde Staten (2026)

Er zijn twee rapporten verschenen over alcohol en verschillende gezondheidsuitkomsten, met als doel om informatie aan te leveren voor de Amerikaanse richtlijn. Het eerste rapport *Scientific Findings of the Alcohol Intake & Health Study* werd in januari 2025 beschikbaar gesteld voor een openbare commentaarronde en is recent gepubliceerd.^{12,13} Het bevat een overzicht van de actuele stand van wetenschap en omvat systematische reviews en meta-analyses naar de effecten van alcohol op diverse gezondheidsuitkomsten.

Het tweede rapport *Review of Evidence on Alcohol and Health* werd uitgebracht in december 2024 door de *National Academy of Sciences, Engineering and Medicine*, een invloedrijk Amerikaans onderzoeksinstituut.¹⁴ Dit rapport wordt bekritiseerd, onder andere omdat het een onvolledig beeld schetst over de bewijslast voor alcohol.¹⁵ Ook blijken een aantal betrokkenen banden te hebben met de alcoholindustrie.^{16,17} De commissie stelt dat het onwenselijk is dat de alcoholindustrie invloed uitoefent op het wetenschappelijke debat, en heeft daarom besloten dit rapport buiten beschouwing te laten.



1.5 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 gaat over de stof alcohol, over alcoholgebruik en daarvoor geldende richtlijnen en beleid. Vervolgens gaan hoofdstukken 3 en 4 over de gevolgen van alcoholgebruik, met in hoofdstuk 3 de focus op gezondheid in enge zin en in hoofdstuk 4 op de bredere gezondheid-gerelateerde gevolgen, zie figuur. Hoofdstuk 5 gaat over mogelijke maatregelen om alcoholgebruik terug te dringen. In hoofdstuk 6 staat het advies van de commissie. Bij dit advies hoort 1 achtergronddocument *Onderzoek naar alcohol en gezondheid in brede zin*.

In dit advies wordt naar alcohol en gezondheid in brede zin gekeken

Ziekte en sterfte:
hoofdstuk 3



Kanker*



Hart- en vaatziekten*



Diabetes mellitus type 2*



Dementie*



Levercirrose



Alvleesklierontsteking



Totale sterfte*

Bredere gezondheidgerelateerde gevolgen:
hoofdstuk 4



Ongevallen en letsel



(Psycho)sociale gezondheid**



Gezondheidgerelateerd gedrag



Vruchtbaarheid



Economische gevolgen

* Maakte ook deel uit van het advies uit 2015.
** Er wordt in het huidige advies breed gekeken naar psychosociale gezondheid. In het advies uit 2015 is depressie meegewogen.

Figuur 1 Onderwerpen die worden meegewogen in het huidige advies over alcohol en gezondheid in brede zin



2 Alcohol: een introductie

In het kort

Alcohol zit in uiteenlopende dranken zoals bier, wijn en sterke drank. Het is een voor het lichaam giftig genotmiddel met bedwelmende en verslavende eigenschappen. De Gezondheidsraad heeft in 2015 geadviseerd om geen alcohol te drinken, of in ieder geval niet meer dan 1 glas per dag. In 2025 zei iets minder dan de helft van de volwassenen in Nederland zich aan die richtlijn te houden.

2.1 Alcohol in het lichaam

De scheikundige naam voor de alcohol in alcoholhoudende dranken als bier, wijn en sterke drank is ethanol, zie kader. In het advies worden de gevolgen van de stof ethanol beschreven. Omwille van de toegankelijkheid wordt in dit advies gesproken van alcohol en alcoholgebruik. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende typen alcoholhoudende drank waar deze stof inzit.

Ethanol

Alcohol is een organische verbinding die gekenmerkt wordt door de aanwezigheid van een hydroxylgroep (-OH). Ethanol is de bekendste van deze verbindingen en zit in alcoholhoudende dranken zoals wijn en bier. Ethanol ontstaat van nature tijdens het fermentatieproces, waarbij suikers door gist worden omgezet. Wat in de volksmond alcohol wordt genoemd, is in feite ethanol. Omwille van de toegankelijkheid wordt in dit advies de term alcohol gebruikt.

Alcohol is een voor het lichaam giftig genotmiddel met bedwelmende en verslavende eigenschappen. Het is geen essentiële stof die het lichaam nodig heeft, maar levert wel calorieën: per gram ongeveer 7 kilocalorieën. Na inname wordt alcohol snel en vrijwel volledig opgenomen in het lichaam, voornamelijk via het maag-darmkanaal. Binnen 30 tot 90 minuten wordt meestal de maximale alcoholconcentratie in het bloed bereikt. De effecten van alcohol zijn sterk afhankelijk van de alcoholconcentratie in het bloed. Deze wordt uitgedrukt in milligram per liter (mg/L) bloed. Een alcoholpromillage van 1 komt overeen met 1000 mg/L alcohol in het



bloed. Een bloedalcoholconcentratie van 4500 tot 5000 mg/L kan levensbedreigend zijn. Bij kinderen en jongeren kan een concentratie van 500 mg/L al levensbedreigend zijn.

Hoewel het grootste deel van de alcohol in de lever wordt afgebroken, begint de afbraak al in de maag. In het maagslijmvlies bevindt zich het enzym alcoholdehydrogenase (ADH), dat een klein deel van de ingenomen alcohol afbreekt. De rest van de afbraak van alcohol gebeurt in de lever, zie kader. De snelheid waarmee dat gebeurt verschilt per individu en wordt onder andere beïnvloed door het consumptiepatroon, sekse, leeftijd en lichaamssamenstelling, waarbij de afbraak langzamer gaat bij vrouwen en naarmate men ouder wordt. Ook zijn er genetische variaties waardoor ethanol makkelijker of juist moeilijker wordt afgebroken.

Gemiddeld breekt de lever alcohol af met een snelheid van ongeveer 7 gram per uur. In Nederland bevat 1 standaardglas ongeveer 10 gram pure alcohol. Wat geldt als standaardglas is afhankelijk van het alcoholpercentage van de betreffende drank, zie kader. De afbraak van een standaardglas alcohol door de lever duurt 1 tot 1,5 uur.

De afbraak van alcohol in de lever

De afbraak van alcohol in het lichaam verloopt in 3 stappen:

- Stap 1: Omzetting van ethanol naar acetaldehyde
De lever zet ethanol eerst om in acetaldehyde, een giftige en irriterende stof. Acetaldehyde kan schade veroorzaken aan verschillende organen en speelt een belangrijke rol bij het ontstaan van een kater en bij het risico op kanker.
- Stap 2: Omzetting van acetaldehyde naar azijnzuur
Vervolgens breekt de lever het acetaldehyde af tot azijnzuur (acetaat), een minder schadelijke stof die verder kan worden verwerkt door het lichaam.
- Stap 3: Afbraak tot water en koolstofdioxide
Tot slot wordt het azijnzuur verder afgebroken tot water en koolstofdioxide. Deze eindproducten worden vervolgens uit het lichaam verwijderd: water via de urine en koolstofdioxide via de ademhaling.

1 standaardglas bevat 10 gram alcohol

Met een standaardglas wordt de hoeveelheid van een drank bedoeld waarmee iemand ongeveer 10 gram pure alcohol binnenkrijgt. Hoe groot of klein de standaardglazen zijn hangt af van hoe sterk de drank is. Een standaardglas bier (5% alcohol) komt overeen met 250 ml, voor wijn (12% alcohol) is dat 100 ml, en voor sterke drank (35% alcohol) 35 ml.¹⁸ Vaak zijn er echter afwijkingen in het volume van het glas of het alcoholpercentage, waardoor een standaardglas alcoholhoudende drank in werkelijkheid vaak meer dan 10 gram alcohol bevat. Hier volgen enkele voorbeelden ter illustratie.

Een halve liter bier (5% alcohol) bevat 20 gram pure alcohol. Een groot glas speciaalbier van 330 ml (6,5% alcohol) bevat 17 gram pure alcohol. Wanneer er 6 glazen uit een fles wijn van 750 ml (12% alcohol) worden geschonken, bevat 1 glas wijn 12 gram pure alcohol.



2.2 Eerdere Gezondheidsraad-adviezen over alcohol

In 2015 heeft de Gezondheidsraad in het kader van de richtlijnen goede voeding ook geadviseerd over het gebruik van alcoholhoudende dranken, waarbij het verband tussen alcohol en chronische aandoeningen zoals die zich op latere leeftijd manifesteren de basis vormde.¹ De stand van wetenschap liet destijds zien dat er voor 1 glas alcohol per dag zowel ongunstige als gunstige verbanden werden gevonden met risico's op chronische ziekten. De gunstige verbanden gaven geen aanleiding om mensen die geen alcohol drinken aan te raden om in beperkte mate alcohol te gaan gebruiken. Bij hogere innameniveaus werden alleen ongunstige verbanden met het hogere risico op chronische ziekten gevonden. Het uiteindelijke advies van de Gezondheidsraad luidde: drink geen alcohol, of in ieder geval niet meer dan 1 glas per dag. In 2023 concludeerde de raad dat deze richtlijn ook geldt voor mensen met hart- en vaatziekten door atherosclerose.²

In 2018 heeft de Gezondheidsraad een advies uitgebracht over alcohol en hersenontwikkeling bij jongeren (12 tot 24 jaar).³ De focus van dat advies lag op veranderingen in de ontwikkeling van de hersenen, veranderingen in cognitief functioneren en schoolprestaties. Er was veel onderzoek beschikbaar naar de invloed van alcohol op de hersenen van jongeren. Tegelijkertijd was het lastig om de gevolgen van alcohol los te zien van de gevolgen van ander risicovol gedrag dat vaak samen voorkomt. Er werd geconcludeerd dat alcoholgebruik een negatieve invloed kan hebben op

de hersenontwikkeling en op het ontwikkelen van later problematisch alcoholgebruik. Daarom luidde het advies dat het voor jongeren een verstandige keuze is om geen alcohol te drinken.

In 2021 heeft de Gezondheidsraad een advies met voedingsaanbevelingen voor zwangeren uitgebracht waarin ook aandacht is voor alcoholgebruik.⁴ Alcoholgebruik tijdens de zwangerschap hangt samen met een hoger risico op ongunstige zwangerschapsuitkomsten. De risico's zijn groter, ernstiger en meer divers naarmate het alcoholgebruik toeneemt. Er is geen veilige hoeveelheid voor inname van alcohol tijdens de zwangerschap. Van de hoogste alcoholinname is bekend dat deze kunnen leiden tot foetaal-alcoholsyndroom. In het advies wordt aanbevolen om geen alcohol te gebruiken tijdens de zwangerschap.

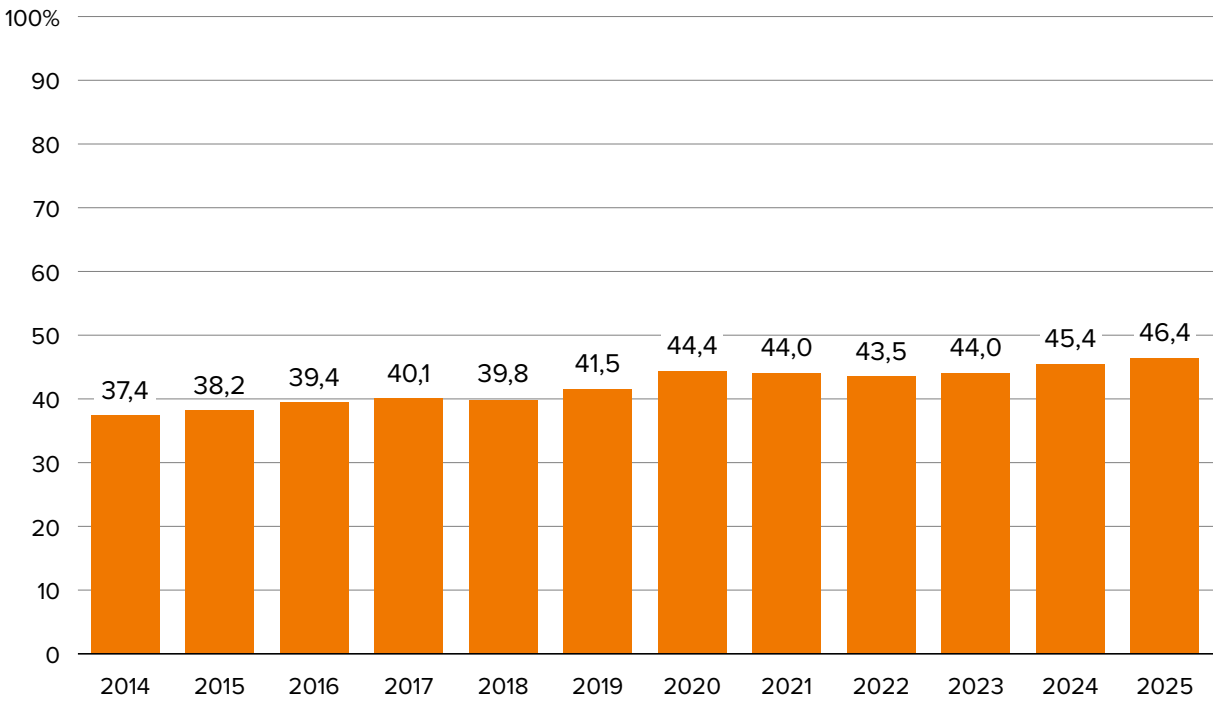
2.3 Alcoholgebruik in Nederland

In 2025 gaf 46,4% van de volwassenen aan dat ze geen alcohol, of in ieder geval niet meer dan 1 glas per dag dronken.¹⁹ Daarmee voldeden ze aan de alcoholrichtlijn van de Gezondheidsraad uit 2015. Er zijn grote verschillen in de samenleving, zie tabel 1. Het aantal volwassenen dat zich aan de richtlijn zegt te houden is toegenomen ten opzichte van 2014 toen 37,4% voldeed aan de alcoholrichtlijn, zie figuur.



Aantal volwassenen dat voldoet aan de alcoholrichtlijn stijgt

Percentage volwassenen dat voldoet aan de alcoholrichtlijn van 2015: drinkt niet, of niet meer dan 1 glas alcohol per dag



Figuur 2 Het aantal volwassenen dat voldoet aan de alcoholrichtlijn¹⁹

Van de volwassenen zegt 5,5% meer dan 14 (vrouwen) of 21 (mannen) glazen alcohol per week te drinken. Dat wordt overmatig alcoholgebruik genoemd. 6,7% drinkt minstens 1 keer per week minimaal 4 (vrouwen) of 6 (mannen) glazen alcohol op 1 dag. Dat wordt zwaar alcoholgebruik genoemd. Ook het overmatig alcoholgebruik en zwaar alcoholgebruik zijn de afgelopen jaren afgenomen. Het percentage overmatig alcoholgebruik daalde van 9,9% in 2014, naar 5,5% in 2025. Het percentage zwaar alcoholgebruik daalde van 9,2% in 2014, naar 6,7% in 2025.

Deze cijfers, die gebaseerd zijn op zelfrapportage, kennen enkele beperkingen. Om te beginnen is er mogelijk sprake van ondervertegenwoordiging van mensen met overmatig of zwaar alcoholgebruik in de steekproef, omdat die gemiddeld genomen minder vaak meedoen aan vragenlijstonderzoek. Daarnaast kan er sprake zijn van wenselijke antwoorden en daarmee een onderschatting van het daadwerkelijke alcoholgebruik. Bovendien is vaak het volume en het alcoholpercentage hoger, waardoor er ongemerkt meer alcohol wordt gebruikt dan het standaardglas waarop de richtlijn is gebaseerd, zie kader.

Tabel 1 Aandeel volwassenen in Nederland dat in 2025 voldoet aan de alcoholrichtlijn van de Gezondheidsraad uit 2015 naar geslacht, leeftijd en opleiding¹⁹

Kenmerken	% dat geen alcohol drinkt, of niet meer dan 1 glas alcohol per dag
Mannen	36,9
Vrouwen	55,8
18-29 jaar	35,1
30-39 jaar	40,9
40-49 jaar	45,1
50-64 jaar	48,9
65-75 jaar	50,0
75 jaar en ouder	65,2
Basisonderwijs, vmbo, onderbouw havo/vwo, mbo1	60,2
Bovenbouw havo/vwo, mbo2-4	45,7
Hbo- of wo	39,1
Totaal	46,4



2.4 Beleid en regelgeving in Nederland

De Alcoholwet trad in werking op 1 juli 2021 en omvat regels over de verkoop en verstrekking van alcohol. Daarnaast staan in het Wetboek van Strafrecht regels over openbare dronkenschap en de verstoring van de openbare orde. De Wegenverkeerswet omvat onder andere de limiet voor hoeveelheid alcohol die bestuurders van voertuigen in bloed mogen hebben.

Het huidige overheidsbeleid richt zich op het voorkomen dat jongeren alcohol gaan drinken en beoogt de schade die alcohol veroorzaakt te beperken. De overheid en ruim 70 andere partijen hebben doelstellingen op het gebied van alcoholpreventie, te behalen voor 2040, beschreven in het Nationaal Preventieakkoord uit 2018, zie kader.⁵ De doelen uit het Nationaal Preventieakkoord worden voortgezet met de Samenhangende Preventiestrategie uit 2025.⁶

Het huidige beleid zet in op wet- en regelgeving, handhaving en toezicht, preventieprogramma's, bewustwordingscampagnes en vroegsignalering van alcoholproblematiek. De maatregelen die tot nu toe genomen worden zijn met name gericht op het terugdringen van alcoholgebruik door minderjarigen en zwangeren, het terugdringen van overmatig en zwaar alcoholgebruik, en het vergroten van bewustwording van het eigen drinkgedrag en de gezondheidseffecten van alcohol.⁵ Ondanks de inzet

van vele partijen, is het de verwachting dat ambities voor 2040 met de bestaande maatregelen niet zullen worden gehaald.²⁰

Ambities voor 2040 op het gebied van alcohol

- Overmatig alcoholgebruik*: maximaal 5% van de volwassenen
- Zwaar alcoholgebruik**: maximaal 5% van de volwassenen
- Maximaal 15% van de jongeren (12 t/m 16 jaar) drinkt alcohol
- Maximaal 2% van de zwangeren drinkt alcohol

* Overmatig alcoholgebruik: meer dan 21 glazen alcohol per week (mannen) of meer dan 14 glazen alcohol per week (vrouwen)

** Zwaar alcoholgebruik: minstens een keer per week zes of meer glazen alcohol op een dag (mannen) of minstens een keer per week vier of meer glazen alcohol op een dag (vrouwen)

2.5 Andere alcoholadviezen

Het *International Agency for Research on Cancer* (IARC) heeft sinds 1987 de stof ethanol geclassificeerd als een bewezen kankerverwekkende stof. Deze classificatie is gebaseerd op sterk wetenschappelijk bewijs dat alcoholgebruik het risico op verschillende vormen van kanker verhoogt.²¹

In 2023 stelde de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) dat geen enkele hoeveelheid alcohol veilig is voor de gezondheid.²² Deze lijn is steeds meer terug te zien in de alcoholadviezen en richtlijnen van verschillende landen. Recent zijn er alcoholadviezen en -richtlijnen herzien in Canada (2023),⁷ de Scandinavische landen (2023)⁸ en de Verenigde Staten (2026).⁹ Aan de basis van deze adviezen liggen omvangrijke wetenschappelijke analyses. Ook in Duitsland (2024) en België (2025) zijn recentelijk alcohol-



adviezen herzien, waarbij wordt gesteld dat er geen veilige ondergrens is voor alcoholgebruik, zie kader.^{23,24}

Hoewel al deze adviezen zich baseren op wetenschappelijke inzichten, zijn er verschillen tussen de adviezen. Deze verschillen hangen samen met het doel van de adviezen (gericht op beleidvorming of publieksvoorlichting) en welke gevolgen van alcoholgebruik worden meegewogen. In Canada en de Verenigde Staten werd naast gezondheidsuitkomsten bijvoorbeeld ook de impact van alcohol op ongevallen en letsel meegewogen. Bij de Scandinavische landen werd gekeken naar de milieu-impact van alcohol. Naast verschillen in methodiek zorgt de culturele en sociale context tot verschillen in interpretatie van de literatuur. Ook de invloed van de alcoholindustrie is niet uit te sluiten bij de totstandkoming van sommige adviezen, zoals bij de Amerikaanse richtlijn, zie eerder kader.^{16,17}

Alcoholrichtlijnen in andere landen

Canada: Minder alcoholgebruik betekent minder risico op schade door alcohol⁷

Het Canadese advies is gericht op publieksvoorlichting en dient als basis voor toekomstig alcoholbeleid. De hoofdboodschap van het Canadese advies uit 2023 is dat het risico op negatieve gevolgen toeneemt bij elke mate van alcoholgebruik en dat het nuttigen van meer dan 2 standaardglazen per keer (in Canada wordt uitgegaan van 13,45 gram pure alcohol per standaardglas) is geassocieerd met een klein verhoogd risico op schade aan degene die drinkt en aan anderen. Zwangeren, degenen die zwanger willen worden en degenen die borstvoeding geven wordt geadviseerd helemaal geen alcohol te drinken.

Scandinavische landen: Er is geen veilige ondergrens voor alcoholgebruik⁸

De hoofdboodschap van het advies uit 2023 voor de Scandinavische landen (Denemarken, Finland, IJsland, Noorwegen en Zweden) is dat er geen veilige ondergrens is en dat alcohol het beste vermeden kan worden. Als er wel alcohol wordt geconsumeerd, moet de inname heel laag zijn. Kinderen, adolescenten en zwangeren wordt geadviseerd helemaal geen alcohol te drinken.

Amerika: Drink minder alcohol⁹

De Amerikaanse alcoholrichtlijn uit 2026 luidt: 'Consumeer minder alcohol voor een betere gezondheid'. Er wordt geen verdere invulling van het aantal glazen dat wordt aanbevolen. Bepaalde groepen moeten alcohol volledig vermijden volgens het advies (onder meer zwangeren, mensen die herstellen van alcoholverslaving en mensen met medische condities hebben die niet samengaan met alcoholgebruik). Mensen met een familiegeschiedenis van alcoholverslaving wordt geadviseerd voorzichtig om te gaan met alcohol.

België: Er zijn geen veilige niveaus van alcoholgebruik²³

In 2025 adviseerde de Belgische Hoge Gezondheidsraad om geen alcohol te



gebruiken omdat er geen niveaus van alcoholgebruik zijn zonder gezondheidsrisico's. Als toch alcohol wordt gebruikt, wordt aanbevolen dit te beperken tot 10 glazen alcohol per week en te verdelen over verschillende dagen. Ook worden er beleidsaanbevelingen gedaan om de risico's en schade van alcoholgebruik te beperken. Daarbij wordt gesteld dat deze betrekking hebben op alle niveaus van alcoholgebruik.

Duitsland: Er bestaat geen veilig niveau van alcoholgebruik²⁴

In 2024 concludeerde de Duitse Vereniging voor Voeding (DGE) dat er geen veilige hoeveelheid alcohol bestaat. Er wordt daarom geadviseerd om geen alcohol te drinken. Wie alcohol drinkt, moet grote hoeveelheden alcohol vermijden. Kinderen, adolescenten, zwangeren en vrouwen die borstvoeding geven wordt geadviseerd om helemaal geen alcohol te drinken.



3 Gevolgen voor ziekte en sterfte

In het kort

De commissie concludeert dat bij elk innameniveau er ongunstige gevolgen zijn voor de gezondheid in enge zin. Er is sterk bewijs dat elke hoeveelheid alcohol het risico op 7 soorten kankers verhoogt.

Bovendien is er sprake van een hoger risico op orgaanschade naarmate er meer alcohol wordt gebruikt. De commissie acht het onvoldoende bewezen dat lage innameniveaus samenhangen met een lager risico op hart- en vaatziekten en vroegtijdig overlijden. Hoewel het risico op een specifieke ziekte bij 1 glas alcohol per dag relatief beperkt is voor het individu, is het effect op de populatie aanzienlijk. Dat komt doordat alcohol door een groot deel van de bevolking wordt gebruikt.

Ook hangt alcohol samen met veel verschillende ziekten.

3.1 Ziekten

De commissie heeft de stand van wetenschap geactualiseerd voor de 10 meest voorkomende chronische ziekten in Nederland en risicofactoren die voor de *Richtlijnen goede voeding 2015* waren beoordeeld. Daarbij wordt uitgegaan van systematische reviews van longitudinale cohortstudies waarvoor meerdere innameniveaus verbanden werden weergegeven. Dit is noodzakelijk om een schatting te kunnen maken voor innameniveaus van alcohol in relatie tot chronische ziekten. Wanneer meerdere reviews voorhanden zijn, werd door de commissie de publicatie gekozen met de hoogste kwaliteit en met het grootste aantal studies. Daarnaast is er een aantal overzichtsstudies verschenen op basis van individuele persoonsgegevens (IPD-onderzoek). Deze werden ook meegenomen.

Naast de chronische ziekten uit de *Richtlijnen goede voeding 2015* heeft de commissie ook gekeken naar andere ziekten die gerelateerd kunnen worden aan het gebruik van alcohol. Daarbij ging de voorkeur uit naar longitudinale cohortstudies, maar dat was niet altijd mogelijk omdat het ook ziekten betreft die minder vaak voorkomen. Voor levercirrose (verlittening van de lever) en alvleesklierontsteking bestaat de bewijslast uit zowel cohortstudies als case-control studies.^{25,26} Voor longontsteking en epilepsie werden reviews gevonden met een klein aantal studies, voornamelijk case-control studies.^{27,28} Vanwege de beperkte bewijskracht heeft de commissie deze ziekten niet meegenomen. De commissie heeft ook gekeken naar obesitas als uitkomstmaat. Daarbij vond de commissie



het belangrijk dat het longitudinale cohortstudies betrof om verbanden aan te tonen tussen het gebruik van alcohol en het ontstaan van obesitas, maar deze reviews gaven geen inzichten in de innameniveaus.²⁹ Deze literatuur heeft de commissie niet verder bestudeerd.

Het actualiseren van de literatuur voor risicofactoren leverde beperkte inzichten op. Vaak werd er niet gekeken naar effecten voor verschillende innameniveaus, of konden de auteurs van de overzichtsstudies worden gelinkt aan de alcoholindustrie. Alleen voor de risicofactor systolische bloeddruk werden twee nieuwe systematische reviews gevonden die onafhankelijk van de alcoholindustrie tot stand zijn gekomen.

Deze literatuur wordt beschreven.

Longitudinale cohortstudies naar de gevolgen van alcohol kennen methodologische beperkingen.¹⁸ Dat komt onder andere door de manier waarop alcoholgebruik wordt uitgevraagd. Zelfrapportage over de gemiddelde inname van alcohol over een bepaalde periode leidt tot onderrapportage en geeft onvoldoende inzicht in innamepatronen die mogelijk verschillen tussen week- en weekenddagen, of gedurende het jaar. Ook wordt er vaak onvoldoende rekening gehouden met andere factoren en gedragingen die samengaan met alcoholgebruik en die het risico op ziekte verhogen, zoals roken en een ongezond eetpatroon (*residual confounding*). Bij onderzoek naar de gevolgen van alcohol is het zogenaamde *sick-quitter* effect een bekend methodologisch probleem: mensen die om gezondheidsredenen

minder alcohol zijn gaan drinken of helemaal gestopt zijn vertekenen de onderzoeksresultaten. Bij de start van de studie rapporteren zij weinig of geen alcohol te drinken. Eventueel alcoholgebruik op jonge leeftijd – dat een verklaring zou kunnen zijn voor gezondheidsproblemen die zich later in het leven manifesteren – blijft zo buiten beeld.³⁰ Daarom wordt per uitkomstmaat beschreven waar de referentiegroep uit bestaat om deze mogelijke effecten mee te wegen in de beoordeling van de uitkomsten van het onderzoek.

Hieronder vat de commissie de actuele bevindingen samen. Een uitgebreide beschrijving inclusief de risicoschattingen in de onderliggende systematische reviews is te vinden in het achtergronddocument *Onderzoek naar alcohol en gezondheid in brede zin*.

Eerder concludeerde de raad dat binge drinken, grote hoeveelheden alcohol drinken tijdens 1 enkele gelegenheid, schadelijk is voor de gezondheid.¹ Ook recente literatuur laat zien dat binge drinken schadelijk is voor de gezondheid in enge en brede zin.³¹ Dit valt verder buiten de reikwijdte van dit advies.

3.1.1 Kanker

In 2018 is een toonaangevende publicatie van het *World Cancer Research Fund* (WCRF) en het *American Institute for Cancer Research* (AICR) uitgekomen over de relatie tussen alcoholgebruik en het risico op verschillende



vormen van kanker.³² Om kanker te voorkomen, luidt het advies van het WCRF en het AICR om geen alcohol te drinken.³³

De publicatie uit 2018 omvat voor 17 soorten kanker een beschrijving van de aandoening, mogelijke werkingsmechanisme hoe alcohol leidt tot ziekte, en een meta-analyse. In totaal werden er 178 studies meegenomen in de meta-analyses. Voor 7 soorten kanker geldt dat er sterk bewijs is dat elk innameniveau risicovol is: voor mond-, keel- en strottenhoofdkanker, slokdarmkanker, leverkanker, darmkanker en postmenopausale borstkanker, premenopausale borstkanker en maagkanker. Bovendien geldt dat risico's hoger zijn bij hogere innameniveaus. Voor nierkanker werd bij een innameniveau tot ongeveer 30 gram alcohol per dag juist een gunstig verband gevonden.

Het kankerverwekkende effect van alcohol treedt zowel direct op als na het afbreken van alcohol in het lichaam – waarbij met name acetaldehyde een belangrijke rol speelt. Acetaldehyde verstoort de DNA-synthese en -herstelmechanismen, waardoor schade aan het DNA kan blijven bestaan. Dit verhoogt het risico op ongeremde celdeling en uiteindelijk op tumorvorming.

3.1.2 Hart- en vaatziekten

In systematische reviews van cohortonderzoeken en een IPD-onderzoek werden gunstige verbanden gevonden tussen de inname van alcohol en

het risico op coronaire hartziekten, beroerte en hartfalen.³⁴⁻³⁷ In een systematische review van 95 cohortonderzoeken werd gevonden dat mensen met een gemiddeld innameniveau tot ongeveer 50 gram alcohol per dag een lager risico op coronaire hartziekten hebben dan de referentiegroep die bestaat uit zowel levenslange geheelonthouders als mensen die geen alcohol dronken op het moment van deelname.³⁷ Voor beroerte werden gunstige verbanden gevonden bij een innameniveau tot 24 gram alcohol per dag en voor hartfalen tot 12 gram alcohol per dag.^{34,35} In een IPD werden gegevens van deelnemers van 83 cohorten samengenomen met sterfte door hart- en vaatziekten als uitkomstmaat.³⁶ Er werd specifiek gekeken naar de groep deelnemers die alcohol drinkt op het moment van deelname. Ook in deze IPD werden een aantal gunstige verbanden gevonden tussen alcohol en het risico op hart- en vaatziekten.

De bevindingen van deze zogenaamde J-shape, waarbij gunstige verbanden worden gevonden voor hart- en vaatziekten voor de groep die alcohol drinkt, is controversieel. De gunstige verbanden kunnen mede veroorzaakt worden door andere factoren en gedragingen die samengaan met alcoholgebruik en door de samenstelling van de referentiegroep.

Boezemfibrilleren

In een systematische review van 13 cohortonderzoeken is voor mannen een dosis-responsrelatie gevonden.³⁸ Elk innameniveau hangt samen met een hoger risico op boezemfibrilleren bij mannen, ten opzichte van de



referentie groep die geen alcohol drinkt. Bovendien zijn de risico's hoger bij hogere innameniveaus. Voor vrouwen werd een hoger risico gevonden bij een innameniveau vanaf ongeveer 17 gram alcohol per dag. Bij lagere innameniveaus werden geen verbanden gevonden bij vrouwen.

Systolische bloeddruk

Systolische bloeddruk is een risicofactor voor het ontstaan van hart- en vaatziekten. Studies suggereren een rol voor cortisol bij alcohol-geïnduceerde hoge bloeddruk (hypertensie).³⁹ Mannen lijken gevoeliger voor het bloeddrukverhogende effect van alcohol dan vrouwen.

In experimentele settings is het effect van alcohol op de bloeddruk onderzocht. In een systematische review werden 36 trials geïncludeerd waarin een verandering in alcoholgebruik op de bloeddruk werd onderzocht, voor een periode van minimaal 7 dagen.⁴⁰ Er werd gevonden dat het verminderen van de alcoholinname tot 24 gram per dag de bloeddruk verlaagt. Een verdere verlaging van de alcoholinname had geen effect op de bloeddruk. In de andere review van 32 trials is het acute effect van alcoholinname op de bloeddruk en hartslag onderzocht, tot 24 uur na inname.³⁹ Bij een innameniveau tot 14 gram alcohol werd geen effect gevonden op de bloeddruk, wel nam de hartslag toe. Meer dan 14 gram alcohol heeft een tweeledig effect op de bloeddruk: in de eerste uren na inname daalt de bloeddruk, maar later stijgt deze boven de uitgangswaarde. Ook nam hartslag toe bij een hoge alcoholinname.

3.1.3 Diabetes mellitus type 2

In een systematische review van 55 cohortonderzoeken is het verband tussen alcoholinname en het ontstaan van diabetes mellitus type 2 onderzocht.⁴¹ Voor mannen werd geen verband gevonden tussen het gebruik van alcohol en diabetes mellitus type 2. Voor vrouwen werden gunstige verbanden gevonden bij een innameniveau tot 50 gram alcohol per dag, in vergelijking met levenslange geheelonthouders. Bij hogere innameniveaus werd geen verband gevonden met het risico op diabetes mellitus type 2.

3.1.4 Dementie

In een systematische review met 10 cohortonderzoeken en een IPD-onderzoek met 11 cohorten is het verband tussen alcoholinname en het ontstaan van dementie onderzocht.^{42,43} De systematische review includeerde cohorten waarin de gemiddelde leeftijd aan het begin van de studie tussen de 48 en 93 jaar was.⁴² Voor alcoholgebruik tot 12 gram per dag werd een lager risico op dementie gevonden ten opzichte van deelnemers die op het moment van studiedeelname geen alcohol dronken. Vanaf een innameniveau van meer dan 38 gram per dag werd een hoger risico op dementie gevonden. In het IPD-onderzoek werd individuele data bijeengebracht van cohorten met deelnemers van 60 jaar en ouder (gemiddelde leeftijd 71,8 jaar).⁴³ Ook in dit IPD-onderzoek werden gunstige verbanden gevonden bij innameniveaus tot 45 gram alcohol per dag in vergelijking met de referentiegroep van levenslange geheelonthouders. Aangezien deelnemers al op



hoge leeftijd waren, kunnen op basis van deze studie geen uitspraken worden gedaan over het verband tussen alcohol drinken op jongere leeftijd en het risico op dementie. Bovendien zijn er studies die suggereren dat de gemiddelde alcoholinname afneemt naarmate men ouder wordt, maar dat de afname in alcoholinname groter is voor mensen die dementie ontwikkelen, dan mensen die geen dementie ontwikkelen.⁴⁴ Het is niet uit te sluiten dat de gunstige verbanden die werden gevonden kunnen worden toegeschreven aan het *sick-quitter* effect.

3.1.5 Levercirrose

Levercirrose is ernstige leveraandoening waarbij gezond leverweefsel onherstelbaar is beschadigd en is vervangen door littekenweefsel. Hierdoor wordt de structuur van de lever aangetast en functioneert de lever steeds minder goed. Uiteindelijk kan levercirrose leiden tot leverfalen. In een systematische review is het verband tussen alcoholinname en levercirrose onderzocht. Deze review includeerde 16 cohorten en 8 case-control studies.²⁵ Ziekte en sterfte door levercirrose werden in deze review samengenomen als 1 uitkomstmaat. Voor zowel mannen als vrouwen werden lineaire dosis-responsrelaties gevonden: hoe hoger de alcoholinname, hoe meer het risico op levercirrose is verhoogd in vergelijking met de groep levenslange geheelonthouders. Bij gelijke innameniveaus waren de risico's voor vrouwen groter dan voor mannen.

3.1.6 Alvleesklierontsteking

Acute alvleesklierontsteking is een ernstige aandoening waarbij de alvleesklier kortdurend of tijdelijk ontstoken is. Als de ontsteking langdurig aanwezig blijft, of telkens terugkomt, is er sprake van chronische alvleesklierontsteking. In een systematische review is het verband tussen alcoholinname en het ontstaan van alvleesklierontsteking onderzocht.²⁶

Deze review includeerde 4 case-control studies voor acute alvleesklierontsteking, en 3 case-control studies voor chronische alvleesklierontsteking. Voor mannen werd zowel voor chronische alvleesklierontsteking als acute alvleesklierontsteking een dosis-responsrelatie gevonden: hoe hoger de alcoholinname, hoe hoger het risico op alvleesklierontsteking in vergelijking met de groep die geen alcohol drinkt. Voor vrouwen werd voor chronische alvleesklierontsteking ook een dosis-response relatie gevonden. Voor acute alvleesklierontsteking werd tot 40 gram per dag juist een lager risico gevonden in vergelijking met de groep die geen alcohol drinkt. Voor hogere innameniveaus konden geen uitspraken gedaan worden door de beperkte omvang van de groep.

3.2 Totale sterfte

Totale sterfte is een overkoepelende uitkomstmaat waarin gunstige en ongunstige verbanden voor verschillende ziekten samengenomen worden. In de literatuur zijn 2 methodes te onderscheiden voor het schatten van de relatie tussen alcoholgebruik en totale sterfte: door totale sterfte te observeren in prospectieve cohortstudies, en door sterfte in de populatie



te modelleren. Beide methoden geven inzichten in het verband tussen alcohol en totale sterfte, maar hebben ook hun beperkingen.

Bij cohortonderzoeken kan de selectie van deelnemers ervoor zorgen dat de verdeling in oorzaken van sterfte mogelijk onvoldoende de werkelijke sterfte in de algemene bevolking weergeeft. Zo doen vaak relatief gezonde mensen mee met een hoge sociaaleconomische positie. Daardoor wordt sterfte in deze studies vooral toegeschreven aan ziekten zoals hart- en vaatziekten en kanker, en in mindere mate aan bijvoorbeeld verkeersongevallen en levercirrose. Bovendien worden ook doodsoorzaken die niet causaal aan alcohol kunnen worden gerelateerd meegenomen. Het effect op sterfte kan dan mede veroorzaakt worden door andere factoren en gedragingen die samengaan met alcoholgebruik en die het risico op sterfte verhogen, zoals roken en een ongezond eetpatroon.

Bij modelleringen wordt uitgegaan van oorzaak-specifieke risicofuncties om de impact van alcohol op de totale sterfte te schatten. Deze worden afgeleid uit cohortonderzoeken. Daarnaast worden ook ongevallen door alcohol meegenomen op basis van case-control of cross-sectionele studies. De weging vindt plaats op basis van doodsoorzakenstatistieken in de onderzoekspopulatie. Een niet correcte registratie van doodsoorzaken kan de uitkomsten van een modellering vertekenen. Bovendien is het niet altijd duidelijk op basis van welke uitgangspunten en aannames de weging tot stand komt.

3.2.1 Cohortonderzoeken met totale sterfte als uitkomstmaat

In een groot aantal systematische reviews van cohortonderzoeken is het verband tussen alcoholinname en de totale sterfte onderzocht. De meest actuele review uit 2023 includeerde 107 cohorten en 4,8 miljoen deelnemers.⁴⁵ In deze review werd gecorrigeerd voor factoren die mogelijk voor een vertekening van de resultaten zorgen, zoals de manier waarop de steekproef was gevormd en de definitie van de referentiegroep.

Voor vrouwen werd bij een innameniveau tot 25 gram alcohol per dag geen verband gevonden met totale sterfte, in vergelijking met levenslange geheelonthouders. Een hoger risico op sterfte werd gevonden bij innameniveaus van meer dan 25 gram alcohol per dag. Voor mannen werd voor een innameniveau tot 45 gram alcohol per dag geen verband gevonden met totale sterfte. Vanaf 45 gram alcohol per dag werd een hoger risico op totale sterfte gevonden.

In een verdiepende analyse werd gekeken naar verschillen in bevindingen tussen de door de review geïnccludeerde studies die rekening houden met selectiebias, en studies die dat niet doen.⁴⁶ Studies met een lage kans op selectiebias werden gedefinieerd als studies waarbij de gemiddelde leeftijd van deelnemers 55 jaar of lager was aan het begin van de studie, en waarbij voormalige en incidentele gebruikers van alcohol werden onderscheiden van levenslange geheelonthouders. Deze studies vonden een vergelijkbaar sterfterisico voor alcoholgebruikers bij innameniveaus tot 25 gram alcohol per dag, als voor levenslange geheelonthouders. In



studies met een hogere kans op selectiebias werden gunstige verbanden gevonden bij deze innameniveaus.

Ook andere studies wijzen op het belang van de samenstelling van de referentiegroep. De meeste studies naar alcohol en sterfte hebben een hoog risico op bias.⁴⁷ Personen die geen alcohol drinken op het moment van deelname, maar wel in het verleden alcohol hebben gedronken, hebben meer risicofactoren waardoor de kans op vroegtijdig overlijden toeneemt.⁴⁸ Het gaat dan om factoren zoals een voorgeschiedenis van alcoholverslaving, alcoholgebruik van meer dan 40 (mannen) of 20 (vrouwen) gram alcohol per dag, dagelijks roken en een matige tot slechte ervaren gezondheid. Het gunstige verband wat werd gevonden bij lage inname van alcohol beperkte zich tot de analyse waarin deelnemers met deze risicofactoren deel uitmaakten van de referentiegroep. In de analyse van deelnemers zonder deze risicofactoren, werd geen verband gevonden tussen lage inname van alcohol en totale sterfte. Ook in de *Global Burden of Disease*-studie werden gunstige verbanden gerapporteerd tussen lage innameniveaus van alcohol en de totale sterfte voor personen van 40 jaar en ouder.⁴⁹ Deze studie houdt echter onvoldoende rekening met selectiebias, en levert daarmee onvoldoende bewijs om te stellen dat het drinken van alcohol gezondheidswinst oplevert.

3.2.2 Modelleren op basis van oorzaak-specifieke sterfte

Voor de Nederlandse bevolking is er geen modellering beschikbaar van het effect van alcoholgebruik op sterfte. In plaats daarvan heeft de commissie modelleringen voor de Canadese en Amerikaanse bevolking bestudeerd, omdat die populaties enigszins vergelijkbaar zijn met de Nederlandse bevolking. Het betreft modelleringen naar oorzaak-specifieke sterfte, waarbij rekening is gehouden met de verdeling van alcoholinname op basis van surveyonderzoek en oorzaken van sterfte in de populatie op basis van doodsoorzakenstatistieken.

Uit modelleringen voor de Canadese bevolking, op basis van 18 ziekten en 3 typen ongevallen, blijkt dat het aantal verloren levensjaren toeneemt naarmate het alcoholgebruik toeneemt.⁷ Dit geldt zowel voor mannen als voor vrouwen. Uit modelleringen voor de bevolking van de Verenigde Staten, op basis van 19 ziekten en 4 typen ongevallen, blijkt dat er voor geen enkele leeftijdsgroep een gunstig verband werd gevonden voor alcoholgebruik op totale sterfte.¹²

3.3 Ziektelast

De omvang van het risico op een specifieke ziekte bij 1 glas alcohol per dag is relatief beperkt voor het individu. Bij grotere inname van alcohol nemen de risico's toe. Doordat alcohol door een groot deel van de bevolking wordt gebruikt en samenhangt met veel verschillende ziekten, is de totale ziektelast op populatieniveau aanzienlijk. Naar schatting is 3,0%



van de totale ziektelast en 1,4% van de totale sterfte in Nederland toe te schrijven aan het gebruik van alcohol.⁵⁰ In vergelijking, de totale ziektelast toe te schrijven aan andere gedragsfactoren zijn 7,6% voor roken, 2,8% voor ongezonde voeding en 1,8% voor onvoldoende bewegen.

In 2024 overleden in Nederland naar schatting 2.440 mensen als gevolg van een aandoening gerelateerd aan alcoholgebruik.⁵⁰ Een beroerte is de meest voorkomende doodsoorzaak als gevolg van alcoholgebruik, gevolgd door psychische en gedragsstoornissen door gebruik van alcohol (zoals alcoholafhankelijkheid) en leveraandoeningen door alcohol.

In de *Global Burden of Disease*-studie wordt verder ingegaan op de wereldwijde ziektelast die kan worden toegeschreven aan het gebruik van alcohol voor verschillende ziekten en aandoeningen. Naar schatting is 4% van de totale ziektelast door kanker toe te schrijven aan het gebruik van alcohol en 3% van de totale ziektelast door hart- en vaatziekten, zie tabel 2.⁵¹ Kanker en hart- en vaatziekten zijn voor Nederlanders tussen de 40 en 80 jaar de belangrijkste doodsoorzaken. Een kwart van de totale ziektelast door alvleesklierontsteking is toe te schrijven aan het gebruik van alcohol, en ruim 40% van de totale ziektelast door levercirrose.

Tabel 2 Wereldwijde ziektelast die kan worden toegeschreven aan het gebruik van alcohol voor verschillende ziektes en aandoeningen in 201951

Oorzaken	Sterfte Populatie Attributieve Fractie* in % (mediaan en 95%-BI**)	DALYs*** Populatie Attributieve Fractie* in % (mediaan en 95%-BI**)
Kanker	4,3 (3,8 – 4,8)	4,4 (3,8 – 4,9)
Hart- en vaatziekten	2,7 (1,4 – 4,2)	2,7 (1,6 – 3,8)
Diabetes mellitus type 2	-0,3 (-1,6 – 1,1)	-0,6 (-2,0 – 1,0)
Dementie	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd
Levercirrose	41,9 (35,5 – 48,2)	43,2 (36,5 – 49,2)
Alvleesklierontsteking	25,5 (18,6 – 33,4)	27,9 (20,3 – 36,4)

* De Populatie Attributieve Fractie is een maat voor de hoeveelheid gezondheidsverlies in een populatie die is toe te schrijven aan een risicofactor, in dit geval alcohol. Het gaat om het percentage van een gezondheidsprobleem in de populatie dat kan worden voorkomen als er geen alcohol wordt gedronken.

** 95%-BI: 95%-betrouwbaarheidsinterval

*** DALY is een maat voor verloren levensjaren plus jaren geleefd met gezondheidsproblemen.



4 Bredere gezondheidgerelateerde gevolgen

In het kort

Voor gezondheid in bredere zin geldt volgens de commissie dat er bij elk innameniveau van alcohol ongunstige gevolgen zijn. Door alcoholgebruik nemen het aantal verkeersongevallen en het aantal incidenten met agressie en geweld toe, waardoor het risico op letsel ook toeneemt. Bovendien treft dit vooral jongere leeftijdsgroepen en de gevolgen beperken zich niet enkel tot degene die alcohol gebruikt, maar ook tot de directe omgeving zoals familie, vrienden of medeweggebruikers. Alcoholgebruik kan leiden tot een verslaving, zeker bij mensen met een verslavingsgevoeligheid. Daarnaast beïnvloedt alcohol het functioneren van de hersenen. Alcohol leidt tot grote maatschappelijke kosten en deze worden door de hele samenleving gedragen, zowel binnen als buiten het gezondheidsdomein.

4.1 Afbakening

De commissie is nagegaan wat er in de wetenschappelijke literatuur bekend is over het verband tussen alcoholgebruik en ongevallen, letsel, (psycho)sociale gezondheid en gezondheidgerelateerd gedrag. De commissie heeft om te beginnen gebruikgemaakt van de onderbouwing van alcoholrichtlijnen in andere landen. Voor uitkomstmaten die daarin ontbraken, heeft de commissie zelf naar wetenschappelijke literatuur gezocht.

Ook heeft de commissie opnieuw gekeken naar de bewijslast voor de relatie tussen het gebruik van alcohol en vruchtbaarheid, waar de Gezondheidsraad al eerder over adviseerde.⁵² Daarnaast heeft de commissie de maatschappelijke kosten en baten van alcoholgebruik en de kosten voor de gezondheidszorg zoals in kaart gebracht door het RIVM meegenomen.⁵³

De commissie baseerde zich voornamelijk op systematische reviews waarin het effect van alcohol werd weergegeven voor meerdere innameniveaus. Omdat het een breed scala aan uitkomsten betreft, en de methode waarmee deze worden onderzocht niet gelijk zijn, werden per uitkomstmaat de methodologie en overwegingen van de commissie nader gespecificeerd. Wanneer meerdere reviews voorhanden waren, werd door de commissie de publicatie gekozen met de hoogste kwaliteit en met het grootste aantal studies.



In de komende paragrafen vat de commissie de actuele bevindingen samen. Een uitgebreide beschrijving inclusief de risicoschattingen in de onderliggende systematische reviews is te vinden in het achtergrond-document *Onderzoek naar alcohol en gezondheid in brede zin*.

4.2 Ongevallen en letsel

De commissie heeft gezocht naar systematische reviews van experimentele studies waarin het directe effect van alcohol op indicatoren van het rijgedrag werden bestudeerd. Ook werd er gezocht naar systematische reviews voor ongevallen en letsel. Aangezien het directe effecten van alcohol betreft werden ook reviews op basis van case-control studies meegenomen. Het includeren van een passende controlegroep is belangrijk bij de interpretatie van deze bevindingen. Daarom wordt beschreven waar de referentiegroep uit bestaat om deze methodologische keuze mee te wegen in de beoordeling van de uitkomsten van het onderzoek.

4.2.1 Verkeersongevallen

In een systematische review van 17 studies is gekeken naar het effect van alcoholgebruik op rijprestaties en rijgedrag aan de hand van experimenteel onderzoek met simulatoren. Al bij een promillage van 0,21‰, dus onder de huidige wettelijke limiet, bleek alcoholgebruik invloed te hebben op de positie op de rijstrook. Er was daarbij sprake van een dosis-responsrelatie: hoe hoger de alcoholinname, hoe groter de invloed op het rijgedrag.

Alcoholgebruik had ook een beperkt effect op het aantal rijbaanoverschrijdingen en wisselingen in snelheid, maar deze effecten werden als niet relevant beschouwd.⁵⁴

In systematische reviews is de relatie beschreven tussen alcoholgebruik en dodelijke en niet-dodelijke verkeersongevallen met gemotoriseerde voertuigen.^{55,56} Voor dodelijke verkeersongevallen werden 5 case-control studies geïncludeerd, voor niet-dodelijke verkeersongevallen 8 case-control studies. In een recenter verschenen review, werden 60 studies geïncludeerd.⁵⁷ In deze studies werd de alcoholinname van slachtoffers van verkeersongevallen met gemotoriseerde voertuigen vergeleken met alcoholinname van andere patiëntengroepen of een controlegroep uit de algemene bevolking. Alcoholgebruik werd vastgesteld op basis van zelfrapportage, of door het alcoholgehalte in het bloed te bepalen met een ademtest of een andere methode. Bij dodelijke verkeersongevallen ging het altijd om een bepaling van de bloedalcoholconcentratie. Uit alle drie de reviews kwam een dosis-responsrelatie naar voren: hoe hoger de alcoholinname, hoe hoger het risico op dodelijke en niet-dodelijke verkeersongevallen. Ook bij 1 glas nam het risico op ongevallen toe.

De studiepopulatie betrokken bij dodelijke verkeersongevallen betrof 15- tot 44-jarigen, voor niet-dodelijke ongevallen werd dit niet gerapporteerd.



4.2.2 Valongevallen en onopzettelijk letsel

In een systematische review werd de relatie tussen alcoholgebruik en valongevallen en overig onopzettelijk letsel beschreven.⁵⁵ Deze review baseerde zich voornamelijk op case-control studies, 5 voor valongevallen en 13 voor onopzettelijk letsel, waarbij de alcoholinname van personen die met letsel in het ziekenhuis zijn opgenomen, werd vergeleken met alcoholinname van andere patiëntengroepen of een controlegroep uit de algemene bevolking. Er werd uitgegaan van het alcoholgebruik in de 3 uur voorafgaand aan het ongeval en dit werd vastgesteld op basis van zelfrapportage of door het alcoholgehalte in het bloed te bepalen. Er was sprake van een dosis-responsrelatie waarbij bij toenemende alcoholinname het risico op valongevallen en overig onopzettelijk letsel toenam.

4.2.3 Opzettelijk letsel, gewelddadig gedrag en seksueel geweld

In een systematische review werd het verband tussen alcoholgebruik en het optreden van opzettelijk letsel beschreven.⁵⁵ Deze review includeerde 5 studies. In deze studies werd de alcoholinname van personen die wegens gewelddadig gedrag of opzettelijk letsel op de spoedeisende hulp (SEH) werden opgenomen, vergeleken met alcoholinname van een andere patiëntengroep of een controlegroep uit de algemene bevolking. Het alcoholgebruik voorafgaand aan het ongeval werd vastgesteld op basis van zelfrapportage of door het alcoholgehalte in het bloed te bepalen. Vier studies keken naar het verband tussen alcohol en geweld en

1 studie naar het verband tussen alcohol en suicide. Deze studies werden samengenomen. Er was sprake van een dosis-responsrelatie waarbij bij toenemende alcoholinname het risico op opzettelijk letsel toenam. De leeftijd van de studiepopulatie is niet meegenomen in deze systematische review.

In een omvangrijke systematische review-van-reviews werd het verband tussen alcoholgebruik en diverse vormen van agressie en geweld narratief beschreven.⁵⁸ Gezien het belang van deze uitkomsten voor de brede maatschappelijke gevolgen van alcohol heeft de commissie deze systematische review-van-reviews bestudeerd. Er werd consistent bewijs gevonden dat alcoholgebruik verband houdt met het plegen van partnergeweld, seksueel geweld tussen mannen en vrouwen en geweld in het algemeen. Met name bij een alcoholinname van 2 of meer glazen is de kans op het plegen van agressieve of gewelddadige daden aanzienlijk verhoogd. Het verband tussen alcohol en het plegen van geweld was sterker voor mannen dan voor vrouwen. Ook zijn er aanwijzingen dat de ernst van het letsel als gevolg van het geweld toeneemt bij hogere inname van alcohol. Personen met een geschiedenis van het plegen van alcoholgerelateerd geweld hebben een groter risico om nogmaals geweld te plegen. Er werd ook gekeken naar het alcoholgebruik van het slachtoffer, maar daarover is de literatuur minder consistent.



4.2.4 Ziektelast

Voor het schatten van de ziektelast door alcoholgerelateerde ongevallen en letsel wordt veelal gebruikgemaakt van registratiegegevens van de politie en de zorgsector. Deze gegevens zijn niet volledig en een onderschatting, want er wordt niet altijd vermeld of er alcohol in het spel was ten tijde van het ongeval.⁵⁹ Hieronder worden schattingen gegeven van het aantal ongevallen dat kan worden toegeschreven aan alcohol.

In 2015 kon naar schatting 12% tot 23% van alle verkeersdoden worden toegeschreven aan het gebruik van alcohol.⁶⁰ Dit kwam toen neer op 75 tot 140 verkeersdoden. Er zijn geen recentere cijfers over het aantal doden in het verkeer als gevolg van alcoholgebruik. In 2024 vonden er naar schatting 65 duizend SEH-bezoeken plaats wegens ongevallen waarbij alcohol in het spel was.⁶¹ Daarvan waren ruim 35 duizend SEH-bezoeken voor valongevallen, 18 duizend voor verkeersongevallen en 4 duizend voor geweldpleging. De meeste ongevallen kwamen voor in de leeftijdsgroep van 55 jaar of ouder. Voor verkeersongevallen met alcohol geldt dat de meeste slachtoffers fietsers waren. Zo’n 7% van de SEH-bezoeken na een verkeersongeval met alcohol een persoon betrof die niet de bestuurder van het voertuig of fiets was.⁶² De laatste jaren is het aantal SEH-bezoeken wegens ernstig letsel na ongevallen met alcohol verdubbeld, van ongeveer 9 duizend in 2015 tot 13 duizend in 2024.⁶¹

In de *Global Burden of Disease*-studie wordt de wereldwijde ziektelast die kan worden toegeschreven aan het gebruik van alcohol voor ongevallen en letsel beschreven. Naar schatting is dat 10 tot 25%, zie tabel 3.⁵¹

Tabel 3 Wereldwijde ziektelast die kan worden toegeschreven aan het gebruik van alcohol voor ongevallen en letsel beschreven in 201951

Oorzaken	Sterfte Populatie Attributieve Fractie* in % (mediaan en 95%-BI**)	DALYs*** Populatie Attributieve Fractie* in % (mediaan en 95%-BI**)
Verkeersongevallen	23,3 (15,5 – 35,5)	23,8 (15,9 – 36,1)
Valongevallen	11,0 (7,2 – 16,1)	14,5 (10,0 – 19,9)
Onopzettelijk letsel	16,5 (12,7 – 22,5)	17,3 (13,4 – 23,2)
Opzettelijk letsel	16,3 (7,5 – 24,9)	15,3 (6,9 – 23,4)
Zelfbeschadiging	17,5 (8,9 – 26,2)	17,8 (9,1 – 26,5)
Gewelddadig gedrag	16,8 (6,8 – 26,8)	16,0 (6,5 – 25,5)

* De Populatie Attributieve Fractie is een maat voor de hoeveelheid gezondheidsverlies in een populatie die is toe te schrijven aan een risicofactor, in dit geval alcohol. Het gaat om het percentage van een gezondheidsprobleem in de populatie dat kan worden voorkomen als er geen alcohol wordt gedronken.

** 95%-BI: 95%-betrouwbaarheidsinterval.

*** DALY is een maat voor verloren levensjaren plus jaren geleefd met gezondheidsproblemen.

4.3 (Psycho)sociale gezondheid

Wetenschappelijk onderzoek naar de relatie tussen alcoholgebruik en (psycho)sociale gezondheid zijn anders in opzet. Alcoholgebruik en problemen met mentale gezondheid komen vaak samen voor (comorbiditeit) en kunnen de symptomen versterken. De commissie heeft de beschikbare kennis in beeld gebracht en daarbij ook gebruik gemaakt van de geldende klinische richtlijnen.⁶³⁻⁶⁵



4.3.1 Verslaving

Alcohol is een verslavende stof. Het stimuleert de afgifte van dopamine in de hersenen, wat zorgt voor een prettig, euforisch gevoel. Bij langdurig gebruik wordt het lichaam echter minder gevoelig voor dopamine, en neemt het aantal dopaminereceptoren af. Hierdoor is steeds meer alcohol nodig om hetzelfde effect te bereiken, wat bijdraagt aan verslaving. Daarnaast beïnvloedt alcohol ook de serotoninespiegel. Serotonine is een neurotransmitter die invloed heeft op stemming, slaap en geheugen, en eveneens een gevoel van verbondenheid met anderen kan oproepen. Alcohol verhoogt daarnaast activiteit van de neurotransmitter gamma-aminoboterzuur (GABA) en verlaagt activiteit van de neurotransmitter glutamaat. Dit kan gevoelens van angst en spanning tijdelijk verlagen. Bij hogere innameniveaus leidt alcohol tot slaperigheid en uiteindelijk coma. De combinatie van dopamine- en serotonineafgifte en veranderingen in GABA en glutamaat verklaren mede waarom alcoholgebruik aantrekkelijk kan zijn en waarom het verslavingspotentieel groot is. Naar schatting raakt 10% van de mensen die alcohol drinken tijdens hun leven verslaafd aan alcohol.⁶⁶⁻⁶⁸ Sommige mensen zijn gevoeliger voor het risico op alcoholverslaving dan anderen. Risicofactoren zijn onder andere erfelijke risicofactoren, vroegkinderlijke traumatisering, psychische klachten, vroege blootstelling aan alcohol en sociaal-maatschappelijke problemen.⁶⁹

Een deel van de mensen met risicovol alcoholgebruik heeft een stoornis in het gebruik van alcohol (SGA).⁶⁵ SGA behoort tot de meest voorkomende psychiatrische aandoeningen, met de hoogste impact op morbiditeit en mortaliteit. SGA als primaire diagnose is de meest voorkomende hulpvraag in de Nederlandse verslavingszorg.⁶³ In wetenschappelijk onderzoek wordt de diagnose van SGA vaak gebaseerd op de DSM-V. Daarbij kan sprake zijn van beperkingen, zoals controleverlies, onthoudingsverschijnselen of het opgeven van sociale activiteiten. In de klinische praktijk wordt vaak breder gekeken om de diagnose SGA te stellen.

4.3.2 Depressie

In een systematische review is een groot aantal cohortstudies bijeen gebracht voor het verband tussen alcohol en mentale gezondheid, waaronder depressie.⁷⁰ Er werden 33 cohortstudies geïncludeerd waarin de gemiddelde hoeveelheid alcohol werd geschat, en 9 cohortstudies met de frequentie van alcoholgebruik als blootstellingsmaat. Vanwege de grote verscheidenheid van studies werden bevindingen geduid op basis van de richting en de omvang van het verband, en de sterkte van de onderzoeksmethodiek. In deze review werd geen verband gevonden tussen de hoeveelheid alcoholinname en het ontwikkelen van depressie bij volwassenen.



Depressie komt vaak voor in combinatie met SGA, in zowel de algemene bevolking als in de klinische zorg.^{64,71,72} en leidt ook tot een slechtere prognose dan beide stoornissen alleen.^{73,74}

4.3.3 Mentaal en sociaal welbevinden

De stof alcohol, zoals elke psychoactieve, verdovende stof, beïnvloedt het functioneren van de hersenen.⁷⁵ Op het moment van intoxicatie kan het drinken van alcohol zorgen voor prettige gevoelens zoals ontspanning, verminderde remmingen, en een verhoogd zelfvertrouwen, maar ook voor stemmingswisselingen en angstgevoelens. Er zijn studies die erop wijzen dat deze gevoelens mogelijk kunnen leiden tot een toename van alcoholgebruik.⁷⁶ Hoewel de gebruiker van alcohol zich mogelijk prettiger voelt, in ieder geval op het moment van intoxicatie, kan dat voor omstanders anders worden ervaren. Bijvoorbeeld wanneer het drinken van alcohol samengaat met seksueel overschrijdend gedrag, agressie of gewelddadig gedrag.⁵⁸ Het effect van alcohol is moeilijk te isoleren van de contextuele setting waarin alcohol genuttigd wordt. Omdat het gebruik van alcohol en het ondernemen van sociale activiteiten vaak samengaan, en beiden gunstige gevolgen kunnen hebben voor het welbevinden, is het moeilijk om eventuele effecten toe te schrijven aan alcohol. Er werden geen overzichtsstudies gevonden naar de langetermijneffecten van alcohol op het mentaal en sociaal welbevinden.

4.3.4 Ziektelast

Van de mensen die in 2024 bij verslavingszorg hulp hebben gezocht, staat 44% geregistreerd met alcohol als primaire problematiek. In totaal gaat het om 30 duizend personen, waarvan 69% man.⁷⁷ In 2024 overleden in Nederland naar schatting 600 mensen als gevolg van psychische en gedragsstoornissen die toe te schrijven zijn aan alcoholgebruik zoals SGA.⁵⁰

4.4 Gezondheidgerelateerd gedrag

Alcohol heeft invloed op gedragingen gerelateerd aan gezondheid. Observationele cohortstudies acht de commissie niet passend om de relatie met alcohol te bestuderen, omdat het risico op vertekening van de resultaten door andere gedragingen groot is. Bijvoorbeeld wanneer het drinken van alcohol en een ongezond eetpatroon samengaan. In experimentele settings is het directe effect van alcohol bekeken voor een aantal gedragingen en risicofactoren. Systematische reviews werden gevonden voor slaapuitkomsten, seksueel risicogedrag en verandering in voedingskeuzes.⁷⁸⁻⁸⁰

Het gebruik van alcohol heeft zowel gunstige als ongunstige effecten op de slaapkwaliteit.⁷⁸ Enerzijds leidt alcohol tot een kortere duur om in slaap te vallen, maar deze gunstige effecten wegen niet op tegen de verstoringen van de REM-slaap gedurende de slaaperiode. Het gebruik van alcohol bij jongeren en jongvolwassenen leidt tot een hoger risico op het



hebben van onbeschermd seks.⁷⁹ Op de korte termijn leidt alcohol tot een hogere inname van energie, maar er is onvoldoende bewijs of ook op de langere termijn de inname van alcohol resulteert in veranderingen in energie inname.⁸⁰

4.5 Vruchtbaarheid

In systematische reviews is het verband beschreven tussen alcoholgebruik door de vrouw en de vruchtbaarheid, en uitkomsten van fertiliteits-trajecten.^{81,82} Het alcoholgebruik van mannen in relatie tot fertiliteit blijft onderbelicht in deze reviews. Daarom is ook een review meegenomen over voorplantingsfuncties van de man, waaronder zaadkwaliteit en hormoonspiegels.⁸³ In deze reviews werd gevonden dat alcoholgebruik de vruchtbaarheid vermindert. Ook fertiliteitstrajecten hebben een grotere kans van slagen wanneer er geen alcohol wordt geconsumeerd. Voor het alcoholgebruik van de vrouw zijn er meer aanwijzingen dat de vruchtbaarheid vermindert dan voor het alcoholgebruik van de man. Voor het alcoholgebruik door de vrouw is geen veilige ondergrens vast te stellen. Voor mannen geldt dat bij een innameniveau van meer dan 10 gram alcohol per dag de voortplantingsfuncties ongunstig veranderen en de vruchtbaarheid van de man vermindert.

4.6 Economische gevolgen

Alcohol leidt tot grote maatschappelijke kosten. Het RIVM heeft een maatschappelijke kosten-batenanalyse gedaan. Daaruit volgt dat in

Nederland de totale kosten van alcohol in 2013 worden geschat op ongeveer € 2,3 tot 4,2 miljard per jaar.⁵³ Dit is inclusief de opbrengsten voor de overheid uit alcoholaccijnzen, die in 2022 ongeveer € 1,2 miljard bedroegen, en de positieve effecten voor producenten en aanbieders van alcohol. Wanneer ook zogenoemde private kosten worden meegenomen zoals de economische waarde van voortijdige sterfte en het verlies aan kwaliteit van leven, lopen de totale kosten verder op tot een bedrag tussen de € 4,2 en 6,1 miljard.⁵³ In 2026 komt het RIVM met een actualisatie van de maatschappelijke kosten-batenanalyse van alcohol. De verwachting is dat de resultaten van deze analyse in lijn zullen zijn met de hierboven beschreven resultaten, al zullen de kosten vanwege het hogere prijsniveau hoger liggen dan in 2013.

De kosten van alcohol bestaan onder meer uit kosten in de gezondheidszorg voor de behandeling van alcoholgerelateerde ziekten en letsel en kosten voor de verslavingszorg. Alcohol zorgt voor extra druk op de zorgsector en bij de politie tijdens bijvoorbeeld weekendnachten en festiviteiten. Dit kan van invloed zijn op de toegankelijkheid en kwaliteit van reguliere zorg maar ook op de werkdruk van het zorgpersoneel en politie. Bredere kosten die samenhangen met alcohol zijn bijvoorbeeld kosten door alcoholgerelateerde verkeers- en bedrijfsongevallen, lagere arbeidsproductiviteit, criminaliteit en handhavingskosten.



5 Effectiviteit van maatregelen

In het kort

Met verschillende maatregelen kan worden gestreefd naar een lager alcoholgebruik. Sommige maatregelen hebben inmiddels bewezen effectief te zijn. Deze maatregelen richten zich op het verhogen van de prijs en het beperken van de beschikbaarheid en marketing voor alcohol. Daarnaast is ook de sociaal-maatschappelijke norm van invloed op het alcoholgebruik en daarmee een factor die bepalend is voor de effectiviteit van maatregelen. De invloed van de alcoholindustrie op maatregelen is problematisch, omdat de commerciële doelstellingen van de alcoholindustrie haaks staan op de verplichting van de overheid om de volksgezondheid te beschermen.

5.1 Vormen van preventie

Maatregelen om het alcoholgebruik te verminderen kunnen gericht zijn op de gehele bevolking of op specifieke risicogroepen. Maatregelen die bedoeld zijn voor de gehele bevolking worden ook wel populatiegerichte maatregelen genoemd. Met dergelijke maatregelen wordt doorgaans meer effect bereikt op de volksgezondheid dan met maatregelen die alleen gericht zijn op specifieke groepen mensen,⁸⁴ zoals jongeren, zwangeren en mensen met een (beginnend) alcoholprobleem of een historie daarvan. Een verklaring daarvoor is dat met populatiegerichte maatregelen een grotere groep mensen wordt bereikt dan alleen deze specifieke groepen, ongeacht het niveau van alcoholgebruik. En dat specifieke groepen ook profiteren van populatiegerichte maatregelen. Tegelijkertijd is het van belang om waar nodig ook in te zetten op andere vormen van preventie die zich richten op specifieke risicogroepen.⁸⁴ Enkele populatiegerichte maatregelen die de omgeving op een zodanige manier aanpassen dat alcoholgebruik wordt ontmoedigd zijn bewezen effectief.^{85,86} Daarnaast hebben de sociaal-maatschappelijke normen en de alcoholindustrie invloed op de effectiviteit van populatiegerichte maatregelen.

5.2 Bewezen effectief: omgeving aanpassen

De WHO heeft de 3 onderstaande populatiegerichte maatregelen gekwalificeerd als *best buys*,^{85,86} dat wil zeggen het meest kosteneffectief en uitvoerbaar:

1. prijs op alcoholhoudende dranken verhogen (minder betaalbaar maken);



2. beschikbaarheid van alcoholhoudende dranken beperken;
3. marketing en reclame voor alcoholhoudende dranken beperken.

Wat de maatregelen gemeen hebben is dat ze beogen de fysieke, digitale, sociale en economische omgeving zodanig aan te passen dat alcoholgebruik wordt ontmoedigd.

Aanvullend op de omgevingsgerichte en populatiegerichte maatregelen worden in het actieplan SAFER, dat de WHO in 2018 lanceerde, nog 2 bewezen effectieve maatregelen genoemd.⁸⁷ Deze richten zich op vroeg-signalering van alcoholproblematiek en maatregelen tegen het rijden onder invloed van alcohol.⁸⁸

Hieronder beschrijft de commissie welke mogelijkheden er in Nederland zijn voor populatiegerichte maatregelen.

5.2.1 Betaalbaarheid

In Nederland is er een accijnsheffing via Wet op de Accijns. De accijns is voor het laatst verhoogd in 2024 en bedraagt op dit moment 8,4%. Sinds 1 januari 2021 geldt een verbod op kortingsacties van meer dan 25%.

Daarnaast is er op gemeentelijk niveau een mogelijkheid tot verbod van *happy hours* in horeca. Alcohol is de afgelopen jaren steeds betaalbaarder geworden, doordat de prijzen van alcoholhoudende dranken zijn achtergebleven bij de inkomensstijging.⁸⁹

Uit onderzoek blijkt dat het verhogen van de prijs van alcoholhoudende dranken leidt tot een daling van de gemiddelde innameniveaus van alcohol in de populatie.^{88,90,91} Er zijn verschillende manieren om alcohol minder betaalbaar te maken in Nederland, bijvoorbeeld door de accijns verder te verhogen, door accijnzen te indexeren of een minimumprijs per standaard eenheid alcohol in te voeren. Het verdubbelen van de accijnzen op alcohol, of het invoeren van een minimeenhedsprijs van 0,90 internationale dollar per 10 gram pure alcohol (grotweg € 0,80), resulteert in een 10% daling van het alcoholgebruik.⁹¹ Prijsmaatregelen zullen naar verwachting het meest effect sorteren bij jongeren en bij mensen die overmatig of zwaar alcohol drinken, de groepen waar ook de meeste gezondheidswinst te behalen is.⁹²

Het verhogen van de prijs is een repressieve maatregel: het treft lage inkomensgroepen financieel het hardst. Door andere maatregelen in te voeren waar juist deze groepen (financieel) van profiteren, kan dit effect mogelijk worden gecompenseerd. Denk bijvoorbeeld aan het koppelen van de inkomsten van alcoholaccijnzen aan maatregelen om de toegang tot ondersteuning bij stoppen of verminderen van alcoholgebruik of verslavingszorg te verbeteren. Of aan sociaal-economisch beleid waar lage inkomensgroepen van profiteren.



5.2.2 Beschikbaarheid

Bij interventies die ingrijpen op de beschikbaarheid van alcohol gaat het om het beperken van het aantal verkooppunten van alcohol, het reduceren van de verkooptijden van alcohol, en de handhaving daarvan. Ook door de wettelijke leeftijdsgrens voor de verkoop van alcohol wordt de beschikbaarheid van alcohol beperkt. Voor Nederlandse horeca en slijterijen geldt een vergunningsplicht. Daarnaast is het voor gemeentes mogelijk om via een gemeentelijke verordening de verkoop van alcoholhoudende dranken te beperken. In Nederland is het wettelijk verboden om alcoholhoudende drank te verkopen, tenzij kopers kunnen aantonen dat zij 18 jaar of ouder zijn. Verkopers zijn bij twijfel verplicht om een identiteitsbewijs te vragen om de leeftijd te controleren. Bij online verkoop moet de leeftijd zowel bij bestelling als bij aflevering worden gecontroleerd.

Uit onderzoek blijkt dat het verminderen van de beschikbaarheid van alcohol leidt tot een daling van alcoholinname in de populatie.^{88,91}

Het beperken van de alcoholverkoop met één dag leidde tot een gemiddelde daling van 3,6% in alcoholgebruik en had voornamelijk effect op de inname van bier en sterke drank.⁹¹ Andere mogelijkheden zijn om de verkoop van alcoholhoudende dranken te beperken tot slijterijen, om restricties in verkooptijden in te voeren en om de beschikbaarheid van alcohol in de school-, werk- en vrijetijdsomgeving te beperken. Verder kan gedacht worden aan het verder verhogen van de minimumleeftijd voor het kopen en het gebruiken van alcohol.

5.2.3 Marketing en reclame

Alcoholmarketing zorgt niet alleen voor hogere verkoopcijfers van specifieke merken, maar verhoogt ook de gemiddelde innameniveaus van alcohol.^{93,94} In Nederland geldt een verbod op alcoholreclame op televisie en radio tussen 6 uur 's ochtends en 9 uur 's avonds. Ook zijn er bepalingen voor alcohol sponsoring. De alcoholindustrie heeft zelfreguleringscodes opgesteld met eisen over de inhoud van reclames. Alcoholmarketing beperkt zich echter niet tot reguliere reclame. Zichtbaarheid van alcohol op digitale platforms en sociale media, en in talkshows, films, series en muziekclips draagt ook bij aan de promotie ervan. Met opvallende labels en verpakkingsmaterialen wordt het product zelf ook ingezet als marketinginstrument.

Een expertpanel beoordeelde dat er voldoende bewijs is dat een strenge beperking of een verbod van alcoholmarketing leidt tot een vermindering van het alcoholgebruik.⁸⁸ Beleidsevaluaties laten zien dat de huidige maatregelen bedoeld om alcoholpromotie te beperken onvoldoende zijn om de gemiddelde innameniveaus van alcohol in de populatie te doen afnemen.⁹⁵ De maatregelen bieden nog veel ruimte om reclame te maken. Daarom is beleid met wet- en regelgeving vanuit de overheid noodzakelijk. Daarin kan ook promotie via het product zelf worden meegenomen, bijvoorbeeld door het verplichten van neutrale – niet aantrekkelijke – verpakkingen voor alcoholhoudende dranken en het verplicht plaatsen van productinformatie en gezondheidswaarschuwingen op etiketten.



Een ander aandachtspunt is de promotie van alcoholvrije dranken. Deze kunnen een alternatief bieden voor mensen die minder of geen alcohol willen gebruiken. De commissie stelt dat er onvoldoende kennis beschikbaar is om te beoordelen of de brede beschikbaarheid en zichtbaarheid van alcoholvrije dranken bijdraagt aan een afname in alcoholgebruik. Een mogelijk nadeel van alcoholvrije dranken is dat het bij jongeren en andere groepen in de samenleving die (nog) geen alcohol gebruiken, zou kunnen zorgen voor smaakgewenning en normalisatie van het alcoholgebruik. Ook daarover is onvoldoende kennis beschikbaar. Het is van belang om dit te onderzoeken.

5.3 Invloed sociaal-maatschappelijke normen

Het gebruik van alcohol is genormaliseerd in de Nederlandse samenleving. Een beperkte mate van alcoholgebruik wordt door veel groepen beschouwd als gezellig en niet als risicovol. Dat staat op gespannen voet met maatregelen die erop gericht zijn om bij iedereen het alcoholgebruik te verminderen. Maatschappelijke normen zijn echter dynamisch; ze kunnen veranderen. Deze ontwikkeling heeft bijvoorbeeld bij tabaksgebruik plaatsgevonden: onder andere het niet roken in openbare ruimtes wordt inmiddels normaal gevonden. Er zijn signalen dat ook de norm rond alcoholgebruik aan het veranderen is. De toename van het aantal volwassenen dat geen alcohol gebruikt en van de populariteit van interventies zoals *Dry January* en *IkPas* laten zien dat steeds meer mensen er bewust voor kiezen om (een periode) geen of minder alcohol te drinken.^{19,96}

Ook de norm dat alcohol geen plek heeft op de werkvloer, wordt steeds vaker geëxpliciteerd. Zo heeft in 2018 de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) een standpunt uitgebracht dat geen alcohol gebruik de norm is voor artsen en coassistenten zowel vóór als tijdens werktijd.⁹⁷ Bovendien is er draagvlak voor een aantal maatregelen om alcohol minder zichtbaar te maken en om bewustwording te creëren over de risico's van alcohol. Zo zegt twee derde van de Nederlanders voorstander te zijn van een verbod op alcoholreclame en verplichte waarschuwingen op alcoholetiketten.⁹⁸

5.4 Invloed alcoholindustrie

De invloed van de alcoholindustrie op het volksgezondheidsbeleid is aanzienlijk.⁹⁹⁻¹⁰¹ Die invloed bestaat uit het sturen op onzekerheden en twijfel over wetenschappelijke kennis en uit lobbyen op lokaal, nationaal en Europees niveau. Vanuit gezondheidsrechtelijk perspectief is dit problematisch, omdat hier sprake is van een structureel belangenconflict: de commerciële doelstellingen van de alcoholindustrie staan immers haaks op de verplichting van de overheid om de volksgezondheid te beschermen. De alcoholindustrie presenteert zich als partner in preventie, maar wetenschappelijk onderzoek laat zien dat dit type samenwerking vaak leidt tot vertraging, verwatering van maatregelen en verschuiving van de aandacht naar individuele verantwoordelijkheid.⁹⁹⁻¹⁰³ Datzelfde gebeurde met beleid gericht op tabaksontmoediging. Dat is veranderd door het WHO-Kaderverdrag inzake tabaksontmoediging (artikel 5 lid 3) waarin is



bepaald dat de tabaksindustrie geen rol mag spelen in de totstandkoming van tabaksbeleid. Dankzij dit verdrag zit de tabaksindustrie niet meer aan tafel als er nieuw tabaksbeleid wordt gemaakt en is er een effectief tabaksontmoedigingsbeleid gevoerd.¹⁰⁴ Hierbij is het belangrijk om alert te zijn op nieuwe ontwikkelingen vanuit de industrie om schadelijke producten te blijven promoten en verkopen.



6 Advies

Geen veilige ondergrens voor alcoholgebruik

Uit de huidige stand van wetenschap blijkt dat er geen veilige ondergrens is voor het gebruik van alcohol. Dat wil zeggen dat elk innameniveau, ook 1 glas, ongunstige gevolgen heeft. Het gaat hierbij om effecten op de individuele gezondheid, volksgezondheid en voor de veiligheid van de samenleving. Er is sterk bewijs dat bij elk innameniveau het risico op 7 soorten kanker toeneemt. Ook verhoogt alcohol het risico op orgaanschade. Bovendien neemt bij elke niveau van alcoholgebruik het risico op verkeersongevallen toe. En daarnaast verhoogt alcohol het risico op incidenten met agressie en geweld, waardoor het risico op letsel toeneemt. Op individueel niveau zijn deze risico's relatief klein, maar op het niveau van de hele bevolking vertaalt een klein individueel risico voor een specifieke ziekte zich naar een aanzienlijke ziektelast doordat veel mensen alcohol gebruiken. Maar ook doordat alcohol samenhangt met veel verschillende gezondheidsrisico's, zowel voor de gezondheid in enge zin als voor de gezondheid in brede zin. De commissie concludeert dat alcoholgebruik niet past in een gezonde leefstijl en schadelijk is voor de volksgezondheid en voor de veiligheid van de samenleving en adviseert de overheid om het alcoholbeleid aan te passen en te richten op het denormaliseren en ontmoedigen van alcoholgebruik.

Verschil met eerder advies

In de *Richtlijnen goede voeding 2015* werd op basis van de relatie tussen alcohol en het risico op de meest voorkomende chronische ziekten een alcoholrichtlijn opgesteld voor de algemene bevolking: 'Drink niet of in ieder geval niet meer dan 1 glas per dag'. Voor ziekten werden bij een gemiddelde inname van 1 glas alcohol per dag zowel gunstige als ongunstige verbanden gevonden. Voor totale sterfte werden gunstige verbanden gevonden bij een gemiddelde inname tot 1 glas per dag. Hogere innameniveaus waren ongunstig voor het risico op ziekten. Bredere gezondheidgerelateerde gevolgen zoals het risico op ongevallen, letsel en op verslaving werden niet meegewogen in het advies uit 2015. Nieuwe inzichten in de effecten van alcohol op de gezondheid van het individu zelf, zoals het risico op kanker, laten zien dat ook 1 glas alcohol per dag risicovol is. Ook voor de bredere effecten van alcohol op de volksgezondheid en de veiligheid in de samenleving, geldt dat 1 glas per dag risicovol is. Eventuele gunstige verbanden bij een beperkt mate van alcoholgebruik zijn onvoldoende bewezen. Zelfs als deze verbanden er wel zijn, wegen ze volgens de commissie niet op tegen de risico's van alcoholgebruik. De richtlijn 'Drink niet of in ieder geval niet meer dan 1 glas per dag' is niet langer passend volgens de commissie.

Uitdagende en belangrijke transitie

De impact van alcoholgebruik op de volksgezondheid en de veiligheid van de samenleving onderstreept het belang van het denormaliseren en het



ontmoedigen van alcoholgebruik. De commissie realiseert zich dat dat een uitdaging is, gegeven de huidige innameniveaus in Nederland.

De commissie benadrukt dat iedere (verdere) stap in het ontmoedigen en verminderen van alcoholgebruik bijdraagt aan een gezondere en veiligere samenleving.

De commissie realiseert zich ook dat dit advies een verschuiving vergt van de sociaal-maatschappelijke norm ten aanzien van alcoholgebruik. Aan de andere kant ziet de commissie dat het aantal mensen dat geen of zeer beperkt alcohol drinkt toeneemt in de samenleving. Voor deze groep kan de transitie als steun en stimulans worden ervaren. Het verschuiven van de sociaal-maatschappelijke norm vraagt om een sterke sturing van de overheid, bestaande uit een breed pakket aan maatregelen, een langdurige inzet en voldoende financiële middelen voor invoering en handhaving. Het gebruik van alcohol en ander risicogedrag zoals het gebruik van sigaretten, vapes en drugs hangt vaak met elkaar samen. Om eventuele verschuivingen in het gebruik tussen middelen te kunnen signaleren en adresseren is een brede preventiestrategie van belang. Hierbij moet zorg worden gedragen voor een sterk beleid op alcoholgebruik.

De commissie adviseert om een transdisciplinaire werkgroep in te stellen die de overheid ondersteunt in de transitie om alcoholgebruik te denormaliseren en ontmoedigen.

Aanbeveling: alcoholgebruik denormaliseren en ontmoedigen

De commissie adviseert de overheid om het alcoholbeleid aan te passen en te richten op het denormaliseren en ontmoedigen van alcoholgebruik.

Dat betekent:

- Uitdragen dat alcoholgebruik niet als vanzelfsprekend moet worden gezien.
- Alcoholgebruik ontmoedigen, voor alle bevolkingsgroepen en alle leeftijden, niet alleen voor zwangeren en jongeren.
- De fysieke, digitale, sociale en economische omgeving zodanig inrichten dat het normaler wordt om geen of minder alcohol te drinken.
- Laat geen ruimte meer voor het gebruik van alcohol in het verkeer.
- Mensen ondersteunen bij het stoppen of minderen met het drinken van alcohol, ook degenen die in beperkte mate alcohol drinken.
- Alcoholbeleid beschermen tegen de commerciële en gevestigde belangen van de alcoholindustrie.

Met populatiegerichte maatregelen gericht op de omgeving en op de sociale norm wordt het voor alle groepen in de samenleving makkelijker om geen alcohol (meer) te gebruiken. De bewezen kosteneffectieve maatregelen ter vermindering van alcoholgebruik, aangedragen door de WHO, kunnen als aangrijpingspunt dienen voor het alcoholbeleid in Nederland. De maatregelen richten zich op het verhogen van de prijs en het beperken van de beschikbaarheid en marketing voor alcohol.

Effectieve communicatiestrategieën en informatiecampagnes die goed zijn



ingebed in het beleid kunnen helpen om mensen te ondersteunen in het veranderen van hun gedrag. Specifieke risicogroepen waarvoor al het advies geldt om geen alcohol te drinken, zoals jongeren, zwangeren en mensen met een (beginnend) alcoholprobleem of een historie daarvan, profiteren ook van populatiegerichte maatregelen. Tegelijkertijd is het ook van belang dat iedereen die dat wil, toegang heeft tot ondersteuning bij het stoppen of minderen van alcoholgebruik. Zorgverleners en andere professionals zouden een rol moeten spelen in het tijdig signaleren van problemen gerelateerd aan alcoholgebruik en het bieden van de juiste hulp aan mensen die hun alcoholgebruik willen reduceren.

Het is van belang om te monitoren of de beoogde effecten daadwerkelijk gerealiseerd worden door de ingevoerde maatregelen, zodat tijdig kan worden bijgestuurd. Daarom doet de volgende commissie aanbevelingen voor de wetenschap:

- De registratie van de gevolgen van alcohol verbeteren. Dit is nodig om een volledig beeld te krijgen van de gevolgen van alcohol, als ook om de impact van het te voeren beleid te evalueren.
- Meer kennis genereren om te evalueren of de brede beschikbaarheid en zichtbaarheid van alcoholvrije dranken bijdraagt aan een afname in alcoholgebruik.
- De alcoholindustrie niet beschouwen als een gelijkwaardige partner in onderzoek en waarbij diens betrokkenheid beperkt moet worden tot het strikt noodzakelijke. Bij betrokkenheid van de alcoholindustrie moeten

de rollen van alle partijen volledig open zijn en gecontroleerd worden.

Tot slot stelt de commissie dat het denormaliseren en ontmoedigen van alcohol vraagt om een scherpe scheiding tussen de overheid en de alcoholindustrie. De alcoholindustrie heeft een commercieel belang bij het gebruik van alcohol, trekt het effect van maatregelen in twijfel en benadrukt individuele vrijheid en verantwoordelijkheid. Dat beïnvloedt het publieke debat en de politieke daadkracht. De commissie pleit daarom voor een internationaal verdrag om het alcoholbeleid te beschermen tegen de invloed van de alcoholindustrie, naar analogie van het WHO-Kaderverdrag inzake tabaksontmoediging. In afwachting daarvan kan de Nederlandse overheid de bescherming tegen de invloed van de alcoholindustrie zelf vormgeven. Belangrijk daarbij is om interacties tussen overheden en de alcoholindustrie te beperken tot het strikt noodzakelijke en volledig transparant te zijn over eventuele interacties, en beleidsprocessen actief te beschermen tegen directe en indirecte beïnvloeding door de alcoholindustrie.



Literatuur

- ¹ De Gezondheidsraad. *Richtlijnen goede voeding 2015*. Den Haag, 2015; Nr. 2015/24.
- ² De Gezondheidsraad. *Richtlijnen goede voeding voor mensen met hart- en vaatziekten door atherosclerose*. Den Haag, 2023; Nr. 2023/02.
- ³ De Gezondheidsraad. *Alcohol en hersenontwikkeling bij jongeren*. Den Haag, 2018; Nr. 2018/23.
- ⁴ De Gezondheidsraad. *Voedingsaanbevelingen voor zwangere vrouwen*. Den Haag, 2021; Nr. 2021/26.
- ⁵ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Nationaal Preventieakkoord; naar een gezonder Nederland*. Den Haag, 2018.
- ⁶ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Samenhangende preventiestrategie*. Den Haag, 2025.
- ⁷ Paradis C, Butt P, Shield K, Poole N, Wells S, Naimi T, et al. The Low-Risk Alcohol Drinking Guidelines Scientific Expert Panels. *Canada's Guidance on Alcohol and Health: Final Report*. Ottawa, 2023.
- ⁸ Blomhoff R, Andersen R, Arnesen EK, Christensen JJ, Eneroth H, Erkkola M, et al. Nordic Council of Ministers. *Nordic Nutrition Recommendations 2023*. Copenhagen, 2023.
- ⁹ U.S. Department of Agriculture, Agricultural Research Service. *Dietary Guidelines For Americans, 2025-2030*. Washington, DC., 2026.
- ¹⁰ Carr S, Espinosa Dice AL, Gmel GE, Sr., Hassan AS, Shield KD, Rehm J. A review of the relationship between dimensions of alcohol consumption and the burden of disease: 2026 update including Mendelian randomisation studies. *Addiction* 2026; <https://doi.org/10.1111/add.70435>.
- ¹¹ Golder S, McCambridge J. *Alcohol, cardiovascular disease and industry funding: A co-authorship network analysis of systematic reviews*. *Soc Sci Med* 2021; 289: 114450.
- ¹² George S, Naimi TS, Keyes K, Martinez-Matyszczyk P, Milam AJ, Rehm J, et al. *Alcohol Intake and Health Study: No Protective Effect at Low Levels, With Mortality Increasing to 1 in 25 at 14 Drinks Per Week*. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 2026; 87(4): 621-638.
- ¹³ Shield K, Keyes K, Martinez P, Milam AJ, Rehm J, George S, et al. *Health impact of alcohol use in the USA: a protocol of a systematic review and modelling study*. *BMJ Open* 2025; 15(11): e093389.
- ¹⁴ National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *Review of Evidence on Alcohol and Health*. Washington, DC: The National Academies Press, 2025. <https://doi.org/10.17226/28582>.
- ¹⁵ Stockwell T, Priore I, Kei IP. *The U.S. National Academies of Science, Engineering, and Medicine Were Economical With the Truth About Alcohol and Health*. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 2025; 86(4): 651–656.
- ¹⁶ New York Times. Rabin RC. *Federal report on drinking is withdrawn*: 5 sept 2025.



- ¹⁷ New York Times. Rabin RC. *U.S. Diet Panel Adds Another Researcher With Alcohol Industry Ties*: 10 januari 2024.
- ¹⁸ De Gezondheidsraad. *Alcohol - Achtergronddocument bij Richtlijnen goede voeding 2015*. Den Haag, 2015; Nr. A15/05.
- ¹⁹ Trimbos-Instituut. *Cijfers alcoholgebruik volwassenen*. www.trimbos.nl/kennis/alcohol/alcohol-in-cijfers/cijfers-alcoholgebruik-volwassenen/.
- ²⁰ Eykelenboom M, Boer J, Dam Jt, Edens J, Kuijpers T, Koopman N, et al. RIVM. *Doorrekening impact Nationaal Preventieakkoord: deelakkoord problematisch alcoholgebruik. Worden de ambities voor 2040 bereikt?* Bilthoven, 2024; 2023-0415.
- ²¹ Grouls RJE, Wessels-Basten SJW, Bindels AJGH, Roos AN, te Boekhorst B. *Monografie: Ethanol*. 2021. <https://toxicologie.org/ethanol/>.
- ²² World Health Organization. *No level of alcohol consumption is safe for our health*. <https://www.who.int/europe/news/item/04-01-2023-no-level-of-alcohol-consumption-is-safe-for-our-health>.
- ²³ Hoge Gezondheidsraad. *Voedingsaanbevelingen voor de Belgische bevolking (2025)*. Brussel, 2025; Advies nr. 9805-9807.
- ²⁴ Richter M, Tauer J, Conrad J, Heil E, Kroke A, Virmani K. *Alkohol–Zufuhr in Deutschland, gesundheitliche sowie soziale Folgen und Ableitung von Handlungsempfehlungen*. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e V (DGE) Ernährungs Umschau international 2024; 10: 125–139.
- ²⁵ Llamosas-Falcón L, Probst C, Buckley C, Jiang H, Lasserre AM, Puka K, et al. *Sex-specific association between alcohol consumption and liver cirrhosis: An updated systematic review and meta-analysis*. Front Gastroenterol (Lausanne) 2022; 1: <https://doi.org/10.3389/fgstr.2022.1005729>.
- ²⁶ Samokhvalov AV, Rehm J, Roerecke M. *Alcohol Consumption as a Risk Factor for Acute and Chronic Pancreatitis: A Systematic Review and a Series of Meta-analyses*. EBioMedicine 2015; 2(12): 1996–2002.
- ²⁷ Simou E, Britton J, Leonardi-Bee J. *Alcohol and the risk of pneumonia: a systematic review and meta-analysis*. BMJ Open 2018; 8(8): e022344.
- ²⁸ Woo KN, Kim K, Ko DS, Kim HW, Kim YH. *Alcohol consumption on unprovoked seizure and epilepsy: An updated meta-analysis*. Drug Alcohol Depend 2022; 232: 109305.
- ²⁹ Golzarand M, Salari-Moghaddam A, Mirmiran P. *Association between alcohol intake and overweight and obesity: a systematic review and dose-response meta-analysis of 127 observational studies*. Crit Rev Food Sci Nutr 2022; 62(29): 8078–8098.
- ³⁰ Naimi TS, Stockwell T, Zhao J, Xuan Z, Dangardt F, Saitz R, et al. *Selection biases in observational studies affect associations between ‘moderate’ alcohol consumption and mortality*. Addiction 2017; 112(2): 207–214.
- ³¹ H Holder, T Naimi, T Stockwell, S Andréasson, T Chikritzhs, Dangardt. F. Alcohol and Society. *Binge Drinking: Acute Consequences and Lasting Impacts*. Stockholm, 2026.



- ³² World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. *Continuous Update Project Expert Report 2018. Alcoholic drinks and the risk of cancer*. 2018.
- ³³ World Cancer Research Fund. *Policy position: Alcohol and cancer risk*. 2024.
- ³⁴ Larsson SC, Wallin A, Wolk A, Markus HS. *Differing association of alcohol consumption with different stroke types: a systematic review and meta-analysis*. BMC Med 2016; 14(1): 178.
- ³⁵ Larsson SC, Wallin A, Wolk A. *Alcohol consumption and risk of heart failure: Meta-analysis of 13 prospective studies*. Clinical Nutrition 2018; 37(4): 1247–1251.
- ³⁶ 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(10129): 1513–1523.
- ³⁷ Carr S, Bryazka D, McLaughlin SA, Zheng P, Bahadursingh S, Aravkin AY, et al. *A burden of proof study on alcohol consumption and ischemic heart disease*. Nature Communications 2024; 15(1): 4082.
- ³⁸ Jiang H, Mei X, Jiang Y, Yao J, Shen J, Chen T, et al. *Alcohol consumption and atrial fibrillation risk: An updated dose-response meta-analysis of over 10 million participants*. Front Cardiovasc Med 2022; 9: 979982.
- ³⁹ Tasnim S, Tang C, Musini VM, Wright JM. *Effect of alcohol on blood pressure*. Cochrane Database Syst Rev 2020; 7(7): CD012787.
- ⁴⁰ Roerecke M, Kaczorowski J, Tobe SW, Gmel G, Hasan OSM, Rehm J. *The effect of a reduction in alcohol consumption on blood pressure: a systematic review and meta-analysis*. Lancet Public Health 2017; 2(2): e108–e120.
- ⁴¹ Llamosas-Falcón L, Rehm J, Bright S, Buckley C, Carr T, Kilian C, et al. *The Relationship Between Alcohol Consumption, BMI, and Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Dose-Response Meta-analysis*. Diabetes Care 2023; 46(11): 2076–2083.
- ⁴² Xu W, Wang H, Wan Y, Tan C, Li J, Tan L, et al. *Alcohol consumption and dementia risk: a dose-response meta-analysis of prospective studies*. Eur J Epidemiol 2017; 32(1): 31–42.
- ⁴³ Mewton L, Visontay R, Hoy N, Lipnicki DM, Sunderland M, Lipton RB, et al. *The relationship between alcohol use and dementia in adults aged more than 60 years: a combined analysis of prospective, individual-participant data from 15 international studies*. Addiction 2023; 118(3): 412–424.
- ⁴⁴ Topiwala A, Levey DF, Zhou H, Deak JD, Adhikari K, Ebmeier KP, et al. *Alcohol use and risk of dementia in diverse populations: evidence from cohort, case-control and Mendelian randomisation approaches*. BMJ Evid Based Med 2026; 31(1): 13–22.
- ⁴⁵ Zhao J, Stockwell T, Naimi T, Churchill S, Clay J, Sherk A. *Association Between Daily Alcohol Intake and Risk of All-Cause Mortality: A Systematic Review and Meta-analyses*. JAMA Netw Open 2023; 6(3): e236185.



- ⁴⁶ Stockwell T, Zhao J, Clay J, Levesque C, Sanger N, Sherk A, et al. *Why Do Only Some Cohort Studies Find Health Benefits From Low-Volume Alcohol Use? A Systematic Review and Meta-Analysis of Study Characteristics That May Bias Mortality Risk Estimates*. J Stud Alcohol Drugs 2024; 85(4): 441–452.
- ⁴⁷ Sarich P, Gao S, Zhu Y, Canfell K, Weber MF. *The association between alcohol consumption and all-cause mortality: An umbrella review of systematic reviews using lifetime abstainers or low-volume drinkers as a reference group*. Addiction 2024; 119(6): 998–1012.
- ⁴⁸ John U, Rumpf HJ, Hanke M, Meyer C. *Alcohol abstinence and mortality in a general population sample of adults in Germany: A cohort study*. PLoS Med 2021; 18(11): e1003819.
- ⁴⁹ Bryazka D, Reitsma MB, Griswold MG, Abate KH, Abbafati C, Abbasi-Kangevari M, et al. *Population-level risks of alcohol consumption by amount, geography, age, sex, and year: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2020*. The Lancet 2022; 400(10347): 185–235.
- ⁵⁰ VZinfo.nl. *Alcoholgebruik*. <https://www.vzinfo.nl/alcoholgebruik>.
- ⁵¹ Shield K, Franklin A, Wettlaufer A, Sohi I, Bhulabhai M, Farkouh EK, et al. *National, regional, and global statistics on alcohol consumption and associated burden of disease 2000-20: a modelling study and comparative risk assessment*. Lancet Public Health 2025; 10(9): e751–e761.
- ⁵² De Gezondheidsraad. *Risico's van alcoholgebruik bij conceptie, zwangerschap en borstvoeding*. Den Haag, 2005; Nr 2004/22.
- ⁵³ de Wit G, van Gils P, Over E, Suijkerbuijk A, Lokkerbol J, Smit F, et al. RIVM. *Maatschappelijke kosten-batenanalyse van beleidsmaatregelen om alcoholgebruik te verminderen*. Bilthoven, 2018; 2018-0146.
- ⁵⁴ Irwin C, Iudakhina E, Desbrow B, McCartney D. *Effects of acute alcohol consumption on measures of simulated driving: A systematic review and meta-analysis*. Accid Anal Prev 2017; 102: 248–266.
- ⁵⁵ Taylor B, Irving HM, Kanteres F, Room R, Borges G, Cherpitel C, et al. *The more you drink, the harder you fall: A systematic review and meta-analysis of how acute alcohol consumption and injury or collision risk increase together*. Drug and Alcohol Dependence 2010; 110(1): 108–116.
- ⁵⁶ Taylor B, Rehm J. *The relationship between alcohol consumption and fatal motor vehicle injury: high risk at low alcohol levels*. Alcohol Clin Exp Res 2012; 36(10): 1827–1834.
- ⁵⁷ Høye AK, Storesund Hesjevoll I. *Alcohol and driving-How bad is the combination? A meta-analysis*. Traffic Inj Prev 2023; 24(5): 373–378.
- ⁵⁸ Canadian Centre on Substance Use and Addiction. *Update of Canada's Low-Risk Alcohol Drinking Guidelines: Overview of Reviews of the Association Between Alcohol Use and Aggression and Violence*. Ottawa, 2022.
- ⁵⁹ Olij B, Asscheman S, Valkenberg H. VeiligheidNL. *Alcohol en ongevallen. LIS-vervolgonderzoek*. Amsterdam, 2024; 1024.



- ⁶⁰ SWOV. *In 2015 75 tot 140 verkeersdoden als gevolg van alcohol*. <https://swov.nl/nl/nieuws/2015-75-tot-140-verkeersdoden-als-gevolg-van-alcohol>.
- ⁶¹ Stam C, Valkenberg H, Nijman S. VeiligheidNL. *Alcoholvergiftingen en ongevallen met alcohol: SEH-bezoeken 2024*. Amsterdam, 2026; 1064.
- ⁶² Nijman S, Valkenberg H. VeiligheidNL. *Alcoholvergiftingen en ongevallen met alcohol. SEH-behandelingen 2023*. Amsterdam, 2025; 1025.
- ⁶³ Federatie Medisch Specialisten. *Richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol*. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/stoornissen_in_het_gebruik_van_alcohol_2023/inleiding_van_stoornissen_in_het_gebruik_van_alcohol.html.
- ⁶⁴ Federatie Medisch Specialisten. *Richtlijn depressie - module comorbiditeit alcoholmisbruik*. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/depressie/25_hoe_be_nvloedt_comorbiditeit_de_behandeling_van_depressie_2024/comorbiditeit_alcoholmisbruik_bij_rl_depressie_2024.html?query=alcohol#recommendations.
- ⁶⁵ Federatie Medisch Specialisten. *Richtlijn somatische complicaties van risicovol alcoholgebruik*. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/somatische_complicaties_van_risicovol_alcoholgebruik/startpagina_-_somatische_complicaties_van_risicovol_alcoholgebruik.html.
- ⁶⁶ Trimbos-Instituut. *Van eerste gebruik tot verslaving*. <https://www.trimbos.nl/kennis/alcohol/alcohol-en-mentale-gezondheid/van-eerste-gebruik-tot-verslaving/>.
- ⁶⁷ Gardner EL. *Addiction and brain reward and antireward pathways*. Adv Psychosom Med 2011; 30: 22–60.
- ⁶⁸ Glantz MD, Bharat C, Degenhardt L, Sampson NA, Scott KM, Lim CCW, et al. *The epidemiology of alcohol use disorders cross-nationally: Findings from the World Mental Health Surveys*. Addict Behav 2020; 102: 106128.
- ⁶⁹ Rehm J, Assanangkornchai S, Hendershot CS, Franklin A, Neufeld M, Hassan AS, et al. *Alcohol use disorders*. Lancet 2025; 406(10516): 2269–2281.
- ⁷⁰ Cochrane Canada. *Update of a systematic review of the effect of alcohol consumption on the development of depression, anxiety and suicidal ideation*. Ottawa, Ont.: Canadian Centre on Substance Use and Addiction, 2022.
- ⁷¹ Boschloo L, Vogelzangs N, Smit JH, van den Brink W, Veltman DJ, Beekman AT, et al. *Comorbidity and risk indicators for alcohol use disorders among persons with anxiety and/or depressive disorders: findings from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA)*. J Affect Disord 2011; 131(1-3): 233–242.
- ⁷² Grant BF, Goldstein RB, Saha TD, Chou SP, Jung J, Zhang H, et al. *Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III*. JAMA Psychiatry 2015; 72(8): 757–766.
- ⁷³ Greenfield SF, Weiss RD, Muenz LR, Vagge LM, Kelly JF, Bello LR, et al. *The effect of depression on return to drinking: a prospective study*. Arch Gen Psychiatry 1998; 55(3): 259–265.



- ⁷⁴ Hasin D, Liu X, Nunes E, McCloud S, Samet S, Endicott J. *Effects of major depression on remission and relapse of substance dependence*. Arch Gen Psychiatry 2002; 59(4): 375–380.
- ⁷⁵ Chikritzhs T, Dangardt F, Holder H, Naimi T, Stockwell T, Andréasson S. Alcohol and Society. *Alcohol and the Brain*. Stockholm, 2024.
- ⁷⁶ Battista SR, Kocovski NL. *Exploring the effect of alcohol on post-event processing specific to a social event*. Cogn Behav Ther 2010; 39(1): 1–10.
- ⁷⁷ Wisselink DJ, van der Slink JB, Kerssies JP. Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS). *Kerncijfers Verslavingszorg 2015 – 2024*. 2025.
- ⁷⁸ Gardiner C, Weakley J, Burke LM, Roach GD, Sargent C, Maniar N, et al. *The effect of alcohol on subsequent sleep in healthy adults: A systematic review and meta-analysis*. Sleep Medicine Reviews 2025; 80: 102030.
- ⁷⁹ Scott-Sheldon LA, Carey KB, Cunningham K, Johnson BT, Carey MP. *Alcohol Use Predicts Sexual Decision-Making: A Systematic Review and Meta-Analysis of the Experimental Literature*. AIDS Behav 2016; 20 Suppl 1(0 1): S19–39.
- ⁸⁰ Kwok A, Dordevic AL, Paton G, Page MJ, Truby H. *Effect of alcohol consumption on food energy intake: a systematic review and meta-analysis*. British Journal of Nutrition 2019; 121(5): 481–495.
- ⁸¹ Rao W, Li Y, Li N, Yao Q, Li Y. *The association between caffeine and alcohol consumption and IVF/ICSI outcomes: A systematic review and dose-response meta-analysis*. Acta Obstet Gynecol Scand 2022; 101(12): 1351–1363.
- ⁸² Fan D, Liu L, Xia Q, Wang W, Wu S, Tian G, et al. *Female alcohol consumption and fecundability: a systematic review and dose-response meta-analysis*. Sci Rep 2017; 7(1): 13815.
- ⁸³ Nguyen-Thanh T, Hoang-Thi AP, Anh Thu DT. *Investigating the association between alcohol intake and male reproductive function: A current meta-analysis*. Heliyon 2023; 9(5): e15723.
- ⁸⁴ Skog O-J. *Alcohol policy: why and roughly how?* Nordic studies on alcohol and drugs 1999; 16(1_suppl): 21–34.
- ⁸⁵ Chisholm D, Moro D, Bertram M, Pretorius C, Gmel G, Shield K, et al. *Are the “Best Buys” for Alcohol Control Still Valid? An Update on the Comparative Cost-Effectiveness of Alcohol Control Strategies at the Global Level*. J Stud Alcohol Drugs 2018; 79(4): 514–522.
- ⁸⁶ Galea G, Ekberg A, Ciobanu A, Corbex M, Farrington J, Ferreira-Bores C, et al. *Quick buys for prevention and control of noncommunicable diseases*. Lancet Reg Health Eur 2025; 52: 101281.
- ⁸⁷ World Health Organization. *The SAFER initiative*. <https://www.who.int/initiatives/SAFER>.
- ⁸⁸ Gapstur SM, Mariosa D, Neamtui L, Nethan ST, Rehm J, Huckle T, et al. *The IARC Perspective on the Effects of Policies on Reducing Alcohol Consumption*. N Engl J Med 2025; 392(17): 1752–1759.
- ⁸⁹ van der Valk T. *Alcoholconsumptie steeds goedkoper*. ESB 2026; 111(4854): 84–85.



- ⁹⁰ Guindon GE, Zhao K, Fatima T, Garasia S, Quinn N, Baskerville NB, et al. *Prices, taxes and alcohol use: a systematic umbrella review*. *Addiction* 2022; 117(12): 3004–3023.
- ⁹¹ Kilian C, Lemp JM, Llamosas-Falcón L, Carr T, Ye Y, Kerr WC, et al. *Reducing alcohol use through alcohol control policies in the general population and population subgroups: a systematic review and meta-analysis*. *eClinicalMedicine* 2023; 59: 101996.
- ⁹² de Wit A, Visscher K, Over E, van Gelder N, Everaars B, van Gils P, et al. RIVM. *Minimum Unit Pricing voor alcohol. Onderzoek naar de haalbaarheid van invoering in Nederland*. Bilthoven, 2021; 2021-0014.
- ⁹³ Sargent JD, Babor TF. *The Relationship Between Exposure to Alcohol Marketing and Underage Drinking Is Causal*. *J Stud Alcohol Drugs Suppl* 2020; (19): 113–124.
- ⁹⁴ Giesbrecht N, Reisdorfer E, Shield K. *The impacts of alcohol marketing and advertising, and the alcohol industry's views on marketing regulations: Systematic reviews of systematic reviews*. *Drug and Alcohol Review* 2024; 43(6): 1402–1425.
- ⁹⁵ Manthey J, Jacobsen B, Klinger S, Schulte B, Rehm J. *Restricting alcohol marketing to reduce alcohol consumption: A systematic review of the empirical evidence for one of the 'best buys'*. *Addiction* 2024; 119(5): 799–811.
- ⁹⁶ Bovens RHL, Hoevenaars G, Planken MJE. *De bijdrage van IkPas aan de landelijke en lokale preventieakkoorden*. TSG - Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen 2022; 100(2): 72–75.
- ⁹⁷ KNMG. *KNMG-standpunt Nul is de Norm*. 2018.
- ⁹⁸ Trimbos-Instituut. *Steun onder volwassenen voor beleidsmaatregelen om alcoholgebruik te verminderen*. Utrecht, 2025; artikelnummer TRI-65-038.
- ⁹⁹ van den Heuvel F, Dijkstra C, Hageraars L. Amsterdam UMC. *Framing van alcoholgebruik, gerelateerde (gezondheids)schade en preventiebeleid door belanghebbenden bij de alcoholindustrie: Welke argumenten worden voor en achter de schermen gebruikt?* Amsterdam, 2025.
- ¹⁰⁰ Chartres N, Apollonio DE, Bero LA, Bialous S, Crosbie E, Hendlin YH, et al. *Corporate Vectors of Chronic Disease - Using Internal Industry Documents to Craft Counterstrategies*. *N Engl J Med* 2026; 394(12): 1231–1237.
- ¹⁰¹ Leung JYY, Casswell S, Randerson S, Athauda L, Banavaram A, Callinan S, et al. *Assessing alcohol industry penetration and government safeguards: the International Alcohol Control Study*. *BMJ Glob Health* 2024; 9: e016093.
- ¹⁰² Savell E, Gilmore AB, Fooks G. *How does the tobacco industry attempt to influence marketing regulations? A systematic review*. *PLoS One* 2014; 9(2): e87389.
- ¹⁰³ Smith KE, Savell E, Gilmore AB. *What is known about tobacco industry efforts to influence tobacco tax? A systematic review of empirical studies*. *Tob Control* 2013; 22(2): 144–153.



- ¹⁰⁴ Toebe BCA, Gispén MEC, Dietvorst R, de Coninck PJM, Dute JCJ. *Ongezonder gedrag: de rol van het recht: Preadvies VGR 2019*. Sdu Uitgevers; 2019.



Commissie en geraadpleegd deskundigen^a

Samenstelling commissie Alcohol

- em. prof. dr. M.E.T.C. van den Muijsenbergh, emeritus hoogleraar gezondheidsverschillen en persoonsgerichte integrale eerstelijnszorg; huisarts (niet praktiserend), Radboudumc Nijmegen, *voorzitter*
- dr. D.N. Baden, spoedeisende hulp arts KNMG, Diaconessenhuis Utrecht
- prof. dr. S. le Cessie, hoogleraar statistische methoden van observationeel (klinisch) epidemiologisch onderzoek, LUMC, Leiden
- prof. dr. J. Cousijn, hoogleraar verslavingsrisico & veerkracht, Erasmus Universiteit Rotterdam
- prof. dr. N. Jacobs, hoogleraar levenslooppsychologie, Open Universiteit, Heerlen
- prof. dr. A.E. Kunst, hoogleraar epidemiologie, Amsterdam UMC
- prof. dr. R.C. Oude Voshaar, hoogleraar ouderenpsychiatrie; psychiater, UMC Groningen/ Rijksuniversiteit Groningen
- dr. A.D. Rozema, programmaleider Academische Werkplaats Verslaving, Tilburg University
- prof. mr. dr. B.C.A. Toebes, hoogleraar gezondheidsrecht in internationaal perspectief, Rijksuniversiteit Groningen
- prof. dr. E.W.M.L. de Vet, hoogleraar gedragsverandering, gezondheid en leefomgeving, Wageningen UR
- prof. dr. F.L.J. Visseren, hoogleraar interne geneeskunde, UMC Utrecht
- prof. dr. ir. J.W.J. Beulens, hoogleraar epidemiologie van leefstijl en cardiometabole aandoeningen, Amsterdam UMC, *structureel geraadpleegd deskundige^a (sinds 20 april 2026; lid tot 20 april 2026)*
- prof. dr. A.F.A. Schellekens, hoogleraar verslaving en psychiatrie; psychiater, Radboudumc Nijmegen, *structureel geraadpleegd deskundige^a*
- prof. dr. G.A. de Wit, bijzonder hoogleraar economische evaluatie van preventie, Vrije Universiteit Amsterdam; senior onderzoeker afdeling Gezondheidseconomie & Zorg, RIVM, Bilthoven, *structureel geraadpleegd deskundige^a*

Waarnemers^a

- dr. L. Veldhuis, Voedingscentrum, Den Haag
- drs. E.W. Sluis, VWS, Den Haag

Secretarissen

- dr. F.L. Büchner, Gezondheidsraad, Den Haag (*sinds januari 2025*)
- dr. K.G. van der Mark-Reeuwijk, Gezondheidsraad, Den Haag (*tot oktober 2025*)
- dr. F.J.M. Mölenberg, Gezondheidsraad, Den Haag

Met medewerking van

- drs. L. van der Spek, Gezondheidsraad, Den Haag, *gastmedewerker (sinds februari 2026)*

Deskundigen die incidenteel zijn geraadpleegd voor specifieke onderwerpen

- prof. mr. dr. L.M. Bruijn, hoogleraar regulering van veiligheid en gezondheid, Rijksuniversiteit Groningen
- dr. C. Voogt, senior projectmedewerker team alcohol, Trimbos-Instituut, Utrecht

^a Geraadpleegd deskundigen worden door de commissie geraadpleegd vanwege hun deskundigheid. Geraadpleegd deskundigen en waarnemers hebben spreekrecht tijdens de vergadering. Ze hebben geen stemrecht en dragen geen verantwoordelijkheid voor de inhoud van het advies van de commissie.



De Gezondheidsraad, ingesteld in 1902, is een adviesorgaan met als taak de regering en het parlement ‘voor te lichten over de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid en het gezondheids(zorg)onderzoek’ (art. 22 Gezondheidswet).

De Gezondheidsraad ontvangt de meeste adviesvragen van de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Infrastructuur en Waterstaat; Sociale Zaken en Werkgelegenheid en Landbouw, Visserij, Voedselzekerheid en Natuur. De raad kan ook op eigen initiatief adviezen uitbrengen, en ontwikkelingen of trends signaleren die van belang zijn voor het overheidsbeleid.

De adviezen van de Gezondheidsraad zijn openbaar en worden als regel opgesteld door multidisciplinaire commissies van – op persoonlijke titel benoemde – Nederlandse en soms buitenlandse deskundigen.

Dit advies is aangeboden aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport door prof. dr. Karien Stronks, voorzitter van de Gezondheidsraad.

De Gezondheidsraad gaat bewust en kritisch om met generatieve AI. Het wegen van de wetenschappelijke gegevens en het opstellen van adviezen gebeurt in commissies, door deskundigen. Als generatieve AI wordt gebruikt, dan is dat alleen ter ondersteuning of ter aanvulling van dat proces.

U kunt dit document downloaden van gezondheidsraad.nl.

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:
Gezondheidsraad. Alcohol en gezondheid in brede zin.
Den Haag: Gezondheidsraad 2026; publicatienr. 2026/11.

Beeld omslag: Shutterstock

Auteursrecht voorbehouden

