

**Ontleend aan:**

**Alcoholisme en het genetisch venster  
Een nieuwe kijk op alcoholverslaving?**

**Uitgave: SMO, Rotterdam, 2006, p. 55-63**

**[info@smo.nl](mailto:info@smo.nl)**

**<http://www.smo.nl>**

**Met bijdragen van:**

dr Nathalie C.G.M. Donders (VU mc)

dr Stephen Snelders (VU mc)

prof.dr Toine Pieters (VU mc)

drs Nicolas van Geelen (SMO)

prof.dr Frans J. Meijman (VU mc)

dr Jaap C. van der Stel (Geestgronden)

# Nathalie Donders

## 6.1 Van der Stel's geschiedenis van de drankbestrijding en alcoholhulpverlening in Nederland

### Drinkgewoonten

Mede (bereid uit honing), bieren en (vruchten)wijnen zijn de alcoholhoudende dranken die in de Middeleeuwen in Europa worden gedronken. De productie van alcohol vindt dan nog op beperkte schaal plaats. Overmatig drinken komt wel voor, maar beperkt zich tot bepaalde gelegenheden en specifieke sociale groepen. Als na 1300 de grondstoffen goedkoper worden en daarmee de prijs omlaag gaat, wordt vooral bier een echte volksdrank. Dit heeft ook te maken met de slechte kwaliteit van het drinkwater, de vele feestdagen en het zouten van vlees, vis en boter voor een langere houdbaarheid, waardoor het dorstgevoel ontzettend toeneemt. Omgerekend naar de hoeveelheid pure alcohol (bier heeft een alcoholpercentage van 2%) viel de consumptie eigenlijk nog mee. Het probleem zat vooral in het gedeelte van het inkomen dat besteed werd aan alcoholische dranken, waardoor er onvoldoende geld overbleef voor zaken als voedsel en huisvesting.

Omstreeks 1100 wordt het distillatieproces uitgevonden en daardoor wordt het mogelijk om sterke drank uit wijn te maken. Brandewijn wordt aanvankelijk alleen als medicijn gebruikt, voorgeschreven door artsen en verkocht via apotheken. Ook wijngebruik wordt tot ver in de zeventiende eeuw aanbevolen als 'uitmuntend voor de gezondheid'. Door verbetering van het distillatieproces is eind zeventiende eeuw sterke drank zo goedkoop geworden, dat het een concurrent is van bier en wijn. De populariteit van sterke drank kan waarschijnlijk vooral worden verklaard door de behoefte aan een snelle alcoholroes, om te ontsnappen aan de ellende en armoede waarin veel mensen verkeerden aan het einde van de achttiende eeuw en vooral in de tweede helft van de negentiende eeuw. Er wordt gesproken over het zogenaamde *ellende-alcoholisme*.

De industrialisering komt na 1870 in Nederland op gang. Vanaf dat moment wordt meer discipline, concentratie en alertheid van arbeiders vereist: Vanwege de veiligheidsrisico's mag daarom voor en tijdens het werk geen alcohol meer gedronken worden. De eisen van de werklieden voor meer loon en vermindering van de arbeidstijd worden bekritiseerd, omdat deze maatregelen zouden leiden tot meer kroegbezoek en jeneverdrinken. Ervaringen uit zowel binnen- als buitenland laten echter het tegendeel zien: de behoefte aan sterke drank om de extreme arbeidstijden vol te houden komt te vervallen bij verminderen van de arbeidstijd en de arbeiders zoeken buiten de kroeg ontspanning. De regeling van de arbeidstijden, door wettelijke maatregelen en vakbondsstrijd, heeft veel invloed gehad op de beperking van het drankmisbruik.

In de eerste decennia van de twintigste eeuw worden ook andere sociale problemen aangepakt en treedt een enorme verbetering van de arbeids-, woon- en leefsituatie op. Ook neemt de volksgezondheid toe door succesvolle bestrijding van besmettelijke ziekten. Ondertussen daalt het drankgebruik spectaculair, zowel van gedistilleerd als van bier. De daling van de alcoholconsumptie is een symptoom van de verbetering van de kwaliteit van het bestaan. Er wordt dan ook gevreesd dat door de economische crisis in de jaren dertig het drankgebruik weer enorm zal toenemen, maar die vrees komt niet uit.

Tijdens de Tweede Wereldoorlog daalde het alcoholgebruik vanwege de schaarste. Na de oorlog blijft het eerst nog op een laag niveau, maar vanaf de jaren vijftig is een constante toename te zien. Het openbare drankgebruik in kroegen maakt plaats voor drankgebruik thuis. Het opkomend toerisme naar Zuid-Europese

landen bevordert de vraag naar wijn. Eerder was wijn vooral voor de hogere lagen betaalbaar, maar door de stijging van de koopkracht kunnen alle lagen van de bevolking het zich veroorloven. Er is nu sprake van *welvaartsalcoholisme* en de term *sociaal-drinken* doet zijn intrede: drankgebruik krijgt vooral de functie van een ontspanningsmiddel.

### **Beschavingsoffensief en drankbestrijding**

Na de Middeleeuwen komt het steeds vaker voor dat de alcoholroes als een probleem wordt gezien. De zestiende eeuw is de periode van het humanisme en de opkomst van het calvinisme. Humanisten maken zich vooral zorgen om het verlies van de vrije wil onder invloed van de roes. Calvinisten zijn tegen elke vorm van onmatigheid. Dit komt vooral tot uiting ten aanzien van het drinken, omdat drank roesverwekkend is en dus alles in zich heeft om onmatigheid te bevorderen. Door deze twee stromingen bestond een typisch Nederlandse wijze waarop met drank en drankmisbruik wordt omgegaan: vanuit de samenleving waren er morele oproepen tot zelfbeheersing, terwijl de overheid zich beperkte tot handhaving van de openbare orde.

De theorie van Norbert Elias (een Duitse socioloog, 1897-1990) biedt een kader voor het vinden van een verklaring voor de problematisering van de alcoholroes na de Middeleeuwen. Elias geeft aan dat het beschavingsoffensief waarschijnlijk begon bij de Franse aristocraten. De richting van het West-Europese beschavingsproces wijst op een toename van de onderlinge afhankelijkheid tussen klassen en sociale categorieën én tussen de mensen binnen die klassen en categorieën. Om deze afhankelijkheidsrelaties mogelijk te maken was zelfbeheersing van driften en impulsen nodig. Bepaalde gebruiken en eet- en drinkpatronen werden steeds vaker als pijnlijk ervaren; openbaar dronkenschap werd door de hogere sociale klassen steeds meer als een schande gezien. Om te kunnen overleven en een bijdrage te kunnen leveren aan maatschappelijke vooruitgang, werd een toenemende zelfcontrole van de burgers verlangd. Aanvankelijk is er sprake van dwang van buitenaf: door de hogere sociale klassen op het volk. Deze dwang wordt steeds minder zichtbaar en persoonlijk en de dwang gaat uiteindelijk over in zelfdwang: burgers behoren zich te willen aanpassen. Doen ze dat niet, dan zijn ze asociaal of ziek en tegenover hen wordt een intolerante houding aangenomen. De alcoholist als type-aanduiding komt ook pas te voorschijn als het beschavingsoffensief zichtbare resultaten heeft geboekt: alcoholisten zijn de achterblijvers en afhakers die de beschavingssprong niet kunnen of willen meemaken.

In alle West-Europese en Noord-Amerikaanse landen wordt na 1800 het alcoholgebruik als een groot maatschappelijk probleem gezien. In de negentiende eeuw ontstaan vanuit de verlichte burgerij de drankbestrijdingsorganisaties. Leden van deze organisaties zagen in het jenevergebruik de oorzaak van armoede, economische malaise en verval van de goede zeden. Uit angst voor 'verzwakking van de natie' roepen drankbestrijders de arbeiders op zich goed te voeden en matig te zijn met sterke drank. De drankbestrijding wordt in omvang de grootste georganiseerde sociale beweging. De drankbestrijdingorganisaties werken nauw samen met emancipatiebewegingen en arbeidsorganisaties zoals vakbonden.

Na 1890 heeft het beschavingsproces zich binnen de verzuiling voltrokken. Tussen de zuilen bestaat nauwelijks verschil van mening ten aanzien van de noodzaak tot drankmatiging. Zelfbeheersing was het kenmerkende element: voor de socialisten was het een middel tot verheffing van de arbeiders, voor de confessionelen (de katholieken en de protestanten) een middel voor de vorming en/of het behoud van de zedelijke identiteit en voor de liberalen een voorwaarde voor de handhaving van de openbare orde en de

opvoering van de productiviteit. De ideologisch oproep tot zelfbeheersing heeft in alle zuilen de kansen op sociale verbetering bevorderd.

De drankbestrijdingsorganisaties zijn in de jaren twintig van de twintigste eeuw over hun hoogtepunt heen, doordat er sprake is van een sterke daling van het drankgebruik, vooral van jenever. De drankmatiging is bereikt en de aandacht richt zich vooral op enkele moeilijk te beïnvloeden restgroepen. De hulpverlening gaat steeds meer de kant van de sociale psychiatrie uit en de ‘alcoholist’ wordt steeds meer gezien als iemand met psychische/psychiatrische afwijkingen.

### **Moralisering versus medicalisering**

In de loop van de zeventiende eeuw wordt de onmatigheid en de dronkenschap ook een medisch probleem. Van Beverwijck, een zeventiende eeuwse geneeskundige legt een relatie tussen drankmisbruik en leverafwijkingen. De arts Bontekoe is de eerste medische auteur die dronkenschap niet alleen als een ziekmakende gebeurtenis beschrijft, maar ook als een vorm van psychische en lichamelijke afhankelijkheid. Begin negentiende eeuw wordt door de Duitse arts Von Brühl-Cramer voor het eerst een naam aan de ziekte gegeven: Trunksucht, dat in het Nederlands vertaald wordt als drankzucht. De term drankzuchtige blijft ongeveer honderd jaar dé aanduiding voor verslaafden aan alcohol, totdat het in de tweede helft van de twintigste eeuw wordt vervangen door alcoholist. De Zweedse arts Magnus Huss werkt het concept ‘alcoholicus chronicus’ uit en benadert het probleem als clinicus, met veel aandacht voor de lichamelijke schade van vooral langdurig alcoholgebruik. Aanvankelijk richt de kritiek zich vooral op sterke drank; pas in de negentiende eeuw ontstaat het besef dat het niet om het type drank gaat, maar alcohol op zich.

Er zijn grofweg twee benaderingen te onderscheiden voor hoe je je tegen verslaafden kunt opstellen. Bij het moraliserende model wordt het probleem gezien als een maatschappelijk verschijnsel dat slechts door preventieve benadering uiteindelijk valt uit te bannen. Bij de medische benadering wordt het probleem gezien als een niet-verwijtbare individuele stoornis (ziekte) die slechts door een curatieve benadering kan worden verholpen. Volgens Van der Stel kan geen van beide benaderingen aanspraak maken op meer of minder gelijk. Verslaving (in de moderne betekenis) is net zo min een ziekte als een vorm van immoreel gedrag. Het kan niet anders worden beleefd dan als een beschavingsstoornis, een individueel of collectief aanpassingsprobleem aan een ontwikkeling die zich quasi als een natuurverschijnsel voltrekt.

In de jaren zestig van de twintigste eeuw was er veel aandacht voor de ziekte-theorie van Jellinek. De stelling ‘een alcoholist is een zieke’ is volgens Jellinek van groot praktisch belang: de alcoholist is eerder bereid zich te laten helpen, de familie en omgeving zullen eerder om hulp vragen en de staat wordt door deze erkenning meer tot medewerking gedwongen. Jellinek heeft ertoe bijgedragen dat de gevoeligheid voor alcohol een reële aangelegenheid wordt: voor de alcoholist is de eerste druppel al van belang. In zoverre is het een ziekte, maar de oorzaak daarvan, de zogenaamde X factor, moest nog worden opgespoord.

Ook in Nederland wordt steun betuigd aan de ziekte-theorie. Op zichzelf is de aandacht voor alcoholisme vreemd, aangezien de consumptie ongekend laag is, ook in vergelijking met andere landen. Deze aandacht kan wel verklaard worden: drankmisbruik is sinds de negentiende eeuw een van de grootste sociale thema's geweest, drankbestrijders hebben nog steeds veel organisatiekracht en de ziekte-theorie zorgt voor een nieuwe impuls. De opvattingen van Jellinek leiden tot een verhoogde professionele belangstelling en hierdoor tot het standpunt dat niet-medici geen hoofdrol meer mogen spelen in de behandeling. De groei van de

consultatiebureaus in de jaren vijftig en zestig is alleen mogelijk geweest door de maatschappelijke erkenning dat alcoholisme een ziekte is en een eigen opvangvoorziening nodig heeft. De Nederlander Krauweel (directeur van het Amsterdamse consultatiebureau, vervult een brugfunctie tussen de curatieve en preventieve drankbestrijding) relativeert de praktische relevantie van het ziektemodel voor de Nederlandse populatie. De problemen die in Nederland door drankmisbruik ontstaan, liggen vaak sterk op het sociale vlak. Naast een psychiatrische aanleg is alcoholisme volgens Krauweel ook een kwestie van drankaanbod.

De eind jaren zestig uitgesproken twijfels over het medisch model sterken de maatschappelijk werkers in hun polarisatie. Hun emancipatie en de meer intensieve opleiding zorgen voor een verschuiving binnen de hulpverlening, waardoor de psychiater een minder betekenisvolle taak toebedeeld krijgt. De maatschappelijk werkers hebben meer aandacht voor achterliggende problemen en daardoor wordt de 'symptoom-gerichte' aanpak beperkt en komt er meer aandacht voor groepswork en gezinstherapie.

### **Het begrip verslaving**

Het is pas van relatief recente datum dat verslaving aan alcoholhoudende drank als een (medisch) probleem wordt gezien en therapeutisch wordt benaderd. De Nederlandse arts Johannes Dürcks beschrijft in 1776 een theorie over verslaving, zonder dat woord te gebruiken: door een groot gebrek aan zelfbeheersing niet meer (kunnen) stoppen met drinken. Door het verlies van de zelfbeheersing verliest de drinker de mogelijkheid om een nuttig staatsburger en eerbiedwaardige huisvader te zijn. Het begrip verslaving komt pas in de achttiende en negentiende eeuw op in het bewustzijn van artsen en moralisten, en ontstaat tegelijk met maatschappelijke veranderingen. In deze periode groeide in de Westerse wereld het besef dat de slavernij ongelooflijk veel leed had veroorzaakt. Het begrip verslaving wordt een metafoor voor onmatigheid, psychische afhankelijkheid en onbeheerst gedrag. Door langdurig alcoholgebruik wordt het individu een *slaaf*, iemand die niet meer de baas is over zichzelf. Je vrijwillig tot slaaf maken van iets of iemand was moreel verwerpelijk. Het verslavingsbegrip hangt volgens Van der Stel nauw samen met de opkomende opvattingen over zelfbeheersing en de angst voor het verlies daarvan.

### **Erfelijkheid, degeneratie en rasverbetering**

In de negentiende eeuw verandert het beeld van de alcoholist ingrijpend: de medici zijn van mening dat de wilszwakke figuur aan een ziekte lijdt, die via zijn nageslacht onbedoeld bijdraagt aan de degeneratie van het volk. Veel mensen die betrokken zijn bij de drankbestrijding en alcoholhulpverlening zijn van mening dat drankzucht in de meeste gevallen 'aangeboren' is. Alcohol heeft volgens hen diverse gevolgen: door direct contact van de weefsels met alcohol ontstaan ziekten en pathologische toestanden, het leidt tot verandering van het bloed, ziekten van het zenuwstelsel en ziekten van bepaalde organen. Ook geestelijke en morele 'degeneratie' en ziekten van het nageslacht treden op.

In de jaren twintig en dertig van de twintigste eeuw wordt veel aandacht besteed aan de erfelijke gevolgen van alcoholgebruik. Er wordt openlijk gesproken over sterilisatie en castratie van misdadigers en andere 'minderwaardigen' om 'het menschenras te behoeden voor geestelijken ondergang'. Door eugenetici wordt de maatschappelijke verontrusting over het alcoholisme aangegrepen ter ondersteuning van de eigen idealen. Dit speelt ook tijdens het Nationaal-socialistische bewind in Duitsland. Hitler was een geheelonthouder en bestreed alcohol 'als een oorzaak van verlies aan volkskracht en gezondheid van het ras'. Drankbestrijding

wordt daarom gestimuleerd als een middel om de rassenhygiëne te bevorderen. De discussie over het 'voorkomen van erfelijk belast nakroost' krijgt een politieke dimensie in deze periode als men zich actief gaat bezighouden met sterilisatie van alcoholisten, met als doel dat 'vele minderwaardige families langzamerhand uitsterven'. In Nederland bestaat in deze tijd ook een sterke eugenetische beweging, met vooraanstaande medici als participanten. Zo verkondigt Hector Treub (een beroemd gynaecoloog; 1856-1920) dat het huwelijk voor dronkzuchtigen verboden zou moeten worden vanwege het erfelijke karakter van de dronkzucht en de gevolgen voor het nageslacht. Vanuit de Nederlandse dronkbestrijding worden echter geen voorstellen gedaan die met de praktijken in Duitsland te vergelijken zijn.

### **Sanatoria en consultatiebureaus**

Aan het begin van de dronkbestrijding werden allerlei 'bekeringspogingen' ondernomen. Dronkaards werden 'opgezonden' naar zogenaamde rijksbedelaarsgestichten of rijkswerkinrichtingen, omdat men veronderstelde dat afzondering het beste geneesmiddel was. Het bleek echter niet effectief. In Hoog-Hullen, het eerste Nederlandse sanatorium opgericht in 1891 in Eelde, vindt begeleiding plaats met een medisch profiel. Het grootste manco van de sanatoriumverpleging is de gebrekkige herintegratie van de patiënten in de thuissituatie. Er wordt wel arbeidstherapie ingevoerd om het 'grenzeloze gevoel van verveling' tegen te gaan, maar niet altijd kunnen geschikte werkzaamheden worden aangeboden.

Begin twintigste eeuw ontstaat het 'reddingswerk', een vorm van curatieve dronkbestrijding. Het meeste reddingswerk heeft een sterk moraliserende inslag, al wordt er wel een medisch stempel op gedrukt. De doelen van het reddingswerk zijn: absolute en levenslange geheelonthouding, liefst als actief lid van een dronkbestrijdingorganisatie en volop deelgenoot worden van de samenleving. Het reddingswerk is nauw verbonden met de reclassering en het maatschappelijk herstel van wetsovertreders.

Op basis van ervaringen met alcoholspreekuren in Duitsland worden in Nederland consultatiebureaus opgericht. Het eerste Consultatiebureau voor Alcoholisten (CB) wordt in 1909 in Amsterdam opgericht en staat onder leiding van de sociaal-pedagoog Th.W. van der Woude en de psychiater K.H. Bouman. Een van de grote voordelen van een CB ten opzichte van een sanatorium is dat de patiënt in eigen omgeving kan worden behandeld. De inzet is erop gericht dat de patiënt in de maatschappij blijft en kan deelnemen aan het arbeidsproces. Alleen bij strikt medische indicatie zoals psychische afwijkingen of organische stoornissen wordt het zinvol geacht om een patiënt in een ziekenhuis op te nemen. Een belangrijk onderdeel is het zoeken en vinden van een alternatief voor de omgang met de 'vroegere kameraden'. Daarom zijn de zittingsuren in het begin op zaterdag, de dag dat het loon uitbetaald wordt. De regelmatig terugkerende gesprekken op het bureau moeten het 'gevoel van eigenwaarde' weer zien terug te brengen. Er wordt geneeskundig onderzoek verricht, in de hoop dat de drinker onder de indruk is van de gevonden afwijkingen en daardoor sneller bereid is te stoppen met drinken. Dat het CB van Amsterdam een medisch bureau is, komt tot uiting in het patiëntenbestand: een groot deel heeft een psychopathologische achtergrond volgens Van de Woude. Er is in de dossiers veel aandacht voor zenuwafwijkingen en 'erfelijke belasting'. De eigenlijke behandeling is echter meer pedagogisch en moralistisch dan medisch.

De werkmethoden zijn lange tijd sterk geënt geweest op het reclasseringswerk en op het maatschappelijk werk volgens de 'social casework' benadering. In 1915 worden de voorwaardelijke invrijheidstelling en de voorwaardelijke veroordeling ingevoerd en ontstaat er een koppeling met de reclassering:

door de dreiging van gevangenisstraf werd een gunstig effect ten aanzien van gedragsverandering verwacht. De reclasseringstaak vormt een belangrijke bron van inkomsten voor de consultatiebureaus. Hierdoor werden de consultatiebureaus erg afhankelijk van het Ministerie van Justitie.

Naast de sanatoria ontstaat eind jaren vijftig behoefte aan een klinische afdeling bij de CB's om patiënten wat langer te kunnen observeren. In 1960 begint het Amsterdamse CB met de eerste kliniek. In de jaren zeventig zijn er vier. Als grote voordeel van deze kliniekjes wordt genoemd dat het consultatiebureau meer bekendheid krijgt en mensen daardoor in een vroeger stadium tot behandeling komen.

Tot eind jaren zestig verandert er weinig in de basisfilosofie van de medische consultatiebureaus voor alcoholisme. De bureaus profileren zich als een combinatie van maatschappelijk werk en sociale psychiatrie, waarbij het laatste aspect sterk wordt benadrukt. De dominante positie van de psychiater vormt voor de maatschappelijk werkers een knelpunt.

Vanaf 1968 is er aandacht voor andere verslavingen dan alcoholisme en rekenen de bureaus drugsgebruikers ook onder hun cliëntèle. Vanaf 1970 worden de bureaus daarom aangeduid als Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs (CAD). Aanvankelijk is de behandelfilosofie van de drugsproblematiek vergelijkbaar met die voor alcoholisme. De maatschappelijke posities van de twee groepen zijn echter duidelijk anders: alcoholisten doen hun best om te integreren in de samenleving, drugsgebruikers willen zich juist afzetten tegen de samenleving. De belangstelling voor drugsgebruikers wordt dusdanig groot dat de aandacht voor alcoholproblematiek naar een tweede plaats verschuift; men is een beetje uitgekeken op de alcoholisten. De CAD's kunnen echter niet goed uit de voeten met de drugsgebruikers: de bureaus zijn niet flexibel genoeg en de bureaus hebben weinig zicht op de sociaal-culturele verschillen tussen de 'alcoholisten' en de 'druggebruikers'. Ze hanteren nog steeds het 'medisch model', dat bij alcoholisten betrekkelijk succesvol is geweest.

### **Rol van de overheid en wetgeving**

De overheid heeft altijd een beperkte rol gehad in de strijd tegen alcoholisme. Het alcoholbeleid van de overheid is in het begin ingegeven door drie motieven:

- Het handhaven van de openbare orde.
- Het bewaken van de economische belangen van de alcoholindustrie, de distributiesector en de horeca. De accijnzen vormen een belangrijke bron van inkomsten voor de staat. In de negentiende eeuw zit er nog steeds veel accijns op gedistilleerd, waardoor de alcoholverkoop een belangrijke inkomstenbron voor het rijk is. Gedacht wordt dat door de accijns te verhogen het alcoholgebruik en daarmee alcoholproblematiek zal dalen, maar dat blijkt een verkeerde gedachte. Door de accijnsverhoging wordt de armoede alleen maar verhoogd en de illegaliteit van drankproductie en –verkoop bevorderd.
- Het zedelijke of sociaal-hygiënische belang waaraan 'preventieve' en 'curatieve' kanten zitten.

De beperking van het drankgebruik in het algemeen of verslavingsverschijnselen in het bijzonder was meegenomen, maar werd overgelaten aan de drankbestrijdingorganisaties. Deze kregen wel subsidie en de overheid droeg ook bij aan de verpleegkosten van alcoholisten in sanatoria.

De eerste wettelijke regeling om alcoholproblematiek in te dammen was de Drankwet uit 1881 en had als voornaamste doel de handhaving van de openbare orde en niet de drankbestrijding als zodanig. De wet viel onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van Justitie. Gemeenten werden verplicht openbare

dronkenschap te bestraffen. Ook waren gemeenten verantwoordelijk voor het verlenen van vergunningen voor de verkoop van drank. Daarnaast werd het Wetboek van Strafrecht aangepast: het verkeren in openbare dronkenschap en daardoor het verkeer belemmeren of de openbare orde verstoren werd strafbaar gesteld en verkoop aan kinderen jonger dan 16 jaar werd verboden. De Drankwet is in 1904 aangepast, waardoor het verlenen van vergunningen voor drankverkoop werd beperkt. In 1931 volgde een nieuwe wijziging: niet alleen gedistilleerde dranken als brandewijn en jenever, maar ook gegiste dranken zoals bier vallen nu onder dezelfde regelingen. De wet kwam ook onder een ander ministerie, namelijk het Ministerie van Sociale Zaken, afdeling Volksgezondheid. In 1964 is de Drankwet vervangen door de Drank- en Horecawet 1964. De belangrijkste verandering is dat een sterker beroep wordt gedaan op de verantwoordelijkheid van uitbaters.

Na de Tweede Wereldoorlog wordt 'rijden onder invloed' een van de hoofdonderwerpen, en dit leidt tot het strafbaar stellen via de Wegenverkeerswet 1951. Rijden onder invloed vergroot de kans op ongevallen, de afloop van dergelijke verkeersongevallen is ongunstiger en het delict doet zich vooral voor in de vrijetijdssfeer.

Vanaf eind jaren tachtig wordt het beleid van het Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur samengevat onder de term 'normalisering': begeleiding, maatschappelijk herstel van druggebruikers en het voorkomen van maatschappelijk isolement en verloedering (*harm reduction*) krijgen het primaat boven behandelvormen gericht op *afkicken*.

Van der Stel JC. *Drinken, drank en dronkenschap. Vijf eeuwen drankbestrijding en alcoholhulpverlening in Nederland*. Hilversum: Verloren, 1995

## **OVER DE AUTEUR**

Nathalie Donders studeerde biomedische gezondheidswetenschappen in Nijmegen en werkt als gepromoveerd onderzoeker bij de afdeling Metamedica van het VU medisch centrum aan een project naar de maatschappelijke aspecten van verslaving en het genetische perspectief, in het bijzonder alcoholisme en de gevolgen voor de beeldvorming en communicatie. Tevens heeft zij een aanstelling als wetenschappelijk docent en onderzoeker op het gebied van Arbeid en Gezond bij de afdeling Sociale Geneeskunde van het UMC St Radboud in Nijmegen. (e-mail: [ncgm.donders@vumc.nl](mailto:ncgm.donders@vumc.nl))