

# Håndbog i alkoholpolitik og -forebyggelse

**10 evidensbaserede indsatsområder**

**Udgivet af Alkoholpolitisk Landsråd  
i samarbejde med Magasinet RUS**

## **Håndbog i alkoholpolitik og -forebyggelse 10 evidensbaserede indsatsområder**

Issued in English by the WHO Regional Office for Europe in 2009 under the title *Handbook for action to reduce alcohol-related harm.*

© World Health Organization, 2009

Oversætterne af denne publikation er ansvarlige for oversættelsens nøjagtighed.

© Copyright for den danske udgave: Alkoholpolitisk Landsråd, 2010

i samarbejde med Magasinet RUS

Oversættelse: Birgit Brunsted og Jette Brinkel Rosenberg

Omslag: Anne Houe

Grafisk tilrettelæggelse: Anne Houe

Tryk: Specialtrykkeriet, Viborg

ISBN: 978-87-993689-0-7

### **Resumé**

Denne håndbog er først og fremmest beregnet for personer, der arbejder i sundhedsministerier, eller som på et regionalt eller lokalt niveau er ansvarlige for at udvikle strategier og handlingsplaner, der skal mindske alkoholrelaterede skader.

Håndbogen indledes med en beskrivelse af den infrastruktur, der er nødvendig for at udvikle en effektiv handlingsplan for alkoholforebyggelse. Derefter beskrives 10 indsatsområder, som en effektiv handlingsplan skal omfatte: prisfastsættelse på alkohol, tilgængelighed, markedsføring, ulovlig alkohol og alkoholholdige produkter, der ikke er beregnet til at drikke, spirituskørsel, udskænkingssteder, intervention i sundhedssektoren, den offentlige bevidsthed om alkohol, handlemuligheder i lokalsamfundet og på arbejdspladsen samt monitorering og evaluering. Håndbogen skitserer strategier for hvert område, formulerer spørgsmål til overvejelse, foreslår handlemuligheder og indeholder en kort kildeliste med supplerende data og ideer.

# INDHOLD

**Tak til 6**

**Forord 7**

**Indledning 9**

Alkohol i Europa 9

Hvem er denne håndbog beregnet for 11

Sådan bruges denne håndbog 11

Referencer 13

**Udvikling og implementering af en handlingsplan 14**

Infrastruktur for alkoholpolitik 14

Mål og indsatsområder 14

Ansvar 15

Love og bestemmelser 15

Hindringer for en effektiv alkoholhandlingsplan 16

Et koordinerende organ 16

Politikere 16

Alkoholindustrien 17

NGO-organisationer 17

Videnskab og forskning 17

Vidensbase 18

Monitorering og overvågning 18

Den professionelle arbejdskraft 18

Kapacitetsopbygning 19

Finansiering 19

Referencer 19

**10 indsatsområder der kan føre til ændringer 20**

Beregning af virkningen af forskellige handlemuligheder 20

Referencer 25

## **Prisfastsættelse 27**

- Baggrund 27
- Strategier 28
- Spørgsmål til overvejelse 30
- Handlemuligheder 32
- Interessenter som bør involveres 33
- Referencer 33

## **Tilgængelighed 35**

- Baggrund 35
- Strategier 35
- Spørgsmål til overvejelse 36
- Handlemuligheder 37
- Interessenter som bør involveres 38
- Referencer 38

## **Markedsføring 40**

- Baggrund 40
- Strategier 40
- Spørgsmål til overvejelse 42
- Handlemuligheder 43
- Interessenter som bør involveres 44
- Referencer 45

## **Ulovlig alkohol og alkoholholdige produkter 46**

- Baggrund 46
- Strategier 46
- Spørgsmål til overvejelse 47
- Handlemuligheder 48
- Interessenter som bør involveres 48
- Referencer 49

## **Spirituskørsel 50**

- Baggrund 50
- Strategier 50
- Spørgsmål til overvejelse 51
- Handlemuligheder 52
- Interessenter som bør involveres 53
- Referencer 53

## **Udskænkingssteder 55**

- Baggrund 55
- Strategier 55
- Spørgsmål til overvejelse 56
- Handlemuligheder 57
- Interessenter som bør involveres 57
- Referencer 58

## **Intervention i sundhedsvæsenet 59**

- Baggrund 59
- Strategier 59
- Spørgsmål til overvejelse 61
- Handlemuligheder 62
- Interessenter som bør involveres 63
- Referencer 63

## **Den offentlige bevidsthed om alkohol 65**

- Baggrund 65
- Strategier 66
- Spørgsmål til overvejelse 67
- Handlemuligheder 68
- Interessenter som bør involveres 68
- Referencer 69

## **Handling i lokalsamfundet og på arbejdspladsen 70**

- Baggrund 70
- Strategier 71
- Spørgsmål til overvejelse 72
- Handlemuligheder 73
- Interessenter som bør involveres 74
- Referencer 74

## **Monitorering og evaluering 75**

- Baggrund 75
- Strategier 75
- Spørgsmål til overvejelse 79
- Handlemuligheder 79
- Interessenter som bør involveres 79
- Referencer 80

## **Tak til:**

WHO Regional Office for Europe takker Dr. Peter Anderson, Consultant in Public Health and Honorary Senior Lecturer in Public Health, Maastricht University, Holland, for at skrive denne rapport og følgende eksperter for deres værdifulde bidrag til denne publikation:

Dr Joan Colom Farran, Director, Department of Health, Substance Abuse Programme, Government of Catalonia, Barcelona, Spanien

Mrs Sandra B. van Ginneken, Senior Policy Office Alcohol, Nutrition, Health Protection and Protection Department, Ministry of Health, Welfare and Sport, Holland

Dr Antoni Gual, Alcohol Unit, Government of Catalonia, Barcelona, Spanien

Ms Karin Nilsson Kelly, Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm, Sverige

Dr Jacek Moskalewicz, Department of Studies on Alcoholism and Drug Dependence, Institute of Psychiatry and Neurology, Warszawa, Polen

Mr Esa Österberg, National Research and Development Centre for Welfare and Health, Alcohol and Drug Research Group, Helsinki, Finland

Professor Valentino Patussi, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi, Centro Alcológico Regionalee (CAR), Firenze, Italien

Ms Maria Renström, Director, Ministry of Health and Social Affairs, Public Health Division, Stockholm, Sverige

Ms Lidia Segura, Directorate General of Substance Abuse and Aids, Department of Health and Social Security, Government of Catalonia, Barcelona, Spanien

Professor Emanuele Scafato, Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Rom, Italien

Dr Hana Sovinova, National Institute of Public Health, Praque, Tjekkiet

WHO Regional Office retter en tak til EU-kommissionen og det svenske Ministry of Health and Social Affairs for deres økonomiske bidrag til produktionen af denne rapport. Offentliggørelsen faldt efter planen sammen med det svenske formandskab for EU's Expert Meeting on Alcohol and Health, 21. september 2009.

En særlig tak rettes til Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS, Rom, Italien for værtsskabet for et redaktionsmøde.

Dokumentet er redigeret af Dr. Lars Møller, Regional Adviser a.i. Alcohol and Drugs, WHO Regional Office for Europe and Dr Srđan Matic, Unit Head, Non-communicable Diseases and Environment, WHO Office for Europa.

# FORORD

I mange år har WHO Regional Office for Europe arbejdet på at fremme den evidensbaserede tilgang til alkoholforebyggelse. Dette arbejde kulminerede i *Framework for Alcohol Policy* i WHO's europæiske region.

Siden er mængden af evidens for virkningerne af at gennemføre alkoholpolitikker fortsat med at vokse, den er i stigende grad blevet robust, og man er begyndt at bygge på systematiske reviews og metaanalyser. Det er værd at bemærke, at den nuværende evidensbase bekræfter og udvider tidligere fund, uden at det ændrer de grundlæggende konklusioner i den forskning, der er brugt i *Framework for Alcohol Policy*.

Alle europæiske lande har en form for handlingsplan eller strategi for alkohol. Men det varierer fra land til land og fra kommune til kommune, hvor omfattende disse dokumenter er, ligesom erfaringen med at implementere dem er skiftende. Men lige meget hvor omfattende eller begrænset en sådan handlingsplan for alkohol måtte være, vil hvert eneste land, fra tid til anden, have gavn af at gennemgå, tilpasse og styrke forskellige elementer i sin handlingsplan. Derfor bør alle WHO's europæiske medlemslande i et eller andet omfang kunne drage nytte af denne håndbog.

De enkelte lande vil udvikle forskellige tilgange i overensstemmelse med deres epidemiologiske profiler, men de kan alle få glæde af en bæredygtig implementering af de politikker, der er skitseret her – politikker, som har vist deres effektivitet med hensyn til at mindske alkoholrelaterede skadevirkninger. De omfatter politikker, som beskæftiger sig med prisfastsættelse, tilgængelighed og markedsføring af alkoholiske drikke samt indsatser mod spirituskørsel, tidlig opsporing og kort intervention i forbindelse med skadeligt og risikabelt alkoholforbrug.

Denne håndbog er baseret på en lignende publikation fra WHO Regional Office, som gennemgår og opsummerer den nyeste evidens for forskellige alkoholpolitikkers effektivitet og omkostningseffektivitet. Den er først og fremmest beregnet for personer, der arbejder i sundhedsministerier, personer der er i gang med at udvikle en regional eller kommunal alkoholstrategi eller handlingsplan, og personer der arbejder i andre sektorer af statsadministrationen med alkoholbeskatning, bevillinger eller kommerciel kommunikationspolitik.

*Dr Nata Menabde, Deputy Regional Director*  
WHO Regional Office for Europe



# INDLEDNING

## Alkohol i Europa

Der er to indbyrdes forbundne indikatorer for alkoholrelaterede skader: mængden af alkohol indtaget gennem livet samt hyppigheden og mængden af episodisk alkoholstorforbrug. 15 % af den voksne befolkning i EU indtager i gennemsnit mere end 40 g alkohol om dagen (mænd) og 20 g om dagen (kvinder), et niveau, der indebærer en livstidsrisiko for alkoholrelateret død på henholdsvis 4 pr. 100 og 1 pr. 100. Omkring 80 millioner EU-borgere på 15 år og derover – hvilket svarer til mere end 20 % af den voksne befolkning – rapporterer, at de har en episode med alkoholstorforbrug (defineret som mindst fem genstande eller 50 g alkohol ved en enkelt lejlighed) mindst en gang om ugen.

En tredje indikator for skadeligt alkoholforbrug er indtagelse af uregistreret alkohol, dvs. hjemmelavet, ulovligt produceret eller indsmuglet alkohol samt produkter med et højt indhold af alkohol, der ikke officielt er beregnet til at drikke. Sådanne produkter kan have alvorlige helbredsmæssige konsekvenser pga. et højt indhold af ethanol og forurening med levertoksiske kemikalier som kumarin, urethan og diethylphthalat.

I WHO's europæiske region er alkohol ansvarlig for 6,5 % af alle dødsfald (11 % mænd og 1,8 % kvinder) og for 11,6 % af alle de år, der mistes på grund af handicap eller præmatur død (*disability-adjusted lifeyears, eller DALY*) (17,3 % for mænd og 4,4 % for kvinder).

Der er enorme sundhedsforskelle i regionen. I Den Russiske Føderation er sandsynligheden for, at en 15 år gammel dreng dør, før han er 35 år, 10 % imod 2 % for resten af Europa, og sandsynligheden for at en 35-årig mand dør, før han er 55 år, er 27 % imod 6 % for Vesteuropa.

Alkohol er den største årsag til denne sundhedsmæssige ulighed og direkte årsag til 52 % af alle dødsfald blandt russere på 15-54 år (59 % af alle dødsfald for mænd og 33 % for kvinder).

Alkohol er den tredje mest signifikante risikofaktor for dårligt helbred og præmatur død i EU, efter tobak og højt blodtryk. Som i den øvrige europæiske region er EU kendetegnet ved enorme sundhedsmæssige uligheder. I 2002 var

forskellen mellem 20-årige mænds forventede levetid i EU i de 15 lande, som har været medlemmer siden 2004 (EU15), og de tre baltiske stater 9,8 år. For mænd i alderen 20-64, var der omkring 25 % forskel i forventet levetid mellem EU15 og de 10 tidligere kommunistiske lande, der efterfølgende er blevet medlemmer af EU. Denne forskel tilskrives alkohol og er overordnet set et resultat af forskelle i mønstret af episodisk alkoholstorforbrug.

De totale økonomiske omkostninger i EU i forbindelse med alkohol blev i 2003 beregnet til 125 mia. €, svarende til 1,3 % af EUs bruttonationalprodukt. De faktiske udgifter til alkoholrelaterede problemer står for 66 mia. € af dette beløb, heraf går 22 mia. € til sundhedsomkostninger og 44 mia. € til omkostninger i forbindelse med kriminalitet. Mistet produktivitet på grund af fravær, arbejdsløshed og præmatur død står for de resterende 59 mia. €.

Når man ser på hvert land for sig, er der en meget tæt sammenhæng mellem alkoholforbruget pr. person og forekomsten af både alkoholrelaterede skadevirkninger og alkoholafhængighed. Det tyder på, at når alkoholforbruget stiger, stiger også de alkoholrelaterede skadevirkninger og andelen af personer, der er afhængige af alkohol. Tilsvarende relationer ses ved faldende forbrug.

WHO Regional Office for Europe har længe beskæftiget sig med alkoholproblemer og var det første regionale kontor, der tog sig af problemet. På dette politikområde kulminerede bestræbelserne med *European Alcohol Action Plan*, som blev suppleret med *European Charter on Alcohol* i 1995, der blev opdateret i 2000. I 2006 godkendte de 53 medlemsstater *European Framework for Alcohol Policy* (herefter kaldt *Framework*), som giver en ramme for implementering af *European Alcohol Action Plan* (WHO Regional Office for Europe, 2006).

I modsætning dertil bekæftigede EU-kommissionen sig ikke med spørgsmål om alkohol før noget senere og iværksatte først en sammenhængende politik med sin 2006 *Communication on Alcohol* (herefter kaldt *Communication*) (EU-kommissionen, 2006).

Indførelsen af både *Framework* og *Communication* i 2006 inspirerede til et tættere samarbejde mellem embedsmænd i de to sponsororganisationer, WHO Regional Office og EU-kommissionen, om at støtte handling inden for alkoholområdet i de europæiske lande. Dette samarbejde førte senere samme år til et fællesfinanseret projekt, der skulle koordinere implementeringen af *Framework* og *Communication*, et projekt denne håndbog bidrager til.

## **Hvem er denne håndbog beregnet for?**

Denne håndbog er først og fremmest rettet mod personer, der arbejder i sundhedsministerier, eller som har et regionalt eller kommunalt ansvar for at udvikle strategier og handlingsplaner, der skal mindske alkoholrelaterede skadevirkninger. Alkoholrelaterede skadevirkninger vedrører mange andre aspekter af livet end sundheden. Når man arbejder på at reducere denne type skader, er en mangefacetteret indsats påkrævet. Det involverer mange interessenter, og vi regner med, at denne håndbog kan være til inspiration og gavn for personer uden for sundhedssektoren, herunder også for personer, der er ansvarlige for priser og afgifter på alkohol, for tilladelser til produktion, distribution og salg af alkohol, for at regulere og overvåge kommerciel produktion af alkohol, for at identificere og slå ned på ulovligt produceret og handlet alkohol, for politikker for transport og spirituskørsel, for tidlig opsporing samt programmer for kort intervention om skadeligt og risikabelt alkoholforbrug, for at varetage behandling af misbrugssygdomme samt for at indsamle data og rapportere om sådanne aktiviteter.

Målgruppens bredde medfører også, at de personer, der har det overordnede ansvar for en national handlingsplan, vil have behov for at kommunikere og koordinere deres bestræbelser med en bred række kolleger fra forskellige ministerier og regeringsinstitutioner, hvoraf nogle vil have andre mål og opfattelser, når det drejer sig om alkoholpolitik.

Det retlige ansvar for forskellige dele af alkoholpolitikken er forskelligt fra land til land. Denne håndbog vil derfor være relevant, ikke kun for personer, der arbejder på det nationale niveau, men også for personer, der arbejder på regionale, kommunale og lokale niveauer. De personer, der har det overordnede ansvar for en national handlingsplan for alkohol, vil have behov for at kommunikere og koordinere med kolleger fra mange niveauer, så de kan sikre, at en samlet politik bliver integreret på deres respektive niveauer, og at national lovgivning og regulering befordrer frem for hindrer handling på de lavere niveauer.

## **Sådan bruges denne håndbog**

Alle europæiske lande har en eller anden form for handlingsplan eller strategi i forbindelse med alkohol. Men det varierer, hvor omfattende sådanne planer og strategier er, og hvilke erfaringer hvert land, hvert område og hver kommune har med at implementere dem. Lige meget hvor omfattende eller utilstrækkelig et lands handlingsplan er, vil det være hensigtsmæssigt at gennemgå, tilpasse og styrke sin plan med jævne mellemrum.

Det er derfor vort håb, at hver eneste medlemsland i den europæiske region vil få glæde af denne håndbog. Lande, der har omfattende handlingsplaner og et relativt lavt niveau af alkoholrelaterede skadevirkninger, kan bruge den til at vurdere, hvordan man bedst kan vedligeholde og tilpasse de nuværende aktiviteter med henblik på at opnå den optimale virkning, eller hvordan man skal gribe nyopdukkede problemer an.

Lande med et højt niveau af alkoholrelaterede skadevirkninger kan bruge håndbogen til at fokusere på tiltag, der kan mindske sådanne skader, for eksempel ved at styrke indsatsen mod spirituskørsel eller ved at gennemføre lokale tiltag, der kan reducere alkoholtilgængeligheden og sætte ind mod skadevirkninger, der stammer fra udskænkingsstederne. Lande, der har et højt niveau af skrumpelever, fordi mange indtager alkoholholdige produkter, der ikke er beregnet til at drikke, kan bruge håndbogen i deres overvejelser over, hvordan de kan regulere fremstillingen af sådanne produkter, f.eks. ved at udarbejde retningslinjer for en mindre skadelig produktion.

Forskellige lande vil med udgangspunkt i deres forskellige epidemiologiske profiler vælge forskellige tilgange, men de kan alle drage nytte af at implementere de politikker, der er skitseret her, som alle har vist sig at reducere alkoholrelaterede skadevirkninger. De omfatter politikker, som retter sig mod pris, tilgængelighed og markedsføring, politikker mod spirituskørsel samt tidlig opsporing og kort intervention mod skadeligt og risikabelt forbrug af alkohol.

Håndbogen anviser, hvordan man udvikler og implementerer en handlingsplan, og beskriver, hvad der er nødvendigt for at udforme og implementere en effektiv strategi med henblik på at mindske alkoholrelaterede skadevirkninger. De følgende kapitler udforsker 10 indsatsområder, som en sådan plan eller strategi bør omfatte. Der er et kapitel for hvert område. Hvert kapitel behandler strategier, spørgsmål til overvejelse, handlemuligheder, interessenter samt en kort referenceliste med redskaber og støttedokumenter.

Under læsning af håndbogen må hver eneste policymaker og beslutningstager afgøre, hvilken speciel blanding af politikker, der er relevant for hans eller hendes myndighedsområde, og hvilke aspekter en handlingsplan skal fokusere på. Her bør man dog tage med i sine betragtninger, at en politik, der omfatter alle aspekterne, formentlig er mere effektiv end en politik, som kun adresserer enkelte aspekter.

Håndbogen er baseret på to dokumenter, der spiller sammen. Det ene analy-

serer, hvordan *Communication* og *Framework* kompletterer hinanden, og det andet gennemgår og opsummerer den nyeste evidens for alkoholpolitikernes effektivitet og omkostningseffektivitet (*WHO Regional Office for Europa*, 2009a, 2009b).

## Referencer

European Commission (2006). *Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: an EU strategy to support member states in reducing alcohol related harm*. Luxembourg,

European Communities (COM(2006) 625 final, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2006:0625:FIN:EN:PDF>) (10. juli 2009).

WHO Regional Office for Europe (2006). *Framework for Alcohol Policy in the WHO European Region*. København, WHO Regional Office for Europe, (<http://www.euro.who.int/document/e88335.pdf>) (10. juli 2009).

WHO Regional Office for Europe (2009a). *An analysis of the European Commission's Communication 2006 on Alcohol (2006) and the European Framework for Alcohol Policy – and how they can inform guidelines for national action plans on alcohol*. København, WHO Regional Office for Europe.

WHO Regional Office for Europe (2009b). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. København, WHO Regional Office for Europe.

# UDVIKLING OG IMPLEMENTERING AF EN HANDLINGSPLAN<sup>1</sup>

## **Infrastruktur for alkoholpolitik**

Hvis en handlingsplan, der skal mindske alkoholrelaterede skadevirkninger, skal være effektiv, er det nødvendigt at sikre, at de nødvendige rammer for udvikling af politikker, prioritering, monitorering og overvågning, forskning og evaluering, udvikling af arbejdskraften og gennemførelsen af programmerne er på plads. Der er ganske vist sket fremskridt mht. at opbygge den mest basale infrastruktur på området, men man kan hævde, at der i mange af medlemslandene stadig ikke er tilstrækkelig politisk opbakning eller vilje til at foretage de nødvendige investeringer, hverken i den private eller i den offentlige sektor. Det er fortsat en udfordring at sikre, at infrastrukturen er tilstrækkelig stor og kompetent. Der er endvidere evidens for, at en god infrastruktur kan lette indførelsen af en handlingsplan for alkohol, og at det er en hindring, hvis den mangler.

Særinteresser – hvad enten de kommer fra den politiske sektor, forretningsverdenen, sundhedssektoren eller det akademiske område – kan også være hindringer for at handle, men de kan overvindes ved at udnytte de eksisterende rammer effektivt eller ved at udvikle nye rammer.

## **Mål og indsatsområder**

En national handlingsplan eller strategi er nødvendig for at kunne foretage prioriteringer og give indsatsen retning. Nationale mål for sundhed kan medvirke til at foretage prioriteringer, udtrykke forpligtelse til ny handling og skaffe ressourcer til området. Sådanne målsætninger og prioriteringer bør baseres på epidemiologisk evidens, ligesom valget af strategier og interventioner bør være evidensbaseret. Indsatsområder gør politikken målsætning mere specifik, gør det muligt at monitorere fremskridt og kan ofte inspirere partnerne til at bakke

<sup>1</sup> Dette kapitel baserer sig på *Do infrastructures impact on alcohol policy making?* af Claudia König og Lidia Segura (2009).

op om politikkerne. Indsatsområder kræver, at man vurderer den nuværende situation, og bidrager til at foretage prioriteringer. De kan fokusere diskussionen om, hvad man vil opnå og hvorfor, og hvorvidt en indsats er vellykket og hvorfor. De udgør et vigtigt kommunikationsværktøj, frigør udformningen af politikker fra bureaukratiske bånd og kan derved gøre det til et offentligt problem, alle kan forstå. Desuden giver de alle partnere en klarere forståelse af politikkenes omfang, de gør det lettere at stille interessenterne til ansvar for folkesundheden, og de motiverer folk til at handle. Et indsatsområde kan have resultatorienterede delmål, f.eks. at mindske alkoholforbruget eller alkoholrelaterede skadevirkninger med en bestemt mængde, eller procesorienterede delmål, f.eks. at opspore og rådgive en given del af befolkningen, der misbruger alkohol på en skadelig og risikabel måde.<sup>2</sup>

## **Ansvar**

Ansvar for de sundhedsmæssige virkninger af alkoholrelaterede aktiviteter og programmer påhviler alle samfundets sektorer, herunder også embedsmænd, der udarbejder handlingsplaner, tildeler ressourcer og starter en lovgivningsproces. Procedurer som f.eks. audits for alkoholpolitik, retssager om sundhedsskader og offentligt tilgængelige vurderinger af konsekvenserne sikrer, at både den offentlige sektor og den private industri kan stilles til ansvar for sundhedsvirkningerne af deres handlinger i forhold til alkohol. Dette ansvar synliggøres gennem procedurer, der koordinerer, monitorerer og evaluerer fremskridt, når handlingsplanerne implementeres, og gennem procedurer, der sikrer rapportering til de valgte organer samt ved brug af massemedierne.

## **Love og bestemmelser**

Nationale love og bestemmelser udgør det juridiske grundlag for alkoholforebyggelse. Alle medlemsstaterne har indført alkoholspecifikke love og bestemmelser i et eller andet omfang, om end med forskellige prioriteringer og tilgange. De forskellige aktører og de mest udbredte måder at løse politiske konflikter i det pågældende land afgør størrelsen på det gab, der kan være mellem alkoholrelateret evidens og den afledte handlemåde. I sidste ende kan lov-

<sup>2</sup> Risikabelt alkoholforbrug refererer til alkoholforbrugsmønstre, som forøger en persons risiko for skadevirkninger, men skadeligt alkoholforbrug referer til mønstre, som er konkret skader personens fysiske sundhed, f.eks. i form af skrumpelever, eller psykiske sundhed, f.eks. i form af depression.

givning kun opnå den ønskede effekt, hvis den underliggende regeringsstruktur støtter dens gennemførelse i praksis.

### **Hindringer for en effektiv alkoholhandlingsplan**

Den nationale regerings ansvar for at udvikle og implementere en handlingsplan for alkoholforebyggelse er sædvanligvis fordelt på adskillige ministerier og niveauer. De involverede ministerier er de, der har ansvar for industri og handel, landbrug, beskæftigelse, økonomi og sundhed. Disse forskellige sektors interesser og prioriteringer er ofte i modstrid med hinanden, og de kan også have ulige magt. Set i et folkesundhedsperspektiv udgør de mest almindelige hindringer for effektiv alkoholforebyggelse det frie markeds økonomiske og politiske prioriteringer, ureguleret markedsføring, ubegrænset adgang til alkohol, regeringens holdning til alkoholindustriens økonomiske betydning og det forhold, at bestemte restriktioner kan være upopulære. I adskillige af EU-kandidatlandene har man konstateret, at mangel på politisk støtte til spørgsmål om folkesundhed og hensyntagen til finansielle bekymringer udgør reelle hindringer for handlingsplaner for alkoholforebyggelse.

### **Et koordinerende organ**

Koordinering af arbejdet er vigtigt for at sikre, at alle niveauer af myndighedsudøvelse og alle berørte sektorer og interessenter involveres, når der skal træffes beslutninger om alkoholpolitik. Et koordinerende organ, som f.eks. et nationalt alkoholråd, bør inkludere overordnede repræsentanter fra ministerierne og de involverede parter.

### **Politikere**

Nationale politikere har magt til at regulere og påvirke de sektorer, der markedsfører alkohol. Politikere har ofte særlig interesser i alkoholspørgsmål, interesser der skifter i forhold til deres officielle rolle og deres personlige holdninger. Kontakt til aktører uden for regeringskredse, som for eksempel alkoholindustrien eller sundhedsgrupper, kan forme politikeres syn på bestemte alkoholpolitikker og påvirke udformningen og finpudningen af politikforslag. Eftersom politikere er indflydelsesrige aktører på den politiske arena, er deres støtte til indholdet af handlingsplaner for alkoholforebyggelse afgørende.

## **Alkoholindustrien**

Alkoholindustrien er en pressionsgruppe, der går ind i diskussionen om alkoholpolitikker med det formål at beskytte sine økonomiske interesser. Pressionsgrupper har forskellige evner mht. at få indflydelse på at gennemføre politikkerne, og nogle er mere magtfulde end andre. Generelt har alkoholindustrien stor økonomisk, politisk og organisatorisk magt, især i nogle af EU-kandidatlandene. De forskellige dele af industrien danner ofte lobbyer og koalitioner for at fremme deres fælles interesser, skønt de ikke altid er enige om, hvilke politikker de skal fremme.

Der er en iøjnefaldende forskel på de muligheder for alkoholforebyggelse, der er baseret på forskningsresultater, og den udformning alkoholpolitikkerne rent faktisk får. Det har ofte været sagt, at det skyldes de kommercielle interesser centrale og endog dominerende rolle, når der udformes politikker. Alkoholindustriens involvering kan således udgøre en betydelig hindring for en folkesundhedsorienteret plan for alkoholforebyggelse.

## **NGO-organisationer**

Pressionsgrupper, herunder sundhedsorienterede græsrodsorganisationer, også kaldet NGO'er (*Non Governmental Organisations*), har muligheder for at imødegå alkoholindustriens magt. Men sammenlignet med industrien har sådanne NGO'er almindeligvis mindre adgang til dem, der udformer politikkerne, og færre politiske og økonomiske ressourcer. I mange lande er fortalere for folkesundhed svage eller ikke-eksisterende. I adskillige af EU-kandidatlandene kan man konstatere, at et svagt civilsamfund og en svag offentlig mening er hindringer for alkoholpolitiske reformer. De institutioner, der støtter en folkesundhedsorienteret alkoholpolitik, vil omfatte uafhængige, offentligt finansierede institutioner, forsikringsbranchen, interesseorganisationer og -netværk samt faglige sammenslutninger.

## **Videnskab og forskning**

Videnskabs- og forskningsorganisationer er andre vigtige elementer i en infrastruktur, der kan støtte en robust alkoholpolitik. De medvirker til at udvide vidensbasen om en effektiv alkoholforebyggelse. Forskning kan udpege problemer, evaluere og analysere programmer og politikker samt anbefale strategier. Desværre er der ofte stærk modstrid mellem videnskabelig evidens om effektiviteten af alkoholpolitikker og de faktiske muligheder, som regeringerne overvejer. Forskning lader til at være mest effektiv, når der skal sættes en politisk

dagsorden og overvejes alternative politikker, og mindst effektiv, når der skal træffes beslutninger.

## **Vidensbase**

Ikke desto mindre er en god vidensbase stadig en forudsætning for en effektiv handlingsplan for alkoholforebyggelse. Den bør inkludere data om alkoholforbrug, alkoholrelaterede skadevirkninger og alkoholpolitikkers og -handlingsplaners effektivitet, så de kan udgøre en basis for rationelle beslutninger. Som man har set det i adskillige EU-kandidatlande, er det svært at skaffe opbakning til det synspunkt, at alkoholforebyggende politikker skal omfatte folkesundheden, hvis data fra en national vidensbase ikke er til rådighed. Som følge heraf bør man derfor også sørge for, at den nødvendige personalemæssige og institutionelle kapacitet er til stede, så man kan gennemføre de relevante forskningsprojekter.

## **Monitorering og overvågning**

Data fra monitorering og overvågning udgør en vigtig basis for ethvert skridt mht. udvikling og gennemførelse af alkoholpolitikker, f.eks. når man skal prioritere. Monitorerings- og overvågningsystemer er nødvendige, hvis man skal identificere og offentliggøre informationer om nuværende og fremtidige tendenser, om politikernes virkninger, om risikofaktorer for alkoholrelaterede skadevirkninger, om sårbare grupper, om organisatoriske og institutionelle udfordringer i forbindelse med gennemførelsen af politikkerne, om regeringsførelse, om vigtige samspilsfaktorer, om de vigtigste aktørers rolle og motivation, om bruger- og forbrugerpræferencer, om muligheder og hindringer for ændringer og begivenheder og endelig om reformer i andre sektorer, der påvirkes af alkoholpolitikken. Informationssystemer er et væsentligt element mht. at sprede viden om alkohol, og sådanne systemer skal være tilgængelige for et bredt felt af aktører, så som forskere, sundhedsfaglige personer, beslutningstagere og dem, som arbejder for at indføre en alkoholpolitik.

## **Den professionelle arbejdskraft**

Den professionelle arbejdskraft, der er engageret i udarbejdelse og gennemførelse af alkoholpolitikker, omfatter sundhedsfagligt personale, personer der arbejder for alkoholpolitik og forskere. Arbejdet med alkoholpolitikker kræver en veluddannet arbejdskraft med en bred vifte af viden og færdigheder. Deres

uddannelse skal omfatte universitetsuddannelser på forskellige niveauer, så de råder over den viden og de færdigheder, som er relevante for folkesundhed og alkoholpolitik.

### **Kapacitetsopbygning**

I nogle af EU-kandidatlandene er effektiv alkoholforebyggelse blevet hindret af en ringe forståelse af og mangel på informationer om moderne epidemiologi, folkesundhed, sundhedsfremme, evidensbaseret medicin og forskning inden for de sociale videnskaber. Det skyldes delvist, at der ikke findes uddannelse inden for folkesundhed. Dertil kommer, at man er nødt til at forstå alkoholindustrien og andre interessenter bedre, hvis man skal kunne forhandle effektivt med dem. Endelig skal man opbygge et godt forhold til medierne og lære at fremstille sin sag i offentligheden. Man er nødt til at udvikle bedre uddannelser, før man for alvor kan tage fat på disse problemer.

### **Finansiering**

Endelig kan en effektiv alkoholpolitik ikke udvikles og gennemføres, hvis man ikke har tilstrækkelige økonomiske midler. Det er et afgørende punkt i relation til alle aspekter af en alkoholpolitik. Finansiering kan komme fra regeringens budgetter, donationer fra velgørende organisationer og øremærkede skatter og afgifter.

### **Referencer**

König C, Segura L (2009). *Do infrastructures impact on alcohol policy making?* Barcelona, Alcohol Public Health Research Alliance (AMPHORA).

Man kan rekvirere denne artikel ved at kontakte AMPHORA-projektet ([www.amphoraproject.net](http://www.amphoraproject.net)).

# 10 INDSATSOMRÅDER DER KAN FØRE TIL ÆNDRINGER

De 10 indsatsområder er:

1. Prisfastsættelse
2. Tilgængelighed
3. Markedsføring
4. Ulovlig alkohol og alkoholholdige produkter
5. Spirituskørsel
6. Udskænkingssteder
7. Interventioner i sundhedsvæsenet
8. Den offentlige bevidsthed om alkohol
9. Handlemuligheder i lokalsamfundet og på arbejdspladsen
10. Monitorering og evaluering

Kapitlet om hvert indsatsområde dækker følgende emner:

Baggrund

Strategier

Spørgsmål til overvejelse

Handlemuligheder

Interessenter som bør involveres

Kildehenvisninger til redskaber og støttematerialer

## **Beregning af virkningen af forskellige handlemuligheder**

Der er brugt tre metoder til at beregne virkningen af forskellige alkoholpolitikker: Analyser af omkostningseffektivitet, analyser af undgåelige belastninger og modelundersøgelser.

### *Analyser af omkostningseffektivitet*

Et af denne rapportes følgedokumenter, *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcoholrelated harm* (WHO Regional Of-

fice for Europe 2009), beskriver og opsummerer analyser af forskellige alkoholpolitikkers omkostningseffektivitet. Disse analyser beregner omkostningerne i internationale dollars, I\$,<sup>3</sup> ved at indføre en række alkoholpolitikker og estimere deres virkning på *disability-adjusted life years* (DALY).<sup>4</sup> Det gør det muligt at beregne omkostningerne ved hver indsats i I\$ pr. vunden DALY. Fig. 1 viser resultaterne for tre regioner i WHO's europæiske region, grupperet i henhold til følgende WHO-klassifikation:

*Eur-A (meget lav voksendødelighed og meget lav børnedødelighed)*

Andorra, Østrig, Belgien, Kroatien, Cypern, Tjekkiet, Danmark, Finland, Frankrig, Tyskland, Grækenland, Island, Irland, Israel, Italien, Luxembourg, Malta, Monaco, Holland, Norge, Portugal, San Marino, Slovenien, Spanien, Sverige og Storbritannien

*Eur-B (lav voksen dødelighed og lav børnedødelighed)*

Albanien, Armenien, Azerbadjan, Bosnien-Herzegovina, Bulgarien, Georgien, Georgia, Kirgisistan, Montenegro, Polen, Rumænien, Serbien, Slovakiet, Tadjikistan, Den tidligere Jugoslaviske Republik Makedonien, Tyrkiet, Turkmenistan og Uzbekistan

*Eur-C (høj voksen dødelighed og lav børnedødelighed)*

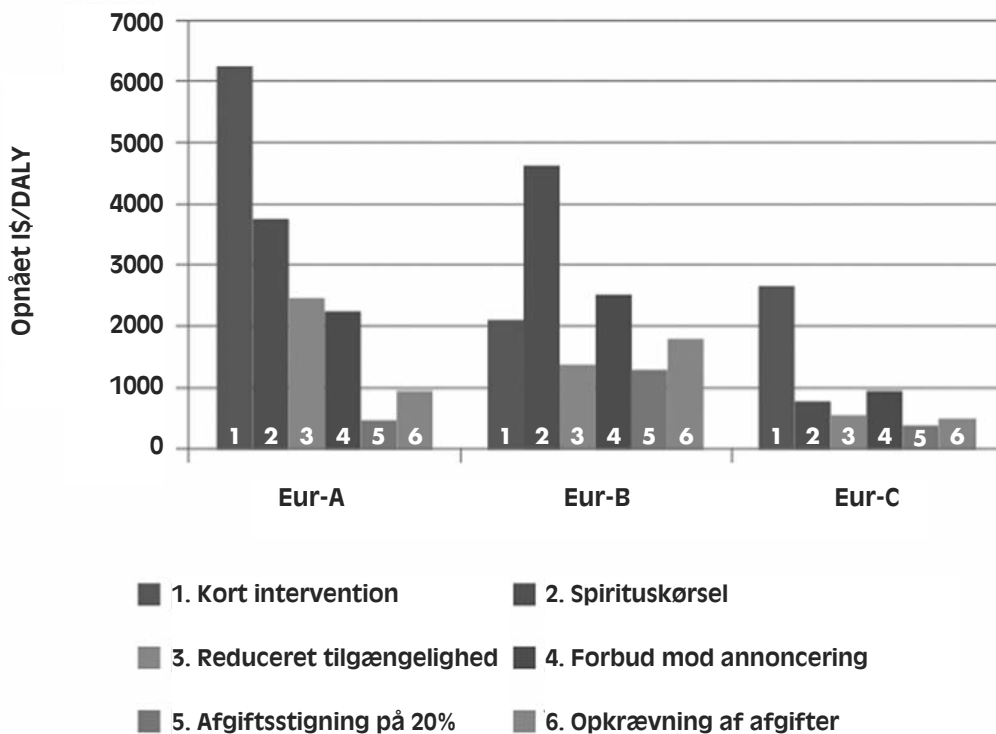
Hviderusland, Estland, Ungarn, Kazakhstan, Letland, Litauen, Moldavien, Den Russiske Føderation og Ukraine

Omkostningseffektiviteten ved kort intervention er ikke så gunstig, som de politikker på befolkningsniveau, der er opsummeret nedenfor, fordi de kræver direkte kontakt med sundhedsfagligt personale og klinikker. Politikker og forholdsregler mod spirituskørsel er forholdsvis omkostningseffektive, især i EUR-C-lande. Virkningen af at begrænse adgangen til forretninger, som sælger alkohol bestemte dage i ugen og af at indføre et totalt forbud mod markedsføring kan være særdeles omkostningseffektiv, men kun hvis dette håndhæves strengt. Inden for kategorien prispolitikker er der konsistent evidens, der viser,

3 En international dollar har samme købekraft i det pågældende land som en US-dollar har i USA. Det er et middel til at oversætte og sammenligne omkostninger fra et land til et andet ved at bruge US-dollar som fælles reference.

4 WHO bruger DALY til at estimere det antal sunde livsår, der er tabt på grund af en given risikofaktor. Et eksempel: Et år med godt helbred tæller som 1,0 DALY og et år, hvor man er død, tæller som 0,0 DALY. Et år, hvor dårligt helbred har signifikant indflydelse på livskvaliteten, vil dermed ligge et eller andet sted imellem de to. DALY måler gabet i sundhed mellem status quo, og hvad forskellige livsstilsændringer og adfærd kan opnå.

**Fig. 1. Beregninger af omkostningseffektivitet i opnået I\$/DALY for forskellige alkoholforebyggende tiltag i tre regioner i WHO's europæiske region.**



DALY, I\$, Eur-A, Eur-B og Eur-C, se den foregående tekst samt note 3 og 4. Omkostningseffektivitet er omvendt proportional med søjlernes højde. Se WHO Regional Office for Europe (2009) for en beskrivelse af hver handling, der er brugt i beregningerne.

at forbruget af alkohol er påvirkeligt af en stigning i udsalgsprisen, som kan gennemføres ved højere punktafgifter på alkoholiske drikke.

Afgiftsstigninger på 20-50 % udgør en meget omkostningseffektiv handling i lande, der har en høj forekomst af alkoholstorforbrug. Virkningen af afgiftsforhøjelser kan blive undergrævet af en stigende ulovlig produktion, afgiftsunddragelse og ulovlig handel. Koordinerede håndhævelser, der medfører en reduktion af det uregistrerede forbrug på 20-50 %, koster anslået 50-100 % mere at gennemføre end en afgiftsstigning, men har samme effekt.

### *Analyser af 'undgåelige belastninger'*

Der eksisterer en række nye initiativer, hvor forskere er begyndt at udføre analyser af 'undgåelige belastninger'. De anslår hvor meget af den eksisterende sundhedsmæssige og økonomiske belastning, som kunne undgås ved en styrket alkoholpolitik. Undgåelige omkostninger giver en indikation af de økonomiske fordele, der potentielt er tilgængelige for hele samfundet, hvis det brugte sine ressourcer på specifikke politikker, strategier og programmer. Disse beregninger giver ikke blot værdifuld økonomisk information, som kan udgøre basis for en mere effektiv tildeling af ressourcer, men de er også med til at identificere huller i oplysningen, målsætningsproblemer og effektive strategier, politikker og programmer. For at kunne beregne undgåelige omkostninger må man identificere et såkaldt 'kontrafaktisk scenario', dvs. de omstændigheder, de nuværende forhold skal sammenlignes med. På området alkoholpolitik vil det vise situationen med hensyn til alkoholrelaterede skadevirkninger, hvis forbruget for et givet samfund blev reduceret til det laveste praktisable niveau, det 'ladsig-gørlige' minimum.

For at kunne beregne alkohols undgåelige belastning – herunder direkte sundhedsomkostninger og kriminalitet samt de indirekte omkostninger fra mistet produktivitet, der skyldes handicaps eller præmatur død, har et canadisk modelstudie beregnet virkningerne af seks interventioner (Rehm et al., 2008). Disse interventioner omfatter: At hæve afgiften på alkohol, at sænke promillegrænsen for førere af motorkøretøjer fra 0,8 g/l til 0,5 g/l, at sænke promillen til 0 for unge under 21, at hæve alderen for at få udskænket alkohol fra 19 til 21 år, at introducere en intervention for at gøre servering af alkohol mere sikker og at igangsætte en kort intervention med henblik på adfærd. Studiet indeholdt også en model for at privatisere regeringens monopol på salg af alkohol. Studiets forfattere anslog, ud fra konservative antagelser, at en kombination af de seks interventioner ville spare Canada (befolkning 33 mio.) for omkring 1 mia. canadiske dollars (650 €, kursen august 2009) hvert år, i forhold til de sociale omkostninger på baseline for alkohol i Canada, på 15,4 mia. \$ (9,4 mia. €). Ved at implementere alle seks interventioner ville de største besparelser kunne opnås ved at mindske produktionstab. Denne intervention vil medføre en besparelse på mere end 561 mio. \$ (364 mio. €) eller 58 % af de totale, undgåelige omkostninger, fulgt af besparelser i sundhedssektoren på 230 mio. \$ (149 mio. €) (18 %). De interventioner, som ville mindske de undgåelige omkostninger mest, var de omfattende interventioner, som havde indvirkning på det totale alkoholforbrug, som f.eks. korte interventioner (der reducerede forbruget med 5-12 %) og stigende afgifter (som reducerede det

med 2 %). På den anden side anslog undersøgelsen, at man ville få betragtelige besparelser på belastningen (8-16 %) og omkostningerne (6-12 %), hvis de canadiske provinser privatiserede salget af alkohol.

### *Modelundersøgelser*

I England har man bevilget penge til forskning, der udvider analysen af omkostningseffektivitet til en model af virkningen af specifikke ændringer i alkoholpolitik, der ikke kun omfatter sundhedsområdet (Meier et al., 2008). Den anslår, at en 10 % stigning i prisen på alkoholiske drikke vil mindske forbruget med 4,4 %, en gennemsnitlig nedgang på 5,5 g alkohol om ugen, med en signifikant større nedgang på 25 g om ugen for storforbrugere (defineret som mænd, der drikker mere end 400 g alkohol om ugen og kvinder, som drikker mere end 280 g om ugen). De, der drikker moderat (mænd, der drikker op til 168 g alkohol om ugen, og kvinder, der drikker op til 112 g om ugen), vil opnå en reduktion på 4 g om ugen. Forskerne anslog, at i England (befolkning 51 mio.) ville det årlige antal dødsfald falde med 232 det første år og med 1.681 efter 10 år. Dertil kommer, at hospitalsindlæggelser ville falde med et anslået tal på 50.800 om året. Undersøgelsen forudsagde også, at en prisstigning på 10 % ville mindske antallet af lovovertrædelser med 65.000 i løbet af et tiår, med besparelser i de direkte omkostninger ved kriminalitet på 70 mio. £ (80 mio. €, kursen august 2009) pr. år. På arbejdspladserne var det forventet, at samme intervention ville betyde 12.800 færre arbejdsløse og 310.000 færre sygedage over 10 år. Den anslåede totale værdi af denne prisstigning er 7,8 mia £ (8,9 mia. € over ti-årsmodellen, når den er fratrukket 3,5 % årligt<sup>5</sup>). En opdeling af den anslåede værdi det første år omfatter besparelser på (43 mio. £ eller 49 mio. €, værdien af kvalitetsjusterede leveår (QALY)<sup>6</sup> opnået ved bedre sundhed (119 mio. £/136 mio. €), omkostninger på grund af nedgang i kriminalitet (98 mio. £/112 mio. €) og gevinster relateret til arbejdsmarkedet (330 mio. £/376 mio. €).

Den direkte omkostning for forbrugerne ville variere signifikant mellem de forskellige typer personer, der drikker. Det totale tal er 33 £ (38 €) pr. person pr. år, og det går fra anslåede 116 £ (132 €) om året for storforbrugere, til 17 £ (19 €) for personer, der har et moderat alkoholforbrug. Virkningen på privatøkonomien, hvis forbruget ikke ændrede sig, blev beregnet til 223 £

5 I analysen var omkostningerne fratrukket 3,5 % årligt i henhold til det engelske sundhedsministeriums standardpraksis, som betyder, at fremtidige værdier er mindre værd end de nuværende værdier.

6 QALY and DALY er samme mål for sygdomsbyrden.

(254 €) pr. år for storforbrugere og 26 £ (30 €) for personer med et moderat alkoholforbrug.

I England koster 59 % af den alkohol, som sælges fra forretninger, og 14 % af den alkohol, som indtages på et udskænkingssted, mindre end 5 pence pr. gram alkohol (0,05 £/ 0,06 €). Det samme studie anslår, at en minimumspris på 5 pence pr. gram (0,06 €/g) vil reducere det samlede forbrug med 2,6 % (3,4 g reduktion om ugen), og at det vil berøre storforbrugere betydeligt kraftigere (25 g om ugen) end dem, der drikker moderat (0,01 g om ugen). Det anslås, at de årlige dødsfald ville falde med 157 det første år og 1.381 efter 10 år. Årlige indlæggelser ville falde med anslåede 6.300 det første år og 40.800 efter 10 år. Studiet forudsagde, at der i samme periode ville være 12.400 færre arbejdsløse og 100.000 færre sygedage. Studiet anslåede værdien for samfundet af nedgangen i disse skadelige følgevirkninger til 5,4 mia. £ (6,2 mia. €) over 10 år. Den anslåede værdi af en politik med minimumspriser vil i det første år omfatte besparelser i det offentlige engelske sundhedsvæsen (25 mio. £/29 € mio.), værdien af QALY opnået ved bedre sundhed (63 mio. £/72 mio. €), sparede udgifter i forbindelse med kriminalitet (17 mio. £/19 mio. €), værdien af kriminalitet i vundne QALY (21 mio. £/24 mio. €) og beskæftigelsesrelaterede gevinster (312 mio. £/356 mio. €). Igen svinger omkostningsvirkningen betragteligt blandt de forskellige grupper af alkoholforbrugere. Det vil koste dem gennemsnitligt 22 £ (25 €) pr. år, fra 106 £ (121 €) for storforbrugere ned til 6 £ (7 €) for dem der drikker moderat. Hvis der ikke var nogen ændringer i forbruget, ville det koste storforbrugerne yderligere anslåede 138 £ (157 €) om året og personer med moderat alkoholforbrug 6 £ (7 €).

## Referencer

Meier P et al. (2008). *Independent review of the effects of alcohol pricing and promotion: Part B. Modelling the potential impact of pricing and promotion policies for alcohol in England: results from the Sheffield Alcohol Policy Model Version 2008* (1-1). London, England Department of Health ([http://www.dh.gov.uk/en/Public-health/Healthimprovement/Alcoholmisuse/DH\\_4001740?IdcService=GET\\_FILE&dID=154189 &Rendition=Web](http://www.dh.gov.uk/en/Public-health/Healthimprovement/Alcoholmisuse/DH_4001740?IdcService=GET_FILE&dID=154189 &Rendition=Web)) (9. august 2009).

Beskriver metodologien i modelundersøgelsen, med detaljerede resultater for den sundhedsmæssige og sociale virkning på en række principper for prisfastsættelse i England.

Rehm J et al. (2008). *Avoidable cost of alcohol abuse in Canada 2002*. Toronto, Cen-

tre for Addiction and Mental Health. ([http://www.camh.net/News\\_events/News\\_releases\\_and\\_media\\_advisories\\_and\\_backgrounders/Avoidable%20Cost%20of%20Alcohol%20Final%20Report\\_March2008.pdf](http://www.camh.net/News_events/News_releases_and_media_advisories_and_backgrounders/Avoidable%20Cost%20of%20Alcohol%20Final%20Report_March2008.pdf)) (4. juli 2009).

Beskriver detaljeret metoder til at udføre studier af undgåelige omkostninger samt resultaterne fra Canada.

WHO Regional Office for Europe (2009). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. København, WHO Regional Office for Europe.

Beskriver og opsummerer detaljerede resultater af analyser om omkostningseffektivitet for alkoholintervention i Europa.

# PRISFASTSÆTTELSE

## Baggrund

Når man taler om alkoholpolitiske indsatser, er det formentlig prisen på alkohol, som har den største evidens for at påvirke alkoholforbruget og de relaterede skadevirkninger. Alligevel har en undersøgelse af årene 1996-2004 påvist, at prisen på alkohol er faldet i 19 ud af de 20 EU-lande, hvis man korrigerer for stigningen i gennemsnitsindkomsten i samme periode (Rabinovich et al. 2009). Den eneste undtagelse er Italien. Sammenlignet med andre varer er alkohol blevet relativt billigere, og europæerne har haft flere penge at bruge på alkohol, i hvert fald indtil den økonomiske afmatning, som satte ind i 2007. En medvirkende faktor har været indførelsen af det indre marked for alkohol inden for EU. Det har medført en betragtelig konkurrence på alkoholafgifter landene imellem, hvilket igen har medført lavere afgifter, end man ellers ville have haft. EU-landene underforbruger altså alkoholafgifter, som ellers rummer store muligheder for at fungere som redskab til at forbedre folkesundheden, til at skabe statsindtægter og til at opveje eksterne omkostninger ved alkoholforbrug, herunder sociale omkostninger og skadevirkninger på ikke-alkoholforbrugere.

Forøgede afgifter er ikke populære, men 'blander' man dem med andre faktorer, ser det anderledes ud.

Forøgede afgifter betyder ikke nødvendigvis højere priser. Alkoholproducenter og detailhandlere, især de store supermarkeds kæder, sætter nogle gange prisen ned som modvægt til afgiftsstigninger. Det kan man undgå ved at fastsætte en minimumspris pr. gram alkohol.

Det hævdes jævnligt, at folk med et lille alkoholforbrug straffes af afgiftsforhøjelser. Men i realiteten vil øgede afgifter og indførelse af minimumspriser kun have en meget lille effekt på såvel alkoholforbrug som reelle udgifter for denne gruppe. Under alle omstændigheder findes der ikke noget helt risikofrit niveau for alkoholforbrug, så der er også en helbredsmæssig gevinst for disse forbrugere, hvis deres alkoholforbrug mindskes. Endvidere vil en begrænsning af de skader, som alkoholstorforbrugere påfører andre, også være til gavn for denne gruppe.

Man har også fremført det argument, at afgiftsforhøjelser vil medføre tab af arbejdspladser. I virkeligheden er det snarere sådan, at langtidseffekten af

højere alkoholafgifter er neutral eller endda vil påvirke arbejdsløshedstallet i nedadgående retning. På kort sigt kan der dog blive tale om visse justeringer i restauranter og cafeer. Desuden har det vist sig, at tab af arbejdspladser inden for alkoholindustrien snarere har været forårsaget af, at producenterne har om-  
lagt produktionen fra at være arbejdsintensiv til at være kapitalintensiv.

To tredjedele af EU's indbyggere tror ikke, at højere alkoholpriser vil påvirke hverken unges alkoholforbrug eller storforbrugeres alkoholforbrug, og det på trods af, at der foreligger evidens for det modsatte. Dette fund tyder på, at man i offentlige oplysningskampagner med fordel kan fokusere på, om alkoholpriserne er for lave i forhold til den gennemsnitlige forbrugers købekraft. Derved kan man opnå større opbakning i befolkningen til højere alkoholafgifter.

## **Strategier**

En af de afgørende faktorer for alkoholforbrugets størrelse og mængden af alkoholrelaterede skadevirkninger er lave alkoholpriser. Man skal her vurdere prisen på alkohol i relation til prisen på andre varer og justeret i forhold til indkomst. Jo billigere alkohol er – i absolutte tal eller i forhold til den disponible indkomst – des mere alkohol indtages, og des højere er omfanget af skader. Når man ønsker at gavne folkesundheden, kan det derfor være nødvendigt at tilpasse alkoholafgifterne, så alkohol ikke bliver for økonomisk overkommelig. Hvis regeringen ønsker at lette den byrde, som alkoholskader udgør, bør den sætte afgifterne på alkohol op, så prisen bliver mindre økonomisk overkommelig. Når man vil anslå, hvor meget afgifterne på de forskellige kategorier af alkohol skal stige for at opnå den ønskede effekt, kan man tage udgangspunkt i nationale data. Disse beregninger kan suppleres med standardøkonomiske modelundersøgelser, når man vil anslå den potentielle betydning af sådanne forandringer, hvad angår alkohols helbredsmæssige og økonomiske belastning og betydningen for kriminalitet og produktivitet.

Der findes stærke argumenter for, at alle alkoholholdige drikkevarer, også vin, skal belægges med en afgift, der stiger proportionelt med alkoholindholdet. (EU-medlemslandene skal dog sikre sig, at de stadig lever op til EU-direktiver vedrørende punktafgifter på alkohol). Sådanne afgifter tager højde for, at mængden af alkoholrelaterede skadevirkninger stiger proportionalt med mængden af indtaget alkohol. Man hører nogle gange den indvending, at alkoholafgifter vender den tunge ende nedad, da de påvirker fattige mere end rige. Det er muligvis rigtigt, men det er vigtigt at notere sig, at de fattigste befolkningsgrupper også er mere belastede af alkoholrelaterede skadevirkninger

end de mere velhavende, og at alkoholafgifter derfor medvirker til at reducere ulighed i forhold til sundhed.

Som nævnt ovenfor resulterer afgiftsstigninger ikke nødvendigvis i højere priser, da producenter, distributører og detailhandlen kan vælge at justere prisen for at kompensere for højere afgifter eller endda at sælge alkohol under den reelle kostpris. Denne taktik kan imødegås ved, at der fastsættes en minimumspris pr. gram alkohol. Også her kan modelundersøgelser medvirke til at beregne helbredseffekten, den økonomiske belastning af alkoholforbrug, alkoholrelateret kriminalitet og produktiviteten ved forskellige minimumspriser, sådan som man f.eks. har gjort i Storbritannien.

Hvis der eksisterer et betydeligt marked for ulovlig alkohol eller alkoholprodukter, som ikke er beregnet til at drikke, kan dette også komplicere de strategiske overvejelser i forbindelse med alkoholafgifter. Under disse omstændigheder bør afgiftsforhøjelser følges op af forsøg fra lovgivernes side på at kontrollere disse markeder, f.eks. gennem en afgiftspolitik som gør det mere attraktivt at indtage de drikkevarer, man foretrækker i den pågældende kultur, i en udgave med lavere alkoholindhold. Man kan også indføre banderoler eller stempelmærker på alkoholholdige produkter, som ikke er beregnet til at drikke, så man kan se, at der er betalt afgift af dem.

Grænsehandel kan også komplicere strategiske overvejelser om alkoholafgifter. Men her er det vigtigt at bemærke, at afgiftsned sættelser ikke nødvendigvis løser problemet. Et eksempel er Finland. Finland trådte ind i EU i 1995, men fik lov til at vente frem til 2003 med at ophæve sine restriktioner på alkoholimport. Man forventede, at alkoholimporten ville stige kraftigt efter den dato, ikke kun fordi grænserne blev åbnet, men også fordi nabolandet Estland, som havde lavere alkoholpriser, efter planen skulle optages i EU i 2004. Den finske regering besluttede derfor at nedsætte alkoholafgifterne med gennemsnitligt 33 % i marts 2004. Det totale alkoholforbrug pr. indbygger steg med 10 %, fra 9,4 liter i 2003 til 10,3 liter i 2004. Registreret forbrug steg med 6,5 %, fra 7,7 liter til 8,2 liter pr. indbygger, mens uregistreret forbrug – og altså forbrug, hvoraf der ikke blev betalt afgift – steg med anslået 25 %, fra 1,7 liter til 2,1 liter pr. indbygger. Virkningen på folkesundheden af Estlands optagelse i EU var ikke signifikant for Finland, men det var sundhedseffekten af nedsættelsen af de finske alkoholafgifter, idet antallet af alkoholrelaterede dødsfald pr. uge steg med 17 %, og det største antal dødsfald skete blandt de mindrebehandlede. Indtægterne fra alkoholafgifterne faldt endvidere med 17 %. I 2008 satte Finland igen sine alkoholafgifter op.

## Spørgsmål til overvejelse

1. *Hvordan har prisen på alkohol sammenholdt med reallønsudviklingen udviklet sig over tid?* Man udregner sædvanligvis den økonomiske overkommelighed ud fra en formel baseret på rutinemæssige statistikker over gennemsnitsindkomst samt prisen på alkohol og andre forbrugsvarer:

$$\text{økonomisk overkommelighed} = \text{disponibel realindkomst} / \text{den relative pris på alkohol} \times 100$$

Se flere informationer om, hvordan man udregner økonomisk overkommelighed ('*affordability*') i RAND-rapporten (Rabinovich et al., 2009).

2. *Indgår overvejelser om folkesundhed i strategierne for fastsættelse af alkoholafgifterne?* Normalt indføres afgifter snarere for at skaffe staten indtægter end for at forbedre folkesundheden.

3. *Er det muligt at pålægge alkoholiske drikkevarer en afgift f.eks. pr. gram alkohol?* I mange lande er der ingen punktafgift overhovedet på vin, på trods af at det er et alkoholholdigt produkt, som kan medføre skadevirkninger. Nogle lande lægger en forholdsmæssigt højere afgift på spiritus på grund af den højere alkoholkoncentration. Nogle lande har også højere afgifter på specifikke alkoholiske drikke, som regnes for specielt attraktive for unge mennesker, f.eks. alkoholsodavand og tilsvarende produkter. Også på sådanne produkter kan der lægges en afgift, der stiger i takt med et stigende alkoholindhold.

4. *Hvilke informationer findes der om priselasticitet<sup>7</sup> på øl, vin og spiritus?* Sådanne informationer gør det muligt at beregne den sandsynlige effekt af afgiftsændringer for specifikke produktkategorier inden for alkoholiske drikkevarer. Normalt er elasticiteten lavest for de mest udbredte typer af alkoholiske drikkevarer.

7 Økonomer bruger begrebet elasticitet til at måle, hvor meget forbruget af en vare påvirkes, når prisen ændres. Alkohol beskrives som priselastisk, når den procentvise ændring i alkoholforbruget er større end den procentvise ændring af prisen, og uelastisk, når ændringen i alkoholforbruget er mindre end ændringen i prisen. En elasticitet på f.eks. -1,2 betyder, at en 10 % stigning i prisen på alkohol vil føre til et fald i forbruget på 12 %, en situation man vil beskrive som priselastisk. Hvis alkoholprisen er uelastisk, betyder det ikke, at forbruget ikke påvirkes af prisen. Det betyder blot, at en forholdsmæssig ændring af forbruget er mindre end en prisændringen.

*5. Findes der nationale beregninger for alkoholpolitikens omkostningseffektivitet?* Projektet *Choosing Interventions That Are Cost Effective* (WHO-CHOICE) har tilvejebragt nogle estimater for hver af de tre europæiske regioner. Det har beregnet omkostningerne ved at ændre alkoholafgifterne og ved at indføre alkoholafgifter på varer, som ikke hidtil har været pålagt afgift, samt den sandsynlige effekt på sundhed og dødelighed ved øgede afgifter. Modellen påviste, at blandt alle de undersøgte alkoholpolitiske tiltag var øgede afgifter det mest omkostningseffektive med hensyn til at begrænse alkohols sundhedsmæssige belastning.

*6. Er der gennemført modelundersøgelser af den potentielle virkning af alkoholafgifter på omkostninger i social- og sundhedsvæsenet?* Når man gør sig til fortalere for alkoholafgifter, er det nyttigt at have informationer om deres effekt på ikke bare sundhed, men også på dødelighed, hospitalsindlæggelser, kriminalitet og produktivitet. Sheffield University i Storbritannien har udviklet den til dato bedste model for, hvordan man kan beregne alkoholafgifters samlede effekt, herunder effekten for forskellige befolkningsgrupper og effekten for både folk med et lille alkoholforbrug og alkoholstorforbrugere (Meier et al., 2008).

*7. Tillader eksisterende love og bestemmelser, at der fastsættes en minimumspris for alkohol?* Lande som aktivt overvejer denne mulighed, mener ikke, at der foreligger nogen lovgivnings- eller handelsmæssige hindringer.

*8. Er der gennemført undersøgelser, der har beregnet effekten af minimumspriser på alkohol på sundheds- og socialudgifterne?* Eksisterende modelundersøgelser har vist, at en minimumspris reducerer alkohols sundhedsmæssige belastninger og påfører personer med et begrænset alkoholforbrug meget ringe økonomiske omkostninger.

*9. I hvilket omfang begrænser problemstillinger vedrørende grænsehandel og ulovlig produktion af alkohol og andre alkoholholdige produkter ændringer af alkoholafgifter?* Hvordan kan disse forhindringer imødegås? Generelt er der evidens for, at nedsættelse af alkoholafgifter i modtagerlande (lande hvis indbyggere køber alkohol i udlandet) ikke løser problemer med grænsehandel. Når det gælder begrænsning af ulovlig produktion af alkohol, er det bedre at forstærke håndhævelsen af love vedrørende produktion end at nedsætte afgifterne.

10. *Finder der offentlige meningsmålinger vedrørende alkoholafgifter?* Eurobarometer fra 2006 spurgte ikke, om folk gik ind for højere alkoholafgifter, men derimod om de mente, at sådanne stigninger ville påvirke alkoholstorforbrugere (TNS Opinion and Social, 2007). Cirka to tredjedele af respondenterne mente, at højere priser ikke ville have nogen begrænsende virkning på hverken alkoholstorforbrugere eller unge. Men da dette synspunkt faktisk modsiges af evidensen, vil det være en god anledning til at gennemføre kampanjer, der kan mobilisere en folkelig opbakning til højere alkoholafgifter.

### **Handlemuligheder**

· *Bevar status quo, og foretag ingen ændringer af afgifterne.* I de fleste lande vil denne kurs gøre alkohol relativt billigere over tid, og der vil derfor forekomme en stigning både i alkoholforbrug og alkoholrelaterede skadevirkninger, herunder lavere produktivitet og stigning i niveauet for alkoholrelaterede dødsfald, hospitalsindlæggelser og kriminalitet. Det vil også medføre en øget ulighed på sundhedsområdet.

· *Forøg alkoholafgifterne.* Data om priselasticitet og relativ pris bør ligge til grund for fastsættelsen af afgiftsstigningernes størrelse. Hvis afgiftsstigningerne skal være effektive, skal man sikre sig, at alkohol bliver relativt dyrere samlet set, når der tages højde for reallønstigninger og den relative pris på andre forbrugsgoder.

· *Indfør en ensartet afgift, der fastsættes pr. gram alkohol og gælder for alle kategorier af alkoholholdige drikkevarer.* I nogle lande vil en sådan fremgangsmåde betyde, at man skal indføre en ny afgift på vin, hvilket for øjeblikket vil indebære visse strategiske vanskeligheder. I stedet for en ensartet afgift kan der være lande, som vil indføre en proportionelt højere afgift på spiritus på grund af den højere koncentration af alkohol.

· *Indfør særlige afgifter på produkter, som er specielt attraktive for unge forbrugere.* Adskillige lande har indført sådanne afgifter for alkoholsodavand og tilsvarende drikkevarer.

· *Indfør en minimumspris pr. gram alkohol.* Denne forholdsregel sikrer, at afgiftsændringer medfører de ønskede ændringer i detailpriserne og i den relative pris, og at effekten ikke kan omgås med prisnedsættelser i detailhandlen.

## Interessenter som bør involveres

- Den vigtigste partner for sundhedsministerierne, når der skal tages fat på problemstillingen om prisfastsættelse på alkohol, er det ministerium, som er ansvarligt for at fastsætte størrelsen på skatter og afgifter. Når de to ministerier handler i fællesskab, kan de nå frem til de bedste estimater for elasticiteten på alkoholpriser og sammen skabe en model for den sandsynlige effekt af afgiftsændringer på alkoholforbruget i forskellige befolkningsgrupper og på dødelighed, hospitalsindlæggelser, kriminalitet og produktivitet.
- Andre vigtige samarbejdspartnere er ministerier, som er ansvarlige for at inkassere afgifter og for at overvåge indsmugling samt ulovlig produktion af alkohol eller andre alkoholholdige produkter. De skal overvåge enhver uønsket konsekvens af afgiftsændringer og indføre afgifter på alkoholiske drikkevarer, som ikke aktuelt er afgiftsbehæftede.
- Normalt bliver alkoholproducenter og forhandlere konsulteret, når man overvejer at gennemføre ændringer i alkoholafgifterne, selvom offentliggjorte resultater viser, at industrien har en tendens til at hævde, at afgiftsstigninger ikke mindsker alkoholrelaterede skadevirkninger, på trods af evidens for det modsatte. Nogle dele af industrien vil måske støtte minimumspriser, f.eks. vil udskækningssteder, fordi de ser dem som en mulighed for at mindske konkurrencen fra forretninger, der sælger alkohol til privat brug.

## Referencer

Meier P et al. (2008). *Independent review of the effects of alcohol pricing and promotion: Part B. Modelling the potential impact of pricing and promotion policies for alcohol in England: results from the Sheffield Alcohol Policy Model Version 2008 (1-1)*. London, England Department of Health ([http://www.dh.gov.uk/en/Public-health/Healthimprovement/Alcoholmisuse/DH\\_4001740?IdcService=GET\\_FILE&dID=154189&Rendition=Web](http://www.dh.gov.uk/en/Public-health/Healthimprovement/Alcoholmisuse/DH_4001740?IdcService=GET_FILE&dID=154189&Rendition=Web)) (9. august 2009).

Forskere fra Sheffield University udførte denne modelundersøgelse af alkoholpriseres betydning. Undersøgelsen blev foretaget af det engelske sundhedsministerium. Den opstiller en model for effekten af en række afgiftsstigninger på alkohol og alternativer til minimumspriser i forhold til alkoholforbrug, dødelighed, hospitalsindlæggelser, kriminalitet og produktivitet. Modellen giver særskilte beregninger for henholdsvis et moderat alkoholforbrug og alkoholstorforbrug.

Rabinovich L et al. (2009). *The affordability of alcoholic beverages in the European Union: understanding the link between alcohol affordability, consumption and harms*. Cambridge, United Kingdom, RAND Corporation ([http://www.rand.org/pubs/technical\\_reports/TR689](http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR689)) (12. juli 2009).

Denne rapport er udarbejdet af RAND Europe for EU-kommissionen. Den drejer sig om økonomisk overkommelighed i forhold til alkoholiske drikkevarer i EU. Den beskriver i detaljer, hvordan man kan beregne økonomisk overkommelighed, ændringer i relative priser inden for EU, den relative pris' betydning for alkoholforbruget og betydningen af ændringer i alkoholforbruget i forhold til visse indikatorer for alkoholrelaterede skadevirkninger. Rapporten præsenterer også tre casestudier om alkoholforbrug i forbindelse med grænsehandel.

TNS Opinion and Social (2007). *Attitudes towards alcohol*. Luxembourg, European Commission (Special €barometer 272; [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/alcohol/documents/ebs272\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/ebs272_en.pdf)) (10. juli 2009).

WHO (2009a). *WHO-CHOICE interventions: hazardous alcohol use* [web page]. Geneva, WHO ([http://www.who.int/choice/interventions/rf\\_alcohol](http://www.who.int/choice/interventions/rf_alcohol)) (11. august 2009).

WHO-CHOICE projektet har også behandlet emnet risikabelt storforbrug og har i den forbindelse udarbejdet en model for omkostningerne ved samt virkningen og omkostningseffektiviteten af en række alkoholpolitiske tiltag, der havde til formål at reducere alkoholrelaterede skadevirkninger. Modellen omfatter tiltag i form af forskellige afgiftsændringer, herunder også indførelse af afgifter på alkoholiske drikkevarer, som ikke tidligere har været pålagt afgift. Der findes adskillige publikationer, som diskuterer resultaterne (se WHO's Regional Office for Europe, 2009).

WHO Regional Office for Europe (2009). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. København, WHO Regional Office for Europe.

Rapporten, som er et følgedokument til denne håndbog, fremlægger detaljerede oplysninger om tilgængelig evidens for virkningen af prisændringer i forhold til alkoholforbrug og relaterede skadevirkninger.

# TILGÆNGELIGHED

## Baggrund

Der er ikke noget europæisk land, som har et totalforbud mod salg af alkohol, men i store dele af Europa er der forbud mod indtagelse af alkohol bestemte steder (f.eks. parker, gader, hospitaler og arbejdspladser) og ved bestemte lejligheder (f.eks. fodboldkampe). Et statsligt monopol på alkoholsalg er en anden måde at begrænse alkoholtilgængeligheden og dermed de alkoholrelaterede skadevirkninger. Sådanne monopoler har en tendens til at have færre forretninger og kortere åbningstider end andre salgssteder i de lande, hvor salget foregår i private butikker. Særlige bevillinger til salg af alkohol er en anden måde, hvorpå regeringen kan begrænse alkoholtilgængeligheden, idet regeringen får mulighed for at begrænse antallet af bevillinger og kræve, at bevillingshaverne skal leve op til visse standarder, idet bevillingen kan tilbagekaldes, hvis lovene ikke overholdes. Som modargument kan nævnes, at nogle stater kan føle sig fristet af de indtægter, de får ind, ved at udstede alkoholbevillinger. De kan derfor i nogle tilfælde lade antallet af forretninger og udskænkingssteder med bevilling vokse hastigt. Strenge restriktioner i forhold til alkoholtilgængelighed kan omvendt sætte gang i udviklingen af et parallelt marked for ulovlig alkohol, men dette problem kan som regel holdes i skak af politiet.

## Strategier

I de lande, hvor der er et statsligt monopol på detailsalg af alkohol, er der stærke argumenter for at beholde det, idet et sådant monopol begrænser alkoholtilgængeligheden og reducerer alkoholrelaterede skadevirkninger. I de lande, som ikke har et sådant monopol, og hvor det ikke vil være muligt at indføre det, bør man indføre eller opretholde et system med specielle bevillinger til salg af alkohol. Kun udskænkingssteder og forretninger, som overholder de love, der forbyder salg til mindreårige og berusede personer, og som kan sikre, at kunderne ikke er til offentlig gene eller opfører sig voldeligt, skal kunne forny deres alkoholbevilling. Det kan være svært for udskænkingssteder at opretholde orden, når de får besøg af gæster, som allerede er berusede, ofte fordi de har drukket alkohol, som de har købt i en forretning. Man bør sikre sig, at lokale eller kommunale myndigheder ikke blot benytter bevillingssystemet som

en kilde til at skaffe sig indtægter, en praksis der kan føre til alt for mange bevillinger. De bevillingsudstedende myndigheder skal pålægges at drage omsorg for at opretholde og forbedre folkesundheden frem for blot at respondere på markedskræfterne. På samme måde skal de nationale bevillingsregler tillade lokale myndigheder at handle med henblik på at begrænse alkoholrelaterede voldsepisoder, kriminalitet, forstyrrelse af den offentlige ro og orden og sundhedsmæssige skadevirkninger

Regeringer bør regulere tætheden af udsalgssteder og begrænse den, hvis antallet af skadevirkninger er for stort. Det er tilrådeligt at undgå at udvide åbningstider og antallet af åbningsdage, hvor der kan købes alkohol, og afkorte dem yderligere i lokalområder, der oplever et forøget antal alkoholrelaterede skadevirkninger. Aldersgrænser for køb af alkohol nyder bred offentlig støtte i Europa. I de lande, hvor grænsen er under 18 år, vil der være mange fordele ved at hæve den til 18 for alle typer af alkoholiske drikkevarer både på udsalgs- og udskænkingssteder. Man kan benytte ‘mystery shoppers’ – i dette tilfælde unge under 18 år – til at sikre sig, at udsalgs- og udskænkingssteder overholder minimumsalderen for køb af alkohol.

### **Spørgsmål til overvejelse**

1. *Er der et statsligt monopol på detailsalg af alkohol, og er der i givet fald trusler om at afvikle det?* Hvor meget offentlig og politisk støtte har monopollet? Der er ingen tvivl om, at et statsligt monopol på detailsalg mindsker alkoholrelaterede skadevirkninger. Mange undersøgelser har udarbejdet modeller til at beregne virkningen af at gå fra et offentligt til et privat detailsalg og påvist, at det forøger den alkoholrelaterede belastning af sundhed og økonomi.

2. *Er der nogen statslig eller offentlig diskussion af muligheden for at indføre et monopol i lande, der ikke har det?* I mange lande forekommer en sådan forandring ikke politisk mulig, eller den er ikke mulig inden for de internationale handelsaftalers rammer. Hvis der forekommer et uacceptabelt højt niveau af alkoholrelaterede skadevirkninger, kan det imidlertid være en god åbning for en diskussion af en sådan mulighed.

3. *Eksisterer der et alkoholbevillingssystem?* Har lokale dele af systemet tilstrækkelig bemyndigelse til at beslutte, hvor mange udsalgssteder der skal være, og regulere åbningstider i overensstemmelse med lokale forhold og potentielle problemer? I nogle lande er det muligt at sælge alkohol uden en speciel bevilling. Her mangler man derfor en mulighed for at kunne tilbagekalde bevillin-

gen i de tilfælde, hvor udsalgsstedet ikke overholder de gældende love for salg af alkohol, ligesom man heller ikke kan udnytte bevillingerne til at styre tilgængeligheden af alkohol.

*4. Er der mulighed for at ændre åbningstiderne og antallet af dage, hvor der må sælges alkohol, så man på den måde kan tilpasse tilgængeligheden med henblik på at begrænse alkoholrelaterede skadevirkninger?* Tendensen i de fleste lande har været at liberalisere åbningstider og -dage, men nu ser det ud til, at nogle lande aktivt overvejer at begrænse dem.

*5. Hvad er den aktuelle minimumsalder for køb af forskellige alkohol kategorier?* For køb i forretninger og for køb på udskænkingssteder? Hvor stor offentlig og politisk støtte er der til at hæve minimumsalderen? Offentligheden er normalt positivt indstillet over for at hæve aldersgrænsen for køb af alkohol. Nogle lande har harmoniseret minimumsalderen for alle alkohol kategorier (den er f.eks. 18 år i Frankrig).

*6. Hvordan håndhæves minimumsalderen?* Lovgivning vedrørende minimumsalder er kun effektiv, hvis den håndhæves. Der er evidens, der antyder, at den ofte ikke håndhæves i Europa. En metode, som kan bruges til overvågning er at bruge 'mystery shoppers', det vil sige mindreårige kunder, som med lovlig tilladelse går ind i en forretning og foretager prøveindkøb. Et bevillingssystem er ikke en forudsætning for at håndhæve love vedrørende minimumsalder, da overtrædelser jo kan straffes med bøder.

## **Handlemuligheder**

• *Bevar status quo* og gennemfør ingen ændringer i den aktuelle lovgivning vedrørende tilgængelighed eller andre typer af regulering. Heldigvis er der i de fleste lande stadig muligheder for at kontrollere salget af alkohol på forskellige måder, der kan reducere alkoholrelaterede skadevirkninger, især gennem en bedre håndhævelse af lovene. Det ser ud til, at netop håndhævelsen af den eksisterende lovgivning er et af de områder, der lader mest tilbage at ønske inden for den europæiske alkoholpolitik. Det gælder især håndhævelse af gældende minimumsaldersgrænser og forbud mod at sælge alkohol til berusede personer. Det er også umagen værd at overveje forskellige måder at begrænse antallet af forretninger, der sælger alkohol, samt deres åbningstider ved hjælp af eksisterende regler og love.

· *Hvis minimumsalderen for køb af alkohol er under 18 år, bør man overveje at sætte den op til 18 år for alle typer alkohol, inklusive øl og vin, alle steder hvor man kan købe alkohol, herunder også supermarkeder, barer og caféer. Enhver ændring af minimumsalderen skal følges op af forøget håndhævelse.*

· *Gennemfør en afklaring af den offentlige og politiske støtte til at stramme eksisterende love og regler med henblik på at begrænse antallet af alkoholudsalgssteder og deres åbningstider og til at indføre et statsligt monopol på detailsalg af alkohol.*

### **Interessenter som bør involveres**

· Sundhedsministeriets vigtigste partner på dette politikområde er det ministerium, som har ansvaret for udstedelse af alkoholbevillinger. Disse to ministerier kan i fællesskab vurdere eller indføre regulering af bevillingsområdet og analysere, hvordan ændringer vil påvirke graden af alkoholrelaterede skadevirkninger og offentlige gener.

· Andre vigtige partnere er de ministerier, som er ansvarlige for håndhævelsen af love og regler vedrørende salg af alkohol, såvel som de politimyndigheder, der har ansvaret for den konkrete håndhævelse. Sammen kan de diskutere, hvordan man kan forbedre overvågningen og gennemførelsen af håndhævelsen.

· Det er normal procedure at konsultere alkoholproducenter og detailhandlere, når man overvejer at gennemføre ændringer af tilgængelighed eller håndhævelse af regler og lovgivning på området, selv om erfaringen viser, at industrien ikke støtter forholdsregler, der har til formål at reducere tilgængeligheden eller sætte minimumsalderen op.

### **Referencer**

Holder H et al. (2008). *Alcohol monopoly and public health: potential effects of privatization of the Swedish alcohol retail monopoly*. Stockholm, Swedish National Institute of Public Health ([http://www.fhi.se/PageFiles/4006/R200827\\_Alkoholmonopol\\_eng\\_0809.pdf](http://www.fhi.se/PageFiles/4006/R200827_Alkoholmonopol_eng_0809.pdf)) (12. august 2009).

WHO (2009). *WHO-CHOICE interventions: hazardous alcohol use* [web page].

Geneva, WHO ([http://www.who.int/choice/interventions/rf\\_alcohol](http://www.who.int/choice/interventions/rf_alcohol)) (11. august 2009).

WHO-CHOICE-projektet har opstillet en model, der kan beregne omkostningerne ved samt virkningen og omkostningseffektiviteten af en række forskellige alkoholpolitiske tiltag, der kan medvirke til at reducere alkoholrelaterede skadevirkninger, herunder ændringer i tilgængeligheden. Der findes adskillige publikationer, der diskuterer resultaterne. (Se WHO Regional Office for Europe, 2009).

WHO Regional Office for Europe (2009). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. København, WHO Regional Office for Europe.

Rapporten, som er et følgedokument til denne håndbog, uddyber den tilgængelige evidens vedrørende virkningen af ændringer i tilgængelighed i forhold til alkoholforbrug og alkoholrelaterede skadevirkninger.

# MARKEDSFØRING

## Baggrund

Markedsføring af alkohol er i sig selv en omfattende aktivitet. En fuldt udfoldet markedsføringsstrategi indeholder ikke kun reklamer og andre direkte markedsføringstiltag. Den involverer også produktudvikling, prisdannelse, distribution og differentieret markedsføring af forskellige produkter til forskellige markedssegmenter. Desuden markedsføres alkohol ikke længere udelukkende gennem almindelige massemedier (som f.eks. tv og radio) og andre traditionelle medier (som f.eks. trykte medier, plakater og merchandise). Markedsføringen foregår også ved at knytte alkoholvaremærker sammen med sportsbegivenheder og kulturelle aktiviteter ved hjælp af sponsorater og 'product placement', ligesom direkte markedsføring udnytter teknologier som internettet, podcasts og sms'er. Hertil kommer, at underholdningsindustrien spiller en rolle i forhold til at forme unges forventninger til alkoholforbrug gennem det billede af alkohol, der tegnes i film, underholdningsprogrammer i fjernsynet, sange og andre kulturprodukter. Endelig indgår der i det brogede markedsføringsbillede også markedsføring over for interessenterne – herunder socialt ansvarlig opførelse, social markedsføring og aktiviteter inden for sundhedsundervisning, betalt, igangsat og gennemført af alkoholindustrien. Det følger af ovenstående, at ethvert forsøg på at regulere markedsføring af alkohol skal være vidtfavnende og tage højde for alle disse elementer. Hvis man blot indfører begrænsninger på et enkelt aspekt, vil det ofte medføre en udvidelse af aktiviteterne i andre dele af markedsføringen. Det er grunden til, at EU endte med at indføre et totalforbud mod alle former for tobaksreklamer.

## Strategier

Såvel indholdet som omfanget af reklamer for alkohol er vigtige faktorer, når det drejer sig om unge mennesker, som er specielt sårbare i forhold til alkohols skadevirkninger. Reklamernes indhold er udformet med henblik på at udløse en positiv følelsesmæssig respons. Unges interesse for specifikke elementer af markedsføringsmaterialet, f.eks. humor, animationer og populær musik, bidrager signifikant til, hvor stor påvirkning markedsføringen samlet set har. Normalt er der en ligefrem proportionalitet mellem, hvor meget unge udsættes for alkoholreklamer og deres tilbøjelighed til at begynde at drikke eller drikke mere.

Jo mere de udsættes for reklamer, des større er virkningen. Evidensen tyder således på, at begrænsninger med hensyn til arten og mængden af alkoholreklamer vil udsætte debutalderen og begrænse alkoholstorforbrug blandt unge. Et af problemerne er, at der ikke foreligger nogen videnskabelige undersøgelser af effekten af at gennemføre ændringer i reglerne for markedsføring af alkohol, hverken hvad angår begrænsninger eller liberaliseringer. Der har været gjort forsøg på at undersøge om forskelle på udgifter til reklamer for alkohol eller reguleringer af annoncering påvirker forbruget. Men problemet med sådanne undersøgelser er, at de kun kan undersøge små forskelle, og det ikke har været muligt at isolere specifikke påvirkninger af de unges adfærd. Stater med relativt høje udgifter til markedsføring af alkohol har dog et højere alkoholforbrug, men de observerede effekter er små.

Mange myndighedsområder regulerer ganske vist indholdet i alkoholreklamer, men reguleringen tager ikke altid højde for den tilgængelige viden om, hvordan unge reagerer på reklamer. Når der gøres indsigelser mod en reklame for ikke at leve op til en eksisterende kodeks, ender det ofte med, at samme kodeks fortolkes alt for bogstaveligt, frem for at man inddrager overvejelser om, hvordan unge rent faktisk opfatter den pågældende reklame. Når det f.eks. har vist sig, at elementer som humor, animation og populær musik bidrager til at øge virkningen af alkoholreklamer, er det disse elementer, der skal behandles af den regulerende kodeks. Imidlertid kan det være ganske vanskeligt for en reklamekodeks at udspecificere i detaljer, hvad der bør være forbudt i en alkoholreklame. Derfor har visse lande (f.eks. Frankrig) valgt at specificere, hvad der er tilladt at inkludere. Det er langt lettere at overvåge og håndhæve. Nogle myndighedsområder begrænser unges kontakt med markedsføring for alkohol gennem brug af 'vandtætte skotter' som f.eks., at der ikke må være alkoholreklamer i fjernsynet før et bestemt tidspunkt, eller man tillader kun alkoholreklamer, når seerskaren forventes at indeholde en mindre andel unge end normalbefolkningen. Men i betragtning af den ligefremme proportionalitet mellem graden af eksponering og virkningen af en given alkoholreklame, må man formode, at disse regler ikke er tilstrækkeligt vidtrækkende. Endvidere ser man ofte alkohol i situationer, som ikke er underlagt regulering, f.eks. i film, tv-udsendelser, reklamer på internettet og markedsføring gennem mobiltelefoner. Af de grunde har mange myndighedsområder enten begrænset visse former for alkoholreklamer – f.eks. ved at forbyde dem i fjernsyn og biografier eller ved at forbyde sportssponsorater (det har f.eks. Frankrig gjort) – eller ved helt at forbyde alle former for alkoholreklamer (sådan som EU har gjort med tobaksreklamer).

I nogle myndighedsområder styres markedsføring af alkohol ved hjælp af selvregulering udført af de involverede økonomiske parter, herunder reklame-

branchen, medierne og alkoholproducenterne. Selvregulering kræver imidlertid en klar lovgivningsmæssig ramme, hvis den skal være effektiv. Desuden kræver et selvregulerende system et tilstrækkelig stort incitament, hvis det skal virke. Almindeligvis er selvregulerende systemer mest virkningsfulde, når presset fra regeringen eller retssager er størst

Ligesom lovgivningsmæssig regulering skal også selvregulering dække et bredt spektrum af de markedsføringsaktiviteter, som henvender sig til unge. Det er nødvendigt, hvis man skal undgå, at reklamebranchen simpelthen bruger de nye medier til at omgå reguleringen. Input fra offentligheden, især fra sårbare grupper som de unge, skal inddrages til at evaluere reklamer, idet adskillige undersøgelser har vist, at selvregulering ikke fjerner markedsføring rettet mod unge. Selvregulering kan kun fungere, så længe der er mulighed for at inddrage en vurdering fra en uvildig tredjepart i tilfælde af klager over overtrædelser. Sanktioner og truslen om sanktioner er nødvendige for at sikre, at reglerne overholdes. Ansvar for overvågning af praksis med hensyn til markedsføring af alkohol bør lægges hos en uafhængig part eller en statslig myndighed, og den skal udføres systematisk og rutinemæssigt.

### **Spørgsmål til overvejelse**

1. *Eksisterer der undersøgelser eller dokumentation for den kommercielle kommunikation om alkohol?* Et sådan materiale skal forholde sig både til omfanget og bredden af disse typer af kommunikation og også omfatte beregninger af direkte udgifter til markedsføring og estimerer af omfanget af den kommercielle kommunikation gennem f.eks. internettet og mobiltelefoner. Det er ikke let at fremskaffe denne type informationer, og nogle har derfor argumenteret for, at alkoholindustrien selv bør fremlægge disse data offentligt. Hvis man har et samlet billede af de forskellige typer af markedsføring, der anvendes i forbindelse med alkohol, vil man kunne indføre en bedre regulering, og det vil også være lettere at overvåge virkningen af en given regulering.

2. *Er det eksisterende regelsæt for markedsføring af alkohol blevet grundigt analyseret med hensyn til, hvor effektivt det er, og hvor godt det virker?* En sådan analyse skal undersøge, hvordan de eksisterende regulerende systemer kan forbedres. Der findes en imponerende samling anvendelige regelsæt og regulerende systemer i Europa. Mange af dem er ikke blevet analyseret eller dokumenteret. Der er en reel risiko for, at nogle markedsføringstiltag falder uden for de forskellige systemer og derved i realiteten undgår at blive reguleret eller overvåget.

*3. Findes der dybtgående, videnskabelige undersøgelser, der har undersøgt virkningen af eksisterende systemer, der har til formål at regulere markedsføring af alkohol?* I de tilfælde hvor der findes regulerende og selvregulerende instanser, producerer de ofte rapporter, men disse beskriver ofte kun processerne og ikke, om systemerne er i stand til at regulere markedsføringen af alkohol eller effekten på unge af markedsføringen.

*4. Findes der undersøgelser af unge og deres erfaringer med kommerciel kommunikation om alkohol?* Bliver unge involveret i afgørelser vedrørende reklamekodeks? Der findes evidens, der viser, at unge tolker alkoholreklamer på måder, som ikke afspejles af eksisterende kodeks, og at de kan opfange budskaber og betydninger i reklamer, som er anderledes end dem, som indholdsreguleringen opfanger. Det er derfor af afgørende betydning, at unge involveres i analyse og fortolkning af markedsføringspraksis, hvis man skal have det fulde billede af den virkning, reklamerne kan formodes at have på dem. Der er allerede udviklet visse standardiserede instrumenter til at registrere unges fortolkninger af forskellige praksisser på markedsføringsområdet. (Se ELSA, 2009)

*5. Findes der uafhængige parter, der træffer afgørelser vedrørende reklamekodeks?* Et problem, som er almindeligt i forbindelse med selvregulerende kodeks, er, at det er de samme mennesker, der påser, at det overholdes, som også betaler for eller skaber markedsføringen. Det gør det meget vanskeligt for parterne at handle objektivt. Et andet udbredt problem i forbindelse med klageprocessen er tidsfaktoren. Meget ofte bliver klager først registreret og den pågældende reklamekampagne vurderet i forhold til kodeks, et stykke tid efter at den er sat i gang, nogle gange endda først, når den er slut. I disse tilfælde får afgørelsen kun meget ringe betydning.

*6. Straffes overtrædelser af gældende reklamekodeks med effektive sanktioner?* Nogle reklamekodeks indeholder ingen sanktioner, eller også er den straf, sanktionerne udløser, så beskeden, at den nærmest er uden betydning.

## **Handlemuligheder**

• *Bevar status quo*, og gennemfør ingen ændringer i de systemer, der regulerer markedsføring af alkohol. Bemærk imidlertid, at sådanne systemer næsten altid vil kunne gennemgås kritisk og gøres mere effektive, til gavn for folkesundheden.

· *Foretag en grundig kritisk gennemgang og analyse af de eksisterende systemer med henblik på at stramme dem op, gennemfør ændringer, der gør dem mere effektive med hensyn til at kontrollere det omfang og det indhold, de unge udsættes for, og for at styrke overvågning og håndhævelse.* En sådan kritisk gennemgang skal også sikre, at ingen praksis på alkoholreklameområdet falder uden for de regulerende systemers kontrolmuligheder og derved foregår ureguleret.

· *Begræns yderligere indholdet i og omfanget af kommerciel kommunikation om alkohol*, f.eks. ved kun at tillade reklamer, som beskriver produktet direkte, eller ved at forbyde alle alkoholreklamer i tv, radio og biografte samt sportsponsorater. Denne vej er den franske *Loi Evin* gået. Alkoholindustrien har indbragt loven for Europa-Domstolen, men tabte, og loven er blevet godkendt.

· *Forbyd alle former for kommerciel kommunikation om alkohol* undtagen i alkoholbranchens egne publikationer. EU har nu taget dette skridt, hvad tobaksreklamer angår.

## **Interessenter som bør involveres**

· Sundhedsministeriet er den vigtigste interessent på regeringsniveau. Det er dets ansvar, at målene for folkesundhed integreres i alle bestræbelser på at regulere alkoholmarkedet.

· Sundhedsministeriets vigtigste partnere er de ministerier, som har ansvaret for at regulere den kommercielle kommunikation, som foregår via medierne, den ikke mediebarne kommunikation samt telekommunikation, herunder internettet. Det kan desuden være relevant at inddrage de ministerier, der har ansvaret for kultur, sport samt børn og unge. For at sikre at alle former for kommunikation behandles, og at ingen markedsføringsmedier undslipper regulering, kan man med fordel nedsætte en permanent indsatsgruppe, der skal have til opgave at gennemføre en løbende evaluering og overvågning af de relevante reguleringer.

· Andre interessenter omfatter enhver instans, som regeringen har etableret for at føre tilsyn med og monitorere standarder for markedsføring. Også her skal man være opmærksom på, at det er nødvendigt med en overordnet indsatsgruppe, hvis forskellige instanser overvåger forskellige medier.

• Det er normal procedure at konsultere alkoholproducenter, detailhandlere og reklamebranchen, når regeringen gennemfører ændringer af markedsføringsregulering og -praksis. Al litteratur på området viser imidlertid, at disse brancher ikke støtter strengere restriktioner for deres markedsføring, i hvert fald ikke offentligt.

## Referencer

*Enforcement of National Laws and Self-Regulation on Advertising and Marketing of Alcohol* (ELSA) (2009). Welcome to the ELSA website [web site]. Utrecht, ELSA (<http://stap.nl/elsa>) (12. august 2009).

ELSA-projektet er et initiativ, som EU-kommissionen medfinansierer. Der har produceret en række publikationer om markedsføring af alkohol og de reguleringer, der findes på området. Disse publikationer er tilgængelige på projektets hjemmeside.

European Centre for Alcohol Marketing (EUCAM) (2009). EUCAM [web page]. Utrecht, EUCAM (<http://eucam.info>) (12. august 2009).

EUCAM rapporterer regelmæssigt om tendenser inden for markedsføringen af alkohol i den europæiske region, lige som den beskriver reguleringer af markedsføringen i regionen.

Science Group of the European Alcohol and Health Forum (2009a). *Does marketing communication impact on the volume and patterns of consumption of alcoholic beverages, especially by young people? A review of longitudinal studies*. Luxembourg, European Communities ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/alcohol/Forum/docs/science\\_o01\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/Forum/docs/science_o01_en.pdf), (12. July 2009).

The Science Group of the European Commission's Alcohol and Health Forum har udarbejdet denne gennemgang af virkningen af markedsføring af alkohol

WHO (2009). *WHO-CHOICE interventions: hazardous alcohol use* [web page]. Geneva, WHO ([http://www.who.int/choice/interventions/rf\\_alcohol](http://www.who.int/choice/interventions/rf_alcohol), (11. August 2009).

WHO-CHOICE-projektet har udarbejdet en model for omkostningerne, virkningen og omkostningseffektiviteten af en række alkoholpolitikker, der skal mindske alkoholrelaterede skader, herunder forbud mod reklamer for alkohol. Adskillige publikationer diskuterer resultaterne (se WHO Regional Office for Europe, 2009).

WHO Regional Office for Europe (2009). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Denne rapport, som er et følgedokument til denne håndbog, beskriver detaljeret den tilgængelige evidens for virkningen af markedsføring af alkohol på alkoholforbruget og de deraf følgende skadevirkninger.

# ULOVLIG ALKOHOL OG ANDRE ALKOHOLHOLDIGE PRODUKTER

## Baggrund

Begrebet 'uregistreret alkohol' dækker hjemmelavet alkohol, ulovligt produceret eller indsmuglet alkohol samt andre alkoholholdige produkter, som ikke er beregnet til at drikke (f.eks. mundskyllemidler og parfumer). Det kan medføre sundhedsskadelige konsekvenser at drikke ulovligt produceret alkohol og andre alkoholholdige produkter, idet de har et højere indhold af ethanol eller er forurenede med skadelige stoffer som f.eks. acetaldehyd, kumarin, phthalater eller ethylcarbamater, der alle er levertoksiske. Ulovligt forhandlet alkohol kan udgøre en sundhedsmæssig risiko, dels pga. af forekomst af giftige indholdsstoffer, dels pga. af den lavere pris, som let medfører et større forbrug. Man ved meget lidt om omfanget af smugling inden for Europa, men et estimat for EU15 fra 1996 beregnede, at smugling kostede landene ca. 8 % af de totale punktafgifter på alkohol.

## Strategier

Der er grund til at nære bekymring for de potentielle skadevirkninger af den kemiske sammensætning af indholdsstofferne i uregistreret alkohol. Men alligevel findes der forbløffende få data om problemets omfang i Europa. En lille undersøgelse baseret på alkohol indsamlet på markeder i Ungarn, Litauen og Rumænien fastslog, at alkoholholdige produkter, der ikke var beregnet til at drikke, indeholdt høje niveauer af ethanol (60 % vol.) og sommetider levertoksiske niveauer af kumarin, mens frugtsnapse havde et højt indhold af ethylkarbamater. Det er vigtigt at skaffe sig et systematisk overblik over indholdsstofferne i uregistreret alkohol i alle de europæiske lande, sådan at nationale undersøgelser af uregistreret alkohol bedre kan identificere de relevante indholdsstoffer og vurdere, hvor stort problemet er. Et sådant overblik vil også kunne gøre det nemmere at etablere toksikologiske retningslinjer for indholdsstoffer i alkohol, hvorefter kontrollaboratorier kan bruge de samme retningslinjer i forbindelse med registreret alkohol. Hvis det viser sig, at uregistreret

alkohol indeholder giftige stoffer, som ikke findes i registreret alkohol, vil det være muligt at tage yderligere forholdsregler. De kan spænde fra at lovliggøre uregistreret forbrug, samtidig med at man indfører kvalitetskontrol af indholdsstofferne, til at instruere producenterne af alkoholholdige produkter i, hvordan de kan undgå de giftige indholdsstoffer. Det bør være forbudt at tilsætte skadelige indholdsstoffer til denatureret sprit, især methanol og diethylphthalater, som ikke efterlader nogen smag.

Alle produkter, som er belagt med høje afgifter, risikere at blive genstand for ulovlige aktiviteter, men det betyder ikke, at omfanget af smugling af alkohol vil falde, hvis man indfører lavere, ensartede afgifter. Det er smugling af tobak et fremragende eksempel på, og i den sammenhæng skal det bemærkes, at man har analyseret tobakssmugling grundigere end alkoholsmugling. Selv om detailpriserne på tobak er meget højere i den nordlige del af EU end i den sydlige del, bliver der alligevel købt og røget mere indsmuglet tobak i den sydlige del, og smuglerruterne løber i højre grad fra nord til syd end i den modsatte retning. Det kunne derfor være nyttigt at gennemføre en opdateret vurdering af strukturen og dynamikken (inklusive handelsvejene) med hensyn til smugleri af alkohol. Man kan definere to redskaber, som vil kunne bidrage til at overvåge og bekæmpe smugler, nemlig elektronisk databehandling af overvågningsdata for de produkter, som er belagt med punktafgifter samt udstedelse af banderoler, der viser, hvor og hvornår der er betalt afgift af et produkt.

## **Spørgsmål til overvejelse**

*1. Findes der nogen informationer om størrelsen og sammensætningen af markedet for uregistreret alkohol, herunder beregninger for afledte skadevirkninger?* Myndigheder, som har ansvaret for told og punktafgifter, har formentlig gode databeregninger om dette marked, men det vil variere fra land til land, hvor systematiske og omfattende deres informationer er. Politiet har sandsynligvis også beregninger vedrørende hjemmemarkedet for ulovlig alkohol, men har måske ikke alle informationer om markedets størrelse.

*2. At beregne de sundhedsmæssige konsekvenser af det ulovlige marked kræver, at man indsamler så mange produkter fra markedet som muligt og analyserer deres indhold af ethanol og kemiske indholdsstoffer, herunder methanol, acetaldehyd, fuselolie, tungmetaller, ethylkarbamater, biologisk aktive smagsstoffer og phthalater.*

## **Handlemuligheder**

- *Bevar status quo*, og gør intet for at gennemføre yderligere undersøgelser eller forholdsregler. Problemet med denne tilgang er, at den accepterer den herskende uvidenhed om omfanget af ulovlig handel med alkohol og om de sundhedsskadelige virkninger af uregistreret alkohol.
- *Gennemfør omfattende testning af indsamlede prøver på uregistreret alkohol* for at identificere de mest risikable produkter og deres potentielle skadevirkninger.
- *Udarbejd nye estimater for det ulovlige markeds størrelse.*
- *Samarbejd, hvor det er fornuftigt, med producenter af alkoholholdige produkter, der drikkes i stedet for regulære alkoholprodukter* for på denne måde at reducere skadevirkninger i forbindelse med fremstillingen.
- *Gennemfør databehandling af alkoholprodukternes bevægelser, og indfør banderoler* svarende til dem, der bruges på tobaksprodukter. Derved bliver det nemmere at efterspore og identificere ulovlige produkter.
- *Flyt en del af ansvaret for at begrænse den ulovlige handel og forekomsten af forfalskede produkter over på alkoholindustrien.*

## **Interessenter som bør involveres**

- En af de vigtigste interessenter er det ministerium, som har ansvaret for told og punktafgifter. Det kan indgå i fælles initiativer med andre med henblik på for alvor at få kortlagt markedet for ulovlig og indsmuglet alkohol ind over, ud over og inden for de nationale grænser. Andre fælles initiativer kunne omfatte databehandling som en del af sporingen af alkoholprodukternes bevægelser, et initiativ som kan gøres lettere med indførelse af banderoler.
- Politiet er en anden vigtig interessent, som har ansvaret for, at ulovlige produkter på hjemmemarkedet opdages og beslaglægges. Fælles initiativer kan gennemføres med henblik på for alvor at få kortlagt det hjemlige marked for ulovlig alkohol.
- De laboratorier, som har ansvaret for de rutinemæssige analyser af eksisterende alkoholprodukter er en anden vigtig gruppe af interessenter. Man bør rådføre

sig med dem med henblik på at udvide deres analysemateriale, så det også omfatter ulovlig alkohol. Et sådant nyt ansvarsområde vil muligvis kræve anskaffelse af nyt analyseudstyr, så man kan teste for indholdstoffer, som man ikke plejer at teste for i lovlige drikkevarer.

- Endelig er den lokale alkoholindustri en interessant, idet den har en økonomisk interesse i at overvåge det ulovlige alkoholmarked, herunder også markedet for forfalskede drikkevarer. Det er almindeligt kendt, at alkoholindustrien har en omfattende viden om smuglermarkedets størrelse og beskaffenhed, på trods af at den ikke har gjort denne viden offentligt tilgængelig.

## Referencer

European Police Office (Europol) (2009). *Publications* [web page]. The Hague, Europol (<http://www.europol.europa.eu/?page=publications>) (13. august 2009).

Europol udarbejder en årlig rapport under titlen *European Organised Crime Threat Assessment (OCTA)*. Rapporten vurderer truslen fra det organiserede smugleri af alkoholholdige drikkevarer.

Rabinovich L et al. (2009). *The affordability of alcoholic beverages in the European Union: understanding the link between alcohol affordability, consumption and harms*. Cambridge, United Kingdom, RAND Corporation ([http://www.rand.org/pubs/technical\\_reports/TR689](http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR689)) (12. juli 2009).

Denne RAND-rapport udført for EU-kommissionen handler ganske vist om prissættelse på alkohol og ikke direkte om smugling af alkohol, men den beskriver tre relevante casestudier om alkoholforbrug på tværs af nationale grænser.

WHO Regional Office for Europe (2009). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. København, WHO Regional Office for Europe.

Rapporten, som er et følgedokument til denne håndbog, bringer flere detaljer om den tilgængelige evidens for den mulige virkning for folkesundheden af ulovligt produceret alkohol og alkoholholdige produkter, som ikke er beregnet til at drikke.

# SPIRITUSKØRSEL

## Baggrund

Overordnet set er antallet af dødsfald og ulykker forårsaget af spirituskørsel fallende i de fleste europæiske lande, men der er stadig plads til betydelige forbedringer. Vi får en del informationer om problemets størrelse ved at studere dødsfaldsstatistikker og politirapporter om trafikforseelser fordelt på køn og aldersgrupper. Vi ved, at unge har den største relative risiko for at blive involveret i ulykker forårsaget af spirituskørsel, men i absolutte tal forekommer spirituskørsel og de dermed forbundne ulykker og dødsfald med større hyppighed blandt midaldrende. Data fra interviews og meningsmålinger giver os informationer om offentlighedens meninger om og holdninger til alkoholindtagelse i forbindelse med bilkørsel og om dens viden om promillegrænser. Mange europæere kender overraskende nok ikke promillegrænserne i deres eget land, og mange bilister indrømmer, at de kører bil, når de har drukket alkohol. Alligevel bakker de fleste europæere op om indførelse af strengere forholdsregler, der kan reducere omfanget af spirituskørsel, herunder også at politiet håndhæver reglerne med større ihærdighed. I disse år krydser stadigt flere køretøjer grænserne både i private og forretningsmæssige sammenhænge. Det styrker argumenterne for at harmonisere de europæiske love vedrørende spirituskørsel, graden af håndhævelse af lovene og sanktionerne ved overtrædelse. Historisk set har det vist sig, at når først strengere restriktioner for spirituskørsel er indført, opnår de hurtigt offentlig støtte. Gentagne overtrædelser eller kørsel med særligt høje promiller kan være en indikator for alkoholmisbrug og alkoholafhængighed. Hvis det er tilfældet, bør overtræderne systematisk tilbydes behandling.

## Strategier

Mange alkoholpolitiske tiltag har vist sig at kunne reducere alkoholrelaterede trafikdrab. Disse tiltag omfatter højere alkoholpriser, minimumsalder for køb af alkohol, begrænsning af antallet af steder, som sælger alkohol, fulgt op af kampagner i massemedierne.

Indgreb mod spirituskørsel er et politisk redskab, som har overvældende støtte i den brede befolkning. Hertil kommer, at disse indgreb ikke alene begrænser risikoen for føreren selv, men også for passagerer, fodgængere og andre bilister. (I EU udgør dræbte spiritusbilister kun 2/5 af de dræbte i forbindelse

med spirituskørsel). Et af de mest effektive indgreb er simpelthen at nedsætte promillegrænsen. I de lande, hvor promillegrænsen ligger over 0,5g/l, vil det have en gavnlig virkning at nedsætte grænsen til 0,5 g/l. I de lande, hvor grænsen allerede ligger på 0,5 g/l, kan man med fordel nedsætte grænsen til 0,2 g/l. Men der opnås naturligvis kun en effekt af at nedsætte promillegrænsen, hvis den håndhæves. Den bedste måde at håndhæve promillegrænsen på er ved at stoppe tilfældige bilister og lade dem blæse i et alkometer samt ved at gennemføre egentlige spiritusrazziaer. Håndhævelsen bør følges op af folkeoplysningskampagner, der har til formål at sikre, at befolkningen ved, hvad der sker, hvis man bliver stoppet. Håndhævelsen virker også bedst, hvis straffen falder omgående, f.eks. i form af straksbøder, klip i kørekortet og i grovere tilfælde ved, at kørekortet bliver inddraget. Dette kan følges op af retligt pådømt behandling og brug af alkoholås i bilen i en nøjere specificeret periode.

## **Spørgsmål som bør overvejes**

*1. Er der etableret de nødvendige systemer, til at man kan indsamle data om ulykker og dødsfald i forbindelse med spirituskørsel?* Data for antallet af dødsfald vil omfatte dødsfald indtruffet i forbindelse med trafikulykker, men det er forskelligt fra land til land, i hvilket omfang der er tilgængelige data, som udspecificerer, hvor mange af trafikdødsfaldene der er alkoholrelaterede. Ideelt set burde alle, som dør i en trafikulykke, have målt alkoholkoncentration i blodet med det formål, at man kan tælle og føre statistik over forekomsten af alkoholrelaterede trafikdødsfald. (Her skal det bemærkes, at det i nogle lande vil være en overtrædelse af den afdødes rettigheder – og derfor ulovligt – at gennemføre en post-mortem test, når der er tale om en eneulykke, hvor der ikke er andre dræbte end chaufføren). Politiets rapporter bør indeholde data om alle trafikulykker, herunder chaufførens alder og køn og stedet, hvor ulykken skete. Ideelt set bør enhver bilist, som forårsager en trafikulykke, have sin udåndingsluft testet med et alkometer, så det kan måles og registreres, om alkohol har været en medvirkende faktor. Man bør fastsætte et standardiseret europæisk mål for, hvad der skal klassificeres som en spiritusrelateret trafikulykke, f.eks. en ulykke som involverer en chauffør med en alkoholpromille i blodet på mere end 0,2 g/l.

*2. Er det muligt at indarbejde spørgsmål om holdninger til indgreb mod spirituskørsel, kendskab til promillegrænser og til typisk adfærd hos spiritusbilister i almindelige offentlige opinionsundersøgelser?*

3. *Er der indført en effektiv trafikikkerhedspolitik, som omfatter spirituskørsel, samt trafikikkerhedsmæssige tiltag, der reducerer forekomsten og skadevirkningerne af alkoholrelaterede trafikulykker?* Politikken vedrørende spirituskørsel bør være indarbejdet i den generelle trafikikkerhedspolitik. Trafikkerhedspolitikken kunne f.eks. omfatte infrastruktur og hastighedsgrænser. Ved en given promille kan høj fart eller dårligt vejdesign medføre, at spiritusrelaterede trafikulykker bliver mere alvorlige eller sker hyppigere.

4. *Er færdselspolitiet villige til at indgå i fælles kampagner og aktiviteter med sundhedsministeriet med henblik på at begrænse spirituskørsel?* Normalt er politiet positive og støtter forøgede tiltag mod spirituskørsel. Fælles indsats og kampagner kan bidrage til at forøge offentlighedens bevidsthed om problemet og om de forholdsregler, som man indfører for at begrænse det.

5. *Har politiet tilstrækkelige ressourcer til en effektiv håndhævelse af promillegrænserne? Kan man bruge de indkomne bøder til at finansiere politiets indsats?* En effektiv håndhævelse af lovene vedrørende spirituskørsel vil lægge beslag på mange af politiets mandetimer. Det tager tid at gennemføre tilfældige alkotests og spiritusrazziaer. Der skal også bruges ressourcer til indkøb af det nødvendige udstyr i forbindelse med disse alkotests.

6. *Har sundhedsvæsenet det nødvendige antal specialister, så man kan tilbyde behandling til spiritusbilister ved tilbagefald?* En høj alkoholpromille i blodet og hyppige tilfælde af spirituskørsel er et tegn og et symptom på alkoholmisbrug og alkoholafhængighed. I sådanne tilfælde skal der være ressourcer til behandling, evt. kan behandlingen være en del af en dom.

## **Handlemuligheder**

· *Bevar status quo*, og undlad at ændre promillegrænserne eller niveauet for håndhævelse af eksisterende love. Det skal bemærkes, at der er meget få lande, som *ikke* med fordel kunne sænke deres eksisterende promillegrænser eller effektivisere håndhævelsen af disse. Hvis man vælger at fortsætte den nuværende politik uændret, fraskriver man sig en mulighed for at reducere de dødsfald og kvæstelser, som kunne forhindres, blandt både spiritusbilister og andre trafikanter.

· *Nedsæt promillegrænsen for bilkørsel for alle bilister*. Uanset landets nuværende promillegrænse tyder undersøgelser på, at flere dødsfald kunne undgås,

hvis promillegrænsen fastsættes tættere på de 0,2 g/l. Dette tiltag sender samtidig et generelt budskab til befolkningen og bidrager til at etablere en kulturel norm: alkohol og motorkøretøjer hører ikke sammen. Men en lavere promillegrænse er kun effektiv, hvis den følges op af håndhævelse.

- *Styrk håndhævelsen*, enten ved at forøge brugen af tilfældige alkotests eller ved at gennemføre flere spiritusrazziaer. Hvis promillegrænserne skal have effekt, er det nødvendigt, at alle førere af motorkøretøjer ved, at der er en reel risiko for at blive stoppet og tjekket når som helst. Håndhævelsen skal følges op af øjeblikkelig konsekvens, herunder straksbøder, klip i kørekortet og ved store overtrædelser tab af kørekortet. Bilister, som mister kørekortet, har normalt et egentligt alkoholproblem og denne sanktion bør derfor følges op af obligatorisk behandling og af et krav om, at der installeres en alkolås i bilen, når han eller hun får sit kørekort tilbage.

### **Interessenter som bør involveres**

- Den vigtigste interessent, når det gælder begrænsning af alkoholrelaterede trafikulykker, er politiet, som er ansvarlig for at håndhæve lovene vedrørende spirituskørsel, og som normalt støtter stramninger i tiltag mod spirituskørsel. Sådanne tiltag kræver ressourcer.

- Også transportministeriet er en vigtig interessent. Det er her, man normalt har ansvaret for at gennemføre love om spirituskørsel og andre politikker, der har til formål at forbedre trafiksikkerheden.

- Alle, som udskænker eller serverer alkoholiske drikke, er interessenter i den udstrækning, at de må påtage sig et ansvar for ikke at servere for meget alkohol til bilister eller andre førere af motorkøretøjer.

### **Referencer**

Anderson P (2008). *Reducing drinking and driving in Europe*. Hamm, German Centre for Addiction Issues (DHS) ([http://dhs.de/makeit/cms/cms\\_upload/dhs/drink\\_driving\\_report.pdf](http://dhs.de/makeit/cms/cms_upload/dhs/drink_driving_report.pdf)) (14. august 2009).

Denne rapport dokumenterer evidensen for virkningen af tiltag mod spirituskørsel. Den er udgivet af *Pathways for Health*, et projekt som er medfinansieret af EU-kommissionen og gennemføres af DHS.

WHO (2009). *WHO-CHOICE interventions: hazardous alcohol use* [web page]. Geneva, WHO ([http://www.who.int/choice/interventions/rf\\_alcohol](http://www.who.int/choice/interventions/rf_alcohol)) (11. august 2009).

WHO-CHOICE-projektet har lavet en model til at beregne omkostninger, virkning og omkostningseffektiviteten af en række alkoholpolitiske tiltag, som havde til formål at begrænse alkoholrelaterede skadevirkninger, herunder spirituskørsel. Der findes adskillige publikationer, som diskuterer deres resultater (se WHO Regional Office for Europe, 2009).

WHO Regional Office for Europe (2009). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. København, WHO Regional Office for Europe.

Rapporten, som er et ledsagedokument til denne håndbog, giver flere detaljer om den tilgængelige evidens vedrørende virkningen af tiltag til begrænsning af spirituskørsel.

# UDSKÆNKINGSSTEDER

## Baggrund

Permanente udskænkingssteder forbindes normalt med beruselse, spirituskørsel samt aggressiv og voldelig adfærd. Visse udskænkingssteder forbindes ligefrem med uforholdsmæssigt store skadevirkninger. Sammenhængen mellem alkoholforbrug og alkoholrelaterede skadevirkninger kan både påvirkes og formidles af den fysiske og sociale kontekst, hvor drikkeri og beruselse finder sted. Indgreb i relation til udskænkingssteder kan medvirke til at afværge eller afbøde skadevirkninger, som ofte går ud over mennesker, der ikke drikker. Det gælder især problemer med spirituskørsel og vold.

## Strategier

Der kan i udskænkingsstedernes praksis forekomme elementer, der øger sandsynligheden for alkoholrelaterede skadevirkninger. Det kan være, at man sælger alkohol på en måde, som fremmer beruselse, at personalet eller det lokale politi håndhæver lukketiden overdrevent aggressivt, at personalet ikke er i stand til at håndtere problematisk adfærd blandt gæsterne, at lokalet er overfyldt, eller at man er villig til at servere alkohol for mindreårige eller berusede gæster. Antallet af problemer er også afhængigt af, hvilken type udskænkingssted der er tale om, om lokalet er fysisk behageligt at opholde sig i, om der er adgang til offentlige transportmidler, og hvordan gæsternes etniske sammensætning er.

Studier, der har undersøgt effekten af, at der gennemføres en lokal udskænkningsspolitik for at forebygge beruselse, har kun kunnet påvise en moderat reduktion af alkoholforbrug og risikobetonet adfærd i forbindelse med indtagelse af alkohol. Sådanne udskænkningsspolitikker har altså ikke haft den forventede succes, og evidensen for deres effekt med hensyn til at reducere alkoholrelaterede kvæstelser er begrænset. Virkningen af en ansvarlig udskænkningsspolitik forøges til gengæld kraftigt, når den følges op af en aktiv og kontinuerlig håndhævelse af love, som forbyder udskænkning til berusede kunder, og en ansvarlig praksis med hensyn til udskænkning af alkohol indgår ofte i bredt baserede interventioner, som har haft held til at reducere forekomsten af vold. Håndhævelse af disse love ser også ud til at være nødvendig, hvis frivillige regler for ansvarlig udskænkningsspraksis skal have nogen virkning.

Når man regulerer udstedelsen af spiritusbevillinger, kan man dermed sikre

sig, at udskænkningstederne lever op til visse krav, hvilket vil nedbringe sandsynligheden for alkoholrelaterede skadevirkninger. Denne regulering skal overvåges regelmæssigt, og der skal findes sanktioner for at bryde den, herunder tab af alkoholbevillingen. Det bør være et krav for at opnå og beholde bevillingen, at serveringspersonalet deltager i undervisningsprogrammer, men de skal overvåges regelmæssigt og suppleres med håndhævelse af forbud mod salg af alkohol til mindreårige eller berusede. Sanktioner og håndhævelse skal rettes mod ejerne af udskænkningstederne og deres personale, idet der er betydelig evidens for, at sådanne tiltag kan være effektive. Derimod har tiltag rettet mod kunder, der indtager alkohol eller potentielt indtager alkohol, ikke nogen effekt.

### **Spørgsmål til overvejelse**

*1. Har bevillingsmyndighederne retningslinjer for udskænkningstedernes indretning, som de kan holde sig til, når de udsteder eller fornyr alkoholbevillinger?* En hensigtsmæssig indretning af lokalerne kan mindske risikoen for, at der opstår alkoholrelaterede skadevirkninger på eller i nærheden af udskænkningstederne. Man kan kræve, at udskænkningstedet lever op til et sæt minimumskrav med hensyn til indretning, før man kan få eller forny en alkoholbevilling.

*2. Eksisterer der godkendte, uafhængige uddannelsesforløb, hvor serveringspersonalet kan undervises i deres forpligtelser i forhold til lovgivningen og i en praksis, som kan reducere risikoen for, at der opstår skadevirkninger i forbindelse med alkoholforbrug?* Som en betingelse for ansættelse bør det kræves, at serveringspersonalet har gennemført og bestået et uddannelsesforløb, og det bør være en forudsætning for at opnå en alkoholbevilling, at udskænkningstederne sørger for at skaffe serveringspersonalet den fornødne uddannelse.

*3. Eksisterer der regulerende mekanismer, der har til formål at udpege udskænkningsteder, der har et forhøjet niveau af alkoholrelaterede skadevirkninger og vold?* I enhver retskreds er der et lille antal udskænkningsteder, som typisk er forbundet med en høj andel af de alkoholrelaterede skadevirkninger, der forekommer i lokalområdet. Når myndighederne identificerer disse udskænkningsteder, får de muligheder for at sætte særligt ind dér med henblik på at begrænse sådanne skadevirkninger.

*4. Er sanktioneerne for at overtræde alkoholbevillingens bestemmelser tilstrækkeligt strenge, herunder muligheden for at tilbagekalde alkoholbevillinger? Har myndighederne tilstrækkelige ressourcer til at gennemføre regelmæssige kontrolbesøg? Er de politifolk, som skal håndhæve kontrollen, tilstrækkeligt motiverede til at udføre deres job? Evidensen viser, at det er en forudsætning for at reducere skadevirkninger i forbindelse med udskænkingssteder, at politiet eller andre udførende myndigheder i tilstrækkelig grad håndhæver bevillingslovene.*

## **Handlemuligheder**

- *Bevar status quo*, og undlad at styrke indsatsen for at reducere de skadevirkninger, som er relateret til udskænkingssteder. Da alle retskredse uundgåeligt har udskænkingssteder, som er uhensigtsmæssigt indrettet, eller udskænkingssteder, som overtræder bevillingslovene med hensyn til servering for mindreårige eller berusede personer, er der imidlertid altid plads til at forbedre indsatsen og dermed begrænse skadevirkningerne.

- *Udarbejd retningslinjer og standarder for indretning af udskænkingssteder, for uddannelse af serveringspersonale og for at overvåge og håndhæve bevillingslovene, og uddel dette materiale til bevillingsmyndighederne og udskænkingsstederne.* Disse retningslinjer bør udarbejdes af en uafhængig myndighed og afspejle den gældende politik for folkesundhed.

- *Gennemgå den eksisterende bevillingslovgivning, og gennemfør de nødvendige stramninger.* Lovgivningen skal sikre, at udskænkingsstederne lever op til de vedtagne standarder, at uddannelse af serveringspersonalet er en forudsætning for at opnå alkoholbevilling, at lovgivningen bliver overvåget regelmæssigt og håndhævet, at der findes tilstrækkeligt strenge sanktioner (herunder tilbagekaldelse af alkoholbevilling) ved overtrædelser begået af serveringspersonalet eller ejerne, og at der er tilstrækkeligt strenge sanktioner for bevillingsmyndigheder, som ikke er i stand til at regulere udskænkingsstederne i tilstrækkeligt omfang.

## **Interessenter som bør involveres**

- De bevilgende myndigheder er en af de vigtigste interessenter, og de har et hovedansvar for at udarbejde og formidle retningslinjer for indretning af udskænkingssteder, for uddannelse af serveringspersonalet og for at håndhæve

bevillingslovgivningen. De bør pålægges tilstrækkeligt ansvar og ressourcer til at sikre, at alle udskænkingssteder lever op til indretningskravene, og at alt serveringspersonale gennemgår et godkendt uddannelsesforløb.

- En anden vigtig gruppe af interessenter er de myndigheder, som skal håndhæve bestemmelserne vedrørende indretning af udskænkingsstederne og uddannelse af serveringspersonalet, idet disse bestemmelser kun har en effekt, hvis de overholdes.

- Hvis der ikke findes et bevillingssystem, er det op til de kommunale myndigheder at udfylde pladsen som den interessent, der gennem relevante planlægningsværktøjer skal sikre, at udskænkingsstederne opfylder kravene til indretning og drift.

## Referencer

Anderson P (2008). *Binge drinking and Europe*. Hamm, German Centre for Addiction Issues (DHS) ([http://dhs.de/makeit/cms/cms\\_upload/dhs/binge\\_drinking\\_report.pdf](http://dhs.de/makeit/cms/cms_upload/dhs/binge_drinking_report.pdf)) (14. august 2009).

Dette dokument beskriver den internationale evidens, der findes med hensyn til virkningen af forskellige tiltag, der har til hensigt at nedbringe episodisk alkoholstofbrug, herunder tiltag der vedrører udskænkingsstederne. Den er publiceret af *Pathways for Health*, et projekt som er medfinansieret af EU-kommissionen og gennemføres af DHS.

WHO Regional Office for Europe (2009). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. København, WHO Regional Office for Europe.

Rapporten, som er et følgedokument til denne håndbog, fremlægger detaljerede oplysninger om tilgængelig evidens for, hvilken betydning udskænkingsstederne har for alkoholforbrug og alkoholrelaterede skadevirkninger.

# INTERVENTION I SUNDHEDSVÆSENET

## Baggrund

Sygdomme, der skyldes alkohol, herunder misbrug og afhængighed af alkohol, er officielt optaget på listen over mentale sygdomme og adfærdslidelser i *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision* (ICD-10) (WHO, 2006).

Data fra nationale eller repræsentative studier angiver antallet af personer, der er i risiko for risikabelt og skadeligt alkoholforbrug, eller antallet af personer, hvis alkoholforbrug overstiger det mål, som et sundhedsministerium, en folkesundhedsorganisation eller en organisation, der udstikker retningslinjer (som Sundhedsstyrelsen i Danmark), har angivet som grænsen for, hvornår der skal gribes ind.

Dette antal kan være ret stort. For eksempel anslår man, at en ud af seks voksne i EU drikker i et skadeligt eller risikabelt omfang, defineret som mindst 40 g alkohol om dagen for en mand og 30 g for en kvinde. Oversigter eller specialiserede data fra studier kan også give oplysninger om den andel af befolkningen, der er afhængig af alkohol. Igen kan disse tal være ret høje. Man anslår, at op til 6 % af EU's voksne befolkning til enhver tid er afhængig af alkohol. I næsten alle de lande, man har undersøgt, er der et betragteligt svælg mellem antallet af personer, der har behov for rådgivning eller behandling, og det antal, der rent faktisk får det. Man har beregnet, at kun 1 ud af 20, der har et skadeligt eller risikabelt alkoholforbrug, rent faktisk opspores og tilbydes kort intervention i den primære sundhedssektor. På samme måde er mindre end 5 % af personer med diagnosen alkoholafhængighed blevet behandlet hos en specialist.

## Strategier

Der er stærk evidens for, at det er gavnligt med en general indførelse af tidlig opsporing og kort intervention i den primære sundhedssektor i forhold til personer, der har et risikabelt eller skadeligt alkoholforbrug. Der er også en vis evidens for, at lignende indsatser på skadestuer, kan være effektive. Der er dog endnu ikke tilstrækkelig evidens for effektiviteten af sådanne indsatser uden for den primære sektor.

Der er et bredt udvalg af opsporings- og screeningsinstrumenter, der kan fastslå risikabelt og skadeligt alkoholforbrug. Det mest undersøgte, bedst kendte og mest effektive er *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), udviklet af WHO (Babor et al., 2001). AUDIT består af 10 spørgsmål, som kan være tidkrævende at svare på, men de første tre spørgsmål (kendt som AUDIT-C) er hurtige at bruge og næsten lige så effektive til at identificere skadeligt og risikabelt alkoholforbrug som den fulde AUDIT.

Kort intervention bør baseres på 'de fem A'er', en ramme for adfærdsbaseret rådgivning:

*Asses:* Vurder alkoholforbruget med et hurtigt screenings-værktøj fulgt af klinisk vurdering efter behov.

*Advise:* Rådgiv patienterne om at nedsætte deres forbrug af alkohol

*Agree:* Skab enighed om individuelle mål for nedsættelse alkoholforbruget eller afholdenhed.

*Assist:* Hjælp patienterne med at blive motiverede, giv dem værktøjer til selvhjælp eller den nødvendige støtte til at ændre adfærd.

*Arrange:* Arranger follow up-støtte og gentagne rådgivningssessioner, herunder henvisning af alkoholfhængige til specialistbehandling.

Kort intervention kan være ret kortvarig (5-10 minutter) og bør omfatte et tilbud om opfølgningssessioner.

Regeringer/myndigheder kan støtte opsporing og kort intervention ved at sikre, at der i vid udstrækning er adgang til kliniske retningslinjer for denne type interventioner. Samt at ansatte i primærsektoren får den træning, de kliniske materialer og den rådgivning, de har behov for, og at de bliver ordentligt betalt, enten som en del af kvalitetsforbedrende initiativer eller med et honorar for ydelserne.

Det er nødvendigt at beslutte, om man skal indføre dette screeningsprogram til alle på én gang, så sundhedspersonale i primærsektoren tilbyder opsporing og kort intervention til alle voksne, eller om det skal indføres gradvist, så det er et tilbud. F.eks. når patienter første gang kommer til en ny læge, når patienter får et sundhedstjek, eller når de søger læge for andre lidelser som f.eks. højt blodtryk eller tuberkulose.

Sundhedspersonale i primærsektoren oplever, at det er nemmere at påtage sig denne opgave, når de får støtte fra specialister, som de kan henvise de vanskeligste alkoholstorforbrugere til. Når det drejer sig om alkoholmisbrug,

burde det være let og uproblematisk at sende en patient videre fra primærsektoren til specialistaniveauet. Alle, der har behov for det, burde tilbydes specialistbehandling for abstinenser og sygdomme, der skyldes alkohol. Mens den kliniske behandling af disse lidelser ligger uden for denne håndbogs rammer, er det af afgørende betydning at vide, at der findes en evidensbase for adfærdsterapi og farmakologisk behandling samt en hel del erfaringer, man kan trække på. Tendensen har bevæget sig væk fra længerevarende indlæggelser til ambulantly behandling i patientens nærmiljø. Man anbefaler ikke længere tvungen behandling, undtagen i tilfælde hvor en domstol har besluttet, at en alkoholmisbruger med tilbagefald skal behandles. I disse tilfælde er der nogen evidens for, at behandling virker.

### **Spørgsmål til overvejelse**

#### ***1. Findes der kliniske retningslinjer for tidlig opsporing og kort intervention?***

Sådanne retningslinjer skal udgøre grundlaget for at etablere videnskabelig evidens for tidlig opsporing og kort intervention og skitsere, hvad der kan gøres, hvornår og af hvem. De skal udformes af de behørig myndigheder, som f.eks. *Centres of Clinical Excellence*, der er anerkendt for fremragende klinisk praksis. Sådanne institutter findes i nogle lande, også i Danmark. De har ansvaret for at udarbejde og formidle sådanne retningslinjer.

Udviklingen bør involvere de behørig faglige organisationer for at sikre, at disse retningslinjer afspejler primærsektorens medarbejders behov. *The Primary Health Care European Project on Alcohol* (PHEPA) har udformet kliniske retningslinjer til opsporing og kort intervention for EU, og disse retningslinjer kan tilpasses lokalt brug (Anderson, Gual & Colom, 2005). Nationale retningslinjer kan også suppleres med modeller for effektivitet og omkostningseffektivitet i forskellige scenarier for at implementere opsporing og kort intervention.

#### ***2. Findes der uddannelser for ansatte i primærsektoren om tidlig opsporing og kort intervention?***

Kun få sundhedsfaglige personer i primærsektoren er uddannet i at levere denne type intervention gennem deres kliniske eller postgraduate uddannelse. Man kan udvikle uddannelsesforløb, baseret på kliniske retningslinjer, som systematisk tilbydes alle sundhedsfaglige medarbejdere i primærsektoren. Akkrediterede udgaver af disse kurser kan inkluderes som en del af en obligatorisk medicinsk efteruddannelse. PHEPA har også udarbejdet et uddannelsesforløb, som kan tilpasses lokalt brug (Gual et al., 2005).

*3. Findes der systemer, der kan monitorere omfanget og kvaliteten af tidlig opsporing og kort intervention, så effektiviteten kan analyseres og forbedres?*

Det er vigtigt at måle omfanget og kvaliteten af disse indsatser. Denne monitorering kan udføres ved en almindelig audit af medicinske journaler og kvalitetssikringsprogrammer. PHEPA har udarbejdet et bedømmelsværktøj, der kan overvåge udførelsen af disse interventioner (2009).

*4. Er der økonomisk støtte til programmer, der tilbyder tidlig opsporing og kort intervention?* En sådan støtte kan komme enten fra kvalitetsforbedringsprogrammer eller ydelseshonorarer. Økonomiske incitamenter kan spille en vigtig, motiverende rolle for fagpersoner i primærsektoren, især når man tænker på den relativt ringe udbredelse af disse programmer og den tøven, man ser hos nogle med hensyn til at indarbejde forebyggende interventioner i deres praksis.

## **Handlemuligheder**

· *Bevar status quo* ud fra den antagelse, at personer, der har et skadeligt eller risikabelt alkoholforbrug, som en selvfølge allerede modtager rådgivning i primærsektoren, og at personer med alkoholbetingede sygdomme får en passende behandling, især hos specialister. Imidlertid tyder al evidens på, at det er højest usandsynligt. Og da der ikke er undersøgelser eller pålidelige estimater af *provision-to-need* ratio, altså forholdet mellem behandling og de faktiske behov for behandlingen, er det umuligt at vide, hvordan den nuværende situation ser ud. Man tror ikke, at det koster noget at bevare status quo, men det er en falsk antagelse. Investering i tidlig opsporing og kort intervention forbedrer ikke kun folkesundheden og redder liv, men sparer også penge i sundhedsvæsenet. Derudover kan man påstå, at personer, der lider af alkoholbetingede sygdomme, herunder risikabelt forbrug og afhængighed, har en moralsk, om ikke en juridisk ret, til at modtage en passende behandling.

· *Indfør det som et mål at tilbyde tidlig opsporing og kort intervention til 30 % af den del af befolkningen, der er i risikogruppen for risikabel og skadelig alkoholforbrug.* Dette mål kan opnås ved at indføre passende systemer, herunder undervisning af fagpersoner i primærsektoren, så hver eneste patient, der kommer til en ny praktiserende læge, eller får et sundhedstjek, eller taler med en fagperson om en særlig sygdom (som højt blodtryk eller tuberkulose) eller henvender sig på en speciel klinik, bliver tilbudt disse interventioner.

· *Indfør det som et mål at tilbyde tidlig opsporing og kort intervention til 60 % af den del af befolkningen, der er i risikogruppen.* Dette mere ambitiøse mål vil kræve, at enhver patient, der henvender sig i primærsektoren, vil blive tilbudt disse interventioner, uanset hvad grunden er til konsultationen. Det vil kræve en stor investering i uddannelse og støtte til fagpersoner i primærsektoren.

### **Interessenter som bør involveres**

· En nøgleinteressent er den kliniske kvalitets-organisation, som har ansvaret for at definere fremragende klinisk praksis. Denne interessent er i forvejen ansvarlig for at udvikle kliniske retningslinjer og vil derfor kunne opfordres til at udarbejde retningslinjer for tidlig opsporing og kort intervention.

· En anden større gruppe af interessenter består af de faglige organisationer, som repræsenterer sundhedsfaglige medarbejdere i primærsektoren. Deres engagement vil hjælpe med til at sikre, at disse retningslinjer afspejler deres professionelle perspektiv og også sikre deres godkendelse af og støtte til programmer om tidlig opsporing og kort intervention.

· En tredje kategori af interessenter udgøres af offentlige og private organisationer, som betaler for og leverer ydelser i primærsektoren. Denne kategori omfatter det offentlige sundhedssystem, lokale fonde og leverandører af sundhedsydelser, forsikringsselskaber, lokalsamfund og kommuner. Disse interessenter må overbevises om, at det koster penge at drive programmer, der udfører tidlig opsporing og kort intervention. For at understrege dette effektivt, kan det være en hjælp at udarbejde en model for virkningen og omkostningseffektiviteten ved forskellige scenarier for indførelse af disse programmer.

### **Referencer**

Anderson P, Gual A, Colom J (2005). Alcohol and primary health care: clinical guidelines on identification and brief interventions. Barcelona, Health Department of the Government of Catalonia ([http://gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/pdf/cg\\_1.pdf](http://gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/pdf/cg_1.pdf)) (16. august 2009).

Denne publikation er udgivet gennem PHEPA, et projekt som er medfinansieret af EU-kommissionen. Det samme gælder to andre publikationer, som findes nedenfor, nemlig Gual et al., 2005, og *Primary Health Care European Project on Alcohol* (PHEPA), 2009.

Babor TF, Higgins-Biddle JC (2001). *Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care*. Geneva, WHO ([http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_MSD\\_MSB\\_01.6b.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6b.pdf)) (19. august 2009).

Denne manual er skrevet for at hjælpe fagpersoner i den primære sundhedssektor – læger, sygeplejersker, lokale sundhedsmedarbejdere m.fl. – så de kan håndtere personer, hvis alkoholforbrug er blevet rikabelt eller skadeligt for deres sundhed.

Babor TF et al. (2001). *AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary care, second edition*. Geneva, WHO ([http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_MSD\\_MSB\\_01.6a.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf)) (16. august 2009).

Denne manual giver en introduktion til AUDIT og beskriver, hvordan dette værktøj kan bruges til at identificere personer med rikable eller skadelige alkoholforbrugsmønstre.

Gual A et al. (2005). *Alcohol and primary health care: training programme on identification and brief interventions*. Barcelona, Health Department of the Government of Catalonia ([http://gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/pdf/tripa\\_training\\_ok.pdf](http://gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/pdf/tripa_training_ok.pdf)) (16. august 2009).

Primary Health Care European Project on Alcohol (PHEPA) (2009). *Assessment tool report: hazardous and harmful alcohol consumption*. Barcelona, Health Department of the Government of Catalonia ([http://gencat.net/salut/phepa/units/phepa/pdf/\\_assessment\\_tool.pdf](http://gencat.net/salut/phepa/units/phepa/pdf/_assessment_tool.pdf)) (16. august 2009).

Dette værktøj kan bruges til at vurdere omfanget af bl.a. identifikation og kort intervention inden for den primære sundhedssektor. Den angiver også resultater for udvalgte europæiske lande. De enkelte landes resultater kan findes på en hjemmeside tilhørende Generalitat of Catalonia (<http://www.gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/html/en/dir532/>).

WHO (2006). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: 10th revision: version for 2007* [online database]. Geneva, WHO (<http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online>) (16. august 2009).

WHO Collaborative Project on Identification and Management of Alcohol-Related Problems in Primary Health Care (2006): *report on Phase IV: development of country-wide strategies for implementing early identification and brief intervention in primary health care*. Geneva, WHO ([http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/identification\\_management\\_alcoholproblems\\_phaseiv.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/identification_management_alcoholproblems_phaseiv.pdf)) (16. august 2009).

WHO Regional Office for Europe (2009). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Rapporten er et følgedokument til denne håndbog og leverer yderligere data om tilgængelig evidens vedrørende virkningen af programmer med tidlig identifikation og kort intervention i forbindelse med alkoholforbrug og relaterede skadevirkninger.

# DEN OFFENTLIGE BEVIDSTHED OM ALKOHOL

## Baggrund

Mange nationale alkoholstrategier og -initiativer understreger behovet for at undervise og oplyse befolkningen. Der er mange grunde til at lægge vægt på undervisning og oplysning. Nogle gange er det simpelthen et udtryk for en moralsk overbevisning om, at en befolkning bør kende til og forstå den risiko, alkohol udgør for helbredet. Men når man lægger vægt på dette aspekt, kan det i nogle tilfælde være udtryk for en overdreven tro på, at oplysning og undervisning kan løse alkoholproblemer, et synspunkt som modsiges af evidensen. Det kan også være et tegn på, at man ønsker at undgå at diskutere og indføre andre, mere effektive, tilgange til alkoholforebyggelse, f.eks. regulering af tilgængeligheden til alkohol eller forøgelse af afgifterne.

Derudover går alkoholoplysning sjældent længere end til at informere om risikoen ved alkohol, så flere kan få hjælp til at håndtere risikabelt og skadeligt alkoholforbrug, eller til at mobilisere den offentlige mening og få støtte til en effektiv alkoholpolitik. Ofte er oplysning om alkohol koncentreret om at informere om det risikable eller skadelige niveau for alkoholforbrug og om, hvordan man beregner indholdet af alkohol i en typisk drink. Den type information kan virke nyttig, men der er rent faktisk meget lidt evidens for, at den slags kampagner er effektive mht. adfærdsændringer, og ofte er niveauerne for alkoholindtag baseret på en forældet forståelse af risikoen.

Ikke desto mindre skal man ikke opgive oplysningskampagner, selv om evidensbasen tyder på, at virkningen er lille. De skal snarere forbedres, for det første ved at inddrage undersøgelser af, hvad offentligheden tror og ved, så kampagnerne kan målrettes bedre, og for det andet som middel til at etablere støtte til at indføre mere effektive alkoholpolitikker. Alle skolebørn bør også fremover modtage undervisning om alkohol, men man er nødt til at erkende, at en sådan undervisning næppe i sig selv fører til positive adfærdsændringer. Den økonomiske støtte til en sådan undervisning skal derfor stå i forhold til indsatsen. Målet skal primært være at fremme forståelse for og støtte til alkoholpolitikker, og undervisningen skal prøve at motivere personer i risikogruppen til at søge hjælp. Endelig skal man frabede sig undervisningsprogrammer, som alkoholindustrien har betalt. Den begrænsede evidens, vi har, tyder på, at

sådanne initiativer vil give bagslag og, om noget, resultere i et mere positivt syn på alkohol og alkoholindustrien. Et resultat, der kan sammenlignes med, hvad der er blevet mere klart demonstreret i en stor evidensbase om oplysning om tobak betalt af tobaksindustrien.

## **Strategier**

Offentlige oplysningskampagner om alkohol skal stå i et rimeligt forhold til emnet og koncentrere sig om at levere information om risikoen ved alkohol og den hjælp og behandling, der er til rådighed. Offentlige oplysningskampagner skal også bruges til at støtte alkoholpolitiske initiativer, som f.eks. en nedsat promillegrænse for førere af motorkøretøjer, en højere minimumsalder for at kunne købe alkohol eller afgiftsstigninger på alkohol.

Skønt evidensen for adfærdsregulering er begrænset, burde der være advarsler på alle flasker og dåser, der indeholder alkohol, i stil med dem der er på tobak. Når det én gang er indført, koster det meget lidt, og i det mindste kan advarslerne minde forbrugerne og hele samfundet om, at alkohol ikke er nogen almindelig vare.

Et undervisningsmateriale om alkohol, der skal bruges i skolen, bør ikke være for omfattende og dyrt. Det skal benytte den holistiske tilgang, der er forudsat i konceptet for den sundhedsfremmende skole. Det skal tage udgangspunkt i en praksis, der har vist sig at virke, dvs. det skal sættes ind på et relevant tidspunkt i de unge menneskers udvikling, unge fra målgruppen skal inddrages i udviklingsfasen, og det skal testes på forhånd hos både lærere og målgruppen. Man bør også forlange, at materialet er interaktivt, har til formål at udvikle nye færdigheder og fastsætter mål for adfærdsændring, der er relevante for alle deltagere. Materialet skal lægge op til, at man vender tilbage til det i de følgende år, hvorved man kan opnå en forstærkende effekt. Informationerne i materialet bør være umiddelbart og praktisk anvendelige for de unge. Materialet bør indeholde vejledning til lærerne i at arbejde interaktivt med materialet. Endelig skal materialet være lettilgængeligt og markedsføres i så stort omfang, at det bliver almindeligt kendt og udbredt.

Alkoholuddannelse og -information bør også fortsat være det offentliges ansvar og ikke alkoholindustriens. Som nævnt ovenfor har den begrænsede tilgængelige evidens vist, at de undervisningsmaterialer, industrien har betalt, har det med at give et mere positivt syn på alkohol og alkoholindustrien, end der er grund til.

## Spørgsmål til overvejelse

1. *Er offentlighedens kendskab til, meninger om og holdninger til alkohol blevet undersøgt?* Undersøgelser af særlige befolkningsgrupper – som f.eks. unge mennesker, unge kvinder, der overvejer at blive gravide, eller midaldrende mænd, der er i særlig risiko for alkoholrelaterede skadevirkninger, er særdeles nyttige, når man skal udarbejde effektiv undervisning om alkohol og informationskampagner, der retter sig mod disse grupper.

2. *Er offentlighedens syn på forskellige alkoholpolitikker blevet undersøgt?* Den type undersøgelser giver uvurderlig information om, hvilke initiativer der har offentlighedens støtte, og hvilke der ikke har. Undervisnings- og informationskampagner kan øge den offentlige forståelse for behovet for at sætte ind med alkoholpolitiske tiltag, men det er sjældent formålet med dem. Men når en politik først er implementeret, som f.eks. at nedsætte promillegrænsen for førere af motorkøretøjer, gør sådanne oplysninger det ofte lettere at gennemføre vellykkede støttekampagner.

3. *Findes der gennemgange af eksisterende undervisningsmaterialer om alkohol, der også vurderer deres virkning og anviser ideer til, hvordan de kan forbedres?* Det er usandsynligt, at denne type undervisningsmaterialer, hvad enten de er beregnet til brug i skoler eller ej, vil føre til væsentlige adfærdssændringer, men det er bestemt sandsynligt, at sådanne materialer kan forbedres, hvis man indarbejder de bedste og mest effektive undervisningsmetoder.

4. *Er der udarbejdet og udsendt evidensbaserede retningslinjer for alkoholundervisningens rolle og praksis i skolen?* At udarbejde og udsende sådanne retningslinjer kan bidrage til at etablere en sammenhængende politik for disse bestræbelser og gøre undervisningen bedre egnet til at tjene alkoholforebyggende formål.

5. *I hvilket omfang er alkoholindustrien involveret i undervisningsinitiativer?* I betragtning af den muligt negative virkning af denne type initiativer, er det vigtigt at imødegå industriens bestræbelser ved at investere tilstrækkeligt i offentlig alkoholundervisning. Det er vigtigt fortsat at levere offentligt betalt undervisning og at hindre alkoholindustriens bestræbelser på at betale eller levere undervisningsmaterialer, da de i stigende grad betragtes som en del af industriens totale marketingstrategi.

## Handlemuligheder

- *Bevar status quo*, og undlad at ændre indholdet i eller målet for alkoholundervisning. Ved at gå den vej risikerer man at bruge ressourcerne forkert og ineffektivt, f.eks. ved at anvende dårligt udarbejdede materialer. Man løber også risikoen for, at alkoholindustrien vil overtage det uddannelsesmæssige 'rum', hvilket kan risikere at påvirke eleverne på en sådan måde, at det resulterer i et øget alkoholforbrug.

- *Sæt midler af til at udarbejde nye undervisningsmaterialer og kampagner til skolerne og til offentlige informationskampagner om alkohol.* Midlerne, som afsættes til disse initiativer, skal naturligvis stå i et rimeligt forhold til deres potentielle virkning. Udformningen af materialerne bør tage udgangspunkt i en vurdering af behovet, som foretages på baggrund af resultater fra offentlige undersøgelser om alkohol. De nye undervisningsmaterialer skal give information om risikoen ved at drikke alkohol, om mulighederne for at få effektiv vejledning og behandling til at reducere et risikabelt alkoholforbrug samt oplysning om, at alkoholpolitiske tiltag virker.

- *Gennemfør undervisnings- og informationskampagner, der mobiliserer støtte til at indføre eller intensivere evidensbaseret alkoholforebyggelse.* Her kan være tale om at nedsætte promillegrænsen for at føre motorkøretøj, hæve minimumsalderen for at kunne købe alkohol og forhøje afgifterne på alkohol for at imødegå en prisudvikling, der gør alkohol mere økonomisk overkommeligt.

- *Introducer en skiftende serie med store advarsler på alle flasker og dåser, der indeholder alkohol, og på al kommerciel kommunikation om alkoholiske drikke.* Det bør være folkesundhedsorganisationerne, der formulerer advarslerne. Det indledende fokus for den type meddelelser kunne være problemer, der er umiddelbart vedkommende, som f.eks. advarsler mod at drikke under graviditeten, eller når man fører et motorkøretøj. Senere i forløbet kunne de udvides til at omtale de langsigtede alkoholrelaterede skadevirkninger, herunder højt blodtryk og kræft.

## Interessenter som bør involveres

- Nøgleinteressenter omfatter ministerier, der er ansvarlige for uddannelse, børn og familier samt kommunikation og medier. Sundhedsministeriet kan iværksætte initiativer sammen med andre myndigheder for at gennemgå effektiviteten af uddannelsesinitiativer.

- Andre vigtige interessenter er organisationer, der repræsenterer lærerne og uddannelsessektoren, samt organisationer inden for sundhedsuddannelse og sundhedsfremme. Igen kan man igangsætte fælles initiativer for at vurdere virkningen af uddannelsesinitiativer.
- Et forbrugerministerium kan være endnu en interessant, som kan samarbejde med et sundhedsministerium om at udvikle og iværksætte advarsler til forbrugerne på flasker og dåser, der indeholder alkohol.

## Referencer

Anderson P (2008). *Consumer labelling and alcoholic drinks*. Hamm, German Centre for Addiction Issues (DHS) ([http://dhs.de/makeit/cms/cms\\_upload/dhs/consumer\\_report.pdf](http://dhs.de/makeit/cms/cms_upload/dhs/consumer_report.pdf)) (17. august 2009).

Dette dokument fremlægger evidens for effekten af at benytte advarselmærkning på flasker og dåser. Det blev publiceret i *Pathways for Health*, et projekt som er medfinansieret af EU-kommissionen og ledes af DHS.

WHO Regional Office for Europe (2009). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. København, WHO Regional Office for Europe.

Rapporten er et følgedokument til denne håndbog og leverer yderligere data om tilgængelig evidens vedrørende virkningen af oplysende materialer og kampagner vedrørende alkoholforbrug og relaterede skadevirkninger.

# HANDLING I LOKALSAMFUNDET OG PÅ ARBEJDSPLADSEN

## Baggrund

Der er adskillige fordele ved at gennemføre alkoholforebyggelse på lokalsamfundsniveau.

Alkoholproblemer har umiddelbare lokale konsekvenser, som et lokalsamfund må reagere direkte på. Det må tage sig af skader og dødsfald efter trafikulykker, sørge for hospitaler og skadestuer og levere interventioner mod brug og afhængighed af alkohol. I lokalsamfundene er folks viden om alkohol – og deres bestræbelser på at håndtere eller forebygge de relaterede problemer – normalt baseret på personlige erfaringer. Når lokal alkoholpolitik taler for at fremme særlige standpunkter, kan den modstand, der kommer fra særinteresser eller andre kræfter i lokalsamfundet, tiltrække sig mediernes opmærksomhed. Det er dog vigtigt at bemærke, at lokalsamfund er ret forskellige mht. alkoholproblemer. At bo i et byområde kan i sig selv være en risikofaktor for et skadeligt højt forbrug og for risikable forbrugsmønstre, især hvis det er et område med lav social kapital,<sup>8</sup> eller når der udvikles en ‘natteøkonomi’, der genererer et højt niveau af alkoholrelaterede gener og chikanerier.

I forhold til arbejdspladsen øger et skadeligt eller episodisk stort alkoholforbrug risikoen for problemer med fravær, nedsat arbejdspræstation, medarbejdere der kommer for sent eller går for tidligt, personaleudskiftning på grund af præmatur død, lav produktivitet, utilbørlig opførsel, tyveri og andre lovovertrædelser, problemer der kræver disciplinære foranstaltninger, dårligt forhold til kollegerne og lav loyalitet mod virksomheden. Omvendt kan strukturelle faktorer på arbejdspladsen, herunder højt stressniveau og lav tilfredshed, øge risikoen for alkoholmisbrug og alkoholafhængighed.

<sup>8</sup> *Social kapital* er den individuelle og fælles tid og energi, der er til rådighed for aktiviteter som at udføre forbedringer af lokalsamfundet, at indgå i sociale netværk, borgerengagement, personlige fornøjelser og andre aktiviteter, der skaber sociale bånd mellem individer og grupper. Omstændigheder, der hindrer eller begrænser tilgængeligheden af social kapital i et lokalsamfund og blandt dets medlemmer, kan have en negativ virkning på deres sundhed og velfærd og i sidste ende på hele lokalsamfundet (US CDC, 2009).

## Strategier

Alkoholforebyggelse i lokalsamfundet kan have en god virkning i forhold til spirituskørsel, alkoholrelateret trafikdød og skader på grund af overfald. Mobilisering af lokalsamfundet er også blevet brugt til at højne bevidstheden om problemer forbundet med udskænkingssteder (f.eks. støj og aggressiv adfærd), til at udvikle specifikke løsninger og få ejerne til at erkende deres ansvar over for lokalsamfundet og gøre noget ved problemerne. Evaluering af sådanne bestræbelser i lokalsamfundet og dokumentation af græsrodsprojekter tyder på, at lokal mobilisering kan mindske aggressioner og andre alkoholrelaterede problemer på steder, der har en alkoholbevilling.

Det enkelte lokalsamfunds eller boligområdes særlige karakteristika bør spille en vigtig rolle, når man forsøger at regulere sammenhængen mellem økonomisk formåen og markedsføring af alkohol og i bestræbelserne på at nedsætte episodisk alkoholstorforbrug. Lokalsamfund med aldersgrænser for køb af alkohol, som håndhæves effektivt, har lavere niveauer for alkoholforbrug og færre tilfælde af episodisk alkoholstorforbrug. Projekter i lokalsamfundet kan mobilisere en bevidsthed og bekymring om alkoholrelaterede skadevirkninger. Hvis man måler den sociale kapital som antallet af studerende, der deltager i frivilligt arbejde, hænger et højt tal sammen med en nedsat risiko for episodisk alkoholstorforbrug, beruselse og alkoholrelaterede skader. Målt ved høj grad af tillid mellem lokalsamfundets medlemmer er stor social kapital forbundet med en mindre forekomst af ulovligt fremstillet og indkøbt alkohol.

Man kan med fordel kombinere interventioner i skoler og lokalsamfundet, bl.a. fordi bestræbelser i lokalsamfundet kan bidrage til at begrænse de unges adgang til alkohol. Lokalsamfundet kan også opmuntres til at mobilisere offentligheden til at tage fat på lokale faktorer, der medfører øget alkoholforbrug og -problemer. Det kan f.eks. dreje sig om at hindre, at man får et positivt billede af folk, der drikker, eller ved at mindske urimelige privilegier i forbindelse med alkoholforbrug. Man kan også tydeliggøre konsekvenserne for helbredet og det sociale liv, der er forbundet med risikabelt alkoholforbrug, identificere og imødegå forhold der fører til forøget alkoholforbrug, opmuntre folk til at holde op med at drikke, mindske deres alkoholforbrug eller mindske skadelige drikkemønstre, alt efter hvad der passer i situationen, samt støtte effektiv alkoholforebyggelse, både i og uden for lokalområdet.

En vigtig del af lokalsamfundets alkoholforebyggelse er mediernes støtte, som har vist sig at have en virkning på unges drikkeri og på alkoholrelaterede skader som trafikulykker og vold. Medierne kan informere offentligheden og andre vigtige interessenter i lokalsamfundet og i højere grad sætte alkohol på den politiske og offentlige dagsorden. Den øgede opmærksomhed kan føre til

en genvurdering af indsatsen over for alkohol-relaterede problemer og gøre den til et fælles ansvar blandt de relevante sektorer, som for eksempel civilsamfundet, sundhedssektoren, politi og kommunale myndigheder.

Det vigtigste kendetegn ved effektive, lokale programmer er, at de indfører og mobiliserer støtte til interventioner, som man ved virker. Det kan være love mod spirituskørsel eller en strengere håndhævelse af restriktioner for salg til mindreårige og berusede personer.

Indsætter på arbejdspladsen, som kan mindske alkoholrelaterede skadevirkninger, omfatter politikker, der fremmer alkoholfri arbejdspladser, en ledelsesstil der mindsker stress på jobbet og øger jobtilfredsheden, samt forskellige interventioner på arbejdspladsen, som f.eks. psykosocial færdighedstræning, kort intervention og informationsprogrammer om alkohol.

### **Spørgsmål til overvejelse**

*1. Findes der undersøgelser af alkoholindsatser i lokalsamfundet, herunder anbefalinger af effektive indsatser, og vejledning i, hvordan de skal tilpasses det enkelte lokalsamfunds særlige behov?* Mange lokalsamfund vil ønske at udvikle deres egne initiativer, og en samling forslag med evidensbaserede programmer vil i den forbindelse være til stor hjælp.

*2. Er der udviklet uddannelser, der støtter kapacitetsopbygning for at kunne implementere effektive alkoholprojekter i lokalsamfundet?* Der er i øjeblikket en tendens til at overføre større ansvar for forebyggende tiltag inden for folkesundhedsområdet til lokalsamfund og kommuner. Men der er ikke altid tilstrækkelig erfaring og kapacitet på det lokale niveau til effektivt at udforme, implementere og monitorere evidensbaseret forebyggelse. Det vil derfor være nyttigt at udvikle projekter, der kan opbygge en kapacitet på det lokale niveau.

*3. Findes der kapacitet til at evaluere og dokumentere alkoholforebyggelse i lokalsamfundet, så man kan lære af erfaringerne samt styrke og forbedre dem?* Forebyggelsesprogrammer i lokalsamfundet er ikke altid udformet og implementeret i overensstemmelse med evidensbaserede principper. Når man evaluerer og dokumenterer eksisterende programmer, kan man øge antallet af den type projekter, der har den største virkning.

*4. Findes der vurderinger af alkoholprogrammer på arbejdspladsen?* En sådan vurdering bør dække alkoholforebyggelse i både offentlige og private, internationale og nationale, store og små virksomheder. Den skal omfatte anbefa-

linger for, hvad der virker, og vejledning i, hvordan man skal tilpasse programmerne til særlige behov på den enkelte arbejdsplads. Mange arbejdspladser, som ikke har indført en alkoholpolitik, ønsker måske at udvikle en sådan, og en samling forslag med evidensbaseret handling ville være til stor hjælp.

*5. Er der kapacitet til at evaluere og dokumentere alkoholforebyggelse på arbejdspladsen, så man kan få erfaring for, hvordan man styrker og forbedrer en sådan indsats?* Alkoholforebyggelse på arbejdspladser bliver ikke altid udformet og implementeret i henhold til evidensbaserede principper. På dette punkt ligner de forebyggelsesprogrammer i lokalsamfundet. Når man evaluerer og dokumenterer eksisterende programmer, kan man øge antallet af den type, der har den største virkning.

## **Handlemuligheder**

- *Bevar status quo*, og undlad at udvikle programmer til alkoholforebyggelse i lokalsamfundet eller på arbejdspladsen. Det største problem her er, at hvis man ikke investerer yderligere i programmer i lokalsamfundet, har man mistet en mulighed for at mobilisere offentlighedens støtte til nye alkoholpolitiske initiativer. Dertil kommer, at det er sandsynligt, at mange eksisterende programmer i lokalområdet og på arbejdspladserne ikke er udformet optimalt og heller ikke er blevet evalueret.

- *Sørg for at udvikle ressourcer i lokalsamfundet og på arbejdspladsen til alkoholforebyggelse*. Disse ressourcer skal omfatte dokumentation for effektive alkoholprogrammer samt en analyse af de faktorer, som medvirker til et vellykket resultat i lokalsamfundet og på arbejdspladsen. De skal også omfatte redskaber til evaluering, så lederne af programmerne kan sikre, at disse faktorer er indarbejdet i udformningen og implementeringen af programmerne.

- *Etabler finansiering og udarbejd en teknik, der kan evaluere og dokumentere programmer*, så man kan styrke udformning og implementering af både nye og etablerede programmer og opnå de bedste resultater, både i lokalsamfundet og på arbejdspladsen.

- *Gennemgå den nationale lovgivning på alkoholområdet* for at se, om der er muligheder for forbedringer, der kan sikre, at lovgivningen beforder og støtter initiativer i lokalsamfundet og på arbejdspladsen og ikke hindre dem.

## Interessenter som bør involveres

· I forebyggelsesprogrammer i lokalsamfundet er nøglepartnerne netværk, der består af kommuner og lokalsamfund. Disse netværk gør det muligt at diskutere og udforme initiativer til alkoholforebyggelse.

· I forebyggelsesprogrammer på arbejdspladsen er det nødvendigt at involvere en bred vifte af interessenter, herunder ministerier, der har ansvaret for arbejdsmarkedet og beskæftigelsen samt organisationer, der repræsenterer arbejdsgivere, ansatte og fagforeningerne.

## Referencer:

The Netherlands Institute for Health Promotion (NIGZ) (2005). *Getting Evidence into Practice* [web page]. Woerden, NIGZ(<http://subsites.nigz.nl/systeem3/site2/index.cfm>) (23. august 2009).

Dette projekt udviklede det første af to værktøjer, som kan bruges til at evaluere kvaliteten af lokale forebyggelsesprogrammer. *The European Quality Instrument for Health Promotion* (EQUIHP) er udformet til at evaluere og forbedre sundhedsfremmende aktiviteter.

The Netherlands Institute for Health Promotion (NIGZ) (2009). Preffi [web page]. Woerden, NIGZ ([http://www.nigz.nl/index\\_en.cfm?act=esite.tonen&a=6&b=54](http://www.nigz.nl/index_en.cfm?act=esite.tonen&a=6&b=54)) (23. august 2009).

Der andet evalueringsværktøj, der kan bruges i forbindelse med lokale forebyggelsesprogrammer, er the *Health Promotion Effect Management Instrument* (Preffi), et diagnostisk værktøj der kan forbedre effektiviteten i sundhedsfremmende projekter. Preffi 2.0 blev introduceret i 2003, og det er udformet til fagpersoner, som er involveret i udvikling og implementering af sundhedsfremmende interventioner.

United States Centers for Disease Prevention and Control (US CDC) (2009). *Healthy places terminology: social capital* [web page]. Atlanta, CDC (<http://www.cdc.gov/healthyplaces/terminology.htm#p>) (30. august 2009).

WHO Regional Office for Europe (2009). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. København, WHO Regional Office for Europe.

Rapporten er et følgedokument til denne håndbog og leverer yderligere data om tilgængelig evidens vedrørende virkningen af forebyggelsesprogrammer i lokalsamfund og på arbejdspladser.

# MONITORERING OG EVALUERING

## Baggrund

Som det er understreget i kapitlet om handlingsplaner, bør nationale handlingsplaner og strategier, for at være effektive, omfatte målsætninger og formål, som er offentliggjort, og som man har arbejdet med. Der skal udarbejdes indsatsområder og proces- og resultatindikatorer, det hele skal anvendes og monitoreres, og der skal udarbejdes årlige rapporter, som løbende skal informere interessenterne. Regelmæssige evalueringer gør det muligt at følge fremskridt i implementeringen af den nationale plan eller strategi og er med til at udpege, hvad der virker, og hvad der ikke virker, og tilvejebringer grundlag for at gennemføre regelmæssige justeringer af planen eller strategien. Det nationale instrument og monitoreringsrapporterne skal offentliggøres, og civilsamfundet og andre interessenter skal opfordres til at kommentere og give feedback med regelmæssige mellemrum.

## Strategier

*The European Commission's Committee on Data Collection, Indicators and Definitions* (2008) har anbefalet tre hovedindikatorer for monitorering af ændringer i alkoholforbrug og alkoholrelaterede skader. Disse indikatorer måler:

1. *Forbrugets omfang* (det totale registrerede og uregistrerede forbrug per indbygger af ren alkohol i liter for voksne (15 år og derover) med særskilte indikatorer for øl, vin og spiritus).
2. *Forbrugsmønster* (indtag af mindst 60 g alkohol ved en enkelt lejlighed mindst en gang om måneden i de sidste 12 måneder).
3. *Alkoholrelaterede skadevirkninger* (tabte livsår (YLL), der skyldes alkohol, med særskilte indikatorer for kronisk sygdom og tilskadekomst).

Der er mange potentielle kilder, der kan levere data til brug for monitorering af alkohols virkninger, inklusive de følgende:

### *Data om økonomisk overkommelighed*

*Alkoholprisindekset* viser, hvor meget gennemsnitsprisen på alkohol har ændret sig, sammenlignet med en given basispris. *Detailprisindekset* er et mål for inflationen og viser, hvor meget en sammensat pris på almindelige forbrugsvarer har ændret sig, sammenlignet med deres basispris. Herefter beregnes det relative alkoholprisindeks således:

$$\text{Alkoholprisindeks} / \text{detailprisindeks} * 100$$

Resultatet viser, hvordan gennemsnitsprisen på alkohol har ændret sig i forhold til prisen på andre varer. En værdi under 100 indikerer, at prisen er steget mindre end inflationen i den undersøgte periode.

*Indekset for den disponible realindkomst pr. husstand* – minus skatter, pensionsbidrag og lignende udgifter – omsætter husstandens totale indkomst til den reelle størrelse (dvs. efter at have divideret med detailprisindekser for at korrigere for inflation). *Alkohols økonomiske tilgængelighed* er en størrelse, som indikerer, om alkohol er blevet relativt billigere eller dyrere sammenlignet med prisudviklingen på andre forbrugsvarer og med ændringer i den disponible indkomst i den samme periode. Dette tal beregnes således:

$$\frac{\text{indekset for den realindkomst pr. husstand/}}{\text{det relative alkoholprisindeks}} * 100$$

Hvis tallet er over 100, så er alkohol blevet relativt mere økonomisk overkommeligt at købe end i basisåret.

### *Tilgængelighed*

Data om alkoholtilgængelighed, udtrykt som det volumen der er solgt til privatforbrug per indbygger, kan sædvanligvis fås hos skattemyndighederne og toldvæsenet.

### *Kriminalitetsstatistikker*

Populationsbaserede undersøgelser og politirapporter kan give data om mønstre og tendenser i forbindelse med alkoholrelateret kriminalitet.

### *Undersøgelser af fødevarerforbrug*

Undersøgelser af fødevarerforbrug baseres typisk på enkeltindviders kostdag-

bøger. De kan give data om, hvilke fødevarer den pågældende person køber, og hvad vedkommende spiser og drikker, hvilket i dette tilfælde omfatter alkoholiske drikke. I dagbøgerne optegnes udgifter til og mængden af de indkøbte føde- og drikkevarer, men ikke nødvendigvis hvad personen rent faktisk indtager.

### *Generelle husstandsundersøgelser*

Generelle husstandsundersøgelser er sædvanligvis kontinuerlige undersøgelser, der via interviews indhenter oplysninger fra private husstande om en række emner. Man kan inkludere spørgsmål om drikkevaner, f.eks. for at vurdere ændringer i forekomsten af episodisk alkoholstorforbrug.

### *Statistikker for hospitalsindlæggelser*

Hospitalsindlæggelsesstatistikker registrerer indlæggelser, som klassificeres efter ICD (WHO, 2006). ICD er en international diagnose-klassifikation, der bruges til epidemiologiske formål og til en lang række styrings- og planlægningsopgaver i sundhedsvæsenet. ICD bruges til at klassificere sygdomme og andre sundhedsproblemer, der noteres i mange typer sundhedsjournaler og livsvigtige registre, f.eks. hospitalsjournaler og dødsattester. Det er WHO, der publicerer ICD, som er udkommet i 10. reviderede udgave (ICD 10). Indlæggelser på grund af tilstande, man ved, skyldes alkohol (eksempelvis alkoholisk psykose), kan suppleres med det anslåede antal indlæggelser for lidelser, der delvist kan henføres til alkohol (eksempelvis højt blodtryk), så man får et mere udførligt billede af den rolle, alkohol spiller i forbindelse med dårligt helbred.

### *ICD-10*

Den 10. revision af ICD (WHO, 2006), den sidste i en række sygdomsklassifikationer, indeholder en større reorganisering af strukturen og grupperingerne i forhold til 9. udgave. Et alfanumerisk kodesystem har erstattet det tidligere numeriske system, for eksempel er alkoholafhængighedssyndrom ændret fra 303 i ICD-9 til F10.2 i ICD-10. Omgrupperingen af klassifikationer betyder, at der ikke altid er en præcis overlappning mellem de to udgaver. F.eks. er den nærmeste ekvivalent til ICD-9 kode 571.1 (akut alkoholisk hepatitis) ICD-10 koderne K70.1 (alkoholisk hepatitis) og K70.9 (alkoholisk leversygdom, uspecificeret). Dødsfald kan også klassificeres vha. ICD-koder, suppleret med alkoholrelaterede brøkdeler for de dødsfald, der skyldes alkoholrelaterede diagnoser.

### *Omnibusundersøgelser*

Omnibusundersøgelser er statistiske studier med flere formål, som udføres af

de nationale statistiske virksomheder i de fleste af årets måneder for en række ministerier og andre organisationer. Man kan inkludere spørgsmål om alkohol på ad hoc-basis.

### *Rapporter om trafikulykker*

Rapporter om trafikulykker kan give detaljerede oplysninger om omstændighederne ved ulykken (herunder spirituskørsel), hvilke motorkøretøjer der var involveret, om tilskadekomne samt om medvirkende årsager og vigtige tendenser.

### *Undersøgelser af skoler og unge mennesker*

Mange lande deltager i *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey* (hbsc.org) and *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, ESPAD, som leverer regelmæssige data om unge menneskers alkoholforbrug.

### *Årlige rapporter om alkohol*

Baseret på de ovenfor nævnte datakilder kan man udarbejde årlige rapporter om alkohol, der som minimum skal dække følgende fire emner:

1. *Alkoholforbrug blandt voksne*, herunder tendenser inden for alkoholforbrug, typer af alkohol der indtages, socioøkonomiske variable, demografiske karakteristika, alkoholforbrug i forbindelse med graviditet, voksnes drikkeadfærd og kendskab til alkohol samt geografiske mønstre i alkoholforbruget.

2. *Alkoholforbrug hos unge under den lovpligtige minimumsalder*, herunder hvilke typer af alkohol der indtages, forskellige etniske gruppers alkoholforbrug, alkoholforbrug og mental sundhed, mindreåriges drikkeadfærd og kendskab til alkohol.

3. *Dårligt helbred på grund af alkohol*, herunder risikabelt, skadeligt og afhængighedsskabende alkoholforbrug, konsultationer om drikkeri med sundhedsfaglige personer, alkoholrelaterede hospitalsindlæggelser og alkoholrelateret dødelighed.

4. *Omkostningerne for samfundet*, herunder udgifter til alkohol, alkoholtilgængelighed og økonomisk overkommelighed, alkoholrelateret kriminalitet og trafikulykker.

## Spørgsmål til overvejelse

· *Er rutinemæssige data om alkohol nemt tilgængelige inden for en rimelig tidsramme?* Dette er det vigtigste krav, der skal opfyldes, for at man kan udarbejde en årlig, kortfattet rapport om alkohol. Der er mange forskellige data om alkohol, og de er ofte spredt i forskellige ministerier og organisationer. Disse adskilte kilder skal samles, når man skal skabe et overblik over alkoholforbruget og de alkoholrelaterede skadevirkninger, og når man vil beskrive aktuelle tendenser med henblik på at gøre det muligt at monitorere virkningen af eksisterende politikker og forebyggelsesprogrammer.

· *Medtager eksisterende undersøgelser de spørgsmål om alkohol, som er nødvendige for at skaffe de nødvendige data til en årlig rapport?* Hvis ikke, findes der ofte en række periodiske undersøgelser udført af de nationale statistikkontorer eller ministerier, hvor man nemt kan tilføje relevante spørgsmål om alkohol.

## Muligheder for handling

· *Bevar status quo.* Skønt en række lande udarbejder årlige rapporter om alkohol, som samler alle relevante data, er det sandsynligt, at hvert land kan finde måder at forbedre disse data på og styrke sine rapporteringssystemer. Derudover er det vanskeligt at forbedre eksisterende handlingsplaner og strategier, hvis man ikke har omfattende monitorering og evaluering.

· *Saml alle tilgængelige data om alkohol i en årlig rapport,* der skal dække forbrug, skadevirkninger og sociale omkostninger, og offentliggør rapporten bredt. Denne årlige rapport kunne også omfatte mere detaljeret information om et givet emne, der skifter fra år til år.

· *Raffiner de analytiske metoder, der er brugt til at generere data om alkohol.* Data for sygelighed og død skal inkludere beregningen af de brøkdele, der kan henføres til alkohol. Det er også vigtigt at anslå de sociale omkostninger, især de undgåelige sociale omkostninger, hvis man implementerer specifikke alkoholforebyggelsesinitiativer.

## Interessenter som bør involveres

· Da mange ministerier er ansvarlige for at indsamle data og udføre de forskellige undersøgelser, der kan bidrage til en årlig rapport om alkohol, kunne det

være passende at nedsætte en alkohol-task force, der skal støtte indsamlingen og tilgængeligheden af disse data. Internationalt er de europæiske lande også forpligtet til at regelmæssigt at rapportere bestemte data til WHO og (hvis de er medlemmer af EU) til EU-kommissionen.

## Referencer

Committee on Data Collection, Indicators and Definitions (2008). 1st meeting: Luxembourg, 4 December 2008: *summary report*. Luxembourg, European Communities ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/alcohol/Forum/docs/ev\\_20081204\\_mi\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/Forum/docs/ev_20081204_mi_en.pdf)) (12. juli 2009).

Komiteen er i gang med at udvikle indikatorer, der kan bruges til at monitorere implementeringen af EU-kommissionens meddelelse om alkohol fra 2006.

National Health Service (NHS) Information Centre for Health and Social Care (2008). *Statistics on alcohol: England, 2008*. London, NHS Information Centre for Health and Social Care (<http://www.ic.nhs.uk/pubs/alcohol08>) (23. august 2009).

Et eksempel på en årlig alkoholrapport fra Storbritannien.

WHO (2006). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: 10th revision: version for 2007* [online database]. Geneva, WHO (<http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online>) (16. august 2009).

WHO (2009). *Global Information System on Alcohol and Health (GISAH)* [web site]. Geneva, WHO (<http://apps.who.int/globalatlas>) (23. august 2009).

GISAH giver hurtig og nem adgang til en lang række alkoholrelaterede sundhedsindikatorer. Det er et meget vigtigt redskab til at evaluere og monitorere sundhedssituationen og tendenser, der har relation til alkoholforbruget, alkoholrelaterede skadevirkninger og virkningerne af alkoholforebyggelse i forskellige lande.