

Alkohol – ingen ‘ordinær’ vare

Et sammendrag av boken

Alcohol: No Ordinary Commodity

Forfattere:

Thomas Babor, Raul Caetano, Sally Casswell, Griffith Edwards, Norman Giesbrecht, Kathryn Graham, Joel Grube, Paul Gruenewald, Linda Hill, Harold Holder, Ross Homel, Esa Österberg, Jürgen Rehm, Robin Room og Ingeborg Rossow.

Alkohol – ingen ‘ordinær’ vare

Et sammendrag av boken

Alcohol: No Ordinary Commodity

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) ble opprettet 1. januar 2001 som en sammenslåing av Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (SIFA) og dokumentasjonsseksjonen og biblioteket i Rusmiddeldirektoratet. SIRUS har som formål å utføre og formidle forskning og dokumentasjon omkring rusmiddelspørsmål, med særlig vekt på samfunnsvitenskapelige problemstillinger. Instituttet er også kontaktpunkt for Det europeiske narkotikaovervåkningscenteret i Lisboa, EMCDDA.

Dette heftet består av to deler. En oversettelse av et sammendrag publisert i *Addiction*, no 98, p.1343–1350 av boken *Alcohol: No Ordinary Commodity – Research and public policy* (Oxford University Press 2003) av Thomas Babor, Raul Caetano, Sally Casswell, Griffith Edwards, Norman Giesbrecht, Kathryn Graham, Joel Grube, Paul Gruenewald, Linda Hill, Harold Holder, Ross Homel, Esa Österberg, Jürgen Rehm, Robin Room og Ingeborg Rossow, samt boks 16.1 og tabell 16.1 hentet og oversatt fra samme bok.

Hefet er trykket med støtte fra Sosialdepartementet.

Oversettelse: Allegro AS

Copyright Blackwell Publishing Ltd, Oxford University Press og SIRUS, 2003

ISBN 82-7171-252 -7

SIRUS
P.b. 565 Sentrum
0105 Oslo

Besøksadresse: Øvre Slottsgate 2B
Telefon: 22 34 04 00
Fax: 22 34 04 01
E-post: sirus@sirus.no
Nettadresse: <http://www.sirus.no>

Design & produksjon: Kursiv Media AS

SAMMENDRAG:

Denne artikkelen er et sammendrag av innholdet i boka "Alkohol: Ingen 'ordinær' vare – om forskning og offentlig politikk" (Babor et al. 2003). Første del av boken forklarer hvorfor alkohol ikke er noen 'ordinær' eller hvilken som helst vare, og legger fram epidemiologiske data om det globale omfanget av alkoholrelaterte problemer. Andre del av boken gjennomgår vitenskapelig dokumentasjon på effekten av strategier og tiltak som tar sikte på å forebygge eller redusere alkoholrelaterte skader: priser og avgifter, regulering av tilgjengeligheten av alkohol, tiltak på skjenkesteder, tiltak mot promillekjøring, regulering av alkoholreklame, informasjonsstiltak og holdningsskapende strategier, samt behandling. Den siste delen av boken omhandler alkoholpolitiske beslutningsprosesser på lokalt, nasjonalt og internasjonalt plan, samt en gjennomgang av evidensbaserte strategier og tiltak fra beslutningsperspektiv.

■ DEN ALKOHOLPOLITISKE AGENDA

Formålet med denne boken er å gi en oppdatert beskrivelse av forskningsresultater som har direkte relevans for alkoholpolitikk på lokalt, nasjonalt og internasjonalt plan. Alkoholpolitiske virkemidler skal beskytte befolkningens helse og sikkerhet ved å påvirke hvor mye, hvordan, og under hvilke omstendigheter alkohol drikkes samt tilgjengeligheten av helsetjenester for dem som har alkoholproblemer. Alkoholpolitikken har alltid hatt som mål å redusere alkoholens konsekvenser for befolkningens helse og sikkerhet, men det er først i den senere tid at disse strategiene og tiltakene er blitt vitenskapelig evaluert.

■ INGEN 'ORDINÆR' VARE

I mange land skaper produksjon og salg av alkoholholdige drikkevarer inntekter for gårdbrukere, produsenter, annonsører og investorer. Alkohol skaper sysselsetting i barer og restauranter og skaffer staten utenlandsk valuta ved eksport og avgiftsinntekter ved salg. Uansett hvordan vi ser på det, er alkohol en viktig vare i økonomisk forstand. Alle fordelene ved produksjon, salg og bruk av denne varen er imidlertid forbundet med store negative konsekvenser for samfunnet. Alkoholens evne til å forårsake betydelige somatiske, mentale sosiale skader kan forklares med tre viktige mekanismer, nemlig 1) fysisk toksisitet, 2) rus og 3) avhengighet.

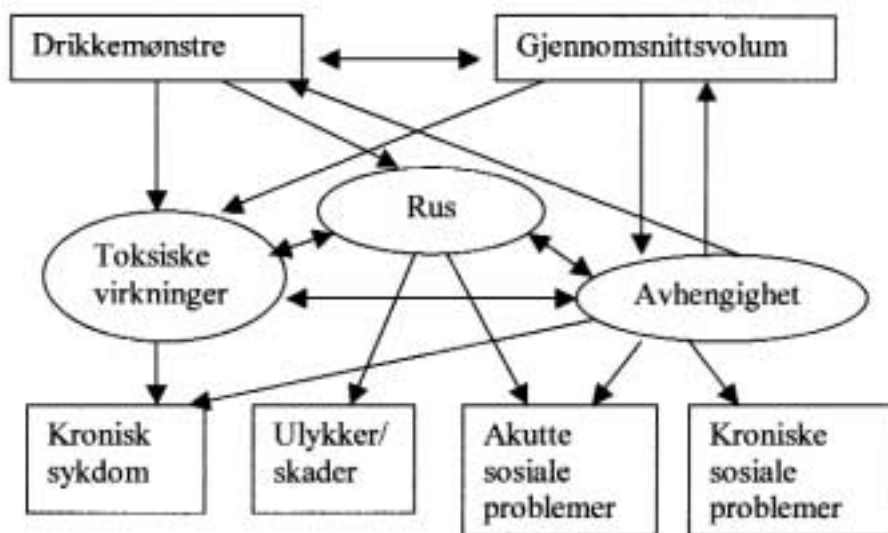
Alkohol har en toksisk virkning både direkte og indirekte på mange av kroppens organer og kretsløp. Paradoksalt nok er hovedårsaken til alkoholrelaterte skader i befolkningen knyttet til alkoholberuselse. Sammenhengen mellom rus og skadevirkninger er klar og tydelig, særlig når det gjelder vold, trafikkskader og andre skader. Alkoholavhengighet har mange medvirkende årsaker, herunder arvelig disposisjon, men det er en lidelse som oppstår ved gjentatt eksponering for alkohol – jo større alkoholforbruk, jo større risiko.

Som illustrert i fig. 1 er mekanismene for toksisitet, rus og avhengighet nært knyttet til de måtene folk bruker alkohol på, det vil si 'drikkemønstrene'. Drikkemønstre som fører til en rask økning av alkoholnivået i blodet, fører til problemer som forbindes med akutt beruselse, som ulykker, skader og vold. På samme måte vil drikkemønstre som fremmer et hyppig og stort alkoholforbruk, være forbundet med kroniske helseproblemer som skrumplever, hjerte-/karsykdom og depresjon. Endelig vil vedvarende drikking kunne føre til alkoholavhengighet. Når avhengigheten først er der, svekkes personens evne til å kontrollere hyppigheten og mengden alkohol som inntas. Dette

Alkohol en viktig vare i økonomisk forstand. Det er store negative konsekvenser av alkohol for samfunnet. Tre viktige mekanismer for skader:

- 1) fysisk toksisitet**
- 2) rus**
- 3) avhengighet**

er årsakene til at alkohol ikke er noen 'ordinær' forbruksvare, og derfor må også tiltakene for å redusere skadene i befolkningen, være avpasset etter kompleksiteten ved alkoholens farer.



Figur 1 Hvorfor alkohol ikke er noen 'ordinær' vare. Sammenhengene mellom forbruk av alkohol, medierende faktorer og alkoholrelaterte konsekvenser (gjengitt med tillatelse fra Babor et al. 2003)

■ TRENDER FOR ALKOHOLFORBRUK OG DRIKKEMØNSTRE

Alkoholforbruket varierer enormt, ikke bare fra et land til et annet, men også over tid og mellom forskjellige befolkningsgrupper. Drikkemønstrene har betydning for omfanget av alkoholrelaterte problemer, og valg av alkoholpolitiske tiltak bør sees i forhold til drikkemønstre. Det er særlig to aspekter ved alkoholforbruket som er viktig ved sammenligninger på tvers av befolkninger eller sammenligninger over tid. For det første er det totale alkoholforbruket i en befolkning en viktig indikator på antallet personer som er eksponert for store mengder alkohol. Gjennomsnittlig alkoholforbruk pr. person i den voksne befolkningen er i stor grad knyttet til utbredelsen av storforbruk, som i sin tur er knyttet til forekomsten av skader. Dessuten påvirkes forholdet mellom gjennomsnittsforkbruket og skadeomfanget av hvor stor del av befolkningen som drikker, og av måten man drikker på.

Det registrerte alkoholforbruket er høyest i den industrialiserte del av verden. Det er generelt lavere i Afrika og deler av Asia, og særlig lavt i muslimske land og på det indiske subkontinent. Vest-Europa og Russland og andre ikke-muslimske deler av den tidligere Sovjetunionen har nå det høyeste alkoholforbruket pr. innbygger, men Latin-Amerika ligger ikke langt bak.

I de senere årene har salgstall fra land med etablerte markedsøkonomier vist en liten, generell nedgang i alkoholforbruket, og trendene i tradisjonelle høykonsum- og lavkonsumland nærmer seg hverandre. Dette gjelder særlig vinproduserende land i Europa som Frankrike, Italia og Portugal, hvor nedgangen hovedsakelig skyldes redusert forbruk av vin. Imidlertid har en del av de nye økonomiene, som Kina og Thailand, en økning i forbruket av alkohol som vekker bekymring ettersom alkoholbruk der synes å være konsentrert i en mindre del av befolkningen.

Kjønnsforskjellene er store når det gjelder alkohol bruk; det er oftere menn enn kvinner som drikker. Blant dem som drikker, skjer det langt oftere at menn drikker 'mye' (dvs. så mye at de blir beruset, eller store mengder hver gang) enn at kvinner gjør det. I eldre aldersgrupper forekommer avholdenhet oftere, eventuelt at de bare drikker alkohol en sjelden gang, mens det er mer utbredt blant unge voksne å drikke seg beruset.

Storforbrukere av alkohol utgjør et mindretall i befolkningen men står for mesteparten av alkoholforbruket i samfunnet. Når alkoholforbruket går opp i et land, blir det en økning i antallet storforbrukere. Det varierer fra land til land i hvilken grad beruselse er karakteristisk for drikkemønsteret. Det er også forskjeller med hensyn til hvor beruset folk blir når de drikker, og hvordan de oppfører seg når de er beruset. I landene i Sør-Europa fører om lag ett av ti tilfeller av alkoholbruk blant ungdom til beruselse, mens alkoholbruk i nordeuropeiske land i de fleste tilfeller vil føre til beruselse.

■ HELSEMESSIGE OG SOSIALE KONSEKVENSER AV ALKOHOLBRUK

Ifølge Verdens helseorganisasjon var alkoholrelaterte dødsfall og uførhet årsak til 4,0 % av alle tapte leveår globalt i år 2000 ("The Global Burden of Disease"). Alkohol var dermed den femte viktigste risikofaktoren av 26 risikofaktorer som ble undersøkt. På verdensbasis forårsaker alkohol omtrent like mye helsetap (i form av tapte leveår) som tobakk. I industrilandene var alkohol den tredje største risikofaktoren og sto for 9,2 % av alle tapte leveår. I land med betydelig økonomisk vekst, slik som Kina, var alkohol den største risikofaktoren. Total sett skyldtes størstedelen av alkoholrelaterte tapte leveår ulykker, selvmord og voldsskader. Andelen tapte leveår pga alkohol varierte fra omtrent null blant kvinner i de overveiende muslimske områdene i det østlige Middelhav, til over 20 % blant østeuropeiske menn.

Sammenhengen mellom alkoholkonsum og risikoen for de fleste alkoholrelaterte skader kan uttrykkes gjennom bestemte dose- responsforhold. Disse dose-responsforholdene kan på individnivå være lineære, dvs at risikoen er jevnt økende med økende konsum (som f eks risikoen for brystkreft eller selvmord); de kan være akselererende, dvs at risikoen er sterkt økende ved høyt alkoholinntak (som f eks risikoen for skrumplever); eller J-formet, dvs at risikoen er lavere ved et lavt/moderat inntak sammenliknet med null-konsum eller et høyt alkoholinntak (som risikoen for hjertesykdom eller samlet dødelighet). Drikkemønstrene spiller imidlertid også en viktig rolle for omfanget av alkoholrelaterte tapte leveår, og er særlig av betydning ved koronar hjertesykdom, trafikkulykker, selvmord og brystkreft.

Moderat drikking har både positive og negative helseeffekter. Et moderat alkoholforbruk har vært knyttet til økt risiko for kreft og andre sykdomstilstander. Når det gjelder koronar hjertesykdom (CHD), tyder en del studier på at et regelmessig lavt eller moderat alkoholforbruk har en beskyttende effekt på individnivå. En slik beskyttende effekt finner man hovedsakelig for aldersgruppen over 40 år, hvor de aller fleste av disse sykdomstilfellene opptrer. Denne effekten forklarer hvorfor personer med et lavt alkoholforbruk har noe lavere dødelighet enn avholdsfolk. Studier på aggregert nivå tyder imidlertid på at en økning i alkoholforbruket i befolkningen ikke gir noen netto reduksjon i omfanget av dødelighet ved hjertesykdom på befolkningsnivå, og til og med kan være skadelig i samfunn med drikkemønstre preget av tyngre, episodisk forbruk av alkohol.

Når alkoholforbruket går opp i et land, blir det en økning i antallet storforbrukere

I industrilandene er alkohol den tredje største risikofaktoren for tapte leveår

Alkohol er helt klart forbundet med mange sosiale problemer, særlig vold

Selv om den offentlige debatten om alkoholrelaterte problemer ofte har vært konsentrert om sykdom og andre medisinske tilstander, er alkoholen også knyttet til konsekvenser på det sosiale området, den såkalt 'glemte dimensjon'. Alkohol er helt klart forbundet med mange sosiale problemer, særlig vold.

Kort sagt bidrar alkoholbruk til en vesentlig del av helseskadene både på globalt nivå og ikke minst i vestlige industriland, og alkoholbruk er i tillegg forbundet med mange negative sosiale konsekvenser.

■ STRATEGIER OG TILTAK FOR Å REDUSERE OMFANGET AV ALKOHOLRELATERTE SKADER

De betydelige forskjellene i gjennomsnittsforbruk, i drikkemønstre og i alkoholrelaterte problemer mellom ulike land, indikerer at alkoholpolitikk må skreddersys og tilpasses ulike behov i hvert samfunn. Alkoholpolitikk defineres bredt som enhver målrettet innsats eller offisiell beslutning truffet av en regjering eller en ikke-statlig gruppe med sikte på å redusere eller forebygge alkoholrelaterte konsekvenser. Politikken kan omfatte implementering av en bestemt strategi i forhold til alkoholproblemer (f.eks. øke alkoholavgiftene) eller tildeling av ressurser i tråd med prioriteringene for forebyggende arbeid eller behandlingstiltak. Noen ganger kan alkoholpolitikken føre til en utilsiktet forverring av skader, noe denne boken også tar for seg. Den gir dermed også innsikt i de negative konsekvenser som lite gjennomtenkte politiske beslutninger kan medføre.

■ PRISER OG AVGIFTER

Det er dokumentert at prisene på alkohol har betydning for forbruket. Folk som kjøper alkohol, drikker mer når prisene går ned og mindre når prisene går opp. Storforbrukere av alkohol og personer som har et alkoholproblem, synes ikke å utgjøre noe unntak fra denne regelen. Videre viser økonomiske studier at en heving av avgiftene og prisene på alkoholholdige drikkevarer er forbundet med en nedgang i alkoholrelaterte problemer.

Likevel har den reelle prisen på alkoholholdige drikkevarer i mange land gått ned i løpet av de siste femti årene, samtidig som mange andre alkoholpolitiske kontrolltiltak er blitt liberalisert eller helt forlatt. En av de viktigste årsakene til prisnedgangen er at statlige myndigheter ikke har klart å øke avgiftsnivået i takt med inflasjonen. Alkoholavgifter er et godt alkoholpolitisk virkemiddel, ettersom de skaffer staten direkte inntekter og bidrar til å redusere alkoholrelaterte skader. Den største ulempen ved å sette opp alkoholavgiftene er faren for smugling eller illegal innenlandsk alkoholproduksjon. Nettoeffekten av en avgifts- og prisøkning er imidlertid en nedgang i bruken av alkohol og i forekomsten av alkoholrelaterte problemer.

■ REGULERING AV TILGJENGELIGHETEN AV ALKOHOL

Med fysisk tilgjengelighet av alkoholholdige drikkevarer menes hvor lett det er å skaffe og drikke alkohol. De fleste land har restriksjoner på hvem som kan kjøpe og selge alkohol. Slike restriksjoner er framfor alt begrunnet i samfunnshensyn som helse, trygghet og offentlig orden. Erfaringer har vist at ekstreme restriksjoner på tilgangen på alkohol, som forbud mot alt salg av alkohol (dvs. totalforbud), kan redusere drik-

Økte avgifter og priser fører til lavere alkoholkonsum og reduksjoner i alkoholrelaterte problemer

kingen og problemene med alkohol. Likevel har slike restriksjoner gjerne negative bivirkninger, som kriminalitet knyttet til illegale markeder.

Forskning på begrensning av tilgjengeligheten av alkohol har vist at en reduksjon av åpningstider og salgsdager og en begrensning av antallet alkoholutsalg og av tilgangen til alkohol er forbundet med en nedgang både i bruken av alkohol og i alkoholrelaterte problemer. Lovgivning som hever minstealderen for kjøp av alkohol fører til redusert salg og færre problemer blant unge alkoholbrukere. Forskrifter om næringsdrivende som selger alkohol til mindreårige eller bryter andre restriksjoner, kan også være effektive, forutsatt at man kan inndra en bevilling ved brudd på vilkårene for salg av alkohol. Forskningsmaterialet tyder på at det å markedsføre og tilby drikkevarer med lavt alkoholinnhold kan være en effektiv strategi. En slik strategi kan både redusere alkoholforbruket og redusere rusnivået og dermed risikoen for skader.

En omfattende regulering av tilgjengeligheten av alkohol er gjennom statseide alkoholutsalg. Det er godt dokumentert at monopolordninger med alkoholutsalg begrenser alkoholforbruket og de alkoholrelaterte problemene, og at en oppheving av statlige monopolordninger kan føre til en økning i det totale alkoholforbruket.

Generelt kan endringer i tilgjengelighet ha stor effekt i land og samfunn hvor slike tiltak har bred støtte i befolkningen. Kostnadene ved å begrense den fysiske tilgjengeligheten av alkohol er små i forhold til de helsemessige konsekvensene av alkoholbruken, særlig når alkoholforbruket er stort. De største negative konsekvensene av begrensninger på tilgjengeligheten omfatter en økning i det illegale alkoholmarkedet (f.eks. hjemmeproduksjon, ulovlig import). Likevel er vanligvis ikke økningen i et slikt marked omfattende nok til å erstatte reduksjonen i det lovlige markedet og frambringe tilsvarende nivåer av alkoholrelaterte problemer.

■ TILTAK PÅ SERVERINGSSTEDER

Mange forebyggende tiltak tar sikte på å begrense drikkingen i sammenhenger eller miljøer hvor alkohol typisk selges og brukes. De mest effektive tiltakene omfatter håndheving av forskrifter for alkoholserving og at personale og eiere på serveringssteder med skjenkebevilling gjøres juridisk ansvarlig for det deres gjester foretar seg. Det finnes særskilte programmer, f.eks. "Ansvarlig Vertskap" ("Responsible Beverage Service" - RBS), som fokuserer på holdninger, kunnskaper, ferdigheter og praksis blant alle som er involvert i serveringen av alkoholholdige drikkevarer på steder med skjenketillatelse. Dersom disse programmene understøttes av effektive endringer i skjenkepraksis på slike serveringssteder og støttes av politiet, kan slike tiltak redusere storforbruket av alkohol og høyrisikodrikking. I tillegg til programmer som retter seg mot skjenkepraksis, blir det stadig bedre dokumentert at opplæring av personell i teknikker for å håndtere problematferd kan redusere aggresjonsnivået og volden på skjenkesteder.

Lokalsamfunnstiltak er blitt brukt for å øke bevisstheten i befolkningen om problemene som knytter seg til drikking på skjenkesteder, utvikle konkrete løsninger på problemene og presse eierne til å erkjenne at de har et samfunnsansvar når det gjelder f.eks. støynivå og gjestenes atferd. Å mobilisere lokalsamfunnet kan være en vellykket strategi for å redusere aggresjon og andre problemer i tilknytning til drikking på steder med skjenkebevilling, men om disse tiltakene vil gi resultater også på lengre sikt, gjenstår fortsatt å se.

Begrensning av tilgjengelighet gir nedgang i alkoholbruk og i alkoholrelaterte problemer

Inndragning av førerkort ved promillekjøring kan redusere omfanget av ulykker

Tilfeldige promillekontroller har god effekt for å redusere omfanget av promillekjøring

Lav promillegrense gir reduksjon i omfanget av trafikkdødsfall

Andre tilnæringsmåter omfatter tiltak som kan redusere skaderisikoen for berusede personer (tryggere inventar), samt en atferdsendring hos tilskuere og ofre. Forskning har vist at innføring og håndheving av en politikk som gjør skjenkestedene tryggere, er forbundet med lavere nivåer av beruselse og problemer. Mange steder, framfor alt i Australia, har de innført frivillige regler for lokale bareiere med sikte på å begrense de største risikofaktorene for vold og andre alkoholrelaterte problemer.

■ TILTAK MOT PROMILLEKJØRING

Tradisjonelt har politiinnsatsen mot promillekjøring tatt sikte på å ta overtredene, ut fra en forutsetning om at man dermed vil forhindre eller skremme folk fra å kjøre med promille. Man har da gjerne satt opp strafferammen for promillekjøring, enten ved at maksimumsstraffen er økt eller ved at det er innført en obligatorisk minimumsstraff. Det er imidlertid begrenset dokumentasjon på at denne typen lovtiltak har positiv effekt, og et viktig moment i denne sammenhengen er at det skjer en rask reaksjon, dvs. at det ikke går for lang tid fra lovovertrедelsen skjer, til vedkommende blir straffet. Den eneste typen straff som konsekvent synes å ha en positiv effekt på promillekjøring, er førerkortinndragelse, altså en administrativ sanksjon. Tap av førerkort kan være effektivt for å forhindre ulykker hvor alkohol er involvert så vel som andre ulykker.

Det er viktig at folk oppfatter at det er en viss sannsynlighet for å bli tatt og straffet dersom man kjører med promille. En slik oppfatning kan styrkes ved å øke hyppigheten og synligheten av promillekontroller. Den tradisjonelle metoden for å øke folks oppfatning av sannsynligheten for å bli tatt, er ganske enkelt å intensivere politikontrollene med alkotesting på utvalgte kontrollposter. En mer effektiv tilnærming er vilkårlige promillekontroller. Bilførerne stoppes vilkårlig av politiet og blir bedt om å avgi en blåseprøve selv om de ikke mistenkes for noe lovbrudd eller for å ha vært involvert i en ulykke. Det er ganske god dokumentasjon for at godt synlige, tilfeldige promillekontroller kan ha langvarig effekt mht å redusere forekomsten av promillekjøring og kollisjoner, skader og dødsfallsom følge av promillekjøring.

Kombinert med politiets innsats har innføringen av nedsatte promillegrenser i nasjonale lovverk vært en vellykket måte å redusere forekomsten av kjøring i alkoholpåvirket tilstand. Forskningsmaterialet indikerer at dersom promillegrensen settes på et rimelig lavt nivå (f.eks. 0,8) oppnås en vesentlig reduksjon i antallet alkoholrelaterte trafikkdødsfall.

I mange land er det også tatt i bruk behandlingsprogrammer som et alternativ til straff. Undersøkelser fra noen land tilsier at omfattende behandling pluss inndragning av førerkort, er effektivt for å redusere gjentatt promillekjøring. De programmene som har lyktes, har vært godt strukturert, omfatter mer enn informasjonsformidling om alkoholmisbruk, gjennomføres over mer enn ti uker og omfatter rettslige pålegg om frammøte.

En annen tilnærming til bilførere som har høy risiko for gjentatt promillekjøring, er å bruke en sperre på tenningslåsen som gjør det umulig å starte bilen før bilføreren har tatt en promilletest (blåseprøve). Slike innretninger har vært svært effektive for mange alkoholpåvirkede bilførere, men de er ikke blitt prøvd ut i noe særlig omfang utenfor Canada og USA.

Generelt er unge bilførere (i USA er dette ungdom i alderen 16-20) mer utsatt for trafikkulykker, særlig kollisjoner hvor alkohol er involvert, både fordi de har begrenset erfaring som bilførere og fordi de oftere drikker seg fulle. Tradisjonelle tiltak, - som føreropplæring og skolebaserte informasjonstiltak er enten uten virkning eller har gitt blandede resultater. Ett effektivt tiltak har vært bruken av 'begrensete' førerkort (graduated licencing) for nye bilførere, med tidsbegrensninger og andre vilkår for kjøring i løpet av de første par årene man har førerkort.

Forskningsfunn indikerer altså at tiltakene mot promillekjøring gjennomgående innebærer en reduksjon på mellom 5 % og 30 % av skadene knyttet til promillekjøring. Metoder som f.eks. vilkårlig promilletesting, fører til få arrestasjoner, men er svært effektive når det gjelder å redusere antallet ulykker. Det at en del påvirkede bilførere konsekvent bidrar til dødstallene på veiene, bør ikke trekke oppmerksomheten bort fra de betydelige resultatene som er oppnådd i løpet av de siste tiårene.

■ REGULERING AV ALKOHOLREKLAME

Markedsføringen av alkohol er en verdensomspennende industri. Det er reklame for alkohol på tv, på radio og i pressen og salgsfremmende tiltak i butikker og på internett. Ved å bli eksponert for gjentatt, høyt profilert alkoholreklame, får man formidlet en positiv holdning til alkohol og øker sannsynligheten for et stort alkoholforbruk. Alkoholreklame gjør mindreårige mottakelige for alkohol lenge før de har lov til å kjøpe varen. Det er påvist at reklame fremmer og styrker oppfatninger om at drikking er positivt, glamorøst og ganske ufarlig.

Lovgivning som legger begrensninger på reklame for alkohol er en godt etablert forholdsregel som brukes av myndigheter over hele verden, til tross for motstanden fra alkoholindustrien. Noen steder er forbudet bare delvis og gjelder bare brennevin, visse klokkeslett på tv eller bare statseide medier. Slike forbud fungerer ofte parallelt med visse regler for selvregulering som tillatte former for alkoholreklame er underlagt. Mange land har i varierende grad begrenset alkoholreklame. Selv om det ser ut til at slike begrensninger ikke har medført noen større nedgang i drikkingen og i de alkoholrelaterte skadene på kort sikt, har land som har strengere restriksjoner på reklame, likevel mindre drikking og færre alkoholrelaterte problemer.

Til tross for alkoholindustriens påstander om at de følger reglene for ansvarlig markedsføring, tar ikke selvreguleringen tilstrekkelig hensyn til de skadelige konsekvensene av markedsføringspraksisen. Selvregulering har tendens til å være upålitelig og stort sett ineffektiv. Selvregulering kan fungere bedre dersom mediene, reklamebransjen og alkoholindustrien alle er involvert, og et uavhengig organ har myndighet til å godkjenne eller forby reklame, avgjøre klager og ilegge sanksjoner. Få land har pr. i dag alle disse komponentene på plass.

■ INFORMASJONSTILTAK OG HOLDNINGSSKAPENDE STRATEGIER

Skolebaserte alkoholinformasjonsprogrammer er funnet å øke kunnskapen og endre holdningene til alkohol og andre rusmidler, men det faktiske nivået av rusmiddelbruk endres ikke. Metoder som baserer seg på verdivalg, selvfølelse, allmenne sosiale ferdigheter, samt 'alternative' metoder som omfatter aktiviteter som er uforenlige med alkoholbruk (f.eks. idrett), har også liten virkning. Mange av dagens skolebaserte pro-

Informasjons- og holdningsskapende tiltak har i beste fall liten kortvarig effekt og ingen vedvarende effekt

grammer omfatter både trening i grensesetting (f eks å tørre å si 'nei') og forsøk på å korrigere ungdommenes tendens til å overvurdere antallet jevnaldrende som drikker. Vitenskapelige evalueringer av disse programmene har gitt blandende resultater, oftest med beskjedne virkninger som er kortlivede hvis de ikke følges kontinuerlig opp. En del programmer omfatter både informasjon til elevene og tiltak rettet mot familier eller lokalsamfunn. Evalueringene viser at til og med slike omfattende programmer ofte heller ikke er tilstrekkelige til å utsette debuten eller til å få en eventuell liten reduksjon i drikkingen til å vare etter at programmet er slutt.

Offentlige mediekampanjer brukes gjerne til å spre budskap fra helsemyndigheter og frivillige organisasjoner om bl.a. ansvarlig omgang med alkohol og farene ved promillekjøring. Til tross for gode intensjoner er slike offentlige kampanjer oftest ineffektive, og lykkes ikke i å motvirke budskapene som fremmer drikking.

Motreklame og advarselsmerking omfatter spredning av informasjon om et produkt, dets virkninger og den industrien som markedsfører det, med sikte på å gjøre det mindre tiltrekkende og redusere bruken av det. Dette kan f eks være helseadvarsler på emballasjen, som advarslene om at bruk av alkohol under graviditet kan skade fosteret. Selv om en stor del av befolkningen rapporterer at de ser disse advarslene, tyder forskning på at eksponering for advarslene ikke medfører noen atferdsendring som sådan.

Sett under ett synes informasjonstiltak og holdningsskapende tiltak i beste fall å ha liten effekt. Og der slike positive effekter faktisk er påvist, har de tendens til ikke å vare ved.

■ BEHANDLINGSTILBUD OG TIDLIGE INTERVENSJONER

I tillegg til at behandling har verdi ved at den reduserer lidelser, kan behandling betraktes som en form for forebygging.

Behandling av alkoholproblemer omfatter en rekke tjenester, fra diagnostisering til terapeutiske tiltak og oppfølging. Dette finnes mer enn 40 ulike behandlingsmetoder, ("treatment modalities"), som har vært evaluert i randomiserte kliniske forsøk. Behandling gjennomføres bl.a. i frittstående botiltak, psykiatriske sykehus, somatiske sykehus, polikliniske enheter og innenfor primærhelsetjenesten.

Det finnes ingen entydig dokumentasjon på at intensiv behandling med innleggelse i institusjon gir bedre resultater enn intensiv poliklinisk behandling. Likevel kan døgnbehandling være indisert for pasienter som: 1) er svært behandlingsresistente, 2) har begrensede økonomiske ressurser, 3) har omgivelser som ikke fremmer bedring/rehabilitering, og 4) i tillegg også har mer alvorlige medisinske eller psykiatriske lidelser. Hovedtyngden av forskningen tilsier at behandlingsmetoder som går på atferdsendring sannsynligvis er mer effektive enn innsiktsorienterte behandlingsmetoder. Nyere forskning indikerer også at 12-trinnsmetoden, som er basert på Anonyme Alkoholikeres (AA) prinsipper, er like effektiv som mer teoretisk funderte behandlingsmetoder. Generelt kan det sies at når en pasient påbegynner en behandling, vil enhver behandlingseksponering øke muligheten for betydelige reduksjoner i alkoholforbruk og alkoholrelaterte problemer, uansett hvilken type behandling som iverksettes.

Legemiddelindustrien har i løpet av det siste tiåret begynt å interessere seg for legemidler til behandling av alkoholavhengighet, og flere preparater er nå tilgjengelige i USA og Europa. Naltrexon er egentlig en opiatantagonist, men etter at studier viste god effekt av dette i kombinasjon med psykoterapi, er det i 1990-årene blitt tilgjengelig for medisinsk behandling av alkoholavhengighet. Acamprosat (kalsiumacetyaminopropan-sulfonat) har også vist gode effekter når det gjelder å forebygge tilbakefall.

Selvhjelpsgrupper, bestående av alkoholikere under rehabilitering, betraktes ikke formelt som en behandlingsform, men vil ofte være rimelige erstatninger, alternativer og supplement til behandling. Selvhjelpsgrupper basert på AAs 12-trinnsprogram finnes nå over hele verden. Forskning har vist at selvhjelpsgrupper i tillegg til et behandlingsopplegg gir bedre effekter, og at selv bare det å gå på møter i AA kan være bedre enn ingenting.

I motsetning til behandling som gis i spesialiserte tiltak, består kortvarige tidlige intervensjoner av kartlegging av alkoholproblemer og deretter rådgivning i løpet av en til tre sesjoner med helsepersonell, gjerne i primærhelsetjenesten. Dokumentasjonen fra en rekke randomiserte kontrollerte forsøk (gjennomført i ulike tiltak) indikerer at man med slik tidlig intervensjon kan oppnå betydelige endringer i drikkeatferd og alkoholrelaterte problemer hos pasienter som har et høyt alkoholforbruk, men som ikke er alkoholikere.

■ ALKOHOLPOLITIKK I EN INTERNASJONAL KONTEKST

I en verden preget av økt globalisering av handelen, har nasjonal og lokal alkoholpolitikk kommet under stadig større internasjonalt press. I løpet av de siste 50 årene har alkoholpolitikken blitt stadig mer sammenfallende i de europeiske landene. Trendene har også vært mer sammenfallende når det gjelder beskatning av alkoholholdige drikkevarer, selv om særavgiftene fortsatt er klart lavest i de landene som har egen vinproduksjon og høyest i de nordiske landene og i Irland og Storbritannia. I Nord-Amerika har myndighetene i løpet av de siste tiårene mange steder gradvis bygget ned kontrollen med alkohol, parallelt med at det er innført andre vesentlige endringer, som privatisering av alkoholutsalgene. Alkoholavgiftene har ikke holdt tritt med inflasjonen. Samtidig har det vært satset mye på informasjonstiltak og politiinn-sats for å få bukt med promillekjøring.

En tilsvarende utvikling har funnet sted i andre deler av verden. For eksempel har kommunistregimenes fall i det tidligere Sovjetunionen og Øst-Europa ført til at kontrollen med alkohol, og da spesielt kontrollen med tilgjengeligheten av alkohol, er blitt vesentlig redusert. På den annen side vedtok mange østeuropeiske land nasjonale alkoholprogrammer i 1990-årene, inspirert av Den europeiske handlingsplanen mot alkohol, eller de deltok i prosjekter med sikte på å styrke lokal alkoholkontroll.

En overordnet alkoholpolitikk rettet mot befolkningen generelt, har fellesskapets beste som siktemål. I mange industriland har en slik alkoholpolitikk blitt svekket eller nedbygget, ofte etter press fra 'strukturtilpasningsprogrammer' i regi av internasjonale utviklingsorganisasjoner. Politikken fra tidligere år er blitt gradvis erodert, blant annet ved privatisering av statsmonopoler, reell nedgang i avgifter pga. inflasjonen, og utvidede åpningstider. Samtidig har imidlertid folk flest begynt å bekymre seg for hvilke problemer alkoholen fører med seg, selv om denne bekymringen bare spora-

Kortvarige tidlige intervensjoner kan gi betydelige endringer i drikkeatferd og alkoholrelaterte problemer

disk har kommet til uttrykk politisk. Mange land har utvidet omfanget av informasjonstiltak, – selv om forskningen har vist at de er virkningsløse, og tiltak for å redusere omfanget av promillekjøring.

Svekkelsen av nasjonal og lokal alkoholpolitikk er blant annet en konsekvens av internasjonale handelsavtaler og felles markeder. I den grad alkohol betraktes som en ordinær vare, har disse avtalene ofte har vært til hinder for gjennomføringen av en meningsfull og effektiv politikk for alkoholkontroll.

■ DEN POLITISKE ARENA

Hvem lager alkoholpolitikken? Svaret vil variere fra land til land og i forhold til hvilket myndighetsnivå som har ansvar for alkoholpolitikken i det enkelte land. Innenfor hvert område på den politiske arena foregår det et samspill mellom ulike interessegrupper.

På nasjonalt plan er det avgjørende å ha lover og forskrifter som danner rammen for støtten til effektive tiltak for å redusere alkoholrelaterte problemer. Lovhjemmelen for politikken for forebygging og behandling er ofte fastsatt i føderale og nasjonale lover.

I mange land er det ingen som ivaretar samfunnets interesser, som dermed oftest må forsvares av frivillige organisasjoner. Disse har noen ganger trukket inn interessegrupper som representerer ofrene for alkoholrelaterte skader, f.eks. Mødre mot promillekjøring ('Mothers Against Drunk Driving'). I den senere tid har helsevesenet også viet alkoholproblematikken større oppmerksomhet.

Massemediene spiller en dominerende rolle i dagens kultur og kan derfor ha betydelig innflytelse på den politiske debatten nasjonalt og lokalt. Dekningen i mediene får betydning for hvorvidt beslutningstakerne oppfatter et problem og for deres oppfatning av hvor alvorlig dette problemet er. På denne måten blir det massemedia som 'setter dagsorden'.

Grupper som er involvert i kommersiell produksjon og salg er ofte nøkkelaktører i den politiske debatten. Med støtte i markedsliberale verdier og begreper har alkoholindustrien stadig oftere engasjert seg på den politiske arena for å beskytte sine kommersielle interesser. I en del land er denne industrien den dominerende ikke-statlige aktøren i de fora beslutninger tas. Selv om alkoholindustrien ikke er ensartet når det gjelder motiver, makt eller virkemåte, kommer dens kommersielle interesser ofte i konflikt med tiltak for å sikre befolkningens helse og trygghet.

En vurdering av de ulike aktørene på den alkoholpolitiske arena kan øke vår forståelse av følgende grunnleggende konklusjon: alkoholpolitikken er ofte et produkt av konkurrerende interesser, verdier og ideologier. Det er nødvendig å ha god forståelse av hvordan alkoholpolitikken formes, og den politiske prosessen må være åpnere og ta mer hensyn til borgernes behov – det er tross alt de som er sluttbrukerne av enhver ny politikk.

■ ALKOHOLPOLITIKK: EN FORBRUKERVEILEDNING

Forskjellen mellom god og dårlig alkoholpolitikk er ingen abstrakt størrelse men tvert imot et spørsmål om liv og død. Forskningen kan gi svar på hvilke strategier som har størst sjanse til å lykkes med å realisere de folkehelsepolitiske intensjonene, og hvilke som vil være mindre effektive eller til og med uvirksomme, virke avledende og bare være ressursødende. Basert på arbeid som tidligere er gjort på dette området, har vi vurdert 32 typer alkoholpolitiske tiltak som er gjennomgått i boken, etter fire hovedkriterier: 1) dokumentasjon på effektivitet i gode studier, 2) omfang av studier og konsistens i funnene, 3) i hvilken grad samme type forskningsfunn er gjort i flere land og kulturer, og 4) relative kostnader med hensyn til tid, ressurser og penger for å implementere (og vedlikeholde) tiltaket.

Generelt er regulering av tilgjengelighet og bruken av alkoholavgifter meget effektive virkemidler. Ettersom disse strategiene favner meget bredt og kan gjennomføres til relativt lave kostnader, er den forventede effekten av disse tiltakene for å redusere alkoholrelaterte problemer, forholdsvis høy. De fleste tiltak mot promillekjøring ble også høyt vurdert når det gjaldt effektivitet. Ikke bare er disse tiltakene godt forskningsmessig underbygget, men de synes også å kunne anvendes i de fleste land, samtidig som de er forholdsvis rimelige å gjennomføre og opprettholde.

Derimot er den forventede effekten lav når det gjelder skolebaserte undervisningsprogrammer og generelle informasjonskampanjer mot alkohol. Selv om nedslagsfeltet for slike opplegg er stort, er effekten av disse programmene dårlig. Til tross for at de er greie å gjennomføre, er de lite kostnadseffektive og til liten nytte.

Strategier for behandling og tidlig intervensjon er i beste fall bare middels effektive. På befolkningsnivå er effekten av slike strategier begrenset i og med at bare den relativt lille delen av befolkningen som søker spesialisert behandling for alkoholproblemer, vil ha nytte av den. Selv om det å ha et behandlingstilbud er en plikt for et humant samfunn, vil effekten på omfanget av det aktuelle alkoholproblemet i befolkningen som helhet nødvendigvis være begrenset.

Tiltak på skjenkesteder har et begrenset potensiale i forhold til å redusere omfanget av alkoholrelaterte problemer på befolkningsnivå ettersom det i de fleste industriland bare er en mindre del av forbruket skjer i barer og på restauranter. Likevel medfører drikking på skjenkesteder ofte problemer. Et stadig tilbakevendende tema i denne litteraturen er også betydningen av å håndheve lover og forskrifter.

Følgende 10 alkoholpolitiske virkemidler framstår som 'best practice':

- Aldersgrense for kjøp av alkohol,
- Statsmonopol for salg av alkohol,
- Begrensninger med hensyn til salgstider/-dager,
- Begrensninger av antall utsalg,
- Alkoholavgifter,
- Promillegrense,
- Promillekontroller,
- Inndragning av førerkort ved promillekjøring,
- førerkort med begrensninger ('graduated licences') for nye bilførere, samt
- Kortvarige tidlige intervensjoner overfor pasienter med høyt alkoholforbruk

Effektive virkemidler er regulering av tilgjengelighet, alkoholavgifter og tiltak mot promillekjøring

Informasjon og undervisning er lite effektive tiltak

Begrenset effekt av behandling og tidlig intervensjon på befolkningsnivå

Alkoholpolitikken kan være effektiv både på lokalt plan og på nasjonalt plan. På hvert av disse nivåene kan alkoholpolitikken være rettet mot befolkningen generelt, mot forbrukere med høy risiko for problemer og mot personer som allerede har alkoholrelaterte problemer. Ett alkoholpolitisk tiltak kan sjelden fungere uavhengig eller isolert fra andre slike tiltak. Ulike supplerende tiltak med felles målsetting er en strategi som har større sjanse for å lykkes enn strategier bestående av ett eller få enkeltstående tiltak. For å få størst mulig effekt av en alkoholpolitikk, trengs mange ulike tiltak som i sum dekker et bredt spekter av intervensjoner.

Dette betyr at vi har større muligheter enn noen gang før til å føre en evidensbasert alkoholpolitikk som tjener samfunnets beste. Imidlertid er politikk som tar sikte på å få bukt med alkoholrelaterte problemer, altfor sjelden vitenskapelig fundert, og det er fortsatt altfor mange tilfeller hvor politikken omfatter strategier og tiltak som verken er effektive eller blir evaluert. Fordi alkohol ikke er noen 'ordinær' vare, har allmennheten rett til å forvente en mer opplyst tilnærming til alkoholpolitikken.

■ OM FORFATTERNE

The Alcohol and Public Policy Group består av Thomas Babor, Raul Caetano, Sally Casswell, Griffith Edwards, Norman Giesbrecht, Kathryn Graham, Joel Grube, Paul Gruenewald, Linda Hill, Harold Holder, Ross Homel, Esa Österberg, Jürgen Rehm, Robin Room og Ingeborg Rossow.

Boken er delfinansiert av Verdens helseorganisasjon (WHOs regionkontor for Europa og hovedkontor i Genève) og The Society for the Study of Addiction. Funnene og konklusjonene er basert på konsensus mellom de 15 medforfatterne. Ingen av organisasjonene som har støttet publikasjonen økonomisk eller andre organisasjoner har gitt medforfatterne noen direkte eller indirekte støtte som kan medføre noen interessekonflikt.

REFERANSE

Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Gruenewald, P., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Österberg, E., Rehm, J., Room, R. & Rossow, I.

(2003) Alcohol: No Ordinary Commodity—Research and Public Policy. Oxford and London: Oxford University Press.

Boks 16.1. Dokumentasjonskriterier for evaluering av forebyggende strategier og tiltak

Dokumentasjon på effektivitet — Dette kriteriet viser til den vitenskapelige dokumentasjonen på at en bestemt strategi er effektiv med hensyn til å redusere alkoholforbruk, alkoholrelaterte problemer eller de kostnader dette medfører for samfunnet. Her snakker vi om den generelle konklusjonen en fornuftig person kan trekke på grunnlag av forskningens kvalitet og graden av effekt både under idealiserte vitenskapelige forhold (studier av effekter) og i en reell situasjon (studier av effektivitet). For å komme i betraktning i dette kompendiet må strategiene som et minstekrav ha vært grundig undersøkt i minst én velformulert studie som også har vurdert alternative og konkurrerende forklaringer. Bare studier som oppfylte vitenskapelige minstestandarder ble brukt i disse evalueringene, idet det særlig ble lagt vekt på kravene til dokumentasjon (kapittel 5) og studiene sitert i del III. Følgende veiledende skala ble brukt:

- 0 Dokumentasjonen indikerer mangel på effektivitet
- + Dokumentasjon på begrenset effektivitet
- ++ Dokumentasjon på moderat effektivitet
- +++ Dokumentasjon på høy grad av effektivitet
- ? Ingen studier er iverksatt eller foreliggende dokumentasjon er utilstrekkelig for bedømmelse.

Bredden av underliggende forskningsmateriale — Her har vi tatt for oss antallet vitenskapelige studier og graden av sammenfall for resultatene, mens effektivitetskriteriet gjelder tendensen i dokumentasjonen uavhengig av antall studier. Den høyeste skåren ble påvirket av tilgjengeligheten av integrative gjennomganger og metaanalyser. Bredden i det underliggende forskningsmaterialet ble evaluert uavhengig av effektivitetsskåren (slik at en strategi faktisk kan få lav skåre på effektivitet men likevel få en høy skåre på bredden av forskningsmaterialet som ligger til grunn for vurderingen). Følgende veiledende skala ble brukt:

- 0 Ingen effektivitetsstudier er gjennomført
- + Bare én velformulert effektivitetsstudie er fullført
- ++ Fra 2 til 4 effektivitetsstudier er fullført
- +++ 5 eller flere effektivitetsstudier er fullført
- ? Foreliggende dokumentasjon er utilstrekkelig for bedømmelse.

Testet på tvers av kulturer — Dette kriteriet går på den geografiske og kulturelle bredden som den enkelte strategi faktisk er gjennomført og utprøvd i. Den viser til graden av soliditet på den internasjonale eller flernasjonale utprøvingen av en strategi samt i hvilket omfang en strategi er anvendelig for flere land og kulturer. Følgende veiledende skala ble brukt:

- 0 Strategien er ikke hensiktsmessig utprøvd
- + Strategien er bare studert i ett land eller synes å være spesifikk for ett land.
- ++ Strategien er studert i 2 til 4 land eller synes relevant for mer enn ett land men er kanskje kulturelt betinget.

+++ Strategien er studert i 5 land eller mer eller synes å være relevant for et stort antall land.

? Det foreligger utilstrekkelig informasjon for å gjøre noen bedømmelse.

Kostnader ved å implementere og vedlikeholde tiltaket — Dette kriteriet tar sikte på å estimere de relative økonomiske kostnadene for staten ved å innføre, gjennomføre og opprettholde denne strategien, uten hensyn til effektivitet. For eksempel koster ikke en økning i alkoholavgiftene staten mye, men det kan bli dyrt for forbrukerne. Følgende veiledende skala ble brukt:

Lave	Lave kostnader ved innføring og opprettholdelse
Middels	Middels kostnader ved innføring og opprettholdelse
Høye	Høye kostnader ved innføring og opprettholdelse

Tabell 16.1 Sammenheng av skårer for alkoholpolitiske tiltak og strategier

	Effektivitet	Bredden i forskningsmaterialet	Tverrkulturell testing	Kostnader	Målgruppe ^a (TG) og merknader
Regulering av fysisk tilgjengelighet					
Totalforbud mot salg	+++	+++	++	Høye	TG = GP; Store bivirkninger i form av et kriminalisert svart marked, som koster mye å bli kvitt. Lite effektivt uten aktiv håndheving
Minstealder for kjøp	+++	+++	++	Lave	TG = HR; Reduserer risikofyllt av alkohol drikking, men fjerner ikke drikking helt. Lite effektivt uten aktiv håndheving
Rasjonering	++	++	++	Høye	TG = HD; Berører spesielt storforbrukere; vanskelig å gjennomføre
Statlig monopol på alkoholsalg	+++	+++	++	Lave	TG = GP; Effektivt bare om begrunnet i samfunnshensyn som helse og offentlig orden
Salgstider og -dager	++	+++	++	Lave	TG = GP; Effektivt under visse forutsetninger. Lite effektivt uten aktiv håndheving
Tetthet for utsalgssteder	++	+++	++	Lave	TG = GP; Mye lettere å gjennomføre før tettheten blir for stor, pga. økonomiske interesser.
Juridisk ansvar for skjenkestedet	+++	+	+	Lave	TG = HR; Påkrevd juridisk definisjon av ansvar hovedsakelig bare i Nord-Amerika
Ulik tilgjengelighet avhengig av alkoholstyrke	++	++	+	Lave	TG = GP; For det meste prøvd ut i forhold til alkoholstyrke på øl
Priser og avgifter					
Avgifter	+++	+++	+++	Lave	TG = GP; Effektivitet avhenger av at staten har overoppsyn med og kontroll med alkoholproduksjon og -distribusjon. Høye avgifter kan føre til økt smugling og ulovlig produksjon
Tiltak på skjenkesteder og i andre drikkekontekster					
Opplæring av personale på skjenkesteder til ikke å skjenke berusede personer	+	+++	++	Moderate	TG = HR; Kun opplæring er utilstrekkelig. Kontroll med håndhevelse er nødvendig
Opplæring av personale og ledere på skjenkesteder i forebygging av aggresjon	+	+	+	Moderate	TG = HR
Frivillige regler for skjenkepraksis	0	+	+	Lave	TG = HR; Lite effektivt uten aktiv håndheving
Håndheving av regler for steder med skjenkebevilling	++	+	++	Høye	TG = HR; Overholdelse avhenger av oppfatninger om sannsynlighet for å bli tatt
Fremme alkoholfrie aktiviteter og begivenheter	0	++	+	Høye	TG = GP; Studier av alternative tiltak for ungdom
Mobilisering av lokalsamfunnet	++	++	+	Høye	TG = GP; Det er ikke dokumentert at endringene varer ved

	Effektivitet	Bredden i forskningsmaterialet	Tverrkulturell testing	Kostnader	Målgruppe ^a (TG) og merknader
Informasjonstiltak og holdningsskapning					
Alkoholinformasjon i skolene	O ^b	+++	++	Høye	TG = HR; Kan øke kunnskapsnivå og føre til holdningsendring men har ingen effekt på drikkingen
Informasjon i videregående skole	O	+	+	Høye	TG = HR; Kan øke kunnskapsnivå og føre til holdningsendring men har ingen effekt på drikkingen
Offentlige mediekampanjer	O	+++	++	Middels	TG = GP; Viser til kampanjer for å begrense drikkingen; Budskap for å øke støtten til politikken er ikke testet
Advarselsmerking	O	+	+	Lave	TG = GP; Effekt på bevissthet om advarslene, ingen effekt på atferden
Regulering av alkoholreklame					
Reklameforbud	+ ^c	++	++	Lave	TG = GP; Sterk motstand i alkoholindustrien; kan omgås ved å plassere produktene på tv og film.
Kontroll med reklamens innhold	?	O	O	Middels	TG = GP; Ofte gjenstand for selvreguleringsavtaler i industrien, som sjelden håndheves eller overvåkes
Tiltak mot promillekjøring					
Promillekontroller	++	+++	+++	Middels	TG = GP; Effekten av politikontroller typisk kortvarig
Vilkårlige promillekontroller	+++	++	+	Middels	TG = GP; Noe kostbart å gjennomføre. Effektiviteten avhenger av antallet bilførere som berøres direkte.
Nedsatt promillegrense	+++	+++	++	Lave	TG = GP; Redusert effekt på lavere nivåer (f.eks. 0,05-0,02 %), men fortsatt signifikant
Inndragning av førerkort	++	++	++	Middels	TG = HD
'Begrenset' førerkort	++	++	++	Lave	TG = HR
Lavere promillegrense for ungdom ("nulltoleranse")	+++	++	+	Lave	TG = HR
Egne transporttjenester	O	+	+	Middels	TG = HR; Programmene er effektive ved at de får berusede personer fra å kjøre men ingen effekt dokumentert på alkoholrelaterte ulykker
Behandling og tidlig intervensjon					
Kortvarige tidlige intervensjoner ved	++	+++	+++	Middels	TG = HR; Primærlegene mangler opplæring og tid til å gjennomføre risikofyllt drikking screening og korttidstiltak
Behandling av	+	+++	+++	Høye	TG = HD; Når ut til liten del av alkoholproblemer befolkningen ettersom behandlingsskapiteten i de fleste land er begrenset
Selvhjelpsgrupper	+	+	++	Lave	TG = HD; Et gjennomførbart, kostnadseffektivt supplement eller alternativ til formell behandling i mange land
Obligatorisk behandling etter flere promilledømmer	+	++	+	Middels	TG = HD; Straffe- og tvangsmetoder synes å ha kortvarig effekt og trekker noen ganger oppmerksomheten bort fra mer effektive tiltak

- a Hver strategi gjelder en av følgende tre målgrupper (TG): 1) den alkoholforbrukende befolkningen generelt (GP), 2) høyrisikobrukere (HR) eller grupper som betraktes som særlig sårbare for alkoholens negative effekter (f.eks. ungdommer), og 3) personer som allerede framviser en skadelig drikkeatferd (HD) og alkoholavhengighet.
- b Blant flere hundre studier, er det bare to som viser signifikante effekter etter tre år, og i senere vurderinger av disse har man vært skeptisk til dem (Foxcroft et al, 2003). Det er noen flere studier som viser kortvarige effekter, og hvis man legger dette til grunn, kunne vurderingen vært +.
- c Økonometriske studier finner effekter av forbud, men direkte undersøkelser av kortsiktige virkninger har ikke funnet noen effekt på alkoholkonsumet. Politiske vurderinger kan her gjerne støtte seg på et forsiktighetsprinsipp.



Postboks 565 Sentrum
0105 Oslo

Besøksadresse: Øvre Slottsgate 2B
Telefon: 22 34 04 00
Fax: 22 34 04 01
E-post: sirus@sirus.no
Nettadresse: <http://www.sirus.no>