
ALKOHOL I EUROPA

En rapport til EU-kommissionen

Peter Anderson og Ben Baumberg

Institute of Alcohol Studies, England

Juni 2006

Resumé

Baggrunden for rapporten

På et tidspunkt, hvor Europakommissionen var ved at forberede sin egen strategi om alkohol for at dække hele det spekter af aktiviteter, der foregår på europæisk plan, efterlyste den en analyse af de sundhedsmæssige, sociale og økonomiske følger af alkohol i Europa. En sådan er indeværende rapport, som er en ekspertsammenskrivning af offentliggjorte undersøgelser, systematiske undersøgelser, meta-analyser og individuelle afhandlinger såvel som en analyse af data, der er stillet til rådighed af Kommissionen og Verdenssundhedsorganisationen WHO. Rapporten anser alkoholpolitik for *"at tjene til interesse for folkesundhed og social trivsel gennem sin indflydelse på de sundhedsmæssige og sociale faktorer"*. Dette er rodfæstet i et rammeværk for folkesundhed, en proces til at *"mobilisere lokale, offentlige, nationale og internationale ressourcer for at tilsikre betingelser for, at folk kan være sunde og raske."* Der er i hele rapporten anvendt en standardiseret terminologi baseret på den, der anvendes af WHO, som er FN's særlige agentur for sundhedsspørgsmål.

Alkohol og Europa

Alkohol er blevet produceret og drukket i Europa i tusinder af år, og det er som regel blevet lavet af de råvarer, der nu var tilgængelige lokalt. Alkoholiske drikke blev ligeledes ofte brugt som medicin, en praksis der fortsatte til begyndelsen af det 20. årh. og den moderne medicins indtog. Der var ganske vist love om alkohol, men normalt kun vedrørende den offentlige ro og orden eller for at regulere markedet snarere end af hensyn til folkesundheden. Men dette billede ændrede sig med udviklingen i det middelalderlige og tidlige moderne Europa, herunder industrialisering, bedre kommunikationsforbindelser og opdagelsen af stærkere, destillerede drikkevarer. Store 'afholdsbevægelser' bredte sig i det 19. og begyndelsen af det 20. årh. ud over det meste af Europa, drevet først af bekymring over spiritussen og siden som modstand mod alle alkoholiske drikke. Ved udgangen af det 20. årh. er afholdsbevægelsen i de fleste, men ikke alle lande efterhånden svundet ind til at have ret lille betydning.

Tanken om 'alkoholisme' som en sygdom voksede også i løbet af det 19. årh., hvor mange europæiske lande oprettede hjem eller anstalter til at behandle 'alkoholikerne'. I de senere år er den 'nye folkesundhedsbevægelse' blevet det dominerende paradigme for diskussioner om alkoholrelaterede problemer, fordi det åbner for en bredere debat end et fokus på en lille gruppering af 'alkoholikere'. Europa af i dag indeholder et bredt spektrum af brug og betydning af alkohol, der spænder fra tilbehør ved familiefrokosten til en væsentlig del af forskellige ceremonier. De forskellige måder at drikke på bruges ofte til at markere formaliteten ved et arrangement eller skellet mellem arbejde og fritid. Beruselse har ligeledes symbolværdi, idet det varierer rundt i Europa, hvordan man 'bærer sin brandert' – dvs. opfører sig under indflydelse af alkohol.

Alkohol og den europæiske økonomi

Europa spiller en central rolle i det globale alkoholmarked, idet en fjerdedel af verdens alkoholproduktion og over halvdelen af verdens vinproduktion kommer herfra. Handlen er endnu mere koncentreret om Europa, idet 70 % af alkoholeksporten og lige knap halvdelen af verdensimporten involverer Den europæiske Union, (EU). Mens størstedelen af denne handel er mellem EU-landene, bidrager alkoholhandlen med cirka €9 mia. til handelsbalancen for EU som helhed.

Det er svært at sætte værdi på omfanget af **smugleri** i EU, selvom den europæiske ekspertgruppe for bedrageri (High Level Group for Fraud) anslog, at der i 1996 blev tabt €1,5 mia. på alkoholrelateret bedrageri. Prisforskelle spiller en stor rolle for omfanget af den lovlige **grænsehandel**, hvor folk legalt tager alkohol med tilbage fra billigere lande. Mere end hver sjette turist tager alkohol med hjem fra udlandet, idet de i mange lande medbringer i gennemsnit over to liter ren alkohol per person.

I mange europæiske lande spiller **alkoholindustrien** en stor rolle i **økonomien**. Punktafgifterne på alkohol løb i 2001 op i €25 mia. i EU15-landene.¹ Dette omfattede ikke moms eller andre afgifter, som blev betalt i løbet af leverancekæden, mens de €1,5 mia. gik tilbage til leverancekæden via Den fælles Landbrugspolitik (Common Agricultural Policy, CAP). Da efterspørgselen efter alkohol er relativt uforanderlig, er de gennemsnitlige afgiftsrater en meget bedre indikator for en regerings skatteprovenu end forbrugsniveauet i landet.

Alkohol er knyttet til **beskæftigelsen** af mere end 750.000 mennesker som arbejder indenfor produktion af forskellige alkoholholdige drikkevarer – hovedsagelig vin. Andre jobs er knyttet til alkohol andre steder i leverancekæden, f.eks. i værtshuse og forretninger, som sælger alkohol. Men omfanget af industrien er ikke nødvendigvis den bedste målestok for alkoholpolitikens økonomiske indflydelse, - f.eks. viser tendenser i alkoholforbruget stort set ikke nogen overensstemmelse med tendenser i antallet af jobs i beslægtede områder såsom hoteller, restauranter og barer, hvilket tyder på, at ændringer i forbruget nok ikke har den store effekt. Et mindre forbrug af penge på alkohol kunne også forventes at frigøre midler, som forbrugerne ville bruge på andre områder, men den økonomiske virkning ville afhænge af, præcis hvilke områder det var. Mens det er nødvendigt med yderligere forskning omkring dette emne, tyder eksisterende materiale fra alkoholsektoen og andre sektorer på, at et faldende forbrug ikke nødvendigvis fører til tab af arbejdspladser inden for samfundsøkonomien som helhed.

Baseret på en gennemgang af eksisterende undersøgelser anslås det, at de **håndgribelige/målbare omkostninger ved alkohol** for det europæiske samfund i 2003 var €125 mia. (€79 mia. - €220 mia.), hvilket svarer til 1,3 % af BNP, og det er stort set samme omfang, som nyligt blev anslået for tobak. De **uhåndgribelige omkostninger/ikke-målbare** angiver den værdi, man sætter på smerte, lidelse og tabt liv, som følger af de kriminelle, sociale og

¹ Belgien, Danmark, Finland, Frankrig, Grækenland, Holland, Irland, Italien, Luxembourg, Portugal, Spanien, Storbritannien, Sverige, Tyskland og Østrig

sundhedsmæssige skadevirkninger af alkohol. I 2003 blev disse anslået til €270 mia., idet andre metoder til at værdisætte de samme skadevirkninger gav skøn på mellem €150 mia. og €760 mia. Selvom disse skøn omfatter mange forskellige områder af menneskelivet, hvor alkohol har indflydelse, er der stadig mange områder, hvor der ikke er lavet overslag, fordi det har været umuligt at få data. Ligeledes er der, selvom disse skøn medregner fordelene ved alkohol for sundhedssystemet og tab af liv (angivet u håndgribeligt), ingen forskning, der gør det muligt at evaluere de øvrige sociale fordele.

Alkoholforbruget i Europa

EU er den **region i verden, hvor der drikkes mest**, om end de 11 liter ren alkohol årligt per voksen dog er en betydelig nedgang fra højdepunktet midt i 70'erne på 15 liter. De sidste 40 år har også vist en tilnærmelse af forbrugsniveauerne inden for EU15, idet niveauet er steget i Central- og Nordeuropa fra 1960 til 1980 og faldet konstant i Sydeuropa. Det gennemsnitlige forbrug i EU10-landene² ligger også nærmere på EU15 end nogen sinde, om end der stadig er substantiel variation inden for EU10. De fleste europæere drikker alkohol, men 55 mio. voksne (15 %) gør ikke; medregner man dette samt det uregistrerede forbrug, bliver forbruget per person, som drikker, 15 liter om året.

Knap halvdelen af denne alkohol drikkes i form af **øl** (44 %), og resten er delt mellem **vin** (34 %) og **spiritus** (23 %). Inden for EU15 drikker de nordlige og centrale dele hovedsageligt øl, men man i Sydeuropa overvejende drikker vin (Spanien er dog en undtagelse). Dette er et relativt nyt fænomen, og der har kunnet ses en harmonisering i EU15 i løbet af de sidste 40 år. Omkring 40 % af de **situationer, hvor man drikker**, er i det meste af EU15 eftermiddags-/aftens**måltidet**, selvom sydeuropæerne meget mere end nogen andre er tilbøjelige til at drikke ved frokosttid. Mens omfanget af **dagligt drikkeri** også viser en nord-syd hældning, synes det ikke-daglige **hyppige forbrug** (dvs. at drikke flere gange om ugen, men ikke hver dag) at være mest almindeligt i Centraleuropa, og noget tyder på, at der er sket en harmonisering inden for EU15.

I hvor stor grad man **drikker sig fuld**, varierer rundt i Europa. Færre sydeuropæere end andre angiver, at de bliver fulde hver måned. Dette mønster afsvækkes, når man i stedet undersøger 'druk' (binge-drinking), en betegnelse for, at man drikker mere end et bestemt antal genstande ved en enkelt lejlighed, idet noget tyder på, at der er systematiske forskelle på folks villighed til at angive, at de har været fulde og varigheden af en 'enkelt lejlighed'. Undersøgelserne af druk viser også af og til afvigelser fra nord-syd mønstret. Især tyder det på, at Sverige har et af de laveste procenttal for druk i EU15. Samlet set for EU15 angiver voksne, at de gennemsnitligt bliver fulde fem gange om året, men at de er på druk (over fem genstande ved en enkelt lejlighed) 17 gange. Dette svarer til 40 mio. EU15-borgere, der 'drikker for meget' hver måned, og 100 mio. (hver tredje), der er på druk mindst en gang om måneden. Der er meget færre tilgængelige data for EU10, men de, der er, antyder, at der drikkes forholdsvis mere spiritus og mindre vin, at drikkefrekvensen er lavere, og at frekvensen af druk er højere end i EU15.

² Cypern, Estland, Letland, Litauen, Malta, Polen, Slovakiet, Slovenien, Tjekkiet og Ungarn

Mens 266 mio. voksne dagligt drikker op til 20g. alkohol (kvinder) eller 40g. (mænd), er der over 58 mio. voksne (15 %), der drikker mere end dette, og 20 mio. af disse (6 %) drikker dagligt over 40g. (kvinder) eller 60g. (mænd). Ser vi på afhængighed snarere end på, hvor meget man drikker, kan vi også anslå, at der hvert år er 23 mio. europæere (5 % af alle mænd, 1 % af kvinder), der er **afhængige af alkohol**.

I alle de kulturer, der nogensinde er undersøgt, er **mænd mere tilbøjelige end kvinder** til overhovedet at drikke samt til at drikke større mængder, og forskellen bliver større, jo mere risikabel drikkeadfærden er. Selvom mange kvinder holder op med at drikke, når de bliver gravide, er der et betragteligt antal (25-50 %), der fortsætter, og nogle af dem endog i et skadeligt omfang. Der kan også ses mønstre i drikkeadfærd ud fra **socioøkonomisk status** (SØS), hvor de, der har en lav SØS, er mindre tilbøjelige til overhovedet at drikke. Trods et kompliceret billede for visse aspekter af drikkeri (og visse målinger, der viser modsatrettede tendenser for mænd og kvinder), er der størst tilbøjelighed til at blive fuld og til at blive alkoholiker blandt dem med lav SØS.

Næsten alle **15-16-årige skoleelever** (>90 %) har drukket alkohol på et eller andet tidspunkt. De begynder gennemsnitligt at drikke, når de er 12½, og bliver fulde for første gang, når de er 14. Den gennemsnitlige mængde, der bliver drukket af de 15-16-årige ved en enkelt lejlighed, er over 60g. alkohol, og selv i Sydeuropa når gennemsnittet næsten 40g. Flere end hver ottende (13 %) af de 15-16-årige har været fulde mere end 20 gange, og flere end hver sjette (18 %) har været på 'druk' (over fem genstande ved en enkelt lejlighed) tre eller flere gange den seneste måned. Selvom der i 2003 for første gang var målinger i to lande, der viste mere fuldskab blandt piger end blandt drenge, er det stadig drengene, der drikker mest og bliver oftere fulde end pigerne. Men forskellen er skrumpet en smule. I de fleste lande har der fra 1995-9 til 2003 været en stigning i omfanget af 'druk' for drenge; det samme har været tilfældet for piger i næsten alle landene (tilsvarende resultater er fundet i ikke-ESPAD lande ved hjælp af andre data). Bag denne generelle tendens ses en stigning i omfanget af druk og fuldskab i det meste af EU i 1995-9, fulgt af en meget mere ambivalent tendens (1999-2003).

Alkohols indflydelse på individet

Selvom det er forbundet med en hel del fornøjelse og nydelse at drikke alkohol, øger alkohol risikoen for et bredt spektrum af **sociale skadevirkninger**, som regel afhængigt af, hvor meget der drikkes, dvs. jo større forbrug, desto større risiko. Skaderne som følge af **andres drikkeri** rækker fra social irritation, som at blive holdt vågen om natten, og til alvorligere konsekvenser som problemer i parforholdet, børnemishandling, kriminalitet, vold og drab. Generelt kan siges, at jo større alkoholforbruget er, jo alvorligere er forbrydelsen eller personskaden. Størrelsen af alkoholforbruget, hvor ofte der drikkes, og hyppigheden og omfanget af episodisk, alvorlig druk øger alle uafhængigt af hinanden risikoen for vold, idet episodisk, alvorlig druk ofte, men ikke altid, har indflydelse på skadevirkningen af den konsumerede mængde.

Ud over at være afhængighedsdannende er alkohol årsag til omkring 60 forskellige sygdomme og lidelser, herunder kvæstelser, psykiske lidelser og

adfærdsforstyrrelser, mave-tarm-lidelser, kræftformer, hjertekarsygdomme, lidelser i immunsystemet, lungesygdomme, knogle- og muskellidelser, reproduktive problemer og prænatale skader, heri medregnet en øget risiko for for tidlig fødsel og lav fødselsvægt. For de fleste tilstande øger alkohol risikoen afhængigt af den indtagne mængde. For visse tilstande såsom kardiomyopati, akut respiratorisk distress syndrom og muskelskade ser skadevirkningen kun ud til at opstå efter et vedvarende højt alkoholforbrug, men selv ved et højt alkoholforbrug øges risikoen og sværhedsgraden af disse tilstande afhængigt af den indtagne mængde. Hyppigheden og omfanget af episodisk, alvorlig druk er især væsentligt for en øget risiko for kvæstelser og visse hjertekarsygdomme (blodprop og hjerneblødning).

Et lille alkoholforbrug reducerer risikoen for **hjertekarsygdomme**, selvom det stadig diskuteres, hvor meget risikoen reduceres, og på hvilket forbrugsniveau den største reduktion forekommer. Velkvalificerede undersøgelser, der medregner andre faktorer, viser mindre reduktion af risikoen end mindre kvalificerede undersøgelser, og de viser, at den reducerede risiko forekommer på et lavere forbrugsniveau. Det meste af reduktionen af risiko kan opnås ved et gennemsnitligt forbrug på 10g. alkohol (en genstand) hver anden dag. Ved over 20g. alkohol om dagen (to genstande) – niveauet for alkoholforbrug med den laveste risiko – stiger risikoen for hjertekarsygdomme. Ved meget høj alder er der mindre reduktion af risikoen. Det er alkoholen snarere end den specifikke type drikkevarer, der nedsætter risikoen for hjerteproblemer. Der er også noget, der tyder på, at alkohol i små mængder kan reducere risikoen for forkalkningsdemens, galdesten og diabetes, om end ikke alle undersøgelser er enige i disse resultater.

Risikoen for at dø af alkohol er en balance mellem risikoen for sygdomme og skader, som øger ved alkoholbrug, og risikoen for hjertelidelser (der mest forekommer hos ældre), som nedsættes af alkohol i små mængder. Denne balance viser, at niveauet for alkoholforbrug med den laveste dødsrisiko – i hvert fald i UK - er nul eller næsten nul for kvinder under 65 og mindre end 5g. alkohol om dagen for kvinder over 65. For mænd er niveauet for alkoholforbrug med den laveste dødsrisiko nul under 35 år, omkring 5g. om dagen for midaldrende og mindre end 10g. om dagen over 65 år (og falder formodentlig igen til omkring nul i meget høj alder).

For den, der drikker meget, er der sundhedsmæssige fordele ved at nedsætte eller stoppe sit alkoholforbrug helt. Selv for kroniske lidelser som skrumpelever og depression er et nedsat eller helt ophørt forbrug forbundet med hurtige forbedringer af helbredet.

Virkningen af alkohol i Europa

Alkohol ligger som en tung byrde på mange aspekter af livet i Europa, og dette kan beskrives bredt som 'sundhedsskader' og 'sociale skader'. Syv millioner voksne har angivet, at de det seneste år har været i **slagsmål, når de har drukket**, og de økonomiske omkostninger ved kriminalitet, der kan henføres til alkohol, er i 2003 (baseret på en gennemgang af ganske få nationale omkostningsberegninger) anslået til €33 mia. for EU. Disse omkostninger er delt mellem politi, retssystem og fængsler (€15 mia.), forebyggelse af kriminalitet og forsikringsadministration (€12 mia.) og tingsskader (€6mia.). Tingsskader som følge af spirituskørsel er anslået til €10

mia., mens de u håndgribelige omkostninger ved de fysiske og psykiske følger af kriminalitet er vurderet til €9-€37 mia.

Omkring 23 mio. europæere er til stadighed afhængige af alkohol, og den smerte og lidelse, det volder familiens medlemmer, fører til en anslået u håndgribelig omkostning på €68 mia. Det er mere vanskeligt at vurdere omfanget af skadevirkninger på arbejdspladserne, men i EU15 angiver næsten 5 % af alle mænd, der drikker, og 2 % af kvinder, der drikker, negative følger af alkohol på deres arbejde eller studier. Baseret på en gennemgang af nationale omkostningsstudier er det anslået, at tabt produktivitet som følge af alkoholbegrundet fravær samt arbejdsløshed koster henholdsvis €9-€19 mia. og €6-€23 mia.

Set fra et **sundhedsperspektiv** er alkohol hvert år ansvarlig for omkring 195.000 dødsfald i EU, men det også er anslået, at alkohol udskyder 160.000 dødsfald blandt ældre mennesker, mest ved sin hjertebeskyttende virkning for kvinder, som dør efter deres 70. år (men på grund af metodologiske problemer er dette sidste tal sandsynligvis skønnet for højt). Et mere præcist skøn er nok de 115.000 dødsfald netto blandt mennesker under 70. Dette tal ville stort set undgå den sandsynlige overvurdering af alkohols beskyttende effekt. Disse tal er set i forhold til en situation uden alkohol, og nettoeffekten ville være meget større, hvis man så på niveauet med den laveste risiko ved drikkeri. Hvis man måler alkohols indflydelse via 'Disability-Adjusted Life Years' (DALYs, leveår justeret for invaliditet eller erhvervsudygtighed), bliver dette problem mindre, og det viser, at alkohol er ansvarlig for 12 % af mænds og 2 % af kvinders for tidlige død eller invaliditet, efter at der er taget højde for de sundhedsmæssige fordele. Dette gør alkohol til den tredjestørste ud af 26 risikofaktorer for helbredsproblemer i EU – foran overvægt/fedme og kun overgået af tobak og forhøjet blodtryk.

Denne indflydelse på sundheden ses over en bred vifte af forhold, der omfatter 17.000 årlige dødsfald som følge af trafikulykker (hvert tredje af alle trafikdødsfald), 27.000 dødsfald ved andre ulykkestilfælde, 2.000 drab (40 % af alle mord og drab), 10.000 selvmord (hvert sjette selvmord), 45.000 dødsfald af skrumpelever, 50.000 kræftdødsfald, hvoraf de 11.000 er brystkræft hos kvinder, 17.000 dødsfald af neuro-psykiatriske lidelser samt 200.000 tilfælde af depression (som også udgør 2,5 mio. DALYs). Omkostningerne ved at behandle disse helbredsproblemer anslås til €17 mia. sammen med €5 mia., der bruges på behandling og forebyggelse af skadeligt alkoholforbrug og alkoholafhængighed. Tabt liv kan enten vurderes som tabt produktionspotentiale (€36 mia. fraregnet sundhedsmæssige fordele) eller udtrykt som den u håndgribelige værdi af livet i sig selv (€142-€712 mia. efter at have medregnet de sundhedsmæssige fordele).

Unge mennesker bærer en uforholdsmæssigt stor del af denne byrde, idet over 10 % af unge kvinders dødelighed og omkring 25 % af unge mænds dødelighed skyldes alkohol. Der findes ikke megen information om omfanget af sociale skadevirkninger blandt unge mennesker, men 6 % af alle 15-16-årige skoleelever i EU angiver at have været i slagsmål, og 4 % angiver ubeskyttet sex som følge af deres eget drikkeri.

Sammenligner vi **landene indbyrdes**, ser vi, at alkohol spiller en betragtelig rolle i den lavere forventede levealder i EU10 sammenlignet med i EU15 med en forskel, som kan henføres til alkohol, i de rene dødelighedstal på anslået 90

per 100.000 indbyggere for mænd og 60 for kvinder. **Inden for landegrænserne** ser vi, at mange af de tilstande, der ligger til grund for sundhedsmæssige uligheder, kan henføres til alkohol, selvom det kan variere, hvilken tilstand det præcis er (f.eks. skrumpelever i Frankrig, død som følge af vold i Finland). Dårligere sundhedstilstand i dårligt stillede områder ser også ud til at have forbindelse til alkohol, idet forskning tyder på, at den direkte alkoholrelaterede dødelighed er højere i dårligt stillede områder, end der kan forklares ved uligheder på individuelt plan.

Mange af de skader, der er forårsaget af alkohol, går ud over **andre mennesker end den, der drikker**. Dette omfatter 60.000 børn, der er undervægtige ved fødslen, samt 16 % af al børnemishandling og omsorgssvigt og 5-9 mio. børn i familier, der er negativt påvirkede af alkohol. Alkohol går også ud over andre voksne. Et anslået antal på 10.000, andre end den berusede fører, dør ved ulykker i forbindelse med spirituskørsel, og en væsentlig del af den kriminalitet, der kan henføres til alkohol, går oftest ud over andre. Ligeledes betales dele af de økonomiske omkostninger af andre mennesker eller institutioner, herunder en stor del af de anslåede €33 mia., der skyldes kriminalitet, €17 mia. til sundhedsvæsenet og €9-€19mia., der skyldes fravær.

Naturlige eksperimenter og tids-serielle analyser viser begge, at alkoholbelastningen på sundheden hænger sammen med **ændringer i forbruget**. Disse ændringer afspejler adfærden hos dem, der drikker mest, tydeligere end hos dem, der drikker mindre (set i lyset af, at de 10 %, der drikker mest, står for mellem $\frac{1}{3}$ og $\frac{1}{2}$ af det samlede forbrug i de fleste lande). Men disse ændringer har også udløbere ind i en bredere tendens hos befolkningen til at ændre sit forbrugsniveau kollektivt. Set for befolkningen som helhed vil en ændring på en liter i forbruget påvirke skadesniveauet mest i de lavt konsumerende lande i EU15 (den nordlige del af Europa), mens det stadig er betydeligt for skrumpelever, drab (kun mænd), ulykker og samlet dødelighed (kun mænd) i den sydlige del af Europa. Mens nogen hævder, at den større ændring i det nordlige Europa afspejler den 'eksplosive' drikkekultur der, kan dette også afspejle den forholdsvis større andel, en én-liters ændring udgør i de lavt konsumerende nordeuropæiske lande. Alt i alt anslås det, at et fald i forbruget på én liter ville sænke den totale dødelighedsprocent for mænd med 1 % i det sydlige og centrale Europa og med 3 % i det nordlige Europa.

Evaluering af de alkoholpolitiske muligheder

Den **politik over for spirituskørsel**, der er mest effektiv, omfatter ubegrænsede (vilkårlige) alkometertests ('puste i ballon'), sænkede promillegrænser, frakendelse af kørekort og lavere promillegrænser for unge. Et begrænset antal undersøgelser viser ikke nogen virkning af kampagner som fx som 'Hvem skal køre hjem – og drikker ikke?' og 'Sikker kørsel'. Alkohollåse kan være effektive som et præventivt tiltag, men virker jo kun, hvis de er installeret i køretøjet. WHO har lavet modeller for virkningen af og omkostningerne ved ubegrænsede alkometertests sammenlignet med ingen tests; overfører man disse modeller på EU, viser det anslået 111.000 års invaliditet og for tidlig død, der kunne være undgået, til en anslået omkostning af €233 mio. årligt.

Effekten af **undervisning og information til forøgelse af offentlig bevidsthed** er lille. Selvom rækkevidden af skolebaserede uddannelsesprogrammer kan være stor, fordi der er et tvunget publikum i skolerne, så er disse programmets virkning på befolkningen ikke stor på grund af programmernes nuværende begrænsede eller manglende effektivitet. Der er anbefalinger af, hvordan effektiviteten af disse skolebaserede programmer kan forbedres. På den anden side spiller massemedieprogrammer en særlig rolle med hensyn til at styrke samfundets opmærksomhed på de problemer, brugen af alkohol skaber, og til at bane vejen for specifikke indgreb,

Der er meget stærke beviser for, at den politik, der **regulerer alkoholmarkedet**, er effektiv med hensyn til at reducere den skade, som alkohol volder. Alkoholafgifterne er særligt vigtige med hensyn til at gå målrettet efter unge mennesker og de skader, som alkohol forvolder i alle lande. Hvis alkoholafgifterne blev brugt til at hæve alkoholpriserne i EU15 med 10 %, kunne over 9.000 dødsfald forhindres det følgende år, og det anslås, at der kunne tjenes omkring €13 mia. i ekstra punktafgifter. Erfaringerne viser, at hvis man udvidede åbningstiderne for alkoholsalg, vil det få alvorlige konsekvenser for skadesomfanget. WHO har lavet modeller for virkningen af hvis man begrænser tilgængeligheden af alkohol i butikkerne i en 24-timers periode hver uge. Overfører man disse modeller på EU, viser det at man undgår anslået 123.000 års invaliditet og for tidlig død, til en anslået implementeringsomkostning på €98 mio. årligt.

At sætte begrænsninger for omfanget og indholdet af **markedsføringen** af alkoholprodukter vil sandsynligvis begrænse skadevirkningerne. Annoncer har en særlig gennemslagskraft, når det drejer sig om at promovere en mere positiv holdning til at drikke blandt unge mennesker. Men hidtil har det ikke vist sig effektivt at lade alkoholindustrien selv regulere markedsføringen. WHO har lavet modeller for virkningen af et reklameforbud. Overfører man disse modeller på EU, viser det sig at man undgår anslået 202.000 års invaliditet og for tidlig død, til en anslået implementeringsomkostning på €95 mio. årligt.

Der er flere og flere beviser for, at strategier, der ændrer den **sammenhæng, i hvilken man drikker**, virker med hensyn til at reducere skadevirkningerne af alkohol. Men disse strategier kan primært overføres på barer og restauranter, og deres effektivitet afhænger af tilstrækkelig håndhævelse. Hvis man f.eks. vedtager en lov om minimumsalder for udskænkning og salg, vil den ikke have megen effekt, hvis den ikke bliver fulgt op af en troværdig sanktion om at fratage de steder deres bevilling, der gentagne gange sælger til mindreårige. Sådanne strategier er ligeledes mere effektive, hvis de følges op af samfundsbaserede forebyggelsesprogrammer.

Der er omfattende beviser for, at **kortvarig rådgivning**, især hos ens praktiserende læge, virker med hensyn til at nedsætte et skadeligt alkoholforbrug. WHO har lavet modeller for virkningen af og omkostningerne ved at sørge for kortvarig rådgivning baseret på den praktiserende læge over for 25 % af den del af befolkningen, der er i risikogruppen; overfører man disse modeller på EU, viser det anslået 408.000 års invaliditet og for tidlig død, der kunne spares, til en anslået pris af €740 mio. årligt.

Når man bruger WHO's modeller og sammenligner med en situation uden nogen politik, ser man, at implementeringen af en "pakke" af **vidtgående politiske indgreb for hele EU** med effektiv politik og programmer. Dette

omfatter vilkårlige alkometertests, beskatning, begrænset adgang, forbud mod reklamer samt kortvarig lægelig rådgivning. Det anslås at koste de europæiske regeringer €1,3 mia. Dette udgør omkring 1 % af de samlede håndgribelige omkostninger af alkoholskader for samfundet og kun omkring 10 % af den anslåede indtægt, der kunne opnås ved en 10 % stigning i alkoholpriserne som følge af afgifter i EU15. Det anslås, at et sådant "pakkeindgreb" årligt ville kunne spare 1,4 mio. års invaliditet og for tidlig død, omkring 2 % af al invaliditet og for tidlig død i EU.

Europæisk og global alkoholpolitik

De mest fremtrædende **internationale juridiske forpligtelser**, der har indflydelse på alkoholpolitikken, er told- og handelsaftalen, General Agreement on Tariffs and Trade (GATT), som beskæftiger sig med varer, og aftalen om handel med tjenesteydelser, General Agreement on Trade in Services (GATS). Tidligere sager vedrørende disse aftaler har vist, at Verdenshandelsorganisationen (WTO) under visse omstændigheder vil prioritere sundhed frem for handel (f.eks. forbud mod import af asbest), om end et lands politik må kunne opfylde en række strenge krav for at kunne bibeholdes.

Men langt den største indflydelse på alkoholpolitikken i praksis har Den europæiske Union **EU's handelslovgivning**. De fleste af de alkoholrelaterede sager hidrører fra beskatningsreglen om 'national behandling', som betyder, at det er forbudt for et land at forskelsbehandle – direkte eller indirekte – til fordel for egne varer i forhold til varer fra andre lande i EU. Der kan ikke gøres undtagelser af sundhedsmæssige årsager fra dette, og resultatet er, at landene står over for visse restriktioner, når de skal udforme deres afgiftspolitik. Til gengæld har den stadig mere indflydelsesrige **Europadomstol** utvetydigt støttet forbud mod reklame i Catalonien og Frankrig, idet den erkender, at "det faktisk ikke kan nægtes, at reklame optræder som en opfordring til forbrug".

Ensartede punktafgifter har i årevis været et mål for EU for at reducere konkurrenceforvridningen, idet store forskelle i afgiftsniveauet mellem nabolande fører til en omfattende grænsehandel. Dette betyder tabte skatteindtægter for regeringen med det højeste niveau såvel som øget pres for at sænke afgifterne, sådan som man har set det i nogle af de nordiske lande. Produktionen af alkoholdrikkevarer i form af vin modtager hvert år €1,5 mia. i støtte via **Den fælles Landbrugspolitik** (Common Agricultural Policy, CAP). Den økonomiske og politiske betydning af disse tilskud, og i særdeleshed vinproducenternes problemer, gør det vanskeligt at komme fremad set ud fra et sundhedsperspektiv.

Den internationale organisation, der har været mest aktiv på alkoholområdet, er Verdenssundhedsorganisationen (WHO), hvis europæiske afdeling har iværksat adskillige tiltag for at reducere de alkoholrelaterede skadevirkninger i sine 52 medlemslande. Dette omfatter Rammer for Alkoholpolitik i den europæiske Region, det Europæiske Charter om Alkohol samt to ministerkonferencer, som bekræftede behovet for, at alkoholpolitik (og bredere set folkesundhedspolitik) bliver udviklet uden indblanding fra kommercielle eller økonomiske interesser

Skønt EU ikke selv kan vedtage love med det ene formål at beskytte menneskets sundhed (medlemslandene har ikke givet de europæiske institutioner denne magt), er der dog lovgivning vedrørende det indre marked, der kan omfatte væsentlige sundhedsspørgsmål, såsom paragraffen om alkoholreklamer i **Direktivet om Fjernsyn uden Grænser**. EU's tiltag om alkohol i øvrigt er fremkommet gennem 'blød lovgivning' i form af ikke-bindende resolutioner og anbefalinger, der opfordrer medlemslandene til at handle på en bestemt måde.

Medlemslandenes alkoholpolitik

Ethvert land i EU har en række love og andre politiske tiltag, der stiller alkohol anderledes end andre varer, der handles inden for landets grænser, ofte begrundet ud fra et folkesundhedsperspektiv. Trods alkoholpolitikens allestedsnærværelse har knap halvdelen af EU-landene dog stadig hverken **handlingsplan eller koordinationsinstans for alkohol**. Alligevel har de fleste lande programmer for enkelte aspekter af alkoholpolitik, hvoraf **skolebaserede undervisningsprogrammer** er de almindeligste i Europa. Alle landene har ligeledes en eller anden form for **restriktion for spirituskørsel**, idet der for førere af motorkøretøjer overalt undtagen i UK, Irland og Luxembourg er en maksimal promillegrænse på det niveau, som Europa-kommissionen anbefaler (0,5 ‰). Men mange europæere mener ikke, at der er nogen særlig risiko for at blive opdaget. En tredjedel mener ikke, at de nogen sinde vil blive alkometertestet, om end dette tal er lavere i lande, hvor der gennemføres vilkårlige alkometertests.

Salg af alkohol er generelt underkastet restriktioner i de fleste EU-lande – i få tilfælde gennem detailhandelsmonopoler, oftere gennem bevillinger, idet der hyppigt er restriktioner på, hvilke steder der må sælges alkohol. Over en tredjedel af landene (samt nogle regioner) har også begrænsninger på de **åbningstider**, hvor der må sælges, mens der i ganske få lande er restriktioner på, hvilke dage der må sælges, eller hvor mange forretninger der må sælge ud-af-huset. Alle lande forbyder **salg af alkohol til unge** under en vis alder på værtshuse og udskænkingssteder, om end fire lande ikke har nogen politik for salg af alkohol til børn i butikker. Aldersgrænsen for tilladelse af salg til unge mennesker varierer også rundt i Europa, men tendensen er 18 år i den nordlige del af Europa og 16 år i den sydlige del.

Markedsføring af alkohol bliver kontrolleret i forskellig grad afhængigt af, hvilken type markedsføring der er tale om. Øreklamer i fjernsynet er underkastet lovmæssige restriktioner (ud over restriktioner for indholdet) i over halvdelen af Europa, herunder totalforbud i fem lande og i 14 lande forbud mod spiritusreklamer. Reklametavler og trykte medier er dog underkastet knap så mange forskrifter, idet hvert tredje land (overvejende blandt EU10) ikke har nogen regulering. **Sportssponsorater** er underkastet den mildeste regulering, idet der kun er syv lande, der overhovedet har nogle lovmæssige restriktioner.

Beskatning af alkoholiske drikkevarer er ligeledes et gennemgående træk i alle europæiske lande, om end satserne i sig selv varierer betragteligt mellem de enkelte lande. Dette ses tydeligt for vin, hvor næsten halvdelen af landene overhovedet ikke har nogen afgift, mens hvert femte land har et afgiftsniveau over €1.000, reguleret efter købekraftsparitet. Generelt er den gennemsnitlige effektive beskatningsprocent højst i den nordlige del af Europa og mildest i

Sydeuropa samt i dele af Central- og Østeuropa. Fire lande har siden 2004 også indført en målrettet **afgift på alcopops**, eller alkoholsodavand, og dette ser ud til at have reduceret forbruget af alcopops siden da.

Samler man de forskellige politikområder på en **enkelt skala**, strækker den samlede strengthed i alkoholpolitik sig fra 5,5 (Grækenland) til 17,7 (Norge) ud af 20 mulige, og gennemsnittet er på 10,8. Den mindst strikse politik er i den sydlige del af Europa samt i dele af Central- og Østeuropa, og den skrappeste politik er i det nordlige Europa, - men 'karaktererne' falder ikke helt fra nord mod syd, som det kan ses i det høje tal i Frankrig. Dette billede af alkoholpolitik er meget forskelligt fra, hvad det var for 50 år siden, idet de samlede niveauer for politik nu ligger meget nærmere hinanden, overvejende på grund af det øgede niveau af politik i mange lande, især på området spirituskørsel, hvor alle landene har en maksimalgrænse i loven. Det er også meget mere almindelig i 2005 end i 1959 med kontrol af markedsføring, aldersgrænse for køb af alkohol og en offentlig, politisk struktur, der kan forme alkoholpolitikken.

Konklusioner

Alkohol og Europas økonomi

Konklusion 1

Handelen med alkohol bidrager med ca. €9 mia. til **handelsbalancen** for EU som helhed, og denne handel påvirkes ikke nødvendigvis af europæisk og national politik, der har til formål at reducere skadevirkningen af alkohol.

Konklusion 2

Alkoholafgifter, en vigtig kilde til en regerings indtægter (€25 mia. i 2001 i de gamle EU15-lande), hænger nærmere sammen med afgiftsniveauet end med det samlede niveau for alkoholforbrug.

Konklusion 3

Et faldende forbrug fører ikke nødvendigvis til **færre jobs** i den samlede samfundsøkonomi og fører måske ikke engang til store ændringer i beskæftigelsen i visse **sektorer i forbindelse med alkohol** såsom restauranter og udskænkingssteder.

De sociale omkostninger ved alkohol

Konklusion 4

De håndgribelige **omkostninger ved alkohol** i EU i 2003 er anslået til €125 mia., herunder €59 mia. i **tabt produktivitet** som følge af fravær, arbejdsløshed og tabt arbejdsliv ved for tidlig død.

Konklusion 5

De uhåndgribelige **omkostninger ved alkohol** (som beskriver den værdi, man sætter på lidelse og tabt liv) i EU i 2003 er anslået til €270 mia.

Brugen af alkohol i Europa

Konklusion 6

Skønt **forskellene** mellem landene mht. drikkeriets omfang og drikkemønstrene stadig er tydelige, er de mindre end for 40 år siden, og mange aspekter ved drikkeri er meget mere ensartede rundt om i Europa, end man almindeligvis antaget. **Unges druk** er øget i de fleste lande op gennem 1990erne, mens tendensen de seneste par år har været mere blandet.

Konklusion 7

Fuldskab er en væsentlig årsag til **legemsbeskadigelse** – herunder skader efter vold – i hele Europa, også i Sydeuropa.

Konklusion 8

Hvor man bor i Europa, spiller stadig en afgørende rolle for

skadevirkningerne af alkohol.

Alkohol and sundhed

Konklusion 9

Alkohol har betydning for helbredet og er ansvarlig for 7,4 % af al invaliditet og for tidlig død i EU.

Konklusion 10

Alkohol forårsager skade på **andre end den, der drikker**, herunder i EU årligt ca. 60.000 nyfødte med for lav fødselsvægt, 5-9 mio. børn i familier, der er negativt påvirkede af alkohol, og 10.000 trafikdræbte andre end føreren af køretøjet.

Konklusion 11

Alkohol er årsag til **sundhedsmæssige uligheder** både mellem og internt i medlemslandene. Alkohol anslås at forårsage 90 flere dødsfald per 100.000 mænd og 60 flere dødsfald per 100.000 kvinder i de nye EU10-lande, sammenlignet med de gamle EU15-lande.

Alkohol og regeringspolitik

Konklusion 12

Regeringer har et **ansvar** for at foretage indgreb over for markedet og drager **fordel** af dette. En stigning på 10 % i alkoholprisen i de gamle EU15-lande anslås f.eks. at ville indbringe ca. €13 mia. i ekstra alkoholafgifter det første år.

Konklusion 13

Undervisningsområdet og information ser ud til at have en lille effekt, når det gælder om at reducere skadevirkningerne af alkohol. Disse tiltag kan ikke erstatte **tiltag, der regulerer alkoholmarkedet**. Sidstnævnte er mest effektive til at reducere skadevirkningerne, også blandt dem, der drikker mest, og blandt unge.

Alkohol og europæisk politik

Konklusion 14

Fortsatte forskelle i alkoholpolitik rundt i Europa, såsom afgiftsniveau, svækker landenes evne til at implementere en effektiv politik.

Konklusion 15

Forskellig politik medlemslandene imellem bliver af og til dømt lovlig for at **beskytte folkesundheden**, såsom Europa-domstolens afgørelse i 2004, der godtog den franske lov om reklame.

Anbefalinger

I. Definition af en alkoholholdig drik

| Definition af en alkoholholdig drik | Relevant aktør |
|---|-----------------------------|
| I.1. Offentlig politik må definere alkoholholdige drikke ens inden for EU. Et udgangspunkt kunne være den laveste definition af hensyn til afgifterne (0,5 % alkoholindhold). | (I) Eur. Inst. ³ |

II. Oprettelse af erfaringsgrundlag

| Anbefalinger vedrørende forskning | Relevant aktør |
|--|--|
| II.1. Der bør etableres og finansieres europæiske infrastrukturer, der kan foretage samarbejdende alkoholforskning på tværs af landegrænserne. | (I) Eur. Inst. (II) Med/region ⁴ |
| II.2. Der bør etableres og finansieres europæiske infrastrukturer, der kan gennemgå og udbrede kendskabet til alle væsentlige forskningsresultater inden for alkoholpolitik gennem f.eks. registre og databaser; dette erfaringsgrundlag bør omsættes til letforståelig politik og praksis ved hjælp af praktiske værktøjer og retningslinier. | (I) Eur. Inst. (II) Med/region |
| II.3. Der bør etableres langsigtede og offentligt finansierede forskningsprogrammer. | (I) Eur. Inst. (II) Med/region |
| II.4. Kapaciteten for forskning i alkoholpolitik bør udvikles gennem professionelle udviklingsprogrammer. | (I) Eur. Inst. (II) Med/region |

³ Europæiske institutioner

⁴ Medlemslande og regioner inden for medlemslande

| Anbefalinger vedrørende information | Relevant aktør |
|---|---|
| II.5. Der bør etableres og finansieres et Europæisk center for alkoholovervågning (European Alcohol Monitoring Center, EAMC) med nationalt baserede partnere. | (I) Eur. Inst. (II) Med/region |
| II.6. Alkoholrelaterede indikatorer, der omhandler forbrug, skadevirkninger og politik samt effekter af programmer og kampagner, bør ligge højt på EU's prioriterede liste for Sundhedsindikatorer. Vigtigheden heraf bør betones over for EU's Arbejdsudvalg for Sundhedsindikatorer (EU Working Party on Health Indicators) | (I) Eur. Inst. |
| II.7. Der bør etableres programmer for overvågning af alkohol, så data kan være sammenlignelige og analyserbare i hele Europa. | (I) Eur. Inst. (II) Med/region |
| II.8. Der bør etableres og vedligeholdes en europæisk database for love og bestemmelser samt for effektive politiske tiltag og programmer på europæisk, lands- og kommunalt plan. | (I) Eur. Inst. (II) Med/region (III) Komm. ⁵ |

III. Forberedelse og implementering af økonomisk funderede strategier og planer

| Anbefalinger vedrørende strategier og handlingsplaner | Relevant aktør |
|---|--|
| III.1. Inden for Europa-kommissionen bør et europæisk apparat og fokuspunkt for alkoholpolitik styrkes med tilstrækkeligt personale og økonomiske ressourcer til at kunne føre tilsyn med udviklingen i europæisk alkoholpolitik og implementeringen af Kommissionens strategi for alkohol. | (I) Eur. Inst. |
| III.2. På alle planer bør koordinationsapparater og fokuspunkter for alkoholpolitik etableres eller styrkes samt finansieres tilstrækkeligt. | (I) Eur. Inst. (II) Med/region (III) Komm. |
| III.3. Handlingsplaner for alkohol med klare hensigter, strategier og målsætninger bør formuleres og implementeres. | (I) Eur. Inst. (II) Med/region (III) Komm. |
| III.4. Et pålideligt bevillingssystem bør etableres for organisationer, programmer og menneskelige ressourcer, der er involveret i at | (I) Eur. Inst. (II) Med/region (III) Komm. |

⁵ Kommuner

| | |
|--|--|
| reducere skadevirkningerne ved alkohol. Analyser bør foretages af den praktiske anvendelighed og ønskværdigheden af øremærkning af en del af alkoholafgifterne (hypothecated tax) til at finansiere dette. | |
| III.5. Støtte til alkoholpolitiske tiltag i det civile og det politiske samfund bør fremmes gennem opmærksomhedsvækkende kampagner og initiativer. | (I) Eur. Inst. (II) Med/region (III) Komm. |
| III.6. Regelmæssige rapporter om alkohol bør udarbejdes og gøres tilgængelige for den brede offentlighed. | (I) Eur. Inst. (II) Med/region (III) Komm. |

IV. Anden politik og handling samt støtte på tværs af landegrænser

| Anbefalinger vedrørende evaluering af virkning samt fælles handling | Relevant aktør |
|---|-----------------------------------|
| IV.1. De politiske beslutningstagere og rådgivere på sundhedsområdet bør nøje følge de risici, der følger med handelsliberaliseringsprocessen, og bør sikre, at der bliver gjort rede for sundhedsspørgsmål i handelsforhandlinger på både globalt og europæisk plan. | (I) Eur. Inst. (II) Med/region |
| IV.2. Analytiske og funktionsduelighedsanalyser bør udføres for at fastslå, hvornår fælles handling om alkoholpolitik på både europæisk og globalt plan er mest passende, og af hvordan forståelsen mellem landenes alkoholpolitik kan styrkes. | (I) Eur. Inst. (II) Med/region |
| IV.3. Der bør sørges for øgede ressourcer til at foretage en grundig evaluering af virkningen af EU's politik og aktiviteter (herunder landbrugspolitik) på de skadevirkninger og omkostninger, der er forbundet med alkohol. | (I) Eur. Inst. |

V. Reduktion af omfanget af spirituskørsel

| Anbefalinger vedrørende kørsel i spirituspåvirket tilstand | Relevant aktør |
|---|-----------------------------------|
| V.1. En maksimal promillegrænse på 0,5 ‰ bør indføres overalt i Europa; lande med nuværende lavere grænser bør ikke hæve dem. | (I) Eur. Inst. (II) Med/region |

| | |
|---|-----------------------------------|
| V.2. En lavere grænse på 0,2 ‰ bør indføres for unge bilister og erhvervschauffører (offentlig transport og tung last); lande med nuværende lavere grænser bør ikke hæve dem. | (I) Eur. Inst. (II) Med/region |
| V.3. Der bør overalt i Europa implementeres ubegrænset fuldmagt til alkometertests ved hjælp af testapparater af ensartet og aftalt standard. | (I) Eur. Inst. (II) Med/region |
| V.4. Der bør overalt i Europa implementeres en fælles strafferamme med klarhed og hurtig afsoning og med straffe, der mindst er gradueret efter promillen. | (I) Eur. Inst. (II) Med/region |
| V.5. Der bør overalt i Europa implementeres køreruddannelse og rehabiliterings- og behandlingsplaner, der hænger sammen med straffene, baseret på aftalte, evidensbaserede retningslinier og protokoller. | (I) Eur. Inst. (II) Med/region |
| V.6. Handlinger, der tjener til at reducere omfanget af spirituskørsel, bør understøttes af en kampagne i hele Europa. | (I) Eur. Inst. |
| V.7. Eksisterende kampagner om 'Hvem skal køre hjem – og drikker ikke?' bør evalueres for deres virkning med hensyn til at reducere antallet af spiritusforårsagede trafikuheld og dødsulykker, inden man finansierer og implementerer nye kampagner. | (I) Eur. Inst. (II) Med/region |
| V.8. Der bør implementeres effektiv og passende uddannelse af gæstgiverindustrien og af dem, der serverer alkohol, for at reducere risikoen for, at nogen kører, når de har drukket. | (III) Komm. |
| V.9. Der bør implementeres omfattende EU-baserede uddannelses- og mobiliseringsprogrammer, herunder også byplanlægning og initiativer indenfor den offentlige transport, for at reducere omfanget af kørsel i spirituspåvirket tilstand, | (III) Komm. |

VI. Støtte til uddannelse, kommunikation, undervisning og offentlig bevidsthed

| Anbefalinger vedrørende undervisning og offentlig bevidsthed | Relevant aktør |
|--|--------------------------------|
| VI.1. Undervisningsprogrammer bør ikke implementeres isoleret som et alkoholpolitisk tiltag eller med det ene formål at reducere | (II) Med/region (III) Komm. |

| | |
|--|--|
| skadevirkningerne af alkohol, men snarere som et tiltag til at styrke bevidstheden om de problemer, der er skabt af alkohol, og til at bane vejen for specifikke indgreb og politiske ændringer. | |
| VI.2. Der bør sørges for finansiering til at evaluere udformningen og virkningen af de individuelt baserede programmer, der måtte vise sig lovende. | (II) Med/region (III) Komm. |
| VI.3. Der bør implementeres brede undervisningsprogrammer, allerede fra tidlig barndom, for at informere unge mennesker om konsekvenserne af alkoholforbrug på sundhed, familie og samfund samt om, hvordan der effektivt kan sættes ind for at forhindre eller mindske skadevirkningerne. | (II) Med/region (III) Komm. |
| VI.4. Programmer af uddannelsesmæssig art, der indføres fra andet land eller kultur, bør evalueres i den nye sammenhæng, inden de implementeres bredt. | (II) Med/region (III) Komm. |
| VI.5. Mediekampagner bør bruges til at informere og øge borgernes bevidsthed om implementeringen af politiske initiativer. | (I) Eur. Inst. (II) Med/region (III) Komm. |

VII. Forbrugervaremærkning

| Anbefalinger vedrørende mærkning | Relevant aktør |
|--|-----------------------------------|
| VII.1. Emballage til alkoholprodukter bør bære advarsler, fastlagt af sundhedsinstanser, der beskriver de skadelige virkninger af alkohol, når man kører eller passer maskiner samt under graviditet, eller andre meddelelser efter behov. | (I) Eur. Inst. (II) Med/region |
| VII.2. Alkoholemballage og -mærkning bør ikke promovere et alkoholprodukt på nogen måde, der kunne give et fejlagtigt indtryk af dets egenskaber eller sundhedsmæssige virkninger, eller som direkte eller indirekte appellerer til mindreårige. | (I) Eur. Inst. (II) Med/region |

VIII. Politik, der regulerer alkoholmarkedet

| Anbefalinger vedrørende beskatning, grænsehandel og smugleri | Relevant aktør |
|--|----------------|
| | |

| | |
|---|--|
| VIII.1. Minimumssatserne for beskatning af alle alkoholholdige drikkevarer bør øges i takt med inflationen; de bør i det mindste være proportionale med alkoholindholdet i drikkevarerne; og de bør i det mindste dække de eksterne omkostninger ved alkohol, fastlagt ved en aftalt og standardiseret metodologi. | (I) Eur. Inst. (II) Med/region |
| VIII.2. Medlemslandene bør bibeholde egne muligheder for at bruge beskatningen til at tackle specifikke problemer, der kan opstå ved specifikke alkoholholdige drikkevarer, sådan som dem, der viser sig at være attraktive for unge mennesker. | (II) Med/region |
| VIII.3. Alkoholprodukter bør mærkes således, at man kan fastslå deres oprindelse og vej gennem handelen, så det bliver muligt at anslå værdien af den mængde alkohol, der smugles ind i og inden for EU. | (I) Eur. Inst. (II) Med/region |
| VIII.4. Medlemslandene bør bibeholde egne muligheder for at begrænse individuel grænsehandel således, at virkningen af deres egen skattepolitik ikke reduceres. | (I) Eur. Inst. (II) Med/region |
| Anbefalinger vedrørende minimumsalder ved køb og tilgængelighed | Relevant aktør |
| VIII.5. Der bør i hele Europa implementeres et minimumssystem for udstedelse af bevilling til salg af alkoholprodukter, med respekt for eksisterende bevillingssystemer, hvor disse er stærkere. | (I) Eur. Inst. (II) Med/region (III) Komm. |
| VIII.6. Salg af alkoholprodukter til personer under en aldersgrænse, der er fastsat ved lokal lov, national lov eller 18 år, hvad der end er højst, bør forbydes og håndhæves. | (II) Med/region |
| VIII.7. Myndigheder, der administrerer alkoholbevillinger i henhold til antal og tæthed, beliggenhed samt åbningstider for salg, bør ikke overveje at slække deres bestemmelser; myndigheder uden sådanne bestemmelser eller med meget begrænsede bestemmelser bør analysere virkningen ved at indføre sådanne eller stramme dem. | (II) Med/region (III) Komm. |
| VIII.8. Der bør implementeres en række straffe af stigende strenghedsgrad, såsom inddragelse af bevilling eller midlertidig og permanent lukning, mod sælgere og distributører for at sikre, at de | (III) Komm. |

| efterlever de relevante tiltag. | |
|---|-----------------------------------|
| Anbefalinger vedrørende markedsføring | Relevant aktør |
| VIII.9. Der bør overalt i Europa implementeres identiske konkurrencevilkår for markedsføring på basis af eksisterende bestemmelser i medlemslandene, med en trinvis, langsigtet udvikling hen imod ingen reklamer i tv og biografer, ingen sponsorater og en begrænsning af budskaber og billeder til kun at omfatte sådanne, der refererer til et produkts kvaliteter. | (I) Eur. Inst. (II) Med/region |
| VIII.10. Paragraf 15 i Direktivet om Fjernsyn uden Grænser bør styrkes både med hensyn til indhold og omfang, og der bør bestilles en analyse af overholdelsen af den i alle medlemslandene. | (I) Eur. Inst. (II) Med/region |
| VIII.11. Hvor der gælder selvregulerende procedurer, som er godkendt af alkoholdrikkevare- eller marketingsindustrien, bør de overvåges og bedømmes af en instans, der er uafhængig af alkohol- og marketingindustrierne. | (I) Eur. Inst. (II) Med/region |

IX Reduktion af skadevirkninger i drikkemiljøer og deres omgivelser

| Anbefalinger vedrørende drikkemiljøer og deres omgivelser | Relevant aktør |
|--|---------------------------|
| IX.1. Byplanlægning, samfundsstrategier, bevillingsregler og restriktioner, transportpolitik og styring af drikkemiljøer og deres omgivelser bør alle arbejde sammen for at minimere de negative følger af beruselse, især for lokale beboere. | (III) Komm. |
| IX.2. Der bør implementeres effektiv og målrettet uddannelse for gæstgiverindustrien og for dem, der serverer alkohol, med det formål at reducere de skadelige konsekvenser af beruselse og skadelige alkoholforbrugsmønstre. | (IV) Alkoholindustrien |
| IX.3. Der bør implementeres tilstrækkelig håndhævelse af love om alkoholsalg og bevilling, målrettet mod lokaliteter, der forbindes med et højt skadesniveau. | (III) Komm. |
| IX.4. Der bør implementeres økonomisk velfunderede projekter om samfundsmobilisering og indgreb; disse | (III) Komm. |

projekter bør involvere forskellige sektorer og samarbejdspartnere og har til formål at skabe mere sikre drikkemiljøer og at reducere skadevirkningerne af alkohol.

X. Rådgivning om risikabelt og skadeligt alkoholforbrug og alkoholafhængighed

| Anbefalinger vedrørende rådgivning | Relevant aktør |
|--|--------------------------------|
| X.1. Der bør i forskellige sammenhænge udvikles og implementeres integrerede, evidensbaserede retningslinier for kortvarig rådgivning om risikabelt og skadeligt alkoholforbrug, med henblik på en opadgående harmonisering af kvaliteten af rådgivning/behandling samt adgangen hertil. | (II) Med/region (III) Komm. |
| X.2. Der bør i forskellige sammenhænge udvikles og implementeres uddannelses- og støtteprogrammer for dem, der yder kortvarig rådgivning om risikabelt og skadeligt alkoholforbrug, med henblik på en opadgående harmonisering af kvalifikationerne hos de primære rådgivere/behandlere. | (II) Med/region (III) Komm. |
| X.3. Der bør stilles ressourcer til rådighed som sikrer tilgængelige programmer for identifikation og rådgivning vedrørende risikabelt og skadeligt alkoholforbrug og alkoholafhængighed. | (II) Med/region (III) Komm. |

Juni 2006