

---

# **Sammendrag av rapporten "Alkohol i Europa"**

---

**En rapport fra Europakommisjonens Institutt for alkoholstudier**

Av Peter Anderson, International Consultant in Public Health  
og Ben Baumberg, Policy and Research Officer.

(Norsk oversettelse ved Elin Rindahl Steiro, Actis)

## Bakgrunn for rapporten

Europakommisjonen har i lengre tid arbeidet med forberedelser til en egen strategi i forhold til alkohol. Strategien omfatter hele spekteret av det som skjer innenfor alkoholpolitikken på europeisk nivå. I tilknytning til utvikling av denne strategien har det vokst fram et behov for en bred analyse av de helsemessige, sosiale og økonomiske følger av alkohol i Europa. Dette er et sammendrag av den forelagte rapporten, som i sin helhet kan finnes på (web-adresse) og (andre kanaler).

Rapporten er en ekspertvurdering av publiserte undersøkelser, systematiske gjennomganger av eksisterende forskning, meta-analyser og enkeltstående skriftlige arbeider, så vel som en analyse av data fra Europakommisjonen og Verdens Helseorganisasjon. Rapporten anser alkoholpolitikk som et verktøy for å *"tjene folkehelsen og sosial trivsel gjennom å påvirke helsemessige og sosiale faktorer."* Dette er rotfestet i en rammeverk for folkehelsen, en prosess for å *"mobilisere lokale, nasjonale og internasjonale ressurser for å sikre at forholdene ligger til rette for at individet kan utvikle og opprettholde god helse"*. En standardisert terminologi er anvendt gjennom hele rapporten, basert på terminologien som benyttes i Verdens Helseorganisasjon, FNs eget byrå for helsespørsmål.

## Alkohol og Europa

Alkohol har vært drukket og produsert i Europa i tusenvis av år, vanligvis lagd av materialer som til enhver tid har vært tilgjengelig på de ulike stedene. Alkoholholdige drikker har også vært utbredt brukt i medisinsk sammenheng, en praksis som ble opprettholdt helt til begynnelsen av 1900-tallet, da moderne medisin gjorde sitt inntog. Alkoholover eksisterte, men bare fordi man ønsket mulighet til å opprettholde lov og orden, og som et verktøy for å regulere markedet; ikke fordi man prioriterte folkehelsen.

Imidlertid forandret dette bildet seg i løpet av en utviklingsperiode på slutten av middelalderen og tidlig i vår

moderne tid. Industrialiseringen, bedre kommunikasjon og samferdsel og oppdagelsen av sterkere, destillerte drikkevarer spilte en rolle i denne utviklinga. Store avholdsbevegelser bredte seg i Europa i løpet av 1800-tallet og begynnelsen av 1900-tallet. Bevegelsene var først drevet av bekymring for spriten, siden vokste bevegelsene fram som motstandsbevegelser til all alkoholholdig drikke. Ved utgangen av 1900-tallet hadde avholdsbevegelsen svunnet hen, og hadde liten eller ingen betydning i de fleste land, men ikke alle.

Tanken om alkoholisme som sykdom vokste også i løpet av 1800-tallet, og mange europeiske land opptette hjem eller anstalter som drev med behandling av alkoholikere. I den senere tid har den nye "folkehelsebevegelsen" blitt det dominerende paradigme for diskusjoner om alkoholrelaterte problemer, fordi det åpner for en bredere debatt enn dersom man har fokus på en relativt liten gruppe alkoholikere. I dagens Europa har bruken og betydningen av alkohol et bredt spekter, som går fra å være tilbehør til familiefrokosten til en vesentlig del av ulike seremonier. De ulike måtene å drikke på markerer ofte formaliteten ved et arrangement, eller skillet mellom arbeid og fritid. Beruselse har også en symbolverdi; hvordan man oppfører seg og reagerer under innflytelse av alkohol varierer fra et stede til et annet i Europa.

## Alkohol og den europeiske økonomi

Europa spiller en sentral rolle i det globale alkoholmarked, da en fjerdedel av verdens alkoholproduksjon og over halvparten av verdens vinproduksjon kommer herfra. Handelen er ytterligere konsentrert om Europa, da 70 prosent av alkoholeksporten og like under halvparten av verdens import involverer EU-landene. Sjøl om størstedelen av denne handelen er mellom EU-landene, bidrar alkoholhandelen med om lag 9 milliarder Euro til handelsbalansen for EU som helhet.

Det er vanskelig å sette en verdi på omfanget av **smugling** i EU, sjøl om den Europeiske ekspertgruppen for bedrageri (European High Level Group on Fraud) anslo at det gikk tapt 1,5 mrd Euro på alkoholrelatert bedrageri i 1996. Prisforskjeller

spiller en større rolle når det gjelder omfanget av den lovlige **grensehandelen**, der folk legalt tar med alkohol tilbake til hjemlandet etter at de har besøkt billigere land. Mer enn hver sjettede turist tar alkohol med hjem fra utlandet; i mange land utgjør gjennomsnittet over 2 liter medbrakt ren alkohol per person.

I mange europeiske land **spiller alkoholindustrien en stor rolle for landets økonomi**. Punktavgiftene innen EU15-landene beløp seg til 25 mrd Euro i 2001. Dette omfattet ikke moms eller andre skatter og avgifter som ble betalt i løpet av leveransekjeden. 1,5 mrd gikk tilbake til leveransekjeden gjennom den felles landbrukspolitikken (Common Agricultural Policy, CAP). Etterspørselen etter alkohol er relativt uforanderlig, og de gjennomsnittelige avgiftsrater er en bedre indikator for en regjeringsskatteproveny enn forbruksnivået i landet.

Alkohol er knyttet til **sysselsetting** av drøyt 250 000 mennesker som jobber innen produksjon av ulike alkoholholdige drikkevarer – hovedsakelig vin. Andre jobber er også knytta til alkohol andre steder i leveransekjeden, for eksempel i barer, puber eller butikker som selger alkohol. Men omfanget av industrien er ikke nødvendigvis den beste målestokk for alkoholpolitikken økonomiske innflytelse; for eksempel har tendenser i alkoholforbruket ikke noen sammenheng med tendensene i antallet jobber som er relatert til alkohol, for eksempel i hotell- og restaurantnæringen.

Dette tyder på at endringer i forbruket ikke har den store effekten på sysselsettingen i de alkoholrelaterte næringene. Et mindre forbruk av penger på alkohol kunne dessuten forventes å frigjøre midler som forbrukerne ville bruke på andre områder; hvilken betydning dette ville få for økonomien, ville avhenge av på hvilke områder forbrukerne valgte å bruke disse midlene. Sjøl om det er nødvendig med ytterligere forskning på dette området, tyder eksisterende materiale fra alkoholsektoren og andre sektorer på at et redusert forbruk ikke nødvendigvis fører til tap av arbeidsplasser innenfor samfunnsøkonomien som helhet.

Basert på en gjennomgang av eksisterende studier anslås det at de **målbare kostnadene** av alkohol for EU i 2003 var 125 mrd Euro, (79milliarder Euro – 220 milliarder Euro) hvilket svarer til 1,3 av bruttonasjonalproduktet. Dette er en kostnad i samme størrelse som de nylig anslåtte tobakkskadekostnadene.

De **ikke-målbare kostnadene** angir verdiene man setter på smerte, lidelse og tapt liv som følge av de kriminelle, sosiale og helsemessige skadevirkningene av alkohol. I 2003 ble disse kostnadene anslått til 270 milliarder Euro; ulike måter å måle disse kostnadene på ga kostnadsoverslag på mellom 150 milliarder Euro og 760 milliarder Euro. Disse kostnadsestimatene vurderer en rekke ulike livssituasjoner som påvirkes av alkoholforbruk. Andre situasjoner har ikke vært gjenstand for samme vurdering og kostnadsoverslag, da det ikke har vært mulig å framskaffe tilstrekkelige data. Likeledes tar beregningene hensyn til alkoholens målbare positive effekter i forhold til livslengde og helse, men ingen forskning har kunnet evaluere målbare verdier når det gjelder andre positive effekter, for eksempel på det sosiale plan.

## **Bruk av alkohol i Europa**

EU er den **regionen i verden der det drikkes mest alkohol**, sjøl om det årlige gjennomsnittelige konsumet per voksen har falt betraktelig fra 15 liter ren alkohol i 1970-åra til 11 liter ren alkohol i dag. De siste 40 åra har man også vært vitne til en tilnærming av alkoholkonsumet statene imellom innad i EU15. Konsumet i sentral og nord-Europa har økt, mens det har vært en markant nedgang i sør-Europa. Gjennomsnittelig forbruk i EU10-landene ligger også nærmere EU15 enn noensinne, sjøl om det fremdeles er store variasjoner innad i EU10. De fleste europeere drikker alkohol, men 55 mill voksne (15 prosent) gjør det ikke. Dersom man tar dette med i regnestykket, i tillegg til det uregistrerte forbruk, blir det gjennomsnittelige forbruket per person som drikker om lag 15 liter i året.

Litt under halvparten av denne alkoholen drikkes i form av øl (44 %), resten er delt mellom vin 34% og brennevin 23%. I EU 15 drikkes det hovedsakelig øl i de nordlige og sentrale

områdene, mens man i Sør-Europa hovedsakelig drikker vin (Spania er delvis et unntak). Det er et relativt nytt fenomen at man i løpet av de siste 40 åra har kunnet se en tilnærming mellom områdene i EU15. Om lag 40 prosent av **drikkesituasjonene** er de fleste av EU 15-landene i forbindelse med måltider på ettermiddagen eller kvelden, sjøl om man i de sydlige deler av Europa er mer tilbøyelige enn andre steder til å drikke ved frokosttid. Omfanget av daglig drikking varierer også fra nord til sør i Europa; omfanget av hyppig forbruk (ikke daglig men flere ganger i uka) synes å være mest utbredt i sentrale områder av Europa, og innenfor EU 15 ser man den senere tid en tilnærming på disse områdene.

**I hvor stor grad man drikker seg fulle** varierer. Færre sydeuropeere enn andre oppgir at de er beruset hver måned. Dette mønsteret er ikke fullt så markant dersom man i stedet for "fyll" undersøker antall tilfeller av "binge-drinking"; en betegnelse for at man drikker mer enn et bestemt antall enheter ved én og samme anledning/ drikkesituasjon. Dette tyder på systematiske variasjoner i folks vilje til å rapportere hva som er fyll og hva som er en drikkesituasjon. Undersøkelsene av "binge-drinking" viser også i noen tilfeller avvik fra nord-sør-mønsteret. Især kan det tyde på at Sverige har et av de laveste prosenttall for "binge-drinking" i EU 15. Samlet sett angir voksne i EU 15 at de i gjennomsnitt blir fulle fem ganger i året, men de er med på "binge-drinking" (mer enn fem alkoholenheter ved en og samme anledning) 17 ganger. Dette vil si at 40 millioner EU 15-borgere drikker for mye hver måned, og 100 millioner (hver tredje) utfører "binge-drinking" minst én gang i måneden. Det er færre tilgjengelige data for EU 10, men de data som finnes antyder at det i EU 10 drikkes mer brennevin enn vin, drikefrekvensen er lavere og frekvensen av "binge-drinking" er høyere enn i EU 15.

1 alkoholenhet = 12 gram ren alkohol; dette tilsvarer om lag 1 øl på 33 cl. Mens 266 millioner voksne daglig drikker opptil 20 gram alkohol (tallet for kvinner) og 40 gram (tallet for menn), er det over 58 millioner voksne mennesker som drikker mer enn dette. 20 millioner av disse (6 prosent) drikker daglig over 40 gram (kvinner) eller 60 gram (menn). Dersom vi ser på avhengigheten i stedet for hvor mye en drikker, kan vi anslå at

det hvert år er 23 millioner europeere (5 prosent av alle menn, 1 prosent av alle kvinner) **som er alkoholikere.**

I alle kulturer som noen sinne har vært undersøkt, viser det seg at **menn er mer tilbøyelige til å drikke** i det hele tatt, de drikker mer, og forskjellen mellom kjønnene blir større jo mer risikabel drikkatferden er. Selv om mange kvinner holder opp å drikke når de blir gravide, er det et betraktelig antall som fortsetter, noen av dem til og med i et skadelig omfang. Mønstre i drikketferd kan også ses i sammenheng med sosio-økonomisk status, (SØS). Mennesker med lav SØS er mer tilbøyelige til å være totalavholdende. Trass i et komplisert bilde når det gjelder visse aspekter av drikking, (samt målinger som viser motsatte tendenser for menn og kvinner), er det blant dem som drikker alkohol likevel størst tilbøyelighet til å bli fulle og til å bli alkoholikere blant grupper med lav SØS.

Nesten alle 15-16-årige skoleelever (>90%) har drukket alkohol på et eller annet tidspunkt. De begynner gjennomsnittelig å drikke når de er 12 ½ år, og blir fulle for første gang når de er 14. Den gjennomsnittelige mengde som drikkes av 15- 16-åringene ved én og samme anledning er over 60 gram. I sør- Europa når gjennomsnittet nesten 40 gram ren alkohol. Flere enn hver åttende (13%) av 15- 16-åringene har vært fulle mer enn 20 ganger, og flere enn hver sjettede (18%) oppgir at de har vært med på "binge-drinking" (over fem enheter ved en og samme anledning) tre eller flere ganger i løpet av den siste måneden. Selv om det i 2003 for første gang ble foretatt undersøkelser som i to land påviste mer fyll blant gutter enn blant jenter, er det fremdeles gutter som drikker mest og blir fullest. Men forskjellene er i ferd med å jevnes ut i noen grad. I de fleste landene har det fra 1995/ 1999 til 2003 vært en økning i omfanget av "binge drinking" blant guttene; dette har i nesten samtlige land ikke vært tilfellet blant jentene. Tilsvarende resultater er funnet i ikke-ESPAD-land ved hjelp av andre data. Som en generell trend kan vi se en økning i omfanget av både fyll og "binge-drinking" i mesteparten av EU fra 1995 til 1999, siden fulgt av en mer ambivalent tendens i årene fra 1999 til 2003.

## Alkoholens innflytelse på individet

Sjøl om det i flere sammenhenger er forbundet med fornøyelse og nytelse å drikke alkohol, øker risikoen for et bredt spekter av **sosiale skadevirkninger**, som regel knytta til hvor meget man drikker. Jo større forbruk, desto større risiko. Skadene som følge av **andres drikking** omfatter alt fra sosial ergrelse, som å bli holdt våken om natten, til mer alvorlige konsekvenser som problemer i parforholdet, barnemishandling, kriminalitet, vold og drap. Generelt kan man si at dess høyere forbruket er, dess alvorligere er personskaaden eller forbrytelsen. Alkoholforbrukets mengde, hvor ofte det drikkes samt hyppigheten og omfanget av episodisk, alvorlig "binge-drinking" øker alle uavhengig av hverandre risikoen for vold. Ofte, men ikke alltid, vil episodisk og alvorlig "binge-drinking" forsterke skadevirkningen som relaterer seg til den konsumerte mengde.

Ut over å være avhengighetsskapende er **alkohol årsaken til om lag 60 ulike sykdommer og lidelser**, herunder skader, psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, mage-tarm-lidelser, kreftformer, hjerte-kar-sykdommer, lidelser i immunsystemet, lungesykdommer, skjelett- og muskelsykdommer, reproduktive problemer og prenatale skader; heri medregnet en økt risiko for for tidlig fødsel og lav fødselsvekt. For de fleste tilstander øker risikoen avhengig av den konsumerte mengde. For noen tilstander, som hjertelidelser, KOLS og muskelskader, ser det ut som om skadevirkninger opptrer i tilfeller med vedvarende høyt alkoholforbruk. Men også ved høyt alkoholforbruk er omfanget av skadevirkningen sammenfallende med mengden alkohol som konsumeres. Hyppigheten og omfanget av episodisk, alvorlig "binge-drinking" er særlig vesentlig for risikoen for skader og visse hjerte- og karsykdommer, som blodpropp og hjerneblødning.

Et lavt alkoholforbruk reduserer risikoen for **hertelidelser**. Imidlertid debatteres det hvor meget risikoen reduseres, og ved hvilket forbruksnivå den gevinsten er størst. Velkvalifiserte undersøkelser, som tar hensyn til en rekke andre faktorer, viser at reduksjonen i risiko for det første er minimal; for det andre forekommer reduksjonen i risiko utelukkende på et lavere



forbruksnivå. Det meste av reduksjonen i risiko kan oppnås ved et gjennomsnittelig forbruksnivå på 10 gram alkohol (under en alkoholenhet) annenhver dag. Ved et forbruk på over 20 gram alkohol om dagen – nivået med den laveste risiko – stiger risikoen for hjerte- karsykdommer. Når man har nådd en høy alder, er det liten reduksjon i risikoen dersom en drikker alkohol. Det er alkoholen, ikke den spesifikke type drikkevare, som reduserer risikoen for hjertesykdom. Det tyder også på at alkohol i små mengder kan redusere risikoen for åreforkalkning og demens, gallesten og diabetes, sjøl om ikke all forskning støtter disse konklusjonene.

**Risikoen for å dø** av alkohol er en balanse mellom risikoen for sykdommer og skader, som øker ved alkoholbruk, og risikoen for hjertelidelser (forekommer oftest hos eldre) som kan reduseres ved inntak av alkohol i små mengder. Balansen viser at nivået for alkoholforbruk med lavest risiko, iallfall i Storbritannia, er lik null eller nesten null for kvinner under 65 år, og mindre enn 5 gram alkohol daglig for kvinner over 65 år. For menn er nivået for alkoholforbruk med den laveste risiko null under 35 år, om lag 5 gram daglig for middelaldrende, og mindre enn 10 gram daglig over 65 år. Tallet faller formodentlig igjen når man når en viss alder.

For dem som drikker mye er det store helsemessige gevinster ved å begrense eller kutte ut sitt alkoholforbruk. Selv for kroniske lidelser som skrumplever og depresjon er et nedsatt forbruk eller totalavhold forbundet med rask helsemessig gevinst.

## **Virkingen av alkohol i Europa**

I Europeisk dagligliv utgjør alkohol en stor byrde i mange sammenhenger, både i form av sosiale skader og helseskader. Syv millioner voksne mennesker har oppgitt at de i løpet av det siste året har vært **involvert i slagsmål når de har drukket**. De økonomiske omkostninger ved kriminalitet som kan knyttes til alkohol er i 2003 anslått å beløpe seg til 33 milliarder Euro. (Dette tallet er basert på et antall nasjonale kostnadsberegninger gjort i enkelte land.)

Disse kostnadene er fordelt på utgifter til politi, rettsvesen og fengsler (15 mrd Euro) forebygging av kriminalitet og forsikringsadministrasjon (12 mrd Euro) og materielle skader (7 mrd Euro). Materielle skader som følge av fyllekjøring er anslått å koste 10 mrd Euro, mens de ikke-målbare kostnadene kriminaliteten fører med seg i form av psykiske og fysiske skadevirkninger er anslått å utgjøre mellom 9 mrd Euro og 37 mrd Euro. (52 mrd Euro for kostnadene knytta til alkoholrelatert kriminalitet.)

Alkohol **påvirker også familien.** 16 prosent av all barnemishandling og omsorgssvikt skyldes alkoholmisbruk. Hele 4,7 millioner – 9,1 millioner barn (6% - 12%) lever i familier som opplever at alkohol påvirker familien negativt. Om lag 23 millioner europeere er årlig avhengige av alkohol. Den smerte og lidelse dette volder familiemedlemmene fører til en anslått ikke-målbart kostnad på om lag 68 mrd Euro. Det er vanskeligere å vurdere omfanget av skadevirkningene på arbeidsplassene, men i EU 15 oppgir nesten 5 prosent av alle menn som drikker og 2 prosent av alle kvinner som drikker å oppleve negative konsekvenser av alkohol i forbindelse med jobb eller studier. Basert på en gjennomgang av nasjonale kostnadsberegninger er det anslått at tapt produktivitet som følge av alkoholrelatert fravær samt arbeidsløshet av samme årsak koster henholdsvis 9 mrd Euro og mellom 6 mrd og 23 mrd Euro.

**Sett i et helseperspektiv** er alkohol hvert år ansvarlig for omkring 195 000 dødsfall i EU. Det er imidlertid anslått at alkohol forlenger livet til 160 000 eldre mennesker, særlig kvinner over 70 år, som kan ha en minsket risiko for hjertesykdommer som følge av et moderat alkoholinntak. (På grunn av problematiske og diskuterte metoder er dette antallet sannsynligvis altfor høyt.) Et mer pålitelig estimat er sannsynligvis de 115 000 dødsfallene som rammer mennesker under 70 år; disse tallene regner ikke med den antatt overdrevne preventive effekten av alkoholdrikking. Den antatt overdrevne positive effekten baserer seg dessuten på tall som ses i forhold til en situasjon med totalavhold; nettoeffekten ville være mye større om man sammenlignet med det optimale konsum-nivå for alkohol (som gir lavest risiko). Hvis man måler

konsekvensene av alkohol i DALY (= "Disability-Adjusted Life Years", et begrep som forener dødelighet og sykkelighet i forhold til antall leveår) blir dette problemet mindre. En slik måling viser at alkoholen er ansvarlig for 12 prosent av mannlige og 2 prosent av kvinnelige tilfeller av uførhet og for tidlig død; disse beregningene har også tatt høyde for de positive helseeffektene av alkohol. Dette gjør at alkohol er den tredje største helse- risikoen i EU av en liste på 26 ulike risikofaktorer. Alkohol er en større helserisiko enn blant annet overvekt; bare tobakk og høyt blodtrykk utgjør en større risiko.

Hvor dramatisk alkohol påvirker folkehelsen gjenspeiles i måten alkohol opptrer i et bredt spekter av forhold; dette omfatter blant annet 17 000 årlige dødsfall som følge av trafikkulykker (alkohol er medvirkende årsak i 1 av 3 dødsfall i trafikken), 27 000 dødsfall ved andre ulykker, 2000 drap (alkohol er involvert i 40% av alle mord) 10 000 selvmord (hvert sjette selvmord), 45 000 dødsfall av skrumplever, 50 000 kreftdødsfall, hvorav 11 000 er brystkreft hos kvinner, 17 000 dødsfall av nevro-psykiatriske lidelser samt 200 000 tilfeller av depresjon ( som også utgjør 2,5 mill DALY). Omkostningene ved å behandle disse helseproblemene anslås til 17 mrd Euro, i tillegg til 5 mrd Euro som brukes på behandling og forebygging av skadelig alkoholforbruk og alkoholavhengighet. Tapt liv kan enten vurderes som tapt produksjonspotensiale (36 mrd Euro, når de positive helsemessige effektene er fraregnet) eller som den ikke-målbare verdien av selve livet. (145 mrd – 712 mrd Euro, etter at de positive effektene er medregnet).

**Unge mennesker** bærer en uforholdsmessig stor del av denne byrden; 10% av alle unge kvinners dødelighet og 25 % av unge menns dødelighet skyldes alkohol. Det finnes lite informasjon om omfanget av de sosiale skadevirkningene av alkohol blant unge mennesker, men 6 prosent av alle 15- 16-årige skoleelever i EU oppgir at de har vært i slagsmål i beruset tilstand, 4 prosent oppgir å ha hatt ubeskyttet sex i alkoholpåvirket tilstand.

**Sammenligner vi landene** i EU, se vi at alkohol spiller en betraktelig rolle for at den forventede levealder i EU 10 er betraktelig lavere enn i EU 15. Dersom en måler forskjellene i

antall tidlige dødsfall, utgjør dette en forskjell på 90 per 100 000 innbyggere for menn og 60 per 100 000 innbyggere for kvinner. **Innenfor landegrensene**\_ser vi ha mange av de tilstandene som forårsaker helsemessige ulikheter kan knyttes til alkohol, sjøl om de ulike tilstandene varierer fra land til land (f.eks skrumplever i Frankrike, død som følge av vold i Finland). Dårligere helsetilstand i dårligere stilte områder ser også ut til å ha en sammenheng med alkohol; forskning tyder på at forskjellene i dødelighet som er direkte relatert til alkohol, er så store at det ikke kan forklares med at det er ulikheter på et individuelt plan som uansett ville opptrådt.

Mange av skadene som er forårsaket av alkohol går ut over andre mennesker enn den som drikker. Dette omfatter 60 000 barn som har for lav fødselsvekt, samt 16 prosent av alle barn som blir mishandlet og utsatt for omsorgssvikt, i tillegg til 5-9 millioner barn i familier som blir påvirket av alkohol på en skadelig måte. Alkohol går også ut over andre voksne. Om lag 10 000 mennesker antas å dø årlig i ulykker som skyldes fyllekjøring, der andre enn den berusede fører dør. En vesentlig del av den kriminalitet som er knytta til alkohol går ut over andre mennesker. Likeledes betales deler av de økonomiske omkostninger av andre mennesker eller institusjoner, herunder en stor del av estimatene på 33 mrd Euro som skyldes kriminalitet, de 17 mrd Euro til helsevesenet og 9-19 mrd Euro som skyldes fravær.

Naturfaglige eksperimenter og tids-serielle analyser viser begge at belastningen alkoholen har på helsen vår henger sammen med endringer i forbruket. Denne adferdssammenhengen er tydeligere hos dem som drikker mest enn hos dem som drikker mindre. (Dette gitt det faktum at de 10% som drikker mest står for mellom en tredel til halvparten av det totale alkoholkonsum i et land.) Sammenhengen mellom helse og endringer i alkoholforbruket og atferden vises også i en bredere tendens i befolkningen ved kollektiv endring av forbruksnivå. For befolkningen som helhet vil en konsumendring på en liter alkohol påvirke skadenivået mest i de landene som har lavest konsum i EU 15 (nordlige Europa) men endringen vil også få betydelige konsekvenser for skrumplever, drap (menn), ulykker og total dødelighet (menn) i det sydlige Europa. Mens noen

hevder at en større endring i det nordlige Europa gjenspeiler den eksplosive drikkekulturen i dett området, kan dette like godt gjenspeile den forholdsvis større andelen en én-liters reduksjon i forbruket utgjør i de nord-europeiske landene som i utgangspunktet konsumerer mindre mengder alkohol. Totalt anslås det at en reduksjon i forbruket på en liter ville redusere den totale dødelighetsprosent for menn med 1% i sydlige og sentrale deler av Europa, 3% i det nordlige Europa.

## Evalueringa av alkoholpolitiske alternativer

Tiltakene som er mest effektiv når det gjelder **promillekjøring** omfatter ubegrensede (vilkårlige) alkotester (blåse-tester), lave promillegrenser, inndragig av førerkort og særskilt lave promillegrenser for unge. Et begrenset antall undersøkelser kan ikke bekrefte at målrettede holdningskampanjer virker. Alkoholåser kan være effektive som et preventivt tiltak; men er et virksomt tiltak utelukkende for mennesker som ville kjørt i alkoholpåvirket tilstand dersom de hadde sjansen. WHO har laget modeller for virkningen av og omkostningene ved ubegrensede antall alkotester sammenlignet med ingen testing; overfører man disse modellene til EU får man et estimat på 111 000 års spart som følge av unngått invaliditet og for tidlig død, med et kostnadsoverslag på 233 mill Euro i året.

Effekten av undervisning, informasjon, opplæring og tiltak for økt bevissthet er liten. Sjøl om rekkevidden av skolebaserte utdanningsprogrammer kan være stor, fordi det er et tvunget publikum i skolene, har disse programmene liten virkning på befolkningen på grunn av programmenes begrensede eller manglende effektivitet. Det finnes anbefalinger som foreslår hvordan disse programmene kan forbedres. Imidlertid spiller holdningskampanjer i massemedia en særlig stor rolle når det gjelder å bane veien for spesifikke inngrep ved å skjerpe samfunnets oppmerksomhet rundt de problemene alkohol skaper.

Det er gjentatte ganger bevist at politiske tiltak som **regulerer alkoholmarkedet** er svært effektive i forhold til å redusere skadene som alkoholen volder. Alkoholavgiftene er særlig

viktige når det gjelder drive målrettet arbeide overfor unge mennesker og skadene alkoholen fører med seg i alle land. Dersom alkoholavgiftene ble brukt slik at prisene på alkohol ble hevet med 10% i EU15, kunne over 9000 dødsfall forhindres det påfølgende året, og en skatteproveny på 13 mrd Euro ville i tillegg kunne plusses til budsjettene. Erfaringene viser at dersom man utvider åpningstidene for alkoholsalg vil det få alvorlige konsekvenser for skadeomfanget. WHO har utformet modeller for hva som skjer dersom en begrenser tilgjengeligheten til alkohol i løpet av en 24-timers periode hver uke. Overfører man disse modellene på EU viser det at man unngår anslagsvis 123 000 års invaliditet og for tidlig død; en anslått implementeringskostnad på 98 mill Euro årlig.

Strengere grenser og krav til omfanget og innholdet av [alkoholreklame](#) vil sannsynligvis begrense skadevirkningene. Reklame har en særlig stor gjennomslagskraft når det gjelder å promotere alkohol slik at unge mennesker får en mer positiv holdning til å drikke. Hittil har det imidlertid ikke vist seg å være effektivt å la alkoholmarkedet regulere markedsføringen sjøl. WHO har laget modeller for virkningen av reklameforbud. Dersom disse modellene overføres til EU viser det at en unngår anslagsvis 202 000 års invaliditet og for tidlig død; en anslått implementeringskostnad på 95 mill Euro årlig.

Det er stadig flere beviser for at strategier som kan føre til at vi endrer [sammenhengen vi drikker i](#) har god virkning når det gjelder å redusere skadevirkningene. Men disse strategiene kan primært overføres til drikkingen som skjer på barer, puber og restauranter, og effektiviteten avhenger da av bransjens håndhevelse. Dersom man for eksempel vedtar en minimumsalder for å drikke alkohol, vil det ha liten effekt dersom det ikke blir fulgt opp av troverdige sanksjoner som fratrukker de serveringsstedene som gjentatte ganger skjenker alkohol til mindreårige bevilningen. Slike sanksjoner er mer effektive dersom de følges opp med holdningskampanjer og forebyggende prosjekter i samfunnet.

Omfattende empiri viser at tidlig intervensjon med rådgiving i regi av sosial- og helsetjenestens førstelinje har god virkning når det gjelder å redusere et skadelig alkoholforbruk. WHO har

utarbeidet modeller for virkningen av og omkostningene ved å sørge for slik rådgivning gjennom førstelinjetjenesten til 25% av befolkningen, de som befinner seg i risikogrupper. Overfører man disse modellene til EU, viser tallene at man reduserer antall invaliditetsår og år tapt som følge av for tidlig død med 408 000 år; en beregnet årlig kostnad på 740 mill Euro.

Når man bruker WHO's modeller og sammenligner med en situasjon der man ikke har implementert politiske verktøy og tiltak i det hele tatt, ser man at **implementeringen av en "pakke" av omfattende tiltak for EU** vil koste de europeiske regjeringene 1,3 mrd Euro. Dette utgjør om lag 1% av de samlede målbare årlige alkoholkostnader for samfunnet og kun omkring 10% av den antatt økte inntekten ved 10% økning i alkoholprisene som følge av avgifter i EU 15-landene. En slik "tiltaks pakke" med effektiv politikk og programmer vil inkludere vilkårlige promillekontroller, beskatning, begrenset tilgjengelighet, forbud mot reklame samt enkle medisinske råd. Det anslås at implementeringen vil spare samfunnet for 1,4 mill års uførhet og for tidlig død i året, omkring 2% av all uførhet og for tidlig død i EU.

## Europeisk og global alkoholpolitikk

De mest framtrendende **internasjonale juridiske forpliktelser** som har innflytelse på alkoholpolitikken er toll- og handelsavtalene General Agreement on Tariffs and Trade, (GATT), som tar for seg som tar for seg varer, og General Agreement on Trade in Services (GATS), som er avtalen om handel med tjenester. Tidligere saker som har berørt disse avtalene har vist at Verdens Helseorganisasjon (WHO) vil prioritere folkehelse framfor handel under visse omstendigheter (for eksempel forbud mot import av asbest), sjøl om et lands særskilte politiske bestemmelser må gjennomgå og bestå en rekke strenge krav før slike særskilte bestemmelser kan opprettholdes.

I praksis har **EUs handelslovgivning** langt den største innflytelse på alkoholpolitikken i praksis. De fleste alkoholrelaterte saker stammer fra beskatningsregelen om nasjonal behandling, som

innebærer at det er forbudt for landene å forskjellsbehandle – direkte eller indirekte – til fordel for egne varer i motsetning til varer fra andre land i EU. Det kan ikke gjøres unntak av helsemessige årsaker fra disse bestemmelsene; resultatet er at landene står overfor visse restriksjoner i utformingen av sin avgiftspolitik. Til gjengjeld har den stadig mer innflytelsesrike **Europadomstolen (European Court of Justice, ECJ)**, utvetydig støttet reklameforbud i Catalonia og Frankrike, fordi den erkjenner at en ikke kan nekte for at reklame fungerer som en oppfordring til forbruk.

Standardiserte punktavgifter har i årevis vært et mål for EU for å redusere konkurransevridningen, fordi store forskjeller i avgiftsnivå landene imellom fører til en omfattende grensehandel. Dette betyr tapte skatteinntekter for regjeringen med det høyeste nivå, så vel som økt press for å senke avgiftene; dette har man blant annet sett i noen av de nordiske landene. Produksjonen av alkoholholdige drikkevarer i form av vin mottar hvert år 1,5 mrd Euro i støtte via den **felles landbrukspolitikken (Common Agricultural Policy, CAP)**. Den økonomiske og politiske betydning av disse tilskuddene, sammen med problemene i vinindustrien, gjør det imidlertid vanskelig å få gjennomslag for en helseargumentasjon som fordrer en "moderasjonslinje".

**Verdens Helseorganisasjon** er den internasjonale organisasjonen som har vært mest aktiv på alkoholområdet. Organisasjonens europeiske avdeling har iverksatt en rekke tiltak for å redusere alkoholrelaterte skadevirkninger i sine 52 medlemsland. Dette omfatter Rammeverk for Alkoholpolitikk i Europa, det europeiske Charter on Alcohol samt to ministerkonferanser som har bekreftet behovet for å utvikle en alkoholpolitikk og en bredere helsepolitikk uten innblanding fra kommersielle og økonomiske interesser.

Sjøl om EU alene ikke kan vedta lover med det formål å beskytte menneskers helse (medlemslandene har ikke gitt de europeiske institusjoner denne myndighet) finnes det likevel lovgivning vedrørende det indre marked som omfatter vesentlige helsespørsmål. Dette gjelder blant annet paragrafen om alkoholreklame i **direktivet "TV uten grenser"**. For øvrig



framkommer EUs alkoholpolitikk gjennom "soft law"; i form av ikke-bindende resolusjoner og anbefalinger som oppfordrer medlemsstatene til å opptre og handle på bestemte måter.

## Medlemslandenes alkoholpolitikk

Ethvert land i EU har en rekke lover og andre politiske tiltak som setter alkohol i en særstilling i forhold til andre varer som kjøpes innefor grensene, ofte begrunnet ut fra et folkehelseperspektiv. På tross av alkoholpolitikken allestedsnærværelse har nesten halvparten av EU-landene fortsatt ingen **alkoholpolitisk handlingsplan eller koordinerende instans** for alkohol. De fleste landene har likevel planer for enkelte aspekter av alkoholpolitikken; **skolebaserte opplæringsprogrammer** er de mest vanlige i Europa. Alle landene har likeledes en eller annen form for **restriksjon rundt promillekjøring**. Med unntak av i Storbritannia, Irland og Luxembourg er det en maksimal promillegrense for fører av kjøretøyer på det nivå Europakommisjonen anbefaler. (0,5 promille). Imidlertid er det mange europeere som ikke tror at risikoen for å bli oppdaget dersom en kjører med promille er særlig stor. En tredel av europeerne tror ikke at de noensinne vil bli testet i promillekontroll, sjøl om dette tallet er noe lavere i de landene som faktisk gjennomfører utstrakt bruk av vilkårlige promillekontroller.

**Salg av alkohol** er generelt underlagt restriksjoner i de fleste EU-land, i få tilfeller gjennom detaljhandelsmonopoler, oftere gjennom bevillinger, gjennom restriksjoner på hvilke steder som får selge alkohol. Over en tredel av landene (samt noen regioner) har også begrensninger i forhold til **åpningstider og salgstider**. Noen ganske få land har restriksjoner på hvilke dager man får selge alkohol, eller regulerer hvor mange alkoholforhandlere som kan etablere seg utenfor annen forretningsvirksomhet. Alle land forbyr **salg av alkohol til mindreårige** under en viss alder på barer, puber og serveringssteder, sjøl om fire land ikke har noen bestemmelser rundt salg av alkohol til barn i butikker. Aldersgrensen for tillatt salg til unge mennesker varierer også

rundt i Europa, men tendensen er 18 år i det nordlige Europa og 16 år i den sydeligere del.

**Markedsføring av alkohol** blir kontrollert i forskjellig grad, avhengig av hvilken markedsføring det er snakk om. Ølreklame på TV er underlagt lovmessige restriksjoner (ut over restriksjoner som gjelder innholdet) i over halve Europa, herunder totalforbud i fem land og forbud mot brennevinsreklame i 14 land. Reklametavler og trykte medier er imidlertid underlagt færre forskrifter; et av tre land (hovedsakelig i EU 10) har ingen restriksjoner i forhold til slik reklame i det hele tatt. **Sponsing av idrett** er gjenstand for den minst restriktive reguleringen; det er bare sju land som overhodet har lovmessige restriksjoner på slik sponsing.

**Beskatning** av alkoholholdige drikkevarer er likeledes et gjennomgående trekk i alle Europeiske land, sjøl om satsene i seg sjøl varierer betraktelig mellom de ulike landene. Dette er mest tydelig for vin, der nesten halvparten av landene overhodet ikke har noen avgift, mens hvert femte land har et avgiftsnivå som er over PPP 1.000 Euro (justert i forhold til kjøpekraft=Purchasing Power Parity=kjøpekraftsparitet.) Generelt er den gjennomsnittelige effektive skatteprosent høyest i den nordlige del av Europa og laves i Sør-Europa samt i deler av Sentral- og Øst-Europa. Fire land har siden 2004 innført en direkte avgift på rusbrus som synes å ha ført til lavere konsum av rusbrus.

Dersom man samler de ulike alkoholpolitiske områder og tiltak på **én skala**, strekker den samelede strenghet i alkoholpolitikk seg fra 5,5 (Hellas) til **17,7 (Norge)**\_der maksimums-score er 20 poeng for streng politikk. Gjennomsnittet ligger på 10,8. Alkoholpolitikken er minst restriktiv i Sør-Europa samt i deler av Sentral- og Øst-Europa, og den strengeste politikken føres i det nordlige Europa. Poengene faller ikke utelukkende ettersom man beveger seg fra nord til sør i Eruopa; noe den høye poengsummen i Frankrike vitner om. Dette bildet er svært ulikt situasjonen slik den var for 50 år siden; de gjennomsnittlige nivåer for alkoholpolitikk ligger nå mye nærmere hverandre. Dette skyldes i hovedsak det økende nivået på politiske tiltak i mange land, særlig i forhold til promillekjøring, hvor alle

landene har en maksimalgrense som er lovfestet. Kontroll av markedsføring, aldersgrenser for kjøp av alkohol og en offentlig politisk struktur som kan forme alkoholpolitikken er også langt vanligere i 2005 enn i 1950.

## **Konklusjoner vedrørende alkohol og Europas økonomi**

### **Konklusjon 1**

Handelen med alkohol bidrar med 9 mrd Euro til handelsbalansen i EU. Denne handelen påvirkes ikke nødvendigvis av europeisk og nasjonal politikk som skal redusere skadevirkningene av alkohol.

### **Konklusjon 2**

Alkoholavgifter er en viktig kilde til statens inntekter (25 mrd i 2001 i de gamle EU 15 landene). Avgiftsinntektene er knytta nærmere til avgiftsnivået enn til det samlede nivå for alkoholforbruk.

### **Konklusjon 3**

Et redusert forbruk fører ikke nødvendigvis til lavere sysselsetting samfunnet som helhet; sannsynligvis betyr ikke engang en reduksjon i forbruket store endringer i sysselsettingen innenfor sektorer med tilknytning til alkohol, som serveringssteder og skjenkesteder.

## **Alkoholens sosiale kostnader**

### **Konklusjon 4**

De målbare kostnadene som følge av alkohol i EU ble anslått til 125 mrd Euro i 2003, inkludert 59 mrd Euro for tapt produktivitet som følge av fravær, arbeidsløshet og tapt arbeidsliv som følge av for tidlig død.

### **Konklusjon 5**

De ikke målbare kostnadene som følge av alkohol (som beskriver den verdien man setter på lidelse og tapt liv) i EU ble anslått til 270 mrd i 2003.

## **Bruk av alkohol i Europa**

### **Konklusjon 6**

Sjøl om drikkemønstrene og nivået på alkoholkonsumet varierer fra land til land, er forskjellene mindre enn de var for 40 år siden. Mange sider ved folks drikking er mye mer likt

rundt om i Europa enn man ofte tror. De unges "fyll" økte i de fleste landene i løpet av 90-tallet, fulgt av en periode med ulike trender de seinere åra.

### **Konklusjon 7**

Fylla er en viktig årsak til personskader – herunder legemsbeskadigelse som følge av vold – i hele Europa, også i Sør- Europa.

### **Konklusjon 8**

Hvor man bor i Europa er fremdeles en viktig faktor bak skadevirkningene av alkohol.

## **Alkohol og helse**

### **Konklusjon 9**

Alkohol er en helsedeterminant, ansvarlig for 7,4 prosent av all helseskader og tidlig død i EU.<sup>1</sup>

### **Konklusjon 10**

Alkohol forårsaker skade på andre enn den som drikker, inkludert om lag 60 000 nyfødte med for lav fødselsvekt årlig i EU samt 10 000 dødsfall i trafikken som rammer andre enn sjåføren.

### **Konklusjon 11**

Alkohol er årsak til helsemessige ulikheter mellom medlemsland i EU og innen medlemslandene. Alkohol antas å forårsake 90 flere dødsfall per 100 000 menn og 60 flere dødsfall per 100 000 kvinner i de nye EU 10-landene, sammenlignet med de gamle EU 15-landene.

## **Alkohol og regjeringsspolitikk**

### **Konklusjon 12**

Regjeringer har et ansvar for å regulere markedet, noe de vil tjene på ved for eksempel å øke alkoholavgiftene. En økning i alkoholprisen på 10 % i de gamle EU 15-landene vil

---

<sup>1</sup> Vi oversetter "disability" med helseskader som i denne sammenhengen skal bety alle skader på helse, enten det er medfødt, påført av andre eller av en selv.

eksempelvis medføre en økt skatteinntekt på 13 mrd Euro i løpet av det første året.

### **Konklusjon 13**

Undervisning og informasjon ser ut til å ha liten effekt når det gjelder å redusere skadevirkningene av alkohol. Disse tiltakene kan ikke erstatte tiltak som regulerer alkoholmarkedet, og som er de mest virkningsfulle tiltakene for skadereduksjon, også overfor dem som drikker mest og de yngste brukerne.

## **Alkohol og europeisk politikk**

### **Konklusjon 14**

Variasjoner i alkoholpolitikken rundt i Europa, for eksempel når det gjelder avgiftsnivået, svekker de enkeltes lands evne til å gjennomføre en effektiv alkoholpolitikk.

### **Konklusjon 15**

Forskjellige alkoholpolitiske tiltak blant landene blir noen ganger kjent lovlig for beskytte folkehelsen, som for eksempel EF-domstolens avgjørelse i 2004, som støttet den franske reklamelovgivningen.

## Anbefalinger

### I. Definisjon av alkoholholdig drikke

I.1. Offisiell politikk må definere alkoholholdig drikke på samme måte innenfor EU. Et utgangspunkt kunne være den laveste definisjon som regulerer avgiftene (0,5 % volumprosent).

### II. Anbefalinger vedrørende forskning

II.1. Det bør etableres en europeisk infrastruktur som finansieres slik at den kan foreta samarbeidende alkoholforskning på tvers av landegrensene.

II.2. Det bør etableres en europeisk infrastruktur som finansieres slik at den kan foreta undersøkelser og spre informasjon om alle forskningsresultater av betydning innenfor alkoholpolitikk, for eksempel gjennom registrering og databaser; dette erfaringsgrunnlaget bør omsettes i lettforståelig politikk og tiltak som praktiske verktøy og retningslinjer.

II.3. Langsiktige alkoholforskningsprogrammer bør etableres og finansieres gjennom offentlige midler.

II.4. Kapasiteten til forskning på alkoholpolitikk bør utvikles gjennom faglige utviklingsprogrammer.

### Anbefalinger når det gjelder informasjon

II.5. Det bør etableres og finansieres et europeisk senter for alkoholovervåking (European Alcohol Monitoring Centre, EAMC), som har nasjonalt baserte partnere.

II.6. Alkoholrelaterte indikatorer som tar for seg forbruk, skadevirkninger og politikk, samt effekter av programmer og tiltak må inn på listen over EUs fremste helseindikatorer. Dette bør fremheves overfor EUs Arbeidsgruppe for helseindikatorer.

II.7. Det bør etableres programmer for overvåking av alkohol, slik at data kan være sammenlignbare og analyserbare i hele Europa.

II.8. Det bør etableres en europeisk database som inneholder lover og bestemmelser samt effektive tiltak og programmer på europeisk, nasjonalt og lokalt nivå. Denne databasen må kvalitetssikres i forhold til oppdatering og vedlikehold.

### III. Forberedelse av og implementering av strategier og planer

## **Anbefalinger som gjelder strategier og handlingsplaner**

III.1. Det bør utvikles et europeisk apparat og kontaktpunkt for alkoholpolitikk innenfor Europakommisjonen som styrkes med tilstrekkelig personale og økonomiske ressurser til å kunne overvåke utviklingen i europeisk alkoholpolitikk og implementeringen av Kommisjonens strategi for alkohol.

III.2. Koordineringsmekanismer og fokuspunkter bør etableres eller styrkes og finansieres tilstrekkelig på alle operative nivåer.

III.3. Handlingsplaner for alkohol med tydelige formål, strategier og målsettinger bør formuleres og implementeres.

III.4.

En forutsigbar finansiering bør etableres for organisasjoner, programmer og menneskelige ressurser som er engasjert i å redusere skadevirkningene av alkohol. Det bør foretas analyser som vurderer hvorvidt det er praktisk gjennomførbart og ønskelig å øremerke en del av alkoholavgiftene til slike formål.

III.5. Støtte til alkoholpolitiske tiltak i det sivile samfunn så vel som i det politiske miljø bør markedsføres gjennom holdningskampanjer og holdningsskapende tiltak.

III.6. Regelmessige rapporter om alkohol bør utarbeides og gjøres offentlig tilgjengelig.

## **Grenseoverskridende støtte og andre tiltak**

## **Anbefalinger om konsekvensutredninger og tiltak på fellesskapsnivå**

IV.1. Politiske beslutningstakerne og rådgivere i helsepolitiske spørsmål bør følge nøye med på utviklingen i forhold til risikofaktorene som følger med frihandelsavtalene, og bør sikre at helsespørsmål blir gjort rede for i forhandlingene om handel, både på globalt og europeisk plan.

IV.2. Det bør gjennomføres analyser av om når det er hensiktsmessig å iverksette felles alkoholpolitiske tiltak på europeisk og globalt nivå, og av hvordan forståelsen mellom landene i forhold til alkoholpolitikken kan styrkes.

IV.3. Det bør sørges for økte ressurser til å foreta en grundig vurdering av EUs politikk og aktiviteter (inkludert landbrukspolitikken) og innflytelsen politikken har på



skadevirkninger og omkostninger som er forbundet med alkohol.

## **V. Reduksjon av promillekjøring**

### **Anbefalinger av tiltak mot promillekjøring**

- V.1. En maksimal promillegrense på 0,5‰ bør innføres overalt i Europa; land med lavere grenser bør ikke heve dem.
- V.2. En lavere grense på 0,2‰ bør innføres for unge bilister, yrkessjåfører og førere som kjører tungtransport; land med lavere grenser bør ikke heve dem.
- V.3. I hele Europa bør det gis ubegrensede fullmakter til å gjennomføre pustbasert promilletesting etter en felles standard.
- V.4. I hele Europa bør det innføres en felles strafferamme med tydelig og hurtig straffereaksjon, og med straffereaksjoner der som et minimum er gradert etter mengden av alkohol i blodet..
- V.5. I hele Europa bør kjøreutdanning bli et ledd i rehabilitering og behandling i forbindelse med straffereaksjonen basert på vedtatte evidensbaserte retningslinjer og regelverk.
- V.6. Tiltak som bidrar til å redusere omfanget av promillekjøring bør understøttes av en kampanje som kjøres i hele Europa.
- V.7. Eksisterende holdningskampanjer overfor bilister bør evalueres i forhold til i hvor stor grad de reduserer antallet trafikkulykker som skyldes promillekjøring. Dette bør gjøres før man finansierer nye kampanjer.
- V.8. Det bør implementeres en egen opplæring for de ansatte i serveringsbransjen for å redusere risikoen for at noen kjører etter at de er skjenket alkohol.
- V.9. Omfattende lokalt baserte opplærings- og mobiliseringsprogrammer, deriblant byplanlegging og initiativer i forhold til offentlig transport, bør implementeres for å redusere omfanget av promillekjøring.

### **V. Støtte til utdanning, kommunikasjon, opplæring og holdningsskapende arbeid.**

### **Anbefalinger i forhold til utdanning og offentlig bevissthet**

VI.1. Utdanningsprogrammer bør ikke implementeres som et isolert alkoholpolitisk tiltak eller utelukkende med det formål å redusere skadevirkningene av alkohol, men snarere som et tiltak for å styrke bevisstheten rundt problemene som er skapt av alkohol, og til å bane veien for spesifikke intervensjoner og politiske inngrep.

VI.2. Det bør sørges for at individuelle programmer som virker lovende får finansiert støtte til evaluering av utforming og effekt.

VI.3. Allerede i tidlige barneår bør brede opplæringsprogrammer implementeres som et ledd i å øke forståelsen blant unge mennesker for hvordan alkohol påvirker helse, familie og samfunn, samt informere om effektive tiltak for å forhindre eller redusere skadevirkningene.

VI.4. Opplæringsprogrammer som innføres fra et annet land eller en annen kultur bør evalueres før de implementeres bredt.

VI. 5. Mediekampanjer bør brukes til å informere og øke brukernes bevissthet rundt implementeringen av politiske tiltak.

## **VII. Forbrukermerking**

### **Anbefalinger vedrørende merking**

VII.1. Emballasje til alkoholprodukter bør bære advarsler som er fastlagt av helseinstanser. Disse advarslene bør beskrive skadevirkningene av alkohol når man fører et kjøretøy, fører eller opererer maskiner, ved graviditet, eller lignende meddelelser etter behov.

VII.2. Alkoholemballasje og merking bør ikke promotere et alkoholprodukt på en måte som kan gi et feilaktig inntrykk av produktets egenskaper eller helsemessige virkninger, eller på måter som direkte appellerer til mindreårige.

## **VIII. Politiske tiltak som regulerer alkoholmarkedet**

### **Anbefalinger i forhold til avgifter, grensehandel og smugling**

VIII.1. Minimumssatsene for alkoholavgifter bør økes i takt med inflasjonen; de bør som et minimum være proporsjonale med alkoholinnholdet i drikkevarene, og de bør minst dekke de

eksterne omkostninger ved alkohol, bestemt ut fra en standardisert og fastsatt metode.

VIII.2. Medlemslandene bør bevare egne muligheter for å bruke avgiftspolitiske tiltak for å imøtekomme spesifikke utfordringer som kan oppstå ved innføring av spesifikke alkoholholdige drikkevarer, for eksempel slike som appellerer til unge mennesker.

VIII.3. Alkoholprodukter bør merkes slik at man kan fastslå deres opprinnelse og vei gjennom produksjons- og handelskjeden, slik at det blir mulig å anslå den mengden alkohol som smugles i EU-systemet.

VIII.4. Medlemslandene bør ha mulighet til å begrense individuell grensehandel på en slik måte slik at ikke effekten av landets nåværende avgiftspolitikken svekkes.

### **Anbefalinger vedrørende minimumsgrenser for alder ved kjøp og tilgjengelighet**

VIII.5. I hele Europa bør det innføres et minimumssystem for utstedelse av bevillinger for salg av alkoholprodukter som respekterer eksisterende bevillingssystemer der disse er mer restriktive.

VIII.6. Salg av alkoholprodukter til personer under en nasjonalt lovfestet aldersgrense eller 18 år, avhengig av hva som er høyest, bør forbys og håndheves.

VIII.7. Myndigheter som forvalter regelverket for antall, lokalisering, tetthet og åpningstider for skjenkesteder bør ikke svekke sitt regelverk. Ansvarlige myndigheter som ikke har eller kun forvalter et begrenset regelverk på dette feltet bør analysere effektene av å innføre eller styrke slike.

VIII.8. Det bør implementeres en rekke straffereaksjoner av stigende grad, for eksempel inndraging av bevillinger eller permanent lukking, for å sikre at selgere og distributører etterlever tiltakene.

### **Anbefalinger vedrørende markedsføring**

VIII.9. Det bør implementeres identiske konkurransevilkår for markedsføring i hele Europa, basert på eksisterende

bestemmelser i medlemslandene, med en trinnvis, langsiktig utvikling som tar sikte på å avskaffe reklame på TV og på kino, avskaffe sponing, og som begrenser budskap og bilder slik at bare informasjon om produktets kvalitet kommer fram.

VIII.10. Paragraf 15 i direktivet "TV uten grenser" bør styrkes både i forhold til innhold og omfang, og det bør bestilles en analyse av hvordan denne overholdes i alle medlemslandene.

VIII.11. Dersom det finnes et regelverk for selvregulering, godkjent av markedsføringsbransjen eller alkoholleverandørene, bør dette overvåkes og bedømmes av en uavhengig instans.

## **IX. Anbefalinger som gjelder drikkemiljøer og deres omgivelser**

IX.1. Byplanlegging, lokale utviklingstrategier, bevillingsregler og restriksjoner, transportpolitikk og forvaltning av drikkemiljøer og deres omgivelser bør virke sammen for å minimere de negative konsekvensene av rus, især for lokale beboere.

IX.2. Det bør implementeres en effektiv og målrettet opplæring for serveringsbransjen med det målet å redusere de skadelige konsekvensene av rus og skadelige alkoholforbruksmønstre.

IX.3. Det bør implementeres en tilstrekkelig politidekning og håndheving av lover som gjelder alkoholsalg og bevillinger, særlig rettet mot steder som forbindes med et høyt skadenivå.

IX.4. Det bør implementeres økonomisk velfungerende prosjekter om samfunnsmobilisering og tiltak; disse prosjektene bør involvere ulike sektorer og samarbeidspartnere, og ha til formål å skape sikrere drikkemiljøer og redusere skadevirkningene av alkohol.

## **X. Anbefalinger vedrørende råd og inngrep**

X.1. det bør i ulike sammenhenger utvikles og implementeres integrerte, evidensbaserte retningslinjer for kortvarige inngrep overfor risikabelt og skadelig alkoholforbruk, med særlig fokus på en harmonisering av tilgang og kvalitet på behandling og rehabilitering.

X.2. Det bør i ulike sammenhenger utvikles og implementeres opplærings- og støtteprogrammer for dem som foretar slike kortvarige inngrep overfor risikabelt og skadelig alkoholforbruk, med en målsetting om å harmonisere kvalifikasjonene i førstelinjetjenesten.

X.3. Det bør stilles ressurser til rådighet slik at man sikrer tilgjengelige programmer for identifikasjon og inngrep overfor risikabelt og skadelig alkoholforbruk og alkoholavhengighet.