

---

# **ALKOHOL I EUROPA**

## **ETT FOLKHÄLSOPERSPEKTIV**

---

En rapport för Europakommissionen

*Peter Anderson och Ben Baumberg*

**Svensk översättning av sammanfattningen**

---

**Institute of Alcohol Studies, Storbritannien**  
**Juni 2006**

## Sammanfattning

### Rapportens bakgrund

Samtidigt som EU-kommissionen utarbetar sin egen strategi för alkoholfrågor, en strategi som skall omfatta alla åtgärder som vidtas på europainivå, har det funnits behov av en analys av hur alkoholen påverkar hälsa, sociala frågor och ekonomi i Europa. Den rapport som nu föreligger utgör en syntes, sammanställd av experter. Den presenterar bearbetade resultat av såväl fallstudier och mer omfattande studier, som enskilda forskningsrapporter och vetenskapliga artiklar. Dessutom analyseras de data som gjorts tillgängliga av EU-kommissionen och WHO (Världshälsoorganisationen). I rapporten betraktas alkoholpolitik som "ett instrument som skall tjäna folkhälsan och den sociala välfärden, genom dess påverkan på hälso- och sociala bestämningsfaktorer". Alkoholen betraktas med andra ord som en folkhälsofråga, som kräver resurser och engagemang på alla nivåer; lokalt, nationellt och internationellt för att människors välbefinnande skall kunna säkerställas. Rapporten har vinnlagt sig om en konsekvent, standardiserad terminologi som används av WHO, FN:s organ för hälsofrågor.

### Alkoholen och Europa

Alkohol har producerats och konsumerats i Europa i tusentals år. Vanligtvis har den framställts av de produkter som funnits tillgängliga lokalt. Alkoholhaltiga drycker användes ofta även i medicinskt syfte, ett bruk som fortsatte långt in på 1900-talet innan vår moderna sjukvård växte fram. Alkoholagstiftning fanns, men syftade oftare till att upprätthålla den allmänna ordningen och att reglera marknaden än att värna folkhälsan. Bilden förändrades dock allteftersom det moderna Europa växte fram genom industrialisering, förbättrad infrastruktur och utvecklingen av starkare, destillerade drycker. Starka nykterhetsrörelser bildades som spreds över stora delar av Europa under 1800-talet och tidigt 1900-tal. Kampen fördes i inledningsskedet främst mot starksprit, men de flesta av dessa organisationer protesterade snart mot alla typer av alkoholhaltiga drycker. I de flesta, men inte alla, europeiska länder gick nykterhetsrörelsen kraftigt tillbaka under 1900-talet.

Idén om alkoholism som en sjukdom tog form under 1800-talet, och i många europeiska länder inrättades behandlingshem för alkoholister. På senare år har alkoholrelaterade problem alltmer diskuterats ur ett betydligt bredare folkhälsoperspektiv, och fokus ligger inte längre enbart på missbruk. I dagens Europa används alkohol på många olika sätt, från ett glas till middagsmaten till ett inslag i initieringsriter. Drinkandet är förknippat med ritualer, och karaktären på ett evenemang framgår ofta av vilken typ av drickande som äger rum. Alkoholen används också för att markera gränsen mellan arbete och fritid. Berusningsdrinkandet är starkt kulturellt betingat: Beteendet hos alkoholpåverkade människor och acceptansen för att uppträda berusad varierar mycket mellan olika länder i Europa.

### Alkoholen och Europas ekonomi

Europa intar en central roll i den globala alkoholmarknaden, då en fjärdedel av världens alkohol och hälften av världens vin produceras här. Själva handeln är ännu mer koncentrerad till Europa. EU-länderna är involverade i 70 % av världens alkoholexport och knappt hälften av importen. Trots att majoriteten av handeln med alkohol sker mellan EU-länder, bidrar den med ca 9 miljarder € till EU:s handelsbalans.

Det är svårt att beräkna det ekonomiska värdet av den **smuggling** som äger rum inom EU, trots att OLAF (den europeiska byrån för bedrägeribekämpning) uppskattade att alkoholsmugglingen 1996 omfattade 1.5 miljarder €. Prisskillnaderna EU-länder emellan spelar en större roll, när det gäller den **legala gränshandeln**, där privatpersoner köper med sig legala mängder av billigare alkohol från grannländer. Var sjätte turist återvänder från utlandsvistelser med alkoholhaltiga drycker. I ett flertal länder tar turisterna i genomsnitt med sig över två liter ren alkohol per person.

**Alkoholindustrin** spelar en betydande ekonomisk roll i många europeiska länder. Skatteintäkterna från alkoholproduktionen i de 15 EU-länderna<sup>1</sup> uppgick 2001 till 25 miljarder €, exklusive skatt på försäljning och andra avgifter som förekommer i distributionsleden. Detta trots att 1.5 miljarder går tillbaka till produktionen i form av jordbruksstöd. Då efterfrågan på alkohol är relativt stabil är de genomsnittliga skattesatserna ett bättre instrument för att kunna beräkna ett lands skatteintäkter än vad konsumtionsnivån i landet är.

Alkoholen skapar också **arbetstillfällen**, varav 750 000 inom produktionen (huvudsakligen vinodling). Många arbetstillfällen skapas också i distributionsledet, t ex på krogar och andra försäljningsställen. Alkoholindustrins storlek indikerar emellertid inte fullt ut hur alkoholpolitiken påverkar ekonomin. Antalet arbetstillfällen inom berörda näringsområden (t ex hotell- och restaurangbranschen) tycks nämligen inte påverkas nämnvärt av förändringar i ett lands alkoholkonsumtion. Däremot kan man förvänta sig att om alkoholkonsumtionen minskar, så spenderar befolkningen mera inom andra områden. De ekonomiska effekterna av dessa förändrade konsumtionsmönster är givetvis avhängiga dessa områdens karaktär. Även om vidare forskning krävs i den här frågan, visar den statistik som finns tillgänglig idag att en minskad alkoholkonsumtion inte nödvändigtvis leder till färre arbetstillfällen totalt i samhället.

En genomgång av de studier som föreligger visar att de **mätbara kostnaderna** för alkoholbruket i EU-länderna 2003 uppgick till 125 miljarder € (79-220 miljarder €). Detta motsvarar 1.3 % av BNP, och motsvarar de kostnader som nyligen beräknats för tobaksbruket. De alkoholrelaterade skadorna och problemen i form av kriminalitet, sjukdom, död och annat mänskligt lidande går inte alltid att mäta i pengar. I ett försök att beräkna dessa kostnader 2003 uppskattades summan till 270 miljarder €, medan man vid andra sätt att räkna kommit fram till siffror på mellan 150 och 760 miljarder €. Dessa beräkningar innefattar en mängd olika områden som alkoholen påverkar, men det finns många fler områden som inte beräknats eftersom relevanta data inte gått att få fram. På liknande sätt är det stora svårigheter att beräkna alkoholens positiva påverkan på folkhälsan och antalet dödsfall, då det inte heller där finns forskningsresultat som medger att sociala fördelar utvärderas.

### Alkoholkonsumtionen i Europa

EU-länderna står för den högsta alkoholkonsumtionen i världen, trots att dagens 11 liter ren alkohol per person och år i genomsnitt är betydligt mindre än de rekordhöga mängder, 15 liter per capita, som uppmättes i mitten av 1970-talet. De senaste 40 åren har det också skett en utjämning av konsumtionen mellan "EU15"-länderna. Mellan 1960 och 1980 ökade drickandet i Central- och Nordeuropa medan det minskade betydligt i Sydeuropa. Medelkonsumtionen i de tio nya medlemsstaterna<sup>2</sup>, "EU10", ligger också närmare EU15 än någonsin, trots att stor variation råder inom EU10. De flesta européer dricker alkohol, men 55 miljoner vuxna (15 %) avstår helt. Med tanke på detta och de mörkertal som finns, närmar sig förmodligen drickandet 15 liter per person bland alkoholkonsumenterna.

---

<sup>1</sup> Belgien, Danmark, Finland, Frankrike, Grekland, Irland, Italien, Luxemburg, Nederländerna, Portugal, Spanien, Storbritannien, Sverige, Tyskland och Österrike.

<sup>2</sup> Cypern, Estland, Lettland, Malta, Polen, Slovakien, Slovenien, Tjeckien och Ungern.

Knappt hälften av alkoholen dricks i form av öl, medan resten fördelas mellan vin (34%) och starksprit (23%). Inom EU15 dricker Nord- och Centraleuropa mest öl, medan Sydeuropa dricker huvudsakligen vin. En harmonisering kan dock märkas över de senaste 40 åren. I de flesta EU15-länder dricks 40% av alkoholen i samband med eftermiddags/kvällsmålet medan man i Sydeuropa dricker i samband med lunchen i betydligt större utsträckning. Daglig alkoholkonsumtion blir vanligare ju längre söderut man kommer, medan man i Centraleuropa dricker regelbundet men mera sällan. Också här kan dock en harmonisering skönjas.

**Hur man dricker sig berusad** varierar över Europa, men vid månatlig jämförelse rapporteras färre sydeuropeer bli berusade. Detta mönster rubbas emellertid när intensivkonsumtion (binge drinking) kommer med i bilden, det vill säga när drickandet vida överstiger ett visst antal glas vid ett enda tillfälle<sup>3</sup>. Här tycks de inblandades benägenhet att rapportera att de varit berusade variera. Dessutom varierar uppfattningarna om vad som menas med "ett enda tillfälle". De studier som gjorts av denna typ av drickande visar också tillfälliga avsteg från det gängse nord-syd-mönstret, då till exempel Sverige hör till de EU-15-länder som rapporterar lägst andel intensivkonsumtion av detta slag.

Statistiken för EU15 sammantaget visar att vuxna i genomsnitt säger sig ha blivit fulla fem gånger under ett år, men att de intensivkonsumerat alkohol 17 gånger. Detta betyder att 40 miljoner EU15-medborgare dricker "för mycket" varje månad och att 100 miljoner (en av tre) intensivkonsumerar alkohol minst en gång i månaden. Betydligt färre data finns tillgängliga när det gäller EU10, men de uppgifter som finns gör gällande att en viss del av vinkonsumtionen ersatts av starksprit, att man dricker mera sällan än i EU15 men också att när man väl dricker, så intensivdricker man, dvs. dricker stora mängder.

Medan 266 miljoner vuxna dricker upp till 20 g (kvinnor) eller 40 g (män) alkohol per dag, dricker över 58 miljoner vuxna (15 %) mer än den mängden. 20 miljoner av dessa (6 %) dricker mer än 40 g (kvinnor) eller 60 g (män) per dag. Ser man till alkoholmissbruk visar beräkningarna att 23 miljoner européer (5 % av männen och 1 % av kvinnorna) är **beroende av alkohol**.

I alla kulturer där studier genomförts visar det sig att män har större benägenhet än kvinnor att dricka alkohol överhuvudtaget, och att när de dricker så dricker de mer. Män står också i högre grad för riskbeteenden förknippade med alkohol. Visserligen avstår många kvinnor helt från att dricka under sin graviditet men påfallande många (25-50%) fortsätter att dricka, varav vissa intar skadliga mängder. Konsumtionsmönstren är också tydligt kopplade till människors socio-ekonomiska situation. Bilden är komplex: De med låg socio-ekonomisk status tenderar i större utsträckning att inte dricka alls, men av de i denna grupp som dricker, blir dessa både berusade och alkoholberoende oftare.

Nästan alla **15-16-åriga studenter** (>90%) har någon gång druckit alkohol. Debutåldern ligger i genomsnitt på 12,5 år, och man dricker sig berusad för första gången i genomsnitt vid 14 års ålder. Genomsnittsmängden som konsumeras vid varje enskilt tillfälle är mer än 60 g alkohol och uppgår nästan till 40g i Sydeuropa. Mer än en av åtta (13 %) 15-16-åringar har varit berusade fler än 20 gånger och fler än var sjätte (18 %) har intensivkonsumerat alkohol, dvs. enligt rapportens definition druckit mer än fem glas alkohol vid samma tillfälle, tre eller fler gånger den månad som föregick undersökningen. Även om två länder redovisat studier som visar att flickor drack mer än pojkar för första gången under 2003, fortsätter pojkar i stort sett att dricka betydligt mer än flickor. Skillnaderna tenderar inte heller att minska särskilt mycket. De flesta länder uppvisar en ökning av pojkars intensivdrickande mellan 1995/9 och 2003, och detsamma gäller för flickor. (Jämförelser med icke ESPAD-länder<sup>4</sup> uppvisar liknande resultat trots andra typer av data). Detta beror på ett ökat berusningsdrickande över

---

<sup>3</sup> Definitionen på "intensivkonsumtion" som används i rapporten nämns först senare, men den innebär att antalet glas alkohol överstiger fem vid ett enda tillfälle. Ö. a.

<sup>4</sup> (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs, dvs. den alkohol- och drogvaneeundersökning som regelbundet genomförs i europeiska skolor, ö. a.)

större delen av EU mellan 1995-1999, medan trenden varit mera otydlig på senare år (1999-2003).

### Alkoholens inverkan på individen

Trots att alkoholen för med sig en rad positiva effekter, innebär den samtidigt en ökad risk för en stor mängd **sociala problem och skador**. Riskerna hänger intimt samman med mängden alkohol: Ju högre konsumtion, desto större risker. Den skada som kan uppstå genom **någon annans drickande** varierar från att någon hålls vaken om natten till betydligt allvarigare problem som hustru- och barnmisshandel, övergrepp, andra våldsbrott och mord. Generellt gäller att ju mer alkohol som varit inblandad, desto allvarigare blir konsekvenserna. Hur mycket alkohol man dricker, hur ofta man dricker och antalet tillfällen då man dricker stora mängder är faktorer som var för sig ökar risken för våld. De enstaka tillfällena med stora alkoholintag för emellertid med sig mera våld, medan den sammanlagda konsumtionen över tid i högre grad är kopplad till andra typer av alkoholskador.

Förutom att alkoholen är en beroendeframkallande drog, orsakar den också omkring 60 olika sjukdomar och sjukdomstillstånd, inklusive skador orsakade av t ex våld och olyckor, mentala rubbningar och beteendestörningar, mag- och tarmsjukdomar, cancer, hjärt- och kärlsjukdomar, immunologiska störningar, lungsjukdomar, skelett- och muskelsjukdomar, reproduktionssvårigheter och fosterskador, inklusive en ökad risk att föda för tidigt och att få barn med låg födelsevikt. Risken att drabbas av någon av dessa problem står i direkt proportion till mängden alkohol som dricks: Ju högre konsumtion, desto större risker. För vissa sjukdomstillstånd, t ex hjärtmuskelinflammation, chocklunga och muskelskador tycks skadorna uppstå endast som ett resultat av hög ihållande alkoholkonsumtion, dock ökar alkohol vid tillfällig hög konsumtion risken för dessa sjukdomar och deras grad i relation till intaget av alkohol. Att regelbundet dricka stora mängder vid ett och samma tillfälle ökar särskilt riskerna för att drabbas av vissa hjärt- och kärlsjukdomar (hjärtinfarkt och stroke).

Mycket små mängder alkohol kan ha gynnsamma effekter på vissa **hjärt- och kärlsjukdomar**. Graden av dessa effekter och hur stora mängder alkohol som kan rekommenderas debatteras dock fortfarande. Väl underbyggda studier som tar hänsyn också till andra faktorer visar att de gynnsamma effekterna är mindre än vad sämre genomförda studier visar. De gynnsamma effekterna uppträder bara vid ett mycket lågt intag av alkohol, ca 10 g (högst ett glas) om dagen. Intar man mer än 20 g (två glas) om dagen ökar genast riskerna igen, även när det gäller hjärt- och kärlsjukdomar. Vid mycket hög ålder är riskreduceringseffekten mindre. Det är alkoholen i sig som kan ha en gynnsam effekt. Vilken slags alkoholhaltig dryck som intas spelar ingen roll. Det finns bevis för att alkohol i mycket låga doser kan minska risken för uppkomsten av åderförkalkning, gallsten och diabetes. De olika studier som föreligger uppvisar dock inget entydigt resultat.

Vid beräkningar av **risk för alkoholrelaterad dödlighet** måste två faktorer vägas in: Å ena sidan den risk för sjukdomar och skador som ökar vid alkoholkonsumtion, och å andra sidan den risk för vissa hjärt- och kärlsjukdomar (som oftast drabbas den äldre befolkningen) som minskar vid intag av små mängder. De beräkningar som gjorts i Storbritannien visar att den alkoholkonsumtion som innebär den lägsta risken är noll eller nära noll för kvinnor under 65 år, och mindre än 5 g per dag för kvinnor över 65 år. För män är den konsumtionsnivå som innebär den lägsta risken noll under 35 år, cirka 5 g i medelåldern och mindre än 10 g per dag vid 65 års ålder och däröver. (Troligen går det tillbaka till noll vid höga åldrar även för män).

För högriskkonsumenten innebär det klara hälsovinster att minska eller helt upphöra med sitt drickande. Ett minskat eller upphört drickande har gynnsamma effekter som snabbt visar sig, även när det gäller kroniska sjukdomstillstånd som levercirrhos och depression.

**Alkoholens inverkan på Europa**

Alkoholen för med sig problem på många plan i den mänskliga tillvaron i Europa av idag, problem som i stort sett kan beskrivas som sociala och hälsomässiga skadeverkningar. Sju miljoner vuxna säger sig ha varit i slagsmål i berusat tillstånd det senaste året. (siffran baseras på en sammanställning av ett antal nationella studier). Den ekonomiska kostnaden för alkoholrelaterade brott beräknades till 33 miljarder € inom EU år 2003. Denna summa fördelar sig på; Polis, domstolsväsende och fängelser (15 miljarder €), brottsförebyggande åtgärder och försäkringsfall (12 miljarder €) samt egendomsskador (6 miljarder €). Egendomsskador i anslutning till rattonykterhet har också uppskattats till 10 miljarder €. Kostnaderna för personskador och psykiskt lidande är svåra att beräkna, men har uppskattats till mellan 9 och 37 miljarder €.

Uppskattningsvis 23 miljoner européer är beroende av alkohol. Den skada och det lidande som deras missbruk orsakar anhöriga går egentligen inte att mäta i ekonomiska termer, men har ändå beräknats till i storleksordningen 68 miljarder €. Beräkningar av alkoholens skadliga inverkan på arbetslivet är också svåra att göra, även om 5 % av de manliga alkoholkonsumenterna och 2 % av de kvinnliga uppger att alkoholen har en negativ effekt på deras arbete eller studier. En sammanställning av de nationella studier som gjorts visar att produktionsbortfallet till följd av alkoholrelaterad frånvaro och arbetslöshet uppgår till 9 – 19 miljarder € (frånvaro i form av sjukskrivningar mm) respektive 6 – 23 miljarder € (arbetslöshet).

Ur ett **hälsoperspektiv** orsakar alkohol 195 000 människors död inom EU årligen. Visserligen har antalet "fördröjda" dödsfall bland äldre, huvudsakligen kvinnor över 70, som en följd av alkoholens gynnsamma effekter på hjärt- och kärlsjukdomar samtidigt beräknats till 160 000. (På grund av metodologiska problem i samband med dessa mätningar kan dessa siffror dock anses vara överdrivna). En mer precis beräkning är sannolikt nettoantalet döda under 70 år (115 000), vilka inte påverkas av de sannolikt överdrivna beräkningarna av alkoholens gynnsamma effekter. Dessa siffror måste också ses i relation till statistiken för den del av befolkningen som inte dricker alls. Dessutom är resultaten när det gäller den grupp som håller sig inom den lägsta, mest riskfria konsumtionen mycket mer positiva. Ser man vidare till alkoholens betydelse för DALY-statistiken (*Disability-Adjusted Life Years*, dvs. levnadsår med nedsatta funktioner), framgår det att 12 % av mäns och 2 % av kvinnors för tidiga död, nedsatta hälsa och funktionshinder beror på alkoholskador. Av de 26 riskfaktorer för ohälsa som fastslagits inom EU, kommer alkoholen på tredje plats före exempelvis övervikt. De enda två faktorer som är ett allvarigare hot mot människors hälsa är tobak och högt blodtryck.

Folkhälsan ska bedömas i relation till 17 000 döda i trafikolyckor (en av tre av alla incidenter i trafiken), 27 000 dödsolyckor, 2 000 mord (fyra av tio mord och dråp), 10 000 självmord (vart sjätte), 45 000 döda i levercirrhos, 50 000 döda i cancer (av vilka 11 000 fall av bröstcancer hos kvinnor), 17 000 döda i psykiska sjukdomar samt 200 000 fall av depression. (Dessa siffror står också för 2.5 miljoner DALYs). Kostnaden för behandling av denna samlade ohälsa beräknas till 17 miljarder €, tillsammans med de 5 miljarder € som årligen spenderas på vård, behandling och förebyggande åtgärder som är helt inriktade på högriskkonsumtion och alkoholberoende. Krasst ekonomiskt kan alkoholrelaterade dödsfall antingen räknas om till kostnader för produktionsbortfall (36 miljarder €) eller till en (omöjlig) uppskattning av själva livet där man i så fall får utgå från sociala kostnader (145-712 miljarder €).

**Unga människor** bär en oproportionerligt stor del av denna börda, då över 10 % av dödligheten bland unga kvinnor och 25 % av dödligheten bland unga män är alkoholrelaterad. Det finns inte många uppgifter om de sociala problem som alkoholen orsakar bland unga människor. Man vet emellertid att 6 % av 15-16-åringarna inom EU anser sig ha varit inblandade i våld och 4 % i oskyddat sex som en följd av deras eget drickande.

**Länderna emellan** spelar alkoholen en betydligt större roll för en kortare förväntad livslängd inom EU10 jämfört med EU15. Skillnaden i antalet fall av alkoholrelaterad för tidig död utgör

90 män och 60 kvinnor per 100 000 invånare. **Inom länderna** associeras olikheter på hälsoområdet ofta till alkohol, även om de exakta förhållandena kan variera. (t ex levercirrhos i Frankrike och våld med dödlig utgång i Finland). Sämre hälsa i underprivilegierade områden tycks också vara kopplad till alkohol, då forskningen bland annat visar att alkoholrelaterade dödsfall är fler i dessa områden än vad som kan förklaras med skillnader på individnivå.

Många alkoholskador drabbar **andra än konsumenten själv**. Här återfinns de 60 000 barn som föds underviktiga till följd av alkoholrelaterade fosterskador, 16 % av de fall av barnmisshandel och vanvård man känner till, och de 5-9 miljoner barn som lever i familjer med alkoholproblem. Alkoholskador drabbar också vuxna som inte dricker, som exempelvis 10 000 döda årligen som fallit offer för påverkade bilförare. Här återfinns också ett stort antal människor som drabbas av andra typer av alkoholrelaterade brott. Det är ofta andra människor eller institutioner som tvingas stå för de ekonomiska kostnader som den som dricker orsakar. Detta gäller till exempel stora delar av de årliga kostnaderna för kriminalitet (33 miljarder €), hälso- och sjukvårdssystemet (17 miljarder €) och produktionsbortfall, såsom frånvaro (9-19 miljarder €).

Såväl fallstudier som undersökningar över tid visar att alkoholens skadeverkningar på hälsan är kopplade till **förändringar i konsumtionen**. Dessa förändringar gäller snarare högkonsumenter än lågkonsumenter (de 10 % av befolkningen som dricker mest står för mellan en tredjedel och hälften av all konsumtion i de flesta länder).

För hela befolkningen sammantaget slår alkoholens skadeverkningar vid en ökad totalkonsumtion på en liter per person och år hårdast i lågkonsumtionsländerna i norra Europa. Förändringar av den omfattningen ger emellertid utslag även i sydeuropeiska länder, främst när det gäller levercirrhos, mord (enbart män), olyckor och ökad dödlighet (enbart män). Vissa har ansett att de stora skillnader som denna konsumtionsökning (en liter) för med sig i norra Europa beror på det häftiga berusningsdrickande som är brukligt där. Men de stora förändringarna beror också på att en liter, rent proportionellt, utgör en ganska stor mängd i förhållande till genomsnittskonsumtionen i dessa länder. En sänkning av totalkonsumtionen med en liter per person och år beräknas däremot minska mäns dödlighet med en procent i Syd- och Centraleuropa och med tre procent i norra Europa.

### Utvärdering av alkoholpolitiska åtgärder

De åtgärder mot alkohol i trafiken som visat sig effektiva är bl. a slumpvisa utandningsprov, sänkning av den tillåtna promillehalten, indragna körkort och en lägre tillåten promillegräns för ungdomar. De få utvärderingar som finns på området visar att utbildningsprogram som syftar till en säkrare bilkörning är tämligen verkningslösa. Alkolås kan vara effektivt som förebyggande åtgärd, men alkomätare som inte är kopplade till ett fordon gör ingen nytta i det avseendet.

WHO har undersökt kostnaden för och effekten av regelbundna utandningsprov jämfört med om inga kontroller genomförs. När det gäller EU totalt skulle den skillnaden innebära, enligt WHO:s sätt att räkna, att 111 000 år av trafikskadade och för tidig död skulle undvikas. Den ekonomiska vinsten för samhället skulle uppgå till 233 miljarder €.

Åtgärder i form av **utbildning, information och attitydpåverkan** har mycket låg effekt. Även om utbildningsprogram för skolan når ut till en stor del av befolkningen, visar sig dessa metoder inte särskilt effektiva. Det finns omfattande studier som visar vilka skolmetoder som trots allt har en viss effekt och hur de kan förbättras. Stora massmediekampanjer har dock en speciell roll att spela för att öka medvetenheten i samhället om vilka problem som alkoholen skapar. Kampanjer kan på så sätt bereda mark för särskilda insatser som sedan genomförs.

Det finns mycket starka bevis för att **regleringar av alkoholmarknaden** är synnerligen effektiva när det gäller att minska alkoholens skadeverkningar. Alkoholbeskattning är ett särskilt viktigt instrument i alla länder, speciellt för att reglera unga människors drickande.

Om alkoholskatter skulle införas för att höja priset på alkohol i EU15 med 10 % skulle 9 000 liv sparas redan påföljande år. Dessutom skulle skatteintäkterna öka med 13 miljarder €.

Undersökningar visar också tydligt att ökat öppethållande där alkohol säljs kraftigt ökar skadorna. WHO har räknat på vilka effekter som skulle uppnås om alkoholen hölls mindre tillgänglig på försäljningsställen inom EU under en 24-timmarsperiod varje vecka. Antalet alkoholskadade och för tidigt döda skulle enligt beräkningarna bli 123 000 färre. Implementeringskostnaderna för en sådan åtgärd skulle uppgå till 98 miljarder € årligen.

Begränsningar av **alkoholreklamens** omfattning och innehåll minskar också alkoholkonsumtionen och därmed skadorna. Reklam bidrar starkt till att skapa positiva attityder till alkohol, särskilt bland ungdomar. Försök till självsanering av branschen har gjorts på reklamområdet utan särskilt goda resultat. Enligt WHO skulle ett förbud mot alkoholreklam omräknat i år innebära att 202 000 år av alkoholskador och för tidig död skulle kunna undvikas. Implementeringskostnaderna skulle uppgå till 95 miljarder € årligen.

Allt fler undersökningar visar att restriktioner som omgärdar sammanhang där alkohol intas har gynnsam effekt. Dessa åtgärder går främst att tillämpa på barer och restauranger, och det krävs att restriktionerna verkligen efterlevs. Åldersgränser på krogen har till exempel bara effekt om upprepade förseelser verkligen beivras och att serveringstillståndet dras in. Sådana och liknande åtgärder når större effekt om de åtföljs av preventionsprogram från samhällets sida. **Punktinsatser** för att minska riskfylld alkoholkonsumtion, i synnerhet i form av primärprevention, har visat sig effektiva.

WHO har också räknat på vilka effekter som skulle uppnås med hjälp av primärvårdsbaserade punktinsatser omfattande 25 % av EU:s högriskkonsumenter. För EU:s befolkning skulle detta innebära att 408 000 år av alkoholskador och för tidig död skulle kunna undvikas. Implementeringskostnaderna skulle uppgå till 740 miljarder € årligen.

Skulle dessa modeller föreslagna av WHO (jämfört med inga åtgärder alls) tillämpas, med ett **brett åtgärds paket av restriktioner och program** – slumpvisa utandningsprov, beskattning, begränsad tillgång, reklamförbud och relevant hälsorådgivning – skulle kostnaderna uppgå till 1.3 miljarder € för de europeiska regeringarna. Den summan motsvarar 1 % av alkoholens mätbara totala kostnader för samhället och bara 10 % av den intäkt som en 10-procentig alkoholskatt höjning inom EU15 skulle ge. En implementering av ovan föreslagna åtgärder kan räknas om i 1.4 miljarder år av alkoholskador och för tidig död som skulle kunna undvikas. Detta innebär 2 procent minskning av all ohälsa och för tidig död inom EU.

### Europeisk och global alkoholpolitik

De viktigaste internationella förpliktelserna som påverkar alkoholpolitiken är GATT-avtalet (General Agreement on Tariffs and Trade, det generella handels- och tariffavtalet) och GATS-avtalet (General Agreement on Trade in Services, det generella servicehandelsavtalet). Tillämpningar av dessa avtal visar att WTO, Världshandelsorganisationen, under vissa omständigheter varit beredda att sätta folkhälsan före handeln och den fria marknaden (som i fallet med exportförbud på asbest). Sådana avtalstillämpningar måste emellertid strikt prövas.

Något som haft betydligt större betydelse för alkoholpolitiken i praktiken är EU:s handelslagar. De flesta fall som tagits upp har prövats utifrån den skattelagstiftning som förbjuder medlemsländer att direkt eller indirekt diskriminera varor som inte produceras i det egna landet. Inga undantag från dessa bestämmelser medges, inte ens av hänsyn till folkhälsan. Många länder ställs därför inför begränsningar i utformningen av sin skattepolitik på området. Däremot har den alltmer inflytelserika EG-domstolen dömt till både Kataloniens och Frankrikes fördel när dessa länders alkoholreklamförbud dragits inför domstol. Detta har motiverats med att "reklam tvivelsutan uppmuntrar en ökad konsumtion".

Standardiserade alkoholbeskattningsnivåer är ett långsiktigt mål för EU. Syftet är att komma till rätta med de stora skillnaderna grannländer emellan som idag leder till en omfattande



gränshandel. Detta skulle leda till minskade skatteintäkter för regeringarna i de högskatteländer som idag pressas att sänka alkoholskattenivåerna, så som skett i de Nordiska länderna. Vinproducenter i Europa erhåller årligen jordbruksstöd på sammanlagt 1.5 miljarder €. De ekonomiska och politiska dimensionerna, i synnerhet när det gäller vinproducenternas situation, gör det svårt att göra några folkhälsopolitiska framsteg på området.

Det internationella organ som varit mest aktivt i alkoholfrågan är hittills Världshälsoorganisationen, WHO. Dess Europakontor har tagit en rad initiativ som syftar till att minska alkoholkonsumtionen i de 52 berörda länderna. Initiativen har bland annat lett till en överenskommelse för den europeiska alkoholpolitiken (the Framework for Alcohol Policy in the European Region), en alkoholpolitisk vitbok (the European Charter on Alcohol) och två ministerkonferenser, vilka båda bekräftade behovet av en adekvat alkoholpolitik ur ett folkhälsoperspektiv, som får växa fram utan inblandning av kommersiella och andra ekonomiska intressen.

Även om själva EU inte kan stifta lagar enbart för att skydda folkhälsan (medlemsländerna har inte gett EU:s institutioner detta mandat), kan vissa principer som reglerar den inre marknaden även inrymma ett hänsynstagande på folkhälsoområdet, som exempelvis alkoholreklamklausulen i EU:s **direktiv för gränslös television**. I övrigt har EU:s alkoholpolitik växt fram genom "mjuk lagstiftning", det vill säga genom överenskommelser och rekommendationer som inte är bindande, men som uppmanar medlemsstaterna att verka i en viss riktning.

### Medlemsstaternas alkoholpolitik

Alla medlemsländer i EU har, ofta av folkhälsoskäl, speciella lagar och regler för alkoholen, som alltså inte betraktas som vilken handelsvara som helst. Trots vikten av en adekvat alkoholpolitik **saknar knappt hälften av EU:s länder såväl handlingsplaner som samordnande organ i frågan**. I de fall en handlingsplan inrättats så omfattar den ofta bara någon av alla aspekter. Till exempel är **utbildningsprogram som riktar sig till skolorna** vanliga över hela Europa.

Alla länder har också någon form av **restriktioner för trafikonykterhet**. Alla utom Irland, Storbritannien och Luxemburg har infört en promillegräns på högst 0.5. Det är dock en utbredd uppfattning bland Europas bilförare att risken för att bli upptäckt är minimal. I genomsnitt tror en tredjedel att de aldrig någonsin kommer att genomgå ett utandningsprov. Den siffran är dock lägre i länder som konsekvent genomför sådana.

**Alkoholförsäljningen** är omgärdad av restriktioner i de flesta länder. I vissa gäller försäljningsmonopol, men oftare regleras marknaden med hjälp av licenser, som kan dras in om försäljningsställena inte sköter sina åtaganden. Mer än en tredjedel av EU:s medlemsländer (och vissa regioner) har **reglerade tider för öppethållande**. Restriktioner finns också i vissa länder när det gäller vilka veckodagar försäljningsställena får hålla öppet, och hur många som samtidigt får existera. Samtliga länder förbjuder **försäljning av alkohol till ungdomar** under en viss ålder på barer och pubar, medan fyra länder saknar åldersgränser för inköp av alkohol i affärer. Åldersgränserna varierar också över Europa. De ligger ofta på 18 år i norra Europa och 16 år i södra.

**Alkoholreklamen** regleras i olika hög grad beroende på forum och typ av aktivitet. Öreklam i TV är till exempel omgärdad av flera begränsningar, inte bara när det gäller innehåll. Den är helt förbjuden i fem EU-länder. 14 länder har totalförbud mot TV-reklam för sprit. Reklam på annonstavlor och i trycksaker är mindre reglerad; i var tredje land (främst inom EU10) saknas restriktioner helt. Idrottssponsringen är det område som är mest oreglerat: Bara sju länder har några som helst restriktioner.

Alkoholbeskattning har införts i alla EU-länder, men nivån på skattesatserna varierar kraftigt. Skillnaderna märks tydligast i beskattningen av vin: Hälften av länderna har ingen vinskatt

alls, medan vart femte land har infört skatter på över 1,000 € PPP<sup>5</sup>. Generellt sett är alkoholskatterna högst i norra Europa, lägst i södra och delar av Central- och Östeuropa. Fyra länder har också infört punktbeskattning av alkohol sedan 2004, vilket medfört en minskning av konsumtionen.

När de sammantagna alkoholpolitiska åtgärderna **mäts på en skala** mellan ett och 20, varierar graden av konsumtionsbegränsande åtgärder från 5.5 (Grekland) upp till 17.7 (Norge). Medelvärdet ligger på 10.8. Den minst restriktiva hållningen återfinns i Sydeuropa och delar av Central- och Östeuropa. I andra änden av skalan finns de nordiska länderna. Skalan följer dock inte nord-sydperspektivet strikt, då exempelvis Frankrike ligger relativt högt på skalan. Graden av alkoholpolitiska åtgärder har väsentligt harmoniserats i länderna emellan de senaste 50 åren. Trafiknykterheten är det område där EU-länderna kommit längst: Samtliga har infört någon form av restriktioner. Reklamlagstiftning, åldersbegränsningar för inköp av alkohol och fungerande strukturer i samhället för effektiv implementering av politiska åtgärder är betydligt vanligare i EU-länderna idag än 1950.

---

<sup>5</sup> PPP står för köpkraftsparitet. De internationella köpkraftsparitetsundersökningarna genomförs i samarbete med EU, där medverkar även OECD och FN. Undersökningarna ger underlag för ekonomiska jämförelser mellan olika länder av t.ex. konsumtion, produktion, investeringar, prisnivåer och levnadskostnader. Ö. a.

### SLUTSATSER

#### Alkoholen och Europas ekonomi

##### Slutsats 1

Alkoholen bidrar årligen med ca 9 miljarder € till EU:s **handelsbalans**. Denna handel påverkas inte nödvändigtvis av de politiska målsättningar som finns både på EU- och inrikesnivå, och som syftar till en minskning av alkoholskadorna.

##### Slutsats 2

Alkoholen skapar en viktig **skatteintäkt** för EU:s regeringar (25 miljarder € 2001 för de äldre EU15-länderna). Skatteintäkterna är mera kopplade till beskattningsnivåerna än till den totala alkoholkonsumtionen.

##### Slutsats 3

Minskad alkoholkonsumtion leder inte nödvändigtvis till **minskat antal arbetstillfällen** i den totala ekonomin. Det behöver inte ens leda till en vikande arbetsmarknad inom **alkoholrelaterade branscher** såsom restaurang- och barnåringen.

#### Alkoholen och samhällskostnaderna

##### Slutsats 4

De **mätbara kostnader** som alkoholen för med sig inom EU uppskattades 2003 till 125 miljarder €. I summan ryms 59 miljarder i produktionsbortfall i form av frånvaro, arbetslöshet och förlorade arbetsår på grund av för tidig död.

##### Slutsats 5

De **kostnader som egentligen inte går att mäta**, men som motsvarar ett ekonomiskt värde som satts på lidande och död, uppgick 2003 till 270 miljarder €.

#### Alkoholvanor i Europa

##### Slutsats 6

Även om det finns uppenbara **skillnader** länderna emellan både när det gäller konsumtionsnivåer och dryckesmönster, är skillnaderna betydligt mindre idag än vad de var för 40 år sedan. Många alkoholvanor är, stick i stäv med gängse uppfattning, lika över hela Europa. **Tonåringars** intensivdrickande med stora mängder alkohol ökade stadigt i de flesta länder under 90-talet, medan trenden på senare år inte har varit lika tydlig.

##### Slutsats 7

Berusning är en mycket starkt bidragande faktor när det gäller **personskador** – inklusive våldsoresakade skador – i hela Europa, även i de södra delarna.

**Slutsats 8**

Vilket EU-land du bor i har avgörande betydelse för vilken risk du löper att drabbas av alkoholskador.

**Alkohol och hälsa****Slutsats 9**

Alkohol är en bestämningfaktor för människors hälsa. Den ligger bakom 7.4% av all sjukdom och för tidig död inom EU.

**Slutsats 10**

Alkoholskador drabbar även personer som inte själva dricker, inklusive 60 000 nyfödda med undervikt, 5 – 9 miljoner barn som lever i dysfunktionella familjer på grund av alkoholmissbruk och 10 000 döda trafikoffer som inte själva suttit bakom ratten. Siffrorna gäller EU årligen.

**Slutsats 11**

Alkohol är en bidragande orsak till ojämlikheterna inom folkhälsan i EU. På 100.000 män dör 90 fler i alkoholrelaterad dödlighet i EU10 än i EU15. För kvinnor är siffran 60 fler.

**Alkoholpolitik på regeringsnivå****Slutsats 12**

Regeringarna har ett ansvar för att reglera alkoholmarknaden. De tjänar dessutom på att använda de alkoholpolitiska instrument som finns. Skulle alkoholpriserna höjas med i snitt 10 % i EU:s medlemsländer skulle det innebära 13 miljarder € i ökade skatteintäkter redan första året.

**Slutsats 13**

Utbildningsinsatser uppvisar liten effekt för att minska alkoholskadorna i samhället och utgör inget alternativ till andra åtgärder som kan reglera alkoholmarknaden. Sådana åtgärder har störst effekt för att minska skadorna bland unga och storkonsumenter.

**Alkoholpolitik på europainivå****Slutsats 14**

Fortsatt stora policy skillnader i Europa, exempelvis i skattefrågor, utgör ett hinder för utformningen av en verkningfull alkoholpolitik.

**Slutsats 15**

Vissa nationella avsteg från EU:s policy om den fria marknaden har ansetts motiverade ur ett folkhälsoperspektiv. Ett exempel på detta är EG-domstolens prejudicerande utslag 2004 till den franska alkoholreklamlagstiftningens favör.

### REKOMMENDATIONER

#### I. Att definiera alkoholhaltiga drycker

Definition av alkoholhaltiga drycker	Relevant aktör
I.1. En enhetlig definition av alkoholhaltiga drycker krävs inom EU, t ex den lägsta nivå som beskattas, dvs. 0.5 volymprocent.	(I) <sup>6</sup>

#### II. Att skapa underlag för åtgärder

Rekommendationer för forskning	Relevant aktör
II.1. En europeisk infrastruktur bör byggas upp och fortsättningsvis finansieras för att en gemensam europeisk alkoholforskning skall kunna bedrivas över landsgränserna.	(I) (II) <sup>7</sup>
II.2. En europeisk infrastruktur bör byggas upp och fortsättningsvis finansieras för att viktiga forskningsresultat på alkoholområdet skall kunna tillämpas och spridas. Register och databaser måste skapas. Resultaten bör omsättas i lättfattliga principer och kunna genomföras i praktiken med hjälp av effektiva verktyg och riktlinjer.	(I) (II)
II.3. Långsiktiga, statligt finansierade alkoholforskningsprogram bör byggas upp och fortsättningsvis finansieras.	(I) (II)
II.4. Forskningskompetensen inom det alkoholpolitiska området bör utvecklas genom professionella utbildningsprogram.	(I) (II)
Rekommendationer för information	Relevant aktör
II.5. European Alcohol Monitoring Centre (EAMC), ett europeiskt informationscentrum för alkoholfrågor, med nationella samarbetspartners, bör byggas upp och fortsättningsvis finansieras.	(I) (II)

<sup>6</sup> (I) = Institutioner på EU-nivå

<sup>7</sup> (II) = Medlemsländer och regioner

II.6. Alkoholrelaterade uppgifter när det gäller konsumtion, skador och effekten av politiska åtgärder bör integreras i EU:s lista över viktiga hälsoindikatorer.	(I)
II.7. Liknande alkoholvaneundersökningar bör införas över hela EU för att data skall kunna jämföras och analyseras på samma premisser.	(I) Eur. Inst. (II) MS/region
II.8. En europeisk databas över vilka lagar, regler och andra effektiva alkoholpolitiska instrument och program som finns på EU-, medlemsstats- och kommunal nivå bör etableras och uppdateras.	(I) (II) MS/region (III) <sup>8</sup>

### III. Planering och genomförande av strategier och planer

Rekommendationer för strategier och handlingsplaner	Relevant aktör
III.1. EU-kommissionen måste främja och fokusera på en effektiv europeisk alkoholpolitik. För detta krävs en stab av personal som är kompetent inom området och tillräckliga ekonomiska resurser för att EU-kommissionens alkoholpolitiska strategi skall kunna implementeras fullt ut.	(I)
III.2. Samordning av insatserna och en samsyn på det alkoholpolitiska området måste skapas eller förstärkas, på alla nivåer, och därmed tillräckligt finansieras.	(I) (II) (III)
III.3. Handlingsplaner med tydliga syften, strategier och målgrupper bör utarbetas och implementeras.	(I) (II) (III)
III.4. Ett förutsägbart system för finansiering skall utarbetas där organisationer, program och andra engagerade i att minska alkoholens skadeverkningar skall kunna erhålla medel. Det bör utredas om det vore önskvärt och praksisiskt möjligt att för detta ändamål öronmärka en del av förväntade alkoholskatteintäkter.	(I) (II) (III)
III.5. Allmänhetens och politikernas stöd för alkoholpolitiska åtgärder bör ökas genom kampanjer och medvetandehöjande initiativ.	(I) (II) (III)
III.6. Rapporter på alkoholområdet bör regelbundet produceras och göras tillgängliga för en bred publik.	(I) (II) (III)

<sup>8</sup> (III) = Kommunal nivå

#### IV. Andra principer, åtgärder och gränsöverskridande samarbete

Rekommendationer för ökad påverkan och gemensam handling	Relevant aktör
IV.1. Lagstiftare och rådgivare på folkhälsoområdet bör beakta de risker som marknadsliberalisering för med sig. De har ansvar för att hälsoaspekter vägs in vid förhandlingar både på europeisk och global nivå.	(I) (II)
IV.2. Förstudier bör genomföras i syfte att analysera vilken typ av alkoholpolitiska åtgärder som tjänar på att genomföras gemensamt på europeisk och global nivå och hur man kan öka ansvarstagandet för de gemensamma överenskommelser som träffats.	(I) (II)
IV.3. Mer resurser ska tillföras för att noggranna beräkningar över Europapolitikens (även på jordbruksområdet) påverkan på alkoholrelaterade skador och kostnader ska kunna göras.	(I)

#### V. Ökad trafiknykterhet

Rekommendationer för ökad trafiknykterhet	Relevant aktör
V.1. En promillegräns på 0.5 för alkohol i blodet bör införas över hela Europa. Länder med lägre gräns bör dock inte höja den.	(I) (II)
V.2. En lägre tillåten promillegräns på 0.2 bör införas för yngre förare, förare inom offentlig sektor samt inom den tyngre yrkestrafiken. Länder med lägre gräns bör dock inte höja den.	(I) (II)
V.3. Obegränsade möjligheter skall ges för att kunna genomföra alkotester med utrustning som har en likvärdig, godkänd standard över hela Europa.	(I) (II)
V.4. En tydlig, lättillämpad och kännbar straffskala som baserar sig på de uppmätta promillehalterna bör införas över hela Europa.	(I) (II)
V.5. Förarutbildning, rehabilitering och behandlingsprogram kopplade till straffpåföljden bör gemensamt utarbetas och implementeras över hela Europa.	(I) (II)
V.6. Åtgärder för att minsta trafiknykterheten bör stödjas av en bred europakampanj.	(I)

V.7. De kampanjer som idag bedrivs och/eller har genomförts bör utvärderas för att se vilken roll de har spelat för att minska de alkoholrelaterade trafikolyckorna. Detta för att kunna bedriva så effektiva kampanjer som möjligt i framtiden.	(I) (II)
V.8. Effektiv och adekvat utbildning bör ges till alla som arbetar med att servera och sälja alkohol, för att öka medvetenheten i trafiknykterhetsfrågor och för att minska risken för att människor kör berusade.	(III)
V.9 Omfattande program för utbildning och trafikplanering, inklusive stadsplanering och ökad kollektivtrafik, bör genomföras på kommunal nivå för att minska antalet människor som kör berusade.	(III)

## VI. Stöd till utbildning, kommunikation och allmän kunskapshöjning

Rekommendationer för utbildning och allmän kunskapshöjning på alkoholområdet	Relevant aktör
VI.1. Utbildningsprogram bör inte genomföras som en isolerad alkoholpolitisk insats, inte heller enbart i syfte att minska alkoholens skadeverkningar. I stället bör motivet vara att öka medvetandet hos allmänheten om vilka problem som alkoholen för med sig, samt att bereda mark för särskilda insatser och politiska åtgärder.	(II) (III)
VI.2. Medel bör tillhandahållas för att utformning och effekt av individbaserade program skall kunna utvärderas i syfte att ringa in de program som visar sig verkningsfulla.	(II) (III)
VI.3. Breda utbildningsprogram som börjar redan i den tidiga barndomen bör implementeras för att barn och ungdomar skall bli medvetna om alkoholkonsumtionens negativa konsekvenser för hälsan, familjen och samhället i stort. De skall också känna till vilka åtgärder som kan förebygga och minska risken för skador.	(II) (III)
VI. 4. Särskilda utbildningsprogram som importeras från ett annat land bör utvärderas för att se om det passar i sitt nya sammanhang innan det implementeras.	(II) (III)
VI.5. Mediekampanjer bör användas i syfte att informera och höja medvetandet bland befolkningen om de alkoholpolitiska åtgärder som vidtas och varför.	(I) (II) (III)



### VII. Konsumentupplysning

Rekommendationer för varumärkning	Relevant aktör
VII.1. Förpackningar som innehåller alkoholhaltiga produkter bör förses med varningstexter utarbetade av hälsomyndigheterna. Texterna kan beskriva exempelvis alkoholens skadliga inverkan på bilkörning, faran att dricka alkohol och samtidigt sköta maskiner, risker med alkohol under graviditeten, eller annan relevant information.	(I) (II)
VII.2. Förpackningar som innehåller alkoholhaltiga produkter får inte förses med etiketter som förespråkar en viss alkoholprodukt på ett felaktigt eller ett vilseledande sätt, såsom påstådda egenskaper eller hälsoeffekter hos produkten. Förpackningar och etiketter får inte heller innehålla budskap som speciellt vänder sig till ungdomar.	(I) (II)

### VIII. Principer som reglerar alkoholmarknaden

Rekommendationer för beskattning, gränshandel och smuglingsbekämpning	Relevant aktör
VIII.1. Minimiskatter gällande alla alkoholprodukter skall inflationsanpassas; och skall åtminstone vara proportionella i förhållande till produktens alkoholhalt; och skall minst täcka de externa kostnader som alkoholen orsakar och beräknas utifrån en i förväg bestämd och överenskommen standardiserad metod.	(I) (II)
VIII.2. Medlemsstaterna bör kunna förbehålla sig rätten att använda skatteinstrumentet på ett flexibelt sätt för att kunna handskas med speciella problem och förutsättningar som vissa alkoholdrycker kan medföra. Det kan exempelvis gälla produkter som tydligt attraherar ungdomar.	(II)
VIII. 3. Alkoholhaltiga produkter skall vara märkta på ett sådant sätt att ursprung och distributionsväg tydligt framgår, för att lättare kunna beräkna omfattningen av den alkoholsmuggling som bedrivs till och inom EU.	(I) (II)
VIII.4. Medlemsstater bör kunna förbehålla sig rätten att begränsa de egna införselkvoterna för att kunna bibehålla effekten av den inhemska skattepolitiken.	(I) (II)

Rekommendationer för lägsta inköpsålder och tillgänglighet	Relevant aktör
VIII.5. Ett system med minimikrav som måste uppfyllas för att erhålla serveringstillstånd eller tillstånd för att få sälja alkohol i butik bör implementeras över hela Europa. Redan existerande restriktivare system ska respekteras.	(I) (II) (III)
VIII.6. Alkoholförsäljning till minderåriga, eller till personer som inte uppnått den fastslagna åldersgränsen, bör förbjudas och bestraffas.	(II)
VIII.7. Lagstiftning bör implementeras över hela Europa som reglerar tillgången på alkohol genom begränsning av antalet försäljningsställen, placering av dessa samt öppettider. De som redan har en strängare lagstiftning bör bibehålla den, och de länder som har mindre restriktioner bör överväga att skärpa sin lagstiftning.	(II) (III)
VIII.8. En straffskala med påföljder vid upprepade förseelser, såsom indragna tillstånd på kortare eller längre tid, bör införas över hela Europa för att säkerställa att de regler som finns efterlevs.	(III)

Rekommendationer för marknadsföring	Relevant aktör
VIII.9. Marknadsföringslagar som baseras på de restriktioner som redan finns bör införas i hela Europa, med en långsiktig utveckling mot ett reklamförbud i TV och på bio och mot alkoholrelaterad sponsring. Meddelanden och bilder på förpackningar skall vara strikt konsumentupplysande.	(I) (II)
VIII.10. Artikel 15 i Direktivet för Gränslös Television bör utökas både när det gäller innehåll och omfattning. Dess inflytande i EU:s medlemsländer bör utvärderas.	(I) (II)
VIII.11. Även om det är viktigt att alkoholindustrin arbetar efter självreglerande principer är det viktigt att den övervakas av myndigheter som är helt fristående från branschen.	(I) (II)

## IX Att minska alkoholskadorna genom åtgärder i närmiljön

Rekommendationer för alkoholkonsumtion och närmiljö	Relevant aktör
IX.1. Stadsplanering, kommunala handlingsplaner, tillståndsgivning och restriktioner, transportpolitik och åtgärder som påverkar närmiljön i positiv riktning är faktorer som alla bör samverka i syfte att minska alkoholskadorna hos den lokala befolkningen.	(III)

## Rekommendationer

IX.2. Effektiv och adekvat utbildning bör genomföras för all personal som handhar alkohol, detta i syfte att minska de skadliga konsekvenserna av för hög alkoholkonsumtion och höja kunskapen om hur skadliga dryckesmönster kan förebyggas.	Alkoholindustrin
IX.3. En effektiv lagstiftning för försäljning och servering av alkohol ska implementeras och upprätthållas särskilt i miljöer med hög risk för skador.	(III)
IX.4. Välfinansierade program skall genomföras på lokal nivå, där flera olika aktörer och samarbetspartners engageras för att göra miljöer där alkohol dricks säkrare och för att minska alkoholskadorna.	(III)

## X. Åtgärder vid riskfylld och skadlig alkoholkonsumtion samt missbruk

Rekommendationer för åtgärder	Relevant aktör
X.1. Forskningsbaserade riktlinjer som utarbetas och tillämpas på flera olika nivåer skall ligga till grund för tidiga insatser vid riskfylld och/eller skadlig alkoholkonsumtion samt missbruk. Långsiktigt bör det ske en harmonisering av vårdens kvalitet och tillgänglighet.	(II) (III)
X.2. Relevanta, effektiva utbildnings- och stödprogram bör utarbetas och implementeras på olika nivåer för att insatser vid riskfylld och/eller skadlig alkoholkonsumtion samt missbruk skall kunna sättas in. Långsiktigt bör kompetensnivån hos personal som arbetar med vård och rehabilitering höjas.	(II) (III)
X.3. Resurser krävs för att de beprövade metoder som finns för insatser vid riskfylld och/eller skadlig alkoholkonsumtion samt missbruk skall kunna göras tillgängliga och spridas.	(II) (III)