

Alkohol: Ingen almindelig handelsvare

Sammendrag af anden udgave

Thomas Babor et al.



Artikel oversat og udgivet af Magasinet RUS.

Originalartikel på engelsk trykt i tidsskriftet 'Addiction', 105, 2010.

Resume

Denne artikel er et sammendrag af bogen 'Alcohol: No Ordinary Commodity' (2. udg).

Den første del af bogen forklarer, hvorfor alkohol ikke er en almindelig handelsvare, og der fremlægges epidemiologiske data, som peger på alkohol som en væsentlig bidragsyder til den globale sygdomsbyrde, handicap og død i høj-, mellem- og lavindkomstlande.

I denne del dokumenteres desuden, at den internationale øl og spiritus produktion er blevet samlet i nogle få, store globale virksomheder, som udvider deres aktiviteter i Østeuropa, Asien, Afrika og Latinamerika.

I anden del af bogen foretages en kritisk gennemgang af videnskabelige beviser for strategier og interventioner, som kan forebygge eller mindske alkoholrelaterede skader, på syv nøgleområder: prissætning og beskatning, som kan regulere den fysiske tilgængelighed af alkohol; ændring af drikkemiljøet; indgreb mod spritkørsel; restriktioner på markedsføring; oplysnings- og uddannelses strategier samt behandling og tidlig intervention.

Til slut beskæftiger bogen sig med de politiske beslutningsprocesser på lokalt, nationalt og internationalt plan og vurderer effektiviteten af strategier og interventioner ud fra et folkesundhedsperspektiv.

Sammenfattende kan det siges, at de stærkeste, mest omkostningseffektive indsatser omfatter:

- beskatning, der øger priserne
- restriktioner på den fysiske tilgængelighed af alkohol
- indgreb overfor spritkørsel
- korte interventioner overfor forbrugere med et risikofyldt forbrug
- behandling af forbrugere med alkoholafhængighed.

Alcohol: No Ordinary Commodity er udarbejdet af 'Alcohol and Public Policy Group'. Gruppen består af Thomas Babor, Raul Caetano, Sally Casswell, Griffith Edwards, Norman Giesbrecht, Kathryn Graham, Joel Grube, Linda Hill, Harold Holder, Ross Homel, Michael Livingston, Esa Österberg, Jürgen Rehm, Robin Room og Ingeborg Rossow.

Korrespondence: Thomas E. Babor, University of Connecticut Health Center – e-mail babor@nso.uchc.edu

Fastlæggelse af den politiske dagsorden

Set fra et folkesundhedsperspektiv spiller alkohol en betydelig rolle som årsag til invaliditet, sygelighed og død over hele verden.

I takt med at produktionen, handlen og markedsføringen af alkohol bliver stadig mere global, er det derfor nødvendigt også at betragte alkoholpolitikken ud fra såvel et nationalt som et internationalt perspektiv.

Det gælder også for alkoholforskningen og i særdeleshed for den alkoholpolitiske forskning.

Der er sket store fremskridt gennem de seneste 50 år i den videnskabelige forståelse af sammenhængen mellem alkohol og sundhed.

Det ville naturligvis være ideelt, hvis de samlede forskningsresultater kunne give det videnskabelige grundlag for den offentlige debat og den statslige politiske beslutningsproces.

Men mange af de videnskabelige fund bliver kun omtalt i akademiske tidsskrifter, og deres relevans for alkoholpolitikken bliver derfor ofte overset.

For at imødekomme behovet for en politisk relevant analyse af alkoholforskningslitteraturen publicerede forfatterne i 2003 den første udgave af 'Alcohol: No Ordinary Commodity'

Den fortsætter en tradition med systematiske forskningsoversigter som strækker sig tilbage til 1975 (Bruun m.fl. 1975; Edwards m.fl. 1994).

Den reviderede anden udgave af Alcohol: No ordinary Commodity (Babor m.fl. 2010) afspejler den stærkt øgede mængde af videnskabelig evidens for effektive alkoholpolitiske indsatser, som er kommet til siden første udgave.

Den forholder sig desuden til det faktum, at mange dele af verden nu oplever en stigning i kommerciel produktion og sofisteret markedsføringskampagner fra alkoholindustriens side. Det sker i lande, som traditionelt har haft et relativt lavt totalforbrug og en svag alkoholkontrol (f.eks. Afrika syd for Sahara og visse dele af Asien).

Ingen almindelig handelsvare

Alkoholholdige drikkevarer er en vigtig handelsvare, som udgør en integreret del af økonomien.

Alkohol skaber arbejdspladser i barer, på restauranter og i landbrugssektoren, skaffer udenlandsk kapital og giver staten indtægter gennem skatter og afgifter.

Men de økonomiske fordele, som produktion, salg og brug af denne vare medfører, er forbundet med enorme samfundsomkostninger.

Alkohol kan forårsage helbredsmæssige, psykologiske og sociale skader, og det er der tre vigtige årsager til: stofets evne til at fremkalde fysisk giftighed, akut forgiftning og afhængighed.

Alkohol er et giftigt stof med direkte og indirekte virkning på en mængde af kroppens organer og funktioner [4].

Med et kronisk alkoholforbrug og tilbagevendende beruselse udvikles alkoholaafhængighed – et syndrom med indbyrdes relaterede adfærdsmæssige, fysiske og kognitive symptomer.

Som det fremgår af figur 1 er giftighed, forgiftning og afhængighed relateret til den måde, man drikker på – altså drikkemønsteret.

Drikkemønstre, som fører til en høj koncentration af alkohol i blodet, resulterer i problemer, som er forbundet med akut forgiftning, f.eks. ulykker, skader og vold.

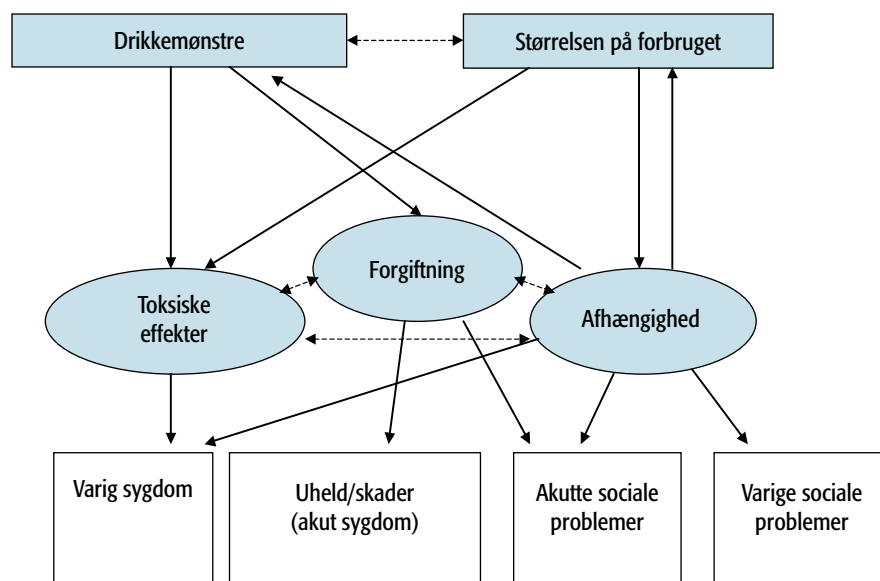
Drikkemønstre, som fremmer hyppig og omfattende alkoholforbrug er forbundet med varige helbredsproblemer som skrumpelever, hjerte-kar-sygdomme og depression.

Regelmæssigt forbrug kan også resultere i en alkoholaafhængighed, som nedsætter individets evne til at kontrollere mængden og hyppigheden af alkoholforbruget.

Det er af disse grunde, at alkohol ikke kan betragtes som en ordinær forbrugs- og handelsvare.

Tendenser i alkoholforbrug og drikkemønstre

Alkoholforbruget varierer kraftigt, ikke blot mellem forskellige lande, men også over tid og mellem forskellige befolkningsgrupper.



Figur 1. Derfor er alkohol ingen almindelig handelsvare: forbindelsen mellem forbrug, medierende faktorer og alkoholrelaterede konsekvenser

Alkoholforbruget pr. indbygger er højest i de økonomisk mest udviklede dele af verden.

Det er generelt set lavere i Afrika og i dele af Asien og specielt lavt på det indiske subkontinent og i muslimske lande og samfund.

Det vestlige Europa, Rusland og andre ikke-muslimske dele af det tidligere Sovjetunionen har nu det højeste forbrug pr. indbygger, men enkelte latinamerikanske lande ligger ikke langt efter. [4,5]

Med enkelte undtagelser er der i mange af landene med et højt alkoholforbrug sket en stabilisering eller et fald i drikkeriet fra tidligt i 1970'erne til tidligt i 2000'erne, især i de traditionelt vinproducerende lande i Europa og Sydamerika [6]. Modsat dette er der sket en stigning i forbruget pr. indbygger i mange lav- og middelindkomstlande [5]

I takt med at forbruget pr. indbygger stiger i en befolkning, stiger også forbruget hos dem, der drikker mest, ligesom antallet af storforbrugere og andelen af alkoholrelaterede skader stiger. [7,8]

En stor del af forskellene i forbruget mellem landene indbyrdes kan henføres til forskellen i andelen af voksne som afholder sig helt fra alkohol.

Det kan betyde, at forbruget pr. indbygger vil stige brat, hvis andelen af afholdsmænd/kvinder falder, særligt i udviklingslande, hvor total afhold er almindeligt forekommende.

Mænd drikker oftere end kvinder, som i større omfang også er afholdende.

Blandt dem, som drikker alkohol, drikker mænd kraftigst i sammenligning med kvinder (det vil sige, at de bliver forgiftede/berusede, eller at de drikker store mængder per gang)

Blandt ældre er det mere almindeligt at være afholdende, eller at man drikker sjældent, mens unge voksne har en højere grad af regelmæssig beruselse [9]

Sammensætningen af sociale og sundhedsmæssige alkoholproblemer i et givet land eller i en given region, har sammenhæng med de lokale drikkemønstre og med det totale alkoholforbrug.

Dette kan bidrage til at forklare, hvorfor forebyggelses- og indsatsstrategier varierer fra land til land.

I takt med at spredningen af kommerciel alkohol gør drikkemønstrene mere homogene, vil de alkoholpolitiske behov sandsynligvis også blive mere ensartede.

Alkoholforbrugets globale byrder

Alkoholen er ansvarlig for cirka 4% af dødsfald over hele verden og 4,65% af de globale byrder af skader og sygdom, hvilket placerer alkohol (sammen med tobak) som en af de førende forebyggelsesmulige årsager til dødsfald og invaliditet [4,10]

I højindkomstlande er alkohol den tredje største risikofaktor, mens den i hurtigt voksende økonomier, som den kinesiske, kommer ind på første pladsen blandt 26 undersøgte faktorer.

Nogle af de vigtigste individuelle skadesvirkninger er hjerte-karsygdomme, brystkræft, tuberkulose, trafikulykker, skrumpelever og selvmord.

Ulykker står sammenlagt for den største andel af alkoholrelaterede byrder.

Alkoholforbruget er relateret til helbredsskader på en dosis-afhængig måde – jo større alkoholforbrug, desto større risiko for skader.

Drikkemønstret spiller også en vigtig rolle for sygdomsbyrden.

Hjerte-kar-sygdom, trafikulykker, selvmord og andre ulykkestilfælde kan alle forbindes med kraftigt, episodisk alkoholindtag (binge-drinking o.a.) [4].

Moderat forbrug kan mindske risikoen for hjerte-kar-sygdom hos nogle individer, men kan også forbindes med en øget risiko for kræft og andre sygdomstilstande.

Alkoholforbrug er desuden en risikofaktor for en bred vifte af sociale problemer. [11]

Selv om der findes rimeligt belæg for en direkte sammenhæng mellem alkoholforbrug og vold [12] er sammenhængen mere kompleks for problemer som skilsmisse, børnemishandling og arbejdsrelaterede problemer.

Alkoholforbrug kan have en negativ indflydelse også på dem, som ikke drikker, når det fører til alkoholrelaterede forbrydelser (for eksempel vold i hjemmene), familieproblemer, trafikulykker og arbejdspladsproblemer.

Sammenfattende kan det konstateres, at alkohol er medvirkende årsag til såvel sociale som sundhedsmæssige problemer.

Alkoholindustriens globale struktur og strategi

Alkoholindustrien er en vigtig – men ikke tilstrækkeligt undersøgt – del af det miljø, som drikkemønstrene læres og udøves i. Det ses især i væksten af moderne industriel produktion, i spredningen af nye produkter som alkoholholdige energidrikke og alkopops – og i udviklingen af sofistikerede markedsføringsstrategier.

På nationalt niveau omfatter alkoholindustrien både producenter og importører af øl, vin og spiritus, samt barer, restauranter, alkoholbutikker og dagligvarebutikker, som sælger alkohol.

Alkohol anses for at være en vigtig bidragsyder til forretningsmuligheder og arbejdspladser i turist- og detailbranchen.

I de senere år er det internationale alkoholmarked blevet domineret af færre og større virksomheder [13,14]

I 2005 blev 60% af alt kommersielt brygget øl produceret af de fire største: Inbev, Anheuser Busch, SABMiller og Heineken.

En lignende tendens kan ses i spiritus-sektoren, hvor Diageo og Pernod Ricard nu kontrollerer nogle af verdens førende markeder.

Størrelsen og lønsomheden hos disse store virksomheder muliggør en samordnet markedsføring på globalt niveau.

Størrelsen betyder desuden, at de kan satse betydelige ressourcer på at fremme alkoholindustriens politiske interesser, enten direkte eller indirekte.

Denne udvikling stiller krav, både til folkesundhedssektoren og til myndighederne om at svare igen med nationale eller globale folkesundhedsstrategier for at minimere de sundhedsmæssige og sociale problemer, som det ekspanderende globale alkoholmarked medfører.

Det er en almindelig antagelse, at adgang til industrielt fremstillet alkohol giver positive økonomiske effekter i lavindkomstlandene, men evidensen for dette er usikker, især når det gælder jobskabelse. (15)

Forskning viser, at alkoholproblemerne stiger i takt med den økonomiske udvikling (16).

Mange udviklingslande har alkohollove og alkoholpo-

litikker, men savner ofte de nødvendige ressourcer til at kunne håndhæve dem ordentligt.

Alkoholpolitikken i en international sammenhæng

Nationale og lokale alkoholpolitiske kontrolindsatser udsættes for stigende modstand, fordi de strider mod internationale handelsaftaler, der har tendens til at behandle alkohol som en almindelig handelsvare på linje med brød og mælk (17).

I begyndelsen af år 2000 kunne verdenshandelsorganisationen WTO registrere 127 handelsaftaler, hvor de fleste også omfatter handel med alkoholholdige drikke.

Handelsaftalerne kræver som regel, at regeringerne mindsker og til slut helt afskaffer toldmure og andre internationale handelshindringer.

Hvis alkohol betragtes som en almindelig handelsvare, vil handelsaftalerne ofte hæmme de alkoholpolitiske foranstaltninger.

Internationale organisationer som EU har – i takt med den øgede opmærksomhed på frihandel og frie markeder – skubbet på for at afvikle statslige alkoholmonopoler og andre reguleringer af tilgængeligheden til alkohol. Afgørelser i uenigheder om handelsaftaler er desuden resulteret i sænkede skatter og andre forøgelser af tilgængeligheden (18, 19)

Alligevel kan manglen på en effektiv alkoholpolitik på nationalt niveau ikke helt undskyldes med virkningerne af internationale handelsaftaler og økonomiske traktater.

For selv om handelsaftaler begrænser udformningen af de nationale reguleringer, giver de også de nationale regeringer mulighed for specifikt at beskytte menneskers og miljøers sundhed.

Politiske handlinger, som begrænser tilgængelighed og markedsføring af alkohol, har med held kunnet forsvares som både nødvendige og rimelige for at opnå et tydeligt formuleret statsligt sundhedsmål.

Men ofte har en restriktiv alkoholpolitik haft et lokal-økonomisk protektionistisk aspekt, som gør den svær at forsvare.

På internationalt niveau må hensynet til folkesundheden have fortrinsret overfor frihandelsinteresser. (17)

Strategier og indsatser, som kan reducere alkoholrelaterede skadesvirkninger

Alkoholpolitik kan bredt defineres som enhver målrettet indsats eller myndighedsbeslutning, som træffes af staten, for at minimere eller forhindre alkoholrelaterede skadesvirkninger.

En sådan politik kan omfatte specifikke strategier i forhold til alkoholproblemer (f.eks. forhøjelse af alkoholafgifter eller kontrol for spritkørsel) – eller den kan omfatte fordelingen af ressourcer til forebyggelse eller behandling.

En effektiv alkoholpolitik er evidensbaseret og hviler på en solid teori, hvilket øger sandsynligheden for at indsatser, som virker et sted, også vil virke andre steder.

Alkoholpolitisk område	Teoretisk forudsætning	Best practice a)
Alkoholafgifter og andre prisreguleringer	Efterspørgslen vil falde, hvis de økonomiske omkostninger stiger, sammenlignet med alternative råvarer	Alkoholafgifter
Begrænsning af den fysiske tilgængelighed gennem restriktioner på salgsstedernes åbningstider, antal og tæthed	En begrænsning vil indebære, at der kræves en større indsats for at anskaffe alkohol, hvilket fører til et mindsket totalforbrug og færre alkoholrelaterede problemer	Salgsforbud, aldersgrænse for køb, rationering, statsligt monopol, restriktioner på åbningstider og -dage, færre udsalgssteder, varieret tilgængelighed afhængig af alkoholens styrke
Forandring af drikkemiljøet	Miljøspecifikke og sociale begrænsninger nedsætter alkoholforbruget og den alkoholrelaterede vold	Styrket håndhævelse af serveringsregler og juridisk ansvar
Indsatser mod spritkørsel	Afskrækkende indsatser, straf og socialt pres nedsætter spritkørsel	Kontrolsteder, tilfældige tests, lavere promillegrænser, inddragelse af kørekort, lavere promillegrænse for unge, særlige vilkår for unge bilister
Oplysning og undervisning: give information til voksne og unge især gennem massemedier og skolebaseret kampagner/projekter	Sundhedsinformation, som øger viden og forandrer adfærd, kan forebygge alkoholproblemer	Ingen
Regulering af alkoholreklamer og anden markedsføring	En begrænsning af eksponeringen for den markedsføring, som normaliserer alkoholforbrug og kobler det til sociale succes, vil dæmpe rekrutteringen af alkoholforbrugere og mindske unges storforbrug.	Lovgivning, som begrænser eksponeringen for alkoholreklamer og anden markedsføring
Screening og korte interventioner i sundhedsvæsenet. Øget adgang til behandling	Alkoholafhængighed forebygges ved at motivere storforbrugere til at drikke moderat. Forskellige behandlings- interventioner kan øge afholdenhed hos personer, som har udviklet alkoholafhængighed	Kort intervention overfor risiko-forbrugere, afrusning, samtalerapi, organisationer som tilbyder gensidig hjælp til selvhjælp og hjælp som selvhjælp

a) Disse strategier og indsatser har fået to eller flere plus'er (på en skala fra 0 til 3) på baggrund af en vurdering af effektivitet, omfang af videnskabelig belæg og afprøvning i flere lande.

Tabel 1. Syv alkoholpolitiske indsatsområder, deres teoretiske forudsætninger samt 'best practices' fra hvert politikområde

Forskningen giver mulighed for at opstille de strategier, som har haft succes med at nå folkesundhedsmæssige mål – og hvilke strategier, som ikke har haft succes. I tabel 1 opstilles de syv hovedområder, som de alkoholpolitiske indsatser har udviklet sig i.

Tabellen beskriver de teoretiske antagelser bag hver politiske tilgang, samt de specifikke interventioner som har vist sig at være 'best practice' – baseret på evidens for effektivitet, mængde af forskning samt testning på tværs af forskellige lande og kulturer.

Regulering af tilgængelighed: prisfastsættelse og afgifter

Regeringer har gennem mange år benyttet toldtariffer på alkoholimport og punktafgifter på indenlandsk produktion, både for at generere skatteindtægter og for at mindske omfanget af alkoholskader.

Snesevis af undersøgelser, inklusiv et voksende antal undersøgelser i udviklingslande, har vist at en forhøjelse af alkoholpriserne får forbruget til at falde samtidig med at de tilhørende problemer, inklusiv dødelighed, forbrydelser og trafikulykker, også falder. (17, 20, 21)

Det tyder på, at prisen på alkohol har effekt på alle forbrugergrupper, inklusiv unge og stor- eller problemforbrugere, som ofte er i centrum for myndighedernes opmærksomhed.

Nogle lande har indført begrænsninger i rabatpriser eller fastlagt minimumspriser for salg af alkoholholdige drikke.

Selvom evidensen er noget begrænset, tyder det på, at en stigning på de laveste priser for de billigste drikke er en effektiv strategi, når det gælder om at mindske antallet af skader (22)

Anden forskning (23) viser, at alkoholforbruget kan mindskes ved en forhøjelse af prisen på drikke, som udformes og markedsføres på en måde, som tiltaler de unge (for eksempel alkopops).

Beskatning, som en metode til at mindske alkoholskaderne, synes ikke at være blevet brugt i særlig høj grad, selv om effektiviteten er tydeligt påvist.

I de seneste årtier er realprisen på alkohol faldet i mange lande, samtidig med, at andre alkoholpolitiske kontrolforanstaltninger er blevet liberaliseret eller helt opgivet.

Priserne er delvist faldet som følge af, at myndighederne ikke har justeret afgiftsniveauerne efter inflation og lønstigninger.

I nogle tilfælde er alkoholskatterne blevet sænket i et forsøg på at konkurrere med grænsehandel og smugling – eller som resultat af en afgørelse i en tvist om handelsaftaler.

Regulering af den fysiske tilgængelighed til alkohol

Indskrænkning i tilgængeligheden til alkohol fokuserer på at begrænse hvor, hvornår og i hvilke sammenhænge, man som forbruger kan få fat i alkohol. Det omfatter både delvise og totale forbud mod salg af alkohol.

Reguleringen af tilgængeligheden til alkohol varierer meget.

Nogle lande har monopol på detailhandlen, mens mange muslimske stater og enkelte andre regioner praktiserer totalforbud.

I mange udviklingslande er der derimod bekymring over, at billig og illegal alkohol for det meste er ureguleret. (17)

Forskningen viser tydeligt, at alkoholforbruget og de alkoholrelaterede problemer stiger, når alkohol gøres mere tilgængeligt via kommersielle eller sociale kilder.

Omvendt gælder det, at når tilgængeligheden begrænses, reduceres alkoholforbruget og de problemer, som er knyttet til det.

De tydeligste beviser kommer fra undersøgelser om ændret tilgængelighed i detailhandlen, inklusiv reducerede åbningstider, færre åbningsdage, begrænsninger i antallet af salgssteder og restriktioner i adgangen til alkohol i detailhandlen. [16, 26-28]

Konsekvent håndhævelse af lovgivningen er en vigtig ingrediens i effektiviteten.

Den mest direkte håndhævelse er suspension og tilbagekaldelse af salgstilladelser.

Statsligt ejerskab af alkoholforhandling gør det muligt at gennemføre omfattende reguleringer.

Der er overbevisende evidens for, at statslige detailhandelsmonopoler både nedsætter alkoholforbruget og begrænser alkoholrelaterede problemer. Nedlæggelse af et sådant monopol kan derfor føre til en forøgelse af det samlede forbrug, specielt fordi privatisering fører til flere salgssteder, længere åbningstider og mindre håndhævelse af for eksempel regler om salg til mindreårige. [29,30]

For de unge medfører en lovgivning, som øger alderen for køb af alkohol, at salget af alkohol og alkoholrelaterede problemer falder – under forudsætning af, at lovene håndhæves, om ikke andet, så minimalt.

Denne strategi støttes af en stærk empiri, hvor forskningen viser, at der sker et betydeligt fald i antallet af trafikulykker og andre ulykkestilfælde, når alderen for køb ændres. [23, 31, 32]

Generelt kan regulering af tilgængeligheden have stor effekt. Omkostningerne ved at begrænse den fysiske tilgængelighed til alkohol er lave, sammenlignet med de sundhedsmæssige omkostninger, som alkoholforbrug, og i særdeleshed storforbrug, medfører.

Til de mest mærkbare bivirkninger af begrænset tilgængelighed hører en forøgelse af uformelle markedsaktiviteter – for eksempel hjemmebrænding og smugling.

Ikke desto mindre: dér, hvor der er en legal adgang til alkohol, kan de uformelle markedsaktiviteter begrænses gennem effektiv håndhævelse af loven.

Forandringer i drikkemiljøet

Alkohol forbruges mange forskellige steder.

Forskningen viser, at serveringssteder med alkohollicens kan være med til at forebygge alkoholrelaterede problemer gennem uddannelse af bar- og restaurationspersonalet. Det gælder såvel for ansvarlig udskænkning som i håndtering og forebyggelse af aggressioner. [33,34]

Ansvarlig udskænkning er dog kun effektiv, hvis den følges op med håndhævelse.

Specielt truslen om midlertidig eller permanent inddragelse af bevillingen, når der er tale om uansvarligt salg, og – hvis loven tillader det – at gøre serveringspersonalet og ejeren ansvarlig for skader, som opstår på grund af overservering.

Lokale forebyggelsesprojekter, hvor arrangører arbejder sammen med politiet, er en effektiv strategi til at mindske problemadfærd, når der fokuseres på steder med alkohol-

bevilling, måske fordi man kan anvende brede strategier, som indeholder flere komponenter [35,35].

Denne form for lokal mobilisering kræver dog omfattende ressourcer og et langvarigt engagement, inklusiv øget og vedvarende håndhævelse.

Forebyggelse af spritkørsel

Alkohol udgør en alvorlig risikofaktor for trafikrelaterede dødsfald og skader. Det er et stort problem i hurtigtvoksende økonomier, hvor det at eje en bil er kraftigt stigende.

Traditionelt har de politimæssige indsatser, som retter sig mod spritkørsel, haft til formål at fange lovovertræderne og få dem straffet ud fra den antagelse, at det vil afskrække andre fra at køre spirituspåvirket.

Der er dog begrænset bevis for, at disse love har positiv effekt, antagelig fordi lovene ikke følges konsekvent, og fordi straffen først sættes ind med forsinkelse.

Den eneste straf, som synes at have en konsekvent effekt på spritkørsel, er midlertidig eller permanent inddragelse af kørekortet [37, 38]

Evidensen viser, at love, som fastsætter en forholdsvist lav blodalkoholkoncentration (f.eks. 0,5 promille) som grænse for at måtte køre, mindsker både spritkørsel og antallet af dødsfald i trafikken, når det kombineres med offentligt bekendtgjorte kontroller og overvågning.

Det er de første nødvendige skridt på vejen til en effektiv politik mod spritkørsel [39, 40]

Der er stærke beviser for at hyppige, synlige og tilfældige kontroller varigt kan nedsætte omfanget af spritkørsel og de dermed forbundne ulykker, skader og dødsfald. Også målrettede kontroller har denne virkning, hvis de gennemføres tilstrækkeligt ofte. [41,42]

Den mest effektive metode er tilfældige eller obligatoriske spirituskontroller med alkometertests.

Spirituskontroller medfører også, at offentligheden kan se, at risikoen for at blive fanget, er større.

Flere strategier kan føre til færre tilbagefald til spritkørsel, for eksempel rådgivning eller behandling i kombination med inddragelse af kørekortet og alkoholåse, som forhindrer at et køretøj kan starte, hvis føreren ikke har klaret en alkometertest. [43]

Initiativer som 'Edru fører' (Designated Driver) og 'Sikker hjemtur' (Safe Ride Programme) kan have en vis virkning på personer, som ellers antages at ville køre beruset – men nogen overbevisende effekt på antallet af alkoholrelaterede ulykker har man ikke påvist. [44]

For unge bilister, som har en større risiko for at komme ud for trafikulykker, vil en effektiv indsats omfatte en nultolerance-politik for alkohol i blodet – det vil sige fastsættelse af en promillegrænse så tæt på 0 som muligt. Desuden indførelse af graduerede kørekort for nye bilister med tidsbegrænsninger, samt andre kørevilkår i de første år. [45,46]

Traditionelle indsatser, som uddannelse af bilisterne og skolebaserede oplysningsprogrammer, er enten ineffektive eller giver blandede resultater.

Begrænsning af markedsføring

Markedsføring af alkohol er en global industri.

Mange lande udsættes nu for sofistikeret markedsføring af alkohol i et omfang, som er uden fortilfælde. Det sker gennem traditionelle medier (tv, radio og aviser), nye me-

dier (internet og mobiltelefoni), sponsorering og direkte markedsføring, inklusiv merchandise og skiltninger på udsalgssteder.

Forskningen viser, at når unge eksponeres for alkoholreklamer, fremrykkes alkoholdebuten, og forbruget øges hos dem, som allerede drikker.

Mængden af tilgængelig forskning er omfattende [f.eks. 47-49] og viser konsekvente effekter på de unge.

Der er ingen tvivl om, at markedsføring bidrager til rekruttering af unge forbrugere og udvider forbrugerantallet i de hurtigt voksende udviklingsøkonomier.

Lovgivning, som kan regulere alkoholreklamer, er en vel-etableret forsigtighedsforanstaltning, som bruges i lande over hele verden, på trods af alkoholindustriens protester.

Mange forbud har dog kun været delvise og har f. eks. kun omfattet spiritusreklamer eller bestemte tidspunkter på dagen, hvor reklamer ikke må vises på tv – eller de har kun omfattet statsejede medier.

Kun halvdelen af markedsføringen finder sted i denne del af medierne.

Forbudene sættes ofte i værk parallelt med en frivillig selvregulering hos branchen, som specificerer indholdet i de tilladte alkoholreklamer.

Helt eller delvis forbud mod alkoholreklamer giver på kort sigt små effekter på en befolkningsgruppes totalforbrug – bl.a. fordi producenter og sælgere i stedet kan flytte markedsføringsressourcerne over på de tilladte reklamekanaler.

De mere omfattende eksponerings-restriktioner (f.eks. de franske) er ikke blevet evalueret. Det faktum, at eksponering af markedsføring påvirker alkoholforbruget, betyder, at spørgsmålet om reklamerestriktioner havner højt på den alkoholpolitiske dagsorden. Spørgsmålet om, hvor effektivt restriktioner vil kunne mindske alkoholforbruget og alkoholskader i de yngre aldersgrupper, forbliver ubesvaret. Ud fra den teoretiske og empiriske evidens, som er tilgængelig, er det mest sandsynligt, at omfattende reklamerestriktioner vil have effekt.

Selvom alkoholindustrien hævder, at den følger retningslinjerne for ansvarlig markedsføring, tager den ikke i tilstrækkelig grad hensyn til reklamebudskabernes negative effekter.

Selvregulering gennem frivillige brancheretningslinjer synes ikke at kunne hindre den type af markedsføring, som tiltaler de yngre grupper [17, 49, 50]

Forskningsresultater, som viser, hvor effektivt de nuværende alkoholreklamer rekrutterer unge til stort forbrug, peger på behovet for et totalt forbud, som kan begrænse eksponeringen for alkoholreklamer – et forbud, som kan gå på tværs af de nationale grænser.

Oplysnings- og undervisningsindsatser

De mest populære indsatser i forebyggelsen af alkoholrelaterede problemer er oplysnings- og undervisningsstrategier.

Nogle skolebaserede alkoholoplysningsprojekter har øget kendskabet og ændret holdningerne til alkohol, men de påvirker som regel ikke drikkeadfærden. [51].

Mange projekter omfatter både træning i at modstå alkohol og normativ oplysning. Normativ oplysning har til formål at korrigere de unges tendens til at overvurdere

antallet af jævnaldrene, som drikker alkohol, eller som synes, at det er positivt at drikke.

Videnskabelige evalueringer af disse projekter har vist blandede resultater med generelt begrænsede effekter, som er kortvarige, hvis de ikke følges op af stimulerende indsatser (booster sessions) [52].

Nogle projekter inkluderer både oplysning på det individuelle plan og interventioner på familie- eller lokal-samfundsniveau.

Evalueringer tyder på, at heller ikke disse omfattende projekter synes at kunne udskyde alkoholdebuten eller fastholde et mindre alkoholforbrug, når projektet er afsluttet.

De stærkeste effekter er opnået med projekter, som retter sig mod højrisikogrupper, med en tilgang som minder om screening og tidlig intervention. [52-54]

De mediekampagner, som statslige myndigheder og andre organisationer præsenterer, hvor der opfordres til ansvarligt drikkeri, advares mod farerne ved at køre spirituspåvirket og lignende emner, er en ineffektiv modgift til de højkvalitative alkoholpositive budskaber i massemedierne, som vises betydeligt oftere i form af betalte annoncer. [17].

Kort sagt, oplysnings- og undervisningsstrategier tenderer til at have en i bedste fald begrænset effekt – og i tilfælde af positiv effekt, er den ikke vedvarende.

Det er ikke effektivt at nøjes med oplysning og undervisning af den enkelte borger, hvis man ønsker at ændre hans eller hendes alkoholvaner, man må samtidig ændre på de bredere rammer.

Behandling og tidlig intervention

Gennem de seneste 50 år er der sket en stadig udvikling i udbuddet af specialiserede medicinske, psykiatriske og sociale ydelser og behandlinger, som gives til individer med misbrugsproblemer, især i højindkomstlande.

Behandlingerne omfatter som regel en række forskellige ydelser, fra diagnostik til terapeutisk intervention og fortsat pleje.

Forskere har identificeret mere end 40 behandlingstoder, som er blevet undersøgt og kontrolleret i kliniske studier [55].

Metoderne tilbydes i mange forskellige sammenhænge, inklusive behandlingshjem, psykiatriske eller somatiske sygehuse, specialiserede ambulatorier og sundhedscentre.

I de senere år har man i nogle lande organiseret indsatsen, så flere forskellige ydelser kobles sammen.

I forhold til klinisk behandling af ikke-afhængige højrisiko-forbrugere viser den samlede evidens [56], at kort intervention, bestående af en eller flere samtaler med sundhedspersonale, kan give signifikant nedsættelse af forbrug og alkoholrelaterede skader.

Trods evidensen i fordelene ved at benytte kort intervention har det vist sig svært at overtale det sundhedsfaglige personale til den indsats.

Specialistbehandling består af afrusning, ambulat behandling og døgnbehandling.

Afrusning eller abstinensbehandling retter sig hovedsageligt til patienter, som har en historie med kronisk alkoholforbrug (specielt dem med dårlig ernæringsstilstand), og som derfor risikerer at få abstinenser.

Ordination af thiamin og multivitaminer er en billig intervention med lav risiko, som forebygger alkoholrelaterede neurologiske forstyrrelser, og effektive lægemidler er blevet brugt til behandling af abstinenssymptomer.

Behandlinger, som forhindrer at alvorlige abstinenssymptomer udvikles, kan redde liv.

Efter afrusning er en række terapeutiske metoder blevet indarbejdet i forskellige behandlingstilbud for at behandle patientens alkoholproblemer, fremme afholdenhed og forebygge tilbagefald.

I de fleste komparative undersøgelser er resultaterne af ambulat behandling og døgnbehandling sammenlignelige [57]

De behandlingsformer, som har mest støtte i forskningen, er adfærdsterapi, gruppeterapi, familiebehandling og motivationstræning.

Trods fremskridt i jagten på medicinske interventioner, – alkohol-sensibiliserende midler, medicin til at reducere drikkeriet og midler til behandling af komorbid psykopatologi, som kan dæmpe alkoholbegæret og andre tilbagefaldsudløsende faktorer – har de additive effekter af farmakologisk behandling været marginale i sammenligning med effekterne af en standard rådgivnings- og adfærdsbehandling [58, 59]

Selvhjælpsorganisationer, som består af tidligere misbrugere er et billigt alternativ og supplement til anden behandling.

Selvhjælpsgrupper, som baserer sig på Anonyme Alkoholikeres tolv-trins program, har spredt sig over hele verden.

I nogle lande blomstrer andre metoder, ofte rettet mod både familien og den alkoholafhængige.

Forskningen tyder på, at AA kan give en tillægseffekt i kombination med formel behandling, og bare det at gå til møderne, kan være bedre end slet ingen intervention. [60]

Den politiske arena

Alkoholpolitik kan udvikles og gennemføres på mange forskellige myndighedsniveauer.

Lovgivning sætter juridiske rammer, som kan omfatte: statslig kontrol over produktion, eksport og import af kommercielle alkoholprodukter; aldersgrænser for køb af alkoholholdige drikke; indgreb overfor bilister som kører spritkørsel; regulering af alkoholreklamer og støtte til behandlings- og forebyggelsesinitiativer.

Af den grund bliver de alkoholpolitiske indsatser på det nationale niveau sjældent domineret af én besluttende myndighed. De tenderer til at blive decentraliseret, med forskellige politiske vinkler og fordelt mellem en række forskellige og nogle gange indbyrdes konkurrerende beslutningstagende enheder, som f. eks. et sundhedsministerium og skattemyndighederne.

Interessegrupper, som taler på vegne af offentligheden, ofte repræsenteret af ngo'ere, bidrager til den alkoholpolitiske proces i mange lande.

I de senere år er alkoholspørgsmål i stigende omfang blevet et emne for sundhedspersonalet, hvilket afspejler forandringer i sundheds- og socialvæsenets organisering, samt en øget faglighed i disse fagområder.

Internationale organisationer, som Verdenssundhedsorganisationen (WHO), kan også spille en vigtig rolle.

I mange lande er der et vakuum, når det kommer til fortalere for offentlighedens interesser.

Kommercielle interesser overtager i stigende omfang dette vakuum på den politiske arena.

Selv om alkoholindustrien ikke er ensartet, når det kommer til motiver, magt eller handlinger, har producenterne, forhandlerne og de tilhørende organisationer en fælles økonomisk interesse i at skabe overskud.

For at fremme deres politiske målsætninger har de største alkoholforetagender gennem de seneste 25 år skabt mere end 30 organisationer for 'sociale aspekter', først og fremmest i Europa, USA og i nyere tid i de hurtigt voksende udviklingsøkonomier i Asien og Afrika, [61,62]

Disse organisationer fremfører som regel nogle hovedbudskaber, der støtter den type indsatser, som er ineffektive i forhold til at mindske de skadelige virkninger af alkohol [61,63]

Erfaringen viser, at samarbejde og partnerskab med alkoholindustrien fører til ineffektive eller kompromitterende politikker og derfor bør undgås af statsmagten og ngo'erne.

En ordentlig vurdering af de forskellige aktører på den alkoholpolitiske arena kan øge vores forståelse af følgende grundlæggende konklusion:

Alkoholpolitik er ofte et produkt af konkurrerende interesser, værdier og ideologier.

Alkoholpolitikker – en forbruger-vejledning

I tabel 1 opstilles de 20 'best practice'-indsatser, som er de mest effektive, evidensbaserede politiske midler, hvis man vil begrænse de alkoholrelaterede skader.

Mange af disse er universelle foranstaltninger, som begrænser den økonomiske og fysiske tilgængelighed til alkohol.

Der er betydelig forskningsmæssig støtte til alkoholskatter og restriktioner, som begrænser udsalgssteders åbningstider, placering og tæthed.

Effektiv håndhævelse af aldersgrænser for alkoholkøb er en anden meget effektiv strategi.

Med tanke på, hvor langt disse indsatser når ud, er den forventede effekt på folkesundheden relativ høj, specielt hvis det uformelle marked og den illegale alkoholproduktion bliver kontrolleret.

Mange indsatser mod spritkørsel rangerer også højt, specielt de, som øger sandsynligheden for at blive fanget, og hvis de er en del af en kerne af forskellige alkoholpolitikker.

Der er god evidens for, at behandling af alkoholproblemer er effektiv.

Men, med undtagelse af selvhjælpsorganisationernes indsatser, kan behandling være dyr at gennemføre og opretholde.

På befolkningsniveau er dens effekt begrænset, sammenlignet med andre politiske indsatser, eftersom en fuldstændig behandling af alkoholproblemer kun kan hjælpe de individer, som kommer til behandlingen.

Disse programmer har ikke desto mindre potentialet til at påvirke dem, som drikker mest i samfundet og kan mindske totalforbruget og alkoholskader i en befolkning, hvis de bliver formidlet bredt ud.

Selv om evidensen er begrænset på grund af den relative mangel på forskning, er det sandsynligt at et totalt forbud, som omfatter alle markedsføringsaktiviteter, vil

have indflydelse på unges drikkeri, især hvis markedsføringsressourcerne til andre kanaler blokeres.

Der er ingen evidens for, at alkoholindustriens favoritalternativ til reklame-restriktioner – den frivillige selvregulering – beskytter udsatte befolkningsgrupper fra eksponering for alkoholreklamer og andre markedsføringsindsatser.

Mængden af evidens for effekten af et forandret drikkemiljø er vokset, og vi mener nu, at strategier på dette område kan have moderate effekter.

Det faktum, at disse strategier i første række er tiltænkt alkoholforbruget i barer og restauranter, begrænser deres betydning for folkesundheden, eftersom en større mængde alkohol til forbrug købes til en lavere pris andre steder.

Trods et voksende antal undersøgelser, som benytter kontrollerede og randomiserede forsøgsdesign, er der kun svag evidens for at strategier, som kombinerer alkoholoplysning med en mere intensiv familie- og samfundsinvolvering, giver nogen effekt.

Den forventede effekt er ligeledes lav på massemediale kampagner for 'ansvarsfuldt drikkeri'.

Selv om oplysningsprojekter menes at nå ud til mange, er deres indflydelse på befolkningsniveau lav.

Således er den påviste effektivitet begrænset til et antal af de seneste projekter, som rettede sig mod studerende.

De alkoholpolitiske indsatser formes ofte efter eksisterende forhold og implementeres over tid på en måde, som er fragmenteret, stykvis og ukoordineret, dels fordi de omfatter mange politiske områder, dels fordi forskellige ministerier, departementer og styrelser hver har et stykke af alkoholpolitikken i deres ansvarsområde.

Som følge af dette har de fleste lande ikke en ensartet og samordnet alkoholpolitik, men snarere fragmenterede reguleringer og tilpasninger, som af og til er baseret på fundamentalt forskellige opfattelser af alkoholens rolle i samfundet og af de alkoholrelaterede problemers natur.

Hvis sandsynligheden for, at de alkoholpolitiske indsatser bliver effektive, skal øges, bør de være mere orienterede mod folkesundhed og bedre integrerede og samordnede.

Sammenfattende kan man sige, at vi i dag har bedre muligheder for at identificere en effektiv forskningsbaseret alkoholpolitik, som fremmer folkesundheden, end nogensinde før.

Den politik, som tager hånd om de alkoholrelaterede problemer, bygger dog sjældent på et videnskabeligt grundlag, og der er alt for ofte et politisk vakuum, som fyldes med strategier og interventioner, som enten ikke er blevet evalueret eller er ineffektive.

Eftersom alkohol ikke er en almindelig handelsvare, kan offentligheden med rette forvente sig en mere oplyst tilgang til alkoholpolitikken.

Declarations of interest

JR received financial support to travel to and participate in meetings sponsored in whole or in part by the alcohol industry (ICAP; Association of the American Brewers). JR also received various unrestricted funds for projects by the pharmaceutical industry (Eli Lilly, Schering-Plough Canada). KG has had travel costs paid by the Responsible Hospitality Institute (<http://rhiweb.org/>) and the International Harm Reduction Association. RH received a grant for project development, not research, from Drinkwise Australia in 2008, a body funded by the alcohol industry and at the time also co-funded by the Australian Government—a relationship which has now ended. All other authors have no interests to declare.

Referencer

1. Bruun K., Edwards G., Lumio M., Mäkelä K., Pan L., Popham R. E. *et al. Alcohol Control Policies in Public Health Perspective*. Helsinki, Finland: Finnish Foundation for Alcohol Studies; 1975.
2. Edwards G., Anderson P., Babor T. F., Casswell S., Ferrence R., Giesbrecht N. *et al. Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford, UK: Oxford University Press; 1994.
3. Babor T., Caetano R., Casswell S., Edwards G., Giesbrecht N., Graham K. *et al. Alcohol: No Ordinary Commodity—Research and Public Policy*. Oxford, UK: Oxford University Press; 2010.
4. Rehm J., Mathers C., Popova S., Thavorncharoensap M., Teerawattananon Y., Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol use disorders. *Lancet* 2009; **373**: 2223-33.
5. World Health Organization. *Global Status Report on Alcohol*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2004. Available at: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf (accessed 12 July 2009).
6. Gual A., Colom J. Why has alcohol consumption declined in countries of southern Europe? *Addiction* 1997; **92** (Suppl. 1): 21-31S.
7. Skog O.-J. The collectivity of drinking cultures: a theory of the distribution of alcohol consumption. *Br J Addict* 1985; **80**: 83-99.
8. Skog O.-J. Commentary on Gmel and Rehm's interpretation of the theory of collectivity in drinking culture. *Drug Alcohol Rev* 2001; **20**: 325-31.
9. Wilsnack R.W., Wilsnack S. C., Kristjanson A. F., Vogelant-Holm N. D., Gmel G. Gender and alcohol consumption: patterns from the multinational GENACIS project. *Addiction* 2009; **104**: 1487-500.
10. Ezzati M., Lopez A. D., Rodgers A., Murray C. J. L. *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2004.
11. Klingemann H., Gmel G. Introduction. Social consequences of alcohol—the forgotten dimension? In: Klingemann H., Gmel G., editors. *Mapping of Social Consequences of Alcohol Consumption*. Dordrecht, the Netherlands: Kluwer; 2001, p. 1-9.
12. Room R., Rossow I. The share of violence attributable to drinking. *J Subst Use* 2001; **6**: 218-28. 13. Hill L. The alcohol industry. In: Quar S., Heggenhougen H.K., editors. *International Encyclopaedia of Public Health*. London, UK: Elsevier; 2008, p. 124-35.
14. Jernigan D. H. The global alcohol industry: an overview. *Addiction* 2009; **104** (Suppl. 1): 6-12. 15. Baumberg B. *The Value of Alcohol Policies: a Review of the Likely Economic Costs and Benefits of Policies to Reduce Alcohol-Related Harm on the Global Level. Background Paper Prepared for the WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption* (second report). Geneva: World Health Organization; 2007.
16. Room R., Jernigan D., Carlini-Marlatt B., Gureje O., Mäkelä K., Marshall M. *et al. Alcohol in Developing Societies: A Public Health Approach*. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies/World Health Organization; 2002.
17. World Health Organization (WHO). *WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption* (second report). WHO Technical Report Series 944. Geneva: WHO; 2007.
18. Anderson P., Baumberg B. *Alcohol in Europe: A Public Health Perspective: A Report for the European Commission*. Luxembourg: Institute of Alcohol Studies, European Communities; 2006.
19. Österberg E., Karlsson T., editors. *Alcohol Policies in EU Member States and Norway: A Collection of Country Reports*. Helsinki, Finland: STAKES; 2002.
20. Wagenaar A. C., Salois M. J., Komro K. A. Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction* 2009; **104**: 179-90.
21. Anderson P., Chisholm D., Fuhr D. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet* 2009; **373**: 2234-46.
22. Gruenewald P. J., Ponick W. R., Holder H. D., Romelsjö A. Alcohol prices, beverage quality, and the demand for alcohol: quality substitutions and price elasticities. *Alcohol Clin Exp Res* 2006; **30**: 96-105.
23. Toumbourou J.W., Stockwell T., Neighbors C., Marlatt G. A., Sturge J., Rehm J. Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. *Lancet* 2007; **369**: 1391-401.
24. Cook P. J. *Paying the Tab: The Economics of Alcohol Policy*. Princeton, NJ: Princeton University Press; 2007.
25. Leppänen K., Sullström R., Suoniemi I. *The Consumption of*

- Alcohol in Fourteen European Countries: A Comparative Econometric Analysis.* Helsinki: STAKES; 2001.
26. Stockwell T., Chikritzhs T. Do relaxed trading hours for bars and clubs mean more relaxed drinking? A review of international research on the impacts of changes to permitted hours of drinking. *Crime Prev Commun Saf* 2009; **11**: 171-88.
 27. Livingston M., Chikritzhs T., Room R. Changing the density of alcohol outlets to reduce alcohol-related problems. *Drug Alcohol Rev* 2007; **26**: 553-62.
 28. Gruenewald P. J. The spatial ecology of alcohol problems: niche theory and assortative drinking. *Addiction* 2007; **102**: 870-8.
 29. Holder H. D., Kuhlhorn E., Nordlund S., Osterberg E., Romelsjo A., Uglund T. *European Integration and Nordic Alcohol Policies. Changes in Alcohol Controls and Consequences in Finland, Norway and Sweden, 1980-1997.* Aldershot: Ashgate; 1998.
 30. Holder H., editor. *Alcohol Monopoly and Public Health: Potential Effects of Privatization of the Swedish Alcohol Retail Monopoly.* Stockholm: Swedish National Institute of Public Health; 2008.
 31. Voas R. B., Tippetts A. S. *Relationship of Alcohol Safety Laws to Drinking Drivers in Fatal Crashes.* Washington, C: National Highway Traffic Safety Administration; 1999.
 32. Wagenaar A. C., Toomey T. L. Effects of minimum drinking age laws: review and analyses of the literature from 1960-2000. *J Stud Alcohol* 2002; **63**: S206-25.
 33. Graham K. Preventive interventions for on-premise drinking: a promising but underresearched area of prevention. *Contemp Drug Probl* 2000; **27**: 593-668.
 34. Lee K., Chinnock P. (2006) Interventions in the alcohol server setting for preventing injuries. *Cochrane Database Syst Rev* Issue 2. Art. no.: CD005244.pub2. DOI: 10.1002/14651858.CD005244.pub2.
 35. Wallin E., Gripenberg J., Andréasson S. Overserving at licensed premises in Stockholm: effects of a community action program. *J Stud Alcohol* 2005; **66**: 806-15.
 36. Warburton A. L., Shepherd J. P. Tackling alcohol related violence in city centres: effect of emergency medicine and police intervention. *Emerg Med J* 2006; **23**: 12-7.
 37. Miller T. R., Lestina D. C., Spicer R. S. Highway crash costs in the United States by driver age, blood alcohol level, victim age, and restraint use. *Accid Anal Prev* 1998; **30**: 137-50.
 38. Wagenaar A. C., Maldonado-Molina M. Effects of drivers' license suspension policies on alcohol-related crash involvement: long-term follow-up in forty-six states. *Alcohol Clin Exp Res* 2007; **31**: 1399-406.
 39. Homel R. Random breath testing in Australia: getting it to work according to specifications. *Addiction* 1993; **88** (Suppl. 1): 27-33S.
 40. Desapriya E. B. R., Shimizu S., Pike I., Subzwari S., Scime G. Impact of lowering the legal blood alcohol concentration limit to 0.03 on male, female and teenage drivers involved alcohol-related crashes in Japan. *Int J Injury Control Saf Prom* 2007; **14**: 181-7.
 41. Shults R. A., Elder R.W., Sleet D. A., Nichols J. L., Alao M. A., Carande-Kulis V. G. *et al.* and the Task Force on Community Preventive Services. Reviews of evidence regarding interventions to reduce alcohol-impaired driving. *Am J Prev Med* 2001; **21**: 66-88.
 42. Elder R. W., Shults R. A., Sleet D. A., Nichols J. L., Zaza S., Thompson R. S. Effectiveness of sobriety checkpoints for reducing alcohol-involved crashes. *Traffic Injury Prev* 2002; **3**: 266-74.
 43. Marques P. R. The alcohol ignition interlock and other technologies for the prediction and control of impaired drivers. In: Verster J. C., Pandi-Perumal S. R., Ramaekers J. G., de Gier J. J., editors. *Drugs, Driving, and Traffic Safety.* Basel: Birkhäuser; 2009, p. 457-76.
 44. Ditter S. M., Elder R. W., Shults R. A., Sleet D. A., Compton R., Nichols J. L. and the Task Force on Community Preventive Services. Effectiveness of designated driver programs for reducing alcohol-impaired driving: a systematic review. *Am J Prev Med* 2005; **28**: 280-7.
 45. Zwerling C., Jones M. P. Evaluation of the effectiveness of low blood alcohol concentration laws for younger drivers. *Am J Prev Med* 1999; **16** (Suppl. 1): 76-80.
 46. Hartling L., Wiebe N., Russell K., Petruk J., Spinola C., Klassen T. P. (2004) Graduated driver licensing for reducing motor vehicle crashes among young drivers. *Cochrane Database Syst Rev* Issue 2. Art. no. CD003300. DOI: 10.1002/14651858.CD003300.pub2.
 47. Casswell S. Alcohol brands in young peoples' everyday lives: new developments in marketing. *Alcohol Alcohol* 2004; **6**: 471-6.
 48. Snyder L., Milici F., Slater M., Sun H., Strizhakova Y. Effects of advertising exposure on drinking among youth. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006; **160**: 18-24.
 49. Anderson P., de Bruijn A., Angus K., Gordon R., Hastings G. Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Alcohol Alcohol* 2009; **44**: 229-43.
 50. Booth A., Meier P., Stockwell T., Sutton A., Wilkinson A., Wong R. *Independent Review of the Effects of Alcohol Pricing and Promotion. Part A: Systematic Reviews.* Sheffield, UK: School of Health and Related Research, University of Sheffield; Available at: (2008) http://www.dh.gov.uk/en/PublicHealth/Healthimprovement/Alcoholmisuse/DH_4001740 (accessed 30 January 2009).
 51. Perry C. L., Williams C. L., Veblen-Mortenson S., Toomey T. L., Komro K. A., Anstine P. S. *et al.* Project Northland: Outcomes of a community-wide alcohol use prevention program during early adolescence. *Am J Pub Health* 1996; **86**: 956-65.
 52. Foxcroft D. R., Ireland D., Lowe G., Breen R. (2002) Primary prevention for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Syst Rev* Issue 3. Art no. CD003024. DOI: 10.1002/14651858.CD003024.
 53. Johannessen K., Collins C., Mills-Novoa B., Glider P. A. *A Practical Guide to Alcohol Abuse Prevention: A Campus Case Study in Implementing Social Norms and Environmental Management Approaches.* Tucson, AZ: Campus Health Services, University of Arizona; 1999.
 54. Perkins H. W., Craig D. W. *A Multifaceted Social Norms Approach to Reduce High-Risk Drinking: Lessons from Hobart and William Smith Colleges.* Newton, MA: Higher Education Center for Alcohol and other Drug Prevention, Department of Education; 2003.
 55. Miller W. R., Brown J. M., Simpson T. L., Handmaker N. S., Bien T. H., Luckie L. F. *et al.* What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. In: Hester R. K., Miller W. R., editors. *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*, 2nd edn. Boston, MA: Allyn and Bacon; 1995, p. 12-44.
 56. Whitlock E. P., Polen M. R., Green C. A., Orleans T., Klein J. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2004; **140**: 557-68.
 57. Finney J. W., Hahn A. C., Moos R. H. The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects. *Addiction* 1996; **91**: 1773-96.
 58. Anton R. F., O'Malley S. S., Ciraulo D. A., Cisler R. A., Couper D., Donovan D. M. *et al.* for the COMBINE Study Research Group. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE Study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; **295**: 2003-17.
 59. Kranzler H. R., Van Kirk J. Naltrexone and acamprosate in the treatment of alcoholism: a meta-analysis. *Alcohol Clin Exp Res* 2001; **25**: 1335-41.
 60. Ouimette P. C., Finney J. W., Gima K., Moos R. H. A comparative evaluation of substance abuse treatment: examining mechanisms underlying patient-treatment matching hypotheses for 12-step and cognitive-behavioral treatments for substance abuse. *Alcohol Clin Exp Res* 1999; **23**: 545-51.
 61. Anderson P. The beverage alcohol industry's social aspects organizations: a public health warning. *Addiction* 2005; **99**: 1376-7.
 62. International Center for Alcohol Policies (ICAP). *The Structure of the Beverage Alcohol Industry.* ICAP Report 17. Washington, DC: ICAP; 2006.
 63. Bakke O., Endal D. Alcohol policies out of context: drinks industry supplanting government role in alcohol policies in sub-Saharan Africa. *Addiction* 2010; **105**: 22-8.
 64. Stenius K., Babor T. F. The alcohol industry and public interest science. *Addiction* 2010; **105**: 191-8.

Alkohol er ingen almindelig handelsvare.

De samfundsmæssige og menneskelige omkostninger ved overforbrug af alkohol er så store, at alkohol ikke kan betragtes som en almindelig handelsvare på linje med sæbepulver og søkker. Derfor må der af hensyn til folkesundheden indføres reguleringer af produktet, som kan begrænse forbruget.

Sådan lyder et af budskaberne i 'Alcohol: No Ordinary Commodity', som af mange anses for at være en milepæl i den alkoholpolitiske forskning.

Værket udkom første gang i 2003 med en systematisk gennemgang af forskningen på området og anvisninger til, hvilke alkoholpolitiske indsatser, som er mest effektive. Forfatterne tæller en lang række af anerkendte amerikanske og europæiske alkoholforskere.

I 2010 udkom anden udgave, som afspejler den kraftige stigning i mængden af videnskabelig bevis for effektive alkoholpolitiske indsatser, som er kommet til siden første udgave.

For at gøre det videnskabelige grundlag mere tilgængeligt har forfatterne udgivet et sammendrag af teksten – som nu også foreligger i dansk udgave.

Den danske udgave er oversat og bearbejdet af redaktør Marianne Kargaard, Magasinet RUS og indgår i RUS serien.

I RUS serien er tidligere udgivet

Nr. 1 – Alkoholindustriens syv hovedbudskaber.

Oversættelse af rapporten The seven key messages of the alcohol industry. Udgivet af European Centre for Monitoring Alcohol Marketing (EUCAM).

Nr. 2 – Alkohol og global sundhed 2.

Oversættelse af artiklen Alcohol and Global Health 2. The Lancet. Forfattere Peter Anderson, MD, Dan Chisholm, PhD, og Daniela C. Fuhr, Dipl.-psych.

RUS-serien omfatter udenlandske publikationer, oversat og udgivet på dansk af Alkohol & Samfund og Magasinet RUS. Magasinet formål er at formidle viden om metoder og politikker, som kan fremme forebyggelse og behandling af skadelig brug af rusmidler, primært alkohol.