

**FORSKNING  
I KORTHET  
#1**

**FORTE:**

Forskningsrådet för  
hälsa, arbetsliv och välfärd

# ALKOHOL

## Alkoholforskning och politiken

Alkoholkonsumtionen betydligt högre än i mitten av 90-talet → Flera tusen dödsfall om året orsakade av alkohol → Skatter och begränsad tillgänglighet har störst effekt på minskad konsumtion → Alkoholskattens effektivitet i en situation med fri införsel ett exempel på framtida forskningsfrågor



## SAMMANFATTNING

**FAS är ett forskningsråd som finansierar och initierar forskning för att stödja människors arbetsliv, hälsa och välfärd.**

Forskning i korthet är en serie publikationer från Forte som kort beskriver kunskapsläget på ett samhällsrelevant område. Varje publikation i serien tas fram av en grupp forskare och samhällsföreträdare och granskas av minst en utomstående forskare.

Titel: Alkoholforskning och politiken

Författare: Peter Allebeck, professor i socialmedicin, Karolinska Institutet, Per Leimar, politisk sekreterare, IOGT-NTO, Mats Ramstedt, docent sociologi, sektionschef STAD

Vetenskaplig granskare: Per-Olof Östergren, professor i socialmedicin, Lunds Universitet

Ladda ner den här publikationen från:

[www.forte.se/fk-alk](http://www.forte.se/fk-alk)

Ladda ner referenslista från:

[www.forte.se/fk-alk-ref](http://www.forte.se/fk-alk-ref)

Forskning i korthet

ISSN 2001-4287

Nr 1/2012

Tryck: Tryckeri AB Orion, 2013

Har du frågor eller synpunkter på den här produkten?  
Ring oss på 08-775 40 70 eller mejla på [info@forte.se](mailto:info@forte.se)

Utgiven av Forte, Box 894, 101 37 Stockholm

Alkohol spelar en stor roll för folkhälsan och svarar för betydande sjuklighet och dödlighet i flertalet länder i världen. Dessutom orsakar alkohol stora sociala problem som ofta även drabbar dem som inte dricker.

Alkoholkonsumtionen i Sverige är idag betydligt högre än vid mitten av 1990-talet, främst på grund av att priserna har sjunkit och att det blivit tillåtet att föra in stora mängder billig alkohol från andra EU-länder.

Alkoholproblemen är också omfattande med flera tusen dödsfall varje år. Om man ska minska konsumtion och skadeverkningar har forskning visat att generella åtgärder som riktar sig mot hela befolkningen, som skatter och begränsningar i tillgänglighet, har störst effekt och är mest kostnadseffektiva.

I takt med att samhället förändras på ett sätt som ibland ändrar förutsättningarna för alkoholpolitiken är det angeläget med forskning som studerar effekten av alkoholpolitiska förändringar i en aktuell kontext – ett exempel är alkoholskattens effektivitet i en situation med fri införsel. Alkoholpolitiska förändringar utgör även ofta ”naturliga experiment” som forskningen bör utnyttja för att öka kunskapen om alkoholpolitikens möjligheter och begränsningar.

# 1. Omfattning av problemet

## 1.1 Alkohol som folkhälsoproblem

Enligt det globala sjukdomsbördeprojektet bidrar alkohol till uppkomsten av cirka 80 olika sjukdomar (Rehm m.fl., 2010) och uppskattas vara den åttonde största riskfaktorn för dödlighet och den tredje största riskfaktorn för sjukdomsbördan globalt. Alkohol utgör enligt samma beräkning en större riskfaktor än tobak för den globala sjukdomsbördan (WHO, 2009).

I en översikt publicerad i The Lancet har följande sjukdomar listats där alkoholen har en starkt bidragande roll (Rehm m.fl., 2009):

- Cancer (till exempel bröstcancer, levercancer, cancer i matstrupen)
- Neuropsykiatriska sjukdomar (till exempel alkoholberoende, depression, epilepsi)
- Hjärt-kärlsjukdom
- Skrumplever
- Skador genom olycksfall (till exempel trafikolyckor, fallskador)
- Självtilförligade skador (till exempel självmord, självmordsförsök)

I Sverige hade alkoholen ett konstaterat samband med drygt 4 500 dödsfall år 2009 (Socialstyrelsen & Folkhälsoinstitutet, 2012). Det är drygt 4 procent av samtliga dödsfall och motsvarar nästan 100 dödsfall varje vecka. Antalet personer med alkoholberoende bedöms vara 330 000 och antalet med missbruk eller beroende 780 000, cirka 10 procent av befolkningen över 18 år. Ungefär en miljon svenskar bedöms ha en riskabel alkoholkonsumtion. (Missbruksutredningen, 2011). Alkohol beräknas orsaka ungefär 10 procent av alla nya fall av cancer hos män och 3 procent hos kvinnor (Schütze m.fl., 2011). Det skulle för Sverige motsvara nästan 3 000 fall för män och nästan 800 för kvinnor per år.

## 1.2 Ingen riskfri konsumtion

För de allra flesta av de cirka 80 sjukdomar som har ett samband med alkoholkonsumtion ökar risken med ökad konsumtion utan något tröskelvärde under vilket risken är noll. Till exempel ökar risken för mun- och svalgcancer med cirka 30 procent per glas om 10 gram alkohol per dag (motsvarar ett litet glas vin, cirka 1 dl, eller ett litet glas starköl, cirka 2,5 dl). Risken för bröstcancer för kvinnor ökar med 8 procent och högt blodtryck med 15 procent för samma konsumtionsmängd (National Health and Medical Research Council, 2009).

Även om alkohol ökar risken för flera former av hjärtsjukdom är förhållandet för kranskärlssjukdom och stroke mer komplicerat. Måttlig alkoholkonsumtion verkar ha en skyddande effekt, samtidigt som en högre konsumtion ökar risken. Den skyddande effekten finns enbart för medel-

ålders och äldre, och den försvinner helt om man dricker fyra glas eller mer vid minst ett tillfälle per månad. Över tid har forskningen kommit fram till att en stor del av den skyddande effekten beror på att måttlig alkoholkonsumtion är en markör för personer med bättre hälsa och bättre social situation och inte på alkoholen i sig (Anderson, 2012).

När riskerna och de skyddande effekterna läggs ihop ökar den absoluta risken att dö i förtid i stort sett linjärt med ökad konsumtionsvolym utan någon riskfri konsumtionsnivå (Rehm, 2011)

## 1.3 Andra skador

Förutom kroniska och akuta hälsoproblem är alkohol också förknippat med en mängd psykosociala konsekvenser, som våld, beteendestörningar, familjeproblem, problem i arbetslivet, försämrad utbildning och därmed samhällskostnader (Babor m.fl., 2010). De sociala problemen drabbar i stor utsträckning tredje person, det vill säga andra än den som dricker.

De sociala problemen har tyvärr inte följts med samma systematik och kvantifiering, och därmed inte fått samma uppmärksamhet. Det är också svårt att hitta tydliga utfallsmått för problemen, som är av mycket olika slag. De försök som har gjorts visar dock att de sociala problemen är minst lika stora som de medicinska. En australisk forskningsrapport om alkoholens skador på dem som inte dricker uppskattar att kostnaderna för dessa skador är i samma storleksordning som för de medicinska skador som drabbar konsumenten själv (Laslett m.fl., 2010). I en brittisk utvärdering fick en expertgrupp bedöma skadeverkningarna i Storbritannien av 20 substanser enligt 16 kriterier, nio kriterier om skador på individen och sju kriterier om skador på andra. I utvärderingen ingick, förutom illegala narkotiska substanser, också alkohol och tobak. Alkohol bedömdes ha störst skadeverkningar av alla substanser, och totalt nästan ha tre gånger så stora skadeverkningar som tobak. Skadeverkningarna från alkohol på andra än konsumenten själv bedömdes vara nästan dubbelt så stora som tobakens totala skadeverkningar (Nutt, 2010).

## 1.4 Kostnader

Uppskattningar av alkoholens samhälleliga kostnader har gjorts med olika metoder och med olika resultat. En sammanställning av 30 studier från hela världen, varav 21 från Europa, visar att resultaten varierar mellan 0,3 och 5,5 procent av BNP (Anderson & Baumberg, 2006). Genom att använda de metodologiskt bästa delarna av studierna från Europa menar författarna att den bästa uppskattningen är 1,3 procent av BNP. Det är i samma storleksordning som uppskattningar av tobakens samhällskostnader. För Sverige skulle det motsvara drygt 45 miljarder kronor i 2011 års nivå.

I en studie från Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD) vid Stockholms universitet bedömdes alkoholens samhällskostnader för år 2002 i Sverige till 20,3 miljarder kronor, vilket motsvarar

knapp en procent av BNP. I denna siffra räknade man in kostnadsbesparingar för alkoholens skyddande effekt. Om dessa inte inkluderas uppskattades kostnaderna till 29,4 miljarder (Johansson m.fl., 2006). Forskarna framhåller själva att i studien saknas ett flertal kostnader och hälsoeffekter som borde ha tagits med och att andra underskattats.

I Rehms och medarbetares studie i the Lancet sammanfattas hälsoekonomiska beräkningar från ett antal länder, och man konstaterar att indirekta kostnader, det vill säga produktionsbortfall, är den största andelen av alla alkoholrelaterade samhällskostnader, från 49 procent i Kanada till 95 procent i Thailand (Rehm, 2009). Också en arbetsgrupp inom EU har visat på stort produktionsbortfall på grund av alkohol (Science Group of the European Alcohol and Health Forum, 2011). Förutom sjukfrånvaro ingår också produktionsbortfall på grund av tidig död och ökad arbetslöshet på grund av alkohol i beräkningarna.

I Missbruksutredningen uppskattas kostnaderna av missbruket av alkohol i Sverige med två ansatser. Dels ”top-down”, där aggregerad data över resurskonsumtion samlas från olika offentliga register och sedan fördelas på olika grupper och dels ”bottom-up”, där man utgår direkt från de aktuella patienterna och sedan multiplicerar kostnaden per individ med det totala antalet aktuella individer eller patienter. I ”top-down” ansatsen bedömer utredningen att samhällskostnaderna för alkoholmissbruket är 49,3 miljarder i 2008 års nivå. Siffran omfattar enbart kostnader för personer som vårdats för missbruk i socialtjänsten eller i sjukvården, och inte samtliga kostnader på grund av alkoholens medicinska och sociala konsekvenser. I ”bottom-up” ansatsen beräknas vad en missbrukare med särskilt behov av vård och stöd kostar kommun, landsting, rättsväsende och i produktionsbortfall. Utredningen bedömer att det finns 68 000 alkoholmissbrukare med särskilt behov av stöd i Sverige. Dessa uppskattas med en ”bottom-up”-ansats orsaka kostnader på 66 miljarder kronor (Glenngård et al., 2011).

## 2. Konsumtions- och skadeutvecklingen

### 2.1 Konsumtionsutveckling i Sverige 1995-2010

Svenskarna dricker ungefär 15 procent mer alkohol idag jämfört med mitten av 1990-talet och genomsnittskonsumtionen per vuxen svensk har ökat från ca 8 liter ren alkohol 1995 till 9,2 liter 2010 (Tabell 1). En av de snabbaste konsumtionsökningarna i modern tid skedde mellan år 2000 och 2004 då konsumtionen steg från 8,4 till 10,5 liter, men därefter har det skett en viss tillbakagång. Konsumtionsuppgången utgörs främst av en ökad konsumtion av vin och starköl som stigit med 70 respektive 53 procent, medan konsumtionen av sprit och folköl sjunkit med 26

respektive 50 procent.

Den oregistrerade alkoholkonsumtionen och främst införseln från utlandet låg bakom en stor del av uppgången fram till 2004. Totalt ökade den oregistrerade konsumtionens andel från 26 till 36 procent mellan 1995 och 2005, men har därefter minskat till 21 procent 2010. Denna kraftiga nedgång beror på en kombination av en ökad försäljning på Systembolaget och en minskad alkoholinförsel från utlandet.

Uppgången i konsumtionen mellan 1995 och 2004 sammanfaller med en ökad ekonomisk och fysisk tillgänglighet av alkohol, det vill säga förändringar som enligt forskningen har stor betydelse (Tabell 2). De reala (inflationsjusterade) alkoholpriserna på Systembolaget sjönk för samtliga drycker mellan 1995 och 2010, främst för starköl (-27%) men även för vin (-8%) och sprit (-7%).

	1995	2000	2005	2010
<b>Total alkoholkonsumtion</b>	8,0	8,4	10,1	9,2
Sprit	2,7	2,3	2,6	2,0
Vin	2,3	3,0	3,9	3,8
Starköl	1,7	2,1	3,0	2,6
Folköl	1,3	1,0	0,7	0,6
Cider/blanddrycker	-	0,1	0,1	0,1
<b>Registrerad</b>	6,0	6,2	6,5	7,3
Systembolaget	3,9	4,3	4,9	5,8
Restauranger	0,8	0,9	1,0	0,9
Livsmedelsbutiker (Folköl)	1,3	0,9	0,7	0,6
Andel (%)	75	74	64	79
<b>Oregistrerad konsumtion*</b>	2,0	2,2	3,6	1,9
Resandeförsel	1,1	1,6	2,3	1,3
Smuggling	0,2	0,2	1,0	0,4
Hemtillverkad	0,7	0,4	0,3	0,2
Via Internet	-	-	0,04	0,03
Andel (%)	25	26	36	21

**Tabell 1** Alkoholkonsumtionen i Sverige 1995-2010 uttryckt i liter ren alkohol (100%) per invånare 15 år och äldre uppdelad på dryckessort och registrerade respektive oregistrerade källor. (Källor: Kühlhorn m.fl., 2000; Ramstedt m.fl., 2010.)

\* Beräknat utifrån frågeundersökningar

Samtidigt ökade befolkningens disponibla inkomster med i genomsnitt 40 procent vilket sammantaget innebär att svenskarna har ”fått råd” att köpa betydligt mer alkohol idag än för 15 år sedan – de högre inkomsterna och lägre ölpriset gör till exempel att öl blivit dubbelt så tillgängligt i ekonomiska termer i dag jämfört med 1995.

En förändring som ytterligare har ökat både den fysiska och ekonomiska tillgängligheten är att det blivit tillåtet att föra in allt större mängder alkohol från andra EU-länder och att tidigare restriktioner i praktiken avskaffades 2004. Även efterfrågan på alkohol kan ha stimulerats via reklam

och en ökad exponering av alkoholkonsumtion i media, till exempel i form av både vinspalter och reklam.

## 2.2 Alkoholrelaterade skador i Sverige 1995-2010

Eftersom det är väl belagt i forskningen att det finns ett positivt samband mellan totalkonsumtion och skador förväntas uppgången i svenskarnas drickande ha resulterat i ökade alkoholskador och den aktuella nedgången i en minskning. Nedan presenteras utvecklingen enligt några av de mest använda indikatorerna på alkoholskadeutvecklingen: alkoholrelaterad dödlighet och sjuklighet samt misshandel och rattfylleri.

Sammantaget kan sägas att bilden inte är entydig. Konsumtionsuppgången mellan 1995 och 2005 sammanfaller visserligen med ökade skador för kvinnor enligt samtliga mått men bland män ökade bara alkoholrelaterad skrumplever. Inte heller konsumtionsnedgången efter 2005 följs av färre skador bortsett från alkoholrelaterad dödlighet som minskar bland både kvinnor och män. Inte heller visar statistiken klart att skadorna är högre 2010 jämfört med 1995, med undantag av skrumpleverdödlighet och misstänkta för misshandel och rattfylleri. När det gäller brottsstatistik får man dock reservera sig mot att dessa brott påverkas av både anmälningsbenägenhet och omfattning av polisens arbete och att data som bygger på självrapporterade uppgifter inte visar någon ökning av varken misshandel (BRÅ, 2012) eller rattfylleri (CAN, 2012).

	1995	2000	2005	2010
<b>Ekonomisk tillgänglighet*</b>				
Pris				
Sprit	100	117	101	93
Vin	100	104	92	92
Öl	100	80	68	73
Disponibel inkomst	100	108	124	140
<b>Fysisk tillgänglighet</b>				
Antal Systembolagsbutiker	384	411	411	414
Butiker med självbetjäning (%)	6	17	61	80
Antal butiker som säljer folköl	-	12300	8600	7800
Rest. med serveringstillstånd	8121	9631	10526	10960
<b>Övrigt</b>				
Införelkvoter (liter)**				
Sprit	1	1	10	10
Vin	5	20	90	90
Öl	15	24	110	110

**Tabell 2** Förändringar i ekonomisk och fysisk tillgänglighet av alkohol i Sverige 1995-2010.

\* 100 är satt som index för ursprungligt pris 1995, och värden för andra år är realpris (inflationsjusterat) beräknat i förhållande till priset 1995

\*\* Max antal liter per resenär över 20 år som inte svensk alkoholskatt behöver betalas för vid inresa till Sverige från andra EU-länder

	1995	2000	2005	2010	1995-2010*
<b>Alkoholrelaterad dödlighet</b>					
Män	38,5	34,9	37,0	32,1	↓
Kvinnor	8,5	8,9	9,9	7,6	↓
<b>Dödsfall skrumplever</b>					
Män	4,0	3,8	6,0	6,3	↑
Kvinnor	0,8	1,8	2,3	1,8	↑
<b>Alkoholrelaterad slutenvård</b>					
Män	281	275	251	263	
Kvinnor	93	102	106	113	
<b>Slutenvård skrumplever</b>					
Män	16,3	13,9	17,4	16,8	
Kvinnor	6,0	6,9	7,6	6,5	
<b>Misstänkta för misshandel**</b>					
Män	261,3	226,0	264,3	325,0	↑
Kvinnor	24,5	24,8	35,1	58,87	↑
<b>Misstänkta för rattfylleri**</b>					
Män	246,0	237,0	246,1	262,2	
Kvinnor	23,6	24,7	25,8	31,10	↑

**Tabell 3** Olika indikatorer på alkoholskador per 100 000 invånare uppdelat på kvinnor och män 1995-2010.

\* Pil indikerar förändring mellan 1995 och 2010 om förändring var minst 10% i någon riktning: ↑=klart upp, ↓=klart ned.

\*\* Misstänkta personer är personer som av polis eller åklagare bedömts som skäligen misstänkta för brott och där brottsmisstanken kvarstår efter avslutad utredning.

## 3. Hur förebygger man alkoholskador?

Vetenskapliga utvärderingar av olika alkoholpolitiska åtgärder visar generellt att de effektivaste och kostnads-effektivaste åtgärderna är generella åtgärder, som omfattar hela befolkningen. Detta beror delvis på att de flesta problemen återfinns i den stora gruppen av normal-konsumenter, helt enkelt för att de är fler än högkonsumenter. Men det beror också på att även högkonsumenter påverkas av de generella åtgärderna. Lokala eller individuella åtgärder kan också vara effektiva, men kostar oftast mer att genomföra. Information och utbildning har dock inte visat sig ha någon effekt på att minska konsumtion och skador, men kan vara viktiga för förstärkelsen av de effektiva åtgärderna.

En sammanställning av de effektiva åtgärderna enligt alkoholforskningen, publicerad i tidningen *The Lancet* 2009 (Anderson m.fl., 2009), angav följande områden som effektivast för att förebygga alkoholskador:

- Alkoholskatter som höjs regelbundet i takt med inflationen
- Statliga detaljhandelsmonopol
- Åldersgräns
- Begränsad tillgänglighet i form av begränsat antal försäljningsställen och begränsade öppettider
- Förbud mot direkt och indirekt marknadsföring
- Rattfyllerigränser på 0,5 eller 0,2 promille och synliga, slumpmässiga kontroller
- Rådgivning i primärvård, stödd av mer intensiv vård för beroende

En uppskattning baserad på Världshälsoorganisationens WHO's CHOICE-modell (CHOosing Interventions that are Cost Effective) (Anderson & Möller, 2012) rangordnar ett antal åtgärder, från mest till minst kostnadseffektiv, för Västeuropa som följer:

- Höjd alkoholskatt
- Minskning av oregistrerad konsumtion genom förbättrad skattekontroll
- Reklamförbud
- Stängning av försäljningsställen för en period på 24 timmar varje vecka
- Rattfyllerilagstiftning och slumpmässiga kontroller
- Kort rådgivning i sjukvården

Den mest kostnadseffektiva åtgärden, skattehöjning, bedömdes vara mer än tio gånger så effektiv som den minst kostnadseffektiva. Massmediakampanjer och information i skolor bedömdes sakna effekt.

### 3.1 Åtgärder på befolkningsnivå

När det gäller pris uppför sig alkoholdrycker som andra varor. Om priset ökar säljs det och konsumeras mindre, och tvärtom. Alkoholskatter är därför effektiva för att minska konsumtionen och därmed skadorna. En internationell genomgång av 1003 uppskattningar ur forskningslitteraturen av förhållandet mellan pris och alkoholkonsumtion visade på en stark effekt. Inte bara den totala konsumtionen minskar med ökat pris, även storkonsumtionen minskar (Wagenaar m.fl., 2009).

Även den fysiska tillgängligheten påverkar hur mycket alkohol som säljs och konsumeras. Färre butiker och restauranger och kortare öppettider minskar konsumtionen och har också visats minska skadeförekomsten. Detaljhandelsmonopol på alkohol har visats minska konsumtion och skador. Antalet försäljningsställen är färre, avsaknad av konkurrens håller nere utbudet och öppettiderna är begränsade. Detaljhandelsmonopol för alkohol finns i ett antal av USAs delstater, i Kanadas provinser och i de nordiska länderna. En genomgång av 17 vetenskapliga studier som har gjorts på effekterna av att avskaffa detaljhandelsmonopol, främst i USA, visar att försäljningen ökar med 44 procent som medianvärde (Hahn m.fl., 2012). Till exempel

ökade konsumtionen av vin med 50 procent när monopollet avskaffades i West Virginia 1981, med 150 procent i Idaho 1971 och med 10 procent i New Hampshire 1978. En modellering av effekterna av att avskaffa Systembolagets monopol i Sverige, uppskattar effekten till 37 procent ökning av konsumtionen (Norström m.fl., 2010).

Betydelsen av öppettider har för Sveriges del studerats när Systembolagets butiker öppnade på försök på lördagar i februari år 2000. Konsumtionen uppskattades öka med 3,7 procent men ingen signifikant effekt på skador kunde visas (Norström & Skog, 2005). När mellanölet flyttades över från Systembolagets butiker till livsmedelsbutiker i Sverige 1965 – 1977 nästan dubblerades konsumtionen av all öl, räknat som 100 procent alkohol (Folkhälsoinstitutet, 2010). När sedan mellanölet flyttades över till monopollet igen sjönk konsumtionen och de alkoholrelaterade problemen minskade både hos unga och vuxna. Andra generella åtgärder som i den internationella forskningen har visat sig vara effektiva är åldersgränser, låga gränser för rattfylleri och effektiva kontroller, samt restriktioner för marknadsföring av alkohol.

Effekten av åldersgränser har bland annat studerats i USA, där gränsen höjdes till 21 år i alla delstater under 1980-talet. Utvärderingar har visat att det var en mycket effektiv åtgärd för att minska ungas konsumtion och alkoholrelaterade problem, jämfört med ett stort antal andra program och åtgärder. Även om åldersgränsen i sig verkar ha en betydelse är efterlevnaden mycket viktig. Även måttliga insatser för att stärka tillsyn och efterlevnad kan minska försäljningen till unga med 35-40 procent, enligt studier i USA (Babor m.fl., 2010).

### 3.2 Åtgärder på lokal nivå

Lokalt alkoholförebyggande arbete handlar om insatser som i första hand avser att minska alkoholproblemen i ett mer avgränsat område, t.ex. i en kommun. Åtgärderna riktas oftast mot miljöer där mycket alkohol konsumeras som restauranger eller mot speciella målgrupper som ungdomar. Insatserna kan delas in i tre huvudkategorier: information och utbildning, begränsningar i tillgänglighet samt inte minst mobilisering av aktörer i lokalsamhället (Allamani, 2012). Forskningen visar att insatser som bara bygger på information inte leder till mätbara minskningar i alkoholrelaterade problem även om kunskapen hos befolkningen kan öka och attityder förändras (Babor m.fl., 2010). Insatser som begränsar tillgängligheten har däremot visat sig vara effektiva även i lokalt förebyggande arbete, speciellt inom ramen för program som innehåller en kombination av olika insatser, så kallade multikomponentprogram (Jones m.fl., 2011).

Ett preventionsprojekt där olika insatser kombineras har teoretiskt stöd i ett så kallat systemtänkande kring lokal prevention (Holder, 1998). Grundtanken är här att det lokala samhället ses som ett system av olika aktörer som var och en kan påverka omfattningen av alkoholrelaterade problem men där effekten blir större ju fler aktörer och

insatser som involveras. Ett av de mer kända exemplen på ett framgångsrikt lokalt preventionsprogram är insatser som syftar till att minska alkoholrelaterade problem på restauranger. Sådana projekt har genomförts i flera länder bland annat i Finland (Holmila m.fl., 2010), USA (Treno m.fl., 2007) och i Sverige genom det s.k. STAD-projektet (Wallin m.fl., 2003, Trolldal m.fl., 2012). Genom en kombination av utbildning av serveringspersonal i ansvarsfull alkoholserving, förstärkt tillsynsarbete och förbättrad samverkan mellan myndigheter och bransch har det blivit svårare för unga och berusade gäster att få köpa alkohol och det alkoholrelaterade våldet har minskat. Liknande insatser har även visat sig fungera när det gäller att minska berusningsdrickande bland ungdomar (Foxcroft & Tsertsvadze, 2011) och att förebygga rattfylleri (Shults m.fl., 2009). Lite förenklat kan man alltså konstatera att åtgärder som fungerar på befolkningsnivå också tycks fungera på lokal nivå speciellt olika former av restriktioner i tillgängligheten. Insatserna behöver i sig inte vara innovativa utan det räcker ofta med att se till att det befintliga regelverket följs bättre till exempel angående åldergränser och försäljningsregler.

I Sverige har stora resurser satsats på lokalt förebyggande arbete för att möta den försvagning av den statliga styrningen av alkoholpolitiken som följt av EU-medlemskapet vilket har ökat behovet av forskning och utvärderingar av insatserna (Riksrevisionen, 2010). Detta är angeläget och det finns stora utmaningar för vetenskapliga utvärderingar på detta område, till exempel att studera betydelsen av de enskilda komponenterna i programmen (Jones m.fl., 2011) och att ta hänsyn till effekter från insatser som görs på nationell nivå (Kvillemo m.fl., 2007).

### 3.3 Åtgärder på individnivå

Behandling av personer med alkoholproblem är en viktig del av en samlad alkoholpolitisk strategi. Behandling och rehabilitering minskar skadeeffekterna både för individen själv och för omgivningen. Vi tar här inte upp utvärdering av behandling och vilka behandlingsmodeller som är mer eller mindre verksamma. Däremot vill vi peka på möjligheterna av förebyggande insatser på individnivå. Framförallt gäller detta inom hälso- och sjukvården, där många studier visat på värdet av tidig upptäckt och behandling av personer som är i riskzonen för att utveckla alkoholproblem. Sådana insatser kan göras i primärvården, på sjukhusmottagningar och i mödravården. Svenska studier från Malmö var bland de första att visa att identifiering av alkoholproblem på vårdcentral, med frågescheman, laboratorieprover och enkel behandling, kunde förebygga utveckling till alkoholproblem. En sammanställning av 21 studier över korttidsbehandling (1-4 sessioner) i primärvård av personer med så kallat riskbruk av alkohol visade att alkoholkonsumtionen minskade efter insatserna (Kaner m.fl., 2007). I Socialstyrelsens nyligen antagna riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder har tydliga rekommendationer givits till hälso- och sjukvården att aktivt bedriva

insatser för personer med riskbruk av alkohol.

Andra exempel på individriktade insatser är program riktade till studenter. Dessa anses vara en bra målgrupp, dels då man når personer tidigt i livet, dels då alkoholkonsumtionen kan vara ganska omfattande i vissa studentmiljöer. Flera studier har visat att alkoholkonsumtionen bland studenter kan minskas genom insatser, både individuell rådgivning, och webb- och datorbaserad rådgivning. I Sverige har studier från bland annat Linköpings och Lunds universitet visat goda effekter. Webb- och datorbaserade program är fortfarande i utvecklingsfas, de prövas i olika grupper och just för studenter har de visat sig vara verk samma (Ekman m.fl., 2011).

## 4. Forskningens roll i alkoholpolitiken

De statliga alkoholpolitiska utredningarna och förändringarna av alkohollagen respektive alkoholskattelagen kan användas som exempel på hur forskningen och dess resultat har tagits tillvara i utformningen av politiken. Man kan skilja på två aspekter, dels i vilken utsträckning forskningsresultat tagits med och forskare deltagit i utredningsarbetet, dels i vilken grad förändringarna i alkohollagstiftningen är effektiva för att minska skador och problem enligt forskningen.

Grunden till den moderna svenska alkoholpolitiken och alkohollagstiftningen lades i den så kallade Alkoholpolitiska utredningen (APU) som arbetade i nio år mellan 1965 och 1974. Gruppen av sakkunniga bestod av riksdagsledamöter och myndighetsföreträdare som hade stöd av en expertgrupp med forskare. Arbetet var mycket brett upplagt och tog upp frågor som alkoholens medicinska verkningar, samhällsutveckling och alkoholmissbruk, information, prispolitik och det privata vinstintresset i alkoholhanteringen. Resultatet av utredningens arbete publicerades i fyra volymer, SOU 1974:90-93.

Sedan APU har den svenska alkohollagen i sin helhet setts över två gånger. En gång inför det svenska EU-medlemskapet 1995 (SFS 1994:1738) och en gång på 2000-talet (SFS 2010:1622). Dessa två lagändringar (1995 och 2011) föregicks av statliga utredningar (Alkoholpolitiska kommissionen, 1994; Alkohollagsutredningen, 2009) som tillsattes av borgerliga regeringar. Sedan 1995 har dessutom delar av alkohollagen berörts av ett tiotal statliga utredningar.

Utredningen inför EU-medlemskapet var sammansatt av representanter för riksdagspartierna och i expertgruppen ingick ett flertal forskare. Utredningen gav också uppdrag till forskare att skriva underlag till frågor om effekter av alkoholpolitiska restriktioner och den så kallade totalalkoholkonsumtionsmodellen (förhållandet mellan den totala alkoholkonsumtionen och omfattningen av skadeverkningar i befolkningen). Utredningen inför 2011 års lagstiftning, den

så kallade Alkohollagsutredningen, gjordes av en ensamutredare med juridisk bakgrund. I expertgruppen ingick jurister och tjänstemän, liksom representanter för branschorganisationer som Lantbrukarnas Riksförbund och Sveriges Livsmedelshandlareförbund. Inga forskare ingick i utredningen och inga forskningsrapporter togs fram som underlag för arbetet.

Forskarna och forskningens resultat verkar ha fått en mindre roll i utformningen av den nu gällande alkoholagen, i jämförelse med tidigare lagstiftning. I andra utredningar av delar av alkohollagen under 1990- och 2000-talet har dock som regel forskare deltagit i arbetet eller forskningsresultat ingått i utredningarnas underlag.

Missbruksutredningen, som lade fram sitt betänkande 2011, framstår i det här avseendet som Alkohollagsutredningens motpol. Utredningen lät skriva ett antal forskningsrapporter varav 18 publicerades i en särskild volym av utredningen och över 30 forskare och akademiker bidrog till arbetet med utredningen. Möjligen kan en orsak till skillnaden vara att behovet av vård för missbruk inte är föremål för konflikter mellan olika intressen på samma sätt som generella, förebyggande alkoholpolitiska åtgärder. När det gäller till exempel öppettider och antal försäljningsställen vägs både kunders och näringsidkares intressen mot medborgarnas intresse av goda villkor för folkhälsan. Dessutom är kunder och medborgare ofta samma personer. Enligt en tradition, som dock varierat genom åren, har myndigheter som Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet haft både anställda och anlitat som sakkunniga, personer med kunskap och erfarenhet av alkoholforskning. En förutsättning för att detta kan upprätthållas är naturligtvis intresse och förståelse inom myndigheterna, men också att forskningsområdet främjas och att nya generationer forskare kan skolas inom området.

Svensk generell, förebyggande alkoholpolitik har i stor utsträckning utformats i samarbete med forskningen. Med tanke på den förebyggande politikens vikt för att undvika skador finns det all anledning att involvera forskningen i utformningen av politiken. Det finns en gedigen kunskap både om effekterna av alkoholkonsumtion och om vilka åtgärder som är effektiva för att minska skadorna. Det finns därför också god anledning att sprida dessa kunskaper och göra dem bättre kända bland både allmänhet och beslutsfattare. För att minska skadorna är det naturligtvis viktigt att använda de åtgärder som forskningen har visat är effektiva och kostnadseffektiva.

## 5. Kunskapsluckor

En viktig alkoholpolitisk fråga är prisnivåns betydelse för den totala konsumtionen och skadorna. Man menar ofta att alkoholskatterna måste balanseras mot risken för illegal införsel och egenproduktion. Vissa menar att högre priser innebär mer illegal införsel, och att alkoholskatten

snarast borde sänkas för att minska smugglingen. Alkoholforskningen har inte i tillräcklig utsträckning studerat den frågan, det vill säga vad effekterna är av en skatthöjning när smugglingen är stor. Frågan har däremot studerats inom tobaksforskningen, där det har visat sig att även om smugglingen minskar effekten av skatthöjningar, medför skatthöjningar både lägre konsumtion och skador, och ökade skatteintäkter (World Bank, 2000; Ross 2004). Det finns uppgifter, bland annat från Finland, som visar på liknande resultat för alkohol, men fler studier behövs för att få en säkrare grund för en saklig bedömning av frågan (VALVIRA & THL, 2012).

En annan fråga som är både politiskt och samhällsligt relevant och där det behövs forskning är frågan om skador orsakade av alkohol på tredje person, det vill säga personer andra än konsumenten själv. Det är ett forskningsområde med växande intresse internationellt, där det vore av värde att studera förhållandena i Sverige.

Frågor som rör alkoholpolitikens roll för samhällsutveckling och ekonomisk utveckling är också väsentliga, men inte väl studerade. Vad betyder restriktiva alkoholpolitiska åtgärder för företags- och samhällsekonomi? Hur påverkar de sysselsättningen och produktiviteten? Alkoholens kostnader för samhället och hur de ska beräknas behöver också klargöras bättre.

Sveriges och de andra nordiska ländernas närmande till EU har skapat unika situationer som forskningen till stor del förbisett. Det gäller till exempel effekterna av att avskaffa partihandels- och importmonopolen, det lobbyarbete alkoholindustrin kommit att bedriva i Sverige bland annat kring alkoholskattefrågan, och de stora satsningarna på lokala förebyggande åtgärder som har vuxit fram i Sverige som svar på försvagandet av de generella, effektiva åtgärderna på nationell nivå. Även effekterna av reklam, både i traditionella och nya medier, och andra marknadsföringsåtgärder som events och sponsring, vore värdefullt att forska kring.

Föreningen Vetenskap & Allmänhet (VA), som har ett 80-tal organisationer som medlemmar, bland andra FAS, mäter genom enkätundersökningar svenskarnas attityder till forskning och forskare. Förtroendet för forskare är högt men allmänhetens förtroende varierar mellan olika områden. Högst är det för den medicinska forskningen. Åtta av tio uppger att de har mycket eller ganska stort förtroende för denna forskning. Samhällsvetenskaplig forskning kommer lägre på förtroendeskalan. Knappt hälften uppger att de har mycket eller ganska stort förtroende för den forskningen (VA, 2011). Alkoholforskningen, som rör sig i gränslandet mellan hälsa och politik, och har en stor roll för hälsan, inte minst cancer och hjärtsjukdomar, borde ha goda möjligheter till att väcka intresse hos en bredare allmänhet och hos beslutsfattare.

Ladda ner den här publikationen från [www.forte.se/fk-alk](http://www.forte.se/fk-alk)

Ladda ner referenslista från [www.forte.se/fk-alk-ref](http://www.forte.se/fk-alk-ref)



# Referenser

## Forskning i korthet: Alkoholforskning och politiken

- Alkohollagsutredningen. (2009). *En ny alkohollag*. (Statens Offentliga Utredningar 2009:22). Stockholm: Fritzes.
- Alkoholpolitiska kommissionen. (1994). *Svensk alkoholpolitik – en strategi för framtiden*. (Statens Offentliga Utredningar 1994:24). Stockholm: Fritzes.
- Allamani, A. (2012) Community action. Preventive intervention at the community level. I Anderson, P., Møller, L. & Galea, G. (Red.) *Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policy approaches*. Köpenhamn: WHO Europe.
- Anderson, P. et al. (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet* 2009; 373: 2234–46
- Anderson, P. (2012). The impact of alcohol on health. I Anderson, P., Møller, L. & Galea, G. (red.) *Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policy approaches*. Köpenhamn: WHO Europe.
- Anderson, P. & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe: A public health perspective*. London: Institute of Alcohol Studies
- Anderson, P. & Møller, L. (2012). Overview of effectiveness and cost-effectiveness. I Anderson, P., Møller, L. & Galea, G. (Red.) *Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policy approaches*. Köpenhamn: WHO Europe.
- Babor TF et al. (2010). *Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy*, 2nd ed. Oxford: Oxford University Press.
- BRÅ (2012). *NTU 2011 - Om utsatthet, trygghet och förtroende, Rapport 2012:2*. Stockholm: Brottsförebyggande Rådet
- CAN (2012). *Drogutvecklingen i Sverige*. Rapport 130.
- Ekman DS et al. (2011). Electronic screening and brief intervention for risky drinking in Swedish university students – a randomized controlled trial. *Addict Behav* 2011; 36:654-49.
- Folkhälsoinstitutet. (2010). *Alkoholstatistik 2009*. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut (Folkhälsoinstitutets rapportserie, R 2010:11).
- Foxcroft DR, Tsertsvadze A (2011). Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9):CD009307.
- Glenngård, A. et al. (2011). Missbrukets ekonomiska börda i Sverige. I *Missbruket, Kunskapen, Värden: Missbruksutredningens forskningsbilaga*, (Statens Offentliga Utredningar 2011:6). Stockholm: Fritzes.
- Hahn, R.A. et al. (2012). Effects of Alcohol Retail Privatization on Excessive Alcohol Consumption and Related Harms. *Am J Prev Med* 2012; 42(4):418–427
- Holder, H. D. (1998). *Alcohol and the community: A systems approach*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Holmberg, S. Weibull, L. & Oscarsson, H. (2010) *Svenska trender 1986–2010*. SOM-institutet. Göteborgs universitet.
- Holmila, M., Karlsson, T. & Warpenius, K (2010). Controlling teenagers' drinking: Effects of a community-based prevention project. *Journal of Substance Use*, June 2010; 15 (3), 201–214.
- Johansson, P. et al. (2006). *The Social Costs of Alcohol in Sweden 2002*. Stockholm: SoRAD (SoRAD Forskningsrapport 36).
- Jones. L.. Hughes. K.. Atkinson. A. M.. Bellis. M. A. Reducing harm in drinking environments: a systematic review of effective approaches. *Health Place* 2011; 17; 508–18.
- Kaner EFS et al. (2007). *Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations*. Wiley: The Cochrane collaboration
- Kvillemo P, Andreasson S, Bränström R (2008). *Effekter av lokalt alkohol- och narkotikaförebyggande Arbete Utvärdering av det förebyggande arbetet i sex försökskommuner Huvudrapport [Effectsoflocalalcohol and drug prevention work. Evaluation of the preventive work in six experimental municipalities.Mainreport]*. Östersund: Swedish National Institute of Public Health.
- Laslett A.-M. et.al., (2010) *The Range and Magnitude of Alcohol's Harm to Others*. Fitzroy, Victoria: AER Centre for Alcohol Policy Research, Turning Point Alcohol and Drug Centre, Eastern Health.

- Leifman L. Müller D. "Och den ljusnande framtid är vår" – en utvärdering av förebyggande insatser mot våldsbrott och misshandelsfall relaterade till studentfester. Stockholm: STAD, Beroendecentrum Stockholm, Stockholms läns landsting; 2009. (STAD-rapport nr. 42)
- Missbruksutredningen (2011). *Bättre insatser vid missbruk och beroende - Individiden, kunskapen och ansvaret*. (Statens Offentliga Utredningar 2011:35). Stockholm: Fritzes.
- National Health and Medical Research Council. (2009). *Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol*. Canberra: Commonwealth of Australia.
- Norström, T. et al. (2010). Potential consequences of replacing a retail alcohol monopoly with a private licence system: results from Sweden. *Addiction* 105(12):2113-2119
- Norström, T. & Skog, O-J. (2005). Saturday opening of alcohol retail shops in Sweden: an experiment in two phases. *Addiction*, 100, 767-776.
- Nutt, D. J. et al. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis, *Lancet* 2010; 376: 1558-65.
- Ramstedt, M. (2010) Change and stability? Trends in alcohol consumption, harms and policy: Sweden 1990-2010. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 27[5]: 409-423.
- Ramstedt, M. (2009) Alkoholkonsumtion och alkoholrelaterade problem bland äldre svenskar – hur ser det ut egentligen? [Alcohol consumption and alcohol-related harm among elderly Swedes – what is the actual situation?] *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 26: 385-397.
- Rehm J. et al. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet* 2009;373:2223-2233
- Rehm, J. et al. (2010). The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction* 105:817-843
- Rehm J, et al. (2011). Epidemiology and alcohol policy in Europe. *Addiction*, 106 (Suppl. 1): 11-19.
- Riksrevisionen (2010) *Statliga stöd i alkoholpolitiken – påverkas ungas konsumtion?* Rir 2010:21.
- Ross, H. (2004). The economics of tobacco and tobacco control in the European Union. I Analysis of the Science and Policy for European Control of Tobacco (ASPECT) Consortium, *Tobacco or health in the European Union: past, present and future*. Luxembourg: European Commission.
- Shults RA et al. (2009). Effectiveness of multicomponent programs with community mobilization for reducing alcohol-impaired driving. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(4):360-371.
- Schütze, M. et al. (2011). Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study. *British Medical Journal* 2011;342:d1584
- Science Group of the European Alcohol and Health Forum. (2011). *Alcohol, Work and Productivity*. SFS 1994:1738. *Alkohollag*. Stockholm
- SFS 2010:1622. *Alkohollag*. Stockholm
- Socialstyrelsen & Folkhälsoinstitutet (2012). *Folkhälsan i Sverige – Årsrapport 2012*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Treno AJ et al. (2007). The Sacramento Neighborhood Alcohol Prevention Project: outcomes from a community prevention trial. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68(2):197-207.
- Trolldal, B., Brännström, L. Paschall, M.J & Leifman, H. (2012) Effects of a Multi-component Responsible Beverage Service Program on Violent Assaults in Sweden. *Addiction*. In press.
- VA (2011). *VA-barometer 2011/12*. Stockholm: Vetenskap & Allmänhet, VA (VA-rapport 2011:4)
- VALVIRA, Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården & THL, Institutet för hälsa och välfärd. (2012). *Alkoholkonsumtionen 2011*. Helsingfors: VALVIRA & THL
- Wagenaar AC et al. (2009). Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction* 104:179-190.
- Wallin. E.. Norström. T.. Andreasson. S. Alcohol prevention targeting licensed premises: a study of effects on violence. *J Stud Alcohol* 2003; 64; 270-7.
- Warpenius K, Holmila M, Mustonen H (2010). Effects of a community intervention to reduce the serving of alcohol to intoxicated patrons. *Addiction*, 105:1032-1040.
- WHO (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Genève: WHO
- World Bank. (2000). *Tobacco Control in Developing Countries: Fast Facts & Myths*. [Elektronisk]. Tillgänglig: <http://go.worldbank.org/3W5K819300>