



Av: Arild Vøllestad,
KoRus-Stavanger/Rogaland A Senter

I Norge er det en tendens til at folk gir uttrykk for litt upresise forestillinger om alkoholkonsum, alkoholvaner og regulering i EU-området. Fra påstander om at "i disse landene drikker borgerne med et kulturelt tilsnitt og derfor er alkoholproblemene få" til påstander om at "i EU er der fri flyt av alkohol og myndighetene gjør lite for å forebygge rusproblemer". Denne artikkel vil forsøke å nyansere disse forestillingene.

Om alkohol og alkoholpolitikk i EU

Målbare og ikkemålbare alkoholbelastninger i EU-området

Denne artikkelen bygger i stor grad på rapporten "Alcohol in Europe: A public health perspective", 2006. Oppdragsgiver for rapporten er EU-kommisjonen. De to forskerne Peter Anderson og Ben Baumberg, som den gang var knyttet til Institute of Alcohol Studies i London, førte den i pennen. Denne grundige rapporten kom i forkant av EU's alkoholpolitiske strategidokument fra 2006 (se neste avsnitt). Rapporten anslår at der er 40 mill innbyggere i EU15 som hver måned drikker for mye i forhold til helsemessig risiko. Antallet alkoholavhengige mennesker i EU-området anslås til ca 23 millioner (5% av alle menn, 1% av alle kvinner).

4,7 – 9,1 millioner barn i EU-området lever i familier "som opplever at alkohol

påvirker familien negativt". Når det gjelder barn som fødes med irreversible skader på grunn av morens drikking under svangerskapet (føtalt alkoholsyndrom), finnes det visstnok ikke tall for hele EU-området. Men tall for Frankrike kan gi en antydning om omfanget. På grunnlag av epidemiologiske undersøkelser anslø man at der i Frankrike i 2001 ble født ca 700 barn med slike skader, og at ca 60 000 mennesker lever med virkningene av dette syndromet. Frankrikes befolkning utgjør ca en tiendedel av totalbefolkningen i EU-området.

Rapporten har også beregnet det årlige antallet "for tidlige dødsfall" på grunn av alkohol. Den er årsak til ett av tre dødsfall i trafikken, ca 17 000 dødsfall. Videre 27 000 dødsfall ved andre ulykker, 2000 drap (ca 40% av alle drap), 10 000 tilfel-

ler av suicid (ca 17% av alle tilfeller), 45 000 dødsfall som følge av skrumplever, 50 000 dødsfall som følge av kreft, 17 000 dødsfall som følge av det rapporten kaller "nevro-psykiatriske lidelser".

Summerer man dette, kommer man opp i ca 168 000 dødsfall årlig. I sine beregninger har de tatt høyde for den livsforlengende gevinst som følge av moderat alkoholbruk (men metodene for å måle dette er "problematisk og diskutabel", tilføyer de).

Alkoholkonsum er den tredje største helserisiko i EU-området, bare tobakksrøyking og høyt blodtrykk gir større helserisiko. Altså kommer alkohol foran overvekt, som jo av mange i dag betegnes som en epidemi.

Unge mennesker blir i særlig grad rammet av disse dødsfall. Først og fremst handler dette om lidelse for de aktuelle personer og mange i deres omgivelser. Men også målt med rent markedsøkonomiske mål, er det et stort økonomisk tap for landene å miste unge mennesker som nettopp er utdannet og som så blir revet bort fra byggende innsats.

Rapporten oppgir at ca 750 000 mennesker er sysselsatt i produksjon av alkoholholdige drikkevarer, mest vin. I tillegg kommer alle de som arbeider lenger oppe i leveransekjeden, på puber, barer, restauranter og butikker som selger alkohol.

Men der sirkulerer også andre tall for ansatte i alkoholbransjen. Bl.a. hevder organisasjonen "Brewers in Europe, som har 3733 bryggerier som medlemmer, at de i 2009 sto bak 2,5 millioner arbeidsplasser relatert til øl. Uansett dreier det

seg om så mange arbeidsplasser at ingen myndigheter kan se vekk fra det.

De økonomiske kostnadene i forbindelse med alkohol er selvfølgelig vanskelig å fastslå eksakt og etter allment godttatte kriterier. Men "basert på en gjennomgang av eksisterende studier" anslår de kostnadene for 2003 til ca 125 mrd euro (men for å gardere seg, føyer de til "mellom 79 mrd euro og 220 mrd euro"). Forfatterne av rapporten estimerer dette til å være på nivå med "de nylig anslåtte tobakksskadekostnadene".

I rapporten presenteres dessuten en kalkyle for det de kaller "ikke-målbare kostnader", som f. eks. smerte, lidelse, tapt liv. Disse kostnader ble i 2003 anslått til 270 mrd euro, og alternativt, avhengig av kriterier, kom de frem til "mellom 150 mrd euro og 760 mrd euro".

Forfatterne avslutter for øvrig dette avsnittet noe resignert på forskningens vegne: "Ingen forskning har kunnet evaluere målbare verdier når det gjelder andre positive effekter, for eksempel på det sosiale plan".

Hvis vi summerer de antatt målbare kostnader på 125 mrd euro med de 270 mrd euro, og regner om til norsk valuta, blir det ca 3000 mrd kr årlig, i et område som omfatter ca 500 mill innbyggere. Det blir ca kr 6000 pr innbygger. Men vi må se for oss store nasjonale og regionale variasjoner. Til sammenligning er størrelsen på det norske Statens Pensjonsfond Utland ("Oljefondet") i februar 2012 anslått til ca 3400 mrd kr.

Rapporten nevner en tendens som mange andre bekrefter, nemlig at det årlige

gjennomsnittlige konsumet pr voksen i EU-området har falt betydelig de siste tiåra. De tallfester det til ca 15 l ren alkohol på 1970-tallet, til ca 11 l ren alkohol rundt 2005.

I denne nedgangen ligger en annen endring, nemlig at konsumet i Sentral- og Nordeuropa har økt, mens konsumet i de tradisjonelle vinlandene i Søreuropa har falt markant.

Særlig er det forbruket av vin som har gått drastisk ned i Søreuropa de siste tiår. I Frankrike ble i perioden 1960-2004 det årlige vinforbruket pr innbygger redusert fra ca 50 l til 15 l. Denne endring skyldes ikke at franskmenn har latt seg overtale av avholdsfolk, men at skikken med siesta har falt bort, og dermed den daglige drikking i den forbindelse.

Ca 55 mill voksne mennesker i dagens EU ikke bruker alkohol i det hele tatt. For oss i Norge, som har hørt mye om det kultiverte kontinentale vinkonsum, kan en slik opplysning være overraskende og bryte med kulturelle stereotyper.

Glideflukten bort fra vinen i Søreuropa er motsatt tendens av den som har vært i Norge de siste tiår – et av mange eksempler på at utviklingen rundt drikkemønstre i vår verdensdel ikke er ensartet.

Men samlet sett gir rapporten solid grunnlag for å legge bort myten om at "alkoholproblemene er små i EU-området".

Helsepolitikk, herunder alkoholpolitikk, var lenge en sak for de enkelte medlemsland, og spilte liten rolle på EU-nivå

EU-kommisjonens alkoholpolitiske strategidokument fra 2006

Helsepolitikk, herunder alkoholpolitikk, var lenge en sak for de enkelte medlemsland, og spilte liten rolle på EU-nivå. Men etter innføringen av det indre marked fra 1992 tas stadig flere politikkområder opp av EU. EU-kommisjonens "Alkoholpolitiske strategidokument" fra 2006 er en følge av det. Samtidig må man merke seg at dette dokumentet ikke er et "EU-direktiv" som medlemsstatene må følge.

Dokumentets undertittel er i så måte opplysende: "En EU-strategi til støtte for medlemsstatene i deres bestrebelser på å redusere alkoholrelaterte skader". Strategidokumentet blinker ut elleve konkrete mål.

Innimellom nevnes "eksempler på god praksis".

Mål 1: Redusere mindreråriges alkoholmisbruk, redusere skadelig og farlig alkoholbruk blant unge, i samarbeid med alle relevante interessegrupper

Eksempel på god praksis: At en rekke medlemsstater har forhøyet avgiftene på alkohol. Blant annet innførte Tyskland, Frankrike, Danmark, Irland og Luxembourg en særskilt avgift, og dessuten obligatorisk merking, på rusbrus.

Mål 2: Redusere skadene for barn i familier med alkoholproblemer

Mål 3: Redusere drikking under svangerskap for å redusere antall barn som fødes med føtalt alkoholsyndrom

Mål 4: Redusere antallet av skader og

dødsfall som følge av alkoholrelaterte trafikkuulykker

Eksempler på god praksis: At alle medlemsstater har innført promillegrenser. Eksempel på gode nasjonale tiltak er hyppige stikkprøvekontroller i form av alkotest, som følges opp av opplysnings- og undervisningskampanjer. Nøkkel til suksess er streng håndhevelse av reglene, kombinert med opplysningskampanjer. Det regnes også som fornuftig med lave promillegrenser for unge sjåførere, og for buss- og lastebilsjåførere ("særlig i forbindelse med farlig godstransport").

Mål 5: Redusere alkoholrelaterte kroniske fysiske og psykiske sykdommer

Mål 6: Redusere antall alkoholrelaterte dødsfall

Mål 7: Informere forbrukerne slik at de kan treffe veloverveide valg

Eksempler på god praksis: Her nevnes f. eks. regler for alkoholbevilgning, utdanning av ansatte, prispolitikk (f. eks. færre tilbud av typen "ta to – betal for en"), koordinerende av offentlig transport og lukketider.

Tre saker regner de som særlig effektive når det gjelder å mobilisere opinionen: Promillekjøring, drikking under svangerskapet og de helt unges alkoholkonsum.

Mål 8: Bidra til å redusere alkoholrelaterte skader på arbeidsplassen og fremme initiativer på arbeidsplassen

Mål 9: Øke EU-borgernes bevissthet om helsevirkningene av et skadelig eller farlig alkoholforbruk, særlig den skadelige

virkning på ufødte barn, mindreårige, arbeidseffektivitet og bilkjøring.

Som særlig begrunnelse nevnes her retten til å få relevante opplysninger om alkoholens innvirkning på helsa, særlig risikoen ved et skadelig eller farlig alkoholkonsum, og til mer detaljerte opplysninger om tilsatte stoffer. Dermed er man også inne på temaer som forbrukerrettigheter og mattrygghet. Generelt er sammenkoblingen av helse og forbrukerhensyn nokså gjennomgående i EU. Også ved at disse temaer er samlet i ett og samme generaldirektorat :DG SANCO (directorate general de la sante et des consommateurs).

Mål 10: Skaffe sammenlignbare opplysninger om alkoholforbruket, særlig blant de unge, kartlegge skadelig og farlig alkoholforbruk, drikkevaner, alkoholens sosiale og helsemessige virkninger, pluss opplysninger om alkoholpolitikken og alkoholkonsumets innvirkning på produktivitet og økonomisk utvikling.

Mål 11: Evaluere virkningene av de foranstaltninger som gjøres med bakgrunn i det alkoholpolitiske strategidokumentet.

Som begrunnelse nevner de at "forsknings- og informasjonssystemer er kernen i utviklingen og gjennomføringen av effektive tiltak".

Med bakgrunn i nordisk alkoholpolitikk på 1900-tallet ser vi gjerne for oss at det er folkelige bevegelser og aksjoner som fremtvinger endringer. Og det kan heller ikke utelukkes i EU-området i fremtiden. Men for tiden er fag og forskning viktige pådrivere. En kilde beskriver EU-kommisjonen som "til margen kunnskapsbasert".

European Alcohol and Health Forum

Til å overvåke gjennomføringen av det alkoholpolitiske strategidokument opprettet Kommisjonen i 2007 European Alcohol and Health Forum (EAHF). Dette forum har for tiden 66 organisasjoner som medlemmer. Det dreier seg om alt fra organisasjoner tilsluttet Eurocare, f. eks. Institute of Alcohol Studies, Den estiske avholdssammenslutning, Association National de Prevention en Alcoologie et Addictologie (Frankrike), Nordic Alcohol and Drug Policy Network, til f. eks. Bacardi Martini, Pernod Ricard, The Scotch Whisky Association. Dessuten f. eks. Royal College of Physicians (London), Standing Committee of European Doctors, World Federation of Advertisers. Organisasjonene må sies å danne et bredt spektrum av ulike interesser!

På deres møte i Brussel 19. oktober 2011 møtte 45 av organisasjonene, pluss 17 organisasjoner med observatørstatus, og 8 embetsmenn fra tre av EU's generaldirektorer (DG'er), de fleste fra DG SANCO.

Temaer som de drøftet var "drikking blant unge", "alkoholrelaterte problemer i familier", "ungdom, alkohol og vold", "aldersgrenser", "evaluering av det alkoholpolitiske strategidokument".

Dessuten presenterte lederen av forumets vitenskapelige utvalg Ian Gilmore rapporten "Alcohol, work and productivity", og Jesus Alvarez Hidalgo fra DG "Sysselsetting, sosiale spørsmål og inkludering" presenterte EU-initiativ til støtte for helsefremmende tiltak på arbeidsplassene. Temaet utløste det referatet kaller "lively discussion".

Vurderinger av strategidokumentets virkninger

Professor i statsvitenskap Trygve Ugland har nylig utarbeidet en 50-siders rapport med navnet "Alcohol on the European Unions's Political Agenda: Getting off the Policy Roller-Coaster?" (SIRUS-rapport nr1/11).

Han hevder der at tendensen til å trekke interessegrupper og frivillighetsorganisasjoner inn f. eks. i alkoholpolitikken, hører hjemme i en større EU-sammenheng, nemlig forsøkene på å gi EU's politiske prosesser større demokratisk legitimitet.

I "Rus og samfunn" nr. 5/11 har Ugland en artikkel med tittelen "EU's alkoholpolitikk: Nok en triumf for skilpadden?" – tittelen henspiller på Æsops fabel om at den trege men utholdende skilpadda likevel vant kappløpet mot haren, som forskuslet det hele med raske rykk og uforsvarlig lange hvilepauser.

Ugland tar i artikkelen til orde for at "EU's tilnærming til alkohol og alkoholpolitikk har blitt transformert gjennom en langsom og stegvis prosess som innbefatter institusjonsbygging og myke styringsinstrumenter. Der finnes argumenter for at denne prosessen har oppnådd resultater som neppe kunne ha blitt oppnådd gjennom mer radikale reformforsøk – gitt alkoholens ulike historiske, kulturelle, politiske og økonomiske roller og betydning i Europa".

Om forfatteren:

Arild Vøllestad er institusjonsprest ved Rogaland A-Senter deler sitt arbeid mellom kompetansesenteret og klinikken. Bakgrunnen for denne artikkelen er Ko-Rus- Stavanger sin studietur til Brussel i desember 2011 for å se nærmere på alkoholpolitikk i et folkehelseperspektiv, og forholdet mellom EU nivået og de enkelte medlemsland i den forbindelse.

LITTERATUR:

Anderson, P og Baumberg, B (2006) "Alkohol i Europa", Rapport fra EU-kommisjonens Institutt for alkoholforskning, et sammendrag ved Rindahl Steiro, E. Actis.

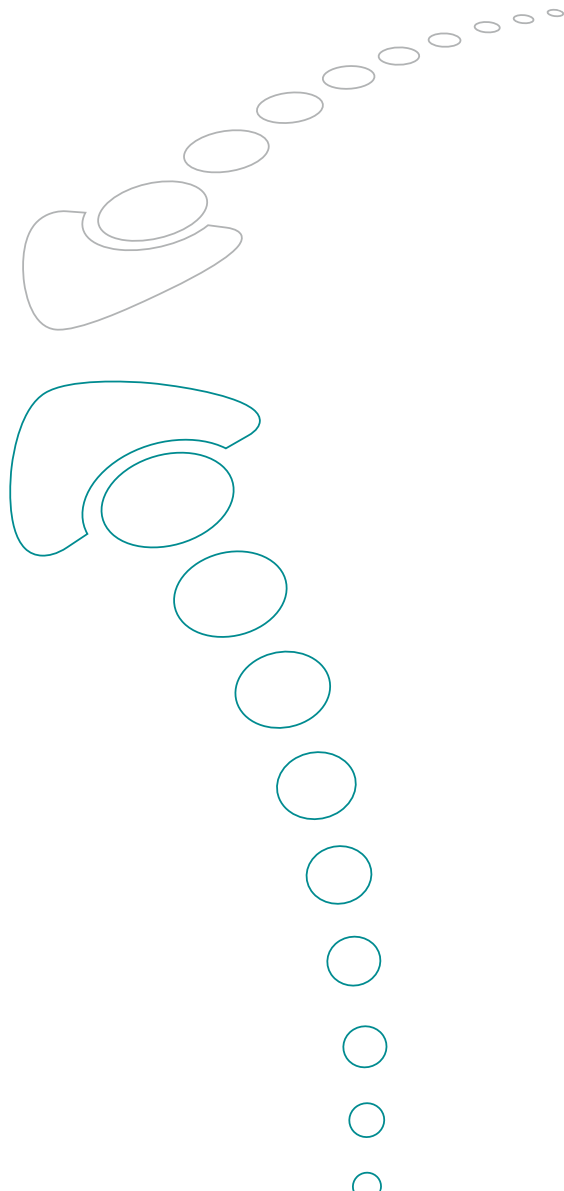
Det europeiske Råd (2001) Konklusjoner om en fellesskabsstrategi til mindskelse af alkoholrelaterede skader

EU-kommisjonen: Alkoholpolitisk strategidokument (2006). (dansk oversettelse)

Ugland, T (2011) "Alcohol on the European Union's Agenda: Getting off the Policy Roller-Coaster?" SIRUS-rapport nr. 2/2011

Ugland, T(2011) "EU's alkoholpolitikk: Nok en triumf for skilpadden?" Rus og Samfunn nr 6 /2011

www.eurocare.org



0000000