



Áfengi: Engin venjuleg vara – samantekt þriðju útgáfu

Þýðing á greininni Alcohol: No Ordinary Commodity - a summary of the third edition (Babor o.fl., 2022)

Embætti landlæknis

Grein þessi var þýdd af þýðingarfyrirtæki og svo unnin áfram af sérfræðingi í heilsulæsi Bryndísi Kristjánsdóttur. Tilgangur þessa skjals er að vekja athygli á samantekt af áhugaverðum niðurstöðum í bókinni [Alcohol: No Ordinary Commodity – a summary of the third edition](#) (Babor o.fl., 2022).

Ágrip

Bakgrunnur og markmið: Í greininni eru dregnar saman niðurstöður og ályktanir þriðju útgáfu bókarinnar *Áfengi: engin venjuleg vara*.

Nýjasta útgáfa bókarinnar er hluti af ritröð sem er gagnrýnin yfirferð á vísindalegum gögnum um stefnu í áfengismálum út frá sjónarmiði lýðheilsu.

Hönnun: Yfirlit yfir fimm aðal efnispætti bókarinnar.

Niðurstöður: Víðtæk faraldsfræðileg gögn sýna að áfengisnotkun á stóran þátt í alþjóðlegri byrði sjúkdóma, örorku og dauða jafnt í hátekju-, meðaltekju- sem lágtekjulöndum. Lýst er þróun við framleiðslu áfengis og markaðssetningu þess, sem bendir til að stór hluti framleiðslunnar hafi á heimsvísu sameinast í hendur fárra fjölþjóðlegra fyrirtækja sem eru að auka starfsemi sína í Asíu, Afríku og Rómönsku Ameríku. Meginhluti bókarinnar er helgaður aðgerðum og inngripum sem ætlað er að fyrirbyggja eða draga úr skaða af völdum áfengis. Áhrifaríkustu aðferðirnar til verndar lýðheilsu er skattlagning sem hækkar verð á áfengi ásamt takmörkunum á aðgengi að áfengi.

Algjört bann við markaðssetningu áfengis er einnig árangursrík aðferð til að draga úr áfengisneyslu. Að auki er árangursríkt að beita mótvægisáðgerðum gegn akstri undir áhrifum, stuttum inngripum hjá einstaklingum í áhættuhópi og meðferð við áfengisfíkn til að koma í veg fyrir skaða hjá fólki í áhættuhópum og þeim sem nota áfengi í hættulegu magni.

Niðurstaða: Áfengisstefna er gjarnan afrakstur ólíkra hagsmuna, gilda og hugmyndafræði. Rannsóknir benda til þess að árekstrar milli hagsmunaaðila, sem krefjast hagnaðar, og heilsuverndar geri það að verkum að samvinna við áfengisiðnaðinn skilar sér í árangurslausri stefnu. Nú er tækifæri til að innleiða áfengisstefnu sem þjónar hagsmunum almennings betur en áður því hún byggir á aukinni þekkingu á því hvaða aðferðir virka best.

Lykilorð: Áfengi, faraldsfræði, iðnaður, inngrip, stefna, lýðheilsa, rannsóknir

INNGANGUR

Þriðja útgáfa bókarinnar *Áfengi: engin venjuleg vara* (ANOC3) byggir á heildrænni samantekt ýmissa fræðimanna yfir áfengisstefnur [1–3]. Bókin veitir ítarlegt yfirlit yfir skaðleg áhrif áfengis á heimsvísu og þau vísindalegu gögn sem þarf að nota til að áfengisstefna skili árangri út frá sjónarmiðum lýðheilsu. Í þessari grein eru dregnar saman niðurstöður og ályktanir sem fram koma í ANOC3. Sérstök áhersla er lögð á þrennt sem síðan leiddi til þriðju útgáfunnar: (1) faraldsfræðilegar upplýsingar sýna aukna áfengisnotkun og fleiri áfengistengd vandamál í mörgum vaxandi hagkerfum heims; (2) vaxandi efnahagsleg og pólitísk áhrif áfengisiðnaðarins; og (3) ný vísindaleg gögn um áhrif vandaðrar áfengisstefnu á ákvörðun yfirvalda.

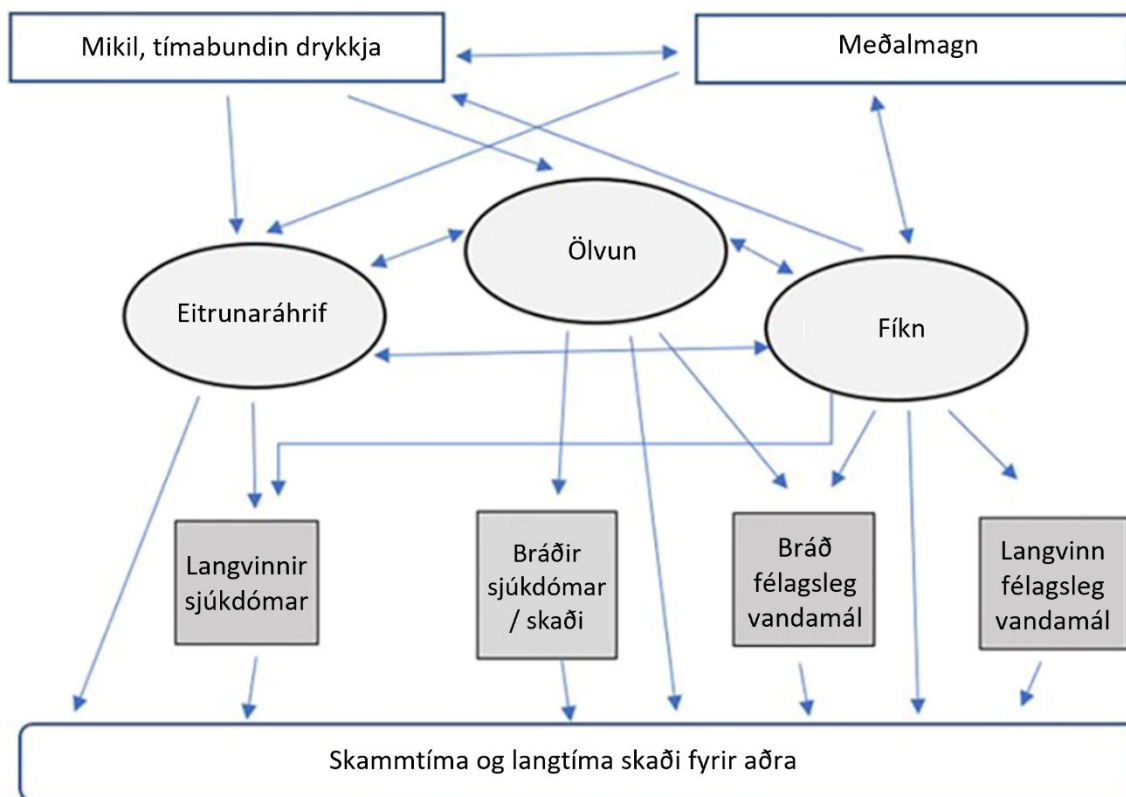
Á síðustu þremur áratugum tuttugustu aldar kom fram ný lýðheilsumiðuð nálgun í áfengismálum [4]. Í stað þess að einblína eingöngu á meðferð og forvarnir gegn sjúkdómnum „áfengissýki“ felur lýðheilsunálgunin í sér víðtækari sýn á vandamál tengd áfengisneyslu. Hún beinir sjónum sínum ekki eingöngu að þeim sem drekka mest, heldur einnig að öllum sem drekka áfengi, þeim sem skaðast af áfengisneyslu og þeim sem gætu skaðað aðra. Lýðheilsunálgunin nær þannig til flestra í samfélaginu sem drekka áfengi; ekki vegna þessa þess að þeir verða annað slagið fyrir beinum skaða vegna mikillar ölvunar eða að þeir drekka áfengi daglega, jafnvel bara einn drykk á dag, heldur vegna þess að þeir stuðla óbeint að félagslegu viðhorfi sem ýtir undir mikla drykkju [5]. Lykilatriði lýðheilsumiðaðrar nálgunar í áfengismálum er að móta umhverfið þannig að draga megí úr skaða. Félagsleg vellíðan er hugtak þessu tengt og nota má yfir fleiri þætti lýðheilsunálgunar á áfengisvanda. Hugtakið snýst ekki eingöngu um heilbrigði og sjúkdóma heldur líka um lífsgæði, svo sem persónulegt öryggi, uppbyggilegar tórstundir, efnahagslegt öryggi og lífsánægju [6], en mikil áfengisnotkun ógnar þessum lífsgildum.

Markmið með lýðheilsunálgun og félagslegri vellíðan er að koma í veg fyrir og meðhöndla sjúkdóma, slys og félagslegan vanda í samfélaginu. Þegar samfélagsnálgun er beitt, samhliða eða í staðinn fyrir einstaklingsbundna nálgun, geta áhrifin á heilbrigði verið veruleg. Þetta kom greinilega í ljós í Rússlandi þar sem breytingar á áfengisstefnu á síðustu árum hafa bætt lífslíkur þar umtalsvert [7]. Efnistöð þessarar bókar byggjast á hugtökunum um lýðheilsu og félagslega vellíðan og er lýst í fimm grundvallaratriðum í eftirfarandi köflum: (1) eðli áfengisnotkunar og skaði sem henni tengist, (2) hlutverk áfengisiðnaðarins, (3) aðgerðir og inngrip til að draga úr skaða, (4) stefnumótunarferlið og (5) leiðbeiningar fyrir notendur bókarinnar.

ÁFENGI: ENGIN VENJULEG VARA

Áfengisvörur eru keyptar og seldar vegna þess að þær: veita vellíðunartilfinningu, hafa gegnt hlutverki við máltíðir í aldanna rás, eru taldar liðka fyrir félagslegum samskiptum og hafa verið álitin stöðutákn. Hins vegar fylgja áfengi einnig eituráhrif og aðrar eðlislegar hættur. Mynd 1 sýnir tengslin milli þriggja verkunarmáta áfengis (eituráhrifa, ölvunar, ávanabindingar) og ýmiss konar skaða sem bæði notandinn (fjórir grálitir kassar) og aðrir í umhverfi notandans (rétthyrningur neðst) verða fyrir. Drykkjumynstur einstaklinga og innan samfélaga er mismunandi, bæði hvað varðar tíðni drykkju og þess magns sem drukkið er hverju sinni. Tveir þættir drykkjumynsturs sem tengjast neikvæðum afleiðingum sérstaklega er þegar mikið er drukkið og því hversu marga drykki fólk drekkur hverju sinni.

Langvarandi mikil drykkja getur valdið vefjaskemmdum. Áfengisdrykkja, jafnvel í litlu magni, getur leitt til krabbameins [8] og með tímanum geta uppsöfnuð áhrif áfengis leitt til annarra langvinnra sjúkdóma. Drekki einstaklingur mikið áfengi í hvert skipti sem hann drekkur, jafnvel þótt sjaldan sé, geta bráð ölvunaráhrif leitt til ýmiss konar heilsufarslegra og félagslegra vandamála, þ.m.t. að valda slysum sem geta skaðað aðra og ofbeldis. Langvarandi drykkja getur leitt til ávanabindingar, sem aftur eykur heildarmagn áfengis sem drukkið er, og getur valdið bæði bráðum og langvinnum heilbrigðisvandamálum og neikvæðum félagslegum áhrifum.



MYND 1 Yfirlitsmynd sem sýnir tengsl milli áfengisnotkunar (ferhyrndir reitir efst), verkunarmáta áfengis (sporöskjulaga reitir í miðju) og skammtíma- og langtímaafleiðingar bæði fyrir þann sem drekkur og aðra (ferhyrndir reitir neðst). Örvar gefa til kynna bein og gagnkvæm áhrif. Endurgert með leyfi Babor et al., Alcohol: No Ordinary Commodity. Oxford, UK: Oxford University Press; 2022.

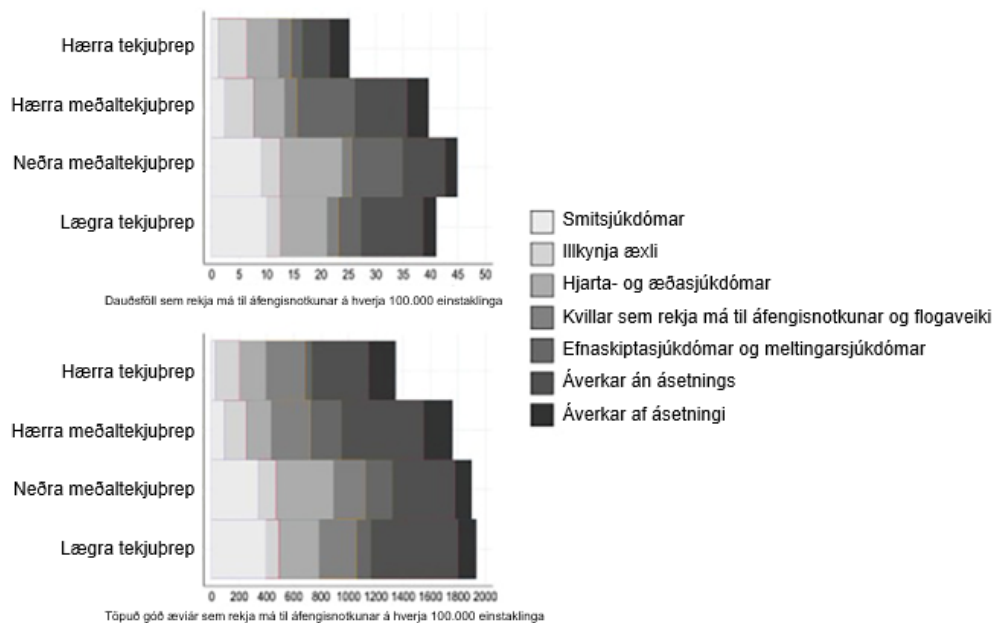
Nýjustu gögn um sjúkdómabyrði sem rekja má til áfengis sýna að áfengisdrykkja gegnir orsakahlutverki í fjölmörgum heilsufarsvandamálum og félagslegum vandræðum [9], þar á meðal kransæðasjúkdómum, brjóstakrabbameini og öðrum krabbameinum, lifrarsjúkdómum, HIV-sýkingum/alnæmi, sjálfsvígum og ofbeldi. Þegar einstaklingar eru undir áhrifum áfengis, eða þegar ávanabinding er til staðar, skerðist geta þeirra til að taka skynsamlegar ákvarðanir í eigin þágu og verulegar líkur eru á að viðkomandi valdi öðrum skaða. Skaðinn af völdum áfengisins hefur ekki eingöngu áhrif á notandann sjálfan [9, 10] heldur einnig á aðra, þar sem meðal annars er hættu á dauða [11], áverkum og ofbeldi [12], umferðaróhöppum [12], fósturskaða af völdum áfengis [13], áhrifum á börn í móðurkviði [14] og vanrækslu barna [15]. Af þessum ástæðum er ekki hægt að líta á áfengi sem venjulega vöru.

Óháð mat gefur til kynna að koma mætti í veg fyrir allt að 3 milljónir dauðsfalla árlega ef engin áfengisdrykkja ætti sér stað (t.d. [12]). Skaði á hvern lítra af áfengi, metinn í töpuðum góðum æviárum (e. disability-adjusted life years), er meiri í lágtekju- og millitekjulöndum (hlutfallslegur munur á milli há- og lágtekjulanda = 3,62 [12]) vegna hærri heildardánartíðni og samspils við fátækt og aðra áhættuþætti (sjá mynd 2).

Í samfélögum getur hlutfall þeirra sem drekka áfengi og magn áfengis sem neytt er verið mjög mismunandi, ekki aðeins milli landa heldur einnig yfir tíma og milli mismunandi hópa innan samfélagsins. Sérstakt áhyggjuefni er vaxandi áfengisnotkun í mörgum lágtekju- og meðaltekjulöndum og búist er við áframhaldandi aukningu á komandi árum. Meðalneysla áfengis á hvern fullorðinn einstakling í tiltekinni þjóð er í beinum tengslum við algengi ofdrykkju í samfélaginu. Sjúkdómabyrðin sem rekja má til áfengisnotkunar á hvern fullorðinn einstakling er í öfugu hlutfalli við tekjustig þjóða heimsins [5]. Áfengisnotkun á hvern fullorðinn fer nú vaxandi í stækkandi hagkerfum sumra ríkja Asíu og Afríku [16]. Hlutfallslega lág

heildarneysla á þessum svæðum endurspeglar hærra hlutfall bindindismanna. Meðal notenda í mörgum lágtækju- og millitekjulöndum sjást tengsl milli ölvunardrykkju og slysa og annarra bráðra vandamála sem tengjast áfengisdrykkju [5]. Þetta leggur þungar byrðar á þau takmörkuðu úrræði sem standa til boða til að vernda heilsu, velferð og almannaoöryggi.

Með áframhaldandi þróun hagkerfa er líklegt að áfengisneysla aukist samhliða hærri tekjum, auknu framboði og ágengari og markvissari markaðssetningu áfengis. Þetta skapar nýjar áskoranir við að móta árangursríka áfengisstefnu sem vegur upp á móti þeirri áherslu sem hefur verið lögð á hlutverk áfengis í frjálsum viðskiptum og aðgangi að mörkuðum undanfarna áratugi.



MYND 2 Tíðni dauðsfalla sem rekja má til áfengis á hverja 100.000 íbúa (efri hluti) og töpuð góð æviár, flokkað samkvæmt tekjuflokkun Alþjóðabankans árið 2016. Endurgert með leyfi Babor et al., *Alcohol: No Ordinary Commodity*. Oxford, UK: Oxford University Press; 2022.

ÁFENGISIÐNAÐURINN: ÁHRIFAMIKIL ORSAKAFLÉTTA

Hvers vegna dugar ekki sú augljósa staðreynd að áfengi er engin venjuleg vara til að stefnumótandi aðilar beiti markvissum aðgerðum til að draga úr skaðlegum áhrifum áfengis?

Þrýstingur frá sívaxandi stórum áfengisframleiðendum og viðskiptasamtökum þeirra hefur takmarkað vilja og getu heilbrigðisyfirvalda til að lágmarka skaðsemi áfengis, eins og önnur greining ANOC3 fjallar um. Áfengisiðnaðurinn samanstendur af samtengdum aðilum sem hafa ekki einungis áhrif á viðskiptaleg ferli eins og framleiðslu, markaðssetningu og framboð, heldur einnig veruleg áhrif á pólitískar ákvarðanir sem geta stýrt bæði áfengisnotkun og skaðsemi þess.

Aukin samþjöppun áfengisframleiðenda í nokkur stór fjölþjóðleg fyrirtæki hefur flýtt fyrir þessari þróun [17]) og umbreytt iðnaði sem áður fyrr einkenndist af mörgum svæðisbundnum framleiðendum áfengra drykkja með tengsl við hefð og menningu á hverjum stað.

Í tengslaneti áfengisiðnaðarins eru einnig stafræn markaðssvæði [18] og aðrir markaðsaðilar, svo sem eigendur alþjóðlegra íþróttaviðburða og auglýsingastofur sem þjónusta áfengisframleiðendur. Markaðssetning til neytenda og samfélagsins í heild er nauðsynlegur þáttur í aðgerðum iðnaðarins til að laða að nýja notendur, byggja upp vörumerkjatryggð, gera áfengisvörur eðlilegan hluta daglegs lífs og tryggja aðkomu iðnaðarins að stefnumótun.

Stærstur hluti hagnaðarins næst þegar drykkjan er mest [19–22]. Til að hámarka arðsemi sína þurfa fjölþjóðlegu fyrirtækin m.a. að ýta undir tilefni til mikillar drykkju og fjölga notendum á nýjum markaðssvæðum sem hefur leitt til andstöðu þeirra við árangursríka áfengisstefnu.

Síðastliðna fjóra áratugi hafa viðskipta- og fjárfestingasamningar, eins og fríverslunarsamningur Kyrrahafsríkjanna (CPTPP), og miklir arðsemismöguleikar tengdir áfengisframleiðslu greitt fyrir hnattvæðingu áfengisiðnaðarins og takmarkað reglusetningavald stjórnvalda gagnvart alþjóðlegri starfsemi [23]. Fjölþjóðleg fyrirtæki, einkum stærstu framleiðendur bjórs og sterks áfengis, hafa fært út kvíarnar í lágtekju- og millitekjulöndum í Rómönsku-Ameríku [24], Asíuríkjum í Kyrrahafi [25, 26] og ríkjum Afríku [17]. Þessi landsvæði hafa því orðið sífellt veigameiri fyrir alþjóðamarkað fyrirtækjanna.

AÐFERÐIR OG INNGRIP TIL AÐ DRAGA ÚR SKAÐA VEGNA ÁFENGISNEYSLU

Þriðji hluti ANOC3 er um aðferðir og inngrip til að draga úr skaða af völdum áfengis og er veigamesti hluti bókarinnar. Sumar þessara aðferða eru alhliða og hafa áhrif á samfélagið í heild en þær takmarka aðgengi einstaklinga að áfengi með hliðsjón af framboði, fjárhag, félagslegum aðstæðum og sálrænu ástandi. Aðrar aðferðir beinast fremur að viðkvæmum hópum samfélagsins, áhættuhópum eða þeim sem verða fyrir sérstökum skaða vegna áfengisnotkunar, svo sem ungmennti, fólk með áfengisfíkn og öikumenn undir áhrifum áfengis. Þrátt fyrir að ýmsar sértækar aðferðir hafi verið notaðar til að meta áhrif forvarnaaðgerða, sem og áhrif stefnumótunarákvarðana um forvarnir og meðferðarúrræði, taka höfundar ANOC3, þar sem það var mögulegt, undir þær niðurstöður sem birtar hafa verið í ritrýndum tímaritum og byggja á stýrðum og náttúrulegum tilraunum, könnunum (*e. population surveys*) og tímaraðgreiningu (*e. time series analysis*). Þar sem því var við komið var niðurstöðum úr kerfisbundnum yfirferðum og yfirlitsrannsóknum veitt sérstök athygli. Á undanförunum árum hafa gæði, breidd og nákvæmni matsrannsókna aukist og því er unnt að mæla með meiri vissu hvort tiltekin stefna hafi haft tilætluð áhrif, að minnsta kosti til skemmri tíma. Í eftirfarandi köflum eru tekin saman gögn um sjö meginleiðir í áfengisstefnum.

Verðstýring: stjórnun á aðgengi með verðlagningu

Úrræði sem geta haft veruleg áhrif á áfengisnotkun og áfengisvandamál, þar á meðal dánartíðni, glæpi og umferðarslys, eru verðlagningar- og skattlagningarstefnur [27–29]. Áfengisskattar eru ákjósanlegt verkfæri í áfengisstefnum þar sem þeir auka beinar tekjur ríkisins og draga úr skaða af völdum áfengis.

Auk tekjuöflunar er neysluskattlagning meðal hagkvæmustu leiða fyrir stjórnvöld til að draga úr skaða af völdum áfengis, bæði í hátekju-, milli- og lágtekjulöndum [30]. Ólíklegt er að skattlagningar- og verðlagningarstefna sem ætlað er að takmarka notkun hamli efnahagsþróun. Þá fylgja slíkri stefnu ókostir; einkum hættan á að inn í landið streymi óskattlagðir áfengir drykkir, svo sem með smygli, eða að ólögleg áfengisframleiðsla fari fram. Þessi áhrif eru þó gjarnan ofmetin. Rannsóknir á skattahækkunum í austurhluta Evrópu hafa sýnt að neysla ólöglegs og óskráðs áfengis eykst ekki endilega í kjölfar skattahækkana, sérstaklega þegar mótvægisáðgerðir gegn neyslu þeirra eru teknar upp samhliða hækkunum [31, 32]. Komið hefur í ljós að heildaráhrif skatta- og verðhækkana virðast almennt draga úr áfengisneyslu og vandamálum henni tengd, án þess að umsvif á ólöglega markaðnum aukist verulega [33].

Annað áhyggjuefni snýr að því að hækkaðir áfengisskattar bitni sérstaklega á hinum efnaminni en rannsóknir frá ýmsum hátekju- [34, 35], lágtækju- og millitekjulöndum [36–38] hafa sýnt lítil sem engin merki um neikvæð áhrif áfengisskatta. Þvert á móti hafa hækkanir á áfengissköttum sýnt að þær geta dregið úr heilsufarslegum ójöfnuði. Í núverandi umræðu eru áfengisskattar taldir hluti af svokölluðum „heilbrigðissköttum“ og tekjur sem aflað er með slíkum sköttum er hægt nýta til að draga úr skaðlegum áhrifum á fólk sem býr við lakari félagslega og efnahagslega aðstæður [39, 40].

Næst á eftir skattlagningu er lágmarksverð á áfengiseiningu aðgerð sem getur haft áhrif á aðgengi að áfengi með því að takmarka hversu ódýrt það má vera [41]. Lágmarkseiningarverð bannar sölu áfengis til neytenda undir lágmarksverði á hverja einingu af hreinum vínanda [32]. Vísbendingar um árangur í löndum sem hafa innleitt slíkar aðgerðir eru tiltölulega nýjar en hafa sýnt fram á minnkun í áfengisneyslu og tengdum skaða [42–48]. Lágmarkseiningarverð hefur fyrst og fremst áhrif á ódýrt áfengi sem selt er utan vínveitingastaða en það höfðar bæði til þeirra sem drekka mikið og eru með minna á milli handanna [43]. Ókosturinn við þessa aðferð, samanborið við skattlagningu, er hins vegar sá að tekjur af hækkuðu verði á ódýru áfengi renna ekki í ríkissjóð nema salan fari fram í gegnum ríkiseinkasölu [32].

Takmarkanir á aðgengi

Takmörkun á aðgengi að áfengi er aðferð sem notuð er í flestum löndum heims til að draga úr áfengistengdum vandamálum. Þetta úrræði er yfirleitt innleitt í gegnum regluverkið sem notað er til að stýra áfengissölu, svo sem leyfiskerfi og ríkiseinkasölu. Rannsóknir á smásöluframboði, einkum fækkun sölustunda og söludaga og takmörkun á fjölda áfengisverslana, sýna að takmarkanir á aðgengi leiða bæði til minni áfengisnotkunar og fækkunar á áfengistengdum vandamálum. Árangurinn getur þó verið breytilegur eftir samhengi, áfengismenningu og framkvæmd [49–51].

Þá sýna gögn einnig jákvæðan árangur af því að takmarka aðgengi ungs fólks að áfengi með lögum um hærri lágmarksaldur við kaup á áfengi. Yfirlitsgreinar [52, 53] gefa til kynna að slíkar aðgerðir geta dregið verulega úr umferðarslysum og öðrum slysum. Meira eftirlit með aldurstakmörkunum við áfengiskaup reynast einnig árangursrík [54]. En þeim góða árangri er þó sífellt stefnt í hættu með nýsköpun í sölu og afhendingu áfengis gegnum netverslanir, sem jókst umtalsvert í COVID-19 heimsfaraldrinum.

Takmarkanir á markaðssetningu

Víðtækar rannsóknir sýna að það að vera útsettur fyrir og skoða á virkan hátt markaðsefni fyrir áfengi hefur áhrif á skoðanir, félagsleg viðmið, neyslu og skaðlega drykkju [55]. Stór hluti slíkra rannsókna hefur beinst að ungu fólki, en vaxandi áhyggjur eru nú vegna annarra viðkvæmra hópa, svo sem ofdrykkjufólks, í ljósi fordæmalauss fjölda auglýsinga sem hafa verið sniðnar sérstaklega að einstaklingum og markhópum með algóritmagreiningu á stafrænum gögnum [18, 56].

Flestar matsgreiningar hafa beinst að takmörkunum á hluta af markaðssetningu, t.d. banni við auglýsingum í sjónvarpi eða öðrum ákveðnum miðlum, sem hefur einfaldlega leitt til þess að auglýsingafé framleiðsluaðila er fært yfir á aðra miðla. Við slíkar aðstæður hefur bann á markaðssetningu lítil áhrif.

Hagsmunaaðilar hafa sett sér eigin siðareglur sem þeir kalla „sjálfseftirlit“, en gögn benda til þess að þær séu árangurslausar [57]. Ályktanir um líkleg áhrif af banni við markaðssetningu byggja þar af leiðandi á fræðilegum skilningi og á raungögnum um þau áhrif sem markaðssetning kann að hafa og á mælanlegum áhrifum markaðssetningar. Einnig er litið til rannsókna á tóbaksauglýsingum, þar sem áhrif takmarkana er vel þekkt og samfélagslega samþykkt [58, 59].

Með hliðsjón af þeim sterku vísbendingum sem fyrir liggja um orsakatengsl milli markaðssetningar áfengis og áfengisnotkunar [55] og niðurstaðna einu rannsóknarinnar sem gerð hefur verið í markaðshagkerfi þar

sem algjört bann er við markaðssetningu [60, 61], er eðlilegt að draga þá ályktun að stefna sem kemur í veg fyrir almennir borgarar séu útsettir fyrir áfengisauðglýsingum myndi draga úr áfengisnotkun, bæði til skamms tíma en ekki síður, sem er enn mikilvægara, til lengri tíma með því að vinna gegn því viðhorfi að áfengisneysla sé eðlilegur hluti af daglegu lífi.

Fræðsla og innræting

Fræðsla og innræting eru þekktar aðferðir til að hvetja til bindindis, minni áfengisneyslu eða til varnar skaðlegum áhrifum áfengis en í mörgum samfélögum eru þær að keppa við umfangsmikla og auðglýsinga- og markaðssetningu sem kynnir áfengi sem ánægjulega, heilsusamlega og skaðlausa vöru. Helstu aðferðirnar eru opinberar fræðsluherferðir, viðvörunarmerkingar og leiðbeiningar um drykkju; fræðsluverkefni í skólum með þátttöku fjölskyldunnar og fræðsluherferðir ætlaðar ungu fólki á framhaldskóla- og háskólastigi.

Rannsóknir á þessum aðferðum sýna að þær hafa yfirleitt takmörkuð áhrif á drykkjuhegðun eða skaða [62–65], þó hafa sumar markvissari áætlanir borið meiri mælanlegan árangur [66]. Áætlanir sem ætlað er að efla stuðning samfélagsins við lýðheilsu miðaða áfengisstefnu hafa heldur ekki borið mikinn árangur [67, 68].

Ölvunarakstur: forvarnir og mótvægisáðgerðir

Nokkuð viðtækar rannsóknir hafa verið gerðar á meiðslum og dauðsföllum vegna ölvunaraksturs sem og þeim skaða sem ölvunarakstur veldur öðrum. Nokkrar ráðstafanir hafa reynst sérstaklega árangursríkar til að koma í veg fyrir ölvunarakstur: lágt eða lækkað leyfilegt hámarks magn áfengis í blóði fyrir öikumenn (0,00–0,05%), ströng viðurlög og rík eftirfylgni vegna brota hjá ungum öikumönnum, ásamt handahófskenndum blástursprófum á áfengi í blóði [69–72].

Almennt séð hefur refsing sterkari varnaðaráhrif þegar viðurlögum við ölvunarakstri er beitt tafarlaust [73]. Öflugar og vel útfærðar fjölmiðlaherferðir efla varnaðaráhrif þess að láta fólk blása af handahófi í áfengismæla. Þær auka skilninginn á afleiðingum ölvunaraksturs og refsingunni sem honum fylgir [72]. Ökuleyfissvipting hefur mest áhrif þegar löggæslu- eða dómsyfirvöld taka ökuskipti niðri tafarlaust af viðkomandi, eða sem fyrst eftir handtöku fyrir ölvunarakstur [73]. Alþjóðlegar rannsóknir benda til þess að mótvægisáðgerðir gegn ölvunarakstri geti til lengri tíma litið leitt til þess að það dregur úr ölvunarakstri og slysum vegna ölvunaraksturs fækki.

Að breyta samhengi áfengisnotkunar

Áðgerðir sem ætlað er að draga úr áfengistengdum vandamálum beinast að þeim sem drekka áfengi, umhverfinu þar sem drykkjan á sér stað og eftirliti. Áðgerðunum er beint að stöðum þar sem viðskipti með áfengi fara fram (barir, krár, skemmtistaðir) sem og öðrum stöðum þar sem áfengi er drukkið, svo sem í veislum eða á íþróttaviðburðum. Tilteknar aðferðir sem beinast að einstaklingum og vettvangi (t.d. jafningjaíhlutun og þjálfun í að koma í veg fyrir ofbeldi) hafa takmörkuð áhrif á áfengistengd vandamál (t.d. [74, 75]). Lögregluaðgerðir (aukin eftirfylgni og markviss löggæsla) hafa borið árangur og haft jákvæð áhrif [76, 77]. Í Bandaríkjunum virðist sú stefna að gera afgreiðslufólk vínveitingastaða lagalega ábyrgt fyrir skaða sem viðskiptavinir þeirra verða fyrir eða valda, hafa dregið úr áfengistengdum skaða [78] en þessari stefnu hefur ekki verið beitt annars staðar. Eigin aðgerðaáætlanir rekstraraðila og eigenda veitinga- og viðburðastaða hafa ekki borið sýnilegan árangur [79]. Einu aðgerðirnar sem hafa borið viðtækan árangur eru alhliða samfélagsaðgerðir sem fela í sér þjálfun og leyfisveitingu öryggisstarfsmanna og annars starfsfólks vínveitingastaða, en þær reynast þó aðeins árangursríkar þegar þær eru tengdar við fólk í leiðtogahlutverki innan samfélagsins og aðra hagsmunaaðila (t.d. [80]). Áðgerðir til að draga úr skaða af völdum áfengis eru þannig gagnlegur hluti þeirra margþætta aðferða sem nota má við forvarnir gegn

áfengistengdum skaða, einkum þegar sérstök áhersla er lögð á eftirlit eins og lýst er hér að ofan, en slíkar aðgerðir geta þó ekki komið í stað annarra og sannreyndra aðgerða sem beinast að samfélaginu í heild.

Meðferð og snemmtæk íhlutun

Heilbrigðis- og félagsþjónusta sem snýr að áfengisvanda felur oftast í sér skimun, stutt inngrip, tilvísanir og ráðgjöf, greiningarviðtöl, afeitrun, inngrip í lækningaskyni og áframhaldandi, langvinna meðferð. Árangursríkast til að breyta skaðlegri drykkjuhegðun, samkvæmt rannsóknargögnum, eru atferlismeðferð, hópmeðferð, fjölskyldumeðferð, áhugahvetjandi samtal og tiltekna lyfjameðferðir [81]. Stuðningssamtök jafningja á borð við AA-samtökin eru einnig áhrifarík sem viðbót við meðferð [82] og sem stök inngrip, einnig benda ýmis gögn til þess að gagnlegt sé að skima og vera með stutt inngrip hjá einstaklingum sem stunda áhættudrykkju án þess að vera háðir áfengi [83].

Hagkvæmni er eitt veigamesta stefnumálið varðandi stutta íhlutun og sérhæfð meðferðarúrræði. Stutt íhlutun hjá fólki sem notar áfengi á skaðlegan hátt hefur reynst kostnaðarhagkvæm á bráðamóttökum og göngudeildum [84, 85]. Greint hefur verið frá svipuðum niðurstöðum í rannsóknum á göngudeildarmeðferð við áfengisfíkn [86] og AA-fundasókn [82].

Annað álitamál er hvort samlegðaráhrif af félagslegri og klínískri þjónustu dragi úr kostnaði samfélagsins, sérstaklega hvað varðar áfengistengda sjúkdóma, glæpi, ofbeldi, banaslys í umferðinni og önnur vandamál. Ýmsar niðurstöður úr athugunar- og líkanarannsóknum benda til þess að meðferð, snemmtæk íhlutun og sjálfshjálparstuðningur geti dregið úr algengi áfengistengdra vandamála [87, 88], en kostnaður við meðferðarþjónustuna er gjarnan hár miðað við aðrar aðferðir því flókið og dýrt er að bregðast við vandálum eftir að þau koma upp og vegna hárrar endurkomutíðni.

STEFNUMÓTUNARFERLIÐ: MARGIR HAGSMUNAAÐILAR, MARGAR STEFNUR

Fjórða atriðið í greiningu ANOC3 fjallar um áskoranirnar sem fylgja því að móta árangursríka áfengisstefnu. Helstu hagsmunaaðilar sem koma að mótun, innleiðingu og eftirfylgd áfengisstefnu, að yfirvöldum undanskildum, er fagfólk á sviði heilbrigðismála, velferðarmála og löggæslu, frjáls félagasamtök, vísindasamfélagið, fjölmiðlar og hagsmunaaðilar áfengisíðnaðarins.

Innan hvers svæðis þar sem fjallað er um áfengisstefnu á sér samhliða stað samkeppni þar sem ólíkir hagsmunahópar reyna að stýra umræðunni og hafa áhrif á niðurstöðuna. Yfirlit yfir þá sem koma að mótun áfengisstefna sýnir að áfengisstefnur eru oft afrakstur ólíkra hagsmuna, gilda og hugmyndafræði. Hagsmunir áfengisíðnaðarins eru t.d. gjörólíkir hagsmunum lýðheilsu, frjálsra félagasamtaka og viðbragðsaðila á borð við bráðamóttöku, lögreglu og félagsráðgjafa. Í ljósi þess hversu skýr þessi hagsmunaárekstur er, og vegna vel þekktra áhrifa áfengisíðnaðarins [24, 26, 89], er ólíklegt að áfengisstefna sem gerð er í samvinnu við áfengisíðnaðinn skili góðum árangri hvað lýðheilsu og velferð snertir [90].

Hagsmunaaðilar við markaðssetningu áfengis og stjórnvöld sem setja tekjuöflun í forgang hafa komið því til leiðar að áfengi er að mestu meðhöndlað sem venjuleg vara. Leitast er við að draga úr áfengisvörnum með alþjóðasamningum og þá með þeim rökum að um hindranir á viðskiptum og fjárfestingum sé að ræða. Tilraunum til að hindra stafræna markaðssetningu áfengis yfir landamæri er oft mætt með mótstöðu og hindrunum. Efnahagsþróunarstofnanir líta gjarnan á áfengisframleiðslu einkaaðila sem framþróun. Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) er eina stofnunin innan Sameinuðu þjóðanna sem hefur áfengisvarnir reglulega á sinni stefnuskra [4] en fjármagn stofnunarinnar er takmarkað [91]. Frá árinu 2010 hefur Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin skilgreint áfengi sem áhættuþátt í herferð sinni gegn ósmittbærum

sjúkdómum (e. non-communicable diseases) en alþjóðlegir samningar um takmörkun skaða af völdum hugbreytandi efna hafa þó ekki náð yfir áfengi.

Eigi áfengisstefna að byggjast á lýðheilsuvísindum í þágu almannahagsmuna þarf fjölþjóðlegar aðgerðir til að takast á við afleiðingar sívaxandi alþjóðavæðingar áfengisframleiðslu, viðskiptahagsmuna og markaðssetningar.

ÁFENGISSTEFNUR: LEIÐARVÍSIR FYRIR NOTENDUR

Aðalskilaboð þessarar samantektar er að nú er tími tækifæra. Stefnur og lausnir sem þróaðar hafa verið til að takast á við áfengistengd vandamál eru ekki aðeins fjölmargar heldur einnig afar fjölbreyttar; allt frá einstaklingsbundinni áfengismeðferð fyrir fólk með áfengisvanda til samfélagslegra aðgerða sem miða að því að hafa áhrif á verð, framboð og aðdráttarafl áfengis fyrir almenning. Eftir að hafa farið yfir 69 stefnur náðu höfundar samstöðu um matskerfi sem metur skilvirkni stefna. Horft var til áhrifa þeirra á áfengisnotkun og skaða vegna áfengis. Matskerfið byggir á gögnum úr vel hönnuðum rannsóknum og tekur einnig tillit til samantektar úr kerfisbundnum yfirferðum og yfirlitsrannsóknum, væru þær til.

Bráðabirgðarniðurstöður (e. *intermediate outcomes*) voru einnig skráðar, svo sem viðhorfsbreytingar og ofbeldishegðun, ásamt kostnaðarhagkvæmni og rannsóknarniðurstöðum í lág- og millitekjulöndum. Stefnur voru flokkaðar sem „bestu starfsvenjur“ væru þær metnar árangursríkar, studdar af mörgum rannsóknum, næðu til markhópsins og væru tiltölulega ódýrar í framkvæmd. Stefnur flokkaðar sem „góðar starfsvenjur“ fengu ekki hæstu einkunn fyrir árangur og stuðning í rannsóknum en voru engu að síður metnar sem góð fjárfesting. Stefnur sem samkvæmt rannsóknum höfðu engin áhrif á áfengisnotkun eða áfengistengd vandamál, og voru í sumum tilvikum dýrar í framkvæmd eða drógu athygli frá skilvirkari stefnum, voru flokkaðar sem „árangurslausar (eða mögulega skaðlegar)“.

Eins og sýnt er í töflu 1 fela „bestu starfsvenjur“ í sér hærra áfengisverð og takmarkanir á framboði og aðgengi, auk reglna um markaðssetningu og aðgerða til að draga úr ölvunarakstri. Að auki er fjöldi „góðra starfsvenja“ sem ná til alls samfélagsins, t.d. lágmarksverð á hverja áfengiseiningu og takmörkun á fjölda útsölustaða, og að ákveðnum markhópum, t.d. forvarnaverkefni með þátttöku fjölskyldna og atferlismeðferðir, sýnt nægilega góðan árangur í mörgum löndum til að unnt sé að mæla með innleiðingu þeirra. Óskilvirkustu valkostirnir, t.d. fræðsla og „sjálfseftirlit“ við markaðssetningu, henta áfengisiðnaðinum vel vegna þess að þeir hafa lítil áhrif á markaðssvæði þeirra.

Önnur mikilvæg skilaboð eru þau að rannsóknir geta aukið árangur áfengisstefnu. Nú liggja fyrir rannsóknaraðferðir sem meta áhrifin sem áfengi hefur á sjúkdómabyrði á heimsvísu sem og skilvirkni mismunandi áfengisstefna. Rannsóknir varpa ljósi á þær aðferðir sem eru vænlegastar til árangurs hvað lýðheilsu varðar og hverjar eru líklegar til að vera gagnslitlar, eða jafnvel gagnslaugar, afvegaleiðandi og óhagkvæmar.

TAFLA 1 Stefnumótandi aðferðir og inngríp flokkuð sem „bestu starfsvenjur“, „góðar starfsvenjur“ eða „gagnslitlar starfsvenjur“.^a

Stefna	Bestu starfsvenjur	Góðar starfsvenjur	Gagnlitlar eða skaðlegar starfsvenjur	Athugasemdir um virkni og fyrirvarar
Verðlagningar- og skattlagningarstefna	Áfengisskattar sem hækka áfengisverð	Lágmarkseiningarverð; mismunandi verð eftir vöruhegund; sérstakir skattar á áfenga drykki sem höfða til ungs fólks	Stefnur sem lækka áfengisverð	Þegar áfengi verður dýrara drekkur fólk minna og vandamálum fækkar; þegar áfengi verður ódýrara eykst dryggja og skaði af hennar völdum. Auknir skattar draga úr áfengisnotkun og skaða hjá öllum samfélagshópum, þar á meðal hjá þeim sem drekka mikið og hjá

				unglingum. Hið opinbera fær einnig auknar skatttekjur móti kostnaði við meðferð, fyrirbyggjandi aðgerðir og eftirfylgni. Skattar á áfengi þurfa að vera umtalsverðir til að þeir skili árangri
Stjórn á aðgengi	Takmörkun á opnunartímum og sölustöðum; velferðarmiðuð einokun á áfengissölu; lög um lágmarksaldur við áfengis kaup	Skömmtnunarkerfi; takmörkun á sölustöðum; einstaklingsmiðuð leyfiskerfi; bann við kaupum í kjölfar dómsúrskurðar; hvatning til sölu drykkja með lægra áfengishlutfalli; takmarkanir á sölu; algert bann ef trúarleg eða félagsleg viðmið styðja slíka nálgun	Stefnur sem stuðla að fjölgun sölustaða og lengri opnunartíma	Stýring á því hverjir mega nota áfengi eða stýring á hvar, hvenær og við hvaða tækifæri framboð sé til staðar eykur kostnað við útvegum áfengis. Takmarkanir á framboði, þ.m.t. á þægindum og löglegu aðgengi (t.d. aldurstakmarkanir) draga úr áfengisnotkun og skaða. Aðgengisstýringar geta verið almennar (t.d. takmörkun á sölutíma) eða á einstaklingsgrundvelli (t.d. samkvæmt dómsúrskurði). Takmarkanir á framboði geta haft veruleg áhrif ef þeim er framfylgt án undantekninga
Takmarkanir á markaðssetningu áfengis	Algert bann við markaðssetningu áfengis ^a	Hlutabann við markaðssetningu áfengis	lðnaðurinn setur sínar eigin reglur um markaðssetningu	Útsetning fyrir markaðssetningu áfengis eykur aðdráttarafl áfengis og líkur á drykkju ungmenna. Takmarkanir á markaðssetningu eru líklegar til að verja ungmenni gegn því að byrja snemma að drekka og drekka mikið í einu. Myndir og skilaboð tengd áfengi geta stuðlað að löngun í áfengi og falli hjá einstaklingum sem eiga í áfengisvanda. Víðtækar vísbendingar um áhrif á drykkju, og reynsla af tóbaksbanni
Fræðsla og innrætting		Herferðir gegn ölvunarakstri; forvarnaráætlanir sem beinast að ákveðnum markhópum; fjölskylduinngrip; afmörkuð inngrip hjá grunnskólanemum; stutt hvatningarinngríp í skólaumhverfi; stafrænt inngrip með völdum hópum einstaklinga sem drekka mikið	Áætlanir og herferðir sem styrktar eru af áfengisiðnaðinum; áætlanir sem eingöngu byggjast á upplýsingagjöf	Aðgerðir sem beinast að ungmennum í áhættuhópum þar sem fjölskyldan er höfð með eru líklegri til að draga úr áfengisdrykkju ungmenna. Áhrif eru almennt metin með tilliti til þekkingar og viðhorfa; áhrif á upphaf drykkju og drykkjuvandamál eru óljós eða takmörkuð. Fræðsluskilaboð sem eingöngu byggjast á upplýsingagjöf eru ólíkleg til að breyta drykkjuhegðun eða koma í veg fyrir áfengisvandamál
Aðgerðir gegn ölvunarakstri	Lægri áfengismörk í blóði fyrir unga ökumenn; öflug blásturspróf, af handahófi þar sem hægt er; ítarlegar eftirlitsáætlanir	Lág eða lækkuð áfengismörk í blóði (0,00–0,05%); stigvaxandi ökuréttindi fyrir unga og óreynda ökumenn; markvisst eftirlit með ölvun; ökuleyfissvipting; alhliða áskilin viðurlög; dómstólar sem eru sérhæfðir í málum sem tengjast ölvunarakstri; samþættar aðgerðir	Þungar refsingar; sérstakar áætlanir fyrir ökumenn; örugg akstursþjónusta; fræðsluáætlanir; umræða um áhrif á þolendur ölvunaraksturs	Ef miklar líkur eru á að ölvæður ökumaður sé stöðvaður og viðurlög gangi fljótt eftir má frekar draga úr ölvunarakstri, en alvarleg viðurlög eru líkleg til að tefja fullnustu refsingar og draga úr líkum á að viðurlögum verði framfylgt. Eftirlitsaðgerðir með og takmarkanir á akstri (t.d.

				ökuleyfisvæðing) skila árangri
Að breyta umhverfi áfengisnotkunar		Þjálfun til að bregðast við ofbeldishegðun með betri hætti; bætt framfylgd laga og reglna á staðnum og fyrirbyggjandi löggæsla; markviss löggæsla; lagaleg ábyrgð afgreiðslufólks, stjórnenda og eigenda vínveitingastaða; samfélagsleg nálgun sem beinist að tilteknum markhópum	Þjálfun starfsfólks og reglur innan vínveitingastaða um ábyrga afgreiðslu áfengra drykkja; inngrip til að bregðast við drykkju á íþróttaleikvöngum og hátíðum; valfrjálssar reglugerðir eða samhæfingaraðgerðir	Almennt metið með tilliti til þess hvernig inngrip hafa áhrif á milliniðurstöður (t.d. þekkingu og hegðun starfsfólks á vínveitingastöðum) og áfengistengd vandamál á borð við ölvunarakstur og ofbeldi, þó horfa sumar úttektir til áhrifa á áfengisnotkun við ákveðnar aðstæður
Meðferð og snemmtæk íhlutun		Stutt inngrip fyrir einstaklinga í áhættuhópum sem ekki eru háðir áfengi; atferlis- og sálfélagslegar meðferðir; lyfjameðferðir; inngripsaðgerðir með gagnkvæmri aðstoð	Beiting tiltekinna þvingunarúrræða	Yfirleitt metið með tilliti til fjölda bindindisdaga eða - mánaða, minnkaðrar drykkjutiðni og minnkaðs magns áfengis sem drukkið er, og framfara hvað varðar heilbrigði og lífsvirkni. Markhópurinn eru einstaklingar sem stunda skaðlega drykkju og eru háðir áfengi, nema annað sé tekið fram

^a Aðlagð með leyfi úr töflu 16.1 í Babor et al., *Alcohol: No Ordinary Commodity*. Oxford, UK: Oxford University Press; 2022.

^b Þar sem fáar rannsóknir liggja fyrir um algert bann á markaðssetningu er flokkunin „bestu starfsvenjur“ byggð á grundvallarreglu um forvarnir (e. precautionary principle) auk umtalsverða upplýsinga úr rannsóknum á markaðssetningu tóbaks.

Eftir því sem vísindaleg þekking á áfengisstefnum hefur vaxið hefur það sýnt sig að það er engin ein aðferð sem dugar til að takast á við þann umfangsmikla skaða sem áfengi veldur. Nauðsynlegt er að beita jöfnum höndum bæði skilvirkum aðgerðum og inngripum til að takast á við hið margbreytilega umhverfi sem viðkemur áfengisstefnu. Áfengisstefna er síbreytilegt ferli sem þarf stöðugt að laga sig að samtímanum ef hún á að þjóna hagsmunum lýðheilsu og félagslegrar velferðar.

Á grundvelli þeirra gagna sem tekin eru saman í ANOC3-bókinni gefst stjórnvöldum mikilvægt tækifæri til að vinna sterka áfengisstefnu og vinna gegn áfengistengdum vandamálum. Af þeim 69 stefnuvalkostum sem skoðaðir voru sýndu 53 þeirra fram á einhvern árangur. Enn mikilvægara er að gögnin benda til þess að mesta gagn sé af því að sameina hagkvæmustu aðgerðirnar í eina heildræna stefnu. Til dæmis hafa skilað árangri nýlegar aðgerðir í Litháen og Rússlandi þess efnis að hækka verð á áfengi, draga úr aðgengi þess og markaðssetningu og hafa leitt til þess að marktækt hefur dregið úr áfengisdrykkju og skaða af völdum áfengis [92, 93]. Unnt er að bæta lífslíkur verulega með því að beita samsettum áfengisvarnaraðgerðum, sérstaklega í löndum þar sem áfengisnotkun er mjög mikil [7, 92–94].

Eftirlit með og greining á áhrifum stefnubreytinga getur veitt bestu upplýsingar um áhrif þeirra og gefið vísbendingar um aðferðir til að bæta áfengisvarnarstefnur enn frekar.

Að lokum má nefna að umtalsverð tækifæri eru til að efla alþjóðlegt samstarf og miðla reynslu á sviði áfengisstefna. Höfundar telja að niðurstöður rannsókna sýni að sterk rök séu fyrir því að styrkja starf Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar í áfengisvörnum og lýðheilsumálum, þar á meðal rammasamning um áfengiseftirlit (t.d. [95]). Mikilvæg byrjun er frumkvöðlaverkefnið „SAFER“ sem hófst á vegum Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar árið 2018 [96] en því er ætlað að stuðla að skilvirkri stefnumótun og inngripum. En þörf er á mun meiri stuðningi í hverju landi fyrir sig ásamt alþjóðlegum heilbrigðissáttmála

sem styður eftirlit með starfsháttum áfengisiðnaðarins, svo sem markaðssetningu áfengis yfir landamæri [18].

Bókin ANOC3 sýnir að augljós tækifæri eru til innleiðingar á gagnreyndri áfengisstefnu sem þjónar hagsmunum almennings betur en áður. Þótt þessi niðurstaða gefur ríka ástæðu til bjartsýni veldur áfengisframleiðsla, sala og markaðssetning gríðarlegum skaða á heilbrigði og velferð á heimsvísu. Þrátt fyrir vaxandi vísbendingar um að áfengisstefnur sem taka á þessum vandamálum geti verið árangursríkar er samt ennþá algengt að landsbundnar áfengisstefnur feli í sér óskilvirkar áætlanir og inngrip sem ekki hefur verið lagt fullnægjandi mat á. Að gera sér grein fyrir því að áfengi er engin venjuleg vara er aðeins fyrsta skrefið í að takast á við eitt af flóknustu lýðheilsuvandamálum samtímans.

ÞAKKIR

Norska landlæknisembættið fjármagnaði opinn aðgang að rafbókinni og veitti hlutastyrk fyrir höfundafundi, umsýslukostnað og ferðakostnað. Evrópuskrifstofa Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar veitti ferðastyrk fyrir höfunda þeirra sjö greina sem notaðar voru sem bakgrunnsrannsóknir. Samtök um rannsóknir á fíknisjúkdómum veittu styrk til að standa straum af ritstjórnarkostnaði og kostnaði við skipulagningu verkefnisins. Finnsla áfengisrannsóknastofnunarinnar (e. Finnish Foundation for Alcohol Studies) og alþjóðasamtök um rannsóknir á áfengi, tóbaki og öðrum vímuefnum (e. International Confederation of ATOD Research Associations) veittu styrk til þess að miðla lykilskilaboðum bókarinnar til yfirvalda í þróunarlöndum.

HAGSMUNAYFIRLÝSING

Engin gjöld voru greidd fyrir skrif, ráðgjöf eða notkun bakgrunnsrannsókna í tengslum við verkefnið og enginn höfunda hefur nein tengsl við áfengisiðnaðinn eða aðra fjárhagslega hagsmuni. Allar höfundaréttargreiðslur vegna sölu bókarinnar hafa verið ánaðnaðar bresku samtökunum um rannsóknir á fíknisjúkdómum í þeim tilgangi að fjármagna þýðingar bókarinnar yfir á önnur tungumál en ensku og til annarrar dreifingar.

FRAMLÖG HÖFUNDA

Thomas F. Babor: Textaskrif – upprunaleg drög (aðalhöfundur); textaskrif – yfirlestur og ritstjórn (jafningjarýni).

Sally Casswell: Textaskrif – upprunaleg drög (aðstoðarhöfundur); textaskrif – yfirlestur og ritstjórn (jafningjarýni).

Kathryn Graham: Textaskrif – upprunaleg drög (aðstoðarhöfundur); textaskrif – yfirlestur og ritstjórn (jafningjarýni).

Taisia Huckle: Textaskrif – upprunaleg drög (aðstoðarhöfundur); textaskrif – yfirlestur og ritstjórn (jafningjarýni).

Michael Livingston: Textaskrif – upprunaleg drög (aðstoðarhöfundur); textaskrif – yfirlestur og ritstjórn (jafningjarýni).

Jürgen Rehm: Textaskrif – upprunaleg drög (aðstoðarhöfundur); textaskrif – yfirlestur og ritstjórn (jafningjarýni).

Robin Room: Textaskrif – upprunaleg drög (aðstoðarhöfundur); textaskrif – yfirlestur og ritstjórn (jafningjarýni).

Ingeborg Rossow: Textaskrif – upprunaleg drög (aðstoðarhöfundur); textaskrif – yfirllestur og ritstjórn (jafningjarýni).

Bundit Sornpaisarn: Textaskrif – upprunaleg drög (aðstoðarhöfundur); textaskrif – yfirllestur og ritstjórn(jafningjarýni).

ORCID

Thomas F. Babor <https://orcid.org/0000-0002-2580-0835>

Sally Casswell <https://orcid.org/0000-0002-2211-7096>

Taisia Huckle <https://orcid.org/0000-0002-0669-0685>

Michael Livingston <https://orcid.org/0000-0002-8995-9386>

Jürgen Rehm <https://orcid.org/0000-0001-5665-0385>

Robin Room <https://orcid.org/0000-0002-5618-385X>

Bundit Sornpaisarn <https://orcid.org/0000-0001-8541-1172>

HEIMILDIR

1. Bruun K, Edwards G, Lumio M, Makela K, Pan L, Popham RE, et al. Alcohol Control Policies in Public Health Perspective 25 Helsinki:
Finnish Foundation for Alcohol Studies; 1975.
2. Edwards G, Anderson P, Babor TF, Casswell S, Ferrence R, Giesbrecht N, et al. Alcohol Policy and the Public Good Oxford:
Oxford University Press; 1994.
3. Babor TF, Caetano R, Casswell C, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. Alcohol: No Ordinary Commodity 1st ed. Oxford, UK: Oxford University Press; 2003.
4. Room R. Global intergovernmental initiatives to minimise alcohol problems: some good intentions, but little action. Eur J Risk Regul. 2021;12:419–32.
5. Rossow I, Mäkelä P. Public health thinking around alcohol- related harm: why does per capita consumption matter? J Stud Alcohol Drugs. 2021;82:9–17.
6. Maccagnan A, Wren-Lewis S, Brown H, Taylor T. Wellbeing and society: towards quantification of the co-benefits of wellbeing. Soc Indic Res. 2019;141:217–43.
7. Nemstov A, Neifeld M, Rehm J. Are trends in alcohol consumption and cause-specific mortality in Russia between 1990 and 2017 the result of alcohol policy measures? J Stud Alcohol Drugs. 2019;80: 489–98.
8. Bagnardi V, Rota M, Botteri E, Tramacere I, Islami F, Fedirko V, et al. Light alcohol drinking and cancer: a meta-analysis. Ann Oncol. 2013; 24:301–8.
9. Rehm J, Gmel GE, Gmel G, Hasan OSM, Imtiaz S, Popova S, et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease—an update. Addiction. 2017;112:968–1001.
10. Laslett A-M, Room R, Waleewong O, Stanesby O, Callinan S. Harm to Others From Drinking: Patterns in Nine Societies Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2019.
11. Anderson P, Møller L, Galea G. Alcohol in the European Union: Consumption, Harm and Policy Approaches Copenhagen, Denmark:
World Health Organization; 2012.
12. Shield KD, Manthey J, Rylett M, Probst C, Wettlaufer A, Parry CDH, et al. National, regional, and global burdens of disease from 2000 to 2016 attributable to alcohol use. Lancet Public Health. 2020;5: e51–61.
13. Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J, Burd L, Popova S. Global prevalence of fetal alcohol spectrum disorder among children and youth: a systematic review and meta-analysis. JAMA Pediatr. 2017;171: 948–56.
14. Patra J, Bakker R, Irving H, Jaddoe VW, Malini S, Rehm J. Dose– response relationship between alcohol consumption before and during pregnancy and the risks of low birthweight, preterm birth and

small for gestational age (SGA)—a systematic review and meta-analyses. *Br J Obstet Gynaecol*. 2011;118:1411–21.

15. Stith SM, Liu T, Davies L, Boykin EL, Alder MC, Harris JM, et al. Risk factors in child maltreatment: a meta-analytic review of the literature. *Aggress Violent Behav*. 2009;14:13–29.
16. Manthey J, Shield KD, Rylett M, Hasan OS, Probst C, Rehm J. Global alcohol exposure between 1990 and 2017 and forecasts until 2030: a modelling study. *Lancet*. 2019;393:2493–502.
17. Jernigan D, Babor TF. The concentration of the global alcohol industry and its penetration in the African region. *Addiction*. 2015;110: 551–60.
18. Carah N, Brodmerkel S. Alcohol marketing in the era of digital media platforms. *J Stud Alcohol Drugs*. 2021;82:18–27.
19. Bhattacharya A, Angus C, Pryce R, Holmes J, Brennan A, Meier PS. How dependent is the alcohol industry on heavy drinking in England? *Addiction*. 2018;113:2225–32.
20. Livingston M, Callinan S. Examining Australia’s heaviest drinkers. *Aust NZ J Public Health*. 2019;43:451–6.
21. Bye EK, Rossow I. Heavy drinkers and the contexts of drinking among adults in Norway. *Drug Alcohol Depend*. 2021;229:109127.
22. Pham CV, Casswell S, Parker K, Callinan S, Chaiyasong S, Kazantseva E, et al. Cross-country comparison of proportion of alcohol consumed in harmful drinking occasions using the international alcohol control study. *Drug Alcohol Rev*. 2018;37:S45–52.
23. Kelsey J. How might digital trade agreements constrain regulatory autonomy: the case of regulating alcohol marketing in the digital age. *NZ Univ Law Rev*. 2020;29:153–79.
24. Robaina K, Babor T, Pinsky I, Johns P. The alcohol industry’s commercial and political activities in Latin America and the Caribbean: implications for public health. Geneva, Switzerland: NCD Alliance, Global Alcohol Policy Alliance, Healthy Latin America Coalition, and Healthy Caribbean Coalition; 2020. Available at: https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/NCDAlliance_Alcohol%20Control%20report%20in%20LAC_English_0.pdf Accessed 1 March 2022.
25. Amul GGH. Alcohol advertising, promotion, and sponsorship: a review of regulatory policies in the association of southeast Asian nations. *J Stud Alcohol Drugs*. 2020;81:697–709.
26. Casswell S. Development of alcohol control policy in Vietnam: transnational corporate interests at the policy table, global public health largely absent. *Int J Health Policy Manag*. 2022;1–8. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2022.6625>
27. Wagenaar AC, Salois MJ, Komro KA. Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction*. 2009;104:179–90.
28. Elder RW, Lawrence B, Ferguson A, Naimi TS, Brewer RD, Chattopadhyay SK, et al. The effectiveness of tax policy interventions for reducing excessive alcohol consumption and related harms. *Am J Prev Med*. 2010;38:217–29.

29. Sornpaisarn B, Shield K, Cohen J, Schwartz R, Rehm J. Elasticity of alcohol consumption, alcohol-related harms, and drinking initiation in low- and middle-income countries: a systematic review and metaanalysis. *Int J Drug Alcohol Res.* 2013;2:1–14.
30. Chisholm D, Moro D, Bertram M, Pretorius C, Gmel G, Shield K, et al. Are the ‘best buys’ for alcohol control still valid? An update on the comparative cost-effectiveness of alcohol control strategies at the global level. *J Stud Alcohol Drugs.* 2018;79:514–22.
31. Lachenmeier DW, Neufeld M, Rehm J. The impact of unrecorded alcohol use on health—what do we know in 2020? *J Stud Alcohol Drugs.* 2021;82:28–41.
32. Sornpaisarn B, Shield KD, Österberg E, Rehm J. Resource Tool on Alcohol Taxation and Pricing Policies Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2017.
33. Rehm J, Neufeld M, Room R, Sornpaisarn B, Štelemėkas M, Swahn MH, et al. The impact of alcohol taxation changes on unrecorded alcohol consumption: a review and recommendations. *Int J Drug Policy.* 2022;99:103420.
34. Ashton RH, Graul PR, Newton JD. Audit delay and timeliness of corporate reporting. *Contemp Account Res.* 1989;5:657–73.
35. Vandenberg B, Sharma A. Are alcohol taxation and pricing policies regressive? Product-level effects of a specific tax and a minimum unit price for alcohol. *Alcohol Alcohol.* 2016;51:493–502.
36. Younger SD. Estimating tax incidence in Ghana: an exercise using household data. Cornell Food and Nutrition Policy Program Working Paper no. 48. Ithaca, NY: Cornell University; 1993. Available at: <http://www.cfnpp.cornell.edu/images/wp48.pdf> Accessed 9 July 2009.
37. Younger SD, Sahn DE. Fiscal incidence in Africa: microeconomic evidence. Cornell Food and Nutrition Policy Program Working Paper no. 91. Ithaca, NY: Cornell University; 1999. Available at: <http://www.cfnpp.cornell.edu/images/wp48.pdf> Accessed 9 July 2009.
38. Decoster A. How progressive are indirect taxes in Russia? *Econ Transit.* 2005;13:705029.
39. Sassi F, Belloni A, Mirelman AJ, Suhrcke M, Thomas A, Salti N, et al. Equity impacts of price policies to promote healthy behaviours. *Lancet.* 2018;391:2059–70.
40. Lauer JA, Sassi F, Soucat A, Vigo A (Eds). *Health Taxes: Policy and Practice* Singapore: World Scientific Publishing; 2022.
41. World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe. No place for cheap alcohol: the potential value of minimum pricing for protecting lives, 2022. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/356597> Accessed 1 March 2022.
42. Stockwell T, Auld MC, Zhao J, Martin G. Does minimum pricing reduce alcohol consumption? The experience of a Canadian province. *Addiction.* 2011;107:912–20.
43. Stockwell T, Zhao J, Giesbrecht N, Macdonald S, Thomas G, Wettlaufer A. The raising of minimum alcohol prices in Saskatchewan, Canada: impacts on consumption and implications for public health. *Am J Public Health.* 2012;102:e103–10.

44. Stockwell T, Zhao J, Martin G, Macdonald S, Vallance K, Treno A, et al. Minimum alcohol prices and outlet densities in British Columbia, Canada: estimated impacts on alcohol-attributable hospital admissions. *Am J Public Health*. 2013;103:2014–20.
45. Stockwell T, Zhao J, Marzell M, Gruenewald PJ, Macdonald S, Ponicki WR, et al. Relationships between minimum alcohol pricing and crime during the partial privatization of a Canadian government alcohol monopoly. *J Stud Alcohol Drugs*. 2015;76:628–34.
46. Zhao J, Stockwell T, Martin G, Macdonald S, Vallance K, Treno A, et al. The relationship between minimum alcohol prices, outlet densities and alcohol-attributable deaths in British Columbia, 2002–09. *Addiction*. 2013;108:1059–69.
47. Sharma A, Etile F, Sinha K. The effect of introducing a minimum price on the distribution of alcohol purchase: a counterfactual analysis. *Health Econ*. 2016;25:1182–200.
48. O'Donnell A, Anderson P, Jané-Llopis E, Manthey J, Kaner E, Rehm J. Immediate impact of minimum unit pricing on alcohol purchases in Scotland: controlled interrupted time series analysis for 2015–18. *BMJ*. 2019;366:5274.
49. Wilkinson C, Livingston M, Room R. Impacts of changes to trading hours of liquor licences on alcohol-related harm: a systematic review 2005–2015. *Public Health Res Pract*. 2016;26:e2641644.
50. Sherk A, Stockwell T, Chikritzhs T, Andréasson S, Angus C, Gripenberg J, et al. Alcohol consumption and the physical availability of take-away alcohol: systematic reviews and meta-analyses of the days and hours of sale and outlet density. *J Stud Alcohol Drugs*. 2018;79:58–67.
51. Fitterer JL, Nelson TA, Stockwell T. A review of existing studies reporting the negative effects of alcohol access and positive effects of alcohol control policies on interpersonal violence. *Front Public Health*. 2015;3:253.
52. Dejong W, Blanchette J. Case closed: research evidence on the positive public health impact of the age 21 minimum legal drinking age in the United States. *J Stud Alcohol Drugs*. 2014;(Suppl): 108–15.
53. Wagenaar AC, Toomey TL. Effects of minimum drinking age laws: review and analyses of the literature from 1960 to 2000. *J Stud Alcohol*. 2002;63:206–25.
54. Wagenaar AC, Toomey TL, Erickson DJ. Preventing youth access to alcohol: outcomes from a multi-community time-series trial. *Addiction*. 2005;100:335–45.
55. Sargent JD, Babor TF. The relationship between exposure to alcohol marketing and underage drinking is causal. *J Stud Alcohol Drugs*. 2020;19:113–24.
56. Babor T, Robaina K, Noel J, Ritson EB. Vulnerability to alcohol-related problems: a policy brief with implications for the regulation of alcohol marketing. *Addiction*. 2017;112:94–101.
57. Noel J, Babor T, Robaina K. Industry self-regulation of alcohol marketing: a systematic review of content and exposure research. *Addiction*. 2017;112:28–50.
58. Levy DT, Yuan Z, Luo Y, Mays D. Seven years of progress in tobacco control: an evaluation of the effect of nations meeting the highest level MPOWER measures between 2007 and 2014. *Tob Control*. 2018;27:50–7.

59. Blecher E. The impact of tobacco advertising bans on consumption in developing countries. *J Health Econ.* 2008;27:930–42.
60. Rossow I. The alcohol advertising ban in Norway: effects on recorded alcohol sales. *Drug Alcohol Rev.* 2021a;40:1392–5.
61. Rossow I. The alcohol advertising ban in Norway: a response to Nelson’s comments. *Drug Alcohol Rev.* 2021b;40:1399–401.
62. Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;9:CD009308.
63. Lee NK, Cameron J, Battams S, Roche A. What works in schoolbased alcohol education: a systematic review. *Health Educ J.* 2016; 75:780–98.
64. Knai C, Petticrew M, Durand MA, Eastmure E. Are the public health responsibility deal alcohol pledges likely to improve public health? An evidence synthesis. *Addiction.* 2015;110:1232–46.
65. Young B, Lewis S, Katikireddi SV, Bauld L, Stead M, Angus K, et al. Effectiveness of mass media campaigns to reduce alcohol consumption and harm: a systematic review. *Alcohol Alcohol.* 2018;53: 302–16.
66. Lammers J, Onrust S, van der Heijden A, Engels R, Wiers RW, Kleinjan M. Universal and targeted school-based prevention programmes for alcohol misuse in young adolescents: a metaanalytic comparison. In: Lammers J, editor. *Curbing Young Adolescents’ Alcohol Abuse: Time to Revisit the Prevention Paradox?* PhD thesis, pp. 33–68. Utrecht: Trimbos Institute, Utrecht University; 2019. Available at: [Jeroen Lammers CPv5.indd \(trimbos.nl\)](#)
67. Casswell S, Gilmore L, Maguire V, Ransom R. Changes in public support for alcohol policies following a community based campaign. *Br J Addict.* 1989;84:515–22.
68. Rise J, Natvig H, Storvoll EE. Evaluering av alkoholkampanjen ‘Alvorlig talt’ [Evaluation of the alcohol campaign ‘Seriously talking’] Oslo, Norway: Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research; 2005.
69. World Health Organization (WHO). *Global Status Report on Road Safety 2018.* Geneva: WHO; 2018. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276462/9789241565684-eng.pdf?ua=1> Accessed 1 March 2022
70. Jiang H, Livingston M, Manton E. The effects of random breath testing and lowering the minimum legal drinking age on traffic fatalities in Australian states. *Inj Prev.* 2014;21:77–83.
71. Fell JC, Scherer M, Thomas S, Voas RB. Assessing the impact of twenty underage drinking laws. *J Stud Alcohol Drugs.* 2016;77:249–60.
72. Erke A, Goldenbeld C, Vaa T. The effects of drink-driving checkpoints on crashes—a meta-analysis. *Accid Anal Prev.* 2009;41:914–23.
73. Byrne PA, Ma T, Mann RE, Elzohairy Y. Evaluation of the general deterrence capacity of recently implemented (2009–2010) low and zero BAC requirements for drivers in Ontario. *Accid Anal Prev.* 2016; 88:56–67.

74. Kelley-Baker T, Johnson MB, Romano E, Mumford EA, Miller BA. Preventing victimization among young women: the SafeNights intervention. *Am J Health Stud.* 2011;26:185–95.
75. Graham K, Osgood DW, Zibrowski E, Purcell J, Gliksman L, Leonard K, et al. The effect of the safer bars programme on physical aggression in bars: results of a randomized controlled trial. *Drug Alcohol Rev.* 2004;23:31–41.
76. McKnight AJ, Streff FM. The effect of enforcement upon service of alcohol to intoxicated patrons of bars and restaurants. *Accid Anal Prev.* 1994;26:79–88.
77. Wiggers J, Jauncey M, Considine R, Daly J, Kingsland M, Purss K, et al. Strategies and outcome in translating alcohol harm reduction research into practice: the alcohol linking program. *Drug Alcohol Rev.* 2004;23:355–64.
78. Rammohan V, Hahn RA, Elder R, Brewer R, Fielding J, Naimi TS, et al. Effects of dram shop liability and enhanced overservice law enforcement initiatives on excessive alcohol consumption and related harms. *Am J Prev Med.* 2011;41:334–43.
79. Curtis A, Miller P, Droste N, McFarlane E, Martino F, Palmer D. ‘The ones that turn up are the ones that are responsible’: key stakeholders perspectives on liquor accords. *Drug Alcohol Rev.* 2016;35:273–9.
80. Wallin E, Lindewald B, Andreasson S. Institutionalization of a community action program targeting licensed premises in Stockholm, Sweden. *Eval Rev.* 2004;28:396–419.
81. Babor TF. Treatment systems for population management of substance use disorders: requirements and priorities from a public health perspective. In: El-guebaly N, Carra G, Galanter M, editors *Textbook of Addiction Treatment* Cham, Switzerland: Springer; 2015. p. 553–67.
82. Kelly JF, Humphreys K, Ferri M. Alcoholics anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;3:CD012880.
83. Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;2:CD004148.
84. Barbosa C, Cowell A, Bray J, Aldridge A. The cost- effectiveness of alcohol screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) in emergency and outpatient medical settings. *J Subst Abuse Treat.* 2015;53:1–8.
85. Havard A, Shakeshaft A, Sanson-Fisher RW. Systematic review and meta-analyses of strategies targeting alcohol problems in emergency departments: nterventions reduce alcohol-related injuries. *Addiction.* 2008;103:368–76. PMID: discussion 377–378.
86. Rehm J, Barbosa C. The cost-effectiveness of therapies to treat alcohol use disorders. *Exp Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2018;18:43–9.
87. Smart RG, Mann RE. The impact of programs for high-risk drinkers on population levels of alcohol problems. *Addiction.* 2000; 95:37–52.
88. Rehm J, Shield KD, Gmel G, Rehm MX, Frick U. Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2013;23:89–97.

89. Savell E, Fooks G, Gilmore AB. How does the alcohol industry attempt to influence marketing regulations? A systematic review. *Addiction*. 2016;111:18–32.
90. Adams P. *Moral Jeopardy: Risks of Accepting Money from the Alcohol, Tobacco and Gambling Industries* Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2016.
91. Bakke Ø, Braaten ES, Casswell S. Despite COVID-19 member states need to adequately resource WHO's work to address Alcohol harm. *Int J Health Policy Manag*. 2022;11:869–70.
92. Nemtsov N, Neufeld M, Rehm J. Are trends in alcohol consumption and cause-specific mortality in Russia between 1990 and 2017 the result of alcohol policy measures? *J Stud Alcohol Drugs*. 2019;80(5): 489–498. <https://doi.org/10.15288/jsad.2019.80>
93. Neufeld M, Bobrova A, Davletov K, Štelemėkas M, Stoppel R, Ferreira-Borges C, et al. Alcohol control policies in former Soviet Union countries: a narrative review of three decades of policy changes and their apparent effects. *Drug Alcohol Rev*. 2021;40:350–67.
94. Tran A, Jiang J, Lange S, Manthey J, Štelemėkas M, Badaras R, et al. Can alcohol control policies reduce liver cirrhosis mortality? An interrupted time series analysis in Lithuania. *Liver Int*. 2022;42(4): 765–774. <https://doi.org/10.1111/liv.15151>
95. Room R, Cisneros Örnberg J. A framework convention on alcohol control: getting concrete about its contents. *Eur J Risk Regul*. 2021; 12:433–43.
96. Rekve D, Banatvala N, Karpati A, Tarlton D, Westerman L, Sperkova K, et al. Prioritising action on alcohol for health and development. *BMJ*. 2019;367:l6162.

Hvernig ber að vitna í þessa grein: Babor TF, Casswell S, Graham K, Huckle T, Livingston M, Rehm J, og fl., *Alcohol: No Ordinary Commodity—a summary of the third edition*. *Addiction*. 2022. <https://doi.org/10.1111/add.16003>