

DRICKANDET I SITT SAMMANHANG: ETT GEMENSAMT ANSVAR

Gerry V. Stimsonⁱ

International Harm Reduction Association och Imperial College London,
Storbrittanien

INTRODUKTION

Alkohol kan vara till nytta såväl som till skada för dem som konsumerar den. Dess dubbelsidiga natur gör alkoholen olik många andra varor, och spelar en viktig roll för varför människor dricker och vilken upplevelse de sannolikt kommer att få. Dryckesmönster formar både fördelar och nackdelar: var folk dricker, vad, hur, när, hur ofta och med vem har alla ett viktigt inflytande.

Samtidigt så är drickandet- som många andra beteenden- ett inlärt sådant, det kan ske med ansvarstagande, och skadepotentialen är möjlig att förebygga. När samhällen väljer alkoholpolitiska åtgärder måste de besluta om hur de skall uppmuntra vissa beteenden och avskräcka andra, medan de upprätthåller vad de uppfattar som en lämplig balans mellan statens och individens ansvar.

Denna ICAP-rapport föreslår ett nytt tillvägagångssätt för att ta sig an denna process, på ett sätt som respekterar den mångfald av dryckeskulturer som existerar runt om i världen och svarar mot de varierande behov och resurser som finns i olika gemenskaper, länder och regioner. Denna rapport förbereder inför den uppkommande publikationen, *Drinking in Context: Patterns, Interventions, and Partnerships*,¹ genom att skissera bokens tre huvudteman. Den argumenterar för att *dryckesmönster* är det bästa sättet att beskriva dryckesbeteenden och förutspår vilka alkoholens fördelar och nackdelar blir i ett givet samhälle, att *riktade åtgärder* är nyckeln till att maximera fördelarna och minimera skadorna i samband med drickandet, och att *partnerskap som engagerar många intressenter* ger ett utmärkt tillfälle för att främja den komplexa blandning av åtgärder som krävs i respektive samhälle. I sin bredaste betydelse är syftet för alkoholpolitik, i de länder där alkoholhaltiga drycker är tillåtna, att etablera hållbara tillvägagångssätt som hjälper till att minska alkoholrelaterade skador, främja säkrare dryckesvanor och förstärka alkoholkonsumtionens positiva roll för för både individerna och samhället.

DRYCKESMÖNSTER

Att förstå dryckesmönster: populationer, beteenden och sammanhang

Relationen mellan drickandet och dess effekter är komplexa. Traditionellt har utbredningen av drickandet i en befolkning mätts av medelkonsumtionen per person i ett land- eller *alkoholkonsumtion per capita*- som vanligen beräknas utifrån försäljnings-, produktions- och beskattningsstatistik. Det har format grunden för den epidemiologiska forskningen på alkoholområdet ända sedan Ledermanns arbete på 1950-

ⁱ Åsikterna som uttrycks i denna rapport är den enskilda författarens och speglar inte nödvändigtvis International Center for Alcohol Policies, dess sponsorer, eller International Harm Reduction Associations åsikter.

talet,² och mer nyligen för de ambitiösa försöken att kvantifiera alkoholens del av dödlighet och sjukdomar globalt i världshälsoorganisationen WHO:s *Global Burden of Disease*-projekt.³

Åtgärder som riktar sig mot konsumtion per capita är ett behändigt sätt att samla relevanta data och är användbara bruttoindikatorer på drickandet i en befolkning. Dock så fångar de inte de otaliga sätt på vilka individer dricker. För att kunna få en bättre förståelse av drickandet bland individer och grupper, drickandets fördelar och nackdelar och de åtgärder som troligen kan att minimera skador, är det nödvändigt att förstå *mönster* i drickandet. Dessa innefattar ett antal facetter: kvantiteten av alkohol som dricks per tillfälle; vilken sorts alkoholhaltig dryck som konsumeras; tidslängden och frekvensen i drickandet; individens egenskaper; miljön i vilken drickandet äger rum och vilka aktiviteter som sker i samband med drickandet samt alkoholens kulturella roll och de sociala koder som omger den. På en allmän nivå så beskriver dryckesmönster tre viktiga aspekter av alkoholkonsumtionen: *populationer*, individer och grupper som delar gemensamma egenskaper eller dryckesvanor; *sammanhang* inom vilka drickandet äger rum och *beteenden* i samband med drickandet.

Dessa tre breda aspekter- enskilt och gemensamt- påverkar effekterna. Till exempel finns det stora variationer mellan länder och kulturer i vem som dricker alkohol, vem som inte gör det och varför. Kön, ålder och hur drickandet utvecklas över livscykel (även känt som *dryckesbanor*), socioekonomiska faktorer och utbildningsnivå så väl som faktorer kopplade till hälsa och genetisk predisposition till alkoholproblem definierar dryckespopulationer och påverkar hur de dricker och de konsekvenser de troligen kommer att erfar. Dessutom är de sammanhang en individ befinner sig i; som den rådande alkoholkulturen i samhället, acceptansen och de allmänna sociala normerna som omger det, såväl som vilken sorts drycker som konsumeras och var, speglade i dryckesbeteendet (inklusive det tunga drickandets *rytm*, i vilken utsträckning tillfällen av tungt drickande är isolerade eller utspridda och hur ofta de förekommer) och andra beteenden i samband med drickandet.

Variationerna i dryckesmönster leder till ett brett spektrum av hälsosociala effekter som är relaterade till alkoholkonsumtion.⁴ Det är välkänt att riskabla dryckesmönster kan leda till ett stort antal fysiska och sociala skador, både för drickaren och samhället i stort.ⁱⁱ

Det kan vara fråga om *kroniska* konsekvenser för hälsan (som förgiftning av lever, hjärta och andra inre organ)⁵ och *akuta* händelser (som trafikolyckor, skador och alkoholförgiftning).⁶ Å andra sidan är det fastslaget att låg- till medelhög alkoholkonsumtion kan ha en skyddande effekt mot vissa sjukdomar, som hjärt- kärlsjukdomar, ischemisk stroke, och diabetes.⁷ Mer välkänt, men mindre uppmärksammas är drickandets breda positiva effekt- dess positiva bidrag till individuellt och socialt välbefinnande.

Därför har tre allmänna områden av fördelar identifierats: *psykosociala fördelar* (som subjektiv hälsa, stämningsförbättringar, stressreduktion och mental hälsa), *sociala fördelar* (som sociabilitet och social sammanhållning) samt *kognitiva och prestationsfördelar* (som långsiktiga kognitiva funktioner, kreativitet och intjänade inkomster).⁸

För närvarande finns det inget sätt att uppskatta värdet av dessa viktiga fördelar kvantitativt. Oförmågan att brett inkludera alkoholens positiva bidrag till hälsa och välbefinnande i nettokalkyler av dess påverkan utgör ett betydande mätproblem i den tillgängliga forskningen och är ett hinder för balanserat beslutsfattande.

ⁱⁱ En varning bör tilläggas angående dryckesmönster och deras möjliga utkomster. Ett samband implicerar inte nödvändigtvis ett *kausalt* samband. Där sådana samband görs, kan annan sammanblandade påverkan behöva tas i åtanke för att avgöra en viss enskild individs drickande- exempelvis ålder och allmänt hälsotillstånd eller andra livsstilsfaktorer som rökning, stress, diet, motion eller övervikt.

Från mönster till policy

Dryckesbeteenden är olika och varierar inte bara från land till land, men också från plats till plats inom länderna, mellan socialgrupper och mellan olika tidsperioder. Åtgärder som behövs för att påverka dessa beteenden behövs också varieras. Valet av policies och åtgärder för att reducera alkoholrelaterade skador och de resurser som behövs för att kunna genomföras är påverkade av sociala, kulturella, politiska, religiösa och ekonomiska faktorer. Synsätt på folkhälsa och sociala frågor varierar också.

Vissa länder har investerat mycket i att utveckla folkhälsosystem för att analysera och svara på hälsoproblem; i andra är det litet eller ingenting. Nya åtgärder måste därför utvecklas i sitt sammanhang av tillgängliga resurser och kulturellt klimat- men de kan definitivt inte sättas i bruk utan kännedom i viss detalj om dryckesbeteendet. Valet av intervention som är rätt för en viss population, ett visst sammanhang, eller beteende kräver att man går igenom heltäckande konsumtionsdata för populationen och tidigare uppskattningar av dryckesvanor, samt av de individuella och sociala effekterna av drickandet så väl som man identifierar specifika frågor som behövs besvaras.

Sammankoplandet av evidens och handling kan mötas av betydande hinder. Beslutsfattare på lokal och nationell nivå (särskilt i utvecklingsländer) finner sig ofta i en "dataöken", där de saknar den nödvändiga informationen för att fatta beslut. Det växande intresset för "evidensbaserat beslutsfattande" och "evidensbaserad praktik" har satt fingret på gapet mellan informationsleverantörer och beslutsfattare och lett till olika förslag hur man kan få bättre evidens⁹ och bättre användning av evidens.¹⁰

Det är tydligt att det är viktigt att förbättra nationella system för rutindata och undersökningarna för att insamla information om alkoholkonsumtion och problem. Den finansiella implikationerna är dock avsevärda. Till exempel kan resurssvaga länder ställas inför ett svårt val mellan å ena sidan att utveckla system som bidrar till global och nationell övervakning, och å andra sidan samla lokal kunskap som är direkt länkad till beslutsfattande och att utveckla lokala åtgärder.

Det är viktigt att avsaknaden av data inte behöver sätta stopp för behovet att utveckla policyåtgärder. Internationella organisationer har blivit alltmer intresserade av snabba metoder för att uppskatta hälso- och sociala problem, specifikt för att kunna utforma interventioner. Gemensamt kända som *snabbutvärderingar*, har dessa metoder utvecklats som ett praktiskt redskap för att bedöma hälso- och sociala problem. Även om snabbutvärderingar fortfarande är anmärkningsvärt sällan använda på alkoholområdet, så är detta tillvägagångssätt lovande för ställen där beslutsfattare, sjukvårds- och socialplanerare, läkare och fältarbetare behöver snabbt insamla information; och där konventionella epidemiologiska, socialvetenskapliga, och folkhälsoutvärderingsmetoder (som befolkningsstudier) kan vara svåra att utföra.¹¹

Processen innehåller ett brett spektrum av intressenter och använder en variation av källor och forskningsmetoder, ofta i kombination. **Tabell 1** ger ett urval av frågeställningar som kan brukas i en alkoholutvärdering, det första steget mot att utveckla tillbörliga och acceptabla åtgärder. Det är viktigt att i åtgärdsvalet överväga rimligheten i genomförandet, vilka hinder som måste övervinnas och de procedurer och resurser som krävs för att få dem på plats.

Det finns ingen enskild åtgärd som löser alla alkoholproblem. Åtgärder som svarar mot hur människor dricker i verkligheten- deras dryckesmönster- kan fånga dryckesbeteendernas många sidor och besläktade problem som finns runt om i världen. Beroende på specifika behov och sammanhang, så kan vissa initiativ vara mer relevanta än andra eller vara av högre prioritet. Hur ansatserna utvecklas kommer att bero på kulturen i fråga, alkoholens roll i den och ett visst samhälles behov. Ett balanserat förhållningssätt till alkoholpolitiken ser inte på alkoholen som en isolerad företeelse. Istället accepterar den att alkohol är en vara som hänger ihop med både faror och fördelar, precis som många andra varor- vare sig det rör sig om bilar, läkemedel eller livsmedel. En hållbar alkoholpolitik måste erkänna detta och se de frågor som omger

alkoholen som en del av en bredare frågeställning kring mänsklig handling, riskvärdering och ansvarstagande.

TABELL 1: KOMPONENTER I EN ALKOHOLUTVÄRDERING

- En förståelse av ett enskilt kulturellt, ekonomiskt socialt och politiskt sammanhang och en uppskattning av alkoholens roll det
- Information om förhärskande dryckesmönster, trender i dryckesbeteenden och sociala normer om drickandet
- Identifiering av sociala, samhälleliga och individuella fördelar av drickandet
- Identifiering av hälsomässiga och sociala problem kopplade till drickandet
- Identifiering av enskilda grupper som riskerar alkoholrelaterade problem
- Identifiering av högriskmiljöer- och platser
- Information om dominerande marknadskrafter och framtida ekonomiska trender
- Analys av åtgärder som redan finns i bruk och om platser där de kan behöva ytterligare utveckling
- Analys av nuvarande åtgärder och deras effektivitet och begränsning, samt av resursutdelningen till olika åtgärder
- Utvärdering av de nuvarande samarbetsnivåerna mellan huvudintressenter
- Identifiering av möjligheterna att utveckla nya åtgärder och/eller ändra de som redan existerar
- Utvecklingen av en handlingsplan för att skapa och implementera nya eller reformerade åtgärder

RIKTADE ÅTGÄRDER

Åtgärder som inriktar sig på att minska den potentiella skadan från drickandet kan delas in i två grundläggande kategorier, som på intet sätt är ömsesidigt uteslutande och som kan användas jämsides för att komplettera och förstärka varandra. En är prevention på *befolkningsnivån*, som består av åtgärder över hela linjen. Dessa ansträngningar förlitar sig mycket på att kontrollera mängden på drickandet över hela populationer. Det andra tillvägagångssättet är *riktade åtgärder*, som fokuserar på vissa grupper, beteenden, dryckesmönster eller miljöer där risken för skada är högre. Uppdelningen mellan åtgärder på befolkningsnivån och riktade åtgärder är inte alltid tydlig, då vissa åtgärder på befolkningsnivån (som varnings- eller informationsetiketter) kan riktas både till den drickande allmänheten som helhet liksom dess undergrupper (som gravida kvinnor, ungdomar eller äldre). Startpunkten för mycket av alkoholpolitiken är regleringar på befolkningsnivån av priser och tillgänglighet (till exempel genom åldersgränser och regler om var och när man får köpa och konsumera alkohol). Antagandet bakom sådana åtgärder är att det finns ett fast och förutsägbart förhållande mellan medelkonsumtionsnivån per capita i befolkningen och förekomsten av något socialt och medicinskt problem. Därför försöker åtgärderna att minska drickande över hela befolkningen (oftast på den nationella nivån) i ett försök att minska skadorna.

Regleringar som rör alkoholens tillgänglighet är en nödvändig del av en balanserad alkoholpolitik, men åtgärderna måste också vara pragmatiska. De måste beakta verkligheten av människors drickande och konsumentefterfrågan. Utmaningen ligger därför i att skapa säkrare dryckesmiljöer och att minimera skada när den uppkommer. För att besvara utmaningen är åtgärder *enbart* på befolkningsnivån inte tillräckliga. De kan sällan svara mot de behov som olika kulturer och sammanhang ställer och kan sakna relevans för riskindivider och riskgrupper. Om statsmakterna enbart förlitar sig på att höja priserna och begränsa alkoholens tillgänglighet för att reducera konsumtionen över hela befolkningen, kan vissa högriskmönster eller beteenden i specifika grupper förbli förbisedda. Dessutom, om åtgärder på nationell nivå ses som det huvudsakliga sättet för att påverka drickandet, kan det avlösa andra myndigheter och organisationer från ansvaret att utveckla och genomföra åtgärder som uppmuntrar ansvarstagande konsumtion, vilket därigenom hindrar arbetet.

Riktade åtgärder är en kritisk komponent. De kan riktas till enskilda grupper (till exempel problematiska drickare, ungdomar och gravida kvinnor), beteenden (till exempel kraftigt superi och rattfylleri) eller sammanhang (till exempel lokaler där alkohol serveras) och kan appliceras för att komplettera åtgärder på den nationella nivån eller genomföras i avsaknad av nationella åtgärder och policies.

Målet för riktade åtgärder är att minimera alkoholrelaterade risker genom att förändra beteenden och normer kopplade till drickandet, för att försäkra sig om att när folk konsumerar alkohol, så gör de det på säkrast möjliga sätt. Då de fokuserar på miljöer, situationer och individer som löper särskild risk så är riktade åtgärder anpassningsbara till de olika behov som kulturer och sammanhang har. Denna flexibilitet gör att de kan vidareutvecklas på urval av utvärderingar av enskilda dryckesmönster och beteenden. Forsknings- och utvärderingslitteraturen ger några riktlinjer för vilka åtgärder som förmodas vara effektiva, även om det finns en fara i att acceptera "färdigmonterade" lösningar. Vad som fungerar i vissa kulturer, kanske inte är lämpligt i andra.

På en individuell nivå så erbjuder riktade åtgärder medlen för att identifiera riskindivider och för att bruka olika mått riktade till att förändra deras dryckesbeteende, vilket innefattar behandling, utbildning, kortsiktiga åtgärder, terapi, beteendeförändring eller främjande av avhållsamhet. Till exempel så erbjuds en särskilt effektiv metod för att reducera skador på individnivån av snabba insatser riktade till individer med alkoholproblem.¹²

Snabba insatstekniker kan anpassas till enskilda målgruppers behov och intressen. Exempelvis har internetbaserade utvärderingar utvecklats som tilltalar ungdomar visat goda möjligheter.¹³ För åldringar kan snabba insatser anpassas till äldreomsorgen och integreras i de tjänster som ges av hemtjänst och äldreboende. På samma sätt kan undersökningar av gravida kvinnor förebygga problem för både moder och foster om de implementeras tidigt som en del av mödravården. Snabba insatser ger också möjligheten att rikta sig till svårnådda grupper som annars inte kommer i kontakt med sjukvården (individer som är socialt marginaliserade eller av låg socioekonomisk status). Där kan boenden för hemlösa, akutmottagningar, apotek och socialtjänsten ge värdefulla kanaler. För att rikta in sig på beteenden kan initiativ utvecklas för att skilja drickandet från andra riskabla aktiviteter, genom exempelvis information och medvetandegörande (designated driver- projekt för att reducera rattfylleri), eller genom att förändra i vilka sammanhang alkohol dricks. Förändringar av den fysiska miljön där alkohol konsumeras- som förändringar i belysning, uppdelningar av lokalen, omarrangering av sittplatser- kan minska skador från alkoholrelaterat våld i barer och andra lokaler som serveringslokaler. En kraftfull åtgärd är att träna serveringspersonal och försäljare i kännetecknen på berusning och i hur man effektivt kan lösa farliga situationer, inklusive hanterande av folkmassor.

En framgångsrik utformning av alkoholpolitiken, som både är realistisk och hållbar, förlitar sig på att balansera åtgärder på befolkningsnivån med riktade åtgärder. Hur denna balans skapas kommer att variera från ett land till ett annat och återspegla attityder samt sociala, kulturella och ekonomiska omständigheter.

Den kanske bästa illustrationen av åtgärdssynergier i preventionen finns i många länders ansträngningar för att minska skadorna orsakade av rattfylleri. En mängd åtgärder har spelat en viktig roll för att minska skadorna av rattfylleriet: på befolkningsnivån genom att lagstifta om promillegränser för mängden alkohol i blodet, att instifta åldersgränser för konsumtion och att aktivt upprätthålla dessa lagar; och riktade åtgärder som informationskampanjer i skolor, offentlighetslokaler, servingslokaler och andra offentliga platser eller att erbjuda säkra och praktiska transportalternativ till att ta bilen. Det har inte bara gett en betydelsefull minskning av skador och dödsfall, men det har också i många gjort att rattonykterhet numer ses som ett olämpligt och oacceptabelt beteende i många länder. En kulturell förändring har skett, där alkoholkonsumtion och bilkörning inte ses en bra kombination längre.

En stor del av framgången i dessa åtgärder ligger i att minskandet av skadorna från rattfylleriet är något som alla delar av samhället kan vara överrens om. I allmänhet så har en åtgärd som verkar samlat på samhälls-, grupp och individnivå en mycket bättre chans att lyckas än enskilda åtgärder.

Utvärdera insatser: lämplighet, rimlighet och effekt

Vad som utgör "framgång" av en viss åtgärd är dock en komplex fråga. Effektivitetsforskning- tillsammans med utvärdering av lokala förhållanden, vilket diskuterades ovan- är en allt viktigare del av preventionsarbetet, särskilt med avseende på den växande tonvikten på evidensbaserade preventionsprogram. När den är väl utförd, kan sådan forskning skilja ut åtgärder som fungerar från de som inte gör det, och förändringar kan göras för att förbättra enskilda åtgärder. Det bör noteras att den stora majoriteten av åtgärds- och preventionsprogram inte utvärderas, och många genomförs på ett sätt som gör utvärdering svår eller meningslös.

Utkrävande av mätbarhet kanske inte alltid är möjligt, särskilt när det kommer till utvecklingsländerna. Det kan saknas resurser och tekniska färdigheter för att kunna utföra utvärderingar; befolkningar kan vara svåra att nå på grund av geografisk isolering, låg läs- och skrivkunnighet eller avsaknad av kommunikationsmedel. I vissa kulturer kan det finnas en stor tveksamhet mot utvärderingar, då man är rädd för att verka kritisk mot dem som beslutat och genomfört ett program. När det slutligen kommer till ett grundläggande ekonomiskt beslut mellan prevention och utvärdering, så kommer resurserna nästan undantagslöst att gå till preventionen. Även om kvantitativa mått är ganska rättframma att tolka, så är kvalitativa mått också viktiga, men de tas mer sällan till betänkande. Är det till exempel möjligt att mäta en förändring i dryckeskulturen? Det behövs någon form av samstämmighet bland dem som arbetar inom preventionen och särskilt bland dem som försöker att utvärdera olika åtgärdsprogram att det finns utrymme både för kvalitativa och kvantitativa effektivitetsmått.

Komplexiteten i att utvärdera åtgärder betyder att många ansträngningar inte blir formellt utvärderade. Denna avsaknad av formell utvärdering understryks ofta av kritikerna till riktade åtgärder.

Det väcker dock en viktig fråga som ofta utelämnas av politiska eller andra skäl: avsaknaden av utvärderingar är inte ett bevis för att en viss åtgärd *inte fungerar*; det betyder bara att ett program eller en åtgärd inte har utvärderats, varken mer eller mindre. Självfallet har varje åtgärd sina styrkor och svagheter, och ingen enskild lösning är undergörande.

När en åtgärd eller policy utvärderas så kan andra användbara kriterier, bortom tillgängligheten i vetenskaplig effektivitetsevidens, brukas. Dessa bör innefatta ett betänkande på *rimlighet*- det vill säga att vad som kan realistiskt genomföras med de tillgängliga resurser och inom givna politiska, ekonomiska och social sammanhang- och vad som är *acceptabelt* för målgruppen, intressenterna, beslutsfattarna och allmänheten. Nyckelkriteriet för hur man väljer en åtgärd över andra kan vara att den inte kräver förändringar i procedurer och strukturer eller intensiv resursallokering. Debatten inom alkoholforskningen om vilka medel som är mest effektiva har blivit onödigt polariserad de senaste åren. Förespråkarna av åtgärder på befolkningsnivån räknar inte med riktade åtgärders värde, medan de som förespråkar riktade åtgärder är i det mesta kritiska till allomfattande initiativ och deras beroende av regleringar och kontroll. Rattfylleriexemplet ovan visar att det är möjligt, och även önskvärt, att dessa två tillvägagångssätt arbetar gemensamt och utförs på samhälls-, lokal och individnivå. Även om många program inte har utvärderats, så har summan av arbetet åstadkommit förändringar.

Det finns definitivt ett behov av mer rigorösa utvärderingar och resurser för att nå målen. En bättre förståelse av vad som är möjligt att uppnå i länder med begränsade resurser är också önskvärd. Det kräver bättre förståelse av hur olika institutioner och organisationer kan arbeta gemensamt. Många åtgärder kräver samarbete mellan ett brett spektrum av potentiella partners. Åtgärder kan helt enkelt inte vidtas i opposition mot större organisationer eller grupperingar inom befolkningen. Många behöver aktivt

samarbete, stöd och uppslutning för att kunna genomföras och fungera framgångsrikt. Att minska alkoholrelaterade skador är allas ansvar- vare sig det gäller konsumenterna, tillverkarna, återförsäljarna, utbildarna, forskarna, det civila samhället, ordningsmakten eller regeringen.

För att nå balans i alkoholpolitiken behövs det inte bara beslut uppifrån som kastar ett brett nät över hela befolkning, men även åtgärder som är riktade till och innefattar grupper och individer.

PARTNERSKAP: ALKOHOLPOLITIK- ETT KOLLEKTIV ANSVAR

Det breda spektrumet av möjligheter som ges av riktade åtgärder kring alkoholen kräver en lika bred uppslutning av intressenter i sin implementering. Då drickandet av alkohol är djupt integrerat i så många samhällens värderingar, kulturer och ekonomier måste en lämplig respons spegla diversiteten och komplexiteten i de olika sammanhangen.

För det kan ett flertal regeringsdepartement behöva samverka- social- men även handels-, finans-, jordbruks- och utbildningsdepartementen- tillsammans med NGO:er som representerar en brett urval av det civila samhället. På samma sätt har forskare och experter från många olika discipliner insikter att bidra med, så väl som yrkesförbund. Den privata sektorn, inklusive tillverkare och distributörer av alkohol, har också viktiga bidrag att göra till den process med vilken samhällen avgör hur man bäst kan bedöma sina prioriteringar med avseende på alkoholen. Självfallet behöver också konsumenterna (och även de som väljer att inte konsumera) en röst i detta meningsutbyte.

Alla har giltiga perspektiv, även om några av dem inte är enkla att sammanföra. För att utveckla en realistisk och hållbar alkoholpolitik behövs det inte att alla huvudaktörerna är ense- det är viktigt att påpeka att ingen av sektorerna i alkoholfrågan kan ses som helt enhetlig med en enda sammanhängande syn. Åsikterna kan variera lika mycket *inom* varje sektor som mellan dem. Vaga uppmaningar till "multisektoriella partnerskap" kommer troligen inte att leda till betydelsefulla förbättringar av samtalet eller samarbetet. För att främja effektiva handlingar för att minska alkoholens missbruk krävs inte bara en villighet att lyssna på andras åsikter, men också ett meningsfullt deltagande av alla dem som påverkas av alkoholpolitiken.

Alkoholpolitiska partnerskap, precis som andra samarbeten, kan underlättas av förtroende och en uppfattning av ömsesidig fördelaktighet, oavsett hur denna fördelaktighet definieras av de olika parterna. Alla parterna bör sträva efter största möjliga nivå av öppenhet och etiska standarder, så att alla inblandade kan bedömas efter vad de gör och inte bara efter vad de säger. Tidigare brister i förtroendet mellan olika parter i alkoholfrågan kommer inte att vara lätta att överkomma, men genom att inte förvänta sig eller kräva för mycket från en enskild intressent så kan kontraproduktivt fiendskap vändas till produktivt partnerskap, där motsatta intressen inte alltid leder till konflikt.

SLUTSATSER

Att dricka alkoholhaltiga drycker är en vitt spridd källa till individers och samhällens njutning i många länder runt om i världen. Vissa dryckesmönster kan leda till allvarliga fysiska, mentala och sociala skador. Även om sjukvårdssektorn har en viktig roll i att förebygga och behandla dessa skador, så är det ett gemensamt ansvar att finna den mest lämpliga rollen för alkoholen i samhället och innefattar alla huvudaktörer i alkoholfrågan, både statliga och privata.

Olika föreslagna lösningar på alkoholrelaterade problem står inte nödvändigtvis i motsatsförhållande till varandra. Tvärtom kan de i slutändan bidra till den kombination av sociala, kulturella, ekonomiska och juridiska förändringar som utgör en verklig utveckling av alkoholpolitiken. Processen för att utveckla en ny generation av alkoholpolicy grundar sig inte på målsättningen att åstadkomma ett falskt konsensus mellan parter med legitima meningsskiljaktigheter, utan att istället främja full transparens i policyutvecklingen, så att ingen av dessa skiljaktigheter ignoreras. Ingen har ett monopol på

alkoholpolitiken. Det är genom partnerskap som samhällen kan föra samman parternas positiva arbete, och även om de inte alltid är vana vid att samarbeta med varandra, kan de ha mycket att lära varandra. Ett sådant gemensamt och komplementärarbete kan åstadkomma mycket för att förbättra folkhälsan.

REFERENSER

¹ Stimson, G. V., Grant, M., Choquet, M., Garrison, P., Alexander, B., Gulbinat, W., et al. (i tryck). *Drinking in context: Patterns, interventions, and partnerships*. New York: Routledge.

² Ledermann, S., & Tabah, F. (1951). Nouvelles données sur la mortalité d'origine alcoolique [Nya data om alkoholrelaterad mortalitet]. *Population, G*, 41–56.

³ Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (Eds.). (1996). *Global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health.

⁴ Se för exempel: Stranges, S., Notaro, J., Freudenheim, J. L., Calogero, R. M., Muti, P., Farinaro, E., et al. (2006). Alcohol drinking pattern and subjective health in a population-based study. *Addiction, 101*, 1265–1276; Bobak, M., Room, R., Pikhart, H., Kubinova, R., Malyutina, S., Pajak, A., et al. (2004). Contribution of drinking patterns to differences in rates of alcohol-related problems between three urban populations. *Journal of Epidemiology and Community Health, 58*, 238–242; Green, C. A., Perrin, N. A., & Polen, M. R. (2004). Gender differences in the relationships between multiple measures of alcohol consumption and physical and mental health. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 28*, 754–764; Wells, S., & Graham, K. (2003). Aggression involving alcohol: Relationship to drinking patterns and social context. *Addiction, 98*, 33–42; San José, B., van Oers, J.A. M., van de Mheen, H., Garretsen, H. F., & Mackenbach, J. P. (2000). Drinking patterns and health outcomes: Occasional versus regular drinking. *Addiction, 95*, 865–872.

⁵ Se för exempel: Pöschl, G., & Seitz, H. K. (2004). Alcohol and cancer. *Alcohol and Alcoholism, 39*, 155–165; Murray, R. P., Connett, J. E., Tyas, S. L., Bond, R., Ekuma, O., Silversides, C. K., et al. (2002). Alcohol volume, drinking pattern and cardiovascular morbidity and mortality: Is there a U-shaped function? *American Journal of Epidemiology, 155*, 242–248; Blanc, F., Joomaye, Z., Perney, P., Roques, V., & Chapoutot, C. (2001). Troubles somatiques [Somatic disorders]. *Alcoologie et Addictologie, 23*, 319–333; Diehl, A. M. (1998). Alcoholic liver disease. *Clinical Advances in Liver Disease, 2*, 103–118.

⁶ Se för exempel: Paljarvi, T., Makela, P., & Poikolainen, K. (2005). Pattern of drinking and fatal injury: A population-based follow-up study of Finnish men. *Addiction, 100*, 1851–1859; Cherpietel, C. J., Bond, J., Ye, Y., Borges, G., MacDonald, S., Stockwell, T., et al. (2003). Alcohol-related injury in the ER: A cross-national meta-analysis from the Emergency Room Collaborative Alcohol Analysis Project (ERCAAP). *Journal of Studies on Alcohol, 64*, 641–649; Hingson, R., Heeren, T., Zakocs, R. C., Kopstein, A., & Wechsler, H. (2002). Magnitude of alcohol-related mortality and morbidity among U.S. college students aged 18–24. *Journal of Studies on Alcohol, 63*, 136–144.

⁷ Se för exempel: Gunzerath, L., Faden, V., Zakhari, S., & Warren, K. (2004). National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism report on moderate drinking. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 28*, 829–847; Nakanishi, N., Suzuki, K., & Tataru, K. (2003). Alcohol consumption and risk for development of impaired fasting glucose or type 2 diabetes in middle-aged Japanese men. *Diabetes Care, 26*, 48–54; National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). (2003). *State of the science report on the effects of moderate drinking*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Social Services; Wannamethee, S. G., Camargo, C. A., Manson, J. E., Willett, W. C., & Rimm, E. B. (2003). Alcohol drinking patterns and risk of type 2 diabetes mellitus among younger women. *Archives of Internal*

Medicine, 163, 1329–1336; Zakhari, S. (1997). Alcohol and the cardiovascular system: Molecular mechanisms for beneficial and harmful action. *Alcohol Health and Research World*, 21, 21–29.

⁸ Brodsky, A., & Peele, S. (1999). Psychosocial benefits of moderate alcohol consumption: Alcohol's role in a broader conception of health and wellbeing. I S. Peele & M. Grant (red.), *Alcohol and pleasure: A health perspective* (pp. 187–207). Philadelphia: Brunner/Mazel.

⁹ Ross, S., Lavis, J., Rodriguez, C., Woodside, J., & Denis, J. L. (2003). Partnership experiences: Involving decision-makers in the research process. *Journal of Health Services Research and Policy*, 8, 26–34; Walter, I., Davies, H., & Nutley, S. (2003). Increasing research impact through partnerships: Evidence from outside healthcare. *Journal of Health Services Research and Policy*, 8(Suppl. 2), 58–61.

¹⁰ Bero, L. A., Grilli, R., Grimshaw, J. M., Harvey, E., Oxman, A. D., & Thomson, M. A. (1998). Getting research findings into practice. Closing the gap between research and practice: An overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *British Medical Journal*, 317, 465–468.

¹¹ Stimson, G. V., Donoghoe, M. C., Fitch, C., Rhodes, T., Ball, A., & Weiler, G. (2003). *Rapid assessment and response: Technical guide, TG-RAR*. Geneva, Switzerland: WHO Department of HIV/AIDS, Department of Child and Adolescent Health and Development; Manderson, L. (1996). *Population and reproductive health programmes: Applying rapid anthropological assessment procedures*. New York: United Nations Population Fund.

¹² Se för exempel: Barnett, N. P., O'Leary, T. T., Fromme, K., Borsari, B., Carey, K. B., Cornin, W. R., et al. (2004). Brief alcohol interventions with mandated or adjudicated college students. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28, 966–975; Babor, T. F., & Higgins-Biddle, J. (2001). *Brief intervention for hazardous and harmful drinking: A manual for use in primary care*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; Babor, T. F., Higgins-Biddle, J., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary care*, 2nd ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization; Baer, J. S., Kivlahan, D. R., Blume, A. W., McKnight, P., & Marlatt, G. A. (2001). Brief intervention for heavy-drinking college students: Four-year follow-up and natural history. *American Journal of Public Health*, 91, 1310–1315; Bien, T. H., Miller, W. R., & Tonigan, S. (1993). Brief intervention for alcohol problems: A review. *Addiction*, 88, 315–336.

¹³ Saitz, R., Helmuth, E. D., Aromaa, S. E., Guard, A., Belanger, M., & Rosenbloom, D. L. (2004). Web-based screening and brief intervention for the spectrum of alcohol problems. *Preventive Medicine*, 39, 969–975; Miller, E. T. (2001). Preventing alcohol abuse and alcohol-related negative consequences among freshmen college students: Using emerging computer technology to deliver and evaluate the effectiveness of brief intervention efforts. *Dissertation Abstracts International*, 61, 4417–B.

ICAP

The International Center for Alcohol Policies (ICAP) arbetar för att sprida förståelse av den roll som alkoholen spelar i samhället och för att hjälpa till med att minska missbruket av alkohol över hela världen genom dialog och partnerskap som inkluderar alkoholindustrin, folkhälsosamfundet och andra intressenter i alkoholfrågan. ICAP är en icke-vinstdrivande organisation stödd av internationella alkoholtillverkande företag.

Var vänliga att rikta alla förfrågningar om att reproducera eller publicera denna skrift delvis eller i sin helhet till:

**International Center for Alcohol Policies
1519 New Hampshire Avenue, NW
Washington, DC 20036, USA
Telefon: +1-202-986-1159
Fax: +1-202-986-2080
Hemsida: <http://www.icap.org>**