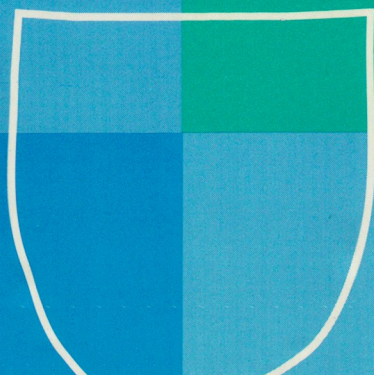


# SVENSK ALKOHOL POLITIK

– bakgrund och nuläge



Ur KB:s samlingar

Digitaliserad år 2014



National Library  
of Sweden

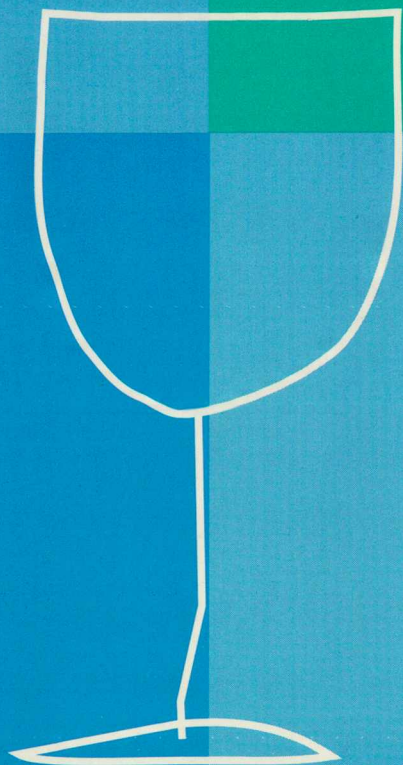


SOU 1994:25

DEL BETÄNKANDE AV ALKOHOLPOLITISKA  
KOMMISSIONEN

# SVENSK ALKOHOL POLITIK

– bakgrund och nuläge



SOU

1994:25

DEL BETÄNKANDE AV ALKOHOLPOLITISKA  
KOMMISSIONEN





Statens offentliga utredningar  
1994:25  
Socialdepartementet

# Svensk alkoholpolitik

– bakgrund och nuläge

Delbetänkande av Alkoholpolitiska kommissionen  
Stockholm 1994

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes, Offentliga Publikationer, på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningskontor

Beställningsadress: Fritzes kundtjänst  
106 47 Stockholm  
Fax: 08-20 50 21  
Telefon: 08-690 90 90

Graphic Systems AB, Göteborg 1994

ISBN 91-38-13582-5  
ISSN 0375-250X

# Statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Genom regeringens beslut den 19 december 1991 bemyndigades statsrådet Bengt Westerberg att tillkalla en parlamentarisk kommission med uppdrag att utvärdera den hittillsvarande alkoholpolitiken och lägga fram förslag till en strategi för framtiden – bl.a. i ett EG-perspektiv.

Kommissionen har antagit namnet Alkoholpolitiska kommissionen. Kommissionen har en bred sammansättning med företrädare för alla riksdagspartier.

Till kommissionen har knutits sakkunniga från Utrikes-, Finans- och Socialdepartementen, Folkhälsoinstitutet, Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet, experter från Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning och Karolinska Institutets avdelning för socialmedicin samt juridisk expertis. Sammansättningen av kommissionen framgår av betänkandets bilaga 2.

Kommissionen har tidigare avlämnat delbetänkandet Serveringsbestämmelser (SOU 1993:50) med förslag till ändringar i lagen (1977:293) om handel med drycker (LHD).

Enligt direktiven (dir. 1991:124) skall kommissionen till grund för sina överväganden lägga en utvärdering av den hittills förda alkoholpolitikens effekter. Kommissionen bör därvid jämföra den svenska alkoholpolitikens mål och medel med den politik som andra jämförbara länder för på detta område. Kommissionen bör även beskriva skillnader i konsumtions- och skadenivåer mellan länderna och i möjligaste mån analysera effekterna av den förda politiken i olika länder. Kommissionen bör även bedöma i vad mån delar av det svenska regelsystemet inom detta område behöver förändras med hänsyn till EG:s regelverk.

Kommissionen får nu avlämna detta delbetänkande Svensk alkoholpolitik – bakgrund och nuläge (SOU 1994:25). I betänkandet redovisas den svenska alkoholpolitikens och drickandets historia fram till våra dagar, en genomgång av de lagar som gäller för EU och vilka konsekvenser dessa kan få för svensk alkoholpolitik samt en redovisning för alkoholkonsumtion och skador i några länder. I bilagor behandlas bl.a. forskning om alkoholpolitiska restriktioners effekter, alkoholkonsumtionens fördelning, vilken betydelse en ökad eller minskad alkoholkonsumtion kan förväntas få för skadeutvecklingen och hur omfattande den ej registrerade alkoholkonsumtionen är.

Kommissionen avslutar sitt arbete genom att – utöver detta delbetänkande – nu överlämna dels sitt huvudbetänkande Svensk alkoholpolitik – en strategi för framtiden (SOU 1994:24) dels delbetänkandena Att förebygga alkoholproblem

(SOU 1994:26), Vård av alkoholmissbrukare (SOU 1994:27), Kvinnor och alkohol (SOU 1994:28) samt Barn–Föräldrar–Alkohol (SOU 1994:29).

Stockholm i mars 1994

*Ingemar Mundebo*

*Karin Israelsson*

*Owe Larsson*

*Anita Persson*

*Claes Örtendahl*

*Bert-Inge Karlsson*

*Ulla Orring*

*Gabriel Romanus*

*Peter Kling*

*Sverre Palm*

*Sten Svensson*

*/Hans Noaksson*

*Rolf Larsson*

*Orvar Olsson*

# Innehåll

<b>1</b>	<b>Svensk alkoholpolitik – bakgrund och nuläge</b>	<b>9</b>
1.1	Historisk återblick	9
1.1.1	Tiden före år 1850	9
1.1.2	Reformerna på 1850-talet	11
1.1.3	Utbyggnad av bolag utan vinstintresse	12
1.1.4	Desintresseringen i början av 1900-talet	13
1.1.5	Motbokstiden – restriktionssystemet	14
1.1.6	Närmast efter motbokstiden	16
1.1.7	Alkoholpolitiska utredningen (APU)	19
1.1.8	Lag om handel med drycker 1977	24
1.1.9	SAMO	26
1.1.10	Socialstyrelsens idéprogram och handlingsprogram 1988–1989	29
1.1.11	Folkhälsopropositionen	29
1.1.12	Drogförebyggande arbete	30
1.2	Nuvarande alkoholpolitik i sammandrag	31
1.2.1	Syfte och mål	31
1.2.2	Åtgärder	32
<b>2</b>	<b>Alkoholförsäljningens, alkoholkonsumtionens och alkoholskadornas utveckling i Sverige</b>	<b>35</b>
2.1	Inledning	35
2.2	Metodsvårigheter och tillförlitlighetsproblem	36
2.2.1	Inledning	36
2.2.2	Frågeundersökningar	37
2.2.3	Bedömning av missbrukets omfattning	39
2.3	Alkoholförsäljningen efter andra världskriget	41
2.4	Alkoholkonsumtionen i olika befolkningsgrupper	42
2.4.1	Ungdomarnas alkoholkonsumtion	42
2.4.2	Den vuxna befolkningens alkoholkonsumtion	44



---

2.5	Konsumtion av ej statistikförd alkohol	45
2.6	Bedömning av alkoholkonsumtionens utveckling	47
2.7	Alkoholskador	47
2.7.1	Alkoholrelaterad dödlighet	48
2.7.2	Trafikolyckor i samband med alkohol	49
2.7.3	Alkoholrelaterad vård och sjuklighet	51
2.7.4	Alkoholrelaterade sociala skador	53
2.7.5	Sammanfattning av skadeutvecklingen	54
2.7.6	Alkoholskadornas kostnader	55
<b>3</b>	<b>Europaintegration och svensk alkoholpolitik</b>	<b>57</b>
3.1	De svenska alkoholmonopolen	57
3.1.1	Historik	57
3.1.2	Nuvarande alkoholmonopol	58
3.2	Alkoholpolitiska kommissionens uppdrag	58
3.3	Den svenska inställningen till alkoholmonopolen	59
3.4	EG-kommissionens inställning till de svenska alkoholmonopolen	60
3.5	Skriftväxling mellan EG-kommissionen och Sverige	62
3.6	Regeringens proposition 1993/94:136	63
3.7	Alkoholdistribution i EU:s medlemsländer	63
3.8	Monopol och monopolavveckling i ett jämförande perspektiv (EU-länderna)	64
3.9	Alkoholmonopolen under EES-avtalet och vid ett medlemskap i EU	65
3.10	Möjliga prövningsförfaranden	67
3.11	Gränshandel och gränskontrollfrågor	69
<b>4</b>	<b>Alkoholförsäljning och skador i några länder</b>	<b>73</b>
4.1	Om samband mellan totalkonsumtion och skador	73
4.2	Danmark	76
4.2.1	Några historiska notiser	76
4.2.2	Alkoholförsäljning och alkoholkonsumtion efter år 1950	76
4.2.3	Missbruk och skador	78
4.2.4	Den förda alkoholpolitiken	79

---

4.2.5	Nivån på alkoholkonsumtion och alkoholskador i Danmark och Sverige	80
4.3	Finland	80
4.3.1	Några historiska notiser	80
4.3.2	Alkoholförsäljning och alkoholkonsumtion efter år 1950	81
4.3.3	Missbruk och skador	83
4.3.4	Den förda alkoholpolitiken	84
4.3.5	Nivån på alkoholkonsumtion och alkoholskador i Finland och Sverige	85
4.4	Frankrike	86
4.4.1	Några historiska notiser	86
4.4.2	Alkoholförsäljning och alkoholkonsumtion efter år 1950	86
4.4.3	Missbruk och skador	88
4.4.4	Den förda alkoholpolitiken	89
4.4.5	Nivån på alkoholkonsumtion och alkoholskador i Frankrike och Sverige	91
4.5	Italien	91
4.5.1	Några historiska notiser	91
4.5.2	Alkoholförsäljning och alkoholkonsumtion efter år 1950	92
4.5.3	Missbruk och skador	93
4.5.4	Den förda alkoholpolitiken	93
4.5.5	Nivån på alkoholkonsumtion och alkoholskador i Italien och Sverige	94
4.6	Kanada	94
4.6.1	Några historiska notiser	94
4.6.2	Alkoholförsäljning och alkoholkonsumtion efter år 1950	95
4.6.3	Missbruk och skador	96
4.6.4	Den förda alkoholpolitiken	97
4.6.5	Nivån på alkoholkonsumtion och alkoholskador i Kanada och Sverige	99
4.7	Nederländerna	99
4.7.1	Några historiska notiser	99
4.7.2	Alkoholförsäljning och alkoholkonsumtion efter år 1950	99
4.7.3	Missbruk och skador	100
4.7.4	Den förda alkoholpolitiken	101
4.7.5	Nivån på alkoholkonsumtion och alkoholskador i Nederländerna och Sverige	102

4.8	Norge	103
4.8.1	Några historiska notiser	103
4.8.2	Alkoholförsäljning och alkoholkonsumtion efter år 1950	103
4.8.3	Missbruk och skador	104
4.8.4	Den förda alkoholpolitiken	105
4.8.5	Nivån på alkoholkonsumtion och alkoholskador i Norge och Sverige	106
4.9	Spanien	106
4.9.1	Några historiska notiser	106
4.9.2	Alkoholförsäljning och alkoholkonsumtion efter år 1950	106
4.9.3	Missbruk och skador	107
4.9.4	Den förda alkoholpolitiken	108
4.9.5	Nivån på alkoholkonsumtion och alkoholskador i Spanien och Sverige	108
4.10	Översikt över de redovisade ländernas alkoholkonsumtion	109
4.10.1	Om svårigheten att jämföra länder	109
4.10.2	Konsumtionsnivåer och skadenivåer	110
4.11	Sammanfattning	113

<b>Referenser</b>	117
-------------------	-----

## Bilagor

1.	Kommittédirektiv – alkoholpolitisk kommission	123
2.	Alkoholpolitiska kommissionens sammansättning	131
3.	Effekter av alkoholpolitiska restriktioner	133
4.	Totalkonsumtionsmodellen i perspektivet av 17 svenska undersökningar på alkoholområdet	191
5.	Preventionsstrategier på alkoholområdet	223
6.	Projektioner av alkoholskadeutvecklingen i Sverige	239
7.	Oregistrerad alkoholkonsumtion	253
8.	Statistikförd och icke-statistikförd alkohol	265
9.	Metoder för bedömning av missbrukets omfattning	293
10.	Skrivelser, uttalanden och analys med anknytning till EES-avtalet och ett eventuellt EU-medlemskap	303
11.	Tabeller till kapitel 2 och kapitel 4	333

# 1 Svensk alkoholpolitik – bakgrund och nuläge<sup>1</sup>

## 1.1 Historisk återblick

### 1.1.1 Tiden före år 1850

Alkoholen har använts under tusentals år. Till en början tillkom de jästa dryckerna naturligtvis av en slump, genom att olika jäsbara vätskor kom i kontakt med svampar och bakterier. Kanske var honungen det första sockerhaltiga ämne som mer systematiskt användes för jäsning till alkohol. Våra förfäder kallade den jästa honungsdrycken mjöd, vilken i en eller annan form torde ha beretts av så gott som alla naturfolk. Så småningom kom man också att se ett samband mellan säd som fått gro (malt) och framställning av alkohol, dvs. öl.

Det finns flera vittnesmål om att alkoholen hade en stark ställning i järnålders-samhället. I sin bok *Germania* beskriver Tacitus år 98 svionernas eller svearnas alkoholvanor: Att fördriva ett dygn med oavbrutet drickande länder ingen till skam. Såsom är att vänta bland rusiga män uppstå titt och tätt gräl, som sällan görs upp genom ordskifte, men oftare med banehugg och sår. ... Om man efterkommer deras dryckesbegär genom att skaffa dem så mycket de vilja ha, komma de att besegras minst lika lätt genom sina laster som genom vapenmakt.

Ölet var medeltidens folkdryck. Det bryggdes överallt och importerades dessutom tidvis i ganska stora mängder. Att det också konsumerades stora mängder framgår av olika urkunder. Vid Vadstena kloster skulle munkar och nunnor liksom folket i den nära omgivningen ha ”om middagen mer än ett halvstop öl eller vin, om kvällen något mindre”. Dessutom erhöles i vissa fall ett kvarts stop till frukost. Detta blir ca tre liter per person och dag. Från andra håll redovisades dagsransoner på bortåt fem liter.

Alkoholsituationen förändrades i och med att man lärde sig att göra brännvin som behövdes i vid tillverkningen av krut. Den äldsta uppgiften om brännvin i Sverige är från 1467. Under 1460-talet fanns det i Stockholm en kruttillverkare som hette Berentz. I början hade han troligen använt importerat brännvin, men efter en tid började man destillera själva. Brännvinet började också snart användas som dryck. I en skrivelse från 1494 utfärdade Sten Sture förbud mot att bränna och försälja brännvin för något annat ändamål än kruttillverkning. Fyra år

<sup>1</sup> Avsnitt 1.1.1 i detta kapitel bygger på Stig Hellings bok *Från mjöd till martini*. Kapitlet i övrigt har till största delen skrivits av f. driftsdirektören vid Systembolaget Lennart Ragnarsson.

senare avskaffades emellertid förbudet, och mot en viss avgift till staten blev det tillåtet att tillverka och försälja brännvin.

Under större delen av 1500-talet var brännvinsdrickandet i huvudsak förbehållet en liten grupp välbärgade borgare och adelsmän. Men genom de många krigerna med Ryssland i slutet av 1500-talet och början av 1600-talet lärde sig de svenska soldaterna inte bara att tycka om brännvin utan också att tillverka det på samma sätt som ryssarna, dvs. av spannmål och inte av druvvin, vilket man gjort tidigare. På så sätt blev brännvinet billigare och mer lättillgängligt.

Under drottning Kristinas tid ökade brännvinsbränningen i hela landet och 1638 infördes för första gången en tillverkningskatt. Eftersom statens finanser ständigt var usla blev brännvinsskatten en välkommen inkomstkälla. Tidigare restriktioner togs bort. Det blev fritt att bränna för var och en, bara man betalade skatt för det man brände.

De negativa verkningarna gjorde sig snart gällande och vid riksdagen 1686 var det många som vittnade om vådorna av ett ohämmat brännande. Riksdagen diskuterade problemen ingående och flera förslag lades fram. Det enda 1686 års riksdag kunde ena sig om var dock en höjning av skatten i städerna.

Från slutet av 1600-talet och ca hundra år framåt ändrades brännvinspolitiken flera gånger. Tidvis infördes förbud på grund av missväxt och i strävan att lindra misären som följde i brännvinets spår. Tidvis var omkastningarna i politiken en följd av de ständiga partistriderna i riksdagen.

Åren efter den stora hungersnöden 1771–1772 kan betecknas som potatisodlingens stora genombrott i Sverige. Men det var först kring sekelskiftet som odlingen på allvar satte fart. Det var först nu man på allvar såg vilken utmärkt råvara potatisen utgjorde för brännvinsframställningen.

Några veckor efter statskuppen 1772 utfärdade Gustav III ett förbud mot husbehovsbränning. Förbudet varade i 15 år. Och istället för att sedan släppa husbehovsbränningen fri aktualiserades den gamla tanken på statsmonopol. Motivet till detta var det statsfinansiella läget och behovet av inkomster. År 1776 levererades det första brännvinet från kronobränneriet i Stockholm. Redan 1779 var anläggningskostnaderna betalda och ett överskott på en halv miljon riksdaler kunde redovisas.

Man gjorde allt för att få det ”regala” brännvinet konkurrenskraftigt. Från kronobrännerierna organiserades ett landsomfattande distributionsnät. Över 3 000 officiella krogar och lagerkällare öppnades och försågs med skyltar med riksvapnet för att deras officiella (”regala”) status skulle framgå. Brännvinet var mer lättillgängligt än någonsin tidigare. I Stockholm fanns vid denna tid 700 krogar på omkring 70 000 invånare dvs. en krog per 100 invånare – kvinnor och barn medräknade.

Trots lättillgängligheten, eller på grund av de behov som den härav framkallade konsumtionen ledde till, frodades lönbränningen bland bönderna och deras förbittring över statens monopolsträvanden var stor. Spänningen mellan kung och allmoge ökade ytterligare på grund av de ständiga husvisitationerna och åtföljan-

de beslag av otillåtna destillationsapparater. På grund av risken för uppror gav kungen till sist vika och 1787 blev husbehovsbränningen åter tillåten. Kronobrännerierna drogs in efter hand. Det sista slutade sin verksamhet 1824.

Vissa inskränkningar som gällde husbehovsbränningen togs bort i anslutning till 1809 års statsomvälvning. I praktiken kunde sedan vem som helst bränna brännvin. Brännvinsbränning och brännvinsförsäljning hade blivit hela folkets privata angelägenhet. Den som inte brände själv kunde få sig en sup direkt i närmaste speceri- eller hökarbod.

Det svenska brännvinsupandet gick in i sin verkliga glansperiod. Per kapita-konsumtionen, som under 1780-talet legat kring 5 liter 50-procentigt brännvin, mångdubblades under 1800-talets första decennier.

En första reaktion på lagstiftningens område kom 1835. På sätt som gällt fram till 1809 kopplades nu rätten att bränna till jordägandet. Avgifter och skatter på försäljning och tillverkning höjdes.

År 1830 bildades efter amerikanskt mönster nykterhetsföreningar i bl.a. Stockholm, Göteborg, Jönköping och Härnösand. Målsättningen för dessa var måttlighet i umgänget med brännvin. Under 1830-talet bildades också Svenska Nykterhetssällskapet, som krävde absolut avståndstagande från allt bruk av brända och destillerade drycker men tillät måttligt bruk av jästa drycker som öl och vin.

### 1.1.2 Reformerna på 1850-talet

Den nutida alkoholpolitiken har sina rötter i mitten av förra seklet. Då skapades möjligheter att frigöra brännvinshandeln från enskilt vinstintresse, det vi idag kallar för desintressering, och redan då ålades de som fick uppdraget att handha brännvinshandeln ett socialt ansvar.

Detaljhandelns historia beskrivs här tämligen ingående med anledning av den situation, i vilken svensk alkoholpolitik just nu diskuteras. Frågor rörande alkoholservingen redovisades i delbetänkandet Serveringsbestämmelser (SOU 1993:50). De berörs därför inte närmare här.

Alkoholmissbruket och då framförallt brännvinsmissbruket var, som nämnts, mycket stort under 1800-talets första hälft. År 1855 genomfördes åtgärder som på ett avgörande sätt kom att förbättra förhållandena. Samtidigt fastslogs vissa grundsatsar, som vår lagstiftning än idag bygger på.

Tillverkning och försäljning reglerades i skilda lagar. I den lag som gällde försäljningen gjordes dessutom början till den uppdelning, som sedan dess har gällt mellan utminutering (försäljning för avhämtning) och utskänkning (försäljning för förtäring på stället). Det är första gången lagen talar om minuthandel, där brännvin ej fick förtäras inom försäljningslokalen.

Inom utskänkningen skulle lagad mat finnas att tillgå men fortfarande var det tillåtet att på krogarna sälja brännvin även för avhämtning.

En för den kommande utvecklingen viktig lagändring var att städerna fick möjlighet att till särskilda bolag överlämna rätten till såväl utminutering som utskänkning av brännvin utan att använda sig av det auktionsförfarande, som

tidigare använts vid fördelning av rättigheter. Som en följd av detta började man på några håll bilda försäljningsbolag, som fick till uppgift att skapa bättre ordning och bättre dryckesseder på krogarna och att bedriva brännvinshandeln där utan vinstintresse.

Försäljningsavgifter, skatter, infördes. De var högre för utskänkning än för utminutering.

Kommunalt veto infördes för både utminutering och utskänkning.

Det var emellertid i första hand mot tillverkningen som den nya lagen ingrep. Lagstiftarens uppfattning var att denna borde bedrivas helt fabriksmässigt och att husbehovsbränningen borde avskaffas. Så långt som till förbud mot husbehovsbränningen ansåg man sig, med hänsyn till motståndet från bönderna, inte kunna gå. Man införde emellertid nya bestämmelser om tillverkningsavgifter och tillverkningstider. Fördyringen och svår konkurrens med de större brännerierna gjorde småbränneriernas situation besvärlig. Genom kompletterande bestämmelser några år senare, bl.a. gällande minimigräns för tillverkningskvantiteter, omöjliggjordes husbehovsbränningen helt.

Den närmaste följden av den nya lagstiftningen var en mycket stor nedgång av antalet brännerier. År 1853 fanns det i landet över 33 000 brännerier, år 1861 endast 590.

Från 1850-talet har vi alltså två av våra ännu idag mest bärande principer i alkohollagstiftningen: desintresseringen och kravet att försäljningen skall bedrivas med socialt ansvar.

### *1.1.3 Utbyggnad av bolag utan vinstintresse*

Redan före lagens tillkomst 1855 hade särskilda bolag för brännvinshandeln bildats i några städer som t.ex. i Falun 1850 och i Jönköping 1852. Det blev emellertid det bolag som bildades i Göteborg 1865, Göteborgs utskänkningsbolag, som fick stå som modell för andra städer runt om i landet, då brännvinshandeln skulle saneras.

Göteborgs utskänkningsaktiebolag fick i uppdrag att överta stadens brännvinsutskänkning och bedriva denna "utan hänsyn till egen vinst uteslutande med fäst avseende å den arbetande klassens fördelar i moraliskt och ekonomiskt avseende". Bolagets nettobehållning gick till kommunen, landstinget och husållningssällskapet. Vinstmedel gick bl.a. till arbetarbostäder och bibliotek. Från 1874 fick bolaget tillstånd att bedriva också minuthandel med brännvin, de lägre samhällsklassernas givna alkoholdryck.

Liknande bolag bildades vartefter runt om i landet. Göteborgssystemets principer lagfästes efterhand. År 1895 inskrevs Göteborgssystemets huvudprincip, att försäljningen skulle ske "i sedlighetens intresse", i lag. Denna princip har sedan dess, med olika formuleringar, varit inskriven i lagen och varit ämnad som rättesnöre för alla som handhaft försäljning av alkoholdrycker. Motsvarande bestämmelse i dagens LHD finns i den sjunde paragrafen med formuleringen:

”Försäljning av drycker som omfattas av denna lag skall skötas på sådant sätt att skador i möjligaste mån förhindras”.

Genom 1905 års brännvinsförordning gjordes bolagsformen obligatorisk. Då hade man för all del redan inrättat bolag i samtliga landets städer utom sex. I denna förordning drog man dessutom upp en ännu klarare gräns mellan utskänkning och utminutering genom att införa förbud mot försäljning för avhämtning inom utskänknigen. Sedan dess har man alltså här i landet fått gå till olika lokaler då man önskat bli serverad och då man velat göra inköp för avhämtning.

#### 1.1.4 *Desintresseringen i början av 1900-talet*

Bolagen sålde fram till senare delen av 1910-talet så gått som uteslutande renat brännvin. Finare spritdrycker och vin såldes framförallt av s.k. vinhandlare, varav en del också själva importerade och bedrev partihandel. Vinhandeln var de högre samhällsklassernas inköpsställen. Här fanns vin av olika slag men också cognac, whisky, likör och andra importerade spritdrycker. Branschen hade flerhundraåriga anor.

Vin kunde också, från någon gång på 1860-talet, köpas i matvaruaffärer, hos de s.k. vinspeceristerna. De sålde framförallt frukt- och bärvin. Dessa vinspecerister förekom fram till 1916, då försäljningsrättigheterna drogs in.

För att ge en bild av det totala antalet utminuteringsställen i början av seklet kan nämnas att det i Stockholm år 1911 fanns 26 bolagsbutiker, 49 vinhandlare och 1.886 vinspecerister.

Den privata verksamheten vad gällde såväl tillverkning som försäljning av rusdrycker debatterades flitigt i början av seklet. Dels gällde debatten möjligheten till ytterligare begränsning av den privata sektorn och dels möjligheten att inlemma också den privata försäljningen i motbokssystemet, som skulle komma att genomföras i slutet av 1910-talet. Frågorna behandlades bl.a. av två tillsatta kommittéer.

Redan innan någon lagstiftning om inlösen av den privata verksamheten kom till stånd köpte bolaget i Stockholm, AB Stockholmssystemet, under åren 1914–1915 in några vinaffärer och utvidgade motbokssystemet, som nu införts på prov i Stockholm, att gälla också dessa.

År 1917 bildades Aktiebolaget Vin- & Spritcentralen som ett dotterföretag till Stockholmssystemet, i första hand för att ta hand om partihandeln. De närmaste åren därefter inlöste Stockholmssystemet och Vin- & Spritcentralen ett mycket stort antal privata vinhandlare.

Från den 1 januari 1919 förbjöd den nya rusdrycksförsäljningsförordningen vinhandlarna att sälja direkt till allmänheten. Då hade emellertid den privata vinhandeln redan i det närmaste upphört både vad gäller utminutering och partihandel som följd av de många uppköpen.

Tillkomsten av Vin- & Spritcentralen innebar att både import, partihandel och tillverkning mer och mer överfördes på detta företag. År 1923 gavs Vin- & Spritcentralen i lag monopol på import, partihandel och brännvinsreningen.



### 1.1.5 Motbokstiden – restriktionssystemet

Under senare delen av 1800-talet minskade brännvinskonsumtionen betydligt här i landet. Samtidigt förbättrades nykterhetstillståndet. Till detta bidrog de nya bolagens verksamhet men också den förbättrade levnadsstandarden och den upplysningsverksamhet som utövades bl.a. av folkrörelserna. Under de första åren av 1900-talet stannade nedgången av brännvinskonsumtionen upp samtidigt som antalet fylleriförseelser ökade.

Som följd av utvecklingen restes krav på reformer från nykterhetsrörelsen, som efter sekelskiftet skaffat sig stort inflytande, inte minst i riksdagen, där rörelsen var rikligt representerad. Ett totalt rusdrycksförbud var målet för deras verksamhet. Motioner om brännvinsförbud hade framförts redan på 1880- och 1890-talen. I början av 1900-talet framfördes i stället förslag om totalt förbud mot all tillverkning och försäljning av rusdrycker. Frågan behandlades av 1907 års riksdag, varvid förslaget bifölls i andra kammaren men avslogs i första. Samtidigt började man inom nykterhetsrörelsen diskutera möjligheten att genom en folkomröstning ta reda på den allmänna folkmeningen i förbudsfrågan.

Det var i denna situation som läkaren, och sedermera också politikern, Ivan Bratt förde fram de idéer till en tredje vägens politik som så småningom ledde fram till motbokssystemet. Som den viktigaste åtgärden av alla framhöll Bratt dock brytandet av det privata vinstintresset inom rusdryckshandlingen.

Samtidigt fördes en debatt, som påminner om den som förs idag, om det är mot totalkonsumtionen eller mot missbruket som åtgärder i första hand skall riktas. Bratt hävdade bestämt att det var missbruket som skulle angripas och att missbrukare skulle erhålla vård och förhindras att inköpa rusdrycker. Totalkonsumtionen var enligt honom inte det stora problemet. Därför trodde han inte på ett allmänt förbud och inte heller på en allmän ransonering.

Motbokssystemet genomfördes under åren 1915–1920 efter att först ha tillämpats på prov inom Stockholmsystemet, där Ivan Bratt under en tid var verkställande direktör. Det var närmast att se som en kompromisslösning i debatten om ett totalförbud eller ett bibehållande av den gamla ordningen.

Motbokssystemet karaktäriserades av framförallt följande tre saker: inköpsbevis (motbok) för att få köpa vin eller sprit, registrering och eftergranskning av alla inköp samt ransonering av spritdrycker. Vad gäller ransoneringen fick Bratt ge sig för krav från nykterhetsrörelsen.

Följande regler gällde:

- Sökande, oftast män, måste som regel vara 25 år för att få motbok. Var man gift kunde man få motbok redan vid 21 år. En omfattande ansökningshandling måste ifyllas.
- Inköpen skulle göras i en viss, bestämd butik.
- Tilldelningen blev från början som regel en liter sprit per månad. Man kunde senare ansöka om högre tilldelning, varvid skäl för ansökan skulle anges.

Maximitilldelningen var under senare delen av motbokstiden tre liter i månaden.

- Vinet var i princip inte ransonerat men kunde bli det för den, som ansågs missbruka sin inköpsrätt, t.ex. genom att köpa onormalt mycket av sådant vin, som ersatte brännvinet, då spritransonen var slut. (Starköl fanns inte sedan 1923).
- Extra tilldelning kunde fås med anledning av högtidsdagar och representation. En skriftlig ansökan skulle lämnas in.
- För kvinnor gällde strängare regler. Gift kvinna fick inte egen motbok om mannen hade en. Ogift kvinna fick nöja sig med en mindre ranson än vad som gällde för männen, oftast en eller två liter i *kvartalet*.
- Den, som gjorde sig skyldig till fylleriförseelse eller fick en fyllerianmärkning, fick sin motbok indragen för kortare eller längre tid. Det råkade man också ut för om man inte betalade sina skatter eller om man fick socialhjälp. Folkpensionärer fick ofta sin ranson minskad. Bodde man på ålderdomshem blev motboken indragen.
- Också på restaurang var spriten ransonerad. Ransonen var olika beroende på tiden på dagen och vilken kategori av restaurang det gällde. Den vanligaste ransonen var 15 cl för man och sju och en halv för kvinna. Sprit fick bara serveras tillsammans med lagad mat.

Motbokssystemet var alltså ett ransoneringsystem men det blev i ännu högre grad ett registreringssystem. I olika register samlades uppgifter inte bara om människors inköp utan också om t.ex. familjeförhållanden, inkomst- och skatteförhållanden samt om polis- och nykterhetsanmärkningar. Dessa uppgifter låg till grund för bolagens beslut om inköpsrätt och tilldelning.

Motbokssystemet fick leva kvar i ungefär 40 år men det dröjde inte länge innan kritik framfördes mot alla inskränkningar för den enskilde individen, som innebar att många utsattes för direkt kränkande behandling. Det var också så att de olika bolagen tillämpade reglerna olika vad gällde bedömning av ansökan om motbok, ansökan om högre tilldelning och ansökan om extra tilldelning. Också inom ett och samma bolag gjorde man skillnad människor emellan och lät ofta inkomstförhållanden, social ställning och liknande påverka besluten.

Motbokssystemet kritiserades alltså av många med anledning av de ingrepp i den personliga integriteten som var inbyggda i systemet. Men efter hand framfördes också tvivel på systemets effekt på konsumtion och missbruk. Många skaffade motbok och sökte högsta möjliga tilldelning utan att egentligen behöva det, menade kritikerna. Man menade också att ett ransoneringsystem ofta driver människor att köpa ut hela ransonen oavsett om det finns egentligt behov av den eller inte. Detta, det man kallade för den suggererande effekten, blev så småningom ett av de starkaste argumenten mot motbokssystemet. Dessutom hindrades inte missbrukare, som ofta saknade motbok, att komma över sprit. Detta bevisa-

des bl.a. av det förhållandet att ungefär 75 procent av alla fylleriförseelser begicks av personer, som inte hade egen motbok.

Också nykterhetsrörelsen var kritisk mot motbokssystemet. Det hade man varit redan från början eftersom motbokssystemet sågs som ett hinder för ett totalförbud. Det kritiken från nykterhetsrörelsen annars mest gällde var att ransoneringssystemet med sina fastställda tilldelningar på upp till tre liter sprit i månaden angav gränser för vad som kunde anses vara godtagbar konsumtion.

I slutet av 1944 tillsatte regeringen en kommitté, som tog sig namnet ”1944 års nykterhetskommitté”. Den fick som huvuduppgift att ingående undersöka verkningarna i olika avseenden av motbokssystemet, som då varit i bruk i mer än 25 år. Kommittén tog god tid på sig för sitt arbete. I slutet av 1952 lämnade den sitt betänkande, i vilket man kritiserade motbokssystemet mycket starkt, inte minst just för den suggererande effekten.

Den nykterhetspolitik som riksdagen fastställde 1954 innebar en helt ny grund för hur problemen med alkoholmissbruk skulle bearbetas. Hela den individuella kontrollapparaten togs bort. Det skulle inte längre vara något märkvärdigt med alkoholköp. Därigenom hoppades man få bort den gloria som restriktionerna skapat omkring spriten. Den nya nykterhetspolitiken skulle bygga på större frihet och personligt ansvar samt på positiva åtgärder såsom undervisning och upplysning i alkoholfrågan. Mera statsmedel ställdes i utsikt för ungdomsvården och till idrotts- och fritidsverksamhet för de unga. Nykterhetsvården skulle ges avsevärt ökade resurser till hjälp åt de alkoholskadade.

Från den 1 oktober 1955 skulle följande gälla:

- Alla personer över 21 år skulle ha rätt till inköp. Länsnykterhetsnämnd skulle dock ha rätt att avstånga missbrukare och personer som dömts för olaga försäljning.
- Ransonering och inköpsregistrering skulle slopas.
- Starköl skulle åter få säljas. Den möjligheten hade tagits bort 1923.
- Ransoneringen skulle slopas även på restauranger.
- Ett riksbolag skulle bildas för utminuteringen. Detta skulle ersätta de 41 regionala bolagen, som 1938 hade övertagit uppgifterna från de tidigare 121 lokala bolagen.
- Stora utbildnings- och informationsinsatser om alkoholens skadeverkningar skulle göras.

### 1.1.6 Närmast efter motbokstiden

Det individuella kontrollsystemet var nu borta. Parollen skulle vara: ”Frihet under ansvar”. Försäljningsreglerna var enkla. I systembutikerna fick man inte sälja till den som inte fyllt 21 år eller till den som var synbarligen påverkad av

alkoholhaltiga drycker eller annat berusningsmedel och inte heller om det fanns anledning att misstänka att rusdrycker skulle inköpas i och för olovlig överlåtelse.

Nya, stora kundgrupper tillkom. I princip fyra nya årskullar fick inköpsrätt: 21–24 åringar, varav bara några få hade haft motbok. Kvinnorna fick samma rätt som männen att köpa vad de önskade. Mindre än en av tio hade haft motbok. Hundratusentals missbukare, som inte hade haft motbok, eller hade haft begränsad tilldelning, hade nu full rätt att göra egna inköp.

Man var allmänt inställd på att försäljningen skulle öka kraftigt under den första tiden, inte minst med tanke på de nya kundkategorierna. Men det s.k. frihetsruset blev både grundligare och mer långvarigt än vad man räknat med. Många tog sig den frihet som ändringarna innebar men det var sämre ställt med ansvaret.

Under det första helt motboksfria året, 1956, var spritförsäljningen 58 miljoner liter mot 45 miljoner liter 1953, dvs. en ökning med närmare 30 procent. Ännu allvarligare var emellertid ökningen av antalet fylleriförseelser som fördubblades.

Med anledning av den oroande utvecklingen tillsattes under hösten 1956, endast ett år efter det motboken avskaffades, en ny utredning, "1956 års rusdrycksförsäljningsutredning", som fick i uppdrag att se över försäljningslagstiftningen.

I november 1956 beslöt riksdagen dessutom att höja skatten på spritdrycker med cirka 5 kronor per liter. Det innebar en prishöjning på de billigare spritdryckerna på cirka 30 procent.

Som en följd av utredningens förslag beslöt riksdagen om en skärpning av tillämpningen av reglerna för avstängning, att spärrlistor skulle upprättas i Systembolagets butiker och om skyldighet för kunderna att på begäran uppvisa legitimationshandling. Åldern för rätt till inköp som ombud för annan höjdes från 18 till 21 år.

Utredningen behandlade också frågan om att återinföra inköpsbevis. Detta hade föreslagits i den allmänna debatten. Utredningen fann dock att det krångel ett system med inköpskort skulle innebära för de skötsamma konsumenterna och de kostnadsökningar som skulle bli följden för Systembolaget var skäl att föreslå att inköpskort inte skulle införas.

En annan följd av riksdagsbesluten var att Systembolaget började skylta med vin. Därmed hade bolagets arbete i syfte att få till stånd en övergång till alkoholsvagare drycker börjat.

Problemen med den ökade spritkonsumtionen och det ökade missbruket var som störst ungefär ett år efter det det fria försäljningssystemet tagits i bruk 1 oktober 1955. Då började en nedgång av spritkonsumtionen kunna förmärkas, delvis säkert som en följd av skattehöjningarna. Redan några år därefter började man se tydliga tecken på en övergång från sprit till svagare drycker. Till detta bidrog såväl den förda prispolitiken, Systembolagets påbörjade vinpropaganda och ökningen av utlandsresandet.

Alkoholmissbruket, så som det mättes i antalet fylleriförseelser av olika slag och antalet handlagda ärenden på nykterhetsnämnderna, låg emellertid kvar på en mycket hög nivå, dubbelt så hög som under slutet av motbokstiden. Särskilt oroande var utvecklingen i ungdomsåldrarna, där missbruket ökade särskilt mycket. De högsta fyllerisiffrorna inom alla åldersgrupper fann man bland 18–20 åringar. Också bland kvinnorna ökade missbruket kraftigt.

Många av missbrukarna hade inte egen inköpsrätt, de var för unga eller spärrade, utan fick hjälp av andra med anskaffning av alkoholdrycker. Mot bakgrund av detta beslöt 1961 års riksdag om nya åtgärder mot langningen. De trädde i kraft den 1 juli samma år. Bland annat infördes straff för den som uppenbart innehade rusdrycker för illegal försäljning. Man beslöt dessutom att den, som gjort sig skyldig till olovligt tillhandagående, dvs. att ha gjort inköp för någon som inte själv hade rätt därtill, skulle uppföras på spärrlista.

Hösten 1961 tillsattes ännu en utredning, "1961 års nykterhetslagkommitté". Kommittén fick i särskilt uppdrag att med anledning av det ökade missbruket i allmänhet och bland ungdomar i synnerhet överväga eventuell registrering av inköpen i systembutikerna.

Kommittén behandlade, förutom inköpsregistrering, framförallt frågor om allmän legitimationskontroll, skärpta avstängningsregler och skärpta krav på legitimationshandling. Åldersgränsen, regler för ombudsköp och utökade möjligheter för personalen i Systembolagets butiker att vägra inköp, behandlades också.

Kommittén arbetade mycket ingående med frågan om inköpsregistrering och kom slutligen till den uppfattningen att en registrering skulle få ett mycket begränsat nykterhetspolitiskt värde, som inte skulle kunna försvara de stora kostnader det rörde sig om och det krångel det skulle innebära för alla skötsamma konsumenter, vars inköp inte var intressanta. Kommittén säger att de viktigaste medlen för att främja folknykterheten måste vara, som fastslogs 1954, positiva åtgärder som undervisning och upplysning, ungdomsvårdande åtgärder, forskning samt vård av alkoholskadade. Även prissättningen på alkoholvaror har en given betydelse, menade man. Därtill, sade kommittén, måste det till vissa skärpningar av försäljningsbestämmelserna. Dessa bör dock utformas så att olägenheter för de skötsamma konsumenterna begränsas till minsta möjliga. Trots detta föreslog kommittén en obligatorisk, allmän legitimationskontroll vid inköp i systembutik. Förslaget gick dock inte igenom i riksdagsbehandlingen. Riksdagen beslöt däremot på kommitténs förslag om skärpning av reglerna för avstängning från inköp i systembutikerna, och om skärpta krav på legitimationshandling, som från och med nu skulle vara försedd med foto. Ändringarna trädde i kraft den 1 oktober 1963 och den 1 april 1964.

Antalet "spärrade" personer ökade avsevärt. Som mest var drygt 20 000 personer samtidigt avstängda från inköp.

Alltsedan andra världskriget hade den högsta tillåtna alkoholhalten på öl som fick säljas i "vanliga affärer" varit 2,8 viktprocent. Efter det att man i den allmänna alkoholdebatten i början av 1960-talet ofta efterlyst ett bättre alternativ

till starkare alkoholdrycker infördes mellanölet med en alkoholhalt av högst 3,6 viktprocent. Det fick från den 1 oktober 1965 säljas av alla butiker och restauranger som hade rätt att sälja vanligt öl. Någon åldersgräns för rätt till inköp fanns inte från början. En sådan tillkom emellertid 1972 och sattes till 18 år, dvs. samma som gällde för servering av alkoholdrycker på restaurang.

### 1.1.7 Alkoholpolitiska utredningen (APU)

I oktober 1965 tillsattes en ny utredning. Den fick i uppdrag att granska effekterna av 1954 års reformer. Utredningen skulle bedrivas allsidigt och förutsättningslöst men ett fortsatt reformarbete skulle dock grundas på principerna från 1954. Direktiven sade klart att en återgång till det tidigare restriktionssystemet skulle anses uteslutet. Utredningen fick också i uppdrag att belysa prispolitikens betydelse för alkoholkonsumtionen och att kartlägga olika samhällsgruppers alkoholvänor.

Utredningen tog sig namnet "Alkoholpolitiska utredningen". I samband därmed definierade man begreppet "alkoholpolitik" som "den del av socialpolitiken som gäller förebyggande åtgärder, inriktade på alkoholkonsumtionen". I olika sammanhang hade man ersatt begreppet "nykterhetspolitik" med "alkoholpolitik". APU utgick ifrån att man därigenom velat betona att åtgärder inte i första hand skulle syfta till att göra så många som möjligt till nykterister utan i stället ha som mål att på andra vägar söka förebygga alkoholskador.

Utredningen tog fram ett omfattande faktamaterial för att därigenom få underlag för bedömningar och för de förslag man så småningom skulle lägga fram. Man initierade också flera egna undersökningar. Bland annat följande områden behandlades ingående av APU:

- alkoholkonsumtionsvanorna
- tillgänglighetens betydelse
- sambandet pris – konsumtion
- kartläggning av missbruket
- orsaker till alkoholmissbruk
- mätning av alkoholskadorna
- alkoholens medicinska verkningar
- försäljningen på restauranger
- information och undervisning
- alkoholreklamen och agentverksamheten
- hembränning och annan illegal hantering
- mellanölsfrågan
- organisationsfrågor

Resultaten redovisades i ett omfattande rapportmaterial, där mycken kunskap finns att hämta. Vad gäller detaljhandeln skall här sammanfattningsvis nämnas något om desintressering, tillgänglighet, inköpsregistrering och mellanölet.

### **Desintressering**

I mitten på 1960-talet föreslogs från flera håll att vin och starköl skulle få säljas i allmän handel. I syfte att skaffa erfarenhet av vad en sådan ordning kunde få för effekter på konsumtion och missbruk beslöts på APU:s förslag om ett försök med fri starkölsförsäljning i Göteborgs och Bohus län samt i Värmlands län under 14 månader från november 1967 till utgången av 1968. Försöksförsäljningen skulle ske enligt ölförsäljningsförordningen i livsmedelsbutikerna, från bryggarbilar och i serveringslokaler med rätt till ölutsänkning. Starköl skulle inte säljas i systembutikerna under provperioden.

Redan då provet pågått några månader kom rapporter om kraftigt ökad försäljning och om stort missbruk, framförallt bland ungdomar. Vid ett par tillfällen fick finansministern, som på den tiden var ansvarig för alkoholpolitiken, i riksdagen besvara frågor från frågeställare som ansåg att försöket hade så negativa verkningar att det omedelbart borde avbrytas. Protesterna mot försöket blev så omfattande att regeringen på APU:s förslag beslöt att försöket skulle avbrytas den 14 juli 1968, alltså i det närmaste ett halvt år i förväg.

Starkölsförsäljningen mångdubblades omedelbart i försökslänen då den släpptes fri. Från första halvåret 1967 till samma period 1968 ökade den från 1,4 till 13,5 miljoner liter, dvs. i det närmaste en tiodubbling. Samtidigt skedde en ökning av starkölsförsäljningen i riket i övrigt med 26 procent.

Vin- och spritförsäljningen gick ned något under provperioden i de båda länen. Man gjorde en beräkning av den totala konsumtionen, omräknad till alkohol 100 procent, och fann att den hade ökat med cirka 5 procent.

APU avvisade i sitt betänkande förslaget att tillåta försäljning av vin eller starköl i livsmedelshandeln med följande formulering:

”APU menar att argumentet att en sådan försäljningsform skulle leda till ett mera kontinentalt och avspänt förhållningssätt till alkoholen vilar på en alltför ytlig syn på vilka faktorer som styr attityder och vanor på alkoholområdet. Skillnaderna i alkoholvanor mellan olika länder beror i stor utsträckning på traditioner och kulturella särdrag med rötter långt tillbaka i tiden. Det är därför säkerligen orealistiskt att tro att man genom att i den svenska alkoholkulturen uppta vissa försäljningsformer som praktiseras i andra länder också skulle få till stånd alkoholvanor som motsvarar vanorna i dessa länder. Ingenting talar för att en sådan liberalisering skulle medföra den avdramatisering av alkoholbruket som ofta framhålls. Försäljningen av starköl i livsmedelsbutikerna har inte bidragit till någon avdramatisering. Men oavsett detta skall alkoholpolitiken inriktas på att få till stånd återhållsammare alkoholvanor, något som de kontinentala dryckesmonstren inte utmärks av.

En bärande princip i svensk alkohollagstiftning bör därför även i fortsättningen vara att handeln med spritdrycker, vin och starköl skall förbehållas organ, i vilka det allmänna äger inflytande och enskilt vinstintresse saknas. Genom att begränsa det privata vinstintresset i alkoholhanteringen vill man uppnå en återhållsam försäljning och skapa garantier för att de sociala hänsyn som är nödvändiga vid försäljningen iakttas.”

### Tillgängligheten

APU menade att det är möjligt att åstadkomma mera återhållsamma alkoholvanor genom att på olika sätt begränsa tillgängligheten av alkoholvaror. Man framhöll *priset* som det mest effektiva instrumentet på detta område. Detta skall användas i två avseenden. Dels skall priserna hållas så höga att tillgängligheten begränsas och dels skall de differentieras så att konsumtionen inriktas på svagare drycker. Prisnivån måste emellertid också avpassas med hänsyn till riskerna för smuggling, hembränning m.m. Vad gäller *etableringspolitiken* för detaljhandeln med alkoholdrycker sade APU att nyetablering av butiker bör ske med försiktighet. En ökning av antalet systembutiker betyder ökad tillgänglighet som leder till ökad konsumtion och ökad skaderisk. Restriktiviteten får dock inte drivas så långt att hembränning och langning direkt främjas. APU föreslog att i genomsnitt ett par nya orter skulle få systembutik per år, dvs. detsamma som dittills gällt.

Alkoholpolitiken skall verka för att någon konsumtion av betydelse ej skall förekomma under uppväxttiden, menade APU, som var övertygad om att *åldersgränserna* har en återhållande verkan av alkoholpolitisk betydelse. Föreskrifter om att alkoholdrycker inte får säljas till personer under en viss ålder är därför nödvändiga.

Under tiden APU verkade sänktes myndighetsåldern två gånger. Första gången, den 1 juli 1969, sänktes den från 21 till 20 år. Samtidigt sänktes inköpsåldern i systembutikerna från 21 till 20 år. Skälet var att man i samband med ändringen av myndighetsåldern gjorde en översyn av olika lagar som innehöll regler med åldersgränser och då inte fann skäl att bryta sambandet mellan myndighetsålder och inköpsåldern i systembutikerna. Vid andra tillfället, 1974, sänktes myndighetsåldern från 20 till 18 år. Efter sin bearbetning av frågan kom APU fram till att inköpsåldern borde vara kvar vid 20 år. Man menade att ungdomar framförallt skaffar alkoholdrycker genom att äldre kamrater köper ut åt dem. Eftersom 18-åringar i allmänhet har en yngre kamratkrets än 20-åringar skulle en sänkning av inköpsåldern därför öka åtkomstmöjligheterna för ännu yngre ungdomar.

APU föreslog att 20 år skulle bibehållas som gräns i systembutikerna trots ändringen av myndighetsåldern. Inte heller borde inköpsåldern för mellanöl, 18 år, ändras. Att tillämpa en lägre ålder vid servering på restaurang än vid försäljning i systembutik kan motiveras av att konsumtionen där sker under viss kontroll, menade APU.

*Onyktra personer* och de som försöker göra inköp i uppenbart syfte att *olovligen vidareförsälja varorna* skall, precis som tidigare, nekas inköp, ansåg APU. Vad gäller det *spärrförfarande*, som i olika omfattning tillämpats sedan 1955,



föreslog APU, då man vägt fördelar och nackdelar mot varandra, att det skulle avskaffas och att legitimitationskontroll därför endast skall ske för att upprätthålla ålderskontrollen.

APU behandlade också frågan om systembutikernas *öppettider* och ansåg att dessa även fortsättningsvis bör regleras i lag och föreslog att bestämmelserna skulle utformas enligt då gällande praxis för öppethållande dvs. mellan kl 9 och 18 på vardagar, mellan 9 och 13 på lördagar och helt stängt vissa helgdagsaftnar.

### **Inköpsregistrering**

APU lät genomföra ett prov med registrering av samtliga inköp i systembutikerna i Gävleborgs län under åtta månader 1967. Syftet var att få statistiska uppgifter om olika befolkningsgruppers och åldersgruppers inköpsvanor. Detta skulle ge utredningen kunskaper så att kommande förslag skulle kunna baseras inte endast på tro utan också på vetande. Gävleborgs län valdes av det skälet att det i olika avseenden ansågs utgöra ett Mini-Sverige. Mättningsresultat därifrån betraktades därför som representativa för hela landet.

För varje kund registrerades uppgifter om identiteten och inköpet, fördelat på olika varugrupper.

Resultaten av registreringen stördes av att många som bodde i gränstrakterna till andra län föredrog att resa över gränsen och handla för att undgå registreringen. Resultaten stördes också av att många genomresande, t.ex. stockholmare på väg till fjällen, gjorde sina inköp i Gävleborgs län. Dessutom led registreringen av den allmänna bristen att man fick information mera om människors inköp än om deras konsumtion.

APU sade i sitt betänkande att värdet av en allmän inköpsregistrering är beroende av i vilken mån de erhållna uppgifterna kan användas som grund för olika alkoholpolitiska åtgärder. Fördelarna måste dock vägas mot de stora kostnader det gäller, menade man och avslutade med: ”Enligt APU:s mening är de fördelar som står att vinna inte så stora att de motiverar kostnader av det format som här kommer att uppstå”.

Någon avsikt att mäta alkoholpolitiska effekter av ett registreringssystem hade APU inte. I sin rapport sade man dock att några nämnvärda positiva alkoholpolitiska effekter inte kan vinnas av ett sådant system.

### **Mellanölet**

Mellanölsförsäljningen hade ökat kraftigt sedan tillkomsten 1965 och bidrog till att den totala alkoholkonsumtionen steg kraftigt. APU ansåg att mellanölet framförallt orsakat skador bland ungdomen.

”Enligt APU:s mening är läget sådant, att det fordras kraftfulla åtgärder för att stävja missbruket av öl hos framförallt unga människor”, sade man och slog fast att det inte räckte med undervisning och information. Man måste också ta till restriktioner.

APU:s förslag till åtgärd blev att högsta tillåtna alkoholhalt skulle sänkas från 3,6 till 3,0 viktprocent. Förslaget syftade främst till att minska mellanölets attraktion som berusningsmedel.

Under våren 1976, alltså innan APU:s förslag i övrigt var klara för riksdagsbehandling, beslöt riksdagen att öl med högre alkoholhalt än 2,8 viktprocent inte skulle få säljas i allmän handel efter den 30 juni 1977, det s.k. mellanölsförbudet.

### **APU:s förslag till mål för alkoholpolitiken**

Som en utgångspunkt för sina bedömningar och förslag uttryckte APU uppfattningen att man i en realistisk alkoholpolitik måste utgå ifrån att det stora flertalet svenskar använder alkohol och inte vill avstå från det. För flertalet är dessa drycker ett njutningsmedel som de använder utan skaderisker eller med obetydliga skaderisker. Alkoholdryckerna fyller också positiva funktioner genom att t.ex. underlätta samvaro människor emellan.

Samtidigt står det klart att missbruk av alkohol leder till skador av olika slag, såväl för enskilda som för samhället. Det är en självklar uppgift för samhället att ta vård om människor som drabbas av dessa verkningar. Skadorna är av sådan betydelse, sade APU, att samhället måste sträva efter att förebygga dem, vilket också skett sedan mitten av 1800-talet.

Det är inte möjligt, menade APU, att som mål för samhällets alkoholpolitik sätta fullständig avhållsamhet. Alltför ingripande åtgärder kan inte heller få tillräckligt stöd i den allmänna opinionen för att kunna genomföras. Grundläggande målformulering bör istället vara att åstadkomma återhållsamma alkoholvagnar. Alkoholpolitiken bör därför inriktas på att försöka motverka konsumtion som medför berusning eller vanemässigt bruk och verka för avhållsamhet från alkohol i situationer där alkoholförtäring är särskilt riskfylld, t.ex. under graviditet, i samband med bilkörning och under uppväxttiden.

Ett särskilt mål för alkoholpolitiken bör vara att avglorifiera alkoholen. Man bör motverka attityder som förhärligar drickandet och som ger uttryck för att alkoholkonsumtion i olika sammanhang är fint och önskvärd och som omger alkoholen med statustänkande. APU var starkt kritisk mot TV-program, där man ger ”en idealiserad och förvanskad bild av verkligheten”. Samtidigt varnade APU för att man i syfte att avglorifiera alkoholen går för långt, t.ex. genom ökad tillgänglighet eller i informationen om alkoholvarorna.

Som viktiga delmål för alkoholpolitiken nämnde APU bl.a.:

- Att någon konsumtion av betydelse ej förekommer under uppväxttiden.
- Att alla ungdomar och vuxna har goda kunskaper om alkoholens skadeverkningar.
- Att konsumtionen inriktas på de alkoholsvagare dryckerna.
- Att verka för alkoholfria miljöer och umgängesformer.

- Att motverka hembränning, smuggling, langning och annan illegal alkoholantering.

### **Förslag till åtgärder**

APU föreslog, utöver vad som är nämnt ovan, bl.a.

- väsentliga insatser vad gäller undervisning och information,
- en utökad forskningsverksamhet,
- stöd till nykterhetsorganisationer och andra organisationer som verkar för att genomföra alkoholpolitiska program,
- ändrade regler för prissättning och beskattning av spritdrycker och vin,
- förbud mot reklam och marknadsföring av alkoholdrycker,
- förbud att dricka spritdrycker, vin och starköl på allmän plats,
- en flyttning av de alkoholpolitiska frågorna från Finansdepartementet till Socialdepartementet,
- inrättande av ett alkoholpolitiskt råd med uppgift att samordna insatser mot alkoholmissbruk samt
- sammanslagning av Vin- & Spritcentralen och Systembolaget.

### **Remissbehandlingen**

APU avgav sitt slutbetänkande under hösten 1974. Betänkandet remissbehandlades under våren 1975. Många av remissinstanserna var kritiska mot APU:s förslag. Invändningarna gällde framförallt förslagen om den allmänna inriktningen på alkoholpolitiken, där flera ansåg att APU såg för snävt på begreppet alkoholpolitik. Kritik framfördes också mot förslagen om organisatoriska förändringar, beskattningen, åldersgränsen och mellanölet. Däremot fick APU stort gensvar för sina förslag beträffande insatser för forskning, undervisning och information.

Med anledning av remissutfallet och en rad nya förslag, som fördes fram i remissvaren, tillsattes i februari 1976 en beredningsgrupp, som fick i uppdrag att på grundval av APU:s betänkande och remissbehandlingen därav redovisa ett underlag för regeringens ställningstagande till de alkoholpolitiska frågorna. Beredningsgruppen knöts till Socialdepartementet men fick representation också från andra berörda departement.

#### **1.1.8 Lag om handel med drycker 1977**

APU:s och beredningsgruppens arbete utgjorde grunden för de lagändringar och det samlade alkoholpolitiska program som riksdagen fattade beslut om 1977. I formuleringen av programmet går man i väsentliga stycken på APU:s linje.

Genom riksdagsbesluten fastställdes de grunder för den svenska alkoholpolitiken, som fortfarande gäller.

Enligt besluten skall det övergripande målet vara att begränsa den totala, alltför höga alkoholkonsumtionen för att därigenom tränga tillbaka missbruket och motverka alkoholskador. Som grund för denna målsättning ligger vetenskapen om att det föreligger ett nära samband mellan alkoholkonsumtionen och alkoholskadornas omfattning. Detta har senare i den alkoholpolitiska debatten blivit kallat "totalkonsumtionsteorin".

Det övergripande målet skall nås framförallt genom socialpolitiska åtgärder av olika slag, genom informationsinsatser och opinionsbildande arbete och genom en begränsning av alkoholens tillgänglighet. Som exempel på områden som påverkar tillgängligheten nämns prispolitiken, åldersgränser, systembutikernas öppettider och etableringspolitiken.

Den nya lagen, "Lag om handel med drycker" (LHD), ersatte flera tidigare lagar, bl.a. "Rusdrycksförsäljningslagen". Den gäller försäljning av spritdrycker, vin, starköl och öl (alkoholdrycker) samt lättöl, läskedrycker och andra alkoholfria drycker.

Den nya lagen använder de av APU föreslagna begreppen alkoholdrycker, detaljhandel och servering i stället för rusdrycker, utminuterung och utskänkning.

Lagstiftaren gick på APU:s linje vad gäller bibehållen åldersgräns, 20 år, med motiveringen att man borde vänta med att ta ställning till förslaget från olika håll om en sänkning till 18 år i avvaktan på erfarenheter av mellanölsförbudet. Det gjorde man också beträffande spärrförfarandet som togs bort från den 1 juli 1977. Legitimation krävs därefter endast för ålderskontroll.

Vad gäller etableringspolitiken innebar 1977 års reform ett visst avsteg från APU:s förslag. Det konstaterades visserligen att en restriktiv butiksetablering är motiverad av alkoholpolitiska skäl men att hänsyn också skall tas till allmänhetens berättigade krav på service. Riksdagsbeslutet innebar att en viss ökning av etableringstakten borde komma till stånd.

APU föreslog att systembutikernas öppettider skulle regleras i lag. Den nya lagen innehåller dock inga sådana regler. Det ankommer i stället på Systembolaget att själv bestämma när butikerna skall vara öppna. Det förutsattes dock att några påtagliga förändringar i förhållande till tidigare praxis inte kommer att genomföras.

Prissättningen skall även i fortsättningen vara ett viktigt medel för begränsning av konsumtionen. Priserna skall hållas på en relativt hög nivå och fortlöpande anpassas till den allmänna prisutvecklingen. APU:s förslag om ett nytt system för skatte- och prisändringar avvisades dock.

APU:s förslag om förbud mot reklam och marknadsföring av alkoholdrycker överlämnades till den utredning som redan behandlade frågan om tobaksreklam. Den antog då namnet Tobaks- och alkoholreklamutredningen. I sitt betänkande avvisade den förslaget om förbud. Enligt riksdagsbeslut i november 1978 förblev reklamen tillåten, dock med krav på stark begränsning. Sålunda beslöts bl.a. att

särskild måttfullhet skall iakttas och att annonsering endast är tillåten i facktidsskrifter som riktar sig till återförsäljare.

APU fick inte heller gehör för sitt förslag om förbud mot förtäring av alkoholdrycker på allmän plats.

Socialstyrelsen tilldelades det centrala myndighetsansvaret för de alkoholpolitiska frågorna, som APU föreslagit. Reklam- och marknadsföringsfrågorna fick dock Konsumentverket ansvaret för. Förslagen om en sammanslagning av Vin- & Spritcentralen och Systembolaget och om inrättande av ett alkoholpolitiskt råd gick inte igenom. Däremot beslöts, på beredningsgruppens förslag, om tillkomsten av Socialstyrelsens nämnd för alkoholfrågor.

### 1.1.9 SAMO

Den alkoholpolitiska debatten var livlig under slutet av 1970-talet. Det förekom tydliga tecken på en svängning till en mer restriktiv inställning till alkoholfrågorna. Mer allmänt hävdades den s.k. totalkonsumtionsteorin, som sätter ett samband mellan totalkonsumtionen och missbrukets omfattning. Fler röster än tidigare höjdes för förebyggande åtgärder och förslag om registrering av inköpen på Systembolaget, ransonering av alkoholdrycker och lördagsstängda systembutiker framfördes i debatten.

I maj månad 1980 tillsatte regeringen ett samordningsorgan, SAMO, för alkoholfrågor. I detta ingick statssekreterarna i departement berörda av alkoholfrågorna och cheferna för Socialstyrelsen, Skolöverstyrelsen, Rikspolisstyrelsen och Generaltullstyrelsen.

SAMO fick bl.a. i uppdrag att överväga åtgärder för att begränsa konsumtionen och därmed missbruket av alkohol, att överväga åtgärder för att minska alkoholens tillgänglighet och åtgärder för att påverka attityder och värderingar till alkoholbruket. Man fick också i uppdrag att utreda de tekniska förutsättningarna för att införa registrering av alkoholinköpen och ransonering av alkoholvarorna. Vad gäller vårsidan fick man bl.a. i uppdrag att utreda hur samhällets olika insatser bättre skulle kunna samordnas.

Uppdraget hade en klart restriktiv inriktning och så uppfattade också SAMO sin uppgift. SAMO arbetade under 1980 och 1981. I en första rapport i december 1980 framförde man några förslag, varom riksdagen fattade beslut våren 1981. Det gällde framförallt prov med lördagsstängda systembutiker under sommaren 1981, straffskärpningsåtgärder för bl.a. hembränning och att gåva och lån av alkohol dryck till ungdomar under 20 år skulle bli straffbart. Motivet för det senare var att ytterligare hindra ungdomar att få tillgång till alkohol drycker och att underlätta för polisen att få fram bevis i langningsmål. Beslutet innebar inte att det skulle vara förbjudet att *bjuda* ungdomar på alkohol. Vad gäller lördagsstängningen hade en majoritet inom SAMO uppfattningen att en sådan skulle leda till bl.a. minskad konsumtion, minskat missbruk och minskad brottslighet.

I sitt arbete utgick SAMO från det övergripande alkoholpolitiska målet att begränsa den totala konsumtionen. SAMO konstaterade att de viktigaste vägarna

därvid är att minska alkoholens tillgänglighet och att genom information, utbildning och opinionskapande arbete söka påverka alkoholvanorna.

Erfarenheter av tidigare alkoholpolitiska åtgärder visar att det är möjligt att åstadkomma mer återhållsamma alkoholvanor genom att begränsa tillgången, konstaterade man vidare. På detta området behandlade SAMO i stort sett samma frågor som APU och redovisade i det närmaste samma uppfattningar. Detta gällde framförallt beträffande prissättningen och etableringspolitiken. SAMO menade att den etableringstakt som var en följd av 1977 års beslut, och som i viss mån avvek från APU:s förslag, var för hög och borde dämpas något.

SAMO betonade vikten av åldersgränserna utan att diskutera var dessa skall ligga. Man tog alltså inte upp den från 1977 vilande frågan om 20- eller 18-årsgräns för inköp i systembutik. Man tog däremot upp ett förslag från den allmänna debatten om obligatorisk legitimationskontroll för alla kunder i systembutikerna. Tanken bakom förslaget var att skapa garantier för att ålderskontrollen iakttogs. SAMO menade emellertid att en lagregel om obligatorisk ålderskontroll inte skulle upplevas som meningsfull av en bred allmänhet och avvisade därför förslaget.

SAMO påtalade brister i ålderskontrollen i livsmedelsbutikernas ölförsäljning och påminde om det ansvar branschen har att inte sälja öl till ungdomar under 18 år.

SAMO konstaterade att olovlig överlåtelse av alkohol, särskilt till ungdomar, är ett av de stora alkoholpolitiska problemen. Förutom de förslag man fick igenom 1981 föreslog man att langningen skulle få stort utrymme i informationsinsatserna och att polisen skulle fortsätta sin intensiva satsning mot langningen.

För utvärdering av provet med lördagsstängda systembutiker tillsattes en särskild arbetsgrupp. Utvärderingens syfte var att ta reda på om försöket lett till några förändringar i fråga om t.ex. alkoholkonsumtionen, omhändertagande av berusade eller viss brottslighet. Även eventuella oönskade effekter, såsom ökad langning, skulle beröras. Utvärderingen var inte klar då SAMO i slutet av 1981 avslutade sitt arbete men man konstaterade att dittills hade ingenting kommit fram som motsade att lördagsstängning skulle ha haft de positiva effekter som SAMO förutsåg då man framförde förslaget. SAMO menade att det fanns starka skäl att införa permanent lördagsstängda systembutiker.

SAMO behandlade ett förslag från Socialstyrelsens nämnd för alkoholfrågor om generellt förbud mot marknadsföring av alkoholdrycker. Nämnden var negativ till den verksamhet de utländska vin- och spritproducenternas ombud bedrev i Sverige. SAMO framhöll att man givetvis hade betänkligheter mot verksamheter som syftar till att öka försäljningen av alkoholdrycker men att det finns flera faktorer som talar mot ett generellt marknadsföringsförbud. Bl.a. ställde sig SAMO tveksamt till möjligheterna att kontrollera efterlevnaden av ett sådant förbud.

Då det gällde begränsning av tillgängligheten framhöll SAMO att man måste vidtaga åtgärder också mot den s.k. oregistrerade försäljningen. Man framhöll att

vissa begränsningar av den legala införseln i samband med utlandsresor inte borde uteslutas men nöjde sig med att föreslå att Generaltullstyrelsen skulle inta en mer restriktiv hållning till etablering av nya färjelinjer. SAMO menade också att starka alkoholpolitiska skäl talade för ett förbud mot försäljning av snabbvinsatser. Den omfattande försäljningen motverkade målet att begränsa den totala alkoholkonsumtionen, sade man. Riksdagen avvisade dock våren 1981 en proposition om förbud mot snabbvinsatser.

SAMO behandlade ingående frågor om information och opinionsbildande insatser som en väg att begränsa alkoholkonsumtionen. Det råder, menade SAMO, ett nära samband mellan detta slag av insatser och olika åtgärder för att begränsa tillgängligheten. ”Om allt fler människor blir medvetna om alkoholens negativa konsekvenser ökar också möjligheten att få förståelse för restriktioner i alkoholpolitiken”, sade man och fortsatte: ”Samhället måste agera konsekvent så att det råder samklang mellan det budskap informationen förmedlar och alkoholpolitiken i övrigt”. Av de förslag man förde fram, och som det delvis beslutades om under tiden SAMO fortfarande arbetade, var en bred aktivitet kring alkohol- och drogfrågorna i skolan, informationsinsatser inom försvaret, där många ungdomar gör sin alkoholdebut, utbildning av personal vid mödra- och barnhälsovården och aktioner mot onykterhet i trafiken. Man föreslog också ökade medel till Socialstyrelsen för samordning av opinionsbildande insatser och betonade betydelsen av de insatser mot drogmisbruk som bedrevs därifrån. Också vad gäller informations- och utbildningsinsatser sammanfaller SAMO:s förslag till stora delar med APU:s.

SAMO hade som särskilt uppdrag att utreda de tekniska förutsättningarna för att införa registrerings- och ransoneringssystem. Det uppdrogs åt en särskild expert att utreda denna fråga. I expertens rapport efter fullgjort arbete beskrivs olika lösningar från mycket enkla till, för den tiden, mycket avancerade. SAMO kommenterade i sitt betänkande inte expertrapporten mer än att man konstaterade att det ur teknisk och administrativ synvinkel var fullt möjligt att genomföra såväl ransonering som registrering av alkoholinköpen. Man redovisade däremot ingen uppfattning om det alkoholpolitiska värdet av sådana system.

Vad avser vårsidan föreslog SAMO ökade insatser för att ge tidig hjälp, bättre anpassning av vårdinsatserna till de kvinnliga missbrukarnas behov, förstärkning av de eftervårdande insatserna för dem, som genomgått behandling och bättre samverkan mellan vårdsystemets olika delar.

SAMO fick stort gehör för sina förslag och för sina uttalanden. Vad gäller detaljhandeln blev den mest påtagliga effekten beslutet om permanent lördagsstängning av systembutikerna från juli 1982. För detaljhandeln fick de förtydliganden SAMO gjorde beträffande tillämpningen av försäljningsbestämmelserna stor betydelse. SAMO bidrog också till att de alkoholpolitiska målen blev mer kända genom sina klarare formuleringar vad gäller både målen och medlen att nå dessa.

### 1.1.10 Socialstyrelsens idéprogram och handlingsprogram 1988–1989

1984 antog Sverige tillsammans med mer än 30 andra länder inom WHO:s europaregion ett hälsopolitiskt dokument om att bl.a. minska alkoholkonsumtionen med minst 25 procent till år 2000. Våren 1985 fattade riksdagen ett beslut med anledning av regeringens proposition ”Utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården m.m.” att ställa sig bakom detta mål. Det har senare fastställts att minskningen skall ske med 1980 års konsumtion som utgångspunkt.

Socialstyrelsen tog fasta 25 procent-målet och utarbetade först ett idéprogram som mer än hundra organisationer och myndigheter yttrade sig över. År 1989 hade arbetet resulterat i ett handlingsprogram med förslag till åtgärder för att nå målet. I programmen finns en stark koppling till 1977 års alkoholpolitiska reform, som man säger fortfarande utgör grunden för vår arbetet. Man ansluter sig också till de delmål som angavs av APU. Till dessa formulerade Socialstyrelsen ytterligare två delmål som man ansåg vara nödvändiga förutsättningar för att uppnå 25 procent-målet. Dessa var:

- Att verka för att hög alkoholkonsumtion betraktas som ett folkhälsoproblem och att alkoholpreventiva program ges hög prioritet vid planering av insatser inom såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård.
- Att verka för att alkoholfrågan aktualiseras och alkoholpolitiska diskussioner förs inom alla delar av samhällslivet.

Från mitten av 1980-talet ökade alkoholkonsumtionen, framförallt konsumtionen av starköl, bland ungdomar efter att några år ha följt en nedåtgående trend. Mot bakgrund därav fick Socialstyrelsen regeringens uppdrag i september 1988 att inom ramen för gällande regelverk föreslå åtgärder i syfte att minska alkoholens tillgänglighet i ungdomsgrupperna.

Vad gäller ökningen av alkoholkonsumtionen bland ungdom satte Socialstyrelsen denna i bl.a. samband med att tillgängligheten på alkohol hade ökat. Antalet alkoholserveringsställen under senare tid ökat betydligt samtidigt som verksamheten i många fall blivit mer ungdomsinriktad. Man fann vidare att åldersgränserna inte efterlevdes i tillräcklig grad särskilt vid ölförsäljningen i livsmedelsbutikerna. Man förordade en skärpt tillämpning av ålderskontrollen i såväl i livsmedelsbutikerna som på serveringsställena och i systembutikerna samt skärpt tillståndsprövning och tillsyn över lämnade tillstånd.

Med hänsyn till uppdragets formulering föreslog Socialstyrelsen inte några direkta författningsändringar men uttryckte tveksamhet till bryggeriernas rätt till viss partihandel och menade att åldersgränsen för servering på restaurang bör vara lika med den som gäller i systembutik.

### 1.1.11 Folkhälsopropositionen

Regeringen tog upp de alkoholpolitiska frågorna i samband med övriga folkhälsofrågor i 1991 års folkhälsoproposition. Man framhåller att målet för den



svenska alkoholpolitiken skall även fortsättningsvis vara att minska den totala alkoholkonsumtionen för att därigenom begränsa alkoholens skadeverkningar. Detta skall bl.a. ske genom en aktiv prispolitik och genom att det restriktionssystem som kringärdar hanteringen av alkoholdrycker upprätthålls. Avsevärt större vikt skall läggas vid förebyggande insatser utifrån ett folkhälsoperspektiv. Man betonar att principerna för folkhälsoarbetet måste bygga på lokalt engagemang, kunskap och samarbete över sektorsgränser. Åtgärder för att minska konsumtionen av alkohol skall ges hög prioritet.

Riksdagen godkände de föreslagna riktlinjerna för den framtida alkoholpolitiken. På centralt plan inrättades en ny myndighet, Folkhälsoinstitutet, med uppgift att driva och samordna de alkoholförebyggande frågorna utifrån ett folkhälsoperspektiv.

### *1.1.12 Drogförebyggande arbete*

Alkoholpolitiken, som den definierades av APU, innefattar alla de socialpolitiska insatser som har till syfte att påverka alkoholkonsumtionen, dvs. såväl prispolitik, försäljningsregler och andra åtgärder som begränsar alkoholens tillgänglighet, som upplysning, information, opinionsbildning, stöd till föreningslivet m.m.

Alltsedan 1954 års reform har betydande belopp varje år satts av i statsbudgeten för den senare typen av insatser. Även inom landsting och kommuner har betydande resurser satsats på drogförebyggande arbete. I vissa fall har statliga och kommunala medel tillsammans med medel från landsting kompletterat varandra i samma projekt.

Informationsarbetet accentuerades kraftigt i samband med genomförandet av 1977-års alkoholpolitiska reform. Enbart Socialstyrelsens nämnd för alkoholfrågor disponerade under sin tid, åren 1978–1985, 100 miljoner kr för olika drogförebyggande insatser. För budgetåret 1980/81 uppgick det statliga stödet för alkohol- och narkotikainformation, inklusive vissa medel från allmänna arvsfonden och Systembolagets alkoholinformation, till drygt 86 miljoner kr.

Kommunernas satsningar har grovt uppskattats till 30–50 miljoner kr år 1982. I över 80 procent av kommunerna pågick verksamhet för att förebygga alkoholskador. I hälften av alla kommuner pågick arbete med drogpolitiska program och lokala drogpolitiska råd.

Även landstingen satsade på att förebygga skador genom alkohol som en del av förebyggande hälsovårdsprogram. Cirka 20 miljoner kr satsades sammanlagt inom landstingen 1983 på droginformation. Vid denna tid tillkom i Landstingsförbundets regi, och med stöd av Socialstyrelsen det s.k. FA-projektet (Föräldrar och alkohol).

Det statliga stödet till drogförebyggande verksamhet har riktats in bl.a. som organisationsbidrag för insatser inom arbetslivets område och insatser i skola och bostadsområden, till invandrargrupper samt till kamratstödande insatser. Särskilt prioriterade målgrupper har varit kvinnor och ungdomar.

Vid sidan av de löpande årliga satsningarna har särskilda kampanjer satts in. Våren 1980 startade en kampanj som sedermera fick namnet Aktion mot droger. Den startade som en bred satsning mot överlåtelse av alkoholdrycker till ungdom. Den förbereddes av en arbetsgrupp med företrädare för Socialdepartementet, Socialstyrelsen, Rikspolisstyrelsen, Systembolaget, Brottsförebyggande rådet, dåvarande Skolöverstyrelsen, Statens ungdomsråd, Svenska Kommunförbundet och CAN. Syftet var att minska alkoholkonsumtionen bland ungdomar under 20 år. Detta skulle ske bl.a. genom att ändra de tillåtande attityderna genemot överlåtelse av alkohol till ungdomar. Målgruppen var föräldrar, andra anhöriga, kamrater och ungdomarna själva för att öka deras insikt om alkoholproblemen.aktionen fick ett breddat uppdrag och förlängdes i tiden jämfört med vad som ursprungligen var tänkt. Den nya målsättningen blev bl.a. att höja debutåldern för alkohol; att stimulera till lokala aktioner mot droger samt att skapa en massiv opinion mot langning.aktionen avslutades sommaren 1982.

Som ytterligare exempel på särskilda statliga drogförebyggande satsningar kan nämnas den sk BOMAN-gruppen; Beredningsgruppen för Opinionsbildning Mot Alkohol och Narkotika. Den bildades 1986 som en särskild beredningsgrupp till regeringens alkohol- och narkotikapolitiska råd för att se över, intensifiera och utveckla de opinionsbildande insatserna. Arbetet inriktades främst på ungdomar i åldersgruppen 15–20 år. BOMAN-gruppens arbete avslutades i januari 1989.

Som en direkt arvtagare till BOMAN-gruppen startades en ny och bredare aktion mot droger. Den kallade sig Athena. Gruppen hade en likartad sammansättning som 1980 års aktion, men något bredare. Athena hade till uppdrag bl.a. att samordna såväl organisationers som ansvariga myndigheters insatser till en nationell aktion. Det var en tillfällig, extra satsning som skulle komplettera det reguljära drogförebyggande arbete som myndigheter och organisationer bedrev. Athenagruppen hade som huvdmål att starta ett långsiktigt arbete för att minska ungdomars alkoholkonsumtion; öka andelen ungdomar som inte dricker och få övriga ungdomar att dricka mindre samt att bidra till att ungdomar mellan 20 och 24 år minskar sin alkoholkonsumtion i enlighet med 25 procent-målet. Athena hade också inriktning på narkotika- och HIV-området. Gruppen arbetade fram till halvårsskiftet 1991.

## 1.2 Nuvarande alkoholpolitik i sammandrag

### 1.2.1 Syfte och mål

Som framgått av det tidigare lade riksdagen 1977 fast den gällande alkoholpolitiken. Den grundar sig bl.a. på följande utgångspunkter:

Att flertalet vuxna här i landet använder alkohol och att de inte vill avstå från det.

- Att med användning av alkohol följer risk för beroende, missbruk och skador.
- Att cirka 10 procent av befolkningen är storkonsumenter och att dessa svarar för ungefär hälften av alkoholkonsumtionen.

- Att missbruk av alkohol är ett av landets största sociala och medicinska problem och att sådant missbruk ofta leder till andra slag av missbruk och till brottslighet.
- Att det finns ett klart samband mellan den totala alkoholkonsumtionen i landet och omfattningen av missbruket och alkoholskadorna. Från leden av normal-konsumenter rekryteras missbrukare. Missbruk leder till skador.

Alkoholpolitikens främsta mål är att med olika åtgärder nå en sådan begränsning av den totala alkoholkonsumtionen som bidrar till att alkoholmissbruket trängs tillbaka och alkoholskadorna därmed motverkas. Som nämnts tidigare har Sverige anslutit sig till WHO-målet att till år 2000 minska alkoholkonsumtionen med 25 procent med 1980 års konsumtion som utgångspunkt.

Som delmål gäller bl.a.:

- att alkoholkonsumtion ej förekommer under uppväxttiden,
- avhållsamhet i vissa situationer såsom i trafiken, i arbetslivet och under graviditet,
- inriktning av konsumtionen på svagare drycker,
- goda kunskaper hos ungdomar och vuxna om alkoholens verkningar,
- att skapa återhållsamma alkoholvanor som motverkar berusning,
- att motverka illegal alkoholhantering samt
- att avglorifiera alkoholen.

### 1.2.2 Åtgärder

Åtgärder för att nå målen balanseras med hänsyn till de målkonflikter som föreligger. Alltför stor restriktivitet i syfte att begränsa alkoholkonsumtionen kan hämma målet att motverka illegal hantering. Alltför hög beskattning kan också motverka arbetet mot illegal hantering.

En allmän utgångspunkt är att åtgärderna skall vara sådana som av flertalet konsumenter uppfattas som meningsfulla. Detta är en förutsättning för att vinna förtroende för alkoholpolitiken.

Samhällets åtgärder för att nå de alkoholpolitiska målen är av olika slag. Medel anslås för forskning om alkoholens verkningar och om resultat av alkoholpolitiska åtgärder. Det finns ett omfattande program för opinionsbildande arbete och för utbildning och information om alkoholens skadeverkningar. Dessutom finns det ett antal bestämmelser som i första hand syftar till att begränsa alkoholens tillgänglighet. Många av åtgärderna är speciellt avsedda att skydda ungdomar.

För tillverkning och försäljning av alkoholdrycker fordras tillstånd. Framställning i hemmet för eget bruk av vin och maltdryck är dock tillåten utan tillstånd.

Ett av de viktigaste styrmedlen i svensk alkoholpolitik är att en stor del av hanteringen av spritdrycker, vin och starköl har lagts på av staten ägda monopol-företag. Åtgärderna syftar till att begränsa det enskilda vinstintresset och uppnå en återhållsam försäljning. Samtidigt skapas garantier för att försäljningen sker med socialt ansvar, vilket lagen föreskriver. Enskild handel med alkoholdrycker styrs från statens sida genom tillstånds- och tillsynsregler.

Ett annat viktigt styrmedel är priset på alkoholdryckerna. Priset hålls genom beskattning på en hög nivå. Skatten differentieras så att det främjar försäljningen av de alkoholsvaga dryckerna. Gällande beskattningsregler fastställdes av riksdagen 1992 på grundval av förslag från Alkoholskatteutredningen.

Tillgängligheten begränsas vidare genom försäljningsregler och genom riktlinjer för etablering av systembutiker och för öppethållandetider. Åldersgränserna är 20 år för försäljning i systembutik och 18 år för försäljning av öl i livsmedelsbutik. Den senare åldern gäller även för servering på restaurang. Åldersgränserna behandlades våren 1991 i regeringen och i riksdagen. Riksdagen slog fast med klar majoritet, 250 röster mot 45, att 20-årsgränsen skall bibehållas i systembutikerna.

Alkoholdrycker får inte säljas till den som är märkbart påverkad av alkohol eller annat berusningsmedel eller då det finns särskild anledning att antaga att varan är avsedd att olovligen tillhandahållas någon.

Etablering av systembutiker beslutas av Systembolaget enligt bestämmelser som regeringen meddelar. Bolagets utbyggnad av butiksnätet sker med iakttagande av 1977 års riksdagsbeslut om alkoholpolitiken. Målet är att det skall finnas systembutik i centralorten i varje kommun, som begär en sådan butik och som har ett tillräckligt befolkningsunderlag.

Systembutikernas öppettider bestäms av Systembolaget. Om bolaget överväger väsentliga ändringar av öppettiderna skall detta underställas regering och riksdag.

Särskild måttfullhet skall iakttas vid marknadsföring av alkoholdrycker. Åtgärder får inte vara påträngande, uppsökande eller uppmana till bruk av alkohol. Annonsering om spritdrycker, vin och starköl är förbjudet i radio och TV samt i tidningar och tidskrifter som riktar sig till allmänheten. Måttfull marknadsföring får förekomma på försäljningsställe, dvs. i systembutiker och restauranger. Annonsering är också tillåten i facktidsskrifter, t.ex. för restauratörer. Systembolaget och Vin & Sprit AB är skyldiga att ingripa mot uppenbart olämpliga marknadsföringsåtgärder.



## 2 Alkoholförsäljningens, alkoholkonsumtionens och alkoholskadornas utveckling i Sverige

### 2.1 Inledning

Alkoholförsäljningen används ofta som ett mått på den totala alkoholkonsumtionens storlek och på förändringar i denna. Men den är också intressant på grund av det samband som finns mellan förändringarna i den totala konsumtionen och förändringarna i alkoholmissbruket, så som detta avspeglas i olika skador. En förändring i totalkonsumtionen påverkar andelen storkonsumerter, som i sin tur har betydelse för skadornas omfattning. Forskningsresultat visar att en rad olika skador har samband med totalkonsumtionen.

Utöver den konsumtion som speglas i försäljningsstatistiken tillkommer hembränd sprit, lagligt eller olagligt införda alkoholdrycker och hemtillverkat vin. Omfattningen av denna konsumtion är svårbedömbär och kan inte heller förutsättas komma med i de frågeundersökningar som regelbundet genomförs i befolkningen. I försäljningsstatistiken ej redovisad konsumtion tas upp i avsnitt 2.5 och i bilaga 7 i detta betänkande.

Det finns dock anledning att anta att *förändringarna* i den icke statistikförda konsumtionen inte är mer omfattande än att försäljningssiffrorna kan användas som ett mått på de faktiska konsumtions*förändringarna* från år till år.

För att få en uppfattning om alkoholkonsumtionens utveckling och omfattning i olika befolkningsgrupper är man hänvisad till resultaten från frågeundersökningar. Sådana har under många år genomförts bland eleverna i årskurserna sex och nio i grundskolan, bland värnpliktsinskrivna män och i urval i befolkningen eller i de yngre åldersklasserna i befolkningen. Respektive undersökningsserie har i stort genomförts på ett likartat sätt år från år, vilket gör det möjligt att beskriva utvecklingen.

Några data som visar omfattningen av det totala alkoholmissbruket eller det totala antalet alkoholskador är inte tillgängliga. Frågan om alkoholmissbrukets omfattning berörs i avsnitt 2.2.3 och i bilaga 9 i detta betänkande. De försök som gjorts att uppskatta antalet har inte varit särskilt framgångsrika. Vad som framför allt finns att tillgå är uppgifter om vissa, främst medicinska, alkoholrelaterade skador. Särskilt dödligheten i levercirrhos har använts som "indikator" på missbruksutvecklingen. Andra alkoholrelaterade dödsorsaker är alkoholism, alkoholpsykos, alkoholförgiftning och bukspottkörtelinflammation (pankreatit). Motsvarande sjukdomsdiagnoser har också redovisats för delar av landet. Från sjukvården finns bl.a. också uppgifter om antalet utskrivningar från slutna psykiatriska

vård av patienter med alkoholrelaterade diagnoser och, för vissa år, antalet inneliggande en viss dag.

Insamling och registrering av uppgifter om alkoholskadorna påverkas av en mängd olika faktorer som kan ge upphov till förändringar i statistiken och därigenom försvåra möjligheterna att dra riktiga slutsatser. Dessa svårigheter till trots bedöms de redovisade sifferserierna kunna förmedla en någorlunda korrekt bild av *utvecklingen*.

I det följande redogör kommissionen för alkoholutvecklingen i Sverige. En del av de kunskaper vi har om utvecklingen av försäljning, konsumtion och skador redovisas. Huvudinriktningen är på utvecklingen efter det andra världskriget. Först lämnas dock en kort redogörelse för de metodsvårigheter som föreligger vid "mätning" av försäljning, konsumtion och skador.

## 2.2 Metodsvårigheter och tillförlitlighetsproblem

### 2.2.1 Inledning

En rad undersökningar visar att alkoholkonsumtionen är mycket snett fördelad i en befolkning. Majoriteten använder en liten mängd alkohol, ett något mindre antal personer använder en något större mängd alkohol och ett litet antal använder en stor mängd. I runda tal svarar mellan 10 procent och 15 procent av alkoholkonsumenterna för ca 50 procent av den i samband med frågeundersökningar redovisade totala alkoholkonsumtionen.

Till grund för bedömningar av omfattningen och utvecklingen av alkoholkonsumtion och alkoholmissbruk ligger en rad olika uppgifter, insamlade med olika metoder och speglande olika delar av det totala komplex som bruk och missbruk utgör. I en del fall är uppgifterna insamlade med det direkta syftet att ge en bild av omfattningen av bruk eller missbruk. Detta gäller t.ex. de frågor om alkoholvanor som ställs i frågeundersökningar ("surveys"). I andra fall kan uppgifterna gälla konsekvenser av användningen. Exempel på detta är uppgifter om antalet fall av alkoholpsykos (delirium tremens) eller antalet fylleriomhändertaganden.

Det är egentligen självklart att resultaten från olika undersökningsmetoder speglar olika delar av det totala komplex som bruk och missbruk utgör. Den använda metoden bestämmer vilken typ av bruk eller missbruk som resultaten i bästa fall ger en uppskattning av.

Frågeundersökningar ("surveys") används ofta. Men den "sanna" konsumtionsfördelningen ser annorlunda ut än den som svaren i en frågeundersökning ger. I bästa fall ger den en någorlunda korrekt bild av antalet "normalkonsumenter", en ofullständig bild av antalet högkonsumenter och, i det närmaste, ingen bild alls av antalet alkoholmissbrukare.

En orsaken till att olika bedömare ofta kommer fram till olika bedömningar av alkoholmissbrukets omfattning kan också vara att missbruksbegreppet används olika. Det kan t.ex. gälla skillnaden mellan "alkoholmissbruk" och "alkoholberoende".

Sammanfattningsvis kan man konstatera att olika undersökningsmetoder "fångar in" olika användarkategorier och av att tillgängliga metoder och tillgängliga uppgifter har uppenbara brister när de ska användas som underlag för bedömningar av missbrukets omfattning och utveckling. Vissa metoder är bäst ägnade att belysa det "sociala" alkoholbruket, medan de inte ger någon kunskap alls om omfattningen av alkoholmissbruk. Andra metoder eller data kan tas som utgångspunkt för bedömningar av alkoholmissbrukets omfattning men säger ingenting om tillfällighetsanvändarnas antal.

### 2.2.2 Frågeundersökningar

Det vanligaste tillvägagångssättet för att få reda på människors handlingar och åsikter är att fråga dem. Inom samhällsvetenskaperna är frågeundersökningar mycket vanliga och i många sammanhang den enda möjliga metoden.

Resultat från frågeundersökningar beskriver mer eller mindre väl den verklighet som undersökningarna syftar till att beskriva. Genomförs undersökningen på ett urval, vilket är regel snarare än undantag, uppkommer fel just på grund av att det rör sig om urval. Det är ju inte säkert att personerna i ett annat urval skulle ge samma svar som de som ingår i det urval som besvarat frågorna.

Ytterligare ett fel, det s.k. bortfallsfelet, har att göra med att alla personer som ingår i undersökningen inte deltar, antingen på grund av att de inte går att få tag på eller på grund av att de vägrar att vara med.

Det är inte heller säkert att frågorna blir rätt besvarade. Orsaken till detta kan vara lässvårigheter hos den som besvarat enkäten, att frågorna varit oklart formulerade, att de som svarar glömt hur det som efterfrågas förhöll sig eller att han eller hon helt enkelt inte vill tala om hur det förhöll sig. Man brukar i sådana fall tala om "mätfel".

De datainsamlingsmetoder som förekommer i samband med frågeundersökningar är besöksintervjuer, telefonintervjuer, postenkäter och gruppenkäter. En enkät innebär att uppgiftslämnaren själv fyller i svaren på frågorna, antingen på själva enkätformuläret eller på ett särskilt svarsformulär. De olika datainsamlingsmetoderna har olika användningsområden och olika för- och nackdelar, bl.a. när det gäller risken för olika slags fel. Man kan förutsätta att skilda datainsamlingsmetoder leder till skilda resultat.

Förekomsten av mätfel gör det svårt att med säkerhet bedöma t.ex. hur många "högkonsumenter" det finns. Men om man antar att mätfelen är konstanta över tid kan undersökningsresultaten, trots sådana fel, ge underlag för en bedömning av *utvecklingen* från år till år.

Det är dock möjligt att mätfel kan variera även över tid. Sannolikheten för underskattningar respektive överskattningar kanske förändras från en period till en annan. Det är en mängd faktorer som påverkar intervju- och enkätsituationen och dessa kan i sin tur påverkas av förändringar över tid. Ett exempel är inställningen till användningen av droger, som kan vara mer eller mindre "tillåtande". Ibland är det "inne" att använda alkohol eller andra droger. Det är i en sådan



situation möjligt att en del ungdomar säger att de har gjort detta utan att så är fallet. Under perioder då inställningen är mindre tillåtande kanske några säger att de inte har använt, trots att de har det.

Det är alltså möjligt att förändringar mot t.ex. en mer restriktiv hållning kan leda till en ökning av antalet personer som underrapporterar sin alkoholkonsumtion. Man kan emellertid också anta att förändringar som har sådan effekt att de påverkar benägenheten att tala sanning även påverkar andra på så sätt att de inte dricker alkohol eller dricker mindre. En nedgång av antalet ungdomar som uppger att de druckit alkohol och en minskning av uppgivna kvantiteter skulle i enlighet härmed kunna vara resultat av dels en ökande underrapportering och dels en minskning av den faktiska konsumtionen.

Man kan å andra sidan tänka sig en rakt motsatt effekt. Att en del ungdomar använder alkohol kan ibland uppfattas som en "protest" mot rådande värderingar. Från denna utgångspunkt blir en "verbal" protest eller en protest i form av användning sannolikast när "vuxenvärldens" inställning är mindre tillåtande. Detta skulle i en situation när utvecklingen går mot en mer restriktiv hållning leda till en ökande överrapportering och en ökande användning. Vad som främst talar mot en sådan effekt, om den över huvud taget skulle kunna förekomma, är att förändringarna i inställningen inte varit så radikala. Den allmänna inställningen till att unga människor använder alkohol har alltid i grunden varit negativ och därmed "protesterbar".

Problemet med mätfel har man försökt angripa genom att använda speciella tekniker i samband med att frågorna ställs. En teknik brukar på "svenska" betecknas "randomiserade intervjuer". Metoden har i Sverige prövats av Danermark och Vintherheimer (1984). I deras undersökning gav randomiserade intervjuer något högre skattningar av narkotikaanvändning än direkta frågor i en anonym gruppenkät. Skillnaden – 8,0 procent mot 5,3 procent – var emellertid inte statistiskt signifikant. Det är troligt att frågor om alkohol i varje fall inte skulle ge större skillnader.

Denna undersökning belyser tillförlitligheten i svaren vid ett givet tillfälle och i en given population. Det är inte säkert att resultaten kan generaliseras till andra tidpunkter eller andra grupper. Som nämnts kan t.ex. den allmänna inställningen förändras i tillåtande eller restriktiv riktning och detta i sin tur påverka benägenheten att avge sanningsenliga svar.

Som framgått kan således resultaten av frågeundersökningarna ifrågasättas av framför allt två skäl. Det ena har att göra med bortfallet och misstanken att detta innehåller en större andel av brukare och högkonsumenter än vad urvalet i sin helhet gör. Det andra skälet till att resultaten kan ifrågasättas är en misstanke om att svaren, på grund av t.ex. glömska eller ovillighet att säga som det är, inte ger en sann bild av respondentens alkoholvanor.

De redovisade undersökningarna av bortfallets och av mätfelens effekter talar dock för att dessa inte är avgörande när det gäller att följa alkoholkonsumtionens utveckling år från år. Felen från ett år till ett annat ligger troligen på ungefär

samma nivå och gör det möjligt att använda frågeundersökningarnas resultat som en mätare på utvecklingen.

Däremot gör felen att andelen högkonsumenter och missbrukare generellt ligger på en för låg nivå. Det går följaktligen inte att från resultaten av frågeundersökningarna dra några slutsatser om hur många högkonsumenterna är.

### 2.2.3 *Bedömning av missbrukets omfattning*

Att försöka få ett grepp om hur många alkoholmissbrukare det finns i ett land innebär som nämnts stora svårigheter. Om man t.ex. utgår från antalet personer som till följd av alkoholkonsumtionens konsekvenser registreras i samband med sjukhusvård får man en bild av en del av alkoholmissbruket – men långtifrån någon fullständig bild. När det gäller viss vårdefterfrågan, t.ex. på grund av leversjukdom, ingår det i statistiken också en hel del personer som är högkonsumenter av alkohol men inte missbrukare i traditionell mening. Varje ”indikator” på alkoholmissbruk (t.ex. en viss diagnos) kan bara spegla en mindre del av det totala missbruket. Och många missbrukare får inte sådana skador att de tar kontakt med någon vårdgivare.

Det har gjorts några försök i skilda länder att skatta antalet högkonsumenter eller antalet alkoholmissbrukare. Ett par av dessa försök skall kortfattat beskrivas i det följande. En något utförligare framställning lämnas i bilaga 9, där även referenserna till detta avsnitt finns redovisade.

#### **Ledermanns metod för skattning av antalet högkonsumenter**

Ledermanns tillvägagångssätt innebär ett försök att beskriva hur alkoholkonsumtionen är fördelad i en befolkning, vilket också innebär en uppskattning av hur stor del av befolkningen som har en, på något sätt avgränsad, hög eller mycket hög konsumtion.

Det som gör denna metoden intressant är självfallet att det finns ett samband mellan konsumtionsnivå och skadenivå. Detta samband är dock inte absolut. Det finns personer med en mycket hög alkoholkonsumtion som inte uppvisar skador som leder till t.ex. sjukhusvård och somatiska diagnoser och det finns personer med en relativt måttlig konsumtion som har alkoholbetingade sjukdomar.

Den ”lognormala” fördelningen har tillämpats på många mänskliga företeelser (Aitchison och Brown, 1969). Inom alkoholområdet har den förutom av Ledermann själv framför allt använts av kanadensiska forskare (Ledermann, 1956; 1964; de Lint och Schmidt, 1968; 1971; Hyland och Scott, 1969; Addiction Research Foundation, 1984).

Den ledermannska metoden innebär en mycket stor fördel i jämförelse med andra skattningmetoder genom att den utgår från data som är lätt åtkomliga i flertalet länder. Metoden har emellertid kritiserats såväl från teoretiska som från empiriska utgångspunkter, bl.a. av Skog (1972a; 1972b), Miller och Agnew (1974) samt Parker och Harman (1978). En genomgripande analys av Ledermanns utgångspunkter och en redovisning av genomförda empiriska studier har

lämnats av Skog (1982; 1983). Enligt Skog ger varken empiriska data eller teoretiska argument något stöd för standpunkten att alkoholkonsumtionens fördelning har strikt matematiska egenskaper. Empiriska data avviker i flera fall från "lognormalitet", även om avvikelserna sällan är dramatiska.

### **Jellineks skattningsformel**

Ett av de mest utforskade sambanden mellan alkoholmissbruk och skador gäller dödligheten i levercirrhos. Undersökningar som påvisar ett sådant samband finns redovisade sedan flera år i många länder. En tidig översikt över tillgängliga kliniska erfarenheter och statistik redovisades av Jolliffe och Jellinek (1941). Med utgångspunkt i utvecklingen av antalet fall av levercirrhos (enligt obduktionsresultat) bland alkoholister och i förekomsten av alkoholism bland dem som dött till följd av levercirrhos antog Jellinek att det fanns ett tillräckligt stabilt samband mellan alkoholism och dödligheten i levercirrhos för att det skulle vara möjligt att skatta antalet alkoholister (Keller, 1975).

Tillvägagångssättet redovisades i ett par böcker som publicerades i början av 1940-talet (Haggard och Jellinek, 1942, s 25f; Jolliffe och Jellinek, 1942, s 286ff) och finns formaliserat i en WHO-publikation från 1951 (World Health Organization, 1951). Jellineks skattningsformel fick stor spridning och var den accepterade tekniken att mäta förekomsten av alkoholism under 1950- och 1960-talen. Den minskade betydelse som formeln därefter har fått beror bl.a. på att konstanterna i formeln har ifrågasatts och på insikten om att det finns många former av alkoholmissbruk förutom den kroniska alkoholism som definierats av Jellinek och som formeln syftar till att skatta antalet fall av (Furst, 1983).

Som redan nämnts används Jellineks metod i mycket begränsad utsträckning i dag – i varje fall i sådana sammanhang att det avspeglar sig i vetenskapliga publikationer. De kritiska invändningar som framförts mot metoden har bl.a. gällt skattningen av alkoholbetingad levercirrhosdödlighet och hur stor andelen alkoholister med medicinska komplikationer av alla alkoholister är. Alla dessa skattningar behövs för beräkningarna.

Det är med utgångspunkt i levercirrhosdödligheten inte möjligt att skatta antalet alkoholmissbrukare. Men levercirrhosdödligheten går naturligtvis att använda som en visare för färdriktning och reshastighet. I t.ex. Sverige har antalet dödsfall på grund av levercirrhos minskat från 12,92 till 7,44 under tioårsperioden 1976–1985, eller med drygt 40 procent. Att antalet missbrukare också har minskat sedan slutet av 1970-talet, då man började tala om 300 000, är med säkerhet fallet. Men frågan är med hur mycket och frågan är hur pass säker utgångssiffran från 1970-talet är. Ursprunget till siffran och hur den beräknats är inte känt.

Minskningen av försäljningen under samma period uppgick till drygt 20 procent. Men även denna siffra visar snarare riktning än hur stor minskningen av missbruket var.

## 2.3 Alkoholförsäljningen efter andra världskriget

Den totala alkoholförsäljningen ökade under efterkrigstiden. År 1946 var den 4,09 liter alkohol 100 procent per invånare 15 år och däröver. År 1954, dvs. det sista hela året med motbok, var den 4,92 liter. År 1956 var den 5,78.

I slutet av 1960-talet och mitten av 1970-talet ökade försäljningen ytterligare för att kulminera 1976. Då var den 7,70 liter. Därefter minskade den till 6,01 liter 1984, vilket är lika mycket som 1966. Minskningen mellan 1976 och 1984 uppgick till 22 procent. Sedan mitten av 1980-talet har försäljningen ökat igen. 1992 var den 6,33 liter alkohol 100 procent. Utvecklingen illustreras i diagram 2.1.

Som framgår av diagram 2.1 har betydande förändringar skett i valet av alkoholdryck. Av den totala försäljningen 1946 var 73 procent spritdrycker, 22 procent öl och 7 procent vin. Sedan 1979 har spritförsäljningen i stort minskat kontinuerligt, vilket är det som framför allt ligger bakom den totala försäljningsminskningen. I övrigt karakteriseras efterkrigstiden av en tilltagande vinförsäljning. Tiden efter 1985 har präglats av en ökande ölförsäljning, vilken bidragit till uppgången under de allra senaste åren.

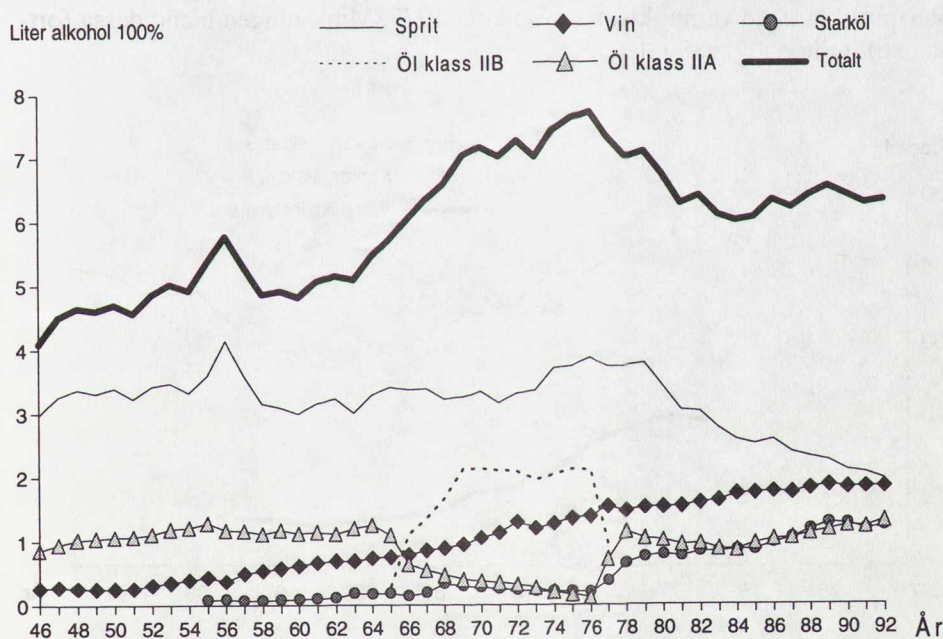


Diagram 2.1 Försäljningen av spritdrycker, vin och öl i liter alkohol 100 % per invånare 15 år och däröver. 1946-1992.

Källa: Rapport 93, Alkohol- och narkotikautvecklingen i Sverige. Stockholm: Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning (CAN), 1993.

Utvecklingen har lett till att spritdryckerna, vinet och ölet i dag, grovt räknat, svarar för ungefär en tredjedel var. 1992 motsvarade spritförsäljningen 1,96 liter alkohol 100 procent (31 procent av hela försäljningen), vinförsäljningen 1,84 liter (29 procent), starkölsförsäljningen 1,22 liter (19 procent) och försäljningen av "folköl" (klass II) 1,31 liter (21 procent), dvs. öl tillsammans taget 40 procent.

## 2.4 Alkoholkonsumtionen i olika befolkningsgrupper

### 2.4.1 Ungdomarnas alkoholkonsumtion

Data om alkoholkonsumtionen i olika befolkningsgrupper finns som nämnts i första hand för ungdomar och då framför allt bland skolungdomen och de värnpliktiga.

Undersökningarna visar att pojkarna i årskurs 9 hade en relativt oförändrad "berusningskonsumtion" under första hälften av 1970-talet (diagram 2.2). Däremot tilltog flickornas "berusningskonsumtion" under samma period. Efter en topp 1976 eller 1977 minskade under några år andelen som drack sig berusade och låg som lägst 1984.

Kraftiga minskningar av andelen som varit berusade "någon gång i veckan" återfinns bland de värnpliktsinskrivna efter 1977. Minskningen bland dessa fortsatte till mitten av 1980-talet.

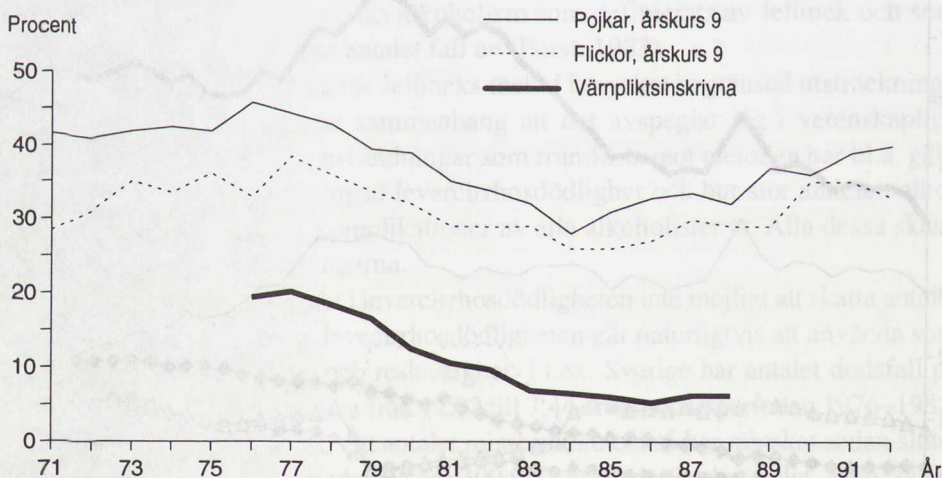


Diagram 2.2. *Andelen pojkar och flickor i årskurs 9 som känner sig berusade varje eller nästan varje gång de dricker alkohol och andelen värnpliktsinskrivna som uppger sig vara berusade någon gång i veckan. 1971–1992.*

Källa: Rapport 93, Alkohol- och narkotikautvecklingen i Sverige. Stockholm: Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning (CAN), 1993

Enligt Sifos ungdomsintervjuundersökning minskade alkoholkonsumtionen bland pojkar under första hälften av 1980-talet (diagram 2.3a). Under senare hälften har en viss ökning ägt rum. Nedgången berodde främst på en minskning av vinkonsumtionen, uppgången på en ökad ölkonsumtion. Det finns en påtaglig skillnad mellan de redovisade åldersgrupperna. 12–15-åringarna ligger, av naturliga skäl, på en mycket låg nivå och dessutom med små förändringar år från år. De andra åldersgrupperna, 16–19 år och 20–24 år, minskar sin konsumtion under den första hälften av 1980-talet, för att sedan öka något igen.

Flickornas konsumtion ligger på en lägre nivå än pojkarnas och förändringarna från år till år är inte lika påtagliga (diagram 2.3b). Bland de yngsta finns ingen

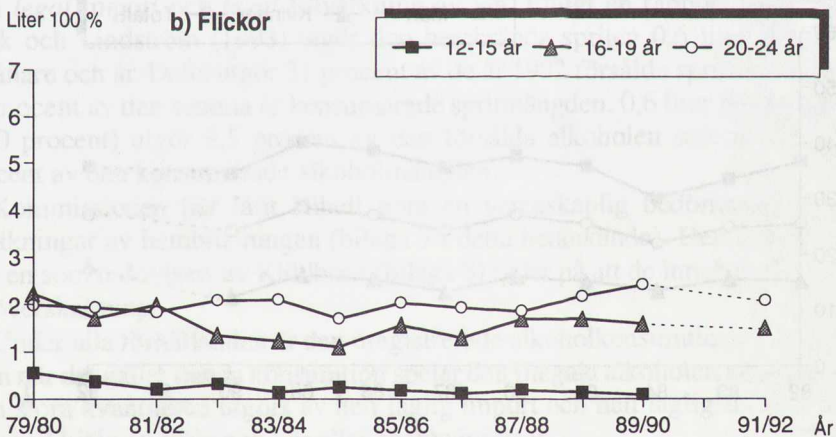
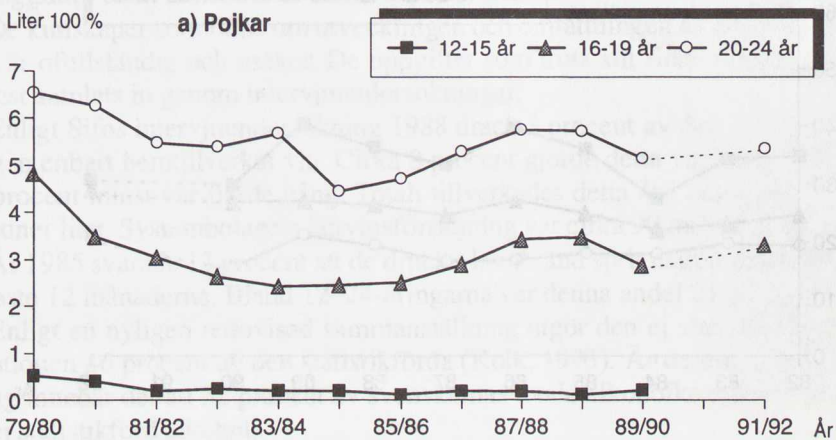


Diagram 2.3. Den beräknade genomsnittliga totala årskonsumtionen mätt i liter alkohol 100 % bland a) pojkar b) flickor i olika åldrar. 1979/80–1991/92.

Källa: Rapport 93, Alkohol- och narkotikautvecklingen i Sverige. Stockholm: Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning (CAN), 1993

skillnad mellan pojkarnas och flickornas konsumtion, men skillnaden ökar med stigande ålder.

#### 2.4.2 Den vuxna befolkningens alkoholkonsumtion

Resultaten från intervjuundersökningar av den vuxna befolkningen återspeglar i stort sett förändringarna i försäljningssiffrorna. Förändringarna är dock mest markerade i den yngsta åldersgruppen (18–29 år) men kan avläsas i samtliga åldersgrupper och såväl bland män som kvinnor (diagram 2.4a, 2.4b).

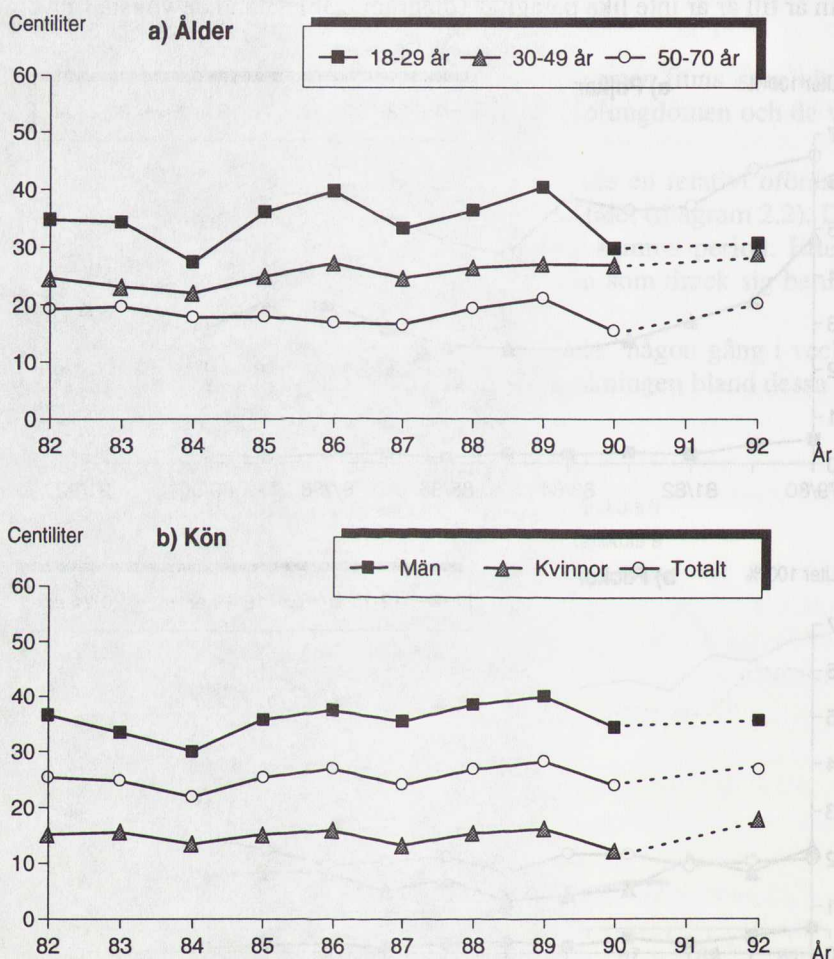


Diagram 2.4. Den beräknade genomsnittliga konsumtionen per vecka a) i olika åldersgrupper och b) bland män och kvinnor samt totalt, mätt i cl 40-procentig alkohol. 1982–1990, 1992.

Källa: Rapport 93, Alkohol- och narkotikautvecklingen i Sverige. Stockholm: Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning (CAN), 1993

Konsumtionen är högst bland 18–29-åringarna, lägre i åldersgruppen 30–49 år och lägst i gruppen 50–70 år (diagram 2.4a). Männens konsumtion är mer än dubbelt så hög som kvinnornas (diagram 2.4b).

## 2.5 Konsumtion av ej statistikförd alkohol

De av Systembolaget och bryggerierna försålda alkoholdryckerna omfattar inte hela den konsumerade mängden alkohol. Därtill kommer konsumtion av hemtillverkat vin, hembränd sprit (inklusive sprit från illegala "spritfabriker"), alkoholdrycker som lagligt förts in i samband med utlandsresor, illegalt införd alkohol (smuggling) samt konsumtion under utlandsvistelse.

De kunskaper som finns om utvecklingen och omfattningen av denna konsumtion är ofullständig och osäker. De uppgifter som trots allt finns tillgängliga har främst samlats in genom intervjuundersökningar.

Enligt Sifos intervjuundersökning 1988 drack 3 procent av den vuxna befolkningen enbart hemtillverkat vin. Cirka 8 procent gjorde detta varannan gång och 15 procent minst var fjärde gång. Totalt tillverkades detta år i hemmen cirka 25 miljoner liter. Systembolagets lättvinsförsäljning var cirka 90 miljoner liter 1988.

År 1985 svarade 13 procent att de druckit hembränd sprit någon gång under de senaste 12 månaderna. Bland 12–24-åringarna var denna andel 21 procent.

Enligt en nyligen redovisad sammanställning utgör den ej statistikförda konsumtionen 46 procent av den statistikförda (Kolk, 1993). Är denna uppskattning riktig innebär det att 31 procent av svenskarnas totala alkoholkonsumtion utgörs av ej statistikförd alkohol.

Omkring tre fjärdedelar av den ej statistikförda konsumtionen härstammar från *legal* import och *legal* tillverkning av vin. Enligt en rapport av Philipson, Kolk och Lindström (1993) utgör den hembrända spriten 0,6 liter alkohol per invånare och år. Detta utgör 31 procent av de år 1992 försålda spritdryckerna och 23 procent av den samma år konsumerade spritmängden. 0,6 liter hembränd sprit (100 procent) utgör 9,5 procent av den försålda alkoholen samma år och 8,7 procent av den konsumerade alkoholmängden.

Kommissionen har låtit Hibell göra en vetenskaplig bedömning av dessa beräkningar av hembränningen (bilaga 7 i detta betänkande). Denna bedömning och en som redovisats av Kühlhorn (bilaga 8) tyder på att de innebär en betydande överskattning.

Under alla förhållanden är den oregistrerade alkoholkonsumtionen betydande. Men när det gäller denna konsumtion spelar den illegala alkoholen en mindre roll. Den stora kvantiteten utgörs av helt laglig import och helt laglig tillverkning av vin med hjälp av frukt och bär eller snabbvinsatser.

När det gäller frågan om vilka åtgärder som kan behöva vidtas är distinktionen mellan *legal* och *illegal* oregistrerad alkoholkonsumtion viktig att medvetandegöra.

De uppgifter som finns tillgängliga om omfattningen och om förändringarna av den oregistrerade alkoholkonsumtionen tyder på att försäljningssiffrorna i



stora drag visar de faktiska *förändringarna*. För detta talar också det förhållandet att data om alkoholkonsumtionen enligt intervjuundersökningarna i stort följer försäljningssiffrorna.

När det gäller prisets effekter på den illegala hanteringen har man ibland argumenterat för att priset skulle sänkas på systembolagets sprit för att restaurangägare och "vanliga konsumenter" skulle sluta att handla hembränt.

Priset på sprit (brännvin) är inte exceptionellt högt i dag. Om realpriset sätts lika med 100 år 1956 så är det i dag ca 140. Realpriset är lägre i dag än vad det var åren 1983–1985. Det är vidare uppenbart att Systembolagets spritpriser aldrig kan sänkas till en nivå som är så låg att den kan konkurrera med hembrännarnas priser, inte ens om priset reduceras till en femtedel av dagens pris. Om produktionskostnaden för en liter hembränt ligger kring 20 kronor, vilket troligen är högt räknat, så kanske tillverkaren gör ett påslag med 100 kronor och kan efter detta erbjuda varan till ett pris som ligger ca 100 kronor under systembolagets pris för samma mängd brännvin. När det gäller restaurangägare som handlar hembränt är det uteslutande en polisiär fråga, eftersom dessa tar lika mycket betalt som de skulle ha gjort för sprit från Systembolaget. Konsumtionen påverkas följaktligen inte, det enda som påverkas är restaurangägarens vinst.

Enskilda personers inköp kan självfallet påverkas av de höga priserna så att vissa köper illegal sprit eller tillverkar själva. Nettoeffekten är dock med säkerhet positiv. Alla tillgängliga data visar att en prishöjning inte bara gör att den registrerade spritförsäljningen minskar. Även alkoholskadorna minskar. Detta skulle de självfallet inte göra om inte prishöjningen hade lett till en minskad alkoholkonsumtion, inklusive konsumtion av illegal sprit.

Det är med säkerhet också så att en höjning av Systembolagets spritpriser följs av en höjning av priset på den illegala spriten. Eftersom de som illegalt tillverkar och säljer sprit troligen inte gör detta av altruism utan för att tjäna pengar höjs med säkerhet priset på den illegala spriten samtidigt som priset på Systembolagets sortiment höjs. Det framhålls ofta att prishöjningarna på Systembolaget åtföljs av ökning av konsumtionen av illegal sprit. Det finns emellertid inga säkra data som visar att så skulle vara fallet. När det gäller hembränning och monopolbolagets spritförsäljning har även den motsatta möjligheten framförts såväl i Norge (Reinås, 1991) som i Finland (Österberg, 1993). Om konsumtionen av systembolagsinköpt sprit ökar, ökar samtidigt konsumtionen av hembränd sprit, minskar konsumtionen av det ena så minskar också konsumtionen av det andra. Förmodligen skulle konsumtionen minska också bland de som regelbundet konsumerar hembränt, vilka inte sällan är missbrukare.

Däremot kan naturligtvis en prishöjning leda till att en del personer börjar handla hembränt, eller tillverka själva, istället för att köpa spriten i systembutiken.

I diskussionen om svensk alkoholpolitik och hur stor roll den illegala alkoholkonsumtionen egentligen spelar brukar de som ogillar den restriktiva politiken sätta Sverige i en särställning. Illegal och oregistrerad alkohol skulle i stort bara

förekomma här. Så är det naturligtvis inte. I många länder i Sydeuropa odlas vindruvor av många bönder och trädgårdsinnehavare och en hel del av dessa druvor görs det säkert vin av, vin som inte saluförs eller registreras (se avsnitt 4.4.4). Och även om man antar att den oregistrerade konsumtionen i Sverige ligger så högt som de högsta siffrorna visar och om man antar att de högkonsumerande ländernas oregistrerade konsumtion ligger så lågt som de lägsta siffrorna visar kommer ändå Sveriges roll som ett lågkonsumerande land att kvarstå. Enligt en sammanställning som gjorts av Lundkvist och som redovisas i bilaga 7, stannar Sverige kvar på i stort samma blygsamma placering när det gäller alkoholkonsumtionen i olika länder. Att det måste förhålla sig så har varit uppenbart för många som känt till alkoholskadornas omfattning i olika länder.

## 2.6 Bedömning av alkoholkonsumtionens utveckling

Trots den osäkerhet som den icke statistikförda alkoholkonsumtionen således utgör kan man sammanfattningsvis konstatera att alkoholkonsumtionen ökade mycket påtagligt under 1960-talet och första hälften av 1970-talet. Efter "en topp" åren 1976–1977 minskade den såväl bland vuxna som bland ungdomar. Denna minskning planade ut under mitten av 1980-talet. Efter en viss ökning under andra hälften av 1980-talet tycks en stabilisering ha skett.

## 2.7 Alkoholskador

Det är välkänt att alkoholen ger upphov till betydande skador. Somliga skador finns belysta med statistiska uppgifter. Det saknas emellertid data som visar den totala omfattningen av alkoholskadorna. Detta gäller speciellt sociala skador, t.ex. misshandel och konsekvenser för barn som växer upp i hem där någon av de vuxna missbrukar alkohol. Men det gäller i viss mån också många sjukdomar som till en viss grad orsakas av alkohol. Dessa redovisas i allmänhet inte som "alkoholbetingade". Exempel på sjukdomar som enligt forskningsresultat förefaller i viss utsträckning vara orsakade av alkoholkonsumtion är t.ex. cancer i flertalet av de vävnader som alkoholen passerar på sin väg genom kroppen samt t.ex. bröstcancer och prostatacancer.

Vi kan följaktligen inte få en fullständig bild av alkoholskadornas totala omfattning. Många väsentliga uppgifter saknas och de data som finns har ofta stora brister, både som mått på skadorna vid ett visst tillfälle och när det gäller att belysa förändringen.

Brister finns hos alla uppgifter som brukar användas som mått på alkoholskadnivån i samhället. Faktorer som påverkar dessa förhållanden över tid har bl.a. att göra med förändringar i lagstiftning, praxis, ekonomiska och personella resurser, diagnosmetoder, kunskaper och attityder.

I det följande redovisas först utvecklingen av dödligheten i ett antal alkoholrelaterade diagnoser. Dödlighetsstatistiken kan antas vara förhållandevis tillförlit-

lig, även om underrapportering av vissa diagnoser med säkerhet förekommer, eftersom man inte alltid vill föra på känsliga uppgifter på dödsattesten.

Därefter följer ett avsnitt om antalet olyckor med alkoholpåverkade förare.

Även ett antal alkoholrelaterade sjukdomar har redovisats för hela eller delar av landet. Dessa tas upp i det följande avsnittet. Sist följer en redovisning av några "sociala" alkoholskador.

### **2.7.1 Alkoholrelaterad dödlighet**

De oftast redovisade alkoholrelaterade dödsorsakerna är alkoholpsykos (ICD 291), alkoholism (ICD 303), levercirrhos (ICD 571) och alkoholförgiftning (ICD N 980). Uppgifter om dessa redovisas i SCB:s dödsorsaksstatistik. Såväl underliggande som bidragande dödsorsaker redovisas. Med underliggande dödsorsak menas den som konstaterats vara den direkta, omedelbara orsaken till dödsfallet. Endast en underliggande dödsorsak kan anges för varje dödsfall. Däremot kan ett flertal bidragande dödsorsaker tas upp, dvs. sådana orsaker som funnits med vid dödsfallet men som inte i sig själva varit tillräckliga för att leda till döden.

Det kan ibland vara något slumpartat vilka dödsorsaker som slutgiltigt redovisas och vilken som klassificeras som underliggande eller bidragande. Förändrade attityder, obduktionspraxis och andra förhållanden är här av betydelse.

Dödligheten i levercirrhos bedöms som en relativt tillförlitlig indikator på alkoholskadeutvecklingen, medan osäkerheten om dödligheten i alkoholism, alkoholpsykos och alkoholförgiftning är större (Ågren och Jacobsson, 1986). År 1987 började nya klassificeringsregler att tillämpas, vilket sannolikt har bidragit till en minskning av vissa diagnoser mellan 1986 och 1987.

Som framgår av diagram 2.5 skedde en kraftig ökning av de alkoholrelaterade dödsfallen från omkring 1965 till omkring 1980, varefter en minskning inträffat. Utvecklingen av dödsfallen samvarierar med den totala alkoholförsäljningen. En ökning av alkoholförsäljningen (som ett ungefärligt mått på konsumtionsutvecklingen) åtföljs av en ökad dödlighet. En minskning av försäljningen följs av en minskad dödlighet.

Alkoholism är sedan 1979 den vanligast förekommande alkoholrelaterade dödsorsaken när både den underliggande och den bidragande diagnosen medräknas. Det lägsta sammanlagda antalet fall, 243, redovisades år 1965 och det högsta, 1 716, år 1980 (Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning, 1993, tabell B62). Ökningen under denna period har alltså varit markant. Mellan 1980 och 1989 har antalet fall minskat. 1990 var det totala antalet dödsfall med denna diagnos 1 413 och antalet fall med alkoholism som underliggande dödsorsak 388. En nedgång mellan 1986 och 1987, från totalt 1 530 till 1 374 kan vara en följd av att, som nämnts, nya klassificeringsregler börjat tillämpas.

Antalet diagnostiserade fall av alkoholpsykos som underliggande dödsorsak har varierat mellan 7 och 31. Antalet fall var störst år 1976 och lägst år 1982. År 1990 uppgick det till 37 och det sammanlagda antalet till 62. Männens svarade 1990 för 85 procent av det sammanlagda antalet dödsfall i denna kategori.

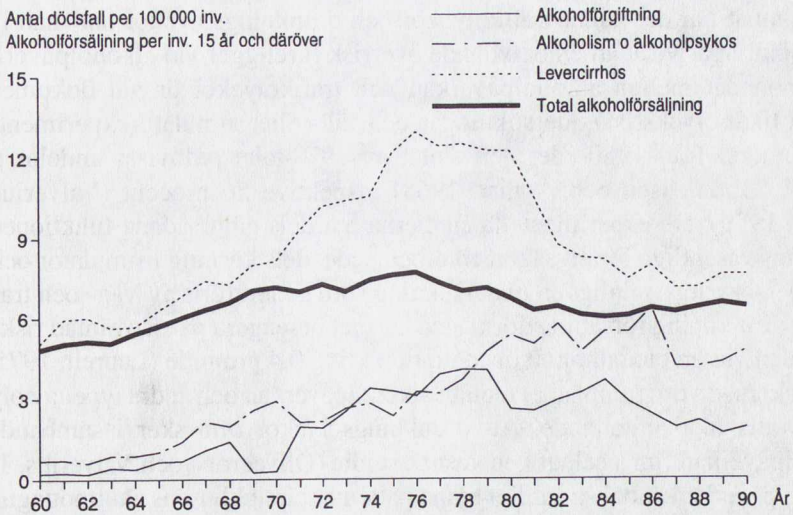


Diagram 2.5. Antal döda per 100 000 invånare med alkoholförgiftning, levercirrhos, alkoholpsykos eller alkoholism som underliggande dödsorsak samt alkoholförsäljning per inv. 15 år och däröver (alkohol 100 %) 1960–1990.

Källa: Rapport 93, Alkohol- och narkotikautvecklingen i Sverige. Stockholm: Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning (CAN), 1993.

Levercirrhos eller "skrumplever" är kanske den dödsorsak som oftast förknippas med alkoholmissbruk. I dödsorsaksstatistiken är den uppdelad i en icke alkoholrelaterad och en alkoholrelaterad kategori. Det i särklass största antalet fall redovisas i den icke alkoholrelaterade kategorin. Olika undersökningar har dock visat att alkoholmissbrukarna i stor utsträckning svarar för dödsfallen också i denna kategori (Peterson, 1983; Spri, 1983). Detta motiverar att man redovisar det totala antalet dödsfall i "kroniska leversjukdomar" som alkoholbetingade.

Levercirrhos som underliggande dödsorsak har ökat från 227 år 1953 till 649 år 1990. Antalet fall var störst under 1970-talets senare hälft med som mest 1 062 fall år 1976. Det totala antalet dödsfall i denna diagnos var 1976 1 628 och 1990 1 132.

Antalet dödsfall på grund av alkoholförgiftning är betydligt mindre. År 1953 var det 16 (underliggande orsak), 1990 163. Det totala antalet var 65 år 1965 och 401 år 1990. Männens svarade för 69 procent av det totala antalet dödsfall i alkoholförgiftning under år 1990.

## 2.7.2 Trafikolyckor i samband med alkohol

Genom att alkohol påverkar sådana funktioner som reaktionsförmåga, motorik och omdöme kan risken för olyckor antas öka med ökande alkoholkonsumtion.

Bland annat när det gäller trafikolyckor och druckningsolyckor har man i olika undersökningar visat att en betydande överrisk föreligger vid alkoholpåverkan.

Sambandet mellan alkoholpåverkan och trafikolyckor är väl dokumenterat genom bl.a. olycksriskundersökningar och fält- eller simulatorexperiment. Undersökningar från 1960-talet och slutet av 1970-talet redovisar andelar på 53 procent (Bonnichsen och Åquist, 1968) respektive 56 procent (Valverius och Preger, 1979). De experimentella studierna har dels gällt sådana funktioner som kan antas väsentliga för ett säkert förarbete, dels körning i simulator och dels fältundersökningar. Enligt en undersökning som genomförts av Väg- och trafikinstitutet i Linköping försämras förmågan att snabbt reagera på en oväntad risksituation redan vid en blodalkoholkoncentration kring 0,4 promille (Laurell, 1975).

Forskningen om sambandet mellan alkoholpåverkan och andra typer av olyckor är inte alls lika omfattande. Att druckningsolyckor ofta sker i samband med alkoholpåverkan finns belagt i en svensk studie (Olivecrona och Valverius, 1985). Alkoholpåverkan är också vanligt bland patienter på sjukhusens akutmottagningar. Så är t.ex. hälften eller mer av de skullskadade patienterna alkoholpåverkade vid intagningen (Almersjö och Westin, 1974; Brismar, Engström och Rydberg, 1983).

Underlag för statistiken över polisrapporterade vägtrafikolyckor med personskada lämnas av polismyndighet till SCB. Detta innebär att endast av polisen kända olyckor ingår i statistiken. Enligt särskilda undersökningar uppgår bortfallet till ca 50 procent (Statistiska Centralbyrån, 1985). Det är högre vid singelolyckor än vid flerpartsolyckor och högre vid olyckor med lindriga skador än med allvarliga. Vid olyckor med dödlig utgång bedöms rapporteringen vara i det närmaste fullständig.

De uppgifter som lämnats till SCB omfattar data om i olyckorna delaktiga förare av motorfordon (inklusive moped) och om föraren misstänkts för alkoholpåverkan vid olyckstillfället. Tillförlitligheten i dessa uppgifter går inte att bedöma. Sannolikt är underrapporteringen betydande vid de mindre allvarliga olyckorna. Vidare saknas ibland uppgifter om eventuell påverkan. År 1985 var detta fallet för 1 368 förare, motsvarande 6 procent av alla inrapporterade. Dessa har inte tagits med i den här lämnade redovisningen.

Andelen förare med misstänkt alkoholpåverkan är högst vid de allvarligare olyckorna. I olyckor med dödlig utgång varierar andelen i runda tal mellan 7 procent och 11 procent, i olyckor med annan svår personskada mellan 6 procent och 9 procent och i olyckor med lindrig personskada mellan 4 procent och 6 procent.

Att andelen med alkoholpåverkan bland de dödade förarna är så låg, jämfört med vad olika undersökningar visar, tyder på att en betydande underrapportering föreligger.

Det som bestämmer utvecklingen av antalet olyckor är bl.a. som nämnts "trafikarbetet". Ju längre den årliga sammanlagda körsträckan är, desto fler olyckor kommer att inträffa, alldeles oberoende av eventuella förändringar av antalet alkoholpåverkade förare. För att se om några förändringar har skett i

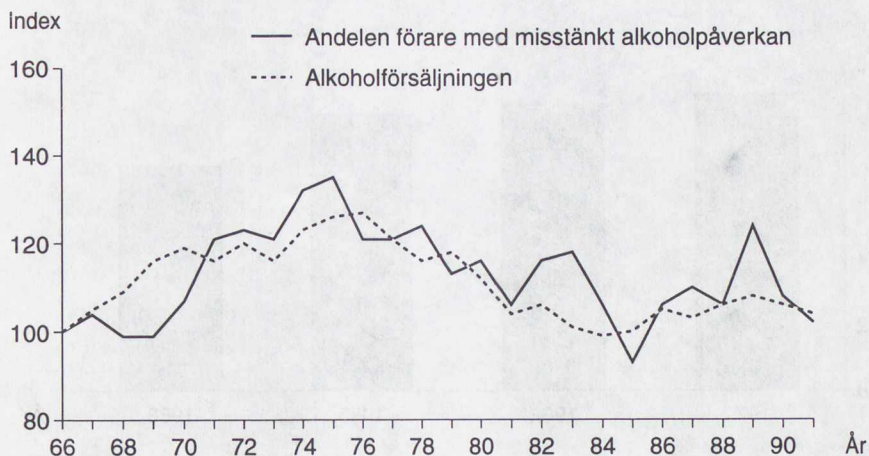


Diagram 2.6. Andelen förare med misstänkt alkoholpåverkan av samtliga förare delaktiga i trafikolyckor med personskada, samt försäljningen av alkoholdrycker (liter alkohol 100 % per invånare 15 år och däröver). 1966–1991. Index 1966=100).

Källa: Rapport 93, Alkohol- och narkotikautvecklingen i Sverige. Stockholm: Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning (CAN), 1993.

utvecklingen av olyckorna som kan ha samband med en förändring av alkoholvorna måste därför hänsyn tas till den totala körsträckan. Detta kan göras genom att utgå från andelen alkoholbetingade olyckor av det totala antalet olyckor under respektive år.

Diagram 2.6 visar utvecklingen av alkoholförsäljningen och av andelen förare med misstänkt alkoholpåverkan. Med undantag framför allt av den redovisade periodens inledning följer utvecklingen av alkoholförsäljningen och utvecklingen av olyckorna varandra relativt väl. Olyckstoppen infaller dock ibland året före försäljningstoppen och förändringarna i utvecklingen av olyckorna är ofta kraftigare än förändringarna i försäljningsutvecklingen.

### 2.7.3 Alkoholrelaterad vård och sjuklighet

På grund av de skador som alkoholkonsumtion kan medföra leder den ibland, främst för högkonsumenter, till kontakt med olika vårdformer, t.ex. somatisk och psykiatrisk vård och socialtjänst. I vilken omfattning missbrukarna får kontakt med en viss vårdform är till en del beroende av rådande vårdideologi, vårdens organisation, tillgängliga resurser och andra faktorer som kan förändras över tid och därmed påverka utvecklingen av antalet vårdtillfällen utan att antalet missbrukare för den skull behöver förändras.

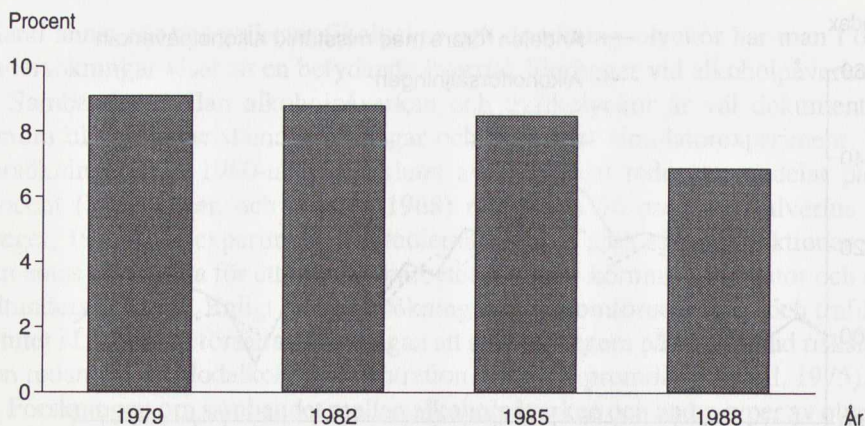


Diagram 2.7. *Andelen inlaggande patienter med alkoholrelaterade diagnoser av det totala antalet inlaggande patienter inom slutna psykiatrisk vård. Patientinventeringarna 1979, 1982, 1985 och 1988.*

Källa: Socialstyrelsen

Till och med år 1981 var det nykterhetsvårdslagen (NvL) som reglerade ingripanden vid missbruk. Efter 1981 gäller socialtjänstlagen (SoL) och lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Genom lagändringarna är jämförelser före och efter 1982 i många fall omöjliga att göra.

Enligt den officiella statistiken över nykterhetsvården kom under 1970-talet över 50 000 människor årligen i kontakt med kommunernas socialvård på grund av alkoholmissbruk. Av dessa blev ca 30 000 föremål för undersökningar och omkring 15 000 för mer ingripande åtgärder.

Övervakningen minskade kraftigt. I början av 1970-talet stod inte fullt 6 000 personer under övervakning. År 1977 hade antalet minskat till omkring 700. År 1981 hade 922 individer övervakning.

Kvinnornas andel av kontakterna med nykterhetsvården var låg. Mindre än 10 procent av det totala antalet nykterhetsvårdsfall och ca 15 procent av övervakningsfallen var kvinnor.

Det totala antalet intagningar på enskild och allmän vårdanstalt ökade från ca 6 000 i början av 1970-talet till ca 8 000 år 1975. Därefter minskade antalet för att 1981 omfatta ca 7 000. Antalet tvångsintagningar halverades under perioden. Mellan 1978 och 1981 skedde dock en ökning av tvångsintagningarna från drygt 600 till ca 1 000 per år.

Antalet intagningar i hem för vård eller boende enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) steg mellan 1982 och 1983 från ca 10 000 till ca 17 000, i huvudsak till följd av en omläggning av statistiken. År 1991 var det totala antalet intagningar 18 568.

Under åren 1982–1985 var antalet utskrivningar av tvångsvårdade alkoholmissbrukare ca 1 000 per år. År 1991 var det 1 165.

Missbrukarnas kontakter under senare år med den slutna psykiatriska vården framgår av Socialstyrelsens patientinventeringar, som genomförts 1979, 1982, 1985, 1988 och 1992. De alkoholrelaterade diagnoserna gäller alkoholpsykos och alkoholism. Enligt patientinventeringarna minskade andelen ineliggande patienter med dessa diagnoser en viss dag från 9,1 procent 1979 till 6,9 procent 1988 (diagram 2.7). Uppgifter för 1992 har inte varit tillgängliga.

## 2.7.4 Alkoholrelaterade sociala skador

### Fylleri

Uppgifterna om fylleriomhändertaganden insamlas sedan 1963 direkt från alla polisdistrikt och omfattar samtliga fyllerifall som kommit till polisens kännedom.

Antalet omhändertaganden per år sedan 1963 har i runda tal legat mellan 100 000 och 125 000. Den mest tydliga förändring som skett är nedgången efter år 1982. Detta år gjordes närmare 126 000 omhändertaganden, 1992 var antalet omhändertaganden drygt 67 000 (Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning, 1993).

Flertalet omhändertagna är män mellan 18 och 19 år. Antalet varierar i runda tal i denna grupp mellan 20 och 45 per 1 000 invånare (diagram 2.8). Sedan år 1985 har det varit mindre än 30. År 1992 gjordes 22,7 omhändertaganden per 1 000 män i denna åldersgrupp.

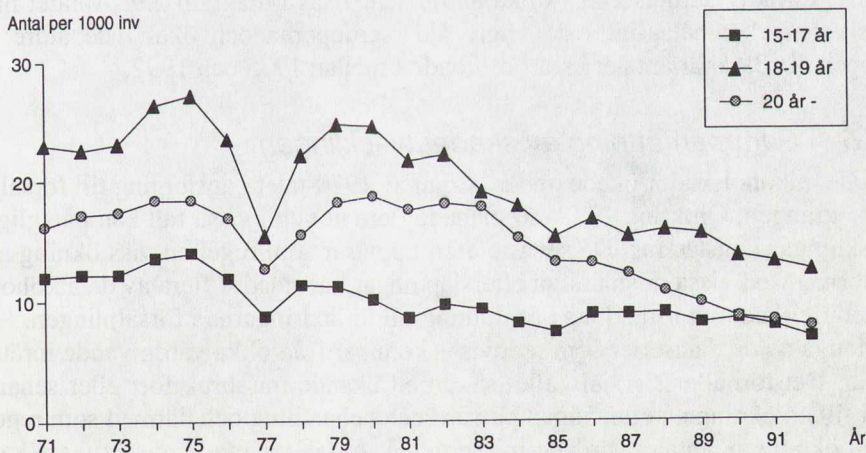


Diagram 2.8. Antalet ingripanden per 1 000 invånare enligt brottsbalken för fylleri eller, från 1977, enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m m (LOB), efter ålder. 1971–1992.

Källa: Rapport 93, Alkohol- och narkotikautvecklingen i Sverige. Stockholm: Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning (CAN), 1993.



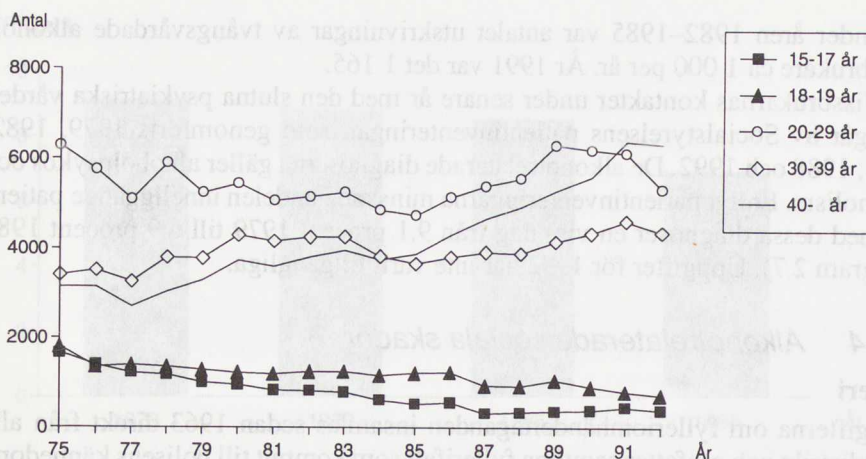


Diagram 2.9. *Antalet personer i olika åldrar som misstänkts för trafiknykterhetsbrott. 1975–1992.*

Källa: Rapport 93, Alkohol- och narkotikautvecklingen i Sverige. Stockholm: Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning (CAN), 1993.

Antalet omhändertagna kvinnor är betydligt lägre. Medan antalet omhändertagna män minskat under en följd av år har antalet omhändertagna kvinnor i stort legat på samma nivå sedan början av 1970-talet.

### Trafiknykterhetsbrott

Antalet trafiknykterhetsbrott i olika åldrar redovisas i diagram 2.9. Antalet har minskat mycket påtagligt i de yngre åldersgrupperna och ökat i de äldre. I gruppen 30–39 år är antalet i stort oförändrat mellan 1975 och 1992.

### 2.7.5 Sammanfattning av skadeutvecklingen

Flertalet alkoholskador ökade under början av 1970-talet i anslutning till försäljningsökningen. Omkring 1979–80 planade flera ut och i vissa fall kan påtagliga minskningar konstateras. De senaste åren uppvisar som regel en viss ökning av skadorna. Med vissa tidsmässiga eftersläpningar har således flera av de alkoholrelaterade skadorna förändrats i anslutning till förändringarna i försäljningen.

Många av de dataserier som redovisas kommer från olika vårdgivande inrättningar. Det förhåller sig självfallet så, att ett ökande missbruk förr eller senare leder till en ökning av efterfrågan på vård och behandling och därmed som regel till en ökning av antalet vårdade missbrukare. Antalet vårdade missbrukare kan emellertid också påverkas av antalet behandlingsplatser och i vilken utsträckning de tillgängliga platserna utnyttjas av personer som inte är missbrukare.

Uppgifterna om t.ex. fylleri och trafiknykterhetsbrott påverkas av polisens arbetsinsats, effektivitet och prioriteringar. I många fall är det mycket svårt eller omöjligt att avgöra i vilken utsträckning förändringar i en sifferserie beror på

faktiska förändringar eller på andra faktorer. Beror en ökning av antalet registrerade fyllerifall på att fler dricker sig berusade, eller tar man hand om en större del? För varje "indikator" måste bedömningen göras med hänsynstagande till eventuella organisatoriska och resursmässiga förändringar.

Olika skador kan också antas ge utslag mer eller mindre snabbt när missbruket förändras. För vissa föreligger ett direkt och omedelbart samband. Ökar alkoholkonsumtionen bör detta kunna avläsas i antalet fyllerifall, under förutsättning att det inte sker några andra förändringar som påverkar siffrorna i motsatt riktning. Det samma gäller t.ex. olika typer av olyckor. Däremot kommer en ökad alkoholkonsumtion eller ett ökat alkoholmissbruk i allmänhet först efter en tid att kunna avläsas i t.ex. dödlighet i levercirrhos eller olika alkoholbetingade kroppsliga sjukdomstillstånd.

### 2.7.6 *Alkoholskadornas kostnader*

Alkoholskadornas kostnader är förmodligen omöjliga att beräkna, men några försök har gjorts. Ett försök redovisades 1983, omfattande kostnader för alkoholkonsumtion, alkoholskador och produktionsförluster 1981 (Johnson, 1983). I en nyutgåva 1990 har Johnson aktualiserat de gamla posterna, som räknats om till 1988 års prisnivå.

De största kostnaderna som alkoholkonsumtionen för med sig beror på att personer med en hög alkoholkonsumtion inte kan delta i produktionen i samma utsträckning som befolkningen i övrigt eller att de dör i förtid. Johnson beräknar kostnaderna för produktionsbortfallet till 44,8 miljarder. Av dessa beror 14 miljarder på sjukfrånvaro, 12,1 miljarder på dödsfall och 10,7 miljarder på förtidspensionering. Av vårdkostnader, som han beräknar till 14,8 miljarder, svarar sjukvård för 7,0, socialvård för 6,8 och kriminalvård för 1,0 miljarder kronor. Egendomskadorna beräknar Johnson till 1,6 och samhällets kostnader för förebyggande åtgärder till 4,0. Därtill kommer konsumenternas utgifter för alkoholdryckerna som efter avdrag för spritskatt uppskattas till 16,4 miljarder.

Johnson sammanfattar själv sina resultat på följande sätt:

"Det finns skäl att förmoda att svenskers konsumtion av alkoholdrycker var en bidragande orsak till produktionskostnader, produktionsbortfall, vård, egendoms-skador och förebyggande åtgärder under 1988 till en samhällsekonomisk kostnad på åtminstone 80 miljarder kronor eller motsvarande sju till åtta procent av BNP." Omräknat till prisläget vid årsskiftet 1990/91 blir detta ca 100 miljarder.

När Johnson publicerade sina beräkningar 1983 gav dessa upphov till en livlig debatt. Vad denna framför allt handlade om var osäkerheten i de redovisade siffrorna och om det var rimligt att redovisa sådana osäkra beräkningar. Den nu publicerade boken har delvis påverkats av diskussionen från 1983 och Johnson betonar kanske oftare den osäkerhet som siffrorna innebär. Men i sak har inte mycket förändrats. Osäkerheten är i stort den samma.



# 3 Europaintegration och svensk alkoholpolitik

## 3.1 De svenska alkoholmonopolen

### 3.1.1 Historik

De svenska alkoholmonopolen har en lång historia. Redan i mitten av förra seklet skapades möjligheter att frigöra brännvinshandeln från enskilda vinstintressen, det som idag kallas för desintresseringsprincipen, och redan då ålades de som fick uppdraget att handha brännvinshandeln ett socialt ansvar. 1855 genomfördes en lagändring som medförde att städerna fick möjlighet att till särskilda bolag överlämna rätten till såväl utminutering som utskänkning av brännvin utan att använda sig av det auktionsförfarande som tidigare utnyttjats vid fördelning av rättigheter. Följden av den nya lagstiftningen blev en mycket stor nedgång av antalet brännerier. År 1853 fanns det i landet över 33 000 brännerier, år 1861 endast 590. Dessa bolag drevs utan vinstintresse och sålde fram till senare delen av 1910-talet så gott som uteslutande brännvin. Finare spritdrycker och vin såldes framför allt av s.k. vinhandlare varav en del också själva importerade och bedrev partihandel. Vin kunde också, från någon gång under 1860-talet, köpas i matvaruaffärer, hos de s.k. vinspeceristerna. Dessa vinspecerister förekom fram till 1916 då försäljningsrättigheterna drogs in.

1911 fanns det i Stockholm 26 bolagsbutiker, 49 vinhandlare och 1 886 vinspecerister.

Den privata tillverkningen och försäljningen av rusdrycker debatterades flitigt i början av seklet. Debatten gällde dels möjligheten till ytterligare begränsning av den privata sektorn, dels möjligheten att inlemma också den privata försäljningen i det motbokssystem bolagen tillämpade. Redan innan någon lagstiftning om inlösen av den privata verksamheten kom till stånd köpte bolaget i Stockholm, AB Stockholmssystemet, under åren 1914–1915 in några vinhandlare och utvidgade motbokssystemet som nu införts på prov i Stockholm att också gälla dessa. År 1917 bildades aktiebolaget Vin- och Spritcentralen som ett dotterbolag till Stockholmssystemet i första hand för att ta hand om partihandeln. De följande åren inlöste AB Stockholmssystemet och Vin- och Spritcentralen ett mycket stort antal privata vinhandlare.

Från den 1 januari 1919 förbjöd den nya rusdrycksförsäljningsförordningen vinhandlarna att sälja direkt till allmänheten. Då hade emellertid den privata vinhandeln redan i det närmaste upphört både vad gäller utminutering och partihandel som följd av de många uppköpen. Tillkomsten av Vin- och Spritcentralen

innebar att både import, partihandel och tillverkning mer och mer överfördes till detta bolag. År 1923 gavs Vin- och spritcentralen i lag monopol på import, partihandel och brännvinsrening.

### 3.1.2 *Nuvarande alkoholmonopol*

Alkoholmonopolen regleras idag huvudsakligen i lag om tillverkning av drycker m.m. (LTD) och i lag om handel med drycker (LHD). Följande monopol regleras i denna lagstiftning:

- a) Vin & Sprit AB har *produktionsmonopol* vad gäller spritdrycker. Alkoholproduktion vid sidan av monopolet (av vin och öl) kräver tillstånd. Produktion av vin och öl för eget bruk är tillåten på vissa villkor och kräver ej tillstånd.
- b) Vin & Sprit AB har monopol på *import* av spritdrycker liksom import av starköl och vin. Undantaget är vissa fall angivna i LHD paragraf 8.
- c) Vin & Sprit AB har monopol på *export* av spritdrycker och importerat vin. Den som har tillstånd att tillverka vin har också rätt att sälja sin produkt på export. Den som har tillstånd att tillverka starköl har också rätt att sälja sin produkt på export samt att sälja bl.a. till den som har serveringstillstånd.
- d) Vin & Sprit AB har *partihandelsmonopol* vad gäller starköl, vin och sprit. Undantaget är Systembolagets partihandelsmonopol avseende sprit, vin och utländskt starköl till serveringsställe samt svenska bryggares rätt att sälja sina produkter direkt till restaurang med serveringstillstånd.
- e) Systembolaget AB har *detaljhandelsmonopol* avseende försäljning av sprit, vin och starköl till konsument. Sådan försäljning måste ske i systembutik eller genom Systembolagets ombud. Vidare har Systembolaget *partihandelsmonopol* avseende försäljning av sprit, vin och utländskt starköl till serveringsställen.

Den svenska lagstiftningen innebär att en väsentlig del av hanteringen av alkoholdrycker är monopolkontrollerad, förutom vad avser svenska bryggares försäljning till serveringsställe, restaurangers försäljning till allmänheten och försäljning av öl klass II.

## 3.2 *Alkoholpolitiska kommissionens uppdrag*

I kommissionens direktiv framhålls:

Vad gäller den svenska alkohollagstiftningen i övrigt, finns det för närvarande ingen anledning att förmoda att den i något avgörande hänseende skulle vara oförenlig med EG:s regelsystem. Hittills har det emellertid inte utförts någon samlad genomgång av de olika alkohollagarna och av ev. behov av revideringar med hänsyn till kraven på anpassning till EG:s regelsystem. Det framstår som angeläget att en sådan genomlysning nu kommer till stånd (bilaga 1, s. 125).

I den mån kommissionen finner att delar av det svenska regelsystemet inom detta område behöver förändras med hänsyn till EG:s regelverk, bör kommissionen lägga fram förslag till sådan reviderad lagstiftning, (sid 8).

EES-avtalet nämns visserligen inte i kommissionens direktiv men kommissionen har sett som sin uppgift att se över alkohollagarna även i ett EES-perspektiv. Speciellt mot bakgrund av att detta avtal, åtminstone under en viss tid, är den enda rättsakt som reglerar gemenskapsrätten för Sveriges del.

### 3.3 Den svenska inställningen till alkoholmonopolen

En bedömning av alkoholmonopolens överensstämmelse med EES-rätten gjordes i regeringens proposition 1991/92:170, Europeiska ekonomiska samarbetsområdet. I del 2 sid 27 ff beskrivs denna inställning:

Enligt avtalets artikel 16 om statliga handelsmonopol, som i relevanta delar motsvarar artikel 37 i Romfördraget, skall de avtalsslutande parterna säkerställa att statliga handelsmonopol anpassas på sådant sätt att ingen diskriminering med avseende på anskaffnings- och avsättningsvillkor skall föreligga mellan medborgare i EG-medlemsstaterna och medborgare i EFTA-staterna. Bestämmelserna skall tillämpas på varje organ genom vilket de avtalsslutande parternas behöriga myndigheter, rättsligt eller i praktiken, direkt eller indirekt kontrollerar, styr eller märkbart påverkar import eller export mellan de avtalsslutande parterna. Bestämmelserna skall även tillämpas på monopol med statlig koncession.

En särskilt uppmärksammas fråga vad gäller EES-avtalets konsekvenser för svensk alkoholpolitik har varit de svenska alkoholmonopolens förenlighet med artikel 16. Tillsammans med övriga nordiska EFTA-länder har Sverige i en särskild deklARATION i anslutning till EES-avtalet markerat uppfattningen att dessa länders alkoholmonopol har hälso- och socialpolitiska motiveringar.

Den nuvarande svenska ordningen med statliga monopol för import, parti- och detaljhandel med alkoholdrycker innehåller inte några diskriminerande inslag av utländska tillverkare eller partihandlare. På den svenska marknaden råder konkurrens på lika villkor mellan inhemska och importerade varor. Monopolen är alltså inte diskriminerande i Romfördragets mening.

Denna bedömning delades av Riksdagen vilket kommit till uttryck i EES-utskottets betänkande 1992/93:EU1, del 1, sid 57:

I likhet med regeringen och socialutskottet anser EES-utskottet att alkoholmonopolen inte är diskriminerande i Romfördragets mening. Härtill kommer att monopolen kan försvaras under åberopande av att deras syfte är att värna befolkningens hälsa och inte att skydda inhemsk produktion mot konkurrens. Enligt utskottets mening bör en sådan linje också med framgång kunna hävdas under EES-samarbetet. Sverige och övriga nordiska EFTA-länder har sålunda deklarerat sin syn på alkoholmonopolen i den

särskilda förklaringen till EES-avtalet, och någon motsatt ståndpunkt har inte framförts från EG-sidan. Utskottet utgår därför från att regeringen under EES-samarbetet kommer att vidhålla denna inställning. För att Sverige skall kunna behålla alkoholmonopolen är det emellertid av vikt att monopolföretagen drivs under sådana former att någon diskriminering inte förekommer. Enligt vad utskottet inhämtat har åtgärder i detta syfte redan vidtagits från Systembolagets sida. Den Alkoholpolitiska kommissionen har till uppgift att föreslå de ändringar i lagstiftningen som kraven på icke diskriminering ställer.

I en skrivelse den 5 april 1993 (s.k. position paper) till EG-kommissionen i Bryssel preciserades Sveriges inställning. I skrivelsen (för den relevanta texten, se bilaga 10-1) konstaterar Sverige inledningsvis att man genom EES-avtalet förbundit sig att följa reglerna i Romfördragets artikel 37 som stipulerar att de avtalslutande parterna skall säkerställa att statliga handelsmonopol anpassas på ett sådant sätt att ingen diskriminering med avseende på anskaffnings- och avsättningsvillkor skall föreligga mellan medlemsstaternas medborgare.

Vidare konstateras att EG-kommissionen givit uttryck för att de svenska alkoholmonopolen ytterligare måste anpassas för att bli förenliga med Romfördraget. Den svenska bedömningen av alkoholmonopolen (förutom partihandeln med utländskt starköl) är att de är förenliga med Romfördraget eftersom de varken snedvrider konkurrensen eller diskriminerar mellan medborgare från olika länder. Alltså föreligger inget behov av ytterligare anpassning. Sverige anser inte heller att monopolen utgör en kvantitativ importrestriktion eller åtgärd med motsvarande verkan i gemenskapsrättslig betydelse. Slutligen konstaterar Sverige att monopolen är motiverade av betydelsefulla hälso- och socialpolitiska skäl och inte av kommersiella. De ingår som en del i den strategi som har som målsättning att minimera den totala alkoholkonsumtionen och därmed skadorna av alkoholkonsumtionen i enlighet med Världshälsoorganisationens utarbetade plan.

Inom ramen för medlemskapsförhandlingarna mellan Sverige och EU om svenskt medlemskap i EU har en skriftväxling ägt rum mellan EG-kommissionen och den svenska regeringen. Skriftväxlingen, liksom den regeringsproposition som lagts fram för riksdagen, behandlas nedan.

### 3.4 EG-kommissionens inställning till de svenska alkoholmonopolen

EG-kommissionen har gjort en annan bedömning av alkoholmonopolens förenlighet med EES-avtalet än Sverige. Kommissionen har genom utlåtanden (s.k. aviser), avgivna till de nordiska medlemsländerna i anledning av deras respektive medlemsansökan till EU yttrat sig om alkoholmonopolen. Dessa utlåtanden utfärdar EG-kommissionen efter egna bedömningar baserade på underlag från EU:s

ministerråd. Dock berör utlåtandena också frågeställningar relevanta under EES-avtalet.

Utlåtandet avseende Sveriges medlemsansökan avgavs den 31 juli 1992, utlåtandet avseende Finlands medlemsansökan den 4 november 1992 och utlåtandet avseende Norges medlemsansökan avgavs den 24 mars 1993.

EG-kommissionens utlåtande i anledning av Sveriges, Finlands och Norges medlemsansökningar återfinns i bilaga 10–2. Sammanfattningsvis kan följande sägas om EG-kommissionens inställning till alkoholmonopolen.

I kommissionens utlåtande över Sveriges ansökan om medlemskap i EU specificeras de av alkoholmonopolens exklusiva rättigheter som kommissionen anser vara problematiska i ett gemenskapsrättsligt perspektiv. Kommissionen menar att monopolen med nuvarande utformning kan vara diskriminerande enligt artikel 37 i Romfördraget. Vidare konstaterar kommissionen att redan EES-avtalets ikraftträdande tvingar Sverige att anpassa sig till de gemenskapsrättsliga reglerna.

Följande exklusiva rättigheter räknas upp som varande problematiska:

- spritproduktion
- grossisthantering av alkoholdrycker
- import av alkoholdrycker
- export av sprit och starköl.

EG-kommissionen noterar att skälen till den svenska regleringen är hälsopolitiska. Med hänvisning till rättsfallet 178/84 pekar kommissionen på domstolens avgörande att hinder för fri handel endast kan tillåtas under förutsättning att de är absolut nödvändiga för att värna hälsoaspekterna.

Kommissionen menar att de ovan angivna exklusiva rättigheterna (i form av monopol) är alltför långtgående åtgärder för att uppnå de hälsopolitiska syftena. Kommissionen hänvisar till den s.k. proportionalitetsprincipen – upprätthållande av regleringar som hindrar den fria varucirkulationen med hänvisning till hälso-skydd tillåts endast om dessa är absolut nödvändiga för att uppnå den eftersträva-de skyddseffekten.

I utlåtandet till Finland för kommissionen ett liknande resonemang som i det svenska, men med viss skärpning av språkbruket. Kommissionen omnämner här även detaljhandelsmonopolet som varande problematiskt (detta omnämns ej i yttrandet till Sverige). Vidare åberopar man också andra artiklar i Romfördraget till grund för påståendet att vissa monopol är oförenliga med gemenskapsrätten. Artikel 30 förbjuder kvantitativa importrestriktioner samt åtgärder med motsvarande verkan. Enligt EG-domstolens dom 59/75 är importmonopol en sådan förbjuden åtgärd med motsvarande verkan. Också artikel 34 åberopas vad gäller exportmonopolet.

I utlåtandet till Norge nämns inte import- och partihandelsmonopolen direkt. Vad gäller detaljhandelsmonopolet räknar EG-kommissionen upp en rad restriktiva alkoholpolitiska åtgärder som är mindre långtgående än monopolen, men



som enligt EG-kommissionen skulle verka för att uppnå de alkoholpolitiska målen med mindre skadliga effekter på handeln än vad monopoliet medför. Följande åtgärder nämns; reklambegränsningar, försäljningsförbud i icke auktoriserade affärer, åldersgränser, begränsade öppettider samt ökade skatter.

### 3.5 Skriftväxling mellan EG-kommissionen och Sverige

Ovan har redovisats Sveriges och EG-kommissionens ståndpunkter vad gäller de svenska alkoholmonopolens förenlighet med gemenskapsrätten. Att de nordiska ländernas uppfattningar inte heller delas av EU:s medlemstater framgick vid ett ställföreträdamöte den 28 juli 1993 då medlemstaterna avvisade den svenska bedömningen. För att för svensk del undanröja denna oklarhet inleddes utredande samtal mellan företrädare för regeringen och EG-kommissionen. Inom ramen för förhandlingarna mellan Sverige och EU om svenskt medlemskap i EU har en skriftväxling ägt rum mellan EG-kommissionen och den svenska regeringen.

Av denna framgår bl.a. följande. EG-kommissionen förutsätter att Sverige upphäver alkoholmonopolens exklusiva import-, export-, tillverknings-, och partihandelsrättigheter, inbegripet partihandeln till restauranger. Enligt kommissionen är detta nödvändigt för den svenska lagstiftningens förenlighet med gemenskapsrätten. När det gäller detaljhandelsmonopolet anser kommissionen att den inte har anledning att på eget initiativ vidtaga åtgärder mot detta monopol, om Sverige avlägsnar alla diskriminerande effekter mellan nationella varor och varor importerade från övriga medlemsstater.

Vidare påminner kommissionen att Sverige redan under EES-avtalet förbundit sig att tillämpa gemenskapsrätten på detta område. Kommissionen anser därför att nämnda förhållanden är tillämpliga redan från och med EES-avtalets ikraftträdande.

Den svenska regeringen har i ett brev till kommissionen för sin del bekräftat att den accepterar de principer som redovisats i kommissionens brev.

Skriftväxlingen har följts av expertsamtal mellan företrädare för den svenska regeringen och berörda tjänstegrenar inom kommissionen i syfte att precisera förutsättningar för att säkerställa att detaljhandelsmonopolet fungerar icke-diskriminerande.

EG-kommissionen har i ett brev till EFTA:s övervakningsmyndighet, ESA, informerat om skriftväxlingen.

Genom expertsamtal mellan företrädare för regeringen och berörda tjänstegrenar inom kommissionen har principer identifierats och preciserats för att detaljhandelsmonopolet skall fungera icke-diskriminerande.

Vid de protokollförda samtalen har fastslagits att så länge medborgare och varor inom samarbetsområdet behandlas lika samt objektiva och i lag, förordning eller på annat sätt offentliggjorda kriterier ligger till grund för de alkoholpolitiska regler som tillämpas i Sverige, står dessa enligt kommissionen inte i strid med

EG:s regler. Detta gäller även för detaljhandelsmonopolets verksamhet. Alla produkter måste behandlas likvärdigt oberoende av ursprungsland, både när det gäller detaljhandelsmonopolets val av sortiment och dess varuinformation till kunder. Nya varor måste ges bättre möjlighet att göra sig kända för detaljhandelsmonopolets kunder. De kriterier som ligger till grund för en varas tillträde till detaljhandelsmonopolets butiker måste uppfylla EG:s krav på objektivitet.

Ett antal ytterligare preciseringar behandlades vid expertsamtalen. De finns återgivna i bilaga 3 till regeringens proposition 1993/94:136.

### 3.6 Regeringens proposition 1993/94:136

Med anledning bl.a. av ovan angiven skriftväxling och de samtal som förts mellan representanter för regeringen och berörda tjänstegrenar inom kommissionen har regeringen framlagt en proposition (prop 1993/94: 136) som behandlar frågan om avveckling av de i skriftväxlingen angivna monopolen. Förslaget innebär att Vin & Sprit AB:s samtliga monopol liksom Systembolagets monopol på försäljning till restauranger (som dock inte gäller för svenskt starköl) skall ersättas med ett nytt tillståndssystem för import, export, tillverkning och partihandel med alkoholdrycker. Dessa monopol ersätts alltså med handel med alkoholdrycker på en marknad – dock med bibehållen möjlighet att fastställa kriterier och riktlinjer som begränsar aktörernas handlingsfrihet. De kan gälla både objektiva kriterier för tillträde till denna marknad och marknadens funktionssätt t.ex. i fråga om alkoholreklam. De i propositionen om alkoholhandel aviserade nya alkohollagarna kommer således att innehålla regler med villkor för tillstånd till partihandel m.m. samt regler om tillsyn och sanktioner.

Den Alkoholpolitiska kommissionen delar i stort de bedömningar och förslag som läggs fram i propositionen. Innehållet i propositionen innebär att de ovan redovisade skillnaderna i bedömningen av de svenska alkoholmonopolens förenlighet med gemenskapsrätten mellan den svenska regeringen och EG-kommissionen inte längre föreligger.

### 3.7 Alkoholdistribution i EU:s medlemsländer

Vad gäller alkoholdistributionen i EU-länderna kan allmänt sägas att den är betydligt friare än i Sverige.

Den mest omfattande regleringen av detaljhandelsledet återfinns i England. Den engelska lagstiftningen bygger på att alkoholdrycker inte får tillhandahållas eller försäljas utan tillstånd. En licensgivande nämnd avgör huruvida en ansökan att försälja alkoholdrycker beviljas eller avslås. Nämnden har stor handlingsfrihet att avgöra efter vilka generella kriterier bedömningen skall göras. Bl.a. finns visst inslag av behovsprövning.

Vad gäller produktionsmonopol utgör Tyskland ett specialfall. Detta utgörs av ett etablerat "Branntweinmonopol" vars syfte framför allt är fiskalt och jord-

brukspolitiskt. Monopolet har underställts EG-domstolen och har efter prövning anpassats till domstolens utslag.

I fråga om avveckling av monopol kan refereras till Portugal. EG-domstolen har i två domar behandlat Portugals avveckling av de speciella monopol på alkoholområdet som tidigare förekommit i landet. Frågan gällde vid vilken tidpunkt Portugal var skyldig att påbörja avveckling av det – under en övergångstid – tillåtna monopol.

En översikt av alkoholdistributionen inom EU-länderna lämnas i bilaga 10–3.

### 3.8 Monopol och monopolavveckling i ett jämförande perspektiv (EU-länderna)

Inledningsvis kan konstateras att ett antal legala (statliga) monopol fortfarande existerar inom EU. Sådana monopol förekommer framför allt på områden som distribution av läkemedel, telekommunikationer, järnvägar, utvinning av olja och naturgas, distribution av elektricitet, postväsendet, järnvägstransporter samt inom luftfarten.

EG-kommissionen har under 1980-talet på olika sätt försökt att få berörda stater att avmonopolisera dessa sektorer eller åtminstone minimera monopolens konkurrensbegränsande effekter. Kommissionen har i dessa fall arbetat på olika sätt.

Förutom att några av monopolen berör frågor om rikets säkerhet uppfyller de i samtliga fall någon form av allmän nytta – public service – vars mål skulle kunna förhindras om monopolen, eller delar därav, ej tillåts inskränka viss konkurrens på marknaden. Det gäller t.ex. målet att dela ut brev på lika ekonomiska villkor över ett helt land eller att tillförsäkra ett lands alla medborgare transporter oberoende av var de bor, på rättvisa villkor.

EG-domstolen har i en dom den 19 maj 1993 berört det belgiska postmonopolet. Domstolen konstaterar att monopolen i vissa fall kan bibehålla sina exklusiva rättigheter om de är en förutsättning för att fullgöra vissa allmännyttiga ändamål. Vad gäller postmonopolen har kommissionen också utfärdat vitböcker med avsikt att medlemsstaterna skall ändra sin lagstiftning.

I fråga om energimonopolen i Holland, Frankrike, Spanien, Italien och Danmark överväger EG-kommissionen att väcka talan vid EG-domstolen. Kommissionen menar att man under ett par års tid försökt att föra konstruktiva samtal med EU:s ministerråd i hopp om att öppna energisektorn över gränserna. Något resultat av dessa överläggningar har hitintills inte uppnåtts. Kommissionens uppfattning är att de fem länderna bryter mot artikel 37 i Romfördraget.

Av speciellt intresse för Alkoholpolitiska kommissionens analys är förekomsten av reglering av tobaksprodukter inom EU. En beskrivning av tobaksregleringen i Spanien, Frankrike och Italien återfinns i bilaga 10–4.

Som framgår av denna översikt har de latinska tobaksmonopolen successivt avvecklats, framförallt i import- och distributionsleden. Huvudsakligen återstår

licensförfaranden i detaljhandelsledet. Licenser ges till privatpersoner av någon statlig myndighet. Ett antal kriterier ligger till grund för tillståndsgivningen. Det är framför allt monopolstrukturen i Italien som vid flera tillfällen prövats under Romfördragets regelverk, vilket lett till förändringar i den nationella lagstiftningen.

### 3.9 Alkoholmonopolen under EES-avtalet och vid ett medlemskap i EU

Med anledning av propositionen 1991/92:170, Europeiska ekonomiska samarbetsområdet, har riksdagen beslutat att ett antal avtalstexter skall bli gällande svensk rätt vid i texterna viss angiven tidpunkt. Lagen om ett Europeiskt ekonomiskt samarbetsområde trädde i kraft den 1 januari 1994.

För enkelhetens skull kommer hela lagens innehåll nedan refereras till som EES-avtalet. Begreppet är något oegentligt då avtalen som signatärländerna ingått är fler än ett och då dessutom Sverige i lagen genomfört vissa promulgationsbestämmelser som inte ingår i den folkrättsliga överenskommelsen länderna emellan. Med begreppet EES-lagen menas den lag som införlivar EES-avtalet med den svenska rättsordningen. Begreppet paragraf används i fråga om EES-lagen och begreppet artikel i fråga om EES-avtalet.

EES-avtalet undertecknades den 2 maj 1992 i Porto av Europeiska ekonomiska gemenskapen, EEG, och Europeiska Kol- och stålunionen, EKSG, EG:s medlemsländer samt Norge, Finland, Island, Österrike, Sverige, Lichtenstein och Schweiz. Efter folkomröstning i Schweiz är detta land inte längre anslutet till EES-avtalet. Signatärländerna är bundna av innehållet i rättsreglerna från och med den 1 januari 1994. I den svenska EES-lagen har fastställts att EES-avtalets huvuddelar blir gällande svensk rätt utan ytterligare lagstiftningsarbete. Detta till skillnad från vissa andra folkrättsliga förpliktelser Sverige tidigare ingått (t.ex. Konventionen om de mänskliga rättigheterna), vilka förutsätter att den ingångna förpliktelsen för att bli tillämpbar i svensk domstol på annat sätt införlivas i svensk lagstiftning. Denna teknik har således inte valts vad gäller EES-avtalet. Samma dag avtalet trädde i kraft blev svensk domstol skyldig att tillämpa EES-avtalets regler. I den svenska EES-lagen har också en lagvalsregel införts. Denna innebär att en svensk domstol är skyldig att, med företräde framför en svensk lag tillämpa den regel som emanerar från EES-avtalet. EES-lagen skall således tillämpas utan hinder av vad som föreskrivs i annan lag. Hur lång räckvidd lagvalsparagrafen har kan endast avgöras av rättstillämpningen.

EES-avtalet innehåller i huvudsak samma konkurrensregler som EG:s grundläggande rättsakt, Romfördraget. Vad gäller de svenska alkoholmonopolen innebär detta att Romfördragets artiklar 30–36, artikel 37, artiklarna 90 och 92 samt artiklarna 85 och 86 främst aktualiseras. Dessa regler grundar sig på Romfördragets inledande artiklar, de så kallade portalparagraferna. Reglerna är, med endast redaktionella förändringar, införda också i EES-avtalet.

Sverige begärde aldrig undantag för de svenska alkoholmonopolen vid förhandlingarna inför ingåendet av EES-avtalet. Denna hållning förklaras av att man från svensk sida hävdade att de svenska alkoholmonopolen inte stred mot EES-avtalets bestämmelser. Några av signatärländerna valde en annan väg. De begärde och fick undantag under en övergångsperiod för sina statliga handelsmonopol. Så gjorde t.ex. Österrike med saltmonopolet och Island vad gäller monopol på gödningsämnen, (se protokoll 8, om statliga monopol, fogat till EES-avtalet). I några marginella frågor rörande alkohol begärde och uppnådde Sverige undantag från EES-avtalets konkurrensbestämmelser. Det gäller bland annat ett förbud mot att importera alkoholstarkare sprit än 60 volymprocent för konsumtion. Vidare erhöll Sverige undantag i vissa tekniska frågor, bland annat vad gäller definitionen av begreppet vodka.

Sverige intog alltså ståndpunkten att de svenska alkoholmonopolen inte diskriminerar utländska produkter till förmån för svenska produkter. Vidare avgav de nordiska länderna en gemensam förklaring som anger att deras alkoholmonopol är baserade på viktiga hälso- och socialpolitiska motiv. Förklaringen resulterade inte i någon skriftlig reaktion från övriga parter. En sådan ensidig deklaration har begränsat värde vid en juridisk prövning både inför EFTA-domstolen och nationell domstol liksom inför EES-avtalets övervakningsorgan, EFTA Surveillance Authority, ESA.

EES-avtalet skall tillämpas av myndigheter som är fristående från EU:s myndigheter. Dessa ska följa de regler som finns uppställda i EES-avtalet, inte bara de materiella reglerna utan också de i avtalet angivna processuella reglerna. Dessa regler är tillämpbara i och med EES-avtalets ikraftträdande.

Förhandlingarna mellan EU och Sverige om svenskt medlemskap i EU har nu lett till en uppgörelse och det tillkommer nu Sveriges regering och riksdag, efter folkomröstning, samt motsvarande organ i nuvarande EU-länder, liksom EU:s egna organ, att besluta i anledning av förhandlingsresultatet. Av särskilt intresse i detta sammanhang, även under tiden fram till och efter nämnda beslut är vad EG-kommissionen säger i skriftväxlingen med den svenska regeringen:

"Vad gäller det svenska detaljhandelsmonopolet, anser kommissionen att alla effekter som diskriminerar mellan nationella varor och varor importerade från EG:s medlemstater måste avlägsnas. Med reservation för domstolens framtida rättstillämpning och kommissionens roll som väktare av Fördraget om en Europeisk Union, finner kommissionen med utgångspunkt från existerande tolkning av regelverket inte någon anledning att på eget initiativ vidtaga åtgärder, varken nu eller efter den svenska anslutningen till Unionen, mot bibehållandet av detaljhandelsmonopolet."

EG-kommissionens uttalande innebär således att kommissionen själv förbinder sig att inte på eget initiativ inleda ett förfarande mot Sverige. Ett sådant ställningstagande begränsar dock inte medlemsländernas möjlighet att agera genom att föra talan mot Sverige i EG-domstolen eller att anmäla Sveriges monopol till kommissionen. Inte heller begränsas möjligheten för enskilda individer eller företag att, inför svensk domstol, hävda att den svenska monopollagstiftningen

strider mot Romfördraget. Domstolen kan då begära ett bindande förhandsbesked från EG-domstolen.

EG-kommissionens uttalande om de svenska monopolen begränsar, under EES-avtalet, inte heller EES-avtalets organ, EFTA-domstolen och EFTA:s övervakningsorgan. I enlighet med EES-avtalet har svenska domstolar möjlighet att begära tolkningsbesked från EFTA-domstolen. Till skillnad från tolkningsbesked i enlighet med Romfördraget är dock ett sådant besked inte bindande för de svenska domstolarna.

Varken EG-domstolen eller EFTA-domstolen är bundna av EG-kommissionens ställningstagande. Det hindrar inte att EG-kommissionens juridiska och politiska bedömning av läget är av betydelse vid en domstolsprövning.

För att uppnå ett entydigt rättsläge måste ett undantag skrivas in i den fördragstext som gäller vid ett eventuellt svenskt medlemskap i EU.

De två parallella men självständiga övervakningsmyndigheterna (EG-kommissionen och ESA) skall värna om att rättstillämpningen blir likartad i de båda rättsordningarna. EES-avtalet anger också procedurregler för att uppnå en sådan likformig rättstillämpning. Mot bakgrund av dessa regler skulle ett framförhandlat undantag kunna ha betydelse för EES-avtalets organs tolkning av avtalet. Om frågan om alkoholmonopolen skulle komma att behandlas av EES-avtalets organ innan Sverige blivit medlem i EU kan Sverige visserligen inte formellt åberopa med EU-länderna framförhandlad överenskommelse, men det finns ändå anledning att anta att överenskommelsen får betydelse vid tillämpningen av avtalet.

Vad gäller konkurrensreglerna har redan konstaterats att EES-avtalet innehåller uttömmande bestämmelser baserade på de regler som återfinns i Romfördraget. Vidare stadgar EES-avtalet att detta regelsystem skall tolkas i enlighet med den praxis som EG-domstolen utvecklat under drygt 30 år.

I bilaga 10–5 analyseras EES-avtalets regler i de delar som har betydelse för de svenska alkoholmonopolen. Mot bakgrund av denna analys och den skriftväxling som förevarit mellan den svenska regeringen och EG-kommissionen instämmer Alkoholpolitiska kommissionen i stort i de bedömningar som görs i regeringens propositionen 1993/94:136. Propositionen uppfyller på ett tillfredsställande sätt de krav gemenskapsrätten ställer på anpassning av de svenska alkoholmonopolen. Kommissionen vill betona vikten av att lagstiftningsarbetet sker med skyndsamhet.

### 3.10 Möjliga prövningsförfaranden

Som framgår av redogörelsen ovan innehåller EES-avtalet samma regler om statliga handelsmonopol och konkurrensbegränsande åtgärder som Romfördraget. Sedan EES-avtalet genomförts kan frågan om monopolens förenlighet med EES-reglerna prövas av oavhängiga domstolar.

Som ovan genomlysts överförs EG:s konkurrensrätt likaledes till EES-avtalet, inbegripet systemet för övervakning.

En prövning av frågan huruvida de nordiska alkoholmonopolen eller något av dem är oförenligt med EES-avtalet kan komma att väckas på flera sätt. Här märks framför allt:

- a) Ingripande av ESA på grundval av anmälningar, närmast av företag som anser sig diskriminerade;
- b) Inom ramen för en process inför nationell domstol i Sverige, Finland, Norge eller Island som leder till att domstolen begär tolkningsbesked från EFTA-domstolen om monopolens förenlighet med EES-avtalet.

Erfarenheterna av EG-kommissionens agerande mot offentliga monopol i EU-länderna visar att ett ofta rätt utdraget förhandlingsskede i förhållande till respektive stat har föregått kommissionens beslut att inleda process inför EG-domstolen om monolets oförenlighet med EG-rätten.

I det omedelbara perspektivet förefaller det mest sannolikt att företag som önskar pröva lagstiftningen om monopol agerar genom att få till stånd en process inför nationell domstol i ett eller flera av de nordiska länderna. Domstolen kan då inhämta yttrande från EFTA-domstolen, men är inte skyldig att göra det.

EES-avtalet har som ovan beskrivits ställning av en i Sverige gällande lag. Om domstolen finner att en intern svensk lagregel strider mot EES-avtalets regler gäller enligt EES-lagen, paragraf 5 om lagval, att EES-regeln skall väljas, dvs. den har företräde.

EFTA-domstolen kommer att tillämpa ett rättegångsförfarande och en juridisk bedömning. Berörda stater kommer att beredas tillfälle att inkomma med yttranden till domstolen inom ramen för förfarandet. EFTA-domstolens tolkningsbesked är inte formellt bindande för svenska domstolar men torde rimligen komma att följas. Skulle EFTA-domstolen finna att en svensk lagregel inte är förenlig med EES-rätten förefaller det osannolikt att en svensk domstol skulle utmäta straff för överträdelse av en sådan lagregel.

Generellt gäller att Sverige genom att ingå EES-avtalet medverkat till att vissa frågor kan bli föremål för domstolsprövning och att de politiska organen inte längre ensamma har kontrollen över den framtida utvecklingen. Därför är det av vikt att tillfredsställande nya regler snabbt införs. Den svenska regeringen har genom skriftväxlingen med EG-kommissionen gått med på att den svenska lagstiftningen skall ändras beträffande delar av alkoholmonopolen.

Det ska i detta sammanhang också påpekas att riktlinjepropositionen behandlar de speciella förutsättningar som gäller för handeln med teknisk sprit och alkoholhaltiga preparat. Kommissionen instämmer i de bedömningar som görs i propositionen avseende dessa produkter och noterar att det inte krävs några lagändringar för att denna handel skall komma att stå i överensstämmelse med gemenskapsrätten. De förändringar som är påkallade kan genomföras genom att de tillämpningsföreskrifter och den praxis som utvecklats justeras.

### 3.11 Gränshandel och gränskontrollfrågor

Ovan har behandlats de förändringar på alkoholområdet som måste göras redan under EES-avtalet. Under denna rubrik behandlas de frågor som berör alkoholreglerna vid ett medlemskap i Europaunionen. En viktig fråga som kommer att beröras av ett svenskt medlemskap i EU är privatpersoners gränshandel för eget bruk och slopandet av gränskontrollen vid genomförandet av den inre marknaden.

Höga alkoholpriser är ett av de viktigaste medlen i svensk alkoholpolitik för att hålla nere alkoholkonsumtionen. Alkoholdrycker är liksom många andra varor priskänsliga. När priset går upp minskar försäljningen. Sverige bedriver därför sedan länge en prispolitik med höga alkoholskatter. Enligt de undersökningar som gjorts i Sverige av prisets betydelse för alkoholkonsumtionen ligger den så kallade priselasticiteten nära  $-1$ , dvs. en prishöjning med t.ex. 10 procent minskar konsumtionen med cirka 10 procent. Beskattning av alkohol är således ett i jämförelse med andra åtgärder mycket verksamt medel för att minska konsumtionen och förebygga alkoholrelaterade skador. Jämfört med t.ex. reglerad inköpsålder, reglerade öppettider, information och kampanjer är effekterna av målinriktad och medveten prispolitik betydelsefulla. De redovisade forskningsresultaten visar tydligt att priset påverkar totalkonsumtionen. Det finns också undersökningresultat som visar att prisinstrumentet påverkar storkonsumenters och missbrukares alkoholkonsumtion.

Förutsättningarna för att i Sverige driva en fortsatt aktiv prispolitik kommer emellertid att kraftigt förändras om de svenska gränserna öppnas mot länder med väsentligt lägre alkoholpriser. Ett allvarligt hot mot den svenska alkoholpolitiken i dess nuvarande utformning ligger således i den fria införsel av varor för privatpersoner för eget bruk, som samtidigt är en av hörnstenarna i Europaunionens inre marknad. EU:s normer för tillåten införsel av alkoholdrycker för personligt bruk uppgår till 110 liter öl, 90 liter vin, 20 liter starkvin och 10 liter sprit per inresetillfälle. Ett överskridande av dessa nivåer innebär dessutom inte automatiskt något otillåtet utan innebär endast att den resande då måste visa att varorna inte är avsedda för kommersiellt bruk. Bakgrunden till detta är att inköp för privat bruk skall mervärde- och punktskattebelastas i inköpslandet, under det att kommersiell handel med alkoholvaror skall beskattas i konsumtionslandet.

Om privatpersoner får införa dessa kvantiteter från lågprisländer kommer den svenska högprispolitiken att kraftigt urholkas. Vill man undvika en kraftig gränshandel t.ex. i södra Sverige måste priserna sänkas. Erfarenheterna från Danmark visar att gränshandeln där var mycket omfattande innan man ansåg sig tvingad att justera skatterna på vin och öl. Skulle Sverige på så sätt på sikt tvingas anpassa alkoholskatterna och därmed priserna till EU:s medelnivå skulle de svenska priserna på alkohol halveras. Skulle man i stället behålla den höga alkoholskatten samtidigt som fri införsel av alkoholdrycker tillåts kommer gränshandeln att bli omfattande. En alltför avvikande svensk beskattning skulle också kunna komma att uppfattas som orättvis av de personer som – t.ex. på grund av avståndet – inte



har möjlighet att utnyttja de prisskillnader som då uppkommer mellan Sverige och andra länder.

Inom EU är inte punktskattenivån på alkohol reglerad på gemenskapsnivå. Istället är skattenivån en fråga för nationella beslut. EG-kommissionen verkar för en harmonisering, men har ännu inte fått gehör för detta.

Vad avser själva beskattningsgrunden har dock EU enhetliga regler. Huvudsakligen stämmer dessa överens med de svenska, de innebär att skatt i princip ska tas ut efter alkoholmängden. Regeringen har tillsatt en kommitté som har till uppgift att se över den tekniska EG-anpassningen av de indirekta skatterna (dir. Fi 1991:09). Denna utredning skall föreslå hur det svenska systemet för beskattning av EU-intern gränsöverskridande handel skall utformas.

En av hörnstenarna i Europaunionens inre marknad utgörs av privatpersoners fria införsel av varor för personligt bruk. I huvudsak gäller att varor ämnade för enskilt bruk skall beskattas i inköpslandet medan varor ämnade för återförsäljning beskattas i försäljningslandet. Reglerna gäller både punktskatter och mervärdeskatt.

I Sveriges uppgörelse med EU, i anledning av Sveriges ansökan om medlemskap i EU, har undantag beviljats från dessa principer. Sverige och EU har enats om att Sverige får behålla restriktioner för resandens införsel av alkohol från andra EU-länder. Restriktionerna är utformade som en rätt för Sverige att på sådana varor ta ut punktskatt trots att varorna redan är beskattade i landet där de köptes. Om den resande också medför skattefria varor (s.k. tax-free) skall dessa räknas in i nedan redovisade införselkvoter.

Resande från ett EU-land får, utan att erlagga ytterligare skatt i form av svensk punktskatt, medföra:

- En liter sprit eller tre liter starkvin,
- fem liter vin, samt
- 15 liter öl.

Överenskommelsen är utformad så att det per den 31 december 1996 skall ske en översyn på motsvarande sätt som för Danmark, som har ett liknande undantag. Översynen skall ske på samma sätt som den s.k. övergångsordningen för mervärdeskatt inom EU. Denna gäller till och med utgången av 1996 men förlängs automatiskt om inte Ministerrådet enhälligt beslutar att den skall upphöra. Efter som beslut i rådet måste vara enhälligt får Sverige (liksom Danmark) ett avgörande inflytande över införsel frågan.

Sverige har också överenskommit med EU om undantag från den skatteregel som stadgar att beskattningsnivån måste vara proportionell till alkoholstyrkan. När det gäller det svenska folkölet, har parterna överenskommit att skatteskillnaden mellan detta öl och starkölet får bestå i tre år, trots att skillnaden är större än vad som motiveras av skillnaden i alkoholstyrka.

Till frågan om resandebestämmelser anknäyer EU:s regler om avveckling av gränskontrollen mellan medlemsstater. Denna gränskontroll skall formellt vara

avvecklad redan. Istället skall de delar av den tidigare gränskontrollen som bibehålls, genomföras med hjälp av s.k. kompensatoriska åtgärder. Det kan konstateras att avvecklingen av gränskontrollerna sker med olika hastighet och på olika sätt bland EU:s medlemsländer. Hur den svenska anpassningen till dessa regler kommer att utvecklas går inte ännu att ha någon bestämd uppfattning om. Sverige har inte i förhandlingarna med EU begärt någon övergångsreglering i dessa frågor.



## 4 Alkoholförsäljning och skador i några länder

### 4.1 Om samband mellan totalkonsumtion och skador

En ganska vanlig syn på alkoholvanorna i Norden under 1960- och 1970-talen var att dessa var råa och destruktiva, till skillnad från drickandet bland folken i Sydeuropa, som upplevdes som kultiverat, förfinat och eftersträvansvärt. Den tilltagande turismen och andra resor till dessa länder har gett nytt bränsle till argumenten för deras alkoholvanor och liberala alkoholpolitik.

En grundläggande missuppfattning bakom dessa åsikter gäller alkoholsituationen i t.ex. Frankrike och Italien. Man tycks anse att det i dessa länder, trots att man ofta vet att det dricks betydligt mer än i Sverige, inte visar sig några skador i stil med våra. Men man kan inte bedöma deras alkoholkultur och alkoholskador efter turistbesök vid Triumfbågen i Paris eller Fontana di Trevi i Rom. Det finns i dag mycket kunskap om alkoholens skadeverkningar också i dessa länder. Så har t.ex. Frankrike en dödlighet i bl.a. levercirrhos som i förhållande till antalet invånare ligger betydligt över Sveriges. Och trafikolyckorna är ett stort samhällsproblem.

I flertalet av de länder som har en mindre restriktiv alkoholpolitik än Sverige är alkoholkonsumtionen högre och antalet skadade människor fler. Detta är allmänt känt bland alkoholforskare världen över. För att göra det möjligt för folk i allmänhet att skaffa sig en realistisk syn på området är det viktigt med lättillgängliga fakta som visar situationen i olika länder. Detta kapitel är ett försök i denna riktning.

Redovisningen omfattar Danmark, Finland, Frankrike, Italien, Kanada, Nederländerna, Norge och Spanien. I tabellbilagan (bilaga 11 i detta betänkande) redovisas skador från fler länder.

Av de redovisade länderna är det några som är speciellt intressanta. Finland och Frankrike är båda unika och illustrativa. Finland genomförde 1969 på egen hand delvis sådana förändringar av alkoholens tillgänglighet som ett eventuellt EU-medlemskap skulle kunna komma att innebära. Frankrike är unikt dels genom att alkoholkonsumtionen har varit, och är, den högsta i Europa, dels genom att konsumtionen minskat under en lång följd av år. Såväl den höga konsumtionen som den långsiktiga utvecklingen innebär ökad sannolikhet för att sådana skador som, förutom av alkohol, orsakas av många faktorer kan *påvisas* ha samband med alkohol. I länder där alkoholkonsumtionen är lägre och inte lika långsiktigt

”enkelriktad” spelar andra faktorer, relativt sett, en större roll, och det är mindre sannolikt att alkoholens effekter, i den mån de föreligger, skall gå att avläsa.

Att direkt alkoholbetingade skador (alkoholism, alkoholberoende, alkoholpsykos och alkoholförgiftning) tas med i en översikt av detta slag är inte så självklart som det spontant kan förefalla. Dessa diagnoser är ofta svåra att uppge på grund av de reaktioner de väcker hos de närmast anhöriga, såväl om missbruket varit dolt som om det varit allmänt känt. Det finns heller ingenting som säger att just dessa måste ha samband med totalkonsumtionen i ett samhälle, som ju försäljningsstatistiken i bästa fall är ett mått på. Dessutom tillämpas diagnoserna i viss utsträckning olika i olika länder och obduktionsfrekvensen varierar. I konsekvens härmed är det svårt att påvisa samband mellan totalkonsumtionen och dödligheten i dessa sjukdomar. De kan dock visa hur pass omfattande det ”synligaste” alkoholmissbruket i ett land är och redovisas vid respektive land i den mån som några undersökningsresultat publicerats. Det finns också flera undersökningar, t.ex. Leifman och Romelsjö (1994), som visar att sådana skador minskar när totalkonsumtionen minskar.

Den dödsorsak som framför allt förknippats med totalkonsumtionen är levercirrhos. Det framgår av en rad undersökningar att ett sådant samband föreligger (Seeley, 1960, Popham, 1970; Whitlock, 1974; Schmidt, 1977; Donnelly, 1978; Hellmark *et al*, 1980; Skog, 1980c; Prytz och Skinhöj, 1981; Hackl, 1982; Kendell, 1984; Wilson, 1984; Romelsjö och Ågren, 1985; Romelsjö, Ågren och Johansson, 1985; Petersen och Thorsen, 1985; Smith och Burvill, 1985; Smart, 1987a; Romelsjö, 1987; Leifman och Romelsjö, 1994). Sambandet har undersökts genom jämförelser mellan olika länder och mellan delstater i USA och Kanada och genom undersökningar över tid i samma land eller delområde.

Även alkoholens eventuella betydelse för uppkomsten av olika cancerformer har diskuterats och till en del undersökts. Undersökningar som visar på positiva samband mellan medelkonsumtionen och cancer i *larynx* (struphuvudet), *cavum oris* (munhålan), *esofagus* (matstrupen) och/eller *hypopharynx* (nedre delen av svaljet) har redovisats av Breslow och Enstrom (1974), Popham, Schmidt och Israelstam (1984), Blot och Fraumeni (1977), Kono och Ikeda (1979), Yanai *et al* (1979) och Tuyns och Pequignot (1988). Enligt en av de redovisade undersökningarna (Popham, Schmidt och Israelstam, 1984) försvinner sambandet mellan alkoholförsäljning och cancer i struphuvud och munhåla när hänsyn tas till cigarettförsäljningen. Enligt Tuyns och Pequignot (1988) hade rökning och alkoholkonsumtion en samverkande, multiplikativ effekt för cancer i struphuvudet.

De publicerade forskningsresultaten visar att cancer i de vävnader som alkoholen kommer i kontakt med på sin väg genom kroppen kan vara av intresse när det gäller att belysa skadenivån i olika länder.

Även sambandet mellan alkoholförbrukning och våldsbrott är väldokumenterat. När det gäller totalkonsumtionen visar Lenke (1989) att en förändring i denna med 1 liter leder till en förändring av antalet mord och dråp med ca 10 procent (beräknat på data från Sverige från åren 1870–1913 och 1921–1984).

I en studie av Norström (1988) framkommer statistiskt signifikanta samband mellan alkoholförsäljningen och självmord (räknat över tid) i Norge och i Sverige men inte i Danmark och i Finland. Från Norge redovisar Skog (1986b) data som tyder på att alkoholrelaterad våldsam död ökat samtidigt som alkoholkonsumtionen ökat men att denna samvariation döljs av en minskning av antalet ej alkoholrelaterade fall.

I fråga om trafikolyckor är bilden mer motsägelsefull. I en undersökning från Kanada (Ontario) kan Mann och Anglin (1988) visa att den årliga medelkonsumtionen mellan 1957 och 1983 hade betydelse för framför allt antalet dödsolyckor med alkoholpåverkade förare inblandade, men också för det totala antalet singelolyckor och olyckor under natten med dödlig utgång. Från Norge redovisar Hauge (1982; 1988) data för åren 1946–1979 som visar ett mycket starkt statistiskt samband mellan totalkonsumtionen och antalet förare som dödsats eller skadats men där det dock inte är möjligt att visa att det är ett orsakssamband. En ökning av antalet fordon är troligen den viktigaste bakomliggande orsaksfaktorn. Alkoholkonsumtionen i Danmark och andelen alkoholbetingade trafikolyckor, personskadeolyckor eller dödsolyckor under perioden 1930–1983 visar inte heller något påtagligt samband (Thorsen och Petersen, 1986). Däremot visar en undersökning från Storbritannien att alkoholförsäljningen förklarade 4,2 procent av trafikolyckornas varians mellan 1960 och 1972, medan körsträcka och väder (regn) förklarade 48,8 procent. En tidsserieanalys av data från Michigan redovisar också signifikanta samband, i detta fall mellan månadsförsäljningen (under 108 månader) av öl och vin och antalet alkoholrelaterade trafikolyckor under månaden därefter (Wagenaar, 1984).

Enligt en redovisning i Rapport 93 (se diagram 2.6, s 51, i detta betänkande) finns det en påtaglig följsamhet mellan alkoholförsäljningen och andelen förare med misstänkt alkoholpåverkan av alla förare delaktiga i trafikolyckor med personskada. Kurvorna följer varandra såväl när försäljningen ökar som när den minskar, vilket talar för att det rör sig om ett reellt samband. Genom att redovisa data på detta sätt konstanthåller man effekter av skillnader i trafikarbetet mellan olika år.

Den gjorda genomgången visar att det finns skäl att titta på många olika dödlighetsdiagnoser om man vill redovisa länders alkoholskadesituation. Detta har också gjorts. Ibland har dock möjligheten att utan alltför tidskrävande arbetsinsatser få tag på användbara data fått avgöra om en diagnos tagits med.

Jämförelsen mellan länderna syftar i första hand till att belysa nivåskillnader i alkoholkonsumtion och skador, inte att visa på orsakssamband. Detta skulle kräva sofistikerade analysmetoder och mer tid. Huvudsyftet med framställningen är mycket enklare än så: Att beskriva situationen i några länder så att det inte, för dem som har tagit del av denna beskrivning, skall gå att föra fram t.ex. Frankrike som ett eftersträvansvärt exempel, i varje fall inte utan en stor portion cynism.

## 4.2 Danmark

### 4.2.1 Några historiska notiser

Precis som många andra länder hade Danmark i början av århundradet framför allt en hög spritkonsumtion. År 1911 var den drygt 5 liter (räknat som alkohol 100 procent) (Thorsen, 1988). 1917 infördes ett totalförbud, som varade mellan den 27 februari och 26 mars. Totalförbudet följdes av mycket kraftiga höjningar av priset på starksprit (akvavit). Före förbudet kostade en liter 90 öre. Den 26 mars höjdes det till 2.40 och den 1 januari 1918 till 11 kronor, i huvudsak till följd av att skatten höjdes (Nielsen, 1965; Lambert, 1965). Den genomsnittliga spritkonsumtionen minskade från 4,3 liter alkohol 100 procent 1916 till 1,3 liter 1917 och 0,2 liter 1918 (Thorsen, 1988). Konsumtionen av öl var före 1917 omkring 32 liter per person och år. År 1918 höjdes priset från 15 till 24 öre och konsumtionen gick ner från 32 till 21 liter. Under de båda följande åren ökade konsumtionen från 21 till 48 liter trots att priset höjdes upprepade gånger. Orsaken till detta antogs vara den mycket markanta ökningen av spritpriset mellan 1917 och 1918 och en konsekvent förändring av alkoholvanorna från sprit till öl (Nielsen, 1965).

Genom hårda statliga åtgärder minskade spritkonsumtionen till 1,13 liter 1939, en minskning med ca 90 procent. Under samma tid minskade ölkonsumtionen med 30 procent. År 1900 svarade spriten för 37 procent av den totala alkoholkonsumtionen och ölet för 58 procent. År 1939 var motsvarande andelar 9 procent och 84 procent (Sparrow *et al*, 1989).

Vid Köpenhamns kommunehospital minskade mellan 1916 och 1918 antalet fall av alkoholism från omkring 200 till under 50, antalet delirium tremens från omkring 300 till under 30 och antalet fall av alkoholförgiftning från omkring 150 till under 100. Även andra alkoholsjukdomar (Korsakow, hallucinos och epilepsi) minskade (Lambert, 1965; Strömngren, 1967). En redovisning av antalet fall av delirium tremens månad för månad under 1917 visar att minskningen skedde i huvudsak mellan februari och mars och mellan mars och april, dvs. i anslutning till prishöjningen (Nielsen, 1965).

### 4.2.2 *Alkoholförsäljning och alkoholkonsumtion efter år 1950*

#### **Försäljning av alkoholdrycker**

Som framgår av diagram 4.1 (tabell 4.1) ökade den totala alkoholförsäljningen i Danmark från 3,78 liter alkohol 100 procent per invånare 1950 till 9,75 liter 1990. Högst låg försäljningen 1983, med 10,4 liter. Ökningen mellan 1950 och 1959 var 7 procent, mellan 1960 och 1969 49 procent, mellan 1970 och 1979 36 procent och mellan 1980 och 1989 1 procent. Mellan 1950 och 1990 var ökningen 158 procent.

Försäljningen av sprit uppgick 1950 till 0,6 liter (alkohol 100 procent). Den högsta försäljningen skedde år 1976 med 1,9 liter. 1990 var den 1,3 liter.

Ölförsäljningen (inklusive försäljningen av lättöl) ökade från 2,7 liter 1950 till 6,1 liter 1990. Den högsta ölförsäljningen, 6,5 liter (alkohol 100 procent), skedde år 1983.

År 1950 uppgick vinförsäljningen till 0.5 liter räknat i 100 procent alkohol. År 1990 hade den ökat till 2,3 liter. I samband med Danmarks inträde i EG sänktes skatten på vin i början av 1973 och vinförsäljningen ökade under ett antal år, från 1 liter 1972 till 1,5 liter 1973, 1,8 liter 1980 och 2,5 liter 1985.

Försäljningen av sprit och öl har minskat sin andel medan vin ökat sin. 1950 utgjorde öl 72 procent av den totala försäljningen medan sprit svarade för 16 procent och vin för 12 procent. I dag svarar ölet i Danmark för drygt 63 procent av försäljningen, spriten för 13 procent och vinet för 24 procent.

### Kön och ålder

Enligt en intervjuundersökning från 1977 var det 68 procent av kvinnorna och 47 procent av männen som uppgav att de inte drack på veckodagar och 45 procent respektive 33 procent som inte drack på helger (Nielsen, 1982).

Danska undersökningar visar att ungdomar som regel börjar dricka när de är 12–14 år och att många blivit regelbundna brukare vid omkring 15-årsåldern (Nielsen, 1982). Den högsta andelen konsumenter som ”dricker något per dag” återfinns i åldersgrupperna mellan 25 år och 39 år, såväl bland män (61–63 procent) som kvinnor (41–43 procent) (Nielsen, 1982). Framför allt när det gäller andelen som dricker på helgerna är ålderskillnaderna små så när som på personer över 45 år, bland vilka andelen konsumenter är lägre. Bland de yngsta (15 år till 17 år) var andelen dagliga konsumenter 18 procent bland kvinnorna och 25 procent bland männen.

Liter alkohol 100%

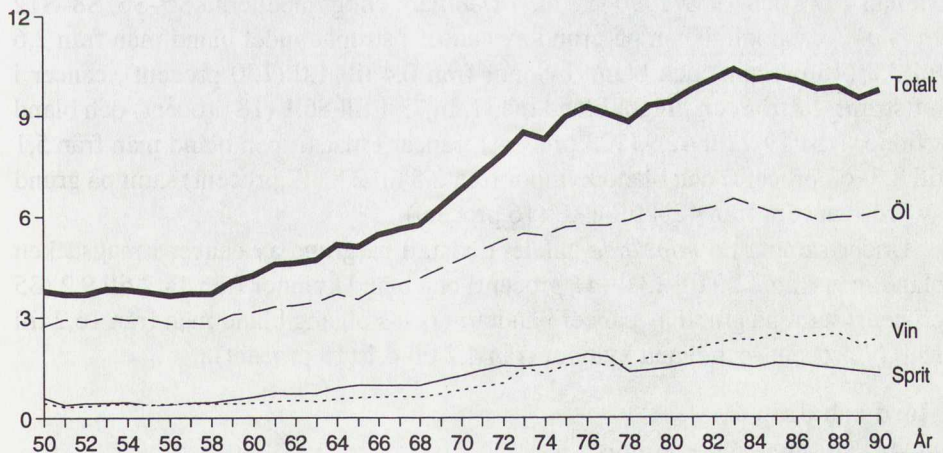


Diagram 4.1. Försäljningen av sprit, vin och öl per invånare i Danmark 1950-1990 omräknat till 100% alkohol.



### 4.2.3 *Missbruk och skador*

#### **Alkoholmissbrukets omfattning**

Antalet alkoholmissbrukare (i behov av vård) antogs i Danmark under slutet av 1970-talet uppgå till mellan 100 000 och 200 000 (Rasmusen, 1981). Sedan dess har alkoholförsäljningen och t.ex. levercirrhosdödligheten ökat (med ca 10 procent respektive 25–50 procent), vilket talar för att även antalet alkoholmissbrukare har ökat.

#### **Levercirrhos (skrumplever)**

Prytz och Skinhøj (1981) undersökte alkoholförsäljning och dödligheten i levercirrhos under perioden 1965–1978. Under dessa år ökade alkoholförsäljningen från 6 till 12 liter per invånare. Under samma period tredubblades levercirrhosdödligheten bland ungdomar och medelålders män.

Av en senare undersökning från Danmark (Petersen och Thorsen, 1985) drar man slutsatsen att en ökning av alkoholkonsumtionen med 1 liter alkohol 100 procent (per person 15 år och äldre) medför en ökning av levercirrhosdödligheten med 1,3 per 100 000 män. När det gäller de danska kvinnorna är det enligt undersökningen i huvudsak andra faktorer än alkohol som tycks bestämma dödligheten i levercirrhos.

Antalet döda i kronisk leversjukdom och cirrhos ökade från 12,0 per 100 000 män 1977 till 19,2 år 1990 (60 procent) (tabell S13a). Bland kvinnorna var motsvarande antal 6,8 och 8,7 (28 procent) (tabell S13b). Jämfört med många andra länder ligger antalet på en relativt låg nivå.

#### **Cancerdiagnoser**

Mellan 1977 och 1989/1990 skedde i Danmark enligt tabellerna S5–S6, S8–S12 en *ökning* av dödligheten på grund av cancer i struphuvudet bland män från 2,6 till 3,8 (46 procent) och bland kvinnor från 0,4 till 1,0 (150 procent), cancer i luftstrupe, luftrör och lungor bland män från 73,1 till 86,1 (18 procent) och bland kvinnor från 19,2 till 42,9 (123 procent), cancer i matstrupen bland män från 5,1 till 8,3 (63 procent) och bland kvinnor från 2,5 till 2,8 (12 procent) samt på grund av bröstcancern från 42,4 till 49,3 (16 procent).

Under samma tid *minskade* antalet dödsfall på grund av cancer i magsäcken bland män från 22,9 till 13,4 (41 procent) och bland kvinnor från 14,2 till 9,2 (35 procent) samt på grund av cancer i ändtarm och storgång bland män från 16,2 till 15,0 (7 procent) och bland kvinnor från 4,7 till 4,1 (13 procent).

#### **Mord och dråp**

Antalet dödsfall per 100 000 män på grund av mord och skada framkallad av annan var 0,7 år 1977 och 1,1 år 1988, en ökning med 57 procent. Bland kvinnor var motsvarande antal 0,7 respektive 1,2, en ökning med 71 procent.

## Trafikolyckor

Alkoholkonsumtionen i Danmark och andelen alkoholbetingade trafikolyckor, personskadeolyckor eller dödsolyckor under perioden 1930–1983 visar inte något påtagligt samband (Thorsen och Petersen, 1986).

Enligt tabell S14a minskade mellan 1977 och 1990 dödligheten i trafikolyckor bland män från 23,2 till 16,5 (29 procent) och bland kvinnor (S14b) från 9,9 till 7,4 (25 procent).

## Själv mord

I en studie av Norström (1988) framkommer inte något statistiskt signifikant samband mellan alkoholförsäljningen och självmord (räknat över tid) i Danmark.

Dödligheten på grund av självmord och självframkallad skada 1977 per 100 000 män var 30,9 år 1977 och 33,3 år 1988 (en ökning med 8 procent). Bland kvinnor var det 17,8 och 19,0 (en ökning med 7 procent).

### 4.2.4 Den förda alkoholpolitiken

Detta avsnitt bygger till viss del på två rapporter, dels av Davies och Walsh (1983), dels av Moser (1992).

Som framgått ovan skedde det i början av 1900-talet betydande alkoholpolitiska förändringar i Danmark, med totalförbud följt av mycket kraftiga prishöjningar på sprit. Sedan dess har danskarna varit framför allt ett öldrickande folk.

Dansk alkoholpolitik skiljer sig från politiken i övriga nordiska länder. Man har betonat det individuella ansvaret i större utsträckning än i t.ex. Sverige och skatten på alkohol ses inte som ett kontrollpolitiskt medel utan som ett sätt att ge staten inkomster. Något statligt monopol finns inte. All tillverkning och import sköts av privata företag.

Tillstånd att servera alkoholdrycker ombesörjs av den lokala polismyndigheten eller lokal styrelse. Fram till 1970 fanns det en gräns för antalet licenser som var knuten till befolkningstalet i kommunen. Licenserna gör ingen skillnad mellan öl, vin och sprit. Antalet licenserade serveringar uppgår till ca 10 000.

Försäljning av alkohol sker från kiosker, speceriaffärer, grönsaksaffärer, mjölkaffärer, tobaksaffärer o. dyl. Antalet försäljningsställen är ca 20 000. Någon licens krävs inte.

Åldern för rätten att dricka är 18 år för alla alkoholdrycker som säljs i barer. För annan försäljning finns inga åldersgränser.

Annonsering är förbjuden i radio och TV. Det finns inga legala restriktioner för annonsering i tidningar o. dyl, men medlemmarna av alkoholindustrin har frivilligt avtalat om innehållet i annonserna och var man får annonsera. Detta avtal reviderades 1991.

Den legala gränsen för trafiknykterhetsbrott är 0,8 promille. Mellan 0,8 och 1,2 utdöms böter och eventuellt körkortsindragning. Vid mer än 1,2 promille utdöms fängelse och körkortsindragning.

Alkoholskatten varierar med alkoholhalten.

#### 4.2.5 *Nivån på alkoholkonsumtion och alkoholskador i Danmark och Sverige*

År 1988 var alkoholförsäljningen i Danmark 9,9 liter alkohol 100 procent per invånare (tabell 4.1). I Sverige var den 5,5 liter. Danmarks försäljning var 80 procent högre än Sveriges.

Samma år var dödligheten i Danmark *högre* bland män på grund av självmord (26 procent), cancer i struphuvudet (167 procent), cancer i matstrupen (43 procent), cancer i ändtarm och stolgång (48 procent), cancer i luftstrupe, luftrör och lungor (93 procent), kronisk leversjukdom och levercirrhos (100 procent) och på grund av trafikolyckor (46 procent). Bröstcancer var 38 procent högre.

Dödligheten bland män i Danmark var detta år *lägre* än bland män i Sverige i fråga om cancer i magsäcken (19 procent), mord och skada framkallad av annan (73 procent) och drunkningsolyckor (38 procent).

### 4.3 Finland

#### 4.3.1 *Några historiska notiser*

I Finland rådde totalförbud mellan 1919 och 1932. Genom lagen förbjöds framställning, import, transport, försäljning och lagring av drycker med en alkoholhalt överstigande 2 viktprocent. Undantag gjordes för alkohol för tekniska och medicinska ändamål (1944 års nykterhetskommitté, 1953a). Gränsen för alkoholhalten höjdes 1931 till 2,25 viktprocent.

I december 1931 anordnades en folkomröstning om förbudet. 45 procent av de röstberättigade deltog. Av de som röstade var det 72 procent som ville avskaffa förbudet. Även det statsfinansiella läget spelade in i bedömningen (Sariola, 1954).

Finlands riksdag beslutade i januari 1932 att förbudslagen skulle avskaffas. Så skedde också i april 1932.

Förbudslagen 1919 ersatte ett temporärt förbud som gällde under det första världskriget och med i stort samma innebörd som den senare förbudslagen. Servering av spritdrycker i samband med måltider var dock tillåten i första klass restauranger. Den genomsnittliga försäljningen under åren 1914–1918 utgjorde omkring 0,32 liter (omräknat till alkohol 100 procent) per invånare.

Man kan mot denna bakgrund inte förvänta några särskilda effekter i alkoholpreventiv riktning av den nya förbudslagen. Vidare bedömdes lagen inte heller ha haft de verkningar som var meningen. En alkoholkommitté framhåller i ett betänkande från 1946 att förbudslagen inte nämnvärt minskade konsumtionen men att den legala handeln ersattes av en illegal, främst från Estland. Också receptbelagd sprit bedömdes ha spelat en stor roll.

Försäljningen, räknat i alkohol 100 procent, var de första åren efter det att förbudslagen avskaffats 0,49, 0,81 och 1,38. Antalet anhållanden för fylleri var

under samma år ca 82 000, 103 000 och 122 000. Därefter skedde en stabilisering som varade fram till och med andra världskriget.

Åren efter det att totalförbudet avskaffats fortsatte nykterhetsrörelsen att öva inflytande och understödde en restriktiv alkoholpolitik. Bryggerinäringen expanderade emellertid, dess inflytande ökade och tidigare torrlagda restauranger utanför storstäderna fick rätt att servera öl och vin. Det sociala klimatet förändrades och kraven på en ytterligare liberalisering ökade, vilket kom att präglade 1968 års lag. Inflyttningen till storstäderna var påtaglig, vilket också påverkade tillgängligheten för de inflyttade.

### 4.3.2 Alkoholförsäljning och alkoholkonsumtion efter år 1950

#### Försäljning av alkoholdrycker

Försäljningsstatistiken visar att påtagliga förändringar skett i Finland sedan 1950-talet. Diagram 4.2 (tabell 4.2) visar att den totala alkoholkonsumtionen ökat från 2,24 liter (alkohol 100 procent per invånare) 1950 till 7,77 liter 1990. Ökningen har i stort pågått kontinuerligt och var speciellt påtaglig i slutet av 1960-talet och i början av 1970-talet. Mellan 1960 och 1969 ökade den med 88 procent, mellan 1970 och 1979 med 40 procent och mellan 1980 och 1989 med 4 procent. Ökningen från 1950 till 1990 uppgick till 247 procent.

Försäljningen av sprit uppgick 1950 till 1,35 liter (alkohol 100 procent). Den högsta försäljningen skedde år 1977 med 2,99 liter, den lägsta år 1958 med 1,10 liter. Några större förändringar sedan mitten av 1970-talet har inte skett. 1970 uppgick försäljningen av sprit till 1,75 liter (alkohol 100 procent), 1975 uppgick den till 2,81 liter, 1980 till 2,79 liter och 1990 till 2,80 liter.

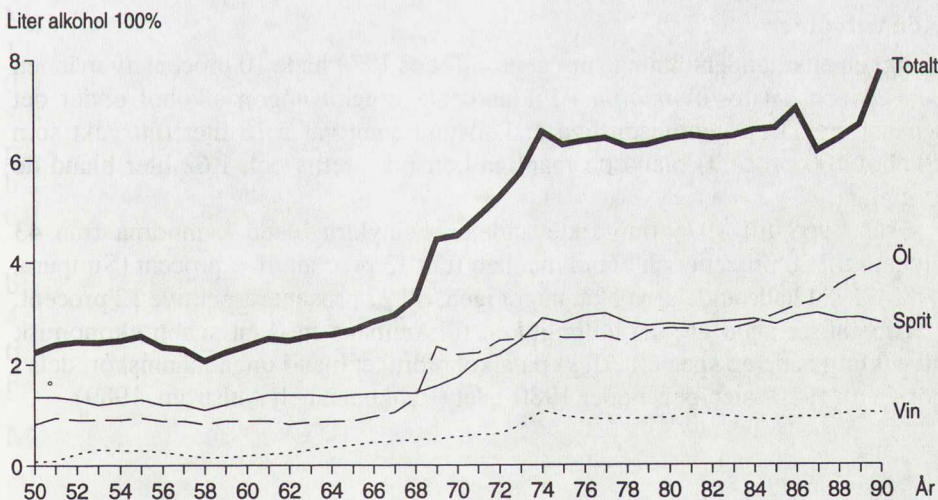


Diagram 4.2. Försäljningen av sprit, vin och öl per invånare i Finland 1950-1990 omräknat till 100% alkohol.

Ölförsäljningen ökade från 0,81 liter 1950 till 3,95 liter 1990 (alkohol 100 procent). 1990 visar den högsta ölförsäljningen hittills. 1965 var försäljningen 0,88 liter, 1975 var den 2,52.

1950 uppgick vinförsäljningen till 0,08 liter (alkohol 100 procent). 1990 hade vinförsäljningen ökat till 1,02 liter. Den högsta försäljningen, 1,07 liter, skedde år 1974.

Försäljningen av sprit har minskat medan försäljningen av vin och öl ökat. 1950 utgjorde spriten ca 60 procent av den totala försäljningen medan ölet svarade för 36 procent och vinet för 3 procent. I dag svarar spriten för 36 procent, ölet för 51 procent och vinet för 13 procent.

Ökningen var speciellt påtaglig efter det att den nya lagen införts. Jämfört med 1968 ökade alkoholförsäljningen 1969 med 46 procent (räknat i 100 procent alkohol). Ökningen fortsatte t.o.m. 1974, varefter en stabilisering skedde. Ökningen mellan 1968 och 1969 gällde främst öl. Försäljningen av öl gick upp från 1,34 till 2,35 liter (alkohol 100 procent) medan spritförsäljningen ökade från 1,43 till 1,58 och vinförsäljningen från 0,51 till 0,52 (tabell 4.2). Konsumtionen av mellanöl gick upp med närmare 240 procent (Österberg, 1983).

Mellan 1969 och 1975 var det istället spriten som ökade mest. Försäljningen gick upp från 1,58 till 2,81, medan vinet under samma tid ökade från 0,52 till 0,97 och ölet från 2,35 till 2,52.

Alkoholens andel av den totala privata konsumtionen ökade från 4,2 procent 1964 till 7,3 procent 1972, med en särskilt markant uppgång 1969 (Mäkelä, Österberg och Sulkunen, 1981).

Intervjuundersökningar 1968 och 1969 visar att lagändringen ledde till en ökad dryckesfrekvens, men även en ökning av andelen konsumenter (Simpura, 1987).

### **Kön och ålder**

Enligt en enkätundersökning som genomfördes 1979 hade 10 procent av männen och 23 procent av kvinnorna i Finland inte druckit någon alkohol under det senaste året. Den genomsnittliga årskonsumtionen var 5,76 liter (uttryckt som alkohol 100 procent) bland de manliga konsumenterna och 1,62 liter bland de kvinnliga.

Från 1968 till 1976 minskade andelen helnyktra bland kvinnorna från 43 procent till 20 procent och bland männen från 13 procent till 9 procent (Simpura, 1986). 1984 hade andelarna ökat något igen, till 27 procent respektive 12 procent.

Liberaliseringen av alkoholpolitiken tillsammans med en snabb ekonomisk utveckling hade en speciell effekt på alkoholbruket bland unga människor, dels i början av 1970-talet, dels under 1980-talet (Rahkonen och Ahlström, 1989).

### 4.3.3 Missbruk och skador

#### Alkoholmissbrukets omfattning

Antalet alkoholrelaterade intagningar 1985 var ca 11 000 på de psykiatriska sjukhusen och ca 4 500 på de allmänna sjukhusen.

#### Alkoholism, alkoholberoende och alkoholpsykos (delirium)

Utvecklingen mellan 1969 och 1975 innebar en påtaglig ökning av antalet intagningar av män och av kvinnor på sjukhus med diagnoserna alkoholism och alkoholpsykos (Poikolainen, 1980). Ökningen av antalet intagningar bedömdes vara nära relaterad till ökningen av alkoholkonsumtionen.

Dödligheten i alkoholism och alkoholpsykos per 100 000 ökade från 0,3 år 1960 till 3,2 år 1985 (Moser 1992).

#### Levercirrhos (skrumplever)

Utvecklingen mellan 1969 och 1975 innebar små förändringar av antalet intagningar på sjukhus på grund av levercirrhos, såväl när det gäller kvinnor som män. Däremot visar dödlighet i levercirrhos en snabb ökningstakt mellan 1968 och 1974 (Österberg, 1983).

Den alkoholbetingade dödligheten i levercirrhos har i stort följt alkoholförsäljningen och följaktligen ökat under en följd av år (tabell S13a). År 1977 dog 7,8 per 100 000 män och 1989 14,5 (en ökning med 72 procent). Per 100 000 kvinnor var motsvarande antal 3,1 respektive 5,7 (en ökning med 84 procent). Mellan 1960 och 1984 ökade antalet från 3,3 till 6,5 per 100 000 av befolkningen över 15 år (Moser, 1992).

#### Cancerdiagnoser

Mellan 1977 och 1990 skedde i Finland enligt tabellerna S5–S6, S8–S12 i bilaga 11 en *ökning* av dödligheten på grund av cancer i struphuvudet bland kvinnor från 0,2 till 0,3 (50 procent), cancer i luftstrupe, lufttrör och lungor bland kvinnor från 8,8 till 12,8 (45 procent), cancer i matstrupen bland män från 3,8 till 3,9 (3 procent), cancer i ändtarm och stolgång bland män från 6,9 till 7,5 (9 procent) och bland kvinnor från 6,9 till 7,0 (1 procent) samt på grund av bröstcancer från 23,8 till 30,3 (27 procent).

Under samma tid *minskade* antalet dödsfall på grund av cancer i struphuvudet bland män från 2,2 till 1,7 (23 procent), cancer i matstrupen bland kvinnor från 4,0 till 3,9 (3 procent), cancer i luftstrupe, lufttrör och lungor bland män från 76,9 till 67,2 (13 procent), cancer i magsäcken bland män från 25,2 till 17,8 (29 procent) och bland kvinnor från 19,9 till 17,8 (11 procent).

#### Mord och dråp

Allvarliga våldsbrott förefaller ha ökat påtagligt under den första hälften av 1970-talet (Ahlström och Österberg, 1981).

Dödligheten på grund av mord och skada framkallad av annan var 1977 4,5 per 100 000 män och 1988 4,0 (tabell S1a), en minskning med 11 procent. Bland

kvinnor var motsvarande antal 1,3 och 1,7 (tabell S1b), en ökning med 31 procent.

### **Dödsfall vid trafikolyckor**

De alkoholrelaterade trafikolyckorna ökade något under 1950-talet, ökade brant under 1960-talet och i början av 1970-talet för att minska efter 1973 (Österberg, 1983).

Dödligheten per 100 000 män var 1977 22,1 och 1988 17,9, en minskning med 19 procent (tabell S14a). Bland kvinnor var motsvarande antal 8,0 och 7,8 (tabell S14b), en minskning med 3 procent.

### **Själv mord**

I en studie av Norström (1988) framkommer inte något statistiskt signifikant samband mellan alkoholförsäljning och självmord (räknat över tid) i Finland.

Dödligheten på grund av självmord i Finland per 100 000 män var 1977 42,3 och 1988 44,6 (tabell S2a), en ökning med 5 procent. Bland kvinnor var antalet 10,3 och 11,7 (tabell S2b), en ökning med 14 procent.

#### **4.3.4 Den förda alkoholpolitiken**

Den liberalisering av alkoholpolitiken som skedde i Finland 1969 har betecknats som "the paradox of alcohol policy" (Beauchamp, 1981) och som liberaliseringens "dramatiska klimax" (Mäkelä, Österberg och Sulkunen, 1981). Lagändringen, som trädde i kraft den 1 januari, hade sitt ursprung i ett betänkande 1951 från en parlamentarisk kommitté. Den gick dock längre än vad det ursprungliga förslaget gjorde (Beauchamp, 1981).

Ett av motiven bakom ändringen var att leda över konsumtionen från sprit till vin och öl. Finland hade under 1930- och 1940-talen en mycket låg alkoholkonsumtion men en relativt hög frekvens av fylleri och våldsbrott vilket bedömdes ha att göra med spritkonsumtionen (Ahlström och Österberg, 1981).

Förändringen 1969 innebar "fri" försäljning av mellanöl, fler systembutiker, fler restauranger med alkoholrättigheter, lägre åldersgränser och längre öppethållande. Tillsammans taget innebar detta en mycket påtaglig ökning av tillgängligheten. Antalet försäljningsställen för ett relativt alkoholstarkt öl ("mellanöl") ökade till ca 17 400 i och med att vanliga livsmedelsbutiker kunde få licens. Tidigare såldes mellanöl endast i ett begränsat antal monopolbutiker.

Antalet serveringsställen som tillkom med rätt att servera mellanöl uppgick det första året till ca 2 700. Antalet alkoholbutiker ökade från 132 till 161 och antalet utskänkningsrättigheter från 968 till 1 101 (Alko, 1988). Antalet kommuner med alkoholbutik ökade från 75 år 1968 till 104 år 1969 (Mäkelä, Österberg och Sulkunen, 1981). 1968 levde närmare 50 procent av befolkningen i kommuner i vilka inga alkoholbutiker var tillåtna (Beauchamp, 1981).

Samtidigt sänktes inköpsåldern för sprit och vin från 21 till 20 år och för starköl till 18 år.

Den liberala yran förefaller ha mojnät vid mitten av 1970-talet. Sedan dess har vissa kommuner återkallat mellanölslicenser. Nyetableringen av butiker har skett i lugnare takt. Alkoholreklamen förbjöds 1977. Mellan 1978 och 1992 hade Alkos butiker lördagsstängt under sommarmånaderna. Övervakningen av mellanölsförsäljningen har skärpts och restaurangerna har inte lika lätt kunnat få utökade serveringstider (Ahlström och Österberg, 1981). År 1987 var antalet butiker 226, antalet serveringsrättigheter 2 037, antalet licenser för försäljning av mellanöl 7 000 och för servering av mellanöl 2 580 (Alko, 1988). Antalet kommuner med alkoholbutik var 134 år 1975 och 163 år 1987 (Alko, 1988).

Det är uppenbart att "alkoholrevolutionen" i Finland 1969 följdes av en betydande ökning av alkoholkonsumtionen och alkoholskadorna. Samtidigt är det viktigt att se att den förändring av tillgängligheten som 1969 års lagändring innebar skedde under en period med ökande försäljning och konsumtion. Ur konsumtionsvaneundersökningarnas perspektiv utgör mitten av 1970-talet den nyckelpunkt då den finska dryckeshistorien ändrades (Simpura och Partanen, 1987). "The new Act cleared the way for and gave added impetus to a process which had begun in the early Sixties. In fact, the legislative amendments themselves may be viewed as one of the results of that process" (p 221).

En jämförelse mellan Finland och Sverige visar att utvecklingen i stora drag är den samma i de båda länderna fram till uppgången i Finland efter 1968, som gör att Finland går om Sverige i fråga om per-capita-försäljning (Mäkelä och Österberg, 1976, Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning, 1993).

#### 4.3.5 *Nivån på alkoholkonsumtion och alkoholskador i Finland och Sverige*

År 1988 var alkoholförsäljningen i Finland 6,4 liter alkohol 100 procent per invånare (tabell 4.2). I Sverige var den 5,5 liter. Finlands försäljning var 16 procent högre än Sveriges.

Samma år var dödligheten i Finland *högre* än i Sverige bland män på grund av "mord och skada framkallad av annan" (110 procent), självmord (69 procent), drunkningsolyckor (243 procent), cancer i struphuvudet (42 procent), cancer i magsäck (5 procent), cancer i luftstrupe, luftrör och lungor (49 procent), kronisk leversjukdom och levercirrhos (59 procent) och på grund av trafikolyckor (34 procent).

Dödligheten bland finska män var detta år *lägre* i fråga om cancer i läpp, munhåla eller svalg (23 procent), cancer i tjocktarm (52 procent), cancer i matstrupen (50 procent), cancer i ändtarm och stolgång (35 procent) och cancer i lever (26 procent).



## 4.4 Frankrike

### 4.4.1 Några historiska notiser

Frankrike var tidigt ett öldrickande land. Detta förändrades när Cesar erövrade landet (58 f.K.) och italienska köpmän fick rättighet att börja sälja vin i Frankrike. Snart hade fransmännen dock själva tagit över det mesta av såväl vinproduktion som försäljning (Brazeau *et al*, 1993).

Under 1500-, 1600- och 1700-talen förekom ständiga stridigheter mellan bryggare och regeringar om rätten att producera framför allt öl. Många olika regleringar infördes. År 1693 sålde Louis XIV sina ärvda monopolrättigheter över tillverkning av öl och som ett resultat av detta började många restaurangägare brygga sitt öl själva. Efter franska revolutionen 1789 övergavs ölmonopolet helt och hållet och ett stort antal små bryggerier startades.

Under första världskriget gick alkoholförsäljningen ner högst påtagligt. Enligt en artikel av Ledermann och Tabah var nedgången av dödligheten i Bretagne-Normandie till följd av den minskade alkoholkonsumtionen så kraftig att den kompenenserade den ökning av dödligheten bland områdets invånare som orsakades av kriget (Skog, 1979).

### 4.4.2 Alkoholförsäljning och alkoholkonsumtion efter år 1950

#### Försäljning av alkoholdrycker

Som framgår av diagram 4.3 (och tabell 4.3) minskade den totala alkoholkonsumtionen i Frankrike från 18,45 liter alkohol 100 procent per invånare 1950 till

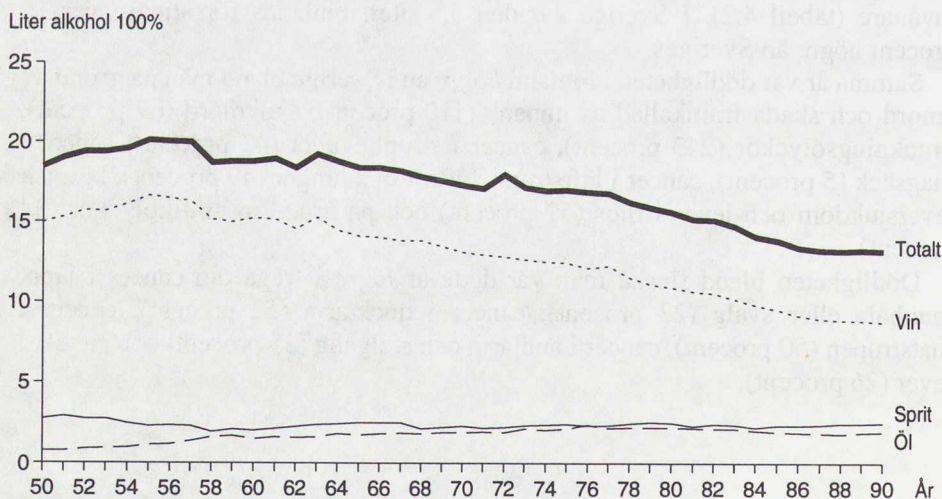


Diagram 4.3. Försäljningen av sprit, vin och öl per invånare i Frankrike 1950-1990 omräknat till 100% alkohol.

13,22 liter 1990. Sedan 1955, då försäljningen uppgick till 20,1 liter alkohol 100 procent per invånare, har minskningen i stort pågått kontinuerligt. Mellan 1960 och 1969 var minskningen 6 procent, mellan 1970 och 1979 var den 14 procent och mellan 1980 och 1989 var den 15 procent. Minskningen mellan 1950 och 1990 var 28 procent.

Alkoholförsäljningen har således minskat i Frankrike under en lång följd av år, även under 1960- och 1970-talen när de flesta länder ökade sin konsumtion (Sulkunen, 1989).

Försäljningen av sprit uppgick 1950 till 2,73 liter (alkohol 100 procent). Den högsta försäljningen skedde år 1951 med 2,90 liter, den lägsta år 1958 med 1,94 liter. Några större förändringar därutöver har inte skett. 1970 uppgick försäljningen av sprit till 2,30 liter (alkohol 100 procent), 1980 uppgick den till 2,52 liter och 1990 till 2,51 liter.

Ölförsäljningen ökade från 0,78 liter 1950 till 1,94 liter 1990 (alkohol 100 procent). Den högsta ölförsäljningen, 2,38 liter, skedde år 1976.

År 1950 uppgick vinförsäljningen till 14,94 liter (alkohol 100 procent). 1990 hade den minskat till 8,77 liter. Sedan 1955, då försäljningen motsvarade 16,50 liter alkohol 100 procent, har minskningen i stort pågått oavbrutet.

Försäljningen av sprit och öl har ökat sin andel medan vinet minskat sin. 1950 utgjorde öl 4 procent av den totala försäljningen medan sprit svarade för 15 procent och vin för 81 procent. I dag svarar ölet för 15 procent, spriten för 19 procent och vinet för 66 procent.

### **Kön och ålder**

Enligt en riksrepresentativ undersökning från år 1984 uppgav 66 procent av männen och 39 procent av kvinnorna att de regelbundet använde alkohol (Le Laidier, 1984). 28 procent av båda könen uppgav att de drack ett eller två glas per dag. 10 procent av männen och 1 procent av kvinnorna uppgav att de drack fem eller fler glas per dag.

66 procent av männen och 39 procent av kvinnorna uppgav således att de regelbundet använde alkohol. Bland män i åldersgruppen 15–19 år var det 20 procent och i åldersgruppen 20–24 år 45 procent. Bland kvinnorna i dessa åldrar var det 10 procent respektive 23 procent.

32 procent av männen och 60 procent av kvinnorna uppgav att de inte använde alkohol. Andelen under 20 år som inte drack var 77 procent bland män och 88 procent bland kvinnor. I åldersgruppen 20–24 år var det 51 procent respektive 75 procent.

Enligt en sammanställning av Choquet och Ledoux (1985) ökade andelen som använder alkohol dagligen bland pojkar från 24 procent 1971 till 33 procent 1984 medan flickornas konsumtion var oförändrad (9 procent respektive 8 procent).

### 4.4.3 *Missbruk och skador*

#### **Alkoholmissbrukets omfattning**

Enligt uppgifter som presenterades 1980 av en statlig utredning, den s.k. Bernardkommissionen, fanns det i Frankrike vid denna tid ca 2 miljoner alkoholister och därutöver 3 miljoner svåra alkoholmissbrukare. Den årliga dödligheten på grund av alkoholmissbruk uppskattades till ca 20 000. Ca 40 procent av patienterna på de psykiatriska klinikerna vårdades på grund av problem i samband med alkohol.

#### **Alkoholism, alkoholberoende och alkoholpsykos**

Dödligheten i alkoholism/alkoholberoende och alkoholpsykos ökade fram till 1960, då den var närmare 18 per 100 000 män och 5 per 100 000 kvinnor. År 1980 var det 10 bland männen och 3 bland kvinnorna.

#### **Levercirrhos (skrumplever)**

En mycket omfattande och tidig studie av levercirrhos gjordes av Popham (1970). Den omfattade bl.a. data från 23 departement i Frankrike för år 1950. Korrelationerna ligger mellan 0,61 och 0,86. Sambanden är alltså relativt starka.

Den alkoholbetingade dödligheten i levercirrhos har i stort följt alkoholförsäljningen och följaktligen minskat under en följd av år (diagram 4.4, tabell S13a). 1970 dog närmare 17 000 personer, eller 33,1 per 100 000 invånare.

1977 dog 45,9 per 100 000 män. 1989 var det 26,4 (tabell S13a) (en minskning med 42 procent). Per 100 000 kvinnor var motsvarande antal 17,7 respektive 11,3 (tabell S13b) (en minskning med 36 procent).

#### **Cancerdiagnoser**

Mellan 1977 och 1989/1990 skedde i Frankrike enligt tabellerna S5–S6, S8–S12 i bilaga 11 en *ökning* av dödligheten i cancer i tjocktarm bland män från 17,4 till 20,6 (18 procent) och bland kvinnor från 18,4 till 19,8 (8 procent) samt i cancer i luftstrupe, luftrör och lungor bland män från 53,3 till 68,5 (29 procent) och bland kvinnor från 6,8 till 9,9 (46 procent), samt i bröstcancer från 30,2 till 35,2 (17 procent).

Under samma tid *minskade* antalet dödsfall på grund av cancer i struphuvudet bland män från 15,2 till 11,0 (28 procent), cancer i matstrupen bland män från 19,1 till 15,8 (17 procent) och bland kvinnor från 2,3 till 2,2 (4 procent), cancer i magsäcken bland män från 20,0 till 14,8 (26 procent) och bland kvinnor från 15,0 till 9,8 (35 procent), cancer i ändtarm och storgång bland män från 10,3 till 8,3 (19 procent) och bland kvinnor från 7,6 till 6,8 (11 procent).

#### **Mord och dråp**

Antalet dödsfall bland män på grund av mord och skada framkallad av annan minskade från 1,3 per 100 000 1977 till 1,2 1988, en minskning med 8 procent. Bland kvinnor ökade antalet från 0,7 till 0,8 (14 procent).

### Dödsfall vid trafikolyckor

Dödsfall bland män i trafikolyckor var 1977 32,9 och 1988 27,1, en minskning med 18 procent. Bland kvinnor var motsvarande antal 11,4 respektive 9,7, en minskning med 15 procent.

#### 4.4.4 Den förda alkoholpolitiken

Detta avsnitt bygger i huvudsak på två rapporter, dels av Davies och Walsh (1983), dels av Moser (1992).

Frankrike har ofta uppfattats att ha en extremt "avslappnad" och "non-interventionistisk" inställning till bruket av alkohol och till prevention av alkoholproblem. Men detta är bara fallet till en del.

Alkoholbeskattningen i Frankrike har varit bland de lägsta i Europa och har, särskilt när det gäller öl och vin, sällan anpassats till prisutvecklingen. Det finns emellertid många andra lagar på området. Det har länge funnits bestämmelser för kontroll av annonsering och reklam för alkoholprodukter, bestämmelser som skärptes 1993.

Sedan många år finns ett komplicerat licensieringssystem med skilda bestämmelser beroende på vilken alkoholdryck det gäller och hur hög alkoholhalten är.

När det gäller dagar och tider för försäljning är bestämmelserna mycket liberala. Framställningen av sprit kontrolleras av ett monopol, men syftet är att kontrollera kvaliteten, inte att förebygga alkoholproblem. Produktion och handel med sprit, öl och vin ligger i privata händer så när som på distributionen av de mindre lantbrukens vinproduktion, som sköts av stora vinkooperativ.

Det förekommer ett särskilt regelsystem som gör det möjligt för fruktodlarna att destillera alkohol skattefritt av egen odling och för egen konsumtion. I slutet av 1970-talet fanns det drygt 2 miljoner registrerade hemmaproducenter som tillsammans destillerade mer än 200 000 hektoliter alkohol 100 procent. Man har uppskattat att den mängd sprit som produceras på detta sätt motsvarar den officiellt registrerade produktionen.

Reglerna för ålder för rätten att bli serverad eller att få köpa med sig ändrades 1991. Tidigare hade åldern varierat beroende på vilken dryck det var fråga om. Då var konsumtion förbjuden för alla under 14 år. Konsumtion av vin, öl och cider var tillåten mellan 14 och 16 om det skedde i sällskap med någon förälder eller med någon vårdare som var 18 år eller mer. Numera tillåts alla som är i sällskap av någon förälder eller vårdare att konsumera alla sorter av alkohol. I annat fall gäller 16-årsgränsen.

Sedan 1959 har det varit ett brott att köra bil när man är alkoholpåverkad. Blodalkoholhalten som visade att man var påverkad sänktes 1970 från 1,2 till 0,8 promille. 1978 infördes en bestämmelse som gjorde det möjligt att ta blodprov även på förare som inte varit inblandad i någon olycka. Samtidigt blev det möjligt att dra in körkortet i mellan 1 och 3 år och för att få ett nytt körkort krävdes en läkarundersökning. 1983 skärptes påföljderna ytterligare och vägran att lämna prov bedömdes likvärdigt med ett positivt prov. 1987 fördubblades straffsatsen.

Bötesbeloppet sattes till mellan 2 000 och 30 000 franc och/eller fängelse mellan 2 månader och 2 år (Sparrow *et al*, 1989).

I slutet av 1970-talet tillsattes, efter initiativ av den franske presidenten, en arbetsgrupp under ordförandeskap av professor Jean Bernard, med syfte att ta fram ett tioårsprogram mot alkoholism, som definierades som en av de viktigaste och mest oroande sociala gisslarna. Arbetsgruppen insåg snart att man inte skulle begränsa sitt arbete till alkoholsjukdomar hos individen utan skulle täcka problem med anknytning till alkohol, alkoholkonsumtion och alkoholism, så som de påverkades av produktion och distribution och normal så väl som hög alkoholkonsumtion.

I sin första rapport 1980 drar gruppen slutsatsen att det första målet med en alkoholpolitik borde vara en avsevärd reduktion av den franska befolkningens alkoholkonsumtion. Detta mål, menade gruppen, skulle det gå att komma närmare med en nationell alkoholpolitik med följande huvudkomponenter:

- Att förbättra tillämpningen av existerande lagar och att, tillsammans med andra medlemmar i EU, utarbeta en gemensam alkoholpolitik syftande till att skydda befolkningens hälsa.
- Att uppmuntra förbättrad kvalitet och mindre produktion av vin och att minska alkoholhalten i andra drycker.
- Att knyta priset på alkoholdrycker till levnadskostnaderna, understödja åtgärder mot annonsering, reformera lagstiftningen om var försäljning får ske samt befrämja produktion och konsumtion av alkoholfria drycker.
- Att utveckla utbildningen om alkohol och integrera den i den allmänna hälso-utbildningen, med särskild inriktning på arbetsplatser och högriskgrupper.
- Att verka för bättre kunskap om alkoholproblem bland medicinsk personal, lärare i skolorna och andra yrkesgrupper som kommer i kontakt med alkoholproblem.

År 1981 kom ytterligare förslag om förbättrade program för att spåra upp missbrukare, för behandling och rehabilitering av högkonsumenter, för lokala hälsoutbildningsprogram och för preventionsprogram på arbetsplatserna.

Den nationella kommittén "för försvar mot alkoholism" (CNDCA) undersökte de åtgärder som vidtagits sedan 1980 med anledning av de 110 olika förslag som gruppen kring Bernard hade fört fram. Man fann att 11 hade genomförts och 23 delvis genomförts. Man föreslog bl.a. att en kommitté mot alkoholism med olika departement representerade skulle inrättas. En sådan inrättades också, men den hade 1990 endast haft ett sammanträde.

#### 4.4.5 Nivån på alkoholkonsumtion och alkoholskador i Frankrike och Sverige

År 1988 var alkoholförsäljningen i Frankrike 13,2 liter (alkohol 100 procent) per invånare (tabell 4.3). I Sverige var den 5,5 liter. Frankrikes försäljning var 145 procent högre än Sveriges.

Samma år var dödligheten *högre* i Frankrike bland män på grund av självmord (20 procent), drunkningsolyckor (0,5 procent), cancer struphuvudet (833 procent), cancer i läpp, munhåla eller svalg (365 procent), cancer i tjocktarm (5 procent), cancer i matstrupe (184 procent), cancer i luftstrupe, luftrör och lungor (50 procent), cancer i lever (132 procent), kronisk leversjukdom och levercirrhos (209 procent) samt på grund av trafikolyckor (102 procent).

Dödligheten bland franska män var detta år *lägre* i fråga om "mord och skada framkallad av annan" (37 procent), cancer i magsäck (14 procent) och cancer i ändtarm och stolgång (19 procent).

Dödligheten i bröstcancer var 6 procent lägre.

## 4.5 Italien

### 4.5.1 Några historiska notiser

Vin har länge varit Italiens nationella dryck. Man antar att vinet introducerades i Italien omkring 750 f. Kr., sedan grekerna hade grundat en koloni i nordväst. Italienarna antas sedan ha varit de som spred vinodling och vindrickande i Europa. När det antika Rom började erövra och dominera världen vid 100-talet f. Kr. förde de vinet och förmågan att tillverka vin med sig (Brazeau *et al.*, 1992).

Uppgifter från det tidiga 1900-talet visar att konsumtionen vid denna tid var omkring 125 liter vin per person och år. Vin sägs vid denna tid ha varit i det närmaste en nödvändighet genom att det gav kalorier till en befolkning för vilken kaloriintaget i övrigt var för lågt.

Efter Frankrike är Italien världens största vinproducent. Det finns få formella regler för vinproduktionen och odlingen av vindruvor har präglat delar av ordnärt italienskt lantbruk under århundraden. Följaktligen producerar bönderna i många delar av Italien fortfarande sitt eget vin för hemmabruk, en produktion som inte kommer med i den officiella statistiken och vars omfattning inte är känd (Davies och Walsh, 1983).

En mycket påtaglig tillväxt av vinindustrin under de senaste årtiondena har lett till en nationell politik som syftar till att understödja en förbättring av kvaliteten, för att därigenom förbättra avsättningsmöjligheterna. Samtidigt har intresset minskat för de alkoholrelaterade problemen, med en i det närmaste fullständig negligering av prevention.

#### 4.5.2 Alkohol försäljning och alkoholkonsumtion efter år 1950

##### Försäljning av alkoholdrycker

Som framgår av diagram 4.4 (tabell 4.4) minskade den totala alkoholförsäljningen i Italien från 9,49 liter alkohol 100 procent per invånare 1950 till 8,61 liter 1990. Sedan 1968–1969, då försäljningen var mer än 14 liter, har i stort minskningen pågått kontinuerligt. Mellan 1950 och 1959 var ökningen 33 procent och mellan 1960 och 1969 13 procent. Minskningen mellan 1970 och 1979 uppgick till 10 procent och mellan 1980 och 1989 till 27 procent. Minskningen totalt mellan 1950 och 1990 var 9 procent.

Försäljningen av sprit uppgick 1950 till 0,7 liter och 1990 till 0,8 liter (alkohol 100 procent). Den högsta försäljningen skedde år 1973 med 2,2 liter.

Ölförsäljningen ökade från 0,16 liter 1950 till 1,06 liter 1990 (alkohol 100 procent).

1950 uppgick vinförsäljningen till 8,63 liter (alkohol 100 procent). 1990 hade den minskat till 6,75 liter. Sedan 1980, då försäljningen motsvarade 10,22 liter alkohol 100 procent, har den minskat flertalet år.

Försäljningen av sprit och öl har ökat sin andel medan vinet minskat sin. 1950 utgjorde öl 2 procent av den totala försäljningen medan sprit svarade för 7 procent och vin för 91 procent. År 1990 svarade ölet för 12 procent, spriten för 9 procent och vinet för 78 procent.

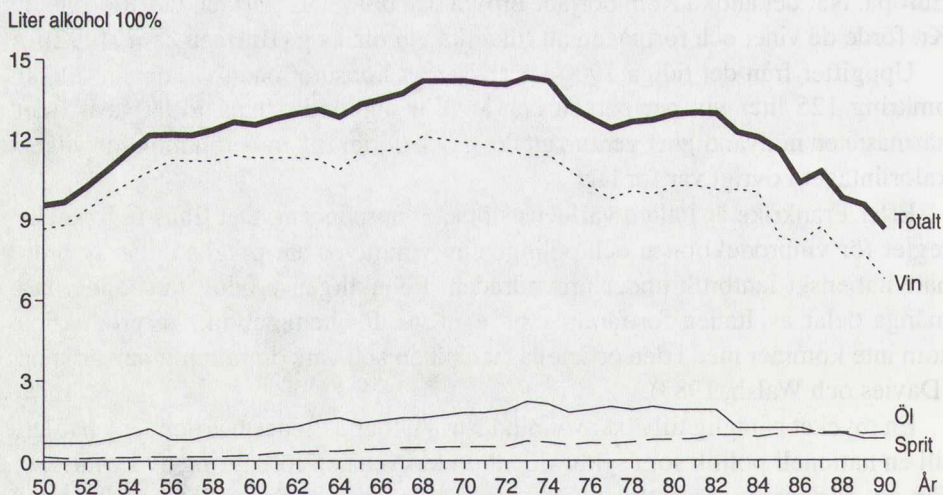


Diagram 4.4. Försäljningen av sprit, vin och öl per invånare i Italien 1950-1990 omräknat till 100% alkohol.

### 4.5.3 Missbruk och skador

#### Levercirrhos (skrumplever)

År 1977 dog 48,9 per 100 000 män och 1989 38,4 (en minskning med 21 procent). Per 100 000 kvinnor var motsvarande antal 19,5 respektive 19,2 (en minskning med 2 procent).

#### Cancerdiagnoser

Mellan 1977 och 1989/1990 skedde i Italien enligt tabellerna S5–S6, S8–S12 en *ökning* av dödligheten på grund av cancer i struphuvudet bland män från 8,8 till 9,0 (2 procent), cancer i matstrupen bland män från 6,3 till 6,7 (6 procent) och bland kvinnor från 1,2 till 1,7 (42 procent), cancer i tjocktarm bland män från 11,0 till 16,2 (47 procent) och bland kvinnor från 10,9 till 15,6 (43 procent), cancer i ändtarm och stolgång bland män från 8,9 till 9,3 (4 procent), cancer i luftstrupe, lufrör och lungor bland män från 64,1 till 90,5 (41 procent) och bland kvinnor från 9,5 till 14,2 (49 procent) samt på grund av bröstcancer från 27,9 till 35,9 (29 procent).

Under samma tid *minskade* antalet dödsfall på grund av cancer i struphuvudet bland kvinnor från 0,6 till 0,5 (17 procent), cancer i magsäcken bland män från 33,6 till 30,2 (10 procent) och bland kvinnor från 22,2 till 20,6 (7 procent) samt cancer i ändtarm och stolgång bland kvinnor från 9,8 till 7,2 (6 procent).

#### Mord och dråp

Antalet dödsfall bland män på grund av mord och skada framkallad av annan ökade från 2,3 per 100 000 år 1977 till 3,2 år 1988, en ökning med 39 procent. Bland kvinnor var antalet båda åren 0,6.

#### Dödsfall vid trafikolyckor

Antalet dödsfall bland män på grund av trafikolyckor minskade från 29,2 per 100 000 år 1977 till 24,3 år 1988, en minskning med 17 procent. Bland kvinnor var antalet 8,2 respektive 7,2, en minskning med 12 procent.

### 4.5.4 Den förda alkoholpolitiken

Detta avsnitt bygger till viss del på två rapporter, dels av Davies och Walsh (1983), dels av Moser (1992).

Försäljning och servering regleras av ett licenssystem. Licenser för servering av vin och öl lämnas av kommunen upp till en licens per 400 invånare. Försäljning eller servering av starkare alkoholdrycker lämnas ut upp till en licence per 1 000 invånare. Dessutom kan alkohol inhandlas och även konsumeras i de flesta mataffärer.

Barn introduceras i allmänhet till alkohol vid en yngre ålder i Italien än i de flesta andra länder i Europa (Davies och Walsh, 1983). Enligt gällande regler får alkohol inte säljas eller serveras till personer under 16 år.

Det finns inga restriktioner när det gäller annonsering för alkoholdrycker. En frivillig överenskommelse när det gäller annonsering i televisionen har träffats.



År 1984 infördes en lag om regler för prevention, behandling och rehabilitering av alkoholberoende personer. I ytterligare en lag från 1986 regleras utbildning, information och prevention av alkoholism, rehabilitering av alkoholberoende personer, kontroll av annonsering och insatser för att förebygga trafikolyckor med alkoholpåverkade förare inblandade. Hälsoministern gavs i uppdrag att utarbeta ett program för information och utbildning för att genomföras i samarbete med nationella pressrådet, nationella administrativa organ och den privata radion och televisionen (Moser, 1992).

#### 4.5.5 *Nivån på alkoholkonsumtion och alkoholskador i Italien och Sverige*

År 1988 var alkoholförsäljningen i Italien 9,7 liter (alkohol 100 procent) per invånare (tabell 4.4). I Sverige var den 5,5 liter. Försäljningen i Italien var 76 procent högre än i Sverige.

Samma år var dödligheten *högre* i Italien bland män på grund av "mord och skada framkallad av annan" (68 procent), cancer i läpp, munhåla eller svalg (128 procent), cancer i struphuvudet (650 procent), cancer i magsäck (64 procent), cancer i luftstrupe, luftrör och lungor (101 procent), kronisk leversjukdom och levercirrhos (327 procent) och på grund av trafikolyckor (81 procent).

Dödligheten bland italienska män var detta år *lägre* i fråga om självmord (58 procent), drunkningsolyckor (10 procent), cancer i tjocktarm (17 procent), cancer i matstrupen (20 procent), cancer i ändtarm och stolgång (11 procent) och cancer i levern (171 procent).

Dödligheten i bröstcancer var 6 procent lägre.

## 4.6 Kanada

### 4.6.1 *Några historiska notiser*

Alkoholdrycker kom till Kanada med de första nybyggarna. Det första kommersiella bränneriet etablerades i staden Quebec 1769. Antalet brännerier växte sedan snabbt och år 1840 fanns över 200 i "Upper Canada" (Brazeau *et al*, 1992).

De första bryggerierna startades för att understödja nykterhet, bevara valuta i landet och åstadkomma ett bra användningsområde för det överflöd av säd som fanns att tillgå i Den Nya Världen (Brazeau *et al*, 1992).

Enligt en lag från 1878 blev det på lokal nivå möjligt att genom folkomröstning bestämma om försäljning av någon alkoholdryck skulle vara tillåten. I samtliga av Kanadas provinser beslutade man om totalförbud i början av 1900-talet. I Prince Edward Island kom beslutet 1901, i flertalet provinser mellan 1915 och 1917, i en (Yukon) 1918 och i en (Quebec) 1919. Flertalet upphörde att gälla mellan 1921 och 1925, övriga 1927, 1930 och 1948 (Prince Edward Island) (Popham, 1956). Mellan 1919 och 1921 gällde således ett totalförbud i alla

kanadensiska delstater, mellan 1917 och 1921 i alla så när som på två. Totalförbudet ersattes av lokala monopol.

Lagen hade en påtaglig effekt på konsumtionsmönstret. År 1900 hade ölkonsumtionen fördubblats och spritförsäljningen minskat med 50 procent, jämfört med situationen 30 år tidigare. Vid slutet av det andra världskriget svarade ölet för 65 procent av alkoholmarknaden (Brazeau *et al*, 1992).

Antalet dödsfall i levercirrhos (per 100 000 invånare över 20 år) under de fem åren 1917 till 1921 var 5,4, 3,8, 3,9, 5,0 och 4,0 (Popham 1956). Medelvärdet för hela perioden 1910–1940 var 5,3.

#### 4.6.2 Alkoholförsäljning och alkoholkonsumtion efter år 1950

##### Försäljning av alkoholdrycker

Som framgår av diagram 4.5 (tabell 4.5) ökade den totala alkoholförsäljningen i Kanada från 4,41 liter (alkohol 100 procent) per invånare 1950 till 7,11 liter 1990. Mellan 1950 och 1990 motsvarar ökningen 61 procent. 1980 redovisas en försäljning på 8,75, vilket är högst för perioden. Mellan 1950 och 1959 var ökningen 10 procent, mellan 1960 och 1969 27 procent, mellan 1970 och 1979 36 procent. Mellan 1980 och 1989 minskade försäljningen med 15 procent.

Försäljningen av sprit uppgick 1950 till 1,28 liter (alkohol 100 procent) och 1990 till 2,16 liter. Den högsta spritförsäljningen, 3,34 liter, redovisas för 1980.

Ölförsäljningen ökade från 2,86 liter 1962 till 3,92 liter (alkohol 100 procent) 1990. Den högsta försäljningsnivån, 4,34 liter, redovisas för 1979.

Liter alkohol 100%

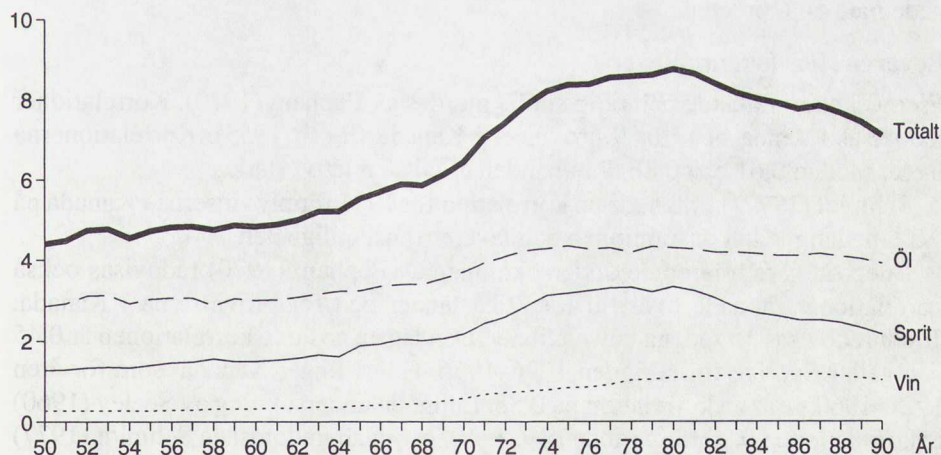


Diagram 4.5. Försäljningen av sprit, vin och öl per invånare i Kanada 1950-1990 omräknat till 100% alkohol.

Vinförsäljningen ökade från 0,27 liter (alkohol 100 procent) 1950 till 1,04 liter 1990. År 1985 var vinförsäljningen 1,19 liter, vilket är den högsta redovisade försäljningsnivån sedan 1950.

Försäljningen av öl har minskat sin andel medan vinet ökat sin och spriten i stort legat kvar på samma nivå som 1950. Då svarade ölet för 65 procent av den totala alkoholförsäljningen, vinet för 6 procent och spriten för 29 procent. 1990 var ölets andel 55 procent, vinets 15 procent och spritens 30 procent. Ölet har således dominerat under hela 1900-talet.

### **Kön och ålder**

Av de vuxna männen uppgav 1989 84 procent att de använde alkohol (regelbundet eller tillfälligt). Motsvarande andel bland kvinnorna var 72 procent. För både män och kvinnor gäller att konsumtionen var lägst bland de yngsta och de äldsta (Health and Welfare Canada, 1990).

### **4.6.3 Missbruk och skador**

#### **Alkoholism/alkoholberoende, alkoholpsykos (delirium) och alkoholförgiftning**

Smart (1987a) undersökte utvecklingen mellan 1974 och 1983 i några kanadensiska provinser. I Quebec minskade konsumtionen under dessa år med 10,5 procent och dödligheten i alkoholberoende med 5,6 procent, medan dödligheten i alkoholförgiftning (from "toxic effects and accidental poisoning") inte förändrades. I Ontario minskade konsumtionen med 2,5 procent. Dödligheten i alkoholberoende minskade med 39,5 procent. Dödligheten i alkoholförgiftning ökade med 10 procent. I Alberta däremot ökade konsumtionen med 9,5 procent, dödligheten i alkoholförgiftning med 66 procent, medan dödligheten i alkoholberoende minskade med 54,6 procent.

#### **Levercirrhos (skrumplever)**

En mycket omfattande och tidig studie gjordes av Popham (1970). Korrelationer redovisas i denna bl.a. för 9 provinser i Kanada (för år 1955). Korrelationerna ligger mellan 0,61 och 0,86. Sambanden är alltså relativt starka.

Schmidt (1977) beräknade en korrelation för 1971 för provinserna i Kanada på 0,82 mellan medelkonsumtionen och levercirrhosdödligheten.

I den tidigare refererade undersökningen av Popham (1970) redovisas också korrelationer räknade över tid för olika länder och för provinserna i Kanada. Totalt redovisas 15 sådana korrelationer. Den lägsta positiva korrelationen är 0,45 och gäller Sverige för perioden 1926–1956. Högst ligger Kanada, som för åren 1927–1960 visar en korrelation på 0,88. Enligt en undersökning av Seeley (1960) är korrelationen 0,96 för perioden 1921–1956. Senare redovisade Schmidt (1977) en korrelation för Ontario för åren 1932–1973 på 0,97.

I Quebec minskade konsumtionen mellan 1974 och 1983 med 10,5 procent och dödlighet i leversjukdom och cirrhos med 31,4 procent (Smart, 1987a). I

Ontario minskade konsumtionen med 2,5 procent och dödligheten i leversjukdomar med 28,1 procent. I Alberta ökade konsumtionen med 9,5 procent medan dödligheten i leversjukdomar minskade med 2,2 procent.

Antalet döda i kronisk leversjukdom och levercirrhos i hela Kanada 1977 var 16,6 per 100 000 män (tabell S13a). 1989 var det 11,7 (en minskning med 30 procent). Per 100 000 kvinnor var motsvarande antal 7,2 respektive 5,4 (en minskning med 25 procent).

### Cancerdiagnoser

Mellan 1977/79 och 1989/1990 skedde i Kanada enligt tabellerna S5–S6, S8–S12 en *ökning* av dödligheten på grund av cancer i struphuvudet bland män från 2,6 till 2,9 (12 procent) och bland kvinnor från 0,4 till 0,5 (25 procent), cancer i matstrupen bland män från 4,1 till 5,1 (24 procent) och bland kvinnor från 1,6 till 1,9 (19 procent), cancer i tjocktarm bland män från 14,3 till 17,1 (20 procent), på grund av cancer i luftstrupe, luftrör och lungor bland män från 53,0 till 73,3 (38 procent) och bland kvinnor från 13,0 till 29,9 (130 procent) samt på grund av bröstcancer från 28,4 till 34,5 (21 procent).

Under samma tid *minskade* antalet dödsfall på grund av cancer i magsäcken bland män från 12,3 till 10,6 (14 procent) och bland kvinnor från 6,7 till 6,3 (6 procent), cancer i tjocktarm bland kvinnor från 16,7 till 16,3 (2 procent), cancer i ändtarm och stolgång bland män från 6,7 till 6,1 (9 procent) och bland kvinnor från 4,7 till 4,1 (13 procent).

### Dödsfall vid trafikolyckor

I en undersökning från Kanada (Ontario) kan Mann och Anglin (1988) visa att den årliga medelkonsumtionen mellan 1957 och 1983 hade betydelse för framför allt antalet dödsolyckor med alkohelpåverkade förare inblandade, men också för det totala antalet singelolyckor och olyckor under natten med dödlig utgång.

1977 dog 33,1 per 100 000 män och 1989 22,6 (en minskning med 32 procent). Per 100 000 kvinnor var motsvarande antal 12,2 respektive 9,7 (en minskning med 20 procent).

### Mord och dråp

Dödligheten på grund av mord och skada framkallad av annan per 100 000 män minskade från 3,5 år 1977 till 2,5 år 1988, eller med 29 procent. Bland kvinnor var motsvarande antal 1,7 och 1,3, en minskning med 24 procent.

#### 4.6.4 Den förda alkoholpolitiken

Detta avsnitt bygger till viss del på två rapporter, dels av Davies och Walsh (1983), dels av Moser (1992).

Beslutanderätten för kontroll och försäljning av alkoholdrycker ligger primärt hos Kanadas delstatsregeringar (provinsregeringarna). De delstatliga alkoholmonopolen bestämmer vilka produkter som får säljas, till vilket pris, hur distributionen skall ske, vilken typ och hur många affärer som får finnas, när dessa får ha

öppet, hur gammal man skall vara för att få köpa och hur marknadsföring och annonsering får ske.

Under senare år har den förda alkoholpolitiken diskuterats utifrån frihandelsavtalet mellan Kanada och USA och GATT-avtalet. EEC klagade 1988 hos GATT över diskriminering av importen av alkoholdrycker till Kanada.

De delstatliga monopolen skiljer sig något men för alla gäller att sprit endast får säljas av monopolen. Så när som på två delstater (Saskatchewan och Alberta) gäller detta också importerat öl, som i dessa också får säljas av s.k. licensierade försäljare ("Vendors"), vilka som regel är knutna till hotell.

Speceriaffärerna i Newfoundland och Quebec får sälja öl som är bryggt i Kanada, speceriaffärerna i Quebec även vin. Dessa affärer är vanligen små, enskilt ägda affärer, till skillnad från affärer tillhörande stora affärskedjor.

Försäljningen av vin i speceriaffärer i Quebec har diskuterats flitigt i svensk press. Försäljningen möjliggjordes 1978 och enligt den utvärdering som gjordes skedde det ingen försäljningsökning. För vissa svenska intressenter har detta tagits som bevis på att det svenska monopolet skulle kunna avskaffas utan en ökad alkoholförsäljning. Den forskare som genomförde utvärderingen (Smart, 1986) antog att orsaken till att försäljningen inte gick upp kunde vara den ekonomiska lågkonjunkturen, vinets relativa impopularitet jämfört med andra alkoholdrycker eller den långsiktiga trenden mot en lägre alkoholkonsumtion i hela Kanada.

Till detta kan läggas den prishöjning som genomfördes strax efter förändringen. Priselasticiteten för vin var enligt kanadensiska studier -1,36 (1956–1970) och -0,76 (1961–1984) (Olsson, 1991, tabell 3, s 65). Prishöjningen, som var 13 procent, borde ha lett till en konsumtionssänkning med ungefär 10 procent. Denna uteblev, vilket kan ha berott på att effekten av prishöjningen motverkades av effekten av att vin började säljas i livsmedelsbutikerna.

Tiden för försäljning är reglerad av de delstatliga monopolen. Försäljningen av öl äger rum under tider då de statliga monopolbutikerna är stängda och det i flertalet delstater följaktligen inte är möjligt att köpa vin eller sprit. När det gäller serveringstiderna förefaller tillståndet att servera en viss alkoholdryck inte ha betydelse för uppehållandet.

Också när det gäller åldersbestämmelserna skiljer sig delstaterna åt. I flertalet är åldersgränsen för rätten att dricka 19 år, i Alberta och Quebec är den 18. I vissa delstater eller områden är det också tillåtet för yngre att dricka på ett ställe med serveringsrättigheter om man är i sällskap med någon vuxen.

Annonsering för öl, vin och "Coolers" (med högst 7 procent alkohol) är tillåten enligt statliga, federala bestämmelser för TV och radio. Delstaterna måste följa de federala lagarna. I alla delstater utom en är annonsering tillåten i radio och tidningar för öl och vin, under reglerade former. Någon skillnad mellan olika alkoholdrycker görs inte.

Gränsen för trafiknykterhetsbrott är 0,8 promille och påföljden lägst böter med 300 dollar och högst fängelse i som längst 5 år vid återfall och 14 år vid samtidigt vållande till annans död.

#### 4.6.5 *Nivån på alkoholkonsumtion och alkoholskador i Kanada och Sverige*

År 1988 var alkoholförsäljningen i Kanada 7,7 liter (alkohol 100 procent) per invånare (tabell 4.5). I Sverige var den 5,5 liter. Försäljning i Kanada var 40 procent högre än Sverige.

Samma år var dödligheten i Kanada *högre* bland män på grund av "mord och skada framkallad av annan" (32 procent), druckningsolyckor (19 procent), cancer i läpp, munhåla eller svalg (33 procent), cancer i struphuvudet (175 procent), cancer luftstrupe, luftrör och lungor (61 procent), kronisk leversjukdom och levercirrhos (21 procent) och på grund av trafikolyckor (66 procent).

Dödligheten bland kanadensiska män var detta år *lägre* i fråga om självmord (19 procent), cancer i magsäck (42 procent), cancer i tjocktarm (12 procent), cancer i ändtarm och stolgång (40 procent) och cancer i lever (35 procent).

Dödligheten i bröstcancer var 8 procent lägre.

## 4.7 Nederländerna

### 4.7.1 *Några historiska notiser*

Att brygga öl har länge varit ett hantverk i Nederländerna, särskilt i de södra delarna. Norra delen importerade från början sitt öl från Hamburg. År 1376 fanns det 126 bryggerier i Hamburg som producerade öl för marknaden i Amsterdam. Men snart hade bryggerier lokaliserats till hela landet och Nederländerna blev en av de ledande exportörerna av öl.

Holländarna har fått äran av att vara först med en storskalig produktion av konjak (brandy). Det hela skedde av misstag. En holländsk skeppare tyckte att det krävdes allt för stort tonnage för att skeppa vin från Frankrike till Nederländerna. Han kom på idén att man kunde koncentrera vinet genom att eliminera vattnet (genom att "bränna"). Tanken var att när vinet väl var framme skulle vattenmängden återställas. Men man smakade på den koncentrerade produkten och tyckte om den som den var.

Den nya drycken kallades "brandewijn", därav brandy.

### 4.7.2 *Alkoholförsäljning och alkoholkonsumtion efter år 1950*

#### **Försäljning av alkoholdrycker**

Som framgår av diagram 4.6 (tabell 4.6) ökade den totala alkoholförsäljningen i Nederländerna från 2,07 liter alkohol 100 procent per invånare 1950 till 8,45 liter 1990. Sedan 1950 har i stort ökningen varit kontinuerlig. Mellan 1950 och 1959

var den 17 procent, mellan 1960 och 1969 98 procent och mellan 1970 och 1979 65 procent. Mellan 1980 och 1989 minskade försäljningen med 5 procent. Ökningen från 1950 till 1990 var 308 procent.

Försäljningen av sprit uppgick 1950 till 1,47 liter (alkohol 100 procent) och 1990 till 1,98 liter. Den högsta försäljningen skedde år 1975 med 3,44 liter. Den relativt höga försäljningsnivån 1975 och 1979 kan bero på hamstring inför förväntade skatthöjningar.

Ölförsäljningen ökade från 0,53 liter 1950 till 4,50 liter 1990 (alkohol 100 procent). Den aktuella försäljningsnivån är den högsta under den redovisade perioden.

År 1950 uppgick vinförsäljningen till 0,07 liter (alkohol 100 procent). 1990 hade den ökat till 1,98 liter.

Försäljningen av öl och vin har ökat sina andelar medan spriten minskat sin. År 1950 svarade öl för 26 procent av den totala försäljningen medan sprit svarade för 71 procent och vin för 4 procent. År 1990 svarade ölet för 53 procent och spriten och vinet för 23 procent vardera.

### 4.7.3 *Missbruk och skador*

#### **Levercirrhos (skrumplever)**

Av studerade länder är det främst Storbritannien och Nederländerna som avviker från den bild som undersökningarna annars ger av ett positivt och starkt samband mellan totalkonsumtionen och levercirrhosdödligheten. Nederländerna har förts fram som ett exempel på att något samband inte föreligger.

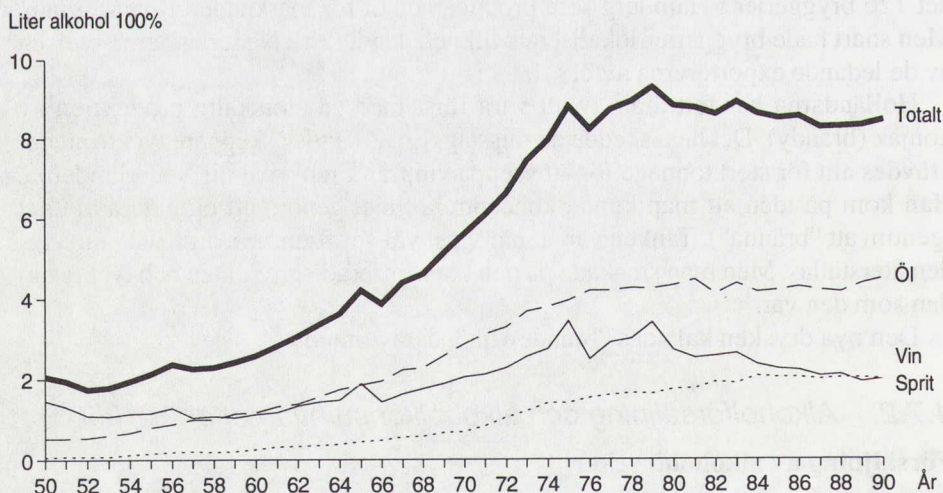


Diagram 4.6. *Försäljningen av sprit, vin och öl per invånare i Nederländerna 1950-1990 omräknat till 100% alkohol.*

I Nederländerna ökade konsumtionen från ca 3 liter (100 procent) 1950 till ca 12 liter 1979, dvs. 4 gånger. Dödligheten i levercirrhos ökade också under samma tid, men ökningen motsvarade endast en fördubbling (de Lint, 1981). Samtidigt visar många länder med en mindre konsumtionsökning en snabbare ökning av levercirrhosen än Nederländerna. de Lint drar slutsatsen att det inte för Nederländernas del är möjligt att dokumentera en effekt på dödligheten i levercirrhos till följd av en kraftigt ökad totalkonsumtion.

Dödligheten i kronisk leversjukdom och levercirrhos var 1977 5,6 per 100 000 män. 1989 var den 6,2, en ökning med 11 procent. Per 100 000 kvinnor var motsvarande antal 3,5 respektive 4,7, en ökning med 34 procent.

### Cancerdiagnoser

Mellan 1977/1979 och 1989 skedde i Nederländerna enligt tabellerna S5–S6, S8–S12 en *ökning* av dödligheten per 100 000 på grund av cancer i läppar, munhåla eller svalg bland män från 2,6 till 3,6 (38 procent) och bland kvinnor från 1,3 till 1,7 (31 procent), cancer i struphuvudet bland män från 2,2 till 2,9 (32 procent) och bland kvinnor från 0,1 till 0,3 (200 procent), cancer i matstrupen bland män från 4,0 till 6,7 (68 procent) och bland kvinnor från 1,8 till 3,1 (72 procent), cancer i tjocktarm bland män från 16,8 till 19,4 (15 procent) och bland kvinnor från 20,9 till 22,1 (6 procent), cancer i luftstrupe, luftrör och lungor bland män från 91,6 till 99,7 (9 procent) och bland kvinnor från 7,4 till 16,4 (122 procent) samt på grund av bröstcancer från 35,7 till 44,8 (25 procent).

Under samma tid *minskade* antalet dödsfall på grund av cancer i magsäcken bland män från 25,5 till 18,6 (27 procent) och bland kvinnor från 15,8 till 11,5 (27 procent) samt på grund av cancer i ändtarm och stolgång bland män från 8,7 till 7,2 (17 procent).

### Mord och dråp

Antalet döda män var 1977 1,2 per 100 000. År 1988 var det 1,1. Bland kvinnor var motsvarande antal 0,6 respektive 0,7.

### Dödsfall vid trafikolyckor

Antalet dödsfall vid trafikolyckor bland 100 000 män minskade mellan 1977 och 1989 från 27,0 till 13,2 (en minskning med 51 procent). Bland 100 000 kvinnor var motsvarande antal 10,4 och 5,8 (en minskning med 44 procent).

#### 4.7.4 Den förda alkoholpolitiken

Detta avsnitt bygger till viss del på två rapporter, dels av Davies och Walsh (1983), dels av Moser (1992).

Nederländerna har av tradition haft en låg alkoholkonsumtion. Den har varit lägre än i de angränsande länderna Belgien och Tyskland och lägre än i de närbelägna länderna Frankrike och England (Armyr, Elmér och Herz, 1982). Bland förklaringarna till detta förhållande är den mest övertygande troligen den att det inte har funnits någon alkoholproduktion som ett betydelsefullt inslag i



landets jordbruksproduktion. Någon sammanblandning av ekonomiska och alkoholpolitiska intressen har inte behövt ske. Det producerade enbärskryddade sädbrännvin som framställs i landet, genevern, har aldrig varit någon storsäljare.

Under de tre senaste decennierna har konsumtionen ökat mycket påtagligt. På grund av den snabba uppgången av alkoholkonsumtionen mellan 1960 och 1980 beslutade regeringen att utveckla och igångsätta en kontrollinriktad alkoholpolitik med syfte att förebygga "alkoholbrukets risker" (Moser, 1992). Ett memorandum med titeln Alkohol och samhälle upprättades av en interdepartemental kommitté och i detta föreslogs mer alkoholutbildning och mer av andra förebyggande aktiviteter, mer effektiva behandlingssystem för alkoholkonsumenter med alkoholproblem och en nya lag om licensiering för striktare regelsystem för försäljning och annonsering när det gäller alkoholdrycker.

Man studerade också effekten av att höja alkoholskatten på alkoholkonsumtionen men regeringen beslutade att skjuta upp beslutet om alkoholskatt eftersom man höll på att harmonisera skatten inom EEC (EU).

Förslaget att förbjuda annonsering i radio och TV gick inte igenom i parlamentet. Man beslutade istället att alkoholindustrin, som på ett framgångsrikt sätt deltagit i debatten, skulle få fortsätta att på egen hand begränsa alkoholreklamen. Enligt en lag skulle dock en "utbildningslogan" åtfölja 40 procent av reklaminslagen i TV och färre reklamslag riktas till ungdom och sportaktiviteter.

Utbildningsprogrammet har tillämpats sedan september 1986.

Den förda alkoholpolitiken bedöms inte ha haft mer än marginella effekter på utvecklingen.

#### 4.7.5 *Nivån på alkoholkonsumtion och alkoholskador i Nederländerna och Sverige*

År 1988 var alkoholförsäljningen i Nederländerna 8,3 liter (alkohol 100 procent) per invånare (tabell 4.6). I Sverige var den 5,5 liter. Försäljningen i Nederländerna var 51 procent högre än i Sverige.

Samma år var dödligheten i Nederländerna *högre* bland män på grund av cancer i struphuvudet (100 procent), cancer i magsäcken (9 procent) och på grund av cancer i luftstrupe, luftrör och lungor (130 procent).

Dödligheten i bröstcancer var 19 procent högre.

Dödligheten bland nederländska män var detta år *lägre* i fråga om "mord och skada framkallad av annan" (42 procent), självmord (50 procent), drunkningsolyckor (52 procent), kronisk leversjukdom och levercirrhos (26 procent), trafikolyckor (7 procent), cancer i läpp, munhåla eller svalg (23 procent), cancer i tjocktarm (52 procent), cancer i matstrupe (50 procent), cancer i ändtarm och stolgång (35 procent) och cancer i lever (26 procent).

## 4.8 Norge

### 4.8.1 Några historiska notiser

Vid krigsutbrottet 1914 infördes i Norge förbud mot försäljning och servering av brännvin. Bestämmelserna ändrades sedan flera gånger så att de 1917–1918 praktiskt taget endast tillät omsättning av lättvin och svaga ölsorter.

Verkningarna av brännvinsförbudet ansågs ur nykterhetssynpunkt så gynnsamma att en permanentning övervägdes. En folkomröstning anordnades i oktober 1919, då krigstidens förbudslag fortfarande var i kraft. 67 procent av de röstberättigade deltog i omröstningen och av dessa var det 62 procent som ville ha förbudet kvar. Detta skulle gälla brännvin och vin med mer än 14 volymprocent alkohol. För handeln med sådant vin som förbudet inte gällde inrättades 1922 ett centralt statligt bolag, A/S Vinmonopolet, som skulle ha hand om import och partihandel med lättvin och bedriva detaljhandel vid sidan av systembolaget.

År 1926 anordnades en ny folkomröstning vid vilken 56 procent röstade för att förbudet skulle avskaffas. I enlighet härmed upphävdes brännvinsförbudet 1927 genom "rusdrikkeloven". Försäljningen började i maj 1927 och serveringen en månad senare.

Den registrerade försäljningen av spritdrycker, som mot slutet av förbudstiden legat kring 0,25 liter alkohol 100 procent per invånare och år var 1927 0,78 liter och 1928 1,01 liter. Genom att vin- och ölförsäljningen samtidigt minskade blev förändringen av den totala försäljningen ganska måttlig. 1926 var den 1,92, 1927 2,11 och 1928 2,15. Inte heller fylleri eller dödlighet i levercirrhos eller alkoholism och delirium tremens visar några större förändringar.

### 4.8.2 Alkoholförsäljning och alkoholkonsumtion efter år 1950

#### Försäljning av alkoholdrycker

Som framgår av diagram 4.7 (tabell 4.7) ökade den totala alkoholförsäljningen i Norge från 2,17 liter alkohol 100 procent per invånare 1950 till 4,02 liter 1990. Mellan 1950 och 1959 var ökningen 13 procent, mellan 1960 och 1969 33 procent och mellan 1970 och 1979 30 procent. Mellan 1980 och 1989 minskade försäljningen med 11 procent. Den totala ökningen mellan 1950 och 1990 var 85 procent.

Försäljningen av sprit uppgick 1950 till 1,22 liter (alkohol 100 procent) och 1990 till 1,00 liter. Den högsta försäljningen skedde år 1980, med 1,91 liter.

Ölförsäljningen ökade från 0,80 liter 1950 till 2,26 liter 1990 (alkohol 100 procent). Den aktuella försäljningsnivån är den högsta under den redovisade perioden.

År 1950 uppgick vinförsäljningen till 0,15 liter (alkohol 100 procent). År 1990 hade den ökat till 0,76 liter. Den aktuella försäljningsnivån är den högsta under den redovisade perioden.

Försäljningen av öl och vin har ökat sina andelelar medan spriten minskat sin. År 1950 svarade öl för 37 procent av den totala försäljningen, vin för 7 procent och sprit för 56 procent. 1990 svarade ölet för 56 procent, vinet för 19 procent och spriten för 25 procent.

### 4.8.3 *Missbruk och skador*

#### **Levercirrhos (skrumplever)**

Antalet döda i kronisk leversjukdom och cirrhos var 1977 4,8 per 100 000 män och 1989 8,4, en ökning med 75 procent. Per 100 000 kvinnor var motsvarande antal båda åren 3,6.

#### **Cancerdiagnoser**

Mellan 1977 och 1989 skedde i Norge enligt tabellerna S5–S6, S8–S12 en *ökning* av dödligheten på grund av cancer i struphuvudet bland män från 1,7 till 1,9 (12 procent) och bland kvinnor från 0,1 till 0,2 (100 procent), cancer i ändtarm och storgång bland män från 11,9 till 14,6 (23 procent) och bland kvinnor från 10,2 till 11,4 (12 procent), cancer i luftstrupe, luftrör och lungor bland män från 37,3 till 48,2 (29 procent) och bland kvinnor från 8,3 till 18,4 (122 procent) samt på grund av bröstcancer från 32,6 till 35,0 (7 procent).

Under samma tid *minskade* antalet dödsfall på grund av cancer i matstrupen bland män från 4,4 till 4,3 (2 procent) och bland kvinnor från 1,6 till 1,1 (31 procent), cancer i magsäcken bland män från 27,3 till 20,4 (25 procent) och bland kvinnor från 18,2 till 13,1 (28 procent).

Liter alkohol 100%

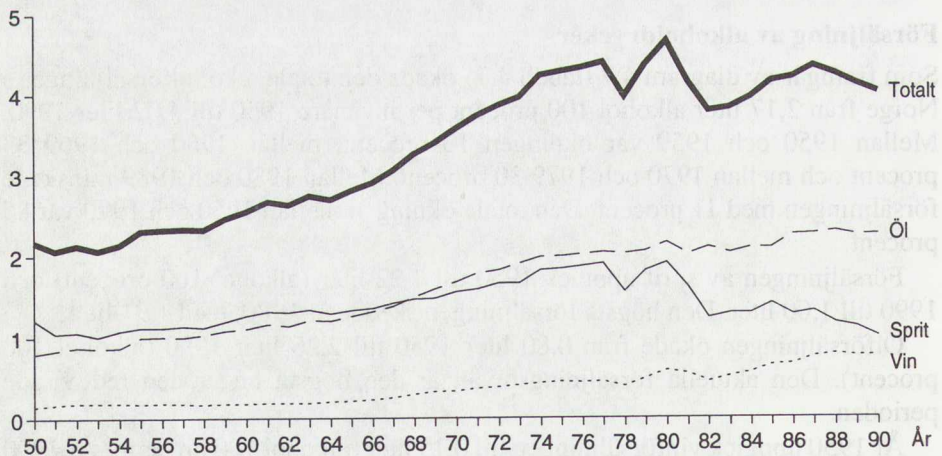


Diagram 4.7. *Försäljningen av sprit, vin och öl per invånare i Norge 1950-1990 omräknat till 100% alkohol.*

## Dödsfall vid trafikolyckor

Från Norge redovisar Hauge (1982; 1988) data för åren 1946–1979 som visar ett mycket starkt statistiskt samband mellan totalkonsumtionen och antalet förare som dödsats eller skadats men där det dock inte är möjligt att visa att det är ett orsakssamband. En ökning av antalet fordon är troligen den viktigaste bakomliggande orsaksfaktorn.

Antalet döda i trafikolyckor per 100 000 män var 1977 16,6 och 1989 13,3, en minskning med 20 procent. Per 100 000 kvinnor var motsvarande antal 6,7 och 5,1, en minskning med 24 procent.

## Mord och dråp

Enligt en undersökning av Skog (1986b) tyder data på att alkoholrelaterad våldsam död i Norge ökat samtidigt som alkoholkonsumtionen ökat, men att denna samvariation döljs av en minskning av antalet ej alkoholrelaterade fall.

Antalet dödsfall på grund av mord eller skada framkallad av annan bland 100 000 män ökade från 1,2 1977 till 1,9 1988 ((58 procent). Bland kvinnor var motsvarande antal 0,4 respektive 0,5 (25 procent).

## Själv mord

I en studie av Norström (1988) framkommer ett statistiskt signifikant samband mellan alkoholförsäljningen och självmord (räknat över tid).

### 4.8.4 Den förda alkoholpolitiken

Detta avsnitt bygger till viss del på två rapporter, dels av Davies och Walsh (1983), dels av Moser (1992).

Huvudmålet för alkoholpolitiken i Norge är att minimera medicinska och sociala problem orsakade av alkohol. För att uppnå detta vill man minska totalkonsumtionen. Detta skall uppnås genom striktare kontroll av handeln och genom att minska efterfrågan genom förbättrad utbildning och information.

Norge har troligen den restriktivaste alkoholpolitiken i Europa (Moser 1992). Den norska alkohollagen är från 1927. En revidering av denna trädde i kraft 1/1 1990.

Distributionen av vin och sprit ombesörjs av monopol. Det finns ungefär 100 monopolbutiker i dag. För att sätta upp nya monopolbutiker krävs en rekommendation från en särskild styrelse och en licens från kommunstyrelsen. Öl får säljas i livsmedelsbutikerna men också för detta krävs tillstånd (licens) från den berörda kommunstyrelsen. Antalet försäljningsställen för öl har i stort varit oförändrat under det senaste årtiondet, medan antalet serveringsställen har ökat påtagligt.

Sprit får inte säljas till personer under 20 år. För öl och vin är åldersgränsen 18 år.

Öppethållandet regleras genom lokala bestämmelser.

Priset på alkohol bestäms av monopolet, alkoholskatterna av riksdagen.

Annonsering har varit förbjuden sedan 1977, så när som på annonsering i fackpress och annonsering för lättöl (upp till 2,5 volymprocent).

Gränsen för trafikonykterhet är 0,5 promille.  
Alkoholkonsumtion under arbetstid är inte tillåten.

#### 4.8.5 *Nivån på alkoholkonsumtion och alkoholskador i Norge och Sverige*

År 1988 var alkoholförsäljningen i Norge 4,3 liter (alkohol 100 procent) per invånare (tabell 4.7). I Sverige var den 5,5 liter. Försäljning i Norge var 22 procent lägre än i Sverige.

Samma år var dödligheten i Norge *lägre* bland män på grund av självmord (7 procent), cancer i matstrupen (14 procent), kronisk leversjukdom och levercirrhos (2 procent) och på grund av trafikolyckor (8 procent).

Dödligheten i bröstcancer var 2 procent lägre.

Dödligheten bland norska män var detta år *högre* i fråga om drunkningsolyckor (95 procent), cancer i läpp, munhåla eller svalg (10 procent), cancer i struphuvud (75 procent), cancer i magsäck (11 procent), cancer i tjocktarm (12 procent), cancer i ändtarm och stolgång (44 procent) samt cancer i luftstrupe, luftrör och lungor (12 procent).

## 4.9 Spanien

### 4.9.1 *Några historiska notiser*

Vin har varit känt och tillverkat på iberiska halvön åtminstone sedan romartiden. Kunskap om destillering har funnits troligen från 900-talet. Ursprungligen användes destillerad alkohol för att öka alkoholhalten i sherry.

Från början var öl en överklassdryck. Det var först under 1900-talet som det fick någon egentlig betydelse. År 1910 producerades endast ca 200 000 hektoliter. Dagens produktion är ca 27 miljoner hektoliter, vilket kan jämföras med produktionen i Danmark, med närmare 10 miljoner hektoliter per år, i Nederländerna, med närmare 20 miljoner hektoliter per år och Sverige, med närmare 5 miljoner hektoliter per år (Brazeau, 1993).

Spanien är en viktig producent av såväl sprit som vin och öl. År 1984 låg det på andra plats bland spritproducenterna, 1986 på tredje plats bland vinproducenterna och femte plats bland ölproducenterna (Brazeau, 1993).

### 4.9.2 *Alkoholförsäljning och alkoholkonsumtion efter år 1950*

#### **Försäljning av alkoholdrycker**

Som framgår av diagram 4.8 (tabell 4.8) minskade den totala alkoholförsäljningen i Spanien från 10,55 liter alkohol 100 procent per invånare 1962 (som är det första år för vilket data är tillgängligt) till 10,42 liter 1990. Mellan 1962 och 1990 är minskningen 1 procent. År 1975 redovisas en försäljning på 13,93, vilket är högst för perioden.

Försäljningen av sprit uppgick 1962 till 2,25 liter (alkohol 100 procent) och 1990 till 2,70 liter. Den redovisade nivån ligger flertalet år mellan 2,60 och 3,00 liter.

Ölförsäljningen ökade från 0,68 liter 1962 till 3,23 liter (alkohol 100 procent) 1990. Den aktuella försäljningsnivån är den högsta under den redovisade perioden.

1962 uppgick vinförsäljningen till 7,62 liter (alkohol 100 procent). 1990 hade den minskat till 4,49 liter. 1974 var vinförsäljningen 9,24 liter. Mellan 1962 och 1990 är minskningen 41 procent.

Försäljningen av öl och sprit har ökat sina andelelar medan vin minskat sin. 1962 utgjorde ölet 7 procent av den totala försäljningen, spriten 21 procent och vinet 72 procent. 1990 svarade ölet för 31 procent, spriten för 26 procent och vinet för 43 procent.

#### 4.9.3 Missbruk och skador

##### Alkoholmissbrukets omfattning

Antalet alkoholister har uppskattats till åtminstone 2,5 procent, motsvarande 900 000 personer. Ytterligare 5 procent (1,8 miljoner) bedöms vara "problem-drinkare" (Davies och Walsh, 1983).

##### Levercirrhos (skrumplever)

Antalet döda i kronisk leversjukdom och cirrhos var 1977 32,4 per 100 000 män och 1987 29,4, en minskning med 9 procent. Per 100 000 kvinnor var motsvarande antal 13,0 respektive 12,3, en minskning med 5 procent.

Liter alkohol 100%

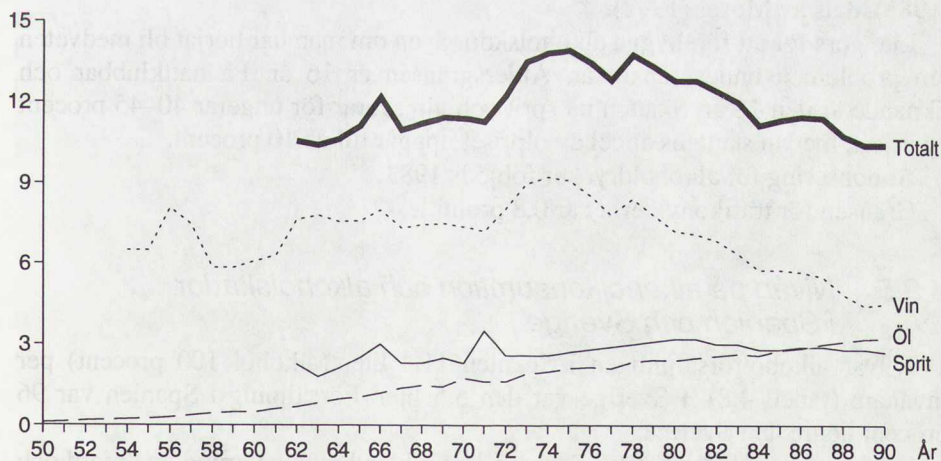


Diagram 4.8. Försäljningen av sprit, vin och öl per invånare i Spanien 1950-1990 omräknat till 100% alkohol.

### **Cancerdiagnoser**

Mellan 1977 och 1989 skedde i Spanien enligt tabellerna S5–S6, S8–S12 en *ökning* av dödligheten per 100 000 på grund av cancer i struphuvudet bland män från 8,6 till 9,5 (10 procent), cancer i matstrupen bland män från 6,3 till 7,5 (19 procent), cancer i tjocktarm bland män från 6,4 (år 1980) till 12,3 (år 1987, 92 procent) och bland kvinnor från 7,0 till 12,2 (74 procent), cancer i ändtarm och stolgång bland män från 5,3 till 6,0 (13 procent) och bland kvinnor från 4,7 till 5,1 (9 procent), cancer i luftstrupe, luftrör och lungor bland män från 36,3 till 58,9 (62 procent) och bland kvinnor från 6,1 till 6,6 (8 procent) samt på grund av bröstcancer från 17,6 till 24,8 (41 procent).

Under samma tid *minskade* antalet dödsfall per 100 000 på grund av cancer i matstrupen bland kvinnor från 1,5 till 1,4 (7 procent), cancer i magsäcken bland män från 27,4 till 22,4 (18 procent) och bland kvinnor från 18,4 till 15,0 (18 procent).

### **Mord och dråp**

Antalet dödsfall per 100 000 män på grund av mord och skada framkallad av annan ökade från 1,1 1977 till 1,7 1987 (55 procent). Bland kvinnor var motsvarande antal 0,3 respektive 0,7, en ökning med 133 procent.

### **Dödsfall vid trafikolyckor**

Antalet döda i trafikolyckor per 100 000 män var 1977 27,0 och 1989 26,6, en minskning med 1 procent. Per 100 000 kvinnor var motsvarande antal 8,7 och 8,2, en minskning med 6 procent.

#### **4.9.4 Den förda alkoholpolitiken**

Detta avsnitt bygger till viss del på två rapporter, dels av Davies och Walsh (1983), dels av Moser (1992).

Lite görs för att förebygga alkoholskador även om man har börjat bli medveten om problemen under senare år. Åldersgränsen är 16 år. På nattklubbar och liknande är den 18 år. Skatten på sprit och vin svarar för ungefär 40–45 procent av priset, medan skattens andel av ölpriset uppgår till ca 10 procent.

Annonsering för alkoholdrycker förbjöds 1983.

Gränsen för trafikonykterhet är 0,8 promille.

#### **4.9.5 Nivån på alkoholkonsumtion och alkoholskador i Spanien och Sverige**

1987 var alkoholförsäljningen i Spanien 11,4 liter (alkohol 100 procent) per invånare (tabell 4.8). I Sverige var den 5,5 liter. Försäljning i Spanien var 96 procent högre än i Sverige.

Samma år var dödligheten i Spanien *högre* bland män på grund av "mord och skada framkallad av annan" (13 procent), drunkningsolyckor (133 procent), cancer i läpp, munhåla eller svalg (68 procent), cancer struphuvud (459 procent),

cancer i matstrupe (25 procent), cancer i magsäck (15 procent), cancer i luftstrupe, luftrör och lungor (31 procent), cancer i lever (2 procent), kronisk leversjukdom och levercirrhos (209 procent) och på grund av trafikolyckor (102 procent).

Dödligheten i bröstcancer var 37 procent högre.

Dödligheten bland spanska män var detta år *lägre* i fråga om självmord (59 procent), cancer i tjocktarm (34 procent) och cancer i ändtarm och stolgång (44 procent).

## 4.10 Översikt över de redovisade ländernas alkoholkonsumtion

### 4.10.1 Om svårigheten att jämföra länder

Som redan framhållits krävs det stora skillnader i alkoholkonsumtionen för att alkoholens roll som sjukdomsorsak skall "slå igenom". Nivån på en viss skada (dödsorsak) beror på en rad omständigheter som, utöver alkoholvanor, kan gälla matvanor, fritidsvanor, rökvanor, luftföroreningar, arbetsförhållanden m.m. För att kunna bedömma alkoholens roll för t.ex. cancer i matstrupe eller magsäck skulle hänsyn behöva tas till intaget i olika länder av t.ex. olika fetter och vegetabilier. När det gäller cancer i andningsorganen vet vi att rökningen i en befolkning spelar stor roll. Drunkningsolyckornas antal bestäms till viss del också av antalet sjöar, båtar, badliv och simkunnighet och antalet mord av bl.a. tillgången på vapen.

Olika diagnoser är vidare olika känsliga för alkoholkonsumtionens utveckling över tid. Det kan förefalla märkligt att förändringar i medelkonsumtionen så snabbt kan resultera i förändringar i dödligheten, eftersom det ofta krävs flera års drickande för att en person skall dö i en sjukdom. Men när det gäller t.ex. att bedöma risken för levercirrhos spelar såväl individernas totala alkoholkonsumtion som den aktuella alkoholkonsumtionen in. Skog (1984) har visat att också de som har allvarligt skadade leverfunktioner påverkas av konsumtionsförändringar. En minskad konsumtion bland dessa ger omedelbart utslag i en ökad överlevnad, en ökad konsumtion i en ökad dödlighet.

Det är dock inte säkert att detta förhållande gäller andra skador. I fråga om t.ex. en alkoholiniterad cancerprocess kan en minskad alkoholkonsumtion knappast ha någon inverkan på utvecklingen. Har cancersjukdomen väl satt igång har ett nyktert eller "mindre vått" liv troligen ingen betydelse för utgången. Är detta riktigt spelar den tidigare konsumtionen en större roll när det gäller cancerdödligheten.

Vid dödligheten i vissa cancerformer påverkas eventuella samband också med säkerhet av att många fler överlever i dag än för 20 år sedan.

När det gäller befolkningsdata spelar ålderssammansättningen en viss roll. I vissa länder finns ett relativt sett stort antal barn och ungdomar vilket har



betydelse såväl för alkoholförsäljningen som cancerdödligheten, som båda internationellt sett vanligen redovisas per invånare.

Huvudsyftet med detta kapitel har som nämnts varit att sammanfatta alkoholkonsumtionsnivån och skadenivån för ett antal dödsorsaker som i större eller mindre grad kan ha med alkoholkonsumtion att göra, inte att analysera samband mellan konsumtion och skador. Ett undantag, representerat av diagram 4.9, har dock gjorts. Som redan framhållits är situationen i Frankrike unik när det gäller att belysa sambandet mellan alkohol och skador. Frankrikes alkoholkonsumtion har varit och är mycket hög och utvecklingen har sedan mitten av 1950-talet minskat kontinuerligt. Såväl konsumtionens storlek som frånvaron av trendbrott gör att alkoholeffekter har större chans att göra sig gällande bland alla andra faktorer – matvanor, rökning osv. – som kan ha betydelse.

Som framgår av diagram 4.9 tycks ett samband föreligga mellan alkoholkonsumtion (försäljningen) och dödlighet i kronisk leversjukdom (a), i dödlighet i cancer i läppar, munhåla och svalg (b), struphuvudet (c), matstrupen (d), magsäcken (e), ändtarm och stolgång (f) och i dödlighet i trafikolyckor (k). De flesta av dessa har också stöd i forskningsresultat (se avsnitt 4.1). När det gäller t.ex. trafikolyckor (4.9.3) är det möjligt att utvecklingen av det s.k. trafikarbetet (den totala körsträckan i landet) eller en ökande medvetenhet om möjliga konsekvenser av alkohol och trafik kan ha spelat in.

#### 4.10.2 *Konsumtionsnivåer och skadenivåer*

Det finns stora skillnader mellan olika länder i fråga om vad man dricker, hur mycket man dricker och hur konsumtionen utvecklats.

När det gäller vad man dricker har man länge gjort skillnad mellan ölländer, vinländer och spritländer. Av de länder som redovisas i detta kapitel är framför allt Danmark ett ölland och Frankrike och Italien vinländer. Till spritländerna räknas Finland och Norge.

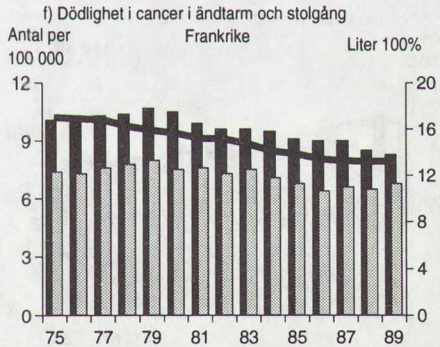
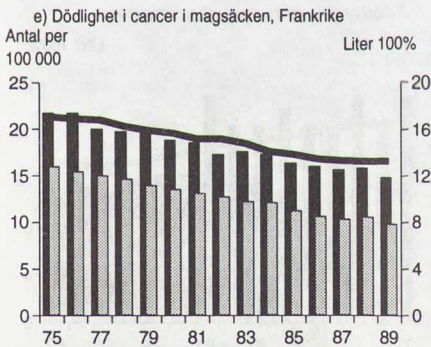
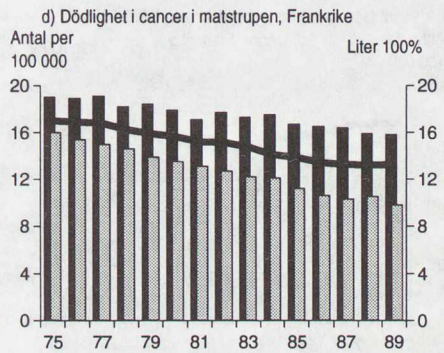
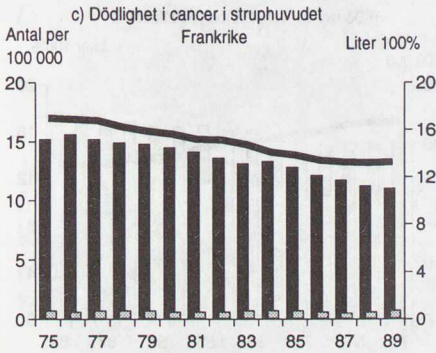
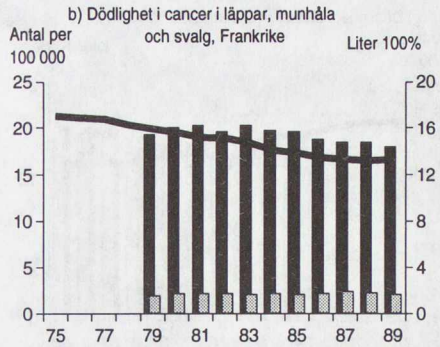
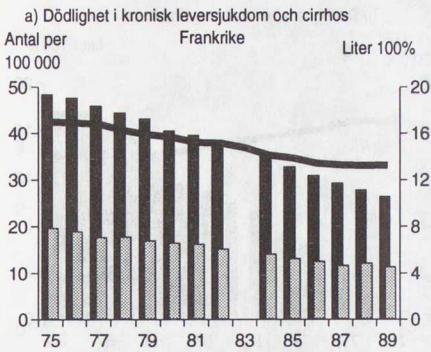
De redovisade länder som dricker mest alkohol och har högst skadefrekvens är framför allt vinproducenter och vinkonsumenter.

Efter andra världskriget och fram till slutet av 1970-talet ökade alkoholkonsumtionen påtagligt i alla de redovisade länderna, utom i Frankrike och i viss mån i Italien. Ökningen var mest påtaglig i Finland och i Nederländerna. Den lugnaste utvecklingen uppvisade Italien.

Sedan ungefär mitten av 1970-talet har en minskning skett i alla redovisade länder utom i Danmark och Finland.

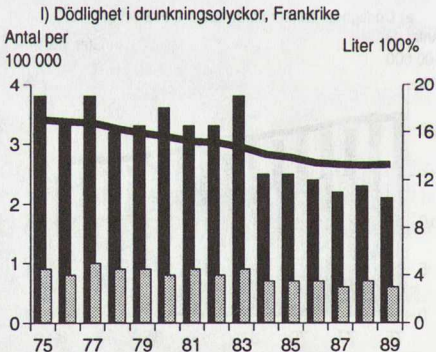
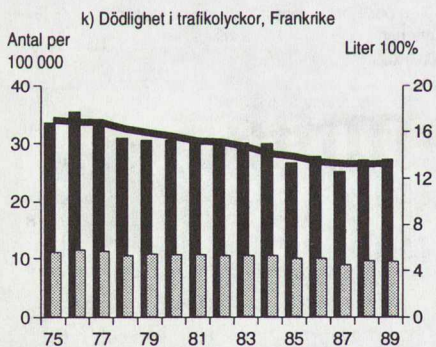
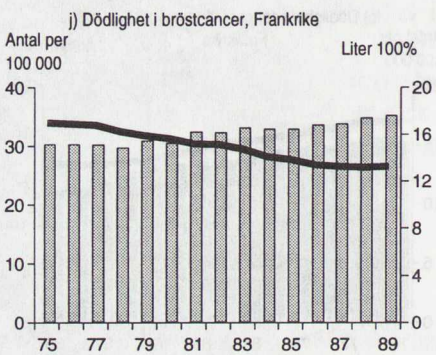
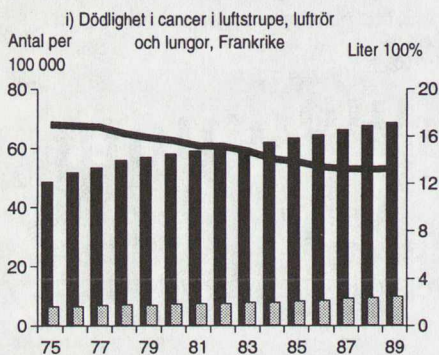
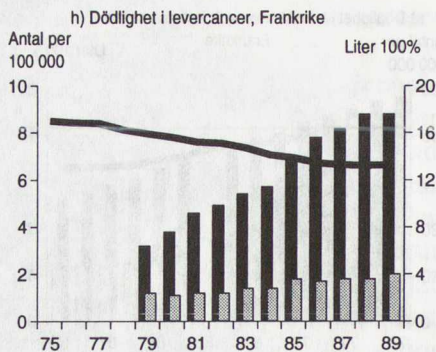
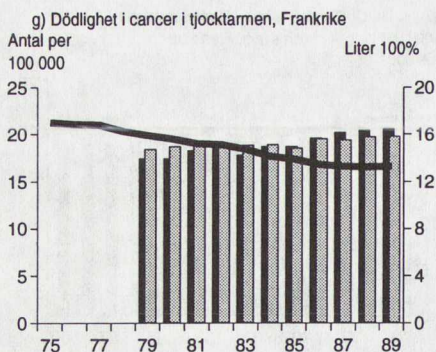
Utvecklingen utmärks framför allt av en ”förändring mot medelvärdet”. I de länder där öl tidigare dominerade har ölkonsumtionen minskat och vinkonsumtion och spritkonsumtion ökat. I vinländerna har vinet minskat och öl och sprit ökat och i spritländerna har spritkonsumtionen gått ner samtidigt som vinkonsumtion och ölkonsumtion ökat.

Konsumtionsnivåer och skadenivåer i relation till nivåerna i Sverige redovisas i tabell 4.10. Som framgår av tabellen, och som tidigare framgått av de avsnitt för



■ Män      ▨ Kvinnor      — Alkoholförsäljning

Diagram 4.9. Utvecklingen av alkoholförsäljningen i Frankrike 1975–1989 samt utvecklingen av dödligheten på grund av vissa sjukdomar eller andra orsaker.



■ Män      ▨ Kvinnor      — Alkoholförsäljning

Diagram 4.9 forts. Utvecklingen av alkoholförsäljningen i Frankrike 1975–1989 samt utvecklingen av dödligheten på grund av vissa sjukdomar eller andra orsaker.

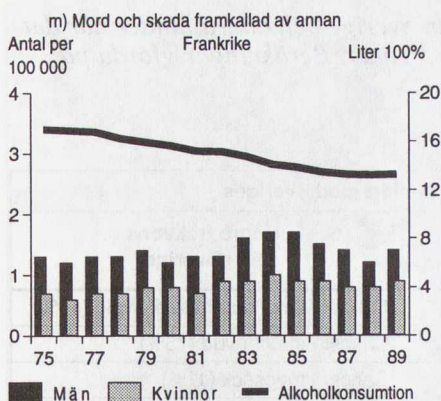


Diagram 4.9 forts

respektive land från vilka tabellens uppgifter har hämtats, är skadenivån i Sverige, i jämförelse med flertalet andra länder, mycket gynnsam. Endast Norge, med en lägre konsumtion, har en lägre skadenivå vid flertalet av de redovisade dödsorsakerna. För övriga länder gäller att antalet dödsorsaker som ligger på en högre nivå och den genomsnittliga procentuella nivåskillnaden, med något undantag, ökar med ökande alkoholkonsumtion. Undantaget utgörs främst av Finland och kan förklaras av att den ökade alkoholkonsumtionen är en ganska ny företeelse och att stora befolkningsgrupper fortfarande drar nytta av den tidigare mycket låga konsumtionen.

Även den totala dödligheten kan ha med alkoholkonsumtionen att göra. En ibland framförd förklaring till skillnader i medellivslängd mellan länder är skillnader i levnadsförhållanden, bl.a. rökning och alkoholkonsumtion. Så har t.ex. den höga medellivslängden i Japan antagits ha samband med bl.a. japanernas låga alkoholkonsumtion.

I en nyligen publicerad forskningsrapport från Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi (DIKE) konstaterar Bjernegaard och Juel (1993) att den danska medellivslängden förändrats i förhållande till övriga OECD-länders. 1970 låg männen i Danmark på en 5:e plats, kvinnorna på en 8:e. 1990 låg männen på 18:e plats, kvinnorna på 21:a. Förändringen beror på att medellivslängden ökat mindre i Danmark än i flertalet övriga OECD-länder.

Utifrån en samhällsmedicinsk modell diskuteras i rapporten de mest sannolika förklaringarna till den stagnerade utvecklingen i Danmark. Man jämför bl.a. med utvecklingen i Sverige, där medellivslängden ökat i ungefär samma utsträckning som i majoriteten av OECD-länderna. De faktorer som bedöms vara av störst betydelse är rökning, alkoholkonsumtion, kostvanor och stress.

## 4.11 Sammanfattning

Slutsatser från undersökningar som jämför konsumtion och skador mellan olika länder eller andra geografiska områden är som nämnts osäkra. Det är svårt att säga vad ett konstaterat samband mellan konsumtion och skador egentligen "betyder". Andra faktorer kan ligga bakom och bestämma sambanden. Ändå har en del undersökningar av skillnader mellan olika länder gjorts och frågan tas ofta upp i diskussioner om nyttan av olika alkoholpolitiska åtgärder. I den alkoholpo-

Tabell 4.10. Procentuella skillnader mellan Sverige och andra länder när det gäller alkoholförsäljning och ett antal dödsorsaker. Beräkningar gjorda på uppgifter från år 1988.

Land samt alkoholförsäljningen jämförd med Sveriges	Dödligheten jämfört med Sveriges	
	Lägre frekvens än i Sverige	Högre frekvens än i Sverige
<b>Norge</b> 22% lägre	Cancer i matstrupe (14%)	Cancer i läpp, munhåla el svalg (10%)
	Kronisk leversjukdom el cirrhos (2%)	Cancer i struphuvud (75%)
	Själv mord (7%)	Cancer i magsäck (11%)
	Trafikolyckor (8%)	Cancer i tjocktarm (18%)
		Cancer i ändtarm el stolgång (44%)
		Cancer i luftstrupe, lufrör el lungor (12%)
<b>Finland</b> 16% högre	Cancer i läpp, munhåla el svalg (23%)	Cancer i struphuvud (48%)
	Cancer i tjocktarm (52%)	Cancer i magsäck (5%)
	Cancer i matstrupe (50%)	Cancer i luftstrupe, lufrör el lungor (49%)
	Cancer i ändtarm el stolgång (35%)	Kronisk leversjukdom el cirrhos (59%)
	Cancer i lever (26%)	Trafikolyckor (34%)
		Mord (110%)
<b>Kanada</b> 40% högre	Cancer i magsäck (42%)	Cancer i läpp, munhåla el svalg (33%)
	Cancer i tjocktarm (12%)	Cancer i struphuvud (175%)
	Cancer i ändtarm el stolgång (40%)	Cancer i luftstrupe, lufrör el lungor (61%)
	Cancer i lever (35%)	Kronisk leversjukdom el cirrhos (21%)
	Själv mord (19%)	Trafikolyckor (66%)
		Drunkningsolyckor (19%)
		Mord (32%)
<b>Nederländerna</b> 51% högre	Cancer i lever (26%)	Cancer i struphuvud (100%)
	Cancer i matstrupe (50%)	Cancer i magsäck (9%)
	Cancer i läpp, munhåla el svalg (23%)	Cancer i luftstrupe, lufrör el lungor (130%)
	Cancer i tjocktarm (52%)	
	Cancer i ändtarm el stolgång (35%)	
	Kronisk leversjukdom el cirrhos (26%)	
	Mord (42%)	
	Själv mord (50%)	
		Drunkningsolyckor (52%)

Land samt alkoholförsäljningen jämförd med Sveriges	Dödligheten jämfört med Sverige	
	Lägre frekvens än i Sverige	Högre frekvens än i Sverige
<b>Italien</b> 76% högre	Cancer i ändtarm el stolgång (11%)	Cancer i läpp, munhåla el svalg (128%)
	Cancer i lever (171%)	Cancer i struphuvud (650%)
	Själv mord (58%)	Cancer i magsäck (64%)
	Drunkningsolyckor (10%)	Cancer i luftstrupe, luftrör el lungor (101%)
		Kronisk leversjukdom el cirrhos (327%)
		Trafikolyckor (81%)
		Mord (68%)
<b>Danmark</b> 80% högre	Cancer i magsäck (19%)	Cancer i struphuvud (167%)
	Drunkningsolyckor (38%)	Cancer i matstrupe (43%)
	Mord (73%)	Cancer i ändtarm el stolgång (48%)
		Cancer i luftstrupe, luftrör el lungor (93%)
		Kronisk leversjukdom el cirrhos (100%)
		Trafikolyckor (46%)
		Själv mord (26%)
<b>Spanien</b> 96% högre	Cancer i tjocktarm (34%)	Cancer i läpp, munhåla el svalg (68%)
	Cancer i ändtarm el stolgång (44%)	Cancer i struphuvud (459%)
		Cancer i matstrupe (25%)
		Cancer i magsäck (15%)
		Cancer i luftstrupe, luftrör el lungor (31%)
		Cancer i lever (2%)
		Kronisk leversjukdom el cirrhos (209%)
		Trafikolyckor (102%)
		Mord (13%)
Drunkningsolyckor (133%)		
<b>Frankrike</b> 145% högre	Cancer i magsäck (14%)	Cancer i struphuvud (833%)
	Cancer i ändtarm el stolgång (19%)	Cancer i läpp, munhåla el svalg (365%)
	Mord (37%)	Cancer i tjocktarm (5%)
		Cancer i matstrupe (184%)
		Cancer i luftstrupe, luftrör el lungor (50%)
		Cancer i lever (132%)
		Kronisk leversjukdom el cirrhos (209%)
		Trafikolyckor (102%)
		Själv mord (20%)
Drunkningsolyckor (0,5%)		

litiska debatten förs ofta t.ex. medelshavsländerna fram som eftersträvansvärda eller varnande exempel.

Det är naturligtvis mer okomplicerat att redovisa de skillnader som finns mellan ländernas konsumtion och skador och den nivå dessa ligger på. Det är uppenbart att nivåskillnaden är stor både när det gäller alkoholförsäljningen och alkoholskadorna. Som exempel kan nämnas skillnader mellan Sverige och Frankrike. Alkoholkonsumtionen (försäljningen) var 1988 145 procent högre än i Sverige. Dödligheten på grund av kronisk leversjukdom och levercirrhos var 209 procent högre och på grund av cancer i läpp, munhåla och svalg 365 procent högre.

Skadeutvecklingen i Finland är ännu inte så alarmerande, förmodligen på grund av att man fortfarande har glädje av den tidigare mycket låga konsumtionsnivån.

De enkla jämförelse mellan olika länder som redovisats i detta kapitel demonstrerar ett uppenbart förhållande som ibland inte är känt av personer som diskuterar alkoholpolitiska restriktioner: Länder som t.ex. Frankrike och Italien, med obetydliga restriktioner och därmed lättillgänglig alkohol, har en hög konsumtion och en hög skadenivå. Det går följaktligen inte att använda dessa länder som exempel på en framgångsrik, skademinimerande och/eller efterföljansvärd alkoholpolitik.

Det är uppenbart att t.ex. den franska, eller italienska, eller spanska alkoholkulturen inte är något att eftersträva om man vill bevara befolkningens hälsa.

# Referenser

- Almersjö O, Westin J. 1974: Alkoholproblemet på en somatisk akutmottagning. *Läkartidningen*, 71(18), 1839–1843
- Ahlström S, Österberg E. 1981: Alcohol consumption and its consequences in Finland, 1960–1980. *Contemporary Drug Problems*, 10(2), 193–214
- Aitchison J, Brown JAC. 1957: *The lognormal distribution with special reference to its uses in economics*. Cambridge: The University Press
- Alko, 1988: *Alkoholstatistisk årsbok 1987*. Helsingfors: OY Alko
- Alko, 1991: *Alkoholstatistisk årsbok 1990*. Helsingfors: OY Alko
- Alkoholpolitiska utredningen. 1974a: *Alkoholpolitik. 1 Bakgrund. Betänkande avgivet av Alkoholpolitiska utredningen*. SOU 1974:90. Stockholm: Finansdepartementet
- Alkoholpolitiska utredningen. 1974b: *Alkoholpolitik. 2 Åtgärder. Betänkande avgivet av Alkoholpolitiska utredningen*. SOU 1974:91. Stockholm: Finansdepartementet
- Armyr G, Elmér Å, Herz U. 1982: *Alkoholen i 80-talets vård*. Stockholm: Sober
- Beauchamp D E. 1981: The paradox of alcohol policy: The case of the 1969 alcohol act in Finland. I: Moore M H, Gerstein D R (Eds). *Alcohol and public policy: Beyond the shadow of prohibition*. Washington, D C: National Academy Press
- Bjerrgaard P, Juel K. 1993: Citerad efter Isacson, 1993
- Blot W J, Fraumeni J F. 1977: Geographic patterns of oral cancer in the United States: etiologic implications. *Journal of chronic Disease*, 30, 745–757
- Bonnichsen R, Åquist S. 1968: Alkoholens roll vid svenska trafikolyckor. *Alkoholfrågan*, 62(6), 202–204
- Brazeau R, Burr N. 1992. *Alcoholic Beverage Taxation and Control Policies*. Eighth Edition. Ottawa: Brewers Association of Canada
- Breslow N E., Enstrom J E. 1974: Geographic correlations between cancer mortality rates and alcohol-tobacco consumption in the United States. *Journal of National Cancer Institute*, 53(3), 631–639
- Brismar B, Engström A, Rydberg U. 1983: Head injury and intoxication: A diagnostic and therapeutic dilemma. *Acta Chirurgica Scandinavica*, 149, 11–14
- Bruun K, Edwards G, Lumio M, Mäkelä K, Pan L, Popham R E, Room R, Schmidt W, Skog O-J, Sulkunen P, Österberg E. 1975: *Alcohol control policies in public health perspective*. Helsingfors: The Finnish Foundation for Alcohol Studies
- Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning. 1993: *Rapport 93. Alkohol- och narkotikautvecklingen i Sverige*. Stockholm: Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning
- Choquet M, Ledoux S. 1985. Self-reported alcohol consumption among high-school students in France. An epidemiological approach to alcoholization and its evolution. *Drug and Alcohol Dependence*, 16(1), 133–143



- Danermark B, Vintherheimer S. 1984: *Att mäta cannabisrökning bland skolungdomar. En experimentell jämförelse av två mätmetoder: anonyma gruppenkäter och intervjuer baserade på randomiserade svar*. Örebro: Högskolan i Örebro
- Davies P, Walsh D. 1983: *Alcohol problems and alcohol control in Europe*. London: Croom Helm
- Donnelly P G. 1978: Alcohol problems and sales in the counties of Pennsylvania. A social area investigation. *Journal of Studies on Alcohol*, 39(5), 848–858
- Hackl H. 1982: Internationale studie über korrelationen zwischen alkoholverbrauch und leberzirrhose. *Suchtgefahren*, 28(2), 187–191
- Hauge R. 1982: Alkoholbruk og promillekjöring. I: Bratholm A, Christie N, Opsahl T (Red). *Lov og frihet. Festskrift till Johs Andenaes på 70-årsdagen, 7.september 1982*. Oslo: Universitetsforlaget
- Hauge R. 1988: The effects of changes in availability of alcoholic beverages. I: Laurence M D, Snortum J R, Zimring F E (Eds). *Social control of the drinking driver*. Chicago: University of Chicago Press
- Haut comite d'etude et d'information sur l'alcoolisme. 1983: *L'Alcoolisme, morbidite, mortalite*. Paris: La Documentation Française
- Health and Welfare Canada, 1990. Citerad efter Brazeau et al, 1992
- Hellmark A-B, Isaksson M, Nyström M, Persson G. 1980: *Fältövning i epidemiologi om alkoholkonsumtion och dödlighet*. Stockholm: Sociologiska institutionen vid Stockholms universitet
- Isacsson S-O. 1993: Oroande hälsoutveckling i Danmark. Lunds universitet, Institutionen för Klinisk Samhällsmedicin, Malmö
- Jolliffe N, Jellinek E M. 1942: Cirrhosis of the liver. I: Jellinek E M (Ed). *Alcohol addiction and chronic alcoholism*. New Haven: Yale University Press
- Johnson A. 1983: *50 miljarder kostar supen*. Göteborg: Sober
- Johnson A. 1992: *100 miljarder kostar supen*. Göteborg: Sober
- Kendell R E. 1984: The beneficial consequences of the United Kingdom's declining per capita consumption of alcohol in 1979–82. *Alcohol and Alcoholism*, 19(4), 271–276
- Kolk T. 1993: *Alkoholkonsumtionens "mörkertal"*. *Analys och beräkning*. Stockholm: Svenska Bryggarföreningen
- Kono S, Ikeda M. 1979: Correlation between cancer mortality and alcoholic beverage in Japan. *British Journal of Cancer*, 40, 449–455
- Lambert B. 1965: Allmän diskussion, s 148. I: *Alkoholkonflikten 1963. Medicinska verkningar. Informationskonferens anordnad på Wenner-Gren Center av Statens Medicinska forskningsråd*. Stockholm: P A Norstedt & Söners Förlag
- Laurell H. 1975: *Effects of small doses of alcohol on driver performance in emergency traffic situations*. Linköping: Statens väg- och trafikinstitut
- Leifman H, Romelsjö A. 1994: Time series analysis on the association between alcohol consumption, hospitalisation and mortality in alcohol related diseases in Stockholm County. *American Journal of Public Helth* (accepted for publication)
- Le Laidier S. 1884. Citerad efter Choquet M, Ledoux S (1989)
- Lenke L. 1989: *Alcohol and criminal violence: Time series analyses in a comparative perspective*. (Lund: Institutionen för socialt arbete) (Akad avh)
- de Lint J. 1978: Total alcohol consumption and rates of excessive use: A reply to Duffy and Cohen. *British Journal of Addiction*, 73(3), 265–269
- de Lint J. 1981: Alcohol consumption and liver cirrhosis mortality. The Netherlands, 1950–78. *Journal of Studies on Alcohol*, 42(1), 48–56

- de Lint J, Schmidt W. 1971: Consumption averages and alcoholism prevalence: A brief review of epidemiological investigations. *British Journal of Addiction*, 66, 97–107
- de Lint J, Schmidt W. 1976: Alcoholism and mortality. I: Kissin B, Begleiter H (Eds). *The biology of alcoholism. Volume 4. Social aspects of alcoholism*. New York: Plenum Press
- Mann R E, Anglin L. 1988: The relationship between alcohol, related traffic fatalities and per capita consumption of alcohol, Ontario, 1957–1983. *Accident Analysis & Prevention*, 20(6), 441–446
- Miller G H, Agnew N. 1974: The Ledermann model of alcohol consumption. Description, implications and assessment. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 35(3), 877–898
- Moser J. 1992: *Alcohol problems, policies and programmes in Europe*. Köpenhamn: Regional Office for Europe, WHO
- Mäkelä K, Österberg E, Sulkunen P. 1981: Drinking in Finland: Increasing alcohol availability in a monopoly state. I: Single E, Morgan P, de Lint J (Eds). *Alcohol, society and the state: Volume 2. The social history of control policy in seven countries*. Toronto: Addiction Research Foundation
- Nielsen J. 1965: Delirium tremens in Copenhagen. Part of a cross-national investigation of delirium tremens in the Nordic Countries. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl 187
- Nielsen K. 1982: *Danskernes alkoholvaner. Undersøgelser og statistik om alkoholforbrug*. Köpenhamn: Alkohol- og Narkotikarådet
- Norström T. 1988: Alcohol and suicide in Scandinavia. *British Journal of Addiction*, 83(5), 553–559
- Olivecrona H, Valverius M. 1985: Alkoholpåverkan vid dödsolyckor under fritiden. *Alkohol och Narkotika*, 79(4), 3–8
- Olsson O. 1991: *Prisets och inkomstens betydelse för alkoholkonsumtion, missbruk och skador*. En forskningsöversikt. Stockholm: Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning
- Parker D A, Harman M S. 1978: The distribution of consumption model of prevention of alcohol problems. A critical assessment. *Journal of Studies on Alcohol*, 39(3), 377–399
- Parker D A, Harman M S. 1980: A critique of the distribution of consumption model of prevention. I: Harford T C, Parker D A, Light L (Eds). *Normative approaches to the prevention of alcohol abuse and alcoholism*. Proceedings of a symposium April 26–28, 1977 San Diego, California. Rockville, Mar.: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
- Philipson C, Kolk T, Lindström U 1993: *Hembränning. En empirisk studie och beräkning av dess utbredning och omfattning i Sverige*. Stencil, Svenska Bryggareföreningen, Stockholm.
- Poikolainen K. 1980: Increase in alcohol-related hospitalizations in Finland 1969–1975. *British Journal of Addiction*, 75(3), 281–291
- Popham R E, Schmidt W, Israelstam S. 1984: Heavy alcohol consumption and physical health problems. A review of the epidemiologic evidence. I: Smart R G, Cappell H D, Glaser F B, Israel Y, Kalant H, Popham R E, Schmidt W, Sellers E M (Eds). *Research Advances in Alcohol and Drug Problems. Volume 8*. New York: Plenum Press

- Prytz H, Skinhøj D. 1981: Alkoholisk og ikke-alkoholisk cirrhose. Udviklingen i mortalitet 1965–1978 sammenholdt med alkoholforbruget. *Ugeskrift for Læger*, 143(18), 1175–1179
- Rahkonen O, Ahlström S. 1989: Trends in drinking habits among Finnish youth from 1973 to 1987. *British Journal of addiction*, 84(9), 1075–1083
- Reinås K. 1991: *Alkoholens kilder. Normenns totale alkoholforbruk i 1989*. Temaserie 1991:1, Rusmiddeldirektoratet, Oslo
- Romelsjö A. 1987: *Epidemiological studies on the relationship between a decline in alcohol consumption, social factors and alcohol-related disabilities in Stockholm county and in the whole of Sweden*. Sundbyberg: Karolinska Institute, Department of Social Medicine, Kronan Health Centre
- Romelsjö A. 1987: Decline in alcohol-related in-patient care and mortality in Stockholm County. *British Journal of Addiction*, 82(6), 653–663
- Romelsjö A, Ågren G. 1985: Has mortality related to alcohol decreased in Sweden? *British medical Journal*, 291(6489), 167–170
- Romelsjö A, Ågren G, Johansson I. 1985: Alkoholrelaterad dödlighet och vårdkonsumtion i Sverige. *Alkohol och narkotika*, 79(1), 14–19
- Petersen J, Thorsen T. 1985: *Alkoholforbrug og levercirrosedödlighed i Danmark 1920–1982*. København: Alkohol- og Narkotikarådet
- Samordningsorganet för alkoholfrågor. 1980: *Om alkoholpolitiken. Förslag från Samordningsorganet för alkoholfrågor (SAMO)*. Ds S 1980:10. Stockholm: Socialdepartementet
- Samordningsorganet för alkoholfrågor. 1981a: *Alkoholpolitiska restriktioner. Rapport från ett forskarseminarium kring ransonering, registrering och prispolitik genomfört på initiativ av Samordningsorganet för alkoholfrågor (SAMO)*. Ds S 1981:23. Stockholm: Socialdepartementet
- Samordningsorganet för alkoholfrågor. 1981b: *Om alkoholpolitiken II. Överväganden, förslag m.m. från samordningsorganet för alkoholfrågor (SAMO)*. Ds S 1981:25. Stockholm: Socialdepartementet
- Schmidt W. 1977: The epidemiology of cirrhosis of the liver: A statistical analysis of mortality data with special reference to Canada. I: Fisher M M & Rankin J G (Eds). *Alcohol and the liver*. New York: Plenum Press
- Seeley J R. 1960: Death by liver cirrhosis and the price of beverage alcohol. *Canadian Medical Association Journal*, 83, 1361–1366
- Simpura J. 1986: Förändras de finska dryckesvanorna? En jämförelse mellan dryckesvanundersökningarna 1968, 1976 och 1984. *Alkoholpolitik*, 3(2), 75–82
- Simpura J. 1987: Three factors affecting changes in the aggregate consumption of alcohol. I: Simpura (Ed). *Finnish drinking habits. Results from interview surveys held in 1968, 1976 and 1984*. Helsingfors: The Finnish Foundation for Alcohol Studies
- Simpura J, Partanen J, 1987: Drinking habits in a changing society. I: Simpura J (Ed). *Finnish drinking habits. Results from interview surveys held in 1968, 1976 and 1984*. Helsingfors: The Finnish Foundation for Alcohol Studies
- Skog O-J. 1972a: *Noen refleksjoner omkring alkoholkonsumets fordeling og den lognormale modellen*. Oslo: Statens institutt for alkoholforskning
- Skog O-J. 1972b: Mindre alkohol – färre alkoholister? *Alkoholfrågan*, 66(5), 184–195
- Skog O-J. 1979: *En kritisk gjennomgåelse av Ledermanns teori om alkoholkonsumets fordeling i befolkningen*. Oslo: Statens institutt for alkoholforskning

- Skog O-J. 1980a: Is alcohol consumption lognormally distributed? *British Journal of Addiction*, 75(2), 169–173
- Skog O-J. 1980b: Liver cirrhosis epidemiology: Some methodological problems. *British Journal of Addiction*, 75, 227–243
- Skog O-J. 1980c: Total alcohol consumption and rates of excessive use: a rejoinder to Duffy and Cohen. *British Journal of Addiction*, 75(2), 133–145
- Skog O-J. 1982a: *The distribution of alcohol consumption. Part I: A critical discussion of the Ledermann model*. Oslo: National Institute for Alcohol Research
- Skog O-J. 1982b: *Estimating magnitudes and trends of alcohol related problems: A critical appraisal*. Oslo: National Institute for Alcohol Research
- Skog O-J. 1983: *The distribution of alcohol consumption. Part II: A review of the first wave of empirical studies*. Oslo: National Institute for Alcohol Research
- Skog O-J. 1984: The risk function for liver cirrhosis from lifetime alcohol consumption. *Journal of Studies on Alcohol*, 45(3), 199–208
- Skog O-J. 1986: Trends in alcohol consumption and violent deaths. *British Journal of Addiction*, 81(3), 365–379
- Smart R G. 1987: Changes in alcohol problems as a result of changing alcohol consumption: A natural experiment. *Drug and Alcohol Dependence*, 19(1), 91–97
- Smart R G, Mann R E. 1987: Large decreases in alcohol-related problems following a slight reduction in alcohol consumption in Ontario 1975–83. *British Journal of Addiction*, 82(3), 285–291
- Smith R. 1981: The relation between consumption and damage. *British medical Journal*, 283, 895–898
- Smith D I, Burvill P W. 1985: Epidemiology of liver cirrhosis morbidity and mortality in Western Australia, 1971–1982: Some preliminary findings. *Australian Alcohol/Drug Review*, 4(1), 80–90
- Sparrow M, Brazeau R, Collins H, Morrison RA. 1989: *Alcoholic Beverage Taxation and Control Policies*. Seventh Edition. Ottawa: Brewers Association of Canada
- Spri 1983: *Dödsorsak? Dödsorsaksstatistik som underlag för planering*. Spri-rapport 122. Stockholm: Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri)
- Statistiska Centralbyrån. 1985: *Vägtrafikolyckor med personskada 1984*. Stockholm: Statistiska Centralbyrån.
- Strömngren E. 1967: *Psykiatri*. 9. udgave. Köpenhavn: Munksgaard
- Thorsen T. 1988: Da Danmark blev ædrueligt. *Alkoholpolitik*, 5(4), 209–219
- Thorsen T, Petersen J. 1986: *Alkoholforbrug og trafikulykker. En analyse af forholdet mellem alkoholforbrug og alkoholproblemetets omfang i trafikken i Danmark 1930–1983*. Köbenhavn: Alkohol- og narkotikarådet
- Tuyns A J, Pequignot G. 1988: Recent findings on alcohol use in relation to laryngeal cancer in four Latin European countries. I: Waahlberg R B (Ed). *Prevention and control/realities and aspirations. Proceedings of the 35th International Congress on Alcoholism and Drug Dependence. Volume IV*. Oslo: National Directorate for the Prevention of Alcohol and Drug Problems
- Valverius M, Preger S. 1979: Alkoholens roll i trafikolyckor med dödlig utgång. *Alkohol och narkotika*, 73(2–3), 3–7
- Wagenaar A C. 1984: Alcohol consumption and the incidence of acute alcohol-related problems. *Brit J Addict*, 79(2), 173–180

- Whitlock F A. 1974: Liver cirrhosis, alcoholism and alcohol consumption. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 35(2), 586–605
- Wilson R A. 1984: Changing validity of the cirrhosis mortality – alcoholic beverage sales construct: US trends, 1970–1977. *Journal of Studies on Alcohol*, 45(1), 53–58
- Yanai H, Inaba Y, Takagi H, Yamamoto S. 1979: Multivariate analysis of cancer mortalities for selected sites in 24 countries. *Environmental Health Perspectives*, 32, 83–101
- Ågren G, Jacobsson SW. 1986: Betydande underrapportering i dödsbevisen av alkoholrelaterade dödsorsaker. *Läkartidningen*, 83(47), 3984–3985
- Österberg E. 1983: Trends in alcohol problems in Finland, 1950–1980. I: Giesbrecht N, Cahannes M, Moskalewicz J, Österberg E, Room R (Eds). *Consequences of drinking. Trends in alcohol problem statistics in seven countries*. Toronto: Addiction Research Foundations
- Österberg E. 1993: *Hembränning och smuggling i de nordiska länderna*. Presentation vid "Seminar om aksjon mot olovlig spritomsetning" den 18 oktober 1993, Oslo

## Kommittédirektiv

### Alkoholpolitisk kommission

Dir. 1991:124

Beslut vid regeringssammanträde 1991-12-19

Chefen för socialdepartementet, statsrådet B. Westerberg anför.

#### *Mitt förslag*

Jag föreslår att en parlamentarisk kommission med bred sammansättning tillkallas med uppgift att utvärdera den hittillsvarande alkoholpolitiken och lägga fram förslag till en strategi för framtiden – bl.a. i ett EG-perspektiv. Kommissionen skall även kartlägga alkoholmissbrukets familjesociala konsekvenser och göra en översyn av vården av alkoholmissbrukare.

#### *Bakgrund*

En alltför hög konsumtion av alkohol för med sig omfattande sociala och medicinska problem. Missbruk medverkar till social utslagning, problem på arbetsmarknaden och familjeproblem. Missbruket har en stark koppling till våld och andra former av brott, det ligger bakom en lång rad olyckor och sjukdomar och orsakar för tidig död. Missbruket av alkohol fungerar också ofta som en inkörsport till andra slag av missbruk. Samhällets kostnader för t.ex. socialtjänst och sjukvård, produktionsbortfall och arbetsrehabilitering är mycket höga. Härtill kommer det psykiska, sociala och ekonomiska lidande som drabbar enskilda missbrukare och deras anhöriga.

Genom 1977 års alkoholpolitiska beslut lade riksdagen under stor enighet fast grunderna för den alkoholpolitik som i det väsentliga alltjämt tillämpas (prop.1976/77:108, SkU 40, rskr. 231). Det innebär att hanteringen av alkoholdrycker omgärdas med ett regelsystem vars syfte är att begränsa alkoholens skadeverkningar. Det sker bl.a. genom prispolitiken och genom att Systembolaget har monopol på huvuddelen av detaljhandeln med alkoholdrycker. Dessutom regleras restaurangserveringen av alkoholdrycker i syfte att den skall ske återhållsamt, under kontrollerade former och med socialt ansvar. Social hänsyn skall tas framför allt för att skydda ungdomar. Samhället satsar dessutom avsevärda medel för att genom information och opinionsbildning begränsa konsumtionen och alkoholskadorna.

Hösten 1989 uttalade riksdagen i enlighet med socialutskottets betänkande (SoU 1989/90:2) En aktiv alkoholpolitik m.m. att alkoholfrågan måste sättas i blickpunkten. En större medvetenhet om alkoholens skadeverkningar och en

större förståelse för behovet av alkoholpolitiska åtgärder måste enligt utskottet skapas. Vidare ansåg utskottet att åtgärderna borde utgå från 1977 års alkoholpolitiska beslut. Dock borde insatserna i vissa avseenden anpassas till samhällsförändringar och ny kunskap inom alkoholforskningen.

### **Alkoholkonsumtion och alkoholskador**

Vid en internationell jämförelse är den genomsnittliga alkoholkonsumtionen i Sverige relativt låg. De alkoholbetingade medicinska skadorna är också av betydligt mindre omfattning än i länder med högre genomsnittlig alkoholkonsumtion.

Ändå ger alkoholen upphov till avsevärda sociala, samhällsekonomiska och medicinska problem även i vårt samhälle. Enligt en vanlig uppskattning dricker 300 000 svenskar så mycket alkohol att det har en negativ inverkan på deras hälsa, familjeliv och arbete.

De senaste decenniernas internationella alkoholforskning har gett en i huvudsak entydig bild av ett samband mellan den totala alkoholkonsumtionen i ett samhälle och dödligheten i alkoholbetingade sjukdomar. Inte minst högkonsumenterna, den grupp om ca 10 procent av befolkningen som konsumerar 50 procent av alkoholen, utgör ett stort problem. En stegrad total alkoholkonsumtion åtföljs med stor sannolikhet av en ökning också av antalet högkonsumenter, vilket i sin tur som regel leder till att den alkoholrelaterade sjukligheten och dödligheten stiger. Omvänt gäller att en minskning av den totala alkoholkonsumtionen i ett samhälle leder till färre alkoholskador och lägre dödlighet.

Från andra världskriget och framåt har den genomsnittliga alkoholkonsumtionen i Sverige, som den framgår av den officiella försäljningsstatistiken, ökat påtagligt. Under de tre första efterkrigsdecennierna praktiskt taget fördubblades konsumtionen per invånare. Under perioden 1976–1984 minskade alkoholförsäljningen med drygt 20 procent. Därefter kom en ny period av relativt kraftig konsumtionsökning. Under de två senaste åren har återigen en viss mindre tillbakagång kunnat registreras. Fortfarande ligger emellertid alkoholkonsumtionen per invånare (15 år och äldre) ca 60 procent över 1946 års nivå (4,0 liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre år 1946, jämfört med 6,4 liter år 1990).

Härtill kommer den konsumtion som inte registreras i officiell försäljningsstatistik, det s.k. mörkertalet. Hit räknas bl.a. hemtillverkat vin, privat införsel av alkohol, olovlig tillverkning av spritdrycker och konsumtion under utlandsvistelser.

### **Alkoholfrågan i Sverige och i Europa**

Våra dryckestraditioner är en del av den svenska kulturtraditionen och livsstilen. Sverige tillhör av tradition de s.k. spritländerna. Det typiska för spritländerna är att drickandet i stor utsträckning är koncentrerat till veckosluten och vissa högtider. Man dricker sig ofta berusad. Våldsbrottslighet och olyckshändelser har starka samband med denna typ av drickande.

I vinländer som t.ex. Frankrike, Italien, Portugal och Spanien dricks vin i stor utsträckning som vardaglig måltidsdryck och det är inte kulturellt accepterat att

dricka sig redlöst berusad. Att alkoholbruket är en integrerad del av vardagslivet leder till höga konsumtionsnivåer, vilket i sin tur för med sig utbredda medicinska skador och alkoholrelaterad dödlighet.

Under efterkrigstiden har vi kunnat se en tydlig tendens till att dryckesmönstren internationaliseras, särskilt inom EG-länderna. Men även i Sverige har det skett en långsiktig förändring av dryckesvanorna, bl.a. mot minskad spritkonsumtion och ökad vin- och ölkonsumtion.

Under det senaste årtiondet har man i bl.a. en rad europeiska länder blivit alltmer medveten om att alkoholskadorna utgör ett av de stora folkhälsoproblemen. Som en del av den s.k. Hälsa för alla-strategin har det inom Världshälsoorganisationen (WHO) framförts som ett mål att alkoholkonsumtionen skall pressas tillbaka med minst 25 procent under perioden 1980–2000, vilket Sverige ställt sig bakom. I flera europeiska länder förs nu diskussioner om möjligheterna att reducera alkoholkonsumtion och skador genom både utökade informationsinsatser och åtgärder för att begränsa utbudet av alkohol, t.ex. genom förbud mot eller inskränkningar i rätten att sprida reklam för alkoholdrycker. Även dryckesskatternas betydelse för folkhälsan har uppmärksammats.

## **EG och alkoholpolitiken**

Riksdagen har vid flera tillfällen slagit fast att det europeiska integrationsarbetet från svensk sida inte får bedrivas så att en effektiv svensk alkoholpolitik försvåras.

Den svenska alkoholpolitikens mål att pressa tillbaka alkoholkonsumtion och alkoholskador ligger fast. Medlen för att nå detta mål måste även i fortsättningen vara dels en kombination av insatser för att förbättra kunskaper om alkoholbruket och påverka attityder till det, dels åtgärder för att begränsa alkoholens tillgänglighet.

På längre sikt är det emellertid sannolikt att den europeiska integrationsprocessen får återverkningar även inom detta område. Det gäller främst prispolitiken. Sverige hör sedan länge till de länder som har en relativt sett hög, alkoholpolitiskt motiverad, beskattning av alkoholdrycker. Det finns i och för sig inga planer inom EG att genom bindande direktiv åstadkomma att skatten på alkohol ligger på samma nivå i alla medlemsländer. Å andra sidan är det troligt att harmoniseringen på sikt kommer att påverka medlemsländernas alkoholpriser i utjämnande riktning. En friare handel och minskade gränskontroller kan under alla förhållanden leda till att det blir svårare att använda priset som alkoholpolitiskt instrument.

Vad gäller den svenska alkohollagstiftningen i övrigt, finns det för närvarande ingen anledning att förmoda att den i något avgörande hänseende skulle vara oförenlig med EG:s regelsystem. Hittills har det emellertid inte utförts någon samlad genomgång av de olika alkohollagarna och av ev. behov av revideringar med hänsyn till kravet på anpassning till EG:s regelsystem. Det framstår som angeläget att en sådan genomlysning nu kommer till stånd.



### **Onödiga regler bör utmönstras**

Även om det för närvarande inte finns anledning att göra någon total översyn av alkohollagstiftningen, kan det finnas skäl att granska bestämmelserna också från en annan synvinkel. Riksdagen har vid flera tillfällen uttalat att de restriktioner som finns på alkoholområdet måste begränsas till sådana som allmänheten uppfattar som meningsfulla för att inte förtroendet för alkoholpolitikens grunder skall minska. Samtidigt som vi bör slå vakt om de delar av regelverket som har alkoholpolitisk betydelse, bör sådana bestämmelser som inte längre fyller någon alkoholpolitisk funktion kunna utmönstras. Härigenom kan lagstiftningen vinna i trovärdighet. Av samma skäl bör man ta vara på de möjligheter som kan finnas att åstadkomma en förenklad och förtydligad lagstiftning.

I detta sammanhang bör kommissionen särskilt uppmärksamma reglerna om tillstånd till servering av alkoholdrycker enligt lagen (1977:293) om handel med drycker (LHD), liksom bestämmelserna om serveringens bedrivande och andra frågor som gäller alkoholserveringen. Kommissionen bör även analysera hur denna lagstiftning tillämpas i praktiken.

### **Att påverka efterfrågan**

Om åtgärder för att begränsa alkoholens tillgänglighet kan sägas utgöra alkoholpolitikens ena grundsten, så är insatser för att påverka människornas efterfrågan på alkoholdrycker den andra. Härmed avses såväl förebyggande insatser, t.ex. att skapa drogfria fritidsmiljöer för ungdomar, som informations- och opinionsbildande verksamhet för att påverka människors alkoholvanor. Hit hör även positiv information om de olika alkoholfria festdrycker som finns som alternativ.

Stora insatser har gjorts och görs inom detta område. I ett läge där det till följd av internationaliseringen och den europeiska integrationen kan bli svårare att begränsa alkoholens tillgänglighet genom prispolitiken, finns det emellertid skäl att lägga ännu större vikt vid detta attityd- och opinionsbildande arbete.

Alkohol- och drogområdet kommer att bli det mest omfattande verksamhetsområdet i det folkhälsoinstitut som inrättas den 1 juli 1992. I den proposition som låg till grund för riksdagens beslut underströks starkt att information, opinionsbildning och andra förebyggande åtgärder bör ges en mer framträdande roll i den svenska alkoholpolitiken. Det rör sig både om insatser som riktar sig till befolkningen i stort och om mer selektiva satsningar riktade till t.ex. ungdomar eller gravida kvinnor. Det handlar vidare om såväl allmänt förebyggande insatser som åtgärder riktade till människor vilka befinner sig i riskzonen för att utveckla ett skadligt bruk av alkohol. Institutets verksamhet skall bygga på vetenskapligt väl förankrat underlag.

### **Vården av alkoholmissbrukare**

Socialberedningen konstaterade i sitt betänkande (SOU 1987:22) Missbrukarna, Socialtjänsten, Tvånget att de tunga alkoholmissbrukarnas sociala och medicinska situation har försämrats påtagligt under de senaste decennierna.

Överdödligheten bland dessa alkoholmissbrukare har ökat dramatiskt, särskilt bland de yngre.

De missbrukare som har kontakt med socialtjänsten har det ofta under långa tidsperioder, men kontakterna är som regel sporadiska och oplanerade. Det saknas en kontinuitet i behandlingen, något som också gäller för de institutionsvårdade missbrukarna. Den öppna socialtjänstens uppföljning efter institutionsvård fungerar sällan på det sätt som förutsattes när socialtjänstlagen infördes. Samarbetet mellan socialtjänsten, sjukvården och andra samhällsinstitutioner är ibland dåligt utvecklat. Ofta vet man inom det ena av dessa områden inte att klienten respektive patienten är aktuell inom det andra.

Även socialstyrelsen har i olika rapporter redovisat att missbrukarvården i dag står inför stora problem. Det finns en brist på institutionsplatser för tunga missbrukare och det finns ett stort behov av att utveckla vårdens innehåll.

I många kommuner saknas det effektiva metoder för att klara vården av klienter med sammansatta problem, t.ex. psykiskt störda missbrukare och missbrukare med invandrabakgrund. Det behövs bättre kunskap och kompetens för att arbeta med dessa grupper och bättre samarbete med landstingens psykiatriska vård.

Tvångsvården av vuxna missbrukare enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) dras vidare med såväl kvantitativa som kvalitativa brister.

Utredningen (S 1991:09) Institutioner inom ungdomsvården och missbrukarvården har bl.a. som uppgift att belysa missbrukarvårdens innehåll och organisation vad avser tvångsvårdens institutioner. Utredningen skall enligt direktiven vara slutförd den 15 januari 1992.

Kvinnors missbruk är ytterligare ett problemområde som kräver särskild belysning. Dryckesmönstret för kvinnor och män har blivit alltmer likartat. Missbruket bland kvinnor har ökat. Mycket tyder på att kvinnor som missbrukar snabbare blir utslagna och att de också fortare får såväl medicinska som sociala skador av sitt missbruk. Att nå dem med stöd eller vårdinsatser på ett tidigt stadium är därför särskilt viktigt.

Missbrukarvården har traditionellt utformats med utgångspunkt från männens behov. Under senare år har man blivit mer medveten om de problem som kvinnor möter i en manlig behandlingsmiljö. Fortfarande är dock kunskapen otillräcklig, framför allt kunskapen om de särskilda behov som kvinnliga missbrukare har och som kan kräva speciella behandlingsinsatser. En utveckling inom detta område skulle underlätta för kvinnor att själva söka vård.

En fråga som måste uppmärksammas särskilt i detta sammanhang är gravida kvinnors alkoholvanor. Varje år föds det alltså ett hundratal barn med grava och bestående skador till följd av moderns missbruk. Det finns undersökningar som visar att missbrukande kvinnor föder fler barn än genomsnittet. Det förhållandet att alkoholkonsumtionen ökar bland unga kvinnor kan innebära risker för att även antalet skadade barn ökar.

## Missbrukets familjesociala konsekvenser

Alkoholmissbrukets ekonomiska, sociala och psykologiska följder för missbrukarens familj har bara i mycket begränsad utsträckning varit föremål för forskningens intresse. Det gäller inte minst frågan om vad det innebär för barn att leva med vuxna som har alkoholproblem.

De vuxnas alkoholmissbruk finns med som en av de vanligaste orsakerna till beslut om placering av barn i samhällsvård. Alkoholen spelar emellertid en destruktiv roll i långt fler fall än så. Det är rimligt att anta att det finns ett stort antal barn och ungdomar som far illa i det tysta på grund av föräldrarnas missbruk. Olika studier visar också att alkoholen ofta finns med i bilden vid såväl kvinno- misshandling som barnmisshandling och andra övergrepp mot barn.

En av de allvarigaste konsekvenserna för barn av vuxnas alkoholproblem är att barnen i stor utsträckning tvingas ta ett vuxenansvar som de inte är mogna för. Ett omfattande och okontrollerat drickande skapar en otrygg och labil miljö, vilket kan leda till störningar i barnets identitetsutveckling. Såväl svenska som utländska undersökningar visar också att psykosomatiska besvär, kamratproblem och skolsvårigheter är betydligt vanligare hos barn till alkoholmissbrukare än hos barn med i övrigt jämförbar bakgrund.

Olika metoder för att stödja missbrukares anhöriga har under senare år börjat utvecklas i flera länder. I Sverige har det t.ex. under 1980-talet skett en utbyggnad av familjebehandling inom institutionsvården. Även inom öppenvården har det familjeinriktade arbetet börjat utvecklas framför allt inom ramen för olika försöks- och utvecklingsprojekt. Det är angeläget att dessa nya vårdformer utvärderas kontinuerligt och att man därvid särskilt beaktar i vilken mån barnens behov tillgodoses.

## Kommissionens uppdrag

Sett i ett längre tidsperspektiv har alkoholkonsumtionen och alkoholskadorna i Sverige ökat påtagligt. Konsumtionsutvecklingen under senare delen av 1980-talet innebar vidare att vi då år från år avlägsnade oss från det mål om en minskning av alkoholkonsumtionen med minst 25 procent under perioden 1980–2000, som Sveriges regering och riksdag har ställt sig bakom.

Redan detta utgör skäl för att nu se över alkoholpolitiken, i syfte att finna mer effektiva vägar att förverkliga de alkoholpolitiska målen. Härtill kommer den europeiska integrationsprocessen. Den innebär i detta sammanhang bl.a. att utbytet kommer att öka dramatiskt på alla plan – ekonomiska, sociala, kulturella – mellan Sverige och länder som av tradition för en mindre restriktiv alkoholpolitik än den hos oss etablerade och som också har en avsevärt högre alkoholkonsumtion och fler alkoholskador.

Jag vill mot denna bakgrund föreslå att en parlamentarisk kommission med bred sammansättning tillkallas med främsta uppgift att formulera en strategi för att nå målet att minska den totala alkoholkonsumtionen och att begränsa alkoholens skadeverkningar.

Till grund för kommissionens överväganden bör bl.a. ligga en utvärdering av den hittills förda alkoholpolitikens effekter. Kommissionen bör därvid också jämföra den svenska alkoholpolitikens mål och medel med den politik som andra jämförbara länder för på detta område. Kommissionen bör även beskriva skillnader i konsumtions- och skadenivåer mellan länderna och i möjligaste mån analysera effekterna av den förda politiken i olika länder. Kommissionen bör ha möjlighet att anlita såväl svensk som utländsk expertis i detta kartläggnings- och analysarbete.

I den mån kommissionen finner att delar av det svenska regelsystemet inom detta område behöver förändras med hänsyn till EG:s regelverk, bör kommissionen lägga fram förslag till sådan reviderad lagstiftning. Kommissionen kan även av andra skäl föreslå förändringar i lagstiftningen, om den t.ex. finner att vissa bestämmelser kan förenklas eller helt utmönstras för att de inte längre fyller någon alkoholpolitisk funktion. I andra fall kan reglerna behöva förtydligas eller skärpas för att bättre fylla ett alkoholpolitiskt syfte.

Kommissionen bör även lämna förslag till metoder att löpande följa även den icke registrerade alkoholkonsumtionen, för att ge regering och riksdag ett bättre underlag för alkoholpolitiska ställningstaganden.

Kommissionen bör vidare kartlägga och redovisa de ökade svårigheter att uppfylla de alkoholpolitiska målen som en svensk anpassning till EG kan inrymma. Kommissionen skall presentera förslag till insatser som medför att de alkoholpolitiska målen kan uppnås, även inom ramen för EG-integrationen. Kommissionen bör överväga hur det opinionsbildande och attitydpåverkande arbetet inom detta område kan förstärkas.

Kommissionen bör bedöma hur såväl de primär- som de sekundärpreventiva insatserna kan utvecklas ytterligare. Kommissionen bör i dessa delar samråda med organisationskommittén för det blivande folkhälsoinstitutet och med institutet, sedan detta bildats den 1 juli 1992. Kommissionen bör lägga fram förslag till långsiktig inriktning av folkhälsoinstitutets arbete med alkoholfrågorna.

Kommissionen skall vidare genomlysna de problem som föreligger inom vården av alkoholmissbrukare och bedöma behoven av förändringar av vårdformer och vårdinnehåll. De kvinnliga missbrukarnas vårdbehov skall därvid uppmärksammas särskilt.

Kommissionen skall också kartlägga och analysera missbrukets konsekvenser för missbrukarnas familjer och bedöma vilka insatser som behöver göras för att möta de anhörigas, särskilt barnens, behov av stöd.

Kommissionen bör avsluta sitt arbete före utgången av år 1993.

För utredningen gäller direktiven (dir. 1984:5) till samtliga kommittéer och särskilda utredare angående utredningsförslagets inriktning samt direktiven (dir. 1988:43) om beaktande av EG-aspekten.

### **Hemställan**

Med hänvisning till vad jag nu har anfört hemställer jag att regeringen bemyndigar chefen för socialdepartementet

- att tillkalla en kommission – omfattad av kommittéförordningen (1976:119) – med högst 11 ledamöter, med uppdrag att utvärdera alkoholpolitiken och utforma en ny alkoholpolitisk strategi, att göra en översyn av vården av alkoholmissbrukare och att genomföra en analys av alkoholmissbrukets familjesociala konsekvenser,
- att utse en av ledamöterna att vara ordförande, samt
- att besluta om sakkunniga, experter, sekreterare och annat biträde åt kommissionen.

Vidare hemställer jag att regeringen beslutar att kostnaderna skall belasta femte huvudtitelns anslag A 2. Utredningar m.m.

### **Beslut**

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och bifaller hans hemställan.

(Socialdepartementet)

## Alkoholpolitiska kommissionens sammansättning

### Ordförande

- |                                    |           |            |
|------------------------------------|-----------|------------|
| – Ingemar Mundebo, generaldirektör | förordnad | 1992-02-13 |
|------------------------------------|-----------|------------|

### Ledamöter

- |  |            |            |
|--|------------|------------|
| – Ingrid Andersson, riksdagsledamot (s)                      | förordnad  | 1992-02-13 |
|  | entledigad | 1993-06-15 |
| – Karin Israelsson, riksdagsledamot (c)                      | förordnad  | 1992-02-13 |
| – Bert-Inge Karlsson, socionom (kds)                         | förordnad  | 1992-02-13 |
| – Peter Kling, riksdagsledamot (nyd)                         | förordnad  | 1992-02-13 |
| – Owe Larsson, politisk sekreterare (v)                      | förordnad  | 1992-02-13 |
| – Ila Orring, riksdagsledamot (fp)                           | förordnad  | 1992-02-13 |
| – Sverre Palm, riksdagsledamot (s)                           | förordnad  | 1992-02-13 |
| – Anita Persson, riksdagsledamot (s)                         | förordnad  | 1993-06-15 |
| – Gabriel Romanus, verkställande direktör i Systembolaget AB | förordnad  | 1992-02-13 |
| – Sten Svensson, riksdagsledamot (m)                         | förordnad  | 1992-02-13 |
| – Claes Örtendahl, generaldirektör vid Socialstyrelsen       | förordnad  | 1992-02-13 |

### Sakkunniga

- |   |            |            |
|---|------------|------------|
| – Karin Berensson, utredare vid Landstingsförbundet               | förordnad  | 1993-09-15 |
| – Dag Juhlin-Dannfelt, departementssekr. vid Utrikesdepartementet | förordnad  | 1993-05-01 |
| – Johan Enegren, departementssekr. vid Utrikesdepartementet       | förordnad  | 1992-05-12 |
|   | entledigad | 1993-05-01 |
| – Christina Gynnå-Oguz, departementsråd vid Socialdepartementet   | förordnad  | 1992-11-01 |
| – Jakob Lindberg, överdirektör vid Folkhälsoinstitutet            | förordnad  | 1992-03-20 |

– Bo Netz, departementssekr. vid Finansdepartementet	förordnad	1993-07-01
– Anita Sundin, sekr. vid Svenska Kommunförbundet	förordnad	1992-03-20
– Gunilla Wallgrund, utredare vid Landstingsförbundet	förordnad entledigad	1992-03-20 1993-09-15

### Experter

– Björn Hibell, direktör vid Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning (CAN)	förordnad	1992-03-20
– Leif Lindgren, chefsjurist vid Datainspektionen	förordnad	1992-03-20
– Anders Romelsjö, docent vid Karolinska Institutets avd. för socialmedicin	förordnad	1992-05-12

### Sekretariat

– Hans Noaksson, revisionsdir., huvudsekr.	förordnad	1992-03-01
– Peter Carlsten, utredningssekr.	förordnad entledigad	1992-08-10 1993-06-24
– Peter Gerdman, avdelningsdirektör	förordnad	1993-05-01
– Margareta Gustafsson, socionom	förordnad	1993-03-01
– Johan Hellstrand, byrådirektör	förordnad	1992-06-01
– Rolf Larsson, advokat	förordnad	1992-05-01
– Orvar Olsson, forskare	förordnad	1993-10-01
– Lillian Rydgren, assistent (anställd vid Socialdepartementet)		

Kommissionen har låtit ett antal forskare och experter utanför sekretariatet utarbeta rapporter i skilda ämnen av betydelse för kommissionens ställningstaganden.

# Effekter av alkoholpolitiska restriktioner

Orvar Olsson



# Innehåll

<b>Forskning om den svenska alkoholpolitikens grundantagande: Totalkonsumtionsmodellen</b>	135
Inledning	135
Totalkonsumtionsmodellens innebörd	136
Fördelningens form	137
Sambandet mellan totalkonsumtionen i ett samhälle och andelen högkonsumenter	138
Sambandet mellan totalkonsumtion och skador	139
Sambanden belysta genom s.k. naturliga experiment	147
<b>De alkoholpolitiska restriktionernas effekter</b>	151
Inledning	151
Effekter av pris	152
Effekter av reglering av antalet försäljningsställen	153
Reglering av på vilka dagar och under vilka tider som försäljning och servering får pågå	158
Effekter av begränsningar av rätten att göra inköp eller att bli serverad beroende på ålder	163
Effekter av liberaliseringen i Finland 1969	164
<b>Diskussion och slutsatser om totalkonsumtionsmodellen och om restriktionernas effekter</b>	167
Totalkonsumtionsmodellen	167
Tillgänglighetens betydelse	173
<b>Olika åtgärders samverkande och motverkande effekter</b>	178
<b>Referenser</b>	180

# Forskning om den svenska alkoholpolitikens grundantagande: Totalkonsumtionsmodellen

## Inledning

Under 1960-talet och det tidiga 1970-talet präglades det alkoholpreventiva tänkandet i hög grad av idéer om att man genom utbildning och masspåverkan skulle lära människor ansvarsfulla alkoholvanor. Som ett ideal framstod dryckesvanorna bland t.ex. judar, fransmän och italienare. Man menade att dessa skulle gå att ta tillvara i de alkoholpreventiva programmen. Judarna borde på grund av allt elände de varit utsatta för ha en hög konsumtion och stora alkoholproblem. De hade istället en moderat konsumtion och en låg frekvens av alkoholskador. Fransmän och italienare hade en hög konsumtion samtidigt som de bedömdes ha förhållandevis små alkoholproblem (Parker och Harman, 1978; 1980).

Begränsning av alkoholkonsumtionen diskuterades i Alkoholpolitiska utredningens slutbetänkande 1974. Man konstaterade att ett viktigt mål för den då gällande alkoholpolitiken var "att begränsa eller minska totalkonsumtionen". Men man ansåg att den förda politiken egentligen inte försökt påverka totalkonsumtionen utan de enskildas konsumtion. Målet för åtgärderna var "att söka åstadkomma en återhållsam konsumtion, inte att direkt påverka totalkonsumtionen" (Alkoholpolitiska utredningen, 1974a, s 155). I åtgärdsdelen hävdade man att "det vore ägnat att förvirra om man i fortsättningen använde både begreppen 'skapa återhållsamma alkoholvanor' och 'begränsa totalkonsumtionen'. APU har valt att för sin del använda det förra uttrycket, eftersom det bäst anger vad det är fråga om" (Alkoholpolitiska utredningen, 1974b, s 93).

APUs slutbetänkande publicerades 1974. Den proposition som så småningom överlämnades till riksdagen hade emellertid också påverkats av en forskningsrapport som kom 1975. För rapporten svarade en grupp forskare från Finland, Norge och Kanada (Bruun *et al*, 1975). Genom att många framstående alkoholforskare stod bakom rapporten och genom att den gavs ut av Världshälsoorganisationen (WHO) fick den en särskild tyngd. I den alkoholpolitiska propositionen (1976/77:108), som godkändes av riksdagen år 1977, angav föredragande statsråd (s 16) att de förslag till åtgärder som läggs fram "syftar till en sådan begränsning av den totala alkoholkonsumtionen som kan bidra till att alkoholmissbruket trängs tillbaka och alkoholskadorna därmed motverkas".

En minskning av totalkonsumtionen för att därigenom minska alkoholskadorna har allt sedan dess utgjort grunden för den svenska alkoholpolitiken. Den aktualiserades i den alkoholpolitiska proposition 1981/82:143 och kan spåras i

formuleringar i så gott som samtliga budgetpropositioner under 1980-talet. Även i den hälsopolitiska propositionen (1984/85:181) kan totalkonsumtionsmodellen spåras i formuleringarna. En sänkning av alkoholkonsumtionen skulle "innebära stora välfärds- och hälsomässiga vinster samtidigt som hälso- och sjukvården kunde minska de vårdinsatser man nu måste göra för dem som drabbas av alkoholrelaterade sjukdomar" (s 69).

I det följande lämnas först en kort redovisning av modellens huvudinnehåll. Därefter kommer forskning och forskningsresultat med anknytning till totalkonsumtionsmodellen att redovisas. Den forskning som redovisas har genomförts med olika metoder. Vilken metod som använts bestämmer den vikt som resultaten kan tillmätas. Det bästa sättet att ta reda på om en viss åtgärd har någon effekt är att pröva den i ett experiment. Detta är sällan möjligt och har endast undantagsvis gjorts inom detta område. Däremot finns det flera undersökningar som närmast gäller vad som kan beskrivas som "naturliga" experiment eller "quasiexperiment" (Campbell och Stanley, 1963), med resultat som måste bedömas som tillförlitliga och därför tillmätas stor betydelse. Mest problematiska är sådana undersökningar som redovisar korrelationer (samband) beräknade på uppgifter från ett antal länder. Sådana korrelationer – antingen de visar på samband eller frånvaro av samband – innebär alltid stor osäkerhet vid tolkningen, eftersom det som regel är svårt att veta vad som orsakar vad.

## Totalkonsumtionsmodellens innebörd

Totalkonsumtionsmodellens upphovsman var en franske demograf, Sully Ledermann. Han studerade data om alkoholkonsumtionen i undersökningar som gjorts i olika länder och drog slutsatsen att konsumtionen i en "homogen" befolkning var "lognormalt fördelad", dvs. starkt "positivt" sned (namnet "lognormal" är en förkortning av "logaritmiskt normalfördelad", vilket innebär att fördelningen blir normal när värdena på den horisontella axeln logaritmeras).

Fördelningen har olika form beroende på genomsnittskonsumtionen, dvs. medelvärdet. Den har en "svans" till höger: fördelningen smalnar av mer och mer. De smalare delarna av "svansen" svarar mot en hög konsumtion. Detta innebär att det är förhållandevis få som dricker mycket. Att fördelningskurvan är högre i början på skalan (dvs. till vänster) betyder att det är många som dricker lite.

En av Ledermanns huvudidéer var att det, i enlighet med fördelningen, är den totala alkoholkonsumtionen som avgöra hur många högkonsumenter det finns.

Den lognormala fördelningen har inte bara tillämpats på alkoholkonsumtion. Den har visat sig kunna "spegla" många mänskliga företeelser, bl.a. inkomstfördelning, toleransnivå för kemiska ämnen, sjukfrånvarons varaktighet, industriprodukters livslängd och dammkoncentration i fabriksluft (Aitchison och Brown, 1957, kap 1; Johnson och Kotz, 1970, kap 14).

Från alkoholpreventiv synpunkt har totalkonsumtionsmodellen, som nämnts, haft stor betydelse för utformningen av alkoholpolitiska program. Detta har varit

fallet såväl i Sverige som i andra länder. Det alkoholskadeförebyggande budskapet är enkelt: Totalkonsumtionen i en befolkning bestämmer i hög grad hur många högkonsumenter det finns, vilket i sin tur i hög grad bestämmer skadornas omfattning. För att alkoholskadorna skall minska måste den totala konsumtionen minska.

De centrala idéerna i modellen sammanfattas i WHO-rapporten (s 44–45) på följande sätt:

- En påtaglig ökning av medelkonsumtionen följs med stor sannolikhet av en ökning av antalet högkonsumenter. Om en regering syftar till att minska antalet högkonsumenter kan detta sannolikt uppnås om den är framgångsrik i att minska den totala alkoholkonsumtionen. Ju mer totalkonsumtionen sänks, desto säkrare kan regeringen vara på att antalet högkonsumenter också minskar.
- En ökning av antalet högkonsumenter betyder som regel en ökning av den alkoholrelaterade dödligheten.

Inom alkoholområdet har den lognormala fördelningen under senare år diskuterats av framför allt kanadensiska, finska och norska forskare. Man har prövat Ledermans antaganden, försökt skatta antalet högkonsumenter med utgångspunkt i totalkonsumtionen och diskuterat de alkoholpreventiva slutsatserna av konsumtionsfördelningens form.

Det är framför allt tre frågor som forskarna försökt besvara och som har betydelse för vilka modellens alkoholpreventiva konsekvenser är:

- 1) Hur ser fördelningarna ut i verkligheten jämfört med vad Ledermann antog?
- 2) Finns det något samband mellan totalkonsumtionen i ett samhälle och antalet högkonsumenter och hur ser i så fall detta samband ut?
- 3) Finns det något samband mellan totalkonsumtionen och skadorna i ett samhälle?

## Fördelningens form

Sedan Ledermann publicerade sina arbeten har en mängd undersökningar tillkommit, i vilka konsumtionsfördelningar har redovisats. Skog (1980a, 1983a) konstaterar att dessa ger stöd åt Ledermans antagande att en konsumtionsfördelning är mycket sned. Men flertalet avviker betydligt från den lognormala fördelningen. Avvikelseerna går åt samma håll och innebär att "svansen" är smalare i verkligheten. Det finns inte så många "högkonsumenter" som den lognormala fördelningen förutsäger. Skog påpekar emellertid att högkonsumenter och alkoholister är överrepresenterade i bortfallet och att en del högkonsumenter kan ha angett en för låg konsumtion (Skog, 1983a, s 19–20). Att det finns så många undergrupper som har olika konsumtionsmönster (män, kvinnor, yngre, äldre) och att dessa skiljer sig åt från land till land talar enligt Skog ändå för att bortfall

och underrapportering inte är hela förklaringen till avvikelserna (Skog, 1985a, s 15; 1985b).

Skog har också redovisat en grundlig genomgång av Ledermanns teori och påtalat flera märkliga antaganden (Skog 1982a). De slutsatser som han drar efter sina genomgångar och analyser sammanfattar han på ungefär följande sätt: Varken data från konsumtionsundersökningar eller teoretiska argument ger något stöd för ståndpunkten att alkoholkonsumtionens fördelning har exakta matematiska egenskaper. De data som finns avviker i flera fall från lognormalitet, även om avvikelserna sällan är "dramatisk" (Skog, 1983a, s 32).

Med utgångspunkt i forskningsresultaten går det i dag således inte att hävda att Ledermann hade helt rätt när han antog att alkoholkonsumtionen var lognormalt fördelad.

## Sambandet mellan totalkonsumtionen i ett samhälle och andelen högkonsumenter

Det är således helt klart att alkoholkonsumtionens fördelning inte har de matematiska egenskaper som Ledermann antog. Det går inte att dra några slutsatser från teorin om hur sambandet mellan totalkonsumtionen (medelkonsumtionen) och andelen högkonsumenter exakt ser ut. Det går inte heller på grundval av den teoretiska fördelningen att med säkerhet sluta sig till hur andelen högkonsumenter exakt påverkas av förändringar i medelkonsumtionen. Det är däremot möjligt att ta reda på hur verkligheten ser ut. Vilka samband mellan totalkonsumtionen och andelen högkonsumenter har undersökningarna kunnat påvisa?

Skog (1985a) studerade sambandet mellan medelkonsumtionen och andelen högkonsumenter genom en analys av fördelningarna från 25 undersökningar från sammanlagt 11 olika länder. Han konstaterade att det finns en påtaglig likhet mellan fördelningarna i grupper som har samma medelkonsumtion, utan att fördelningarna för den skull är identiska. En hög medelkonsumtion i en befolkning innebär att det finns fler konsumenter i varje konsumtionsgrupp än vad det gör i en befolkning med låg medelkonsumtion. En ökande medelkonsumtion tycks innebära att hela befolkningen rör sig uppåt längs konsumtionsskalan. Härigenom kommer andelen högkonsumenter att öka med ökande medelkonsumtion.

Att det förhåller sig så är inte uttryck för något enkelt orsak-verkan-samband utan snarare olika uttryck för samma sak, nämligen dryckeskulturen. Det går inte att säga att det ena orsakar det andra, lika lite som man kan säga att kroppslängden orsakar kroppsvikten eller att kroppen blir tyngre på grund av att den blir längre (Skog, 1985a, s 22–24).

Sammanfattningsvis kan man alltså konstatera att en av Ledermanns centrala teser har fått ett betydande stöd: Det finns ett påtagligt samband mellan medelkonsumtionen och andelen högkonsumenter i en befolkning.

## Sambandet mellan totalkonsumtion och skador

Avgörande för om totalkonsumtionsmodellen skall ha någon alkoholskadeförebyggande giltighet är inte hur fördelningen exakt ser ut. Avgörande är inte heller hur sambandet mellan totalkonsumtionen och andelen högkonsumenter exakt ser ut. Det avgörande är istället självfallet att det finns ett samband mellan totalkonsumtionen och antalet högkonsumenter och mellan totalkonsumtionen och skadefrekvensen i ett samhälle. Hur påverkar totalkonsumtionen i en grupp (i ett land, en delstat eller liknande) skadorna i samma grupp?

De undersökningar som gjorts redovisar oftast sambandsberäkningar. Hur starkt ett samband är uttrycks ofta som en korrelation. En korrelation ligger mellan  $-1,0$  (= mycket starkt negativt samband) och  $+1,0$  (= mycket starkt positivt samband). Korrelationer nära  $0,0$  innebär att det inte finns något samband alls. Ett positivt samband innebär, i detta fall, att alkoholkonsumtionen och dödligheten ökar eller minskar på samma gång.

De undersökningar som finns att tillgå för att belysa samband är av olika slag. I en del jämför man skadorna i grupper med olika hög konsumtion. Problemet med denna typ av undersökningar är att det ofta är andra faktorer som bestämmer skillnader mellan grupper och att det härigenom är mycket svårt att avgöra vad det är som en korrelation beror på eller varför en korrelation ligger nära noll.

I andra undersökningar har man jämfört konsumtionen och skadorna i samma grupp under ett antal år. Om det finns ett samband bör såväl konsumtionen som skadorna variera, även om en viss fördröjning ibland kan förutsättas (s.k. "time-lag").

Slutligen finns det också experimentliknande studier i vilka man försöker se vad som händer när konsumtionen drastiskt och abrupt ökar eller minskar.

I det följande kommer resultaten från undersökningar av samband mellan alkoholkonsumtion och dödlighet att redovisas diagnos för diagnos. Framför allt dödligheten i levercirrhos (skrumplever) men även vissa andra diagnoser har undersökts. Undersökningar av sambandet mellan medelkonsumtion och sjuklighet och olyckor redovisas därefter. Sist följer en genomgång av det fåtal undersökningar som publicerats om sambandet mellan medelkonsumtion och sociala skador.

Resultaten från undersökningar av ett antal s.k. naturliga experiment redovisas tillsammans sist i detta avsnitt.

### Dödlighet

#### Dödlighet i levercirrhos (skrumplever)

a) Undersökningar som jämför olika befolkningar

Sambandet mellan den totala alkoholkonsumtionen och dödligheten i levercirrhos har undersökts genom jämförelser mellan olika län och olika länder och mellan delstater i USA och Kanada.

I Sverige har sambanden mellan alkoholförsäljningen och levercirrhosdödligheten bland män beräknats för länen under fem år mellan 1965 och 1977 (Hellmark *et al.*, 1980). Den lägsta korrelationen är 0,77, den högsta 0,89.

En mycket omfattande och tidig studie har presenterats av Popham (1970). Korrelationer redovisas i denna bl.a. för 9 provinser i Kanada (för år 1955), 23 departement i Frankrike (1950), 11 länder (1956) och staterna i USA (för 1939, 1944, 1950 och 1957). Korrelationerna ligger mellan 0,61 och 0,86.

Schmidt (1977) beräknade en korrelation på 0,94 mellan medelkonsumtionen under åren 1968–1970 och levercirrhosdödligheten 1972. Data från 20 länder ingick. För provinserna i Kanada var motsvarande samband 0,82 för år 1971.

Whitlock (1974) redovisar samband mellan total alkoholkonsumtion och levercirrhosdödlighet på omkring 0,80, beräknat på uppgifter från 38 länder. Det är framför allt konsumtionen av vin som har betydelse för sambandet. Korrelationer beräknade på siffror från delstaterna i USA ligger på ungefär samma nivå.

En undersökning med siffror från slutet av 1970-talet från 32 länder visar starka samband (Hackl, 1982). För delstaterna i USA redovissas korrelationer från åren 1970–1977 kring 0,50–0,65 (Wilson, 1984).

Data från kommunerna (counties) i Pennsylvanien ger en korrelation på 0,45 (Donnelly, 1978).

#### b) Undersökningar av utvecklingen över tid

Att levercirrhosen i ett land ökar när den totala konsumtionen ökar och minskar när den totala konsumtionen minskar finns det många undersökningsresultat som visar.

I Sverige ökade alkoholförsäljningen med 28 procent mellan 1965 och 1977. Under samma tid ökade levercirrhosdödligheten bland män över 20 år med 129 procent (Hellmark *et al.*, 1980). Korrelationen mellan de båda sifferserierna (räknat på uppgifter enbart från åren 1965, 1968, 1971, 1974 och 1977) är 0,94. Efter hänsynstagande till trendeffekter blir den 0,32.

Mellan 1976 och 1982 minskade försäljningen i Sverige med 17 procent. Mellan 1979 och 1982 minskade dödligheten i levercirrhos med 28 procent bland män och med 29 procent bland kvinnor (Romelsjö och Ågren, 1985; Romelsjö, Ågren och Johansson, 1985).

Från Danmark redovisar Prytz och Skinhöj (1981) en undersökning av perioden 1965–1978. Under dessa år ökade alkoholkonsumtionen från 6 till 12 liter. Under samma period tredubblades levercirrhosdödligheten bland ungdomar och medelålders män.

I en senare undersökning från Danmark (Petersen och Thorsen, 1985) konkluderas att en ökning av alkoholkonsumtionen med 1 liter alkohol 100 procent (per person över 14 år) medför en ökning av levercirrhosdödligheten med 1,3 per 100 000 män.

I en undersökning av Popham (1970) redovisas korrelationer räknade över tid för olika länder och för provinserna i Kanada. Totalt redovisas 15 sådana korrelationer. Den lägsta positiva korrelationen är 0,45 och gäller Sverige för perioden

1926–1956. Högst ligger Kanada, som för åren 1927–1960 visar en korrelation på 0,88. Enligt en undersökning av Seeley (1960) är korrelationen 0,96 för perioden 1921–1956. Senare redovisade Schmidt (1977) en korrelation för Ontario för åren 1932–1973 på 0,97.

I Skottland skedde en 11-procentig minskning av alkoholkonsumtionen mellan 1979 och 1982. Denna följdes av en minskning av levercirrhosdödlighet med 4 procent (Kendell, 1984). Korrelationen för perioden 1970–1982 mellan medelkonsumtionen och dödligheten i levercirrhos var 0,83.

Från Australien redovisar Smith och Burvill (1985) signifikanta samband för perioden 1971–1982 mellan männens konsumtion av öl, vin samt totalt å ena sidan och levercirrhosdödligheten å den andra. För kvinnornas del är sambanden inte signifikanta.

Smart (1987) undersökte utvecklingen mellan 1974 och 1983 i några Kanadensiska provinser. I Quebec minskade konsumtionen under dessa år med 10,5 procent och dödlighet i leversjukdom (inklusive cirrhos) med 31,4 procent. I Ontario minskade konsumtionen med 2,5 procent och dödligheten i leversjukdomar med 28,1 procent. I Alberta däremot ökade konsumtionen med 9,5 procent medan dödligheten i leversjukdomar minskade med 2,2 procent.

Från åren 1970–1977 redovisar Wilson (1984) en årlig försäljningsökning i USA på 0,7 procent och en årlig ökning av alkoholrelaterad cirrhosdödlighet på 2,6 procent, medan den totala levercirrhosdödligheten minskade med 1,5 procent.

Av de studerade länderna är det främst Storbritannien som avviker från den bild som flertalet undersökningar annars ger av ett positivt och starkt samband mellan totalkonsumtionen och levercirrhosdödligheten. Även Holland har förts fram som ett exempel på att något samband inte föreligger. Undersökningen av Petersen och Thorsen (1985) visar att i huvudsak andra faktorer än alkohol tycks bestämma dödligheten i levercirrhos bland kvinnor i Danmark.

För Storbritannien har ett starkt negativt samband (på -0,68) redovisats. Vid en närmare analys kunde dock Skog (1980c) visa, att detta negativa samband beror på att levercirrhosen "släpar efter". Storbritannien hade en 30-årig konsumtionsminskning under första hälften av 1900-talet. Denna minskning ledde till en minskning av antalet levercirrhosdödsfall också sedan konsumtionsminskningen upphört. Tar man hänsyn till denna "time-lag" erhålles en korrelation som i likhet med övriga länders är positiv och hög.

I Holland ökade konsumtionen från ca 3 liter (100 procent) 1950 till ca 12 liter 1979, dvs. 4 gånger. Dödligheten i levercirrhos ökade också under samma tid, men ökningen motsvarade endast en fördubbling (de Lint, 1981). Samtidigt visar många länder med en mindre konsumtionsökning en snabbare ökning av levercirrhosen än Holland. de Lint drar slutsatsen att det inte för Hollands del är möjligt att dokumentera en effekt på dödligheten i levercirrhos till följd av en kraftigt ökad totalkonsumtionen.

Trots de redovisade undantagen ger forskningen en i det närmaste samstämmig bild av ett positivt samband mellan totalkonsumtionen och dödlighet i lever-



cirrhos. Det kan förefalla märkligt att förändringar i medelkonsumtionen så snabbt kan resultera i förändringar i levercirrhosdödligheten, eftersom det krävs flera års drickande för att en person skall dö i denna sjukdom. Skog (1984) har dock kunnat visa att det inte behöver ligga någon motsägelse i detta. Också de som har allvarligt skadad leverfunktioner påverkas av konsumtionsförändringar. En minskad konsumtion bland dessa ger omedelbart utslag i en ökad överlevnad, en ökad konsumtion i en ökad dödlighet. Som erfarenheterna från Storbritannien visar kan emellertid denna omedelbara effekt "maskeras" av den långsiktiga effekten.

### **Dödlighet i pankreatit (bukspottkörtelinflammation)**

Som framgått av föregående avsnitt minskade försäljningen i Sverige med 17 procent mellan 1976 och 1982. Dödligheten i pancreatit minskade mellan 1979 och 1982 med 30 procent bland män och med 36 procent bland kvinnor (Romelsjö och Ågren, 1985; Romelsjö, Ågren och Johansson, 1985).

Från undersökningen i Skotland redovisas för perioden 1970–1982 en korrelation på 0,75 mellan medelkonsumtionen och dödlighet i pancreatit (Kendell, 1984).

### **Dödlighet i cancer**

I den tidigare nämnda undersökningen av länen i Sverige (Hellmark *et al*, 1980) redovisas korrelationer mellan alkoholförsäljning och cancer på mellan -0,20 och +0,37.

Popham, Schmidt och Israelstam (1984, s 170–171) redovisar i en översikt undersökningar som visar på samband kring 0,4–0,8 mellan alkoholförsäljning och dödlighet i cancer i struphuvudet (larynx), munhålan (cavum oris) och matstrupen (esofagus). Enligt en av de redovisade undersökningarna försvinner sambandet mellan alkoholförsäljning och cancer i struphuvud och munhåla när hänsyn tas till cigarettförsäljningen.

En undersökning av kommunerna i 6 delstater i USA visar positiva samband för män mellan alkoholkonsumtion och dödlighet i cancer i munnen (Blot och Fraumeni, 1977) men inte mellan alkoholkonsumtion och cancer i bukspottkörteln (Blot, Fraumeni och Stone, 1978).

Från Skotland redovisar Kendell (1984) ett samband mellan medelkonsumtionen under åren 1970–1982 och dödlighet på grund av cancer i matstrupen på 0,73.

Tuyns och Pequignot (1988) undersökte 6 provinser (belägna i Italien, Spanien, Schweiz och Frankrike). Medelkonsumtionen spelade en stor roll för cancer i övre delen av struphuvudet (larynx) och nedre delen av svaljet (hypofarynx). För cancer i nedre delen av struphuvudet hade rökning och alkoholkonsumtion en samverkande, multiplikativ effekt.

I en undersökning av 46 prefekturer i Japan (Kono och Ikeda, 1979) redovisas korrelationer för män mellan konsumtion av shochu och cancer i matstrupen på 0,27, mellan konsumtion av whisky och cancer i matstrupen på 0,22, mellan konsumtion av vin och cancer i ändtarmen på 0,45 samt mellan konsumtion av

shochu och prostatacancer på 0,50. Sambanden kvarstod när hänsyn togs till urbaniseringsgrad och rökning.

En undersökning med data från 24 länder från åren 1950–1967 visar att bl.a. hög alkoholkonsumtion (räknat utifrån kaloriintag) har samband med cancer i mun, svalg och matstrupe (Yanai *et al*, 1979).

För delstaterna i USA redovisar Breslow och Enstrom (1974) korrelationer över 0,60 för män mellan spritförsäljning och cancer i matstrupe, tjocktarm och blåsa, mellan vinförsäljning och cancer i matstrupe, struphuvud och blåsa och mellan ölförsäljning och cancer i matstrupe, mage, tjocktarm och ändtarm. För kvinnorna redovisas korrelationer över 0,60 mellan spritförsäljning och cancer i bukspottkörtel och bröst och mellan ölförsäljning och cancer i tjocktarm, ändtarm och bröst. Som jämförelse kan nämnas korrelationen mellan cigarettförsäljning och lungcancer, som är 0,59 för män och 0,63 för kvinnor.

Enligt Tuyns, Pequinot och Abbatici (1979) är det konsumtionen av starksprit som har samband med cancer i matstrupen. I studierna av sambandet mellan totalkonsumtion och cancer har som regel ingen hänsyn tagits till starkspritens andel av konsumtionen.

### **Dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar**

Den tidigare nämnda länsundersökningen i Sverige, med data från fem år mellan 1965 och 1977 (Hellmark *et al*, 1980), redovisar korrelationer mellan alkoholförsäljning och ischemisk hjärtsjukdom på mellan -0,06 och 0,20.

En översikt över forskningen om alkohol och förekomsten av "ischemic heart disease" (hjärtsjukdom på grund av dålig blodtillförsel) visar ofta på negativa samband med totalkonsumtionen, dvs. att dödligheten i denna diagnos i allmänhet är lägre i länder med en hög än med en låg totalkonsumtion (Schmidt och Popham, 1981; Ashley, 1984). Flertalet av de redovisade korrelationerna ligger i intervallet -0,65 – -0,40 (Ashley, 1984, s 103).

Schmidt och Popham (1981) redovisar negativa korrelationer från tidsserier från 6 länder och positiva från 13 länder.

Sambandsstudier över tid mellan totalkonsumtionen och dödlighet i "ischemic heart disease" visar inget enhetligt mönster (Ashley, 1984). Såväl positiva som negativa korrelationer av varierande styrka förekommer. Efter en analys av norska tidsserier, som är positivt korrelerad, kan Skog (1983b) visa att sambandet snarare är negativt.

### **Dödlighet i alkoholism, alkoholberoende, alkoholpsykos och alkoholförgiftning**

I Sverige minskade som nämnts alkoholförsäljningen med 17 procent mellan 1979 och 1982. Den totala dödligheten i alkoholism, alkoholpsykos och alkoholförgiftning minskade däremot inte under dessa år. Detta har antagits bero på bl.a. att dödligheten i dessa diagnoser ofta gäller grava alkoholmissbrukare och att dessa inte skulle ha förmåga att reducera sin konsumtion (Romelsjö och Ågren,

1985; Romelsjö, Ågren och Johansson, 1985). Någon diagnosförskjutning från levercirrhos till t.ex. alkoholism tycks inte ha skett (Romelsjö, 1987).

Bilden är dock inte entydig. I åldersgruppen 15–24 år minskade dödligheten i dessa diagnoser bland män med 44 procent. Kvinnorna är så få att siffrorna blir allt för osäkra. I åldersgruppen 25–44 år minskade dödligheten med 5 procent bland män och 6,6 procent bland kvinnor. Den tidigare konstaterade frånvaron av effekt av den minskade alkoholförsäljningen på alkoholism, alkoholpsykos och alkoholförgiftning bestäms främst av en ökad dödlighet i gruppen över 64 år (Romelsjö, 1987).

I Quebec minskade konsumtionen mellan 1974 och 1983 med 10,5 procent och dödligheten i alkoholberoende med 5,6 procent, medan dödligheten i alkoholförgiftning (from "toxic effects and accidental poisoning") inte förändrades. I Ontario minskade konsumtionen med 2,5 procent. Dödligheten i alkoholberoende minskade med 39,5 procent. Däremot ökade dödligheten i alkoholförgiftning med 10 procent. I Alberta ökade konsumtionen med 9,5 procent och dödligheten i alkoholförgiftningen med 66 procent medan dödligheten i alkoholberoende minskade med 54,6 procent (Smart, 1987).

### Den totala dödligheten

Romelsjö, Ågren och Johansson (1985) konstaterar i sin studie av alkoholrelaterad dödlighet att den generella nedgången i dödligheten i åldersgruppen 30–64 år i Stockholms län till en del beror på nedgången i dödligheten i skrumplever.

Undersökningen av länen i Sverige (Hellmark *et al*, 1980) redovisar korrelationer mellan alkoholförsäljningen och den totala dödligheten på mellan 0,30 och 0,57.

I en "klassisk" undersökning av Bandel med data från Bayern mellan 1867 och 1913 framkommer ett mycket påtagligt samband mellan konsumtionen av öl och dödligheten bland män mellan 40 och 69 år, jämfört med dödligheten bland kvinnor (Bruun *et al*, 1975).

Efter en genomgång av den totala dödligheten bland män i Norge drar Skog (1987) slutsatsen att denna inte påverkats av den ökade alkoholkonsumtionen men haft en påtaglig effekt på dödligheten i ett antal alkoholrelaterade sjukdomar (levercirrhos, alkoholism, alkoholpsykos, cancer i övre digestiv tract, cancer i bukspottkörteln och bukspottkörtelinflammation). Dödligheten bland män i dessa sjukdomar under åren 1931–1980 var 19,5 i genomsnitt. Enligt resultatet av en regressionsanalys kan 11,2 av dessa tillskrivas alkohol och resterande 8,3 andra orsaker.

Norström (1988b) undersökte sambandet mellan alkoholkonsumtion och dödlighet med data från bl.a. Sverige mellan 1861 och 1913. En ökning av medelkonsumtionen med 1 liter ger en ökning av den manliga dödligheten med 1,2 procent.

## Sjuklighet

Antalet vårdtillfällen i Stockholms län på grund av bukspottkörtelinflammation och levercirrhos minskade med 30 procent respektive 20 procent mellan 1979 och 1982 (Romelsjö, Ågren och Johansson, 1985). Antalet vårdtillfällen på grund av alkoholism, alkoholpsykos och/eller alkoholförgiftning minskade med ca 10 procent. Under samma tid minskade alkoholförsäljningen i länet med 6 procent (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, 1993).

En jämförelse mellan medelantalet utskrivningar 1978–1979 och 1983–1984 visar en minskning av levercirrhos med 39 procent bland män och med 20 procent bland kvinnor, av bukspottkörtelinflammation med 34 procent bland män och med 26 procent bland kvinnor. Antalet utskrivningar vid alkoholism minskade med 18 procent bland män (Romelsjö, 1987).

I Finland fördubblades alkoholförsäljningen under perioden 1968–1975. Under samma tid ökade intagningar av män på grund av alkoholism 1,7 gånger, på grund av alkoholpsykos 2,1 gånger och på grund av bukspottkörtelinflammation 2,0 gånger. Motsvarande intagningar av kvinnor ökade 2,4, 2,3 och 1,4 gånger och alkoholförgiftning 1,9 gånger (Poikolainen, 1980). Antalet intagningar på grund av levercirrhos förändrades inte.

Från Skottland redovisar Kendell (1984) att en 11-procentig minskning av alkoholkonsumtionen mellan 1979 och 1982 följdes av en minskning av antalet förstagångsintagningar för alkoholberoende (alcohol dependence) med 19 procent. Korrelationen för perioden 1970–1982 mellan medelkonsumtionen och intagningar på grund av alkoholism var 0,87.

Som nämnts minskade konsumtionen i Quebec mellan 1974 och 1983 med 10,5 procent. Prevalensen av alkoholism minskade under samma tid med 32,6 procent. I Ontario minskade konsumtionen med 2,5 procent och alkoholism med 27,2 procent. I Alberta däremot ökade konsumtionen med 9,5 procent och alkoholförgiftning med 66 procent medan alkoholism minskade med 3,1 procent (Smart, 1987).

För perioden 1971–1982 visar en undersökning från Australien signifikanta samband för män mellan ölkonsumtion/total alkoholkonsumtion och sjuklighet i levercirrhos som 1:a diagnos och för män och kvinnor mellan vinkonsumtion/total alkoholkonsumtion och sjuklighet i levercirrhos som 2:a diagnos (Smith och Burvill, 1985).

## Olyckor

Från Norge redovisar Hauge (1982; 1988) data för åren 1946–1979 enligt vilka ett mycket starkt statistiskt samband mellan totalkonsumtionen och antalet förare som dödats eller skadats men där det inte är möjligt att visa att det är ett orsakssamband – en ökning av antalet fordon är troligen den viktigaste bakomliggande orsaksfaktorn. Alkoholkonsumtionen i Danmark och andelen alkoholbetingade trafikolyckor, personskadeolyckor eller dödsolyckor under perioden 1930–1983 visar inte heller något påtagligt samband (Thorsen och Petersen,

1986). Å andra sidan visar en undersökning från Storbritannien att alkoholförsäljningen förklarade 4,2 procent av trafikolyckornas varians mellan 1960 och 1972, medan körsträcka och väder (regn) förklarade 48,8 procent. En tidsserieanalys av data från Michigan redovisar också signifikanta samband, i detta fall mellan månadsförsäljningen (under 108 månader) av öl och vin och antalet alkoholrelaterade trafikolyckor under månaden därefter (Wagenaar, 1984).

I en undersökning från Kanada (Ontario) kan Mann och Anglin (1988) visa att den årliga medelkonsumtionen mellan 1957 och 1983 hade betydelse för framför allt antalet dödsolyckor med alkoholpåverkade förare inblandade, men också för det totala antalet singelolyckor och olyckor under natten med dödlig utgång.

Enligt en redovisning i Rapport 92 (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, 1992, s 81) finns det en påtaglig följsamhet mellan alkoholförsäljningen och andelen förare med misstänkt alkoholpåverkan av alla förare delaktiga i trafikolyckor med personskada. Kurvorna följer varandra såväl när försäljningen ökar som när den minskar, vilket talar för att det rör sig om ett reellt samband.

### *"Sociala skador"*

Till de sociala skadorna har här förts fylleri, trafiknykterhetsbrott och våldsbrott.

En undersökning av kommunerna (counties) i Pennsylvanien redovisar en korrelation mellan försäljningen per invånare och fylleri på 0,5 (Donnelly, 1978). Även grad av urbanisering, rassammansättning och inkomst spelade in.

Sambandet mellan alkoholpåverkan och våldsbrott är väldokumenterat. När det gäller totalkonsumtionen visar Lenke (1989) att en förändring i denna med 1 liter leder till en förändring av antalet mord och dråp med ca 10 procent (beräknat på data från Sverige från åren 1870–1913 och 1921–1984).

I en studie av Norström (1988) framkommer statistiskt signifikanta samband mellan alkoholförsäljningen och självmord (räknat över tid) i Norge och i Sverige men inte i Danmark och i Finland.

Från Norge redovisar Skog (1986b) data som tyder på att alkoholrelaterad våldsam död ökat samtidigt som alkoholkonsumtionen ökat men att denna samvariation döljs av en minskning av antalet ej alkoholrelaterade fall.

När det gäller sambandet mellan totalkonsumtionen och misshandelsbrott visar Lenke (1989) att ett sådant kan beläggas i Sverige, Finland, Norge och Frankrike men inte i Danmark. En tänkbar förklaring till denna skillnad är enligt Lenke att våld måste förekomma inte alltför sällan för att förändringar i totalkonsumtionen skall ha någon effekt på våldsfrekvensen. Utvecklingen i Sverige efter 1977, med en minskande totalkonsumtion och en ökande frekvens av misshandelsbrott, har att göra med att det är restaurangkonsumtionen som har den större effekten. Denna konsumtion har fortsatt att öka också efter 1977 och därigenom motverkat effekten av den minskande totalkonsumtionen.

## Undersökningar av utvecklingen över tid

I den tidigare redovisade undersökningen från Norge (Hauge, 1982; 1988) av perioden 1946–1979 kunde inget orsakssamband påvisas mellan totalkonsumtionen och antalet personer som dömts för trafiknykterhetsbrott.

Kendell (1984) visar att en 11-procentig minskning av alkoholkonsumtionen mellan 1979 och 1982 följdes av en minskning av antalet fylleri med 16 procent och av rattnykterheten med 7 procent. Korrelationer beräknade för perioden 1970–1982 visade på ett samband mellan medelkonsumtionen och fylleri på 0,93 och mellan medelkonsumtionen och trafiknykterhetsbrott på 0,70.

Smarts (1987) undersökning visar, för perioden mellan 1974 och 1983, att konsumtionen i Quebec under dessa år minskade med 10,5 procent. Trafiknykterhetsbrotten i Quebec minskade med 34,4 procent. I Ontario minskade konsumtionen med 2,5 procent och trafiknykterhetsbrotten med 14,6 procent. I Alberta däremot ökade konsumtionen med 9,5 procent och trafiknykterhetsbrotten med 53,4 procent.

I fråga om "sociala" konsekvenser (fylleri, rattfylleri) konkluderar Mäkelä (1978) efter en genomgång av forskningen att det finns viktiga kulturella skillnader i förekomsten av sociala konsekvenser av drickande som är orelaterade till medelkonsumtionen.

## Sambanden belysta genom s.k. naturliga experiment

Den forskningsmetod som använts bestämmer till viss del den vikt som resultaten kan tillmätas. Mest problematiska är sådana undersökningar som redovisar korrelationer mellan t.ex. totalkonsumtionen och mått på alkoholskador i ett antal länder eller i på annat sätt avgränsade befolkningar. Sådana korrelationer – antingen de visar på samband eller frånvaro av samband – innebär alltid stor osäkerhet vid tolkningen. Det är svårt att avgöra om ett samband är ett orsakssamband eller om det är andra förhållanden som spelat in. Också när det gäller korrelationer beräknade på tidsseriedata uppkommer tolkningsproblem, särskilt om utvecklingen gått åt ett och samma håll under de år på vilka korrelationsberäkningarna bygger.

Här har dock metodutvecklingen under senare år gjort stora framsteg och slutsatserna från undersökningar som använder tidsserieanalysmetodik är klart säkrare än resultat som endast bygger på produktmomentkorrelationer.

Metodiska problem i samband med korrelationsberäkningar mellan alkoholkonsumtion och hjärtsjukdom har diskuterats av bl.a. Skog (1983b) och Gruchow, Rimm och Hoffmann (1983).

Det bästa sättet att ta reda på om en viss åtgärd har någon effekt är oftast att pröva den i ett experiment. Detta är sällan möjligt. Men det finns, som redan framhållits, några undersökningar som redovisar data från vad som närmast kan beskrivas som "naturliga experiment" eller "kvasiexperiment" (Campbell och

Stanley, 1963). Abrupta och avgjorda förändringar i den "variabel" som antas ha effekt på något annat gör det i allmänhet lättare att dra slutsatser om sambandens karaktär. Resultaten från sådana undersökningar måste därför som regel tillmätas stor betydelse.

### **Alkoholrestriktioner i samband med krig**

Under de båda världskrigen minskade konsumtionen av alkohol mycket markant i många länder. Minskningen följdes av en mycket snabb och påtaglig nedgång i dödligheten i levercirrhos. Enligt en artikel av Ledermann och Tabah var nedgången av dödligheten i Bretagne-Normandie till följd av den minskade alkoholkonsumtionen så kraftig att den kompenserade den ökning av dödligheten bland områdets invånare som orsakades av kriget (Skog, 1979).

I Storbritannien minskade konsumtionen av sprit från ca 32 000 gallons 1914 till ca 15 000 gallons 1918. Vinkonsumtionen minskade under motsvarande tid från 11 000 till 7 000 gallons och ölkonsumtionen från 1 230 miljoner till 460 miljoner gallons (Smart, 1974). Man hade bl.a. infört bestämmelser som innebar kortare försäljningstider, lägre alkoholhalt och förbud mot alkoholförsäljning på kredit. Mellan 1915 och 1918 minskade antalet fylleridomar från 136 000 till 29 000 och antalet dödsfall i levercirrhos från 152 till 56 per 1 miljon.

### **Alkoholrevolutionen i Danmark 1917**

Den danska "alkoholrevolutionen" 1917 började med ett totalförbud mellan den 27 februari och 26 mars. Totalförbudet följdes av mycket kraftiga höjningar av priset på starksprit (akvavit). Före förbudet kostade en liter 90 öre. Den 26 mars höjdes det till 2.40 och den 1 januari 1918 till 11 kronor, i huvudsak till följd av att skatten höjdes (Nielsen, 1965; Lambert, 1965). Produktionen av sprit minskade från 5,1 liter per person och år 1916 till 2,5 liter 1917 och 1,1 liter 1918. Den varierade sedan kring 2 liter fram till 1932. Konsumtionen av öl var före 1917 omkring 32 liter per person och år. 1918 höjdes priset från 15 till 24 öre och konsumtionen gick ner från 32 till 21 liter. Under de båda följande åren ökade konsumtionen från 21 till 48 liter trots att priset höjdes upprepade gånger. Orsaken till detta antogs vara den mycket markanta ökningen av spritpriset mellan 1917 och 1918 och en konsekvent förändring av alkoholvanorna från sprit till öl (Nielsen, 1965).

Vid Köpenhamns kommunehospital minskade mellan 1916 och 1918 antalet fall av alkoholism från omkring 200 till under 50, antalet delirium tremens från omkring 300 till under 30 och antalet fall av alkoholförgiftning från omkring 150 till under 100. Även andra alkoholsjukdomar (Korsakow, hallucinos och epilepsi) minskade (Lambert, 1965; Strömgren, 1967). En redovisning av antalet fall av delirium tremens månad för månad under 1917 visar att minskningen skedde i huvudsak mellan februari och mars och mellan mars och april, dvs. i anslutning till prishöjningen (Nielsen, 1965).

## Alkoholrevolutionen i Finland 1969

Också den liberalisering av alkoholpolitiken som skedde i Finland 1969 innebar en experimentliknande situation. Den medförde "fri" försäljning av mellanöl, fler systembutiker, fler restauranger med alkoholrättigheter, lägre åldersgränser och längre öppethållande.

"Alkoholexperimentet" medförde en betydande ökning av alkoholkonsumtionen och av alkoholskadorna. En redovisning för utvecklingen lämnas i avsnitt 2.6.

## Förbudstiden i USA

Förbudstiden i USA erbjuder ett annat exempel på att levercirrhosdödligheten minskar när totalkonsumtionen minskar. Enligt Jolliffe och Jellinek (1942) minskad levercirrhosdödligheten med 42 procent under perioden 1916–1920, dvs. de år de totalförbud successivt infördes i allt fler delstater i USA. Den totala dödligheten minskade samtidigt med 7 procent. Under perioden 1932–1940 å andra sidan, då alkoholförsäljningen gradvis återhämtade sig, ökade levercirrhosdödligheten med 19 procent medan den totala dödligheten minskade med 1 procent.

## Strejker

Strejker bland personal som distribuerar eller säljer alkoholdrycker leder, om strejken inte är mycket kortvarig, till en minskad konsumtion i befolkningen och därigenom en möjlighet att avläsa effekten på olika typer av skador. Genom att det rör sig om kortvariga förändringar av totalkonsumtionen kan eventuella effekter förväntas endast på de akuta skadorna.

Strejker har förekommit och studerats i bl.a. Sverige (1963), Finland (1972 och 1985), Norge (1978) och i Kanada (1975).

Strejken i Sverige gällde tjänstemän och arbetsledare vid AB Vin- och Spritcentralen och pågick i ca två månader. Under den period då strejkens effekter var som mest påtagliga minskade antalet omhändertaganden för fylleri med ca 50 procent i Stockholm, 33 procent i Göteborg och 53 procent i landet i övrigt med undantag av Malmö, där en svag ökning skedde (Fredriksson, 1965). Andelen alkoholpåverkade olycksfall vid en akutmottagning var 12 procentenheter lägre (Goldberg *et al.*, 1965). Olycksfallsfrekvensen vid ett större företag låg under strejken ca 40–50 procent under den normala för de närmast föregående åren (Garlind, 1965).

Strejken i Finland 1972 gällde personalen vid Alkos butiker och varade i drygt 1 månad. Under strejken minskade antalet fylleriomhändertaganden (arresteringar) med ca hälften, antalet fall av misshandel med mellan 20 procent och 25 procent och antalet fall av rattonykterhet med mellan 10 procent och 15 procent (Mäkelä, 1980).

Strejken 1985 hade för flertalet knappast alls någon inverkan på vare sig inköps- eller konsumtionsvanor (Simpura, Österberg och Haavisto, 1986).

Strejken i Norge 1978 varade i två månader och bedömdes ha lett till en reduktion av tillförseln av alkoholdrycker med ca 15 procent (Horverak, 1983a;



Horverak och Nordlund, 1983b). Med beaktande av ett tillskott från den privata lagerhållningen bedömdes alkoholkonsumtionen ha minskat med mellan 5 procent och 10 procent. Antalet sjukhusbehandlade olyckor minskade, antalet alkoholpositiva blodprov var lägre (Reigstad, Reikeraas och Lunde, 1983), antalet omhändertaganden för fylleri, antalet "husbråk" och antalet inläggningar på tillnyktringsenheter minskade (Horverak, 1983c; 1983d). Resultaten tolkas så att strejken endast hade obetydliga följdverkningar för befolkningen i stort men att gruppen alkoholmissbrukare påverkades i förhållandevis större utsträckning.

Vid två strejker i Kanada 1975 undersöktes effekten på fylleri och rattfylleri. Den ena tycks ha haft effekt på antalet fyllerifall men inte på antalet rattfylleri. Den andra tycks inte ha haft någon inverkan varken på fylleri eller rattfylleri (Smart, 1976b).

# De alkoholpolitiska restriktionernas effekter

## Inledning

Att alkohol under många år uppfattats som ett påtagligt hot mot samhället och individen framgår av de många försök som gjorts att påverka drickandet. De mest genomgripande åtgärderna genomfördes i början av 1900-talet och möjliggjordes troligen genom att minnet av 1800-talets höga alkoholkonsumtion och de skador denna medförde levde kvar. I många länder (Finland, Norge, Island, USA, Kanada) infördes totalförbud och i Sverige som bekant ett restriktionssystem med individuell inköpsbegränsning (motbok).

Totalförbuden försvann under mellankrigstiden eller efter andra världskriget och i Sverige ersattes motboken 1955 av ett försäljningsmonopol.

Sedan dess har flertalet alkoholpolitiska åtgärder varit inriktade på att begränsa tillgängligheten och därigenom minska konsumtion och/eller missbruk och skador. Detta är fallet såväl i Sverige som i många andra länder. Svensk alkoholpolitik utnyttjar i hög grad olika restriktioner som begränsar alkoholens tillgänglighet. Restriktionerna kan gälla vissa grupper av befolkningen eller befolkningen i sin helhet, t.ex. åldersgränser för rätten att köpa alkoholdrycker eller begränsning av öppethållandetiden.

En annan åtgärd som också kan sägas begränsa tillgängligheten är prissättningen. Genom höga skattesatser minskas alkoholdryckernas "ekonomiska tillgänglighet".

Den totala konsumtionen kan naturligtvis ses som ett uttryck för tillgängligheten. Ju högre den totala konsumtionen är, desto oftare ställs alkohol på bordet när människor träffas. Det är mot denna bakgrund enkelt att konstatera att tillgängligheten har betydelse för missbruk och skador. Men det finns också ett antal undersökningar som direkt gäller sambandet mellan tillgänglighet och missbruk eller skador och som härigenom i sig är relevanta för en bedömning av tillgänglighetens alkoholpreventiva roll, alldeles oberoende av hur alkoholkonsumtionen fördelar sig i en befolkning.

Forskningen om de tillgänglighetsbegränsande åtgärdernas effekter har gällt många olika förhållanden, bl.a. konsumtion, högkonsumtion, missbruk och vissa skador. Förhållandevis många undersökningar har gällt effekter på antalet trafikolyckor i samband med ändrade åldersgränser för rätten att köpa alkohol.

Att alkohol finns tillgängligt är självfallet en nödvändig förutsättning för alkoholkonsumtion, alkoholmissbruk och alkoholskador. Alkoholens tillgänglighet varierar mellan olika tidpunkter och kulturer, mellan olika personer och

mellan olika tillfällen för en och samma person. Tillgängligheten bestäms inte bara t.ex. av hur långt man har till försäljningsstället utan också av hur ofta alkoholdrycker ställs på bordet bland människor man umgås med.

Giesbrecht och Conroy (1987) redovisar följande fem typer av tillgänglighet: 1) Ekonomisk, dvs. realpriset på alkoholdrycker eller priset i relation till priset på andra varor; 2) Geografisk, dvs. lokalisering av försäljnings- och serveringsställen; antalet sådana ställen i relation till befolkningen; 3) Tidsmässig, dvs. på vilka dagar och under vilka tider som försäljning och servering pågår; 4) Demografisk, dvs. begränsningar av rätten att göra inköp eller att bli serverad beroende på ålder eller beroende på annan kategoritillhörighet, t.ex. att man är alkoholpåverkad eller sitter i fängelse; 5) Social och kulturell, dvs. omfattningen av de situationer och tillfällen vid vilka alkohol är accepterat och används.

I detta avsnitt redovisas den forskning som har gjorts med anknytning till tillgänglighetens betydelse, för att se vilken effekt de tillgänglighetsbegränsande restriktionerna har på konsumtion, missbruk och skador.

## Effekter av pris

Priset på alkoholdrycker och inkomsten bestämmer det som Giesbrecht och Conroy (1987) kallar ekonomisk tillgänglighet.

Alkoholdrycker är handelsvaror som konkurrerar på varumarknaden med andra varor. Likt andra produkter är de priskänsliga. Försäljningen ökar när priset minskar i relation till priset på andra varor och när priset ökar minskar försäljningen (Holder, 1987b). Inom ekonomisk teori spelar efterfrågan på produkter och efterfrågans känslighet för pris- och inkomstförändringar en central roll. Efterfrågeanalyser är vanliga vid de statistiska institutionerna.

Också inom alkoholområdet har en del forskning ägnats åt efterfrågeanalyser. Dels har det gällt att med hjälp av pris- och inkomstförändringar försöka förklara förändringar i konsumtionen, dels att se i vad mån man med hjälp av priset (skatten) kan påverka alkoholkonsumtionens storlek och alkoholskadornas omfattning. Forskningsresultaten har sammanfattats av Olsson (1991a). Enligt denna har pris och inkomst stort förklaringsvärde.  $R$  ligger ofta mellan 0,9 och 1,0. Undersökningarna har gett priselastitetsvärden som i runda tal ligger mellan -0,3 och -2,4 för sprit, mellan -0,1 och -1,7 för vin och mellan +0,2 och -3,0 för öl. Inkomstelasticiteten varierar i ungefär samma utsträckning.

Resultaten varierar således högst avsevärt. Denna variationen beror bland annat på de använda statistiska modellerna, kvaliteten hos använda data, alkoholvänorna i det land de kommer från, vilka år data gäller och hur den ekonomiska situationen var under de år som omfattas. Variationen innebär att det är svårt att göra exakta förutsägelser om vad en viss förändring av priset leder till. Att priset förändringar leder till efterfrågeförändringar är däremot lätt att sluta sig till utifrån de undersökningsresultat som redovisas.

För en given alkoholdryck tenderar både priselasticitet och inkomstelasticitet att vara lägre ju viktigare drycken är, i betydelsen av hur stor andel den har av den totala alkoholkonsumtionen. I länder där öl dominerar är elasticiteterna för öl låga, i länder där vin dominerar är elasticiteterna för vin låga och i länder där sprit dominerar är elasticiteterna för sprit låga. Ju större marknadsandelen är, desto lägre förefaller priselasticiteten vara (Maynard och Kennan, 1981).

För Sveriges del har undersökningar från senare år saknats. I ett nyligen publicerat utredningsbetänkande redovisas dock en undersökning av priselasticiteter beräknade på data från åren 1978–1988 (Alkoholskatteutredningen, 1991; Assarsson, 1991). Priselasticiteten på starköl var -1,3, på folköl -1,2 och på spritdrycker och vin ungefär -0,9. Detta innebär att om priset höjs med 1 procent så minskar konsumtionen av starköl med 1,3 procent och konsumtionen av spritdrycker och vin med 0,9 procent.

Det finns också forskningsresultat som visar att priset har effekt på storkonsumenters och missbrukares alkoholkonsumtion. Det finns också undersökningar som visar att priset påverkar frekvensen av sjukdomsfall i alkoholism, delirium tremens och alkoholförgiftning samt dödligheten i levercirrhos och trafikolyckor.

Ett exempel på prisets betydelse är från motbokens avskaffande 1955. Avskaffandet, som bl.a. motiverats av att antalet alkoholmissbrukare var så stort, medförde bl.a. en betydande ökning av antalet alkoholmissbrukare. Genom en höjning av spritpriset (med ca 45 procent) kunde en ökad försäljning snart återföras till en "normal" nivå, medan den förhöjda skadenivån inte påverkades. Detta har antagits bero på att det framför allt var storkonsumenterna som ökade sin konsumtion när alkoholen "släpptes fri", ett antagande som också fått stöd i undersökningsresultat (Norström, 1986; 1987).

Det är rimligt att anta att en prishöjning medför en ökad konsumtion av legalt eller illegalt hemtillverkad alkohol. Men det är uppenbart att denna konsumtion inte uppväger den minskade försäljningen. Gjorde den det skulle alkoholskadorna inte minska när priset höjs.

## Effekter av reglering av antalet försäljningsställen

### *Försök med starkölsförsäljning i livsmedelsbutikerna i Göteborgs och Bohus län och Värmlands län 1967–1968*

Ett av de försök som initierades av Alkoholpolitiska utredningen (APU) gällde fri försäljning av starköl i Göteborgs och Bohus län och i Värmlands län. Försöket påbörjades den 1 november 1967, dvs. två år efter introduktionen av mellanölsförsäljningen. Försöket skulle enligt de ursprungliga planerna ha pågått under hela 1968 men avbröts i juni på grund av rapporter om "överdriven och olämplig starkölskonsumtion inom försökslänen, inte minst bland ungdom" (Alkoholpolitiska utredningen, 1971b).

I försöksområdet fick under försöksperioden den dåvarande ölförsäljningsförordningen gälla också starköl. Starkölet fick härigenom säljas i livsmedelsbutiker, från bryggerbilar och på serveringslokaler med rätt till ölservering. Undantag gällde s.k. trafikutskänkning och sådana serveringslokaler för vilka länsstyrelsen beslutade särskilt.

De nya reglerna ledde till en mångdubbling av försäljningen. Första halvåret 1967 såldes i försöksområdena 1,4 miljoner liter, första halvåret 1968 13,5 miljoner liter, dvs. i det närmaste tiodubbling. I landet i övrigt var motsvarande försäljningsökning 26 procent. I Göteborgs och Bohus län ökade försäljningen från 1,2 till 10,5 miljoner liter och i Värmlands län från 0,2 till 3,0 miljoner liter. I Göteborgs och Bohus län motsvarar detta en ökning från 1,8 till 15,3 liter per invånare och i Värmland från 0,7 till 10,6 liter.

Den ökade starkölsförsäljningen tycks inte ha motsvarats av några större förändringar i vin- och spritförsäljningen. Däremot förefaller starkölsförsäljningen i försöksområdena i stor utsträckning ha ersatt mellanölsförsäljningen. Enligt APU:s beräkningar ledde den fria starkölsförsäljningen till en nettoökning motsvarande 75 000 liter alkohol 100 procent under första halvåret 1968 jämfört med första halvåret 1967. Försäljningen av spritdrycker bedömdes då ha minskat med 80 000 liter 100 procent, av vin med 30 000 liter och mellanöl med 440 000 liter medan starkölet ökat med 625 000 liter räknat som alkohol 100 procent.

Räknat per vuxen invånare innebär detta enligt APU:s uppskattningar en nettoökning av den totala alkoholkonsumtionen med närmare 5 procent.

Antalet fylleriomhändertaganden i försökslänerna minskade under försöksåret och under det följande året. Minskningen var något större än i landet i övrigt.

### *Mellanölsförsäljning i livsmedelsbutikerna i Sverige*

I Sverige introducerades ett mellanöl i oktober 1965. Dess alkoholhalt, 3,6 viktprocent, låg mellan pilsnernas 2,8 och starkölets 4,5. Genom att mellanölet fick säljas i livsmedelsbutikerna och inte bara i systembutikerna, som var fallet med starköl, innebar introduktionen en mycket påtaglig ökning av antalet försäljningsställen för ett förhållandevis alkoholstarkt öl.

Den nya lagen och vissa av mellanölets konsekvenser ledde till en livlig debatt i bl.a. dagspressen och genom andra publikationer (t.ex. Burman (1971), Thornell och Markén (1971), Edfeldt och Michanek (1971) och Förbundet mot droger (1974).

Den 1 april 1970 infördes en bestämmelse om att mellanöl inte fick säljas till barn eller till ungdomar som inte kunde antas vara fyllda 18 år. 1972 fastställdes 18-årsgränsen av riksdagen.

Tillverkning och försäljning av mellanöl förbjöds av värriksdagen 1976, med verkan från den 1 juli 1977.

Alkoholpolitiska utredningen konstaterade i sitt mellanölsbetänkande (1971a) att den totala alkoholkonsumtionen räknat per invånare över 15 år hade stigit kraftigt till följd av den ökade ölförsäljningen. Man konstaterade också att det

förelåg ett stort antal rapporter om storkonsumtion och missbruk av mellanöl bland ungdomar i landet och att utvecklingen gått mot en tidigare debut och tidigare etablering av regelbundna alkoholvanor.

Vid den utvärdering som gjordes efter mellanölets borttagande studerades också vad som hände med försäljningen i samband med införandet (Noval och Nilsson, 1984). Efter kontroll av ett antal andra faktorer av betydelse för utvecklingen bedöms ökningen av totalkonsumtionen till följd av mellanölet ha uppgått till ca 15 procent för mellanölsperioden 1965–1977.

Undersökningarna av effekterna av att mellanölet avskaffades visar att den statistikförda alkoholkonsumtionen minskade efter borttagandet, att en ökning av konsumtion av andra öltyper endast delvis kompenserade bortfallet av konsumtionen av mellanöl och att ungdomarnas alkoholkonsumtion och i viss mån även alkoholskador minskade (Hibell, 1984a; 1984b; Nilsson, 1984; Noval och Nilsson, 1984).

### *Etablering av nya alkoholbutiker*

I en undersökning av rusdrycksförsäljningens regionala variationer, vilken delvis redovisats av Huitfeldt och Jorner (1972), ingår också några uppgifter om vad som hände när en ny systembutik öppnades på en ort som tidigare saknat sådan. I Hemse medförde en ny butik att försäljningen på Gotland under tiden november 1965–april 1966 ökade med 8 procent medan den i landet i sin helhet minskade med 1 procent (Öberg, 1972). Vintermånaderna valdes som jämförelseperiod för att undvika effekter av turistinköp. Efter öppnandet av nya butiker i Kalix (Norrbottens län) och Alvesta (Kronobergs län) blev ökningen, beräknad på motsvarande sätt, 3 procent jämfört med hela landet. I alvestafallet skedde konsumtionsökningen i viss mån på angränsande butikers bekostnad.

Sammanfattningsvis konstaterar Huitfeldt och Jorner (1972) att studierna tycks stödja teorin om, att en god tillgänglighet medför ökad konsumtion, men att man måste hålla de störande faktorer som kan förekomma i minnet. Man kan, menar de, bl.a. tänka sig en viss "grönbeteseffekt" under perioden närmast efter öppnandet.

I Sverige skedde strax efter andra världskriget en ökning av antalet försäljningsställen för pilsner (öl klass II). Tidigare hade ölet i allmänhet försålts direkt av och vid bryggerierna, genom "kringföring" och av ett fåtal försäljningsställen dessutom.

"Pilsnermissbrukets förhållande till antalet försäljningsställen" undersöktes av Grape (1953) i sex av de kommuner i vilka pilsnerförsäljningen lades om under 1940-talet. Grape undersökte antalet åtgärder vidtagna av nykterhetsnämnderna och antalet fylleriförseelser och fann inga förändringar som kunde tillskrivas det ökade antalet försäljningsställen.

Inte heller en minskning av antalet försäljningsställen för öl i de norska städerna Kristiansand och Ålesund hade någon påtaglig effekt på den genomsnittliga alkoholkonsumtionen (Nordlund, 1981). Däremot kunde en viss övergång till

vin och spritkonsumtion iakttas. Resultaten gällde såväl befolkningen i sin helhet som yngre konsumenter (Nordlund, 1978).

Liknande effekter på försäljningen som i Kristiansand och Ålesund har också redovisats för Tromsø, Bodø och Notodden (Ramm, 1977).

Undersökningar av vad som händer när man etablerar försäljning av öl och vin på orter utan alkoholförsäljning i övrigt har gjorts i framför allt Finland och Norge.

Kuusi klassiska experiment i Finland gällde effekten av inrättande av vin och starkölsbutiker i tre försöksorter och jämförelse med två kontrollorter. Insamling av data gjordes genom intervjuer med stickprov ur befolkningen i orternas centrala delar. Intervjuerna gjordes dels under hösten 1951 före öppnandet och dels, efter öppnandet, under hösten 1952 eller hösten 1953 (Kuusi, 1957).

De nya butikerna medförde att antalet konsumtionstillfällen steg. Förändringen gällde inte de som drack sällan eller aldrig utan det var framför allt de som förut drack ofta som drack oftare. Vinet ökade mer än ölet. Resultaten tyder på att det framför allt var de relativt flitiga alkoholkonsumenterna bland de vuxna männen som ökade sin konsumtion av vin (Boalt och von Euler, 1959).

En studie i Norge visar att öppnandet av en vinbutik kunde leda till en viss ökning av vinkonsumtionen, vilken dock kompensades av en nedgång av spritkonsumtionen (Amundsen, 1967). Någon motsvarande effekt kunde inte påvisas av en butiksöppning 1968, vilket antogs kunna bero på att vinkonsumtionen vid denna tidpunkt redan var relativt vanligt förekommande på den aktuella orten (Amundsen, u.å.). Inte heller en studie av butiksöppningar (i tre städer) under 1971 kunde påvisa några effekter på alkoholvanorna (Nordlund, 1974).

Det har också redovisats många utomnordiska undersökningar av vad ett utökat antal alkoholbutiker får för effekter. Smart och Docherty (1976) undersökte effekten av etablering av alkoholbutiker ("introduction of on-premise drinking") i en liten stad i Ontario i vilken butikerna hade stängts i början av 1900-talet på grund av alkoholproblem. En angränsande stad användes som kontrollort. Resultaten av undersökningen visar ingen tydlig förändring i antalet alkoholrelaterade trafikolyckor eller i antalet trafiknykterhetsbrott.

Sedan 1970 har åtminstone sex delstater i USA och en i Kanada avskaffat monopolen för försäljning av vin, importerat vin eller starkvin: Idaho, Maine, Washington, Virginia, West Virginia och Iowa samt Quebec. Privatiseringen resulterar vanligen i ett större antal försäljningsställen, längre öppethållande och ofta också lägre priser till följd av den komersiella konkurensen (Wagenaar och Holder, 1991).

En av de första studierna av effekterna av en privatisering av vinförsäljningen gjordes av Hammond (1975). Hammond undersökte vad som hände när vin började säljas i speceriaffärerna i Idaho, Maine, Washington och Virginia. Han drog slutsatsen att privatiseringen ledde till en påtaglig ökning av vinkonsumtionen men han redovisar inga data som visar hur vinförsäljningen eller den totala alkoholförsäljningen påverkades.

Mulford och Fitzgerald (1988) undersökte privatiseringen av vinförsäljningen i Iowa. De fann en signifikant ökning av självrapporterade vininköp, en signifikant minskning av självrapporterade spritinköp och ingen förändring av inköpen av öl. Man undersökte också försäljningsutvecklingen och drog slutsatsen att inga bestående effekter i fråga om en försäljningsökning kunde påvisas.

Macdonald (1986a; 1986b) undersökte effekten på vinkonsumtionen i samband med att vinförsäljning blev tillåten i livsmedelsaffärerna i tre stater i U S A (Idaho, Maine och Washington) och starkvinsförsäljning i en med enbart lättvinsförsäljning tidigare (Virginia). Antalet försäljningsställen ökade i Idaho från 70 till 1 000 och i Maine från 65 till 1 500. I de tre förstnämnda staterna skedde en signifikant ökning av vinförsäljningen det år då ändringen genomfördes. Någon förändring av konsumtion av sprit och öl kunde inte påvisas.

Wagenaar och Holder (1991) påpekar att undersökningarna av privatiseringens effekter uppvisar allvarliga metodologiska problem, vilka gör resultaten osäkra. Den regressionsanalys som använts är inte lämplig vid tidsseriedata.

Wagenaar och Holder använde istället Box-Jenkins ARIMA-metod och undviker därigenom de påtalade metodsvårigheterna. De fann en statistiskt signifikant ökning av vinförsäljningen, i Iowa med 93 procent och i West Virginia med 48 procent (Wagenaar och Holder, 1991). Som en följd härav ökade den totala alkoholförsäljningen.

En stat i USA, Iowa, har avskaffat monopolet också för försäljning av sprit. De statliga monopolbutikerna stängdes 1987 och ersattes med licenser till privata butiksägare. Tidsserieanalys visade på en ökning av spritförsäljningen med 9,5 procent. Vinförsäljningen minskade med 13,7 procent medan ölförsäljningen inte påverkades. Den sammanlagda nettoeffekten av privatiseringen av spritförsäljningen var en ökad alkoholförsäljning (Holder och Wagenaar, 1990).

Smart (1986) kunde däremot inte påvisa någon effekt av införande av vinförsäljning i livsmedelsbutikerna i Quebec. Tänkbara förklaringar menar Smart kan vara den då aktuella ekonomiska nedgången, vinets relativt sett bristande popularitet, den nedåtgående trenden i alkoholkonsumtionen i Kanada eller den kraftiga prishöjning som genomfördes ungefär samtidigt. Enligt de ekonometriska undersökningar, som redovisats för Kanada från denna tid (Olsson, 1991, tabell 3, s 65) borde prishöjningen ha lett till en minskning av försäljningen med ca 10 procent. Denna uteblev, förmodligen på grund av privatiseringen av vinförsäljningen.

### *Införande av försäljning av "liquor-by-the-drink" i delstater i USA*

I och med att totalförbudet avskaffades i USA fick varje stat kontrollen över alkoholförsäljningen inom de egna gränserna och flertalet tillät från början "the sale of liquor-by-the-drink". Sådan försäljning innebär att alkoholen får konsumeras på den plats där den köps (Blöse och Holder, 1987a; 1987b).

Införande av sale of liquor by the drink har undersökts i två stater: Washington 1949 och North Carolina 1978.



”The liquor-by-the-drink”-lagen i Washington var ”en konservativ lag som administrerades konservativt” (Bryant, 1954). Alla restauranger fick inte tillstånd och alkohol fick endast säljas tillsammans med mat. Tillstånd gavs endast till restauranger inne i städerna och inte till restauranger längs med statens trafikhuvudleder.

Utvärderingen visar att de nya bestämmelserna inte hade någon påvisbar effekt på antalet fylleriomhändertaganden, rattfylleri och alkoholpåverkade förare delaktiga i trafikolyckor, medan andelen dödsolyckor i trafiken i vilka alkoholpåverkade förare varit delaktiga ökade.

I North Carolina resulterade de ändrade bestämmelserna i en ökning av antalet platser där spritdrycker kunde inhandlas med 250 procent, medan antalet platser vid vilka alkohol kunde konsumeras förblev relativt konstant (Blöse och Holder, 1987b).

Vid utvärderingen jämfördes utvecklingen mellan bl.a. olika län utifrån när de lokala myndigheterna bestämde att man skulle följa de nya statliga bestämmelserna. Resultaten visar att de nya bestämmelserna medförde en signifikant ökning av spritförsäljningen på mellan 6 procent och 7 procent (Holder och Blöse, 1987), en signifikant ökning på mellan 16 procent och 24 procent av antalet polisrapporterade, alkoholrelaterade olyckor och av antalet singelolyckor nattetid bland manliga förare över 20 år (Blöse och Holder, 1987a; 1987b).

Däremot visade en mindre och preliminär studie ingen effekt av den nya lagen på antalet ”arrests” på grund av rattnykterhet eller på andelen alkoholrelaterade olyckor av samtliga olyckor (Lacey, Stewart och Carroll, 1981).

## Reglering av på vilka dagar och under vilka tider som försäljning och servering får pågå

Enligt en sammanställning av Moser (1980) förekommer bestämmelser om på vilka dagar och under vilka tider som försäljning och servering av sprit, vin och öl får ske i nästan alla länder. Smart (1980) hävdar att reglering av dagar och tider då försäljning är tillåten är en av de vanligaste kontrollåtgärderna.

Flertalet av de länder i vilka reglering förekommer förbjuder försäljning under söndagar och helgdagar. I några länder är försäljning också förbjuden under lördagar. Serveringstiderna omfattar som regel en större del av dygnets timmar än vad försäljningstiderna gör.

Flertalet av de undersökningar som gjorts gäller dels effekter av en utvidgning av försäljningstiden eller serveringstiden på kvällar och på söndagar och dels effekter av införande av förbud mot lördagsförsäljning.

### *Effekter av utökade försäljnings- och serveringstider på kvällar och söndagar*

I Sverige utvidgades 1985 på försök öppethållandet i vissa systembutiker från kl. 18.00 till 19.00 på torsdagar. Försöket utvärderades genom jämförelser med ett motsvarande antal kontrollbutiker. Jämförelsen omfattade bl.a. försäljningen av olika varugrupper och antalet kunder. Någon allmän ökning av försäljningen på grund av det ökade öppethållandet kunde inte påvisas (Christensen, 1988).

En av de äldsta studierna av serveringstider har redovisats av Popham (1962). Popham undersökte korrelationen mellan tidpunkten när en ölstuga öppnade och antalet fylleriomhändertaganden. Ett positivt samband fanns. Fylleriomhändertagandena fördelade sig emellertid på samma sätt på söndagar, då ölstugan var stängd, vilket får Popham att konkludera att försäljningstiden speglar dryckesmönstret snarare än tvärt om.

Många utvärderingar av utökade försäljningstider (serveringstider) har gjorts i delstater i Australien. Tiden för servering under söndagar har utökats och effekten på trafikolyckor har undersökts. Flertalet studier har genomförts av Smith (1978; 1985a; 1987a; 1987b; 1987c; 1987d; 1987e; 1988a; 1988b; 1988c; 1988d), som har använt några för sin avhandling (Smith, 1985b) och som också har sammanfattat forskningen inom området (Smith, 1983; 1987c; 1987d; 1987e).

En av de första studierna av förändrade uppehållandestider genomfördes av Raymond (1969). Raymond undersökte effekten av vad som hände när serveringstiden på vardagkvällarna utökades från kl 18.00 till kl 22.00 i Victoria. Undersökningen omfattade huvudstaden i Victoria. Antalet trafikolyckor med personskada förändrades inte men tidpunkten då flest olyckor inträffade ändrades från 18.00–19.00 till 22.00–23.00. Den markerade förändringen av den tidsmässiga fördelningen av trafikolyckorna som skedde i direkt anslutning till den ändrade stängningstiden tolkar Raymond som en mycket tydlig indikation på vilket stort inflytande samhällets dryckesvanor har på trafikolyckorna.

En ny studie av hela Victoria visar också att det mellan 18.00 och 02.00 skedde en ökning av antalet trafikolyckor med personskada och att Raymonds resultat med ett oförändrat antal olyckor bl.a. berodde på att effekten av en ny lag om lägre maximigräns för rattonykterhet inte hade beaktats (Smith, 1988b).

1970 infördes söndagsförsäljning i staden Perth i Västra Australien. Försäljningen omfattade två tvåtimmarspass. Under den följande treårsperioden ökade antalet dödade person med 64 procent jämfört med utvecklingen under övriga veckodagar (Smith, 1978). Antalet dödsolyckor, beräknade på samma sätt, ökade med 17 procent.

1970 ändrades också bestämmelserna i staden Brisbane i Queensland. Där infördes söndagsförsäljning mellan 11.00 och 13.00 respektive mellan 16.00 och 18.00. Mellan 18.00 och 20.00 ökade under en treårsperiod antalet dödsolyckor med 130 procent och antalet olyckor med egendomsskada med 85 procent (Smith, 1988c). Även i samband med "lunchförsäljningen" skedde en ökning, som var signifikant men inte lika markant. Ökningen kvarstod också under en

andra treårsperiod. En ytterligare utökning av försäljningstiden från 22.00 till 04.00 under ca en månad hösten 1982, då samväldesspelen pågick i Brisbane, hade ingen effekt på de rapporterade olyckorna (Smith, 1985a).

I Nya Sydwalet introducerades 1979 alkoholförsäljning på hotellen på söndagar mellan 12.00 och 22.00. Tidigare var söndagsförsäljning tillåten på klubbar. Samtidigt utökades hotellens öppethållandetider på vardagar från 22.00 till 23.00.

Mellan 18.00 och 24.00 på söndagarna ökade antalet olyckor resulterande i sjukhusintagning med 28 procent, övriga olyckor med personskada med 21 procent och olyckor i samband med bogsering ("tow-away"-olyckor) med 12 procent, allt jämfört med utvecklingen under samma tid övriga dagar (Smith, 1987b).

En särskild studie av den utökade öppethållandetiden under vardagskvällar visade en signifikant ökning av antalet dödsolyckor och olyckor med allvarlig personskada. Med tiden 18.00–22.00 som kontrollperiod var ökningen 13 procent (Smith, 1987a).

I Tasmanien infördes 1977 "flexibla" försäljningstider, vilket innebar att hotel-len kunde "ha öppet" de timmar ägaren ville förutsatt att han anmälde det ändrade uppethållandet en vecka i förväg. Tidigare gällde 10.00–22.00 på vardagar och 12.00–20.00 på söndagar. Förändringen ledde till en signifikant ökning av antalet trafikolyckor med personskada mellan 22.00 och 06.00. På årsbasis och med beaktande av förändringen i ett kontrollområde uppgick ökningen till 15 procent (Smith, 1987d) och med beaktande av förändringen under en kontrollperiod till 11 procent (Smith, 1988a).

En av de senaste tillgänglighetspåverkande förändringarna i Australien genomfördes 1984 i Victoria. Enligt denna kunde hotell och klubbar söka tillstånd att ha öppet mellan 12.00 och 20.00 på söndagar och att utöka uppethållandet på vardagar från 22.00 till 24.00. Mer än hälften av alla hotell och klubbar sökte och fick tillstånd att ha öppet på söndagar men bara ett fåtal utnyttjade möjligheten till tillstånd för utökat öppethållande på vardagar. Förändringen ledde till en ökning av antalet olyckor med personskada med åtminstone 33 procent (Smith, 1988d).

### *Effekter av lördagsstängda systembutiker*

Lördagsstängda systembutiker har införts eller prövats i Finland, Sverige och Norge.

Finland har haft systembutikerna stängda under sommarmånaderna mellan år 1978 och 1991. Dessförinnan hade ett försök genomförts i Åbo, Salo och Nåden-dal under 8 månader 1977.

I Sverige infördes lördagsstängning från 1 juli 1982 efter en försöksperiod på fyra månader under sommaren 1981.

I Norge genomfördes ett försök med lördagsstängning under hela 1984. Försöket resulterade inte i någon definitiv stängning.

## Finland

Säilä (1978a; 1978b) undersökte effekterna på fylleri i Åbo med hjälp av polisens uppgifter om antalet omhändertagna män. Vissa observationsstudier och enkäter bland poliser om ordningsläge och spritlangning genomfördes också. Antalet omhändertaganden totalt sett ökade med 7 procent i början av försöksperioden och med 10 procent i slutet. Under lördagar däremot minskade antalet omhändertaganden med en dryg fjärdedel i början och med 4 procent i slutet av försöket.

Slutsatserna av Åbo-undersökningen kompliceras av att polisen skärpte sin ingripandep Praxis vid tiden för försökets början. Effekterna på fylleriet kan följaktligen ha varit större än de redovisade. Jämfört med tidigare omhändertogs enligt Säilä lindrigare berusade personer och i synnerhet under slusket omhändertogs ett stort antal berusade, som bör klassificeras som marginaldrinkare (Säilä, 1978a; 1978b).

## Sverige

Enligt den utvärdering som gjordes av fyramånadersförsöket i Sverige sommaren 1981 medförde stängningen en minskning av antalet fylleriomhändertaganden med ca 10 procent, lägenhetsbråk med ca 7 procent, misshandel utomhus med ca 5 procent och misshandel inomhus med ca 8 procent (Socialdepartementet, 1982; Olsson och Wikström, 1982; 1984). Däremot visade utvärderingen inte på någon effekt på den totala alkoholkonsumtionen, skadegörelser, akutsjukvård och vägtrafikolyckor med personskada. När det gäller alkoholkonsumtionen framhöll den expertgrupp som svarade för utvärderingen att även relativt stora effekter skulle vara svåra att påvisa med tillgängliga data.

Mot bakgrund av bl.a. resultaten av försöket beslöt riksdagen att systembutikerna skulle hålla stängt på lördagar från juli 1982. Även nu skulle en utvärdering ske. Denna omfattade perioden mellan det att lagen infördes och december 1983.

Också nu kunde en rad positiva effekter redovisas. Antalet fall av fylleri under fredagar-lördagar tillsammans minskade med mellan 10 procent och 12 procent, lägenhetsbråk med mellan 1 procent och 3 procent och misshandel inomhus mellan bekanta med mellan 5 procent och 12 procent (Socialdepartementet, 1984). Däremot ökade antalet fall av misshandel utomhus mellan obekanta och antalet fall av skadegörelse (beroende på att fredagsökningen var större än lördagsminskningen). Utvärderingen gav inget belägg för att effekten avtog över tid.

## Norge

I maj 1983 beslutade Stortinget att Vinmonopolets butiker på försök skulle ha lördagsstängt under 1 år från den 1 januari 1984. Statens institutt for alkoholforskning fick i uppdrag att undersöka verkningarna av försöket (Nordlund, 1984b).

Den utvärdering som genomfördes hade en experimentell uppläggning. 6 par städer valdes ut på förhand med paren så lika varandra som möjligt i fråga om sådana förhållanden som kan påverka alkoholkonsumtionen. För varje par be-

stämde sedan genom lottdragning vilken stad som skulle ha lördagsstängt och vilken som skulle ha lördagsöppet.

Jämförelsen mellan experiment- och kontrollstäderna visar att antalet "ekspe- disjoner" minskade med 9,5 procent, omsättningens värde med 4,2 procent och försäljningen (omräknat i alkohol 100 procent) med 2,8 procent. När korrigering gjordes för ölförsäljningen var minskningen 1,2 procent (Nordlund, 1984a; 1984b). Räknat på hela året bedömdes försäljningsminskningen till följd av lördagsstängningen ha uppgått till 3,3 procent (Nordlund, 1985). När hänsyn tas till skillnader mellan experiment och kontrollstäder i utvecklingen av ölförsälj- ningen försvinner emellertid denna skillnad.

Antalet omhändertaganden för fylleri minskade under lördagar och nätter mot söndagar. Ökningen under framför allt fredagar uppväger emellertid denna ned- gång när jämförelsen görs halvårsvis (Hauge och Nordlie, 1984; Nordlund, 1984a). När 1983 jämförs med 1984 kvarstår emellertid skillnaden (Nordlund, 1985).

Även antalet polisanmälda lägenhetsbråk ("husbråk") och våldsbrott studera- des. I fråga om lägenhetsbråk konstaterar man i halvårsrapporten att lördags- stängningen varken lett till en minskning av antalet anmälningar eller till en förskjutning till andra dagar. Däremot visar analysen av hela 1984 att också antalet lägenhetsbråk minskade till följd av lördagsstängningen, men att också andra faktorer måste ha bidragit till det minskade antalet (Nordlund, 1985). Antalet polisanmälda våldsbrott ökade med 20,2 procent i de lördagsstängda städerna och minskade med 1,6 procent i de lördagsöppna städerna under första halvåret 1984 (Hauge och Nordlie, 1984). Ökningen var speciellt markant under fredagsdygnet. Skillnaden minskar när hela 1984 beaktas, men en viss del kvar- står (Nordlund, 1985). Ökningen kan, menar man, eventuellt tillskrivas slumpva- riationer, genom att antalet är litet. Som Nordlund (1984a) emellertid påpekar, visade utvärderingen av lördagsstängningen i Sverige på en likartad utveckling för misshandel utomhus mellan obekanta.

Någon inverkan på antalet insända prov för blodalkoholanalys i samband med misstanke om trafikonykterhetsbrott förefaller försöket inte ha haft (Irgens-Jen- sen, 1984).

Enligt en intervjuundersökning av 82 klienter vid ett par avgiftningsenheter i Oslo uppgav 60 att deras konsumtion inte förändrats efter stängningen, 11 att den hade ökat och 2 att den minskat (Krogh och Ihlen, 1984). 12 uppgav att de ökat sin fredagskonsumtion, 2 sin lördagskonsumtion och 3 sin söndagskonsumtion. Ingen hade minskat sin fredagskonsumtion, 6 hade minskat sin lördagskonsum- tion och 9 sin söndagskonsumtion. I rapporten framhålls att den bedömning som klienterna blev ombedda att göra är mycket svår och behäftad med stor osäkerhet.

## Effekter av begränsningar av rätten att göra inköp eller att bli serverad beroende på ålder

Det är få länder som i sin alkohollagstiftning inte har några bestämmelser som reglerar ungdomars rätt att köpa (eller dricka) sprit, vin och/eller öl eller att bli serverade sådana drycker på restauranger, barer och liknande.

Enligt de svenska bestämmelserna får spritdrycker, vin och starköl inte säljas eller lämnas ut till den som inte fyllt 20 år. Åldersgränsen för inköp av öl är 18 år. Den senare gränsen gäller också för servering.

Frågan om vid vilken ålder man skall ha rätt att göra inköp eller att bli serverad har diskuterats flitigt i en del länder. Dessa diskussioner har ibland lett till att åldersgränserna sänkts, ibland till att de höjts. Härigenom har det blivit möjligt att undersöka vad ändringar av åldersgränserna leder till. En rad utvärderingar har redovisats i olika facktidskrifter sedan början av 1970-talet. Även några avhandlingar och monografier har publicerats.

I början av 1970-talet gällde diskussionen i USA en sänkning av "the drinking age" för att anpassa den till rösträttsåldern (Williams och Lillis, 1986), som enligt en federala lag år 1971 sänktes till 18 år. Också en mängd andra argument användes i en emotionellt laddad debatt (Douglass, 1980). Vietnam-kriget spelade också in (Cook och Tauchen, 1984). Var man vuxen nog att tas ut till att döda och dö i ett krig, så borde man också vara vuxen nog att använda alkoholdrycker.

Åren 1971–1973 var det 27 delstater som genomförde en sänkning av "drycksåldern", vanligen från 21 till 19 eller 18 år (Wagenaar, 1983). Sänkningen ansågs emellertid av många få negativa följdverkningar, bl.a. ett ökat antal trafikolyckor i de berörda åldersklasserna. Många ändrade därför inställning och efter 1975 kom debatten istället att handla om att höja åldern. En del stater gjorde också detta. Vidare stiftades år 1984 en federal lag enligt vilken 10 procent av det federala bidraget till väghållningen skulle hållas inne för de stater som i oktober 1986 inte hade infört 21 år som "minimum legal drinking age" (Williams och Lillis, 1988). Åldern höjdes också i många stater. 1979 hade 14 stater en 21-årsgräns, 1986 var det 45 stater (Hingson och Howland, 1987).

Utvecklingen har varit likartad i Kanada och Australien.

En översikt över resultaten från undersökningar av effekter av sänkta eller höjda åldersgränser har redovisats av Olsson (1991b). Enligt flertalet av de redovisade undersökningarna ledde ålderssänkningarna till en ökning av trafikolyckor i de berörda åldersklasserna. Det är med största sannolikhet sänkningen av åldersgränsen som är orsaken till den ökade olycksfrekvensen.

Wagenaar sammanfattar sin genomgång av forskningen om sänkta åldersgränser på följande sätt: Flertalet undersökningar av effekten av en sänkning av "legal-drinking age" på delaktigheten i vägtrafikolyckor har funnit en signifikant ökning bland de tidigare "underåriga" förarna. Åtskilliga studier har också demonstrerat en påtaglig ökning i åldersgruppen 16–17 år. Det finns metodologiska begränsningar hos många av utvärderingarna. Men på grund av att resultaten upprepar sig i en mängd områden under tillämpning av varierande metoder blir

slutsatsen ändå att en sänkning av åldersgränsen som regel resulterar i en ökning av trafiksäkerhetsproblemen bland yngre förare (Wagenaar, 1983).

O'Malley och Wagenaar (1991) undersökte hur effekten på olyckor hänger samman med alkoholkonsumtion. De visar att den minskning av olyckor med alkoholpåverkade förare som blir följden bland 18–20-åringar när åldersgränsen höjs är direkt kopplad till en minskad konsumtion. Deras undersökning visar också att en viktig faktor när det gäller den minskade olycksfrekvensen tycks vara att den aktuella åldersgruppen tillbringar mindre tid på barer och restauranger när åldersgränsen är högre. En annan slutsats som man drar av undersökningen är att den lägre konsumtionen bland underåriga i stater med 21-års-gräns kvarstår efter det att man fyllt 21 år, i varje fall under de närmast följande åren.

Självfallet kan det bli olika effekter när man sänker åldersgränsen och när man höjer den. Att höja åldersgränsen innebär att ett privilegium tas bort. Det är inte säkert att man lika lätt eller lika gärna anpassar sig till detta som till en sänkning av åldern och därmed till en utvidgad rätt att dricka eller köpa alkoholdrycker. Ändå är bilden från de utvärderingar som gällt höjningar av åldersgränser möjligen mer entydig. En höjning av åldersgränsen för rätten att köpa alkohol leder nästan undantagslöst till en minskning av antalet trafikolyckor.

Antalet dödade och skadade på grund av alkoholbetingade olyckor orsakade av förare i de berörda åldersgrupperna är självfallet inte så stort i Sverige som i USA. En sänkning av åldersgränsen skulle inte medföra några dramatiska förändringar av antalet dödade eller skadade. Valet står, som Douglass (1980) formulerade det, mellan att ge företräde för liv och lem (hos ett begränsat antal personer) framför friheten och privilegiet (för ett par årsklasser) att själv kunna handla alkohol i systembutiken.

## Effekter av liberaliseringen i Finland 1969

### Bakgrund

Den liberalisering av alkoholpolitiken som skedde i Finland 1969 har betecknats som "the paradox of alcohol policy" (Beauchamp, 1981) och som liberaliseringens "dramatiska klimax" (Mäkelä, Österberg och Sulkunen, 1981). Lagändringen, som trädde i kraft den 1 januari, hade sitt ursprung i ett betänkande 1951 från en parlamentarisk kommitté. Lagändringen gick dock längre än vad det ursprungliga förslaget gjorde (Beauchamp, 1981).

Ett av motiven bakom ändringen var att leda över konsumtionen från sprit till vin och öl. Finland hade under 1930- och 1940-talet en mycket låg alkoholkonsumtion men en relativt hög frekvens av fylleri och våldsbrott vilket bedömdes ha att göra med spritkonsumtionen (Ahlström och Österberg, 1981).

Förändringen 1969 innebar "fri" försäljning av mellanöl, fler systembutiker, fler restauranger med alkoholrättigheter, lägre åldersgränser och längre öppethållande. Tillsammans taget innebär detta en mycket påtaglig ökning av tillgänglighe-

ten. Antalet försäljningsställen för ett relativt alkoholstarkt öl ("mellanöl") ökade till ca 17 400 i och med att vanliga livsmedelsbutiker kunde få licens. Tidigare såldes mellanöl endast i monopolbutikerna.

Antalet serveringsställen som tillkom med rätt att servera mellanöl uppgick det första året till ca 2 700. Antalet "Alko"-butiker ökade från 132 till 161 och antalet utskänkningsrättigheter från 968 till 1 101 (Alko, 1988). Antalet kommuner med rätt att etablera alkoholbutik ökade från 75 år 1968 till 104 år 1969 (Mäkelä, Österberg och Sulkunen, 1981). 1968 levde närmare 50 procent av befolkningen i komuner i vilka inga alkoholbutiker var tillåtna (Beauchamp, 1981).

Efter 1969 fortsatte alkoholbutiker och utskänkningsrättigheter att öka medan antalet licenser för försäljning av mellanöl minskade mycket påtagligt.

De liberala vindarna förefaller ha mojnät något vid mitten av 1970-talet. Sedan dess har vissa kommuner återkallat mellanöslicenser. Nyetableringen av butiker har skett i lugnare takt. Alkoholreklamen förbjöds 1977. Mellan 1978 och 1990 har Alkos butiker haft lördagsstängt under sommarmånaderna. Övervakningen av mellanölsförsäljningen har skärpts och restaurangerna har inte lika lätt kunnat få utökade serveringstider (Ahlström och Österberg, 1981). År 1987 var antalet butiker 226, antalet serveringstillstånd 2 037, antalet licenser för försäljning av mellanöl 7 000 och för servering av mellanöl 2 580. Antalet kommuner med alkoholbutik var 134 år 1975 och 163 år 1987 (Alko, 1988).

## *Utvecklingen efter lagändringen*

### **Effekter på försäljning och konsumtion**

Den nya lagen infördes under en period med en påtaglig ökning av alkoholförsäljningen och de förändringar som skedde skall ses mot denna bakgrund. Försäljningen ökade från 1,8 liter (alkohol 100 procent) 1957 till 2,9 liter 1968, 4,2 liter 1969 och 6,2 liter 1975 (Beauchamp, 1981).

Mellan 1968 och 1969 ökade alkoholförsäljningen med 46 procent (räknat i 100 procent alkohol). Ökningen fortsatte t.o.m. 1973, varefter en stabilisering skedde. Försäljningsökningen gällde främst öl. Försäljningen av öl gick upp från 0,94 till 2,11 liter (alkohol 100 procent) medan spritförsäljningen ökade från 1,43 till 1,58 och vinförsäljningen från 0,51 till 0,52. Konsumtionen av mellanöl gick upp med närmare 240 procent (Österberg, 1983).

Mellan 1969 och 1975 var det istället spriten som ökade mest. Försäljningen gick upp från 1,58 till 2,81, medan vinet under samma tid ökade från 0,52 till 0,97 och ölet från 2,11 till 2,41.

Alkoholens andel av den totala privata konsumtionen ökade från 4,2 procent 1964 till 7,3 procent 1972, med ett markant hopp 1969 (Mäkelä, Österberg och Sulkunen, 1981).

Enligt resultaten från intervjuundersökningar 1968 och 1969 påverkades framför allt dryckesfrekvensen, men även andelen konsumenter ökade (Simpura, 1987).



### Effekter på skador

Utvecklingen mellan 1969 och 1975 innebar en påtaglig ökning av antalet intagningar av män på sjukhus med diagnoserna alkoholism, alkoholpsykos och bukspottkörtelinflammation medan intagningar på grund av alkoholförgiftning och levercirrhos visade små förändringar. Bland kvinnorna ökade antalet intagningar på grund av alkoholism, alkoholförgiftning, alkoholpsykos och bukspottkörtelinflammation, medan levercirrhos i stort låg kvar på samma nivå 1969 och 1975 (Poikolainen, 1980). Ökningen av antalet intagningar bedömdes vara nära relaterad till ökningen av alkoholkonsumtionen.

Till skillnad från antalet intagningar på grund av levercirrhos visade dödlighet i levercirrhos en snabb ökningstakt mellan 1968 och 1974 (Österberg, 1983). Däremot skedde ingen påtaglig förändring i dödlighet i alkoholförgiftning under den aktuella perioden. Antalet fall av trafiknykterhetsbrott ökade särskilt markant under den första hälften av 1970-talet. Antalet alkoholrelaterade trafikolyckor ökade något under 1950-talet, ökade brant under 1960-talet och i början av 1970-talet för att minska efter 1973 (Österberg, 1983). Även allvarliga våldsbrott förefaller ha ökat påtagligt under den första hälften av 1970-talet. Det samma gäller antalet fall av fylleri (Ahlström och Österberg, 1981).

# Diskussion och slutsatser om totalkonsumtionsmodellen och om restriktionernas effekter

## Totalkonsumtionsmodellen

### *Sammanfattning av forskningen*

Den översikt över forskningen som lämnats visar att stödet för en allmänt formulerad totalkonsumtionsmodell är överväldigande. Det finns en mängd undersökningar och data som visar att vissa alkoholskador ökar med ökande totalkonsumtion och minskar med minskande totalkonsumtion. Ju mer alkohol som det totalt sett dricks i ett samhälle, desto fler storkonsumenter kommer det att finnas och desto fler kommer att få skador av sitt drickande.

De skador som forskningen hittills visat har ett säkert samband med totalkonsumtionen är dödligheten i levercirrhos (skrumplever), pancreatit (bukspottkörtelinflammation) och cancer i esofagus (matstrupen), sjukligheten i levercirrhos, pancreatit, alkoholpsykos (delirium) och alkoholförgiftning. Vidare visar den att det sannolikt också finns ett samband mellan totalkonsumtionen och dödlighet i cancer i rectum (ändtarmen) och i prostata samt i fråga om mord och dråp. Det finns en rad andra ställen (tjocktarm, mage, blåsa, struphuvud, munhåla) där totalkonsumtionen också tycks ha betydelse för cancerfrekvensen. Det finns troligen också ett samband mellan totalkonsumtionen och alkoholism samt anmälda misshandelsbrott.

Även dödlighetssiffrorna totalt är troligen påverkade av totalkonsumtionen, i varje fall i vissa åldrar.

Mera tveksamt är det om totalkonsumtionen påverkar antalet trafikolyckor, trafiknykterhetsbrott och fyllerifall. Inget samband tycks föreligga mellan totalkonsumtionen och dödligheten i hjärtsjukdom, alkoholism, alkoholberoende, alkoholpsykos och alkoholförgiftning.

### *Diskussionen om totalkonsumtionsmodellen*

Det finns som framgått många undersökningsresultat som stöder antagandet att totalkonsumtionen har betydelse för förekomsten av vissa skador och att en förändring av totalkonsumtionen i en befolkning med stor sannolikhet leder till en förändring av sådana alkoholskador. Förändringen är dock, enligt en del av de

redovisade undersökningsresultaten, snarare proportionell än kvadratisk (som Ledermann hävdade). Det finns också undersökningar som inte visat på något entydigt samband för vissa studerade sjukdomar och dödsorsaker, men dessa utgör undantag i en i övrigt på det hela taget samstämmig kör.

Trots att forskningsresultaten således måste bedömas som ovanligt entydiga finns det fortfarande de som hävdar att totalkonsumtionsmodellen inte är giltig. Det finns även forskare som har invändningar. Den diskussion som förts har dels gällt Ledermanns teori och teoretiska utgångspunkter (t.ex. Parker och Harman, 1978; 1980, Schmidt och Popham, 1978; 1980), dels frågan om sambandet mellan totalkonsumtionen och förekomsten av högkonsumerter (Duffy och Cohen, 1978; Duffy, 1980; de Lint, 1978; Skog, 1980b), dels frågan om sambandet mellan totalkonsumtionen och skadorna.

### **Fördelningens form**

Vad som framför allt diskuterats under senare år är hur väl de redovisade konsumtionsfördelningarna följer den teoretiska (lognormala) fördelningen. Som framgått ovan och som framför allt Skog tydliggjort i sina arbeten finns det många exempel på att överensstämmelsen mellan fördelningar i verkligheten och den teoretiska fördelningen inte är perfekt. Skog visar också, som tidigare framhållits, att antalet högkonsumerter enligt gjorda undersökningar inte är lika stort som teorin förutsäger och att underrapportering och bortfall av missbrukare inte tycks vara hela förklaringen.

Men ur ett alkoholpreventivt perspektiv är fördelningens exakta form närmast av akademiskt intresse. De avgörande frågorna är hur sned fördelningen är och om antalet högkonsumerter ökar när medelkonsumtionen ökar. Som framgått visar en rad undersökningar att så är fallet.

Att å andra sidan genomgripande åtgärder kan påverka fördelningens form har visats av bl.a. Norström. Enligt en undersökning (Norström, 1987) ledde avskaffandet av motboken till en ökning av skadorna utan att den totala konsumtionen ökade – utom i direkt anslutning till avskaffandet. Utifrån målsättningen att minska alkoholskadorna förefaller mot denna bakgrund inköpsbegränsning ("motbok") att vara den idealiska åtgärden. Den har effekt på just högkonsumenternas drickande och därigenom på skadornas omfattning, samtidigt som normalkonsumtionen inte påverkas.

I princip kan naturligtvis även andra åtgärder tänkas ha en liknande effekt. Det är dock inte känt vilka dessa åtgärder är.

### **Sambandet mellan medelkonsumtionen och högkonsumtion**

I en diskussion av sambandet mellan totalkonsumtionen och högkonsumerter utgår Duffy och Cohen (1978) och Duffy (1980) delvis från missolkningar av såväl Ledermanns teoretiska utgångspunkter som av de ståndpunkter som Bruun *et al* (1975) för fram och från beräkningsfel (Skog, 1980b). I ett svar till Duffy och Cohen konstaterar Skog sammanfattningsvis att tillgängliga data visar att det finns ett samband mellan medelkonsumtionen och förekomsten av hög konsum-

tion, att man kan diskutera hur starkt sambandet är men att ett förnekande av det är oförenligt med tillgängliga data.

Svenska föreningen för Alkohol- och Drogforskning (SAD) har lämnat ett remissvar på Socialstyrelsens idéprogram "Minska alkoholkonsumtionen med 25 procent till år 2000". Remissvaret är mycket kortfattat och förutsätter "att vissa elementära bakgrundsförhållanden är kända", som SAD påpekar i sitt tilläggsvar (1990-04-25). Misstolkningarna har bl.a. gällt den del av svaret som handlar om totalkonsumtionsmodellen och sambandet mellan totalkonsumtionen och antalet högkonsumenter. Sådana misstolkningar återfinns bl.a. i ett "Öppet brev" till de alkoholpolitiska kommissionen. SAD skriver: "Misstolkningarna har främst gällt totalkonsumtionsmodellen. I remissvaret anges att en minskning av totalkonsumtionen mycket väl kan öka snedfördelningen genom att normalkonsumenterna minskar mer än högkonsumenterna. I somliga tolkningar som gjorts av SADs remissvar har man bortsett från orden 'mer än'. Den forskning som finns visar att sambandet mellan totalkonsumtionen och antalet högkonsumenter är starkt men att fördelningen naturligtvis inte följer någon naturlag."

### **Sambandet mellan medelkonsumtion och skador**

För att bedöma totalkonsumtionsmodellens alkoholpreventiva betydelse är den centrala frågan hur sambandet mellan totalkonsumtionen och alkoholskadorna ser ut. Peele (1987) menar att sambandet mellan totalkonsumtionen och skadorna i länder som Portugal, Belgien, Italien och Luxemburg å ena sidan och de Skandinaviska länderna, Irland, Ryssland och Polen å den andra visar att de alkoholrelaterade problemen, till vilka han vid denna jämförelse räknar "antisocialt drickande och alkoholism", är omvänt relaterade till medelkonsumtionen. Alkoholism, hävdar Peele, är vanligare i t.ex. de Skandinaviska länderna än i t.ex. Italien, som ju har en betydligt högre medelkonsumtion. Även t.ex. Ravn (1987) är skeptisk till modellen på grund av bl.a. sambandet mellan totalkonsumtionen och skadorna. Efter en genomgång av en del av forskningen inom området drar han slutsatsen att det "finns gott om empiriskt stöd för antagandet ... att konsumtionen har samband med tungt bruk och/eller skador, men antalet studier som inte finner något sådant samband är alldeles för stort för att utan vidare kunna ignoreras".

Som den föreliggande forskningsöversikten har visat finns det ett klart samband mellan medelkonsumtionen och ett antal olika skador. Samtidigt står det klart att det också finns dödsorsaker och sjukdomar som drabbar missbrukare på grund av deras höga alkoholkonsumtion men som inte kunnat påvisas ha samband med totalkonsumtionen.

Det finns flera tänkbara förklaringar till att alla skador som alkoholmissbrukare kan uppvisa inte har gått att relatera till den totala konsumtionen. Av betydelse är med stor sannolikhet att varken konsumtion eller skador är särskilt lätta att mäta. Detta menar Ravn (1987a) är ytterligare ett argument mot modellen. Men de brister som man kan anta att de använda uppgifterna har bidrar troligen oftare till att faktiska samband inte kan påvisas än till att visa på samband som inte är

”riktiga”. En sådan slutsats får stöd av det förhållandet att det ofta är data som är känsliga för annan påverkan som inte visar någon entydig bild.

En annan invändning som Ravn har gäller ”bevisstyrkan” i den typ av undersökningar som slutsatserna bygger på, dvs. i allmänhet korrelationer. Att det är en skillnad i den tilltro man kan sätta till korrelationssamband och samband som påvisats i experimentella studier har tidigare berörts. Dessa problem gäller inte bara korrelationer beräknade på data från olika länder utan också korrelationer beräknade på data från olika år från samma land. Det är t.ex. lätt att visa att sambandet mellan läskförsäljning och våldsbrott är mycket starkt när det beräknas på data från Sverige från 1960- och 1970-talet. Förklaringen är att både läskförsäljningen och våldsbrottsligheten ökade under en följd av år. Härigenom uppkommer ett positivt samband som i detta fall är mycket starkt – omkring 0,9.

Detta innebär självfallet inte att man inte kan dra några slutsatser från de korrelationsbaserade sambandsstudierna. Om det förhöll sig så skulle många forskningsresultat som gäller samband inom samhällsvetenskaperna sakna värde. Vidare har det under senare år utvecklats statistiska metoder för tidsserieanalys som i stor utsträckning gör det möjligt att på statistisk väg ”filtrera bort” trender och kontrollera gemensamma bakgrundsfaktorer och därigenom renodla sambandet mellan de faktorer man undersöker. Så har också skett i många undersökningar från senare år.

Konsumtionsmönstret och förändringar i detta kan också spela in på en rad olika sätt. En del skador beror i stor utsträckning på var konsumtionen sker, t.ex. i bostaden eller i restauranger eller annan offentlig miljö. Om en del av alkoholkonsumtionen förs över från bostäder till restauranger kommer förmodligen den registrerade våldsbrottsligheten och fylleri att öka medan totalkonsumtionen är oförändrad, eller till och med minskande, vilket Lenke (1989) kunnat visa när det gäller våld.

När nya konsumtionsgrupper höjer sin konsumtion så att risken för skador ökar kan också detta skapa ”störningar” för samvariationen mellan konsumtion och skador. Den ökande konsumtionen bland kvinnor kan t.ex. göra att sambandet mellan totalkonsumtionen och skadorna blir lägre, eftersom dessa nya konsumtionsgrupper måste ligga på en högre konsumtionsnivå under några år för att de skall komma fram till den risknivå som gör att omedelbara konsumtionsförändringar får en i det närmaste omedelbar effekt på t.ex. deras dödlighet. Samtidigt kompliceras bilden ytterligare av att kvinnor troligen utvecklar alkoholbetingade leversjukdomar snabbare än män och att risken för att utveckla sådana sjukdomar inträder vid lägre konsumtion (Norton och Batey, 1983).

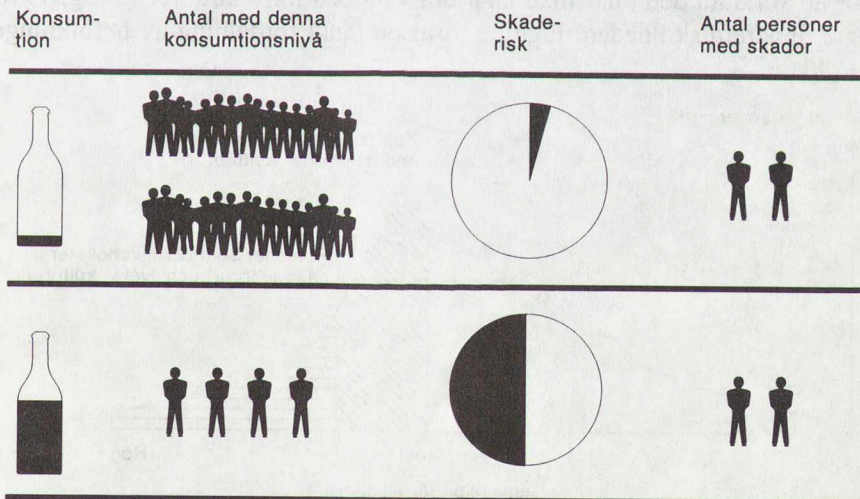
Att det finns undersökningar som inte kunnat påvisa några samband mellan totalkonsumtion och skador är heller inte så konstigt. Skadornas uppkomstmekanismer varierar. Mycket av forskningen inom området har varit inriktad på att mer eller mindre systematiskt leta efter samband. Det är då inte så märkligt att man ibland inte har funnit något samband mellan totalkonsumtionen och en del av de undersökta skadorna. Enligt Mäkelä (1978) finns det också viktiga kulturella

skillnader som påverkar drickandets sociala konsekvenser, skillnader som inte har att göra med totalkonsumtionen. För vissa typer av skador är det mest troligt att det inte finns något samband. De som Peele utgår från i sin jämförelse av olika länder, dvs. fylleri och dödlighet i alkoholism, kan tillhöra denna kategori.

I en diskussion av sambandet mellan medelkonsumtionen och skadorna bör också den s.k. preventionsparadoxen nämnas. Denna säger att en betydlig del av alkoholskadorna återfinns i den del av befolkningen som inte kan betecknas som alkoholister (Skog, 1990). Detta är särskilt fallet med skador till följd av akut alkohelpåverkan, t.ex. olyckor och våld. Alkoholister och övriga alkoholmissbrukare löper en mycket högre risk att drabbas av olika akuta skador än vad måttlighetskonsumenten gör, men på grund av deras stora antal blir antalet skadade måttlighetskonsumenter också stort. Förhållandet illustreras av figur 1.

### Totalkonsumtionsmodellen och missbrukets orsaker

En kanske avgörande förklaring till att totalkonsumtionsmodellen tidvis har mött motstånd kan ha att göra med att det, som Bruun *et al* (1975) framhållit, inte har funnits något logiskt nödvändigt samband mellan totalkonsumtionen och högkonsumtionen. Vissa försök att förklara ett sådant samband har redovisats under senare år. Skog (1985a; 1985b) har introducerat begreppet "kollektiv dryckeskultur" och menar att en ökande genomsnittlig konsumtion kan vara ett resultat av att det sker en kollektiv förskjutning av hela populationen uppåt längs konsumtionsskalan, en kollektiv ökning av konsumtionen i alla grupper där alkoholkonsumtion förekommer.



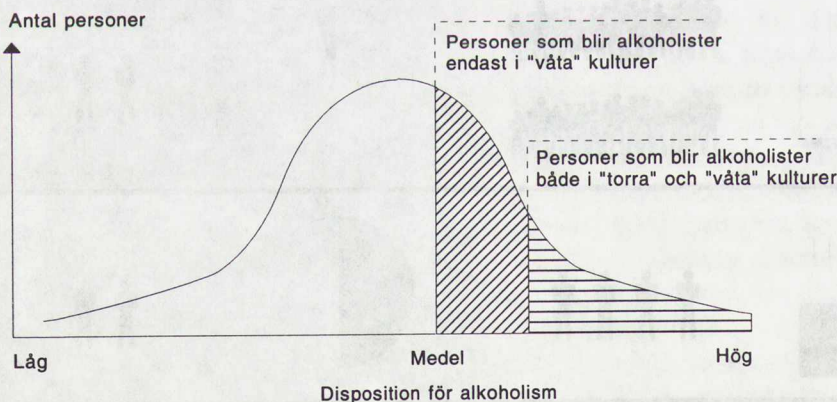
Figur 1. *Preventionsparadoxen. Måttlighetsförbrukarna rekryterar lika många akuta problem som storförbrukarna.*

Efter Skog (1990), s 35.

Skog menar vidare att högkonsumtion är djupt rotad i den allmänna dryckeskulturen och måste förstås i detta perspektiv. Det är uppenbart att det finns biologiska och psykologiska faktorer som påverkar det individuella drickandet. Dessa faktorer leder till att vissa individer löper en större risk än andra att bli högkonsumenter. Men det finns också kulturella faktorer – och speciellt de som bestämmer vilken roll alkoholen spelar – som också är av stor betydelse. De individuella faktorerna kan bidra till att förklara varför vissa utvecklar alkoholproblem medan andra inte gör det. Sådana faktorer kan däremot inte förklara hur många som kommer att utveckla alkoholproblem. Omfattningen av dessa är nära relaterat till miljöbetingad exponering och den allmänna konsumtionsnivån i en kultur är uppenbart ett bra mått på denna miljöbetingade faktor (Skog, 1985a, s 24).

Ett skäl till att totalkonsumtionsmodellen varit svår att acceptera är kanske just att den uppfattats som ett alternativ till individorienterade biologiska, psykologiska eller sociala förklaringsmodeller. Ser man t.ex. grundläggande ekonomiska och sociala villkor som avgörande för en människas utveckling verkar det stötande att något så banalt som medelkonsumtionen kan spela någon roll. Men som framhållits är totalkonsumtionsmodellen inget alternativ till förklaringsmodeller som gäller enskilda individer. Den säger bara att om den totala konsumtionen ökar, vilket ju innebär att fler dricker, att fler dricker oftare och/eller att fler dricker mer, så ökar alkoholens tillgänglighet. När människor umgås ställs alkoholdrycker på bordet oftare. Detta innebär att individer som har en benägenhet – av vad skäl det vara må – att utveckla en skadligt hög konsumtionsnivå kommer att göra detta i större utsträckning än vad de skulle göra om omgivningen inte lika ofta använde alkohol och därigenom inte lika ofta gjorde alkohol tillgängligt.

För att förklara detta har man talat om våta och torra kulturer (Skog, 1990). Figur 2 illustrera skillnaden. Figuren visar en tänkt fördelning av befolkningen



Figur 2. Tänkta fördelning av befolkningens disposition för att utveckla missbruk (alkoholism).

Efter Skog (1990), s 34.

längs en skala som mäter den individuella dispositionen för att utveckla ett missbruk. Vissa individer har så hög disposition att de blir missbrukare också i "torra" kulturer, medan andra med en lägre disposition bara blir missbrukare i "våta" kulturer. Den senare gruppens öde är alltså i hög grad beroende av miljömässiga förhållanden. Alkoholens tillgänglighet är en viktig faktor i dessa förhållanden.

Totalkonsumtionsmodellen säger alltså ingenting om varför vissa individer blir missbrukare och varför andra inte blir det. För detta krävs det andra "modeller" – biologiska, genetiska, psykologiska och/eller sociala. Denna distinktion är inte särskilt tydliggjord varken i Brottsförebyggande rådets eller i Läkarsällskapets remissvar på Socialstyrelsens idéprogram. Också detta har lett till missförstånd hos författarna av det tidigare nämnda "öppna brevet" till den Alkoholpolitiska kommissionen.

### *Slutsats*

Grundtanken i svensk alkoholpolitik är riktig: att minska den totala konsumtionen är den säkraste vägen att minska alkoholskadorna.

## Tillgänglighetens betydelse

I detta avsnitt kommer resultaten att sammanfattas från den forskning som gäller effekter av de alkoholpolitiska åtgärder som använts för att åstadkomma en minskning av totalkonsumtionen (redovisat i avsnitt 2). Därefter redovisas en del av den diskussion som förts om dessa åtgärder.

### *Sammanfattning av forskningsresultaten*

De mest påtagliga, experimentliknande, förändringarna av tillgängligheten i Sverige har dels gällt starkölsförsäljning i livsmedelsbutikerna i Göteborg och Bohus län och i Värmlands län 1967–1968, dels mellanölsförsäljning i livsmedelsbutikerna i hela Sverige 1965–1977. Försöket i Göteborg och Bohus och Värmland resulterade i en mångdubbling av starkölsförsäljningen och en nettoökning av den totala alkoholförsäljningen med närmare 5 procent. Ökningen av totalkonsumtionen till följd av mellanölet bedömdes ha uppgått till ca 15 procent under de aktuella åren.

De studier som gäller vad som händer när man börjar sälja vin i livsmedelsaffärerna visar med ett undantag att försäljningen ökar och ibland ökar mycket påtagligt. Att någon ökning inte inträffade i Quebec menar forskaren som gjorde studien (Smart, 1986) kan bero på flera olika faktorer, bl.a. en kraftig prishöjning.

Bestämmelser som reglerar tiden för alkoholförsäljningen förekommer i nästan alla länder. Undersökningar av vilka effekter en förlängning eller förkortning av försäljningstiderna har finns framför allt redovisade för delstaterna i Australien och för de nordiska länderna i samband med lördagsstängningar. Flertalet



studier som gjorts i Australien redovisar effekter på trafikolyckor av varierande svårighetsgrad. Lördagsstängningar har utvärderats i Finland, Sverige och Norge. I Finland minskade antalet fylleriomhändertaganden. Detsamma skedde i Sverige. I Sverige undersöktes också lägenhetsbråk och misshandel, som också minskade vid försöket 1981. Även vid permanentningen 1983 minskade dessa skador så när som på misshandel utomhus mellan obekanta och skadegörelse, som ökade mer på fredagar än vad de minskade på lördagar.

Det är också få länder som saknar regler för ungdomars rätt att köpa (dricka) eller bli serverade sprit, vin och/eller öl. Eftersom åldersreglerna diskuterats mycket under ett antal år och ändrats i många länder finns det ett stort antal experimentliknande undersökningar med ganska handfasta resultat. Det man undersökt är framför allt trafikolyckor. Enligt flertalet undersökningar orsakar en sänkning av åldersgränsen (vanligen till 18 år) med stor säkerhet en ökning av trafikolyckorna och även av trafikolyckorna bland 16–17-åringar. Bilden från de utvärderingar som gällt höjningar av åldersgränsen är om möjligt än mer entydig. En höjning av åldersgränsen för rätten att köpa alkohol leder nästan undantagslöst till en minskning av antalet trafikolyckor.

En av de viktigaste faktorerna att styra alkoholkonsumtionen är priset i relation till priset på andra varor och inkomsten i befolkningen. I Sverige har under senare år den s.k. priselasticiteten legat nära -1. En prishöjning (-sänkning) med en procent har resulterat i en minskning (ökning) av alkoholkonsumtionen med ca en procent. Det finns gott om forskningsresultat som visar att en minskning (ökning) av konsumtionen leder till en minskning (ökning) av en rad alkoholskador. Enligt den senaste undersökningen i Sverige (Alkoholskatteutredningen, 1991; Assarsson, 1991) är priselasticiteten för starköl -1,3, för folköl -1,2 och för spritdrycker och vin ungefär -0,9. Detta innebär således att om priset höjs med 1 procent så minskar konsumtionen av starköl med 1,3 procent och konsumtionen av spritdrycker och vin med 0,9 procent.

Det finns också forskningsresultat som visar att priset har effekt på storkonsumenter och missbrukares alkoholkonsumtion och att det påverkar frekvensen av sjukdomsfall i alkoholism, delirium tremens och alkoholförgiftning samt dödligheten i levercirrhos och trafikolyckor.

Dessa resultat visar att den ökade konsumtionen av legalt eller illegalt hemtillverkad alkohol, som en prishöjning kan förutsättas leda till, inte uppväger den minskade försäljningen. Gjorde den det skulle alkoholskadorna inte minska när priset höjs. Flera undersökningar visar alltså att en sådan minskning sker.

De redovisade forskningsresultaten är tillsammanantagna mycket övertygande. Tillgängligheten påverkar alkoholkonsumtion och skador. Ökar tillgängligheten ökar försäljningen och skadorna. Den begränsning av tillgängligheten som alkohollagstiftning och prispolitik innebär är med säkerhet den viktigaste orsaken till att alkoholskadorna i Sverige är betydligt färre per invånare än i de flesta andra länder.

### *Diskussionen om tillgänglighetens betydelse*

De frågor som främst diskuterats med anknytning till de alkoholpolitiska restriktionerna gäller effekter på missbrukare, hur den illegala alkoholförsäljningen påverkas och om den begränsade tillgängligheten kan ha en motsatt effekt genom att alkohol blir attraktivare. Sist diskuteras tillgängligheten som en förklaring till missbruk jämfört med andra förklaringar.

#### **De tillgänglighetsbegränsande åtgärdernas effekter på missbrukare**

En vanlig invändning mot de tillgänglighetsbegränsande åtgärderna är att de inte påverkar missbrukare eller personer med en sådan konsumtion att de riskerar att utveckla ett missbruk. "Är man alkoholist så skaffar man sig alkohol ändå till varje pris". Men som genomgången av forskningsresultaten visar har nästan samtliga tillgänglighetsförändrande åtgärder och händelser också haft effekt på höggkonsumenter och missbrukare, och ibland kanske rent av i första hand på dessa grupper. Det gäller t.ex. motboken, strejkerna, lördagsstängningen och priset.

Alkoholens tillgänglighet har förmodligen också betydelse för de behandlingsresultat som uppnås. Återfallen blir troligen vanligare i ett samhälle där alkoholen är lättillgänglig och rikligt förekommande i alla sociala sammanhang jämfört med ett samhälle med begränsningar av tillgängligheten. Detta ter sig förmodligen som "vanligt sunt förnuft" för många behandlare.

#### **De tillgänglighetsbegränsande åtgärdernas effekter på konsumtion av alkohol som inte inköpts på systembolaget**

Det är troligen så att framför allt prishöjningar leder till en ökad konsumtion av hembränd sprit och av annan legal och illegal alkohol. Det är emellertid uppenbart att denna ökning av ej systemförmeddade alkoholdrycker inte uppväger den minskning av den systeminköpta alkoholen som prishöjningen medför. Gjorde den det skulle ju inte alkoholskadorna minska när priset höjs. Att så sker har framgått av avsnitt 2.2.

En av anledningarna till detta är förmodligen att priset på t.ex. hembränd sprit påverkas av priset på systembolagets varor. Höjs priset på systemvaror blir det möjligt att ta ut ett högre pris för de hembrända produkterna, vilket sannolikt minskar konsumtionen hos de som normalt använder hembränt.

#### **Hypotesen om "förbjuden frukt"**

En vanlig invändning mot framför allt restriktioner som gäller ungdomars alkoholkonsumtion är att hinder och förbud bara gör det hela mer attraktivt. Argumentet är speciellt vanligt i samband med de åldersregler som finns för inköp och servering.

I USA har man med hjälp av frågeundersökningar undersökt konsumtionen i berörda åldersgrupper i stater med låg respektive hög åldersgräns. Man har antagit att alkoholkonsumtionen bland 18–19-åringar är högre i stater där den är tillåten än där den är förbjuden. Sådana skillnader redovisas av McFadden och

Wechsler (1979) för collegestuderande och av Maisto och Rachal (1980) för high-schoolstuderande. Undersökningen av Maisto och Rachal visar att det var fler studerande i stater med en högre legal ålder som inte drack alls, att högkonsummenterna var färre och att de uppgav att de upplevt sig berusade mer sällan än vad studerande gjorde i stater med en lägre legal ålder. Om hypotesen om att förbjuden frukt är mer lockande vore sann skulle resultaten vara det motsatta.

Däremot redovisar Rooney och Schwartz (1977) en något högre konsumtion i två stater med 20 respektive 21 år som gräns jämfört med tre stater med 18 år som gräns. Man redovisar också en lägre andel som inte druckit alls och en högre förekomst av självrapporterade, alkoholrelaterade problem i stater med en högre åldersgräns. Rooney och Schwartz drar slutsatsen att en hög åldersgräns inte har någon gynnsam effekt på ungdomarnas alkoholkonsumtion och att effekten istället kan vara den motsatta.

Med hjälp av data från "Monitoring the Future"-projektet från åren 1976–1981 visar O'Malley och Wagenaar (1991) att konsumtionen bland high-school seniors var högre i stater med 18-årsgräns än i stater med 21-årsgräns. Man påpekar att skillnaden inte är så stor men ändå inte oviktig. Man kan också visa att konsumtionen minskade i de stater som höjde gränsen från 18 år till 21 år och att den efter höjningen hamnade på samma nivå som i de stater, där gränsen hela tiden varit 21 år. Den minskade konsumtionen är delvis ett resultat av höjningen av åldersgränsen, delvis av en generell trend. Man kan också med hjälp av multivariat analys visa att effekten kvarstår även när sådana faktorer som religiositet, skolk, rastillhörighet och kön kontrolleras. Effekten är relativt proportionellt fördelad i förhållande till konsumtionen före lagändringen. Och effekten kvarstod även när man hade passerat 21-årsgränsen.

### **Tillgängligheten och missbrukets orsaker**

Precis som när det gäller totalkonsumtionsmodellen kan det vara svårt att se tillgängligheten som en faktor för alkoholkonsumtion och skador på grund av att detta upplevs som en motsägelse till den uppfattning man har om alkoholmissbrukets orsaker. Detta är dock en missuppfattning. Att tillgängligheten har stor betydelse för alkoholkonsumtion och skador motsäger inga teorier om att missbruket till en del beror på arv, uppväxtförhållanden, metabolism, personlighet, inlärning eller en stressig livssituation. Det säger bara att om konsumtionen ökar på grund av ökad tillgänglighet så innebär detta att fler dricker, att fler dricker oftare och i fler situationer. Detta innebär att fler individer som – av vad skäl det vara må – har en benägenhet att utveckla ett problemdrickande kommer att göra detta jämfört med en situation där omgivningen inte lika ofta ställer fram alkohol på bordet (se figur 2).

Men även om det vore så att de tillgänglighetsbegränsande åtgärderna vore helt utan effekt på missbrukare skulle detta sakna betydelse för bedömning av deras berättigande. Syftet med restriktioner är i första hand att förebygga att fler människor börjar missbruka alkohol och att fler människor får skador.

Det handlar inte, som man hävdar, att normalkonsumenterna är tvungna att anpassa sig till en alkoholpolitik som är till för de 10 procent av befolkningen som uppges ha problem med alkoholen. De tillgänglighetsbegränsande åtgärdernas viktigaste funktion är att förhindra att de 10 procenten inte blir 20 procent eller mer.

# Olika åtgärders samverkande och motverkande effekter

De olika tillgänglighetspåverkande åtgärderna kan samverka eller motverka varandra och slutresultatet är inte alltid givet. Den avsaknad av effekt som det ökade antalet försäljningsställen i Quebec medförde har förmodligen med prishöjning att göra. Enligt ekonometriska studier som genomförts i Kanada vid denna tid borde den genomförda prishöjningen ha resulterat i en konsumtionsminskning med ca 10 procent. Denna effekt uteblev på grund av att antalet försäljningsställen samtidigt ökade.

En undersökning av Fillmores och Wittman antyder, enligt dessa, att effekten av inflation och lägre pris är mer påtaglig än effekten av fler försäljningsställen. Samspelet mellan de båda tillgänglighetsrelaterade faktorerna förefaller vara "fine-grained". Konsumtionen i de områden där tillgängligheten inte ökade föreföll minska till följd av prishöjningarna medan konsumtionen låg kvar på en oförändrad nivå eller ökade lätt i de områden där tillgängligheten ökade. Vidare verkade det som om konsumtionen var mindre priskänslig i områden med många försäljningsställen (Fillmore och Wittman, 1982).

Det finns resultat som visar att också små förändringar i tillgängligheten ibland kan få en påtaglig effekt. En av de tidigare refererade undersökningarna av Smith (1987b) visar att en utökning av servering/försäljning från enbart klubbar till även hotell gjorde att trafikolyckor med alkoholpåverkade förare inblandade ökade med drygt 20 procent.

Även andra förhållanden måste beaktas. När det gäller åldersregler för försäljning framhåller Mäkelä (1982) att det är viktigt att se de skilda forskningsresultaten (som ändå föreligger) i relation till i vilket sammanhang åldersgränsen ändras, vilket opinionsklimatet är och vilka kontrollresurser som finns. Mäkelä betonar också effekternas beroende av ungdomsgruppernas åldersstruktur och menar att en åldersgräns på 18 år har helt olika effekter beroende på om 16-åringar och 18-åringar rör sig i samma grupper eller om varje åldersklass håller sig till sina jämnåriga.

En viktig lärdom om hur komplicerat samspelet mellan olika typer av åtgärder är kan dras från mellanölsperioden. Introduktionen av mellanöl kan sägas ha varit ett led i en i övrigt på det hela taget framgångsrik utveckling mot en ökad konsumtion av alkoholsvaga drycker och en minskad konsumtion av alkoholstarka. Vad som hände när mellanölet introducerades var att tillgängligheten ökade mycket dramatiskt på en alkoholdryck, samtidigt som den var oförändrad för

övriga alkoholdrycker. Om den ökade tillgänglighet som mellanölsintroduktionen innebar hade följts av en motsvarande minskning av tillgängligheten på de alkoholstarkare dryckerna, t.ex. genom en höjning av spritskatten, är det möjligt att introduktionen inte hade fått de negativa konsekvenser som den fick – även om det är svårt att se hur den ökade konsumtionen i de åldersgrupper som inte hade tillgång till systemvaror skulle gått att undvika i det reklampådrag som så småningom utvecklade sig.

# Referenser

- Aitchison J & Brown J A C. 1957: *The lognormal distribution with special reference to its uses in economics*. Cambridge: The University Press
- Ahlström S, Österberg E. 1981: Alcohol consumption and its consequences in Finland, 1960–1980. *Contemporary Drug Problems*, 10(2), 193–214
- Alko. 1988: *Oy Alko Ab:s förvaltningsråds berättelse över alkoholläget utveckling år 1987*. Helsingfors: Statens tryckericentral
- Alkoholpolitiska utredningen. 1971a: *Mellanölsfrågan. Betänkande avgivet av Alkoholpolitiska utredningen*. Statens offentliga utredningar 1971:66. Stockholm: Finansdepartementet
- Alkoholpolitiska utredningen. 1971b: Fri starkölsförsäljning i Göteborgs och Bohus län samt Värmlands län. I: *Svenska folkets alkoholvanor. Rapport från försök och undersökningar i alkoholpolitiska utredningens regi*. Statens offentliga utredningar 1971:77. Stockholm: Finansdepartementet
- Alkoholpolitiska utredningen. 1974a: *Alkoholpolitik. Del 1. Bakgrund*. Statens offentliga utredningar 1974:90. Stockholm: Finansdepartementet
- Alkoholpolitiska utredningen. 1974b: *Alkoholpolitik. Del 2. Åtgärder*. Statens offentliga utredningar 1974:91. Stockholm: Finansdepartementet
- Alkoholskatteutredningen. 1991: Alkoholbeskattningen. *Betänkande av alkoholskatteutredningen*. Statens offentliga utredningar 1991:52. Stockholm: Finansdepartementet
- Amundsen A. 1967: *Hva skjer når et vinutsalg åpnes?* (Oslo:) Statens institutt for Alkoholforskning
- Amundsen A. U.å.: *Endringer i drickevaner efter åpning av vinmonopolutsalg i Eidsvoll i 1968*. (Oslo:) Statens Institutt for alkoholforskning
- Ashley M J. 1984: Alcohol consumption and ischemic heart disease. The epidemiologic evidence. I: Smart R G, Cappell H D, Glaser F B, Israel Y, Kalant H, Popham R E, Schmidt W, Sellers E M (Eds). *Research advances in alcohol and drug problems*. Volume 8. New York: Plenum Press
- Assarsson B. 1991: Efterfrågan på alkohol i Sverige 1970–1988. I: Alkoholskatteutredningen. *Alkoholbeskattningen. Slutbetänkande av alkoholskatteutredningen*. Statens offentliga utredningar 1991:52. Stockholm: Finansdepartementet
- Beauchamp D E. 1981: The paradox of alcohol policy: The case of the 1969 alcohol act in Finland. I: Moore M H, Gerstein D R (Eds). *Alcohol and public policy: Beyond the shadow of prohibition*. Washington, D C: National Academy Press
- Beauchamp D E. 1987: Alcohol-abuse prevention through beverage and environmental regulation: Where we have been and where we are going. I: Holder H D (Ed). *Advances in substance abuse: Behavioral and biological research. Control issues in alcohol abuse prevention: Strategies for states and communities*. Greenwich, Connecticut: Jai Press

- Blose J O, Holder H D. 1987a: Liquor-by-the-drink and alcohol-related traffic crashes: A natural experiment using time-series analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 48(1), 52–60
- Blose J O, Holder H D. 1987b: Public availability of distilled spirits: Structural and reported consumption changes associated with liquor-by-the-drink. *Journal of Studies on Alcohol*, 48(4), 371–379
- Blot W J, Fraumeni J F. 1977: Geographic patterns of oral cancer in the United States: etiologic implications. *Journal of chronic Disease*, 30, 745–757
- Blot W J, Fraumeni J F, Stone B J. 1978: Geographic correlates of pancreas cancer in the United States. *Cancer*, 42, 373–380
- Boalt G, von Euler R. 1959: *Alkoholproblem. Några nyare forskningsresultat*. Stockholm: Natur och Kultur
- Breslow N E, Enstrom J E. 1974: Geographic correlations between cancer mortality rates and alcohol-tobacco consumption in the United States. *Journal of National Cancer Institute*, 53(3), 631–639
- Bruun K, Edwards G, Lumio M, Mäkelä K, Pan L, Popham R E, Room R, Schmidt W, Skog O-J, Sulkunen P, Österberg E. 1975: *Alcohol control policies in public health perspective*. Helsingfors: The Finnish Foundation for Alcohol Studies
- Bryant C W. 1954: Effects of sale of liquor by the drink in the State of Washington. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 15(2), 320–324
- Burman O. 1971: *Vad är det för fel på mellanölet?* Mölnlycke: Sober
- Campbell D T, Stanley J C. 1963: *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Chicago: Rand McNally
- Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. 1993: *Rapport 93. Alkohol- och narkotikautvecklingen i Sverige*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning
- Christensen L G. 1988: *Utvärdering av försöket med ändrade öppettider*. Stockholm: Systembolaget
- Cook P J, Tauchen G. 1984: The effect of minimum drinking age legislation on youthful auto fatalities, 1970–1977. *Journal of legal studies*, 13(1), 169–190
- Donnelly P G. 1978: Alcohol problems and sales in the counties of Pennsylvania. A social area investigation. *Journal of Studies on Alcohol*, 39(5), 848–858
- Douglass R L. 1980: The legal drinking age and traffic casualties: A special case of changing alcohol availability in a public health context. I: Wechsler H (Ed). *Minimum-drinking-age laws. An evaluation*. Lexington, Mass.: Lexington Books
- Douglass R L, Wagenaar A C, Barkey P M. 1980: The relationship of changing alcohol availability to acute and chronic social and health problems. I: Galanter M (Ed). *Currents in alcoholism. Volume VII. Recent advances in research and treatment*. New York: Grune & Stratton
- Duffy J C. 1980: The association between *per capita* consumption of alcohol and the proportion of excessive consumers – A reply to Skog. *British Journal of Addiction*, 75(2), 147–151
- Duffy J C, Cohen G R. 1978: Total alcohol consumption and excessiv drinking. *British Journal of Addiction*, 73(3), 259–264
- Edfeldt Å W, Michanek B. 1971: *En motbok om mellanöl för ungdomar, föräldrar, lärare, politiker*. Stockholm: Sobrius



- Fredriksson G. 1965: Fylleriet under strejktiden. I: *Alkoholkonflikten 1963. Medicinska verkningar. Informationskonferens anordnad på Wenner-Gren Center av Statens Medicinska forskningsråd*. Stockholm: P A Norstedt & Söners Förlag
- Förbundet mot droger. 1974: *Stoppa mellan-ölet!* Bromma: Förbundet mot droger
- Garlind T. 1965: Fluktuationerna i olycksfallsfrekvensen 1960–1963 vid ett större företag. I: *Alkoholkonflikten 1963. Medicinska verkningar. Informationskonferens anordnad på Wenner-Gren Center av Statens Medicinska forskningsråd*. Stockholm: P A Norstedt & Söners Förlag
- Giesbrecht N, Conroy G. 1987: Options in developing community action against alcohol problems. I: Holder H D (Ed). *Advances in substance abuse: Behavioral and biological research. Control issues in alcohol abuse prevention: Strategies for states and communities*. Greenwich, Connecticut: Jai Press
- Goldberg L, Bjerver K, Neri A. 1965: Alkoholkonsumtionens fördelning på olika alkoholvanegrupper. I: *Alkoholkonflikten 1963. Medicinska verkningar. Informationskonferens anordnad på Wenner-Gren Center av Statens Medicinska forskningsråd*. Stockholm: P A Norstedt & Söners Förlag
- Grape W. 1953: *Pilsnermissbrukets förhållande till antalet försäljningsställen*. Stockholm: Institutet för maldrycksforskning
- Gruchow H W, Rimm A A, Hoffmann R G. 1983: Alcohol consumption and ischemic heart disease mortality: Are Time-series correlations meaningful? *American Journal of Epidemiology*, 118(5), 641–650
- Gudmundsdóttir Á. 1990: The increased alcohol consumption and intoxication frequency of Icelandic youths after the legalization of beer. *Föredrag hållet vid Nordisk samhällsvetenskapligt alkoholforskarmöte i Island den 3–7 september 1990*
- Hackl H. 1982: Internationale studie über Korrelationen zwischen Alkoholverbrauch und Leberzirrhose. *Suchtgefahren*, 28(2), 187–191
- Hauge R. 1982: Alkoholbruk og promillekjöring. I: Bratholm A, Christie N, Opsahl T (red). *Lov og frihet. Festskrift till Johs Andenaes på 70-årsdagen, 7.september 1982*. Oslo: Universitetsforlaget
- Hauge R. 1988: The effects of changes in availability of alcoholic beverages. I: Laurence M D, Snortum J R, Zimring F E (Eds). *Social control of the drinking driver*. Chicago: University of Chicago Press
- Hauge R, Nordlie O. 1984: Beruselse og ordensforstyrrelser. I: *Virkninger av lørdagsstengte vinmonopolutsalg. En samlerapport*. Oslo: Statens Institutt for Alkoholforskning
- Hellmark A-B, Isaksson M, Nyström M, Persson G. 1980: *Fältövning i epidemiologi om alkoholkonsumtion och dödlighet*. Stockholm: Sociologiska institutionen vid Stockholms universitet
- Hibell B. 1984a: Ölets betydelse för alkoholkonsumtionen bland unga och vuxna. I: Nilsson T (red). *När mellanölet försvann*. Linköping: Samhällsvetenskapliga institutionen, Universitetet i Linköping
- Hibell B. 1984b: Mellanöls borttagandet och indikatorer på alkoholskadutvecklingen. I: Nilsson T (red). *När mellanölet försvann*. Linköping: Samhällsvetenskapliga institutionen, Universitetet i Linköping
- Hingson R, Howland J. 1987: Prevention of drunk driving crashes involving young drivers: an overview of legislative countermeasures. I: Benjamin T (Ed). *Young drivers impaired by alcohol and other drugs*. London: Royal Society of Medicine Services

- Holder HD. 1987a: Environmental restrictions and effective prevention policy. I: Holder HD (Ed). *Advances in substance abuse: Behavioral and biological research. Control issues in alcohol abuse prevention: Strategies for states and communities*. Greenwich, Connecticut: Jai Press
- Holder HD. 1987b: Overview and introduction. I: Holder HD (Ed). *Advances in substance abuse: Behavioral and biological research. Control issues in alcohol abuse prevention: Strategies for states and communities*. Greenwich, Connecticut: Jai Press
- Holder HD, Blöse JO. 1987: Traffic crashes and changes in distilled spirits availability: A timeseries analysis in a Southeastern US state. I: Noordzij P C, Roszbach R (Eds). *Alcohol, drugs and traffic safety – T86. Proceedings of the 10th international conference on alcohol, drugs and traffic safety. Amsterdam 9–12 September 1986*. Amsterdam: Elsevier Science Publishers
- Holder HD, Wagenaar AC. 1990: Effects of the elimination of a state monopoly on distilled spirits' retail sales: a time-series analysis of Iowa. *British Journal of Addiction*, 85(12), 1615–1625
- Horverak Ö. 1983a: Alkoholtillförselen under streiken. I: Horverak Ö, Nordlund S (red). *Da vinmonopolet stengte. Erfaringer fra vinmonopolstreiken i 1978*. Oslo: Universitetsforlaget
- Horverak Ö. 1983b: Alkoholkonsumet under streiken. I: Horverak Ö, Nordlund S (red). *Da vinmonopolet stengte. Erfaringer fra vinmonopolstreiken i 1978*. Oslo: Universitetsforlaget
- Horverak Ö. 1983c: Utviklingen i andre alkoholrelaterte forhold. I: Horverak Ö, Nordlund S (red). *Da vinmonopolet stengte. Erfaringer fra vinmonopolstreiken i 1978*. Oslo: Universitetsforlaget
- Horverak Ö. 1983d: The 1978 strike at the Norwegian wine and spirits monopoly. *British Journal of Addiction*, 78(1), 51–66
- Horverak Ö, Nordlund S. 1983a: Innledning. I: Horverak Ö, Nordlund S (red). *Da vinmonopolet stengte. Erfaringer fra vinmonopolstreiken i 1978*. Oslo: Universitetsforlaget
- Horverak Ö, Nordlund S. 1983b: Sammendrag og kommentarer. I: Horverak Ö, Nordlund S (red). *Da vinmonopolet stengte. Erfaringer fra vinmonopolstreiken i 1978*. Oslo: Universitetsforlaget
- Irgens-Jensen O. 1984: Virkningen av lørdagsstengning ved vinmonopolets utsalg for omfanget av promillekjøring. I: *Virkninger av lørdagsstengte vinmonopolutsalg. En samlingsrapport*. Oslo: Statens Institutt for Alkoholforskning
- Johnson N L & Kotz S. 1970: *Continuous univariate distributions – 1*. Boston: Houghton Mifflin
- Jolliffe N, Jellinek E M. 1942: Cirrhosis of the liver. I: Jellinek E M (Ed). *Alcohol addiction and chronic alcoholism*. New Haven: Yale University Press
- Kendall R E. 1984: The beneficial consequences of the United Kingdom's declining per capita consumption of alcohol in 1979–82. *Alcohol and Alcoholism*, 19(4), 271–276
- Kono S, Ikeda M. 1979: Correlation between cancer mortality and alcoholic beverage in Japan. *British Journal of Cancer*, 40, 449–455
- Kreitman N. 1986: Alcohol consumption and the preventive paradox. *British Journal of Addiction*, 81(3), 353–363
- Krogh P, Ihlen BM. 1984: Avrusningsklienter og lørdagsstengte vinmonopol. I: *Virkninger av lørdagsstengte vinmonopolutsalg. En samlingsrapport*. Oslo: Statens Institutt for Alkoholforskning

- Kuusi P. 1957: *Alcohol sales experiment in rural Finland*. Helsingfors: The Finnish Foundation for alcohol studies
- Lacey JH, Stewart JR, Carroll CL. 1981: An examination of the effect of liquor-by-the-drink on traffic safety in North Carolina. I: Goldberg L (Ed). *Alcohol, drugs and traffic safety*. Vol. III. Stockholm: Almqvist & Wiksell International
- Lambert B. 1965: Allmän diskussion, s 148. I: *Alkoholkonflikten 1963. Medicinska verkningar. Informationskonferens anordnad på Wenner-Gren Center av Statens Medicinska forskningsråd*. Stockholm: P A Norstedt & Söners Förlag
- Lenke L. 1981: Om alkoholpolitik – en principdiskussion. I: Samordningsorganet för alkoholfrågor. *Alkoholpolitiska restriktioner. Rapport från ett forskarseminarium kring ransonering, registrering och prispolitik genomfört på initiativ av Samordningsorganet för alkoholfrågor (SAMO)*. Ds S 1981:23. Stockholm: Socialdepartementet
- Lenke L. 1983: Totalkonsumtionens betydelse för alkoholskadeutvecklingen i Sverige. *Sociologisk forskning*, 20(1), 45–57
- Lenke L. 1985: Om bedömningarna av det svenska restriktionssystemets effekter. I: Bruun K, Frånberg P. red: Den svenska supen. *En historia om brännvin, Bratt och byråkrati*. Stockholm: Prisma
- Lenke L. 1989: *Alcohol and criminal violence: Time series analyses in a comparative perspective*. (Lund:). Institutionen för socialt arbete (Akad avh)
- de Lint J. 1977: Critical examination of data bearing on the type of alcoholic beverage consumed in relation to health and other effects. *British Journal of Addiction*, 72(3), 189–197
- de Lint J. 1981: Recent trends in Dutch drinking: a problem case for availability explanations. *Contemporary Drug Problems*, 10(2), 179–192
- de Lint J. 1981: Alcohol consumption and liver cirrhosis mortality. The Netherlands, 1950–78. *Journal of studies on alcohol*, 42(1), 48–56
- Lundquist G. 1960: *Delirium tremens. En jämförande studie av uppkomstbetingelser, förlopp och prognos vid delirium tremens*. Stockholm: Institutet för Maltdrycksforskning
- Macdonald S. 1986a: Alkoholkonsumtion och ökad alkoholtillgänglighet. En handledning för alkoholpolitiker. *Alkoholpolitik*, 3(3), 129–134
- Macdonald S. 1986b: The impact of increased availability of wine in grocery stores on consumption: four case histories. *British Journal of Addiction*, 81(3), 381–387
- Macdonald S, Whitehead P C. 1983: Availability of outlets and consumption of alcoholic beverages. *Journal of Drug Issues*, 13(4), 477–486
- Magruder KM. 1976: The association of alcoholism mortality with legal availability of alcoholic beverages. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 21(3), 27–37
- Maisto S A, Rachal J V. 1980: Indications of the relationship among adolescent drinking practices, related behaviors, and drinking-age laws. I: Wechsler H (Ed). *Minimum-drinking-age laws*. Lexington, Mass: Lexington books
- Mann R E, Anglin L. 1988: The relationship between alcohol-related traffic fatalities and per capita consumption of alcohol, Ontario, 1957–1983. *Accident Analysis & Prevention*, 20(6), 441–446
- Moser J. 1980: *Prevention of alcohol-related problems. An international review of preventive measures, policies and programmes*. Toronto: Addiction Research Foundation

- Mulford H A, Fitzgerald J L. 1988: Consequences of increasing off-premise wine outlets in Iowa. *British Journal of Addiction*, 83, 1271–1279
- Mäkelä K. 1978: Level of consumption and social consequences of drinking. I: Israel Y, Glaser F B, Kalant H, Popham R E, Schmidt W, Smart R G (Eds). *Research advances in alcohol and drug problems, volume IV*. New York: Plenum Press
- Mäkelä K. 1980: Differential effects of restricting the supply of alcohol: Studies of a strike in Finnish Liquor Stores. *Journal of Drug Issues*, 10(1), 131–144
- Mäkelä K, Österberg E, Sulkunen P. 1981: Drinking in Finland: Increasing alcohol availability in a monopoly state. I: Single E, Morgan P, de Lint J (Eds). *Alcohol, society and the state: Volume 2. The social history of control policy in seven countries*. Toronto: Addiction Research Foundation
- Nielsen J. 1965: Delirium tremens in Copenhagen. Part of a cross-national investigation of delirium tremens in the Nordic Countries. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl 187
- Nilsson T (red). 1984: *När mellanölet försvann*. Linköping: Samhällsvetenskapliga institutionen, Universitetet i Linköping
- 1944 års nykterhetskommitté. 1953a: *Nykterhetsförhållanden i vissa främmande länder m.m.. Statens offentliga utredningar 1952:52*. Stockholm: Finansdepartementet
- Nordlund S. 1974: *Drikkevaner og vinmonopolutsalg. Forandringer i lokalbefolkningens drikkevaner etter åpning av nye utsalg i tre kommuner*. Oslo: Universitetsforlaget
- Nordlund S. 1978: *Lokale ölmonopol – virkninger på drikkevanene*. Oslo: Universitetsforlaget
- Nordlund S. 1981: *Effects of a drastic reduction in the number of beer-outlets in two norwegian towns*. Oslo: National Institute for alcohol research
- Nordlund S. 1984a: Lördagslukkingens inverknig på alkoholomsetningen. I: *Virkninger av lördagsstengte vinmonopolutsalg. En samlingsrapport*. Oslo: Statens Institutt for Alkoholforskning
- Nordlund S. 1984b: Effekten av lördagsstengningen ved Vinmonopolets butikker. *Alkoholpolitikk*, 1(4), 221–229
- Nordlund S. 1985: *Effects of saturday closing of wine and spirits shops in Norway*. Oslo: Statens institutt for alkoholforskning
- Norström T. 1987: The abolition of the Swedish alcohol rationing system: Effects on consumption, distribution and cirrhosis mortality. *British Journal of Addiction*, 82(6), 633–641
- Norström T. 1988a: Alcohol and suicide in Scandinavia. *British Journal of Addiction*, 83(5), 553–559
- Norström T. 1988b: Real wages, alcohol consumption and mortality in Sweden, 1861–1913. *European Journal of Population*, 4, 183–196
- Noval S, Nilsson T. 1984: Mellanölets effekter på konsumtionsnivå och tillväxten hos den totala alkoholkonsumtionen. I: Nilsson T (red). *När mellanölet försvann*. Linköping: Samhällsvetenskapliga institutionen, Universitetet i Linköping
- Olsson O. 1990: *Totalkonsumtionsmodellen. En forskningsöversikt*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning
- Olsson O. 1991a: *Prisets och inkomstens betydelse för alkoholkonsumtion, missbruk och skador. En forskningsöversikt*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

- Olsson O. 1991b: *Effekter av ändrad inköpsålder på alkoholkonsumtion och skador. En forskningsöversikt*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning
- Olsson O. 1992: *Tillgänglighetens betydelse för alkoholbruk, missbruk och skador. En forskningsöversikt*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning
- Olsson O, Wikström P-O. 1982: Effects of the experimental Saturday closing of liquor retail stores in Sweden. *Contemporary Drug Problems*, 11(3), 325–353
- Olsson O, Wikström P-O. 1984: Effekter av systembutikernas lördagsstängning i Sverige. *Alkoholpolitik*, 1(2), 84–95
- O'Malley PM, Wagenaar AC. 1991: Effects of minimum drinking age laws on alcohol use, related behaviors and traffic crash involvement among American youth: 1976–1987. *Journal of Studies on Alcohol*, 52(5), 478–491
- Parker D A, Harman M S. 1978: The distribution of consumption model of prevention of alcohol problems. A critical assessment. *Journal of studies on alcohol*, 39(3), 377–399
- Parker D A, Harman M S. 1980: A critique of the distribution of consumption model of prevention. I: Harford T C, Parker D A & Light L (Eds). *Normative approaches to the prevention of alcohol abuse and alcoholism. Proceedings of a symposium April 26–28, 1977 San Diego, California*. Rockville, Mar.: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
- Petersen J, Thorsen T. 1985: *Alkoholforbrug og levercirrosedødelighed i Danmark 1920–1982*. København: Alkohol- og Narkotikarådet
- Poikolainen K. 1980: Increase in alcohol-related hospitalizations in Finland 1969–1975. *British Journal of Addiction*, 75(3), 281–291
- Popham R E. 1956: The Jellinek alcoholism estimation formula and its application to Canadian data. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 17(4), 559–593
- Popham R E, Schmidt W, Israelstam S. 1984: Heavy alcohol consumption and physical health problems. A review of the epidemiologic evidence. I: Smart R G, Cappell H D, Glaser F B, Israel Y, Kalant H, Popham R E, Schmidt W, Sellers E M (Eds). *Research Advances in Alcohol and Drug Problems. Volume 8*. New York: Plenum Press
- Prytz H, Skinhöj D. 1981: Alkoholisk og ikke-alkoholisk cirrhose. Udviklingen i mortalitet 1965–1978 sammenholdt med alkoholforbruget. *Ugeskrift for Læger*, 143(18), 1175–1179
- Raymond A. 1969: Ten o'clock closing – the effect of the change in hotel bar closing time on road accidents in the metropolitan area of Victoria. *Australian Road Research*, 3(10), 3–17
- Reigstad A, Reikeraas O, Lunde P K M. 1983: Streikens innvirkning på sykehusbehandlede skader. I: Horverak Ö, Nordlund S (red). *Da Vinmonopolet stengte. Erfaringer fra Vinmonopolstreiken i 1978*. Oslo: Universitetsforlaget
- Romelsjö A. 1987: Decline in alcohol-related in-patient care and mortality in Stockholm County. *British Journal of Addiction*, 82(6), 653–663
- Romelsjö A, Ågren G. 1985: Has mortality related to alcohol decreased in Sweden? *British medical Journal*, 291(6489), 167–170
- Romelsjö A, Ågren G, Johansson I. 1985: Alkoholrelaterad dödlighet och vårdkonsumtion i Sverige. *Alkohol och narkotika*, 79(1), 14–19

- Schmidt W. 1977: The epidemiology of cirrhosis of the liver: A statistical analysis of mortality data with special reference to Canada. I: Fisher M M, Rankin J G (Eds). *Alcohol and the liver*. New York: Plenum Press
- Schmidt W & Popham R E. 1978: The single distribution theory of alcohol consumption. A rejoinder to the critique of Parker and Harman. *Journal of Studies on Alcohol*, 39(3), 400–419
- Seeley J R. 1960: Death by liver cirrhosis and the price of beverage alcohol. *Canadian Medical Association Journal*, 83, 1361–1366
- Simpura J, Partanen J. 1987: Drinking habits in a changing society. I: Simpura J (Ed). *Finnish drinking habits. Results from interview surveys held in 1968, 1976 and 1984*. Helsinki: The Finnish Foundation for Alcohol Studies
- Simpura J, Österberg E, Haavisto K. 1986: Alkoholstrejken verkan på anskaffningen av drycker våren 1985. *Alkoholpolitik*, 3(3), 135–141
- Skog O-J. 1979: *En kritisk genomgåelse av Ledermanns teori om alkoholkonsumets fördelning i befolkningen*. Oslo: Statens institutt for alkoholforskning
- Skog O-J. 1980a: Is alcohol consumption lognormally distributed? *British Journal of Addiction*, 75(2), 169–173
- Skog O-J. 1980b: Liver cirrhosis epidemiology: Some methodological problems. *British Journal of Addiction*, 75, 227–243
- Skog O-J. 1980c: Total alcohol consumption and rates of excessive use: a rejoinder to Duffy and Cohen. *British Journal of Addiction*, 75(2), 133–145
- Skog O-J. 1982a: *The distribution of alcohol consumption. Part I: A critical discussion of the Ledermann model*. Oslo: National Institute for Alcohol Research
- Skog O-J. 1982b: *Estimating magnitudes and trends of alcohol related problems: A critical appraisal*. Oslo: National Institute for Alcohol Research
- Skog O-J. 1983a: *The distribution of alcohol consumption. Part II: A review of the first wave of empirical studies*. Oslo: National Institute for Alcohol Research
- Skog O-J. 1983b: Methodological problems in the analysis of temporal covariation between alcohol consumption and ischemic heart disease. *British Journal of Addiction*, 78(2), 157–172
- Skog O-J. 1984: The risk funktion for liver cirrhosis from lifetime alcohol consumption. *Journal of Studies on Alcohol*, 45(3), 199–208
- Skog O-J. 1985a: *The distribution of alcohol consumption. Part III. Evidence of a collective drinking culture*. Oslo: National Institute for Alcohol Research
- Skog O-J. 1985b: The collectivity of drinking cultures: A theory of the distribution of alcohol consumption. *British Journal of Addiction*, 80, 83–99
- Skog O-J. 1986a: Totalkonsumtionsteorier. I: *Problemet alkohol*. Svenska Läkaresällskapets handlingar, band 95. Häfte 4, 1986. Stockholm: Spri, 1986
- Skog O-J. 1986b: Trends in alcohol consumption and violent deaths. *British Journal of Addiction*, 81(3), 365–379
- Skog O-J. 1987: Trends in alcohol consumption and deaths from diseases. *British Journal of Addiction*, 82(9), 1033–1041
- Skog O-J. 1990: Hvis alkoholen ble billig ... I: *Sverige, EG och alkoholpolitiken. En konferensrapport*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning
- Smart R G. 1974: The effect of licencing restrictions during 1914–1918 on drunkenness and liver cirrhosis deaths in Britain. *British Journal of Addiction*, 69(2), 109–121

- Smart R G. 1976a: Per capita alcohol consumption, liver cirrhosis death rates, and drinking and driving. *Journal of Safety Research*, 8(3), 112–115
- Smart R G. 1976b: Citerad efter Mäkelä (1978)
- Smart R G. 1977: The relationship of availability of alcoholic beverages to per capita consumption and alcoholism rates. *Journal of Studies on Alcohol*, 38(5), 891–896
- Smart R G. 1980: Availability and the prevention of alcohol-related problems. I: Harford T C, Parker D A, Light L (Eds). *Normative approaches to the prevention of alcohol abuse and alcoholism. Proceedings of a symposium April 26–28, 1977, San Diego, California*. Nationale institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Research Monograph No 3. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office
- Smart R G. 1986: The impact on consumption of selling wine in grocery stores. *Alcohol and Alcoholism*, 21(3), 233–236
- Smart R G. 1987: Changes in alcohol problems as a result of changing alcohol consumption: A natural experiment. *Drug and Alcohol Dependence*, 19(1), 91–97
- Smart R G, Docherty D. 1976: Effects of the introduction of on-premise drinking on alcohol-related accidents and impaired driving. *Journal of Studies on Alcohol*, 37(5), 683–686
- Smart R G, Mann R E. 1987: Large decreases in alcohol-related problems following a slight reduction in alcohol consumption in Ontario 1975–83. *British Journal of Addiction*, 82(3), 285–291
- Smith D I. 1978: Impact on traffic safety of the introduction of Sunday alcohol sales in Perth, Western Australia. *Journal of Studies on Alcohol*, 39(7), 1302–1304
- Smith D I. 1983: Effectiveness of restrictions on availability as a means of reducing the use and abuse of alcohol. *Australian Alcohol/Drug Review*, 2(2), 84–90
- Smith D I. 1985a: Extended trading hours during the 1982 Brisbane Commonwealth Games and traffic accidents. West Perth: W A Alcohol and Drug Authority (stencil)
- Smith D I. 1985b: *Effect of increasing the availability of alcoholic beverages on alcohol related morbidity, mortality and crime in four Australian states*. Perth: University of Western Australia, Department of Psychiatry and Behavioural Science (avhandling)
- Smith D I. 1987a: *Effect on traffic accidents of replacing 10 P M with 11 P M hotel closing in New South Wales, Australia*. West Perth: Western Australian Alcohol and Drug Authority. stencil)
- Smith D I. 1987b: Effect on traffic accidents of introducing Sunday hotel sales in New South Wales, Australia. *Contemporary Drug Problems*, 14(2), 279–294
- Smith D I. 1987c: *Effect on traffic safety in Australia of increasing the availability of alcoholic beverages and lowering the legal blood alcohol level for drivers*. Paper presented at Drink-Driving Educators Conference in Maroochydore, Queensland, Oct 18 to 21, 1987
- Smith D I. 1987d: *Effect on traffic accidents of changing the days and hours of sales of alcoholic beverages in Australia*. West Perth: Western Australian Alcohol and Drug Authority (stencil)
- Smith D I. 1987e: *Australian studies of the effect of increasing the availability of alcoholic beverages*. Paper presented to the research conference on statistical recording systems of alcohol problems, Helsinki, Finland, September 14–18, 1987
- Smith D I. 1988a: Effect on traffic accidents of introducing flexible hotel trading hours in Tasmania, Australia. *British Journal of Addiction*, 83(2), 219–222

- Smith D I. 1988b: Effect on casualty traffic accidents of the introduction of 10 p.m. Monday to Saturday hotel closing in Victoria. *Australian Drug and Alcohol Review*, 7, 163–166
- Smith D I. 1988c: Effect on traffic accidents of introducing Sunday alcohol sales in Brisbane, Australia. *International Journal of Addiction*, 23, 1091–1099
- Smith D I. 1988d: Effect on casualty traffic accidents of changing Sunday alcohol sales legislation in Victoria, Australia. *Journal of Drug Issues*, "in press"
- Smith D I, Burvill P W. 1985: Epidemiology of liver cirrhosis morbidity and mortality in Western Australia, 1971–1982: Some preliminary findings. *Australian Alcohol/Drug Review*, 4(1), 80–90
- Socialdepartementet. 1982: *En utvärdering av försöket med lördagsstängda systembutiker sommaren 1981. Rapport från en expertgrupp*. Ds S 1982:2. Stockholm: Socialdepartementet
- Socialdepartementet. 1984: *Effekter av lördagsstängda systembutiker. En utvärdering*. Ds S 1984:8. Stockholm: Socialdepartementet
- Strömgen E. 1967: *Psykiatri*. 9. udgave. Köpenhamn: Munksgaard
- Säilä S-L. 1978a: Experiment med lördagsstängning och fylleristörningarna. *Alkoholpolitik*, 41, 61–69
- Säilä S-L. 1978b: Försöket med lördagsstängning och störningar på grund av fylleri. I: *Nordiska Nämndens för Alkoholforskning alkoholforskarmöte i Tromsö den 20–23 maj 1978*. Stockholm: Institutionen för experimentell alkohol- och narkotikaforskning, Karolinska Institutet
- Säilä S-L. 1991a: The 1972 Alko strike and arrests for drunkenness in Helsinki. I: Österberg E, Säilä S-L (Eds). *Natural experiments with decreased availability of alcoholic beverages. Finnish alcohol strikes in 1972 and 1985*. Helsinki: The Finnish Foundation for Alcohol Studies
- Säilä S-L. 1991b: The 1985 Alko strike and arrests for drunkenness in Helsinki. I: Österberg E, Säilä S-L (Eds). *Natural experiments with decreased availability of alcoholic beverages. Finnish alcohol strikes in 1972 and 1985*. Helsinki: The Finnish Foundation for Alcohol Studies
- Thornell L, Markén P. 1971: *Mellanölet – ett nytt ungdomsproblem?* Mölnlycke: Sober
- Thorsen T, Petersen J. 1986: *Alkoholforbrug og trafikulykker. En analyse af forholdet mellem alkoholforbrug og alkoholproblemets omfang i trafikken i Danmark 1930–1983*. København: Alkohol- og narkotikarådet
- Tuyns A J, Pequignot G. 1989: Recent findings on alcohol use in relation to laryngeal cancer in four Latin European countries. I: Waahlberg R B (Ed). *Prevention and control/realities and aspirations. Proceedings of the 35th International Congress on Alcoholism and Drug Dependence. Volume IV*. Oslo: National Directorate for the Prevention of Alcohol and Drug Problems
- Wagenaar A C. 1983: *Alcohol, young drivers, and traffic accidents. Effects of minimum-age laws*. Lexington, Mass: Lexington Books
- Wagenaar A C. 1984: Alcohol consumption and the incidence of acute alcohol-related problems. *British Journal of Addiction*, 79(2), 173–180
- Wagenaar A C, Holder H D. 1991: A change from public to private sale of wine: Results from natural experiments in Iowa and West Virginia. *Journal of Studies on Alcohol*, 52(2), 162–173
- Wilson R A. 1984: Changing validity of the cirrhosis mortality – alcoholic beverage sales construct: U S trends, 1970–1977. *Journal of Studies on Alcohol*, 45(1), 53–58



- Yanai H, Inaba Y, Takagi H, Yamamoto S. 1979: Multivariate analysis of cancer mortalities for selected sites in 24 countries. *Environmental Health Perspectives*, 32, 83–101
- Öberg S. 1982: Citerad efter Huitfeldt och Jorner, 1982
- Österberg E. 1983: Trends in alcohol problems in Finland, 1950–1980. I: Giesbrecht N, Cahannes M, Moskalewicz J, Österberg E, Room R (Eds). *Consequences of drinking. Trends in alcohol problem statistics in seven countries*. Toronto: Addiction Research Foundation
- Österberg E, Säilä S-L (Eds). 1991a: *Natural experiments with decreased availability of alcoholic beverages. Finnish alcohol strikes in 1972 and 1985*. Helsinki: The Finnish Foundation for Alcohol Studies

# Totalkonsumtionsmodellen i perspektivet av 17 svenska undersökningar på alkoholområdet

Eckart Kühllhorn

# Innehåll

<b>Inledning</b>	193
<b>Frågor för denna studie</b>	194
<b>Undersökningsmaterialet</b>	196
<b>Tillämpade undersökningsmetoder</b>	198
<b>Resultat</b>	199
Normalkonsumenterna och storkonsumenternas andel	199
Storkonsumenternas konsumtion	201
Storkonsumtionen och bortfallet	203
Registrerat missbruk och konsumtionsuppgifter	205
Storkonsumenter och alkoholister	206
Totalkonsumtionsmodellen och alkoholpolitiken	211
<b>Fotnoter</b>	212
<b>Litteratur</b>	213
<b>Tabellbilaga</b>	216

## Inledning

Totalkonsumtionsmodellen skisserades för första gången av en fransk demograf, Sully Ledermann (1956). Han konstaterade att fördelningen av alkoholkonsumtion visade i homogena populationer en form (lognormal) som gjorde det möjligt att utifrån kunskaper om medelvärde av alkoholkonsumtionen skatta andelen storkonsumenter. Eftersom estimeringar av alkoholvanegrupperns storlek genom att utnyttja av teoretiska fördelningskurvornas kända egenskaper kan ge upphov till värdefulla kunskaper och insikter om alkoholpolitiska effekter kallar jag det för teorins modellperspektiv. Ledermann ville härvid också förklara varför ändringar i per-kapita-konsumtionen följdes av ändringar i framförallt levercirrhosdödligheten.

Utgångspunkten för Ledermanns modell var tanken, att individerna påverkades i sina alkoholvanor av sociala normer. Hans till synes mycket allmänt hållna resonemang i dessa sammanhang dominerades av tanken att en ändring av alkoholvanorna utlöser en snöbollseffekt: den ena gruppens vanor påverkar nästa grupp så att slutligen alla berörs. Ledermann har vidare utgått från antagandet, att en sådan förändring skulle ske proportionellt i förhållande till de befintliga alkoholvanorna. Ledermanns teoretiska antagande om en proportionell tillväxt i alla alkoholvanegrupper överensstämmer inte med hans matematiska tillväxtmodell (Skog, 1982).

Det bör nämnas att det sistnämnda, kausala perspektivet är det teoretiskt minst utvecklade. Det är dessutom fortfarande evidensfattigt när det gäller spridningsmekanismerna för alkoholvanorna. Detta kommer inte att penetreras i detta arbete.

Ledermanns resultat har givit upphov till en vitalisering av den epidemiologiskt orienterade alkoholforskningen. En forskargrupp från Toronto har verifierat Ledermanns modellperspektiv såväl utifrån kanadensiska försäljningsdata (de Lint & Schmidt, 1968) som med hjälp av skattningar av alkoholistprevalensen på grundval av levercirrhosdödlighet (Schmidt & de Lint, 1970). Inte minst i Norden har Ledermanns teori initierat många insatser. Sålunda har Klaus Mäkelä kritiskt granskat Ledermanns modell med utgångspunkt i finska data (se Skogs redogörelse av Mäkeläs finskspråkiga arbete; Skog 1985). Den som mest ingående har granskat Ledermann är Ole-Jørgen Skog (1980, 1982, 1983/1, 1983/2, 1985). Skogs arbeten om totalkonsumtionsmodellen innehåller bl.a. en genomgång av 25 alkoholvanundersökningar från olika industriländer med stora variationer i alkoholkonsumtionen, från 3,4 liter till 75,1 liter ren alkohol per manlig alkoholkonsument (Skog, 1985).

Skogs arbeten, som berör totalkonsumtionsmodellens båda perspektiv, bekräftar visserligen tendenserna i Ledermanns arbeten men skiljer sig på några väsentliga punkter.

Ett av resultaten av Skogs arbeten blev vetskap över att fördelningen av alkoholvanor i olika kulturer varierar betydligt mer än Ledermann trodde, dvs. att det inte tycks finnas någon enkel statistisk modellkurva som gör det möjligt att med

önskvärd precision härleda och förutsäga storleksordningen av storkonsumentgruppen (när medelkonsumtionen per alkoholkonsument är känd). Trots dessa variationer är fördelningskurvor i olika samhällen med olika konsumtionsvanor i grova drag likformiga på så sätt att var och en av dessa bär en svans av storkonsumenter. I regel återfinns ca 10–15 procent av konsumenterna i denna svans och svansen börjar vid den punkt där kurvan uppnår en konsumtionsnivå motsvarande 2 gånger medelvärdet för alla alkoholkonsumenter.

Ett annat var att relationerna mellan medelkonsumtionen och storkonsumtionen var mera komplicerade och mindre proportionella än Ledermann till synes utgick ifrån. Den ekvation som enligt Skogs kalkyler preciserar förhållandet mellan genomsnittskonsumtion och andelen storkonsumenter (definierade som konsumenter med minst 5 cl daglig konsumtion av ren alkohol) innebär i stort sett att en tillväxt av medelkonsumtionen med en procent medför en kraftigare ökning av den relativa andelen storkonsumenter<sup>1</sup>). En ökning av alkoholkonsumtionen i samhället medför definitivt inte en proportionell tillväxt av konsumtionen i alla alkoholvanegrupper. För dem som inte dricker mer än 2 ggr medelvärdet medför en enprocentig ökning av medelkonsumtionen en större konsumtionsökning än med 1 procent och med ökande avstånd från medelvärdet minskar styrkan i sambandet. Sålunda finns det enligt Skog en punkt, där tillväxten blir relativt oberoende av medelvärdet, enligt hans bedömning bortom den 99 decilen av fördelningen (Skog, 1983/2, s 20 ff). Skogs kritik av Ledermanns resonemang och datatolkning i dessa avseenden är övertygande.

Skog tycks i stort sett också dela andra analytikers tolkningar, nämligen att alkoholister inte tycks bilda en speciell grupp avsondrad från övriga alkoholkonsumenter med hög alkoholkonsumtion<sup>2</sup>). Han menar, under återopande av moderna definitioner på alkoholism (typ WHO:s Alcohol Dependence Syndrome), att alkoholister utgör en heterogen grupp, i vilka vissa är mer beroende och vissa mindre beroende av omgivningens alkoholvanor. Totalt sett utgör alkoholister emellertid en grupp med begränsad mottaglighet (Skog, 1983/2, s 21 ff).

Beträffande de kollektiva mekanismerna bakom konsumtionstillväxten menar Skog att den sker via ömsesidigt påverkan inom individerna nätverk och inte som en snöboll (Skog, 1980).

## Frågor för denna studie

Det finns fyra skäl för att granska totalkonsumtionsmodellen på grundval av svenska data. Eftersom Skogs beskrivning, precisering och empiriska belysning av modellen är den mest utvecklade ligger den till grund för detta arbetes frågeställningar.

För det första intar de två svenska populationerna i Skogs urval tämligen extrema positioner, de har en mycket låg medelkonsumtion. Den ena svenska undersökningen, Alkoholpolitiska Utredningens vuxenundersökning (RUS), har med 2,4 liter per konsument det faktiskt lägsta medelvärdet bland alla 25 urvalen

(Nilsson & Svensson, 1971), medan den andra undersökningen, den svenska delen i en samnordisk studie, med 3,5 liter återfinns bland de 5 urvalen med det lägsta medelvärdet. Det genomsnittliga medelvärdet för alla urval i Skogs studie uppgick till 14 liter. Speciellt med hänsyn till tolkningen av totalkonsumtionsmodellen, att personer med avvikande alkoholvanorna endast är svagt beroende av förändringar i alkoholkonsumtionen synes det vara intressant att studera teorins giltighet inom ramen för variationerna i konsumtionen inom ett samhälle med relativt beskedliga alkoholvanor.

För det *andra* är enligt så gott som alla undersökningar alkoholkonsumtionen för såväl kvinnliga konsumenter som för kvinnliga alkoholister betydligt lägre än för manliga. Även om det saknas konkreta data som visar vid vilka konsumtionsmängder män och kvinnor löper jämförbara risker för alkoholrelaterade problem förefaller det inte rimligt att använda de värden som gäller för männens storkonsumtion på kvinnor (Rydberg m fl, 1993). I den samnordiska undersökningen i Skogs data exempelvis finns det endast 6 kvinnor med en konsumtion på 5 cl dagligen och 37 män. För RUS har jag beräknat antalet storkonsumenter (5cl) till 30 män och till 3 kvinnor. Det kan tänkas att storkonsumtionens omfattning bagatelliseras i modeller som baserar sig på totalpopulationen alkoholkonsumenter och tillämpar en identisk definition för kvinnlig och manlig storkonsumtion. Det bör dock framhållas att Skog har baserat vissa analyser på fraktioner (centiler av fördelningen) i kvinnliga och manliga populationer. I de grundläggande resonemangen om förhållandena mellan storkonsumtion, alkoholism och normalkonsumtion har dock dessa könspecifika förhållanden ej fokuserats.

För det *tredje* vet man att den av respondenter rapporterade alkoholmängden ungefär motsvarar 40–60 procent av den sålda mängden alkohol per vuxen invånare (Pernanen, K. 1974). Detta behöver i och för sig inte medföra allvarliga problem så länge respondenterna underrapporterar proportionellt till de verkliga alkoholvanorna. Denna modell har ifrågasatts på grundval av befintliga data (t.ex. Cooke & Allan, 1983; Alanko, 1984). Det kan exempelvis tänkas att normalkonsumenter rapporterar en betydlig del av den faktiska konsumtionen, i varje fall när effektiva mätskalor kommit till användning, medan storkonsumenter bagatelliserar sina alkoholvanor eller att respondenter överhuvudtaget inte uppger alkoholvanor som av omgivningen definieras som "avvikande beteende". Om detta skulle vara fallet måste sanningshalten i modeller som bygger på beräkningar av storkonsumtionens relationer till medelkonsumtion på grundval av självrapporterade uppgifter ifrågasättas, i synnerhet när resultaten presenteras i form av matematiska ekvationer som vaskats fram med hjälp av metoder som behandlar uppgifterna som om de skulle bygga på intervallmetrik. Detta gäller i synnerhet vad gäller storleken av den kategori, som enligt totalkonsumtionsteorin endast är svagt påverkbar av genomsnittspopulationen.

Skog har i sin diskussion av undersökningar fokuserat brister i olika data som legat till grund för kalkylerna bland olika teoretiker på området, bl.a. registrade

inköpsmängder. Däremot har jag inte hittat resonemang om felkällor i surveydata och deras konsekvenser för beräkningarnas resultat och för de resonemang som resultaten har gett upphov till. Det bör i detta sammanhang nämnas att forskarna som genomförde RUS varnade för att tolka undersökningens uppgifter om konsumtionen som konkreta, faktiska konsumtionsdata (Nilsson & Svensson, a.a.). De kallar uppgifterna om årskonsumtionen av ren alkohol för "konsumtionsindex" och redovisar dylika uppgifter endast som kategoridata. Sålunda finns det starka skäl att vid en granskning av totalkonsumtionsmodellen specifikt ta hänsyn till alternativa förklaringar till funna resultat, nämligen systematiska kvalitetsbrister i survey-data på alkoholområdet.

För det fjärde har totalkonsumtionsteoretiker i regel fokuserat andelen storkonsumenter enligt givna definitioner eller fraktioner av konsumenterna och inte storkonsumenternas genomsnittliga konsumtion. Eftersom det finns undersökningar med vissa uppgifter om såväl alkoholisternas prevalens som deras konsumtion, öppnas det möjligheter att jämföra individer med en extremt hög konsumtion enligt undersökningar grundade på totalkonsumtionsteorin med uppgifter som kommit fram vid undersökningar av förstnämnt slag.

## Undersökningsmaterialet

För att genomföra en studie som denna, en meta-analys, krävs ett stort antal populationer, eftersom varje studie representerar en enda statistisk enhet. Olika forskare och opinionsinstitut har ställt material till mitt förfogande<sup>3)</sup>. Jag genomförde studien på grundval av 17 surveymaterial som presenteras i *tabell 1* (tabellbilaga). Bland dessa 17 finns det åtta riksrepresentativa undersökningar (nr 1–6, 13<sup>4)</sup> och 17). Fyra riktar sig till geografiskt avgränsade, men representativa segment i befolkningen (nr 7, 8, 10 och 12). Ett material bland dessa, nr 12, är visserligen ett systematiskt sampel för ett geografiskt segment (sjukvårdsområde) men det har en rektangulär åldersfördelning (för att underlätta jämförelser med en alkoholistpopulation), som något överrepresenterar de äldre årgångarna. Fem av de analyserade studierna riktar sig till specifika sociala aggregat, nämligen två till universitetsstudenter (olika universitet) (nr 9 och 16), en till de anställda i ett företag (nr 11), en studie är representativ för sjuksköterskor och sjukvårdsbiträden (nr 15, ett stratifierat urval med en större urvalsfraktion för män) och en är representativ för äldre tvillingar i Sverige. Tio av undersökningarna baserar sig på enkäter (nr 6–10, 13–17), de övriga på personliga intervjuer. För två av intervjuundersökningarna skedde intervjun i samband med en läkarundersökning med bl.a. blodprovstagning (nr 11 och 12). För tre av undersökningarna är bortfallet stort och överstiger 40 procent (nr 6, 10 och 17), för tio studier varierar bortfallet mellan 20 och 30 procent och för fyra studier uppgår det till 10–15 procent (nr 11, 12, 13 och 15).

Alla undersökningarna har genomförts av expertis på surveyundersökningar och/eller alkoholforskning. En, nr 6, ingår i Skogs studie. Av täckningsgraden att

döma, dvs. respondenternas genomsnittliga uppgivna alkoholkonsumtion i procent av den genomsnittligt försålda alkoholmängden per invånare 15 år och äldre, har den med 43 procent en mellangod kvalitet (studierna nr 1–4 har 75 procent och nr 5 har 28 procent, för de övriga icke-representativa befolkningsstudierna är det för vanskligt att beräkna täckningsgraden).

En av undersökningarna, nämligen nr 12, bedömer jag vara av exceptionellt god kvalitet och då inte bara i jämförelse med alla övriga 16 här ingående studier. Den genomfördes i samband med en utförlig medicinsk undersökning i en klinik inkluderande blodprovstagningar m.m. och har ett bortfall på endast drygt 10 procent. Den undersökning som representerar äldre tvillingar omfattade personer som vid intervjutillfället 1967 var mellan 42 och 81 år gamla. Eftersom jag inte ville ha en alltför stor överrepresentation av åldringarnas dryckesvanor har jag vid alla de analyser som avsåg konsumtionsuppgifter tagit bort samtliga respondenter som då var 60 år gamla eller äldre.

De 17 presenterade studierna sträcker sig över en tidsperiod av drygt 25 år (1967–1992) under vilka alkoholkonsumtionen enligt försäljningsstatistiken varierat med drygt en liter ren alkohol per invånare 15 år och därutöver. Motsvarande värde per respondent i de olika surveys (exkl. internt bortfall) varierar däremot i de representativa studierna med 4,7 liter för män och med 2,6 liter för kvinnor. Förhållandet att vissa studier inte är representativa har för de här aktuella frågeställningarna ingen större betydelse, eftersom en viss systematik har tillämpats vid alla urval och inget urval har varit selektivt i den bemärkelsen att det inneburit att endast personer med specifika alkoholvanor skulle täckas av undersökningen.

En av denna studies frågeställningar medför att surveypopulationers storkonsumenter skall jämföras med "alkoholproblematiker". För detta ändamål har en population alkoholister analyserats. Denna population är ett urval av konsekutiva alkoholpatienter från ett sjukhus i Stockholm under åren 1976–1978, det s.k. KARTAB-projektet vid Karolinska sjukhuset i Stockholm (Damström-Thakker, 1990). Uppgifter om alkoholkonsumtion har samlats in med hjälp av intervjuer, för övrigt genomförda på samma sätt och med samma instrument som surveymaterialet i studie nr 12 inom normalbefolkningen. Studie nr 12 utgör nämligen kontrollmaterialet för den kliniska population som här beskrivs. I båda undersökningarna har för kartläggningen av alkoholvanorna metoden "the last seven days recall" använts, dvs. en kartläggning dag för dag under de sju dagar som föregick intervjun, en av allt att döma mycket effektiv metod. Alla tillgängliga metoder att mäta alkoholisters genomsnittliga konsumtion är problematiska, eftersom tiden för en intagning på en klinik kan vara atypisk (alkoholkonsumtionen kan vara på ett maximum och kräver läkarhjälp eller också försöker man konsumera mindre mängder före läkarebesöket). Den genomsnittliga dagsförbrukningen för denna grupp uppgår för män till 32 och för kvinnor till 22 cl ren alkohol dagligen.



## Tillämpade undersökningsmetoder

Jag har haft tillgång till (avidentifierade) individuella data med uppgift om framförallt alkoholkonsumtion. Detta har inneburit att jag bearbetat alla material. I ett fall medförde det, att arkiverade primäruppgifter stansades genom min försorg (studie nr 12). De få problem som därvid förekom har jag försökt att lösa i samarbete med den för studien ansvarige sociologen.

Eftersom kvinnornas alkoholkonsumtion är betydligt lägre än männens och vidare, såsom tidigare nämnts, anses avvika något från de manliga konsumenternas vad gäller relationer mellan medelkonsumtion och storkonsumtion (Skog, 1985) har mina beräkningar genomförts separat för män och kvinnor.

Varje gränsdragning mellan "storkonsumtion" och "normalkonsumtion" måste bli mer eller mindre villkorlig. Tas ett högt konsumtionsvärde erhåller man relativt få individer med excessiva vanor, tas ett lågt värde blir det tvärtom. Könsskillnaderna i konsumtionen medför att en könsspecifik gräns för "storkonsumtion" är lämplig. I den internationella litteraturen nämns ofta "5 cl ren alkohol eller mer" som en lägre gräns för storkonsumtion. Detta värde gäller definitivt endast för manliga populationer, eftersom enligt svenska studier få kvinnor överhuvudtaget överskrider denna gräns. Enligt svenska riskvärderingar, vilka bl.a. resulterat i Systembolagets "Testaren", har jag för kvinnor valt de två högriskkategorierna fyra och fem enligt "Testaren" som definition på storkonsumtion. De forskningsresultat som legat till grund för olika riskvärderingar bygger i huvudsak på beräkningar av sambandet mellan incidensen kroniska medicinska skador, (levercirrhos, pankreatit) och långvarigt bruk av alkohol. (Rydberg m fl, 1993). Gränsen för denna definition på kvinnlig storkonsumtion går vid en veckokonsumtion på mer än 55 cl 40 procent alkohol i veckan eller 3,15 cl ren alkohol dagligen. För männen har jag däremot hållit mig till den internationellt ofta nämnda gränsen 5 cl.

Studier om totalkonsumtionen har inte sällan en enda population som utgångspunkt för resonemang om och beräkningar av alkoholkonsumtionens fördelning i olika substrata. Såvida det inte handlar om sådana fallstudier baseras beräkningar i allmänhet på medelkonsumtionen bland alla alkoholkonsumenter i populationen i relation till andelen storkonsumenter i samma population.

Min undersökning hör till den sistnämnda kategorin men jag gör två avsteg från de traditioner som de flesta andra analytiker på området har använt sig av. För det första inkluderar jag nykterister i mina analyser, inte bara alkoholkonsumenter. Nykteristerna hör till det sociala kraftfält som påverkar spridningen av alkoholvanor. I Sverige varierar nykteristfrekvensen med medelkonsumtionen i varje fall på det regionala planet i förväntad riktning (Kühlhorn & Björ, 1991). Det rör sig därutöver om en relativt stor grupp, större än storkonsumenternas. Att inte ha med dem i analyserna skulle medföra en informationsförlust.

Vidare bör nämnas att alkoholkonsumtionen i många svenska undersökningar mäts på grundval av dryckesvanorna under den senaste veckan eller en normalvecka (undersökningarna 1-5, 8-12, 16 och 17). I dessa studier riskerar personer

som dricker mer sällan än under varje vecka att klassificeras som nykterister, medan samma personer i undersökningar som mäter alkoholvanorna på grundval av ett år klassificeras som konsumenter. Detta kan medföra avsevärda skillnader i medelvärden som baseras på antalet konsumenter (Kühlhorn & Leifman, 1993). Också mot denna bakgrund ger ett medelvärde per respondent ett betydligt bättre underlag för jämförelser än ett medelvärde per alkoholkonsument.

För det andra bör storkonsumenternas egenskaper hållas isär från icke-storkonsumenters. Eftersom storkonsumenterna svarar för en relativt stor del av den totala konsumtionen påverkas medelvärdet för hela populationen av deras drickande. Man kan därför med fog hävda att det i viss utsträckning blir ett cirkelbevis när hela populationens medelvärde bildar utgångspunkt för skattningen av andelen storkonsumenter. För att undvika denna svaghet relaterar jag i alla beräkningar av sambandet mellan storkonsumtion och medellkonsumtion till normalkonsumenternas (inkl nykteristers) medelvärde, dvs. till medelvärdet för alla dem som inte är storkonsumenter (för män mindre än 5 cl och för kvinnor mindre än 3,15 cl dagligen).

För denna sistnämnda strategi talar också funderingar om eventuella brister i datakvaliteten. Om det nu skulle vara så att personer med avvikande alkoholvanor i betydligt större utsträckning än "normala" konsumenter underrapporterar sin konsumtion, kan fortfarande beräkningar av den relativa andelen storkonsumenter i populationen (när gränsen ligger så låg som vid 5 cl alkohol eller ca 3 glas vin dagligen) och uppgifter om konsumtionsmängden för normalkonsumenter vara något så när användbara. Medelvärdet för alla konsumenter däremot, totalkonsumtionsteoretikernas oberoende variabel, har under dessa villkor fått en rejäl snedvridning eftersom storkonsumenternas för låga konsumtionsmängder har skapat ett systematiskt underskott i detta estimat.

## Resultat

### *Normalkonsumenterna och storkonsumenternas andel*

Av *tabell 2* framgår att det finns en stor skillnad i medelvärdena mellan de manliga och kvinnliga konsumenterna. I regel är kvinnornas medelvärden högst hälften så stora som männens. Proportionen manliga storkonsumenter varierar starkt mellan olika undersökningar och uppgår i genomsnitt till 7 procent för de 17 studierna (ovägt medeltal, ej redovisat i *tabell 2*). Trots att tröskeln för definitionen av kvinnliga storkonsumenter är betydligt lägre än för manliga är deras andel lägre, i genomsnitt är den 4 procent för de 17 studierna (ovägt medeltal, ej redovisat i *tabell 2*) men varierar kraftigt mellan olika undersökningar.

En del av variationerna kan hänföras till att olika populationer undersökts. Exempelvis bör en undersökning som är begränsad till en stadsdel i Stockholm uppvisa ett högre medelvärde än en riksrepresentativ studie. Vidare kan en viss,

mindre del av variationerna mellan studierna förklaras av att undersökningarna genomförts under olika år med varierande per capitakonsumtion. Den var för de riksrepresentativa studierna högst under 1979 (7,10) och lägst 1984 (6,01). Den största delen av variationen beror emellertid med säkerhet för de representativa undersökningarna i materialet på att olika mätförfaranden för alkoholkonsumtionen kommit till användning, (Kühlhorn & Leifman, 1993). Skillnaderna mellan det lägsta och högsta konsumtionsmedelvärdet i de representativa undersökningarna är för männen drygt 4 liter per respondent och för kvinnorna 2,5 liter per respondent.

Som tidigare nämnts är utgångspunkten för min analys sambandet mellan normalkonsumtion och storkonsumtion. Det framgår av tabell 2 att medelvärdena (och spridningarna) är avsevärt lägre både för de manliga och de kvinnliga populationerna av normalkonsumenter i jämförelse med de medelvärden som uppstår när storförbrukarna är med, dvs. populationernas konsumtion per respondent. Dessa medelvärden är såväl för kvinnor som för män ungefär 30 procent högre än normalkonsumenternas.

I enlighet med totalkonsumtionsteorin fick jag ett systematiskt samband mellan normalkonsumenters medelvärden och andelen storkonsumenter i de två könsspecifika grupperna av den karaktären att en fördubbling av normalkonsumenters konsumtion åstadkommer mer än en fördubbling av proportionen storkonsumenter<sup>5)</sup>.

Det visade sig också att estimaten har ett så högt medelfel att metoden är mindre lämplig för att estimerar konkreta proportioner på grundval av kunskaper om medelvärdena, vilket bekräftar Skogs kritik mot Ledermann. Vidare hittade jag många alternativa ekvationer mellan den relativa andelen storkonsumenter och normalkonsumenternas medelvärde med i det närmaste likvärdiga resultat: linjära, kvadratiska och kubiska.

Jag tillämpade också den av Skog publicerade ekvationen<sup>1)</sup> som härrör från det stora internationella samplet för att estimerar andelen storkonsumenter (5 c1) bland alkoholkonsumenter på grundval av alla alkoholkonsumenters medelvärden i den könsblandade populationen (2 studier uteslöts på grund av underrepresentationen av en könsgrupp, nr 11 och 15). Också denna kalkyl resulterade i en god överensstämmelse mellan förutsagda och faktiska proportioner.

Beträffande relationen mellan proportionen storkonsumenter och medelvärdet för normalkonsumtion bekräftades sålunda totalkonsumtionsteorin, men trenden att kunna beskriva sambanden med olika matematiska modeller med den likheten sinsemellan att de lämnade ett stort utrymme för slumpen var iögonfallande.

Sammanfattningsvis kan sålunda sägas att det finns ett systematiskt (positivt) samband mellan normalkonsumenternas konsumtion och andelen storkonsumenter i befolkningen, att det inte är preciserbart på så sätt att det kalkylet användas för att få förutsäga utfallet i enskilda populationer, och, förutsatt att kvinnor och män inte rapporterar sina alkoholvanor olika, att systematiska skillnader föreligger mellan män och kvinnor beträffande sambandets utseende.

## Storkonsumenternas konsumtion

Både för de kvinnliga och de manliga undersökta populationerna är enligt tabell 2 storkonsumenternas medelvärden relativt lika och oberoende av normalkonsumenternas medelvärden (det finns faktiskt ett svagt icke-signifikant negativt samband mellan dessa två kriterier i såväl de manliga som de kvinnliga populationerna).

Variansanalyser samt icke-parametriska tester visade inga signifikanta skillnader mellan de redovisade medelvärdena för storkonsumenter vare sig i de kvinnliga eller manliga populationerna.

En förklaring till mina resultat skulle vara, att detta skulle kunna sammanhånga med att olika mätförfaranden har tillämpats vid olika undersökningar och populationer.

För att granska detta argumentet kan man ta reda på, vilka resultat surveyundersökningar med olika mätmetoder får i områden med olika alkoholistfrekvens. Sveriges tre storstadsregioner Storstockholm, Storgöteborg och Stormalmö skiljer sig avsevärt från de övriga svenska regionerna vad gäller morbiditet i levercirrhos (enligt slutenvårdregistret), se *tabell 3*.

I de åtta riksrepresentativa materialen i mitt urval har jag tillgång till respondenternas bostadsort och kunde dela in materialet i motsvarande regioner. Eftersom antalet individer inte skulle bli tillräckligt stor i vissa surveys har jag slagit ihop studie 1–4 till ett enda stort urval efter att en variansanalys inte visade några signifikanta skillnaderna. Det är frågan om fyra konsekutiva undersökningar under en period av fyra år, genomförda med ett identisk formulär av samma SIFO. Undersökningar med högst 5 manliga resp kvinnliga storkonsumenter i någon region har jag uteslutit (nr 13 och den kvinnliga populationen i studie nr 5).

Resultaten återges i tabell 4. I alla populationer finns det signifikanta skillnader i förväntad riktning vad gäller normalkonsumenternas alkoholvanor: de dricker mer i storstadsregionerna. För storkonsumenter föreligger däremot inte sådana tendenser. Endast i en undersökning finns det en signifikant skillnad, men den går inte i förväntad riktning utan innebär att storkonsumenterna utanför storstadsområdena i denna undersökning dricker mest.

Den relativa andelen storkonsumenter tenderar enligt denna analys i alla sju populationerna att vara större i storstäderna. Skillnaderna är dock inte alltid signifikanta.

Mina resultat talar mot argumentet, att olikheter i mätmetoder mellan de olika undersökningarna skulle svara för den relativa likheten i storkonsumenternas konsumtion. (brister i datakvaliteten. En stor del av de redovisade skillnaderna mellan populationerna bygger, som tidigare nämnts, inte på skillnader i de faktiska alkoholvanorna utan på instrumenteffekter, dvs. olika metoder att samla in data om alkoholvanor. Det kan tänkas att två mekanismer kan skapa en likformighet i grupper med hög konsumtion).

Resultatet, att en ökning av andelen storkonsumenter i de mera alkoholintensiva populationerna visserligen leder till en ökad andel storkonsumenter men inte

till en ökning av deras medelvärde ter sig som överraskande. Skog utgår t.ex. i sin analys i hans tidigare skrifter t.o.m. från föreställningen att alkoholisternas medelkonsumtion varierar systematiskt med ett lands medelkonsumtion samtidigt som han anser att alkoholisterna representerar en extremgrupp bland dessa storkonsumenter, åtminstone i lågkonsumtionsländer (Skog, 1983/2). Ledermann utgick i sina resonemang om en proportionell tillväxt från en modell som leder till både en ökning av andelen storkonsumenter och en ökning av deras konsumtion. Det senare står emellertid i konflikt med hans matematiska modell, vilket inte indikerar någon tillväxt av storkonsumenternas medelvärde med ökande genomsnittskonsumtion i befolkningen.

Tillämpar man nämligen totalkonsumtionsmodellens ekvationer blir det uppenbart att den tillväxtmodell som totalkonsumtionsmodellen förutsäger medför en ökning av andelen storkonsumenter, men ingen systematisk ökning av deras medelkonsumtion. Skog utgår också i sina senare skrifter i en analys om konsumtionsfördelningens svans explicit från detta förhållande (Skog, 1993).

För det första kan tänkas att totalkonsumtionsmodellen ger en rimlig beskrivning av skeenden bland storkonsumenter vid förändringar av medelkonsumtionen. Deras andel växer, men inom denna grupp ökar konsumtionen inte nämnvärt.

För det andra kan tänkas att de faktiska konsumtionsvärdena bland storkonsumenterna lämnar ett stort utrymme för konsumtionsökningar, dvs. att de data som redovisats angående storkonsumenternas konsumtion i områden med en hög resp. låg levercirrhosmorbiditet ger en bristfällig bild av verkligheten och därmed också de matematiska modeller som baserats på dylika observationer. Underrapporteringen av alkoholkonsumtion är, som tidigare nämnts, ett stort dilemma. Det är fullt tänkbart, att hög alkoholkonsumtion i en given kultur definieras som avvikande och att storkonsumenter beter sig likformigt vad gäller att inför sig själva och intervjuarna förtränga den del av konsumtionen som kan anses ligga ovanför det kulturellt tillåtna resp. att de vägrar delta i undersökningar och/eller fördröjer en intervjusituation tills han eller hon befinner sig i en torrare period. Av dokumenterade erfarenheter på detta område att döma behöver det inte vara fråga om ett direkt förnekande av konkreta händelser, t.ex. fylleriförseelser (Lassenius, 1974). Det kan också handla om svårigheter att beskriva starkt varierande alkoholanor och om att förtränga obehagliga dimensioner i ett flexibelt beteendemönster. Internationella erfarenheter talar för att man vid screening av storkonsumenter med hjälp av intervjuer får ungefär hälften falska negativa, dvs. faktiska storkonsumenter som presenterar sig som normalkonsumenter (Cutler m fl, 1988).

Denna förklaring skulle stå i överensstämmelse med det resultatet om likformiga medelvärden som erhållits, nämligen att olika mätmetoder i frågeundersökningar är lika ineffektiva vad gäller att fånga in avvikande beteende men att de kan skapa variationer bland normalkonsumenter. Vid gränsen för normal- och storkonsumtion tilltar ökningstakten i underrapporteringen vilket innebär att de

relativa frekvenserna av andelen storkonsumenter inte är lika starkt invalidiserade som storkonsumenternas konsumtion.

Det är därför av intresse att studera bortfalls- och underrapporteringsproblemet i de här analyserade populationerna samt att se efter om de erhållna medelvärdena för storkonsumenterna förefaller vara rimliga.

### *Storkonsumtionen och bortfallet*

Bortfallet i surveyundersökningar anses utgöra ett stort problem, i synnerhet när sociala avvikelser står i blickpunkten. För att få grepp om frågan om det externa bortfallets betydelse för uppkomsten av en underskattning av storkonsumenternas konsumtion och av antalet storkonsumenter har några av materialen närmare granskats.

En speciellt intressant studie i detta sammanhang är nr 13. Den genomfördes som en förundersökning för att fastställa strategin för de stora surveyundersökningar som den förra alkoholpolitiska utredningen APU lät genomföra, RUS (RUS finns med i Skogs urval). Studien publicerades också i ett av APUs betänkande (SOU 1971:77). Efter ytterligare metodanalyser ventilerades några år senare som doktorsavhandling i sociologi (Björkmans, 1979). Björkmans utgångsmaterial bestod av ett slumpurval av 1 000 vuxna svenskar, som sedan slumpmässigt delades i två hälfter. Den ena hälften fick en postenkät och den andra blev intervjuad. Båda grupperna fick identiska frågor. Eftersom enkätmaterial hade bättre kvalitet än intervjumaterialet, gjordes sedan huvudundersökningen RUS för APU som enkätstudie. Därför ingår endast Björkmans enkätmaterial i den här studien.

Undersökningen är intressant av två skäl. Det vidtogs ambitiösa åtgärder för att hålla bortfallet så lågt som möjligt. Bl.a. blev de respondenter som efter några påstötningar inte besvarat enkäten föremål för ett personligt besök. Bortfallet blev så lågt som 13,3 procent. Vidare blev alla respondenter, dvs. både de som svarade och de som inte svarade på enkäten, föremål för en registerundersökning i dåvarande Kungliga Kontrollstyrelsens särskilda straffregister för fylleri. Den dominerande typen av anteckningar i registret var avdömda fylleriförseelser. Därutöver noterades avdömt rattfylleri och avdömd rattnykterhet, kriminalregisterbrott som hade begåtts under alkoholpåverkan och såväl frihetsberövande som icke-frihetsberövande åtgärder genom nykterhetsnämnder. En annan, men i praktiken sällan förekommande typ av anteckningar, bestod av brott mot alkohollagstiftningen, t.ex. hembränning.

Det andra skälet för undersökningens centrala betydelse är att huvudundersökningen (RUS) vad alkoholfrågor beträffar i princip genomfördes med samma formulär som Björkmans. RUS satsade däremot inga extraordinära resurser i jakten på bortfallet, men det gjordes också här en granskning av bortfallet i fylleriregistret. Eftersom huvudundersökningens bortfall uppgick till 20 procent kan information erhållas om vilken betydelse ett mycket lågt bortfall har i relation

till ett mera normalt bortfall när det gäller att nå alkoholmissbrukare vid surveyundersökningar.

Björkmans urvalsram för enkätstudien bestod av 503 individer, 242 män och 261 kvinnor. Bland männen uppgick bortfallet till 13,6 och bland kvinnorna till 13,3 procent. Av dessa 503 individer var 19 en gång och 3 flera gånger registrerade för alkoholmissbruk, tillsammans 5 procent av populationen. En av de registrerade var av kvinnligt kön, vilket innebär att andelen registrerade bland männen uppgick till 8 procent av målpopulationen. Det förekom inga statistiskt säkerställda skillnader i prevalensen registrerade missbrukare mellan bortfallet i surveyn och de svarande.

Huvudundersökningen hade i urvalsramen 1289 män (Nilsson & Svensson, 1971). Av dem var 101 (6,2 procent) registrerade missbrukare. Prevalensen registrerade missbrukare bland de manliga svarande blev 4,5 procent och i bortfallet 12,3 procent. Denna statistiskt säkerställda skillnad innebär att en undersökning med ett normalt stort bortfall såsom RUS borde tappa ca en av fem registrerade missbrukare (när bortfallet inte är selektivt) men tappar två av fem.

Bland de 1557 kvinnorna i urvalsramen för huvudundersökningen var 8 registrerade som missbrukare. Av dessa var 4 i bortfallet och 4 bland de svarande. Bortfallet i kvinnopopulationen var 19,9 procent. Här tycks problemet ha samma storlek som hos männen, men få kvinnor är registrerade missbrukare.

Det kan dock inte uteslutas att bortfallet ändå är ett mindre problem. De uppgifter som är publicerade i RUS tyder inte på, att konsumtionsnivån skulle vara lägre än i Björkmans studie. Det kan därför inte uteslutas att speciella åtgärder att nå bortfallet leder till, att man endast når storkonsumenter i atypiska situationer och/eller utlöser en strategi hos respondenten som Lassenius karakteriserar som en form av passiv vägran (Lassenius, 1974).

Ett annat exempel med uppgifter om bortfall är studie nr 14, som består av samtliga tvillingar som vid undersökningsåret 1967 var mellan 42 och 81 år, det s.k. äldre tvillingsregistret. Den manliga delen av tvillingpopulationen blev föremål för en undersökning om förekomst i fylleristrafregistret till mitten av 1970-talet. Eftersom observationstiden är så pass lång visar siffrorna snarare incidensen av missbruk under livstiden än prevalensen. Av de 9 207 männen i urvalsramen hade sammanlagt 14,4 procent någon anteckning: 6,4 procent hade en, 2,8 procent två, 1,5 procent tre, 0,7 procent fyra och 3,5 procent minst fem registreringar. Det totala bortfallet för enkätundersökningen blev 25,6 procent, men bland de registrerade var bortfallet 34 procent. För de mest belastade missbrukarna, de med minst fem registreringar, blev bortfallet 47 procent.

Liknande resultat om överrepresentation av problematiker i bortfallet i surveyundersökningar har rapporterats i flera studier (t.ex. Andersson, 1988).

Totalt sett synes bortfallet ha en snedvridande effekt. Endast tre av de 17 studierna i den här meta-analysen har ett bortfall i storleksordningen 10–15 procent, dvs. en storlek som gör underrepresentationen av missbrukare negligerbar. Vid de "normala" bortfallsfrekvenserna, 20–35 procent, erhåller man en

systematisk underskattning och i synnerhet vid bortfallsfrekvenser över 40 procent (nr 6 och 17) tappar man en substantiell del av missbrukarpopulationen.

Eventuella snedvridande effekter genom bortfallet är sålunda en viktig faktor när giltigheten av de modeller skall bedömas som relaterar storkonsumtionen till medelkonsumtionen och som endast bygger på surveydata med relativt stora bortfallsfrekvenser. Detta förhållande kan emellertid inte förklara, varför kvalitativt utmärkta studier med ett negligerbart bortfall redovisar samma konsumtionsmängd för storkonsumenter som studier av betydligt lägre kvalitet och med ett stort bortfall.

Det kan därför inte uteslutas, att extraordinära åtgärder för att minska bortfallet inte leder till mera valida resultat, utan kompenseras genom en ökad underrapportering.

### *Registrerat missbruk och konsumtionsuppgifter*

Framförallt i forskningen från USA har man hittat stora skillnader mellan kliniska alkoholister och sådana som i surveyundersökningar klassificerats som storkonsumenter både vad gäller rapporteringen av alkoholrelaterade problem och alkoholvanor. Sålunda rubricerar Room när han sammanfattar och redogör för förhållandena på området förhållandena detta som "de två världarna av alkoholproblem", (Room, 1977). Bl.a. visar enligt Rooms egna undersökningar endast en mycket liten andel av respondenter från surveyundersökningar (mindre än 1 procent) ett dryckesmönster som liknar det som alkoholister i kliniska populationer uppvisar.

Undersökningar av det registrerade missbruket ger belägg för, att registrerade alkoholmissbrukare har många sociala problem och många återfall i alkoholrelaterade problem (Collet m fl, 1968). Risken, att hitta "normalkonsumenter" i populationer med fler än en nykterhetsanmärkning i fylleriregistret är emellertid liten (Kaj L; 1960). Sålunda drar försiktiga bedömare vid estimeringar av prevalensen av socialt belastade alkoholister gränsen mellan "alkoholism" och "icke-alkoholism" vid två registreringar och tar risken att få många falska negativa i mått som baseras på denna definition (Lassenius, 1972), medan andra använder det av 1944 års nykterhetskommitténs tillämpade missbruksbegreppet (som baseras på en enda registrering) som kriterium för alkoholistklassifikation (Bohman, 1978).

Mot denna bakgrund är det av intresse att studera, vilka konsumtionsuppgifter registrerade alkoholmissbrukare lämnat i de material som analyseras här.

Det finns nämligen uppgifter om frekvensen av nykterhetsanmärkningar för intervjuade respondenter i studierna 13 och 14. På grund av att den registrerade andelen kvinnor är så liten i studie nr 13 och okänd för studie nr 17 begränsas denna analys till endast männen. Av de totalt 20 registrerade männen i studie nr 13 var ingen respondent nykterist eller ingick i det interna bortfallet. Medelkonsumtionen per år av ren alkohol varierade i förväntad riktning: för de icke registrerade var den 315 cl, för de 17 respondenterna med en registrering 427 cl



och för de 3 respondenterna med minst 2 registreringar 1159 cl. Utifrån kriteriet "storkonsument" var emellertid två av de tre respondenterna med flera registreringar "falsa negativa", dvs. de uppgav en konsumtionsmängd under 5 cl/dag fast de (förmodligen) var storkonsumenter, medan en var korrekt klassificerad. Av de 17 som hade en anmärkning, var en enda respondent klassificerad som storkonsument. Bland de övriga 16 borde enligt undersökningar om fyllerister omkring 5–10 vara falska negativa.

För nr 14, en enkätundersökning med en tämligen "sönderintervjuad" population bestod vid undersökningstillfället 1967 populationen av 42–59-åringar (de som var 60 år och äldre har uteslutits också ur denna analys eftersom konsumtionsdata skall relateras till registerdata). Förhållandena för de män som svarade på konsumtionsfrågorna framgår av *tabell 5*.

Trots att vissa alkoholproblematiker kan ha funnit vägen tillbaka till en låg konsumtion är åtminstone bland personerna med minst 5 nykterhetsanmärkningar sannolikheten låg att hitta icke-storkonsumenter (Lassenius, 1974). I surveyundersökningar såsom den redovisade rapporterar dessa respondenter en så låg konsumtion att endast drygt 5 procent av dem dricker mer än 5 cl alkohol dagligen och därigenom hamnar i kategorin "storkonsumenter".

Det förefaller sålunda vara sannolikt, att personer med avvikande alkoholvanor visserligen rapporterar en större konsumtion än andra personer men att de i regel inte redovisar excessiviteten i drickandet.

En av förklaringarna till detta förhållande kan vara, att sannolikheten är större att nå dessa respondenter med en undersökning om denna inträffar under deras nyktra perioder än under deras problemp perioder och att de, när de påträffas, rapporterar de för tillfället nyktra vanorna, speciellt när mätmetoden fokuserar drickandet under de senaste sju dagarna. En ytterligare förklaring är att en intervjusituation för en person med sociala problem kan betecknas som en speciellt asymmetrisk interaktion, eftersom hon eller han skall lämna känsliga uppgifter till en okänd instans utan att få något i gengäld. Detta borde öka riskerna till bristfällig rapportering av avvikande beteende.

Sammanfattningsvis kan selektiv underrapportering av excessiva alkoholvanor vara en faktor av central betydelse för att förklara den relativa konstanten i medelkonsumtionen för storkonsumenter, som man kan vänta sig på grundval av totalkonsumtionsmodellen och som bekräftats enligt de svenska surveyundersökningarna.

### *Storkonsumenter och alkoholister*

Totalkonsumtionsteorins syfte är inte att hitta rimliga modeller för tolkningen av alkoholkonsumtionen enligt surveydata utan att få kunskaper om fördelningen och diffusionen av de faktiska alkoholvanorna i ett samhälle. För att nå detta syfte spelar alternativa vägar för att få kunskaper om alkoholvanor en central roll. Nyckelbegreppet för den alternativa eller kompletterande vägen är "alkoholism", dvs. den diagnos som de flesta personer får som söker hjälp för alkoholproblem.

Det kan tänkas att kunskaper om antalet alkoholister och om deras dryckesvanor kan kasta ljus över konsumtionsunderskottet i surveydata och om betydelsen av denna felkälla för totalkonsumtionsteorins budskap. Detta underskott varierar starkt mellan olika surveystudier. Det är i allmänheten lika stort eller större än hälften av den faktiskt konsumerade alkoholen. Såsom analyserna inom ramen för vissa undersökningar i detta material visade har personer med excessiva alkoholvanor en större betydelse som producenter av underskottet än normalkonsumenter.

Först och främst bör nämnas att "alkoholism" inte är något enhetligt begrepp som möjliggör en skarp avgränsning. Excessiva alkoholvanor ingår i definitionerna, men det finns ingen kvantifiering av dessa i gängse definitioner. Det är individernas svårigheter att kontrollera alkoholvanorna som utgör det centrala kriteriet i moderna definitioner (t.ex. DSM-III eller i WHO:s "Alcohol Dependency Syndrome").

Skog redogör i sin genomgång av totalkonsumtionsmodellen på ett övertygande sätt för flexibiliteten i alkoholistbegreppet. Hans utgångspunkt i övrigt är att antalet storkonsumenter är betydligt större än antalet "identifierade" alkoholister (Skog, 1975) och att alkoholisterna återfinns i den yttersta svanstippen av konsumtionskurvan. Han menar att alkoholistprevalensen visserligen är mindre i lågkonsumtionsländer (omkring 1 procent av konsumenterna) än i högkonsumtionsländer (omkring 5 procent av konsumenterna) men att gruppen alkoholister relativt sett är mindre känsliga för förändringar i alkoholpolitiken än grupper med mindre excessiva alkoholvanor (Skog, 1983/2).

Det är svårt att ta ställning till Skogs antaganden på den här punkten. Det finns inga uppgifter om alkoholistfrekvensen inom vården och sannolikheten för identifikation av alkoholister är förmodligen lika mycket beroende av alkoholistprevalensen som av olika myndigheters resurser och ambitioner.

Den enligt min uppgift minst selektiva och mest relevanta undersökningen i Norden är den s.k. Lundbyundersökningen (Essen-Möller, 1956; Hagnell, 1968; Öjesjö, 1983). Ett svenskt samhälle med det fiktiva namnet Lundby blev noga undersökt av psykiatriker vid olika tillfällen och bl.a. blev förekomsten av alkoholism utredd genom att den psykiater som genomförde fältarbetet diagnostiserade respondenterna. Undersökningen är unik på flera sätt. Dels därför att den praktiskt taget är utan bortfall dels genomfördes fältarbetet av några få experter. Av rapporterna att döma förelåg ett mera reciprokt förhållande mellan undersökningspersonerna och den läkare som genomförde fältarbetet än man kan åstadkomma i normala frågeundersökningar.

Moderna resultat från Lundbyundersökningen (från screeningen 1972) avser dessvärre endast manliga alkoholister.

Av den undersökta kohorten av 952 män som vid screeningen var 25 år och äldre klassificerades totalt 90, dvs. 9,5 procent som "alkoholister". Dessa delades in i tre grupper, en grupp missbrukare ("gränsfall" vad gäller alkoholism, Öjesjö a s 12) bestående av 3,3 procent av kohorten, en grupp alkoholberoende som

omfattade 2,8 procent av kohorten och slutligen en grupp kroniska alkoholister som utgjorde 3,4 procent av kohorten. De två sistnämnda grupperna, 6,2 procent, utgör alkoholister i medicinsk mening. Av rapporterna att döma är Lundby definitivt inte någon storstad utan genomsnittsförhållanden resp landsbyggsförhållanden återspeglas i studien.

Öjesjö undersökte också i vad mån dessa 90 alkoholister var identifierade som alkoholproblematiker inom den medicinska vårdsektorn, inom den sociala sektorn och i kriminalregistret för trafiknykterhetsbrott. Av samtliga 90 alkoholister var 69 identifierade och av de 59 alkoholisterna i medicinsk mening var 47 kända. Sålunda uppgick prevalensen av identifierade alkoholister i medicinsk mening till 5 procent av den vuxna manliga befolkningen.

Undersökningar med en annan screening-metod än Lundby-undersökningarna ger lägre resultat. En representativ studie från 1970–71 av 2 283 personer avseende befolkningen i Stockholms län (exklusive Stockholms stad) i åldrarna 18–65 år (bortfall 12 procent) avsåg bl.a. att estimeras ettårsprevalensen av alkoholism. Undersökningspersonerna fick bli inbjudna till kliniken och diagnostiserade för olika psykiska åkommor. Av männen klassificerades 4,8 procent och av kvinnorna 1,4 procent som alkoholister dvs. totalt 3,1 procent av den vuxna befolkningen. Diagnosen i fråga inkluderar också missbrukare, dvs. ”gränsfall”. Av de publicerade data att döma förnekade 15 procent av de tillfrågade alkoholisterna registrerade missbruksanmärkningar och motsvarande proportion för personer utan alkoholdiagnos uppgick till 34 procent av 41 tillfrågade. (Halldin, 1984).

Skog använder två kriterier på storkonsumtion, ett på 5 cl daglig konsumtion och ett på 10 cl daglig konsumtion. Om förundersökningen till RUS (studie 13) används som ”stand-in” för RUS i Skogs urval så uppgår där, liksom i den andra svenska studien i Skogs urval (studie 6), prevalensen av storkonsumenter med 5 cl eller mer på den manliga sidan till 4 procent. För 10-cl-storkonsumenter är motsvarande prevalenser 0 resp 1 procent. Storkonsumentprevalensen i de 8 riksrepresentativa undersökningarna i min studie uppgår på den manliga sidan sammanlagt till 4 procent resp 1 procent.

Det finns sålunda inget stöd för antagandet, att identifierade alkoholister skulle utgöra en extremgrupp i fördelningens svanstipp när hänsyn tas till andra undersökningsmaterial än intervjudata om konsumtion. Snarare är det så att det finns fler alkoholister i befolkningen än det finns storkonsumenter enligt surveyundersökningar, i synnerhet om s.k. gränsfall skall räknas med. Dessa förhållanden visar att totalkonsumtionsteorin synes bygga på data som kännetecknas av ett påtagligt underskott i rapporterad alkoholkonsumtion förorsakat av dels en påtaglig underrepresentation av alkoholproblematiker dels en systematisk underrapportering av excessiva alkoholvanor.

Det finns emellertid också anledning att jämföra alkoholisters och storkonsumenters alkoholvanor. Dessvärre saknas det i den vetenskapliga litteraturen metodiskt orienterade artiklar samt systematiska sammanställningar och analyser av alkoholisters alkoholvanor. De konsumtionsuppgifter som jag har funnit i littera-

turen finns sammanställda i *tabell 6*. Dels härrör de från en tabell som Skogs sammanställt på grundval av litteratursökningar, dels från ett nyligen publicerat WHO-projekt, dels kommer de från andra publicerade projekt som jag har hittat i litteraturen. Av dessa uppgifter att döma måste man räkna med att det rör sig om genomsnittsvärden någonstans mellan 15–35 cl dagligen, dvs. betydligt högre än medelvärdet för manliga storkonsumenter med daglig konsumtion av minst 5 cl, där medelvärdet ligger kring 8 cl.

Det måste emellertid framhållas, att alkoholisterna alkoholvanor ofta blir kartlagda vid intagningen i en behandlingsmiljö, när de befinner sig i en atypisk situation och när deras drickande är högt. De är sålunda sannolikt att den ”genomsnittliga” alkoholists kontinuerliga dagskonsumtion ligger i den undre kanten av de redovisade värdena. Detta visa bl.a. en norsk undersökning med uppföljningsintervjuer, där intervjuarna vid intagningen resulterade i ett betydligt högre värde än de 4 uppföljningsintervjuerna. Samtidigt visade studien emellertid också att de som uteblev från en uppföljningsintervju visade, såvida de återkom vid ett senare tillfälle, en större konsumtionsuppgång än de övriga (Skog & Duckert, 1993).

De genomsnittliga värdena av de två på detta sätt uppföljda populationerna redovisas ävenledes i *tabell 7*. Den egentliga alkoholistpopulationen, uppföljd på detta sätt, hade ett mycket lågt medelvärde 10,5 cl dagligen.

I de 8 representativa studierna i denna studie uppgick genomsnittskonsumtionen för de 5 procent som drack mest bland konsumenterna till 8,1 cl i dagligen, för de 4 procent som drack mest 8,9 cl, för de 3 procent som drack mest 10,1, för de 2 procent som drack mest till 12,1 och slutligen för fördelningens 99:e decil 16,4 cl, dvs. den översta percentilen dricker mindre än man kan vänta sig enligt typvärden för kliniska alkoholistpopulationer.

Att mäta alkoholkonsumtionen hos alkoholist är förmodligen svårare än för en normalbefolkning. Därför ger olika mätförfaranden troligen ännu större differenser i resultaten än de redovisade intervjuresultaten i normalbefolkningen, bl.a. genom det faktum, att intagningen i en klinik systematiskt kan samspela med ett atypiskt tillstånd. Eftersom undersökningen nr 13 var ett kontrollmaterialet till patientstudien och respondenterna intervjuades med samma instrument är det befogat att fokusera dessa två material. Indelade enligt den uppgivna konsumtionsmängden under de senaste sju dagarna (detta mått har genomgående använts för att estimeras årskonsumtionen) redovisas för båda materialen såväl medelvärdena för den aktuella dagliga konsumtionen som för den dagliga konsumtionen under en period när konsumtionen var som högst. Trots att normalmaterialet blev föremål för en utförlig hälsokontroll på alkoholkliniken, uppvisar endast en av de 200 manliga respondenterna det medelvärde som individerna i patientmaterialet uppnår, se *tabell 7*.

Det bör noteras, att det i normalmaterialet finns en betydligt starkare tendens till differenser mellan drickandet under den aktuella veckan och drickandet under en dryckesperiod än i det kliniska materialet.

Detta styrker min tes att sannolikheten att en intervju med en alkoholist under en relativt våt period kan komma till stånd i survey-situationer är relativt låg. Å andra sidan finns det tecken på, att uppgifter om drickandet i kliniska populationer kan vara atypiskt höga, eftersom intagningen i en klinik inträffar när problemen är som störst.

Totalt sett visar dock de faktiska medelvärdena för alkoholistpopulationer, att medelvärdena är långt högre än de för storkonsumenter.

Den endimensionellt på konsumtion inriktade surveymetodikens synes ha en bristande specificitet och sensitivitet för att identifiera personer med hög konsumtion, även om optimala förhållanden för en kartläggning är givna. Det kan därför dessvärre inte uteslutas, att försök att i surveyundersökningar endast genom direkta konsumtionsmått med något så när acceptabel tillförlitlighet fånga in storkonsumtionen kan vara dömda att misslyckas.

Det medicinska synsättet innebär att alkoholkonsumenter blir graderade enligt en multidimensionell skala med kroniska alkoholister i den grävsta kategorin. Alkoholkonsumtionen representerar endast en av dimensionerna som ju på grund av periodicitet kan vara speciell låg eller hög vid det aktuella mätillfället. De övriga dimensionerna berör respondenternas svårigheter att kontrollera denna konsumtion och alkoholrelaterade medicinska, sociala och psykologiska konsekvenser av drickandet. Detta synsätt präglar de mått som används både på det kliniska och på det epidemiologiska planet (när det gäller att mäta förekomsten av alkoholism i befolkningen).

I samband med longitudinella undersökningar om alkoholkarriärer utvecklar och illustrerar Vaillant (1983), att förekomsten av problem samt att summan av antalet problem och registreringar är avgörande för allvarlighetsgraden av alkoholism och inte graden av allvarlighet av ett bestämt problem (t.ex. endast konsumtionsmängden). Han kritiserar i sin skrift det endimensionella synsättet. Det skulle överskrida ramen för detta arbete att referera de diskussioner mellan sociologiskt och medicinskt orienterade forskare som publicerats i litteraturen.

Förmodligen måste surveyundersökningar innehålla mått av multidimensionell typ (såsom MAST eller CAGE) för att komma till rätta med de nuvarande kvalitetsbristerna.

Medelvärdena för storkonsumenter förefaller vara definitivt för låga. Läger man därtill förhållandet, att alkoholistprevalensen uppskattningsvis har den storlek som prevalensen av storkonsumenter enligt surveyundersökningen, så ligger slutsatsen nära till hands att de med hänsyn till medelvärdet oflexibla storkonsumentpopulationerna i enligt de svenska surveydata inte återspeglar de faktiska förhållandena. Detta innebär också, att den tillväxtmodell för ökad perkapitakonsumtion, som totalkonsumtionsmodellen vilar på, förenklar inte bara verkligheten utan att den också förvrider den.

Med utgångspunkt för mina resonemang om felkällornas riktning bör sålunda storkonsumenternas prevalens och konsumtionsmängden korrelerar starkare med normalkonsumtionen (och givetvis medelkonsumtionen) än storkonsumtionsteo-

rin ger upphov till att tro. Alternativt kan det tänkas, att storkonsumenter efter en tids drickande får kontrollproblem och växlar mellan perioder med extremt hög och extremt låg konsumtion (ett förhållande som bl.a. ingår i de moderna definitionerna av alkoholism), så att ett årsmedelvärde blir relativt lågt och kanske lägre än tidigare. Det senare skulle innebära att en även sociologisk "homogen" population av personer inte är det vad gäller alkoholvanorna och att de förutsättningar som totalkonsumtionsmodellen vilar på, är bräckliga speciellt för den centrala variabeln.

### *Totalkonsumtionsmodellen och alkoholpolitiken*

Totalkonsumtionsmodellen används också för att förklara sambanden mellan konsumtionsökningar och skador. I detta avseende kommer min kritik inte i konflikt med totalkonsumtionsmodellen, utan det är snarare tvärtom, att min tolkning av de faktiska förhållandena gör det lätt begripligt, varför ändringar i medelkonsumtionen omedelbart ledsagas av en ökad skadefrekvens. Även om det skulle vara fallet att övergången från storkonsumtion till alkoholism ledsagas av en minskad årskonsumtion (och större variationer mellan alkoholintensiva och mera nyktra perioder) så torde konsumtionsökningar i befolkningen ökar rekryteringen till denna grupp. I beskrivningar av totalkonsumtionsmodellen i populärvetenskaplig form dras ofta ingen skarp gräns mellan totalkonsumtionsmodellen och effekterna av en restriktiv alkoholpolitik som den svenska, nämligen att en genom priser och restriktioner förändrad efterfråga eller tillgänglighet ger lägre konsumtion och lägre skador (Olsson, 1990). Denna aspekt måste i en mera vetenskapligt orienterad skrift skiljas från totalkonsumtionsmodellens antaganden om fördelningen av alkoholvanor, för sambandet mellan restriktioner, konsumtion och skador gäller (eller gäller inte) oberoende av om totalkonsumtionsmodellen ger en korrekt, en alltför grovhuggen eller t.o.m. i vissa delar felaktig beskrivning av sambandet mellan normal- och totalkonsumtion. Även om alkoholvanorna sprider sig på ett annat sätt än teoretikerna tror, t.ex. från storkonsumenter till normalkonsumenter, så gäller detta samband mellan ökad konsumtion per invånare och en större skadefrekvens. Eftersom sammankopplingen av totalkonsumtionsmodellen med de två andra momenten i en restriktiv alkoholpolitik är så vanligt förekommande, vill jag sammanfatta mina resultat i ett alkoholpolitiskt perspektiv.

På faktablanet visar mina resultat att högkonsumenternas andel de fakto måste vara mycket större än totalkonsumtionsmodellens ekvationer vaskat fram och framförallt att deras konsumtion är mer beroende av alkoholvanorna i samhället än som framkommer av surveydata. Det förefaller sannolikt att storkonsumenter enligt 5 cl definitionen för män och 3,15 cl definitionen för kvinnor svarar för en betydligt större del än 30 procent av konsumtionen i resp könsgrupp.

Detta ställer storkonsumenter mera i blickpunkten än normalkonsumenter när det gäller att bedöma vilken vanegrupp som huvudsakligen står bakom de föränd-

ringar i totalkonsumtionen som kan iaktas t.ex. vid prissänkningar, något som också vissa teoretiker hävdar.

Även om mina data i större utsträckning ger stöd för den sistnämnda tolkningen är den faktiska bilden förmodligen mera komplex. Diskrepansen mellan totalkonsumtionens eleganta matematiska modell och modellens förmåga att förutsäga prevalensen av storkonsumenter med även beskedliga krav på precision och i ännu större grad modellens möjligheter att förklara konsumtionstillväxtens dynamik är uppenbar.

Sett i ett alkoholpolitiskt perspektiv måste först och främst framhållas, att det finns goda empiriska belägg för att alkoholrestriktioner har påtagliga effekter på de alkoholrelaterade problemens storlek. Restriktionerna når antingen direkt alkoholproblematikerna eller måhända kan de också nå dem indirekt via "kedjereaktioner" från normalkonsumenternas nätverk. En försvagning av dessa åtgärder kan endast få en skadegenerande effekt, oberoende av hur dessa överföringsprocesser ser ut.

Detta står något i motsats till den tolkning av totalkonsumtionsmodellen som hävdar att normalkonsumenter skall ställas i blickpunkten. Det är visserligen så att förändringar av genomsnittskonsumtionen förändrar alkoholkonsumtionen mest i mitten av fördelningen och minst i svansen, men skadeeffekterna är inte proportionella till konsumtionsförändringar. En ökning av årskonsumtionen med två liter innebär en fördubbling hos en normalkonsument med en årskonsumtion på två liter och en 10 procent ökning för en storkonsument med en förbrukning på 20 liter, men kan åstadkomma betydligt större skador i det senare fallet.

Mitt perspektiv innebär att restriktionspolitiken helst borde kompletteras med riktade åtgärder mot storkonsumenter. Att åtgärder av denna typ för etablerade missbrukare inte brukar vara framgångsrika behöver inte särskilt utvecklas.

Om mot storförbrukare riktade åtgärder, som brukar vara betydligt dyrare än de s.k. icke-individbundna restriktionerna kan substituera några av de sistnämnda är en viktig fråga i tiden, där det totala antalet restriktioner skall utgöra ett minimum. Även om enligt mina resultat utsikterna förefaller vara något gynnsammare än enligt den alternativa tolkningen av totalkonsumtionsmodellen, vill jag rekommendera en konservativ hållning.

## Fotnoter

- 1) Skog erhöll för sambandet mellan medelvärdet för respondenter med alkoholkonsumtion i liter ren alkohol per år ( $m$ ) och proportionen storkonsumenter med en daglig konsumtion på 5 cl eller mer ( $p_5$ ) respektive 10 cl eller mer ( $p_{10}$ ) bland alkoholkonsumenter följande ekvationer (Skog, 1985, s 17):  

$$p_5 = 0,0028 * m^{1,75} \text{ resp } p_{10} = 0,00043 * m^{1,99}$$
- 2) Totalkonsumtionsteorin kallas i den engelskspråkiga litteraturen för det mesta för "single distribution theory", vilket framförallt indikerar att det inte tycks finnas en specifik alkoholistgrupp som ger upphov till specifika kurvor.

- 3) Speciellt vill jag i detta sammanhang tacka Anders Romelsjö, Ulf Rydberg, Hans Bergman, Kerstin Damström-Thakker samt Bengt Aretz vid Karolinska Institutet/Karolinska Sjukhuset, Nils-Magnus Björkman vid Stockholms universitet, Orvar Olsson vid Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning (CAN) samt Lars Sundbom vid Samhällsvetenskapliga Forskningsinstitutet i Uppsala (SAMU). Vidare vill jag tacka dr Damström-Thakker, docenten Anders Romelsjö samt professorerna Gösta Carlsson och Ole-Jørgen Skog för värdefulla synpunkter som framförts efter läsningen av mitt manuskript.
- 4) Denna undersökning representerar pilotundersökningen till RUS (enkätdelen). RUS genomfördes sedan med vad gäller alkoholfrågor identiska frågor och ingår i Skogs sampel. Jag har inte lyckats att spåra RUS. Den andra svenska undersökningen i Skogs sampel är studie nr 6 i mitt sampel.
- 5) Det visade sig att loglinjära modeller gav en tillfredsställande lösningar. Ekvationen (1) för proportionen storkonsumenter bland männen (pm) på grundval av de manliga normalkonsumenternas medelkonsumtion i liter ren alkohol (mm) i 16 populationer (population nr 15 har uteslutits pga att en enda storkonsument fanns med) blev följande:
- $$pm = 0,0077 * mm^{1,93}$$
- Ekvationen för proportionen storkonsumenter bland kvinnor (pk) på grundval av de kvinnliga normalkonsumenternas medelkonsumtion i liter ren alkohol (mk) i populationerna nr 1-17 blev följande:
- $$pk = 0,00327 * mk^{1,97}$$

## Litteratur

- Alanko, T. (1984) An overview of techniques and problems in the measurement of alcohol consumption In: Smart, R. G., Caphell, H. D., Glaser, F. B., Israel, Y., Kalant, H., Popham, R. E., Schmidt, W. & Sellers, E. M. (Eds.) *Research Advances in Alcohol and Drug Problems*, Vol. 8, New York: Plenum Press, 1984, pp. 209-226.
- Andersson, T. (1988) Alkoholvanor i ett utvecklingsperspektiv, Psykologiska institutionen, Stockholms universitet, Stockholm 1988
- Björkman, N-M. (1979) Social önskvärdhet som felkälla i frågeundersökningar. En jämförelse mellan två datainsamlingsmetoder, Sociologiska Institutionen, Stockholm
- Boman, M. (1978) Some genetic aspects of alcoholism and criminality ; *Arch Gen Psychiatry*, 35:269-276
- Cederlöf R. (1970) The Swedish Twin Registry. Past and future use; *Acta Genet Med Gemellol* 1970; 351:19
- Collet, J. (1968) Fylleriet i statistisk och sociologisk belysning, i Bot eller böter, Betänkande avgivet av Fylleristrafutredningen, Del 2, Bilagor, SOU 1968:56, Stockholm
- Cooke, D. J. & Allan, A. (1983) Self-Reported Alcohol consumption and Dissimulation in a Scottish Urban Sample. *J. Stud. Alcohol* 44: 617-629,
- Cutler S. F., Wallace, P.G. & Haines A. P. (1988) Assessing alcohol consumption in general practice patients - a comparison between questionnaire and Interview (Findings of the Medical Research Council's general practice research frame work study on lifestyle and health) *Alcohol and alcoholism* Vol 23. No 6. 441-450
- de Lint, J. & Schmidt, W. (1968) The Distribution of Alcohol Consumption in Ontario, *Quartl. J. Stud. Alc.*, 29, 968-973



- Dahlgren L (1989) Kvinnliga alkoholmissbrukare, psykopatologi och behandling, *Läkartidningen* Vol 86; Nr 7 537–539
- Damström-Thakker, K (1990) Long-term Utilization of Medical and Social Services in a Population of Clinical Alcoholics, Department of Clinical Alcohol and Drug Addiction Research, Karolinska Institute, and Magnus Huss Clinic, Karolinska Hospital, Stockholm, Sweden
- Essen-Möller, E. (1956) Individual traits and morbidity in a Swedish rural population; *Acta Psychiatr. Neurol. Scand. Suppl.* 100, 160
- Hagnell, O (1968) A Swedish psychiatric study epidemiological study, the Lundby Project, *Soc Psych* 3, 75–78
- Halldin, J (1984) Prevalence of Mental Disorder in an Urban Population in Central Sweden with a Follow-up of Mortality; Karolinska Institute, Department of Social Medicine, Sundbyberg
- Holmberg, R. & Malmström U (1987) *Alkoholrådgivning för kvinnor*; Stockholm; Stockholms socialförvaltning
- Kaj L (1960) Studies on the etiology and sequels of abuse of alcohol. Dep. of Psychiatry, University of Lund; Lund
- Medlund P., Cederlöf R. Floderus-Myrhed B., Friberg L. & Sörensen S. (1976) Ett nytt svenskt tvillingsregister. Statens Naturvårdsverk, Stockholm
- Nilsson, T. & Svensson, P. G. (1971) Svenska folkets alkoholvanor – RUS (Riksundersökningen). I Svenska folkets alkoholvanor. Rapport från den alkoholpolitiska utredningen, Stockholm: Finansdepartementet, Statens Offentliga Utredningar 1971:77, pp 1:1–1:102.
- Kühlhorn, E & Björ, J (1991) De nyktra och alkoholkonsumenterna. I Gustavsson, A (Red.) *Alkoholister och nykterister*. *Etnolore* 10, Uppsala.
- Kühlhorn E. & Leifman H. (1993) Alcohol surveys with high and low coverage rate. A comparative analysis of survey strategies in the alcohol field; *J Stud. Alc* Vol 54, No 5 542–554
- Lassenius B (1974) Motboksreformens effekt på alkoholism. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*, Band 28, Supplement 1, Kungsbacka
- Laboratoriet för stressforskning (1993) *Sjuksköterskornas arbetsmiljö*, Rapport, Karolinska Institutet, Stockholm
- Ledermann, S. (1956) *Alcool, Alcoolisme, Alcoolisation*. Presse Universitaires de France, Paris
- Mützell, S., Tibblin, G. & Bergman H. (1987) Heavy Alcohol Drinking and Related Symptoms in a Population Study of Urban Men; *Alcohol & Alcoholism*, Vol.22. No 4,419–426
- Nunally J c & Wilson H W (1976) Validity, Reliability, and Special Problema of Measurement in Evaluation Research i Stuening E L & Guttentag M. *Handbook of Evaluation Research*; Vol 1; Sage, Beverly Hills
- Olsson O (1990) *Totalkonsumtionsmodellen – en forskningsöversikt*, CAN, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, Rapportserie, Nr 12, Stockholm
- Pernanen, K. (1974) Validity of survey data on alcohol use. In: Gibbins, R.J., Israel, Y., Kalant, H., Popham, R.E., Schmidt, W and Smart, R. G. (Eds) *Research Advances in Alcohol and Drug Problems*, Vol. 1, New York: John Wiley & Sons, Inc., pp 355–374.
- Romelsjö, A. (1987) Epidemiological studies on the relationship between a decline in Alcohol Consumption, social factors and alcohol-related disabilities in Stockholm

- County and in the whole of Sweden; Karolinska Institute, Department of Social Medicine, Sundbyberg
- Romelsjö A. & Lundberg M. (1993) Is there a role for socio-demographic factors in the total consumption model, *Addiction* (accepterat)
- Romelsjö A. & Leifman H. (1993) A comparative study of two methods for alcohol consumption in a general population questionnaire, (manuskript) Karolinska Institute, Department of Social Medicine, Sundbyberg
- Room, R. (1977) Measurement and Distribution of Drinking Patterns and Problems in General Populations, in Edwards G., Gross M. M., Keller M. & Moser J. ;Genève; WHO-Offset Publ No 32; 61-87
- Rydberg U., Damström Thakker, K. & Skerfving S. (1993) Risk Evaluation of Alcohol; *International Review of Psychiatry*, 1/1993; under utgivning
- Saunders, J. B.; Aasland, O. G, Amundsen, A. & Grant M. (1993) Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-I; *Addiction*88,349-362
- Simpura, J. (1981) Scandinavian Drinking Survey: construction of indices of alcohol intake, Reports from the National Institute for Alcohol Research, No. 46. Oslo.
- SHSTF (1993) Hur mår syster? En forskningsrapport om sjuksköterskornas psykosociala arbetsmiljö, Svenska hälso och sjukvårdens tjänstemannaförbund, Stockholm
- Single, E. W. (1988) The Aivaiability Theory of Alcohol-related Problems i Chaudron C D & Wilkinson, D A (Eds) (1988) Theories on Alcoholism ; *Addiction Research Foundation*, Toronto
- Skog, O. J. (1980) Social interaction and the distribution of alcohol consumption *Journ. on Drug Issues* 80/01 p 71-92
- Skog O. J. (1982) The Distributiononn of Alcohol Consumption Part I: A Criical Discussion of the Ledermann Model; National Institute of Alcohol Research, Oslo, No. 64/82.
- Skog O. J. (1983/1) The Distributiononn of Alcohol Consumption Part II: A Review of the first Wave of Empirical Studies; National Institute of Alcohol Research, Oslo, No. 67/83.
- Skog O. J. (1983/2) The Collectivity of Drinking Cultures: A Theory of the distribution of Alcohol Consumption; National Institute of Alcohol Research, Oslo, No. 69/83.
- Skog O. J. (1985) The Distributiononn of Alcohol Consumption Part III: Evidence of a Collective Drinking Culture; National Institute of Alcohol Research, Oslo, No. 8/85.
- Skog O. J. (1993) The tail of the alcohol consumption distribution, *Addiction* 88,601-610
- Skog O. J. & Duckert F. (1993) The Development of Alcoholics' and Heavy Drinkers' Consumption: A Longitudinal Study *J Stud. Alc/arch* 93 178-188
- SOU 1951:43 1944 års nykterhetskommitté: Statistiska undersökningar. Statens Offentliga Utredningar; Stockholm.
- Sundbom, L. (1992) Studenterna och alkoholen. En undersökning av alkoholvanorna bland medlemmarna i Uppsala studentkår; Forskningsrapport från SAMU nr 4; Uppsala
- Vaillant G (1983) *The Natural History of Alcoholism*, Havard University Press, Cambridge; Mass.
- Öjesjö L (1983) *An Epidemiological Investigation of Alcoholism in a total Population; the Lundby Study*; Institutionen för Social- och Rättspsykiatri, Lunds universitet, Lund

## Tabellbilaga

Tabell 1. Sjutton svenska undersökningar med uppgifter om alkoholkonsumtion.

Nr	Förkortning	År	Beskrivning	Män	Kvinnor
1	A1	1987	Representativ 18–74 år <sup>1)</sup>	575	547
2	A2	1988	Representativ 18–74 år <sup>1)</sup>	560	542
3	A3	1989	Representativ 18–74 år <sup>1)</sup>	561	575
4	A4	1990	Representativ 18–74 år <sup>1)</sup>	563	548
5	B	1988	Representativ 18–74 år <sup>1)</sup>	2827	2785
6	NO	1979	Representativ 18–74 år <sup>2)</sup>	877	910
7	H84	1984–86	Representativ för ett sjukvårdsområde i Storstockholm	1856	2238
8	H90	1990	Representativ 18–74 år för Stockholms län <sup>4)</sup>	1328	1489
9	STU	1991	Representativ för studenter vid ett storstadsuniversitet 18–30 år <sup>5)</sup>	335	485
10	KH	1991	Representativ för en stadsdel i Stockholm	1054	1359
11	AB	1986–89	Representativ för ett företag i Stockholm <sup>6)</sup>	314	75
12	KART	1978–79	Systematiskt urval 20–70 år med lika stora åldersgrupper i ett sjukvårdsområde i Storstockholm <sup>7)</sup>	200	200
13	APU	1967	Representativ 15–70 år <sup>8)</sup>	227	209
14	TVI	1961	Representativ för tvillingar 42–81 år <sup>9)</sup>	4610	6346
15	MED	1991	Representativ för sjuksköterskor <sup>10)</sup>	386	2214
16	UP	1991	Representativ för studenter vid ett svenskt universitet <sup>11)</sup>	201	199
17	THE	1992	Representativ 18–74 år <sup>12)</sup>	996	1100

<sup>1)</sup> Se Köhlhorn & Leifman, (1993); <sup>2)</sup> se Simpura, (1981) <sup>3)</sup> se Romelsjö, (1987) <sup>4)</sup> se Romelsjö & Lundberg, (1993) <sup>5)</sup> se Köhlhorn, (1993) <sup>6)</sup> pågående projekt, se Romelsjö & Leifman (1993) <sup>7)</sup> se Mützell m fl, 1987; <sup>8)</sup> se Björkman, (1973, 1987) <sup>9)</sup> se Cederlöf (1970), Medlund m fl (1976); denna del innehåller endast 42–59-åringar vid året för undersökningen <sup>10)</sup> pågående projekt, Laboratoriet för stressforskning; Karolinska Institutet (1993); männen systematiskt överrepresenterade <sup>11)</sup> Sundblom (1991) <sup>12)</sup> pågående projekt, Olsson, Centraförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning, Stockholm

Tabell 2. Normal- och storkonsumenter enligt 17 svenska undersökningar.

Studie	Samtliga			Storkonsumenter <sup>1)</sup>			Normalkonsumenter <sup>2)</sup>	
	Alkoholkonsumtion i cl per år			Andel	Alkoholkonsumtion i cl per år		Alkoholkonsumtion i cl per år	
	n	m	s	%	m	s	m	s
<b>Män</b>								
1	575	660	886	6,78	3057	1525	485	477
2	560	688	1145	8,39	3157	2672	461	423
3	561	707	1092	7,13	3157	2723	519	480
4	563	672	1300	6,22	3956	3624	454	438
5	2827	288	594	1,70	3167	2132	238	370
6	877	455	730	4,22	3108	1519	337	365
7	1856	713	876	7,00	3049	1481	537	467
8	1328	607	878	5,35	3181	2051	461	430
9	335	962	1005	15,22	2831	1012	627	519
10	1054	665	1070	5,69	3413	2897	500	481
11	314	1230	1332	21,97	3155	1548	687	515
12	200	718	1264	7,50	3838	2938	465	462
13	227	335	525	4,44	2352	450	242	242
14	5214	255	456	0,86	3175	1754	226	226
15	399	325	289	0,03 <sup>1)</sup>	–	–	321	321
16	201	970	986	12,94	2876	1200	687	687
17	996	532	865	4,72	3206	2189	399	399
<b>Kvinnor</b>								
1	547	242	329	2,01	1646	358	213	258
2	542	289	566	4,06	2164	1680	209	255
3	575	328	956	4,52	3045	3422	199	237
4	548	228	387	2,01	2012	1272	192	236
5	2785	70	178	0,22	2030	764	66	149
6	910	165	361	1,76	2167	1256	129	181
7	2238	319	515	4,02	2113	1270	243	263
8	1489	258	576	2,55	2595	2326	196	235
9	485	497	629	10,10	1893	923	340	320
10	1359	348	630	3,83	2155	2240	277	286
11	75	688	751	21,33	1821	721	380	366
12	200	229	322	2,50 <sup>5)</sup>	1600	259	193	235
13	209	93	216	0,96 <sup>2)</sup>	1547	33	79	160
14	6346	56	149	0,36	1640	452	50	107
15	2214	162	189	0,32 <sup>7)</sup>	1892	783	156	157
16	199	511	667	11,06	1863	1052	343	343
17	1100	214	365	2,46	1780	811	174	174

<sup>1)</sup> minst 5 cl alk/dag (män); minst 3,15 cl alk/dag (kvinnor)<sup>2)</sup> mindre än storkonsumenter inkl nykterister

Tabell 3. Incidensen av levercirrossjuklighet 1988 och alkoholkonsumtion för män och kvinnor i storstadsområdena och i övriga Sverige.

Områden	Invånare (1000)	Levercirrossjuklighet per 100 000 invånare 1988		
		Män	Kvinnor	Samtliga
Storstadsområden	2 658	71,26	38,34	54,59
Övrigt	5 801	45,74	28,08	36,80
Hela riket	8 459	53,76	31,31	42,39

Tabell 4. Skillnader i konsumtionen mellan storstadsområden och övriga områden för normalkonsumenter och storkonsumenter i en och samma studie i respektive könsggrupp för riksrepresentativa undersökningar med minst 15 storkonsumenter.

	Män				Kvinnor		
	Studie nr				Studie nr		
	1-4	5	6	17	1-4	6	17
<b>Normalkonsumenter<sup>1)</sup></b>							
Storstad							
Antal	652	801	227	243	771	264	295
Medelvärde	528	306	445	445	248	175	247
Övrigt							
Antal	1446	1978	561	684	1371	578	757
Medelvärde	458	211	297	386	178	112	146
T-test <sup>2)</sup> för skillnader storstad/övrigt	3,94 <sup>c)</sup>	5,96 <sup>c)</sup>	5,98 <sup>c)</sup>	2,51 <sup>b)</sup>	6,33 <sup>c)</sup>	4,23 <sup>c)</sup>	5,19 <sup>c)</sup>
<b>Storkonsumenter<sup>3)</sup></b>							
Storstad							
Antal	59	24	21	12	36	10	11
i procent av samtliga respondenter i storstad	8,3	2,9	8,5	4,7	4,5	3,6	3,7
Övrigt							
Antal	102	24	15	32	34	6	14
i procent av samtliga respondenter utanför storstad	6,6	1,2	2,6	4,5	2,4	1,0	1,9
T-test <sup>2)</sup> på skillnaden i proportionen storkonsumenter storstad/övrigt	1,41	2,70 <sup>b)</sup>	3,09 <sup>b)</sup>	0,14	2,44 <sup>b)</sup>	2,19 <sup>b)</sup>	1,55
Storstad							
Medelvärde	2805	2893	3311	2585	2188	2385	1635
Övrigt							
Medelvärde	3597	3441	2847	3097	2598	1804	1861
T-test <sup>2)</sup> för skillnaden storstad/övrigt	-2,15 <sup>a)</sup>	-0,83	0,58	-0,86	-0,65	0,81	-0,52

1) 0-4,9 cl 2) Enkelriktat test på individuella värden som transformerats till naturliga logaritmer; a):p<0,05; b):p<0,01; c):p<0,001; 3) 5 cl +

Tabell 5. Rapporterad medelkonsumtion och tillhörighet till storkonsumentkategorin (minst 5cl alkohol dagligen) för män uppdelade enligt antalet nykterhetsregistreringar (studie nr 14).

Männen i tvillingsundersökningen	Antalet nykterhetsregistreringar						
	0	1	2	3	4	Minst 5	Summa
Antal respondenter	4111	323	140	55	40	120	4789
Alk cl 100 procent år	214	411	440	542	437	769	253
procent storkonsumenter	0,5	2,5	2,1	5,5	2,5	5,8	0,9

Tabell 6. Vissa uppgifter om daglig konsumtion i cl ren alkohol av alkoholister.

Land	År	Plats för selektion/diagnos	Män	Kvinnor	Samtliga
(1) Australien <sup>1)</sup>	1982	Avgiftningsklinik			24
(2) Bulgarien <sup>1)</sup>	1982	Alkoholiklinik för öppen vård			15
(3) Kenya <sup>1)</sup>	1982	Alkoholiklinik för öppen vård			30
(4) Mexico <sup>1)</sup>	1982	Poliklinik			30
(5) Norge <sup>1)</sup>	1982	Multicenterstudie från 6 sjukhus och 10 praktiker			23
(6) USA <sup>1)</sup>	1982	Slutenvård i en sjukhusavdelning för alkoholister			24
Summa 1–6			25	22	
Norge <sup>2)</sup>	1979	Behandling			18
Norge <sup>2)</sup>	1979	Behandling			18
Norge <sup>4)</sup>	1979–80	Behandling			10,5
Norge <sup>4)</sup>	1982–85	Öppen vård, speciell rekrutering			6,5
Danmark <sup>2)</sup>	1965–67	Behandling			19
Finland <sup>2)</sup>	1956–57	Behandling			10
Canada <sup>2)</sup>	1967–68	Behandling			25
Tyskland <sup>2)</sup>	1960–63	Behandling			23
Australien <sup>2)</sup>	1966–67	Behandling			26
Frankrike <sup>2)</sup>	1959	Alkoholister i barer			34
Sverige <sup>3)</sup>	1976–81	Konsekutiva alkoholister i en specialklinik för alkoholister	32	22	
Sverige <sup>5)</sup>	1983	Öppen specialmottagning		5	
Sverige <sup>6)</sup>	1981	Klinik för kvinnor		15	

<sup>1)</sup> Källa: Saunders m fl (1993); <sup>2)</sup> Källa: Skog (1983/2) <sup>3)</sup> Källa: Damström-Thakker (1990) <sup>4)</sup> Skog m fl 1993 <sup>5)</sup> Holmberg & Malmström (1987) <sup>6)</sup> Dahlgren (1989)

Tabell 7. Dagskonsumtionen i cl alkohol 100 procent under den senaste veckan samt under en period när patienten dricker som mest för män och kvinnor i patient- och normalmaterialet, kategoriserade enligt daglig konsumtion under senaste veckan.

	Kategorier enligt daglig konsumtion under senaste veckan						Totalt
	0	0,1-4,9	5-9,9	10-19,9	20-39,9	40 +	
<b>Män</b>							
Kliniskt material	n=44	n=15	n=19	n=72	n=223	n=166	n=539
Senaste veckan	0	3	7	15	30	55	32
Dryckesperiod	28	19	23	23	35	51	37
Normalmaterialet	n=42	n=143	n=10	n=4	n=1	n=0	n=200
Senaste veckan	0	2	7	14	36	-	3,5
Dryckesperiod	1	4	11	11	27	-	7,4
<b>Kvinnor</b>							
Klinisk material	n=16	n=7	n=28	n=42	n=50	n=21	n=164
Senaste veckan	0	3	7	15	29	58	22
Dryckesperiod	16	14	14	16	30	49	24
Normalmaterialet	n=64	n=135	n=1	n=0	n=0	n=0	n=200
Senaste veckan	0	1	6	-	-	-	0,9
Dryckesperiod	1	4	25	-	-	-	3,7

1) Skog menar att det kan finnas en viss liten grupp utanför den här modellen

2) Undersökning nr 13 har en rektangulär fördelning för att underlätta jämförelsen med en klinisk population



Tabell 7. Läkemedelsanvändning i alkohol 100 procent under den senaste veckan hos sommar- och vinterpatienter i olika sjukhus. För män och kvinnor i patient- och närståendeundersökningen kategoriserades dagligt förskrivna läkemedel under senaste veckan.

Kategori	Kategori enligt daglig konsumtion under senaste veckan					
	0	0-1-4-9	5-9-9-10-19-9	20-29-9	30-9	Totalt
<b>Män</b>						
Kliniskt medelst	n=14	n=16	n=19	n=12	n=23	n=166
Generiskt	0	3	7	12	30	52
Dykeriskt	28	10	23	28	22	111
Normalkostnad	n=42	n=13	n=10	n=4	n=1	n=70
Generiskt	0	2	3	14	36	—
Dykeriskt	1	4	11	11	23	50
<b>Kvinnor</b>						
Kliniskt medelst	n=18	n=7	n=28	n=12	n=20	n=214
Generiskt	0	3	7	18	29	57
Dykeriskt	18	14	14	18	30	114
Kostnadsfritt	n=24	n=13	n=7	n=0	n=0	n=50
Generiskt	0	1	8	—	—	—
Dykeriskt	1	4	22	—	—	27

1) SKG medelst del kan finnas i vissa läkemedelsgrupper som inte ingår i denna undersökning.  
 2) Undersökning nr 10 har en läkemedelskonsumtion för ett mindre antal patienter med en klinisk population.

Man kan urskilja två huvudsakliga strategier för att minska alkoholkonsumtionen och populationens risk för alkoholrelaterade sjukdomar och skador. Den första strategin är att minska alkoholkonsumtionen och den andra strategin är att minska alkoholkonsumtionen i de mest utsatta delarna av befolkningen. Detta innebär att man ska rikta in sig på att minska alkoholkonsumtionen i de mest utsatta delarna av befolkningen.

Logiken bakom denna strategi är att om man minskar alkoholkonsumtionen i de mest utsatta delarna av befolkningen, så minskar också alkoholkonsumtionen i de andra delarna av befolkningen. Detta innebär att man ska rikta in sig på att minska alkoholkonsumtionen i de mest utsatta delarna av befolkningen. Detta innebär att man ska rikta in sig på att minska alkoholkonsumtionen i de mest utsatta delarna av befolkningen.

## Preventionsstrategier på alkoholområdet

Thor Norström

Syftet med denna rapport är att beskriva de olika typerna av alkoholrelaterade sjukdomar och skador och att beskriva de olika typerna av alkoholrelaterade sjukdomar och skador. Detta innebär att man ska rikta in sig på att minska alkoholkonsumtionen i de mest utsatta delarna av befolkningen. Detta innebär att man ska rikta in sig på att minska alkoholkonsumtionen i de mest utsatta delarna av befolkningen.

### Metod

Vad som beskrivs i denna rapport är de olika typerna av alkoholrelaterade sjukdomar och skador och de olika typerna av alkoholrelaterade sjukdomar och skador. Detta innebär att man ska rikta in sig på att minska alkoholkonsumtionen i de mest utsatta delarna av befolkningen. Detta innebär att man ska rikta in sig på att minska alkoholkonsumtionen i de mest utsatta delarna av befolkningen.

# Innehåll

<b>Metod</b>	225
<b>Resultat</b>	227
Levercirrhos	227
Dödsolyckor	229
Suicid	232
<b>Diskussion</b>	234
<b>Appendix</b>	235
<b>Referenser</b>	236

Man kan urskilja två huvudstrategier för preventionsarbete: riskgruppsstrategin och populationsstrategin. På det alkoholpolitiska området innebär den förstnämnda strategin att man inriktar åtgärderna mot storkonsumenterna, medan den senare tar sikte på en generell konsumtionsminskning, dvs. att intaget minskas även bland dem med liten eller måttlig konsumtion.

Logiken bakom riskgruppsstrategin är ganska uppenbar: det är storkonsumenterna som uppvisar den största risken för alkoholskador, och därför är det angeläget att minska just storkonsumtionen. Frågan är dock om denna strategi alltid är den effektivaste. Rose (1992) har visat att populationsstrategin har en större potential för preventionen av en rad hälsoproblem. Förklaringen till detta är den s.k. preventionsparadoxen: även om skaderisken är störst i gruppen med extremt hög exponering, så är denna grupp så liten att endast en mindre del av fallen återfinns här. Visserligen är riskexponeringen lägre bland resten av befolkningen, men genom sin storlek genererar de fler fall.

På basis av surveydata har Kreitman (1986) funnit stöd för preventionsparadoxens giltighet på alkoholområdet: enligt resultaten är det grupperna med liten och måttlig konsumtion som svarar för merparten av de alkoholrelaterade problemen, och en reduktion av antalet storkonsumenter skulle således endast ha en begränsad effekt jämfört med en generell konsumtionsminskning. Självdeklarerade uppgifter om konsumtion och upplevda problem – som det är fråga om här – är naturligtvis problematiska vad gäller tillförlitlighet, och man kan fråga sig vilken inverkan detta har på resultaten. En invändning som ligger nära till hands är att storkonsumenternas problem är såväl gravare som mer frekventa (frågorna avser vanligen om man har upplevt ett eller flera problem av ett visst slag). (Se Sinclair och Sillanaukee (1993) för kritik av detta slag.) Man kan vidare fråga sig vilken räckvidd resultaten har; även om de problem som beaktats inte är triviala är det av stort intresse att granska om slutsatserna är giltiga även för de allvarigare formerna av alkoholskador.

Syftet med denna studie är att undersöka preventionsparadoxens giltighet för olika former av alkoholrelaterad dödlighet vilka tillsammans täcker lejonparten av den alkoholbetingade dödligheten. En väsentligt annorlunda metod kommer att appliceras. Genom att begränsningarna i denna metod inte är identiska med de som nämnts ovan fås ett bredare underlaget för att bedöma potentialen hos alternativa preventionsstrategier.

## Metod

Vad som bestämmer incidensen av en viss skada är dels alkoholkonsumtionens nivå och fördelning, dels skadans riskfunktion, dvs. relationen mellan alkoholintag och relativ risk. (Om riskfunktionen är linjär saknar dock konsumtionens fördelning betydelse.) Utfallet av de två alternativa preventionsstrategierna kommer här att belysas genom modellsimuleringar, vilka så långt möjligt är baserade på tillgänglig empiri. Ansatsen kan i korthet beskrivas på följande sätt: incidensen

av en viss skada beräknas utifrån skadans riskfunktion och en empiriskt bestämd konsumtionsfördelning. Utfallet av en populationsstrategi belyses sedan genom beräkningar av hur mycket incidensen minskar vid en reduktion av totalkonsumtionen med 25 procent. En sådan konsumtionsminskning är vad WHO ställt upp som mål inför år 2000, och den ligger också inom ramen för historisk erfarenhet. Hur mycket måste intaget minska bland storkonsumenterna för att matcha denna sänkning av totalkonsumtionen? En beräkning av detta ger en belysning av riskgruppsstrategin.

De skador som behandlas är dödlighet i levercirrhos, dödsolyckor samt självmord. Om levercirros kan antas vara representativt för en bredare kategori av alkoholrelaterad dödlighet i sjukdomar, täcker dessa tre skadeformer ganska väl den totala alkoholrelaterade dödligheten.

Skattningen av konsumtionsfördelningen är baserad på intervjuundersökningar utförda av SIFO. För att minska samplingvariationen har data från fyra omgångar (1987–1990) slagits samman. Täckningsgraden är cirka 75 procent, vilket är högre än vad man brukar få i denna typ av undersökningar. (För en mer detaljerad beskrivning, se Köhlhorn och Leifman (1993)).

Tabell 1, kolumn 1, visar den skattade genomsnittskonsumtionen (liter 100 procent per år) för olika konsumtionskategorier (män 16–74 år, N=2133) efter en uppräkningsfaktor (med faktorn 1.39) som ger en konsumtion på 10 liter per capita. Givet en könkvot på 2.5 mellan mäns och kvinnors intag (Köhlhorn och Leifman 1993) skulle detta gälla vid en genomsnittskonsumtion på cirka 7 liter för hela befolkningen. Frekvenserna har räknats upp så att de summerar till 100 000.

Den välkända snedfördelningen av konsumtionen framgår i kolumn 3; de 20 procent som har det största intaget svarar för cirka 40 procent av den totala konsumtionen. Variationskoefficienten ( $CV = \text{standardavvikelse} / \text{medelvärde}$ ) är lika med 1.24.

För att göra populationsstrategin realistisk har jag vid beräkningen av den 25-procentiga minskningen i totalkonsumtion beaktat den regressionseffekt som Skog (1985a) rapporterar. Detta innebär att den relativa konsumtionsminskningen avtar som en funktion av den initiala konsumtionen. Följande formel beskriver förhållandet mellan initial ( $A_1$ ) och reducerad konsumtion ( $A_2$ ):

$$A_2 = A_1 * K^{1.47 - 0.166 \ln A_1}$$

Exponenten har skattats utifrån Skogs (1985a) data. För  $K = 0.748$  erhålls en 25-procentig minskning av konsumtionen per capita. Kolumn 4 (Tabell 1) visar den relativa konsumtionsminskningen för olika konsumtionskategorier, med en variation från 35 procent för den lägsta konsumtionsklassen till 21 procent för den högsta. Kolumn 5 visar konsumtionsfördelningen efter en 25-procentig reduktion i totalkonsumtionen, där regressionseffekten beaktats enligt formeln ovan.

Tabell 1. Observerad medelkonsumtion (liter 100% per år) i olika konsumtionskategorier (kolumn 1), relativ reduktion (%) vid en minskning av totalkonsumtionen med 25% (kolumn 4), och medelkonsumtion efter reduktion (kolumn 5).

Konsumtion (liter/år)	Antal	Andel av total konsumt. (%)	Reduktion (%)	Reducerad konsumtion
0.0	8 000	0		0.0
0.9	22 000	2	35	0.6
3.6	10 000	4	30	2.6
5.6	10 000	5	29	4.0
7.7	10 000	8	28	5.5
10.1	10 000	10	27	7.4
12.0	5 000	6	26	8.8
13.7	5 000	7	26	10.1
16.1	5 000	8	25	12.0
19.3	5 000	10	25	14.6
25.3	5 000	13	24	19.3
55.3	5 000	28	21	43.8
	100 000	101		

## Resultat

I detta avsnitt redovisas modellberäkningar av (1) den reduktion i alkoholbetingade dödsfall i levercirrhos, olyckor och suicid som förväntas följa av en 25-procentig minskning av totalkonsumtionen, och (2) den reduktion som krävs i genomsnittskonsumtionen bland storkonsumenterna för att nå samma effekt. Avgränsningen av storkonsumenter är naturligtvis godtycklig; här har de definierats som de 5 procent som har den högsta konsumtionen.

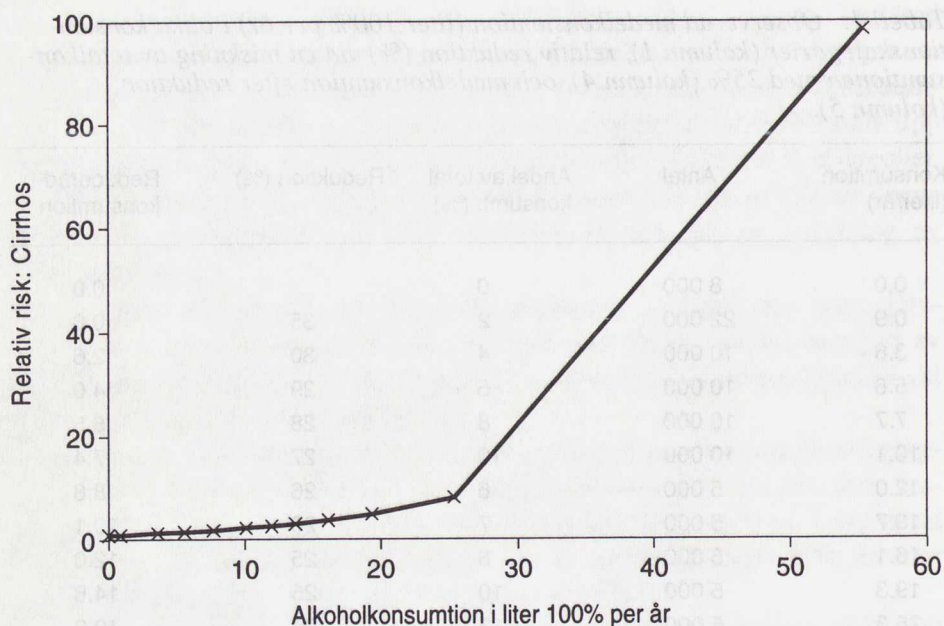
### Levercirrhos

På basis av Skogs (1985b) modellestimering av data från Pequignot med fleras (1978) fall-kontrollstudie, kan vi anslå följande riskfunktion för levercirros:

$$\text{Risk} = N \cdot e^{0.083 \cdot A}$$

där N är grundrisken (dvs. risken för icke-konsumenter), och A betecknar årskonsumtionen (liter 100 procent alkohol). Som framgår av figur 1 är denna funktion starkt konvex; en konsumtionsökning på cirka åtta liter fördubblar risken, vilket ger en dramatisk riskökning på höga nivåer.

I modellberäkningarna har denna riskfunktion använts med grundrisken (N) fixerad till 3/100 000 (Skog 1985). Tabell 2 ger följande uppgifter för respektive



Figur 1. Riskfunktion för levercirrhos.

konsumtionskategori: förväntad cirrhosdödlighet, relativ risk, procent av total dödlighet i cirrhos, samt procent av total alkoholbetingad cirrhosdödlighet. Den förväntade totala dödligheten, cirka 21 per 100 000, stämmer väl med den som observeras de år då genomsnittskonsumtionen varit på den nivå som förutsätts i beräkningarna (7 liter). Det framgår vidare att fallen är koncentrerade till de 5 procent som har den största konsumtionen, cirka 70 procent av samtliga fall, och ungefär 80 procent av de alkoholbetingade.

Med dessa förutsättningar visar beräkningarna att en minskning av totalkonsumtionen med 25 procent förväntas reducera den alkoholbetingade cirrhosdödligheten med 58 procent (Tabell 3).

Med den kraftiga ansamlingen av fallen i fördelningens svans finns dock en uppenbar potential för riskgruppsstrategin. Detta bekräftas också av modellberäkningarna: För att uppnå samma effekt som populationsstrategin är det tillräckligt att storkonsumenterna (de översta 5 procenten) minskar sitt intag med 28 procent (med bibehållen konsumtion för övriga). Detta är 7 procentenheter mer än vad populationsstrategin innebär för denna grupp.

Tabell 2. Förväntad dödlighet i levercirrhos för olika konsumtionskategorier.

Konsumtion (liter/år)	Antal	Dödlighet i cirrhos	Relativ risk	Konsumtionskategorins bidrag (%) till	
				Cirrhos (alla)	Cirrhos (alk.betingade)
0.0	8 000	0.2	1.00	1	0
0.9	22 000	0.7	1.08	3	0
3.6	10 000	0.4	1.36	2	1
5.6	10 000	0.5	1.59	2	1
7.7	10 000	0.6	1.89	3	1
10.1	10 000	0.7	2.31	3	2
12.0	5 000	0.4	2.71	2	1
13.7	5 000	0.5	3.11	2	2
16.1	5 000	0.6	3.81	3	2
19.3	5 000	0.7	4.98	4	3
25.3	5 000	1.2	8.14	6	6
55.3	5 000	14.8	98.36	69	80
	100 000	21.3		100	99

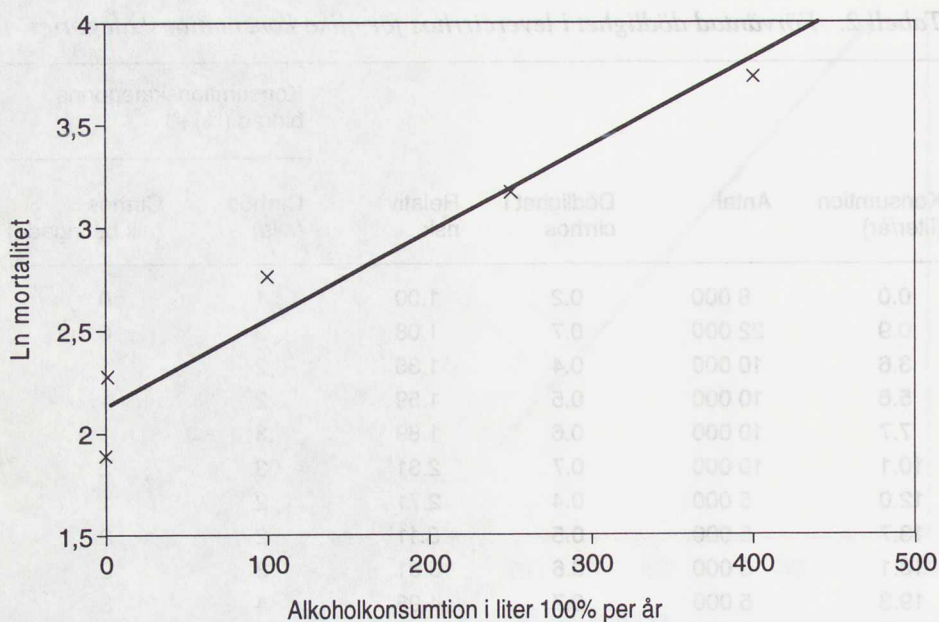
Tabell 3. Reduktion (%) i alkoholbetingad dödlighet vid en minskning av totalkonsumtionen med 25% och den konsumtionsminskning (%) som krävs bland storkonsumenter för att uppnå samma effekt.

Dödsorsak	Reduktion (%) av alk.betingade fall	Matchande reduktion i storkonsumtion (%)
Lever cirrhos	58	28
Olyckor	36	48
Suicid	38	46

### Dödsolyckor

I föregående avsnitt utgick vi från en empirisk riskfunktion för cirrhos, där risken var relaterad till årsintaget av alkohol. Jag har inte funnit någon motsvarande funktion för olyckor i litteraturen, varför en sådan kommer att skattas på indirekt

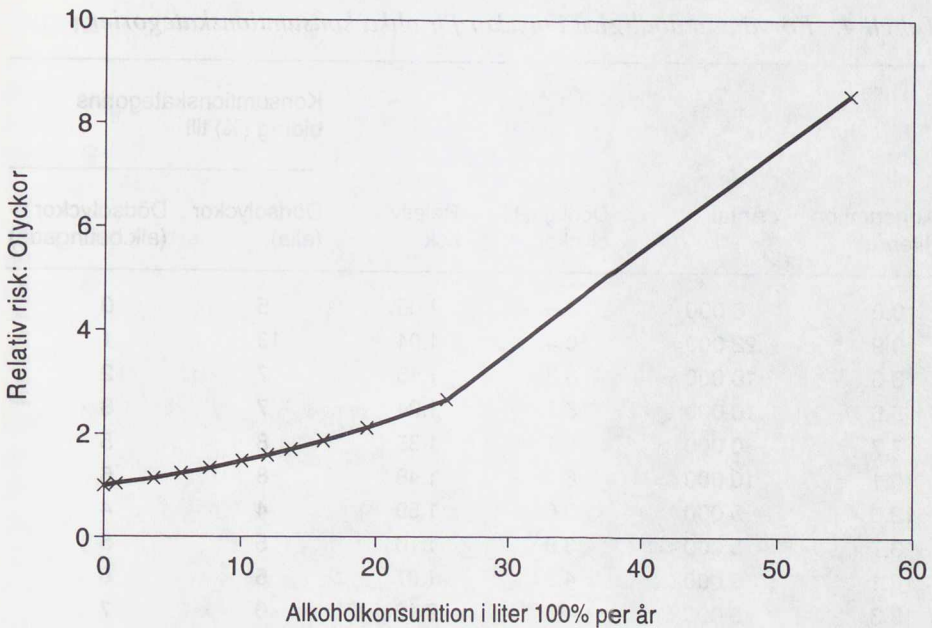




Figur 2. Riskfunktion för våldsam död.

väg. Ett första steg här är att bestämma funktionens form. Existerande riskfunktioner beskriver som regel olycksrisken som en funktion av alkoholkoncentrationen i blodet (BAC), och är oftast exponentiella (t.ex. Borkenstein m.fl. 1974). Om vi antar att det finns en nära koppling mellan alkoholintag på årsbasis å ena sidan och dryckesfrekvens och intag per dryckestillfälle å den andra, bör även den sökta funktionen vara exponentiell, dvs. ha samma form som för cirrhos. Ett stöd för denna modellform finner vi i en uppföljningsstudie av värnpliktiga (Andreasson m.fl. 1988). Där redovisas risken under uppföljningsperioden för våldsam död (där olyckor och självmord utgjorde 61 respektive 37 procent) i olika konsumtionskategorier. En exponentiell modell implicerar att den logaritmerade risken skall vara linjärt relaterad till alkoholkonsumtionen, vilket inte motsägs av data (Figur 2).

Det återstår nu att bestämma  $N$  (grundrisken eller risken bland icke-konsumenter) och exponenten, vilket gjordes på följande sätt. Den observerade dödligheten (män) i olyckor vid en genomsnittskonsumtion på 7 liter ligger runt 80 per 100 000. På basis av det aggregerade sambandet mellan konsumtionen per capita och dödligheten i olyckor (Norström 1993) kan den alkoholbetingade andelen av olyckorna skattas till 43 procent (för beräkningsmetod, se Norström 1989). Grundrisken ( $N$ ) fixerades således till  $(1-0.43) \cdot 80/100\ 000$ , dvs.  $45.6/100\ 000$ .



Figur 3. Riskfunktion för dödsolyckor.

Genom en sökprocedur valdes sedan ett värde på exponenten som, givet den observerade konsumtionsfördelningen (Tabell 1: kolumn 1 och 2), genererade en dödlighet på 80 per 100 000. Med den så valda exponenten (0.039) fås den riskfunktion som visas i Figur 3. Jämfört med cirros ser vi att riskökningen för olyckor är mer måttlig; den relativa risken i den (fem procent) högsta konsumtionskategorin är 8.5 jämfört med nära 100 för cirros.

Tabell 4 visar den beräknade dödligheten i olika konsumtionskategorier. Som framgår bidrar storkonsumenterna till en fjärdedel av alla dödsolyckor, men till hälften av de som är alkoholbetingade. Liknande resultat, baserade på en intervjuundersökning, rapporteras för alkoholbetingade olyckor utan dödlig utgång (Skog 1985c, p. 196).

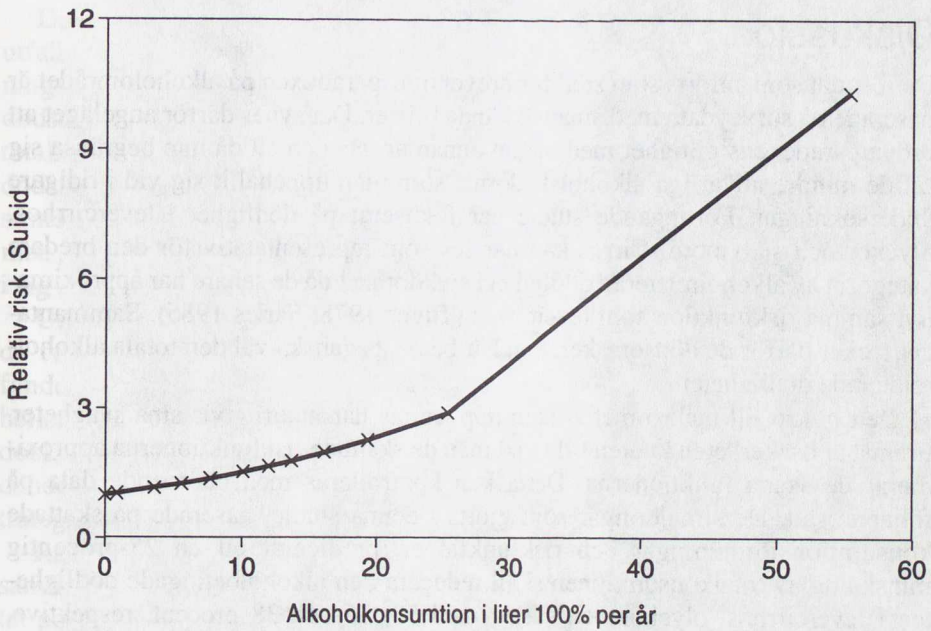
Motsvarande beräkningar som de för cirros ger vid handen att populationsstrategin (dvs. en 25-procentig generell konsumtionsminskning) förväntas reducera de alkoholbetingade olyckorna med 36 procent. Med riskgruppsstrategin uppnås denna effekt om storkonsumenterna minskar sitt intag med 48 procent (Tabell 3).

Tabell 4. Förväntad dödlighet i olyckor för olika konsumtionskategorier.

Konsumtion (liter/år)	Antal	Dödlighet i olyckor	Relativ risk	Konsumtionskategorins bidrag (%) till	
				Dödsolyckor (alla)	Dödsolyckor (alk.betingade)
0.0	8 000	3.6	1.00	5	0
0.9	22 000	10.4	1.04	13	1
3.6	10 000	5.3	1.15	7	2
5.6	10 000	5.7	1.24	7	3
7.7	10 000	6.1	1.35	8	5
10.1	10 000	6.7	1.48	8	6
12.0	5 000	3.6	1.59	4	4
13.7	5 000	3.9	1.70	5	5
16.1	5 000	4.3	1.87	5	6
19.3	5 000	4.8	2.12	6	7
25.3	5 000	6.1	2.67	8	11
55.3	5 000	19.5	8.54	24	50
	100 000	80.0		100	100

### Suicid

Inte heller för suicid är någon empirisk riskfunktion tillgänglig. Även här kan dock resultaten från Andreasson m fl (1988) åberopas som stöd för en exponentiell funktion. Denna skattades med samma indirekta procedur som för dödsolyckor. Av de observerade självmorden (givet en konsumtionsnivå lika med 7 liter) på cirka 37 per 100 000 kan sålunda 47 procent enligt aggregerade resultat (Norström 1993) attribueras till alkohol. Grundrisken (N) fixerades sålunda till 19.6/100 000. Sökproceduren resulterade i ett värde på exponenten lika med 0.042. Som framgår av Figur 4 är denna riskfunktion mycket lik den för olyckor; den växer dock något snabbare. Av detta följer också att resultaten för olyckor i stora drag även gäller för suicid. Sålunda genererar den högsta konsumtionskategorin också här cirka hälften av de alkoholbetingade fallen (Tabell 5), och utfallen av riskgruppsstrategin respektive populationsstrategin är i huvudsak desamma som för olyckor (Tabell 3).



Figur 4. Riskfunktion för suicid.

Tabell 5. Förväntad dödlighet i suicid för olika konsumtionskategorier.

Konsumtion (liter/år)	Antal	Dödlighet i suicid	Relativ risk	Konsumtionskategorins bidrag (%) till	
				Suicid (alla)	Suicid (alk.betingade)
0.0	8 000	1.6	1.00	4	0
0.9	22 000	4.5	1.04	12	1
3.6	10 000	2.3	1.17	6	2
5.6	10 000	2.5	1.26	7	3
7.7	10 000	2.7	1.38	7	4
10.1	10 000	3	1.53	8	6
12.0	5 000	1.6	1.66	4	4
13.7	5 000	1.7	1.78	5	4
16.1	5 000	1.9	1.98	5	6
19.3	5 000	2.2	2.26	6	7
25.3	5 000	2.8	2.90	8	11
55.3	5 000	10.1	10.31	27	52
	100 000	36.9		99	100

## Diskussion

De resultat som anförts som stöd för preventionsparadoxen på alkoholområdet är baserade på surveydata med sina väl kända brister. Det synes därför angeläget att pröva paradoxens giltighet med någon annan ansats och att då inte begränsa sig till de mindre allvarliga alkoholskadorna, som man uppehållit sig vid i tidigare undersökningar. Förliggande studie har fokuserat på dödlighet i levercirrhos, olyckor och självmord. Cirros kan här ses som representativ för den bredare kategorin av alkoholrelaterad dödlighet i sjukdomar<sup>1</sup> då de senare har approximativt samma riskfunktion som levercirros (Tuyns 1978; Sarles 1985). Sammantaget täcker därför de dödsorsaker som här beaktats ganska väl den totala alkoholrelaterade dödligheten.

Den mikro till makro-metod som applicerats har naturligtvis sina svagheter. Främst är osäkerheten knuten till i vad mån de skattade riskfunktionerna approximerar de sanna funktionerna. Detta kan kontrolleras med oberoende data på följande sätt. De simuleringar som gjorts i denna studie, baserade på skattade konsumtionsfördelningar och riskfunktioner, predicerar att en 25-procentig minskning av totalkonsumtionen skall reducera den alkoholbetingade dödligheten i levercirrhos, olyckor och suicid med 58, 36 och 38 procent, respektive. Dessa prediktioner kan jämföras med de som erhålls från empiriska samband (se Appendix) mellan förändringar i totalkonsumtion och respektive dödstal. Motsvarande siffror baserade på den senare metoden är sålunda 31 procent för olyckor och 34 procent för självmord. För levercirrhos är prediktionen baserad på det aggregerade effektestimatet (se Appendix) identisk med prediktionen som erhöles med mikro till makro-metoden, dvs. 58 procent. Det bör dock noteras att det aggregerade effektestimatet kan vara överskattat (se Appendix); å andra sidan antyder Pequignot m.fl. (1978) att detta kan gälla även deras riskfunktion, baserad på en fall-kontrollstudie. Om vi i stället utgår från den aggregerade alkoholeffekten på den bredare kategorin av dödlighet i alkoholrelaterade sjukdomar (där estimatet föreföll mer rimligt, se Appendix) får vi en något lägre prediktion: här skulle en 25-procentig reduktion i totalkonsumtionen ge en minskning av den alkoholbetingade dödligheten på 48 procent.

Allt i ett måste konsistensen mellan de av varandra oberoende prediktionerna sägas vara tillfredställande. De små diskrepanser som konstaterats ger inte skäl till att modifiera de allmänna slutsatserna.

I simuleringarna var en viss regressionseffekt på konsumtionsminskningen inlagd. Det kan vara av intresse att notera att utfallet inte blir mycket annorlunda om vi i stället antar proportionella minskningar, dvs. att konsumtionen reduceras med 25 procent i alla kategorier. Med detta antagande får vi en förväntad reduktion i cirrhos på 64 procent, i olyckor och suicid på 39 respektive 40 procent.

<sup>1</sup> Malign tumör i läpp, munhåla och svalg (ICD140–149), malign tumör i matstrupe (ICD150), alkoholspsykos (ICD291), alkoholberoende (ICD303), levercirros (ICD571), pancreatit (ICD577), och alkoholförgiftning (ICD860)

De två preventionsstrategierna har belysts genom separata beräkningar av utfallen för tre dödsorsaker. För en mer global värdering är en samlad beräkning av större intresse, som tar hänsyn till den relativa storleken av respektive dödsorsak. En sådan beräkning ger vid handen att en 25-procentig minskning av totalkonsumtionen väntas ge en reduktion på 46 procent av de alkoholbetingade dödsfallen i cirrhos, olyckor och suicid. För att nå samma effekt med riskgruppsstrategin krävs att storkonsumenterna (de översta 5 procenten) minskar sitt intag med 36 procent (med övrigas konsumtion bibehållen). En sådan trunkering skulle i sig reducera konsumtionen per capita med cirka 10 procent.

Utifrån de resultat som redovisats i denna studie framstår knappast den ena av de två preventionsstrategierna som klart överlägsen den andra. Det tydligaste fyndet är att preventionsparadoxen inte är giltig för levercirrhos (och sannolikt ej heller för andra allvarliga, kroniska alkoholskador). Populationsstrategin ger dock en god utdelning även här, även om dess relativa potential är mer framträdande när det gäller olyckor och suicid. Det vore dock fel att hävda att riskgruppsstrategin är utsiktslös för prevention av de två sistnämnda skadorna.

Resultaten ger således inga argument för att överge populationsstrategin, samtidigt som de antyder att vissa tidigare studier (t.ex. Kendell 1987) underskattat potentialen i riskgruppsstrategin. Frågan är då närmast hur pass framkomlig respektive strategi är. När det gäller totalkonsumtionen framstår måhända i dagsläget en reduktion av den storleksordning som diskuterats här som ganska avlägsen. I ett längre tidsperspektiv är dock en sådan förändring fullt möjligt – den ligger i alla fall inom ramen för historisk erfarenhet. Vad gäller påverkan av storkonsumternas intag visar kontrollerade utvärderingar av s.k. brief interventions förvånansvärt goda resultat (se Bien m.fl., 1993 för en översikt). Insatser av detta slag är inte särskilt resurskrävande, vilket skulle underlätta en institutionalisering av sådan verksamhet, t.ex. inom ramen för primär- och sekundärvård. Storskaliga behandlingsprogram av detta slag kan mycket väl ge effekter som är märkbara på populationsnivå (Holder och Parker 1992).

## Appendix

Den aggregerade alkoholeffekten på dödsolyckor och suicid är rapporterad i Norström (1993). Det existerar dock ingen analys på svenska data av sambandet mellan alkoholkonsumtion per capita och dödlighet i alkoholrelaterade sjukdomar (se not 1). Jag har därför skattat följande modell på differentierade data för perioden 1965–1990:

$$\text{LnD}_t = b\text{AW}_t + \text{LnN}_t$$

$\text{LnD}$  betecknar den naturliga logaritmen av dödligheten (män, 15+), medan  $\text{N}$  är en felterm som inkluderar andra etiologiska faktorer.  $\text{AW}$  är en vägd konsumtionsserie (15 år) med geometriskt avtagande lag-vikter. Värdet på lag-parametern bestämdes genom en sökprocedur (se Norström 1987a) till 0.8. Det skattade värdet för effektparametern ( $b$ ) var 0.32 (S.E. = 0.07), vilket är statistiskt signifi-

kant. (Feltermsstrukturen inkluderade en MA-paramterer = -0.30 (S.E. = 0.20). Residualerna var vitt brus ( $Q = 6.88, p > 0.96$ .) Resultatet innebär att en ökning av konsumtionen med en liter väntas öka dödligheten med 38 procent. Resultatet implicerar vidare att cirka 87 procent av dödligheten i denna klass av sjukdomar skulle vara alkoholinducerad; motsvarande siffra för den delkategori som inte definitionsmässigt är alkoholbetingad, är 80 procent (tumörer, cirros och pancreatit).

Motsvarande modell skattades också för dödlighet i levercirrhos (män). Den estimerade alkoholeffekten var här 0.50 (S.E. = 0.10). (Feltermsstrukturen inkluderade en MA-parameter = -0.33 (S.E. = 0.19). Residualerna var vitt brus ( $Q = 4.96, p > 0.99$ .) Estimatet implicerar att 96 procent av cirrhosdödligheten skulle vara alkoholbetingad. Detta framstår som mycket högt jämfört med andra resultat, och tyder på att effektparametern kan vara överskattad. En möjlig förklaring till detta är motbokssystemets avskaffande 1955: detta ledde till en omfördelning i konsumtionen vars effekt på cirrosdödligheten är svår att separera från själva alkoholeffekten (Norström 1987b). Vad som talar emot denna förklaring är att omfördelningseffekten bör vara ganska svag under den tidsperiod som analyserats här (1965–1990); efter mitten på 70-talet bör den helt ha upphört, men effektparametern visar inga tecken på att sjunka om man analyserar senare perioder, t.ex. 1975–1990. Alternativa förklaringar till det avvikande resultatet är att andra cirrogenera faktorer har låg prevalens, eller att den svenska konsumtionsfördelningen är avvikande; små avvikelser i svansens fördelning har stora effekter på utfall som har en starkt konvex riskfunktion.

## Referenser

- Andreasson, S., Allebeck, P. och Romelsjö, A. 1988. Alcohol and mortality among young men: longitudinal study of Swedish conscripts. *British Medical Journal* 296: 1021–1025.
- Bien, T.H., Miller, W.R. och Tonigan, J.S. 1993. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction* 88: 315–336.
- Borkenstein, R.F., Crowther, R.F., Shumate, R.P., Ziel, W.B. och Zylamn, R. 1974. The role of the drinking driver in traffic accidents. *Blutalkohol* 11 (Supplement 1): 1–132.
- Holder, H.D. och Parker, R.N. 1992. Effect of alcoholism treatment on cirrhosis mortality: a 20-year multivariate time series analysis. *British Journal of Addiction* 87:1263–1274.
- Kendell, R.E. 1987. Drinking sensibly. *British Journal of Addiction* 82: 1279–1288.
- Kreitman, N. 1986. Alcohol consumption and the preventive paradox. *British Journal of Addiction* 81: 353–363.
- Kühlhorn, E. och Leifman, H. 1993. Alcohol surveys with high and low coverage rate: a comparative analysis of survey strategies in the alcohol field. *Journal of Studies on Alcohol* 54: 542–554.
- Norström, T. 1987a. The impact of per capita consumption on Swedish cirrhosis mortality. *British Journal of Addiction* 82: 67–75.

- 
- Norström, T. 1987b. The abolition of the Swedish alcohol rationing system: effects on consumption distribution and cirrhosis mortality. *British Journal of Addiction* 82: 633–641.
- Norström, T. 1989. The use of aggregate data in alcohol epidemiology. *British Journal of Addiction* 84: 969–977.
- Norström, T. 1993. Projektioner av alkoholskadeutvecklingen i Sverige. *Nordisk alkoholtidskrift* 10: 247–255.
- Pequignot, G., Tuyns, A.J. och Bertha, J.L. 1978. Ascitic cirrhosis in relation to alcohol consumption. *International Journal of Epidemiology* 7: 113–120.
- Rose, G. 1992. *The Strategy of Preventive Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Sarles, H. 1985. Alcohol and the pancreas. I: Tygstrup, N. och Olsson, R. (Eds.) *Alcohol and Disease, Acta Medica Scandinavica Symposium Series No.1*: 235–250. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Sinclair, J.D. och Sillanaukee, P. 1993. The preventive paradox: a critical examination. *Addiction* 88: 591–595.
- Skog, O.-J. 1985a. The collectivity of drinking cultures: a theory of the distribution of alcohol consumption. *British Journal of Addiction* 80: 83–99.
- Skog, O.-J. 1985b. The wetness of drinking cultures: A key variable in epidemiology of alcoholic liver cirrhosis. *Acta Medica Scandinavica Supplement* 703: 157–184.
- Skog, O.-J. 1985c. Hva bestemmer omfanget av alkoholskader? I: Arner, O., Hauge, R. and Skog, O.-J. (Eds.) *Alkohol i Norge*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tuyns, A.J. 1978. *Alcohol et Cancer*. Lyon: International Agency for Research on Cancer.



Norheim T 1987b The abolition of the Swedish alcohol monopoly and the  
 consumption distribution and control measures. *Journal of Public Health* 10: 21-27  
 (21-27)

Norheim T 1989 The use of taxation in alcohol control. *Journal of Public Health* 12: 97-101  
 (97-101)

Norheim T 1993 Alcohol control: a review of the Swedish experience. *Journal of Public Health* 16: 247-257  
 (247-257)

Pedersen O, Tyron A, Leck B, et al 1987 Alcohol consumption and health. *Journal of Public Health* 10: 21-27  
 (21-27)

Reed G 1991 The Strategy of Taxation. *Journal of Public Health* 14: 1-10  
 (1-10)

Saks H 1987 Alcohol and the health care system. *Journal of Public Health* 10: 21-27  
 (21-27)

and Dwyer, A, Martin S, et al 1987 Alcohol consumption and health. *Journal of Public Health* 10: 21-27  
 (21-27)

Sjöström M, et al 1987 Alcohol consumption and health. *Journal of Public Health* 10: 21-27  
 (21-27)

Skog O-L 1982a The consumption of alcohol in Sweden. *Journal of Public Health* 5: 1-10  
 (1-10)

Skog O-L 1982b The effects of alcohol on health. *Journal of Public Health* 5: 1-10  
 (1-10)

Skog O-L 1985 How to measure alcohol consumption. *Journal of Public Health* 8: 1-10  
 (1-10)

Skog O-L 1987 Alcohol consumption and health. *Journal of Public Health* 10: 21-27  
 (21-27)

# Projektioner av alkoholskade- utvecklingen i Sverige

Thor Norström

# Innehåll

<b>Totalkonsumtion och alkoholskador</b>	241
<b>Metod</b>	242
Modell	242
Time-lag	244
<b>Resultat</b>	245
Total dödlighet	246
Alkoholrelaterad dödlighet i sjukdomar	248
Dödsolyckor	249
Själv mord och våldsbrottslighet	250
<b>Slutsatser</b>	251
<b>Referenser</b>	252

Höga alkoholpriser är ett av de viktigaste medlen i svensk alkoholpolitik för att hålla tillbaka konsumtionen. Förutsättningarna för denna politik kommer att förändras när gränserna öppnas mot länder med väsentligt lägre alkoholpriser. Vilka skulle de sociala och hälsomässiga konsekvenserna bli för det fall svenska alkoholpriser anpassas till EG-nivå? I föreliggande artikel skall jag försöka belysa denna frågeställning genom projektioner av alkoholskadeutvecklingen för vissa fixa förändringar av den totala alkoholkonsumtionen. Dessa projektioner görs på basis av dokumenterade samband mellan totalkonsumtionen och olika skadeindikatorer.

## Totalkonsumtion och alkoholskador

Tabell 1 visar en grov indelning (efter Skog 1985a) av alkoholskador utefter två dimensioner: om skadan är av ett resultat av akut rus eller av kroniskt missbruk, och om den är av somatisk eller social karaktär. Det bör emellertid påpekas att det finns en viss överlappning mellan de olika kategorierna. Exempelvis alkoholförgiftning orsakas av en extremt hög berusningsgrad, men förutsätter också ett kroniskt missbruk. Det står dock klart att alkoholskador är ett begrepp som rymmer mer än en dimension.

När det gäller sambandet mellan totalkonsumtion och alkoholskador är det främst de somatiska, kroniska skadorna man studerat, i synnerhet levercirrhos. Utmärkande för sådana skador är en konvex, ofta exponentiell, riskfunktion, dvs. att risken accelererar med ökande intag. Detta innebär att fallen till övervägande del återfinns bland storkonsumenterna. En förutsättning för att det skall uppstå ett samband mellan totalkonsumtion och prevalensen av sådana skador är således att variationen i totalkonsumtion speglar variationen i storkonsumtion eller prevalensen storkonsumenter. Det starkaste empiriska stödet för att det förhåller sig på det sättet utgörs av det faktum att förändringar i den genomsnittliga konsumtionen som regel inte påverkar fördelningens utseende. En generell slutsats här är att en ökning i den genomsnittliga konsumtionen återspeglar ett ökat intag inom samtliga konsumtionskategorier; befolkningen tenderar att samfällt röra sig upp och ned längs konsumtionsskalan (Skog 1985b, 1985c). Det finns dock undantag från denna generella regel vilka också kan påverka det studerade sambandet mellan konsumtion och skador (se nedan).

Observera att prevalensen av sådana skador som har en linjär riskfunktion inte påverkas av hur konsumtionen är fördelad. Här behöver fördelningen således inte vara stabil över tid för att man skall förvänta sig ett samband mellan skador och genomsnittskonsumtion.

Tabell 1. Olika typer av alkoholrelaterade skador.

	Direkta somatiska skador	Indirekta beteendemässiga skador
Skador av akut rus	Bakrus Alkoholförgiftning	Olyckor Antisocialt beteende
Skador av kroniskt missbruk	Levercirrhos Cancer Pankreatit	Psykiska, social och ekonomiska problem

## Metod

### Modell

För att predicera vilken effekt en ökning av totalkonsumtionen med säg 25 procent får på t.ex. dödligheten i levercirrhos krävs ett underlag i form av en skattning av sambandet mellan totalkonsumtion och levercirrhosdödlighet. För att minimera prediktionsfelet är det naturligtvis viktigt att vi utgår från en skattning som är så tillförlitlig som möjligt. Skattningar av detta slag är som regel baserade på tidsserieanalyser av aggregerade data rörande konsumtion och skador. Denna teknik rymmer ett flertal komplikationer som, om de inte beaktas, kan ge upphov till grovt missvisande resultat. Den viktigaste komplikationen här är att de flesta tidsserier innehåller starka trender, vilket kan skapa skensamband: två serier kan ju utvecklas i samma (eller motsatt) riktning utan att vara kausalt kopplade till varandra. Ytterligare en komplikation är feltermstruktur. (Feltermen inkluderar bl.a. förklarande variabler som lämnats utanför modellen.) En av förutsättningarna för vanlig regressionsanalys (minsta kvadratmetoden) är att feltermen inte har någon struktur. I tidsserieanalys är ett sådant antagande inte realistiskt, framför allt därför att utelämnade variabler som regel är autokorrelerade, dvs. har en struktur.

Bägge dessa komplikationer beaktas i den teknik för tidsserieanalys som har utvecklats av Box och Jenkins (1976), och som brukar benämnas ARIMA-modeller. Med hjälp av differentiering görs tidsserierna stationära, dvs. trendfria. Detta innebär att i stället för att analysera sambandet mellan råserierna  $Y_t$  och  $X_t$  analyserar man sambandet mellan de årliga förändringarna, dvs.  $\nabla Y_t$  och  $\nabla X_t$ , där  $\nabla Y_t = Y_t - Y_{t-1}$ . Differentiering av detta slag minskar starkt risken för att skensamband skall uppstå. Den andra komplikationen hanteras genom att feltermstruktur-

ren skattas och inkorporeras i modellen. Detta ökar väsentligt tillförlitligheten i modellens effekttestimat.

ARIMA-modeller lämpar sig även för skattningar av eftersläpande effekter (time-lag), vilket framför allt är aktuellt i samband med kroniska skador (t.ex. levercirros).

Mot bakgrund av de goda egenskaper som utmärker skattningar baserade på ARIMA-modeller, kommer sådana att utgöra underlaget för projektionerna. Det rör sig dels om publicerade analyser, dels analyser som jag utfört inom ramen för föreliggande projekt. Flera av analyserna är gjorda på tidsserier för andra länder än Sverige. Detta betingas dels av tillgängligheten på studier, men också av det faktum att svenska data är olämpliga för skattningar av totalkonsumtionens effekt på skador med starkt konvex riskfunktion (t.ex. levercirrhos). Skälet till detta är effekten av motbokssystemets slopande 1955. Denna reform ledde till ett ökat intag bland storkonsumenter, medan det snarast minskade bland måttlighets- och småkonsumenter. Konsumtionens fördelning ändrades alltså på så sätt att den blev snedare. Här har vi således ett undantag från den generella regelbundenhet som nämndes ovan, om konsumtionsfördelningens stabilitet. Denna omfördelning hade en stark effekt på levercirrhosdödligheten (Norström 1987a) och förmodligen även på andra kroniska skador.

Vid en tidsserieanalys av sambandet mellan totalkonsumtion och dödlighet i cirros uppstår svårigheter att skilja mellan effekten av ändringar i genomsnittskonsumtionen och ändringar i fördelningen; den senare effekten tenderar att absorberas av den förra. Följden av detta är att vi överskattar effekten av ändringar i totalkonsumtionen (Norström 1987b). För att undvika sådan bias är det alltså lämpligare att utgå från icke-svenska data när det gäller kroniska, somatiska skador; alkoholeffekten här bör ju inte vara kulturellt beroende. Det kan den däremot förväntas vara för sociala skador (t.ex. våldsbrottslighet); här är alltså svenska data en lämpligare utgångspunkt.

De skattningar av totalkonsumtionens effekter på olika skadeindikatorer som används som underlag i projektionerna är baserade på en semi-logaritmisk modell av följande utseende:

$$(1) \quad \nabla \text{Ln}D_t = b \nabla A_t + \nabla \text{Ln}N_t$$

$\text{Ln}D_t$  står för den naturliga logaritmen av dödligheten per 100 000 invånare (eller någon annan skadeindikator, t.ex. våldsbrottslighet) vid tidpunkt  $t$ ,  $A$  betecknar genomsnittskonsumtionen av alkohol (100%) per invånare över 14 år, medan  $N$  (noise) är feltermen, vilken bl.a. innefattar andra etiologiska faktorer som påverkar  $D$ . Symbolen  $\nabla$  betecknar att modellen skattas på differentierade serier. Parametern som skattas är  $b$ , som uttrycker vilken effekt en förändring i genomsnittskonsumtionen har på den aktuella skadeindikatorn (i det följande benämns denna effekt i allmänhet alkoholeffekt).

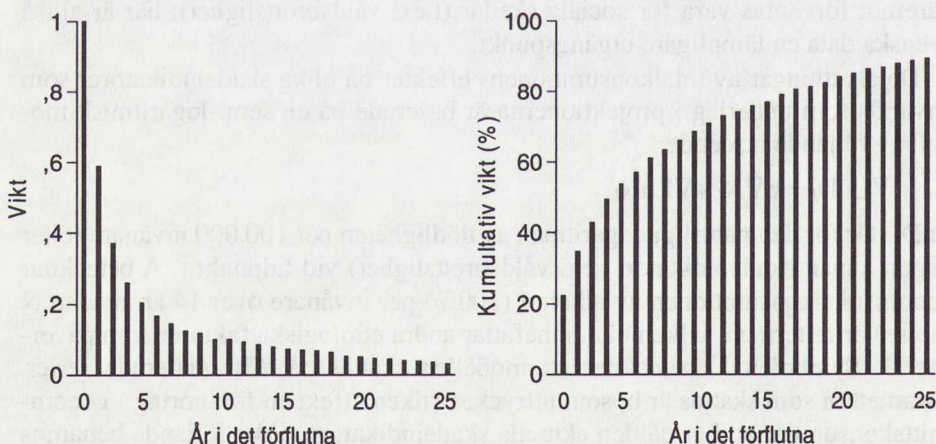
Modellens form implicerar ett kurvlinjärt (konvext) samband mellan dödlighet och konsumtion, vilket är ett realistiskt antagande med tanke på hur den underliggande riskfunktionen i allmänhet ser ut. Vidare är modellen multiplikativ (i

motsats till additiv); detta innebär ett antagande om interaktionseffekter, att alkoholeffekten inte är absolut, utan beror av värdet på andra etiologiska faktorer. Även detta antagande synes realistiskt; i observationsstudier rörande medicinska skador finner man t.ex. ofta att rökning förstärker effekten av alkohol.

Vad betyder då de resultat som fås när man använder modellen ovan? Om vi exponentierar det värde som erhållits för  $b$  får vi den faktor med vilken  $D$  förändras när genomsnittskonsumtionen förändras med en liter. Om  $b$  exempelvis har skattats till 0,2 fås  $e^{0,2}=1,22$ . En ökning i per capita konsumtionen med en liter beräknas alltså öka dödligheten med faktorn 1,22, dvs. med 22 procent. På motsvarande sätt ger en minskning av konsumtionen med en liter en förändring i dödligheten med faktorn  $e^{-0,2}=0,82$ , dvs. en minskning med 18 procent.

### Time-lag

Kliniska studier har dokumenterat att risken för levercirrhos inte bara beror på individens aktuella alkoholintag utan även påverkas av den ackumulerade livstidskonsumtionen (Leibach 1975). Detta förhållande, som också bör gälla andra former av kroniska, somatiska skador, måste även beaktas vid analyser på aggregerad nivå. Det är dock inte så att effekten av en förändring i totalkonsumtionen uppträder med en fördröjning på ett antal år. En del av effekten gör sig gällande omedelbart, medan resten är fördelad på en längre tidsperiod. Med tanke på den långa latensperioden på individnivå kan det verka förvånande att man överhuvudtaget får någon omedelbar effekt. Detta kan förstås med en reservoiranalogi: vid ingången till ett givet år finns det en reservoar av individer som ligger nära det kritiska tröskelvärde för att dö av levercirrhos på grund av lång dryckeskarriär.



Figur 1. Time-lag i sambandet mellan totalkonsumtion och dödlighet i levercirrhos.

Källa: Norström 1987b

Om dessa individers konsumtion ökar under året (vilket återspeglas i genomsnittskonsumtionen) kommer flera att passera det kritiska tröskelvärdet jämfört med om konsumtionen hade varit oförändrad. Om konsumtionen i stället hade minskat, skulle dessa individers leverfunktion ha förbättrats, med färre dödsfall som följd.

De eftersläpande effekterna av totalkonsumtionen på kroniska skador är tämligen väl etablerade empiriskt (Norström 1987b, Skog 1984). Enligt dessa resultat är den samlade effekten av en förändring i konsumtionen fördelad på en ansenlig tidsperiod, mer än två decennier, men ungefär en femtedel av effekten är omedelbar, och ungefär halva effekten realiserar inom loppet av fyra år (figur 1).

I projektionerna har dessa eftersläpande effekter beaktats där det är tillämpligt (total dödlighet och alkoholrelaterad dödlighet). (Detta har gjorts genom att modellen (1) i stället för den samtidiga konsumtionen inkluderar en konsumtionsvariabel som är en vägd summa av årets och tidigare års konsumtion, där vögeningen gjorts i enlighet med det lag-schema som visas i figur 1.) Den predicerade effekten inkluderar således både den omedelbara och de eftersläpande effekterna.

## Resultat

De projektioner som redovisas i det följande gäller effekterna på olika skadeindikationer av

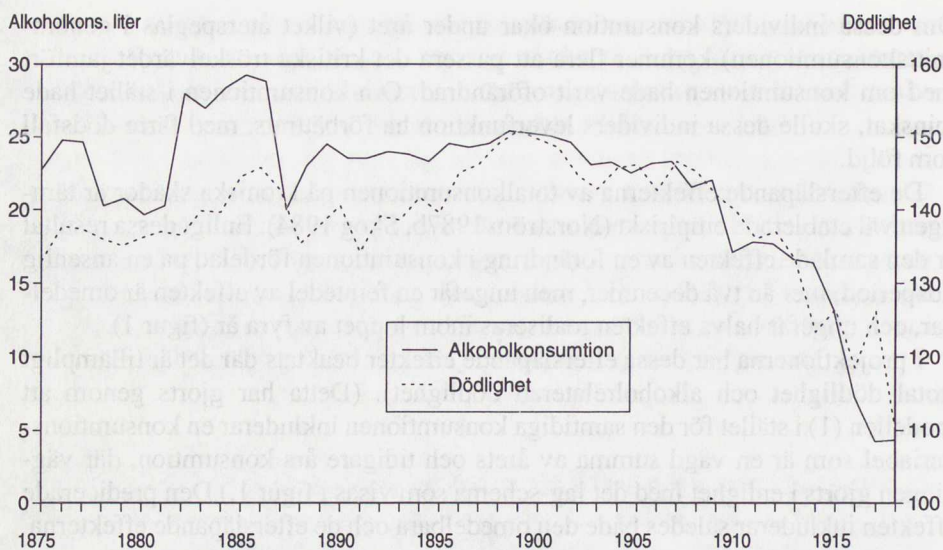
- en ökning i genomsnittskonsumtionen med 25 respektive 50 procent,
- en minskning i genomsnittskonsumtionen med 25 procent.

Det senare alternativet är av intresse då WHO's målsättning är knuten till en reduktion av konsumtionen per capita med 25 procent till år 2000.

Som utgångspunkt tas 1989, som är det senaste år för vilket dödsorsaksstatistik är tillgänglig. Den genomsnittliga alkoholkonsumtionen var detta år 6,55 liter per invånare (15+). Den läsare som är intresserad av den predicerade effekten av någon annan förändring i konsumtionen kan lätt beräkna detta. Antag t.ex. att vi söker effekten av en konsumtionsökning med 75 procent (dvs.  $0,75 \cdot 6,55$  liter = 4,91 liter). Om vi antar att alkoholeffekten för den aktuella skadeindikatorn är 0,1, får vi:  $e^{0,1 \cdot 4,91} = 1,63$ . En konsumtionsökning med 75 procent beräknas alltså öka den aktuella skadan med 63 procent.

Analyserna av totalkonsumtionens effekter på skador är i allmänhet begränsade till män. Skälet till detta är att männens högre alkoholkonsumtion ökar sannolikheten för att man med statistiska metoder skall kunna urskilja en eventuell effekt av totalkonsumtionen. Genom att kvinnorna har en väsentligt lägre konsumtion är också den relativa betydelsen av alkohol mycket mindre; detta gör att eventuella effekter lätt försvinner i bruset av andra orsaksfaktorer. Då det enligt individdata (Andersson m.fl. 1992) inte finns belägg för någon könsskillnad i riskfunktionerna för somatiska alkoholskador (möjligen med undantag för cirrhos, där kvinnornas risk eventuellt är förhöjd) är det därför lämpligare att skatta





Figur 2. Alkoholkonsumtion per capita och dödlighet i Preussen.

alkoholeffekten på skador bland kvinnor på basis av estimat för män. Könsskillnaden i alkoholeffekt på somatiska skador bör då förväntas vara proportionell till könskvoten i konsumtion. Kvinnornas genomsnittskonsumtion är cirka 40 procent av männens (Kühlhorn och Leifman, 1993); alkoholeffekten för kvinnor har sålunda antagits vara 40 procent av den effekt som skattats för män.

Följande skadeindikatorer har inkluderats: Total dödlighet, alkoholrelaterad dödlighet (sjukdomar), dödsolyckor, självmord, mord samt misshandel. Resultaten redovisas utan avrundning av siffrorna, vilket kan ge intryck av en exakthet som endast är skenbar. Man skall dock ha klart för sig att projektionerna är förknippade med en viss felmarginal, vilket diskuteras i det sista avsnittet.

### Total dödlighet

Total dödlighet är den klassiska indikatorn på befolkningens generella hälsotillstånd. Sambandet mellan totalkonsumtion och dödlighet är därför av stort intresse. En tidig studie här är Bandel (1932) som i grafisk form demonstrerade en förbluffande god samstämmighet mellan alkoholkonsumtion per capita och manlig överdödlighet (kvoten mellan manlig och kvinnlig dödlighet) för en rad länder runt skelskiftet. (Figur 2 visar hans data för Preussen.) Grafiska belegg av detta slag är inte särskilt starka, men ett signifikant samband fås även vid en ARIMA-analys av serierna för Preussen (Norström 1992).

Av större relevans för våra syften är skattningarna av alkoholeffekten på själva dödligheten (i motsats till överdödligheten). ARIMA-analys av franska och

svenska data (för perioden 1885–1958) respektive 1861–1913) ger samstämmiga skattningar; en ökning av genomsnittskonsumtionen med en liter ger en ökning av den manliga dödligheten med 1,2 procent. Dessa skattningar stämmer även med resultatet för Preussen, om man gör ett ganska realistiskt antagande om relationen mellan överdödlighet och manlig dödlighet.

Utvecklingen i Sverige under andra hälften av 1800-talet illustrerar hur detta samband kan ta sig uttryck (Norström 1988). Under denna period minskade konsumtionen från en hög nivå på 10 liter till ungefär 7 liter per år. Denna nedgång i konsumtionen på 30 procent minskade enligt resultaten dödligheten bland männen med ungefär 3,5 procent. En avsevärd konsumtionsminskning hade alltså en tämligen blygsam inverkan på mortaliteten. Det bör dock påpekas att man inte kan förvänta sig att en enskild faktor skall ha en särskilt dramatisk effekt på ett fenomen med en så multi-faktoriell orsaksbakgrund som dödlighet.

Här kan vi jämföra med effekten av en annan faktor som var med i den svenska studien: reallön. Ökande reallöner är tecken på förbättringar i en rad faktorer som brukar åberopas för att förklara långsiktiga trender i dödlighet: materiell standard, sanitära förhållanden, utbildning, etc. Enligt resultaten ger en 30-procentig ökning i denna mer allomfattande indikator en reduktion i mortaliteten (bland män) på ungefär 7 procent. Detta betyder att en indikator som ger uttryck för effekter från en lång rad faktorer inte har särskilt mycket starkare inflytande på dödligheten än totalkonsumtionen.

Det finns dock inget skäl att förringa alkoholkonsumtionens inverkan. För det första; även om det kan vara svårt att urskilja den generella effekten av en konsumtionsförändring, sätter den helt säkert sina spår – i synnerhet om vi betraktar dödligheten som en hälsoindikator – där den är koncentrerad, dvs. i de befolkningsgrupper där storkonsumtion är vanlig samt inom sjukvårdens alkohelsektor.

Den ovan redovisade alkoholeffekten avser manlig dödlighet. Givet en könskvot på 2,5 mellan mäns och kvinnors konsumtion blir alkoholeffekten på hela befolkningens dödlighet 30 procent lägre. Med utgångspunkt från detta estimat har förändringen i total dödlighet predicerats för olika förändringar i totalkonsumtionen (tabell 2). En ökning i konsumtionen med 25 procent väntas sålunda öka dödligheten med 1,4 procent vilket motsvarar knappt 1 300 fler dödsfall. Resultatet blir analogt vid en minskning i konsumtionen med 25 procent. På samma sätt beräknas en konsumtionsökning med 50 procent ge dubbelt så stor effekt som en ökning på 25 procent.

Tabell 2. Projektioner av alkoholrelaterade skador vid olika förändringar i genomsnittskonsumtionen av alkohol (=6,55 liter per capita vid utgångsnivån 1989).

		Alkohol- effekt	Förändring i konsumtion per capita					
			+25%	-25%	+50%	Δ döda		Δ döda
<b>Total dödlighet</b>								
Tot.	92 094	0,0084	1,4	1 276	-1,4	-1 258	2,8	2 569
<b>Alkoholrelaterad dödlighet</b>								
Män	1 302	0,18	34	446	-26	-332	80	1 046
Kv.	556	0,072	13	70	-11	-62	27	148
<b>Dödsolyckor</b>								
Män	2 045	0,08	14	286	-12	-251	30	613
Kv.	1 321	0,032	5	71	-5	-67	11	146
<b>Själv mord</b>								
Män	1 122	0,09	16	178	-14	-154	34	385
Kv.	457	0,063	10	47	-9	-43	22	99
<b>Mord och dråp</b>								
Tot.	129	0,11	20	25	-16	-21	43	56
<b>Summa</b>								
Män				923		-748		2 072
Kv.				200		-182		421
Tot.				1 123		-930		2 493
<b>Misshandel (anmälda)</b>								
Tot.	39 641	0,09	16	6 295	-14	-5 432	34	13 589

### Alkoholrelaterad dödlighet i sjukdomar

Om vi i stället för total mortalitet ser till dödsorsaker där alkoholkonsumtion är en etablerad riskfaktor bör vi naturligtvis förvänta oss en starkare effekt av totalkonsumtionen. Enligt resultaten från olika observationsstudier (fall-kontroll och longitudinella studier) kvalificerar följande dödsorsaker för en inplacering i kategorin alkoholrelaterad dödlighet: Malign tumör i läpp, munhåla och svalg (140–149), malign tumör i matstrupe (150), alkoholpsykos (291), alkoholberoende (303), levercirrhos (571), pancreatit (577) och alkoholförgiftning (860). (De alkoholrelaterade dödsorsaker som utgör våldsam död behandlas separat.) Den största enskilda dödsorsaken här är levercirrhos med 33 procent av den manliga och 39 procent av den kvinnliga alkoholrelaterade dödligheten. Levercirrhos är

också den indikator som varit föremål för flest studier vad gäller sambandet med totalkonsumtionen. Sålunda har tidsseriesdata för England, Kanada (Ontario), Norge och Finland analyserats av författaren med applicerande av modell (1) där hänsyn tagits till eftersläpande effekter. I tabell 3 framgår att estimaten varierar från 0,13 (England) till 0,23 (Ontario). Det vägda medelvärdet för dessa estimat (viktade i proportion till deras inverterade standardfel) är 0,18.

*Tabell 3. Skattningar av genomsnittskonsumtionens effekt på dödlighet i levercirrhos (män). Skattningarna gjorda på differentierade tidsserier med applicerande av semilogaritmisk modell.*

	Period	Estimat	Standardfel
England	1919–1974	0,13	0,06
Finland	1931–1980	0,14	0,06
Norge	1931–1980	0,22	0,12
Ontario	1946–1974	0,23	0,04

Det finns inga direkt jämförbara analyser för de övriga enskilda alkoholrelaterade dödsorsakerna. Ett skäl till detta är att de absoluta talen i de flesta fall är tämligen små och att förskjutningar i diagnostisk praxis kan ge upphov till skenbara förändringar. Båda dessa förhållanden skulle göra sambandsanalyser osäkra.

Däremot finns en analys på norska data (Skog 1987) av sambandet mellan totalkonsumtionen och hela kategorin alkoholrelaterade dödsorsaker (definierad som ovan). Av resultaten från denna studie framgår att sambandet mellan totalkonsumtion och alkoholrelaterad dödlighet har samma styrka som det mellan totalkonsumtion och levercirrhos. Projektionerna av den alkoholrelaterade dödligheten kan därför göras med utgångspunkt från alkoholeffekten på levercirrhos. Ett lämpligt värde för alkoholeffekten är det vägda parameterestimatet på 0,18.

Enligt resultaten (tabell 2) ger en ökning i konsumtionen med 25 respektive 50 procent en mer än proportionell ökning i den manliga alkoholrelaterade dödligheten (34 respektive 80 procent). Man kan också notera att effekterna av en ökning respektive minskning med 25 procent inte är symmetriska utan blir svagare i det senare fallet. Detta har att göra med modellens icke-linjära (konvexa) form.

### *Dödsolyckor*

Olyckor hör till kategorin akuta alkoholskador, dvs. vad som är avgörande här är det momentana tillståndet av berusning snarare än långvarigt missbruk. Ett flertal studier på individnivå visar att alkohol ger en förhöjd olycksrisk. Åtminstone för trafikolyckor är riskfunktionen konvex, dvs. accelererande med ökande BAC, vilket sannolikt gäller även andra typer av olyckor. På populationsnivå är sam-

bandet mellan alkohol och olyckor mindre väl dokumenterat. Delvis beror detta på metodologiska problem; antalet fall i de enskilda olyckskategorierna är tämligen få vilket skapar mycket brus och svårigheter att urskilja ett eventuellt samband, i synnerhet när man har en avsevärd variation i andra olyckskategorier. Ett sätt att komma runt detta problem är att slå ihop alla enskilda olyckskategorier. Den alkoholeffekt som ligger till grund för projektionerna är sålunda skattad på basis av tidsserien för samtliga dödsolyckor i Sverige under perioden 1925–1989 (egna skattningar). Resultatet stämmer väl med vad Skog (1986) finner i en motsvarande analys av norska data.

I projektionerna har samtliga olyckskategorier inkluderats (utom förgiftningsolyckorna E860–E869 av vilka merparten redan inkluderats i föregående avsnitt som alkoholförgiftning), dvs. E800–E858, E870–E929 och E980–E989. De största kategorierna är motorfordonsolyckor (30 procent av männen och 20 procent av kvinnornas olyckor) och fallolyckor (26 procent av männen och 51 procent av kvinnornas).

Som framgår i tabell 2 beräknas en ökning i totalkonsumtionen med 25 respektive 50 procent öka antalet dödsolyckor bland män med 14 respektive 30 procent (cirka 300 respektive 600 fall). Motsvarande siffror för kvinnor är 5 respektive 11 procent (ungefär 70 respektive 150 fall).

### *Själv mord och våldsbrottslighet*

Det är först under senare år som sambandet mellan totalkonsumtion och sociala skador analyserats mer systematiskt och med moderna statistiska metoder. Här skall vi ta upp två indikatorer på sociala skador, nämligen självmord och våldsbrottslighet (polisrapporterad misshandel och mord). Dessa två fenomen kan betraktas som extrema uttryck för en vidare repertoire av destruktiva beteenden med mer eller mindre stark alkoholetiologi. Som exempel kan nämnas självmordsförsök och familjevåld, där flera studier pekar på en alkoholbakgrund, men där bristen på tillförlitliga indikatorer försvårar aggregerade sambandsanalyser. Detta innebär att sambanden mellan totalkonsumtion å ena sidan och självmord och våldsbrottslighet å den andra kan sägas avspegla ett vidare och mer generellt samband mellan alkohol och destruktivt beteende.

Tabell 2 redovisar projektioner för de aktuella indikatorerna. Alkoholeffekten på suicid (E950–E959) är skattad för perioden 1935–1989 (egna skattningar), på polisanmälda misshandelsbrott 1950–1984 (egna skattningar) samt på mord och dråp (E960–E969) 1921–1984 (Lenke 1990). För somatiska skador och olyckor sattes alkoholeffekten för kvinnor till 40 procent av värdet för män, dvs. i proportion till könsskillnaden i konsumtion. När det gäller självmord är detta förfarande inte lika givet; skadans sociala natur gör att riskfunktionen inte nödvändigtvis är densamma för män och kvinnor. Detta får också stöd av könsspecifika analyser som pekar på att effekten av totalkonsumtionen på det kvinnliga självmordstalet är cirka 70 procent av effekten för män, alltså starkare än vad som förväntas utifrån kvinnornas andel av totalkonsumtionen. Serierna för misshan-

delsbrott saknar uppdelning på kön, vad gäller mord är en könsspecifik analys inte meningsfull. Dessa analyser avser således totalen. Som framgår är de skattade effektparametrarna praktiskt taget identiska för de olika indikatorerna. I detta sammanhang kan det vara av intresse att notera (i motsats till vad som gäller medicinska skador) det finns anledning att förvänta sig en kulturell variation i de här aktuella sambanden. Analyser av franska data visar sålunda väsentligt svagare effekter av totalkonsumtionen på såväl våldsbrottslighet (Lenke 1990) som på självmord (Norström 1992).

Resultaten visar att en ökning i genomsnittskonsumtionen med 25 respektive 50 procent beräknas öka självmorden bland män med 16 respektive 34 procent och bland kvinnor med 10 respektive 22 procent. För antalet mord och dråp blir utfallet en ökning med 20 respektive 43 procent och för misshandel 16 respektive 34 procent.

## Slutsatser

I denna artikel har jag redovisat projektioner av alkoholskadeutvecklingen för vissa fixa förändringar av den totala alkoholkonsumtionen. Enligt resultaten skulle en ökning i konsumtionen med 25 respektive 50 procent leda till en ökning av antalet döda med cirka 1 200 respektive 2 500 fall. En minskning i konsumtionen med 25 procent väntas resultera i cirka 1 000 färre döda.

Tillförlitligheten i dessa prediktioner beror dels på hur pass väl de valda skadeindikatorerna täcker de faktiska alkoholskadorna, dels på kvaliteten i underlaget för projektionerna, dvs. tillförlitligheten i de skattade alkoholeffekterna. När det gäller den första punkten har jag endast inkluderat dödsorsaker där alkoholkonsumtion är en etablerad riskfaktor. Risken är då att man försummar någon dödsorsak där det faktiskt existerar en alkoholeffekt, som dock är alltför svag för att kunna urskiljas vid statistiska analyser. Om dödsorsaken är tillräckligt stor skulle även en svag alkoholeffekt kunna ge upphov till ett betydande antal fall. Den mest närliggande dödsorsaken av detta slag är dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar.

Forskningsresultaten här är dock alltför motstridiga för att kunna utgöra ett acceptabelt underlag för den slags projektioner som gjorts ovan. En viss rimlighetskontroll av resultaten fås genom att jämföra de två prediktionerna av ökningen i den totala dödligheten, vilka gjorts oberoende av varandra. Den första prediktionen har utförts på basis av data och resultat avseende total dödlighet, den andra utgörs av summan av de predicerade ökningarna i dödsorsaker där alkoholkonsumtion är en etablerad riskfaktor. Som framgår av tabell 2 är skillnaden mellan dessa två prediktioner mycket liten.

Detta till trots är de redovisade projektionerna naturligtvis förenade med en viss felmarginal och det kan vara av intresse att få en uppfattning om dess storlek.

Underlaget för projektionerna utgörs av statistiska analyser av sambanden mellan totalkonsumtionen och olika skadeindikatorer. Även om dessa analyser är utförda med den mest optimala av tillgängliga metoder är felmarginalerna hos de

skattade alkoholeffekterna tämligen stora. Felmarginalen (standardfelet) varierar mellan de olika skadeindikatorerna; för alkoholrelaterad dödlighet, dödsolyckor och självmord ligger den mellan 20 och 30 procent, för mord och misshandel är den cirka 50 procent. Felmarginalen (standardfelet) i de predicerade förändringarna av det totala antalet döda (summan av dödsorsaker ovan) kan sålunda uppskattas till ungefär 30 procent.

När det gäller sociala skador har ambitionen inte varit att ge någon heltäckande bild. Här har valet av indikatorer (våld och självmord) dikterats av tillgängligheten på data och resultaten får betraktas som illustrativa snarare än uttömmande.

## Referenser

- Andersson, P., Cremona, A., Turner, C. och Wallace, C. 1992. The risk of alcohol. (Manuskript)
- Bandel, R. 1932. Die spezifische Männersterblichkeit als Masstab der Alkoholsterblichkeit. In: *Ergebnisse der Socialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge*. Bd II: 424–492. Leipzig: Georg Thieme Verlag.
- Box, G.E.P. och Jenkins, G.M. 1976. *Time Series Analysis: Forecasting and Control*. London: Holdens-Day, Inc.
- Kühlhorn, E. och Leifman, H. 1993. Alcohol surveys with high and low coverage rate. A comparative analysis of survey strategies in the alcohol field. *Journal of Studies on Alcohol* 54:542–554.
- Lelbach, W.K. 1975. Quantitative aspects of drinking in alcohol liver cirrhosis. I: Khan, J.M., Israel, Y. and Kalant, H. (Eds.) *Alcoholic Liver Pathology*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Lenke, L. 1990. *Alcohol and Criminal Violence – Time Series Analyses in a Comparative Perspective*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Norström, T. 1987a. The abolition of the Swedish rationing system on consumption distribution and cirrhosis mortality. *British Journal of Addiction* 82:633–641.
- Norström, T. 1987b. The impact of per capita consumption on Swedish cirrhosis mortality. *British Journal of Addiction* 82:67–75.
- Norström, T. 1988. Real wages, alcohol consumption and mortality in Sweden, 1861–1913. *European Journal of Population* 4:183–196.
- Norström, T. 1992. Alcohol and damages: the aggregate evidence. (Manuskript)
- Skog, O.-J. 1984. The risk function for liver cirrhosis from life-time alcohol consumption. *Journal on Studies on Alcohol* 45: 199–208.
- Skog, O.-J. 1985a. Hva bestemmer omfanget av alkoholskader? I: Arner, O., Hauge, R. och Skog, O.-J. (Eds.) *Alkohol i Norge*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skog, O.-J. 1985b. The collectivity of drinking cultures: A theory of the distribution of alcohol consumption. *British Journal of Addiction* 80: 83–99.
- Skog, O.-J. 1985c. *The Distribution of Alcohol Consumption. Part III: Evidence of a Collective Drinking Culture*. SIFA-Report No 8/85. Oslo: National Institute for Alcohol Research.
- Skog, O.-J. 1986. Trends in alcohol consumption and violent deaths. *British Journal of Addiction* 81: 365–379.
- Skog, O.-J. 1987. Trends in alcohol consumption and deaths from diseases. *British Journal of Addiction* 82: 1033–1041.

# Oregistrerad alkoholkonsumtion

Björn Hibell



# Innehåll

<b>Oregistrerad alkoholkonsumtion</b>	255
Några nordiska exempel	255
Svenska undersökningar	257
<b>Avslutande kommentar</b>	260
<b>Referenser</b>	261

## Oregistrerad alkoholkonsumtion

Jämfört med flertalet andra länder är den registrerade försäljningen av alkohol relativt låg i Sverige. Liksom i andra länder finns dock en alkoholkonsumtion som inte redovisas i den offentliga statistiken. Omfattningen av den icke registrerade alkoholkonsumtionen är emellertid mycket svår att beräkna. För somliga delar finns vissa data tillgängliga medan det för andra delar knappast finns några användbara uppgifter alls.

All detaljhandel med starköl, vin och spritdrycker sker i Sverige via de monopolbutiker som drivs av Systembolaget AB, där åldern vid försäljning är 20 år. Restaurangerna är hänvisade till att köpa sprit, vin och importerad starköl från Systembolaget. Svensktillverkat öl säljs dock direkt från svenska bryggerier till restauranger, där servering är tillåten från 18 år. Öl klass II säljs i vanliga livsmedelsbutiker med en försäljningsålder på 18 år.

Tillverkning och import av sprit är i princip endast tillåten för det statliga monopolbolaget Vin & Sprit AB. Liksom för sprit är tillverkning av vin och starköl tillståndspliktig och import endast tillåten för Vin & Sprit. Däremot är import av öl klass II fri, medan den efterföljande försäljningen är tillståndspliktig. Såväl starköl som öl klass II tillverkas vid privata bryggerier. Det är tillåtet att tillverka vin och öl i hemmet för eget bruk. (I förhandlingar med Europeiska Unionen har Sverige nyligen förbundit sig att framgent avskaffa Vin & Sprits monopol.)

Införsel av alkohol vid utlandsresor är tillåten i begränsade kvantiteter för den som fyllt 20 år. Efter vistelse utanför Sverige i minst 24 timmar (gäller ej flyg) är det tillåtet att fritt införa 1 liter sprit, 1 liter vin och 2 liter starköl. Den som inte tar med någon sprit kan i stället ha med sig 2 liter vin. Förutom dessa kvantiteter får ytterligare 5 liter starköl och 5 liter sprit eller vin införas mot erläggande av en schablontull.

Den registrerade försäljningen utgörs således av Systembolagets försäljning, bryggeriernas försäljning av starköl och öl klass II till restauranger samt försäljningen av öl klass II i butiker.

Tillskotten till den alkoholförsäljning som redovisas i den offentliga statistiken är av många olika slag. De viktigaste är införsel och konsumtion i samband med utlandsresor, hemtillverkning samt smuggling. Härtill kommer bl.a. teknisk sprit och gåvor från utlänningar som gästar Sverige.

### *Några nordiska exempel*

Trots att omfattningen av den oregistrerade alkoholkonsumtionen har diskuterats under en lång rad år har forskningen om det s.k. mörkertalet varit mycket begränsad. Detta gäller inte bara Sverige utan också andra länder. I Norge har det dock gjorts kontinuerliga beräkningar av hembränningsens omfattning sedan 1956 och i Finland sedan 1968.

Det är först under senare år som det gjorts försök att beräkna den totala omfattningen av den oregistrerade konsumtionen. Dessa har koncentrerats till de nordiska länderna där bedömningar har gjorts såväl i Sverige som i Danmark, Finland, Island och Norge. I Island har tillskottet till den registrerade konsumtionen beräknats till 33 procent för 1987 (Gudmundsdottir 1990). I Norge finns två beräkningar som redovisar något olika storleksordningar, nämligen 31 procent år 1991 (Nordlund 1992) och 56 procent för 1989 (Reinås 1991).

Värdena på mörkertalet är lägre i Finland och Danmark. För år 1984 har Österberg (1991) beräknat att den oregistrerade konsumtionen i Finland uppgick till 15 procent. Preliminära beräkningar för 1992 (Österberg 1993) indikerar att mörkertalet har ökat, främst på grund av ökad privat import samt ökad hemtillverkning av vin och öl.

För år 1986 har Thorsen (1988) beräknat att tillskottet till den registrerade konsumtionen i Danmark var minst 17 procent. Ungefär tre fjärdedelar svarade gränshandeln med Tyskland för. Eftersom priserna på öl och vin har sänkts i Danmark under senare år är det sannolikt att gränshandelns bidrag till den danska alkoholkonsumtionen har minskat.

Ovan redovisades det beräknade tillskottet till den registrerade konsumtionen. Om man i stället beräknar den oregistrerade konsumtionens andel av den totala alkoholkonsumtionen blir värdena följande: Finland: 13 procent, Danmark: 15 procent, Island: 25 procent och Norge: 24 alt 36 procent.

Det är emellertid inte bara storleksordningen som är olika utan också sammansättningen av den oregistrerade alkoholkonsumtionen. Privat import i samband med utlandsresor och konsumtion utomlands torde dock vara viktiga komponenter i alla länder. Hembränning däremot är ett viktigt inslag i det norska materialet, men förekommer knappast alls i Finland och Danmark. För andra länder finns inte samma typ av systematiska värderingar av mörkertalets storlek.

Även när det gäller smugglingen av alkohol redovisas stora skillnader mellan länderna. Den utgör ett viktigt tillskott i Norge och Island, medan den är mycket begränsad i Danmark och Finland.

Enligt Österberg (1994) var smuggling vanligare i Finland under 1930-talet och åren närmast efter 2:a världskriget. Den tidigare "smugglingstraditionen" var knuten till hamnstäderna. Möjligheterna att smuggla sjövägen har minskat betydligt dels på grund av en betydligt större kontroll och dels på grund av att båtarna numera ligger i hamn betydligt kortare tid.

För några år sedan kunde man på vissa håll i Finland notera en ökad tillgång på alkoholdrycker, som såldes privat av resenärer från Ryssland och Estland. Det har emellertid införts en bestämmelse om att besökare från dessa länder inte får ta med alkohol om vistelsen i Finland är kortare än tre dagar. Denna regel tycks ha bidragit till att "privatförsäljningen" reducerats betydligt.

Uppskattningen av den oregistrerade konsumtionens storlek och sammansättning bygger av naturliga skäl på ganska bristfälliga och svårtolkade data. I de

olika länderna är det delvis olika typer av data som använts, vilket kan ha bidragit till att osäkerhetsmarginalerna är olika stora i olika länder.

Härtill kan läggas att även ungefär samma typ av data kan leda till olika bedömningar i olika länder. Som exempel kan nämnas hur man värderar svar i frågeundersökningar. Sålunda har man i ett av de norska materialen (Reinås 1991) multiplicerat de redovisade värdena med en konstant på 1,4. Om denna inte använts blir storleksordningen på den icke registrerade alkoholkonsumtionens andel av totalkonsumtionen 26 i stället för 36 procent.

Detta konstaterande skall inte uppfattas som en kritik mot de norska beräkningarna utan bara som ett exempel på att metodologiska överväganden i större eller mindre utsträckning påverkar de mörkertal som beräknas. Det kan naturligtvis inte uteslutas att det är rimligt att värdera data på olika sätt i olika länder. Skilda värderingar är emellertid, bl.a. tillsammans med att tillgången på data växlar mellan länderna, ett osäkerhetsmoment som gör att redovisade skillnader mellan länderna bör tolkas med försiktighet.

### *Svenska undersökningar*

Under senare år har uppskattningen av det svenska mörkertalet bl.a. presenterats av Svenska bryggareföreningen Kolk (1992 och 1993a). Beräkningarna avser 1990 respektive 1991. Andra beräkningar har nyligen presenterats av Kühlhorn (1994) och Hibell (1994). Till dessa bedömningar av den totala omfattningen av den oregistrerade alkoholkonsumtionen kommer bl.a. två färskas specialstudier av hembränningen (Philipson m fl 1993) och smugglingen (Philipson och Kolk 1993), utförda för bryggareföreningens räkning.

De båda sistnämnda kommer dock inte att kommenteras ytterligare. Det främsta skälet är att de endast behandlar en delaspekt av problemkomplexet. Ett annat skäl är den osäkerhet som är förknippad med den metod som använts i de båda undersökningarna (intervjuer med poliser respektive tulltjänstemän).

Kolks undersökningar har utsatts för viss kritik, medan Kühlhorns och Hibells är så nya att det ännu inte funnits tillfälle till kritiska synpunkter. Kühlhorn (1993) har bl.a. kritiserat Kolks användning av vissa data från frågeundersökningar om hembränningens omfattning där de intervjuade ombads att bedöma hembränningens andel av den totala alkoholkonsumtionen för respondenten själv, i umgängeskretsen och på orten. Att bedömningarna för hemorten över huvud taget används finner han helt omotiverat.

Han kritiserar även att konsumtionen i bekantskapskretsen används som utgångspunkt för beräkningar av den "vanliga hembränningens" omfattning, vilka i stället bör bygga på respondentens uppgifter om de egna alkoholvanorna.

Kühlhorn förnekar dock inte möjligheten av att den icke statistikförda sektorn kan ha den storlek som Kolk redovisat, men anser att tillgängliga data inte tillåter de uttalanden som görs i undersökningen.

Med utgångspunkt från en analys av sambandet mellan den registrerade alkoholkonsumtionen och alkoholrelaterad dödlighet framhåller Kühlhorn, i motsats

till Kolk, att den icke statistikförda sektorn av allt att döma samvarierar med den statistikförda. När det gäller hembränning och monopolbolagets spritförsäljning har likartade resonemang framförts såväl i Norge (Reinås 1991) som Finland (Österberg 1993). Förhållandet att det kan finnas en stor oregistrerad sektor ser Kühlnhorn därför inte som "ett överhängande alkoholpolitiskt problem under de nuvarande villkoren". Han förnekar dock inte att hembränningen kan vara ett växande problem.

Kritiken har tillbakavisats av Kolk (1993b), speciellt när det gäller diskussionen om att mörkertalet inte skulle vara av sådan omfattning och förändras på ett sådant sätt att det inte skulle vara en viktig komponent i förståelsen av sambandet mellan den totala alkoholkonsumtionen i samhället och de alkoholrelaterade skadorna.

Den kortfattade redovisningen av en del av diskussionen om mörkertalsberäkningarna i Sverige syftar inte till att ta slutlig ställning i sakfrågan. Avsikten är i stället att belysa komplexiteten och de metodologiska problem som är förknippade med studier av mörkertalet. Vilka metoder som än väljs och vilka antaganden som än görs så finns det, åtminstone i en nära framtid, ingen slutlig sanning. Olika forskare kan göra olika bedömningar och värderingar och, i avsaknad av tillräckligt bra data, är det troligt att diskussionen om den totala alkoholkonsumtionens omfattning kommer att fortsätta.

Storleken på uppskattningen av såväl det totala mörkertalet som de olika komponenterna skiljer sig åt. Skillnaden i beräkningarna är i första hand av metodologisk karaktär. Sålunda har Kolks beräkningar med data från frågeundersökningar vägts med utgångspunkt från vissa "gruppmedelvärden" medan Kühlnhorn, som haft tillgång till hela datamaterialet, grundar sina vägningar på de individuella svaren.

Ytterligare en metodologisk skiljaktighet gäller tolkningar av tillgängliga data. Ett exempel gäller uppgiften om hur stor andel av den totala konsumtionen på orten som respondenterna i frågeundersökningen bedömer utgörs av hembränt. Kolk anser att denna uppgift kan användas som en indikator på den storskaliga illegala sprittillverkningens omfattning medan Hibell och Kühlnhorn anser att intervjupersonernas uttalanden om situationen på hemorten är förknippade med så stor osäkerhet att de inte bör användas i detta sammanhang.

Härtill kan nämnas att de tre beräkningarna delvis använder sig av olika typer av data. Kühlnhorns redovisning bygger enbart på data från frågeundersökningar medan Kolk och Hibell även beaktar andra typer av data.

Det finns ganska stora nivåskillnader i de tre svenska materialen. Kolks bedömning på 20,3 miljoner liter alkohol 100 procent ligger högre än de båda andra som är i likartad storleksordning. Kühlnhorns slutar på 14,4 miljoner liter och Hibells på 12,4 miljoner liter. Hibells saknar dock vissa komponenter och kan komma att justeras uppåt, dock inte till Kolks nivå. Kühlnhorn har redovisat beräkningar från två olika material. I det ena fallet blir siffran 14,4 miljoner liter, medan den andra resulterar i en mininivå (11,5 miljoner) och en maxnivå (29,2

Tabell 1. Beräknade kvantiteter av den icke registrerade alkoholkonsumtionen omkring 1990 enligt Hibell och Kolk. Miljoner liter 100 % alkohol.

	Hibell	Kolk
Direktimport	4,0	8,6
Konsumtion utomlands	3,2	2,0
Övrigt i anslutning till resande	0,2	0,5
Olaglig sprittillverkning	1,2	4,0
Hemtillverkning av vin	1,9	1,8
Smuggling	0,8 <sup>b)</sup>	1,2 <sup>c)</sup>
Teknisk sprit	a	0,4
Summa	11,3 <sup>a)</sup>	20,3

a = ännu ej beräknad

1) Här saknas uppgifter som ännu inte är beräknade

2) Avser för mycket införd alkohol av privatpersoner. Den storskaliga smugningen har ännu inte beräknats

3) Avser den storskaliga smugningen

miljoner). I sin sammanfattning utgår Kühllhorn från siffran 14,4, varför redovisningen nedan bygger på den beräkningen. (Se också tabell 1.)

De olika beräkningarna innehåller inte riktigt samma komponenter. Sålunda ingår t.ex. alkoholkonsumtion utomlands i Kolks och Hibells beräkningar men inte i Kühllhorns. Ett annat exempel är att Kolk, i motsats till de båda övriga, beräknat konsumtionen av teknisk sprit.

Med utgångspunkt från nämnda totalsiffror kan det beräknas att den oregistrerade alkoholkonsumtionens del av totalkonsumtionen utgör ca 25 procent i Kühllhorns och Hibells beräkningar (25 respektive 22 procent), medan värdet är högre i Kolks redovisning (31 procent).

De största skillnaderna för enskilda poster gäller hembränningen och den privata importen. Differenserna för hembränningens omfattning har delvis berörts ovan. Hibell och Kühllhorn har inte ansett det möjligt att göra en separat bedömning av storleken av den storskaliga produktionen. Kolks uppskattning av den delen slutar på 2,0 miljoner liter, dvs. halva den illegala sprittillverkningen. Ytterligare en orsak är att Kolk utgått från att den hembrända spriten har en alkoholhalt på 50 procent medan Kühllhorn och Hibell, indirekt, utgått från ca 40 procent.

När det gäller den legala privata importen i samband med utlandsresor lägger Kolk och Kühllhorn större vikt än Hibell vid hur stor andel som respondenterna i

en frågeundersökning har bedömt att införda alkholdrycker är av den totala konsumtionen. Hibell har i stället lagt större vikt vid hur stora kvantiteter man uppger att man brukar föra in vid varje resa. Dessutom finns det bl.a. skillnader i bedömningen av antalet ankommande svenska resenärer.

En jämförelse mellan den illegala och legala delen visar att den förstnämnda (hembränning och smuggling) enligt Hibells beräkningar svarar för ca 25 procent av den oregistrerade alkoholkonsumtionen. Utifrån Kolks rapport kan den illegala delen beräknas ligga i storleksordningen 25–30 procent och i Köhlhorns ca 30 procent. Nivåerna är alltså likartade dvs. att ca tre fjärdedelar av mörkertalet utgörs av legal alkohol. En mycket stor del av det lagliga tillskottet av oregistrerad alkoholkonsumtion införs eller förtärs i anslutning till utlandsresor. I samtliga beräkningar gäller detta ca 60 procent av hela mörkertalet.

Den illegala delen består i första hand av olaglig sprittillverkning och i andra hand av smuggling. Tillgängliga data om dessa delar är naturligtvis mycket osäkra. Flera av dem visar högre värden under senare år, varför det inte kan uteslutas att konsumtionen av illegal sprit har ökat under de senaste åren.

## Avslutande kommentar

Det allmänna resonemang som förts ovan och de diskrepanser som finns i de svenska bedömningarna pekar på de metodologiska svårigheter som finns när det gäller att beräkna omfattningen av den icke registrerade alkoholkonsumtionen. Ett problem är naturligtvis bristen på valida data, dvs. data som verkligen mäter det de avser att mäta. För flertalet komponenter i mörkertalet finns bara få uppgifter att tillgå. I en situation med brist på valida data är det nödvändigt att utveckla fler mått på var och en av de ingående komponenterna. Ju fler uppgifter som finns och ju mer de olika beräkningsgrunderna stödjer varandra desto större blir möjligheten att närma sig en bedömning av den verkliga omfattningen av den oregistrerade konsumtionen.

Fler uppgifter behövs inom alla delområden, men om man ser till de mest osäkra komponenterna så är det bl.a. den illegala sprittillverkningen, smugglingen och gränshandeln med Danmark som är i störst behov av ytterligare belysning. Den sistnämnda är troligen av underordnad omfattning i dagsläget sedan den svenska kronans värde sjönk hösten 1992. Gränshandelsperspektivet är emellertid viktigt på sikt, inte minst med beaktande av att ett eventuellt svenskt medlemskap i Europeiska Unionen (EU) kan leda till en kraftig ökning av gränshandeln.

Även om Sverige inte blir EU-medlem så är handeln med Danmark ändå av stort alkoholpolitiskt intresse eftersom de danska priserna sänkts som en konsekvens av Danmarks medlemskap i EU.

Folkhälsoinstitutet, Svenska Bryggareföreningen, Systembolaget samt Vin & Sprit AB har inbjudit en forskargrupp att göra en ny och omfattande samlad bedömning av mörkertalets storlek. Detta är ett välkommet initiativ som förhopp-

ningsvis kommer att leda fram till en samlad bedömning som grundar sig på en kritisk och balanserad granskning av tillgängliga data.

Vid en internationell jämförelse av den totala alkoholkonsumtionen är det nödvändigt att för Sveriges del göra ett tillägg för den icke registrerade konsumtionen. Samtidigt är det viktigt att beakta att det förekommer ett mörkertal även i andra länder. Ovan redovisades uppgifter från nordiska beräkningar, men i övrigt saknas mer detaljerade bedömningar för andra enskilda länder.

Tax-free försålda drycker och annan privatinförsel torde finnas i alla länder liksom alkoholkonsumtion vid besök utomlands. Härtill kommer också privat tillverkning av alkoholdrycker, vilken inte lär vara ovanlig i t.ex. de vinproducerande länderna.

Hannibal (1993a) nämner att den oregistrerade konsumtionen i flertalet EG-länder har beräknats till ca 10 procent. Om detta värde samt ovan redovisade uppgifter för de nordiska länderna och Kühlhorns bedömning av det svenska mörkertalet läggs till grund för en internationell jämförelse, visar det sig att Sveriges relativt blygsamma placering på listan över alkoholkonsumtionen bara förändras i begränsad omfattning om man jämför "rangordningen" för den statistikförda konsumtionen (diagram 1) med den som gäller för den estimerade totala alkoholkonsumtionen (diagram 2).

Tillgängliga data ger ingen klar bild varken av mörkertalets storlek eller utveckling över tid. Det förefaller dock sannolikt att den registrerade alkoholkonsumtionens förändringar, åtminstone hittills, varit en relativt god indikator på förändringarna av den totala alkoholkonsumtionen. Ett sådant konstaterande undanskymmer naturligtvis på intet sätt behovet av ökade kunskaper om mörkertalets sammansättning, storlek och förändringar.

Även om de absoluta nivåerna är olika i de redovisade svenska beräkningarna av mörkertalet så kan man med oro konstatera att ca 25–30 procent av den oregistrerade alkoholkonsumtionen utgörs av illegala delar och att det inte kan uteslutas att denna konsumtion ökat de senaste åren. En annan oroande uppgift är att konsumtionen av illegal sprit i stor utsträckning förekommer bland storkonsumenter och missbrukare. Ytterligare åtgärder är nödvändiga för att begränsa såväl den olagliga sprittillverkningen som smuglingen.

## Referenser

- Gudmundsdottir Å 1990: Icke registrerad alkoholkonsumtion på Island. Alkoholpolitik – tidskrift för nordisk alkoholforskning 7(3):155–164, Helsingfors.
- Hannibal J 1993: Alcohol Control Policy in Sweden with examples from Finland and Norway. Stencil.
- Kolk T 1992: Mörkertalet. En studie av den oregistrerade konsumtionen av alkohol. Svenska Bryggareföreningen, Stockholm.
- Kolk T 1993a: Alkoholkonsumtionens mörkertal. Analys och beräkning. Stencil av 25 mars 1993, Stockholm.



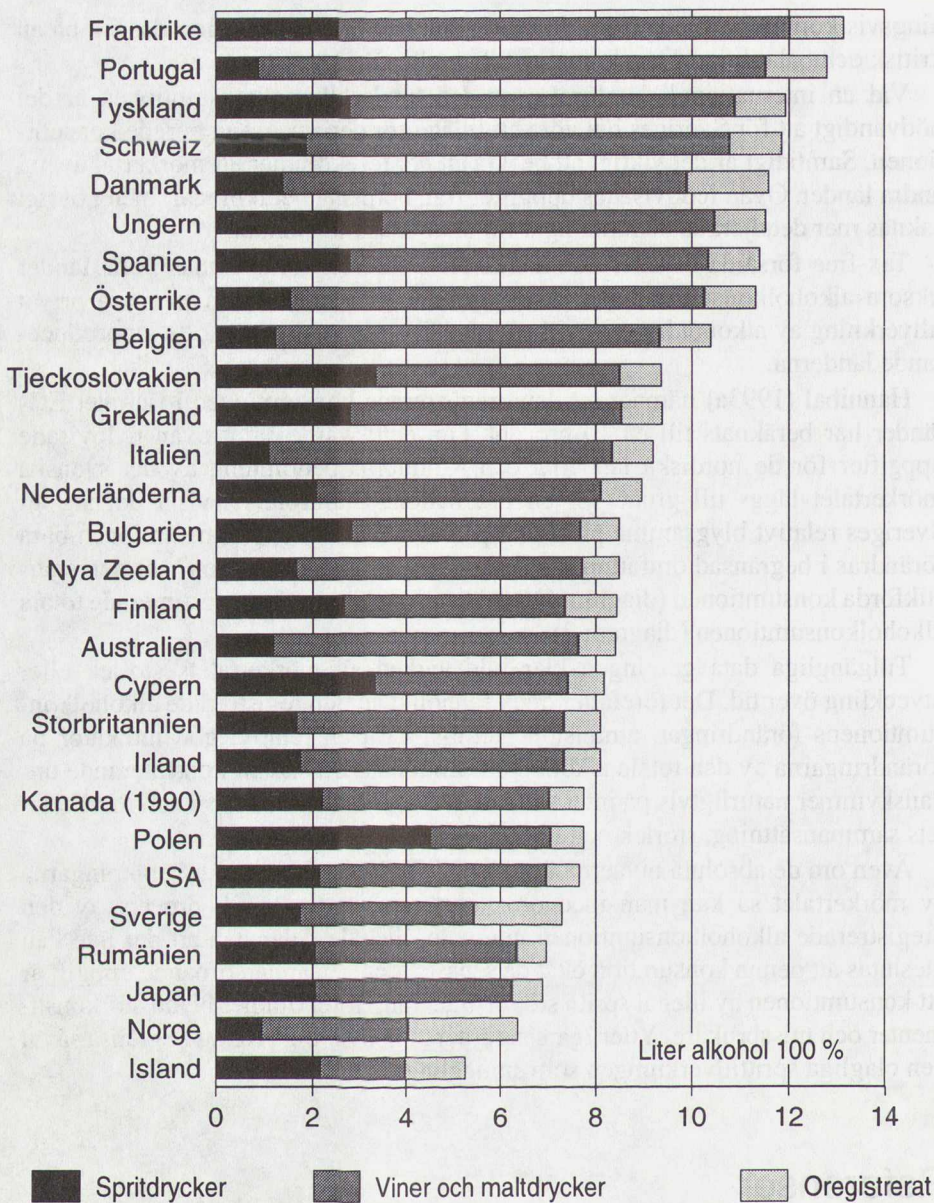


Diagram 1. Statistikförd alkoholkonsumtion i vissa länder år 1991.

Källa: World Drink Trends 1993.

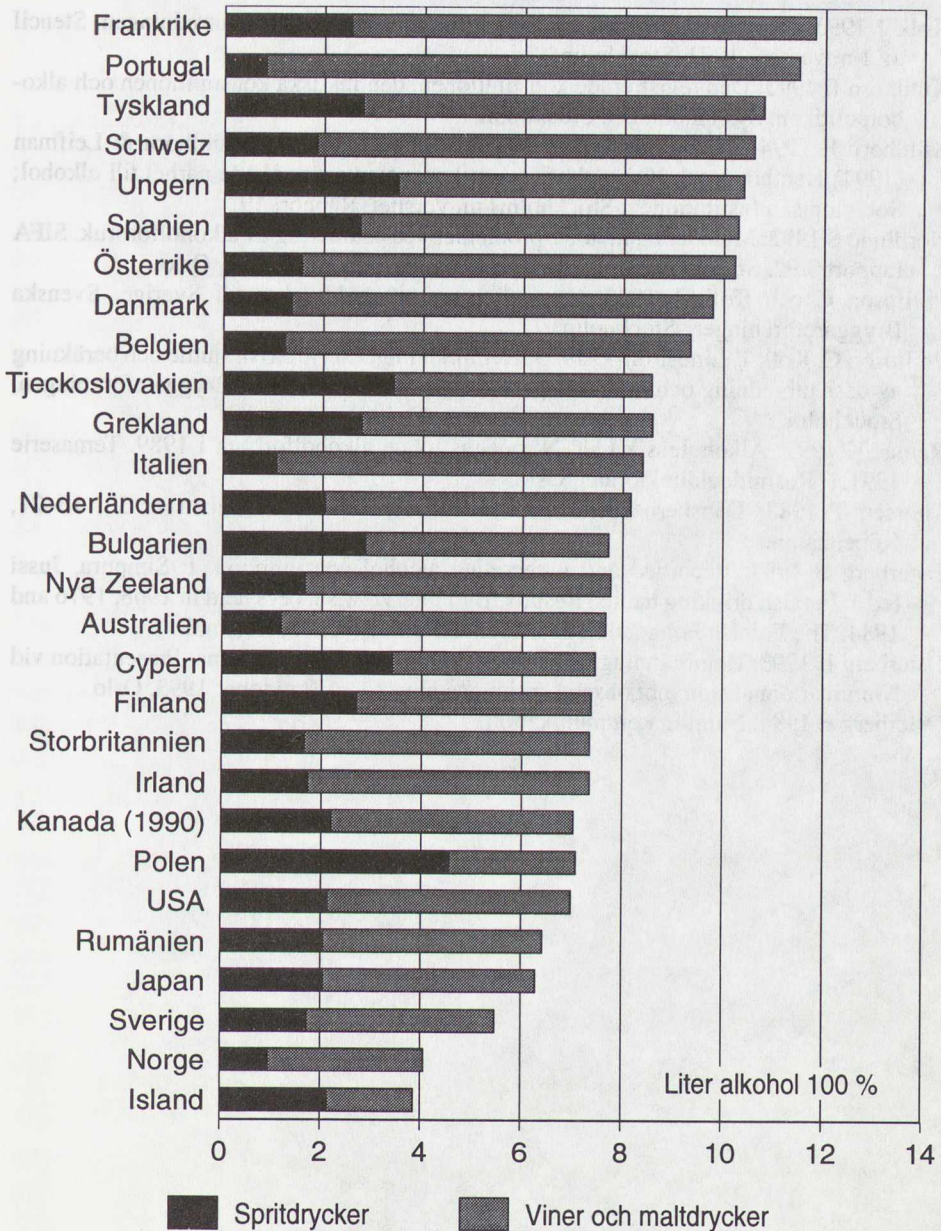


Diagram 2. Estimerad total alkoholkonsumtion i vissa länder år 1991.

Källa: ALKO Apolsuun/SV 1993.

- Kolk T 1993b: Svaromål å Systembolagets kritik mot "Mörkertals"-utredningen. Stencil av 1 november 1993, Stockholm.
- Kühlhorn E 1993: Den registrerade konsumtionen, den faktiska konsumtionen och alkoholpolitiken. Systembolaget, Stockholm.
- Kühlhorn E 1994: Statistikförd och icke-statistikförd alkohol. I: Kühlhorn & Leifman (1994) Hembränt och ICA-nubben – om konsumenternas ökade närhet till alkohol; Sociologiska Institutionen, Stockholms universitet, Rapport 19.
- Nordlund S 1992: Metoder og metoderproblemer ved estimering av alkoholforbruk. SIFA rapport 3/92. Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, Oslo.
- Philipson C och Kolk T 1993: Smuggling av alkoholdrycker till Sverige. Svenska Bryggareföreningen, Stockholm.
- Philipson C, Kolk T, Lindström U 1993: Hembränning. En empirisk studie och beräkning av dess utbredning och omfattning i Sverige. Stencil, Svenska Bryggareföreningen, Stockholm.
- Reinås K 1991: Alkoholens kilder. Normenns totale alkoholforbruk i 1989. Temaserie 1991:1, Rusmiddeldirektoratet, Oslo.
- Thorsen T 1988: Danskerne drikker mere end som så. A&N-Debatt nr 33, 16–21, Köpenhamn.
- Österberg E 1987: Recorded and unrecorded alcohol consumption. I: Simpura, Jussi (ed.): Finnish drinking habits. Results from interview surveys held in 1968, 1976 and 1984. The Finnish Foundation for Alcohol Studies, Vol 35, Helsinki.
- Österberg E 1993: Hembränning och smuggling i de nordiska länderna. Presentation vid "Seminar om aksjon mot ulovlig spritometning" den 18 oktober 1993, Oslo
- Österberg E 1994: Muntlig kommunikation

# Statistikförd och icke-statistikförd alkohol

Eckart Köhlhorn

# Innehåll

<b>Sammanfattning och diskussion</b>	267
<b>Inledning</b>	269
<b>Metodtyngdpunkter vid uppskattningar av den icke-statistikförda alkoholen</b>	270
Underrapportering och teleskopeffekt	270
Social önskvärdhet och projicering	272
<b>Riskfylld alkoholkonsumtion</b>	273
<b>Två olika surveystudier som mäter totalalkonsumtionen inklusive icke-statistikförd alkohol</b>	274
<b>Resultat</b>	275
Underrapporteringen och den relativa teleskoperingen av spriten i A och B	275
Diskussion av resultaten med hänsyn till felkällor och möjligheter för estimeringar	277
Projektiva mått	279
Diskussion av resultaten som vunnits med projektiva mått	280
Estimeringen av den icke statistikförda alkoholen	281
Diskussion av estimeringsresultaten	285
Den icke-statistikförda alkoholens roll i olika riskgrupper	287
Diskussion av resultaten om sambandet mellan riskgrupper och konsumtionsmönster	287
<b>Fotnoter</b>	291
<b>Litteratur</b>	291

## Sammanfattning och diskussion

Den icke-statistikförda alkoholkonsumtionen, även kallad för alkoholkonsumtionens mörkertal, består i huvudsak av konsumtionen av privat legalt och illegalt införda alkoholdrycker, av hemtillverkade viner och av hemtillverkad sprit. Dess roll i den svenska alkoholkonsumtionen har vållat en viss uppmärksamhet under senare tid. Frågan har uppkommit om mörkertalet är så stort att uppgifter om utvecklingen som baserar sig på officiell statistik har blivit missvisande och om den illegala sektorn, framförallt den hembrända spriten är har fått en sådan omfattning, att den svenska alkoholpolitiken blivit urholkad.

För att få grepp om den icke-statistikförda alkoholens omfattning är man i princip hänvisad till intervjuuppgifter som kan jämföras med och korrigeras på grundval av statistikförda försäljningsdata. Eftersom man av hänsyn till undersökningsresultatets kvalitet inte kan fråga om illegitima verksamheter tillämpar man brottsforskarnas idé om att fråga om man har blivit offer för brott i stället för om man har begått brott. Man frågar alltså efter konsumtionen av hembränt.

Det stora problemet i alkoholundersökningar är dels att respondenter inte kommer ihåg eller inte vill redovisa sin alkoholkonsumtion (underrapportering), dels att specifika konsumtionstillfällen, t.ex. restaurangkonsumtion eller konsumtion av hembränt fokuseras för mycket i relation till vardagliga konsumtionstillfällen (relativ teleskopeffekt). Skulle man inte korrigera för dessa två felkällor skulle, enligt en av de här analyserade undersökningarna, den statistikförda spriten, dvs. Systembolagets försäljning och restaurangernas spritservering, svara för endast sex procent av svenskarnas totala spritkonsumtion och Sverige skulle i realiteten höra till Europas toppnationer i alkoholkonsumtion. I jämförelser mellan uppgivna mängder och statistikförda sålda mängder tillkommer osäkerhetskällor av typen fluktuationer i årlig lagerhållning eller till ej i Sverige bosatta personer såld alkohol, men dessa förhållanden kan inte vara avgörande för de här berörda problemen.

Jag har bearbetat två representativa intervjuundersökningar från 1993 med drygt 1 000 individer i varje för att beräkna den icke-statistikförda konsumtionen. I den ena av dem var de icke-statistikförda alkoholsorterna angivna som andelar av den totala konsumtionen, i den andra som absoluta mängder (med undantag av hembränd sprit). Vidare hade den ena av undersökningarna endast relativt liten underrapportering av den totala alkoholkonsumtionen och den andra relativt stor. Grundidén för skattningen har varit att beräkna den andel av respondenternas rapporterade totalkonsumtion som hör till den statistikförda och med hjälp av officiell statistik beräkna underrapporteringen. procentuella uppgifter om icke statistikförd alkohol korrigerades med denna multiplikator, medan absoluta mängder i ett minimalalternativ blev tagna som sanna och i ett maximalalternativ beräknade med hjälp av multiplikatorn.

Resultatet av dessa beräkningar blev att 25 procent (minimum 20 procent och maximum 39 procent) av den totala alkoholkonsumtionen består av icke-statistik-

förd alkohol. Huvudandelen utgörs av privatimporterad (taxfree) alkohol. Hembränd sprit svarar för ungefär 4 procent av den totala alkoholkonsumtionen. Mitt resultat när det gäller den icke-statistikförda alkoholens andel är något lägre än en tidigare på annat material baserad beräkning har visat (Kolk 1993) men denna beräknings resultat faller inom ramen för mina felmarginaler. Vidare erhöll Kolk vid sin beräkning en större andel hembränd sprit, nämligen 6 procent av den totala alkoholkonsumtionen. Den totala bilden är, att den icke-statistikförda andelen torde ha ökat något under de senaste 10 åren. För hembränd sprit föreligger inga skattningar som möjliggör en jämförelse. De olika beräkningar av mängden hembränd sprit som publicerats ger dock vid handen, att den minskning i svenskarnas spritförbrukning, som pågått sedan 1980, inte kan ha kompensats genom ökad hembränning.

Konsumtionen av den stora posten inom den icke-statistikförda sektorn, privatimporten, varierar inte systematiskt för olika alkoholvanegrupper. Däremot ökar den relativa andelen hemtillverkade produkter med ökande alkoholvanor, framför allt gäller detta den hembrända spriten. I synnerhet bland männen hittas i den högsta riskkategorin för alkoholrelaterade problem personer som nyttjar relativt stora mängder hembränt.

De erhållna resultaten förminskar, enligt mitt förmenande, inte värdet av Sveriges preventionspolitik. Visserligen kommer genom Sveriges ökade internationalisering den direktimporterade alkoholens andel att öka, men eftersom EES-avtalet inte medför en ökning av tillåtna införselkvantiteter och då kronans förändrade värde har minskat prisgapet mellan den svenska och den utländska prisnivån är dramatiska förändringar på grund av större privatimport osannolika.

Givetvis kan denna internationalisering medföra "export" av alkoholrelaterade ordningsproblem som tidigare uppmärksammats som i huvudsak nationella problem, exempelvis vid ungdomarnas midsommarfirande vid vissa platser eller nyårsfirandet i storstäderna. På "importsidan" har i Sverige sådana problem uppkommit vid internationella fotbollsmatcher och på exportsidan genom svenska ungdomar i några österrikiska skidsemesterorter.

Vad konsumtionen av hembränd och insmugglad sprit beträffar utgör risken för organiserad brottslighet givetvis en fara. Såvida sprit kan slussas in i de legitima försäljningskanalerna så att konsumenterna inte kan identifiera alkoholens källa kan påtagliga förändringar inträffa. En kraftig ökning av antalet restauranger och alkoholförsäljningsställen medför här en ökning av tillfällesstrukturen för brott. Vad gäller hembränning för husbehov finns det knappast starka skäl att tro att de enskilda producenternas marknad kan utökas till nätverk som är särskilt mycket större än producenternas egna hushåll och goda bekanta. Behovet av goda smakupplevelser, befolkningens rädsla för hälsofarlig alkohol och drickandets kollektiva karaktär sätter här gränser för grupper utanför kretsar av missbrukare. Med hänsyn till det avtagande intresset för spritkonsumtion i befolkningen är inte heller en påtaglig ökning av antalet husbehovsdestillatörer trolig.

## Inledning

Den statistikförda alkoholen omfattar all alkohol som säljs i Sverige för konsumtionsändamål. Alkoholen säljs genom Systembolaget, öl genom livsmedelshandeln, eller serveras på restaurang. Till den inte statistikförda hör den alkohol som konsumeras av i Sverige bosatta personer och som inte har sålts genom Systembolaget, serveringen eller livsmedelsbutiker och därigenom inte räknas in i per capitakonsumtionen. Den icke statistikförda alkoholen omfattar den direkt importerade alkoholen, legalt resp illegalt hemtillverkad alkohol, insmugglad alkohol och konsumtion av alkohol som inte är avsedd för förtäring samt alkohol som i Sverige bosatta personer dricker utomlands t.ex. under en semesterresa. De alkoholsorter för förtäring ändamål som säljs i Sverige och vars försäljning är i lag reglerad men som inte inräknas i per capitakonsumtionen, i huvudsak lättölet, ligger utanför kategorierna statistikförd resp icke-statistikförd alkohol. Den alkohol, som i Sverige säljs till utländska turister m.m. hör till den statistikförda.

I praktiken finns det två olika konsumtionskvantiteter som följs upp och redovisas som mått på alkoholutvecklingen. Den första är den totala alkoholkonsumtionen, rapporterad genom respondenter i surveyundersökningar och oberoende av alkoholens härkomst. Dessa surveyundersökningar omfattar endast i Sverige bosatta personer och all alkohol som är starkare än lättöl. Den andra är den statistikförda alkoholen enligt ovan, i regel relaterad till antalet invånare 15 år och äldre.

I modern tid är det först nyligen som konsumtionen av icke-statistikförd alkohol har spelat en större roll i den alkoholpolitiska debatten i Sverige. I de årliga rapporter som utgivits av det organ som fram till mitten av 1993 var ansvarigt för uppföljningen av alkoholutvecklingen, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, har den icke-statistikförda alkoholkonsumtionen berörts i 1992 års rapport. I den nämns (utan källhänvisning) att omfattningen av den icke-statistikförda konsumtionen enligt vissa beräkningar har uppskattats till 30 procent av den registrerade försäljningen. Vidare nämns att det finns anledning att tro att förändringarna i den icke-statistikförda konsumtionen inte är mer omfattande än att försäljningssiffrorna kan användas som indikator på de faktiska konsumtionsförändringarna från ett år till ett annat (CAN; 1992). I årsrapporterna 1988–1991 omnämns inte den icke-statistikförda alkoholen. I 1987 års rapport finns information. Här redovisas mera ingående de kvantiteter som enligt skattningar och intervjuuppgifter var aktuella i början av 1980-talet, nämligen ca 28 milj liter hemtillverkat vin (1982), införsel av ca 5–6 milj liter spritdrycker och av 4–5 milj vin (år 1979), enligt rapporten troligtvis i huvudsak starkvin. Hembränningsens omfattning kvantifieras inte men det nämns att 20 procent av männen år 1982 uppgav att de minst en gång av fyra druckit hembränd sprit (CAN, 1987). Relaterar man de i denna rapport uppgivna kvantiteterna icke-statistikförd alkohol till antalet invånare 15 år och äldre så innebär uppgifterna att ca 0,9 l ren



alkohol, dvs. ungefär 15 procent av den totala konsumtionen (basår 1980) utgjordes av den inte statistikförda. Detta är betydligt mindre än 1992, men beräkningen omfattade inte hembränd sprit. I 1993 års rapport redovisas uppgifterna om den icke-statistikförda alkoholen mera utförligt än 1992 och också med hänvisningar till uppgifternas källa. Det bör nämnas att dessa årliga rapporter utöver redovisningar av och analyser över den statistikförda alkoholen innehåller uppgifter om konsumtionsutvecklingen enligt resultaten från de årliga frågeundersökningar som orienteras efter respondenternas totala alkoholkonsumtion, dvs. inkl den icke-statistikförda sektorn.

Den alkoholpolitiskt intresserade medborgarens nyfikenhet på den icke-statistikförda alkoholen har väckts inte bara genom knapphändigheten och i viss mån oklarheten i den officiella informationen. Vid sidan av de myndighetsfinansierade rapporterna har information publicerats som inte ger stöd för tanken att den icke-statistikförda sektorn är en negligerar faktor, i varje fall inte vid bedömningar om den genomsnittliga alkoholkonsumtionen verkligen kommer att minska med 25 procent från 1980 till 2000, vilket vårt lands politiker har satt som ett mål (Larsson och Miegel, 1990; Kolk, 1991, Kolk, 1993; Philipson m.fl., 1993).

Tanken väcks också, att om befolkningens alkoholkonsumtion verkligen till en stor del baserar sig på alkohol som inte kan styras av kontrollpolitiken, så måste redas ut om denna politik befinner sig i balans med samhällsutvecklingen. Detta gäller i synnerhet om denna alkohol dricks av framförallt storkonsumenter, en grupp vars konsumtion är speciellt relevant för statens kontrollpolitiska åtgärder.

Svaren på följande två frågor om den icke-statistikförda alkoholen synes sålunda vara centrala för en analys av kontrollpolitiken. Den första är hur stor den icke-statistikförda sektorn egentligen är. Den andra är om den icke-statistikförda sektorn verkligen underminerar alkoholpolitiken, framförallt genom att storkonsumenternas alkoholkonsumtion har hamnat utanför det alkoholpolitiskt styrbara området och/eller att illegala verksamheter har fått orimliga dimensioner.

## Metodtyngdpunkter vid uppskattningar av den icke-statistikförda alkoholen

### *Underrapportering och teleskopeffekt*

Vid uppgifter om alkoholkonsumtion är både *underrapporteringen* och *teleskopeffekten* av stor betydelse. Underrapportering innebär att respondenterna på grund av glömska eller andra skäl uppger en mindre konsumtionsmängd än den faktiska, medan teleskopeffekten medför att ovanliga eller speciellt anmärkningsvärda händelser i tiden förläggs närmare nuet och/eller förstoras i jämförelse med normala händelser (Janson, 1990).

Underrapporteringen av alkoholkonsumtionen i surveyundersökningar är ett i den internationella litteraturen väldokumenterat fenomen. I regel återges i professionellt genomförda frågeundersökningar endast 40–60 procent av alkoholkon-

sumtionen enligt försäljningsdata som självrapporterad total alkoholkonsumtion (Pernanen, 1974). Detta mått, den procentuella andelen självrapporterad alkohol per respondent av alkoholkonsumtionen per invånare 15 år och äldre enligt försäljningsstatistiken kallas täckningsgrad (coverage-rate) Enligt Pernanen beror den överlag låga täckningsgraden utöver på selektivt bortfall i huvudsak på respondentfel, nämligen glömska och lögner. Mäkelä menar att ljugandet är den väsentligaste faktorn av dessa två (Mäkelä K, 1971). Enligt en noggrann analys av svenska studier som använt olika strategier för att kartlägga alkoholkonsumtionen är huvudorsaken till den låga täckningsgraden i surveystudier riktade till allmänheten inte en respondenteffekt, utan surveykonstruktörernas obenägenhet att i frågeundersökningar beakta alkoholdrickandets situationella kontext och hur respondenternas minne är organiserat (Kühlhorn & Leifman, 1993). Detta utesluter givetvis inte att speciella grupper, t.ex. socialt definierade alkoholister, i sådana surveystudier underrapporterar sin konsumtion och/eller att de enbart kan eller vill vara med i en intervju när alkoholkonsumtionen är på en atypiskt låg nivå (Kühlhorn, 1993). Att den sociala kontexten inom vilken en kartläggning av alkoholvanorna sker, är utomordentligt viktig framgår av resultaten av en jämförelse av blodalkoholtester och intervjuuppgifter i en grupp av 65 nyintagna alkoholister för ett kliniskt alkoholprogram (Midanik, 1982). Enligt denna studie var i denna situation överrapporteringen av den konsumerade alkoholen och inte underrapporteringen det stora problemet. Tyvärr saknas det i nämnda studie uppgifter som belyser, om det var frågan om överrapportering av den faktiska konsumtionsmängden eller en teleskopering av den ovanliga händelsen att besluta sig för att uppsöka en klinik, dvs. den tid som förflutit mellan alkoholkonsumtionen och testning av blodalkoholhalten (tiden mellan alkoholintaget och testningen av blodalkoholhalten har en avgörande betydelse för kalkyler av den konsumerade alkoholmängden).

Redogörelser för teleskopeffekten, i synnerhet för interaktionen mellan teleskopeffekt och rapportering, saknas i stort sett inom alkoholforskningen. I en analys av den rapporterade alkoholkonsumtionen på restaurang i relation till den rapporterade totalkonsumtionen enligt svenska surveydata har detta problem uppmärksamats (Kühlhorn, 1993a).

Vad gäller teleskopeffekten är det först och främst nödvändigt att skilja mellan en absolut och en relativ teleskopeffekt. Med absolut menas att den rapporterade ovanliga händelsen faktiskt har teleskoperats i relation till realiteten, medan relativ betyder att en rapporterad ovanlig händelse är teleskoperad endast i relation till en rapporterad vanlig händelse. En absolut teleskopeffekt föreligger exempelvis, om en person, som 10 gånger per år uppsöker en restaurang och vid sina restaurangbesök per gång faktiskt dricker 6 cl ren alkohol uppger att hans/hennes restaurangkonsumtion under en normalvecka uppgår till 6 cl. Uppger respondenten däremot att han/hon på restaurang under en normalvecka dricker 1,15 cl (6 cl per besök multiplicerat med 10 veckor och dividerat genom årets 52 veckor), samtidigt som han/hon uppgett att den totala alkoholkonsumtionen

under en normalvecka uppgår till 0,5 cl föreligger en relativ teleskopeffekt för restaurangkonsumtionen. I detta fall är konsumtionen på restaurang visserligen korrekt återgiven, men på grund av underrapportering av det "normala" (förmodligen alkoholkonsumtionen utanför restaurang) är den relativa teleskopeffekten för restaurangkonsumtionen så stor att resultatets invaliditet direkt blir synlig.

Vid rapporter om olika typer av konsumtionssituationer bör man därför identifiera, om den relativa teleskopeffektens tyngdpunkt ligger i underrapporteringen av det normala och en korrekt återgivning av det onormala eller om det rör sig om en absolut teleskopeffekt, framkallad genom en överrapportering av det onormala. De stora skillnader som frågor med situationella och icke-situationella kontexter vad gäller alkoholkonsumtionen genererar tyder på att detta problem är värt att fokuseras. Utan tvivel föreligger denna situation vid kartläggningar av respondenters totalkonsumtion i relation till specifik konsumtion av alkohol som köpts tullfritt eller som tillverkats hemma, dvs. icke-statistikförd alkohol.

Eftersom underrapportering och teleskoperingen har en sådan dominerande betydelse bland alla felkällor har jag endast jämfört försäljningsdata genom systembolaget/restauranger med intervjuuppgifter som kan hänföras till dessa källor. Statistiska uppgifter om exempelvis taxfree-alkohol m.m. kan endast genom mycket subjektiva antaganden separeras i delar sålda till i Sverige bosatta personer. Med hänsyn till det stora antalet varierande försäljningsställen m.m. och svårigheterna att erhålla statistiskt material från alla försäljningskällor förefaller en strategi som fångar in olika sålda kvantiteter vara föga utvecklingsbar och löftesrik.

### *Social önskvärdhet och projicering*

I många surveyundersökningar frågas respondenterna inte endast efter den procentuella andelen hembränt i den egna spritkonsumtionen utan också om den procentuella andelen hembränt som dricks i umgängeskretsen. Detta förfarande har sina rötter i den tidigare norska alkoholforskningen. I dessa norska alkoholundersökningar sammanvägdes svaren på andelen hembränt i 1) den egna konsumtionen 2) umgängeskretsens alkoholkonsumtion och 3) ortens alkoholkonsumtion till ett index som användes för att skatta hur mycket hembränd sprit som förekom. Detta index används inte längre i den norska alkoholforskningen.

Motivet till att använda ett index som inkluderar respondenters uppfattningar om andras beteenden är tanken att effekterna av social önskvärdhet (social desirability) och/eller behovet av bifall (need of approval) snedvrider uppgifter om det egna beteendet på ett systematiskt sätt (Phillips, 1973). Sådana snedvridningar har då det gällde respondenternas benägenhet att rapportera alkoholrelaterade problem konstaterats i svenska data (Björkman, 1979). Tillämpas hypotesen om önskvärdhet och behovet av bifall för de här aktuella frågorna så är utgångspunkten att den egna konsumtionen av hembränt blir underrapporterad, men att respondenterna ges tillfälle att säga "sanningen" då det gäller andras vanor.

Många invändningar kan göras mot denna hypotes. Först och främst är konsumtion av hembränt tillåten och det är konsumtionen och inte tillverkningen som frågorna gäller. Även om hembränningen är olaglig så är detta förbud moraliskt endast svagt förankrat i rättsmedvetandet. Tvärtom, i varje fall av populariteten av en modern svensk visa att döma (Öppna landskap av Ulf Lundell) verkar friheten att få tillverka brännvinet själv höra till en mytologiskt förankrad frihetslängtan hos svensken. Det kan därför också hävdas att svensken projicerar denna önskedröm i de svar han/hon lämnar om hembränningens roll för det svenska folket. I varje fall synes det vara tveklaktigt att tro att respondenter projicerar "skamliga" förhållanden som alkoholmissbruk på samma sätt som konsumtion av hembränt.

Det bör i detta sammanhang nämnas att dylika projektioner tillämpade på den svenska totalkonsumtionen genererar betydligt större konsumtionskvantiteter än mätningar av den registrerade alkoholkonsumtionen plus skattningar av den icke-statistikförda alkoholen. Fenomenet kallas för majoritetsmissförstånd eftersom dessa uppgifter avslöjar att respondenterna har felaktiga föreställningar om allmänhetens alkoholvanor (Marklund U., 1983).

Problemet med respondenternas uppgifter om andras vanor är att vi inte vet om det handlar om projektioner eller initierade gissningar som är baserade på konkreta kunskaper. Rör det sig om projektioner så vet man inte om de egna förhållandena eller önskvärda förhållanden har projicerats. Är det fråga om initierade gissningar saknas det kriterier för att validera de erhållna uppgifterna.

Argument som i den moderna svenska debatten har framhållits till försvar för mått för hembränning som inkluderar respondenternas uppgifter om andras konsumtion är hypoteser om hembränningens sanna storlek (Kolk, 1993).

## Risikfyllt alkoholkonsumtion

För en alkoholpolitisk värdering av den icke-statistikförda sektorn är det av intresse att studera hur konsumtionen av den icke statistikförda alkoholen fördelar sig på olika riskgrupper.

Det finns olika typer av risker knutna till alkoholkonsumtionen, såsom medicinska och sociala, akuta och kroniska. Därför finns det inga allmängiltiga kriterier för när en konsumtion är riskfri, riskfylld eller direkt farlig. De forskningsresultat som legat till grund för olika riskvärderingar bygger i huvudsak på beräkningar av sambandet mellan incidensen kroniska medicinska skador, (levercirrhos, pankreatit) och långvarigt bruk av alkohol. Resultaten har lett till riskvärderingar, utarbetade av medicinsk expertis och populariserade i systembolagets "Testaren", med vars hjälp kunderna kan beräkna sin alkoholkonsumtion och relatera den till fem olika riskkategorier (Rydberg, 1882). Kvinnorna har större skaderisker än männen och därför tillämpas för dem andra skadekategorier. Det bör dock poängteras, att många frågor i samband med riskvärderingar fortfarande är olösta. Exempelvis finns det inga uttömmande förklaringar för kvinnornas

högre sårbarhet för alkohol och inte heller tillförlitliga data för att bedöma kvinnornas risker i relation till männens. Vidare finns det inga data för eventuella riskdifferenser mellan olika åldersgrupper bland vuxna (Rydberg m fl, 1993).

Trots dessa problem ter det sig rimligt att använda Testarens kategorier.

## Två olika surveystudier som mäter totalkonsumtionen inklusive icke-statistikförd alkohol

För att estimera betydelsen av den icke statistikförda alkoholen har det avidentifierade datamaterialet från två representativa surveyundersökningar (A och B) från år 1993 stått till mitt förfogande. Båda undersökningar är baserade på personliga intervjuer och genomfördes av två stora och välkända privata opinionsmätninginstitut på representativa sampel under 1993. Bortfallet uppgår i båda materialen till ca 20–25 procent och instituten tillämpar liknande modeller för att komma tillrätta med bortfallet.

Det finns likheter och olikheter mellan A och B.

Till likheterna hör:

1. A och B omfattar ungefär lika många respondenter (A=1011 och B=1025)
2. A och B kartlägger respondenternas alkoholvanor genom att mäta konsumtionen av sprit, starkvin, bordsvin, starköl och öl separat för att sedan sammanslå dessa värden i termer av ren alkohol till en totalkonsumtions skala.
3. A och B kartlägger konsumtionen av hembränt på ett liknande sätt på konsumtionsnivån. Den blir kartlagd genom att respondenterna får besvara en fråga om den procentuella andelen hembränd sprit av sin totala spritkonsumtion under en period av 12 månader.

Till olikheterna hör:

1. A och B mäter den totala alkoholkonsumtionen på olika sätt. A tillämpar den s.k. QF-tekniken (quantity-frequency), som innebär att konsumenterna för varje alkoholsort tillfrågas efter den normala dryckesfrekvensen per år, månad och vecka samt den därvid konsumerade genomsnittliga mängden. B tillämpar samma teknik men har för de respondenter som över huvud taget dricker under en normalvecka ett specifikt frågeschema. Detta innehåller en indelning av veckan i fyra perioder, nämligen måndag–torsdag, fredag, lördag och söndag, vilket medför att konsumtionen mäts separat för dessa perioder.
2. A mäter, med undantag för konsumtionen av hembränd sprit alla icke-statistikförda alkoholsorter på tillverknings- eller inköpsnivån (införsel av taxfree sprit, starkvin, bordsvin, starköl och öl samt köp av smuggelsprit, tillverkning av frukt- och snabbvin).
3. B mäter all icke-statistikförd alkohol på konsumtionsnivå (hembränd sprit, taxfree sprit, starkvin och bordsvin samt hemtillverkat frukt- och snabbvin).

För taxfree starköl, öl samt köpt smuggelsprit (i Sverige) finns inga frågor i B. Respondenterna får uppge de procentuella andelarna av ovan nämnda drycker i den totala konsumtionen av resp. alkoholdryck.

4. I A-undersökningen fick respondenterna inte endast svara på en fråga om den procentuella andelen hembränt i den egna spritkonsumtionen utan frågades också om den procentuella andelen hembränt som dricks a) i umgängeskretsen och b) på orten.

Olikheterna leder bl.a. till följande:

1. Enligt tidigare analyser av undersökningsmetoderna leder den av A tillämpade tekniken att mäta den totala alkoholkonsumtionen till större underrapportering av alkoholkonsumtionen än den teknik som B tillämpat (Kühlhorn & Leifman, 1993).
2. Eftersom A inte mäter den icke-statistikförda alkoholen (med undantag av hembränt) på konsumtionsnivån utan på produktions- resp införselnivå kan man inte på individnivå likställa konsumtion och produktion. Det av individen A hemtillverkade vinet kan drickas av individerna B och C. På aggregerad nivå däremot, dvs. med alla respondenter i perspektivet, kan man utgå ifrån att den per respondent producerade eller införda alkoholen omfattas i den per respondent konsumerade alkoholen.
3. Risken för relativ teleskopeffekt måste vara överhängande i A, när de icke-statistikförda alkoholkvantiteterna (med undantag av hembränt) relateras till den totala konsumtionen.
4. när B mäter icke-statistikförd alkohol på konsumtionsnivå måste det finnas situationer i vilka respondenter inte kan identifiera om alkoholen hör till den icke-statistikförda sektorn eller ej. Detta problem måste vara stort för konsumenter som dricker alkohol på bjudningar och skall identifiera om den är taxfree eller har köpts på systembolaget eller för i vintillverkningens konstert oinvidga konsumenter som skall avgöra om de dricker viner tillverkade av frukter eller snabbvinsatser.
5. B saknar frågor om köpt smuggelsprit, om tullfritt starköl och folköl och estimeringen för dessa drycker måste ske via att A:s värden används.

## Resultat

### *Underrapporteringen och den relativa teleskoperingen av spriten i A och B*

Såsom framgår av *tabell 1* finns det påtagliga skillnader i den uppgivna konsumerade spritmängden mellan respondenterna i A och B, 81,4 cl alkohol mot 126 cl. Dessa skillnader var väntade och kan föras tillbaka till de använda frågemetoderna. Enligt försäljningsstatistiken för sprit under 1992 uppgick försäljningen till 196 cl per invånare 15 år och äldre vilket innebär att respondenterna i båda surveys underrapporterar spritkonsumtionen.

I båda undersökningarna tillfrågades respondenterna efter den procentuella andelen hembränt i spritkonsumtionen under de senaste 12 månaderna. A-respondenterna tillfrågades dessutom också efter den absoluta mängden sprit de hade köpt utomlands (inkl taxfree) samt den absolut köpta mängden smuggelsprit under samma period. B-respondenterna däremot frågades, hur många procent av deras spritkonsumtion som utgjorts av taxfree respektive utomlands inköpt sprit.

Tabell 1. Uppgifter om den totalt konsumerade spritmängden enligt respondenterna i A och B 1993, den i Sverige genom Systembolaget sålda spriten (inklusive restaurangsprit) samt täckningsgraden för A och B.

Studie A <sup>1)</sup>			Studie B <sup>2)</sup>			Hela riket 1992 <sup>3)</sup>	
CI sprit 100 % per respondent/år (n=1011)	Totalt uppgiven mängd sprit i cl år 100 %	I % av per såld sprit 100 % i system- butiker per invån 15 år +	CI sprit 100 % per respondent/år (n=1025)	Totalt uppgiven mängd sprit i cl år 100 %	I % av såld sprit 100 % i system- butiker per invån 15 år +	CI sprit 100 % per invånare 15 år + (1992) <sup>4)</sup>	Totalt såld mängd sprit i milj liter 100 % år 1992
81,4	82 345	42	126,0	129 141	64	196	13,875

<sup>1)</sup> A=16-75 år; <sup>2)</sup> B=18-75 år <sup>3)</sup> Eftersom försäljningsdata för 1993 saknas måste år 1992 tjäna som stand-in för 1993 <sup>4)</sup> 7 078 826 invånare

Resultaten av dessa frågor redovisas i *tabell 2*. Det bör härvid beaktas att värdena för den totala mängden konsumerad sprit samt för köpta kvantiteter utlandssprit och smuggelsprit i A härrör direkt från av respondenterna rapporterade kvantiteter, endast den konsumerade andelen hembränd sprit har jag beräknat på grundval av respondenterna uppgivna procentuella andelar. I B däremot baseras enbart den totala mängden konsumerad sprit direkt på av konsumenterna uppgivna kvantiteter, de övriga värdena har jag beräknat på grundval av de rapporterade procentuella värdena. Frågorna i A och B är konstruerade på så sätt att detta förfaringsättet är det enda möjliga för resp material.

Tabell 2. Spriten med hänsyn till källan enligt respondenterna i A och B.

Studie A (n=1011) <sup>1)</sup>				Studie B (n=1025) <sup>2)</sup>				
CI sprit 100 % per respondent/år	CI hem- bränd sprit 100 % per respondent/år	CI taxfree/ utrikes köpt sprit 100 % per respondent/år	CI köpt smuggelsprit 100 % per respondent/år	CI sprit 100 % oregisterad per respondent/år	CI sprit 100 % per respondent/år	CI hem- bränd sprit 100 % per respondent/år	CI taxfree/ utrikes köpt sprit 100 % per respondent/år	CI sprit 100 % oregisterad per respondent/år
81,4	10,8	53,75	12,04	76,5	126,0	13,2	31,4	44,6

<sup>1)</sup>A=16-75 år; <sup>2)</sup> B=18-75 år

Genomsnittet för dessa procentuella värden var relativt likformigt i de två materialen, såväl när de uppgivna värdena relateras till samtliga respondenter, som till spritkonsumenter eller till de spritkonsumenter som uppgivit att de har druckit hembränt.

Beräknar man årskonsumtionen hembränt (på grundval av de erhållna svaren om den procentuella andelen hembränd sprit och den uppgivna totala mängden sprit) blir den absoluta mängden hembränd sprit med 13,2 cl per respondent i B större än i A (10,8 cl) men procentuellt är andelen hembränt större i A, se *tabell 3*.

Tabell 3 ger vid handen, att respondenternas svar om hembränt synes vara relativt lika i A och B. Skulle man korrigera för respektive undersöknings underreportering, (multiplikatorn blir kvoten mellan konsumerad sprit enligt försäljningsstatistiken och självrapporterad kvantitet) skulle man erhålla liknande absoluta värden för hembränd sprit trots att undersökningarna är genomförda på olika sätt.

*Tabell 3. Konsumtion av hembränd sprit absolut och i relation till den rapporterade totala konsumtionen.*

Studie A (n=1011) <sup>1)</sup>			Studie B (n=1025) <sup>2)</sup>		
Totalt uppgiven mängd sprit i cl år 100 %	Hembränt i % av rapporterad sprit 100 %	Cl hembränd sprit 100 % per respondent/år	Totalt uppgiven mängd sprit i cl år 100 %	Hembränt i % av rapporterad sprit 100 %	Cl hembränd sprit 100 % per respondent/år
10 872	13,2	10,8	13 515	10,5	13,2

<sup>1)</sup>A=16-75 år, <sup>2)</sup>B=18-75 år

### *Diskussion av resultaten med hänsyn till felkällor och möjligheter för estimeringar*

Tolkas uppgifterna från A utan estimering av underrapportering och teleskopering, dvs. precis som respondenterna rapporterat, så när 76,5 cl av respondenternas årskonsumtion av sprit, dvs. 94 procent, ej statistikförd sprit. Resultatet, nämligen att endast 6 procent av den i Sverige konsumerade spriten skulle komma från Systembolaget skulle innebära att den svenska totala alkoholkonsumtionen skulle vara 15-16 liter ren alkohol per invånare 15 år och däröver. Detta blir en långt större kvantitet för den gråa och svarta sektorn än alla hittills genomförda estimeringar kommit fram till (Kolk, 1993, Philipson m fl, 1993) och skulle betyda att Sverige hör till den grupp av länder som skulle ha den högsta alkoholkonsumtionen och en levercirrhosödnlighet som är långt större än den faktiska.

Enligt studie B, med en högre ambitionsnivå att få grepp om den totala spritkonsumtionen än A och med frågor enbart om den procentuella andelen av icke statistikförd spritkonsumtion, var 44,6 cl av respondenternas rapporterade årskonsumtion av sprit, dvs. 35 procent, inte statistikförd.



Skillnaderna mellan A och B visar betydelsen av samspelet mellan underrapporteringen och den relativa teleskoperingen.

B:s förfarande ger ett bättre underlag för en direkt estimering av den icke-statistikförda spriten än A:s. Det estimationsförfarande som då förefaller vara givet är att beräkna den spritkvantitet som är statistikförd på grundval av respondenternas uppgifter om all spritkonsumtion och deras uppgifter om de relativa andelarna av den icke-statistikförda spriten. Eftersom den faktiska andelen statistikförd sprit är känd från försäljningsstatistiken, kan den multiplikator för rapporterad konsumtion beräknas som korrigerar för underrapporteringen, nämligen kvoten mellan den faktiskt köpta spriten enligt försäljningsstatistiken och den rapporterade statistikförda spriten. Multipliceras de rapporterade kvantiteterna konsumerad sprit med denna, kan resultatet betraktas som ett estimat på den faktiska konsumtionen, dvs. den egentliga förbrukningen utan underrapportering, uppdelad i statistikförd och icke-statistikförd sprit.

A:s resultat ger en värdefull komplettering. För det första kan undersökningen bilda utgångspunkt för en minimiskattning av den icke-statistikförda spriten, såvida den är kartlagd såsom från totalkonsumtionen oberoende kvantiteter (smuggelsprit och taxfree/utomlands köpt sprit). Tanken bakom estimeringen blir då, att den icke-statistikförda alkoholen är så pass mycket teleskoperad, att den faktiskt inte är underrapporterad, medan detta är fallet med den statistikförda spriten. De rapporterade uppgifterna om den statistikförda spriten ersätts med den statistikförda alkoholen enligt försäljningsstatistiken, medan respondenternas originaluppgifter används som estimat för den inte statistikförda alkoholen.

För det andra kan ett maximi-alternativ beräknas. Grundtanken är här, att uppgifterna om den icke-statistikförda spriten saknar relativ teleskopeffekt, vilket innebär att underrapporteringen är lika stor för de icke statistikförda spritsorterna som för de statistikförda. Estimeringen sker då på så sätt att de direkt rapporterade icke-statistikförda spritmängderna i A, smuggelsprit och taxfree/utomlands inköpt sprit, multipliceras med multiplikatorn som korrigerar för underrapporteringen av den rapporterade statistikförda spriten.

För det tredje kan uppgifter och estimat för icke-statistikförda alkoholsorter som inte täcks i B (smuggelsprit och vad gäller annan alkohol taxfree/utomlands inköpt starköl och öl) användas för att komplettera den bild som ges i B. Vidare kan resultat från B användas för att genomföra vissa estimeringar i A. Det senare måste ske för estimeringen av underrapporteringen av den statistikförda spriten i A. Eftersom A på spritsidan har tillämpat en blandad strategi – hembränt har kartlagts som procentuell andel av den totala spritkonsumtionen och de två andra icke-statistikförda sprityperna som absoluta kvantiteter – kan B:s relation mellan rapporterad statistikförd och icke statistikförd sprit användas för att separera dessa andelar också i A:s rapporterade totalkonsumtion.

Dessa resonemang och förfaranden är inte bara relevanta för estimeringen av spritkonsumtionen utan också för starkvin, vin, starköl och öl.

## Projektiva mått

I tabell 4 visas respondenternas svar på frågorna om den procentuella andelen hembränt i den egna spritkonsumtionen, samt motsvarande procentuella andelar av spritkonsumtionen i umgängeskretsen och av ortens spritkonsumtion enligt respondenternas uppfattning. Dessa andelar ökar ju mindre respondenten kan ha konkreta kunskaper om de faktiska förhållandena. Eftersom frågorna om den relativa andelen hembränt i umgängeskretsen och på orten endast finns i A avser de här redovisade analyserna endast denna studie.

Beträffande konsumenternas uppgifter om den procentuella andelen hembränt på orten kan en hypotes om kunskaper kontra projektioner testas. Variationen i respondenternas uppgifter om hembrännings storlek på orten måste rimligen åtminstone delvis sammanfalla med den variation som den faktiska frekvensen hembränning på orten har, såvida kunskaper av de faktiska förhållandena på orten spelar en roll vid bedömningarna. Med andra ord borde de faktiska skillnaderna mellan olika orter i viss utsträckning samspela med respondenternas skattningar. I åtta av de i materialet representerade kommunerna fanns det minst 20 respondenter och sammanlagt 259 individer som lämnat uppgifter om såväl den percepterade andelen hembränt på orten som den egna spritkonsumtionen. I en tvåstegs-variansanalys (GLM) med den skattade konsumerade hembränningskvantiteten på orten som beroende variabel och respondenterna kommund tillhörighet samt egen spritkonsumtion som förklarande variabel lämnade respondenternas kommund tillhörighet inte någon som helst förklaring till variationen i respondenternas skattningar ( $F=0.24$   $p>0.97$ ), medan respondenternas egen spritkonsumtion ensam och i interaktion med kommunen gav signifikanta förklaringar.

Tabell 4. De av respondenterna nämnda procentuella andelarna av hembränd sprit i den egna spritkonsumtionen<sup>1)</sup>, i umgängets spritkonsumtion och i spritkonsumtionen på orten.

Av respondenterna skattad andel hembränt av spritkonsumtionen i A	Antal uppgiftslämnare	Medelvärde	Spridning	Median
% hembränt i egen konsumtion	789	5,7	18,0	0
% hembränt i umgänget	839	10,3	20,1	0
% hembränt på orten	672	21,4	17,4	20

<sup>1)</sup> Beräknar man den hembrända kvantitetmängden med hjälp av varje respondents uppgift om den totala spritkonsumtionen och procentvärdet av den hembrända andelen, så ökar den på så sätt vägda genomsnittliga procentuella andelen på aggregerad nivå till 13,2 procent med alla respondenter som bas (se tabell 2).

För respondenternas skattningar av konsumtionen av hembränt i umgängeskretsen är förekomsten av kognitiva element uppenbarligen mer sannolik än i den tidigare belysta kontexten. Ett dylikt mönster framträdde i vare fall vid en analys av majoritetsmissförståndets karaktär (Helmerson m fl, 1984). Av de 666 respon-

denter som för hembränt besvarade både frågan om den egna konsumtionen och om konsumtionen i umgänget förnekade 53 procent att sådan konsumtion förekom hos dem själva och i umgänget, 7 procent uppgav en lika stor andel för umgänget som de själva hade, 36 procent uppgav ett högre värde för umgänget och endast 4 procent av dessa respondenter rapporterade ett lägre värdet för umgänget än de uppgav för sig själva. För att kunna validera dessa uppgifter saknas det emellertid uppgifter om den totala spritkonsumtionen i umgängeskretsen.

### *Diskussion av resultaten som vunnits med projektiva mått*

Enligt den redovisade analysen av den bristande regionala samstämmigheten i respondenternas uppfattning om förekomsten av hembränt på orten är det orimligt att använda dessa uppgifter för en skattning av den faktiska konsumtionen av hembränd sprit.

Projektiva element spelar tydligen också en roll i respondenternas skattningar av förekomsten av hembränt i umgängeskretsen. Detta blir tydligt när man beaktar att andelen skattningar som visar att det dricks mer i umgängeskretsen än man själv gör är betydligt större än andelen respondenter som uppger att de själva dricker mer än som förekommer i umgänget.

För att kunna använda dessa uppgifter som mått för hembränningens frekvens i samhället krävs det först och främst en frågeteknik, som definierar respondenternas bekantskapskrets systematiskt och oberoende av förekomsten av hembränt. Utan tvivel leder A:s fråga ("Hur stor del eller hur många procent av den sprit som dricks i din umgängeskrets tror du är hembränt?") till en process som enligt attributionsteorin påverkas av "salience" (Sears m fl, 1991), nämligen att en nämnd stimulus (drickandet av hembränt) dominerar respondentens perspektiv och här leder till en systematiskt uteslutning av de personer i umgängeskretsen som inte dricker hembränt. Förmodligen kan detta salience-problem hanteras genom att en mer sofistikerad frågeteknik används.

Det är däremot betydligt svårare att komma tillrätta med ett annat problem. En kalkyl av den relativa frekvensen hembränt i umgänget förutsätter kunskaper hos respondenten om den totala alkoholkonsumtionen i umgänget (både hos dem i umgänget som dricker hembränt och de som inte gör det). Att svårigheter föreligger redan då respondenterna skall ge korrekta minnesbilder över den egna konsumtionen har illustrerats tidigare. Hur som helst måste respondenterna också besvara en fråga om deras skattning av den totala spritkonsumtionen i umgängeskretsen om uppgifterna om den relativa andelen hembränd sprit skall kunna användas för att beräkna den relativa andelen i befolkningen. Ytterligare ett problem är att umgängeskretsens storlek kan systematiskt variera med alkoholvanor vilket innebär att sannolikheten att exempelvis en och samma sällskapliga storkonsument kan av många bli inkluderad som person i umgängeskretsen. Jag ser för närvarande inga möjligheter att kunna få något så när försvarbara rappor-

ter om alkoholvanor genom att fråga andra än konsumenterna själva eller i värsta fall medlemmar i deras hushåll.

Det bör slutligen poängteras, att en argumentation av typen att hembränningen måste vara större än som framkommer av kontrollerbara uppgifter (Kolk, 1993) vänder upp och ner på den empiriska socialforskningens princip att pröva hypotesers sanningshalt mot verkligheten. Kontroller av uppgifter om den ekonomiska brottslighetens utveckling i Sverige, som vunnits med hjälp av hermeneutisk eller pseudoempirisk metodik, tyder på att alternativ till empirisk forskning på faktiskt existerande fenomen endast leder in i en återvändsgränd (Axberger, 1988).

### *Estimeringen av den icke statistikförda alkoholen*

Jag har tidigare beskrivit hur den icke-statistikförda alkoholen kan estimeras på grundval av rapporterade uppgifter om den totala konsumtionen av resp alkoholsort. Nyckeln för estimeringen är att det genom de rapporterade uppgifterna är möjligt att beräkna både den alkoholmängd som kommer från den statistikförda och den som härrör från den icke statistikförda sektorn. Kvoten mellan den faktiskt statistikförda alkoholen och den rapporterade statistikförda alkoholen bildar den multiplikator som använts för att korrigera för underrapporteringen av uppgifterna från den icke-statistikförda sektorn enligt olika antaganden om underrapportering resp den relativa teleskopeffekten.

I *tabell 5* redovisas resultaten av denna beräkning för A och B för sprit.

*Tabell 5. Beräknade kvantiteter av konsumerad sprit per år i alkohol 100 procent (i cl för studiernas respondenter och i milj liter för hela landet).*

Olika typer av sprit	Studie A per respondent (n=1011)	Studie B per respondent (n=1025)
Självrapporterad totalkonsumtion av sprit	81,4	126,0
Konsumtion av sprit enl försäljningsstatistik	196	196
Konsumtion av hembränt	36,0	31,8
Sprit inköpt utrikes/taxfree	53,8	75,7
Köpt smuggelsprit	12,0	- <sup>1)</sup>
Beräknad totalkonsumtion av sprit	297,8	303,5
% ej statistikförd sprit	34	35
% självrapporterad sprit	27	42

<sup>1)</sup> Ej inkluderad i B:s frågor

Respondenterna i A rapporterade en totalkonsumtion av 81,4 cl sprit och respondenterna i B av 126 cl. Eftersom den statistikförda andelen i B uppgick till 65,8 procent av den totalt rapporterade alkoholkvantiteten och denna kvantitet är känd från alkoholstatistiken (196 cl) kunde multiplikatorn för underrapporteringen beräknas (kvoten mellan den faktiska konsumtionen enligt försäljningsstatistiken

och den rapporterade statistikförda spritkonsumtionen) och användas för att estimerade de hypotetiskt sanna kvantiteterna. Av tabellen framgår att den rapporterade totala spritkonsumtionen enligt B endast utgör 41 procent av den totala estimerade spritkonsumtionen.

Resultatet från B:s rapporterade uppgifter, nämligen att 65,8 procent av den rapporterade totala konsumtionen hör till den statistikförda sektorn har sedan använts på A för att separera den statistikförda andelen från den rapporterade totala konsumtionen. Denna kvot har sedan använts för att komma till rätta med den rapporterade mängden hembränt.

Eftersom respondenterna i A inte rapporterade den köpta smuggelspriten och den utomlands eller taxfree inköpta spriten som procentuella andelar av totala konsumtionen utan som kvantiteter är dessa uppgivna kvantiteter återgivna i original. Endast 27 procent av den estimerade totala konsumtionen av sprit är rapporterad i A. De för A återgivna värdena representerar sålunda den som minimi-skattning presenterade modellen: hypotesen är att köpt smuggelsprit och taxfree/utomlands inköpt sprit har en så stor relativ teleskopeffekt att de rapporterade uppgifterna är korrekta.

Estimeringarna för starkvin, vin, starköl och öl skedde på ett liknande sätt. I *tabell 6* redovisas de av respondenterna återgivna värden resp de på grundval av rapporterade procentuella andelar och rapporterad totala konsumtion beräknade kvantiteterna. I regel är A:s rapporterade värden för inte statistikförda kvantiteter större än B:s, medan B:s rapporterade värden för den totala konsumtionen är betydligt högre än A:s. Detta står i överensstämmelse med antagandena om den relativa teleskopeffekten i A.

För att utifrån de rapporterade värdena estimerade de hypotetiskt sanna krävs det sålunda att den rapporterade statistikförda konsumtionen beräknas och ersätts av de faktiska värdena enligt försäljningsstatistiken samt att kvoten mellan konsumtionen enligt försäljningsstatistiken och den rapporterade statistikförda konsumtionen används som multiplikator för rapporterade uppgifter för att komma tillräta med underrapporteringen av de inte statistikförda posterna i B. Till skillnad från skattningarna för starksprit kunde den relativa andelen statistikförd resp icke statistikförd alkohol beräknas direkt från A. Det visade sig härvid att separationen mellan statistikförd och icke-statistikförd starkvin för B resulterade i ett relativt lågt värde för det icke-statistikförda starkvinet och ett något högre värde för det statistikförda starkvinet än försäljningsstatistiken visar. Huvudorsaken till detta är förmodligen, att starkvinet som spelar en viss roll som entrédrink på bjudningar, inte alltid med tillfredsställande precision kan identifieras av konsumenterna vad gäller dess härkomst och därmed inte heller i frågeundersökningar som kartlägger konsumtionen av taxfree starkvin. De kvantiteter som A:s respondenter redovisade som kvantiteter inköpt starkvin fick därför ersätta de beräknade värdena. Dessa kalkyler kan härledas av sluttabeln för estimeringen (*tabell 7*) och särredovisas inte.

Tabell 6. Vin- och ölkonsumtion i cl 100 procent enligt A och B.

Alkoholsort	Studie A per respondent (n=1011)	Studie B per respondent (n=1025)
Självrapporterad totalkonsumtion av viner	100	171
Köpt taxfree eller utrikes	24	18
Hemtillverkat snabbvin	19	11
Hemtillverkat fruktvin	10	6
Sålt per invånare 15 år+ genom Systembolaget	185	185
Självrapporterad i % av försäljningen 1992	54	93
Självrapporterad totalkonsumtion av starkvin	17	35
Köpt taxfree eller utrikes	15	9
Sålt per invånare 15+ genom Systembolaget	21	21
Självrapporterad i % av försäljningen 1992	81	169
Självrapporterad totalkonsumtion av bordsvin	83	136
Köpt taxfree eller utrikes	8	8
Hemtillverkat snabbvin	19	11
Hemtillverkat fruktvin	105	6
Sålt per invånare 15+ genom Systembolaget	164	164
Självrapporterad i % av försäljningen 1992	50	83
Självrapporterad totalkonsumtion av allt öl	125	229
Köpt taxfree eller utrikes	9	_1)
Sålt per inv 15+ genom Systembolaget/bryggerier	253	253
Självrapporterad i % av försäljningen 1992	50	91
Självrapporterad totalkonsumtion av starköl	59	125
Köpt taxfree eller utrikes	6	_1)
Sålt per inv 15+ genom Systembolaget/bryggerier	122	122
Självrapporterad i % av försäljningen 1992	48	102
Självrapporterad totalkonsumtion av folköl	67	105
Köpt taxfree eller utrikes	1	_1)
Sålt per inv 15+ genom bryggerier	131	131
Självrapporterad i % av försäljningen 1992	51	80

Tabell 7. Estimerade kvantiteter konsumerad alkohol i cl alkohol 100 procent per vuxen individ.

Alkoholsorter	A		B
	Minimi	Maximi	
Estimerad totalkonsumtion av sprit	298	473	332
Statistikförd per invånare 15 år +	196	196	196
Taxfree eller utrikes	54	197	76
Köpt smuggelsprit	12	44	28
Hembränt	36	36	32
Estimerad totalkonsumtion av viner	236	305	247
Statistikförd per invånare 15 år +	185	185	185
Köpt taxfree eller utrikes	24	52	37
Hemtillverkat snabbvin	19	45	15
Hemtillverkat fruktvin	10	23	9
Estimerad totalkonsumtion av allt öl	260	268	264
Statistikförd per invånare 15 år +	253	253	253
Köpt taxfree eller utrikes	7	15	11
Estimerad totalkonsumtion av all alkohol	794	1045	842
Statistikförd per invånare 15 år +	633	633	633
Ej statistikförd alkohol	161	412	209
Ej statistikförd % av estimerad totalkonsumtion	20	39	25

Som tidigare beskrivits baserar sig estimeringen på antagandet, att de av respondenterna återgivna procentuella andelarna av totalkonsumtionen inte är behäftade med någon relativ teleskopeffekt utan endast lider av den underrapportering som drabbar resp alkoholsort (förfarandet i B), medan de direkta kvantifieringarna av mera ovanliga alkoholsorter, i synnerhet när det gäller inköp eller produktion, kännetecknas av en relativ teleskopeffekt som leder till att dessa rapporterade värden kan accepteras som estimat för de faktiska värdena (förfarandet i A med undantag av hembränt). Det kan dock med rätt hävdas att dessa direkta uppgifter trots den relativa teleskopeffekten kan lida av en viss underrapportering. Därför bör uppgifterna i A också läggas till för en estimering av maximivärden, nämligen under antagandet att de rapporterade värdena på icke-statistikförd alkohol borde behandlas som om de skulle lida av samma underrapportering som den statistikförda alkoholen.

Eftersom det saknas vissa uppgifter om den icke-statistikförda alkoholen i A (smuggelsprit, taxfree starköl och taxfree öl) har estimat för dessa poster bildats på grundval av uppgifterna i A, nämligen det aritmetiska medelvärdet mellan minimiskattningen och maximiskattningen. Resultatet av skattningen återges i tabell 7.

### Diskussion av estimeringsresultaten

De estimerade värdena för den icke-statistikförda alkoholen enligt B är i regel något högre än de direkt rapporterade värdena för dessa sorter enligt A, vilket står i överensstämmelse med resonemanget, att den relativa teleskopeffekten i A rimligen inte behöver betyda att respondenternas uppgifter om produktion och inköp av icke-statistikförd alkohol inte drabbas av någon underrapportering alls. För de hemtillverkade vinerna är emellertid originaluppgifterna något högre i A än de av de relativa uppgifterna beräknade och med hänsyn till underrapportering korrigerade värdena i B. Skillnaderna, totalt 24 cl i B mot 29 cl i A, ligger dock inom ramen för de osäkerhetsmarginaler som estimerat av den här typen har. Totalt sett ligger B:s uppgifter närmare minimi-skattningen på grundval av A, vilket understryker att det sannolika faktiska värdet bör ligga närmare mittemellan maximi- och minimivärdet för A resp omkring estimaten för B.

Av intresse är att jämföra de av Kolk genomförda skattningarna för 1992 med de resultat som här redovisats. Kolk använde data från en intervjustudie från 1992 samt olika statistiska uppgifter, dvs. material som inte har begagnats här (Kolk, 1993). I tabell 8 jämförs resultaten.

Kolks resultat ligger ungefär mitt emellan minimi- och maximi-skattningen för A, men är högre än skattningen för B. Endast inom en kategori, nämligen skattningen av hembränt, faller Kolks resultat utanför de marginaler som mina skattningar har. Det bör i detta sammanhang å ena sidan poängteras, att Kolk har arbetat med okontrollerbara estimat. Å andra sidan har både A och B här använt sig av samma förfarande, nämligen att låta respondenterna estimerade den konsumerade procentuella andelen hembränt. Detta gör att osäkerhetsmarginalerna mellan mina estimat är snäva och att det saknas en övertygande validering av respondenters förmåga att korrekt kunna återge procentuella andelar i konsumtionen.

Totalt sett visar dock såväl Kolks som mina estimat att den icke-statistikförda konsumtionen är så pass stor att dess utveckling i tiden måste följas noga. Enligt skattningen från 1980-talets början uppgick den icke-statistikförda alkoholen till 15 procent av den statistikförda mängden. Även om man utgår från hypotesen att konsumtionen av hembränd sprit inte har ökat – hembränt ingick då inte i skattningen – ligger även minimi-alternativet för 1992 exkl. hembränt över 15 procent av 1992 års konsumtion. Det kan inte ens uteslutas, att minskningen av alkoholkonsumtionen enligt försäljningsstatistiken mellan 1980 (6,74 lit) och 1992 (6,33 lit) kan ha kompensrats genom ökningen av den icke statistikförda sektorn, ett antagande som trots allt förefaller vara spekulativt. Trenden till minskad spritförbrukning (3,42 liter 1980 till 1,96 liter 1992) enligt försäljningsstatistiken kan däremot inte ha kompensrats av ökad hembränning, inte ens om man skulle acceptera Kolks skattning och dessutom utgå från antagandet, att hembränning inte alls skulle ha förekommit 1980.



Tabell 8. Kolks skattning av den inte statistikförda sektorn 1992 i jämförelse med de här genomförda estimeringarna, redovisade som milj liter alkohol 100 procent.

Typ av alkohol	Milj liter alkohol 100 %			
	Enligt Kolk	Enligt B	Enligt A-min	Enligt A-max
All icke-statistikförd alkohol	20,3	14,7	11,5	29,2
Privat import	12,9	8,8	6,0	18,7
Hembränning	4,0	2,3	2,5	2,5
Hemtillverkning av vin	1,8	1,7	2,5	4,8
Smuggling	1,2	2,0	0,9	3,1
Konsumtion av teknisk sprit	0,4	-1)	-1)	-1)
Beräknad totalkonsumtion <sup>2)</sup>	65,1	59,5	56,3	74,0
All icke-statistikförd alkohol				
Räknad som andel (%) av den beräknade totalkonsumtionen	31	25	20	39
Räknad i % av den statistikförda konsumtionen	45	33	22	65

<sup>1)</sup> Ej inkluderad i skattningen <sup>2)</sup> inkl den statistikförda konsumtionen 1992: 44,8 milj lit alk 100 %

Det måste slutligen nämnas att skattningarna enligt såväl A som B är ofullständiga. Svenskarnas alkoholförtäring utomlands, exempelvis under semestertid, underskattas förmodligen. I A kan den i Sverige köpta smuggelspriten och utomlands köpt alkohol vara något överlappande och konsumtion av hemgjort öl täcks inte av undersökningarna. Vidare kan genom selektivt bortfall och selektiv underreportering specifika konsumtionsvanor i missbruksgrupper, exempelvis av teknisk alkohol, inte ha kommit med (Larsson m fl, 1988). Det är också osannolikt att exempelvis insmugglad alkohol som sålts till restauranger och serverats till restauranggäster kan identifieras som icke-statistikförd alkohol av respondenter i frågeundersökningar eller att dessa krögare, såvida de skulle hamna i ett slumpurval för frågeundersökningar, avslöjar sådant för intervjuaren.

Vidare ingår i försäljningsstatistiken, som är betydelsefull för de här redovisade estimaten, utländska besökares konsumtion av i Sverige inköpt eller serverad alkohol samt gränshandeln från framförallt de finska och norska köparnas sida. Årliga differenser i konsumenternas och restaurangernas lager beaktas inte, och såväl den alkohol som vid tillagningen av varma maträtter ångats bort som summan av alla de rester i flaskor och glas som hållts ut räknas som konsumtion.

### *Den icke-statistikförda alkoholens roll i olika riskgrupper*

Analysen av den icke-statistikförda alkoholens roll i olika riskgrupper medger inte att erhållna surveydata aggregeras, korrigeras för underrapportering och tolkas utifrån det på aggregatnivån rimliga antagandet att de inköpta eller tillverkade kvantiteterna konsumeras av samma kollektiv. Detta gör att endast studien B kan användas för en analys på individnivån vad gäller konsumtionen. Utöver detta är andelen individer i de högre riskkategorierna för låg i A.

Männens och kvinnornas positioner enligt Testaren återfinns i *tabell 9*. I de översta två kritiska kategorierna återfinns sammanlagt 13 procent av männen och 5 procent av kvinnorna.

För att åskådliggöra de inte statistikförda alkoholsorternas roll har jag sammanfattat alla uppgifter om konsumtionen av utomlands/taxfree inköpt sprit, starkvin och lättvin i kategorin "importerad". Det bör härvid beaktas att uppgifter om importerat öl inte har kartlagts i B och inte heller om i Sverige köpts smuggelsprit systematiskt. Den hembrända spritens andel och för kvinnor därutöver det hemtillverkade vinets andel av den totala alkoholkonsumtionen ökar emellertid med ökad konsumtion. I ingen av riskgrupperna utgör dessa två produkter mer än 10 procent av konsumtionen.

### *Diskussion av resultaten om sambandet mellan riskgrupper och konsumtionsmönster*

Enligt alla undersökningar och skattningar består den icke-statistikförda alkoholens huvudandel av den direkt importerade alkoholen. Inköp av denna är beroende av hur mycket individerna reser utomlands till länder med lägre alkoholpriser och/eller med möjligheter till tullfria inköp. Det är föga förvånansvärt att många tillvaratar de möjligheter som erbjuds att köpa billiga produkter vars kvalitet är känd. Denna tillfällesstruktur utgör en av alkoholvanorna oberoende faktor – i varje fall så länge medborgarna inte reser utomlands för att köpa alkohol. Det förvånar därför inte att den importerade alkoholen spelar en liknande roll i alla vanegrupperns konsumtion.

Annorlunda är det däremot med de hemtillverkade produkterna. Här finns det minst tre trösklar som står i vägen, lagstiftningen, kvaliteten och arbetsengagemanget.

Tabell 9. Män och kvinnor i B enligt "Testarens" fem riskkategorier.

Rekommendation	Marginaler för män i cl sprit 40 % per vecka	Marginaler för kvinnor i cl sprit 40 % per vecka	Män <sup>1)</sup> (n=502) %	Kvinno <sup>2)</sup> (n=523) %
1. Är du fullt frisk kan din konsumtion betraktas som praktiskt taget oskadlig.	0-15	0-12	36	61
2. Knappast någon fara för vanebildning eller andra skadliga verkningar på längre sikt. Men naturligtvis bör Du inte dricka upp allt på en gång – då finns risk för andra tråkigheter.	16-40	13-30	32	26
3. Du är inne i riskzonen, särskilt ju närmare den övre gränsen du ligger. Se framför allt till att din konsumtion inte ökar.	41-75	31-55	20	9
4. Du dricker definitivt för mycket. Faran för vanebildning och skador på inre organ och nervsystem är stor om Du fortsätter på samma sätt. Unna Din kropp en vit vecka med jämna mellanrum. Eller tala med en läkare.	76-125	56-95	10	3
5. Kan Du inte lägga om dina alkoholvanor radikalt själv, sök hjälp hos läkare eller rådgivningsbyrå för alkoholfrågor (se efter i landstingskatalogen). Men framför allt – vänta inte, gör något NU!	Minst 126	Minst 96	3	2

<sup>1)</sup> Antal helnykterister bland män: 31 (inkluderade i riskkategori 1)

<sup>2)</sup> Antal helnykterister bland kvinnor: 71 (inkluderade i riskkategori 1)

Resultatet visas i *tabell 10*. Variationen mellan män och kvinnor vad gäller den relativa andelen icke-statistikförd alkohol är låg. Inte heller mellan de olika riskgrupperna varierar den icke-statistikförda andelen alkohol mycket. För hushållens vintillverkning är, såvida produkterna inte säljs, lagstiftningen inget större problem. Däremot är kvalitetsfrågan värd att diskutera. Här finns det på snabbätser och på frukter/fruktjuicer baserade viner, av vilka de sistnämnda anses ha betydligt bättre kvalitet. Vinernas kvalitet beror emellertid inte endast på frånvaron eller närvaron av produkter såsom tillsatt socker eller konserveringsämnen eller på frånvaron eller närvaron av identifierbara bismaker som härrör från ofullkomlighet i jäsningsen. Avgörande för kvaliteten är de smaksensationer som professionella kännare upplever och dokumenterar. De hemtillverkade produkterna brukar, med rätta eller ej, ligga under den gräns för viner som får fullvärdiga predikat av dessa konnässörer.

Vidare är tillverkningen av dessa viner förbunden med arbetsinsatser, utveckling av en viss yrkeskunskap. Jäsningsprocessen, som utsträcker sig från några veckor för snabbätserna upp till ca 6 månader för fruktvinerna kräver väntetider, långsiktig planering. I normalfall medför därför ett engagemang i hemtillverk-

ningen (utöver jäsnig av vissa specifika vinsorter; t.ex. flädervin eller cider) större produktionskapaciteter än enstaka liter.

Tabell 10. Olika icke-statistikförda alkoholsorters procentuella andel i olika riskgrupperns alkoholkonsumtion.

Typ av alkohol	Testarens riskgrupper					Totalt
	1	2	3	4	5	
<i>Män</i>						
Antal	181	158	98	49	16	502
Medelvärde för årskonsumtion i cl alkohol 100 %	122	548	1154	1992	3581	750
% Statistikförd	83	86	85	80	88	84
% Importerad	15	10	11	9	3	9
% Hemtillverkat vin	2	2	2	5	2	3
% Hembränd sprit	0	1	2	5	7	3
<i>Kvinnor</i>						
Antal	319	134	45	16	9	523
Medelvärde för årskonsumtion i cl alkohol 100 %	78	396	771	1371	3108	311
% Statistikförd	84	87	86	82	89	84
% Importerad	14	9	10	12	2	9
% Hemtillverkat vin	2	3	3	4	7	4
% Hembränd sprit	0	1	1	1	2	1

Vidare förutsätter det dels en hög prisnivå för de professionellt tillverkade produkterna dels en hög grad av självförtroende hos hemtillverkarna för att våga bjuda på motstånd mot konnässörernas normer. Detta innebär att hemtillverkningen i regel skall tillgodose vinbehovet i hushåll med rejäla alkoholvanor. Resultaten av denna studie, nämligen att vintillverkningens betydelse överhuvudtaget är liten och störst bland de övre riskkategorierna för den grupp som har alkoholkonsumtionen koncentrerad till vinet, kvinnorna, överensstämmer med dessa resonemang.

För hembränd sprit, där tillverkningskostnaderna endast utgör en tiondel av kostnaden för Systembolagssprit, är legalitetsfrågan av stor betydelse. Den tidigare omnämnda bristfälliga internaliseringen av förbudet mot hembränning gäller förmodligen endast husbehovsbränningen. Det är inte troligt att storskalig illegal tillverkning och försäljning accepteras i breda befolkningskretser. Mot denna bakgrund är det troligt att hembränningen skulle kunna spela en stor roll endast om åtminstone ett av följande villkor är uppfyllda. Det första villkoret skulle vara, att hembränd sprit kan tillverkas och säljas till många konsumenter,

vilka inte kan identifiera produkterna som hemgjorda. Så skulle vara fallet om ett mindre antal lönnbrännare skulle tillverka stora kvantiteter, sälja dessa till ett nätverk av kriminella krögare bland Sveriges 3 700 spritrestauranger eller till anställda i Sveriges knappt 360 systembutiker vilka i sin tur kan kamouflera alkoholens härkomst och sälja den som normal alkohol till ett stort antal konsumenter. Det andra villkoret skulle vara att såväl tillverkningen och konsumtionen kan begränsas till samma personkrets. I detta fall måste det finnas ett relativt stort antal hemdestillatörer i befolkningen som framställer små mängder som de själva dricker eller som dricks inom snävt avgränsade nätverk av bekanta. Vid destilleringsverksamhet utanför dessa två scenarier kan man räkna med att både upptäcktsrisker och kvalitetsaspekter håller verksamheten under kontroll. I det förstnämnda fallet tycks fall av upptäckta brott röra sig om en mer eller mindre regelbunden försäljningsverksamhet till missbrukare, langare, illegala klubbar m.m., dvs. verksamheter som först beivras, när den bedöms vara alltför störande eller som uppdragas i samband med andra brott (Larsson m fl, 1990). Den upptäckta brottligheten har fördubblats under de senaste 10 åren och uppgår nu till över 1 000 fall per år. En förklaring kan vara att polisens har satsat allt större resurser på bekämpningen av narkotikabrott och som en biprodukt förändrat upptäcktsrisker för hembränning. En annan förklaring kan vara att hembränningen koncentrats mera till missbrukskretser och till storskalighet. Fall där hemtillverkad sprit trängt in i de legitima försäljningskanalerna brukar uppdragas vid personkonflikter mellan restaurangpersonal m.m. I tillgängliga kartläggningar finns sådana fall inte rapporterade och inte ens polisiära misstankar åt det hållet (Philipsson m fl, 1993). Beträffande den småskaliga husbehovsbränningen är kvalitetsaspekterna inte bara begränsade till smaksensationerna utan också till individernas rädsla att dricka hälsofarliga produkter, t.ex. metylalkohol. Därför torde medborgare i normala sociala situationer vara återhållsamma med att köpa hembränd sprit av främmande personer. Vid nätverksbildning kring en husbehovsdestillatör höjs riskerna för anonym polisanmälan t.ex. genom en anhörig till sådana köpare som missbrukar. Av allt att döma finns det spärrar som begränsar marknaden utanför bekantskapskretsen. Om nu husbehovstillverkning av dessa skäl begränsas till små mängder är den bara lönsam för storkonsumenter. De i denna studie erhållna resultaten om konsumtionen av hembränd sprit har också en storleksordning som man kan vänta sig vid bagatellkriminalitet – jämförbar med det genom snatterier och personalstölder redovisade "svinnet" i varuhus – samt visar såsom väntat en koncentration av denna konsumtion hos storkonsumenterna av alkohol.

Sett i ett alkoholpolitiskt perspektiv förefaller den icke-statistikförda alkoholen inte ha en sådan andel av den totala konsumtionen och en sådan betydelse i riskgrupper att den urholkar den preventionspolitik som Sverige har fört. Man måste emellertid räkna med att den privata importen kommer att öka. Eftersom Sverige under de senaste 13 åren på ett dramatiskt sätt utvecklats till ett vin- och ölland och eftersom butikspriserna på dessa drycker allt mindre skiljer sig

från de i semesterländerna utanför Norden, torde de härmed sammanhängande ändringarna snarare blir kvalitativa än kvantitativa.

Givetvis kan denna internationalisering medföra "export" av alkoholrelaterade ordningsproblem som tidigare uppmärksammats som i huvudsak nationella problem, exempelvis vid ungdomarnas midsommarfirande vid vissa platser eller nyårsfirandet i storstäderna. På "importsidan" har i Sverige sådana problem uppkommit vid internationella fotbollsmatcher och på exportsidan genom svenska ungdomar i några österrikiska skidsemesterorter.

## Fotnoter

1) Tillsammans med mina medarbetare vill jag tacka A och B för att det ställt sina datamaterial till vårt förfogande. Eftersom vi inte vill göra reklam för någon av dessa två företag benämns de här A och B.

2) Risken att respondenter återger hörsägen som saknar en objektiv förankring har bl.a. framkommit i en studie om den italiensarnas anpassning i Schweiz (Braun, 1970). Undersökningens personal fick höra ett större antal rapporter av schweizarna som innehöll påståenden om att vissa italienska hushåll uppfödde en gris i badrummet. Vid de besök som gjordes i samband med intervjuer hos italienska invandrare hittades inte ett enda fall. För övrigt förekommer i de svenska historier om nätverk kring hembränning som författaren har fått ta del av för det mesta en polisman antingen som ledare för verksamheten eller som stamkund, trots att detta med hänsyn till polismannens risker för disciplinära konsekvenser och hembrännings påstådda höga frekvens förefaller vara minst sagt tveivelaktigt.

## Litteratur

- Axberger, H.-G. (1988) Eko-brott, Eko-lagar och Eko-domstolar. En rättspolitisk utvärdering av lagstiftningen mot ekonomisk brottslighet. BRÅ-forskning 1988/3. Allmänna Förlaget, Stockholm
- Björkman, N.-M. (1979) Social önskvärdhet som felkälla i frågeundersökningar. En jämförelse mellan två datainsamlingsmetoder, Sociologiska Institutionen, Stockholm
- Braun, R. (1970) Sozio-kulturelle Probleme der Eingliederung italienischer Arbeitskräfte in der Schweiz, Eugen Rentsch Verlag, Erlenbach-Zürich
- CAN (1987) Rapport 87. Alkohol- och narkotikautvecklingen i Sverige; Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; Stockholm
- CAN (1993) Rapport 93. Alkohol- och narkotikautvecklingen i Sverige; Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; Stockholm
- Janson, C.-G. (1990) Retrospective data, undesirable behaviour, and the longitudinal perspective. In: Magnusson D. and Bergman L.R. (Eds.) Data Quality in Longitudinal Research. Cambridge, Cambridge University Press, 1990
- Kolk, T. (1991) Analys och beräkning av det s.k. "mörkertalet", manuskript, preliminär version, Stockholm

- Kolk, T.(1993) Alkoholkonsumtionens "mörkertal". Analys och beräkning (stencil; utgivningsort Täby)
- Kühlhorn, E. & Leifman H. (1993) Alcohol surveys with high and low coverage rate. A comparative analysis of survey strategies in the alcohol field. *J Stud. Alc* vol 54, No 5 542–554
- Kühlhorn E.(1993a) Svenska alkoholrestauranger på väg in i Europa; Stockholms kommun (Under tryckning)
- Kühlhorn E. (1993) Totalkonsumtionsmodellen i perspektivet av 17 svenska undersökningar på alkoholområdet; Stockholms universitet, publiceras i Alkoholpolitiska kommissionens betänkande
- Kühlhorn E. & Helmesson K. (1984) Fiktivt socialt tryck och majoritetsmissförståndet; *Alkohol och narkotika* 7, 8–12
- Larsson S. & Miegel F. (1990) Svart Brygd. En pilotstudie om den illegala sprittillverkningen; Sober Förlag; Udevalla 1990
- Marklund U. (1983) Droger och påverkan. *Acta Universitatis Gothoburgensis*, Göteborg
- Midanik L. (1982) Over-reports of Recent Alcohol Consumption in a Clinical Population: a Validity Study; *Drug and Alcohol Dependence* 9, 101–110
- Mäkelä K. (1971). Measuring the Consumption of Alcohol in the 1968–1969 Alcohol Consumption Study. Social Research Institute of Alcohol Studies. Helsinki
- Pernanen K. (1974) Validity of survey data on alcohol use. In: Gibbins, R.J., Israel, Y., Kalant, H., Popham, R.E., Schmidt, W and Smart, R.G. (Eds) *Research Advances in Alcohol and Drug Problems*, Vol. 1, New York: John Wiley & Sons, Inc., 1974, pp 355–374.
- Philipson C., Kolk, T. & Lindsröm U. (1993) Hembränning. En empirisk studie och beräkning av dess utbredning och omfattning i Sverige; (stencil) Stockholm, Sveriges Bryggareförening
- Phillips D.L. (1972) Knowledge from what? Theories and Methods from Social Research, Rand MacNally, Chicago
- Rydberg U. (1983) Normalkonsumtionens risker i Arvidsson O.: Risken att bli alkoholist. Rapport från ett symposium om uppkomst av alkoholmissbruk 169–183, Stockholm; Riksbankens Jubileumsfond
- Rydberg U., Damström-Thakker K. & Skerfving S. (1993) Risk Evaluation of Alcohol International Review of Psychiatry, Vol 1; under tryckning
- Sears D.O, Peplau, L.A. & Taylor S.E. (1991) *Social Psychology*; 7th Edition, Prentice Hall International, Englewood Cliffs, New Jersey

# Metoder för bedömning av missbrukets omfattning

Orvar Olsson



# Innehåll

<b>Inledning</b>	295
<b>Ledermanns metod för skattning av antalet högkonsumenter</b>	295
<b>Jellineks skattningsformel</b>	296
<b>Metodernas användbarhet</b>	297
<b>Referenser</b>	299

## Inledning

Att försöka få ett grepp om hur många alkoholmissbrukare det finns i ett land innebär stora svårigheter. Om man t.ex. utgår från antalet personer som till följd av alkoholkonsumtionens konsekvenser registreras i samband med t.ex. sjukhusvård får man en bild av en del av alkoholmissbruket – men långtifrån någon fullständig bild. När det gäller viss vårdefterfrågan, t.ex. på grund av leversjukdom, ingår det i statistiken också en hel del personer som är högkonsumenter av alkohol men inte missbrukare i traditionell mening. Varje ”indikator” på alkoholmissbruk (t.ex. en viss diagnos) kan bara spegla en mindre del av den totala missbruket. Och många missbrukare får inte sådana skador att de tar kontakt med någon vårdgivare.

Det har gjorts åtskilliga försök i skilda länder att skatta antalet högkonsumenter eller antalet alkoholmissbrukare. Några skall kortfattat beskrivas i det följande.

## Ledermanns metod för skattning av antalet högkonsumenter

Ledermanns tillvägagångssätt innebär ett försök att beskriva hur alkoholkonsumtionen är fördelad i en befolkning, vilket också innebär en uppskattning av hur stor del av befolkningen som har en, på något sätt avgränsad, hög eller mycket hög konsumtion.

Det som gör denna metoden intressant är självfallet att det finns ett samband mellan konsumtions- och skadenivå. Detta samband är dock inte absolut. Det finns personer med en mycket hög alkoholkonsumtion som inte uppvisar skador som leder till t.ex. sjukhusvård och somatiska diagnoser och det finns personer med en relativt måttlig konsumtion som har alkoholbetingade sjukdomar.

Ledermann studerade data från olika länder och drog slutsatsen att alkoholkonsumtionen i en ”homogen” befolkning var lognormalt fördelad och att fördelningen under vissa förutsättningar kunde beskrivas enbart med hjälp av medelvärdet. Detta innebär att det med utgångspunkt i den totala alkoholkonsumtionen i en befolkning – vilken i allmänhet sätts lika med försäljningen – går att beräkna hur många som har en konsumtion över en viss gräns, säg 10 cl eller 15 cl per dag.

Den lognormala fördelningen har tillämpats på många mänskliga företeelser (Aitchison och Brown, 1969). Inom alkoholområdet har den förutom av Ledermann själv framför allt använts av kanadensiska forskare (Ledermann, 1956; de Lint och Schmidt, 1971; Hyland och Scott, 1969; Addiction Research Foundation, 1984).

## Jellineks skattningsformel

Ett av de mest utforskade sambanden mellan alkoholismsbruk och skador gäller dödligheten i levercirrhos. Undersökningar som påvisar ett sådant samband finns redovisade sedan flera år i många länder. En tidig översikt över tillgängliga kliniska erfarenheter och statistik redovisades av Jolliffe och Jellinek (1941). Med utgångspunkt i utvecklingen av antalet fall av levercirrhos (enligt obduktionsresultat) bland alkoholister och i förekomsten av alkoholism bland dem som dött till följd av levercirrhos antog Jellinek att det fanns ett tillräckligt stabilt samband mellan alkoholism och dödligheten i levercirrhos för att det skulle vara möjligt att skatta antalet alkoholister (Keller, 1975a; 1975b).

Tillvägagångssättet redovisades i ett par böcker som publicerades i början av 1940-talet (Haggard och Jellinek, 1942, s 25f; Jolliffe och Jellinek, 1941, s 286ff) och finns formaliserat i en WHO-publikation från 1951 (World Health Organization, 1951, bilaga 2). Jellineks skattningsformel fick stor spridning och var den accepterade tekniken att mäta förekomsten av alkoholism under 1950 och 1960-talen. Den minskade betydelse som formeln därefter har fått beror bl.a. på att konstanterna i formeln har ifrågasatts och på insikten om att det finns många former av alkoholmissbruk förutom den kroniska alkoholism som definierats av Jellinek och som formeln syftar till att skatta antalet fall av (Furst, 1983).

Jellineks formel utgår som nämnts från antalet dödsfall i levercirrhos (D). Detta antal multipliceras med andelen sådana fall orsakade av alkoholism (P). Efter en analys av dödligheten i USA mellan 1900 och 1945, och speciellt av utvecklingen i anslutning till förbudstiden, skattades D till 35 procent (Jolliffe och Jellinek, 1941). Senare redovisade Jellinek skilda andelar för män och kvinnor: Han bedömde att 51,5 procent av männens och 17,7 procent av kvinnornas dödlighet i levercirrhos var betingad av alkoholism (World Health Organization, 1951). Andelarna korrigerades senare, på grund av en något förändrad definition, till 62,8 procent resp 21,6 procent (Jellinek, 1952).

Antalet alkoholbetingade levercirrhosdödsfall ( $P \times D$ ) antogs vara lika stort som antalet alkoholister (N) multiplicerat med sannolikheten för att en alkoholist dör under ett givet år (K). Detta ger  $N \times K = D \times P$ , dvs.  $N = D \times P/K$ .

Parametrarna P och K skattades av Jellinek utifrån studier av alkoholister i medicinsk behandling. Formeln kan följaktligen (i bästa fall) ge ett estimat av antalet alkoholister med medicinska komplikationer. För att anpassa metoden till en bredare definition tillförde Jellinek ytterligare en faktor (R), vilken var ett uttryck för kvoten mellan alla alkoholister och alkoholister med medicinska komplikationer (World Health Organization, 1951, bilaga 1). Detta ger formeln  $N = (D \times P/K) \times R$ .

Eftersom P, K och R i det närmaste ses som konstanter av Jellinek kommer endast förändringar i D att leda till förändringar i prevalensskattningarna. Skattningarna av prevalensen av alkoholism blir till följd härav en linjär funktion av antalet dödsfall i levercirrhos (Roizen och Milkes, 1980). Formeln skulle i sin ursprungliga form lika gärna kunna ha skrivits  $N = 242D$ . Det fanns alltså, enligt

de ursprungliga värdena på konstanterna, 242 levande alkoholister för varje dödsfall i levercirrhos.

Jellineks formel hade sin "storhetstid" under 1950- och 1960-talen. Den användes för skattningar av antalet alkoholister i USA och i USAs delstater (Haggard och Jellinek, 1942; Jellinek, 1947; Jellinek och Keller, 1952; Keller och Efron, 1955), i större städer i USA (Keller och Efron, 1956), i Kanada och i kanadensiska provinser (Popham, 1956) samt i ett antal länder i övriga delar av världen (World Health Organization, 1951; Popham, 1956).

I WHO-rapporten ingick också en skattning av antalet alkoholister i Sverige. Antalet alkoholister "med komplikationer" år 1946 skattades till 30 800 eller 646 per 100 000 invånare 20 år och äldre. Utifrån antagandet att andelen med komplikationer låg på samma nivå som i USA, dvs.  $R = 0,25$ , skattades antalet med och utan komplikationer till 2 580 per 100 000. Motsvarande skattningar för t.ex. Danmark var 1 980 (år 1948), för Norge 1 560 (1947) och för Finland 1 430 (1947).

Ett försök att tillämpa metoden på finska data gjordes i slutet av 1950-talet som ett samarbetsprojekt mellan the Finnish Foundation for Alcohol Studies och Alcoholism Research Foundation i Kanada (Bruun et al, 1960;).

Under senare år har Jellineks metod bl.a. använts av Addiction Research Foundation i Kanada (Addiction Research Foundation, 1984).

## Metodernas användbarhet

Den ledermannska metoden innebär en mycket stor fördel i jämförelse med andra skattningsmetoder genom att den utgår från data som är lätt åtkomliga i i flertalet länder. Metoden har emellertid kritiserats såväl från teoretiska som från empiriska utgångspunkter, bl.a. av Skog (1972), Miller och Agnew, (1974) samt Parker och Harman, (1978). En genomgripande analys av Ledermanns utgångspunkter och en redovisning av genomförda empiriska studier har lämnats av Skog (1982a; 1982b; 1983). Enligt Skog ger varken empiriska data eller teoretiska argument något stöd för ståndpunkten att alkoholkonsumtionens fördelning har strikt matematiska egenskaper. Empiriska data avviker i flera fall från lognormalitet, även om avvikelserna sällan är dramatiska.

Enligt de empiriska data som är tillgängliga är att den självrapporterade konsumtionsfördelningen påtagligt sned. I runda tal dricker två tredjedelar av en population mindre än medelkonsumtionen och 10–15 procent dricker mer än två gånger medelkonsumtion (Skog, 1983, s 32f). Det är med säkerhet så att högkonsumenterna är underrepresenterade i denna typ av undersökningar och att den "verkliga" fördelningen – den där inget bortfall förekommer – är snedare än den teoretiska, lognormala.

Som redan nämnts används Jellineks metod i mycket begränsad utsträckning i dag – i varje fall i sådana sammanhang att det avspeglar sig i vetenskapliga publikationer. De kritiska invändningar som framförts mot metoden har främst

gällt skattningen av parametrarna P (alkoholbetingad levercirrhosdödlighet), K (sannolikheten för att en "dold" alkoholist dör i levercirrhos under ett givet år) och R (andelen alkoholister med medicinska komplikationer av alla alkoholister).

Diskussionen och kritiken av parameter P har bl.a. gällt de separata skattningarna för män och kvinnor som inte ingick i den ursprungliga tillämpningen av metoden och som är svåra att motivera med data från samma år som Jellinek använde. Enligt senare gjorda beräkningar (Roizen och Milkes, 1980) är P-värdena för män och kvinnor i det närmaste identiska, eller 33,4 procent resp 31,9 procent, jämfört med de av Jellinek redovisade värdena på 51,5 procent och 17,7 procent. En tänkbar förklaring till att Jellinek förde fram dessa andelar är att de leder till prevalensskattningar för män respektive kvinnor med förhållandet 6 till 1, vilket var i enlighet med de vid denna tid förhärskande föreställningarna om förekomsten av alkoholism bland män respektive kvinnor, till skillnad från förhållandet 2 till 1, vilket ett empiriskt beräknat P-värde skulle leda till (Roizen och Milkes, 1980).

En annan invändning som är relevant när formeln används på data från andra länder eller andra år än de som låg till grund för beräkningarna är att P inte är någon konstant. Utifrån de kunskaper vi har i dag om sambandet mellan alkoholism och levercirrhos är detta en självklarhet. Att det knappast kan röra sig om en konstant påpekades emellertid tidigt av bl.a. Sjövall (1950) och Popham (1956). Det är troligt, menade Popham, att om frekvensen alkoholister ökar i en population, så ökar även antalet alkoholbetingade levercirrhosdödsfall och därmed också värdet på P; det är inte troligt att antalet ej alkoholbetingade levercirrhosdödsfall ökar proportionellt, utan snarare att de följer den allmänna trenden för dödligheten.

Efter en genomgång av bl.a. tillvägagångssättet vid skattningen av P-värdet hävdar Seeley (1959) att detta, enligt kanadensiska data, är omkring två gånger större än det ursprungligen beräknade.

För Finland har P-värdet 0,38 redovisats för perioden under 1950- och 1960-talen (Popham, 1970).

Även frekvensen av ej alkoholbetingad levercirrhosdödlighet kan variera mellan olika länder och mellan olika perioder samtidigt som den alkoholbetingade levercirrhosdödligheten kanske är relativt konstant (Sjövall, 1950), varigenom också självfallet P-värdet förändras.

Det finns vidare data som visar att den registrerade relationen mellan "underliggande dödsorsak", som är utgångspunkten för beräkningarna, och "icke underliggande dödsorsak" kan variera i fråga om levercirrhos beroende på befolkningsstorlek, obduktionsfrekvens och ålderssammansättning (Lipscomb och Sulka, 1961).

Den andra "konstanten", K, är andelen av alla alkoholister med medicinska komplikationer som dör av levercirrhos. En genomgång som Jellinek gjorde av data från ca 100 000 obduktioner av alkoholister som under sin livstid hade uppvisat olika medicinska komplikationer visade att i ungefär 9 procent av fallen

förelåg levercirrhos och att 7,71 procent "eventually" hade dött av denna komplikation. Genom att multiplicera 9 procent med 7,71 procent erhöll Jellinek värdet 0,694 procent, "representerande andelen som dött av levercirrhos bland alla under ett givet år levande alkoholister med medicinska komplikationer" (World Health Organization, 1951).

Inte heller K kan antas vara en konstant. Värdet kan antas variera från område till område och mellan olika tidsperioder (Sjövall, 1950; Popham, 1956). Andra värden har också redovisats. I en undersökning från Norge för perioden 1925–1962, rapporterades ett K-värde på 0,065 procent, dvs. mindre än en tiondel av Jellineks' K (Sundby, 1967, s 148). Skillnaden beror delvis på att andelen med levercirrhos (enligt obduktionsresultaten) är lägre, delvis, och framför allt, på att andelen dödsfall till följd av levercirrhos är betydligt lägre. Å andra sidan redovisade Jellinek (1959) i sin sista revision av formeln ett K-värde på 1,079, beroende på en ökning av andelen levercirrhoskomplikationer från 9 procent till 14 procent.

Även R, dvs. andelen alkoholister med komplikationer av alla alkoholister, har getts varierande värden. Jellinek konstaterade vid sin revision av tillvägagångssättet att "andelen alkoholister med komplikationer har minskat i Amerika från 25 till 18,75 procent, vilket kräver en anpassning av R från 4 till 5,3" (Jellinek, 1959).

Genomgången av Jellineks formel har varit omständlig. Syftet har varit att visa att det inte med utgångspunkt i levercirrhosdödligheten är möjligt att skatta antalet alkoholmissbrukare. Men levercirrhosdödligheten går naturligtvis att använda som en visare för fättdriktning och reshastighet. I Sverige har antalet dödsfall på grund av levercirrhos minskat från 12,92 till 7,44 under tioårsperioden 1976–1985, eller med drygt 40 procent. Att antalet missbrukare också har minskat sedan slutet av 1970-talet, då man började tala om 300 000, är med säkerhet fallet. Men frågan är med hur mycket och frågan är hur pass säker utgångssiffran från 70-talet är. Ursprunget till siffran och hur den beräknats är inte känt.

Minskningen av försäljningen under samma period uppgick till drygt 20 procent. Men även denna visar snarare riktning än omfattning.

## Referenser

- Addiction Research Foundation. 1984: *Statistics on alcohol and drug use in Canada and other countries. Volume I Statistics on alcohol use*. Toronto: Addiction Research Foundation
- Aitchison J, Brown J A C. 1957: *The lognormal distribution with special reference to its uses in economics*. Cambridge: The University Press
- Bruun K, Koura E, Popham R E, Seeley J R. 1960: *Liver cirrhosis mortality as a means to measure the prevalence of alcoholism. Studies on the applicability of the Jellinek formula for the estimation of the number of alcoholic in Finland*. Helsinki: The Finnish Foundation for Alcohol Studies

- Furst C J. 1983: Estimating alcoholic prevalence. I: Galanter M (Ed). *Recent developments in alcoholism. Volume 1*. New York: Plenum Press
- Haggard H W, Jellinek E M. 1942: *Alcohol Explored*. New York: Doubleday, Doran & Company
- Hyland J, Scott S. 1969: *Alcohol consumption tables: An application of the Ledermann equation to a wide range of consumption averages (4.0–30.0 litres of absolute alcohol yearly)*. Toronto: Addiction Research Foundation
- Jellinek E M. 1947: Recent trends in alcoholism and in alcohol consumption. *Quart J Stud Alc*, 8(1), 1–42
- Jellinek E M. 1952: The estimate of the number of alcoholics in the USA for 1949 in the light of the Sixth Revision of the International Lists of Causes of Death. *Quart J Stud Alc*, 13(2), 215–218
- Jellinek E M. 1959: Estimating the prevalence of alcoholism: Modified values in the Jellinek formula and an alternative approach. *Quart J Stud Alc*, 20, 261–269
- Jellinek E M, Keller M. 1952: Rates of alcoholism in the United States of America, 1940–1948. *Quart J Stud Alc*, 13(1), 49–60
- Jolliffe N, Jellinek E M. 1941: Cirrhosis of the liver. I: Jellinek E M (Ed). *Alcohol addiction and chronic alcoholism*. New Haven: Yale University Press
- Keller M. 1962: The definition of alcoholism and the estimation of its prevalence. I: Pittman D J, Snyder C R (Eds). *Society, culture, and drinking patterns*. New York: John Wiley & Sons
- Keller M. 1975a: Multidisciplinary perspectives on alcoholism and the need for integration. *J Stud Alcohol*, 36(1), 133–147
- Keller M. 1975b: Problems of epidemiology in alcohol problems. *J Stud Alcohol*, 36(11), 1442–1451
- Keller M, Efron V. 1955: The prevalence of alcoholism. *Quart J Stud Alc*, 16, 619–644
- Keller M, Efron V. 1956: Alcoholism in the big cities of the United States. *Quart J Stud Alc*, 47(1), 63–72
- Ledermann S. 1956: *Alcohol, alcoholism, alcoholization*. Vol 1. Paris: Presses Universitaire de France
- Lipscomb W R, Sulka E. 1961: Some factors affecting the geographic comparison of alcoholism prevalence rates. Implications for the use of the Jellinek estimation formula. *Quart J Stud Alc*, 22, 588–596
- de Lint J, Schmidt W. 1971: Consumption averages and alcoholism prevalence: A brief review of epidemiological investigations. *British Journal of Addiction*, 66, 97–107
- Miller G H, Agnew N. 1974: The Ledermann model of alcohol consumption. Description, implications and assessment. *Quart J Stud Alc*, 35(3), 877–898
- Parker D A, Harmon M S. 1978: The distribution of consumption model of prevention of alcohol problems. A critical assessment. *Journal of Studies on Alcohol*, 39(3), 377–399
- Popham R E. 1956: The Jellinek alcoholism estimation formula and its application to Canadian data. *Quart J Stud Alc*, 17, 559–593
- Popham R E. 1970: Indirect methods of alcoholism prevalence estimation: A critical evaluation. I: Popham R E (Ed). *Alcohol and alcoholism*. Toronto: Addiction Research Foundation
- Roizen R & Milkes J. 1980: The strange case of the Jellinek formula's sex ratio. *J Stud Alcohol*, 41(7), 682–692

- 
- Seeley J R. 1959: Estimating the prevalence of alcoholism: A critical analysis of the Jellinek formula. *Quart J Stud Alc*, 20, 245–254
- Sjövall E. 1950: Alkoholmissbruk och levercirrhos. *Tirfing* (4), 93–101
- Skog O-J. 1972: Mindre alkohol – färre alkoholister? *Alkoholfrågan*, 66(5), 184–195
- Skog O-J. 1982a: *Estimating magnitudes and trends of alcohol related problems: A critical appraisal*. Oslo: National Institute for Alcohol Research
- Skog OJ. 1982b: *The distribution of alcohol consumption. Part I: A critical discussion of the Ledermann model*. Oslo: National Institute for Alcohol Research
- Skog OJ. 1983: *The distribution of alcohol consumption. Part II: A review of the first wave of empirical studies*. Oslo: National Institute for Alcohol Research
- Sundby P. 1967: *Alcoholism and mortality*. Oslo: Universitetsforlaget
- World Health Organization: 1951: *Expert Committee on Mental Health. Report on the First Session of the Alcoholism Subcommittee, Geneva, 11–16 December 1950*. World Health Org techn Rep Ser, 42





# Skrivelser, uttalanden och analys med anknytning till EES-avtalet och ett eventuellt EU-medlemskap

Rolf Larsson

# Innehåll

<b>Bilaga 10-1</b>	<b>Utdrag ur Sveriges skrivelse till EG-kommissionen april 1993</b>	305
<b>Bilaga 10-2</b>	<b>Utdrag ur EG-kommissionens utlåtande juli 1992</b>	306
<b>Bilaga 10-3</b>	<b>Alkoholdistribution i EU:s medlemsländer</b>	309
<b>Bilaga 10-4</b>	<b>Monopol och monopolavveckling</b>	313
<b>Bilaga 10-5</b>	<b>Analys av EES-avtalets regler i delar som kan beröra de svenska alkoholmonopolen</b>	316

**Bilaga 10-1****Utdrag ur Sveriges skrivelse till  
EG-kommissionen april 1993**

Sweden has in the EEA Agreement accepted the provisions contained in Article 37 of the Treaty of Rome, which stipulates that State monopolies of a commercial character must be adjusted so as to ensure that no discrimination regarding the conditions under which goods are procured and marketed exists between nationals of Member States. In its opinion on Sweden's application for membership, the Commission indicated that the Swedish alcohol monopolies needed to be further adjusted to be compatible with Article 37.

The Swedish alcohol monopoly structure comprises exclusive rights for the State monopolies as regards the importation, wholesale trade and retail trade of alcoholic beverages, as for the production and exportation of spirits. With exception for the regulations on the wholesale trade of strong beer, which accord a differential treatment to foreign beer producers as compared with Swedish producers and therefore are being remedied through a legislative reform, Sweden considers the alcohol monopolies to be compatible with the stipulations of the Treaty of Rome as they are neither distorting competition nor discriminating between nationals from different States. Thus, there is no need for further adjustment.

As the monopolies do not distort or otherwise hinder the maintenance of normal conditions of competition between the economies of the EEA States (EC Member States), they have no effects equivalent to quantitative restrictions to trade.

The Swedish alcohol monopoly structure is based on important health and social policy considerations and not on commercial grounds. It constitutes a strategic part of a comprehensive policy aiming at the reduction of the total consumption of alcohol and thus minimizing the damage caused by consumption of alcohol in accordance with the European Alcohol Action Plan adopted by the European Region of the World Health Organization:

## **Bilaga 10-2**

### **Utdrag ur EG-kommissionens utlåtande juli 1992**

EG-kommissionens yttrande över Sveriges medlemsansökan innehåller bl.a. följande:

"There are some concerns about state monopolies of a commercial character within the meaning of Article 37 of the EEC Treaty, the alcohol monopoly being one that is particularly worrying. To date, the Swedish government has taken no step to remedy this situation in preparation for the entry into force of the EEA, which contains similar provisions to Article 37 of the EEC Treaty."

EG-kommissionen drar följande slutsats:

"State monopolies, such as that for alcohol beverages would have to be adapted."

EG-kommissionen fortsätter:

"On the basis of the information gathered it is found that Sweden has state monopolies of a commercial character (within the meaning of Article 37 of the treaty of Rome) for alcohol, pharmaceuticals, electricity and natural gas."

"The entry into force of the EEA will oblige Sweden to bring the situation in these sectors into line with the relevant Community legislation where this is not already the case. As 1st January, 1993 approaches, the Swedish government would be advised to go ahead already with the revision of its legislation. The Commission will monitor developments in this sector closely."

The alcohol monopoly seems to be the most worrying. In this sector, Sweden maintains the following exclusive rights:

- production of spirits;
- marketing and importing of all types of alcohol;
- exporting spirits and strong beers.

The justification for applying these exclusive rights is that they are a means of combatting alcoholism and protecting public health.

The Court in its judgment of 12 March, 1987 on case 178/84 considered that the protection of public health should entail the erection of barriers to free trade only if absolutely necessary. The Commission is of the opinion that the health objective of the alcohol monopoly could be achieved by means which are less obstructive of competition.

In general, the granting of exclusive rights concessions must respect the basic principle of equal opportunities for all economic operators, whether domestic or from other Member States.

As we have already observed in Part One of this opinion, the Swedish government has not yet taken any action to rectify this situation."

I EG-kommissionens yttrande till *Finland* utvecklade kommissionen sin bedömning:

"As for state monopolies of a commercial character (within the meaning of Article 37 of the Treaty), the most obvious problem is the alcohol monopoly, which the Finnish government justifies on the grounds of public health. In its judgment of 12 March, 1987 in case 178/84, the Court ruled that the obligation to protect public health could not be allowed to obstruct free trade unless there was absolutely no alternative.

The Commission will closely monitor the implementation of the adjustments called for by the EEA-Agreement and look into the state alcohol monopoly, which gives cause for concern."

EG-kommissionen drar följande slutsats:

"State monopolies, such as that for alcoholic beverages would have to be adapted."

EG-kommissionen utvecklar sitt resonemang enligt följande:

"It is clear from discussions with the Finnish authorities that alcohol is subject to a monopoly of a commercial character within the meaning of Article 37 of the EEC Treaty. Broadly speaking the Finnish government defend these exclusive rights on the grounds of public health as a means of combatting alcoholism. The Commission takes the view that health objectives sought by the alcoholic monopoly could be achieved by other means less obstructive to competition. The exclusive rights are exercised at several stages:

- at the production stage: even if the Community law did not preclude the maintenance of a production monopoly accorded for non-economic reasons and with due regard for the principle of proportionality, there is at present discrimination based on the origin of the goods and the fact that the "compensation" paid by the monopoly to privat producers is such as to hamper imports.
- on import: in the light of the Court's judgment of 3, February, 1976 in case 59/75, confirmed by the judgment of 19 March 1991, the right is incompatible with Articles 30 and 37 of the Treaty.
- on export: in this instance incompatibility with Community law is founded on Articles 34 and 37 of the Treaty.
- at the marketing stage, including retail sales: the same principle of incompatibility was appealed by the Court in its judgment of 19 March, 1991 in Case C-202/88."

I EG-kommissionens yttrande med anledning av *Norges* medlemsansökan görs följande bedömning:

"State monopolies, within the meaning of Article 37 of the EEC Treaty, exist in Norway. The most obvious one concerns alcohol. The monopoly covers

not only wine but all alcoholic beverages containing ethyl alcohol. The Norwegian government justifies this monopoly on the grounds of public health. In its judgment of 12 March, 1987 in Case 178/84, the Court ruled that the obligation to protect public health could not be allowed to obstruct free trade unless there was absolutely no alternative. Reserving retail sale to one organization, which more over holds the national production monopoly, is not necessarily the only way to protect health. There exist other forms of regulations available (for instance restrictions on advertizing, prohibitions of sales by unauthorized shops, prohibitions to sell to the young, limited business hours of outlets and increased fiscal duties) which would be less detrimental to trade but persuing the same goal. In any event, protection of public health would not justify the monopoly in relation to the alcohol for industrial or pharmaceutical purposes."

**Kommissionen fortsätter:**

"The Commission notes in this context that the national legislation must be adjusted in conformity with the obligations of Article 16 of the EEA Agreement, which contains in substance similar provisions to Article 37 of the EEC Treaty in respect of State monopolies."

**Kommissionen drar följande slutsats:**

"Changes would also be required in a number of fields such as state aids and state monopolies, for example regarding the one for alcoholic beverages."

## Bilaga 10-3

### Alkoholdistribution i EU:s medlemsländer

#### *Belgien*

Försäljning i butiker har sedan länge skett utan tillståndsplikt och utan några restriktioner sånär som på att alkoholdrycker med en alkoholhalt över 22 volymprocent inte får säljas utmed motorvägarna. Någon åldersgräns för inköp finns inte. År 1990 tillkom en lag som stadgar att alla nya butiker som vill sälja alkohol först måste ansöka om tillstånd hos de lokala myndigheterna.

#### *Danmark*

Alkoholvaror får säljas fritt på alla försäljningsställen över hela Danmark. Dock krävs polismyndighetens godkännande. Bland de få restriktionerna finns vissa bestämmelser om öppettider. Inga åldersgränser finns för inköp.

#### *England och Wales*

Lagstiftning om försäljning av alkohol återfinns huvudsakligen i 1964 års "Licensing Act". Under årens lopp har lagen vid upprepade tillfällen ändrats. Nedan följer en beskrivning av förhållandena i september 1992.

Lagstiftningen bygger på att alkoholdrycker inte får tillhandahållas eller försäljas utan tillstånd. Att återförsälja alkohol utan tillstånd eller i strid med innehållet i ett givet tillstånd konstituerar brott.

Ett antal olika licenser förekommer. Vad gäller försäljning i detaljistled gäller en s.k. "off-licence". Detta tillstånd har affärer som säljer alkohol, som inte ska brukas på den plats där försäljningen sker. Vanliga livsmedelsaffärer har oftast denna typ av tillstånd. Men det finns också affärer som enbart säljer alkoholdrycker. Tillståndet medger försäljning av alkohol på vardagar mellan 08.00 och 23.00. På söndagar är försäljning tillåten mellan 12.00 och 15.00 samt mellan 19.00 och 22.30. En off-licence kan ange vilken typ av alkoholdryck man får sälja. Sådana inskränkningar är ovanliga.

Den licensgivande nämnden (licencing Justices for each Petty Sessional Division) beviljar eller avslår en licensansökan. Den kan också villkora licenserna på ett sätt som överensstämmer med det allmännas bästa. Domstolarna har utvecklat viss praxis efter vilken den licensgivande nämnden måste rätta sig. Nämnden har dock stor handlingsfrihet att själv avgöra efter vilka generella kriterier dess bedömning skall göras. Denna utarbetade policy skall göras tillgänglig för dem saken kan beröra. Nämnden är också skyldig att efter bästa omdöme ("apply their



minds properly”) ta hänsyn till de speciella omständigheter som råder i det enskilda fallet.

Nämnden har också att pröva hururvida en licens ska förlängas eller ej. I praktiken får licenstagare som sköter sig behålla sina licenser så länge de önskar. Motsvarande befogethet har nämnden också vad gäller önskemål att förflytta försäljningsstället eller överlåta en licens. Nämndens rätt är beskuren vad gäller restauranglicenser. Den avgörande skillnaden är att nämnden vad gäller dessa licenser inte tillåts bedöma huruvida behov föreligger för en licens i det aktuella området.

Licens kan ges både till fysiska och juridiska personer. Nämnden avgör om en person skall få licens eller ej men vissa rättssubjekt är uteslutna som licensinnehavare.

En licens är i allmänhet treårig. Preliminära licenser kan ges.

Sammanlagt finns 516 nämnder (Petty Sessional Divisions) som beslutar om tillstånd i England. Ett antal procedurregler gäller för dessa.

### *Frankrike*

Fransk lag skiljer på fem olika kategorier av alkoholdrycker bland annat med utgångspunkt i framställningsmetoder och ursprung.

Försäljning får ske i licenserade butiker och i livsmedelsaffärer utan licens. Någon begränsning av licenser förekommer ej. Ej heller någon åldersgräns för inköp. Ambulerande försäljare får inte försälja alkoholvaror starkare än 18 volymprocent. Utan licens får inte alkohol säljas mellan klockan 22.00 och 06.00.

Alkoholdrycker får ej säljas i automater och ej heller på kredit. Bensinstationer får ej sälja alkohol mellan kl 22.00 och 06.00.

### *Grekland*

Alkoholdrycker säljs helt fritt och finns förutom i livsmedelsaffärer, i bagerier, på konditorier, i kiosker och souveniraffärer. Någon åldersgräns för inköp finns ej.

### *Irland*

Alkoholdrycker får säljas i såväl livsmedelsaffärer som i licensierade butiker. Sprit måste expedieras manuellt men i övrigt är självbetjäning tillåten. Försäljning av alkoholdrycker är inte tillåten före klockan 10.00 eller efter klockan 22.00. Åldersgräns för inköp är 18 år.

Liksom i England finns ett system med "on" och "off"-licenser med ungefär samma innehåll.

Tillståndsmyndighet för butiker, restauranger och pubar är de lokala skattemyndigheterna. Tillstånd ges endast för ett år i taget och förnyas inte automatiskt. Polisen kontrollerar verksamheten, dels fortlöpande och dels inför omprövning.

### *Italien*

I Italien görs en uppdelning av svaga alkoholdrycker, med en alkoholhalt under 21 volymprocent, och starka alkoholdrycker, över 21 volymprocent.

Alkohol får säljas i livsmedelsaffärer och specialiserade affärer som har tillstånd för försäljning av endera svaga eller starka alkoholdrycker eller för båda slagen. Tillstånd ges enligt principen ett tillstånd per 400 invånare för svaga alkoholdrycker och ett tillstånd per 1 000 invånare för starka alkoholdrycker. Åldersgräns för inköp av starka alkoholdrycker är 16 år. Tillstånden utfärdas av den kommunala förvaltningen. Undantagna är vingårdarna som får sälja sina produkter utan speciellt tillstånd.

### *Nederländerna*

Försäljning av alkoholdryck svagare än 15 volymprocent får ske i vanliga livsmedelsaffärer. För dryck starkare än 15 volymprocent alkohol krävs särskild licens. Bensinstationer får inte sälja alkoholdrycker. Åldersgränsen för inköp av drycker innehållande mer än 15 volymprocent är 18 år.

### *Portugal*

Alkoholdrycker får säljas fritt överallt utan tillstånd. Sedan 1986 behövs ingen särskild licens om alkoholdryckerna ingår i verksamhet och omfattas av tillstånd att driva butiksverksamhet.

I två rättsfall från den 19 januari 1993 har EG-domstolen tagit ställning till en talan förd av EG-kommissionen avseende Portugals avveckling av de speciella monopol på alkoholområdet som tidigare existerat i landet och som medgivits undantag genom landets tillträdesfördrag till EG. Domstolen avvisade dock denna talan – initierad 1990 – mot att Portugal inte vidtagit åtgärder för att avveckla monolet avseende spritproduktion för tillverkning av portvin och på det viset hindrat import av sprit från andra medlemsländer. Domstolen konstaterade att Portugals undantag gällde fram till den 1 januari 1993 och att kommissionen inlett sitt förfarande för tidigt. Det har stått Portugal fritt att avveckla monolet i den takt man själv bedömer som lämplig så länge tidsfristen respekteras.

### *Spanien*

Alkoholdrycker får säljas och serveras helt fritt utan licensförfarande med vissa lokala variationer när det gäller restaurangtillstånd, som dock inte handlar om alkoholpolitik utan om huruvida etableringen är störande för kringboende eller inte uppfyller byggnormer, etc. Åldersgräns beslutas av respektive region.

### *Tyskland*

Inga restriktioner finns för försäljning av alkoholdrycker i butik.

18 års åldersgräns gäller för inköp av spritdryck och 16 år för vin och öl. Åldersgränserna gäller både detaljhandel och servering.

I Tyskland återstår numera endast ett finans/handelsmonopol, nämligen ett s.k. "Branntweinmonopol" eller brännvinsmonopol.

Brännvinsmonopolet infördes 1919 och regleras i lag från 1922, senast ändrad 1988. Monopolet, vilket endast omfattar brännvin tillverkat av potatis och spannmål, förvaltas av den s.k. Bundesmonopolverwaltung für Branntwein, som lyder under Finansministeriet. Dess syfte är dels fiskalt, dels jordbrukspolitiskt, et skydd för den binäring brännvinsbränning utgör för de tyska lantbrukarna. Samtidigt innebär det en plikt för brännerierna att överlämna sina produkter till monopolförvaltningen.

Monopolets uppgift är, förutom den fiskala, att från brännerierna överta det framställda brännvinet, rena detta och sälja det vidare till förbrukare, dvs. tillverkare av spritdrycker, läkemedel, kosmetika och ättiksprit.

Brännvinsmonopolet omfattade tidigare också import av brännvin för att skydda de tyska tillverkarna från utländsk konkurrens. Detta importmonopol avskaffades emellertid efter att ha prövats i EG-domstolen och befunnits stå i strid med EEC-föredraget, rättsfallet refereras nedan.

För att skydda de inhemska brännerierna från konkurrens från, ofta betydligt billigare, brännvin som framställs i övriga medlemsländer beslöt Förbundsregeringen, samtidigt som importmonopolet avskaffades, att införa subventioner för den tyska s.k. agraralkoholen. Brännarna får således ersättning för sina framställningskostnader medan monopolet sänker försäljningspriset till en gemenskapsnivå. För att täcka de utgifter som härigenom föll på staten höjdes samtidigt brännvinsskatten.

Ett försök från brännvinsimportörernas sida att få denna skattehöjning förklarad fördragsstridig vann inte gehör i EG-domstolen, som endast fastslog att de tyska försäljningspriserna inte fick vara så låga att de utgjorde ett hinder för andra medlemsländer att få avsättning för sina varor i Tyskland. Med detta ställningstagande av EG-domstolen anser sig den tyska regeringen ha fått grundläggande stöd för monopolets verksamhet.

Det skall dock tilläggas att Alcohol Free Trade Association (AFTA) till EG-kommissionen anmält det tyska monopolet. Troligen kommer kommissionen att ta ställning till monopolets förenlighet med artikel 86, dvs. missbruk av dominerande ställning. Mot bakgrund av att monopolets priser är högre än konkurrenternas förefaller det dock tveksamt om man kan tala om ett missbruk.

## Bilaga 10-4

### Monopol och monopolavveckling

Av speciellt intresse för Alkoholpolitiska kommissionens arbete är förekomsten av reglering av tobaksprodukter i Europa. Nedan följer en översikt av tobakshandlingen i Spanien, Italien och Frankrike.

#### *Spanien*

I Spanien har en fortlöpande avveckling av de statliga handels- och tjänstemonopolen pågått sedan landets inträde i EG 1986.

Det spanska tobaksmonopolet, Iabacalera, har sedan Spaniens inträde i EG omorganiserats. I den lag som antogs i anslutning till medlemsskapet konstaterades att det dåvarande spanska tobaksmonopolet stred mot artiklarna 37 och 90 i Romfördraget. Spanien förbehöll sig rätten att behålla sitt distributions-, import- och tillverkningsmonopol gentemot tredje land, medan tobaksprodukter tillverkade i EG tilläts importeras och säljas fritt i grossistledet. I enlighet med denna lagstiftning reglerades senare i ett kungligt dekret från den 12 december 1986 (Real Decreto 2738/1986) import samt grossist- och detaljistförsäljning av tobaksprodukter genom licensförfarande. I detaljistledet bibehöll staten emellertid rätten att sälja genom särskilda butiker/kiosker "Expededurias de Tabaco y Timbre" som populärt kallats "Estancos". Även om dessa "Estancos" är privatägda är verksamheten reglerad av staten. För att få öppna en "Estanco" måste man bl.a. vara medborgare i ett EG-land och dessutom vara bosatt på orten. En person (fysisk eller juridisk) kan inte heller vara ägare till fler än ett försäljningsställe. Därutöver tilläts viss försäljning av tobaksvaror i barer och restauranger samt i automater.

Import- och grossistmonopolet har upphört vad gäller produkter från EG-länder medan detaljistförsäljning trots en viss uppluckring fortfarande är reglerad av statsmakten genom licensförfarande.

#### *Italien*

Delar av det italienska tobaksmonopolet består fortfarande. Italienska regeringen utfärdade i januari 1992 ett första dekret om avvecklandet av monopolet för tobakshandeln utövat av Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato, i dagligt tal kallat Monopoli di Stato. Parlamentsbehandlingen av frågan ledde inte till något för regeringen acceptabelt resultat. Under årets lopp modifierades dekretet sex gånger men någon klarhet om privatiseringsprocessen nåddes inte. Det rörde sig om det första exemplet på omformandet av en italiensk statlig

myndighet, med befogenheter i vissa avseenden snarlika ett ministeriums, till ett aktiebolag.

Den interministeriella kommittén för ekonomisk programmering i Italien (CIPE) har i ett betänkande formulerat ett förslag till tillvägagångssätt för omvandling av Monopoli di Stato till aktiebolag. Ett aktiebolag skall upprättas som av finansministeriet förlänas exklusiv koncession att under 30 år, med möjlighet till förlängning, omhänderha:

1. Tillverkning av i Italien producerad tobak ävensom import, distribution och försäljning av tobaksprodukter från länder utanför EG.
2. Distribution och försäljning av tobak bearbetad inom landet genom lager- och återförsäljare, vilka ges koncession av finansministeriet med hänsyn till de förslag rörande behov av distributionsnät som aktiebolaget utformat och för den period, som fastställs i den industriella planen.

Enligt detta betänkande skall alltså hanteringen av italienska tobaksprodukter och tobaksprodukter som importeras från länder utanför EU skötas av ett aktiebolag med exklusiv rätt för denna hantering. Detaljförsäljning av dessa tobaksvaror förutses även i framtiden komma att handhas av tobakshandlare, som under ett slags franchising-system, på licens av Monopoli di Stato (respektive det nya aktiebolaget) sköter denna hantering.

Betänkandet utelämnar helt varje omnämnande av tobaksprodukter från EG-länder andra än Italien. Förklaringen uppges vara att Italien med nu rådande inre marknad inom EG inte anser sig kunna införa några nya regler rörande omsättning av varor från andra EG-länder. Enligt en tolkning i Monopoli di Stato kommer det därför i framtiden att stå EG-producenter fritt att, om de så önskar, bygga upp sina egna grosshandelsfunktioner och/eller distributionsnät i Italien. Alternativt kan man teckna kontrakt med några av det tjugotal storlager, som Monopoli (respektive det nya aktiebolaget) äger eller med något/några privata lager, som handlar under kontrakt med Monopoli. Inom monopolet förutser man att de under monopolet licensierade tobakisterna kommer att utnyttjas även av de olika EG-leverantörerna.

Det italienska detaljhandelsmonopolet för tobaksvaror har ånyo av en nationell domstol underställts EG-domstolen med begäran om tolkningsbesked enligt artikel 177 i Romfördraget. Målet är under handläggning i EG-domstolen. Det är domstolen i Genua som begärt tolkningsbesked. En viss Giorgio Banchemo står åtalad för olovligt innehav av två kilo utländska cigaretter. Den italienska domstolen önskar bl.a. veta om systemet med ett antal av monopolet godkända detaljister som enda kanal för marknadsföringen av utländska cigaretter utgör ett fördragsvidrigt handelshinder. Domstolen åberopar artikel 30, 37, 85 och 86 i Romfördraget. En av frågorna den italienska domstolen ställer är om det statliga monopolets licenser är ett hinder för varors fria rörlighet enligt artikel 30 i Romfördraget.

Den italienska domstolens fråga utgör en precisering i förhållande till en tidigare framställan om tolkningsbesked i samma ärende. Denna framställan

förklarades av EG-domstolen inte kunna tas upp till prövning, eftersom den ansågs alltför oprecis.

## Frankrike

I Frankrike förekommer licenser för distribution och försäljning av tobaksvaror och läkemedel.

Försäljning av tobak kan endast ske genom särskilda detaljhandlare "Débitent du tabac", som för närvarande beräknas uppgå till ca 37 000 stycken. Dessa godkänns av staten men är privatägade. Försäljningen är reglerad beroende på bl.a. strävan att begränsa användningen av tobak. Prissättningen är i viss grad reglerad.

## Bilaga 10–5

### Analys av EES-avtalets regler i delar som kan beröra de svenska alkoholmonopolen

Som framgått tidigare föreligger inte några större skillnader mellan gemenskapsrätten som den utvecklats på det konkurrensrättsliga området och det regelverk EES-avtalet innehåller. Mot bakgrund av att gemenskapsrätten sedan Romfördragets undertecknande utvecklats i doktrin och praxis synes det därför mest naturligt att referera till detta regelkomplex vid genomgången av EES-avtalets regler som kan beröra de svenska alkoholmonopolen.

Den beskrivning som nedan görs av gemenskapsrättens innebörd gäller under förutsättning att Sverige vid medlemskapsförhandlingarna inte skulle uppnå några särskilda undantag för sina monopol. Bedömningen blir densamma om Sverige inte skulle bli medlem i EU, i sådant fall gäller ju EES-avtalets regler.

Ovan har de monopol som regleras i den nuvarande lagstiftningen kortfattat beskrivits.

Inledningsvis finns anledning att något beröra de regler i EES-lagen som skänker denna lag sin för svenska förhållanden speciella karaktär.

EES-lagen är i sig helt kort. I 17 paragrafer regleras tillämpningen av flera hundra nya rättsakter. Tekniskt sett har lagstiftaren istället för att i lagtext skriva in samtliga de rättsakter som från och med den 1 januari 1994 är gällande rätt, valt att i EES-lagen endast hänvisa till de ingångna avtalen genom en uppräkningslista av dessa i lagens andra och tredje paragrafer.

I lagens andra paragraf återfinns hänvisningen till avtalet om ett Europeiskt ekonomiskt samarbetsområde (EES-avtalet), ett avtal om 129 artiklar. Dessa behandlar uttömmande de materiella konkurrensrättsliga reglerna. De EES-regler som motsvaras av Romfördragets artiklar 85 och 86 behandlas inte i det följande. För deras tillämpning förutsätts att monopolerna upphört vara just monopol och i stället t.ex. har en dominerande ställning. Så blir fallet om riktlinjepropositionen godkänns av riksdagen och den svenska lagstiftningen ändras i enlighet härmed. Konkurrensverket blir den myndighet som har att tillse att Vin & Sprit AB inte missbrukar den dominerande ställning företaget kan komma att få på marknaden.

I EES-lagens paragraf 5 återfinns den ovan nämnda lagvalsregeln som lyder:

”Föreskrifter i denna lag eller annan lag som meddelats till uppfyllande av Sveriges förpliktelser enligt EES-avtalet skall tillämpas utan hinder av vad som annars föreskrivs i lag. Motsvarande skall gälla också i förhållandet mellan föreskrifter i annan författning än lag.”

EES-avtalets artikel 6 slår fast att bestämmelser som i sak är identiska med motsvarande regler i gemenskapsrätten, skall tolkas i enlighet med relevanta avgöranden av EG-domstolen som meddelats innan EES-avtalets undertecknande:

”Utan att föregripa en framtida utveckling av rättspraxis skall bestämmelserna i detta avtal, i den mån de i sak är identiska med motsvarande bestämmelser i Fördraget om upprättandet av Europeiska ekonomiska gemenskapen och i Fördraget om upprättandet av Europeiska kol- och stål gemenskapen samt med rättsakter som antagits med tillämpning av dessa två fördrag, vid genomförande och tillämpning tolkas i enlighet med relevanta avgöranden av Europeiska gemenskapernas domstol som meddelats före dagen för undertecknandet av detta avtal.”

Att EES-avtalet skall tolkas i enlighet med gemenskapsrätten innebär inte endast att så ska ske i materiellt hänseende utan också vad gäller processuella frågor. Ett sådant processuellt spörsmål är frågan vem som har rätt att vara part i en rättegång. Vem kan inför domstol åberopa sig på EES-avtalets regler och vilken rättsverkan har ett sådant åberopande? I rättsfallet *Manghera*<sup>1)</sup> konstaterade domstolen vad gäller artikel 37 i Romfördraget (den artikel som direkt behandlar statliga handelsmonopol) att denna artikel har s.k. direkt effekt. Begreppet innebär att varje medborgare som berörs av saken, fysisk såväl som juridisk, har rätt att åberopa sig på denna artikel. Samtliga konkurrensrättsliga artiklar i Romfördraget har direkt effekt. Detta medför att det inte enbart är signatärländer eller gemenskapsrättsliga organ som kan åberopa fördragets regelverk, utan alla som berörs av saken. Mot bakgrund av att EES-lagen stadgar att EES-avtalets regler skall gälla som svensk lag och därmed tillämpas av svenska domstolar har också alla berörda rättssubjekt talerätt.

I Romfördragets artikel 5 stadgas att medlemstaterna skall vidta alla åtgärder som krävs för det rätta fullgörandet av fördraget eller med stöd av fördraget utfärdade rättsakter. Medlemsstaterna skall vidare avstå från sådana åtgärder som kan hindra syftena med fördraget. Detta uttryck för solidaritet med såväl de andra medlemsstaterna som med EG som organisation går längre än den i traditionell folkrätt erkända principen om att staterna skall söka uppnå det som de kommit överens om.

Solidaritetsprincipen innebär olika saker för olika organ inom staten. För nationella domstolar innebär principen närmast att de skall ge full effekt åt EG-rätten när så krävs, medan andra statliga myndigheter närmast har att iaktta principen i all sin verksamhet, t.ex. genom att inte utfärda nya regler som, även om de skulle falla utanför alla speciella regler, ändå strider mot grundtanken bakom EG – en gemensam marknad. Staten i alla dess skepnader har att iaktta solidaritetsförpliktelsen. I principen ligger vidare att medlemsstaterna har att informera kommissionen om regler eller verksamheter som kan strida mot fördraget där så är stadgat, jfr. t.ex. artikel 93(3).

Rent allmänt kan sägas att solidaritetsprincipen ålägger medlemsstaterna en långtgående plikt att samarbeta med kommissionen och övriga EG-organ. I vilken omfattning denna princip alltid är vägledande för enskilda medlemsstaters handlande kan dock vara osäkert.

Artikel 7 i Romfördraget stadgar ett generellt förbud mot diskriminering på grund av nationalitet. Detta förbud konkretiseras i flera speciella diskriminerings-



förbud beroende på vilket rättsområde som är i fråga. Det generella förbudet kan ses som en övergripande bestämmelse av betydelse i de fall då de mer speciella diskrimineringsförbuden inte är tillämpliga. Förbudet i artikel 7 riktar sig främst till medlemsstaterna och dess olika organ. Den diskriminering som förbjuds innefattar inte "diskriminering" på grund av skillnader i medlemsstaternas nationella lagar, utan syftar till att säkerställa att lika fall behandlas lika och att olika fall behandlas olika. I korthet innebär detta att nationalitet aldrig kan vara grund för annorlunda behandling om två fall i övrigt är likadana.

En diskriminerande behandling på grund av nationalitet (dvs ursprungsland, etableringsland etc.) av vissa produkter eller företag är således förbjuden om det inte finns andra godtagbara skäl för den annorlunda behandlingen. Såvitt gäller "andra godtagbara skäl" bör påpekas att EG-domstolen vid ett flertal tillfällen underkänt sådana skäl som lett till en faktisk diskriminering på grund av nationalitet. Vid bedömningen huruvida det finns godtagbara skäl för en diskriminering måste varje situation bedömas för sig med hänsyn taget till syftet med den eller de relevanta fördragsartiklarna.

Det bör noteras att det allmänna diskrimineringsförbudet i artikel 7 enbart gäller vid diskriminering på grund av nationalitet, medan flera andra artiklar i Romfördraget, t.ex. artikel 37 (statliga handelsmonopol), gäller även för andra former av diskriminering.

Även om diskrimineringsförbudet i artikel 7 således är av mer övergripande karaktär kommer ett iakttagande av principen att vara av betydelse för alkoholmonopolen. Detta gäller såväl för det allmänna diskrimineringsförbudet i artikel 7 som andra mer speciella diskrimineringsförbud, t.ex. artikel 37.

### *EG:s regler om fria varurörelser, artiklarna 30–36*

EG:s regler om fria varurörelser återfinns i Romfördragets artiklar 30–36. Även artikel 37 återfinns i kapitlet om fria varurörelser. Denna artikel behandlas dock separat. Till artiklarna 30–36 anknyter ett mycket stort antal rättsfall. Reglerna tillhör de mest centrala i hela EG-rätten och de principer som utbildats i rättspraxis i anslutning till artiklarna 30–36 kan i många fall ge vägledning även inom andra områden. Eftersom dessa principer är av sådan central betydelse blir gränsdragningen till andra regler ofta av stor betydelse. I flera fall har detta inneburit att de andra reglerna fått anpassas till reglerna om de fria varurörelserna, allt för att skapa den gemensamma marknad varom talas i artikel 2 i Romfördraget.

Artikel 30 förbjuder kvantitativa importrestriktioner och alla åtgärder med motsvarande verkan mellan medlemsstaterna, medan artikel 34 innehåller en motsvarande bestämmelse avseende export. Artikel 36 ger möjligheter till undantag för åtgärder som hindrar det fria varuflödet under förutsättning att dessa är motiverade av hänsyn till "public morality, public policy, or public security; the protection of health and life of humans, animals or plants". Vidare nämns skyddandet av nationella värden avseende konst m.m., samt skyddandet av industriell-

la och kommersiella rättigheter, dvs immaterialrättigheter. Åtgärderna får dock inte innebära en godtycklig diskriminering eller en förtäckt handelsrestriktion.

Inledningsvis kan konstateras att några kvantitativa restriktioner inte finns kvar mellan medlemsstaterna, utan intresset har istället kommit att fokuseras på begreppet "åtgärder med motsvarande verkan". Begreppet har av EG-domstolen givits en synnerligen vid tolkning. I det grundläggande rättsfallet *Dassonville*<sup>2)</sup> uttalade domstolen att "all trading rules enacted by Member States which are capable of hindering, actually or potentially, directly or indirectly, intra-community trade are to be considered as measures having an effect equivalent to quantitative measures".

Definitionen av vad som utgör åtgärder med motsvarande verkan är således öppen och den får hela tiden nytt innehåll vartefter nya former av restriktioner upptäcks. Definitionen är inte begränsad till att avse endast "trading rules" utan kan lika gärna träffa andra regler som har en påverkan på handeln. Förbudet riktar sig till medlemsstaterna och kan således inte hindra enskilda att försöka sätta upp hinder för handeln (för detta finns andra regler, främst angående konkurrensbegränsning). Enskilda kan dock vara förhindrade att åberopa nationella regler som skulle göra det möjligt att förhindra import eller export. Att förbudet riktar sig till medlemsstaterna innebär dock inte att det saknar direkt effekt, tvärtom. Varje enskild som anser att en viss nationell regel oberättigat hindrar import eller export kan väcka talan härom inför nationell domstol som har att åsidosätta den nationella regeln om den befinns strida mot artikel 30 och ej vara godtagbar enligt artikel 36 (vid tveksamhet efter en tolkningsförklaring från EG-domstolen).

Av nationella regler som har ansetts vara av karaktären "åtgärder med motsvarande verkan" kan nämnas: åtgärder som hindrar användande av importerade produkter eller kräver användande av inhemska produkter, diskriminering vid offentlig upphandling, samt krav på att det skall finnas en nationell representant för att få sälja produkter. Många andra exempel finns.

Varje nationell regel som begränsar import är en åtgärd med motsvarande verkan och således otillåten såvida inte någon undantagsmöjlighet föreligger.

I den nyligen avkunnade domen i fallet *Keck v. France*<sup>3)</sup> har vidden av domen i fallet *Dassonville* något begränsats. Domstolen uttalar sig på följande vis:

"In view of the increasing tendency of traders to invoke Article 30 of the Treaty as a means of challenging any rules whose effect is to limit their commercial freedom even where such rules are not aimed at products from other Member States, the Court considers it necessary to re-examine and clarify its case-law on this matter.

In 'Cassis de Dijon' (Case 120/78 *Rewe-Zentral v. Bundesmonopolverwaltung für Branntwein* [1979] ECR 649) it was held, that in the absence of harmonization of legislation, measures of equivalent effect prohibited by Article 30 include obstacles to the free movement of goods where they are the consequence of applying rules that lay down requirements to be met by such goods (such as requirements as to designation, form size, weight, composition, presentation, labelling, packaging) to goods from other Mem-

ber States where they are lawfully manufactured and marketed, even if those rules apply without distinction to all products unless their application can be justified by a public-interest objective taking precedence over the free movement of goods.

However, contrary to what has previously been decided, the application to products from other Member States of national provisions restricting or prohibiting certain selling arrangements is not such as to hinder directly or indirectly, actually or potentially, trade between Member States within the meaning of the *Dassonville* judgment (Case 9/74 [1974] ECR 837), provided that those provisions apply to all affected traders operating within the national territory and provided that they affect in the same manner, in law and in fact, the marketing of domestic products and of those from other Member States.

Where those conditions are fulfilled, the application of such rules to the sale of products from another Member State meeting the requirements laid down by that State is not by nature such as to prevent their access to the market or to impede access any more than it impedes the access of domestic products. Such rules therefore fall outside the scope of Article 30 of the Treaty.

Accordingly, the reply to be given to the national court is that Article 30 of the EEC Treaty is to be interpreted as not applying to legislation of a Member State imposing a general prohibition on resale at a loss."

Fallet rörde ett franskt förbud att sälja vissa produkter till ett pris som understeg inköpspriset. Vilken betydelse domen kan komma att få, får den framtida rättsutvecklingen utvisa.

### *Möjlighet till undantag i artikel 36 och enligt Cassis de Dijon*

Förbudet i artikel 30 omfattar i princip alla restriktioner mellan medlemsstaterna. De undantagsmöjligheter som finns i artikel 36 har därför stort intresse. Emellertid är det inte endast i artikel 36 som det finns undantagsmöjligheter, utan även andra artiklar i Romfördraget kan medge undantag. Förutom de nu nämnda undantagen, av vilka "the protection of health and life of humans" skall behandlas nedan, har även vissa ytterligare undantagsmöjligheter utvecklats i rättspraxis.

I det välkända fallet *Cassis de Dijon*<sup>4</sup>) slog EG-domstolen fast att åtgärder som gäller lika för både nationella och importerade varor, och som är nödvändiga för att säkerställa vissa "mandatory requirements", kan erhålla undantag om dessa åtgärder är proportionella i förhållande till vad de söker att uppnå. "Mandatory requirements" utgörs bl.a. av skyddande av konsumenter, miljöskydd samt upprätthållande av en effektiv skattekontroll. *Cassis de Dijon*-fallet innebär således en utvidgning av de undantagsmöjligheter som finns i artikel 36. Tilläggas bör att nya undantag kan tillkomma. Eftersom undantagen i längden svårligen kan godtas inom EG, har kommissionen sökt att inrikta sina resurser på att harmonisera lagstiftningen på de områden som undantagits genom *Cassis de Dijon*-principen.

Undantag enligt artikel 36 kan erhållas både för åtgärder som gäller lika för inhemska och importerade varor men också för sådana som endast gäller för

importerade varor. Undantag kan endast ges för de i artikeln uppräknade skälen. Väsentligt vid bedömningen om en viss åtgärd skall erhålla undantag är att det inte finns någon mindre ingripande åtgärd som uppfyller syftet med åtgärden. Om det finns mindre ingripande åtgärder skall dessa användas (den s.k. proportionalitetsprincipen).

Även i de fall då den vidtagna åtgärden i sig är den minsta som krävs för att syftet med regleringen skall nås, krävs att åtgärden inte utgör en godtycklig diskriminering eller förtäckt handelsrestriktion. Att åtgärden inte får vara en förtäckt handelsrestriktion synes inte behöva kommenteras särskilt, medan däremot frågan om godtycklig diskriminering är mer intrikat.

Kvalificeringen av diskrimineringen på så sätt att den skall vara "godtycklig" har i litteraturen ansetts vara betydelselös. Är en åtgärd diskriminerande så är den det utan att ställning behöver tas till hurvida den även är godtycklig, nedan i detta avsnitt används därför termen diskriminering såsom innefattande av godtycklig sådan. En annan fråga är emellertid om diskriminering i och för sig föreligger men där åtgärden ändå är tillåten enligt artikel 36.

Sammanfattningsvis kan sägas att EG-domstolens uppfattning i frågan synes vara att jämförbara situationer kan behandlas olika utan att detta för den skull direkt är att klassa som diskriminering<sup>5</sup>). Förutsättningen för detta är att det finns godtagbara skäl för den olika behandlingen. Finns sådana skäl utgör åtgärden inte diskriminering i artikel 36:s mening.

Undantag enligt Cassis de Dijon-principen följer ett delvis annat mönster. Det är i viss mån oegentligt att tala om undantag eftersom det vid en tillämpning av Cassis-principen är fråga om att åtgärden som sådan inte anses vara en åtgärd med motsvarande verkan och således faller utanför artikel 30. I den praktiska analysen synes detta dock vara ett underordnat intresse eftersom denna huvudsakligen är intresserad av vad som är förbjudet.

Till skillnad från undantag enligt artikel 36 gäller Cassis-principen endast i de fall då åtgärden i fråga gäller lika för inhemska och importerade varor. I likhet med artikel 36 gäller däremot inte Cassis-principen i de fall åtgärden huvudsakligen har ekonomiska motiv. De olika kriterier som skall uppfyllas för undantag är, som nämnts ovan, att åtgärden skall gälla lika för inhemska och importerade varor, att åtgärden syftar till att säkerställa vissa tvingande behov, samt att åtgärden är proportionell i förhållande till syftet. Självklart skall det också föreligga ett kausalsamband mellan åtgärden och syftet.

Såvitt gäller proportionalitetskriteriet är detta detsamma som i artikel 36, dvs om syftet kan uppnås med mindre ingripande åtgärder än de vidtagna, är åtgärden inte proportionell.

För tillämpning av Cassis-principen krävs också att åtgärden syftar till att säkerställa vissa tvingande behov. Hittills har domstolen fastställt att skyddande av konsumenter, skydd mot otillbörlig konkurrens, arbetsmiljöskydd, miljöskydd samt upprätthållande av en effektiv skattekontroll, utgör sådana tvingande behov. Eftersom definitionen på vad som utgör "mandatory requirements" i Cassis-do-

men är helt öppen är det i och för sig tänkbart att flera områden av icke-ekonomisk natur skulle kunna falla utanför artikel 30:s tillämpningsområde. Vilka dessa områden skulle vara är dock svårbedömt. Som nämnts ovan föreligger i artikel 36 undantagsmöjligheter för de fall då en viss åtgärd väsentligen syftar till att skydda "health and life of humans". Undantaget har i EG-domstolens praxis först och främst åberopats i de fall då en medlemsstat sökt att hindra import av en viss sorts vara, alternativt sökt att underkasta en utländsk vara strängare kontrollbestämmelser än motsvarande inhemska. Rent generellt torde kunna sägas att i samtliga fall då det föreligger en genuin risk för människors hälsa, så är en handelshindrande åtgärd tillåten under förutsättning att åtgärden inte är mer ingripande än vad som är nödvändigt<sup>6)</sup>. Å andra sidan kan det med stor säkerhet sägas att det torde vara relativt få tillfällen då det föreligger en genuin hälsorisk med enbart utländska varor.

Avslutningsvis skall även påpekas att undantag enligt såväl artikel 36<sup>7)</sup> som *Cassis-principen*<sup>8)</sup> inte är möjliga för den händelse området är harmoniserat genom gemenskapsrättsliga regler.

## Statliga handelsmonopol, artikel 37

### *Inledning*

Föreliggande avsnitt behandlar artikel 37 i Romfördraget och artikel 16 i EES-avtalet; reglerna om statliga handelsmonopol. Utan tvekan är detta den artikel som främst berör de svenska alkoholmonopolen. Artikelns ordalydelse i EES-avtalet skiljer sig något från EG:s regel. Dessa skillnader har ingen större betydelse i sak. Därför kommer Romfördragets artikel 37 att ligga till grund för analysen i detta avsnitt. Dock återges här EES-avtalets artikel 16:

1. De avtalsslutande parterna skall säkerställa att statliga handelsmonopol anpassas på sådant sätt att ingen diskriminering med avseende på anskaffnings- och marknadsföringsvillkor föreligger mellan medborgare i EG-medlemsstaterna och medborgare i EFTA-staterna.
2. Bestämmelserna i denna artikel skall tillämpas på varje organ genom vilket de avtalsslutande parternas behöriga myndigheter, rättsligt eller i praktiken, direkt eller indirekt kontrollerar, styr eller märkbart påverkar import eller export mellan de avtalsslutande parterna. Dessa bestämmelser skall även tillämpas på monopol som staten överlåtit på andra.

Denna artikel innehåller till synes två begrepp, eller definitioner, av dess omfattning. En första fråga är därför att klargöra vilka olika företag eller organ som omfattas av artikelns tillämpningsområde.

## Begreppet "statliga handelsmonopol"

Som framgår av artikel 16 torde det inte finnas något egentligt krav på att monopolet som sådant är statligt, det räcker ju med att staten delegerat monopolet till någon annan. Trots att det på detta sätt således inte finns något krav på direkt statligt ägande finns naturligtvis krav på någon inblandning från statens sida, annars vore det ju inte fråga om ett legalt (statligt) monopol. Artikel 37 är inte tillämplig på faktiska, icke statliga, monopol. För dessa monopol gäller artikel 86, alternativt i förening med artikel 90.

Inblandningen från statens sida kan ta sig flera olika uttryck. Vad som dock torde krävas är att monopolet (subjektet) på något sätt fått monopolet (funktionen) genom en myndighetsakt av staten. Detta uttalade EG-domstolen i fallet *Sacchi*<sup>9)</sup> där ett bolag genom ett statligt beslut fått ensamrätt till sändning av reklam på det italienska telenätet. Detta ansågs i princip kunna konstituera ett statligt handelsmonopol i artikel 37:s mening, även om det i detta fall inte ansågs vara så, eftersom sändningsrättigheten som sådan definierades som en tjänst och inte som en vara. På likartat sätt bedömde domstolen situationen i fallet *Bodson*<sup>10)</sup>, i vilket inte staten utan endast vissa kommuner hade givit ett företag och dess dotterbolag en viss ensamrätt genom myndighetsbeslut. Domstolen slog fast att även lokala eller regionala monopol kunde omfattas av begreppet statligt handelsmonopol.

Efter *Bodson* står det alltså klart att även kommuner i princip omfattas av artikel 37. Detta torde vara föga förvånande, om det vore på något annat sätt skulle artikel 37 vara tämligen enkel att kringgå. Vad som emellertid krävs är att monopolet verkligen härleder sin rätt från en statlig myndighetsakt. I likhet med utgången i *Bodson* kan det sägas att om en kommun, helt självständigt i förhållande till statsmakten, skulle ge ett företag monopol, detta inte skulle omfattas av reglerna i artikel 37. Förhållandet skulle heller inte förändras om det var så att majoriteten av ett lands kommuner helt obundna gav samma företag samma rättighet.

Det råder ingen tvekan om att de svenska alkoholmonopolen faller in under definitionen i artikel 16 liksom under Romfördragets artikel 37.

## Anpassningen

Vad innebär då kravet på anpassning? Är det här fråga om endast en viss anpassning av monopolet eller krävs det ett totalt avskaffande av monopolet? Sannolikt torde båda dessa förslag leda tanken fel. Lösningen på detta tolkningsproblem ligger i vad som skall uppnås, nämligen att "... ingen diskriminering med avseende på anskaffnings- och marknadsföringsvillkor föreligger mellan medborgare i EG-medlemsstaterna och medborgare i EFTA-staterna". Bortsett från det uppenbara problemet med att fastställa vad som konstituerar diskriminering, kan det här konstateras att vad som skall uppnås är att diskriminering skall vara utesluten. Så långt skall således anpassningen ske, varken mer eller mindre. I

detta ligger att artikeln inte förutsätter ett totalt uppgivande av monopolet, lika lite som det räcker med en anpassning som inte utesluter diskriminering.

Innan själva huvudsyftet med artikeln, nämligen att varje diskriminering skall vara utesluten, analyseras, skall kort diskuteras vad det är som inte får diskrimineras. Det är således nu fråga om att analysera vad som avses med begreppet "... med avseende på anskaffnings- och marknadsföringsvillkor...". Det har redan här tagits till utgångspunkt att diskrimineringsförbudet inte enbart syftar på enskilda individer, trots att det står så i artikel 37(1) 1 st. Anledningen till detta är artikelns placering i avsnittet om fria varurörelser samt det faktum att en likabehandling av olika medborgare är ointressant i förhållande till diskriminering rörande utländska varor. Om utländska leverantörer inte diskrimineras torde detta vara en klen tröst för dem om deras varor diskrimineras. Klargörande i detta avseende är fallet *Peureux I* där domstolen uttalade att "Article 37 (1) in prohibiting ... all discrimination between nationals of member States ... is aimed not only at quantitative restrictions and measures having equivalent effect but also ... charges which would result in discrimination against imported products as compared with national products".<sup>11)</sup>

Analysen nedan tar därför till utgångspunkt att diskrimineringsförbudet i artikel 37 tar sikte på varor.

I fallet *Costa v ENEL* uttalade EG-domstolen att artikel 37 berörde "transactions regarding a commercial product capable of being the subject of competition and trade between member States".<sup>12)</sup> Uttalandet kan i och för sig ses som en bekräftelse på att varor omfattas av artikeln men att det lämnar fältet fritt i övrigt. Efter domstolens dom i *Sacchi* föreligger emellertid inte längre någon tvekan om att tjänster faller utanför artikelns tillämpningsområde.

Även om tjänstemonopol på detta sätt faller utanför artikel 37 är det inte så att artikeln helt saknar betydelse för dessa monopol. I *Mialocq* uttalade nämligen domstolen att även tjänstemonopol kan beröras av artikel 37 för den händelse det diskriminerar utländska produkter i förhållande till nationella produkter vid utövandet av sitt tjänstemonopol. I det konkreta fallet fanns dock, inför EG-domstolen, inga indikationer på att så skulle vara fallet.

Om det då får anses klarlagt att tjänstemonopol faller utanför artikelns tillämpningsområde, återstår att klargöra vad som i förhållande till varor omfattas av artikel 37. Är det enbart import och export av varor som omfattas eller kan även produktion och försäljning av varor omfattas av artikeln? Frågan kan tyckas onödigt eftersom andra stycket i artikel 37(1) uttryckligen tar sikte endast på import och export, men i förhållande till första stycket kan detta inte sägas vara lika självklart. I det stycket står det ju att diskriminering skall vara utesluten i förhållande till anskaffnings- eller marknadsföringsvillkoren. En sådan skrivning utesluter inte direkt att stadgandet skulle kunna vara tillämpligt även på t.ex. produktionsmonopol. En parallell kan här dras till situationen såvitt gäller tjänstemonopol. Frågan gäller således vad som skall förstås med termen "handelsmonopol".

13 Ingår produktionsmonopol i detta begrepp? EG-domstolen har ännu inte behandlat denna fråga. Det kan i och för sig finnas mer än en anledning till detta men den mest sannolika torde vara den uppenbara, nämligen att termen "handelsmonopol" inte innefattar produktionsmonopol. Detta i all synnerhet som domstolen inte saknat tillfällen att behandla just produktionsmonopol.<sup>13)</sup> Därmed dock inte sagt att produktionsmonopolen inte ändå kan komma i konflikt med artikel 37. En sådan situation skulle kunna vara om ett produktionsmonopol medför diskriminering av utländska produkter, t.ex. vid upphandling av råvaror. Situationen skulle ju då vara tämligen likartad den som förelåg i fallet *Mialocq*. I ett fall har även ett tillverkningsförbud, till förmån för ett produktionsmonopol, ansetts kunna komma i konflikt med artikel 37(1) för den händelse förbudet enbart riktades mot utländska varor.<sup>14)</sup> I övrigt regleras dock produktionsmonopolen av andra artiklar i fördraget.

Såvitt gäller försäljningsmonopolen torde dessa vara att bedöma under artikel 37 enligt samma resonemang som gäller för import- och exportmonopol. Ett försäljningsmonopol har ju onekligen återverkningar på anskaffnings- och marknadsföringsvillkoren av en viss vara, vilket är ett av kriterierna i artikel 37. För tillämpningen av artikel 37 torde det inte spela någon roll i vilket led av handelskedjan som diskrimineringen sker. Uttryckt med andra ord kan sägas att förmågan att diskriminera utländska varor finns latent hos såväl import- och exportmonopol som försäljningsmonopol. En helt annan sak är huruvida försäljningsmonopol skall bedömas på samma sätt som import- och exportmonopol.

I detta sammanhang bör noteras det närmast självklara, nämligen att artikel 37 är tillämplig enbart på produkter från medlemsstaterna, alternativt varor från tredje-land i fri cirkulation inom EG. Detta följer av fallen *Hansen I*<sup>15)</sup> och *Peureux II*<sup>16)</sup>.

## Diskriminering

Vilka är medlemsstaternas förpliktelser enligt artikel 37?

För det första måste klargöras vad som egentligen avses med diskriminering, dvs vilka åtgärder som kan anses vara diskriminerande.

Den andra frågan gäller tolkningen av själva begreppet diskriminering. Å ena sidan kan begreppet innebära att om det föreligger en skillnad i behandlingen av två jämförbara situationer så föreligger diskriminering. Å andra sidan kan begreppet uppfattas som att endast de fall då jämförbara situationer inte behandlas lika, utan godtagbara skäl för denna skillnad, ska betraktas som diskriminerande. På samma sätt skulle det då vara med de fall då olika situationer behandlas lika utan godtagbara skäl.

EG-domstolens inställning till frågan har kommit till uttryck i ett flertal rättsfall. I de nedan redovisade fallen kan det dock vara svårt att spåra domstolens inställning på så sätt att ett konstaterande av domstolen av att diskriminering inte föreligger, inte direkt utpekar huruvida en olik, men godtagbar, behandling föreläggat. Situationen kan lika gärna ha varit att det inte förelåg en olik behandling.



Endast i de fall då domstolen klart utpekar hur den kommit fram till resultatet synes några slutsatser om domstolens uppfattning kunna dras.

I fallet *Manghera* uttalade domstolen att "the exclusive right to import manufactured products of the monopoly in question thus constitutes, in respect of community exporters, discrimination prohibited by Article 37(1)". Fallet rörde det italienska tobaksmonopolet vilket hade en legal ensamrätt att importera tobaksprodukter. Domstolen säger att den exklusiva importrätten för tobaksmonopolet i sig utgör en diskriminering gentemot utländska (EG) varor. Importmonopol anses efter denna dom vara förbjudna.

Grunden för detta resonemang är att varors fria rörlighet inte skulle säkerställas om det är så att det föreligger ett importmonopol. Det kan konstateras att domstolen i sitt uttalande inte ger någon indikation om vilken av de två ovan redovisade tolkningsmodellerna, avseende innebörden av begreppet diskriminering, den använt i sin analys. Oavsett detta kan dock sägas att varje form av importmonopol strider mot artikel 37. På grund av domstolens kompromisslösa inställning till importmonopolet kan det vara lämpligt att något närmare redovisa domstolens resonemang i *Manghera*.

Fallet rörde det italienska tobaksmonopolet. Detta monopol hade ensamrätt på "the manufacture, preparation, import and sale of tobacco". Enligt domstolen är syftet med artikel 37 att säkerställa varors fria rörlighet. Detta syfte kan inte uppnås om det i en medlemsstat, där det föreligger ett handelsmonopol, den fria rörligheten för med monolets jämförbara varor från andra medlemsstater inte är säkerställd. Till yttermera visso hänvisar domstolen till en resolution i vilken det uttalas att den exklusiva rätten "to import and market manufactured tobacco", skulle avskaffas. Från detta drar domstolen slutsatsen att den exklusiva importrätten är oförenlig med artikel 37.

Med importmonopol avses i detta sammanhang sådana monopol som utövas av ett statligt handelsmonopol. Enbart en licensiering av staten till endast vissa näringsidkare utgör enligt fallet *Commission v France*<sup>17)</sup>, inte en överträdelse av artikel 37. Förhållandet kan i och för sig vara annorlunda i fall då staten direkt eller indirekt kontrollerar eller påverkar licenstagarna.

Som sagts behandlar *Manghera-fallet* endast importmonopol. Fråga uppstår om domstolens analys av importrätten i *Manghera* har någon betydelse även för en exklusiv exporträtt. Pappalardo<sup>18)</sup> anser att så är fallet – att även exportmonopol i sig skulle vara diskriminerande och följaktligen oförenliga med artikel 37. Några uttalanden från EG-domstolen finns inte mer än dess något kryptiska uttalande i fallet *Peureux I*. Fallet rörde i och för sig andra nationella åtgärder och deras förenlighet med artikel 37, men domstolen uttalade att det i princip var så att artikel 37 också har till uppgift att hindra diskriminering av inhemska varor i förhållande till utländska. Ett exportmonopol skulle ju onekligen diskriminera inhemska varor på likartat sätt som ett importmonopol diskriminerar utländska varor, detta i vart fall om exportmonopolet är kopplat till ett produktionsmonopol. Med största sannolikhet är därför även exportmonopol oförenliga med artikel 37.

Andra exempel på diskriminering enligt artikel 37 är när staten, genom handelsmonopolet, sätter ett visst maximipris på vissa produkter vilket får till följd att utländska varor kommer att diskrimineras. Sådan var situationen i fallet *Commission v France*<sup>19)</sup>. I detta fall, som rörde det franska tobaksmonopolet, hade staten givit tobaksmonopolet rätt att sätta försäljningspriset inte bara för sina egna varor utan även för importerade varor. Enligt domstolen medförde regleringen att de importerade varorna utsattes för en negativ påverkan såvitt gällde deras försäljningsmöjligheter. Detta fall skall skiljas från fallet *Commission v Italy*<sup>20)</sup>, i vilket en motsvarande prisreglering för tobaksprodukter i Italien befanns vara förenligt med artikel 37. Skillnaden mellan de två systemen låg i att det italienska överlät åt respektive importör att fastställa det försäljningspris som sedan skulle följas. I det sistnämnda fallet ansåg domstolen inte, till skillnad från kommissionen, att det förelåg någon diskriminering i artikel 37:s mening av utländska importörer, bara genom det förhållandet att det italienska monopolet kunde sälja sina varor på de andra medlemsstaternas marknader, utan motsvarande prisrestriktioner.

Inte bara ovan redovisade fall behandlar situationer när priset på importerade varor är ett annat än vad som borde följa av deras position på marknaden. I fallet *Hansen II*<sup>21)</sup> uttalade domstolen att det var oförenligt med artikel 37 att ett tyskt vinmonopol sålde sina, i grunden inhemska, produkter till ett genom subsidier lägre pris än vad utländska varor såldes för. Fallet är intressant såtillvida att EG-domstolen först och främst konstaterade att artikel 37 är *lex specialis* i förhållande till artikel 92 angående statsstöd. Poängen med detta är att eftersom artikel 37(1) och (2) har direkt effekt, vilket statsstödsreglerna inte har, övervakningen av fördragets bestämmelser blir effektivare. Detta särskilt som domstolen förklarade att artikel 37 och statsstödsreglerna syftade till samma sak, dvs till att "ensure that the two categories of intervention on the part of a member State, namely action by a state monopoly and the granting of aids, do not distort the conditions of competition within the common market or create discrimination against the products or trade of other member States". Följaktligen kan statsstödsreglerna inte utgöra underlag för ett undantag från artikel 37.

Vidare framstår domstolens tolkning av artikel 37:s uppgift som intressant. Domstolen säger nämligen att artikel 37 "is intended to render the sales policy of a state monopoly subject to the requirements of the free movement of goods and of the equal opportunities which must be accorded to products imported from other member States".

Förutom det nyss citerade uttalandet i *Hansen II* uttalade EG-domstolen i fallet *Miritz*<sup>22)</sup> att det var oförenligt med artikel 37 att ålägga importerade varor en avgift som inte motsvarades av en avgift på inhemska varor. Avgiften hade tillkommit för att kompensera för de utländska varornas lägre pris jämfört med det pris som det inhemska monopolet betalade för de inhemska varorna. Avgiftens effekt var ju helt klart att de utländska varorna förlorade den konkurrensfördel de hade genom sitt ursprungligen lägre pris och således förlorade marknads-

möjligheter. Denna situation skall dock skiljas från den som förelåg i fallet *Rewev v Hauptzollamt Landau*<sup>23)</sup>. I detta fall var nämligen en avgift uttagen på såväl inhemska som utländska varor, dock att avgiften till stora delar kanaliserades genom statsbudgeten till det statliga handelsmonopolet och dess verksamhet. Trots att de utländska varorna således fick vara med och finansiera subsidierna till de nationella varorna, var avgiften förenlig med artikel 37 eftersom de utländska varorna inte fick vidkännas någon konkurrensnackdel.

Det är även möjligt att den omvända situationen, dvs att nationella varor åsätts ett högre pris eller avgift, omfattas av denna princip. I fallet *Peureux* <sup>24)</sup>, antydde domstolen att regler som behandlar nationella varor sämre än utländska kan omfattas av diskrimineringsförbudet i artikel 37. I detta fall var dock den aktuella avgiften inte knuten till monolets funktion varför den, i linje med domstolens uttalande i *Cassis de Dijon*, inte föll under artikel 37:s tillämpningsområde.

Det torde kunna sägas att såvitt gäller vilka åtgärder som omfattas av diskrimineringsbegreppet är det EG-domstolens uppfattning att artikel 37 omfattar dels åtgärder vidtagna av ett statligt handelsmonopol som i övrigt skulle varit förbjudna enligt artikels 30–34, samt dels andra åtgärder, företrädesvis möjligheterna till marknadstillträde. Klarast torde detta ha uttryckts i fallet *Hansen II*. Här skall dock hållas i minnet att de åtgärder som omfattas måste ha någon koppling till monolet som sådant. I annat fall skall de bedömas enligt andra artiklar i Romfördraget. Vilka dessa åtgärder kan vara har framgått ovan. Vad gäller tolkningen av själva begreppet diskriminering, dvs om varje olik behandling av jämförbara situationer täcks av begreppet, är EG-domstolens inställning inte lika lätt att fastställa. Sannolikt är det dock så att diskriminering inte föreligger i de fall då det finns godtagbara skäl att behandla jämförbara situationer olika.

Helt klart är att diskrimineringsförbudet i artikel 37 omfattar ett vidare spektrum av åtgärder än vad som omedelbart synes följa av artikelns plats i fördraget och av dess ordalydelse. Särskilt omfattas kvantitativa restriktioner samt åtgärder med motsvarande verkan, liksom alla former av avgifter "which would result in discrimination against imported products as compared with national products coming under the monopoly"<sup>25)</sup>. I själva verket är spännvidden än större eftersom de nu nämnda formerna av avgifter innefattas i det större begreppet "all measures which are connected with its [the monopoly's] existence and affect trade between member States in certain products, whether or not subject to the monopoly"<sup>26)</sup>.

Främst bland de normer som är kopplade till monolet skall nämnas att en exklusiv importrätt i enlighet med ovan angivet rättsfall strider mot artikel 37. Detta synes å andra sidan vara den enda exklusiva rätt som i sig är oförenlig med artikel 37, alla andra normer och regleringar måste prövas i varje särskilt fall.

Såvitt gäller andra exklusiva rättigheter som försäljnings- och produktionsrätter, är dessa inte direkt förbjudna genom artikel 37. Exklusiva tjänstemonopol faller utanför artikel 37, vilken i princip endast är tillämplig på varor, men tjänstemonopolen har av domstolen förklarats vara föremål för reglering i den

utsträckning som de diskriminerar utländska varor vid utövandet av sitt monopol. På likartat sätt kan det förmodas vara även med tillverkningsmonopol.

Såvitt gäller exportmonopol har domstolen hittills ännu inte uttalat sig, men det finns goda skäl att förmoda att principerna etablerade i *Manghera* är mer eller mindre direkt tillämpbara på sådana monopol.

### Särskilt om försäljningsmonopol

Såvitt gäller försäljningsmonopol synes rättsläget mer svårbedömt. EG-domstolen har ännu inte tagit direkt ställning till ett renodlat försäljningsmonopol. I *Manghera* saknade domstolen anledning att bedöma det italienska tobaksmonopolets exklusiva rätt att försälja tobaksvaror. Från ett senare rättsfall som ovan redan berörts<sup>27)</sup>, framgår att det italienska monopolets exklusiva försäljningsrättighet tillämpades på så sätt att rätten licensierades till fristående försäljare som hade att tillämpa det av monopolet satta priset. På sina egna produkter satte monopolet priserna efter eget skön men såvitt gällde importerade varor, sattes dessa i praktiken av importören. Även om monopolet således i nationell lagstiftning kategoriserades som att ha en exklusiv försäljningsrätt, var det i praktiken inte på det sättet. Som klargjorts i fallet *Commission v France*<sup>28)</sup> omfattas nämligen inte en licensiering av exklusiva rättigheter med nödvändighet av artikel 37, de är ju då inte längre exklusiva.

Det kan i sammanhanget nämnas att i fallet *SAIL*<sup>29)</sup> EG-kommissionen var av uppfattningen att ett försäljningsmonopol i sig stred mot artikel 37. Domstolen tog dock inte ställning för kommissionens uttalande.

I fallet *France and Others v Commission*<sup>30)</sup>, åberopat av EG-kommissionen i sitt yttrande i anledning av Sveriges ansökan om medlemskap i EU, uttalade sig domstolen över kombinerade import-, försäljnings- och installationsmonopol. I fallet hade Frankrike fört talan mot kommissionen, åberopande artikel 173, under påståendet att ett direktiv inom telekommunikationssektorn var ogiltigt. Eftersom talan endast rörde giltigheten av vissa bestämmelser i ett direktiv uttalade EG-domstolen bara att kommissionen hade kompetens att precisera medlemsstaternas förpliktelser enligt Romfördraget. Denna kompetens kunde enligt domstolen utnyttjas till att föreskriva att medlemsstaterna skulle avskaffa alla exklusiva import-, försäljnings och installationsrättigheter inom området. Fallet är förvisso intressant men det innebär inte att EG-domstolen har tagit direkt ställning till ett renodlat försäljningsmonopol. EG-domstolen uttalade ju enbart att de kombinerade import- och försäljningsrättigheterna kunde strida mot Romfördraget, något specifikt nationellt monopol behandlas inte.

Det föreligger alltså stora svårigheter att klassificera försäljningsmonopol. Det torde inte vara möjligt att utan vidare säga att de faller utanför artikel 37, samtidigt som de sannolikt inte heller är föremål för det förbud som gäller för importmonopol. Detta innebär att ingen artikel i Romfördraget i sig skulle hindra ett upprätthållande av ett försäljningsmonopol, men att monopolet trots detta inte får tillämpas på ett sätt som skulle medföra att utländska handlare diskrimineras

vad gäller möjligheterna att få avsättning för de produkter de har importerat. Det kan här nämnas att EG-domstolen i fallet *Commission v Greece*<sup>31)</sup> uttalat att skyldigheten att köpa viss kvantitet av en vara från ett produktionsmonopol, var att anse som diskriminering i artikel 37:s mening. Omständigheterna i fallet var dock något särpräglade eftersom det gällde ett grossistmonopol som det i fallet var fråga endast handlade med inhemska varor.

Om då försäljningsmonopol sannolikt inte i sig är förbjudna återstår att bedöma vilka åtgärder ett detaljhandelsmonopol måste uppfylla för att inte falla in under artikel 37.

Här finns anledning att redovisa de krav EG-kommissionen i skriftväxlingen med Sveriges regering uppställt för att Systembolagets detaljhandelsmonopol skall bedömas som icke-diskriminerande:

Det grundläggande kravet är att objektiva regler angående inköp och försäljning av alkoholdrycker tillämpas på alla medborgare i medlemsländerna och alla produkter från medlemsländerna. Reglerna skall vara offentliga.

Vid en överläggning med representanter för svenska regeringen och EG-kommissionen enades man om ett antal villkor som skall uppfyllas av Sverige.

1. *Tillträde till branschen.* Anställning i Systembolaget och innehav av serveringsställe skall vara öppet för medborgare i Europaunionens medlemsstater. Reglerna för serveringstillstånd skall vara offentliga och objektiva och inte lämna utrymme för godtycke. Avslag på licensansökan skall kunna överklagas. Det kan anmärkas att bland tänkbara regler för serveringstillstånd nämns en begränsning till ett serveringstillstånd per ett visst antal innevånare.
2. *Sortimentspolitik.* Ingen favorisering av inhemska produkter.
3. *Privatimport.* Systembolaget skall skaffa hem produkter som inte finns i det ordinarie sortimentet åt kunder som så önskar. Priset får inkludera normalt påslag plus särskilda frakt- och hanteringskostnader.
4. *Produkturval.* Urvalet av produkter skall ske i samråd med en rådgivande panel, där såväl konsumenter som producenter finns representerade. Systembolaget har rätt att avstå från produkter av ekonomiska skäl, om grunderna härför är objektiva och inte innefattar dold favorisering av inhemska produkter.
5. *Marknadsföring.* Regler för produktinformation skall tillämpas lika för svenska och importerade produkter, Systembolaget skall informera kunderna om nya produkter. Därvid nämndes särskilt bolagets förbättrade månatliga varunytt, utställning av varorna i montrar och skyltfönster och provningar för vinjournalister.

Vid testförsäljning får inte tiden mellan ansökan och beslut vara för lång. Eventuellt kan testförsäljningen ersättas med någon annan opartisk metod för listning och avlistning av produkter. En möjlighet att överklaga beslut om avlistning eller vägran att ta in produkter i sortimentet skall införas.

6. *Priser.* Systembolagets handelsmarginal skall sättas efter objektiva kriterier, som gäller lika för inhemska och importerade produkter.
7. *Buteljering.* Buteljering skall kunna bedrivas av medborgare i andra medlemsstater enligt samma villkor som av svenskar. Detaljhandelsmonopolet kan ej ges ensamrätt på buteljering.
8. *Tillsyn.* Det svenska konkurrensverket skall utöva tillsyn över detaljhandelsmonopolet, vad gäller dess icke-diskriminerande funktion, och rapportera direkt till EG-kommissionen två gånger om året.

Från EG-kommissionen framfördes att ytterligare önskemål kan komma att framföras, om erfarenheterna ger anledning härtill.

### *Undantagsmöjligheterna från artikel 37*

Med beaktande av att artikel 37 bl.a. har till syfte att säkerställa varors fria rörlighet, i enlighet med artiklarna 30–34, från vilka regler det är möjligt att erhålla undantag enligt artikel 36 eller enligt *Cassis*, kan det argumenteras att det även borde finnas undantagsmöjligheter i förhållande till förbudet i artikel 37. Artikel 37 i sig innehåller emellertid inga explicita undantag och inte heller finns det någon annan artikel i fördraget som ger ett direkt undantag. Frågan uppkommer därför om det överhuvudtaget föreligger några undantagsmöjligheter, och om så skulle vara fallet, huruvida artikel 36 är en sådan möjlighet, eller om undantagsmöjligheterna istället skall sökas i artikel 37. Till viss del hör denna fråga samman med frågan vad som skall innefattas i begreppet diskriminering. Om det är så som angivits ovan att diskriminering i artikel 37 endast innefattar olika behandling utan godtagbara skäl, skulle ju kunna hävdas att de ”godtagbara skälen” är undantagsmöjligheterna. Det är också möjligt att undantag skulle kunna erhållas såväl med hänvisning till artikel 36 som genom att artikel 37 själv medgav undantag (eller mer korrekt att artikel 37 inte omfattar alla former av olik behandling).

Såvitt gäller tillämpningen av artikel 36 kan konstateras att artikeln enligt sin ordalydelse är begränsad till att ge undantag från förbuden i artiklarna 30–34. Trots detta har kommissionen i fallet *SAIL* ansett att artikel 36 kan ge undantag från förbudet i artikel 37. EG-domstolen har ännu inte tagit ställning till frågan. Artikel 37 har av domstolen förklarats vara ett undantag till en grundläggande frihet, varför den skall tolkas restriktivt. Vilken tolkning som är den korrekta är således fortfarande oklart. Viss vägledning torde dock kunna hämtas från fallet *Commission v Greece*<sup>32</sup>, i vilket domstolen synes vara av uppfattningen att en klart diskriminerande åtgärd kan vara tillåten för den händelse det finns godtagbara skäl. I det konkreta fallet fanns dock inga sådana skäl.

Huruvida artikel 37 i sig innehåller undantag på sätt som ovan angivits är inte heller klarlagt men i allt väsentligt är ju detta samma diskussion som den om vilka åtgärder som faller under artikel 37. Huruvida man vill klassificera en åtgärd som

fallande under artikeln men erhållande undantag, eller som inte fallande under artikeln, synes betydelselöst. I inget av fallen är ju artikeln tillämplig.

## Citerade rättsfall

- 1) Fall 59/75 Manghera v Italy.
- 2) Fall 8/74 Procureur du Roi v Dassonville et al. [1974] ECR 837.
- 3) Keck v. France; dom avkunnad den 24 november 1993.
- 4) Fall 120/78 Rewe-Zentrale AG v Bundesmonopolverwaltung etc (Cassis de Dijon) [1979] ECR 649.
- 5) Fall 4/75 Rewe v Landwirtschaftskammer [1975] ECR 843.
- 6) Fall 104/75 De Peijper [1976] ECR 613.
- 7) Fall 5/77 Tedeschi v Denavit Commerciale Srl [1977] ECR 1555.
- 8) Fall 120/78 Cassis [1979] ECR 649, premiss 8.
- 9) Fall 155/73 Sacchi [1974] ECR 409, premiss 10.
- 10) Fallet Bodson vs Pompes Funèbres, 30/87.
- 11) Fall 86/78 Peureux I [1979] ECR 897, premiss 30.
- 12) Fall 6/64 Costa v ENEL [1964] ECR 1141.
- 13) Se t ex fall 78/82 Commission v Italy [1983] ECR 1955.
- 14) Fall 119/78 Peureux II [1979] ECR 975.
- 15) Fall 148/77 Hansen I [1978] ECR 1787.
- 16) Fall 119/78 Peureux II [1979] ECR 975.
- 17) Fall 160/82 Commission v France [1983] ECR 2079, premiss 19.
- 18) Pappalardo, A., State Measures and Public Undertakings: Artikelicle 90 of the EEC Treaty Revisited [1991] 1 ECLR 29-39, på s 33.
- 19) Fall 90/82 Commission v France [1983] ECR 2011.
- 20) Fall 78/82 Commission v Italy [1983] ECR 1955.
- 21) Fall Hansen II; [1979] ECR 935.
- 22) Fall 191/75 Miritz [1976] ECR 217.
- 23) Fall 45/75 Rewe v Hauptzollamt Landau [1976] ECR 181.
- 24) Fall 86/78 Peureux I [1979] ECR 897.
- 25) Fall 45/75 Rewe v Hauptzollamt Landau [1976] ECR 181, premiss 26.
- 26) Fall 91/75 Miritz [1976] ECR 217, premiss 8.
- 27) Fall 78/82 Commission v Italy [1983] ECR 1955.
- 28) Fall 161/82 Commission v France [1983] ECR 2079.
- 29) Fall 81/71 SAIL [1972] ECR 119.
- 30) Fall 202/88 France and Others v Commission.
- 31) Fall 347/88 Commission v Greece, dom 13 december 1990.
- 32) Fall 347/88 Commission v Greece, dom 13 december 1990.

Tabell 4.1.1  
 (a) (b)

År	Procent
1950	0,20
1951	0,40
1952	0,40
1953	0,40
1954	0,40
1955	0,40
1956	0,40
1957	0,40
1958	0,40
1959	0,40
1960	0,40
1961	0,40
1962	0,40
1963	0,40
1964	0,40
1965	0,40
1966	0,40
1967	0,40
1968	0,40
1969	0,40
1970	0,40
1971	0,40
1972	0,40
1973	0,40
1974	0,40
1975	0,40
1976	0,40
1977	0,40
1978	0,40
1979	0,40
1980	0,40
1981	0,40
1982	0,40
1983	0,40
1984	0,40
1985	0,40
1986	0,40
1987	0,40
1988	0,40
1989	0,40
1990	0,40

# Tabeller

till kapitel 2 och kapitel 4

(a) (b)



Källa till tabellerna 4.1–4.8: Brazeau *et al.* 1993: Alcoholic Beverage Taxation and Control Policies, Eight Edition. Ottawa, Ontario: Brewers Association of Canada

Källa till tabellerna S1a–S14b: Wld hltb statist. annu. (Årgångar från 1973 och framåt)

**Tabell 4.1.** Försäljning av sprit, vin och öl i Danmark 1950–1990 (omräknat till 100% alkohol) och respektive drycks andel av totala alkoholkonsumtionen.

År	Försäljning i liter per invånare			Försäljning i liter alkohol 100% per invånare (b)				Andel av total försäljning		
	Sprit 100%	Vin	Öl(a)	Sprit	Vin	Öl	Totalt	Sprit %	Vin %	Öl %
1950	0,60	3,0	62	0,60	0,45	2,73	3,78	15,9	11,9	72,2
1951	0,40	2,2	67	0,40	0,33	2,95	3,68	10,9	9,0	80,2
1952	0,45	2,4	65	0,45	0,36	2,86	3,67	12,3	9,8	77,9
1953	0,45	2,6	68,2	0,45	0,39	3,00	3,84	11,7	10,2	78,1
1954	0,47	2,8	66,6	0,47	0,42	2,93	3,82	12,3	11,0	76,7
1955	0,40	2,67	66,73	0,40	0,40	2,94	3,74	10,7	10,7	78,6
1956	0,41	2,81	63,83	0,41	0,42	2,81	3,64	11,3	11,6	77,2
1957	0,45	2,84	64,28	0,45	0,43	2,83	3,70	12,1	11,5	76,4
1958	0,47	2,82	63,97	0,47	0,42	2,81	3,71	12,7	11,4	75,9
1959	0,54	2,95	69,97	0,54	0,44	3,08	4,06	13,3	10,9	75,8
1960	0,62	3,07	71,89	0,62	0,46	3,16	4,24	14,6	10,9	74,5
1961	0,74	3,33	75,49	0,74	0,50	3,32	4,56	16,2	11,0	72,8
1962	0,72	3,49	76,23	0,72	0,52	3,35	4,60	15,7	11,4	73,0
1963	0,75	3,32	78,46	0,75	0,50	3,45	4,70	16,0	10,6	73,4
1964	0,89	3,84	83,73	0,89	0,57	3,68	5,15	17,3	11,1	71,6
1965	0,96	4,09	78,45	0,96	0,60	3,52	5,09	18,9	11,9	69,3
1966	0,96	4,24	88,72	0,96	0,62	3,89	5,46	17,6	11,3	71,1
1967	0,98	4,44	91,47	0,98	0,64	4,00	5,63	17,4	11,4	71,2
1968	0,97	4,41	94,43	0,97	0,63	4,16	5,76	16,8	11,0	72,2
1969	1,12	5,13	102,24	1,12	0,72	4,46	6,31	17,8	11,6	70,7
1970	1,27	5,91	107,2	1,27	0,83	4,72	6,82	18,6	12,2	69,1
1971	1,41	6,66	113,8	1,41	0,93	5,01	7,35	19,2	12,7	68,1
1972	1,54	7,48	120,3	1,54	1,04	5,29	7,87	19,6	13,2	67,3
1973	1,53	10,74	125,2	1,53	1,47	5,51	8,51	18,0	17,3	64,7
1974	1,58	9,66	123,4	1,58	1,31	5,43	8,32	19,0	15,7	65,3
1975	1,74	11,48	129,3	1,74	1,54	5,69	8,97	19,4	17,2	63,4
1976	1,88	12,53	130,3	1,88	1,66	5,73	9,27	20,3	17,9	61,8
1977	1,81	11,67	127,2	1,81	1,53	5,72	9,06	20,0	16,9	63,1
1978	1,35	12,23	127,8	1,35	1,59	5,88	8,82	15,3	18,0	66,7
1979	1,43	13,88	129,8	1,43	1,78	6,10	9,31	15,4	19,1	65,5
1980	1,48	14,00	130,7	1,48	1,78	6,14	9,40	15,7	18,9	65,3
1981	1,60	16,09	131,0	1,60	2,02	6,16	9,78	16,4	20,7	63,0
1982	1,64	17,35	133,7	1,64	2,16	6,28	10,08	16,3	21,4	62,3
1983	1,55	18,86	138,8	1,55	2,32	6,52	10,39	14,9	22,3	62,8
1984	1,49	18,86	134,0	1,49	2,29	6,30	10,08	14,8	22,7	62,5
1985	1,61	20,71	129,2	1,61	2,49	6,07	10,17	15,8	24,5	59,7
1986	1,58	19,82	130,0	1,58	2,36	6,11	10,05	15,7	23,5	60,8
1987	1,50	20,63	125,2	1,50	2,41	5,88	9,79	15,3	24,6	60,1
1988	1,44	21,55	126,5	1,44	2,47	5,95	9,85	14,6	25,0	60,4
1989	1,37	19,20	127,3	1,37	2,15	5,98	9,51	14,4	22,7	62,9
1990	1,30	21,31	127,2	1,30	2,34	6,11	9,75	13,3	24,0	62,6

(a) Lättöl och tax free-öl ingår.

(b) Alkoholhalten i öl är uppskattad till 4,4 volymprocent 1976, 4,5% 1977, 4,6% 1978, 4,7% fram till 1989 och 4,8% 1990. Alkoholhalten i vin är uppskattad till 15 volymprocent 1950–1963 och med gradvis minskning to 14% 1964–1971. Efter 1970 har medelalkoholhalten enligt Danska bryggeriföreningen fortsatt att minska till 12% 1985 och till 11% 1990.

**Tabell 4.2.** Försäljning av sprit, vin och öl i Finland 1950–1990 (omräknat till 100% alkohol) och respektive drycks andel av totala alkoholkonsumtionen.

År	Konsumtion i liter per invånare			Konsumtion i liter alkohol 100% per invånare				Andel av total konsumtion		
	Sprit 100%	Vin	Öl	Sprit	Vin(a)	Öl(b)	Totalt	Sprit %	Vin %	Öl %
1950	1,35	0,50	23,00	1,35	0,08	0,81	2,24	60,4	3,4	36,2
1951	1,35	0,60	27,00	1,35	0,09	0,95	2,39	56,5	3,8	39,7
1952	1,30	1,50	26,00	1,30	0,23	0,91	2,44	53,4	9,2	37,4
1953	1,20	2,05	26,00	1,20	0,31	0,91	2,42	49,6	12,7	37,6
1954	1,25	2,03	26,00	1,25	0,30	0,91	2,46	50,7	12,4	36,9
1955	1,30	2,00	27,00	1,30	0,30	0,95	2,55	51,0	11,8	37,3
1956	1,20	1,75	25,00	1,20	0,26	0,88	2,34	51,2	11,2	37,6
1957	1,20	1,41	25,00	1,20	0,21	0,88	2,29	52,4	9,2	38,4
1958	1,10	1,00	23,00	1,10	0,15	0,81	2,06	53,4	7,3	39,3
1959	1,20	1,08	25,00	1,20	0,16	0,88	2,24	53,5	7,2	39,3
1960	1,30	1,29	25,00	1,30	0,19	0,88	2,37	54,8	8,2	37,1
1961	1,40	1,47	25,00	1,40	0,22	0,88	2,50	56,0	8,8	35,2
1962	1,40	1,69	23,40	1,40	0,25	0,82	2,47	56,6	10,2	33,2
1963	1,40	2,07	24,40	1,40	0,31	0,85	2,56	54,7	12,1	33,2
1964	1,36	2,37	24,50	1,36	0,36	0,86	2,58	52,7	14,0	33,3
1965	1,39	2,65	25,10	1,39	0,40	0,88	2,67	52,1	15,0	33,0
1966	1,42	3,07	27,80	1,42	0,45	0,97	2,84	50,0	15,8	34,2
1967	1,43	3,28	29,90	1,43	0,48	1,05	2,96	48,3	16,2	35,5
1968	1,43	3,55	32,60	1,43	0,51	1,34	3,28	43,6	15,5	40,9
1969	1,58	3,71	52,20	1,58	0,52	2,35	4,45	35,5	11,7	52,8
1970	1,75	4,07	48,80	1,75	0,57	2,20	4,52	38,7	12,6	48,7
1971	2,07	4,35	49,40	2,07	0,60	2,22	4,89	42,3	12,3	45,4
1972	2,19	4,79	53,80	2,19	0,63	2,47	5,29	41,4	11,9	46,7
1973	2,46	6,43	54,30	2,46	0,79	2,50	5,75	42,8	13,7	43,5
1974	2,90	9,20	56,20	2,90	1,07	2,59	6,56	44,2	16,3	39,5
1975	2,81	8,85	54,70	2,81	0,97	2,52	6,30	44,6	15,4	40,0
1976	2,95	8,47	54,60	2,95	0,92	2,51	6,38	46,2	14,4	39,3
1977	2,99	8,58	55,30	2,99	0,90	2,54	6,43	46,5	14,0	39,5
1978	2,82	8,26	55,00	2,82	0,92	2,43	6,27	45,0	14,7	40,4
1979	2,75	8,25	56,20	2,75	0,92	2,64	6,31	43,6	14,6	41,8
1980	2,79	8,19	57,40	2,79	0,93	2,70	6,42	43,5	14,5	42,1
1981	2,76	8,78	57,20	2,76	1,04	2,69	6,49	42,5	16,0	41,4
1982	2,82	8,75	56,00	2,82	0,99	2,63	6,44	43,8	15,4	40,8
1983	2,83	8,49	57,40	2,83	0,94	2,70	6,47	43,7	14,5	41,7
1984	2,87	8,86	59,50	2,87	0,91	2,80	6,58	43,6	13,8	42,6
1985	2,78	8,67	61,70	2,78	0,88	2,96	6,62	42,0	13,3	44,7
1986	2,93	9,24	65,40	2,93	0,95	3,14	7,02	41,7	13,5	44,7
1987	2,99	9,25	68,08	2,99	0,95	3,24	6,18	41,6	13,2	45,1
1988	2,89	9,89	74,13	2,89	0,99	3,53	6,41	39,0	13,4	47,6
1989	2,90	10,55	79,45	2,90	1,03	3,77	6,70	37,6	13,4	49,0
1990	2,89	10,20	83,49	2,80	1,02	3,95	7,77	36,0	13,1	50,8

- (a) I vin ingår "long drinks". För vin och "long drinks" tillsammans minskade medelalkoholhalten från 15 volymprocent i början av värdeåren till ca 10,5% 1977, ökade till nästan 12% 1981 men minskade till 10% 1990.
- (b) Öl inkluderar lättöl. Medelalkoholhalten för öl totalt beräknas till ca 3,5 volymprocent från 1950 till 1967, ca 4,1% 1968, ca 4,5% 1969–1971, ca 4,6% 1972–1978, ca 4,7% 1979–1984, ca 4,8% 1985–1987 och ca 4,7% 1990.

**Tabell 4.3.** Försäljning av sprit, vin och öl i Frankrike 1950–1990 (omräknat till 100% alkohol) och respektive drycks andel av totala alkoholkonsumtionen.

År	Konsumtion i liter per invånare			Konsumtion i liter alkohol 100% per invånare (b)				Andel av total konsumtion		
	Sprit 100%	Vin(a)	Öl	Sprit	Vin	Öl	Totalt	Sprit %	Vin %	Öl %
1950	2,73	124,5	21,8	2,73	14,94	0,78	18,45	14,8	81,0	4,2
1951	2,90	127,6	20,9	2,90	15,31	0,79	19,01	15,3	80,6	4,2
1952	2,77	131,1	23,0	2,77	15,73	0,89	19,39	14,3	81,1	4,6
1953	2,75	130,8	23,5	2,75	15,70	0,93	19,38	14,2	81,0	4,8
1954	2,46	134,3	24,2	2,46	16,12	0,99	19,56	12,6	82,4	5,0
1955	2,31	138,7	27,3	2,31	16,64	1,15	20,10	11,5	82,8	5,7
1956	2,35	137,5	27,8	2,35	16,50	1,18	20,03	11,7	82,4	5,9
1957	2,30	135,7	32,6	2,30	16,28	1,38	19,97	11,5	81,6	6,9
1958	1,94	126,1	38,0	1,94	15,13	1,61	18,68	10,4	81,0	8,6
1959	2,09	125,0	39,1	2,09	15,00	1,70	18,79	11,1	79,8	9,0
1960	2,09	126,9	35,4	2,02	15,23	1,52	18,77	10,8	81,1	8,1
1961	2,17	126,1	37,2	2,17	15,13	1,63	18,93	11,5	79,9	8,6
1962	2,26	121,1	36,8	2,26	14,53	1,58	18,38	12,3	79,1	8,6
1963	2,38	127,3	36,5	2,38	15,27	1,60	19,25	12,4	79,3	8,3
1964	2,44	120,8	40,9	2,44	14,49	1,81	18,75	13,0	77,3	9,7
1965	2,49	117,6	39,2	2,49	14,11	1,76	18,36	13,6	76,9	9,6
1966	2,52	116,8	40,4	2,52	14,02	1,82	18,36	13,7	76,4	9,9
1967	2,50	115,3	40,8	2,50	13,84	1,85	18,19	13,7	76,1	10,2
1968	2,15	115,3	40,0	2,15	13,83	1,83	17,81	12,1	77,7	10,3
1969	2,22	112,4	40,7	2,22	13,49	1,88	17,59	12,6	76,7	10,7
1970	2,30	109,1	41,3	2,30	13,10	1,88	17,27	13,3	75,8	10,9
1971	2,18	108,0	41,9	2,18	12,96	1,96	17,10	12,7	75,8	11,4
1972	2,23	106,9	40,3	2,23	12,83	1,92	17,97	13,1	75,6	11,3
1973	2,36	105,5	44,5	2,36	12,66	2,14	17,16	13,8	73,8	12,5
1974	2,39	104,1	44,2	2,39	12,49	2,06	16,94	14,1	73,7	12,2
1975	2,42	103,7	44,9	2,42	12,44	2,16	17,02	14,2	73,1	12,7
1976	2,34	101,3	48,7	2,34	12,15	2,38	16,88	13,9	72,0	14,1
1977	2,37	102,1	46,2	2,37	12,25	2,18	16,80	14,1	72,9	13,0
1978	2,46	96,3	45,3	2,46	11,55	2,25	16,26	15,1	71,0	13,8
1979	2,53	92,8	45,5	2,53	11,14	2,25	15,92	15,9	70,0	14,1
1980	2,52	91,0	44,3	2,52	10,92	2,21	15,65	16,1	69,8	14,1
1981	2,31	89,0	44,0	2,31	10,68	2,20	15,19	15,2	70,3	14,5
1982	2,42	88,0	43,7	2,42	10,56	2,17	15,15	16,0	69,7	14,3
1983	2,38	85,0	43,7	2,38	10,20	2,17	14,75	16,1	69,1	14,7
1984	2,22	82,0	41,2	2,22	9,84	2,04	14,10	15,7	69,8	14,4
1985	2,33	79,7	40,1	2,33	9,56	1,96	13,86	16,8	69,0	14,2
1986	2,34	76,4	40,4	2,34	9,17	1,91	13,42	17,4	68,3	14,2
1987	2,40	75,1	38,9	2,40	9,01	1,86	13,27	18,1	67,9	14,0
1988	2,47	74,3	39,2	2,47	8,92	1,83	13,22	18,7	67,5	13,8
1989	2,46	74,1	40,8	2,46	8,89	1,90	13,26	18,6	67,1	14,4
1990	2,51	73,1	41,5	2,51	8,77	1,94	13,22	19,0	66,4	14,7

- (a) Cider ingår inte. Medelförbrukningen per invånare har minskat från ca 25 liter 1950 till 7 liter 1980. Den har sedan dess legat kvar på samma nivå.
- (b) Medelalkoholhalten i öl ökade från 3,56% 1950 till 5,00% 1981. Sedan 1981 har medelalkoholhalten i öl sjunkit till 4,96% 1988 och har därefter legat på denna nivå. Vin beräknas ha i genomsnitt 12 volymprocent alkohol.

**Tabell 4.4.** Försäljning av sprit, vin och öl i Italien 1950–1990 (omräknat till 100% alkohol) och respektive drycks andel av totala alkoholkonsumtionen.

År	Konsumtion i liter per invånare (a)			Konsumtion i liter alkohol 100% per invånare (b)				Andel av total konsumtion		
	Sprit 100%	Vin	Öl	Sprit	Vin	Öl	Totalt	Sprit %	Vin %	Öl %
1950	0,7	83,0	3,4	0,7	8,63	0,16	9,49	7,4	91,0	1,6
1951	0,7	84,4	3,1	0,7	8,78	0,14	9,62	7,3	91,2	1,5
1952	0,7	89,7	3,1	0,7	9,33	0,14	10,17	6,9	91,7	1,4
1953	0,8	94,7	3,2	0,8	9,85	0,15	10,80	7,4	91,2	1,4
1954	1,0	99,5	3,3	1,0	10,35	0,15	11,50	8,7	90,0	1,3
1955	1,2	103,5	3,4	1,2	10,76	0,16	12,12	9,9	88,8	1,3
1956	0,8	107,4	3,5	0,8	11,17	0,16	12,13	6,6	92,1	1,3
1957	0,8	107,2	3,6	0,8	11,15	0,17	12,11	6,6	92,0	1,4
1958	1,0	107,0	3,8	1,0	11,13	0,17	12,30	8,1	90,5	1,4
1959	1,0	109,3	4,6	1,0	11,37	0,21	12,58	7,9	90,4	1,7
1960	1,0	108,3	5,1	1,0	11,26	0,23	12,50	8,0	90,1	1,9
1961	1,2	108,2	6,1	1,2	11,25	0,28	12,73	9,4	88,4	2,2
1962	1,3	108,3	7,4	1,3	11,26	0,34	12,90	10,1	87,3	2,6
1963	1,5	107,6	8,1	1,5	11,19	0,37	13,06	11,5	85,7	2,9
1964	1,6	103,8	8,3	1,6	10,80	0,38	12,78	12,5	84,5	3,0
1965	1,4	110,1	8,6	1,4	11,45	0,40	13,25	10,6	86,4	3,0
1966	1,5	110,6	9,8	1,5	11,50	0,45	13,45	11,1	85,5	3,4
1967	1,6	111,4	10,4	1,6	11,59	0,48	13,66	11,7	84,8	3,5
1968	1,6	116,0	10,7	1,6	12,06	0,49	14,16	11,3	85,2	3,5
1969	1,7	114,9	11,0	1,7	11,95	0,51	14,16	12,0	84,4	3,6
1970	1,8	113,7	11,3	1,8	11,82	0,52	14,14	12,7	83,6	3,7
1971	1,8	112,7	11,0	1,8	11,72	0,51	14,03	12,8	83,6	3,6
1972	1,9	110,9	12,0	1,9	11,53	0,55	13,99	13,6	82,5	3,9
1973	2,2	109,3	15,7	2,2	11,37	0,72	14,29	15,4	79,5	5,1
1974	2,1	109,2	14,8	2,1	11,36	0,68	14,14	14,9	80,3	4,8
1975	1,8	103,9	12,8	1,8	10,81	0,59	13,19	13,6	81,9	4,5
1976	1,9	98,0	14,1	1,9	10,19	0,65	12,74	14,9	80,0	5,1
1977	2,0	93,5	13,9	2,0	9,72	0,64	12,36	16,2	78,7	5,2
1978	1,9	91,0	14,9	1,9	10,01	0,69	12,60	15,1	79,5	5,4
1979	2,0	90,0	16,9	2,0	9,90	0,78	12,68	15,8	78,1	6,1
1980	1,9	92,9	16,7	1,9	10,22	0,77	12,89	14,7	79,3	6,0
1981	1,9	92,9	17,9	1,9	10,22	0,82	12,94	14,7	79,0	6,4
1982	1,9	91,4	20,6	1,9	10,05	0,95	12,90	14,7	77,9	7,3
1983	1,2	91,4	20,7	1,2	10,05	0,95	12,21	9,8	82,4	7,8
1984	1,2	90,5	18,9	1,2	9,96	0,87	12,02	10,0	82,8	7,2
1985	1,2	84,8	21,7	1,2	8,33	1,00	11,53	10,4	80,9	8,7
1986	1,2	73,3	23,0	1,2	8,06	1,06	10,32	11,6	78,1	10,3
1987	1,0	79,0	23,0	1,0	8,69	1,06	10,75	9,3	80,9	9,8
1988	1,0	70,0	22,5	1,0	7,70	1,04	9,74	10,3	79,1	10,6
1989	0,8	69,7	21,8	0,8	7,67	1,00	9,47	8,4	81,0	10,6
1990	0,8	61,4	23,0	0,8	6,75	1,06	8,61	9,3	78,4	12,3

(a) Skattade värden för sprit fr o m 1984.

(b) Medelalkoholhalten för öl uppskattas till 4,6 volymprocent. För vin till 10,4 volymprocent 1977 och 11,0 volymprocent därefter.

**Tabell 4.5.** Försäljning av sprit, vin och öl i **Kanada** 1950–1990 (omräknat till 100% alkohol) och respektive drycks andel av totala alkoholkonsumtionen.

År	Konsumtion i liter per invånare			Konsumtion i liter alkohol 100% per invånare (a)				Andel av total konsumtion		
	Sprit 100%	Vin	Öl	Sprit	Vin	Öl	Totalt	Sprit %	Vin %	Öl %
1950	1,28	1,53	54,8	1,28	0,27	2,86	4,41	29,0	6,1	64,9
1951	1,29	1,67	58,4	1,29	0,28	2,92	4,49	28,7	6,2	65,0
1952	1,35	1,66	62,4	1,35	0,28	3,12	4,75	28,4	5,9	65,7
1953	1,36	1,66	62,5	1,36	0,28	3,13	4,77	28,5	5,9	65,6
1954	1,34	1,71	58,6	1,34	0,28	2,93	4,55	29,5	6,2	64,4
1955	1,40	1,73	60,8	1,40	0,28	3,04	4,72	29,7	5,9	64,4
1956	1,47	1,79	61,2	1,47	0,29	3,06	4,82	30,5	6,0	63,5
1957	1,48	1,87	61,2	1,48	0,30	3,06	4,84	30,6	6,2	63,2
1958	1,56	2,06	57,4	1,56	0,33	2,87	4,76	32,8	6,9	60,3
1959	1,50	2,02	61,0	1,50	0,32	3,05	4,87	30,8	6,6	62,6
1960	1,51	2,12	60,0	1,51	0,33	3,00	4,84	31,2	6,8	62,0
1961	1,53	2,19	60,3	1,53	0,34	3,02	4,89	31,3	7,0	61,7
1962	1,58	2,26	61,6	1,58	0,34	3,08	5,00	31,6	6,8	61,6
1963	1,66	2,42	63,4	1,66	0,37	3,17	5,20	31,9	7,1	61,0
1964	1,62	2,35	64,6	1,62	0,35	3,23	5,20	31,2	6,7	62,1
1965	1,88	2,78	64,8	1,88	0,41	3,24	5,53	34,0	7,4	58,6
1966	1,93	2,88	66,9	1,93	0,42	3,35	5,70	33,9	7,4	58,7
1967	2,05	3,06	68,1	2,05	0,44	3,41	5,90	34,8	7,5	57,8
1968	2,01	3,19	67,9	2,01	0,46	3,40	5,87	34,3	7,8	57,9
1969	2,07	3,70	70,8	2,07	0,52	3,54	6,13	33,8	8,5	57,7
1970	2,17	4,16	74,0	2,17	0,58	3,70	6,45	33,6	9,0	57,4
1971	2,44	4,89	78,5	2,44	0,67	3,93	7,04	34,7	9,5	55,8
1972	2,61	5,29	81,8	2,61	0,73	4,09	7,43	35,1	9,8	55,0
1973	2,86	5,62	84,9	2,86	0,76	4,25	7,87	36,4	9,7	54,0
1974	3,13	5,90	85,9	3,13	0,79	4,30	8,22	38,1	9,6	52,3
1975	3,18	6,24	87,0	3,18	0,83	4,35	8,36	38,0	9,9	52,0
1976	3,25	6,57	85,4	3,25	0,86	4,27	8,38	38,8	10,3	51,0
1977	3,30	7,24	86,1	3,30	0,93	4,31	8,54	38,7	10,9	50,4
1978	3,33	8,22	84,0	3,33	1,04	4,20	8,57	38,9	12,1	49,0
1979	3,21	8,41	86,8	3,21	1,06	4,34	8,61	37,3	12,3	50,4
1980	3,34	8,98	86,1	3,34	1,10	4,31	8,75	38,2	12,6	49,2
1981	3,25	9,19	85,3	3,25	1,12	4,27	8,64	37,6	13,0	49,4
1982	3,06	9,45	83,7	3,06	1,14	4,19	8,39	36,5	13,6	49,9
1983	2,83	9,49	83,8	2,83	1,15	4,19	8,17	34,6	14,1	51,3
1984	2,70	9,85	83,0	2,70	1,18	4,15	8,03	33,6	14,7	51,7
1985	2,62	10,20	82,1	2,62	1,19	4,11	7,92	33,1	15,1	51,8
1986	2,53	9,97	81,9	2,53	1,16	4,10	7,78	32,5	14,9	52,6
1987	2,52	10,31	83,1	2,52	1,18	4,16	7,85	32,1	15,0	52,9
1988	2,45	9,87	81,8	2,45	1,14	4,09	7,67	31,9	14,8	53,3
1989	2,32	9,39	80,6	2,32	1,09	4,03	7,44	31,2	14,6	54,2
1990	2,16	8,93	78,3	2,16	1,04	3,92	7,11	30,4	14,6	55,1

(a) Medelalkoholhalten för öl uppskattas till 5 volymprocent, för vin från 16 volymprocent 1950 ökande till 11,4% fram till 1987 och därefter ökande till 11,7% 1990.

**Tabell 4.6.** Försäljning av sprit, vin och öl i **Nederländerna** 1950–1990 (omräknat till 100% alkohol) och respektive drycks andel av totala alkoholkonsumtionen.

År	Konsumtion i liter per invånare			Konsumtion i liter alkohol 100% per invånare (c)				Andel av total konsumtion		
	Sprit 100%	Vin(a)	Öl(b)	Sprit	Vin	Öl	Totalt	Sprit %	Vin %	Öl %
1950	1,47	0,54	10,58	1,47	0,07	0,53	2,07	70,9	3,5	25,5
1951	1,33	0,66	10,60	1,33	0,09	0,53	1,95	68,2	4,6	27,2
1952	1,11	0,58	10,93	1,11	0,08	0,55	1,74	64,0	4,5	31,5
1953	1,08	0,68	12,35	1,08	0,09	0,62	1,79	60,3	5,2	34,5
1954	1,15	0,92	13,47	1,15	0,13	0,67	1,95	59,0	6,4	34,6
1955	1,16	1,17	16,23	1,16	0,16	0,81	2,13	54,4	7,5	38,1
1956	1,29	1,43	17,31	1,29	0,19	0,89	2,37	54,3	8,2	37,5
1957	1,06	1,52	19,92	1,06	0,21	1,00	2,26	46,8	9,1	44,0
1958	1,08	1,47	20,18	1,08	0,20	1,01	2,29	47,2	8,7	44,1
1959	1,05	1,61	22,97	1,05	0,22	1,15	2,42	43,4	9,1	47,5
1960	1,14	1,88	23,85	1,14	0,26	1,19	2,59	44,0	9,9	46,1
1961	1,19	2,34	26,45	1,19	0,32	1,32	2,83	42,0	11,2	46,7
1962	1,35	2,47	27,73	1,35	0,34	1,39	3,07	43,9	10,9	45,1
1963	1,44	2,60	31,16	1,44	0,35	1,56	3,35	43,0	10,6	46,5
1964	1,48	2,88	34,97	1,48	0,39	1,75	3,62	40,9	10,8	48,3
1965	1,89	3,35	37,21	1,89	0,46	1,86	4,21	44,9	10,8	44,2
1966	1,44	3,50	39,03	1,44	0,48	1,95	3,87	37,2	12,3	50,5
1967	1,63	4,15	44,38	1,63	0,56	2,22	4,41	36,9	12,8	50,3
1968	1,76	4,29	45,38	1,76	0,58	2,27	4,61	38,2	12,6	49,2
1969	1,88	4,92	51,76	1,88	0,67	2,59	5,14	36,6	13,0	50,4
1970	2,04	5,15	57,38	2,04	0,70	2,87	5,61	36,4	12,5	51,1
1971	2,11	6,23	62,36	2,11	0,85	3,12	6,08	34,7	13,9	51,3
1972	2,28	7,81	65,70	2,28	1,06	3,29	6,63	34,4	16,0	49,6
1973	2,55	8,89	73,46	2,55	1,21	3,67	7,43	34,3	16,3	49,4
1974	2,75	10,37	75,72	2,75	1,41	3,79	7,95	34,6	17,7	47,6
1975	3,44	10,26	78,96	3,44	1,40	3,95	8,78	39,2	15,9	44,9
1976	2,48	11,35	83,87	2,48	1,54	4,19	8,22	30,2	18,8	51,0
1977	2,91	11,73	83,90	2,91	1,60	4,20	8,70	33,4	18,3	48,2
1978	3,01	12,18	85,18	3,01	1,64	4,26	8,91	33,8	18,4	47,8
1979	3,41	11,96	84,95	3,41	1,63	4,25	9,28	36,7	17,5	45,8
1980	2,72	12,85	86,39	2,72	1,75	4,32	8,79	31,0	19,9	49,2
1981	2,52	12,95	89,47	2,52	1,76	4,47	8,75	28,8	20,1	51,1
1982	2,57	14,15	81,96	2,57	1,92	4,10	8,59	29,9	22,4	47,7
1983	2,63	13,87	87,53	2,63	1,89	4,38	8,89	29,6	21,2	49,2
1984	2,36	15,22	83,43	2,36	2,07	4,17	8,60	27,4	24,1	48,5
1985	2,24	14,96	84,48	2,24	2,03	4,22	8,50	26,4	23,9	49,7
1986	2,21	14,90	86,00	2,21	2,03	4,30	8,54	25,9	23,7	50,4
1987	2,07	14,60	84,26	2,07	1,99	4,21	8,27	25,0	24,0	51,0
1988	2,10	14,79	83,29	2,10	2,01	4,16	8,28	25,4	24,3	50,3
1989	1,92	14,86	87,54	1,92	2,02	4,38	8,32	23,1	23,4	52,6
1990	1,98	14,54	89,95	1,98	1,98	4,50	8,45	23,4	24,1	53,2

(a) I vinkonsumtionen ingår inte importerat fruktvin som f n uppgår till 2/3 liter per person.

(b) Inkluderar alkoholfritt och alkoholsvagt öl 1989 och 1990 uppgående till omkring 2 resp 5 liter.

(c) Medelalkoholhalten för öl uppskattas till 5 volymprocent och för vin till 13,6 volymprocent.

**Tabell 4.7.** Försäljning av sprit, vin och öl i Norge 1950–1990 (omräknat till 100% alkohol) och respektive drycks andel av totala alkoholkonsumtionen.

År(a)	Konsumtion i liter per invånare			Konsumtion i liter alkohol 100% per invånare (b)				Andel av total konsumtion		
	Sprit 100%	Vin	Öl	Sprit	Vin	Öl	Totalt	Sprit %	Vin %	Öl %
1950	1,22	0,94	18,10	1,22	0,15	0,80	2,17	56,2	7,0	36,8
1951	1,05	1,10	19,00	1,05	0,17	0,84	2,06	50,9	8,4	40,7
1952	1,06	1,20	20,00	1,06	0,19	0,88	2,13	49,7	9,0	41,3
1953	1,01	1,20	20,00	1,01	0,19	0,86	2,06	49,1	9,3	41,7
1954	1,08	1,20	20,00	1,08	0,19	0,87	2,14	50,4	9,0	40,7
1955	1,12	1,19	22,70	1,12	0,18	1,00	2,31	48,6	8,0	43,4
1956	1,12	1,21	22,70	1,12	0,19	1,01	2,32	48,3	8,0	43,7
1957	1,14	1,20	22,58	1,14	0,18	1,00	2,33	49,0	7,9	43,1
1958	1,12	1,14	22,93	1,12	0,17	1,03	2,32	48,3	7,3	44,4
1959	1,19	1,21	23,83	1,19	0,18	1,08	2,46	48,5	7,5	44,0
1960	1,27	1,24	24,45	1,27	0,18	1,10	2,55	49,8	7,2	43,0
1961	1,32	1,30	26,03	1,32	0,19	1,16	2,67	49,5	7,0	43,6
1962	1,31	1,31	24,90	1,31	0,19	1,14	2,63	49,7	7,1	43,2
1963	1,34	1,35	26,60	1,34	0,19	1,21	2,74	48,9	7,0	44,0
1964	1,29	1,43	26,48	1,29	0,20	1,20	2,69	47,9	7,5	44,6
1965	1,33	1,52	27,85	1,33	0,21	1,26	2,80	47,4	7,5	45,1
1965	1,36	1,66	28,84	1,36	0,23	1,32	2,90	46,8	7,8	45,4
1967	1,42	1,88	30,03	1,42	0,25	1,38	3,06	46,5	8,2	45,3
1968	1,47	2,01	32,51	1,47	0,29	1,49	3,26	45,1	9,0	45,8
1969	1,48	2,20	34,71	1,48	0,32	1,59	3,39	43,7	9,3	47,0
1970	1,56	2,34	36,76	1,56	0,33	1,68	3,57	43,7	9,3	47,0
1971	1,59	2,61	39,24	1,59	0,36	1,78	3,73	42,7	9,7	47,6
1972	1,66	2,74	41,22	1,66	0,38	1,82	3,86	43,0	9,8	47,2
1973	1,66	2,95	42,02	1,66	0,40	1,90	3,96	41,9	10,1	47,9
1974	1,82	3,20	43,85	1,82	0,43	1,98	4,23	43,0	10,2	46,8
1975	1,84	3,34	45,44	1,84	0,45	1,99	4,28	43,0	10,5	46,6
1976	1,87	3,30	44,72	1,87	0,44	2,01	4,33	43,2	10,2	46,6
1977	1,90	3,35	45,47	1,90	0,45	2,04	4,39	43,3	10,3	46,4
1978	1,56	2,92	46,04	1,56	0,39	2,02	3,97	39,3	9,9	50,9
1979	1,81	3,74	45,88	1,81	0,49	2,05	4,36	41,5	11,3	47,1
1980	1,91	4,41	48,28	1,91	0,58	2,16	4,65	41,1	12,5	46,4
1981	1,61	4,18	44,81	1,61	0,54	2,01	4,15	38,8	13,0	48,3
1982	1,23	3,45	47,07	1,23	0,45	2,11	3,79	32,5	11,8	55,7
1983	1,29	4,01	45,32	1,29	0,51	2,03	3,83	33,7	13,4	52,9
1984	1,29	4,39	46,82	1,29	0,56	2,10	3,96	32,6	14,2	53,1
1985	1,41	5,12	47,52	1,41	0,65	2,10	4,16	33,9	15,7	50,4
1986	1,28	5,17	50,78	1,28	0,66	2,26	4,21	30,4	15,8	53,8
1987	1,32	5,93	51,44	1,32	0,75	2,27	4,34	30,4	17,3	52,3
1988	1,17	6,42	52,50	1,17	0,78	2,30	4,25	27,5	18,4	54,0
1989	1,12	6,39	51,78	1,12	0,76	2,25	4,13	27,1	18,4	54,5
1990	1,00	6,43	52,10	1,00	0,76	2,26	4,02	24,9	18,9	56,2

(a) Systemstrejk har påverkat siffrorna för sprit och vin 1978, 1982 och 1986.

(b) Medelalkoholhalten för öl var 1950–1970 4,4–4,6 volymprocent; 1971–1990 4,53–4,34 volymprocent. Medelalkoholhalten för vin var 1950 16,1 volymprocent gradvis minskande till 11,8% 1990.



**Tabell 4.8.** Försäljning av sprit, vin och öl i **Spanien** 1950–1990 (omräknat till 100% alkohol) och respektive drycks andel av totala alkoholkonsumtionen.

År	Konsumtion i liter per invånare			Konsumtion i liter alkohol 100% per invånare (a)				Andel av total konsumtion		
	Sprit 100%	Vin	Öl	Sprit	Vin	Öl	Totalt	Sprit %	Vin %	Öl %
1950		47,00	2,20		5,64	0,10				
1951			2,70			0,12				
1952		50,00	4,10		6,00	0,18				
1953			4,60			0,21				
1954		54,00	4,80		6,48	0,22				
1955		54,00	5,80		6,48	0,26				
1956		67,00	6,30		8,04	0,28				
1957		62,00	8,10		7,44	0,36				
1958		48,60	9,80		5,83	0,44				
1959		48,50	11,00		5,82	0,50				
1960		50,70	11,00		6,08	0,50				
1961		52,50	13,30		6,30	0,60				
1962	2,25	63,50	15,20	2,25	7,62	0,68	10,55	21,3	72,2	6,5
1963	1,80	64,80	18,40	1,80	7,78	0,83	10,40	17,3	74,7	8,0
1964	2,10	62,80	21,60	2,10	7,54	0,97	10,61	19,8	71,0	9,2
1965	2,50	63,00	23,40	2,50	7,56	1,05	11,11	22,5	68,0	9,5
1966	3,00	66,50	26,40	3,00	7,98	1,19	12,17	24,7	65,6	9,8
1967	2,30	61,00	30,40	2,30	7,32	1,37	10,99	20,9	66,6	12,4
1968	2,30	62,10	32,90	2,30	7,45	1,48	11,23	20,5	66,3	13,2
1969	2,50	62,50	32,00	2,50	7,50	1,44	11,44	21,9	65,6	12,6
1970	2,30	61,50	38,50	2,30	7,38	1,73	11,41	20,2	64,7	15,2
1971	2,50	60,00	35,80	3,50	7,20	1,61	11,31	22,1	63,7	14,2
1972	2,60	67,00	36,00	2,60	8,04	1,62	12,26	21,2	65,6	13,2
1973	2,60	75,00	42,60	2,60	9,00	1,92	13,52	19,2	66,6	14,2
1974	2,60	77,00	44,30	2,60	9,24	1,99	13,83	18,8	66,8	14,4
1975	2,70	76,00	47,00	2,70	9,12	2,11	13,93	19,4	65,4	15,2
1976	2,80	71,00	47,90	2,80	8,52	2,16	13,48	20,8	63,2	16,0
1977	2,90	65,00	46,90	2,90	7,80	2,11	12,81	22,6	60,9	16,5
1978	3,00	70,00	52,10	3,00	8,40	2,34	13,74	21,8	61,1	17,1
1979	3,10	65,00	53,70	3,10	7,80	2,42	13,32	23,3	58,6	18,1
1980	3,20	60,00	53,37	3,20	7,20	2,40	12,80	25,0	56,2	18,8
1981	3,20	59,00	55,71	3,20	7,08	2,51	12,79	25,0	55,4	19,6
1982	3,00	57,00	57,21	3,00	6,84	2,57	12,41	24,2	55,1	20,7
1983	3,00	53,00	58,60	3,00	6,36	2,64	12,00	25,0	53,0	22,0
1984	2,80	48,00	57,45	2,80	5,76	2,59	11,15	25,1	51,7	23,2
1985	2,80	48,00	61,45	2,80	5,76	2,77	11,33	24,7	50,9	24,4
1986	2,90	47,40	63,49	2,90	5,69	2,86	11,45	25,3	49,7	25,0
1987	2,90	46,00	66,49	2,90	5,52	3,01	11,43	25,4	48,3	26,3
1988	2,80	40,60	68,67	2,80	4,87	3,09	10,76	26,0	45,3	28,7
1989	2,80	36,90	71,05	2,80	4,43	3,20	10,43	26,9	42,5	30,7
1990	2,70	37,40	71,80	2,70	4,49	3,23	10,42	25,9	43,1	31,0

(a) Medelalkoholhalten för öl beräknas till 4,5 volymprocent och för vin till 12,0 volymprocent.









Tabell S3a. Dödlighet i cancer i läppar, munhåla och svalg (lip, oral cavity and pharynx) per 100 000 män.

Land	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Belgien					4,3			5,4	5,4	5,6		5,0				
Danmark																
England & Wales					4,2	4,0	4,2	4,1	4,5	4,5	4,1	4,1	4,2	4,4	4,4	4,1
Finland																
Frankrike					19,3	20,0	20,3	19,6	20,3	19,7	19,6	18,8	18,5	18,5	18,0	
Grekland					2,4	2,3	2,2	2,6	2,8	2,5	2,8	2,8	2,3	2,5	2,7	
Irland					4,6	4,2	4,7	5,0	4,8	5,0	5,3	4,3	5,7	5,7	5,4	
Island							1,7	5,1	3,4	2,5	2,5	3,3	3,2	3,2	2,4	1,6
Israel					1,5	1,4	0,9	1,4	1,9	1,7	1,5	1,4	1,2	0,9		
Italien					8,2	8,7	8,4	8,8	9,1	9,0	9,3	9,3	9,2	9,1		
Kanada					5,0	4,5	4,6	4,9	5,0	5,0	5,3	5,6	5,2	5,3	5,4	
Luxemburg					10,7	6,7		9,5	8,4	7,9	5,1	9,5	8,8	12,7	13,6	
Nederländerna					2,6	2,3	2,5	3,0	3,0	2,8	3,0	3,0	3,2	3,7	3,6	
Nordirland					3,4	2,9	2,3		2,5	3,1	4,1	3,6	5,4	3,2	3,3	3,8
Norge												4,3	4,8	4,4	4,4	
Portugal						5,5	6,0	5,8	5,6	6,1	6,1	6,5	7,0	6,9	6,7	7,7
Schweiz																
Skottland																
Spanien					4,8	4,6	3,3	4,7	4,9	4,9	4,6	5,5	5,9	6,0	5,9	6,1
Storbritannien						4,9	5,3	5,6	5,7	6,5	6,5	7,1	7,9			
Sverige													4,4	4,5	4,5	4,3
USA					5,4	5,3	5,2	5,2	5,1	5,0	4,8	4,7	4,7	4,0		
Västtyskland					4,7	5,0	5,6	6,0	6,5	6,8	7,5	8,0	8,3	9,0	9,4	
Österrike						5,2	6,0	6,3	6,4	6,4	7,2	7,9	7,6	7,1	7,8	8,7
Östtyskland								4,6	4,4	5,3	5,1	5,9	5,6	6,3	5,6	

Tabell S3b. Dödlighet i cancer i läppar, munhåla och svalg (lip, oral cavity and pharynx) per 100 000 kvinnor.

Land	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Belgien					1,4			1,5	1,8	1,9		1,7				
Danmark																
England & Wales					2,7	2,5	2,7	2,5	2,4	2,6	2,7	2,6	2,6	2,4	2,4	2,5
Finland														1,4	1,8	2,2
Frankrike					2,0	2,2	2,2	2,2	2,1	2,2	2,1	2,2	2,4	2,3	2,1	
Grekland					1,2	1,2	1,1	0,8	1,0	1,1	1,0	0,9	1,4	1,2	1,1	
Irland					1,9	2,5	2,0	1,7	1,7	1,9	2,8	2,3	2,2	1,6	2,0	
Island							0,9	2,6	1,7	0,8	0,8	0,8	1,6	2,4	1,6	0,8
Israel					1,1	0,8	0,7	0,7	1,2	0,8	0,9	1,1	0,8	1,1		
Italien					1,5	1,7	1,6	1,7	1,7	1,9	1,9	2,0	1,8	2,2		
Kanada					1,7	1,4	1,8	1,8	2,0	2,1	2,0	2,1	2,1	1,9	2,1	
Luxemburg					-	2,7		3,7	1,1	2,1	2,1	1,1	2,6	2,6	3,6	
Nederländerna					1,3	1,2	1,4	1,4	1,4	1,3	1,4	1,4	1,6	1,6	1,7	
Nordirland					2,2	2,4	2,2		2,0	1,9	2,6	2,5	2,0	1,2	2,4	1,4
Norge												1,6	2,7	2,4	2,8	
Portugal						1,2	1,4	1,1	1,1	1,3	1,4	1,4	1,4	1,4	1,3	1,6
Schweiz																
Skottland																
Skottland					2,2	3,0	3,5	2,8	2,4	2,7	3,6	2,4	2,5	2,5	2,8	3,1
Spanien						0,9	1,0	1,1	0,9	1,2	1,1	1,4	1,3			
Storbritannien																
Sverige													2,6	2,3	2,5	2,5
USA													2,2	2,0		
USA					2,3	2,3	2,3	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,1	2,1		
Västyskland					1,3	1,6	1,5	1,8	1,8	1,8	1,8	1,9	2,0	2,0	2,2	
Österrike						1,0	1,5	1,6	1,5	2,0	1,7	1,9	2,1	1,8	1,6	1,9
Östyskland								1,5	1,6	1,6	1,7	1,8	1,7	1,8	1,6	

Tabell S4a. Dödlighet i druckningsolyckor per 100 000 män.

Land	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Belgien		2,8	2,7	2,8	2,8			2,6	3,1	2,4	2,6					
Danmark			1,4	1,7	1,2	1,4	2,1	1,7	1,7	1,0	1,2	1,0	0,8	1,3	1,5	1,2
England & Wales			1,1	1,1	1,1	1,1	1,3	1,1	1,2	0,9	0,8	0,8	0,7	0,7	1,0	0,8
Finland	9,3	6,3	5,9	5,2	6,0	5,7	4,6	4,9	5,3	2,8	4,4	5,0	4,5	7,2	6,1	
Frankrike	3,8	3,4	3,8	3,2	3,3	3,6	3,3	3,3	3,8	2,5	2,5	2,4	2,2	2,3	2,1	
Grekland		3,5	4,5	3,4	4,3	4,3	4,2	4,2	3,3	3,7	4,0	4,1	4,4	4,9	3,5	
Irland		4,2	3,6	3,6	4,3	3,3	3,9	3,9	3,8	4,1	2,9	3,3	3,0	3,1	4,1	
Island			5,4	3,5	4,4	9,6	4,3	3,4	2,5	3,3	1,6	2,5	4,0	2,4	0,8	2,3
Israel		3,3	2,8	3,5	2,7	3,1	2,3	2,4	2,5	2,4	2,3	2,0	2,3	2,9		
Italien	3,3	2,8	3,3	3,1	3,2	2,7	2,7	2,6	2,5	2,3	2,1	1,9	2,0	1,9		
Kanada	6,0	5,3	4,3		4,4	4,1	4,1	3,3	3,2	2,8	2,7	2,4	2,7	2,5	2,3	
Luxemburg				1,7	2,3	3,9		3,9	1,7	1,1	0,6	2,2	2,2	1,7	2,7	
Nederländerna			1,8	2,2	1,9	1,6	1,9	2,2	1,7	1,3	1,3	1,4	1,0	1,0	1,1	
Nordirland		3,5	2,8	4,1	2,0	2,5	-		2,9	1,8	1,8	1,2	1,4	2,1	1,9	1,0
Norge			4,1	4,2	4,8	5,1	3,5	4,0	3,7	3,5	4,0	3,9	3,8	4,1	3,6	
Portugal		9,5	9,7	9,8	9,1	4,6	5,7	5,0	4,1	5,0	3,9	3,3	2,2	1,8	2,2	1,9
Schweiz			3,5	2,8	2,2	1,8	2,0	1,9	2,4	1,7	1,5	1,5	2,3	2,1	1,6	1,8
Skottland			3,7	3,0	2,2	2,3	2,2	2,5	2,5	1,9	1,6	2,3	2,0	1,3	1,9	1,0
Spanien	4,3	4,3	4,4	4,3	4,2	4,0	3,7	3,6	3,6	3,5	3,3	3,4	3,5			
Storbritannien													0,8	0,8	1,1	0,8
Sverige			3,3	3,0	2,2	3,0	2,3	2,5	2,5	2,2	1,8	2,0	1,5	2,1		
USA		4,5	4,7	4,5	4,3	4,5	3,9	3,8	3,8	3,1	3,1	3,3	3,0	2,8		
Västyskland		2,3	1,6	1,5	1,7	1,8	1,7	1,7	1,8	1,3	1,2	1,3	1,1	1,2	1,1	
Österrike			3,4	3,0	3,1	2,3	3,9	2,6	2,7	3,2	2,7	2,3	2,6	2,3	2,1	2,5
Östyskland								4,3	3,8	3,4	2,8	3,4	3,1	3,4	2,7	



Tabell S4b. Dödlighet i druckningsolyckor per 100 000 kvinnor.

Land	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Belgien		1,4	1,3	1,6	1,9			1,2	1,1	0,9		1,0				
Danmark			0,2	0,5	0,3	0,5	0,6	0,3	0,3	0,2	0,1	0,1	0,3	0,5	0,4	0,2
England & Wales			0,3	0,4	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3
Finland	1,4	1,4	0,9	0,9	0,9	0,7	0,8	1,0	0,7	0,4	0,6	0,9	0,6	1,1	0,8	
Frankrike	0,9	0,8	1,0	0,9	0,9	0,8	0,9	0,8	0,9	0,7	0,7	0,7	0,6	0,7	0,6	
Grekland		0,9	0,8	0,9	1,1	0,9	1,2	0,8	0,9	0,9	1,0	1,1	1,5	1,0	1,2	
Irland		0,6	0,7	0,3	0,5	0,9	0,7	1,0	0,9	0,3	0,4	0,5	0,5	0,3	0,3	
Island			0,9	1,8	2,7	-	-	2,6	0,8	-	0,8	-	-	-	0,8	-
Israel		0,9	0,9	1,0	1,0	0,7	0,9	0,6	0,6	0,8	0,6	0,5	0,8	0,5		
Italien	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,6	0,5	0,6	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4		
Kanada	1,4	1,1	1,0		0,8	0,7	1,0	0,7	0,9	0,7	0,6	0,6	0,6	0,5	0,6	
Luxemburg				0,5	0,5	0,5		1,1	1,1	-	-	0,5	-	0,5	-	
Nederländerna			0,4	0,4	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5	0,4	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	
Nordirland		1,8	0,9	0,8	0,6	0,3	-		0,4	0,2	0,3	0,5	0,4	0,2	0,1	-
Norge			0,8	0,7	0,9	0,4	0,8	0,6	0,8	0,5	0,9	0,7	0,4	0,5	0,6	
Portugal		2,5	2,6	2,3	2,5	1,7	1,7	1,2	1,5	1,2	1,0	0,6	0,5	0,5	0,5	0,4
Schweiz			1,0	0,5	0,8	0,8	0,5	0,3	0,8	0,5	0,5	0,7	0,7	0,6	0,8	0,6
Skottland			0,5	0,3	0,4	0,9	0,5	0,6	0,4	0,5	0,4	0,4	0,3	0,2	0,3	0,1
Spanien	1,1	1,1	1,0	1,0	1,1	0,8	0,9	1,0	0,9	0,8	0,8	0,8	1,0			
Storbritannien													0,3	0,3	0,2	0,2
Sverige			0,6	0,7	0,7	0,6	0,3	0,6	0,6	0,5	0,4	0,4	0,2	0,5		
USA		0,09	0,9	0,9	0,9	0,9	0,7	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7		
Västtyskland		0,5	0,4	0,5	0,5	0,6	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	
Österrike			0,6	0,7	0,8	1,0	0,7	0,9	0,6	0,7	0,6	0,8	0,8	0,9	0,8	0,6
Östtyskland								1,3	1,2	1,1	1,0	1,2	1,1	1,4	1,0	

Tabell S5. Dödlighet i bröstcancer per 100 000 kvinnor.

Land	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Belgien		37,3	38,3	41,9	40,2			5,1	44,5	45,0		47,5				
Danmark			42,4	40,7	42,0	44,8	43,7	44,1	45,7	47,8	48,7	49,7	50,5	50,8	51,0	49,3
England & Wales			46,9	47,3	47,9	48,2	49,1	48,7	49,7	52,2	52,8	53,1	53,4	53,2	54,1	52,5
Finland	22,3	21,0	23,8	21,8	23,4	24,3	23,3	24,4	27,0	26,7	27,8	28,2	28,7	30,3	28,6	
Frankrike	30,3	30,3	30,2	29,7	30,9	30,5	32,4	32,3	33,1	32,9	32,9	33,6	33,8	34,8	35,2	
Grrekland		18,1	18,5	19,6	20,6	21,8	21,7	23,5	22,6	23,6	23,7	23,6	25,4	25,1	24,9	
Irland		33,1	30,1	32,8	29,8	34,4	29,2	32,9	30,7	31,5	31,9	33,2	33,9	34,7	39,1	
Island			25,5	31,6	22,3	14,1	16,6	26,7	25,5	32,8	29,2	15,7	31,0	28,1	28,6	34,7
Israel		25,6	23,9	23,4	24,5	23,5	21,8	22,9	28,4	26,0	24,0	24,8	24,2	25,7		
Italien	27,4	27,8	27,9	28,1	28,9	29,9	30,9	32,0	32,8	33,7	33,9	33,9	35,5	35,9		
Kanada	27,4	27,3	28,4		28,5	28,8	29,4	29,4	30,4	31,3	32,8	33,8	33,5	34,1	34,5	
Luxemburg				29,6	34,6	38,3		46,9	33,0	45,7	50,5	40,8	41,9	48,5	40,4	
Nederländerna			35,7	36,0	38,3	37,6	39,3	40,1	39,9	39,8	41,7	41,3	43,5	44,0	44,8	
Nordirland		34,4	41,0	37,8	33,7	37,0	37,3		35,1	37,5	38,8	36,5	38,5	39,3	37,6	36,5
Norge			32,6	32,0	32,9	30,8	31,5	32,5	30,2	31,8	32,7	36,2	33,6	36,1	35,0	
Portugal		18,3	17,1	18,6	19,2	19,6	19,9	22,3	22,1	22,7	23,5	23,3	24,4	24,7	26,0	27,6
Schweiz			38,9	39,8	39,2	40,4	42,3	43,9	46,8	45,8	48,0	48,0	49,0	48,6	46,2	48,8
Skottland			41,4	44,4	43,9	45,4	44,1	45,8	47,3	46,7	47,1	49,6	46,7	47,9	51,6	47,4
Spanien	16,4	17,7	17,6	17,9	17,7	19,0	19,0	20,2	20,5	21,7	21,9	23,2	24,8			
Storbritannien													52,4	52,3	53,4	51,6
Sverige			34,4	33,4	35,5	35,7	34,4	35,0	34,7	34,8	35,0	33,7	34,0	36,9		
USA		30,1	31,0	30,6	29,8	30,5	30,9	31,4	31,6	32,5	32,7	32,8	32,8	33,5		
Västyskland		36,3	35,9	36,5	38,1	38,1	39,8	39,9	41,6	41,0	43,0	44,5	45,3	45,9	45,7	
Österrike			36,1	33,0	34,3	36,3	36,7	37,0	36,8	39,0	40,7	41,2	42,1	42,2	41,8	43,1
Östyskland								29,2	29,1	30,3	29,7	30,9	30,5	29,8	31,7	

Tabell S6a. Dödlighet i cancer i struphuvudet (larynx) per 100 000 män.

Land	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Belgien		6,8	6,6	7,0	6,6			7,0	6,0	7,4		6,9				
Danmark			2,6	2,9	3,0	3,6	3,2	4,1	3,9	4,5	3,9	3,5	3,2	3,2	3,3	3,8
England & Wales			2,4	2,6	2,7	2,5	2,8	2,7	2,5	2,5	2,7	2,7	2,8	2,7	2,8	2,6
Finland	2,3	2,6	2,2	2,2	2,2	2,8	2,5	3,0	2,0	1,7	1,8	2,3	1,9	1,7	2,2	
Frankrike	15,2	15,6	15,2	14,9	14,8	14,5	14,1	13,6	13,1	13,3	12,8	12,1	11,7	11,2	11,0	
Grekland		6,1	6,1	6,0	6,1	5,9	5,3	5,9	6,1	5,2	5,8	5,7	5,7	6,1	6,0	
Irland		2,8	2,6	2,9	2,8	2,7	3,4	3,1	2,4	2,5	2,9	2,8	3,0	3,0	3,1	
Island			-	-	2,6	2,6	1,7	0,8	2,5	1,7	0,8	-	1,6	1,6	1,6	0,8
Israel		2,1	2,6	2,3	1,6	1,9	1,8	1,9	1,2	1,3	1,3	1,4	1,2	1,5		
Italien	8,6	8,7	8,8	8,9	9,3	8,8	9,3	9,2	9,6	8,9	9,2	9,2	8,5	9,0		
Kanada	2,3	2,6	2,6		2,6	3,0	2,8	3,0	2,8	2,8	2,9	3,0	3,2	3,3	2,9	
Luxemburg				9,7	8,5	8,4		6,7	5,6	7,9	7,3	11,8	6,1	7,7	6,0	
Nederländerna			2,2	2,4	2,2	2,6	2,3	2,4	2,2	2,4	2,1	2,2	2,2	2,4	2,9	
Nordirland		2,1	2,6	2,6	2,5	1,8	1,5		2,2	1,6	1,8	2,1	1,9	2,8	2,8	1,9
Norge			1,7	1,6	1,3	1,6	1,6	2,1	1,8	2,0	1,9	2,2	1,6	2,1	1,9	
Portugal		5,9	6,2	6,1	6,0	6,5	6,9	7,2	7,9	7,4	6,3	7,0	6,5	7,3	6,7	7,9
Schweiz			4,1	4,6	4,2	4,4	4,1	3,5	3,9	4,0	3,3	3,5	3,3	3,7	3,1	3,5
Skottland			2,4	2,1	2,7	2,6	2,5	1,9	2,9	2,5	2,5	2,7	2,5	2,8	3,2	3,2
Spanien	8,9	8,7	8,6	9,2	8,6	9,2	9,3	9,4	9,4	9,2	9,1	9,8	9,5			
Storbritannien																
Sverige			1,8	1,6	1,8	1,7	1,2	1,4	1,0	1,8	1,6	1,3	1,7	1,2		
USA		2,7	2,7	2,7	2,7	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,4	2,5	2,5	2,5		
Västtyskland		3,4	3,3	3,5	3,5	3,4	3,5	3,6	4,1	3,8	3,8	3,9	4,2	4,0	4,2	
Österrike			4,3	4,9	4,9	5,4	5,8	5,0	5,1	4,6	4,6	5,2	4,4	4,7	4,9	5,7
Östtyskland								2,8	3,1	3,1	2,9	2,9	3,0	3,2	3,1	

Tabell S6b. Dödlighet i cancer i struphuvudet (larynx) per 100 000 kvinnor.

Land	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Belgien		0,8	0,4	0,7	0,8			0,8	0,7	0,8		0,8				
Danmark			0,4	0,8	0,5	0,5	0,6	0,7	0,7	0,7	0,5	0,8	0,7	0,5	0,8	1,0
England & Wales			0,7	0,7	0,7	0,8	0,7	0,7	0,6	0,7	0,6	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6
Finland	0,2	0,2		0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,3	
Frankrike	0,7	0,6	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,6	0,5	0,6	0,7	
Grekland		0,7	0,8	0,4	0,5	0,5	0,2	0,6	0,7	0,5	0,4	0,7	0,6	0,5	0,6	
Irland		1,0	0,9	0,7	0,8	1,0	1,0	0,7	0,9	1,1	0,6	0,5	0,7	0,7	1,3	
Island			-	-	-	-	0,9	-	0,8	-	-	0,8	1,6	-	-	-
Israel		0,5	0,6	0,2	0,3	0,1	0,3	0,2	0,3	0,3	0,1	0,3	0,2	0,1		
Italien	0,6	0,5	0,6	0,5	0,5	0,5	0,6	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5		
Kanada	0,4	0,3	0,4		0,4	0,5	0,6	0,5	0,4	0,5	0,5	0,6	0,7	0,6	0,5	
Luxemburg				0,5	-	1,6		1,6	0,5	0,5	1,1	0,5	1,0	-	0,5	
Nederländerna			0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3	0,4	0,3	0,4	0,3	
Nordirland		0,4	1,3	1,3	0,6	0,5	0,8		0,4	1,0	0,6	0,4	0,5	0,2	0,6	0,5
Norge			0,1	0,1	0,3	0,2	0,2	0,3	0,4	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	
Portugal		0,6	0,5	0,4	0,5	0,8	0,8	0,8	0,7	0,6	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,7
Schweiz			0,4	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2	0,5
Skottland			0,6	0,6	0,9	0,7	0,8	0,7	0,6	0,5	0,5	0,9	0,9	0,6	0,7	1,1
Spanien	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4			
Storbritannien																
Sverige			0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,3	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,7	0,6
USA		0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6		
Västyskland		0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,3	0,4	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Österrike			0,3	0,3	0,2	0,5	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Östyskland								0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3	0,3

Tabell S7a. Dödlighet i levercancer per 100 000 män.

Land	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Belgien					2,4			3,8	4,5	1,8		1,9				
Danmark																
England & Wales					1,8	1,6	1,8	1,4	1,7	2,0	1,7	1,9	1,8	1,9	1,8	1,8
Finland																
Frankrike					3,2	3,8	4,6	4,9	5,4	5,7	6,9	7,8	8,2	8,8	8,8	
Grekland					1,7	3,0	2,5	2,1	1,1	0,9	1,6	1,0	0,8	2,3	1,2	
Irland					1,2	0,7	0,6	0,8	0,8	1,1	0,7	0,8	1,0	0,7	0,7	
Island							-	0,8	1,7	1,7	1,6	1,6	2,4	3,2	1,6	1,6
Israel					2,2	2,7	3,0	4,7	3,7	3,6	2,8	-	3,6	3,1		
Italien					6,0	6,9	6,9	7,8	9,3	8,9	7,1	7,6	10,0	10,3		
Kanada					1,5	1,5	1,3	1,4	1,3	2,0	1,9	2,0	2,1	2,3	2,3	
Luxemburg					-	5,1		8,4	6,2	5,1	6,7	2,8	-	-	-	
Nederländerna					1,5	1,6	1,3	1,7	1,5	1,4	1,6	1,6	1,7	1,7	1,8	
Nordirland					0,7	0,7	0,8		0,4	0,8	0,5	1,0	1,9	1,2	1,0	0,4
Norge												2,6	2,8	-	1,3	
Portugal						1,0	1,0	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,6	2,5	2,1
Schweiz																
Skottland					1,7	2,0	2,5	2,1	2,5	2,5	2,3	2,2	3,0	2,4	2,6	3,0
Spanien						11,2	10,5	11,6	7,8	3,1	2,4	3,5	4,2			
Storbritannien													1,9	1,9	1,9	1,9
Sverige													4,1	3,8		
USA					1,5	1,4	1,6	1,6	1,7	1,8	1,8	1,8	1,9	2,0		
Västyskland					2,2	2,1	2,1	2,2	2,6	2,6	2,7	2,4	3,4	4,1	4,0	
Österrike						4,8	4,8	4,9	5,0	5,8	5,5	5,8	5,1	3,7	3,5	5,1
Östyskland								2,2	2,2	2,1	2,5	-	-	2,3	2,3	

Tabell S7b. Dödlighet i levercancer per 100 000 kvinnor.

Land	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Belgien					2,4			3,8	4,5	1,8		1,9				
Danmark																
England & Wales					0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,8	0,9	0,8	0,8	0,8
Finland																
Frankrike					1,2	1,1	1,2	1,2	1,4	1,4	1,8	1,7	1,8	1,8	2,0	
Grekland					0,9	1,5	1,4	0,9	0,2	0,4	0,8	0,3	0,2	0,7	0,4	
Irland					0,4	0,8	0,5	0,4	0,2	0,3	0,5	0,5	0,8	0,4	0,3	
Island							4,4	0,9	1,7	1,7	0,8	3,3	1,6	0,8	—	1,6
Israel					1,7	0,8	2,2	3,2	2,5	2,3	1,2	—	1,5	1,8		
Italien					3,9	4,6	4,3	4,6	5,5	4,8	3,7	3,8	5,1	4,4		
Kanada					0,7	0,6	0,8	0,7	0,8	0,8	0,9	1,0	1,0	1,0	1,1	
Luxemburg					—	4,8		2,7	5,3	5,3	5,3	4,8	—	—	—	
Nederländerna					0,8	1,1	0,6	0,6	0,9	0,7	0,9	0,8	1,0	0,9	0,7	
Nordirland					0,6	0,5	0,5		0,5	0,9	0,9	0,3	1,9	0,5	1,0	—
Norge												2,0	1,7	—	1,0	
Portugal						0,4	0,9	0,7	0,4	0,7	0,7	0,5	0,6	0,4	0,8	1,0
Schweiz																
Skottland					1,6	1,6	1,1	0,7	0,9	1,0	1,2	1,0	1,1	1,1	0,9	1,0
Spanien						10,3	9,2	9,2	6,2	1,4	1,2	1,3	1,9			
Storbritannien													0,9	0,8	0,9	0,8
Sverige													2,8	3,3		
USA					0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	
Västyskland					1,7	1,4	1,4	1,5	1,6	1,4	1,3	1,3	1,9	2,3	2,3	
Österrike						2,3	2,9	2,5	3,1	2,8	2,7	2,7	3,3	2,2	1,6	1,8
Östyskland								1,7	1,9	1,6	1,7	—	—	1,8	1,9	

Tabell S8a. Dödlighet i cancer i luftstrupe, luftrör och lungor per 100 000 män.

Land	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Belgien		102,3	110,5	113,6	112,8			115,9	122,2	120,5		120,0				
Danmark			73,1	79,6	82,2	82,6	85,8	86,0	87,9	88,3	90,0	88,0	87,3	86,7	88,2	86,1
England & Wales			111,6	111,9	112,0	111,7	109,0	107,5	109,6	107,4	106,8	103,4	101,4	100,4	96,6	95,8
Finland	68,7	78,0	76,9	77,9	80,2	79,1	79,5	72,3	77,0	72,9	74,1	69,1	69,7	67,2	63,3	
Frankrike	48,6	51,8	53,3	56,1	56,9	58,0	59,1	59,8	60,1	62,0	63,4	64,4	66,2	67,6	68,5	
Grekland		60,0	62,1	65,1	66,7	68,0	65,8	68,1	70,6	71,1	75,4	75,1	76,2	77,5	81,7	
Irland		60,3	57,2	57,3	54,7	54,7	60,5	54,5	59,4	61,7	62,8	63,2	57,3	60,0	60,0	
Island			25,0	22,2	26,4	19,1	34,4	32,2	29,3	23,2	34,6	27,8	34,8	35,1	33,1	36,7
Israel		25,3	25,5	24,7	26,2	27,0	22,9	25,0	24,7	24,8	26,0	24,3	23,6	23,7		
Italien	58,4	61,9	64,1	67,1	70,6	74,6	74,7	79,2	81,2	82,1	85,1	84,3	89,0	90,5		
Kanada	48,3	50,8	53,0		57,2	59,6	59,2	63,2	64,7	67,2	66,0	68,2	69,1	72,3	73,3	
Luxemburg				95,1	94,2	97,1		101,1	102,4	100,1	98,3	106,4	96,7	106,2	89,9	
Nederländerna			91,6	97,4	95,8	99,2	100,0	101,4	99,9	102,6	102,8	104,6	102,6	103,7	99,7	
Nordirland		67,1	65,8	68,4	67,5	68,4	67,7		68,4	73,5	75,7	68,6	71,0	67,8	78,5	67,5
Norge			37,3	38,4	38,2	38,4	46,6	45,2	44,0	46,2	48,1	50,1	50,0	50,4	48,2	
Portugal		18,4	18,6	21,6	23,1	24,8	24,2	25,7	27,1	28,8	31,6	32,5	34,9	33,6	33,2	38,3
Schweiz			67,1	68,2	69,8	68,7	69,8	71,5	73,7	71,0	73,6	73,6	69,5	70,2	68,5	68,4
Skottland			112,2	120,2	124,7	119,4	120,7	117,3	120,4	118,9	119,8	115,8	117,9	112,6	114,1	108,2
Spanien	34,3	34,3	36,3	38,6	41,1	41,2	45,0	46,5	48,4	51,9	53,3	54,7	58,9			
Storbritannien													102,0	100,6	97,6	96,1
Sverige			46,3	44,9	46,8	44,5	43,1	43,0	44,0	46,2	45,6	43,8	44,8	45,0		
USA		63,1	65,1	66,9	66,7	68,4	68,9	70,4	70,7	71,7	72,2	72,5	73,6	73,5		
Västyskland		69,0	70,0	72,2	70,5	72,0	71,4	71,9	72,6	72,0	74,3	72,9	73,9	75,2	74,3	
Österrike			74,6	73,1	75,4	73,9	71,4	69,5	70,4	72,2	68,7	67,3	67,2	66,4	66,5	65,7
Östyskland								66,1	69,0	69,8	66,3	64,5	62,7	62,9		

Tabell S8b. Dödlighet i cancer i luftstrupe, luftrör och lungor per 100 000 kvinnor.

Land	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Belgien		9,9	10,8	10,4	10,5			12,0	12,1	12,2		14,6				
Danmark			19,2	22,3	24,6	24,3	26,7	27,3	34,1	35,7	34,0	35,0	40,1	41,9	38,7	42,9
England & Wales			28,9	30,1	31,4	33,2	33,1	34,8	35,6	38,0	38,3	39,0	40,0	41,2	41,6	41,0
Finland		6,8	8,3	8,3	9,0	10,9	10,2	10,2	9,7	11,2	12,7	11,7	12,0	12,5	12,8	
Frankrike		6,6	6,8	7,1	6,8	7,2	7,5	7,6	8,0	7,9	8,3	8,6	9,4	9,6	9,9	
Grekland			9,8	11,0	11,4	11,0	10,2	10,8	10,8	11,0	12,5	11,6	11,7	12,6	12,6	
Irland		18,4	18,8	19,1	20,4	19,7	22,1	21,8	25,1	25,3	24,3	24,6	23,6	27,4	30,7	
Island			17,3	13,5	17,9	27,4	27,9	30,1	26,3	21,8	21,7	25,6	28,6	37,0	32,6	27,6
Israel			8,1	9,1	8,9	8,8	9,5	9,1	8,6	9,2	9,2	9,8	9,5	9,7		
Italien		8,7	9,2	9,5	9,4	10,0	10,4	10,8	11,2	11,8	12,1	12,7	13,5	14,2		
Kanada		11,0	11,4	13,0		15,7	16,7	17,7	19,5	20,2	22,8	24,7	25,5	27,3	29,4	29,9
Luxemburg				11,0	13,0	13,5		6,9	11,7	18,6	18,6	10,6	15,7	14,6	18,1	
Nederländerna			7,4	8,2	8,0	9,1	10,1	10,5	11,0	12,6	12,7	13,7	14,0	15,3	16,4	
Nordirland			18,5	19,5	17,1	20,1	19,7	22,6		20,5	27,3	23,0	26,2	31,4	27,4	30,2
Norge			8,3	8,5	9,1	10,0	10,0	11,7	11,9	13,4	15,5	15,6	15,4	17,3	18,4	
Portugal			4,3	4,4	4,2	4,7	5,2	5,7	6,4	5,8	6,1	6,7	6,5	7,0	7,1	8,1
Schweiz			7,9	8,0	8,0	9,6	9,3	11,0	11,1	10,7	11,8	12,1	12,7	12,3	12,8	14,3
Skottland			33,0	37,9	37,7	37,0	41,9	44,7	44,5	47,8	50,3	48,5	52,1	52,1	54,2	55,1
Spanien		5,9	5,5	6,1	5,8	6,0	6,1	6,0	6,5	6,0	6,5	6,5	6,6			
Storbritannien													40,7	41,9	42,3	42,0
Sverige			12,3	13,4	13,2	14,4	15,6	15,5	15,4	16,9	16,7	17,5	18,7	19,8		
USA			18,6	19,8	21,5	22,2	24,2	25,3	28,8	29,8	31,6	32,7	34,2	35,9		
Västyskland			10,3	10,7	11,3	11,5	12,2	12,5	12,8	13,8	14,3	15,7	16,3	16,5	17,4	
Österrike			14,3	14,9	15,1	15,7	16,1	17,1	16,3	18,8	17,4	16,5	18,6	19,3	18,0	18,7
Östtyskland								10,6	10,4	10,7	10,9	10,5	11,3	11,3	11,7	



Tabell S9a. Dödlighet i cancer i tjocktarmen per 100 000 män.

Land	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Belgien					20,8			21,8	21,0	20,2		21,6				
Danmark																
England & Wales					18,0	17,9	18,4	19,1	18,5	20,5	20,2	20,3	20,7	21,2	21,4	21,6
Finland													8,7	9,3	9,2	
Frankrike					17,4	17,4	18,3	18,5	17,8	18,7	18,7	19,6	20,2	20,4	20,6	
Grekland					7,0	6,6	7,2	8,3	7,1	7,8	7,4	8,7	9,3	9,8	10,6	
Irland					17,1	17,0	18,3	17,4	16,5	16,6	20,2	17,8	19,7	21,0	23,7	
Island							11,2	11,9	12,6	12,4	14,8	8,2	12,1	19,9	19,7	10,2
Israel					12,8	11,8	11,3	11,2	12,6	12,1	13,6	12,4	13,4	12,7		
Italien					11,0	11,7	11,9	12,8	13,6	13,7	14,7	15,2	15,4	16,2		
Kanada					14,3	15,0	15,6	15,2	14,6	15,9	16,3	16,3	16,6	17,2	17,1	
Luxemburg					22,0	21,9	30,9	30,9	20,8	21,4	28,1	24,6	27,1	31,4	24,5	
Nederländerna					16,8	15,7	16,6	17,2	17,5	16,9	18,0	18,4	20,1	18,9	19,4	
Nordirland					14,0	16,5	16,3		17,0	21,4	18,7	19,0	19,4	21,2	19,8	17,8
Norge												20,2	19,1	21,9	20,7	
Portugal						8,9	9,5	9,7	8,5	10,5	12,6	12,5	12,0	11,8	14,3	15,8
Schweiz																
Skottland					18,4	19,2	20,7	19,6	17,5	19,9	20,9	20,7	19,9	19,6	18,7	20,6
Spanien						6,4	6,9	7,2	7,9	9,1	9,7	11,3	12,3			
Storbritannien													20,6	21,1	21,1	21,4
Sverige													18,5	19,5		
USA					18,7	19,2	19,1	19,3	19,7	20,0	20,1	19,7	20,0	19,6		
Västyskland					19,8	20,2	20,1	20,7	21,1	21,6	22,6	22,3	23,1	23,4	24,1	
Österrike						21,7	19,1	20,9	20,0	20,6	20,2	19,5	20,6	21,0	20,6	22,2
Östyskland								10,9	11,2	11,4	11,0	11,0	11,6	11,9	12,5	

Tabell S9b. Dödlighet i cancer i tjocktarmen per 100 000 kvinnor.

Land	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Belgien		26,4						25,0	25,4	26,5		24,8				
Danmark																
England & Wales		23,7			23,9	23,3		23,1	22,9	24,5	24,9	23,6	24,5	24,3	24,5	23,8
Finland													11,8	11,3	12,8	
Frankrike		18,4			18,7	18,8	19,0	18,8	18,8	18,9	18,5	19,5	19,4	19,7	19,8	
Grekland		7,2			7,8	8,0	7,7	8,4	8,4	8,4	8,4	9,1	9,6	9,8	10,4	
Irland		18,2			20,2	18,1	20,5	18,7	18,7	21,2	17,5	20,0	20,1	21,3	19,9	
Island						12,2	13,8	10,2	10,2	12,6	10,0	14,0	15,5	14,5	10,3	15,0
Israel		11,5			10,6	11,9	9,0	13,2	11,3	11,1	11,1	11,2	12,3	12,6		
Italien		10,9			11,1	11,7	13,0	13,4	13,0	14,2	14,2	14,7	15,1	15,6		
Kanada		16,7			16,5	16,7	15,9	16,1	16,8	16,4	16,4	16,9	17,4	17,1	16,3	
Luxemburg		21,6			18,9		27,7	28,8	23,4	24,5	27,0	30,4	30,4	26,1	25,4	
Nederländerna		20,9			19,9	21,3	20,9	21,4	21,2	21,6	21,8	21,8	23,8	22,6	22,1	
Nordirland		23,5			20,0	24,5		20,0	22,1	21,8	23,4	23,4	25,2	21,7	21,3	22,6
Norge												22,9	24,2	23,1	21,1	
Portugal					8,1	9,5	10,6	10,1	11,5	11,5	11,6	11,9	12,2	13,5	12,8	14,4
Schweiz																
Skottland		27,1			25,7	24,9	25,1	25,4	25,4	23,8	23,8	24,6	25,6	24,9	25,4	24,9
Spanien					7,0	7,3	7,6	8,4	8,4	9,2	10,1	12,0	12,2			
Storbritannien													24,6	24,3	24,5	23,9
Sverige													20,3	21,6		
USA		19,7			19,7	19,7	19,8	19,8	19,8	20,5	20,3	20,0	19,8	19,6		
Västyskland		26,4			27,5	27,2	27,4	28,9	28,9	29,4	30,8	30,7	31,9	31,2	32,0	
Österrike					22,8	24,1	23,1	24,7	24,7	24,2	23,7	23,4	23,6	23,7	24,4	24,6
Östtyskland							17,0	18,4	18,4	18,2	17,8	17,5	17,5	18,1	18,3	

Tabell S10a. Dödlighet i cancer i matstrupen per 100 000 män.

Land	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Belgien		5,4	5,6	7,0	5,8			6,2	6,7	6,6		6,8				
Danmark			5,1	4,1	5,8	5,7	6,1	5,7	7,1	7,2	6,8	6,3	7,4	8,0	7,4	8,3
England & Wales			8,4	8,7	8,5	9,2	9,3	9,6	9,9	10,0	11,2	10,8	11,6	12,0	12,0	12,7
Finland	4,3	4,0	3,8	4,2	3,8	4,3	4,9	3,9	3,7	3,3	4,0	3,7	4,1	3,9	3,9	
Frankrike	19,0	18,9	19,1	18,2	18,4	17,9	17,1	17,7	17,3	17,5	16,7	16,5	16,4	15,9	15,8	
Grekland		3,4	3,2	2,9	3,1	2,6	3,0	3,0	3,2	2,9	2,9	2,5	2,6	3,0	2,4	
Irland		7,5	7,8	9,0	6,2	7,1	7,7	7,0	7,8	7,0	7,7	7,3	7,9	8,4	8,2	
Island			4,5	2,7	3,5	7,8	0,9	5,1	1,7	6,6	8,2	2,5	8,1	2,4	4,7	5,5
Israel		2,4	2,2	2,0	2,3	1,6	1,9	2,0	1,9	1,9	2,0	1,6	1,5	2,1		
Italien	6,1	6,5	6,3	6,8	6,5	6,3	6,8	6,6	6,9	6,6	7,0	6,9	6,6	6,7		
Kanada	4,0	3,7	4,1		4,1	4,0	4,2	4,2	4,7	5,0	5,0	4,8	5,3	5,6	5,1	
Luxemburg				10,9	7,3	9,0		11,8	9,0	9,0	9,0	12,9	7,2	8,3	6,5	
Nederländerna			4,0	4,5	4,2	4,1	4,4	4,8	5,2	5,2	5,5	5,8	5,7	6,8	6,7	
Nordirland		5,3	4,1	5,5	6,2	5,8	6,0		6,5	7,2	6,2	8,5	5,8	8,7	8,9	7,4
Norge			4,4	4,2	4,0	4,1	4,5	4,7	4,0	3,7	3,5	3,4	4,3	4,8	4,3	
Portugal		6,4	6,3	6,8	7,0	6,9	6,7	7,1	7,8	7,2	7,6	7,3	8,0	7,8	7,6	7,8
Schweiz			9,6	10,7	9,5	9,3	10,7	8,1	8,4	8,9	8,7	8,4	8,4	8,0	9,1	8,5
Skottland			9,4	10,5	11,8	10,6	11,6	12,6	12,1	12,9	12,9	13,6	14,4	13,6	14,6	14,4
Spanien	6,2	6,2	6,3	6,2	6,6	6,5	6,5	7,1	6,9	6,9	6,9	7,3	7,5			
Storbritannien													11,7	12,1	12,1	12,7
Sverige			4,8	5,4	4,8	5,1	5,3	5,8	5,4	5,5	5,5	4,9	6,0	5,6		
USA		5,1	5,1	5,2	5,2	5,3	5,3	5,3	5,4	5,5	5,5	5,6	5,7	5,8		
Västyskland		5,0	5,1	5,4	5,7	5,7	5,6	5,8	6,2	6,4	6,9	6,7	7,0	7,5	7,8	
Östernrike			5,5	5,3	5,4	5,7	6,0	5,0	5,7	5,1	5,2	4,9	5,0	4,8	5,4	5,2
Östyskland								4,1	4,5	4,5	4,5	5,1	4,9	4,7	5,3	

Tabell S10b. Dödlighet i cancer i matsrupen per 100 000 kvinnor.

Land	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Belgien		2,1	1,9	2,5	2,4			2,4	2,2	2,3		2,5				
Danmark			2,5	2,7	2,3	2,9	2,4	2,5	2,9	2,3	2,6	3,2	3,3	3,0	2,9	2,8
England & Wales			6,4	6,4	6,3	6,4	6,3	6,7	6,7	7,3	7,2	7,4	7,4	7,5	7,9	8,1
Finland	5,3	4,7	4,0	4,3	4,1	4,4	4,6	4,9	4,4	3,9	4,9	4,6	3,5	4,2	3,9	
Frankrike	2,3	2,3	2,3	2,4	2,2	2,3	2,1	2,1	2,1	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	
Grekland		1,3	1,1	1,1	1,3	0,9	1,0	1,4	0,9	1,0	0,7	1,1	1,2	0,9	1,2	
Irland		5,5	5,3	5,9	5,0	6,3	5,8	5,6	6,1	5,8	5,4	5,9	5,8	6,3	7,0	
Island		4,5	4,5	1,8	3,6	3,5	1,7	6,0	5,1	1,7	2,5	3,3	3,3	3,2	-	1,6
Israel		1,2	2,0	1,5	1,2	1,6	1,2	1,6	1,4	1,4	0,8	1,1	1,1	1,1		
Italien	1,7	1,6	1,2	1,8	1,6	1,7	1,5	1,6	1,6	1,6	1,7	1,6	1,6	1,7		
Kanada	1,6	1,5	1,6		1,8	1,8	1,5	1,7	1,8	1,7	1,9	2,1	1,7	2,1	1,9	
Luxemburg				2,7	2,2	4,3		3,2	1,1	2,1	2,1	2,1	1,0	2,1	1,6	
Nederländerna			1,8	2,1	2,5	2,0	2,4	2,3	2,5	2,7	2,9	3,0	2,9	3,0	3,1	
Nordirland		4,9	4,1	5,1	3,2	4,3	5,7		5,9	3,6	4,7	6,0	6,4	4,5	5,8	5,7
Norge			1,6	1,5	1,4	1,1	1,7	1,4	1,4	1,5	1,0	1,7	1,3	2,1	1,1	
Portugal		2,7	2,4	2,5	2,6	2,6	2,7	2,7	2,8	2,8	2,5	2,7	2,5	2,4	2,3	2,6
Schweiz			1,8	1,7	1,9	1,9	2,0	2,6	2,1	2,3	2,3	1,8	2,0	2,5	2,7	2,2
Skottland			8,3	8,0	7,4	8,7	9,3	8,7	9,3	9,2	9,4	9,0	8,7	10,2	10,4	10,4
Spanien	1,4	1,6	1,5	1,6	1,5	1,5	1,4	1,6	1,5	1,6	1,3	1,4	1,4			
Storbritannien													7,5	7,6	8,1	8,3
Sverige			2,1	2,3	2,1	2,0	2,0	2,0	1,9	2,2	1,9	1,9	2,3	1,9		
USA		1,7	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,9	1,8	1,9	1,8	1,9	2,1	2,1		
Västyskland		1,7	1,7	1,7	1,8	1,8	1,8	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8	1,9	2,1	2,1	
Österrike			1,3	1,2	1,5	1,0	1,3	1,1	1,3	1,2	1,0	1,4	1,0	0,9	1,1	1,1
Östyskland								1,3	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1	1,4	1,5	

Tabell S11a. Dödlighet i cancer i magsäcken per 100 000 män.

Land	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Belgien		25,8	26,1	26,6	25,4			24,5	23,0	21,2		20,9				
Danmark			22,9	23,0	20,0	20,2	19,8	17,4	18,2	17,8	17,0	16,8	14,9	14,9	12,6	13,4
England & Wales			27,8	28,0	27,4	26,7	26,1	24,8	26,4	25,5	24,3	24,3	23,4	22,9	22,2	21,1
Finland	27,7	27,0	25,2	26,5	24,5	22,6	23,8	23,2	21,1	20,9	21,5	19,4	19,7	19,3	17,8	
Frankrike	21,7	21,7	20,0	19,8	20,0	18,8	18,5	17,3	17,6	17,3	16,4	16,0	15,6	15,8	14,8	
Grekland		19,0	19,7	20,0	19,0	17,7	17,8	16,7	17,9	17,4	15,5	17,5	16,3	16,4	15,8	
Irland		23,6	26,0	20,3	21,7	21,8	18,7	17,5	17,4	17,0	18,1	17,7	17,8	16,2	14,5	
Island			33,0	20,4	25,5	28,7	25,8	22,9	29,3	26,6	30,5	26,2	24,3	20,7	28,4	16,4
Israel		14,1	13,7	11,3	12,7	12,6	9,9	11,6	11,2	11,6	12,8	10,3	10,3	9,0		
Italien	35,0	33,9	33,6	33,3	33,5	32,7	32,5	32,5	32,6	31,9	30,8	30,7	30,2	30,2		
Kanada	13,6	13,0	12,3		13,3	11,8	11,6	11,2	11,1	11,0	10,4	10,9	10,7	10,7	10,6	
Luxemburg				25,8	31,0	19,1		20,2	24,7	23,6	18,5	17,9	19,3	16,0	18,5	
Nederländerna			25,5	24,4	23,8	23,1	22,1	22,3	21,9	21,5	20,7	19,5	19,9	20,1	18,6	
Nordirland		22,1	25,0	21,5	24,8	22,5	18,4		18,7	19,4	18,7	17,7	18,2	16,7	17,8	16,0
Norge		27,3	27,3	24,7	26,2	23,4	24,5	25,1	23,4	23,6	23,7	22,5	20,8	20,4	20,4	
Portugal		36,5	37,4	34,5	34,9	37,1	35,4	36,1	34,4	34,9	35,5	34,5	34,4	33,7	34,8	37,8
Schweiz			22,7	23,7	23,4	20,5	21,6	20,3	19,9	19,2	19,0	17,8	17,6	16,1	17,5	16,3
Skottland			26,6	26,3	25,3	23,8	24,4	25,2	21,5	21,0	22,2	2,0	22,7	22,5	20,4	20,4
Spanien	29,1	28,3	27,4	26,0	25,3	24,5	23,1	22,1	22,4	22,5	22,2	21,6	22,4			
Storbritannien																
Sverige		27,6	24,8	24,8	26,4	23,3	24,3	22,7	21,5	20,5	21,8	18,9	19,4	18,4		
USA		8,5	8,3	8,0	7,9	7,7	7,7	7,6	7,4	7,4	7,2	7,2	7,0	6,8		
Västyskland		37,2	36,0	34,0	32,9	31,8	30,8	30,0	28,8	27,2	26,8	26,4	25,0	25,0	24,0	
Österrike			41,1	39,7	41,6	38,7	36,9	35,5	33,5	33,7	30,7	29,6	29,3	27,5	26,0	26,3
Östyskland								30,3	29,4	28,3	26,1	25,1	24,8	23,9	22,0	

Tabell S11b. Dödlighet i cancer i magsäcken per 100 000 kvinnor.

Land	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Belgien		21,1	20,6	20,0	18,6			17,9	18,0	15,5		15,4				
Danmark			14,2	16,3	14,1	13,9	13,4	12,5	13,4	11,6	11,6	13,1	11,4	9,6	10,1	9,2
England & Wales			18,8	19,0	18,8	17,8	17,1	16,6	16,2	16,4	15,8	14,7	14,7	14,7	13,9	13,4
Finland	20,4	19,5	19,9	19,6	20,6	19,8	20,1	18,6	18,8	19,3	18,8	18,9	17,7	16,2	17,8	
Frankrike	16,0	15,4	15,0	14,6	13,9	13,5	13,1	12,7	12,2	12,1	11,2	10,6	10,3	10,5	9,8	
Grekland		13,7	13,7	12,6	12,9	11,9	12,2	11,6	10,8	10,8	10,9	11,1	10,8	10,5	10,6	
Irland		16,4	17,6	16,2	15,6	12,9	13,0	11,5	12,0	12,2	10,9	12,8	9,5	10,8	10,3	
Island			21,8	16,2	11,6	10,6	14,8	13,8	12,7	13,4	11,7	10,7	9,8	10,5	17,5	10,2
Israel		7,8	7,2	8,5	7,8	8,1	8,0	7,3	7,5	6,6	5,8	5,6	6,0	5,6		
Italien	23,0	22,7	22,2	21,9	22,0	21,2	21,7	21,2	21,5	21,2	21,0	20,6	20,2	20,6		
Kanada	7,6	7,6	6,7		6,8	6,6	7,4	6,8	6,6	6,0	6,4	6,7	6,4	5,8	6,3	
Luxemburg			17,6	17,3	16,7			14,9	13,3	14,4	11,2	14,8	15,2	9,9	17,6	
Nederländerna			15,8	14,8	14,3	13,5	13,7	14,2	13,0	12,8	12,5	12,6	12,5	11,5	11,5	
Nordirland		17,1	18,5	18,0	17,3	16,1	15,2		14,2	11,2	11,1	13,4	12,2	13,9	13,4	11,6
Norge			18,2	17,7	15,8	17,1	17,6	15,5	15,9	17,1	14,2	13,9	14,8	13,2	13,1	
Portugal		23,6	24,0	21,8	22,5	22,6	22,6	22,8	23,2	23,7	22,4	21,6	21,9	22,7	22,7	23,7
Schweiz			17,4	17,2	16,6	16,6	14,8	16,1	13,2	14,3	13,4	13,3	12,7	13,0	10,3	10,8
Skottland			19,2	19,4	18,5	18,6	18,4	16,1	17,6	16,9	17,3	16,7	16,1	14,9	14,3	14,4
Spanien	21,1	19,5	18,4	18,4	17,6	16,2	15,7	15,6	14,8	15,1	15,1	15,0	15,0			
Storbritannien													14,8	14,7	13,9	13,4
Sverige			17,7	16,4	17,5	16,5	15,4	14,3	14,6	14,1	14,7	13,7	12,5	12,5		
USA		5,3	5,2	5,3	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8	4,8	4,6	4,4	4,4	4,4		
Västyskland		30,2	29,5	28,4	27,7	27,1	26,3	26,2	25,3	23,8	24,0	23,3	22,9	22,3	21,2	
Österrike		33,8	32,8	30,6	29,3	28,7	29,3	26,8	25,9	25,6	24,7	24,9	22,5	22,6	21,5	
Östyskland								23,6	23,3	23,0	21,2	20,8	21,1	19,8	19,4	



Tabell S12b. Dödlighet i cancer i ändtarm och stolgång per 100 000 kvinnor.

Land	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Belgien		10,0	8,9	10,2	8,9			9,0	8,5	7,9		9,5				
Danmark	4,5	4,7	4,7		5,3	5,0	4,6	4,5	4,3	4,4	4,6	4,7	4,5	4,2	4,1	
England & Wales			11,3	11,3	11,3	11,5	10,9	9,9	11,3	10,7	10,7	10,3	9,7	9,9	9,8	9,6
Finland	6,6	7,3	6,9	7,0	6,9	7,3	6,3	7,1	7,9	7,8	7,0	8,2	8,0	8,3	7,0	
Frankrike	7,4	7,3	7,6	7,8	8,0	7,5	7,6	7,2	7,5	7,1	6,8	6,4	6,6	6,5	6,8	
Grekland		1,2	1,1	1,2	0,9	1,1	1,2	1,2	1,3	1,4	1,8	1,3	1,3	1,4	1,5	
Irland		6,0	6,6	6,4	6,4	6,7	6,3	4,7	5,8	4,7	5,3	5,1	5,1	5,3	4,7	
Island			5,5	2,7	2,7	6,2	7,0	2,6	0,5	3,4	3,3	1,7	4,9	3,2	4,8	4,7
Israel		4,1	3,7	4,3	3,7	2,7	3,6	3,7	3,6	3,3	3,4	3,2	3,7	3,0		
Italien	6,5	6,8	6,8	6,9	7,0	7,0	6,9	6,9	7,0	7,1	7,1	6,8	7,1	7,2		
Kanada	4,5	4,7	4,7		5,3	5,0	4,6	4,5	4,3	4,4	4,6	4,7	4,5	4,2	4,1	
Luxemburg				14,3	7,6	16,7		8,0	5,3	10,6	10,1	6,9	7,3	4,2	6,2	
Nederländerna			6,0	6,8	6,9	6,8	6,5	5,8	6,2	6,5	6,2	5,9	6,4	5,9	6,0	
Nordirland		7,7	7,6	7,7	8,2	8,4	7,0		6,2	7,1	8,1	7,0	6,6	7,0	6,7	5,8
Norge			10,2	8,8	10,7	11,1	10,1	11,8	10,6	11,0	11,4	11,0	11,7	10,4	11,4	
Portugal		5,4	6,0	5,7	5,2	4,8	4,5	4,6	5,0	4,8	4,8	5,2	4,7	5,1	5,7	6,8
Schweiz			6,0	7,1	7,7	7,7	8,1	8,6	8,3	8,2	7,1	7,8	7,0	7,3	7,3	6,6
Skottland			10,0	10,0	9,4	10,2	10,0	9,3	11,2	10,4	11,0	12,1	11,2	11,3	10,3	10,1
Spanien	4,7	4,4	4,7	4,7	4,7	4,9	4,7	5,0	4,8	4,9	5,1	4,7	5,1			
Storbritannien													9,8	10,0	9,7	9,6
Sverige			9,2	7,8	8,0	9,1	8,8	8,5	9,3	8,0	8,9	8,0	8,9	8,3		
USA		3,9	3,7	3,6	3,6	3,6	3,5	3,4	3,3	3,2	3,2	2,9	3,0	2,9		
Västyskland		12,3	12,3	12,3	12,5	12,4	12,1	12,1	12,3	11,6	11,8	11,7	11,3	11,5	11,6	
Österrike			12,3	12,3	13,3	12,6	12,3	12,9	12,7	11,9	11,3	11,9	12,3	12,7	11,6	11,8
Östyskland								15,9	16,4	15,5	15,7	15,7	15,5	15,0	15,0	



Tabell S13a. Dödlighet i kronisk leversjukdom och cirrhos per 100 000 män.

Land	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Belgien		17,9	16,7	17,6	16,8			17,3	16,5	16,6		16,9				
Danmark			12,0	12,5	13,8	15,7	14,7	13,3	15,1	16,8	16,4	18,3	18,4	18,0	18,3	19,2
England & Wales			4,1	4,3	5,0	4,8	4,8	4,7	4,6	5,0	5,7	5,7	6,1	6,1	6,5	6,8
Finland	9,5	7,4	7,8	8,1	8,2	9,5	8,5	7,8	9,7	8,5	10,1	11,6	11,8	14,3	14,5	
Frankrike	48,3	47,6	45,9	44,3	43,1	40,5	39,5	37,8		35,4	32,7	30,9	29,2	27,8	26,4	
Grekland		18,6	18,6	17,7	17,4	16,3	15,9	16,4	15,5	13,7	15,8	14,7	14,3	12,3	12,5	
Irland		4,6	3,6	4,2	4,2	4,8	3,5	2,6	4,0	3,4	2,9	2,9	3,4	3,5	3,5	
Island			3,6	1,8	1,8	0,9	2,6	0,8	0,8	0,8	1,6	0,8	1,6	2,4	1,6	0,8
Israel		7,7	9,0	7,5	8,6	10,8	7,1	7,6	5,9	9,1	8,6	8,8	7,5	7,7		
Italien	48,1	49,5	48,9	49,9	49,3	49,1	47,3	45,3	46,7	45,9	44,8	42,0	39,0	38,4		
Kanada	16,6	17,0	16,6	16,6	15,3	15,5	15,2	13,0	12,8	11,8	11,8	11,9	11,2	10,9	11,7	
Luxemburg				43,0	35,0	35,4		34,3	27,6	37,7	25,3	29,7	33,2	29,2	35,4	
Nederländerna			5,6	6,5	7,1	5,8	6,5	7,1	6,7	6,7	6,6	6,7	6,9	6,7	6,2	
Nordirland		5,8	5,1	3,8	4,5	4,5	5,4		3,0	5,2	5,1	3,9	3,5	4,3	4,8	4,1
Norge			4,8	6,6	6,5	8,0	6,9	6,5	7,6	7,5	9,7	7,9	9,8	8,8	8,4	
Portugal		53,9	52,0	44,6	40,2	43,0	47,0	44,6	47,7	44,5	44,1	42,1	41,6	40,5	34,8	36,6
Schweiz			20,2	20,2	21,0	20,6	19,7	19,7	18,6	18,8	17,5	16,3	16,3	16,9	14,4	14,2
Skottland			8,0	8,9	10,2	9,7	10,4	9,2	9,8	9,2	9,8	8,7	9,3	9,8	10,2	11,5
Spanien	31,6	32,9	32,4	32,2	32,3		31,4	30,8	30,2	30,7	31,1	30,4	29,4			
Storbritannien													6,3	6,4	6,8	7,1
Sverige			17,1	17,5	17,5	16,4	14,1	12,6	11,0	10,9	9,4	10,9	9,5	9,0		
USA		19,8	19,2	18,6	17,7	17,9	17,0	15,9	15,4	15,3	14,8	14,3	14,4	14,4		
Västyskland		40,0	38,8	38,9	38,2	37,1	37,2	34,4	34,6	32,2	32,0	30,0	30,1	30,5	31,0	
Österrike			48,7	47,2	45,8	45,1	43,3	42,7	43,8	46,8	44,7	41,5	40,3	38,3	41,0	40,2
Östyskland								-	-	20,0	20,8	-	-	-	-	26,5

Tabell S13b. Dödlighet i kronisk leversjukdom och cirrhos per 100 000 kvinnor.

Land	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Belgien		11,1	10,0	10,3	10,2			10,0	10,9	10,3		11,2				
Danmark			6,8	7,1	7,3	7,3	6,2	8,6	6,4	7,5	8,8	8,7	9,1	7,8	10,1	8,7
England & Wales			3,3	3,6	3,9	4,2	4,1	4,0	4,2	4,2	4,7	4,5	4,7	5,1	5,4	5,7
Finland	3,2	4,1	3,1	3,3	3,0	3,3	3,6	3,9	4,5	4,5	4,8	5,9	5,5	5,4	5,7	
Frankrike	19,6	18,9	17,7	17,8	17,0	16,4	16,2	15,2		14,0	13,1	12,4	11,5	12,0	11,3	
Grekland		8,0	7,7	7,6	7,4	6,2	6,8	6,7	5,5	6,2	6,5	5,7	6,1	5,2	5,6	
Irland		2,9	3,0	3,2	2,4	3,0	2,9	3,0	1,8	2,3	2,2	2,7	1,8	2,5	2,7	
Island			-	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	2,5	0,8	0,8	1,7	0,8	4,0	0,8	0,8
Israel		3,2	5,4	4,2	4,8	4,8	4,1	4,4	4,6	5,1	4,5	3,9	3,9	4,4		
Italien	19,2	19,5	19,5	20,1	20,0	20,1	19,8	19,7	20,8	20,7	20,7	19,7	19,4	19,2		
Kanada	7,4	7,4	7,2	7,6	7,2	6,9	7,1	6,4	6,1	5,9	5,6	5,6	5,7	5,1	5,4	
Luxemburg				11,5	14,0	12,9		14,9	13,3	14,4	13,8	10,1	15,7	11,5	16,1	
Nederländerna			3,5	3,9	3,6	3,5	3,6	3,8	3,9	3,8	4,1	4,2	3,8	3,7	4,7	
Nordirland		4,6	3,2	3,5	3,2	4,8	3,0		5,1	4,3	3,8	4,3	3,9	3,2	4,1	4,7
Norge			3,6	3,6	3,9	4,2	3,1	2,8	4,1	4,7	4,5	3,5	5,4	4,5	3,6	
Portugal		21,8	19,1	16,6	13,9	16,4	18,9	16,6	17,0	16,5	16,2	16,6	15,5	14,9	13,4	13,2
Schweiz			5,9	6,8	6,6	6,4	6,4	6,1	6,5	6,1	6,0	6,4	6,6	6,4	5,5	6,3
Skottland			5,0	6,0	6,6	6,2	7,2	7,2	7,0	7,3	6,8	6,2	6,5	7,1	6,7	7,9
Spanien	14,1	14,4	13,0	13,2	12,8		12,4	12,1	12,0	11,5	12,5	12,2	12,3			
Storbritannien													4,8	5,2	5,5	5,5
Sverige			7,7	7,4	7,0	8,0	7,0	5,0	5,6	5,5	5,5	5,0	5,1	5,4		
USA		9,8	9,6	9,3	9,0	9,3	8,8	8,2	8,1	8,0	7,8	7,6	7,3	7,3		
Västyskland		17,3	17,4	17,4	17,8	17,1	17,4	16,7	16,4	15,9	16,2	15,2	15,7	15,9	16,4	
Österrike			18,0	17,0	17,2	17,2	16,6	16,1	18,0	16,4	17,1	16,5	16,7	14,6	16,3	16,3
Östtyskland								-	-	10,9	11,3	-	-	-	-	12,6

Tabell S14a. Dödlighet i trafikolyckor per 100 000 män.

Land	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Belgien		37,0	36,1	37,5	34,7			32,6	33,8	30,5		31,2				
Danmark			23,2	24,9	20,2	18,7	18,9	18,6	18,5	17,6	22,5	20,4	17,6	19,6	18,5	16,5
England & Wales			17,1	19,5	17,2	16,8	12,0	15,3	14,7	14,6	13,9	13,9	13,6	12,8	13,7	14,1
Finland	28,4	24,5	22,1	20,1	19,9	18,0	17,9	16,3	17,4	15,1	15,8	17,2	14,6	17,9	20,7	
Frankrike	33,5	35,4	32,9	30,9	30,5	30,5	30,4	30,5	30,0	29,9	26,6	27,7	25,1	27,1	27,2	
Grekland		27,0	29,2	31,5	28,7	26,5	23,6	29,9	32,9	32,2	31,3	29,7	28,9	28,0	31,8	
Irland		24,3	26,2	29,7	27,9	24,6	26,6	23,5	22,3	19,9	19,9	18,7	18,4	19,5	19,3	
Island			23,2	19,5	14,1	18,3	14,6	14,4	10,1	14,1	16,5	13,9	14,6	17,5	8,7	13,3
Israel		20,2	19,9	19,2	16,8	13,9	14,4	13,5	15,1	13,9	12,7	13,8	14,9	13,5		
Italien		34,2	31,7	29,2	29,4	29,5	28,4	27,4	27,5	25,2	24,9	25,6	24,4	24,3		
Kanada		37,6	32,9		35,7	32,6	32,6	24,0	24,5	23,0	22,9	22,1	23,5	22,3	22,5	
Luxemburg				41,8	38,9	43,8		30,3	38,8	33,2	35,4	34,2	34,8	37,4	30,0	
Nederländerna			27,0	24,5	20,6	19,6	17,9	16,6	17,0	16,5	14,5	14,7	13,5	12,4	13,2	
Nordirland		29,7	27,5	32,7	31,7	27,9	-		19,2	17,2	18,6	18,6	21,5	20,8	16,1	16,5
Norge			16,6	16,1	17,3	14,3	13,8	15,1	14,8	16,1	15,1	16,3	13,9	12,3	13,3	
Portugal		56,8	45,7	47,0	49,6	46,9	56,2	53,9	49,9	44,4	42,8	39,6	41,7	45,0	44,2	45,7
Schweiz			31,0	30,7	29,4	29,7	27,5	28,2	27,4	26,3	21,3	24,7	22,8	22,1	22,1	21,3
Skottland			23,2	22,4	24,9	22,3	21,1	20,8	18,6	17,4	16,8	17,9	16,5	16,9	15,2	16,0
Spanien	22,9	25,6	27,0	27,7	26,6	24,8	23,0	19,2	20,9	22,2	22,7	24,6	26,6			
Storbritannien													14,0	13,4	13,9	14,3
Sverige			18,6	18,4	16,5	15,6	14,2	13,5	13,9	14,8	13,8	15,0	13,2	13,4		
USA		32,6	34,0	35,9	35,1	34,4	32,9	28,8	27,4	28,0	27,2	28,4	28,0	27,9		
Västyskland		34,8	35,0	33,8	31,3	30,4	27,4	26,6	27,1	23,2	19,4	20,6	18,3	18,9	18,1	
Österrike			46,0	45,1	44,6	39,9	39,5	39,8	40,9	39,0	31,8	29,3	29,3	29,4	30,1	28,3
Östyskland								18,0	17,1	17,3	16,1	15,8	15,7	16,4	16,7	

Tabell S14b. Dödlighet i trafikolyckor per 100 000 kvinnor.

Land	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Belgien		13,6	13,9	12,6	12,2			12,0	12,8	9,8		10,9				
Danmark			9,9	9,1	8,7	9,1	7,7	7,4	7,7	8,4	7,6	8,2	9,3	8,7	7,0	7,4
England & Wales			7,0	8,2	6,6	6,8	4,5	6,1	5,9	5,7	5,7	5,6	5,6	5,1	5,5	5,4
Finland	11,1	10,0	8,0	6,9	8,1	6,2	6,5	7,1	8,0	6,6	6,4	7,7	7,4	7,8	8,6	
Frankrike	11,2	11,6	11,4	10,5	10,9	10,8	10,8	10,5	10,6	10,5	10,0	10,0	9,0	9,7	9,6	
Grekland		9,1	9,6	10,8	10,2	7,8	7,2	9,7	9,5	10,5	10,2	9,3	8,9	9,5	9,7	
Irland		8,5	9,5	8,0	9,3	8,6	9,0	7,5	8,4	8,3	6,7	5,1	6,7	6,4	6,7	
Island			11,8	5,4	10,7	2,7	6,1	6,9	7,6	5,9	4,2	6,6	6,5	7,2	8,7	6,3
Israel		9,2	11,5	8,7	9,7	7,0	5,6	5,6	6,6	6,0	6,2	5,7	6,3	6,2		
Italien	9,4	8,7	8,2	7,6	8,5	8,5	8,3	8,1	7,8	7,3	7,3	7,5	7,5	7,2		
Kanada	14,3	12,1	12,2		13,2	12,6	11,1	9,2	9,1	8,8	9,6	9,1	9,3	8,5	9,7	
Luxemburg				17,6	13,0	16,2		12,8	12,8	6,4	11,2	9,0	6,8	11,5	7,3	
Nederländerna			10,4	8,9	7,4	7,3	6,5	6,8	6,6	6,1	5,2	5,9	5,6	5,5	5,8	
Nordirland		11,7	12,8	12,4	7,6	8,9	-		6,5	5,1	6,7	4,6	7,2	8,6	7,2	6,6
Norge			6,7	6,8	5,2	4,4	5,3	5,7	6,0	5,5	5,9	6,4	5,5	5,0	5,1	
Portugal		12,1	10,0	10,7	12,1	9,9	13,3	12,3	12,4	10,7	9,5	10,5	11,8	11,0	11,1	11,9
Schweiz			10,2	10,3	11,1	9,2	9,5	9,8	9,8	8,6	7,6	7,5	7,2	7,3	6,5	6,7
Skottland			9,0	10,3	8,7	7,0	7,3	8,0	6,7	6,5	7,3	6,2	6,5	5,5	6,9	5,8
Spanien	7,4	8,6	8,7	8,8	9,1	8,2	7,5	6,1	6,5	7,2	7,0	7,8	8,2			
Storbritannien														5,7	5,2	5,5
Sverige			7,5	7,9	7,7	6,4	6,0	5,8	5,5	5,3	6,3	5,6	5,1	5,9		
USA		11,8	12,3	12,7	12,0	12,0	11,5	10,4	10,2	10,7	10,8	11,0	11,3	11,6		
Västyskland		13,1	13,4	13,3	11,3	11,0	9,8	9,7	10,1	9,1	7,2	7,8	6,9	7,3	6,8	
Österrike					13,0	11,8	10,9	11,6	12,4	10,6	9,6	9,4	9,3	10,1	9,2	9,0
Östyskland								6,5	7,1	7,2	6,1	6,7	5,6	6,2	6,7	

År	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1800	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100



# Statens offentliga utredningar 1994

## Kronologisk förteckning

---

1. Ändrad ansvarsfördelning för den statliga statistiken. Fi.
  2. Kommunerna, Landstingen och Europa + Bilagedel. C.
  3. Mäns föreställningar om kvinnor och chefskap. S.
  4. Vapenlagen och EG. Ju.
  5. Kriminalvård och psykiatri. Ju.
  6. Sverige och Europa. En samhällsekonomisk konsekvensanalys. Fi.
  7. EU, EES och miljön. M.
  8. Historiskt vägval – Följderna för Sverige i utrikes- och säkerhetspolitiskt hänseende av att bli, respektive inte bli medlem i Europeiska unionen. UD.
  9. Förnyelse och kontinuitet – om konst och kultur i framtiden. Ku.
  10. Anslutning till EU – Förslag till övergripande lagstiftning. UD.
  11. Om kriget kommit... Förberedelser för mottagande av militärt bistånd 1949-1969 + Bilagedel. SB.
  12. Suveränitet och demokrati + bilagedel med expertuppsatser. UD.
  13. JIK-metoden, m.m. Fi.
  14. Konsumentpolitik i en ny tid. C.
  15. På väg. K.
  16. Skoterkörning på jordbruks- och skogsmark. Kartläggning och åtgärdsförslag. M.
  17. Års- och koncernredovisning enligt EG-direktiv. Del I och II. Ju.
  18. Kvalitet i kommunal verksamhet – nationell uppföljning och utvärdering. C.
  19. Rena roller i biståndet – styrning och arbetsfördelning i en effektiv biståndsförvaltning. UD.
  20. Reformerat pensionssystem. S.
  21. Reformerat pensionssystem. Bilaga A. Kostnader och individeffekter. S.
  22. Reformerat pensionssystem. Bilaga B. Kvinnors ATP och avtalspensioner. S.
  23. Förvalta bostäder. Ju.
  24. Svensk alkoholpolitik – en strategi för framtiden. S.
  25. Svensk alkoholpolitik – bakgrund och nuläge. S.
  26. Att förebygga alkoholproblem. S.
  27. Vård av alkoholmissbrukare. S.
  28. Kvinnor och alkohol. S.
  29. Barn – Föräldrar – Alkohol. S.
-

# Statens offentliga utredningar 1994

## Systematisk förteckning

---

### Statsrådsberedningen

Om kriget kommit... Förberedelser för mottagande av militärt bistånd 1949-1969 + Bilagedel. [11]

### Justitiedepartementet

Vapenlagen och EG [4]

Kriminalvård och psykiatri. [5]

Års- och koncernredovisning enligt EG-direktiv.

Del I och II. Ju. [17]

Förvalta bostäder. [23]

### Utrikesdepartementet

Historiskt vägval – Följderna för Sverige i utrikes- och säkerhetspolitiskt hänseende av att bli, respektive inte bli medlem i Europeiska unionen. [8]

Anslutning till EU – Förslag till övergripande lagstiftning. [10]

Suveränitet och demokrati

+ bilagedel med expertutspatser. [12]

Rena roller i biståndet – styrning och arbetsfördelning i en effektiv biståndsförvaltning. [19]

### Socialdepartementet

Mäns föreställningar om kvinnor och chefskap. [3]

Reformerat pensionssystem. [20]

Reformerat pensionssystem. Bilaga A.

Kostnader och individeffekter. [21]

Reformerat pensionssystem. Bilaga B.

Kvinnors ATP och avtalspensioner. [22]

Svensk alkoholpolitik – en strategi för framtiden. [24]

Svensk alkoholpolitik – bakgrund och nuläge. [25]

Att förebygga alkoholproblem. [26]

Vård av alkoholmissbrukare. [27]

Kvinnor och alkohol. [28]

Barn – Föräldrar – Alkohol. [29]

### Kommunikationsdepartementet

På väg. [15]

### Finansdepartementet

Ändrad ansvarsfördelning för den statliga statistiken. [1]

Sverige och Europa. En samhällsekonomisk konsekvensanalys. [6]

JIK-metoden, m.m. [13]

### Kulturdepartementet

Förnyelse och kontinuitet – om konst och kultur i framtiden. [9]

### Civildepartementet

Kommunerna, Landstingen och Europa.  
+ Bilagedel. [2]

Konsumentpolitik i en ny tid. [14]

Kvalitet i kommunal verksamhet – nationell uppföljning och utvärdering. [18]

### Miljö- och naturresursdepartementet

EU, EES och miljön. [7]

Skoterkörning på jordbruks- och skogsmark.

Kartläggning och åtgärdsförslag. [16]









