

Kritisk analys av skattningar av samhällets kostnader för alkoholkonsumtion

En diskussion om fem studiers metodval och resultat

Abstract

The consumption of alcohol imposes costs on the society and several cost-of-illness studies have been conducted to estimate these costs. This essay presents the results from five cost-of-illness studies and examines the methodology used. The differences in results are discussed in reference to the differences in the applied methods.

The results differ immensely from US\$ 91 to US\$ 2,433 per capita. These differences could partly be explained by six factors; 1) differences in the costs included; 2) attributable fraction of alcohol consumption in different diseases and phenomena; 3) methods used (in particular for indirect costs); 4) level of discount rate; 5) definitions including area of estimation and 6) institutional dissimilarities.

A discussion about costs to the Swedish society when the consumption increases to the level of the European Union estimates this to at least US\$ 435 per capita, i.e. an increase by 40–50 percent.

The results of this essay stress the importance of similar methods and definitions in order to be able to compare international studies and evaluate national policies.

*Johan Jarl
Institutionen för folkhälsovetenskap
Avdelningen för socialmedicin
Karolinska Institutet*

*Ulf-G Gerdtham
Sambällsmedicinska institutionen
Malmö universitets sjukhus,
Medicinska fakulteten, Lunds universitet*

Vi vill tacka för värdefulla synpunkter från Kadi Mänd, Anders Romelsjö och Robin Room.

1 Inledning

Det är välkänt att alkoholkonsumtion medför externa kostnader och de flesta länder har idag någon form av reglering av alkohol och alkoholkonsumtion. De totala kostnaderna för alkoholkonsumtion är dock svåra att beräkna, dels för att inte alla effekter av alkoholkonsumtion har klarlagts, dels för att många effekter är svåra att kvantifiera och inte möjliga att sätta pris på. Trots dessa problem finns det goda skäl att försöka uppskatta samhällets alkoholrelaterade kostnader. För det första används ofta kostnadsargument för att motivera olika politiska ståndpunkter vilket förutsätter välgjorda kostnadsberäkningar. För det andra visar kostnadsanalyser inom vilket/vilka områden de största problemen finns och kan därför motivera ingrepp på dessa områden framför andra. För det tredje visar dessa studier på luckor i information, kunskap och de nationella rapporteringarna av statistik. Till sist ligger kostnadsanalyser till grund för att kunna jämföra olika nationella policys utifrån effektivitet.¹

1.1 Cost-of-illness

”The 1994 international symposium on the economic and social costs of substance abuse” utvecklade de första internationella riktlinjerna för hur kostnadsundersökningar för samhälliga kostnader av drogkonsumtion skall utföras för att öka jämförbarheten mellan olika studier.¹ Dessa riktlinjer rekommenderar att studier görs som cost-of-illness (c-o-i) studier, trots olika metodologiska problem.²

I c-o-i studier skattas kostnader för en sjukdom eller företeelse. Oftast ingår endast direkta och indirekta kostnader men även intangibla kostnader (t.ex. smärta, oro) kan inkluderas. Syftet med denna form av studie är att de ofta kan ses som en utgångspunkt för ekonomiska utvärderingar genom att visa var i samhället kostnaderna uppstår pga. sjukdomen eller företeelsen och var de potentiellt största vinsterna kan göras. C-o-i studien i sig kan inte användas för att argumentera hur resurser skall fördelas i samhället utan är en grund varpå alla kostnadseffektivitetsstudier vilar.³

¹ Single (1995).

² För den intresserade finns en kortare genomgång i ”Estimating cost associated with alcohol abuse: towards a patterns approach” ICAP reports 7.

³ Kobelt (2002) s.33.

1.2 Syfte

Syftet med denna uppsats är att presentera resultat från c-o-i studier över alkoholkonsumtion och att utföra en kritisk analys av de metoder som använts och diskutera skillnader i resultat utifrån dessa metodologiska olikheter.

Då vi fokuserar på resultatskillnader som uppkommer av metodskillnader har vi avstått att värdera de studier som ingår i uppsatsen. En sådan värdering skulle kräva en kompletterande diskussion och ligger utanför denna uppsats ram.

1.3 Uppsatsens uppbyggnad

Kapitel 2 tar upp material och metod som ligger till grund för denna uppsats. En diskussion förs angående vilka studier som ska ingå i jämförelsen och vilka problem som kan uppstå vid jämförelser av t.ex. olika internationella studier.

Kapitel 3 inleds med definitioner av relevanta begrepp och presenterar de studier som granskas i uppsatsen. Analysen av metoder och resultat redovisas uppdelad i olika kostnadsblock och presenteras i tabellform.

I kapitel 4 diskuteras centrala skillnader som framkom i analysen. Diskussionen hålls på ett generaliserande plan och exemplifieras med metodskillnader från analysen.

Uppsatsen avslutas i kapitel fem med en sammanfattning.

2 Material och metod

2.1 Avgränsningar

Det finns ett stort antal studier som försökt uppskatta kostnaderna för alkoholkonsumtion. Denna uppsats tar endast upp c-o-i studier över alkohol som har ett samhällsperspektiv och som publicerats på engelska eller svenska. Utöver detta eftersträvas en internationell spridning. I denna uppsats har fem studier valts att granskas utifrån något av följande kriterier:

- Studien är aktuell, publicerade från 1996 och framåt (Single et al. (1998), Scottish Executive (2001)).
- Studien behandlar svenska förhållanden (Johnson (1983)).

- Studien är betydande i den meningen att den refereras till upprepade gånger i litteraturen (McDonnell & Maynard (1985), Nakamura et al. (1993)).

Det bör noteras att c-o-i är en av flera möjliga metoder för att skatta kostnader för alkohol. Den demografiska metoden är ett alternativ som främst skiljer sig i frågan om värderingen av mortalitet och morbiditet. I den demografiska metoden jämförs storleken och strukturen på en exponerad population med en icke-exponerad population, dvs. en population utan alkoholkonsumtion och dess effekter. Kostnader skattas utifrån skillnaden mellan dessa grupper. Denna metod är snarare en kompletterande metod till c-o-i då de mäter två olika tidsaspekter. Den demografiska metoden skattar kostnader som uppkommit till och med undersökningsåret och där c-o-i studier skattar kostnader som uppkommer från och med undersökningsperioden.⁴

En tredje och inte speciellt utbredd metod är den externa eller Rand Corporation metoden. Denna tar endast upp strikt externa effekter, dvs. kostnader som drabbar andra än konsumenten. Alla kostnader som beräknas i Rand Corporation metoden beräknas även i c-o-i metoden och man kan därför hävda att den senare är en mer utförlig kostnadsberäkning där den förra ingår som en komponent.⁵

Denna uppsats fokuserar således på c-o-i metoden som utan tvekan är den mest använda och rekommenderad i de internationella riktlinjerna.⁶

Påpekas bör att de utvalda studierna inte är de enda möjliga, utan det finns en mängd andra c-o-i studier över alkohol som skulle kunna ingå i denna uppsats.⁷ Då uppsatsen fokuserar på hur metodskillnader påverkar resultaten är valet mellan dessa möjliga studier av mindre vikt, t.ex. skulle ytterligare studier som följer de internationella riktlinjerna troligtvis inte påverka resultatet i någon betydande riktning.

⁴ Se t.ex. Single (1995).

⁵ Single (1995).

⁶ Single (1995).

⁷ Exempel på detta är SU (2003); Gjelsvik (2004); Collins & Lapsley (2002) and *Economic cost of alcohol and drug abuse in the United States -1992(The)*.

2.1.1 Litteratursökning

Litteratursökningarna utfördes under mars månad 2004 i Medline Ovid 1996 - mars 2004, Econlitt och NBER. I Medline användes följande "mesh"; "alcohol & cost of illness" samt "alcohol & health economics". I Econlitt användes sökorden "cost of illness & alcohol", "health economics & alcohol", "cost benefit & alcohol" samt "cost & alcohol".

I de flesta fall fanns abstracts tillgängliga för litteratursökningens träffar och utifrån dessa gjordes ett urval baserat på avgränsningarna. I de fall abstracts saknades gjordes urvalet utifrån titel och typ av publikation. I NBER gjordes sökningen i abstracts, dock utan att ge några intressanta resultat.

Referenser i funna publikationer användes som ytterligare källor.

2.1.2 Betydande studier

Kriterierna för att bli betraktad som betydande studie baseras på hur stor påverkan de har haft för efterkommande studier. Urvalet har baserats på mängden refereringar i studier som valdes ut genom litteratursökningen. Vid en genomgång av litteraturen kan man notera att vissa studier och vissa författare återkommer betydligt oftare än andra. Ett sista urval gjordes bland dessa för att få ett brett spektrum av både författare och undersökningsområde.⁸

2.2 Metod

För att underlätta jämförelser mellan olika studier krävs vissa "anpassningar" av de resultat som presenteras. Dessa anpassningar kommer att diskuteras nedan.

2.2.1 Valutor

Alla kostnader har konverterats till amerikanska dollar i 2003 års penningvärde.⁹ Kostnaderna har växlats till amerikanska dollar med växelkursen som förelåg vid undersökningsperioden och sedan

⁸ Dessa är McDonell & Maynard (1985) och Nakamura (1993).

⁹ Växelkurserna tas ifrån OECD Health Data och "Money, finance and the euro: statistics".

räknas upp med det amerikanska konsumentprisindexet.¹⁰ Denna metod lider av problemet att växelkursernas förändring har viss friktion och att förändringar i enskilda länders köpkraftsparitet inte fullt ut korrigeras av växelkursen på kort sikt utan snarare beror på förväntningar. Detta kommer dock inte medföra några problem inom ramen för denna uppsats, då den tänkbara felmarginalen inte sannolikt påverkar resultatet.

2.2.2 Kostnadsblock

Det finns ingen konsensus om hur kostnaderna skall redovisas och vilka kostnadskomponenter som skall ingå i de större blockkostnaderna. Ett exempel är om kostnader för produktionsbortfall pga. rattonykterhet skall presenteras samlat med alla alkoholrelaterade dödsfall eller med trafikolyckor. Detta påverkar jämförelsen och därför kommer jämförelsegrunden vara den blockindelning som presenteras vid varje analysdel (se kap.3). Man delar vissa studiers blockresultat upp och görs om för att passa in i analysdelarna. Detta påverkar dock inte själva resultaten. I vissa fall är det inte möjligt att dela upp de presenterade siffrorna på grund av att delkostnader inte redovisas. Vi tar då upp kostnaderna i den kategori som vi bedömer vara den mest relevanta.

2.2.3 Utförande av analys

En jämförelse av kostnader för olika länder kan vara problemfylld även om hänsyn tas till växelkurser och prisindex. Detta kommer sig av att kostnaderna kan påverkas av institutionella skillnader och/eller skalfördelar/nackdelar, dvs. att landets storlek kan påverka hur effektivt institutioner kan drivas, vilket är ett problem. I analysen korrigeras endast för befolkningsstorlek genom att beräkna kostnaderna per capita.¹¹ Ett alternativ är att presentera kostnaderna i procent av BNP men detta medför ytterligare problem se 4.8.

De delar som skall jämföras är ¹²

- Ytterligare perspektiv utöver samhällsperspektiv

¹⁰ Växelkurserna tas ifrån OECD Health Data och "Money, finance and the euro: statistics".

¹¹ Befolkningssiffror är hämtat från OECD Health Data och "Annual abstract of statistics".

¹² Baserats på Choi et al. (1997).

- Definitioner
- Prevalens- kontra incidensbaserad
- Metod för kostnadssättande för morbiditet och mortalitet
- Medtagna kostnader
- Metoder för framtagande av kostnader (även attributable fraction och diskontering)
- Resultat

Analysen tar endast upp metoder som presenteras i de granskade studierna. En nackdel med detta är att uppgifter i de olika studierna ofta hämtas från andra studier utan att metoden som ligger till grund för uppgiften redovisas.

2.2.4 Internationella riktlinjer ¹³

Vid ett symposium i Banff, Kanada, 1994 togs de första stegen mot att fastslå internationellt acceptabla metodologiska riktlinjer för att estimerar kostnader för användandet av alkohol, tobak och olagliga droger. Dessa riktlinjer har sedan uppdaterats vid flertalet tillfällen. Syftet med att uppställa internationella riktlinjer var att öka jämförbarheten mellan olika studier och därmed även öka möjligheterna för internationella jämförelser mellan nationella policys.

3 Kritisk analys av publicerade cost-of-illness studier

3.1 Definitioner

I detta avsnitt definieras olika centrala begrepp som används i de nedan granskade studierna.

3.1.1 Prevalens och incidens

Vanligen bygger kostnadsberäkningarna i de olika studierna på prevalensbegreppet. En prevalensbaserad studie undersöker de kostnader som uppkommer under en specifik tidsperiod (ofta under ett år) som är en följd av nutida och tidigare konsumtion. Även kostnader som belastar framtida år tas med. Alternativet till

¹³ Bygger huvudsakligen på Single (1995).

prevalensbaserade studier är incidensbaserade studier. Incidensstudier mäter livstidskostnaden för en sjukdom under ett sjukdomsförlopp vilket ställer stora krav på kunskaper om sjukdomsförlopp och om vilka kostnader som kan uppkomma. Bland annat av detta skäl är de flesta c-o-i studier prevalensbaserade.

3.1.2 Indirekta kostnader

Ett problem i kostnadsberäkningar är vilket värde som skall sättas på liv och hur detta värde skall bestämmas. Det finns tre metoder som kan användas, dvs. metoder baserade på: 1) humankapital, 2) willingness-to-pay (WTP) och 3) friktionskostnaden.

Humankapital metoden värderar mortalitet och morbiditet utifrån den produktion individen har potential för, både inom förvärvsarbete och inom hemarbete. Detta värde mäts i hur mycket arbetsgivaren är villig att betala för arbetsinsatsen och skall således inkludera förutom lön, arbetsgivaravgifter och eventuella pensioner, förmåner och skatter. Den framtida inkomsten måste även konverteras till ett nuvärde genom diskontering, se nedan.

WTP metoden utgår från vad individen är villig att betala för att förändra sina statistiska risker för mortalitet och morbiditet. Denna metod ger allmänt ett högre värde än vad humankapital metoden gör, då den senare metoden ger en undre gräns för vad individen är villig att betala för att förändra sina statistiska risker.¹⁴

*Friktionskostnads*metoden antar att det finns individer utan arbete som kan träda in på arbetsmarknaden och som kan kompensera för produktionsbortfallet, givet viss arbetslöshet. Den produktion som förloras till dess att den ursprungliga produktionsnivån är återställd beräknas som en kostnad (friktionskostnaden). Längden på perioden med nedsatt produktion varierar med avseende på plats, tid, industri, typ av arbete etc. Uppskattningar av kostnader med friktionskostnadsmetoden hamnar alltså lägre än med de ovan nämnda metoderna.¹⁵

¹⁴ Max et al. (1990).

¹⁵ Drummond et al. (1997).

3.1.3 Diskontering

När man beräknar framtida inkomster eller kostnader måste hänsyn tas till att dessa inkomster/kostnader är mindre värda för individen i framtiden än samma summa idag. Genom diskontering konverteras den framtida summan till ett nuvärde. Det finns en rad rekommendationer för olika diskonteringsfaktorer, normalt mellan 2–10 procent.¹⁶ Många studier använder en diskonteringsränta på 5–6 procent. Detta diskuteras mer längre fram. Generellt innebär en låg diskonteringsfaktor att individen värdesätter framtiden marginellt högre relativt mot nutiden än med en högre diskonteringsfaktor.

3.1.4 Attributable fraction

Detta begrepp avser den del av en sjukdom som kan tillskrivas en eller flera specifika faktorer. Den faktor som är av intresse i vårt fall är alkoholkonsumtion. Få sjukdomar orsakas dock av endast en faktor utan snarare finns en rad orsaker som leder fram till sjukdomen och/eller kan det finnas flera faktorer som alla måste föreligga samtidigt för att en sjukdom ska bryta ut. För att kunna mäta alkoholens kostnadsverkningar krävs att alkoholens del i sjukdomen kan brytas ut från de övriga sjukdomsfaktorerna. För detta används attributable fraction begreppet och som avser den del som kan tillskrivas alkoholen som direkt orsak, även när orsakssambandet är indirekt. Om attributable fraction är 1 så innebär det att alkohol ensam orsakar sjukdomen; om attributable fraction är 0 så finns inget samband mellan alkohol och sjukdomen. Detta begrepp går även att tillämpa på andra områden än medicinska, t.ex. bränder.

I detta sammanhang är det intressant hur dessa attributable fractions har uppskattats i olika studier.

3.2 Översiktlig presentation av fem granskade studier

I detta avsnitt presenteras de fem studier som kommer att granskas i denna uppsats. Innehållet fokuserar på sådana skillnader som inte

¹⁶ Se t.ex. Xie et al. (1998) s. 242 och vidare ref.

kan analyseras inom ramarna för de uppställda kostnads-kategorierna, t.ex. skillnader i syfte och perspektiv.

3.2.1 Johnson (1983)

Denna studie avser att undersöka materiella kostnader som uppkommer pga. alkoholkonsumtion ur ett samhällligt perspektiv i Sverige för år 1981. Med materiella kostnader menar författaren kostnader som inte räknas in bland intangibla kostnader, t.ex. smärta, lidande och sorg. Författaren använder sig endast av resultat och siffror från andra studier. Detta hindrar inte jämförelse med andra studier, då de inlånade resultaten och siffrorna ligger på en så "låg" analysnivå att metodologiska val ändå måste göras. Författaren avsikt är att ligga lågt i sina skattningar. Han avser också att försöka göra rimliga skattningar av kostnader även där osäkerheten är stor.

Johnson mäter kostnaden för alkoholkonsumtion i vårt samhälle jämfört med ett hypotetiskt samhälle där alkohol inte konsumeras. Detta medför att studiens kostnadsområde blir större än om endast de externa kostnader som uppstår ur alkoholkonsumtion jämfört med konsumtion utan några externa kostnader hade mätts. Författaren motiverar detta med att det inte går att dra någon tydlig linje mellan bruk och missbruk samt att en stor del av missbrukarna endast verkar vara brukare i omvärldens ögon.

Studien uppskattar kostnaderna för år 1981 men många av de uppgifter som han grundar sina beräkningar på härrör från 1970-talet. Detta medför enligt författaren inga särskilda problem, då osäkerheterna i värdena är så stora att kortsiktiga förändringar i samhället inte är viktiga i sammanhanget.

Genomgående uppskattar han männens andel av kostnaderna och lägger sedan till kvinnornas andel som en femtedel av männens. Detta motiveras med att det är den vanliga proportionen som framförs i svenska studier och att forskningen kring kvinnors missbruk är eftersatt.

I de beräkningar där medelinkomst eller liknade finns med har Johnson tagit hänsyn till andra lönekostnader för arbetsgivaren, t.ex. arbetsgivaravgifter. Detta innebär att när författaren skriver medelårsinkomst avses vad arbetsgivaren är beredd att betala, vilket också kan antas motsvara värdet av produktionen under ett år.

Andra löneförmåner som den anställde kan åtnjuta är dock inte inräknade.

Tilläggs bör att Johnson gör överslagsmässiga kalkyler över intangibla kostnader och kostnader för tredjepart (stat, landsting och kommun). I de senare kostnaderna ingår även intäkter, dvs. inkomster t.ex. i form av skatter. Resultatmässigt redovisas förluster för alla parter. Resultaten är dock osäkra och hela resonemanget kan sägas ligga utanför studien.

Johnson uppskattar de totala samhällsliga kostnaderna i Sverige till US\$ 20,2 miljarder, vilket motsvarar US\$ 2 433 per capita. Detta är den högsta per capita kostnaden i de granskade studierna, med god marginal.

3.2.2 Single et al. (1998)

Studien av Single et al. (fortsättningsvis Single) syftar till att uppskatta de ekonomiska kostnaderna på den materiella välfärden av substansmissbruk i Kanada 1992. Studien inriktar sig på olika droger; alkohol, tobak och olagliga droger. Inom ramen för denna uppsats beaktas endast alkohol. Kostnaderna skattas utifrån en jämförelse med ett hypotetiskt samhälle utan alkoholmissbruk. Missbruk definieras som en konsumtion som medför kostnader utöver anskaffningskostnaderna.

Författarna utgår från de riktlinjer som finns för c-o-i studier över substansmissbruk, se 2.2.4 och utför en prevalensbaserad studie för olika konsumtionsnivåer och relativ risk för att skatta attributable fraction för alkoholrelaterad sjukdomsfaktor utifrån ICD-9.¹⁷ Relativ risk skattas för varje sjukdoms- och dödsfaktor baserat på en stor mängd andra studier.¹⁸ Genomgående för studien kontrolleras för ålder och kön. Prevalensen bygger på två nationella enkäter.

I studien redovisas inte intäkter relaterat till alkoholkonsumtion. Författarna för en diskussion om alkoholens positiva sjukdomseffekter men lämnar ekonomiska uppskattningar av dessa effekter utanför studien, då andra positiva effekter av alkoholkonsumtion inte skattas.

¹⁷ ICD-9 är ett system för att klassificera diagnoser i olika koder för att möjliggöra standardisering, koderna korresponderar mot olika sjukdomskategorier. Systemet togs fram av WHO (1977).

¹⁸ Inkluderade i review av English et al. (1995).

I fall där medelinkomst finns med i beräkningarna har författarna räknat ut en medelårsinkomst som inkluderar både hel- och deltid samt även extraförmåner, däremot är inte övriga kostnader för arbetsgivaren medräknade. Till detta läggs även kostnader för hemarbete vilket värderas enligt timtaxa för utfört jobb enligt statistik.

Författarna följer något som de kallar conservative operating principle som innebär att kostnader endast finns medtagna där det finns välgrundade bevis för ett orsakssamband mellan alkoholkonsumtion och dess effekter. Det innebär också att författarna alltid väljer den lägsta möjliga uppgiften från andra studier när egna uppgifter saknas.

Den totala kostnaden för samhället som Single kommer fram till är US\$ 8,2 miljarder, vilket motsvarar en per capitakostnad på US\$ 287.

3.2.3 Nakamura et al. (1993)

Nakamura et al. (fortsättningsvis Nakamura) undersöker den ekonomiska kostnaden av alkoholmissbruk i Japan 1987. Författarna har en flytande gräns mellan alkoholmissbruk och alkoholism vilket ibland förvirrar analysen. Detta påpekas inom relevanta kategorier i analysen och behandlas ytterligare i kapitel 4.

Nakamura för inget resonemang om vad som ingår i begreppet medelinkomst. I denna uppsats utgår vi från att endast inkomst av arbete ingår, dvs. inte övriga kostnader för arbetsgivaren eller förmåner. Vad som dock ingår är värdet av hemarbete, baserat på timtaxa.

I relevanta fall, främst mortalitet och morbiditet, kontrollerar författarna för faktorer såsom ålder, kön och arbetskraftsdeltagande. För diagnoser utnyttjas ICD-9.

Den totala kostnaden för det japanska samhället uppskattar Nakamura till US\$ 74,3 miljarder som ger US\$ 608 per capita.

3.2.4 McDonnell & Maynard (1985)

McDonnell & Maynard skattar de samhälleliga kostnaderna för alkoholmissbruk i England och Wales i 1983 års priser. I studien tas inga intäkter av alkoholkonsumtion upp. Inte heller privata eller

intangibla kostnader skattas. Målsättningen är att göra försiktiga skattningar för att reducera risken för överskattningar.

Författarna använder i studien prevalens för alkoholmissbruk i undersökningsområdet. De kommer fram till (med hjälp av uppgifter från en annan studie) att 750 000 personer har alkoholproblem i England och Wales vid tidpunkten för studien. I beräkningen kontrollerar författarna för kön, ekonomisk aktivitet och grad av problem (alkoholberoende eller problemkonsument). I vissa fall ges även förslag på andra metoder, främst där en jämförelse görs mellan olika grupperingar av alkoholkonsumenter. Dessa är uppdelade i absolutister, låg, medel och högkonsumenter med olika konsumtionsfrekvenser. Gruppindelningen varierar något mellan olika kostnads kategorier men fokuserar på skillnaden mellan låg- och högkonsumenter där medelkonsumenter inte ingår i någon gruppering. Resultaten från denna metod används inte i kostnadssammanställningen varför den endast kommer kommenteras i analysdelen.

McDonnell & Maynards jämförelsegrund skiljer sig åt mellan olika kostnads kategorier. När prevalensbegreppet utnyttjas jämförs högkonsumenter (beroende och problemkonsumenter) med icke-problemkonsumenter och i fallet med t.ex. sjukvårdskostnader jämförs alkoholrelaterade kostnader med ett hypotetiskt alkoholfritt samhälle. Detta behandlas vidare i kapitel 4.

När författarna använder sig av medelinkomst, t.ex. vid produktivitet förluster, så utgår de ifrån vad arbetsgivarna är villiga att betala. Således kan man anta att både olika former av skatter och förmåner är pålagda på medelinkomsten.

McDonnell & Maynard skattar de samhälleliga kostnaderna för alkoholkonsumtion till US\$ 4,5 miljarder, vilket ger US\$ 91 per capita. Detta är den lägsta kostnaden i de granskade studierna.

3.2.5 The Scottish Executive (2001)

Rapporten *Alcohol misuse in Scotland: trends and costs* för *The Scottish Executive* har ett tudelat syfte, dels att presentera och analysera trender för alkoholmissbruk för Skottland, dels att skatta totala kostnader associerade med alkoholmissbruk för Skottland. Denna uppsats inriktas mot det senare syftet.

Resultaten redovisas i 2001/02 års priser. Vid konvertering till US\$ och vid uppräkningsindex har medelvärdet av 2001 och 2002 års värden använts.

Studien är baserad på prevalens för olika nivåer av alkoholkonsumtion och relativ risk för dessa nivåer. I studien kontrolleras för ålder, kön och ekonomisk aktivitet.

När medelinkomst används baseras denna på lön plus övriga kostnader för arbetsgivaren, dvs. avgifter och skatter. Förmåner av olika slag ingår ej. För olika diagnoser i sammanhang med direkta och indirekta alkoholrelaterade döds- och sjukdomsfall används ICD-9 och ICD-10.

Författarnas avsikt är att monetarisera alla kostnader vilket inte alltid är möjligt utan vissa kostnader exkluderas.

Denna studie har en mer differentierad uppdelning av olika enhetskostnader. Där andra studier bara har en genomsnittskostnad för t.ex. sjukvård per dag har denna studie olika kostnader för flera olika typer av vård.

Den totala kostnaden som skattas i rapporten till The Scottish Executive ligger på US\$ 1,6 miljarder. Utslaget på befolkningen blir detta US\$ 321 per capita.

I tabell 1 sammanställs de undersökta studiernas resultat.

Tabell 1. Totala kostnader av alkoholkonsumtion (US\$)
(M avser miljoner)

Kostnad	McDonnell & Maynard (1985)	Nakamura (1993)	Single (1998)	Johnson (1983)	Scottish Executive (2001)
total	M 4 518,1	M 74 341,5	M 8 150,0	M 20 240	M 1623,2
per capita	91	608	287	2 433	321

3.3 Hälsa- och sjukvårdskostnader

Alkoholkonsumtion medför hälsorisker, både direkt genom t.ex. förgiftning och indirekt genom t.ex. vissa former av cancer. De flesta sjukdomsföljder av alkoholkonsumtion är inte exklusivt beroende av alkohol och det är inte korrekt att hävda att samtliga fall i en given diagnos är orsakade av alkohol även om det finns ett samband mellan alkoholkonsumtion och insjuknande. Istället krävs

uppskattningar av hur stor del av fallen i en specifik sjukdom som kan antas vara orsakade av alkohol. Det är dessutom möjligt att även icke-alkoholrelaterade sjukdomar kan förvärras och kräva mer behandling pga. alkoholkonsumtion, vilket också är en kostnad för samhället.

Det finns en mängd metodologiska problem inom detta område varav underrapportering av alkoholorsaker, som kan förväntas från sjukvårdshåll, är ett. Det resonemang som förs ovan måste självklart även tillskrivas skador som uppkommit genom olyckor.

Hälsovårdskostnader uppdelas i den här uppsatsen i fem olika kategorier som kommer analyseras var för sig nedan för att sedan sammanställas i tabell 2.

3.3.1 Sjukhusvård

I sjukhusvård ingår alla de kostnader som uppkommer genom vård på vårdinrättningar där patienten stannar längre än för ett enskilt läkarbesök. Kostnaderna skattas oftast genom att antalet alkoholrelaterade sjukhusdagar, både direkta och indirekta, multipliceras med medelkostnaden för sjukhusvård per dag. Både McDonnell & Maynard och Single utnyttjar denna metod. Även Nakamura använder denna metod i frågan om sjukhem, där han antar samma förhållande mellan patienter med alkoholrelaterade orsaker och totala antalet patienter som föreligger inom sjukhusvården. Han använder denna metod också som grund i beräkningen av kostnaderna för sjukhusvård, även om kostnaderna här summeras för varje diagnos med alkoholrelation. I beräkningen tas hänsyn till attributable fraction, antalet patienter och medellängden av sjukhusvistelsen.

Scottish Executive skiljer sig från studierna ovan genom att de indirekt alkoholrelaterade sjukhusdagarna skattas med hjälp av prevalens för konsumtion och relativa risken för olika konsumtionsnivåer med avseende på olika diagnoser. I övrigt är metoden likartad. De direkta alkoholrelaterade fallen mäts utifrån antalet utskrivna personer från sjukhuset under undersökningsåret och deras totala summerade vistelsetid.

Johnson däremot väljer att uppskatta hur stor del av de totala kostnaderna för sjukhusvård som kan tillskrivas alkoholkonsumtion. Det uppskattade värdet är 20 procent (uppskattat efter andra studier). Till denna summa läggs även kostnader för

vård av missbrukare på sociala institutioner som främst är avsedda för alkoholmissbrukare.

McDonnell & Maynard tar upp kostnaden för direkt alkoholrelaterade sjukdomar enligt metoden ovan, där de utgår ifrån varje diagnos när medelvistelsen ska tas fram. Till detta läggs kostnader med indirekt alkoholrelation där attributable fraction används på diagnosnivå. Ingen skillnad görs på icke-psykiatriska och psykiatriska sjukdomar vid indirekt alkoholrelation utan hela kostnaden presenteras i denna kategori.

Utöver ovan redovisade skillnader skiljer sig studierna ytterligare i frågan om vilka kostnader som tas upp. Scottish Executive inkluderar kostnader för laboratorietestningar i den öppna vården i sjukhuskostnaderna. I genomsnitt togs två tester (blod- och biokemiska tester) vid läkarbesök som hade direkt anknytning till alkohol, vilket ingår i sjukhusvårdskategorin. Även vid läkarbesök med indirekt orsak togs två tester i genomsnitt, vilket dock inte anses vara kostnader som bör tillskrivas alkoholkonsumtion då dessa tester inte nödvändigtvis beror på alkohol. Studien gör också en separat analys för alkoholrelaterade skador på foster och nyfödda där vårdnadshavare söker sig till sjukvården. Endast tre fall upptäcktes och har därför en marginell betydelse för kostnads-skattningen. Till detta läggs även en separat kostnad för akutvård där de alkoholrelaterade fallen anses uppgå till 12 procent (från en annan studie) och kostnader för den missbruksvård som ligger utanför sjukvården, t.ex. dagcentra. Här antas att 20 procent av den totala kostnaden för missbruksvård kan tillskrivas alkohol.

Single skiljer sig mest från de övriga undersökta studierna genom ett resonemang och beräkning av kostnader som uppkommer genom att alkoholkonsumtion kan medföra att behandlingstider för icke-alkoholrelaterade åkommor ökar och på så sätt medför större kostnader. Detta kallas av Single co-morbidity och uppgår till 11 procent av fallen med en alkoholrelaterad förstadiagnos. Detta uppskattas genom undersökningar av extra behandlingsdagar när andra till femte diagnosen är alkoholrelaterad men inte den första.

I den totala kostnaden för sjukhusvård som Single skattar ingår även kostnader för sjukhusbaserade hembesök/vård vilka antas ha samma alkoholrelaterad proportion som sjukhusvård. Till detta, och med samma metod, läggs kostnader för vård som varken är hemvård eller sjukhusvård.

Det bör här även noteras att Scottish Executive presenterar både psykiatrisk och icke-psykiatrisk vård i en klumpsumma, vilken i denna studie redovisas under sjukhusvård.

Kostnadsmässigt ligger Johnson överlägset högst med US\$ 500 per capita. Även Nakamura ligger betydligt högre än de övriga med US\$ 102 per capita. Lägst ligger McDonnell & Maynard med US\$ 4.

3.3.2 Psykiatrisk vård

Denna kategori tar upp alla kostnader för psykiatrisk vård. Metoderna som används följer oftast de som används för sjukhusvårdskategorin, dvs. antal vårddagar multiplicerat med medelkostnaden per dag baserat på attributable fraction av alkoholrelation. McDonnell & Maynard och Nakamura följer denna metod men skiljer sig från varandra i hur de skattar attributable fraction. Nakamura skattar attributable fraction genom att utgå från antal terapitillfällen för alkoholister i förhållande till det totala antalet terapitillfällen. McDonnell & Maynard däremot mäter endast kostnaderna över direkta alkoholrelaterade huvuddiagnoser. De indirekta diagnoserna togs, som ovan nämnt, upp i kategorin för sjukhusvård. Ett undantag finns dock och det är cirrhos som antogs ha en alkoholrelaterad del på 66 procent men tas med i denna kategori. McDonnell & Maynard utgår ifrån varje diagnos när medelvistelse skall räknas fram.

Single använder samma metod som presenterades under sjukhusvårdskategorin, vilket också grundar sig på samma metod som de ovan nämnda. Single baserar attributable fraction på diagnoser, direkta, indirekta och co-morbidity.

Johnson och Scottish Executive presenterar psykiatrikostnader inbakade i sjukvårdskategorin. Scottish Executive skattar dock även kostnader för dagsbesök på sjukhus vilket endast gäller psykiatri. Där uppskattas alkoholrelaterad attributable fraction ligga på 8 procent, vilket är medianen mellan attributable fraction för alkoholrelaterade läkarbesök för psykiska åkommor (3 procent) och attributable fraction för alkoholrelaterad sjukhusvård för psykiska åkommor (13 procent)

Kostnadsmässigt ligger alla skattade kostnader väl samlade kring US\$ 1 per capita.

3.3.3 Läkarbesök och hembesök

Denna kategori innefattar kostnader för läkarbesök i öppenvården och hembesök/vård av professionell personal. Kostnader för den vård som familj och vänner utför är alltså inte inräknade i denna kategori. Tre av de undersökta studierna skattar denna kostnad enskilt. Alla av dessa studier utnyttjar alkoholrelaterade attributable fraction för läkarbesök. McDonnell & Maynard antar en alkoholrelaterad besöksdel på 1-3 procent (tagen från en annan studie) medan Single använder sig av en alkoholrelaterad del av totala läkararvodena som skattas till 1,2 procent.

Scottish Executive använder samma metod som under sjukhusvårdskategorin för att uppskatta attributable fraction för alkoholrelaterade läkarbesök, dvs. för direkt alkoholrelation utnyttjas statistik över diagnoser, för indirekta utnyttjas prevalens för konsumtion och relativ risk vid olika konsumtionsnivåer per diagnos. Till detta läggs även kostnader för hembesök/vård för både icke-psykiatrisk och psykiatrisk vård. Alkoholrelaterad attributable fraction för dessa skattas genom att ta medianen mellan attributable fraction för läkarbesök och sjukhusvård för respektive del och mäts över antal besök. Attributable fraction för de båda är 1,7 procent för icke-psykiatrisk respektive åtta procent för psykiatrisk hembesök/vård. Kostnaden för detta presenteras sammanslaget för icke-psykiatrisk och psykiatrisk vård och redovisas därför i denna kategori. Till detta läggs även kostnader för community psychiatric team contact där samma attributable fraction används som vid psykiatriskt hembesök, dvs. åtta procent.

Även Single skattar kostnader för hembesök/vård genom att använda samma kostnadsproportion för alkoholrelation som användes för sjukhusvård.

Ur kostnadssynpunkt ligger McDonnell & Maynard så lågt att det inte är relevant att räkna ut kostnader per capita. Högst ligger Single med US\$ 12.

3.3.4 Mediciner

Denna kategori tar upp kostnader för mediciner som inte ingår i någon av kategorierna ovan, t.ex. mediciner som inte används inom vården på sjukhus. Denna kategori har behandlats på olika sätt av de undersökta studierna och två av studierna (McDonnell &

Maynard och Johnson) har inte uppskattat någon kostnad över huvudtaget. Nakamura skattar denna kostnad genom att antaga att den alkoholrelaterade konsumtionen av icke-ordinerade mediciner har samma proportion till den totala konsumtionen som den alkoholrelaterade sjukvårdskostnaden har till den totala sjukvårdskostnaden.

Single uppskattar kostnaden för mediciner genom att använda samma attributable fraction på den totala kostnaden som användes i kategorin för sjukhusvård. Denna är uppdelad på varje diagnos som kan ha alkoholrelation.

Scottish Executive mäter den alkoholrelaterade kostnaden för mediciner som används för behandling av substansberoende/missbruk. Från en annan studie framgår att sex procent av den totala kostnaden för medicinering inom detta område kan tillskrivas alkoholberoende/missbruk.

Scottish Executive får en så låg kostnad inom denna kategori att kostnad per capita ligger nära noll. De övriga två studierna som har skattat denna kostnad hamnar runt US\$ 4 per capita.

3.3.5 Övrigt

En kostnad som två studier tar upp är ambulanskostnader. Scottish Executive använder en attributable fraction på 12 procent (hämtat från en annan studie) på antalet resor. Single antar att samma kostnadsproportion gäller för de totala kostnaderna för ambulansservice som för sjukhuskostnaderna.

I denna kategori redovisas även en ospecificerad kostnadspost hos Single som redovisas som ”ytterligare hälsovårdskostnader”.

Tabell 2. Hälso- och sjukvårdskostnader av alkoholkonsumtion

	McDonnell & Maynard	Nakamura	Single	Johnson	Scottish Executive
Sjukhusvård	Direkta och AF* av indirekta (inklusive psykiatri) sjukdomar beräknat på kostnad för sjukhusvistelse inklusive medicinska kostnader för trafikolyckor US\$ M**213,9*** US\$ 4	Summerade kostnader för varje diagnos AF plus AF av totala kostnader för sjukhem med samma patientproportion som sjukhus US\$ M12511,9 US\$ 102	AF för direkta och indirekta sjukdomar plus <i>co-morbidity</i> (11% av alkoholrelaterade förstadionoser) plus icke-sjukhusbaserad vård US\$ M888,6 US\$ 31	AF (20%) av totala kostnader för sjukvård (offentlig och privat) plus sociala vårdplatser för missbrukare US\$ M4159,9 US\$ 500	AF direkt (statistik) och indirekt (prevalens och RR) av totala antal inskrivna vård dagar (inklusive psykiatri och vård för direkt relaterade skador på foster och nyfödda) plus kostnader för två tester per direkt alkoholrelaterat läkarbesök plus AF (12%) för akutmottagning plus AF (20%) av <i>community care</i> missbruksvårdskostnader US\$ M102,9 US\$ 20
Psykiatrisk vård	Direkta alkoholrelaterade huvuddiagnoser beräknat på kostnad för sjukhusvistelse US\$ M50,1 US\$ 1	AF av den totala kostnaden för psykiatrisk vård baserat på terapitillfällen för alkoholister US\$ M110,8 US\$ 1	För metod se sjukhusvård US\$ M31,5 US\$ 1		AF (8%) dagsbesök på sjukhus US\$ M4,7 US\$ 1
Läkarbesök och hembesök	1-3% av läkarbesöken är alkoholrelaterade US\$ M4,2 US\$ 0		AF (1,2%) av totala läkarvårderna plus hembesök enligt samma kostnadsproportion som alkoholrelaterade sjukhusdagar US\$ M334,0 US\$ 12		AF direkt och indirekt alkoholrelaterade besök plus AF (1,7%) av hembesök (inklusive psykiatri AF 8%) plus AF (8%) av kostnader för <i>community psychiatric team contact</i> US\$ M23,9 US\$ 5

	McDonnell & Maynard	Nakamura	Single	Johnson	Scottish Executive
Mediciner		AF av total kostnad för icke-ordinerat baserat på samma proportion som för medicinska kostnader. US\$ M528,6 US\$ 4	AF för varje diagnos applicerat på totala inköpen av medicin för varje diagnos US\$ M103,4 US\$ 4		AF (6%) av totala kostnaden för medicin för substansmissbruk US\$ M0,3 US\$ 0
Övrigt			Ambulanskostnader plus andra hälsovårdskostnader, båda med samma kostnadsproportion som alkoholrelaterade sjukhusdagar US\$ M51,8 US\$ 2		AF (12%) av totala antalet ambulansresor US\$ M13,8 US\$ 3
Totalt	US\$ M268,2 US\$ 5	US\$ M13151,3 US\$ 107	US\$ M1409,3 US\$ 50	US\$ M4159,9 US\$ 500	US\$ M145,6 US\$ 29

Noter:

* AF avser attributable fraction

** M avser miljoner

*** I varje delkostnad redovisas först den totala kostnaden och därefter kostnaden per capita

3.4 Förlorad produktion

Förlorad produktion kan uppstå på flera sätt. Förtidig död innebär att individer t.ex. avlider som en följd av alkoholkonsumtion genom direkta eller indirekta orsaker. Förutom svårigheter i att bestämma andelen förtidigt döda som är alkoholrelaterade finns det även problem kring värdering av förlusten. Ett sätt att bestämma värdet på liv är med humankapital metoden, vilket vanligtvis motsvarar det belopp som arbetsgivaren är villig att betala för anställningen av en individ. Det kan dock diskuteras om detta värde kan användas på ekonomiskt inaktiva människor över pensionsåldern, sjukskrivna eller arbetslösa. WTP metoden har inte detta problem men denna metod är förenad med andra svårigheter, främst när det gäller att värdera liv.¹⁹

Alkoholkonsumtion anses också bidra till högre sjukfrånvaro, ökad arbetslöshet och sämre produktivitet på jobbet. Att mäta nedsatt produktivitet på jobbet är problematiskt och de granskade studierna visar flera olika ansatser (se nedan).

Ålder och kön är viktiga faktorer att kontrollera för i och med att de bl.a. påverkar mängden förlorade år (olika förväntad livstid) och inkomst.

Denna kostnadskategori indelad i fyra delar och finns sammanställd i tabell 3.

3.4.1 Sjukfrånvaro

Det vanliga är att det är frånvaron från förvärvsarbetet som beräknas. McDonnell & Maynard utgör ett undantag, då de även inkluderar ekonomiskt inaktiva kvinnor utifrån antalet extra sjukdagar (uppgifter hämtat från en annan studie) baserat på prevalens och medelinkomst för förvärvsarbetande kvinnor. I studien ingår endast kvinnors hemarbete, dvs. mäns hemarbete och andra icke-betalda aktiviteter utförda av kvinnor och män ingår inte.

Skillnaden mellan de undersökta studierna är så stora när det gäller metoder för att mäta sjukfrånvaron att varje studie måste presenteras enskilt.

¹⁹ I de granskade studierna är inte besparingar för samhället relaterat till förtidig död inkluderade, då detta räknas som intäkt. För diskussion kring nettokostnader se vidare kap 4.

McDonnell & Maynard utgår från sin prevalensbaserade uppskattning av antal problem- och beroendekonsumenter. Från en annan studie hämtas en uppskattning av hur mycket högre frånvaro alkoholberoende har i förhållande till icke-beroende. Utifrån denna uppgift och en siffra på medelinkomsten fås en uppskattning på kostnaden för alkoholrelaterad sjukfrånvaro vilken är en blandning av alkoholrelaterade kostnader för alkoholister och problemkonsumenter. Till denna kostnad adderas sedan en kostnad för frånvaro pga. alkoholrelaterade trafikolyckor efter att ha gjort ett avdrag på fem procent för att undvika dubbelräkning. Författarna använder sig även av en annan metod där hög- och lågkonsumenter jämförs och där den uppkomna skillnaden uppskattas till mellan 40-100 procent vara alkoholrelaterad. Resultaten från denna beräkningsmetod används dock inte vidare i studien.

Nakamura mäter sjukfrånvaro i tre delar som summeras ihop till en total kostnad. Dessa delar är: 1) sjukhusvistelser, 2) frånvaro till följd av arbetsolycka (exklusive sjukhusvistelse) och 3) förtidspension. Kostnaden för detta uppskattas med hjälp av prevalens för problemkonsumtion, attributable fraction och medelinkomst.

Johnson tillskriver 20 procent av den totala sjukfrånvaron som alkoholbetingad. Kostnaden ges av den sammanlagda frånvaron i år och medelårsinkomst. Till detta adderas en alkoholbetingad del av förtidspensionskostnaderna enligt samma metod samt administrationskostnader.

Scottish Executive uppskattar att individer med alkoholberoende har tre gånger så hög frånvaro som genomsnittet. Kostnaden räknas ut genom prevalens för alkoholberoende.

Single däremot uppskattar ingen enskild kostnad för denna kategori utan har en större klumpsumma för alkoholrelaterad morbiditet, mer om detta under 3.4.3.

Ur kostnadssynpunkt ligger Johnson mycket högre än de övriga undersökta studierna med en per capita kostnad på US\$ 663. McDonnell & Maynard och Scottish Executive ligger på höga trettioital samt Nakamura lägst på US\$ 15 per capita.

3.4.2 Arbetslöshet

Den ekonomiska kostnaden för alkoholrelaterad arbetslöshet har uppskattats i två av de olika studierna och i dessa två studier har olika metoder använts för att skatta denna kostnadspost.

McDonnell & Maynard skattar skillnaden genom att utgå ifrån den tidigare redovisade prevalensbaserade siffran för problemkonsumenter och alkoholister och antal extra dagar i arbetslöshet för denna grupp individer multiplicerat med medelinkomsten. Även i denna kategori utnyttjar McDonnell & Maynard en alternativ metod som baseras på skillnaden mellan låg- och högkonsumenter och där skillnaden till mellan 40-100 procent tillskrivs alkohol. Denna metod ger en hög kostnad, £ 2154,5-5386,25 miljoner (1983 års priser), dvs. en kostnad som fullständigt skulle dominera kostnadsberäkningarna. Den framräknade kostnaden används fortsättningsvis inte av författarna.

Scottish Executive mäter alkoholrelaterad arbetslöshet utifrån prevalens för alkoholberoende. Detta ställs i relation till anställningsstatus vilket gav en högre arbetslöshet för alkoholberoende individer. Detta omvandlas sedan till förlorad produktivitet genom en värdering utifrån medelkostnad för anställning för arbetsgivaren.

Scottish Executive skattar kostnaden till US\$ 25 per capita medan McDonnell & Maynard skattar denna kostnad till US\$ 8.

3.4.3 Minskad effektivitet

Individer kan uppvisa sämre produktivitet på jobbet av orsaker som har med alkoholkonsumtion att göra. Exempel på detta är om individen är berusad, lider av bakfylla eller lider av symptom av en längre tids skadlig alkoholkonsumtion. Tre av de undersökta studierna har uppskattat ett värde för minskad effektivitet som följd av alkoholkonsumtion.

Single finner en skillnad i medelårsinkomst mellan å ena sidan alkoholberoende och personer som lider av alkoholrelaterade skador och å andra sidan normalpopulationen. Med hjälp av andelar för beroende och alkoholrelaterade skador av hela populationen från andra studier kan en totalkostnad räknas fram.

Nakamura uppskattar kostnaden för samhället på grund av minskad effektivitet genom att ta fram antalet förvärvsarbete med problemkonsumtion genom prevalens. Han antar, med stöd från en annan studie, att problemkonsumenter har 21 procent lägre produktivitet, baserat på medelårsinkomst.

Johnson antar att tio procent av kostnaden för kompensation till arbetshandikappade eller arbetsgivare som anställt arbets-

handikappad kan tillskrivas alkoholrelaterade skador. Till detta lägger han alkoholrelaterade kostnader för indirekta kostnader vid sjukfrånvaro, löneeftersläpning på grund av längre frånvaro samt minskad produktivitet. Detta uppskattar han till 50 procent av kostanden för sjukfrånvaro.

Kostnadsmässigt ligger Nakamura högst med US\$ 390 per capita, sedan kommer Johnson på US\$ 226 per capita. Lägst ligger Single med US\$ 53 per capita.

3.4.4 Förtidig död

Alkoholrelaterade olyckor och sjukdomar med dödligt utfall minskar den potentiella produktionen i samhället och för på så sätt bort resurser från samhället, något som skall tas upp som en kostnad. Tre av de undersökta studierna har här använt humankapital metoden med små skillnader sinsemellan. Både Nakamura och Single inkluderar timersättning för hemarbete i uträkningen. Single baserar uträkningarna på diagnos-, ålders- och könsspecifika värden.

McDonnell & Maynard diskuterar humankapital metoden i positiva ordalag men har själva inte möjlighet att utföra en sådan beräkning utan tvingas använda siffror från en annan studie.

Johnson och Scottish Executive skiljer sig från de övriga studierna. Johnson uppskattar attributable fraction för dödlighet för olika åldersgrupper under 65 år. Han skattar inte den framtida produktionsförlusten av döda utan använder kostnaden baserad på medelårsinkomst för det bortfall som sker under det innevarande året. Till detta lägger han sedan produktionsbortfallskostnader för personer som skulle ha varit i ekonomisk aktiv ålder (under 65) under undersökningsåret men som avlidit tidigare. Den alkoholrelaterade dödligheten för åren innan 1970 uppskattar han till 50 procent av den alkoholrelaterade dödligheten för undersökningsåret och för åren 1970–1980 uppskattar han samma alkoholrelaterade dödlighet. Slutligen får då Johnson fram det totala antalet förlorade arbetsår under undersökningsåret som beror på alkoholrelaterad dödlighet vilket kan multipliceras med medelårsinkomst. Johnson kontrollerar även för kön i beräkningen. Metoden som används ligger nära den demografiska metoden som jämför ett exponerat samhälle med ett icke-exponerat samhälle.²⁰

²⁰ Se 2.1 för en kortare beskrivning av metoden.

Scottish Executive använder sig av WTP metoden genom att hämta betalningsviljan (värdet) för ett levnadsår från en annan studie. Antal alkoholrelaterade dödsfall får de fram genom attributable fraction av både direkta och indirekta dödsfall på grund av alkoholmissbruk genom prevalens och relativ risk. Genom att kontrollera för kön och ålder kan antalet förlorade levnadsår skattas. Den kostnad som skattas innefattar både ekonomiskt aktiva och inaktiva individer.

Förlusten av framtida inkomster/levnadsår diskonteras med 6 procent i alla studierna, med undantag av Johnson som inte diskonterar alls i sin beräkning och McDonnell & Maynard som uppdaterar siffror från en annan studie.

Kostnadsmissigt ligger McDonnell & Maynard lägst med US\$ 32 och Johnson högst på US\$ 317 per capita. De övriga studierna stäcker sig mellan US\$ 85–125 per capita.

Tabell 3. Förlorad produktion av alkoholkonsumtion

	McDonnell & Maynard	Nakamura	Single	Johnson	Scottish Executive
Frånvaro	Prevalensbaserad beroendelaterad frånvaro inklusive alkoholrelaterade trafikolyckor plus prevalensbaserad sjukfrånvaro bland ekonomiskt inaktiva kvinnor US\$ M*1913,2** US\$ 39	Prevalens för problemkonsumtion mätt över medelinkomst och AF*** för * sjukhusvistelse, * frånvaro från jobb pga arbetsolycka * förtidspension med hänsyn taget till arbetskraftsdeltagandet US\$ M1772,9 US\$ 15		AF (20%) över total frånvaro inklusive AF (10%) administration plus AF (ej presenterad) av förtidspension US\$ M5520,1 US\$ 663	Prevalensbaserad alkoholberoende som antas ha 3 ggr så stor frånvaro som genomsnittet US\$ M180,4 US\$ 36
Arbetslöshet	Prevalensbaserad alkoholrelaterad arbetslöshet US\$ M405,0 US\$ 8				Prevalensbaserad uträkning för högre arbetslöshet hos alkoholberoende (♂ 3%; ♀ 1%) US\$ M127,3 US\$ 25
Minskad effektivitet		Prevalens för problemkonsumenter samt värde för nedsatt produktivitet (21 %) US\$ M47682,8 US\$ 390	Baserat på skillnad i medelårsinkomst mellan beroende och alkoholrelaterade handikappade/skadade jämfört med normalpopulationen US\$ M1514,3 US\$ 53	AF (10%) av kompensation för arbetshandikapp plus klumpsumma för minskad produktivitet, indirekta kostnader för sjukfrånvaro och löneeffersläpning US\$ M1880,1 US\$ 226	

Tabell 3. forts.

	McDonnell & Maynard	Nakamura	Single	Johnson	Scottish Executive
Förtidig död	Humankapital metod, (tas helt från annan studie) US\$ M1588,8 US\$ 32	Humankapital metod inklusive hemarbete, utifrån missbruk diskontering 6% US\$ M10339,0 US\$ 85	Humankapital metod inklusive hemarbete, diskontering 6% US\$ M2967,4 US\$ 105	AF av förtidig död beräknat på medelårsinkomst plus kostnad för tidigare års förtidiga döda som skulle varit ekonomiskt aktiva US\$ M2639,9 US\$ 317	WTP över antal förlorade år genom AF av direkta och indirekta dödsfall kontrollerat för kön och ålder diskontering 6% US\$ M634,1 US\$ 125
Totalt	US\$ M3907,0 US\$ 79	US\$ M59794,7 US\$ 490	US\$ M4481,7 US\$ 158	US\$ M10040,1 US\$ 1206	US\$ M941,8 US\$ 186

Noter:

* M avser miljoner

** I varje delkostnad redovisas först den totala kostnaden och därefter kostnaden per kapita

*** AF avser attributable fraction

3.5 Samhällets reaktion

Samhället har flera sätt att möta de problem som alkoholkonsumtion medför, t.ex. socialverksamhet direkt eller indirekt inriktad mot alkoholrelaterade problem, hälsofrämjande- och preventionsprogram samt forskning. Försäkrings och bidragssystem kan även förväntas fånga upp personer med alkoholrelaterade problem, även om det inte är dess primära funktion. Försäkrings- och bidragsutbetalning är i sig en transferering och inte en samhällelig kostnad, däremot ska de administrativa kostnaderna i samband med utbetalningarna tas upp.

Med undantag av forskning ligger stora delar av den här kostnadskategorin på de lokala myndigheterna i de länder som studierna undersöker. Detta medför att kostnaderna ofta är sammanslagna i de granskade studierna som varken möjliggör uppdelning i jämförbara enheter eller nedbrytning av metoder. Detta gäller främst Johnson men samma problem kan ses i övriga studier. Resultaten redovisas därför i de kategorier där de passar bäst in. Hela kategorin bör dock läsas som en helhet, då den finns sammanställd i tabell 4.

3.5.1 Forskning

En del forskning sker idag för att möta alkoholens effekter, dels riktade mot direkta effekter, dels riktade mot indirekta effekter. I det senare fallet bör inte hela kostnaden tillskrivas alkohol.

Fyra av studierna tar upp forskningskostnader. Johnson tar endast upp forskning direkt inriktade mot alkohol och detsamma gäller för McDonnell & Maynard som endast presenterar två organisationers kostnader för forskning kring alkoholism. Single utgår ifrån de totala forskningskostnaderna i samhället och tillskriver en del av dessa som alkoholrelaterade. Nakamura använder samma metod men utgår ifrån de totala kostnaderna för forskning kring mental hälsa. Han antar att samma proportioner finns för alkoholrelaterad forskning mot den totala forskningen inom detta område som för medicinska kostnader. Single beräknar attributable fraction (uppgifter från en annan studie) på den indirekta forskningen och lägger till kostnaden för direkt forskning.

De skattade kostnaderna för alkoholrelaterad forskning ligger under US\$ 1 per capita för alla studier som skattar denna kategori.

3.5.2 Prevention och hälsofrämjande åtgärder

Mängden av insatser varierar mellan länder när det gäller att minska konsumtionen av alkohol, t.ex. upplysningskampanjer och hälsofrämjande program. Även om dessa insatser är kostnadseffektiva ska de medtas i en c-o-i studie över alkohol, då de medför kostnader i jämförelse med ett hypotetiskt alkoholfritt samhälle. Utöver detta finns även institutioner som inte är skapade för att svara mot alkoholproblem men som ändå kan förväntas belastas, t.ex. äktenskapsrådgivning.

De olika studiernas behandling av dessa kostnader är mycket svårjämförliga, då kostnaderna kommer från nationella program som drivs över kortare eller längre tidsperioder. Dessa kostnader redovisas endast i tabellen och fortsättningsvis i detta avsnitt fokuserar vi på skillnader i metodval som går utöver specifika nationella skillnader.

Single inkluderar kostnader för universitetsutbildning. För detta utnyttjas en attributable fraction av kostnaden som baseras på den tid inom utbildningen som används till alkoholfrågor i förhållande till den totala utbildningstiden.

Johnson tar upp offentliga kostnader för ungdoms- och idrottsverksamhet med motivering att dessa verksamheter till viss del avser att motverka sociala problem bland barn och ungdomar, däribland alkoholproblem. Attributable fraction uppskattas av Johnson till 10 procent.

Johnson redovisar även en klumpsumma av kostnader för förebyggande åtgärder utförda av brandförsvaret och räddningstjänst samt privata förebyggande åtgärder. Exempel på det senare kan vara huslarm, taxiresor eller undvikande av vissa platser.

McDonnell & Maynard redovisar låga kostnadsuppskattningar, lägre än US\$ 1 per capita. Single ligger lite högre på US\$ 5 per capita och högst ligger Johnson på US\$ 67 per capita.

3.5.3 Försäkringsadministration

Försäkringsutbetalningar av olika typer är i sig inte en kostnad i samhällsekonomisk mening utan en transferering och ska därför inte beräknas. Däremot är de resurser som går åt för administration vid utbetalning en kostnad och ska därför beräknas. Endast Nakamura och Single har uppskattat dessa kostnader. Nakamura använder sig återigen av samma proportionsförhållanden som återfinns mellan alkoholrelaterade medicinska kostnader och totala medicinska kostnader för att skatta den alkoholrelaterade kostnaden för försäkringsadministration gällande hälso- och pensionsförsäkringar.

Single skattar den alkoholrelaterade andelen för administrativa kostnader för arbetslöshetskassa och socialbidrag till 0,5 procent (från annan studie). I fallet med workers compensation payments, som ger ersättning för icke dödliga arbets- och maskinskador används en högre attributable fraction, 4,9 procent anses vara alkoholrelaterat.

Övriga administrativa kostnader är inte uppskattade.

Kostnadsmässigt ligger Single lägst på US\$ 2 och Nakamura högst med US\$ 8 per capita.

3.5.4 Socialverksamhet

Inom denna kategori ingår kostnader för alkoholrelaterad icke-medicinsk verksamhet, t.ex. kostnader för hemtjänst och omhändertagande av barn.

Kostnader för socialverksamhet i olika former tas upp i tre av de granskade studierna. Gemensamt för dessa är att det endast är offentlig verksamhet som är inkluderad, men innehållet skiljer sig åt. Nakamura tar upp kostnader för utbetalningar inom socialbidrag avseende alkoholiserade och handikappsbidrag avseende personer som råkat ut för en alkoholrelaterad skada. Scottish Executive använder sig av olika attributable fractions för olika delar inom socialverksamheten som inriktar sig mot barn och familjer. Dessa ligger på 6–24 procent. Johnson använder också olika attributable fractions för olika delar av den sociala verksamheten, dessa ligger mellan 10–25 procent. Utöver detta skattar han attributable fraction för andra delar, såsom ungdomsvårdskolor och

vård av personer som blivit utvecklingsstörda på grund av moderns alkoholkonsumtion under graviditeten.

Den högsta skattade kostnaden står Johnson för med US\$ 144 per capita. Scottish Executive och Nakamura ligger betydligt lägre med US\$ 22 respektive US\$ 2 per capita.

Tabell 4. Kostnader för samhällets reaktion på alkoholkonsumtion

	McDonnell & Maynard	Nakamura	Single	Johnson	Scottish Executive
Forskning	Endast två organisationers kostnader för forskning inom alkoholism US\$ M*1,3** US\$ 0	AF*** av totala kostnaden för forskning kring mental hälsa baserat på samma proportion som mellan alkoholrelaterade medicinska kostnader och totala medicinska kostnader US\$ M0,1 US\$ 0	AF av forskningskostnader US\$ M23,5 US\$ 1		
Prevention och hälsofrämjande åtgärder	Endast utgifter för National Alcohol Bodies US\$ M1,5 US\$ 0		Kostnader för preventions- och hälsofrämjande program plus AF av utbildningen för <i>undergraduate</i> medicinsk utbildning US\$ M145,1 US\$ 5	Privata och offentliga kostnader för frivilligorganisationer, AF (10%) ungdomsverksamhet och AF (10%) idrott plus offentliga kostnader för forskning, upplysning etc. plus AF tullverk och privata vaktbolag plus AF (20%) trafiksäkerhet plus förebyggande åtgärder av räddningstjänst inklusive privata kostnader för förebyggande åtgärder US\$ M560,0 US\$ 67	Summerade kostnader för alkoholrelaterade program plus alkoholrelaterad utgifter (inkl. adm.) för <i>HEBS****</i> plus offentliga bidrag till frivilligorganisationer US\$ M3,1 US\$ 1

Tabell 4. forts.

	McDonnell & Maynard	Nakamura	Single	Johnson	Scottish Executive
Försäkrings- administration		AF för hälso- och pensionsförsäkringar US\$ M992,4 US\$ 8	AF (0,5%) för social välfärd och andra prog. plus AF (4,9%) av kostnader för workers' compensation prog. (administrativa kostnader) US\$ M56,6 US\$ 2		
Socialverksamhet		AF av icke-medicinska utbetalningar inom <i>welfare assistance</i> till alkoholiserade plus AF av <i>disability pension</i> pga. alkoholrelaterad skada US\$ M263,3 US\$ 2		AF Socialtjänst, AF (30%) ungdomsvårdsskolor, arbetahandikapp, vård av utvecklingsstörda, landstingens socialverksamhet, övrigt US\$ M1200,0 US\$ 144	Olika AF (6 & 24%) för olika delar av socialverksamhet US\$ M110,1 US\$ 22
Totalt	US\$ M2,8 US\$ 0	US\$ M1255,8 US\$ 10	US\$ M225,2 US\$ 8	US\$ M1780 US\$ 211	US\$ M113,2 US\$ 23

Noter:

* M avser miljoner

** I varje delkostnad redovisas först den totala kostnaden och därefter kostnaden per kapita

*** AF avser attributable fraction

**** Health Education Board for Scotland

3.6 Brottslighet

Det finns ett direkt samband mellan vissa brott och alkohol, såsom rattonykterhet, och ett indirekt samband med en mängd andra, såsom våldsbrott och vandalism. Detta medför självklart en kostnad för samhället i form av polisingripanden och rättegångar samt kostnader för bestraffningar. Problematiskt är att avgöra till vilken del som ett brott orsakas av alkohol. Även fenomenet med att dricka för att "få mod" att utföra vad man har planerat är definitionsmässigt svårt. Skulle inte brottet ha utförts om inte det var möjligt att "dricka sig till mod"? Alkoholkonsumtion och kriminell aktivitet kan också samexistera utan inbördes påverkan.

Denna kostnadskategori uppdelas i två delar som finns sammanställda i tabell 5.

3.6.1 Polisingripanden

Den vanliga kostnadsberäkningen för polisingripanden i de undersökta studierna bygger på attributable fraction av den totala kostnaden för polisväsendet. Däremot finns det variationer i hur stor del av brotten som tillräknas alkoholkonsumtion och vilka kostnader man baserar uträkningarna på. Johnson skiljer sig från övriga studier genom en mer detaljerad uppdelning av kostnader. Han tar var för sig upp kostnader för utredning, allmän övervakning och allmän och socialpolisiär spaning, trafikövervakning och administration. De attributable fractions författaren använder sig av varierar mellan 15–33 procent. I kostnaden för utredningsarbete inkluderas även kostnader för domstolar.

Både Johnson och Single koncentrerar sig på direkta alkoholrelaterade brott och våldsbrott. Övriga typer av brott lämnas utanför analysen, även om Johnson för ett resonemang om rån. Scottish Executive däremot skattar en attributable fraction av den totala kostnaden över alla brott.

Nakamuras studie skiljer sig från övriga på en punkt och det är när de övriga studierna skattar kostnader för brott med alkoholrelation så skattar Nakamura kostnader för brott som beror eller troligen beror på alkoholism. Nakamura skattar endast en totalkostnad för hela rättssystemet och då denna inte kan delas upp på delkostnader redovisas den i denna kategori.

McDonnell & Maynard beräknar inte kostnader för rättsväsendet i stort utan nöjer sig med att uppdatera siffror från en annan studie. De siffror som används baseras på ingripande vid rattonykterhet och fylleribrott. Notera också att kostnaderna även inkluderar administrationskostnader för domstol och försäkringar.

Ifråga om attributable fractions ligger Single lågt med 11,9 procent, Scottish executive högt med 26 procent.

Kostnadmässigt ligger Scottish Executive högst med US\$ 60 per capita strax före Johnson på US\$ 53 per capita. Lägst ligger Nakamura och McDonnell & Maynard som inte kommer över US\$ 1 per capita. Single ligger i mitten med US\$ 25.

3.6.2 Rättegång och bestraffning

Alkoholrelaterade brott belastar även det juridiska systemet, främst domstolar och fängelser. Johnson anser att en rimlig attributable fraction för totala kostnader för domstolväsendet är 20 procent (skattat efter andra studier). Denna kostnad är dock inräknad i polisingripandekategorin. McDonnell & Maynards siffror mäter endast domstolskostnader för brott med direkt anknytning till alkohol. En viss del av kostnaden beror på andra droger då det inte görs någon statistisk skillnad på alkohol och övriga droger vid vissa motortrafikbrott.

Single går längre och uppskattar kostnaderna för domstolar uppdelat på både direkt alkoholrelaterade brott och attributable fraction för alkohol av våldsbrott. Längst går Scottish executive som skattar direkt alkoholrelaterade brott och attributable fraction för indirekt alkoholrelation för alla andra brott.²¹

Single skattar, både i fallet med domstol ovan och bestraffning nedan, en attributable fraction som ska användas över totala kostnader. Single ger alltså en skattning av hur stor del av alla brott som är relaterade till alkohol genom att utgå ifrån direkta alkoholrelaterade brott och våldsbrott.

När det gäller kostnader för bestraffning använder Johnson en metod som skiljer sig från Singles. Han skattar en attributable fraction för de totala kostnaderna för våldsbrott. Johnson skattar därför hur stor andel av alla domar för våldsbrott som är alkoholrelaterade. Denna kostnad ska även kompensera för övriga

²¹ ²¹ Brott registrerade av polisen under ett år.

brotts indirekta alkoholrelation. Till detta adderas kostnader för brott med direkt alkoholrelation.

Observera att Johnson även har en kostnad för administration separat från övriga kostnader. I Singles och Scottish Executives studier är kostnaderna beräknade på en högre abstraktionsnivå där administrativa kostnader ingår.

I skattningen av bestraffningskostnader så skiljer sig Scottish Executive från övriga studier. Scottish Executive använder samma metod som för rättegångskostnader, dvs. attributable fraction över alla brott men lägger även till kostnader för de som är dömda för alkoholrelaterade brott året innan och som fortfarande avtjänar sitt straff. Resultatet blir alltså en summa för kostnader för den totala påföljdstiden för alkoholrelaterade brott där dom föll under undersökningsåret eller året innan. Utöver detta läggs även kostnader för frivård till. Denna skattas som en andel av totala kostnader.

När det gäller attributable fraction ligger Single och Scottish Executive relativt nära varandra. Single använder 29,3 procent som mått på all alkoholrelaterad brottslighet som kommer till domstol och bestraffning medan motsvarande siffra för Scottish Executive är 100 procent för direkta och 25 procent för indirekta alkoholrelaterade brott. Johnson använder sig av en attributable fraction på 60 procent för alkoholrelaterade våldsbrott.

När det gäller skattade kostnader för rättegångar och bestraffningar relaterade till alkoholkonsumtion ligger Single och Scottish Executive högst med US\$ 26 respektive US\$ 23. Johnson ligger lägre med US\$ 11 och även i denna kategori ligger McDonnell & Maynard runt US\$

Tabell 5. Kostnader för alkoholrelaterad brottslighet

	McDonnell & Maynard	Nakamura	Single	Johnson	Scottish executive
Polisingripande	Vissa direkt alkoholrelaterade inklusive domstol och försäkringsadministration US\$ M*46,0** US\$ 1	AF*** av total kostnad för rättssystemet beroende på alkoholism (0.07%) US\$ M2,3 US\$ 0	AF av total kostnad (11.9%) mätt över direkta och våldsbrott US\$ M720,9 US\$ 25	AF (15%) av utredningskostnader plus AF (33%) av kostnader för allmän övervakning och socialpolisjärspaning plus AF (20%) av totala administrationskostnader plus AF (20%) av trafikövervakningskostnader US\$ M440,0 US\$ 53	AF av total kostnad (26%) US\$ M306,0 US\$ 60
Rättegång och bestraffning	Fall direkt relaterat till alkohol, ej bestraffning US\$ M44,1 US\$ 1		AF (29,3%) av total kostnad för domstolar mätt över direkta och våldsbrott plus AF av bestraffningar mätt över fängelsestraff och frivård US\$ M751,5 US\$ 26	AF av direkta brott (100%) och våldsbrott (60%) beräknat över total straffid och medelkostnad plus AF (15%) av frivårds- och administrationskostnader US\$ M95,9 US\$ 11	Kostnad för rättegång för direkta och indirekta (25%) brott plus AF av kostnad för medelvistelse per brott plus AF kostnad för föregående års fällda (indirekt) fortfarande i fängelse plus AF (27%) av totala kostnader för frivård US\$ M116,7 US\$ 23
Totalt	US\$ M90.1 US\$ 2	US\$ M2.3 US\$ 0	US\$ M1472.4 US\$ 51	US\$ M535.9 US\$ 64	US\$ M422.7 US\$ 83

Noter:

* M avser miljoner

** I varje delkostnad redovisas först den totala kostnaden och därefter kostnaden per capita

*** AF avser attributable fraction

3.7 Övrigt

I detta avsnitt redovisas övriga kostnader, i första hand materiella skador vid trafikolyckor och bränder. Se tabell 6.

3.7.1 Trafikolyckor

I denna kategori ingår endast materiella skador som följd av alkoholrelaterade trafikolyckor, då andra kostnader har lyfts ut till andra kategorier, t.ex. hälso- och sjukvårdskostnader. Alla granskade studier, med undantag för Scottish Executive, har skattat kostnader för trafikolyckor. Nakamura och Single skattar kostnaden som en attributable fraction av den totala kompensationen/kravet från försäkringsbolagen vid motorfordonsolyckor. Andelen skiljer sig dock åt mellan dessa studier, då Nakamura och Single använder andelar motsvarande 0,7 respektive 16 procent.

McDonnell & Maynard och Johnson skattar kostnaden utifrån medelkostnad per olycka. McDonnell & Maynard tillskriver alkohol 10 procent av alla olyckor (uppgift från en annan studie) medan Johnson använder olika procentsatser för olika typer av olyckor (uppgift från en annan studie). Till detta lägger Johnson också vissa administrativa kostnader för försäkringar.

Även i denna kostnadskategori är det stora skillnader mellan de olika studierna. Högst ligger Johnson på US\$ 144, Single på US\$ 18 och McDonnell & Maynard på US\$ 5. Lägst skattad kostnad står Nakamura för med en kostnad per capita långt under US\$ 1.

3.7.2 Bränder

Nakamura och Single använder sig av en kostnadsdel som kan tillskrivas alkohol av den totala kostnaden för bränder, exklusive kostnader redovisade i andra kostnadskategorier. Dessa attributable fractions hämtar författarna från andra studier. Single utvecklar problematiken kring rökningens och alkoholens relation till bränder. Den attributable fraction som används i studien baseras på alla fall där den som orsakat branden var berusad utan att röka plus hälften av de fall där den som orsakat branden var både berusad och rökande.

Johnson uppskattar alkoholrelaterade kostnader för bränder och andra egendomsskador, t.ex. olyckor på arbetsplatsen, hemmet etc., dock ej trafikolyckor.

Kostnadsmissigt ligger Nakamura och Single lågt, runt US\$ 1 per capita medan Johnson skattar kostnaden till US\$ 10 per capita.

3.7.3 Övrigt

Johnson tar även upp produktionskostnader för alkohol som en kostnad för samhället. Denna kostnad beräknas utifrån den totala försäljningen under ett år där alkoholskatten dras av men momsens finns kvar.

Kostnader för alkoholrelaterad skadegörelse uppskattas också av Johnson, genom att anta att 40 procent av kostnaden för den totala skadegörelsen hamnar på kommunala bolag.

Kostnaderna för dessa två kategorier uppskattar Johnson till US\$ 399 respektive US\$ 10 per capita.

Tabell 6. Övriga kostnader för alkoholkonsumtion

	McDonnell & Maynard	Nakamura	Single	Johnson	Scottish Executive
Trafikolyckor	AF* (10%) av totala olyckskostnaden US\$ M**249,7*** US\$ 5	AF (0,7 %) av alkoholismissbruk baserat på den totala kompensationen från försäkringsbolag vid motorfordonsolyckor US\$ M39,2 US\$ 0	AF (16%) av totala kraven på försäkringsbolag vid motorfordonsolyckor US\$ M523,1 US\$ 18	Materiella skador vid trafikolyckor inklusive försäkringsadministrativa kostnader US\$ M1200,2 US\$ 144	
Brand		AF (6,1%) av totala kostnaden för brand US\$ M99,6**** US\$ 1	AF av totala kostnader för bränder US\$ M38,2 US\$ 1	Brand och övrig egendomsskada US\$ M79,9 US\$ 10	
Övriga egendomsskador				Skadegörelse US\$ M79,9 US\$ 10	
Alkoholproduktion				Total försäljning inklusive moms, exklusive alkoholskatt US\$ M3320,0 US\$ 399	
Totalt	US\$ M249,7 US\$ 5	US\$ M138,8 US\$ 1	US\$ M561,3 US\$ 19	US\$ M4680,0 US\$ 563	

Noter:

* AF avser attributable fraction

** M avser miljoner

*** I varje delkostnad redovisas först den totala kostnaden och därefter kostnaden per kapita

**** Denna siffra presenteras som övrigt i studien. Det innebär i princip att andra kostnader kan ingå utan att författarna har presenterat detta

4 Diskussion

Detta kapitel diskuterar metodskillnader och exemplifierar effekterna av dessa med stöd av analysen i kapitel 3. Kapitlet är uppdelat i avsnitt som fokuserar på generaliserbara förklaringar till skillnaderna i kostnader som de granskade studierna redovisar.

4.1 Resultat

Av tabell 1 framgår att det är stora skillnader i resultat mellan de olika studierna. Johnsons studie ligger avsevärt högre än övriga studier men även Nakamuras resultat är relativt hög. Studien av McDonnell & Maynard redovisar den lägsta kostnaden. Hur mycket kan metodskillnader förklara av spridningen i resultaten?

Johnson skattar de totala kostnaderna högre än övriga granskade studier. En anledning till detta är att han skattar fler kostnadsdelar. Single däremot väljer att endast skatta kostnader där det finns säkra vetenskapliga bevis för ett orsakssamband och att han alltid väljer den lägsta möjliga kostnaden när han hämtar uppgifter från andra studier. Detta leder till att Single skattar de totala alkoholrelaterade kostnaderna relativt lågt. Denna skillnad i metod mellan Johnson och Single kan emellertid knappast helt förklara Johnsons mycket högre resultat. En annan förklaring är att Johnson allmänt tillskriver alkoholkonsumtion större negativa externa effekter än övriga studier och att Johnson ofta ligger på en högre abstraktionsnivå på skattningarna. Ett exempel på det senare kan ses i kostnaderna för hälso- och sjukvård där Johnson uppskattar en attributable fraction för all sjukvård medan övriga studier skattar kostnader för olika delar av hälso- och sjukvården.

Nakamuras studie ligger också relativt högt i kostnads-skattningarna, dock väsentligt lägre än Johnson. Det är främst delkostnaderna för sjukvård och minskad effektivitet som driver upp kostnaderna i Nakamuras studie. I det senare fallet skiljer sig Nakamura ifrån de övriga studierna genom att använda ett värde (21 procent) för nedsatt effektivitet för alla problemkonsumenter (utifrån prevalens). Detta värde ger således en högre kostnad för minskad effektivitet än t.ex. Single som skattar denna kostnad genom att undersöka löneskillnader mellan normalpopulationen och personer med alkoholrelaterat beroende, handikapp eller andra skador. Singles metod mäter inte nedsatt effektivitet beroende på

t.ex. rus och bakfylla på arbetsplatsen. Härav kan Singles metod förväntas underskatta kostnaden. Intressant är också att notera att Nakamuras skattning även är högre än Johnson för denna delkostnad. I fallet med sjukvårdskostnader utgår Nakamura från medicinska kostnader per diagnos vilket skiljer sig från t.ex. Single som utgår ifrån ett medelvärde för medicinska kostnader över alla diagnoser. Kan detta förklara Nakamuras högre kostnader? Single gör en känslighetsanalys över just denna kostnadspost och kommer fram till att, i fallet med alkoholrelaterade kostnader i Kanada 1992, skulle den metod som används av Nakamura ge 6 procent lägre kostnader. Detta indikerar att trots metodval ligger kostnaderna högre i Nakamuras studie och att metodvalet inte kan förklara Nakamuras högre kostnader. I likhet med Nakamura utgår McDonnell & Maynard från kostnader per diagnos och deras resultat ligger betydligt under övriga studier. Förklaringen till skillnaden i resultat kan också härledas till institutionella skillnader och attributable fractions (se vidare nedan).

McDonnell & Maynard är som ovan nämnt den studie som kommer fram till de lägsta kostnaderna. Studien ligger lågt i alla kostnadskategorier och är i många delar motpolen till Johnsons studie. Få uppskattade kostnader och lågt hållna värden är dock knappast hela förklaringen till de låga kostnaderna. Det är rimligt att anta att McDonnell & Maynards studie uppskattar alkoholkonsumtionens negativa effekter lägst av de undersökta studierna. Det kan även vara så att problemkonsumtionsdefinitionen har en snävare innebörd vilken underskattar problemen i samhället (se vidare nedan).

Det är värt att notera att de högsta och lägsta kostnadsskattningarna härrör från de två äldsta undersökta studierna. Detta kan tyda på att den forskning som har utförts de senaste två decennierna har lyckats att både standardisera och förbättra metoderna vilket ökar jämförbarheten mellan studier och möjligen även resultatens trovärdighet.

4.2 Kostnadskategorier

Den mest uppenbara skillnaden mellan olika studier är att olika kostnader tas upp. Det finns många skillnader att uppmärksamma och detta avsnitt behandlar en del av dessa.

Intangibla kostnader ingår inte i någon av studierna trots att denna kostnadspost bör vara med i en kostnadsanalys. Skälet är svårigheterna kring mätning av hälsostatus. Idag har det emellertid utvecklats verktyg för att fånga den hälsorelaterade livskvaliteten, t.ex. EQ5D, vilket ökar möjligheterna att i framtiden även inkludera intangibla kostnader i analyserna. Inkluderande av intangibla kostnader kommer sannolikt att påverka resultaten avsevärt. Johnson gör en översiktlig skattning av de intangibla kostnaderna vilket ger ett resultat som uppgår till 50 procent av de totala kostnaderna för alkoholkonsumtion. Denna siffra kan, även om den i högsta grad är osäker, ge en fingervisning om att inkluderade intangibla kostnader kommer att ge betydligt högre samhälleliga kostnader för alkoholkonsumtion.

Alkoholkonsumtion för även med sig positiva effekter, t.ex. förebyggande av hjärtsjukdomar. Alla granskade studier valde att endast ta upp bruttokostnader och utelämna intäktssidan även om både Single och Johnson diskuterar detta område. En studie som skattar nettokostnader kommer att landa på en lägre kostnadsnivå. Alkoholens positiva effekter är ur ett samhällsperspektiv intressant men om dessa intäkter tas med i undersökningen måste detta göras konsekvent över alla kostnadskategorier. En sådan undersökning skulle kräva ingående kunskaper om bl.a. alkoholvanor och effekter på självupplevd hälsa/livskvalitet.

De två diskuterade kostnadsdelarna ovan är uteslutna från studierna av skäl som bygger på praktiska problem (intangibla kostnader) respektive generella metodöverväganden (nettokostnader). Det finns även andra skäl till att kostnadsdelar saknas i studierna. Ett exempel kan ses i Scottish Executives diskussion om kostnader för laborietester där de indirekta alkoholrelaterade sjukdomsfallen är uteslutna med motiveringen att testerna inte nödvändigtvis måste vara relaterade till alkohol. Detta problem ligger nära diskussionen om attributable fraction inom övrig hälso- och sjukvård och det är möjligt att argumentera för att attributable fraction i princip borde tillämpas även för kostnader för laborietester. I detta fall är emellertid kostnadsandelarna relativt låga och kan inte förväntas påverka det totala resultatet i

någon större utsträckning men det visar ändå på teoribundna problem som kan uppstå och som påverkar möjligheterna att jämföra olika kostnadsstudier. Andra exempel från studierna som påverkar mer är Johnsons kostnader för produktion av alkohol, Singles co-morbidity och Johnsons kostnader för ungdoms- och idrottsverksamhet.

Det kan även noteras att det finns stora variationer på vilka kostnader som ingår i de olika kostnadskategorierna och hur de definieras, se 4.7.

4.3 Attributable fraction

Storleken på den andel av en kostnad som tillskrivs alkoholkonsumtion påverkar givetvis storleken på den alkoholrelaterade samhällskostnaden. Denna andel kan, de facto, variera mellan olika geografiska och demografiska strukturer, se vidare 4.8. Hela skillnaden behöver dock inte beror på dessa strukturella skillnader, även olika metoder för att skatta attributable fraction påverkar resultatet. Ur t.ex. kostnaden för sjukvård kan tre olika metoder urskiljas: 1) officiell statistik, där andelen alkoholrelaterade fall tas direkt ur det statistiska materialet (Scottish Executive). 2) prevalensbaserade skattningar, vilket sker genom att använda relativ risk för olika sjukdomar på olika nivåer av alkoholkonsumtion. Detta kräver dock detaljerad information om de risker olika alkoholkonsumtionsmönster för med sig och konsumtionsmönstret för det undersökta området (Single, Scottish Executive). 3) allmänna uppskattningar som baseras på andra närliggande studier. Dessa uppskattningar kan ske på alla nivåer, från attributable fraction för en enskild sjukdom till en hel kostnadskategori. Det är viktigt att granska grunden för dessa uppskattningar, då de kan vara olika väl underbyggda. Exempel på detta är Johnsons skattning av sjukvårdskostnader där författaren tillskriver 20 procent av de totala kostnaderna till alkoholrelaterad vård. Andelen baseras på två andra studier som tillskriver alkoholkonsumtion ca 25 respektive 33–50 procent av sjukvårdskostnaderna. Även om Johnson ligger lågt i vad som kan förväntas vara den faktiska andelen för alkoholrelationen är siffran i sig osäker. Även Scottish Executive använder denna metod i vissa fall, t.ex. vid skattningen av attributable fraction över dagsbesök på sjukhus (psykiatrisk vård) där värdet tas fram som median mellan

två värden som använts tidigare i studien. Båda dessa uppskattningar av attributable fraction får, trots att de är rimliga, betraktas som osäkra. För att påpeka motsatsen till detta, dvs. bättre metodologiskt underbyggda värden, skulle man kunna hänvisa till stora delar av de övriga studierna, se t.ex. Singles och Scottish Executives behandling av sjukvårdskostnader.

Då det första metoden endast kan ge kostnader för direkt alkoholrelaterade fall måste något av de två andra metoderna användas för att kunna ge en fullständig kostnadsanalys. Vilket av de två andra som är att föredra är svårt att säga. Det beror på, som i så många andra fall, vilket material som finns tillgängligt både inom tidigare forskning och inom det statistiska materialet i undersökningsområdet. Inom medicinska områden finns det större möjlighet att utnyttja internationella studier än inom samhällsorienterade områden, där de geografiskspecifika skillnaderna är större, se vidare nedan.

Värt att notera är att ingen av de undersökta studierna har använt sig av incidens utan att prevalens är enklare att handskas med utifrån tillgängligt material och kunskap.

4.4 Datamaterial

För kostnadsanalyser över alkohol som strävar efter att vara fullständiga finns få enhetliga datamaterial tillgängliga. Undersökningarna baseras på material från många olika källor. Man kan inte dra några slutsatser om huruvida undersökningsdelarna baseras på s.k. top-down eller bottom-up studier vilket skulle kräva en djupare undersökning av materialet som studierna grundar sig på vilket ligger utanför denna uppsats ramar. En top-down studie utnyttjar befintliga register och databaser över kostnader vilket appliceras på ett prevalensunderlag medan en bottom-up studie undersöker kostnader för enskilda individer som sedan generaliseras till att omfatta en hel population.²² I de undersökta studierna är det möjligt att se att top-down har utnyttjats inom vissa områden, t.ex. hälso- och sjukvård, däremot är frågan om bottom-up svårare att svara på.

²² Kobelt (2002).

4.5 Indirekta kostnader

Som tidigare konstaterats påverkar valet av metod resultatet när mortalitet och morbiditet ska skattas. De metoder för skattning av mortalitet som används i de undersökta studierna är humankapital- och WTP metoderna samt en tredje metod av Johnson. Studien som använder WTP metoden (Scottish Executive) ger den näst högsta kostnaden per capita, slagen endast av Johnson. De studier som använder sig av humankapital metoden har visserligen inbördes stor spridning i kostnadsskattningarna men ligger betydligt lägre än den studie som baserats på WTP metoden. Detta är teoretiskt förväntat, då humankapital metoden underskattar kostnaden, främst på grund av att utebliven produktion av icke förvärvsarbetande individer inte ingår. WTP metoden riskerar å sin sida att ligga högt i kostnadsestimeringarna.

Nämnas bör också att Johnson använder sig av en metod som har vissa likheter med den demografiska metoden som jämför ett exponerat samhälle med ett samhälle utan exponering eller ett samhälle där effekterna av en exponering har försvunnit. Pga. att delar av Johnsons metod har svagheter, främst vad gäller beräkningen av antalet alkoholrelaterade dödsfall är det inte möjligt att med säkerhet tillskriva den stora skillnaden i resultat till metod. Det är troligt att en del av den högre kostnaden hos Johnson även bygger på en högre andel alkoholrelaterade dödsfall.

4.6 Diskontering

Diskontering har som tidigare nämnts stor inverkan på resultaten i en kostnadsanalys. Alla studier med undantag av Johnson utnyttjar diskonteringsvärde på 6 procent. Johnson diskonterar inte pga. sitt metodval angående mortalitet (se ovan). Bl.a. Single för en diskussion om diskonteringsvärdet och gör en känslighetsanalys på 4, 5, 6 och 10 procent. Skillnaden i känslighetsanalysen mellan den lägsta kostnaden (10 procent) och den högsta (4 procent) ger en kostnadsskillnad på nära 100 procent.

4.7 Definitioner

Definitionsskillnader mellan studier ger självklart skillnader i resultat. Ett vanligt begrepp i de olika studierna är ”problemkonsumtion” vilket ofta definieras utifrån självupplevda problem vid alkoholkonsumtion (Scottish Executive, McDonnell & Maynard). Denna definition förändras inom vissa kostnads-kategorier, t.ex. i kategorin för samhällets reaktion. I detta fall innebär problemkonsumtion all konsumtion som medför en kostnad för samhällsliga institutioner (McDonnell & Maynard).

Ett bättre begrepp för det senare är missbruk som oftast definieras som konsumtion som medför externa kostnader - kostnader som belastar samhället (Single). Detta begrepp ska inte förväxlas med den mer vardagliga betydelsen av ordet som ligger närmare alkoholism, som definitionsmässigt kräver beroende. Det är inte heller detsamma som problemkonsumtion, då missbruksbegreppet tar upp alla externa kostnader för alkoholkonsumtion och kan förväntas vara en bredare definition.

Svårigheterna kring definitioner ställer främst till problem för studier som använder sig av relativ risk vid olika konsumtionsnivåer och prevalens för konsumtion då antalet individer med missbruk/problemkonsumtion påverkar resultaten kraftigt samt att beroende på hur problemkonsumtion definieras avgör hur stor del av de faktiska samhällsliga kostnaderna av alkoholkonsumtion som tas upp i studien.

Diagnoskategorierna är ett exempel på de många definitionsproblemen inom detta ämne. Det är främst inom de indirekta alkoholrelaterade sjukdomarna som problem kan uppstå. Inom detta område finns det dock ett verktyg (ICD-10). Detta verktyg används dock inte i två av studierna (Johnson och McDonnell & Maynard) vilket gör kostnadsjämförelser inom hälso- och sjukvårdskategorin osäkra.

Jämförelseproblem kan uppstå även utan definitionsskillnader t.ex. när studierna, av olika skäl, inte mäter samma sak. Exempel på detta från de olika studierna går att hitta t.ex. i Nakamuras behandling av brottslighet. Från att tidigare i studien ha inriktat sig på alkoholrelaterade kostnader för missbruk/problemkonsumtion mäts istället brottskostnader för alkoholism. Detta ger definitionsmässigt ett lägre resultat än t.ex. missbruk. Alltså innebär detta att även om samma kostnadskomponenter ingår i en kategori är det inte säkert att det är samma företeelse som

undersöks. Ytterligare ett exempel är att Nakamura mäter kostnader för psykiatrisk vård över antal terapitillfällen för alkoholister medan McDonnell & Maynard mäter över alkoholrelaterade huvuddiagnoser. I fallet med kostnader för sjukfrånvaro är detta problem extra tydligt där kostnaderna mäts över alkoholism (McDonnell & Maynard och Scottish Executive), problemkonsumtion (Nakamura) och missbruk (Johnson).

Ett annat relaterat problem är trafikolyckor. Trafikolyckor orsakade av alkoholkonsumtion bör naturligtvis tas med i kostnadsanalyser. Orsakssambandet är emellertid inte självklart (detta gäller för övrigt även många andra delkostnader). Förutom att det kan vara svårt att mäta andelen alkoholrelaterade trafikolyckor, vilket oftast mäts utifrån andel olyckor där minst en part varit påverkad, kommer även frågan upp om alkoholpåverkan under gränsen för trafikolyckor tas med.

En viktig faktor inom alla dessa ovannämnda problem är i praktiken vilket datamaterial forskaren har tillgång till. För att få bättre och mer stringenta studier i framtiden krävs mer forskning.

4.8 Institutionella skillnader

Alla skillnader i olika kostnadsanalyser av alkoholkonsumtion kan inte tillskrivas skillnader i metoder. Samhälleliga institutioner (både organisationer och kulturella strukturer) kan påverka resultaten. I detta avsnitt diskuteras olika institutionella skillnader som kan förväntas påverka storleken på kostnaden för alkoholkonsumtion.

Det mest uppenbara är konsumtionsmönstret. Detta är något som Nakamura diskuterar och som motiverar lägre kostnader i Japan i jämförelse med amerikanska studier på grund av lägre konsumtionsnivå i Japan. Man kan dock förvänta sig att det inte bara är mängden alkohol som konsumeras per invånare som påverkar utan även hur och vad som dricks. Det s.k. binge drinking beteendet där stora mängder alkohol konsumeras under kort tid, vanligtvis ett veckoslut, kan förväntas medföra större kostnader för t.ex. brottslighet, förgiftning och olyckor i förhållande till en mer måttlig konsumtion utspridd under större tidsperiod. Även skillnader i konsumtionsmönster mellan de s.k. vin-, öl- och (f.d.) spritländerna kan förväntas medföra skillnader i kostnadsberäkningar.²³

²³ För vidare diskussion och utvecklingstrender i Sverige och Europa se Leifman (2002).

Hur samhället är organiserat i sina olika delar kan också förväntas påverka. T.ex. kan i princip kostnadseffektiviteten inom hälso- och sjukvården påverka, då samma prevalens och relativ risk inte behöver ge samma kostnader i två länder samt hur väl samhällsliga institutioner är utbyggda för att bemöta alkoholproblem vilket ger skilda resultat. Dessa två exempel berör i första hand kostnader för hälso- och sjukvård samt samhällets reaktion men påverkar i sin tur alla andra kostnadskategorier.

Om man går ner på kategorinivå uppstår skillnader, t.ex. vilken samhällslig del som har ansvar för vad. Ett belysande exempel finns i Johnsons studie där kommunerna står för kostnader för missbruksvård. Dessa kostnader hamnar därför i kategorin för samhällslig reaktion i studien. Andra samhällen kan vara organiserade på andra vis, där t.ex. sjukvården har ansvar för missbruksvården varpå dessa kostnader hamnar i kategorin för hälso- och sjukvård. Detta gör att det är viktigt dels att studierna presenterar alla kostnader som ingår, dels att särskild uppmärksamhet riktas mot innehållen i kategorierna vid jämförelser.

Ett sällan diskuterat problem är graden av utveckling i jämförelseländerna. Detta har hittills inte varit något stort problem då de flesta kostnadsundersökta länder tillhör den relativt sett högt utvecklade västvärlden. Vid jämförelser med utvecklingsländer måste detta korrigeras för om jämförelsen skall vara relevant. Detta problem berör i stort sett varje kostnadskategori.

Det finns som synes stora problem kring c-o-i beräkningar över alkoholkonsumtion och vid jämförandet mellan olika studier. Mycket av den kritik som finns riktad mot denna typ av undersökningar bekräftas i denna uppsats bl.a. jämförbarheten mellan olika studier. Det faktum att dessa problem låter sig pekas ut gör att möjligheterna att i framtiden producera enhetliga och jämförbara studier ökar. I synnerhet med hjälp av de internationella riktlinjer som kontinuerligt har uppdaterats från och med den första versionen 1995. Riktlinjerna ökar inte bara jämförbarheten utan förbättrar också i många fall undersökningarnas kvalitet.

Utförandet av en c-o-i för en eventuell svensk studie kräver noggrannhet både vid val av metod och vid val av datamaterial. För att studien ska vara internationellt jämförbar måste i första hand metoder, definitioner och kostnadskategorier överrensstämma med den internationella standarden och då främst de internationella riktlinjerna. Vidare måste kostnadskategorierna utformas på ett

sådant sätt att institutionella skillnader mellan olika länder inte tillåts påverka jämförbarhetsgraden.

Om de punkter som tagits upp under detta kapitel beaktas finns det goda möjligheter att estimeras c-o-i studier för alkohol som både är jämförbara och tillräckligt precisa för att kunna användas för t.ex. policyjämförelser och cost-effectiveness analyser.

4.9 Framtida kostnader

Detta avsnitt diskuterar vilka kostnader som kan antas tynga det svenska samhället när och om alkoholkonsumtionen når i nivå med övriga EU-medlemsländer. Denna diskussion baseras på resultaten i Single och rapporten till Scottish Executive som vi uppfattat vara de mest rimliga studierna. I detta sammanhang är det viktigt att ta hänsyn till konsumtionsnivån vid undersökningstidpunkten för de olika studierna, där Kanada (Single) låg runt åtta liter ren alkohol per person och år²⁴ och Skottland (Scottish Executive) låg runt sju liter ren alkohol per person och år.²⁵ Vid undersökning av andra källor för Kanadas alkoholkonsumtions nivå ges andra uppgifter, t.ex. närmare sju liter²⁶ och 7.5 liter.²⁷ Pga. denna osäkerhet likställs dessa två länders konsumtionsnivå på ett värde på sju liter ren alkohol per person och år.

Den samhälliga kostnaden för denna konsumtionsnivå beräknas i studierna till US\$ 287 och US\$ 321 för Kanada respektive Skottland i 2003 års penningvärde. Genom att helt ta medelvärdet mellan dessa siffror fås en enkel skattning på kostnaden per capita för alkoholkonsumtion på sju liter per person och år, motsvarande US\$ 304.

Den svenska alkoholkonsumtionen låg år 2002 även den på ca sju liter ren alkohol per person och år.²⁸ Om man ser Sverige å ena sida och Kanada och Skottland å den andra sidan som likvärdiga länder kan man anta att de samhälliga kostnaderna i Sverige är US\$ 304 per capita och år. Noteras bör emellertid att alla samhälliga kostnader inte är inkluderade i denna siffra. De granskade studierna för Kanada och Skottland saknar bl.a. uppskattningar för intangibla kostnader. Om man utgår ifrån Johnsons översiktliga skattning av

²⁴ Global alcohol database, WHO.

²⁵ Alcohol misuse in Scotland: trends and costs (2001).

²⁶ Skog (1998).

²⁷ OECD Health Data (2004).

²⁸ OECD Health Data (2004).

intangibla kostnader (50% av totala kostnader) skulle den faktiska kostnaden för Sverige år 2002 vara ca US\$ 450 per capita (2003 års penningvärde). Fortsättningsvis kommer diskussionen inte att ta med intangibla kostnader utan utgå ifrån kostnaden på US\$ 304.

Medelvärde för alkoholkonsumtionsnivån i EU²⁹ 2002 ligger på knappa 11 liter ren alkohol per person och år.³⁰ Detta motsvarar i princip Frankrikes konsumtionsnivå 1997.

För 1997 finns det en c-o-i studie för de samhälliga kostnader av alkoholkonsumtion för Frankrike som redovisar en kostnad per capita på US\$ 435, uppräknad till 2003 års penningvärde.³¹ Denna undersökning ingår inte bland de granskade studierna i denna uppsats men vi bedömer den som jämförbar metodmässigt med Single och rapporten till Scottish Executive. Det är troligt att samhälliga kostnader för Sverige skulle stiga till en liknande nivå när och om alkoholkonsumtionen stiger till EU genomsnitt.

En konsumtionsökning i Sverige från 7 liter ren alkohol per person och år till 11 liter kan förväntas öka de samhälliga kostnaderna med 40–50 procent. Detta exkluderar vissa kostnader såsom intangibla kostnader vilket leder till att den faktiska kostnaden för alkoholkonsumtion kan förväntas ligga betydligt över US\$ 435 per capita vid en konsumtionsnivå på 11 liter. Det finns även ytterligare faktorer som talar för att kostnaden för det svenska samhället kan vara större, t.ex. det svenska kulturella mönstret av binge-drinking.

5 Avslutande sammanfattning

Denna uppsats har ett tudelat syfte, dels att redovisa resultat av cost-of-illness studier över alkoholkonsumtion, dels att göra en kritisk granskning av de metoder som används i dessa studier och diskutera skillnaderna i resultat utifrån dessa metodologiska skillnader.

De undersökta studiernas kostnader konverteras till US\$ och räknas upp till 2003 års penningvärde med hjälp av det amerikanska konsumentprisindexet. I uppsatsen görs alla jämförelser i kostnader per capita.

²⁹ Endast de 15 medlemsländer som ingick före utvidgningen 1/5-04.

³⁰ Värde för Österrike år 1999, Portugal, Spanien, Frankrike, Italien, Grekland, Luxemburg, Belgien och Nederländerna år 2000, övriga 2002. OECD Health Data (2004).

³¹ Fenoglio et al. (2003), för konvertering av valuta användes växelkurs från Triacom.

Resultatmässigt finns det stora skillnader, högst i förhållande till befolkningsmängd ligger Johnson (1983) med en kostnad på ungefär US\$ 20,2 miljarder (US\$ 2 433 per capita) och Nakamura et al. (1993) med US\$ 74,3 miljarder (US\$ 608). Lägst av de undersökta studierna ligger McDonnell & Maynard (1985) med en kostnad på US\$ 4,5 miljarder (US\$ 91). Där emellan ligger Single et al. (1998) och rapporten till the Scottish Executive (2001) med US\$ 8,2 respektive US\$ 1,6 miljarder (US\$ 287 resp. US\$ 321)

Skillnaderna mellan de olika studierna är stor. Det är svårt att dra slutsatser om att en kostnadskategori skulle vara mer benägen att skapa skillnader. Förklaringen ligger inom andra områden t.ex. hur stora negativa effekter som tillskrivs alkohol. Det är de två äldsta studierna som ger det högsta och lägsta resultatet vilket kan tyda på en utveckling mot bättre kunskap och mer jämförbara studier.

Vid granskningen av skillnaderna i de olika kostnadskategorierna eller delkostnaderna finner man en rad olika faktorer som delvis kan förklara skillnaderna.

- Kostnadskategorier: studierna redovisar olika delkostnader.
- Attributable fraction: storleken på den alkoholrelaterade andelen och hur den uppskattas varierar.
- Indirekta kostnader: olika valda metoder påverkar resultaten.
- Diskontering: olika val av diskonteringsränta ger stora skillnader i resultat.
- Definitioner: hur centrala begrepp definieras och vad som faktiskt mäts i de olika delkostnaderna.
- Institutionella skillnader: länders kulturella och organisatoriska skillnader påverkar.

Alla dessa faktorer måste tas hänsyn till vid utförandet av en c-o-i för att den ska vara jämförbar med internationella studier.

Kostnader för det svenska samhället om/när konsumtionsnivån når upp till EU-genomsnittet skattas i denna uppsats till US\$ 435 per capita i 2003 års priser, dvs. en kostnadsökning med 40–50 procent. Intangible kostnader är inte inräknade i denna siffra och inte heller har speciell hänsyn tagits till det typiska konsumtionsmönstret. Den skattade siffran skall ses som ett minimivärde där den faktiska kostnaden är betydligt högre.

Referenser

- Alcohol misuse in Scotland: trends and costs* (2001) The Scottish Executive (<http://www.scotland.gov.uk/health/alcoholproblems/docs/trco-00.asp>)
- Annual abstract of statistics* (2004) (Office for national statistics) (www.statistics.gov.uk)
- Choi, B., Robson, L., Single, E., (1997) *Estimating the economic costs of the abuse of tobacco, alcohol and illicit drugs: a review of methodologies and Canadian data sources*, Chronic diseases in Canada 18:4
- Collins, D. J., Lapsley, H. M., (2002) *Counting the cost: estimates of the social cost of drug abuse in Australia in 1998-9*, National Drug Strategy Monograph Series No. 49
- Drummond, M. F., O'Brien, B., Stoddart, G. L., Torrance, G. W., (1997) *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (2:a upplagan) Oxford university press, Oxford
- Economic Costs of Alcohol and Drug Abuse in the United States-1992* (The), National institute on drug abuse, (<http://www.nida.nih.gov/EconomicCosts/Index.html>)
- English, D., Holman, D., Milne, E., (1995) *The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia, 1992* (Canberra, Commonwealth department of Human Services and Health)
- Estimating costs associated with alcohol abuse: towards a patterns approach* (1999) ICAP Reports 7 <http://www.icap.org/publications/report7.html>
- Fenoglio, P., Parel, V., Kopp, P. (2003) *The social cost of alcohol, tobacco and illicit drugs in France, 1997*, European addiction research 9, s.18-28
- Gjelsvik, R., (2004) *Utredning av de samfunnsmessige kostnadene relatert til alkohol*, Sosial- og helsedirektoratet, Rokkansenteret
- Global Alcohol Database, WHO (http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=whosis,alcohol,alcohol_apc&language=english)
- Johnson, A. (1983) *50 miljarder kostar supen* Sober förlags AB, Stockholm
- Kobelt, G., (2002) *Health economics: an introduction to economic evaluation* (2:a upplagan) (Office of health economics, London)
- Leifman, H., (2002) *Konsumtionsvanor och alkoholproblem; internationella jämförelser*, Den svenska supen i det nya Europa; nya villkor för alkoholprevention: en kunskapsöversikt, Andréasson, S., (ed.), Folkhälsoinstitutet, Stockholm
- Max, W., Rice, D., MacKenzie, E. (1990) *The lifetime cost of injury*, *Inquiry* 27, s. 332-343
- McDonnell, R., Maynard, A. (1985) *The cost of alcohol misuse*, *British journal of addiction* 80, s. 27-35
- Money, finance and the euro: statistics* 06/2003 (<http://europa.eu.int/comm/eurostat>)
- Nakamura, K., Tanaka, A., Takano, T. (1993) *The social cost of alcohol abuse in Japan*, *Journal of studies on alcohol* 54, s. 618-625
- OECD, OECD Health Data (2002) *A comparative analysis of 30 countries* (Version 06/15/2002, Paris)
- OECD, OECD Health Data (2004) 1st edition (<http://www.oecd.org/dataoecd/13/29/31963581.xls>)
- Single, E., (1995) *International guidelines for estimating the economic costs of substance abuse* (2nd window of opportunity national congress, Brisbane, Australia)
- Single, E., Robson, L., Xie, X., Rehm, J. (1998) *The economic costs of alcohol, tobacco and illicit drugs in Canada, 1992*, *Addiction* 93:7, s. 991-1006
- Skog, O.-J., (2003) *Alcohol consumption and fatal accidents in Canada, 1950-98*, *Addiction* 98, s. 883-893
- SU (2003) *Alcohol misuse: how much does it cost?* Cabinet Office, Strategy Unit report
- Triacom (Historical exchange rates) (www.triacom.com/archive/exchange.en.html)
- Xie, X., Rehm, J., Single, E., Robson, L., Paul, J. (1998) *The economic costs of alcohol abuse in Ontario*, *Pharmacological research* 37:3, s. 241-249

Priselasticiteten för alkohol 1984–2003

Inledning

Priset på alkohol brukar nämnas som ett av de viktigaste alkoholpolitiska instrumenten för att kontrollera den totala konsumtionen. Skälen till detta är dels att efterfrågan på alkohol faktiskt är priskänslig, dels att staten via skatter och avgifter har stora möjligheter att styra priset. Möjligheterna för ett enskilt land som Sverige att föra en självständig skattepolitik har dock kommit att begränsas i takt med den ökande ekonomiska integrationen. I synnerhet är det kombinationen av näst intill slojade införselkvoter och lägre alkoholpriser i Danmark och Tyskland som skapar problem. Den kraftiga privata införsel som följer av detta frestar på den svenska alkoholpolitikens legitimitet. Om den svenska staten väljer att anpassa alkoholpriserna till omvärldens lägre nivåer är det angeläget att man har ett bra kunskapsunderlag för att kunna bedöma konsekvenserna på konsumtion och skador.

Syftet med denna studie är att på basis av aktuella data analysera ett antal frågeställningar som rör kopplingen mellan pris och efterfrågan på alkohol. Följande avsnitt presenterar de frågeställningar som ska belysas i denna rapport.

Thor Norström
Institutet för social forskning (SOFI)
Stockholms universitet

Hur stark är priselasticiteten för öl, vin och sprit?

De översikter (Ornstein 1980; Ornstein & Levy 1983; Österberg 1995; Österberg 2001) som finns rörande priselasticiteten för alkohol visar en stor spännvidd i skattningarna. Skattningarna av priselasticiteten för öl varierar t.ex. mellan 0 och -3 i Österbergs (1995) genomgång. Även om man exkluderar extremvärdena kvarstår stora skillnader. Dessa kan delvis bero på en faktisk variation i priskänsligheten mellan länder och över tid, men också skillnader i t.ex. modellval och datakvalitet har sannolikt stor inverkan på resultaten. Vid skattningar av priselasticiteten konfronteras man i de flesta länder med två fundamentala metodologiska problem som knappast gäller för Sverige; det gäller frågan om exogenitet och datakvalitet. Även om man bör förvänta sig ett samband mellan pris och efterfrågan på alkohol är sambandets riktning i en observerad negativ korrelation inte självklar. Höjda priser bör leda till minskad efterfrågan, men en minskad efterfrågan kan också göra att säljarna på marknaden sänker priserna. På en fri marknad kan priset alltså inte antas vara exogent, dvs. obereonde av efterfrågan, vilket komplicerar elasticitetsskattningar. En fördel med den svenska alkoholmarknaden i detta sammanhang är att priserna inte sätts med hänsyn till efterfrågan utan verkligen är exogena. En annan fördel är den höga kvaliteten och detaljrikedomen i data avseende såväl försäljning som priser. I t.ex. USA baseras prisdata på direktobservationer i vissa butiker av priset på några få utvalda märken av öl, vin och sprit. Eftersom dessa märken inte alltid är representativa och bara står för en bråkdel av den totala försäljningen, finns det stora mätfel i dessa prisserier, något som skapar problem i statistiska analyser av sambandet mellan pris och försäljning (Young Bielinska-Kwapisz 2003).

Svenska data erbjuder således goda metodologiska förutsättningar för att skatta priselasticiteten för alkohol.

Hur snabbt slår en förändring i priset på alkohol igenom?

Man brukar skilja mellan kortsiktig och långsiktig priselasticitet där den senare som regel är starkare. En bilist som erfar ett högre bensinpris när han kör in på macken väljer knappast att avstå från att tanka. Däremot kan han komma att dra ner på nöjeskörning och även välja en bensinsnålare bil när byte blir aktuellt. I exemplet sker

det en långsiktig anpassning till det högre priset; det tar alltså viss tid innan prisändringen får fullt genomslag. Hur snabbt responderar konsumenterna på en förändring i priset på alkohol? Enligt flera studier är den långsiktiga priselasticiteten starkare än den kortsiktiga när det gäller alkohol (Edwards m.fl. 1994). Utifrån dessa resultat är det dock svårt att sluta sig till hur tidshorisonten ser ut, alltså hur lång tid det tar innan en prisetförändring slår igenom.

Är priselasticiteten stabil över tid och rum?

Priselasticiteten på en produkt brukar vara högre om det existerar alternativ. Mot denna bakgrund bör vi förvänta oss att elasticiteten blev starkare i och med att införselkvoterna höjdes i januari 1995, vilket ju ökade tillgängligheten till alternativ, billigare alkohol. Man bör även förvänta sig geografiska skillnader i elasticiteten. De höjda införselkvoterna ledde till en markant ökning i införseln av främst öl i södra Sverige. En studie av Norström (2000) visar att det finns en tydlig geografisk gradient i denna effekt: den avtar med kvadraten på avståndet till Helsingborg (där den är starkast). Finns det ett motsvarande mönster i priskänsligheten?

Ger en ökning i priset samma effekt som en minskning?

På grund av alkoholens beroendeframkallande egenskaper kan man tänka sig att det existerar en asymmetri i priset effekten på så sätt att en prissänkning ger en starkare effekt än motsvarande prisökning.

Data och metoder

Försäljningsdata avser Systembolagets detaljhandelsförsäljning av öl, vin och sprit uttryckt i liter ren alkohol. Prisindex är baserade på viktade varukorgar som deflaterats med konsumentprisindex (KPI). Originaldata är på månadsbasis med regional uppdelning enligt den gamla länsindelningen och täcker perioden januari 1984–mars 2004. För flertalet analyser har en aggregering gjorts till kvartalsdata på nationell nivå.

Statistiska analyser av tidsseriedata är förknippade med ett flertal komplikationer. Den vanligaste komplikationen är att tidsserierna

innehåller starka trender, vilket är fallet här (se figur 1–3). Detta kan skapa skensamband: två serier kan ju utvecklas i samma (eller motsatt) riktning utan att vara kausalt kopplade till varandra. En annan komplikation är strukturen i feltermen; feltermen inkluderar bland annat orsaksfaktorer som inte beaktas i analysen. En av förutsättningarna i vanlig regressionsanalys är att feltermen inte har någon struktur. I tidsserieanalys är detta antagande inte realistiskt, eftersom utelämnade orsaksfaktorer som regel är autokorrelerade, dvs. har en struktur. Den aktuella analysen kompliceras dessutom av den säsongsvariation som finns i kvartalsdata.

De komplikationer som beskrivits här beaktas i den teknik för tidsserieanalys som har utvecklats av Box och Jenkins (1976), ofta benämnd ARIMA-modeller. Med hjälp av differentiering görs tidsserierna stationära (trendfria). Detta innebär att i stället för att analysera sambandet mellan råserierna Y_t och X_t så analyseras sambandet mellan förändringarna, dvs. mellan ∇Y_t och ∇X_t , där $\nabla Y_t = Y_t - Y_{t-1}$. (I analyserna här görs som regel även en säsongsdifferentiering.) Differentiering av detta slag minskar risken för att skensamband ska uppstå, även om den inte elimineras. Ett annat väsentligt särdrag i ARIMA-analyser är att feltermsstrukturen skattas och inkorporeras i modellen. Detta ökar tillförlitligheten i modellskattningarna.

I analyserna används en log-log modell med följande specifikation:

$$\ln F_t = e \ln P_t + N_t$$

F är försäljning, P betecknar realpris och e symboliserar elasticitetskoefficienten som ska skattas. N (noise) är feltermen som inkluderar andra kausala faktorer. Feltermsstrukturen skattas med autoregressiva och moving average-parametrar. Dessa är av dels reguljära: AR(n) respektive MA(n), där n anger av vilken ordning parametern är; dels säsongsmässiga: SAR(n), respektive SMA(n). För att modellen ska anses statistiska tillfredställande krävs att residualerna är oberoende (vitt brus). Detta avgörs med hjälp av Box-Ljungns test för autokorrelerade residualer.

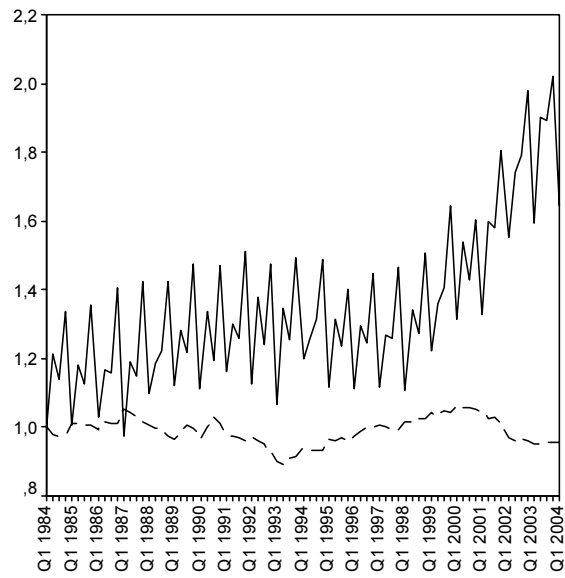
För att belysa frågan om priselasticitetens stabilitet görs separata analyser för perioderna 1985:1–1994:4 respektive 1995:1–2004:1. Länsspecifika analyser belyser frågan om regionala skillnader i priselasticiteten. Genom att jämföra elasticitetsskattningar baserade på månadsdata med skattningar gjorda på kvartalsdata får vi en

belysning av hur snabbt en prisförändring slår igenom. Frågan om asymmetri i priseffekten behandlas genom att inkludera en dummyvariabel som tar värdet 1 om priset ökar, -1 om priset minskar och 0 vid oförändrat pris.

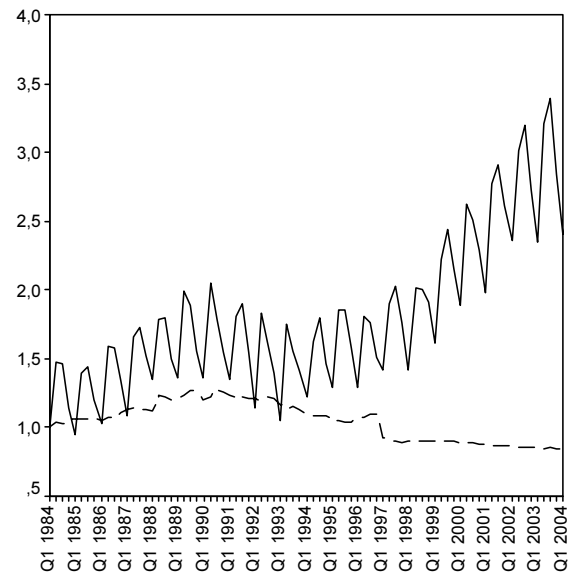
Resultat

Öl, vin och sprit beskriver tämligen olikartade försäljningstrender sedan 1984 (figur 1–3). Försäljningen av öl och vin var tämligen stabil fram till 1998, då en starkt ökande trend satte in, i synnerhet för öl. Sprit har haft en negativ trend under hela perioden, med en viss uppbromsning de sista åren. Priserna för de olika dryckeslagen har varit tämligen stabila, utan några markanta trender. Den största förändringen gäller priset på öl, som till följd av en skattesänkning reakt minskade med cirka 15 % januari 1997. Korrelationerna mellan trenderna i pris och försäljning är överlag negativa (tabell 1), något som dock ska tolkas med stor försiktighet. De negativa korrelationerna kvarstår dock efter säsongsdifferentiering (tabell 1, figur 4–6).

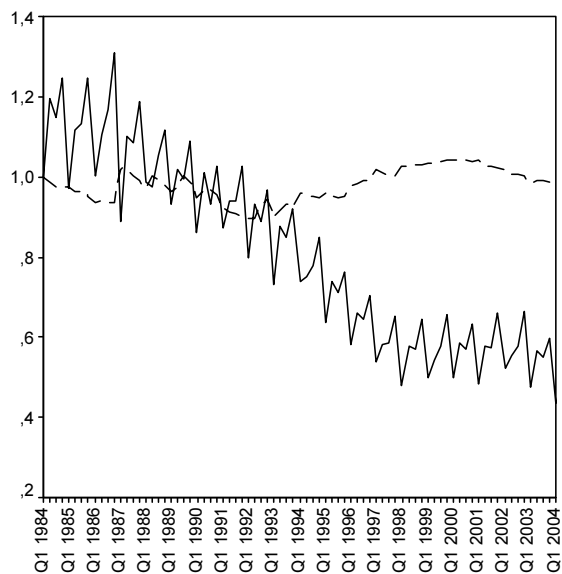
Figur 1. Ölförsäljning (heldraget) och realpris på öl (streckat).
Index 1984:1=1



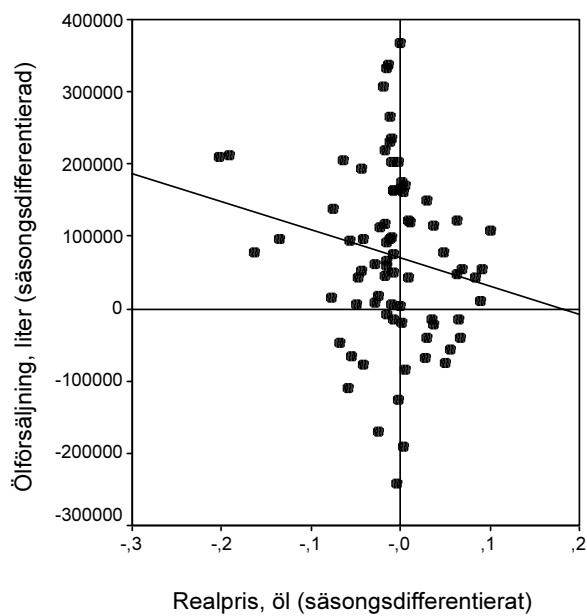
Figur 2. Vinförsäljning (heldraget) och realpris på vin (streckat).
Index 1984:1=1



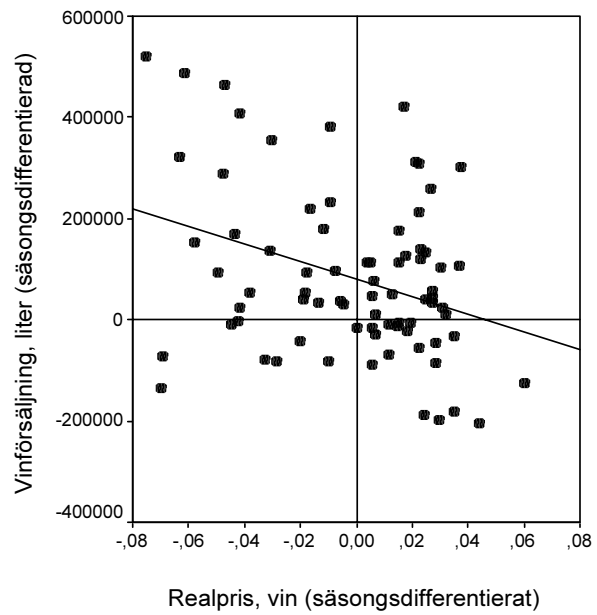
Figur 3. Spritförsäljning (heldraget) och realpris på sprit (streckat).
Index 1984:1=1



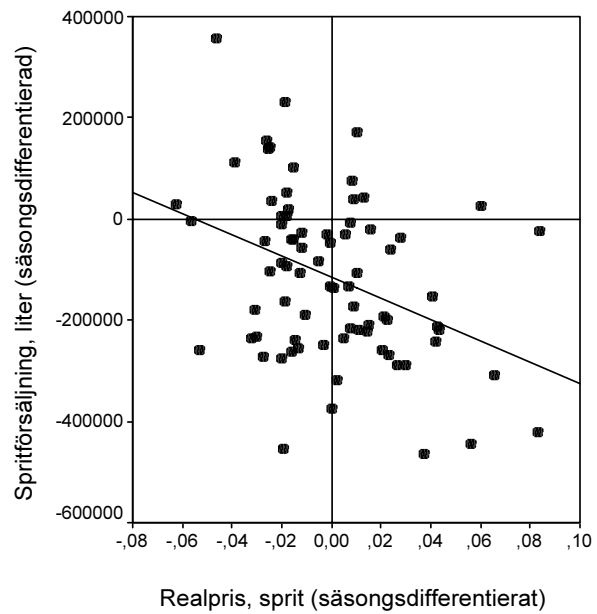
Figur 4. Relation mellan realpris och ölförsäljning (liter 100 %).
Säsongsdifferentierade kvartalsdata 1984:1–2004:1.



Figur 5. Relation mellan realpris och vinförsäljning (liter 100 %).
Säsongsdifferentierade kvartalsdata 1984:1–2004:1



Figur 6. Relation mellan realpris och spritförsäljning (liter 100%).
Säsongsdifferentierade kvartalsdata 1984:1–2004:1.



Tabell 1. Korrelation mellan försäljning och realpris för öl, vin och sprit. Baserat på kvartalsdata för perioden 1984:1–2004:1

	Rådata	Säsongsdifferentierade data
Öl	-0,18	-0,18
Vin	-0,33	-0,33
Sprit	-0,38	-0,38

Skattning av priselasticiteterna

Modellsfattningarna ger dock säkrare och precisare besked om kopplingen mellan pris och försäljning (tabell 2 ger en översiktlig presentation av resultaten; de fullständiga modellsfattningarna redovisas i Appendix). De skattade elasticiteterna är med ett undantag statistiskt signifikanta och med förväntat tecken. Vi kan notera att elasticiteten för öl mot förväntan blir markant svagare efter 1995; under den första perioden ligger den på -1,4, jämfört med -0,6 under perioden efter 1994. För vin ligger elasticiteten på samma nivå under båda perioderna (-0,6 under den tidigare, -0,8 under den senare; skillnaden är inte statistiskt signifikant). För sprit är elasticiteten nära -1 för den tidiga perioden. Att den är insignifikant för perioden efter 1994 beror sannolikt på den begränsade variationen i realpriset på sprit. Som jämförelse kan nämnas att Assarsson (1991) för perioden 1970-1988 skattade elasticiteterna för öl, vin och sprit till -1,3, -0,9, respektive -0,9. Överensstämmelsen mellan Assarssons skattningar och de som här redovisats för perioden före 1995 är alltså ganska god; största skillnaden noteras för vin, där Assarsson fann en något starkare elasticitet.

Även modeller med korselasticiteter skattades (ej redovisade); i t ex modellen för öl ingick förutom ölpriset även priset på vin och sprit. Inte i någon av modellerna för öl, vin och sprit var dock korselasticiteterna statistiskt signifikanta.

Det är intressant att notera att elasticiteterna skattade på månadsdata inte skiljer sig nämnvärt från dem som skattats på kvartalsdata; skillnaderna är osystematiska och inom felmarginalerna. Detta skulle innebära att en förändring i priset på alkohol får ett ganska omedelbart genomslag.

Tabell 2. Skattade priselasticiteter för olika perioder

	Kvartalsdata	Kvartalsdata	Kvartalsdata	Månadsdata
	1984:1–1994:4	1995:1–2004:1	1984:1–2004:1	1984:1–2004:3
Öl	-1,36***	-0,55*	-0,79***	-0,90***
Vin	-0,62**	-0,81 ^(*)	-0,57**	-0,63**
Sprit	-1,16***	-0,34	-0,96***	-0,81***

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$; ^(*) $p < 0,10$

Den försvagade priselasticiteten för öl efter 1994 pockar på någon förklaring. Den kan knappast bero på en begränsad prisvariation, som i fallet med sprit. Variationen i ölpriset var tvärtom betydande genom prissänkningen januari 1997 på 15 %. Denna prissänkning har närmast formen av ett naturligt experiment och inbjuder till en separat analys. Sålunda skattades elasticiteten för öl på data för en period som dominerades av denna prissänkning, nämligen 1995:1–1998:4. Figur 7 visar ett tydligt negativt samband mellan pris och försäljning (säsongsdifferentierat), vilket också bekräftas i modellskattningen (tabell 3). Den skattade elasticiteten (-0,60) är på samma nivå som den som erhöles för hela perioden efter 1994 (modellen krävde inga parametrar för feltermsstrukturen).

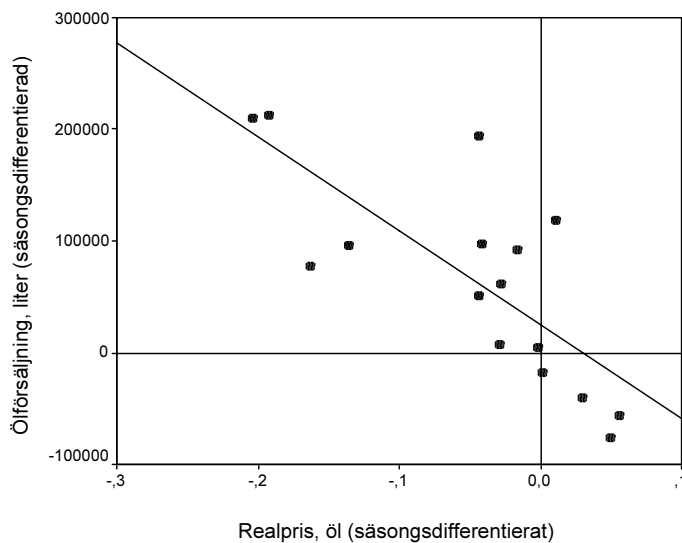
Tabell 3. Priselasticitet för öl skattad på säsongsdifferentierade kvartalsdata för perioden 1995:1–1998:4

	Koeff	SE
Prisl	-0,60***	-0,12
Q(4) ⁺	2,18; $p > 0,70$	

*** $p < 0,001$

⁺ Box-Ljung test för autokorrelerade residualer (lag 4)

Figur 7. Relation mellan realpris och ölförsäljning (liter 100 %). Säsongsdifferentierade kvartalsdata 1995:1–1998:4.



Är priset effekten asymmetrisk?

För att belysa frågan om en ökning i priset ger samma effekt som en minskning skattades två modeller: en modell som enbart inkluderar prisserien (Modell 1); en annan modell (Modell 2) som förutom prisserien även inkluderade en dummyvariabel (benämnd Tecken) som (efter reguljär differentiering) tar värdet 1 om priset ökar, -1 om priset minskar, och värdet 0 vid oförändrat pris. Modellerna skattades enbart för sprit, det dryckesslag där denna typ av asymmetriska priset effekter är mest trolig. Tabell 4 visar att dummyvariabeln inte hade någon signifikant effekt och inte heller påverkade skattningen av priselasticiteten (skillnaden mellan den skattade priselasticiteten i Modell 1 respektive Modell 2 är ej statistiskt signifikant).

Tabell 4. Skattade priselasticitet för sprit. Tecken är en dummyvariabel (se text). Baserat på reguljärt differentierade kvartalsdata 1984:1–1994:4

	Modell 1		Modell 2	
	Koeff	SE	Koeff	SE
Pris	-0,79**	0,26	-0,90*	0,35
Tecken			0,004	0,01
AR1	-0,64	0,11	-0,64	0,11
SAR1	0,48	0,15	0,48	0,15
SAR2	0,45	0,16	0,45	0,16
Q(4) ⁺	3,35; p> 0,50		3,29; p> 0,51	

** p<0,01; * p<0,05

⁺ Box-Ljung test för autokorrelerade residualer (lag 4)

Geografiska skillnader i priselasticiteten

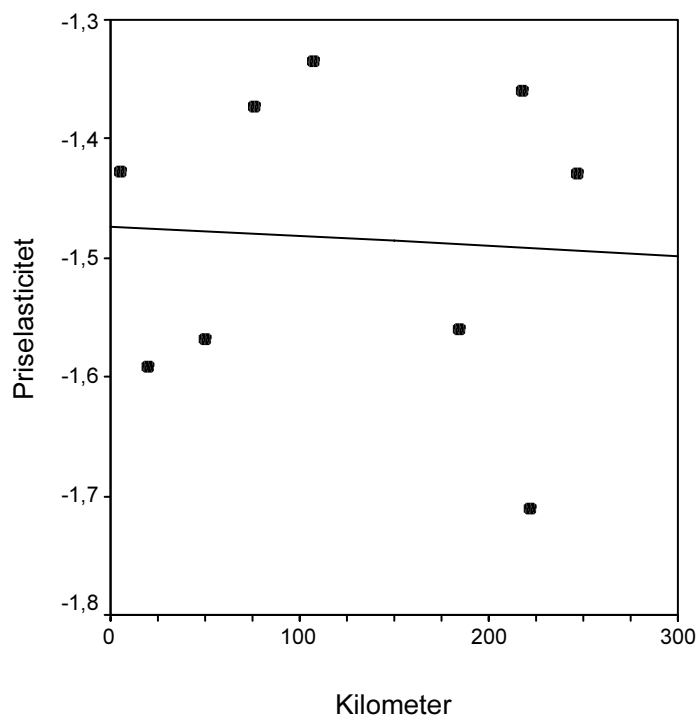
För att belysa frågan om det finns några geografiska skillnader i priselasticiteten har länspecifika analyser avseende öl gjorts för två tidsperioder: 1984–1994 och 1995–2004 (gamla länsindelningen har använts för att få fler analysenheter). Öl är det dryckesslag där de geografiska skillnaderna i tillgången till alternativ till Systembolaget bör vara störst, särskilt under den senare perioden med dess högre införselkvoter. Enligt Norströms (2000) studie är det främst i södra Sverige, upp till Jönköpings län, som man kan observera en ökad ölinförsel från Danmark efter höjningen av införselkvoterna i januari 1995. Det är således i detta område som priskänsligheten för öl borde vara förhöjd, i synnerhet efter 1994. Så är dock inte fallet enligt resultaten; den genomsnittliga priselasticiteten för dessa län är av samma storleksordning som för resten av landet under båda tidsperioderna (tabell 5). Ytterligare analyser av de länspecifika elasticitetsskattningarna för södra Sverige visar ingen koppling mellan priselasticiteten och avståndet till Helsingborg under den tidiga perioden (figur 8). Under den senare perioden (figur 9) finns en antydning till samband i den förväntade riktningen – högre priskänslighet med minskande avstånd till Helsingborg – men spridningen kring regressionslinjen är avsevärd.

Tabell 5. Priselasticitet för öl i södra Sverige och resten av Sverige skattad på data för två olika perioder. Genomsnitt (standardavvikelse inom parentes) av länsspecifika skattningar

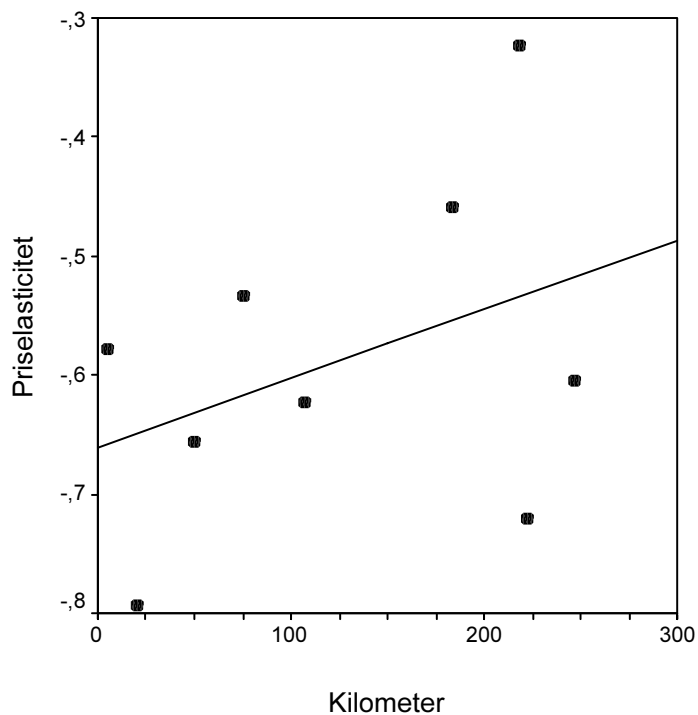
	1984:1–1994:4	1995:1–2004:1
Södra Sverige*	-1,48 (0,13)	-0,59 (0,14)
Resten av Sverige	-1,38 (0,15)	-0,56 (0,17)

*Södra Sverige inkluderar Helsingborgs kommun, Malmö kommun, Malmöhus län, Hallands län, Kristianstad län, Kronobergs län, Göteborgs och Bohus län, Blekinge län och Jönköpings län.

Figur 8. Relation mellan länsspecifik priselasticitet för öl (skattad på data för perioden 1984:1–1994:4) och avstånd till Helsingborg i kilometer



Figur 9. Relation mellan länsspecifik priselasticitet för öl (skattad på data för perioden 1995:1–2004:1) och avstånd till Helsingborg i kilometer

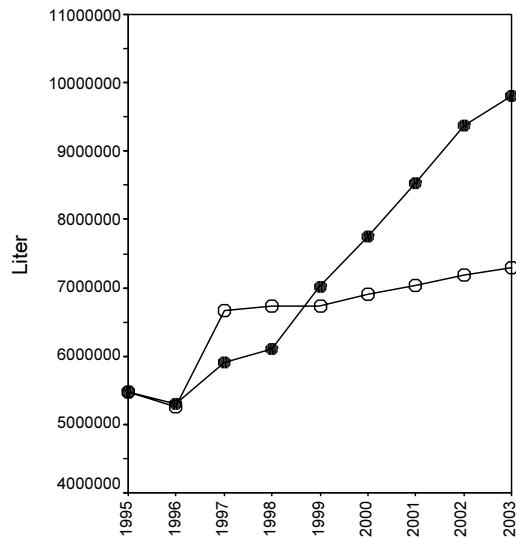


Projektioner av konsumtionsutvecklingen

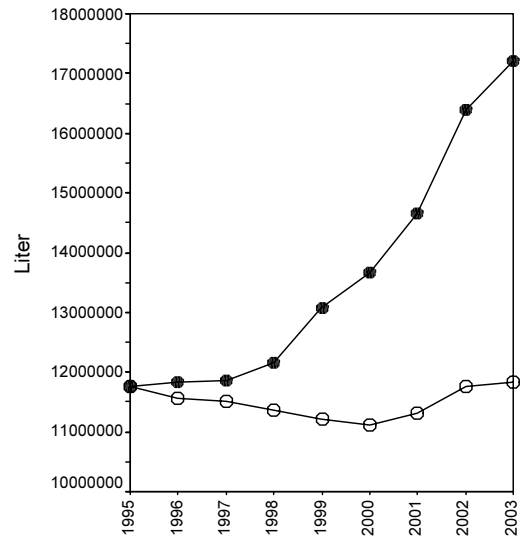
Hur skulle konsumtionen av öl, vin och sprit ha utvecklats under de senaste tio åren om den hade följt utvecklingen av alkoholpriserna? För att belysa denna frågeställning har en serie projektioner gjorts enligt följande exempel för öl: utifrån priselasticiteten för öl (skattad på data för den tidiga perioden, dvs. 1984:1–1994:4) och realprisutvecklingen för öl har den predicerade försäljningen beräknats för perioden efter 1994. (Genom att multiplicera den predicerade försäljningen med lämpligt vald konstant har faktisk och predicerad försäljning samma värde 1995.) Projektionerna har gjorts separat för öl, vin och sprit; dessa har vidare summerats till den totala alkoholförsäljningen. Resultaten har aggregerats till årsdata. Resultaten (figur 10–13) visar att vin- och ölförsäljningen ökat väsentligt mer än vad prisutvecklingen predicerar; för sprit

gäller det motsatta. För totalförsäljningen är det utfallen för öl och vin som slår igenom, dvs. en kraftigare ökning än predicerat.

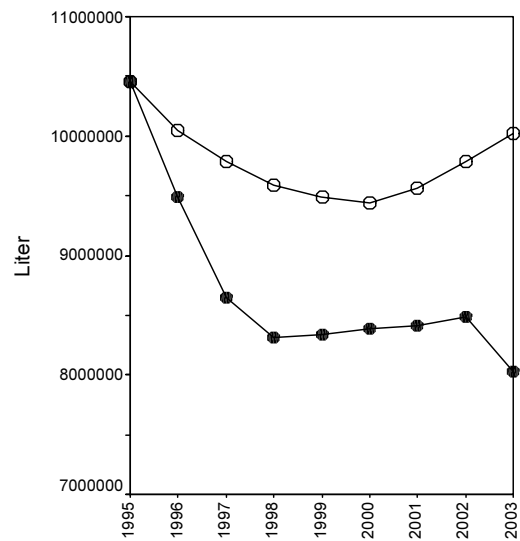
Figur 10. Faktisk ölförsäljning i liter 100% (●) och försäljning predicerad utifrån realpris och priselasticitet skattad på basis av perioden 1984–1994 (○)



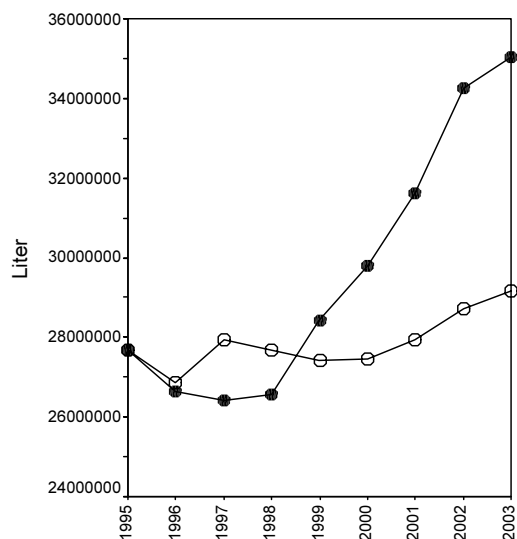
Figur 11. Faktisk vinförsäljning i liter 100% (●) och försäljning predicerad utifrån realpris och priselasticitet skattad på basis av perioden 1984–1994 (○)



Figur 12. Faktisk spritförsäljning i liter 100% (●) och försäljning predicerad utifrån realpris och priselasticitet skattad på basis av perioden 1984–1994 (○)



Figur 13. Faktisk total alkoholförsäljning i liter 100% (●) och försäljning predicerad utifrån realpris och priselasticitet skattad på basis av perioden 1984–1994 (○)



Sammanfattande diskussion

I denna rapport har vi skattat priselasticiteten för öl, vin och sprit i Sverige på basis av kvartalsdata för perioden 1984 till och med första kvartalet 2004. För perioden före 1995 ligger de skattade elasticiteterna nära de man funnit i tidigare forskning. Elasticiteten för öl ligger markant lägre under perioden efter 1994 jämfört med perioden före (-0,6 respektive -1,4). Den lägre skattningen ansluter bättre till de resultat som redovisas för andra länder. En tolkning av den reducerade elasticiteten är att den markanta prissänkningen januari 1997 fick ner ölpriset till en nivå där prisvariationer får svagare effekt. Den kan vidare vara så att öl alltmer har kommit att betraktas som en vardagsvara (det lägre priset kan ha bidragit till detta) vars efterfrågan därmed blivit mindre priskänslig. Priselasticiteten för öl har alltså förändrats över tid. Det ligger också nära till hands att tro att det skulle finnas en geografisk variation, på så sätt att efterfrågan skulle vara mera priskänslig i södra Sverige där man har närmare till billigare alternativ i Danmark och Tyskland. Resultaten gav dock inget stöd för en sådan hypotes.

Enligt resultaten har prisförändringar på alkohol ett snabbt genomslag; det gjorde ingen skillnad om man använde ett tidsfönster på en månad eller ett kvartal. Det verkade inte heller finnas någon asymmetri i priseffekten; prisökningar hade lika stark påverkan som prissänkningar. Slutligen visade projektioner som baserades på resultaten att alkoholförsäljningen sedan 1995 vuxit starkare än vad man skulle förvänta sig utifrån prisutvecklingen. Detta illustrerar bara det enkla faktum att alkoholförsäljningen påverkas av många andra faktorer än priset.

Referenser

- Assarsson, B. (1991) Efterfrågan på alkohol i Sverige 1970–1988. Bilaga 1, SOU 1991:52. Allmänna Förlaget.
- Box, G.E.P. & Jenkins, G.M. (1976) Time Series Analysis: Forecasting and Control. London: Holden-Day.
- Edwards, G., Anderson, P., Babor, T.F., Ferrence, R. m.fl. (1994) Alcohol Policy and the Public Good. Oxford: Oxford University Press.
- Norström, T. (2000) The geography of cross-border trading of alcohol. I: Holder, H. (Ed.): Sweden and the European Union. Changes in National Alcohol Policy and Their Consequences, pp. 121–135. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Ornstein, S. I. (1980) Control of alcohol consumption through price increases. *Journal of Studies on Alcohol*, 41, 807–818.
- Ornstein, S. I. & Levy, D. (1983) Price and income elasticities and the demand for alcoholic beverages. I: Galanter, M., ed. *Recent Developments in Alcoholism*, pp. 303-345, 339. New York: Plenum.
- Young, D.J. & Bielinska-Kwapisz A. (2003) Alcohol consumption, beverage prices and measurement error. *Journal of Studies on Alcohol*, 64, 235–238.
- Österberg, E. (1995) Do alcohol prices affect consumption and related problems? In: Holder, H. & Griffith, E., eds. *Alcohol and Public Policy*, pp. 145–163. Oxford: Oxford University Press.
- Österberg, E. (2001) Effects of price and taxation. I: Heather, N., Peters, T. J. & Stockwell, T., eds. *International Handbook of Alcohol Dependence and Problems: Part VI: Prevention of Alcohol Problems*, pp. 685–698. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

Appendix

Tabell A1. Priselasticitet för öl, vin och sprit skattad på säsongs-differentierade och reguljärt differentierade kvartalsdata för perioden 1984:1–2004:1

	Öl		Vin		Sprit	
	Koeff	SE	Koeff	SE	Koeff	SE
Pris	-0,79	0,18	-0,57	0,18	-0,96	0,18
AR1	-0,54	0,09	-0,50	0,10	-0,41	0,11
SAR1	-0,37	0,11	-0,85	0,10	-0,95	0,09
SAR2			-0,55	0,10	-0,68	0,09
Q(4)*	5,15; p>0,27		5,06; p>0,28		3,11; p>0,54	

*Box-Ljung test för autokorrelerade residualer (lag 4)

Tabell A2. Priselasticitet för öl, vin och sprit skattad på säsongs-differentierade och reguljärt differentierade månadsdata för perioden 1984:1–2004:3

	Öl		Vin		Sprit	
	Koeff	SE	Koeff	SE	Koeff	SE
Pris	-0,90	0,20	-0,63	0,19	-0,81	0,14
AR1	-0,92	0,05	-0,15	0,05	-0,89	0,06
AR2	-0,59	0,05	0,26	0,05	-0,60	0,06
AR3			0,67	0,05		
MA1					0,55	0,07
SAR1	-0,54	0,06	-0,64	0,06	-0,75	0,06
SAR2	-0,34	0,07	-0,47	0,06	-0,53	0,06
Q(12)*	28,21; p> 0,01		25,68; p> 0,01		22,27; p> 0,03	

*Box-Ljung test för autokorrelerade residualer (lag 12)

Tabell A3. Priselasticitet för öl, vin och sprit skattad på säsongsdifferentierade och reguljärt differentierade kvartalsdata för perioden 1984:1–1994:4

	Öl		Vin		Sprit	
	Koeff	SE	Koeff	SE	Koeff	SE
Pris	-1,36	0,35	-0,62	0,22	-1,16	0,19
AR1	-0,63	0,13	-0,58	0,14	-0,52	0,14
SAR1	-0,27	0,19	-0,84	0,16	-0,97	0,12
SAR2			-0,67	0,16	-0,75	0,12
Q(4)*	5,02; p>0,29		2,81; p>0,59		0,55; p>0,96	

*Box-Ljung test för autokorrelerade residualer (lag 4)

Tabell A4. Priselasticitet för öl, vin och sprit skattad på säsongsdifferentierade och reguljärt differentierade kvartalsdata för perioden 1995:1–2004:1

	Öl		Vin		Sprit	
	Koeff	SE	Koeff	SE	Koeff	SE
Pris	-0,55	0,21	-0,81	0,46	0,34	0,99
AR1	-0,28	0,18	-0,29	0,18	-0,39	0,18
SAR1	-0,53	0,15	-0,56	0,16	-0,53	0,18
Q(4)*	1,24; p> 0,87		3,12; p> ,53		8,17; p> 0,08	

*Box-Ljung test för autokorrelerade residualer (lag 4)

Lokalt förebyggande arbete

Bakgrund

Den ändring och försvagning som bl.a. genom EU-inträdet skett av den nationella alkoholpolitiken med dessa traditionellt höga priser, relativt begränsade tillgänglighet inom landet, tydliga införselrestriktioner och monopol har gjort det nödvändigt att satsa mer på lokalt alkoholförebyggande arbete. Genom tillkomsten av Alkoholkommittén och medel till samordnare av i alla kommuner kan man konstatera att aldrig tidigare har så stora resurser satsats på detta område.

Sedan länge finns ett starkt vetenskapligt stöd för att det finns insatser på nationell nivå som effektivt kan förebyggande alkoholrelaterade problem, t.ex. höga priser på alkohol och begränsad tillgänglighet. Men det är nu också vetenskapligt väl belagt att det finns effektiva förebyggande insatser som kan ske lokalt (I detta avsnitt behandlas främst insatser i en kommun, i en kommunedel eller stadsdel, men ej insatser lokalt i en skola eller på en arbetsplats). Kunskapen om detta har ökat markant under de senaste 10–15 åren. Denna kunskap finns i början av 2005 bäst sammanfattad i boken *Alcohol: no ordinary commodity* (Alkohol: ingen vanlig vara) skriven av en grupp aktade alkoholforskare (Babor och medarbetare, 2003) från flera länder och utgiven med stöd av Världshälsoorganisationen. På svenska finns aktuell kunskap och erfarenhet av samlade i bl.a. boken *Den svenska supen i det nya Europa* (Andréasson m.fl., 2002).

*Anders Romelsjö
Centrum för Socialvetenskaplig
alkohol- och drogforskning (SoRAD)
Stockholms universitet*

Svenska akademins ordlista har följande definition på policy: På principer grundat handlande eller tillvägagångssätt. Detta innebär att policy bör vara genomtänkt och långsiktig (då den är grundat på principer) och demokratiskt förankrad (för att kunna vara brett handlingsinriktad).

Med *alkoholpolicy* avser åtgärder för att kontrollera tillgången till och/eller efterfrågan på alkoholdrycker i en befolkning (Alcohol: no ordinary commodity). Termen används internationellt men uppkom ursprungligen i Skandinavien för att beteckna en samordning av nationella insatser från ett perspektiv som betonar folkhälsoaspekter eller allmän ordning. Alkoholpolicy kan också vara lokal, och i detta avsnitt diskuteras främst lokal alkoholpolicy.

Effekter av lokalt alkoholförebyggande arbete

I boken Alcohol: no ordinary commodity finns en sammanställning av kunskapen om olika alkoholpolicies (alkoholpolitiska åtgärder) (kapitel 16) med avseende på bl.a. vetenskapligt dokumenterad effektivitet, kostnader och målgrupp, något som kortfattat beskrivits i kapitel 4.1 ovan. Där framgår att flera åtgärder som kan genomföras lokalt har starkt vetenskapligt stöd, bl.a. insatser för att påverka dryckesmiljön.

Denna kunskap sammanfattas nedan, varvid vetenskapligt stöd betecknas med 0 (inget stöd) + (visst stöd), ++ (måttligt stöd), +++ (starkt stöd). De fyra först nämnda insatserna avser alkoholservering på näringsställen.

- Restriktiv policy för öppethållandetider: (++) , låg kostnad.
- Lag som innebär juridiskt ansvar hos ägare/servitör på en restaurang eller bar för eventuella alkoholrelaterade konsekvenser av alkoholkonsumtion på näringsstället. (+++), låg kostnad.
- Beivrande av överträdelse av bestämmelser för alkoholservering på näringsställen (++) , hög kostnad
- Policy att ej servera alkoholpåverkade gäster: (+), måttlig kostnad.
- Samordnade insatser som engagerar lokalbefolkning, institutioner och föreningar som fokuserar på att minska tillgängligheten till alkohol, och som innefattar flera vetenskapligt

dokumenterade åtgärder inom utbud och efterfrågan (++), hög kostnad.

Vidare kan väl styrkta effektiva insatser mot rattonykterhet genomföras lokalt.

- En policy med oannonserade poliskontroller av alkohol hos ett slumpvis urval av bilförare, som blir känd (+++), måttlig kostnad.
- En policy med poliskontroller av alkohol på bestämda ställen (++), måttlig kostnad.

Båda dessa frågorna behandlas vidare i kapitel 14. Även insatser av hälso- och sjukvård på lokalplanet kan ge viktiga bidrag i det lokala folkhälsoarbetet, något som diskuteras närmare i bl.a. kapitel 10.

- Insatser för att i hälso- och sjukvård identifiera och ge kort strukturerad behandling till högkonsumenter i tidigt skede (sekundär prevention) (++), måttlig kostnad.
- Behandling av alkoholberoende personer, vilket oftast sker lokalt, (+), hög kostnad
- Självhjälpsgrupper, som vanligen verkar lokalt, (+), låg kostnad.

Vi har nu redovisat tio insatser som sker lokalt, men kan också konstatera att vetenskapligt stöd saknas för annat än kortvariga begränsade effekter av de två vanligaste, dyra insatserna:

- Undervisning och information om alkohol (narkotika, tobak) i skolan (0), hög kostnad
- Informationskampanjer (0), ofta hög kostnad.

Lokala befolkningsinriktade projekt har utvärderats vetenskapligt

Användningen av alkohol och förekomsten av alkoholrelaterade problem i ett samhälle berör många enskilda, samhälleliga institutioner och föreningar. Detta är en viktig utgångspunkt för samarbete för att söka minska förekomsten av riskbruk av alkohol och av alkoholrelaterade problem. Man kan betrakta de olika aktörerna

tillsammans som ett system, där de olika delarna påverkar varandra (systemteori). Ett kombinerat arbete som angriper så många viktiga faktorer, inkl. både tillgång till alkohol och efterfrågan, innebär att effekterna blir bättre. Lokalt förebyggande arbete har förekommit under många år, men det är egentligen först sedan ett decennium tillbaka som man har vetenskapligt baserad kunskap som visar att ett brett lokalt alkoholförebyggande arbete mellan olika aktörer i samverkan kan ha effekt.

Under förra hälften av 1990-talet bedrevs under 5 år ett projekt i tre kommuner med omkring 100 000 invånare i Kalifornien, USA och med tre jämförelsekommuner (Holder m.fl., 1997). Syftet var att minska förekomsten av alkoholrelaterade olyckor. Tabell 1 visar de huvudsakliga aktiviteterna och resultaten. Tre av de fem insatserna avsåg minskning av tillgängligheten till alkohol. Projektet medförde en reduktion av: trafikolyckor nattetid, alkoholrelaterade trafikolyckor nattetid, misshandelsfall och en signifikant minskning av alkoholförsäljning till minderåriga. Vid ungefär samma tid bedrevs ett liknande 3-årig projekt i 15 mindre kommuner i Minnesota och Wisconsin i USA med målet att minska tillgängligheten till alkohol bland unga (Wagenaar m.fl., 2000) (se tabell 1). Detta medförde minskning av tillgängligheten till alkohol samt av arresteringar på grund av rattonykterhet bland unga och ökad ålderskontroll av handlare. Ett tredje projekt i Massachusetts medförde minskning av dödsolyckor i trafiken, vilket också var målet (Hingson, 1996). Dessa projekt hade avsevärt större resurser än liknande svenska projekt. Ett speciellt förhållande var att dessa var forskningsiniterade projekt och att t.ex. projektledarna var anställda av forskarna och ej direkt av kommunala organ. Även liknande projekt på Nya Zeeland och Australien gav vissa positiva resultat (Casswell m.fl. 1993, Midford, 1996). Genomgående har betoning av en bra alkoholpolicy varit framträdande i de framgångsrika projekten.

Tabell 1. Tre vetenskapligt utvärderade lokala alkoholförebyggande projekt¹

Projekt	Syfte	Var och när	Befolkning	Aktiviteter	Effekter
Three community trial ²	Minska alkoholrelaterade olyckor	Kalifornien USA 1991–96	Tre kommuner med 100.000 invånare vardera	Förändringar i miljö och struktur: <ul style="list-style-type: none"> • Mobilisera lokalt • Ansvarsfull alkoholserving • Minska trafikonykterhet • Minska tillgång till alkohol för minderåriga • Begränsa försäljningsställen av alkohol 	Minskning av: <ul style="list-style-type: none"> • trafikolyckor nattetid med 56/100.000 vuxna/år • alkoholrelaterade trafikolyckor med 67/100.000 vuxna/år • misshandelsfall med 68/100.000 vuxna/år • alkoholförsäljning till minderåriga (signifikant)
Communities mobilizing for change on alcohol (CMCA) ³	Ändra policies och rutiner i kommuner för att minska ungdomars tillgänglighet till alkohol	Minnesota, Wisconsin, USA 1993–95	7 interventions- och 8 kontrollkommuner Medelbefolkning drygt 20.000 invånare	<ul style="list-style-type: none"> • Utse lokal organisatör • Behovsanalys • Resursgrupp • Aktionsplan • Få stöd hos befolkningen • Genomföra aktionsplanen • institutionalisera 	Minskning av: <ul style="list-style-type: none"> • arrest pga trafikonykterhet med 31/100.000 • 18–20 åringar/år • Ökad ålderskontroll bland handlare
The saving lives program ⁴	Minska trafikrelaterade skador och dödsfall	Massachusetts, USA 1985–93	6 kommuner, totalt 300 000 invånare	<ul style="list-style-type: none"> • Utse lokal organisatör • Aktionsgrupp • Media • Utbilda poliser & studenter • Öka övervakning och tillsyn 	Minskning av: <ul style="list-style-type: none"> • dödsolyckor i trafiken från 178 till 120 på 5 år • alkoholrelaterade Dödskrascher från 69 till 36 på 5 år

¹ Wallin (2002) Lokalt folkhälsoarbete. I Andréasson S (red). Den svenska supen i det nya Europa. Nya villkor för alkoholprevention: en kunskapsöversikt. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, 2002.

² Holder, ed. (1997) A community prevention trial to reduce alcohol-involved trauma. *Addiction* 1997;S155-S301. (Supplement 2).

³ Wagenaar m.fl. (1999) Communities mobilizing for change on alcohol: lessons and results from a 15-community randomized trial. *Journal of Community Psychology* 1999;27:315-26.

⁴ Hingson m.fl. (1996) Reducing alcohol-impaired driving in Massachusetts: The Saving Lives Program. *American Journal of Public Health* 1996;86:791-97.

Lokalt förebyggande arbete i Sverige

I början 1990-talet genomfördes mycket breda projekt i Malmö (Kirsebergs-projektet) och på Kungsholmen (FIA-projektet). En hel del positiva erfarenheter uppnåddes, bl.a. med självtest-instrumentet ”Alkoholsnurren”, och i arbetet med att mobilisera föräldrar och unga till alkoholfria aktiviteter, även om man inte som senare svenska projekt kunde ta lärdom av utländska projektrapporter under senare delen av 1990-talet (Holder m.fl., 1997; Wagenaar m.fl., 2000). Av särskilt intresse är en studie av tre ganska små (15 000–20 000 invånare vardera) och sociodemografiskt likartade kommuner i Västsverige (Berg-Kelly m.fl., 1993, 1997). Vid en enkätundersökning i början av 1990-talet fann man att ungdomarna i en av kommunerna hade klart bättre hälsobeteenden och hälsa än ungdomarna i de två andra kommunerna. I denna kommun hade man alltsedan mitten av 1970-talet satsat på ett brett hälsofrämjande arbete i samarbete mellan bl.a. skolan, polisen, fritids- och kulturförvaltningarna, utan särskilda verksamhetsmedel. Man genomförde insatser för att informera och mobilisera föräldrarna, lägerveckor med hälso- och livsstilsinriktning, integrerad SANT–(sex, alkohol, narkotika och tobak) undervisning, riktade polisinsatser mot langare och närvaro av vuxna vid ungdomsevenemang. Vissa av skillnaderna mellan kommunerna illustreras i tabell 2. En begränsning är att man ej har direkta uppgifter om hur dessa vanor var i kommunerna innan det breda folkhälsoarbetet i insatskommunen tog vid omkring 15 år före enkätundersökningen.

Tabell 2. Hälsovanor och livsstil (%) bland ungdomar i årskurs 9 i tre mellansvenska kommuner i början av 1990-talet

Hälsorelaterad vana	Insats-kommun	Jämförelse-kommun A	Jämförelse-kommun B
Alkohol minst två gånger/månad	12,1	24,7	23,1
Aldrig druckit alkohol	65,9	48,8	44,1
Berused minst två gånger/månad	5,1	19,0	10,2
Aldrig varit berused	73,9	59,9	53,8
Provat narkotika	0,8	3,6	1,8
Röker dagligen	4,9	8,4	12,4
Rökt enstaka gång eller aldrig	84,5	70,5	66,1
Snusat dagligen	4,6	4,2	3,6
Haft samlag*	12,9	18,1	22,2

*Sker ej sällan under alkoholpåverkan. Ungefär 10 % av 15-åringar har rapporterat oplanerat/oönskat sex under alkoholpåverkan (Upmark m.fl. Alkohol- och drogvanor bland elever i åk 9 i kommunerna i Stockholms län. Huddinge: Samhällsmedicin, Centrum för Alkohol- och Drogprevention (CADP), 1998).

Under de senaste 10 åren har särskilt STAD-projektet i Stockholm gjort värdefulla studier utifrån den övergripande målsättningen att få kunskap om effektiva metoder för att minska alkohol- och drogrelaterade problem (Andréasson, 2004). Särskilt insatserna för att stimulera till en ansvarsfull policy för alkoholservering på krogar och utvärdera insatserna har varit värdefulla och medfört en betydande spridning. Man fann att 5 % av de studerade krogarna vägrade servera berusede före utbildning jämfört med 47 % efter utbildning av servitörer (Wallin, 2004) medan andelen krogar som vägrade servera minderåriga ökade från 55 % till 68 %. Det var dock ingen signifikant skillnad jämfört med ett kontrollområde. Man fann 29 % minskning av polisrapporterat våld i insatsområdet, efter kontroll av utvecklingen i jämförelseområdet. Utbildning av servitörer i ansvarsfull alkoholservering har spritt sig under åren, och detta har betydande folkligt stöd (Wallin, 2004). STAD-projektet har också arbetat med att försöka intressera sjukvården för sekundär prevention, och med projekt för att utveckla kompetensen bland föräldrar och i skolan.

I Stockholm verkar också ESAPP-projektet (ESAPP=Evaluation av Stockholms Alkohol Preventiva Program), som utvärderar

processer och resultat av det lokala alkohol- och drogförebyggande arbetet i Stockholms 18 stadsdelar (Romelsjö m.fl., 2003). Till skillnad från projekten i USA utvärderar man verksamhet i den vanliga organisationen i stadsdelarna, utan forskningsanställda projektledarna, något som kan ge kunskap av större generaliserbarhet. Ett web-baserat rapporteringssystem har byggts upp för att öka kunskapen om vilka förebyggande aktiviteter som egentligen utförs av samordnarna, något som man faktiskt har begränsad kunskap om.

I Trelleborgs genomfördes 1997–2000 ett mångfacetterat lokalt alkohol- drogförebyggande projekt med omfattande utvärdering (Stafström och Lundborg, 2004). Utvärderarna fann att programmet ej var särskilt framgångsrikt, förutom då det gäller genomförandet skolpolicy och skolsatsning. Programmet hade mätbara, högt ställda mål, t.ex. att minska den totala alkoholkonsumtionen under en 3-årsperiod, att skjuta upp debutåldern för alkoholkonsumtionen, vilka ej uppnåddes. Under 1977–2000 ökade tillgängligheten till alkohol, särskilt i södra Sverige, vilket givetvis försvårade möjligheten att uppnå goda resultat. Det politiska stödet till projektet kom att minska till följd av personändringar på ledande poster.

I ett preventionsprojekt i Örebro har Koutakis och Stattin (2005) fokuserat på att engagera föräldrarna i skolan (se också kapitel 10). Man har stimulerat föräldrar att gemensamt anta en policy för att minska tillgängligheten till alkohol vid skolor i olika områden. I de skolor där detta skedde var alkoholkonsumtionen signifikant lägre än i andra skolor.

Med medel från den nationella Alkoholkommittén, Mobilisering mot narkotika och Statens folkhälsoinstitut genomförs ett nationellt projekt för att utveckla kommunernas alkohol- och narkotikaförebyggande arbete (2004). Av 68 kommuner som ansökte om att delta utvaldes sex kommuner från olika delar av landet. Man förmedlade utbildning om verk samma metoder m.m. samt gav 200 000 kronor i startbidrag. Liknande jämförelsekommuner utsågs också. Samtliga kommuner valde att satsa på 3–4 verksamhetsområden. En omfattande utvärdering med intervjuer, enkäter och analys av registerdata över alkohol- och narkotikarelaterade problem sker. Vid en halvtidsrapport efter 1,5 år finner man inga skillnader mellan försöks- och kontrollkommunerna, som visar ungefär samma utveckling som i övriga landet. Man bedömer att detta är förväntat och skriver att det

förebyggande arbetet kom igång ganska sent, men utvecklats allt bättre. Den slutliga utvärderingen blir betydelsefull för synen på lokalt alkohol- och narkotikaförebyggande arbete i landet.

Erfarenheter och framgångsfaktorer

Wallin tillhör dem som försökt sammanfatta lärdomarna av lokalt alkohol- och drogförebyggande arbete (Wallin, 2002), och några punkter kan nämnas här. Stöd från kommunledningen är nödvändigt och ett realistiskt lokalt handlingsprogram med mätbara mål utarbetat av aktörer och ansvariga inom olika områden kan vara en viktig bas i arbetet. För att ett projekt ska bli långvarigt och integreras i befintlig verksamhet måste det givetvis bedömas som viktigt av kommunen eller lokalsamhället i fråga, och bygga på lokala värden och lokal kultur. En institutionalisering ska sättas som ett tydligt mål så snart man bestämt sig för den.

En medveten strategi för att intressera lokala massmedia för frågorna ("media advocacy") kan ge viktiga positiva effekter. Lokala undersökningar kan ha en viktig informerande och mobiliserande effekt, samt ge möjligheter till jämförelser med andra områden i länet eller landet. Lokalt preventionsarbete tar tid och ställer också krav på flexibilitet. Ibland är det nödvändigt att inkludera insatser som är mindre effektiva eller mindre kända för att få stöd för andra insatser eller för helheten. Det är viktigt att utgå från den vetenskapliga kunskap som finns sedan tidigare och från positiva erfarenheter. Ett program och arbetssätt som får deltagarna att känna stolthet och värde innebär förstås ökade möjligheter till framgång. Häregård (2003) har studerat faktorer som ökar aktiviteten hos drogförebyggande samordnare i landet. En enkätundersökning riktades till alla 237 samordnare som fanns i Alkoholkommitténs kontaktregister i oktober 2003. Eftersom det finns 286 kommuner i landet, och då det finns mer än en samordnare i vissa kommuner (i Stockholm finns 18 lokala samordnare) innebär siffran 237 att ganska många kommuner saknade samordnare. Svar på enkäten kom från 174 samordnare (73 %), varav 87 % inte arbetat med alkohol- och drogförebyggande arbete tidigare. Två tredjedelar hade en styrgrupp och 70 % en samverkansgrupp för sitt arbete. Hälften var projektanställda och en lika stor andel arbetade heltid med alkohol- och drogprevention. Fyrtio procent saknade dokument som beskriver det övergripande

målet med arbete, men 34 % höll på att ta fram ett sådant dokument.

Undersökningen visar att det finns samband mellan vissa förhållanden och hög alkohol- och drogförebyggande aktivitet. Det är positivt om samordnaren har hög kompetens i prevention och ett samhällsförändrande förhållningssätt. Positiva organisatoriska förhållanden är tydligt uppdrag, mandat att förändra, en stödjande struktur och krav på utvärdering. Arbetet gynnas också om det finns ett brett kontaktnät och om arbetet kommer in i ett meningsfullt sammanhang. Häregård menar att dessa förutsättningar relativt enkelt kan påverkas i kommunerna och att det drogförebyggande arbetet skulle kunna utvecklas avsevärt om så skedde.

Kommuners syn på alkoholförebyggande verksamhet hösten 2004

Socialdepartementet genomförde hösten 2004 en enkätundersökning om alkoholförebyggande arbete, riktat till 41 kommuner. Trettio kommuner (73 %) med totalt 1,2 miljoner invånare svarade. Dessutom finns synpunkter från Stockholm, Göteborg och Malmö, dvs. landets tre största städer. En sammanfattning följer nedan (Danielsson, 2005).

Överlag verkar kommunerna ha en tämligen positiv syn på de nationella handlingsplanerna, som anses vara tydliga och prioritera rätt frågor. Kritik framförs mot att det i planerna saknas koppling mellan vad som skall göras och de resurser kommunerna har för att genomföra detta.

En klar majoritet av kommunerna uttryckte en önskan om att koncentrera resurserna, att ha en organisation för hela området och en handlingsplan. Det anses särskilt viktigt att Alkoholkommitténs och MOB:s handlingsplaner och arbete samordnas, bland annat av det skälet att dessa frågor i praktiken samordnas i det lokala arbetet.

Nya handlingsplaner bör följas av fortsatta och, till särskilda projekt/insatser, öronmärkta medel/resurser. Långsiktighet bör understrykas och stimuleras i kommande planer. De bör dessutom mer preciserat ange vilka metoder som är framgångsrika i att förebygga brott och missbruk av alkohol och narkotika.

Områden som flertalet kommuner anser bör prioriteras i kommande planer är: drogfria arenor (arbetslivet bör särskilt

uppmärksammas), drogfri uppväxt och kommunal tillsyn, utbildning för de yrkesgrupper som kan arbeta förebyggande, behovet av föräldrainsatser/utbildningar, satsningar mot rattfylleri/drograttfylleri, vikten av att ha en kort rådgivning kring alkohol och droger i primärvården och av att ha en fungerande missbruksvård

Många kommuner påpekar att kommande handlingsplan/er bör ta större hänsyn till regionala skillnader och behov. Vidare bör planerna mer preciserat ange de mest angelägna arbetsområdena och de olika instansernas (stat, landsting, kommun) respektive ansvar.

Bristen på, och behovet av, uppföljning och utvärdering av det förebyggande arbetet från nationellt håll påtalas från flera av kommunerna.

Behovet av en förstärkt satsning på forskning (bl.a. om skyddsfaktorer, effektiva preventionsmetoder/insatser och effektivare vård) samt på att få ut denna till de lokala aktörerna påtalas från flera kommuner.

De förebyggande insatser som framför allt nämns från kommunerna kan sammanfattas såsom: Kartläggning/Handlingsprogram, Kunskapshöjande insatser, Insatser för utagerande barn, Tidig upptäckt av riskdrickande/riskbeteende och Vård, Föräldraaktiviteter/Föräldraprogram, Tillgänglighetsbegränsning, Samverkan, Fritidsaktiviteter, Skolmiljön, Trafiknykterhet och Alkohol fria arbetsplatser.

Majoriteten av kommunerna är väldigt positiva i sina omdömen om Alkoholkommittén och Mobilisering av narkotika. I synnerhet omnämns material och utbildningar från Alkoholkommittén i positiva ordalag. Det som framför allt efterfrågas från de flesta kommuner är ett långsiktigt tänkande kring och planerande av det förebyggande arbetet.

Av ett slutord framgår (Danielsson AK, 2005) att svaren från de 30 kommunerna väl överensstämmer med tidigare undersökningar inom ESAPP-projektet (Evaluering av Stockholms stads Alkohol Preventiva Program) (Romelsjö, m.fl., 2003). Man har där bland annat intervjuat de lokala alkohol- och drogsamordnarna i Stockholm vid upprepade tillfällen om sin arbetssituation. Samordnarna har vid dessa tillfällen bland annat uttryckt stark kritik mot det faktum att det finns så många olika aktörer inom det förebyggande arbetet och efterlyst bättre samordning från nationellt håll. De kritiska synpunkterna utgjordes sammanfattningsvis av alltför mycket konkurrens mellan olika aktörer och brister i samverkan,

oklar ansvarsfördelning, oklarheter i resursfrågan, kortsiktighet, brist på dokumentation och utvärdering, bristfällig samordning från nationellt håll och behov av tydligare direktiv och en mer enhetlig syn på det förebyggande arbetet. När det gäller frågan om dokumentation och utvärdering av det lokala förebyggande arbetet visar även andra studier, bl.a. ESAPP-projektet, på liknande problematik. Resursbrist anges som det huvudsakliga skälet till varför man inte dokumenterar det förebyggande arbetet/insatserna. Utan dokumentation kan inte utvärdering ske, och inte heller lärdomar dras och förmedlas.

Av synpunkter från de tre storstäderna Stockholm, Göteborg och Malmö framgår att dessa satsat mer än någonsin på alkohol- och drogförebyggande verksamhet och att de uppskattar de nationella satsningarna, som bl.a. inneburit att varderas storstaden fått 10 miljoner från Mobilisering mot Narkotika (MOB) i ”Trestadssatsningen”, och att de förordar att Alkoholkommittén och MOB slås samman.

Betydelse av socioekonomiska förhållanden

Man kan tillägga att ingen av de 30 kommunerna nämner frågor om jämställdhet och social ojämnlighet i sina remissvar och att endast en kommun diskuterar folkhälsoperspektiv. I en av de mycket få utvärderingar som beaktar betydelsen av socioekonomisk bakgrund, från Stockholms län, framkommer skillnader relaterade till den socioekonomiska standarden i boendeområdet (Mattson och Romelsjö, 1997). Vid en utvärdering av olika aspekter på en ANT-satsning med film, kampanjinslag i radio, på reklampelare och i ungdomstidning fann man vid en enkätundersökning i olika skolor i Stockholms län att elever från områden med hög medelinkomst och få socialbidragstagare var klart med positiva till denna ANT-satsning. Sålunda var 80 % av eleverna från sådana områden positiva till en ANT-föreläsning och 68 % till en film, medan motsvarande siffror bland elever från lågstatusområden var 57 % respektive 34 %. Liknande skillnader fanns mellan elevernas bedömning av effekter av ANT-satsningen på alkoholvanorna hos deras jämnåriga. Möjligen avspeglar dessa skillnader helt eller delvis allmänna skillnader i inställningen till skolan. Denna tämligen unika undersökning må vara enkel metodologisk, men indikerar att socioekonomiska förhållanden kan ha betydelse för effekten av

förebyggande insatser, och aktualiserar också avsaknaden av forskningsbaserad kunskap inom området.

Samordning med narkotikaförebyggande insatser och annat folkhälsoarbete

Det har alltid funnits en diskussion om man bör samordna alkohol- och drog (narkotika)förebyggande arbete, och vidare om man bör försöka integrera ett sådant arbete med annat folkhälsoarbete. Mycket talar för att det finns fördelar med en sådan samordning. Narkotikadebut sker ofta under alkohelpåverkan och ungdomar som använder narkotika är ofta också storkonsumenter av alkohol (se också kapitel 10). Sociala och beteendemässiga faktorer som påverkar bruk av alkohol och för narkotika sammanfaller, liksom hälsofrämjande och förebyggande (protektiva) faktorer. Vetenskapliga studier där man jämför effekter av olika slag av samordning med förebyggande arbete mot ett område (t.ex. alkohol) är mycket svåra att genomföra, och saknas också.

Man kan rekommendera att det alkohol- och drogförebyggande arbete samordnas med annat folkhälsoarbete. Flera av de bestämningsfaktorer som är viktiga inom alkoholområdet är aktuella också inom andra folkhälsoområden (kapitel 10). Forskningen har visat att det ofta finns flera samverkande faktorer bakom hälsoproblem och sociala problem och sjukdomar, och en riskfaktor är ofta en bidragande orsak till flera olika problem. Alkoholvanorna påverkas således av mål och insatser inom annat folkhälsoarbete. Ett helhetsperspektiv på folkhälsoarbetet är en viktig utgångspunkt i den nya nationella folkhälsopolitiken.

Betydelsen av handlingsprogram diskuteras fortlöpande. Att gemensamt i lokalsamhället utarbeta ett lokalt handlingsprogram, med lokala data och mål, helst utvärderingsbara mål, förankrade bland deltagarna och i lokalsamhället är givetvis värdefullt och kan vara en avgörande investering för att utveckla ett bra folkhälsoarbete på vetenskaplig grund. Men det finns också exempel på att arbete på handlingsprogram kan ta alltför mycket tid från det reella förebyggande arbetet, och även bra program kan bli ”hyllvärmare”. I en uppsats från 1998 fann man vid analys av handlingsprogram från 28 kommuner tre inriktningar på programmen: förändrande, ansvarsundvikande och uppvisande (Elmquist, 1998).

I en unik studie från Ontario, Kanada har förekomst av handlingsprogram relaterats till olika förebyggande aktiviteter (Rylett och Gliksmann, 2002), baserat på en enkätundersökning riktad till 74 kommuner. De kommuner som hade handlingsprogram hade klart högre kvalitetsscore (genomsnittligt 74) för förebyggande insatser, jämfört med andra kommuner (kvalitetsscore 51 i genomsnitt). Den senare gruppen rapporterade 1,8 gånger fler alkoholrelaterade problem än kommunerna med handlingsprogram, vilka också rapporterade en minskning av problemscore från 14,4 till 6,5 under en tvåårsperiod. En begränsning är att uppgifterna endast bygger på subjektiva uppgifter från ansvariga tjänstemän lokalt, dvs. mätningar har ej utförts av utomstående. Det är egentligen också osäkert i vilken utsträckning just handlingsprogrammen kan ha bidragit till de bättre resultaten i de kommuner som hade sådana program. Trots begränsningar väcker den intresse för att studera betydelsen av handlingsprogram för aktivitetsnivå och mätbara resultat.

Åldersgränser, tillgänglighet och tillstånd

Det har visat sig att åldersgränser ofta inte kontrolleras och att det är lätt för minderåriga att köpa alkohol på restauranger i Sverige (se ovan). Det har också visat sig att det är lätt för minderåriga att köpa folköl (och tobak) i Sverige. Redan 1996 uppgav 34 % av 15-åriga pojkar och 20 % av 15-åriga flickor att de själva köper folköl i affär. De som gjorde så drack dubbelt så mycket som andra jämnåriga (Boman och Romelsjö, 1997). Vid inköpsförsök i STAD-projektet 1998 fann man att 63 % av ungdomar som av en panel bedömts se yngre ut än 18 år (de var minst 18 år) kunde köpa folköl på livsmedelsaffär (Lönqvist m.fl., 1998), Romelsjö och medarbetare har låtit utföra s.k. inköpsförsök (exkl. kontrollområden) av folköl och tobak inom tre sociodemografiskt olika områden inom Storstockholm, samt i kontrollområde, samtliga framgångsrika med statistiskt säkerställd minskning (Tabell 3). Man lät utbilda ungdomar som var över 18 år, men som av en panel vuxna såg yngre ut, att försöka köpa folköl och därvid registrera vissa förhållanden. Efter besöktes samtliga handlare av projektledare och närpolis och informerades om resultatet och lagstiftningen. Därefter genomfördes åter oannonserade och anonyma inköpsförsök. I Trångsund-Skogås integrerades inköpsförsök i ett omfattande lokala folkhälsoarbete. Dessa exempel visar att enkla

kontrollerande och informerande insatser i inköpsförsök kan begränsa tillgängligheten till alkohol bland unga.

Tabell 3. Andel (%) inköpsförsök som resulterade i inköp i insats- och jämförelseområden¹⁻⁵

	Alkohol		Tobak	
	Insats- område	Jämförelse- område	Insats- område	Jämförelse- område
<i>Trångsund-Skogås</i>				
Inköpsförsök 1	57	48	55	58
Inköpsförsök 2	38	32	41	57
Inköpsförsök 3	14	39	45	50
Inköpsförsök 4	0	80	30	95
Inköpsförsök 5	5	23	19	55
<i>Skärholmen</i>				
Inköpsförsök 1	56	- ⁶	62	- ⁶
Inköpsförsök 2	12	- ⁶	41	- ⁶
<i>Östermalm</i>				
Inköpsförsök 1	56	58	-	-
Inköpsförsök 2	42	46	-	-
<i>Maria-Gamla stan</i>				
Inköpsförsök 1	69	79	-	-
Inköpsförsök 2	37	79	-	-
<i>Hägersten</i>				
Inköpsförsök 1	81	20	-	-
Inköpsförsök 2	25	24	-	-

¹ Mattsson U, Romelsjö A. Tillgänglighet till folköl och tobak i livsmedelsaffärer och kiosker i Trångsund och Skogås 1999. Huddinge: Samhällsmedicin, Centrum för Alkohol- och Drogprevention (CADP), 1999.

² Danielsson L, Romelsjö A. Minskning av tillgänglighet till folköl och tobak bland minderåriga i Skärholmen under 1999. Stockholm: Samhällsmedicin, Centrum för Alkohol- och Drogprevention (CADP), 2000.

³ Danielsson L, Romelsjö A. Tvåårig studie visar att tillgänglighet till bland minderåriga minskat i Trångsund-Skogås. Stockholm: Samhällsmedicin, Centrum för Alkohol- och Drogprevention (CADP), 2000.

⁴ Haeggman UL, Romelsjö A. Minskning av tillgängligheten till folköl bland ungdomar på Södermalm. Stockholm: Karolinska Institutet, institutionen för folkhälsovetenskap, 2000.

⁵ Haeggman UL, Upmark M, Romelsjö A. Hur lätt är det för ungdomar att köpa folköl? Stockholm: Samhällsmedicin, Centrum för Alkohol- och Drogprevention (CADP) och Karolinska Institutet, institutionen för folkhälsovetenskap, 2000.

⁶ Jämförelseområde saknas

Behandling

Denna utredning har ej till uppgift att utreda förhållanden rörande behandling av personer med alkohol- och drogrelaterade problem. Dock synes det relevant att fästa uppmärksamhet på att det finns vetenskapligt stöd för att behandling och policy för behandling lokalt, regionalt och nationellt kan påverka omfattningen av allvarliga alkoholrelaterade i en befolkning, vid sidan av alkoholpolitik, hälsofrämjande och förebyggande insatser. De arbeten, begränsade till Kanada, USA och Sverige, som studerat samband mellan antal personer i behandling för alkoholberoende (alkoholism) och alkoholmissbruk å ena sidan, och död och slutet vård i nära alkoholrelaterade sjukdomar som skrumplever (levercirrhos) och alkoholberoende har funnit ett positivt samband, också med hänsyn tagen till effekten av ändrad alkoholkonsumtion. Mann och Smart (1988) har vid analys av data för hela befolkningen funnit samband mellan: ökning av antalet personer i behandling för alkoholberoende och mindre sjukhusvård för skrumplever, ökad behandling och ökat antal medlemmar i Anonyma alkoholister (AA) och lägre dödlighet i skrumplever i USA (1990, 1991) och i Ontario, Kanada (1990, 2005 (tidsserieanalys)). Holder och Parker (1992) fann vid multivariat tidsserieanalys av data från Nordkarolina, USA att en ökning av behandling för alkoholberoende medförde lägre dödlighet i skrumplever, under hänsyn tagen till ändrad alkoholkonsumtion. Romelsjö fann i ett tidigt arbete (1987) ett samband mellan ökad försäljning av Antabus och Disulfiram (ges till alkoholberoende, och motverkar alkoholintag genom att stoppa nedbrytningen av alkohol i kroppen, vilket vanligen medför avsevärda obehag) och minskning av dödlighet och sjukhusvård i nära alkoholrelaterade sjukdomar i Stockholms län. Leifman och Romelsjö (1997) fann vid analys med bättre metodik (tidsserieanalys) ett signifikant samband mellan försäljningen av Antabus och Disulfiram samt dödlighet och sjukhusvård i nära alkoholrelaterade sjukdomar i Stockholms län 1980–94, under samtidig kontroll för alkoholkonsumtion. Dessa uppgifter talar för att man i frågor rörande policy och resurser till behandling också bör beakta de positiva effekter som behandling kan ha på allvarliga och kostsamma alkoholrelaterade problem i befolkningen. Detta synsätt framträder tydligt i ett arbete 2005 av tre av författarna (Room, Babor och Rehm) i den internationella kunskapsöversikten (Babor m.fl., 2003). De skriver (2005) ”This

evidence suggests that treatment of alcohol-related problems should be incorporated into a public health response to alcohol problems” (Dessa vetenskapliga fakta bör leda till att behandling av alkoholrelaterade problem ingår i ett folkhälsoprogram mot alkoholproblem).

Stora möjligheter till insatser på lokal nivå

I och med att alkoholpolitiken har ändrats har lokalt förebyggande arbete blivit viktigare. Ingen ändring av detta förhållande är i sikte, och uppgiften är att utveckla lokalt förebyggande arbete, och basera denna på vetenskaplig evidens, där sådan finns. Det är också så att flera av de bästa förebyggande insatserna enligt internationell vetenskaplig granskning (Babor m.fl., 2003) är helt eller nästan helt beroende av lokala beslut av politiker och andra och av lokala insatser. Detta gäller för fem av de 10 mest effektiva preventiva insatserna (avsnitt 4.1), nämligen tillämpning av åldersgränser för inköp av alkoholdrycker, begränsningar av antalet försäljningsställen, begränsningar i öppethållande, trafiknykterhetskontroller och sekundär prevention. Dessutom har andra insatser en lokal tyngdpunkt, ofta av naturliga skäl, vare sig de är en del av en nationell eller regional policy eller enbart bygger på lokala initiativ. Hit hör insatser i skola, på arbetsplatser, i föreningsliv, kampanjer. Detta innebär att lokal policy har avgörande betydelse, och en central konkret fråga är oftast: Vill kommunpolitikerna satsa på en bra alkoholpolicy och avsätta resurser för att förverkliga detta? Ett viktigt inslag i det lokala förebyggande arbetet är kommunala insatser för att begränsa antal serveringsställen och öppettider, liksom bra rutiner för tillståndsgivning (Andréasson, 2002). Av stor vikt är kontroll av befintlig lagstiftning så att minderåriga och berusade ej serveras alkohol på näringsställen, och så att minderåriga ej kan köpa folköl. Den lokala ordningsstadgan kan innehålla förbud mot alkoholkonsumtion i vissa offentliga miljöer, t.ex. på idrottsanläggningar, tågstationer och parker. Ansvarsfulla lokala politiker kan avsätta resurser för att utarbeta handlingsprogram och för att genomföra insatser i handlingsprogrammet, i samverkan med andra organisationer. Denna kan innefatta policy och insatser för kommunens egna anställda. Kommunpolitiker kan besluta och tillämpa en alkoholrestriktiv egen representation.

Polisen har möjlighet att försöka förhindra langning, smuggling och hembränning, och försäljning av alkohol till minderåriga. En stor del av polisens arbete avser alkoholrelaterade brott och problem: våldsbrott, kriminalitet, ordningsproblem och lägenhetsbråk. Sjukvård och socialtjänst kan avsätta tid till sekundärpreventiva insatser. Föreningar kan utarbeta och tillämpa en bra alkoholpolicy inom sin verksamhet, något som förefaller naturligt för t.ex. idrottsföreningar.

Sammanfattning och diskussion

Vi har redovisat vetenskapliga studier från USA och Sverige som visar att lokalt förebyggande arbete kan minska viktiga alkoholrelaterade problem. Denna positiva kunskap fanns inte för 10–15 år sedan. Det är en mycket liten andel av lokalt förebyggande satsningar som utvärderats. Bra utvärderingar kostar en hel del. Det är också mycket möjligt att man missar effekter av förebyggande insatser därför att de vetenskapliga erfarenheterna och metodiken inom området är förhållandevis outvecklad. Men sammanfattningsvis finns starka skäl att satsa på lokalt alkoholförebyggande arbete. Det viktigaste skälet är att det finns vetenskapliga studier som visar effekt av vissa lokala insatser. Dessutom kan det verksamt bidra till att många människor får en ökad medvetenhet och kan utveckla ett tydligare förhållningssätt till alkohol och droger och därtill relaterade problem

Vidare kan flera av de bästa förebyggande insatserna helt eller delvis endast genomföras på lokalplanet. Därför gör vi bedömningen att en fortsatt satsning på lokalt förebyggande arbete måste ske. Detta innebär en långsiktig satsning, integrerat i den ordinarie verksamheten i kommunerna. Av central betydelse är att en bra, politiskt förankrad lokal alkoholpolicy finns och att denna inkluderar olika insatser för att begränsa tillgänglighet och kontrollera att gällande lagar och bestämmelser följs. Samarbete med annat folkhälsoarbete bör eftersträvas. Alkoholkommittén, mobilisering mot narkotika, folkhälsoinstitutet och de planerade regionala centra (avsnitt 9) ska svara för utbildning av personal, spridning av bra metoder för kartläggning och för olika hälsofrämjande och förebyggande insatser. Men kostnaderna för det lokala förebyggande arbetet i kommuner och stadsdelar måste vila på dessa. Man kan här räkna med en kostnad som ofta ligger på

mindre än en procent av den kommunala budgeten, medan kostnaderna för alkoholrelaterade problem i en kommun är mångdubbelt större. Det förefaller dock orealistiskt att tro att en kraftigt ökad satsning på kunskapsbaserad alkoholpolicy och prevention lokalt fullt ut ska kunna kompensera för försvagningen av den traditionella nationella restriktiva alkoholpolitiken.

Forskning

Forskningen om lokalt förebyggande arbete inom alkoholområdet är begränsad i Sverige, liksom internationellt, trots en förstärkning under de senaste 5–10 åren. De exempel på framgångsrika insatser kommer främst från forskning i USA, och med även insatserna delvis under kontroll av forskarna. I vilken utsträckning de positiva resultaten är tillämpliga i Sverige är oklart, trots positiva indikationer av folkhälsoarbete i en mindre kommun för mer än 10 år sedan (Berg-Kelly m.fl., 1991), och trots att likheter i samhällstyp och postulerade mekanismer gör att positiva effekter är sannolika. Vi vet dock från svenska studier att utbildning i ansvarsfull alkoholserving kan ge resultat (Andréasson, 2004; Wallin, 2003), och att insatser för att motverka försäljning av folköl till minderåriga kan ge positiva följder (Dalenius & Romelsjö, 2000), liksom att behandling kan påverka nivån av alkoholrelaterade allvarliga hälsoproblem i befolkningen (Leifman & Romelsjö, 1997).

Några områden där forskning ter sig viktig ska nämnas.

Vi behöver kunskap om lokalt förebyggande arbete har säker positiv effekt i Sverige idag.

Vi vill gärna veta om även framgångsrika satsningar på att minska tillgängligheten till alkohol för unga, t.ex. genom en bra och resolut tillämpat lokal policy även medför minskning av konsumtion och av alkoholrelaterade problem. Forskning saknas helt på effekter av policy och förebyggande insatser i föreningslivet. Forskning saknas också om betydelsen av socioekonomisk bakgrund i boendemiljö och individuellt för effekter av förebyggande insatser.

Litteratur

- Ahnquist J, Danielsson AK, Romelsjö A. Samordnarrollen- fälta, samordna, predika eller driva projekt. Stockholm:Karolinska Institutet, institutionen för folkhälsovetenskap, 2003. (ESAPP-rapport 2003:1).
- Ahnquist J, Danielsson AK, Romelsjö A. Precens-förebygga, bygga, trygga? Stockholm: Karolinska Institutet, institutionen för folkhälsovetenskap, 2003. (ESAPP-rapport 2003:2).
- Andréasson S (red). Den svenska supen i det nya Europa. Nya villkor för alkoholprevention:en kunskapsöversikt. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, 2002.
- Andréasson S. STAD-projektet. Erfarenheter från tio års arbete. Stockholm: STAD, 2004.
- Babor T m.fl. Alcohol:no ordinary commodity. Oxford:Oxford Medical Publications, 2003.
- Berg-Kelly K m.fl. Ungdomars hälsovanor och riskbeteenden. Stark kommunal satsning ger bättre hälsa. Läkartidningen 1993;90:710–17.
- Berg-Kelly K m.fl. Health habits and risk behavior among youth in three communities with different public health approach. Scandinavian Journal of Social Medicine 1997;25:149–55.
- Boman U, Romelsjö A. Alkohol- och drogvanor bland högstadieelever i Stockholms län- en analys av utvecklingen mellan 1990 och 1996 samt av samband med andra vanor och psykosociala förhållanden 1996. Huddinge: Samhällsmedicin, Centrum för Alkohol- och Drogprevention (CADP), 1999.
- Bränström R, Sjöström E, Andréasson S (2004). Att utveckla kommunernas alkohol- och narkotikaförebyggande arbete. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. (Rapport 2004:36).
- Casswell S (1989) m.fl. Changes in public health support for alcohol policies following a community-based campaign. British Journal of Addiction, 84:515–522.
- Danielsson AK, 2005. Sammanställning till Socialdepartementet/Alkoholinförseletredningen – svar från 30 kommuner. Stockholm: Karolinska Institutet, institutionen för folkhälsovetenskap, 2003.
- Danielsson L, Romelsjö A. Minskning av tillgänglighet till folköl och tobak bland minderåriga i Skärholmen under 1999. Stockholm: Samhällsmedicin, Centrum för Alkohol- och Drogprevention (CADP), 2000.

- Danielsson L, Romelsjö A. Tvåårig studie visar att tillgänglighet till bland minderåriga minskat i Trångsund-Skogås. Stockholm: Samhällsmedicin, Centrum för Alkohol- och Drogprevention (CADP), 2000.
- Elmqvist H. Sociala handlingsprogram. Styrmedel eller ett nödvändigt ont? Stockholm: Stockholms universitet, institutionen för socialt arbete, 1998. (C-uppsats).
- Haeggman UL, Romelsjö A. Minskning av tillgängligheten till folköl bland ungdomar på Södermalm. Stockholm: Karolinska Institutet, institutionen för folkhälsovetenskap, 2000.
- Haeggman UL, Upmark M, Romelsjö A. Hur lätt är det för ungdomar att köpa folköl? Stockholm: Samhällsmedicin, Centrum för Alkohol- och Drogprevention (CADP) och Karolinska Institutet, institutionen för folkhälsovetenskap, 2000.
- Hingson R m.fl. Reducing alcohol-impaired driving in Massachusetts: The Saving Lives Program. *American Journal of Public Health* 1996;86:791–97.
- Holder H, Parker N. Effect of alcoholism treatment on cirrhosis mortality: a 20-year multivariate time series analysis. *Addiction* 1992;87:1263–74.
- Holder H, ed. A community prevention trial to reduce alcohol-involved trauma. *Addiction* 1997;S155–S301. (Supplement 2).
- Häregård A. Villkor för prevention. En studie av faktorer som ökar aktiviteten hos drogförebyggande samordnare i Sverige. Stockholm: Företagsekonomiska institutionen, 2003.
- Koutakis N. Föräldrainsatser vid skolor i Örebro. Föredrag vid årsmöte för Alkoholpolitiskt Forum 17 februari, 2005.
- Leifman H, Romelsjö A. The effect of changes in alcohol consumption on mortality and admissions with alcohol-related diagnoses in Stockholm County- a time series analysis. *Addiction* 1997;92:1523–36.
- Lönnqvist U, Rehnman C, Larsson J, Wallin E, Andréasson S. Några folköl är väl inte så farligt. En studie av legitimationskontroll vid inköpsförsök i livsmedelsaffärer i Stockholm under januari 1998. Stockholm, STAD-projektet, 1998.
- Mann R, Smart R m.fl. Are decreases in liver cirrhosis rates a result of increased treatment for alcoholism? *British Journal of Addiction* 1988;83:683–88.

- Mann R, Smart R m.fl. Reductions in cirrhosis deaths in the United States: associations with per capita consumption and AA membership. *Journal of Studies on Alcohol* 1991;32:361–65.
- Mann R m.fl. Cirrhosis mortality in Ontario: Effects of alcohol consumption and Alcoholics Anonymous participation (2005, Manuscript).
- Mattsson U, Romelsjö A. Utvärdering av informationskampanj om ungdomar och alkohol i Stockholms län våren 1997. Huddinge: Samhällsmedicin, Centrum för Alkohol- och Drogprevention (CADP), 1997.
- Mattsson U, Romelsjö A. Tillgänglighet till folköl och tobak i livsmedelsaffärer och kiosker i Trångsund och Skogås 1999. Huddinge: Samhällsmedicin, Centrum för Alkohol- och Drogprevention (CADP), 1999.
- Midford R m.fl. (1996). Evaluation report of YAF from the National Centre for Research into the Prevention of Drug Abuse. In Woolmer, J. and Philp, A. Evaluation of the Alcohol Advisory Council 1996 Youth Alcohol Forum: Drink Drunk Its Up to You. pp. 11–29.
- Romelsjö A. Decline in alcohol-related in-patient care and mortality in Stockholm county. *British Journal of Addiction* 1987;82:653–63.
- Romelsjö A, Haeggman UL, Braun C, Danielsson AK. The evaluation of alcohol and drug prevention abuse in the 18 districts of Stockholm. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 2003;20:101–104.
- Room R, Babor T, Rehm J (2005). Alcohol and public health. *Lancet*, 365:519–530.
- Rylett M, Gliksman L. Outcomes from the municipal alcohol policy intervention. Föredrag vid det årliga vetenskapliga mötet för Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Alcohol Research, Paris 3–7 June, 2002.
- Stafström M, Lundborg P. (2004). En utvärdering av Trelleborgs alkohol- och drogpolitiska handlingsprogram. Malmö: Samhällsmedicinska institutionen, Lunds universitet.
- Upmark M m.fl. Alkohol- och drogvänor bland elever i åk 9 i kommunerna i Stockholms län. Huddinge: Samhällsmedicin, Centrum för Alkohol- och Drogprevention (CADP), 1998.
- Wagenaar A m.fl. Communities mobilizing for change on alcohol: lessons and results from a 15-community randomized trial. *Journal of Community Psychology* 1999;27:315–26.

Wallin E. Lokalt folkhälsoarbete. I Andréasson S (red). Den svenska supen i det nya Europa. Nya villkor för alkoholprevention:en kunskapsöversikt. Stockholm:Statens folk-hälsoinstitut, 2002.

Wallin E. Resonsible beverage service. Effects of a community action project. Stockholm:Karolinska Institutet, 2004. (Avhandling).

www.ki.se/pbs/esapp www.stad.org