

10 Insatser riktade till barn, ungdomar och unga vuxna

Utredningens förslag: Utbyggnaden av prevention som vilar på vetenskaplig grund behöver kraftigt förstärkas, bl.a. genom fortbildning. Detta arbete bör ske inom ramen för de sex regionala kompetenscentrum som utredningen föreslår skall inrättas. En viktig uppgift för dessa centrum är att förankra behovet av förebyggande arbete hos beslutsfattare och tjänstemän i kommunerna. Särskilda medel bör avsättas för preventionsforskning med fokus på barn, ungdomar och unga vuxna. Beredningen av forskningsmedlen bör ske av den föreslagna nationella alkohol- och narkotikasamordnaren.

Utredningens bedömning: Det är viktigt att det förebyggande arbete som påbörjats och som baseras på vetenskapliga belägg får fortsätta. Det är också väsentligt att sådant arbete där någon utvärdering inte ännu är färdig men som tyder på goda resultat utnyttjas. Samtidigt med detta behövs ökad kunskap om orsaker bakom förändrade trender i alkohol- och drogvanor, framför allt bland ungdomar.

10.1 Bakgrund

Skyddet för ungdomen är ett viktigt inslag i den restriktiva alkoholpolitiken med bland annat jämförelsevis höga åldersgränser för inköp och servering av alkoholdrycker. De flesta niondeklassare är dock alkoholkonsumenter. En speciell riskgrupp är unga som debuterar tidigt med alkoholkonsumtion. Undersökningar från Stockholm (Sundell & Kraft, 2002; Sundell, 2003) visar att ungefär var tionde elev i grundskolans årskurs 5 har varit berusad. Detta betyder inte att den svenska alkoholpolitiken mot ungdomar misslyckats men det är uppenbart att målsättningen om en alkoholfri uppväxt inte på långa vägar uppfyllts. Konsumtionen bland pojkar i

årskurs 9 har dock minskat under senare år efter kraftiga ökning under 1990-talet och ökningen bland flickor har avstannat. Skillnaden mellan pojkars och flickors konsumtionsnivå har därmed minskat (CAN, 2004).

Den senaste ESPAD-undersökningen (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) som genomfördes under våren år 2003 med 35 deltagande länder visade även den på något lägre konsumtions- och prevalenstal för svenska niondeklassare jämfört med år 1999. I konsumtionshänseende ligger de svenska ungdomarna numera sannolikt lägre än genomsnittet och när det gäller berusningsdrickande något över genomsnittet för de länder som deltog (CAN, 2004b). I båda fallen är detta en förbättring jämfört med år 1999. Som allra högst är alkoholkonsumtionen i början av 20-årsåldern, något som man inte finner i flertalet central- och sydeuropeiska länder. När det gäller unga vuxna visar en undersökning från år 2000 att konsumtionen bland unga vuxna (i detta fall 18–29 åringar) kan vara högre i Sverige än i tre av de övriga fem länderna som studerades, nämligen Frankrike, Italien och Tyskland. De övriga två länderna var Storbritannien och Finland (Leifman, 2002).

Minskningen av alkoholkonsumtionen bland svenska niondeklassare (främst pojkar) är glädjande. Det är möjligt, men inte säkert, att en del av denna nedgång kan förklaras av den ökade satsningen på förebyggande insatser riktade mot ungdomar som ägt rum i många av Sveriges kommuner under de senaste åren i samband med genomförandet av den nationella handlingsplanen för åren 2001 till 2005. En del av minskningen torde dock också kunna hänföras till internationella trender eftersom utvecklingen är likartad i andra industriländer (t.ex. USA), där nedgången i rökning, alkoholkonsumtion och narkotikaanvändandet började några år tidigare än i Sverige. Det är dock möjligt att den ökade tillgängligheten till alkoholdrycker med låga priser kan komma att bryta denna trend med en ökad konsumtion och en ökad andel storkonsumenter bland unga svenskar som följd.

Denna koppling till både större skeenden i samhället (makroförhållanden), t.ex. internationella trender, och mer individspecifika förhållanden, t.ex. olika riskfaktorer för olika problembeteenden bland unga, är central i förståelsen av hur alkoholvanorna ser ut bland unga människor samt hur effektiv alkoholprevention skall fungera. Båda perspektiven hänger ihop. Ett mer alkoholliberalt samhälle ökar betydelsen av olika individriktade preventions-

program för att åstadkomma gynnsamma förändringar av alkoholvanor hos människor.

De senaste decennierna har kunskapen om effektiv prevention vuxit snabbt och idag finns många preventionsprogram som i utvärderingar visat sig minska risken för att barn, ungdomar och unga vuxna utvecklar problembeteenden (se också avsnitt 10.2.3). En viktig orsak till utvecklingen av mer effektiva preventiva insatser är en ökad kunskap om vad som ökar risken för framtida problem (riskfaktorer) respektive vad som minskar risken (skyddsfaktorer).

Med tanke på den gradvisa försvagningen av de traditionella alkoholpolitiska medlen ter sig ökade resurser för insatser på det här området som ytterst angeläget. Här står Sverige inför en stor utmaning. I det arbetet finns det inte några genvägar när det gäller att kompensera för decennier av försummat forsknings- och utvecklingsarbete inom skola och socialtjänst. Hur kunskapsläget ser ut idag och vad vi anser att man måste göra för att öka kunskapen om och sprida användandet av evidensbaserade metoder redogörs för i detalj nedan. I avsnitt 10.2 behandlas barn och unga och i avsnitt 10.3 unga vuxna. Till stora delar hänger dock båda avsnitten ihop och i båda fallen ligger tyngdpunkten på utbyggnad av evidensbaserad prevention (dvs. förebyggande insatser/program som i vetenskapliga utvärderingar med höga bevisvärden visat sig vara effektiva, se avsnitt 10.2.2) och hur kunskap om och implementering av effektiva preventionsprogram skall spridas runt om i landet.

10.2 Barn och unga

10.2.1 Inledning

När det gäller elever i årskurs 6 visar CAN:s mätningar att andelen som uppger att de varit berusade respektive använt narkotika ökade under 1990-talet. År 2001 svarade 14 procent av flickorna att de varit berusade, vilket är en i det närmaste fördubbling jämfört med 10 år tidigare. För pojkarna i årskurs 6 har motsvarande varit tämligen konstant under hela 1990-talet, med ca 12 procent. Den stora ökningen av elever som varit berusade tycks ske i åldrarna 12–14 år. Även andelen elever som använt narkotika i årskurs 9 ökade under 1990-talet från ca 3 procent år 1989 till 9 procent år 2001.

Därefter tycks ett trendbrott ha skett med något lägre andel som använt narkotika och även som varit berusade, dock återigen tydligast bland pojkarna. Undersökningar från BRÅ visar att ungefär hälften av eleverna i årskurs 9 har begått någon form av stöldbrott under det senaste året (BRÅ, 2003). Allvarligare tillgrepsbrott (t.ex. bilstöld) och våldsbrott var sällsynta. Var tionde pojke och fem procent av flickorna hade begått våld mot person. Brottsligheten, som var vanligare bland pojkarna, minskade från år 1995 till år 2001.

För de allra flesta leder dessa riskbeteenden i unga år inte till framtida problem; de flesta slutar begå brott och de allra flesta utvecklar inte alkohol- eller drogrelaterade problem. För en del grundläggs dock framtida problem under barndomen eller tonåren. Det gäller framför allt de som debuterar tidigt, vilket pekar på betydelsen av en tidig prevention.

Forskning visar att problembeteenden som alkohol- och narkotikakonsumtion, våld och kriminalitet, oskyddat sex och bristande skolanpassning tenderar att förekomma hos samma individ både vid samma tillfälle och över tid (t.ex. Elliott, 1993; Thornberry m.fl., 1995; Huizinga & Jakob-Chen, 1998). Exempelvis är det ofta samma individer som tidigt börjar skolka, snatta och begå andra kriminella handlingar som också är bland de första att börja experimentera med alkohol och narkotika. Det är framför allt mängden riskfaktorer som påverkar risken för problem. Av detta följer att interventioner mot en enskild riskfaktor inte behöver minska risken för problembeteenden eftersom andra riskfaktorer fortsätter att upprätthålla förekomsten. Preventionsprogram bör därför inriktas mot flera riskfaktorer samtidigt. Olika typer av problembeteenden – som missbruk och kriminalitet – har många gemensamma riskfaktorer. Därför kan interventioner mot ett problembeteende (t.ex. alkoholkonsumtion) även ha gynnsamma effekter på andra problembeteenden (t.ex. kriminalitet). Det här avsnittet diskuterar därför preventionsinsatser och preventionsprogram mot barn och ungas problembeteenden i vid bemärkelse och inte enbart mot alkoholproblem.

10.2.2 Evidensbaserad prevention

Begreppet evidensbaserad är relativt nytt i Sverige. Därmed avses att en rekommenderad intervention har ett vetenskapligt stöd från minst två oberoende utvärderingar med högt bevisvärde (Chambless m.fl., 1998; Sackett, 2000; Sherman m.fl., 2002; Society for prevention research, 2004; Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2005; Woolf m.fl., 1996). Högt bevisvärde ges när utvärderingen förmår kontrollera många alternativa förklaringar till resultaten. Som den vetenskapligt säkraste utvärderingsdesignen betraktas randomiserade studier. Dessa kännetecknas av att undersökningsindividerna fördelas slumpmässigt (randomisering) mellan två eller flera grupper där minst en fått någon form av insats. Randomisering gör grupperna teoretiskt likvärdiga, vilket gör att den eventuella skillnad som erhålls logiskt kan knytas till interventionen snarare än till bakgrundsfaktorer. En stor undersökningsgrupp ger också ett högre bevisvärde, liksom statistiskt säkerställda skillnader. Dessutom krävs att det finns en rimlig uppföljningstid så att effekter hinner manifesteras, att målgruppen är tydligt beskriven och att resultaten har praktisk/klinisk signifikans. Det är först efter att denna typ av utvärderingar började användas mer allmänt i Nordamerika som kunskapen snabbt har ökat om vad som fungerar förebyggande. Under 1970- och 80-talen drog många forskare slutsatsen att det förebyggande arbetet inte fungerade (t.ex. Romig, 1978; Basta & Davidson, 1988), mycket beroende på att dåtidens utvärderingar kännetecknades av många brister, bl.a. en övertro på kvasiexperimentell design, brister i mätmetoder, dålig implementering av behandlingsmetodik och osäkerhet om integriteten i tillämpningen av behandlingsmetoden.

Evidensbaserad prevention är inte en färdig uppsättning insatser mot problembeteenden utan handlar mer om ett förhållningssätt till kunskapsutveckling och utvecklingsarbete där kunskapen om prevention bara är tillfällig och i ständig utveckling mot successivt allt effektivare metoder. Ju flera av varandra oberoende utvärderingar om ett visst preventionsarbete som ger samma resultat, desto säkrare är att programmet fungerar som avsett.

Det har ibland framförts att randomiserade undersökningar är oetiska. Idag betraktas allt flera det som mer oetiskt att erbjuda (eller tvinga på) klienter insatser som ingen vet effekten av. Det finns program som säger sig förhindra problem men där jämförande

utvärderingar visat att programmen inte har någon effekt eller till och med är skadliga. Det kanske mest kända exemplet är ANT-programmet DARE (Drug Abuse Resistance Education) eller VÅGA som det kallas i Sverige. Sammanlagt fyra internationella randomiserade utvärderingar och en svensk visar att VÅGA inte fungerar förebyggande utan till och med har ökat ungdomars alkohol- och drogkonsumtion (Gottfredson m.fl., 2002; Lindström & Svensson, 1998). Så länge kunskapen saknas om vad som verkligen fungerar förebyggande anses det mer etiskt att låta slumpen avgöra vem som får vilken insats (efter att klienterna informerats om utvärderingen och getts tillfälle till att avböja medverkan) för att på det sättet öka kunskapen om vad som fungerar bättre respektive sämre. De svenska randomiserade studier som genomförts visar också att få klienter avböjer medverkan i dessa studier.

10.2.3 Preventionsprogram som fungerar förebyggande

De finns många preventionsprogram som i utvärderingar visat sig minska risken för att barn och unga utvecklar problembeteenden (se bilaga 8). Dessa program har också visat sig vara kostnads-effektiva jämfört med traditionella insatser eller inga insatser alls (Aos m.fl., 2004). Det bör dock poängteras att även om preventionsprogrammen visat sig vara effektiva är dess effekter begränsade. Lipsey och Wilson (1998) fann exempelvis i en metastudie att en tredjedel av alla unga kriminella som deltagit i de evidensbaserade program som hade bäst effekt kom att lagföras för nya brott inom ett år. Det är således viktigt att ha realistiska förväntningar.

Det finns vidare vissa gemensamma drag som kännetecknar de flesta effektiva preventionsprogram. Det tydligaste kännetecknet är att insatserna styrs av en uttalad teori om vad som ökar respektive minskar risken för problembeteenden, det vill säga vilka risk- och skyddsfaktorer som identifierats som viktiga och som interventionerna inriktas mot. Vidare kännetecknas effektiva preventionsprogram av att kunskapsinhämtning kombineras med träning av sociala färdigheter (t.ex. verbal konfliktlösning, självkontroll) och att programmen är utvecklingsmässigt och sociokulturellt adekvata. De använda insatserna berör vidare flera av den unges miljöer (t.ex. skola, hem). Programtrohet eftersträvas. Inlärningsmetoder används som innebär att den unge aktiveras. Dessa program

förutsätter adekvat utbildning hos dem som bedriver programmen (se också bilaga 8 för mer detaljerad beskrivning).

Två vanliga arenor för effektiva preventionsprogram är hemmet och skolan. Ett exempel på ett av Statens folkhälsoinstitut rekommenderat program för förskoletiden och de tidiga skolåren är det amerikanska föräldrastödsprogrammet *De otroliga åren* (*The Incredible Years*). De otroliga åren finns i två varianter, en första avsedd för föräldrar med barn i åldern 2–7 år och en andra för föräldrar med barn i åldern 4–10 år. I den första varianten träffas föräldragrupperna 12–14 gånger om 2 timmar vardera och i den andra 8–10 gånger om 2 timmar vardera. Som alla program av den här typen handlar det om att lära föräldrar utveckla färdigheter att kommunicera normer och förväntningar på barnen samt att öka den positiva samvaron i familjen. En viktig del är också att inte bara diskutera nya förhållningssätt till barn utan att också öva på dem i rollspel. Hemuppgifter är också vanliga. Videospelade problemsituationer en viktig del av programmet. De lösningar som föreslås är relativt styrda av handledningen. I den första varianten (2–7 år) ingår också ett särskilt moment om barnens lek och i den andra (4–10 år) två moment om problemlösning. Ett exempel på ett skolbaserat preventionsprogram är det svenskutvecklade *KOMET* för lärare i grundskolans årskurser 1–5. *KOMET* riktar sig i första hand till barn med beteendeproblem, men har även universella komponenter. Målsättningen är att minska elevers beteendeproblem och öka deras positiva beteenden, något som i sig är skyddsfaktorer för framtida normbrytande beteenden. *KOMET* består av tre delar. Den första delen handlar om *konfliktlösning*, där barnen får lära sig strategier för att bemöta provokationer. Den andra delen handlar om *samarbete*, där barnen får arbeta två och två runt skoluppgifter. I de två första delarna arbetar läraren med hela klassen. Den sista delen handlar om att öka enskilda barns motivation för skolarbete genom att läraren skapar ett individuellt program för barn i klassen som har svårt med motivation och koncentration. En viktig beståndsdel i det är att uppmärksamma barn som arbetar koncentrerat snarare än de som inte gör det. *KOMET* omfattar 8 träffar på eftermiddagar utspridda över en termin, inklusive användning av en manual.

I Nordamerika är en allt större del av det förebyggande arbetet mot ungdomsproblem evidensbaserat (Biglan m.fl., 2003). Det finns goda skäl att utveckla detta även i Sverige, vilket också påbörjats. De senaste 3–4 åren har flera nordamerikanska

evidensbaserade program introducerats i liten skala, ofta med en viss anpassning till svenska förhållanden. I allmänhet är det en eller några få personer som besitter kunskapen att fortbilda andra i dessa metoder. Ett mindre antal program har eller håller på att utvärderas.

10.2.4 Utveckla evidensbaserat förebyggande arbete i Sverige

Idag är förutsättningarna goda för att brett introducera ett evidensbaserat förebyggande arbete i Sverige. Kommunpolitiker och tjänstemän på olika nivåer visar ett påtagligt intresse för evidensbaserade arbetsätt. Dessutom har inrättandet av samordnar-tjänster runt om i Sverige skapat ett rudiment till en organisation för att leda ett evidensbaserat preventionsarbete. I kapitel 9 betonades vikten av att utveckla det lokalt förebyggande arbetet och att detta måste vara en långsiktig satsning, bl.a. genom ökad preventionsforskning inom området.

Sverige står dock inför två stora utmaningar för att utveckla det evidensbaserade förebyggande arbetet. Den första utmaningen handlar om att snabbt öka kunskapen om vilka preventiva insatser som fungerar i Sverige. Idag är den kunskapen svag eftersom det inte funnits någon tradition i Sverige om att basera förebyggande arbete på en vetenskaplig grund (se bilaga 8). Vidare är det inte självklart att utländska preventionsprogram även fungerar i Sverige. Det behövs således svenska vetenskapligt grundade utvärderingar av utländska och svenskproducerade preventionsprogram. Till det hör att de utländska belägg som finns till stor del bygger på demonstrationsprogram som genomförts av forskare och betydligt färre på utvärderingar av ordinarie verksamheter. Även om forskning visar att ett program fungerar under välkontrollerade former där forskare bevakar att programmet används rätt, är det inte en garanti att det går att implementera programmet brett och utan medverkan av de som konstruerat programmet. En svårighet är att få preventionsarbetare att använda hela program (s.k. *programtrohet*) och inte bara de delar som de personligen uppskattar. Många forskare betonar starkt vikten av fullständig implementering (t.ex. Wilson m.fl., 2003; Gottfredson m.fl., 2002; Elias m.fl., 1994). Det behövs således mer forskning om hur bred implementering kan ske med bibehållen hög programintegritet.

Den andra utmaningen är att snabbt sprida denna kunskap till preventionsarbetare runt om i Sverige. Det betyder att även om det finns de som är beredda att implementera ett visst program så är det i allmänhet svårt eller omöjligt eftersom det inte finns någon som kan lära ut det.

10.2.5 Pågående arbeten

Sedan några år har, som nämnades, antalet preventiva insatser som utvärderats vetenskapligt med minst en jämförelsegrupp ökat. Några av dessa har identifierat preventiva insatser som fungerar (Hansson, Cederblad & Höök, 2000; Forster, Sundell, Melin, Morris & Karlberg, 2005), andra har rapporterat positiva preliminära resultat (Kimber under utgivning; Koutakis, under utgivning) och några har funnit att förväntningarna varit felaktiga eller överdrivna (Lindström & Svensson, 1998; Sjölund & Andreasson, 2004). Totalt sett handlar det dock fortfarande om relativt få sådana svenska utvärderingar. De positiva resultat som erhållits bör behandlas med försiktighet eftersom de ännu inte hunnit bekräftas i oberoende utvärderingar från andra delar av Sverige. Det gör också att det utvecklingsarbete som idag kan ske bygger på en relativt svag grund. Det visar på ett starkt behov av att prioritera ett evidensbaserat utvecklings- och utvärderingsarbete i Sverige.

När det gäller påbörjat eller pågående evidensbaserat preventionsarbete bör särskilt olika insatser inom skolans område nämnas. Alla barn går i grundskolan och nästan alla fortsätter till gymnasiet. Detta gör skolan till en unik arena för att kunna nå och påverka barns och ungdomars alkohol- och drogvänor. Många av de evidensbaserade preventionsprogram som utvecklats under senare år inriktar sig också helt eller delvis mot skolan, t.ex. genom interventioner i skolan eller att genom skolan nå föräldrar.

Flera undersökningar, såväl nationella som internationella, visar också att det traditionella alkoholförebyggande arbetet som bedrivits i skolan under många år med bland annat undervisning om alkoholens risker, inte har haft den önskade effekten (se t.ex. Babor m.fl., 2003). Detta gäller också alkohol- och drogundervisningen i den svenska skolan som oftast genomförts inom ramen för den s.k. ANT-undervisningen (Alkohol, Narkotika, Tobak). Detta arbete, som tidigare tillmätts stor betydelse, har således under senare år visat sig ha små, om inga, effekter på elevernas faktiska beteende.

Den enda påvisbara effekten av olika typer av ANT-undervisning är att den tenderar att höja elevernas faktakunskaper.

Den internationella preventionsforskningen har, som nämnts, visat att det finns evidensbaserade effektiva metoder att utgå ifrån i det alkoholpreventiva arbetet. Detta gäller även inom det skol-inriktade arbetet. Det är således av vikt att vidareutveckla detta arbete i Sverige. Ett förslag om hur ett sådant skolförebyggande inom narkotika- och alkoholområdet skulle kunna utvecklas och genomföras i Sverige har redovisats av Statens folkhälsoinstitut och Myndigheten för skolutveckling/Skolverket i samråd med Svenska Kommunförbundet. Detta har redovisats i två rapporter (FHI, 2002, 2003) varav den senare också innehåller en detaljerad implementeringsplan. I utvecklandet av denna plan har man också samrått med Alkoholkommittén och Mobilisering mot narkotika.

Rapporterna är redovisningar av ett regeringsuppdrag som nämnda myndigheter fick inom ramen för den nationella handlingsplanen mot narkotika och beskriver vad skolan kan göra för att främja hälsa och förebygga alkohol- och narkotikamissbruk och andra riskbeteenden.

Statens folkhälsoinstitut har därefter bildat en myndighetsarbetsgrupp med Myndigheten för skolutveckling, Alkoholkommittén, Mobilisering mot narkotika, Sveriges kommuner och landsting och Brottsförebyggande rådet och har nu redovisat en reviderad implementeringsplan. Enligt planen skall arbetet påbörjas under år 2005 och pågå under tre år. Anslaget för 2005 uppgår till fem miljoner kronor.

De förslag som redovisas återfinns på lokal, regional och nationell nivå. Förutom betydelsen av ett gott skolklimat uppmärksammas ytterligare fyra centrala insatsområden som har visat sig vara av betydelse för att inom skolan kunna främja hälsa och förebygga alkohol- och narkotikaproblem. Dessa huvudområden är: samarbete och dialog mellan skola och föräldrar, samarbete mellan skola och fritidsverksamhet, pedagogiskt arbete och utveckling av goda läromiljöer i syfte att minska alkoholskador och narkotikamissbruk, samt betydelsen av att skolan har en alkohol- och narkotikapolicy. Förslaget redovisar inte i detalj vad som skall ske, vilket är rimligt med tanke på att den svenska kunskapen är begränsad om vad som fungerar förebyggande. Ett brett implementeringsarbete idag av en eller flera olika insatser som inte utvärderats riskerar därför att visa sig förfelat om det som implementeras inte fungerar. Den övergripande inriktningen på

arbetet synes dock vara av primärpreventiv natur och kan på så sätt vara ett bra komplement till de preventionsprogram som är mer sekundärpreventivt inriktade.

Alkoholkommittén har varit en viktig aktör för genomförandet av den nationella handlingsplanen för att förebygga alkoholskador 2001–2005. På nationell nivå skall kommittén samordna de alkoholförebyggande insatserna och på regional och lokal nivå i samspel med kommuner och landsting stimulera utvecklingen av insatser. På skolans område skall kommittén bidra till att grund- och gymnasieskolor utvecklar alkohol- och drogförebyggande arbete genom metoder som har dokumenterad effekt. Kommitténs egna insatser skall särskilt inriktas på att utveckla förebyggande aktiviteter i samverkan mellan skola, föräldrar och elever.

Alkoholkommittén har på flera olika sätt varit delaktig i att utveckla insatser inom skolans område. I arbetet med de sex s.k. försökskommunerna bidrar kommittén till att förstärka kompetensen bl.a. genom att utbilda utbildare. Tonårsparlörer, som togs fram av kommittén första gången år 2002, används i många skolor som ett basmaterial i samtal med föräldragrupper. Under år 2004 har vidare ett mötespaket baserat på parlören skickats ut till diverse nyckelgrupper för att ytterligare stimulera skolan att involvera föräldrarna.

Alkoholkommittén har också utarbetat ett dialogmaterial för högstadielärare med syftet att ge lärare stöd till att föra samtal med eleverna om alkohol. Detta dialogmaterial skickades under år 2004 ut till rektorerna i landets samtliga högstadieskolor. För år 2005 kommer denna metodik i att föra samtal om alkohol och narkotika också att förmedlas till lokala samordnare på den påbyggnadsutbildning om insatser i skolan som Alkoholkommittén planerar tillsammans med Mobilisering mot narkotika. De har under 2004 också initierat ett utvecklingsarbete med ett tiotal skolorna för att utveckla det preventiva arbetet med tonvikt på samverkan med föräldrar, närmare samverkan mellan skolan och strukturerade fritidsaktiviteter, utveckling av social och emotionell kompetens samt utveckling av elevhälsan. Dessa skolor får bl.a. stöd i form av fortbildning i evidensbaserade program. En utvärdering av dessa insatser har påbörjats av Forsknings- och utvecklingsenheten i Stockholm.

Ett preventionsområde som ofta nämns som lovande är olika former av familjeinriktade program, oftast inom ramen för skolan (Bremberg, 2004). Det som kännetecknar i princip samtliga

program är att de stöder föräldrar att sätta gränser och att de hjälper föräldrar umgås med sina barn på ett naturligt och roligt sätt. För tillfället pågår fyra svenska vetenskapligt grundade utvärderingar av olika föräldraprogram, varav två sker i och två utanför skolan. Dessa fyra program har alla som huvudsakligt mål eller som delmål att skjuta upp alkoholdebuten eller minska alkoholdrickandet.

10.3 Unga vuxna

10.3.1 Inledning

De senaste åren har kunskaperna om hur alkoholvanor hos vuxna grundläggs kraftigt förbättrats och 18–25-årsåldern framstår här som central. Många lämnar under denna period sitt föräldrahem och börjar leva ett självständigt liv. Kontrollen från föräldrar och familj minskar i regel och individen har för första gången full frihet att välja livsstil. Ett flertal studier visar att denna övergångsperiod mellan barndom/ungdom och bildandet av egen familj är kopplad till hög alkoholkonsumtion. I Sverige uppvisar unga vuxna den högsta konsumtionen av alla åldrar (med den allra högsta nivån i början av 20-årsåldern) med mest omfattande intensivkonsumtion och flest som skadas. Medan huvuddelen av 18–25-åringar använder alkohol är det betydligt färre som röker cigaretter eller använder narkotika. Dessa senare grupper befinner sig dock i riskzonen också för att utveckla alkoholproblem och det är viktigt att de olika typerna av missbruk integreras i samma preventionsmodell.

Trots det relativt sett starka sambandet mellan tidig alkoholdebut och hög konsumtion senare under ungdomsåren talar ändå det mesta inom forskningen för att stabiliteten i alkoholkonsumtion under ungdomsåren är måttlig eller låg. Sammantaget innebär detta att riskfyllda alkoholvanor under tidiga tonår inte är någon stark prediktor för riskfyllda alkoholvanor i tidigt vuxenliv. Det betyder också att alkoholvanorna börjar stabiliseras senare i livet, sannolikt vid 20–25-årsåldern (se bilaga 9). Även i detta avseende framstår således unga vuxna som en nyckelgrupp. Det är under denna period som alkoholvanorna börjar stabiliseras och de vanor man för med sig senare in i vuxenlivet grundläggs. Åldern 18–25-år är med andra ord mycket viktig för etablerandet av en vuxen livsstil. Sett ur preventionssynpunkt framstår således denna

ålder som ytterst central men det är också ett i många stycken hitintills försummat preventionsområde.

Med tanke på att det numera är nästan hälften (ca 45 %) av alla unga vuxna som påbörjar högskole- eller universitetsstudier före 25 års ålder så förefaller studentmiljön vara en naturlig och viktig arena för preventiva insatser mot unga vuxna. Det bör nämnas att det mesta talar för att alkoholkonsumtionen inte är högre bland studenter än icke studenter i samma åldrar. Skillnaderna mellan studenter och icke-studenter är dock sannolikt små vilket innebär att både en stor andel studenter och icke-studenter i dessa åldrar uppvisar riskfyllda alkoholvanor. Vissa studier tyder också på att studenter ökar sin konsumtion när de påbörjar studier på högskolan/universitet (Baer m.fl., 1995).

Precis som för de yngre finns nu effektiva preventionsmetoder, både på individ- och gruppnivå, att tillgå för att minska riksfylld alkoholkonsumtion bland studenter. Likartade effekter kan också erhållas hos unga vuxna som inte studerar på högskola eller universitet genom sekundärpreventiva insatser inom hälso- och sjukvården. (Insatser inom sistnämnda diskuteras i detalj i kapitel 11.) Med tanke på områdets snabba utveckling de senaste åren och avsaknad av detaljerade översikter har resultaten av det aktuella kunskapsläget sammanställts i bilaga 9 både avseende forskning om utvecklandet av vuxna alkoholvanor och en systematisk genomgång av olika interventioner mot riskfylld konsumtion hos unga vuxna, framför allt i universitetsmiljö, inklusive s.k. metaanalyser av effektstorleken av olika preventionsprogram. Samtliga studier med minst en jämförelsegrupp för åldersgruppen redovisas. Både effekter av insatser under kort respektive lång tid och uppföljningsundersökningar upp till fyra år visar goda stabila effekter av olika initiativ.

Antalet utvecklade evidensbaserade metoder som visat sig minska riskfylld alkoholkonsumtion bland unga vuxna är dock färre än det antal metoder mot barn och ungdomar som redovisats. Sammanställningen i bilaga 9 visar att det finns tre bevisligen effektiva metoder som används för att intervensera mot riskfylld alkoholkonsumtion hos studenter vid universitet och högskola samt en metod riktad mot gruppen unga vuxna oberoende av om man är student eller ej. Sistnämnda avsåg sekundärpreventiva insatser i åldersgruppen 18–29 år på distriktsläkarmottagning. Dessutom finns det nu aktuella svenska studier som tyder på att dessa metoder också har effekt i Sverige och därmed kan användas

på studenter på högskola och universitet i Sverige. Ytterligare en svensk studie visar att utbildning i ansvarsfull alkoholserving för servitörer (studenter) på studentpubar ger goda effekter (minskad alkoholkoncentration i utandningsluften bland gästerna och mindre stökig stämning i experimentgruppen än i kontrollgruppen).

10.3.2 Pågående arbeten

En del insatser görs redan på vissa orter i Sverige. Bland annat kan nämnas att en forskargrupp från Lunds universitet genomför ett flerårigt interventionsprojekt på Luleå tekniska universitet och Växjö universitet. Här jämförs en fullständig implementering av alkohol- och stresspreventionsprogram på ett universitet med ett kontrolluniversitet. Projektet startade höstterminen 2002 vid båda universiteten. Samtliga nya programstuderande erbjuds att besvara enkätfrågor gällande deras alkoholkonsumtion och aktuell stressnivå. Därefter erbjuds kurser i alkohol- respektive stresshantering på vardera 2 timmar till de studerande vid Luleå tekniska universitet. Kurserna ges i primärpreventivt syfte. De 25 procenten med den högsta konsumtionen och/eller stressnivån vid Luleå tekniska universitet har erbjudits fördjupningskurser i respektive ämne. Parallellt med detta har serveringsansvarig personal erbjudits utbildning i ansvarsfull alkoholhantering. Barn eller anhöriga till alkoholberoende har erbjudits anhörigprogram. Årliga uppföljningsmätningar och erbjudande av fördjupningskurser (Luleå) genomförs. Män som inte var kvar på sitt utbildningsprogram efter ett år hade signifikant högre värden både på en risk- eller alkoholproblemskala (screeninginstrumentet AUDIT) och på en stresskala än de som var kvar i utbildningen. Kvinnor som avbröt hade högre värden på stress, men ej på AUDIT jämfört med dem som var kvar i utbildningen.

Samma forskargrupp har tidigare bl.a. genomfört ett sekundärpreventivt interventionsprogram riktat till förstaårsstudenter vid Lunds tekniska högskola. Nittiofem procent av de tillfrågade accepterade att delta. De 27 procent med de högsta poängen på AUDIT-skalan lottades till två grupper, där den ena gruppen fick genomgå en kognitiv utbildning och den andra fick en personlig feedback på sin AUDIT-poäng i relation till andra studenter. Utbildningen bestod av sammanlagt 10 timmar och grundade sig på

ASTP enligt Alan Marlatt i Seattle, USA. Populationen har följts upp efter ett, två och tre år. Både de som fick det kognitiva beteendeprogrammet och de som fick personlig feedback minskade signifikant sina AUDIT-poäng. Ingen signifikant skillnad fanns mellan grupperna.

I ett annat arbete har effekterna av en utbildning i ansvarsfull alkoholserving för servitörer (studenter) som arbetade på studentpubar studerats (Johnsson & Berglund, 2003). Pubarna valdes slumpmässigt till antingen den grupp som erhöll eller till den grupp som inte erhöll utbildningsprogrammet. Mätningar av alkoholhalter i utandningsluften på gästerna genomfördes konsekutivt under standardiserade former både före och efter utbildningen i båda grupperna. Alkoholkoncentrationen i utandningsluften bland gästerna visade på statistiskt säkerställda minskningar i experimentgruppen jämfört med kontrollgruppen. Även den stökiga stämningen reducerades signifikant mer i experimentgruppen.

Forskargruppen har också genomfört kontrollerade studier vad gäller boende i studentkorridor och hos unga vuxna barn till alkoholister. Studentkorridorerna (99 korridorer, 606 studenter) valdes slumpmässigt till 3 grupper; kognitiv beteendebildning, 12-stegsinfluerad utbildning och kontrollgrupp som erhöll feedback. 61 procent av dem som erbjöds kognitiv beteendebildning accepterade att genomgå utbildningen. Motsvarande för de som erbjöds den 12-stegsinfluerade utbildningen var enbart 23 procent. Vuxna barn till alkoholister som studerar vid Lunds Universitet erbjöds en intervention. 85 studenter accepterade. Dessa valdes slumpmässigt till 3 program; alkoholintervention enligt kognitiv beteendebildning, coping-intervention enligt en modell som utvecklats på Beroendecentrum Malmö, samt en grupp som erhöll en kombinationsbehandling. Uppföljningsfrekvensen var 96 procent efter 1 år. Individer som erhöll alkoholintervention minskade sitt AUDIT-resultat (förbättrad alkoholkonsumtion) signifikant mer än coping-gruppen talande för minskade alkoholvänor, medan inga skillnader förelåg beträffande förbättrat coping-beteende.

Vidare har fyra högskolor/universitet under tre år fått ekonomiskt stöd av Alkoholkommittén för att stärka sitt alkoholförebyggande arbete, nämligen Linköpings universitet, Uppsala universitet, Växjö universitet samt Blekinge tekniska högskola. Syftet är att försöka inleda ett fördjupat samarbete med dessa fyra

högskolor/universitet och på så sätt försöka implementera olika förebyggande metoder.

Under år 2004 genomförde Alkoholkommittén en konferens med rektorer och prorektorer i syfte att få universitets- och högskoleledningen att prioritera dessa frågor och kommittén planerar att under år 2005 ge stöd till denna målgrupp för att på så sätt försöka få dem att mer långsiktigt och strategiskt prioritera arbetet med studenternas alkoholvanor.

Under år 2004 erbjöds personal på studenthälsan runt om i landet utbildning i motiverande samtalsmetodik (MI) för att på så sätt kunna tidigt nå studenter med en riskfylld alkoholkonsumtion och motivera dessa till att dricka mindre. Hälften av personalen har genomgått utbildningen och år 2005 kommer Alkoholkommittén att erbjuda ytterligare utbildningstillfällen. Den personal som genomgått utbildningen kommer under år 2005 att erbjudas en kurs i att använda screeningsinstrumentet AUDIT för bedömning av riskfylld alkoholkonsumtion.

Under år 2004 finansierade Alkoholkommittén en pilotundervisning i ansvarsfull alkoholhantering vid tre högskolor. Under år 2005 kommer ytterligare några högskoleorter att erbjudas denna utbildning bl.a. i Stockholm och Göteborg. Alkoholkommittén gav under år 2004 ekonomiskt stöd till en interventionsstudie på restauranghögskolan vid Örebro universitet baserad på riskreduceringsprogrammet *Prime for Life*. Projektet fortsätter under år 2005 och kommer att utvärderas av SoRAD vid Stockholms universitet.

Alkoholkommittén bildade under år 2002 en referensgrupp för högskolearbetet, den s.k. Högskolegruppen. Denna grupp sammanträder ett par gånger per termin och deltar i planeringen av kommitténs alkoholförebyggande arbete inom högskolan. Samma år gav kommittén ut en idéskrift om det förebyggande arbetet inom högskola/universitet med syftet att ge idéer och impulser till att sätta igång ett alkoholförebyggande arbete på universitet och högskolor. Under år 2005 avser kommittén att ge ut en ny skrift med samlade erfarenheter, samt beskrivning av evidensbaserade metoder för arbetet med att motverka alkoholskador hos studenter.

Vidare planerar Alkoholkommittén under år 2005 ytterligare konferenser inom området, bl.a. fyra regionala konferenser som syftar till att bredda och fördjupa det förebyggande arbetet inom

högskolan och universitet samt en konferens riktade mot enhetschefer på studentadministrativa avdelningar.

10.4 Överväganden och förslag

10.4.1 Utgångspunkter

De senaste åren har inneburit ett ökat intresse för evidensbaserad prevention i Sverige. Ett mindre antal utvärderingar har startat. Resultat från dem visar att det både finns preventionsprogram som fungerar och de som inte fungerar. Det allra mesta av exempelvis socialtjänstens och skolans förebyggande arbete bedrivs dock fortfarande på traditionellt sätt eller med hjälp av metoder som inte är prövade vetenskapligt. Som framgick av kapitel 9 påtalar flera av de kommuner som ombads att yttra sig över de kommande nationella handlingsplanerna för alkohol och narkotika bristen på och behovet av uppföljning och utvärdering av det förebyggande arbetet. Även förstärkta satsningar på forskning och bättre spridning och implementering av detta arbete ut till de lokala aktörerna efterlystes.

Vid diskussionen om insatser för att förebygga problem-beteenden hos barn och unga vuxna måste man också beakta de möjligheter som finns att arbeta med att skapa en god skolmiljö, något som har en mer primärpreventiv inriktning. Enligt vår mening är detta arbete, som i stor utsträckning går ut på att stärka skyddsfaktor, av stor betydelse, och också att detta arbete vävs in i skolans ordinarie verksamhet. Satsningar för att ta till vara de möjligheter som ett gott skolklimat ger för att förebygga problem genomförs bl.a. genom det uppdrag som Statens folkhälsoinstitut fått. En del av de insatser som behandlats i detta kapitel är av mer primärpreventiv karaktär medan andra har en mer sekundärpreventiv inriktning. Båda perspektiven är nödvändiga och kompletterar varandra.

Redan idag används en hel del resurser inom exempelvis skolan för att försöka förebygga olika problembeteenden. Det allra mesta av dessa resurser går till verksamheter och program som inte utvärderats vetenskapligt. Av innehållet att döma är det sannolikt att de allra flesta av dessa inte fungerar vidare effektivt men vi vet inte säkert om så är fallet. Det handlar därför också om att styra om resurser så att de används på rätt sätt. För att öka kunskapen

om effektiva förebyggande insatser behövs resurser till evidensbaserat utvecklings- och utvärderingsarbete. I takt med att den kunskapen växer fram blir uppgiften framöver att i större skala föra ut kunskapsbaserade strategier och metoder om prevention i Sverige. Detta gäller både primär- och sekundärpreventiva insatser och såväl inom skolan som inom andra områden.

Det innebär inte att dagens kompetensutveckling måste invänta resultat av morgondagens forskning. Den begränsade kunskap som idag finns om svenska preventionsprogram kan, kombinerat med den omfattande internationella kunskapen, användas i fortbildning av preventionsarbetare. Däremot är det av största vikt med en långsiktig satsning på forskning om vilka typer av prevention som fungerar bättre. En sådan satsning kommer rimligen att medföra att framtida kompetensutveckling kommer att öka i värde och effektivitet. En systematisk kunskapsbyggnad i preventionsarbete har pågått framför allt under det senaste decenniet, i synnerhet i USA. Det praktiska arbete som idag pågår baserat på den kunskap vi har om effektivt preventionsarbete måste fortsätta samtidigt som arbetet med att ta fram nya metoder förstärks.

Mycket av den prevention som utvecklats under senare år, och som diskuterats ovan, avser barn och unga. Som framgick av avsnitt 10.3 finns det också flera starka skäl till ökad satsning på prevention av gruppen unga vuxna (18–25 år). Under denna period förändras individens alkoholkonsumtion och alkoholvanor ofta på ett genomgripande sätt. Åldersgruppen konsumerar störst mängd alkohol och det finns flera skäl att anta att just denna period är central för utvecklingen av ett alkoholberoende. I slutet av perioden har de flesta ungdomar etablerat ett sätt att använda alkohol som för många kommer att vara stabilt under resten av livet. Nära hälften av individerna i åldersgruppen studerar vid universitet och högskola under någon period. Universitet och högskola utgör därmed en angelägen arena för prevention. Ytterligare satsningar bör riktas mot andra ”ungdomstäta” arenor såsom ”ungdomstäta” arbetsplatser, idrottsrörelse och restauranger.

Nya framgångsrika metoder att påverka alkoholvanorna bland unga vuxna har utvecklats under det senaste decenniet. Vetenskapliga undersökningar talar för att effekten av interventionsåtgärder är lika starka som i högre åldrar. Även inom detta område befinner sig dock den svenska forskningen i sin linda och på samma sätt som när det gäller insatser mot barn och ungdomar behövs ytterligare satsningar för att utveckla och sprida metoderna.

Kraftfulla insatser i denna åldersgrupp är starkt motiverade som del i en omfattande folkhälsosatsning mot riskfylld alkoholkonsumtion.

Förutom behovet av en stärkt individprevention behöver även kunskapen utvecklas om bakgrunden till de sekulära trender i ungdomarnas alkoholvanor som skett under 1900-talets andra hälft. Vilka är de bakomliggande orsakerna till uppgången i konsumtion under 1960- och 1970-talet, nedgången under 1980-talet, uppgången under 1990-talet och den möjliga nedgången igen under början av 2000-talet bland niondeklassare? Hur mycket av trenderna beror exempelvis på alkoholpolitik respektive andra faktorer? Är förklaringar till förändringar i alkoholvanor över tid desamma för ungdomarna som för vuxna? Dessa och liknande frågor är väsentliga men samtidigt svåra att besvara, men de måste ställas om vår kunskap om de faktorer som påverkar utvecklingen av ungdomarnas alkoholvanor skall öka.

Sammantaget står Sverige inför en stor utmaning när det gäller att satsa på ett mer evidensbaserat förebyggande arbete. Vid satsningar på forsknings- och utvecklingsarbete i skolor, inklusive högskolor/universitet, och socialtjänst finns det tre övergripande behov som behöver tillgodoses:

1. att genom forskning utveckla kunskapen om effektiva (evidensbaserade) preventiva insatser i Sverige,
2. att skapa en organisation som kan utbilda i evidensbaserade metoder,
3. att stödja politiker, chefer och tjänstemän i förändringsarbetet.

10.4.2 Utveckla evidensbaserade förebyggande metoder genom forskning

Grovt sett finns två vägar att gå när det gäller att utveckla det preventiva arbetet med hjälp av forskning. Den ena vägen är att implementera utländska program (efter viss kulturanpassning) och den andra att utveckla svenska program baserade på tidigare forskning om vad som kännetecknar effektiva preventionsprogram och på allmänna principer om inlärning. Båda vägarna har för- och nackdelar men båda är nödvändiga.

De flesta preventionsprogram som forskningen visat är effektiva har, som tidigare nämnts, utvecklats i USA. Det är oklart om

amerikanska program ger samma resultat i Sverige som i USA varför det är viktigt att dessa program utvärderas i kontrollerad form i Sverige innan de implementeras i större skala. Om svenska utvärderingar bekräftar internationell forskning påskyndar det spridningen av effektiv prevention i Sverige. De senaste åren har utvärderingar av ett flertal utländska preventionsprogram påbörjats i Sverige. Dit hör ett program för föräldrar i skolan, ett om socioemotionellt lärande i skolan och ytterligare ett mot asociala beteenden.

Ett alternativ till att implementera utländska program är att utveckla nya svenska program. En viktig fördel är att programmen direkt blir kulturanpassade och därmed får högre lokal trovärdighet. En annan fördel är att slippa licensavgifter eftersom de flesta nordamerikanska program kostar pengar att köpa. Nackdelen med att utveckla svenska program är att det är tidskrävande. Även om programutvecklingen inte startar från noll utan utgår från internationell kunskap om vad som kännetecknar effektiv prevention och allmän kunskap om inläring, tar det tid innan bred implementering kan starta. Erfarenheter från Stockholms kommuns Forsknings- och Utvecklingsenhet är att det behövs ungefär två år för att utveckla ett svenskt program med tillhörande manualer och videoinstruktioner samt att utprova det i en pilotstudie. Sedan återstår flera år innan en kontrollerad studie är klar (beroende på uppföljningstid och forskningsanslag). De svenskutvecklade program som utvecklats under senare år rör föräldrar i skolan, ledarskap i klassrum för att hjälpa lärare skapa en god arbetsmiljö i klassrummet och föräldracirklar.

För att utveckla det evidensbaserade förebyggande arbetet behöver nya forskare utbildas vilka behärskar forskningsmetoder som genererar evidensbaserade resultat. En nackdel med denna forskning är att den är kostsam eftersom den dels kräver minst en jämförelsegrupp (vilket ökar omfattningen av datainsamling), dels att den kräver att barn och unga följs under en lång tid för att ge säker kunskap om effekter. Långsiktighet är viktigt eftersom effekter ibland först visar sig efter flera år (t.ex. Örebro Preventions Program som inte fann några skillnader i årskurs 7 och 8 men väl i årskurs 9). Vi anser därför att sådan forskning som ökar kunskapen om evidensbaserade preventionsprogram är av mycket stor betydelse och vi föreslår att särskilda medel avsätts för sådan forskning under i första hand en femårsperiod. Därutöver behövs en stödjande struktur på nationell nivå som långsiktigt kan bidra

till att försörja de behov av forskning om prevention som finns och som kommer att fortsätta finnas under ett antal år. Av naturliga skäl har staten ett speciellt ansvar att garantera en rimlig finansiering av forskning om preventionsprogram som sedan kan användas av många kommuner. Samtidigt är det rimligt att också kommuner bidrar till denna forskning i egenskap av primäransvariga för de verksamheter (främst skola och socialtjänst) som berörs. Det är dock knappast rimligt att kräva att enskilda kommuner (som i normalfallet också är små kommuner) skall bekosta utvecklingsarbete eller översättning av evidensbaserade program från andra länder samt bekosta en rigorös utvärdering av dessa program. Framför allt inte eftersom dessa utvecklingskostnader sedan skulle komma andra kommuner – eller privata aktörer – till godo. Ett alternativ är att utvecklings- och utvärderingskostnader sprids på flera kommuner. Idag finns ett embryo till en sådan stödjande kommunal organisation i form av de Forsknings- och Utvecklingsenheter som finns runt om i landet. Fördelen med dessa enheter är att de ofta har en god förankring i kommunala verksamheter. Om de skall kunna användas för detta syfte behöver de emellertid ändra sin inriktning från idag en mer kvalitativ, processinriktad forskning till utvärderingsforskning.

Utredningens förslag är att 50 miljoner avsätts årligen under en femårsperiod för snabbt öka kunskapen om evidensbaserad prevention. Beloppet motiveras av de högre kostnader som är förknippade med sådan forskning, bland annat kravet på jämförelsegrupper och långa uppföljningstider. Som exempel kan nämnas att utvecklings- och utvärderingskostnaden för det svenska lärarprogrammet *KOMET* (ett program för att skapa en god arbetsmiljö i klassrummet) är cirka fyra miljoner. En utvärdering där den budgeterade kostnaden är mer än den dubbla, nio miljoner, handlar om det amerikanska programmet Multisystemisk terapi (MST) som nu utvärderas i fyra svenska kommuner. Som exempel kan nämnas att förberedelsearbetet inför utvärderingen inkluderat ett 90-tal informationsmöten med politiker och chefer och ett 80-tal med socialsekreterare och andra. En fördel med MST-studien är att den genom sin utformning direkt testar generaliserbarheten av MST till olika svenska kommuner.

Den föreslagna summan kan tyckas stor, men är liten i förhållande till de besparingar i lidande och framtida kostnader som kan göras. Svenska beräkningar säger att en missbrukare kostar samhället 12–15 miljoner över en trettioårsperiod i form av bland

annat ökade kostnader för sjukvård, försörjningsstöd, kriminalitet samt uteblivna skatteinkomster (Skolverket, Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut, 2004). Det betyder att även måttligt effektiva program kan vara samhällsekonomiskt effektiva. Som en jämförelse kan också nämnas att den amerikanska federala myndigheten National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) forskningsbudget för år 2005 uppgår till ca 442 miljoner US dollars vilket omräknat till svenska förhållanden motsvarar ca 127 miljoner svenska kronor. Motsvarande myndighet inom narkotikaområdet, NIDA (National Institute on Drug Abuse), redovisar en budget för år 2005 om ca 292 miljoner svenska kronor (1 019 milj. US dollars). Dessa siffror avser all forskning – behandling, genetik, prevention – och det är svårt att bryta ner dessa siffror för de specifika områdena.

Det är dock totalt sett mer än som satsas i Sverige under ett år. Enligt en beräkning av Midanik (2004) uppgick stödet till alkoholforskning från såväl statliga och icke-statliga (stiftelsen, fonder) forskningsfinansiärer för år 2003 till sammanlagt 31 miljoner kronor varav stödet till biomedicinsk forskning uppgick till 6 miljoner kronor och till socialvetenskaplig till ca 25 miljoner kr. Av de 31 miljoner kronorna svarade de statliga medlen för ca 26 miljoner kronor (och andra fonder/stiftelsen för resterande 5 miljoner kronor).

Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) har ett särskilt regeringsuppdrag att svara för samordning av forskning om äldre, handikapp, internationell migration och etniska relationer samt socialvetenskaplig alkoholforskning. I regleringsbrevet ingår även uppdraget att genomföra en kartläggning av de totala forskningsinsatserna inom dessa områden från statliga och icke-statliga forskningsfinansiärer. Enligt denna kartläggning uppgick stödet till socialvetenskaplig alkoholforskning för år 2003 till ca 34 miljoner kronor vilket är högre än ovan nämnda uppgift. Skillnaden beror till stor del på att FAS, i motsats till ovan nämnda, inkluderar forskningsmedel från Statens institutionsstyrelse som rör missbruksforskning och inte specifikt alkoholforskning.

Exakt hur mycket av dessa medel som avsåg preventionsforskning är svårt att beräkna men en grov uppskattning utifrån projekttitlarna som redovisas av FAS (för de projekt som beviljades medel) visar att det röra sig om ca 5 miljoner kronor för år 2003.

En tydlig satsning på preventionsforskning under i första hand en femårsperiod ökar inte bara möjligheterna till ett mer effektivt

förebyggande arbete. Det skulle också ge möjlighet att utbilda ett substantiellt antal svenska forskare i preventionsforskning eftersom ett antal doktorander skulle beredas plats inom de utvärderingsprojekt som skulle följa på forskningsatsningen. Förutom att en tydlig satsning på preventionsforskning skulle öka kunskapen om alkoholprevention skulle det även medföra en påtagligt ökad kunskap om brottsprevention, liksom om prevention mot andra normbrytande beteenden (t.ex. skolk, mobbning) eftersom tidigare erfarenhet visar att det som fungerar förebyggande mot en typ av normbrott även fungerar mot andra typer av normbrott.

10.4.3 Skapa en organisation för utbildning i och spridning av evidensbaserade metoder

Vidare behövs en organisation som kan utbilda i evidensbaserade metoder. Ett avgörande problem med evidensbaserade program är att det saknas svensk kompetens att använda dem. Generellt kan sägas att det är svårt att läsa sig till kunskapen på egen hand. Ett genomgående resultat i internationell forskning är att den betonar vikten av adekvat träning och utbildning av dem som bedriver programmen.

För att säkerställa att de inom kommunerna som arbetar med dessa frågor får adekvat utbildning måste enligt vår mening en permanent organisation ansvara för detta. Vi har i kapitel 8 föreslagit att regionala kompetenscentrum inrättas med Statens folkhälsoinstitut som sammanhållande administrativ myndighet och en av de viktigaste uppgifterna för dessa centrum måste vara att sprida kunskap om sådana evidensbaserade preventionsmetoder som behandlats ovan. I ett längre perspektiv bör kunskaper i preventionsarbete även ingå i grundutbildningen av lärare och socionomer.

10.4.4 Stöd i förändringsarbetet

För att åstadkomma en förändring behövs inte bara kunskap om effektivt preventionsprogram och en organisation som kan utbilda i dessa metoder. Det måste dessutom finnas en intresserad

mottagare som förmår att implementera på ett sådant sätt att verksamheten förändras varaktigt.

Kunskapen om hur förändring skall åstadkommas i vardaglig verksamhet är idag sämre än om vilka insatser som är effektiva. Detta gäller inte minst skolan där kunskap om organisatoriska och professionella förutsättningar för preventionsarbete är nödvändig.

För ett lyckat förändringsarbete krävs ett grundligt förberedelsearbete innan implementering och utbildning börjar. För att skapa en god grund för implementeringen behövs bland annat ett starkt stöd från den politiska och administrativa ledningen, en formell organisation som kan driva implementeringen, tillräckliga resurser, att programmet förankrats i hela organisationen och långsiktighet i budget och organisation. Förändringsarbete kan sägas bestå av fyra steg: (1) en grundlig planering av implementeringen, (2) utbildning och implementering, (3) att avläsa och sprida kunskap om effekten, samt (4) att stötta det fortsatta arbetet så att programmet kvarstår (Rogers, 2003; Stirman, m.fl., 2004).

Det första steget i ett förändringsarbete är att planera genomförandet och att inleda förändringsarbetet där det har störst möjlighet att lyckas så att de tjänstemän som då involveras kan fungera som förebilder för mer tveksamma kollegor. Häri ingår också att skapa ett samarbetsklimat som omfattar både chefer och tjänstemän i lednings- och fokusgrupper, samt säkra tillräckliga resurser för förändringsarbetet. Det sista är bland annat viktigt eftersom det i allmänhet inte räcker att utbilda personal en gång eftersom det handlar om att i grunden förändra synsättet på förebyggande arbete. Många som arbetar i skola och socialtjänst är misstänksamma mot manualbaserade program. Personalomsättning är ett ytterligare skäl till att det krävs långsiktighet vid planering av utbildning.

Det andra steget i förändringsarbetet är utbildning och implementering. Utbildning är i sig ingen garanti för att program skall användas. Därför är utformningen av utbildningen viktig. Det bör finnas skriftliga manualer, videoexempel och goda möjligheter till övning med handledare. Överhuvudtaget är tillgång till handledare viktigt, även efter att utbildningen avslutats. Självstudier är direkt olämpliga. Utbildningen bör också omfatta högre chefer så att de skall få ökad förståelse för nyheten. Erfarenhet visar att det är viktigt att hela preventionsprogrammen implementeras, snarare än de delar som enskilda preventionsarbetare uppfattar som relevanta.

Det tredje steget i förändringsarbetet är att avläsa och sprida kunskap om effekten av interventionen. Genom utvärdering skapas bl.a. information som motiv för fortsatt implementering; som argument och reklam till dem som fortfarande är tveksamma.

Det sista steget är fortsatt stöd i förändringsprocessen. Förändringsarbete behöver ha en långsiktighet. Enbart förankringsarbetet kan ta mer än ett år. Det tar också olika lång tid för olika individer att acceptera och börja använda nyheter, allt från några månader till flera år. Först när ungefär 20 procent av tjänstemännen tagit till sig det nya kommer den fortsatta implementeringen att ske automatiskt och utan direkt behov av fortsatt styrning. För att skapa en varaktig förändring krävs med andra ord uthållighet i förändringsarbetet

Med hänsyn till ovanstående måste enligt vår mening en del av arbetet inom de regionala kompetenscentrumen inriktas på att förankra behovet av preventionsarbete hos kommunerna, både bland politiker och bland tjänstemän.

11 Sekundärprevention inom sjukvården m.m.

Utredningens förslag: Den satsning på utbildning av personal inom sjukvården i sekundärprevention (tidiga insatser) som pågår skall fortsätta och intensifieras. Resurser skall avsättas för ett nationellt demonstrationsprojekt som syftar till att visa på de möjligheter som finns att arbeta med sekundärprevention. Medel skall avsättas till forskning om möjligheten att använda sekundärpreventiva metoder inom socialtjänsten och olika delar av sjukvården.

Utredningens bedömning: Detta är ett centralt område för att förebygga riskfyllt alkoholbruk i framtiden eftersom starkt vetenskapligt stöd redan finns för sådana insatser inom vissa områden. Utbildning i sekundärprevention inom sjukvården är ett område för vilket landstingen har ansvaret men den nationella satsning som påbörjats och som leds av Fammi måste fortsätta. Det nationella ansvaret kan i framtiden övergå till den nationella alkohol- och narkotikasamordnaren och därefter till Statens folkhälsoinstitut.

11.1 Bakgrund

För mer än 20 år sedan kom de första studierna om goda effekter av screening och enkla rådgivande och stödjande insatser ("brief intervention") inom sjukvården riktade till högkonsumenter av alkohol (Kristenson m.fl. 1982). Dessa studier påvisade en minskning av alkoholrelaterad sjuklighet, dödlighet och sjukskrivning bland medelålders män. Därefter har ett stort antal randomiserade vetenskapliga studier, från olika länder och olika delar av vården (beroendevård, psykiatri, akutvård, primärvård och företagshälsovård), visat goda och relativt samstämmiga resultat. Detta har medfört att man i flera länder sedan 15–20 år tillbaka har

rekommenderat en ökad satsning på sekundärprevention (identifiering av högkonsumer i tidigt skede, utan alkoholberoende eller med obetydligt alkoholberoende följd av korta insatser på 5–10 minuter av rådgivande och stödjande karaktär). I en artikel av Bien m.fl., (1994) tecknades en ljus bild av sekundärprevention, baserad på analyser av 32 randomiserade vetenskapliga studier, bl.a. från Sverige.

Artikeln visade att en stor majoritet av studierna uppvisade statistiskt säkerställda förbättringar efter preventionsinsatser. Vissa gemensamma centrala element för framgång framkom, vilka sammanfattas i initialförkortningen FRAMES:

- F "Feedback" (återkoppling av framsteg, tillbakagång, laboratorieprov etc. till patienten);
- R "Responsibility" (betoning av patientens ansvar för att ändra alkoholvanorna);
- A "Advice" (klart råd att ändra vanorna);
- M "Menu" (fler åtgärdsalternativ för patienterna);
- E "Emphaty" (känslomässigt stöd);
- S "Self-efficacy" (betoning av patienternas egen förmåga).

Från senare år finns kunskapsöversikter sammanställda av bl.a. Salaspuro (2001, 2003) och Moyers m.fl. (2002). Dessa innehåller både egna, systematiska litteraturöversikter och genomgångar av tidigare översikter och kompletterar varandra. Salaspuro beskriver samtliga identifierade studier, medan Moyers m.fl. framför allt ger en kvantitativ beräkning av effekten av insatserna. De drar likartade slutsatser, som överensstämmer med de tidigare översikterna, bl.a. den ovan beskrivna av Bien m.fl. (1994). Salaspuro fann 25 artiklar av hög kvalitet avseende studier med över 9 000 patienter (2003). Nitton av dessa genomfördes inom primärvård och sex på sjukhus. Engelska, amerikanska och nordiska studier dominerade. Fyra av studierna var från Sverige (Kristenson m.fl., 1982, Persson & Magnusson, 1989; Romelsjö m.fl., 1989; Tomsson m.fl., 1998). I 18 av studierna pågick den huvudsakliga interventionen under 10–15 minuter, medan den var längre i sju studier. I en stor WHO-studie (1996) studerades också en 5-minuters intervention (som gav samma effekt som en längre intervention). Därtill förekom laboratorieprover, patientbroschyrer och uppföljande kontakter i varierande omfattning. I 18 av de 25 studierna redovisas en statis-

tiskt säkerställd minskad alkoholkonsumtion, medan minskningen i fem av de övriga studierna inte var säkerställd.

I tolv av studierna beräknade man också s.k. NNT-värden ("Number Needed to Treat"), dvs. antalet högkonsumenter som man behöver behandla för att få en återgång till en mer riskfri konsumtionsnivå hos en av patienterna och medianvärdet var sju. I 14 av studierna anges hur stor den procentuella minskningen av alkoholkonsumtionen var, i medeltal 23 procent större i interventionsgruppen än i kontrollgruppen.

I SBU-rapporten (2001) dras slutsatsen att en av tio personer som, med ovanstående metodik, ges råd att minska sin alkoholkonsumtion kommer att minska sin konsumtion till en riskfri nivå. Detta är en betydande effekt. Som jämförelse kan nämnas att man behöver behandla 128 medelålders patienter med måttligt förhöjt blodtryck med läkemedel under fem år för att undvika hjärt-kärlsjukdom hos en patient. Vidare kan man genom att behandla 18 patienter med prostataförstoring med läkemedel under fyra år undvika operation hos en patient.

Det är oklart hur den optimala interventionen skall gå till – om den bäst genomförs av läkare eller sjuksköterskor; dess längd; betydelsen av formen för samtalsmetodik och av kompletterande inslag utöver samtalen och av uppföljning. Moyer m.fl. (2002) tar hänsyn till skillnader i arbetssätt mellan husläkare och specialistläkare. Den korta rådgivningen av husläkare genomfördes ofta genom 1–3 samtal, i allmänhet 10–15 minuter långa. Patienterna var oftast högkonsumenter, med inget eller måttlig grad av alkoholberoende och jämfördes med sådana patienter som inte fick någon behandling alls. Specialistläkarnas insats bestod av fler och längre samtal och effekterna jämfördes med effekter hos patienter som fick en mer omfattande behandling och oftast också hade större alkoholproblem.

Moyer m.fl. (2002) fann 34 studier med kort rådgivning till patienter som inte primärt sökte hjälp för alkoholproblem och där inte någon insats gjordes för kontrollgrupperna. Författarna fann små till måttliga, statistiskt signifikanta, effekter av kort rådgivning. Vid analys av de 20 studier som innehöll mer omfattande behandling sågs i allmänhet inga effektskillnader jämfört med kortare behandling. Resultaten av långtidsuppföljning efter sekundärprevention är inte entydiga. I en randomiserad svensk studie fann man vid uppföljning efter i genomsnitt 13 år minskad dödlighet i interventionsgruppen (Kristenson m.fl., 1983), medan

en randomiserad studie i primärvården i USA kunde påvisa goda effekter på alkoholkonsumtion och perioder av storkonsumtion efter fyra år. I en australiensisk studie fann man dock att effekterna hade upphört efter 10 år.

Bland nyare studier märks en randomiserad studie från en akut skademottagning i London (Crawford m.fl., 2004). Totalt 599 patienter som vid en frågetest på mindre än 1 minut, utförd av läkare efter 1 timmes utbildning, bedömdes ha hög alkoholkonsumtion (8 drinkar vid samma tillfälle för män och 6 drinkar för kvinnor) randomiserades under en period på 12 månader till interventions- och kontrollgruppen. Interventionen utfördes av i beroendevård erfarna sjuksköterskor i form av ett samtal på 30 minuter baserat på kort motiverande samtalsmetodik. Vid kontroll efter 6 månader hade interventionsgruppen signifikant lägre alkoholkonsumtion, liksom efter 12 månader. Kontrollgruppen fick, liksom interventionsgruppen, information om nationella rådgivningsenheter och lokala beroendemottagningar. I en av de få randomiserade studierna inom psykiatrin fann Hulse & Tait (2003) att kort rådgivning, antingen i form av ett samtal med motiverande samtalsmetodik eller av information, resulterade i signifikant färre vårdtillfällen under en femårig uppföljning i båda grupperna.

Svenska studier och erfarenheter

Den första randomiserade sekundärpreventiva studien i världen genomfördes av Kristenson och medarbetare (1983) i Malmö med utgångspunkt i en hälsoundersökning av närmare 12 000 medelålders män. De 473 män som uppvisade högst värde på det alkoholrelaterade enzymet GT fördelades slumpvis antingen till en interventionsgrupp, med återkommande kontroll av GT-prov, följd av rådgivning av samme alkoholläkare ungefär var tredje månad, eller till en kontrollgrupp. Vid uppföljning efter fyra år framkom klara skillnader mellan grupperna. Interventionsgruppen hade 60 procent färre vård dagar på sjukhus, lägre dödlighet och en mindre ökning av sjukfrånvaron jämfört med kontrollgruppen (22 respektive 110 procent). Även efter 13 år fanns statistiskt säkerställda skillnader i dödlighet.

Persson & Magnusson (1989) fann vid en tvåårsuppföljning av 78 manliga och kvinnliga högkonsumenter i primärvården i Värm-

land att sjukfrånvaron minskade med 44 procent i insatsgruppen och med 21 procent i kontrollgruppen, vilket var en statistiskt säkerställd skillnad. Insatsgruppen fick kort rådgivning, minst fem uppföljningsbesök och kontroll med laboratorieprov.

Romelsjö och medarbetare (1989) identifierade 83 storkonsumenter vid allmänna hälsoundersökningar inom primärvården i Stockholm. Efter ett år sågs en större minskning av GT i interventionsgruppen än i kontrollgruppen, men skillnaderna var inte signifikanta.

Tomsson m.fl. (1998) utgick från 222 patienter med högt GT vid en allmän hälsoundersökning inom primärvården i Stockholm. Efter randomisering fick personerna i interventionsgruppen träffa en sjuksköterska från alkoholtvättning tre gånger per år, med diskussioner om livsstil och alkoholvanor. Kontrollgruppen fick träffa läkare i primärvården, som informerade om att det förhöjda GT-värdet troligen berodde på alkohol, men inte gav några råd. Efter två år hade GT-värdet sjunkit signifikant i interventionsgruppen, medan det stigit i kontrollgruppen.

Forsberg har i sin avhandling (2003) studerat personer som sökt akutmottagningarna på S:t Görans och Danderyds sjukhus i Stockholm. Med olika screeningmetoder identifierades 165 högkonsumenter som genom randomisering fördelades på en grupp som fick förhållandevis lång insats (1–2,5 timmar) vid 1–3 tillfällen av tränade psykologer baserad delvis på motiverande samtalsmetodik och med erbjudande om neuropsykologisk testning samt en grupp som fick en kortare insats, men även den baserad på motiverande samtalsmetodik (knappt en halv timme). Patienter i båda grupperna minskade sin konsumtion och blev mer motiverade till förändring vid uppföljning efter 6 och 12 månader. Det visade sig att personalen på akutmottagningarna var lika bra som specialister från alkoholvården i att genomföra den kortare insatsen. Endast 4 procent av patienterna var negativa till screeningen, fastän 56 procent av högkonsumenterna dessförinnan inte ansett sig ha problem med sina alkoholvanor. Det gick alltså riktigt bra att genomföra alkoholscreening på akutmottagning, följt av intervention av personalen.

Personer med psykiska sjukdomar/personlighetsstörningar har högre förekomst av missbruk/beroende av alkohol än befolkningen i övrigt. Detta komplicerar förloppet av den psykiska sjukdomen och ökar bl.a. självmordsrisken, särskilt vid samtidig depression. Utvecklingen av alkoholberoende kan förhindras genom att identi-

fiera och intervensera vid högkonsumtion av alkohol. I en nyligen genomförd svensk randomiserad undersökning av Öjehagen och Nordström (2004) hade 27 procent av allmänpsykiatriska patienter (av totalt 1700 patienter) riskabla alkoholvanor. Ca 75 procent av patienter som erbjudits ingå tackade ja till studien. Interventionen, som gjordes per telefon, bemöttes positivt av patienterna. Drygt 80 procent följdes upp efter 6 månader. Preliminära analyser visar signifikanta förbättringar i interventionsgruppen.

Vid Akademiska sjukhuset i Uppsala startade ett intressant och lovvärt projekt sommaren 2002 med syfte att nå patienter med hög och skadlig konsumtion av alkohol och till dessa förmedla kunskap och motivation som leder till en minskad alkoholkonsumtion och en förbättrad hälsa (Tverin och Stafring, 2005). Detta har skett vid mötet med den personal som patienten normalt träffar vid sitt sjukhusbesök. Projektet har involverat flera kliniker och i början av 2005 har verksamheten integrerats i den övriga verksamheten och bedrivs på enheter. Som screening har använts en fråga om frekvensen av större alkoholintag (5 enheter/drinkar för män och 4 drinkar hos kvinnor). Vid hög konsumtion sker ett kort informellt rådgivande samtal med patienten och, om så krävs, remiss till specialistvård. Vid en enkel utvärdering av screeningverksamheten fann man att 20–30 procent av patienterna på olika avdelningar testade positivt. Hela 450 personer har under projekt-tiden utbildats inom området, varav majoriteten är sjuksköterskor, men även dietister och kuratorer har deltagit.

Sekundärprevention inom socialtjänsten

Som framgår av kunskapsöversikten nedan är erfarenheterna från och kunskapen om effekter av sekundärprevention inom socialtjänsten mycket sämre än då det gäller sjukvården. Det kan dock nämnas att Alkoholkommissionen diskuterade frågan i en av sina rapporter (1994). I rapporten fanns flera förslag, som fortfarande är aktuella. Man menade att Socialstyrelsen bör ta initiativ till tidiga alkoholskadeförebyggande insatser inom socialtjänsten och göra en översyn av socionomutbildningen med avseende på missbruksfrågor. Kommissionen föreslog också att kommunerna skulle beakta behovet av fortbildning vad gäller insatser inom socialtjänsten och att folkhälsoinstitutet borde ge medel till utökad samverkan vad gäller tidiga insatser inom socialtjänsten, primär-

vården, arbetslivet och försäkringskassan. Men menade också att forskning och utvärdering vad gäller socialtjänstens insatser i tidigt skede för personer med alkoholproblem bör få ökat utrymme.

11.2 Tidigare rekommendationer och försök till spridning av positiva resultat

11.2.1 Sverige

De positiva resultaten av sekundärpreventiva studier fick genomslag i olika policydokument redan på 1980-talet. Rekommendationer om satsning på sekundärprevention fanns t.ex. i den alkoholpolitiska kommissionens betänkande (SOU 1994:26), medan det omnämns mer kortfattat i den nuvarande nationella handlingsplanen år 2001 (prop. 2000/01:20).

Den första artikeln i Sverige om primärvårdens möjligheter arbeta med alkoholprevention kom 1982 (Romelsjö, 1982). Den följdes av positiva rapporter gällande sekundär- och tertiärpreventiva insatser från läkare i primärvården.

Med utgångspunkt i hälso- och sjukvårdspolitiska rekommendationer och de positiva resultaten från flera vetenskapliga studier från primärvården och hälso- och sjukvården i övrigt har det skett försök till spridning av arbete med sekundärprevention. Den mest omfattande satsningen utfördes av en grupp inom Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM), under andra hälften av 1990-talet med stöd av medel från Folkhälsoinstitutet. Det mest konkreta resultatet av detta arbete, med deltagande av ett 20-tal av landets mest intresserade husläkare inom detta område, blev utbildning i s.k. Riskbruksverkstäder av omkring 150 allmänläkare (husläkare, distriktsläkare) i sekundärprevention (Hedberg C m.fl. Läkartidningen, 2000). Det är dock oklart om denna utbildning medförde ökade insatser inom sekundärprevention.

Genom detta arbete kom dock begreppet ”Riskbruk” att bli etablerat, bl.a. som ett instrument vid samtal om risker med alkoholbruk utanför missbrukarvården. Begreppet riskbruk är inte närmare definierat men kan anses vara allt bruk av alkohol som enligt vetenskapliga studier medför ökad risk för negativa medicinska eller sociala konsekvenser. Under våren 2004 inledde det nya Familjemedicinska institutet (Fammi) ett arbete med utbildning inom sjukvården i sekundärprevention avseende alkohol.

Andréasson m.fl. har bl.a. studerat metoder för spridning (2000). Efter intervjuer av drygt 50 allmänläkare och lika många distriktsköterskor i Stockholmsområdet fann de att dessa var villiga att avsätta tid för utbildning om alkoholprevention på sin arbetsplats. De fann att ett enda utbildningstillfälle, tillsammans med skriftligt material, inte medförde något nämnvärt merarbete för att kunna använda sekundärprevention i det praktiska arbetet. I en intervjustudie, genomförd av Johansson m.fl., av totalt drygt 200 allmänläkare och sjuksköterskor i Östergötland (2002) fann de att insatser för sekundärprevention inom alkoholområdet var ovanligt. Detta berodde mest på en osäkerhet om hur man skulle gå till väga. De gjorde, liksom tidigare forskare i andra länder, bedömningen att ökade insatser från sjuksköterskor är en framkomlig väg (Roche & Freeman, 2004).

Sammanfattningsvis visar erfarenheter från Sverige, samt försök i andra länder, att spridning av sekundärprevention inom alkoholområdet hittills har varit utan större framgång.

Problemen med att sprida och implementera dessa metoder har diskuterats av bl.a. Romelsjö & Damström-Thakker (1997). Flera förklaringar till svårigheterna kan nämnas:

1. Man har alltför djärvt extrapolerat resultat av vetenskapliga studier utförda av väl motiverade läkare, med ofta noggrant utvalda patienter till att vara rättesnöre för t.ex. "den vanlige husläkaren".
2. "Publication bias" medför att studier som ej visar påtagligt positiva (eller påtagligt negativa) resultat har mindre möjligheter att bli publicerade än studier som visar goda resultat. Detta är väl känt och kan också medföra att man inte försöker rapportera studier med negativa resultat.
3. Ett fåtal husläkare, andra läkare och sjukvårdspersonal har fått utbildning i kort ("brief") intervention för tidiga riskbrukare av alkohol och få torde därför känna till de goda resultaten från vetenskapliga studier.
4. Få av de anställda inom primärvården torde känna till de goda resultaten från vetenskapliga studier.
5. Många husläkare har främst erfarenheter av alkoholister, dvs. en annan kategori patienter med sämre prognos, en grupp som

ofta har låg status i en patient- eller diagnosrangordning. Detta kan medföra skepsis och bristande intresse.

6. Screeningmetoderna, såväl frågetest som laboratorieprov och anamnes (frågor om symptom, sjukhistoria och vanor m.m.) har sina brister. I flera vetenskapliga studier har en överraskande liten andel screenade patienter uppfyllt inklusionskriterier, bl.a. på grund av ovan nämnda brister samt underrapportering av alkoholvanorna. Men screeningmetoderna har förbättrats under senare år (tillkomsten av AUDIT bl.a.).
7. Man har ofta inte beaktat varierande motivationsgrad bland högkonsumenter.
8. Man vill inte riskera att stöta bort patienter genom att ta upp ett ämne som man tror är känsligt. De som arbetar med sekundärprevention möter dock sällan negativa reaktioner.
9. Man tycker sig inte ha tid – men sekundärprevention tar inte särskilt mycket tid och kan ge viktig information också för annan behandling.
10. Läkare och personal som själva har hög alkoholkonsumtion sätter ofta högre gränser för riskbruk och har kanske en särskild barriär mot att arbeta med patienter som har samma (eller lägre) konsumtion som de själva. (Efter förslag från bl.a. Svensk psykiatrisk förening sätts gränsen för hög alkoholkonsumtion ofta till motsvarande 30 gram alkohol/dag för män och 20 gram för kvinnor. Detta motsvarar 3 resp. 2 flaskor vin i veckan.)

11.2.2 Något om det internationella arbetet

WHO har under de senaste 10–15 åren bedrivit fyra projekt för att utveckla och senare sprida den vetenskapliga kunskapen om sekundärprevention till hälso- och sjukvården i olika länder. Det senaste projektet, WHO-IV, (WHO Collaborative Project on alcohol prevention) var inriktat på spridning (dissemination). Arbetet inom WHO har varit en av utgångspunkterna för EU-projektet PHEPA (Primary Health Care European Project on Alcohol, 2005) med deltagande av ledande experter från olika europeiska länder. Syftet med PHEPA är att verka för att insatser vid riskabelt och skadligt bruk av alkohol integreras i det dagliga

kliniska arbetet i primärvården. Under hösten 2004 antog denna europeiska expertgrupp riktlinjer för arbetet med alkoholproblem inom primärvården och en utbildningsmanual. Sverige är ett av de länder som deltar i detta forskarprojekt. Det internationella samarbetet bland forskare fortsätter i det nya nätverket INEBRIA (International Network of Brief Interventions for Alcohol Problems).

11.3 Nya nationella riktlinjer för missbrukarvård

Vid Socialstyrelsen pågår ett omfattande arbete för att utarbeta nationella riktlinjer för behandling av personer med alkohol- och/eller drogproblem (Andersson, Andréasson, Leissner, 2005). Med tillstånd från författarna återges här en sammanfattning av underlaget för *Uppspårande/uppsökande och förebyggande* verksamhet avseende sjukvård och socialtjänst, medan insatser inom arbetslivet diskuteras i annat avsnitt (kap. 12) i utredningen.

Sjukvården

Det finns en omfattande evidens som stöder effektiviteten av kort rådgivning inom sjukvården. Evidensen bygger främst på ett antal systematiska litteraturöversikter och metaanalyser, men också på ett antal välgjorda randomiserade, kontrollerade studier. Dock varierar evidensen inom olika delar av sjukvården. Högst är den för kort rådgivning inom primärvården. Den är också hög för kort rådgivning på akutmottagningar. Däremot är den lägre inom psykiatri och mödrahälsovården, även om det finns lovande studier också på dessa områden. Inom primärvård föreligger flera hälsoekonomiska studier som talar för att kort rådgivning är kostnadseffektiv i jämförelse med många andra åtgärder inom sjukvården. Viktiga kunskapsluckor återstår då det gäller implementering och spridning av kort rådgivning. Merparten av alla refererade studier har varit efficacy-studier, dvs. studier genomförda under kontrollerade betingelser som inte är representativa för de reguljära förhållandena inom sjukvården. Bland annat har alla RCT-studier baserats på screening för hög alkoholkonsumtion eller alkoholproblem.

Rekommendationer till riktlinjearbetet. I första hand primärvården och akutmottagningarna bör inarbeta kort rådgivning i sin verksamhet. Detta förutsätter att resurser i form av personal och kompetensutveckling tillförs dessa verksamheter. Allmän screening är dock inte genomförbar. Screening bör till en början bara rekommenderas för vissa riskgrupper, exempelvis patienter med vissa typer av hälsoproblem och i vissa situationer, exempelvis vid hälsokontroller och nybesök. Ytterligare försöksverksamhet bör genomföras inom mödrahälsovården och inom psykiatrin.

Förslag till forskning. Studier av samtalsmetodik talar för att rådgivning baserad på FRAMES-metodik är effektiv. Ytterligare forskning krävs för att klargöra om rådgivning baserad på motiverande samtalsmetodik ger ännu bättre effekt. Forskning krävs därutöver om vilka åtgärder som på organisationsnivå krävs för att kort rådgivning skall kunna implementeras i större skala.

Socialtjänsten

Den genomförda litteratursökningen visar att det finns relativt få kontrollerade effektstudier vad gäller uppsökande/uppspårande och förebyggande arbete utanför områdena sjukvård och arbetsliv. Inga övergripande kunskapssammanställningar eller metaanalyser påträffades. Antalet empiriska studier av tillräckligt hög metodologisk kvalitet bedömdes vara otillräckligt för att initiera en kunskapssammanställning inom detta område. De studier som refereras är närmast genomgående av svag evidens. Vad gäller ”traditionell” socialtjänstverksamhet (t.ex. arbete av den typ som bedrivs på svenska socialkontor) hittades inga empiriska randomiserade kontrollerade effektstudier inom det aktuella ämnesområdet.

Då det gäller kunskap om metoder för att identifiera individer i riskzonen beskrivs traditionella marknadsföringsmetoder, rutinmässig/riktad screening (datoriserad/manuell), telefonpåminnelser vid uteblivna möten, uppsökande verksamhet i riskmiljöer, annonsering i media, ”community” brief intervention och systematisk riktade insatser vid exempelvis polisstationer som potentiellt framgångsrika metoder för att identifiera individer i riskzonen. Olika former av screeningmetoder (AUDIT, CAGE, alkoholrelaterade laboratorieprov och intervjuer) nämns, dock utan särskild fokus på metodernas effekter i de aktuella sammanhangen.

Avseende insatser för att minska risken för missbruksutveckling nämns olika former av motivational interviewing, case-management-metodik, påverkansprogram av typen social färdighetsträning och även att enbart förmedla feedback med posten som potentiellt framgångsrika metoder.

Rekommendationer till riktlinjearbetet. Med utgångspunkt i studier utanför sjukvården och arbetslivet kan det knappast ges några evidensbaserade rekommendationer till riktlinjearbetet. Detta innebär inte att de resultat och metoder som refererats är ointressanta eller ineffektiva, endast att, ännu så länge, väl genomförda studier, som vilar på stringent evidensbaserad grund, saknas.

Förslag till forskning. Flertalet av de metoder som berörts i detta avsnitt bör studeras med vetenskaplig metodik. Bland särskilt prioriterade områden är studier om arbete med klienter som döms för ringa narkotikabrott till vård inom socialtjänsten, rattfyllerister som hänvisas till socialtjänsten, men även mera brett inom områden som familjerätt och ekonomiskt bistånd. Forskning krävs om effekten av olika screeningmetoder och psykometriska test i andra miljöer än inom sjukvården, användandet av aktuariedata och särskilt utformade ”kliniska” intervjuer. Likaså studier om metoder för och dokumentation av aktivt uppsökande arbete av personer i riskzonen för missbruk (exempelvis traditionellt fältarbete). Forskning krävs också om brief intervention, motivational interviewing, case-managementmetodik, social färdighetsträning och metoder som går ut på att enbart förmedla feedback med post, via internet etc.

11.4 Kostnadsfrågor

I Alkoholpolitiska kommissionens delbetänkande (SOU 1994:26) ger Andréasson en belysning av möjliga effekter av individuella insatser från primärvårdens sida för att förebygga alkoholmissbruk och av medföljande kostnader. Han beräknade att en allmänt bedriven sekundärprevention inom primärvården under en 5-årsperiod skulle innebära besparingar motsvarande 2 930 miljoner kronor (2 060 miljoner kronor för minskad sjukskrivning, 510 miljoner kronor för minskad slutenvård och 360 miljoner kronor för

minskad öppen vård), medan kostnaderna för läkarbesök och laboratorieprov beräknades till 325 miljoner kronor. Detta ger en besparing på ca 2 600 miljoner kronor. Han beräknade att 4 300 husläkare kommer att kunna hålla motiverande samtal med tolv patienter varje år. Sedan detta skrevs, för 10 år sedan, har alkoholkonsumtionen och antalet personer med riskbruk ökat, liksom besöken i primärvården och kunskapen om sekundärprevention. Motsvarande beräkning skulle därför idag visa en ännu större potentiell nettovinst.

Världshälsoorganisationen (WHO) har beräknat kostnadseffektiviteten för olika insatser för att förebygga ohälsa och för tidig död (Chisholm m.fl. 2004). Kostnadseffektiviteten mäts då i s.k. DALY (Disability Adjusted Life Years, dvs. antal förlorade levnadsår på grund av dödsfall samt invaliditet orsakade av olika sjukdomar). Sekundärpreventiva insatser inom primärvården är härvid bland de billigaste och beräknades till 174 000 kr för varje minskat fall av DALY i europeiska länder med hög alkoholkonsumtion, t.ex. Sverige. Detta är på samma nivå som kostnaderna för rökavvänjning med nikotinersättningspreparat (Room, 2004) och för slumpmässiga tester med utandningsprov. Mest kostnadseffektiv beräknas dock alkoholbeskattning vara.

11.5 Överväganden och förslag

Det finns enligt vår mening flera starka skäl till att öka satsningen på sekundärprevention. Alkoholkonsumtionen liksom antalet högkonsumenter har ökat under senare år (Leifman, 2005, Bergman & Källmèn, 2003). En större andel av de patienter som söker vård inom sjukvårdens olika delar har därför, med all sannolikhet, riskbruk av alkohol. Detta gäller inte minst inom primärvården, men även inom företagshälsovård, psykiatri och kroppssjukvård. Primärvården har byggts ut det senaste decenniet och fått många nya uppgifter. Den sjukhusbundna vården har minskat i omfattning. Inom primärvården finns nu över 1 000 vårdcentraler, med 5 000 familjeläkare (distriktsläkare, husläkare) och 6 000 distriktsköterskor. Under ett år sker ca 10 miljoner besök hos sådana läkare och lika många hos distriktsköterskor. År 1997 var 71 procent av besökarna i åldrarna 15–74 år (Socialstyrelsen, 2000). Man kan beräkna att det på en "normal lista" finns 2 000 patienter och att minst 10 procent av dessa har riskbruk av alkohol. Varje år

träffar ca 40 procent av den vuxna befolkningen sin familjeläkare och under loppet av 3 år bli det 70–80 procent. Om högkonsumenterna i genomsnitt besöker familjeläkaren lika ofta som andra patienter (mycket talar för att de gör fler besök på grund av ökad frekvens av hälsoproblem) sker en miljon läkarbesök i primärvården varje år av 400 000 riskbrukare av alkohol. Man uppskattar att det finns totalt omkring 800 000 personer (Boström & Nykvist, 2004) i åldrarna 18–84 år med riskbruk av alkohol. Om man antar att man med befintliga metoder kan identifiera 50 procent av dessa så identifierar man 200 000 personer med riskbruk av alkohol. Vetenskapliga studier talar för att minst 10 procent av dessa, dvs. ca 20 000 personer kan minska sin alkoholkonsumtion till en tämligen ofarlig nivå genom stöd och kort rådgivning ("brief intervention").

Inom företagshälsovården arbetar ungefär 700 läkare, 1 500 sjuksköterskor och drygt 2 000 annan personal. Av samtliga sysselsatta i landet har två tredjedelar (2,6 miljoner arbetstagare) tillgång till företagshälsovård, varav 1,2 miljoner har kontakt med företagshälsovården under ett år. I medeltal besöker ca 100 000 gravida kvinnor mödrahälsovården 8–9 gånger per år. Tillsammans når alltså primärvård, företagshälsovård och mödrahälsovård en betydande andel av befolkningen.

Riskbruk av alkohol är orsak till många hälsoproblem, varför professionell kunskap indikerar att man inom sjukvården skall fråga om alkoholvanorna och använda alkoholrelaterade blodprov, betydligt oftare än vad som nu är vanligt. Denna bedömning återfinns i alla dokument om alkoholpolitik, prevention och alkoholpolicy sedan många år, såväl i Sverige som i andra länder (WHO, PHEPA).

Vidare har det utvecklats bättre frågemetoder i det kliniska arbetet, särskilda frågeinstrument (t.ex. AUDIT och dess kortversion med endast tre frågor) av god kvalitet och det finns värdefulla alkoholrelaterade laboratorieprov främst CDT (kolhydratfattigt transferrin) och GT (gammaglutamyltransferas). Kunskapen om hur "interventionen" bör ske har ökat. En närmare beskrivning finns bl.a. i förslag till nya nationella riktlinjer för missbrukarvården (Andersson, Andréasson & Leissner, 2005). Vidare tycks en större enighet ha utvecklats, åtminstone inom primärvården, om att se och med patienter diskutera hög alkoholkonsumtion som en av flera ogynnsamma livsstilsfaktorer. Man anser också att liknande samtalsmetodik kan tillämpas för flera livsstilsproblem.

Man kan ta fasta på att ungefär samma metodik för screening och insatser med framgång har använts inom olika delar av vården. Det är angeläget att kort rådgivning och intervention inte genomförs bara inom primärvården, utan också bland psykiatrins patienter, vilka utgör en särskild riskgrupp, liksom bland patienter inom kroppssjukvården med alkoholrelaterade sjukdomar och symptom. Lättillgängliga manualer med konkreta anvisningar och råd saknas än.

Sålunda är förutsättningarna för sekundärpreventiva insatser idag bättre än någonsin. Mot bakgrund av vad som ovan anförts lämnar utredningen därför följande förslag.

Ökad utbildning

Ökad användning av sekundärprevention förutsätter satsningar på utbildning. Vi föreslår att det nya Familjemedicinska institutet (Fammi) får fortsatt ansvar för detta. Fammi är en ideell förening med staten, Landstingsförbundet och Kommunförbundet som ägare. Fammi inrättades 2003, med medel främst från Socialdepartementet. Regeringen beviljade våren 2004 Fammi 2,5 miljoner kronor för att starta uppbyggnaden av projekt för att utveckla primärvårdens och företagshälsovårdens arbete med riskbruk av alkohol. Enligt en lägesrapport från hösten 2004 har arbetet inletts väl. Utbildningar av pilotkaraktär, under ledning av nationella experter, har skett inom primärvård, företagshälsovård och mödrahälsovård med motiverande samtal som centralt inslag. I ett särskilt råd sitter representanter för Statens folkhälsoinstitut, Föreningen Svensk Företagshälsovård, Svenska Barnmorskeförbundet, Svenskt Näringsliv, Landstingsförbundet, Svensk Förening för Allmänmedicin och Alkoholkommittén.

Sammanlagt 14 landsting, med drygt 6,5 miljoner invånare, dvs. 75 procent av landets befolkning, har vid årsskiftet 2004/2005 anmält intresse för att medverka i Riskbruksprojektet. Detta bedöms av Fammi kosta ca en miljon kronor per år för ett landsting. För att genomföra denna omfattande, unika satsning äskade Fammi drygt 9 miljoner kronor år 2005 men beviljades 7 miljoner kronor. Det är viktigt att resultaten av denna satsning utvärderas, dvs. enbart processutvärdering kan inte anses vara tillräcklig. För det fall att Fammi i framtiden inte skulle kunna ta detta ansvar för utbildningen i sekundärprevention föreslår vi att den nationella

alkohol- och drogsamordnaren, och därefter Statens folkhälsoinstitut, skall överta ansvaret. Det finns också behov av utbildning i sekundärprevention för personal på akutmottagningar samt inom psykiatri och skolhälsovård. Utbildning i sekundärprevention inom sjukvården är, av naturliga skäl, egentligen ett område där ansvaret ligger hos landstingen och det finns medel avsatta för år 2005 för att stödja landstingens arbete med denna fråga. Ett krav är att landstingen själva bidrar med motsvarande belopp.

Nationellt demonstrationsprojekt

En nationell referensgrupp har bildats runt PHEPA (se ovan) med intresse att sprida de riktlinjer som utarbetats av erfarna forskare och kliniker. Detta skulle kunna utgöra basen för ett nationellt demonstrationsprojekt för att testa en eller flera modeller för sekundärprevention inom primärvården. Ett sådant projekt skulle kunna bidra till att stimulera och entusiasmera andra inom primärvård och annan hälso- och sjukvård till sekundärpreventiva insatser mot alkoholrelaterade problem.

Insatser inom socialtjänsten.

En utgångspunkt är att olika lokala studier visar att en betydande andel av socialtjänstens klienter är riskbrukare av alkohol. Det är också sannolikt att en betydande andel av dessa ännu inte har utvecklat något starkt alkoholberoende och att de därmed utgör en målgrupp för sekundärprevention. Socialtjänsten får, genom lagstadgad anmälan, kännedom om personer som gripits för misstänkt trafiknykterhetsbrott eller omhändertagits enligt LOB, Lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer. Av dessa kan en betydande andel antas vara en målgrupp för sekundärprevention. Emellertid saknas, som ovan nämnts, evidensbaserad kunskap om effekter av sekundärpreventivt arbete inom socialtjänsten. Vi anser därför att det finns starka skäl att anslå medel till forskning om sekundärprevention inom socialtjänsten och härigenom stimulera projekt inom området.

Forskning

Med hänsyn till vad som ovan framförts om behovet av ökade insatser på det sekundärpreventiva området måste, enligt vår mening, även satsningar göras på forskning inom detta område. Exempel på områden där behov av ytterligare forskning föreligger är vilka screeningmetoder som är mest lämpliga, tillämpning och spridning av evidensbaserade metoder (implementation), effektiva modeller för sekundärpreventivt arbete inom socialtjänsten, men även inom arbetslivet, psykiatrin och andra områden av hälso- och sjukvården.

12 Alkohol- och drogförebyggande insatser inom arbetslivet

Utredningens förslag: De regionala kompetenscentrumen och, under uppbyggnadstiden av dessa, den nationella alkohol- och narkotikasamordnaren, skall få i uppdrag att arbeta för att arbetslivet blir en viktig arena för förebyggande arbete. Resurser skall avsättas för att förstärka kompetensen hos Försäkringskassans handläggare när det gäller alkohol- och drogfrågor utifrån ett arbetsmiljöperspektiv. Särskilda medel, avsedda för forskning med fokus på prevention inom arbetslivet, bör avsättas.

Utredningens bedömning: Arbetsmiljölagen innebär långtgående förpliktelser inom detta område, särskilt för arbetsgivaren. Arbetslivet är en viktig arena för arbetet med alkohol- och drogprevention och de möjligheter som finns att arbeta förebyggande på arbetsplatserna måste utvecklas och utnyttjas bättre liksom samarbetet mellan centrala aktörer.

12.1 Inledning

Sedan början av 1990-talet har arbetslivet i olika sammanhang framhållits som en viktig arena för förebyggande arbete, exempelvis i flera propositioner och offentliga utredningar som Alkoholpolitiska kommissionens huvudbetänkande (SOU 1994:24) och den nationella handlingsplanen för att förebygga alkoholskador, prop. 2000/01:20. I propositionen Alkoholpolitiska frågor (prop. 2003/04:161) tillkännagav regeringen sin avsikt att bjuda in arbetsmarknadens parter till överläggningar om hur man gemensamt på arbetsplatserna kan vidta åtgärder för att minska alkoholens och andra drogers skadeverkningar. Sådana överläggningar har nu inletts (se nedan under avsnitt 12.3).

Arbetsplatsen är den plats där man når de flesta vuxna människor. Här finns ungdomar i åldern 20–30 år som är den grupp som dricker mest i Sverige liksom föräldrarna till nästa generation arbetstagare. I umgänget på arbetsplatsen grundas många av de attityder och värderingar som hänger samman med bruket av alkohol och andra droger. Arbetsplatserna ger därför unika möjligheter att arbeta med alkoholfrågan.

På arbetsplatserna finns också en stor andel av de uppskattningsvis 700 000 vuxna i åldrarna 18–64 år med riskbruk av alkohol (Boström & Nykvist, 2004). Alkoholkonsumtionen och andelen riskkonsumenter varierar avsevärt mellan olika yrkesgrupper och sannolikt mellan olika arbetsplatser. Med riskbruk menas här en regelbunden konsumtion som uppgår till minst motsvarande 3 flaskor vin i veckan hos män och 2 flaskor hos kvinnor eller enstaka episoder av storkonsumtion (1 flaska vin eller 4 burkar starköl eller 5 drinkar vid samma tillfälle) eller konsumtion i riskabla miljöer (i samband med arbete, trafik, idrott m.m.). Riskbruk av alkohol har flera ogynnsamma konsekvenser för arbetsförmågan (Hermansson, 2004). Det har i flera studier tydligt visats att sjukfrånvaro och förtidspension är vanligare bland storkonsumenter av alkohol (Upmark, 1999, Boman m.fl., 2005). Risken för olycksfall är ökad om alkohol finns i kroppen vid arbete och möjligen också dagen efter ett större alkoholintag (Hermansson, 2004). Produktiviteten är minskad bland storkonsumenter av alkohol. Vid beräkning av alkoholens samhällskostnader har kostnaderna för minskad produktivitet genomgående varit de största (Jarl & Gerdtham, 2005 (se bilaga 5). Beräkningarna varierar med olika beräkningsätt och är ganska osäkra. I en vanlig modell ”The Standard Model” beräknar man att en anställd med påtagliga alkoholproblem (färre än de uppskattningsvis ovan angivna 500 000 arbetstagarna med riskbruk) endast producerar 75 procent av sin totala kapacitet (US General Accounting Office, 1970).

I Arbetsmiljölagen (1977:1160) regleras samverkan mellan arbetsgivare och arbetstagare för att åstadkomma en god arbetsmiljö. Arbetsgivaren har ansvar för att vidta åtgärder för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa eller olycksfall och arbetstagaren har rätt att få kännedom om, och även skyldighet att medverka i arbetsmiljöarbetet. I arbetsmiljölagen fastslås således att arbetsgivaren är skyldig att utreda, klarlägga och åtgärda brister i arbetsmiljön. Arbetsmiljöverket har utfärdat föreskrifter (AFS 2001:1)

som bland annat anger att vid mer än tio anställda måste arbetsmiljöpolicyn och rutinerna dokumenteras skriftligt.

Arbetsmiljöverket anger i sina föreskrifter (AFS 1994:1) att arbetsgivaren skall ha rutiner för vilka åtgärder som skall vidtas om någon uppträder alkohol- och/eller drogpåverkad på sin arbetsplats. Arbetsgivaren skall således, tillsammans med arbetstagarna, ta fram en handlingsplan för alkohol- och andra drogfrågor där det framgår hur missbruksproblem skall hanteras på arbetsplatsen.

Lagen (1962:381) om allmän försäkring fastställer arbetsgivarens skyldigheter att vidta rehabiliteringsutredning och samverka med försäkringskassan. Arbetsgivare är skyldiga att vidta de rehabiliteringsåtgärder som syftar till att arbetstagaren skall kunna behålla eller återgå till arbete hos arbetsgivaren och försäkringskassan skall samordna rehabiliteringen, som bekostas av arbetsgivaren.

Det finns således i gällande lagstiftning ett regelverk när det gäller alkohol- och drogförebyggande arbete på arbetsplatserna. Den instans som skall kontrollera att reglerna efterföljs är Arbetsmiljöverket. Det finns ett antal organisationer som ägs av arbetsmarknadens parter och som på olika sätt arbetar med frågor kring alkohol och droger i arbetslivet, t.ex. Alna, Prevent, Arbetsmiljöforum och försäkringsorganisationen AFA.

Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD) i Stockholm har dock konstaterat ett bristande intresse för primärpreventiva insatser på arbetsplatser, trots förekomsten av en alkohol- och drogpolicy på många håll. En kartläggning av det alkohol- och drogförebyggande arbetet på företag med mellan 20 och 99 anställda visade att 39 procent av företagen hade en skriven alkohol- och drogpolicy. Ca 75 procent av företagen med över 99 anställda hade en sådan (Eriksson och Olsson 2002a, 2002b). Av en redovisning från Riksförsäkringsverket (RFV redovisar 2004:7) framgår att andelen missbruksnoteringar i de långtidssjukskrivnas akter har ökat från 2 procent 2002 till 4 procent 2003. Det är dock för tidigt att uttala sig om huruvida det är fråga om ett verkligt trendbrott när det gäller missbruksproblem bland sjukskrivna. Det finns en stark koppling mellan psykiska besvär och missbruksproblem vilket gör den stora ökningen av sjukskrivningar för psykisk ohälsa oroande. Det finns därför anledning att i framtiden vara uppmärksam på kopplingen mellan sjukskrivning och missbruk.

12.2 Alkoholprevention på arbetsplatser – har den effekt?

Det finns forskning, främst från USA och Australien, kring alkoholprevention på arbetsplatser. Andersson, Andréasson och Leissner har sammanställt en rapport om uppspårande/uppsökande och förebyggande verksamhet inom projektet ”Nationella riktlinjer för missbrukarvård” (2004) som även behandlar forskning när det gäller alkohol och arbetsliv. Den är ännu inte publicerad, men följande text är ett, lätt redigerat, utdrag ur rapporten och återges med författarnas medgivande.

I flera avseenden är potentialen för förebyggande arbete inom arbetslivet lika stor eller större som inom hälso- och sjukvård eller socialtjänst. Forskningen inom området är inte omfattande, men sju metastudier/kunskapssammanställningar och minst fyra kontrollerade studier visar samtliga att alkohol- och drogprenitivt arbete på arbetsplatsen är verksamt. Den forskning som finns, kan dessutom, i vissa fall, anses föråldrad.

Generellt gäller att prevention på arbetsplatsen har positiv effekt, men att stor osäkerhet råder om vad som är den optimala formen för detta preventiva arbete. Diskussionen huruvida en direkt adressering av alkohol- och andra drogfrågor skall göras eller om generella hälsofrämjande insatser är att föredra har inte lett fram till något definitivt svar. Det finns få beräkningar av kostnader och kostnadseffektivitet. Nya tekniker, som webbaserad prevention, har utvecklats men kan i detta sammanhang visserligen sägas vara lovande men är alltför lite undersökta. Det förebyggande arbetet på arbetsplatser sker genom samarbete mellan arbetsorganisationen, dvs. arbetsgivaren och facket, företagshälsovården/den allmänpraktiserande hälso- och sjukvården och, i några få fall, genom socialtjänsten. Det finns således inte underlag för att belysa skilda metoders effektivitet med hänsyn till exempelvis kön, ålder, etnisk härkomst eller psykisk sjukdom. Vidare är underlaget alltför magert för att belysa implementationsstrategier, organisationsfrågor och ekonomiska konsekvenser.

12.2.1 Vetenskapliga studier av arbetsplatsprogram

Den vanligaste formen av alkoholpreventiva insatser på arbetsplatserna i USA är employee assistance programs (EAPs). De arbetar med hälsofrämjande insatser, utbildning och hjälp till behandling (Roman & Blum 2002). I Sverige har ALNA (Arbetslivets resurs i alkohol- och drogfrågor) anpassat arbetsformerna till svenska förhållanden. Det finns därför skäl att särskilt diskutera studier av EAP.

I en kunskapsöversikt kommer Gill (1994) fram till att det finns begränsat stöd för att EAPs har reducerat hälsovårdens kostnader för högkonsumenter av alkohol. I en annan kunskapsöversikt menar däremot Blum och Roman (1995a) att EAPs verksamhet är kostnadseffektiv, men att den mesta forskningen om EAP har metodologiska begränsningar. Ingen av studierna, i deras översikt, hade genomfört rigorösa jämförelser med verksamheter som inte har EAP. Det är också svårt att urskilja EAPs verksamhet från den efterföljande behandlingen av personer med alkoholproblem.

Roman och Blum (1996) har även redovisat en annan översikt av artiklar från 1970 till och med 1995. Med användning av sökorden arbetsplatsrelaterad intervention, individuella och organisatoriska effekter fann de 24 artiklar. De konstaterade, för det första, att det finns bevis på att EAPs är effektiva för att rehabilitera anställda med alkoholproblem och, för det andra, att det finns bevis för att undervisning av arbetsledare och anställda påverkar inställningen till alkohol och droger för avsevärd tid.

I en kontrollerad studie (Stoltzfus & Benson 1994) konstaterades att alkoholkonsumtionen minskade vid EAP. Återfallen har också visat sig bli signifikant färre, jämfört med i kontrollgruppen, om de anställda, i samband med EAP, ges särskilda insatser för att minska risken för återfall (Foote & Erfurt 1991).

Blum m.fl. (1995b) genomförde en beskrivande undersökning avseende 6 400 anställda vid 84 arbetsplatser med EAP. Ur genusperspektiv är det värdefullt att de fann att även kvinnor som söker hjälp via EAP får den hjälp som de behöver. Vidare fann Zarkin m.fl. (2001) i en kontrollerad studie att minoriteter och kvinnor gynnades av ökad information om EAPs.

Utbildning av arbetsledarna har visat sig signifikant förhöja sannolikheten för utnyttjande av EAPs service. Men denna utbildning måste vara återkommande (Colan och Schneider 1992).

Kamratstödsprogram, ofta understödda av fackförening, har prövats och dokumenterats i Sverige. Dessa program kan ligga fristående från, men också inbakade i, traditionella EAPs. Effekten av dem kan vara stor, men undersökningsdesignen vid utvärderingar har ofta varit bristfällig. (Trice och Sonnenstuhl 1988, Ahlberg m.fl. 1998) och de få studierna är dessutom ofta föråldrade.

Goda erfarenheter från USA kan dock inte utan vidare generaliseras till Sverige. Mycket skiljer i fråga om förhållanden på arbetsmarknaden, tradition och fackföreningarnas ställning. Svensk forskning avseende kamratstöd är angelägen därför att sådant stöd utgör en viktig del i det alkoholförebyggande arbetet inom arbetslivet.

12.2.2 Insatser för att identifiera och hjälpa riskkonsumenter i tidigt skede (sekundärprevention) inom företagshälsovård

Redan i början 1980-talet genomförde Bliding och medarbetare en screening av alkoholvanorna vid en hälsokontroll i Sverige, följt av rådgivning till högkonsumenter (Bliding m.fl, 1984). Man fann i gruppen riskkonsumenter (21 personer) att värdet på det alkoholrelaterade blodprovet GT sjönk med 40 procent och att antalet sjukdagar minskade med i genomsnitt 23 dagar på ett år, jämfört med en minskning på fyra dagar för övriga.

Bien m.fl. (1993) har, med utgångspunkt från en sammanställning av ett dussintal randomiserade och 24 kontrollerade studier, förhoppning om att korta interventioner skulle kunna användas inom ramen för EAPs.

I Sverige disputerade Ulric Hermansson 2003 med en avhandling om screening och kort rådgivning i arbetslivet via företagshälsovården. I studien randomiserades anställda, som identifierats som riskkonsumenter genom screening, till antingen en kontrollgrupp, en grupp som fick 15 minuters rådgivning, eller till en grupp med mer omfattande intervention med upp till fyra samtal (där dock endast 18 % deltog i mer än ett samtal). Vid uppföljning, efter 12 månader, hade de anställda i alla tre grupperna reducerat sin konsumtion; endast hälften hade då tecken på riskabel konsumtion. Denna intervention hade följaktligen inte någon signifikant effekt på alkoholkonsumtion eller sjukfrånvaro, eftersom även kontrollgruppen minskade sin konsumtion. I avhandlingen konstateras att

såväl screening som kort rådgivning utan större svårigheter kunde genomföras inom företagshälsovården men att screening inte var tidsbesparande för denna.

I en annan skrift ger Hermansson (2004) följande två policy-förslag för sekundärprevention:

- Företaget skall verka aktivt för tidig upptäckt av förhöjd eller riskabel alkoholkonsumtion och därmed möjliggöra tidiga råd- och rehabiliteringsinsatser.
- Företaget skall erbjuda alla anställda att själva kontrollera sina alkoholvanor i samband med hälsoundersökningar.

Richmond m.fl. (2000) har studerat effekterna av livsstilsintervention bland 1 206 anställda inom postverket i Australien. Vid uppföljning efter 10 månader sågs en signifikant minskad alkoholkonsumtion bland kvinnor men inte bland män i experimentgruppen. Insatsen bestod av en livsstilsintervention där en korttidsintervention, 30–35 min, om alkohol var inlagd.

I en studie från USA (Anderson & Larimer, 2002) valdes slumpmässigt 155 anställda på ett medelstort livsmedelsföretag antingen till kort rådgivning, bestående av ett 30–60 minuter långt samtal, eller till en kontrollgrupp. Interventionsgruppen hade signifikant sänkt dryckesfrekvens vid uppföljning efter 6 månader.

12.3 Hur skall förebyggande insatser inom arbetslivet organiseras?

Mycket talar för att en alkoholpolicy skall vara tydlig (Ames m.fl., 1992; Hermansson, 2004). I en studie bland 10 000 anställda fann Ames m.fl. (2000) att följande faktorer var betydelsefulla för återhållsamma alkoholvanor (Hermansson, 2004):

- En tydligt skriven policy som anger vilka regler som gäller beträffande alkohol på företaget.
- Språket skall utformas så att alla förstår samt att missförstånd om regelsystemet minimeras.
- Metoder som förhindrar att medarbetare kommer bakfulla till arbetet och/eller att de konsumerar alkohol på arbetstid.
- Samförstånd inom företag över policy, regler och krav.

Det förebyggande arbetet på arbetsplatser sker genom ett samarbete mellan arbetsorganisationen – arbetsgivaren och facket, företagshälsovården/allmänpraktiserande hälso- och sjukvård och, i några få fall, genom socialtjänsten. I Norden har Hjellstadkliniken i Bergen, Norge, och där speciellt Fauske, betonat att allmänpraktiserande läkare kan göra viktiga insatser inom arbetslivet, inte minst för alkohol- och andra drogfrågor (Laberg m.fl., 1989; Fauske m.fl., 1990, 1996). Fauske och medarbetare har utvecklat en modell, där arbetsledningen ges en framträdande roll för det förebyggande arbetet (1996). Detta torde återspegla en även i Sverige dominerande uppfattning.

En av grundfrågorna är i vilken utsträckning alkoholproblemen kan härledas till arbetsituationen. Detta avgör i vilken utsträckning det preventiva arbetet skall inriktas på arbetsmiljön, på att åstadkomma punktnykterhet på arbetsplatsen eller/och stödja bearbetningen av personliga problem. Det finns ganska omfattande forskning som undersöker i vilken utsträckning alkoholdrickande är relaterat till arbetsplatsen respektive andra livssituationer.

12.4 Arbetsförhållanden och alkoholvanor

Flera studier av samband mellan arbetsförhållanden och alkoholvanor har genomförts. Olika teoretiska perspektiv och modeller återfinns i dessa.

Trice och Sonnenstuhl (1988) anförde tre dominerande teoretiska perspektiv som förklaring till den varierande alkoholkonsumtionen inom olika yrken: det sociala kontrollperspektivet, arbetsstressperspektivet och arbetskulturperspektivet. Dessutom har frågan rests om selektion av personer med särskilda alkoholvanor sker till vissa yrken. Detta har dock sällan studerats. De studier som finns att tillgå ger stöd åt olika modeller, bl.a. beroende på vilka aspekter av arbetsförhållanden och vilka yrkesgrupper som studeras.

Ett tidigt intresse för betydelsen av arbetsförhållanden bottnade i insikten att många personer med alkoholproblem fanns inom yrkeslivet. Det har sedan dess diskuterats och, i viss mån studerats, hur man skall kunna identifiera och hjälpa dessa personer. En av de tidiga studierna utfördes av Roman och Trice (1970) som fann att avsaknaden av kontroll och därmed av synliggörande (visibility) var viktiga riskfaktorer för hög alkoholkonsumtion. Detta perspektiv,

som fokuserar på social kontroll, får stöd av flera empiriska studier. Det är inte klarlagt om avsaknaden av social kontroll inom vissa yrkesområden främst verkar genom att detta medför att hög alkoholkonsumtion lättare döljs. I så fall är detta förenligt med uppfattningen av personer med hög alkoholkonsumtion i ökad utsträckning söker sig till sådana yrken (selektionshypotesen). Bristande social kontroll och synliggörande kan också i sig tänkas vara stressfaktorer som medför oro och, som följd av detta, ökad alkoholkonsumtion.

Senare teorier har utgått ifrån att arbeten med alltför mycket struktur, som medför att de anställda har för mycket kontroll av sin arbetssituation från överordnade men och för små möjligheter till förändring ökar risken för användning av alkohol och för missbruk (Fennell m.fl., 1981). I detta sammanhang har man föreslagit ett stort antal möjliga stressinducerande faktorer som stress och påfrestning i största allmänhet, alltför stort ansvar, osäkerhet i arbetet och oregelbundna arbetstider. Detta jobb-stressperspektiv uppfattar alkoholkonsumtion främst som ett medel för att stå ut med arbetsförhållanden (coping) och med upplevelser av stress i sin arbetssituation, antingen för att åstadkomma minskad spänning och/eller för att uppleva stimulans. Resultaten från studier inom detta område är, på det hela taget, inte entydiga, snarast inkonklusiva.

En tredje grupp teorier betonar betydelsen av den sociala miljön och av kulturella normer och värden. Riskfaktorer är, utifrån detta perspektiv, t.ex. stor tillgänglighet till alkohol, socialt tryck att dricka och isolering/separering från normala sexuella/sociala relationer. Det har föreslagits att förekomsten av särskilda subkulturella grupper, vid sidan av arbetet, skulle bidra till ökad alkoholkonsumtion. Några sådana grupper har identifierats. En studie av Seeman & Anderson (1983) visade att större involvering i sociala nätverk var korrelerat med högre konsumtion, något som är väl förenligt med denna teori.

Studier, där man integrerat dessa olika perspektiv, visar divergerande resultat. I detta sammanhang vill vi gärna nämna en studie av Whitehead och Simpkins (1983). De analyserade 43 strukturella karakteristika inom 56 yrken. De fann att socialt tryck att dricka alkohol ofta samt möjlighet att få tag i alkoholhaltiga drycker till relativt sett lågt pris förklarade 66 procent av variansen i nivån av alkoholism, ett mycket högt förklaringsvärde.

Hypotesen att personer med hög alkoholkonsumtion söker sig till särskilda yrken har kritiserats för att den – i viss mån – bygger på föreställningen att dessa personer har särskilt stor kännedom om arbetsförhållanden inom olika yrkeskategorier (Parker & Farmer, 1988). Det, troligen fortfarande största, empiriska stödet utgör Plants klassiska studie av bryggeriarbetare i Edinburgh vid mitten av 1970-talet, då man fick stöd för denna hypotes (Plant, 1977).

I Norden har frågan om arbetsförhållandenas betydelse för alkoholvanorna under senare år kanske främst studerats av Kjaerheim i hennes avhandling från 1996. Denna byggde på analys av uppgifter från drygt 3 000 restauranganställda (Kjaerheim, 1995). Hon fann att den som hade arbetskamrater som minst en gång i veckan tog en drink efter jobbet – på arbetsplatsen eller på ett uteställe – hade en 2–3 gånger högre sannolikhet att vara storkonsument. De som arbetade på en arbetsplats med liberal alkoholpolicy hade 1,5 gånger större sannolikhet för storkonsumtion. Dessa signifikanta samband erhöles även efter det att man tagit hänsyn till andra faktorer. Ensamstående hade en 4,3 gånger större risk än samboende med barn att vara storkonsument.

I ett annat arbete fann hon inte något stöd för stresshypotesen. Däremot var de som hade svårt att koppla av efter arbetet storkonsumenter i större utsträckning än övriga. Kjaerheim menade att resultaten är förenliga med hypotesen att bristande copingförmåga är en mellanliggande påverkansfaktor mellan stress och ökad alkoholkonsumtion. I ett tredje arbete analyserades betydelsen av personlighetsfaktorer. Hon fann att personer som var utåtriktade (extroverta) och de med ökad benägenhet att reagera neurotiskt hade ökad sannolikhet att vara storkonsumenter, även med beaktande av andra faktorer. Särskilt hög var risken för dem som både var utåtriktade och hade ökad tendens att reagera med oro och temperamentssvängningar.

Sammanfattningsvis visar denna översikt att sambanden är komplicerade. Dessutom saknas aktuell svensk forskning.

12.5 Initiativ från Alkoholkommittén m.fl.

Folkhälsoministern inbjöd i november 2004 företrädare från Arbetsgivarverket, LO, Landstingsförbundet, SACO, Svenska kommunförbundet, Svenskt Näringsliv och TCO för att diskutera alkohol- och drogprenativa strategier i arbetslivet. Representanter

för Alkoholkommittén och Mobilisering mot Narkotika (MOB) deltog också vid mötet. Arbetsmarknadens parter bestämde då att de tillsammans skulle ta fram en plattform för åtgärder mot alkohol och droger i arbetslivet, med avsikt att formulera en mer konkret aktionsplan.

Alkoholkommittén har startat en del projekt för att stimulera primärpreventivt arbete på arbetsplatserna. Man har tillsammans med MOB tagit kontakt med olika fackförbund och ett arbete med att framställa ett utbildningsmaterial om alkohol och droger i arbetslivet pågår i samarbete med SKTF. Ett annat projekt genomförs i samarbete med LO-distriktet i Västmanland, där ett antal arbetsplatser erbjuds utbildning m.m. och syftet är att utarbeta olika metoder för hur arbetsgivare och fackföreningar tillsammans skall kunna integrera de drogförebyggande insatserna i arbetsmiljöarbetet. Alkoholkommittén har tillsammans med ALNA undersökt vilka insatser som kan riktas mot resebyråföretag och kommer att anordna ett seminarium för landets resebyråer under 2005. Vidare avser Alkoholkommittén och Mobilisering mot narkotika att verka för att frågan om alkohol och droger i arbetslivet får en mer framträdande roll i kommunernas alkohol- och narkotikasamordnares arbetsuppgifter.

12.6 Överväganden

Det finns, som framgått ovan, vetenskapligt stöd för att alkohol- och drogpreventiv verksamhet på arbetsplatser, såväl "normala" arbetsplatser som utbildningsinstitutioner, har effekt. Sådan verksamhet kan innebära policyarbete, utbildning av ledningen/arbetsledningen, utnyttjande av stödkamrater, olika former av screening, kortare samtal och remittering till specialist.

Arbetslivet är en mycket viktig arena för arbetet med alkohol- och drogprevention och möjligheter att arbeta förebyggande på arbetsplatserna måste, enligt vår mening, utvecklas och utnyttjas bättre. Det är därför nödvändigt att de insatser som påbörjats av Alkoholkommittén får fortsätta och även intensifieras.

Arbetsplatsen är en viktig värdeskapande arena, där det finns stora möjligheter att påverka människors normer, attityder och värderingar, men för detta krävs kunskap om alkohol- och drogpolicyns betydelse och vikten av en tydligt förankrad sådan. En alkohol- och drogpolicy skall inte bara ha rutiner för hantering

av enskilda individärenden utan även fokusera på och förebygga de risker i arbetsmiljön som kan göra att alkohol- och drogkonsumtionen hos medarbetarna ökar, samt tydliggöra det ansvar som olika aktörer har i denna fråga. Alkohol- och drogpolicyn skall vara en plattform för nyckelpersoner i det dagliga arbetet. Det behövs kunskap om hur man praktiskt använder sig av policyn, det vill säga hur arbetsgivaren skall genomföra sitt utredningsansvar, vilket innebär att denne kan agera redan vid beteendeförändringar hos medarbetarna. Kunskap krävs vidare om tidiga signaler, arbetsgivarens rehabiliteringsansvar och om det svåra, men nödvändiga, samtalet.

Utbildning av nyckelpersoner på arbetsplatsen är ett område som visat sig effektivt (Colan och Schneider 1992) men det är viktigt att sådan utbildning speglar dagens problematik och tydliggör att detta är en arbetsmiljöfråga. Bakfyllproblematiken kostar företagen mycket pengar, ett område där speciellt unga vuxna måste komma i fokus och det finns också en koppling mellan sjuk-skrivningar och hög alkoholkonsumtion (Hermansson 2004; Upmark, 1999). Vi anser därför att satsningar bör göras på utbildning för nyckelpersoner på arbetsplatser. Denna utbildning bör kunna införlivas i de utbildningsprogram som redan finns för skyddsombud och chefer när det gäller arbetsmiljöfrågor. De regionala kompetenscentrumen vi föreslagit bör få i uppgift att arbeta för att arbetslivet blir en viktig arena för förebyggande arbete och att sprida kunskap om olika metoder som visat sig vara effektiva när det gäller sådant arbete. Tills dessa centrum inrättats måste den nationella alkohol- och narkotikasamordnaren ha ansvar för detta arbete liksom för att de insatser som Alkoholkommittén och Mobilisering mot narkotika tagit initiativ till fortsätter och intensifieras.

Behovet av forskning är stort även inom detta område. Kontrollerade studier av screening bör genomföras där man kan jämföra olika företag och branscher. Forskning krävs också för att klargöra i vilken utsträckning det finns behov att utveckla genus-, ålders- och kulturspecifika preventionsprogram. Likaså krävs studier för att avgöra i vilken utsträckning alkohol- och narkotikaförebyggande insatser bör vara en del av allmänt hälsofrämjande arbete. Avslutningsvis krävs också forskning om hur man vidmakthåller aktiviteten i dessa program. Vi föreslår därför att medel avsätts till forskning även när det gäller preventionsinsatser inom arbetslivet.

Enligt Upmark (1999) kan så stor andel som 15–30 procent av alla långtidssjukskrivningar och sjukpensioner vara alkoholrelaterade men den officiella diagnosen är ofta någon annan, som utbrändhet, ond rygg och så vidare. Försäkringskassan har ett samordningsansvar för rehabiliteringen men även ett utredningsansvar om man anser att de läkarintyg man fått av individen inte är tillräckliga som beslutsunderlag. Försäkringskassorna har ofta särskilda kontaktpersoner gentemot större arbetsgivare vilka handlägger de sjukskrivningsärenden som finns på företaget. Dessa kontaktpersoner har utifrån sin kunskap om arbetsplatsen och orsakerna till de sjukskrivningar som förekommer stora möjligheter att diskutera förebyggande åtgärder som t.ex. utformandet av en alkohol- och drogpolicy för arbetsplatsen. Enligt vår mening finns det skäl att ytterligare förstärka kompetensen hos försäkringskassans handläggare när det gäller dessa frågor. Vi föreslår därför att staten avsätter resurser för utbildning i alkohol- och drogfrågor, dels för att ge handläggarna faktakunskap inom området, dels för att ge kunskap om hur man utreder och samtalar kring problem med alkohol och droger. Ansvaret för att samordna arbetet med sådan utbildning bör enligt vår mening under en övergångsperiod kunna tilldelas den nationella alkohol- och narkotikasamordnaren och därefter de regionala kompetenscentrumen.

13 Information och upplysning på nationell nivå

Utredningens förslag: Varje kommande år skall en vecka ägnas särskilt åt gemensamma informationsinsatser om alkohol med deltagande av myndigheter, frivillig- och branschorganisationer m.fl. Arrangemanget skall samordnas av den nationella alkohol- och narkotikasamordnaren.

Utredningens bedömning: Informationsinsatser bör i framtiden även riktas till bredare grupper av alkoholkonsumenter än enbart ungdomar och unga vuxna (18–25-åringar) och innehållet och budskapet i sådana informationsinsatser, riktade till vuxna, måste utformas annorlunda jämfört med i insatser riktade mot yngre. På sikt bör den föreslagna veckan också kunna bli en del av ett nordiskt samarbete, för att ytterligare utveckla en gemensam nordisk syn på alkoholfrågan.

13.1 Bakgrund

Genom åren har åtskilliga landsomfattande informations- och opinionsinriktade insatser om alkoholens risker genomförts i Sverige. Vissa av dem har följts upp och utvärderats, men i olika omfattning och med skild ambitionsnivå (se Leifman, 1998b). Delvis på grund av den utvärderingsdesign som ofta använts (med avsaknad av minst en jämförelsegrupp) har det visat sig vara svårt att besvara den viktigaste av frågorna, nämligen huruvida informationskampanjerna förändrat målgruppens vanor i önskad riktning. I den internationella forskningslitteraturen finns det emellertid numera gott om belägg för att informations- och opinionsinsatser riktade till allmänheten, oftast med massmedia som kommunikationskanal, har liten inverkan på alkoholvanorna. Däremot kan sådana kampanjer skapa debatt och uppmärksamhet kring alkoholfrågan, öka kunskapen om alkohol och kanske förändra

attityderna. Det är viktigt att påpeka att dessa belägg mestadels härrör från insatser som varit tidsmässigt begränsade. Eventuella långsiktiga mer omfattande, kumulativa, effekter av informations- och opinionsbildande insatser som pågår under lång tid är svårare att utvärdera på ett vetenskapligt tillfredsställande sätt (se t.ex. Skog, 1990). Det kan inte uteslutas att mer eller mindre kontinuerliga informationsinsatser har en svag, men dock gradvis, inverkan på målgruppens attityder och beteende. I Sverige finns i stort sett alltid ett flöde av information och upplysning om alkoholens risker eller om olika, icke önskvärda, alkoholrelaterade beteenden, från olika aktörer. Alkoholfrågan får dessutom, i Sverige jämfört med i många andra länder, mycket uppmärksamhet i media. Det är möjligt att allt detta sammantaget, över tid, gradvis påverkat svenskarnas syn på alkohol och olika former av dryckesbeteende. Konsumtionen av och attityderna till alkohol skulle, med andra ord, kunnat se annorlunda ut i Sverige om informationen och intresset kring frågan varit mer begränsat.

Vidare har det påpekats att, även om andelen som beteendemässigt påverkas av masskommunikation är relativt låg, kan sådana insatser, på grund av relativt sett låga kostnader och stor räckvidd vara kostnadseffektiva. En metaanalys av masskommunikation i USA visar att effekterna av masskommunikationsinsatser innebar att ca 1–2 procent av målgruppen uppvisade minskad användning av tobak, alkohol eller andra droger. Detta kan tyckas som en försumbar effekt, men två procents årlig minskad användning i USA innebär, efter tio år, 5,5 miljoner färre som röker, dricker alkohol respektive använder narkotika (se Derzon & Lipset, 2002).

Ytterligare en viktig aspekt av informationsinsatser är den funktion de fyller i att förmedla kunskap om motiven bakom gällande alkoholpolitik – varför den ser ut som den gör och varför den är viktig. I detta fall är syftet med informations- och opinionsinsatser snarast att lyfta fram alkoholfrågan i den allmänna debatten och, inte minst, att påvisa alkoholens bidrag till olika medicinska och sociala problem. Sådana informations- och opinionsinsatser kan också betraktas som en angelägen motvikt till den marknadsföring och reklam av alkoholdrycker som numera förekommer i Sverige.

En av Alkoholkommitténs viktigast uppgifter är att svara för information och opinionsbildning på nationell nivå. Enligt den nationella handlingsplanen i likhet med Alkoholkommitténs direktiv (dir. 2001:22) skall dessa insatser syfta till att öka

allmänhetens kunskap om individuella risknivåer och vilka skador hög alkoholkonsumtion kan medföra, men också till att öka allmänhetens förståelse för den alkoholpolitik som förs. Insatserna skall vidare stimulera och kopplas ihop med det lokala förebyggande arbetet.

13.2 Erfarenheter från Danmark

I Danmark har sedan 1990 informationskampanjer angående alkoholproblematiken genomförts under en speciell vecka varje år. En slutsats som Sundhedsstyrelsen (2000) dragit av det danska kampanjarbetet är att detta bidragit till att göra alkoholproblematiken mer synlig vilket därmed skapat en bättre grund för det lokala arbetet. Nedan följer en redogörelse för dessa kampanjer och de erfarenheter som redovisats.

Alkoholkampanjerna genomförs under vecka 40. Sundhedsstyrelsen, som ansvarar för dem, har haft som explicit mål att skapa debatt och uppmärksamhet kring frågan och att förmedla kunskap, speciellt om gränserna för ett ur folkhälsosynpunkt förnuftigt eller ansvarfullt alkoholdrickande. Ett mer långsiktigt mål är också att medverka till en generell konsumtionsminskning och därmed till minskade alkoholskador. I Danmark används måttet genstand. En genstand (ca 12 gram alkohol) motsvarar ca en flaska öl (pilsner – ungefär mellanöl) alternativt ett glas vin eller ca 4 cl sprit. Budskapet har varit att män högst bör dricka 21 genstand i veckan och kvinnorna högst 14. På det organisatoriska planet har målet varit att stödja regionala och lokala aktiviteter. Sundhedsstyrelsen genomför landstäckande alkoholkampanjer, bl.a. i tidningar och TV och via utomhusannonsering. Detta är den mer synliga, uppmärksamhetsskapande delen. En andra del genomförs på lokal och regional nivå, främst i samarbete med landets län (amterna). Olika material utarbetas, som pjäser, debattinlägg och plakat Det lokala alkoholarbetet, som också intensifieras under vecka 40, bedrivs tillsammans med frivilligorganisationer. Även alkoholnäringsen deltar. I annonser informeras om genstand och gränserna för förnuftigt drickande.

Varje år har ett speciellt tema, eller en särskild målgrupp, valts för kampanjen. Fösta året var målgruppen 40-åringar – därav valet av vecka 40 som kampanjvecka. Att 40-åringar valdes som målgrupp var inte enbart på grund av åldersgruppens relativt höga

alkoholkonsumtion (ca 27 procent över riksgenomsnittet) utan också på grund av den modellfunktion gruppen ofta uppträder i, primärt som förälder men ofta också som arbetskamrater. I den första kampanjen var ett av budskapen att man ibland har skäl att helt och hållet avstå från alkohol. Det skulle man kunna passa på att göra under vecka 40 (med slogan att alla kan behöva en alkoholfri vecka 40). Även om budskapet om en alkoholfri vecka var specifikt för 1990-års kampanj har objektet *Alkoholfri vecka 40* levt kvar i kampanjerna sedan dess.

Någon kontrollerad effektutvärdering av kampanjerna har inte gjorts. Däremot har Sundhedsstyrelsen sedan 1993/1994 låtit göra mätningar av hur många som uppmärksammat kampanjerna och hur många som känner till gränserna för förnuftigt drickande (genstandsgränserna). I en utvärdering av kampanjer i vecka 40 i tio år (10 år med genstandsgränser) konkluderas att det skett en markant årlig ökning av andelen som känner till dessa gränser. Av den vuxna befolkningen uppgav år 1994 ca 35 procent att de kände till dem. År 1999 var andelen 56 % och år 2003 hade andelen ökat till 67 procent. Mot bakgrund av den massinformation som befolkningen utsätts för dagligen via media, menar man att de andelar som känner till gränserna kan betraktas som höga vilket tolkas som att gränserna uppfattas som trovärdiga, relevanta och viktiga att känna till.

Vidare visade utvärderingen att de som dricker mycket alkohol har större kännedom om gränserna än de som dricker mindre mängder. De som har minst kunskap om gränserna är de som inte dricker alls. Hur dessa kampanjer eventuellt haft effekt på danskarnas alkoholkonsumtion (alkoholförsäljningen) kan, av metodologiska skäl, inte mätas. Konsumtionsundersökningar tyder på att de yngre har minskat sin alkoholkonsumtion, men vilken betydelse kampanjerna haft i detta avseende är oklart. Det föreligger heller inte någon studie som visar om de individer som har kunskapen om gränserna för förnuftigt drickande använder denna till att reducera sin konsumtion eller för att ta sin kunskap till skäl för att uppsöka läkare eller någon annan behandlingsform.

13.3 Överväganden

Nationella informationsinsatser, kampanjer på alkoholområdet, har visat sig ha små direkta effekter på alkoholvanorna. Detta betyder dock inte att sådana insatser saknar betydelse. Av vad som sagts ovan framgår att nationella informationskampanjer kan bidra till att understödja alkoholpolitiken på flera sätt. En viktig uppgift är att synliggöra alkoholproblemen och skapa debatt i alkoholfrågan, inte bara i media och bland politiker och beslutsfattare utan även genom att stimulera folk i allmänhet till samtal om dessa frågor i vardagen. En annan viktig uppgift är att ge information om olika typer av alkoholproblem och ge vägledning om riskerna förknippade med bruk av alkohol.

De av Alkoholkommittén hittills genomförda nationella informations- och opinionsbildande insatserna har i huvudsak riktats till tre målgrupper: unga vuxna (18–25-åringar), tonåringar/tonårsföräldrar och gravida kvinnor. Men i de nationella informationsinsatser som hittills genomförts är det främst de unga vuxna som utgjort målgruppen. Detta framstår som en klok strategi, då unga vuxna uppvisar den högsta alkoholkonsumtionen av alla åldersgrupper i Sverige. Detta gäller både för kvinnor och för män. Unga vuxna är också ofta förebilder för de yngre och att unga vuxna uppvisar den klart högsta förekomsten av berusningsdrickande är något informationsinsatserna tagit fasta på genom att lyfta fram frågor om alkoholens risker och, inte minst, riskerna med berusningsdrickande. Av avsevärd vikt är att det är under dessa levnadsår de alkoholvanor som man för med sig in i vuxenlivet börjar ta form.

En alkoholpolitiskt viktig fråga framöver är vilka målgrupper som bör tillkomma eller särskilt prioriteras vid framtida informationsinsatser. Systembolagets kraftiga försäljningsökning från slutet av 1990-talet t.o.m. år 2003 kan inte förklaras enbart av ökade inköp av yngre vuxna. Resandeförseln är mer omfattande bland medelålders än yngre. Tillgängliga data tyder på att alkoholkonsumtionen sedan slutet av 1990-talet inte ökat mer bland tonåringar och unga vuxna än bland de äldre, snarare tvärtom. Ökningen bland de äldre framkommer för båda könen, men något tydligare bland kvinnorna, där den största ökningen av konsumtionen och andelen storkonsumenter sannolikt återfinns i åldrarna 50–60 år, dock en ökning från tidigare endast låga nivåer.

Det bör påpekas att en måttlig eller låg alkoholkonsumtion i åldersgrupperna över 40 år, motsvarande som mest knappt ett halvt glas vin om dagen för kvinnor och mindre än ett glas om dagen för män, kan ha en skyddande effekt framförallt för hjärt-kärlsjukdomar och diabetes (typ 2-diabetes) (se FHI:s nyligen – 2005 – publicerade kunskapsöversikt om alkoholens positiva och negativa effekter, se Andréasson & Allebeck, 2005). För många är också alkoholanvändningen oproblematisk eftersom de uppvisar låg eller måttlig alkoholkonsumtion. Alkohol betraktas av de allra flesta som en uppskattad och naturlig del av vårt kulturmönster, ett inslag i livet som man inte gärna vill avvara och som i allt större utsträckning numera också har sin plats även bland de något äldre. Det finns emellertid också en baksida. I takt med det ökade antalet dryckestillfällen har också antalet intensivkonsumtionstillfällen och andelen storkonsumenter ökat, även i åldersgrupper över 40 år.

Det är vidare de äldre åldersgrupperna (över 45–50 år) som uppvisar den mest negativa utvecklingen av den alkoholrelaterade sjukligheten (mätt som somatisk slutenvård) och den alkoholrelaterade dödligheten sedan början eller mitten av 1990-talet (Danielsson, se Socialstyrelsen, 2003, Ramstedt, 2005). Speciellt tydligt är detta bland kvinnor över 50 år med tydliga ökning av både den alkoholrelaterade somatiska slutenvården och dödligheten.

Detta visar att inte heller de äldre åldersgrupperna är opåverkade av de förändringar av den svenska alkoholpolitiken liksom i svenskarnas dryckesvanor som ägt rum under senare år.

Det bör därför, enligt vår mening, övervägas om inte informationsinsatser också bör riktas mot bredare grupper av alkoholkonsumenter än enbart unga människor. Innehållet och budskapet i sådana informationsinsatser, riktade till vuxna, måste dock se annorlunda ut jämfört med insatser riktade mot de yngre. Det bör betonas att förslaget att rikta information även till vuxna innebär totalt sett att ökade resurser måste användas för denna typ av informations- och opinionsbildning. De av Alkoholkommittén hitintills prioriterade målgrupperna skall även framöver vara föremål för sådana insatser i minst samma utsträckning som tidigare.

De förändrade villkoren för svensk alkoholpolitik och den ökade alkoholkonsumtionen har bidragit till en ökad uppmärksamhet i alkoholfrågan. Stor uppmärksamhet bidrar till att öka medvetandet om alkoholen som ett av de stora samhällsproblemen liksom om alkoholens risker, såväl bland allmänheten som bland beslutsfattare.

Alkoholfrågan är för tillfället en av de stora samhällsfrågorna. Även om konsumtionen förblir hög eller t.o.m. ökar och alkoholproblemen uppvisar ökning framöver betyder inte det att den ökade uppmärksamheten i frågan kommer att bestå. Ett sätt att nå ut till stora befolkningsgrupper är att som i Danmark under en kortare period, t.ex. under en vecka årligen, kraftigt intensifiera de informations- och opinionsbildande insatserna och att göra detta under samma period år efter år. Kraftigt förstärkta återkommande insatser kan bidra till att synliggöra och uppmärksamma alkoholproblematiken i samhället och därmed få upp frågan på dagordningen. Vi föreslår därför att en sådan vecka införs i Sverige. Det är viktigt att påpeka att detta inte får innebära att alla insatser görs just då och ingenting under resterande 51 veckor, utan endast att större, samlade insatser görs under en sådan speciell alkoholpreventionsvecka.

Tanken med en sådan vecka är att flera olika krafter, under samma korta tidsperiod, genomför kampanjer och informerar om alkoholens olika risker m.m. Dessa aktiviteter skall genomföras både på nationell och lokal nivå och av olika aktörer. Arrangemanget bör anordnas t.ex. i nätverksform, där den nationella alkohol- och narkotikasamordnaren ansvarar för statens insatser och i någon form står som samordnare eller initiativtagare till insatsen. Enligt vår mening är det viktigt att frivilligorganisationer engageras i arbetet, främst på lokal nivå, samt att även olika myndigheter med uppgifter som berör alkoholfrågan då prioriterar dessa. Alkoholbranschen bör också kunna spela en roll genom egna kampanjer med exempelvis upplysning om riskerna med att dricka alkohol i olika sammanhang liksom riskerna med berusningsdrickande etc. Vi anser att den föreslagna veckan för informationsinsatser kan bidra till att alkoholfrågan lyfts och diskuteras i en omfattning som annars inte skulle vara fallet.

På sikt anser vi att man också bör kunna överväga möjligheterna till ett nordiskt samarbete kring en sådan vecka då ett sådant skulle kunna bidra till att ytterligare utveckla en gemensam nordisk syn på alkoholfrågan. Förslagen innebär således att vi anser att de informations- och opinionsbildande insatserna bör förstärkas i framtiden. De externa kostnaderna för de informationsinsatser som Alkoholkommittén driver, i form av produktion, via media och konsultarvoden samt genom distribution och utvärdering/uppföljning uppgår till 18–20 miljoner årligen. Detta kan jämföras med branschens bruttoinvesteringar (exklusive förhandlade rabatter) i

reklam för olika alkoholdrycker, inklusive lättöl, i olika media, som för år 2004 uppgick till ca 360 miljoner kronor (Research international, Sifo Reklammätningar, 2005).

14 Alkohol och trafik

Utredningens förslag: I landet skall genomföras två miljoner alkoholutandningsprov per år där slumpmässiga kontroller av nykterheten för att förebygga rattfylleribrott skall prioriteras. Regeringen bör skyndsamt utreda möjligheterna att låta även anställda vid Tullverket och Kustbevakningen, genomföra alkoholutandningsprov. Vägverket skall ges i uppdrag att ta fram underlag för och genomföra attitydpåverkande informationsinsatser även till andra målgrupper som kampanjerna nu riktas sig mot (15–24-åringar).

14.1 Inledning

I den nationella handlingsplan som riksdagen beslutade om den 21 februari 2001 (prop. 2000/01:20) nämns som ett särskilt prioriterat delmål att alkohol inte skall förekomma i trafiken och att insatserna för att reducera de alkoholrelaterade olyckorna i trafiken och minska rattfylleribrotten behöver förstärkas. Rattfylleriet utgör idag en av de största riskfaktorerna i trafiken och ett av de största hindren för att uppnå den av riksdagen antagna nollvisionen för dödade och allvarligt skadade i trafiken. Som redovisas kapitel 3 talar emellertid det mesta för att det skett en ökning av rattfylleriet sedan slutet av 1990-talet.

Ökningen av rattfylleriet kan inte hänföras till en enda orsaksfaktor. En av de allra viktigaste torde dock vara den ökade alkoholkonsumtionen. Konsumtionen har ökat med mer än två liter ren alkohol sedan slutet av 1990-talet och de polisanmälda rattfylleribrotten med mer än 25 procent under samma period (1998–2003). Tidsserieanalyser av sambandet mellan alkoholkonsumtion och anmälda rattfylleribrott visar att en liters ökning av konsumtionen i genomsnitt leder till en ökning av de anmälda

brotten med ca 8 procent (Norström, 1997). Den ökade alkoholkonsumtionen skulle således kunna svara för mer än hälften av ökningen av de anmälda rattfylleribrotten. Men även antalet tagna alkoholutandningsprov har ökat, vilket också leder till ett ökat antal anmälda rattfylleribrott.

En traditionell indelning av området alkohol och trafik innehåller följande delar: polisövervakning, påföljdssystemet, attitydpåverkan, förarutbildning och teknik (t.ex. alkolås). Inom samtliga dessa områden pågår ett mer aktivt arbete idag än för några år sedan och i flera fall har insatserna förstärkts, t.ex. när det gäller attityd- och opinionsbildande insatser och information riktad till körskoleelever.

Vidare har två statliga utredningar tillsatts. Den första av dessa, utredningen om rattfylleri och sjöfylleri, tillsattes av regeringen i december 2003. Utredningen kommer enligt direktivet (dir. 2003:174) att behandla frågor som är relevanta i arbetet mot rattfylleri, exempelvis utvärdering av de reformer som vidtagits under 1990-talet i fråga om rattfylleribrott och påföljdssystem. Utredningen skall särskilt analysera hur bestämmelserna om påföljdsval och frågor om vårdbehov har tillämpats och behandlats. Vidare skall utredningen kartlägga eventuella behov av lagstiftningsreformer eller andra åtgärder mot s.k. eftersupning.

Den andra utredningen skall överväga möjligheterna att så snart det är möjligt, men senast år 2012, införa ett krav på alkolås eller andra tekniska system som förhindrar rattfylleri i alla nya bilar som blir registrerade i Sverige. Utredaren skall även se över behovet av och möjligheterna att införa sådana system i andra slag av motordrivna fordon. Härvid skall övervägas om det är lämpligt att först införa kravet för vissa fordonskategorier, t.ex. bussar och lastbilar, vilket bör kunna ske senast år 2010. Utredaren bör även undersöka vilka steg som kan tas för att öka användningen av och acceptansen för alkolås innan ett sådant krav införs (dir. 2004:135).

14.2 Polisens trafiknykterhetskontroller

En mycket viktig förebyggande åtgärd inom trafiknykterhetsområdet är polisens kontroller av trafiknykterheten. Den allmänpreventiva effekten av lagstiftning och kontroll består inte enbart av den eventuella avskräckande effekt som höga straff innebär utan även, till och med framför allt, på upptäcktsrisken. Forskning visar

att om det är stor sannolikhet att ertappas, eller att trafikanterna subjektivt uppfattar det som en stor risk och om straffet är kännbart och dessutom verkställs snabbt, är det mer sannolikt att man undviker att köra bil efter att man druckit (för en översikt se t.ex. Babor m.fl., 2003). Vidare har det framkommit att av dessa faktorer är sannolikheten för upptäckt den viktigaste (t.ex. Ross, 1982; Homel, 1988a). Den mest effektiva åtgärden tycks vara när polisen gör ständiga, omfattande och fullt synliga kontroller längs vägarna, där man slumpmässigt stannar bilförare och ber att de skall "blåsa", s.k. Random Breath Testing (RBT). Det som speciellt kännetecknar RBT är att föraren vid vilken tidpunkt som helst kan bli stoppad i en sådan kontroll och det finns inget som föraren kan göra för att påverka sannolikheten för detta. Testerna varierar från dag till dag och från vecka till vecka och annonseras inte i förväg i massmedia.

Australien var det första land som, med stor framgång, använde sig av denna metod i större skala. Efter allmänhetens påtryckningar införde New South Wales slumpmässiga kontroller i hela delstaten i december 1982. Polisen i delstaten New South Wales ålades att ägna minst en timme varje dag åt att testa motorfordonsförare, vilket innebar en miljon utandningsprov i en befolkning med tre miljoner förare. Detta höga testtal, i kombination med en högsta tillåtna promillenivå i blodet på 0,5, ledde till ökat riskmedvetande bland förarna som kunde tänka sig att köra berusade. Resultatet blev minskat antal rattfyllerifall och därmed färre olyckor med dödlig utgång (- 22 %) och färre alkoholrelaterade trafikolyckor (- 36 %) (se t.ex. Homel, 1988b).

Slumpmässiga kontroller har visat sig vara effektivare i förebyggande syfte än riktade kontroller. Med sistnämnda avses kontroller vid strategiskt utvalda platser såsom vid systembutiker, färjelägen och flygplatser. Dessutom genomför polisen också tester på förare som man av någon anledning, t.ex. genom tips från allmänheten, misstänker är rattfull. I en tidsseriestudie av olyckor i fyra australiensiska stater framkom att RBT var dubbelt så effektiv som riktade eller selektiva kontroller (Henstridge m.fl., 1997).

Det finns inga säkra uppgifter på antalet kontroller i Sverige som är åt det mer slumpmässiga hållet och hur många som är mer riktade. En viss indikation på fördelningen mellan slumpmässiga och riktade kan man dock få genom att se på skillnaden i träffprocent för samtliga alkoholutandningsprov och den under den särskilda manifestationsdagen mot rattfylleri som under år 2004

inträffade den 30 september och under år 2003 den 23 oktober. Vid båda tillfällena fick ca 52 000 förare ”blåsa”. Urvalet av testade förare är inte selektivt på samma sätt som i riktade kontroller utan mer att betrakta som slumpmässiga urval, även om inte alla veckans dagar är representerade. Under åren 2003 och 2004 var träffprocenten 0,22 respektive 0,24 procent, dvs. den andel av ca 52 000 testade förarna som uppvisade positiva prov (alkohol i utandningsluften). Detta skall jämföras med ca 1,4 procent för samtliga utandningsprov, som uppskattningsvis uppgick till 1,5 miljoner för år 2004. Denna stora skillnad i träffprocent skulle kunna innebära att en betydande andel av samtliga tester som görs i samhället är riktade. Om alla utandningsprov gjordes enligt metoderna för RBT och träffprocenten skulle vara 0,23 procent skulle detta resultera i ca 3 200 positiva utandningsprov (alkohol och andra droger). Detta skall jämföras med det faktiska antalet om ca 20 000 positiva prov.

Mycket tyder på att antalet slumpmässiga kontroller understiger antalet riktade kontroller. Antalet alkoholutandningsprov ligger idag totalt sett på en lägre nivå (ca 1,5 miljoner) än i mitten av 1990-talet (ca 1,8 miljoner), även om antalet var ännu lägre i slutet av 1990-talet (ca 1 miljon).

I en rapport från Väg- och transportforskningsinstitutet VTI (VTI notat 71-2002) visar beräkningar att ytterligare 100 000 alkoholutandningsprover skulle kunna rädda 3–4 liv. Kostnaden för att utföra 100 000 prov beräknades till 10 miljoner.

Trafiknykterhetskontroller i trafiken är också en av tio mest effektiva åtgärder för att minska alkoholens skadeverkningar som den tidigare nämnda WHO-stödda kunskapsöversikten omnämner. Ytterligare tre är av dessa tio berör alkohol och trafik, nämligen låga promillegränser, körkortsåterkallelse och stegvis förarutbildning.

14.3 Andra åtgärder

I kapitel 13 diskuteras nationella informationskampanjer och dess för- och nackdelar. Den minskade förekomsten av rattfylleri under 1990-talet kan delvis förklaras av reformer av trafikbrottslagen som genomfördes år 1990 och år 1994 (se avsnitt 3.3). Den allmänna bedömningen är emellertid att även attitydpåverkande informationsinsatser, tillsammans med förändrad lagstiftning och ökad kontroll, bidrog till att minska rattfylleriet.

Arbetet med attityder är viktigt och kanske lättare att bedriva på detta område där den stora majoriteten svenskar ändå delar uppfattningen att alkohol och bilkörning inte hör ihop. Lagstiftning och kontroller från polisen behöver acceptans och komplement i allmänhetens attityder. Därför är det väsentligt att ett sådant arbete bedrivs på bred front med omfattande kampanjinsatser. Vägverket har det sektorövergripande ansvaret i denna fråga. I Vägverkets strategiarbete angående påverkansinsatser inom området alkohol och trafik finns två utpekade och prioriterade huvudmålgrupper. Den ena är ungdomar mellan 15 och 24 år och den andra är människor med missbruksproblem.

När det gäller ungdomsgruppen bedrivs arbetet i form av ett kommunikationsprojekt som kallas *Don't Drink & Drive*. Detta är inte någon traditionell informationskampanj, utan en form av programverksamhet där man försöker åstadkomma långsiktiga och kontinuerliga insatser och aktiviteter på platser där ungdomarna finns t.ex. idrottsvärlden, musikfestivaler och gymnasieskolan. Projektet bedrivs dels nationellt dels regionalt inom Vägverkets sju regioner. De medel som avsatts för projektet uppgår till, utöver kostnader för löner, 13 miljoner kronor år 2005.

Arbetet riktat till människor med missbruksproblem sker genom implementering av den s.k. Skellefteåmodellen som innebär att omedelbara åtgärder för behandling inleds beträffande dem som misstänks för rattfylleri.

14.4 Överväganden

Förebyggande åtgärder inom trafikområdet, i synnerhet låga promillegränser tillsammans med omfattande trafiknykterhetskontroller, bidrar inte enbart till att reducera omfattningen av rattfylleribrott och trafikolyckor utan också till att minska den totala alkoholkonsumtionen i samhället. Sett i detta perspektiv framstår ökade trafiknykterhetskontroller som högst motiverade.

Med hänsyn till vad som ovan redovisats om de effekter som slumpmässiga rattfyllerikontroller visat sig ha är det, enligt vår uppfattning, viktigt med ett stort antal sådana vilka gör polisens kontroller synliga för allmänheten. Detta innebär dock inte att det arbete med riktade kontroller som nu pågår skall minska, utan ambitionen måste, enligt vår uppfattning, vara att genomföra minst

2 miljoner utandningsprov per år och att en större andel än idag skall genomföras som slumpmässiga kontroller.

Ett område som utredningen funnit skäl att lyfta fram när det gäller riktade kontroller är hamnarna och andra gränsområden. Till hamnarna kommer både yrkesförare och privatbilister efter att ha tillbringat tid på färjor där alkohol både serveras och finns till försäljning i butiker. För att effektivisera trafikkontrollarbetet och utnyttja de möjligheter som finns måste man, enligt vår mening, överväga om det är möjligt att utnyttja även andra yrkesgrupper än polisen för att utföra trafiknykterhetskontroller. Ett område som härvid framstår som mycket lämpligt är hamnarna och andra gränsområden där Tullverket och även Kustbevakningen redan finns och har andra uppgifter som innebär att de har kontakt med dem som kommer med färjorna. Vi anser därför att regeringen skyndsamt bör utreda möjligheterna att låta anställda vid Tullverket och Kustbevakningen utföra alkoholtester vid gränsen.

I avsnitt 3.3 framgår att andelen misstänkta för rattfylleribrott som är över 24 år har ökat samt att antalet, och andelen, omkomna i alkohol- och drogrelaterade dödsolyckor är ungefär lika stort bland 25–29-åringar som bland 20–24-åringar. Attitydpåverkande informationsinsatser måste därför, enligt vår mening, riktas till alla bilförare. Det är dock svårt att göra sådana insatser som är heltäckande, utan även dessa måste anpassas för olika målgrupper där t.ex. yrkesförare är en sådan grupp. Vi föreslår därför att Vägverket skall ges i uppdrag att genomföra informationsinsatser även för andra grupper än 15–24-åringar.

15 Frivilligorganisationer

Utredningens förslag: Intäkter från den förslagna tilläggsskatten skall användas för alkoholförebyggande arbete mot ungdomar och unga vuxna genom frivilligorganisationer. Medlen skall fördelas av Socialstyrelsen i enlighet med förordning (1998:1814) om statsbidrag till vissa organisationer inom det sociala området. Länsamordnarna bör få i uppdrag att stötta kommunerna i arbetet med att driva frågan om alkohol- och drogpolicy gentemot de lokala frivilligorganisationerna.

Utredningens bedömning: Det är av största vikt att kommunerna arbetar aktivt för att tillsammans med det lokala föreningslivet skapa alkoholfria mötesplatser, främst för ungdomar.

15.1 Bakgrund

Staten lämnar, enligt ett anslag för folkhälsopolitiska åtgärder, årligen bidrag till nykterhetsorganisationer och andra organisationer som arbetar med alkoholskadeförebyggande verksamhet och stöd och hjälp till missbrukare. Medlen fördelas av Socialstyrelsen och uppgår för år 2005 till 78 miljoner kronor. Det övergripande syftet med bidragen är att förstärka och komplettera den offentliga sektorns insatser. En fördjupad utvärdering av åtta utvalda projekt som fick medel från Socialstyrelsen år 2002 för alkohol- och drogförebyggande insatser genomförs av ett forskarteam vid Örebro universitet under ledning av professor Charli Eriksson.

I budgetpropositionen, prop. 2004/05:1, anges att de mottagande organisationernas insatser främst sker inom tre områden: 1) förebyggande och stödjande insatser för organisationernas målgrupper, 2) opinionsbildning för att generellt stärka målgruppernas ställning i samhället samt 3) insatser från central nivå avsedda att stödja och stärka lokal utveckling av arbetet.

Alkoholkommittén skall, enligt sina direktiv, samverka med bl.a. intresseorganisationer, ideella föreningar och folkrörelser kring bruk av alkohol, dess risker och skadeverkningar. Samverkan har skett med flera olika frivilligorganisationer, främst IOGT/NTO, MHF och NTF men även andra. IOGT/NTO har i tio kommuner initierat ett utvecklingsprojekt som syftar till att i samverkan med kommunerna testa olika strategier för det lokala arbetet riktat till unga. Under 2005 kommer ett samverkansprojekt mellan Alkoholkommittén, Svenska Fotbollsförbundet och IOGT/NTO att inledas som har till syfte att stimulera elitfotbollen och lokala föreningar till att involvera alkoholfrågan i sin verksamhet.

I det s.k. "handslaget med idrotten" har idrottsrörelsen tillförts särskilda resurser för att utveckla den lokala idrottsverksamheten där insatserna skall gå till fem olika utvecklingsområden varav ett är "alkohol, tobak och doping". Handslaget är en fyraårig satsning där idrottsrörelsen får stöd med totalt en miljard kronor. Huvuddelen av medlen går till lokala idrottsföreningar via idrottens olika distrikts- och specialförbund.

I många kommuner arbetar man aktivt med möjligheterna att via olika frivilligorganisationer arbeta förebyggande med tobaks-, alkohol- och drogfrågor. Malmö kommun har t.ex. antagit en tobaks-, alkohol och drogförebyggande strategi som gäller för all verksamhet inom kommunen. Med stöd av denna bedrivs också ett aktivt arbete för att, tillsammans med föreningslivet, ta fram drogpolicier. Krav ställs på de bidragsberättigade föreningarna att deras verksamhet aktivt skall präglas av ett alkohol- och drogfritt förhållningssätt.

15.2 Överväganden

Frivilliga organisationer utför insatser av betydande värde och omfattning på alkohol- och narkotikaområdet. På detta område når de frivilliga organisationerna fler människor med sina insatser än vad den kommunala socialtjänsten gör. Det uppsökande arbetet är omfattande och en allt större del av opinionsbildning, kunskaps-spridning och förebyggande insatser sker genom de frivilliga organisationerna. Bland annat idrottsrörelsen gör här en mycket viktig insats. Vi anser därför att det, i den situation som nu råder med ökande alkoholkonsumtion, är nödvändigt att mobilisera alla de krafter som är möjliga för att kunna stoppa och vända den

pågående utvecklingen. En mycket viktig kraft är då de frivilligorganisationer som på olika sätt arbetar för att förbättra folkhälsan. Medlemmar i dessa organisationer har ofta ett mycket stort engagemang och många arbetar ideellt med att på olika sätt skapa en meningsfull fritid för ungdomar. Det är, enligt vår mening, av stor betydelse att utveckla möjligheterna till förebyggande arbete även inom detta område, där verksamheten, av naturliga skäl, inte alltid kan vara utvärderad och/eller vetenskapligt belagd. Dessa föreningar kan exempelvis genom kamratstödande verksamhet – genom att inom ramen för annan verksamhet sprida information och opinionsbildning i alkohol- och narkotikafrågor och genom att skapa alkohol- och drogfria miljöer – vara en viktig kraft för alkoholförebyggande åtgärder. Den tilläggsskatt som, enligt vårt förslag, skall utgå på blandade drycker (avsnitt 6.6) bör därför bl.a. användas för att stärka preventionsarbetet mot alkohol och droger riktat till ungdomar. Detta bör, enligt vår mening, ske framför allt genom stöd till frivilligorganisationer som når ut till ungdomar genom annan ordinarie verksamhet, t.ex. idrottsföreningar, arrangörer av musikaliska aktiviteter, fackföreningar och scoutrörelsen. Detta för att stimulera alkohol- och drogförebyggande arbete i fler målgrupper i samhället. Fördelningen bör skötas av Socialstyrelsen i enlighet med förordning (1998:1814) om statsbidrag till vissa organisationer inom det sociala området. Kravet i nämnda förordning på att organisationerna huvudsakligen skall bedriva verksamhet inom områdena alkohol och narkotika, utsatta barn och deras familjer eller våld mot kvinnor måste vid fördelningen av nu aktuella medel modifieras.

Det är vidare, enligt vår mening, av största vikt att kommunerna tillsammans med det lokala föreningslivet aktivt arbetar för att skapa alkoholfria mötesplatser, främst för ungdomar. Ett sätt att arbeta med denna fråga är genom att ställa krav på och medverka till att föreningarna tar fram alkohol- och drogpolicier.

16 Folköl

Utredningens förslag: En skärpning av bestämmelsen om att en kommun skall ingripa då butiker inte följt reglerna om försäljning av folköl införs. Möjligheten att meddela försäljningsförbud skall inte avse enbart de fall då reglerna för försäljning av folköl inte följts utan även omfatta de fall då övriga centrala regler i alkohollagen inte efterlevs, t.ex. sådana som rör detaljhandelsmonopolet. Den anmälningsskyldighet som ålagts butikerna vid försäljning av folköl skall vara straffsanktionerad.

16.1 Inledning

I utredningens uppdrag ingår att samla erfarenheter från myndigheter och kommuner om vidtagna åtgärder för att motverka langning och annan otillåten försäljning av alkohol och lämna förslag till de åtgärder och eventuella lagförslag som behövs för att minska de problem som ökad vidareförsäljning av alkohol leder till.

Frågor om folköl har ingen direkt koppling till utredningens övergripande uppdrag, dvs. den ökade införseln av alkohol, då den folköl som dricks i Sverige också är inhandlad här. Det finns, såvitt utredningen kunnat utröna, inte någon privat införsel av folköl, men enligt de uppgifter som redovisades i delbetänkandet (s. 75) förekommer införsel av folköl avsedd för försäljning i butiker och där punktskatt och moms inte betalas.

Utredningen har funnit anledning att behandla frågor om folköl, främst ur det perspektivet att ungdomar under 18 år, dvs. utan möjlighet att legalt köpa alkohol i Sverige konsumerar folköl och ungdomars tillgänglighet till folköl. Möjliga åtgärder för att begränsa denna tillgänglighet tas därför upp i detta kapitel.

Regeringen har vidare till utredningen överlämnat två ärenden som rör frågor om folköl.

Malmö kommun har, i juni 2002, hemställt om en ändring av alkohollagen som gör det möjligt att i samband med ordnade arrangemang, t.ex. Malmö-festivalen, kunna servera folköl i samband med livsmedelsförsäljning från fasta bodar. Utredningens överväganden angående denna fråga redovisas nedan.

Livsmedelshandlareförbundet har föreslagit att avgifter för tillsyn av försäljning av folköl endast skall få tas ut efter att tillsyn genomförts och att tillsynstillfället, liksom tillsynsavgiften, bör koordineras och omfatta livsmedelstillsyn och tillsyn enligt alkohollagen och tobakslagen. Dessa frågor behandlas närmare i betänkandets avsnitt om tillsyn, kapitel 18.

16.2 Gällande bestämmelser

Enligt gällande regler är rätten att sälja folköl knuten till att försäljningen sker i en lokal som är godkänd som livsmedelslokal och att försäljning av matvaror bedrivs där. För servering av folköl är kravet att verksamheten bedrivs i en lokal som är godkänd som livsmedelslokal samt att servering av mat samtidigt bedrivs i densamma. Härutöver krävs att den som säljer eller serverar folköl anmäler detta till kommunen samt bedriver särskild tillsyn över verksamheten (egentillsyn) enligt ett lämpligt program.

Vid detaljhandel med öl får varor inte säljas eller annars lämnas ut till den som inte har fyllt 18 år. Detsamma gäller vid servering av alkoholdrycker. Alkoholdrycker får inte lämnas ut till den som är märkbart påverkad av alkohol eller annat berusningsmedel och inte heller om det finns särskild anledning anta att varan är avsedd att olovligen tillhandahållas någon. Den som lämnar ut alkoholdrycker skall förvissa sig om att mottagaren har uppnått föreskriven ålder.

Om detaljhandel med, eller servering av, folköl föranleder olägenheter i fråga om ordning och nykterhet, eller om bestämmelserna i alkohollagen inte följs, får kommunen förbjuda den som bedriver försäljningen att fortsätta med verksamheten eller, om förbud får anses vara en alltför ingripande åtgärd, meddela honom varning. Ett förbud kan inskränkas till att gälla för vissa närmare angivna tider eller under vissa närmare angivna omständigheter. Förbud meddelas för sex månader eller, vid upprepad eller allvarlig försummelse, för tolv månader.

Även den omständigheten att en butik saknar egentillsynsprogram kan utgöra grund för att meddela förbud att sälja folköl.

Den direkta tillsynen över att bestämmelserna om åldersgränsen efterlevs och att övriga regler i alkohollagen följs åvilar kommunerna och polismyndigheten.

Inom länet har länsstyrelsen tillsynsansvar och den centrala tillsynen utövas av Statens folkhälsoinstitut.

16.3 Konsumtion m.m.

16.3.1 Uppgifter om konsumtion av folköl

Nedan följer en redovisning av folkölskonsumtionen. Uppgifterna är hämtade från utredningens delbetänkande, Statens folkhälsoinstituts redovisning av regeringsuppdraget angående folköl och ungdomar i april 2004 samt från CAN:s årsrapport över alkohol- och narkotikautveckling för 2004.

Konsumtionsundersökningar av ungdomar i åldersgruppen 16–19 år visar att bruket av folköl minskat sedan mitten av 1990-talet, både mätt i antal liter och som andel av den totala konsumtionen. År 1994 stod folkölet (omräknat i ren alkohol) för ca 28 procent av pojkarnas totala alkoholkonsumtion och för ca 23 procent av flickornas konsumtion i åldersgruppen 16–19 år. År 2003 hade andelarna minskat till 12 respektive 8 procent (CAN, 2004).

Enligt CAN:s årliga skolundersökningar av elever i årskurs 9 framgår att folköl och sprit svarade för ungefär lika stor mängd, i ren alkohol, av pojkarnas beräknade genomsnittliga årskonsumtion under perioden 1989 till 1994 samtidigt som konsumtionen av båda dryckerna och totalt sett ökade. Därefter minskade spritkonsumtionen under de närmaste följande två åren, varefter en ny ökning inträffade. År 1998 var sprit- och folkölskonsumtionen åter av ungefär samma storleksordning. Under åren 1999 till 2002 notades dock en förskjutning mot en ökad spritkonsumtion. Under de senaste åren (efter år 2000) kan en nedåtgående trend av pojkarnas totala alkoholkonsumtion påvisas som till stor del består av en minskad folkölskonsumtion. Även spritkonsumtion tycks ha minskat. År 2002 uppgav pojkarna att de drack i genomsnitt 1,2 liter folköl och 1,7 liter sprit. År 2004 hade dessa mängder minskat till 0,6 respektive 1,2 liter (ren alkohol).

Flickornas årskonsumtion mätt i ren alkohol är betydligt mindre än pojkarnas, men har ökat under den redovisade perioden från

1,4 till 2,8 liter ren alkohol. Det mest framträdande draget är spritdryckens allt mer dominerande andel av flickornas alkoholintag, från ca 0,6 liter år 1994 till 1,1 liter år 2004. Årskonsumtionen av folköl hos flickorna ökade mellan 1989 och 1995 från 0,4 till 0,7 liter ren alkohol men har därefter minskat till 0,3 liter under år 2004. Flickornas totala alkoholkonsumtion har inte minskat under de senaste åren på samma sätt som pojkarnas utan ligger under år 2004 kvar på ungefär samma nivå som under 2001 och 2002 med de hitintills högsta uppmätta konsumtionsnivåerna (se också kap. 2).

Vidare uppger CAN, i "Skolelevers drogvanor 2003", beträffande elever i årskurs 6, att folköl har den näst högsta andelen konsumenter i åldersgruppen och motsvarar 25 procent av pojkarnas och 15 procent av flickornas totala konsumtion. För att bli klassificerad som konsument av en enskild alkoholdryck skall man på frågan om konsumtionsfrekvensen ha angett att man dricker en sådan åtminstone "en gång om året eller mer sällan". Från 1977 till 1979, dvs. i anslutning till mellanölets borttagande, inträffade en betydande ökning i andelen pojkar i årskurs 6 som drack folköl. Därefter kan en viss tillbakagång noteras fram till 1982 då andelen låg omkring 32 procent. En ökning inträffade 1991, konsumtionen minskade något 1993 för att sedan åter nå 39 procent 1995. I de senare undersökningarna har dock andelen varit lägre och låg på 25 procent i 2003 års undersökning. Mönstret för flickorna har varit likartat, men på en lägre nivå; från 22 procent 1977 till 31 procent 1979. Därefter minskade andelen och nådde sin lägsta nivå 1987, 14 procent. Under perioden 1991–2001 var andelen flickor som drack folköl 20 procent för att i den senaste undersökningen ha minskat till 15 procent. Andelen konsumenter av folköl ökade kraftigt mellan 1977 och 1979, från 40 till 70 procent bland pojkarna respektive från 36 till 64 procent bland flickorna i årskurs 9. Andelen minskade sedan under de följande åren. 1991 hade andelen konsumenter av folköl åter ökat något, bland pojkarna så att nivån ungefär motsvarade den för 1981. Efter en relativt oförändrad period har värdena åter minskat och var år 2003 47 procent. Andelen folkölskonsumenter bland flickorna har varit relativt konstant kring 60 procent under större delen av 1990-talet, men har minskat tydligt de senaste åren och uppgick i den senaste undersökningen till 41 procent.

Statens folkhälsoinstituts uppdrag var inriktat på ungdomar, enligt vår definition barn/ungdomar upp till och med 18 år och institutet hade därför också tagit del av en mängd regionala

konsumtionsundersökningar. Malmö kommuns konsumtionsundersökning omfattar 7 600 enkätsvar från elever i årskurserna 6 och 9 samt årskurs 2 på gymnasiet. Beträffande folköl fortsätter antalet konsumenter att minska i de högre årskurserna, i årskurs 6 har dock konsumtionen ökat med några få procentenheter sedan föregående undersökning år 2000. I Skåne län har man kartlagt 1 700 elevers i årskurs 6 drog- och alkoholvanor under perioden 2002–2003. Resultaten visar på att 1 procent av flickorna uppgivit att de dricker folköl 1–2 gånger i månaden. Andelen som uppger att de dricker starköl och/eller vin i samma omfattning är densamma. Resultaten är oförändrade från undersökningsperioderna år 2000 och år 2003. För pojkar är andelen 3 procent (2002, 4 procent) som uppgivit att de dricker folköl 1–3 gånger i månaden och 2 procent (2002, 1 procent) som uppger att de dricker starköl och/eller vin i samma omfattning.

Av konsumtionsundersökningar, utförda i Stockholms kommun, bland ca 3 600 elever i årskurs 2 i gymnasiet, som utredningen fått ta del av, framgår att andelen pojkar som uppgav att de någon gång druckit folköl var ca 70 procent år 2002, men minskade till ca 65 procent år 2004. Andelen flickor var båda åren drygt 50 procent

16.3.2 Ungdomars anskaffningssätt när det gäller folköl

Frågan om butikernas ålderskontroll aktualiserar frågan om hur den folköl ungdomar konsumerar anskaffas. CAN efterfrågar i sina undersökningar hur eleverna införskaffar sin alkohol samt om det av ungdomarna uppfattas som lätt eller svårt (dock inte beträffande folköl). Beträffande de yngre eleverna, årskurs 6, är det i 2003 års undersökning mindre än 1 procent av flickorna och ca 2 procent av pojkarna som svarat att de vanligtvis köper folköl själva. Det vanligaste anskaffningssättet för denna åldersgrupp uppges vara från egna föräldrar, med eller utan tillåtelse, 19 procent för pojkarna och 13 procent för flickorna. Men i årskurs 9 anges det vanligaste anskaffningssättet vara från kompisar eller deras syskon, medan 10 procent av pojkarna och 4 procent av flickorna har svarat att de vanligtvis köper folköl själva.

Av den ovan nämnda konsumtionsundersökningen utförd av Malmö kommun framgår att allt färre ungdomar anskaffar folköl genom att själva köpa den i affärer i förhållande till uppgifterna från motsvarande undersökning år 2000. För pojkar är trots allt detta

det mest framstående sättet att anskaffa sin folköl, medan det vanligaste för flickorna är genom kamrater eller kamraters syskon.

16.3.3 Provköpsstudier

Vid diskussion om ålderskontroll är provköpsstudier av stort intresse. Statens folkhälsoinstitut anför i redovisningen av regeringsuppdraget bland annat följande angående denna typ av studier.

Provköp kan, inom alkoholområdet till exempel genomföras som en del av egentillsynen, exempelvis inom ett kommunalt projekt i samverkan mellan handel och tillsynsmyndighet, eller som kontrollinstrument i den kommunala tillsynen samt, för att åskådliggöra utvecklingen av lagens efterlevnad, av frivilliga organisationer, som till exempel Ungdomens Nykterhetsförbund, UNF. Statens folkhälsoinstitut har, inom ramen för folkölsuppdraget, studerat ett trettiotal olika s.k. provköpsstudier som genomfördes under åren 1996–2004. Sammanfattningsvis kan konstateras att efterlevnaden av åldersgränsen för försäljning av folköl inte har förbättrats sedd över denna relativt långa tidsperiod. Fortfarande är det alldeles för många ungdomar som får köpa folköl utan att deras ålder kontrolleras. Studierna visar att, i genomsnitt, 60–80 procent av de ungdomar som vill köpa folköl får göra det utan legitimationskontroll.

Under våren 2004 utfördes första delen av stor provköpsstudie i ett samarbetsprojekt mellan Svensk Dagligvaruhandel, Alkoholkommittén och Statens folkhälsoinstitut. Studien är nationell och den största som gjorts. Sammanlagt har ca 2 000 provköp av folköl genomförts under år 2004. Uppdraget har genomförts av ett privat undersökningsföretag, med rutin och erfarenhet från liknande verksamhet. Vid det första tillfället, under våren 2004, godkändes 51,4 procent av butikerna. En uppföljande undersökning gjordes sista kvartalet 2004 och vid denna framkom att endast 45,6 procent av butikerna kontrollerade åldern vid folkölsförsäljning.

Ungdomens Nykterhetsförbund, UNF, har under tjugo års tid genomfört kontroller av den åldersgräns som finns för köp av folköl. I det folkölsprojektet som förbundet nu genomfört har 1 200 kontroller skett. En utvärdering av projektet genomförs av ett forskarteam vid Örebro universitet under ledning av professor Charli Eriksson.

16.3.4 Servering och försäljning av folköl i samband med festivaler

Den möjlighet till servering av folköl vid festivaler och liknande arrangemang som tidigare fanns genom det undantag från bestämmelsen om lokalgodkännande och matsservering som medgavs genom att öl fick serveras av den som meddelats särskilt tillstånd att yrkesmässigt hantera livsmedel försvann genom en lagändring den 1 juli 2001. Bakgrunden till den förändring som då gjordes var att det framstod som ologiskt att korvförsäljare med sådana särskilda tillstånd hade rätt att servera folköl, men däremot inte sådana butiker som inte ansågs ha tillräckligt omfattande matvarusortiment, trots att detta var mycket bredare än det som korvförsäljare tillhandahöll.

16.4 Allmänna utgångspunkter och problembeskrivning

Många betraktar folköl som en oskyldig företeelse. Det är en dryck som mycket få vuxna personer har problem med. Det finns dock skäl att se på folköl i förhållande till ungdomar på ett något annorlunda sätt. Drycken anses av många vara en tidig inkörspport till alkoholbruk i alltför unga år. Som framgått ovan förekommer det i ganska stor utsträckning att unga, även mycket unga, personer dricker folköl. De provköpsstudier som redovisats tyder dessutom på att det inte är särskilt svårt för underåriga ungdomar att köpa folköl i butiker. I detta sammanhang måste dock poängteras att det, enligt ovan nämnda undersökningar, endast är en mindre del av de underårigas konsumtion av folköl som kommer från egna inköp i butiker. Langningen, liksom även sådana inköp som görs av föräldrar men inte är avsedda för ungdomarna, torde stå för en betydligt större andel.

Ett antal förslag till åtgärder för att komma till rätta med problemet med försäljning av folköl till underåriga har framförts till utredningen. Enligt vår mening måste man dock, vid bedömningen av vilka förslag som kan anses påkallade för att komma till rätta med konsumtionen av folköl bland ungdomar, hela tiden väga dessa mot omfattningen av konsumtionen av folköl och de olika sätt varpå drycken anskaffas. Detta innebär, enligt vår mening, att man måste beakta att ungdomarna i större utsträckning dricker andra alkoholdrycker än folköl och att förslag på åtgärder

mot butikernas bristande ålderskontroll endast kan påverka en mycket liten del av de underårigas konsumtion, nämligen den som avser sådan folköl som de själva köpt. Å andra sidan är det ett stort ansvar som anförtros de butiker som får sälja folköl och det är en viktig fråga huruvida butikerna lever upp till de krav som ställs på denna försäljning. Det är också viktigt att beakta att konsumtionsmönster förändras och att det i framtiden åter kan ske en ökning av ungdomars konsumtion av folköl.

16.5 Överväganden

16.5.1 Anmälningssplikten till kommunen

Det har för utredningen påpekats att det saknas sanktionsmöjlighet för det fall att butiksinnehavarna eller de som serverar folköl inte uppfyller den föreskrivna anmälningssplikten vid försäljning eller servering av folköl.

Anmälningssplikten i 5 kap. 6 § alkohollagen infördes den 1 juli 2001, samtidigt som kommunerna gavs rätt att ta ut en avgift för tillsynen. Regeringen anförde därvid, i prop. 2000/01:97, bl.a. att man, mot bakgrund av de brister som fanns när det gällde handlarnas ålderskontroll, ansåg att det borde införas en särskild anmälningssplikt för detaljhandel med eller servering av folköl. På så sätt skulle kommunen få kännedom om de näringsidkare som inom dess gränser säljer eller serverar folköl så att dessa kan bli föremål för tillsyn.

Någon sanktion för dem som inte följer bestämmelsen och således säljer folköl utan att anmäla detta till kommunen infördes dock inte. Detta har inneburit att handlare kan välja att inte göra någon anmälan och därigenom också slippa att betala tillsynsavgift. Den anmälningssplikt som infördes för att underlätta kommunernas tillsynsverksamhet har därför inte fått avsedd effekt. Enligt utredningens mening finns det därför skäl att kriminalisera underlåtenhet att följa bestämmelserna om anmälningsskyldighet som olovlig dryckeshantering för att få handlarna att fullgöra den plikt som åvilar den som avser att sälja folköl i butiken. Anmälningsskyldigheten är en förutsättning för att kommunerna skall ha möjlighet att utöva sin tillsynsverksamhet.

16.5.2 Försäljningsförbud m.m.

I alkohollagen anges att kommunen skall vidta åtgärder när den som har serveringstillstånd inte uppfyller de krav som gäller för serveringen, medan det när det gäller försäljning och servering av folköl anges att kommunen får vidta åtgärder när lagens regler inte följs. Denna skillnad som finns när det gäller förutsättningarna för kommunerna att ingripa genom återkallelse av serveringstillstånd och genom förbud att sälja folköl framstår, enligt vår mening, som opåkallad och kan inbjuda till en tolkning som innebär att kommunen skulle kunna välja att inte vidta åtgärder vid konstaterade missförhållanden när det gäller servering eller försäljning av folköl. Vi föreslår därför en ändring som innebär att kommunen, när detaljhandel med eller servering av folköl föranleder olägenheter i fråga om ordning och nykterhet, eller då bestämmelserna i alkohollagen inte följs, skall förbjuda den som driver försäljningen att fortsätta denna eller, om förbud får anses vara en alltför ingripande åtgärd, meddela varning.

En annan omständighet, som bl.a. tillståndsenheten i Malmö kommun uppmärksammat utredningen på, är att det i många butiker, åtminstone i Malmö, förekommer olovlig försäljning av spritdrycker, vin och starköl, men att denna omständighet vid domstolsprövning inte ansetts ha någon betydelse för rätten att sälja folköl. Det har således inte ansetts möjligt att meddela förbud mot försäljning av folköl på den grunden att starköl sålts i butiken. Man kan, enligt vår mening, ifrågasätta om den omständigheten att man inte följer alkohollagens centrala bestämmelser, t.ex. reglerna om detaljhandelsmonopolet, inte borde innebära att man inte bör åtnjuta det förtroende det innebär att ha rätt att sälja folköl till allmänheten. En jämförelse kan göras med reglerna för serveringstillstånd, där förekomst av försäljning av illegal alkohol på restaurangen innebär att serveringstillståndet kan återkallas. Något tillstånd kan ju inte återkallas när det gäller försäljning eller servering av folköl, men försäljningsförbud borde, enligt vår mening, kunna meddelas då butiksinnehavaren, eller den som serverar folköl, inte följer samtliga regler i alkohollagen avseende vem som får sälja alkoholdrycker och hur. Vi föreslår därför att en sådan möjlighet till försäljningsförbud införs i alkohollagen.

16.5.3 Servering av folköl utan att bestämmelserna om godkänd livsmedelslokal är uppfyllda

Malmö kommun har anfört att det upplevs som en mycket underlig ordning att folkölsförsäljning under stadens festival inte längre kan ske och att risken är att ett stort antal besökare till festivalen anser sig vara "tvingade" att ordna dryck på annat sätt och att det då lätt kan bli fråga om starkare varor än folköl. Kommunen menar att risken är att en sådan utveckling skulle bli negativ för festivalen, genom försämrade ordning och nykterhet och har därför hemställt om en ändring av lagstiftningen.

De överväganden som gjordes inför lagändringen den 1 juli 2001 förefaller enligt utredningens mening väl motiverade. Utredningen finner – mot bakgrund av att Malmöfestivalen, liksom liknande arrangemang på andra orter, kunnat anordnas även efter lagändringen – inte anledning att nu ändra alkohollagen för att göra det möjligt att vid vissa tillfällen servera folköl trots att kravet på godkänd livsmedelslokal inte är uppfyllt. En sådan förändring av lagstiftningen torde inte vara möjlig med mindre än att ett speciellt tillståndssystem för denna typ av servering införs. Med hänsyn till omfattningen av denna verksamhet anser utredningen inte att det finns skäl att införa något sådant system.

17 Servering

Utredningens förslag: Utredningen föreslår att en senaste serveringstid, kl. 03.00, vilken kommunen inte har möjlighet att överskrida vid tillståndsgivningen, anges i alkohollagen och att tiden för utrymning av serveringsstället utökas till en timme efter stängningsdags. Normaltiden för servering skall dock fortfarande vara mellan kl. 11.00 och kl. 01.00. Statens folkhälsoinstitut bör ges i uppdrag att ta fram ett underlag för examination av dem som söker serveringstillstånd som innebär en kontroll av det kunskapskrav som redan nu finns i alkohollagen. Examination bör därefter kunna ske genom regionala tillsynsmyndigheters försorg. Dessa myndigheter skall vidare bedriva ett aktivt arbete för att stötta kommunerna i arbetet med serveringstillstånd, t.ex. genom att utnyttja sina möjligheter att ställa upp villkor för sådana. Arbetet med att utveckla metoder och utbildning avseende ansvarsfull alkoholhantering måste fortsätta och intensifieras.

17.1 Inledning

Enligt direktiven skall utredningen bl.a. samla erfarenheter från myndigheter och kommuner om vidtagna åtgärder för att motverka langning och annan otillåten försäljning av alkohol och göra en beskrivning av berörda myndigheters roll på alkoholområdet. Utredningen skall vidare lämna förslag till de åtgärder och eventuella lagförslag som behövs för att minska de problem som ökad införsel och vidareförsäljning av alkohol skapar.

En fråga som utredningen, med anledning av ovanstående, funnit skäl att utreda närmare i detta slutbetänkande är reglerna för servering som kan vara en möjlighet att i relativt betydande utsträckning komma till rätta med den ökade alkoholkonsumtionen genom en begränsning av tillgängligheten till alkohol-

drycker och också genom att påverka de omständigheter under vilken de konsumeras. I avsnitt 6.3 ovan behandlas frågan om skilda åldersgränser vid försäljning av alkoholdrycker på Systembolaget och servering av sådana drycker på restaurang. Utredningen föreslår att åldersgränsen för servering av alkoholdrycker och försäljning av folköl skall höjas till 20 år.

Regeringen har överlämnat en skrivelse från Landshövdingen i Stockholms län till utredningen. I skivelsen, av den 24 april 2003, påpekas att den möjlighet för tillståndshavare att anlita bemanningsföretag som infördes den 1 juli 2001 innebär en svårighet för kommunerna att ingripa mot de tillståndshavare som anlitar sådana företag som använder ”svart” eller illegal arbetskraft. Man föreslår därför att den som anlitar ett bemanningsföretag åläggs att gentemot skattemyndigheten nogta kontrollera bemanningsföretaget.

Regeln om att personal i restaurangrörelser skall vara anställd av tillståndshavaren tillkom för att tillståndshavaren effektivt skulle kunna ingripa då olägenheter i fråga om ordning, nykterhet och trevnad uppstår på serveringsstället. Bestämmelsen har sedan 1982 även fått betydelse i ett annat hänseende, nämligen att tillståndshavare som är ekonomiskt misskötsamma kan få sitt serveringstillstånd indraget. Den 1 juli 2001 infördes en möjlighet för restaurangägare att hyra in personal från bemanningsföretag. Skälen för att införa denna möjlighet angavs i prop. 2000/01:97 vara att det ansågs önskvärt att förändra kravet i 6 kap. 3 § alkohollagen så att regleringen skulle bli mera anpassad till dagens förhållanden och till behoven i den seriösa delen av branschen. Kravet på flexibilitet borde härigenom kunna tillgodoses, utan att kravet på kontrollmöjligheter när det gäller misstankar om anlitande av ”svart” arbetskraft eftersätts.

17.2 Gällande rätt

Servering av spritdrycker, vin och starköl får ske endast om serveringstillstånd har meddelats. Serveringstillstånd krävs dock inte för servering som ordnas utan vinstintresse, i andra lokaler än där det bedrivs yrkesmässig försäljning av alkoholdrycker eller lättdrycker, vid ett enstaka tillfälle för vissa i förväg bestämda personer och utan annan kostnad för deltagarna än kostnaden för inköp av dryckerna. I alkohollagen anges ett övergripande mål för hur serveringen skall bedrivas – servering av alkoholdrycker skall

ske med återhållsamhet och får inte föranleda olägenheter i fråga om ordning och nykterhet. Lagregleringen om serveringens bedrivande syftar till att motverka ett bruk av alkohol som leder till skador. På serveringsställe där serveringstillstånd gäller skall tillståndshavaren, eller av honom utsedd serveringsansvarig person, utöva tillsyn över serveringen och vara närvarande under hela serveringstiden. Tillståndshavaren skall till tillståndsmyndigheten anmäla den eller de personer som har utsetts att ansvara för alkoholserveringen och den personal som används för bedrivandet av serveringen måste vara anställd av tillståndshavaren eller inhyrd från ett bemanningsföretag. Servering av spritdrycker, vin eller starköl får påbörjas tidigast klockan 11.00 och skall avslutas senast kl. 01.00, om inte tillståndsmyndigheten beslutar annat. Tillståndsmyndigheten kan således besluta om utsträckt serveringstid utanför den s.k. normaltiden, men även om inskränkning av densamma. Skäl för inskränkning av serveringstiden kan vara att olägenheter i fråga om ordning och nykterhet eller särskild risk för människors hälsa, ordningsstörningar eller störningar för närboende befaras uppkomma och vid prövningen skall risken för olägenheter i fråga om ordning och nykterhet eller särskild risk för människors hälsa särskilt beaktas. Avseende dryckeshanteringens anges t.ex. att spritdrycker, vin eller starköl, som behövs för rörelsen, endast får köpas hos någon som har rätt att bedriva partihandel med varan, eller av detaljhandelsbolaget. Den som enbart har tillstånd för servering i slutet sällskap vid ett enstaka tillfälle eller under enstaka tidsperiod får dock göra motsvarande inköp endast hos detaljhandelsbolaget. Dryckerna får inte medföras från en restaurang med serveringstillstånd och på serveringsställe där serveringstillstånd gäller får inte någon dricka eller tillåtas dricka andra alkoholdrycker än sådana som har serverats i enlighet med tillståndet. Det är inte heller tillåtet att dricka eller tillåta någon att dricka alkoholdrycker på ett serveringsställe där alkoholdrycker inte får serveras eller i en lokal som yrkesmässigt upplåts för anordnande av sådana sammankomster i slutna sällskap vid vilka mat eller dryck tillhandahålls av innehavaren eller genom dennes försorg och där servering inte är tillåten. Alkoholdrycker får inte heller förvaras i en sådan lokal, i annat fall än när det är uppenbart att drycken inte är avsedd att drickas på stället. För servering av öl gäller, som vid detaljhandel med denna dryck, ett krav på att verksamheten bedrivs i en lokal som är godkänd som livsmedelslokal samt att mat samtidigt serveras i lokalen.

17.3 Bakgrund

17.3.1 Antal restauranger

År 2003 fanns drygt 10 211 restauranger med stadigvarande serveringstillstånd till allmänheten i Sverige. För att ge en bild av utvecklingen kan nämnas att år 1990 var antalet sådana serveringsstillstånd 5 528 och hade år 1997 ökat till 8 579.

På dessa restauranger, 10 211 stycken, intogs knappt 11 procent, 1,1 liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre, av den totala mängden alkohol som år 2003 konsumerades i Sverige.

17.3.2 Konsumtion

I delbetänkandet redovisades, i kapitel 13.3.2, data om ungdomars restaurangvanor. Enligt uppgifter från år 2003 uppgav 61 procent av 20–24-åringarna och 51 procent av 18–19-åringarna att de druckit alkohol på restaurang, pub eller bar minst en gång i månaden under de senaste 12 månaderna medan 12 procent av 18–19-åringarna och 14 procent av 20–24-åringarna hade gjort så minst en gång i veckan. Även bland 16–17-åringarna fanns det personer som uppgav att de druckit alkohol på serveringsställe minst en gång i månaden under de senaste 12 månaderna, närmare bestämt 10 procent av pojkarna och 6 procent av flickorna.

Andelen storkonsumenter ökar med antal uppgivna restaurangbesök. Detta samband mellan storkonsumtion och restaurangbesök brukar förklaras med att det i restaurangsituationer uppstår ett gruptryck till ökad konsumtion.

17.3.3 Serveringstider

Enligt alkohollagen får, som ovan redovisats, servering av spritdrycker, vin och starköl, om inte tillståndsmyndigheten beslutar annat, påbörjas tidigast klockan 11.00 och skall avslutas senast klockan 01.00, den s.k. normaltiden. Vid tillståndsmyndighetens prövning om utsträckt serveringstid skall medges skall risken för olägenheter i fråga om ordning och nykterhet eller särskild risk för människors hälsa särskilt beaktas. Under sen kvällstid/natt är det inte många restauranggäster som äter mat, utan det är då i stället, huvudsakligen, alkoholdrycker som konsumeras.

Restaurangerna står för ungefär 20 procent av den registrerade försäljningen av alkoholdrycker. För starköl är siffran drygt 34 procent. Ett rimligt antagande är att försäljningen (konsumtionen) av alkoholdrycker på restaurang borde minska om fler restauranger stängde tidigare.

Sena serveringstider är ett storstadsfenomen. Bland kommuner på landsbygden är det mycket vanligt att man beslutat att inte meddela senare serveringstider än normaltiden, kl. 01.00. Totalt är det ungefär en tredjedel av kommunerna som inte meddelat någon enda restaurang serveringstid efter normaltiden. Även kl. 02.00 är en mycket vanlig sluttid bland kommunerna. Drygt 80 procent av kommunerna har således inte meddelat någon restaurang serveringstid senare än kl. 02.00. Serveringstid efter kl. 03.00 är mycket ovanlig och förekommer i stort sett bara i Stockholm, Göteborg, Malmö och Helsingborg. I samtliga dessa fall är kl. 05.00 den senaste förekommande serveringstiden. Endast Helsingborgs kommun meddelar sådan serveringstid stadigvarande (utan omprövning). Övriga kommuner tillämpar, sedan starten av dessa utökade tider, årlig omprövning av serveringstiderna i de fall de avser servering efter kl. 03.00.

Forskning när det gäller serveringstidens påverkan på alkoholkonsumtion och alkoholrelaterade skador

De flesta studier av förändrade öppettider har visat att konsumtionen påverkas av ökade/minskade öppettider för försäljning eller servering (dagar eller antal timmar per dag), att de kan omfördela tidpunkten när alkoholrelaterade olyckor och misshandel äger rum och bidra till att minska/öka det totala antalet alkoholrelaterade problem. I den kunskapsöversikt av betydelsen av olika alkoholpolitiska åtgärder som nämndes ovan (Babor m.fl., 2003) finns begränsningar av öppethållande med bland de 10 mest effektiva åtgärderna. När det gäller just förlängd öppettid för alkoholserving på restauranger och krogar visar en studie från Island (Ragnarrdóttir m.fl., 2002) och en annan från Australien (Chikrizhs m.fl., 2002) att förlängda öppettider ledde till fler fall av misshandel och olyckor relaterade till alkohol samt en förändring i tidpunkten för när dessa problem uppstod. Den sistnämnda studien visade att ökningen av de alkoholrelaterade misshandelfallen var kopplad till ökad alkoholserving på de ställen som hade

förlängd öppetid och därmed ökad alkoholkonsumtion. (I den isländska studien kartlades inte alkoholkonsumtionen.)

17.3.4 Villkor som kan förenas med serveringstillstånd

Enligt 7 kap. 5 § 3 stycket alkohollagen har kommunen möjlighet att förena serveringstillståndet med särskilda villkor för serveringen och sådana villkor kan meddelas även efter det att tillstånd har givits. I den handbok om alkohollagen som Statens folkhälsoinstitut ger ut anges att sådana villkor t.ex. kan ange vilka serveringslokaler som får utnyttjas och hur, att ordningsvakter skall finnas, att alkoholdrycker endast får serveras genom bordsservering, vilka serveringstider som skall gälla och hur och när en drinkbar får användas.

Regeringen angav i prop. 2003/04:161 om alkoholpolitiska frågor att flera kommuner idag bedriver ett ambitiöst arbete gentemot restaurangnäringen för att utvecklingen i denna skall gå mot ett ökat socialt och folkhälsopolitiskt ansvarstagande och ett exempel på detta är det s.k. STAD-projektet i Stockholm. Regeringen menade att denna utveckling är viktig och att den bör främjas, inte minst i förhållande till de restauranger som har beviljats sena serveringstider. Mot denna bakgrund hade regeringen för avsikt att se över möjligheten att utveckla alkohollagens bestämmelser om villkor, i syfte att detta instrument i än högre grad skulle kunna användas av kommunerna i det beskrivna alkoholskadeförebyggande arbetet. En sådan översyn skulle t.ex. innefatta frågan om villkor kan användas för krav på utbildningsinsatser bland personalen i restaurangerna eller för samarbete i olika projekt på ett bättre sätt än i dag.

17.4 Allmänna utgångspunkter och problembeskrivning

Av delbetänkandet framgår att alkoholkonsumtionen på restauranger, nöjesställen och pubar är betydande, samt även att ungdomar under 18 år serveras alkohol på krogen.

Det har vidare framkommit, genom Statens folkhälsoinstituts länsrapport 2002, att länsstyrelserna rapporterar en något splittrad bild av efterlevnaden av bestämmelserna om åldersgränser, eventuell överservering samt ordningsläget på serveringsställena. Flera

länsstyrelser nämner att överservering förekommer i större omfattning och upplevs som ett större problem än servering till underåriga. Länsstyrelserna rapporterar också om att ordningsstörningar kan bero på servering av s.k. helrör samt tillfälliga serveringstillstånd. Överetablering i vissa områden när det gäller restauranger med sena serveringstider bidrar likaledes till ordningsstörningar.

Dessa omständigheter innebär, enligt utredningens mening, att det finns skäl att överväga vilka möjligheter det finns att minska de problem som hör samman med alkoholförtäring på restauranger. Det har tidigare framförts förslag om att begränsa dels antalet restauranger och dels antalet serveringstider efter kl. 03.00. Utredningen anser dock att varje ansökan om serveringstillstånd och sena serveringstider måste bedömas utifrån gällande regler, där även olägenheter i fråga om ordning och nykterhet eller särskild risk för människors hälsa skall beaktas och behandlar därför endast andra typer av åtgärder än begränsning av antalet restauranger.

Utredningen har härutöver funnit skäl att överväga huruvida det krav på kunskap om alkohollagens bestämmelser som ställs på dem som söker serveringstillstånd kan klargöras ytterligare, för att öka möjligheterna att säkerställa att de som ges förtroendet att servera alkohol till allmänheten har den insikt om dessa regler som behövs. Från flera håll har till utredningen framförts behovet av examination, utförd av en myndighet, för att underlätta kommunernas bedömning av sökandenas kunskaper och som en garanti för lika behandling av dessa frågor i hela landet.

17.5 Tidigare utredningar

Olika möjligheter att begränsa öppettiderna på restauranger har förts fram och övervägts av statliga utredningar och andra myndigheter.

Alkoholutredningen ansåg, i betänkandet Bestämmelser om alkoholdrycker, SOU 2000:59, att bestämmelsen om serveringstid borde skärpas på så sätt att lagtexten angav vissa yttersta tidsgränser, inom vilka tillståndsmyndigheterna hade att fritt bestämma om serveringstiden för tillstånd för servering av spritdrycker, vin och starköl till allmänheten. Utredningen föreslog att kl. 03.00 skulle gälla som sluttid och kl. 11.00 vara starttid. Utredningen föreslog vidare att bestämmelsen om att serverings-

ställe skall vara utrymt senast 30 minuter efter serveringstidens utgång skulle tas bort och att det skulle överlåtas till tillståndsmyndigheten att fritt bestämma stängningstiden.

Regeringen valde, i prop. 2000/01:97, att inte lägga fram något förslag i enlighet med vad Alkoholutredningen kommit fram till, utan gav i stället Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att, tillsammans med olika samarbetspartners, utarbeta ett gemensamt åtgärdsprogram som bl.a. borde syfta till att åstadkomma en tidigareläggning av restaurangvanor. Uppdraget redovisades i Statens folkhälsoinstituts Rapport nr 2003:36.

I rapporten anges att det har varit en tendens att restaurangers öppettider förlängts till allt senare tidpunkt på natten. De första restauranger som, år 1993, fick serveringstillstånd t.o.m. kl. 05.00, var belägna i Stockholm. De studier som genomförts har inte visat att de förlängda serveringstiderna lett till fler brott, däremot inträffar brotten numera vid andra tidpunkter. Brotten i anslutning till restaurangerna inträffar oftast vid stängningstid, mellan kl. 01.00 och kl. 03.00 för de vanliga restaurangerna och kl. 03.00–05.00 för de restauranger som har öppet till kl. 05.00. Risker för våldsskador och brottslighet ökar med förlängda serveringstider och dessa har också lett till ett ökat antal fyllerifall.

Inom ramen för STAD-projektet i Stockholm (se nedan under 18.2.5) genomfördes en undersökning där man kartlade krog- och nöjesrelaterade brott under en period år 1998 och jämförde resultaten med en karta över Stockholms restauranger. Undersökningen visade bl.a. att under 1998 anmäldes drygt 7 000 misshandelsbrott, varav 62 procent inträffat mellan kl. 22.00 och kl. 06.00 och av brotten skedde 40 procent i samband med restaurangverksamhet. Alkoholpåverkan var mycket vanlig, hos såväl gärningsman som offer. STAD:s studie visade att koncentrationen av våldsbrotten påfallande väl överensstämde med koncentrationen av restauranger. Särskilt tydligt var detta samband när det gällde antalet våldsbrott mellan kl. 03.30 och kl. 05.30 och restauranger med serveringstid till kl. 05.00.

Statens folkhälsoinstitut angav, i rapportens slutsatser och förslag, att restaurangnäringen, med en del undantag, inte torde vara särskilt intresserad av sena serveringstider. De flesta restauranger har öppet enbart inom normaltiden. Det är så gott som enbart nöjesinriktade restauranger som önskar senare serveringstid. Ett sent öppethållande blir ofta ganska kostsamt för restaurangen, vilket är en hämmande faktor för att vilja ha sena serveringstider.

Emellertid anser sig en del krögare "tvingade" att ha öppet till kl. 05.00 för att vinna konkurrensfördelar, eller i varje fall inte förlora i konkurrensen gentemot andra krogar. De anger därvid att en restaurang som stänger kl. 03.00 oftast förlorar merparten av sina gäster kring 01.30-tiden om det finns någorlunda närbelägna restauranger med senare öppethållande, på grund av att många gäster tar sig vidare till sådana serveringsställen. Om en krog har öppet till kl. 05.00 behåller den ofta samma gäster under hela kvällen/natten, åtminstone till kl. 03–04, vilket i slutändan ändå blir ekonomiskt fördelaktigt.

I rapporten anges att det kan vara genomförbart att föreslå ett program som syftar till att tidigarelägga människors restaurangvanor och därmed minska behovet av sena serveringstider om man fokuserar på restauranggästerna, men att det inte kan bedömas som lämpligt eller ens realistiskt att genom t.ex. opinionsåtgärder förmå människor att tidigarelägga sina vanor. Vidare gör Statens folkhälsoinstitut bedömningen att det är svårt att skapa ett samarbete, liknande det som förordas beträffande ansvarsfull alkoholserving och narkotika i restaurangmiljö, då en gemensam målsättning mellan berörda aktörer är svår att uppnå. Svårigheten att komma till en gemensam ståndpunkt om tidigare stängning av restaurangerna beror på att kommunerna gör anspråk på det principiella värdet i att lokala bedömningar skall ligga till grund för prövningen av sluttiderna för servering, att Sveriges Hotell- och Restaurangföretagare, SHR, inte accepterar någon begräsning av serveringstiderna medan däremot Hotell- och Restaurangfacket, HRF, anser att det skall sättas en senaste gräns för serveringstiden i lagen.

För att tidigarelägga restaurangvanorna kvarstår därför, enligt Statens folkhälsoinstitut, endast den lösning som Alkoholutredningen, och, före den, Alkoholpolitiska kommissionen föreslog, nämligen att en senaste tidpunkt efter vilken kommunen inte får medge servering regleras i alkohollagen. Institutet anger att det förefaller vara lämpligt att ta fasta på den tidpunkt som de båda nämnda utredningarna föreslog, dvs. kl. 03.00.

17.6 Överväganden och förslag

Det har, som framgått ovan, föreslagits av tidigare utredningar och det har också från flera olika håll framförts till utredningen att serveringstiderna på restauranger bör begränsas för att försök styra över gästerna till att besöka näringsställen tidigare på kvällen. Skälen för förslagen är flera, bl.a. ökar alkoholkonsumtionen med de sena serveringstiderna, något som också leder till ökade ordningsproblem. De anställda på krogarna har dessutom intresse av begränsat öppethållande med hänsyn till sina arbetstider.

Av vad som ovan anförts under forskning framgår att studier visat att begränsningar av öppethållandet på restauranger visat på goda effekter på konsumtionen och att de kan omfördela tidpunkten när alkoholrelaterade olyckor och misshandel äger rum samt bidra till att minska det totala antalet alkoholrelaterade problem. Det finns en viss risk för att begränsade serveringstider kan leda till en ökning när det gäller verksamhet i form av svartklubbar, där servering sker utan att serveringstillstånd finns. Den omständigheten att många människor, trots minskade öppettider på krogen, ändå inte skulle kunna tänka sig att besöka en illegal klubb talar dock för att svartklubbsverksamheten inte kan antas öka i någon nämnvärd utsträckning.

Enligt utredningens mening finns det, mot bakgrund av vad som ovan angetts, skäl att återigen ta upp och överväga frågan om de sena serveringstiderna. Utredningen anser att den utveckling mot allt senare restaurangvanor som skett måste stoppas och delar den bedömning som tidigare gjorts av Alkoholutredningen och Statens folkhälsoinstitut, dvs. att en senaste serveringstid, vilken kommunerna inte kan gå utöver, bör införas i alkohollagen.

En fråga som då också måste övervägas är huruvida en sådan förändring innebär att även regeln om att serveringsställe måste utrymmas 30 minuter efter att alkoholdrycker inte längre får serveras bör ändras. Alkoholutredningen föreslog att man skulle överlåta till tillståndsmyndigheten att fritt bestämma om när restauranger skulle stängas, då man såg bestämmelsen om att serveringsställe skulle utrymmas senast 30 minuter efter serveringstidens utgång som en onödigt kategorisk bestämmelse. Flera remissinstanser avstyrkte förslaget och de skäl som anfördes var att kontrollen skulle försvåras, att det kunde befaras att gästerna skulle göra stora beställningar omedelbart före serveringstidens slut, att det vid en inspektion inte skulle vara möjligt att klargöra när

alkoholdrycken sålts och att detta skulle öppna för oseriösa tillståndshavare att servera även efter serveringstidens utgång. Det anfördes vidare att även seriösa tillståndshavare skulle kunna få problem med upprörda gäster som ifrågasätter att de inte blir serverade och att det är tveksamt om en seriös tillståndshavare har ekonomisk möjlighet att ha sitt ställe öppet som "värmestuga" utan servering, eftersom personalen medför en stor kostnad. Någon remissinstans framförde också att förslaget kunde befaras öka narkotikaförsäljningen i krogmiljön och att risken för störningar av de närboende skulle öka. Regeringen lade inte fram något förslag om tiden för stängning av serveringsställe.

En omständighet, som ofta nämns som skäl för att tillåta olika långa serveringstider på restauranger, är att det av ordningsskäl är önskvärt att inte alla serveringsställen töms samtidigt, vilket skulle leda till att en stor mängd människor samlas utanför restaurangerna. En förlängd tid för utrymning skulle, delvis, råda bot på det problemet genom att inte alla människor skulle lämna restaurangerna under en förhållandevis kort tid. Utredningen anser därför att den tid inom vilken utrymning av serveringsstället måste ske bör utökas till en timme.

När det gäller kravet på kunskaper i alkohollagstiftningen hos dem som söker serveringstillstånd är detta en mycket viktig fråga vid prövningen av ansökan och det är enligt vår mening betydelsefullt om kunskaperna kan kontrolleras på ett sätt som garanterar att alla som beviljas tillstånd har grundlig kännedom om de regler som gäller för alkoholserving och att de krav som ställs är lika i hela landet. Vi anser därför att Statens folkhälsoinstitut bör ges i uppdrag att ta fram ett underlag för examination av dem som söker serveringstillstånd som skall innebära en kontroll av det kunskapskrav som redan nu finns i alkohollagen. Examination bör därefter kunna ske genom länsstyrelsernas och, senare, genom de föreslagna kompetenscentrumens försorg och då bör det, enligt vår mening, också övervägas att genom ett tillägg till 7 kap 7 § 1 stycket alkohollagen införa kravet på examination som då kan få följande lydelse.

Serveringstillstånd får meddelas endast den som visar att han med hänsyn till sina personliga och ekonomiska förhållanden, *kunskaper i alkohollagstiftningen* och omständigheterna i övrigt är lämplig att utöva verksamheten. *Kravet på kunskaper i alkohollagstiftningen skall anses uppfyllt av den som har godkänts vid ett skriftligt prov som anordnats av Statens folkhälsoinstitut.*

Kommunens möjlighet att sätta upp villkor för att bevilja serveringstillstånd är ett viktigt verktyg i arbetet med att få dem som beviljas serveringstillstånd att följa gällande regler och skapa en bra restaurangmiljö som inte får negativa konsekvenser för ordning och nykterhet. Frågan är hur man kan påverka kommunerna att i större utsträckning använda denna möjlighet. Enligt utredningens mening är det inte lämpligt att i alkohollagen närmare ange de omständigheter som kan utgöra skäl för och en möjlighet att föreskriva villkor för serveringstillstånd. En fråga av största vikt är därför hur kommunerna skall få kunskap om och utnyttja denna möjlighet att påverka under vilka förhållanden servering av alkohol-drycker sker. Länsstyrelsernas uppdrag, enligt alkohollagen, innebär bl.a. att de skall biträda kommunerna med stöd och råd på området. Enligt vår mening är det viktigt att de intensifierar arbetet med att stötta kommunerna när det gäller frågor om serveringstillstånd och då särskilt möjligheten att sätta upp villkor för dessa tillstånd, vilket – när skäl för sådant/sådana villkor föreligger – kan ske även efter att serveringstillstånd beviljats. I kapitel 18 nedan behandlas utredningens överväganden och förslag när det gäller frågor om tillsyn enligt alkohollagen och vid genomförande av de förslagen måste även frågorna om råd och stöd till kommunerna i nu aktuella frågor beaktas. När det gäller villkor för utbildning av serveringspersonal är det av avgörande betydelse om adekvat utbildning finns att tillgå. Länsstyrelserna har under år 2005 möjlighet att söka medel för att utveckla metoder och utbildning avseende ansvarsfull alkoholhantering och det är, enligt vår mening, viktigt att det arbete som pågår inom ramen för detta fortsätter och intensifieras.

När det gäller frågan om att ålägga de restaurangägare som anlitar bemanningsföretag skyldighet att kontrollera huruvida dessa betalat skatter och avgifter är frågan dels om syftet, dels om det är praktiskt möjligt att föreskriva en sådan kontrollskyldighet. Skälen för bestämmelserna om att de som arbetar i serveringsrörelsen skall vara anställda av tillståndshavaren var, som tidigare nämnts, från början att säkerställa tillståndshavarens möjligheter att garantera ordning och nykterhet och sedan också att möjliggöra kontroll av tillståndshavarens ekonomiska skötsamhet. Det förslag som framförts innebär, enligt utredningens mening, att ytterligare ett skäl tillkommer nämligen att kontrollera även bemanningsföretagens ekonomiska skötsamhet. Dessa problem bör, enligt vår mening, i första hand lösas inom ramen för annan lagstiftning än

alkohollagen, som är en alkoholpolitiskt motiverad lag varför dess bestämmelser i första hand bör ha ett sådant syfte. Det framstår vidare som svårt att praktiskt införa och kontrollera efterlevnaden av den föreslagna skyldigheten. För det fall att innehavare av serveringstillstånd anlita bemanningsföretag med vetskap om att detta inte skött sina ekonomiska åtaganden bör det, enligt nu gällande bestämmelser, vara möjligt att ifrågasätta innehavarens lämplighet enligt 7 kap 7 § alkohollagen. Utredningen gör därför den bedömningen att det aktuella problemet bör lösas på annat sätt än genom ändringar i alkohollagen.

18 Tillsyn

Utredningens förslag: Det regionala tillsynsansvaret enligt alkohollagen flyttas från länsstyrelserna till regionala kompetenscentrum när dessa byggts upp. Länsstyrelserna skall, under den tid de fortsatt har det regionala tillsynsansvaret, åläggas att ytterligare intensifiera arbetet med att genom råd och stöd få kommunerna att förbättra tillsynsarbetet enligt alkohollagen. Statens folkhälsoinstitut skall få i uppdrag att utfärda allmänna råd, eller på annat sätt rekommendationer, om frekvensen av kommunernas tillsynsbesök på serverings- och försäljningsställen för folköl samt att utveckla och sprida metoder för tillsyn när det gäller ekonomisk skötsamhet och folkölsförsäljning. Ansvaret för tillsyn avseende alkohollagens regler om gåvoförbud och varuprov flyttas från Konsumentverket till Skatteverket.

Utredningens bedömning: Det är av största vikt att det förslag som Tillsynsutredningen (se avsnitt 18.4) lagt fram om möjligheter till sanktioner mot de kommuner som inte sköter sitt tillsynsuppdrag på ett tillfredsställande sätt genomförs.

18.1 Utgångspunkter

Ett viktigt led i alkoholpolitiken och en väsentlig del av det förebyggande arbetet för att begränsa alkoholens skadeverkningar är den tillsyn som, enligt alkohollagen, skall säkerställa att de regler som ställts upp för att garantera att den alkoholpolitik som riksdagen ställt sig bakom följs. Enligt utredningens mening finns det därför starka skäl att överväga om tillsynen på alkoholområdet kan förbättras.

Regeringen har, som ovan nämnts i kapitel 16, till utredningen överlämnat en skrivelse från Livsmedelshandlarförbundet där de

föreslår att avgifter för tillsyn av försäljning av folköl endast skall få tas ut efter att tillsyn genomförts och att tillsynstillfället, liksom tillsynsavgiften, bör koordineras och omfatta livsmedelstillsyn och tillsyn enligt alkohollagen och tobakslagen.

18.2 Bakgrund

18.2.1 Tillsynsmyndigheter

Kommunerna utövar, tillsammans med polismyndigheten, den direkta tillsynen över serveringen av alkoholdrycker och försäljningen av folköl. Kommunerna har också ansvaret för att fatta beslut om administrativa åtgärder mot meddelade serveringstillstånd och om förbud mot försäljning och servering av folköl. Länsstyrelsen utövar den regionala tillsynen i länet. I denna arbetsuppgift ingår såväl att kontrollera kommunernas arbete som att biträda dessa med stöd och råd på området. Enligt länsstyrelsernas regleringsbrev för år 2005 skall de se till att den kommunala tillsynen på alkohol- och tobaksområdet skärps, bidra till en ökad samordning i tillsynen enligt dessa två lagar och utveckla samarbetet med Statens folkhälsoinstitut.

Den centrala tillsynen utövas av Statens folkhälsoinstitut. För att kartlägga den kommunala tillsynen och tillämpningen av alkohollagens bestämmelser genomför institutet årliga undersökningar hos samtliga länsstyrelser och kommuner, sammanfattade i den s.k. länsrapporten. Statens folkhälsoinstitut skall, enligt regleringsbrevet för år 2005, utveckla och intensifiera tillsynen i förhållande till de regionala och kommunala tillsynsmyndigheterna med avseende på alkohollagen. Det skall också, i enlighet med rapporten Ansvarsfull alkoholserving m.m., sprida metoder till kommunerna om ansvarsfull alkoholanterning inom restaurangnäringen.

18.2.2 Ålderskontroll m.m.

I delbetänkandet angavs (s. 199) att det av Monitormätningarna framgår att åtta procent av tillfrågade ungdomar i åldrarna 16–17 år uppger att de dricker alkohol på restaurang genomsnittligt en gång i månaden, 10 procent av pojkarna och 6 procent av flickorna. Detta är ett tecken på att ålderskontrollen vid servering av alkohol

på restaurang inte är som den borde vara. I kapitel 16 redovisades konsumtionen av folköl bland ungdomar under 18 år.

Inom ramen för STAD-projektet (se avsnitt 18.2.5) har studier genomförts rörande alkoholservering till underåriga i Stockholm. Vid dessa studier har ungdomar, som fyllt 18 år men ser yngre ut, beställt starköl på restaurang utan att kunna visa legitimation. Resultaten har sedan redovisats som andelen restauranger som nekat servering och var 55 procent 1996, 59 procent 1998, 68 procent 2001 och 49 procent 2004. Även detta ger anledning ifrågasätta om ålderskontrollen på restauranger når upp till de krav som kan ställas på dem som fått förtroendet att servera alkohol-drycker till allmänheten. När det gäller folköl redovisas många s.k. provköpsstudier i butik i kapitel 16 vilka alla visar att ålderskontrollen ligger på låg nivå.

I Statens folkhälsoinstituts länsrapport år 2002 anges att länsstyrelserna rapporterar en något splittrad bild av efterlevnaden av bestämmelserna om åldersgränser, eventuell överservering, samt ordningsläget på serveringsställena. Flera länsstyrelser nämner att överservering förekommer i större omfattning och upplevs som ett större problem än servering till underåriga. Länsstyrelserna rapporterar också om att ordningsstörningar kan bero på servering av s.k. helrör samt tillfälliga serveringstillstånd. Överetablering när det gäller restauranger med sena serveringstider bidrar i vissa områden till ordningsstörningar liksom användning av falska legitimationer. För många gäster samtidigt i en lokal kan också förekomma. Ett flertal länsstyrelser rapporterar att antalet administrativa åtgärder mot innehavare av serveringstillstånd har ökat. Viss osäkerhet råder dock om detta beror på kommunernas ökade ”träffsäkerhet” och bättre tillsyn eller sämre efterlevnad av bestämmelserna.

I länsrapporten år 2003 anger Statens folkhälsoinstitut att många undersökningar om försäljning av folköl har genomförts vilka alla har visat att detaljhandeln inte klarar ålderskontrollen och detta talar för att tillsynen är otillräcklig. Förbättringar i butikernas efterlevnad av bestämmelserna kan åstadkommas genom en mer aktiv tillsyn och genom en mer aktiv påföljdshantering av de administrativa åtgärdsbestämmelserna och av ansvarsbestämmelserna i alkohollagens tionde kapitel. Ökade insatser och högre grad av samverkan från berörda myndigheter, framför allt mellan kommunen och den lokala polismyndigheten, är också nödvändiga i strävan att följa och använda bestämmelserna.

18.2.3 Länsstyrelsernas tillsyn

Statens folkhälsoinstitut framför i länsrapporten 2002, när det gäller länsstyrelsernas tillsyn, att det från länsstyrelserna saknas analys och förslag till lösning på eventuella problem och föreslår upprättandet av en länsstrategi. En länsstrategi, som exempelvis kan grundas på tillgängliga kunskaper och statistik om alkoholförsäljning, konsumtionsvanor, alkoholrelaterade sjukdomar och alkoholrelaterat våld samt, i relevanta fall uppgifter om beslag av alkohol, trafikolyckor och omhändertagande av berusade personer etc. Av detta material bör sedan en analys med inriktning på problemlösning göras. Denna skall särskilt peka på de problem som är typiska för länet eller delar av länet. Särskild uppmärksamhet bör läggas på samspelet mellan länsstyrelser och kommuner och den betydelse detta har för att problemen på området skall minska. Det är väsentligt att länsstyrelserna, för att öka sin egen kunskap och möjlighet att prioritera samt kunna sköta sin uppgift som fördelningsorgan, skapar en specifik regional bild som även innehåller förslag till åtgärder. Länsstyrelserna bör, i sin tillsyn och rådgivning verka för att samordningen mellan alkoholförebyggande arbete och tillsynsverksamhet skall öka. Det kan exempelvis genomföras genom en studie av hur kommunens tillämpning av alkohollagen utvecklats i förhållande till lagstiftningens syfte. Det behövs enligt Statens folkhälsoinstitut metoder för att bedriva en god och resultatutvecklad tillsyn.

Statens folkhälsoinstitut anför i rapporten vidare att länsstyrelserna utövar tillsyn inom länet och de skall också biträda kommunerna med råd i deras verksamhet. Detta innebär bland annat att länsstyrelserna skall följa den kommunala tillämpningen, ge råd och stöd till kommunerna samt kontrollera att de fullgör sina uppgifter på ändamålsenligt sätt. Vidare skall länsstyrelserna, som statens företrädare i länet, föra ut statsmakternas politik och se till att den får genomslag. Med tillsyn avses statens kontroll av rättssäkerhet och lagenlighet i enskilda ärenden och i verksamheter. Tillsyn skall relateras till av statsmakterna fastställda mål. Resultaten av tillsynen skall återföras till kommunerna. Av landets 21 länsstyrelser gjorde endast 14 stycken tillsynsbesök i kommuner under år 2002. Åtta länsstyrelser har tagit upp 21 ärenden i 13 kommuner om brister i arbetet enligt alkohollagen. Fem av dessa har riktat någon form av kritik mot någon kommuns arbete enligt alkohollagen. I dessa fall har 10 kommuner kritiserats genom

16 ärenden. I stort sett samtliga länsstyrelser, 20 av 21 stycken, hade deltagit i och/eller anordnat sammankomster för utbildning av och erfarenhetsutbyte på alkoholområdet under 2002.

Av länsrapporten för nästföljande år framgår att 16 länsstyrelser då gjorde tillsynsbesök i kommuner och att samtliga länsstyrelser deltog i, eller anordnade, sammankomster för utbildning och erfarenhetsutbyte på alkoholområdet där huvudsakligen kommunala alkoholhandläggare var den huvudsakliga målgruppen men det har också förekommit att politiker, polismyndigheten och kommunernas alkohol- och drogsamordnare varit målgrupper. Vidare anges att endast en länsstyrelse uppgett att den deltagit i utbildning av restaurangpersonal avseende ansvarsfull alkoholhantering.

I Stockholms län har länsstyrelsen ansvar för den regionalt samordnade tillsynen av restaurangbranschen i länet, Operation Krogsanering. Avsikten med arbetet är att skapa en sundare och mer seriös restaurangbransch och ge restaurangägarna möjlighet att konkurrera på lika villkor. I första hand handlar arbetet om att avslöja ekonomisk brottslighet inom restaurangbranschen, men ingripanden sker även mot servering till underåriga eller berusade personer och brott mot livsmedels- och räddningstjänstlagen. Förutom länsstyrelsen medverkar kommunerna, polisen, Skatteverket, migrationsverket, räddningstjänsten, försäkringskassan, tullen, yrkesinspektionen, diskrimineringsombudsmannen, Sveriges Hotell- & Restaurangföretagare och Hotell- & Restaurangfacket.

18.2.4 Kommunernas tillsyn

Flera svårigheter finns när det gäller kommunernas tillsyn enligt alkohollagen. Kommunernas olika storlek och faktiska möjligheter att bedriva sådan varierar, liksom även ambitionsnivån hos de politiker som bestämmer de ekonomiska ramarna för tillsynsverksamheten.

Statens folkhälsoinstitut anför, i länsrapport 2002, att det finns en snedfördelning mellan ekonomiska och alkoholpolitiska huvudorsaker till de administrativa ingripandena, endast i 6 procent av besluten om återkallelse av tillståndet var det alkoholpolitiska olägenheter som var huvudsaklig grund till återkallelsen, medan det vid beslut om varning var 32 procent.

Statens folkhälsoinstitut har, i sin rapport Ansvarsfull alkoholservering m.m. (2003:36), föreslagit att STAD-modellens arbetsätt

(se nedan) i framtiden skall vara vägledande för alkoholtillsynen i hela landet. Rapporten utgör redovisningen av ett regeringsuppdrag att i samarbete med företrädare för restaurangnäringen, de fackliga organisationerna, Rikspolisstyrelsen, Arbetsmiljöverket och Svenska kommunförbundet utarbeta ett gemensamt åtgärdsprogram när det gäller serveringsställen.

18.2.5 STAD-modellen

STAD-projektet startades år 1995 i Stockholm och innebär ett samarbete mellan bland andra restaurangbranschen, polisen, tillståndsmyndigheten och Statens folkhälsoinstitut (tidigare Alkoholinspektionen). Huvudmålet med projektet är att minska våldsbrott och skador relaterade till alkoholkonsumtion på restaurang. Som delmål har uppställts att restaurangerna inte skall servera alkohol till underåriga, att restaurangerna inte skall servera alkohol till ”märkbart berusade” gäster, att öka serveringspersonalens förmåga att kunna se risksituationer och kunna ingripa på ett psykologiskt bra sätt, att restaurangerna utarbetar riktlinjer för alkoholhantering vis à vis gäster och personal samt att myndigheterna utarbetar riktlinjer för sin tillsyn när det gäller restaurangernas alkoholhantering. En referensgrupp, med representanter från berörda myndigheter, branschförening och fackförening, bildades och denna grupp har haft regelbundna möten och gemensamt utvecklat utbildningen ”Ansvarsfull alkoholservice”. En vetenskaplig utvärdering av projektarbetet visar att antalet misshandelsbrott, fall av olaga hot och våld mot tjänsteman under perioden januari 1998 – september 2000 minskade med 29 procent. Projektområdet omfattade 550 restauranger i Stockholms city. Efter sex års arbete hade restaurangrelaterade våldsbrott och skador minskat med 29 procent, restaurangerna nekade oftare berusade liksom underåriga gäster alkoholservice, samarbetet mellan restauranger och tillsynsmyndigheter hade förbättrats och, restaurangpersonalen stärkts i sin yrkesroll, tillsynsmyndigheterna hade blivit effektivare i sin kontroll av alkoholservicen på restaurangerna, många restauranger hade utvecklat egna riktlinjer för sitt förhållningssätt när det gäller alkohol och droger, utbildning i ansvarsfull alkoholservice för serveringspersonal blev obligatorisk för restauranger som har öppet efter kl. 01.00 och verksamheten har permanentats.

En central och avgörande del i projektarbetet har utvecklingen och genomförandet av en tvådagarsutbildning i ansvarsfull alkoholserving för krögare, restaurangpersonal och dörrvakter varit.

Statens folkhälsoinstitut har, genom regleringsbrevet för år 2005, fått i uppgift att sprida metoder till kommunerna om ansvarsfull alkoholhantering inom restaurangnäringen i enlighet med rapporten Ansvarsfull alkoholserving m.m. Detta arbete genomförs på så sätt att Statens folkhälsoinstitut svarar för metodstöd, metodutveckling och kvalitetssäkring. Institutet besöker kommunerna, ibland upp till tre kommuner tillsammans och träffar alkoholhandläggare, politiker, polisen m.fl. och informerar om metoden och de erfarenheter som finns från Stockholm. Därefter hör de kommuner, kanske tre stycken, som tillsammans skall bilda en samarbetsgrupp och söka upp restaurangägarna och få dem att acceptera de tankar som metoden bygger på, av sig till Statens folkhälsoinstitut. Kommunerna skall sedan värva kandidater från restaurangbranschen till gruppen. Vid ett möte kommer man därefter överens om att göra studier i kommunen för att se om det finns några problem med servering till underåriga och/eller personer som är märkbart påverkade av alkohol eller något annat berusningsmedel. Inköpsstudier, där skådespelare och unga deltar görs därefter på olika serveringsställen, varefter man i samarbetsgruppen enas om huruvida det finns sådana problem eller inte. Politikerna i kommunerna, liksom även lokalpressen, får del av materialet. Polisen och restaurangbranschen är kommunens viktigaste samarbetspartners men även länsstyrelsen kan finnas med. Tillsammans skall deltagarna i samarbetsgruppen sedan skapa en utbildning, med viss lokal förankring, där kommunens alkoholhandläggare håller i den utbildning som avser alkohollagen och lokal polis deltar. Därefter fortsätter samarbetsgruppen sitt arbete med möten med och utbildning av serveringspersonal och ordningsvakter. Efter 2–3 år kan arbetet permanentas genom ett avtal mellan parterna där de accepterar vissa åtaganden.

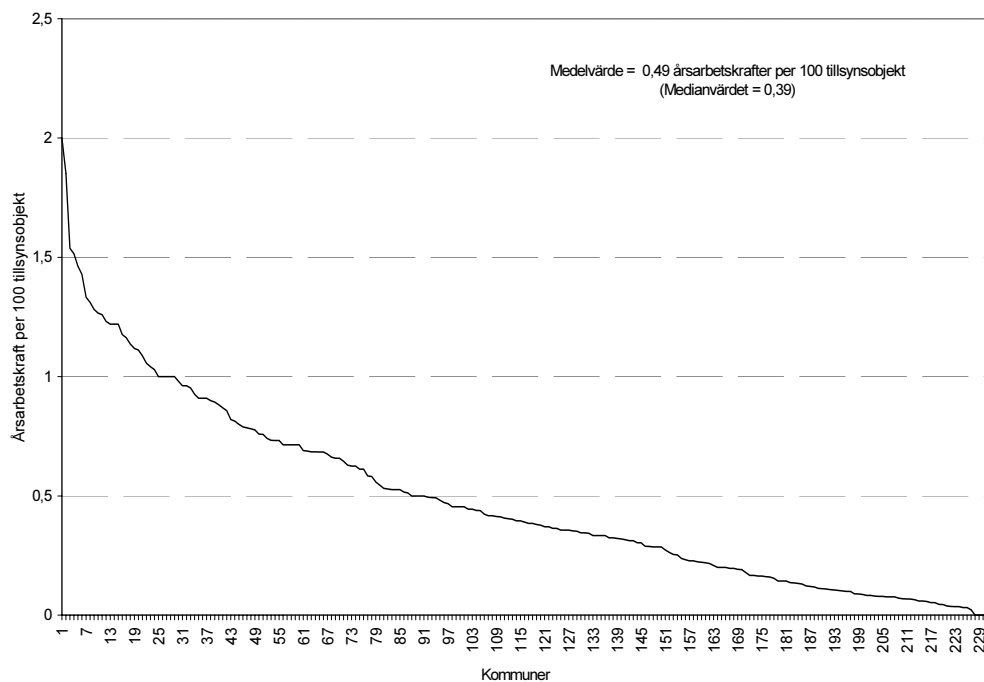
18.3 Tillsynsarbetets omfattning

18.3.1 Kommunerna

Utredningen har tillskrivit samtliga länsstyrelser och begärt in uppgifter om hur många som arbetar med tillsynsfrågor inom kommunerna och också om vilka yrkeskategorier som utför arbetet. Länsstyrelserna har inte inkommit med uppgifter från alla kommuner men här nedan redovisas vad som hittills framkommit.

Flera av de kommuner som har ett stort antal tillsynsobjekt per invånare (serveringsställen och butiker som säljer folköl), framför allt ett stort antal serveringstillstånd, är typiska turistkommuner, t.ex. Åre, Borgholm och Gotland. En fråga som härvid är av intresse är huruvida det finns ett samband mellan antalet årsarbetskrafter inom tillsyn och det antal tillsynsobjekt som finns i kommunerna. Är det så att kommuner med flest tillsynsobjekt också uppvisar högst antal årsarbetskrafter inom tillsynen? Ett mått som kan användas för att studera detta närmare är antalet årsarbetskrafter per tillsynsobjekt, eller, i detta fall, per 100 tillsynsobjekt. Skulle det vara så att kommuner med många tillsynsobjekt också uppvisar mer tillsynsarbete (allt efter hänsyn tagen till skillnader i befolkningen) bör det inte förekomma några större skillnader mellan kommunerna i årsarbetskrafter per 100 tillsynsobjekt. Figur 18.1 visar att så inte är fallet. Det förekommer tämligen stora skillnader mellan olika kommuner i antal årsarbetskrafter (per 100 tillsynsobjekt). Kommuner med mest tillsyn uppvisar nära två årsarbetskrafter per 100 tillsynsobjekt medan kommuner med minst tillsyn inte uppvisar något, eller i stort sett inte något, tillsynsarbete överhuvudtaget. Fyra, av de sammanlagt 237 kommunerna med tillgängliga uppgifter om årsarbetskrafter, uppvisar inget tillsynsarbete, alltså ingen årsarbetskraft alls och ytterligare 30 kommuner ett tillsynsarbete understigande 0,01 årsarbetskrafter per 100 tillsynsobjekt. Kommungenomsnittet är ca en halv årsarbetskraft per 100 tillsynsobjekt (medianvärdet ca 0,4).

Figur 18.1. Årsarbetskraft per 100 tillsynsobjekt per kommun (rangordnat efter årsarbetskrafter)



Skillnaderna mellan kommunerna när det gäller nedlagd tid på tillsyn enligt alkohollagen kan inte förklaras av kommunala skillnader när det gäller antalet serveringstillstånd och butiker med folkölsförsäljning, detta eftersom vad som angetts i figur 18.1 är antalet årsarbetskrafter per 100 tillsynsobjekt. Sambandet mellan kommunernas antal årsarbetskrafter och antalet tillsynsobjekt per 100 000 invånare är också lågt.

En annan möjlig förklaring till dessa skillnader i tillsynsarbete mellan kommunerna skulle kunna vara att de uttrycker skillnader i grad av alkoholproblematik. Kommuner med mer omfattande tillsynsarbete skulle i så fall vara sådana som uppvisar större alkoholproblem än andra, med mindre omfattande tillsynsarbete. Ett sätt att testa detta är att se hur årsarbetskrafterna samvarierar med Systembolagets försäljning på kommunnivå, ett annat att se hur de samvarierar med den alkoholrelaterade dödligheten. Inget av dessa två mått ger dock en fullständig bild av kommunernas

alkoholproblematik. Den alkohol som säljs i en kommun kan t.ex. vara köpt av personer i boende i en annan och antalet dödsfall blir mycket små i de mindre kommunerna, trots att tidsperioden här avser fem år, 1997 till och med 2001.

Sambandet mellan Systembolagets försäljning och antalet årsarbetskrafter (per 100 tillsynsobjekt) visar sig vara svagt och detsamma gäller sambandet mellan årsarbetskrafter och den alkoholrelaterade dödligheten per kommun under åren 1997–2001. Mycket talar således för att skillnaderna i tillsynsarbete mellan kommunerna har lite att göra med skillnader i omfattningen av alkoholproblem inom dessas gränser.

Det framstår därför som mest sannolikt att de skillnader som framgår ovan helt enkelt uttrycker olika grad av prioriterings- eller ambitionsnivå mellan kommunerna. Vissa kommuner betraktar tillsyn enligt alkohollagen som en viktig fråga, andra inte.

18.3.2 Länsstyrelserna

Utredningen har frågat länsstyrelserna hur många som där arbetar med tillsyn enligt alkohollagen och även när det gäller länsstyrelsernas arbete med sådan tillsyn framkommer, trots att dessa är statligt styrda myndigheter, skillnader i nedlagd tid. Av tabell 18.1 framgår stora variationer i det antal årsarbetskrafter som länsstyrelserna avsätter till tillsynsarbete enligt alkohollagen.

Tabell 18.1. Länsstyrelsernas omfattning av tillsynsarbete enligt alkohollagen (rangordnat efter antal årsarbetskrafter per 100 tillsynsobjekt)

Länsstyrelse	Årsarbetskraft per 100 tillsynsobjekt	Årsarbetskraft per 100 000 invånare	Årsarbetskraft per kommun
Kronoberg	0,165	0,393	0,087
Blekinge	0,159	0,432	0,130
Stockholm	0,047	0,107	0,077
Gävleborg	0,045	0,118	0,033
Kalmar	0,042	0,128	0,025
Dalarna	0,042	0,109	0,020
Uppsala	0,042	0,082	0,036
Södermanland	0,038	0,077	0,022
Jämtland	0,037	0,157	0,025
Örebro	0,037	0,073	0,017
Gotland	0,036	1,212	0,100
Skåne	0,031	0,069	0,002
Norrbottnen	0,029	0,071	0,013
Västmanland	0,023	0,046	0,011
Östergötland	0,022	0,048	0,015
Jönköping	0,009	0,018	0,005
Västernorrland	0,017	0,004	0,014
Värmland	0,014	0,055	0,009
Västerbotten	0,009	0,019	0,003
Västra Götaland	0,003	0,007	0,002
Halland*	0,002	0,004	0,002

* Vid länsstyrelsen förekommer även tillsynsarbete som redovisas på annat konto.

Länsstyrelserna har också tillfrågats om de, vid tillsynen över kommunerna, tar ställning till hur dessa organiserar sitt tillsynsarbete. Bland de svar som inkommit anges av flera länsstyrelser att man arbetar för att små kommuner skall samverka och att man vid kommunbesök bl.a. fört diskussioner om organisation. Några länsstyrelser har också angett att man uttalat kritik mot någon kommun avseende hur man där organiserat tillsynsarbetet enligt alkohollagen.

18.4 Tillsynsutredningen

Regeringen tillsatte, i september 2000, en utredning med uppdrag att utreda hur den statliga tillsynen kan göras till ett tydligare och effektivare förvaltningspolitiskt instrument som bättre bidrar till kontrollen och genomförandet av demokratiskt fattade beslut. Utredningen har överlämnat två betänkanden, Statlig tillsyn – Granskning på medborgarnas uppdrag (SOU 2002:14) och Tillsyn – Förslag om en tydligare och effektivare offentlig tillsyn (SOU 2004:100). Utredningen behandlar också den tillsyn som kommunerna genomför på statens uppdrag, ett område till vilket alkohollagen hör och anför, sammanfattningsvis, följande i slutbetänkandet.

Kritiken mot kommunernas tillsynsverksamhet har varit av två slag. Å ena sidan har den gällt brister i fråga om resurser och kompetens där kritikerna menat att kommunerna inte satsat tillräckligt på tillsynsuppgifterna. Detta har tagit sig skilda uttryck som att planerad verksamhet inte blivit genomförd eller att uppföljning av tillsynsinsatser uteblivit. Å andra sidan, delvis som en följd av den första kritiken, anser kritikerna att skillnaderna i utövandet av tillsynen är alltför stora. Detta anses leda till problem ur likvärdighets- och rättssäkerhetsperspektiv för tillsedda verksamheter. Det har också förekommit kritik mot den statliga styrningen av den kommunala tillsynen den har både pekat på för hög detaljeringsgrad och för oprecisa krav i de centrala myndigheternas olika styrdokument.

Tillsynsutredningen anser att en utveckling av den kommunala tillsynen bör ske löpande och stödjas från de statliga myndigheternas sida. Detta kan, förutom information om nya bestämmelser för tillsynen, även gälla förmedling av erfarenheter från och metoder i det praktiska tillsynsarbetet samt diskussioner i etiska frågor. Även formerna för uppföljning av tillsynen behöver stödjas och utvecklas. De nu nämnda uppgifterna bör ingå i den tillsynsvägledning som utredningen föreslår att statliga myndigheter skall utöva i förhållande till kommunerna.

Möjligheterna att styra kommunernas tillsyn är främst beroende av om den lag enligt vilken tillsynen skall utövas ger regeringen och/eller de statliga myndigheterna rätt att utfärda föreskrifter om sådan. Problemet är att vissa av de för den kommunala tillsynen styrande sektorslagarna inte innehåller en sådan föreskriftsrätt. Utredningen anser att statens möjligheter att utfärda föreskrifter

om den kommunala tillsynen bör öka. Syftet med dessa föreslagna ändrade föreskrifter är att garantera likvärdighet och rättssäkerhet i tillsynen. Rätten för statliga myndigheter att utfärda föreskrifter bör utgöra en del av en utökad samordning av tillsynen.

Tillsynsutredningen anser vidare att statens möjligheter att ingripa bör tydliggöras och preciseras i syfte att åtgärda brister i enskilda kommuners tillsyn. En ordning för detta bör etableras inom samtliga områden där kommunerna har tillsynsuppgifter. Statens uppföljning av kommunernas tillsyn bör vara förenad med möjligheter till ingripanden riktade mot den kommun som inte sköter sina tillsynsuppgifter. Om en kommun inte följer eventuella påpekanden bör den statliga myndighet regeringen bestämmer kunna ingripa mot kommunen genom föreläggande med krav på åtgärder. Ett sådant föreläggande bör inte kunna förenas med vite. Som en yttersta ingripandemöjlighet bör en kommun, då den grovt eller under en längre tid har åsidosatt sitt tillsynsansvar, kunna fråntas sitt tillsynsuppdrag. Uppdraget att utöva tillsyn flyttas då, tillsvidare, över till en statlig myndighet som bedriver detta på den berörda kommunens bekostnad.

När det gäller den kommunala tillsynen anger utredningen att till dess starka sidor hör den breda förankring den har bland kommunernas förtroendevalda och tjänstemän. Den närhet mellan förtroendevalda/tjänstemän och medborgare/tillsynspliktigas verksamheter som präglar den kommunala organisationen är en styrka vilken gagnar en effektiv tillsyn. Den kommunala tillsynen har ett antal positiva samband med andra kommunala verksamheter. De synergieffekter sambanden leder till är viktiga för de kommunala verksamheterna som helhet. Utredningen konstaterar därför att det finns starka skäl för att låta kommunerna behålla de tillsynsuppgifter de nu har.

Vissa av de påtalade bristerna när det gäller den kommunala tillsynen har sin grund i den kommunala strukturen som sådan. Majoriteten av landets kommuner är relativt små, de finansiella och demografiska förutsättningarna varierar högst avsevärt mellan olika kommuner och kommunerna ansvarar för ett stort antal olika samhällsuppgifter, vilket påverkar den kommunala strukturen. De brister som finns inom olika verksamhetsområden och i enskilda kommuner handlar, i stor utsträckning, om en inte fullt ut reglerad och tillämpad statlig styrning. Utredningen anser att dessa brister kan lösas genom utvecklad tillsynsvägledning från statliga myndigheters sida. Denna bör kompletteras med en rätt för statliga

myndigheter att besluta om föreskrifter i frågor om tillsynens bedrivande och att besluta om förelägganden riktade till enskilda kommuner. Staten har ett ansvar för att tillgodose de långsiktiga behoven av och utveckling av fördjupad kompetens inom aktuella områden. De icke önskvärda variationerna mellan t.ex. olika typer av kommuner och enskilda kommuner kan minskas genom en utveckling av den statliga tillsynsvägledningen. När det gäller tillsynens finansiering bör skillnaderna kommunerna emellan angripas genom att en ökad andel av kostnaderna för deras tillsyn finansieras genom avgifter varvid en större enhetlighet beträffande avgifternas konstruktion och storlek bör eftersträvas.

Grunden för Tillsynsutredningens förslag är att staten bör ta ett tydligare ansvar för styrningen av de tillsynsuppgifter vilka idag ligger på kommunerna. Staten har det yttersta ansvaret för att tillsynen inriktas och bedrivs på det sätt som sektorslagarna anger. Utredningen anser att regeringen bör ge vissa statliga myndigheter i uppdrag att ansvara för tillsynsvägledning inom de områden där kommunerna bedriver tillsyn. I första hand bör myndigheter på nationell nivå komma i fråga för dessa uppgifter. Även länsstyrelserna bör, på de områden där de har kompetens och där den kommunala tillsynen är omfattande (som inom miljö- och folkhälsoområdena), kunna ges ansvar för tillsynsvägledning inom respektive län. Huvuduppgiften för de statliga myndigheterna bör vara att verka för nationell likvärdighet i fråga om rättssäkerhet, oberoende och kompetens i den kommunala tillsynen. Detta bör ske genom att myndigheterna löpande följer och utvärderar tillsynen samt genom stöd och råd informerar och stimulerar till vidareutveckling av denna. Tillsynsvägledningen bör även kunna kompletteras med rätten att utfärda föreskrifter om den kommunala tillsynens inriktning och bedrivande samt att granska den kommunala tillsynen och, vid behov, besluta om förelägganden.

I fråga om finansiering av den kommunala tillsynen anser utredningen att avgifterna för tillsynen bör baseras på full kostnadsäckning och att avgifterna inom ett och samma tillsynsområde skall vara enhetliga i alla delar av landet. Regeringen eller, efter beslut av regeringen, statliga myndigheter bör därför ges rätten att fastställa vilka avgifter kommunerna skall ta ut i samband med tillsynen.

Tillsynsutredningen föreslår således att staten bör ta ett tydligare ansvar för styrningen av de tillsynsuppgifter som ligger på kommunerna, genom tillsynsvägledning och föreskrifter, att

regeringen eller, efter beslut av regeringen, statliga myndigheter bör ges rätten att fastställa vilka avgifter kommunerna skall ta ut för tillsynen och att vid missförhållanden hos de kommunala tillsynsmyndigheterna krav skall framföras genom påpekanden, föreläggande och till sist, på kommunens bekostnad, överflyttning av kommunens uppdrag att utöva tillsyn till en statlig myndighet.

18.5 Överväganden

18.5.1 Den kommunala tillsynen

Den centrala frågan när det gäller tillsynen enligt alkohollagen är, enligt vår mening, vilka möjligheter det finns att påverka kommunerna att inse vikten av tillsynsarbetet och därför satsa de resurser som behövs för att utföra det uppdrag som ålagts dem av staten. En annan viktig fråga är hur man kan stötta kommunerna för att de skall kunna utföra sitt uppdrag på bästa möjliga sätt.

Det är svårt att mäta kvaliteten på kommunernas tillsynsarbete och Statens folkhälsoinstitut anger i sina länsrapporter enbart antalet genomförda tillsynsbesök som mått på kommunernas tillsynsverksamhet. Till utredningen har dock, från flera håll, framförts att omfattningen av kommunernas tillsynsarbete, liksom dess kvalitet, varierar mellan kommunerna. Detta stöds av de uppgifter som utredningen inhämtat om hur mycket arbetstid som i kommunerna läggs ner på tillsyn enligt alkohollagen, såväl när det gäller serveringsställen som försäljning av folköl i butiker, se ovan under avsnitt 18.3.1. Den slutsats som kan dras av vad som där framkommit är, enligt utredningens mening, att kommunernas ambitionsnivå och hur frågan om tillsyn enligt alkohollagen prioriteras varierar mycket dem emellan.

Det har till utredningen, från flera håll, framförts att det är av oerhört stor vikt att det genomförs minst ett tillsynsbesök per år på alla serveringsställen och försäljningsställen för folköl. Utredningen delar denna uppfattning. Frågan är då hur kommunerna skall kunna förmås till detta. En väg för staten att påverka kommunernas arbete med tillsyn enligt alkohollagen, som ju sker på statens uppdrag, är genom länsstyrelserna och den handledning dessa kan ge kommunerna och även genom det regionala tillsynsansvar styrelserna har och som ger dem möjlighet att driva den frågan mer aktivt gentemot kommunerna. En annan möjlighet

är att Statens folkhälsoinstitut, som centralt tillsynsorgan, i sitt arbete för att vägleda länsstyrelserna och kommunerna kan understryka vikten av årliga tillsynsbesök och institutet skulle också kunna utfärda allmänna råd vilka anger att så skall ske. Härigenom skulle man, enligt utredningens mening, kunna påverka kommunernas inriktning av tillsynsarbetet. För närvarande har Statens folkhälsoinstitut inte utgivit några allmänna råd när det gäller tillsyn. Institutet ger ut en kommenterad handbok, avseende alkohollagen, som även innehåller kommentarer till bestämmelserna om tillsyn. Denna innehåller dock inga rekommendationer om frekvensen av tillsynsbesök. Utredningen föreslår därför att regeringen ger Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att överväga möjligheten att utfärda allmänna råd, eller på annat sätt, rekommendationer om frekvensen av kommunernas tillsynsbesök på serveringsställen och försäljningsställen för folköl. Med hänsyn till den bristande ålderskontroll som förekommer vid försäljning av folköl måste man enligt vår mening se över möjligheterna att utveckla bättre metoder för tillsynsarbetet inom detta område. Statens folkhälsoinstitut bör få detta i uppgift.

Alkohollagen är en skyddslagstiftning som syftar till att begränsa alkoholens skadeverkningar och vid den tillsyn som bedrivs betonas kontroll av de allmänna försäljningsbestämmelserna och de särskilda serveringsbestämmelserna. Den omständigheten att den som innehar serveringstillstånd uppfyller kraven på ekonomisk skötsamhet är dock, enligt vår mening, också av stor betydelse då denna är en viktig förutsättning för att övriga regler för servering av alkoholdrycker upprätthålls. Operation Krogsanering, som beskrivits i korthet ovan under avsnitt 18.2.3, är ett sätt att regionalt arbeta med dessa frågor. Vi föreslår att Statens folkhälsoinstitut ges i uppdrag att utveckla och sprida metoder för tillsynsarbete till kommunerna även när det gäller kontroll av ekonomisk skötsamhet hos tillståndshavarna.

Vidare anser utredningen att Tillsynsutredningens förslag till ny tillsynslag innehåller viktiga förändringar när det gäller möjligheterna att kräva att kommunernas tillsynsarbete utförs på ett adekvat sätt. Det innehåller således medel för att utöva påtryckningar på kommunerna samt, för det fall kommunerna inte fullgör sitt tillsynsuppdrag enligt alkohollagen, möjlighet att återföra uppdraget till en statlig myndighet. Vi anser det, för att skapa garantier för att det kommunala tillsynsarbetet överlag håller en hög nivå, nödvändigt att dessa förändringar genomförs.

Livsmedelshandlareförbundet har lämnat förslag när det gäller avgifter för tillsyn och hur koordinationen av tillsyn bör ske. Då tillsyn även omfattar annat arbete än sådant som sker genom besök på försäljningsställen och då Tillsynsutredningen delvis har behandlat nu aktuella frågor har Livsmedelshandlareförbundets skrivelse inte föranlett några särskilda överväganden eller förslag från utredningens sida.

18.5.2 Länsstyrelsernas tillsyn

Av vad som ovan redovisats framgår att omfattningen av länsstyrelsernas tillsynsarbete enligt alkohollagen är mycket varierande. Med hänsyn till vad som framkommit om sambanden mellan det kommunala tillsynsarbetet, Systembolagets försäljning och alkoholskador finns det inga skäl att tolka skillnaderna när det gäller omfattningen av länsstyrelsernas tillsynsarbete som grundade på olikheter i konsumtion eller skador. Enligt utredningens mening framstår det som oförklarligt att inte alla länsstyrelser, som statens förlängda arm, prioriterar detta arbete lika mycket. Det är, enligt vår mening, viktigt att på olika sätt säkerställa att tillsynsarbetet, som är en viktig del av det preventiva arbetet, inte har alltför stora skillnader mellan kommunerna. Ett viktigt instrument är då det arbete med att ge kommunerna stöd som länsstyrelserna utför. Det är, enligt vår uppfattning, av största vikt att länsstyrelserna har resurser både för att på olika sätt bistå kommunerna i deras arbete och för att bedriva regional tillsyn. Regeringen bör därför ålägga länsstyrelserna att utöka sina insatser på detta område.

Mot bakgrund av vad vi tidigare anförts om att tillsynsarbetet enligt alkohollagen är en viktig del av det förebyggande arbetet anser vi att den regionala tillsynen enligt alkohollagen kan ske genom de regionala kompetenscentrum vi föreslagit i kapitel 8. Detta skulle, i praktiken, innebära att det i framtiden kommer att finnas två nivåer när det gäller tillsyn eftersom på lokal nivå den kommunala tillsynen finns och på central nivå Statens folkhälsoinstitut som ansvarig central myndighet för de föreslagna regionala kompetenscentrumen, men då på samma sätt som Socialstyrelsen idag bedriver viss del av sin tillsynsverksamhet via sin regionala organisation. Den tillsynsverksamhet som bedrivs av länsstyrelserna är, som framgått ovan, inte särskilt omfattande och genom att knyta denna tillsynsverksamhet till de föreslagna

kompetenscentrumen kan en önskvärd koppling mellan tillsynen och det förebyggande arbetet utvecklas på ett naturligt sätt. Det är dock av största vikt att länsstyrelsernas arbete med denna fråga fortsätter och intensifieras under den tid uppbyggnaden av de regionala centrumen pågår.

18.6 Tillsyn över partihandeln

18.6.1 Gällande rätt

Försäljning som sker till annan än konsument kallas partihandel och får bedrivas endast av den som har godkänts som upplagshavare eller registrerats som varumottagare för sådana varor enligt lagen om alkoholskatt. Detaljhandelsbolaget får dock bedriva viss partihandel och innehavare av serveringstillstånd får sälja enstaka varor som omfattas av tillståndet till någon som har rätt att bedriva partihandel med sådana varor. Endast den som är berättigad att bedriva partihandel och, i vissa fall, detaljhandelsbolaget, får föra in spritdrycker, vin och starköl till landet. Utöver denna huvudregel får införsel ske t.ex. av resande. Den som har rätt att bedriva partihandel får sälja varorna till detaljhandelsbolaget, till annan som har rätt att bedriva partihandel med motsvarande varor och till den som har meddelats serveringstillstånd för sådana varor. Den som har rätt att bedriva partihandel får också exportera varorna eller sälja dem till den som har inköpstillstånd för teknisk, industriell, medicinsk, vetenskaplig eller liknande verksamhet eller till den som har tillstånd enligt lagen om proviantering av fartyg eller luftfartyg. Vid partihandel med spritdrycker, vin och starköl är säljaren skyldig att förvissa sig om att köparen har rätt att återförsälja eller köpa in varan. Den som tillverkar, säljer eller förmedlar försäljning av alkoholdrycker får i sin rörelse lämna sådana drycker som gåva endast i form av varuprov.

18.6.2 Bakgrund

Den tillsyn över partihandlarna som Alkoholinspektionen tidigare utförde försvann då partihandelstillstånden upphörde. I alkoholagen finns två bestämmelser som gäller partihandel och det är att försäljning endast får ske till dem som har rätt att köpa alkoholdrycker, över vilket Skatteverket utövar tillsyn, samt gåvoförbudet,

som är en del av marknadsföringsreglerna och därför står under Konsumentverkets tillsyn.

Den 1 januari 2000 infördes reglerna om alkoholreklam i alkohollagen och i samband med denna förändring överfördes även tillsynen över att reglerna om hur partihandlarna får lämna varuprover efterlevs till Konsumentverket. Bakgrunden till att ansvaret för denna fråga flyttades från Alkoholinspektionen till Konsumentverket var att sanktionsmöjligheterna vid brott mot bestämmelserna i stort sett upphörde med avskaffandet av partihandels-tillstånden och att gåvoförbudet hade till helt övervägande syfte att skydda konsumenterna.

Tidigare utfärdade Alkoholinspektionen föreskrifter om hur redovisning av alkoholhaltiga varuprover skulle ske. Enligt uppgift från Konsumentverket bedriver de ingen tillsyn i form av kontroll av bokföringen hos dem som idkar partihandel. Tillsyn bedrivs stället i form av besök på mässor och liknande där varuprover och försäljning till rabatterade priser till konsumenter har visat sig förekomma.

Regeringen har, i prop. 2003/04:161, angett att man anser att det bör utredas om behov finns av förändringar avseende behörig tillsynsmyndighet och rättslig instans för bedömning av marknadsföringen av bl.a. alkoholhaltiga drycker.

Det har till utredningen, från flera håll, framförts att det inte kan anses tillfredsställande att inte någon kontroll sker av huruvida reglerna om varuprover följs genomförs vid tillsyn hos dem som idkar partihandel. Denna omständighet ökar risken för att reglerna missbrukas i reklamsyfte för att öka konsumtionen.

18.6.3 Överväganden

Bakgrunden till reglerna om varuprov och gåvoförbud, är den s.k. desintresseringsprincipen, som utgjort grunden för ett stort antal regler vilka alla haft till syfte att hålla tillbaka de kommersiella intressena från att påverka konsumenter att dricka alkohol. Utredningen anser att de nu aktuella reglerna är viktiga för att garantera att varuprover inte lämnas till konsumenter eller andra till vilka det inte är tillåtet att lämna sådana eller att varuprover används på ett felaktigt sätt för att göra reklam för alkoholdrycker och på så sätt öka konsumtionen. Utredningen föreslår därför att regeln om varuprover, och gåvoförbud, inte skall behandlas som en

regel om marknadsföring, då övriga sådana regler enbart tar sikte på åtgärder som vidtas mot konsumenter. Här är istället fråga om en bestämmelse som reglerar handel med alkoholdrycker mellan kommersiella parter även om dess syfte är att hindra kommersiella intressen från att påverka konsumenters alkoholvanor. Vi anser därför att regeln om varuprover och gåvoförbud i enlighet med vad som gällde före den 1 januari 2000, bör vara en del av de allmänna bestämmelserna om försäljning av alkoholdrycker. I konsekvens härmed anser vi också att tillsynen över dessa regler bör flyttas från Konsumentverket. Då Skatteverket redan tidigare, utöver de uppgifter som föreskrivs i lagen om alkoholskatt, skall ha tillsyn över att försäljning sker endast till sådana som har rätt att förvärva alkoholdrycker framstår det som lämpligt att Skatteverket även har tillsyn över reglerna om varuprover. Regeringen, eller efter regeringens bemyndigande Skatteverket, bör ges möjlighet att meddela de föreskrifter som behövs när det gäller utformningen av bokföringen för att sådan tillsyn skall kunna ske.