

**ALKOHOLI TARVITAMISEGA
SEOTUD KAHJU VÄHENDAMISE
SEKKUMISTE EFEKTIIVSUSE JA
KULUEFEKTIIVSUSE TÕENDUS**



Issued in English by the WHO Regional Office for Europe in 2009 under the title **Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol related harm.**

© World Health Organization 2009

Käesoleva väljaande tõlkija on vastutav tõlke korrektsuse eest.

© Eesti Karskusliit AVE 2011

Eesti Karskusliit AVE levitab raamatut tasuta.

Kontakt: Lauri Beekmann, 5261884, lauri@ave.ee

SISUKORD

EESSÕNA	6
WHO EUROOPA EESSÕNA	7
KOKKUVÕTE	9
SISSEJUHATUS	14
Mis on alkoholipoliitika?	14
Mis on alkoholipoliitika tõenduslik alus?	15
Poliitilised, sotsiokultuurilised ja majanduslikud faktorid, mis mõjutavad alkoholiga seonduvat kahju	16
Huvigrupid ja alkoholipoliitika	16
Alkoholipoliitika erinevatel tasanditel	17
Alkoholipoliitika Euroopas	19
Alkoholipoliitika globaalses raamistikus	20
Mis on Euroopa?	24
ALKOHOLI TERVISE-, SOTSIAALNE JA MAJANDUSLIK MÕJU	28
Individaalsel tasandil	28
Ühiskondlikul tasandil	30
Sotsiaalne ebavõrdsus tervises	33
TEADLIKKUSE SUURENDAMINE JA POLIITILINE PÜHENDUMINE	37
Hariduse ja taevituskampaaniate mõju	37
Avalikkuse toetus alkoholipoliitilistele meetmetele	42
Alkoholipoliitika taristud	46
TERVISESEKTORI PANUS	51
Sõeluuringud ja esmatasandi nõustamine	51
Alkoholi väärtarvitamise ja alkoholisõltuvuse ravi	54
KOGUKONNA TEGEVUS	57
Alkohol ja töökoht	60
JOOBES JUHTIMISE POLIITIKAD JA VASTUMEETMED	65
Alkoholipoliitika ja joobes juhtimine	65
Piiramatu testimine – „kõik puhuvad“	68
Lubade äravõtmine	68
Alkolukud	69
Koolitused alkoholi serveerijatele ja tsiviilvastutus	70
„Kaine grupijuht“ programmid	70

Hariduslikud programmid	71
Massimeedia kampaaniad	72
ALKOHOLI KÄTTESAADAVUSE KÄSITLEMINE	75
Alkoholi ostmise miinimumvanus	76
Müügikohtade arv ja tihedus	76
Müügiajad	78
ALKOHOOLSETE JOOKIDE MARKETING	81
Reklaamimine ja ootused	81
Eksperimentaalsed uurimused	82
Ökonomeetrilised uurimused	83
Läbilõikeuuringud	84
Kestevuuringud	84
Eneseregulatsioon	85
HINNAPOLIITIKA	87
Hind ja alkoholi tarvitamine	87
Hind ja nooremad tarvitajad	89
Hind ja rohkelt alkoholi tarvitavad inimesed	90
Hind ja alkoholiga seotud kahju	90
Alkoholi „taskukohasus“	92
Hind ja piiriülene kauplemine	92
ALKOHOLI TARVITAMISE KESKKONNAD	96
Ruumide kujundus	96
Alkoholiserveerijate koolitamine	96
REGISTREERIMATA ALKOHOLI MÕJU VÄHENDAMINE RAHVA TERVISELE	100
Registreerimata alkohol	100
Alkohol salakaubana	101
EFEKTIIVSUSE JA KULUEFEKTIIVSUSE ÜLEVAADE	104
Kokkuvõtte: efektiivsus	104
Alkoholipoliitikate kuluefektiivsus	105
VIITED	110

EESSÕNA

Vaatamata sellele, et alkoholi tarvitamine on olnud inimese väga pikaajaline tegevus, on alkoholi täit mõju inimese organismile ja ka sotsiaalsele käitumisele mõistma hakatud alles viimastel aastakümnetel. Inimestele ühelt poolt nii tuttavat ainet uuritakse järjepidevalt maailma erinevates uurimiskeskustes ja pea igal nädalal saame lugeda uutest avastustest, mis üsna ühemõtteliselt selgitavad, et alkoholi tarvitamisega seotud risk on suurem, kui me siia maani arvasime.

Üha rohkem selgub näiteks seos alkoholi tarvitamise, ka mõõdukates kogustes, ja vähi vahel. Euroopas läbi viidud uurimuse kohaselt on 10% meeste vähijuhtumitest seotud alkoholi tarvitamisega. Austraalias ilmunud raporti kohaselt on 22% rinnavähi juhtumitest põhjustatud alkoholi tarvitamisest. Viimaste aastate uurimused on näidanud, et raseduse ajal alkoholi tarvitamise tagajärjel tekkivate vigastuste esinemissagedus lastel on palju suurem, kui senimaani osati arvata.

Need on näited, mis peaksid kinnitama, et alkoholiga seotud kahju vähendamiseks on vaja ümber hinnata selle eripärase toote regulatsioon ja kahjude vähendamise strateegiad. Kaua on raisatud ressursse ning aega sekkumiste ja meetmete peale, mis tegelikult ei ole efektiivsed – nende tagajärjel ei vähene alkoholi tarvitamine ega ka sellega seotud kahju.

Eestis, nagu suures osas mujalgi, püütakse alkoholipoliitika vallas sageli jalgratast leiutada. Aastaid on paljud poliitikud väljendanud oma isiklikke arvamusi, et piirangud ei toimi ning selle asemel tuleb arendada alkoholikultuuri ning harida inimesi vastutustundlikult käituma. Nende seisukohtade pinnal oleme jätkuvalt ilma alkoholistrateegiata, mis suunaks riigi pikaajalisele ja sihipärasele tegutsemisele alkoholi tarvitamisega seotud kahju vähendamiseks.

Käesolevas raamatus on analüüsitud erinevate sekkumiste ja meetmete efektiivsust ja kuluefektiivsust. Loodan, et see raamat aitab kaasa ka Eestis toimuvale arutelule, mille tulemusena jõuaksime tervikliku ning efektiivse alkoholipoliitika rakendamiseni.

Lauri Beekmann, Eesti Karskusliidu esimees

WHO EUROOPA EESSÕNA

Alkoholipoliitika eesmärgiks on vähendada alkoholi tarvitamisega seonduvat tervise- ja sotsiaalset kahju. Kuna alkohol ei ole tavaline toode, peavad need poliitilised meetmed käsitlema turu ebaõnnestumisi laste alkoholitarvitamise valdkonnas, kaitstes inimesi, kes ei tarvita alkoholi, selle tarvitamisest tuleneva võimaliku kahju eest, ning tagades, et kõik tarbijad omaksid informatsiooni alkoholi mõju kohta. Kuna tervis on modernses ühiskonnas märkimisväärne ressurss ning kuna tervisealane ebavõrdsus piirab inimese arengut nii individuaalsel kui ka ühiskondlikul tasandil, on alkoholipoliitika lisaeesmärgiks ka alkoholiga seotud tervisealase ebavõrdsuse vähendamine. Alkoholipoliitika peaks lisaks peegeldama ka riigi pühendumist oma rahva põhiliste vajaduste eest hoolitsemisele, seda nii individuaalsel kui ka kollektiivsel tasandil. Riik, mida kannavad selliste põhimõtete ideaalid, tunnistab, et rahva tervis on üheks peamiseks varaks ning et parem tervis on seotud suurema heaolu ning produktiivsusega.

Alates 1970-ndatest aastatest on WHO Euroopa regionaalne kontor edendanud tõenduspõhist alkoholipoliitikat ning spondeerinud ulatuslikke ülevaateid ja abimaterjale, et liikmesriigid saaksid neid kasutades sellist alkoholipoliitikat arendada. Käesolev raport võtab kokku viimase tõendusbaasi, mis on märkimisväärne oma ulatuse ja jõulisuse poolest. Praegune teadusandmestik on peamiselt rajatud süstemaatilistele ülevaadetele, süstemaatiliste ülevaadete süstemaatilistele ülevaadetele ning metaanalüüsile. Peab ära märkima, et praegused uurimistulemused laiendavad ja kinnitavad varasemaid leide ega lükka ümber nende põhilisi järeldusi.

Vastuvaidlematud uurimistulemused kinnitavad, et alkoholi hind on oluline. Kui alkoholi hind tõuseb, langevad alkoholiga seotud kahjud. Hind mõjutab nooremaid tarvitajaid; alkoholi tarvitajate enamus on hinnatundlikum kui vähemus. Kui alkoholile määratakse grammi alusel miinimumhind, siis väheseid tarvitajaid ei mõjutaks see pea üldse. On olemas ka vastuvaidlematud tõendid, et mida kättesaadavamaks alkohol muutub, seda suurem on kahju. Mõjuvad tõendid kinnitavad, et mida enam alkoholi reklaamitakse, seda suurem on kahjude risk. Ka tõendid joobes juhtimise vastaste meetmete toetuseks on selged: alandades autojuhtidele lubatud alkoholisisalduse taset veres ning garanteerides selle

kontrolli, päästame elusid. Tõendid on samaväärselt selged, et tagades riskitarvitajatele ja selgelt kahjulikul viisil alkoholi tarvitajatele esmasse nõustamise ning alkoholist tulenevate terviseprobleemide ravi, võime nende meetmete abil vähendada kahju. Lisaks kinnitavad tõendid, et koolipõhised alkoholiteemalised haridusprogrammid ei too endaga kaasa püsivaid muudatusi käitumises. See ei tähenda, et need hariduslikud püüdlused peaks hüljatama, need peaks pigemini ümber töötama alkoholipoliitiliste meetmete toetamiseks noorte seas. Viimaks, tõendid ütlevad meile, et alkoholi müügi ja tarvitamise kohtadel peaks keelutama alkoholi müümine alaealistele ning joobes inimestele ning et kogukondlik tegevus ja töökeskkonna programmid on potentsiaalselt efektiivsed, kuigi nad vajavad edasist uurimist.

Ainuüksi uurimistulemuste tundmine ning nende baasil rajatud poliitiliste meetmete rakendamine ei ole aga piisav. Nende meetmete efektiivsaks kehtestamiseks on vaja poliitilist ja avalikkuse toetust ning iga riik peaks leidma tasakaalu alkoholipoliitika ja oma kultuurilise arusaamise vahel alkoholiprobleemide küsimuses. Õnneks on käitumise muutumine suhtumiste oluliseks määrajaks ning toetus alkoholipoliitilistele meetmetele kipub kasvama pärast nende rakendamist, kuna selle tulemusel alkoholi tarvitamine väheneb.

Dr Nata Menabde, regionaalne asedirektor

WHO Euroopa regionaalne kontor

KOKKUVÕTE

Alkoholipoliitikat võib defineerida kui meetmete kogumit, mille eesmärgiks on vähendada alkoholi tarvitamisega seotud tervise- ja sotsiaalset kahju, arvestades, et ka teised konteksti puudutavad faktorid mõjutavad alkoholi tarvitamist ning sellest tulenevat kahju. Pannes tähele, et alkoholitööstus on muutunud kasvavalt aktiivsemaks oma ärihuvide kaitsmisel poliitikamaastikul, peaks selle majandusharu esindajate vastutus alkoholikahju vähendamisel olema seotud tootega, mis on nende äri põhiline osa. Alkoholipoliitikas peaks antama võimalus ka kodanikuühiskonnale oma seisukohtade väljendamiseks, et tasakaalustada teisi huvisid, mis võivad domineerida poliitiliste otsuste tegemisel. Piiriülesed ühised turud ja rahvusvahelised turukokkulepped võivad mõjutada alkoholipoliitikat, kuid nii Euroopa Liidu kui globaalsete turukokkulepete pessimistlik tõlgendus on alusetu, seda juhul kui rakendatud alkoholi poliitika keskendub protektsionistlike eesmärkide asemel tervise edendamise eesmärgile.

Alkoholi poolt põhjustatud kahju

Nii elu jooksul tarbitud alkoholi kogus kui ka kombinatsioon joomise sageduse ning ühel korral joodud hulga osas suurendavad laiaulatuslikult nii tervislikku kui ka sotsiaalset riski ja seda oluliselt kogusest sõltuval viisil. Euroopa Liit on kõige enam alkoholi tarvitav regioon maailmas: üle ühe viiendiku üle 15-aastastest (kaasa arvatud) tunnistab, et joob vähemalt kord nädalas 5 või enam alkoholiühikut (50 grammi või enam). Selline tugev episoodiline joomine on terves Euroopas kõigis vanuserühmades laialt levinud. WHO Euroopa regioonis on kõige kõrgem alkoholist põhjustatud üldine tervisekadu ning enneaegse suremuse proportsioon maailmas. Alkoholist tulenev kahju ning alkoholisõltuvuse esinemissagedus on väga otseselt seotud konkreetse riigi alkoholitarbimise kogusega elaniku kohta. Kahju kõrge tase peidab endas hiiglaslikku alkoholiga seotud tervisealast ebavõrdsust Ida- ja Lääne-Euroopa riikide vahel, eriti vigastustest põhjustatud surmade osas. Alkoholiga seotud üldine sotsiaalne kulu Euroopa Liidule on hinnatud 125 miljardile eurole aastas.

Teadlikkuse tõstmine ja poliitiline pühendumine

Kuigi informatsiooni jagamine ning haridus on teadlikkuse tõstmiseks

ning teadmiste edastamiseks olulised, ei vii informatsiooni ja hariduse iseenesest püsivate muutusteni alkoholiga seotud käitumises. Alkoholitööstuse rahastatud kampaaniad ning tervisesõnumid tunduvad omavat negatiivset efekti, teenides nii tööstuse müügi kui ka mainekujunduse huve. Kuigi tervisealased hoiatussõnumid toodetel ei mõjuta käitumisele, on need olulised, et tekitada sotsiaalne arusaamine: alkohol on eriline ja riskantne tooterühm. Tõendid kinnitavad, et kuigi selles osas on veel palju tööd teha, toetab avalikkus laiaulatuslike alkoholipoliitiliste meetmete rakendamist. Edasiste pingutuste vajadust kinnitavad näiteks olemasolevad negatiivsed arusaamised alkoholi hinna tõstmise mõjude suhtes. Kuigi riigi tasandil on selge ja eesmärgipärase alkoholipoliitika defineerimine ning teostamine valitsuse vastutus, siis alkoholipoliitika olemasolust üksi ei piisa. Efektive poliitika kehtestamist võib takistada läbipaistvuse ja informatsiooni puudumine, nõrk organiseerimine ja uute seaduste ja poliitikate tutvustamise puudumine, rahvatervise nõrk taristu, horisontaalsele vastupidiselt vertikaalselt organiseeritud valitsus, rahastamise puudumine, korruptsioon ja avalikkuse usaldamatus.

Tervise sektor

Kuigi esmatasandi lühiajaline nõustamine on esimene efektiivsete ja kuluefektiivsete tõendus põhiste ravimeetodite nimekirjas, tuvastatakse tavapäraselt vähem kui 10% riskantsel ning kahjulikul viisil alkoholi tarvitavast elanikkonnast ning abi pakutakse vähem kui 5%-le nendest, kellel sellisest nõustamisest kasu võiks olla. Täna teatakse palju enam mehhanismidest, mida on vaja lühiajalise nõustamise programmide üleriigiliseks rakendamiseks. Isikutele, kel on raskekujulisem alkoholisõltuvus ning sellega seotud probleemid, on mõeldud laiaulatuslik valik efektiivseks osutunud spetsiaalseid ravimeetodeid.

Kogukonna tegevus

Kogukonnal baseeruvad programmid – mis hõlmavad haridust ja teavituskampaaniaid, tööd meediaga, antireklaami ja terviseedendust, müügi- ja tarbimiskohtade kontrolli ning teisi regulatsioone, mis vähendavad alkoholi kättesaadavust, tugevdatud seaduste kehtestamist ning järelevalvet – võivad kõik mõjutada turvalisemate alkoholi tarbimise ja elukeskkondade loomist, vähendades alaealiste joomist, vähendades kahjulikul viisil joomist ning vähendades joobes juhtimist, ja seda arvestades, et nende teostamine ja käimashoidmine võib olla kulukas. Alkoholi tarvitamine võib suurendada töölt puudumise riski ning nõrka produktiivsust töökohal ja struktuuralsed faktorid töökohal võivad suu-

rendada kahju tekitava alkoholitarvitamise riski. Olemasolevad tõendid väidavad, et töökohakesksed sekkumised võivad alkoholiga seotud kahju vähendamisel mõjutada vaid teatud piirini.

Joobes autojuhtimine

Autojuhtidele alkoholikontsentratsiooni piirmäära seadmine veres ning selle määra langetamine on efektiivne joobes juhtimisega seotud hukkumiste vähendamiseks. Intensiivne „kõik-puhuvad“ testimine ning kontrollpunktid vähendavad alkoholiga seotud vigastusi ning surmaga lõppevaid õnnetusi. Tõendid kinnitavad mõningast efektiivsust ka järgnevatele meetmetele: madalama alkoholikontsentratsiooni piirmäära (ka nulltasandi) kehtestamine noortele ja uutele autojuhtidele, juhiloa äravõtmine joobes juhtimisega vahelejäänutele, kohustusliku ravi ning süüte „interluku“ (mehhaaniline vahend, mis ei võimalda autot käivitada inimesel, kelle vere alkoholisisaldus on lubatud piirmäärast kõrgem) kasutamine korduvalt joobes roolis olnud juhtide puhul.

Alkoholi kättesaadavus

Alkoholi ostmise vanuse alampiiri kehtestavate seaduste juurutamine näitab selget mõju joobes juhtimisega seotud hukkumiste ja teistele alkoholiga seotud kahjude vähendamisele. Kõige efektiivsemad on meetmed müüjate suhtes, kellel on huvi säilitada õigus müüa alkoholi. Alkoholi müügikohtade tihedus on seotud alaealiste alkoholitarvitamise kasvu, kuritegelike rünnakute kasvuga ning muude kahjudega, nagu mõrvad, laste ahistamine ning hooletusse jätmine, enese-vigastused ning, vähem järjepidevate tõendite kinnitusel, ka liiklusõnnetused. Kui pikendatud müügiajad võivad jagada alkoholiga seotud juhtumite esinemise erinevatele kellaegadele, siis ajalised müügiaja pikendused üldiselt ei vähenda vägivaldsete intsidentide sagedust ning viivad sageli üldise alkoholitarbimise ja probleemide kasvuni. Alkoholsete toodete müügitundide ja -päevade vähendamine toob kaasa alkoholiga seotud probleemide vähenemise, kaasa arvatud mõrvade ja rünnete osas.

Alkoholi turustamine

Kestevuuringud on näidanud, et erinevad alkoholi turustamise vormid, kaasa arvatud alkoholireklaami nägemine traditsioonilises meedias kui ka toote promomine filmides ning alkoholibrändiga seotud kaupade kaudu mõjutab seda, millal noor inimene hakkab jooma, ning suunab neid jooma riskantsemal viisil. Alkoholireklaami nägemise mõju paistab

olevat kumulatiivne ning turgudel, kus alkoholireklaami on laiaulatuslikumalt, noored inimesed pigem suurendavad oma joomist kahekümnendatesse eluaastatesse sisenedes, samas kui joomine on vähem esinev nende noorte seas, kes näevad vähem alkoholireklaame. Osades õigus-süsteemides põhineb alkoholi turustamine alkoholiga seotud tööstuste (reklaami, meedia ning alkoholitööstused) eneseregulatsioonil. Tõendid paljudest uurimustest aga kinnitavad, et need vabatahtlikud süsteemid ei hoia ära turustamisviise, mis mõjutavad noori inimesi.

Alkoholi hind

Kui teised faktorid jäävad muutumata, nagu sissetulek ning teiste kaupade hind, siis alkoholi hinna tõus toob kaasa alkoholi tarvitamise languse ning vastupidi. Hinnatõusud vähendavad alkoholi tekitatud kahju ning nende mõjul on näha olnud ka rohke joomise vähenemist. Poliitilised meetmed, mis tõstavad alkoholi hinda, lükkavad edasi esmast kokkupuudet alkoholiga, aeglustavad noorte inimeste edenemist suuremate koguste joomisele ja vähendavad ka noorte seas purjujoomist. Alkoholile grammi alusel miinimumhinna seadmine võib olla sama efektiivne kui üldine alkoholi hinna tõstmine, minnes maksma mõlemal juhul palju enam neile, kes joovad palju võrdluses nendega, kelle alkoholi tarbimine on vähene. Euroopa majanduslike kokkulepete tulemusena esinenud loomulikud eksperimendid on näidanud, et kui alkoholi hind ja maksud on langenud, siis müük ja alkoholi tarvitamine üldjuhul tõuseb. Piiri-üleste probleemide lahendus ei ole alkoholi hinna langetamises.

Alkoholi tarvitamise keskkonnad

Sekkumised alkoholi tarvitamise keskkondades võivad olla olulised, kuna potentsiaalselt ärahoitud probleemid võivad üldjuhul teha kahju ka teistele peale alkoholi tarvitaja enda, siia alla kuuluvad joobes juhtimisega seotud õnnetused ning vägivald. Kahjuks näitavad tõendid, et sellised sekkumised on piiratud mõjuga, kui neid ei toetata adekvaatse jõustamisega.

Illegaalne alkohol

Joomiseks mittemõeldud alkoholid ja ebaseaduslikult toodetud või kodus tehtud alkohol võivad tervisele olla kahjulikud kõrgema etanoolisisalduse ja saastatuse poolest selliste kahjulike ainetega nagu metanool, phtalaadid või etüülkarbamaadid. Illegaalselt kaubeldav alkohol võib tuua suurema terviseriski tulenevalt kas saastumisest kauplemisprotses-

sis või tulenevalt selle madalamast hinnast, mis toob võrreldes legaalse alkoholiga kaasa rohkema tarvitamise. On hinnatud, et 1990-ndate aastate keskel läks illegaalne alkohol Euroopa Liidule maksma umbes 8% selleaegsest alkoholiaktsiisi tulust.

SISSEJUHATUS

Alkoholipoliitika on meetmete kogum, mille eesmärgiks on vähendada alkoholi tarvitamisega seotud tervislikku ja sotsiaalset kahju, kuigi ka teised poliitilised, sotsiokultuurilised ning majanduslikud faktorid mõjutavad alkoholi tarvitamist ning sellest tulenevat kahju. Suur osa tõendusmaterjalist alkoholipoliitikate mõju kohta tuleb Põhja-Ameerikast ja Põhja-Euroopast, kuid üldiseid põhimõtteid, millest lähtudes konkreetseid alkoholipoliitikad töötavad, mõistetakse suhteliselt hästi ning neid võib kohaldada erinevates ühiskondades. Pannes tähele, et alkoholitöösutus on muutunud poliitikamaastikul kasvavalt aktiivsemaks eesmärgiga kaitsta oma majanduslikke huve, peaks äriliste ettevõtjate vastutus alkoholiga seotud kahju vähendamisel olema seotud toodetega, mis on nende äri põhiosaks. Alkoholipoliitikas peaks antama seisukohtade väljendamiseks võimalus ka kodanikuühiskonnale, et tasakaalustada teisi huvisid, mis võivad poliitiliste otsuste tegemisel domineerida. Kui alkoholipoliitika on tavakohaselt olnud riiklik küsimus, siis poliitika teostamine ka kohalikul (omavalitsuse) tasandil omab mitmeid eeliseid. See sektsioon käesolevast raamatust tõmbab tähelepanu riikidevaheliste ühisturgude ja rahvusvaheliste kaubakokkulepete potentsiaalsele mõjule alkoholipoliitika üle ja väljendab, et nii Euroopa Liidu kui globaalsete turukokkulepete pessimistlik tõlgendus on alusetu, seda juhul kui rakendatud alkoholipoliitika keskendub proteksionistlike eesmärkide asemel tervise edendamisele. Arvestades rahvusvahelise kogukonna toetuse vajadusega sellistele poliitikatele ning potentsiaalsele abile alkoholi ja kauplemise vahelise suhte korraldamisele, on mitmed rahvaterviseinstitutsioonid ja teadlased kutsunud WHO tubaka tarbimise vähendamise raamkonventsiooni eeskujul vastu võtma ka WHO alkoholi tarbimise vähendamise raamkonventsiooni.

Mis on alkoholipoliitikad?

Alkoholipoliitikaid on defineeritud kui meetmete kogumit, mille eesmärgiks on vähendada alkoholi tarvitamisega seotud tervise- ja sotsiaalset kahju (1). On olemas ka rida teisi poliitikaid, mis võivad vähendada või suurendada alkoholiga seotud kahju, kuid mida üldiselt ei kirjeldata alkoholipoliitikana, kuna neid ei rakendata peaaesjalikult alkoholi kahju vähendamise eesmärki silmas pidades. Näiteks võiksid olla üldised liiklusturvalisuse meetmed.

Alkoholipoliitika peamiseks eesmärgiks on rahva tervise ja sotsiaalse heaolu edendamine. Lisaks sellele suudab poliitika tegeleda ka turu ebaõnnestumistega, tagades, et lapsed ei tarvitaks alkoholi, kaitstes alkoholi mitte tarvitavaid inimesi alkoholi tarvitamisega seotud kahju eest, ning jagades kõigile tarbijatele informatsiooni alkoholiga seotud mõjude kohta. Kui valitsus pöörab kasvavalt oma tähelepanu ka tervisealasele ebavõrdsusele, saab alkoholi tarvitamisega seotud haigustest tuleneva ebavõrdsuse vähendamine sellise poliitika lisaülesandeks.

Edasi, liberaalsetel riikidel on ülesanne kanda hoolt oma rahva tähtsate vajaduste eest, nii individuaalselt kui ka kollektiivselt (2). See rõhutab riikide kohustust tagada tingimused, mis võimaldavad inimestel olla terved, ning võtta kasutusele meetmed, et vähendada tervisealast ebavõrdsust. Selliselt meelestatud riik tunnistab, et rahva peamine vara on tervis: parem tervislik olukord on seostatud suurema üldise heaolu ning produktiivsusega (3,4).

Alkoholipoliitika struktuur ja optimaalne tase sõltub iga ühiskonna konkreetsetest eesmärkidest ja tahtlikkusest võtta omaks erinevad poliitilised meetmed. Näiteks, iga püüe määratleda optimaalne alkoholi maksumäär sõltub empiirilistest faktidest, mida võib olla keeruline mõõta, nagu näiteks hinna määr nii tarvitajaile kui ka mittetarvitajaile ning ka hinnaerinevus erineva sissetulekutasemega alkoholi tarvitajaile. See sõltub ka muutuvatest ühiskondlikest väärtustest, nagu näiteks kuhumaani peaks lapsi ja noori kaitsma ning mis on alkoholimaksu spetsiifiline eesmärk, mida tahetakse saavutada – kas näiteks konkreetne tulu riigikassasse või alkoholi tarvitamisega seotud kahju vähendamine.

Alkoholipoliitikaid võib hinnata nende efektiivsuse järgi, mil määral konkreetne poliitika, programm või sekkumine, kui see on rakendatud reaalses oludes, teeb seda, milleks ta on konkreetses kogukonnas ellu kutsutud. Samuti võib seda hinnata kuluefektiivsuse järgi, mis on defineeritud majandusliku hindamise alusel võrreldes kahe või enama sekkumise kulu ja tulemusi (5).

Mis on alkoholipoliitika tõenduslik alus?

Suur osa kirjandusest, mis annab hinnangu alkoholipoliitikate efektiivsuse kohta, tuleb Põhja-Ameerikast ning Põhja-Euroopast, kuigi mõningaid poliitikaid on hinnatud ka terves Euroopas (6). Üldised põhimõtted, mille alusel konkreetsed alkoholipoliitilised strateegiad toimivad, on hästi mõistetud ning neid võib sageli rakendada igas ühiskonnas. Näi-

teks joores juhtimise vastased meetmed rajanevad üldisel heidutamise efektil ning alkoholsete jookide maksud rajanevad tarbija nõudmise mõjutamisel läbi hinna tõstmise. Seega, fakt, et on olemas kontseptuaalne alkoholipoliitika raamistik ning et need põhimõtted erinevates ühiskondades ka üldiselt toimivad, tähendab, et uurimuse tulemused ühest ühiskonnast sobituvad ka teise ühiskonda (7).

Poliitilised, sotsiokultuurilised ja majanduslikud faktorid, mis mõjutavad alkoholiga seonduvat kahju

Kuigi alkoholipoliitilised meetmed võivad oluliselt mõjutada alkoholi tarvitamist ning sellega seotud kahju, on olemas ka mitmeid teisi kontekstiseseid faktoreid, mis samuti joomist ja kahju mõjutavad. Lõuna-Euroopas, Vahemeremaades, näiteks langes veini tarvitamine märkimisväärselt enne alkoholipoliitiliste meetmete ja ennetusprogrammide tutvustamist. Need langused tulenesid olulisel määral linnastumise kasvust, põllumajandusest tehase- ja teenistustööle suundumisest kui ka perestruktuuri muutustest, mida toetas ka hilisemate aastate kasv tervisealases teadlikkuses ning alkoholipoliitikas (8).

Huvigrupid ja alkoholipoliitika

Alkoholi tarvitamisega seotud kahju vähendamine nõuab mitmetasandilist tegevust, mis kaasab peale rahvatervise osapoolte erinevaid huvigruppe potentsiaalselt kahjuliku alkoholitarvitamise vastu võitlemiseks.

Majandussektoris alkoholimaksud mitte ainult ei vähenda alkoholiga seotud kahju, kaasa arvatud alkoholi mitte tarvitavatele inimestele, need toovad ka lisatulu riigikassasse (9). Maksud võib seada maksimaalse tulupotentsiaaliga, kuid see saavutatakse väga harva. Sellised maksud on ka efektiivseks tuluallikaks programmide rahastamisel, mis aitavad vähendada tervisealast ebavõrdsust. Vaatamata debattides sageli esitatud lihtsale mudelile (vähenev alkoholi tarvitamine viib töökohtade vähenemiseni, mis viib tööpuuduse suurenemiseni), vajab enamus nendest ühendustest praktikas selliseid eeldusi, mis harva koos toimivad (10). Näiteks, kui inimesed kulutavad vähem raha alkoholile, kulutavad nad selle teiste kaupade ostmiseks, mis lisab töökohti mujal majandusharudes. Pikas perspektiivis on tõendite kohaselt alkoholipoliitiliste meetmete mõju töökohtadele null. Teisalt, kulud, millega peaks mõne aasta perspektiivis arvestama, on reguleerimisega seotud kulutused.

Investeeringud alkoholitootmise sektorisse on märkimisväärselt kasva-

nud ning on seotud produktiivsuse kasvuga, eriti õlle- ja viinatööstustes. Osades riikides on innovatsioon õlletööstuses toonud kaasa viiekordse toodangu kasvu töötaja kohta. Sarnaselt veinistööstusega on siin suurendatud mehhaniseeritud töötlemist ning töö on olulisel määral üle läinud arvuti juhitud süsteemile. Suurem osa alkoholiga seotud töökohtadest on teistes sektorites, peamiselt jaemüügis ning hotellides, restoranides ja cateringi sektoris. Siin on aga reguleerimisega seotud kulud palju madalamad kui alkoholi tootmises (10).

Alkoholi tootmises, levitamises, hinna reguleerimises ja müügi edendamises on mängus olulised majanduslikud huvid (11). Alkoholitööstus koosneb võrdlemisi suurtest tootjatest ning hulгимüüjatest, kes turustavad alkoholseid jooke jaemüüjatele, kes seejärel edastavad neid läbi baaride, restoranide ning jaemüügi kaubanduse müügiks tarbijatele. Alkoholitööstus on oma majandushuvide kaitsmise nimel muutunud poliitikaareenil kasvavalt aktiivsemaks. Rahvatervise spetsialistide seas on levinud väited, et alkoholitööstuse esindajad mõjutavad oluliselt alkoholipoliitika teemade päevakorda võtmist, kujundades seadusloojate vaateid poliitika teemadel ning otsustades poliitdebattide tulemusi. Oma huvide ja mõju edendamiseks riikliku alkoholipoliitika kujundamisel rahastab tööstus riiklike, regionaalsete ja globaalsete „sotsiaalse vastutuse“ organisatsioonide võrgustikke, mis spondeerivad valikuliselt ennetusprojekte, või tööstussõbralikke alkoholiprobleemide vaateid ja poliitikaid, edendades ettevõtete sotsiaalse vastutuse põhimõtet (12). Ajaleht Economist on juhtinud tähelepanu, et erasektori rolli suhtes valitsuse ülesannete täitmise mõjutamisel peaks olema ettevaatlik. Valitsused on avaliku huvi korrapärased kaitsjad, nad on eesmärkide seadmisel vastutavad kõigi kodanike ees, vahendajateks erinevate huvide vahel, nad peavad reageerima sotsiaalse õigluse kõigile nõuetele ning tagama avalikud teenused ja koguma nende rahastamiseks makse (13). Sellest on arenenud seisukoht, et tööstuste roll ja vastutus alkoholi tarvitamisega seotud kahjude vähendamisel peaks olema seotud tootega, mis on nende äri keskmeks. Näiteks võiksid tööstuse esindajad kaaluda oma toodete hinna ja kanguse mõjutamisega kahju vähendamist, pühendudes alkoholiühiku miinimumhinna regulatsiooni toetamisele. Tootjad ja edasimüüjad võiksid pühenduda illegaalselt kaubeldud alkoholi puudutava info ja teadmiste jagamisele, toetada üle-euroopalist maksumärkide süsteemi ning mehhanisme, mis aitaksid järge pidada alkoholsete toodete liikumisele nende levitamise ahelas.

Olemaks efektiivne, peab alkoholipoliitika võimaldama hääleõiguse ka

kodanikuühiskonnale, et tasakaalustada erapoolikut ärihuvi, mis sage- li poliitiliste otsuste tegemises domineerib (14). Valitsusvälised organi- satsioonid on alkoholipoliitikas olulisteks partneriteks, olles kodaniku- ühiskonna elujõuliseks komponendiks, kasvatades inimeste teadlikkust, seistes muutuste eest ning luues poliitikas dialoogi (15).

Alkoholipoliitika erinevatel tasanditel

Kuigi alkoholipoliitika on traditsiooniliselt olnud riikliku tasandi admi- nistratsiooni vastutusallas, on viimastel aastakümnetel see situatsioon mitmel viisil muutunud (7). Oluliselt kasvanud kauplemise ja reisimise- ga on kaasnenud suuremad võimalused alkoholsete jookide liikumiseks üle riigipiiride kas siis seadusliku impordi või salakaubana. Riikideva- heline alkoholitootmine ja kauplemine on ekspordi ja impordi mõttes kasvanud märkimisväärselt, ühendades multinatsionaalseid tootjaid, arendades rahvusvahelist litsenseerimist ning luues multinatsionaalseid reklaamiagentuure toodete promomiseks. Olulisimad aga kõigist nen- dest faktoritest on riikide piire ületava ühisturu kasv ning rahvusvaheli- sed turukokkulepped.

Alkoholipoliitika vastutusallad erinevates jurisdiktsioonides erinevad riigi- ti. Erinevad vastutused on riigi, regionaalset ja kohaliku omavalitsuse tasandil. Kohaliku tasandi aktiivsusel on mitmeid positiivseid eeliseid (7). Kohalikud elanikud on lähedal sellele, kus alkoholiprobleeme ko- getakse isiklikult. Kogukonnad peavad toime tulema liiklusõnnetuste tagajärjel aset leidnud surmajuhtumite ning vigastustega. Kohalik kogu- kond peab tagama haigla- ja kiirabiteenused ning abi ja sekkumise ini- mestele, kes on alkoholisõltuvuses ning kelle alkoholi tarvitamine toob kaasa kahju. Kogukonna liikmed kogeavad alkoholiprobleeme isiklikult ning püüded vähendada seda kahju tulevikus on samuti isiklik küsimus. Kui kohaliku poliitika edendajad pakuvad välja uusi poliitilisi meetmeid, puutuvad nad vahetult kokku nendega, kes oponentivad nendele poliiti- katele ning kellel võivad olla kallutatud huvid. See tähendab, et poliitika võib sel moel luua kohalikul tasandil debati oponentivate kogukonna- gruppide vahel ning seega tõmmata nendele teemadele meedia tähele- panu. Linnakeskkond on samuti alkoholi liigtarvitamise riskifaktoriks, eriti madala sotsiaalse kapitaliga piirkondades, kus linnad arendavad öö- eluga seotud majandusharusid ja teiste inimeste alkoholitarvitamisega seotud ahistamine ning korrariikumine on levinud (16). Kui alkoholi- poliitikad ja programmid on riigisiselt delegeeritud erinevatele juris- diktsioonidele, kaasa arvatud kohalikele omavalitsustele, on oluline, et riiklik seadusloome võimaldaks piiramise asemel kohalikel omavalitsus-

tel selles valdkonnas tegutseda (17). Samuti on oluline hoiduda riskist, et kohalikus poliitikas rakendatakse kõige vähem kuluefektiivseid poliitikaid, mille hulka kuuluvad ka haridusprogrammid.

Alkoholipoliitika Euroopas

Alkoholi tarvitamine, alkoholikahjuga seotud poliitika ja alkoholipoliitika ise on olulisel määral mõjutatud Euroopa Liidu kaubandust reguleerivatest seadustest (18). Kus on toode alkohol, millega kaubeldakse ja mis on samas oluliselt ka tervisega seotud, on tähtis tunnistada Euroopa Liidu leppe kohustust tagada inimeste tervis kõigi liidu poliitikate ja tegevuste rakendamisel. See tähendab, et ka teiste peadirektoraatide poliitikates ning tegevustes peab ühise turu parandamiseks oluliselt arvestama tervise hoidmisega.

Siiski võib Euroopa kaubandust reguleeriv seadus piirata alkoholipoliitikaid ning seda ka vaatamata kindlatele rahvatervise huvidele rajanevate vabastuste olemasolule. See vastab eriliselt tõele, kui seadusandlus suhtub alkoholi kui vaid majanduslikku tootesse, arvestamata nende seaduste olulist mõju rahvatervisele. Lähtudes sellest, et Euroopa Liidul on legaalne kohustus arvestada terviseaspektiga kõigis oma tegevustes, on Euroopa tasandil selle lõhe ületamiseks potentsiaal olemas. Valitsused peaksid arvestama sellega, kui alkoholipoliitikat viiakse kõige paremini ellu kohalikul tasandil, millal peaks erinevate riikide alkoholipoliitikaid respektierima eraldiseisvaina ning millal oleks Euroopa tasandil kõige kohasem kollektiivne tegevus.

Nagu sotsiaalpoliitika valdkonnas laiemalt on tähele pandud, on Euroopa Kohtu ja Euroopa Vabakaubanduse Assotsiatsiooni otsused näidanud, et rohkem on hakatud arvestama tervise- ja sotsiaalpoliitikaga (18). Selline tegevus suunab volitused osaliselt rahvusvahelistele kohtutele, mis on osade kodanikuühiskonna gruppide jaoks mure põhjuseks. Enamgi veel, selline laiendatud haare on potentsiaalselt kallutatud majanduslike, mitte sotsiaalsete huvide poole ning ka praktikas näitavad kohtukaasused, et ajuti asetatakse majandushuvid tervisehuvidest ettepoole.

Võib väita, et enamiku kommentaatorite pessimistlikke tõlgendusi Euroopa Liidu seaduse rolli osas alkoholipoliitika suhtes peaks tasakaalustama. Kohtud on kehtestanud loa jaemüügi monopolidele ning kinnitanud alates 1980. aastast valitsuste õigust juurutada tervisest motiveeritud alkoholipoliitikaid, mis häirivad Euroopa Liidu ühisturgu. Võib isegi väita, et negatiivne mõju riiklikesse alkoholipoliitikatesse on olnud väike.

1990-ndate aastate keskel asus Soome ja Rootsi valitsus seisukohale, et hulгимüügi-, impordi- ja ekspordimonopolide lõpetamine Põhjamaades ei mõjuta tõenäoliselt alkoholiga seotud kahju, niikaua kui jaemüügi monopol säilitatakse. Impordipiirangud võivad olla küll eemaldatud, kuid Rootsi valitsus on teatanud, et „Rootsi alkoholipoliitika püsib kindlana“, arvestades, et eraettevõtjaist importöörid peavad Rootsile siiski alkoholimaksu maksma.

Poliitikategijad võivad teha vähemalt kaks järeldust kohtukaasustest, mis on käsitletud alkoholipoliitikate vastavust Euroopa Liidu seadustele. Esiteks, laiahaardelised poliitikad läbivad proportsionaalsuse printsiibi testi suuremate probleemidega; poliitika kujundajad peaksid mõistma, et üldkehtiva laiahaardelise poliitika vähenegi mõjutamine, nagu näiteks Prantsusmaa Loi Evini seadus reklaamimise suhtes, võib kaasa tuua olulisi muutusi (19). Teiseks, alkoholipoliitikad on kujunenud ajalooliselt majandus- ja tervise teemade ühismõjuna, kuid tänapäeval on see muutunud palju problemaatilisemaks. Poliitikad peavad seetõttu olema konkreetselt suunatud tervise- ja sotsiaalsete teemade käsitlemisele, mis tähendab, et üks potentsiaalne mõjutaja alkoholipoliitikale (riiklik alkoholitööstus) on seega kõrvaldatud. Vast kõige tugevam järeldus, mida siit võib teha, on see, et Euroopa Liidu seadused on alkoholipoliitika küsimuses kahtlemata olulised ning neid peab võimalike tulevaste kokkulepete arengu käigus lähedalt jälgima.

Alkoholipoliitika globaalses raamistikus

Rahvusvaheline kaubandusseadus on üldine alus paljude geograafiliste piirkondade ja teemadega seotud leaalsete määruste sätestamisel. Kõige kõrgema profiiliga globaalne kokkulepe on olnud kaupade Üldine Tolli- ja Kaubanduskokkulepe (GATT), millele kirjutasid 1948. aastal alla 23 riiki ning mida on progressiivselt üle vaadatud ning mis laienes 1970-ndateks aastateks juba üle 100 riiki. 1995. aastal loodi püsiva organisatsioonina tegutsema hakanud Maailma Kaubandusorganisatsioon (WTO) ning uue kokkuleppena allkirjastati Üldine Teenustemüügi Leping (GATS), mis hõlmas laialt defineeritud teenuseid. Need on kokkulepped, mis suurima tõenäosusega mõjutavad ka alkoholipoliitikat (20,21).

WTO süsteemis on kaks osa. Esiteks on seadus ise: hulk kokkuleppeid, millele kõik liikmed on alla kirjutanud, kuid on ka mitmeid valdkondi, kus liikmed võivad ennast kohustustega siduda, kuid ka nendest loobuda. Teiseks on seaduse jõustamine, mis väljendub kolmeastmelise protsessina: (1) riik esitab WTO-le kaebuse; (2) pärast läbirääkimisi määrata

vad WTO liikmed rahvusvaheliste õigusekspertide paneeli, kes otsustab juhtumi üle ning kui vajalik, siis teaduslike/tehniliste ekspertide abil; (3) kui otsus apelleeritakse, suunatakse see apellatsioonikohtusse, kes langetab oma otsuse.

WTO kokkulepped keelustavad mitmed alkoholipoliitikad, mis võivad tekitada kodumaistele äridele eelise välismaiste ees (22). Siiski, nii GATT (Artikkel XX) kui ka GATS (Artikkel XIV) väljendavad selgelt, et kumbagi kokkulepet ei ole võimalik tõlgendada viisil, mis välistaks meetmete rakendamise, mis on vajalik inimese tervise kaitseks. See kehtib niikaua, kui sellised meetmed ei ole „varjatud piirangud kaubandusele“ või „ebaõiglane diskrimineerimine“. Kui terviseargumendi kaitse paistab võimaldavat riikidel kehtestada ka rahvusvaheliste kaubanduskokkulepetega vastuollu minevaid alkoholipoliitikaid, siis on määravaks sõnaks „vajalik“. Need alkoholipoliitikad, mis rikuvad riigis kehtivaid kaubandusega seotud kohustusi, peavad läbima WTO vajalikkuse testi, mis tähendab, et „meede peab olema võimalikest meetmetest kõige vähem kaubandust piirav, täites oma tervist kaitsvat eesmärki.“

Tõestamise koorem lasub oma meedet kaitsval riigil, kes peab näitama, et poliitiline meede ei ole varjatud piirang kaubandusele, ning riigid peavad samuti tõestama, et võimalikud alternatiivid ei oleks võrdväärselt efektiivsed.

Poliitikad, mille eesmärgiks on kaitsta kodumaiseid alkoholitootjaid välismaiste konkurentide ees, ei ole WTO seadustega lubatud (22). Selliste poliitiliste meetmete eemaldamisega võib kaasneda alkoholi tarvitamise tõusu läbi langetatud hindade ja kasvava turustamise kombinatsioon. Šveitsis toimus viinaga seotud seaduste liberaliseerimise tagajärjel hindade langus ning tarvitamise kasv (23). Seega toovad WTO kokkulepped suure tõenäosusega alkoholiga seotud kahju juurde.

Erinevate huvide konfliktide üle otsustavate institutsioonide järjepidevaks vastuseks – proteksionistlike ja rahvatervise poliitikate küsimustes – on olnud otsustamine proteksionistlike huvide vastu, samal ajal kinnitades rahvatervise eest seisvate meetmete õigusi.

Kontrastina kaitseb WTO valdavalt puhtalt tervisehuvidest motiveeritud poliitikaid, hoiatusega, et poliitikad peavad läbima vajalikkuse testi, mille kaubandust tugevalt piiravad poliitikad harva läbivad. Näiteks, konkreetsete jookide eelistamise külmutamine või kvantitatiivsed piirangud on vähetõenäolised riikidele, kes on võtnud enda peale vastutusi asjako-

hastes sektorites. Vaatamata sellele on riigid täiesti vabad oma tervisekaitse taseme määratlemisel ning puhtalt tervisest motiveeritud poliitikad võivad olla kindlad, et nad jäävad WTO kohtutes püsima. Kaaludes vähem turgu piiravaid alternatiive, on neil võimaldatud võtta arvesse ka rakendamisega seotud küsimusi. Nad võivad riskide hindamisel arvestada ka teadusliku arvamusega – mis on kahtlemata ettevaatusprintsii- bi vormiks. Euroopa Viinatootjate Organisatsiooni (CEPS) seisukoht, et vabatahtlik eneseregulatsioon ja haridus on regulatsioonile „mõistlikeks alternatiivideks“, ei jää seega WTO paneelis tõenäoliselt pidama (22).

See järeldus vastab tõele ka käimasoleva diskussiooni suhtes kodumaise regulatsiooni teemal, mis paistab ähvardavat vajalikkuse testiga kõiki poliitika- id. Selline areng suurendab nende alkoholipoliitikate arvu, mida loetakse illegaalseteks, kuid seda siiski vaid nende puhul, mis oleksid täielikult või osaliselt protektsionistlikud; need, mis on täielikult moti- veeritud tervisealastest põhjustest, jääksid ka sel juhul mõjutamata. See aga tõstatab siiski küsimuse, kuidas riik saab WTO-le demonstreerida, et tema poliitikad on mõjutatud ainult rahvatervisest. Välisel vaatlejal ei ole lihtne otsustada, mis eesmärgiga on üks või teine poliitiline meede vastu võetud: kas alkoholireklaami keeld on vahend alkoholi tarvitami- sega seotud kahju vähendamiseks, poliitiline vastus avalikkuse survele, vahend kaitsmaks kohalikke tööstusi välismaise konkurentsi vastu – või kõik kolm? Lisaks sõltub toetus paljudele poliitikatele erinevatest osa- pooltest, kes nõustuvad konkreetse meetmega erinevatel põhjustel (va- litsus ise, tervisespetsialistid, kohalik ja rahvusvaheline alkoholitööstus, tarbijad jne).

Selles kompleksssuse kontekstis võib öelda, et poliitikat võib kujundada eesmärgiga, et maksimaalselt suurendada mõju tervisele samas mini- maalselt segades majandust (peegeldades vajalikkuse testi mõtet).

Seega, kaubandust reguleerivad poliitikad tõenäoliselt suurendavad al- koholiga seotud kahju taustal oma mõju täielikult või osaliselt protektsionistlikele poliitikatele. Riigid on siiski vabad reguleerima, rajanedes terviseargumentidele ja selles mõttes on väide, justkui oleks tervisekaitse ebaefektiivne või nõrk, ilmne liialdus. Tõepoolest, WTO on tervisepolii- tikate suhtes aupaklik, seda vähemalt võrreldes teiste WTO kokkuleppes sisalduvate protektsionistlike meetmetega (22). Siiski on rahvatervise kogukonna seas arusaamist, et WTO seadus ei võimalda paljusid ter- visest motiveeritud seadusi. Näiteks täheldab üks hiljutine WHO välja- anne, et „praegused rahvusvahelised kaubandusseadused ning vabaturu liikumise olemasolu väidab, et tootmise ja levitamise kontrollimine võib

osades riikides olla piiratud tähtsusega“ (23). Sarnaseid kommentaare valdkondade suhtes, mis hõlmavad maksustamise poliitikat ja reklaamimise piiranguid, võib leida ka WHO kaubandusseaduse ja alkoholi teemalises ülevaates ning Ameerika Rahvatervise Assotsiatsiooni resolutsioonis (22).

On oluline saata seadusetegijatele selge sõnum, et üldiselt on nad alkoholi osas vabad vastu võtma ükskõik millist poliitikat, peasi et see oleks puhtalt motiveeritud tervisealastest argumentidest ning kujundatud nii kaubandussõbralikuks kui vähegi võimalik. Olemasolevate poliitikate suhtes, mis on kompromissiks tervisealaste ja proteksionistlike huvide vahel, võivad seadusetegijad otsustada oodata ja vaadata, kas WTO esitab nende suhtes mingi väljakutse ja kui nad seda teevad, siis on võimaluks poliitika täieliku kaotamise asemel ka selle ümberkujundamine. Iga vastupidine seisukoht võib olla ebavajalik kahju rahvatervisele.

Pea ühehäälselt on tervisevaldkonnas tegutsejate seas aktsepteeritud mõte, et kaubandusalased läbirääkimised ja dispuudid peaksid olema läbipaistvad, olulisemal määral kaasama kodanikuühiskonda ning tervise huvide eest seisjaid nagu WHO, eriti arvestades, kui erinevalt erinevad huvirühmad neid teemasid mõistavad (22). Vajalikkuse testi laiendamine kodumaisele regulatsioonile võib olla ebatõenäoline, kuid see on siiski võimalik ja vajab seetõttu eriti põhjalikku tähelepanelikkust.

Erinevate alkoholi kaubandusega seotud kohustuste muutmise potentsiaalset mõju on rahvatervise kirjanduses määratletud alljärgnevalt:

- WTO kokkuleppeid – või lihtsamalt öeldes nende tõlgendusi – võib muuta erinevatel viisidel, mis oleksid kasuks tervisele (24). Näiteks võib tervisekaitse tõestamise kohustust muuta, nõudes riigilt, kes toetub terviseargumendi erandile, lihtsalt näitamist, et praeguse poliitika säilitamine oleks ilmselgelt ebamõistlik. Alternatiivina võib rahvusvahelise kaubandusõiguse all nendele meetmetele anda vaidlustatava eelduse legitiimsuse. Sellised muutused muudaksid kaubanduse ja tervise tasakaalu, kui arvestatakse osaliselt proteksionistlikke ja osaliselt tervisest motiveeritud poliitikaid.
- Maailma Arstide Assotsiatsioon ja teised on pakkunud, et alkohol eemaldataks kaubanduskokkulepetest täielikult (25). Kuigi see võib olla mõjusaim viis osaliselt proteksionistlike poliitikate kaitsmiseks, ei ole alkohol teistsugune võrreldes teiste kaupadega, mille regulatsioon hõlmab samuti nii õiguslikke kui ka mitteõiguslikke

eesmärke ja võib olla keeruline tõestada, et alkohol on erandlik juhtum. Kus alkohol erineb teistest kaupadest, on potentsiaalne kahju kasv tulenevalt protektsionistlike poliitikate eemaldamisest. Selle tähtsus sõltub sellest, kas alternatiivsed meetmed on võimelised tasakaalustama liberalisatsiooni mõjusid. Vaikse Ookeani Ühenduse Sekretariaat on väitnud, et globalisatsioonile vastuseisimine jääb alkoholi suhtes alati tugevaimaks variandiks ning selle tulemusena on nii alkohol kui ka tubakas Vaikse Ookeani Saarte Ühenduste Kaubanduskokkuleppes kõrvale jäetud(26).

- Aina enam on hakatud rääkima alkoholipoliitika raamkonventsiooni vajalikkusest (27), mis oleks koostatud kehtiva WHO tubaka tarbimise vähendamise raamkonventsiooni eeskujul või mõnel alternatiivsel meetodil, luues siduva rahvusvahelise kokkuleppe alkoholi küsimuses (28). See ei muudaks automaatselt WTO-ga mittekooskõlalisi poliitikaid lubatuks, kuid see tagaks sellistele poliitikatele rahvusvahelise toetuse ning aitaks potentsiaalselt toime tulla alkoholi ja kaubanduse vahelise suhtega. See võib lisada ka kaalu selliste poliitikate kaitsele kaubandusalastes dispuutides, kuid viis, kuidas see mõjutaks osaliselt protektsionistlikke poliitikaid, jääb seni teadmata.

Millised eales on vaated nende variantide suhtes, võivad valitsused teutseda kehtivas süsteemis, et minimiseerida kaubanduse võimalikku mõju alkoholiga seotud kahjule (22). Esiteks, nad võivad hoiduda tulevikus lisanduvatest kohustustest alkoholiga seonduvalt, võimaldades endal püüelda osaliselt tervisele keskenduvate poliitikate ja osaliselt protektsionistlike poliitikate suunas – millised eales on enamus praegu eksisteerivaid alkoholipoliitikaid. See võimaldab neil ka hoiduda liberalisatsiooni negatiivsetest mõjudest ning püüelda poliitikate suunas, mis oleks puhtalt tervisest motiveeritud, kuid samas potentsiaalselt kaubandust piiravad. Teiseks, niipalju kui see on poliitiliselt mõistlik ja soovitud, võivad nad tutvustada karme alkoholipoliitikaid tasakaalustamiseks aset leidva liberaliseerumise mõjusid. Viimaks, nad võivad kindlustada, et nende alkoholipoliitikad püüavad saavutada nende rahvatervise ja sotsiaalse heaolu eesmärke minimaalse võimaliku mõjuga kaubandusele, selleks et hoida ära võimalus, et leitaks WTO seaduste rikkumisi.

Mis on Euroopa?

See raport viitab vahel WHO Euroopa regioonile ja vahel Euroopa Liidule (EL). WHO Euroopa regioon koosneb 53 liikmesriigist: Albaania,

Andorra, Armeenia, Austria, Azerbaidjaan, Valgevene, Belgia, Bosnia ja Hertsegoviina, Bulgaaria, Horvaatia, Küpros, Tšehhi Vabariik, Taani, Eesti, Soome, Prantsusmaa, Saksamaa, Gruusia, Kreeka, Ungari, Island, Iirimaa, Iisrael, Itaalia, Kazahstan, Kõrgõstan, Läti, Leedu, Luksemburg, Malta, Monaco, Montenegro, Holland, Norra, Poola, Portugal, Moldova Vabariik, Rumeenia, Venemaa, San Marino, Serbia, Slovakkia, Sloveenia, Hispaania, Rootsi, Šveits, Tadžikistan, endine Jugoslaavia vabariik Makedoonia, Türgi, Turkmenistan, Ukraina, Suurbritannia, Uzbekistan.¹

Euroopa Liit koosneb 27 liikmesriigist: Austria, Belgia, Bulgaaria, Küpros, Tšehhi, Taani, Eesti, Soome, Prantsusmaa, Saksamaa, Kreeka, Ungari, Iirimaa, Itaalia, Läti, Leedu, Luksemburg, Malta, Holland, Poola, Portugal, Rumeenia, Slovakkia, Sloveenia, Hispaania, Rootsi ja Suurbritannia.² Selle raporti kirjeldavatel eesmärkidel on nad mõnikord grupeeritud järgnevalt:

- EL15: Austria, Belgia, Taani, Soome, Prantsusmaa, Saksamaa, Kreeka, Iirimaa, Itaalia, Luksemburg, Holland, Portugal, Hispaania, Rootsi, Suurbritannia.
- EL10: Bulgaaria, Tšehhi, Eesti, Ungari, Läti, Leedu, Poola, Rumeenia, Slovakkia, Sloveenia.
- EL7: Bulgaaria, Tšehhi, Ungari, Poola, Rumeenia, Slovakkia, Sloveenia.
- EL5: Tšehhi, Ungari, Poola, Slovakkia, Sloveenia.
- EL3: Eesti, Läti, Leedu.
- EL2: Bulgaaria, Rumeenia.

Mõnikord grupeeritakse Euroopa regiooni liikmesriike ka järgnevate WHO klassifikatsioonide põhjal:

- *Eur-A: väga madal täiskasvanute/ väga madal laste suremus*
Andorra, Austria, Belgia, Horvaatia, Küpros, Tšehhi, Taani, Soome, Prantsusmaa, Saksamaa, Kreeka, Island, Iirimaa, Iisrael, Itaalia, Luksemburg, Malta, Monaco, Holland, Norra, Portugal, San Ma-

¹ WHO Regional Office for Europe [veebileht]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/AboutWHO/About/MH>, 13.07.2009).

² Europa [veebileht]. European countries. Brussels, European Union, 2009 (http://europa.eu/abc/european_countries/index_en.htm, 13.07.2009)

rino, Sloveenia, Hispaania, Rootsi, Šveits, Suurbritannia.

- *Eur-B: madal täiskasvanute/ madal laste suremus*
Albaania, Armeenia, Azerbaidžaan, Bosnia ja Hertsegoviina, Bulgaaria, Gruusia, Kõrgõstan, Montenegro, Poola, Rumeenia, Serbia, Slovakkia, Tadžikistan, endine Jugoslaavia vabariik Makedoonia, Türgi, Turkmenistan, Uzbekistan.
- *Eur-C: kõrge täiskasvanute/ madal laste suremus*
Valgevene, Eesti, Ungari, Kasahstan, Läti, Leedu, Moldova Vabariik, Venemaa, Ukraina.

Kokkuvõte

Mida me teame

- ✓ Valitsustel on kohustus kanda hoolt oma elanike tähtsate vajaduste, kaasa arvatud alkoholi põhjustatud kahju eest.
- ✓ Parem tervis on seostatud parema üldise heaolu ja produktiivsusega.
- ✓ Alkoholi poliitikal on olemas ulatuslik tõenduspõhi.
- ✓ Kontekstuaalsed faktorid võivad sõltumatult alkoholi poliitikast mõjutada alkoholi seotud kahju.
- ✓ Erinevatel sektoritel on erinev ja spetsiifiline vastutus alkoholi seotud kahju vähendamisel.
- ✓ Alkoholi poliitikat mõjutab Euroopa kaubandusõigus, kuid kohtud otsustavad sageli rahvatervist toetavate meetmete kasuks.
- ✓ Alkoholi poliitikat mõjutavad ka WTO kokkulepped, kuid poliitikal, mis on motiveeritud puhtalt terviseargumentidest, jäävad tõenäoliselt püsima.

Mida me ei tea

- ✗ Osas Lõuna- ja Ida-Euroopa riikidest ei ole tehtud spetsiifilist alkoholi poliitikate hindamist.

- ✘ Tõelist ulatust, mil määral kaubandusõigus nii Euroopa kui ka globaalsel tasandil võib õõnestada efektiivset alkoholipoliitikat.

Järeldused

Alkoholipoliitika on vahend, mille kaudu valitsused võtavad vastutuse, et vähendada alkoholiga seotud kahju nii tarvitajale kui ka teda ümbritsevatele inimestele. Selliste poliitikate rakendamisel võivad valitsused julgustada huvirühmi ja osapooli erinevatel tasanditel täitma oma vastutust alkoholiga seotud kahju vähendamisel. Valitsused võiksid lähedalt jälgida kaubanduskokkulepete potentsiaalset mõju alkoholipoliitikale ning kindlustada, et nende poliitikal on tugev ja efektiivne rahvatervise alus.

ALKOHOLI TERVISE-, SOTSIAALNE JA MAJANDUSLIK MÕJU

Käesolev osa märgib, et nii kogu elu jooksul joodud alkoholi kogus kui ka joomise sagedus ja ühel korral joodud koguste kombinatsioon tõstab tervist puudutavaid ja sotsiaalseid riske, mis on olulisel määral seotud tarvitatud alkoholi kogustega. Kroonilisest alkoholitarvitamisega seotud olukorrast tingitud risk kasvab lineaarselt alates null-tarvitamisest ning arvestades edaspidi tarvitatud kogustega ja joomise sagedusega ning ühel juhtumil tarvitatud kogustega. Surmarisk püsib alla 1 juhtumi 100 inimese kohta nii meeste kui naiste puhul, kui nende tarbimise määraks on kõige enam 20 grammi või vähem ühel korral ning isegi kui need korrad esinevad igal päeval. Ühiskondlikul tasandil on Euroopa Liit kõige enam alkoholi tarbiv regioon maailmas, kusjuures üle viiendiku üle 15-aastasest elanikkonnast tunnistab tugevat episoodilist joomist (defineerituna viis või enam alkoholiühikut ühel juhtumil või 50 grammi alkoholi) vähemalt korra nädalas. Tugevat episoodilist joomist ei leita ainult noorte ja põhja-eurooplaste seas, vaid see on levinud kõigis vanuserühmades ja kõikjal Euroopas. WHO Euroopa regioonis on maailma kõige kõrgem alkoholiga seotud haiguste ja surmajuhtumite tase, väga lähedase seosega konkreetse riigi elaniku kohta tarvitatud alkoholikoguse ning alkoholi tarvitamisega seotud kahju ning sõltuvuste esinemissageduse vahel. See rohke kahju peidab endas väga suurt ebavõrdsust alkoholiga seotud tervisekahjudes võrreldes Ida- ja Lääne-Euroopat, eriliselt arvestades surmajuhtumeid, mis tulevad vigastustest. Üldist alkoholiga seotud sotsiaalset kulu Euroopa Liidule hinnatakse 125 miljardile eurole aastas ning immateriaalset kulu 270 miljardile eurole aastas.

Individaalsel tasandil

Nii elu jooksul tarvitatud alkoholi kogus kui ka tarvitamise sageduse ja ühel korral tarvitatud koguse kombinatsioon tõstavad alkoholiga seotud kahju riski, peamiselt kogusest sõltuval moel (29). Alkohol on toksiline aine, mis mõjutab kesknärvisüsteemi erinevaid protsesse ja struktuure, mis, suhtes isikuomadustega, käitumise ja sotsiokultuuriliste ootustega on põhjusfaktoriteks tahtlikele ja mittetahtlikele vigastustele ja kahjule, mida kannatavad teised inimesed peale tarvitaja enda (29), kaasa arvatud isikuvastane vägivald (30), enesetapp (31), mõrvad (32),

kuritegevus (33) ja joobes juhtimisega seotud surmad (34) ning kaasaaitavateks faktoriteks riskantsele seksuaalsele käitumisele (35), sugulisel teel levitatud haigustele (36) ja HIV-nakkusele (37). Alkohool on teratogeen erinevate mitmete negatiivsete mõjudega lootele, põhjustades teiste seas madalat sünnikaalu, kognitiivseid puudulikkusi ning alkoholist põhjustatud sünnidefekte (38). Alkohool on neurotoksilise mõjuga aju arengule, tuues teismeeas kaasa hipokampuse struktuuralseid muutusi ning keskeas vähenenud ajumahu (40). Alkohool on sõltuvust tekitav aine, sarnane teistele rahvusvahelise kontrolli all olevate substantsidega (41). Tegemist on immunosupressandiga, mis tõstab nakkushaiguste riski (42), ka tuberkuloosi riski (43). Alkohoolsed joogid on Rahvusvahelise Vähiuuringute Agentuuri poolt klassifitseeritud kantserogeeniks, mis tõstab suuõõne ja neelu, söögitoru, seedeelundite, käärsoole, pärasoole ja rinnavähi riski lineaarselt kogusest sõltuvas suhtes (44, 45). Atsetaldehyüd, mis esineb alkohoolsetes jookides ning mida toodetakse ka etanooli metaboliseerumisel, on potentsiaalseks vähiriski suurendajaks. Alkohoolsete jookide poolt põhjustatud globaalne keskmine vähiriski näitaja on 7,6 10 000 inimese kohta (46).

Alkoholil on kahetine suhe südameveresoonekonna haigustega. Väikeste ja regulaarsete doosidena (umbes 10 grammi igal teisel päeval) paistab alkohol olevat südant kaitsev (47), kuid suuremates kogustes ning eriti tarvitatuna ebaregulaarsel viisil on alkohol südamele toksilise mõjuga (48). Peab ka ära märkima, et üleval on ka märkimisväärsed kahtlused, mil määral tuleneb täheldatud kasulikkus südamele süstemaatilistest definitsioonivigadest (49,50), joomistavade ja geneetilistest faktoritest (51) ning mil määral seda kaitsvat efekti on üle hinnatud (52,53).

Alkoholiga seotud diagnoosi tõttu hospitaliseerimise risk kasvab lineaarselt koos alkoholi tarvitamisega (54). Nagu varem mainitud, kasvab alkoholi põhjustatud surma risk lineaarselt vastavalt alkoholi tarvitamise kasvule (55), joomise sagedusele ning ühel korral tarvitatud kogustele (56). Arvutused Austraalia kohta näitavad, et inimestel, kes tarvitavad regulaarselt 20 grammi alkoholi päevas, on elu jooksul surmarisk alkoholiga seotud haigusesse 0,4 saja kohta. Sellest tasemest kõrgemale kasvab risk vastavalt alkoholiühikute kasvule päevas ning on üle ühe saja kohta 30 grammi alkoholi puhul päevas, kasvades järsemalt naiste puhul võrreldes meestega (57). Sarnased hinnangud näitavad, et surmarisk alkoholi põhjustatud vigastustesse kasvab koos joomise sagedusega, kusjuures igal joomise tasandil on surmarisk meestele kõrgem kui naistele. Vigastustest põhjustatud surma risk püsib alla ühe saja kohta nii meestele kui

naistele, kui nad joovad alati 20 grammi või vähem ühel joomiskorral, isegi kui seda tehakse iga päev (57).

Surrogaadid ja illegaalsed alkohoolsed joogid võivad tuua lisa terviseriski tulenevalt kõrgest etanoolisisaldusest ning toksilistest saastainetest nagu metanool ja plii (58) ning võivad sageli kaasa tuua ka sotsiaalse marginaliseerumise (59).

Ulatuslikud sotsiaalmajanduslikud erinevused alkoholiga seotud suremuses on hästi dokumenteeritud (60). Suurbritannias on töötav sotsiaalne klass riskirühmaks alkoholiga seotud suremuses ja hospitaliseerimises ning seda eriti meeste seas (61), samal ajal kui Põhjamaade uurimustest selgub, et alkoholiga seotud suremuse määr on 1,9-3,2 korda suurem kätsi tööd tegevate meeste seas võrreldes meestest töölistega, kes ei tööta kätega (62). Uurimus Soomest viitab sellele, et sotsiaalmajanduslikud muutujad toimivad nii kollektiivsel kui ka individuaalsel tasandil (63): piirkondades, kus oli enim kätega töötavaid inimesi, oli alkoholi tarvitamisega seotud suremust 20% rohkem kui piirkondades, kus oli vähem kätega töötavaid inimesi. Sarnane efekt kehtis ka töötuse, linnastumise ja sotsiaalse sidususe osas, mis oli vastutav umbes 40% alkoholiga seotud suremuse erinevuse eest erinevates piirkondades, peale seda kui oli arvesse võetud kõiki neid muutujaid individuaalsel tasandil. See väidab, et inimeste joomisega seotud käitumine on oluliselt mõjutatud naabruses elavatest inimestest.

Ühiskondlikul tasandil

Euroopa Liit on kõige enam alkoholi tarvitav regioon maailmas. Keskmiselt tarbib täiskasvanud inimene siin 11 liitrit absoluutset alkoholi aastas, mis on kaks ja pool korda suurem kogus kui ülejäänud maailma keskmine (9). Umbes 53 miljonit täiskasvanut (14%) ei tarvita alkoholi üldse, samas umbes 58 miljonit (16%) klassifitseeruvad tugevateks joojateks (naised, kes tarvitavad keskmiselt enam kui 20 grammi alkoholi päevas, ning mehed, kes tarvitavad enam kui 40 grammi alkoholi päevas) (9). Igal aastal on umbes 23 miljonit täisealist (6%) alkoholist sõltuvuses. 2006. aasta lõpus läbi viidud Eurobaromeetri küsitlus leidis, et umbes 80 miljonit üle 15-aastastest eurooplastest (üle 1/5 EL-i täisealiste populatsioonist) tunnistas tugevaid episoodilisi joomisi (Eurobaromeetri küsitluses defineeritud kui viis või enam alkoholiühikut ühel joomiskorral, 50 grammi absoluutset alkoholi) vähemalt üks kord nädalas 2006. aastal (64). Palju suurem proportsioon kõigist meestest (31%), võrreldes naistega (12%), tunnistas neid iganädalasi tugevaid episoodilisi joomisi. Umbes 25 mil-

jonit üle 15-aastast eurooplast (15-aastased kaasa arvatud) tunnistas, et tugev episoodiline joomine oli viimase kuu jooksul nende tavapäraseks joomisharjumuseks. Eurobaromeetri küsitluse kohaselt ei olnud tugev episoodiline joomine omane ainult noortele või põhja-eurooplastele. Kui 24% 15-24-aastastest tunnistas tugevat episoodilist joomist vähemalt kord nädalas 2006. aastal, siis sarnane joomisharjumus oli omane ka 18% üle 55-aastastele. Kogu populatsiooni osakaal, kes tunnistas tugevaid joomisharjumusi, oli 54% Iirimaa ja 33% Hispaanias, mis oli palju kõrgem kui Soomes (17%) ja Rootsis (11%).

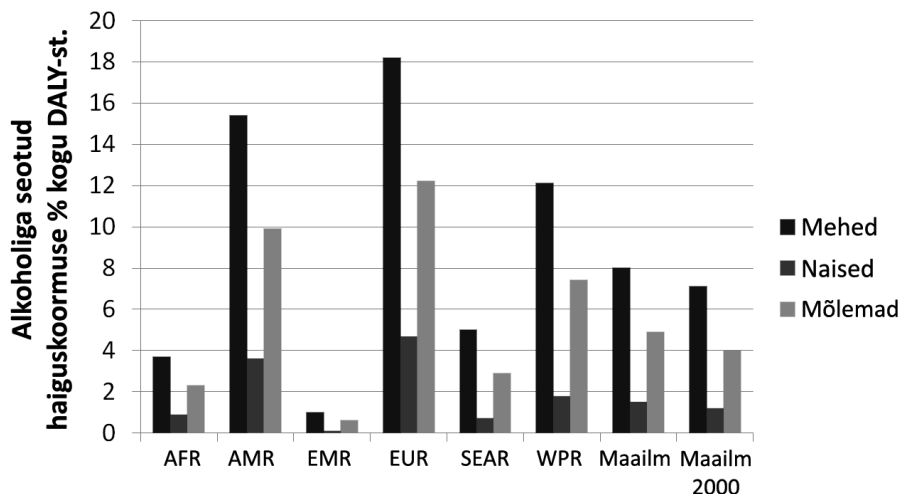
Muidugi toob sellise tasemega alkoholarvitamine ning viis, kuidas seda tehakse, endaga kaasa palju kahju: WHO Euroopa regioonis on alkoholi tarvitamisega seotud haiguste ja enneaegsete surmade osa kõige suurem maailmas (Joonis 1) (65).

Ökoloogilisel tasandil eksisteerib väga lähedane seos riigis elaniku kohta tarvitatud alkoholi koguse ja alkoholiga seotud kahju ning alkoholisõltuvuse esinemise vahel, mis viitab sellele, et kui alkoholi tarvitamine kasvab, tõuseb ka alkoholiga seotud kahju ning alkoholisõltuvusega elanike osakaal ja ka vastupidi (66-67).

Raske on hinnata üleüldist alkoholiga seotud sotsiaalset kahju EL-is (9). Alkoholi on seostatud kuritegevusega terves Euroopas, erinevates riikides ja erinevate kuritegevuse tüüpide korral on alkoholiseos olemas 20%-st kuni 80%-ni ning suures osas on alkohol põhjusliku rolliga. 7 miljonit täiskasvanut EL15-s teatas viimase aasta jooksul joomise käigus kaklustesse sattumisest. Alkoholiga seostatud kuritegevuse majanduslikku kahju hinnati 2003. aastal EL-is 33 miljardile eurole (9). See kulu hõlmab politsei, kohtute ja vanglate kulusid (15 miljardit eurot), kulutusi kuriteo ennetusele ja kindlustusele (12 miljardit eurot) ning varale tehtud kahju (6 miljardit eurot). Joobes juhtimisega seotud kahju varale on hinnatud 10 miljardile eurole ning kuritegevuse füüsilise ja psühholoogilise mõju immateriaalne kahju on hinnatud 9-37 miljardile eurole. Umbes 2000 mõrva (kümnest 4, kõigist mõrvadest) on seostatud alkoholi põhjusega. Hinnanguliselt 23 miljonit eurooplast on alkoholisõltuvuses igal aastal ning selle poolt pereliikmetele põhjustatud valu ja kannatuse immateriaalse kahju väärtuseks hinnatakse 68 miljardile eurole. Hinnangud kahju ulatuse kohta töökohal on keerulisemad, kuid peaaegu 5% alkoholi tarvitavatest meestest ja 2% alkoholi tarvitavatest naistest EL15-s tunnistas, et alkohol mõjutab negatiivselt nende tööd või õpinguid. Alkoholi tarvitamisega seotud töölt puudumisest ja töötusest tuleneva produktiivsuse languse kahju on hinnatud esimese puhul 9-19 miljardile

eurole ning teise puhul 6-23 miljardile eurole.

Joonis 1. Alkoholiga seostatud summaarne tervisekadu DALY-s proportsioonina kogu DALY-st, 2004.



AFR: Aafrika regioon; AMR: Ameerika regioonid; EMR: Ida-Vahemere regioon; EUR: Euroopa regioon; SEAR: Kagu-Aasia regioon; WPR: Vaikse Ookeani Lääne regioon.

WHO kasutab mõõdet, mida nimetatakse enneaegse surma ja vigastuse tõttu kaotatud eluaastad (DALY – disability adjusted life years), et hinnata iga riskifaktori põhjustatud tervelt elatud eluaastate kaotust. Näiteks, kui täiusliku tervisega elatud aasta hinnatakse numbriga 1 ja surma numbriga 0 ning rikutud tervisega elatud aasta, mis märkimisväärselt vähendab elu kvaliteeti, hinnatakse nende kahe vahele. DALY-ga mõõdetakse seda tervist puuduvat erinevust praeguse olukorra ja selle vahel, mis oleks võinud olla.

Allikas: Rehm et al (65).

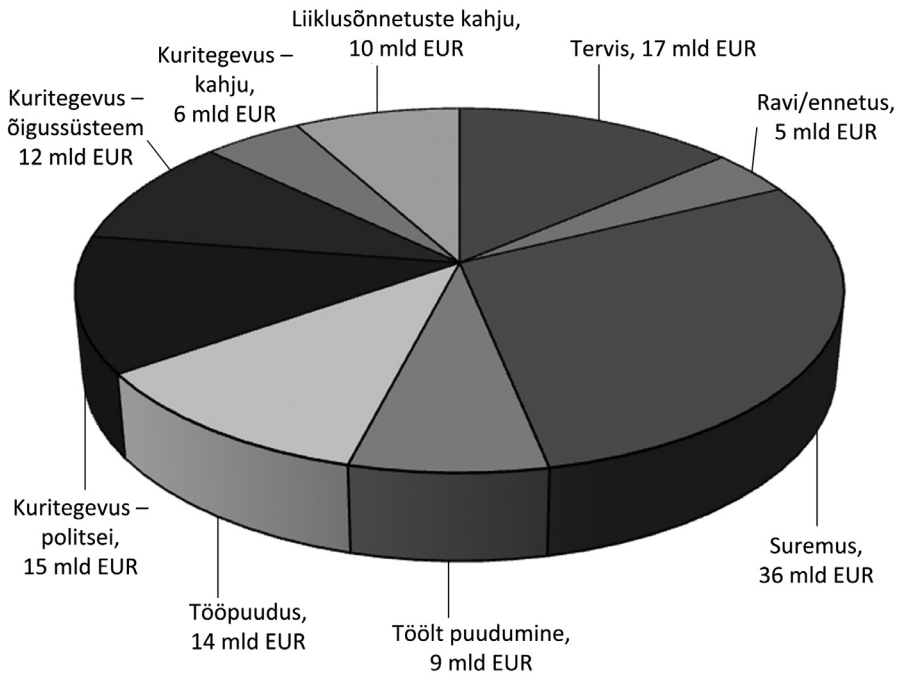
Suure osa alkoholi poolt põhjustatud kahjust kannavad teised inimesed peale alkoholi tarvitaja enda (9). See hõlmab 60 000 alakaalulisena sündinud last, 16% vägivalda all kannatavat või hooletusse jäetud last ning 5-9 miljonit last, kes elab perekonnas, mis on oluliselt mõjutatud alkoholi tarvitamisest. Alkohol mõjutab ka teisi täiskasvanuid, kaasa arvatud umbes 10 000 roolijoodikute ohvrit ning märkimisväärselt osa alkoholiga seotud kuritegevuse ohvreid, kes pole ise samuti alkoholi tarvitanud. Ka osa majanduslikust kahjust maksavad teised inimesed ja institutsioonid, kaasa arvatud olulise osa 33 miljardist eurost, mis kulub kuritegevuse tõttu, 17 miljardit tervishoiusüsteemile ja 9-19 miljardit tulenevalt töölt puudumisest.

Rajanedes 21 Euroopa uurimusele oli alkoholi üldine materiaalne kulu EL-is 2003. aastal 125 miljardit eurot (hinnangud ulatuses 79-220 miljar-

dit eurot), mis vastab 1,3% SKT-st (0,9-2,4%) (Joonis 2) (9). Tegelik kulu alkoholiga seotud probleemidele oli sellest 66 miljardit eurot ning töölt puudumise, töötuse ja enneaegse surma tõttu ära jäänud tootlikkus läks maksma ülejäänud 59 miljardit eurot.

Lisaks käegakatsutavale materiaalsele kulule põhjustab alkohol ka umbes 152-764 miljardi euro ulatuses immateriaalset kulu, mis väljendub väärtuses, mille inimesed panevad valule, kannatusele ja elukaotusele, mis on põhjustatud alkoholi tarvitamise poolt. See immateriaalne kulu ei ole majanduslik kulu selle tavalises mõistes ning seda ei saa võrrelda näiteks SKT-ga (samuti ei saa seda lisada materiaalsele kulule, lähtudes sellest, et nad mõlemad sisaldavad hinnangulist kaotatud elu väärtust, kuid arvutused on tehtud erinevatel viisidel). Samas annab see kulu täpsema hinnangu majanduslikule ning inimkulule, mille alkohol EL-is endaga kaasa toob.

Joonis 2. Alkoholi materiaalne kulu (kululiikide kaupa) EL-is aastal 2003.



Allikas: Anderson ja Baumberg (9).

Sotsiaalne ebavõrdsus tervises

EL-i erinevate piirkondade vahel valitseb väga suur oodatava eluea erine-

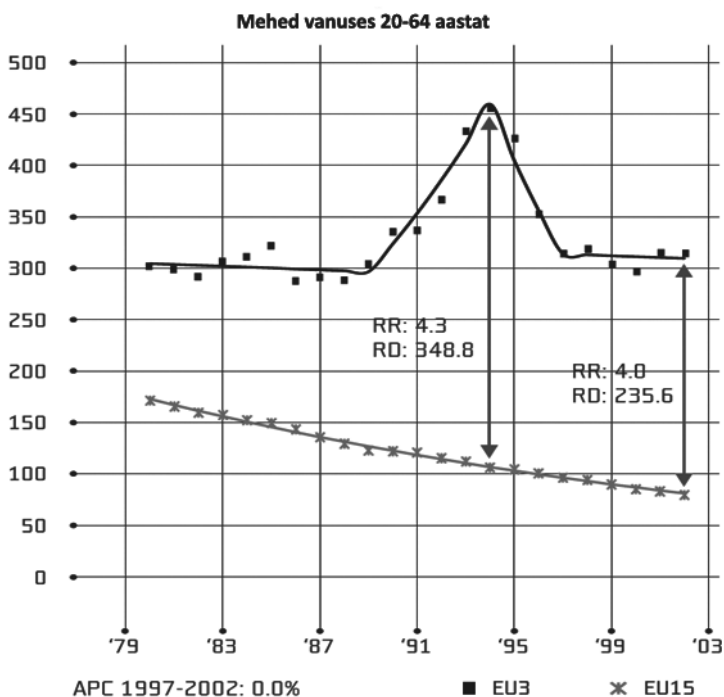
vus, paljastades inimkapitali raiskamise, sidususe ja liidu stabiilsuse ohutuseadmise ning tuues kaasa üleüldises produktiivsuses ebaefektiivsuse. Näiteks 2002. aastal oli 20-aastaste meeste oodatava eluea erinevus EL15 ja EL5 vahel 5,8 aastat, võrdluses EL2-ga 6,8 aastat ning EL3-ga 9,8 aastat. Umbes 25% oodatava eluea erinevusest 20-64-aastastel meestel EL10 ja EL15 võrdluses aastal 2002 võib arvata alkoholi arvele ning täpsemalt tulenevad erinevused joomisharjumustest (68).

Alkoholiga seotud terviseerinevus väljendub ulatuslikult erinevustes südameveresoonkonna ja vigastuste suremuses. Näiteks, kontrastina Lääne-Euroopa riikidele, südameveresoonkonnast tulenev suremus Ida-Euroopa riikides, eriliselt Balti riikides, tõusis äkiliselt, kõrghetk 1994. aastal, ning langes seejärel oma endisele tasemele (Joonis 3). See trend peegeldas selgelt, et juobeseisundiga seotud surmad – näiteks vigastustesse – tulenesid vahemikus 1990-1994 alkoholi tarvitamise kasvust. Selle fenomeni kõige enam omaks võetud tõlgendus on, et see on peamiselt alkoholi tarvitamise ajalise viisi tagajärjeks. Kui tarvitatud alkoholi kogus tarvitatakse ära harvematel joomise kordadel, veresoonkonna risk kasvab (48). Teine seletus, ja teist mitte välistav, võib olla koostoime foolhappe tarbimisega, nimelt on viimane Ida-Euroopas madalam (68). Alkohol sekkub foolhappe imendumisel ja metaboliseerumisel erinevates staadiumites (69) ning alkoholi tarvitamisega seotud kasulikkus südameveresoonkonna haiguste ennetamisele kaob madala foolhappe omastamise tõttu (70).

Teine näide on enneaegne suremus vigastustesse, mis on üks seitsmest ennetatavast suremuse põhjusest EL-is (68). Euroopas on kolm selget vigastustega seotud suremuse kihti: võrrelduna EL15 riikidega on nende tase kahekordne seitsmes Kesk- ja Ida-Euroopa riigis ning vähemalt viis korda kõrgem kolmes Balti riigis. Surmaga lõppevate vigastuste juhtivaks põhjuseks on alkohol, põhjustades kolmandiku kõigist surmaga lõppenud õnnetustest ja vigastustest 20-64-aastaste eurooplaste seas. Balti riikides tuleneb kolmandik enneaegsest suremusest vigastustest ning peaaegu pool kõigist vigastuste tõttu suremistest on põhjustatud alkoholist (Tabel 1). Kuna pool terviselõhest EL15 ja Balti riikide vahel tuleneb vigastustest, võib sellest järeldada, et vähemalt veerand sellest lõhest on põhjustatud alkoholist. Oluline osa terviselõhest mõnes EL10 riigis tuleneb nõrgast tervishoiutaristust, kaasa arvatud juba ajalooline epidemioloogiline fookus mittenakkuslike haiguste asemel nakkushaigustele, puudulikust arusaamisest ja ligipääsust modernsele epidemioloogiale ja rahvatervisele ning tõenduspõhisele meditsiinile, efektiivsete rahvatervi-

se sekkumiste puudumisest kui ka kahjulikest joomisharjumustest, eba-kindlast keskkonnast ja sotsiaalse tõrjutuse kõrgest tasemest (68).

Joonis 3. Suremus südameveresoonehaigustesse Balti riikides (EL3) võrrelduna EL15-ga, mehed vanuses 20-64, 1980-2002.



RR: määra suhe; RD: määra erinevus; APC: aastane protsendi muutus.

Allikas: Zatonski et al (68).

Tabel 1. Alkoholi põhjustatud suremus vigastustesse inimestel vanuses 20-64, aastal 2002.

Alkoholi põhjustatud vigastuste suremus	EU15	EU7	EU3
<i>Mehed:</i> Suremuse tase alkoholi põhjustatud vigastustesse	16,9	44,1	160,0
Alkoholi põhjustatud vigastuste osakaal kõigi vigastuste seas	29%	38%	48%
<i>Naised:</i> Suremuse tase alkoholi põhjustatud vigastustesse	3,1	7,0	27,9
Alkoholi põhjustatud vigastuste osakaal kõigi vigastuste seas	19%	29%	42%

Allikas: Zatonski et al (68).

Kokkuvõte

Mida me teame?

- ✓ Alkoholiga seotud haigusesse või vigastusse suremise risk kasvab koos alkoholi tarvitamise kasvuga.
- ✓ Juues päevas keskmiselt 20 grammi alkoholi, on akuut-
sesse või kroonilisse tervisehädasse suremise võimalus
vähem kui üks sajale.
- ✓ Inimesed madalamast sotsiaalmajanduslikust grupist
on kõrgemas alkoholi põhjustatud surmariskigrupis.
- ✓ Alkoholi põhjustatud sotsiaalne kahju EL-is on hinna-
tud 125 miljardile eurole aastas.
- ✓ 25% Ida- ja Lääne-Euroopa meeste oodatud eluea eri-
nevus on põhjustatud alkoholi tarvitamisest.

Mida me ei tea?

- ✗ Alkoholi põhjustatud kahju ärahoitavat osa, kui Eu-
roopas rakendataks efektiivset alkoholipoliitikat.

Järeldused

Alkoholi tekitatud surma risk kahaneb alkoholi tarvitamise vähendamisega. Tarvitades vähem kui 20 grammi alkoholi päevas, väheneb eluaegne alkoholi põhjustatud surma risk alla 1/100-le. Uusi liikmesriike võiks toetada alkoholipoliitika arendamisel ja rakendamisel, et seeläbi vähendada tervisealast ebavõrdsust EL-i erinevate regioonide vahel ning toetada üldist efektiivsuse ja produktiivsuse kasvu Euroopas.

TEADLIKKUSE SUURENDAMINE JA POLIITILINE PÜHENDUMINE

See peatükk täheldab, et kuigi informatsiooni ja hariduse edastamine on olulised teadlikkuse suurendamiseks ja teadmiste jagamiseks, siis iseenesest informatsioon ja haridus ei vii püsivate muutusteni alkoholiga seotud käitumises. Haridus võib olla aga vahendiks teadlikkuse ja toetuse tõstmisel ning oluliseks elemendiks laiemas alkoholistrateegias. Alkoholitööstuse rahastatud kampaaniad paistavad omavat negatiivset efekti, edendades nii tööstuse müügi- kui ka avalike suhete huve. Vaatamata sellele, et hoiatussildid omavad vähest mõju käitumisele, on nad olulised, aidates suurendada arusaamist, et alkohol on eriline ja ohtlik toode. Populaarsed arusaamised alkoholiga seotud vastutuste ja tegevuste osas on olulised poliitika kujundamisel, kusjuures poliitika kujundajad panustavad nii omalt poolt nende arusaamiste tekkimisse kui ka lähtuvad olemasolevatest arusaamistest. Meil on tõendid üldsuse toetuse osas laiaulatuslike alkoholipoliitiliste meetmete rakendamiseks, kuid samas on veel palju tööd vaja teha, arvestades olemasolevate negatiivsete suhtumistega kõrgendatud alkoholihindade potentsiaalsesse mõjusse. Kuigi riigi tasandil on valitsuse vastutus määratleda ja kehtestada selge alkoholipoliitika, millel on eesmärgid, adekvaatne teaduslik alus ja kättesaadavad infosüsteemid, ei piisa siiski üksi alkoholipoliitika olemasolust. Läbipaistvuse ja informatsiooni puudumine, uute poliitikate ja seaduste nõrk organiseerimine ja tutvustamine, nõrk rahvatervise taristu, horisontaalsele vastupidiselt vertikaalselt organiseeritud valitsus, finantseerimise puudumine, korruptsioon ning autoriteedi usaldamatus avalikkuse poolt – need kõik on takistusteks efektiivse poliitika rakendamisele.

Hariduse ja taevituskampaaniate mõju

Informatsiooni ja hariduse jagamine on oluline teadlikkuse tõstmiseks, eriti keskkonnas, kus võitlevad vastandlikud sõnumid, mis tulevad reklaamindusest ja joomist toetavatest sotsiaalsetest normidest ja kus alkohol on ka kergelt kättesaadav ei juhi need püsivate muutusteni alkoholiga seotud käitumises (7).

Koolipõhine informatsioon ja haridus

Mitmed süstemaatilised ülevaated on hinnanud koolipõhiseid haridus-

programme ja jõudnud järeldusele, et need ei ole efektiivsed meetmed alkoholiga seotud kahju vähendamisel (71,72). Kuigi on olemas tõendid alkoholiga seotud täienevate teadmiste ja suhtumiste positiivsete mõjude kohta, ei ole tõendeid käitumise püsiva mõjutamise kohta. Üks süstemaatiline ülevaade hindas 14 süstemaatilist ülevaadet, identifitseerides 59 kõrgekvaliteedilist programmi, millest ainult kuus olid võimelised näitama mingeidki tõendeid efektiivsuse kohta (72). On huvitav ka märkida, et üks ülevaade, mis leidis positiivseid tulemusi (73), oli rajatud ekslikule analüüsile ning peale korrektse analüüsi tegemist mingit efekti ei leitud (74). On pakutud, et kasvatus ja sotsiaalse turunduse programmid võiksid olla lootuspakkuvad, kuid ka nende puhul on leitud vastakaid mõjusid. Näiteks, 14 kasvatusliku programmi süstemaatiline ülevaade leidis tõendeid alkoholi tarvitamise vähenemise kohta vaid kuuest programmist (75) ja 15 sotsiaalse turundusprogrammi süstemaatiline ülevaade leidis, et 8 uurimust 13-st andsid lühiajalist (kuni 12 kuud) tulemust alkoholi tarvitamise osas, 4 uurimust 7-st näitasid mõningast tulemust 1-2 aasta ulatuses ning 2 uurimust 4-st näitas vähest mõju üle 2 aasta (76).

Alaealiste joomist käsitlevate preventiivsete sekkumiste süstemaatiline analüüs identifitseeris 25 ülevaadet ja üle 400 sekkumise. Nendest 127 tulemused olid üle vaadatud ning vaid 12 puhul leiti positiivseid tulemusi alkoholiga seotud käitumise osas (77). Paraku ei olnud võimalik identifitseerida ühtegi selget programmide gruppi või kategooriat, mis oleksid töotanud positiivseid tulemusi.

On tehtud mitmeid soovitusi, kuidas koolikeskkonnas läbi viidud haridusprogrammide mõju võiks parandada: julgustada programmi planeerijaid kavandama formatiivset arengufaasi, mille käigus suheldaks noorte inimestega ning testitaks konkreetset sekkumist noorte ja õpetajate peal; suunata programm noortele nende arengu õiges staadiumis; kanda hoolt, et programmid oleksid interaktiivsed ning oskusi arendavad; seada eesmärgiks käitumise muutumine; lisada kordussessioonid järgnevatel aastatel; lisada informatsiooni, millest oleks noortele kohest praktilist kasu; kaasata sobivaid õpetajaid (78-82). Lisaks, kõik parandused peaks sisestatama kooli kontseptsiooni kui tervist edendavasse keskkonda (83).

Kui haridus püüab peamiselt mõjutada käitumist läbi suhtumiste mõjutamise, siis tegelikult on olemas tõendeid, mis väidavad, et käitumine mõjutab hoopis suhtumisi, mis tõstatab seega küsimuse, kas sekkumised peaksid keskenduma suhtumistele või käitumisele. Teismeliste suitsetamist puudutavad uurimused on leidnud, et suhtumised suitsetamisse ei

olnud kooskõlas ega ka tugevaks ennustajaks edasise käitumise osas pikemas ajas (84). Sama uurimus leidis, et varasem suitsetamine oli seotud suhtumistega, mis viitasid, et teismelised kohandasid oma suhtumisi, et viia need vastavusse oma käitumisega. Uurimus viitab ka sellele, et teised faktorid täidavad tähtsat rolli suitsetama hakkamisel ning jätkamisel, nagu näiteks soodus sotsiaalne maine ja suitsetavad eakaaslased.

Avalikkusele suunatud hariduslikud kampaaniad. Üldiselt on avalikkusele suunatud hariduslikud programmid leitud olevat ebaefektiivsed alkoholiga seotud kahju vähendamiseks (1). Eranditeks on joores juhtimise vastased massimeedia kampaaniad, kui need on rakendatud koos tugevate joores juhtimise vastaste meetmetega, sel juhul võivad need omada mõju (85). Antireklaam, mis jagab informatsiooni toote, selle mõjude ja seda reklaamiva tööstuse kohta selleks, et selle kütkestavust ja tarvitamist vähendada, on ebaselge mõjuga (1).

Joomist puudutavatele juhtnõõridele rajanevad kampaaniad

Kuigi joomist käsitlevate juhtnõõride kampaaniaid on korraldatud mitmetes riikides, ei ole nende kohta tehtud täpseid hindamisi, mis kinnitaks kas nende juhtnõõride avaldamine mõjutab mingil moel alkoholi tarvitamisega seotud kahju (9).

Alkoholitööstuse poolt rahastatud kampaaniad. Enamus uurimusi, mis on võrrelnud tubakatööstuse rahastatud ennetuskampaaniaid tubakakontrolliga tegelevate institutsioonide poolt korraldatud kampaaniatega, on väitnud, et need toimivad nõrgemalt ning võivad mõnel juhul olla isegi vastupidise mõjuga. Tubakatööstuse tehtud reklaamid kutsuvad tõenäolisemalt esile positiivseid emotsioone ning võrreldes tubakakontrolli poolt tehtud reklaamidega kutsuvad väiksema tõenäosusega esile negatiivseid emotsioone. Lisaks sellele tekitavad tööstuse rahastatud ennetuskampaaniad järjepidevalt noortes soosingut tubakatööstuse suhtes (86,87). See ei ole ka üllatav, kuna väljendab nende kampaaniate tegelikku eesmärki: need on osaks ettevõtete sotsiaalse vastutuse programmidest, mille eesmärk on parandada ettevõtte mainet (88).

Alkoholi osas on olemas tõendid, et ettevõtete sotsiaalse vastutuse sõnumid, kas eraldiseisvaina või lisatuna toote reklaamile, toovad rohkem kasu rahastaja mainele kui rahva tervisele. Näiteks uurimus, mis hindas baari reklaamile lisatud joores juhtimise vastaste sõnumite mõju, näitas, et nende sõnumite lisamine omas positiivset efekti reklaamija mainele kui asutusele, kes on mures oma küllastajate heaolu pärast, kuid ei mõju-

tanud teisi suhtumisi ega kavatsusi (89). Sarnaselt leidis teine uurimus, et sõnum alkoholitööstuse ettevõtte sotsiaalse vastutuse reklaamis on kahemõtteline, eriti 16-18-aastastele noortele, kuid et sõnumi allikas (alkoholitööstus) pälvis positiivset omaksvõttu. Kaks kolmandikku küsitletuist nägid reklaami suhteliselt või väga sarnasena õllereklaamile ning üle kahe kolmandiku nõustus mõttega, justkui reklaam edastas sõnumit, et õlle joomine on lahe tegevus (90).

On ka tõendeid, et nii nagu tubaka puhul, on ka alkoholifirmad võrreldes rahvatervise allikatega oma sõnumite edastamisel ettevaatlikumad (91). Nad kalduvad hoiduma vastutustundetu joomise negatiivsete tagajärgede esitlemisest (92) ning asetavad oma sõnumi „joomine on normaalne“ konteksti. Nii võivad näiliselt tervist edendavad sõnumid muutuda hoopis tööstuse müüki ja avalikke huve edendavaiks (12).

Tarbijainfo ja hoiatussõnumid. USA-s kohustuslikuks tehtud toote pakendile lisatud tervisehoiatuste mõju uuring ei näidanud inimeste joomiskäitumise muutumist, samas leiti mõju joomisharjumuste muutmise kavatsustele (93). Alates 2007. aastast on Prantsusmaal pandud alkoholsete jookide pakenditele tervisehoiatus, mis kutsub rasedaid alkoholist hoiduma ning seda on toetatud meediakampaaniate ning ulatusliku kajastamisega meedias. Aastatel 2004 ja 2007 viidi Prantsusmaal läbi kaks telefoniküsitlust kahe sõltumatu kvootvalimi seas, kelleks olid üle 15-aastased prantslased (kummaski küsitluses osales umbes 1000 inimest) (94). Leiti, et soovitus raseduse ajal alkoholist hoiduda teati enam peale tervisehoiatuste lisamist (87% vastanutest). 2004. aasta küsitluse alusel teadis seda 82% küsitletutest ($p < 0,001$). Peale hoiatussiltide sisseviimist teadis 30% küsitletuist, et risk lootele algab peale esimest klaasi, võrrelduna 25%-ga aastal 2004 ($p < 0,01$). Need võrdlemisi tagasihoidlikud tulemused on kontrastiks tõenditele tubakavaldkonnast, kus mõju on tõendatud, kuid see võib väljendada tervisehoiatuste erinevust, kuna paistab, et piltlikumate ja suuremate ning vahelduvate sõnumitega sigarettide tervisehoiatused on mõjutanud käitumist rohkem (95). Nii või teisiti, hoiatussõnumid toodetel on olulised aitamaks rajada sotsiaalset arusaamist, et alkohol on eriline ja ohtlik toode (96).

Mida hariduse ja informatsiooni osas ette võtta? Vaadates ainult haridusele, võivad tõendid efektiivsuse puudumise kohta juhtida poliitikakujundajaid otsuseni võtta nendelt programmidele rahastamine täielikult ära. See aga hõlmaks mitmeid riske, nagu näiteks: ühiskonnas hariduse tähtsuse kaotamine individuaalse kapitali parandajana; teadlikkuse kasvatamise ja teiste kontrollmeetmete toetamise saavutamise

tähtsa abivahendi kaotamine; tühimiku jätmine, mille võivad täita paremini rahastatud tööstusepoolsed programmid. Paljud haridusprogrammid keskenduvad noortele inimestele ning tõendid kinnitavad, et noored täiskasvanud ja täiskasvanud jäävad tähelepanuta. Need grupid on aga noortele sageli joomises eeskujudeks ning tagavad noortele ka kerge ligipääsu alkoholile, mis on seostatud kasvava joomisega kõigis earühmades ning seetõttu peaksid nad olema olulisteks sihtrühmadeks (97). Oluline on kontseptuaalne liikumine suhtumiste mõjutamiselt käitumise mõjutamisele ning eriti noorte seas jälgida, kuidas käitumine mõjutab suhtumisi – neid tuleks kaaluda. Et kasvatada teadlikkust alkoholi tarvitamisega seotud kahjust ja seda kahju efektiivselt vähendavate meetmete kasulikkusest, võib olla efektiivsem hariduse ja teavitustegevuste suunamine poliitika tegijatele ja laiemale üldsusele. Sekkumised võiks ümber kujundada nii, et nad julgustaksid ja toetaksid tarbijaid, jagades informatsiooni, kuidas avalikkus saab alkoholipoliitikat mõjutada.

Kokkuvõte

Mida me teame

- ✓ Ulatuslikud ja järjepidevad tõendid kinnitavad, et koolipõhised teavitus- ja haridusprogrammid ei too kaasa püsivaid muutusi käitumises.
- ✓ Kuigi on lootusandvaid märke, puuduvad järjekindlad tõendid, mis kinnitaksid, et kasvatuslikud ja sotsiaalse turunduse programmid tootsid kaasa muutuse käitumises.
- ✓ Kuigi uurimusi on vähe, ei ole senise info põhjal järjekindlaid tõendeid, et laiale üldsusele suunatud haridusprogrammid tootsid kaasa muutuse käitumises.
- ✓ Ei ole tehtud hindamisi, mis kinnitaksid, kas alkoholi tarvitamise juhtnööridele baseeruvad kampaaniad toovad kaasa püsivaid muutusi alkoholi tarvitamisega seotud käitumises.
- ✓ Kuigi uurimuste hulk on piiratud, on olemas mõningane tõendus põhi seisukohal, et alkoholitööstuse rahastatud kampaaniad võivad omada negatiivset efekti.

- ✓ On olemas mõningane tõendus põhi, mis näitab, et tarbijainfoga sildid ja hoiatussildid toodetel ei too endaga kaasa järjekindlaid muutusi käitumises.

Mida me ei tea

- ✗ Ulatus, mil määral saaks hariduslikke ja teavituskampaaniaid muuta efektiivsemaks.

Järeldused

Informatsiooni ja hariduse jagamine alkoholiriskide kohta ning viiside kohta, kuidas neid vähendada, on vajalikud haritud elanikkonna ning individuaalse kapitali arenguks, kuid isoleeritud poliitilise meetmena ei vähenda need alkoholiga seotud kahju. Hariduspoliitika saaks kasu kontseptuaalse muutuse teostamisest, mille käigus püüeldaks suhtumiste mõjutamise asemel käitumise mõjutamisele ning vaeldaks käitumise mõju suhtumistele. Sekkumised võiks ümber kujundada nii, et nad julgustaksid ja toetaksid tarbijaid, jagades informatsiooni, kuidas avalikkus saab mõjutada alkoholipoliitikat.

Avalikkuse toetus alkoholipoliitilistele meetmetele

Populaarsed suhtumised alkoholiga seotud tegevustesse ja vastutustesse on olulised poliitika kujundamisel, kusjuures poliitika kujundajad nii osalevad nende seisukohtade kujundamises kui ka lähtuvad nendest oma tegevuses. 2006. aasta Eurobaromeetri raport andis Euroopa võrdlevaid tulemusi avalikkuse suhtumiste kohta alkoholipoliitika valdkonnas (64).

Joobes juhtimine

Eurobaromeetri küsitlus leidis, et kuigi 51% EL-i elanikkonnast paistis teadvat, et maksimaalne vere alkoholi sisaldus autojuhtidel on vahemikus 0,01 ja 0,59 grammi liitri kohta, mis tõepoolest kehtibki 19 liikmesriigis, siis 36% EL-i elanikest ei teadnud hetkel kehtivat piirmäära oma riigis. Kahes null-piiriga riigis on elanikkond enam teadlik – Tšehhi Vabariigis (75%) ja Slovakkias (57%) –, kuid kolmandas riigis, Ungaris,

on teadlikkust vähem (39%). Irimaal, Maltal ja Suurbritannias, kus vere alkoholisisalduse piirmäär on 0,8 grammi liitri kohta: 96% vastanutest Maltal, 70% Suurbritannias ja 66% Irimaal ei teadnud oma riigi kehtivat vere alkoholisisalduse piirmäära. Kõrgeim teadmatuses olijate osakaal oli naiste seas (43%), üle 55-aastaste vastanute seas (44%), vastanute seas, kes olid lõpetanud oma haridustee 15. eluaastaks (51%), pensionäride seas (42%), suurte linnade elanike seas (41%) ja nende seas, kes alkoholi ei tarvita (52%).

2004. aastal läbi viidud Sartre uurimuses arvas 88% küsitletud autojuhtidest, et joobes juhtimise karistused peaksid olema palju karmimad ning homogeenised erinevates riikides (98). 45% osalejatest arvas, et autojuhtidel ei tohiks üldse lubada alkoholi juua enne sõitmist, nii arvasi valdavalt Ida-Euroopa riikides (60%) ning sarnaselt Põhja- (47%) ja Lääne-Euroopas (43%) ja hulga vähem Lõuna-Euroopa riikides (26%). Enam kui 2/3 kõigist juhtidest toetas ettepanekut, et maksimaalne vere alkoholisisalduse piirmäär oleks 0,5 grammi liitri kohta. 80% nende riikide autojuhtidest, kus see piirmäär juba kehtib ning 75% nende riikide juhtidest, kus hetkel kehtib 0,8 gr/l kohta, toetab 0,5 gr/l piirmäära. Kokkuvõtlikult, mida enam kehtiv piirmäär erineb 0,5 gr/l-st, sõltumata kas see on madalam või kõrgem, seda vähem juhid toetavad 0,5 gr/l piirmäära. See tulemus viitab sellele, et legaalse regulatsiooni omaksvõtmine on tugevalt mõjutatud harjumisest ja isiklikust kogemusest. 82% küsitletud juhtidest toetas kas väga või võrdlemisi 0,0 gr/l piirmäära kehtestamist uutele autojuhtidele.

Eurobaromeetri küsitluses ütles peaaegu ¾ küsitletud eurooplastest (73%), et nad kaldusid toetama 0,2 gr/l piirmäära kehtestamist noortele ja uutele autojuhtidele, nende seas ka 70% hispaanlastest ja 64% itaallastest. 51% kõigist eurooplastest toetas seda ettepanekut täielikult. Saksalased, hollandlased ja rootslased nõustusid kõige enam madalama tasemega. Inimesed Tšehhi Vabariigist, Ungarist ja Slovakkias nõustusid sellega kõige vähem, kuid see on arvatavasti seletatav sellega, et nendes riikides juba kehtib null-tase kõigile autojuhtidele. Kümnest EL-i kodanikust kaheksa (80%), kaasa arvatud 90% hispaanlastest ja 82% itaallastest, kaldus uskuma, et juhuslikud politseinike poolt läbiviidud alkoholitase kontrollid EL-i teedel vähendaksid inimeste alkoholi tarvitamist enne sõitma asumist ning 47% inimestest nõustus sellega täielikult. Sellele ettepanekule oli toetus kõigis küsitletud riikides.

Sartre uurimuses kolmandik autojuhtidest (32%) toetas väga ning 25% mingil määral mõtet, et autos peaks olema alkomeeter ennetamaks au-

toga sõitmist, kui juhi vere alkoholisisaldus on üle lubatud piirmäära. Seda toetas enam kui 70% inimestest Prantsusmaal, Kreekas, Portugalis ja Rootsis, samas kui Austrias ja Saksamaal oli toetust sellele vähem kui 30% juhtide seas. Huvitav on välja tuua, et autojuhid, kes toetasid alkomeetrite mõtet, olid peaaegu 50% suurema tõenäosusega teatanud isiklikust joores juhtimisest võrreldes nendega, kes alkomeetrit autos ei toetanud.

Tarbijainfo

Eurobaromeetri küsitluse kohaselt nõustus $\frac{3}{4}$ (77%) EL-i elanikest, kaasa arvatud 79% Itaalias ja 84% Hispaanias, hoiatussõnumite lisamisega alkoholipudelitele ning reklaamidele, mis hoiataksid rasedaid naisi ning autojuhte alkoholiga seotud ohtude eest. Kõigis küsitletud riikides toetas seda mõtet enamus vastanutest, madalaim toetus oli Soomes (45%), Taanis (41%) ja Hollandis (38%). 75% alkoholi tarbijatest ning 72% neist, kes pidasid alkoholiga seotud kahju eest kaitsmist indiviidi enda vastutuseks, toetas hoiatusi pudelitel ja reklaamidel, võrreldes 83%-ga nende seast, kes viimase 12 kuu sees ei olnud alkoholi tarbinud, ning 84%-ga nende seast, kes arvasid, et riik peaks sekkuma, et kaitsta indiviidi alkoholiga seotud kahju eest.

Alkoholi kättesaadavus

87% Euroopa Liidu kodanikest, kaasa arvatud 82% itaallastest ja 92% hispaanlastest, ütlesid Eurobaromeetri küsitluses, et nemad toetavad alla 1- aastastele alkoholi müümise ja pakkumise keeldu ning $\frac{2}{3}$ elanikkonnast (65%) ütles, et nad „nõustuvad täielikult“ sellise piiranguga. Avalik arvamus kõikides riikides toetas alla 18-aastastele alkoholi müümise ja pakkumise keelustamise mõtet. Isegi riikides, kus toetust oli kõige vähem, väljendas enamus elanikkonnast – Belgias (72%), Taanis (72%) ja Hollandis (61%) – arvestataval määral toetust. Ka nii palju kui $\frac{3}{4}$ 15-24-aastastest vastanutest nõustus selle seisukohaga.

Alkoholi reklaamimine

Eurobaromeetri küsitluse kohaselt kiidaks kolm neljandikku (76%) EL-i elanikest, kaasa arvatud 81% hispaanlastest ja 70% itaallastest, heaks noortele suunatud alkoholireklaamimise keelu kõigis EL-i liikmesriikides, kusjuures iga teine vastaja (50%) vastas, et ta nõustus selle ideega „täielikult“. Riikide analüüs näitab, et kõikides riikides toetaks sellist keeldu enamus. Suurim toetus (93%) oli Slovakkias (68% „nõustusid täielikult“) ja väikseim toetus oli Luksemburgis (58%, kellest 41% „nõus-

tusid täielikult“) ning Taanis (59%, kellest 37% „nõustusid täielikult“).

Hind

Eurobaromeetri küsitluse kohaselt usub kaks kolmandikku EL-i elanikest (68%), kaasa arvatud 64% hispaanlastest ja 54% itaallastest, et alkoholi kõrgemad hinnad EI vähendaks noorte ja rohkelt tarvitajate alkoholi tarvitamist. 85% hollandlastest kahtles, et hind võiks omada hoiatavat mõju, samas kui 60% soomlastest arvas, et kõrgemad alkoholi hinnad vähendaksid noorte ja rohkelt tarvitajate alkoholi tarvitamist; suurem toetus Soomes võib olla põhjustatud küsitluse ajal aset leidnud maksude langetamise järel kasvanud tarvitamisest ning sellele järgnenud kahju kasvust. Ka üle poole rumeenlastest arvasid, et kõrgemad alkoholi hinnad vähendavad noorte ja rohkelt tarvitavate joomist; see võib olla seletatav Rumeenia madalamate sissetulekutega võrreldes ülejäänud EL-i liikmesriikidega.

On olemas tõendid, et meedia kasutamine võib kaasa tuua alkoholiga seotud probleemi lahenduse ümberkujundamise läbi koordineeritud lähenemise, millesse on kaasatud olulised sektorid, nagu tervis, järelevalve, kodanikuühiskond ning kohalik omavalitsus ja mille tulemusena pöördub tähelepanu poliitilises ja avalikus arutelus alkoholile (7). Avalikkuse arusaamine sellest, mis on alkoholi tarvitamisega seotud kahju, on mõjutatud muutustest alkoholipoliitikas ehk et kui poliitika muutub karmimaks, muutub ka arusaamine individuaalsest alkoholiga seotud kahjust rangemaks (99).

Kokkuvõte

Mida me teame

- ✓ Kolm neljandlikku eurooplastest toetaks madalamat vere alkoholisisalduse piirmäära noortele ja algajatele juhtidele; neli viiendikku eurooplastest usub, et „kõik puhuvad“ kampaaniad vähendaksid joobes juhtimist.
- ✓ Kolm neljandlikku eurooplastest toetaks hoiatussilte, mis keelaks rasedatel ja autojuhtidel alkoholi tarvitamist.
- ✓ Üheksa kümnendikku eurooplastest toetab keeldu, mis ei luba alla 18-aastastele noortele alkoholi müüa

ega pakkuda.

- ✓ Kolm neljandikku eurooplastest toetaks noortele suunatud alkoholireklaami keelustamist.
- ✓ Kaks kolmandikku eurooplastest usub, et kõrgemad maksud ei vähendaks noorte ja rohkelt joovate inimeste alkoholi tarvitamist.

Mida me ei tea

- ✗ Kuidas kõige paremini edastada sõnumit ning leida toetust alkoholihindade tõstmiseks, et vähendada alkoholi tarvitamisega seotud kahju.

Järeldused

On lai valik efektiivseid alkoholipoliitilisi meetmeid, mille hulgas on joobes juhtimise, hoiatussiltide, reklaamimise kontrollimise ja vanusepiirangu kontrolli meetmed ning millel kõigel on ulatuslik Euroopa kodanike toetus. Üks meede, mille suhtes eurooplased on skeptilised, on neist tegelikult kõige efektiivsem – hind. Hinnapoliitika meetmetele avalikkuse toetuse leidmiseks võiks korraldada kooskõlastatud kampaaniaid.

Alkoholipoliitika taristud

Riigi tasandil on valitsuse kohustuseks nii määratleda kui ka olla vastutav selge alkoholipoliitika osas ja seda nii terve riigi kui ka erinevate regioonide tasandil (7). Erinevad ametkonnad osalevad alkoholipoliitika formuleerimises ja ka kehtestamises, kaasa arvatud sotsiaalministeerium, transpordi eest vastutav amet ning maksuamet. Valitsused peavad rajama efektiivse ja püsiva koordineerimisüsteemi, milleks võib olla riiklik alkoholinõukogu, mis koosneks mitmete ministeeriumide ja teiste partnerite juhtivatest ametnikest, et kindlustada, et alkoholipoliitika küsimustes on valitud sidusad lähenemised ning et poliitikate eesmärgid on kohaselt tasakaalustatud nii poliitilistes kui ka tehnilistes aspektides.

Seatud eesmärgid muudavad alkoholipoliitika konkreetsemaks, või-

maldavad nende progressi paremini jälgida ning inspireerivad paljusid partnereid aktiivselt alkoholipoliitika arenguid toetama (9). Eesmärkide seadmine eeldab hetkeolukorra hindamist ning abi prioriteetide määramisel. Eesmärgid võivad aidata suunata diskussiooni sellele, mida ja miks on loodetud saavutada ning kas ja miks selle poliitika rakendamine oli edukas.

Seatud eesmärgid annavad ka tugeva kommunikatsioonivahendi, tuues poliitika tegemise välja bürokraatia valdkonnast, muutes selle selgelt mõistetavaks avalikuks teemaks; need annavad kõigile partneritele selgema arusaamise poliitika ulatusest; nad tugevdavad tervise valdkonnas aruandluse kohustust ja motiveerivad inimesi tegusele.

Vastutus alkoholipoliitikate ja programmide mõju osas lasub ühiskonna kõigil sektoritel kui ka valitsuse ametnikel, kes loovad neid poliitikaid, eraldavad vahendeid ning initsieerivad seadusandlust (9). Mehhanismid nagu alkoholi poliitiliste meetmete auditid, tervisele osutatud kahju alased kohtuvaidlused ning avalikkuse juurdepääs meetmete mõju analüüsidele ning raportitele võivad kindlustada, et nii avalik sektor kui ka tööstus oleks avalikult vastutavad nende alkoholipoliitikate ja tegevuste tervisemõjude osas. Aruandekohustus on saavutatav läbi mehhanismide, mis tegelevad poliitika rakendamise koordineerimise, monitoorimise ja hindamisega ning läbi aruandluse valitud organite kui ka läbi massiteavetavahendite.

Üheks meetodiks alkoholikahjusid vähendavate programmide finantseerimiseks on sihtotstarbelised maksud (100). See tähendab, et määratud osa alkoholimüügist kogunevast maksust eraldatakse konkreetseks tegevuseks nagu näiteks poliitika rakendamine või tervishoid.

Kuid alkoholipoliitika olemasolu, kuigi see on oluline, ei ole piisav (101). Poliitika peab olema tundlik kohaliku kultuuri väärtushinnangute ja ajaloolise kogemuse suhtes ja kaasama erinevaid sektoreid, mis omavad mõju alkoholi tarvitamisega seotud kahjule. Poliitika peab olema kõikehaarav ning vähendama kõiki negatiivseid tagajärgi, mis võivad olla tekitatud vastupidistest eesmärkidest (102, 103). Läbipaistvuse ja informatsiooni puudumise, nõrga organiseerimise ja uute seaduste ja poliitikate tutvustamise puudumise, nõrga rahva tervise taristu, horisontaalsele vastupidiselt vertikaalselt organiseeritud valitsuse, rahastamise puudumise, korruptsiooni ja avalikkuse usaldamatuse tõttu võib efektiivse poliitika kehtestamine saada takistatud (104, 105).

Teadusuuringud

Kindla teadusuuringute aluse olemasolu on alkoholipoliitikate ja tegevuste eeltingimuseks (106). On selge, et Euroopa ning eriliselt Lõuna- ja Ida-Euroopa on alkoholi- ja alkoholipoliitika teemaliste teadusuuringute teostamisel ja avaldamisel ülejäänud maailmast maha jäänud (9). Teadlased peaksid olema kaasatud teaduslikult mõistlike, sotsiaalselt relevantsete ja teostatavate alkoholipoliitikaga seotud otsuste arendamisse. Teadlaste kohustuseks on olla ustav teaduslikule alusele ja tõenditele, mis tähendab, et teadusuuringute järeldused võivad olla vastuolus hetke poliitikate ja programmidega. Seega on olemas head põhjused, miks teadusasutused peaksid hoidma distantssi nii valitsuse kui ka alkoholitööstusega.

Samas peaks olema palju parem sobivus alkoholipoliitika teemaliste uurimuste vajaduse vahel, nii nagu seda tajuvad otsustajad ja poliitika planeerijad, ning teadusuuringute prioriteetide vahel, mille paneb paika teaduskogukond. Kasulik olemiseks peab teadusuuringute tulemusi vahendatama lihtsalt ning neile peab andma tähenduse, muutes need asjakohasteks hetketeemade suhtes. Selline püsiv panus võib olla võimalik vaid pikaajalise, riiklikult rahastatud teadusuuringute programmi kontekstis, mille eesmärgiks on kaasata teaduskogukonna liikmeid igas riigis, kus kogutakse, hinnatakse ja tõlgendatakse teadusuuringute tulemusi, mis on relevantssed riigi alkoholipoliitika vajaduste suhtes.

Teadusuuringute püüdlusi ei ole võimalik rakendada, kui ei ehitata üles ka sobivat suutlikkust. Efektiivne alkoholipoliitika vajab kompetentset ja hästiinformeeritud personali, kes töötab keskkonnas, kus nende püüdlusi toetatakse. Seega peab teadusuuringute arenguks investeerima nii intuitsionaalsesse kui ka inimsuutlikkusse.

Vastutus tõlkida teadusuuringud efektiivseks alkoholipoliitikaks jaguneb erinevate valitsusasutuste ja avaliku huvi rühmade vahel. Lisaks peab olema süstemaatiline mehhanism, mis kindlustab, et teadusuuringute uued tõendid ka tõepoolest rakendatakse poliitika ja programmide teostamisse. Kui kõik olemasolev teave selle kohta, millised alkoholipoliitilised meetmed on efektiivsed ja millised mitte, oleks rakendatud, tooks see kaasa olulise arengu rahva tervise paranemises.

Infosüsteemid on võtmekomponendiks teabe laialdasemalt kättesaadavamaks tegemisel (9). Taustateave on laiaulatuslikum kui vaid informatsioon. See tähendab otsuse langetamiseks ametlikest ja mitteametlikest

allikatest pärineva olulise teabe identifitseerimist ja tõlgendamist. Taus-tateave peaks hõlmama: hetkelised ja tulevased trendid (alkoholi tarvita-mise ja sellega seotud kahju tasemed, trendid ja rahvastiku seas esinevad ebavõrdsuse tasemed); kahjuga seotud riskifaktorid; haavatavad grupid; organisatsioonilised ja institutsionaalsed väljakutsed poliitikate raken-damisel; valitsemistava; olulised kontekstuaalsed faktorid ja osalejad (poliitilised, majanduslikud ja institutsionaalsed kontekstid); osalejate rollid ja motivatsioonid; kasutajate ja tarbijate eelistused; võimalused ja piirangud muutusteks; ning teistes sektorites aset leidvad sündmused ja reformid, mis omavad tähendust alkoholipoliitika suhtes. See informatsioon peaks olema kättesaadav elektroonilise meedia vahendusel ning avaldatud regulaarselt avalikult tarbitavas vormis, et edendada infor-meeritud ja avatud debatti poliitikute, spetsialistide ja avalikkuse vahel, diskuteerides tulemuste ning tuleviku prioriteetide üle.

Kokkuvõte

Mida me teame?

- ✓ Alkoholioliitika, mis on toetatud piisavate ressurssi-dega, on valitsuse tegevuse eeltingimuseks.
- ✓ Alkoholioliitkaid peab toetama adekvaatse teadusuuringute baasiga, kindlustades, et info selle kohta oleks laialdaselt kättesaadav.
- ✓ Alkoholioliitikad peavad olema toetatud efektiivsete infosüsteemidega, mis võimaldavad poliitikate raken-damist monitoorida.

Mida me ei tea?

- ✗ Meile ei ole teada kõige efektiivsemad taristud, mille abil kindlustada poliitikate efektiivne ja läbipaistev ra-kendamine.

Järeldused

Alkoholioliitikad on kõige paremini ettevalmistatud ja ra-kendatud, kui nad on rajatud teadusuuringutele ja informat-

sioonile. Hea poliitika omamine ei ole piisav: selleks, et olla efektiivne, eeldab poliitika avalikkuse toetust ning erinevate osapoolte laiapõhjalist ja mitmetasandilist tegevust.

TERVISESEKTORI PANUS

Tervise-sektori panuses on selge puudujääk, kui me räägime rollist alkoholi tarvitamisega seotud kahju vähendamisel. Esmatasandi arstiabi kontekstis tuvastatakse keskmiselt vähem kui 10% nendest, kel on risk muutuda ohtlikult ja ennastkahjustavateks alkoholi tarvitajateks ning esmatasandi abi pakutakse vähem kui 5%-le, kel sellest võiks kasu olla (107). 2004. aastal Inglismaal läbi viidud vajaduste hindamise uuring leidis, et vaid üks kaheksateistkümnest (5,6%) alkoholisõltlasest sai ravi igal aastal, kusjuures regionaalselt erines see tulemus 102-st 1 kuni 12-st 1 (108). Tervishoiusektoris töötavad inimesed Euroopas on suure potentsiaaliga väga suur ressurss. Alkoholi tarvitamisega seotud haigused on lisatud psüühiliste ja käitumuslike häiretena haiguste RHK-10 psüühiliste ja käitumuslike häirete klassifikatsioonis ja nende alkoholiga seotud häirete esinemisel on õiguslik vajadus anda abi ja ravi. See osa raamatust märgib, et esmatasandi nõustamine on efektiivsete ja kuluefektiivsete tõendus põhiste ravimeetodite esirinnas. Täna-seks on jõutud ka arusaamisele, millised mehhanismid aitavad rakendada üleriigilisi esmatasandi nõustamise programme. Tugeva alkoholisõltuvuse ning teiste alkoholiga seotud probleemidega inimeste jaoks on efektiivseks hinnatud laiaulatuslik valik spetsiaalseid ravimeetmeid.

Sõeluuringud ja esmatasandi nõustamine

Esmatasandi nõustamine on efektiivsete ja tõendus põhiste ravimeetodite nimekirja eesotsas (109). Ohtliku ja kahjuliku alkoholitarvitamise alase esmatasandi nõustamise efektiivsuse süstemaatiline ülevaade ja metaanalüüsid on leidnud selliste sekkumiste positiivset mõju alkoholi tarvitamisele, suremusele, haigestumusele, alkoholiga seotud vigastustele, alkoholiga seotud sotsiaalsetele tagajärgedele ja tervishoiuressurside kasutamisele (110).

Esmatasandi nõustamine on osutunud efektiivseks nii naiste kui meeste puhul ning tõendid viitavad kasvavale efektiivsusele just meeste seas. Uurimise all olevad rühmad on koosnenud valdavalt täiskasvanud inimestest, kuid piiratud tõendid kinnitavad esmatasandi nõustamise efektiivsust ka laste, teismeliste ja noorte täiskasvanute juures. Sotsiaal-majanduslik staatus ei paista omavat mõju selliste sekkumiste efektiivsusele. Olemasolevad tõendid väidavad, et ka väga lühiajaline nõustamine võib

olla alkoholiga seotud negatiivsete tagajärgede vähendamisel efektiivne (111, 110).

Kuigi enamused uurimusi on läbi viidud esmatasandi tervishoiuasutustes, siis piiratud määral on leitud tõendeid ka teistsuguste tervishoiuasutuste kontekstis. Kolm ülevaadet, mis keskendusid eriliselt esmatasandi nõustamise uurimisele kiirabi kontekstis, leidsid väheseid tõendeid selliste sekkumiste efektiivsuse kohta kiirabisüsteemis (112-114). Täiendav uurimus esitas ebapiisavaid tõendeid nõustamise efektiivsuse kohta statsionaarses ja ambulatoorses ravis (115). Tervishoiusüsteemi väliste nõustamisprogrammide efektiivsuse kohta ei ole süstemaatilisi ülevaateid tuvastatud ning ei ole ka hiljutisi süstemaatilisi ülevaateid esmatasandi nõustamise mõju kohta raseduse ajal (116). USA-s viidi läbi üks 304 raseda naisega uurimus, kes osutusid valituks, kuna nad omasid raseduseaegse alkoholi tarvitamise riski ning kes võisid nõustamisel osaleda valitud partneriga (tavaliselt abikaasa või sündiva lapse bioloogiline isa). Raseduseaegne nõustamine vähendas edasist alkoholi tarvitamist kõige märkimisväärselt nende naiste puhul, kes olid esialgselt kõige enam joonud (regressiooni koefitsient: $b = -0,163$; standardviga: $(b) = 0,063$, $p < 0,01$) (117). Lisaks oli nõustamise mõju märkimisväärselt suurem, kui selles osales ka naise partner ($b = -0,932$; standardviga: $(b) = 0,468$), $p < 0,05$).

Laiast uurimuste valikust on esile tulnud tõendid esmatasandi arstiabi kontekstis üldarstide koolitamise ja toetamise potentsiaalne positiivne mõju sõeluuringute läbiviimisel, esmatasandi nõustamise materjalide kasutamisel ning riskantsete jookjate tuvastamisel (118). 12 uurimuse süstemaatiline ülevaade leidis, et hariduslike ja töökohta toetavate programmide kombinatsioon kasvatas üldarstide sõeluuringute ja nõustamise rakendamise taset 32%-lt 45%-le (119). Tõendid kvalitatiiivsetest uurimustest näitavad, et mõned medõed Suurbritannias näevad koolitust stiimulina alkoholiga seotud töö teostamiseks; osa üldarste Soomest tundis, et neil puudus piisav väljaõpe varajase staadiumi alkoholiprobleemi identifitseerimiseks; ning üldarstid Taani fookusgrupist tundsid, et neil puudusid piisavad nõustamisalased oskused.

Leitud on ka tõendid tegeliku ja tajutud mõju kohta, kuidas sõeluuringute ja nõustamise rakendamine mõjub meediku töökoormusele, eriti kui kõik noored ja täiskasvanud vaadatakse üle rutiinses kontrollis. Lisaaeg, mis selliseks rakendamiseks kulub, võib olla takistuseks vastuvõtlikkusele ning sellest tulenevalt valmisolekule selliste programmide kasutamiseks. Rutiinsete sõeluuringute ja nõustamisprogrammide rakendamiseks

on vajalik koostöö arstide, õdede ja mittekliinilise personali vahel, kusjuures iga meeskonnaliikme roll peab olema määratletud.

Perearstikülastused või uue arsti juurde registreerimised paistavad olevat kõige vähem hirmutavad juhtumid, kus arutada joomisega seotud temaatikat, osana üldise eluviisiga seotud arutelust, mil puudutatakse dieeti, kehalist liikumist ja suitsetamist. Kolm Suurbritannia kvalitatiivset uurimust esitavad tõendeid, et nii arstid kui ka külastajad peavad kliinikut, patsidendiks registreerumist ja rutiinseid konsultatsioone vähem hirmutavateks keskkondadeks ja kontekstideks.

Tõendid kinnitavad üldist väheaktiivsust joomiseteemaliste arutelude osas teenuse kasutajatega. Tõendid väidavad ka, et isegi kui juuakse palju, siis teenuse kasutajalt ei küsita nende alkoholi tarvitamise kohta ning joomisega seotud käitumise alast nõuannet jagatakse harvem kui teiste eluviisidega seotud käitumiste puhul, nagu kehaline liikumine, dieet ja suitsetamine, ning ka harvemini, kui teenuse kasutajad seda ootavad. Mõned võimalikud põhjused selleks leiduvad Soome üldarstide kvalitatiivsest uurimusest, kus arstid teatasid, et nad on tõrksad alkoholi tarvitamise kohta küsima, kui nad just ei näe selgeid märke liigse tarvitamise kohta (120).

Tõendid räägivad esmatasandi arstiabi pakkujate vähestest teadmistest riskantse käitumisega isikute tuvastamisel. Tõendid kinnitavad ka segadust, mis puudutab kehtivaid alkoholi tarvitamise alase käitumisega seotud juhtnööre ning mõõduka joomisega seotud teadaolevaid kasutegureid. See võib mõjutada arstide usaldust nendes programidesse ning motivatsiooni rakendada efektiivselt sõeluuringuid ja esmatasandi nõustamisprogramme. Kvalitatiivsed tõendid kolmest uurimusest, mis keskendusid kasutajate vaadetele, väidavad, et joomiseteemaline arutelu on lihtsam, kui arstiga on hea suhe. Lisaks kinnitavad tõendid, et arstid on mures ning ei soovi solvata tarvitajaid joomisega seotud teema käsitlemisel kartuses rikkuda sellega terapeutilise suhte.

Mitmed uuringud näitavad, et isegi kui kasutatakse väga lühiajalisi sekkumisi, paistavad kuluefektiivsuse tulemused väga julgustavad. Nagu on arvata, näitavad uurimused, mis käsitlevad ulatuslikumaid sekkumisi, üldiselt suuremat efekti alkoholi tarvitamisele. Mitmete uurimuste tulemused on kantud pikaajalistest kulude kokkuhoidmisest, mis on saavutatud ressursside kasutamise kaudu, eriti arvestatuna liiklusõnnetuste valdkonnaga. Need kulud on ebatäpsed – piiratud andmete tõttu võib neid määrata vaid hinnanguliselt. Siiski, kahes uurimuses, kus oli võima-

lik eraldada liiklusõnnetustega seotud kulud muudest kuludest, esitasid mõlemad majanduslikult soodsaid tulemusi, isegi kui sellised õnnetused ei olnud kaasa arvatud (121, 122).

Neli uurimust jagavad tõendeid mõju osas kvaliteedikohandatud eluaastatele (QALY – quality adjusted life years), mis tuleneb riskantsele alkoholi tarvitamisele suunatud sõeluuringute ja lühiajaliste sekkumiste rakendamisest (122-125). Nende uurimuste hinnangul on sõeluuringutest ja lühiajalistest sekkumistest tulenev eluaegne QALY kasu umbkaudselt 4-19 tuhande kohta võrreldes nende sekkumiste puudumisega, kuid see mõju sõltub konkreetsest sekkumisest ning sellest, kas neid tehakse korraldvalt. Täiendavad tõendid viitavad sellele, et see kasu võib olla suurem, kui analüüsi kaasatakse perekonda mõjutavad elukvaliteedi tegurid. Esmatasandi arstiabi uurimused näitavad kokkuvõtlikult, et sõeluuringud koos lühiajaliste sekkumistega toovad kaasa mõõduka efektiivsuse. Ometi viitavad majanduslikud analüüsid, et selle mõju ulatus on piisav, et neid sekkumisi klassifitseerida kuluefektiivseteks.

Alkoholi väärtaarvitamise ja alkoholisõltuvuse ravi

Tõsisema alkoholisõltuvusega ning sellega seotud probleemidega inimeste huvides on hinnatud suurt hulka spetsiaalseid ravilahendusi (109, 126-128). See sisaldab tõestatud mõjuga käitumisteraapiaid, mille puhul 17 uuringu süstemaatiline ülevaade näitas alkoholitarbimise ja alkoholiga seotud probleemide vähendamisel (129) kombineeritud mõju suurusega 0,33 (standardhälve=0,08). Samuti hinnati γ -aminobutaanhappe (GABA) agoniste sisaldavaid farmakoloogilisi ravilahendusi, mille puhul 17 juhusliku valikuga kontrollitud uuringu süstemaatilisel ülevaatamisel saadi lühiajalise karskuse esinemise suhteliseks riskiks 1,40 (95% usaldusvahemik: 1,24, 1,59) 6 kuu järel ja 1,62 (95% usaldusvahemik: 1,37, 1,92) 12 kuu järel (130). Veel hinnati oopiumipõhiseid antagonistide sisaldavaid ravilahendusi, mille puhul 29 juhusliku valikuga kontrollitud uuringu süstemaatilisel ülevaatamisel saadi tulemuseks oluline relapsi vähenemine, vähemalt lühiajaliselt (3 kuud): suhteline risk (95% usaldusvahemikuga) võrdus 0,64-ga (0,51, 0,82)(131). On tõendeid, et alkoholi väärtaarvitavate isikute sobitamine kindla ravitüübiga ei paranda tulemust (132). Kuigi projekt MATCH leidis märkimisväärse positiivse mõju ravile ning ei leidnud erinevusi tulemustes 12-sammulise kohandumisteraapia vahel, mis on loodud aitamaks patsientidel liituda Anonüümsete Alkoholikutega, 12-seansilise kognitiivse käitumisteraapia vahel, mis on loodud õpetamaks patsientidele oskusi, kuidas vältida tagasilangust joomisele, ja motivatsiooni suurendamise teraapia vahel, mis on loodud muutumise

motivatsiooni ja pühendumise suurendamiseks (132), leidis laiatasandiline uuring tõendeid 12-sammulise kaasaaitamisteraapia ebatõhususest 6 uuringust ning Anonüümsete Alkohoolikute ebatõhususest 7 uuringust (109). Süstemaatiline lisaülevaade 8 uuringu kohta ei leidnud ühtegi uuringut, mis oleks üheselt demonstreerinud Anonüümsete Alkohoolikute või 12-sammuliste kaasaaitamise lähenemiste efektiivsust alkoholisõltuvuse või alkoholiga seotud probleemide lahendamisel (133).

Saadaval on piiratud hulk kirjandust, mis on käsitleb mudeleid alkoholi väärtarvitamise raviviiside hindamiseks (128), ning nendest valdav enamus on uuringud, mis keskenduvad ainult varajase suremusega tulemustele, kui loobutakse joomisest vahelesegamise tulemusena, selle asemel et püüda luua mudelit alkoholi väärtarvitajatest patsientide loomulikust voost. Paljulubav lähenemine on mugandatud Markovi mudeli kasutamine kvaliteediga korrigeeritud eluaastate (QALY) ja tervishoiukulude modelleerimiseks erinevate joomismustrite puhul aja lõikes (134).

Kokkuvõte

Mida me teame?

- ✓ On olemas ulatuslikud ja järjekindlad tõendid, et lühiajaline sekkumine vähendab alkoholi tarvitamisega seotud kahju.
- ✓ On olemas järjekindlad tõendid, mis kinnitavad, et organisatsioonilised faktorid võivad suurendada esmatasandi nõustamise programmide rakendamise võimalust.
- ✓ On olemas järjekindlad tõendid, et lühiajalised sekkumised on kuluefektiivsed.
- ✓ On olemas järjekindlad tõendid, et käitumuslikud ja farmakoloogilised teraapiad on efektiivsed alkoholi tarvitamisega seotud häirete raviks.

Mida me ei tea?

- ✗ Ulatus, mil määral esmatasandi nõustamine toimib väljaspool tervishoiu konteksti.

- ✘ Ulatust, mil määral sekkumised vähendavad riski raseduse ajal.
- ✘ Piisavat informatsiooni alkoholiga seotud häirete ravi kuluefektiivsuse kohta.

Järeldused

Organisatsioonilised faktorid, nagu koolitus, võivad suurendada riskantsele ja kahjulikule alkoholi tarvitamisele suunatud varase tuvastamise ja esmatasandi nõustamise programmide rakendamist. Peaks kaaluma kas universaalsete programmide rakendamist suunatuna kõigile riskantsetele tarvitajatele või suunata programm konkreetsele grupile (näiteks täiskasvanud meestele) või neile, kes käivad konkreetsetes kliinikutes (taastusravi kliinik) (135). Lühiajalised nõustamisprogrammid võiksid olla toetatud alkoholiga seotud häirete tõendus põhiste ravimeetmete olemasoluga.

KOGUKONNA TEGEVUS

See peatükk näitab, et on olemas tõendid, mille kohaselt kogukonnal põhinevad programmid võivad omada mõju turvalisema alkoholi tarvitamise ja elukeskkonna loomisel ning alaealiste joomise, kahjulike joomisharjumuste ja joobes juhtimiste vähendamisel, kuigi need võivad olla kulukad rakendada ning ülal pidada. Sellised programmid peaksid kaasa ka kontrollmehhanisme alkoholi müüvate ja tarvitada võimaldavate kohtade tarbeks, lisaks teisi regulatsioone, mis vähendaksid ligipääsu alkoholile, suuremat seaduse järelevalvet ja kontrolli ning kogukonna organisatsioonide ja ühenduste arendamist, mis oleks toetatud haridus- ja informatsioonikampaaniatega, meedia tööga, antireklaamiga ja terviseedendusega. Käesolev peatükk näitab ka seda, et alkoholi tarvitamine võib suurendada tööluusi riski ning nõrka tööjõudlust ning et struktuuraalsed faktorid töökohal võivad suurendada ohtliku alkoholitarvitamise riski. Olemasolevad tõendid väidavad, et töökohapõhised sekkumised omavad mõningast mõju alkoholi tarvitamisega seotud kahju vähendamisel.

Kogukonnal põhinevad ennetusprogrammid võivad olla efektiivsed joobes juhtimise, alkoholiga seotud liiklussurmade ning rünnakutega seotud vigastuste vähendamisel (136), kuid nad võivad vahetevahel olla seotud ka vastupidiste tagajärgedega (137). Kogukonna mobiliseerimist on kasutatud, et kasvatada teadlikkust probleemide osas, mis on seotud ostukohas kohapeal alkoholi tarvitamisega ning selleks, et survestada baariomanikke tunnustama oma vastutust kogukonna ees, mis puudutab baaridega seotud teemasid nagu tekitatud müratase ning klientide käitumine. Kogukonna mobiliseerimise programmide hindamiste tulemused väidavad, et kogukonna mobilisatsioon võib olla edukas agressiooni ja teiste probleemide vähendamisel, mis on seotud alkoholimüügiõigust omavate kohtadega.

10 kogukonnapõhise ennetusprogrammi (alkoholiga seotud kahju vähendamiseks) uuringute ülevaade leidis, et strateegiad hõlmasid haridus- ja informatsiooni kampaaniaid, meedia tööd, antireklaami ja terviseedendust, alkoholi müüvate ja kohapeal tarbida võimaldavate kohtade kontrolli, teisi alkoholi kättesaadavust piiravaid regulatsioone, tõhustatud seaduste järelevalvet ja kogukonna organisatsioonide ja võrgustike arengut (136). Lootusandvateks sekkumisteks osutusid need, mis pöörasid eriliselt tähelepanu kättesaadavuse kontrollimisele, hõlmasid

ka keskkonda puudutavaid kontekste ehk kus tooteid müüdi ja levitati, ning kaasasid rahvatervise poliitikate rakendamist (138).

Kogukonna ja naabruskonna iseloomulikud omadused on olulised õlle hinna ja turundamise tasakaalustamisel ning liigtarvitamise vähendamisel. Kogukonnad, kus on efektiivsemad minimaalse alkoholi ostuea kontrolli meetmed, omavad madalamat alkoholi tarvitamise ja liigtarvitamise taset (139). Kogukonna tegevused võivad mobiliseerida teadlikust ning üldsuse muret alkoholiga seotud kahju pärast (140,141). Tudegite vabatahtlik tegevus on seostatud liigtarvitamise riski, purjusoleku ja alkoholiga seotud kahju langusega (142).

Alates 1996. aastast on Rootsis, Stockholmis, rakendatud mitmest komponendist koosnevat programmi, mis on rajatud kogukonna mobiliseerimisele, alkoholsete jookide serverijate vastutustundlikkuse koolitusele ning olemasolevate seaduste paremale järelevalvele. See ei ole näidanud mingit muutust purjus klientidele alkoholi serverimises, kuid aegrea analüüsist nähtub, et sekkumise alal võrdluses kontrollalaga on aset leidnud hinnanguliselt 29%-ne vägivaldsete kuritegude langus (144). Programmi kulu hinnati 796 000 eurole. Vägivaldse kuriteo keskmine kulu hinnati 19 049 eurole, mis tegi eeldatavaks kogusumma kokkuhoiuks 31 314 miljonit eurot, millest 78% tuli õigussüsteemi arvelt, 15% tootmis-kahjude arvelt, 5% tervishoiuteenustelt ja 2% muudelt kahjudelt, mis teeb kokkuhoiu suhteks 1:39 (145).

Kogukonnauuringute Projekt oli viiest komponendist koosnev kogukonna tasandi sekkumine vähendamaks alkoholi tarvitamisega seotud kahju kolme kogukonna elanike seas (146). Hõlmatud komponentide seas olid meedia ja mobilisatsioon, vastutustundlik jookide serverimise koolitus, noorte ligipääsu vähendamine alkoholile, joobes juhtimise vähendamine ning alkoholi üldise kättesaadavuse vähendamine. Projekt tõi kaasa joobes juhtimisega seotud õnnetuste arvu vähenemise, rünnakutest tekitatud vigastuste vähenemise ning kahjuliku alkoholitarvitamise vähenemise. Kulude-tulude analüüs näitas, et projekti tulemusel hoiti iga kulutatud euro kaudu kokku 2,9 eurot, ning see kokkuhoid oli saavutatud üksipäinis autoõnnetustega arvestades.

Kogukonna sekkumise projekt Põhja-Austraalias seadis sihiks vähendada alkoholi tarvitamist ja sellega seonduvat kahju aastaks 2002 üleriiklikule tasemele, kasutades selleks erinevaid strateegiaid, kaasa arvatud haridusprogrammid, suurenenud kontroll kättesaadavusele ning laienenud ravi ja rehabilitatsiooni teenused (147). Elu Alkoholiga (The Living with

Alcohol – LWA) programm oli algselt rahastatud erilise alkoholsetele toodetele pandud maksu kaudu, seda kuni aastani 1997, mil riiklik otsus keelas osariikidel ja territooriumidel kehtestada alkoholile, tubakale ja bensiinile litsentsitasusid ja lisamakse. Otsese tulemusena eemaldati LWA maks 1997. aasta augustis, mille järel alkoholsete toodete reaalne hind langes 3%. Föderaalvalitsus jätkas LWA programmi rahastamist samal tasemel kuni aastani 2000. Peale seda hajutati LWA fondid otse olemasolevate programmide ja teenuste vahel. Programm oli efektiivne akuutse alkoholiga seotud surmade langetamisel 4,6 võrra 100 000 täiskasvanud elaniku kohta Põhja-Territooriumil võrreldes langusega 1,6 100 000 elaniku kohta kontrollalal ning see mõju oli olulisel määral tulenev perioodist, mil erimaks kehtis.

Kokkuvõte

Mida me teame?

- ✓ On olemas tõendid, mis kinnitavad, et mitmest komponendist koosnevad kogukonnal põhinevad programmid, mis hõlmavad kogukonna mobiliseerimist, vastutustundlikku alkoholi serveerimist ning olemasolevate seaduste karmimat rakendamist, võivad tuua kaasa languse alkoholiga seotud liiklussurmades ning rünnakutes.
- ✓ On olemas piiratud tõendid, et sellised kogukonnapõhised programmid võivad olla kuluefektiivsed.

Mida me ei tea?

- ✗ Kuigi kogukonnal põhinevaid programme rakendatakse erinevates Euroopa riikides erinevates kultuurikeskkondades, ei ole meile teada, mis ulatuses on konkreetse kogukonna kultuuril või keskkonnal põhinev programm ülekantav teise kultuuri või keskkonda.

Järeldused

Kogukonnal põhinevad programmid võivad olla kulukad ning efektiivsuse saavutamiseks vajavad nad pikaajalist järjepide-

vust. Kuigi on olemas mõningased tõendid kuluefektiivsuse kohta, peaks olema ettevaatlik programmi ülekandmisega teise kultuurikeskkonda, samuti peaks enne tõendus põhise kogukonnaprogrammi kujundamist ja rakendamist saavutama kohaliku kogukonna toetus ning osalemine.

Alkohol ja töökoht

Ühiskondlikul tasandil on olemas otsene suhe elaniku kohta tarvitatud alkoholi kogusel ning haiguse tõttu töölt puudumistel. Rootsi uurimus leidis, et ühe liitri kasv üldrahvalikus tarvitamises oli seotud 13%-se haigusest tuleneva töölt puudumisega meeste seas ($p < 0.05$) (148). Naiste osas ei olnud see seos statistiliselt märkimisväärne. Seda kinnitavad indiviidi tasemel andmed ka Soomest, mis näitasid, et üldine alkoholi tarvitamise tase on seotud haiguse tõttu töölt puudumisega ning seda eriliselt madalama haridusega meeste puhul (149). Rajanedes 21 Euroopa uurimusele on hinnatud, et 59 miljardist eurost (vahemikus 39 miljardit kuni 102 miljardit eurot), kogu alkoholiga seotud sotsiaalsest kahjust Euroopas, moodustab 47% kaotused produktiivsuses. Need järeldused on sarnased ka teiste olemasolevate hinnangutega (65).

Vaatamata sellele, et varasemad ülevaated, mis on analüüsinud tööluusi taset alkoholi tarvitavate inimeste seas, on andnud segatud tulemusi (150), on uuemad uurimused leidnud, et alkohol on seotud tööluusiga. Näiteks väikese ulatusega uurimus USA-s leidis märkimisväärse seose alkoholi tarvitamise ja töölt puudumise vahel (151). Töölised olid ligikaudu kaks korda suurema tõenäosusega alkoholi tarvitamisele järgneval tööpäeval töölt puudu. Palju ulatuslikum ja uuem uurimus, mis analüüsis 13 582 Austraalia töötajat, leidis selged tõendid joomisharjumuste mõjust tööluusile (152). Võrrelduna madala riskiga alkoholi tarvitajatega, teatasid töötajad, kes joovad vähemalt kord aastas, vähemalt kord kuus või vähemalt kord nädalas lühiajaliselt suure riski tasemel, vastavalt 3,1-, 8,7- ja 21,9-kordse tõenäosusega alkoholiga seotud tööluusist. Töötajad, kes jõid pikaajaliselt riskantsel või kõrge riski tasemel, omasid võrrelduna madala riskiga alkoholitavitajatega vastavalt 4,3- ja 7,3-kordset tõenäosust alkoholiga seotud tööluusiks. Võrreldes madala riskiga alkoholi tarvitajatest töötajatega, oli vähemalt kord aastas lühiajaliselt kõrge riski tasemel alkoholi tarvitaval töötajal väljavaade kogeda haigusest või vigastusest tulenevat tööluusi viimase 12 kuu jooksul 1,3 korda suurem ning 1,5 korda suurem töötajal, kes jõi vähemalt kord nädalas lühiajaliselt kõrge riski ta-

semel. Tõenäosus jääda haiguse või vigastuse tõttu haiguslehele viimase kolme kuu jooksul nendel töötajatel, kes jõid pikaaja kontekstis riskant- sel või kõrge riski tasemel, ei olnud märkimisväärselt kõrgem võrrelduna madala riskiga alkoholi tarvitajatest töötajatega.

Kahjulik alkoholitarvitamine ning episoodiline liigtarvitamine suuren- dab tööle hilinemise ja sealt vara lahkumise riski ja distsiplinaarkorras töölt ajutiselt kõrvaldamist, mis toob endaga kaasa produktiivsuse lan- guse, distsiplinaarprobleeme või alkoholi tarbimisega seotud madala produktiivsuse, ebasobiva käitumise, vargused ja teised kuriteod ning halvenenud kaastöötajate vahelised suhted ja madala asutusesisese mo- raali (153). Üks uurimus, mis viidi läbi 7 korporatsiooni 114 töökohas, näitas peaaegu lineaarset suhet kasvava alkoholitarvitamise ning töö tulemuslikkuse vahel, leides tugevaima seose joomise ja tööle hiljaks jäämise, vara lahkumise ning vähema töö tegemise vahel ja ainult nõrga seose töölt puudunud päevade vahel (154).

On olnud vähe ebasoodsa töökeskkonna rolli uuringuid alkoholi tarvita- misega seotud häirete riski kasvu suhtes (155). On mõningaid tõendeid seoste kohta vahetustega töö, madala tehnilise vastutuse ja tööga seotud ebakindluse ning alkoholi tarvitamise vahel. Kuid ebasoodsate töötingi- muste mõju alkoholi tarvitamisele on sageli seletatav töötajale omaste toimetulekuvõimetega. Pealegi, uurimused selles valdkonnas on harva rajatud selgele mudelile, mis tuvastab ebasoodsa töökeskkonna „toksili- sed“ komponendid, spetsiaalse rõhuasetusega töökeskkonna psühhosot- siaalsele dimensioonile.

Hiljutine analüüs, mis tehti Whitehall II ametialases uuringus Londonis baseeruvate riigiteenistujatega, leidis, et mis puutub naistesse, siis suu- rim osakaal probleemseid alkoholitarvitajaid leidis kahest kõrgemast astmest, sama ei käinud aga meeste kohta (155). Meeste puhul oli töö ja tasu tasakaalutus seotud alkoholisõltuvusega, kui arvesse oli võetud ka vanus ja ametikoha aste, kusjuures need, kelle töökoormus oli suur, kuid tasu madal, omasid kõrgeimat alkoholisõltuvuse riski. See seos oli näh- tav ka naiste puhul, kuid mitte nii konkreetsena. Lisaks oli naiste puhul madal otsustamisvabadus seotud suurema alkoholisõltuvuse riskiga. Ei suured nõudmised töökohal ega madal ametikoha-alane toetus ei olnud seotud alkoholisõltuvuse riski kasvuga. Need seosed ametikoha omadus- te ja alkoholisõltuvuse vahel ei paistnud kajastuvat füüsilises haiguses, nõrgendatud vaimses tervises või sotsiaalset võrgustikku puudutavates ebasoodsates muutustes. Enamus teisi uurimusi, mis on käsitletud töö- ga seotud psühhosotsiaalsete omaduste ja alkoholi tarvitamise suhet, on

mõõtnud alkoholiprobleemide ja -sõltuvuse asemel tarbitud koguseid ning enamuse neist on leidnud töö omaduste ja tarbitud koguste vahel kas vähe või üldse mitte seost.

Soome uurimus leidis seose läbipõlemise ja alkoholisõltuvuse riski vahel nii naiste kui meeste puhul (156). Läbipõlemine on kroonilise tööstressi tulemus. Teaduslikus uurimistöös enim kasutatud definitsiooni kohaselt on läbipõlemine kurnatuse staadium, milles inimene muutub kahtlevaks oma töö väärtuse ja iseenda kompetentsuse suhtes. Seda on seostatud kõige järjepidevamalt töö psühhosotsiaalsete omadustega, peamiselt suurte nõudmistega ja vähete ressursidega tööl, kuid ka individuaalsete, interpersonaalsete, teiste organisatsiooniliste ja ühiskondlike faktoritega. Soome uurimuses oli iga ühepunktiline kasv läbipõlemise tulemusel seotud 80% alkoholisõltuvuse intsidentide kasvuga naiste seas ja 51% kasvuga meeste seas. Peale sotsiodemograafiliste faktoritega kohandamist oli alkoholisõltuvusega seotud läbipõlemise riskisuhe logistilises regressioonianalüüsis naistele 2,06 (95% CI 1,52-2,81) ja 1,51 (95% CI 1,28-1,79) meestele. Veelkord, seos läbipõlemise ja alkoholisõltuvuse vahel võib tuleneda ka stressi ja alkoholi tarvitamise vahelisest ühendusest neurobioloogilisel tasandil. Nii rakusisesed kui ka dopamiinergilised rakuvälised mehhanismid võivad olla seotud stressi, stressist vabanemise tahte ja käitumise sõltuvuslike vormide, nagu alkoholi tarvitamine, vahelise interaktsiooniga.

Vaatamata struktuuralsele seosele töökeskkonna ja alkoholi tarvitamisega seotud häirete riski vahel on vaid vähesed uurimused analüüsinud tööstruktuuride muutumise mõju alkoholiga seotud kahju vähendamisele töökohal (157). Erandiks on uurimus, mis võrdles kahte töökeskkonda, kus valitsesid täiesti erinevad juhtimiskultuurid (158). Üks omas traditsioonilist hierarhilist USA juhtimisstiili ning teine rajanes USA-sse ülekantud Jaapani juhtimismudelil. Vaatamata sellele, et üldine alkoholi tarvitamise tase mõlemas inimrühmas oli sarnane, siis traditsionaalne juhtimisstiil oli seostatud lubavama suhtumisega alkoholi tarvitamisele enne ja pärast tööaegu (kaasa arvatud pausidel) ning suurema töökohal aset leidva joomisega. Kontrastina oli ülekantud juhtimisstiil seostatud tugevama alkoholipoliitika rakendamise, mis omakorda tõi kaasa konservatiivsemad joomisega seotud normid ning alkoholi madalama kättesaadavuse töökohal. Kvalitatiivne uurimus näitas selgelt, et ülekantud juhtimismeetod tõi kaasa alkoholiprobleemide sotsiaalse kontrolli, samas kui traditsionaalne meetod paistis seda kontrolli õhnestavat.

Hiljutine alkoholiga seotud probleemide ja töökoha-alaste sekkumiste

süsteemaatiline ülevaade tuvastas ainult 10 sekkumise uurimust (159). Sekkumised koosnesid kolmest laiaulatuslikust strateegiast: psühhosotsiaalsete oskuste treening; lühiajalised sekkumised, mille hulgas oli ka joomisega seotud enese-aruande tulemuste tagasisidestamine; ja interneti vahendusel edastatav alkoholiteemaline haridus. Psühhosotsiaalsed sekkumised hõlmasid meeskonnatööd, stressiga toimetulemist ning sotsiaalse õppimise mudelist tuletatud oskusi. Tervisekontrollis olid liiksaks alkoholi tarvitamisele käsitlusel ka suitsetamine, liikumine, dieet, kaal, stress, depressioon, vererõhk, kolesterool, diabeet, vähk, turvalisus ja ennetatavad tervishoiu riskid. Vaid ühe uurimuse tulemused ei olnud statistiliselt märkimiväärsed, samas seitse uurimust teatasid olulistest langustest alkoholi tarvitamises ja sellega seotud probleemides. Nõustamisega seotud sekkumised kas teatasid mõju puudumisest või oli see väike, rajanes vaid enese-aruandel või oli mõõdetud soov muutuda, mitte aga tegelik käitumise muutumine. Neli lühiajalise sekkumise uurimust olid asjalikud ja tõenäoliselt jätkusuutlikud sekkumised, mille saavutatud tulemused olid võrreldavad intensiivsemate nõustamis-alaste sekkumistega, vaatamata sellele, et tulemused olid enese-aruandel põhinevad.

Üks uurimus, mis kasutas objektiivseid tulemusmõõdikuid, kirjeldas töökoha ainete kuritarvitamise programmi mõju transporditööstuses, kus seda rakendati faasides perioodil 1988-1990 (160). Programm keskendus suhtumise muutmisele töökohal keelatud ainete tarvitamise suhtes ning koolitas töölisi märkama ja sekkuma, kui kaastöölisel on probleem. Programmi tugevdas riiklikult volitatud pisteline narkootikumide ja alkoholi testimine (rakendatud vastavalt 1990. ja 1994. aastal). Aegrea analüüsi abil analüüsiti igakuise vigastuste taseme ja nende kulude seost programmi etapiviisilise rakendamisega, kontrollides tööstuse vigastuste trendi. Programmi ja testimise kombinatsioon oli seostatav umbes kolmandiku langusega vigastustes, hoides 1999. aastal ära tööandja kulu hinnanguliselt 48 miljoni dollari ulatuses. Samal aastal läks firma jaoks kõnealune programm maksma 35 dollarit töötaja kohta ning veel lisanduv 35 dollarit testimiseks töötaja kohta. Programm hoidis 1999. aastal tööandjale kokku töötaja kohta hinnanguliselt 1850 dollarit vigastuste kuludelt, mis tegi tulude-kulude suhteks 26:1.

Kokkuvõte

Mida me teame?

- ✓ Alkoholi tarvitamine võib kasvatada tööluusi ja kehva tööpanust.
- ✓ Strukturaalsed tööfaktorid võivad mõjutada alkoholi-ga seotud kahju riski.
- ✓ On olemas mõningased tõendid, et töökoha alkoholi-politiikad ja -programmid (kaaslaste toetamine ja nõustamine) võivad vähendada alkoholiga seotud ris-ki.

Mida me ei tea?

- ✗ Strukturaalsete muutuste mõju töökohal alkoholi tar- vitamisega seotud kahjule ei ole uuritud.

Järeldused

Alkoholipoliitika, mis vähendab elanike keskmist alkoholi- litarvitamist, vähendab ka alkoholiga seotud kahju ja seda tööluusi ja kehva töökvaliteedi vähendamise kaudu tööko- hal. Töökohal on võimalik rakendada mitmeid erinevaid programme, kaasa arvatud sellised, mis hõlmavad kaaslaste toetamist ja lühiajalist nõustamist ning mis tõenäoliselt vä- hendavad alkoholiga seotud kahju. Arvesse peab võtma ka viisi, kuidas töö ise on organiseeritud, nii et töö ise ei suuren- daks kahjuliku alkoholitarvitamise riski, eriti selliste ametite puhul, kus risk on suurem nagu baaris töötajad, meremehed ja kaevurid (161).

JOOBES JUHTIMISE POLIITIKAD JA VASTUMEETMED

See peatükk näitab, et vere alkoholisisalduse piirmäära seadmine ning selle langetamine on efektiivne vahend joobes juhtimisega seotud surmade vähendamisel. Intensiivsed pistelised kontrollid, mille käigus politsei regulaarselt peatab sõidukeid, et pisteliselt kontrollida juhtide alkoholisisaldust veres ning kontrollpunktid, kus kõik autod peatatakse ning neil juhtidel, keda kahtlustatakse joobes juhtimises, kontrollitakse vere alkoholisisaldust, vähendavad alkoholi seotud vigastusi ja surmasid. On olemas mõningaid tõendeid madalama vere alkoholisisalduse piirmäära kehtestamise efektiivsuse kohta, kaasa arvatud nullpiiri kehtestamisel noorte või algajate juhtide jaoks, samuti juhilubade äravõtmise kohta joobes juhtimisega vahele jäänud autojuhtidelt kui ka kohustusliku ravi ja alkoholuku (mehhaaniline vahend, mis ei võimalda autot käivitada, kui juhi vere alkoholisisaldus on üle lubatud piirmäära) kohustuse kehtestamise kohta korduvalt joobes autoroolis olnutele. Samas on olemas tõendeid, et „kaine grupijuht“ kampaaniad ei oma mõju.

Alkoholipoliitika ja joobes juhtimine

Mitmed alkoholipoliitilised meetmed võivad vähendada alkoholiga seotud liiklussurmasid, nende seas on kõrgemad alkoholihinnad, alkoholi ostmiseks kehtestatud miinimumvanus ning müügikohtade arvu piiramine (162, 163). Joobes juhtimist vähendavate efektiivsete poliitikate rakendamine võib juhtida lisaks selle meetme kõrgele avalikule ja poliitilisele toetamisele (164) ka üldise alkoholi tarvitamise vähenemisele (165), näidates, kuidas teisi poliitilisi meetmeid võib alkoholiga seotud kahju vähendamiseks progressiivselt rakendada viisil, mis suurendaks kõnealuse meetme avalikku toetust.

Vere alkoholisisalduse piirmäära kehtestamine ja alandamine

Seadusliku piirmäära kehtestamise mõju. Süstemaatiline ülevaade uurimustest, mis hindasid vere alkoholisisalduse piirmäära kehtestamise mõju, leidis sellistel piirmääradel positiivset mõju, kuigi selle ulatus varieerus märgatavalt (166). Näiteks, 0,8 gr/l piirmäära kehtestamine osutus palju tugevamaks Suurbritannias kui Kanadas. Kasulik mõju paistis vähenevat aja jooksul, võib-olla vähenevast vahelejäämise tundest.

Piirmäära langetamise mõju. Süstemaatiline ülevaade on hinnanud le-

gaalse piirmäära langetamise mõju Kanadas, USA-s, Austraalias ja Euroopas (166-169). Suures enamuses juhtudel oli madalamaks kehtestatud piirmääraks kas 0,5 või 0,8 gr/l.

EL15-s läbiviidud analüüs BAC alandamise kohta 0,8 gr/l-lt 0,5 gr/l-le leidis, et see ei omanud üldist mõju, kui seda regulatsiooni ei jõustatud pisteliste „kõik puhuvad“ kontrollidega teedel (170). Kui neid kahte meetet rakendati koos, langes surmaga lõppenud õnnetuste arv elanikkonnas 4,3% ning sõidetud kilomeetri kohta langes suremuse määr 6,1%.

Rootsil on kaks maksimaalse vere alkoholisisalduse piirmäära, madalam joobes juhtimise määramiseks ja kõrgem raskendatud joobes juhtimise määramiseks. Madalam piirmäär langetati 0,5 gr/l-lt 0,2 gr/l-le 1990. aastal. Aegrea analüüsid, mis kontrollisid tarbitud alkoholi ja sõidetud distantse, leidsid märkimisväärseid langusi surmaga lõppenud liiklusõnnetustes, ühe autoga juhtunud õnnetustes ja üldiselt kõigis liiklusõnnetustes, vastavalt 9,7%, 11% ja 7,5% (171,172). Muutunud oli osaliselt autojuhtide vanuseline jagunemine, mis võis moodustada umbes kolmandiku vähenenud surmaga lõppenud õnnetustest ja vähendas surmaga lõppenud õnnetuste mõju 6%-le. Süüdimõistetute keskmine vere alkoholisisaldus langes märkimisväärselt, kuigi tagasihoidlikult, peale 0,2 gr/l piirmäära kehtestamist 0,168 gr/l-lt kuni 0,154 gr/l-ni ning suurim langus leidis aset kõrgeimate vere alkoholisisalduse juhtudes.

Piirmäär raskendatud joobes juhtimise tuvastamiseks langetati 1994. aastal 1,5 gr/l-lt 1 gr/l-le. Aegrea analüüsid, mis kontrollisid alkoholi- ja bensiinimüügi mõju ning lisades pilti kontrollmuutujana madalama piirmäära langetamise 1990. aastal, demonstreerisid 1994. aasta seadusemuudatuse märkimisväärset mõju surmaga lõppenud õnnetusjuhtumitele, kusjuures märgatav vähenemine oli umbes 13% (173). Mõju raskeid vigastusi kaasa toonud autoõnnetustele paistis olevat teistsugune, kuid siiski samasuunaline. 1994. aasta seadus tõi kaasa ka teisi muudatusi, kaasa arvatud maksimaalse vangistusaja pikenemine raskendatud joobes juhtimise korral; niisiis ei ole võimalik liiklusturvalisusega seotud muudatusi kanda eksklusiivselt vere alkoholisisalduse piirmäära langetamise arvele.

Prantsusmaa langetas oma legaalset vere alkoholisisalduse piirmäära 0,8 gr/l-lt 0,5 gr/l-le 1996. aastal. Prantsusmaa provintsis Haute-Savoie läbiviidud uurimus näitas, et joobes juhiga seotud surmaga lõppenud liiklusõnnetused langesid umbes 17,5 juhtumilt 100 000 elaniku kohta aastas uuele seadusele eelnenud aastatel (1993-1995) 11,2 juhtumile 100 000 ela-

niku kohta 1997. aastal (174). Mõju paistab olevat mingitel teadmata põhjustel hilinevad või oli seotud lisaks 0,5 gr/l piirmäära tutvustamisele teiste faktoritega, kuna paistab, et uue seaduse esimesel aastal ei omanud see uuendus mingit mõju. Uue seaduse mõju tuli selgemalt välja juhtide puhul, kel tuvastati kõrgem vere alkoholisisaldus (üle 0,8 gr/l).

Taani vähendas legaalselt piirmäära 0,8 gr/l-lt 0,5 gr/l-le 1998. aastal. Küsitluse andmed viitavad sellele, et peale uue seaduse sisseviimist autojuhid vähendasid enne rooli istumist alkoholi tarvitamist ning et see vähendamine oli põhjustatud autojuhtide vere alkoholisisalduse piirmäära langetamisest (175). Liiklusõnnetuste info ülevaatamine viitas sellele, et kui joobes juhiga seotud ja vigastusega lõppenud liiklusõnnetuste hulk paistis langevat peale uue seaduse rakendamist, siis joobes juhiga seotud ja surmaga lõppenud liiklusõnnetuste hulk osutus kasvavaks. On võimalik, et 10-kuune järelkajaperiood oli liiga lühike, et hinnata seaduse mõju korrektsekselt.

Austria vähendas legaalselt piirmäära 0,8 gr/l-lt 0,5 gr/l-le 1998. aastal. Seal paistsid langevat nii nende juhtide hulk, kelle vere alkoholisisaldus oli üle 0,8 gr/l, kui ka nende hulk, kelle vere alkoholisisaldus oli 0,5 ja 0,8 gr/l vahel, kuigi statistilistest testidest ei ole raporteid (176). Joobes juhtimisega seotud ja vigastusega lõppenud liiklusõnnetused vähenesid uue seaduse kehtestamisega.

USA-s on mitmed osariigid alandanud autojuhtide legaalse vere alkoholisisalduse piirmäära 0,8 gr/l-le. Üheksa uurimuse metaanalüüs leidis, et 0,8 gr/l vere alkoholisisalduse piirmäära kehtestamine tõi kaasa keskmiselt 7%-lise languse alkoholiga seotud mootorsõidukite õnnetustes aset leidnud surmajuhumites (177).

Madalam piirmäär noortele ja algajatele juhtidele

Madalama vere alkoholisisalduse piirmäära noortele ja algajatele autojuhtidele kehtestavate seaduste mõju süstemaatiline analüüs leidis, et kolm uurimust, mis kontrollisid surmaga lõppenud õnnetuste osa, teatasid 24%-, 17%- ja 9%-sest langusest; kaks uurimust, mis kontrollisid vigastustega lõppenud õnnetusi, teatasid 17%- ja 4%-sest langusest; ning üks uurimus, mis analüüsis õnnetusi, mida uurinud politsei uskus, et juht oli tarvitanud alkoholi, teatas 11%-sest langusest (177). Astmeline juhilubade süsteem, mis järk-järgult tutvustab algajatele juhtidele kõrge riskiga juhtimisega seotud situatsioone, on efektiivne vahend liiklusõnnetuste vähendamiseks algajate juhtide seas (178).

Piiramatu testimine – „kõik puhuvad“

Piiramatu või pisteline kontrollimine tähendab, et politseil ei ole piiranguid sõidukite peatamisel autojuhtide hingeõhu kontrollimiseks, isegi juhul, kui juhid ei ole teinud rikkumist või neid ka ei kahtlustata selles või nad ei ole osalenud liiklusõnnetuses (179). Iga liikleja võib suvalisel ajal sattuda kontrolli ja tal ei ole endal võimalik teha midagi, et mõjutada oma võimalust saada testitud. Testimine on erinev päevast päeva ja nädalast nädalasse ning testimisest keeldumine võrdub negatiivse tulemusega. Selektiivne testimine viitab kontrollpunktidele, kus politsei peab omama põhjust arvata, et konkreetne juht on tarvitanud alkoholi.

Austraaliale on märkimisväärne kogemus „kõik puhuvad“ testimisega. Nelja Austraalia osariigi aegrea analüüs leidis, et piiramatu pisteline testimine oli kaks korda efektiivsem kui selektiivsed kontrollpunktid (180). Queenslandis näiteks tõi „kõik puhuvad“ testimine surmaga lõppenud õnnetustes kaasa 35% languse, võrreldes 15%-se langusega selektiivsete kontrollpunktide korral. Alates nende rakendamisest on joores juhtimise kontrollimine ja avalikkusele suunatud kampaaniad Victorias rõhutanud oma efektiivsust vähendades alkoholi tarvitamise kõrgaegadel tõsisid liiklusõnnetusi (181).

23 piiramatu ja selektiivse testimise uurimuse metaanalüüs on leidnud, et liiklusõnnetused, kus on alkoholi osaliseks peetud, on langenud keskmiselt 18% (pistelise testimise kontrollpunktidega) ja 20% (selektiivsete testimise kontrollpunktidega), millele järgnevalt rajati kainuse kontrollpunktid. Surmaga lõppenud õnnetused, kus alkohol arvati osalevat, vähenesid keskmiselt 22% (pistelise testimise kontrollpunktidega) ja 23% (selektiivsete testimise kontrollpunktidega), millele järgnevalt rajati kainuse kontrollpunktid. Õnnetused vähenesid sõltumata järelkaja pikusest enne uurimust, langedes keskmiselt 18%, kui uurimusele eelnes vähem kui aastane periood ja 17%, kui uurimusele eelnes enam kui aasta (177).

Lubade äravõtmine

Joores juhtimisega vahelejäädud autojuhtidelt lubade äravõtmine on ainult osaliselt efektiivne joores juhtimisega seotud probleemide ja alkoholi tarvitamise poolt põhjustatud õnnetuste vähendamisel. Ilma teatud vormi hariduse, nõustamise või raviprogrammideta toimib joores juhtimise tõttu juhilubade äravõtmise mõju vaid niikaua, kuni lubade eemaldamisega on juhilt sõitmisõigus ära võetud ja need perioodid on suhte-

liselt lühikesed. 46 juhilubade äravõtmist käsitleva uurimuse ülevaade leidis, et lubade äravõtmisele järgnes keskmiselt 5%-ne langus alkoholi-ga seotud õnnetustes ning surmaga lõppenud õnnetused vähenesid 26% (182). Vähe on tõendeid selle kohta, et vanglakaristus või rahaline trahv omaks erilist heidutavat mõju tulevikus rikkumistest hoidumiseks. Kuid autoriteet rakendada vanglakaristust võib anda seadusliku aluse seadu-serikkujate suunamisele raviprogrammi, mis on osutunud edasisi rikku-misi vähendavaks vahendiks esmakordsetele ja korduvatele seaduserik-kujatele. 215 abistava programmi iseseisva hindamise metaanalüüs leidis, et nad annavad keskmiselt 8-9% languse, nii joobes juhtimise rikkumiste kordumises kui ka alkoholiga seotud liiklusõnnetuste kordumises (183).

Alkolukud

Üks meede ennetamaks joobes inimese autojuhtimisest on nn alkoluku asetamine autosse, mis ei võimalda joobes inimesel autot käivitada. Selleks, et alkolukuga varustatud autot käivitada, peab juht kõigepealt puhuma alkoluku avamiseks. Kui puhutud hingeõhus osutub alkoholi kontsentratsioon lubatust kõrgemaks, siis auto ei käivitu. Selleks, et vähendada kõrvalehoidmist (näiteks kui keegi teine puhub alkolukku), on kasutusel ka pistelised korduvad testid ajal, kui auto juba käib. Alkolukud saab asetada ennetava meetmena ka ühistranspordi ja kaubaveo sõidukitesse.

Kaheksa alkolukkude programmi ülevaade leidis, et need olid efektiivsemad joobes juhtide korduvkuritegude ennetamisel kui juhilubade äravõtmine (184). Kuid seitse uurimust leidsid, et kui alkolukk autost eemaldati, jäi korduvrikkumiste tase samaks kui lubade äravõtmise korral.

Süsteemaatiline Cochrane ülevaade identifitseeris 1 randomiseeritud kontroll-uuringu, 10 kontroll-uuringut ja kolm jätkuvat uuringut (185). Randomiseeritud kontroll-uuringus oli sekkumise grupis korduvrikkumiste tase madalam siis, kui seade oli autos, kuid see paremus kadus, kui seade eemaldati autost. Kõigis 13 mitte-randomiseeritud uuringus oli rikkumiste taasesinemine alkoluku olemasolu korral madalam. Kuid taaskord ei laienenud need positiivsed tulemused ajale, mil alkoluku seade liiklusvahendist eemaldati.

Alkoluku seadeid ja programme tutvustati Rootsis 1999. aastal kahte tüüpi programmi näol (186, 187). Esmane ennetuslik strateegia käivitati eesmärgiga ennetada alkoholi-joobes juhtimist kolmes transpordiliinis (bussid, kaubaveod, taksod). Teisene ennetuslik strateegia alustati kahe-

aastase vabatahtliku programmiga joobes juhtimisega vahelejäänutele, hõlmates nõustamist ning regulaarseid arstlikke kontrole. Alkolukud on professionaalsete juhtide, nende tööandjate ja reisijate poolt hästi vastu võetud ning alkolukkude hulk esmase ennetusvahendina on Rootsis kiiresti kasvamas. Tuhandest kolm käivitust blokeeriti esmase ennetusprogrammi käigus alkoluku poolt, kui mõõtmine oli andnud tulemuseks üle lubatud 0,2 gr/l vere alkoholisisalduse määra. Ainult 11% kõlblikest joobes juhtimise rikkujatest osales vabatahtlikus sekundaarses ennetusprogrammis ning neist 60% oli alkoholisoõltuvus. Programmi käigus alkoholi tarvitamine langes, mõõdetuna viie bioloogilise alkoholimarkeriga ning joobes juhtimise rikkumiste esinemine langes järsult aastaselt 5% tasemelt peaaegu nulli. Need aga, kes programmist kõrvale jäeti, paistisid pöörduvat tagasi oma varasema alkoholiga seotud käitumise juurde, kuigi hilisem järelkaja viitas mõningastele tõenditele püsivate muutuste kohta, mis puudutas vähenenud liiklusõnnetusi ja korduvrikkumisi (188).

Koolitused alkoholi serveerijatele ja tsiviilvastutus

Koolitusprogramme alkoholi serveerijatele ja baarmenidele eesmärgiga ennetada joobes juhtimist, õpetades neid tuvastama joobeseisundit, alkoholimüügist hoidumist ja vajaliku transpordi pakkumist on hinnatud Austraalias, Hollandis ja Põhja-Ameerikas. Serveerijate koolitusprogrammide süstemaatiline ülevaade (ära mainides, et ülevaadatud tõendid pärinevad peamiselt väikemahulistest uuringutest, kus osalised võisid olla valdavalt ebatavapäraselt motiveeritud ning uurijatel oli koolituse üle tugev kontroll) identifitseeris kolm kvalifitseeruvat uurimust, mis leidsid, et sellised koolitused olid seostatavad joobes juhtide osakaalu vähenemisega 17% kuni 100% võrra (keskmine 33%) ning üks uurimus hindas üleriigilist koolitusprogrammi ja leidis, et koolitus oli seostatud 23%-se langusega aset leidvates ööperioodi liiklusõnnetustes, kus osales üks auto (177).

„Kaine grupijuht“ programmid

Ei ole olemas universaalset definitsiooni „kainele grupijuhile“. Kõige levinum definitsioon eeldab, et see autojuht, kes hoidub täielikult alkoholist, saab autojuhiks määratud enne alkoholi tarvitama hakkamist ning ta sõidutab teised seltskonnaliikmed nende kodudesse (189). Teised definitsioonid keskenduvad riski ja kahjude vähendamisele, kus peamiseks eesmärgiks ei ole tingimata alkoholist täielik hoidumine, vaid see, et „kaine grupijuhi“ vere alkoholisisaldus püsiks allpool legaalset piirmäära.

Süsteemaatiline ülevaade viidi läbi, et hinnata „kaine grupijuhi“ programmide efektiivsuse tõendeid joobes juhtimise ja alkoholiga seotud õnnetuste vähendamise kohta. Ülevaade hindas elanikkonnal põhinevaid kampaaniaid, mis kutsusid üles kasutama „kaineid grupijuhte“, kui ka alkoholi tarvitamiskohtades läbiviidavaid programme, mis pakkusid inimestele stiimuleid hakkamaks kaineiks grupijuhiks (189). Tuvastati ainult üks elanikkonnal põhinev „kaine grupijuhi“ kampaania uurimus. Küsitluse tulemused viitasid 13% vastanute kasvule, kes „alati“ valivad „kaine grupijuhi“, kuid enese aruandel baseeruvalt ei viidanud märkimisväärsetele muutustele joobes juhtimises ega sõitmisel koos joobes juhiga. Seitse uurimust (millest viis oli avaldatud samas ajakirjaartiklis ja millest kuuel olid samad kaks peamist autorit) hindasid mitmeid, kes identifitseerisid ennast kui „kainet grupijuhti“ enne ja pärast programmide rakendamist, leides keskmiselt 0,9 „kaine grupijuhi“ lisandumist õhtu kohta. Kaheksas uurimus teatas 6%-sest enese aruandel baseeruvast joobes juhtimise ja joobes juhi autos sõitmisel juhtumite langusest küsitletute seas, kes osalesid stiimulit sisaldavas programmis.

Nende tulemuste tõlgendamine oli keeruline tulenevalt asjaolust, et ainult kaks uurimust teatasid, kui palju kliente baarides igal jälgimise perioodil viibis. Seega, vaatamata sellele, et stiimulit sisaldavad programmid leidsid üldiselt väikest kasvu „kaineteks grupijuhtideks“ hakkamisel, siis ulatus, mil määral need muutused olid seotud „kaine grupijuhi“ tegeliku kasutamisega, jäi ebaselgeks. Viimaks, oli võimatu anda hinnangut nende muudatuste mõjule rahva tervisele, kuna puudus informatsioon, milline oleks nende käitumine olnud ilma „kaine grupijuhi“ programmi ta. Seega, tulenevalt täheldatud mõju väiksusest ning tulemuste mõõtmiste limitatsioonidest on hetkelised tõendid järelduste tegemiseks mõlemat tüüpi „kaine grupijuhi“ programmide efektiivsuse hindamisel ebapiisavad. Lisaks ei ole ka hinnatud ühtegi uurimust, mis vastaks, kas „kaine grupijuhi“ programm tegelikult vähendab alkoholiga seotud liiklusõnnetusi ja nendes tekitatud vigastusi.

Hariduslikud programmid

Kirjanduse süsteemaatiline ülevaade, mis hindas joobes juhtimist ja joobes juhiga koos autos sõitmist vähendavaid koolipõhiseid programme, tuvastas 13 eelretsenseeritud uurimust või tehnilist raportit, mis vastasid spetsiifilistele kvaliteedikriteeriumidele ning sisaldasid ka hindamistulemusi (85). Uurimused hindasid kolme tüüpi sekkumisi: koolipõhised instruktsioonilised programmid, eakaaslaste organisatsioonid ja sotsiaalsete normide kampaaniad. Instruktsiooniliste programmide puhul

ei leitud viie uurimuse korral mingit mõju enese-arundel baseeruvalt joobes juhtimisele, nelja uurimuse põhjal tuvastati enese-arundel baseeruvalt keskmiselt langus joobes juhiga koos sõitmise küsimuses. Ainult üks uurimus vaatas liiklusõnnetusi ja see ei tuvastanud mingit mõju. Eakaaslaste organisatsioonide programmide efektiivsust hinnanud kaks uurimust jagasid tõendeid mõju kohta. Kaks uurimust, mis puudutasid sotsiaalseid norme edastavaid programme, viitasid joobes juhtimise vähenemisele ning „kaine grupijuhhi“ sagedamale kasutamisele.

Massimeedia kampaaniad

Nagu juba mainitud teadlikkuse kasvatamise ja poliitilise pühendumise peatükis, tuvastas joobes juhtimist käsitlevate massimeedia kampaaniate efektiivsuse süstemaatiline ülevaade seitse kvalifitseerunud uurimust, mis leidsid, et massimeedia kampaaniad olid seotud keskmiselt 13%-lise langusega kõigis alkoholiga seotud autoõnnetustes (interkvartiilne ulatus - 6-4% langus) ning kuus kvalifitseerunud uurimust, mis leidsid, et massimeedia kampaaniad olid seotud 10%-lise langusega vigastusi tekitanud autoõnnetustes (interkvartiilne ulatus - 6-4% langus) (85).

Hinnatud massimeedia kampaaniatel olid mitmed ühised komponendid: eeltestitud sõnumid; suurearvuline saavutatud publik, milleni jõuti peamiselt tasulise reklaami abil; lisanduvad ennetusmeetmed kohalikul tasandil nagu kõrgetasemeline joobes juhtimisega seotud seaduste kontroll. Kampaaniate sõnumid ulatusid seaduse kuulekusest ja joobes juhtimise seadusandlikest tagajärgedest kuni joobes juhtimise sotsiaalsete ja tervist ohustavate tagajärgedeni. Kahe erinevat tüüpi kampaaniate efektiivsuse osas ei ole selgeid erinevusi.

Kokkuvõte

Mida me teame?

- ✓ On olemas järjepidevad tõendid, et autojuhi vere alkoholisisalduse piirmäära kehtestamine ja selle langetamine on efektiivsed autoõnnetuste ja nendega seotud vigastuste ja surmajuhtumite vähendamisel, juhul kui seda piirmäära kontrollitakse.
- ✓ On olemas järjepidevad tõendid, et kainuse kontrollpunktide ja pisteliste „kõik puhuvad“ testimise raken-

damine vähendavad mootorsõidukiõnnetusi ja nendega seotud surmajuhtumeid.

- ✓ On olemas mõningaid tõendeid, et madalam vere alkoholisisalduse piirmäär algajatele juhtidele vähendab mootorsõidukiõnnetusi ja nendega seotud surmajuhtumeid.
- ✓ On olemas mõningaid tõendeid, et lubade äravõtmine võib vähendada mootorsõidukiõnnetusi ja nendega seotud surmajuhtumeid.
- ✓ On olemas mõningaid tõendeid, et sundravi võib vähendada mootorsõidukiõnnetusi ja nendega seotud surmajuhtumeid.
- ✓ On olemas mõningaid tõendeid, et alkoholikud võivad vähendada mootorsõidukiõnnetusi ja nendega seotud surmajuhtumeid.
- ✓ On olemas mõningaid tõendeid, et massimeedia kampaaniad võimendavad joobes juhtimise poliitika efektiivsust.
- ✓ On uurimusi, mis ei leidnud „kaine grupijuhhi“ stiilis kampaaniatel mingit mõju mootorsõidukiõnnetuste ja nendega seotud surmajuhtumite ennetamisele.

Mida me ei tea?

- ✗ Efektiivsemaid viise kindlustamiseks adekvaatseid ja püsivaid ressursse juhtide vere alkoholisisalduse piirmäära rakendamiseks.

Järeldused

On olemas selged tõendid, et joobes juhtimisega seotud liiklusõnnetused oleksid ennetatavad, kui juhtide vere alkoholisisalduse lubatud piirmäär oleks langetatud 0,2 gr/l-le ning kui seda rakendataks läbi pisteliste „kõik puhuvad“ kontrollide ning see oleks toetatud teiste kontrollmeetmetega nagu lubade äravõtmine, kohustuslik ravi ja alkoholikud ning mas-

simeedia kampaaniad. On olemas ka head tõendid o gr/l piirmäära rakendamiseks algajatele autojuhtidele. Kaaluda võiks alkoholikude kasutamist kõigi professionaalsete juhtide puhul.

ALKOHOLI KÄTTESAADAVUSE KÄSITLEMINE

Alkoholimüügi täielik keeld kehtib mitmetes valdavalt islamienamusega riikides ja ka kogukonna tasandil erinevates põlisrahvaste kogukondades, kuid on ka teisi hajutatud alkoholi kasutamise keelde konkreetsetes asukohtades nagu näiteks parkides ja tänavatel, haiglates ja ka töökohal (7). Alkoholi müügilubade süsteem võimaldab kontrolli olemasolu, kuna seaduste rikkumise korral võib karistada müügiloa äravõtmisega. Teisalt, tasuline müügiloa süsteem võib juhtida müügiluba omavate asutuste järele kasvule sissetulekut genereeriva mehhanismina kohalikule võimule. Valitsuse jaemüügimonopolid võivad vähendada alkoholiga seotud kahju. Sellised süsteemid kalduvad omama vähem müügikohti, mis on eramüüjatega võrreldes avatud lühemat aega (190-192).

Alkoholi ostmiseks vanusepiirangut kehtestavad seadused ja nende rakendamine näitab joobes juhtimisega seotud surmajuhtumite ja teiste alkoholiga seotud kahjude osas selget langust (193). Kõige efektiivsemad vahendid seaduse kontrollimiseks on müüjal, kellel on majanduslik huvi alkoholi müügiloa säilitamiseks (194). Alkoholi müügikohtade arv on seoses alkoholiga seotud kahju tasemega, mis on kõrgeim, kui leiavad aset olulised muutused selliste müügikohtade hulgas ja tüübis. Suurem alkoholi müügikohtade tihedus on seostatud suurema alkoholi tarvitamisega noorte seas (195), sagenevate rünnakute ja teiste kahjudega nagu mõrvad, laste ärakasutamine ja hooletusse jätmine, enesele tekitatud vigastused ning, vähem järjepidevate tõendite põhjal, ka liiklusõnnetused (196-198). Kuigi alkoholimüügi aja pikendamine võib paljud alkoholiga seotud intsidentide toimumisajad ümber jaotada, siis üldiselt sellised pikendused ei vähenda vägivaldsete intsidentide sagedust ning sageli toob kaasa alkoholi tarvitamise ja sellega seotud probleemide tõusu (199). Müügitundide ja -päevade vähendamine toob kaasa alkoholiga seotud probleemide, kaasa arvatud mõrvade ja rünnakute, vähenemise (200).

Karmid piirangud kättesaadavusele võivad luua võimaluse paralleelselt toimivalt illegaalsele turule, kuid märkimisväärse koduse või illegaalse tootmise puudumise korral on see enamikel juhtudel kontrollitav seaduste jõustamise teel. Seal, kus eksisteerib suur illegaalne turg, võivad müügilubadega seotud piirangud suurendada alternatiivse turu konkurentsivõimet ning sellega peab arvestama poliitika kujundamisel.

Alkoholi ostmise miinimumvanus

Alkoholi ostmise vanuseline alampiir erineb päris suurelt erinevate riikide võrdluses, ulatudes peamiselt 16. eluaastast kuni 20-ndani sõltuvalt alkohoolsest joogist ja müügikohast. 1960. kuni 1999. aastani läbi viidud 132 uurimuse ülevaade leidis väga tugevaid tõendeid, et minimaalse vanuse piirmäära muutmine omab märkimisväärset mõju noorte joomisele ning sellega seotud kahjule, eriti liiklusõnnetustele (193). Alkoholi ostmise legaalse vanuse piirmäära seaduse süstemaatiline ülevaade USA-s leidis 14 uurimusest, mis uurisid legaalse ostuea tõstmise mõju, et õnnetused vähenesid sihtrühma vanusegrupis keskmiselt 16% võrra, ning 9 uurimusest, mis käsitlesid vanusepiirangu langetamise mõjusid, leiti, et liiklusõnnetused sihtrühma vanusegrupis kasvasid keskmiselt 10% (177). Need mõjud püsisid stabiilsena ka järelkontrollis, mis varieerus seitsmest kuust kuni 9 aastani. Kõrgema vanusepiirangu täielik kasu on saavutatav vaid juhul, kui seadus on edukalt rakendatud. Vaatamata kõrgemale vanusepiirangule, õnnestub noortel alkoholi siiski osta. Enamikes EL-i riikides läbi viidud ESPAD-i uurimuses leidis enamus 15-16-aastastest noortest, et ükskõik mis tüüpi alkohoolse joogi kättesaamine on üsna või väga kerge, kasvades õlle ja veini korral 70-95%-ni (201). Sellised müügitulemused pärinevad madala ja ebastabiilse seaduse järelevalvega oludest, kus puudub ka kogukonna toetus alaealiste alkoholi kättesaamise kontrollimise tõhustamisele. Isegi mõõdukas paranemine vanusepiirangu järelevalve tugevdamisel võib alaealistele alkoholi müümist vähendada 35-40% ja seda eriti, kui see on tugevdatud meedia ja teiste kogukonna tegevuste kaudu (193). Kõige efektiivsemad vahendid seaduse kontrollimiseks on müüjal, kellel, nagu varem mainitud, on majanduslik huvi alkoholi müügiloo säilitamiseks.

Müügikohtade arv ja tihedus

Kokkuvõtlikult on alkoholimüügikohtade arv seotud alkoholiga seotud kahju tasemega, mis on kõrgeim, kui aset leiavad olulised muudatused müügikohtade arvus ja tüübis. Alkoholi müügikohtade kasvav tihedus on seotud väheneva sotsiaalse kapitaliga (202) ning noorte kasvava alkoholitarvitamisega koos rünnakute ja teiste kahjude, nagu mõrvad, laste ärakasutamise ja hooletussejätmise, enesele tekitatud vigastuste ning vähemate tõendite alusel ka liiklusõnnetuste kasvuga (198, 203).

Alkoholi kättesaadavust käsitlevad uuringud on pärit valdavalt Põhja-maadest, kus alkoholile ligipääs on traditsiooniliselt enam piiratud võrreldes paljude teiste arenenud riikidega. Uuritud on olulisi muutusi alko-

holi kättesaadavuse valdkonnas nagu poe avamine kogukonnas, kus seda seni ei olnud, või õlle müügi lubamine supermarketites. Uurimused Soomes kasutasid müügikohtade avamist külades ning regulatsiooni muutusi, mis lubasid toidupoodides õlle müümise, et uurida arenguid alkoholi tarvitamises (204). Nende muutuste tagajärjel täheldati selget kasvu õlle tarbimises, kusjuures liigtarbijad olid enam mõjutatud kui keskmiselt. Rootsi uurimused olid samuti keskendunud keskmise tugevusega õlu (4,5%) müügi lubamise või keelamise mõjule toidukauplustes, leides märkimisväärset kasvu tarbimises kui ka alkoholiga seotud hospitaliseerimistes, eriti teismeliste seas (205). Väljaspool Põhjamaid on uurimused keskendunud riiklike jaemüügi monopolide likvideerimisele, mis tavaliselt on endaga kaasa toonud märkimisväärse müügikohtade arvu kasvu. Veini jaemüügi riiklike monopolide erastamine USA viies osariigis tõi kaasa märkimisväärse kasvu veini müügis, kuid jättis valdavalt mõjutamata õlle ja viina müügi (206).

Aegrea analüüsid, mis puudutasid alkoholi müügikohtade tihedust Norras ajavahemikus 1965 kuni 1990, leidsid olulisi seoseid, viidates, et kui müügikohtade tihedus Norras muutus, siis muutusid vastavalt ka rünnakute sagedused (207).

Hulk uurimusi Californiast on kasutanud sekundaarset infot, et uurida alkoholi müügikohtade tiheduse ja alkoholi tarvitamisega seotud kahju vahelist seost. Alkoholiga seotud hospitaliseerimiste ja San Diego piirkonnas olevate müügilubade hulga vahel leiti märkimisväärne seos (208). Müügikohtade tiheduse iga ühiku võrra tõusu puhul 100 000 elaniku kohta esines 0,48-kordne suurem kasv 100 000 elaniku kohta. San Franciscos leiti tee kilomeetri kohta välja antud alkoholi müügilubade arvu põhjal müügikohtade tiheduse mõõtmisel positiivne seos jalakäijate vigastuste sagedusega (209). Laste ärakasutamine ja hooletusse jätmine leiti California piirkonnas olevat otseses seoses baaride, restoranide ja alkoholi müügikohtade tihedusega elanike arvu suhtes, nii et ühe ühiku suurune kasv müügikohtade tiheduses oli seostatud lisanduva 2,2 lapsevastase vägivallajuhtumiga (210). Peale ruumilise autokorrelatsiooni kontrollimist oli jaemüügikohtade tihedus seotud tõendatud ärakasutamise juhtude kasvuga ning baaride esinemise tihedus oli seostatud laste hooletusse jätmine sagenemisega. Nende seoste pikaajalise suhte kohta leiti lisanduvaid tõendeid 6 aastat kestnud uurimusest, mis hõlmas California 581 piirkonda ning mille käigus analüüsiti müügikohtade tiheduse ja rünnete vahelist seost (211). Uurimus lisas rea keskkonda puudutavaid aspekte (nagu teised jaemüügikohad) ja sotsiodemograafi-

lisi aspekte (nagu keskmine sissetulek) tervest kuueaastasest perioodist ning ka kolme tüüpi müügikoha tiheduse analüüsi: baarid, restoranid ja jaemüüjad. Uurimus leidis vägivalda suhtes kasvavat mõju nii baaride kui jaemüügikohtadega ja vähenevat mõju restoranidega seoses. Baaride tihedus naaberregioonis oli samuti seostatud vägivalda kasvuga, mis viitab sellele, et uued baarid mõjutavad vägivaldsust, lisaks kohalikule piirkonnale, ka ümbritsevates regioonides. Uurimuse autorid hindasid, et ühe baari kaotamise – igas 581 uuritud piirkonnas – tulemusena oleks nende kuue aasta jooksul esinenud 290 võrra vähem rünnakuid.

Los Angelese uurimus, mis keskendus gonorröa esinemissagedustele riskantse seksuaalkäitumise mõõtjana, esitas naturaalse eksperimendina tõendeid alkoholi müügikohtade vähendamise mõju kohta (212). Peale 1992. aasta kodanikerahutusi, mille käigus põletati mitmeid viinapoode, loobus kannatada saanud müügikohtade taasavamise vastase kogukonna kampaania peale 270 alkoholi müügikohta oma müügilubadest. Uurimus püüdis eristada müügikohti kui põhjuslikke faktoreid (läbi alkoholi tarvitamise ja riskikäitumise) ja kui sotsiaalse desorganisatsiooni tähi-seid. Uurimuse tulemused kinnitasid alkoholi müügikohtade arvu selget mõju gonorröa esinemisele, viidates, et müügikohad täidavad olulist osa gonorröa levimises, isegi kui sotsiaalne desorganisatsioon on kontrolli all.

Austraalias tehtud uurimus käsitles müügikohtade tiheduse mõju naabruskonna mugavusele, kasutades innovatiivset meetodit, milles seostati üleriiklik kuritegevust ja turvalisust käsitlev küsitlus alkoholi müügikohtade olemasoluga New South Wales's (213). Uurimus kasutas alkoholi müügikohtade kontsentratsiooni määramiseks kahte meetodit: ligipääsetavust ja tihedust ning eksamineeris kummagi mõju naabruskonnas aset leidvatele purjusolemiste juhtudele, omandile tehtud kahjule ning kodude rüüstamistele. Määratledes müügikohtade asukoha suhtes vastanute elukohad, demonstreeris statistiline modelleerimine, et inimesed, kes elasid alkoholi müügikohtadele kõige lähemal (suhteline ligipääsetavus), teatasid kõrgeimast purjusolemistest ja omandivastastest kuritegudest oma naabruskonnas. See suhe püsis olulisena ka peale võimalike kaastegurite mõju arvestamist. Uurimus kinnitas ka alkoholi müügikohtade tiheduse ja respondentide raporteeritud naabruskonnas esineva purjusolemiste ja sellega seotud probleemide vahelist olulist seost.

Müügiajad

Mitmed uuringud on viidanud, et kuigi alkoholi müümise aegade ja päe-

vade muutmine võib ümber jaotada ajad, millal alkoholiga seotud liiklusõnnetused ja vägivallajuhtumid aset leiavad, toimub see nende samade probleemide arvulise kasvu hinnaga (vaata 9). Näiteks 24-tunnine alkoholimüük Reykjavíkis tõi kaasa politseitöö, kiirabi vastuvõtude ja joo-
bes juhtimise juhtumite kasvu. Politsei töö jagunes võrdsemalt terve öö peale, kuid see põhjustas ka muutused politsei vahetustes, et katta uut tekkinud lisatööd (199).

Sari uurimusi Rootsis leidsid peale laupäeviti riigile kuuluvates alkoholi-
poodides müügi lubamist kokku 3,6% suurust müügi kasvu, kuid kahju kasv ei olnud piisavalt suur, et see oleks oluline (214, 215).

Peale 2003. aastal vastu võetud lubade seadust Suurbritannias, mis võimaldas poodidel ja supermarketitel alkoholi müüa nii kaua, kui nad ise plaanivad avatud olla (216), olid pubid keskmiselt avatud kauem vaid 27 minutit (217, 218). Mingit reaalselt muutust alkoholiga seotud kuritegevuse osas ei märgatud kuni kella 3:00-ni, kuid vahemikus 3:00-6:00 täheldati 22%-list kuritegevuse kasvu. Teisisõnu lükkusid alkoholiga seotud kuriteod öös hilisemasse aega (219). Osade uurimuste põhjal paistsid lubade seaduste muudatused omavad vähest mõju inimeste hulga-
le, kes läksid ravile rünnakutest saadud vigastuste tõttu (220, 221), kuid teised uurimused täheldasid suurt ööperioodil alkoholiga seotud kiirabi ja traumapunkti töö kasvu (222).

Uurimus Lääne-Austraaliast näitas, et müügiaja pikendamine kella 24:00-lt 1:00-ni suurendas öösel avatud kohtades esinevaid vägivallajuhtumeid 70% (223).

On ka tõendeid, et piirates müügipäevi ja -tunde, on võimalik seeläbi vähendada probleeme. Mõrv on Brasiilias juhtivaks surmapõhjuseks ning üks kõrgeim mõrva esinemiste tase on Diadema linnas. Selleks, et olukorda muuta, rakendas kohalik politsei erinevaid meetmeid, mille hulgas oli 2002. aastal vastu võetud lubade seadus, mis keelustas alkoholimüügi peale kella 23:00-i. Selleks, et hinnata müügiaegade vähendamise kaudu kättesaadavuse piiramise mõju mõrvadele ja vägivallale, analüüsiti kohaliku politsei arhiivist saadud andmeid mõrvade ja rünnakute kohta. Mudeleid kohandati arvestades kontekstuaalsete tingimustega, omavalitsuse püüdlustega ja seaduse jõustamise sekkumistega, mis leidsid aset nii enne kui ka peale sulgemisseaduste vastuvõtmist. Alkoholi müügiaja vähendamine tõi kaasa 44%-se languse Diademas aset leidnud mõrvades (200).

Kokkuvõte

Mida me teame

- ✓ On olemas järjekindlad tõendid, et vanusepiirangu säilitamine ja langetamine võib vähendada selle seaduse jõustamise korral alkoholiga seotud kahju.
- ✓ On olemas järjekindlad tõendid, et riiklikud alkoholi jaemüügimonopolid võivad vähendada alkoholiga seotud kahju.
- ✓ On olemas järjekindlad tõendid, et alkoholi müügikohtade tiheduse reguleerimine ja vähendamine võib vähendada alkoholiga seotud kahju.
- ✓ On olemas järjekindlad tõendid, et alkoholimüügi aegade reguleerimine ja vähendamine võib vähendada alkoholiga seotud kahju.

Mida me ei tea

- ✗ Kõige efektiivsemaid viise parandamiseks avalikku ja poliitilist toetust alkoholi kättesaadavuse piiramisele.

Järeldused

Peaks kaaluma alkoholi kättesaadavuse piiramist läbi vanusepiirangu seaduse järelevalve, müügikohtade tiheduse reguleerimise ja piiramise ja müügiaegade vähendamise. Riigile kuuluva alkoholi jaemüügi monopoli tutvustamine või säilitamine võib piirata alkoholi tarvitamisega seotud kahju taset.

ALKOHOOLSETE JOOKIDE MARKETING

See peatükk näitab, et vaatamata metodoloogilistele raskustele on ökonomieetrilised uurimused, mis käsitlevad alkoholi reklaamimise ja tarvitamise vahelist seost, leidnud alkoholi reklaamimise mõju käitumisele, isegi kui kõigis uurimustes see ei väljendu. Tugevaimad tõendid pärinevad kestevuurimustest, mis on kinnitanud erinevat vormi alkoholi turustamise mõju (nende seas on alkoholireklaam traditsionaalses meedias kui ka alkoholi propageerimine filmides ning alkoholibrändiga tooted) noorte alkoholi tarvitamise alustamisele ja riskantsematele tarvitamisviisidele. Reklaami nägemise mõju paistab olevat kumulatiivne; turgudel, kus alkoholi on laiaulatuslikumalt reklaamitud, jätkavad noored inimesed oma joomise mahulist suurendamist ka siis, kui nad saavad kahekümne viie aastaseks, ning samas joomine langeb varasemas eas nende hulgas, kes on näinud vähem alkoholireklaame. Neid leide reklaami mõju kohta noorte käitumisele kinnitavad ka eksperimentaalsed uurimused ning on vastavuses uurimustega, mis käsitlevad noorte suitsetamist ja laste toitumiseelistusi. Osades riikides sõltub alkoholireklaami küsimus majandusharude eneseregulatsioonist, hõlmates reklaamitööstust, meediat ja alkoholitootjaid. Paljude uurimuste tõendid aga kinnitavad, et selline enesereguleerimine ei enneta reklaamimist, mis omab mõju noortele.

Peab ka ära mainima, et terviklik turustamisstrateegia on mitmetasandiline, hõlmates lisaks reklaamimisele ja toodete propageerimisele ka toote arendamist, hinna kujundamist, füüsilist kättesaadavust ning turu segmenteerimist (224). Alkoholi reklaamitakse lisaks traditsioonilisele meediale, seostades alkoholiseid tooteid ka spordi- ja kultuuriüritustega, läbi sponsorluse ja tooteasetuse ning läbi otsese reklaamimise, kasutades uusi tehnoloogiaid nagu internet, podcastimine ja mobiiltelefonid (225).

Reklaamimine ja ootused

Alkoholi reklaamimine on üks paljudest faktoritest, mis omab potentsiaali julgustada noori jooma. Noorte ootused, kes ei ole hakanud jooma, on mõjutatud teismeliste joomist puudutavatest normatiivsetest arusaamistest kui ka vanemate, eakaaslaste ja meedia vahendusel edastatavatest eeskujude joomistavatest. Uurimused on seostanud alkoholi tarvitamise kujutamise massimeedias laste ja teismeliste positiivsete joomisega seotud ootuste arenemisega (226). Noored inimesed, kes reageerivad

positiivsemalt alkoholi reklaamimisele, omavad soovivamaid joomisega seotud ootusi, tunnetavad suuremat sotsiaalset heakskiitu joomise suhtes, usuvad, et joomine on noorte ja täiskasvanute seas tavapärasem ning püüavad juua rohkem täiskasvanute sarnaselt (227). 14-aastased, kes näevad rohkem alkoholireklaami ajakirjades, spordi- ja muusikaüritustel ning televisioonis, on nendest teadlikumad kui eakaaslased, kes neid reklaame näevad vähem (228). 10-17-aastaste seas tuleneb öllereklaami meeldivus teatud spetsiifilistest elementidest, mida reklaamides kujutatakse. Öllereklaamis esitatud spetsiifilise elemendi meeldivus, olgu selleks siis näiteks huumor, animatsioon või populaarne muusika, mõjutab märkimisväärselt selle reklaami üldist meeldivust ning üldkokkuvõttes selle reklaami efektiivsust mõjutada konkreetset toodet ostma (229).

Kuigi eksperimentaalsed uurimused on kinnitanud positiivset suhet joomisega seotud ootuste ja alkoholi tarvitamise vahel (230), siis ootusi käsitlevad uurimused iseenesest ei kinnita seda, kas alkoholi reklaamimine tegelikult mõjutab noorte joomisega seotud käitumist. Lisaks on olemas kasvav hulk tõendeid, et sellised ootused ja suhtumised on tarvitamisega seotud palju komplekssemal viisil. Näiteks, teismeliste suitsetamise puhul on näidatud, et käitumine võib pigemini ennustada suhtumisi, kui suhtumised suudaksid ennustada nendest tulenevat käitumist (231).

Eksperimentaalsed uurimused

Eksperimentaalne uurimus on leidnud, et alkoholi kujutamine televisioonis mõjutab tegelikku joomisega seotud käitumist (232). Loomulikes tingimustes vaatasid 40 paari meesterahvaid (kokku 80 osavõtjat) 1 tund filmi kahe reklaamipausiga ning neil võimaldati juua kas alkoholiseid või mittealkoholiseid jooke. Filmideks olid American Pie 2 (2001) ja 40 Days and 40 Nights (2002). Filmis American Pie 2 jõid filmitegelased alkoholi 18 korral ning alkoholiseid jooke kujutati veel lisanduvalt 23 korral. Filmis 40 Days and 40 Nights jõid filmitegelased alkoholi 3 korral ning alkoholiseid jooke kujutati lisanduvalt 15 korral. Peale 14. ja 33. minutit filmid katkestati reklaamipausiks, mis kummalgi korral kestis 3,5 minutit, sisaldades kas eksklusiivselt neutraalseid reklaame (reklaamides näiteks autot või videokaamerat) või neutraalseid ja alkoholireklaame kombineeritult. Kumbki kombineeritud reklaamipaus sisaldas kahte alkoholireklaami. Osavõtjad määrati juhuslikkuse alusel ühte neljast variandist, erinedes filmi tüübist (vähese versus rohke alkoholi kujutamise) ning näidatavate reklaamide poolest (alkoholi reklaamide olemasolu või nende puudumine). Tulemused viitasid sellele, et üksteisest sõltumata tarvitasid need osalejad, kes määrati olukorda, kus nii filmis ($F=4.44$;

$p < 0.05$) kui ka reklaamides ($F=4.93$; $p < 0.005$) oli märkimiväärselt alkoholi kujutamist, rohkem alkoholi kui teised osalejad, arvestades osalejate nädalase alkoholikogusega. Need, kes nägid filmides ja reklaamides rohkem alkoholi kujutamist, jõid keskmiselt ühe tunni jooksul kolm klaasi alkoholi, võrreldes pooleteise klaasiga, mille jõid need osalejad, kes nägid nii filmides kui reklaamides harvemat alkoholi kujutamist.

Ökonomeetrilised uurimused

Kuigi ökonomeetrilised uurimused omavad potentsiaalselt suurt tähtsust, siis uurides alkoholi reklaamimise mahu ja konkreetsetes jurisdiktsioonis aset leidva alkoholi tarvitamise hulga vahelisi korrelatsioone, satuvad need erinevatesse metodoloogilistesse raskustesse. Esiteks, alkoholi hulga mõõtmine, mis tavaliselt mõõdab reklaamimise peale kulutatud summasid, erineb täpsuse ja kõikehõlmavuse osas. Teiseks, analüüs sõltub kompleksse mudeli konstrueerimisest, mis määrab väärtuse erinevatele muutujatele – kaasa arvatud hinnale, joomist puudutavatele piirangutele ja netosissetulekule – kui ka igasugusele reklaamimisele, mis võib valdkonda puutuda. Kolmandaks, reklaamimise mahulised variatsioonid on üsna väikesed (rakendatud on vaid harvad laiaulatuslikud keelud) ja nii otsivad uurijad potentsiaalselt väikesi muutusi joomistavades. Neljandaks, kogu reklaami mõõtmine ei anna tingimata korrektset pilti sellest, kui palju näevad noored alkoholireklaami.

Ei ole üllatus, et mõnede uurimuste tulemused on välja toonud vaid tagasihoidlikku mõju ja samas teised ei ole leidnud mingit mõju (233). Näiteks, vaadates alkoholi reklaamimisele kulutatud summasid USA erinevates osariikides, leiti, et kui kontrolliti alkoholi hinda, sissetulekut ning erinevaid sotsiodemograafilisi muutujaid, omas alkoholireklaami kulu tagasihoidlikku ja eraldiseisvat mõju teismeliste igakuisele alkoholi tarvitamisele ning purjujoomisele. Võib järeldada, et alkoholi reklaamimise 28%-lise vähendamisega väheneks teismeliste igakuine alkoholi tarvitamine 25%-lt vahemikku 24-21% (233) ja purjujoomine 12%-lt vahemikku 11-8%. 132 uurimuse meta-analüüs, mis andis 322 hinnangulist reklaamimise elastsust, leidis reklaamimise positiivse mõju alkoholi tarvitamisele (koefitsient – 0.029), mis oli meta-regressiooni protseduuris, kontrollides alkoholi hinda ja sissetulekuid, märkimisväärselt kõrgem viina puhul võrreldes õluga (234). Teiselt poolt, kontrollides hinda, sissetulekut ja minimaalset legaalset alkoholi tarvitamise vanusepiirangut erinevates USA osariikides, leidis teine uurimus, et kogu alkoholi tarvitamine oli negatiivselt seotud hinna reklaamimise keeldudega (koefitsient – -0.009), kuid positiivselt seotud välireklaamipindade keeluga (koefit-

sient – 0.054) (235).

Läbilõikeuuringud

Kuna need ei suuda näidata, kas kokkupuutumine reklaamidega eelnes alkoholi tarvitamise kasvule, jätavad läbilõikeuuringud, mis võtavad läbilõike reklaamimisega kokkupuutest ning joomise tasemetest, lahtiseks võimaluse, et igasugune vastastikune seos võib peegelduda joomises, julgustades noori huvituma reklaamidest ja ka vastupidi. Tähelepanu pööramine reklaamimisele eeldab, et vaataja saab sellest mingit kasu või tasu – kõige põhimõttelisemalt, et nad teevad õigesti, kui tarbivad toodet, mida reklaamitakse – ning reklaamijad kujundavad teadlikult oma töö viisil, mis toob sellise tulemuse (236). Seega võivad läbilõikeuuringud anda kasulikku valgust alkoholireklaami rollile noorte inimeste alkoholitavitamise mõjutamisel; ning sellised uurimused on järjepidevalt teatanud vastastikustest seostest kasvanud reklaamiga kokkupuute ning kõrgeenenud hetkelise alkoholi tarvitamise tõenäosuse vahel (237).

Kestevuuringud

Kaks süstemaatilist ülevaadet, mis uurisid turustamise mõju noorte inimeste joomahakkamisele ja selle tegevuse jätkamisele, tuvastasid 13 kestevuuringut (237,238). Need 13 uuringut, mis jälgisid kokku üle 38 000 noort inimest, koguti kokku USA-st (9 uuringut), Belgiast (1 uuring), Saksamaalt (1 uuring) ja Uus-Meremaalt (1 uuring). Kolm uurimust teatasid üldisest alkoholi reklaamimise mõjust, üks uurimus brändi mäletamisest, kolm uurimust TV-reklaamidest, kaks uurimust meediaga kokkupuutest, kolm uurimust alkoholi kasutamisest filmides, üks uurimus kokkupuutest raadios, kaks uurimust kokkupuutest ajakirjades, kaks uurimust poodides olevatest reklaamidest, kaks uurimust tootjate alkoholibrändide kaupadest ning üks uurimus välireklaamist.

Kaksteist uurimust kolmeteistkümnest järeldasid, et kokkupuude reklaamiga omas mõju hilisemale alkoholi tarvitamisele, kaasa arvatud joomahakkamisele ning ka rohkem tarvitamisele nende seas, kes juba tarvitasid. Seose tugevuse ning kaasmõjutajate potentsiaalse määra osas esines erinevates uurimustes variatsioone. Kolmeteistkümnest uurimus, mis uuris koolide lähedusse asetatud välireklaamide mõju, ei suutnud leida mõju konkreetsele alkoholi tarvitamisele, kuid leidis mõju kavatsusele tarvitada.

Analüüsist ei leitud järjepidevaid tõendeid selle kohta, et mõju ulatus

erineks erinevates riikides. Kui kontrolliti kokkupuudet iga sorti reklaamimisega, siis mõju paistis olevat suurim televisioonis ja meedias esinenud reklaamiga kokkupuutumisel, kaasa arvatud alkoholi kasutamisel filmides kui ka alkoholibrändiga seotud kaupadel, ning see mõju oli suurem kui kokkupuutel reklaamiga, mida esitati raadios, ajakirjades ja kauplustes. Rajanedes leitud seoste tugevusele, tõendite järjepidevusele erinevates uuringutes, arvestatud kaasmõjudele, kokkupuute pikkusele, täheldatud joomiskäitumisele, annuse-vastuse suhtele kui ka meedia kokkupuute ja kommertstedaannete mõju teoreetilisele usutavusele, võib järeldada, et alkoholi reklaamimine suurendab tõenäosust, et teismelised hakkavad alkoholi tarvitama ning juba tarvitamise korral rohkem tarvitama.

Need leiud reklaami mõju kohta noorte inimeste käitumisele on vastavuses uurimustega, mis on käsitlenud noorte suitsetamist (239) ja laste toidueelistusi (240).

Eneseregulatsioon

Mõnedes riikides sõltub alkoholi turustamine eneseregulatsioonist, mida teostavad reklaamitööstus, meedia ja alkoholitööstus. Selleks aga, et olla efektiivne, peab eneseregulatsioon omama selget seadusandlikku raamistikku (241). Lisaks sellele, eneseregulatsiooni süsteem vajab efektiivsuseks piisavat stiimulit. Ei ole mingit põhjust uskumiseks, et alkoholitööstus teeb seda lihtsalt isetutest motiividest selleks, et parandada rahva tervist (242). Valitsuse sekkumise oht võib olla tugevaks stiimuliks (243). Kokkuvõtlikult, eneseregulatsioon töötab kõige paremini, kui ta on valitsuse ja kodanikuühiskonna surve all ning kui kohtujuhtumite arv on kõrgem ning efektiivsus on madalam, kui selline surve on vähenenud (244). Samuti peaksid regulatsioonid katma terve turustamise valdkonna, millega noored omavad kokkupuudet, selleks et reklaamijad ei kasutaks lihtsalt uut meediat hoidumaks regulatsioonidest. Reklaamide hindamisel peaks arvestama laiema avalikkuse ning eriti ohustatud sihtgruppide nagu noorte arvamusega (242), kuna mitmed uurimused kinnitavad, et vabatahtlikud süsteemid ei enneta selliseid turustamisvõtteid, mis omavad mõju noorematele inimestele (245). Eneseregulatsioon võib olla efektiivne ainult juhul, kui on tagatud, et rikkumistele tähelepanu juhtivad kaebused vaadatakse üle sõltumatute hindajate poolt. Vastasel juhul on eneseregulatsiooni koodeksite loojad ja nendele alluda lubajad ning järelevalvajad ühed ja samad isikud. Sanktsioonid ja sanktsioonide oht on vajalikud kuulekuse tagamiseks. Sõltumatu institutsioon või valitsuse agentuur peaksid omama vastutust alkoholi turustamise järele-

valve osas ning nad peaksid seda tegema süstemaatiliselt ja järjepidevalt.

Kokkuvõte

Mida me teame?

- ✓ Alkoholireklaami sisu omab mõju noorte alkoholitarvitamise riskile.
- ✓ Alkoholireklaami kogused suurendavad noorte alkoholitarvitamise riski.
- ✓ On olemas mõningaid tõendeid ning kogemus, et alkoholireklaami valdkonna eneseregulatsioon ei ennetata sedasorti turustamist, mis omab mõju noortele inimestele ja seda eriti juhul, kui see ei ole toetatud seadusandliku raamistiku ning efektiivsete sanktsioonidega.

Mida me ei tea?

- ✗ Alkoholireklaami keelu täielikku mõju rahva tervisele Euroopas.

Järeldused

Kaaluma peaks alkoholi reklaamimise sisu ja mahu reguleerimist ja piiramist, alates Prantsusmaa Loi Evin seaduse põhimõtete üle-euroopalisest rakendamisest kuni igasuguse turustamise keelustamiseni, mis on atraktiivne lastele ja teismelistele. Alkoholireklaami ebasobiva kokkupuute ennetamisel noortega paistab eneseregulatsioonist efektiivsem olevat seadusandlik regulatsioon.

HINNAPOLIITIKA

See peatükk näitab, et alkoholi tarvitajad reageerivad alkoholihinna muutustele samamoodi kui teiste kaupade hinna muutustele. Kui teised faktorid, nagu sissetulek ja teiste kaupade hinnad, hoitakse muutumatuna, juhatab alkoholihindade tõus alkoholi tarvitamise langemisele ning alkoholiga seotud kahju vähenemisele ja vastupidi. Teades, et alkoholi nõudlus on osutunud hinna suhtes tavaliselt suhteliselt mitteelastseks, siis alkoholi maksude kasvatamine mitte ainult ei vähenda alkoholi tarvitamist ja sellega seotud kahju, vaid suurendab samal ajal ka riigitulu, täheldades lisaks, et alkoholimaksud on üldiselt allpool nende tulutootvast potentsiaalset ning et kogutud tulu on tavaliselt oluliselt madalam alkoholiga seonduvast kulust. Paindlikkus joogi valiku suhtes on tavaliselt madalam eelistatud joogi osas konkreetsetel turul ning kaldub vähenema rohkema tarvitamise juures. Kontrollides üldist tarvitamist, joogieelistusi ja ajaperioode, siis tarbijate reaktsioonid alkoholsete jookide hinnamuutustele ei erine erinevates riikides. Poliitilised otsused, mis suurendavad alkoholi hindu, lükkavad edasi aega, mil noored hakkavad alkoholi tarvitama, aeglustavad progressiooni, millega noored hakkavad tarvitama suuremaid koguseid, ning vähendavad purjujoomist ning ühel korral tarbitud alkoholi koguseid. Hinna tõstmine vähendab alkoholi poolt tekitatud kahju, mis on indikaatoriks, et ka liigjoomine on vähenenud. Kasutades Suurbritannia andmeid, näitab see peatükk, et alkoholile grammi kohta minimaalse hinna määramine võib olla sama efektiivne kui üldine maksu tõstmine ning mõlemal juhul tõuseb alkoholi hind võrreldes vähe tarbivate inimestega liigtarvitajate jaoks märkimisväärselt enam. Euroopa kogemused on näidanud, et kui alkoholi makse ja hindu on langetatud on joomine tavaliselt kasvanud. Peatükk rõhutab, et piiriüleste probleemide lahenduseks ei ole alkoholi hindade langetamine.

Hind ja alkoholi tarvitamine

Alkoholi tarvitajad reageerivad alkoholihinna muutustele samamoodi kui teiste kaupade hinna muutustele. Kui teised faktorid, nagu sissetulek ja teiste kaupade hinnad, hoitakse muutumatuna, juhatab alkoholi hindade tõus alkoholi tarvitamise langemisele ning alkoholiga seotud kahju vähenemisele ja vastupidi (246,247). 132 uurimuse meta-analüüs leidis, et kõigi jookide puhul oli keskmine hinnaelastsus lühiajaliselt -0,52 ning pikaajaliselt -0,82, kusjuures elastsus oli õlle puhul veinist ja viinast ma-

dalam (234). Elastsus -0,52 tähendab, et 10% hinna tõusu korral langeb tarvitamine 5,2%. Teine, 112 uurimuse meta-analüüs leidis õlle keskmiseks hinnaelastsuseks -0,46, veinil -0,69 ja viinal -0,80 (248).

Hinnaelastsus erinevate jookide puhul ning erinevatel aegadel ei ole ühesugune. Elastsus jookide puhul on üldiselt madalam konkreetse eelistatud joogi korral (õlu, vein või viin) konkreetset turul võrrelduna vähem eelistatud joogiga ning kaldub suurema tarvitamise korral vähenema (249). Kontrollides üldist tarvitamist, joogielistusi ja ajaperioode, ei erine tarbijate reaktsioonid alkoholsete jookide hinnamuutustest erinevates riikides (249). Hindade langemise korral kalduvad tarbijad liikuma kallimate jookide tarbimisele ja seda kas samas joogikatergoorias või ka vahetades senist joogi kategooriat (250). Hindade tõstmise korral vähendavad tarbijad oma üldiseid tarvitataavaid koguseid ning kalduvad vahetama odavamate jookide vastu, kusjuures rohkelt tarbijad ostavad odavaid tooteid nende poolt eelistatud joogikategoorias. Alkoholihindade tõstmise mõju paistab olevat tugevam pikemas perspektiivis (251).

Mõjutades turul olevate odavaimate alkoholsete jookide hindu, on võimalik saavutada suurem mõju, kui tõsta kallimate toodete hindu veelgi kõrgemale. Kasutades empiirilisi tulemusi, mis saadi Rootsi alkoholimonopoli uurides aastatel 1984 kuni 1993, ennustasid uurimuse autorid alkoholihindade 10%-lise tõstmise mõju kolmes stsenaariumis: ühtne hindade tõus kõigi jookide puhul tõi kaasa 1,7% languse müügis; hinnatõus, mis mõjutas peamiselt kõrgema kvaliteediga jooke, tõi 2,8% kasvu müügis, ning hinnatõus, mis puudutas madalama kvaliteediga joogirühmi, tõi 4,2% languse müügis (250).

Šveitsis leidis aset naturaalne eksperiment, kui seal reformiti 1999. aasta 1. juulil viinamakse (252). Varemalt oli maks absoluutalkoholis liitri kohta kodumaiste viinade puhul 26.00 CHF ning välismaiste viinade puhul vahemikus 32.00 kuni 58.00 CHF, sõltuvalt joogi tüübist ning alkoholisisaldusest. Eelarvepoliitiline reform liberaliseeris ka viinade importimist. Tulemusena langes välismaiste viinade jaehind 30-50%, samas kui kodumaiste viinade hind ei muutunud. Viina tarbimine kasvas märkimisväärselt (28.6%), eriti noorte meeste ning vähestest tarbijatest inimeste seas. Üldine alkoholitarvitamine, või eraldi veini ja õlle tarvitamine, ei muutunud märkimisväärselt. Ka alkoholiga seotud probleemid kasvasid oluliselt, mis näitab, et järelkontrollis täheldatud alkoholiprobleemide kasv oli otseselt seotud viina tarvitamise kasvuga.

Alkoholimaksude tõstmine ainult ei vähenda alkoholi tarvitamist ning

sellega seotud kahju, vaid kasvatab samas ka riigitulu, eriti kuna üldiselt on alkoholimaksud oluliselt allpool nende tulutootvat potentsiaali (253) ning kogutud tulu on tavaliselt palju madalam alkoholi sotsiaalsest kulust (254). Olulise illegaalse alkoholituru olemasolu raskendab poliitiliste otsuste langetamist alkoholimaksude osas; sellistes tingimustes eeldavad maksumuutused illegaalse turu saamist riikliku kontrolli alla.

Hind ja nooremad tarvitajad

Poliitilised otsused, mis suurendavad alkoholi hindu, lükkavad edasi aega, mil noored hakkavad alkoholi tarvitama, aeglustavad progressiooni, millega noored hakkavad tarvitama suuremaid koguseid, ning vähendavad purjujoomist ning ühel korral tarbitud alkoholi koguseid (255). Kuigi alkohoolsed joogid paistavad käituvat turul nagu enamuse teisi tarbekaupu, võib osade tarbijate nõudlus alkoholsete jookide järele olla erinev nõudlusest teistsuguste tarbekaupade järele, tulenevalt alkoholi sõltuvusttekitavast olemusest. See sõltuvusttekitav olemus viitab, et alkoholi tarvitamise tõus minevikus tõstab praegust tarvitamist, nii et hinnaelastsus lühiajas, mis hoiab mineviku tarvitamist muutumatuks, oleks absoluutväärtuses väiksem pikajalisest mõõtmest, mis võimaldab mineviku tarvitamisel olla muutuv. Näiteks, hinnatõus 2004. aastal vähendaks tarvitamist sellel 2004. aastal, hoides möödunud aastate tarvitamise muutumatuks. Tulenevalt alkoholi sõltuvusttekitavast olemusest on eeldatav, et 2005. aastal ja kõigil järgnevatel aastatel tarvitamine samuti langeb. Järelikult, mitmete aastate jooksul täheldatud tarvitamise langus (ehk pikaajaliselt), mis oli hinna tõstmisele järgnevas tulemuseks, ületaks languse, mida täheldati 2004. aastal (ehk lühiajaliselt). Uurimus, mis käsitles 17-29-aastaste noorte alkoholitarvitamise ja hinna vahelist suhet, leidis, et see nii ka tõepoolest on (256). Ignoreerides möödunud aastate alkoholitarvitamist (ning seega alkoholi sõltuvusttekitavat toimet), oli alkoholi nõudluse hinnaelastsuseks -0,29. Kui möödunud aastate tarvitamine (ja seega ka alkoholi sõltuvusttekitav aspekt) võeti arvesse, oli hinnanguline alkoholi hinnaelastsus enam kui kaks korda kõrgem ehk -0,65, viidates, et hinnal on palju tugevam mõju alkoholi tarvitamisele. See tähendab ka, et umbes pooled põhjustest, miks alkoholi rohkelt tarvitavad noored täiskasvanud ei vähenda oma joomist, puudutavad raskusi alkoholisõltuvusest ülesaamisel.

Ameerika Ühendriikides on noorte purjujoomine märkimisväärselt tundlik osariigi alkoholimaksude suhtes. Kohalike alkohol hindade tõusmisel vähenevad purjujoomise korrad ning seega on indiviidil väiksem oht muutuda liigtarvitajaks (257). Absoluutalkoholi hinna 5% tõus vä-

hendab indiviidi võimalikku liigtarvitamist 0,22 võrra. Lisaks sellele on latentse purjujoomise muutujas ühe ühiku suuruse tõusu otseseks tulemiks indiviidi aastase sissetuleku 4,7% langus.

Alkoholihindade tõus toob kaasa liiklusõnnetuste ja -surmade vähenemise kõigis eas inimeste seas, kuid eriti noorte juhtide hulgas. Alkoholihindade tõus vähendab ka surmajuhtumeid seoses maksatsirroosi, tahtlike ja tahtmatute vigastuste, töökohaga seotud vigastuste ning sugulisel teel levivate haigustega. Kõrgemad õllehinnad on vähendanud vägistamisjuhtumeid ja rööve, mörvasid, laste ärakasutamise juhtumeid, abikaasa-vastast vägivalda, ülikoolides aset leidvat vägivalda ning vägi-vallaga seotud vigastusi (255).

Hind ja rohkelt alkoholi tarvitavad inimesed

Hinna tõstmine vähendab alkoholi poolt põhjustatud kahju, mis viitab sellele, et ka liigtarvitamine on vähenenud (247). Maksatsirroosiga seotud suremus on seotud ka juba väikeste hinnamuutustega: Ameerika Ühendriikides on maksude tõstmine toonud kaasa kohese vähenemise, mis pikaajaliselt kohekindistub (258). Hiljutisemad uurimused on leidnud, et 10% maksutõus USA-s oli seotud 32% maksatsirroosi määra vähenemisega (247).

Vastavuses sellega on uurimused kinnitanud, et alkoholihinna tõusmisega seoses väheneb alkoholi liigtarvitamine ning alkoholisõltuvus. Küsitlus, mis hõlmas USA-s 43 000 täisealist inimest, leidis, et rohke joomise korral oli hinnaelastsus -1,325 ($p=0,027$), füüsiliste ja muu joomisega seotud tagajärgede puhul -1,895 ($p=0,003$) ning alkoholisõltuvuse puhul -1,487 ($p=0,012$) (259). Alaskas läbi viidud uurimused leidsid statistiliselt olulisi vähenemisi suremuse näitajates alkoholiga seotud haiguste puhul kohe peale alkoholimaksude tõstmisi aastatel 1983 ja 2002 (260).

Hind ja alkoholiga seotud kahju

Suurbritannia on laiendanud tööd kuluefektiivsuse analüüsimisel, et modelleerida spetsiifiliste poliitikamuutuste mõju ulatuslikumalt kui vaid terviseteenistustele (261). Näiteks on uuringud hinnanud, et alkoholihindade 10% tõus tooks endaga kaasa 4,4% alkoholi tarvitamise languse (5,5 gr alkoholi nädalas), kusjuures suurem on langus rohkem tarvitavatel inimestel (-25 gr nädalas), võrreldes mõõdukalt tarvitajatega (-4 gr nädalas). Surmade langust hinnati 232-le aastas esimesel aastal ning kuni 1681-le peale kümnet aastat. Haiglaravi juhtumid langeksid

esimesel aastal 10 100 võrra ning kuni 50 800 võrra peale kümnet aastat. Kuritegevus langeb hinnanguliselt 65 000 seaduserikkumise võrra ning kuritegevusega seotud otsene kulu langeb 70 miljoni naela võrra aastas. Väheneks ka kahju töökohal, töötute hulk väheneks 12 800 jagu ning haigusega seotud töölt puudumise päevi oleks vähem 310 000. Nende vähenduste pealt kokkuhoitavat sotsiaalset väärtust hinnati kokku 7,8 miljardile naelale (modelleerituna 10 aasta peale). Esimesel aastal jagunesid need hinnangud järgnevalt: kokkuhoid tervishoiusüsteemis (43 miljonit naela), säästetud QALY väärtus (119 miljonit naela), ärahoitud kuritegevuse kulud (70 miljonit naela), säästetud kuritegevuse QALY väärtus (98 miljonit naela) ning ärahoitud töökohaga seotud kahju (330 miljonit naela). Poliitilise meetme mõju tarbijatele sõltus märkimisväärselt erinevate alkoholi tarvitavate inimeste tüüpidest. Üldine hinnang oli 33 naela tarbija kohta aastas, 116 naela aastas rohkelt tarvitaja kohta ning 17 naela mõõduka tarvitaja kohta. Kui tarbija ei muutnud oma alkoholitarvitamist, siis mõju nende rahakotile oleks liigtarbija puhul 223 naela aastas ning 26 naela aastas mõõduka tarbija puhul.

Suurbritannias müüakse 59% jaemüügikohtades ning 14% kohapeal tarbimisega mõeldud müügikohtades alkoholi hinnaga vähem kui 5 penni alkoholigrammi kohta. Selle miinimumhinna seadmine pidi hinnanguliselt vähendama üldist tarvitamist 2,6% (3,4 gr nädalas), kusjuures enam pidi mõjutatud saama liigtarvitajad (25 gr), võrreldes mõõdukalt tarvitajatega (0,01 gr nädalas). Surmad pidid vähenema esimesel aastal 157 võrra ning peale kümnet aastat 1381 võrra. Haiglaravijuhtumid pidid langema esimesel aastal 6300 võrra ning peale 10 aastat 40 800 võrra. Kuritegevus pidi vähenema 16 000 seaduserikkumise jagu. Langemas nähti ka töökohaga seotud kahju, töötuid väheneks 12 400 inimese võrra ning haigustega seotud töölt puudumise päevi 100 000 võrra. Nende kahjude vähene misega seotud sotsiaalne väärtus hinnati 10 aasta peale modelleerituna 5,4 miljardile naelale. Esimesel aastal jaguneks see kokkuhoid järgmiselt: kokkuhoid tervishoiu süsteemis (25 miljonit naela), säästetud QALY väärtus (63 miljonit naela), ärahoitud kuritegevuse kulud (17 miljonit naela), säästetud kuritegevuse QALY väärtus (21 miljonit naela) ning ärahoitud töökohaga seotud kahju (312 miljonit naela). Poliitilise meetme mõju tarbijatele sõltus märkimisväärselt erinevate alkoholi tarvitavate inimeste tüüpidest. Üldine hinnang oli 22 naela tarbija kohta aastas, 106 naela aastas rohkelt tarvitaja kohta ning 6 naela mõõduka tarvitaja kohta. Kui tarbija ei muutnud oma alkoholi tarvitamist, siis mõju nende rahakotile oleks liigtarbija puhul 138 naela aastas ning 6 naela aastas mõõduka tarbija puhul.

On ka tõendusi, et madalamasse sotsioökonomilisse gruppi kuuluvad inimesed on alkoholi kättesaadavusega seotud muutuste suhtes teistest gruppidest tundlikumad, tõenäoliselt sellepärast, et alkohol võtaks ära suurema osa nende sissetulekust. Teisisõnu, alkohoolsete jookide hinnatõusud toovad selles grupis kaasa suurema tarvitamise vähenemise (262).

Alkoholi „taskukohasus“

Alkohoolsete jookide aktsiisimäärade taseme tõeline väärtus on alates 1996. aastast läinud enamikes EL-i liikmesriikides alla (263). Eranditeks on Itaalia ja Suurbritannia, kus on aset leidnud õlle aktsiisimäära väärtuse taseme tõus, ning Suurbritannias on selle tase tõusnud ka veini puhul. EL-is on alates 1992. aastast langenud ka aktsiisimaksu miinimumtase, kuna neid ei ole kohaldatud inflatsiooni kasvuga.

Alkoholi taskukohasus on ühendmõõt, mis mõõdab hinna ja sissetuleku kogumõju. Alkohoolsete jookide taskukohasus on suurenenud kõikides uuritud Euroopa riikides, välja arvatud Itaalias. Kuues riigis (Eesti, Soome, Iirimaa, Läti, Leedu ja Slovakkia) on alkoholi taskukohasus kasvanud 50% või enam. Kogu Euroopa Liidus tuleneb 84% alkoholi taskukohasuse kasvust sissetuleku kasvust ning vaid 16% muutustest alkoholi hindades. Selle põhjustas peamiselt sissetulekute märkimisväärne tõus kõikjal EL-is, samas kui alkohoolsete jookide hinnad on püsinud suhteliselt stabiilsena või tõusnud aeglasemalt, võrrelduna sissetulekute tõusuga. Alkoholi taskukohasusel ja alkoholi tarvitamisel on terves EL-is statistiliselt märkimisväärne positiivne suhe, lühiajaliselt 0,22 elastsusnäitajaga ning pikaajaliselt 0,32 elastsusnäitajaga (viidates 1% taskukohasuse kasvu juures 0,32%-sele tarbimise kasvule).

Hind ja piiriülene kauplemine

Efektiivseid alkoholipoliitikaid võivad uuristada rahvusvaheline kaubandus, rahvusvahelised kaubanduskokkulepped ning piiriülesed teemad. Näiteks on olemas märkimisväärsed tõendid, et ühtse turu kehtestamine Euroopa Liidus tõi endaga kaasa olulise riikidevahelise maksude konkurentsi ja seega madalamad maksumäärad, kui oleks olnud ilma ühtse turuta (264). Majanduslike kokkulepete tulemusena on naturaalsed eksperimendid näidanud, et nii kui alkoholimakse ja hindu on langetatud, nii on tavaliselt müük ja alkoholi tarvitamine kasvanud (265, 266), kuigi see ei väljendu alati küsitluste tulemustes (267).

Üldine alkoholi tarvitamine (nii ametlik kui ka mitteametlik) kasvas

Rootsis aastatel 1989 kuni 2004; alates sealt kuni 2007. aastani langes tarvitamine veidi, kuni umbes 9,7 liitrini absoluutalkoholi üle 15-aastaste elanike kohta aastas (268). 2007. aastal moodustas üle piiri toodud alkohol umbes viiendiku kogu Rootsis tarvitatud alkoholist. Alustades keskmise tasemega, võrreldes natuke madalamalt tasemelt, kasvas Lõuna-Rootsi maakondades alkoholi tarvitamine märkimisväärselt kuni umbes 2003. aastani, samas kui põhjas asuvates maakondades oli kasv vaid õige vähene. Nii 2004. aastani aset leidnud kasv kui ka hilisem langus Lõuna-Rootsi maakondades 2005. aastal oli olulisel määral tulenev piiriülesest ostmisest ning smugeldamisest Taanist ja Saksamaalt (269, 270). Lisaks paistab, et imporditud alkoholi tarvitamise kasv suurendas ka alkoholiga seotud suremust ning haigestumust (266). Ning mida lähemal asus haigla Taani piirile, seda kõrgemad olid alkoholiga seotud diagnoosi ravikulud (271).

Soomel, kes liitus Euroopa Liiduga 1995. aastal, lubati jätkata alkoholi importimise piiramist kuni 2003. aastani. Peale seda oodati alkoholiimpordi suurt kasvu ja seda mitte ainult avanevate piiride tõttu, vaid ka kuna naaberriik Eesti, mis on tuntud oma madalate alkoholihindade poolest, pidi Euroopa Liidu liikmeks saama 2004. aastal. Soome valitsus otsustas seetõttu alkoholimakse langetada: 2004. aasta 1. märtsil langes alkoholi aktsiisimaksude tase keskmiselt 33%, et ennetada impordi kasvu ning seeläbi alkoholimaksu tulu langust (272). Maksu langetamine oli kõige suurem viina puhul (-44%) ning mõõdukam veini (-10%) ja õlle puhul (-32%). 2004. aastal tõusid Soomes nii Eestist sissetoodud alkoholi kogused kui ka kohalik jaemüük. Üldine elaniku kohta tarvitatud keskmine alkoholikogus tõusis 10% 9,4-lt liitrilt 2003. aastal 10,3 liitrile 2004. aastal, kusjuures registreeritud tarvitamine tõusis 6,5% 7,7-lt liitrilt 8,2-le liitrile elaniku kohta ning registreerimata – ja seega ka maksustamata – tarvitamine tõusis umbes 25% 1,7-lt liitrilt 2,1-le liitrile elaniku kohta. Registreeritud viina tarvitamine kasvas 18%, kuid müügi kasv ei tühistanud maksu vähendamise mõju maksust saadavale tulule. Eesti EL-iga liitumise seose mõju tervisele ei olnud statistiliselt märkimisväärne, kuid alkoholimaksude langetamise mõju 2004. aasta märtsis oli märkimisväärne, mille tulemusena lisandus hinnanguliselt 8 alkoholiga seotud surmajuhatumit nädalas, mis oli 2003. aasta keskmisest näitajast 17% suurem (273). Üldine alkoholiga seotud suremus kasvas meeste seas 16% ja naiste seas 31%. 82% sellest kasvust tulenes kroonilistest põhjustest, eriliselt maksa- ja südamehaigustest (272). Suurim tarvitamise kasv oli täheldatav 55-59-aastaste meeste seas ning 50-54-aastaste naiste seas. 30-59-aastaste vanusegrupis oli tarbimise kasv suurim töötute või varajaste pensionäride seas ning

madalama hariduse ja sotsiaalse klassiga inimeste hulgas. Üle 35-aastaste ja töökohta omavate hulgas ei täheldatud muutusele järgneva kahe aasta jooksul alkoholiga seotud suremuse kasvu. Reaktsioonina halvenevale situatsioonile tõsteti Soomes alkoholimakse 2008. aasta alguses keskmiselt 11,5%. Soome näide illustreerib (274), nagu ka tubaka puhul (275), et piiriüleste teemade lahenduseks ei ole maksude langetamine.

Kokkuvõte

Mida me teame?

- ✓ On olemas ulatuslikud ja järjepidevad tõendid, mille kohaselt alkoholi hindade tõstmine vähendab alkoholiga seotud kahju.
- ✓ On olemas järjepidevad tõendid, mis kinnitavad, et efektiivsuseks peavad alkoholi hindade tõstmised vastama sissetulekute ja teiste kaupade hindade muutmisele.
- ✓ On olemas järjepidevad tõendid, mis kinnitavad, et hind mõjutab noori ja rohkelt alkoholi tarvitavaid inimesi.
- ✓ On olemas mõningad tõendid, mis kinnitavad, et majandusmudelite rakendamine nagu alkoholile miinimumhinna kehtestamine võib vähendada alkoholiga seotud kahju.
- ✓ On olemas mõningad tõendid, mis kinnitavad, et hinna tõstmine ja miinimumhinna kehtestamine mõjutab liigtarvitajate tarvitamist ja alkoholi peale raha kulutamist enam kui mõõdukamalt tarvitajaid.
- ✓ On olemas mõningad tõendid, mis kinnitavad, et Euroopa Liidu majanduslepped on kaasa toonud madalamad alkoholimaksud.
- ✓ On olemas mõningad tõendid, mis kinnitavad, et maksude langetamine piiriüleste teemade lahendamise eesmärgil võib tuua kaasa alkoholiga seotud kahju kasvu.

Mida me ei tea?

- ✘ Kõige tõhusamat viisi avalikkuse ja poliitilise toe saavutamiseks alkoholimaksude tõstmiseks või miinimumhinna kehtestamiseks.

Järeldused

Peaks kindlustama, et maksud seaksid alkoholihinna tasemele, mis vähendaks alkoholiga seotud kahju, arvestaks inflatsiooni, sissetuleku ning teiste kaupade hindade muutustega. Miinimumhinna kehtestamist alkoholile võiks arvestada poliitika kujundamise variandina, selleks et vähendada madalahinnalise alkoholi kättesaadavust. Alkoholimaksude langetamine piiriülese kauplemise või illegaalse alkoholituru elimineerimise nimel võib tuua kaasa lisanduvat alkoholiga seotud kahju.

ALKOHOLI TARVITAMISE KESKKONNAD

See peatükk teeb ülevaate tõenditest, mis puudutavad alkoholi tarvitamise keskkondi käsitlevate poliitikate ja programmide mõju alkoholiga seotud kahju vähendamisele; teiste seas analüüsid olemasolevate seaduste kehtestamist alkoholimüügilubade väljaandmisel, alkoholi serveerimisel, koolitamisel ja baaride kujundamisel. Joomise ja alkoholiga seotud kahju vahelist seost võivad mõjutada ja vähendada nii joomise füüsiline ja sotsiaalne kontekst kui ka sellele järgnev kontekst, milles joobes isik viibib. Sekkumised joomise keskkondades võivad olla olulised, eriti kuna paljud probleemid puudutavad ka teisi peale konkreetse tarvitaja, kaasa arvatud joobes juhtimise ja vägivalda ohvritena. Kahjuks näitavad tõendid, et sellised sekkumised omavad piiratud mõju, kui neid ei toetata adekvaatse jõustamisega.

Ruumide kujundus

Litsenseeritud alkoholi tarvitamise kohad on seotud purjusolemise, joobes juhtimise ning probleemse käitumisega nagu agressioon ja vägivaldsus ning eriti osad sellised kohad on seostatavad ebaproportsionaalselt kõrge kahjumääruga (276). Alkoholiprobleeme suurendavate baarikeskkonda puudutavate aspektide hulka kuuluvad purjujoomist soodustavad serveerimise viisid, töötajate poolne suutmatuse toime tulla joobes klientidega, üldised keskkonnaomadused nagu rahvahulga suurus ning töötajate-poolne lubav suhtumine, baari füüsiline mugavus ning tüüp, ühistranspordi olemasolu ning etniline esindatus klientuuris (vt 9).

Alkoholiserveerijate koolitamine

Vastutustundlik serveerimine

Peaaegu kõik vastutustundliku serveerimise koolituste hindamised on jõustamise olemasolu korral kinnitanud osalejate teadlikkuse ja suhtumiste muutust (vt 9). Need uurimused on näidanud mingil määral ka mõju serveerimise teostamisele, kuid mitte alati. Kui serveerijad on tavaliselt valmis sekkuma klientide käitumisse nende nähtava joobesoleku korral, siis nad ei sekku klientide käitumisse kliendi hinnangulise vere alkoholisisalduse või tarvitatud alkoholiühikute baasil. Lisaks sellele omab koolitus potentsiaali vähendada halbu teenindamise praktikaid

nagu jookide „pealesurumine“, ning innustada „pehmetele“ sekkumistele nagu toidu soovimine või teenindamise aeglustamine. Seoses mõjuga klientide purjajäämisele on mitmed uurimused leidnud, et serverijate koolitamise tulemusel on üldiselt klientide vere alkoholisisaldus madalam ning vähem esineb kõrge vere alkoholisisaldusega kliente. Veel enam, kohustuslike koolituste aegrea analüüsid viitavad, et sellised koolitused on seostatavad vähemate nähtavalt joobes klientidega ning vähemate ühe autoga öisel ajal aset leidvate vigastusi tekitavate õnnetustega (277). Purjajoomist ennetavate baaripoliitike mõju analüüsivad uurimused on leidnud tagasihoidlikku mõju rohke alkoholitarvitamise ning riskantse joomise vähendamisel, kuid need ei olnud siiski algsete ootuste kohaselt edukad (276).

Vastutustundlikud joogiserverimise programmid on sageli liidetud laiaulatuslikku sekkumisse, mis on näidanud langust vägivalla esinemises. Näiteks Turvaliste Baaride (Safer Bar) programmid Kanadas hõlmasid riskianalüüsi ning koolitust omanikele, juhatajatele ja kõigile töötajatele (278). Programm oli üles ehitatud, suurendamaks tööliste varasemat sekkumist, parandades meeskonnatööd ning tööliste suutlikkust tulla toime probleemse käitumisega, et vähendada vigastuste riski klientidele. Safer Bar koolitused osutasid kõrgelt hinnatuks baari tööliste ja juhatajate seas ning osutasid märkimisväärset mõju teadmistele ja suhtumistele. Tähelepanu ka olulist mõju nii mõõduka agressiooni (nagu lükkamine või kinnihoidmine) vähenemisel kui ka raskema agressiooni (näiteks löömine) vähenemisel. See mõju oli väiksem, kui konkreetses asutuses oli täheldatav suurem juhatajate ja turvatöötajate vahetumine.

Süsteemaatiline Cochrane'i ülevaade ei leidnud ühtegi usaldusväärset tõendit, mis kinnitaks, et alkoholiserverijatega seonduvad ennetused oleksid efektiivsed vigastuste vähendamisel (279). Üks uurimus, mis analüüsis serverijate koolitusi, hindas, et katsealal langes ühe autoga öö ajal aset leidnud õnnetusjuhtumite arv 23%. Poliitiliste meetmete sekkumiste mõju uurimus teatas, et enne sekkumiste rakendamist oli tõsiste rünnete tase katsealal 52% kõrgem kui kontrollalal; peale sekkumisi oli tõsiste rünnete tase katsealal 37% madalam kui kontrollalal. Uurimus, mis analüüsis joomisasutuses kuritegevust vähendava sekkumise mõju, leidis eksperimendis osalevates asutustes madalamaid kuritegevuse tasemeid (taseme koefitsient 4,6; 95% CI 1,7-12, $p=0,01$); vigastuste osas mingit erinevust ei leitud (taseme koefitsient 1,1; 95% CI 0,1-10, $p=0,093$). Kuna vastavus sekkumistega paistab olevat probleemiks, siis kohustuslikud sekkumised võivad tõenäoliselt omada suuremat efekti.

Aktiivne jõustamine

Vastutustundliku joogiserveerimise mõju saab oluliselt võimendatud, kui on olemas aktiivne ja jätkuv seaduste jõustamine, mis keelavad alkoholi serveerimist joobes klientidele (9). Suurendades rikkumisega vahelejäämise riski, võib vähendada isiku tulevasi seaduserikkumisi: kuluefektiivne sekkumine, mille kasu ületab selgelt sellega seonduvad kulud. Jõustamine paistab olevat oluline komponent ka selleks, et valdkonda puudutav eneseregulatsioon oleks edukas. Üks uurimus leidis, et programm, mis sidus alkoholimüüki reguleerivate seaduste karmima jõustamise ning vastutustundliku serveerimise koolitused, omas märkimisväärset mõju vägivaldsete kuritegude vähendamisel ajavahemikus 20:00 kuni 06:00 (144). On mõningaid tõendeid seoses spetsiifiliste ettevõtete, et koos vähese laienemisega tervele kogukonnale vähendavad jõustamise kontrollid alkoholimüüki alaealistele (280); enamuse sellest mõjust kadus järgneva kolme kuu jooksul, samas viitab see regulaarse jõustamise vajadusele seadusekuulekuse säilitamiseks. Lisaks sellele näitasid tõendid, et jõustamine keskendus rikkumistele, mille sooritajad olid kliendid ja alaealised, mitte aga ettevõtete omanikud või tarnijad, kes rikkusid alkoholiseadusega ettenähtud reegleid.

Näiteks, Surfariite Paradiisi projekti (Surfers Paradise) eesmärgiks oli vähendada vägivalda ja korrarikkumisi, mis olid seotud alkoholi müügiluba omavate ettevõtete kõrge kontsentratsiooniga Surfer Paradise piirkonnas Queenslandis Austraalias (281). Projekt sisaldas kolme peamist strateegiat: (i) kogukonna foorumi loomine koos töörühmade ja audiitoritega; (ii) riskianalüüsi teostamine ja tegevusplaani kinnitamine; (iii) müügilubadega ettevõtete reguleerimine politsei- ja alkoholilitsenseerimise inspektorite poolt. See projekt ning selle kordused kolmes Põhja-Queenslandi linnas (Cairns, Townsville ja Mackay) tõid kaasa märkimisväärse paranemise alkoholipoliitika jõustamises baarikeskkonnades, baaritöölise tegevuses ning vägivalda esinemise sageduses. Sekkumisele järgnevalt langes jälgitava 100 tunni jooksul intsidentide hulk Surfers Paradise's 9,8-lt (enne testi) 4,7-le ning 12,2-lt 3,0-le programmi kordusaladel. Esialgne projekti mõju ei jäänud aga kestma. Kaks aastat peale Surfers Paradise'i sekkumist tõusis tase 8,3-le, rõhutades vajadust leida viise, kuidas säilitada kogukonna tegevusest tulenevat kasu.

Kokkuvõte

Mida me teame?

- ✓ On olemas mõningaid tõendeid, et suurenenud kontroll alkoholimüügile, joores klientidele ja alaealistele võib vähendada alkoholiga seotud kahju.
- ✓ On olemas mõningaid tõendeid, et vastutustundlik serveerimine üksinda ei too kaasa järjepidevat alkoholiga seotud kahju langust.
- ✓ On olemas mõningaid tõendeid, et joomise keskkondades rakendatud sekkumised ei too kaasa järjepidevat alkoholiga seotud kahju langust.
- ✓ On olemas mõningaid tõendeid, et alaealiste alkoholi kättesaamist piiravad sekkumised üksinda ei too kaasa järjepidevat alkoholiga seotud kahju langust.

Mida me ei tea?

- ✗ Efektivsemaid viise, kuidas alkoholi tarvitamise keskkonnad võiksid vähendada alkoholiga seotud kahju.

Järeldused

Sekkumised alkoholitarvitamise keskkondades üksinda ei oma tõenäoliselt olulist mõju alkoholiga seotud kahju vähendamisel. Kuid kaaluma peaks alkoholimüügi järelevalve tõhustamist joores klientidele ning alaealistele, võib-olla osana terviklikust kogukonna tegevusest, ka selleks, et vähendada alkoholiga seotud kahju inimestele peale konkreetse tarbija.

REGISTREERIMATA ALKOHOLI MÕJU VÄHENDAMINE RAHVA TERVISELE

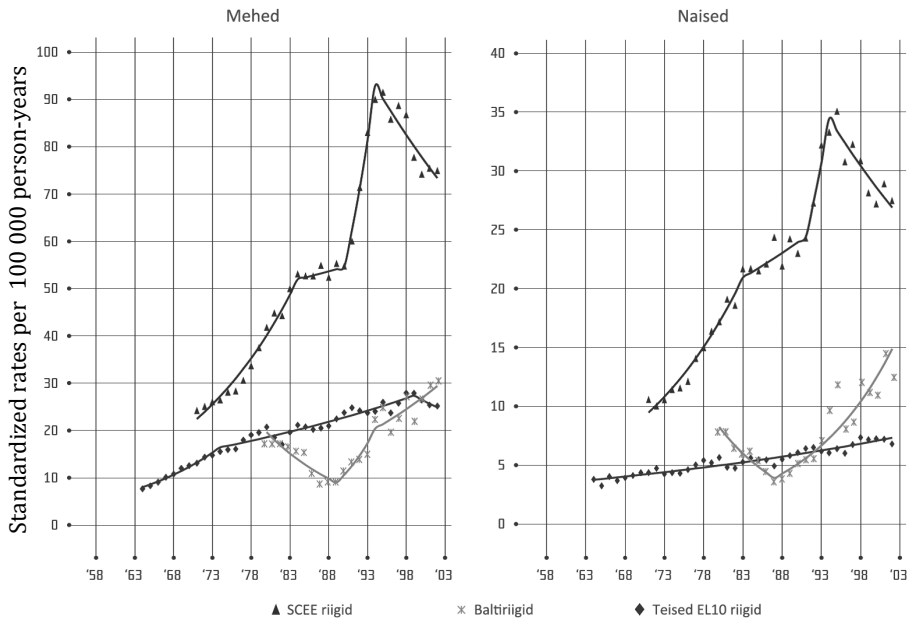
See peatükk täheldab, et registreerimata alkohol, defineerituna kodus valmistatud, illegaalselt toodetud või salakaubana sisse toodud alkohoolsed tooted kui ka surrogaadid, mis ei ole ametlikult mõeldud inimesele tarvitamiseks (suuvesi, parfüümid, odekolonnid) võivad omada negatiivseid tervisemõjusid tulenevalt kõrgest etanoolisisaldusest ja metanooli ning pliiga saastumisest, millega seoses on registreeritud rahvusvaheliselt palju mürgistus- ja surmajuhtumeid (282) ning ka kõrgemaid maksahaiguste esinemisi. Näiteks on pakutud, et suur tsirroosi suremuse taseme vahe Ungari, Rumeenia ja Sloveenia ning ülejäänud Euroopa vahel võib tuleneda just registreerimata alkoholi sisaldusest, mitte aga niivõrd erinevustest tarvitatud alkoholi koguste osas (284) (Tabel 4). Illegaalselt kaubeldud alkohol võib lisada terviseriski tulenevalt kas kauplemise protsessis saadud saastumisest või madalamast hinnast, võrreldes ametliku alkoholiga, mis toob kaasa rohkema tarvitamise. Salakauba ulatusest Euroopas teatakse vähe, kuigi hinnang, mis tehti 1996. aastal EL15-le väitis, et registreerimata äri osa oli võrdne 8% kogu alkoholiaktiivse tulust, see on sarnane tubakaturul valitsevaga, nimelt tollal hinnati, et kolmandik sigarettidest oli salakaup.

Registreerimata alkohol

Vaatamata sellele, mis kahju võib registreerimata alkohol potentsiaalselt tervisele avaldada, on probleemi kohta Euroopas üllatavalt vähe informatsiooni. Väike uurimus, mis kogus näidiseid Ungari ja Leedu turgudele, leidis probleeme surrogaatalkoholiga, mis sisaldasid kõrgel tasemel etanooli (60%) ning mõned, mis sisaldasid hepatotoksilisi kumariinitasemeid (285). Kuigi Ungari kiviviljaviinad (kirsid, ploomid, aprikoosid) sisaldasid kõrgemal tasemel metanooli ja etüülkarbamaati, ei leitud, et nende toksilisuse tase ohustaks inimest.

Registreerimata ja surrogaatalkoholide puhul, millel võib olla kõrge metanoolisisaldus, on täielik metanooli eemaldamine denatureeritud viinast tõenäoliselt kõige olulisemaks vahendiks metanooliga seotud suremuse ja haigestumuse vähendamiseks. Mõned riigid, kaasa arvatud Austraalia on keelustanud metanooli kasutamise denatureeritud alkoholis, mis on kaasa toonud mürgistusjuhtumite märkimisväärse languse (286). Mit-

Joonis 4. Maksatsirroosi suuremuse trendid erinevates Euroopa piirkondades, vanusegrupis 20–64, 1958–2003



SCEE: Lõuna-, Kesk- ja Ida-Euroopa riigid (Ungari, Rumeenia, Sloveenia); Balti riigid: Eesti, Läti, Leedu; teised EL10 riigid: Bulgaaria, Tsehhi Vabariik, Poola, Slovakkia.

Allikas: Zatonski et al (68).

med Euroopa riigid ei luba metanooli (või metanooli sisaldavat puupiiritust) kasutada ka denatureerimise vahendina (287). Kosmeetika jaoks on lihtsaim viis kasutada denatureerimise vahendina parfüümiõlisid. Teisi surrogaatalkohole, näiteks neid, mida kasutatakse autotoodetes, võib samuti joomise vältimiseks töödelda kibestavate vahenditega. Meditsiinilise alkoholi müügi range kontroll ning luba müüa seda ainult väikestes anumates on Põhjamaades vähendanud meditsiinilise alkoholiga seotud kahjusid (288).

Alkohol salakaubana

Juba tulenevalt definitsioonist on alkoholi illegaalse kauplemise kohta usaldusväärseid andmeid saada väga raske, mis teeb keeruliseks hinnangu andmise Euroopas aset leidva alkoholi salakauplemise ulatuse kohta ning ka illegaalsel turul trendide monitoorimise. Ainus olemasolev hinnang EL-15 kohta pärineb Euroopa Pettustevastaselt Ametilt, mis hindas, et 1996. aastal kaotati pettuse läbi umbes 1,5 miljardit eurot, mis

oli võrdne umbes 8%-ga tollasest aktsiisitulust (289). Võrdluseks olgu toodud, et tubakatoodete osas hinnati 1996. aastal see kahju 3,3 miljardi euro peale (7,5% kogu tolle aasta aktsiisitulust). Kuigi ühisturg ja suurem reisijate liikumine võib oodatult suurendada salakaubavedu, on selged viited, et Euroopas valitsevad erinevad trendid. Prantsusmaa, Iirimaa ja Suurbritannia usuvad näiteks, et nemad on kogunud kaupade liikumist ühest liikmesriigist teise, mil kaubad liiguvad riikidesse, kus kohaldatakse suhteliselt kõrgeid makse. Portugal on näinud aga rohkelt maksudest kõrvalehoidumist (290).

Kuigi iga tugevalt maksustatud kaup võib olla tundlik petturlikule tegevusele, ei tähenda see, et madalamad ja ühtsed maksutasemed vähendaks salakauplemist. Tegelikult leidis tubakatoodete salakauplemine (mida on detailsemalt analüüsitud) suurema tõenäosusega aset kallist Põhja-Euroopast odavamasse lõunasse (291), mis oli arvatavasti seotud vähem läbipaistvate valitsustega Lõuna-Euroopas (292). Hinnaerinevused suurendavad stiimulit kaupade salaveoks (eriti väikesemahulist salakauplemist ühe indiviidi autoga), kuid iga kõrgeltmaksustatud kaup, nagu alkohol, on tundlik salakauba suhtes. See teeb vahelejäämise võimaluse suurenemise võtmetähtsusega elemendiks suuremahulise ja organiseeritud salakauba operatsioonide puhul, mis moodustavad suure osa alkoholiga seotud probleemist. Seega on jõustamine efektiivne vahend salakauplemise vastases tegevuses (290).

Teised liikmesriigid (nagu Soome) on teatanud alkoholi salakauba suurenemisest kolmandatest riikidest või kodutootmise ja illegaalselt teisest liikmesriigist sisetoodud alkoholsete jookide konfiskeerimise kasvust (nagu Rootsi) (290). Nagu eelnevalt mainitud, siis liikmesriigid, kes on kehtestanud suhteliselt madalad alkoholimaksud (nagu Portugal), on teatanud kasvavast alkoholi salakauba turust, peamiselt maksudest kõrvalehoidmise näol. Ka Euroopa Komisjon on saanud teadlikuks juhtumite arvu kasvust, mille kohta on märku andnud alkoholisektori üksikud firmad, kus kaup liigub tollivormistuseeta Euroopa Ühenduse riikides või ühendusest teistesse riikidesse ning neid firmasid peetakse vastutavaks selliste kaupade maksude maksmises, mis ei ole oma sihtkohta jõudnud. Tulenevalt Euroopa Pettustevastase Ameti ettepanekutest on Komisjon ja liikmesriigid rakendanud mitmeid initsiatiive, et salakaubaga võidelda. Näiteks on Komisjoni soovitude vastuvõtmine seoses laopidajatega ning kaupade liikumise internetipõhiseks muutmiseks kui ka aktsiisimaksu alla käivate kaupade jälgimise süsteemi loomisega. Need initsiatiivid parandavad olemasolevate regulatsiooni- ja kontrollsüsteemide efektiivsust

ning aitavad võidelda salakauplemise ja maksudest kõrvalehoidmisega.

Kokkuvõte

Mida me teame?

- ✓ On väga piiratud mahus uuringuid, mis väidavad, et registreerimata alkoholi keemilise koostise märkimisväärtne kahju tervisele on ebatõenäoline. Erandiks on surrogaatalkoholi mõju.

Mida me ei tea?

- ✗ Registreerimata, ja täpsemalt salakaubeldud, alkoholi määra.
- ✗ Täit ulatust, mil määral kujutab registreerimata alkoholi keemiline koostis ohtu tervisele.

Järeldused

Kaaluma peaks võimalusi, mis aitaksid saada parema ülevaate registreerimata alkoholi turu ulatusest, kaasa arvatud salakaubast ning registreerimata alkoholi potentsiaalse terviseriski suurusest. Selles peatükis nimetatud meetmeid saab kasutada, et vähendada surrogaatalkoholi riske. Elektroonilist arvepidamissüsteemi ning maksumärke saab kasutada kaubeldud alkoholi jälgimiseks ning legaalsed alkoholitootjad saavad võtta vastutuse illegaalse kauplemise vähendamise toetamisel.

EFEKTIIVSUSE JA KULUEFEKTIIVSUSE ÜLEVAADE

Võttes kokku eelnevad peatükid, täheldab käesolev osa, et meil on olemas märkimisväärne kogus tõendeid poliitiliste meetmete efektiivsuse kohta alkoholiga seotud kahju vähendamisel. Sisuliselt on need meetmed, mis reguleerivad keskkonda, milles alkoholi turustatakse (majanduslik ja füüsiline kättesaadavus) efektiivsed alkoholiga seotud kahju vähendamisel. Efektiivsed on ka jõustatud seadusandlikud meetmed roolijoodikluse vähendamiseks. Efektiivsed on ka juba alkoholi kahjulikult tarvitavale indiviidile suunatud sekkumised. Vastupidiselt aga näitavad tõendid, et informatsiooni- ja hariduspõhised programmid ei vähenda alkoholiga seotud kahju, kuid neil on oma roll informatsiooni jagamisel, alkoholiga seotud probleemi tutvustamisel ning alkoholile kui poliitilisele temale toetuse kasvatamisel.

Lisades sellesse alkoholipoliitikate tervisemõju hindamisse ka kulukomponendi, suudame identifitseerida strateegiad, mis pakuvad kulutatud raha eest suurimat (või vähimat) väärtust. Näiteks, pühendudes sekkumistele, mis ei aita tajutatvalt vähendada alkoholiga seotud kahju, nagu on käitumist muuta püüdvate informatsiooni- ja haridusprogrammidega, võib seda nimetada ebaefektiivseks ressurside kulutamiseks. Spektrumi teises maksab otsas maksumuudatuste sisseviimine suhteliselt vähe, kuid toob kaasa märkimisväärse tervisekasu. Tegelikult esindavad kõigjal Euroopa Liidus kõik elanikkonnal baseeruvad sekkumised kuluefektiivset ressurside kasutamist ning on eelistatud võrdluses alkoholi tarvitamise tulemusel tekitatud vigastuste ja haiguste ravistrateegiatega. Ka kõrge riskiga joojatele suunatud esmatasandi nõustamine on eelistatud, võrreldes selliste ravistrateegiatega, kuid selle kogukulu on raske kokku võtta tulenevalt koolituse ja personali vajadustest.

Kokkuvõte: efektiivsus

Rajanedes Anderson et al (293), on selles raportis välja toodud poliitiliste meetmete mõju kohta käivad tõendid kokku võetud tabelis (tabel 2). Aja jooksul aset leidnud tõendite muutumisega on selgeks saanud, et nüüd on kättesaadaval palju rohkem süstemaatiliste ülevaadete ja meta-analüüside publikatsioone, mis on tugevdanud varasemate ülevaadete järeltõlget. Poliitikad, mis piiravad alkoholi majanduslikku ja füüsilist kättesaadavust, vähendavad alkoholiga seotud kahju, samas kui hariduslikud

poliitikat seda ei tee. Keegi ei saa vastu vaielda hinna mõjule, kui 1003 hinnangu metaanalüüs 112 uurimusest (248) ja 1172 hinnangu metaanalüüs 132 uurimusest (234) tõendavad veenvalt hinna mõju tarvitamisele, kusjuures mõju on suurem pikas perspektiivis. Keegi ei saa enam väita, et lahenduseks on koolipõhine haridus või ennetustöö noorte seas, kui 14 süstemaatilise ülevaate süstemaatiline ülevaade suutis identifitseerida 59-st kõrge kvaliteediga kooliprogrammist vaid 6, mis suutsid demonstreerida mingeidki tõendeid efektiivsuse kohta (72), ja 25 ülevaate süstemaatiline ülevaade suutis identifitseerida 127-st kõrge kvaliteediga sekumiseist vaid 12, mis näitasid lootustandvaid tõendeid (77).

Tabel 2. Kokkuvõtte alkoholipoliitikate efektiivsusest

<i>Tõendite tase</i>	<i>Tegevused, mis tõendatult vähendavad alkoholiga seotud kahju</i>	<i>Tegevused, mis ei vähenda alkoholiga seotud kahju</i>
Veenev	Alkoholi maksud Riiklikud jaemüügi monopolid Müügikohtade tiheduse piiramine Müügipäevade ja -tundide vähendamine Alkoholi ostu vanuse piirmäär Madalam vere alkoholisisalduse piirmäär autojuhtidele "Kõik puhuvad" kampaaniad Lühiajalise nõustamise programmid Alkohoolikutele suunatud ravi	Koolipõhise hariduse ja informatsiooni jagamine
Tõenäoline	Alkoholi miinimum hinna kehtestamine grammi kohta Alkoholi reklaamimise määra piiramine Alkoholimüügi piirangute jõustamine joobes inimestele ja alaealistele.	Madalamad maksud piiriülese kauplemise kontrollimiseks Alkoholi serveerijate koolitamine "Kaine grupijuht" kampaaniad Hoiatussildid Avalikkusele suunatud teadlikkuse kampaaniad
Piiratud	Juhilubade äravõtmine Alkolukud Programmid töökohal Kogukonnapõhised programmid	Alkoholitööstuse poolt rahastatud kampaaniad

Alkoholipoliitikate kuluefektiivsus

See osa võtab kokku WHO CHOICE (CHOosing Interventions that are Cost-Effective; Valides sekkumised, mis on kuluefektiivsed) mudeli tulemused, mis annavad hinnangud poliitikate rakendamise mõju ja kulu

kohta alkoholi tarvitamisega seotud DALY vähendamisel (123), arvestades selle ümber EL-i kohta käivaks. CHOICE mudel tuvastab sekkumise efektiivsuse läbi riigi demograafilise ülemineku mudeli arvestades sündide, surmade ja alkoholi tarvitamise mõjuga. 100 aasta peale on modelleeritud kahte stsenaariumi: (i) ühtegi riskantset ja kahjulikku alkoholi tarvitamise (CHOICE mudelis defineeritud naiste puhul enam kui 20 gr alkoholi tarvitamisena päevas ja meeste puhul enam kui 40 gr alkoholi päevas) sekkumist ei ole saadaval; ja (ii) elanikkonna tasandil 10-aastase perioodi jooksul rakendatud sekkumiste mõju. Ilmnenu erinevus esindab sekkumiste rakendamisest tulenevat elanikkonna tasandil saavutatud tervisekasu.

Kulusid, mis on seotud sekkumiste rakendamisega – kaasa arvatud seadusandlus, jõustamine, administratsioon ning koolituse kulud pluss haigla- ja ravikulud – on ajakohastatud 2000. aastast 2005. aasta rahvusvahelise dollari tasemele ning hõlmavad nüüd ka hinnanguid koolipõhisele haridusele ja massimeedia kampaaniatele. (Rahvusvaheline dollar omab sama ostujõudu nagu USA dollar Ameerika Ühendriikides ning seda kasutatakse vahendina, et võrrelda ja tuvastada erinevate riikide kulusid kasutades USA dollarit võrdluspunktina.) Sekkumiste tervisekasu, mis on väljendatud säästetud DALY-des, olles suhteline epidemioloogilise situatsiooniga, kus elanikkonnale ei rakendata mingeid alkoholi kontrollivaid meetmeid, on samuti ajakohastatud selleks, et peegeldada aluseks olevaid demograafilisi muutusi regionaalsetes rahvastikunäitajates alates 2000. aastast, ning neid on laiendatud, et hõlmata ka püsivate maksujõustamiste mõju registreerimata alkoholi tootmise ja tarvitamise tasemete vähendamisele. Alkoholipoliitiliste meetmete mittetervislikke mõjusid, nagu vähenenud kahju omandile või paranenud tööproduktiivsus, ei ole selles analüüsis arvestatud.

Kokkuvõtte hinnangulise kulu ja erinevate sekkumiste mõju kohta võrrelduna Euroopaga, kus selliseid poliitikaid ei rakendata, on välja toodud tabelis nr 3, koos hinnanguga iga säästetud DALY kulu kohta. Ka informatsiooni- ja haridusprogrammide, kogukonna tegevuse, koolis läbi viidud hariduse- ja massimeedia kampaaniate kulud on hinnatud. Kuigi need sekkumised ei ole kallid, ei mõjuta nad märkimisväärselt joomise taset või tervisenäitajaid. Sellised sekkumised ei ole seega efektiivsed ega ka kuluefektiivsed strateegiad alkoholi tarvitamisega seotud kahjude vähendamiseks (eriti kuna on olemas teised teostatavad strateegiad, mis on väga kuluefektiivsed).

Seoses tervisesektori tegevusega on lühiajalisi sekkumisi uuritud ula-

tuslikult. Selliste sekkumiste kuluefektiivsus ei ole eelistatud võrrelduna tervele populatsioonile rakendatud poliitiliste meetmetega, mis on kokku võetud allpool, kuna esimesed eeldasid otsest kontakti tervisehoidjate ja tervishoiuteenistusega. Kuigi lühiajaliste sekkumiste rakendamine on kõige kallim, tuleb märkida, et tervishoiukulutuste hulgas on tervist kahjustavat alkoholitarnitamist vähendavate lühiajaliste sekkumiste kuluefektiivsus üks suuremaid terviseteenistuste sekkumiste seas. Mis puutub roolijoodiklust piiravatesse poliitikatesse, siis on olemas hea tõendusmaterjal nende efektiivsuse kohta, kui need seadused on tugevdatud teede peal „kõik puhuvad“ kampaaniate ja kontrollpunktidega. Selliste vastumeetmete hinnanguline kuluefektiivsus ulatub 781-lt 1\$ (Euro-C riikides) kuni 4625 1\$-ni (Euro-B riikides).

Spetsiifilistel perioodidel nädala sees jaemüügikohtade vähendamine ning kompleksse alkoholi reklaami keelustamine omavad potentsiaali olla kuluefektiivsed vastumeetmed, kuid vaid juhul, kui neid täielikult jõustatakse (iga taastatud tervislik eluaasta maksab vahemikus 567 1\$ - 2509 1\$).

Hinnapoliitika kategoorias on olemas järjekindlad tõendid, mis näitavad, et alkoholi tarvitamine reageerib alkoholi hinna tõstmisele, mida on võimalik mõjutada läbi kõrgemate alkoholiaktsiiside. Maksude tõstmised (20% või isegi 50%) on äärmiselt kuluefektiivsed kõikjal Euroopas. Isegi arvestades pikenenud elueaga, ja seega ka kasvavate sotsiaalhoolduse kuludega, püsib maksustamine siiski äärmiselt kuluefektiivse alkoholi poliitika võimalusena (294). Nagu eelnevalt mainitud, võib alkoholimaksu tõstmise mõju vähendada illegaalne tootmine, maksudest kõrvalehoidmine ja illegaalne kauplemine, mille alla mahub umbes 12% kogu alkoholi tarvitamisest Eur-A riikides ning 40% Eur-B ja Eur-C riikides. Registreerimata tarvitamise vähendamine (20-50%) läbi maksustamise jõustamise läheb hinnanguliselt maksma 50-100% rohkem kui maksude tõstmine, kuid toob kaasa sarnase mõju. Oludes, kus on kõrgem registreerimata tootmine ja tarvitamine, maksustatud alkoholi tarvitamise proportsiooni tõstmine (ja on seega kallim hinnatundlikule tarbijale), võib olla efektiivsem hinnapoliitika kui lihtsalt aktsiisimaksu tõstmine, mis võib lihtsalt julgustada suuremale illegaalsele tootmisele, salakauplemisele ja piiriülesele ostmisele.

Kõigis kolmes Euroopa subregioonis on kõige kuluefektiivsem variant maksude tõstmine (praegune+50%), millele järgneb tõstetud maksude jõustamine Eur-A ja Eur-C riikides ja maksude tõstmine ning vähendatud kättesaadavus Eur-B riikides, millele järgneb maksude tõstmine,

maksude tõstmisega kaasnev jõustamine ja piiratud kättesaadavus kõigis kolmes subregioonis, millele järgneb maksude tõstmine, tõstetud maksude jõustamine, piiratud kättesaadavus, reklaami keelustamine ja lühiajaline nõustamine kõigis kolmes subregioonis.

Samuti on oluline märkida, et erinevate riikide kontekstis võib tasuvuse määr erineda. Näiteks olid võrreldes Eur-C riikidega Eesti kulud riskiga seostatava haiguskoormuse aasta (DALY) ärahoidmise kohta odavamad maksustamise, reklaamikeelu ja teeäärse puhumiskontrolli korral ning kallimad ligipääsu piiramise ja esmatasandi arsti nõustamise korral (295). Seega sai Eestis erinevalt Eur-C riikidest reklaamikeeld tasuvamaks kui ligipääsu piiramine ning teeäärne puhumiskontroll tasuvamaks kui esmatasandi arsti nõuanne.

Lõpuks tuleks välja tuua, et kõikehõlmav poliitika, mis kombineerib erinevaid elemente, võib olla tunduvalt tasuvam kui individuaalsed poliitikaelemendid eraldi. Näiteks on praegusel maksukoormusel koos 50% kasvuga, mis kuulub Eur-A riikides laienduste raja esimesse muudatuste etappi, kombineeritud ja keskmiseks tasuvuseks 404 I\$ ärahoitud riskiga seostatava haiguskoormuse aasta (DALY) kohta. Järgmise muudatuse (maksu tõstmine ja tõhusam järelevalve) kombineeritud tasuvus on 991 I\$ ja keskmine tasuvus 647 I\$. Kolmanda muudatuse (maksu tõstmine, tõhusam järelevalve ja ligipääsu piiramine) kombineeritud tasuvus on 2252 I\$ ja keskmine tasuvus 776 I\$. Lõppastmel (maksu tõstmine, tõhusam järelevalve, ligipääsu piiramine, reklaamikeeld ja lühiajaline nõustamine) on kombineeritud tasuvus 6923 I\$ ja keskmine tasuvus 1517 I\$.

Poliitika arutamisel on oluline tähele panna, et praegune sekkumiste komplekt ei esine ühelgi laiendusrajal, mis näitab arenguruumi tasuvuse vaatepunktist ning et rohkem riskiga seostatavaid haiguskoormuse aastaid (DALY) on võimalik säästa maksutaseme suurendamise, sekkumiste kajastamise parandamise ja parema järelevalve teel, seda tõenäoliselt isegi praeguse eelarve juures, kui ressursse ümber arvestada.

Kokkuvõte

Mida me teame?

- ✓ Kõige kuluefektiivsem poliitiline meede alkoholiga seotud kahju vähendamiseks on maksustamine.

- ✓ Teiseks kõige kuluefektiivsem meede on maksustamine kombineerituna tõhustatud jõustamisega.
- ✓ Järgmiseks kõige kuluefektiivsem poliitiline sekkumine on maksu tõstmine koos tõhustatud jõustamise ning kättesaadavuse vähendamisega.
- ✓ Järgmiseks kõige kuluefektiivsem poliitiline sekkumine on maksu tõstmine koos tõhustatud jõustamise, kättesaadavuse vähendamise, reklaami keelustamise ja lühiajalise nõustamisega.
- ✓ Praeguste sekkumiste kombinatsioonid võiksid olla kuluefektiivsemad.

Mida me ei tea?

- ✗ Spetsiifilisi laiendusradu individuaalsetes liikmesriikides, peale Eesti.
- ✗ Alkoholiga kaasneva sotsiaalse kahju vähendamise poliitikate mõju Euroopas, kuigi seda on varem tehtud, näiteks Austraalias (296) ja Kanadas (297).

Järeldused

Poliitikategijatel oleks soovitatav modelleerida oma riikide laiendusrajad. Kaaluma peaks poliitikate muutmisi nende suunas, mis kuluefektiivsuse perspektiivist on alkoholi kahju vähendamiseks kõige tulusamad.

VIITED

1. Babor TF et al. Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy. Oxford, Oxford University Press, 2003 (Oxford Medical Publication).
2. Public health: ethical issues. London, Nuffield Council on Bioethics, 2007.
3. Suhrcke M. Economic costs of ill health in the European Region. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006.
4. Suhrcke M et al. The contribution of health to the economy in the European Union. Brussels, European Commission, 2005.
5. Green S, Higgins J, eds. Glossary. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions 4.2.5 [updated May 2005]. (<http://www.cochrane.org/resources/handbook/>, 4.07.2009).
6. Sanchez-Carbonell X. European Union scientific production on alcohol and drug misuse (1976–2000). *Addiction*, 2005, 100:1166–1174.
7. WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption. Second report. Geneva, World Health Organization, 2007 (WHO Technical Report Series, No. 944) (<http://apps.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?sesslan=1&codlan=1&codcol=10&codcch=944#>, 4.07.2009).
8. Allamani A, Prina F. Why the decrease in consumption of alcoholic beverages in Italy between the 1970s and the 2000s? Shedding light on an Italian mystery. *Contemporary Drug Problems*, 2007, 34(2):187–198.
9. Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. London, Institute of Alcohol Studies, 2006 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe.pdf, 30.06.2009).
10. Baumberg, B The global economic burden of alcohol: a review and some suggestions. *Drug and Alcohol Review*, 2006, 25(6):537–551.
11. Jernigan, DH. The global alcohol industry: an overview. *Addiction*, 2009, 104(Suppl): 6–12.
12. Reich, R. Supercapitalism: The battle for democracy in the age of big business. Cambridge, Icon Books 2008.
13. Crook, C. The good company. *Economist*, 22.01.2005.
14. United Nations Development Programme. Human development report 2002. Deepening democracy in a fragmented world. Oxford, Oxford University Press, 2002.
15. Beck, C. Power in the global age. Cambridge, Polity Press, 2005.
16. World Health Organization Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation. Geneva, World Health Organization, 2008.
17. Room R. Disabling the public interest: alcohol strategies and policies for England. *Addiction*, 2004, 99:1083–1089.
18. Baumberg B, Anderson P. Health, alcohol and EU law: understanding the impact of European single market law on alcohol policies. *European Journal of Public Health*, 2008, 18(4):392–398.

19. European Court of Justice. Official Journal of the European Union, C 228/9 of 11.9.2004 (C 262/02, <http://curia.europa.eu/jurisp/cgi-bin/form.pl?lang=en>) and C 228/5 of 11.9.2004 (C 429/02, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2004:228:0009:0009:EN:PDF,04.07.2009>).
20. Grieshaber-Otto J, Sinclair S, Schacter N. Impacts of international trade, services, and investment treaties on alcohol regulation. *Addiction*, 2000, 95:491–504.
21. Ziegler D. International trade agreements challenge tobacco and alcohol control policies. *Drug and Alcohol Review*, 2006, 25:567–579.
22. Baumberg B, Anderson P. Trade and health: how World Trade Organization (WTO) law affects alcohol and public health. *Addiction*, 2008, 103:1952–1958.
23. Godfrey C. Effectiveness and cost-effectiveness of alcohol policy. Geneva, World Health Organization, 2006.
24. Fidler DP, Correa C, Aginam O. Draft legal review of the General Agreement on Trade in Services (GATS) from a health policy perspective. Geneva, World Health Organization, 2005 (Globalization, Trade and Health Working Papers Series) (<http://www.who.int/trade/resource/gatslegalreview/en/index.html,06.07.2009>).
25. Zeigler WD. The alcohol industry and trade agreements: a preliminary assessment. *Addiction*, 2009, 104(Suppl):13–26.
26. Allen M et al. Tobacco control and alcohol in the Pacific Island Countries Trade Agreement: impacts on population health. Noumea, NC, Secretariat of the Pacific Community, 2005.
27. Casswell S, Thamarangsi T. Reducing harm from alcohol: call to action. *Lancet*, 2009, 373(9682):2245–2257.
28. Room R. International control of alcohol: alternative paths forward. *Drug and Alcohol Review*, 2006, 25:581–595.
29. Rehm J et al. Alcohol use. In: Ezzati M et al., ed., *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of diseases attributable to selected major risk factors*. Geneva, World Health Organization, 2004.
30. Gil-González D. Alcohol and intimate partner violence: do we have enough information to act? *European Journal of Public Health*, 2006, 16(3):278–284.
31. Cargiulo T. Understanding the health impact of alcohol dependence. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 2007, 64(5 Suppl.):S5–S11.
32. Rehm J, Patra J, Popova S. Alcohol-attributable mortality and potential years of life lost in Canada 2001: implications for prevention and policy. *Addiction*, 2006, 101(3):373–384.
33. Richardson A, Budd T. Alcohol, crime and disorder: a study of young adults. London, Home Office Research, Development and Statistics Directorate, 2003 (Home Office Research Study 263).
34. Cherpitel CJ et al. The causal attribution of injury to alcohol consumption: a cross-national meta-analysis from the emergency room collaborative alcohol analysis project. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2003, 27(11):1805–1812.
35. Kalichman SC et al. Alcohol use and sexual risks for HIV/AIDS in sub-Saharan Africa: systematic review of empirical findings. *Prevention Science*, 2007, 8(2):141–151.

36. Cook LR, Clark DB. Is there an association between alcohol consumption and sexually transmitted diseases? A systematic review. *Sexually Transmitted Diseases*, 2005, 32(3):156–164.
37. Fisher JC, Bang H, Kapiga SH. The association between HIV-infection and alcohol use: a systematic review and meta analysis of African Studies. *Sexually Transmitted Diseases*, 2007, 34(11):856–863.
38. National Institute on Alcohol and Alcoholism. Alcohol-related birth defects: an update. *Alcohol Research and Health*, 2001, 25(3):151–234.
39. Faden VB, Goldman M. The effects of alcohol on physiological processes and biological development. *Alcohol Research and Health*, 2005, 28(3):125–132.
40. Taki Y et al. Both global gray matter volume and regional gray matter volume negatively correlate with lifetime alcohol intake in non-alcohol-dependent Japanese men: a volumetric analysis and a voxel-based morphometry. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2006, 30:1045–1050.
41. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Geneva, World Health Organization, 2004.
42. Gamble L, Mason CM, Nelson S. The effects of alcohol on immunity and bacterial infection in the lung. *Médecine et Maladies Infectieuses*, 2006, 36(2):72–77.
43. Lönnroth K et al. Alcohol as a risk factor for tuberculosis – a systematic review. *BMC Public Health*, 2008, 8:289.
44. Alcoholic beverage consumption and ethyl carbamate (urethane). Lyons, International Agency for Research on Cancer, 2007 (IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, 2007:96) (<http://monographs.iarc.fr/ENG/Meetings/vol96-summary.pdf>, 04.07.2009).
45. Allen NE et al. Moderate alcohol intake and cancer incidence in women. *Journal of the National Cancer Institute*, 2009, 101:296–305.
46. Lachenmeier DW, Kantares F, Rehm J. Carcinogenicity of acetaldehyde in alcoholic beverages: risk assessment outside ethanol metabolism. *Addiction*, 2009, 104:533–550.
47. Corrao G et al. Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis. *Addiction*, 2000, 95:1505–1523.
48. Bagardi V et al. Does drinking pattern modify the effect of alcohol on the risk of coronary heart disease? Evidence from a meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2008, 7:615–619.
49. Fillmore KM et al. Moderate alcohol use and reduced mortality risk: systematic error in prospective studies. *Addiction Research and Theory*, 2006, 14:1–31.
50. Fillmore KM et al. Moderate alcohol use and reduced mortality risk: systematic error in prospective studies and new hypotheses. *Annals of Epidemiology*, 2007, 17(Suppl 5):S16–23.
51. Djoussé L, Gaziano MJ. Alcohol consumption and heart failure: a systematic review. *Current Atherosclerosis Reports*, 2008, 10(2):117–120.
52. Jackson R. Alcohol and ischaemic heart disease: probably no free lunch. *Lancet*, 2005, 366(9501):1911–1912.
53. Friesema IHM et al. The effect of alcohol intake on cardiovascular disease and mortality disappeared after taking lifetime drinking and covariates into account.

- Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 2008, 37:645–651.
54. Scott A et al. Association of self-reported alcohol use and hospitalization for an alcohol-related cause in Scotland: a record-linkage study of 23,183 individuals. *Addiction*, 2009, 104:593–602.
 55. Rehm J, Room R, Taylor B. Method for moderation: measuring lifetime risk of alcohol-attributable mortality as a basis for drinking guidelines. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 2008, 17(3):141–151.
 56. Taylor B et al. Determination of lifetime injury mortality risk in Canada in 2002 by drinking amount per occasion and number of occasions. *American Journal of Epidemiology*, 2008, 168:1119–1125.
 57. Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. Canberra, National Health and Medical Research Council, 2009 (<http://www.nhmrc.gov.au, 04.07.2009>).
 58. Lachenmeier DW, Rehm J, Gmel G. Surrogate alcohol: What we know and where do we go? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2007, 31(10):1613–1624.
 59. Leon DA et al. Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia: a population based case-control study. *Lancet*, 2007, 369:2001–2009.
 60. Kunst AE et al. Occupational class and cause specific mortality in middle aged men in 11 European countries: comparison of population based studies. *British Medical Journal*, 1998, 316:1636–1642.
 61. Harrison L, Gardiner E. Do the rich really die young? Alcohol-related mortality and social class in Great Britain, 1988–94. *Addiction*, 1999, 94(12):1871–1880.
 62. Hemström Ö. Alcohol-related deaths contribute to socioeconomic differentials in mortality in Sweden. *European Journal of Public Health*, 2002, 12(4):254–262.
 63. Blomgren J et al. The effects of regional characteristics on alcohol-related mortality – a register-based multilevel analysis of 1.1 million men. *Social Science and Medicine*, 2004, 58:2523–2535.
 64. TNS Opinion & Social. Attitudes towards alcohol. European Commission, Directorate-General Communication, 2007 (Special Eurobarometer No. 272b) (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/ebs272_en.pdf, 30.06.2009).
 65. Rehm J et al. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol use disorders. *Lancet*, 2009, 373(9682):2223–2233.
 66. Norström T et al. Mortality and population drinking. Alcohol in postwar Europe: consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries. Stockholm, National Institute of Public Health, 2001.
 67. Rehm J, Eschmann S. Global monitoring of average volume of alcohol consumption. *Sozial- und Präventivmedizin*, 2002, 47:48–58.
 68. Zatonski W, ed. Closing the health gap in European Union. Warsaw, Maria-Skłodowska-Curie Memorial Cancer Center and Institute of Oncology, 2008 (<http://www.hem.home.pl/index.php?idm=87,139&cmd=1, 30.06.2009>).
 69. Chiuev SE et al. Alcohol intake and methylenetetrahydrofolate reductase polymorphism modify the relation of folate intake to plasma homocysteine. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2005, 82(1):155–162.
 70. Jiang R et al. Joint association of alcohol and folate intake with risk of major ch-

- ronic disease in women. *American Journal of Epidemiology*, 2003, 158(8):760-771.
71. Foxcroft DR et al. Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. *Addiction*, 2003, 98:397-411.
 72. Jones L et al. A review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions delivered in primary and secondary schools to prevent and/or reduce alcohol use by young people under 18 years old. *Alcohol and schools: review of effectiveness and cost-effectiveness*. NICE: Main report (PHIAC 14.3a). Liverpool, John Moores University, 2007 (<http://nice.org.uk/nicemedia/pdf/AlcoholSchoolsConsReview.pdf>, 15.07.2009).
 73. Tobler N et al. School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 2000, 20:275-336.
 74. McCambridge J. A case study of publication bias in an influential series of reviews of drug education. *Drug and Alcohol Review*, 2007, 26:463-468.
 75. Petrie J, Bunn F, Byrne G. Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol and drug misuse in children <18 years: a systematic review. *Health Education Research*, 2007, 22(2):177-191.
 76. Stead M et al. A systematic review of social marketing effectiveness. *Health Education*, 2007, 107(2):126-191.
 77. Spoth R, Greenberg M, Turrisi R. Preventive interventions addressing underage drinking: state of the evidence and steps toward public health impact. *Pediatrics*, 2008, 121:S311-S336.
 78. McBride N. Systematic literature review of the school drug education. Perth, WA, National Drug Research Institute, 2002 (Monograph No 5).
 79. McBride N. A systematic review of school drug education. *Health Education Research*, 2003, 18: 729-742.
 80. McBride N. The evidence base for school drug education interventions. In: Stockwell T et al., eds. *Preventing harmful substance use: The evidence base for policy and practice*. Chichester, Wiley, 2005.
 81. Marlatt GA, Witkiewitz K. Harm reduction approaches to alcohol use: health promotion, prevention and treatment. *Addictive Behaviour*, 2002, 27:867-886.
 82. Hawks D et al. Prevention of psychoactive substance use - a selected review of what works in the area of prevention. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_intro.pdf, 04.07.2009).
 83. Local action. *Creating Health Promoting Schools*. Geneva, World Health Organization, 2009 (Information Series on School Health) (http://www.who.int/school_youth_health/media/en/sch_local_action_en.pdf, 30.06.2009).
 84. Leeuw RNH et al. Do smoking attitudes predict behaviour? A longitudinal study on the bi-directional relations between adolescents' smoking attitudes and behaviours. *Addiction*, 2008, 103:1713-1721.
 85. Elder RW et al. Effectiveness of mass media campaigns for reducing drinking and driving and alcohol-involved crashes: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2004, 27:57-65.
 86. Wakefield M. Youth responses to anti-smoking advertisements from tobacco-control agencies, tobacco companies, and pharmaceutical companies. *Journal of Applied Social Psychology*, 2005, 35(9):1894-1911.

87. Wakefield M. Effect of televised, tobacco company-funded smoking prevention advertising on youth smoking-related beliefs, intentions, and behavior. *American Journal of Public Health*, 2006, 96(12):2154–2160.
88. Davis RM et al., eds. *The role of the media in promoting and reducing tobacco use*. Bethesda, MD, U.S. National Cancer Institute (Tobacco Control Monograph Series No. 19), and Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, 2008 (NIH Pub. No. 07-6242).
89. Christie J. The effects of bar-sponsored alcohol beverage promotions across binge and nonbinge drinkers. *Journal of Public Policy & Marketing*, 2001, 20(2):240–253.
90. Smith SW, Atkin CK, Roznowski J. Are “Drink responsibly” alcohol campaigns strategically ambiguous? *Health Communication*, 2006, 20(1):1–11.
91. Lavack AM. Message content of alcohol moderation TV commercials: impact of corporate versus nonprofit sponsorship. *Health Marketing Quarterly*, 1999, 16(4):15–31.
92. DeJong W, Atkin CK, Wallack L. A critical analysis of “moderation” advertising sponsored by the beer industry: are “responsible drinking” commercials done responsibly? *The Milbank Quarterly*, 1992, 70(4):661–678.
93. Stockwell T. A review of research into the impacts of alcohol warning labels on attitudes and behaviour. Victoria, Canada, Centre for Addictions Research of BC, University of Victoria British Columbia, 2006 (<http://carbc.ca/portals/o/resources/Alc%20Warning%20Labels%20TS.pdf>, 04.07.2009).
94. Guillemont J, Léon C. Alcool et grossesse : connaissances du grand public en 2007 et évolutions en trois ans. *Évolutions*, 2008:15 (<http://www.inpes.sante.fr/CFES-Bases/catalogue/pdf/1117.pdf>, 06.07.2009).
95. Borland R et al. How reactions to cigarette packet health warnings influence quitting: findings from the ITC Four-Country survey. *Addiction*, 2009, 104:669–675.
96. Wilkinson C, Room R. Warnings on alcohol containers and advertisements: international experience and evidence on effects. *Drug and Alcohol Review*, 2009; 28:426–435.
97. Giesbrecht N. Reducing alcohol-related damage in populations: rethinking the roles of education and persuasion interventions. *Addiction*, 2007, 102:1345–1349.
98. Cauzard J-P, ed. *European drivers and road risk. SARTRE 3 reports. Part 2 Report on in-depth analyses*. Arcueil, Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité, 2004 (<http://sartre.inrets.fr/documents-pdf/repS3V2E.pdf>, 30.06.2009).
99. Messiah A et al. A. Paradoxical increase of positive answers to the Cut-down, Annoyed, Guilt, Eye-opener (CAGE) questionnaire during a period of decreasing alcohol consumption: results from two population-based surveys in Ile-de-France, 1991 and 2005. *Addiction*, 2008, 103:598–603.
100. Sunley EM, Yurejli A, Chaloupka FJ. The design, administration, and potential revenue of tobacco excises. In: Jha P, Chaloupka F, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford Medical Publications, 2000:409–426.
101. Crombie IK et al. How do public health policies tackle alcohol-related harm: a review of 12 developed countries. *Alcohol and Alcoholism*, 2007, 42(5):492–499 (doi:10.1093/alcalc/agm001) (<http://alcalc.oxfordjournals.org/content/vol42/issue5/>, 30.06.2009).

102. Holder, H. What we learn from a reduction in the retail alcohol prices: lessons from Finland. *Addiction*, 2007, 102:346–347.
103. Moskalewicz J, Simpura J. The supply of alcoholic beverages in transitional countries: the case of central and eastern Europe. *Addiction*, 95 (Suppl 4):S505–S522.
104. Levintova M. Russian alcohol policy in the making. *Alcohol and Alcoholism*, 2007, 42(5):500–505 (doi:10.1093/alcalc/agmo40) (<http://alcalc.oxfordjournals.org/content/vol42/issue5/>, 30.06.2009).
105. Waters E, Thom B. Alcohol, policy and politics in Kazakhstan. *Europe-Asia Studies*, 2007, 59(6):999–1023.
106. Sager F. Habermas' model of decisionism, technocracy and pragmatism in times of governance: the relationship of public administration, politics and science in the alcohol prevention policies of Swiss member states. *Public Administration*, 2007, 85:429–447.
107. Funk M et al. A multi country controlled trial of strategies to promote dissemination and implementation of brief alcohol intervention in primary health care: Findings of a WHO Collaborative Study. *Journal of Studies on Alcohol*, 2005, 66:379–388.
108. Drummond C et al. Alcohol Needs Assessment Research Project (ANARP): The 2004 national alcohol needs assessment for England. London, Department of Health, 2005 (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4122341, 30.06.2009).
109. Miller WR, Wilbourne PD, Hetema JE. What works? A summary of alcohol treatment outcome research. In: Hester RK, Miller WR, eds. *Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives*, 3rd ed. Boston, MA, Allyn and Bacon, 2003:13–63.
110. Kaner EFS et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007, (2):DC004148.
111. Vasilaki EI, Hosier SG, Cox WM. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol and Alcoholism*, 2006, 41(3):328–335.
112. D'Onofrio G, Degutis LC. Preventive care in the emergency department: screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: a systematic review. *Academic Emergency Medicine*, 2002, 9(6):627–638.
113. Havard A, Shakeshaft A, Sanson-Fisher R. Systematic review and meta-analyses of strategies targeting alcohol problems in emergency departments: interventions reduce alcohol-related injuries. *Addiction*, 2008, 103(3):368–376 (discussion 377–378).
114. Dinh-Zarr TB. Interventions for preventing injuries in problem drinkers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004, (3):CD001857.
115. Whitlock EP et al. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 2004, 140(7):557–568.
116. Chang, C. Screening and brief intervention in prenatal care settings. *Alcohol Research and Health*, 2004, 28:80–84.
117. Chang G et al. Brief intervention for prenatal alcohol use: a randomized trial. *Obstetrics and Gynecology*, 2005, 105:991–998.

118. Nilsen P et al. Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary healthcare. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2006, 24(1): 5-15.
119. Anderson P et al. Engaging general practitioners in the management of alcohol problems: Results of a meta-analysis. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 2004, 65:191-199.
120. Aira M et al. Factors influencing inquiry about patients' alcohol consumption by primary health care physicians: qualitative semi-structured interview study. *Family Practice*, 2003, 20(3):270-275.
121. Fleming MF et al. Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 2002, 26(1):36-43.
122. Solberg LI, Maciosek MV, Edwards NM. Primary care intervention to reduce alcohol misuse: ranking its health impact and cost effectiveness. *American Journal of Preventive Medicine*, 2008, 34(2):143-152.
123. Chisholm D et al. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 2004, 65(6):782-793.
124. Mortimer D, Segal L. Economic evaluation of interventions for problem drinking and alcohol dependence: cost per QALY estimates. *Alcohol and Alcoholism*, 2005, 40(6):549-555.
125. Mortimer D, Segal L. Economic evaluation of interventions for problem drinking and alcohol dependence: do within-family external effects make a difference? *Alcohol and Alcoholism*, 2006, 41(1):92-98.
126. Raistrick D, Heather N, Godfrey C. Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems. London, National Treatment Agency for Substance Abuse, 2006.
127. UKATT Research Team. Effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK Alcohol Treatment Trial (UKATT). *British Medical Journal*, 2005, 311:541-544.
128. UKATT Research Team. Cost-effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the UK Alcohol Treatment Trial. *British Medical Journal*, 2005, 331:544-547.
129. Walters GD. Behavioural self-control training for problem drinkers: a meta-analysis of randomized control studies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2000, 31(1):135-149.
130. Mann K, Leher P, Morgan MY. The efficacy of acamprosate in the maintenance of abstinence in alcohol-dependent individuals: results of a meta-analysis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2004, 28(1):51-63.
131. Srisurapanont M, Jarusuraisin N. Opioid antagonists for alcohol dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, (1):CD001867.
132. Babor TF, Del Boca F K, eds. *Treatment matching in alcoholism*. Cambridge, Cambridge University Press, 2003.
133. Ferri M, Amato L, Davoli M. Alcoholics Anonymous and other 12-steps programmes for alcohol dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, (3):CD005032.

134. Barbosa, C et al. Modelling lifetime QALYs and health care costs from different drinking patterns over time: a modified Markov model. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* (in press).
135. Miller PM et al. Excessive alcohol consumption and hypertension: clinical implications of current research. *Journal of Clinical Hypertension*, 2005, 7:346–351.
136. Giesbrecht N. Alcohol, tobacco and local control. A comparison of several community-based prevention trials. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 2003, 20:25–40.
137. Moskalewicz J, Zieliński A. Forgotten or neglected experiences with community action on alcohol. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 2003, 20(English Suppl):5–11.
138. Holder HD. *Alcohol and the community: a systems approach to prevention*. Cambridge, Cambridge University Press, 1998.
139. Dent CW. Community level alcohol availability and enforcement of possession laws as predictors of youthful drinking. *Preventive Medicine*, 40:355–362.
140. Allamani A et al. Experiences from a community alcohol action research in Scandicci, Florence. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 2003, 20:105–109.
141. Holmila M. The evaluation of the Metropolitan project; process and causality. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 2003, 20:81–90.
142. Weitzman ER, Chen YY. Risk modifying effect of social capital on measures of heavy alcohol consumption, alcohol abuse, harms, and secondhand effects: national survey findings. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2005, 59(4):303–309.
143. Lindstrom M. Social capital, the miniaturisation of community and consumption of homemade liquor and smuggled liquor during the past year. *European Journal of Public Health*, 2005, 2:S1101–1262.
144. Wallin E, Norstrom T, Andreasson S. Alcohol prevention targeting licensed premises: a study of effects on violence. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 2003, 64(2):270–277.
145. Mansdotter AM et al. A cost–effectiveness analysis of alcohol prevention targeting licensed premises. *European Journal of Public Health*, 2007, 17:618–623.
146. Holder HD et al. A community prevention trial to reduce alcohol-involved accidental injury and death: overview. *Addiction*, 1997, 92(Suppl. 2):S155–S171.
147. Chikritzhs T, Stockwell T, Pascal R. The impact of the Northern Territory’s Living with Alcohol Program, 1992–2002: revisiting the evaluation. *Addiction*, 2005, 100:1625–1636.
148. Norstrom T. Per capita alcohol consumption and sickness absence. *Addiction*, 2006, 110:1421–1427.
149. Johansson E, Bockerman P, Uutela A. Alcohol consumption and sickness absence: evidence from microdata. *European Journal of Public Health*, 2009, 19(1):19–22.
150. Gmel G, Rehm J. Harmful alcohol use. *Alcohol Research and Health*, 2003, 27:52–62.
151. McFarlin SK, Fals-Stewart W. Workplace absenteeism and alcohol use: a sequential analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*, 2002, 16:17–21.
152. Roche AM et al. Workers’ drinking patterns: the impact on absenteeism in the

- Australian work-place. *Addiction*, 2008, 103:738-748.
153. Pidd K et al. Alcohol and work. Patterns of use, workplace culture and safety. Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, 2006.
 154. Mangione TW et al. Employee drinking practices and work performance. *Journal of Studies on Alcohol*, 1999, 60:261-270.
 155. Head J, Stansfeld SA, Siegrist J. The psychosocial work environment and alcohol dependence: a prospective study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2004, 61:219-224.
 156. Ahola K et al. Alcohol dependence in relation to burnout among the Finnish working population. *Addiction*, 2006, 101:1438-1443.
 157. Roman PM, Blum TC. The workplace and alcohol problems prevention. *Alcohol Research and Health*, 2002, 1:49-57.
 158. Ames GM, Grube JW, Moore RS. Social control and workplace drinking norms: a comparison of two organizational cultures. *Journal of Studies on Alcohol*, 2000, 61(2):203-219.
 159. Webb G et al. A systematic review of work-place interventions for alcohol-related problems. *Addiction*, 2009, 104:365-377.
 160. Miller TR, Zaloshnja E, Spicer RS. Effectiveness and benefit-cost of peer-based workplace substance abuse prevention coupled with random testing. *Accident Analysis and Prevention*, 2007, 39:565-573.
 161. Romeri E, Baker A, Griffiths, C. Alcohol-related deaths by occupation, England and Wales, 2001-2005. *Health Statistics Quarterly*, 2007, 35:6-12.
 162. Grube JW, Stewart K. Preventing impaired driving using alcohol policy. *Traffic Injury Prevention*, 2004, 5(3):199-207.
 163. Mann RE et al. The effect of different forms of alcohol distribution and retailing on alcohol consumption and problems – an analysis of available research. Toronto, Centre for Addiction and Mental Health, 2005.
 164. Loxley W et al. Drinkers and their driving: compliance with drinking-driving legislation in four Australian states. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 1992, 53(5):420-426.
 165. Gual A, Colom J. Why has alcohol consumption declined in countries of southern Europe? *Addiction*, 1997, 92(Suppl 1):S21-S31.
 166. Mann RE et al. The effects of introducing or lowering legal per se blood limits for driving: an international review. *Accident Analysis and Prevention*, 2001, 33:569-583.
 167. Chamberlain E, Solomon R. The case for a 0.05% criminal law blood alcohol concentration limit for driving. *Injury Prevention*, 2002, 8:1-17.
 168. Eisenberg D. Evaluating the effectiveness of policies related to drunk driving. *Journal of Policy Analysis and Management*, 2003, 22(2):249-274.
 169. Dee TS. Does setting limits save lives? The case of 0.08 BAC laws. *Journal of Policy Analysis and Management*, 2001, 20(1):111-118.
 170. Albalade D. Lowering blood alcohol content levels to save lives: the European experience. Barcelona, Research Institute of Applied Economics, 2006 (No. CREAP20006-07) (<http://econpapers.repec.org/paper/xrppwpaper/creap2006-07.htm>, 01.07.2009).

171. Norstrom T. Assessment of the impact of the 0.02% BAC-limit in Sweden. *Studies on Crime and Prevention*, 1997, 6:245–258.
172. Norstrom T, Laurell H. Effects of the lowering of the legal BAC limit in Sweden. In: Mercier-Guyon C, ed. *Alcohol, drugs and traffic safety – T'97*. Annecy, Centre d'études et de recherche en médecine du trafic, 1997:87–94.
173. Borschos B. An evaluation of the Swedish drunken driving legislation implemented on February 1, 1994. In: Laurell H, Schlyter F, eds. *Proceedings of the 15th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety – T'2000*. Stockholm, International Council on Alcohol, Drugs and Traffic Safety, 2000 (<http://www.icadts.org/proceedings/2000/icadts2000-101.pdf>, 04.07.2009).
174. Mercier-Guyon C. Lowering the BAC limit to 0.05: results of the French experience. Quoted in: Mann RE et al. The effects of introducing or lowering legal per se blood limits for driving: an international review. *Accident Analysis and Prevention*, 2001, 33:569–583.
175. Bernhoft IM, Behrendorff I. Effect of lowering the alcohol limit in Denmark. *Accident Analysis and Prevention*, 2003, 35(4):515–525.
176. Bartl G, Esberger R. Effects of lowering the legal BAC-limit in Austria. *International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety*, Stockholm, 22–26 May 2000.
177. Shults RA et al. Reviews of evidence regarding interventions to reduce alcohol-impaired driving. *American Journal of Preventive Medicine*, 2001, 21:66–88.
178. Hartling L et al. Graduated driver licensing for reducing motor vehicle crashes among young drivers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004, (2):CD003300.
179. Goss CW et al. Increased police patrols for preventing alcohol-impaired driving. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, (4):CD005242.
180. Henstridge J, Homel R, Mackay P. The long-term effects of random breath testing in four Australian states: a time series analysis. Canberra, Federal Office of Road Safety, 1997.
181. Tay R. Drink driving enforcement and publicity campaigns: are the policy recommendations sensitive to model specification? *Accident Analysis & Prevention*, 2005, 37(2):259–266.
182. Zobeck TS, Williams GD. Evaluation synthesis of the impacts of DWI laws and enforcement methods: final report. Rockville, MD, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Office of Policy Analysis, 1994.
183. Wells-Parker E et al. Final results from a meta-analysis of remedial interventions with DUI offenders. *Addiction*, 1995, 90(7):907–926.
184. Voas RB et al. The Alberta Interlock Program: the evaluation of a province-wide program. *Addiction*, 1999, 94:1857–1867.
185. Willis C, Lybrand S, Bellamy N. Alcohol ignition interlock programmes for reducing drink driving recidivism. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004, (4):CD004168.
186. Bjerre B. Primary and secondary prevention of drink driving by the use of alcoholock device and program: Swedish experiences. *Accident Analysis & Prevention*, 2005, 37(6):1145–1152.
187. Bjerre B, Kostela J. Primary prevention of drink driving by the large-scale use

- of alcolocks in commercial vehicles. *Accident Analysis & Prevention*, 2008, 40(4):1294-1299.
188. Bjerre B, Thorsson U. Is an alcohol ignition interlock programme a useful tool for changing the alcohol and driving habits of drink-drivers? *Accident Analysis & Prevention*, 2008, 40(1):267-273.
 189. Ditter SM et al. Effectiveness of designated driver programs for reducing alcohol-impaired driving a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2005, 28(Suppl 5):280-287.
 190. Jurkiewicz CL, Painter MJ. *Social and economic control of alcohol*. Boca Raton, Taylor and Francis, 2008.
 191. Stockwell T et al. Changes in per capita alcohol sales during the partial privatisation of British Columbia's retail alcohol monopoly 2003-2008: a multilevel local area analysis. *Addiction* (in press).
 192. Holder H, ed. *Alcohol monopoly and public health: potential effects of privatization of the Swedish alcohol retail monopoly*. Stockholm, Swedish National Institute of Public Health, 2008.
 193. Wagenaar AC, Toomey TL. Alcohol policy: gaps between legislative action and current research. *Contemporary Drug Problems*, 2000, 27:681-733.
 194. Wagenaar AC, Murray DM, Toomey TL. Communities Mobilizing for Change on Alcohol (CMCA): effects of a randomized trial on arrests and traffic crashes. *Addiction*, 2000, 95(2):209-217.
 195. Her M et al. Privatizing alcohol sales and alcohol consumption: evidence and implications. *Addiction*, 1999, 94(8):1125-1139.
 196. Huckle T et al. Density of alcohol outlets and teenage drinking: living in an alcoholic environment is associated with higher consumption in a metropolitan setting. *Addiction*, 2008, 103:1614-1621.
 197. Chikritzhs T et al. Predicting alcohol-related harms from licensed outlet density: a feasibility study. Hobart, Tasmania, National Drug Law Enforcement Research Fund, 2007 (Monograph Series No. 28) (http://www.ndlerf.gov.au/pub/Monograph_28.pdf, 04.07.2009).
 198. Livingston M, Chikritzhs T, Room R. Changing the density of alcohol outlets to reduce alcohol-related problems. *Drug and Alcohol Review*, 2007, 26:557-566.
 199. Ragnarsdottir T, Kjartansdottir A, Davidsdottir S. Effect of extended alcohol serving hours in Reykjavik, Iceland. In: Room R, ed. *The effects of Nordic alcohol policies*. Helsinki, Nordic Council for Alcohol and Drug Research, 2002:145-154 (NAD Publication 42).
 200. Duailibi S et al. The effect of restricting opening hours on alcohol-related violence. *American Journal of Public Health*, 2007, 97(12):2276-2280.
 201. Hibell B et al. The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries. Stockholm, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and The Pompidou Group at the Council of Europe, 2004.
 202. Theall KP et al. Social capital and the neighborhood alcohol environment. *Health & Place*, 2009, 15(1):323-332.
 203. Chikritzhs T et al. Predicting alcohol-related harms from licensed outlet density: A feasibility study. Perth, WA, Curtin University of Technology, National Drug

- Research Institute, 2007.
204. Makela P, Rossow I, Tryggvesson K. Who drinks more and less when policies change? The evidence from 50 years of Nordic studies. In: Room R, ed. *The effects of Nordic alcohol policies: what happens to drinking and harm when control systems change?* Helsinki, Nordic Council for Alcohol and Drug Research, 2002:17–70.
 205. Ramstedt M. The repeal of medium-strength beer in grocery stores in Sweden – the impact on alcohol-related hospitalizations in different age groups. In: Room R, ed. *The effects of Nordic alcohol policies: what happens to drinking and harm when control systems change?* Helsinki, Nordic Council for Alcohol and Drug Research, 2002:117–131.
 206. Wagenaar AC, Holder HD. Changes in alcohol consumption resulting from the elimination of retail wine monopolies: results from five U.S. states. *Journal of Studies on Alcohol*, 1995, 56:566–572.
 207. Norstrom T. Outlet density and criminal violence in Norway, 1960–1995. *Journal of Studies on Alcohol*, 2000, 61:907–911.
 208. Tatlow JR, Clapp JD, Hohman MM. The relationship between the geographic density of alcohol outlets and alcohol-related hospital admissions in San Diego County. *Journal of Community Health*, 2000, 25(1):79–88.
 209. LaScala E A, Johnson FW, Gruenewald PJ. Neighborhood characteristics of alcohol-related pedestrian injury collisions: a geostatistical analysis. *Prevention Science*, 2001, 2(2):123–134.
 210. Freisthler B, Midanik LT, Gruenewald PJ. Alcohol outlets and child physical abuse and neglect: Applying routine activities theory to the study of child maltreatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 2004, 65:586–592.
 211. Gruenewald PJ, Remer L. Changes in outlet densities affect violence rates. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2006, 30:1184–1193.
 212. Cohen DA et al. Alcohol outlets, gonorrhoea, and the Los Angeles civil unrest: a longitudinal analysis. *Social Science & Medicine*, 2006, 62:3062–3071.
 213. Donnelly N et al. Liquor outlet concentrations and alcohol-related neighbourhood problems. *Alcohol Studies Bulletin*, 2006, 8 ([http://www.lawlink.nsw.gov.au/lawlink/bocsar/ll_bocsar.nsf/vwFiles/abo8.pdf/\\$file/abo8.pdf](http://www.lawlink.nsw.gov.au/lawlink/bocsar/ll_bocsar.nsf/vwFiles/abo8.pdf/$file/abo8.pdf), 04.07.2009).
 214. Norstöm T, Skog OJ. Saturday opening of alcohol retail shops in Sweden: an impact analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 2003, 64:393–401.
 215. Norstrom T, Skog, OJ. Saturday opening of alcohol retail shops in Sweden: an experiment in two phases. *Addiction*, 2005, 100:767–776.
 216. Licensing Act 2003. London, Office of Public Sector Information, 2009 (<http://www.opsi.gov.uk/acts/acts2003/20030017.htm>, 04.07.2009).
 217. Evaluation of the impact of the Licensing Act 2003. London, Department for Culture, Media and Sport, 2008 (<http://culture.gov.uk/images/publications/Licensesingevaluation.pdf>, 04.07.2009).
 218. Evaluation of the impact of the Licensing Act 2003. Appendix C. London, Department for Culture, Media and Sport, 2008 (<http://www.culture.gov.uk/images/publications/EvaluationappendixC.pdf>, 04.07.2009).
 219. Hough M et al. The impact of the Licensing Act 2003 on levels of crime and disorder: an evaluation. London, Home Office, 2008 (Research Report 04) (<http://>

- www.culture.gov.uk/images/publications/AppendixATheimpactoftheLicensingAct2003onlevelsofcrimeanddisorder.pdf, 02.07.2009).
220. Sivarajasingam V, Moore S, Shepherd JP. Violence in England and Wales 2006: an accident and emergency perspective. Cardiff, Cardiff University, Violence Research Group, 2007 (http://www.cf.ac.uk/dentl/resources/Trends_violence_England_Wales_2006.pdf, 02.07.2009).
 221. Bellis MA, Anderson Z, Hughes K. Effects of the alcohol misuse enforcement campaigns and the Licensing Act 2003 on violence: a preliminary assessment of accident and emergency attendances. Liverpool, John Moores University, Centre for Public Health, 2006 (http://www.cph.org.uk/show_publication.aspx?pubid=275, 02.07.2009).
 222. Newton A et al. Impact of the new UK licensing law on emergency hospital attendances: a cohort study. *Emergency Medical Journal*, 2007, 24:535-538.
 223. Chikritzhs T, Stockwell TR. The impact of later trading hours for Australian public houses (hotels) on levels of violence. *Journal of Studies on Alcohol*, 2002, 63:591-599.
 224. Davis RM et al., eds. The role of the media in promoting and reducing tobacco use. Bethesda, MD, U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, 2008 (NCI Tobacco Control Monograph Series No. 19).
 225. Jernigan D, O'Hara J. Alcohol advertising and marketing. In: Bonnie RJ, O'Connell ME, eds. Reducing underage drinking: a collective responsibility. Washington, DC, National Academies Press, 2004:625-653.
 226. Austin EW, Chen M-J, Grube JW. How does alcohol advertising influence underage drinking? The role of desirability, identification and scepticism. *Journal of Adolescent Health*, 2006, 38:376-384.
 227. Chen M-J, Grube JW. TV beer and soft drink advertising: what young people like and what effects? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2002, 26(6):900-906.
 228. Collins RL et al. Predictors of beer advertising awareness among eighth graders. *Addiction*, 2003, 98(9):1297-1306.
 229. Chen MJ et al. Alcohol advertising: what makes it attractive to youth? *Journal of Community Health*, 2005, 10(6):553-565.
 230. Bot SM, Engels RCME, Knibbe RA. The effects of alcohol expectancies on drinking behaviour in peer groups: observations in a naturalistic setting. *Addiction*, 2005, 100:1270-1279.
 231. de Leeuw RNH et al. Do smoking attitudes predict behaviour? A longitudinal study on the bi-directional relations between adolescents' smoking attitudes and behaviours. *Addiction*, 2008, 103:1713-1721.
 232. Engels RCME et al. Alcohol portrayal on television affects actual drinking behaviour. *Alcohol and Alcoholism*, 2009, 44(3):244-249.
 233. Saffer H, Dave D. Alcohol advertising and alcohol consumption by adolescents. *Health Economics*, 2006, 15(6):617-637.
 234. Gallet CA. The demand for alcohol: a meta-analysis of elasticities. *The Australian Journal of Agricultural and Resource Economics*, 2007, 51:121-135.
 235. Nelson JP. Advertising bans, monopoly, and alcohol demand: testing for substi-

- tution effects using State Panel data. *Review of Industrial Organization*, 2003, 22:1–25.
236. Aitken PP et al. Television advertisements for alcoholic drinks do reinforce underage drinking. *British Journal of Addiction*, 1988, 82:1399–1419.
 237. Anderson P et al. Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Alcohol and Alcoholism Advance Access*, 14 January 2009 (<http://alcalc.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/agn115v1>, 04.07.2009).
 238. Smith LA, Foxcroft DR. The effect of alcohol advertising, marketing and portrayal on drinking behaviour in young people: systematic review of prospective cohort studies. *BMC Public Health*, 2009, 9:51.
 239. Lovato C et al. Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, (3):CD003439.
 240. Hastings GB et al. Review of research on the effects of food promotion to children – final report and appendices. Glasgow, University of Strathclyde, Centre for Social Marketing, 2003 (<http://food.gov.uk/multimedia/pdfs/foodpromotiontochildren1.pdf>, 02.07.2009).
 241. van der Zeijden P, van der Horst R. Self-regulation practices in SANCO policy areas. Brussels, EIM Business & Policy Research, 2008 (http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/self_regulation/docs/self-reg-SANCO-final.pdf, 02.07.2009).
 242. Study on co-regulation measures in the media sector. Hamburg, University of Hamburg, Hans-Bredow-Institut, 2006 (http://ec.europa.eu/avpolicy/docs/library/studies/coregul/final_rep_en.pdf, 21.07. 2009).
 243. Hawkes, C. Self-regulation of food advertising: what it can, could and cannot do to discourage unhealthy eating habits among children. *Nutrition Bulletin*, 2005, 30(4):374–382.
 244. Hawkes, C. Regulating and litigating in the public interest: regulating food marketing to young people worldwide: trends and policy drivers. *Public Health*, 2007, 97:1962–1973.
 245. Jones SC, Hall D, Munro G. How effective is the revised regulatory code for alcohol advertising in Australia? *Drug and Alcohol Review*, 2008, 27:29–38.
 246. Österberg E. Effects of price and taxation. In: Heather N, Peters TJ, Stockwell T, eds. *International handbook of alcohol dependence and problems: Part VI: Prevention of alcohol problems*. Chichester, John Wiley and Sons, 2001, 685–698.
 247. Cook PJ. *Paying the tab. The costs and benefits of alcohol control*. Princeton, Princeton University Press, 2007.
 248. Wagenaar AC, Salois MJ, Komor KA. Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction*, 2009, 104:179–190.
 249. Fogarty, J. The nature of the demand for alcohol: understanding elasticity. *British Food Journal*, 2006, 108:316–332.
 250. Gruenewald PJ, Treno AJ. Local and global alcohol supply: economic and geographic models of community systems. *Addiction*, 2000, 95(Suppl 4):537–549.
 251. Grossman, M. The economic analysis of addictive behavior. In: Hilton ME, Bloss G, eds. *Economics and the prevention of alcohol-related problems*. Bethesda, MD,

- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1993 (91–123) (NIAAA Research Monograph No. 25).
252. Heeb J et al. Changes in alcohol consumption following a reduction in the price of spirits: a natural experiment in Switzerland. *Addiction*, 2003, 98, 10:1433–1446.
 253. Huang C-D. Econometric models of alcohol demand in the United Kingdom. London, HM Revenue and Customs, 2003 (Government Economic Service Working Paper No. 140) (<http://www.hmrc.gov.uk/research/alcohol-demand.pdf>, 06.07.2009).
 254. Cnossen S. Alcohol taxation and regulation in the European Union. *International Tax and Public Finance*, 2007, 14:699–732.
 255. Chaloupka FJ, Grossman M, Saffer H. The effects of price on alcohol consumption and alcohol-related problems. *Alcohol Research and Health*, 2002, 26:22–34.
 256. Grossman M, Chaloupka FJ, Sirtalan I. An empirical analysis of alcohol addiction: results from the Monitoring the Future panels. *Economic Inquiry*, 1998, 36(1):39–48.
 257. Keng S-H, Huffman W. Binge drinking and labor market success: a longitudinal study on young people. *Journal of Population Economics*, 2007, 20(1):35–54.
 258. Cook PJ, Tauchen G. The effect of liquor taxes on heavy drinking. *Bell Journal of Economics*, 1982, 13(2):379–390.
 259. Farrell S, Manning WG, Finch MD. Alcohol dependence and the price of alcoholic beverages. *Journal of Health Economics*, 2003, 22:117–147.
 260. Wagenaar AC, Maldonado-Molina MM, Wagenaar BH. Effects of alcohol tax increases on alcohol-related disease mortality in Alaska: time-series analyses from 1976–2004. *American Journal of Public Health*, 2009, 99(1):1–8.
 261. Meier P et al. Independent review of the effects of alcohol pricing and promotion: Part B. Modelling the potential impact of pricing and promotion policies for alcohol in England: Results from the Sheffield Alcohol Policy Model Version 2008 (1-1). London, Department of Health, 2008 (http://www.dh.gov.uk/en/PublicHealth/Healthimprovement/Alcoholmisuse/DH_4001740, 02.07.2009).
 262. Sutton M, Godfrey C. A grouped data regression approach to estimating economic and social influences on individual drinking behaviour. *Health Economics*, 1995, 4(3):237–247.
 263. Rabinovich L et al. The affordability of alcoholic beverages in the European Union. Understanding the link between alcohol affordability, consumption and harms. Santa Monica, CA, Rand Corporation, 2009 (http://www.rand.org/pubs/technical_reports/2009/RAND_TR689.pdf, 02.07.2009).
 264. Lockwood B, Migali G. Did the single market cause competition in excise taxes? Evidence from EU countries. Warwick, University of Warwick, Department of Economics, 2008 (Warwick Economic Research Papers, No. 847) (<http://ideas.repec.org/p/wrk/warwec/847.html>, 04.07.2009).
 265. Norström T. The geography of cross-border trading of alcohol. In: Holder H, ed. Sweden and the European Union. Changes in national alcohol policy and their consequences. Stockholm, Almqvist & Wiksell, 2000:121–135.
 266. Norström T. Cross-border trading of alcohol in southern Sweden – substitution or addition? In: Holder H, ed. Sweden and the European Union. Changes in national alcohol policy and their consequences. Stockholm, Almqvist & Wiksell,

- 2000:221–238.
267. Mäkelä P et al. Changes in volume of drinking after changes in alcohol taxes and travellers' allowances: results from a panel study. *Addiction*, 2008, 103(2):181–191.
 268. Boman UK et al. Alkoholkonsumtionen i Sverige fram till år 2006 [Alcohol consumption in Sweden up to 2006]. Stockholm, Centrum for Socialvetenskaplig Alkohol- och Drogforskning [Centre for Social Research on Alcohol and Drugs], 2007 (Research Report No. 48).
 269. Asplund M, Friberg R, Wilander F. Demand and distance: evidence on cross-border shopping. *Journal of Public Economics*, 2007, 91(1):141–157.
 270. Gränslös utmaning – alkoholpolitik i ny tid [Boundless challenge – alcohol in new era]. Stockholm, Statens Offentliga Utredningar [Swedish Government Official Reports], 2005, 25 (<http://regeringen.se/sb/d/5140/a/40647>, 06.07. 2009).
 271. Jarl J et al. Är Danmark en svensk halsorisk? Analys av den alkoholrelaterade slutenvården i Skåne [Is Denmark a Swedish health risk? Analysis of alcohol-related inpatients in Skåne]. *Läkartidningen*, 2007, 104(23):1783–1786.
 272. Herttua K, Mäkelä P, Martikainen P. Changes in alcohol-related mortality and its socioeconomic differences after a large reduction in prices: a natural experiment based on register data. *American Journal of Epidemiology*, 2008, 168(10):1110–1118.
 273. Koski A et al. Alcohol tax cuts and increase in alcohol-positive sudden deaths: a time-series intervention analysis. *Addiction*, 2007, 102(3):362–368.
 274. Makela P, Osterberg E. Weakening of one more alcohol control pillar: a review of the effects of the alcohol tax cuts in Finland in 2004. *Addiction*, 2009, 104:554–563.
 275. Joossens L et al. Issues in the smuggling of tobacco products In: Jha P, Chaloupka F, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford Medical Publications, 2000:393–406.
 276. Stockwell T, Gruenewald P. Controls on the availability of alcohol. In: Heather N et al., eds. *International handbook of alcohol dependence and problems*. Chichester, John Wiley and Sons, Ltd., 2001.
 277. Holder HD, Wagenaar AC. Mandated server training and reduced alcohol-involved traffic crashes: a time series analysis of the Oregon experience. *Accident Analysis & Prevention*, 1994, 26:89–97.
 278. Graham K et al. The effect of the Safer Bars programme on physical aggression in bars: results of a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Review*, 2004, 23:31–41.
 279. Ker K, Chinnock P. Interventions in the alcohol server settings for preventing injuries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, (2):CD005244.pub2.
 280. Wagenaar AC, Toomey TL, Erickson DJ. Preventing youth access to alcohol: outcomes from a multi-community time-series trial. *Addiction*, 2005, 100:335–345.
 281. Homel R et al. Making licensed venues safer for patrons: what environmental factors should be the focus of interventions. *Drug and Alcohol Review*, 2004, 23:19–29.
 282. Room R et al. *Alcohol in developing countries: a public health approach*. Geneva, World Health Organization, 2002.
 283. Szucs S et al. Could the high level of cirrhosis in central and eastern Europe be due partly to the quality of alcohol consumed? An exploratory investigation. *Ad-*

- diction, 2005, 100:536–542.
284. Popova S et al. Comparing alcohol consumption in central and eastern Europe to other European countries. *Alcohol and Alcoholism*, 2007, 42:465–473.
 285. Lachenmeier DW, Sarsh B, Rehm J. the composition of alcohol products from markets in Lithuania and Hungary, and potential health consequences: a pilot study. *Alcohol and Alcoholism*, 2009, 44(1):93–102.
 286. Meyer RJ et al. Methanol poisoning. *New Zealand Medical Journal*, 2000, 113:11–13.
 287. Commission Regulation (EC) No 3199/93 of 22 November 1993 on the mutual recognition of procedures for the complete denaturing of alcohol for the purposes of exemption from excise duty. *Official Journal of the European Communities*, 1993, L288:12–15.
 288. Nordlund S, Oesterberg E. Unrecorded alcohol consumption: its economics and its effects on alcohol control in the Nordic countries. *Addiction*, 2000, 95:551–564.
 289. High Level Group on Fraud in the Tobacco and Alcohol Sectors. Report to Directors General for Customs and Indirect Taxation. Brussels, Taxation and Customs Union, 1998 (http://ec.europa.eu/taxation_customs/resources/documents/taxation/excise_duties/circulation_control/studies_reports/Tobacco_and_alcohol_fraud_report_en.pdf, 06.07.2009).
 290. Report from the Commission to the Council, the European Parliament and the European Economic and Social Committee on the rates of excise duty applied on alcohol and alcoholic beverages. Brussels, Commission of the European Communities, 2004 (COM2004 223 final).
 291. Joossens L, Raw M. How can cigarette smuggling be reduced? *British Medical Journal*, 2000, 321:947–950 (<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/321/7266/947>, 04.07.2009).
 292. Merriman D, Yurekli A, Chaloupka FJ. How big is the worldwide cigarette smuggling problem? In: Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000.
 293. Anderson P, Chisholm D, Fuhr D. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*, 2009, 373(9682):2234–2246.
 294. van den Berg M et al. The cost-effectiveness of increasing alcohol taxes: a modelling study. *BMC Medicine*, 2008, 6:36.
 295. Lai T et al. Costs, health effects and cost-effectiveness of alcohol and tobacco control strategies in Estonia. *Health Policy*, 2007, 84:75–88.
 296. Collins DJ, Lapsley HM. The avoidable costs of alcohol abuse in Australia and the potential benefits of effective policies to reduce the social costs of alcohol. Canberra, Department of Health and Aging, 2008 (Monograph Series No. 70).
 297. Rehm J et al. Avoidable cost of alcohol abuse in Canada 2002. Toronto, Centre for Addiction and Mental Health, 2008 (http://www.camh.net/News_events/News_releases_and_media_advisories_and_backgrounders/Avoidable%20Cost%20of%20Alcohol%20Final%20Report_March20_08.pdf, 04.07.2009).

