

Alkoholis Europos Sąjungoje

Vartojimas, žala ir politikos priemonės



Alkoholis Europos Sajungoje

**Vartojimas, žala ir politikos
priemonės**

Redaktoriai: Peter Anderson, Lars Møller ir Gauden Galea

*Issued in English by the WHO Regional Office for Europe in 2012 under the title **Alcohol in EU. Consumption, harm and policy approaches***

©World Health Organization 2012

The translator of this publication is responsible for the accuracy of the translation.

© Lithuanian Tobacco and Alcohol Control Coalition 2014

Visos lietuviško leidimo leidybos teisės priklauso Nacionalinei tabako ir alkoholio kontrolės koalicijai

Apie lietuviška leidimą

Lietuviško leidimo iniciatorius: Dr. Robertas Petkevičius

Vertimas į lietuvių kalbą: Nijolė Goštautaitė Midttun

Lietuvių kalbą ir stilių redagavo: Regina Dobelienė

Konsultantai: Dr. Aurelijus Veryga, Mindaugas Štelemėkas, Vaida Liutkutė, Milda Goštautaitė, Linas Brazdauskis

Lietuviškas leidimas nuo originalo skiriasi:

93 psl. yra papildoma išnaša: *2010 m. pabaigoje LR Seime buvo priimtos įstatymų pataisos, kuriomis būtų sumažintas akcizas alkoholiui bei prateistas prekybos alkoholiu laikas iki 24 val. (nuo tuomet galiojusios prekybos iki 22 val.), tačiau priimtas pataisas vetavo LR Prezidentė. 2010 m. nebuvo priimta nauju priemonių, didinančių alkoholio prieinamumą. 2010 m. lyginant su 2009 (ir su 2008 m.) vis dar mažėjo vidutinės disponuojamos gyventojų pajamos.

125 psl. pridėta informacija apie lentelių numeraciją:¹⁵ Atitinka lentelių originale numeraciją. Praleista 14-a lentelė.

SANTRAUKA

Alkoholio vartojimo padariniai – viena iš trijų svarbiausių visuomenės sveikatos problemų. Nors alkoholį vartoja tik pusė žmonijos, šis reiškinys užima trečiąją vietą tarp svarbiausių blogos sveikatos ir ankstyvos mirties priežasčių pasaulyje – po mažo gimimo svorio ir nesaugų lytinių santykių, lenkia tabako sąlygotą žalą sveikatai. Europoje alkoholis yra trečiasis iš svarbiausių ligų ir mirtingumo rizikos veiksnių po tabako ir per didelio kraujospūdžio. Šioje ataskaitoje pateikiama naujausios literatūros apie veiksmingas alkoholio kontrolės priemones apžvalga, joje apibendrinti Europos Sajungos, Norvegijos ir Šveicarijos duomenys apie alkoholio vartojimą, jo daromą žalą ir jo kontrolės politikos priemones. Pristatomi duomenys surinkti 2011 m. vykdymo apklausoje.

Informacijos apie leidinį kreiptis į:

Nacionalinę tabako ir alkoholio kontrolės koaliciją

info@ntakk.lt

www.ntakk.lt

TURINYS

| | |
|--|------------|
| SANTRAUKA..... | II |
| PADĖKOS | VI |
| APIE AUTORIUS..... | VII |
| PRATARMĖ..... | IX |
| ĮVADAS..... | 1 |
| <i>Alkoholis – sveikatos problema</i> | <i>1</i> |
| <i>Politikos priemonės</i> | <i>2</i> |
| <i>Šaltiniai</i> | <i>3</i> |
| ALKOHOLIO POVEIKIS SVEIKATAI | 5 |
| <i>2006 m. ataskaitoje „Alkoholis Europoje“ pateiktų jrodymu apibendrinimas.....</i> | <i>5</i> |
| <i>Po 2006 m. paskelbtų jrodymu apibendrinimas.....</i> | <i>5</i> |
| <i>Alkoholis sukelia vėž.....</i> | <i>5</i> |
| <i>Širdies ir kraujagyslių ligos</i> | <i>6</i> |
| <i>Mirtis</i> | <i>6</i> |
| <i>Socialinės sąlygos</i> | <i>8</i> |
| <i>Rekomendacijos politikai ir praktikai</i> | <i>8</i> |
| <i>Šaltiniai</i> | <i>8</i> |
| ALKOHOLIO NAŠTA VISUOMENEI..... | 10 |
| <i>Ižanga</i> | <i>10</i> |
| <i>Alkoholio vartojimas Europoje.....</i> | <i>10</i> |
| Alkoholio vartojimo modeliai skirtinguose Europos regionuose | 10 |
| Alkoholio vartojimo rodikliai Europoje | 11 |
| Alkoholio vartojimo tendencijos..... | 14 |
| <i>Alkoholio vartojimo sąlygota žala kitų žmonių sveikatai Europoje.....</i> | <i>15</i> |
| Suvartojoamo alkoholio kieko ryšys su ligomis ir sužalojimais | 15 |
| Poveikio ir padarinių nesutapimas laike | 16 |
| Su alkoholiu susijęs mirtingumas Europoje | 16 |
| Alkoholio sukelty mirčių skaičius ir mirtingumo rodikliai | 17 |
| Alkoholio sąlygota ligų našta ir standartizuoti dėl alkoholio prarasti potencialiai produktyvūs gyvenimo metai (DALY)..... | 21 |
| Alkoholio vartojimo sąlygota žala kitų žmonių sveikatai..... | 23 |
| <i>Išvados</i> | <i>26</i> |
| <i>Šaltiniai</i> | <i>26</i> |
| NEREGISTRUOTAS IR NELEGALUS ALKOHOLIS | 29 |
| <i>Ižanga</i> | <i>29</i> |
| <i>Atnaujinti jrodymai</i> | <i>30</i> |
| <i>Kainų politikos įtaka neoficialiai rinkai</i> | <i>32</i> |
| <i>Išvados dėl politikos ir praktikos</i> | <i>32</i> |
| <i>Mokslinių tyrimų spragos</i> | <i>32</i> |
| <i>Išvados</i> | <i>32</i> |
| <i>Šaltiniai</i> | <i>33</i> |
| INFORMAVIMAS IR ŠVIETIMAS..... | 35 |
| <i>Ižanga</i> | <i>35</i> |
| <i>Informavimas ir švietimas mokyklose</i> | <i>35</i> |
| <i>Visuomenės švietimo kampanijos</i> | <i>36</i> |
| <i>Vartojimo rekomendacijas pristatancios kampanijos</i> | <i>36</i> |
| <i>Socialinės atsakomybės žinia</i> | <i>37</i> |
| <i>Vartotojams skirtos etiketės ir jspėjimai</i> | <i>37</i> |
| <i>Kaip elgtis su švietimo ir informavimo priemonėmis</i> | <i>37</i> |
| <i>Išvados</i> | <i>38</i> |
| <i>Šaltiniai</i> | <i>38</i> |
| SVEIKATOS SEKTORIAUS ATSAKAS | 40 |
| <i>Ižanga</i> | <i>40</i> |
| <i>Naujausi jrodymai</i> | <i>41</i> |
| <i>Rekomendacijos politikai ir praktikai</i> | <i>44</i> |

| | |
|--|-----------|
| Šaltiniai | 45 |
| SUŽALOJIMU IR MIRČIU EISMO ĮVYKIUOSE, SUSIJUSIUOSE SU ALKOHOLIO VARTOJIMU, MAŽINIMAS. | 48 |
| Ižanga | 48 |
| Šiuolaikinių jrodyti apibendrinimas | 48 |
| Mirtys ir sužalojimai eismo įvykiuose, kai alkoholis yra rizikos veiksny | 49 |
| Rekomendacijos politikai ir praktikai | 50 |
| Šaltiniai | 52 |
| VEIKLA BENDRUOMENĖJE | 54 |
| Prevenčinės intervencijos bendruomenės lygmeniu | 54 |
| Išvados | 58 |
| Šaltiniai | 59 |
| APLINKA, KURIOJE GERIAMA | 61 |
| Ižanga | 61 |
| Naujausių jrodyti apibendrinimas | 62 |
| Rekomendacijos politikai ir praktikai | 64 |
| Šaltiniai | 64 |
| ALKOHOLIS IR DARBAS | 67 |
| Ižanga | 67 |
| Alkoholis ir darbas | 67 |
| Sutrikęs produktyvumas | 67 |
| Recesija, nedarbas ir alkoholis | 68 |
| Absenteizmas (nebuvinamas darbe) | 69 |
| Prezenteizmas (neveiklumas darbe) | 69 |
| Alkoholis ir uždarbis | 69 |
| Alkoholis ir aplinkiniai | 70 |
| Nepalanki darbo aplinka | 70 |
| Intervencijos darbo vieta | 71 |
| Savitarpio paramos programos | 72 |
| Kompiuterinės intervencijos | 72 |
| Privaloma patikra | 73 |
| Alkoholio programų įtraukimas į sveikatos stiprinimo programas | 73 |
| Geros savijautos programos darbe | 74 |
| Išvados dėl politikos ir praktikos | 75 |
| Geros savijautos darbe programos | 75 |
| Blaivi darbo vieta | 75 |
| Profesinės tikslinės grupės | 75 |
| Gyventojų tikslinės grupės | 75 |
| Šaltiniai | 75 |
| ALKOHOLIO PRIEINAMUMAS | 80 |
| Ižanga | 80 |
| Fizinį alkoholio prieinamumą ribojančių priemonių reitingavimas | 82 |
| Rekomendacijos politikai ir praktikai | 83 |
| Šaltiniai | 84 |
| ALKOHOLIO RINKODAROS POVEIKIS | 86 |
| Ižanga | 86 |
| Greitas poveikis | 89 |
| Rekomendacijos politikai ir praktikai | 89 |
| Šaltiniai | 90 |
| ALKOHOLIO KAINODARA | 93 |
| Ižanga | 93 |
| Naujausių jrodyti apibendrinimas | 94 |
| Iperkamumas (ekonominis prieinamumas) | 95 |
| Minimalios kainos | 95 |
| Kainos elastingumo simetrija | 96 |
| Rekomendacijos politikai ir praktikai | 97 |
| Šaltiniai | 97 |
| POVEIKIO IR SĄNAUDŲ VEIKSMINGUMO/ATSI PERKAMUMO APŽVALGA | 99 |
| Ižanga | 99 |

| | |
|--|------------|
| <i>Naujausių jėrodymų apibendrinimas.....</i> | 100 |
| <i>Išvengiamos naštos analizė.....</i> | 104 |
| <i>Rekomendacijos politikai ir praktikai</i> | 105 |
| <i>Šaltiniai.....</i> | 106 |
| BENDRA ĮJĖODYMŲ BAZĖ IR STEBĖSENA | 107 |
| <i>Ižangia</i> | 107 |
| <i>Stebėsenos metodai ir jų trūkumai</i> | 107 |
| Statistika | 107 |
| Apklausos | 108 |
| <i>Stebėsenos ištekliai Europoje (skyriaus „Bendra įjėodymų bazė ir stebėsena“ dalis).....</i> | 108 |
| <i>Rekomendacijos politikai ir praktikai</i> | 111 |
| <i>Šaltiniai.....</i> | 111 |
| ES ATASKAITA APIE ALKOHOLIO KONTROLĖS VISUOMENĖS SVEIKATOS POLITIKĄ 2011 M. | 113 |
| <i>Ivadas.....</i> | 113 |
| <i>Politikos plėtojimas nacionaliniu lygmeniu.....</i> | 113 |
| <i>Kainų ir mokesčių priemonės.....</i> | 115 |
| <i>Alkoholinių gérimų prieinamumas.....</i> | 116 |
| <i>Alkoholinių gérimų rinkodaros politika.....</i> | 119 |
| <i>Informacija ir švietimas.....</i> | 122 |
| <i>Veikla bendruomenėje.....</i> | 123 |
| <i>Sveikatos apsaugos sektoriaus veikla.....</i> | 123 |
| <i>Alkoholis ir darbovietai</i> | 124 |
| <i>Aplinka be alkoholio</i> | 124 |
| <i>Vairavimo išgėrus kontrolė</i> | 124 |
| <i>Šaltiniai.....</i> | 127 |
| IŠVADOS..... | 128 |
| <i>Šaltiniai.....</i> | 131 |
| 1 PRIEDAS..... | 132 |
| Vienam suaugusiajam tenkantis alkoholio vartojimas ES, šalyse kandidatėse, Norvegijoje ir Šveicarijoje (2009) | 132 |
| 2 PRIEDAS..... | 133 |
| Nevartojantieji alkoholio visą gyvenimą ES, šalyse kandidatėse, Norvegijoje ir Šveicarijoje pagal šalis ir lyti (2009) | 133 |
| 3 PRIEDAS..... | 134 |
| Epizodinio girtavimo paplitimas | 134 |
| 4 PRIEDAS..... | 136 |
| Pagrindiniai ES nuo 2006 m. finansuojamų ir kofinansuojamų projekty faktai ir išvados..... | 136 |
| Neregistruotas alkoholis..... | 136 |
| Sveikatos sektoriaus atsakas | 136 |
| Sužalojimų ir mirčių alkoholio sąlygotuose eismo įvykiuose mažinimas | 137 |
| Aplinka, kurioje gerama | 138 |
| Alkoholio rinkodara | 139 |
| Poveikio ir sąnaudų veiksmingumas..... | 141 |
| <i>Šaltiniai.....</i> | 142 |

Padėkos

PSO Europos regioninis biuras reiškia padėką Europos Komisijai už finansinę paramą rengiant šią ataskaitą.

Dokumentą redagavo dr. Peteris Andersonas, visuomenės sveikatos konsultantas, dr. Lars Møller, l. e. p. Alkoholio ir nelegalių narkotikų programos vadovas, ir dr. Gauden Galea, PSO Europos regioninio biuro Neinfekcinių ligų ir sveikatos stiprinimo padalinio direktorius.

PSO dėkoja visiems prie šios ataskaitos prisidėjusiems autoriams, dr. Ann Hope ir dr. Robin Room už šio leidinio recenzavimą ir vertingas pastabas.

Dokumento kalbą ir stilių redagavo p. Rosemary Bohr.

Apie autorius

Peter Anderson MD MPH PhD FRCR

Profesorius, kursas „Priklasomybė sukeliančių medžiagų vartojimas, politika ir praktika“, Sveikatos ir visuomenės institutas, Niukastlio universitetas, Anglija. Profesorius, kursas „Alkoholis ir sveikata“, Sveikatos, medicinos ir gyvybės mokslų fakultetas, Mastrichto universitetas, Nyderlandai.

Lars Møller MD DrMSc FFPH

PSO Europos regioninio biuro l. e. p. Alkoholio ir nelegalių narkotikų programos vadovas

Gauden Galea MD

PSO Europos regioninio biuro neinfekcinių ligų ir sveikatos stiprinimo padalinio direktorius.

Kevin D Shield MHSc

Toronto (Kanada) Priklasomybių ir psichikos sveikatos centras. Toronto (Kanada) universiteto Medicinos mokslų institutas.

Tara AK Kehoe-Chan MSc

Toronto (Kanada) Priklasomybių ir psichikos sveikatos centras. Toronto (Kanada) universiteto statistikos departamentas.

Gerrit Gmel, MSc

Toronto (Kanada) Priklasomybių ir psichikos sveikatos centras.

Maximilien X Rehm

Toronto (Kanada) Ryersono universiteto Politikos ir valdymo mokslų bei meno fakultetas.

Jürgen Rehm PhD

Toronto (Kanada) Priklasomybių ir psichikos sveikatos centro Socialinių ir epidemiologinių tyrimų skyriaus direktorius. Toronto (Kanada) Priklasomybių ir psichikos sveikatos centro Populiacinių sveikatos tyrimų grupės vyresnysis mokslinis bendradarbis ir vadovas. Toronto (Kanada) universiteto Dalla Lanos Visuomenės sveikatos mokyklos profesorius ir priklasomybių politikos grupės pirmininkas. Toronto (Kanada) universiteto Medicinos fakulteto Psichiatrijos katedros profesorius. PAHO/PSO bendradarbiaujančio centro Psichikos sveikatos ir priklasomybių centro vadovas. Drezdeno (Vokietija) technikos universiteto Klinikinės psichologijos ir psichoterapijos epidemiologinių tyrimų skyriaus vadovas. Toronto universiteto Bendruomenės sveikatos magistro studijų skyriaus ir Medicinos mokslų instituto dėstytojas.

Dirk Lachenmeier PhD

Karlsruhės (Vokietija) Alkoholio laboratorinių, cheminių ir veterinarinių tyrimų įstaigos vadovas.

Eileen Kaner PhD

Niukastlio universiteto Sveikatos ir visuomenės mokslų instituto direktoriė ir visuomenės sveikatos tyrimų profesorė.

Francesco Mitis

PSO Europos regioninis biuras, Smurto ir sužalojimų prevencijos programa.

Dinesh Sethi MScMD MRCP FFPH

PSO Europos regioninis biuras, l. e. p. Smurto ir sužalojimų prevencijos programos vadovas.

Allaman Allamani MD

Toskanos regiono (Italija) Florencijos regioninė sveikatos agentūra.

Karen Hughes PhD

Liverpulio (Anglija) Johno Mooreso universiteto Visuomenės sveikatos centras.

Mark Bellis PhD DSc FFPH

Liverpulio (Anglija) Johno Mooreso universiteto Visuomenės sveikatos centras, profesorius.

Esa Österberg MSc

Helsinkio (Suomija) nacionalinio sveikatos ir gerovės instituto Alkoholio, narkotikų ir priklausomybės skyriaus vyresnysis mokslinis bendradarbis.

Avalon de Bruijn MSc

Utrechtu (Nyderlandai) Europos alkoholio ir alkoholio rinkodaros stebėsenos centro koordinatorius.

Jacek Moskalewicz PhD

Varšuvos (Lenkija) psichiatrijos ir neurologijos instituto Alkoholizmo ir narkotinės priklausomybės tyrimų skyrius.

Julie Brummer MPH

PSO Europos regioninis biuras, konsultantas.

Lis Sevestre MPH

PSO Europos regioninis biuras, konsultantas.

Pratarmė

2008 m. Europos Komisija (EK) ir PSO Europos regioninis biuras pradėjo projektą, kuriuo siekiama sukurti Europos alkoholio ir sveikatos informacinių sistemų, pakeisiančią ankstesnį, sukurtą 2002 m. Ši veikla vyko glaudžiai bendradarbiaujant su PSO Psichikos sveikatos ir prieklausomybių skyriumi, PSO būstineje Ženevoje integruojant duomenis į Globalią informacinių sistemų, skirtą alkoholiui ir sveikatai. Šio darbo rezultatas – Europos ataskaita apie alkoholį ir sveikatą 2010 m., grindžiama 2009 m. PSO Europos regione surinkta informacija. Pagal 2011 m. duomenis atnaujinti ataskaitoje „Alkoholis Europos Sajungoje“ pateiki svarbiausi alkoholio vartojimo, jo pasekmių sveikatai rodikliai ir informacija apie tai, kas daroma Europos Sajungoje (ES) mažinant alkoholio sąlygotą žalą.

PSO ir EK bendradarbiavimas duomenų rinkimo ir analizės srityje ypač reikšmingas siekiant sukurti veiksmingą visuomenės sveikatos politiką, padėsiančią sumažinti alkoholio sąlygotą žalą ES ir visame PSO Europos regione.

Europos regionas tapo pirmuoju PSO, priėmusiu Alkoholio veiksmų planą (1992 m.). Trečioji Pasaulio sveikatos asamblėja 2010 m. priėmė Globalią žalingo alkoholio vartojimo mažinimo strategiją. Šešiasdešimt pirmajame PSO Europos regioninio komiteto susitikime, įvykusiam 2011 m. rugsėjo mėn., šalys narės priėmė Europos žalingo alkoholio vartojimo mažinimo strategiją 2012–2020 m.

2006 m. paskelbta ES strategija skirta padėti šalims narėms mažinti alkoholio sąlygotą žalą. Svarbiausi strategijos akcentai yra šie: (i) jaunimo, vaikų ir negimusių kūdikių apsauga; (ii) sužalojimų ir mirčių nuo alkoholio sąlygotų eismo įvykių mažinimas; (iii) alkoholio sąlygotos žalos suaugusiems prevencija ir neigiamo alkoholio poveikio darbo vietėse prevencija; (iv) informavimo, švietimo ir sąmoningumo nesaikingo ir žalingo alkoholio vartojimo atžvilgiu stiprinimas, informavimas apie tinkamą vartojimą; ir (v) bendros ES lygmens mokslinių įrodymų duomenų bazės sukūrimas.

Kaip pabrėžiama ES strategijoje, mokslinių tyrimų ir informacinių sistemos yra ypač svarbios kuriant ir įgyvendinant veiksminges priemones ES, nacionaliniu ir vietiniu lygmenimis. Globalioje žalingo alkoholio vartojimo mažinimo strategijoje pabrėžiami panašūs dalykai – siekiant suprasti alkoholio sąlygotos žalos apimtį ir tendencijas, būtina vykdyti stebėseną vietiniu, nacionaliniu ir tarptautiniu lygmenimis, stiprinti sveikatos gynimą (advokaciją), formuluoti politiką ir vertinti taikomų priemonių poveikį.

Nuo pat 7-ojo dešimtmečio PSO regioninis biuras stiprino moksliniai įrodymai grindžiamą alkoholio politiką – paskelbė nemaža leidinių, kuriuose apibendrinami šiuolaikiniai duomenys apie įvairių politikos priemonių poveikio ir sąnaudų veiksmingumą. 2006 m. Europos Komisijos Alkoholio tyrimų institutas paskelbė išsamų mokslinių duomenimis pagrįstos informacijos apie alkoholio poveikį visuomenės sveikatai rinkinių – juo ir buvo remiamasi rengiant ES strategiją, kuria siekiama paremti šalių narių pastangas mažinti alkoholio sąlygotą žalą.

Ataskaitoje apie alkoholį Europos Sajungoje atnaujinta įrodymų bazė, skirta kai kurioms itin svarbioms alkoholio kontrolės politikos sritims, ypač akcentuojami šaltiniai, paskelbti jau priėmus ES strategiją. Pabrėžtina, kad naujausi duomenys tik patvirtina ir pagilina ankstesnes žinias, bet nepakeičia pagrindinių radinių ir išvadų.

Zsuzsanna Jakab
PSO Europos regiono direktoriė

Ivadas

Lars Moller ir Peter Anderson

Alkoholis – sveikatos problema

Alkoholis – viena iš trijų prioritetinių sveikatos problemų pasaulyje. Nors alkoholi vartoja tik apytiksliai pusė pasaulio populiacijos, visuomenės sveikatos požiūriu alkoholis – trečia tarp svarbiausių blogos sveikatos ir ankstyvos mirties priežasčių po per mažo naujagimių svorio ir nesaugiu lytinių santykių (alkoholis yra papildomas jų rizikos veiksny), didesnė nei tabakas. Europoje alkoholis trečias tarp pirmųjų trijų ligų ir mirštamumo rizikos veiksnį po tabako ir padidinto krauso spaudimo (PSO, 2009).

Europos Sąjunga (ES) – tai regionas, kuriamė suvartojoama daugiausiai alkoholio pasaulyje: 2009 m. suaugęs asmuo ES (vyresnis nei 15-os metų) vidutiniškai suvartojo 12,5 litrų gryno alkoholio – 27 g gryno alkoholio, arba beveik tris gérimo porcijas per dieną – dvigubai daugiau nei likusio pasaulio vidurkis. Nors šalys labai skiriasi pagal alkoholio suvartojimą, tačiau šis ES mastu pastarajį dešimtmetį išliko stabilus. Alkoholis – svarbi neinfekcinių ligų, išskaitant įvairias vėžio atmainas, širdies ir kraujagyslių sistemos bei kepenų ligų, taip pat infekcinių ligų priežastis – padidina ŽIV/AIDS, tuberkuliozės ir bendruomenėje plintančios pneumonijos riziką, jis – ir visų rūšių tyčinių ir netycinių sužalojimų priežastis, išskaitant nužudymus ir savižudybes. Alkoholis kenkia ne tik jį vartojančiam, bet ir aplinkiniams – per smurtą gatvėse ir namų aplinkoje arba jau vien todėl, kad sprendžiant alkoholio sukeltas problemas, teikiant sveikatos priežiūrą medicinos sistemoje, mokant nedarbingumo ir invalidumo pašalpas bei kovojant su nusikaltimais ir tvarkos pažeidimais eikvojami valstybės ištekliai.

Alkoholio vartojimo žala neproporcinali užgula nepasituričiųjų pečius. Socialiai pažeidžiami asmenys, gyvenantys neturtingose vietovėse, nuo tos pačios alkoholio dozės patiria daugiau žalos nei turtingesnieji. Padidinus lėšas socialinės gerovės politikos priemonėms galima sušvelninti su alkoholio vartojimu susijusių mirčių gausėjimą ekonominių sunkumų ir padidėjusio nedarbo laikotarpiai.

Reali absoliuti rizika mirti dėl alkoholio sukeltos žalingos būklės tuo didesnė, kuo didesnis per visą gyvenimą suvartoto alkoholio kiekis. Daugiausiai alkoholio išgeriama geriant nesaikingai, o dėl to padidėja įvairios rizikos, išskaitant išeminės širdies ligos ir staigios mirties riziką.

Per visą žmogaus gyvenimą, nuo embriono iki senatvės, alkoholis sumenkina individu sveikatą ir žmogiškajį kapitalą. Neabejotina, kad nuo alkoholio daugiausiai miršta vidutinio amžiaus žmonės, ypač vyrai. Ivertinus žmogaus gyvenimo perspektivą, alkoholio vartojimas nėštumo metu gali pakenkti besivystančioms vaisiaus smegenims ir yra susijęs su vėliau vaikystėje išryškėjančiais intelekto sutrikimais. Paauglių smegenys ypač jautrios alkoholiui, ir kuo labiau atitolinama alkoholio vartojimo pradžia, tuo didesnė tikimybė, kad pavyks išvengti su alkoholio vartojimu susijusių problemų ir priklausomybės nuo alkoholio vėliau, suaugusiojo amžiuje. Darbovietaje žalingas alkoholio vartojimas ir nesaikingas epizodinis girtavimas padidina įvairių problemų riziką: darbuotojai dažniau nepasirodo darbe (absenteizmas), o ir atvykę dirba mažiau produktyviai (prezenteizmas) ir netinkamai elgiasi. Darbovietai aplinka gali padidinti alkoholio vartojimo sutrikimų ir alkoholinės priklausomybės riziką.

Politikos priemonės

PSO Europos biuro priemonių, kuriomis siekiama mažinti alkoholio vartojimą, istorija ilga. Tai pirmasis regioninis biuras, pradėjęs spręsti problemą jau nuo 1975 m. – paskelbę mokslinį leidinį „Alcohol control policies in a public health perspective“ (Alkoholio kontrolės politika visuomenės sveikatos perspektyvoje; Bruun et al., 1975). Vėliau paskelbti dar du mokslo leidiniai – „Alcohol policy and the public good“ (Alkoholio politika ir visuomenės gerovė, Edwards et al., 1994) ir „Alcohol, no ordinary commodity“ (Alkoholis – ne šiaip prekė; Babor et al., 2003; 2010). Politiniame lygmenyje biuro veiklos kulminacija tapo Europos alkoholio kontrolės priemonių 1992–1999 m. planas (European Alcohol Action Plan 1992–1999) – pirmasis planas, kurį šalys narės patvirtino 1992 m. ir kurį 1995 m. papildė Europos alkoholio chartija (European Charter on Alcohol), atnaujinta 2000 m. (PSO Europos regioninis biuras, 1992; 1995; 2000). 2006 m. šalys narės patvirtino Alkoholio politikos PSO Europos regione pagrindus (Framework for alcohol policy in the WHO European Region) – Europos alkoholio kontrolės priemonių plano įgyvendinimo gaires (PSO Europos regioninis biuras, 2006), o 2011 m. rugsėjį paskelbę naują Europos veiksmų 2012–2020 m. planą siekiant sumažinti žalingą alkoholio vartojimą (European Action Plan to Reduce the Harmful Use of Alcohol 2012–2020), kurį patvirtino Regioninis komitetas (PSO Europos regionis biuras, 2011). Naujausi leidiniai – tai 2010 m. „European status report on alcohol and health“ (Pranešimas apie alkoholio ir sveikatos padėtį Europoje), „Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm“ (Priemonių, skirtų sumažinti su alkoholiu susijusią žalą, ir sąnaudų veiksmingumo įrodymai) ir „Handbook for action to reduce alcohol-related harm“ (Priemonių, skirtų sumažinti su alkoholiu susijusią žalą, vadovas. PSO Europos regioninis biuras, 2009a; 2009b; 2010). Regioninė veikla paspartėjo ir 2010 m. priėmus „WHO Global strategy to reduce the harmful use of alcohol“ (PSO Globalioji žalingo alkoholio vartojimo mažinimo strategija. PSO, 2010).

ES strateginiu lygmeniu su alkoholiu ir sveikata susijusi veikla prasidėjo vėliau. Nors vidaus rinkos sistema turėjo įtakos alkoholio politikai visą Europos bendrijos ir ES istorijos laikotarpį (Sulkunen, 1982), tačiau galima sakyti, kad konkrečios priemonės, nukreiptos į alkoholį kaip į visuomenės sveikatos problemą, prasidėjo tik 2001 m., kai Europos Taryba kreipėsi į Europos Komisiją (EK) su pasiūlymu sukurti Bendrijos strategiją, skirtą sumažinti alkoholio daromą žalą (Europos Taryba, 2001a), ir rekomendavo spręsti jaunu žmonių, ypač paauglių ir vaikų, alkoholio vartojimo problemą (Europos Taryba, 2001b). Beveik tuo pat metu Europos Parlamentas ir Taryba priėmė Bendruomenės priemonių visuomenės sveikatos labui programą 2003–2008 m., kurioje numatytais alkoholio kontrolės projektų finansavimas. Ši nuostata perkelta ir į atnaujintą antrają programą (2008–2013 m.) (Europos Taryba, 2002; 2007). ES alkoholio kontrolės priemones vainikavo 2006 m. paskelbtas EK komunikatas dėl ES strateginės paramos šalims narėms mažinant alkoholio daromą žalą (Europos Komisija, 2006). Šiame dokumente daugiausia dėmesio atkreipta į penkias prioritetines sritis: jaunu žmonių, vaikų ir negimusų kūdikių apsaugą; sužalojimų ir mirčių su alkoholio vartojimu susijusiose avarijose mažinimą; alkoholio daromos žalos suaugusiems ir neigiamo poveikio darbo vietėms mažinimą; informavimo apie žalingo ir neatsargaus alkoholio vartojimo poveikį ir švietimo apie sąmoningą ir tinkamą alkoholio vartojimą priemones; bendros mokslinių įrodymų duomenų bazės ES lygmeniu kūrimą.

Pirmuojuose šios ataskaitos skyriuose atskleidžiama alkoholio žala, daroma asmenims, visuomenei ir bendruomenėms. Trečiame skyriuje, apžvelgiant potencialią nelegalaus alkoholio žalą, daroma išvada, kad ES nelegalus alkoholis nėra ypač svarbi žalos sveikatai priežastis. Tolesniuose skyriuose apžvelgiamais ankstesnės publikacijos ir pristatomų nauji įvairių visuomenės sveikatos alkoholio kontrolės politikos priemonių veiksmingumo moksliniai įrodymai, paskelbti vėliau, todėl nepatekė į EK užsakymu parengtą išsamų mokslinių įrodymais grindžiamos informacijos apie alkoholio poveikį visuomenės sveikatai rinkinį (Anderson & Baumberg, 2006), kurio pagrindu buvo kuriama ES strategija. Leidinyje apžvelgiamaios šios priemonės: informavimas ir švietimas, sveikatos priežiūros sektorius veikla, alkoholio vartojimo salygotų sužalojimų ir mirčių avarijose mažinimas, priemonės bendruomenėje, alkoholio vartojimo aplinka, alkoholis

darbovietėse, alkoholio prieinamumas, rinkodara ir kaina. Kur įmanoma, kiekviename skyriuje apibendrinami svarbiausi su alkoholiu susiję projekai ir priemonės, kurias finansavo arba kofinansavo EK. Po devynių politiką aptariančių skyrių eina skyrius, kuriame apibendrinama informacija apie įvairių politikos priemonių įgyvendinimo sąnaudų veiksmingumą, paskui – skyrius apie bendrą mokslių įrodymų duomenų bazę ir stebesnę. Šiame skyriuje pateikiama alkoholio vartojimo, sveikatos ir politikos priemonių rodikliai, grindžiami 2011 m. atliktos apklausos rezultatais, atspindi 2010 m. gruodžio 31 d. padėtį. Skyriuje atkreipiamas dėmesys į tai, kad nors dar teks daug nuveikti taikant politikos priemones taip, kad jos pastebimai sumažintų vienam gyventojui tenkant alkoholio kiekį (pagrindinis žalos determinantas), tačiau alkoholio kontrolės politikos priemonių įgyvendinimas per pastaruosius 5–6 metus neabejotinai pasistūmėjo į priekį. Paskutiniame skyriuje pateikiama apibendrinamosios išvados ir pabrėžiama moksliainis įrodymais grindžiamos politikos įgyvendinimo svarba siekiant pagerinti Europos piliečių sveikatą bei gerovę ir išlaikyti visos ES tvarumą ir produktyvumą.

Šaltiniai

- Anderson P, Baumberg B (2006). *Alcohol in Europe. A public health perspective*. London, Institute of Alcohol Studies (http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_content_en.pdf, accessed 18 February 2012).
- Babor TF, Caetano R, Casswell S et al. (2003). *Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy*. Oxford, Oxford University Press.
- Babor TF, Caetano R, Casswell S et al. (2010). *Alcohol: no ordinary commodity*, 2nd ed. Oxford, Oxford University Press.
- Bruun K, Edwards G, Lumio M et al. (1975). *Alcohol control policies in public health perspective*. Helsinki, Finnish Foundation for Alcohol Studies.
- Edwards G, Anderson P, Babor TF et al. (1994). *Alcohol policy and the public good*. New York, Oxford University Press.
- European Commission (2006). *Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. An EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm*. Brussels, Commission of the European Communities (COM(2006) 625 final) (http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006_0625en01.pdf, accessed 21 February 2012).
- European Council (2001a). Council conclusions of 5 June 2001 on a Community strategy to reduce alcohol-related harm (2001/C 175/01). *Official Journal of the European Communities*, 44(C 175):1–2 (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2001:175:0001:0002:en:pdf>, accessed 7 February 2012).
- European Council (2001b). Council recommendation of 5 June 2001 on the drinking of alcohol by young people, in particular children and adolescents (2001/458/EC). *Official Journal of the European Communities*, 44(L 161):38–41 (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2001:161:0038:0041:EN:PDF>, accessed 7 February 2012).
- European Council (2002). Decision No. 1786/2002/EC of the European Parliament and of the Council of 23 September 2002 adopting a programme of Community action in the field of public health (2003–2008). *Official Journal of the European Communities*, 45(L 271):1–11 (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2002:271:0001:0011:EN:PDF>, accessed 7 February 2012).
- European Council (2006). *Council conclusions on EU strategy to reduce alcohol-related harm*. Luxembourg, European Council ([http://www.google.dk/url?sa=t&rct=j&q=council%20conclusions%20on%20eu%20strategy%20to%20reduce%20alcohol-related%20harm&source=web&cd=1&sqi=2&ved=0CCcQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.eurocare.org%2Fcontent%2Fdownload%2F1775%2F8836%2Ffile%2FCouncil%2520Conclusion%2520\(final%2520version\).pdf&ei=jygxT4CPIrIswabmrGMBA&usg=AFQjCNEcWxtCLzxBhst0CUVa1HS263uWPg](http://www.google.dk/url?sa=t&rct=j&q=council%20conclusions%20on%20eu%20strategy%20to%20reduce%20alcohol-related%20harm&source=web&cd=1&sqi=2&ved=0CCcQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.eurocare.org%2Fcontent%2Fdownload%2F1775%2F8836%2Ffile%2FCouncil%2520Conclusion%2520(final%2520version).pdf&ei=jygxT4CPIrIswabmrGMBA&usg=AFQjCNEcWxtCLzxBhst0CUVa1HS263uWPg), accessed 7 February 2012).
- European Council (2007). Decision No. 1350/2007/EC of the European Parliament and of the Council of 23 October 2007 establishing a second programme of Community action in the field of health (2008–13). *Official Journal of the European Communities*, 50(L 301):3–13 (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:301:0003:0013:EN:PDF>, accessed 7 February 2012).
- Sulkunen P (1982). Economic integration and the availability of alcohol: the case of the European Economic Community. *Contemporary Drug Problems*, 10(1):75–102.

- WHO (2009). *Global health risks*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/global_health_risks/en/index.html, accessed 7 February 2012).
- WHO (2010). *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/substance_abuse/msbalcstragegy.pdf, accessed 18 February 2012).
- WHO Regional Office for Europe (1992). *European Alcohol Action Plan 1992–1999*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- WHO Regional Office for Europe (2000). *European Alcohol Action Plan 2000–2005*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/document/E67946.pdf>, accessed 7 February 2012).
- WHO Regional Office for Europe (1995). *European Charter on Alcohol adopted at the European Conference on Health, Society and Alcohol, Paris, 12–14 December 1995*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/79406/EUR_ICP_ALDT_94_03_CN01.pdf, accessed 7 February 2012).
- WHO Regional Office for Europe (2011). *European Action Plan to Reduce the Harmful Use of Alcohol 2012–2020*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (EUR/RC61/13, + EUR/RC61/Conf.Doc./6; http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/147732/wd13E_Alcohol_111372.pdf, accessed 7 February 2012).
- WHO Regional Office for Europe (2010). *European status report on alcohol and health 2010*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/128065/e94533.pdf, accessed 7 February 2012).
- WHO Regional Office for Europe (2009a). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/43319/E92823.pdf, accessed 12 February 2012).
- WHO Regional Office for Europe (2006). *Framework for alcohol policy in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/document/e88335.pdf>, accessed 7 February 2012).
- WHO Regional Office for Europe (2009b). *Handbook for action to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/43320/E92820.pdf, accessed 7 February 2012).

Alkoholio poveikis sveikatai

Peter Anderson

2006 m. ataskaitoje „Alkoholis Europoje“ pateiktų įrodymų apibendrinimas

Alkoholis – ne tik priklausomybę sukeliantis narkotikas. Jau daugelį metų žinoma, kad alkoholis sukelia apytiksliai 60 skirtingų ligų ir būklių, iškaitant sužalojimus, psichikos bei elgesio ir virškinimo sutrikimus, vėžį, širdies ir kraujagyslių ligas, imuninius sutrikimus, plaučių, raumenų ir skeleto, reprodukcines sistemos ligas, ir savo poveikiu žaloja negimusį vaisių, iškaitant didėjančią priešlaikinio gimimo riziką ir mažą svorį gimstant (Anderson ir Baumberg, 2006). Pastaraisiais metais gausybe įrodymų patvirtinta, kad su alkoholiu susijusios žalos rizika beveik tiesiogiai priklauso nuo suvartoto kiekio, kurį galima apibūdinti per gyvenimą suvartoto alkoholio kiekio, vartojimo dažnio ir suvartoto kiekio per vieną gérimo epizodą deriniu (PSO Europos regioninis biuras, 2009; Rehm et al., 2010). Įrodyta, kad kuo daugiau suvartota – tuo sukeltos žalos rizika didesnė. Kai kurios būklės, pavyzdžiui, kardiomiopatija, ūmus kvėpavimo nepakankamumo sindromas, raumenų pažeidimas, išsvysto tik vartojant alkoholį nuolat ir gausiai, tačiau net ir gausaus vartojimo atveju išlieka priklausomybė tarp suvartoto kiekio (dozės) ir šių būklių rizikos bei pažeidimo sunkumo. Vartojimo dažnis ir suvartotas kiekis vieno gérimo epizodo metu susiję su didesne sužalojimų bei kai kurių širdies ir kraujagyslių ligų (koronarinės širdies ligos ir insulto) rizika. Nors nedidelis ir vidutinis alkoholio vartojimas pasižymi apsauginiu poveikiu sergant išemine širdies liga, tačiau iš esmės širdies ir kraujagyslių sistemai alkoholis yra toksiškas.

Po 2006 m. paskelbtų įrodymų apibendrinimas

Alkoholis – svaiginanti medžiaga, kurios poveikis centrinės nervų sistemos struktūroms ir procesams geriančiojo asmenybės bruožų, jo elgesio ir sociokultūrinės aplinkos fone sukelia tiek tyčinius, tiek netyčinius sužalojimus, padaro žalos tiek pačiam geriančiajam, tiek aplinkiniams. Sužalojimai ir žala apima ir tarpasmeninį smurtą, savižudybes, žmogžudystes, ir mirtis dėl išgėrusių asmenų sukeltų avarijų. Alkoholio vartojimas padidina rizikingo seksualinio elgesio ir lytinio keliu plintančių ligų užsikrėtimo riziką bei ŽIV infekcijos pavojų. Be to, alkoholis yra stipriai teratogeniška medžiaga, neigiamai veikianti vaisių, sąlygojanti mažą kūdikių gimimo svorį, kognityvinius defektus ir alkoholinį vaisiaus sindromą. Alkoholis neurotoksiškas besivystančioms smegenims, sukelia struktūrinius hipokampo pokyčius paauglystėje ir sumažina smegenų tūrį vidutiniame amžiuje. Alkoholis – tai priklausomybę sukeliantis narkotikas, panašus į kitus narkotikus, kurių platinimas kontroliuojamas tarptautiniu mastu. Priklausomybės procesas išsvysto per elgesį skatinančias alkoholio savybes ir neuroadaptacinius mechanizmus. Alkoholis slopina imunitetą, todėl didina pavojų užsikrėsti infekcinėmis ligomis, iškaitant tuberkuliozę. Vėžio tyrimų agentūra alkoholinius gérimus ir juose esantį etanolį priskiria kancerogenams.

Alkoholis sukelia vėžį

2007 m. Tarptautinė vėžio tyrimų agentūra paskelbė išvadas, kad yra priežastinis ryšys tarp alkoholio vartojimo ir burnos, gerklės, gerklų, stemplės, kepenų, storosios žarnos, tiesiosios žarnos ir moterų krūties vėžio (Baan et al., 2007; IARC, 2010). Šių organų vėžio išsvystymo rizika didėja priklausomai nuo suvartoto kiekio (Rehm et al., 2010). Skirtingų vėžio rūšių atveju rizikos priklausomybės nuo vidutinio suvartojoamo alkoholio kiekio dydis nevienodas. Pavyzdžiui, moterų krūties vėžio atveju kiekviename papildoma 10 g gryno alkoholio dozė per dieną santykinę riziką susirgti krūties vėžiu padidina 7 proc., tuo

tarpu reguliarus apytiksliai 50 g gryno alkoholio vartojimas santykinę storosios ir tiesiosios žarnos vėžio riziką padidina 10–20 proc. – tai rodo, kad krūties vėžio atveju šis ryšys yra stipresnis. Ir atitinkamai vidutinio suvartoto kiekio ryšys su gerklų, gerklės ir stemplės vėžio išsvystymo rizika yra žymiai stipresnis nei kiekio ryšys su storosios ir tiesiosios žarnos bei krūties vėžio išsvystymo rizika (vidutiniškai vartojant 50 g gryno alkoholio per dieną rizika padidėja 100 proc.). Vienas iš kai kurių rūsių vėžį sukeliančių mechanizmų – toksinis alkoholio metabolito acetaldehido poveikis.

Širdies ir kraujagyslių ligos

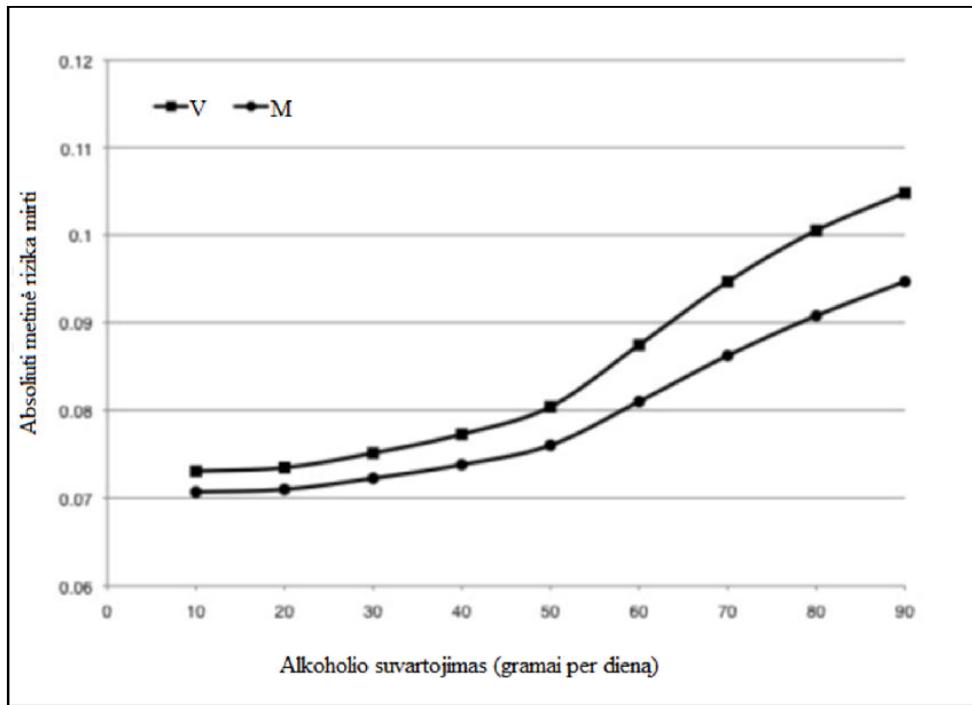
Alkoholio vartojimas nepaprastai žalingas širdies ir kraujagyslių sistemai, padidina tokų būklių kaip padidėjės kraujospūdis (Taylor et al., 2009), hemoraginis insultas (Patra et al., 2010) ir skilvelių virpėjimas (Samokhvalov, Irving & Rehm, 2010) riziką. Išeminės širdies ligos ir išeminio insulto požiūriu priežastiniai ryšiai yra sudėtingesni. Lėtinis piktnaudžiavimas alkoholiu neabejotinai sukelia patologines širdies ir kraujagyslių sistemos būkles ir ligas (Rehm & Roerecke, 2011). Tačiau negausus ir vidutinis alkoholio vartojimas pasižymi apsauginiu poveikiu išeminės širdies ligos atveju (Roerecke & Rehm, atiduota spaudai). Toks poveikis nustatytas ir tiems, kurie vartojo tik alų, ir tiems, kurie gérė tik vyną (Di Castelnuovo et al., 2002). Tačiau vis labiau pripažįstama, kad šis poveikis daugiausia yra susijęs su dar neįvertintais veiksniais (Roerecke & Rehm, 2010), kadangi saikingas alkoholio vartojimas dažniau siejasi su geresne sveikata ir didesniu socialiniu kapitalu (Hansel et al., 2010). Bet kuriuo atveju apsauginis poveikis visiškai išnyksta, jeigu vartotojas nurodo buvus bent vieną nesaikingo gérimo epizodą per mėnesį (Roerecke & Rehm, 2010); šio apsauginio poveikio nėra ir jaunesniems žmonėms – jiems bet kuri alkoholio dozė padidina išeminių epizodų riziką (Juonala et al., 2009); nepastebėta ir šio apsauginio poveikio pagyvenusiems žmonėms: jiems mirties nuo išeminės širdies ligos riziką reikšmingiau ir veikšmingiau mažina didesnis fizinis aktyvumas ir sveikesnė mityba nei nedidelės alkoholio dozės (Mukamal et al., 2006). Žinomi fiziologiniai mechanizmai paaiškina žalingą nesaikingo gérimo epizodų poveikį išeminei širdies ligai: po nesaikingo gérimo sustiprėja krešėjimo procesai ir sumažėja skilvelių virpėjimo slenkstis (Rehm et al., 2010).

Mirtis

Nuo alkoholio daugiausiai miršta vidutinio amžiaus žmonės, ypač vyrai (Jones et al., 2009; Rehm, Zatonski & Taylor, 2011). Įvertinus viso gyvenimo perspektyvą pasakyti, kad smegenys paauglystėje yra ypač jautrios alkoholio poveikiui, ir kuo vyresniame amžiuje pradedamas vartoti alkoholis, tuo mažesnė tikimybė, kad suaugęs žmogus patirs su alkoholiu susijusių problemų arba priklausomybę nuo alkoholio (Norberg, Bierut & Grucza, 2009). Yra tiesinė priklausomybė tarp absoliučios realios rizikos mirti nuo patologinės su alkoholiu susijusios būklės ir per gyvenimą suvartoto alkoholio kiekio – kuo tas kiekis didesnis, tuo didesnė rizika, ir saugios ribos nėra (Rehm, Zatonski & Taylor, 2011). Daugelyje visuomenės nėra skirtumo tarp vyru ir moterų patiriamos rizikos. Australų, kurie per visą savo gyvenimą reguliarai išgeria 6 porcijas (60 g alkoholio) per dieną, tikimybė mirti nuo alkoholio o yra 1 iš 10-ies (National Health and Medical Research Council – Nacionalinė sveikatos ir medicinos tyrimų taryba, 2009).

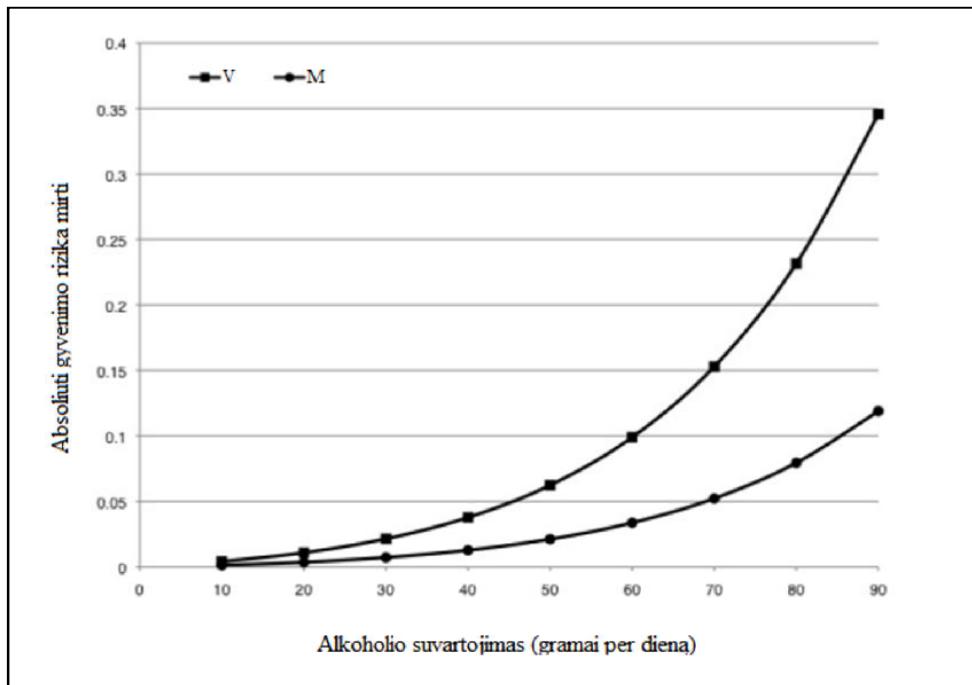
Absoliuti metinė rizika mirti nuo su alkoholiu susijusios ligos (įvertinus ir apsauginį poveikį išeminės širdies ligos atveju) vyresniems nei 15-os metų žmonėms PSO Europos regiono populiacijoje parodyta 1-ajame paveiksle. Rizika didėja vartojimui didėjant nuo 10 g alkoholio per dieną (viena porcija, žemiausias duomenų taškas) iki 60 g per dieną; vyrams rizika mirti nuo su alkoholio vartojimu susijusios ligos per metus yra šiek tiek mažesnė nei 9 proc., o moterims – 8 proc. Vartojant bet kokį alkoholio kiekį vyrams rizika yra didesnė nei moterims. Viso gyvenimo rizika mirti nuo su alkoholio vartojimu susijusio sužalojimo vyresnėje nei 15 m. amžiaus populiacijoje didėja eksponentiškai didėjant vartojamai dienos dozei nuo 10 g alkoholio – pirmasis duomenų taškas (2 pav.). Vartojant bet kokį alkoholio kiekį vyrams rizika yra žymiai didesnė nei moterims.

1 pav. Absoliuti metinė rizika mirti nuo su alkoholio vartojimu susijusios ligos ^a



^a Absoliuti metinė rizika mirti dėl alkoholio priklausomybės, kepenų cirozės, su alkoholio vartojimu susijusio vėžio ir širdies bei kraujagyslių ligų atsižvelgiant į apsauginį efektą vartojant tam tikrą vidutinį alkoholio kiekį, nuo 10 g iki 90 g alkoholio, per parą, standartizuota pagal amžių vyresniems nei 15-os metų suaugusiems PSO Europos regiono populiacijoje (Source: Taylor, Rehm & Anderson, 2010, asmeninė informacija).

2 pav. Viso gyvenimo rizika mirti nuo alkoholiu susijusių sužalojimų ^a



^a Absoliuti gyvenimo rizika mirti dėl su alkoholiu susijusio tyčinio arba netyčinio sužalojimo vartojant tam tikrą vidutinį alkoholio kiekį, nuo 10 g iki 90 g, per parą, standartizuota pagal amžių vyresniems nei 15-os metų suaugusiems PSO Europos regiono populiacijoje (Source: Taylor, Rehm & Anderson, 2010, asmeninė informacija).

Socialinės sąlygos

Socialiai pažeidžiamiems žmonėms arba tiems, kurie gyvena skurdžiuose regionuose, kiekvienas suvartotas gramas alkoholio padaro daugiau žalos nei gyvenantiems geriau (Rehm et al., 2009). Suomijos, regionuose, kuriuose gyvena daugiau fizinių darbų dirbančių žmonių arba yra didesnis nedarbo lygis, ir regionuose, kuriuose socialinė atskirtis yra didesnė, nustatyti aukštesni su alkoholiu susijusio skirtumo rodikliai tarp 25–64 metų amžiaus vyrių (Blomgren, Martikainen & Makela, 2004). Svarbu ir socialiniai ryšiai. Nustatyta, kad alkoholio vartojimo skirtumai žmogaus socialinėje aplinkoje turi reikšmingą poveikį to žmogaus elgesiui: žmogus negeria, jeigu socialinėje aplinkoje daugiau negeriančią, ir geria nesaikingai, jeigu socialinėje aplinkoje daugiau girtaujančią asmenų (Rosenquist, Murabito & Fowler, 2010).

Rekomendacijos politikai ir praktikai

Šias išvadas tinkta taikyti politikoje ir praktikoje.

- Mirties dėl su alkoholiu susijusių ligų arba sužalojimų rizika didėja didėjant suvartojamam alkoholio kiekiui.
- Vartojant vidutiniškai 20 g per dieną arba esant vienam 20 g gėrimo epizodui per dieną (Australijos populiacijoje) viso gyvenimo rizika mirti dėl ūmios arba lētinės su alkoholiu susijusios būklės yra mažiau nei 1 iš 100.
- Vartodami bet kokį alkoholio kiekį žemesnio socioekonominio sluoksnio gyventojai patiria didesnę mirties dėl su alkoholiu susijusių priežasčių riziką, kurią papildomai padidina gyvenimas didesnės socialinės atskirties vietovėse.
- Turėtume įgyvendinti priemones (Anderson et al., 2011), kurios skatintų žmones tenkintis mažesniu alkoholio kiekiu, suvartojuamu per dieną ir vienu kartu (Anderson, Harrison & Cooper, 2011).

Šaltiniai

- Anderson P, Amaral-Sabadini MB, Baumberg B et al. (2011b). Communicating alcohol narratives: creating a healthier relation with alcohol. *Journal of Health Communication*, 16(S2):27–36.
- Anderson P, Harrison O, Cooper C (2011a). Incentives for health. *Journal of Health Communication*, 16(S2):107–133.
- Baan R, Straif K, Grosse Y et al. (2007). Carcinogenicity of alcoholic beverages. *The Lancet Oncology*, 8:292–293.
- Blomgren J, Martikainen P, Makela P (2004). The effects of regional characteristics on alcohol-related mortality – a register-based multilevel analysis of 1.1 million men. *Social Science & Medicine*, 58:2523–2535.
- Di Castelnuovo A, Rotondo S, Iacoviello L et al. (2002). Meta-analysis of wine and beer consumption in relation to vascular risk. *Circulation*, 105(24):2836–2844.
- Hansel B, Thomas F, Pannier B et al. (2010). Relationship between alcohol intake, health and social status and cardiovascular risk factors in the urban Paris-Ile-De-France cohort: is the cardioprotective action of alcohol a myth? *European Journal of Clinical Nutrition*, 64:561–568.
- International Agency for Research on Cancer (2010). *Alcohol consumption and ethyl carbamate*. Lyons, International Agency for Research on Cancer.
- Jones L, Bellis MA, Dedman D et al. (2009). *Alcohol-attributable fraction for England. Alcohol-attributable mortality and hospital admissions*. Liverpool John Moores University, Centre for Public Health, Northwest Public Health Observatory (http://www.nwph.net/nwpho/Publications/Alcohol_AttributableFractions.pdf, accessed 14 February 2012).
- Juonala M, Viikari JSA, Kähönen M et al. (2009). Alcohol consumption is directly associated with carotid intima-media thickness in Finnish young adults. The Cardiovascular Risk in Young Finns study. *Atherosclerosis*, 204:e93–e98.
- Mukamal K, Chung H, Jenny NS et al. (2006). Alcohol consumption and the risk of coronary heart disease in older adults: the Cardiovascular Health Study. *Journal of the American Geriatric Society*, 54:30–37.

- National Health and Medical Research Council (2009). *Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol*. Canberra, National Health and Medical Research Council.
- Norberg KE, Bierut LJ, Grucza RA (2009). Long-term effects of minimum drinking age laws on past-year alcohol and drug use disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 33(12):2180–2190.
- Patra J, Taylor B, Irving H et al. (2009). Alcohol consumption and the risk of morbidity and mortality from different stroke types – a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 10: 258.
- Rehm J, Anderson P, Kanteres F et al. (2009). *Alcohol, social development and infectious disease*. Toronto, Centre for Addiction and Mental Health.
- Rehm J, Baliunas D, Borges GLG et al. (2010). The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease – an overview. *Addiction*, 105:817–843.
- Rehm J, Roerecke M (2011). Alcohol, the heart and the cardiovascular system – what do we know and where should we go? *Drug and Alcohol Review*, 30:335–337.
- Rehm J, Zatonski W, Taylor B (2011). Epidemiology and alcohol policy in Europe. *Addiction*, 106(Suppl. 1):11–19.
- Roerecke M, Rehm J (2010). Irregular heavy drinking occasions and risk of ischemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 171:633–644.
- Roerecke M, Rehm J. (2012). The cardioprotective association of average alcohol consumption and ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Addiction* (in press).
- Rosenquist JN, Murabito J, Fowler JH (2010). The spread of alcohol consumption behaviour in a large social network. *Annals of Internal Medicine*, 152:426–433.
- Samokhvalov AV, Irving HM, Rehm J (2010). Alcohol as a risk factor for atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 17:706–712.
- Taylor B, Irving HM, Baliunas D et al. (2009). Alcohol and hypertension: gender differences in dose-response relationships determined through systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 104:1981–1990.
- WHO Regional Office for Europe (2009). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/43319/E92823.pdf, accessed 12 February 2012).

Alkoholio našta visuomenei

Kevin D Shield, Tara Kehoe, Gerrit Gmel, Maximilien XRehm ir Jurgen Rehm

Įžanga

Alkoholio daromą žalą itin svarbu ištirti, nes per daugelį amžių alkoholio vartojimas tapo neatskiriamu Europos kultūros dalimi. Pastaruosius keletą metų suvartojo alkoholio kiekis ES išliko stabiliai didelis ir tebėra daugiau nei dvigubai didesnis nei kitur pasaulyje. Skirtingose šalyse vartojimo modeliai skiriasi, pavyzdžiu, šiaurės ir centrinės bei rytų Europos šalyse nereguliarūs nesaikingo vartojimo epizodai dažnesni.

Vidutinis išgeriamo alkoholio kiekis ir vartojimo modeliai turi įtakos sveikatos ir socialinėms pasekmėms. 2004 m. ES, konservatyviai vertinant, beveik 95 000 vyru ir per 25 000 moterų (15–64 m. amžiaus) mirė dėl alkoholio vartojimo sąlygotų priežasčių (iš viso apie 120 000, t. y. 11,8 proc. visų mirčių šioje amžiaus grupėje). Kitaip sakant, alkoholis sukelia vieno iš septynių vyru ir vienos iš trylikos moterų mirtį. Šiuose apskaičiavimuose atsižvelgta į apsauginį alkoholio poveikį išeminės širdies ir diabeto atžvilgiu.

Kadangi alkoholio vartojimas reikšmingai padidina sergamumo ir negalios rodiklius, labai išauga ir alkoholiui priskiriama našta. Pradiniais vertinimais, 2004 m. ES dėl alkoholio vartojimo prarasta per 4 milijonus potencialiai produktyvių metų (DALY). Šie gyvenimo metai, prarasti dėl priešlaikinių mirčių arba negalios, sudaro 15 proc. visų vyru DALY ir 4 proc. visų moterų DALY (įvertinus ir apsauginį poveikį). Tai rodo, kad alkoholis ypač reikšmingai prisideda prie ES sveikatos problemų naštos.

Alkoholio vartojimas sudaro ir papildomą socialinę bei ekonominę naštą, sąlygojamą alkoholio poveikio individui, šeimai, darbui ir visuomenei. Daugeliu atveju ta našta yra perkeliama nuo jo vartotojų ant kitų žmonių pečių, ir nors tiksliai žalos kitiems mastą įvertinti sunku, Europos duomenys rodo, kad ta žala yra didelė. Dėl alkoholio žalos perkėlimo kitiems ES 2004 m. patirta 7000 mirčių ir prarasta 200 000 potencialiai produktyvių gyvenimo metų (DALY).

Teoriškai visos alkoholio sąlygojamos naštos galima išvengti. Šiame leidinyje nagrinėjami būdai, geriausiai padedantys mažinti tą naštą.

Alkoholio vartojimas Europoje

Alkoholio vartojimo modeliai skirtinguose Europos regionuose

Alkoholio vartojimo Europoje¹ istorija siekia kelis tūkstančius metų (Anderson & Baumberg, 2006; McGovern, 2007): senovės Graikijos ir Romos visuomenėse alkoholio vartojimas buvo gana plačiai paplitęs (McGovern, 2007; Phillips, 2000). Skirtingų šalių kultūrose alkoholio vartojimas įsišaknijęs nevienodai (Iontchev, 1998; Leifman, 2002; Popova et al., 2007; Room, 2010; Room & Makela, 2000). Pernelyg nesupaprastinant galima teigti, kad egzistuoja regioniniai skirtumai, susiję su ekonomine šalių galia, jų istorija, vidutiniu suvartojamu kiekiu, gėrimo modeliais ir socialiniu alkoholio vertinimu.

- Centrinės–rytų ir rytų Europos šalys. Visas šias šalis (Bulgarija, Čekijos Respublika, Estija, Vengrija, Latvija, Lietuva, Lenkija, Rumunija, Slovakija ir Slovėnija) sąlyginai galima vadinti ES naujokėmis, jų vidutinė ekonominė galia menkesnė nei kitų ES šalių. 2005 m. jų bendrojo vidaus produkto (BVP) ir perkamosios galios vidurkis sudarė mažiau nei pusę ES vidurkio. Alkoholio šiose

¹ Jeigu nenurodyta kitaip, šiame skyriuje Europa reiškia ES šalis, Norvegiją ir Šveicariją.

šalyje vidutiniškai suvartojoama daugiau nei visoje kitoje ES dalyje, daugelis paminėtų šalių išsiskiria didesniu suvartojuamu nelegalus alkoholio kiekiu bei vartojimo modeliu, kuriam būdingi neregularūs nesaikingo gérimo epizodai (Popova et al., 2007; Zatonski et al., 2008). Tradiciškai daugumoje šių šalių, net ir tokiose centrinės Europos alaus mègėjų šalyse kaip Čekijos Respublika ir Slovakija, bei tokiuose vyno mègėjų kraštuose kaip Bulgarija, Vengrija, Rumunija ir Slovénija, dažniau pasirenkami stiprūs alkoholiniai gérimai (PSO, 2004).

- Centrinės–vakarų ir vakarų Europos šalys (Austrija, Belgija, Prancūzija, Vokietija, Airija, Liuksemburgas, Nyderlandai, Šveicarija, Jungtinė Karalystė)². Šiam regionui priklauso penkios iš šešių ES įkūrusių šalių (Belgija, Prancūzija, Vokietija, Liuksemburgas, Nyderlandai), dvi šalys, prisijungusios pirmame plėtros etape (Airija, Jungtinė Karalystė) ir kiek vėliau prisijungusi Austrija, taip pat Šveicarija, kuri, nors ir nėra ES narė, tačiau su ES susijusi gausybė dvišalių sutarčių. Šiam regionui būdingas didelis BVP – jis 10 proc. aukštesnis už ES vidurkį. Šiose šalyse, išskyruis Prancūziją, iš alkoholinių gérimų daugiausiai suvartojoama alaus. Vartojimo modelis pastaraisiais dešimtmečiais buvo panašus į Viduržemio jūros šalių modelį – vartojimo dažniu ir visuomenės nepritarimu viešam girtumui, išskyrus Airiją ir Jungtinę Karalystę, kurios šiuo požiūriu yra panašesnės į šiaurės šalis. Atkreiptinas dėmesys į tai, kad praeityje Vokietijoje (Spode, 1993) ir Nyderlanduose (Room, 1992) vyravo kitokie gérimo modeliai, ir Vokietijoje girtumas buvo priimtinesnis nei dabar. Be to, centrinėje–vakarų Europoje daugiau alkoholio nei pietų Europos šalyse suvartojoama tarp valgymų ir yra daugiau su gérimu susijusių problemų.
- Šiaurės Europos šalyse (Danija, Suomija, Islandija, Norvegija, Švedija) tradiciškai vartojami stiprūs gérimai, labiau paplitę šiauriniuose ir šiaurrytiniuose kraštuose. Spirituoto alkoholio vartojimas laisvalaikiu pasaulyje paplito tik po 1500-ųjų, todėl ši tradicija Viduržemio jūros šalyse gerokai trumpesnė nei vyno vartojimas (žr. toliau). Tradiciškai stiprus alkoholis čia vartotas ne kasdien, geriant nesaikingai ir girtaujant neregulariai (savaitgaliais ir per šventes), ir viešas pasigérimas šių šalių visuomenėse toleruojamas labiau nei kitur (Room, 2010; Room & Makela, 2000). Apskritai, šiaurės šalyse alkoholio suvartojimo vidurkis mažesnis nei ES vidurkis. Nors vartojimo modelis panašus, tačiau stiprus alkoholis tarp alkoholinių gérimų nebevyrauja. Yra ir kitų skirtumų tarp šalių, pavyzdžiu, Danijoje labiau paplitęs centrinės–vakarų ir vakarų Europos gérimo modelis (Makela et al., 2001). Šio regiono BVP ir perkamoji galia – didžiausi Europoje.
- Pietų Europos šalims (Kipras, Graikija, Italija, Malta, Portugalija, Ispanija) būdingas Viduržemio jūros alkoholio vartojimo modelis. Pietų Europos šalys gamina vyną ir ji vartoja beveik kasdien (vynas dažnai geriamas su maistu), čia vengiama neregulariaus nesaikingo gérimo ir nepalankiai žiūrima į viešą pasigérimą (Anderson & Baumberg, 2006). Bendras suvartojimas tradiciškai didelis, išskyrus Kiprą ir Maltą, tačiau pastaraisiais dešimtmečiais mažėjo (PSO, 2004, 2011; toliau pateikta ir diskusija apie tendencijas).

Kadangi šie regionai gérimo modeliais ir aplinka skiriasi labiau nei pačios juos sudarančios šalys, skyriuje remiamasi būtent tokiu skirtumu, šalims priskirtos regionų atitinkančios spalvos: Centrinės–rytų ir rytų Europos (10 šalių) ruda; centrinės–vakarų ir vakarų Europos (9 šalys) geltona; šiaurės Europa (5 šalys) oranžinė; pietų Europos (6 šalys) žalia; ES (27 šalys) mėlyna.

Alkoholio vartojimo rodikliai Europoje

Geriausias bendro suvartojamo alkoholio kieko rodiklis – tai vienam suaugusiam (vyresniams nei 15-os metų) tenkantis vartojimas (Gmel & Rehm, 2004) – taip išvengiama paklaidų, atsiradusių pradėjus plačiai taikyti šiuolaikines bendros populiacijos apklausas (pavyzdžiu, Groves, 2004; Shield & Rehm, 2012). Vieno suaugusiojo suvartojamas alkoholio kiekis paprastai apskaičiuojamas iš pardavimų ir sumokėtų mokesčių,

² Kitose klasifikacijose Prancūzija priskiriama pietų Europai. Dabartiniai Airijoje ir Jungtinėje Karalystėje vyraujantys gérimo modeliai yra panašesni į šiaurės šalių modelį labiau nei kitų šios grupės šalių modeliai.

bet galima skaičiuoti remiantis gamybos, eksporto ir importo apimtimis (Rehm et al., 2003; Rehm, Klotsche & Patra, 2007). Europoje vienas suaugęs ES pilietis suvartoja 12,5 litro gryno alkoholio per metus, arba 26,9 g gryno alkoholio per dieną (daugiau nei dvi standartines – 12 g – gryno alkoholio porcijas per dieną³). ES vienas gyventojas suvartoja daugiau nei du kartu daugiau alkoholio negu jo suvartojama kitur pasaulyje; pasaulio vidurkis 2004 m. buvo 6,1 litro vienam suaugusiam (PSO, 2011).

Pirmoje lentelėje pateikta regioninių skirtumų apžvalga. Jau minėta, kad daugiausiai alkoholio suvartojama centrinės–rytų ir rytų Europos regionų šalyse, mažiausiai – šiaurės regione. Žalingo vartojimo rodiklis – tai sudėtinis rodiklis, atskleidžiantis alkoholio vartojimo sveikatos ir socialinius padarinius, šis rodiklis gali būti nuo 1 balo (mažiausia žala) iki 5 balų (didžiausia žala). Rodiklis atspindi ir kai kuriuos su girtavimu sietinlus vartojimo ypatumus: pavyzdžiui, kuri gėrimų dalis išgeriama su maistu, kaip vertinamas gėrimas viešumoje (Rehm et al., 2003) ir kurie iš tų ypatumų net ir esant vienodam alkoholio vartojimo lygmeniui padidina jo daromą žalą.

1 lentelė. Vienam suaugusiam tenkantis vartojimas Europos regionuose, 2009

| Regionas | Vienam suaugusiam tenkantis vartojimas gryno alkoholio litrais ^a | Vienam suaugusiam tenkantis neregistrnuoto alkoholio vartojimas gryno alkoholio litrais | Žalingo vartojimo rodiklis |
|----------------------------------|---|---|----------------------------|
| Centrinė-rytų ir rytų Europa | 14,5 (1,7) | 2,5 (0,8) | 2,9 (0,3) |
| Centrinė-vakarų ir vakarų Europa | 12,4 (0,8) | 1,0 (0,5) | 1,5 (0,9) |
| Šiaurės Europa | 10,4 (1,9) | 1,9 (0,3) | 2,8 (0,4) |
| Pietų Europa | 11,2 (1,7) | 2,0 (0,5) | 1,1 (0,3) |
| ES | 12,4 (1,3) | 1,6 (0,6) | 1,9 (0,7) |

^a Standartinis nuokrypis kiekvienu atveju nurodytas skliausteliuose.

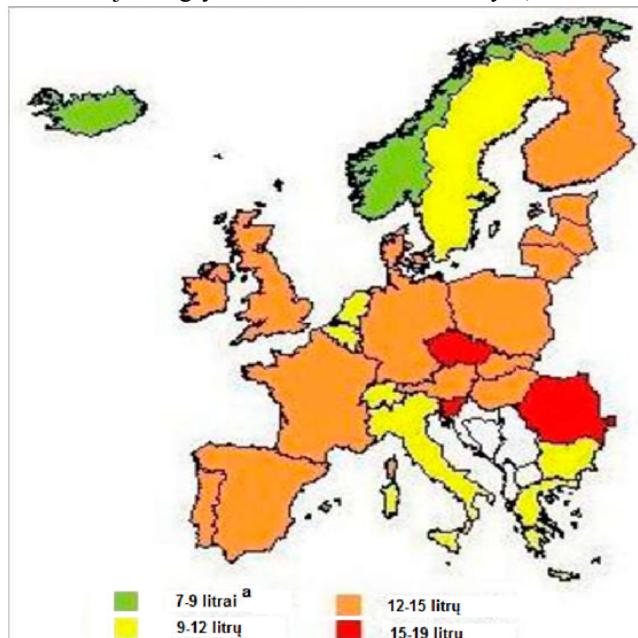
Šaltinis: PSO, 2012.

3 paveiksle parodytos vartojimo apimtys atskirose šalyse. Šalys ganėtinai skiriasi, tačiau net ir mažiausiai alkoholio vartojanti ES šalis reikšmingai pranoksta pasaulio vidurkį. Atskirų šalių vartojimo rodikliai ir visą gyvenimą nevartojančių asmenų skaičius pateikiamas 1-ame ir 2-ame prieduose.

Neregistrnuoto alkoholio vartojimas sudaro apie 13 proc. viso ES suvartojamo alkoholio kiekio (žr. 1 lentelę ir neregistrnuoto alkoholio vartojimo grafiką). Tai palyginti nedaug, nes pasaulyje vidutiniškai beveik 30 proc. suvartojamo alkoholio – neregistrotas (Lachenmeier, Taylor & Rehm, 2011). Skirtingose šalyse neregistrnuoto alkoholio apimtis ir pobūdis vertinami nevienodai: Švedijoje ir kitose šiaurės šalyse į šią kategoriją patenka iš kaimyninės šalies išivežtas alkoholis, Baltijos šalyse – naminė, o vyną gaminančiose šalyse – be deklaracijų pagamintas vynas. Kai kuriose šalyse į šią kategoriją įtraukiamas ir nelegalus alkoholis, todėl neregistrnuoto alkoholio vartojimo poveikį sveikatai įvertinti sunku.

³ Čia pasirinkta standartinė gėrimo porcija (12 g) atitinka 1 mažą (apie 330 ml) skardinę alaus, 1 dl vyno arba vieną porciją stipraus gėrimo.

3 pav. Vienam suaugusiam (vyresniam nei 15 m.) tenkantis vartojimas gryno alkoholio litrais ES šalyse, 2009

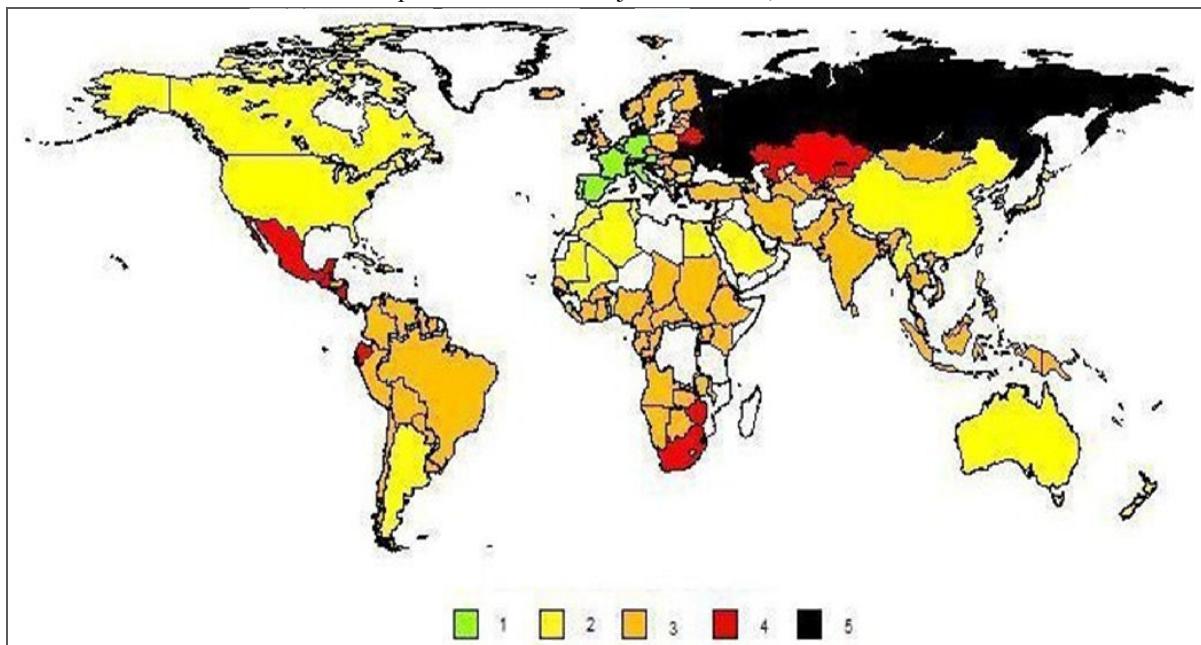


^a Iskaitant Maltą, 8,0 litrai gryno alkoholio vienam suaugusiam.

Remiantis šiuolaikiniais duomenimis galima teigti, kad šiuo metu nėra jokių įrodymų, jog neregistruoto alkoholio vartojimo poveikis sveikatai yra kitoks nei registruoto: neregistruoto alkoholio vartojimo daroma žala sietina su didesniu etanolio kiekiu gérime ir vartojimo modeliu (žr. pirma minėtą diskusiją apie alkoholio vartojimo modelius) (Lachenmeier et al., 2011a, 2011b).

Kai kuriuose Europos regionuose (žr. 1 lentelę), ypač centrinėje–vakarų ir pietų Europoje, „nesaikingas šventinis gérimas“, proginis girtavimas retesni nei kitur pasaulyje (Room & Makela, 2000; PSO, 2011; Rehm et al., 2004; žr. taip pat 4 pav. ir 3 priedą). Šiaurės šalyse ir daugumoje centrinės Europos šalių nereguliarus nesaikingas vartojimas itin paplitęs. Šio vartojimo modelio pasekmės ypač žalingos, daugiausia dėl sužalojimų (Gmel, Kuntsche & Rehm, 2011; Landberg, 2011). Didelis bendras suvartojoamo alkoholio kiekis ES rodo, kad yra geriama daug ir reguliariai. Tą liudija ir Eurobarometro apklausos (Europos Komisija, 2010). Apklausų rezultatus derinant su patikimesniu vienam suaugusiam tenkančio suvartoto alkoholio rodikliu (Rehm, Klotsche & Patra, 2007; Rehm et al., 2010a) nustatyta, kad apytiksliai 4,6 proc. vyru ir 0,1 proc. moterų vidutiniškai išgeria daugiau nei 5 standartines 12 g gryno alkoholio porcijas kasdien.

4 pav. Alkoholio vartojimo modeliai, 2005



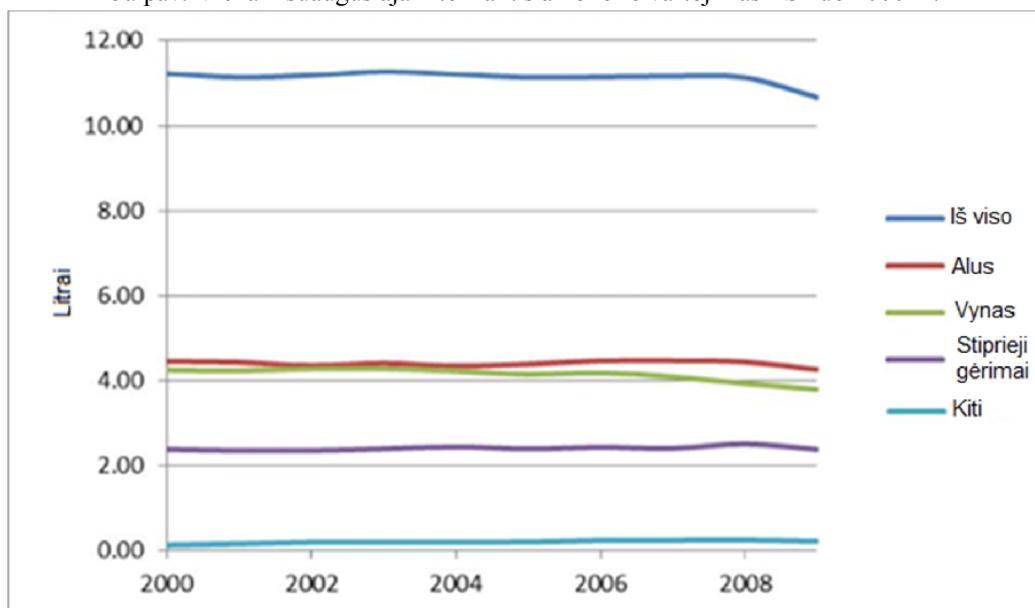
Pastaba. Nuo 1= mažiausiai žalingas (reguliarus vartojimas, dažnai valgant, be retų girtavimo epizodų) 5= labiausiai žalingas (reti, nesaikingo gérimo, girtavimo epizodai, gausus vartojimas nevalgant).

Alkoholio vartojimo tendencijos

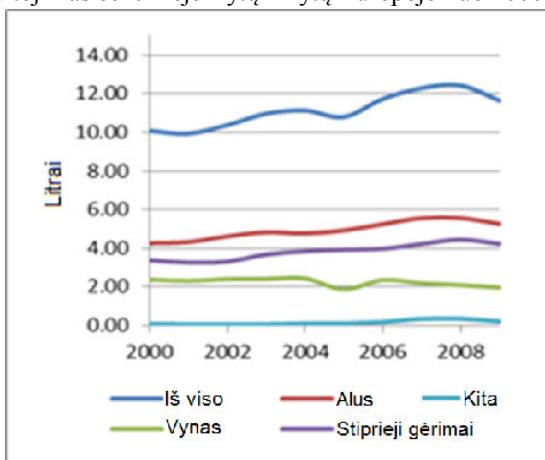
Vienintelis rodiklis, tinkamas patikimai įvertinti ir palyginti alkoholio vartojimą laikui bėgant yra regiszruotas vienam suaugusiajam tenkantis vartojimas, nes šią informaciją kasmet pateikia kiekviena ES šalis.

Kaip parodyta 5a paveiksle, vertinat visą ES regiszruotas vienam suaugusiajam tenkantis vartojimas pastaruosius 10 metų apskritai buvo stabilus, bendro vartojimo lygmuo ir konkretių gérimų vartojimo tendencijų pokyčiai buvo nereikšmingi, nors tendencijos atskiruose regionuose skyrėsi (5b–e pav.).

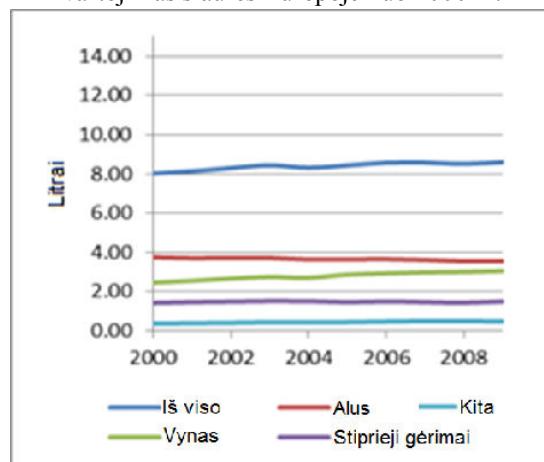
5a pav. Vienam suaugusiajam tenkantis alkoholio vartojimas ES nuo 2000 m.



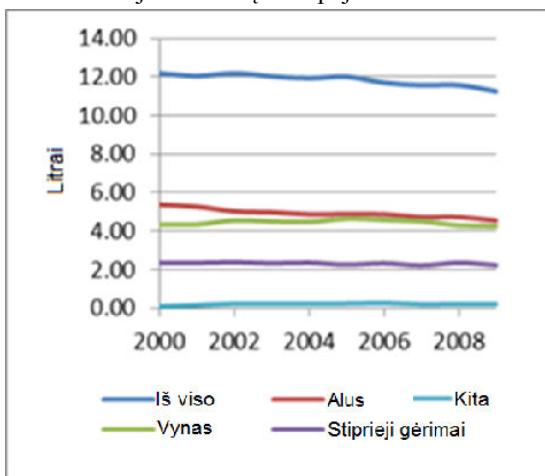
5b pav. Vienam suaugusiajam tenkantis alkoholio vartojimas centrinėje–rytų ir rytų Europoje nuo 2000 m.



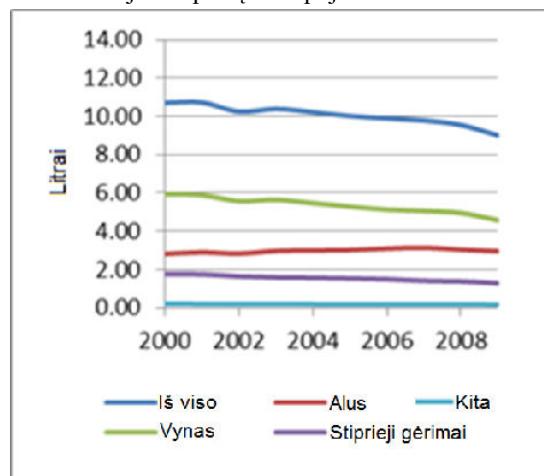
5c pav. Vienam suaugusiajam tenkantis alkoholio vartojimas šiaurės Europoje nuo 2000 m.



5d pav. Vienam suaugusiajam tenkantis vartojimas centrinėje ir vakarų Europoje nuo 2000 m.



5e pav. Vienam suaugusiajam tenkantis alkoholio vartojimas pietų Europoje nuo 2000 m.



Nors Europoje vieno gyventojo suvartojoamas alkoholio kiekis išliko stabilus, tačiau šis išorinis pastovumas savyje slepia dvi priešingas tendencijas. Šiaurės ir rytų Europos šalyse vienam suaugusiajam tenkantis vartojimas didėjo, tuo tarpu vakarų ir pietų Europos šalyse mažėjo. Alus – populiarusias gėrimas faktiškai visuose regionuose. Tik pietų Europos šalyse vynas tebėra dažniausiai vartojamas alkoholis, bet net ir pietų Europoje jo vartojimas mažėjo gana sparčiai, tuo tarpu alaus didėjo nežymiai. Būtent dėl mažėjančio vyno vartojimo pietų Europoje stebima ryški alkoholio vartojimo mažėjimo tendencija. Šiaurės šalyse tendencija priešinga, nors pokyčiai išreikštū menkiau: vyno vartojimas pastarajį dešimtmetį nuosekliai didėjo, o alus prarado dalį populiarumo. Pietų ir rytų Europos regionuose bendro suvartojoamo alkoholio kiekiei pokyčiai yra didžiausi, tačiau tų pokyčių tendencijos yra priešingos, viena kitą panaikina, todėl Europos vidurkis šių tendencijų neatspindi.

Alkoholio vartojimo sąlygota žala kitų žmonių sveikatai Europoje

Suvartojoamo alkoholio kiekiei ryšys su ligomis ir sužalojimais

Yra nemažai ligų, iš kurių pavadinimų aišku, kad alkoholis yra būtina jų atsiradimo priežastis ir kad visas sergamumas šiomis ligomis (100 proc.) yra nulemtas alkoholio vartojimo. Svarbiausia šiuo požiūriu neabejotinai yra psichikos ir elgesio sutrikimai vartojant alkoholi: pavyzdžiui, priklausomybės sindromas, žalingas vartojimas, apibrėžti Tarptautinėje ligu klasifikacijoje (TLK-10) (PSO, 1992), tačiau jie toli gražu

ne vieninteliai. Rehm ir kolegos sudarė daugiau nei 40-ies pagal TLK-10 nustatomų būklių, nuo létinių ligų (pavyzdžiui, K70 alkoholinė kepenų liga arba K86.0 létinis alkoholinis pankreatitas), sužalojimų (pavyzdžiui, X45 atsitiktinis apsinuodijimas alkoholiu) iki žalos vaisiui, kai geria nėščioji (pavyzdžiui, Q86.0 alkoholinis vaisiaus sindromas) (Rehm et al., 2010a).

Yra ir daugiau būklių, apie kurias galima teigti, kad alkoholis yra vienas iš priežastinių jų atsiradimo komponentų (Rothman, Greenland & Lash, 2008) – tai reiškia, kad ne visus šios ligos arba būklės atvejus sukelia alkoholis, bet kad jo nevartojant kai kuriais atvejais šią ligą būtų išvengta. Sužalojimai ir traumos eismo įvykiuose – vienas iš tokių pavyzdžių. Šiuos sužalojimus lemia daug veiksnių: pavyzdžiui, kelių sąlygos, transporto tankis, saugos diržų segėjimas. Kai kuriuose eismo įvykiuose alkoholio vartojimas yra pagrindinė avarijos ir mirties dėl jos priežastis: negėrus mirties būtų išvengta.

1 langelyje pateiktas sąrašas būklių, kurių atžvilgiu įrodyta, kad alkoholis yra jas sukelianti priežastis, ir kurias galejome analizuoti, nes duomenys apie jas yra prieinami.

1 langelis. Alkoholio sukeltos ligos ir sužalojimai 2005 (žalia spalva – apsaugančios)

Létinės ir infekcinės ligos

Vėžys: nosies–ryklės, stemplės, gerklų, kepenų, storosios/tiesiosios žarnos, moterims krūtų

Neopsichiatrinės ligos: sutrikimai vartojant alkoholį (100 proc. sukelia alkoholis), pirminė epilepsija

Diabetas

Širdies ir kraujagyslių sistemos ligos: hipertoniška liga, išeminė širdies liga, išeminis insultas, hemoraginis insultas, širdies ritmo sutrikimai

Virškinimo sistemos ligos: kepenų cirozė, pankreatitas

Infekcinės ligos: tuberkuliozė, poveikis ŽIV/AIDS eigai, žemutinių kvėpavimo takų infekcijos

Būklės, atsirandančios perinataliniu laikotarpiu: mažas svoris gimstant, alkoholinis vaisiaus sindromas (100 proc. sukelia alkoholis, šioje ataskaitoje duomenų nėra)

Sužalojimai

Netyčiniai sužalojimai: sužalojimai eismo įvykių metu, kritimai, paskendimai, nudegimai, apsinuodijimai, sužalojimai dėl oro sąlygų, kiti netyčiniai sužalojimai

Tyčiniai sužalojimai: tyčinė savižala, smurtas, kiti tyčiniai sužalojimai

Poveikio ir padarinių nesutapimas laike

Dažnai skaičiuojant alkoholiui priskiriamą ligą naštą nuduodama, kad alkoholio vartojimo pasekmės atsiranda iškart. Nors kai kurių alkoholio sukeltų ligų naštos požiūriu taip ir yra, ir vartojimo kiekio pokyčiai populiacijoje beveik iš karto sukelia pastebimus pasekmių apimties pokyčius, net ir létinių ligų, pvz., kepenų cirozės, atveju (Leon et al., 1997; Holmes et al., 2011; Zatonski et al., 2010), vėžio atvejis yra kitoks. Alkoholio vartojimo įtaka vėžio išsvystymui tampa pastebima gerokai vėliau, dažnai vėluoja net keletą dešimtmecčių. Siekdami tiksliau parodyti visą alkoholio sukeltų ligų naštą, šioje analizėje įtraukėme ir mirtis nuo vėžio, nes naujausias didelės apimties tyrimas atskleidė, kad Europoje 1 iš 10-ies vėžio atvejų vyrams ir 1 iš 33-jų vėžio atvejų moterims susiję su alkoholio vartojimu (Schutze et al., 2011). Aiškinantis alkoholio poveikį reikia išsidėmėti, kad analizėje daroma prielaida, jog pastaruosius du dešimtmecius alkoholio vartojimo apimtys nekito.

Su alkoholiu susijęs mirtingumas Europoje

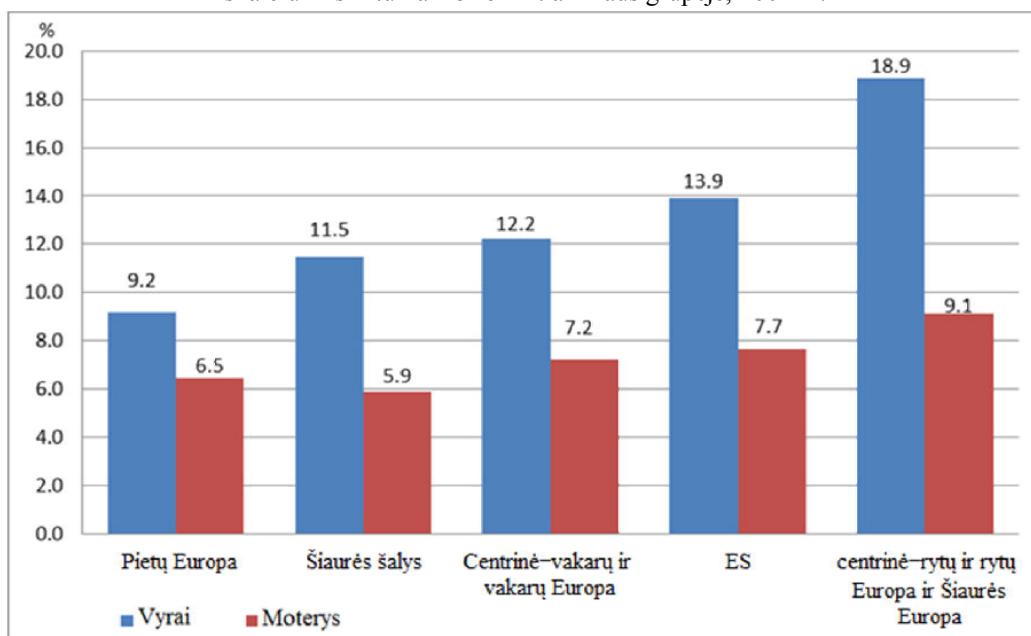
6–8 paveiksluose pateikiama su alkoholiu susijusio mirtingumo apžvalga, apimanti duomenis apie mirčių skaičių, dėl priešlaikinės mirties prarastus gyvenimo metus 15–64 m. amžiaus grupėje. Vyresni gyventojai neįtraukti, nes jų mirties liudijimų duomenys yra ne tokie tikslūs (Harteloh, de Bruin & Kardaun, 2010), ypač itin senų gyventojų (Alperovitch et al., 2009). Kita priežastis yra ta, kad santykinė alkoholio sukeltų ligų rizika su amžiumi mažėja (Klatsky & Udaltsova, 2007), nes vyresniame amžiuje ir žalingas, ir

naudingas vartojimo poveikis neproporcingai padidėja. Jaunesni nei 15-os gyventojai į šią analizę taip pat neįtraukti, kadangi mirtys dėl alkoholio sukeltų priežascių šioje grupėje yra itin retos, išskyrus atvejus, kai sužalojimai randasi dėl kito geriančio asmens elgesio (pavyzdžiu, mirtys eismo įvykiuose dėl išgėrusio vairuotojo kaltės ir pan.), todėl atsispindi skyriuje „Alkoholio vartojimo žala kitų asmenų sveikatai“.

Alkoholio sukeltų mirčių skaičius ir mirtingumo rodikliai

Laikoma, kad ES 2004 m. nuo alkoholio sukeltų priežascių mirė 94 451 vyrų ir 25 284 moterų (15–64 m. amžiaus), iš viso 119 735 gyventojų. Tai atitinka 13,9 proc. visų vyrų mirčių ir 7,7 proc. visų moterų mirčių šioje amžiaus grupėje (11,8 proc. visų mirčių). 6–7 paveiksluose pateikiami šalių duomenys ir standartizuoti mirtingumo rodikliai.

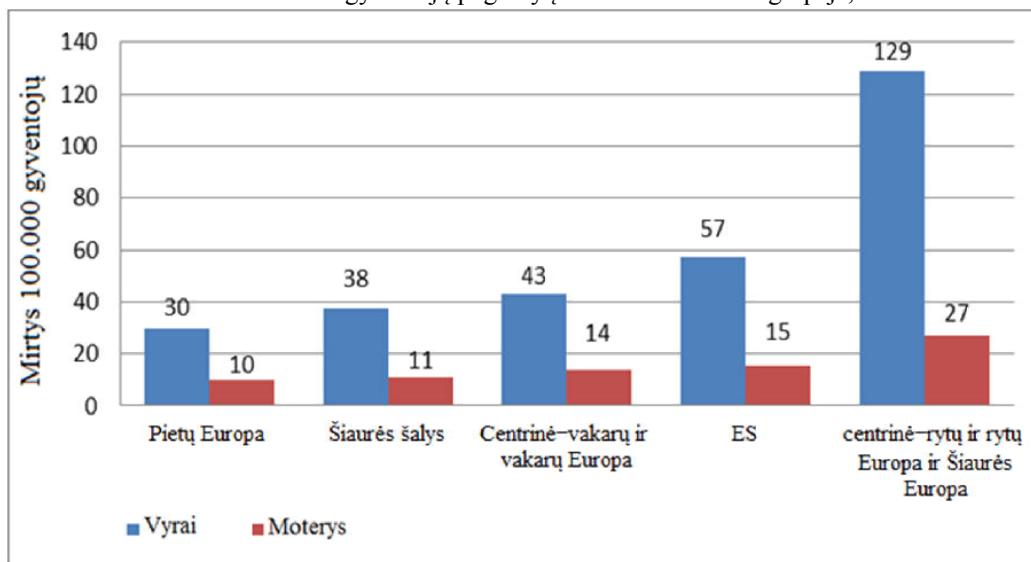
6 pav. Regioniniai mirčių nuo alkoholio sukeltų priežascių santykio su bendru mirčių skaičiumi skirtumai 15–64 m. amžiaus grupėje, 2004 m.



Alkoholio sukeltų mirčių santykis su bendru mirtingumu šiek tiek skiriasi (6 pav.). Tai, kad alkoholis nulemia 11,8 proc. bendro mirtingumo, rodo didelę bendrą jo vartojimo sukeliamą naštą net ir mažiausiai žalos patiriančiuose regionuose, pavyzdžiui, pietų Europoje, kur atitinkamai apie 9,2 proc. ir 6,5 proc. visų vyru ir moterių ištinkančių mirčių sukelia alkoholis. Tai reiškia, kad net ir tuose Europos regionuose, kurie patiria mažiausią alkoholio sukeltą ligą ir mirtingumo naštą, daugiau nei viena iš 11-os visų vyrų mirčių ir viena iš 16-os moterų mirčių yra nulemta alkoholio.

7 pav. parodyti standartizuoti alkoholio sukelto mirtingumo rodikliai atskiruose regionuose. Kaip ir tikėtasi, moterų jie mažesni negu vyru. Mirčių dėl alkoholio santykio su bendru mirtingumu skirtumai tarp lyčių yra mažesni, nes 15–64 m. amžiaus grupėje bendras vyrų mirtingumas yra didesnis nei moterų. Labiau išryškėja ir regioniniai skirtumai: moterų rodikliai priklausomai nuo regiono skiriasi apie 3 kartus, vyrų beveik 5 kartus.

7 pav. Regioniniai standartuoto alkoholio sukelto mirtingumo rodikliai 100 tūkst. gyventojų pagal lytį 15–64 m. amžiaus grupėje, 2004



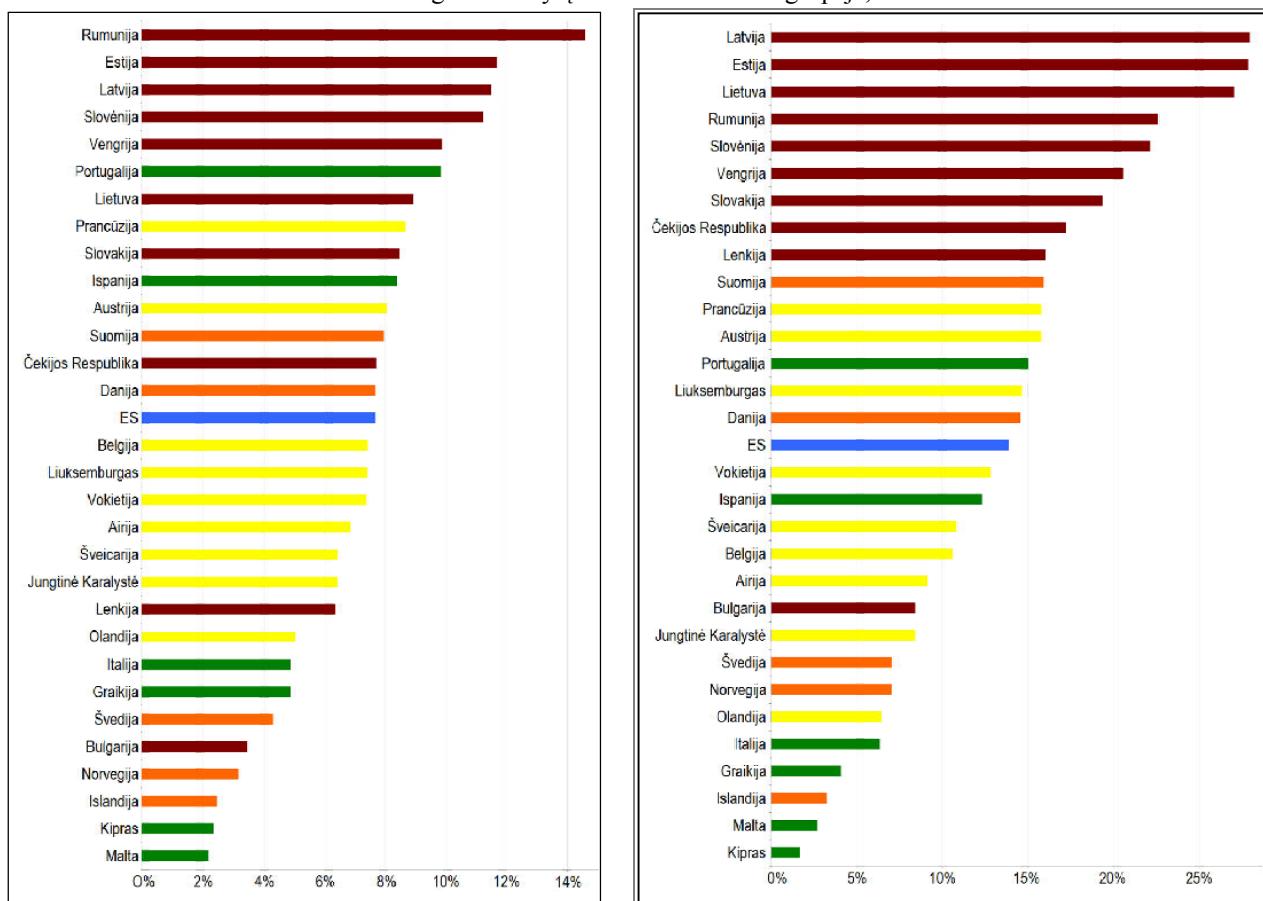
Centrinės–rytų ir rytų Europos šalyse nustatyta daugiausiai alkoholio sukeltų mirčių abiem lytimis: vyru mirčių skaičius yra daugiau nei dvigubai didesnis nei visos ES vidurkis (57 vs. 129 mirtys 100 tūkst. gyv.), moterų beveik dvigubai didesnis (15 mirčių, lyginant su 27 mirtimis 100 tūks. gyv.). Interpretuojant skaičius atkreiptinas dėmesys į tai, kad alkoholio vartojimas pietų Europos šalyse pastaraisiais dešimtmeciais reikšmingai mažėjo, todėl jų vėžio rodikliai yra pervertinti, kituose Europos regionuose tokios tendencijos néra.

8 pav. pateiktas alkoholio sukeltų mirčių santykis su bendru mirtingumu pagal šalis.

Regioniniai skirtumai yra gana akivaizdūs, ypač tarp vyru, tačiau atskyrus vyru ir moterų rodiklius pagal alkoholio sukeliama naštą pirmauja skirtinės centrinės–rytų ir rytų Europos šalys. Aukščiausiai vyru rodikliai yra Baltijos šalyse – Estijoje ir Lietuvoje, kur daugiau nei ketvirtadalis visų mirčių yra sukeltos alkoholio, tuo tarpu didžiausią naštą dėl moterų mirčių patiria Rumunija. Kitame spektro gale – Kipro ir Maltos salos, kuriose alkoholio sulygotos mirtingumas yra mažiausias.

Kol kas apskaičiuojant alkoholio sukelto mirtingumo dalį bendrame mirtingume įtrauktos tik alkoholio sukeltos mirtys. 2 lentelėje alkoholio nulemtos mirtys Europoje išdėstytos pagal ligų grupes, atskiriant žalingą ir apsauginį poveikius. Matome, kad išryškėja su lytimi ir regionu susiję skirtumai. Tarp vyru didžiausią alkoholio sukelto mirtingumo dalį sudaro mirtys nuo kepenų cirozės (26%) ir netyciniai sužalojimai (23%), po to eina vėžys (16%) ir tyčiniai sužalojimai (15%). Tarp moterų daugiau kaip du trečdalius alkoholio sukeltų mirčių sudaro mirtys nuo kepenų cirozės (37%) ir vėžio (31%) (didžiausią dalį sudaro krūties vėžys – 21%), širdies ir kraujagyslių ligų (kitų nei išeminė širdies liga, kuri atsiduria tolimesnėje trečiojoje vietoje – 11%). Teigiamas alkoholio vartojimo poveikis nustatytas vyru mirtingumui nuo išeminės ligos (98%). Tuo tarpu teigiamas alkoholio vartojimo poveikis moterų mirtingumui nustatytas kitose ligų grupėse: iš dalies mažėja mirtingumas dėl diabeto, bet labiausiai – mirtingumas dėl širdies ir kraujagyslių ligų (kitų nei išeminė širdies liga), hipertoniškės ligos ir išeminio insulto.

8 pav. Skirtumai tarp šalių pagal moterų (kairėje) ir vyru (dešinėje) alkoholio sukelto ir bendro mirtingumo santykį 15–64 m. amžiaus grupėje, 2004 m.



Pastaba. Skaičiuojant Latvijos rodiklius naudoti pirminiai apklausos duomenys, vėliau jie buvo koreguoti.
Antro įvertinimo metu gauti žemesni rodikliai.

Visuose regionuose alkoholio sukeltas mirtingumas tarp vyru pagal ligų grupes pasiskirstęs tolygiau negu tarp moterų. Nė viena ligų grupė tarp vyru neapima daugiau nei 33 proc. visų alkoholio sukeltų ligų, tarp moterų visuose ES regionuose ir bendrai ES dvi pagrindinės ligų grupės sudaro daugiau nei 60 proc., o dviejuose iš keturių regionų – daugiau nei 70 proc. alkoholio nulemto mirtingumo.

2 lentelė. Alkoholio sukeltos mirtys Europoje pagal apibendrintas ligų grupes 15–64 m. amžiaus grupėje, 2004

| Poveikis | Vyrai | Moterys | Vyrai (%) | Moterys (%) |
|---|---------|---------|-----------|-------------|
| <i>Žalingas poveikis</i> | | | | |
| Vėžys | 17 358 | 8 668 | 15,9 | 30,7 |
| Širdies ir kraujagyslių ligos, kitos nei išeminė širdies liga | 7 914 | 3 127 | 7,2 | 11,1 |
| Psichikos ir neurologinės ligos | 10 868 | 2 330 | 9,9 | 8,3 |
| Kepenų cirozė | 28 449 | 10 508 | 26,0 | 37,2 |
| Netyciniai sužalojimai | 24 912 | 1 795 | 22,8 | 6,4 |
| Tyčiniai sužalojimai | 16 562 | 1 167 | 15,1 | 4,1 |
| Kitas žalingas poveikis | 3 455 | 637 | 3,2 | 2,3 |
| Bendras žalingas poveikis | 109 517 | 28 232 | 100,0 | 100,0 |
| <i>Naudingas poveikis</i> | | | | |
| Išeminė širdies liga | 14 736 | 1 800 | 97,8 | 61,1 |
| Kitas naudingas poveikis | 330 | 1 147 | 2,2 | 38,9 |
| Bendras naudingas poveikis | 15 065 | 2 947 | 100,0 | 100,0 |

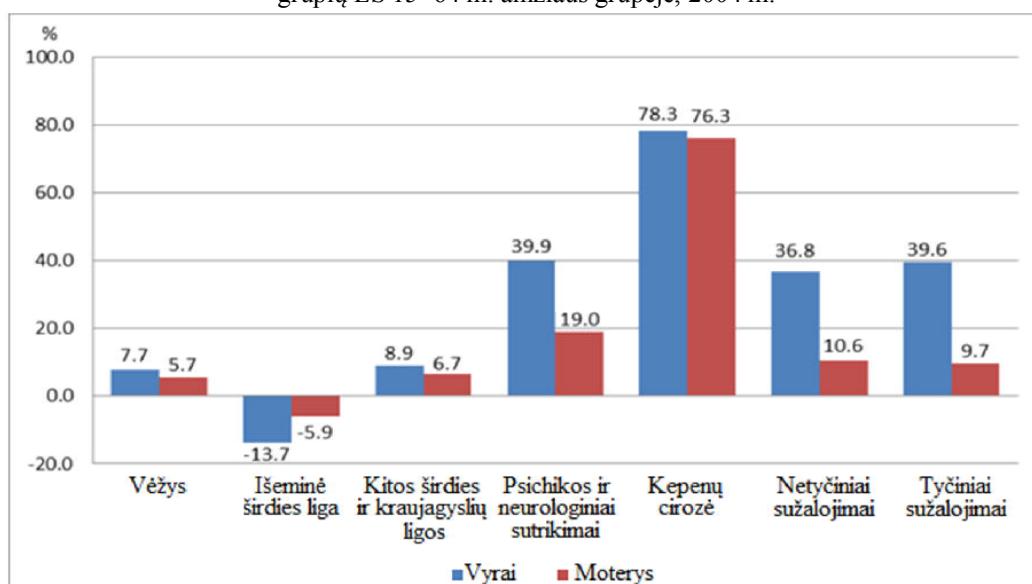
Yra nemažų regioninių skirtumų. Širdies ir kraujagyslių ligų (kitų nei išeminė širdies liga) ir sužalojimų dalis yra didesnė centrinėje–rytu ir rytų Europoje – tai rodo didelį bendrą suvartojojamą kiekį ir dažnus nereguliariaus girtavimo epizodus (Gmel, Kuntsche & Rehm, 2011; Rehm et al., 2007). Psichikos ir neurologinių sutrikimų dalis yra didesnė šiaurės šalyse ir rodo didesnį priklausomybės nuo alkoholio ir su alkoholio vartojimu susijusių sutrikimų paplitimą šiame regione. Vėžys sudaro didesnę dalį pietų Europos šalyse – tai liudija alkoholio vartojimą prieš du dešimtmečius buvus žymiai didesnį (PSO, 2011) (papildomus duomenis žr. Rehm et al., 2011). Kaip jau minėta, vėžys vystosi lėtai. Kepenų cirozė yra liga, kurios dalis tarp alkoholio sukeliamo mirtingumo yra panašiausia visuose regionuose, svyruoja nuo 23,3% iki 28,4% tarp vyro ir nuo 31,0% iki 39,9% tarp moterų.

9 pav. apžvelgta, kokią alkoholio sukelto mirtingumo dalį sudaro specifinės ligų grupės.

Alkoholis sukelia 75–80% visų kepenų cirozės atvejų Europoje. Taip yra ir dėl to, kad Europoje mažiau paplitę kiti rizikos veiksnių, tad mirtingumo nuo kepenų cirozės ir alkoholio vartojimo rodiklių tendencijos glaudžiai susijusios (bendruosius rodiklius žr. Zatonski et al., 2010, ir Didžiosios Britanijos pavyzdį Leon & McCambridge, 2006).

Alkoholio sąlygota mirtingumo dalis apskaičiuota ne pagal mirties liudijimuose nurodytų alkoholio sukeltų mirčių dalį iš visų registruotų mirčių dėl kepenų cirozės, bet įvertinus vartojimą ir santykinę riziką (Rehm et al., 2010b). Šis skaičiavimo būdas pasirinktas todėl, kad dėl įvairiausią priežasčių alkoholinė kepenų cirozė mirties liudijimuose kaip mirties priežastis nurodoma rečiau nei turėtų būti (Puffer & Griffith, 1967; Haberman & Weinbaum, 1990). Yra daug šio reiškinio priežasčių: su diagnoze siejama stigma, draudimo išmokėjimo sunkumai ir pan. Kita vertus, jau senokai pripažinta, kad mirties liudijimuose nurodant detalias mirties priežasčių kategorijas yra didesnė tikimybė, jog mirties priežastis bus klasificuota netiksliai. Todėl tikėtina, kad apimčių nustatymo paklaida registruojant bendresnę kepenų cirozės diagozė yra mažesnė nei registruojant patikslintą alkoholinės kepenų cirozės diagozę.

9 pav. Kiek alkoholio sukeltų mirčių ištinka dėl konkrečių ligų grupių ES 15–64 m. amžiaus grupėje, 2004 m.



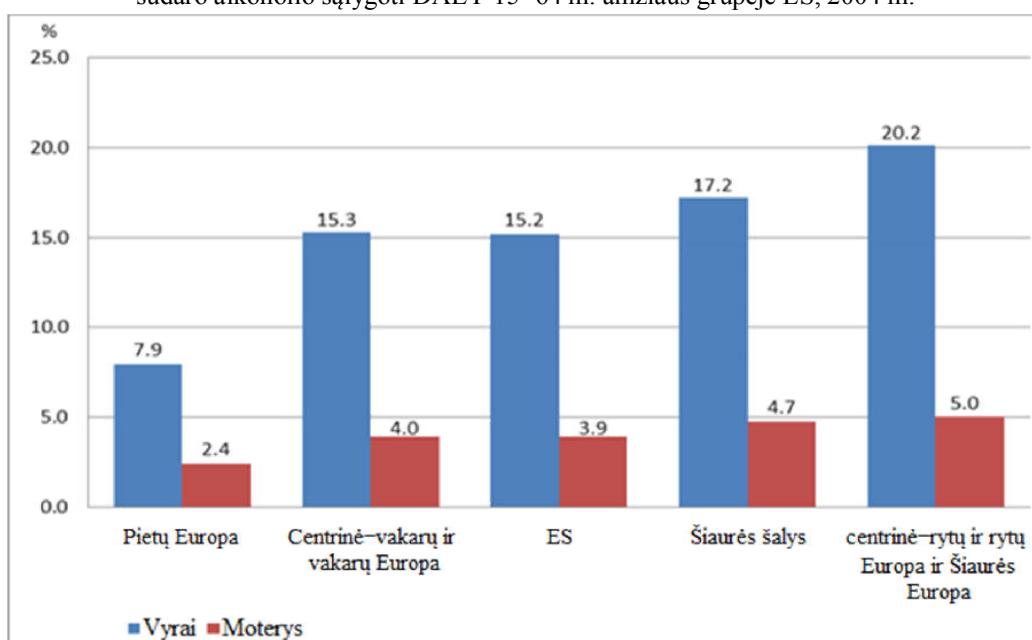
Tarp kitų svarbių sąsajų paminėtina, kad šioje analizėje nustatytais reikšmingas alkoholio vartojimo poveikis: vėžio mirtingumo rodikliams, atitinkantis didžiausio regione alkoholio vartojimo ir vėžio sąsajų kohortų tyrimo rezultatus (Schutze et al., 2011); mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų rodikliams (kitų nei išeminė širdies liga, kurios atžvilgiu nustatytas apsauginis poveikis, žr. Puddey et al., 1999; Rehm, Sempers & Trevisan, 2003); tyčinių ir netyčinių sužalojimų rodikliams. Poveikis psichikos sveikatai ir neurologinių ligų

paplitimui daugiausiai susijęs su Europoje dažniau nei kitur pasaulyje nustatoma priklausomybės nuo alkoholio diagnoze (Rehm et al., 2009; Wittchen et al., 2011).

Alkoholio sąlygota ligų našta ir standartizuoti dėl alkoholio prarasti potencialiai produktyvūs gyvenimo metai (DALY)

Prarasti potencialiai produktyvūs gyvenimo metai (DALY) – tai apibendrintas sveikatos rodiklis, gaunamas įvertinus potencialiai prarastus gyvenimo metus ir metus gyvenant su negalia. Tai gyvenimo metai, prarandami dėl priešlaikinių mirčių ir patiriamos negalios. Įvertinta, kad 15–64 m. amžiaus grupėje ES dėl alkoholio nulemtų priežasčių 2004 m. vyrai prarado 3 359 000 metų (DALY), o moterys 684 000 (DALY) (iš viso 4 043 000 prarastų gyvenimo metų). Tai atitinka 15,2 proc. visų vyru prarastų gyvenimo metų ir 3,9 proc. moterų prarastų gyvenimo metų (10,2 proc. visų DALY). 10–12 pav. pateikiama standartizuotų mirtingumo rodiklių ir prarastų potencialiai produktyvių gyvenimo metų apžvalga pagal regionus ir šalis.

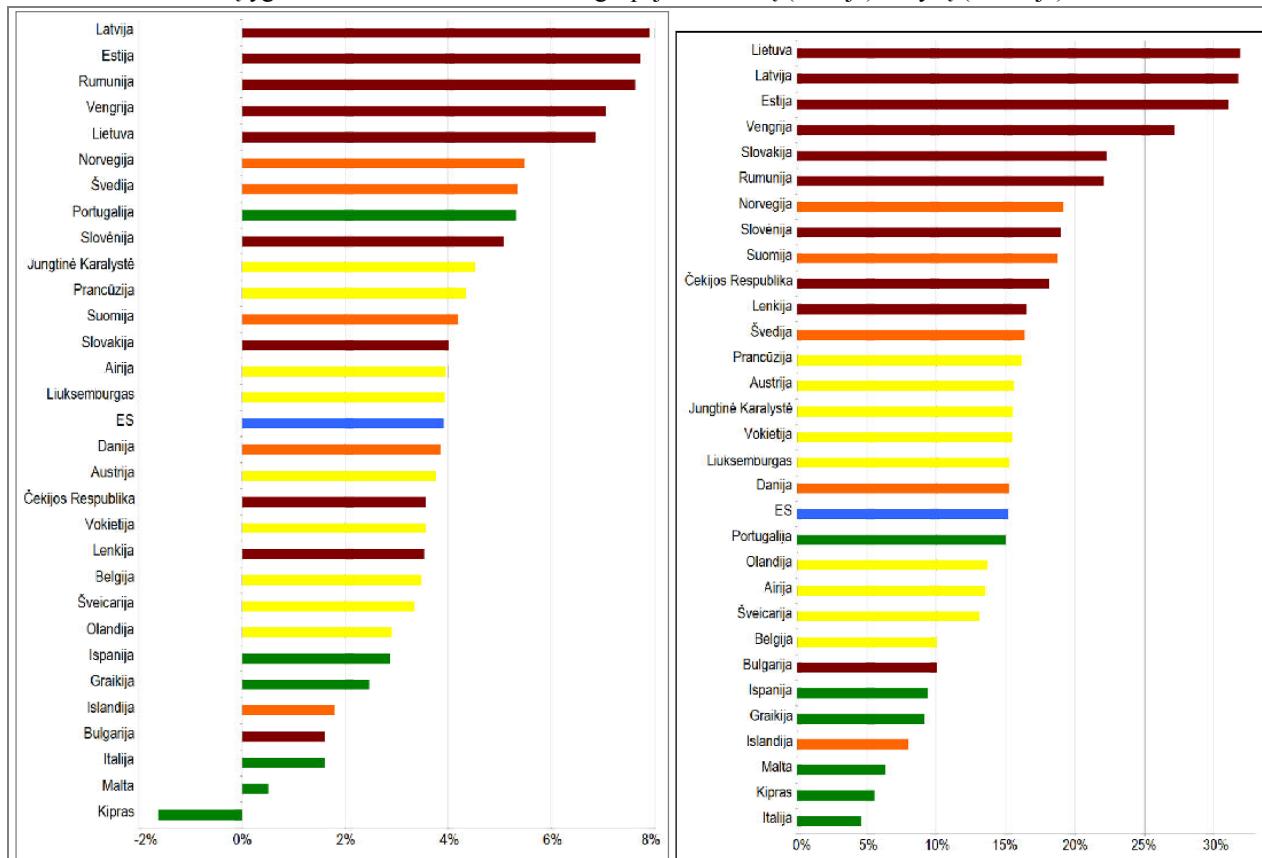
10 pav. Regioniniai skirtumai pagal tai, kokią dalį visų DALY sudaro alkoholio sąlygoti DALY 15–64 m. amžiaus grupėje ES, 2004 m.



Regionų, kuriuose dėl alkoholio prarandama mažiausiai ir daugiausiai potencialiai produktyvių gyvenimo metų (DALY), rodikliai abiem lytimis skiriasi daugiau nei dvigubai: pietų Europoje dėl alkoholio vyrai praranda 8%, moterys 2% dėl ligų prarandamų metų, tuo tarpu centrinėje–rytų ir rytų Europoje santykis yra 20% vyru ir 5% moterims. Nors proporcijos skirtinose šalyse nevienodos, didžiausi yra regioniniai skirtumai. Tarp centrinės–rytų ir rytų Europos (regiono, kurį slegia didžiausia alkoholio sukeliama ligų našta) šalių būtent Bulgarijoje vyrai ir moterys patiria mažiausią alkoholio sąlygotą naštą (11 pav.). Šiaurės šalių tarpusavio skirtumai savame regione yra ryškiausi: Norvegija ir Švedija Europoje pasižymi didžiausia šios naštos dalimi, tenkančia moterims, o Suomija ir Norvegija – tenkančia vyrams. Centrinės–vakarų ir vakarų Europos šalių rodikliai panašūs į ES vidurkį, tuo tarpu pietų Europos šalių patiriama našta yra mažesnė (11 pav.).

11 pav. Šalių skirtumai pagal tai, kokią dalį visų DALY (procentais) sudaro

alkoholio sąlygoti DALY 15–64 m. amžiaus grupėje – moterų (kairėje) ir vyrų (dešinėje) 2004 m.

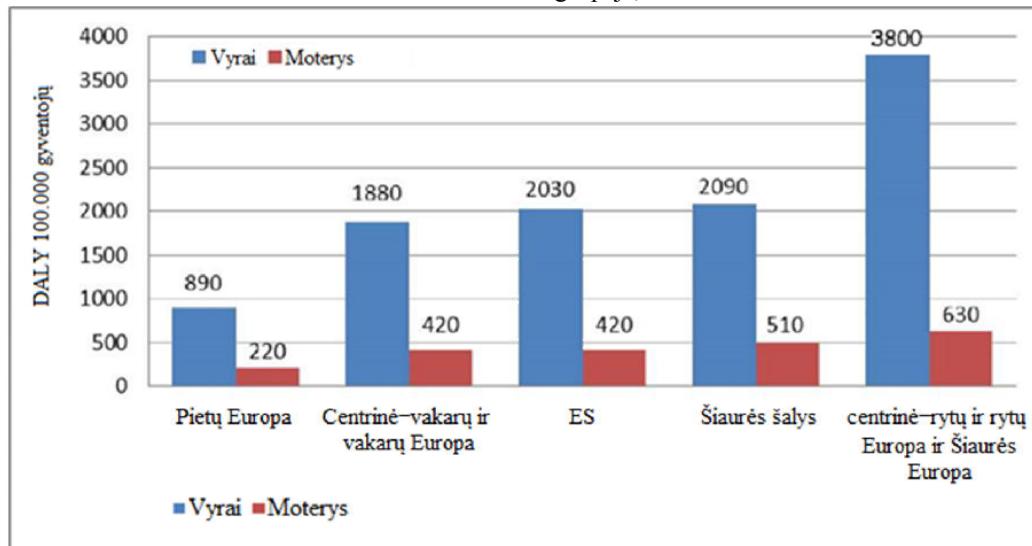


Pastaba. Skaičiuojant Latvijos rodiklius naudoti pirminiai apklausos duomenys, vėliau jie buvo koreguoti. Antro įvertinimo metu gauti žemesni rodikliai.

Šiaurės šalyse nustatyti didesni alkoholio nulemti DALY dėl jų santykinai (palyginti su kitais Europos regionais) didesnio skaičiaus metų, praleistų turint negalią rodiklių (nedetalizuota). Vyrų ir moterų standartizuoti alkoholio sąlygotų DALY rodikliai šiaurės šalyse yra aukštesni nei ES vidurkis (12 pav.), tai atitinka ir rezultatus reguliaraus kartotinio vertinimo, kuris parodė, kad šiaurės Europoje alkoholio vieneto sukelti padariniai yra didesni nei centrinės–vakarų, vakarų ir pietų Europos valstybėse. Centrinio–rytu ir rytų regionų šalys nebuvu įtrauktos į ankstesnes analizes (žr. Norstrom, 2001), daugiausiai dėl alkoholio vartojimo padarinių, lėmusių tyčinius ir netycinius sužalojimus (Skog, 2001; Rossow, 2001; Ramstedt, 2001). Reikšmingi standartizuotų DALY rodiklių skirtumai tarp šalių pastebimi tik šiaurės šalyse.

3 lentelėje pateikiama pagrindinių alkoholio sąlygotos ligų naštos priežasčių apžvalga reikšmingai skiriasi nuo alkoholio sąlygomo mirtingumo pasiskirstymo. Psichikos ir neurologiniai sutrikimai sudaro didžiausią dalį alkoholio nulemtos ligų naštos (matuojant DALY) tarp vyrų (46%) ir moterų (44%). Tarp vyrų antra dažniausia ligų naštos priežastis yra sužalojimai (netyciniai 17%, tyčiniai 10%), tarp moterų antra dažniausia priežastis yra kepenų cirozė (25%). Didelę dėl psichikos ir neurologinių sutrikimų patiriamos naštos dalį beveik išimtinai sudaro su alkoholio vartojimu susiję sutrikimai, ypač priklausomybė nuo alkoholio. Su alkoholio vartojimu susiję sutrikimai rečiau sukelia miršt nei kitos alkoholio vartojimo sukeltos ligos, pavyzdžiu, vėžys, širdies ir kraujagyslių ligos, tad jie labiau padidina alkoholio sąlygotą ligų naštą nei alkoholio nulemtą mirtingumą.

12 pav. Regioniniai standartizuotų DALY 100 tūkst. gyv. rodikliai, pagal lyti,
15–64 m. amžiaus grupėje, 2004



Alkoholio vartojimo sąlygota žala kitų žmonių sveikatai

Aptarėme, kokie alkoholio vartojimo padariniai susiję su pačių geriančiųjų mirtingumu ir ligų našta. Tačiau geriantieji kelia pavojų ne tik savo, bet ir kitų sveikatai (pavyzdžiui, alkoholio vartojimas nėštumo metu gali pakenkti naujagiminiui; vairuojant išgėrus padidėja rizika, kad bus sužaloti arba mirs kiti žmonės). Šioje skyriaus dalyje aptariame žalą, kuri dėl alkoholio vartojimo padaroma kitiems žmonėms. Tai tokia žala, kurią alkoholi vartojantys arba jo nevartojantys asmenys patiria dėl kito asmens gérimo (pavyzdžiui, keleivio, kito vairuotojo arba pėsčiojo mirtis dėl eismo įvykio, kurį sukėlė išgėrės vairuotojas; mažas gimstančio kūdikio svoris dėl to, kad motina nėštumo metu vartojo alkoholi; geriančio žmogaus įvykdymas žmogžudystė ir panaudotas smurtas).

Nors tai, ar auka vartoja alkoholi, ar ne, turi įtakos tikimybei patirti prievartą, šioje ataskaitoje su smurtu dėl kitų gérimo susijęs mirtingumas ir sergamumas apskaičiuoti remiantis išskirtinai kitų asmenų alkoholio vartojimu, neatsižvelgiant į aukos alkoholio vartojimo padarinius. Be to, kadangi šią žalą patiria įvairaus amžiaus žmonės, apibendrinime nenurodoma konkreti amžiaus grupė, kitaip nei pagrindinėje analizėje, kurioje vertinant su alkoholiu susijusią žalą (neatsižvelgiant į žalą kitiems) analizuojama 15–64 m. amžiaus grupė.

3 lentelė. Alkoholio sąlygota ligų našta Europoje, įvertinta DALY pagal apibendrintas ligų kategorijas 15–64 m. amžiaus grupėje, 2004 m.

| Poveikis | Vyrų | Moterų | Vyrų (%) | Moterų (%) |
|---|-----------|---------|----------|------------|
| <i>Žalingas poveikis</i> | | | | |
| Vėžys | 251 891 | 151 671 | 6,9 | 17,5 |
| Širdies ir kraujagyslių ligos, kitos nei išeminė širdies liga | 128 336 | 25 969 | 3,5 | 3,0 |
| Psichikos ir neurologinės ligos | 1 691 310 | 382 584 | 46,3 | 44,2 |
| Kepenų cirozė | 512 560 | 212 676 | 14,0 | 24,6 |
| Netyciniai sužalojimai | 634 959 | 50 936 | 17,4 | 5,9 |
| Tyčiniai sužalojimai | 347 225 | 24 147 | 9,5 | 2,8 |
| Kitas žalingas poveikis | 83 640 | 18 149 | 2,3 | 2,1 |
| Bendras žalingas poveikis | 3 649 921 | 866 131 | 100,00 | 100,00 |
| <i>Naudingas poveikis</i> | | | | |
| Išeminė širdies liga | 275 588 | 87 887 | 94,8 | 48,3 |
| Kitas naudingas poveikis | 15 049 | 94 054 | 5,2 | 51,7 |
| Bendras naudingas poveikis | 290 637 | 181 941 | 100,0 | 100,0 |

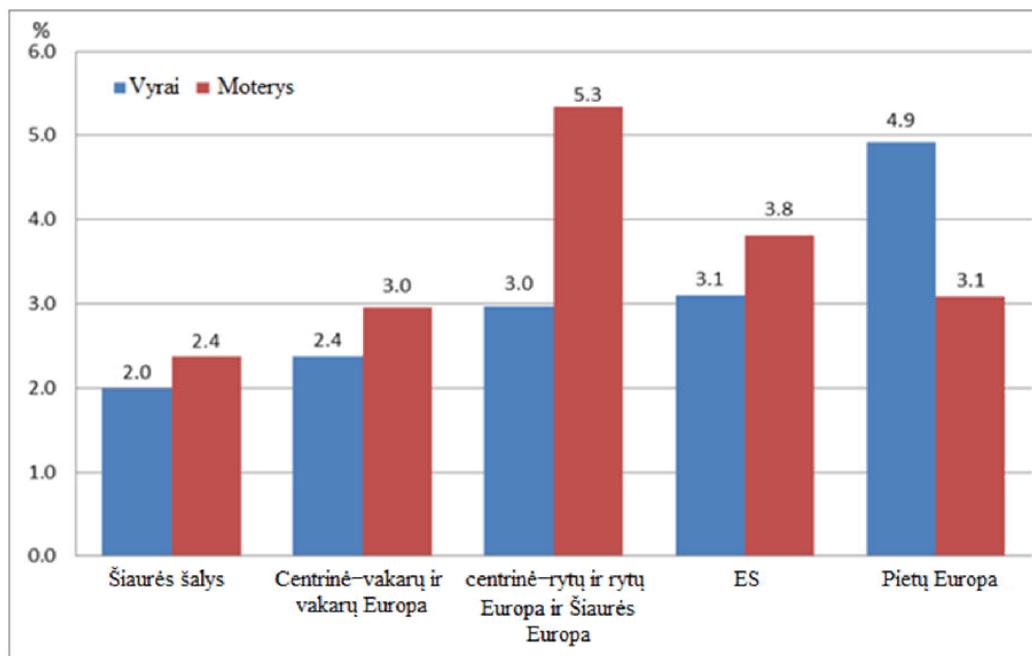
ES 2004 m. tarp bet kokio amžiaus vyrų nustatytos 5 564 mirtys ir 139 824 dėl ligų prarasti gyvenimo metai, 18 987 metai praleisti patiriant negalią ir 158 811 DALY, susiję su geriančiųjų padaryta žala kitiems; tarp bet kokio amžiaus moterų nustatytos 2146 mirtys, 51 326 prarasti gyvenimo metai, 8 423 metai, praleisti patiriant negalią, ir 59 749 DALY (apibendrintai 7 710 mirčių, 191 151 prarasti gyvenimo metai, 27 410 metų patiriant negalią ir 218 560 DALY). 4 lentelėje parodyta ES 2004 m. alkoholio sąlygota našta sveikatai, patirta dėl geriančiųjų kitiems padarytos žalos. Pagrindinė alkoholio padarytos žalos kitiems priežastis – sužalojimai eismo įvykiuose ir smurtas (antroji pagal svarbą priežastis gerokai mažiau išreikšta). Vertinant santykinę sužalojimų eismo įvykiuose, smurto ir mažo gimusių kūdikių svorio dalį alkoholio sukeltos žalos požiūriu galima teigti, kad Europos rodikliai yra panašūs į 2005 m. Australijoje nustatytus rodiklius – ten apibendrintai nustatyta, kad 367 žmonės mirė dėl kitų žmonių alkoholio vartojimo: 75,4% dėl transporto avarijų, 21,0% dėl prievertos ir 3,6% dėl alkoholinio vaisiaus sindromo, kuris apėmė ir mažą gimusių kūdikių svorį (Laslett et al., 2010). Alkoholinio vaisiaus sindromo nulemtas mirtingumas procentais Australijoje didesnis nei ES, nes šios kategorijos rodikliai apima papildomas mirties ir negalios priežastis, kurios į šią analizę nebuvo įtrauktos dėl palyginamųjų tarptautinių mirtingumo duomenų stokos.

13 ir 14 pav. rodo santykinę naštą dėl kitiems padaromos žalos matuojant mirčių skaičiumi ir DALY, prarastais dėl alkoholio vartojimo regionuose. ES 2004 m. 3,3% bendros naštos, įvertintos mirčių skaičiumi (3,1% vyrų ir 3,8% moterų), ir 4,5% bendros naštos, matuoamos DALY (4,0% vyrams; 6,9% moterims), lėmė geriančiųjų kitiems padaryta žala. Moterims, palyginti su vyrais, teko didesnis procentas bendros alkoholio sąlygotos naštos vertinat pagal mirtis dėl kitų padarytos žalos, išskyrus pietų Europos šalis.

4 lentelė. Alkoholio sąlygota žala kitiems, išreikšta mirtingumo ir ligų naštos rodikliais 15–64 m. amžiaus grupėje, 2004

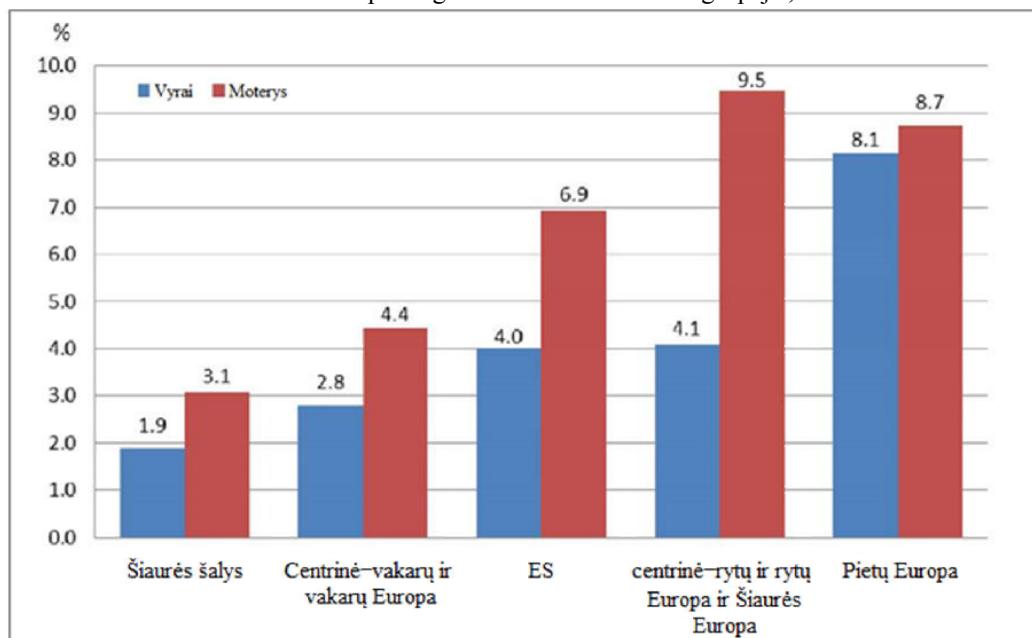
| Mirties priežastis ir DALY | Vyrai | Moteris | Vyrai (%) | Moteris (%) |
|-----------------------------|--------|---------|-----------|-------------|
| <i>Mirtys</i> | | | | |
| Mažas gimimo svoris | 62 | 45 | 1,1 | 2,1 |
| Smurtas | 1586 | 685 | 28,5 | 31,9 |
| Sužalojimai eismo įvykiuose | 3916 | 1416 | 70,4 | 66,0 |
| Bendras | 5564 | 2147 | 100,0 | 100,0 |
| <i>DALY</i> | | | | |
| Mažas gimimo svoris | 2685 | 2063 | 1,7 | 3,5 |
| Smurtas | 47956 | 18967 | 30,2 | 31,7 |
| Sužalojimai eismo įvykiuose | 108170 | 38719 | 68,1 | 64,8 |
| Bendras | 158811 | 59749 | 100,0 | 100,0 |

Pagal mirtis pietų Europos šalyse didžiausią bendros alkoholio sukeltos žalos dalį sudaro žala aplinkiniams. Tuo tarpu skaičiavimai rytų Europoje rodo, kad didelę dalį mirčių eismo įvykiuose sudaro atvejai, kai girtas vairuotas žūva. Todėl norint tiksliai išskirti girtų vairuotojų padarytą žalą sau ir kitiems centrinėje–rytu ir rytų Europoje svarbu įvertinti specifinę santykinę riziką.



Be to, centrinėje–rytu ir rytų Europoje nustatytas didelis alkoholio sukeltas mirtingumas dėl kitų, nei eisimo įvykiai, prievara ir mažas kūdikių gimimo svoris, priežasčių, todėl kitiems padarytos žalos dalis bendrame alkoholio sąlygotame mirtingumo rodiklyje santykinių sumažėja. Ir priešingai, žalos kitiems svoris yra žymiai didesnis pietų Europoje, kur bendras alkoholio sąlygotas mirtingumas yra mažesnis. Čia pateikiami žalos aplinkiniams rodikliai apima tik padarinius sveikatai – mirtingumą ir negalią – ir neapima kitų svarbių žalų aplinkiniams: nusikaltimų ir chuliganizmo, sužalojimų ir traumų darbe, neatliktų darbų sąnaudų, socialinių padarinių geriančiojo šeimai ir aplinkiniams.

14 pav. Alkoholio vartojimo sukeltos žalos kitiems sąlygotų DALY rodikliai PSO Europos regione 15–64 m. amžiaus grupėje , 2004 m.



Išvados

Alkoholio vartojimas ES užkrauna visuomenei didelę sveikatos problemų naštą. Greta ligų sukeliamos, yra socialinė ir ekonominė alkoholio vartojimo padarinių našta, tenkanti individui, šeimoms, darbovietaems ir visuomenei. Didelė dalis šios naštos prislegia ne tik patį geriantijį, bet ir aplinkinius. Nors tiksliai įvertinti žalą kitiems sudėtinga, Europos duomenys rodo, kad ši našta yra didelė. Teoriškai visos alkoholio sąlygotos ligų naštos galima išvengti.

Šaltiniai

- Alpérovitch A, Bertrand M, Jouglé E et al. (2009). Do we really know the cause of death of the very old? Comparison between official mortality statistics and cohort study classification. *European Journal of Epidemiology*, 24:669–675.
- Anderson P, Baumberg B (2006). *Alcohol in Europe. A public health perspective*. London, Institute of Alcohol Studies (http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_content_en.pdf, accessed 18 February 2012).
- European Commission (2010). *EU citizens' attitudes towards alcohol. Special Eurobarometer 331*. Brussels, European Commission.
- Gmel G, Kuntsche E, Rehm J (2011). Risky single occasion drinking: bingeing is not bingeing. *Addiction*, 106:1037–1045.
- Gmel G, Rehm J (2004). Measuring alcohol consumption. *Contemporary Drug Problems*, 31(3):467–540.
- Groves RM (2004). *Survey errors and survey costs*. Chichester, John Wiley and Sons Ltd. (Wiley Series in Survey Methodology).
- Haberman PW, Weinbaum DF (1990). Liver cirrhosis with and without mention of alcohol as cause of death. *British Journal of Addiction*, 85:217–222.
- Harteloh P, de Bruin K, Kardaun J (2010). The reliability of cause-of-death coding in the Netherlands. *European Journal of Epidemiology*, 25:531–538.
- Holmes J, Booth A, Meier P et al. (2011). *Time lags in the effects of alcohol policy interventions*. 37th Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society, Melbourne, 11–15 April 2011.
- Iontchev A (1998). Central and Eastern Europe. In: Grant M, ed. *Alcohol and emerging markets: patterns, problems, and responses*. Washington, DC, International Center for Alcohol Policies.
- Klatsky AL, Udaltsova N (2007). Alcohol drinking and total mortality risk. *Annals of Epidemiology*, 17:S63–S67.
- Lachenmeier DW, Leitz J, Schoeberl K et al. (2011a). Quality of illegally and informally produced alcohol in Europe: results from the AMPHORA project. *Adicciones*, 23:133–140.
- Lachenmeier DW, Schoeberl K, Kanteres F et al. (2011b). Is contaminated unrecorded alcohol a health problem in the European Union? A review of existing and methodological outline for future studies. *Addiction*, 106:20–30.
- Lachenmeier DW, Taylor BJ, Rehm J (2011). Alcohol under the radar: do we have policy options regarding unrecorded alcohol? *International Journal of Drug Policy*, 22:153–160.
- Landberg J (2011). Self-reported alcohol consumption and the risk of alcohol-related problems: a comparative risk-curve analysis of the 3 Baltic countries, Sweden, and Italy. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 36(1):113–118.
- Laslett AM, Catalano P, Chikritzhs T et al. (2010). *The range and magnitude of alcohol's harm to others*. Fitzroy, VIC, Turning Point Alcohol & Drug Centre, Eastern Health.
- Leifman H (2002). Trends in popular drinking. In: Norström T, ed. *Alcohol in postwar Europe: consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*. Stockholm, National Institute of Public Health and Almqvist & Wiksell International.
- Leon D, Chenet L, Shkolnikov V et al. (1997). Huge variation in Russian mortality rates 1984–1994: artefact, alcohol, or what? *Lancet*, 350:383–388.
- Leon DA, McCambridge J (2006). Liver cirrhosis mortality rates in Britain from 1950 to 2002: an analysis of routine data. *Lancet*, 367:52–56.
- Mäkelä P, Fonager K, Hibell B et al. (2001). Episodic heavy drinking in four Nordic countries: a comparative survey. *Addiction*, 96(11):1575–1588.

- McGovern PE (2007). *Ancient wine*. Princeton, NJ, Princeton University Press.
- Norström T (2001). Per capita alcohol consumption and all-cause mortality in 14 European countries. *Addiction*, 96:S113–S128.
- Phillips R (2000). *A short history of wine*. New York, NY, Harper Collins.
- Popova S, Rehm J, Patra J et al.(2007). Comparing alcohol consumption in central and eastern Europe to other European countries. *Alcohol and Alcoholism*, 42(5):465–473.
- Puddey IB, Rakic V, Dimmitt SB (1999). Influence of pattern of drinking on cardiovascular disease and cardiovascular risk factors – a review. *Addiction*, 94:649–663.
- Puffer RR, Griffith GW (1967). *Patterns of urban mortality: report of the Inter-American Investigation of Mortality*. Washington, DC, Pan American Health Organization.
- Ramstedt M (2001). Alcohol and suicide in 14 European countries. *Addiction*, 96:59S–75S.
- Rehm J, Room R, Monteiro M et al. (2004). Alcohol use. In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL, eds. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors, Vol. 1*. Geneva, World Health Organization:959–1109.
- Rehm J, Kehoe T, Gmel G et al. (2010a). Statistical modeling of volume of alcohol exposure for epidemiological studies of population health: the example of the US. *Population Health Metrics*, 8:3.
- Rehm J, Klotsche J, Patra J (2007). Comparative quantification of alcohol exposure as risk factor for global burden of disease. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16:66–76.
- Rehm J, Mathers C, Popova S et al. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol use disorders. *Lancet*, 373:2223–2233.
- Rehm J, Rehn N, Room R et al. (2003). The global distribution of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking. *European Addiction Research*, 9:147–156.
- Rehm J, Sempos C, Trevisan M (2003). Average volume of alcohol consumption, patterns of drinking and risk of coronary heart disease – a review. *Journal of Cardiovascular Risk*, 10:15–20.
- Rehm J, Sulkowska U, Manczuk Met al.(2007).Alcohol accounts for a high proportion of premature mortality in central and eastern Europe. *International Journal of Epidemiology*, 36:458–467.
- Rehm J, Taylor B, Mohapatra Set al.(2010b). Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis – a systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Review*, 29:437–445.
- Rehm J, Zatonski W, Taylor B (2011). Epidemiology and alcohol policy in Europe. *Addiction*, 106 (Suppl.1):11–19.
- Room R, Mäkelä K (2000). Typologies of the cultural position of drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(3):475–483.
- Room R (1992). The impossible dream? Routes to reducing alcohol problems in a temperance culture. *Journal of Substance Abuse*, 4(1):91–106.
- Room R (2010). Alkogol'naya politika: polozhenie del i problemy v Evrope i Severnoi Azii [Alcohol politics: status of the problem in Europe and North Asia]. In: Khalturnia DA, Korotaev AV, eds. *Alkogol'naya katastrofa i vozmozhnosti gosudarstvennoi politiki v preodolenii alkogol'noi sverkhsmertnosit v Rossii* [The alcohol catastrophe and the possibilities of public policy in overcoming extreme alcohol mortality in Russia], 2nd ed. Moscow, URSS.
- Rossow I (2001). Alcohol and homicide: cross-cultural comparison of the relationship in 14 European countries. *Addiction*, 96:77–92.
- Rothman KJ, Greenland S, Lash TL (2008). *Modern Epidemiology*, 3rd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins.
- Schütze N, Boeing H, Pischon T et al.(2011). Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study. *British Medical Journal*, 342:d1584.
- Shield K, Rehm J. Difficulties with telephone-based surveys on alcohol in high-income countries: the Canadian example. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, doi: 10.1002/mpr.1345.
- Skog OJ (2001). Alcohol consumption and overall accident mortality in 14 European countries. *Addiction*, S35–S47.
- Spode H (1993). *Die Macht der Trunkenheit: Kultur- und Sozialgeschichte des Alkohols in Deutschland* Opladen. Leverkusen, Germany, Verlag Leske & Budrich GmbH.
- Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J et al.(2011).The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21:655–679.
- WHO (2004). *Global status report on alcohol and health*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2011). *Global status report on alcohol and health*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2012). Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) [online database]. Geneva, World Health Organization (<http://who.int/globalatlas/alcohol>, accessed 23 February 2012).

Zatonski W, Manczuk M, Sulkowska U (2008). In: *Closing the health gap in European Union*. Warsaw, Cancer Epidemiology and Prevention Division, The Maria Skłodowska-Curie Memorial Cancer Centre and Institute of Oncology.

Zatonski W, Sulkowska U, Manczuk M et al. (2010). Liver cirrhosis mortality in Europe, with special attention to central and eastern Europe. *European Addiction Research*, 16:193–201.

Neregistruotas ir nelegalus alkoholis

Dirk W Lachenmeier

Įžanga

EK pranešime „Alkoholis Europoje. Visuomenės sveikatos perspektyva“ (Anderson & Baumberg, 2006) vertinami ir neregistruoto alkoholio padarinių Europos ekonomikai bei visuomenės sveikatai aspektai. Hvalkofo ir Andersono (1995) pranešime neregistruoto alkoholio vartojimas apibrėžiamas kaip „alkoholio vartojimas, neatsispindintis oficialioje alkoholio vartojimo statistikoje“.

Nors neregistruotą vartojimą dėl jo pobūdžio sunku išmatuoti, PSO duomenys (Rehm et al, 2004) rodo, kad daugiausia nelegalus ir iš užsienio įsivežto alkoholio suvartojama rytų Europoje (ypač Baltijos šalyse, Bulgarijoje ir Slovėnijoje). Preliminariais neregistruoto vartojimo tendencijų vertinimais, nuo 1970-ųjų vidurio neregistruotas vartojimas šiaurės Europos šalyse ir Jungtinėje Karalysteje didėjo, tačiau tuo laikotarpiu, iki 2004 m. gegužės, kitose ES šalyse nepakito (Leifman, 2001). Apie šias tendencijas šalyse, prisijungusiose prie ES 2004 m. gegužę, informacijos nėra.

Suvartojoamo neregistruoto alkoholio kiekis ES šiuo metu yra apie 13 proc. viso suvartoto alkoholio, tačiau pagal šį rodiklį Europos šalyse reikšmingai skiriasi (1 lentelė).

ES šalys dėl neregistruoto ir nelegalaus alkoholio patiria šias problemas:

- Vyriausybės dėl nelegalios produkcijos, mokesčiavimo, alkoholinių gėrimų padirbinėjimo ir kontrabandos praranda mokestines pajamas, be to iškraipomos konkurencijos sąlygos, dėl to mažeja iš sąžiningos prekybos gaunamos pajamos, o parduodant šiuos produktus kaip teisėtus, apgaudinėjami vartotojai.
- Surogatinis alkoholis (alkoholis, neskirtas žmonėms vartoti) padidina riziką sveikatai dėl toksinių denatūratų arba specialių priedų (pavyzdžiui, kosmetikai skirtas alkoholis).
- Didelio masto prekyba nelegaliu arba surrogatiniu alkoholiu gali būti susijusi su organizuotu nusikalstamumu.
- Šiaurės šalių pasienio prekyba gali trukdyti įgyvendinti nacionalinę alkoholio kontrolės politiką (ypač jeigu ji vykdoma platesniu mastu, išskaitant (asmeninius) pardavimus kitiems).
- Gali atsirasti vyno, alaus ir spiritinių gėrimų gamyba namuose (priklausomai nuo šalies, alkoholio rūšies, metinės gamybos kiekio, ji gali būti legali arba nelegali, registruota arba neregistruota).
- Visos šios neregistruoto alkoholio formos (išskyrus įsigytąjį apsipirkus kitose šalyse ir teisėtai pasigamintą namų sąlygomis) gali kelti papildomą pavojų vartotojui dėl ES gamybos higienos normų kontrolės nebuvinimo, ES teisės aktų dėl produktų kokybės ir saugumo nepaisymo (pavyzdžiui, vartotojas gali apsinuoduti nenustatytu metanoliu).

Sveikatos padarinių požiūriu jokio išskirtinio neregistruoto alkoholio poveikio nenustatyta, išskyrus nepaprastai didelį kepenų cirozės paplitimą Vengrijoje, Rumunijoje ir Slovėnijoje. Spėjama, kad namų gamybos stipriame alkoholyje esančios alifatinio alkoholio lakiosios šalutinės medžiagos (vadinamieji aukštėsnieji alkoholiai) didina kepenų cirozės riziką (Szucs et al., 2005).

Ekomininis poveikis atsiranda dėl kontrabandos ir sukčiavimo mokesčių srityje. Tokios neteisėtos prekybos pavyzdys – prekėms neteisėtai taikomas laikinas akcizų mokėjimo atidėjimas (alkoholiniai gėrimai ES gali judėti atidedant akcizų mokėjimą iki tada, kai prekės patenka vartotojui). Sukčiavimo atveju prekės yra neteisėtai pervežamos iš pirminės (mažų mokesčių) vietas į naujas (didelių mokesčių) vietas. Nors sunku

gauti patikimus statistinius duomenis apie neteisėtą prekybą, Europos aukšto lygio grupė apskaičiavo, kad dėl sukčiavimo alkoholio prekyboje 1996 m. prarasta apie 1,5 mlrd. eurų. Didelę įtaką kontrabandos ir sukčiavimo mastams turi vyriausybių veiksmai.

Mokestinių nuostoliai, mokesčių persiskirstymas vyksta ne tik dėl kontrabandos, bet ir dėl to, kad gyventojaiapsiperka gretimose šalyse, ypač tada, kai nedideliu atstumu yra dideli kainų skirtumai, pavyzdžiui, šiaurės šalyse. Sušvelninus įvežamų į vidaus rinką prekių kiekio ribojimus, nuolat didėja teisėto apsipirkimo kitose šalyse apimtys.

Pranešime neaptarti jokie specifiniai pasiūlymai dėl kitų neregistravimo alkoholio rūšių (pavyzdžiu, namuose pagaminto alkoholio) kontrolės politikos, išskyrus vieną – kad būtina sustiprinti kovą su kontrabanda. Pranešime pažymėta, kad atliekant naujus mokslinius tyrimus reikėtų pamatuoti ir neregistravotą vartojimą, ypač šalyse, prisijungusiose prie ES 2004 m. gegužę.

Atnaujinti įrodymai

Europos regioninis biuras (PSO Europos regioninis biuras, 2009) 2009 m. pateikė atnaujintus duomenis apie intervenciją, kuriomis siekiama mažinti alkoholio daromą žalą, veiksmingumą ir ekonominę naudą (5 lentelė). Šioje ataskaitoje neregistravotos alkoholis apžvelgiamas išsamiau nei Andersono ir Baumbergo (2006) pranešime, išskaitant skyrių, kuriami aptariama, kaip sumažinti neregistravoto alkoholio poveikį visuomenės sveikatai. Svarbiausia – atnaujinta neregistravoto alkoholio apibrėžtis (žr. 2 langelį). (Daugiau informacijos apie apibrėžtį ir jos pavyzdžiai pateikiami *Lachenmeier, Gmel & Rehm*, spaudoje).

Kovodamos su kontrabanda, nelegalia prekyba ir eksporto klastotėmis, kurių galimai gausėja kai kuriose ES valstybėse narėse, EK ir valstybės narės ėmėsi tam tikrų veiksmų, pavyzdžiui – EK priėmė rekomendaciją dėl sandėlio savininkų ir akcizais apmokestinamų produktų judėjimo ir priežiūros sistemos kompiuterizavimo.

Padidėjus neregistravotai alkoholio gamybai ir jos produktų vartojimui, didinant apmokestintu vartojimu dalį galima užtikrinti veiksmingesnę kainodarą nei tiesiog padidinus akcizo mokesčių – ši priemonė gali tik dar labiau paskatinti nelegalią produkciją, kontrabandą, pasienio prekybą (PSO Europos regioninis biuras, 2009). Kol kas nėra išsamių duomenų apie kontrabandinį alkoholių ir jokių mokslinių tyrimais pagrįstų įrodymų apie priemonių mažinant tokio alkoholio vartojimą veiksmingumą ir ekonominę naudą.

Nors kontrabandinio alkoholio (ypač eksporto klastočių) kokybė greičiausiai nesiskiria nuo legalaus alkoholio, PSO Europos regioninis biuras (2009) nurodo, kad surogatinis ir namuose pagamintas alkoholis galimai sveikatą žaloja labiau dėl užterštumo papildomomis medžiagomis, pavyzdžiui, denatūrantu (metanoliu) arba kvapiosiomis medžiagomis (kumarinu, kurio yra kosmetiniame alkoholyje), kartais netycia patekusiosiomis gamybos namuose metu (etilo karbamidu, švinu). Pavojingiausia iš šių medžiagų – metanolis, anksčiau tapęs ne vieno ūminiu apsinuodijimų protrūkio priežastimi (Lachenmeier, Rehm & Gmel, 2007). Draudimas naudoti metanolį (arba metanolį, kuriamo yra medienos alkoholio) denatūravimui, galiojantis kai kuriose ES šalyse (Europos Komisija, 1993), yra veiksminga politikos priemonė, mažinant metanolio sukeliamą sergamumą ir mirtingumą.

5 lentelė. Atnaujinti įrodymai apie neregistravotą alkoholių

| Neregistravoto alkoholio tipas | Politikos priemonė | Šaltinis |
|--------------------------------|--|--|
| Visas | Reikėtų visoje Europoje įdiegti bendras banderolas ir taikyti vienodas priemones, užtikrinančias visų alkoholio produktų judėjimo stebėseną ir | PSO Europos regioninis biuras (2009); Babor et al. |

| Neregistrnuoto alkoholio tipas | Politikos priemonė | Šaltinis |
|--|--|--------------------------------------|
| | visoje paskirstymo grandinėje, veiksmingai įgyvendinti kontrolės įstatymus. | (2010) |
| Visas | Šalyse, kuriose gaminama ir vartojama daug neregistrnuoto alkoholio, veiksmingiau yra padidinti apmokestinamą suvartojamo alkoholio dalį, nei tiesiog padidinti akcizą. | Babor et al. (2010) |
| Isivežtas iš užsienio (pasienio prekyba) | Alkoholio mokesčių sumažinimas siekiant sumažinti iš užsienio įvežamo alkoholio patrauklumą arba nelegalią prekybą gali padidinti dėl alkoholio patiriamą žalą. | PSO Europos regioninis biuras (2009) |
| Kontrabandinis alkoholis | Gamintojai ir prekybininkai turi įsipareigoti dalintis žiniomis ir informacija apie neteisėtą prekybą ir nelegalų alkoholi. | PSO Europos regioninis biuras (2009) |
| Surogatinis alkoholis | Turėtų būti uždrausta denatūravimui naudoti metanolį arba produktus su metanoliu. | PSO Europos regioninis biuras (2009) |
| Surogatinis alkoholis | Vartotojams skirtuose produkuose turėtų būti uždrausta naudoti medžiagas, kurios suvartotos pasižymi toksiniu poveikiu (pavyzdžiui, poliheksametilenguanidino hidrochloridas (PHMG) arba kumarinas). | Lachenmeier, Taylor & Rehm (2011) |
| Surogatinis alkoholis | Norint atgrasyti nuo vartojimo į surrogatinį alkoholį reikėtų dėti karčiujų medžiagą. | PSO Europos regioninis biuras (2009) |
| Medicininis alkoholis | Prekyba medicininiu alkoholiu turėtų būti griežtai kontroliuojama, jis turi būti parduodamas tik mažos talpos induose. | PSO Europos regioninis biuras (2009) |
| Pagamintas namuose | Galima būtų siūlyti finansinių skatinimų, jeigu gamintojai sutinka registruotis ir kontroliuoti kokybę. | Lachenmeier, Taylor & Rehm (2011) |

2 langelis. Neregistrnuoto alkoholio apibrėžtis

Neregistrnuotu laikomas šis alkoholis:

- namų gamybos alkoholis
- nelegalios gamybos alkoholis arba
- kontrabandiniai alkoholio produktai bei
- surrogatinis alkoholis, skirtas ne gerti (burnos skalavimo skystis, kvepalai ir odekolonai)

Šaltinis: PSO Europos regioninis biuras, 2009

Neseniai atlikti tyrimai parodė, kad nuogastavimai dėl neregistrnuoto alkoholio toksiškumo dažniausiai yra perdėti (Rehm, Kanteres & Lachenmeier, 2010). Pavyzdžiui, kiekybiniai rizikos palyginimai parodė, kad etanolio toksinis poveikis kepenims yra bent 5000 kartų didesnis nei etilo karbamido (Lachenmeier, Kanteres & Rehm, 2011). Didesnis namų gamybos stipraus alkoholio prienamumo nulemtas toksišumas vėlgi nėra toks pavojingas – vien jis nepaaiškina itin didelio kepenų cirozės atvejų skaičiaus Vengrijoje, Rumunijoje ir Slovėnijoje (Lachenmeier, Haupt & Schulz, 2008). Didesnį kepenų cirozės atvejų skaičių greičiau lemia ne alkoholio kokybė, bet didesnė alkoholio koncentracija neregistruotame alkoholyje, paplitusio probleminio alkoholio vartojimo modelio, žemesnės socialinės ir ekonominės padėties bei prastos sveikatos būklės sąveika (Rehm, Kanteres & Lachenmeier , 2010).

Didelis alkoholio pramonės finansuotas tyrimas Rusijos Federacijoje taip pat nenustatė esminių skirtumų tarp namų gamybos ir komercinių stipriųjų gėrimų toksiškumo (Nuzhnyi, 2004). Išimtimi laikytina PHMG – medžiaga, siejama su ūminio cholestazinio kepenų pažeidimo protrūkiu Rusijos Federacijoje vartojant surrogatinį alkoholį (Ostapenko et al., 2011). Minėtu atveju vartotas alkoholis, skirtas patalpų dezinfekcijai, kuriame PHMG veikė kaip antiseptinė medžiaga.

Neseniai peržiūrėti kovai su neregistrnuotu alkoholiu skirtų politikos priemonių veiksmingumo įrodymai (Lachenmeier, Taylor & Rehm, 2011). Ataskaitoje pristatomos politikos galimybės, minimos Europos regioninio biuro (PSO Europos regioninis biuras, 2009) ir Baboro su kolegomis (2010) apžvalginame

straipsnyje (Lachenmeier Taylor & Rehm, 2011), bei pateikiama išsami diskusija apie nedidelės apimties namudinę alkoholio gamybą. Remdamiesi istoriniais pavyzdžiais iš vakarų Europos, autorai apibendrina, kad paskatomis grindžiama sistema (kai naminę gamybą kontroliuoja valstybė) gali veikti geriau nei gamybos namuose draudimas, kurį sunku įgyvendinti.

Yra du su neregistrnuotu alkoholiu susiję ES finansuojami projektai (žr. 4 priedą).

Kainų politikos įtaka neoficialiai rinkai

Kainų politikos trūkumas yra tas, kad esant neregistrnuoto arba nelegalaus alkoholio rinkai, padidėjus legalaus alkoholio kainoms padidėja nelegalaus ir neregistrnuoto vartojimo dalis (Babor et al., 2010). Taigi šiame skyriuje aptartas priemones nuoseklioje alkoholio kontrolės politikoje reikėtų taikyti kartu su kitais metodais. Alkoholio gamybos pramonė užsiima nuolatiniu lobizmu prieš alkoholio mokesčių didinimą, skelbdama aiškiai perdėtus nuogąstavimus dėl neregistrnuoto alkoholio poveikio visuomenės sveikatai (Lachenmeier & Rehm, 2009). Tačiau yra įrodymų, kad dėl kainos pokyčių vartotojai nebūtinai visiškai pakeičia vienus gérimus kitais (Babor et al., 2010). Nepaisant to, reikia paminėti, kad kol kas įrodymai, jog bendrų alkoholio kontrolės politikos priemonių bei kainų ir mokesčių pokyčiai turi įtakos neregistrnuoto alkoholio ir jo pakaitalų vartojimui, yra labai menki (Lachenmeier Taylor & Rehm, 2011; Babor et al., 2010).

Išvados dėl politikos ir praktikos

Jau ir anksčiau buvo žinoma, kad neregistrnuoto alkoholio cheminė sudėtis, išskyrus etanolio poveikį, nekelia rimto pavojaus sveikatai (PSO Europos regioninis biuras, 2009; Lachenmeier et al, 2011), išimtis – reti (ypač ES šalyse) apsinuodijimo metanoliu atvejai (Lachenmeier, Rehm & Gmel, 2007).

Šiuolaikiniai tyrimai rodo, kad papildomas neregistrnuoto alkoholio pavoju sveikatai daugiausia kyla dėl: (i) potencialiai didesnio etanolio kiekio suvartojo palyginti su to paties tūrio komercinio alkoholio kiekiu, nes neregistrnuotas alkoholis paprastai yra stipresnis, (ii) potencialiai didesnio etanolio kiekio suvartojo, nes neregistrnuotas alkoholis yra pigesnis nei registruotas, ir (iii) žalingesnio nei registruoto alkoholio vartojimo būdo (trūksta patikimų įrodymų).

Mokslinių tyrimų spragos

Pirmas žingsnis siekiant spręsti neregistrnuoto alkoholio problemą – nustatyti tikslėsnes rinkos dydžio ir vartojimo apimtis (Anderson & Baumberg, 2006).

Kadangi kontrolės politikos priemonės didžiaja dalimi priklauso nuo neregistrnuoto alkoholio rūšies (pvz., gamybai namuose reikalingos kitokios priemonės nei didelio masto kontrabandai), būtina įvertinti specifinį šaliai ar regionui vartojimo pasiskirstymą pagal įvairias neregistrnuoto alkoholio kategorijas. Norint užtikrinti tinkamą politikos priemonių veiksmingumo stebėseną būtina kaupoti patikimus duomenis apie vartojimo pokyčius.

Išvados

Šios išvados turėtų būti naudingos ir politikai, ir praktikai.

- Daugiausiai neregistrnuoto alkoholio suvartojama rytų Europoje, ypač Baltijos šalyse, Bulgarijoje ir Slovēnijoje.

- Didžiausią poveikį ekonomikai daro nuostoliai, susiję su kontrabanda ir mokesčiniu sukčiavimu. Neteisėtos prekybos ir kontrabandos mastai labiausiai priklauso nuo to, kiek griežtai vyriausybės įgyvendina kontrolės priemones.
- Apmokestintų prekių vartojimo dalies padidinimas bendrame vartojime kainodaros požiūriu gali būti veiksmingesnė priemonė nei paprastas akcizo mokesčio didinimas, ypač ten, kur neregistruoto alkoholio gamyba ir vartojimas labiau paplitę.
- Nustatyta, kad komercinio ir neregistruoto alkoholio poveikis sveikatai ir toksišumas labiausiai susijęs su pačiu etanoliu. Komercinio ir neregistruoto alkoholio poveikis menkai skiriasi. Pagrindinė problema yra ta, kad neregistruotas stiprus alkoholis dažnai yra aukštesnės alkoholio koncentracijos (> 45 proc. tūrio), bet perpus pigesnis nei legalūs gėrimai, o tai galimai skatina žalingesnius vartojimo įpročius ir kelia didesnį pavoją sveikatai.
- Vertinant apibendrintai, rizika sveikatai dėl neregistruoto alkoholio vartojimo ES nėra daug didesnė už suvartoto tokio pat kiekiego registruoto alkoholio keliamą riziką.
- Norint geriau suprasti su neregistruotu alkoholiu susijusius reiškinius, reikalingi tikslėsni jo rinkos dydžio ir vartojimo skaičiavimai. Norint parengti rekomendacijas konkretioms šalims arba regionams, svarbu įvertinti ir neregistruoto alkoholio įvairovės pasiskirstymą.

Šaltiniai

- Anderson P, Baumberg B (2006). *Alcohol in Europe. A public health perspective*. London, Institute of Alcohol Studies (http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_content_en.pdf, accessed 18 February 2012).
- Babor TF, Caetano R, Casswell S et al. (2010). *Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy*, 2nd ed. Oxford, Oxford University Press.
- European Commission (1993). 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*, L288:12–15.
- Hvalkof S, Anderson P (1995). *Terminology for alcohol policy*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Lachenmeier DW, Gmel G, Rehm J. Unrecorded alcohol consumption. In: Boyle P, Boffetta P, Lowenfels A, Burns Het al., eds. *Alcohol: science, policy and public health*. Oxford, Oxford University Press (in press).
- Lachenmeier DW, Haupt S, Schulz K (2008). Defining maximum levels of higher alcohols in alcoholic beverages and surrogate alcohol products. *Regulatory Toxicology and Pharmacology*, 50:313–321.
- Lachenmeier DW, Kanteres F, Rehm J (2011). Epidemiology-based risk assessment using the benchmark dose/margin of exposure approach: the example of ethanol and liver cirrhosis. *International Journal of Epidemiology*, 40:210–218.
- Lachenmeier DW, Leitz J, Schoeberl K et al. (2011b) Quality of illegally and informally produced alcohol in Europe: results from the AMPHORA project. *Adicciones*, 23:133–140.
- Lachenmeier DW, Rehm J (2009). Unrecorded alcohol: A threat to public health? *Addiction*, 104:875–877.
- Lachenmeier DW, Rehm J, Gmel G (2007). Surrogate alcohol: what do we know and where do we go? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31:1613–1624.
- Lachenmeier DW, Taylor BJ, Rehm J (2011). Alcohol under the radar: do we have policy options regarding unrecorded alcohol? *International Journal of Drug Policy*, 22:153–160.
- Leifman H (2001). Estimations of unrecorded alcohol consumption levels and trends in 14 European countries. *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift*, 18(English Suppl.):54–70.
- Nuzhnyi V (2004). Chemical composition, toxic, and organoleptic properties of noncommercial alcohol samples. In: Haworth A, Simpson R, eds. *Moonshine markets. Issues in unrecorded alcohol beverage production and consumption*. New York, NY, Brunner-Routledge:177–199.
- Ostapenko YN, Brusin KM, Zobnin YV et al. (2011). Acute cholestatic liver injury caused by polyhexamethyleneguanidine hydrochloride admixed to ethyl alcohol. *Clinical Toxicology*, 40:471–477.
- Rehm J, Kanteres F, Lachenmeier DW (2010). Unrecorded consumption, quality of alcohol and health consequences. *Drug and Alcohol Review*, 29:426–436.

Rehm J, Room R, Monteiro M et al. (2004). Alcohol use. In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL, eds. *Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Vol. 1.* Geneva, World Health Organization:959–1108.

Szücs S, Sárváry A, McKee M et al. (2005). Could the high level of cirrhosis in central and eastern Europe be due partly to the quality of alcohol consumed? An exploratory investigation. *Addiction*, 100:536–542.

WHO Regional Office for Europe (2009). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/43319/E92823.pdf, accessed 12 February 2012).

Informavimas ir švietimas

Peter Anderson

Įžanga

2006 m. paskelbta, kad nepakanka įrodymų, jog valstybės tarnybų informacinių pranešimai ir visuomenės švietimo kampanijos (ypač akcentuojančios „nepavojingą vartojimą“) yra veiksmingos, tačiau žiniasklaida gali padėti stiprinti visuomenės pritarimą politikos pokyčiams (Anderson & Baumberg, 2006). Trūksta ir nedviprasmiškų išspėjamųjų užrašų veiksmingumo įrodymų, nors šiai priemonei pagrįsti yra kitų argumentų: jie būtini užtikrinant vartotojų teises ir saugumą. Yra atvejų, kai vykdant mokyklines švietimo programas pasiekta teigiamų rezultatų, tačiau sisteminės apžvalgos ir metaanalizės rodo, kad, tinkamai įvertintos, dauguma programų pasirodytų net trumpalaikio poveikio. Informacijos apie vadinamąją mokyklose įgyvendinamą prevencinių programų gerą praktiką yra daug, tačiau vis dar nėra patikimų gerosios praktikos veiksmingumo įrodymų. Tai nereiškia, kad turėtume atsisakyti visų švietėjiškų programų, nes visus žmones būtina informuoti apie alkoholio vartojimą ir jo daromą žalą, tačiau prevencinės šviečiamojo pobūdžio programos mokyklose neturėtų būti vienintelė iprasta priemonė, kuria siekiama sumažinti alkoholio daromą žalą.

Informavimas ir švietimas mokyklose

Daugelio mokyklose vykdomų programų vertinamųjų sisteminių apžvalgų išvadose teigiama, kad švietėjiškos prevencinės programos mokykloje nėra veiksminges būdas sumažinti alkoholio daromą žalą (Foxcroft et al., 2003; Jones et al., 2007). Nors yra įrodymų, kad daugiau žinių apie alkoholi ir teisingesnis požiūris į jį veikia teigiamai, tačiau stokojama įrodymų, kad dėl šio poveikio keičiasi ilgalaikis žmogaus elgesys. Sisteminėje apžvalgoje, kurioje išnagrinėta 14 apibendrinamųjų apžvalgų, aprašytos 59-ios kokybiškos programos ir nustatyta, kad tik 6-ios iš jų buvo grindžiamos kokiai nors veiksmingumo įrodymais (Jones et al., 2007). Kita, 2011 m. paskelbta, sisteminė apžvalga, apibendrinusi informaciją apie universalų mokyklose vykdomų alkoholio vartojimo prevencijos programų poveikį, identifikavo 53 poveikio tyrimus (Foxcroft & Tsirtsavadze, 2011a). Tačiau apibendrintai įvertinti šių programų rezultatus apskritai nebuvo įmanoma, kadangi visų tyrimų ataskaitų kokybė buvo itin menka. Iš 11-os tyrimų, kuriais mėginta įvertinti būtent alkoholio kontrolės priemones, penki nenustatė jokio poveikio, šešiuose pastebėtas dalinis poveikis numatytiems rezultatų rodikliams. Iš 39-ių bendrujų intervencijų vertinimo tyrimų 25-iuose programų veiksmingumo nenustatyta, 14-oje nustatytais dalinis veiksmingumas pagal kai kuriuos numatytais rezultatų rodiklius. Dažniausiai nustatomas programų poveikis – girtumo atvejų ir ilgalaikių išgertuvų mažėjimas. Deja, tyrimais nepavyko nustatyti jokių programų ypatumų, kurie padėtų numatyti, kurios programos bus veiksminges, o kurios ne. Idomu ir tai, kad vienoje iš kelių apžvalgų, aptikusių teigiamą programos poveikį numatytiems rodikliams (Tobler et al., 2000), buvo taikyti netinkami analizės metodai. Tinkamai išanalizavus duomenis anksčiau nustatyto veiksmingumo nerasta (McCambridge, 2007).

Manyta, kad galbūt įgyvendinant tėvų mokymo programas būtų galima pasiekti geresnių rezultatų, tačiau ir šių programų veiksmingumo įrodymai dviprasmiški. Pavyzdžiu, sisteminė 14-os tėvams skirtų programų apžvalga nustatė, kad alkoholio vartojimo mažėjimo pasiekta tik 6-iose programose (Petrie, Bunn & Byrne, 2007). Kitoje sisteminėje 2011 m. paskelbtoje apžvalgoje, vertinusioje šeimai skirtų alkoholio vartojimo prevencijos programų poveikį ir apėmuisioje 12 studijų, analizuojančių 9 tyrimus (o ne 12 tyrimų, kaip nurodoma apžvalgoje) (Foxcroft & Tsirtsavadze, 2011b), konstatuota, kad trijuose iš devynių tyrimų nepasiekta jokių teigiamų rezultatų. Kituose šešiuose tam tikras poveikis pastebėtas, tačiau jis nebuvo nuoseklus, nebūtinai derėjo su kitais rodikliais ir neišliko kituose vertinimo laikotarpiuose.

Manyta, kad šioje veikloje bus naudingos socialinės rinkodaros programos, tačiau ir jų rezultatai nevienaprasmiški. Sisteminėje 15-os socialinės rinkodaros programų apžvalgoje konstatuota, kad 8-iuose iš 13-os tyrimų pavyko reikšmingai sumažinti alkoholio vartojimą trumpam laikui (iki 12 mėnesių), 4-iuose iš 7-ių tyrimų nustatytas dalinis veiksmingumas po 1–2 metų, o dvieluose iš keturių tyrimų – dalinis veiksmingumas po 2 metų (Stead et al., 2007).

Sisteminėje daugiakomponenčių alkoholio vartojimo prevencijos programų poveikio apžvalgoje, paskelbtoje 2011 m., identikuota 20 tyrimų (Foxcroft & Tsertsvadze, 2011c). Daugumos jų mokslinių ataskaitų kokybę buvo prasta. 8-iuose iš 20-ies tyrimų nenustatyta jokio programų veiksmingumo. Likusiuose 12-oje tyrimų fiksotas dalinis veiksmingumas, tačiau tik keturiuose iš jų gauti nuoseklūs, pagal įvairius rodiklius tarpusavyje derantys rezultatai. Šioje apžvalgoje pripažinta, kad nerasta patikimų įrodymų, jog daugiakomponentės alkoholio sąlygojamos žalos prevencijos tikslais jauniems žmonėms taikomos intervencijos yra veiksminges.

Sisteminė prevencinių intervencijų, skirtų mažinti alkoholio vartojimą tarp nepilnamečių, apžvalga apibendrino 25 apžvalginius straipsnius ir daugiau nei 400 intervencijų. Veiksmingumas įvertintas 127-iose jų, bet tik 12-oje fiksoti perspektyvūs alkoholio vartojimo rodiklių rezultatai (Spoth, Greenberg & Turrisi, 2008). Nepavyko nustatyti aiškios vertingesnių programų grupės arba kategorijos, nes veiksmingesnės programos buvo pernelyg įvairios.

Švietėjiškose programose dažniausiai siekiama pakeisti elgesį, pakeičiant požiūrį į kokį nors reiškinį, tačiau gausėja įrodymų, kad vis dėlto būtent elgesys nulemia požiūrį. Dėl to kyla abejonių, kas vis dėlto turėtų tapti programų taikiniu – ar reikėtų stengtis pakeisti požiūrius, ar elgesį. Paauglių rūkymui skirti moksliniai tyrimai nustatė, kad remiantis požiūriu į rūkymą nebuvo galima patikimai prognozuoti elgesio rūkymo atžvilgiu ateityje (de Leeuw et al., 2008). Tas pats tyrimas parodė, kad požiūriai artimai siejosi su rūkymu anksčiau, o tai reikštų, kad moksleiviai požiūrį pritaikė prie savo elgesio. Apibendrinus galima teigti, kad yra ir kitų svarbių veiksnių, kurie nulemia pasirinkimą pradėti ir nesiliauti rūkyti, pavyzdžiui, patrauklus socialinis įvaizdis, rūkantys bendraamžiai.

Visuomenės švietimo kampanijos

Apskritai nustatyta, kad viešos informacinės kampanijos, kurių tikslas – mažinti alkoholio daromą žalą, nėra veiksminges (Babor et al., 2010). Išimtis iš šios taisyklės yra žiniasklaidos vykdomos masinės kampanijos, nukreiptos prieš vairavimą išgėrus – jos turi poveikį, jeigu vykdomos esant galimybei taikyti griežtas vairavimo išgėrus kontrolės priemones (Elder et al., 2004). Antireklamos – vieno iš visuomenės švietimo būdų, kuriais siekiama informuoti apie produktą ir jo daromą žalą, sumažinti konkretaus produkto patrauklumą – poveikis nėra aiškus (Babor et al., 2010).

Vartojimo rekomendacijas pristatančios kampanijos

Kai kuriose šalyse vykdytos saugaus vartojimo rekomendacijų pristatymo kampanijos, tačiau daugeliu atveju nebuvvo kruopščiai vertinta, ar tokią rekomendacijų paskelbimas veiksmingai sumažina alkoholio daromą žalą (Babor et al., 2010). 2009 m. Australijos nacionalinė sveikatos ir medicinos mokslinių tyrimų taryba paskelbė pataisytas oficialias Australijos mažai rizikingo alkoholio vartojimo rekomendacijas, kuriose nurodomos saugios trumpalaikio ir ilgalaikio vartojimo dozės. 2007 ir 2010 m., prieš rekomendacijų paskelbimą ir po jo, buvo atliktos didelės gyventojų apklausos siekiant įvertinti, kai respondentai suvokia, koks vartojimo kiekis yra mažai rizikingas (Livingstone, 2012). 2010 m. atliktoje apklausoje mažiau nei 5 proc. respondentų nuomonė apie tai, koks vartojimo kiekis yra mažai rizikingas, atitiko oficialias 2009 m.

rekomendacijas. Apibendrinant duomenis nustatyta, kad jaunesni respondentai ir vartojantys daugiau alkoholio kaip „saugias“ nurodė didesnes jo dozes. Vertinimai tarp 2007 ir 2010 m. keitėsi mažai.

Socialinės atsakomybės žinia

Yra įrodymų, kad alkoholio gamintojų ir pardavėjų skelbiama žinia apie socialinę atsakomybę, nepriklasomai nuo to, ar ji skelbiama atskirai, ar pridedama prie produktų reklamos, pagerina tik gamintojo reputaciją, bet neturi poveikio visuomenės sveikatai. Pavyzdžiu, atlikus tyrimą, vertinus, kaip veikia baro reklamos papildymas žinute „nevairuok išgéręs“, nustatyta, kad žinutė sustiprino teigiamą įspūdį, jog baras rūpinasi klientų saugumu, tačiau nepaveikė su alkoholiu susijusių požiūrių ir ketinimų rodiklių (Christie, 2001). Kitas tyrimas nustatė, kad alkoholio pramonės platinamą socialinę reklamą žmonės dažnai supranta dviprasmiškai, ypač 16–18 m. amžiaus žiūrovai, tačiau reklamos šaltinis – alkoholio bendrovė – vertinama teigiamai. Du trečdaliai apklaustųjų manė, kad socialinė reklama yra gana panaši arba labai panaši į alaus reklamą, ir daugiau nei du trečdaliai sutiko, kad socialinės reklamos teigia, jog alų gerti smagu (Smith, Atkin & Roznowski, 2006). Neseniai atlankoje apžvalgoje atkreptas dėmesys ir į dviprasmišką bei nenuoseklų „atsakingo vartojimo“ koncepcijos naudojimą alkoholio reklamoje ir visuomenės sveikatos informacijoje, didinantį painiavą ir nesupratimą (Barry & Goodson, 2010).

Vartotojams skirtos etiketės ir įspėjimai

Siekiant skatinti nėščiujų blaivybę Prancūzijoje nuo 2007 m. ant alkoholinių gėrimų pakuočių atsirado sveikatos įspėjimai. Tuo pat metu vykdyta ir informacinė kampanija, užtikrinusi didelį matomumą žiniasklaidoje. 2004 m. ir 2007 m. atliktos dvi telefoninės reprezentacinės nesusijusių grupių vyresnių nei 15 m. Prancūzijos gyventojų apklausos, kurių kiekvienoje dalyvavo apie 1000 respondentų (Guillemont & Leon, 2008). Nustatyta, kad įvedus įspėjamąsias etiketes daugiau moterų žinojo apie rekomendaciją nevartoti alkoholio nėštumo metu (87 proc. respondentų) nei prieš etikečių įvedimą (82 proc.) ($p<0.001$). Įvedus etiketes, 30 proc. manė, kad žala vaisiui prasideda nuo pirmos taurės, o 2004 m. taip manė 25 proc. ($p<0.01$). Šie gana kuklūs rezultatai ryškiai kontrastuoja su įrodymais iš tabako kontrolės veiklos – šioje srityje etiketės buvo veiksmingos. Tai gali būti susiję ir su etikečių tipu: panašu, kad elgesi pakeitė paveikslėliai ir didesni užrašai ant cigarečių pakelių, tai, kad žinutės laikas nuo laiko atnaujinamos (Borland et al., 2009). Nepaisant riboto veiksmingumo, įspėjamosios etiketės yra svarbios įtvirtinant visuomenėje supratimą, kad alkoholis yra specifinė ir žalinga prekė (Wilkinson & Room, 2009).

Kaip elgtis su švietimo ir informavimo priemonėmis

Stokojant švietėjiškų programų veiksmingumo įrodymų, gali nutikti taip, kad politikai nuspręs sumažinti švietimo sistemoje vykdomoms alkoholio kontrolės programoms skiriamas lėšas. Tai nėra gerai dėl keleto priežasčių: dėl to susilpnėtų švietimo sistemos indėlis kuriant asmeninį ir bendruomenės kapitalą, būtų prarastas svarbus svertas, padedantis stiprinti pritarimą ir supratimą kitų kontrolės priemonių atžvilgiu, likusių tuščią vietą užpildytų pramonės palaikomos programos. Diduma švietėjiškų programų skirtos jaunuoliams, pernelyg nesidomint suaugusiais, dėl to jaunimui tokios programos gali atrodyti veidmainiškos, nes suaugusieji paliekami ramybėje. Suaugę jaunuolai ir suaugusieji yra svarbi tikslinė tokų programų grupė, nes jie dažnai tampa sektino gėrimo elgesio modeliais jaunuoliams ir palankiai vertina didesnį alkoholio prieinamumą, o šis savo ruožtu yra susijęs su gausesniu vartojimu visose amžiaus grupėse (Giesbrecht, 2007). Kalbant apie jaunimą, ypač svarbus ir konceptualus pokytis pereinant nuo sampratos, kad požiūris veikia elgesį, prie sampratos, kad elgesys lemia požiūrį. Gali būti, kad švietimą galima veiksmingiau orientuoti į politikus ir visuomenę apskritai, tokiu būdu didinant žmonių informuotumą apie alkoholio

daromą žalą ir sąmoningą alkoholio sąlygotų ligų naštos bei veiksmingų priemonių, kuriomis galima šią naštą sumažinti, naudos suvokimą. Intervencijas derėtų keisti taip, kad jos skatintų vartotojų teisių gynimą ir užtikrintų vartotojų apsaugą teikiant informaciją, kaip visuomenė gali keisti alkoholio politiką.

Išvados

Šios išvados gali praversti politikoje ir praktikoje.

- Įrodyta, kad mokyklinėms informavimo ir švietimo programoms trūksta nuoseklių veiksmingumo įrodymų, jos neveiksmingos siekiant ilgalaikių elgesio pokyčių.
- Tėvų švietimo ir socialinės rinkodaros programos gali būti naudingos, tačiau šiuo metu trūksta nuoseklių jų veiksmingumo įrodymų, jos neveiksmingos siekiant ilgalaikių elgesio pokyčių.
- Visuomenės švietimo kampanijos neveiksmingos siekiant ilgalaikių elgesio pokyčių.
- Nėra įtikinamų įrodymų, kad „saugaus vartojimo“ kampanijos yra veiksmingos ir užtikrina ilgalaikius elgesio pokyčius.
- Nors ir nedaug, bet yra mokslinių tyrimų, rodančių, kad alkoholio pramonės įgyvendinamos socialinės atsakomybės kampanijos duoda priešingus rezultatus dėl jose pateikiamos dviprasmiškos ir netikslios informacijos.
- Iš dalies įrodyta, kad vartotojams skirtos etiketės ir įspėjimai neveiksmingi siekiant ilgalaikių elgesio pokyčių.

Informavimas ir švietimas apie alkoholio sukeliama žalą ir jos mažinimo būdus svarbus kuriant labiau išsilavinusią, didesniu žmogiškuoju kapitalu disponuojančią visuomenę, tačiau kaip atskira politikos priemonė jie nesumažins alkoholio daromos žalos. Didinti švietimo politikos veiksmingumą padėtų konceptualus pokytis – reikia keisti ne požiūrius, bet elgesį, įvertinti, kaip elgesys keičia požiūrius. Šviečiamąjį ir informacinę veiklą būtų galima atnaujinti skatinant ir palaikant vartotojų teisių gynimą, skleidžiant informaciją apie tai, kaip visuomenė gali veikti alkoholio politiką.

Šaltiniai

- Anderson P, Baumberg B (2006). Alcohol in Europe. A public health perspective. London, Institute of Alcohol Studies (http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_content_en.pdf, accessed 18 February 2012).
- Babor TF, Caetano R, Casswell S et al. (2010). *Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy*, 2nd ed. Oxford, Oxford University Press.]
- Barry A, Goodson P (2010). Use (and misuse) of the responsible drinking message in public health and alcohol advertising: a review. *Health Education & Behavior*, 37(2):288–303.
- Borland R, Yong HH, Wilson N et al. (2009). How reactions to cigarette packet health warnings influence quitting: findings from the ITC Four-Country survey. *Addiction*, 104:669–675.
- Christie J, Fisher D, Kozup JC et al. (2001). The effects of bar-sponsored alcohol beverage promotions across binge and nonbinge drinkers. *Journal of Public Policy & Marketing*, 20(2):240–253.
- de Leeuw RNH, Engels RCME, Vermulst A et al.(2008). Do smoking attitudes predict behaviour? A longitudinal study on the bi-directional relations between adolescents' smoking attitudes and behaviours. *Addiction*, 103(10):1713–1721.
- Elder RW, Shults RA, Sleet DA et al. (2004). Effectiveness of mass media campaigns for reducing drinking and driving and alcohol-involved crashes: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 27:57–65.
- Foxcroft DR, Ireland D, Lister-Sharp DJ et al. (2003). Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. *Addiction*, 98:397–411.
- Foxcroft DR, Tsirtsadze A (2011b). Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9):CD009308.
- Foxcroft DR, Tsirtsadze A (2011c). Universal multicomponent prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9):CD009307.

- Foxcroft DR, Tsertsvadze A (2011a). Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5):CD009113.
- Giesbrecht N (2007). Reducing alcohol-related damage in populations: rethinking the roles of education and persuasion interventions. *Addiction*, 102:1345–1349.
- Guillemont J, Léon C (2008). Alcool et grossesse: connaissances du grand public en 2007 et évolutions en trois ans. *Évolutions*, 15 (<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1117.pdf>, accessed 8 February 2012).
- Jones L, James M, Jefferson T et al. (2007). *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*. London, National Institute for Health and Clinical Excellence (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/AlcoholSchoolsConsReview.pdf>, accessed 8 February 2012).
- Livingston M (2012). Perceptions of low-risk drinking levels among Australians during a period of change in the official drinking guidelines. *Drug and Alcohol Review*, 10.1111/j.1465-3362.2011.00414.x.
- McCambridge J (2007). A case study of publication bias in an influential series of reviews of drug education. *Drug and Alcohol Review*, 26:463–468.
- Petrie J, Bunn F, Byrne G (2007). Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol and drug misuse in children <18 years: a systematic review. *Health Education Research*, 22(2):177–191.
- Smith SW, Atkin CK, Roznowski J (2006). Are “Drink Responsibly” alcohol campaigns strategically ambiguous? *Health Communication*, 20(1):1–11.
- Spoth R, Greenberg M, Turrisi R (2008). Preventive interventions addressing underage drinking: state of the evidence and steps toward public health impact. *Pediatrics*, 121:S311–S336.
- Stead M, Gordon R, Angus K (2007). A systematic review of social marketing effectiveness. *Health Education*, 107(2):126–191.
- Tobler N, Roona MR, Ochshorn P et al. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20:275–336.
- Wilkinson C, Room R (2009). Informational and warning labels on alcohol containers, sales, places and advertisements: experience internationally and evidence on effects. *Drug and Alcohol Review*, 28(4):341–461.

Sveikatos sektoriaus atsakas

Eileen Kaner

Įžanga

Iki 2006 m. sukaupta daug kokybiškų įrodymų, kad sveikatos sektoriaus intervencijos veiksmingos mažinant alkoholio daromą žalą (Anderson & Baumberg, 2006; Miller & Wilbourne, 2002). Daugiausiai patikimų įrodymų surinkta apie alkoholio prevencijos priemones, ypač trumpalaikes alkoholio vartojimo mažinimo intervencijas. Iki 2006 m. atlikta 14 sisteminių apžvalgų (kai kurios su metaanalize), vertinusų trumpalaikių intervencijų siekiant mažinti alkoholio vartojimą veiksmingumą. Kai kuriose vertintas intervencijų poveikis mažinant ir kitas su alkoholiu susijusias problemas. Išsamiausioje apžvalgoje apibendrinti 56 kontroliuojami tyrimai (Moyer et al., 2002), apimantys įvairias paslaugas ir pacientus. Šiuose tyrimuose dalyvavo pacientai, nesuvokiantys alkoholio keliamos rizikos arba žalos (nesikreipę pagalbos) ir suvokiantys problemą bei ieškantys pagalbos. Trisdešimt keturiuose tyrimuose, kuriuose tirti nesikreipę pagalbos pacientai, nustatyta, kad matuojant keletą kartų trumpalaikių intervencijų vidutinis suminis efektas svyruoja tarp mažo ir vidutinio (nuo 0,14 iki 0,67). Dar 20-yje studijų, kurios tyrė pagalbos besikreipiančius pacientus, bendras trumpalaikių intervencijų poveikis buvo nulinis (nuo -0,02 iki 0,4). Dažniausias kartotinio įvertinimo laikotarpis buvo vieni metai, ir kuo šis laikotarpis buvo ilgesnis, tuo prieštaringesni buvo rezultatai: JAV nustatytas rezultatas praėjus 4 metams (Fleming et al., 2002), tačiau Australijoje po dešimties metų poveikio nepastebėta (Wutzke et al., 2002). Būta tyrimų, parodžiusių, kad trumpalaikė intervencija sumažina mirtingumą (Cuijpers, Riper & Lemmers 2004) ir kitas alkoholio sąlygotas problemas (Moyer et al., 2002; Richmond et al., 1995). Pavojingo ir žalingo gérimo atvejų, reikalingų efektui pasiekti, skaičius šiuose tyrimuose buvo nuo 8 iki 12 (Ballesteros et al., 2004). Tieki rizikingai vartojančių asmenų turėjo gauti trumpalaikę intervenciją, kad sumažėtų vieno paciento alkoholio vartojimas arba su alkoholiu susijusi problema.

Diduma trumpalaikių intervencijų tyrimų atlikta pirmynėje sveikatos priežiūros grandyje ir būtent čia užfiksuotas didžiausias teigiamas šių intervencijų poveikis (Ballesteros et al., 2004; Bertholet et al., 2005; Whitlock et al., 2004). PSO CHOISE modelis „Kaip pasirinkti sąnaudų prasme veiksmingas intervencijas“ nustatė, kad pirmynėje sveikatos priežiūros grandyje suteikus trumpalaikes prevencijos intervencijas 25 proc. rizikos grupei priklausančių asmenų, Europoje būtų galima išvengti 408 000 negalios ir priešlaikinės mirties metų, kurie kasmet kainuoja apie 740 milijonų eurų (Chisholm et al., 2004). Tik viena sisteminė apžvalga nagrinėjo greitosios pagalbos paslaugas ir nustatė, kad teikiant intervenciją įvairių traumų ir sužalojimų rodikliai sumažėjo 27–65 proc. (Dinh-Zarr et al., 1999). Mažiau įrodymų surinkta apie intervencijų veiksmingumą kitoje aplinkoje, tačiau esama studijų, nustačiusių teigiamus rezultatus intervencijas taikant nėščiosioms (Handmaker, Miller & Manicke, 1999; Handmaker et al., 2006). Yra tyrimų, rodančių, kad vizitai į namus gali sumažinti žalingą alkoholio vartojimą nėštumo metu (Grant et al., 2005). Vertinant sveikatos priežiūros darbe aspektą kai kurie tyrimai parodė, kad trumpalaikės intervencijos gali sumažinti jas patyrusią alkoholio vartojimą (Richmond et al., 2000) ir kad trumpa 8 val. trukmės mokymo programa sumažino probleminį vartojimą nuo 20 iki 11 proc., o neatvykimą į darbą dėl alkoholio vartojimo – nuo 16 iki 6 proc. (Bennett et al., 2004).

Daugiausiai patikimų priklausomybės nuo alkoholio gydymo intervencijų veiksmumo įrodymų sukaupta apie elgesio įgūdžių mokymo programas ir gydymą vaistais (Miller & Wilbourne, 2002). Šiek tiek mažiau veiksmingomis įvertintos 12 žingsnių programos, psichoterapija grupėse, švietėjiškos paskaitos ir filmų, privalomas lankymasis Anoniminių alkoholikų susirinkimuose ir bendrasis konsultavimas dėl alkoholizmo.

Naujausi įrodymai

Nuo 2006 m. radosi daug naujų įrodymų (WHO, 2009; *Babor et al.*, 2010; *Babor et al.*, atiduota spaudai), ypač dėl trumpalaikių intervencijų, taikomų nesikreipiantiems pagalbos (6 lentelė). Per pastaruosius penkerius metus atliktos dar trys sisteminės apžvalgos, įvertinusios intervencijas pirmynėje sveikatos priežiūros grandyje (Kaner et al., 2007; Littlejohn, 2006; Saitz, 2010), dvi apžvalgos – greitosios pagalbos tarnybų taikomas intervencijas (Havard, Shakeshaft & Sanson-Fisher, 2008; Nilsen et al., 2008), viena – bendro tipo ligoninėje (McQueen et al., 2011) ir dar dvi – gimdymo ir nėščiųjų priežiūros skyriuose (Doggett, Burritt & Osborne, 2009; Stade et al., 2009). Diduma apžvalgų apibendrino trumpas gydytojų taikomas intervencijas, tačiau pastaraisiais metais daugiau dėmesio skirama ir ne gydytojų intervencijoms (Sullivan et al., 2011). Dar dvi vėlesnės sisteminės apžvalgos įvertino ekonominius intervencijų rezultatus (Bray et al., 2011) ir įtaką gretutinėms ligoms (Kaner, Brown & Jackson, 2011). Kitos susijusios sisteminės apžvalgos nagrinėjo motyvacinio interviu poveikį tam tikram elgesiui (Lundahl et al., 2010) ir trumpalaikių intervencijų taikymo sklaidą perkeliant jas iš sveikatos sektoriaus į švietimo sistemą ir bendruomenę (Peltzer, 2009; Tripodi et al., 2010). Surinkta gausi medžiaga rodo, kad trumpalaikėmis intervencijomis pavyksta sumažinti vartojimo kiekį, dažnį ir intensyvumą (Kaner et al., 2007). Geriausi trumpalaikių intervencijų rezultatai gauti pirmynės sveikatos priežiūros grandyje (Kaner et al., 2007). Trumpalaikių intervencijų greitosios pagalbos, bendro tipo ligoninėje ir gimdymo bei nėštumo priežiūros paslaugų srityje rezultatai ne tokie aiškūs: kai kur gautas teigiamas rezultatas, kai kur negauta jokio. Nuolat tyrimuose pasikartojanti išvada: alkoholio vartojimui mažinti skirtos trumpalaikės intervencijos veiksmingesnės nesikreipiantiems dėl gydymo (neieškantiems pagalbos) negu pacientams, kurie kreipėsi dėl specializuotų paslaugų (Kaner, Brown & Jackson, 2011). Išvairių specialistų taikytos intervencijos pasižymi teigiamu poveikiu, tačiau nustatyta, kad tas poveikis didesnis, jeigu intervenciją atlieka gydytojas (Sullivan et al., 2011). Tyrimai rodo, kad trumpalaikės intervencijos sumažina bendrąsias sveikatos išlaidas, bet nesumažina vėlesnio pacientų naudojimosi stacionarinėmis ir ambulatorinėmis paslaugomis apimties (Bray et al., 2011). Tačiau naujausios išsamios šios srities sisteminės tyrimų apžvalgos, atliktos Nacionalinio sveikatos ir kokybiškos praktikos instituto (NICE) užsakymu, išvada teigia, kad grupinis sveikatos tikrinimas (*screening*) kartu su trumpalaikėmis intervencijomis siekiant mažinti alkoholio vartojimą – sąnaudų atžvilgiu itin veiksminga sveikatos sektoriaus strategija (Latimer et al., 2010).

Dauguma trumpalaikių intervencijų taikomos suaugusiems, bet ne jaunimui arba pagyvenusiems žmonėms. Vienoje iš naujausių PSO apžvalgų apibendrinama, kad šiuos įrodymus sunkiau pritaikyti skurdesnėse šalyse, kur gyventojų pajamos mažos arba vidutinės (*Babor et al.*, atiduota spaudai). Nauji būdai, kuriais siekiama išplėsti trumpalaikių intervencijų pritaikomumą, ypač kompiuterinės arba internetinės intervencijų versijos (el. intervencijos), gali būti ypač vertingi. Svarbiausia el. intervencijų ypatybė ta, kad jos gali būti patrauklesnės jaunimui, kuris rečiau pakliūna į sveikatos priežiūros specialistų akiratį. Šias intervencijas galima naudoti ir ten, kur sveikatos priežiūros paslaugos nepakankami išvystytos. Devyniose naujausiose sisteminėse apžvalgose įvertinus el. intervencijas (Bewick et al., 2008; Carey et al., 2007; Carey et al., 2009; Elliott, Carey & Bolles, 2008; Khadjesari et al., 2010; Moreira, Smith & Foxcroft, 2009; Riper et al., 2009; Rooke et al., 2010; White et al., 2010) nustatyta, kad tokią intervenciją gavusioje grupėje dažniau nustatomi teigiami rezultatai negu kontrolinėje grupėje, tačiau palyginti su kita aktyvia intervencija tai atsitinka retai (Carey et al., 2009). Tiesioginių, konkretiam asmeniui gyvai teikiamų intervencijų poveikis yra didesnis nei netiesioginių el. intervencijų, tačiau pastarosios yra naudingesnės norint pasiekti sunkiau prieinamas klientų grupes ir yra palyginti nebrangios: pasibaigus steigimo etapui, jų sąnaudos nedidelės.

Pasikartojanti trumpalaikes intervencijas vertinančių tyrimų išvada: neįrodyta, kad ilgesnių ir intensyvesnių paslaugų rezultatai yra geresni nei paprastų trumpą laiką taikomų priemonių (Kaner et al., 2007). Taigi nors betarpškos intervencijos gali būti naudingos, tačiau ilgesnė jų trukmė, didesnis jų sudėtingumas ir intensyvumas nėra tokie reikšmingi veiksmingumo komponentai. Negana to, dviejose apžvalgose, kurios nagrinėjo kontrolines grupes trumpalaikių intervencijų tyrimuose (Bernstein, Bernstein & Heeren 2010;

Jenkins, McAlaney & McCambridge, 2009) nustatė, kad alkoholio vartojimas mažėjo ir jose. Šios apžvalgos atskleidžia, kad rutiniai sveikatos tikrinimai (*screening*) ir reakcija į kontaktą su specialistu gali būti reikšmingi elementai, užtikrinantys gerus trumpalaikių intervencijų rezultatus (McCambridge & Day, 207; Kypri et al., 2007).

6 lentelė. Sisteminės trumpalaikių intervencijų sveikatos priežiūros sektoriuje apžvalgos, atliktos po 2006 m.

| Pirmas autorius, metai | Aplinka | Tyrimų skaičius | Išvados |
|------------------------|----------------------------------|-----------------|--|
| Bernstein, 2010 | Sveikata | 38 | 16 tyrimų metaanalizė nustatė nuoseklų gērimo sumažėjimą kontrolinėje grupėje (poveikio dydis 0,37). |
| Bewick, 2008 | El. intervencijos | 5 | El. intervencijų veiksmumas nepastovus. Internetinės intervencijos vertinamos palankiai. |
| Bray, 2011 | Sveikata | 29 | 11 tyrimų metaanalizė nenustatė veiksmingo poveikio ambulatorinės arba stacionarinės pagalbos poreikiui. |
| Carey, 2007 | Koledžai | 62 | Betarpiskai taikant motyvacinį interviu ir individualizuotą normatyvinį grįztamajį ryšį vartojimas sumažėja labiau nei kontrolinėje grupėje. |
| Carey, 2009 | El. intervencijos; koledžai | 35 | El. intervencija buvo naudinga palyginti su kontroline grupe, kurioje taikytas tik įvertinimas, tačiau lyginant su kitomis intervencijomis poveikio nenustatyta. |
| Doggett, 2009 | Neščiujų priežiūra | 6 | Nepakanka įrodymų, kad būtų galima rekomenduoti rutiniškai lankytis moteris, turinčias alkoholio arba narkotikų vartojimo problemą. |
| Elliot, 2008 | El. intervencijos; koledžai | 17 | El. intervencija retai kada pasiekama didesnio poveikio nei alternatyviomis alkoholio žalą mažinančiomis priemonėmis. |
| Havard, 2008 | Greitoji pagalba | 10 | Betarpiskų ir el. intervencijų metaanalizės parodė, kad jomis nepavyko reikšmingai sumažinti vartojimo, bet pavyko sumažinti sužalojimų tikimybę (OR: 0,59; 95% CI: 0,42–0,84). |
| Jenkins, 2009 | Sveikatos ir švietimo sektorai | 22 | Pastebėta bendra, bet nepastovi vartojimo sumažėjimo tendencija kontrolinėse grupėse, nustatytas didesnis poveikis anglakalbėse šalyse. |
| Kaner, 2007 | Pirminė priežiūra | 29 | 29 tyrimų metaanalizėje nustatytas sumažėjės vartojimas, ypač vyru. Ilgesnės intervencijos nepasižymėjo papildomu naudingu poveikiu. |
| Kaner, 2011 | Sveikata | 14 | Apžvalgoje akcentuotas komorbidiškumas ir rasti teigiami priklausomybę sukeliančių medžiagų vartojimo ir fizinės sveikatos rezultatai (3 tyrimai), nenustatytas poveikis priklausomybę sukeliančių medžiagų vartojimo ir psichikos sveikatos rezultatams (8 tyrimai) bei vartojantiems dvi medžiagas (3 tyrimai). |
| Khadjesar i, 2010 | El. intervencijos; koledžai | 24 | 19 tyrimų metaanalizė rado, kad kompiuteriu atliekamos intervencijos buvo veiksminges palyginti su kontroline intervencijos negavusia grupe. Tik keli tyrimai lygino el. intervencijas su kitomis intervencijomis. |
| Lundahl, 2010 | Sveikatos ir socialinis sektorai | 119 | 68 alkoholio tyrimų metaanalizė nustatė, kad motyvacinis interviu buvo veiksminges palyginti su silpnomis intervencijomis (poveikio dydis 0,28), tačiau neveiksminges palyginti su kitais gydymo būdais (poveikio dydis 0,09). |
| McQueen, 2011 | Ligoninės | 14 | 4 tyrimų metaanalizė nustatė, kad trumpalaikės intervencijos hospitalizuotiemis pacientams yra naudingos, tačiau poveikis išlieka palyginti trumpai. |
| Moreira, 2009 | El. intervencijos; koledžai | 22 | Nustatytas trumpalaikis teigiamas internetinio ir individualizuoto grįztamojo ryšio poveikis palyginti su kontroline grupe, tačiau poveikio nenustatyta intervencijas lyginant tarpusavje. Grįztamojo ryšio intervencijos paštą arba grupėse bei socialinių elgesio normų rinkodaros kampanijos neturėjo jokio poveikio. |
| Nilsen, 2008 | Greitoji pagalba | 14 | Daugumoje tyrimų nustatyti vienokie arba kitokie teigiami rezultatai. Intensyvesnės trumpalaikės intervencijos buvo veiksmingesnės. Penkiuose tyrimuose lyginant su aktyviu gydymu poveikio negauta. |
| Peltzer, 2009 | Sveikata, mokyklos, bendruomenė | 7 | Nedaug tyrimų nustatė, kad sveikatos sektorius paslaugos veikia teigiamai. Intervencijų bendruomenėje rezultatai buvo neblogi, tačiau trumpalaikės intervencijos čia dažniausiai derintos su konsultavimu dėl ŽIV. |
| Riper, 2009 | El. intervencijos; bendruomenė | 14 | Vienkartinio individualizuoto grįztamojo ryšio poveikis buvo teigiamas, nors ir nedidelis. Atlirkti 8 plačios apimties internetiniai tyrimai. |
| Rooke, 2010 | El. intervencijos; koledžai | 34 | 28 alkoholio tyrimuose el. intervencijomis pavyko nebrangiai sumažinti alkoholio vartojimą (poveikio dydis 0,22). |

| Pirmas autorius, metai | Aplinka | Tyrimų skaičius | Išvados |
|------------------------|---|-----------------|---|
| Saitz, 2010 | Pirminė priežiūra | 16 | Nustatytais teigiamas poveikis žalingai vartojantiems, bet ne piktnaudžiaujantiems ir priklausomiems pacientams. |
| Stade, 2009 | Nėščiujų priežiūra | 4 | Nėra metaanalizės, nerasta reikšmingų daugumos rodiklių skirtumų tarp grupių. Menkas poveikis sveikatai. |
| Sullivan, 2011 | Sveikata | 13 | 6 tyrimų metaanalizė nustatė teigiamą ne gydytojų atliekamų intervencijų poveikį (1,7 porcijos per savaitę mažiau), tačiau poveikis didesnis, kai intervenciją atlieka gydytojas (2,7 porcijos per savaitę mažiau). |
| Tripodi, 2010 | Sveikatos, socialinis ir švietimo sektoriai | 16 | Psichosocialinės intervencijos veiksmingai sumažino alkoholio vartojimą (poveikio dydis -0,61). Individualių intervencijų poveikis buvo didesnis (-0,75) nei šeimos intervencijų (-0,46). |
| Vasilaki, 2006 | Sveikatos, socialinis ir švietimo sektoriai | 22 | 15 tyrimų metaanalizė rado reikšmingą nedidelį poveikį palyginti su kontroline grupe, kurioje intervencija netaikyta (poveikio dydis 0,18), ir didesnį poveikį palyginti su aktyviu gydymu (poveikio dydis 0,43). |
| White, 2010 | El. intervencijos; koledžai darbovietės | 17 | 8 tyrimų metaanalizė rado, kad internetinės intervencijos gali būti veiksmingos, tačiau nustatytas poveikio dydis labai nevienodas (0,02–0,88) dėl intervencijų heterogeniškumo. |

Nors per daugelį metų įdėta daug pastangų siekiant užtikrinti, kad sveikatos priežiūros specialistai trumpalaikes intervencijas ištis taikytų praktiškai, dauguma jų vis dar to nedaro. Sisteminė 12-os studijų apžvalga nustatė, kad suteikus kvalifikacijos tobulinimo ir administravimo pagalbą būtų galima padidinti trumpalaikių intervencijų taikymo pirminėje sveikatos priežiūroje apimtį nuo 32 proc. iki 45 proc. (Anderson et al., 2004). Tačiau sveikatos priežiūros sektorius trumpalaikių intervencijų įgyvendinimas nuolat stringa. Nesenai Anglijoje atlikta apklausa (Wilson et al., 2011) parodė, kad specialistų požiūris per pastaruosius dešimtmečius pagerėjo (Kaner et al., 1999), tačiau tas pagerėjimas neatsispindi praktikoje. Nors nemažai pasiekta platinant informaciją apie teigiamą intervencijų poveikį ir jas pagrindžiančius įrodymus (Kaner, 2010), rengiamos nacionalinės trumpalaikių intervencijų taikymo rekomendacijos (NICE, 2010), tačiau svarbiausios kliūtys, trukdančios įdiegti šias intervencijas, tebéra laiko ir lėšų stoka. Todėl būtina raginti bendruomenės ir valstybės lygio politikus ieškoti būdų, kaip paskatinti šių intervencijų įdiegimą sudėtingas paslaugas teikiančiose įstaigose esant dideliam specialistų užimtumui (McCormick, 2010).

Vienoje iš tiriamųjų apžvalgų sujungtas trumpalaikių intervencijų prevencijos ir gydymo tikslais taikymo hospitalizuotiemis pacientams vertinimas (McQueen et al., 2011). Nustatyta, kad iš 14-os atsitiktinės atrankos kontroliuojamų tyrimų, kurių didžiuma atlikta Jungtinėje Karalystėje ir JAV, tik dalis patenka į metaanalizes, kuriose vertinami įvairūs rezultatų rodikliai (nuo 1 iki 7 tyrimų). Į pirminę metanalizę įtraukus 4 tyrimus nustatyta, kad pacientai, kuriems taikyta trumpalaikė intervencija, po 6 mėnesių labiau sumažino alkoholio vartojimą negu kontrolinė grupė (vidutinis skirtumas: 69 g; 95% CI: -128 –10), bet vertinant po metų skirtumo nebebuvo. Tyrimas parodė, kad mažiau mirčių buvo praėjus 6 mėnesiams po trumpalaikės intervencijos (santykinė rizika: 0,42; 95% CI: 0,19–0,94) ir po vienų metų (santykinė rizika : 0,60; 95% CI: 0,40-0,91). Taigi nors ankstesnės apžvalgos rodė, kad taikant trumpalaikes intervencijas hospitalizuotiemis pacientams poveikis nėra, tačiau papildžius ir atnaujinus apžvalgą teko pakoreguoti ankstesnes išvadas – nurodyti, kad poveikis yra, bet ribotos trukmės. Tyrimuose nebuvu fiksuota, kiek dalyvavusių juose kreipėsi pagalbos dėl alkoholio vartojimo mažinimo (prieš hospitalizaciją, suvokdam, kad turi alkoholio vartojimo problemų) ir kiek buvo neieškančių pagalbos, kurie suvokė turį problemų tik po hospitalizacijos.

Keturiose naujausiose kokybiškose sisteminėse apžvalgose, arba metaanalizėse, vertintas specializuotas priklausomybės nuo alkoholio gydymas, dviejose iš jų akcentuotas psychologinis konsultavimas (Magill &

Ray, 2009; Smedslund et al., 2011), o likusiose – farmakologinis gydymas (Rosner et al., 2010a; Rosner et al., 2010b).

Iki šios ataskaitos parengimo radome 53 kontroliuojamus tyrimus, kurie vertino kognityvinės elgesio terapijos (CBT) poveikį priklausomybėms apskritai, ir 23 tyrimus, nagrinėjančius pagalbą vartojantiems alkoholi (Magill & Ray, 2009). Atskleistas nedidelis, bet kliniškai reikšmingas CBT poveikis, kuris laikui bégant, vertinant 6 mén. laikotarpį nuo intervencijos, mažėjo (Magill & Ray, 2009). Nustatyta, kad CBT yra labai veiksminga palyginti su gydymo negavusia grupe ($g=0,79$, $p <,005$; $n=6$), tačiau mažiau veiksminga palyginti su kitomis priemonėmis (įprasta sveikatos priežiūra arba kitu aktyviu gydymu). CBT, derinama su kitomis psichosocialinėmis gydymo priemonėmis, buvo veiksmingesnė ($g=0,30$, $p <,005$; $n=19$) nei CBT, derinama su farmakologiniu gydymu ($g=0,20$, $p <,005$; $n=13$), arba vien tik CBT ($g=0,17$, $p <,05$; $n=21$). Iki ataskaitos parengimo rasti 59 tyrimai, kuriuose vertintas motyvacinio interviu poveikis piktnaudžiavimui priklausomybę sukeliančiomis medžiagomis apskritai, ir 29 tyrimai – piktnaudžiavimui alkoholiu arba priklausomybei nuo jo (Smedslund et al., 2011). Palyginti su kontroline grupe, negavusia jokio gydymo, motyvacinis interviu sumažino piktnaudžiavimą, jo poveikis buvo didžiausias iškart po intervencijos (standartizuotas vidutinis pokytis: 0,79; 95% CI: 0,48–1,09) ir laikui bégant mažėjo. Įvertinus po ilgesnio laikotarpio (12 mėnesių ir daugiau), poveikis nebebuvo reikšmingas (standartizuotas vidutinis pokytis: 0,06; 95% CI: -0,16–0,28). Motyvaciniu interviu tik retais atvejais pasiekta reikšmingo rezultato palyginti su kitomis aktyvaus gydymo priemonėmis.

Du svarbiausi farmakologiniai gydymo būdai, taikomi probleminių vartotojų blaivybei skatinti ir vartojimui mažinti – akamprosatas (gliutamato antagonistas) ir naltreksonas (opioidinių receptorų antagonistas). 2010 m. dvi sisteminės apžvalgos apibendrino 24 rastus akamprosato tyrimus (Rosner et al., 2010a) ir 50 naltreksono tyrimų (Rosner et al., 2010b). Palyginti su placebo, akamprosatas reikšmingai sumažino vartojimo riziką (santykinė rizika: 0,86; 95% CI: 0,81–0,91) ir bendrą dalyvių nurodytą blaivybės trukmę (vidutinis pokytis: 10,94; 95% CI: 5,08–16,81) esant minimaliemis šalutiniams reiškiniams (Rosner et al., 2010a). Naltreksonas sumažino girtavimo riziką palyginti su placebo grupe (santykinė rizika: 0,83; 95% CI: 0,76–0,90) ir reikšmingai sumažino vartojimo dienų skaičių apytiksliai 4 proc. (vidutinis pokytis: -3,89; 95% CI: -5,75–2,04). Gauti teigimi rezultatai ir vertinant kai kuriuos antrinius rodiklius, tokius kaip piktnaudžiavimo dienų skaičius, bendras suvartoto alkoholio kiekis, gamagliutamiltransferazės rodiklis (Rosner et al., 2010b). Tačiau naltreksonas sukelia šalutinių reiškinių, kurių svarbiausi – virškinimo problemos ir slopinimas (Rosner et al., 2010b).

Apibendrinant galima teigti, kad per pastaruosius metus prisikaupė pakankamai daug paskelbtų tyrimų apie gydymą dėl priklausomybės nuo alkoholio. Kokybiskų apžvalgų išvados teigia, kad psichosocialinėmis konsultavimo intervencijomis pasiekiamą teigiamo, bet riboto laiko atžvilgiu rezultato, ir kad vaistais galima saugiai ir veiksmingai pasiekti blaivybės ir kitų gydymo tikslų. Kaip tiksliai derinti konsultavimą ir farmakoterapiją, ne visai aišku, tai galimai priklauso nuo problemos sunkumo, gydymo tikslų ir paciento pasirinkimo atsižvelgiant į galimus šalutinius reiškinius.

Nuo 2006 m. ES vis dažniau remia projektus, stiprinančius sveikatos sektorius veiksmus, padedančius mažinti alkoholio keliamas problemas (žr. 4 priedą).

Rekomendacijos politikai ir praktikai

Yra daug ir patikimų įrodymų, kad alkoholio keliamų problemų sprendimas sveikatos sektorius priemonėmis ES šalyse narėse yra veiksmingas rezultatų ir sąnaudų prasme. Daugiausiai įrodymų sukaupta apie prevencines intervencijas, ypač trumpalaikes intervencijas, taikomas pavojingai ir žalingai alkoholi vartojantiems pacientams, kurie nesikreipia dėl gydymo ir pagalbos, nes dažnai nesuvokia alkoholio

keliamos rizikos ir žalos. Tačiau vis dar nepavyksta pasiekti, kad šiemis tikslams įgyvendinti sveikatos priežiūros specialistai plačiai ir nuosekliai taikytų trumpalaikės intervencijas. ES lygmeniu įgyvendinti keli projektai, kuriais siekiama sukurti standartizuotus įrankius, padėsiantiems įgyvendinti trumpalaikės intervencijas, ir identifikuotos strategijos, skatinančios šių intervencijų įdiegimą įprastoje sveikatos priežiūroje. Norint paskatinti į alkoholio kontrolę nukreiptą intervenciją taikymą sveikatos priežiūros sistemoje siūloma paskelbti, kad šios problemos nacionalinėse sveikatos strategijose yra prioritetinės, ir numatyti skatinamąsių priemones šio tipo prevencinei veiklai. Šias priemones galėtų taikyti bendrosios praktikos gydytojai, kurie kol kas labiau domisi gydymu ir priežiūra negu prevencija. Specialistai savo arsenale turi įvairių veiksmingų priemonių, kurios taikytinos besikreipiantiems pagalbos probleminiams vartotojams, tačiau vis dar nedaugelis geriančių kreipiasi pagalbos. Problemą padėtų spręsti patobulintas sveikatos tikrinimas (*screening*) ir geresnė problemų diagnostika bendrojoje praktikoje. Geresnė prevencinių ir gydymo paslaugų integracija gali padėti užtikrinti veiksmingą pagalbą probleminiams vartotojams sveikatos priežiūros sistemoje.

Šaltiniai

- Anderson P, Baumberg B (2006). Alcohol in Europe. A public health perspective. London, Institute of Alcohol Studies (http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_content_en.pdf, accessed 18 February 2012).
- Anderson P, Laurant M, Kaner E et al. (2004). Engaging general practitioners in the management of alcohol problems: results of a meta-analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 65(2):191–199.
- Babor TF, Caetano R, Casswell S et al. (2010). *Alcohol: no ordinary commodity – research and public policy*, 2nd ed. Oxford, Oxford University Press.
- Babor T, Kaner E, Nilsen P et al. *Rapid review of current evidence for health promotion actions for hazardous and harmful alcohol use, with specific reference to low- and middle-income countries: WHO mainstreaming health promotion project*. Geneva, World Health Organization (in press).
- Ballesteros JA, Duffy JC, Querejeta I et al. (2004). Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: systematic review and meta-analysis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28(4):608–618.
- Bennett J, Patterson C, Reynolds G et al. (2004). Team awareness, problem drinking, and drinking climate: workplace social health promotion in a policy context. *American Journal of Health Promotion*, 19(2):103–113.
- Bernstein J, Bernstein E, Heeren T (2010). Mechanisms of change in control group drinking in clinical trials of brief alcohol intervention: implications for bias towards the null. *Drug and Alcohol Review*, 29:498–507.
- Bertholet N, Daepen JB, Wietlisbach V et al. (2005). Brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, 165:986–995.
- Bewick BM, Trustler K, Barkham M et al. (2008). The effectiveness of web-based interventions designed to decrease alcohol consumption – a systematic review. *Preventive Medicine*, 47(1):17–26.
- Bray JW, Cowell A, Hinde J (2011). A systematic review and meta-analysis of health care utilization outcomes in alcohol screening and brief intervention trials. *Medical Care*, 49:287–294.
- Carey K, Scott-Sheldon L, Carey M (2007). Individual-level interventions to reduce college student drinking: a meta-analytic review. *Addictive Behaviors*, 32:2469–2494.
- Carey K, Scott-Sheldon L, Elliot J et al. (2009). Computer-delivered interventions to reduce college student drinking: a meta-analysis. *Addiction*, 104:1807–1819.
- Chisholm D, Rehm J, van Ommeren M et al. (2004). Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 65:782–793.
- Cuijpers P, Riper H, Lemmers L (2004). The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. *Addiction*, 99(7):839–845.
- Dinh-Zarr T, Diguiseppi C, Heitman E et al. (1999). Preventing injuries through intervention for problem drinking: a systematic review of randomized controlled trials. *Alcohol and Alcoholism*, 34(4): 609–621.
- Doggett C, Burrett S, Osborne D (2009). Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4):CD004456.

- Elliott JC, Carey KB, Bolles JR (2008). Computer based interventions for college drinking: a qualitative review. *Addictive Behaviours*, 33(8):994–1005.
- Fleming MF, Mundt MP, French MT et al. (2002). Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(1):36–43.
- Grant T, Ernst C, Streissguth AP et al.(2005). Preventing alcohol and drug exposed births in Washington State: intervention findings from three parent-child assistance program sites. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 31(3):471–490.
- Handmaker NS, Miller WR, Manicke M (1999). Findings of a pilot study of motivational interviewing with pregnant drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 60:285–287.
- Handmaker NS, Rayburn WF, Meng C et al. (2006). Impact of alcohol exposure after pregnancy recognition on ultrasonographic fetal growth measures. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30(5):892–898.
- Havard A, Shakeshaft A, Sanson-Fisher R (2008). Systematic review and meta-analyses of strategies targeting alcohol problems in emergency departments: interventions reduce alcohol-related injuries. *Addiction*, 103:368–376.
- Jenkins RJ, McAlaney J, McCambridge J (2009). Change over time in alcohol consumption in control groups in brief intervention studies: systematic review and meta-regression study. *Drug and Alcohol Dependence*, 100(1–2):107–114.
- Kaner E (2010). Brief alcohol intervention: time for translational research. *Addiction*, 105:960–961.
- Kaner E, Beyer F, Dickinson H et al. (2007). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2):CD004148.
- Kaner E, Brown N, Jackson K (2011). A systematic review of the impact of brief interventions on substance use and co-morbid physical and mental health conditions. *Mental Health and Substance Use*, 4(1):38–61.
- Kaner EFS, Heather N, McAvoy BR et al. (1999). Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: attitudes and practices of English general practitioners. *Alcohol and Alcoholism*, 34(4):559–566.
- Khadjesari Z, Murray E, Hewitt C et al. (2010). Can stand-alone computer-based interventions reduce alcohol consumption? A systematic review. *Addiction*, 106:267–282.
- Kypri K, Langley JD, Saunders JB et al.(2007). Assessment may conceal therapeutic benefit: findings from a randomized controlled trial for hazardous drinking. *Addiction*, 102:62–70.
- Latimer N, Guillaume L, Goyder E et al. (2010). *Prevention and early identification of alcohol use disorders in adults and young people: screening and brief interventions, cost effectiveness review*. Sheffield, University of Sheffield, School of Health and Related Research (ScHARR) Public Health Collaborating Centre.
- Littlejohn C (2006). Does socio-economic status influence the acceptability of, attendance for, and outcome of, screening and brief interventions for alcohol misuse: a review. *Alcohol and Alcoholism*, 41(5):540–545.
- Lundahl B, Kunz C, Brownell C et al. (2010). A meta-analysis of motivational interviewing: Twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice*, 20(2):137–160.
- Magill M, Ray L (2009). Cognitive behavioural treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70:516–527.
- McCambridge J, Day M (2007). Randomized controlled trial of the effects of completing the Alcohol Use Disorders Identification Test questionnaire on self-reported hazardous drinking. *Addiction*, 103(2):241–248.
- McCormick R, Docherty B, Segura L et al. (2010). The research translation problem: alcohol screening and brief intervention in primary care – real world evidence supports theory. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(6):732–748s.
- McQueen J, Howe T, Allan L et al. (2011). Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8):CD005191.
- Miller W, Wilbourne P (2002). Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97(3):265–277.
- Moreira MT, Smith LA, Foxcroft D (2009). Social norms interventions to reduce alcohol misuse in university or college students (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3):CD006748.
- Moyer A, Finney JW, Swearingen CE (2002). Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*, 97(3):279–292.
- NICE (2010). *Alcohol-use disorders: preventing the development of hazardous and harmful drinking*. London, National Institute for Health and Clinical Excellence.

- Nilsen P, Baird J, Mello M et al. (2008). A systematic review of emergency care brief alcohol interventions for injury patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35:184–201.
- Peltzer K (2009). Brief intervention of alcohol problems in sub-Saharan Africa: a review. *Journal of Psychology in Africa*, 19(3):415–422.
- Richmond R, Heather N, Wodak A et al. (1995). Controlled evaluation of a general practice-based brief intervention for excessive drinking. *Addiction*, 90(1):119–132.
- Richmond R, Kehoe L, Heather N et al. (2000). Evaluation of a workplace brief intervention for excessive alcohol consumption: the Workscreen project. *Preventive Medicine*, 30:51–63.
- Riper H, van Straten A, Keuken M et al. (2009). Curbing problem drinking with personalised feedback interventions: a meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 36:247–255.
- Rooke S, Thorsteinsson E, Karpin A et al. (2010). Computer-delivered intervention for alcohol and tobacco use: a meta-analysis. *Addiction*, 105:1381–1390.
- Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S et al. (2010a). Acamprosate for alcohol dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8):CD004332.
- Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S et al. (2010b). Opioid antagonists for alcohol dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12):CD001867.
- Saitz R (2010). Alcohol screening and brief intervention in primary care: absence of evidence for efficacy in people with dependence or very heavy drinking. *Drug and Alcohol Review*, 29:631–640.
- Smedslund G, Berg R, Hammerstrøm K et al. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5):CD008063.
- Stade B, Bailey C, Dzendoletas D et al. (2009). Psychological and/or educational interventions for reducing alcohol consumption in pregnant women and women planning pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2):CD004228.
- Sullivan L, Tetrault J, Braithwaite S et al. (2011). A meta-analysis of the efficacy of non-physician brief interventions for unhealthy alcohol use: implications for the patient-centered medical home. *American Journal on Addictions*, 20:343–356.
- Tripodi S, Bender K, Litschge C et al. (2010). Interventions for reducing adolescent alcohol abuse: a meta-analytic review. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 164(1):85–91.
- Vasilaki E, Hosier S, Cox W (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol and Alcoholism*, 41:328–335.
- White A, Kavanagh D, Stallman H et al. (2010). Online alcohol interventions: a systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 12(5):e62.
- Whitlock EP, Polen MR, Green CA et al. (2004). Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 140:557–568.
- Wilson G, Lock C, Heather N et al. (2011). Intervention against excessive alcohol consumption in primary health care: a survey of GPs' attitudes and practices in England ten years on. *Alcohol and Alcoholism*, 46(5):570–577.
- WHO Regional Office for Europe (2009). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/43319/E92823.pdf, accessed 12 February 2012).
- Wutzke S, Conigrave K, Saunders J et al. (2002). The long-term effectiveness of brief interventions for unsafe alcohol consumption: a 10-year follow-up. *Addiction*, 97:665–675.

Sužalojimų ir mirčių eismo įvykiuose, susijusiuose su alkoholio vartojimu, mažinimas

Francesco Mitis ir Dinesh Sethi

Įžanga

Sužalojimai ir mirtys eismo įvykiuose – viena svarbiausių mirties priežasčių ir rimta visuomenės sveikatos problema Europoje bei visame pasaulyje. Dėl šių įvykių prarandamos jaunų žmonių gyvybės, sužalojimų sąnaudos užgula šeimas, papildoma ekonominė našta tenka ir greitosios pagalbos bei sveikatos priežūros sektoriui, ir visuomenei apskritai (Peden et al., 2004; PSO Europos regioninis biuras, 2009a). Visame PSO Europos regione eismo įvykiai yra viena pagrindinių mirties priežasčių tarp 5–29 metų amžiaus vaikų ir jaunų suaugusiuju (PSO Europos regioninis biuras, 2007). Alkoholio vartojimas – vienas iš svarbiausių nustatytų eismo įvykių ir juose patirtų sužalojimų sunkumą lemiančių rizikos veiksnių. Net ir maža alkoholio dozė padidina riziką pakliūti į eismo įvykį visiems eismo dalyviams: tiek vairuotojams, tiek pėstiesiems. Taip yra todėl, kad alkoholis slopina eismo dalyvių gebėjimus, sutrikdydamas suvokimą, regėjimą, pailgindamas reakcijos trukmę (Peden et al., 2004). Alkoholio vartojimas padidina ir kitų rizikingo elgesio formų riziką – pernelyg didelį greitį, nesinaudojimą saugos diržais ir šalmais.

Bet kokia didesnė už nulinę alkoholio koncentracija kraujyje (AKK) padidina asmens riziką pakliūti į eismo įvykį. Bendroje vairuotojų populiacijoje ši rizika reikšmingai padidėja, kai alkoholio koncentracija kraujyje viršija 0,4 g/litre (Peden et al., 2004). Motociklų vairuotojams, kurių AKK daugiau nei 0,5 g/litre, rizika pakliūti į avariją yra net 40 kartų didesnė nei alkoholio nevartoju siems (PSO, 2007).

Nepatyrusiems vairuotojams ir paaugliams rizika yra dar didesnė (Peden et al., 2004) ir sparčiai didėja, didėjant AKK (PSO, 2007). Esant bet kokiam AKK 16–20 m. amžiaus vairuotojai patiria tris kartus didesnę riziką pakliūti į avariją negu vyresni nei 30 metų amžiaus (PSO, 2004). PSO Europos regiono šalyse sužalojimai eismo įvykiuose yra viena svarbiausių 5–29 m. amžiaus vaikų ir jaunimo mirties priežasčių (Peden et al., 2004). Tačiau nors jaunimas patiria didžiausią riziką pakliūti į alkoholio vartojimo nulemtą avariją, absoliučiais skaičiais avarijos ir mirtys dažnesnės tarp vidutinio amžiaus žmonių.

Šiuolaikinių įrodymų apibendrinimas

Yra daug įrodymų, kad prevencinės intervencijos šioje srityje yra veiksmingos (Peden et al., 2004; PSO, 2007). Įrodyta, kad kiekvienas į atsitiktinius prevencinius tikrinimus alkoholio matuokliais investuotas euras sutauupo 36 eurus (Racioppi et al., 2005).

Pagrindinės išvados iš naujausios išsamios apžvalgos (PSO Europos regioninis biuras, 2009b) patvirtina ir papildo ankstesnius rezultatus.

Įrodyta, kad:

- teisėto AKK vairuotojams įdiegimas (Mann et al., 2001) arba/ir sumažinimas (Bernhoft & Behrensdorff, 2003; Bartl & Esberger, 2000; Shults et al., 2001), jeigu yra griežtai prižiūrimas ir įgyvendinamas, sumažina transporto priemonių avarijas ir mirtis jose (Albalate, 2006);
- blaivumo tikrinimo vietų įvedimas ir atsitiktinė vairuotojų patikra alkoholio matuokliais sumažina transporto priemonių avarijas ir mirtis jose (Shults et al., 2001).

Yra įrodymų, kad transporto priemonių avarijas ir mirtis nuo jų galima sumažinti:

- sumažinant teisėtą AKK pradedantiesiems vairuotojams (Shults et al., 2001; Hartling et al., 2004);
- įvedant teisės vairuoti ribojimo bausmę (Zobbeck & Williams, 1994);
- vairuotojų, kuriems nustatyta priklausomybė nuo alkoholio, trumpalaikis konsultavimas ir priverstinis gydymas;
- alkoholio spynos (Willis, Lybrand & Bellamy, 2004; Bjerre, 2005; Bjerre & Kostela, 2008; Bjerre & Thorsson, 2008).

Žiniasklaidos kampanijos padeda sustiprinti vairavimo išgėrus kontrolės politikos priemones (Elder et al., 2004).

Néra įrodymų, kad atsakingo vairuotojo ir saugaus važiavimo programos padeda sumažinti transporto priemonių avarijas ir mirtis jose (Ditter et al., 2005).

Kol kas nėra žinoma, koks kontrolės būdas yra pats veiksmingiausias, kaip užtikrinti, kad būtų laikomasi teisėto AKK, ir kokias būdais pasiekti, kad būtų skiriama pakankamai išteklių alkoholio kontrolei transporto sektoriuje (PSO Europos regioninis biuras, 2009b).

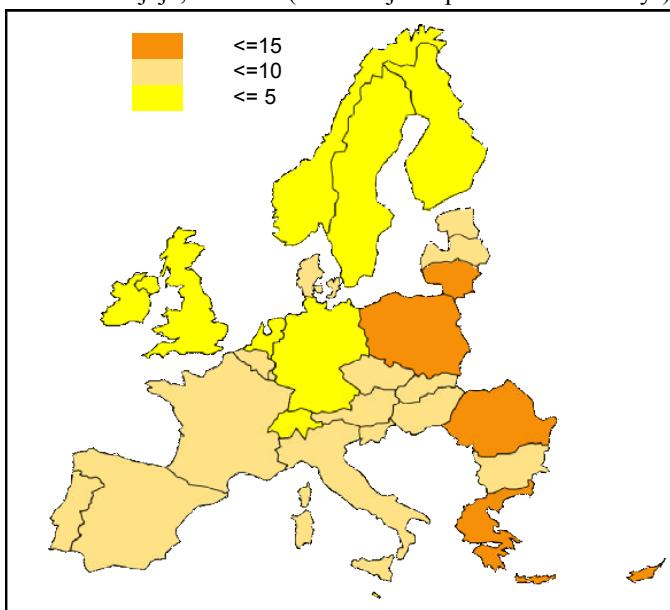
Mirtys ir sužalojimai eismo įvykiuose, kai alkoholis yra rizikos veiksny

Kasmet apytiksliai 43 500 žmonių žūva ES keliuose (PSO Europos regioninis biuras, 2009a) ir dar daugiau yra sužalojama; jauniems vyrams ši rizika yra didesnė. Pažeidžiamų eismo dalyvių – pėščiųjų, dviratininkų, dviračių transporto priemonių naudotojų mirtys siekia net 41 proc. šių mirčių. Našta dėl šių mirčių ES pasiskirsto nevienodai: ji didžiausia Baltijos šalyse ir centrinėje bei rytų Europoje (15 pav.) (PSO Europos regioninis biuras, 2012b). Nevienodai našta pasiskirsto ir šalių viduje: skurdžiausiems gyventojams tenka didesnė rizika (PSO Europos regioninis biuras, 2009a). Vertinama, kad dėl mirčių šalių patiriami finansiniai nuostoliai siekia apie 2–3 proc. jų BVP (PSO Europos regioninis biuras, 2009a).

Su alkoholiu susijusi mirtingumo eismo įvykiuose dalis apskaičiuota remiantis keliomis studijomis ir apibendrinta 2004 m. paskelbtame PSO leidinyje, kuriame nurodoma ligų našta dėl pasirinktų svarbiausių rizikos veiksnių (Rehm et al., 2004). Remiantis pasauline mokslinėje literatūros apžvalga įvertinta, kad apie 33 proc. vyrų ir 11 proc. moterų sužalojimų eismo įvykiuose nutinka dėl alkoholio vartojimo (Ridolfo & Stevenson, 2001). Daug pėščiųjų – apie 40 proc. vyrų ir apie 17 proc. moterų (Ridolfo & Stevenson, 2001) – ir dviratininkų – apie 20 proc. vyrų (Single et al. 1999; Stinson et al., 1993) ir 18 proc. moterų (English et al., 1995) mirčių eismo įvykiuose ištinka dėl alkoholio vartojimo. Mirties su alkoholiu susijusiam eismo įvykyje rizika priklauso nuo amžiaus: vakarų Europos šalyse šios mirtys sudaro 50 proc. 30–44 m. amžiaus vyrų mirčių ir 46 proc. 15–29 m. amžiaus grupėje, o moterų atitinkamai 25 ir 18 proc. Baltijos ir centrinės Europos šalyse šios proporcijos yra reikšmingai didesnės (Rehm et al., 2004).

Atskirose šalyse mirčių eismo įvykiuose dėl alkoholio vartojimo rodikliai skiriasi. Turimais duomenimis, devynios ES šalys nurodo, kad 20 proc. ir daugiau (iki 48 proc.) mirčių eismo įvykiuose įvyksta dėl alkoholio vartojimo, ir dar 6 šalys nurodo, kad alkoholio vartojimas sukelia apie 10–20 proc. mirčių. Prieinama informacija neišsami, nes duomenis pateikė tik 85 proc. šalių (PSO Europos regioninis biuras, 2009a), be to, duomenų patikimumui daro įtaką teisėto AKK riba, kaip laikomasi nustatyti taisyklių, kaip testuojama įvykus avarijai. Informacija apie avarijas, kuriose viršytas leistinas AKK (16 pav.), renkama 93

15 pav. Standartizuoti mirtingumo dėl transporto avarijų sukelty sužalojimų rodikliai 100 tūkst. gyventojų ES šalyse, Norvegijoje ir Šveicarijoje, 2010 m. (arba naujausi prieinami duomenys)



Šaltinis: Europos sveikatos visiems duomenų bazė, 2012 m. sausio mėn. (PSO Europos regioninis biuras, 2012b).

proc. ES šalių (PSO Europos regioninis biuras, 2012b). Šiuos duomenis interpretuoti reikėtų atsargiai, nes šalyse nustatytos skirtinges leistinos alkoholio kiekiejų normos, skiriasi ir tai, kaip jų laikomasi, kaip dažnai yra tiriamas alkoholio kiekis įvykus avarijai, kaip griežtai įgyvendinamos taisyklės ir įstatymų nuostatos, susijusios su vairavimu išgėrus. Dėl šių reiškinijų tikrasis alkoholio sukeliamų avarijų skaičius yra didesnis.

ES rėmė projektus, kuriuose akcentuotos alkoholio vartojimo ir saugumo keliuose sąsajos (žr. 4 priedą).

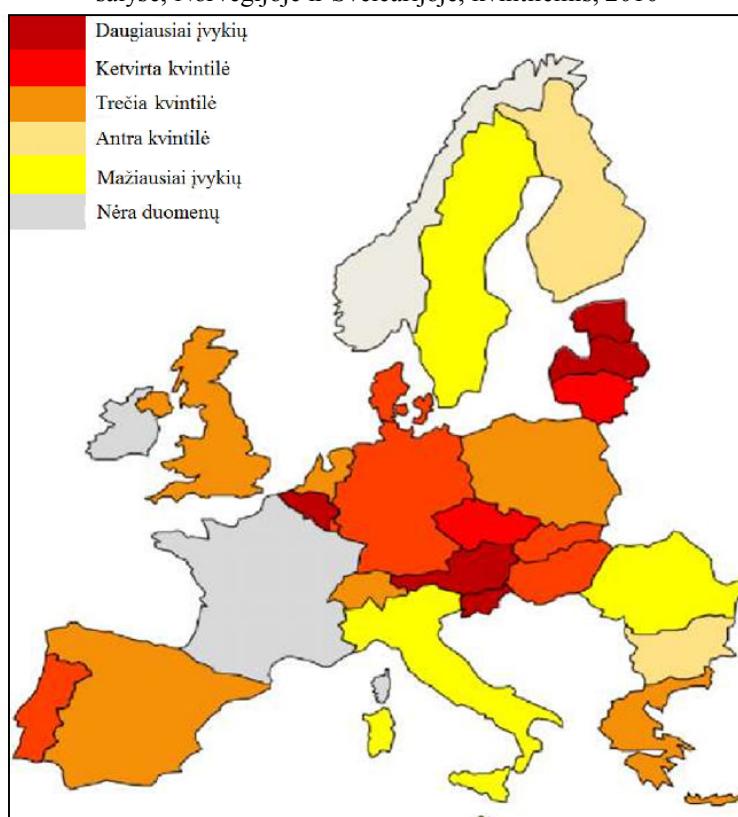
Rekomendacijos politikai ir praktikai

Visose ES šalyse galioja įstatymai, draudžiantys vairavimą išgėrus. Keturios šalys yra nustačiusios nulinę leistiną alkoholio ribą (PSO Europos regioninis biuras, 2012a), tačiau dviejose šalyse teisėta AKK riba yra 0,8 g/litre – daugiau nei PSO ir EK rekomenduoja maksimali 0,5 g/litre riba. Nors žinoma, kad jauni vairuotojai dažniau patiria avarijas vartodami alkoholį, tik pusėje ES šalių (14 iš 27) nustatyta žemesnė – 0,2 g/litre arba dar mažiau – riba jauniems ir pradedantiems vairuotojams (PSO Europos regioninis biuras, 2009a).

Įvairios priemonės, kuriomis siekiama sumažinti vairavimą išgėrus, apibendrintos parengtoje atskaitoje apie tai, kaip PSO Europos regione (PSO Europos regioninis biuras, 2010a) įgyvendinamos Europos Tarybos rekomendacijos dėl sužalojimų prevencijos ir saugumo didinimo bei Regioninio komiteto rezoliucijoje dėl sužalojimų prevencijos PSO Europos regione.

88 proc. iš 25 klausimyną užpildžiusių ES šalių nacionalinėje politikoje alkoholis paminėtas kaip netycinių sužalojimų rizikos veiksnys. Absoliučioje daugumoje šalių galioja nacionalinės saugumo keliuose stiprinimo politikos priemonės (96%) ir įgyvendinamos (nacionaliniu lygmeniu ir bendruomenėse) intervencijos, kuriomis siekiama užkirsti kelią sužalojimams transporto įvykiuose (81 proc.). Pavyzdžiui, 87 proc. veikė blaivumo kontrolės punktai, bet tik septynios šalys taikė prekybos alkoholiu degalinėse aprībojimus (PSO Europos regioninis biuras, 2010b).

16 pav. Alkoholio sąlygoti eismo įvykiai 100 tūkst. gyv. ES
šalyse, Norvegijoje ir Šveicarijoje, kvintilėmis, 2010



Šaltinis: Europos sveikatos visiems duomenų bazė, 2012 m. sausio mėn.
(PSO Europos regioninis biuras, 2012b).

Nors visose šalyse priimti nacionalinės politikos dokumentai, skirti vairavimo išgėrus kontrolei, tačiau jų taikymo trūkumai tebéra rimta problema. Iš 23 ES šalių 16-oje (70 proc.) respondentai nurodė, kad vairavimo išgėrus kontrolės įstatymo įgyvendinimas nėra optimalus. EK ir PSO atkreipė dėmesį į tai, kad tinkamai įgyvendinti šiuos įstatymus ES šalyse padeda atsitiktinis vairuotojų testavimas dėl alkoholio vartojimo (Europos Komisija, 2004, PSO Europos regioninis biuras 2010b; 2011b). Kai kurios šalys nurodo, kad bausmės už vairavimą išgėrus yra per mažos, neatgraso nuo tokio elgesio (PSO Europos regioninis biuras, 2009a).

Siekiant sumažinti mirtingumą, sergamumą, ir ekonominius nuostolius, susijusius su vairavimu išgėrus, siūlomi šie pagrindiniai veiksmai (PSO Europos regioninis biuras, 2010b; 2011b):

- šalims, kuriose galioja daugiau nei 0,5 g/litre AKK riba, naudinga sumažinti ją iki mažiau nei 0,5 g/litre;
- šalys, kuriose AKK riba yra 0,5 g/litre, papildomas teigiamas poveikis būtų gautas sumažinus ribą iki 0,2 g/litre;
- teisėtas AKK lygmuo pradedantiesiems vairuotojams ir profesionaliems vairuotojams turėtų būti sumažintas iki 0,2 g/litre arba mažiau;
- turėtų būti plečiama ir gerinama AKK kontrolė ir
- įgyvendinimas pagerėtų dažniau taikant atsitiktinius kontrolinius patikrinimus alkoholio matuokliais, nes padidėja rizika ir baimė būti sugautiems; tyrimai rodo, kad vairuotojai turi žinoti, jog rizika būti sustabdytiems ir patikrintiems alkoholio matuokliais yra reali.

Kaip ir aptariant kitas su alkoholio vartojimu susijusias problemas, šios ataskaitos svarbiausias klausimas: kaip tinkamai įgyvendinti žinomas ir įrodytas rekomendacijas. Yra šalių, kuriose vairavimo išgėrus kontrolė

šiuolaikiška ir veiksminga: tose šalyse, kur tinkamai prižiūrima, kad būtų laikomasi teisėto AKK, alkoholio sąlygotų avarijų skaičius yra mažesnis nei kitose.

Šaltiniai

- Albalate D (2006). *Lowering blood alcohol content levels to save lives: the European experience*. Barcelona, Research Institute of Applied Economics (No. CREA20006-07).
- 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*.
- Bernhoft IM, Behrensdrorff I (2003). Effect of lowering the alcohol limit in Denmark. *Accident Analysis and Prevention*, 35(4):515–525.
- Bjerre B (2005). Primary and secondary prevention of drink–driving by the use of alclock device and program: Swedish experiences. *Accident Analysis & Prevention*, 37(6):1145–1152.
- Bjerre B, Kostela J (2008). Primary prevention of drink–driving by the large scale use of alclocks in commercial vehicles. *Accident Analysis & Prevention*, 40(4):1294–1299.
- Bjerre B, Thorsson U (2008). Is an alcohol ignition interlock programme a useful tool for changing the alcohol and driving habits of drink-drivers? *Accident Analysis & Prevention*, 40(1):267–273.
- Ditter SM, Elder RW, Shults RA et al. (2005). Effectiveness of designated driver programs for reducing alcohol-impaired driving a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(Suppl. 5):280–287.
- Elder RW, Shults RA, Sleet DA et al. (2004). Effectiveness of mass media campaigns for reducing drinking and driving and alcohol-involved crashes: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 27:57–65.
- English D (1995). *The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia 1995*. Canberra, Commonwealth Department of Human Services and Health.
- European Commission (2004). Commission recommendation of 6 April 2004 on enforcement in the field of road safety, 2004/345/EC. *Official Journal*, L 111/75.
- Hartling L, Wiebe N, Russell KF et al. (2004). Graduated driver licensing for reducing motor vehicle crashes among young drivers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2):CD003300.
- Mann RE, Macdonald S, Stoduto G et al. (2001). The effects of introducing or lowering legal per se blood limits for driving: an international review. *Accident Analysis & Prevention*, 33:569–583.
- Peden M, Scurfield R, Sleet DA et al., eds. (2004). *World report on road traffic injury prevention*. Geneva, World Health Organization.
- Racioppi F, Eriksson L, Tingvall C et al. eds. (2005). *Preventing road traffic injury: a public health perspective for Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Rehm J, Room R, Monteiro M et al. (2004). Alcohol use. In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL et al., eds. *Comparative quantification of health risks*. Geneva, World Health Organization:959–1108.
- Ridolfo B, Stevenson C (2001). *The quantification of drug-caused mortality and morbidity in Australia 1998*. Canberra, Australian Institute of Health and Welfare.
- Shults RA, Elder RW, Sleet DA et al. (2001). Reviews of evidence regarding interventions to reduce alcohol-impaired driving. *American Journal of Preventive Medicine*, 21:66–88.
- Single E, Robson L, Rehm J et al. (1999). Morbidity and mortality attributable to alcohol, tobacco, and illicit drug use in Canada. *American Journal of Public Health*, 89:385–390.
- Stinson FS, Dufour MC, Steffens RA et al. (1993). Alcohol-related mortality in the United States, 1979–1989. *Alcohol Health and Research World*, 17:251–260.
- WHO (2007). *Drinking and driving. A road safety manual for decision-makers and practitioners*. Geneva, World Health Organization, Global road Safety Partnership.
- WHO Regional Office for Europe (2007). *Youth and road safety. Policy briefing* [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/violence-and-injuries/publications/pre-2009/youth-and-road-safety-in-europe2.-policy-briefing>, accessed 12 February 2012).

WHO Regional Office for Europe (2009a). *European status report on road safety* [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/european-status-report-on-road-safety.-towards-safer-roads-and-healthier-transport-choices>, accessed 12 February 2012).

WHO Regional Office for Europe (2009b). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/43319/E92823.pdf, accessed 12 February 2012).

WHO Regional Office for Europe (2010a). *Preventing injuries in Europe: from international collaboration to local implementation* [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/violence-and-injuries/publications/2010/preventing-injuries-in-europe-from-international-collaboration-to-local-implementation>, accessed 12 February 2012).

WHO Regional Office for Europe (2010b). *European status report on alcohol and health 2010* [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2010/european-status-report-on-alcohol-and-health-2010>, accessed 12 February 2012).

WHO Regional Office for Europe (2012a). Alcohol control database [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://data.euro.who.int/alcohol/Default.aspx?TabID=2422>, accessed 12 February 2012).

WHO Regional Office for Europe (2012b). European health for all database (HFA-DB) [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2>, accessed 22 February 2012).

Willis C, Lybrand S, Bellamy N (2004). Alcohol ignition interlock programmes for reducing drink– driving recidivism. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4):CD004168.

Zobbeck TS, Williams GD (1994). *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.

Veikla bendruomenėje

Allaman Allamani

Prevencinės intervencijos bendruomenės lygmeniu

Socialinė, sveikatos ir ekonominė alkoholio (kartu su tabaku ir kitais narkotikais) sąlygota našta turi poveikį tiek visai valstybei, tiek atskiroms bendruomenėms, tad veiksmingų intervencijų reikia visuose lygmenyse. Nuo bendruomenės aplinkos labai priklauso įvairių prevencinių priemonių sėkmė, nes tinkama aplinka sustiprina tą priemonių poveikį ir sudaro galimybes pasinaudoti vietinio konteksto privalumais.

Veiklos bendruomenėje principas dėmesį nuo pažeidžiamų rizikos grupės asmenų, nuo gydymo paslaugų, nuo individu perkelia į visuomenę. Svarbiausias darbo bendruomenėje aspektas – įsitraukimas „iš apačios“, aktyvaus dalyvavimo skatinimas. Remiantis šiuo principu, manoma, kad gyventojai gali patys nustatyti problemas ir prisidėti prie jų sprendimo, dalyvauti pokyčiuose. Prevencijos eksperto vaidmuo šiuo atveju būtų suteikti informacijos apie mažiau akivaizdžias, tačiau visuomenėje paplitusias problemas ir, atsižvelgiant į bendruomenės lūkesčius, įvertinus bendruomenės pasirengimą, pritaikyti prevencines priemones duotajai bendruomenei. Jei bendruomenėje suplanuotos vykdyti intervencijos yra jai priimtinios, specialistui, siekiančiam padidinti sveikatos sąmoningumą ir pradeti diegti prevencinę priemonę, lengviau mobilizuoti vietinius išteklius. Tai padarius jam teks užmegzti ryšius su suinteresuotomis pusėmis, svarbiausiais bendruomenės institucijų ir organizacijų atstovais, kurie koordinuoja prevencijos veiklą vietoje.

Apskritai, bendruomenės intervencijas, skirtas alkoholio sąlygotoms problemoms spręsti, sudaro: informavimas/švietimas, ribojančių taisyklių ir įstatymų įgyvendinimas, gyventojų įtraukimo ir aktyvinimo kuriant prevencines priemones veikla. Intervencijos tikslinė sritis gali būti: mokyklų grupė, mažmeninės prekybos sektorius ir restoranai, transporto sektorius, vietos policija, kurortas arba visi gyventojai.

Įvertinimas gali apimti žinių pokyčius (kuriuos nelengva įvertinti pagal tai, kiek žinios pakeičia vėlesnį pamokyo asmens elgesį), nuostatas rizikingo elgesio ir vartojimo atžvilgiu, avarijų, smurto ir mirčių rodiklius. Bendruomenėje vykdomą prevencinę veiklą sunku įvertinti net ir tada, kai vienos savivaldybė tokią veiklą palaiko ir skiria jai lėšų. Būtina stengtis atligli bent jau kokybinį įvertinimą, nors jo nepakanka: reikia ir patikrinamų hipotezių, aiškaus vertinimo laikotarpio, kokybiškų duomenų prieinamumo bei tinkamo vertinimo modelio (geriausia, jeigu yra ir kontrolinės bendruomenės) (Anderson & Baumberg, 2006).

Viena iš veiklų bendruomenėje aprašančios literatūros problemų yra ta, kad vyrauja itin pozityvūs pasakojimai, atspindintys vyraujančią įsitikinimą, jog viskas, kas daroma, yra gerai. Tuo tarpu svarbiausia išvada, nustatyta apibendrinus duomenis apie teigiamo poveikio turėjusias priemones bendruomenėje, yra ta, kad: veiksmingos buvo tokios priemonės, kuriomis siekta konkrečių tikslų, dažniausiai sumažinti sužalojimus dėl išgėrusių vairuotojų kaltės, smurtą ir nepilnamečių gėrimą. Bendruomenės narių įsitraukimas padeda didinti priemonių bendruomenėje priimtinumą ir aprępti, tačiau tikrasis veiksmingumas atsiranda tik griežtai įgyvendinant vienas arba kitas taisyklės, daugiausia nukreiptas į alkoholio tiekėjus, nors kartais ir į pačius geriančiuosius (pavyzdžiu, užtikrinant, kad bus laikomasi įstatymų nevairuoti išgėrus).

Nuo septintojo dešimtmečio skelbiama apie sėkmingai įgyvendintas veiksminges alkoholio prevencijos bendruomenėje programas Kanadoje ir JAV (Giesbrecht et al., 1990; Greenfield & Zimmerman, 1993), dešimtmečiu vėliau ir Europos šalyse (Holmila, 1997; Larsson & Hanson, 1997; PSO Europos regioninis biuras, 1999). Santykinę šių programų sklidą iš dalies paskatino 1992 m. paskelbtas PSO Europos alkoholio veiksmų planas (PSO Europos regioninis biuras, 1992), rekomendavęs vykdyti prevencines priemones bendruomenėse. Malmēs (Švedija) bendruomenėje 7-ajame dešimtmetyje vykdytas projektas parodė, kad

esant tinkamoms sąlygoms galima pasiekti ypač didelių teigiamų rezultatų. Ten taikyta intervencija buvo nukreipta į piktnaudžiaujančius alkoholiu asmenis: siekta juos anksti pastebeti, suteikti trumpą informaciją ir periodiškai tikrinti krauso gama-GGT. Nuo intervencijos pradžios šioje bendruomenėje per šešerius metus mirčių skaičius sumažėjo pusiau palyginti su kontroline grupe, kuriai jokios priemonės nebuvo taikytos (Kristenson et al., 1983).

Beveik visos Europos šalys nesenai pranešė, kad bendruomenėje taikomos prevencinės priemonės yra numatytos jų bendrojoje alkoholio politikoje (PSO, 2010; PSO Europos regioninis biuras, 2010). Ši žinia gali būti šiek tiek perdėta, nes ES finansuojamo Alkoholio kontrolės priemonių visuomenės sveikatai tyrimų aljanso (AMPHORA) tėstинio projekto duomenimis, 2010 m. tik 7 iš 12-os šalių įgyvendino bendruomenės lygmens projektus, kuriais siekta sumažinti alkoholio sąlygotas problemas (AMPHORA, 2011).

Nesenai išleistos dvi ypač vertingos knygos, kuriose apibendrinti žinomi naujausios alkoholio politikos priemonių veiksmingumo įrodymai: „Alkoholio žalą mažinančių priemonių veiksmingumo ir sąnaudų veiksmingumo įrodymai“ (Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm) (PSO Europos regioninis biuras, 2009) ir antrasis knygos „Alkoholis – ne šiaip prekė“ (Alcohol: no ordinary commodity. Babor et al., 2010) leidimas. Abiejose knygose daroma išvada, kad informavimu grindžiami projektai pagausina informuotumą, tačiau neskatina pastebimų elgesio pokyčių. Kita vertus, žmonės ir įstaigos, kurie mobilizuoja ir į įvairių sektorius vykdomą alkoholio kontrolę aktyviai įtraukia bendruomenę (pavyzdžiu, padeda užtikrinti, kad alkoholis nebūtų parduodamas nepilnamečiams, kad jis būtų parduodamas atsakingai, pardavimo ir vairavimo išgėrus kontrolę), ne tik šviečia gyventojus, skatina žmones pagalvoti apie jiems patiemis alkoholio keliamą riziką, padeda sumažinti jų perkamo ir vartojamo prieš vairuojant alkoholio kiekį, bet ir mažina alkoholio sąlygotą žalą, tokią kaip smurtas ir mirtys eismo įvykiuose.

Bendruomenė yra ir naujas prevencinės veiklos kryptis mėginančių naujų projektų. Štai keli tokų projektų pavyzdžiai: kelerius metus trunkantis bendruomeninis projektas Pietų Tirolyje, Italijoje, kuriuo siekiama prevencine veikla sustiprinti vaikų ir paauglių bei jų tėvų sąmoningumą susidūrus su alkoholiu ir narkotikais (Greca, Schafferling &, Siebenhuter, 2009); bendruomenės programos Danijoje orientuojasi į žalos mažinimą, moko elgtis rizikingose situacijose ir vietose (Elmeland, 2006); mėginimai trijuose Jungtinės Karalystės miestuose pakartoti 2003 m. JAV atliktą trijų bendruomenių tyrimą (Holder et al., 2000), kuriuo mėginta įtvirtinti partnerystės bendruomenėje principus (Hodgson & Davidson, 2008).

Programos, platinančios visuomenės sveikatos informaciją apie alkoholio keliamą riziką, gali atkreipti ir pavienių žmonių dėmesį į jų pačių elgesį alkoholio atžvilgiu. Prevencijos bendruomenėje programa „Geriau mažiau“ Italijoje, vykdyta nuo 1999 iki 2006 m., buvo sudaryta kaip kontroliuojamas intervencijos tyrimas (Bagnardi et al., 2011). Taikant intervenciją dešimtyje atrinktų mažų Italijos bendruomenių pavyko užtikrinti koordinuojamą bendradarbiavimą tarp bendruomenės vadovų, valdžios įstaigų ir nevyriausybinio sektoriaus. I projektą įsitraukė per 100 000 asmenų, kurie dalyvavo informuojant ir atkrepiant bendruomenės dėmesį į alkoholio sukeliamą žalą. I tyrimo analizę įtrauktos ir 8-ios kontrolinėmis pasirinktos bendruomenės. Įvertinus alkoholio vartojimą prieš intervenciją ir po jos, nustatytas reikšmingas alkoholio vartojimo sumažėjimas bendruomenėse, kuriose taikyta intervencija (-1,1 porcijos per savaitę), palyginti su kontrolinėmis (+0,3 porcijos per savaitę).

Apskritai, yra žinoma nemažai bendruomenę mobilizuojančių projektų pavyzdžių, skatinančių pavienių asmenų ir organizacijų iniciatyvumą bei veiklą „iš apačios“ ir įvairiausius teigiamus pokyčius: padedančių pakeisti požiūrį į svaigalų pardavimą nepilnamečiams, didinančių visuomenėje platinamos dalomosios visuomenės sveikatos medžiagos priimtinumą, skatinančių bendruomenių dalijimąsi patirtimi apie sveikos gyvensenos naudą, padedančių mažinti alkoholio vartojimą ir piktnaudžiavimą juo. Čia pateikti tokų projektų pavyzdžiai.

- Kurortinėje vietovėje Nyderlanduose 2004 m. įgyvendinta programa, kurioje dalyvavo savivaldybės ir kitos organizacijos, prisidedančios prie piktnaudžiavimo alkoholiu sukelт problemų sprendimo. Programa pavyko atkreipti dėmesį į alkoholio pardavimą nepilnamečiams, sumažinti nepatogumą, keliamą tretiesiems asmenims (van de Luitgaarden, Knibbe & Wiers, 2010).
- Daugiakomponentis bendruomenės projektas Scandici (Italija) 2000–2003 m. įtraukė kelis šimtus gyventojų (moksleivių, bendruomenės organizacijų atstovų) į sveikatos informacijos kūrimą ir sklaidą, padėjo sustiprinti supratimą apie alkoholio daromą žalą krašte, kuriame teigiamas požiūris į alkoholio vartojimą tradiciškai labai stiprus (Allamani et al., 2007).
- Sékminga Tamperės (Suomija) bendruomenėje įgyvendinta akcija, kurios metu trumpalaikę intervenciją taikantys specialistai dalijo informacinius bukletus apie sveikatą. Geriausi rezultatai buvo pasiekti akcijos matomumo, išdalytos medžiagos ir informacijos pastebimumo prasme (Kaariainen et al., 2008).
- Projektas Švedijoje, kuriuo siekta stiprinti vienos bendruomenės koordinacinę komitetą, formuluojančią ir įgyvendinančią intervencijas, skirtas sumažinti epizodinius sunkaus girtavimo atvejus ir pasiekti, kad jaunuoliai alkoholiu pradėtų vartoti vėliau (1996–2002 m. Trelleborgo projektas). Įgyvendinant jį pavyko pasiekti, kad piktnaudžiaujantys alkoholiu paaugliai reikšmingai sumažintų vartojamą kiekį (Stafstrom et al., 2006; Stafstrom & Ostergren, 2008).
- Įgyvendinus kvazieksperimentinę dvejus su puse metų trukusią alkoholio prevencijos programą, kurioje dalyvavo 900 13–16 m. amžiaus Örebro (Švedija) moksleivių, skirtą pakeisti tėvų požiūri į nepilnamečių alkoholio vartojimą, nustatyta, kad vėliau apklausti intervencijos dalyviai nurodė buvus mažiau pasigérimus ir nusikalstamumo atvejų (Koutakis, Stattin & Kerr, 2008).

Buvu ir kitų sėkmingų daugiakomponenčių projektų: vykdant atsakingo aptarnavimo parduodant alkoholiu iniciatyvas, sugriežtinus vairavimo išgėrus ir pardavimo taisyklių įgyvendinimo priežiūrą, pavyko sumažinti pardavimus nepilnamečiams, sunkiai apsuaigusių klientų skaičių, neteisėtos alkoholio prekybos apimtis ir net alkoholio sąlygotą smurtą bei mirčių eismo įvykiuose skaičių. Štai pavyzdžiai:

- Daugiakomponentė intervencija bendruomenėje, skirta sumažinti pardavimus apsuaigusiems asmenims, alkoholio sąlygotą smurtą ir sužalojimus (Vietinis alkoholio politikos projektas, suomiškai PAKKA), įgyvendinta Suomijos Jyväskylös mieste 2004– 2007 m. (Warpenius & Holmila, 2010). Vietinė iš įvairių įstaigų atstovų sudaryta valdymo ir darbo grupė parengė intervenciją, apimančią šiuos elementus: alkoholio licencijavimo taisyklių laikymosi priežiūrą, mokymo programą alkoholiu parduodančiam aptarnaujančiam personalui, bendruomenės aktyvinimą ir kampanijas, kuriomis siekta sustiprinti politiką ir pagerinti informacijos sklidą žiniasklaidoje. Įvertinus intervenciją, nustatyta, kad regione, kuriame taikyta intervencija, buvo dažniau atsisakoma aptarnauti apsuaigusiais apsimetusius klientus (slaptus klientus): 2004 m. atsisakyta aptarnauti 23 proc. atvejų, o 2007 m. jau 42 proc.
- 10 metų trukusi daugiakomponentė programa, įgyvendinta Stokholme (pradėta 1996 m.), grindžiama bendruomenės aktyvinimu, padavėjų mokymu atsakingai aptarnauti ir griežtesne galiojančių įstatymų įgyvendinimo priežiūra. Policijos duomenys apie smurtą intervencijos laikotarpiu (1994 m. sausio mėn. – 2000 m. rugpjūčio mėn.) parodė, kad intervencijos regione, palyginti su kontroliniais regionais, 29 proc. sumažėjo smurtinių nusikaltimų skaičius (Wallin, Norstrom & Andreasson, 2001).
- Kvazieksperimentinio Sakramente (Kalifornija, JAV) vykdyto Alkoholio prevencijos kaimynystėje projekto tikslas buvo sumažinti alkoholio prieinamumą, vartojimą ir jo sąlygotas problemas dviejose skurdžiose bendruomenėse, kurių daugumą sudaro etninių mažumų atstovai. Tikslinė grupė – 15–29 m. amžiaus asmenys (Treno et al., 2007). Bendra Sakramento gyventojų bendruomenė pasirinkta kaip kontrolinis regionas. 2001–2003 m. įgyvendinti penki intervencijos komponentai: bendruomenės aktyvinimas, sąmoningumo didinimas, aptarnavimo atsakingumo didinimas, griežtesnė alkoholio prieinamumą nepilnamečiams ir apsuaigusiems asmenims ribojančių įstatymų

įgyvendinimo kontrolė. Projekto rezultatai parodė, kad intervencijos buvo veiksmingos, nes pavyko sumažinti nepilnamečiams parduodamo alkoholio kiekį, taip pat alkoholio sąlygotų smurtinių mirčių ir mirčių eismo įvykiuose skaičių.

Atkreiptinas dėmesys, kad bendruomenės programos yra įgyvendinamos bendrosios nacionalinės alkoholio politikos fone, kuris gali riboti veiklos apimtis ir sumenkinti intervencijų poveikį.

Tokios programos pavyzdys – didelis šešiose miesto ir kaimo savivaldybėse (ir šešiose kontrolinėse bendruomenėse) Švedijoje 2003–2006 m. atliktas tyrimas, kurio metu savivaldybių ir apskričių lygmeniu įgyvendintos koordinuotos alkoholio ir narkotikų kontrolės priemonės (Kvillemo, Andreasson & Branstrom, 2008). Programa skirta skatinti moksliniai įrodymais grindžiamą prevencinių priemonių diegimą savivaldybėse siekiant sumažinti alkoholio ir narkotikų sąlygotas problemas. Gauti teigiami projekto rezultatai: sustiprėjo vietos politikų, administratorių, policijos, bendrosios praktikos gydytojų atsakomybė, įsitrukimas ir bendradarbiavimas; alkoholis dažniau parduodamas atsakingai, baruose ir restoranuose mažiau alkoholio parduota nepilnamečiams (jo kiekis sumažėjo apytiksliai nuo 45 proc. 1997 m. iki 15 proc. 2007 m.); sumažėjo neteisėto alkoholio prieinamumas ir priimtinumas visuomenėje. Bendruomenės pradėjo geriau suprasti prevenciją, išplėtojo savo veiklą: daugiau dėmesio pradėta skirti ne tik jaunimo laisvalaikiui – stengiamasi aprėpti visus gyventojus. Tačiau po pradinės sėkmės vėlesniame programos diegimo laikotarpyje, 2004 m., alkoholio vartojimo apimtys nusistovėjo, tuo tarpu kiti rodikliai, pavyzdžiui, paauglių hospitalizacijų del apsinuodijimo alkoholiu skaičius bei nusikalstamumo, ėmė blogėti. Tokias tendencijas būtų galima paaiškinti kitais, su šia prevencine intervencija nesusijusiais, veiksniiais: tuo pačiu metu Švedijoje mažėjo alkoholio kaina, buvo padidintos jo importo kvotos, radosi daugiau licencijuotų alkoholio prekybos vietų.

Tik keli tyrimai vertino bendruomenės projektų sąnaudas arba lėšas, kurias jų dėka pavyko suraupoti. Įvertinus žiniasklaidos kampanijas paaiškėjo, kad šios intervencijos yra palyginti nebrangios (Chisholm, 2004). Stokholmo projekte atsakingo aptarnavimo mokymų, vykdomų nuo 1996 m. (Wallin, Norstrom & Andreasson, 2001), sąnaudų ir suraupytų lėšų santykis buvo 1:39 – programos sąnaudos (apie 796 000 eurų) buvo palygintos su lėšomis, suraupytomis išvengus smurtinių nusikaltimų (Mansdotter et al., 2007).

Buvo atlikta sisteminė daugiakomponenčių programų, skirtų sumažinti išgėrusių vairuotojų skaičių aktyvinant bendruomenę, vertinimo apžvalga, kurioje nustatytas programų veiksmingumas ir ekonominė nauda (Shults et al., 2009). 1994–2002 m. paskelbti šeši tyrimai (Rodo salos sveikatos skyrius, 1994; Hingson et al., 1996; 2005; Holder et al., 2000; Wagenaar, Murray & Toomey, 2000; Voas et al., 2002), įtraukti į šią apžvalgą. Įrodyta, kad gerai suplanuotos daugiakomponentės programos (įskaitant ir priemones, ribojančias alkoholio prieinamumą, ypač jaunimui, atsakingo aptarnavimo alkoholio prekybos vietose mokymą, blaivumo tikrinimo vietų steigimą, visuomenės švietimą ir žiniasklaidos kampanijas), kai jos diegiamos įtraukiant bendruomenę, padeda veiksmingai mažinti alkoholio sąlygotų eismo įvykių skaičių.

Trys tyrimai liudija, kad tokios programos suraupo lėšų. Masačiūsete (JAV) atliktas tyrimas (Hingson et al., 1996) parodė, kad programa padėjo išvengti 26 alkoholio sąlygotų mirčių ir leido suraupoti apytiksliai 20 milijonų JAV dolerių – vadinas, investavus vieną dolerių, suraupoma 9,33. Bendruomenės tyrimų projektas (Holder et al., 2000) parodė, kad vienas investuotas doleris suraupo 6,56 JAV dolerio, o šio tyrimų projekto lyginamoji studija Saline, Kalifornijoje, parodė, kad kiekvienas investuotas doleris suraupo 15,72.

7 lentelėje apibendrinti bendruomenės projektų poveikio alkoholio vartojimui įrodymai, paskelbti po 2006 m.

| Projekto sritis | Įrodymai |
|---|---|
| Informacija/ švietimas bendruomenėje | Iš 20-ies tyrimų, apibendrintų Cochrane apžvalgoje apie daugiakomponenčių prevencijos programų, kuriose derinamos mokykloje, bendruomenėje ir šeimose taikomos intervencijos, skirtos sumažinti moksleivių (iki 18 m. amžiaus) alkoholio vartojimą, veiksmingumą (Foxcroft & Tsertsvadze, 2011), 12-oje nustatytas alkoholio vartojimo arba piktnaudžiavimo juo sumažėjimas palyginti su kontroline arba kitokią intervenciją gavusia grupe, o poveikis išliko nuo 3 mėnesių iki 3 metų. |
| Vairavimo išgėrus prevencija bendruomenėje | Sisteminė apžvalga atlikta siekiant nustatyti daugiakomponenčių programų su bendruomenės mobilizavimu veiksmingumą ir ekonominį veiksmingumą mažinant vairuojančių išgėrus skaičių (Shults et al., 2009). Šešių tyrimų, kurių kokybė buvo pakankama šiai apžvalgai, rezultatai rodo, kad mobilizavus bendruomenę rūpestingai suplanuotos, daugiakomponentės programas (įskaitant ir pastangas riboti alkoholio prieinamumą, ypač jauniems žmonėms, išmokant atsakingo aptarnavimo, steigiant blaivumo tikrinimo punktus, užtikrinant visuomenės švietimą ir darbą su žiniasklaida) veiksmingai sumažina dėl alkoholio kilusių avarijų skaičių. Trys tyrimai nustatė ir ekonominį poveikį. |
| Mobilizacija ir daugybinės intervencijos bendruomenėje | Nustatyta, kad projektai, mobilizavę bendruomenę ir sustiprinę jos narių, įstaigų ir organizacijų aktyvumą, pasiekia įvairių teigiamų rezultatų, įskaitant ir pasikeitusi gyventojų požiūrių į alkoholio pardavimą nepilnamečiams, dalyvavimą vietos renginiuose, skirtuose sveikai gyvensenai, sumažėjusį alkoholio vartojimą ir sumažėjusį pasigérinimą skaičių. Kai atsakingą aptarnavimą akcentuojančiuose projektuose buvo užtikrinama griežtesnė vairavimo išgėrus bei pardavimo ribojimų nepaisymo kontrolė, pavykdavo sumažinti pardavimų nepilnamečiams arba apsviaigusiems klientams atvejų skaičių, nelegalaus alkoholio prieinamumą (šešių Švedijos bendruomenių tyrimas), ir alkoholio sąlygoto smurto panaudojimo atvejų bei avarijų skaičių (kaip Sakramento tyime). |

Išvados

Bendruomenė – svarbi veiklos, kuria siekiama išvengti alkoholio sąlygotos žalos, arena, kurioje sąveikaujant mokslui ir piliečiams susidaro sąlygos bendromis jėgomis praktiskai taikyti priemones, gerinančias visuomenės sveikatos rodiklius. Bendruomenėje vykdomi projektai veiksmingiausi tada, kai pavyksta įtraukti įvairius jos sluoksnius. Veiklos bendruomenėje principų taikymas prisideda prie paramos kitoms alkoholio prevencijos programoms.

Siekiant projektui pasibaigus kuo ilgiau išlaikyti pasiektus teigiamus rezultatus, alkoholio ir narkotikų kontrolės bendruomenėje programos turėtų numatyti būdus, kaip institucionalizuoti veiksminges prevencines priemones ir testi jų įgyvendinimą kartu su vietos savivaldybėmis (Holder, 2010).

Vietos ir nacionalinės priemonės turėtų būtų nuosekliai koordinuojamos, o mėginant vienoje bendruomenėje veiksminges programas pritaikyti kitokios kultūros vietovėje reikia atsakingai atsižvelgti į šios ypatumus. Gali būti, kad programos sėkmingai veikia tam tikroje kultūrinėje aplinkoje, o kitose jos mažiau veiksminges, tačiau svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad programa gali būti veiksminga skirtingais aspektais – ji gali stiprinti bendruomenės pritarimą konkrečiai kontrolės politikos priemonei, mažinti suvartoto alkoholio kiekį (Andreasson, 2010).

Veikla bendruomenėje ir jose vykdomos prevencinės programos dažnai kritikuojamos kaip nemokslinės (Gorman, 2010). Atsiliepiant į šią kritiką reikėtų siekti, kad intervencijų programas vertintų nepriklausomai mokslininkai, kurie padėtų suprasti, kokiu dideliu laipsniu programos rezultatai priklauso nuo ankstesnių tyrejų pasirinktos analizės strategijos.

Šaltiniai

- Allamani A, Basetti Sani I, Centurioni A et al. (2007). Preliminary evaluation of the educational strategy of a community alcohol use action research project in Scandicci, Italy. *Substance Use & Misuse*, 42:2029–2040.
- AMPHORA. The AMPHORA project [web site] (2010). Brussels, European Commission (<http://amphora-project.net>, accessed 13 February 2012).
- Anderson P, Baumberg B (2006). *Alcohol in Europe: a public health perspective*. London, Institute of Alcohol Studies.
- Andréasson S (2010). Premature adoption and dissemination of prevention programmes. *Addiction*, 105(4): 583–584.
- Babor TF, Caetano R, Casswell S et al. (2010). *Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy*, 2nd ed. Oxford, Oxford University Press.
- Bagnardi V, Sorini E, Disalvatore D et al. (2011). ‘Alcohol, less is better’ project: outcomes of an Italian community-based prevention programme on reducing per-capita alcohol consumption. *Addiction*, 106(1):102–110.
- Chisholm D, Rehm J, van Ommeren M et al. (2004). Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 65(6): 782–793.
- Elmelund, K (2006). To prevent alcohol- and drug-related problems by community actions in Denmark. In: *Drug prevention, treatment and the media. Nordic perspective. Collection of essays on selected issues*. Tallin, Estonian Foundation for Prevention of Drug Addiction.
- Foxcroft DR, Tsirtsadze A (2011). Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9):CD009307.
- Giesbrecht N, Conley P, Denniston R et al., eds. (1990). *Research, action and the community: experiences in the prevention of alcohol and other drug problems*. Rockville, MD, Office for Substance Abuse Prevention (OSAP Prevention Monograph 4) (http://www.eric.ed.gov/ERICWebPortal/search/detailmini.jsp?_nfpb=true&_ERICExtSearch_SearchValue_0=ED333281&ERICExtSearch_SearchType_0=no&accno=ED333281, accessed 13 February 2012).
- Gorman DM (2010). Understanding prevention research as a form of pseudoscience. *Addiction*, 105(4):582–583.
- Greca R, Schäfferling S, Siebenhüter S (2009). *Gefährdung Jugendlicher durch Alkohol und Drogen: Eine Fallstudie zur Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen [Vulnerability of young people to alcohol and drugs: a case study on the effectiveness of prevention measures]*. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Greenfield TK, Zimmerman R, eds. (1993). *Experiences with community action projects: new research in the prevention of alcohol and other problems*. Rockville, MD, Center for Substance Abuse Prevention, Department of Health and Human Services (CSAP Prevention Monograph 14).
- Hingson R, McGovern T, Howland J et al. (1996). Reducing alcohol-impaired driving in Massachusetts: the Saving Lives Program. *American Journal of Public Health*, 86(6):791–797.
- Hingson RW, Zakocs RC, Heeren T et al. (2005). Effects on alcohol related fatal crashes of a community based initiative to increase substance abuse treatment and reduce alcohol availability. *Injury Prevention*, 11(2):84–90.
- Hodgson R, Davidson R (2008). UKCAPP: An Alcohol Education & Research Council initiative. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 15(S1):1–3.
- Holder HH, Gruenwald PJ, Ponicki WR et al. (2000). Effect of community-based interventions on high-risk drinking and alcohol-related injuries. *Journal of the American Medical Association*, 284:2341–2347.
- Holder H (2010). Prevention programs in the 21st century: what we do not discuss in public. *Addiction*, 105(4):578–581.
- Holmila M, ed. (1997). *Community prevention of alcohol problems*. London, Palgrave Macmillan.
- Kääriäinen J, Aalto M, Kääriäinen M (2008). Audit questionnaire as part of community action against heavy drinking. *Alcohol and Alcoholism*, 43(4):442–445.
- Koutakis N, Stattin H, Kerr M (2008). Reducing youth alcohol drinking through a parent-targeted intervention: the Örebro Prevention Program. *Addiction*, 103(10):1629–1637.
- Kristenson H, Ohlin MB, Hultin-Nosselin E et al. (1983). Identification and intervention of heavy drinking in middle-aged men. Results and follow-up of 24–60 months of longterm study with randomised controls. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 7:203–209.
- Kvillemo P, Andreasson S, Bränström R (2008). *Effekter av lokalt alkohol- och narkotikaförebyggande Arbete Utvärdering av det förebyggande arbetet i sex försöks kommuner Huvudrapport [Effects of local alcohol and drug prevention work Evaluation of the prevention work in six pilot municipalities Main report]*. Stockholm, National Institute of Public Health.

prevention work. Evaluation of the preventive work in six experimental municipalities. Main report]. Östersund, Swedish National Institute of Public Health.

Larsson S, Hanson B, eds. (1997). *Community based alcohol prevention in Europe – methods and strategies*. Lund, Lund University, Studentlitteratur.

Mansdotter AM, Rydberg MK, Wallin E et al. (2007). A cost–effectiveness analysis of alcohol prevention targeting licensed premises. *European Journal of Public Health*, 17:618–623.

Rhode Island Department of Health (1994). *Final report of the Rhode Island Community Alcohol Abuse and Injury Prevention Project. Vol. I, technical report*. Providence, RI, Rhode Island Department of Health.

Shults RA, Elder RW, Nichols JL et al. (2009). Effectiveness of multicomponent programs with community mobilization for reducing alcohol-impaired driving. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(4):360–371.

Stafström M, Östergren PO (2008). A community-based intervention to reduce alcohol-related accidents and violence in 9th grade students in southern Sweden: the example of the Trelleborg project. *Accident Analysis & Prevention*, 40(3):920–925.

Stafström M, Östergren PO, Larsson S et al. (2006). A community action program for reducing harmful drinking behaviour among adolescents: the Trelleborg project. *Addiction*, 101:813–823.

Treno AJ, Gruenewald PJ, Lee JP et al. (2007). The Sacramento Neighborhood Alcohol Prevention Project: outcomes from a community prevention trial. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68(2):197–207.

van de Luitgaarden J, KnibbeR, Wiers RW (2010). Adolescents binge drinking when on holiday: an evaluation of a community intervention based on self-regulation. *Substance Use & Misuse*, 45(1–2):190–203.

Voas RB, Tippetts AS, Johnson MB et al. (2002). Operation Safe Crossing: using science within a community intervention. *Addiction*, 97:1205–1214.

Wagenaar AC, Murray DM, Toomey TL (2000). Communities mobilizing for change on alcohol (CMCA): effects of a randomized trial on arrests and traffic crashes. *Addiction*, 95(2):209–217.

Wallin E, Norstrom T, Andreasson S (2001). Alcohol prevention targeting licensed premises: a study of effects on violence. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 72:723–730.

Warpenius K, Holmila M, Mustonen H (2010). Effects of a community intervention to reduce the serving of alcohol to intoxicated patrons. *Addiction*, 105:1032–1040.

WHO (2010). *Atlas on substance use. Resources for the prevention and treatment of substance use disorders*. Geneva, World Health Organization.

WHO Regional Office for Europe (1992). *European Alcohol Action Plan 1992–1999*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

WHO Regional Office for Europe (1999). *Community action to prevent alcohol problems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/119181/E63694.pdf, accessed 13 February 2012).

WHO Regional Office for Europe (2009). *Evidence for the effectiveness and cost–effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/43319/E92823.pdf, accessed 12 February 2012).

WHO Regional Office for Europe (2010). *Country profiles on alcohol consumption harm and policies for European Union and Norway and Switzerland*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (in draft).

Aplinka, kurioje geriamą

Karen Hughes, Mark A Bellis

Įžanga

Aludės, barai, naktiniai klubai – populiaros alkoholio vartojimo vietas, ypač tarp jaunimo. Šios gérimo vietas kartais yra labai svarbios žmonių socialiniame gyvenime ir jiems leidžiant laisvalaikį: jose linksminamasi, bendraujama, atsipalaiduojama ir judama. Tokios įstaigos gali būti naudingos vietas ekonomikai: jose kuriamos darbo vietas, vadinas, į jas investuojama, jos reikalingos turizmui vystyti. Tačiau didelio skaičiaus geriančiųjų susibūrimas gérimo aplinkoje (ji čia apibrėžiama kaip viešam alkoholio vartojimui skirta įstaiga ir aplinka greta jos) reiškia, kad šiose vietose žmonės dažniau pasigeria, apsviaigsta ir patiria daugiau alkoholio sąlygotos žalos, iškaitant ir smurtą, eismo įvykius, chuliganizmą ir netycinius sužalojimus (Bellis et al., 2010; Wahl, Kriston & Berner, 2010; Rowe et al., 2010). Tose vietose, kur gausu aludžių, barų ir naktinių klubų, alkoholio sąlygotų problemų paprastai yra daugiau, o daugiausia jų savaitgalio naktimis – dažniau prireikia greitosios pagalbos paslaugų, išsauga nusikaltimų skaičius (Gmel et al., 2005; Ricci et al., 2008; Livingston, Chikritzhs & Room, 2007; Grubesic & Pridemore, 2011). Tyrimai rodo, kad konkrečioje vietovėje dažniausiai yra tik kelios gérimo vietas, iš kurių galima kildinti didumą su alkoholiu susijusios žalos. Vadinasi, šioms įstaigoms būdingi tam tikri ypatumai, pasunkinantys alkoholio sąlygojamą probleminį elgesį (Rowe et al., 2010; Hughes et al., 2011b). Svarbiausi probleminių įstaigų ypatumai yra šie: liberali aplinka, spūstys, mažai patogumo, nepatyręs, prastai parengtas personalas ir reklamuojami pigūs gérimai (Hughes et al., 2011b; Graham et al., 2006; Graham & Homel, 2008). Yra ir daugiau veiksnių, galinčių lemti su gérimo įstaigų aplinka, gretimomis įstaigomis, papildomais veiksniais (pavyzdžiui, viešojo transporto prieinamumu), kultūriniais ir visuomeniniai ypatumais, iškaitant ir vyraujančius gérimo modelius, susijusios žalos lygmenį. Pavyzdžiui, naujausi tyrimai rodo, kad daug jaunu europiečių prieš eidami į aludes, barus ir naktinius klubus vartoja alkoholių namuose, gatvėje arba kitose viešose vietose (vadinamas „išankstinis užsipylimas“), taigi Europoje ryškėja bendra tendencija – daugiau alkoholio įsigijama ne pasilinksminimo vietoje⁴.

Alkoholio vartojimo aplinkos ir su juo susijusios žalos ryšys rodo, kad gérimo vietas galėtų tapti tikslinių intervencijų taikiniu siekiant pakeisti aptarnavimą parduodant alkoholių, sąlygas, kuriomis jis vartojamas. Sékmingos intervencijos gali padėti išvengti su tokio tipo pasilinksminimu susijusio rizikingo elgesio, apsaugoti bendraujančių ir dirbančių tokioje aplinkoje žmonių sveikata, išvengti žalos bendruomenei (pavyzdžiui, vandalizmo) ir visuomenei (nedarbingumo lapeliai).

Europos alkoholio rinkoje pastebima tendencija, kad pasilinksminimo vietose (aludėse, baruose, naktiniuose klubuose) alkoholio įsigijama vis mažiau, o prekybos vietose (prekybos centruose, alkoholio parduotuvėse) jo nuperkama vis daugiau. RAND Europoje atliki tyrimai (Rabinovich et al., 2011) nustatė, kad keturiose iš šešių tirtų šalių (Suomija, Vokietija, Airija, Latvija, Slovėnija ir Ispanija) 1997–2010 m. alkoholio dalis, įsigijama prekybos vietose, palyginti su pasilinksminimo vietose perkama jo dalimi, padidėjo. Šie pokyčiai buvo ypač ryškūs Airijoje – čia alkoholio įsigijimas prekybos vietose padidėjo 72 proc., o pasilinksminimo vietose sumažėjo 56 proc. (iš viso sumažėjo apie 32 proc.). Bendras alkoholio įsigijimas prekybos vietose padidėjo nuo 18 proc. 1997 m. iki 47 proc. 2010 m. Didėjantis santykis tarp vartojimo prekybos vietose ir vartojimo pasilinksminimo vietose nustatytas Ispanijoje (čia tebevyrauja alkoholio įsigijimas licencijuotose

⁴ Šioje ataskaitoje kalbant apie įsigijimą ir/arba vartojimą pasilinksminimo vietoje turimos galvoje tos tiek turinčios licencijas, tiek jų neturinčios įstaigos, kuriose alkoholių leidžiama vartoti jo įsigijimo vietoje. Prekybos vietas šioje ataskaitoje reiškia įstaigas ir vietas, kur alkoholio galima nusipirkти, bet negalima vartoti vietoje, prekybos centrali.

pasilinksminimo vietose), o vartojimas ne pasilinksminimo vietose – Suomijoje ir Vokietijoje (šiose šalyse jo tradiciškai buvo daugiau įsigyjama prekybos vietose).

Viena iš pagrindinių vartojimo įpročių pasikeitimo priežasčių yra ta, kad alkoholis prekybos vietose, ypač dideliuose prekybos centruose, yra pigesnis. Apklausos rodo, kad alkoholio kainos licencijuotose pasilinksminimo vietose yra maždaug 3 kartus didesnės nei prekybos vietose (Rabinovich et al., 2009). Bendra tendencija įsigyti alkoholio ir vartoti jį ne pasilinksminimo vietose rodo, kad daugiau vartojama namuose, mažiau aludėse, baruose ir naktiniuose klubuose. Tai lyg ir reikštų, kad mažiau žmonių renkasi gérimo aplinką, tačiau tyrimai rodo, kad alkoholio pavartojama prieš vykstant į aludę, barą, naktinį klubą ir kad ypač tai būdinga jaunimui (Bellis et al., 2010; Wahl, Kriston & Berner, 2010; Hughes et al., 2011a; Forsyth, 2010; Hughes et al., 2008). Pavyzdžiui, gérimo aplinkos keturiuose Europos (Nyderlandų, Slovėnijos, Ispanijos ir Jungtinės Karalystės) miestuose tyrimas, kuriame dalyvavo 16–30 m. amžiaus respondentai, nustatė, kad apklausos naktį 35 proc. respondentų Slovėnijoje ir 61 proc. Jungtinėje Karalystėje vartojo alkoholio namuose prieš eidami linksmintis į miestą (Hughes et al., 2011a). Ispanijoje 26 proc. apklaustujų prieš vykdami į barą arba naktinį klubą vartojo alkoholį namuose ir dar 34 proc. dalyvavo *botellón* (isp. „didelis butelis“ – taip vadinami išgérimali grupelėmis gatvėje arba kitoje viešoje vietoje). Išankstinis gérimas veikia gérimo aplinkos valdymą, nes dalis žmonių į pasilinksminimo įstaigas atvyksta jau girti arba sunkiai apsviaigsta išgérę vos kelias porcijas. Alkoholį parduoti girtiems klientams draudžiama daugelyje Europos šalių, nors šios taisyklės laikomasi nevienodai griežtai, o teisinė atsakomybė itin reta (Bellis & Hughes, 2011). Išankstinis gérimas namuose ne tik gali sumažinti teisėtus pardavimus pasilinksminimo vietose, bet ir padidinti girtumo atvejų skaičių bei alkoholio sąlygotų problemų apimtį. Yra tyrimų, rodančių, kad greičiausiai taip yra dėl to, jog pasilinksminimo naktį bendrai suvartojoamas didesnis alkoholio kiekis, o tai lemia didesnę smurto riziką (Wahl, Kriston & Berner, 2010; Hughes et al., 2008). Kai alkoholio parduodama mažiau, dėl barų konkurencijos licencijuotose pasilinksminimo vietose dažniau reklamuojamas pigus alkoholis ir mažinamos kitos išlaidos, dėmesys aptarnavimui ir kt. (pavyzdžiui, neskiriam reikiama dėmesio gérimus parduodančio personalo mokymams, atsakingam aptarnavimui ir kt.). Taigi išankstinio gérimo („išankstinio užsipylimo“) tendencijos supratimas yra svarbus rengiant gérimo aplinkai skirtas intervencijas, kurių tikslas – sumažinti alkoholio sąlygotą žalą.

Naujausių įrodymų apibendrinimas

Per pastaruosius dvejus – trejus metus pasirodė nauji apžvalgų (Brennan et al., 2011; Jones et al., 2011; PSO Europos regioninis biuras, 2009; Babor et al., 2010; Ker & Chinnock, 2008; Bolier et al., 2011) ir nauji tyrimų, pateikiančių intervencijų gérimo aplinkoje poveikio įrodymus. Šios apžvalgos ir tyrimai yra apibendrinti 8-oje lentelėje.

Atsakingo aptarnavimo parduodant gérimus mokymų tyrimai liudija ribotą veiksmingumą. Sisteminėje apžvalgoje (Ker & Chinnock, 2008) pateikiama išvada, jog nepakanka įrodymų, kad poveikis alkoholį parduodančiam aptarnaujančiam personalui turi įtakos klientų suvartoto alkoholio kiekiui, prieštarinė intervencijų poveikio aptarnaujančio personalo elgesiui vertinimo rezultatai, stokojama įrodymų, kad tokios programos mažina sužalojimų skaičių. Tik vieno tyrimo apžvalgoje, paskelbtoje po 2006 m. (Toomey et al., 2008), nustatyta, kad tuoju po mokymo programos, skirtos licencijuotų JAV įstaigų savininkams ir vadovams, pardavimas girtais apsimetusiems klientams sumažėjo, tačiau po trijų mėnesių šio poveikio neaptikta. Panašūs rezultatai gauti ir testiniuose tyrimuose, kuriuose studentų barų personalas buvo išmokytas atsakingo aptarnavimo – pradžioje buvo nustatyta, kad sumažėjo alkoholio matuokliais išmatuota alkoholio koncentracija klientų iškvepiamame ore (Johnsson & Berglund, 2003), tačiau po 5 mėnesių tiriant pakartotinai rezultato nebeliko (Johnsson & Berglund, 2009).

8 lentelė. 2006 m. paskelbtų įrodymų apibendrinimas

| Veikla | Įrodymai |
|----------------------------------|--|
| Atsakingo aptarnavimo mokymas | Nors mokymas atsakingai aptarnauti gali pakeisti aptarnaujančio personalo žinias, stokojama įrodymų, kad šios intervencijos veiksmingai keičia elgesį, sumažina alkoholio vartojimą ir jo sąlygotą žalą. Nauji tyrimai rodo, kad net jeigu pradžioje ir nustatomas teigiamas poveikis, jis dažniausiai trumpalaikis. |
| Pardavimo ribojimų įgyvendinimas | Intervencijų, taikomų aplinkoje, kurioje geriama, sėkmę lemia griežta kontrolė. Naujų tyrimų Suomijoje ir Jungtinėje Karalystėje rezultatai patvirtina tikslinių priežiūros ir kontrolės priemonių veiksmingumą mažinant netinkamą alkoholio pardavimą ir alkoholio sąlygotą smurtą. |
| Personalo atsakomybė | Sisteminės apžvalgos nustatė, kad aptarnaujančio personalo atsakomybę griežtinantys įstatymai sumažina alkoholio sąlygotą žalą. Tačiau tokie įstatymai retai galioja kitur nei Šiaurės Amerikoje. |
| Saugesnės gérimo aplinka | Tyrimai rodo, kad kryptingomis intervencijomis galima sumažinti žalą aplinkoje, kurioje geriama, tačiau jos nepadeda sumažinti nesaikingo gérimo. Australijoje saugumo priemonių gérimo aplikoje naudojimas nesumažino alkoholio sąlygotų sužalojimų. |

Suomijoje tyrimu, kuriuo siekta įvertinti PAKKA (vietinę alkoholio politiką) intervenciją bendruomenėje (Warpenius, Holmila & Mustonen, 2010), nustatyta, kad atsakingo aptarnavimo komponentas neturėjo reikšmingo poveikio personalo elgesiui pardavimo aspektu, nors apskritai programa teigiamai paveikė personalo elgesį (žr. toliau). JAV dvių valstijų įstaigose įgyvendintose atsakingo aptarnavimo programose personalas buvo raginamas neparduoti alkoholio nėščioms klientėms. Įvertinus programą nustatyta, kad po mokymų vienoje valstijoje išties pagausėjo atvejų, kai personalas atsisakė parduoti alkoholį apsimetusioms nėščiomis klientėms, tačiau tokio rezultato negauta kitoje valstijoje (Dresser et al., 2011).

2006 m. ataskaitoje pabrėžta, kad svarbiausias veiksnys, lemiantis atsakingo aptarnavimo kultūros ir kitų intervencijų gérimo aplinkoje sėkmę, yra realus taisyklių laikymasis (Anderson ir Baumberg, 2006). Nauji tyrimai patvirtina šią išvadą. Vertinant PAKKA projekto Suomijoje (Warpenius, Holmila & Mustonen, 2010) rezultatus nustatyta, kad atsisakymą aptarnauti girtais apsimetusius aktorius (slaptus pirkėjus) reikšmingai padidėjo sustiprinus stebimąją priežiūrą ir sugriežtintus sankcijas. Jungtinėje Karalystėje tyrimas, įvertinęs daugiasistemės priežiūros intervenciją specialiai atrinktose probleminėse įstaigose, pasirinktose remiantis jungtiniais policijos ir greitosios pagalbos duomenimis, nustatė, kad tokia intervencija padėjo sumažinti hospitalizacijų dėl smurto skaičių (Florence et al., 2011). Taip pat nustatyta, kad padidėjo policijos registruotų smulkesnių pažeidimų skaičius. Pastarajį reiškinį galimai lémė ta aplinkybė, kad atsirado daugiau galimybų pastebeti nusikaltimus ir pranešti apie juos. Dar 2006 m. naujoje sisteminėje apžvalgoje (Rammohan et al., 2011) aptarti ir tiksliau paaiškinti patikimi įrodymai apie tai, kad pardavėjo atsakomybę numatančių įstatymų priemimas – veiksminga priemonė mažinti alkoholio sąlygotą žalą, nors įrodymai kol kas taikytini tik Šiaurės Amerikoje.

Pasirodė naujų įrodymų apie saugesnės barų aplinkos poveikį, kai siekiama sumažinti žalą nemažinant vartojimo (Anderson & Baumberg, 2006). Pavyzdžiu, tyrimai, vertinę saugesnių gérimo talpų (polikarbonatinio stiklo taurių) naudojimą baruose, nustatė, kad jos tinkamos naudoti ir galėtų sumažinti sužalojimų skaičių (Anderson et al., 2009; Forsyth, 2008). Tačiau išsamesnio saugumo ir apsaugos priemonių vertinimo rezultatai buvo ne tokie teigiami. Australijoje atliktas tyrimas (Miller et al., 2011) nustatė, kad daugiakomponentė intervencija, kuria siekta sustiprinti saugumą gérimo aplinkoje, nesumažino apsilankymų greitosios pagalbos skyriuose dėl sužalojimų. Šioje programe buvo derinami akivaizdus ir dažnas policininkų matomumas, saugesnio vartojimo kampanija, saugumo kamerų naudojimas, apsaugos personalo radijo ryšys su policija ir ID skeneriai baruose. Analizė atskleidė, kad įgyvendinat programą sužalojimų skaičius didėjo. Buvo nustatytas ryšys tarp ID skenerių įdiegimo, saugaus gérimo kampanijos ir sužalojimų gausėjimo, tačiau jis įvertintas kaip atsitiktinis, o ne priežastinis. Įvertinus Jungtinėje Karalystėje taikomas priemones, kuriomis siekiama didesnio saugumo gérimo aplinkoje, teigama, kad šios priemonės reikalauja daug ištaklių ir neturi poveikio girtumui (Bellis & Hughes, 2011). Tiek šis, tiek Australijos

tyrimas rodo, kad būtinas platesnis požiūris: reikia mėginti paveikti alkoholio suvartojimą, o ne tik suvaldyti jo daromą žalą.

Nuo 2006 m. ES skyrė finansinę paramą projektams, kuriais buvo siekiama mažinti alkoholio sąlygotą žalą gérimo aplinkoje (žr. 4 priedą).

Rekomendacijos politikai ir praktikai

Nuo 2006 m. sukaupta nemaža įrodymų, susijusių su intervencijų gérimo aplinkoje vertinimais. Nauji tyrimai, nagrinėjantys atsakingo aptarnavimo mokymus, nustatė panašius į ankstesniuosius rezultatus, kurie liudija tokį mokymų poveikio ribotumą: pradžioje rezultatai gali būti teigiami, bet jie trumpalaikiai. Tačiau pagausėjo įrodymų, kad griežtesnis kontrolės priemonių įgyvendinimas yra veiksmingas. Tyrimų, kurie nagrinėjo saugesnę gérimo aplinką kuriančias priemones, rezultatai nevienodi: vienas tyrimas Australijoje nustatė, kad įdiegus įvairias saugumą užtikrinančias priemones nepavyko sumažinti alkoholio vartojimo sąlygotų sužalojimų. Intervencijos, naudotos šioje programe (dažnas ir akivaizdus policininkų matomumas, stebėjimo kameros, radijo ryšys, ID skeneriai), daugumoje Europos šalių retai taikomos, jos daugiau skirtos mažinti smurto ir chuliganizmo atvejus tokiose probleminėse vietose, kur girtumas ir su gérimo vietomis sietina žala yra ypač dažna problema. Vertinant Jungtinėje Karalystėje taikytų panašių priemonių poveikį nustatyta, kad jomis siekiama ne paveikti pasigérimo priežastį, bet tiesiog sukurti aplinką, kurioje žmogui „saugu“ pasigerti. Tačiau tokiu būdu ignoruojama rizika, kurią patiria girti žmonės, palikę valdomą gérimo aplinką, ir ilgalaikės žalingos kartotinio girtumo pasekmės sveikatai.

Nemažai intervencijų, kuriomis siekiama sukurti saugesnę gérimo aplinką, tyrimų nagrinėja aplinką, kurioje girtumas ir antisocialus elgesys yra endeminiai. Tačiau skubiai reikėtų tyrimų, padedančių sukurti tokias politines ir praktines priemones, kurios neleistų tokiai kultūrai atsirasti, padėtų išsiaiškinti, ar intervencijas, taikomas iš piktnaudžiavimo besipelnančiose naktinių linksmbybių įstaigose, būtų galima pritaikyti įstaigose, kur alkoholis vartojimas nuosaikiau, ir kaip tą padaryti. Šiuo metu Europoje egzistuoja didelė gérimo ir naktinio pasilinksminimo kultūrų įvairovė, tad yra ir galimybė sustiprinti šios srities įrodymų bazę, pagausinti duomenis.

Šaltiniai

- Anderson P, Baumberg B (2006). *Alcohol in Europe: a public health perspective*. London, Institute of Alcohol Studies.
- Anderson Z, Whelan G, Hughes K et al.(2009). *Evaluation of the Lancashire polycarbonate glass pilot project*. Liverpool, Centre for Public Health, Liverpool John Moores University.
- Babor TF, Caetano R, Casswell S et al. (2010). *Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy*, 2nd ed. Oxford, Oxford University Press.
- Bellis MA, Hughes K, Quigg Z et al. (2010). Cross-sectional measures and modelled estimates of blood alcohol levels in United Kingdom nightlife and their relationships with drinking behaviours and observed signs of inebriation. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 5:5.
- Bellis MA, Hughes K (2011). Getting drunk safely? Night-life policy in the United Kingdom and its public health consequences. *Drug and Alcohol Review*, 30(5):536–545.
- Bolier L, Voorham L, Monshouwer K et al. (2011). Alcohol and drug prevention in nightlife settings: a review of experimental studies. *Substance Use & Misuse*, 46:1569–1591.
- Brennan I, Moore SC, Byrne E et al.(2011). Interventions for disorder and severe intoxication in and around licensed premises, 1989–2009. *Addiction*, 106(4):706–713.
- Dresser J, Randall S, Woodall WG et al. (2011). Field trial of alcohol-server training for prevention of fetal alcohol syndrome. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 72(3):490–496.

- Florence C, Shepherd J, Brennan I et al.(2011). Effectiveness of anonymised information sharing and use in health service, police, and local government partnership for preventing violence related injury: experimental study and time series analysis. *British Medical Journal*, 342:d3313.
- Forsyth AJM (2008). Banning glassware from nightclubs in Glasgow (Scotland): observed impacts, compliance and patron's views. *Alcohol and Alcoholism*, 43(1):111–117.
- Forsyth AJM (2010). Front, side, and back-loading: patrons' rationales for consuming alcohol purchased off-premises before, during, or after attending nightclubs. *Journal of Substance Use*, 15(1):31–41.
- Gmel G, Heeb JL, Rezny L et al. (2005). Drinking patterns and traffic casualties in Switzerland: matching survey data and police records to design preventive action. *Public Health*, 5:426–436.
- Graham K, Bernard S, Osgood DW et al.(2006). Bad nights or bad bars? Multi-level analysis of environmental predictors of aggression in late-night large-capacity bars and clubs. *Addiction*, 101(11): 1569–1580.
- Graham K, Homel R (2008). *Raising the bar: preventing aggression in and around bars, pubs and clubs*. Cullompton, Willan Publishing.
- Grubasic TH, Pridemore WA (2011). Alcohol outlets and clusters of violence. *International Journal of Health Geographics*, 10:30.
- Hughes K, Anderson Z, Morleo M et al.(2008). Alcohol, nightlife and violence: the relative contributions of drinking before and during nights out to negative health and criminal justice outcomes. *Addiction*, 103(1):60–65.
- Hughes K, Quigg Z, Bellis MA et al. (2011a). Drinking behaviours and blood alcohol concentration in four European drinking environments: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 11(1):918.
- Hughes K, Quigg Z, Eckley L et al. (2011b). Environmental factors in drinking venues and alcohol-related harm: the evidence base for European intervention. *Addiction*, 106(S1):37–46.
- Johnsson KO, Berglund M (2009). Do responsible beverage service programs reduce breath alcohol concentration among patrons: a five-month follow-up or a randomized controlled trial. *Substance Use & Misuse*, 44:1592–1601.
- Johnsson KO, Berglund M (2003). Education of key personnel in student pubs leads to a decrease in alcohol consumption among the patrons: a randomized controlled trial. *Addiction*, 98(5):627–633.
- Jones L, Hughes K, Atkinson AM (2011). Reducing harm in drinking environments: a systematic review of effective approaches. *Health & Place*, 17(2):508–518.
- Ker K, Chinnock P (2008). Interventions in the alcohol server setting for preventing injuries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3):CD005244.
- Livingston M, Chikritzhs T, Room R (2007). Changing the density of alcohol outlets to reduce alcohol-related problems. *Drug and Alcohol Review*, 26:557–66.
- Miller P, Sonderlund A, Coomber K et al. (2011). Do community interventions targeting licensed venues reduce alcohol-related emergency department presentations? *Drug and Alcohol Review*, 30:546–553.
- Rabinovich L, Brutscher PB, de Vries H et al. (2009). *The affordability of alcohol beverages in the European Union: understanding the link between alcohol affordability, consumption and harms*. Cambridge, RAND Europe.
- Rabinovich L, Hunt P, Staetsky L et al. (2011). *Draft final report: further study on the affordability of alcoholic beverages in the EU*. Cambridge, RAND Europe.
- Rammohan V, Hahn RA, Elder R et al. (2011). Effects of dram shop liability and enhanced overservice law enforcement initiatives on excessive alcohol consumption and related harms. *American Journal of Preventive Medicine*, 41(3):334–343.
- Ricci G, Majori S, Mantovani W et al. (2008). Prevalence of alcohol and drugs in urine of patients involved in road accidents. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 49(2):89–95.
- Rowe SC, Wiggers JH, Wolfenden L et al.(2010). Establishments licensed to serve alcohol and their contribution to police-recorded crime in Australia: further opportunities for harm reduction. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(6):909–916.
- Toomey TL, Erickson DJ, Lenk KM et al. (2008). A randomized trial to evaluate a management training program to prevent illegal alcohol sales. *Addiction*, 103(3):405–413.
- Wahl S, Kriston L, Berner M (2010). Drinking before going out – a predictor of negative nightlife experiences in a German inner city area. *International Journal of Drug Policy*, 21(3):251–254.
- Warpenius K, Holmila M, Mustonen H (2010). Effects of a community intervention to reduce the serving of alcohol to intoxicated patrons. *Addiction*, 105:1032–1040.

WHO Regional Office for Europe (2009).*Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/43319/E92823.pdf, accessed 12 February 2012).

Alkoholis ir darbas

Peter Anderson

Įžanga

Dauguma suaugusiųjų dirba, taigi didelę laiko dalį praleidžia darbe, todėl darbovietėse yra nemažai galimių išgavendinti prevencijos strategijas ir mažinti alkoholio daromą žalą. Darbo vieta taip pat gali būti žalingo alkoholio vartojimo rizikos veiksny. Yra nemažai tyrimų, parodžiusių reikšmingą ryšį tarp streso darbe ir didesnio alkoholio vartojimo, padidėjusios probleminio gėrimo rizikos ir priklausomybės nuo alkoholio.

Nustatyta, kad alkoholio vartojimas, ir ypač sunkus girtavimas, padidina nedarbo riziką, o dirbantiesiems – pravaikštų tikimybę. Taip pat nustatyta, kad alkoholio vartojimas, ypač atsitiktinis girtavimas, padidina vėlavimo į darbą ar išėjimo anksčiau riziką, gali tapti drausminio nušalinimo nuo darbo priežastimi, dėl kurios mažėja produktyvumas; dėl ankstyvos mirties didėja darbuotojų kaita, gausėja drausminių nuobaudų, menksta produktyvumas, dažnesnis netinkamas elgesys (elgesys, dėl kurio taikomos drausminės nuobaudos), vagystės ir kiti nusikaltimai, blogi santykiai su bendradarbiais, prasta dvasinė darbuotojų būklė. Tyrimai rodo, kad alkoholio vartojimas galimai labiau veikia darbo našumą negu praleistų darbo dienų, pravaikštų, skaičių. Šiuolaikiniuose alkoholio žalos sąlygotų socialinių sąnaudų tyrimuose daugiausiai dėmesio skiriamas būtent prarasto produktyvumo sąnaudoms, kurios sudaro apie pusę visų socialinių alkoholio sąlygotų sąnaudų ES.

Nors neigiamo alkoholio vartojimo darbo vietoje poveikis gerai žinomas, yra stebétinai mažai kokybiskų mokslinių tyrimų, kurie padėtų pagrasti alkoholio politiką ir praktines kontrolės priemones. O ir esami tyrimai ne visada padeda nustatyti, kokie metodai geriausi. Tačiau atlikti tyrimai vis dažniau patvirtina, kad prevencinė veikla, kuria siekiama sumažinti alkoholio daromą žalą darbo vietoje, turėtų būti integruota į bendras darbovietės sveikatingumo ir gerovės darbe stiprinimo programas.

Šiame skyriuje apibendrinama darbovietėse taikytų politikos priemonių, išgavendintų pagal ES finansuotą Europos alkoholio darbovietėse projektą (Europos alkoholio darbovietėse projektas, 2012), apžvalga (Anderson, 2012), kuri savo ruožtu grindžiama kita – ES finansuoto FASE projekto (FASE, 2012) – apžvalga (Anderson, 2010). Europos alkoholio darbovietėse projekto apžvalga sudarė mokslinės ataskaitos „Apie alkoholį, darbą ir produktyvumą“, kurią parengė Europos alkoholio ir sveikatos forumo mokslinė grupė (Europos Komisija, 2011), pagrindą.

Alkoholis ir darbas

Sutrikęs produktyvumas

Yra trys pagrindinės grupės įrodymų, kad alkoholis kenkia darbo našumui: neigiamas alkoholio poveikis žmogiškojo kapitalo didinimui švietimo sistemoje; gyvenimo tarpsnis, kai alkoholio vartojimo pasekmės pasireiškia bloga sveikata ir ankstyva mirtimi; palyginti su kitais rizikos veiksniiais, santykinių didelė alkoholio žalos svarba darbingo amžiaus gyventojams, sutrikdanti sveikatą ir sukelianti ankstyvą mirtį.

Yra tyrimų (nors ne visi), nustačiusių (Dee & Evans, 2003), kad alkoholio vartojimas (Koch & Ribar, 2001), ypač daugiadienis girtavimas (Renna, 2009), lemia, kiek metų žmogus mokysis mokykloje (Lye & Hirschberg, 2010). Kiti tyrimai nustatė reikšmingą neigiamą alkoholio poveikį švietimo rodikliams,

atspindintiems žmogiškojo kapitalo kaupimo kokybę (Wolaver, 2007). Carrell, Hoekstra ir West (2011) savo tyrime pasinaudojo tuo, kad jaunuoliams įstojus į JAV Valstijų Oro pajėgų akademiją, kurioje griežtai prižiūrima, kad būtų laikomasi minimalaus vartojimo amžiaus reikalavimų, alkoholis pradedamas vartoti nuo 21-erių metų. Tyrimo autorai nustatė, kad alkoholio vartojimas reikšmingai sumenkina akademinius pasiekimus, ypač pažangiausių studentų. Tyrimas atskleidė, kad neigiamas alkoholio poveikis pasireiškia ne tik palyginti nedidelėje rizikos grupėje, kurioje dažniau pasitaikė retos ir itin sunkios vartojimo pasekmės, bet kur kas didesnėje vartojančių alkoholij asmenų grupėje.

Visame pasaulyje daugiausiai alkoholio sąlygotų mirčių įvyksta vidutiniame ir vyresniame vidutiniame amžiuje, taigi didžiausio darbinio produktyvumo laikotarpiu (Rehm, Taylor & Room, 2006). Pavyzdžiui, Jungtinėje Karalystėje buvo įvertintas hospitalizuotųjų ir mirusiuų dėl būklių, kurias išsimtinai arba iš dalies sąlygoja alkoholio vartojimas, amžius (Jones et al., 2008). Apibendrinus analizę nustatyta, kad, vyru ir moteris mirtys dėl alkoholio sąlygotos būklės dažniausiai ištinka 45–64 m. amžiaus intervale – tai svarbi darbingo amžiaus gyventojų grupė (OECD, 2010). Taip pat pastebima, kad nors absoliutus alkoholio sąlygotų mirčių skaičius jaunuolių (ir vyru, ir moterų) grupėje yra nedidelis, tačiau šios mirtys jaunimo grupėje yra proporcingai dažniausios. Ir nenuostabu, nes piktnaudžiavimas ir daugiadienis vartojimas dažniausiai pasitaiko tarp jaunų, 18–25 metų, suaugusiųjų. 2010 m. jaunimo nedarbo lygis išsvyssiuose šalyse ir ES buvo per 18 proc. (ILO, 2011). Nedarbas – vienas iš alkoholio sąlygotos žalos rizikos veiksnių. Laikotarpis, kai iš mokyklos pereinama į darbo aplinką, kai prasideda darbinė veikla, alkoholio vartojimo požiūriu yra rizikingesnis. Specifiniai su bendravimu darbe susiję probleminio vartojimo veiksnių, tokie kaip stresas darbe, įsitrukumas į geriančių bendradarbių grupes, jauniems suaugusiems gali sukelti ypatingų problemų mėginant prisitaikyti ir pritapti darbo vietoje (Bray et al., 2011).

Alkoholio vartojimas yra svarbiausias pasaulyje blogą sveikatą ir priešlaikinę mirtį lemiantis rizikos veiksny (išreikštas kaip DALY) (PSO, 2011) 25–59 m. amžiaus gyventojų grupėje. ES šioje grupėje yra didžiausias dirbančiųjų skaičius (OECD, 2010). Tiriant socialines alkoholio sąlygotos žalos visuomenėi sąnaudas dažniausiai vertinamos prarasto produktyvumo sąnaudos (Rehm et al., 2006; Collins & Lapsley, 2008; Saar, 2009; Rehm et al., 2009).

Recesija, nedarbas ir alkoholis

Nemažai komentatorių išreiškė susirūpinimą, kad esamas ekonomikos nuosmukis, padidinęs nedarbą, neigiamai paveikė visuomenės sveikatos rodiklius, nes nedarbas galimai didina psichikos sutrikimų, priklausomybių riziką, jam esant dažniau pasirenkamas mažiau sveikas gyvenimo būdas. Jeigu tai teisinga, tada būtų svarbu išsiaiškinti, kaip sušvelninti ekonominio nuosmukio poveikį, pagerinti psichikos sveikatos arba priklausomybės problemų turinčių bedarbių grįžimą į darbo rinką (Litchfield, 2011).

Panašu, kad bedarbystė padidina alkoholio daromą žalą. Stuckler su kolegomis (2009) atlikta ekonomikos nuosmukio poveikio ES analizė nustatė, kad nedarbo padidėjimas daugiau kaip 3 proc. buvo susijęs su išaugusių savižudybių skaičiumi jaunesnių nei 65 m. grupėje (padidėjo 4,45 proc., 95% CI: 0,65–8,24, 250–3220 potencialių papildomų mirčių [vidurkis 1740] visoje ES) ir išaugusių mirčių dėl piktnaudžiavimo alkoholiu skaičiumi (padidėjo 28,0 proc., 95% CI: 12.30–43.70; 1550–5490 potencialių papildomų mirčių [vidurkis 3500] visoje ES). Tyrimai rodo, kad nors esant nedarbui vartojama mažiau alkoholio, tačiau jis vartojamas rizikingiau (Dee, 2001). Stuckler su bendraautoriais (2009) nustatė, kad investavus 10 JAV dolerių į darbo rinkos aktyvinimo programas kiekvienam padidėjusio nedarbo procentui, 0,04 proc. mažiau išaugo savižudybių skaičius jaunesnių nei 65 m. asmenų grupėje. Išleidus daugiau nei 190 JAV dolerių vienam gyventojui per metus (patikslinus pagal perkamąją galią), nedarbo didėjimas neturėjo neigiamos įtakos savižudybių skaičiui. Stuckler, Basu ir McKee (2010) tyrinėjo sasajas tarp 100 JAV dolerių padidėjusių pajamų, socialinio draudimo išlaidų ir sveikatos priežiūros išlaidų vienam gyventojui (perkamoji galia JAV doleriais 2000 m.) bei mirtingumo dėl konkrečios priežasties 15-oje ES šalių 1980–2005 metų

laikotarpiu. Socialinių išlaidų didėjimas, išskyrus sveikatos priežiūros išlaidų augimą, buvo reikšmingai susijęs su alkoholio sąlygoto mirtingumo mažėjimu. Kiekvienas socialinei gerovei (išskyrus sveikatos priežiūrą) skirtas papildomas 100 JAV dolerių alkoholio sąlygotą mirtingumą sumažino 2,8 proc.

Kol kas nedaug tyrimų mėgino vertinti alkoholio poveikį nedarbui, tačiau atliktieji rodo, kad girtavimas didina nedarbo riziką. Alkoholio vartojimo ir darbo užmokesčio ryšio tyrimų rezultatus apibendrinusi metaanalizė nustatė, kad darbo rinkoje dalyvauja mažiau asmenų, vartojančių didelį alkoholio kiekį (Lye & Hirschberg, 2010).

Absenteizmas (nebuvinas darbe)

Švedų tyrimas parodė, kad bendro suvartoto alkoholio kieko padidėjimas vienu litru net 13 proc. padidina vyru (bet ne moterų) nedarbingumą dėl ligos ($p < 0,05$) (Norstrom, 2006). Norvegijoje panašus tyrimas nustatė, kad bendro suvartoto alkoholio kieko padidėjimas vienu litru 13 proc. padidina vyru nedarbingumą dėl ligos, tačiau neturi reikšmingo poveikio moterų nedarbingumui dėl ligos (Norstrom & Moan, 2009).

Nuodugni Suomijos ir Švedijos duomenų analizė parodė, kad alkoholio vartojimas ir jo sąlygotos problemos dažniausiai (Upmark et al., 1997; Upmark, Moller & Romelsjo, 1999; Johansson, Bockerman & Utela, 2008; Laaksonen et al., 2009; Salonsalmi et al., 2009), bet ne visada (Hensing, Holmgren & Mardby, 2011) teigiamai susijusios su nedarbingumo dėl ligos dienų skaičiumi ir invalidumo išmokomis tiek vyrams, tiek moterims. Didelis tyrimas, kuriami dalyvavo 13 582 Australijos darbuotojų, nedviprasmiškai įrodė, kad gérimo įpročiai turi poveikio pravaikštoms (Roche et al., 2008). Nustatyta, kad bent kartą per metus, bent kartą per mėnesį arba bent kartą per savaitę rizikingai geriantys darbuotojai (110 g arba daugiau alkoholio per dieną vyrai ir 70 g arba daugiau moterys) atitinkamai 3,1, 8,7 ir 21,9 karto dažniau nei mažai rizikingai vartojantys darbuotojai pranešdavo apie alkoholio nulemtą nedarbingumą.

Prezenteizmas (neveiklumas darbe)

Nėra susitarta dėl vieno būdo tinkamai įvertinti arba išreikšti pinigais nekokybišką darbą sergant (kai darbuotojai į darbą atvyksta sirgdami arba blogai jausdamiesi ir prasčiau dirba), arba suboptimalų darbingumą (Schultz, Chen & Edington, 2009; Chen et al., 2008). Dažnai vertinama pagal nuostolius, patirtus dėl prastesnių darbo rezultatų, klaidų, gamybos standartų nesilaikymo. Nors ši reiškinį išmatuoti sunku, yra tyrimų, kurie nustatė įvairių sveikatos veiksnių, tarp jų ir alkoholio, poveikį prezenteizmo didėjimui (Cooper & Dewe, 2008; Schultz Chen & Edington, 2009; Goetzel et al., 2004).

Australijos tyrimas, kuriami dalyvavo 78 000 darbuotojų, nustatė, kad narkotikų ir alkoholio vartojimo sutrikimai padidina prezenteizmo riziką 2,6 karto, o dar ir esant psichologiniams stresui – 8,6 karto (Holden et al., 2011).

Alkoholis ir uždarbis

Yra tyrimų, kurie nustatė, kad alkoholio vartojimas turi teigiamą poveikį uždarbiui: nedaug išgeriantys uždirba daugiau negu abstinentai (Peters, 2004; van Ours, 2004; Lee, 2003; Barrett, 2002). Vis dėlto panašu, kad dalį šio teigiamo poveikio lemia klaudingas klasifikavimas ir ta aplinkybė, kad prie bendros nevartojančių alkoholio grupės priskiriami ne tik ilgalaikiai albstinentai, bet ir tie, kurie anksčiau gerdavo ir kurių uždarbis galimai sumažėjo dėl atsiradusių sveikatos problemų. Ši problema vadinama „paklaida, dėl anksčiau vartojusiųjų“ (Jarl, Gerdtham & Selin, 2009). Vienuolikos tyrimų, kurie nustatė teigiamą alkoholio vartojimo poveikį uždarbiui (produktyvumo atitinkmuo), metaanalizė rodo, kad nustatytas poveikis tėra artefaktas, nulemtas to, kad alkoholio vartojimas yra netobulas įvairių teigiamų poveikų žmogiškajam kapitalui darančių asmenybės bruožų atitinkmuo (Lye & Hirschberg, 2010).

Alkoholis ir aplinkiniai

Diduma tyrimų, vertinusiu dėl alkoholio patiriamus socialinius nuostolius, neatsižvelgdavo į nuostolius, kuriuos dėl alkoholio vartojimo patiria kiti žmonės, nei pats geriantysis. Žinant, kad kitų patiriamą žala gali būti nemaža, tai gana svarbi spraga. Australijoje atliktas tyrimas, kuriame buvo įvertinti kitų nei pats geriantysis patiriamos žalos mastas ir pobūdis, kitiems tenkantys socialiniai nuostoliai, nustatė reikšmingą alkoholio poveikį produktyvumui (Laslett et al., 2010). Kitų žmonių, ne išgeriančiojo, patiriami nuostoliai dėl alkoholio siekė 14,2 mlrd. Australijos dolerių. Iš jų 9,3 mlrd. dolerių prarasta dėl darbo produktyvumo nuostolių, susidarančių dėl alkoholiu piktnaudžiaujančio asmens veiksmų prarasto ir iššvaistytu laiko, ir 801 milijonas dolerių – dėl tiesioginių darbo nuostolių, susidarančių iš papildomų darbo valandų (453 milijonai dolerių) ir absenteizmo (348 milijonai dolerių). Metinės sąnaudos, patiriamos dėl geriančio bendradarbio kaltės reikalingų papildomų darbo valandų (453 milijonai dolerių), yra panašios į sąnaudas dėl paties geriančiojo neatvykimo į darbą (368 milijonai dolerių) (Collins ir Lapsley, 2008). Nustatyta, kad į sąnaudas įtraukus alkoholio žalą kitiems žmonėms, nei geriantysis, ir atmetus besidubliuojančius apskaičiavimus socialinės išlaidos padvigubėjo nuo 12,2 mlrd. dolerių iki 23,5 mlrd. dolerių.

Nepalanki darbo aplinka

Analizuojant Whitehall II profesinės kohortos Londono tarnautojų tyrimo duomenis nustatyta, kad tarp moterų probleminiu vartotoju skaičius priklausė nuo klasės: daugiausiai probleminu alkoholio vartotoju nustatyta tarp dviejų aukščiausių klasių tarnautojų, ko nepastebėta tarp vyro (Head, Stansfeld & Siegrist, 2004). Dėl vyro nustatyta, kad, atsižvelgus į amžių ir pareigų lygi, jų pastangų ir atlygio disbalansas susijęs su priklausomybe nuo alkoholio. Dedantiems daug pastangų, bet gaunantiems mažą atlygi priklausomybės nuo alkoholio rizika buvo didžiausia. Tokia pat, tik mažiau išreikšta priklausomybė nustatyta ir moterims. Menka moterų sprendimų laisvė buvo susijusi su didesne jų priklausomybės nuo alkoholio rizika. Nei dideli reikalavimai darbe, nei menka bendradarbių parama nebuvo susiję su didesne priklausomybės nuo alkoholio rizika. Atrodo, kad paminėtų ryšių tarp darbo ypatumų ir priklausomybės nuo alkoholio nesąlygojo nei fizinės ligos, nei prastesnė psichinė sveikata, nei socialinės paramos stoka arba socialinių ryšių nutrūkimas.

Darbo vieta gali turėti įtakos darbuotojams ir tiems, kurie negeria, trimis būdais: (i) per suvokiamą fizinį alkoholio prieinamumą darbe, išskaitant tai, kaip lengva jo įsigyti ir vartoti darbo metu arba per pertraukas, (ii) per galiojančias normas arba tai, kiek bendradarbių vartoja alkoholi ar dirba apsviaigę; (iii) per įpareigojimus arba tai, kiek bendradarbiai pritaria alkoholio vartojimui arba darbui apsviaigus.

JAV atliktas darbuotojų tyrimas nustatė, kad įpareigojimų buvimas padeda prognozuoti alkoholio vartojimą ir darbingumo sutrikimą, o galiojančios normos leidžia prognozuoti alkoholio vartojimą prieš darbą ir darbo metu bei darbingumo sutrikimą (Frone & Brown, 2010). Kitas JAV atliktas negeriančių darbuotojų tyrimas nustatė, kad visi trys požiūrio į narkotinių medžiagų vartojimą aspektai neigiamai susiję su saugumu darbo vietoje, teigiamai – su įtampa darbe ir neigiamai – su darbuotojų nuotaika (Frone, 2009).

Dar vienas JAV atliktas tyrimas parodė, kad probleminiai alkoholio vartotojai dažniau nei neprobleminiai linkę nepastebeti darbo vietoje egzistuojančių socialinių alkoholio vartojimo kontrolės normų. Be to, probleminiai vartotojai dažniau nei abstinentai ir neprobleminiai vartotojai nurodė, kad jų darbo vietoje socialinis alkoholio prieinamumas yra didesnis (Berger, 2009). Kanadoje atliktame tyime alkoholio prieinamumas darbovietaje padėjo prognozuoti alkoholio sąlygotas problemas (Hodgins, Williams & Munro, 2009). Alkoholio vartojimo tarp savivaldybės darbuotojų poveikio tyrimų apžvalgoje Bennett su kolegomis (2004) nustatė, kad išgérinimams palankus klimatas darbovietaje koreliavo su didesniu stresu ir izoliacija darbe labiau, nei nustatyti atskirų kolegų išgérinėjimo atvejai. Išgérinėjimams palanki aplinka ir darbe patiriamas stresas neigiamai veikia darbo santykius. Išgérinėjimams palanki aplinka ir prasti santykiai darbe savo ruožtu didina streso ir izoliacijos darbe, sveikatos ir veiklos sutrikimų (nelaimingi atsitikimai,

neatvykimas į darbą) riziką. Atrodo, kad geri santykiai darbe sušvelnina neigiamą alkoholio vartojimo normų poveikį. Didesnis pažeidžiamumas ypač pasireiškė tarp darbuotojų, dirbančių didesnės rizikos darbus, pavyzdžiui, su mechanizmais.

Nepaisant ryšių tarp darbo aplinkos ir sutrikimų dėl alkoholio vartojimo rizikos, tik keli intervencijų tyrimai nagrinėjo kintančių darbo struktūrų poveikį mažinant alkoholio sąlygotą žalą darbovietėje (Roman & Blum 1996; 2002). Išimtis – dvi darbovietes, smarkiai besiskiriančias vadovavimo kultūra (Ames, Grube & Moore, 2000), palyginės tyrimas. Vienoje darbovietėje vyrado tradicinis hierarchinis JAV būdingas valdymo modelis, o kitas buvo grindžiamas japonišku valdymo modeliu, pritaikytu JAV. Nors bendras alkoholio vartojimo lygmuo abiejose įmonėse buvo panašus, tradicinis valdymo modelis buvo susijęs su liberalesniu požiūriu į gérinį prieš darbą arba darbo pamainos metu (įskaitant pertraukas) bei didesne leistino vartojimo darbo vietoje norma. Priešingai, adaptuotas japoniškas valdymo modelis buvo susijęs su griežtesne alkoholio kontrole, konservatyvesnėmis leistino vartojimo normomis ir mažesniu alkoholio prieinamumu darbe. Kokybinius tyrimus įrodė, kad adaptuotas japoniškasis modelis buvo palankesnis socialinei alkoholio sąlygotų problemų kontrolei, tuo tarpu tradicinis jai trukdė.

Darbo vieta gali tapti pavyzdžiu šeimoms ir bendruomenėms. Didžioji dauguma suaugusiųjų ES dirba visą darbo dieną. Jie tuo pat metu yra ir tėvai, ir asmenys palaikantys socialinius ryšius. Jauni žmonės darbe kaupia darbo patirtį, stažuojaosi. Taigi tai, kas vyksta darbo vietoje (pvz., darbo aplinka be alkoholio), gali turėti įtakos ne tik darbe, bet ir šeimoms, draugams ir visuomenei apskritai. Pavyzdžiui, Framingham širdies studijos duomenys rodo, kad alkoholio vartojimo elgesys plinta socialiniuose tinkluose per tris atskyrimo laipsnius (Rosenquist et al., 2010), be to, nustatytas nuo dozės priklausantis ryšys tarp to, kiek pagrindinio respondento draugų ir šeimos narių buvo piktnaudžiaujančių ir kiek abstinentų pirmojo tyrimo metu, ir to, kiek vidutiniškai gérimo porcijų per dieną pagrindinis respondentas nurodė suvartojaš kitame tyime. Buvimas smarkiai geriančiųjų aplinkoje padidina alkoholio suvartojimą 70% (CI: 35–142%), palyginti su tais, kurie nebendrauja su smarkiai geriančiais. Ir atvirkščiai, buvimas tarp negeriančiųjų perpus sumažina alkoholio vartojimą. Kiekvienas papildomas smarkiai geriantis asmuo, priklausantis pagrindinio respondento socialinių ryšių tinklui, 18 proc. (CI: 11–25%) didino tikimybę, kad tiriamasis piktnaudžiaus, ir 7 proc. (CI: 2–12%) mažino tikimybę, kad tiriamasis nevartos. Ir atvirkščiai, kiekvienas papildomas abstinentas 10 proc. (CI: 4–15%) sumažino tikimybę, kad tiriamasis piktnaudžiaus alkoholiu, ir 22 proc. (CI: 17–28%) padidino tikimybę, kad tiriamasis nevartos.

Kelios analizės nustatė, kad didžiausias su alkoholio vartojimu susijusių mirčių skaičius pasitaiko tarp šių profesijų asmenų: baro darbuotojų, jūrininkų bei dirbančių maitinimo, pramogų ir viešbučių versle, taip pat statybos pramonėje (Coggon et al., 2009; 2010; Hemmingsson et al., 1997). Įdomu tai, kad medikai vyrai 1960–1980 Jungtinėje Karalystėje (Anglioje ir Velse) pateko tarp profesijų su aukščiausiu mirtingumu dėl alkoholio vartojimo, o 2001–2005 m. nustatytas mažiausias jų mirtingumas dėl alkoholio vartojimo (Romeri, Baker & Griffiths, 2007).

Intervencijos darbovietėje

Intervencijų darbovietėse, skirtų spręsti alkoholio sąlygotas problemas, sisteminė apžvalga (Webb et al., 2009) nustatė tik 10 intervencinių tyrimų, iš kurių 5-iuose tirtos konsultavimu grįstos intervencijos, 4-iuose tyrimuose klausimynai buvo siunciami paštu ir gavus atsakymą taikytos trumpalaikės intervencijos, viename buvo įgyvendinama savitarpio pagalbos programa. Konsultavime ir į jį panašiose intervencijose, vertinant apibendrintai, naudotos trys plačios metodų grupės: psichosocialinių įgūdžių mokymas; trumpalaikė intervencija, įskaitant ir pačių tiriamųjų teikiamą informaciją apie vartojamą kiekį, gyvenimo būdo veiksnius ir bendrosios sveikatos patikras bei šios informacijos aptarimą; mokymai internetu – per interneto svetainę. Psichosocialinės intervencijos apima savitarpio pagalbą, komandinio darbo, streso valdymo, socialinio švietimo įgūdžių mokymą. Sveikatos patikrinime, be alkoholio daromos žalos, aptarta rūkymas, mankšta,

dieta, svoris, stresas, depresija, kraujospūdis, cholesterolio kiekis, cukrinis diabetas, vėžys, saugumas ir prevencinės sveikatos priežiūros rizikos. Konsultavimo intervencijos arba neturėjo jokio poveikio (Hermansson et al., 1998), arba tas poveikis buvo toks mažas, vertinamas tik subjektyviai, registruojamas tik paties tiriamojo, arba pastebėtas labiau „noro keistis“ sustiprėjimas nei realus elgesio pokytis (Bennett et al., 2004; Heirich & Sieck, 2000; Cook, Back & Trudeau, 1996; Lapham, Gregory & McMillan, 2003). Keturi intervencijų, kurios apėmė apklausas paštą, grįztamajį ryšį ir trumpalaikes intervencijas, tyrimai (Anderson & Larimer, 2002; Richmond et al., 2000; Matano et al., 2007; Walters & Woodall, 2003) nurodo, kad intervencijos yra praktiškos ir tvarios, kad jų rezultatai beveik tokie pat kaip intensyvesnių konsultavimo intervencijų, tačiau rezultatai yra tik pačių tiriamujų pranešti, t. y., kad objektyviai išmatuojamų rezultatų negauta.

Vertinant naują tyrimą, paskelbtą vėliau nei pasirodė Webb su kolegomis (2009) parengta apžvalga, nagnrejusį ankstyvo nustatymo ir trumpalaikės intervencijos veiksmingumą rizikingam alkoholio vartojimui darbe transporto sektoriuje, nenustatyta jokių poveikio įrodymų (Hermansson et al., 2010). Šiame tyime palyginta intervencijų, skirtų mažinti rizikingą alkoholio vartojimą darbe, pagalbos darbuotojams programoje poveikis su įprastine priežiūra. Per tris vėlesnius mėnesius tarp darbuotojų, kuriems taikyta trumpalaikė intervencija, reikšmingai sumažėjo prezenteizmo, tačiau ne absenteizmo. Be to, nustatyta, kad per du mėnesius intervencijos grupėje padidėjus produktyvumui suraupyta 1200 JAV dolerių vienam darbuotojui palyginti su grupe, gavusia įprastą priežiūrą (Osilla et al., 2009). Kiti tyrimai taip pat rodo, kad produktyvumas labiau padidėja prezenteizmo mažėjimo sąskaita, o ne dėl sumažėjusių nebuvimo darbe atvejų (Goetzel et al., 2009).

Savitarpio paramos programos

Tik viename iš dešimties Webb ir kt. (2009) apžvalgoje minimų, per kelis etapus 1988–1990 m. įgyvendintų tyrimų, kurie vertino transporto įmonėse įgyvendintas savitarpio pagalbos mažinant piktnaudžiavimą psichotropinėmis medžiagomis darbe programas, naudoti objektyvūs rodikliai (Spicer & Miller, 2005; Miller, Zaloshnja & Spicer, 2007). Programa siekta pakeisti darbovietės požiūrių į narkotinių medžiagų vartojimą darbo vietoje, mokyti kolegas atpažinti ir padėti kolegai, turinčiam vartojimo problemą. Programą papildė atsitiktinis narkotikų ir alkoholio testavimas (atlirkas 1990 ir 1994 m.) federaliniu lygmeniu. Analizuojant duomenų išsidėstymą laike ieškota ryšių tarp susižalojimų skaičiaus per mėnesį ir programai įgyvendinti skirtų lėšų konkrečiame etape atsižvelgiant į bazines šiai pramonei būdingas sužalojimų tendencijas. Dėl bendro kolegų savitarpio programos ir testavimo poveikio beveik trečdaliu sumažėjo sužalojimų darbe skaičius, 1999 m. taip buvo išvengta apytyksliai 48 milijonų darbdavio nuostolių. Tais metais kolegų savitarpio programa kainavo įmonei 25 JAV dolerius, o testavimas – dar 35 JAV dolerius vienam darbuotojui. Apytyksliais vertinimais, programa padėjo darbdaviui 1999 metais išvengti po 1850 JAV dolerių, skaičiuojant vienam darbuotojui, išlaidų dėl sužalojimų, taigi naudos ir sąnaudų santykis – 26:1. Kitame tyime, vertinusime laikinus darbuotojus miestiečius, nustatyta, kad darbuotojų juntama bendradarbių parama susilpnino ryšį tarp epizodinio girtavimo dažnio ir pravaikštę (Bacharach, Bamberger & Biron, 2010).

Kompiuterinės intervencijos

Metaanalizeje įvertinus 75 atsitiktinės atrankos klinikinius tyrimus, kuriuose dalyvavo per 35 000 dalyvių ir kuriuose taikyti 82 skirtinės kompiuterinės sveikatos stiprinimo intervencijos, nustatyta, kad šios intervencijos gali padėti asmenims pakeisti sveikatos ir su alkoholio bei kitų narkotinių medžiagų vartojimu susijusį elgesį (11 tyrimų) (Portnoy et al., 2008). Didėsnė intervencijos dozė turėjo didesnį poveikį. Viename tyime buvo įvertintos darbovietėje veikiančios internetinės personalizuotos grįztamojo ryšio programos, skirtos jauniems darbuotojams, veiksmingumas (Doumas & Hannah, 2008). Po 30 dienų nustatyta, kad intervencijos grupėje pačių tiriamujų įvertintas alkoholio vartojimas buvo reikšmingai mažesnis nei

kontrolinėje grupėje. Šis skirtumas buvo ypač reikšmingas tarp probleminių vartotojų, priskirtų didelės rizikos grupei. Papildomas 15 minučių trukmės motyvacinis intervju internetinės grįžtamojo ryšio programos veiksmingumo nepadidino.

Privaloma patikra

Cochrane sisteminė apžvalga, skirta įvertinti privalomos profesionalių vairuotojų alkoholio ir narkotikų patikros poveikį sužalojimų darbe ir kitiems darbingumo rodikliams, pavyzdžiui, nedarbingumo lapelių dėl sužalojimų skaičiu (Cashman et al., 2009), rado tik du kvazikperimentinius tyrimus (Swena, 1999; Spicer & Miller, 2005). Spicer ir Miller pateikia federaliniu lygmeniu įgyvendintos kolegų savitarpio pagalba grindžiamos piktnaudžiavimo prevencijos ir ankstyvos intervencijos programos įvertinimą (pavadintą *PeerCare*). Programa vyko 1983–1996 m., tuo pat laiku, kaip ir federaliniu lygiu įgyvendinta atsitiktinė narkotikų ir alkoholio patikra. Swena pateikia atsitiktinio narkotikų testavimo šalies mastu 1983–1997 m. (su pertraukomis) poveikį mirtinoms sunkvežimių avarijoms. Tyrimas transporto bendrovėje nustatė, kad iškart po alkoholio kiekio patikros įmonėje traumų skaičius sumažėjo (-1,25 traumos/100 asmenų metų; 95% CI: -2,29 – -0,21), tačiau ilgesniu laikotarpiu nepastebėta jokio reikšmingo poveikio traumų skaičiaus tendencijos mažėjimui (-0,28 traumos/100 asmenų metų/metams; 95% CI: -0,78–0,21). Nė viename tyrime nenustatyta teigiamas federaliniu lygmeniu vykdomos patikros rezultatas iškart po intervencijos, tačiau nustatyta reikšminga ilgalaikė tendencija – esant nuolatinei mažėjimo tendencijai traumų skaičius kasmet mažėjo daugiau: 0,19 traumos/100 asmenų metų/metams; 95% CI: -0,30 – -0,07 transporto įmonėje (Spicer & Miller, 2005), ir - 0,83 mirtinų nelaimingų atsitikimų/100 milionų transporto priemonių mylių/metams; 95% CI: -1,08 – -0,58 šalies mastu (Swena, 1999).

Traumų prevencijos intervencijų statybos pramonėje sisteminė apžvalga nustatė tik penkis tyrimus (van der Molen et al., 2007), kurių viename vertinta, ar darbo vietoje įgyvendinamos blaivybės (narkotikų, išskaitant alkoholi, prevencijos) programos padeda sumažinti traumų darbe skaičių (Wickizer et al., 2004). Apskritai, statybos, gamybos ir paslaugų sektoriaus įmonėse, kuriose įdiegtos blaivybės darbe programos, palyginti su programų neturinčiomis įmonėmis, traumų sumažėjo 3,33 100 žmonių/metams. Paslaugų sektoriuje programų poveikis yra didesnis nei statybų pramonėje.

Alkoholio programų įtraukimas į sveikatos stiprinimo programas

Nustatyta, kad noriau dalyvaujama tose programose, kurios labiau orientuotos į sveikatos stiprinimą bei gyvenimo būdo pokyčius, o ne į ligas, ir kad šios programos turi didesnį poveikį mažinant gérimo riziką nei baudžiamosios priemonės (Sieck & Heirich, 2010). Bendrosios visiems skirtos prevencijos modelis sumažina tikimybę, kad darbuotojai jausis išskirti dėl savo alkoholio vartojimo įpročių, dalyvavimas prevencijos programoje netampa bausme. Tačiau sveikatinimo programų darbe veiksmingumo įrodymai yra riboti. Sisteminėje apžvalgoje Kuoppala, Lamminpaa ir Husman (2008) nustatė 46 tyrimus, kurie rodo, kad sveikatos stiprinimas darbovietėse gali pagerinti darbinius gebėjimus (rizikos santykis (RS) 1,4 intervalas 1,2–1,7), tačiau nesumažina nedarbingumo dėl ligos. Tyrimuose nenustatyta jokio poveikio psichinei ar fizinei gerovei. Fizinių pratimų programos veiksmingai pagerino bendrą savijautą (RS 1,25; intervalas 1,05–1,47) ir darbingumą (RS 1,38; intervalas 1,15–1,66), tačiau švietimo ir psichologiniai metodai nebuvo veiksmingi. Kitoje sisteminėje 27 tyrimų apžvalgoje Kuoppala ir bendraautoriai (2008) paskelbė radę įrodymų, kad tinkama lyderystė darbe gali pagerinti gerą savijautą darbe (RS 1,40, intervalas 1,36–1,57) ir sumažinti nedarbingumą dėl ligos (RS 0,73, intervalas 0,70–0,89) bei invalidumo pensijų skaičių (RS 0,46, intervalas 0,42–0,59).

Sveikatos stiprinimo programų darbovietėje veiksmingumo, mažinant prezenteizmą darbe, sisteminė apžvalga apėmė 14 tyrimų, iš kurių 10 pateikė tik preliminarius galimai veiksmingus prezenteizmo atžvilgiu rezultatus tirtose darbuotojų grupėse (Cancelliere et al., 2011). Du tyrimai apžvalgoje pristatomomi kaip surinkę

vertingų įrodymų: viename taikyti fiziniai pratimai darbe (Nurminen et al., 2002), o kitame – švietimo programa vadovams apie psichikos sveikatos stiprinimą (Takao et al., 2006). Tačiau net ir šių tyrimų rezultatai rodo, kad poveikis yra menkas arba jo nėra. Nurminen ir kt. (2002) tyrime moterys, užsiimančios fizinės jėgos reikalaujančiu skalbimo darbu, buvo atsitiktinai paskirstytos į intervencijos ir kontrolinę grupes. Intervencijos grupė, vadovaujama fizioterapeuto, darbo vietoje atliko fizinius pratimus. Moterys buvo tikrinamos po 3, 8, 12 ir 15 mėnesių. Nors po 12 mēn. intervencinėje grupėje nustatyta daugiau negu kontrolinėje grupėje darbuotojų, save subjektyviai įvertinusiai kaip darbingesnes (11,0%, 95% CI: 0,2–21,9), joje buvo geresnis su sveikata susijęs darbingumas po 8 mėnesių (8,1%, 95% CI: 0,5–16,3), tačiau nenustatyta jokių statistiškai reikšmingų skirtumų tarp šių grupių pasitenkinimo darbu, darbingumo indekso, laikino nedarbingumą dėl ligos rodiklių požiūriu.

Programoje, skirtoje mažinti stresą darbe sakės darykloje, Nishiuchi ir kt. (2007) nustatė, kad nors streso mažinimui skirta švietimo programa pagerina vadovų žinias apie stresą darbe, ji nepakeičia jų požiūrio ir elgesio. Nenuostabu, kad švietimo programa vadovams apie jų tiesioginių pavaldinių psichologinę įtampą ir darbo rezultatus neturėjo jokio poveikio pavaldinių, tiek vyru, tiek moterų, psichologinei įtampai ir darbo rezultatams (Takao et al., 2006, tyrimas, apie kurį anksčiau kalbėta kaip apie nustačiusį poveikį). Vienintelė išimtis poveikio prasme šiame tyrime – kad 27 jauniems biuro darbuotojams vyrams šiek tiek pagerėjo streso darbe ir darbo rezultatų rodikliai. Tačiau nepriklausomai nuo įgyvendinamos programos tipo pastebėta, kad darbuotojai, kuriems vadovauja norintys ir gebantys klausytis vadovai, nežymiai, bet statistiškai reikšmingai geriau tvarkosi su darbu, patiria mažiau streso nei pavaldiniai, kurių vadovai nelabai nori ir moka klausytis (Mineyama et al., 2007).

Geros savijautos programos darbe

Nors ir stokojama nedviprasmiškų įrodymų dėl sveikatos stiprinimo programų darbe veiksmingumo, yra metaanalizų, nustačiusių teigiamą geros savijautos darbe programų investicijų grąžą (Chapman, 2003; 2005; Baicker, Cutler & Song, 2010). Sisteminėje JAV atlirkų tyrimų apžvalgoje Baicker ir bendraautoriai (2010) išnagrinėjo 22 tyrimus, vertinusius darbuotojų sveikatos priežiūros išlaidas, ir 22 absenteizmo sąlygojamų nuostolių tyrimus. Reikia atsižvelgti į tai, kad JAV per 60 proc. amerikiečių sveikatos priežiūros draudimą gauna per darbovietes. Nustatyta, kad dažniausia intervencija – tai darbuotojų sveikatos rizikos vertinimas apklausa, kurios rezultatais remiantis vėliau yra modeliuojama intervencija. Antras dažniausiai taikomų geros savijautos intervencijų tipas – savigelbos dalomoji medžiaga, individualios sveikatos priežiūros specialistų konsultacijos arba grupiniai užsiėmimai darbe, kuriuos veda specialistai. Apie 30 proc. programų naudotos motyvacinės paskatos, kad darbuotojai dalyvautų. Dažniausiai programos buvo nukreiptos į nutukimo ir rūkymo mažinimą. Septyniasdešimt penki procentai programų buvo skirtos paveikti daugiau nei vieną rizikos veiksnį, be nutukimo ir rūkymo, jos apėmė ir streso valdymą, nugaros problemas, mitybą, alkoholio vartojimą, krauso spaudimą ir profilaktines apžiūras. Nustatyta, kad išleidus vieną doleri tokioms programoms medicinos išlaidos sumažėja 3,27 JAV dolerio, o dėl nedarbingumo praleistų darbo dienų nuostoliai sumažėja 2,73 JAV dolerio. Žinoma, šias išvadas reikia vertinti atsargiai, nes įmonės, investuojančios į darbuotojų geros savijautos programas, ir šiaip yra tarp pelningiausių. Taip pat labai sunku įvertinti mastą ir išvengti publikavimo paklaidos, kuri reiškia, kad: dažniau skelbiami straipsniai apie programas, kuriose nustatyta investicijų grąža; beveik visas programas įgyvendino ir tyrimus atliko didieji darbdaviai, kuriems dėl gausių ištaklių ir masto ekonomijos yra didesnė tikimybė, kad įgyvendinant darbuotojų geros savijautos programas pavyks suraupyti; atsižvelgiant į šio pranešimo temą, nežinoma, ar yra teigiamas šių programų poveikis būtent alkoholio vartojimo atžvilgiu.

Išvados dėl politikos ir praktikos

Geros savijautos darbe programas

Atsižvelgiant į tai, kad trūksta patikimos informacijos apie individualių konsultacijų darbe veiksmingumą, gali būti, kad tikslingiau orientuotis į bendresnes geros savijautos darbe iniciatyvas (Robertson & Cooper, 2011), ypač skirtas prezenteizmui mažinti (Cancelliere et al, 2011) ir pasižyminčias gera investicijų grąžą (Baicker, Cutler & Song, 2010). Svarbiausiai geros savijautos darbe veiksnių yra struktūros ypatumai (Podsakoff, LePine & LePine, 2007), valdymo ir vadovavimo stilius (Yarker, Lewis & Donaldson-Feilder, 2008), taigi jie galėtų turėti poveikio alkoholio sąlygotai žalai.

Blaivi darbovietai

Nemažai darboviečių jau dabar nevartoja alkoholi. Gausėjant blaivių darboviečių, mažėja alkoholio sąlygotų nelaimingų atsitikimų ir traumų darbe skaičius, ugdomas sveikesnis požiūris į alkoholio vartojimą, kuris per bendravimą ir socialinius ryšius savo ruožtu gali paveikti šeimas ir draugus.

Profesinės tikslinės grupės

Remiantis alkoholio sąlygoto mirtingumo duomenimis, išskiriamos trys tikslinės grupės: tai mažmeninės alkoholio prekybos darbuotojai, statybos pramonės darbininkai, jūrininkai ir uosto darbuotojai. Anglų gydytojų, kurie per 20–30 metų iš profesinio alkoholio sąlygoto mirtingumo lentelės viršaus pasislinko į mažo rizikingumo profesijų grupę, pavyzdys rodo, kad pokyčiai įmanomi. Gydytojų elgesio pokyčius galima vertinti kaip tam tikrą žymenį, rodantį, kaip žalingos gyvensenos formos šalyje yra suvokiamos.

Gyventojų tikslinės grupės

Nors kai kalbama apie gyventojus, manoma, kad turimos galvoje visos gyventojų grupės, tačiau iš tiesų svarbios yra dvi tikslinės grupės: jaunimas ir vyresnio vidutinio amžiaus žmonės. Jaunimui būdingas santykinai aukštasis nedarbo lygis ir rizikingo vartojimo modeliai, kurie kartu su stresu, patiriamu įsiliejant į darbo rinką, sustiprina alkoholio sąlygotą žalą. Vidutinio amžiaus gyventojų grupėje alkoholio sąlygotos negalios ir priešlaikinės mirties rodikliai yra aukščiausi. JAV įgyvendinta daugiacentrė jaunimui darbe skirta alkoholio prevencijos programa galėtų tapti pavyzdžiu, kokiui būdu būtų galima pasiekti jaunus žmones – tai tikslinė grupė, kuriai anksčiau buvo skiriama per mažai dėmesio (Bray, Galvin & Cluff, 2011).

Šaltiniai

Ames GM, Grube JW, Moore RS (2000). Social control and workplace drinking norms: a comparison of two organizational cultures. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(2):203–219.

Anderson BK, Larimer ME (2002). Problem drinking and the workplace: an individualized approach to prevention. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16:243–251.

Anderson P (2010). *A report on the impact of workplace policies and programmes to reduce the harm done by alcohol to the economy*. Utrecht, National Institute for Alcohol Policy (<http://www.faseproject.eu/wwwfaseprojecteu/fase-elements/literature-study-workplace.htm>, accessed 24 February 2012).

Anderson P (2012). *Alcohol and the workplace*. Barcelona, Department of Health, Government of Catalonia.

Bacharach SB, Bamberger P, Biron M (2010). Alcohol consumption and workplace absenteeism: the moderating effect of social support. *Journal of Applied Psychology*, 95(2):334–348.

Baicker K, Cutler D, Song Z (2010). Workplace wellness programs can generate savings. *Health Affairs*, 29(2):304–111.

Barrett G (2002). The effect of alcohol consumption on earnings. *Economic Record*, 78:79–96.

- Bennett JB, Patterson CR, Reynolds GS et al. (2004). Team awareness, problem drinking, and drinking climate: workplace social health promotion in a policy context. *American Journal of Health Promotion*, 19:103–113.
- Berger LK (2009). Employee drinking practices and their relationships to workplace alcohol social control and social availability. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 24:367–382.
- Bray JW, Galvin DM, Cluff LA, eds. (2011). *Young adults in the workplace: a multisite initiative of substance use prevention programs*. Research Triangle Park, NC, RTI Press (<http://www.rti.org/pubs/bk-0005-1103-cluff.pdf>, accessed 14 February 2012).
- Cancelliere C, Cassidy JD, Ammendolia C et al.(2011). Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers? A systematic review and best evidence synthesis of the literature. *BMC Public Health*, 11:395.
- Carrell SE, Hoekstra M, West JE (2011). Does drinking impair college performance? Evidence from a regression discontinuity approach. *Journal of Public Economics*, 95(1–2):54–62.
- Cashman CM, Ruotsalainen JH, Greiner BA et al. (2009). Alcohol and drug screening of occupational drivers for preventing injury. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2):CD006566.
- Chapman LS (2003). Meta-evaluation of worksite health promotion economic return studies. *The Art of Health Promotion*, 6:1–16.
- Chapman LS (2005). Meta-evaluation of worksite health promotion economic return studies: 2005 update. *American Journal of Health Promotion*, 19:1–11.
- Chen H, Blanc PD, Hayden ML et al. (2008). Assessing productivity loss and activity impairment in severe or difficult-to-treat asthma. *Value Health*, 11(2):231–239.
- Coggon D, Harris EC, Brown T et al. (2010). Occupation and mortality related to alcohol, drugs and sexual habits. *Occupational Medicine*, 60:348–353.
- Coggon D, Harris EC, Brown T et al. (2009). *Occupational mortality in England and Wales, 1991–2000*. London, Office for National Statistics.
- Collins DJ, Lapsley HM (2008). *The costs of tobacco, alcohol and illicit drug abuse to Australian society in 2004/05*. Canberra, Commonwealth of Australia (National Drug Strategy Monograph, No. 64).
- Cook RF, Back AS, Trudeau J (1996). Preventing alcohol use problems among blue-collar workers: a field test of the Working People program. *Substance Use and Misuse*, 31(3):255–275.
- Cooper C, Dewe P (2008). Well-being – absenteeism, presenteeism, costs and challenges. *Occupational Medicine*, 58:522–524.
- Dee TS (2001). Alcohol abuse and economic conditions: evidence from repeated cross-sections of individual-level data. *Health Economics*, 10:257–270.
- Dee T, Evans W (2003). Teen drinking and educational attainment: evidence from two-sample instrumental variables estimates. *Journal of Labor Economics*, 21:178–209.
- Doumas DM, Hannah E (2008). Preventing high-risk drinking in youth in the workplace: a web-based normative feedback program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32:263– 271.
- European Commission (2011). *Alcohol, work and productivity. Scientific Opinion of the Science Group of the European Alcohol and Health Forum*. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/science_02_en.pdf, accessed 21 February 2012).
- European Workplace Alcohol project [web site] (2012). Barcelona, Department of Health of the Government of Catalonia http://www.eurocare.org/eu_projects/ewa, accessed 21 February 2012).
- FASE (2012). Focus on Alcohol Safe Environment (FASE) [web site]. Utrecht, Dutch Institute for Alcohol Policy (<http://www.faseproject.eu/wwwfaseprojecteu/about-fase/>, accessed 21 February 2012).
- Frone MR (2009). Does permissive workplace substance use climate affect employees who do not use alcohol and drugs at work? A U.S. national study. *Psychology of Addictive Behavior*, 23:386–390.
- Frone MR, Brown AL (2010). Workplace substance-use norms as predictors of employee substance use and impairment: a survey of U.S. workers. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71:526–534.
- Goetzel RZ, Long SR, Ozminkowski RJ et al. (2004). Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health condition affecting U.S. employers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46(4):398–412.

- Goetzel RZ, Carls GS, Wang S et al. (2009). The relationship between modifiable health risk factors and medical expenditures, absenteeism, short-term disability, and presenteeism among employees at Novartis. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51(4):487–499.
- Head J, Stansfeld SA, Siegrist J (2004). The psychosocial work environment and alcohol dependence: a prospective study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 61:219-224.
- Heirich M, Sieck CJ (2000). Worksite cardiovascular wellness programs as a route to substance abuse prevention. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 42:47–56.
- Hemmingsson T, Lundberg I, Romesljo A et al.(1997). Alcoholism in social classes and occupations in Sweden. *International Journal of Epidemiology*, 26:584–591.
- Hensing G, Holmgren K, Mårdby AC (2011). Harmful alcohol habits were no more common in a sample of newly sick-listed Swedish women and men compared with a random population sample. *Alcohol and Alcoholism*, 46(4): 471–477.
- Hermansson U, Knutsson A, Ronnberg S et al. (1998). Feasibility of brief intervention in the workplace for the detection and treatment of excessive alcohol consumption. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 4:71–78.
- Hermansson U, Helander A, Brandt L et al. (2010). Screening and brief intervention for risky alcohol consumption in the workplace: results of a 1-year randomized controlled study. *Alcohol and Alcoholism*, 45:252–257.
- Hodgins DC, Williams R, Munro G (2009). Workplace responsibility, stress, alcohol availability and norms as predictors of alcohol consumption-related problems among employed workers. *Substance Use & Misuse*, 44:2062–2079.
- Holden L, Scuffham PA, Hilton MF et al. (2011). Health-related productivity losses increase when the health condition is co-morbid with psychological distress: findings from a large cross-sectional sample of working Australians. *BMC Public Health*, 11:417–426.
- ILO (2011). *Global employment trends 2011: the challenge of a jobs recovery*. Geneva, International Labour Office.
- Jarl J, Gerdtham UG, Selin KH (2009). Medical net cost of low alcohol consumption – a cause to reconsider improved health as the link between alcohol and wage? *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 7:17.
- Johansson E, Bockerman P, Uutela A (2008). Alcohol consumption and sickness absence: evidence from microdata. *European Journal of Public Health*, 19(1):19–22.
- Jones L, Bellis MA, Dedman D et al. (2008). *Alcohol-attributable fraction for England. Alcohol-attributable mortality and hospital admissions*. Liverpool, John Moores University, Northwest Public Health Observatory (<http://www.nwph.net/nwpho/Publications/AlcoholAttributableFractions.pdf>, accessed 14 February 2012).
- Koch S, Ribar D (2001). A siblings analysis of the effects of alcohol consumption onset on educational attainment. *Contemporary Economic Policy*, 19:162–174.
- Kuoppala J, Lamminpaa A, Husman P (2008). Work health promotion, job wellbeing, and sickness absences – a systematic review and meta-analysis. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(11):1216–1227.
- Kuoppala J, Lamminpaa A, Liira J et al.(2008). Leadership, job well-being, and health effects – a systematic review and a meta-analysis. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(8):904–915.
- Laaksonen M, Piha K, Martikainen P et al. (2009). Health-related behaviours and sickness absence from work. *Occupational and Environmental Medicine*, 66:840–847.
- Lapham SC, Gregory C, McMillan G (2003). Impact of an alcohol misuse intervention for health care workers.1. Frequency of binge drinking and desire to reduce alcohol use. *Alcohol and Alcoholism*, 38:176–182.
- Laslett AM, Catalano P, Chikritzhs Y et al. (2010). *The range and magnitude of alcohol's harm to others*. Fitzroy, VIC, AER Centre for Alcohol Policy Research, Turning Point Alcohol and Drug Centre, Eastern Health.
- Lee Y (2003). Wage effects of drinking in Australia. *Australian Economic Review*, 36:265–282.
- Litchfield P (2011). Mitigating the impact of an economic downturn on mental well-being. In: Robertson I, Cooper C, eds. *Well-being. Productivity and happiness at work*. Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- Lye J, Hirschberg J (2010). Alcohol consumption and human capital: a retrospective study of the literature. *Journal of Economic Surveys*, 24(2): 309–338.
- Matano RA, Koopman C, Wanat SF et al. (2007). A pilot study of an interactive web site in the workplace for reducing alcohol consumption. *Journal of Substance Abuse Treatment*,32:71–80.
- Miller TR, Zaloshnja E, Spicer RS (2007). Effectiveness and benefit-cost of peer-based workplace substance abuse prevention. *Accident analysis and prevention*, 39(3):565–573.

- Mineyama S, Tsutsumi A, Takao S et al. (2007). Supervisors' attitudes and skills for active listening with regard to working conditions and psychological stress reactions among subordinate workers. *Journal of Occupational Health*, 49:81–87.
- Nishiuchi K, Tsutsumi A, Takao S et al. (2007). Effects of an education program for stress reduction on supervisor knowledge, attitudes and behaviour in the workplace: a randomized controlled trial. *Journal of Occupational Health*, 49:190–198.
- Norstrom T (2006). Per capita alcohol consumption and sickness absence. *Addiction*, 110:1421–1427.
- Norstrom T, Moan IS (2009). Per capita alcohol consumption and sickness absence in Norway. *European Journal of Public Health*, 16(4):383–388.
- Nurminen E, Malmivaara A, Ilmarinen J et al. (2002). Effectiveness of a worksite exercise program with respect to perceived work ability and sick leaves among women with physical work. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 28(2):85–93.
- OECD (2010). *OECD factbook (2010): Economic, environmental and social statistics*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Osilla KC, de la Cruz E, Miles JN et al. (2009). Exploring productivity outcomes from a brief intervention for at-risk drinking in an employee assistance program. *Addictive Behaviors*, 35:194–200.
- Peters BL (2004). Is there a wage bonus from drinking? Unobserved heterogeneity examined. *Applied Economics*, 36:2299–2315.
- Podsakoff NP, LePine JA, LePine MA (2007). Differential challenge stressor–hindrance stressor relationships with job attitudes, turnover intentions, turnover, and withdrawal behavior: a meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 92(2):438–454.
- Portnoy DB, Scott-Sheldon L, Johnson BT et al. (2008). Computer-delivered interventions for health promotion and behavioral risk reduction: a meta-analysis of 75 randomized controlled trials, 1988– 2007. *Preventive Medicine*, 47(1):3–16.
- Rehm J, Mathers C, Popova S et al. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol use disorders. *Lancet*, 373(9682):2223–2233.
- Rehm J, Taylor B, Room R (2006). Global burden of disease from alcohol, illicit drugs and tobacco. *Drug and Alcohol Review*, 25:503–513.
- Rehm J, Baliunas D, Brochu S et al. (2006). *The costs of substance abuse in Canada 2002*. Ottawa, ON, Canadian Centre on Substance Abuse.
- Renna F (2009). Alcohol abuse, alcoholism, and labor market outcomes: looking for the missing link. *Industrial & Labor Relations Review*, 62(1):92–103.
- Richmond R, Kehoe L, Heather N et al.(2000). Evaluation of a workplace brief intervention for excessive alcohol consumption: the Workscreen Project. *Preventive Medicine*, 30:51–63.
- Robertson I, Cooper C (2011). *Well-being. Productivity and happiness at work*. Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- Roche AM, Pidd K, Berry JG et al. (2008). Workers' drinking patterns: the impact on absenteeism in the Australian work-place. *Addiction*, 103:738–748.
- Roman PM, Blum TC (1996). Alcohol: a review of the impact of worksite interventions on health and behavioral outcomes. *American Journal of Health Promotion*, 11:135–149.
- Roman PM, Blum TC (2002). The workplace and alcohol problems prevention. *Alcohol Research and Health*, 26(1):49–57.
- Romeri E, Baker A, Griffiths C (2007). Alcohol-related deaths by occupation, England and Wales, 2001–05. *Health Statistics Quarterly*, 35:6–12.
- Rosenquist JN, Murabito J, Fowler JH et al. (2010). The spread of alcohol consumption behaviour in a large social network. *Annals of Internal Medicine*, 152:426–433.
- Saar I (2009). The social costs of alcohol misuse in Estonia. *European Addiction Research*, 15(1):56–62.
- Salonsalmi A, Laaksibeb M, Lahelma E et al.(2009). Drinking habits and sickness absence: the contribution of working conditions. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37:846–854.
- Schultz AB, Chen CY, Edington DW (2009). The cost and impact of health conditions on presenteeism to employers: a review of the literature. *Pharmacoeconomics*, 27(5):365–378.

- Sieck CJ, Heirich M (2010). Focusing attention on substance abuse in the workplace: a comparison of three workplace interventions. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 25:72–87.
- Spicer RS, Miller TR (2005). Impact of a workplace peer-focused substance abuse prevention and early intervention program. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29(4):609–611.
- Stuckler D, Basu S, McKee M (2010). Budget crises, health, and social welfare programmes. *British Medical Journal*, - 341:77–79.
- Stuckler D, Basu S, Suhrcke M et al. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*, 374:315–323.
- Swena DD (1999). Effect of random drug screening on fatal commercial truck accident rates. *International Journal of Drug Testing*, 2:1–13.
- Takao S, Tsutsumi A, Nishiuchi K et al. (2006). Effects of the job stress education for supervisors on psychological distress and job performance among their immediate subordinates: a supervisor-based randomized controlled trial. *Journal of Occupational Health*, 48(6):494–503.
- Upmark M, Hemmingsson T, Romelsjo A et al. (1997). Predictors of disability pension among young men. *European Journal of Public Health*, 1:20–28.
- Upmark M, Moller J, Romelsjo A (1999). Longitudinal, population-based study of self-reported alcohol habits, high levels of sickness absence and disability pensions. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53:223–229.
- van der Molen H, Lehtola MM, Lappalainen J et al. (2007). Interventions for preventing injuries in the construction industry. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4) CD006251.
- van Ours J (2004). A pint a day raises a man's pay; but smoking blows that gain away. *Journal of Health Economics*, 23:863–886.
- Walters ST, Woodall W (2003). Mailed feedback reduces consumption among moderate drinkers who are employed. *Prevention Science*, 4:287–294.
- Webb G, Shakeshaft A, Sanson-Fisher R et al. (2009). A systematic review of work-place interventions for alcohol-related problems. *Addiction*, 104:365–377.
- Wickizer TM, Kopjar B, Franklin G et al. (2004). Do drug-free workplace programs prevent occupational injuries? Evidence from Washington State. *Health Services Research*, 39(1):91–110.
- Wolaver A (2007). Does drinking affect grades more for women? Gender differences in the effects of heavy episodic drinking in college. *The American Economist*, 51:72–88.
- WHO (2011). *Global status report on alcohol and health*. Geneva, World Health Organization.
- Yarker J, Lewis R, Donaldson-Feilder E (2008). *Management competencies for preventing and reducing stress at work*. London, Health and Safety Executive.

Alkoholio prieinamumas

Esa Osterberg

Įžanga

Fizinis alkoholinių gėrimų prieinamumas nusako, kiek lengvai ir patogiai galima gauti alkoholio jo vartojimo tikslais. Fizinio prieinamumo reguliavimas apima alkoholinių gėrimų monopoliją, mažmeninės prekybos ir kitų prekybos vietų licencijavimą, bendrus arba specialius mažmeninės alkoholio prekybos laiko ribojimus. Fizinis prieinamumas reglamentuojamas ir nustatant, kur leistina kurti mažmeninės alkoholio prekybos įstaigas, specialias taisykles dėl vartojimo prekybos vietoje arba už jos ribų (savitarnos, prekystalių prekybos reguliavimas ir pan.), kokį didžiausią gėrimų kiekį ar porcijų skaičių galima patiekti vienu metu. Šios taisykles taip pat nustato, kam leidžiama pirkti alkoholinis gėrimus licencijuotose vietose arba ne vartoti skirtose patalpose. Dažniausiai šios taisyklės nustato leistinas amžiaus ribas, leidžiančias parduoti, pirkti, laikyti arba gerti alkoholinis gėrimus, taip pat draudimą parduoti alkoholinis gėrimus apsavaigusiems asmenims arba net tam tikroms religiniems ar etninėms grupėms (Room et al., 2002). Prieinamumą gali riboti ir taisyklės, nustatančios alkoholio pardavimo normas pagal amžių ir lytį. Kartais fizinį alkoholinių gėrimų prieinamumą reguliuoja ekonominis ribojimas, pavyzdžiui, nurodant visą kainą (žr. ekonomines galimybes, Chaloupka, Grossman & Saffer, 2002; Babor et al., 2010, ir skyrių apie alkoholio kainas.)

Istoriniai pavyzdžiai rodo, kad visiškas alkoholio gamybos arba pardavimo draudimas gali sumažinti su alkoholiu susijusią žalą. Tačiau ten, kur alkoholio paklausa draudimo laikotarpiu didelė, ją patenkina neoficiali rinka, kurią dažnai kontroliuoja organizuotos nusikalstamos grupuotės. Nors visiško draudimo poveikis alkoholio vartojimui ir su juo susijusiai žalai yra moksliškai įrodytas, šiuolaikinėje Europoje visiškas draudimas yra politiškai nepriimtinas (Anderson & Baumberg, 2006).

Norint pradėti alkoholio prekybą, daugelyje šalių reikalaujama gauti prekybos licenciją vienos valdžios nustatyta tvarka. Mažmeninei prekybai išsineštinai – kai alkoholiniai gėrimai vartojami ne ten, kur perkami, gali būti nustatomi parduoti leistino alkoholinio gėrimo tipas, stiprumas ir prekių pakuočių reikalavimai, laiko ir vartojimo vienos ribojimai. Prekybai vartojimo vietoje, kai alkoholis geriamas ten, kur perkamas, gali būti nustatomas gėrimo porcijos dydis, reikalaujama, kad personalas baigtų atsakingo aptarnavimo kursus. Jei licencijavimo sistema ribojamas prekybos vietų skaičių, tokiu būdu dažniausiai siekiama mažinant alkoholio pasiūlą išvengti jo sąlygotos žalos ir viešosios tvarkos pažeidimų. Šios reguliavimo rūsys ir prekybos alkoholiu vietų skaičiaus ribojimas veiksmingai mažina alkoholio vartojimą ir su juo susijusią žalą. Yra tyrimų, kurie rodo, kad pakeitus alkoholio pardavimo laiką arba grafiką alkoholio sąlygota žala gali sumažėti (Anderson & Baumberg, 2006).

Nuosekliai įrodyta, kad valstybės mažmeninės alkoholio prekybos monopolis gali sumažinti alkoholio vartojimą ir su juo susijusią žalą jaunimui bei suaugusiems. Kai Suomijoje 1969 m. buvo leista vidutinio stiprumo (alkoholio kiekis ne didesnis kaip 4,7%) alumi prekiauti maisto prekių parduotuvėse, bendras alkoholio suvartojimas per metus išaugo beveik 50 proc. (Makela, Osterberg & Sulkunen, 1981; Makela, 2002). Kai Švedijoje 1965–1977 m. vidutinio stiprumo alumai buvo prekiaujama maisto prekių parduotuvėse, bendras alkoholio vartojimas buvo apie 15 proc. didesnis nei iki 1965 m. arba po 1977 m. (Noval & Nilsson, 1984; Tiihonen, 2011). 1915 m. Islandijoje buvo uždrausta pardavinėti alų. Kai 1989 m. kovo mėn. leista alumai prekiauti valstybės monopolio alkoholio gėrimų parduotuvėse bei licencijuotuose restoranuose, jo vartojimas gerokai išaugo. Nei Suomijoje, nei Švedijoje alaus vartojimo pokyčiai nesumažino kitų gėrimų vartojimo, bet Islandijoje padidėjus alaus prieinamumui pereita nuo distiliuotų stiprių alkoholinių gėrimų prie alaus (Olafsdottir, 1998; 2002; Makela, 2002; Noval & Nilsson, 1984).

Maždaug prieš pusę amžiaus bendri alkoholinių gérimų įsigijimo ribojimai buvo gana dažni. Iš tokių ribojimo sistemų didžiausios aprėties buvo Bratt normavimo schema Švedijoje, galiojusi iki 1955 m. Ji nustatė, kiek alkoholio daugiausiai gali įsigyti vienas asmuo – skirtingus kiekius vyrams, moterims ir jaunesnio amžiaus gyventojams. Tyrimai parodė, kad normavimo sistemos Grenlandijoje, Lenkijoje ir Švedijoje sumažino su alkoholiu susijusią žalą (Anderson & Baumberg, 2006). Špicbergene (Norvegija) alkoholinių gérimų įsigijimo normavimo sistema tebeveikia.

Minimalus teisėto įsigijimo amžius – dar vienas plačiai taikomas prieinamumo ribojimo būdas, skirtas jauniems žmonėms, nors ši riba jvairiose šalyse yra skirtinga – nuo 16 iki 21 metų (Anderson & Baumberg, 2006). Peržiūrėjus 132 tyrimus, paskelbtus 1960–2000 m., aptikta svarių įrodymų, kad įstatymai, nustatantys minimalią teisėto vartojimo amžiaus ribą, padeda veiksmingai mažinti alkoholio vartojimą ir jo sąlygotą žalą jaunimui. Šis poveikis dažnai išlieka ir jaunuoliams pasiekus teisėto vartojimo amžių (Wagenaar & Toomey, 2002). Tyrimas Danijoje, kur 1998 m. nustatyta minimali 15 metų amžiaus riba įsigyti gérimus vartoti ne prekybos vietoje, parodė, kad reguliavimas turėjo įtakos ir vyresniems bei jaunesniems asmenims (Moller, 2002). Nuo 1970 m. iki 1998 m. liepos Danijoje alkoholio prekybai išsineštinai nebuvvo taikomi jokie amžiaus apribojimai (Karlsson & Osterberg, 2002). Naujame novatoriškame tyriame vertinamas ilgalaikis minimalaus teisėto įsigijimo amžiaus nustatymo poveikis (Gruenewald, 2011).

Remiantis AMPHORA projekte surinkta medžiaga ne mažiau kaip keturiose ES valstybėse narėse per pastarąjį dešimtmetį buvo padidinta teisėto įsigijimo amžiaus riba: Danijoje 2004 ir 2011 m., Prancūzijoje 2009 m., Maltoje 2009 m. ir Belgijoje 2009 m. Nė viena ES valstybė narė per pastaruosius keturis dešimtmečius nesumažino teisėto alkoholio įsigijimo amžiaus.

Didžiausia nauda taikant teisėto įsigijimo amžiaus ribojimą gaunama tada, kai šie ribojimai veiksmingai įgyvendinami. Net ir nustačius minimalų teisėtą įsigijimo amžių, jauni žmonės dažnai gali nusipirkti alkoholinių gérimų. Daugumoje šalių, dalyvavusių Europos mokyklų alkoholio ir kitų narkotikų vartojimo tyrimo projekte (ESPAD) 2003 m., dauguma 15–16 m. amžiaus moksleivių nurodė, kad įsigyti bet kokios rūšies alkoholinis gérimus yra pakankamai arba labai lengva, ir net 70–95 proc. nurodė, kad pakankamai arba labai lengva įsigyti alaus ir vyno (Hibell et al., 2004). Net nedidelis įstatymo vykdymo pagerinimas gali padėti 35–40 proc. sumažinti pardavimą nepilnamečiams, ypač jeigu jis susiejamas su žiniasklaidos kampanija ir kita bendruomenės veikla (Wagenaar & Toomey, 2002).

Europos lyginamojoje alkoholio studijoje (ECAS), kurioje buvo nagrinėta alkoholio kontrolė ES valstybėse narėse ir Norvegijoje 1995 m., nurodoma, kad 1950–2000 m. kai kuriose ECAS šalyse, kuriose nebuvvo taikomi jokie amžiaus apribojimai, 1950 m. buvo nustatytas teisėtas alkoholio įsigijimo amžius, o kai kuriose ECAS šalyse ši riba buvo padidinta. Tuo tarpu Suomijoje ir Švedijoje amžiaus riba buvo sumažinta (Osterberg & Karlsson, 2002). 2000 m. ECAS dar buvo šalių, ne visiems alkoholiniam gérimams nustačiusių teisėto įsigijimo mažmeninės prekybos vietose amžių.

Nauji moksliniai tyrimai, vertinantys teisėto įsigijimo amžiaus veiksmingumą, daugiausiai nagrinėja, kiek veiksmingai pavyksta teisiškai įgyvendinti šį ribojimą ir kokio palaikymo ši priemonė sulaukia. Europoje stiprėja pastangos užtikrinti, kad prekybininkai laikytuši minimalaus teisėto alkoholio įsigijimo amžiaus reikalavimo, ir tuo tikslu pasitelkiant slaptus pirkėjus vis dažniau tikrinamos įsigijimo galimybės. Suomijoje ir Švedijoje valstybės monopoliu priklausančios mažmeninės alkoholio prekybos įmonės samdo nepriklausomus pirkėjus, kurie tikrina, kaip darbuotojai laikosi taisyklės reikalauti asmens dokumento. Suomijoje ir Švedijoje visi pirkėjai, atrodantys jaunesni nei 25 metų amžiaus, turi pateikti asmens

dokumentą, nors šiose šalyse stipriuosius gérimus teisétai įsigyti gali vyresni nei 20 metų asmenys (Vihmo & Osterberg, 2011)⁵.

Slaptuosius pirkėjus naudoja ne tik alkoholio monopolijos įmonės, bet ir nevyriausybinių organizacijos, ypač dirbančios su jaunimu. Yra ir bendruomenėje vykdomų mokslių tyrimų projektų, pavyzdžiui, Suomijos PAKKA projektas, kuriamė vykdomi slaptieji pirkimai (Holmila, Karlsson & Warpenius, 2010). Slaptais pirkėjais monopolinių bendrovių arba PAKKA projekte samdomi jaunai atrodantys žmonės, pagal savo amžių jau galintys įsigyti alkoholio. Šiaurės šalyse yra nevyriausybinių organizacijų, kurios tikrinamiesiems pirkimams kviečiasi nepilnamečius, tačiau dėl to gali kilti teisinių problemų.

Slaptieji pirkėjai vis dažniau pasitelkiami žemyninės Europos šalyse ir Britų salose (Gosselt et al., 2007; Tael, 2011). Šiose šalyse slaptus pirkėjus dažniausiai samdo valstybės arba savivaldos institucijos, taip pat nevyriausybinių organizacijos, tikrinančios, kaip lengvai nepilnamečiai gali nusipirkti alkoholio. Patikrinimais tikimasi priversti prekybininkus griežčiau laikytis teisėto įsigijimo amžiaus apribojimų.

Nepilnamečiams alkoholis prieinamas per šeimos narius ir pažystamus. ESPAD tyrimas parodė, kad daugelyje šalių nepilnamečiai alkoholio dažniausiai gauna iš tėvų, brolių ar seserų ir draugų (Hibell & Skretting, 2009; Paschal, Grube & Kypri, 2009).

Fizinį alkoholio prieinamumą ribojančių priemonių reitingavimas

Po 2006 m. išleisto pranešimo „Alkoholis Europoje. Visuomenės sveikatos perspektyva“ ES valstybėse atlikta nedaug naujų alkoholio prieinamumo kontrolės tyrimų. Danija ir Lietuva 2010 m. pakeitė parduotuvų darbo laiko įstatymus, dėl to alkoholio prieinamumas padidėjo, tuo tarpu Estija ir Airija 2008 m. nustatė griežtesnes alkoholio pardavimo laiko taisykles, kaip ir Suomija bei Italija 2007 m. Tačiau prieinamumo pokyčiai buvo palyginti nedideli, todėl šių priemonių poveikis kol kas nėra ištirtas.

2010 m. paskelbtame antrajame „Alkoholis – ne šiaip prekė“ leidime pateikiami naujausi duomenys ir fizinio alkoholio prieinamumo ribojimo politikos priemonių reitingas pagal priemonių veiksmingumą, ji pagrindžiančių tyrimų įvairovę ir pritaikomumą įvairiose valstybėse (Babor et al., 2010; taip pat žr. PSO Europos regioninis biuras, 2009). Babor su kolegomis visas fizinį alkoholio prieinamumą ribojančias intervencijas įvertino bent dviem pliusais (pagal jų veiksmingumo, mokslo įrodymus ir pritaikomumą įvairiose valstybėse) (9 lentelė). PSO leidinyje „Alkoholio sąlygotai žalai mažinti skirtų intervencijų veiksmingumo ir ekonominio naudingumo įrodymai“ apibendrinus prieinamumo ribojimo įrodymus nustatyta, kad alkoholio sąlygotą žalą galima sumažinti išlaikant nustatyta arba padidinus teisėto įsigijimo amžių, sukuriant valstybinį mažmeninės alkoholio prekybos monopolij, nustačius ir aprivojus prekybos vietų tankį ir teisétą alkoholio pardavimo laiką (PSO Europos regioninis biuras, 2009 m.).

⁵ Švedijoje visų rūšių alkoholio galima įsigyti nuo 20-ies metų, Suomijoje stipraus alkoholio galima įsigyti nuo 20-ies metų, o alaus ir vyno – nuo 18-os.

* 2010 m. pabaigoje LR Seime buvo priimtos įstatymų pataisos, kuriomis būtų sumažintas akcizas alkoholiui bei pratęstas prekybos alkoholiu laikas iki 24 val. (nuo tuomet galiojusios prekybos iki 22 val.), tačiau priimtas pataisas vetavo LR Prezidentė. 2010 m. nebuvo priimta naujų priemonių, didinančių alkoholio prieinamumą. 2010 m. lyginant su 2009 (ir su 2008 m.) vis dar mažėjo vidutinės disponuojamos gyventojų pajamos.

9 lentelė. Alkoholio fizinio prieinamumo ribojimą veikiančių strategijų ir intervencijų reitingas

| Strategija arba intervencija | Veiksmin-gumas ^a | Mokslinis pagrīstumas ^b | Pritaikymas įvairiose šalyse ^c |
|--|-----------------------------|------------------------------------|---|
| Pardavimų draudimas | +++ | +++ | ++ |
| Minimalaus įsigijimo amžiaus nustatymas | +++ | +++ | ++ |
| Perkamo kieko ribojimas | ++ | ++ | ++ |
| Valstybinis mažmeninės prekybos monopolis | ++ | +++ | ++ |
| Prekybos laiko apribojimai | ++ | ++ | +++ |
| Pardavimo vietų tankio ribojimas | ++ | +++ | ++ |
| Diferencijuotas prieinamumas priklausomai nuo alkoholio stiprumo | ++ | +++ | ++ |

^aTikėtinis mokslinių įrodymais pagrįstas intervencijų poveikis ar konkreti strategija veiksmingai sumažina alkoholio vartojimą ir alkoholio sąlygotą žalą: + įrodytas ribotas veiksmingumas; ++ įrodytas vidutinis veiksmingumas; +++ įrodytas didelis veiksmingumas.

^bMokslinis pagrīstumas atsižvelgiant ne tik į mokslinių tyrimų kokybę, bet ir įvertinus tos krypties tyrimų skaičių ir rezultatų nuoseklumą, išskaitant ir prieštarangus duomenis: + atlirkta viena arba dvi gerai suplanuotos studijos; ++ atlirkta keletas studijų, kartais keliose šalyse, tačiau nėra integruotų apibendrinančių apžvalgų; +++ atlirkta užtektiniai tyrimų integracijoms apžvalgomis arba metaanalizėmis.

^cIntervencijų veiksmingumo įrodymai surinkti iš tyrimų, atlirkų skirtingose šalyse, regionuose, gyventojų grupėse ir socialinėse klasėse; + strategija tirta bent dviejose šalyse, ++keletoje šalių, +++daugelyje šalių.

Šaltinis: Babor et al., 2010.

Sisteminėje apžvalgoje (Hahn et al., 2010) apibendrinama, kad yra pakankamai įrodytum, jog pailginus alkoholio pardavimo laiką dviem ir daugiau valandų alkoholio sąlygota žala padidėja. Nors apžvalgoje nesurinkta pakankamai įrodytum, kad mažesnis pardavimo laiko pailginimas taip pat turi neigiamą poveikį, tačiau naujas Norvegijoje atlirkas tyrimas, nagrinėjęs barų darbo pabaigos laiko pokyčius 18-oje miestų, nustatė, kad kiekviena papildoma baro darbo laiko valanda reikšmingai didina užpuolimų skaičių (Rossow & Norstrom, 2011). Nors pasaulyje vyrauja tendencija ilginti barų darbo valandas, yra tyrimų, nagrinėjusių sutrumpinto barų darbo laiko poveikį. Štai Niukastlyje, Australijoje, 2008 m. visuomenės ir policijos inicijuotame apsvaigimo sąlygotu smurto, netinkamo elgesio ir materialinės žalos atvejų⁶ tyime nustatyta, kad apribojus barų darbo laiką 37 proc. sumažėjo santykinis užpuolimų skaičius (Kypri et al., 2010).

Sisteminė apžvalga įvertino alkoholio pardavimo vietų tankio ribojimo veiksmingumą mažinant piktnaudžiavimą alkoholiui ir tokio vartojimo sąlygotą žalą (Bryden et al., 2011). Vėlgi, esant bendrai tendencijai liberalizuoti alkoholio pardavimą, rasti tik keli tyrimai, vertinantys prekybos vietų tankio ribojimo poveikį. Šie tyrimai atskleidė ryšį tarp didesnio alkoholio prekybos vietų tankio ir didesnio alkoholio vartojimo, didesnės jo sąlygotos žalos, išskaitant traumas, smurtą, nusikalstamumą ir medicininę žalą. Nauji tyrimai papildė šiuos įrodymus ir nedviprasmiškai susiejo didesnį licencijuotų pardavimo vietų tankį su alkoholio daroma žala, ypač smurtu (Grubacic & Pridemore, 2011; Livingston, 2011a; Connor et al., 2011; Livingston, 2011b).

Rekomendacijos politikai ir praktikai

Per pastaruosius dešimtmečius sukauptas įspūdingas kiekis mokslinių tyrimų, liudijančių, kad fizinis alkoholio prieinamumo ribojimas –veiksminga kontrolės priemonė. Dabar daug daugiau žinoma apie šios priemonės poveikį nei prieš pusę amžiaus, kai 1975 m. buvo paskelbta „Alkoholio kontrolės politika visuomenės sveikatos perspektyvoje“. Babor su kolegomis (2010) paskelbė, kad fizinio alkoholio prieinamumo ribojimo intervencijos, tokios kaip minimalaus teisėto įsigijimo amžiaus nustatymas,

⁶ Ribojimai taikyti 14 barų. Darbo laikas buvo apribotas nuo 17 val. iki 3 val. , taip pat nustatytas reikalavimas 1 val. užrakinti duris naujiems klientams. Kadangi barų savininkai kreipėsi į teismą, po 4 mėn. ribojimai buvo pakeisti: darbo laikas pratęstas iki 4 val. , o reikalavimas rakinti duris nukeltas iki pusės dviejų ryte.

valstybinis alkoholio monopolis ir alkoholio pardavimo laiko bei prekybos vietų tankio ribojimas, patenka tarp dešimties geriausių prevencinių alkoholio politikos priemonių (neskaitant alkoholio mokesčių).

Šaltiniai

- Anderson P, Baumberg B (2006). *Alcohol in Europe. A public health perspective*. London, Institute of Alcohol Studies.
- Babor TF, Caetano R, Casswell S et al. (2010). *Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy*, 2nd ed. Oxford, Oxford University Press.
- Bryden A, Roberts B, McKee M et al.(2012). A systematic review of the influence on alcohol use of community level availability and marketing of alcohol. *Health and Place*, 18(2):349–357.
- Chaloupka FJ, Grossman M, Saffer H (2002). The effects of price on alcohol consumption and alcohol-related problems. *Alcohol Research and Health*, 26:22–34.
- Connor JL, Kypri K, Bell ML et al.(2011). Alcohol outlet density, levels of drinking and alcohol-related harm in New Zealand: a national study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65(10):841–846.
- Gosselt JF, van Hoof JJ, de Jong MD et al.(2007). Mystery shopping and alcohol sales: do supermarkets and liquor stores sell alcohol to underage customers? *Journal of Adolescent Health*, 41:302–308.
- Grubesic TH, Pridemore WA (2011). Alcohol outlets and clusters of violence. *International Journal of Health Geographics*, 10:30.
- Gruenewald PJ, Ponicki WR, Holder HD et al.(2006). Alcohol prices, beverage quality and the demand for alcohol: quality substitutions and price elasticities. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30:96–105.
- Hahn RA, Kuzara JL, Elder Ret al.(2010). Effectiveness of policies restricting hours of alcohol sales in preventing excessive alcohol consumption and related harms. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(6):590–604.
- Hibell B, Andersson B, Bjarnason T et al. (2004). *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*. Stockholm, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs and the Pompidou Group at the Council of Europe.
- Hibell B, Skretting A (2009). *The 2007 ESPAD report: substance use among students in 35 European countries*. Stockholm, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs.
- Holmila M, Karlsson T, Warpenius K (2010). Controlling teenagers' drinking: effects of a community-based prevention project. *Journal of Substance Use*, 15:201–214.
- Karlsson T, Österberg E (2002). Denmark. In: Österberg E, Karlsson T, eds. *Alcohol policies in EU member states and Norway. A collection of country reports*. Helsinki, Stakes:120–139.
- Kypri K, Jones C, McElduff P et al.(2010). Effects of restricting pub closing times on night-time assaults in an Australian city. *Addiction*, 106:303–310.
- Livingston M (2011a). Alcohol outlet density and harm: comparing the impacts on violence and chronic harms. *Drug and Alcohol Review*, 30(5):515–523.
- Livingston M (2011b). A longitudinal analysis of alcohol outlet density and domestic violence. *Addiction*, 106(5):919–925.
- Mäkelä K, Österberg E, Sulkunen P (1981). Drink in Finland: increasing alcohol availability in a monopoly state. In: Single E, Morgan P, deLint J, eds. *Alcohol, society and state II: the social history of control policy in seven countries*. Toronto, Addiction Research Foundation:31–59.
- Mäkelä P (2002). Who started to drink more? A reanalysis of the change resulting from a new alcohol law in Finland in 1969. In: Room R, ed. *The effects of Nordic alcohol policies: analyses of changes in control systems*. Helsinki, Nordic Council for Alcohol and Drug Research:71–82.
- Møller L (2002). Legal restrictions resulted in a reduction of alcohol consumption among young people in Denmark. In: Room R, ed. *The effects of Nordic alcohol policies: analyses of changes in control systems*. Helsinki, Nordic Council for Alcohol and Drug Research:155–166.
- Noval S, Nilsson T (1984). Mellanölets effect på konsumtionsnivå och tillväxten hos den totala alkoholkonsumtionen [The effects of medium beer on consumption levels and the rise in overall alcohol consumption]. In: Nilsson T, ed. *När mellanölet försvann [When the beer disappeared]*. Linköping, Linköping University:77–93.

- Olafsdottir H (1998). The dynamics in shifts in alcoholic beverage preference: effects of the legalization of beer in Iceland. *Journal of Studies on Alcohol*, 59:107–114.
- Olafsdottir H (2002). Legalizing beer in Iceland. In: Room R, ed. *The effects of Nordic alcohol policies: analyses of changes in control systems*. Helsinki, Nordic Council for Alcohol and Drug Research:95–116.
- Österberg E, Karlsson T (2002). Alcohol policies in EU member states and Norway in the second half of the twentieth century. In: Österberg E, Karlsson T, eds. *Alcohol policies in EU member states and Norway. A collection of country reports*. Helsinki, Stakes:433–460.
- Paschall MJ, Grube JW, Kypri K (2009). Alcohol control policies and alcohol consumption by youth: a multi national study. *Addiction*, 104:1849–1855.
- Room R, Jernigan D, Carlini-Marlatt B et al. (2002). *Alcohol in developing societies: a public health approach*. Helsinki, Finnish Foundation for Alcohol Studies.
- Rossow I, Norstrom T (2011). The impact of small changes in bar closing hours on violence. The Norwegian experience from 18 cities. *Addiction*, 107(3):530–537.
- Tael M (2011). *Alkohoolsete jookide testostemise pilooturing [Pilot study on alcohol purchase by youngsters]*. Tallinn, National Institute for Health Development.
- Tiihonen J, Kangasharju A, Mäkelä P et al. (2011). *Päivittääistavarakaupoissa myytävien juomien alkoholipitoisuuden alentamisen vaikutus alkoholin kulutukseen ja kuolemiin [The effects of decreasing the upper alcohol content limit of alcoholic beverages permitted to be sold in grocery stores]*. Helsinki, Government Institute for Economic Research.
- Vihmo J, Österberg E (2011). *Information on the Nordic alcohol market 2011*. Helsinki, Alko.
- Wagenaar AC, Toomey TL (2002). Effects of minimum drinking age laws: review and analyses of the literature from 1960 to 2000. *Journal of Studies on Alcohol*, 63:S206–225.
- WHO Regional Office for Europe (2009). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/43319/E92823.pdf, accessed 12 February 2012).

Alkoholio rinkodaros poveikis

Avalon de Bruijn

Įžanga

Alkoholinių gėrimų gamintojai, įvairiais būdais pristatydami savo produktus, siekia skatinti jų vartojimą. Alkoholinių gėrimų rinkodara – tai daugialypė ilgalaikė strateginė veikla, prasidedanti nuo produkto kūrimo ir inovacijų, pasitelkianti komercines komunikacijos priemones liaupsinti to produkto privalumus ir šalinti vartojimo kliūtis (17 p.).

17 pav. Daugialypė rinkodaros funkcija



Šaltinis: Hastings et al., 2010.

Tyrimai rodo, kad tabako rinkodaros matomumas skatina paauglių rūkymą (Wellman et al., 2006; DiFranza et al., 2006; Paynter & Edwards, 2009; Lovato et al., 2003), o maisto rinkodaros matomumas skatina jaunimą vartoti vis didesnį maisto kiekį ir tokiu būdu didina nutukimo tikimybę (Hastings et al., 2003; Harris et al., 2009; Nestle, 2006). Jau senokai svarstoma, ar alkoholio rinkodarą ir jaunimo alkoholio vartojimą sieja priežastinis ryšys. Moksle plėtojamas diskursas šia tema.

8-ajame ir 9-ajame dešimtmečiais atlikti gyventojų tyrimai daugiausia nagrinėjo ryšį tarp JAV duomenų apie vartojimo pokyčius vienam gyventojui (paprastai matuojamas parduotu alkoholio kiekiu) ir alkoholio reklamos intensyvumo pokyčius (paprastai matuojamas reklamai skirtomis išlaidomis) (Anderson &

Baumberg, 2006). Tyrimų rezultatai prieštarinė: dauguma nustato nedidelį alkoholio reklamos poveikį bendram vartojimui arba jo neranda. Vélesni tyrimai panašiais metodais nustatė reikšmingą alkoholio reklamos poveikį alkoholio vartojimui ir alkoholio sąlygotų problemų paplitimui (Saffer, 1991; Saffer & Dave, 2004).

132 ekonometrinėj tyrimų metaanalizė nustatė nedidelį, bet reikšmingą teigiamą ryšį tarp alkoholio reklamos ir alkoholio vartojimo, tačiau ši sasaja buvo tik su stipriųj gérimu reklama (Gallet, 2007). Išnagrinėj alkoholio reklamos išlaidų duomenis visose JAV, Saffer ir Dave (2006) nustatė, kad pagal alkoholio kainos, pajamų ir kai kuriuos sociodemografinius rodiklius reklamos išlaidų dydis turėjo savarankišką, nors ir nedidelį, poveikį alkoholi vartojančių paauglių ir geriančių kelias dienas iš eilės skaičiui per mėnesį. Buvo apskaičiuota, kad 28 proc. sumažinus alkoholio reklamos kiekį geriančių paauglių dalį bendoje paauglių populiacijoje būtų galima sumažinti nuo 25 proc. iki 24–21 proc. per mėnesį. Girtavimo kelias dienas iš eilės sumažėtų nuo 12 proc. iki 11–8 proc. per mėnesį. Remdamasis kainomis, pajamomis ir minimaliu teisėtu įsigijimo amžiumi visose valstijose Nelson (2003) nustatė, kad nors uždraudus reklamuoti gérimu kainas bendras vartojimas sumažėjo (koeficientas -0,009), tačiau bendras vartojimas buvo teigiamai susijęs su lauko reklamos draudimu (še sudarė tik 8% visos alkoholio reklamos), tad iš tikruj bendaras vartojimas padidėjo (koeficientas 0,054). Naujesniame tyime paskelbta, kad 17-oje šalių per daugiau nei 26-erius metus dalinis reklamos draudimas nepaveikė alkoholio vartojimo (Nelson, 2010). 10-ties studijų sisteminėje apžvalgoje skelbiama išvada, kad reklamos ribojimo taikymo įvairovė ir metodologiniai vertinimo trūkumai sumenkina rezultatų patikimumą, o nustatytais teigiamas poveikis geriausiu atveju yra nedidelis (Booth et al., 2008).

Metodologinius ekonometrinėj tyrimų iššūkius aptaria Anderson ir Baumberg (2006). Daugumoje ekonometrinėj tyrimų alkoholio reklamos išlaidos laikomos apytiksliu alkoholio rinkodaros paveikumo rodikliu. I duomenis apie išlaidas dažnai įtraukiamos tik tradicinei žiniasklaidai tenkančios išlaidos, tačiau ne įtraukiamos kitos svarbios priemonės: netradicinė reklama (*below the line*), rėmimo akcijos, virusinė reklama – kai vartotojai patys platina rinkodaros pranešimus vieni kitiems. Kadangi ekonometriniai tyrimai įvertina alkoholio reklamos veiksmingumą tik išlaidų aspektu, jie neskiria daugiau ir mažiau patrauklios reklamos turinio, nors reklamos poveikį iš esmės sudaro teigiamų lūkesčių ir požiūrio į produktą formavimas.

Kitos krypties tyrimai nagrinėja alkoholio reklamos matomumo poveikį gérimo modeliams. Ankstyvuose tyrimuose nustatytais nežymus alkoholio reklamos matomumo poveikis paauglių gérimui, tačiau dėl tyrimo struktūros, priežastinio ryšio šiais tyrimais nustatyti nepavyko (Anderson & Baumberg, 2006).

1998 m. Nacionalinis piktnaudžiavimo alkoholiu ir alkoholizmo institutas (NIAAA) finansavo tris tēstinius tyrimus, kuriuose keletą metų stebėti tūkstančiai amerikiečių paauglių. Alkoholio televizijos reklamos poveikis vartojimui nebuvo aiškus, tačiau apskritai tyrimai parodė, kad didesnis alkoholio reklamos matomumas yra prognostinis paauglių gérimo įpročių veiksny. Dėl prospektyvinio dizaino ir naujų metodų, kuriais matuotas alkoholio rinkodaros poveikis, šie tyrimai svariai papildė šios srities moksliinių įrodymų duomenis (Gordon, Hastings & Moodie, 2010).

Nuo to laiko atlikta daugiau tēstinių tyrimų (3 langelis). Pavyzdžiui, Collins ir jo kolegų (2007) tyrimas nustatė, kad, palyginti su nedaug reklamos mačiusiais dvylikamečiais, didesnis skaičius jų bendraamžių, mačiusių daug alkoholio reklamos, po metų pradeda gerti. Tēstinius Pasch ir jo kolegų (2007) tyrimas nustatė, kad matyto alkoholio lauko reklamos kiekis susijęs su šeštokų (10–12 m. amžiaus vaikų) vélesniais ketinimais gerti.

Alkoholinių gérimų reklama žiniasklaidoje – bene pastebimiausia alkoholio rinkodaros forma, tačiau ji sudaro tik dalį visų priemonių (17 pav.).

Kitokie rinkodariniai veiksmai (netradicinė reklama), pvz., pardavimo skatinimo akcijos prekybos vietoje, kitų su alkoholio prekės ženklu susijusių produktų naudojimas, rėmimas arba alkoholio reklama internetinėje erdvėje tik neseniai sulaukė tyrėjų dėmesio.

3 langelis. Alkoholio reklamos poveikio ilgalaikių pasekmių gérimo elgesiui tēstinių tyrimų pavyzdžiai.

- Jei dylikamečiai mato daug alkoholio reklamos (75 procentilė), po metų tikimybė, kad jie pradės vartoti alkoholi, yra 50 proc. didesnė palyginti su tais dylikamečiais, kurie reklamos mato gana nedaug (25 procentilė) (Collins et al., 2007).

- Jeigu jaunuoliai per televiziją alkoholio reklamos mato 60 proc. daugiau nei vidutiniškai, 44 proc. padidėja tikimybė, kad jie bus ragavę alaus, 34 proc. – kad jie bus ragavę vyno arba stipraus alkoholio, ir 26 proc. didesnė tikimybė, kad bus išgėrė tris ar daugiau porcijų vienu kartu (Stacy et al., 2004).

Tarp negeriančių trylikamečių susidūrimas su alaus reklama parduotuvėje leidžia numatyti alkoholio vartojimo pradžios amžių (Ellickson et al., 2005).

- Jei negeriantys dylikamečiai turi reklaminį alaus gamintojo suvenyrą arba nori tokį turėti, tikimybė, kad po metų jie gers, yra 77 proc. didesnė palyginti su tais vaikais, kurie tokią reklaminių suvenyrų ir mėgstamo alkoholio prekės ženklo neturi (McClure et al., 2009).

Jei paaugliai berniukai turi alkoholio prekės ženklo reklaminį suvenyrą, tikimybė, kad jie pradės gerti, yra 1,78 karto didesnė palyginti su tais berniukais, kurie tokią reklaminių suvenyrų neturi. Poveikis mergaitėms – 1,74 karto (Fisher et al., 2007).

- Paaugliai, matantys daug reklamos, trečią savo gyvenimo dešimtmetį vartos daugiau alkoholio. Tarp jaunuolių, kurie su reklama susidūrė mažai, alkoholio vartojimas stabilizuojasi ankstyvame trečiame dešimtmetyje (Snyder et al., 2006).

Hurtz et al. (2007) skerspjūvio tyrime nustatyta, kad 11–14 metų jaunuoliai, maisto prekių parduotuvėse nuolat susiduriantys su alkoholio reklama prekybos vietoje, alkoholi pradeda vartoti anksčiau, nei su tokia reklama susiduriantys rečiau.

Fisher et al. (2007) ir *McClure et al.* (2006; 2009) tyrime nustatyta, kad alkoholio prekės ženklių reklaminių suvenyrų turėjimas turi įtakos jaunų žmonių gérimo įpročiams. Atsižvelgus į kitus svarbius kintamuosius nustatyta, kad reklaminės produkcijos turėjimas ir tam tikras požiūris į alkoholio prekės ženklus padeda numatyti, kada pradedama vartoti alkoholi, ir 10–14 m. amžiaus vaikų girtavimą (McClure et al., 2006; McClure et al., 2009). *Henriksen et al.* (2008) tyrime konstatuota, kad jei negeriantys dylikamečiai turi reklaminių suvenyrų su alkoholio prekės ženklu arba nori jų turėti, tikimybė, kad po metų jie gers, yra 77 proc. didesnė palyginti su tais vaikais, kurie nėra taip paveikti alkoholio rinkodaros.

Alkoholinių gérimų gamintojų sporto rėmimo poveikis per mažai tirtas. *O'Brien et al.* (2011) tyrė ryšį tarp tiesioginio alkoholio pramonės sporto rėmimo ir suaugusių sportininkų gérimo įpročių Australijoje. Pavojingas alkoholio vartojimas (vertinant Alkoholio vartojimo sutrikimų nustatymo testu) buvo labiau paplitęs tarp tų, kurie vienokiu arba kitokiu būdu gavo alkoholio pramonės paramą, nei tarp tų, kurie nenurodė jos gavę.

Gordon et al. (2010), *Gordon, MacKintosh* ir *Moodie* (2011) Jungtinėje Karalystėje vertino įvairių alkoholio rinkodaros priemonių poveikį 12–14 m. amžiaus vaikams, išskaitant ir poveikį per naujas žiniasklaidos priemones. Atsižvelgus į kartu veikiančius kintamuosius, susidūrimas su alkoholio rinkodara, nustatytas tyrimo pradžioje, padėjo prognozuoti vaikų alkoholio vartojimo pradžią ir dažnesnį vartojimą vertinant po dvejų metų (*Gordon, MacKintosh & Moodie*, 2011).

Neištirtas ir prekių rodymo programose, pavyzdžiu, pramoginio pobūdžio TV laidose, poveikis. Tačiau alkoholis televizijos programose ir filmuose rodomas dažnai, kartais susietas su prekės ženklu, kartais ne, bet šios demonstracijos sudaro specifinį kontekstą, kuris gali ir paveikti alkoholio vartojimo įpročius, ir sustiprinti alkoholio reklamos poveikį.

Sargent et al. (2006) išnagrinėjo alkoholio matomumo filmuose tēstinių poveikį – šį metodą vėliau naudojo *Hanewinkel et al.* (2009) ir *Morgenstern et al.* (2011). Vokietijoje ir JAV atliktų perspektyvinių tyrimų

išvados panašios: amžius, kai pradedamas vartoti alkoholis, teigiamai sietinas su ankstyvu susidūrimu su alkoholio reklama.

Greitas poveikis

Eksperimentiniai tyrimais mėginta išsiaiškinti trumpalaikį alkoholio reklamos poveikį alkoholio vartojojimo elgesiui (žr. 4 langelį). Rezultatai rodo, kad užuominų apie alkoholių matymas ekrane (filmuose ar reklamoje) turi tiesioginės įtakos faktinei paauglių alkoholio vartojojimo elgesenai (Engels et al., 2009). Iškelta hipotezė, kad tai susiję su daugiau ar mažiau nesąmoningu imitavimu to, kas vyksta ekrane: jei pagrindinis veikėjas filme geria alkoholių, žiūrovas nesąmoningai jį „imituoja“ ir gurkšteli (Koordeman et al., 2011a; Koordeman et al., 2011b). Nors imitacinis elgesys pastebėtas ne visose eksperimentinėse grupėse, tačiau jis buvo nustatytas tarp jau vartojančių didesnius alkoholio kiekius. Siekiant geriau suprasti trumpalaikį ūmų alkoholio reklamos poveikį įvairiomis žmonių grupėms, reikėtų atlirkti daugiau mokslinių tyrimų: pavyzdžiu, palyginti poveikį moterims ir vyrams, mažai geriantiems ir daug geriantiems.

4 langelis. Greito alkoholio reklamos poveikio eksperimentinių tyrimų pavyzdžiai

- Tirti jauni vyrai, žiūrintys filmą, kuriame dažnai vaizduojamas girtavimas (*Amerikietiškas pyragas 2*), o per pertraukas rodoma alkoholio reklama. Žiūrėdami filmą jie suvartojo du kartus daugiau alkoholio nei jauni vyrai, žiūréję „neutralesnį“ filmą (40 dienų ir 40 naktų), o per pertraukas matę neutralią reklamą (Engels et al., 2009).
- Jauni vyrai, žiūréję originalią filmo „Kas vyksta Vegase“ versiją, kurioje rodomas girtavimas, išgérė beveik dvigubai daugiau alkoholio nei vyrai, žiūréję cenzūruotą to paties filmo versiją be girtavimo epizodų (Koordeman et al., 2011a).
- Kine prieš filmą (*Sargai!*) pažiūrėjė rodytas kelias alkoholio reklamas įprastai alkoholių vartojuantys (>7 taurės per savaitę) žiūrovai išgérė 2,5 karto daugiau alkoholio palyginti su panašiais vartotojais, pažiūrėjusiais kelias neutralias reklamas (Koordeman, Anschutz & Engels, 2009). Tokio poveikio nenustatyta tyrimo dalyviams, kurie alkoholių vartoja sėlygiškai retai (<7 taurės per savaitę).

Alkoholio rinkodaros ilgalaikis ir greitas poveikis apibendrintas 10 lentelėje.

ES finansavo keletą rinkodaros tyrimų projektų (4 priedas).

Rekomendacijos politikai ir praktikai

Nuo ataskaitos „Alkoholis Europoje“ paskelbimo (Anderson & Baumberg, 2006) apie alkoholio reklamos poveikį sukaupta dar daugiau įrodymų, patvirtinančių, kad alkoholio reklama turi įtakos jaunimo gérimo elgesiui. Nustatyta, jog susidūrimas su alkoholio reklama padidina tikimybę, kad jaunuoliai pradės vartoti alkoholių anksčiau, o jau vartojantiems alkoholių jaunuoliams šis poveikis yra dar didesnis – padidina gérimo dažnį ir suvartotą alkoholio kiekį.

10 lentelė. Alkoholio rinkodaros poveikio įrodymai, paskelbti po 2006 m.

| Poveikis | Svarbiausi tyrimai | Svarbiausios išvados |
|--|---|---|
| Ilgalaikis alkoholio reklamos žiniasklaidoje poveikis | Anderson et al. (2009); Babor et al.(2010); Smith & Foxcroft (2009); PSO (2009). | Nors alkoholio televizijos reklamos poveikio paauglių alkoholio vartojojimo elgesiui tyrimų rezultatai prieštariningi, ilgalaikiai tyrimai rodo, kad apskritai alkoholio reklama per masinės žiniasklaidos priemones turi įtakos paauglių alkoholio vartojuimui |
| Ilgalaikis alkoholio rinkodaros priemonių ne žiniasklaidoje poveikis | McClure et al. (2006); McClure et al. (2009); Gordon, MacKintosh & Moodie (2011); Hanewinkel & Sargent (2009), Morgenstern et al.(2011), Sargent et al. (2006). | Sponsorystės, virusinės rinkodaros, rinkodaros elektroninėje žiniasklaidoje poveikis yra per mažai ištirtas. Ilgalaikiai alkoholio rinkodaros ne per žiniasklaidos priemones tyrimai rodo, kad alkoholio rinkodara veikia vartojojimo elgesį. |

| Poveikis | Svarbiausi tyrimai | Svarbiausios išvados |
|-------------------------------------|--|---|
| Greitas alkoholio reklamos poveikis | Engels et al. (2009); Koordeman, Anschutz & Engels (2009); Koordeman et al. (2011a); Koordeman et al. (2011b). | Pirmosios eksperimentinės studijos rodo tiesioginį alkoholio rinkodarinių užuominų (filmuose ir/arba televizijos reklamoje) poveikį paauglių alkoholio vartojimo elgesiui. Reikia toliau tyrinėti šį reiškinį, aiškinantis poveikio įvairiomis grupėms skirtumus (pagal lytį, daugiau ir mažiau geriantiems ir t.t.). |

Tyrimuose nustatytais statistiškai reikšmingas, bet santykinių mažas poveikis. Alkoholio rinkodaros poveikį nagrinėjantys tyrimai dažniausiai orientuoti į konkrečių rinkodaros formų poveikį ir nevertina kumuliacinio rinkodaros įtakos pobūdžio (žr. 17 pav.).

Alkoholio rinkodaros ne žiniasklaidos kanalais arba naudojantis naujomis priemonėmis, pavyzdžiui, internetu, poveikis pradėtas tirti neseniai. Europoje atlirkti eksperimentiniai ir tēstiniai tyrimai padeda geriau suprasti kumuliacinį alkoholio reklamos poveikį, sukeliama įvairiomis rinkodaros priemonėmis, ir to poveikio mechanizmus.

Žinant alkoholio rinkodaros poveikį jaunų žmonių gérimo įpročiams, veiksmingas alkoholio rinkodaros reguliavimas nutolinant alkoholio vartojimo pradžią ir sumažinant paskatas vartoti daugiau gali labai padėti sumažinti alkoholio sulygotą žalą. Toks reguliavimas gali būti teisinis, gali įgyti konkretios pramonės arba atskiros įmonės savanoriško atsakingo elgesio kodekso pavidalą, tam tikrą savireguliacijos sistemą galima numatyti įstatymuose. Nesvarbu, koks reugliavimo būdas pasirenkamas – svarbiausia nustatyti tokias taisyklių įgyvendinimo ir kontrolės procedūras, kurios galėtų atsilaikyti prieš alkoholio rinkodaros tarptautiskumą (Babor et al., 2010).

2009 m. Europos alkoholio ir sveikatos forumo mokslinė grupė padarė išvadą:

Remiantis sutampančiomis daugelio tyrimų išvadomis, įvertinus papildomus kintamuosius bei poveikio ir dozės ryšį, atsižvelgiant į tiketiną teorinį mechanizmą ir jį atitinkančius eksperimentinius duomenis apie žiniasklaidos ir komercinės komunikacijos poveikį, iš apžvelgtų tyrimų daroma išvada, kad alkoholio rinkodara padidina tikimybę, jog paauglys pradės vartoti alkoholi, o pradėjęs vartos ir toliau.

Šaltiniai

- Anderson P, Baumberg B (2006). *Alcohol in Europe. A public health perspective*. London, Institute of Alcohol Studies.
- Anderson P, de Bruijn A, Angus K et al. (2009). Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Alcohol and Alcoholism*, 44(3):229–243.
- Babor TF, Caetano R, Casswell S et al. (2010). *Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy*, 2nd ed. Oxford, Oxford University Press.
- Booth A, Meier P, Stockwell T et al. (2008). *Independent review of the effects of alcohol pricing and promotion, Part A: Systematic Reviews*. London, Department of Health.
- Collins RL, Ellickson PL, McCaffrey D (2007). Early adolescent exposure to alcohol advertising and its relationship to underage drinking. *Journal of Adolescent Health*, 40(6):527–534.
- DiFranza JR, Wellman RJ, Sargent JD et al. (2006). Tobacco promotion and the initiation of tobacco use: assessing the evidence for causality. *Pediatrics*, 117(6):e1237.
- Ellickson PL, Collins RL, Hambarsoomians K et al. (2005). Does alcohol advertising promote adolescent drinking? Results from a longitudinal assessment. *Addiction*, 100(2):235–246.
- Engels R, Hermans R, van Baaren R et al. (2009). Alcohol portrayal on television affects actual drinking behaviour. *Alcohol and Alcoholism*, 44(3):244–249.
- Fisher LB, Miles IW, Austin SB et al. (2007). Predictors of initiation of alcohol use among US adolescents: findings from a prospective cohort study. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 161(10):959–966.

- Gallet CA (2007). The demand for alcohol: a meta-analysis of elasticities. *Australian Journal of Agricultural and Resource Economics*, 51(2):121–135.
- Gordon R, Hastings G, Moodie C (2010). Alcohol marketing and young people's drinking: what the evidence base suggests for policy. *Journal of Public Affairs*, 10(1–2):88–101.
- Gordon R, MacKintosh AM, Moodie C (2011). The impact of alcohol marketing on youth drinking behaviour: a two-stage cohort study. *Alcohol and Alcoholism*, 45(5):470–480.
- Hanewinkel R, Sargent J (2009). Longitudinal study of exposure to entertainment media and alcohol use among German adolescents. *Pediatrics*, 123(3):989.
- Harris JL, Pomeranz JL, Lobstein T et al. (2009). A crisis in the marketplace: how food marketing contributes to childhood obesity and what can be done. *Annual Review of Public Health*, 30:211–225.
- Hastings G, Brooks O, Stead M et al. (2010). Alcohol advertising: the last chance saloon: failure of self regulation of UK alcohol advertising. *British Medical Journal*, 340:184–186.
- Hastings G, Stead M, McDermott L et al. (2003). *Review of research on the effects of food promotion to children*. Glasgow, University of Strathclyde.
- Henriksen L, Feighery EC, Schleicher NC et al. (2008). Receptivity to alcohol marketing predicts initiation of alcohol use. *Journal of Adolescent Health*, 42(1):28–35.
- Hurtz SQ, Henriksen L, Wang Y et al. (2007). The relationship between exposure to alcohol advertising in stores, owning alcohol promotional items, and adolescent alcohol use. *Alcohol and Alcoholism*, 42(2):143–149.
- Koordeman R, Anschutz DJ, Engels RCME (2009). Exposure to alcohol commercials in movie theaters affects actual alcohol consumption in young adult high weekly drinkers: an experimental study. *The American Journal on Addictions*, 20(3):285–291.
- Koordeman R, Anschutz DJ, van Baaren RB et al. (2011a). Effects of alcohol portrayals in movies on actual alcohol consumption: an observational experimental study. *Addiction*, 106(3):547–554.
- Koordeman R, Kuntsche E, Anschutz DJ et al. (2011b). Do we act upon what we see? Direct effects of alcohol cues in movies on young adults' alcohol drinking. *Alcohol and Alcoholism*, 46(4):393.
- Lovato C, Linn G, Stead L et al. (2003). Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4)CD003439.
- McClure AC, Dal Cin S, Gibson J et al. (2006). Ownership of alcohol-branded merchandise and initiation of teen drinking. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(4):277–283.
- McClure AC, Stoolmiller M, Tanski SE et al. (2009). Alcohol-branded merchandise and its association with drinking attitudes and outcomes in US adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 163(3):211–217.
- Morgenstern M, Isensee B, Sargent JD et al. (2011). Attitudes as mediators of the longitudinal association between alcohol advertising and youth drinking. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 165(7):610.
- Nelson JP (2003). Advertising bans, monopoly and alcohol demand: testing for substitution effects using state panel data. *Review of Industrial Organization*, 22:1–25.
- Nelson JP (2010). Alcohol advertising bans, consumption, and control policies in seventeen OECD countries, 1975–2000. *Applied Economics*, 42:803–823.
- Nestle M (2006). Food marketing and childhood obesity a matter of policy. *New England Journal of Medicine*, 354(24):2527–2529.
- O'Brien KS, Miller PG, Kolt GS et al. (2011). Alcohol industry and non-alcohol industry sponsorship of sportspeople and drinking. *Alcohol and Alcoholism*, 46(2):210.
- Pasch KE, Komro KA, Perry CL et al. (2007). Outdoor alcohol advertising near schools: what does it advertise and how is it related to intentions and use of alcohol among young adolescents? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68(4):587–596.
- Paynter J, Edwards R (2009). The impact of tobacco promotion at the point of sale: a systematic review. *Nicotine & Tobacco Research*, 11(1):25–35.
- Saffer H, Dave D (2004). Alcohol consumption and alcohol advertising bans. *Applied Economics*, 34:11.
- Saffer H, Dave D (2006). *Alcohol advertising and alcohol consumption by adolescents*. *Health Economics*, 15(6):617–637.

Saffer H (1991). Alcohol advertising bans and alcohol abuse: an international perspective. *Journal of Health Economics*, 10(1):65–79.

Sargent J, Wills T, Stoolmiller M et al. (2006). Alcohol use in motion pictures and its relation with early-onset teen drinking. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 67(1):54–65.

Science Group of the European Alcohol and Health Forum (2009). *Does marketing communication impact on the volume and patterns of consumption of alcoholic beverages, especially by young people? –a review of longitudinal studies*. Brussels, European Commission, Directorate-General for Health and Consumers (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/Forum/docs/science_o01_en.pdf, accessed 23 February 2012).

Smith LA, Foxcroft DR (2009). The effect of alcohol advertising, marketing and portrayal on drinking behaviour in young people: systematic review of prospective cohort studies. *BMC Public Health*, 9:51.

Snyder LB, Milici FF, Slater M et al. (2006). Effects of alcohol advertising exposure on drinking among youth. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160(1):18–24.

Stacy AW, Zogg JB, Unger JB et al. (2004). Exposure to televised alcohol ads and subsequent adolescent alcohol use. *American Journal of Health Behavior*, 28(6):498–509.

Wellman RJ, Sugarman DB, DiFranza JR et al. (2006). The extent to which tobacco marketing and tobacco use in films contribute to children's use of tobacco: a meta-analysis. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160(12):1285.

WHO Regional Office for Europe (2009). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/43319/E92823.pdf, accessed 12 February 2012).

Alkoholio kainodara

Esa Osterberg

Įžanga

Ivairios apmokestinimo formos – labiausiai paplitusi priemonė, kuria naudodamas viešasis sektorius riboja ekonominį alkoholinių gérimų prieinamumą vietas, regiono ir nacionaliniu lygmeniu. Be kitų, valstybė nustato akcizo arba pridėtinės vertės mokesčius. Istoriskai taip jau susiklostė, kad svarbiausia alkoholinių gérimų apmokestinimo priežastis buvo surinkti lėšų viešajam sektorui (Babor et al., 2010). Tačiau nepriklasomai nuo to, koks yra mokesčių dydžio keitimo motyvas – finansinė, socialinė ar visuomenės sveikatos nauda, kainų pokyčių poveikis alkoholio vartojimui ir jo sąlygotai žalai yra vienodos.

Be alkoholinių gérimų apmokestinimo, yra ir kitų priemonių, darančių įtaką ekonominiam alkoholio prieinamumui, pavyzdžiui, minimalių alkoholio kainų nustatymas arba nuolaidų reguliavimas. Dar visai neseniai daugiausiai mokslinių tyrimų ir politikos dalyvių dėmesio buvo nukreipta į mokesčių dydį ir tik kartais buvo aiškiai išskiriama mokesčių ir kainos pokyčių poveikis.

Alkoholinių gérimų kainų pokyčių poveikis alkoholio vartojimui ir jo daromai žalai buvo tiriamas išsamiau nei bet kuri kita potenciali alkoholio kontrolės politikos priemonė (Anderson & Baumberg, 2006). Nesikeičiant kitiems veiksniams, padidėjus alkoholio kainai jo suvartojama mažiau. Ir priešingai – sumažėjus alkoholio kainoms vartojimas padidėja (Anderson & Baumberg, 2006). Dažniausiai vienodi kainų pokyčiai skirtinė apimtimi pakeičia skirtinę alkoholio rūšių (distiliuotų stipriųjų gérimų, vyno ir alaus) vartojimą. Elastingumo rodiklis skirtinose šalyse nevienodas, kartais jis gali kisti ir šalies viduje (žr., pvz., Bruun et al., 1975; Ornstein & Levy, 1983; Leung & Phelps, 1991; Edwards et al., 1994; Osterberg, 1995; 2001; Leppanen, Sullstrom & Suoniemi, 2001). Kadangi alkoholis yra priklausomybė sukelianti medžiaga, trumpalaikis jo kainos elastingumas yra mažesnis nei ilgalaikis (Anderson & Baumberg, 2006; 5 langelis).

5 langelis. Alkoholinių gérimų kainų elastingumas

Ekonometriniuose tyrimuose terminas „kainų elastingumas“ apibrėžia kainos pokyčio poveikį alkoholio vartojimui. Neigiamo kainos elastingumo reikšmė rodo, kad kainos ir vartojimo pokyčiai juda priešinga kryptimi: kainos kilimas sukelia vartojimo mažėjimą, o kainos mažėjimas – vartojimo didėjimą. Skaitmeninė kainos elastingumo raiška parodo kainos pokyčio poveikio vartojimui stiprumą.

Nurodoma, kad alkoholio kaina yra elastinga, jeigu absoliuti elastingumo vertė yra didesnė už vienetą, vadinasi, alkoholio vartojimo procentinis pokytis yra didesnis už kainos procentinį pokytį. Jei kainos elastingumo vertė yra -1,5, vadinasi, 1 proc. padidėjus alkoholio kainai alkoholio vartojimas sumažėtų 1,5 proc.

Jeigu elastingumo absoliuti vertė yra mažesnė už vienetą, vadinasi, alkoholinių gérimų kaina neelastinga. Kitaip tariant, šiuo atveju procentinis alkoholio vartojimo pokytis yra mažesnis nei kainos procentinis pokytis. Jei kainų elastingumo reikšmė yra -0,5, vadinasi, 1 proc. padidinus alkoholio kainą alkoholio vartojimas sumažėtų 0,5 proc.

Kainų neelastingumas nereiškia, kad vartojimas nereaguoja į kainos pokyčius. Jis tik rodo, kad vartojimo pokytis bus proporcingai mažesnis nei atitinkamas kainos pakytis. Tik tada, kai kainos elastingumas sudaro 0,0 kainos pokyčio, jis neturi įtakos vartojimui.

Nemažai tyrimų parodė, kad alkoholio kainų padidinimas sumažina ūmią ir lėtinę žalą, kurią sąlygoja visų amžiaus grupių žmonių gérimas. Šie įrodymai reiškia, kad į alkoholio kainų pokyčius reaguoja visi alkoholio vartotojai, tarp jų ir nesaikingai vartojantieji, ir probleminiai geriantieji (Babor et al., 2010).

Tyrimai parodė, kad alkoholinių gérimų kainų padidėjimas reikšmingai – labiau nei kitose amžiaus grupėse – sumažina alkoholio vartojimą tarp jaunų žmonių, o dažniau ir daugiau geriantiesiems turi didesnį poveikį nei rečiau ir mažiau geriantiesiems (Anderson & Baumberg, 2006). Nustatyta, kad alkoholio kainų pokyčiai turi poveikio ir vartojimui, kol pasigerama.

Naujausių įrodymų apibendrinimas

Nuo 2006 metų paskelbtos trys metaanalizės, nagrinėjančios alkoholio kainų ir mokesčių pokyčių poveikį vartojimui (11 lentelė). Naujausia – *Wagenaar et al.* – apžvalga, kurioje nagrinėjama 112 tyrimų, paskelbta anglų kalba 2009 m. (Wagenaar, Salois & Komro, 2009). Fogarty (2006) metaanalizėje išnagrinėti elastinguumo skaičiavimai, nustatyti 1994 m. paskelbtame Alkoholio politikos ir visuomenės gerovės leidinyje (Edwards et al., 1994; Fogarty, 2006) pristatytuose tyrimuose. Gallet (2007) analizė apima 24 valstybėse atliktus 132 tyrimus, kuriuose nagrinėjamas alkoholio kainos, pajamų ir reklamos kainų elastinguumas.

11 lentelė. Alkoholinių gérimų kainų elastinguumas naujausiose pastarujuų trejų metų metaanalizėse

| Šaltinis | Distiliuoti stiprieji gérimai | Vynas | Alus | Visi alkoholiniai gérimai |
|---------------------------------|-------------------------------|-------|-------|---------------------------|
| Fogarty, 2006 | -0,70 | -0,77 | -0,38 | N/A |
| Gallet, 2007 | -0,68 | -0,70 | -0,36 | -0,50 |
| Wagenaar, Salois & Komro, 2009b | -0,80 | -0,69 | -0,46 | -0,51 |

Mažą absolucią alaus kainos elastinguumo vertę galima paaiškinti tuo, kad šalyse, kuriose atlikioti į metaanalizę įtraukti tyrimai, alus yra įprastas gérimas, vartojamas laisvalaikio metu. Šiose šalyse alus jo mėgejų gali būti laikomas būtina preke. Kitose šalyse alus yra labiau prabangos prekė, todėl jo kainai būdingas didesnis elastinguumas. (Edwards et al., 1994). Šis skirtumas dar geriau atskleidžia kalbant apie vyną, kurio absoluti kainų elastinguumo vertė, kalbant apibendrintai, yra didesnė nei alaus. Tačiau šalyse, kur vynas įprastai geriamas valgant, šio gérimo kaina gali būti visiškai neelastinga, o absoluti vertė žema (Edwards et al., 1994). Kita vertus, ne taip seniai, vos prieš kelis dešimtmecius, vynas buvo gana retas prabangos produktas šiaurės šalyse, vartotas daugiausiai švenčių proga. Todėl nenuostabu, kad anksčiau vyno kainos elastinguumas Švedijoje buvo -1,6, o vėlesniais metais Norvegijoje – -1,5, Suomijoje – -1,3 (Sundstrom & Ekstrom, 1962; Horverak, 1979; Salo, 1990).

Wagenaar et al. pabrėžia, kad kainų elastinguumas nėra nekintama alkoholinių gérimų savybė (Wagenaar, Salois & Komro, 2009). Kaip skirtingų alkoholinių gérimų skirtinės vartojimo modelius atspindi skirtinės kainos elastinguumo vertės, taip ir vienų gérimų pakeitimais kitais daugiausiai priklauso nuo gérimų vartojimo pobūdžio (Bruun et al., 1975). Pavyzdžiu, šalyje, kurioje vynas vartojamas kartu su maistu, žymus jo kainų padidinimas galėtų padidinti buteliais parduodamo vandens suvartojimą, bet nepadidintų namuose gamintų distiliuotų spiritinių gérimų arba nelegalių narkotikų vartojimo. Šalyse, kur alkoholis dažniausiai vartojamas svaiginimuisi, labiau tikėtina, kad alkoholio kainų padidėjimas paskatintų ne pieno ar buteliais parduodamo vandens, bet namuose gaminamų gérimų arba net nelegalių narkotikų vartojimo didėjimą.

Be trumpalaikio visų alkoholinių gérimų kainos elastinguumo -0,50, Gallet nustatė ir ilgalaikį elastinguumą -0,82 (Gallet, 2007). Be to, jis išnagrinėjo pajamų elastinguumo svarbą alkoholinių gérimų paklausai. Jo metaanalizė rodo, kad pajamų elastinguumas visų alkoholinių gérimų atžvilgiu yra 0,50, t. y. kad vartotojų pajamų padidėjimas 1 proc. sąlygoja alkoholio vartojimo padidėjimą 0,5 proc. (Gallet, 2007).

Vienas iš *Wagenaar et al.* metaanalizės rezultatų – teiginys, kad kainos pokyčiai turi įtakos ir visų rūšių alkoholinių gérimų suvartojimui, ir visoms geriančiųjų grupėms, tiek nedaug, tiek ir gausiai vartojantiems.

Pasak analizės autorių, kainų ir mokesčių pokyčiai didžiausią poveikį daro smarkiai gerantiems, tačiau poveikio šiai grupei stiprumas yra mažesnis nei poveikis bendram vartojimo lygiui (Wagenaar, Salois & Komro, 2009). Remdamiesi keturiuose etapuose surinktais duomenimis, *Gmel et al.* Šveicarijoje nustatė, kad per trumpą laiką smarkiau išaugo daug geriančiųjų vartojimas, bet ilguoju laikotarpiu jis vėl sumažėjo iki tokio lygio, koks buvo prieš pakeičiant mokesčius (*Gmel et al.*, 2008).

Be to, naujausi tyrimai, nagrinėjantys, kaip mokesčių pokyčiai veikia įvairių alkoholio sąlygotų problemų rodiklius, pateikia svarių įrodymų, kad alkoholio mokesčiai daro poveikį probleminio vartojimo mastui (Babor et al., 2010). Pavyzdžiui, Suomijoje 2004 m. sumažinus alkoholio mokesčius reikšmingai padidėjo alkoholio sąlygotų staigū mirčių skaičius, išaugo alkoholio vartojimo sąlygoto mirtingumo, nusikalstamumo ir hospitalizacijų rodikliai (Koski et al., 2007; Herttua, 2010; Makela & Osterberg, 2009). Aliaskoje (JAV), 1983 m. ir 2002 m. padidinus akcizo mokesčių reikšmingai sumažėjo mirtingumas dėl alkoholio sąlygotų ligų (Wagenaar, Maldonado-Molina & Wagenaar, 2009).

Įperkamumas (ekonominis prienamumas)

Šiais laikais vartojamas ir terminas „alkoholio įperkamumas”, kuris reiškia žmonių gebėjimą nupirkti ir vartoti alkoholį, apskaičiuojamas kaip alkoholio kainos ir vartotojų pajamų funkcija (Rabinovich et al., 2009). Pasak *Rabinovich et al.*, 1996–2004 m. alkoholio įperkamumas beveik visose ES valstybėse narėse išaugo. Analizė taip pat parodė, kad visoje ES 1966–2004 m. laikotarpiu 84 proc. įperkamumo padidėjimo radosi dėl didėjančių pajamų ir tik 16 proc. jo lėmė alkoholio kainų pokyčiai (Rabinovich et al., 2009). Taip nutiko dėl to, kad visose ES šalyse didėjant pajamoms santykinė alkoholinių gėrimų kaina išliko stabili arba sumažėjo (Rabinovich et al., 2009).

1995–2010 m. laikotarpiu akcizo mokesčių pokyčiai buvo nevienodi. Kai kuriose šalyse (daugiausia šiaurės) 2010 m. alkoholio akcizo tarifų nominali vertė buvo mažesnė nei 1995 m. Kai kuriose šalyse 1955–2010 m. laikotarpiu alkoholio akcizo tarifų nominali vertė išliko stabili (Vokietija ši reiškinį atspindi geriausiai). Daugelyje šalių, priklausiusių ES iki 2004 m., alkoholio akcizo tarifų nominali vertė padidėjo, bet mažiau nei infliacija, o tai reiškia, kad net ir šiose valstybėse realus akcizo mokesčis sumažėjo. Tik kai kuriose valstybėse, pavyzdžiui, Graikijoje ir Italijoje, nominalūs akcizo mokesčiai padidinti tiek daug, kad padidėjo ir realus akcizo mokesčis (Osterberg, 2011).

Tiek tos šalys, kurios įstojo į ES 2004 m., tiek tos, kurios į ją įstojo vėliau, pvz., Bulgarija ir Rumunija, prieš įstodamos į ES ar po įstojimo turėjo smarkiai padidinti alkoholio akcizo mokesčius. Beveik visose naujosiose ES valstybėse narėse nuo 2003 m. tiek nominalūs, tiek realūs alkoholio akcizo mokesčiai 2004–2010 m. laikotarpiu išaugo. Išimtys – Kipras, kur nominalus mokesčių dydis nesikeitė, ir Malta, kur akcizo mokesčiai alui nesikeitė, o stipriems gėrimams buvo sumažinti 50 proc. Net ir padidinus alkoholio akcizo mokesčius naujose ES valstybėse narėse, akcizo mokesčio tarifai jose išliko mažiausiai: geriausias pavyzdys – Bulgarija ir Rumunija. Maži alaus akcizo mokesčiai pasitaiko ir senosiose ES valstybėse (Vokietija, Liuksemburgas ir Ispanija) (Osterberg, 2011).

Iki 2011 m. nė viena ES valstybė nepadidino vynui taikomo nulinio akcizo mokesčio. Jungdamosi prie bendros rinkos 1993 m. arba vėlesnių prisijungimų laikotarpiais keturios šalys (Bulgarija, Vengrija, Liuksemburgas ir Rumunija) atsisakė turėto teigiamo vyno akcizo mokesčio.

Minimalios kainos

Kontrolės politikos priemonė, paveikiausia smarkiai gerantiems ir koreguojanti tuos atvejus, kai padidinus mokesčius kaina nepadidėja, yra minimalios alkoholio gramo kainos nustatymas. Ši priemonė išbandyta

Kanadoje (Stockwell et al., 2012), jos taikymui ruoštasi Anglijoje (Jungtinė Karalystė) (Purshouse et al., 2009) bei Škotijoje (SchHARR, 2010) – pastarosios Parlamentas svarsto įstatymą dėl minimalios alkoholio kainos nustatymo – 0,07 euro už gramą (Škotijos Vyriausybė, 2012).

1989–2010 m. Britų Kolumbijoje (Kanada) laikas nuo laiko buvo koreguojamos minimalios alkoholio kainos. Tęstinių, kartotinio testavimo, modeliai, pagal kuriuos vertintas suvartoto alkoholio kiekio ryšys su kaina ir kitais ekonominiais kintamaisiais, leido nustatyti, kad 10 proc. padidinus minimalią alkoholinių gėrimų kainą jų vartojimas palyginti su kitais gėrimais sumažėjo 16,1 proc. (Stockwell et al., 2012). Kartotinis rodiklių vertinimas parodė, kad minimalios kainos padidinimas 10 proc. sumažino spirituotų gėrimų ir likerių vartojimą 6,8 proc., vyno – 8,9 proc., alkoholinių kokteilių ir sidro – 13,9 proc., alaus – 1,5 proc., o visų alkoholinių gėrimų apskritai – 3,4 proc.

Anglijoje 59 proc. alkoholio, parduodamo išsineštinai, ir 14 proc. alkoholio, įsigyjamo gerti vietoje, parduodama už mažiau nei 5 pensus už gramą alkoholio (0,05 svaro, arba 0,06 euro) (Purshouse et al., 2009). Modeliuojant apskaičiuota, kad nustatyta minimali kaina – 5 pensai už gramą (0,06 euro už gramą) sumažintų bendrą vartojimą 2,6 proc. (sumažėtų 3,4 g per savaitę) ir kad šis pokytis labiau paveiktų smarkiai geriančius (25 g per sav.) nei vidutiniškai išgeriančius (0,01 g per sav.). Apskaičiuota, kad per pirmus metus po minimalios kainos nustatymo mirčių skaičius sumažėtų 157-iomis, o po 10 metų – 1381.

Metinis hospitalizacijų skaičius pirmaisiais metais sumažėtų maždaug 6300 atvejų, per 10 metų – 40 800. Modeliuojant nustatyta, kad intervencija taip pat leistų per 10 metų išvengti apie 16 000 nusikalstamų veikų. Tyrimo autorai prognozuja, kad per tą patį laikotarpį būtų 12 400 mažiau bedarbių ir 100 000 mažiau nedarbingumo dienų. Atliekant tyrimą apskaičiuota, kad sumažėjusios žalos visuomenei vertė – 5,4 mlrd. svarų (6,2 milijardo eurų) per 10 metų.

Minimalios kainos politikos apskaičiuotą apytikrę vertę pirmaisiais metais sudarė sustaupytos nacionalinės sveikatos sistemos paslaugų sąnaudos (25 milijonai svarų, arba 29 milijonai eurų), daugiau kokybisko gyvenimo metų (QALY) dėl geresnės sveikatos (63 milijonai svarų, arba 72 milijonai eurų), lėšos, sustaupytos dėl sumažėjusio nusikalstamumo (17 mln. svarų, arba 19 mln. eurų), daugiau kokybiskų gyvenimo metų (QALY) dėl išvengtų nusikaltimų (21 mln. svarų, arba 24 mln. eurų), su darbu susijusių išmokų sumažėjimas (312 mln. svarų, arba 356 mln. eurų).

Tačiau šios kontrolės politikos priemonės naudą poveikis skirtingoms geriančių grupėms priklausantiems vartotojams smarkiai skyrési. Tokia priemonė padidintų geriančių išlaidas maždaug 22 svarais (25 eurais) per metus, nuo 106 svarų (121 euro) daug geriančių iki 6 svarų (7 eurų) saikingai vartojančių. Nesikeičiant vartojimo įpročiams, daug gerantiems tokios priemonės įdiegimas papildomai kainuotų maždaug 138 svarus (157 eurus) per metus, o saikingai vartojantiems – maždaug 6 svarus (7 eurus).

Kainos elastingumo simetrija

Pripažystama, jog dėl to, kad alkoholis sukelia priklausomybę, jo kainos elastingumas gali būti nesimetriškas (Bruun et al., 1975). Kitaip tariant, alkoholio kainos sumažėjimas gali turėti didesnį poveikį alkoholio vartojimui nei vėlesnis tokio pat dydžio kainos padidėjimas (žr. 6 langelį). Kita asimetriško kainų elastingumo priežastis gali būti ta, kad alkoholiniai gėrimai yra taip lengvai prieinami, jog tolesnis prieinamumo didinimas nebepadidina vartojimo, nes rinka yra prisotinta. Rinkos prisotinimu buvo aiškinami šiaurės šalių alkoholio mokesčių tyrimo rezultatai (Room et al., 2012).

Šiaurės šalių alkoholio mokesčių tyrimas apėmė padėtį Danijoje, Suomijoje ir Švedijoje tuo laikotarpiu, kai 2004 m. pradžioje šios šalys privalėjo panaikinti kiekybines alkoholio importo kvotas keleiviams iš kitų ES

valstybių (Karlsson & Osterberg, 2009). Siekiant kovoti su keliautojų alkoholio importo padidėjimu, 2003 m. spalį Danijoje sumažinti distiliuoto stipraus alkoholio akcizo tarifai. Suomijoje 2004 m. kovą buvo sumažinti visų alkoholinių gėrimų akcizo tarifai (6 langelis). Danijoje nei pagal alkoholio pardavimų statistiką, nei apklausų duomenimis bendro alkoholio vartojimo, mirtingumo arba sergamumo padidėjimo nenustatyta. Labai panaši padėtis buvo ir pietinėje Švedijoje, kur tikėtasi, kad keleivių iš Danijos įvežamo alkoholio kiekis padidės (Room et al., 2012). Tik Suomijoje rasta įrodymų, kad padidėjo alkoholio vartojimas ir su tuo susijusi žala (6 langelis).

6 langelis. Alkoholio mokesčių pokyčiai Suomijoje 2004–2010 m.

2004 m. kovo mėnesį Suomija sumažino alkoholio akcizo tarifus vidutiniškai 33 proc. Sumažinimo motyvu nurodytas Estijos, kurioje alkoholio kainos žymiai mažesnės nei Suomijoje, išstojimas į ES 2004 metų gegužę. Kadangi 2004 m. sausio mėn. buvo panaikintos kiekybinės kvotos, skirtos neapmokestinamam asmeninio vartojimo alkoholinių gėrimų keliautojų importui iš kitų ES valstybių, baimintasi, kad asmeninis alkoholio importas iš Estijos reikšmingai sumažins valstybės surenkamus alkoholio mokesčius ir sukels grėsmę su alkoholio pramone susijusioms darbo vietoms Suomijoje.

2005 m. bendras alkoholio suvartojimas vienam gyventojui buvo 12 proc. didesnis nei 2003 m. Nepaisant sumažintų mokesčių, keliautojų įvežamo alkoholio kiekis 2003–2005 m. padvigubėjo, o jo dalis bendrame vartojime 2005 m. išaugo iki 17 proc. Tuo metu padidėjo alkoholinių gėrimų pardavimas ir vidaus rinkoje. Nepaisant 7 proc. padidėjusio alkoholio pardavimo vidaus rinkoje, 2003–2005 m. valstybė 2005 m. surinko 29 proc. mažiau alkoholinių gėrimų akcizo mokesčių negu 2003 m.

2008 ir 2009 m. alkoholio akcizo tarifai buvo keliami tris kartus, vidutiniškai apie 10 proc. kaskart. 2007–2010 m. bendras alkoholio suvartojimas sumažėjo 3 proc., o keliautojų įvežamo alkoholio kiekis išaugo 11 proc. Nors alkoholinių gėrimų pardavimai vidaus rinkoje 2007–2010 m. sumažėjo 7 proc., valstybė 2010 m. surinko 27 proc. daugiau alkoholio akcizo mokesčių negu 2007 m. Šie duomenys rodo, kad mokesčiams sumažėjus vidutiniškai 33 proc. vartojimas išaugo 12 proc., tačiau mokesčiams padidėjus apie 30 proc. sumažėjo tik 3 proc. Tai ir yra elastingumo asimetrijos pavyzdys.

Rekomendacijos politikai ir praktikai

Neseniai atliktų tyrimų nustatyti ekonominio alkoholio prieinamumo įrodymai patvirtina anksčiau sukauptą informaciją ir nepakeičia pagrindinių Bruun et al. išvadų, pristatytų 1975 m. Wagenaar et al. parengtoje metaanalizėje: „Rezultatai ne tik patvirtina ankstesnes literatūros apžvalgų išvadas, bet ir jas praplečia. Įrodyta, kad kaina daro poveikį visų rūsių alkoholinių gėrimų vartojimui ir visiems geriantiesiems, ir geriantiems daug, ir mažai“ (Wagenaar, Salois & Komro, 2009b).

Kainų poveikis, matuojamas kainos elastingumu, skiriasi tiek pagal šalis ir laikotarpus, tiek pagal alkoholinių gėrimų grupes. Šie skirtumai sietini su alkoholinių gėrimų vartojimo verte, vartotojų pasirinkimais ir su faktiniu šiu gėrimų vartojimu. Todėl numatant alkoholio politikos priemones, kurios turi įtakos ekonominiam alkoholio prieinamumui, reikia atsižvelgti į vietinius alkoholio vartojimo įpročius.

Šaltiniai

- Anderson P, Baumberg B (2006). *Alcohol in Europe. A public health perspective*. London, Institute of Alcohol Studies.
- Babor TF, Caetano R, Casswell S et al. (2010). *Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy*, 2nd ed. Oxford, Oxford University Press.
- Bruun K, Edwards G, Lumio M et al. (1975). *Alcohol control policies in public health perspective*. Helsinki, Finnish Foundation for Alcohol Studies.
- Edwards G, Anderson P, Babor TF et al. (1994). *Alcohol policy and the public good*. Oxford, Oxford University Press.
- Fogarty J (2006). The nature of the demand for alcohol: understanding elasticity. *British Food Journal*, 108:316–332.
- Gallet CA (2007). The demand for alcohol: a meta-analysis of elasticities. *The Australian Journal of Agricultural and Resource Economics*, 51:121–135.

- Gmel G, Wicki M, Rehm J et al.(2008). Estimating regression to the mean and true effects of an intervention in a four-wave panel study. *Addiction*, 103:32–41.
- Herttua K (2010). *The effects of the 2004 reduction in the price of alcohol and alcohol-related harm in Finland. A natural experiment based on register data*. Helsinki, The Family Federation of Finland.
- Horverak Ø (1979). *Norsk alkoholpolitik 1960–1975 [Norwegian alcohol policy 1960–1975]*. Oslo, Statens Institutt for Alkoholforskning.
- Karlsson T, Österberg E (2009). *Alcohol affordability and cross-border trade in alcohol*. Östersund, Swedish National Institute of Public Health.
- Koski A, Sirén R, Vuori E et al. (2007). Alcohol tax cuts and increase in alcohol-positive sudden deaths – a time-series intervention analysis. *Addiction*, 102:362–368.
- Leppänen K, Sullström R, Suoniemi I (2001). *The consumption of alcohol in fourteen European countries. A comparative econometric analysis*. Helsinki, Stakes.
- Leung S, Phelps C (1991). My kingdom for drink. A review of estimates of the price sensitivity of demand for alcoholic beverages. In: Hilton ME, Bloss G, eds. *Economics and the prevention of alcohol-related problems*. Rockville, MD, US Department of Health and Human Services, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism:1–32.
- Mäkelä P, Österberg E (2009). Weakening of one more alcohol control pillar: a review of the effects of the alcohol tax cuts in Finland in 2004. *Addiction*, 104:554–563.
- Ornstein SI, Levy D (1983). Price and income elasticities and the demand for alcoholic beverages. In: Galanter M. *Recent developments in alcoholism*. New York, Plenum:303–345.
- Österberg E (1995). Do alcohol prices affect consumption and related problems? In: Holder HD, Edwards G, eds. *Alcohol and public policy: evidence and issues*. Oxford, Oxford University Press:145–163.
- Österberg E (2001). Effects of price and taxation. In: Heather N, Peters TJ, Stockwell T, eds. *International handbook of alcohol dependence and problems*. Chichester, John Wiley and Sons, Ltd.: 685–698.
- Österberg E (2011). Alcohol tax changes and the use of alcohol in Europe. *Drug and Alcohol Review*, 30:124–129.
- Purshouse R, Brennan A, Latimer N et al. (2009). *Modelling to assess the effectiveness and cost-effectiveness of public health related strategies and interventions to reduce alcohol attributable harm in England using the Sheffield Alcohol Policy Model version 2.0*. Report to the NICE Public Health Programme Development Group. Sheffield, University of Sheffield, School of Health and Related Research (ScHARR).
- Rabinovich L, Brutscher PB, deVries H et al. (2009). *The affordability of alcoholic beverages in the European Union. Understanding the link between alcohol affordability, consumption and harms*. Cambridge, RAND Europe.
- Room R, Jernigan D, Carlini-Marlatt B et al. (2002). *Alcohol in developing societies: a public health approach*. Helsinki, Finnish Foundation for Alcohol Studies.
- Salo M (1990). *Alkoholijuomien vähittäiskulutuksen analyysi vuosilta 1969–1988 [An analysis of off-premise retail sales of alcoholic beverages, 1969–1988]*. Helsinki, Alko.
- Scottish Government (2012). Alcohol – minimum pricing [web site]. Edinburgh, The Scottish Government (<http://www.scotland.gov.uk/Topics/Health/health/Alcohol/minimum-pricing>, accessed 23 February 2012).
- ScHARR (2010). *Model-based appraisal of alcohol minimum pricing and off-licensed trade discount bans in Scotland using the Sheffield Alcohol Policy Model (v2): an update based on newly available data*. Sheffield, University of Sheffield, School of Health and Related Research (ScHARR) (<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2010/04/20091852/0>, accessed 23 February 2012).
- Stockwell T, Auld MC, Zhao J et al. (2012). Does minimum pricing reduce alcohol consumption? The experience of a Canadian province *Addiction*, doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03763.x
- Sundström Å, Ekström J (1962). *Dryckeskonsumtionen i Sverige [Beverage consumption in Sweden]*. Stockholm, Industrins Utredningsinstitut.
- Wagenaar AC, Maldonado-Molina MM, Wagenaar BH (2009a). Effects of alcohol tax increases on alcohol-related disease mortality in Alaska: time-series analyses from 1976 to 2004. *American Journal of Public Health*, 99:1464–1470.
- Wagenaar AC, Salois MJ, Komro KA (2009b). Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction*, 104:179–190.

Poveikio ir sąnaudų veiksmingumo/atsiperkamumo apžvalga

Peter Anderson ir Lars Moller

Ižanga⁷

Ataskaitoje „Alkoholis Europoje. Visuomenės sveikatos perspektyva“, EK parengtoje 2006 m. (Anderson & Baumberg, 2006), alkoholio politikos priemonės sugrupuotos į penkias kategorijas: (i) politika, mažinanti vairavimą išgérus; (ii) politika, stiprinanti švietimą, komunikaciją, mokymą ir visuomenės informavimą; (iii) politika, reguliuojanti alkoholio rinką; (iv) politika, skatinanti gérimo sąlygotos žalos aplinkai mažinimą; (v) politikos intervencijos individams. Remiantis tuo metu sukauptais įrodymais pateiktos šios išvados:

- Labai veiksminges vairavimo išgérus mažinimo politikos priemonės yra šios: plačiai taikomas atsitiktinis tikrinimas alkoholio matuokliu, mažesnio leistino alkoholio kiekio kraujyje (AKK) nustatymas, administracinis vairuotojo teisių galiojimo sustabdymas ir mažesnis leistinas alkoholio kiekis kraujyje (AKK) jauniems vartotojams. Tyrimais nenustatyta, kad atsakingo (negeriančio) vairuotojo ir saugaus vairavimo programos turėjo poveikio. Alkoholio spynos gali būti veiksminga prevencinė priemonė, bet kaip priemonė, mažinanti vairavimo išgérus galimybę, jos veikia tik įmontuotos į automobilį. Apskaičiuota, kad siekiant užkirsti kelią vairavimui išgérus įdiegus plačiai taikomą atsitiktinį tikrinimą alkoholio matuokliu visoje ES būtų išvengta apytiksliai 111 000 negalios ir ankstyvos mirties metų, kas atitiktų 233 mln. eurų išlaidų kasmet.
- Švietimą, komunikaciją, mokymą ir visuomenės informavimą gerinančių politikos priemonių poveikis nedidelis. Nors mokyklinių švietimo programų aprėptis gali būti didelė, o mokiniai gali būti smalsūs klausytojai, tačiau tokį programų poveikis menkas, nes jų veiksmingumas ribotas arba jos apskritai neveiksminges. Yra rekomendacijų, kaip pagerinti mokyklinių programų veiksmumą. Kita vertus, žiniasklaidos programos atlieka didžiulį vaidmenį – jos gerina bendruomenės informuotumą apie alkoholio vartojimo sąlygotas problemas, parengia ją konkretioms intervencijoms.
- Twirtai įrodytas alkoholio rinką reglamentuojančių priemonių veiksmingumas mažinant alkoholio sąlygotą žalą, išskaitant apmokestinimą ir fizinio alkoholio prieinamumo (pardavimo laiko ir minimalaus teisėto geriančių amžiaus) ribojimą. Alkoholio mokesčiai – ypač svarbi priemonė stengiantis paveikti jaunus žmones ir mažinti alkoholio daromą žalą. Įrodyta, kad pratęsus alkoholio pardavimo laiką padaroma daugiau smurto sąlygotos žalos. Tikėtina, kad alkoholio produktų reklamos apimties ir turinio ribojimai taip pat sumažintų tą žalą. Reklama ypač veiksmingai skatina teigiamą jaunimo požiūrį į alkoholio vartojimą. Apskaičiuota, kad nuo esamo mokesčių lygmens padidinus alkoholio mokesčius 25 proc. visoje ES būtų išvengta apytiksliai 656 000 negalios ir ankstyvos mirties metų, kas atitiktų apytiksliai 159 milijonus eurų išlaidų kasmet. Sumažinus alkoholio prieinamumą mažmenos parduotuvėse 24-iomis valandomis per savaitę būtų išvengta maždaug 123 000 neigalumo ir ankstyvos mirties metų, kas atitiktų apytiksliai 98 mln. eurų išlaidų kasmet. Alkoholio reklamos draudimas padėtų išvengti maždaug 202 000 negalios ir ankstyvos mirties metų, kas atitinka apytiksliai 95 mln. eurų kasmet.
- Gausėja gérimo kontekstą keičiančių strategijų poveikio mažinant alkoholio daromą žalą veiksmumo įrodymų. Tačiau šios priemonės tinkamiausios daryti poveikį vartojimui baruose ir restoranuose, o jų veiksmingumas tiesiogiai priklauso nuo jų įgyvendinimo kokybės. Jos taip pat veiksmingesnės, kai taikomos kartu su prevencijos programomis bendruomenėje.
- Gausu įrodymų, kad trumpos patariamosios konsultacijos, ypač pirminės sveikatos priežiūros istaigose, veiksmingai padeda mažinti žalingą alkoholio vartojimą. Pirminės sveikatos priežiūros

⁷ Šiame skyriuje, nebent aiškiai nurodyta kitaip, Europa – tai visos šalys, priklausančios PSO Europos regionui.

įstaigose suteikus trumpas patariamąsias konsultacijas 25-iems procentams rizikos grupei priskirtinų gyventojų būtų galima išvengti maždaug 408 000 negalios ir ankstyvos mirties metų, kas atitinkų 740 milijonų eurų išlaidų kasmet.

- Apskaičiuota, kad nuoseklų veiksmingų politikos priemonių ir programų paketo įgyvendinimas ES mastu, apimantis atsитikitinai placiai taikomus tikrinimus alkoholio matuokliais, apmokestinimą, prieinamumo ribojimą, reklamos draudimą ir trumpas patariamąsias gydytojo konsultacijas, kuris Europos šalių vyriausybėms kainuotų 1,3 mlrd. eurų (apie 1 proc. dėl alkoholio visuomenės patirių finansinių sąnaudų, tik apie 10 proc. pajamų, kurias galima gauti 10 proc. pakėlus alkoholio kainą atitinkamai padidinus mokesčius ES iki 2004 m. priklausiusiose šalyse), padėtų išvengti 1,4 milijonų negalios ir ankstyvos mirties metų, kas atitinka 2,3 proc. visų negalios ir ankstyvos mirties metų ES.

Naujausių įrodymų apibendrinimas

Nuo 2006 m. sukaupta nemažai svarių alkoholio politikos poveikio ir sąnaudų veiksmingumo įrodymų. Šie įrodymai apibendrinti įvairiuose leidiniuose (*Anderson, Chisholm & Fuhr, 2009; Anderson et al., 2011; Babor et al., 2010; PSO Europos regioninis biuras, 2009a; 2009b; 2010*). Kaip minėta ir ankstesniuose skyriuose, svarbiausias įrodymų pokytis yra tas, kad jie stiprėja, nes gausėja sisteminių apžvalgų ir metaanalizių, kurios patvirtina ankstesnių apžvalgų išvadas.

PSO projekto „Ekonomiškai naudingų intervencijų pasirinkimas“ (CHOICE) modelyje pateikiami politikos priemonių sąnaudų ir galimos ekonominės naudos skaičiavimai. Nors grindžiami geriausiais šalių lygmeniu turimais įgyvendinimo išlaidų apskaičiavimais ir patikimiausiais duomenimis apie įgyvendinimo poveikį, tai tėra modeliai. Tačiau tokiu būdu gaunamos rekomendacijos dėl sąnaudų veiksmingumo požiūriu naudingiausią politikos priemonių gerinti sveikatą. Išsami informacija ir techninės detalių pateiktos CHOICE svetainėje (PSO, 2012). Numatomų įgyvendinimo išlaidų ir skirtinę alkoholio politikos priemonių poveikio apibendrinimas palyginti su situacija, kai nė viena iš priemonių nėra įgyvendinta, pateiktas 12-oje lentelėje. Apskaičiuotos išvengtų DALY sąnaudos apibendrintos 18-ame paveiksle (PSO Europos regioninis biuras, 2009a). Atliekant ekonominę alkoholio politikos priemonių analizę reikia nepamiršti, kad nors mokesčių didinimas vyriausybėms duoda papildomų pajamų, ekonomistai šias pajamas laiko neutraliomis gyventojų pajamų atžvilgiu, nes šios lėšos vartotojams gali grįžti sumažinus kitus, pavyzdžiui, pajamų, mokesčius.

Taip pat įvertintos informacijos ir švietimo, bendruomenės mokyklinių programų ir žiniasklaidos kampanijų įgyvendinimo sąnaudos. Nors šios intervencijos nebrangios, jos nėra veiksminges vartojimo arba pasekmiių sveikatai mažinimo atžvilgiu.

Sveikatos sektorius priemonės intervencijų sąnaudų veiksmingumo prasme mažiau patrauklios nei visiems gyventojams taikomos toliau aprašytos politikos priemonės, nes jas įgyvendinant būtinas tiesioginis kontaktas su sveikatos priežiūros specialistais ir paslaugomis. Nors įgyvendinti trumpas intervencijas yra brangiausia, pažymėtina, kad sveikatos priežiūros paslaugų sąnaudų fone trumpos intervencijos, skirtos mažinti pavojingą ir žalingą alkoholio vartojimą, sąnaudų prasme yra viena iš veiksmingiausių visų sveikatos priežiūros paslaugų, gerinančių sveikatą. Kalbant apie vairavimo išgėrus mažinimo politikos priemones, apskaičiuotas sąnaudų veiksmumas buvo nuo 781 dolerių (EUR-C šalių) iki 4625 dolerių (EUR-B šalių).

12 lentelė. Politikos priemonių sąnaudos, poveikis ir sąnaudų veiksmingumas trijuose PSO Europos regionuose

| Tikslinė sritis Speciali intervencija (-os) | Apimtis (%) | Eur-A ^a | | | Eur-B ^b | | | Eur-C ^c | | |
|--|----------------|--|---|--------------------------------|--|---|--------------------------------|--|---|--------------------------------|
| | | Metinės sąnaudos milijonui gyventojų (mln. doleriu) | Metinis poveikis milijonui gyventojų (išvengta DALY) | Doleriais išvengtam DALY | Metinės sąnaudos milijonui gyventojų (mln. doleriu) | Metinis poveikis milijonui gyventojų (išvengta DALY) | Doleriais išvengtam DALY | Metinės sąnaudos milijonui gyventojų (mln. doleriu) | Metinis poveikis milijonui gyventojų (išvengta DALY) | Doleriais išvengtam DALY |
| Informacijos sklaida, politinių įsipareigojimų skatinimas | | | | | | | | | | |
| Švietimas mokyklose | 80 | 0,84 | - | N/A* | 0,70 | - | N/A* | 0,34 | - | N/A* |
| Sveikatos sektorius intervencijos | | | | | | | | | | |
| Trumpos intervencijos daug gerantiems | 30 | 4,20 | 672 | 6256 | 0,77 | 365 | 2100 | 1,78 | 667 | 2671 |
| Veikla bendruomenėje | | | | | | | | | | |
| Žiniasklaidos kampanijos | 80 | 0,83 | - | N/A* | 0,95 | - | N/A* | 0,79 | - | N/A* |
| Vairavimo išgėrus mažinimo politikos priemonės | | | | | | | | | | |
| Vairavimo išgėrus įstatymų įgyvendinimas (taikant atsitiktines patikras alkoholio matuokliais) | 80 | 0,77 | 204 | 3762 | 0,74 | 160 | 4625 | 0,72 | 917 | 781 |
| Alkoholio prieinamumas | | | | | | | | | | |
| Mažmeninės prekybos prieinamumo mažinimas | 80 | 0,78 | 316 | 2475 | 0,56 | 414 | 1360 | 0,47 | 828 | 567 |
| Alkoholinį gėrimų rinkodara | | | | | | | | | | |
| Visiškas reklamos draudimas | 95 | 0,78 | 351 | 2226 | 0,56 | 224 | 2509 | 0,47 | 488 | 961 |
| Kainodaros politika | | | | | | | | | | |
| Padidintas akcizo mokesčis 20% | 95 | 1,09 | 2301 | 472 | 0,92 | 726 | 1272 | 0,67 | 1759 | 380 |
| Padidintas akcizo mokesčis 50% | 95 | 1,09 | 2692 | 404 | 0,92 | 852 | 1083 | 0,67 | 1995 | 335 |
| Mokesčių politikos įgyvendinimas, neregistruoto alkoholio sumažėja 20% | 95 | 1,94 | 2069 | 939 | 1,26 | 706 | 1780 | 0,87 | 1741 | 498 |
| Mokesčių politikos įgyvendinimas, neregistruoto alkoholio sumažėja 50% | 95 | 2,21 | 2137 | 1034 | 1,34 | 790 | 1692 | 0,93 | 1934 | 480 |

* Nėra duomenų.

^a Eur-A (labai žemas suaugusiųjų mirtingumas ir labai žemas vaikų mirtingumas): Andora, Austrija, Belgija, Kroatija, Kipras, Čekija, Danija, Suomija, Prancūzija, Vokietija, Graikija, Islandija, Airija, Izraelis, Italija, Liuksemburgas, Malta, Monakas, Nyderlandai, Norvegija, Portugalija, San Marinas, Slovėnija, Ispanija, Švedija, Sveicarija, Jungtinė Karalystė.

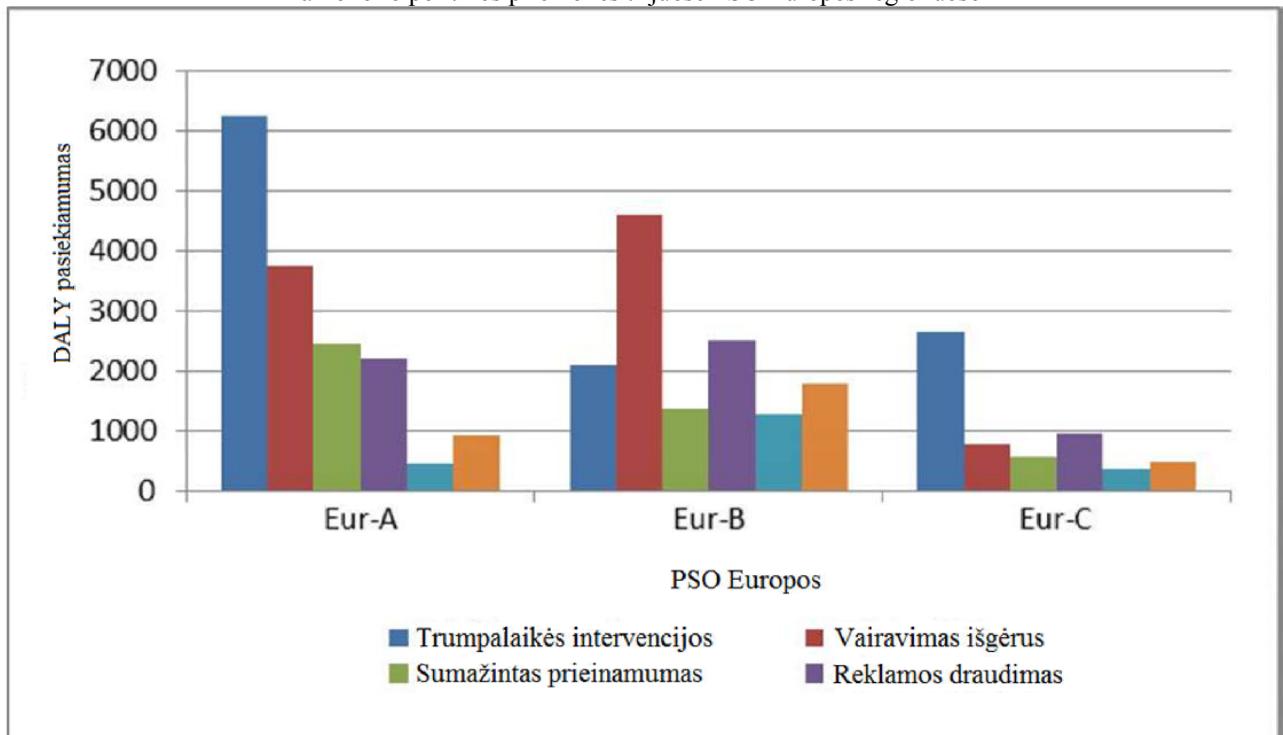
^b Eur-B (žemas suaugusiųjų mirtingumas ir žemas vaikų mirtingumas): Albanija, Arménija, Azerbaidžanas, Bosnija ir Hercegovina, Bulgarija, Gruzija, Kirgizija, Juodkalnija, Lenkija, Rumunija, Serbija, Slovakija, Tadžikistanas, Buvusioji Jugoslavijos Respublika Makedonija, Turkija, Turkmenistanas, Uzbekistanas.

^c Eur-C (aukštas suaugusiųjų mirtingumas ir aukštas vaikų mirtingumas): Baltarusija, Estija, Vengrija, Kazachstanas, Latvija, Lietuva, Moldovos Respublika, Rusijos Federacija, Ukraina.

^d Igyvendinimo išlaidos 2005 m. tarptautiniai doleriai (IS).

^e Sąnaudų veiksmingumo rodiklis, išreiškiamas tarptautiniai doleriai už išvengtą DALY.

18 pav. Sąnaudų veiksmingumas (atgautais DALY) taikant įvairias alkoholio politikos priemones trijuose PSO Europos regionuose



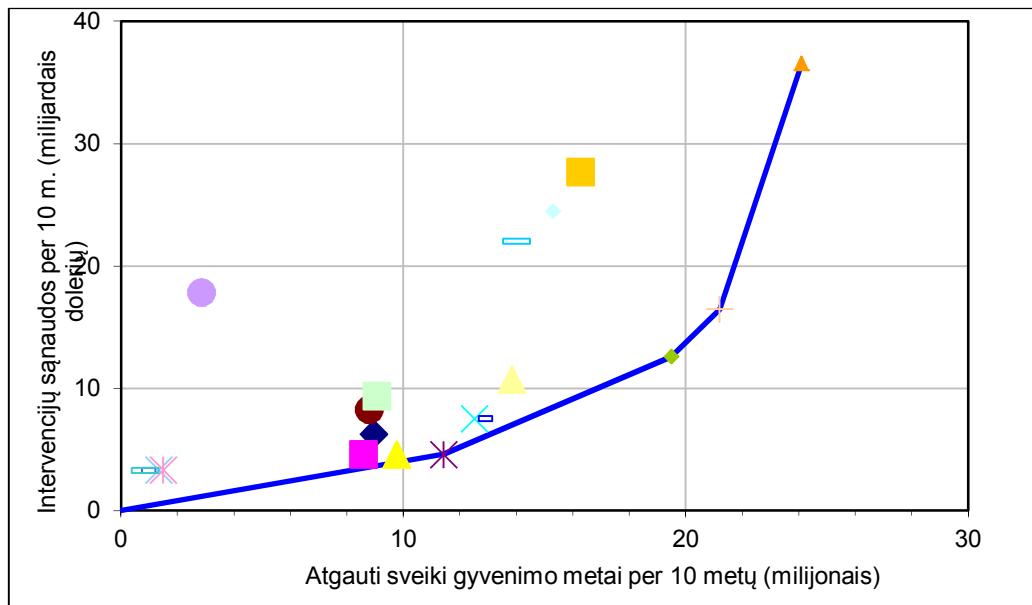
*Pastaba. Sąnaudų veiksmingumas yra atvirkščiai proporcingas stulpelių aukščiui.
Kiekvieno skaičiavimo veiksmo aprašą žr. Anderson, 2009b.*

Manoma, kad mažmeninės prekybos vietų prieinamumo sumažinimas nustatytais laikotarpiais per savaitę ir visiškas reklamos draudimas yra potencialiai ekonomiškai veiksminges priemonės, tačiau tik tuo atveju, jei jie išties būtų deramai įgyvendinami (kiekvieni papildomi sveiki gyvenimo metai atkurtų nuo 567 iki 2509 dolerių sąnaudų).

Apskaičiuota, kad mokesčių didinimas (20 arba net 50 proc.) visoje Europoje yra ypač veiksminges ekonomiškai. Netgi atsižvelgus į ilgesnę gyvenimo trukmę ir dėl to išaugusias socialinės apsaugos išlaidas, apmokestinimas tebėra ekonomiškai ypač apsimokanti alkoholio politikos priemonė. Teigiamą alkoholio mokesčių padidinimo poveikį gali sumenkinti nelegali alkoholio gamyba, mokesčių slėpimas ir nelegali prekyba, sudarantys apie 12 proc. viso vartojimo EUR-A šalyse ir 40 proc. EUR-B ir EUR-C šalyse. Apskaičiuota, kad koordinuotas griežtesnis mokesčių išieškojimas, sumažinantis neregistruotą vartojimą 20–50 proc., kainuotų 50–100 proc. daugiau nei mokesčių padidinimas, o poveikis būtų panašus. Ten, kur neregistruotos gamybos ir vartojimo yra daugiau, apmokestinamo vartojimo proporcijos didinimas (kitaip sakant, kainai jautrių pirkėjų sąnaudų didinimas) gali būti efektyvesnė kainodaros priemonė nei paprastas akcizo mokesčio pakėlimas, kuris galimai paskatintų tolesnę nelegalią gamybą, kontrabandą ir pasienio prekybą.

19–21 pav. kreivė rodo kiekvienos atskirai ir bendras intervencijų išlaidas bei poveikį. Apatinė dešinioji grafiko riba atspindi didėjančias išlaidas išvengiant vieno DALY ir parodo veiksmingiausius įvairių strategijų derinius. Intervencijos šiaurvakarių kryptimi nuo ekonominio veiksmingumo plėtros fronto yra mažiau veiksminges ir/arba brangesnės nei kitos intervencijos arba jų derinys. Didžiausio sąnaudų veiksmingumo pasiekama kreivės plėtros moduliacijos taškuose. Visuose trijuose Europos regionuose ekonomiškai veiksmingiausia priemonė yra mokesčių didinimas (dabartinis + 50 proc.), Eur-A ir Eur-C šalyse – dar ir didesni mokesčiai bei geresnis mokesčių išieškojimas, o Eur-B šalyse – didesni mokesčiai ir sumažintas prieinamumas. Po jų visuose trijuose regionuose naudingumo prasme eina mokesčių didinimas, geresnis mokesčių išieškojimas, sumažintas prieinamumas, reklamos draudimas ir trumpos konsultacijos.

19 pav. Ekonominio veiksmingumo kreivė Eur-A šalyse



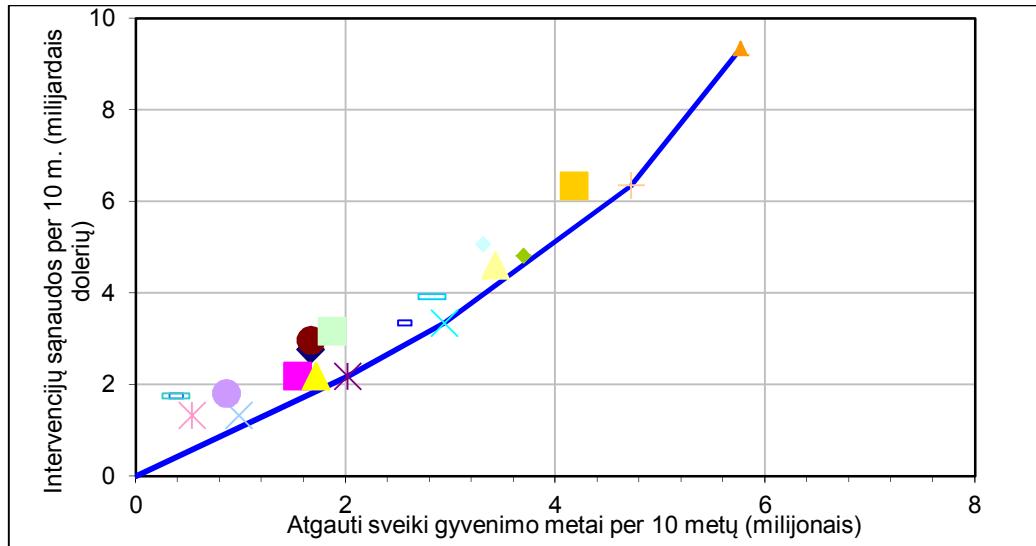
| | |
|---|--|
| ◆ | Dabartinis scenarijus (esama mokesčių ir atsitiktinės patikros alkoholio matuokliais apimtis) |
| ■ | Dabartiniai mokesčiai |
| ▲ | Padidinti mokesčiai (dabartiniai +20%) |
| ※ | Padidinti mokesčiai (dabartiniai +50%) |
| ● | Sumažintas neapmokestintas vartojimas (nuo dabartinio -20%) |
| □ | Sumažintas neapmokestintas vartojimas (nuo dabartinio -50%) |
| ✗ | Sumažintas mažmeninės prekybos vietų prieinamumas |
| * | Nuoseklus reklamos draudimas |
| ● | Trumpa intervencija (patarimai) pirmineje sveikatos priežiuroje |
| □ | Alkoholio koncentracijos tikrinimas (tik mirtinu sužalojimų atveju) |
| ■ | Alkoholio koncentracijos tikrinimas (iskaitant ir nemirtinus sužalojimus) |
| ◆ | Derinys 1: Mokesčių padidinimas ir griežtesnis mokesčių politikos įgyvendinimas |
| ✗ | Derinys 2: Mokesčių padidinimas ir sumažintas prieinamumas |
| □ | Derinys 3: Mokesčių padidinimas ir reklamos draudimas |
| ■ | Derinys 4: Mokesčių padidinimas ir trumpi patarimai |
| ■ | Derinys 5: Mokesčių padidinimas + reklamos draudimas + trumpi patarimai |
| ▲ | Derinys 6: Mokesčių padidinimas + reklamos draudimas + sumažintas prieinamumas |
| + | Derinys 7: Mokesčių padidinimas + sumažintas prieinamumas + griežtesnis mokesčių politikos įgyvendinimas |
| ■ | Derinys 8: Mokesčių padidinimas + trumpi patarimai + reklamos draudimas + sumažintas prieinamumas |
| ▲ | Derinys 9: Mokesčių padidinimas + trumpi patarimai + reklamos draudimas + sumažintas prieinamumas + griežtesnis mokesčių politikos įgyvendinimas |

Diskutuoojant apie politikos priemones pažymėtina, kad dabartinio intervencijų derinio (□) plėtros kreivėse nėra. Vadinasi, sąnaudų prasme galima pagerinti padėtį – daugiau DALY išvengti didinant apmokestinimo lygi, gerinant intervencijų aprėptį ir įgyvendinimą, galbūt net išlaikant esamą biudžetą, tiesiog perskirsčius ištaklius.

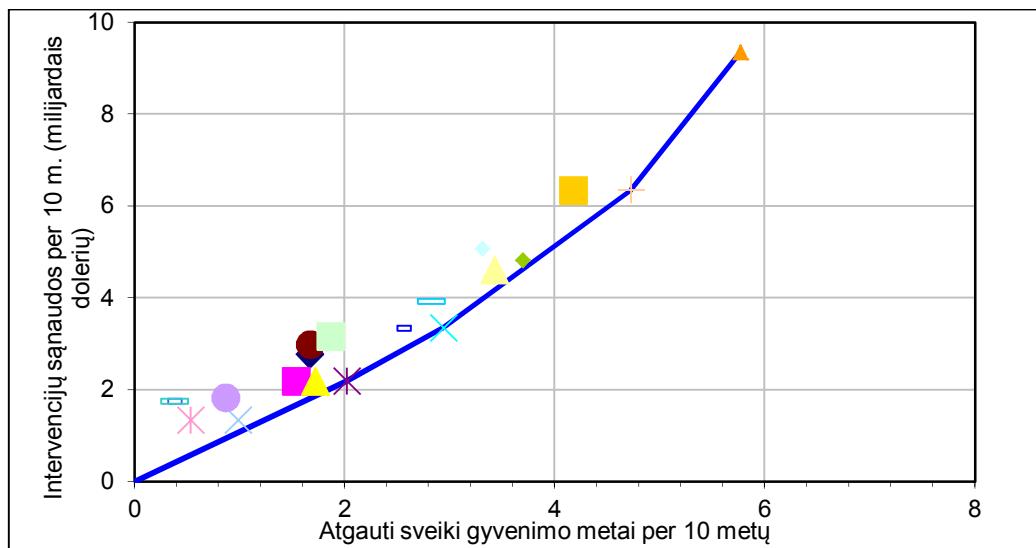
Galiausiai būtina pabrėžti, kad nuosekli politika, derinant individualias priemones, sąnaudų požiūriu yra žymiai veiksmingesnė nei tiesiog pavienės politikos priemonės. Pavyzdžiu, padidinus esamą apmokestinimą 50 proc., kaip pažymėta pirmame moduliacijos taške Eur-A šalių grafike, sąnaudų veiksmingumo aspektu kiekvienas papildomas doleris leistų išvengti 404 DALY. Kiekvienas mokesčių padidinimui ir geresniams

mokesčių išieškojimui išleistas doleris užtikrina papildomą 991 DALY ir vidutinį 647 DALY sąnaudų veiksmingumą.

20 pav. Ekonominio veiksmingumo kreivė Eur-B šalyse



21 pav. Ekonominio veiksmingumo kreivė Eur-C šalyse



Trečio moduliacinio taško – mokesčių padidinimas, geresnis išieškojimas ir pablogintas prieinamumas – papildomas sąnaudų veiksmingumas yra 2252, vidurkis – 776. Paskutiniame taške – mokesčių padidinimas, geresnis išieškojimas ir pablogintas prieinamumas, reklamos draudimas ir trumpos konsultacijos – papildomas sąnaudų veiksmingumas yra 6923, vidurkis – 1517.

Išvengiamos naštos analizė

Neseniai pradėta tirti išvengiamą naštą apibrėžiama kaip alkoholio sulygotos sveikatos arba ekonominės naštų dalis, kurios būtų galima išvengti stiprinant alkoholio politikos priemones. Pavyzdžiui, Anglijoje finansuoti moksliiniai tyrimai, kurių objektas buvo konkrečių politikos priemonių sąnaudų veiksmingumo analizės pritaikymas vertinant priemonių poveikį kitiems, ne tik su sveikata susijusiems rodikliais (Purshouse et al., 2009). Taikant šį modelį atlikti skaičiavimai rodo, kad padidinus alkoholinių gėrimų kainą 10% alkoholio vartojimas sumažėtų 4,4%, vidutiniškai 5,5 g alkoholio per savaitę. Sumažėjimo dalis, tenkanti daug geriantiems (vyrai, vartojantys daugiau nei 400 g alkoholio per savaitę, ir moterys,

vartojančios daugiau kaip 280 g per savaitę), būtų dar didesnė – 25 g per savaitę – negu vartojantiems saikingai (vyrai, vartojantys iki 168 g alkoholio per savaitę, moterys – iki 112 g per savaitę) – pastariesiems tenkantis sumažėjimas – 4 g per savaitę. Apskaičiuota, kad Anglioje (51 mln. gyventojų) metinis mirčių skaičius per pirmus metus sumažėtų 232, o per 10 metų – 1681. Hospitalizacijų skaičius pirmais metais sumažėtų apytiksliai 10 100, o visas poveikis išryškėtų po 10 metų – būtų išvengta po 50 800 hospitalizacijų kasmet. Tyrimas atskleidžia, kad 10 proc. padidinus kainas per dešimtmetį 65 000 sumažėtų kriminalinių nusikalstamumą skaičius, o dėl to būtų sustaupyta 70 milijonų svarų sterlingų (80 mln. eurų pagal 2009 m. rugpjūčio valiutos kursą) tiesioginių išlaidų per metus. Apskaičiuota, kad panaši intervencija darbovietėse per 10 metų 12 800 sumažintų bedarbių ir 310 000 – nedarbingumo dienų skaičių.

Šio kainų padidinimo bendra vertė būtų 7,8 mlrd. svarų sterlingų (8,9 mlrd. eurų), nurašomų⁸ per modeliuojamus 10 metų. Apskaičiuotos vertės pirmaisiais metais paskirstymas apima santaupas dėl nacionalinės sveikatos sistemos paslaugų (NHS) – 43 mln. svarų sterlingų (49 mln. eurų), dėl pagerėjusios sveikatos kokybiškų gyvenimo metų (QALY)⁹ – 119 mln. svarų sterlingų (136 mln. eurų)), sumažėjusias sąnaudas dėl nusikalstamumo – 70 mln. svarų sterlingų (80 mln. eurų), QALY vertę, įgytą sumažėjus nusikalstamumui – 98 mln. svarų sterlingų (112 mln. eurų) ir sumažėjusias bedarbystės išmokas – 330 mln. svarų sterlingų (376 mln. eurų). Tiesioginės skirtinės tipų išgeriančiųjų išlaidos labai skiriasi. Bendras skaičius yra 33 svarų sterlingų (38 eurų) per metus skaičiuojant vienam geriančiam, nuo maždaug po 116 svarų sterlingų (132 eurų) kasmet smarkiai geriantiems iki 17 svarų sterlingų (19 eurų) saikingai geriantiems.

ES finansavo ne vieną sąnaudų efektyvumo projektą (žr. 4 priedą)

Rekomendacijos politikai ir praktikai

Jau sukaupta pakankamai sisteminių apžvalgų ir metaanalizių, kurios įrodo, kad politikos priemonės, reguliuojančios alkoholio pardavimo aplinką (ypač alkoholio kainą ir jo prieinamumą), veiksmingai mažina alkoholio daromą žalą. Įgyvendinamos teisinės priemonės, skirtos sumažinti vairavimą išgėrus, ir intervencijos, skirtos rizikos grupei prilausantiems geriantiems, taip pat veiksminges. Kita vertus, žinoma, kad mokykloje vykdomos švietimo programos nemažina alkoholio daromos žalos, tačiau visuomenės informavimo ir švietimo programos gerina informuotumą, atkreipia politiką ir visuomenės dėmesį bei skatina įtraukti šias temas į darbotvarkę. Aukštesnė alkoholio kaina ir mažesnis prieinamumas sąnaudų atsiperkamumo prasme yra ypač veiksminges žalos mažinimo intervencijos. Alkoholio reklamos draudimas, vairavimo išgėrus atvejus mažinančių priemonių paplitimas ir individualių intervencijų sutelkimas į rizikingai vartojančiuosius taip pat yra veiksmingi sąnaudų atžvilgiu. Šalyse, kuriose suvartojoama gana daug neregistruoto alkoholio, apmokestinamo alkoholio dalies padidinimas bendrame suvartojoime gali būti veiksmingesnė kainodaros priemonė nei paprastas mokesčių padidinimas.

Atsižvelgiant į tai, kad ekonominė nauda gerokai viršija sąnaudas, dar likę šios srities klausimai turėtų telktis diskusijoje apie lygybę ir teisingumą, bet nebe apie naudą ir veiksmingumą. Pažymėtina, kad žmonės, išgyvenantys didesnę socialinę atskirtį dėl pajamų, išsimokslinimo arba socialinio kapitalo stokos, patiria daugiau žalos suvartodami tą patį alkoholio kiekį nei išgyvenantys mažesnę atskirtį. Suomijoje 2000 m. pradžioje sumažėjus alkoholio kainoms, vartojimas vienam gyventojui padidėjo 10 proc., savo ruožtu padidindamas bendrą alkoholio sąlygotą vyrių mirtingumą 16 proc., moterų – 31 proc. (Herttua, Makela & Martikainen, 2008). Tarp 30–59 metų amžiaus žmonių bendro su alkoholio vartojimu susijusio mirtingumo padidėjimas, išreikštasis absolūciais skaičiais, buvo didžiausias tarp bedarbių bei anksti į pensiją pasitraukusių, išgijusių žemesnį išsimokslinimą, žemesnės socialinės padėties, mažesnes pajamas gaunantį

⁸ Analizuojant sąnaudos mažintos po 3,5 proc. per metus remiantis Anglijos sveikatos praktikos departamento standartais, kas reiškia, kad ateityje vertė yra mažesnė nei dabar.

⁹ QALY ir DALY panašūs ligų naštą atspindintys rodikliai.

asmenų. Dirbančiųjų ir vyresnių nei 35 metų grupėje per dvejus metus nuo kainos pokyčio didesnio alkoholio vartojimo sąlygoto mirtingumo nenustatyta. Taigi analogiško poveikio galima tikėtis padidinus mokesčius: alkoholio vartojimo sąlygoto mirtingumo sumažėjimas bus didesnis didesnės atskirties grupėje. Alkoholio kontrolės politikos įgyvendinimas daugelyje ES šalių dažnai yra grįžimas prie ankstesnės politikos, kurios buvo atsisakyta pastaruosius 2–3 dešimtmecius įgyvendinant dereguliaciją. Koordinuotai įgyvendinant nuoseklias politikos programas atskleis šiame ir kituose skyriuose aptartų modelių mechanizmas, atsiras galimybės juos tobulinti.

Šaltiniai

- Anderson P, Baumberg B (2006). *Alcohol in Europe. A public health perspective*. London, Institute of Alcohol Studies.
- Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*, 373:2234–2246.
- Anderson P, Amaral-Sabadini MB, Baumberg B et al. (2011). Communicating alcohol narratives: Creating a healthier relation with alcohol. *Journal of Health Communication*, 16(S2):27–36.
- Babor TF, Caetano R, Casswell S et al. (2010). *Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy*, 2nd ed. Oxford, Oxford University Press.
- Hertua K, Mäkelä P, Martikainen P (2008). 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*, 168(10):1110–1118.
- Purshouse R, Brennan A, Latimer N et al. (2009). *Modelling to assess the effectiveness and cost-effectiveness of public health related strategies and interventions to reduce alcohol attributable harm in England using the Sheffield Alcohol Policy Model version 2.0*. Report to the NICE Public Health Programme Development Group. Sheffield, University of Sheffield, School of Health and Related Research (ScHARR).
- WHO (2012). WHO-CHOICE [web site]. Geneva, World Health Organization ([http://www.who.int/ choice/en/](http://www.who.int/choice/en/), accessed 23 February 2012).
- WHO Regional Office for Europe (2009a). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe.
- WHO Regional Office for Europe (2009b). *Handbook for action to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe.
- WHO Regional Office for Europe (2010). *European status report on alcohol and health 2010*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/128065/e94533.pdf, accessed 14 February 2012).

Bendra įrodymų bazė ir stebėsenai

Jacek Moskalewicz

Įžanga

Sukaupti įrodymai atskleidžia, kad nacionalinės alkoholio politikos egzistavimas savaime menkai veikia alkoholio sąlygotą naštą. Karlsson ir Osterberg (2007) išanalizavę septynių politikos priemonių poveikį alkoholio vartojimui nustatė, kad tik 2,5 proc. viso poveikio priskirtina nacionalinės programos arba veiksmų plano egzistavimui, tuo tarpu mokesčių politikos poveikis sudaro 40 proc., alkoholio pardavimą ribojančių politikos priemonių – 30 proc. Viena iš galimų nacionalinių programų santykinio neveiksmingumo priežasčių yra ta, kad rūpinantis valstybės arba privataus sektoriaus ekonominiais interesais jose nenurodyta naudoti veiksminges moksliniai įrodymais grindžiamas priemones (Gordon & Anderson, 2011).

Panašu, kad lemiamas veiksnys, sustiprinantis alkoholio politikos programų ir veiksmų planų poveikį, yra nuoseklaus jų įgyvendinimo ir veiksmingumo stebėsenai bei priežiūra (PSO Europos regioninis biuras, 2011a). Tačiau įgyvendinimo ir įvertinimo ataskaitos (jeigu jos apskritai yra) retai kada panaudojamos, jomis nedažnai remiamasi tobulinant ar rengiant vėlesnes programas ir planus. Dažniausiai nauja programa, kaip ir ankstesnės, tėra kompromisas tarp ekonominės ir sveikatos interesų.

Stebėsenos metodai ir jų trūkumai

Statistika

Panašu, kad sveikatos, ekonominės ir kitokios žalos statistika yra patikimiausias vertinimo metodas, taikomas jau daugelį dešimtmečių. Ją teikia įprastos valstybės institucijos, daugelio tarptautinių institucijų pastangomis surenkami sąlygiškai neblogai standartizuoti duomenys. Be to, kai kurios institucijos, išskaitant ir EK bei PSO, renka, išgryrina ir papildomai standartizuja kitų surinktus statistinius duomenis. Vis dėlto reikia pripažinti, kad, nepaisant didelio techninio patikimumo, statistiniai duomenys yra žmogaus veiklos rezultatas, tad dažnai gali būti šališki, priklausomi nuo tam tikros kultūrinės aplinkos.

Kaip registruoto vartojimo atitikmeniu dažnai naudojamasi alkoholio pardavimų statistika, tačiau ji dažnai rodo mažesnį nei realus suvartojimą, nes egzistuoja papildomi tiekimo šaltiniai. Jie gali būti teisėti (be mokesčių asmeniniam vartojimui įvežamų produktų kvotos, tam tikras daugelyje Europos šalių leistinas namuose pasigamintas kiekis arba ne gérinui skirto alkoholio įsigijimas asmeniniam vartojimui) arba neteisėti (išskaitant kontrabandą, užteršto etanolio pavertimą geriamu skysčiu pardavimui, teisėtos alkoholio pramonės reimportuotą ir be mokesčių įvežamą alkoholi). ES kartu su Norvegija, Šveicarija ir kandidatėmis į ES neregistruoto alkoholio dalis gali svyruoti nuo kelių procentų iki daugiau nei 35 proc. viso vartojimo (1 priedas).

Mirtingumo statistikai gali turėti poveikio ir tai, kiek išvystos medicininės alkoholio pasekmių gydymo paslaugos: kuo labiau specializuotas gydymas, tuo dažniau ir lengviau nustatomi alkoholio sąlygoti sutrikimai. Daugelyje šalių alkoholio sąlygotas diagnozes lydi stigma, todėl pasitaiko, kad gydytojai mirties liudijime nenoriai rašo alkoholinės kilmės kepenų cirozę arba ūmią abstinenciją. Paplitimo skirtumas įvairiais laikotarpiais gali labai smarkiai paveikti Tarptautinės ligų klasifikacijos (TLK) taikymo pokyčiai: pavyzdžiui, Lenkijoje pereinant nuo TLK-9 prie TLK-10 reikšmingai sumažėjo pirminių hospitalizacijų dėl alkoholinių psichozių skaičius, nes gydytojai ėmė naudotis naujuu patogiu kodu F10, be patikslinimo, apibūdinti asmenis, kuriems anksčiau nebuvo diagnozuota psichožė.

Apklausos

Tarptautinių institucijų atliekamų apklausų, ypač didelės apimties, duomenis gali paveikti nevienoda į kvietimą rinkti duomenis atsiliepiančių valstybės pareigūnų kompetencija šioje srityje. Kartais informacija nesuteikiama siekiant paslėpti alkoholio kontrolės politikos priemonių neveiksmingumą, kartais dalis pasiekimų perdedami pabrėžiant konkrečios priemonės arba atskaitančioje institucijoje dirbančio konkretaus asmens nuopelnus.

Didelės gyventojų apklausos taip pat nėra visai patikimas stebėsenos įrankis. Pagrindinė problema yra ta, kad apklausose Europoje atsakiusių dalis vis mažėja: dabar ji dažnai sudaro mažiau nei 50 proc. apklausiamujų, o dėl to menkėja galimybė remtis tokį apklausų rezultatais darant apibendrinimus dėl visų gyventojų. Yra įrodymų, kad neatsakiusieji į klausimus apie alkoholį dažniau yra abstinentai arba daug geriantys. Be to, kai kuriose kultūrose klausimai apie alkoholį gali būti suvokiami kaip stigmatizuojantys, todėl į juos atsakoma netiksliai, dažnai nurodant mažesnius vartojimo skaičius. Kita vertus, mokyklinės apklausos gali būti netikslios ir padidinimo, ir sumažinimo prasme, nes kai kurie jaunuolai yra linkę perdėti savo patyrimą – jų nuomone, šis prilygsta suaugusiems, iškaitant ir seksualinę patirtį, alkoholio ir narkotikų vartojimą.

Dideli sveikatos klausimynai, kuriuose apie alkoholį užduodami vos keli klausimai, taip pat turi rimtų trūkumų. Su alkoholiu susiję klausimai laikomi jautriais, todėl didelėse apklausose stengiamasi, kad į juos atsakyty pats respondentas, o dėl to didesnė klaidų tikimybė, nenuoseklių atsakymų arba apskritai neatsakyty klausimų skaičius. Negana to, remiantis vyraujančia visuomenės sveikatos paradigma, apklausose daugiau orientuojamas į geriančiuosius dažnai ignoruojant saikingai vartojančiuosius arba abstinentus.

Stebėsenos ištakliai Europoje (skyriaus „Bendra įrodymų bazė ir stebėsena“ dalis)

Kad būtų galima lyginti nacionalinių politikos priemonių stebėsenos vertinimus su vyraujančiomis tendencijomis ir pokyčiais kitose šalyse bei dalytis alkoholio kontrolės politikos patyrimu, būtina turėti bendrus rodiklius ir standartizuoti duomenų rinkimą. Europos duomenų bazės ir apklausos teikia atskaitos sistemą, pagal kurią sudaromi nacionaliniai renkamų duomenų ir rodiklių rinkiniai.

PSO Pasaulio alkoholio ir sveikatos informacijos sistema (GISAH) yra pirminis atskaitos įrankis vertinant sveikatos ir alkoholio vartojimo tendencijas, vykdant alkoholio sąlygotos žalos ir politikos priemonių stebėseną (PSO, 2012). Regioniniai sistemos padaliniai, tokie kaip Europos alkoholio ir sveikatos informacijos sistema (EISAH), prižiūrima PSO Europos regioninio biuro (PSO Europos regioninis biuras, 2011b), teikia informaciją apie konkretaus regiono rodiklius ir sudaro galimybę atlkti regionų palyginimus. Su alkoholiu susiję duomenys skirstomi į šešias pagrindines kategorijas: vartojimo lygmuo; vartojimo modeliai; žala ir pasekmės; ekonominiai aspektai; alkoholio kontrolės politika; prevencija, moksliniai tyrimai ir gydymas. Pavyzdžiui, alkoholio sąlygotos žalos ir pasekmių kategorijoje teikiama alkoholio sąlygoto sergamumo ir mirtingumo dėl ligų statistika ir pagal amžių standartizuoti mirtingumo rodikliai, įvairių sveikatos būklų, eismo įvykių ir smurto DALY rodikliai. Dar tik kuriama EISAH turės ir įrankius, leidžiančius palyginti riziką.

PSO alkoholio ir sveikatos informacijos sistema atnaujinama pagal šalių narių atliekamas apklausas. Papildomi duomenų šaltiniai apima ligų naštos projektą, nacionalinius tyrimus ir apklausas. Alkoholio vartojimo skaičiai nustatomi pagal oficialius šalių narių pateiktus duomenis apie registruotą suaugusiųjų vartojimą, tenkantį vienam gyventojui, ir papildomi Jungtinių Tautų Maisto ir žemės ūkio organizacijos ekonominiai rodikliai vertinimais. Surinkti duomenys naudojami ne tik elektroninėms duomenų bazėms atnaujinti, bet ir padėties ataskaitoms, pavyzdžiui, *European status report on alcohol and health* (Europos

pranešime apie alkoholį ir sveikatą) (PSO Europos regioninis biuras, 2010) prie šalies profilio pridėta informacija apie svarbiausius rodiklius.

Pastaraisiais metais sustiprėjo bendradarbiavimas tarp EK ir PSO tobulinant duomenų rinkimą ir sveikatos informacijos sistemas, ypač nuo 2007 m. vykdant alkoholio vartojo, alkoholio sąlygotos žalos ir alkoholio kontrolės politikos tendencijų stebėseną visoje ES. Vykdomas ne tik reguliarios PSO alkoholio ir sveikatos klausimams skirtos apklausos, bet ir visoms ES šalims narėms siunčiami papildomi klausimynai bei klausimai. Surinkti duomenys pateikiami internetinėje PSO prižiūrimoje Europos Sajungos alkoholio ir sveikatos informacijos sistemoje (EUSAH), kurioje galima pateikti specifines užklausas apie ES šalis nares (Europos Komisija, 2011). Kitame skyriuje pateikiama informacija apie Europos Sajungos ataskaitą apie alkoholio vartojo, pasekmes sveikatai ir politiką (*EU status report on alcohol consumption, health outcomes and policies*), surinkta 2011 m. pagal bendrą EK ir Europos regioninio biuro apklausą.

Siekdama pagerinti palyginamų duomenų apie sveikatą, su sveikata susijusį elgesį, ligas ir sveikatos sistemas kaupimą EK parengė Europos bendrijos sveikatos rodiklius (ECHI) – šiuo metu pagrindinių rodiklių yra 40, juos pakankamai lengva palyginti, dėl jų apibrėžčių ir duomenų rinkimo yra susitarta visoje ES (Europos Komisija, 2012a). Vienas iš rodiklių – bendras alkoholio suvartojimas, priskiriamas svarbiausiems sveikatos determinantams ir apskaičiuojamas kaip gryno suvartoto alkoholio kiekis, tenkantis vienam 15 m. amžiaus ir vyresniams gyventojui. Informaciją teikia PSO.

EK renka duomenis apie gyventojų vartojamą alkoholio kiekį naudodamasi Eurostato atliekama Europos sveikatos apklausa (European Health Interview Survey-EHIS) (EHIS, 2011). Pradedant 2014 m., EHIS apklausa bus atliekamas kas penkerius metus visose ES šalyse. Apklausoje yra tam tikras skaičius klausimų apie tai, kaip dažnai ir kiek vartoja alkoholio, bet joje neklausiamā apie sveikatos ir kitas žalingas pasekmes.

Šiuo metu iš visų ES mastu vykdomų apklausų tik Eurobarometro apklausose renkama informacija apie suaugusiuų vartojo modelius. Eurobarometras iš esmės yra būdas išsiaiškinti visuomenės nuomonę. Šios apklausos vykdomos visose ES šalyse tiesioginio interviu forma su apytiksliai 600–1500 reprezentatyvios grupės vyresniais nei 15 m. respondentais (Europos Komisija, 2012b). Su alkoholiu susiję duomenys rinkti Eurobarometro apklausose *ad hoc* 2006 m. ir 2009 m.¹⁰

Alkoholio vartojo, tarp paauglių visoje Europoje stebimas dviejųose tyrimuose. Mokyklinio amžiaus vaikų sveikatos elgesio tyrimas (HBSC) bendradarbiaujant su PSO kas 4 metus atliekamas praktiškai visose ES šalyse. HSBC respondentų amžius – 11, 13 ir 15 metų (HBSC, 2002)¹¹. Kitas tyrimas – ESPAD – yra Europos Tarybos, EK ir Švedijos Vyriausybės finansuojamas tarptautinių moksliinių tyrimų komandų bendradarbiavimo projektas. ESPAD dalyvauja praktiškai visos ES šalys, tyrimas atliekamas kas ketverius metus, ESPAD respondentai – 15–16 m. moksleiviai (Hibell et al., 2009)¹². Standartizuotai atliekamose HBSC ir ESPAD apklausose surenkami palyginami duomenis – pagal juos galima vertinti laikotarpį tendencijas ir lyginti šalis. Abi apklausos, sudarytos iš kiek skirtinį klausimų, leidžia įvertinti viso gyvenimo alkoholio vartojo, vartojo dažnį apklausos metu, vartojo iki pasigérimo. ESPAD suteikia informacijos apie bendrą suvartoto alkoholio kiekį, rizikos suvokimą ir patiriamos žalos vertinimą.

Kartu su nacionalinėmis gyventojų apklausomis ESPAD yra pagrindinis informacijos šaltinis Europos narkotikų ir priklausomybės stebėsenos centro (EMCDDA) ataskaitoms, kurios apima ir alkoholio bei nelegalių narkotikų, dažniausiai kelių, vartojo. Šie duomenys naudojami metinėms ataskaitoms apie narkotikų problemas Europoje ir ataskaitose apie specifines problemas. Atskiros ataskaitos pavyzdys galėtų

¹⁰ Pavyzdžiai: *Požiūriai į alkoholį*, speciali Eurobarometro apklausa 272b/2007, ir *ES piliečių požiūriai į alkoholį*, speciali Eurobarometro apklausa 331/2010. Klausimai apie alkoholį buvo itraukti ir į kitas apklausas, pavyzdžiu, *Saugumas kelyje*, Flash Eurobarometer 301/2010 ir *Jaunimo požiūris į narkotikus*, Flash Eurobarometer 330/2011 (Europos Komisija, 2012b).

¹¹ 2009–2010 m. apklausos rezultatų dar nėra.

¹² 2011 m. apklausos rezultatų dar nėra.

būti ataskaita apie Narkotikų vartojimą ir susijusias problemas tarp itin jaunų (jaunesnių nei 15 m.) gyventojų (*Drug use and related problems among very young people* (EMCDDA, 2007).

Apklausų metodų skirtumus ir palyginamų duomenų apie alkoholio vartojimo modelius stoką, trukdančią lyginti šalių informaciją ir išsiaiskinti tikrąjį alkoholio vartojimo ES padėtį, mėginta įveikti įgyvendinant ES finansuotą Su alkoholiu susijusiu problemų įvertinimo standartizavimo projektą (Standardizing Measurement of Alcohol Related Troubles (SMART) (SMART, 2012). Pagal šį projektą sugretinus ir įvertinus nacionalinius gérimo įpročių apklausų instrumentus buvo sukurtas naujas klausimynas, išmègintas 10-yje šalių su 2000 respondentų. Klausimynas buvo tinkamas įvairių gérimo kultūrų kontekste, vieno tiesioginio interviu trukmę buvo ne ilgesnė kaip 15–20 min. (Moskalewicz & Sieroslawski, 2010). Tokiu būdu įgyvendinant projektą parengta standartizuota palyginama tarp šalių apklausos metodologija, kurią sudaro apklausos instrumentas, naudojimo instrukcija ir nurodymai, kaip apskaičiuoti per metus suvartojamą alkoholio kiekį, epizodinio girtavimo, alkoholio priklausomybės atvejus, alkoholio sąlygotą žalą geriančiajam ir tretiesiems asmenims. Apklausos instrumentas išverstas į 11 kalbų.

Siekdama pagerinti ES strategijoje numatyto tikslą – padėti šalims narėms mažinti alkoholio sąlygotą žalą (Europos Komisija, 2006) – įgyvendinimo stebėseną, EK įsteigė Alkoholio duomenų rinkimo, rodiklių ir apibrėžčių komitetą, kuris įgaliotas pagal turimus palyginamų duomenų šaltinius nustatyti bendrus rodiklius, taikytinus šalių viduje ir ES mastu (Europos Komisija, 2012c). Komitetas nustatė 3 pagrindinius rodiklius, rekomenduojamus alkoholio vartojimo ir susijusios žalos stebėsenai:

- *Suvartojamas kiekis*, matuojamas bendru (registruotu ir neregistruotu) metiniu gryno alkoholio kiekiu, tenkančiu vienam gyventojui (15 m. amžiaus ir vyresniems).
- *Vartojimo modelis*, matuojamas žalingu gérimu, apibrėžiamu kaip 60 g gryno alkoholio suvartojimas vienu kartu per mėnesį arba dažniau per pastaruosius 12 mėnesių.
- *Alkoholio sąlygota žala sveikatai*, matuojama dėl alkoholio prarastais metais, atskirai įvertinant létinės ir ūmias būkles.

Informacijos šaltinis, pagal kurį nustatomas suvartojamo alkoholio kiekis – PSO alkoholio informacijos sistema. Informacijos apie žalingą alkoholio vartojimą šaltinis (remiantis pačių respondentų nuomone) bus EHIS. Dėl alkoholio prarastų metų skaičiavimai bus atliekami vertinant Eurostato kaupiamą mirtingumo statistiką.

Keturi jaunimo alkoholio vartojimo tendencijų vertinimo rodikliai, pasirinktini iš ESPAD klausimyno:

- *Alkoholio prieinumas „ne vartojimo vietoje“*, matuojamas pagal alkoholio pirkimo per pastarąsias 30 dienų dažnį.
- *Alkoholio prieinumas „vartojimo vietose“*, matuojamas pagal alkoholio vartojimo įstaigose, kuriose geriama, dažnį per pastarąsias 30 dienų.
- *Išgertuvės*, apibrėžiamos kaip penkios ir daugiau vienu kartu suvartotų porcių bent kartą arba daugiau kartų per pastarąsias 30 dienų.¹³
- *Alkoholio vartojimo paplitimas*, matuojamas procentu paauglių, kurie nurodo pasigérę per pastaruosius 12 mėnesių.

trys alkoholio sąlygotos žalos suaugusiems stebėjimo rodikliai pagal Eurostato kaupiamus hospitalizacijų ir mirtingumo duomenis:

- *Alkoholio sąlygotų létinių fizinių sutrikimų paplitimas*, matuojamas kaip hospitalizacijų dėl alkoholinės kepenų cirozės (TLK-10 kodas K70) ir pankreatito (TLK -10 kodas K85-87) rodikliai – kaiip alkoholio sąlygotų ligų atitinkmuo.
- *Alkoholio sąlygotų létinių psichikos sutrikimų paplitimas*, matuojamas kaip hospitalizacijų rodiklis.
- *Alkoholio sąlygotų sutrikimų mirtingumo rodikliai*.

¹³ ESPAD instrumente porcija apibrėžiama apytiksliai kaip taurė/butelis/skardinė alaus (25–33 cl taurė/butelis/skardinė sidro (25–33 cl), alkoholinių kokteilių butelis (27 cl), taurė vyno (10–12,5 cl), taurė stipraus gérimo (4 cl).

Rekomendacijos politikai ir praktikai

Siekiant sustiprinti bendrą žinių bazę, pastaraisiais metais visoje Europoje reikšmingai pagausėjo ir patobulėjo duomenų apie alkoholio vartojimą ir jo sąlygotą žalą kaupimas, įskaitant ES, PSO ir OECD iniciatyvas. Tai rodo didėjančią su alkoholio vartojimu susijusios rizikos asmeniui ir visuomenei, sveikatai ir gerovei bei ekonominiam vystymuisi pripažinimą. Tarptautiniu mastu renkant duomenis galima jų sanklotą, nes dalis jų gaunami iš tų pačių pirminėjų šaltinių. Kita vertus, tie patys duomenys gali būti pateikti šiek tiek kita forma, nes pirminės užklausos formuliuotės gali būti skirtingos. Siekiant geresnio duomenų palyginamumo, sinergijos ir sumažinti naštą nacionalinės informacijos teikejams, būtina labiau koordinuoti šiuos procesus tarptautiniu lygmeniu. Ypač svarbu sutarti dėl vienodų svarbiausių rodiklių apibrėžčių bei jų pateikimo būdų, įskaitant alkoholio vartojimo duomenis, gyvybinę pasekmių sveikatai, ekonominės ir socialinės žalos nuostolių statistiką.

Pastaraisiais dešimtmečiais beveik visose ES šalyse ir visose ES mastu apklausų alkoholio tema pagausėjo. Dažniausiai šių apklausų rezultatai tarpusavyje nepalyginami, nes apklausos atliktos nestandardiniai metodais. Išimtis – dvi mokyklose vykdomos apklausos (HBSC ir ESPAD), visose šalyse atliekamos pagal tą pačią metodiką. Tiesa, vis dar nepavyksta išvengti tikslinės amžiaus grupės ir elgesio, įskaitant ir paauglių gérimą, vertinimo duomenų sanklotos. Norint pagerinti palyginamumą, būtina geriau koordinuoti apklausų vykdymą ir sumažinti jų sąnaudas, kad šalims netektų tenkintis tik tomis, kuriose jos išgali dalyvauti finansiškai.

Dabartinė padėtis, kai ištekliai eikvojami šimtams nacionalinių menkai tarptautiniu lygmeniu palyginamų apklausų, nėra veiksminga sąnaudų prasme, ji neleidžia objektyviai įvertinti, kaip siekiama bendro ES strategijoje numatyto tikslų – padėti šalims narėms mažinti alkoholio sąlygotą žalą. Bendrų instrumentų, pavyzdžiui, SMART projekte sukurto klausimyno, diegimas galėtų tapti svarbiu metodologiniu poslinkiu, leisiančiu ilgainiui sumažinti tiek nacionalinės, tiek tarptautinės stebėsenos sąnaudas. ES arba Europos masto vartojimo apklausa, leidžianti įvertinti atskaitinius palyginamus duomenis, būtų pirmas būtinis žingsnis, skatinantis šalis nares priimti bendrą metodologiją.

Didesnio palyginamumo privalumai nėra tik lengvesnis Europos strategijos arba veiksmų planų įgyvendinimo stebėjimas ir vertinimas, metodologinių šalių stebėsenos sistemų stiprinimas – disponuojant bendrais rodikliais ir palyginamais duomenimis galima plėtoti diskusiją apie skirtinguosius šalių ir politikos priemonių naudą ir galimybes, išvengti sunkiai išmatuojamų siekių ir tikslų, skatinti suartinti ir padaryti veiksmingesnę šalių narių vykdomą alkoholio kontrolę ir tokiu būdu sumažinti alkoholio daromą žalą.

Šaltiniai

European Commission (2011). European Union Information System on Alcohol and Health (EUSAH) [web site]. Brussels, European Commission, Directorate-General Health & Consumers (http://ec.europa.eu/health/alcohol/policy/index_en.htm, accessed 29 February 2012).

European Commission (2012a). European Community Health Indicators (ECHI) [web site]. Brussels, European Commission, Directorate-General Health & Consumers (http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/index_en.htm, accessed 29 February 2012).

European Commission (2012b). Eurobarometer surveys [web site]. Brussels, European Commission, Directorate-General Health & Consumers (http://ec.europa.eu/public_opinion/description_en.htm, accessed 29 February 2012).

European Commission (2012c). Alcohol-related indicators. Report on the work of the Committee on Alcohol Data, Indicators and Definitions [web site]. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/health/indicators/committees/index_en.htm, accessed 29 February 2012).

European Commission (2006). *Communication from the Commission of 24 October 2006. An EU strategy to support Member States in reducing alcohol-related harm*. Brussels, European Commission (COM(2006) 625 final).

- EHIS (2011). Glossary: European Health Interview Survey (EHIS). Brussels, European Commission (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:European_health_interview_survey_%28EHIS_%29, accessed 14 February 2012).
- EMCDDA (2007). *Drug use and related problems among very young people (under 15 years old)*. Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_44741_EN_TDSI07001ENC.pdf, accessed 29 February 2012) (Selected issue report).
- EMCDDA (2012). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [web site]. Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (<http://www.emcdda.europa.eu/>, accessed 29 February 2012).
- ESPAD (2011). European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs [web site]. Stockholm, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (<http://www.espad.org/>, accessed 29 February 2012).
- Gordon R, Anderson P (2011). Science and alcohol policy: a case study of the EU strategy on alcohol. *Addiction*, 106(Suppl. 1):55–66.
- HBSC (2002). Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study [web site]. St Andrews, Child and Adolescent Health Research Unit, University of St Andrews (<http://www.hbsc.org>, accessed 29 February 2012).
- Hibbel B, Guttormsson U, Ahlstrom S et al. (2009). *The 2007 ESPAD report. Substance use among students in 35 European countries*. Stockholm, CAN.
- Karlsson T, Österberg E (2007). Scaling alcohol control policies across Europe. *Drugs: Education, Prevention, Policy*, 14(6):499–511.
- Moskalewicz J, Sierosławski J (2010). *Drinking population surveys – guidance document for standardized approach. Final report prepared for the project Standardizing Measurement of Alcohol-Related Trouble – SMART*. Warsaw, Institute of Psychiatry and Neurology.
- SMART (2012). Standardizing measurement of alcohol-related troubles (project SMART) [web site]. Warsaw, Institute of Psychiatry and Neurology (<http://www.alcsmart.ipin.edu.pl/>, accessed 14 February 2012).
- WHO (2012). Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) [web site]. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/gho/alcohol/en/index.html>, accessed 29 February 2012).
- WHO Regional Office for Europe (2010). *European status report on alcohol and health 2010*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- WHO Regional Office for Europe (2011a). *European Alcohol Action Plan to Reduce Harmful Use of Alcohol 2012–2020*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- WHO Regional Office for Europe (2011b). European Information System on Alcohol and Health (EISAH) [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.who.int/gho/alcohol/en/index.html>, accessed 29 February 2012).

ES ataskaita apie alkoholio kontrolės visuomenės sveikatos politiką 2011 m.

Julie Brummer ir Lis Sevestre

Ivadas

Nuo 2007 m. EK ir PSO Europos regioninis biuras suvienijo jėgas rinkdami informaciją apie alkoholio vartojimo tendencijas, sveikatos rezultatus ir visuomenės sveikatos politikos strategijas, skirtas mažinti alkoholio daromą žalą. 2008 m. EK ir PSO pirmą kartą atliko bendrą alkoholio ir sveikatos tyrimą. Tokie bendri tyrimai mažina valstybių narių atskaitų teikimo naštą ir užtikrina nuoseklumą bei skirtinį šalių tam tikro laikotarpio duomenų palyginamumą.

Šiame skyriuje aprašyti antro bendro EK ir PSO tyrimo, atlikto 2011 m. gegužę, rezultatai. Už duomenų rinkimą buvo atsakingi PSO šalių narių atstovai ir nacionaliniai ES Alkoholio politikos ir veiksmų (CNAPA) komiteto atstovai (kai kuriai atvejais tas pats asmuo atlieka abu vaidmenis). Čia pateikiama informacija apibūdina padėtį 2010 m. gruodžio 31 d. (jei nenurodyta kitaip). Tyrimas apėmė visas ES valstybes nares, taip pat Norvegiją ir Šveicariją, Europos ekonominės erdvės nares, jos nuolat dalyvavo CNAPA posėdžiuose. Ataskaita apima 29 valstybes, nes duomenis pateikė visas Europos Sąjungos šalys ir Norvegija bei Šveicarija. Apklausa pateikta ir ES šalims kandidatėms, tačiau apie jas surinkti duomenys nepateikiami, išskyrus pagrindinius alkoholio vartojimą atspindinčius rodiklius (1 ir 2 priedai). Šių šalių alkoholio vartojimo ir sveikatos rodikliai šiame leidinyje pateikti atskirai (žr. skyrių „Alkoholio našta visuomenei“).

Politikos plėtojimas nacionaliniu lygmeniu

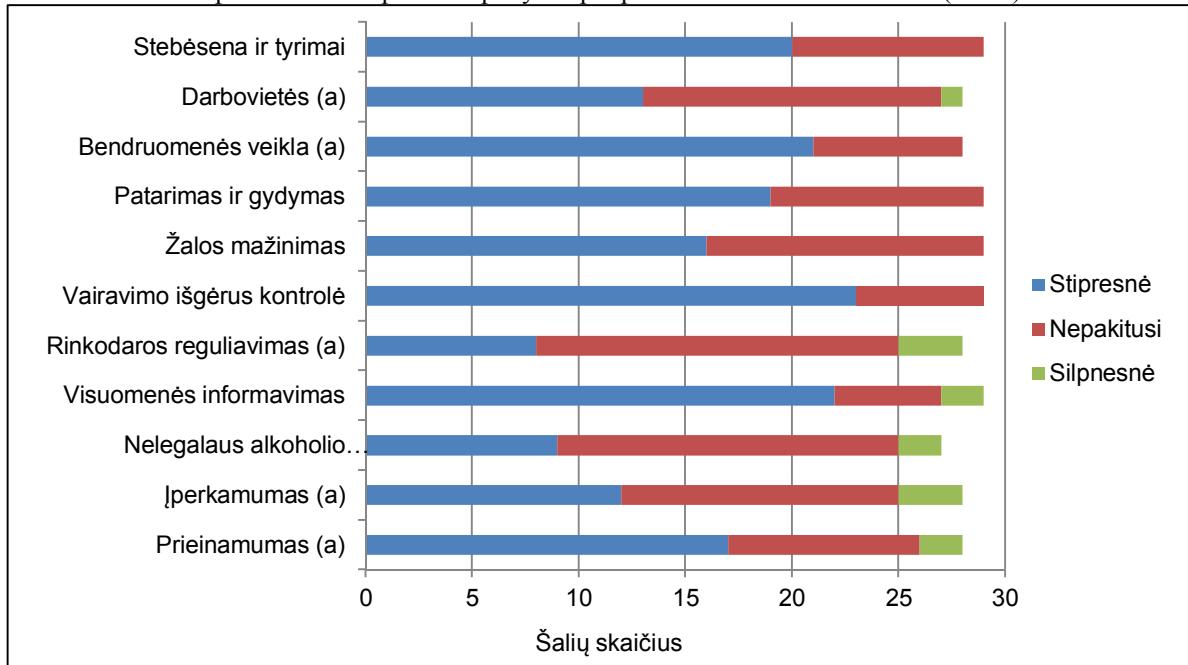
Keturios iš penkių šalių (23) nurodė, kad 2010 m. turėjo rašytinius dokumentus, skirtus nacionalinei alkoholio kontrolės politikai. Per laikotarpį, praėjusį nuo ankstesnio – 2008 m. tyrimo¹⁴, dar trys ES valstybės narės patvirtino nacionalinę alkoholio politiką. 2011 m. vienoje valstybėje narėje vyko nacionalinės alkoholio strategijos rengimo procesas.

Dauguma PSO apklausos respondentų nurodė, kad nuo 2006 m. (tai atskaitiniai metai pradėjus įgyvendinti ES strategiją remti valstybių narių pastangas mažinti alkoholio daromą žalą) atitinkami nacionalinės alkoholio politikos elementai per penkerius metus sustiprėjo (Europos Komisija, 2006). Respondentų buvo prašoma įvertinti politikos sritis pagal skalę nuo -3 (silpnesnės) iki +3 (stipresnės). Analizuojant atsakymai sugrupuoti į tris kategorijas – stipresnės, silpnesnės ir nepakitusios – ir apibendrinti 22 paveiksle.

23 šalys pranešė apie politikos sustiprėjimą vairavimo išgėrus kontrolės srityje. Kitos dvi sritys, kuriose nustatytos ryškiausios stiprėjimo tendencijos – tai visuomenės informavimas (22 šalys) ir bendruomenės veikla (21 šalis). Kontrolės politikos stiprinimo tendencijų požiūriu išimtis buvo rinkodaros reguliavimas – 17-oje šalių jis nepakito, o 3-oje susilpnėjo, ir alkoholio prieinamumas – jis nepakito 13-oje šalių, o 3-oje susilpnėjo.

¹⁴ Trūko Liuksemburgo ir Graikijos 2008–2009 m. apklausos duomenų.

22 pav. Alkoholio politikos pokyčiai per penkerius metus nuo 2006 m. (N=29)



^(a) Trūksta duomenų iš vienos šalies.

^(b) Trūksta duomenų iš dviejų šalių.

Nelegalaus alkoholio kontrolės politikos priemonės taip pat buvo alkoholio politikos vystymosi tendencijos išimtis. Nelegalus alkoholis – tai neteisėtai pagamintas arba kontrabandinis alkoholis, nelegali prekyba teisėtai namuose pagamintu (neoficialiai pagamintu) alkoholiu. Nuo 2006 m. šios srities politikos priemonės, kurių reikšmė įvairoje šalyse yra skirtina, daugiausia išliko nepakitusios.

2010 m. pabaigoje 26 šalys nurodė, kad jose galioja nacionalinės priemonės, užkardančios nelegalią alkoholinių gėrimų gamybą ir prekybą (13 lentelė). 11-oje iš 26 šalių (42%) tai buvo administracinės, o ne baudžiamosios priemonės. 15 šalių pranešė apie taikomas banderoles arba žymas „mokesčiai sumokėti“ (muito, akcizo) ant alkoholinių gėrimų pakuočių.

13 lentelė. Namuose arba neoficialiai pagaminto alkoholio nelegalios gamybos ir prekybos prevencija. 2010 m. pabaiga

| Priemonės ir jų taikymas | Šalių skaičius (N=29) |
|--|--------------------------|
| Namuose arba neoficialiai pagaminto alkoholio nelegalios gamybos ir prekybos prevencijos nacionalinės priemonės ^a | 26 |
| Baudžiamosios atsakomybės priemonės ^b : | |
| Įkalinimas | 6 |
| Baudos | 6 |
| Įkalinimas/baudos | 13 |
| Administracinės atsakomybės priemonės | 11 |

^a Trūksta duomenų iš vienos šalies.

^b Trūksta duomenų iš dviejų šalių.

Išsamios ataskaitos apie alkoholio padėtį šalyje buvo reguliarai skelbiamos daugiau nei pusėje šalių (17). Pristatomos informacijos spektras labai skyrėsi (15 lentelė)¹⁵.

Dažniausiai skelbiama informacija apie alkoholio sąlygotus eismo įvykius, žalą sveikatai ir politikos priemones. Vertinant gėrimo įpročius, nepilnamečių alkoholio vartojimas buvo stebimas dažniau nei

¹⁵ Atitinka lentelių originale numeraciją. Praleista 14-a lentelė.

suaugusiuju. Tačiau bent jau sporadiniuose nacionaliniuose tyrimuose surinktus duomenis apie nevartojančius bendoje populiacijoje (2 priedas) ir apie epizodiškai girtaujančius (nesaikingas gėrimas) suaugusius (3 priedas) pateikė 27 iš 29 šalių.

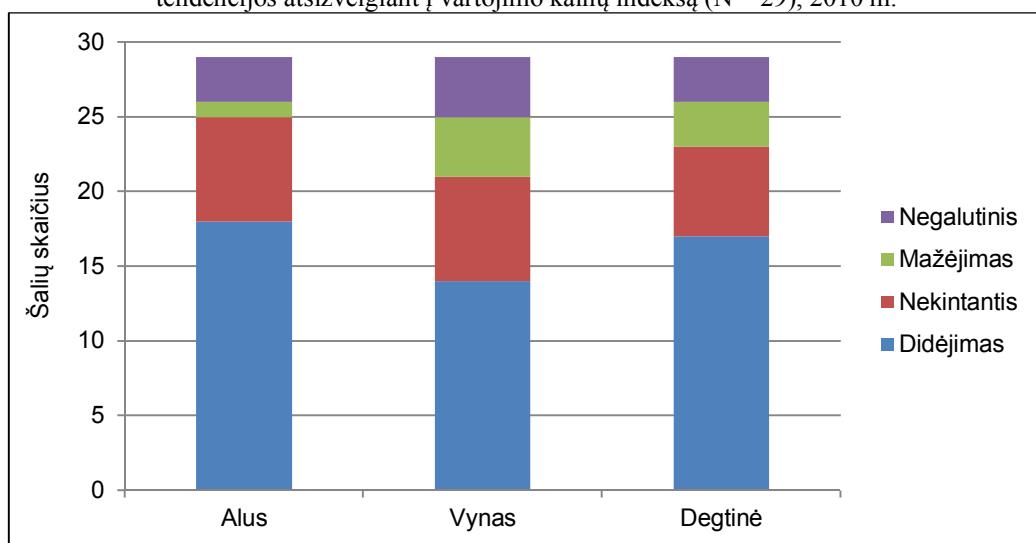
15 lentelė. Problemos aptariamos reguliariai skelbiamose ataskaitose apie alkoholį

| Problema | Šalių skaičius (N=17) |
|--|--------------------------|
| Nepilnamečių alkoholio vartojimas | 12 |
| Suaugusiuų alkoholio vartojimas | 6 |
| Ryšiai su socioekonominiais rodikliais | 10 |
| Geografinis alkoholio vartojimo paplitimas | 7 |
| Ryšys su kitų psichotropinių medžiagų vartoju | 5 |
| Visuomenė žinios apie alkoholį | 6 |
| Alkoholio vartojimas ir nėštumas | 4 |
| Trumpos intervencijos pirminėje sveikatos priežiūroje | 5 |
| Hospitalizavimo dėl alkoholio ir išrašymo iš ligoninės informacija | 11 |
| Alkoholio sąlygotos mirty | 10 |
| Vairavimas išgėrus ir alkoholio sąlygoti eismo įvykiai | 14 |
| Alkoholio sąlygota žala visuomenės saugumui ir nusikaltimai | 6 |
| Alkoholio sąlygotos žalos sąnaudos | 4 |
| Alkoholio įperkamumas | 6 |
| Alkoholio prieinamumaas | 7 |
| Politikos priemonės | 10 |

Kainų ir mokesčių priemonės

Daugumoje šalių atsižvelgiant į vartojimo kainų indeksą per penkerius metus, 2006–2010 m., nustatytas sąlyginis stiprių alkoholinių gėrimų (59%) ir alaus (62%), bet ne vyno (48%) kainos didėjimas (23 pav.). Nėra aišku, ar atsižvelgiant į pajamų pokyčius alkoholis tapo daugiau, ar mažiau įperkamas. Yra žinoma, kad 1966–2004 m. laikotarpiu alkoholis tapo labiau įperkamas visose ES valstybėse narėse, išskyrus Italiją (Rabinovich et al., 2009).

23 pav. Alaus, vyno ir stipriųjų gėrimų pastarųjų penkerių metų kainų tendencijos atsižvelgiant į vartojimo kainų indeksą (N = 29), 2010 m.



Visos šalys apmokestina alų ir stipriuosius gėrimus akcizo mokesčiu, bet aštuoniose šalyse vis dar nėra akcizo mokesčio vynui. Pridėtinės vertės mokesčis renkamas už visus alkoholinius gėrimus (išskaitant vyną)

visose šalyse, tačiau skirtingų gérimu tiek akcizo, tiek PVM dydis nevienodas. Alkoholinių gérimu akcizo mokesčis pagal infliaciją koreguojamas tik keturiose šalyse.

Kaip nurodyta 16 lentelėje, kitos įgyvendintos kainų politikos priemonės yra šios: papildomi mokesčiai konkretiems produktams (populiarieji alkoholiniai kokteiliai ir kiti paruošti gerti mišiniai) (Europos Komisija, 2009), reikalavimas nealkoholinius gérimus parduoti pigiau nei alkoholinius, draudimas teikti nuolaidas perkantiems didesnį kiekį, draudimas parduoti pigiau nei savikaina.

16 lentelė. Kainų ir mokesčių priemonės

| Kainų ir mokesčių priemonės | Šalių skaičius (N=29) |
|--|--------------------------|
| Akcizo mokesčis alkoholiniams gérimams | 29 |
| alui | 29 |
| vynui | 21 |
| stipriems gérimams | 29 |
| alkoholiniams gérimams priklausomai nuo infliacijos | 4 |
| PVM alkoholiniams gérimams | 29 |
| Minimalios kainos nustatymas | 0 |
| Draudimas parduoti pigiau nei savikaina | 1 |
| Draudimas daryti nuolaidas perkantiems didesnį kiekį | 2 |
| Papildomi mokesčiai tam tikriems produktams | 5 |
| Reikalavimas parduoti nealkoholinius gérimus pigiau nei alkoholinius | 5 |

Alkoholinių gérimu prieinamumas

Maždaug dviejuose trečdaliuose šalių norint prekiauti gérimais vartoti vietoje ar išsineštinai reikalaujama įsigyti alkoholio prekybos licenciją, bet 10-yje šalių jokios licencijos nereikia (17 lentelė). Suomijoje, Norvegijoje ir Švedijoje tam tikro didesnio stiprumo alkoholiniais gérimais prekiauja tik valstybės kontroliuojama monopolinė mažmeninės prekybos įmonė.

17 lentelė. Šalys, kuriose licencija būtina (N=29), 2010 m. pabaiga

| | Alus | Vynas | Stiprieji gérimai |
|---|-----------------|-----------------|----------------------|
| Licencija būtina: | | | |
| Pardavimams vartoti vietoje | 18 ^a | 19 ^a | 19 ^a |
| Mažmeninė prekyba (išsineštinai) | 16 ^a | 17 ^a | 18 ^a |
| Valstybinis mažmeninės prekybos monopolis (vartoti vietoje ir išsineštinai) | 3 | 3 | 3 |

^aNėra duomenų iš dviejų šalių.

Beveik visos šalys draudžia parduoti alkoholinius gérimus apsavausiems klientas, pusė ar daugiau šalių riboja pardavimo vietas arba prekybą konkrečių renginių metu. Tik trečdalyje ribojama alkoholinių gérimų prekyba degalinėse ir tik keliose galioja prekybos laiko arba prekybos vietų tankio apribojimai (18 lentelė).

18 lentelė. Šalys, kuriose ribojamas alkoholio pardavimas (pardavimo vartoti vietoje ir išsineštinai) (N=29), 2010 m. pabaigoje

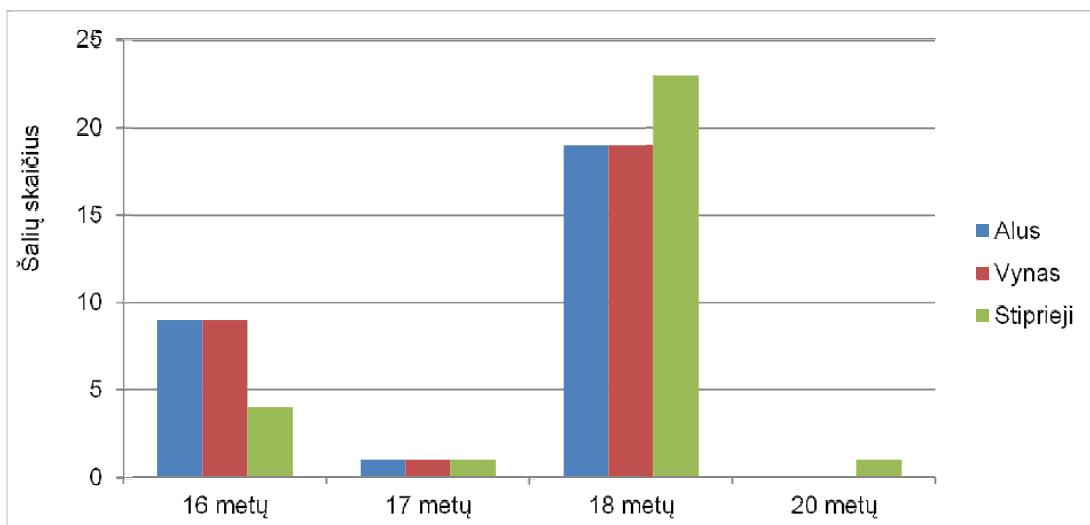
| Apribojimai | Pardavimas vartoti vietoje | | | Pardavimas išsineštinai | | |
|---------------------------|----------------------------|-------|----------------------|-------------------------|-------|----------------------|
| | Alus | Vynas | Stiprieji gérimai | Alus | Vynas | Stiprieji gérimai |
| Pardavimo laiko ribojimas | 9 | 9 | 9 | 11 | 11 | 13 |
| Pardavimo dienų ribojimas | 3 | 3 | 3 | 6 | 7 | 8 |

| Apribojimai | Pardavimas vartoti vietoje | | | Pardavimas išsineštinai | | |
|--|----------------------------|-------|-------------------|-------------------------|-------|-------------------|
| | Alus | Vynas | Stiprieji gėrimai | Alus | Vynas | Stiprieji gėrimai |
| Pardavimo vietų ribojimas | 15 | 15 | 15 | 16 | 16 | 17 |
| Pardavimo vietų tankio ribojimas | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 |
| Pardavimo tam tikruose renginiuose ribojimas | 20 | 21 | 21 | 20 | 21 | 22 |
| Draudimas parduoti alkoholiui apsuaigusiems | 25 | 25 | 25 | 11 | 11 | 12 |

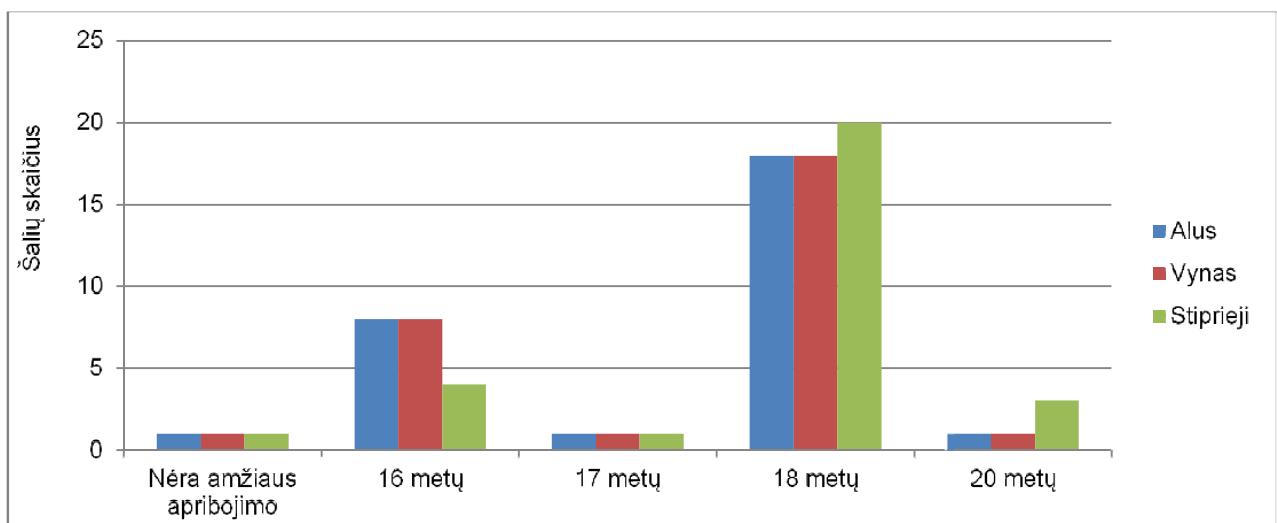
Visos šalys nustatė teisétą minimalų amžių, nuo kurio leidžiama įsigyti alkoholio vartoti pirkimo vietoje, ir visos šalys, išskyrus Italiją, nustatė minimalų alkoholio įsigijimo išsineštinai amžių.

Labiausiai paplitęs minimalus amžius yra 18 metų, jis taikomas stipriųjų gėrimų prekybai vartoti vietoje 23 šalyse, o alaus ir vyno preekybai vartoti vietoje – 19 šalių (24 pav.). Išsineštinės alkoholio prekybos (parduotuvėse) pirkėjų minimalus 18-os metų arba vyresnis amžius yra nustatyta: stipriųjų gėrimų – 21 šalyje, alaus ir vyno – 19 šalių (25 pav.). Kiekvienos šalies nustatytos konkrečių gėrimų pirkėjų amžiaus ribos pateikiamos 19 lentelėje (2010 m. pabaigos duomenys).

24 pav. Minimalus amžius įsigyti alaus, vyno ir stipriųjų gėrimų vartoti vietoje. Šalių skaičius (N=29), 2010 m. pabaiga



25 pav. Minimalus amžius įsigyti alaus, vyno ir stipriųjų gėrimų išsineštinai. Šalių skaičius (N=29), 2010 m. pabaiga



19 lentelė. Minimalus amžius įsigyti alaus, vyno ir stipriųjų gėrimų vartoti vietoje ir išsineštinai. 2010 m.
pabaiga

| Šalys | Prekyba vartoti vietoje | | | Prekyba išsineštinai | | |
|--------------------|-------------------------|-------|----------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| | Alus | Vynas | Stiprieji gėrimai | Alus | Vynas | Stiprieji gėrimai |
| Austrija | 16 | 16 | 16 | 16 | 16 | 16 |
| Belgija | 16 | 16 | 18 | 16 | 16 | 18 |
| Bulgarija | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 |
| Kipras | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 |
| Čekijos Respublika | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 |
| Danija | 18 | 18 | 18 | 16 | 16 | 16 ^a |
| Estija | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 |
| Suomija | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 20 |
| Prancūzija | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 |
| Graikija | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 |
| Vokietija | 16 | 16 | 18 | 16 | 16 | 18 |
| Vengrija | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 |
| Airija | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 |
| Italija | 16 | 16 | 16 | Amžius nenustatytas | Amžius nenustatytas | Amžius nenustatytas |
| Latvija | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 |
| Lietuva | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 |
| Liuksemburgas | 16 | 16 | 16 | 16 | 16 | 16 |
| Malta | 17 | 17 | 17 | 17 | 17 | 17 |
| Olandija | 16 | 16 | 18 | 16 | 16 | 18 |
| Norvegija | 18 | 18 | 20 | 18 | 18 | 20 |
| Lenkija | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 |
| Portugalija | 16 | 16 | 16 | 16 | 16 | 16 |
| Rumunija | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 |
| Slovakija | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 |
| Slovénija | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 |
| Ispanija | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 |
| Švedija | 18 | 18 | 18 | 20 | 20 | 20 |
| Šveicarija | 16 | 16 | 18 | 16 | 16 | 18 |
| Jungtinė Karalystė | 16 | 16 | 18 | 18 | 18 | 18 |

^a 2011 m. kovo 7 d. amžius, kada galima įsigyti alkoholio produktus, kurių stiprumas per 16,5 proc., padidintas iki 18 metų.

Kalbant apie amžiaus apribojimų vykdymą, respondentų buvo prašoma įvertinti jvairių galimų priemonių svarbą jų šalyse arba nurodyti, kuri minima priemonė netaikoma (20 lentelė). Policijos ar kitų valdžios įstaigų veikla įvertinta kaip svarbiausia priemonė, toliau ējo informacinės švietimo kampanijos, skirtos prekybininkams, aptarnaujančiam personalui, jaunimui.

20 lentelė. Priemonių, kurios padeda užtikrinti minimalaus įsigijimo amžiaus taisyklių laikymą, svarba. Šalių skaičius (N=29). 2010 m. pabaiga

| Priemonės | Labai svarbios | Vidutiniškai svarbios | Mažai svarbios | Nenaudojamos |
|--|-------------------|--------------------------|-------------------|--------------|
| Savanoriški padavėjų mokymai | 6 | 7 | 9 | 7 |
| Privalomi licencijai gauti padavėjų mokymai | 8 | 7 | 3 | 11 |
| Igyvendinimą prižiūri policija arba kitos institucijos | 17 | 10 | 2 | 0 |
| Vykdoma stebėsena per slaptus pirkėjus | 7 | 12 | 3 | 7 |
| Padavejams/pardavėjams skirtos sąmoningumo didinimo kampanijos | 10 | 6 | 7 | 6 |
| Jaunimui skirtos sąmoningumo didinimo kampanijos | 10 | 13 | 4 | 2 |

Privalomi arba savanoriški aptarnaujančio personalo mokymai siekiant gauti prekybos licenciją ir dalyvavimas slapto pirkėjo programose kontroliuojant, kaip laikomasi šių reikalavimų, įvertinti arba kaip mažai svarbūs, arba netaikomi. Tačiau 17 valstybių nurodė šalies mastu vykdomus aptarnaujančio personalo mokymo kursus, kuriuos dažniausiai savanoriškai organizuoja verslo arba prekybos asociacijos (21 lentelė).

21 lentelė. Šalių, organizuojančių aptarnaujančio personalo mokymus, skaičius, 2010 pabaiga

| Visoje šalyje vykdomi aptarnaujančio personalo mokymo kursai | Šalių skaičius (N=29) |
|---|----------------------------------|
| Organizuojami reguliariai | 17 |
| Organizuojami savanoriškai verslo ar prekybos asociacijų | 10 |
| Organizuojami prekybos/technikos/specialiųjų mokyklų | 5 |
| Organizuojami juos vykdančių agentūrų | 1 |
| Organizuojami kaip nacionalinės licencijų sistemos dalis | 5 |

Dar vienas tyriime nagrinėtas alkoholinių gėrimų prieinamumo aspektas – naujų alkoholinių gėrimų atsiradimas (22 lentelė). Spiritinių gėrimų pagrindu paruošti populiarūs alkoholiniai kokteilai ir paruošti gerti mišiniai jau pakankamai įsitvirtino rinkoje: apie juos pranešė du trečdaliai šalių. Mišiniai, pagaminti fermentuoto alkoholio pagrindu (gaivieji vyno gėrimai, aromatizuotas alus, aromatizuoti sidrai), parduodami trečdalyje arba pusėje šalių. Alkoholiniais energiniais gėrimai arba kitais daug kofeino turinčiais gėrimais prekiauti tik pradedama, jie parduodami mažiau nei trečdalyje šalių.

22 lentelė. Nauji alkoholiniai gėrimai

| Gėrimai | Šalių skaičius (N=29) |
|---|----------------------------------|
| Nauji alkoholinių gėrimų tipai: | 21 |
| spirituotų gėrimų pagrindu pagaminti mišiniai/popularūs kokteilai | 18 |
| popularūs kokteilai, pagaminti fermentuoto alkoholio pagrindu | 11 |
| gaivieji vyno gėrimai /vyno pagrindu pagaminti mišiniai | 12 |
| aromatizuoti/patrauklesnio skonio alūs | 16 |
| aromatizuoti/patrauklesnio skonio sidrai | 12 |
| alkoholiniai energiniai gėrimai | 8 |
| kiti daug kofeino turintys alkoholiniai gėrimai | 6 |
| alkoholiniai želė ir milteliai | 1 |

Alkoholinių gėrimų rinkodaros politika

Teisiškai įpareigojančius alkoholio reklamos reglamentus, apimančius visą šalį, nacionaliniu lygmeniu yra priėmusios 26 šalyse, subnacionaliniu lygiu – viena šalis. Tik dvi šalys pranešė, kad jų teisės aktuose nenustatyti jokie apribojantys reikalavimai. Iš viso 21 šalis turi teisiškai privalomus teisės aktus dėl prekių rodymo nacionaliniu (20) arba subnacionaliniu lygiu (1).

Rinkodaros, prekės ženklo talpinimo ir rėmimo apribojimai geriausiu atveju fragmentiški: dauguma šalių yra priėmusios dalinius teisinius apribojimus, dažniausiai dėl alkoholinių gėrimų reklamos transliacijos arba skelbimo spaudoje, tačiau daugelyje šalių nėra jokių rinkodaros informacijos priemonėmis apribojimų. Šioje apklausoje nebuvo renkama informacija apie alkoholio reklamos prieinamumą jaunimui, nors reklamos prieinamumas yra pagrindinis galimos žalos veiksny, kurį mėginama susilpninti apribojimais. Alkoholio reklama internete kol kas yra viena silpniausiai reguliuojamų sričių, nepaisant internetinės žiniasklaidos populiarumo tarp jaunimo ir socialinės žiniasklaidos įtakos elgesiui svarbos. 23–25 lentelėse apibendrinti šalių, taikančių reikalavimus dėl alkoholinių gėrimų reklamos ir prekių rodymo programose įvairiomis žiniasklaidos priemonėmis, skaičius, alaus, vyno ir spiritinių gėrimų reklamos apribojimai pateikti atskirai. Visiškas alkoholio reklamos draudimas dažniau taikomas transliuojamai nei spausdintinei žiniasklaidai, dažniau spiritinių alkoholinių gėrimų reklamai nei alaus ar vyno reklamai.

23 lentelė. Šalių, kuriose ribojama alaus reklama/produktų pristatymas, skaičius. 2010 m. pabaiga

| Žiniasklaidos priemonė | Visiškas draudimas | Dalinis išstatyme numatytas draudimas | Savanoriškai prisiimti ribojimai/savireguliacija | Neribojama |
|---|---------------------------|--|---|-------------------|
| <i>Reklama</i> | | | | |
| Visuomeninis transliuotojas/nacionalinis TV kanalas | 4 | 18 | 1 | 6 |
| Komerciniai/privatūs TV kanalai | 3 | 19 | 1 | 6 |
| Nacionalinės radijo stotys | 3 | 18 | 2 | 6 |
| Vietinės radijo stotys | 2 | 18 | 3 | 6 |
| Spausdinti žurnalai ir laikraščiai | 1 | 13 | 6 | 9 |
| Lauko reklama | 2 | 12 | 5 | 10 |
| Reklama prekybos vietoje | 1 | 10 | 5 | 13 |
| Kine | 3 | 12 | 4 | 10 |
| Internete | 1 | 10 | 6 | 12 |
| <i>Produktų pristatymas</i> | | | | |
| Visuomeninis transliuotojas/nacionalinis TV kanalas | 5 | 12 | 2 | 10 |
| Komerciniai/privatūs TV kanalai | 4 | 12 | 2 | 11 |

24 lentelė. Šalių, kuose ribojama vyno reklama/produktų pristatymas, skaičius. 2010 m. pabaiga

| Žiniasklaidos priemonė | Visiškas draudimas | Dalinis išstatyme numatytas draudimas | Savanoriškai prisiimti ribojimai/savireguliacija | Neribojama |
|---|---------------------------|--|---|-------------------|
| <i>Reklama</i> | | | | |
| Visuomeninis transliuotojas/nacionalinis TV kanalas | 5 | 19 | 0 | 5 |
| Komerciniai/privatūs TV kanalai | 4 | 20 | 0 | 5 |
| Nacionalinės radijo stotys | 4 | 19 | 1 | 5 |
| Vietinės radijo stotys | 3 | 19 | 2 | 5 |
| Spausdinti žurnalai ir laikraščiai | 2 | 13 | 5 | 9 |
| Lauko reklama | 3 | 12 | 4 | 10 |
| Reklama prekybos vietoje | 1 | 11 | 4 | 13 |
| Kine | 4 | 13 | 3 | 12 |
| Internete | 2 | 10 | 5 | 12 |
| <i>Produktų pristatymas</i> | | | | |
| Visuomeninis transliuotojas/nacionalinis TV kanalas | 5 | 14 | 1 | 9 |
| Komerciniai/privatūs TV kanalai | 4 | 14 | 1 | 10 |

Maždaug trys iš penkių šalių nurodė taikančios nacionalinius apribojimus alkoholio pramonės teikiamai paramai (labdarai) ir kai kurioms pardavimų skatinimo formoms. 26 lentelėje apibendrinti apribojimai, taikomi pramonės skiriamai paramai ir pardavimo skatinimui pagal gėrimų kategorijas. Net ir ten, kur apribojimai įdiegti, jie téra daliniai, griežčiau ribojama tik spiritinių gėrimų rinkodara. Nuo 11 iki 17 šalių, priklausomai nuo gėrimų rūšies ir kategorijos, rémimo /pardavimų skatinimo ribojimų netaiko.

25 lentelė. Šalių, kuriose ribojama stipriųjų gėrimų reklama/produktų pristatymas, skaičius. 2010 m. pabaiga

| Žiniasklaidos priemonė | Visiškas draudimas | Dalinis įstatyme numatytas draudimas | Savanoriškai prisiimti ribojimai/savireguliacija | Neribojama |
|---|---------------------------|---|---|-------------------|
| <i>Reklama</i> | | | | |
| Visuomeninis transliuotojas/nacionalinis TV kanalas | 10 | 15 | 1 | 3 |
| Komerciniai/privatūs TV kanalai | 9 | 16 | 1 | 3 |
| Nacionalinės radijo stotys | 8 | 16 | 2 | 3 |
| Vietinės radijo stotys | 7 | 16 | 3 | 3 |
| Spausdinti žurnalai ir laikraščiai | 4 | 10 | 6 | 9 |
| Lauko reklama | 7 | 7 | 5 | 10 |
| Reklama prekybos vietoje | 4 | 8 | 5 | 12 |
| Kine | 7 | 10 | 4 | 8 |
| Internete | 6 | 6 | 6 | 11 |
| <i>Produktų pristatymas</i> | | | | |
| Visuomeninis transliuotojas/nacionalinis TV kanalas | 6 | 13 | 2 | 8 |
| Komerciniai/privatūs TV kanalai | 5 | 13 | 2 | 9 |

26 lentelė. Šalys, ribojančios paramos skyrimą ir akcijas

| Parama ir akcijos | Visiškas draudimas | Dalinis įstatyme numatytas draudimas | Savanoriškai prisiimti ribojimai/savireguliacija | Neribojama |
|--|---------------------------|---|---|-------------------|
| <i>Alus</i> | | | | |
| Pramonės parama sporto renginiams | 3 | 9 | 5 | 12 |
| Pramonės parama jaunimo renginiams | 4 | 8 | 5 | 12 |
| Gamintojų pardavimo akcijos | 2 | 9 | 3 | 15 |
| Prekybininkų (įskaitant prekybos centrus) pardavimo akcijos | 3 | 8 | 2 | 16 |
| Barų ir aludžių savininkų pardavimo akcijos, kai alkoholis dalinamas nemokamai | 4 | 6 | 2 | 17 |
| <i>Vynas</i> | | | | |
| Pramonės parama sporto renginiams | 3 | 9 | 5 | 12 |
| Pramonės parama jaunimo renginiams | 4 | 8 | 5 | 12 |
| Gamintojų pardavimo akcijos | 3 | 8 | 3 | 15 |
| Prekybininkų (įskaitant prekybos centrus) pardavimo akcijos | 5 | 6 | 2 | 16 |
| Barų ir aludžių savininkų pardavimo akcijos, kai alkoholis dalinamas nemokamai | 4 | 6 | 2 | 17 |
| <i>Stiprieji gėrimai</i> | | | | |
| Pramonės parama sporto renginiams | 7 | 7 | 4 | 11 |
| Pramonės parama jaunimo renginiams | 7 | 6 | 3 | 12 |
| Gamintojų pardavimo akcijos | 6 | 7 | 3 | 13 |
| Prekybininkų (įskaitant prekybos centrus) pardavimo akcijos | 6 | 6 | 2 | 15 |
| Barų ir aludžių savininkų pardavimo akcijos, kai alkoholis dalinamas nemokamai | 5 | 6 | 2 | 16 |

Informacija ir švietimas

Tiriant švietimo ir informavimo priemones, kuriomis siekta mažinti alkoholio sąlygotą žalą, buvo vertintos pastaruosius trejus metus mokyklose vykdytos švietimo programos, nacionalinės informavimo kampanijos, alkoholinių gérimu taros arba alkoholio reklamos naudojimas informuoti apie alkoholio sukeliamą žalą. Dvidešimt šalių (69%) nurodė, kad jose vykdomos švietimo programos, skirtos alkoholio (arba apskritai priklausomybę sukeliančių medžiagų vartojimo) sąlygotai žalai, integruotos į bendras mokyklines programas, dažnai jos privalomos teisiškai. 15-oje šalių (27 lentelė) yra paskelbtos prevencijos ir alkoholio sąlygotos žalos mažinimo mokyklose nacionalinės rekomendacijos.

27 lentelė. Šalių, vykdančių prevencijos programas ir taikančių politikos priemones mokyklose, skaičius. 2010 m. pabaiga

| Švietimo ir politikos priemonės | Šalių skaičius (N=29) |
|--|--------------------------|
| Nacionalinės į bendrąjį švietimo programą integruotos prevencinės programos, kuriose dalyvauja mokytojai, mokiniai ir/arba tėvai | 20 |
| Teisinis įpareigojimas mokykloms vykdyti prevencines programas kaip dalį bendrosios švietimo/sveikatos politikos programos | 18 |
| Nacionalinės rekomendacijos, kaip vykdyti preveciją ir mokyklos aplinkoje sumazinti alkoholio sąlygotą žalą | 15 |

Tyrime analizuotos informavimo priemonės, vykdytos pastaruosius trejus metus. Kaip rodo 28 lentelė, visose šalyse vyko nacionalinės informavimo kampanijos, daugiausiai nukreiptos į jaunimo girtavimą (83% šalių), vairavimą išgėrus (93% šalių) ir, kiek mažiau, į alkoholio poveikį sveikatai (72% šalių).

28 lentelė. Šalių, kuriose pastaruosius trejus metus įgyvendintos sąmoningumą didinančios kampanijos, skaičius. 2010 m. pabaiga

| Veikla | Šalių skaičius (N=29) |
|---|--------------------------|
| Kokia nors nacionaliniu mastu vykdoma sąmoningumo didinimo priemonė | 29 |
| Veikla: | |
| Jaunimo vartojimas | 24 |
| Vairavimas išgėrus | 27 |
| Tautinės mažumos | 1 |
| Alkoholio poveikis sveikatai | 21 |
| Socialinė žala | 12 |
| Neteisėtas/surogatinis alkoholis | 1 |
| Alkoholis ir nėštumas | 14 |
| Alkoholis darbe | 10 |

Devyniose šalyse įvesti įstatymai, reikalaujantys, kad nacionaliniu mastu alkoholio reklama būtų su įspėjimais dėl sveikatos. Pavyzdžiu: „Dėmesio! Tai alkoholinis gamins. Alkoholis gali pakenkti jūsų sveikatai!“ (Estija), „Piktaudžiavimas alkoholiu yra žalingas sveikatai“ (Prancūzija) ir „Sveikatos ministerija įspėja, kad alkoholio vartojimas gali būti žalingas jūsų sveikatai!“ (Slovėnija).

Tačiau tik dvi šalys nurodė, kad jose galioja įstatymai, reikalaujantys, jog nacionaliniu mastu ant alkoholinių gérimu taros būtų dedami įspėjimai dėl sveikatos. Įspėjimas Portugalijoje – „Gerkite saikingai!“.

Veikla bendruomenėje

Visos, išskyrus dvi, šalys nurodė, kad jose vykdomi intervenciniai projektais bendruomenėje, kuriuose dalyvauja jaunimas, pilietiški visuomenės atstovai, nevyriausybinės organizacijos, valstybės ir savivaldos institucijos. Vienuolika šalių nurodė, kad jose priimtos nacionalinės rekomendacijos, kaip veiksmingai įgyvendinti alkoholio sąlygotos žalos mažinimo intervencijas bendruomenėje (29 lentelė).

29 lentelė. Šalių, kuriose į veiklą bendruomenėje įsitraukia visuomenė, skaičius

| Veikla | Šalių skaičius (N=29) |
|--|--------------------------|
| Nacionalinės rekomendacijos, kaip veiksmingai įgyvendinti alkoholio sąlygotos žalos mažinimo intervencijas bendruomenėje | 11 |
| Intervenciniai projektais bendruomenėje dalyvaujant įvairiomis suinteresuotoms šalims: | 27 |
| Nevyriausybinėms organizacijoms | 26 |
| Ekonomine veikla užsiimančioms organizacijos | 13 |
| Savivaldos institucijoms | 25 |
| Intervenciniai projektai bendruomenėje dalyvaujant jaunimui ir pilietiškai visuomenei | 25 |

Sveikatos apsaugos sektoriaus veikla

Tyrime veiklos bei prieinamumo aspektais nagrinėtos ir sveikatos priežiūros paslaugos. Maždaug trys ketvirtadaliai šalių (30 lentelė) nurodė, kad jose taikomos trumpos sveikatos skatinimo ir ligų prevencijos intervencijos, nėščiųjų, turinčių alkoholio vartojimo arba alkoholio sąlygotų problemų, ir girtaujančių šeimų vaikų konsultavimas.

30 lentelė. Šalių, kurių sveikatos priežiūros sistemoje teikiamos paslaugos ir intervencijos, skaičius

| Paslaugos | Šalių skaičius (N=29) |
|--|--------------------------|
| <i>Bendrosios sveikatos priežiūros sistemos priemonės</i> | |
| Trumpalaikės sveikatos stiprinimo ir ligų prevencijos intervencijos | 21 |
| Sveikatos specialistų mokymai, kaip taikyti sveikatos tikrinimus (screening) ir trumpalaikės intervencijas sprendžiant su alkoholiu susijusias problemas | 14 |
| Klinikinės trumpalaikių intervencijų taikymo rekomendacijos, kurias patvirtino bent viena sveikatos specialistų organizacija | 18 |
| <i>Nėštumo priežiūra</i> | |
| Nėščiųjų, kurioms nustatyti alkoholio vartojimo sutrikimai arba alkoholio sąlygotos problemos, konsultavimas | 21 |
| Prenatalinės paslaugos nėščiosioms, kurioms nustatyti alkoholio vartojimo sutrikimai arba alkoholio sąlygotos problemos | 15 |
| <i>Paslaugos vaikams ir šeimos nariams</i> | |
| Vaikų, augančių šeimose, kuriose yra alkoholio vartojimo problemų, konsultavimas | 22 |

Alkoholis ir darbo vieta

Buvu klausiamā apie alkoholio sālygotos žalos prevencijā darbo aplinkoje. Aštuoniolika šalių nurodė, kad darbo vietose vykdomos prevencijos arba konsultavimo programos, tačiau nacionalinės priemonių darbo vietoje rekomendacijos parengtos tik aštuonose šalyse. 10-yje šalių alkoholio ar narkotikų testavimas darbo vietoje reglamentuotas teisēs aktais.

Siekiant išvengti alkoholio sālygotos žalos darbo vietose, 11-oje valstybių šalies mastu aktyviai dalyvavo socialiniai partneriai, atstovaujantys darbdaviams ir darbuotojams (31 lentelė).

31 lentelė. Šalių, kuriose vykdomos prevencijos programos darbo vietoje, skaičius. 2010 m. pabaiga

| Paslaugos darbo vietoje ir įstatymai | Šalių skaičius (N=29) |
|--|--------------------------|
| Prevencijos arba konsultavimo programos darbo vietoje | 18 |
| Nacionalinės rekomendacijos, kaip darbo vietoje įgyvendinti prevencijos ir konsultavimo dėl alkoholio sukeltų problemų programas | 8 |
| Socialinių partnerių (darbdavių ir darbuotojų) įtraukimas į alkoholio sukeltos žalos prevencijos ir problemų sprendimo priemones | 11 |
| Įstatymai, reglamentuojantys alkoholio vartojimo testavimą darbo vietoje | 10 ^a |

^aTrūksta vienos šalies duomenų.

Aplinka be alkoholio

Dauguma šalių nurodė ribojančios alkoholinių gėrimų vartojimą viešose vietose, dažniausiai švietimo įstaigose, viešajame transporte, sporto renginiuose ir sveikatos priežiūros įstaigose. Pusė šalių draudė arba ribojo alkoholio vartojimą darbo vietoje, valstybės institucijoje ir viešose vietose lauke (parkuose, gatvėse ir t. t.) (32 lentelė).

32 lentelė. Šalių, kuriose ribojamas alkoholio vartojimas viešose vietose, skaičius (N=29). 2010 m. pabaiga

| Viešos vietos | Įstatymas, draudžiantis arba ribojantis | Savanoriškos sutartys/savireguliacija | Neribojama |
|--------------------------------|---|---------------------------------------|------------|
| Sveikatos priežiūros įstaigose | 16 | 6 | 7 |
| Švietimo sistemos pastatuose | 18 | 7 | 4 |
| Valstybės institucijose | 14 | 9 | 6 |
| Viešajame transporte | 17 | 6 | 6 |
| Parkuose, gatvėse ir kt. | 15 | 6 | 8 |
| Sporto renginiuose | 17 | 9 | 3 |
| Laisvalaikio renginiuose | 8 | 9 | 12 |
| Darbo vietoje | 14 | 12 | 3 |
| Kulto pastatuose ^a | 5 | 12 | 11 |

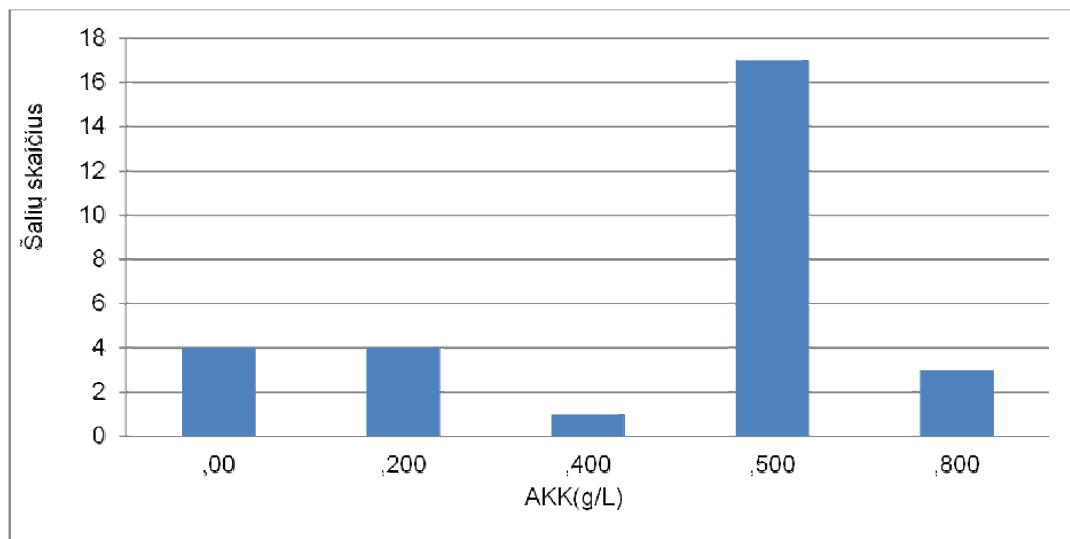
^aTrūksta vienos šalies duomenų.

Vairavimo išgėrus kontrolė

2010 m. pabaigoje visose, išskyrus tris, šalyse maksimali teisėta AKK visiems vairuotojams buvo 0,5 g/litre arba mažesnė, o keturiose šalyse reikalauta, kad alkoholio kraujyje nebūtų (26 pav.). 2011 m. pabaigoje Airija sumažino maksimalią teisėtą AKK nuo 0,8 g/litre iki 0,5 g/litre visiems vairuotojams. Taigi 0,8 g/litre AKK liko tik Maltoje ir Jungtinė Karalystėje (33 lentelė). 27 ir 28 pav. parodyta, kad 2010 m. pabaigoje žemesnis AKK lygmuo buvo nustatytas pradedantiems ir profesionaliems vairuotojams.

Įgyvendinant AKK plačiai taikoma iškvepiamo oro patikra alkoholio matuokliais. Bent pusėje šalių vykdomos atsitiktinių vairuotojų patikros, atliekamos mobilių policijos patrulių arba stacionariuose pakelės patikros punktuose (34 lentelė).

26 pav. Šalių, kuriose nustatytas tam tikras maksimalus teisėtas AKK visiems gyventojams, skaičius (N=29). 2010 m. pabaiga

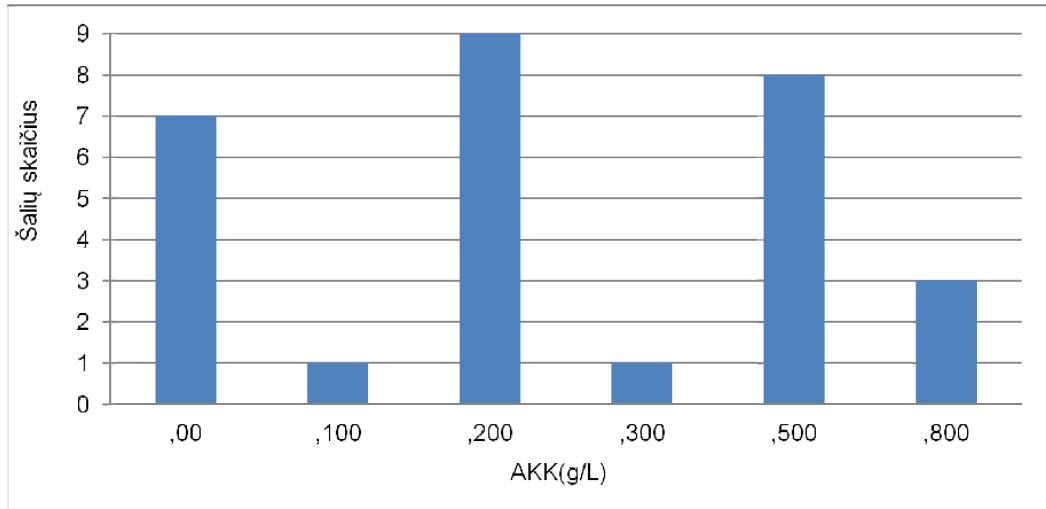


33 lentelė. Teisėtas AKK (g/l) Europos šalyse. 2010 m. pabaiga

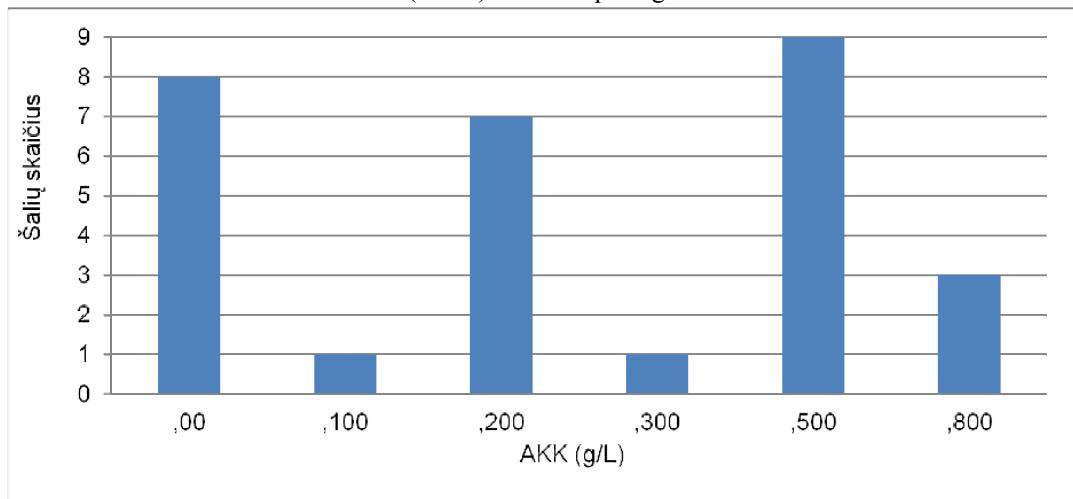
| Šalis | Visi gyventojai | Pradedantys vairuotojai | Profesionalūs vairuotojai |
|---------------------|-----------------|-------------------------|---------------------------|
| Austrija | ,05 | ,10 | ,10 |
| Belgija | ,05 | ,05 | ,05 |
| Bulgarija | ,05 | ,05 | ,05 |
| Kipras | ,05 | ,05 | ,05 |
| Čekijos Respublika | ,00 | ,00 | ,00 |
| Danija | ,05 | ,05 | ,05 |
| Estija | ,02 | ,02 | ,02 |
| Suomija | ,05 | ,05 | ,05 |
| Prancūzija | ,05 | ,05 | ,02 |
| Graikija | ,05 | ,02 | ,02 |
| Vokietija | ,05 | ,00 | ,00 |
| Vengrija | ,00 | ,00 | ,00 |
| Airija ^a | ,08 | ,08 | ,08 |
| Italija | ,05 | ,00 | ,00 |
| Latvija | ,05 | ,02 | ,05 |
| Lietuva | ,04 | ,02 | ,02 |
| Liuksemburgas | ,05 | ,02 | ,02 |
| Malta | ,08 | ,08 | ,08 |
| Nyderlandai | ,05 | ,02 | ,05 |
| Norvegija | ,02 | ,02 | ,00 |
| Lenkija | ,02 | ,02 | ,02 |
| Portugalija | ,05 | ,05 | ,05 |
| Rumunija | ,00 | ,00 | ,00 |
| Slovakija | ,00 | ,00 | ,00 |
| Slovėnija | ,05 | ,00 | ,00 |
| Ispanija | ,05 | ,03 | ,03 |
| Švedija | ,02 | ,02 | ,02 |
| Šveicarija | ,05 | ,05 | ,05 |
| Jungtinė Karalystė | ,08 | ,08 | ,08 |

Remiantis skale nuo 0 (neįgyvendinama) iki 10 (visiškai įgyvendinama), prašyta įvertinti, kiek sėkmingai nacionaliniu lygmeniu įgyvendinama maksimali teisėta AKK vairuotojams. Rezultatai apibendrinti 29 paveiksle. Viena šalis nurodė, kad įgyvendinimas yra 10-ies balų, 14 šalių – 8 arba 9 balų, o viena šalis nurodė minimalų įgyvendinimą – 4 balus.

27 pav. Šalių, kuriose nustaytas maksimalus teisėtas AKK pradedantiems vairuotojams, skaičius (N=29). 2010 m. pabaiga



28 pav. Šalių, kuriose nustaytas maksimalus teisėtas AKK preofesionaliems vairuotojams, skaičius (N=29). 2010 m. pabaiga



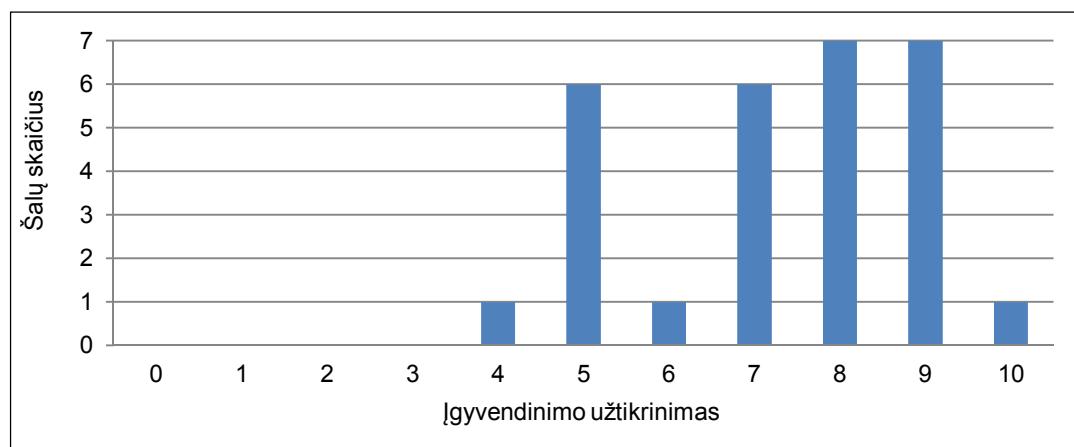
34 lentelė. Šalių, kuriose nustatyta maksimalus leistinas AKK, skaičius. 2010 m. pabaiga

| Priemonė | Šalių skaičius (N=29) |
|---|--------------------------|
| Atsitiktinė patikra alkoholio matuokliais stacionariuose pakelės punktuose | 16 |
| Atsitiktinė patikra alkoholio matuokliais, vykdoma mobilių policijos patrulių | 20 |
| Atrankinė patikra alkoholio matuokliais | 19 |
| Visų avarijas patyrusių vairuotojų patikra alkoholio matuokliais | 19 |
| Kraujo tyrimas atliekamas visiems vairuotojams, patyrusiems avariją | 10 |

Kaip nurodyta pirma, vairavimas išgérus – dažniausiai minima tema įvairiose nacionaliniu lygmeniu vykdomose sąmoningumo didinimo kampanijose per pastaruosius trejus metus. Kaip tikslines vairavimo išgérus prevencijos priemones 15 šalių nurodė taikančios nebe pirmą kartą sulaikejimams neblaiviems

vairuotojams privalomus kursus arba priverstinį gydymą. Apie alkoholio spynų (prietaisų, kurie neleidžia užvesti mašinos, kol vairuotojas nepapučia į alkoholio matuoklį) naudojimą pranešė septynios šalys, šios spynos dažniausiai taikomos komercinėse transporto priemonėse arba pakartotinai nusižengusiemis vairuotojams kaip bausmės (draudimo vairuoti) alternatyva, derinama su reabilitacija (35 lentelė).

29 pav. Teiseto AKK vairuotojams įgyvendinimo užtikrinimas nacionaliniu lygmeniu (skalė nuo 0 iki 10), šalių skaičius (N=29)



35 lentelė. Kitos vairavimo išgėrus prevencijos priemonės

| Prevencijos priemonės | Šalių skaičius (N=29) |
|---|--------------------------|
| Priverstinės mokymo/gydymo programos pakartotiniams pažeidėjams | 15 |
| Alkoholio spynų naudojimas: | 7 |
| pilotiniuose projektuose | 1 |
| derinant su reabilitacija kaip bausmės alternatyva | 4 |
| savanoriškai naudoja viešojo arba komercinio transporto įmonės | 5 |
| privalomai naudoja viešojo arba komercinio transporto įmonės | 2 |
| savanoriškai naudoja individualūs vairuotojai | 2 |

Šaltiniai

European Commission (2006). *Communication from the Commission of 24 October 2006. An EU strategy to support Member States in reducing alcohol-related harm.* Brussels, European Commission (COM(2006) 625 final).

European Commission (2011). *Excise duty tables. Part I – Alcoholic beverages.* Directorate-General for Taxation and Customs Union(Ref 1.033).

European Commission (2009). *First progress report on the implementation of the EU alcohol strategy. Annex 1: Development of alcohol policy and action in EU Member States 2006–2009.* Brussels, European Commission, Directorate-General for Health and Consumers.

Rabinovich L et al. (2009). *The affordability of alcohol beverages in the European Union: understanding the link between alcohol affordability, consumption and harms.* Cambridge, RAND Europe.

Išvados

Peter Anderson ir Lars Moller

Ši ataskaita parodo, kad Europa, mažindama didžiulę piliečiams užkrautą alkoholio salygotą sveikatos problemą naštą, vis dar susiduria su rimtais iššūkiais. Visoje ES vieno gyventojo suvartojo alkoholio kiekis (pagrindinis žalos rodiklis) per pirmąjį antrojo tūkstantmečio dešimtmetį nepasikeitė ir tebėra įstrigęs ties 12,5 litro gryno alkoholio per metus riba, skaičiuojant vienam suaugusiajam (15 metų ir vyresniams). Tai sudaro vidutiniškai apie 27 gramus gryno alkoholio – beveik tris porcijas gėrimo per dieną.

Alkoholis mažina asmeninį saugumą. Alkoholis yra svaigas, turintis įtakos visoms centrinės nervų sistemos struktūroms ir procesams. Sąveikaudamas su žmogaus asmeninėmis savybėmis, elgesiu ir sociokultūriniais lūkesčiais, alkoholis yra tyčinių ar netycinių susižalojimų ir žalos kitiems, išskaitant tarpasmeninį smurtą, savižudybes, žmogžudystes, musicalstamumą ir mirtis dėl vairavimo išgėrus priežastinis veiksny, taip pat vienas iš rizikingo seksualinio elgesio, lytiškai plintančių ligų ir ŽIV infekcijos priežastinių veiksniių.

Alkoholis kenkia sveikatai. Alkoholis yra stiprus teratogenas su įvairiomis neigiamomis pasekmėmis vaisiui, išskaitant mažą svorį gimstant, kognityvinių funkcijų sutrikimus ir vaisiaus alkoholinį sindromą. Alkoholis neurotoksiškai veikia besivystančias smegenis, paauglystėje sukelia struktūrinius hipokampo pokyčius, o vidutiniame amžiuje dėl jo poveikio mažėja smegenų tūris. Alkoholis – tai priklausomybė sukeliantis narkotikas, savybėmis ir poveikiu smegenims panašus į kitas tarptautiniu mastu kontroliuojamas medžiagas. Tai imunosupresantas, didinantis užkrečiamą ligą, išskaitant tuberkuliozę, infekcinį plaučių uždegimą, ŽIV/AIDS, riziką ir menkinantis veiksmingo gydymo galimybes.

Tarptautinės vėžio tyrimų agentūros klasifikacijoje alkoholiniai gėrimai ir juose esantis etanolis priskiriami kancerogenams: yra tiesinė priklausomybė tarp suvartotos dozės ir didėjančios burnos ertmės ir ryklės, stemplės, skrandžio, storosios žarnos, tiesiosios žarnos ir krūties vėžio rizikos. Alkoholis ypač kenkia širdies ir kraujagyslių sistemai, yra hipertenzijos, hemoraginio insulto, prieširdžių virpėjimo priežastis. Lėtinis gausus jo vartojimas didina išeminės širdies ligos ir insulto riziką. Nors negausus ir vidutinis vartojimas šią riziką mažina, tačiau bet koks apsauginis poveikis išnyksta bent kartą per mėnesį pasigérus. Reali absoluti rizika mirti dėl alkoholio salygotos priežasties tiesiogiai priklauso nuo bendro per gyvenimą suvartoto alkoholio kiekio: vartodamas 60 g alkoholio per dieną rizikuoja mirti vienas iš dešimties.

Alkoholis menkina žmogiškųjų kapitalą trukdydamas siekti išsilavinimo, didindamas nedarbo, absenteizmo ir prezenteizmo riziką. Išsilavinimo arba pajamų prasme labiausiai socialiai pažeidžiami asmenys vartodami tą patį alkoholio kiekį patiria daugiau alkoholio salygotos žalos, jiem yra didesnė tikimybė mirti nuo pavartoto tokio pat kiekio alkoholio salygotos būklės negu kitiems.

Nenuostabu, kad tarp 25–59 metų amžiaus gyventojų – dažnai tai būna jų produktyvumo viršūnė – alkoholis yra pats svarbiausias blogos sveikatos ir ankstyvos mirties rizikos veiksny pasaulyje, gerokai reikšmingesnis nei nesaugus seksas, tabako vartojimas ar diabetas. Nenuostabu, kad ES alkoholis yra vieno iš dešimties 15–64 metų amžiaus žmonių mirties priežastis.

Alkoholis kelia ne tik sveikatos problemų: jo poveikis ekonomikai ir darbo našumui taip pat ženklus. Ekonominio nuosmukio metu smarkiai išauga mirtingumas dėl dviejų priežasčių: savižudybių ir alkoholio vartojimo salygotų sutrikimų. Nedarbui ES padidėjus daugiau nei 3 proc., stulbinamai – net 28 proc. – išauga mirčių dėl alkoholio vartojimo salygotų sutrikimų skaičius. Nemažoje dalyje tyrimų apskaičiuota ekonominė alkoholio salygota našta visuomenei: šių tyrimų duomenimis, dėl alkoholio patiriamos nereikalingos išlaidos sudaro net 2–3 proc. BVP, arba daugiau nei 300 eurų vienam gyventoju per metus. Nuo pusės iki dviejų trečdalių šių socialinių sąnaudų lemia sumažėjės darbo našumas. Jeigu būtų

skaičiuojamos ne tik geriantiesiems, bet ir kitiems žmonėms tenkančios sąnaudos, suma greičiausiai padvigubėtų.

Akivaizdu, kad Europos Sajungoje būtina skubiai sumažinti alkoholio vartojimo sąlygomą naštą – siekiant ne tik pagerinti jos piliečių sveikatą ir gerovę, bet ir sustiprinti ES ekonomikos tvarumą ir produktyvumą.

Laimė, kaip nurodoma ir šiame leidinyje, yra daug priemonių, kurios daro poveikį ir yra ekonomiškai veiksmingos, kad to galima būtų pasiekti. Bendroje Pasaulio ekonomikos forumo ir PSO 2011 m. rugsėjo mėn. ataskaitoje Jungtinių Tautų aukšto lygio susitikime dėl neužkrečiamų ligų nurodyta, kad „geriausi pirkiniai“ tarp priemonių, kuriomis siekiama sumažinti pasaulinę neužkrečiamų ligų naštą, yra trys alkoholio vartojimą veikiančios priemonės – mokesčių didinimas, mažmeninio alkoholio prieinamumo mažinimas ir alkoholio reklamos draudimas (*Bloom et al.*, 2011; PSO ir Pasaulio ekonomikos forumas, 2011; PSO, 2011).

Šiame leidinyje atskleista, kad viena reikšmingiausių priemonių mažinti alkoholio sąlygotą žalą – alkoholio kainos padidinimas kitų prekių kainų ir gyventojų pajamų atžvilgiu. Gausybė tyrimų patvirtina, kad tai ypač veiksminga ir sąnaudų prasme apsimokanti priemonė. Kartais teigiama, kad kainos didinimas nesumažina vartojimo tarp nesaikingai geriančių, o saikingai geriantys finansiškai nukenčia nepagrįstai. Tačiau šiame leidinyje pateikti tyrimai rodo ką kita. Didesnė kaina reikšmingesnė gausiai geriantiems ir mažina visokeriopą alkoholio sąlygotą žalą. Mažiau vartojantiems alkoholis taip pat žalingas, taigi jeigu jie padidėjus kainai vartos dar mažiau, jiems tai taip pat bus į naudą. Žinoma, mokesčių didėjimas nebūtinai padidina kainą – į viešumą iškyla vis daugiau įrodymų, kokių mastu gamintojai ir mažmenininkai prisimina sau dalį padidintų mokesčių. Šią problemą galėtų padėti spręsti kita paminėta politikos priemonė: minimalios parduodamo alkoholio gramo kainos nustatymas. Kai kuriose Kanados provincijose ši priemonė taikoma daugelį metų ir mažina žalą. Prognostiniai modeliai pagrįsti tyrimai, atliki Jungtinėje Karalystėje (Anglijoje ir Škotijoje), nedviprasmiškai rodo, kad nustačius minimalią vieno alkoholio gramo kainą būtų gauta didelė nauda sveikatos ir ekonomikos požiūriu.

Ši ataskaita taip pat rodo, *kad alkoholio prieinamumas ir jo rinkodaros matomumas, išskaitant ir socialinę žiniasklaidą bei elektronines priemones, veikia alkoholio vartojimą ir alkoholio sąlygotos žalos apimtį*. Išvados dėl politikos akivaizdžios. Nauda sveikatai atsiranda sumažinus mažmeninės prekybos alkoholiu prieinamumą ir visų rūšių su alkoholiu susijusios komercinės komunikacijos apimtį.

Šiame leidinyje atskleidžiama, kad nors vis daugiau alkoholio vartojama ne *licencijuotose įstaigose*, tačiau tai, kaip alkoholis jose parduodamas, gali turėti poveikio alkoholio sąlygotos žalos apimčiai. Išskirtini du svarbūs aspektai: fizinis ir socialinis patalpos dizainas, kurį keičiant galima sumažinti girtumo atvejus, ir teisingos paskatos pardavėjams, esant reikalui sustiprintos teisinėmis priemonėmis, kurios padėtų vartoti mažiau rizikingai, nepasigeriant.

Priemonės *darbo vietoje* taip gali padėti sumažinti žalą. Alkoholio vartojimo sutrikimų ir priklausomybės nuo alkoholio rizika yra didesnė tose darbo vietose, kuriose stresas yra reikšmingas veiksny. Panašu, kad darbovietai, kuriose veikia alkoholio kontrolės ir sveikatingumo darbe programos, pavyksta sumažinti neigiamas alkoholio vartojimo sąlygotas pasekmes.

Vairavimo išgėrus kontrolės politikos priemonės yra aiškios ir įrodytos. Kuo mažesnė AKK kai dar leidžiama vairuoti, ir kuo griežčiau jos laikomasi bei tikrinama, tuo saugesni Europos keliai.

Nepriklausomai nuo to, kokios politikos priemonės ar programos įgyvendinamos, vis tiek atsiras žmonių, kurie nukentės padauginę alkoholio, bus ir priklausomų nuo alkoholio. Įrodyta, kad tokiais atvejais veiksmingos *trumpos konsultacijos*, skirtos rizikingai alkoholi vartojantiems asmenims, ir gydymo programos kenčiantiems dėl alkoholio vartojimo sutrikimų. Tačiau svarbiausia – kad šios veiksmingos

priemonės būtų išties taikomos: deja, didžiajai daugumai (net 90–95 proc.) asmenų, kuriems būtų reikalingos konsultacijos arba gydymas, jų net nėra pasiūloma. Tai tebėra svarbi sveikatos priežiūros sistemos problema.

Šiame leidinyje atskleista, kad yra tokų politikos priemonių, kurios, taikomos atskirai, yra visiškai neveiksmingos. Kartotinių tyrimų rezultatai rodo, kad *mokyklos programos* jaunimui nesumažina alkoholio sąlygotos žalos. Ir nenuostabu, nes jaunus žmones supa gausybė reklaminės komunikacijos, alkoholis yra prieinamas ir pigus, o tai ypač pavojinga, kai jaunuoliai jaučiasi esą atstumti. Tačiau daugiausia alkoholio sąlygotos žalos ir mirčių nustatyta tarp jų tėvų ir vidutinio amžiaus žmonių. Tai nereiškia, kad švietimas nėra svarbu, tačiau švietimas turi būti platesnės nuoseklios politikos dalis ir prisidėti prie veiksmingų priemonių įgyvendinimo.

Bendruomenės programos, atskirai paimtos, taip pat nėra veiksmingos. Tokios programos veiksmingos tik tada, kai jose taikomos įrodyto veiksmingumo priemonės, pavyzdžiu, vairavimo išgėrus arba prekybos teisėtumo kontrole. Vėlgi, tai nereiškia, kad bendruomenės įgyvendinamos priemonės nėra reikšmingos, tačiau vietinė politika duos rezultatų tik tada, jeigu remsis tokiomis programomis ir priemonėmis, kurių poveikis mažinant alkoholio sąlygotą žalą įrodytas.

Veiksminga politika turi būti nuosekli. Sąnaudų veiksmingumo analizė parodė, kad kombinuotos politikos priemonės labiau apsimoka nei atskirų priemonių įdiegimas. ECAS duomenys, pateikti skyriuje apie poveikio ir sąnaudų veiksmingumą, rodo, kad per ilgesnį laikotarpį nuosekli ir išsami alkoholio kontrolės politika užtikrina mažesnį alkoholio vartojimą šalies mastu.

Svarbiausia šios ataskaitos žinia – jei iš tiesų siekiama sumažinti alkoholio sąlygotą žalą, būtina įgyvendinti įrodyto veiksmingumo priemones. Taigi ko šalys yra pasiekusios šiuo požiūriu?

Alkoholio *kainos* aspektu dauguma PSO tyrimo respondentų (apibendrinti skyriuje apie 2011 m. PSO/EK alkoholio ir sveikatos tyrimą) nurodė, kad, atsižvelgiant į penkerių metų vartojimo kainų indeksą (2006–2010 m.), padidėjo spiritinių alkoholinių gėrimų (59%) ir alaus (62%), tačiau nedidėjo vyno (48%) kaina. Nėra žinoma, ar dėl pajamų pokyčių šiuo laikotarpiu alkoholis tapo daugiau, ar mažiau įperkamas. Yra žinoma, kad 1966–2004 m. alkoholis visose tirtose ES valstybėse narėse, išskyrus Italiją, kainos požiūriu tapo prieinamesnis.

Įvertinus *prieinamumo* aspektą, 10-yje šalių nereikalaujama alkoholio prekybos licencijos, tėra nedaug šalių, kurios riboja prekybos vietų tankį arba prekybos laiką. Tačiau visose šalyse nustatytas minimalus teisėto įsigijimo amžius įstaigose, kuriose vartojamas alkoholis (licencijuotos įstaigos), ir visose šalyse, išskyrus Italiją, nustatytas minimalus įsigijimo amžius mažmeninės prekybos vietose. Dažniausias minimalus teisėtas įsigijimo amžius – 18 metų.

Rinkodaros, produktų demonstravimo, rėmimo ribojimai buvo geriausiu atveju fragmentiški: daugumoje valstybių galioja daliniai teisiniai apribojimai, tačiau daug ir tokų šalių, kuriose rinkodara žiniasklaidoje visiškai neribojama. Šiuo metu nėra informacijos nei apie rinkodaros matomumą, nors tai – svarbiausias alkoholio sąlygotos žalos veiksnys, nei apie tai, kiek rinkodarai naudojama socialinė žiniasklaida, vertinama kaip didžiausią poveikį elgesiui daranti priemonė. Mažiau nei du trečdaliai šalių (62%) nurodė vykdantčios vietines prevencijos arba konsultavimo programas. Deja, nepateikta jokios informacijos apie tai, kokia darbuotojų dalis jose dalyvavo. Nors tyrimų duomenys rodo tik ribotą poveikį, 17 šalių (59%) nurodė reguliariai organizuojančios aptarnaujančio personalo mokymo kursus visoje šalyje.

Visos šalys, išskyrus dvi (Maltą ir Jungtinę Karalystę), nurodė, kad vairuotojams leistinas AKK yra 0,5 g litrui arba mažiau. Dvylikoje šalių (41%) profesionaliems vairuotojams leistinas AKK yra 0,5 g litrui arba

daugiau. Dvidešimt šalių (69%) pranešė apie specialių policijos patrulių vykdomus atsitiktinių vairuotojų patikrinimus alkoholio matuokliu, nors objektyvi tikrinimų apimtis nežinoma.

Priemonių sveikatos sistemoje aspektu 21 šalis (72%) nurodė, kad jose taikomos trumpalaikės sveikatos stiprinimo ir ligų prevencijos intervencijos, tiek pat šalių – kad vyksta alkoholio vartojimo sąlygotų sutrikimų arba problemų turinčių nėščiųjų konsultavimas. Tačiau, kaip minėta, didžiausia problema – tai, kad gydymo ir konsultavimo paslaugas gauna tik nedidelė jų reikalingų asmenų dalis (vos 5–10 proc.).

Dvidešimt valstybių (69%) nurodė visoje šalyje vykdančios švietimo programas mokyklose, visos šalys paminėjo vienokią arba kitokią per pastaruosius trejus metus vykdytą informacinę veiklą. Nors alkoholis yra kancerogenas, tik dvi šalys pranešė apie teisinį reikalavimą dėl privalomų sveikatos įspėjimų (ne itin veiksmingų) ant alkoholinių gėrimų taros. Visos, išskyrus dvi, šalys nurodė plėtojančios bendruomenių veiklą, į kurią įsitraukia daug įvairių interesų grupių.

Keturios iš penkių šalių (23) nurodė priėmusios nacionalinės alkoholio politikos dokumentą. Dauguma šalių nurodė, kad nuo 2006 m. per penkerius metus alkoholio politikos elementai sustiprėjo. 23 šalys pranešė apie sustiprintas vairavimo išgėrus kontrolės priemones, kitos dvi sritys, kuriose užregistruoti didžiausi pokyčiai stipréjimo kryptimi – visuomenės informavimas (22 šalys) ir bendruomenių veikla (21 šalis).

Dvi šios stipréjimo tendencijos išimtys – rinkodaros reguliavimas, 17-oje šalių nesikeitęs, o 3-oje susilpnėjęs, ir alkoholio prieinamumas, 13-oje šalių nesikeitęs, o 3-oje susilpnėjęs. Du penktadaliai (12) šalių reguliariai neskelbė išsamių alkoholio padėties šalyje ataskaitų.

Apibendrinant galima teigti, kad per pastaruosius penkerius metus sustiprintos politikos priemonės, pavyzdžiu, visuomenės informavimas ir bendruomenės veikla, nepatenka į PSO rekomenduojamų „geriausių pirkinių“ sąrašą, tuo tarpu dalis priemonių, kurių įtaka nedidėjo, pavyzdžiu, alkoholio prieinamumo ir rinkodaros kontrolė, patenka tarp PSO rekomenduojamų „geriausių pirkinių“. Vadinasi, per ateinančius metus dar yra galimių reikšmingai sumažinti alkoholio sąlygotą naštą žmogui ir visuomenei visoje ES.

Šaltiniai

Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E et al.(2011). *The global economic burden of non-communicable diseases*. Geneva, World Economic Forum.

WHO and World Economic Forum (2011). *From burden to “best buys”: reducing the economic impact of non-communicable diseases in low- and middle-income countries*. Geneva, World Economic Forum(http://www.who.int/nmh/publications/best_buys_summary.pdf, accessed 24 February 2012).

WHO (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva, World Health Organization(http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf, accessed 24 February 2012).

1 priedas

**Vienam suaugusiam tenkantis alkoholio vartojimas ES, šalyse kandidatėse,
Norvegijoje ir Šveicarijoje (2009)**

| Šalis | Bendras vartojimas (litrais) | Neregistruotas vartojimas (litrais) |
|---|---------------------------------|---|
| Austrija | 13,00 | 0,7 |
| Belgija | 12,00 | 1,0 |
| Bulgarija | 11,45 | 1,2 |
| Kroatija | 12,76 | 2,5 |
| Kipras | 9,53 | 1,0 |
| Čekijos Respublika | 1,,61 | 1,5 |
| Danija | 12,86 | 2,0 |
| Estija | 14,05 | 0,7 |
| Suomija | 12,27 | 2,3 |
| Prancūzija | 12,70 | 0,4 |
| Vokietija | 12,87 | 1,0 |
| Graikija | 10,55 | 1,8 |
| Vengrija | 14,15 | 2,5 |
| Grenlandija ^a | 7,93 | 0,4 |
| Airija | 12,87 | 1,0 |
| Italija | 9,59 | 2,4 |
| Latvija | Peržiūrimi duomenys | |
| Lietuva | 13,02 | 0,4 |
| Liuksemburgas | 12,76 | 1,0 |
| Buvusi Jugoslavijos Respublika Makedonija | 6,84 | 2,9 |
| Malta ^a | 8,01 | 0,4 |
| Juodkalnija | 13,02 | 4,7 |
| Olandija | 9,73 | 0,5 |
| Norvegija ^a | 8,30 | 1,6 |
| Lenkija | 13,60 | 3,0 |
| Portugalija | 13,43 | 2,0 |
| Rumunija ^b | 16,30 | 3,0 |
| Slovakija | 14,59 | 3,0 |
| Slovēnija | 15,31 | 3,0 |
| Ispanija | 13,07 | 1,4 |
| Švedija | 8,85 | 1,7 |
| Šveicarija | 10,76 | 0,5 |
| Turkija | 3,64 | 2,2 |
| Jungtinė Karalystė | 12,52 | 1,7 |
| ES | 12,45 | 1,6 |

^aSuaugusio gyventojo suvartojoamas alkoholio kiekis, prilygstantis 70 proc. ES vidurkio arba mažesnis.

^bSuaugusio gyventojo suvartojoamas alkoholio kiekis prilygstantis 130 proc. ES vidurkio arba didesnis.

2 priedas

Nevartojantieji alkoholio visą gyvenimą ES, šalyse kandidatėse, Norvegijoje ir Šveicarijoje pagal šalis ir lyti (2009)

| Šalis | Gyvenimo abstinentai vyrai (%) | Gyvenimo abstinentės moterys (%) |
|---|--------------------------------------|--|
| Austrija | 4,80 | 8,50 |
| Belgija | 3,40 | 12,50 |
| Bulgarija | 8,50 | 31,50 |
| Kroatija | 11,70 | 31,31 |
| Kipras | 6,40 | 13,70 |
| Čekija | 2,80 | 6,30 |
| Danija | 0,60 | 0,90 |
| Estija | 7,40 | 13,60 |
| Suomija | 3,30 | 10,50 |
| Prancūzija | 1,80 | 3,30 |
| Vokietija | 1,30 | 2,00 |
| Graikija | 6,70 | 21,00 |
| Vengrija | 3,60 | 9,40 |
| Islandija | 5,10 | 12,80 |
| Airija | 16,70 | 24,30 |
| Italija | 5,80 | 19,40 |
| Latvija | 5,70 | 13,80 |
| Lietuva | 4,30 | 16,60 |
| Liuksemburgas | 5,90 | 14,80 |
| Buvusi Jugoslavijos Respublika Makedonija | 29,46 | 51,50 |
| Malta | 6,20 | 14,60 |
| Juodkalnija | 11,70 | 31,31 |
| Nyderlandai | 6,10 | 16,70 |
| Norvegija | 2,30 | 4,10 |
| Lenkija | 6,80 | 20,90 |
| Portugalija | 18,60 | 32,00 |
| Rumunija | 6,50 | 19,10 |
| Slovakija | 7,40 | 7,10 |
| Slovénija | 3,70 | 8,90 |
| Ispanija | 9,50 | 24,70 |
| Švedija | 5,30 | 10,80 |
| Šveicarija | 7,30 | 20,60 |
| Turkija | 64,97 | 91,88 |
| Jungtinė Karalystė | 8,90 | 15,20 |
| Iš viso ES | 5,60 | 13,50 |

3 priedas

Epizodinio girtavimo paplitimas

| Šalis | Nacionaliniai epizodinio girtavimo tyrimai | Epizodinis vyru girtavimas (%) | Epizodinis moterų girtavimas (%) | Tyrimo metai | Pastabos ^a |
|---------------|--|--------------------------------|----------------------------------|--------------|---|
| Austrija | Taip | 42,00 | 26,00 | 2008 | epizodinis girtavimas apibrėžiamas kaip 60 ir daugiau gramų gryno alkoholio suvartojimas vyrams ir 40 bei daugiau gramų moterims bent kartą per praėjusį mėnesį |
| Belgija | Taip | 26,50 | 9,90 | 2009 | |
| Bulgarija | Taip | 43,90 | 23,20 | 2008 | |
| Kipras | Taip | 48,10 | 11,90 | 2009 | epizodinis girtavimas apibrėžiamas kaip šešios ar daugiau alkoholinių gérinių taurės per vieną kartą kas mėnesį arba dažniau |
| Čekija | Taip | 39,30 | 19,10 | 2007 | Epizodinis girtavimas apibrėžiamas kaip 80 ir daugiau gramų gryno alkoholio kartą per mėnesį arba dažniau |
| Danija | Taip | 38,50 | 19,20 | N/A | |
| Estija | Taip | 43,31 | 12,38 | 2010 | |
| Suomija | Taip | 43,00 | 15,00 | 2008 | Sunkus epizodinis girtavimas apibrėžiamas kaip 6 gérino porcijos kas mėnesi, t. y. 70 g. |
| Prancūzija | Taip | N/A | N/A* | 2010 | Duomenys neskirstomi pagal lyti; bendras nesaikingo girtavimo paplitimas 19,00% |
| Graikija | Taip | 50,00 | 33,00 | 2007 | Duomenys iš 16-mečių grupės; epizodinis girtavimas apibrėžiamas kaip 5 ar daugiau gérinių viena proga per pastarąsias 30 dienų |
| Vokietija | Taip | 38,30 | 13,20 | 2009 | epizodinis girtavimas apibrėžiamas kaip 5 ar daugiau bet kokio alkoholinio gérino viena proga bent kartą per mėnesį per pastaruosius 12 mėnesių (1 epizodinio gérino proga 70 g etanolio) |
| Vengrija | Taip | 17,40 | 3,70 | 2007 | epizodinis girtavimas apibrėžiamas kaip apsvaigimas (pasigérimas) nuo alkoholio per pastarąsias 30 dienų |
| Airija | Taip | 38,00 | 17,00 | 2007 | |
| Italija | Taip | 13,40 | 3,50 | 2011 | Apibendrinti duomenys >11 metų; epizodinis girtavimas apibrėžiamas kaip šešios arba daugiau gérino porcijų vienu kartu |
| Latvija | Taip | 36,00 | 20,60 | 2008 | epizodinis girtavimas apibrėžiamas kaip: vyru – 60 ir daugiau gryno alkoholio, moterų – 40 ir daugiau gryno alkoholio vienu kartu bent kartą per mėnesį arba dažniau |
| Lietuva | Ne | – | – | – | |
| Liuksemburgas | Taip | N/A | N/A | 2009 | |
| Malta | Taip | N/A | N/A | 2008 | 2008 epizodinis girtavimas apibrėžiamas kaip 48 g ir daugiau gryno alkoholio |

| Šalis | Nacionaliniai epizodinio girtavimo tyrimai | Epizodinis vyrų girtavimas (%) | Epizodinis moterų girtavimas (%) | Tyrimo metai | Pastabos ^a |
|-----------------------|---|---|---|-----------------|--|
| | | | | | suvartojimas vienu kartu |
| Nyderlandai | Taip | 44,00 | 20,00 | 2009 | Epizodinis girtavimas apibrėžiamas kaip šešios ar daugiau taurių alkoholio per vieną dieną bent kartą per pastaruosius šešis mėnesius |
| Norvegija | Taip | 25,00 | 10,20 | 2008 | Epizodinis girtavimas apibrėžiamas kaip 6 ar daugiau vienetų alkoholio (mažas buteliukas alaus, vyno taurė) viena proga dažniau nei kartą per mėnesį |
| Lenkija | Taip | 19,30 | 2,40 | 2008 | Epizodinis girtavimas apibrėžiamas kaip: vyrų – daugiau nei 10 litrų, moterų – 7,5 litro gryno 100% alkoholio per metus. |
| Portugalija | Taip | 12,20 | 2,70 | 2007 | Epizodinis girtavimas apibrėžiamas kaip 6 ir daugiau alkoholinių gėrimų vienu kartu dažniau nei kartą per mėnesį per pastaruosius 12 mėnesių |
| Rumunija | Taip | N/A | N/A | 2009 | Epizodinis girtavimas apibrėžiamas kaip 5 ar daugiau porcių gėrimo viena proga bent kartą per savaitę; duomenys neskirstomi pagal lyti; bendras epizodinio girtavimo paplitimas 39,00% |
| Slovakija | Ne | – | – | – | |
| Slovénija | Taip | 21,90 | 4,60 | 2007 | |
| Ispanija | Taip | 4,80 | 2,90 | 2009 | |
| Švedija | Taip | 35,30 | 16,50 | N/A | Epizodinis girtavimas apibrėžiamas kaip arba bent 1 butelis (75 cl) vyno, arba 5 taurelės (25 cl) stipriųjų gėrimų, arba 4 skardinės alaus ar sidro (>3,5%), arba 6 skardinės alaus (<3,5%) dažniau nei kartą per savaitę, kartą per savaitę ar 1–3 kartus per mėnesį per pastarąsias 30 dienų |
| Šveicarija | Taip | 15,90 | 6,30 | 2007 | Epizodinis girtavimas apibrėžiamas kaip: vyrų – 5 ir daugiau standartinių gėrimų (apie 60 g gryno alkoholio) vienu kartu bent kartą per mėnesį, kiekvieną mėnesį, moterų – 4 ar daugiau standartinių gėrimų (apie 48 g gryno alkoholio) vienu kartu bent kartą per mėnesį kas mėnesį. |
| Jungtinė Karalystė | Taip | 20,40 | 13,10 | 2009 | Epizodinis girtavimas apibrėžiamas kaip: vyrų – daugiau nei 8 porcijos, moterų – 6 porcijos per dieną, daugiausiai praėjusių savaitę. |

* N/A nėra duomenų.

^a Jei nenurodyta kitaip, epizodinis girtavimas apibrėžiamas kaip 60 ir daugiau gramų gryno alkoholio suvartojimas vienu kartu kas mėnesį arba dažniau per pastaruosius 12 mėnesių.

4 priedas

Pagrindiniai ES nuo 2006 m. finansuojamų ir kofinansuojamų projektų faktai ir išvados

Neregistruotas alkoholis

Tik dviejuose EK kofinansuotuose projektuose konkrečiai nagrinėjama neregistruoto alkoholio problema (Gordon & Anderson, 2011). Pagal SMART projektą rengiama apklausa, kurios vienas iš tikslų – įvertinti ir neregistruotą vartojimą. Nors klausimynas atrodo pakankamai aiškus, tačiau esama kliūčių, trukdančių tiksliai įvertinti neregistruoto vartojimo sąlygotas problemas: žmonės gali nežinoti, kad perka nelegalų alkoholį, gali vengti prisipažinti jį vartojet dėl to, kad toks elgesys neteisėtas ir stigmatizuotas (SMART projektas, 2012).

Pagal Alkoholio kontrolės priemonių visuomenės sveikatai tyrimų aljanso (AMPHORA) projektą buvo numatyta atskira priemonė – neregistruoto alkoholio cheminės sudėties analizė, toksikologinis jo vertinimas. Pirmajame projekto etape parengta mēginių ēmimo, analizės ir toksikologinio vertinimo metodologija (Lachenmeier et al., 2011a). Antrame etape metodika pritaikyta 115 neregistruoto alkoholio mēginių imčiai iš 16-os Europos šalių. Pagrindinė tyrimo išvada – vidutinė alkoholio koncentracija neregistruotuose gérimuose (47,8 proc.) didesnė nei registruotuose gérimuose. Pusėje mēginių ($n = 57$) nustatyta priimtina alkoholio kokybė. Likusiuose ($n = 58$) mēginiuose nustatyti rimti kokybės trūkumai: dažniausiai užterštumas etilkarbamatu ($n = 29$), taip pat per didelis vario ($n = 20$), mangano ($n = 16$) ir acetaldehido ($n = 12$) kiekis. Tyrimo išvadose nurodoma, kad taršos mastas visuomenės sveikatos požiūriu palyginti nereikšmingas, nes tik išskirtiniai atvejais vartojant neregistruotą alkoholių įmanoma pasiekti šią medžiagų toleruojamą paros dozė. Nustatyta, kad pagrindinė neregistruoto alkoholio sąlygota problema – pats etanolis, nes jo šiuose gérimuose yra daugiau, tuo tarpu jų kaina mažesnė, dėl to jo galimai suvartojama daugiau. Pagal AMPHORA projektą tirto neregistruoto alkoholio mēginio kaina sudarė maždaug 45 proc. registruoto alkoholio kainos (Lachenmeier et al., 2011b).

Sveikatos sektoriaus atsakas

Nuo 2006 m. EK rėmė kai kuriuos iš sveikatos sektoriaus veiksmus nukreiptus projektus (Gordon & Anderson, 2011), kurie padėtų mažinti alkoholio vartojimo sąlygotas problemas (4.1 lentelė). *Europos alkoholio priemonių pirmineje sveikatos priežiūroje* projektu, baigtu vykdyti 2009 m. siekta iš pirminės sveikatos priežiūros specialistų kasdienį klinikinį darbą integravoti sveikatos stiprinimo intervencijas, mažinančias pavojingą ir žalingą alkoholio vartojimą. Pagal projektą sukurta pirminės sveikatos priežiūros specialistų mokymo programa: parengtos klinikinės rekomendacijos dėl geros praktikos priemonių sveikatos paslaugų užsakovams ir teikėjams, parengta priemonė, padedanti įvertinti pirminės sveikatos priežiūros paslaugas, skirtas mažinti pavojingą ir žalingą gérimą.

AMPHORA – tai ketverių metų projektas (4 milijonų eurų biudžetas), kuriamė dalyvauja 33 partnerės organizacijos iš 14 Europos šalių, pradėtas 2009 m. AMPHORA renka žinias ir siekia pateikti naujus moksliinius įrodymus apie įvairių visuomenės sveikatos priemonių, skirtų mažinti alkoholio sąlygotą žalą, įskaitant ir trumpalaikės konsultacijų bei gydymo programas, poveikį. Projekte nagrinėjamas ir atotrūkis tarp alkoholio kontrolės intervencijų poreikio ir jų taikymo Europoje, kurioje šalių gydymo sistemos skiriasi ir kur stokojama palyginamų duomenų apie alkoholio vartojimo sutrikimų paplitimą.

4.1 lentelė. EK kofinansuoti ir finansuoti projektai

| Projekto pavadinimas ir internetinis puslapis | Pagrindinė veila |
|--|---|
| Europos pirminės sveikatos priežiūros projektas apie alkoholį <i>Primary Health Care European Project on Alcohol</i> (http://www.phepa.net) | <ul style="list-style-type: none"> • Klinikinių rekomendacijų ir mokymo priemonės trumpalaikėms intervencijoms sukūrimas. • Irankio, skirto įvertinti, kaip pirminės sveikatos pasalugos sprendžia žalingo alkoholio vartojimo problemas, sukūrimas |
| Alkoholio kontrolės priemonių visuomenės sveikatai tyrimų aljanso projektas AMPHORA (http://amphoraproject.net) | <ul style="list-style-type: none"> • Politikos priemonių vertinimo rekomendacijų parengimas • Planuotų ir neplanuotų socialinių alkoholio vartojimo veiksnių (determinantų) poveikio įvertinimas • Komercinės komunikacijos ir kainos bei prieinamumo politikos pokyčių poveikio įvertinimas • Trumpų patarimų ir gydymo programų poveikio įvertinimas • Išstatymų ir teisinėj reikalavimų dokumentavimas ir galiojančios alkoholio politikos poveikio vertinimas • Analizė, kaip visuomenė suvokia alkoholio vartojimo problemas |
| Sveikatos priežiūros intervencijų gerinimas <i>Optimizing Delivery of Health Care Interventions</i> (www.odhinproject.eu) | <ul style="list-style-type: none"> • Įrodymų apie tai, kaip pagerinti trumpalaikių intervencijų pirminėje sveikatos priežiūroje priimtinumą, taikymą ir palaikymą, identifikavimas • Tyrimų modeliavimas siekiant įvertinti, kaip skirtinges trumpalaikės intervencijos keičia alkoholio vartojimą, kokį poveikį daro sveikatos priežiūros sąnaudoms ir su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei • Atsitiktinės atrankos kontroliuojami tyrimai, skirti įvertinti, kaip įvairios skatinimo priemonės veikia trumpalaikių intervencijų taikymą įprastoje klinikinėje praktikoje • Įrodymų bazės apie ekonomiškai ir poveikiu veiksmingas trumpalaikės intervencijas ir įrankius, leidžiančius įvertinti jų taikymą praktikoje |

Sveikatos priežiūros intervencijų teikimo optimizavimo projektas – tai ketverių metų tyrimas, kuriame dalyvauja devynios Europos šalys. Tyrimas turėtų padėti geriau suprasti, kaip kasdienėje praktikoje tinkamiausiai pritaikyti klinikinių tyrimų rezultatus. Remiantis atvejų analize, pagal projektą bus nagrinėjamas trumpalaikių pirminės sveikatos priežiūros intervencijų, kurių tikslas – sumažinti pavojingą ir žalingą alkoholio vartojimą, taikymas ir nauda. Kelių sisteminių apžvalgų tikslas – išnagrinėti, kaip taikant įvairias elgesio, organizacines ir finansines strategijas keičiasi paslaugų teikėjo gyvenimo būdo intervencijų taikymas. Bus atnaujinta duomenų apie veiksnius, tiek padedančius, tiek trukdančius įgyvendinti trumpalaikės intervencijas, bazė. Po to bus atliktas etapinis kontroliuojamas atsitiktinai parinktu klasterių tyrimas siekiant įvertinti, kokios apimties poveikiu pasižymi kiekviena skirtinė sveikatos stiprinimo strategija.

Sužalojimų ir mirčių alkoholio salygotuose eismo įvykiuose mažinimas

ES rėmė projektus, skirtus alkoholio poveikiui eismo saugumui. Vienas didžiausių – *Vairavimo apsviaigus nuo narkotikų, alkoholio ir vaistų* (DRUID) projektas (DRUID, 2007). Remiantis vairuotojų apklausa kelyje, atlikta 13 šalių ir apėmusia beveik 50 000 atsitiktinai atrinktų vairuotojų, galima teigti, kad alkoholis ES tebėra vairuojant dažniausiai vartojama psichoaktyvioji medžiaga. Apskaičiuota, kad alkoholi vartojo 3,48 proc. vairuotojų, nelegalius narkotikus – 1,9 proc., narkotinius vaistus – 1,36 proc. Nustatyta, kad tų vairuotojų, kurių alkoholio testas teigiamas – nuo 0,5 iki 0,8 g litre, sunkaus sužalojimo arba mirties rizika yra 2–10 kartų didesnė nei blaivių vairuotojų. Be to, rizika auga eksponentiškai: alkoholio koncentraciją 1,2 g litre ir daugiau padidino riziką 20–200 palyginti su blaiviais vairuotojais. Nustatyta, kad rizika sukelti

avarijų vairuojant išgėrus yra tris kartus didesnė, jei kartu vartoja dar ir narkotikai. Projektas dar kartą patvirtino, kad tinkamai įgyvendinama AKK kontrolė, užtikrinanti, kad vairuotų tik visiškai blaivūs jauni vairuotojai, o likusiems galiočiai mažesnės nei 0,5 g litre AKK taisyklė, yra veiksminga priemonė mažinti vairavimą išgėrus.

Aplinka, kurioje geriama

Nuo 2006 m. ES rėmė projektus, skirtus sumažinti žalą aplinkoje, kurioje geriama (4.2 lentelė). Projektuose surinkti ir apibendrinti intervencijų veiksmingumo įrodymai, identifikuoti praktikų Europos aplinkoje pavyzdžiai, sukurtos priemonės, palengvinusios šios informacijos prieinamumą ir naudojimą, taip pat pradėtas Europos aplinkos, kurioje geriama, kontrolės įrodymų bazės stiprinimo procesas.

4.2 lentelė. EK finansuoti ir kofinansuoti projektais nuo 2006 m.

| Projekto pavadinimas ir internetinis puslapis | Pagrindinė veikla |
|--|--|
| Saugi alkoholio vartojimo aplinka <i>Focus on Alcohol Safe Environments (FASE)</i> (www.faseproject.eu) | <ul style="list-style-type: none">Atliko sisteminię tarptautinių alkoholio vartojimo aplinkos tyrimuose sukauptų įrodymų apžvalgą;Surinko Europos gérimo aplinkos intervencijų atvejus;Sukūrė rekomendacijas politikos kūrėjams. |
| Sveiko naktinio gyvenimo vadovas <i>Healthy Nightlife Toolbox (HNT)</i> (www.hnt-info.eu) | <p>Sukūrė internetinį įrankį su prieiga prie:</p> <ul style="list-style-type: none">Literatūros ir įvertintų gérimo aplinkoje taikytinų intervencijų aprašų;Ekspertų, dirbančių „naktinio gyvenimo“ prevencijos srityje Europoje;Vadovo prevencijos programose dirbantiems specialistams, kuris padeda parinkti ir įgyvendinti tinkamiausias prevencines intervencijas; |
| Alkoholio kontrolės priemonių visuomenės sveikatai tyrimų aljanso projektas <i>Alcohol Measures for Public Health Research Alliance (AMPHORA)</i> (www.amphoraproject.net) | Tyrimo keturių Europos šalių gérimo aplinkose įgyvendinimas: <ul style="list-style-type: none">surinkti duomenis apie elgesį naktinio pasilinksminimo vietose ;nustatyti aplinkos veiksnius baruose, kurie sietini su apgirtimu ir alkoholio sąlygota žala;sukurti rekomendacijas politikos kūrėjams. |
| Sveikata klubuose <i>Club Health</i> (www.club-health.eu) | Išteklių politikos kūrėjams sukūrimas: <ul style="list-style-type: none">duomenų bazė ir su naktinio pasilinksminimo vietomis susijusios politikos įvertinimas;įrankis, padedantis užmegzti įvairių vienoje srityje veikiančių įstaigų parnerystę;veiklos standartai įstaigoms, kuriose geriama;mokymo programa personalui, kuris dirba naktinio pasilinksminimo vietose. |
| Turizmas, rekreacija ir smurtas: lygio Europoje studija <i>Tourism, Recreation and Violence: A European Level Study (TRAVELS)</i> (www.irefrea.org) | <ul style="list-style-type: none">Atliktas psichotropinių medžiagų vartojimo, naktinio gyvenimo Europos naktinio pasilinksminimo vietose ir kurortuose sąlygotos žalos tyrimas;Įvertinta rinodara ir rizikos skatinimas kurortuose;Parengtos rekomendacijos polikos kūrėjams ir turistinėms organizacijoms. |
| Dešimt D per naktį <i>Ten D by Night (TEND)</i> | <ul style="list-style-type: none">Atliktas ryšio tarp psichotropinių medžiagų vartojimo ir vairavimo poilsio aplinkoje rizikos tyrimas.Išmègintos prevencinės intervencijos siekiant sumažinti eismo įvykių, sąlygotų psichotropinių medžiagų vartojimo pasilinksminimo tikslais, skaičių ir sunkumą. |

Pagal FASE projektą buvo peržiūrėti intervencijų gérimo aplinkoje įrodymai (Jones, Hughes & Atkinson, 2011), surinkti praktikos analizų pavyzdžiai Europoje (Hughes et al., 2010). Pagal tyrimo duomenis parengtos rekomendacijos nurodo, kad: (i) siekiant nustatyti intervencijų gérimo aplinkoje poveikį ir gerinti supratimą apie gérimo elgesį naktinio gyvenimo metu, Europoje būtina didinti mokslinių tyrimų skaičių; (ii); būtina remti vietos ir nacionalines įstaigas, vykdančias mokslinius tyrimus ir taikančias jų išvadas; (iii) reikia užtikrinti, kad prevencijos strategijos būtų skirtos ne tik sumažinti žalą, bet ir kontroliuoti alkoholio prieinamumą ir nesaikingo alkoholio vartojimo priežastis (Hughes et al., 2010).

HNT projektas skirtas alkoholio ir narkotikų vartojimui aplinkoje, kurioje geriama. Pagal šį projektą sukurti prevencijos programų politikos kūrėjams ir praktikams skirti interneto ištekliai, kuriuose galima rasti įrodymų apie gérimo aplinkos intervencijų veiksmingumą, pasirinkti ir įgyvendinti tinkamiausias priemones ir sudaryti sąlygas dalytis patirtimi visoje Europoje. Pagal *Klubinės sveikatos* projektą kaupiami, lyginami ir peržiūrimi naktinio gyvenimo kontrolės priemonių Europoje įrodymai, be to, kuriami ištekliai, padėsiantys vietos ir nacionaliniams partneriams geriau valdyti aplinką, kurioje geriama. Štai kokios tos priemonės: interneto ištekliai, palengvinantys įstaigų bendradarbiavimą, veiklos gérimo aplinkoje standartai, naktinio gyvenimo aplinkoje aptarnaujančio personalo mokymo programa.

Siekiant gerinti visuomenės informuotumą apie alkoholio vartojimą ir žalą gérimo aplinkoje, pagal AMPHORA projektą Europoje ištirtos keturios aplinkos, kuriose geriama. Tyrimas atskleidė, kad jaunimas baruose ir naktiniuose klubuose gausiai vartoja alkoholi, dažnai išgeria ir namuose (vadinamas išankstinis „užsipylimas“), geria nesaikingai. Tyrimo rezultatai byloja ir apie svarbius gérimo elgesio skirtumus įvairiose šalyse¹⁵. Siekiant geriau suprasti, kiek veiksminges konkretios prevencinės interevedencijos perkėlimas į kitą šalį, šiuos skirtumus reikėtų ištirti papildomai Tyrimu siekta nustatyti aplinkos veiksnius baruose, sietinus su apsuaigimu ir alkoholio sąlygota žala (Hughes et al., 2011b).¹⁶

Pagal projektą TRAVEL tirtas svaiginančių medžiagų vartojimas, naktinis gyvenimas ir smurtas tarp Europos poilsiautojų. Nustatyta, kad Europos kurortai girtavimo ir smurto požiūriu yra didelės rizikos vietas (Hughes et al., 2011a), parengtos rekomendacijos politikos kūrėjams ir turizmo organizacijoms (Calafat et al., 2010). Siekiant mažinti eismo įvykius apsuaigus pasilinksminimo vietose, pagal projektą TEND šešiose šalyse analizuotas ryšys tarp vairavimo kokybės ir svaiginančių medžiagų vartojimo, planuojama išbandyti prevencinę intervenciją (Siliquini et al., 2010). Išvados bus paskelbtos vėliau.

Alkoholio rinkodara

Didelė mokslinių įrodymų apie alkoholio rinkodaros poveikį arba alkoholio prekybos kontrolės veiksmingumą dalis surenkama ne Europoje (4.3 lentelė), todėl ES finansavo įvairius projektus, kurių tikslas – pasiekti šios srities pusiausvyrą.

Pagal ES Mokslinių tyrimų pagrindų programą plėtojami du originalūs projektais. Testinis projekto AMPHORA tyrimas vertina alkoholio prekės ženklų paramos sportui, alkoholio televizijos reklamos, skaitmeninės rinkodaros ir alkoholio prekės ženklų reklaminių suvenyrų matomumo poveikį (AMPHORA projektas, 2010). Pagal projektą *Priklausomybė ir gyvenimo stilius šiuolaikinėje Europoje: pakeisti priklausomybę* (ALICE RAP) atliliki tyrimai akcentuoja alkoholio rinkodaros matomumo poveikį smegenų veiklai, svarbiausius nesaikingai vartojančių alkoholi ir kanapes lūkesčius, alkoholio rinkodaros matomumo poveikį priklausomų asmenų atkryčiui.

¹⁵ Hughes et al. *Su gérimu susijęs elgesys ir alkoholio koncentracija kraujyje keturiose gérimo aplinkose Europoje: skerspjūvio tyrimas, neskelbta informacija.*

Alkoholio rinkodaros kontrolė ir savireguliacija Europos Sajungoje ir, tam tikru mastu, visoje Europoje buvo pagal ES sveikatos programą finansuotų trijų tarpusavyje susijusių projektų objektas. Projektas *ELSA*, įgyvendintas 2005–2007 m. (STAP, 2007a), atskleidė didelę įstatymų, reglamentų ir kitų teisės aktų, skirtų alkoholio produktų reklamos kontrolei, įvairovę.

Visose 24-iose tirtose Europos šalyse buvo bent vienas įstatymas arba kitas teisės dokumentas, reguliuojantis alkoholio rinkodarą ir reklamą – iš viso 74 dokumentai. Iš jų laikytis 45 kontrolės priemonių įpareigojo arba bent iš dalies įpareigojo įstatymai, 26 dokumentai buvo savireguliacijos kodeksai. Surinkti duomenys rodo, kad įstatymais dažniausiai reguliuojama alkoholio rinkodaros apimtis, o savireguliacijos kodeksai daugiausia skirti turinio priežūrai. Europos literatūros apžvalga atskleidė, kad beveik nėra paskelbtų mokslinių tyrimų, vertinančių Europoje taikomą alkoholio rinkodaros kontrolės priemonių veiksmingumą (STAP, 2007b).

Dar svarbiau, kad nerasta jokio sistemingos teorinio modelio, pagal kurį galima būtų įvertinti alkoholio rinkodaros kontrolės veiksmingumą.

4.3 lentelė. ES finansuoti alkoholio rinkodarai skirti projektai nuo 2005 m.

| Projekto pavadinimas ir tinklalapis | Svarbiausia veikla | Svarbiausi rezultai |
|---|--|--|
| <i>Tyrimai</i> | | |
| Alkoholio kontrolės priemonių visuomenės sveikatos tyrimų aljansas (AMPHORA) (2009–2012) (www.amphoraproject.net) | Tęstinis tyrimas keturiose Europos šalyse, vertinantis alkoholio rinkodaros matomumo poveikį paauglių elgesiui alkoholio vartojimo požiūriu. | Projektas vyksta |
| Priklasomybė ir gyvenimo stilius šiuolaikinėje Europoje: pakeisti priklasomybę <i>Addictions and Lifestyles in Contemporary Europe Reframing Addictions Project (ALICE RAP)</i> (2011–2015) (http://www.alicerap.eu/) | (i) Studija, kurioje neurologiniai vaizdiniai tyrimai taikomi įvertinti, kaip alkoholio rinkodara veikia smegenų veiklą, taip pat priežastinius ryšius tarp nesaikingai geriančių. (ii) Ilgalakis tyrimas, kuriuo siekiama nustatyti ryšį tarp alkoholio rinkodaros priemonių ir priklasomybė nuo alkoholio turinčių asmenų atkrytių. | Projektas vyksta |
| <i>Politika</i> | | |
| Nacionalinių teisės aktų įgyvendinimas ir alkoholio reklamos bei rinkodaros savireguliacija <i>Enforcement of National Laws and Self-regulation on Advertising and Marketing of Alcohol (ELSA)</i> (2005–2007) (www.elsa-europe.org) | Nacionalinių įstatymų ir savireguliacijos taisyklių, susijusių su alkoholinių gérimu reklama ir rinkodara, įvertinimas ir apibendrinimas ES, šalyse kandidatėse ir Norvegijoje. | Įstatymai daugiausiai riboja alkoholio rinkodaros priemonių kiekį. Savireguliacijos taisyklės ir kodeksai daugiausiai reglamentuoja reklamos turinį. Moksliniai tyrimai, kurie įvertintų rinkodarą reguliuojančių įstatymų veiksmingumą, Europoje reti. Trūksta integravimo teorinio modelio, kuris padėtų įvertinti alkoholio rinkodaros ribojimų veiksmingumą. |
| Saugi alkoholio vartojimo aplinka <i>Focus on Alcohol Safe Environments (FASE)</i> (2007–2009) (www.faseproject.eu) | (i) Teorinio modelio, skirto įvertinti alkoholio rinkodaros reguliavimo priemones, sukūrimas. (ii) Alkoholio rinkodaros reguliavimo priemonių Europoje veiksmingumo įvertinimas. | Reklamos apimties ir turinio ribojimas veiksminges tik tada, kai veiksminga sistema, užtikrinanti ribojimų įgyvendinimą. Prancūzijoje ir Norvegijoje veikiantys reklamos apimti ir turinį ribojantys įstatymai patenka tarp geriausių praktikų Europoje. |
| Alkoholio rinkodaros stebėjimas Europoje | (i) Alkoholio rinkodaros stebėsenos, atliekamos visuomenės sveikatos | Veikiančios alkoholio rinkodarą ribojančios priemonės, konkrečiai, savireguliacijos |

| Projekto pavadinimas ir tinklalapis | Svarbiausia veikla | Svarbiausi rezultai |
|--|--|---|
| <i>Alcohol Marketing Monitored in Europe (AMMIE) (2009–2011) (http://www.eucam.info/eucam/home/ammie.html)</i> | <p>srityje veikiančių nevyriausybinių organizacijų, metodo sukūrimas.</p> <p>(ii) Alkoholio rinkodaros stebėsena penkiose ES šalyse.</p> <p>(iii) Alkoholio rinkodarą reguliuojančių įstatymų ir savireguliacijos taisyklių veiksmingumo penkiose ES šalyse įvertinimas.</p> | taisykliš, nepadeda apsaugoti jaunų žmonių nuo alkoholio rinkodaros priemonių gausos. |

2007–2009 m. įgyvendintu projektu FASE siekta užpildyti šią spragą ir sukurti modelį, skirtą įvertinti alkoholio rinkodaros politikos intervencijas (de Bruijn, Johansen & van den Broeck 2010). Pagal šį modelį įvertintos Europoje veikiančios alkoholio rinkodaros kontrolės priemonės (de Bruijn, 2011). Padaryta išvada, kad alkoholio tūrio ir stiprumo ribojimai veiksmingi tik tada, jei veiksminga juos prižiūrinti ir įgyvendinanti sistema.

Geriausiai įvertinta alkoholio rinkodaros kontrolės praktika Prancūzijoje ir Norvegijoje – šiose šalyse griežti tūrio ir stiprumo ribojimai taikomi kartu su veiksminga priežiūros ir įgyvendinimo sistema.

Vykstant *Alkoholio rinkodaros stebėjimo Europoje* (AMMIE) projektą, pagal kurį buvo atliekama alkoholio rinkodaros stebėsena penkiose Europos šalyse, sukaupta nemažai informacijos apie esamų alkoholio rinkodaros taisyklių veiksmingumą. Stebėsenos metodą sukūrė ir sistemingai taikė nevyriausybinių visuomenės sveikatos organizacijos. Projektas atskleidė, kad esamos alkoholio rinkodaros taisykliš ir savireguliacijos kodeksai neapsaugo jaunimo nuo didelių kiekių alkoholio rinkodaros.

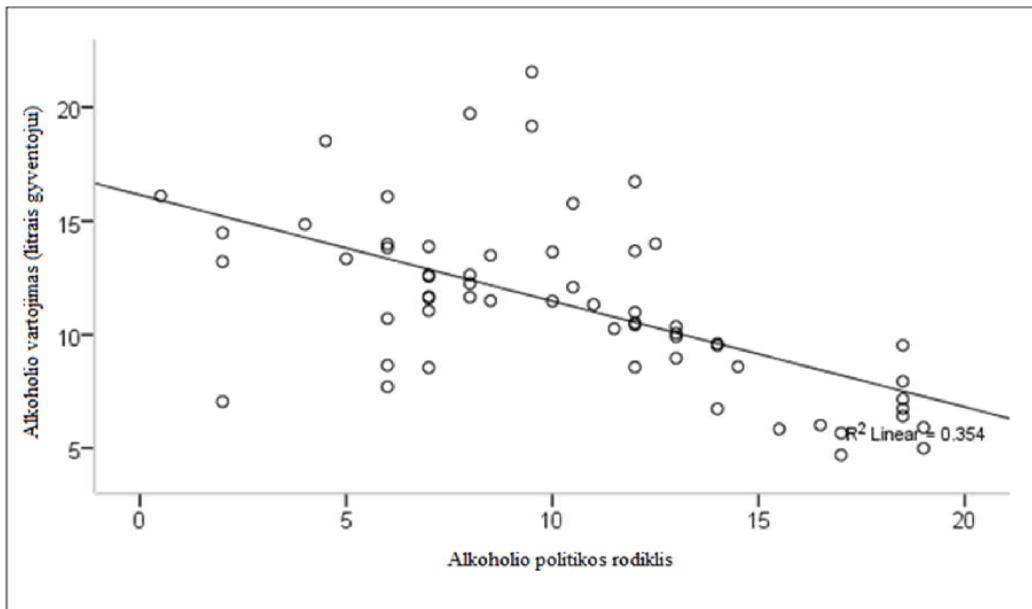
Poveikio ir sąnaudų veiksmingumas

Eurocare projektas *Alkoholio politikos tinklas išsiplėtusioje Europoje: atotrūkio mažinimas* (Eurocare, 2012) pateikė alkoholio politikos 28 šalyse 2005 m. skalę nuo 0 (nėra politikos) iki 40 (maksimali politika). Gauti skalės įvertinimai nuo 4 iki 35,5, o vidurkis 13,5. Nors šalyse, kurių įvertinimai buvo mažesni nei vidurkis (standartizuota regresijos beta = -0,28, p = 0,39), ryšio tarp skalės rodiklio ir vienam gyventojui tenkančio alkoholio vartojimo (15+ amžiaus grupėje) nenustatyta, tačiau šalyse, įvertintose aukštesniu nei vidurkis balu, nustatytas reikšmingas ryšys tarp skalės rodiklio ir alkoholio vartojimo, tenkančio vienam gyventojui: kuo aukštesnis įvertinimas, tuo mažiau vartojama alkoholio (standartizuota regresijos beta = -0,57, p = 0,04).

Analizuojant 15 šalių, dalyvavusiu ECAS projekte 1970–2000 m. duomenis, taikant 20 balų skalę, nustatyta, kad vidutinis rodiklis, padidėjęs nuo 8,7 balo 1970 m. iki 11,4 1990 m., nesikeitė ir 2000 m. – liko 11,4 balo. Per 30 metų tyrimo laikotarpį nustatytas itin reikšmingas ryšys tarp ECAS įvertinimo ir alkoholio vartojimo, tenkančio vienam gyventojui: kuo aukštesnis įvertinimas, tuo mažiau alkoholio vartojama (standartizuota regresijos beta = -0,68, p = mažiau nei 0,000) (4.1 pav.).

Ryšys tarp aukštesnio įvertinimo ir mažesnio alkoholio vartojimo stipréjo 1970–1990 m., o 2000 m. susilpnėjo. Nors nustatyta sasaja tarp ECAS balo ir mirčių nuo kepenų cirozės, tarp ECAS balo ir mirčių nuo alkoholio sąlygotų būklių (kuo didesnis balas, tuo mažesnis mirtingumas), tačiau šią priklausomybę visisiškai paaškina tai, kad ECAS balas atitinka alkoholio vartojimą, tenkantį vienam gyventojui.

3.1 pav. Dvimatis taškinis grafikas vaizduoja ECAS politikos rodiklį ir vienam gyventojui tenkantį alkoholio suvartojimą, 15 ES šalių vertintos 4 kartus – 1970, 1980, 1990 ir 2000 m.



Vykstant gebėjimų ugdymo projekta jvertintas įvairių alkoholio kontrolės politikos priemonių poveikis sveikatai ir ekonomikai 22 Europos šalyse (Chisholm et al., 2009). Vertinimas rodo, kad ekonominis veiksmingumas labai priklauso nuo šalies konteksto. Pavyzdžiui, palyginti su kitomis EUR-C šalimis, sąnaudos, reikalingos siekiant išvengti vieno DALY, Estijoje buvo mažesnės taikant tokias priemones kaip apmokestinimas, reklamos draudimas ir tikrinimas alkoholio matuokliais, tačiau išaugo taikant prieinamumą ribojančias priemones ir trumpalaikes pirminės sveikatos priežiūros konsultacijas. Taigi Estijoje, ne taip kaip kitose EUR-C šalyse, reklamos draudimas yra ekonomiškai veiksmingesnis nei prieinamumo ribojimas, o tikrinimo alkoholio matuokliais programos ekonomiškai veiksmingesnės nei trumpalaikės pirminės sveikatos priežiūros konsultacijos.

Pagal projektą SMART alkoholio politikos nauda ir sąnaudos vertintos remiantis hipotetiniu alkoholio mokesčių padidinimu, dėl kurio 10 proc. padidėtų viso alkoholio kainos Anglijoje (Anderson & Baumberg, 2010), skaičiavimus grindžiant Šefildo alkoholio politikos modelio duomenimis (Purshouse et al., 2009).

Išanalizavus duomenis apibendrinta, kad jeigu mokesčių padidinimo įgyvendinimo sąnaudos sudarytų 3,7 milijono eurų, mokesčių padidinimo nauda būtų 588 milijonai eurų. Šis skaičius dar padidėtų įvertinus naudą kitiems nei geriantysis asmenims. Šis patrauklus naudos ir sąnaudų santykis šiek tiek pasikeistų įtraukus galimas palyginti nedideles alkoholio pramonės pereinamojo laikotarpio išlaidas, nors jas būtų galima padengti iš papildomų valdžios sektoriaus mokesčinių pajamų.

Apskaičiavus nematerialios naudos ir sąnaudų vertės santykį, nustatyta, kad pagerėjusios gyvenimo kokybės vertė (110 milijonų eurų) pranoksta vartotojų galimai prarastiems gėrimams priskirtą vertę (54 milijonai eurų).

Šaltiniai

AMPHORA. The AMPHORA project [web site] (2010). Brussels, European Commission (<http://amphora-project.net>, accessed 13 February 2012).

Anderson P, Baumberg B (2010). *Cost benefit analyses of alcohol policy – a primer*. Warsaw, Institute of Psychiatry and Neurology.

Calafat A, Blay N, Bellis MA et al. (2010). *Tourism, nightlife and violence: a cross cultural analysis and preventive recommendations*. Palma de Mallorca, IREFREA.

- Chisholm D, Rehm J, Frick U et al.(2009). *Alcohol policy cost-effectiveness briefing notes for 22 European countries*. London, Institute of Alcohol Studies.
- de Bruijn A (2011). *Alcohol marketing regulations in Europe: how effective are they?* Utrecht, European Centre for Monitoring Alcohol Marketing (EUCAM fact sheet).
- de Bruijn A, Johansen I, van den Broeck A (2010). *Effective alcohol marketing regulations: a proposed framework to evaluate existing alcohol marketing regulations*. Utrecht, Dutch Institute for Alcohol Policy.
- DRUID – Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines [web site] (2007). Bergisch Gladbach-Bensberg, Federal Highway Research Institute (http://www.druid-project.eu/cln_031/nn_107548/Druid/EN/about-DRUID/about-DRUID-node.html?__nnn=true, accessed 12 February 2012).
- Eurocare (2012). Alcohol Policy Network in the Context of a Larger Europe: Bridging the Gap [web site]. Brussels, European Commission (<http://www.ias.org.uk/btg/index.html>, accessed 24 February 2012).
- Gordon R, Anderson P (2011). Science and alcohol policy: a case study of EU strategy on alcohol. *Addiction*, 106(S1):55–66.
- Hughes K, Furness L, Jones L et al. (2010). *Reducing harm in drinking environments: policy briefing*. Liverpool, Centre for Public Health, Liverpool John Moores University.
- Hughes K, Quigg Z, Bellis MA et al. *Drinking behaviours and blood alcohol concentration in four European drinking environments: a cross-sectional study* (rengiama).
- Hughes K, Quigg Z, Eckley L et al. (2011b). Environmental factors in drinking venues and alcohol-related harm: the evidence base for European intervention. *Addiction*, 106(S1):37–46.
- Hughes K, Bellis MA, Calafat A et al. (2011a). Substance use, violence, and unintentional injury in young holidaymakers visiting Mediterranean destinations. *Journal of Travel Medicine*, 18(2):80–89.
- Jones L, Hughes K, Atkinson AM (2011). Reducing harm in drinking environments: a systematic review of effective approaches. *Health & Place*, 17(2):508–518.
- Lachenmeier DW, Schoeberl K, Kanteres F et al. (2011a). Is contaminated alcohol a health problem in the European Union? A review of existing and methodological outline for future studies. *Addiction*, 106(Suppl.1):20–30.
- Lachenmeier DW, Leitz J, Schoeberl K et al. (2011b) Quality of illegally and informally produced alcohol in Europe: results from the AMPHORA project. *Adicciones*, 23:133–140.
- Purshouse R, Brennan A, Latimer N et al. (2009). *Modelling to assess the effectiveness and cost-effectiveness of public health related strategies and interventions to reduce alcohol attributable harm in England using the Sheffield Alcohol Policy Model version 2.0. Report to the NICE Public Health Programme Development Group*. Sheffield, University of Sheffield, School of Health and Related Research (ScHARR).
- Siliquini R, Piat SC, Alonso F et al. (2010). A European study on alcohol and drug use among young drivers: the TEND by Night study design and methodology. *BMC Public Health*, 10:205.
- SMART project. Minutes of the European Conference on Standardizing Measurement of Alcohol Troubles (SMART). Barcelona, 19 October 2010 [web site]. Warsaw, Institute of Psychiatry and Neurology, 2012 (http://www.ipin.edu.pl/alcsmart/meetings_and_conference_01.html, accessed 17 February 2012).
- STAP (2007a). *Regulation of alcohol marketing in Europe. Vol. 2*. Utrecht, National Institute for Alcohol Policy (STAP).
- STAP (2007b). *Report on adherence to alcohol marketing regulations. Vol. 3*. Utrecht, National Institute for Alcohol Policy (STAP).



**Nacionalinė tabako ir alkoholio
kontrolės koalicija**

info@ntakk.lt
<http://www.ntakk.lt>