

# Alcohol: No Ordinary Commodity

## Yhteenvedo kolmannesta laitoksesta

THOMAS F. BABOR & SALLY CASSWELL & KATHRYN GRAHAM & TAISIA HUCKLE & MICHAEL LIVINGSTON  
& JÜRGEN REHM & ROBIN ROOM & INGEBORG ROSSOW & BUNDIT SORNP AISARN

### Johdanto

*Alcohol: No Ordinary Commodity* (ANOC3) kirjan kolmas laitos jatkaa alkoholitutkimuksen perinnettä, jossa tutkijaryhmä laatii kokoavan katsauksen alkoholipolitiikkaa käsittelevään kirjallisuuteen (1,2,3). ANOC3 on kattava ja maailmanlaajuinen katsaus alkoholin haittavaikutuksiin sekä tutkimusnäyttöön eri alkoholipolitiikkatoimien vaikuttavuudesta kansanterveyden näkökulmasta. Tämä artikkeli on yhteenvedo ANOC3-kirjan kolmannen laitoksen tuloksista ja johtopäätöksistä. Keskeisellä sijalla ovat kolme kehityskulkua, jotka ovat myös kannustaneet kolmannen laitoksen laatimiseen: 1) epidemiologiset trendit, jotka osoittavat alkoholin kulutuksen ja alkoholiin liittyvien ongelmien kasvavan monissa kehittyvän kansantalouden maissa, 2) alkoholiteollisuuden kasvava taloudellinen ja poliittinen vaikutusvalta ja 3) uusi tieteellinen näyttö eri alkoholipolitiikkatoimien vaikuttavuudesta, mikä mahdollistaa paremman tiedon tarjoamisen päättäjille.

1900-luvun kolmen viimeisen vuosikymmenen aikana alkoholin aiheuttamiin ongelmiin alettiin suhtautua uudella tavalla, johon alkoholikirjallisuudessa viitataan kansanterveydellisenä lähestymistapana (4). Siinä missä aiemmat lähestymistavat pyrkivät hoitamaan ja ehkäisemään yksittäistä sairautta, ”alkoholismia”, kansanterveydellinen

lähestymistapa kattaa laajemman valikoiman alkoholiin liittyviä ongelmia ja laventaa näkökulmaa alkoholia vain kaikkein eniten juovista kulluttajista kaikkiin alkoholin riskikäyttäjiin, alkoholihaitoista kärsiviin ja toisia ihmisiä mahdollisesti vahingoittaviin käyttäjiin. Lähestymistapa kattaa siis suurimman osan alkoholinkäyttäjistä, ei pelkästään siksi, että heille aiheutuu toisinaan suoria haittavaikutuksia akuutin päihtymyksen tai säännöllisen alkoholinkäytön vuoksi – joka voi olla niinkin vähäistä kuin yksi annos päivässä – vaan myös siksi, että he epäsuorasti ylläpitävät sosiaalisia asenteita, jotka edistävät alkoholin suurkulutusta (5). Olennainen seikka kansanterveydellisessä lähestymistavassa on ihmisten elinympäristön muokkaaminen sellaiseksi, että alkoholin haittavaikutukset vähenevät. Kansanterveydellistä lähestymistapaa alkoholihaittoihin laajentaa entisestään ”sosiaalisen hyvinvoinnin” käsite. Sosiaalinen hyvinvointi on lääketiedettä ja terveyttä laajempi käsite, sillä se kattaa myös elämänlaadun, kuten henkilökohtaisen turvallisuuden, antoisan vapaa-ajan, taloudellisen turvallisuuden ja tyytyväisyyden elämään (6). Alkoholin suurkulutus uhkaa näitä kaikkia hyvinvoinnin ulottuvuuksia.

Kansanterveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin näkökulman tavoitteena on sairauksien, vammojen ja sosiaalisten ongelmien ehkäiseminen ja hoito väestössä. Kun yksilötasoisien lähestymistapojen sijaan tai rinnalla käytetään väestötasoisia toimia, vaikutukset terveyteen voivat olla dramaattisia. Tämä kävi ilmi Venäjän federaatiossa, jossa viime vuosien alkoholipoliittiset muutokset ovat lisänneet elinajanodotetta merkittävästi (7). ANOC3-kirjan lähestymistapa perustuu kansan-

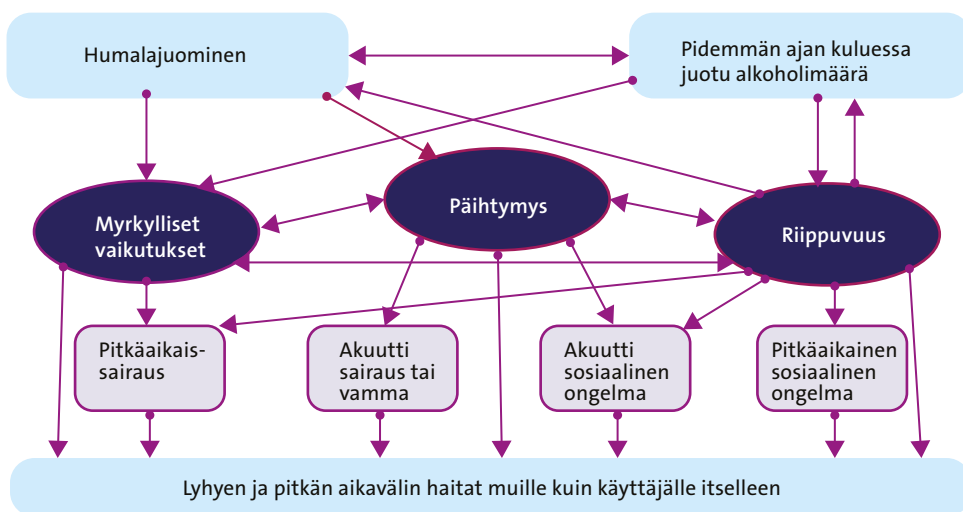
Englanninkielinen alkuperäisteksti ”Alcohol: No Ordinary Commodity – a summary of the third edition” *Addiction* 2022; 117 (12): 3024–3036. <https://doi.org/10.1111/add.16003>. Suomennos Ari Rotonen. Julkaistu Wiley-kustantamon luvalla.

terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin käsitteille. Kirja käsittelee niitä viidestä näkökulmasta, jotka ovat 1) alkoholinkäytön ja siihen liittyvien haittavaikutusten luonne, 2) alkoholiteollisuuden rooli, 3) haittoja vähentävät strategiat ja interventiot, 4) politiikkaprosessi ja 5) alkoholipolitiikan kulluttajaopas.

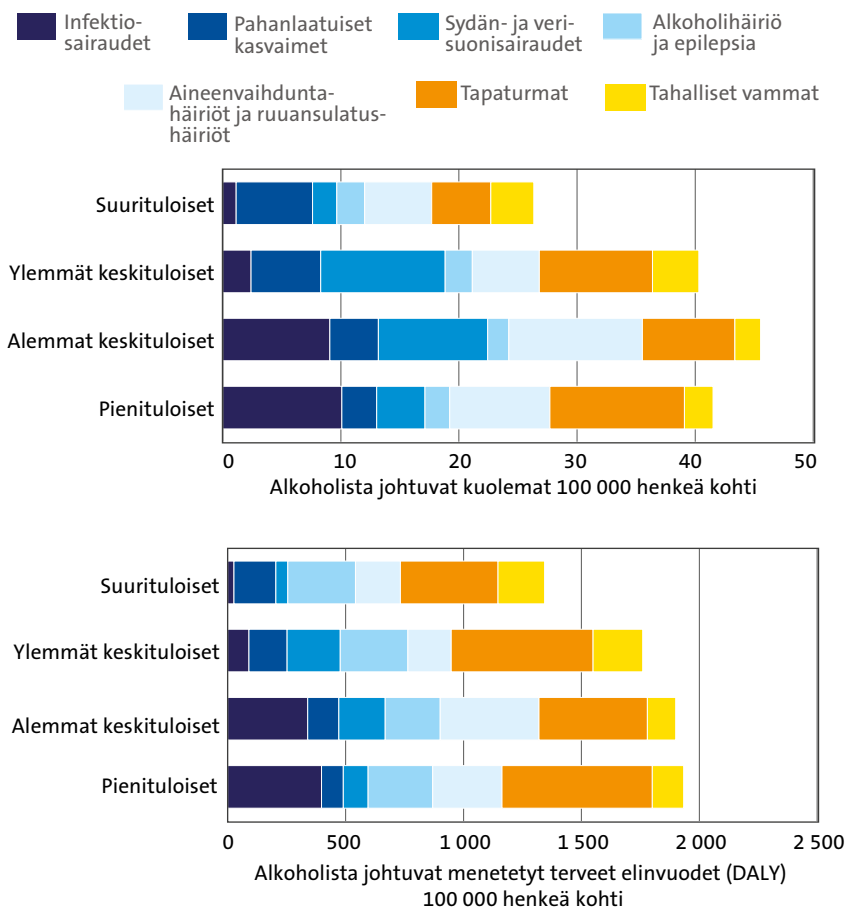
## Alkoholi: ei mikään tavanomainen kulutushyödyke

Alkoholituotteita ostetaan ja myydään markkinoilla yhtäältä siksi, että ne saavat aikaan miellyttävän olotilan, ja toisaalta siksi, että ne ovat perinteinen osa ruokavaliota. Alkoholi on lisäksi sosiaalinen voiteluaine ja statussymboli. Alkoholi on kuitenkin myös päihde, jolla ominaisuuksien vuoksi on myrkyllisiä ja muita vaarallisia vaikutuksia. Kuvio 1 esittää alkoholin kolmen vaikutusmekanismin (myrkylliset vaikutukset, päihtymys, riippuvuus) sekä alkoholinkäyttäjien (toiseksi alimmat neljä laatikkoa) ja lähiympäristön muiden ihmisten (alin laatikko) kokemien haittojen väliset suhteet. Juomatavat vaihtelevat yksilöstä ja yhteiskunnasta toiseen niin juomisen toistumistiheyden kuin kerralla nautitun alkoholimäärän osalta. Kaksi erityisen voimakkaasti haittavai-  
 kutuksiin liittyvää juomatavan piirrettä ovat humalajuomistilanteet ja pidemmällä aikavälillä juotu alkoholimäärä. Jatkuva suurkulutus voi aiheuttaa kudosvaurioita. Jopa pienten alkoholimäärien nauttiminen voi aiheuttaa syöpää (8) ja – jatkueksaan – myös muita pitkäaikaisairauksia, sillä alkoholin vaikutukset kasautuvat ajan mittaan. Toisaalta useiden annosten nauttiminen kerralla, vaikka juomiskertoja sinänsä olisikin harvoin, voi akuutin päihtymystilan vuoksi johtaa monenlaisiin lääketieteellisiin ja sosiaalisiin ongelmiin, kuten tapaturmiin ja väkivaltaan, joista voi olla haittaa myös muille ihmisille. Pitkään jatkueksaan juominen voi johtaa alkoholiriippuvuuteen, mikä voi lisätä juotuja alkoholimääriä entisestään ja johtaa pitkäaikaisiin terveydellisiin ja sosiaalisiin ongelmiin.

Uusin näyttö alkoholin aiheuttamasta tautitaakasta osoittaa, että alkoholi on syynä lukuisiin terveysongelmiin ja sosiaalisiin ongelmiin (9), mukaan lukien sepelvaltimotauti, rintasyöpä ja muut syövät, maksasairaudet, HIV/AIDS, itsemurhat ja väkivalta. Henkilön, joka on päihtynyt tai jolla on alkoholiriippuvuus, kyky toimia järkevästi ja oman etunsa mukaisesti on heikentynyt. Lisäksi on olemassa huomattava todennäköi-



Kuvio 1. Vuorovaikutussuhteet alkoholin kulutuksen, välittävien tekijöiden sekä lyhyen ja pitkän aikavälin seurausten välillä alkoholinkäyttäjän ja muiden ihmisten näkökulmasta. Nuolet ilmaisevat suoria ja vastavuoroisia vaikutussuhteita. (Kopioitu luvalla teoksesta Babor ym.: Alcohol: No Ordinary Commodity, Oxford: Oxford UP, 2022.)



Kuvio 2. Alkoholin aiheuttamat kuolemat 100 000 henkeä kohti (ylempi kaavio) ja alkoholista johtuvat menetetyt terveet elinvuodet (DALY) vuonna 2016 jaoteltuna Maailmanpankin tuloluokituksen mukaisiin tuloluokkiin. (Kopioitu luvalla teoksesta Babor ym.: *Alcohol: No Ordinary Commodity*, Oxford: Oxford UP, 2022.)

syys, että tällainen yksilö vahingoittaa toisia henkilöitä. Alkoholin aiheuttamat haittavaikutukset eivät rajoitu ainoastaan yksittäisten käyttäjien kokemiin haittoihin, vaan ulottuvat paljon laajemmalle (9,10). Muiden ihmisten kokemia alkoholihaittoja ovat kuolemat (11), vammat ja väkivalta (12), liikenneonnettomuudet (12), sikiön alkoholivauriot (13), sikiöaikainen alkoholialtistus (14) ja lasten kaltoinkohtelu (15). Näistä syistä alkoholia ei voida pitää tavallisena kulutusyhdykkeenä.

Riippumattomien arvioiden mukaan vuosittain voitaisiin välttää jopa kolme miljoonaa kuolemaa, jos alkoholia ei kulutettaisi (esim. 12). Haitat alkoholilitraa kohti menetettyinä terveisinä elinvuosina ovat suuremmat matalan ja keskisuuren tulotason maissa (3,62-kertaiset korkean tulotason

maihin verrattuna; 12), mikä johtuu suuremmasta kokonaiskuoolleisuudesta sekä alkoholin yhteisvaikutuksesta köyhyden ja muiden riskitekijöiden kanssa (ks. kuvio 2).

Alkoholinkäyttäjien osuus väestöstä ja väestön kuluttaman alkoholin määrä vaihtelevat suuresti eri maiden välillä mutta myös ajan myötä ja eri väestöryhmissä. Erityisen huolestuttavaa on alkoholin kulutuksen lisääntyminen monissa matalan ja keskisuuren tulotason maissa (LMIC-maissa), ja tämän kehityskulun odotetaan jatkuvan. Aikuisväestön alkoholin kulutus asukasta kohti on tiiviissä yhteydessä suurkuluttajien määrään väestössä. Alkoholin keskikulutuksesta aiheutuva tautitaakka on käänteisesti verrannollinen kansallisvaltion tulotasoon (5). Alkoholin kulutus asukasta

kohti kasvaa Aasian ja Afrikan nousevissa talouksissa (16). Nykyinen varsin matala kokonaiskulutus näillä alueilla johtuu raittiiden suuresta määrästä, mutta monissa LMIC-maissa alkoholinkäyttäjien runsas kertajuominen aiheuttaa vammoja ja muita akuutteja alkoholiongelmia (5). Tämä kuormittaa merkittävästi terveyden, hyvinvoinnin ja yleisen turvallisuuden suojaamiseen käytetyissä olevia rajallisia resursseja.

Talouden kehittyessä alkoholin kulutus todennäköisesti kasvaa sitä mukaa, kun kansalaisten tulotaso nousee, alkoholin saatavuus paranee ja alkoholia markkinoidaan entistä aggressiivisemmin ja tehokkaammin. Tämä kehityskulku haastaa kehittämään tehokkaita alkoholipoliittisia toimia vastaavaksi viime vuosikymmenten tavalle korostaa alkoholin asemaa osana vapaakauppaa ja vapaita markkinoita.

### **Alkoholielinkeino on merkittävä vaikutusvallan keskittymä**

Alkoholi ei ole tavallinen kulutushyödyke. Miksi tämä itsestään selvä johtopäätös ei ole motivoinut päättäjiä ryhtymään koordinoituihin toimiin alkoholihaittojen rajoittamiseksi? Toinen ANOC3-kirjan analyysin näkökulmista on suurten alkoholintuottajien ja alkoholielinkeinoon järjestöjen vaikutusvallan kasvu, joka on heikentänyt kansanterveysviranomaisten ja päättäjien halukkuutta ja kykyä rajoittaa alkoholihaittoja. Alkoholielinkeino on toimijoiden yhteenliittymä, joka ei vaikuta ainoastaan alkoholin tuotannon, markkinoinnin ja tarjonnan kaupallisiin prosesseihin, vaan sillä on myös voimakas vaikutus poliittisiin päätöksiin, joilla säädelään alkoholin kulutusta ja haittoja.

Tätä kehitystä on edistänyt alkoholijuomien tuottajien yhä kiihtynyt keskittyminen muutamaksi ylikansalliseksi yritykseksi (17), minkä seurauksena ala ei enää koostu lukuisista alueellisista tuottajista, jotka valmistavat paikallisia ja perinteisiä alkoholijuomia.

Alkoholielinkeinokeskittymään kuuluu myös digitaalisia alustoja (18) ja muita markkinointialan toimijoita, kuten maailmanlaajuisten urheilutapahtumien omistajia ja alkoholiteollisuuden PR-toimistoja. Kuluttajiin ja koko yhteiskuntaan kohdistuvat markkinointitoimet ovat olennainen osa alkoholielinkeinoon toimintaa, koska niin saadaan houkutelua kansalaisia käyttämään alkoholia,

rakennettua brändiuskollisuutta, normalisoitua alkoholituotteiden olemassaoloa ja perusteltua elinkeinon roolia alkoholipolitiikassa.

Alkoholielinkeinoon voitot ovat suurelta osin peräisin humalajuomistilanteista (19,20,21,22). Ylikansallisilla yrityksillä on tarve maksimoida voittonsa ylläpitämällä alkoholin runsasta kulutusta ja lisäämällä alkoholinkäyttäjien määrää nousevilla alkoholimarkkinoilla, mikä on saanut nämä yritykset vastustamaan tehokkaita alkoholipoliittisia toimia.

Viimeisten neljän vuosikymmenen aikana tapahtunutta alkoholiteollisuuden globalisoitumista ovat siivittäneet yhtäältä kauppa- ja investointisopimukset, kuten Tyynenmeren vapaakauppasopimus (CPTPP), joka rajoittaa hallitusten mahdollisuuksia säädellä ylikansallisia yrityksiä (23), ja toisaalta alkoholituotteiden myynnin suuri kannattavuus. Ylikansalliset yritykset, varsinkin suurimmat oluiden ja väkijuomien valmistajat, ovat sijoitusten ja yrityskauppojen myötä laajentuneet LMIC-maihin Latinalaisessa Amerikassa (24), Aasian ja Tyynenmeren alueella (25,26) ja Afrikassa (17), ja näistä alueista on tullut yhä tärkeämpiä alkoholiteollisuuden globaaleilla markkinoilla.

### **Strategiat ja interventiot alkoholihaittojen vähentämiseksi**

ANOC3-kirjan kolmas näkökulma, joka on samalla kirjan ydinviesti, käsittelee strategioita ja interventioita, joilla voidaan vähentää alkoholiin liittyviä haittoja. Osa näistä politiikkatoimista on universaaleja, koko yhteiskunnan tasolla vaikuttavia keinoja, jotka rajoittavat alkoholin saatavuutta fyysisesti, taloudellisesti, sosiaalisesti ja psykologisesti. Toiset toimet ovat kohdennetumpia ja suunnattuja haavoittuviin, riskialttiisiin tai jo haittoja kokeviin väestöryhmiin kuten nuoriin, alkoholiriippuvuudesta kärsiviin ja rattijuoppoihin. Alkoholikontrollistategioiden ja alkoholihaittojen ehkäisy- ja hoitotoimien vaikutusarvioinneissa on käytetty monenlaisia tutkimusmenetelmiä. ANOC3-kirjan kirjoittajat suosivat kuitenkin mahdollisuuksien mukaan vertaisarvioituisia aikakausjulkaisuissa julkaistuja tutkimustuloksia, jotka perustuvat kontrolloituihin tai luonnollisiin koekasetelmiin, väestökyselyihin ja aikasarja-analyysihin. Eryistä huomiota kiinnitettiin systemaattisten kirjallisuuskatsausten ja meta-analysien tuloksiin silloin, kun niitä oli saatavilla. Arviointitutkimuksen laatu, laajuus ja mene-

telmät ovat parantuneet viime vuosina, joten arvioidun politiikkatoimen vaikutuksia voidaan nykyään mitata yhä luotettavammin, varsinkin lyhyellä aikavälillä. Seuraavassa esitellään seitsemän yleisintä alkoholipoliittista lähestymistapaa alkoholihaittojen vähentämiseen ja niitä koskevaa tutkimusnäyttöä.

### Taloudellisen saatavuuden sääntely: hinnoittelu- ja verustusstrategiat

Alkoholin verotus ja hinnoittelupolitiikka ovat taloudellisia strategioita, joilla voi olla huomattava vaikutus alkoholin kulutukseen ja haittavaikutuksiin, kuten kuolleisuuteen, rikollisuuteen ja liikenneonnettomuuksiin (27,28,29). Alkoholiverotus on päättäjiin vetoava alkoholipolitiikan väline, sillä verotuksella voidaan saada sekä suoraa tuloa valtiolle että vähentää alkoholihaittoja.

Tulopotentialinsa lisäksi valmisteverotus on yksi kustannusvaikuttavimpia tapoja, jolla valtio voi vähentää alkoholihaittoja sekä korkean, keski- ja matalan tulotason maissa (30). Kulutusta rajoittava verotus- ja hintapolitiikka ei todennäköisesti jarruta talouden kehitystä. Alkoholiverojen nostamisen selkein varjopuoli kuitenkin on, että kulutus saattaa siirtyä alkoholijuomiin, jotka jäävät verotuksen ulkopuolelle, kuten salakuljetettuihin tai kotimaisiin laittomasti valmistettuihin juomiin. Tämän vaikutuksen suuruutta kuitenkin helposti yliarvioidaan. Koillis-Euroopan maiden veronkorotuksia käsittelevät tutkimukset osoittavat, että laittoman tai tilastoitamattoman alkoholin kulutus ei välttämättä johdu veronkorotuksista, varsinkaan silloin, kun veronkorotukset yhdistetään tilastoitamattoman kulutuksen kasvua hillitseviin toimiin (31,32). Niinpä verojen ja hintojen nousun nettovaikutus on yleensä alkoholin kulutuksen ja alkoholihaittojen väheneminen, ilman että laittomat markkinat kasvavat merkittävästi (33).

Toinen huolenaihe on taakka, joka veronkorotuksista aiheutuu heikommin toimeentulevalle väestönosalle. Useissa korkean tulotason (34,35) sekä keski- ja matalan tulotason maissa (36,37,38) tehdyissä tutkimuksissa ei kuitenkaan ole löytynyt näyttöä siitä, että alkoholiverot olisivat regressiivisiä.<sup>1</sup> Alkoholiverojen korotusten on myös osoitettu kaventavan terveyseroja, joten nykykeskuste-

luissa alkoholiverot katsotaan osaksi terveysverotusta. Lisäksi kasvaneita verotuloja voidaan käyttää kompensoimaan verotuksen mahdollisia kielteisiä vaikutuksia alemmassa sosioekonomisessa asemassa oleville kansalaisille (39,40).

Verotuksen lisäksi toinen tapa rajoittaa alkoholin taloudellista saatavuutta on vähimmäisyksikköhinnan (*minimum unit price, MUP*) asettaminen alkoholijuomille (41). Vähimmäisyksikköhinta estää alkoholijuomien myymisen kuluttajille tiettyä etanoliyksikkökohtaista hintaa halvemmalla (32). Vähimmäishintaa käyttävistä maista saatu tutkimusnäyttö on melko tuoretta. Vähimmäishinnan käyttöönotto voi vähentää alkoholin kulutusta ja haittoja (42–48). Vähimmäishinta vaikuttaa varsinkin vähittäisliikkeissä myytävään edulliseen alkoholiin, joka on suurkuluttajien ja heikommin toimeentulevien suosiossa (43). Vähimmäishinnan kielteisenä puolena verotukseen verrattuna on se, että aiemmin halvalla myydyin alkoholin korkeampi hinta ei kartuta valtion kassaa, paitsi silloin, kun alkoholin myyntikanavana ovat valtion monopoliliikkeet (32).

### Fyysisen saatavuuden rajoittaminen

Alkoholijuomien fyysisen saatavuuden rajoittaminen on alkoholihaittoja vähentävä keino, joka on käytössä useimmissa maailman maissa. Saatavuutta rajoitetaan yleensä alkoholin myyntiin vaikuttavilla sääntelytoimilla, kuten alkoholin myyntilisensijärjestelmillä ja valtion yksinoikeusjärjestelmillä eli monopoleilla. Alkoholin vähittäismyynnin saatavuutta koskevat tutkimukset osoittavat järjestelmällisesti, että varsinkin myyntiaikojen, päivien ja paikkojen rajoitukset vähentävät sekä alkoholinkäyttöä että alkoholiin liittyviä ongelmia. Rajoitustoimien vaikuttavuus voi tosin vaihdella riippuen toimintaympäristöstä, juomiskulttuurista ja viranomaisvalvonnan tehokkuudesta. (49,50,51.) Vahva empiirinen näyttö tukee myös alkoholin ostokärajoiden nostamista vaikuttavana keinona nuorten alkoholin saatavuuden rajoittamiseksi. Systemaattiset kirjallisuuskatsaukset (52,53) osoittavat, että nämä rajoitukset vaikuttavat merkittävästi liikenneonnettomuuksiin ja muihin vahinkoihin. Olemassa olevien ostokärajoiden tehokkaampi valvonta on niin ikään vaikuttava toimenpide (54), mutta alkoholin verkkomyynti ja uudet toimitustavat heikentävät ikärajojen valvonnan tehokkuutta. Verkkomyynnin ja kotiin toimitusten merkitys on vahvistunut entisestään covid-19-pandemia aikana.

<sup>1</sup> Regressiivinen vero on progressiivisen verotuksen vastakohta eli vero, joka on prosentuaalisesti suurempi köyhillä kuin rikkaila (suom. huom.).

### **Markkinoinnin rajoitukset**

Laaja tutkimusaineisto osoittaa, että altistuminen alkoholin markkinoinnille ja osallistuminen alkoholimarkkinointikampanjoihin vaikuttavat uskomuksiin, normeihin, kulutukseen ja riskijuomiseen (55). Suuri osa tutkimuksesta on keskitynyt nuoriin, mutta huoli kohdistuu kasvavassa määrin myös muihin haavoittuviin ryhmiin, kuten suurkuluttajiin. Digitaalisia tietoja analysoivat algoritmit kohdistavat alkoholin markkinointia ennennäkemättömällä voimalla yksilöihin ja kuluttajien samankaltaisuuteen perustuviin uusiin kohderyhmiin (18, 56). Useimmat arviointitutkimukset koskevat markkinoinnin osittaisia rajoitustoimia, kuten mainontakieltoa televisiossa tai jossakin muussa yksittäisessä joukkotiedotusvälineessä. Näissä tapauksissa alkoholin markkinointibudjetit kuitenkin vain kanavoituvat toisiin viestimiin, jolloin rajoitusten vaikutukset jäävät rajallisiksi. Alkoholielinkeino on oman etunsa vuoksi ottanut käyttöön itsesääntelyksi kutsuttuja vapaaehtoisia säännöksiä, mutta tutkimusnäyttö osoittaa, että ne eivät ole vaikuttavia (57).

Johtopäätökset markkinointikieltojen todennäköisistä vaikutuksista perustuvat näin ollen teoreettiseen ymmärrykseen ja empiiriseen tutkimusnäyttöön markkinoinnin vaikutustavoista ja mita tuista vaikutuksista. Johtopäätöksiin ovat vaikuttaneet myös tutkimukset tupakkamainonnan rajoituksista, jonka vaikutukset tunnetaan hyvin ja jotka ovat laajasti hyväksytyjä (58,59). Kun otetaan huomioon vahva tutkimusnäyttö, joka tukee kausaalista suhdetta alkoholimarkkinoinnille altistumisen ja alkoholin kulutuksen välillä (55), sekä alkoholimarkkinoinnin täyskieltoa markkinatalousmaassa käsittelevän ainoan arviointitutkimuksen tulokset (60,61), perusteltu johtopäätös on, että alkoholimarkkinoinnille altistumista estävä väestötasoinen politiikka vähentäisi alkoholin kulutusta lyhyellä aikavälillä, mutta ennen kaikkea pitkällä aikavälillä, sillä se osaltaan purkaisi käsityksiä alkoholituotteista normaaleina kulutus tuotteina.

### **Valistus- ja asennekasvatusstrategiat**

Valistus- ja asennekasvatustyö raittiuden edistämiseksi sekä juomisen ja haittojen välttämiseksi on yleistä, mutta monissa yhteiskunnissa viestintätoimet joutuvat kilpailemaan voimakkaan kaupallisen alkoholimarkkinoinnin kanssa, joka luo kuvan alkoholista nautinnollisena, terveellisenä ja haitattomana tuotteena. Tärkeimpiä toimia ovat valis-

tuskampanjat, varoitusmerkinnät juomapakkauksissa ja tiedottaminen alkoholinkäytön riskitasoista, alkoholikasvatus koulu- ja perheympäristöissä sekä opiskelijoiden alkoholikasvatus. Näiden toimenpiteiden arviointitutkimuksissa on havaittu, että ne yleisesti ottaen vaikuttavat vain rajallisesti juomistapoihin tai juomiskäyttäytymiseen (62,63,64,65), mutta tietyt kohdennetut toimenpiteet onnistuvat paremmin tavoitteissaan (66). Ohjelmien, joilla pyritään saamaan yhteisön tuki kansanterveyttä edistävälle alkoholipolitiikalle, on myös havaittu olevan jonkin verran vaikuttavia alkoholihaittojen ehkäisyssä (67,68).

### **Rattijuopumus: ehkäisy ja vastatoimet**

Rattijuopumuksesta johtuvia vammoja ja kuolemantapauksia sekä rattijuoppojen muille ihmisille aiheuttamia haittoja on tutkittu runsaasti. Tietyt toimet rattijuopumuksen ehkäisemiseksi ovat erityisen vaikuttavia, kuten matalat tai alennetut kuljettajien promilleraajat (0,00–0,5 ‰), nollatoleranssi nuorille kuljettajille ja kuljettajien satunnaiset puhallutukset (69,70,71,72). Yleissääntönä on, että kun rattijuopumuksesta rangaistaan nopeasti, rangaistuksen pelotevaikutus kasvaa (73). Intensiiviset ja hyvin toteutetut kampanjat joukkotiedotusvälineissä lisäävät puhallutusten pelotevaikutusta, sillä siten kansalaiset ymmärtävät kiinnijäämis- ja rangaistusrisikin (72). Ajokielto toimii tehokkaimmin, kun viranomaiset langettavat ajokiellon heti rattijuopumuspidätyksen hetkellä tai pian sen jälkeen (73). Kansainvälisesti saatu näyttö osoittaa, että rattijuopumusta ehkäisevät toimet vähentävät rattijuopumustapauksia ja alkoholiin liittyviä liikenneonnettomuuksia luotettavasti ja pitkäaikaisesti koko väestössä.

### **Juomisympäristöön vaikuttaminen**

Juomistilanteisiin vaikuttavat toimintatavat keskittyvät alkoholinkäyttäjiin, alkoholinkäyttöympäristöihin ja viranomaisten valvontatoimiin. Nämä toimenpiteet kohdistuvat kaupallisiin anniskelupaikkoihin (baarit, pubit, klubit) sekä muihin alkoholinkäytön ympäristöihin, kuten juhliin tai urheilutapahtumiin. Joillakin yksilöihin tai anniskelupaikkoihin suuntautuvilla lähestymistavoilla (kuten vertaisinterventiolla ja koulutuksella aggressioiden ehkäisyyn) on jonkin verran vaikutusta alkoholiin liittyviin ongelmiin (esim. 74,75). Viranomaisvalvonnalla (tehostetulla valvonnalla ja kohdennetulla valvonnalla) on osoitettu olevan myönteinen vaikutus

(76,77). Tarjoilijoiden saattaminen lailliseen vastuuseen asiakkaille aiheutuvista haitoista on ollut yhteydessä alkoholiongelmien vähentymiseen Yhdysvalloissa (78), mutta tätä lähestymistapaa ei ole käytetty muissa maissa. Anniskelupaikkojen johtajien ja omistajien vapaat valinnat omavalvontatoimet eivät ole osoittautuneet vaikuttaviksi (79). Laaja-alaiset yhteisöihin kohdistuvat ohjelmat, joihin sisältyy turvallisuushenkilöstön ja muun baarihenkilöstön koulutusta ja lupavalvontaa, ovat ainoita toimintatapoja, joilla on osoitettu olevan merkittävä haittoja vähentävä vaikutus. Nämä yhteisöohjelmat onnistuvat tavoitteissaan kuitenkin ainoastaan silloin, kun yhteisön johtajat ja muut sidosryhmät osallistuvat toimintaan (esim. 80). Alkoholien juomistilanteissa haittoja vähentävät toimet ovat siis hyödyllinen osa alkoholihaittojen ehkäisemiseen tähtääviä strategioita, varsinkin jos niiden painopisteenä on edellä kuvattu viranomaisvalvonta, mutta juomistilanteisiin kohdentuvilla toimilla ei kuitenkaan voida korvata vaikuttavampia, koko väestön kattavia toimia.

### **Hoito ja varhainen tunnistaminen**

Alkoholiongelmien hoito sosiaali- ja terveyspalveluissa koostuu yleensä seulonnasta (eli varhaisesta tunnistamisesta ja puhekeskustelusta), lyhytneuvonnasta, läheteistä, diagnostisesta arvioinnista, katkaisuhoidosta, hoidollisista interventioista ja jatkohoidosta. Hoitomenetelmät, joista on eniten näyttöä haitallisen juomisen muuttamisessa, ovat käyttäytymisterapia, ryhmäterapia, perheterapia, motivoiva haastattelu ja jotkin lääkehoidot (81). Vertaistukiryhmät, kuten AA, ovat myös vaikuttavia sekä hoidon tukena (82) että erillisinä interventioina. Huomattava tutkimusnäyttö tukee myös seulonnan ja lyhytneuvonnan hyödyllisyyttä riskikäyttäjille ja alkoholia haitallisesti käyttäville, joille ei ole vielä kehittynyt alkoholiriippuvuutta (83).

Tärkeä lyhytneuvontaan ja hoidon erityispalveluihin liittyvä kysymys on niiden kustannusvaikuttavuus. Riskikäyttäjien lyhytneuvonta on havaittu kustannusvaikuttavaksi ensiapupoliklinikoilla ja avohoidossa (84,85). Vastaavia havaintoja vaikuttavuudesta on raportoitu alkoholiriippuvuuden avohoidosta (86) ja AA-ryhmään osallistumisesta (82).

Kokonaan toinen kysymys on, vähentävätkö sosiaali- ja terveyspalvelut kokonaisuudessaan alkoholin yhteiskunnalle aiheuttamia inhimillisiä ja

taloudellisia hättäkustannuksia, jotka aiheutuvat varsinkin alkoholisairauksista, rikoksista, väkivalta, liikennekuolemista ja muista ongelmista. Suuntaa antavat tulokset havainnointitutkimuksista ja mallintavista tutkimuksista viittaavat siihen, että hoito, varhainen tuki ja vertaistuki voivat vähentää alkoholiin liittyvien ongelmien yleisyyttä väestössä (87,88), mutta useimpien hoitopalveluiden kustannukset ovat korkeita muihin interventioihin verrattuina. Alkoholiongelmiin puuttuminen on vaikeaa ja kallista sen jälkeen, kun ongelmat ovat jo muodostuneet, ja ongelmat uusiutuvat herkästi.

### **Politiikkaprosessi: useita sidosryhmiä, useita tavoitteita**

ANOC3-kirjan analyysin neljäs näkökulma kuvaa vaikuttavan alkoholipolitiikan toimeenpanoon liittyviä haasteita. Alkoholipolitiikan laatimiseen, toteuttamiseen ja valvontaan eivät osallistu vain ministeriöt, vaan myös sosiaali- ja terveysalan sekä valvonta-alan ammattilaiset, kansalaisjärjestöt, tiedeyhteisö, joukkotiedotusvälineet sekä moninaiset kaupalliset tahot, joilla on sidoksia alkoholielinkeinoon. Kaikessa alkoholipolitiikkaa koskevassa lainsäädännössä ja käytäntöönpanossa on rinnakkaisia ja kilpailevia prosesseja, joissa eri eturyhmät yrittävät päästä määrittämään alkoholipolitiikan suuntaviivoja ja vaikuttamaan alkoholipolitiikan päätöksenteon lopputulokseen. Alkoholipolitiikan eri sidosryhmien tarkastelu johtaa seuraavaan johtopäätökseen: alkoholipolitiikka usein muotoutuu kilpailevien etujen, arvojen ja ideologioiden kamppailun tuloksena. Esimerkiksi kansanterveyden, kansalaisjärjestöjen ja viranomaisten (kuten terveydenhuollon pätevyyden, poliisin ja sosiaalityöntekijöiden) edut eroavat merkittävästi alkoholielinkeinon eduista. Eturistiriitojen ja alkoholiteollisuuden hyvin dokumentoitujen vaikuttamistaktiikoiden (26,89,90) vuoksi kumppanuusyhteistyö alkoholiteollisuuden kanssa johtaa todennäköisimmin kansanterveyden ja hyvinvoinnin kannalta tehottomiin alkoholipolitiittisiin toimiin (91).

Alkoholin markkinointiin liittyvien etujen ajaminen ja hallitusten halu asettaa valtion tulot etusijalle ovat saaneet aikaan tilanteen, jossa alkoholia kohdellaan tavanomaisena kulutushyödykkeenä. Kansainväliset kauppasopimukset pyrkivät rajoittamaan kansallisvaltioiden alkoholipolitiittisia

toimia, jotka nähdään kaupan ja investointien esteinä. Rajat ylittävän alkoholimarkkinoinnin rajoittamispyrkimykset ovat usein kohdanneet vastustusta. Taloudellista kehitystä edistävät järjestöt pitävät yksityisten toimijoiden perustamaa alkoholintuotantoa merkinä kehityksestä. Maailman terveysjärjestö WHO on ainoa YK:n alainen järjestö, joka kiinnittää järjestelmällisesti huomiota alkoholiongelmiiin (4), mutta sen resurssit ovat vähäiset (92). WHO:n tarttumattomien tautien vastainen kampanja on pitänyt alkoholia riskitekijänä jo vuodesta 2010, mutta alkoholia ei ole otettu mukaan kansainvälisiin sopimuksiin, joilla pyritään rajoittamaan psykoaktiivisten aineiden haittoja. Jos alkoholipolitiikkaa tahdotaan yleisen edun nimissä kehittää kansanterveystieteeseen perustuen, tarvitaan yhä enemmän ylikansallisia mekanismeja, joilla voidaan vastata alkoholin tuotannon, kaupan ja markkinoinnin lisääntyvän globalisoitumisen seurauksiin.

### **Alkoholipolitiikkatoimet: kuluttajaopas**

Katsauksemme tarkastelee tutkimusnäyttöön perustuvia strategioita ja interventioita, ja lopuksi haluamme kiinnittää huomiota alkoholipolitiikassa avautuneisiin myönteisiin mahdollisuuksiin. Alkoholiongelmien käsittelyyn kehitettyjä politiikkaratkaisuja on lukuisia, ja ne eroavat toisistaan erittäin paljon, aina yksilötasoisista hoitopalveluista väestötasoisiiin strategioihin, joilla vaikutetaan alkoholin edullisuuteen, saatavuuteen ja houkuttelevuuteen kuluttajille.

ANOC3-kirjan kirjoittajat tarkastelivat tutkimusnäyttöä 69:stä erilaisesta alkoholihaittoja ehkäisevästä ja vähentävästä toimenpiteestä. Päästäkseen yhteisymmärryksen tutkimusnäytön asteesta kirjoittajat kehittivät luokitusjärjestelmän, joka arvioi kunkin toimenpiteen vaikuttavuutta sen mukaan, miten toimet vaikuttavat alkoholin kulutukseen tai alkoholihaittoihin. Vaikuttavuudesta oli oltava näyttöä vähintään yhdestä hyvästä tutkimusasetelmaa käyttävästä tutkimuksesta, ja lisäksi huomioitiin tutkimusnäytön laajuus sellaisena kuin se ilmenee systemaattisissa kirjallisuuskatsauksissa ja meta-analyyseissa, mikäli niitä oli saatavilla. Vaikutukset välittäviin tekijöihin, kuten muutoksiin tiedoissa, asenteissa ja aggressiivisessä käyttäytymisessä, mainittiin laadullisissa kommentteissa, samoin kuin toimien kustannusvaikuttavuus sekä keski- ja matalan tulotason maissa

tehtyjen tutkimusten saatavuus. Toimet luokiteltiin ”parhaiksi käytännöiksi” jos niiden vaikuttavuus oli suuri, niitä tuki laaja joukko tutkimuksia, ne olivat kykeneviä tavoittamaan kohderyhmänsä ja olivat kustannuksiltaan suhteellisen edullisia. ”Hyviksi käytännöiksi” luokitellut toimenpiteet eivät saaneet yhtä korkeaa arviota vaikuttavuudesta ja tutkimusnäytön määräästä kuin parhaat käytännöt, mutta niitä voidaan silti pitää hyvinä sijoituksina kansanterveyteen. Toimenpiteet, joiden ei tutkimuksissa ole havaittu vaikuttavan alkoholin kulutukseen tai haittoihin, ja jotka joissakin tapauksissa kuluttavat resursseja tai vievät huomiota vaikuttavammilta politiikkavaihtoehdoilta, luokiteltiin luokkaan ”Ei-vaikuttavat (tai mahdollisesti haitalliset)” toimenpiteet.

Kuten taulukosta 1 käy ilmi, ”parhaita käytäntöjä” ovat rajoitukset alkoholin edullisuuteen, saatavuuteen ja markkinointiin sekä rattijuoppoutta ehkäisevät toimet. Sen lisäksi on joukko väestötasoisia (esim. vähimmäishinta, myyntipaikkojen tiheyden rajoittaminen) ja kohdennettuja (esim. perheisiin suunnattu ennaltaehkäisy, käyttäytymisterapiat) ”hyviä käytäntöjä”, joista on riittävästi näyttöä, jotta niitä voidaan suositella toteutettaviksi monissa maissa. Alkoholielinkeino suosii tiettyjä toimenpidevaihtoehtoja, koska ne todennäköisesti eivät haittaa heidän kaupankäyntiään (esim. valistusohjelmat, markkinoinnin itse-sääntely), mutta näiden vaihtoehtojen vaikutus on usein kaikkein heikoin.

Sitä mukaa kun alkoholipolitiikan tieteellinen perusta on laajentunut ja kehittynyt, on käynyt ilmeiseksi, ettei alkoholin laajamittaisia haittoja voida torjua millään yksittäisellä toimenpiteellä. Siksi kaikkein vaikuttavimmista strategioista ja interventioista on muodostettava yhdistelmä, joka vaikuttaa kattavasti alkoholipoliittisen toimintaympäristön eri puoliin. Alkoholipolitiikka on jatkuvasti muuttuva prosessi, jonka on pysyttävä ajassaan kiinni, jotta se voisi edistää kansanterveyttä ja sosiaalista hyvinvointia.

ANOC3-kirjaan kootun tieteellisen näytön perusteella alkoholihaittoja ehkäisevien politiikkatoimien vahvistamiselle on olemassa erinomaiset edellytykset. Tarkastellusta 69:stä toimenpidevaihtoehdosta 53 osoittautui ainakin jossakin määrin vaikuttaviksi. Ennen kaikkea näyttö tukee sitä, että kaikkein vaikuttavimmista strategioista kannattaa koostaa yhtenäinen ja kattava alkoholipoliittinen toimintakokonaisuus. Esimerkiksi Liettuassa ja Venäjällä tehdyt viimeaikaiset toimenpiteet al-



Taulukko 1. Alkoholipolitiikan strategiat ja interventiot luokiteltuna parhaisiin, hyviin ja ei-vaikuttaviin käytäntöihin (Mukautettu luvalla teoksen Babor ym.: Alcohol: No Ordinary Commodity, Oxford: Oxford UP, 2022, taulukosta 16.1.)

Toimintalohkot	Parhaat käytännöt	Hyvät käytännöt	Ei-vaikuttavat (tai mahdollisesti haitalliset) käytännöt ja menetelmät	Vaikutusmekanismeihin liittyviä kommentteja ja varauksia
Hinnoittelu- ja verotuspolitiikka	Alkoholin hintaa lisäävät alkoholiverot	Vähimmäishinta; hinnan eriyttäminen juomatyyppin mukaan; erityisverot nuorisolle suunnatuissa juomissa	Politiikat, jotka laskevat alkoholin hintaa	Kun alkoholi kallistuu, kansalaiset juovat vähemmän ja kokevat vähemmän alkoholihaittoja; kun alkoholi halpenee, myös alkoholin kulutus ja haitat lisääntyvät. Verojen korotus vähentää alkoholin kulutusta ja haittoja koko yhteiskunnassa, mukaan lukien suurkuluttajat ja teini-ikäiset. Valtiolle kertyy myös verotuloja, joilla voidaan kattaa hoidon, ehkäisyn ja valvonnan kustannuksia. Alkoholiverotuksen tason oltava merkittävä ollakseen vaikuttava.
Fyysisen saatavuuden sääntely	Myyntiajan ja -paikkojen rajoittaminen; väestön hyvinvointia edistävä alkoholi-monopoli; osion vähimmäisikärajaa säätelevät lait	Säännöstelyjärjestelmät; myyntipaikkojen tiheyden rajoittaminen; yksilölliset ostolupajärjestelmät; alkoholin ostokielto rikostuomion yhteydessä tapauksissa, joissa rikos johdetaan alkoholiongelmasta; miedomprien alkoholijuomien suosiminen; täyskielto, kun uskonnolliset tai sosiaaliset normit tukevat sitä	Politiikat, jotka lisäävät myyntipaikkojen tiheyttä, saavutettavuutta tai myyntiaikoja	Sääntelemällä sitä, kuka voi kuluttaa alkoholia sekä missä, milloin ja missä yhteyksissä alkoholia on saatavilla, lisätään alkoholin hankkimisen taloudellisia kustannuksia ja vaihtoehtokustannuksia. Fyysisen saatavuuden helpouteen ja laillisuuteen vaikuttavat rajoitukset (kuten ikäraajat), vähentävät alkoholin kulutusta ja haittoja. Saatavuuden rajoituksia voidaan käyttää väestötasolla (esim. myyntiajat) tai yksilötasolla (esim. tuomioistuimen määräyksellä). Saatavuuden rajoituksilla voi olla merkittävä vaikutus, jos niitä valvotaan johdonmukaisesti.
Alkoholin markkinoinnin rajoitukset	Alkoholin markkinoinnin täyskielto*	Alkoholin markkinoinnin osittaiskiellot	Alkoholiteollisuuden vapaaehtoinen markkinoinnin itse-sääntely	Alkoholimarkkinoinnille altistuminen lisää alkoholin houkuttelevuutta ja nuorten juomisen todennäköisyyttä; markkinoinnin rajoitukset todennäköisesti rajoittavat varhaisessa iässä aloitettua juomista ja humalajuomista. Alkoholijuomista kertoville kuville ja viesteille altistuminen voi aiheuttaa alkoholiriippuvaisissa alkoholin himoa ja retkahduksia. Mittava todistusaineisto mainonnan vaikutuksesta juomiseen sekä tupakkamarkkinoinnin kiellosta saadut kokemukset antavat aihetta olettaa, että alkoholimarkkinoinnin täyskielto on paras käytäntö arvioitujen esimerkkien puuttumisesta huolimatta.
Valistus ja asennekasvatus		Rattijuoppouden vastaiset kampanjat; kohdistetut ehkäisyohjelmat; perheisiin suuntautuvat toimenpiteet; jotkin perustutkinto-opiskelijoihin kohdistetut interventiot; lyhyet motivoivat interventiot kouluympäristössä; tietokoneperustaiset interventiot valituille suurkuluttajien alaryhmille	Teollisuuden sponsorimat hankkeet ja kampanjat; pelkät tiedotushankkeet	Interventiot, jotka keskittyvät suuressa riskissä oleviin nuoriin ja osallistavat perheen, estävät nuorten juomista todennäköisemmin kuin muut toimet.  Vaikutusta on yleensä arvioitu mittaamalla muutoksia tiedoissa ja asenteissa; vaikutus juomisen aloittamiseen ja juomisongelmiin voi olla epäselvä tai hyvin vähäinen. Tietoperustainen valistus ei luultavimmin muuta juomiskäyttäytymistä tai estä alkoholi-ongelmia.

Taulukko 1 jatkuu

Toimintalohkot	Parhaat käytännöt	Hyvät käytännöt	Ei-vaikuttavat (tai mahdollisesti haitalliset) käytännöt ja menetelmät	Vaikutusmekanismeihin liittyviä kommentteja ja varauksia
Rattijuopumuksen ehkäisy	Matalat promillerajat nuorille kuljettajille; säännölliset puhallutukset, satunnaisesti mikäli mahdollista; intensiiviset valvontatoimet	Matala tai alennettu promilleraja (0,00–0,5 ‰); ajoluvan vaiheittainen suorittaminen; ajokunnon tarkastuspisteet; ajoluvan peruuttaminen; kattavat pakolliset rangaistukset; rattijuopumuksiin keskittyvät tuomioistuimet; alkolut	Ankara rangaistus; raittiina pysyvän kuljettajan nimeäminen; kyytisopimukset; valistusohjelmat; uhrien kokemuksista kertominen	Kiinni jäämisen suuri todennäköisyys ja nopeasti langetettava rangaistus ovat vaikuttavia keinoja rattijuopumuksen vähentämiseen. Ankarat rangaistukset todennäköisesti hidastavat rangaistuksen langettamista ja rangaistuksen saamisen varmuutta. Valvontatoimet ja ajamisen rajoittamistoimet (esim. ajokielto) ovat tehokkaita toimenpiteitä.
Juomisympäristön muokkaaminen		Aggressioiden hallintaa parantava koulutus; anniskelupaikkoja koskevan lainsäädännön ja vaatimusten tehostettu valvonta ja ennakoivat poliisitoimet; kohdennetut poliisitoimet; anniskelupaikkojen työntekijöiden, johtajien ja omistajien juridinen vastuuttaminen; tiettyihin kohderyhmiin kohdistuvat yhteisölliset lähestymistavat	Vastuulliseen anniskeluun opastava koulutus ja anniskelupaikkojen säännöt; toimenpiteet, joilla puututaan urheilutapahtumissa ja festivaaleilla tapahtuvaan juomiseen; vapaaehtoinen sääntely tai koordinointi	Arvioidaan yleensä sen perusteella, miten toimenpiteet vaikuttavat välituloksiin (esim. anniskeluhenkilökunnan tietämykseen ja toimintaan) sekä alkoholin haittavaikutuksiin, kuten rattijuoppouteen ja väkivaltaan, vaikkakin jotkin arvioinnit mittaavat vaikutusta alkoholin kulutukseen tietyissä olosuhteissa.
Hoito ja varhainen tunnistaminen		Lyhytneuvonta riskikultutajille, joilla ei ole riippuvuutta; käyttäytymisterapiat ja psykososiaaliset terapiat; lääkehoito; vertaistuki	Tietyt pakkohoidon tyypit	Arviointiperusteena yleensä raittiuden kesto päivinä tai kuukausina, juomisen intensiteetti ja määrän vähentyminen sekä terveyden ja elämänlaadun paraneminen. Kohderyhmänä ovat alkoholin käyttäjät, joilla on riippuvuus tai jotka juovat haitallisesti, ellei toisin mainita.

\*Koska alkoholimarkkinoinnin täyskieltoa on tutkittu vain vähän, paras käytäntö -luokitus perustuu varovaisuusperiaatteelle sekä suurelle määrälle tupakkamarkkinointia koskevasta tutkimuksesta peräisin olevaa näyttöä.

koholin hinnan nostamiseksi sekä saatavuuden ja markkinoinnin rajoittamiseksi ovat tukeneet toisiaan ja vähentäneet merkittävästi sekä alkoholin kulutusta että alkoholiin liittyviä haittoja (93,94). Alkoholikontrollitoimia yhdistelemällä voidaan saavuttaa huomattava väestön elinajanodotteen piteneminen varsinkin alkoholia runsaasti kuluttavissa maissa (7,93,94,95).

Toinen tärkeä viesti on, että politiikkatoimien vaikuttavuutta voidaan optimoida tutkimuksen avulla. Nykyisillä tutkimusmenetelmillä voidaan seurata alkoholin osuutta globaalista tautitaakasta sekä eri politiikkavaihtoehtojen vaikuttavuutta. Tutkimuksella voidaan saada selville, mitkä strategiat saavuttavat kansanterveydelliset tavoitteensa todennäköisimmin ja mitkä strategiat ovat luultavimmin vähemmän vaikuttavia tai jopa hyödyttömiä, harhaanjohtavia tai resurssja tuhlaavia. Alkoholipoliittisten muutosten vaikutuksia seura-

malla ja analysoimalla voidaan saada paras käsitys muutosten vaikutuksista ja siitä, miten politiikkaa voidaan kehittää jatkossa.

On olemassa myös huomattavan paljon mahdollisuuksia kansainvälisen yhteistyön vahvistamiseen ja kokemusten jakamiseen. Mielestämme tutkimustulokset tukevat voimakkaasti WHO:n alkoholiin ja kansanterveyteen liittyvien hankkeiden vahvistamista, kuten puitesopimuksen laatimista alkoholikontrolliin (A Framework Convention on Alcohol Control) (esim. 96). WHO:n vuonna 2018 käynnistämä, vaikuttavia strategioita ja interventioita edistävä SAFER-hanke (97) on hyvä alku, mutta se tarvitsee tuekseen huomattavasti enemmän toimia yksittäisten maiden tasolla sekä kansainvälisen terveyssovimuksen, joka tukee alkoholiteollisuuden menettelytapojen rajoittamista esimerkiksi rajat ylittävän mainonnan kontrollia (18).

ANOC3-kirja osoittaa, että edellytykset toteuttaa yleistä etua paremmin palvelevaa, näyttöön perustuvaa alkoholipolitiikkaa ovat tällä hetkellä paremmat kuin koskaan aikaisemmin. Vaikka tämä johtopäätös antaakin paljon aihetta optimismiin, alkoholin tuotanto, myynti ja markkinointi aiheuttavat valtavaa vahinkoa kansanterveydelle ja hyvinvoinnille kaikkialla maailmassa. Näitä ongel-

mia voidaan kyllä torjua näyttöön perustuvilla, tehokkailla politiikkatoimilla, mutta liian moni kansallinen alkoholipolitiikka koostuu ei-vaikuttavista tai puutteellisesti arvioituista strategioista ja interventioista. Ymmärrys siitä, että alkoholi ei ole tavanomainen kulutusyhödyke, on vasta ensimmäinen askel yhteiskunnan yhden haastavimman kansanterveysongelman hallitsemiseksi.

## KIRJALLISUUS

1. Bruun K, Edwards G, Lumio M, et al. (1975) Alcohol control policies in public health perspective. Helsinki: Alkoholitutkimussäätiö, nide 25.
2. Edwards G, Anderson P, Babor TF, et al. (1994) Alcohol Policy and the Public Good. Oxford: Oxford University Press.
3. Babor TF, Caetano R, Casswell C, et al. (2003) Alcohol: No ordinary commodity. First edition. Oxford, UK: Oxford UP.
4. Room R (2021) Global intergovernmental initiatives to minimise alcohol problems: some good intentions, but little action. *European Journal of Risk Regulation* 12: (Special Issue 2): 419–432.
5. Rossow I and Mäkelä P (2021) Public health thinking around alcohol-related harm: why does per capita consumption matter? *J Stud Alcohol Drugs*, 82, 9–17.
6. Maccagnan A, Wren-Lewis S, Brown H, et al. (2019) Wellbeing and Society: Towards Quantification of the Co-benefits of Wellbeing. *Soc Indic Res* 141, 217–243. Doi: 10.1007/s11205-017-1826-7
7. Nemstov A, Neifeld M, Rehm J. (2019) Are Trends in Alcohol Consumption and Cause-Specific Mortality in Russia Between 1990 and 2017 the Result of Alcohol Policy Measures? *J. Stud. Alcohol Drugs*, 80, 489–498, 2019).
8. Bagnardi, V., Rota, M., Botteri, E., et al. (2013). Light alcohol drinking and cancer: a meta-analysis. *Annals of Oncology*, 24(2), 301–308.
9. Rehm J, Gmel GE, Gmel G, et al. (2017) The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease – an update. *Addiction*, 112, 968–1001. Available: DOI: 10.1111/add.13757.
10. Laslett A-M, Room R, Walewong O, et al. (2019) Harm to others from drinking: patterns in nine societies, Geneva, World Health Organization.
11. Anderson P, Møller L, and Galea G (2012) Alcohol in the European Union: Consumption, Harm and Policy Approaches, Copenhagen, World Health Organization.
12. Shield, K.D., Manthey, J., Rylett, M., Probst, C., Wettlaufer, A., Parry, C.D.H. & Rehm, J. (2020). National, regional, and global burdens of disease from 2000 to 2016 attributable to alcohol use. *Lancet Public Health*, 5(1), e51–61. doi: 10.1016/S2468-2667(19)30231-2.
13. Lange S, Probst C, Gmel G, et al. (2017) Global Prevalence of Fetal Alcohol Spectrum Disorder Among Children and Youth: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 171, 948–956.
14. Patra J, Bakker R, Irving H, et al. (2011) Dose-response relationship between alcohol consumption before and during pregnancy and the risks of low birthweight, preterm birth and small for gestational age (SGA)-a systematic review and meta-analysis. *BJOG*, 118, 1411–21.
15. Stith SM, Liu T, Davies L, et al. (2009) Risk factors in child maltreatment: a meta-analytic review of the literature. *Aggress Violent Behav*, 14, 13–29.
16. Manthey J, Shield KD, Rylett M, et al. (2019) Global alcohol exposure between 1990 and 2017 and forecasts until 2030: a modelling study. *Lancet*, 393, 2493–502.
17. Jernigan D and Babor TF (2015) The concentration of the global alcohol industry and its penetration in the African region. *Addiction*, 110, 551–60.
18. Carah N and Brodmerkel S (2021) Alcohol marketing in the era of digital media platforms. *J Stud Alcohol Drugs*, 82, 18–27.
19. Bhattacharya A, Angus C, Pryce R, Holmes J, Brennan A, Meier PS (2018) How dependent is the alcohol industry on heavy drinking in England?. *Addiction*, 113(12), 2225–2232.
20. Livingston M and Callinan S (2019) Examining Australia's heaviest drinkers. *Australian and New Zealand journal of public health*, 43(5), 451–456.
21. Bye EK and Rossow I (2021) Heavy drinkers and the contexts of drinking among adults in Norway. *Drug and Alcohol Dependence*, 229, 109127.
22. Pham CV, Casswell S, Parker K, Callinan S, Chaiyasong S, Kazantseva E, Meier P, MacKintosh A-M, Piazza M, Gray-Phillip G, Parry CDH. Cross-country comparison of proportion of alcohol consumed in harmful drinking occasions using the

- International Alcohol Control Study. *Drug Alcohol Rev* 2018;37:S45–S52.
23. Kelsey J (2020) How might digital trade agreements constrain regulatory autonomy: the case of regulating alcohol marketing in the digital age. *New Zealand Universities Law Review*, 29, 153–79.
  24. Robaina K, Babor T, Pinsky I, et al. (2020) The alcohol industry's commercial and political activities in Latin America and the Caribbean: implications for public health. Geneva: NCD Alliance, Global Alcohol Policy Alliance, Healthy Latin America Coalition, and Healthy Caribbean Coalition. [https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource\\_files/NCDAlliance\\_Alcohol%20Control%20report%20in%20LAC\\_English\\_0.pdf](https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/NCDAlliance_Alcohol%20Control%20report%20in%20LAC_English_0.pdf)
  25. Amul GGH (2020). Alcohol advertising, promotion, and sponsorship: A review of regulatory policies in the Association of Southeast Asian Nations. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 81(6): 697–709.
  26. Casswell, S. (2022). Development of Alcohol Control Policy in Vietnam: Transnational Corporate Interests at the Policy Table, *Global Public Health Largely Absent*. *International Journal of Health Policy and Management*, (x(x), 1–8), -. doi: 10.34172/ijhpm.2022.6625.
  27. Wagenaar AC, Salois MJ, and Komro KA (2009) Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction*. 104:179–90. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02438.x
  28. Elder RW, Lawrence B, Ferguson A, et al. (2010) The effectiveness of tax policy interventions for reducing excessive alcohol consumption and related harms. *American journal of preventive medicine*, 38(2), 217–229. doi.org/10.1016/j.amepre.2009.11.005
  29. Sornpaisarn B, Shield K, Cohen J, et al. (2013) Elasticity of alcohol consumption, alcohol-related harms, and drinking initiation in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Drug and Alcohol Research*. 2:1–14.
  30. Chisholm, D., Moro, D., Bertram, M., Pretorius, C., Gmel, G., Shield, K., & Rehm, J. (2018). Are the “best buys” for alcohol control still valid? An update on the comparative cost-effectiveness of alcohol control strategies at the global level. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 79(4), 514–522. doi:10.15288/jsad.2018.79.514
  31. Lachenmeier, DW, Neufeld, M., Rehm, J. (2021) The impact of unrecorded alcohol use on health – what do we know in 2020? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 82 (1), 28–41.
  32. Sornpaisarn B, Shield KD, Österberg E, et al. (2017) *Resource Tool on Alcohol Taxation and Pricing Policies*. Geneva: World Health Organization.
  33. Rehm, J., Neufeld, M., Room, R., Sornpaisarn, B., Štelemėkas, M., Swahn, M.H., & Lachenmeier, D.W. (2022). The impact of alcohol taxation changes on unrecorded alcohol consumption: a review and recommendations. *International Journal of Drug Policy*, 99, 103420.
  34. Ashton RH, Graul PR, and Newton JD (1989) “Audit Delay and Timeliness of Corporate Reporting”, *Contemporary Accounting Research*, Vol. 5, No. 2, pp. 657–673.
  35. Vandenberg B and Sharma A (2016) Are alcohol taxation and pricing policies regressive? Product-level effects of a specific tax and a minimum unit price for alcohol. *Alcohol and Alcoholism*, 51(4), 493–502. Doi:10.1093/alcalc/agv133
  36. Younger SD (1993) Estimating tax incidence in Ghana: An exercise using household data. Cornell Food and Nutrition Policy Program Working Paper No. 48. Ithaca, NY: Cornell University. Osoitteessa <http://www.cfnp.cornell.edu/images/wp48.pdf> (viitattu 9.7.2009)
  37. Younger SD and Sahn DE (1999) Fiscal incidence in Africa: Microeconomic evidence. Cornell Food and Nutrition Policy Program Working Paper No 91. Ithaca, NY: Cornell University. Osoitteessa <http://www.cfnp.cornell.edu/images/wp48.pdf> (viitattu 9.7.2009)
  38. Decoster A (2005) How progressive are indirect taxes in Russia? *Economics of Transition* 13, 705029.
  39. Sassi F, Belloni A, Mirelman AJ, Suhrcke M, Thomas A, Salti N, Vellakkal S, Visaruthvong C, Popkin BM, Nugent R. Equity impacts of price policies to promote healthy behaviours. *Lancet*. 2018 May 19;391(10134):2059–2070. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30531-2.
  40. Lauer JA, Sassi F, Soucat A, Vigo A (Eds.) (2022) *Health Taxes: Policy and Practice*. World Scientific Publishing.
  41. WHO Regional Office for Europe (2022). No place for cheap alcohol: the potential value of minimum pricing for protecting lives. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/356597>
  42. Stockwell T, Auld MC, Zhao J, et al. (2011) Does minimum pricing reduce alcohol consumption? The experience of a Canadian province. *Addiction*, 107, 912–20.
  43. Stockwell T, Zhao J, Giesbrecht N, et al. (2012) The raising of minimum alcohol prices in Saskatchewan Canada: impacts on consumption and implications for public health. *Am J Public Health*, 102, e103–10.
  44. Stockwell T, Zhao J, Martin G, et al. (2013) Minimum alcohol prices and outlet densities in British Columbia, Canada: estimated impacts on alcohol-attributable hospital admissions. *Am J Public Health*, 103, 2014–20.
  45. Stockwell T, Zhao J, Marzell M, et al. (2015) Relationships between minimum alcohol pricing and crime during the partial privatization of a Canadian Government Alcohol Monopoly. *J Stud Alcohol Drugs*, 76, 628–34.
  46. Zhao J, Stockwell T, Martin G, et al. (2013) The relationship between minimum alcohol prices, outlet densities and alcohol-attributable deaths in British Columbia, 2002–09. *Addiction*, 108(6), 1059–69. Doi:10.1111/add.12139
  47. Sharma A, Etile F, and Sinha K (2016) The effect

- of introducing a minimum price on the distribution of alcohol purchase: a counterfactual analysis. *Health Econ*, 25, 1182–200.
48. O'Donnell A, Anderson P, Jané-Llopis E, et al. (2019) Immediate impact of minimum unit pricing on alcohol purchases in Scotland: controlled interrupted time series analysis for 2015–18. *BMJ*, 366, l5274.
  49. Wilkinson C., Livingston M., Room R. (2016) Impacts of changes to trading hours of liquor licences on alcohol-related harm: a systematic review 2005–2015, *Public Health Research & Practice*: 26.
  50. Sherk A., Stockwell T., Chikritzhs T., Andréasson S., Angus C., Gripenberg J. et al. (2018) Alcohol consumption and the physical availability of take-away alcohol: systematic reviews and meta-analyses of the days and hours of sale and outlet density, *Journal of studies on alcohol and drugs*: 79: 58–67.
  51. Fitterer J. L., Nelson T. A., Stockwell T. (2015) A Review of Existing Studies Reporting the Negative Effects of Alcohol Access and Positive Effects of Alcohol Control Policies on Interpersonal Violence, *Frontiers in Public Health*: 3: 253.
  52. Dejong W., Blanchette J. (2014) Case closed: research evidence on the positive public health impact of the age 21 minimum legal drinking age in the United States, *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, Supplement: 108–115.
  53. Wagenaar A. C., Toomey T. L. (2002) Effects of minimum drinking age laws: review and analyses of the literature from 1960 to 2000. *Journal of Studies on Alcohol*, Supplements: 63: S206(220).
  54. Wagenaar A. C., Toomey T. L., Erickson D. J. (2005) Preventing youth access to alcohol: outcomes from a multi-community time-series trial, *Addiction*: 100: 335–345.
  55. Sargent JD and Babor TF (2020) The Relationship Between Exposure to Alcohol Marketing and Underage Drinking Is Causal. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, Supplement 19, 113–124. doi: 10.15288/jsads.2020.s19.113
  56. Babor T, Robaina K, Noel J, Ritson EB. (2017) Vulnerability to alcohol-related problems: A policy brief with implications for the regulation of alcohol marketing. *Addiction* 112: S1, 94–101 DOI: 10.1111/add.13626
  57. Noel J, Babor T, and Robaina K (2017) Industry self-regulation of alcohol marketing: a systematic review of content and exposure research. *Addiction*, 112, 28–50.
  58. Levy, D. T., Z. Yuan, Y. Luo and D. Mays. 2018. Seven years of progress in tobacco control: an evaluation of the effect of nations meeting the highest level MPOWER measures between 2007 and 2014. *Tobacco Control*, 27, 50–57.
  59. Blecher, E. (2008) The impact of tobacco advertising bans on consumption in developing countries. *Journal of Health Economics*, 27, 930–942.
  60. Rossow, I. (2021a) The alcohol advertising ban in Norway: Effects on recorded alcohol sales. *Drug and Alcohol Review*, 40 (7): 1392-1395.
  61. Rossow, I. (2021b) The alcohol advertising ban in Norway: A response to Nelson's comments. *Drug and Alcohol Review*, 40 (7): 1399–1401.
  62. Foxcroft, D.R., & Tsertsvadze, A. (2011). Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 9. Art. No.: CD009308. DOI: 10.1002/14651858.CD009308. [https://oldev.tru-box.ca/wp-content/uploads/sites/37/2015/06/hlth4511\\_19\\_universalfamilybasedprevention.pdf](https://oldev.tru-box.ca/wp-content/uploads/sites/37/2015/06/hlth4511_19_universalfamilybasedprevention.pdf)
  63. Lee, N. K., Cameron, J., Battams, S. & Roche, A. (2016). What works in school-based alcohol education: A systematic review. *Health Education Journal* 75(7): 780–798.
  64. Knai, C., Petticrew, M., Durand, M. A., Eastmure, E., & Mays, N. (2015) Are the Public Health Responsibility Deal alcohol pledges likely to improve public health? An evidence synthesis. *Addiction* 110(8): 1232–1246.
  65. Young, B., Lewis, S., Katikireddi, S. V., Bauld, L., Stead, M., Angus, K., Campbell, M., Hilton, S., Thomas, J., Hinds, K. & Ashie, A. (2018) Effectiveness of mass media campaigns to reduce alcohol consumption and harm: a systematic review. *Alcohol and Alcoholism* 53(3): 302–316.
  66. Lammers, J., Onrust, S., van der Heijden, A., Engels, R., Wiers, R. W. & Kleinjan, M. (2019) Universal and targeted school-based prevention programmes for alcohol misuse in young adolescents: a meta-analytic comparison. In: Lammers, J., *Curbing Young Adolescents' Alcohol Abuse: Time to Revisit the Prevention Paradox?* pp. 33–68. PhD thesis. Utrecht: Trimbo Institute, Utrecht University. <https://www.trimbo.nl/docs/d9a54908-5e6c-45f0-9a5f-da085aa84b3a.pdf#page=35> (viitattu 7.6.2020)
  67. Casswell S, Gilmore L, Maguire V, et al. (1989) Changes in public support for alcohol policies following a community based campaign. *British Journal of Addiction* 84, 515–22.
  68. Rise J, Natvig H, and Storvoll EE (2005) Evaluering av alkoholkampanjen 'Alvorlig talt' (Evaluation of the alcohol campaign 'Seriously talking'). Oslo, Norway: Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research.
  69. World Health Organization (2018) Global status report on road safety 2018. Geneva. Osoitteessa <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276462/9789241565684-eng.pdf?ua=1>.
  70. Jiang H, Livingston M, and Manton E (2014) The effects of random breath testing and lowering the minimum legal drinking age on traffic fatalities in Australian states. *Injury Prevention*, 21, 77–83.
  71. Fell JC, Scherer M, Thomas S, et al. (2016) Assessing the impact of twenty underage drinking laws. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 77, 249–260.
  72. Erke A, Goldenbeld C, and Vaa T (2009) The effects of drink-driving checkpoints on crashes-A meta-analysis. *Accident Analysis and Prevention*, 41, 914–923.
  73. Byrne PA, Ma T, Mann RE, et al. (2016) Evaluation of the general deterrence capacity of recently

- implemented (2009–2010) low and Zero BAC requirements for drivers in Ontario. *Accid Anal Prev*, 88, 56–67.
74. Kelley-Baker T, Johnson MB, Romano E, et al. (2011) Preventing victimization among young women: The SafeNights intervention. *Am J Health Stud*, 26(4):185–195.
  75. Graham K, Osgood DW, Zibrowski E, et al. (2004) The effect of the Safer Bars programme on physical aggression in bars: Results of a randomized controlled trial. *Drug Alcohol Rev*, 23(1):31–41.
  76. McKnight AJ and Streff FM (1994) The effect of enforcement upon service of alcohol to intoxicated patrons of bars and restaurants. *Accident Analysis and Prevention*, 26(1):79–88.
  77. Wiggers J, Jauncey M, Considine R, et al. (2004) Strategies and outcome in translating alcohol harm reduction research into practice: The Alcohol Linking Program. *Drug Alcohol Rev*, 23(3):355–364.
  78. 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.
  79. Curtis A, Miller P, Droste N, et al. (2016) ‘The ones that turn up are the ones that are responsible’: Key stakeholders perspectives on liquor accords. *Drug Alcohol Rev*, 35(3):273–279.
  80. Wallin E, Lindewald B, and Andreasson S (2004) Institutionalization of a community action program targeting licensed premises in Stockholm, Sweden. *Evaluation Review*, 28(5):396–419.
  81. Babor, T. F. (2015). Treatment systems for population management of substance use disorders: requirements and priorities from a public health perspective. In *Textbook of Addiction Treatment* (pp. 553–567). Springer, Cham.
  82. Kelly JF, Humphreys K, and Ferri M. (2020) Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD012880. DOI: 10.1002/14651858.CD012880.pub2.
  83. Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, et al. (2018) Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane database of systematic reviews*, (2). <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004148.pub4/full>
  84. Barbosa C, Cowell A, Bray J, et al. (2015) The cost-effectiveness of alcohol screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) in emergency and outpatient medical settings. *J Subst Abuse Treat*, 53, 1–8.
  85. Havard A, Shakeshaft A, and Sanson-Fisher RW (2008) Systematic review and meta-analyses of strategies targeting alcohol problems in emergency departments: interventions reduce alcohol-related injuries. *Addiction*, 103, 368–76; discussion 377–8.
  86. Rehm J and Barbosa C (2018) The cost-effectiveness of therapies to treat alcohol use disorders. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*, 18, 43–9.
  87. Smart RG and Mann RE (2000) The impact of programs for high-risk drinkers on population levels of alcohol problems. *Addiction* 95, 37–52.
  88. Rehm J, Shield KD, Gmel G, Rehm MX, Frick U. (2013) Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union. *Eur Neuropsychopharmacol*. 23(2):89-97. doi: 10.1016/j.euroneuro.2012.08.001. Epub 2012 Aug 21. PMID: 22920734.
  89. Savell E, Fooks G, Gilmore AB. (2016) How does the alcohol industry attempt to influence marketing regulations? A systematic review. *Addiction*, 111(1), 18–32.
  90. Robaina K, Babor T, Pinsky I et al. (2020) The alcohol industry’s commercial and political activities in Latin America and the Caribbean: Implications for public health. Geneva: NCD Alliance, Global Alcohol Policy Alliance, Healthy Latin America Coalition, and Healthy Caribbean Coalition. [https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource\\_files/NCDAlliance\\_Alcohol%20Control%20report%20in%20LAC\\_English\\_0.pdf](https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/NCDAlliance_Alcohol%20Control%20report%20in%20LAC_English_0.pdf)
  91. Adams, P. (2016) *Moral Jeopardy: Risks of Accepting Money from the Alcohol, Tobacco and Gambling Industries*. Cambridge, UK, Cambridge University Press.
  92. Bakke Ø, Braaten ES, Casswell S (2022) Despite COVID-19 Member States Need to Adequately Resource WHO’s Work to Address Alcohol Harm. *Int J Health Policy Manag*. 1;11(6):869–870. doi: 10.34172/ijhpm.2020.234
  93. Nemtsov N, Neufeld M, and Rehm J (2019) Are trends in alcohol consumption and cause-specific mortality in Russia between 1990 and 2017 the result of alcohol policy measures? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 80, doi:10.15288/jsad.2019.80
  94. Neufeld M, Bobrova A, Davletov K, et al. (2021) Alcohol control policies in Former Soviet Union countries: A narrative review of three decades of policy changes and their apparent effects. *Drug and Alcohol Review*, 40: 350–367. <https://doi.org/10.1111/dar.13204>
  95. Tran, A., Jiang, J., Lange, S., Manthey, J., Štelemėkas, M., Badaras, R., Petkevičiėne, J., Radišauskas, R., Room, R. & Rehm, J. (2022) Can alcohol control policies reduce liver cirrhosis mortality? An interrupted time series analysis in Lithuania. *Liver International* (verkkossa 1.2.2022) DOI: 10.1111/liv.15151
  96. Room R & Cisneros Örnberg J (2021) A Framework Convention on Alcohol Control: getting concrete about its contents. *European Journal of Risk Regulation* 12(Special issue 2):433–443.
  97. Rekve D, Banatvala N, Karpati A, Tarlton D, Westerman L, Sperkova K et al. Prioritising action on alcohol for health and development *BMJ* 2019; 367:l6162 doi:10.1136/bmj.l6162

## KIRJOITTAJAT

Babor, Thomas F., Department of Public Health Sciences, University of Connecticut School of Medicine, Connecticut, USA

Casswell, Sally, SHORE & Whariki Research Centre, College of Health, Massey University, Auckland, Uusi-Seelanti

Graham, Kathryn, Institute for Mental Health Policy Research, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto/London, Kanada, Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, Toronto, Kanada

Huckle, Taisia, SHORE & Whariki Research Centre, College of Health, Massey University, Auckland, Uusi-Seelanti

Livingston, Michael, National Drug Research Institute, Curtin University, Melbourne, Australia, Centre for Alcohol Policy Research, La Trobe University, Melbourne, Australia, Department of Clinical Neuroscience, Karolinska Institutet, Tukholma, Ruotsi

Rehm, Jürgen, Institute for Mental Health Policy Research & Campbell Family Mental Health Research Institute, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Kanada, Institute of Clinical Psychology and Psychotherapy & Center for Clinical Epidemiology and Longitudinal Studies, Technische Universität, Dresden, Saksa, Center for Interdisciplinary Addiction Research, Department of Psychiatry and Psychotherapy, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hampuri, Saksa, Department of Psychiatry & Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, Toronto, Kanada, Department of International Health Projects, Institute for Leadership and Health Management, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moskova, Venäjän federaatio

Room, Robin, Centre for Alcohol Policy Research, La Trobe University, Bundoora, Victoria, Australia, Centre for Social Research on Alcohol and Drugs, Department of Public Health Sciences, Stockholm University, Tukholma, Ruotsi

Rossow, Ingeborg, Department of Alcohol, Tobacco, and Drugs, Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Norja

Sornpaisarn, Bundit, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Kanada, Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, Toronto, Kanada, Faculty of Public Health, Mahidol University, Thaimaa

*Selvitys sidonnaisuuksista: Projektiin liittyvästä kirjoitustyöstä, konsultoinnista tai taustatutkimuksista ei ole maksettu mitään palkkioita, eikä kenelläkään kirjoittajista ole yhteyksiä alkoholiteollisuuteen tai muita taloudellisia eturistiriitoja tai sidonnaisuuksia. Kaikki kirjamyynnistä saatava tekijäpalkkiot on lahjoitettu British Society for the Study of Addiction järjestölle englannista muille kielille tehtävien käännösten rahoitusta ja muuta tiedonjakamista varten.*

*Kiitokset: Norjan terveysdirektoraatti rahoitti julkaisun Open Access e-kirjan ja antoi osittaista tukea kirjoittajien tapaamisiin, hallintoasioihin ja matkakustannuksiin. Maailman terveysjärjestö WHO:n Euroopan toimisto antoi rahoitusta julkaisun taustatutkimuksina toimineiden seitsemän tilaustutkimuksen kirjoittajien matkakustannuksiin. The Society for the Study of Addiction järjestön antamalla rahoituksella katettiin projektin toimitustyö ja logistiset kustannukset. Alkoholitutkimussäätiö ja International Confederation of ATOD Research Associations järjestö ovat antaneet panoksensa tiedonjakamistyölle, joka tarkoituksena on tuoda kirjan ydinviestit vähäisemmät resurssit omaavien maiden päättäjien tietoon.*