

# Ti forslag til at mindske danskernes skadelige alkoholforbrug



# Styrk forebyggelsen: Alkohol

Selvom det gennemsnitlige alkoholforbrug i Danmark er faldet de sidste årtier, er der et uformindsket behov for at styrke forebyggelsen af alkoholmisbrug og de mange sygdomme forbundet hermed. Over en halv million danskere har et skadeligt alkoholforbrug, og 147.000 af dem er afhængige og har et decideret misbrug. Derfor dør ca. 3.000 danskere hvert år som følge af stort alkoholforbrug.<sup>1</sup> Samtidig er Danmark dét europæiske land, hvor flest unge drikker alkohol i løbet af en måned, og de drikker dobbelt så meget på en aften som gennemsnittet i Europa.<sup>2</sup>

Et stort alkoholforbrug øger risikoen for at udvikle en lang række fysiske og psykiske lidelser og forbruget kan samtidig få alvorlige sociale konsekvenser som førtidspension og tab af arbejde.<sup>3</sup> De negative konsekvenser er ikke forbeholdt personen, der drikker, men kan også ramme de pårørende hårdt. F.eks. har de 122.000 børn og unge, der vokser op i familier med alkoholproblemer, en øget risiko for selv at blive afhængige af alkohol og for at udvikle psykisk sygdom.<sup>4</sup>

Skaderne forbundet med alkoholforbrug er socialt skævt fordelt. Mens forbruget af alkohol er lidt højere blandt højtuddannede, så vender de fysiske og psykiske helbredseffekter den tunge ende nedad, og der er en markant alkoholbetinget overdødelighed blandt kortuddannede.<sup>5</sup> Forskellen i sårbarhed over for de skadelige effekter vurderes at bero på sociale vilkår i barndommen, arbejdsvilkår, indkomstforhold senere i livet og andre forhold som akkumuleringen af risikofaktorer (rygning mv.).<sup>6</sup>

Danskernes alkoholforbrug koster både den enkelte og samfundet dyrt. Folk, der drikker over

højrisiko-grænsen har årligt bl.a. 29.000 ekstra somatiske indlæggelser, 53.000 ekstra psykiatriske ambulante hospitalsbesøg og 110.000 ekstra lægekontakter.<sup>7</sup> Kommunerne alene har årlige meromkostninger for 3,5 mia. kr. blandt borgere med et overforbrug af alkohol.<sup>8</sup> Samlet vurderes overforbruget af alkohol at koste det danske samfund mindst 13 mia. kr. om året.<sup>9</sup>

Trods alkoholskadernes store omfang halter hele dén behandling, som netop kan forebygge udvikling og forværring af sygdom hos borgere med alkoholproblemer. For det første er alt for få alkoholafhængige i offentlig betalt behandling. For det andet kommer de alt for sent i behandling. Og for det tredje er behandlingen af alt for svingende kvalitet rundt omkring i kommunerne. Derfor fremsætter Lægeforeningen en række forslag, som skal sikre, at flere opspores tidligt og kommer i behandling, og at behandlingskvaliteten løftes markant.

Lægeforeningens forslag har derudover fokus på unges alkoholforbrug. Alkoholvaner grundlægges i teenageårene, hvor et stort forbrug øger risikoen for alkoholmisbrug senere i livet.<sup>10</sup> Derfor er det problematisk, at mere end hver 10. danske unge har været fulde som 13-årige eller endnu tidligere.<sup>11</sup> De unges måde at drikke på – 'binge drinking' – øger desuden risikoen for, at hjernen ikke udvikles normalt.<sup>12</sup> Her kan samfundet ikke forholde sig passivt med henvisning til den liberale danske alkoholkultur. Næsten 2/3 af danskerne er da også positive over for alkoholtiltag målrettet børn og unge.<sup>13</sup>

## 1. Skru op for opsporingen af danskere med et skadeligt alkoholforbrug

Mange borgere med alkoholproblemer vil gerne mindske deres forbrug<sup>14</sup>, men får ikke tilbudt den nødvendige hjælp. I 2014 var kun 15.800 ud af de 147.000, der er afhængige af alkohol, i offentlig finansieret behandling. Samtidig sker behandlingsindsatsen alt for sent, da borgerne i gennemsnit har haft alkoholproblemer i 11 år, før de kommer i behandling.<sup>15</sup>

Et oplagt sted at sætte ind er på sygehusene. Op mod en tredjedel af de patienter, der indlægges på somatisk afdeling, har alkoholrelaterede helbredsproblemer, og alkohol er involveret i 30-50 pct. af besøgene på akutmodtagelserne. Patienter, der indlægges på sygehus, er typisk motiverede for at gøre noget ved deres alkoholforbrug, men i dag sker der ingen systematisk opsporing af alkoholmisbrug på sygehusene.<sup>16</sup>

Sygehusene kan i højere grad tage ansvar for at spørge ind til patientens livsstil og alkoholforbrug,

når det giver mening i den konkrete kliniske situation.<sup>17</sup> Hvis samtalen viser, at patientens alkoholindtag udgør en risiko for helbredet og det planlagte behandlingsforløb, bør patienten tilbydes en motiverende samtale og henvises til relevant hjælp i kommunen.<sup>18</sup> I de tilfælde, hvor patienten er indlagt i længere tid, og der kun kræves en begrænset intervention, bør sygehusene selv kunne stå for den.

### Lægeforeningen foreslår

- Sygehusene bør systematisk udføre opsporing og henvisning af patienter med et skadeligt alkoholforbrug.
- Indsatsen for at opspore alkoholproblemer bør tilrettelægges, så resultaterne bliver dokumenteret og evalueret med henblik på at udbrede de mest effektive metoder.

## 2. Foretag systematisk screening og udredning af psykiske og fysiske lidelser

Alkoholafhængige har ofte også en psykisk sygdom og fysiske følgetilstande. Det anslås, at ca. halvdelen af de borgere, der er afhængige af alkohol, også vil udvikle en psykisk sygdom i løbet af livet<sup>19</sup>, og Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der sker en systematisk identifikation af psykisk lidelse ifm. udredning og behandling af alkoholafhængighed.<sup>20</sup>

Alligevel screener kun 40 pct. af kommunerne for, om patienter med et misbrug også har andre lidelser.<sup>21</sup> Problemet fortsætter på behandlingsinstitutionerne, hvor kun 20 pct. af de private tilbud og 5 pct. af de kommunale tilbud udfører en systematisk psykiatrisk udredning.<sup>22</sup> Samtidig udfører under 10 pct. af behandlingsinstitutionerne en systematisk udredning af fysiske skader, selvom alkohol er hel eller delvis årsag til mere end 60 forskellige somatiske skader.<sup>23</sup>

Mange patienter kommer derfor ikke i behandling for deres andre lidelser så hurtigt, som de kunne, selvom nogle af patienterne f.eks. kan have behov for akut behandling for en psykisk sygdom eller ligefrem være selvmordstruede.

### Lægeforeningen foreslår

- Gør systematisk screening for psykiske og fysiske lidelser obligatorisk for kommunerne. Screeningen følges op af relevant indsats ift. udredning og tilrettelæggelse af behandling.

### 3. Løft kvaliteten i alkoholbehandlingen med minimumsstandarder

Alle alkoholafhængige danskere har efter sundhedsloven ret til gratis kommunal alkoholbehandling. Men der er stor forskel på kvaliteten af behandlingen, alt efter hvor man bor. Mange borgere risikerer derfor at få et tilbud, som ikke er godt nok. Det skyldes især, at der ikke stilles nogen faglige minimumskrav til kvaliteten af behandlingstilbuddet.

De kommunale behandlingstilbud bliver godkendt af Socialtilsynene, men grundlaget for kvalitetsvurderingen er alene rådgivningsmateriale fra Sundhedsstyrelsen<sup>24</sup>, som ikke er bindende og kun dækker punkter i behandlingsforløbet. En godkendelse kræver f.eks. ikke, at behandlingstilbuddet har sundhedsfagligt personale ansat eller at der benyttes en behandlingsmetode med dokumenteret effekt.

Kun 59 pct. af private kommunalt finansierede tilbud og 78 pct. af de kommunale tilbud benytter

sig af metoder med veldokumenteret effekt.<sup>25</sup> Samtidig oplyser 20 pct. af de private tilbud og 25 pct. af de kommunale tilbud, at de ikke har læger tilknyttet<sup>26</sup>, selvom en sådan tilknytning er vigtig for at opnå et godt behandlingsresultat.

#### Lægeforeningen foreslår

- Sundhedsstyrelsen skal udarbejde obligatoriske minimumsstandarder for alkoholbehandling, som behandlingstilbuddene skal leve op til for at blive godkendt.
- Minimumsstandarderne bør være detaljerede og evidensbaserede samt omfatte krav til uddannelsesniveau hos det sundhedsfaglige personale og de psykosociale behandlere.
- Alle behandlingstilbud skal have en læge tilknyttet.

### 4. Styrk den sundhedsfaglige indsats med autorisation og nyt tilsyn

Alkoholafhængighed er en sygdom, og behandlingen bør varetages af personale, som har det fornødne kompetenceniveau, herunder sundhedsfaglige kompetencer. Men modsat f.eks. fodterapeuter er alkoholbehandlere ikke omfattet af autorisation, der både er en garanti for kompetenceniveau og indebærer en skærpet pligt til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed.

I dag stilles der således ikke officielle krav til personalets kompetencer, og uddannelsen som alkoholbehandler er en frivillig ordning, som kun 62 pct. af behandlerne havde gennemført i 2012.<sup>27</sup> Men hvis kvaliteten af alkoholbehandlingen skal løftes, bør alkoholbehandlere – på linje med andet sundhedsfagligt personale – leve op til en række konkrete standarder for uddannelse og kompetenceudvikling.

Samtidig er det i dag Socialtilsynene, som fører tilsyn med alkoholbehandlingssteder, mens Styrelsen

for Patientsikkerheds tilsynsfunktion primært er begrænset til håndtering af lægemidler. Det er problematisk, da der er tale om sundhedsfaglig behandling, og Socialtilsynene derfor ikke er klædt godt nok på til at varetage tilsynet. Dertil kommer, at tilsynet kun gælder offentligt finansieret alkoholbehandling, mens der ikke er tilsyn med private egenbetalte alkoholbehandlingstilbud.

#### Lægeforeningen foreslår

- Der skal på sigt indføres autorisation for alkoholbehandlere. I sammenhæng hermed skal der ses på kravene til uddannelsen som alkoholbehandler.
- Der indføres på sigt et sundhedsfagligt tilsyn med alle alkoholbehandlingstilbud, inklusive de private. Tilsynet varetages af Styrelsen for Patientsikkerhed.

## 5. Tilfør de nødvendige ressourcer til alkoholindsatsen

De nuværende problemer med alkoholbehandlingen viser, at samfundet kan få mere for de ca. 350 mio. kr., som kommunerne årligt bruger på den.<sup>28</sup> Men hvis alle alkoholafhængige skal modtage en effektiv indsats, er det også nødvendigt at afsætte flere ressourcer. Alkoholbehandlingen skal op på et højere og mere ensartet kvalitetsniveau, hvor alle borgere tilbydes behandling af veluddannet personale, der anvender metoder, som virker.

En styrket alkoholbehandling vil være med til at forebygge en række af de skader og følgesygdomme, som giver store merudgifter i sundhedsvæsenet

og andre kommunale indsatser. Selv en alkoholbehandling af høj kvalitet er billig sammenlignet med hospitalsbehandling og sociale ydelser. På sigt er der derfor markante økonomiske besparelser at hente ved at investere i en effektiv alkoholindsats ifm. den kommende finanslov eller økonomiaftale.

### *Lægeforeningen foreslår*

- Afsæt de nødvendige ressourcer til at sikre en alkoholbehandling af høj sundhedsfaglig kvalitet overalt i landet.

## 6. Lad regionerne varetage misbrugsbehandlingen på længere sigt

Det er vigtigt, at alkoholbehandlingens kvalitet forbedres her og nu. Lægeforeningen mener dog, at den langsigtede løsning på kvalitetsudfordringen er, at regionerne overtager behandling af alkoholafhængighed og andet misbrug. Det vil give de bedste betingelser for effektiv alkoholbehandling samt forebyggelse og hurtig behandling af følgesygdomme.

Høj kvalitet i alkoholbehandlingen kræver en specialiseret og multidisciplinær sundhedsfaglig indsats. Men organiseringen af behandlingen i mange små enheder i kommunerne giver ringe mulighed for at råde over flere specialiserede kompetencer på samme tid. Det rammer især de mange patienter med både alkoholmisbrug og en psykisk lidelse, som risikerer at falde ned mellem to stole, når

deres behandling er splittet op mellem kommune og region.

Lægeforeningen mener, at regionerne på længere sigt bør gives kapacitet til at overtage behandlingen af alle borgere med et misbrug af alkohol og andre rusmidler. De spredte misbrugstilbud kan samles i 15-20 regionale misbrugscentre med den nødvendige specialiserede viden.

### *Lægeforeningen foreslår*

- Flyt alkohol- og misbrugsbehandlingen til regionerne, så specialiseringen øges og misbrugsbehandling og psykiatri kan integreres under ét tag.

## 7. Indfør minimumspriser på alkohol

I Danmark er prisen på alkohol ikke fulgt med den almindelige prisudvikling. Alkoholiske drikkevarer steg kun halvt så meget som andre forbrugsvarer fra 2001 til 2017<sup>29</sup>, og er derfor blevet billigere relativt set. Det er problematisk, idet pris har stor betydning for alkoholforbruget hos især unge og lavindkomstgrupper, hvor skaderne er størst. Når supermarkeder laver slagtilbud på drikkevarer får det således ofte disse kunder til at indtage mere alkohol, end de ellers ville have gjort.

Der er god evidens for, at en minimumspris pr. genstand reducerer salget af især stærkere alkohol og reducerer antallet af alkoholbetingede hospitalsindlæggelser. Det viser erfaringerne fra

flere provinser i Canada<sup>30</sup>, som længe har opereret med minimumspriser. Skotland og Irland er aktuelt i færd med at gennemføre lignende lovgivning.

Som flere analyser viser, er minimumspriser en målrettet og omkostningseffektiv måde at nedsætte alkoholforbruget hos unge og lavindkomstgrupper, der opretholder et skadeligt forbrug via billige drikkevarer.<sup>31</sup>

### Lægeforeningen foreslår

- Indfør minimumspriser pr. genstand alkohol, så færre udvikler et skadeligt forbrug.

## 8. Obligatorisk alkoholpolitik på gymnasier og erhvervsskoler

Hver femte gymnasieelev overskrider højrisikogrænsen for antal genstande pr. uge, hvilket bl.a. skyldes, at de unge møder en massiv drukkultur på gymnasier og andre ungdomsuddannelser. Ni ud af ti gymnasier har en alkoholpolitik, men ofte består den kun af et par linjer om, hvornår der må drikkes alkohol, og at der kan dispenseres.<sup>32</sup> Ved mange gymnasiefester kan de unge købe hård spiritus, som udskænkes af deres klassekammerater i festudvalget, mens lærernes rolle er uklar.

Fraværet af ansvarlig udskænkning og klare grænser for, hvornår der må indtages alkohol, er stærkt problematisk. Det er veldokumenteret, at ungdommen er særligt sårbar over for et stort alkoholforbrug, især fordi alkohol er skadelig for unges hjerner, som stadig er under udvikling.<sup>33</sup> Der er derfor behov

for at sikre, at alle gymnasier og erhvervsskoler har og arbejder med en alkoholpolitik, som understøtter et mere begrænset forbrug blandt eleverne.

### Lægeforeningen foreslår

- Gør det obligatorisk for gymnasier og erhvervsskoler at have en alkoholpolitik. Politikken skal bl.a. klart afgrænse, hvornår der må indtages alkohol, og angive hvordan der sikres ansvarlig udskænkning.
- Alkoholpolitikken skal som obligatoriske elementer indeholde et forbud mod alkohol ved introture og et forbud mod hård spiritus ved fester.

## 9. Håndhæv forbuddet mod salg af alkohol til mindreårige

Danmark har som et af de eneste lande i Europa en differentieret aldersgrænse, hvor unge mellem 16 og 18 år kan købe alkohol med en maksimal procent på 16,5 % i butikker, mens unge over 18 år må købe al slags alkohol. Aktører på sundhedsområdet har flere gange foreslået, at aldersgrænsen for al køb af alkohol ændres til 18 år, men der er fortsat ikke politisk opbakning hertil.

Lægeforeningen mener, at der fra politisk side til gengæld må tages ansvar for, at den gældende lov faktisk overholdes, hvilket ikke er tilfældet i dag. F.eks. viste en undersøgelse i 2010, at hele 84 pct. af de 15-årige i København havde købt alkohol i supermarkeder eller kiosker i løbet af den seneste måned.<sup>34</sup> Der skal ikke være frit spil for ulovligt

salg af alkohol til børn og unge. Derfor skal der sættes flere kræfter ind på at sikre, at butikkerne overholder aldersgrænserne.

### Lægeforeningen foreslår

- Afsæt ressourcer til løbende stikprøvekontrol af butikker, som sælger alkohol.
- Indfør mulighed for, at salgssteder midlertidigt kan miste retten til at sælge alkohol ved gentagne lovovertrædelser. I dag er højeste straf en bøde på 20.000 kr. ved 3. lovovertrædelse.

## 10. Skærp håndhævelsen af markedsføringsloven

Forskning peger på, at reklamer for alkohol øger forbruget blandt de unge.<sup>35</sup> Men i dag er det i vidt omfang en gratis omgang at markedsføre alkohol direkte til børn og unge, selvom det er i strid med markedsføringsloven.

Det skyldes, at håndhævelsen på alkoholområdet i praksis er overladt til Alkoholreklamenævnet, som håndhæver et sæt frivillige retningslinjer, og som ikke har nogen reelle sanktionsmuligheder over for virksomhederne. I Alkoholreklamenævnet er alkoholindustrien overrepræsenteret, og nævnets skrappeste sanktion er at udtale kritik af en indklaget. Kun hvis de indklagede ikke vil rette sig efter nævnets afgørelse, kan nævnet sende sagen videre til Forbrugerombudsmanden. Forbrugerombudsmanden tager imidlertid kun meget få sager om alkohol op.<sup>36</sup>

Hvert år behandler nævnet flere sager om overtrædelse af retningslinjerne for markedsføring rettet direkte mod børn og unge,<sup>37</sup> og effekten af den frivillige regulering virker derfor ikke tilstrækkelig.

Lægeforeningen mener, at Forbrugerombudsmandens muligheder for at udstede bødeforlæg direkte til virksomhederne i grove sager skal udvides til også at omfatte alkoholområdet, så der bliver håndfaste konsekvenser, når diskoteker og eventarrangører målretter alkoholreklamer mod børn og unge.

### Lægeforeningen foreslår

- Giv Forbrugerombudsmanden mulighed for at udstede administrative bødeforlæg, så der ved grove overtrædelser kan falde bøde med det samme i stedet for en henstilling om at ændre eller fjerne reklamerne.
- Tilføj flere ressourcer til Forbrugerombudsmanden, så der kan ske en mere effektiv håndhævelse af markedsføringsloven.

**Noter:**

- 1) Sundhedsstyrelsen og KORA – Kommunale omkostninger forbundet med overforbrug af alkohol, nr. 3 (2016).
- 2) ESPAD – Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs 2015 (2016).
- 3) Sundhedsstyrelsen – Alkoholstatistik 2015 (2015).
- 4) Sundhedsstyrelsen – National Klinisk Retningslinje om behandling af alkoholafhængighed (2015).
- 5) Sundhedsstyrelsen – Ulighed i sundhed – årsager og indsatser (2011).
- 6) Sundhedsstyrelsen – Ulighed i sundhed – årsager og indsatser (2011).
- 7) Sundhedsstyrelsen – Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer (2016).
- 8) Sundhedsstyrelsen og KORA – Kommunale omkostninger forbundet med overforbrug af alkohol, nr. 3 (2016).
- 9) Jakob Kjellberg – “Samfundsøkonomiske omkostninger forbundet med alkoholoverforbrug” i: Ulrik Becker og Janne S. Tolstrup – Alkohol: brug, konsekvenser og behandling (2016).
- 10) J. McCambridge m.fl. – “Adult consequences of late adolescent alcohol consumption: A systematic review of cohort studies” i: PLoS Medicine, vol. 8, nr. 2 (2011).
- 11) Statens Institut for Folkesundhed – Skolebørnsundersøgelsen 2014 (2015).
- 12) Pernille Bendtsen – “Unge og alkohol” i Ulrik Becker og Janne S. Tolstrup (red.) – Alkohol: brug, konsekvenser og behandling (2016).
- 13) Mandag Morgen og Trygfonden – Mellem broccoli og bajere – forebyggelse ifølge danskerne (2017).
- 14) Den nationale sundhedsprofil 2013.
- 15) Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut – Alkoholstatistik 2015: Nationale data (2015).
- 16) [http://www.si-folkesundhed.dk/Ugens%20tal%20for%20folkesundhed/Ugens%20tal/50\\_2016.aspx](http://www.si-folkesundhed.dk/Ugens%20tal%20for%20folkesundhed/Ugens%20tal/50_2016.aspx)
- 17) Sverre Barfod og Ulrik Becker – “Snak alkoholvaner, når det er relevant” i: Ugeskrift for Læger d. 3. nov. (2016).
- 18) Der er gode erfaringer at hente i et projekt fra Medicinsk Hepato- og Gastroentologisk Afdeling V, Århus Universitetshospital – jf. artiklen “Udskrivelse af patienter med skadeligt forbrug af alkohol” i: Sygeplejersken nr. 15 (2010).
- 19) Trine Flensborg-Madsen m.fl. – “Comorbidity and temporal ordering of alcohol use disorders and other psychiatric disorders: results from a Danish register-based study” i: Comprehensive Psychiatry vol. 50, nr. 4 (2009).
- 20) Sundhedsstyrelsen – National Klinisk Retningslinje for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse (2016).
- 21) Statens Institut for Folkesundhed for Lægeforeningen – Alkoholbehandlingen i kommunerne (2012).
- 22) Ulrik Becker – “Behandlingens organisering” i: Becker, U. og J. S. Tolstrup: Alkohol – brug, konsekvenser og behandling. (2016).
- 23) Ulrik Becker – “Alkoholrelaterede somatiske skader” i: U. Becker og J. S. Tolstrup (red.) – Alkohol: brug, konsekvenser og behandling (2016).
- 24) Primært Sundhedsstyrelsens publikation “Kvalitet i alkoholbehandling – et rådgivningsmateriale” (2008) suppleret med øvrige retningslinjer, herunder de to nationale kliniske retningslinjer på området.
- 25) Statens Institut for Folkesundhed – Evaluering af retningslinjer for kommunal godkendelse af alkoholbehandlingssteder (2014).
- 26) Statens Institut for Folkesundhed – Evaluering af retningslinjer for kommunal godkendelse af alkoholbehandlingssteder (2014).
- 27) Ulrik Becker – “Behandlingens organisering” i: Becker, U. og J. S. Tolstrup (red.) – Alkohol: brug, konsekvenser og behandling (2016).
- 28) Sundhedsstyrelsen og KORA – Kommunale omkostninger forbundet med overforbrug af alkohol, nr. 3 (2016).
- 29) Egen beregning foretaget ud fra Danmarks Statistik, forbrugerprisindeks.
- 30) NICE – Alcohol-use disorders: preventing harmful drinking (2010/2014).
- 31) A. Brennan m.fl. – “Potential benefits of minimum unit pricing for alcohol versus a ban on below cost selling in England 2014: modelling study” i: BMJ 349 (2014). J. Holmes m.fl. – “Effects of minimum unit pricing for alcohol on different income and socioeconomic groups: a modelling study” i: Lancet 383 (2014).
- 32) Upublicerede fund ifm. Statens Institut for Folkesundheds udarbejdelse af Ungdomsprofilen 2014 (2015).
- 33) Pernille Bendtsen – “Unge og alkohol” i Ulrik Becker og Janne S. Tolstrup (red.) – Alkohol: brug, konsekvenser og behandling (2016).
- 34) Undersøgelse af Københavns Kommune (2010) refereret i Berlingske d. 24. okt. 2010: “15-årige køber alkohol i stor stil”.
- 35) Peter Anderson m.fl. – “Impact of Alcohol Advertising and Media Exposure on Adolescent Alcohol Use: A Systematic Review of Longitudinal Studies” i: Alcohol Alcohol vol. 44, nr. 3 (2009).
- 36) Forbrugerombudsmanden har de seneste 5 år kun behandlet fire sager om brug af alkohol i relation til markedsføringsloven. Kilde: Forbrugerombudsmanden.
- 37) Alkoholreklamenævnet – Årsberetning 2016 (2017).